



ZENTRUM FÜR
EVALUATION UND
POLITIKBERATUNG

Evaluation 2023 des Projektes der Berliner Stadtmission „Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen“ Abschlussbericht

Autor:innen:

Renate Reiter

Frank Oschmiansky

John Frentzel

Petra Kaps

Sandra Popp

ZEP – Zentrum für Evaluation und Politikberatung

Kaps & Oschmiansky Partnerschaftsgesellschaft von Politikwissenschaftlern

Mansteinstraße 8

10783 Berlin

Tel. +49 30 89756993

E-Mail: mail@zep-partner.de

Projektleitung: Dr. Renate Reiter

reiter@zep-partner.de

Berlin, November 2023



Inhalt

1	Einleitung	5
1.1	Entwicklung des Problemhintergrunds	6
1.2	Evaluationsdesign, Arbeitsschritte und methodische Elemente	7
1.3	Datengrundlage.....	8
1.4	Aufbau des Berichtes	11
2	Die Klient:innen der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen	11
2.1	Strukturelle und individuelle Zugangshürden zur gesundheitlichen Versorgung	12
2.2	Merkmale der Klient:innen und Entwicklung der Klient:innen-Struktur	20
2.3	Zugang der Klient:innen zur Clearingstelle und Wandel der Zugangswege	25
3	Kernfunktionen der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen	29
3.1	Beratungstätigkeit	30
3.1.1	Entwicklung der Erst- und Folgeberatungen.....	30
3.1.2	Quantitative Entwicklung der Sozial- und der Aufenthaltsberatungen.....	32
3.1.3	Mitarbeiter:innen der Clearingstelle: Hohe Anforderungen, wachsende Beratungsintensität.....	33
3.2	Vermittlungen in Krankenversicherungsschutz: Quantitative Entwicklung und Einordnung in den Problemkontext	39
3.3	Kostenübernahmen durch die Clearingstelle	42
3.3.1	Entwicklung der Kostenübernahmen (Soll-Werte)	43
3.3.2	Vergleich der Kostenübernahmen nach Soll- und Ist-Werten	53
3.3.3	Analyse der Differenz zwischen Soll- und Ist-Werten	57
3.4	Die Clearingstelle: Kompetenzzentrum zur Peer-Beratung und Information	61
4	Versorgung von nicht krankenversicherten Menschen in Berlin.....	62
4.1	Vernetzungstätigkeit und Kooperationspartner der Clearingstelle.....	62
4.2	Bewertung der Clearingstelle in der gesundheitspolitischen Diskussion in Berlin ...	66
5	Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen.....	68
6	Literaturverzeichnis	77



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kostenübernahme nach Fachrichtung 2021.....	47
Abbildung 2: Kostenübernahme nach Fachrichtung 2022.....	48
Abbildung 3: Kostenübernahme nach Fachrichtung 2023 1. Halbjahr.....	49
Abbildung 4: Kostenübernahme nach Fachrichtung 2023 1. Halbjahr (SOLL)	52
Abbildung 5: Kostenübernahme nach Fachrichtung 2023 1. Halbjahr (SOLL und IST)	55

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Interviews im Rahmen der Evaluation	9
Tabelle 2: Übersicht fehlende Angaben.....	10
Tabelle 3: Klient:innen nach Geschlecht und Alter.....	20
Tabelle 4: Klient:innen nach Staatsangehörigkeit und einwohneramtlicher Anmeldung	22
Tabelle 5: Klient:innen nach Wohnsituation und Familienstand	23
Tabelle 6: Aktuelle Krankenversicherung der Klient:innen	24
Tabelle 7: Klient:innen ohne KV bei Erstgespräch nach Staatsangehörigkeit und Wohnsituation	25
Tabelle 8: Zugang zur Clearingstelle (Fälle mit Angaben zum Zugang).....	27
Tabelle 9: Klient:innen in Folgeberatung nach Jahr der Erstberatung.....	31
Tabelle 10: Leistungen der Clearingstelle (alle Klient:innen des Berichtszeitraums/-jahres) .	33
Tabelle 11: Klient:innen pro VZÄ	38
Tabelle 12: Beratungen pro VZÄ	39
Tabelle 13: Vermittlungen in Krankenversicherungsschutz.....	40
Tabelle 14: Kostenübernahmen durch die Clearingstelle (erstberatene Klient:innen)	44
Tabelle 15: Kostenübernahmen durch die Clearingstelle (alle Klient:innen).....	45
Tabelle 16: Kostenübernahmen (KÜ) nach Kategorie.....	50
Tabelle 17: Kostenübernahmen SOLL (absolute Höhe, Anzahl, Verteilung nach Kostenarten)	51



Tabelle 18: Kostenübernahmen SOLL und IST (absolute Höhe, Anzahl, Verteilung nach Kostenarten).....	54
Tabelle 19: Kostenübernahmen SOLL und IST (eingeteilt in Kostengruppen)	56
Tabelle 20: Anteil der Ist-Kostenübernahmen an den Soll-Kostenübernahmen in 2022.....	59

1 Einleitung

Das ZEP - Zentrum für Evaluation und Politikberatung wurde vom Verein für Berliner Stadtmission mit der begleitenden Evaluation 2023 des Projektes „Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen“ beauftragt. In diesem Abschlussbericht zum Evaluationsprojekt werden die Ergebnisse der statistischen Auswertung der quantitativen Klient:innen-Daten („Sozialdaten und „Medizinische Daten“), die das ZEP von der Clearingstelle zur Verfügung gestellt bekommen hat, vorgestellt. Darüber hinaus werden die Ergebnisse der Auswertung der qualitativen Daten, die das Evaluationsteam des ZEP insbesondere mittels Expert:innen-Interviews erhoben hat, präsentiert und diskutiert.

Ziel der Evaluation war es insgesamt zu untersuchen, wie sich die Arbeit der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen insbesondere in den vergangenen drei Jahren (2021 bis einschließlich erstes Halbjahr 2023) entwickelt hat. Dabei sollte insbesondere analysiert werden, welche individuellen und strukturellen Problemkonstellationen als Zugangshürden in die gesundheitliche Regelversorgung wirken, welche Möglichkeiten es in Berlin gibt, diese Hürden zu verringern oder gar zu überwinden, und welchen Beitrag die Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen dazu leisten kann. Um diese Fragen zu beantworten konzentrierte sich die Evaluation erstens auf die Entwicklung des Klientels der Clearingstelle und der Klient:innen-Struktur, wobei die drei zentralen Zielgruppen der Clearingstelle (Menschen aus Drittstaaten mit oder ohne gesicherten Aufenthaltsstatus, EU-Bürger:innen und deutsche Staatsangehörige jeweils ohne oder ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz) berücksichtigt wurden.

Zweitens analysierte die Evaluation die Arbeit der Clearingstelle in Bezug auf ihre Kernfunktionen: Sozial- und Aufenthaltsberatung einschließlich Clearing, Vermittlung der Klient:innen in Krankenversicherung oder eine alternative Kostenträgerschaft, Kostenübernahme, Peer-Beratung anderer Beratungseinrichtungen sowie von Behörden und gesundheitlichen Einrichtungen und Vernetzung.

Die mit dieser Evaluation vorgelegte Auswertung der quantitativen Klient:innen-Daten dient auch der Fortschreibung der Datenauswertungen, die in vorangegangenen Evaluationen (INIB 2020a u. 2020b; FBE 2021) erstellt wurden.

In dieser Einleitung wird zunächst die Entwicklung des allgemeinen Problemhintergrunds dargelegt (1.1). Sodann werden das Forschungsdesign sowie die einzelnen Arbeitsschritte und damit verknüpften Methoden, die in der Evaluation genutzt wurden, dargestellt (1.2). Anschließend folgt eine Erläuterung der Datengrundlage (1.3).



1.1 Entwicklung des Problemhintergrunds

Eine angemessene gesundheitliche Versorgung ist ein Menschenrecht (Art. 25 AEMR; Art. 35 CFR EU; Art. 2 Abs. GG) und stellt eine öffentliche Aufgabe dar. Dabei ist die Zahl der Menschen in Deutschland, die nicht oder nur unzureichend krankenversichert sind, seit Jahren hoch – und dies ungeachtet der seit 2009 bestehenden allgemeinen Krankenversicherungspflicht¹. Im Jahr 2019 waren laut Mikrozensus rund 61.000 Menschen hierzulande gänzlich ohne Krankenversicherungsschutz. Der Einschätzung von Experten zufolge dürfte die Dunkelziffer allerdings circa zehn- bis sechzehnmal so hoch sein (Kurz 2022: A1738). Neben den nicht versicherten Menschen gibt es dabei eine (statistisch belegt) hohe Zahl an unzureichend krankenversicherten Menschen in Deutschland. So lebten hier im Jahr 2021 ca. 750.000 freiwillig in der GKV oder der PKV versicherte Personen, deren Krankenversicherungsschutz auf ein Minimum reduziert war (sogenannter Basistarif in der GKV bzw. Notlagentarif in der PKV), da sie ihre Beiträge länger als zwei Monate nicht bezahlt hatten (Kurz 2022: A1741).

In *Berlin* ist die Lage besonders problematisch. Schätzungen zufolge leben allein hier derzeit ca. 60.000 Menschen, also zwischen fünf und zehn Prozent aller nicht- oder unzureichend krankenversicherten Personen deutschlandweit. Zwischen 6.000 und 12.000 von ihnen benötigen jährlich medizinische Hilfe, da sie sich in einer akut oder chronisch gesundheitsgefährdenden Situation befinden (INIB 2020a: 2).

Die seit Jahren hohe Zahl an nicht oder unzureichend krankenversicherten Menschen in Berlin bildete ab 2016 den Hintergrund dafür, dass sich nicht mehr nur die fachlich engagierte Zivilgesellschaft, sondern auch die Politik für die Einrichtung einer Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen einsetzte. Im Jahr 2018 fasste die Mehrheit des Abgeordnetenhauses einen entsprechenden Beschluss. Die Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen wurde daraufhin noch im selben Jahr vom Verein für Berliner Stadtmission ev. Kirche im Auftrag der Senatsverwaltung Wissenschaft, Gesundheit und Pflege² und in enger Zusammenarbeit mit dieser errichtet. Das Projekt Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen wird von der Senatsverwaltung über jährliche projektbasierte Zuwendungen gefördert. Die jährliche Zuwendung lässt sich inhaltlich aufteilen nach Betriebskosten (Personal, Miete etc.) und Mitteln für die medizinische Versorgung (bekannt

¹ Im Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) regelte der Gesetzgeber bereits im Jahr 2007 eine allgemeine Krankenversicherungspflicht für Deutschland. Diese Pflicht trat mit Blick auf die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zum 1. April 2007 und mit Blick auf die Private Krankenversicherung (PKV) zum 1. Januar 2009 in Kraft.

² Vormals, bis zum Arbeitsbeginn des neu gebildeten Berliner Senats im Mai 2023, handelte es sich um die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, die auch im Ausschreibungstext genannt ist.



als „Notfallfonds“), welche die Senatsverwaltung ebenfalls zur Verfügung stellt. Die Clearingstelle, die die Mittel verwaltet, hat die Möglichkeit, auf dieser Basis Kostenübernahmen für Klient:innen, denen nicht oder nicht kurzfristig durch Vermittlung in eine Krankenversicherung geholfen werden kann, auszustellen und damit die entstehenden Kosten für Behandlungen, Medikamente oder Laboruntersuchungen zu finanzieren.

1.2 Evaluationsdesign, Arbeitsschritte und methodische Elemente

Die Evaluation wurde – dem Wunsch der Auftraggeberin entsprechend – formativ als prozesshafte wissenschaftliche Begleitforschung des selbst prozesshaft sich entwickelnden Projekts „Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen“ angelegt. Ein übergreifendes Element war der kontinuierliche Austausch zwischen den Evaluator:innen und der Auftraggeberin. Während des Evaluationsprozesses gab es mehrere Gelegenheiten zur wechselseitigen Kommunikation: ein Auftaktgespräch mit der Auftraggeberin; Interviews mit der Leitung der Clearingstelle zu Beginn und gegen Ende der Evaluation; passive Teilnahme der Evaluator:innen an Fallbesprechungen, verbunden mit der Möglichkeit, jeweils zu Ende Verständnisnachfragen zu stellen; regelmäßige spontane Austausche via E-Mail oder Telefon; Präsentation des Zwischenberichts in der Clearingstelle und Diskussion der Ergebnisse mit der Leitung und den Mitarbeitenden (dies ist auch für den vorliegenden Abschlussbericht vorgesehen). Mit Hilfe dieses Designs konnte sichergestellt werden, dass kurzfristige Weiterentwicklungen des Projekts „Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen“ während der Evaluation flexibel berücksichtigt wurden. Zudem wurde es auch möglich, dass die Verantwortlichen und Mitarbeitenden der Clearingstelle die zwischenzeitlich gewonnenen Erkenntnisse unmittelbar in die Praxis der Beratung und Versorgung von nicht krankenversicherten Menschen einfließen lassen konnten.

Für die Evaluation wurde ein Mix aus quantitativen und qualitativen Methoden der empirischen Sozialforschung verwendet. Konkret umfasste der Evaluationsprozess die folgenden sechs Arbeitsschritte und damit verbundenen Methoden:

- Vorwiegend deskriptiv-statistische Auswertung der von der Auftraggeberin zur Verfügung gestellten quantitativen Routinedaten zu den Klient:innen („Sozialdaten“ und Medizinische Daten“).
- Analyse der individuellen und strukturellen Zugangshürden der Klient:innen der Clearingstelle ins Regelsystem der gesundheitlichen Versorgung und/oder in die Sozialleistungssysteme auf Basis der Ergebnisse der quantitativen Datenauswertung und zusätzlich über im Rahmen von Expert:innen-Interviews erhobene qualitative Daten. Die Interviews wurden mit Organisationen durchgeführt, die mit Betroffenen häufig in Kontakt kommen, mit diesen arbeiten und deren Belange kennen.



- Untersuchung der Arbeitsweise der Clearingstelle mit Blick auf ihre unterschiedlichen Aufgaben sowie die Vernetzung der Clearingstelle mit öffentlichen und nicht-öffentlichen, freigemeinnützigen Kooperationspartnern. Für diesen Arbeitsschritt dienten als Grundlage ebenfalls die Ergebnisse der quantitativen Datenauswertung sowie zusätzlich auf Basis von Dokumentenanalysen und im Rahmen von Expert:innen-Interviews erhobene qualitative Daten.
- Analyse der Möglichkeiten zur Verringerung oder Überwindung der Zugangshürden von Menschen ohne Krankenversicherung ins Regelsystem der gesundheitlichen Versorgung. Als Grundlage dienten auch hier die Ergebnisse der quantitativen Datenanalyse sowie qualitative Daten, die in Expert:innen-Interviews mit der Leitung, den Mitarbeitenden sowie den Kooperationspartnern der Clearingstelle erhoben wurden. Ein zusätzliches Element des Erkenntnisgewinns bildeten in diesem Zusammenhang auch regelmäßige, passiv teilnehmende Beobachtungen von Fallbesprechungen des Teams der Clearingstelle mit den sie beratenden Jurist:innen durch die Evaluator:innen.
- Erhebung der Wahrnehmung der Arbeit der Clearingstelle in der gesundheitspolitischen Diskussion in Berlin und der gesundheitspolitischen Bewertung der Bedeutung der Clearingstelle für die gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne oder mit nur unzureichendem Krankenversicherungsschutz. Basis hierfür waren die Erkenntnisse, die in qualitativen Expert:innen-Interviews mit den Kooperationspartnern der Clearingstelle sowie mit Vertreter:innen der Berliner Gesundheitspolitik gewonnen wurden.
- Berichtslegung, d.h. schriftliche Darlegung der Analyseergebnisse und der mit Blick auf die Ausgangsfragen der Auftraggeberin gewonnenen Erkenntnisse in einem Zwischenbericht, der der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen Ende August 2023 vorgelegt wurde sowie in diesem Abschlussbericht.

Nachfolgend wird die Datengrundlage der Evaluation genauer erläutert.

1.3 Datengrundlage

Im Rahmen dieser Evaluation verarbeiteten die Evaluator:innen qualitative Daten, die über Dokumentenanalysen und leitfadengestützte Expert:innen-Interviews generiert wurden. Zum anderen wurden quantitative Daten zu den Klient:innen der Clearingstelle („Sozialdaten“, „Medizinische Daten“) statistisch ausgewertet. Die im Rahmen der regelmäßigen, passiv teilnehmenden Beobachtungen an den Fallbesprechungen der Clearingstelle gewonnenen Erkenntnisse dienten als Hintergrundinformationen zum grundlegenden Verständnis der Arbeitsweise der Clearingstelle. Sie flossen nicht als eigenständiges Datenmaterial in die Evaluation mit ein.



Die qualitativen Daten wurden erstens über die inhaltliche Analyse ausgewählter Dokumente und zweitens auf Basis von insgesamt 14 leitfadengestützten Interviews, die die Evaluator:innen zwischen Juli und November 2023 mit unterschiedlichen Akteuren führten, gewonnen. Zu den analysierten Dokumenten zählten die vorangegangene Evaluationsberichte (INIB 2020a u. 2020b; FBE 2021), die Geschäftsordnungen des Projektbeirats der Clearingstelle und der Prüfkommision bei Kostenübernahmen von mehr als 10.000 Euro sowie ausgewählte Drucksachen des Abgeordnetenhauses Berlin, so z.B. die regelmäßigen jährlichen Berichte der zuständigen Senatsverwaltung über die Arbeit der Clearingstelle. Die Interview-Partner:innen der qualitativen Expert:innen-Interviews sind nachfolgend aufgelistet (Tabelle 1).

Tabelle 1: Interviews im Rahmen der Evaluation

Interviewpartner:innen	Anzahl der durchgeführten Interviews
Clearingstelle: Leitung und Mitarbeitende (jeweils Gruppeninterviews)	3
Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege	1
Kooperationspartner der Clearingstelle – Mitglieder des Projektbeirats (darunter: 2 Organisationen, die Betroffene vertreten oder mit diesen arbeiten)	3
Organisationen, die betroffene Menschen ohne Krankenversicherung vertreten und/oder mit diesen arbeiten	4
Gesundheitspolitik Berlin, Mitglieder des Abgeordnetenhauses, unterschiedliche Fraktionen	3

Eigene Darstellung.

Die einzelnen Interviews dauerten zwischen 20 Minuten und 80 Minuten. Die Interviews mit den Mitarbeitenden der Clearingstelle fanden als Gruppeninterviews statt, mit zwei (Leitung) bzw. drei (Mitarbeitende) Beteiligten. Sämtliche Interviews wurden mit Zustimmung der jeweils befragten Personen aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Transkriptionen wurden sodann auf Basis eines einheitlichen, Excel-basierten Analyserasters inhaltlich ausgewertet.

Die in diesem Abschlussbericht verwendeten quantitativen Daten entstammen dem statistischen Dokumentationssystem der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen der Berliner Stadtmission, das von einem externen Statistik-Dienstleister (synectic GmbH) betreut wird. Sie wurden vom Auftraggeber in zwei Wellen, im Juli und August 2023, auf datensicherem Weg und in anonymisierter Form an das ZEP übermittelt. Seit 2020 setzt die Clearingstelle zur Dokumentation ihrer Arbeit und Aufnahme der „Sozialdaten“ und der „Medizinischen Daten“ der Klient:innen eine Fachsoftware ein. Ausgewertet wurden Klient:innen-Daten aus den Jahren 2021 und 2022 sowie aus dem ersten Halbjahr 2023.



Einige Tabellen wurden um Vergleichsdaten aus den Untersuchungszeiträumen der vorangegangenen Evaluationen (vgl. FBE 2021: S. 19-24; vgl. auch INIB 2020a; INIB 2020b) ergänzt.

Die Daten des Dokumentationssystems beinhalten Variablen zu soziodemographischen Merkmalen der Klient:innen, zum ehemaligen und aktuellen Krankenversicherungsstatus sowie zu Variablen, die sich auf den Verlauf und das Ergebnis der Beratung in der Clearingstelle beziehen. Zudem werden Daten zu den ausgestellten Kostenübernahmen erfasst (siehe Tabelle 2). Einige der erfassten Variablen weisen hohe Werte fehlender Angaben auf; hier wurden keine Eintragungen im Dokumentationssystem getätigt. Über die Gründe hierfür und insbesondere auch für die im Vergleich mit den beiden Vorjahren nochmals höheren Werte fehlender Angaben im ersten Halbjahr 2023 liegen keine gesicherten Informationen vor. Denkbar wäre, dass aufgrund der Zunahme an Beratungen und damit auch Dokumentationsaufgaben insgesamt (siehe Kapitel 3.1) die Qualität der Eintragungen leidet. Erstrebenswert ist, dass alle relevanten Felder im Dokumentationssystem nach Möglichkeit beim Erstgespräch mit den Klient:innen ausgefüllt werden.

Tabelle 2: Übersicht fehlende Angaben

	Anzahl fehlender Angaben bei 1070 insgesamt erfassten Klient:innen in 2021	Anzahl fehlender Angaben bei 1286 insgesamt erfassten Klient:innen in 2022	Anzahl fehlender Angaben bei 1064 insgesamt erfassten Klient:innen in 2023 (1. Halbjahr)
Datum erste Anmeldung	0	0	0
Geschlecht	0	1	0
Alter	0	0	1
Staatsangehörigkeit	0	0	0
Einwohneramtliche Meldung	197	431	422
Wohnsituation	44	132	153
Familienstand	131	216	221
Aktuelle Krankenversicherung	109	217	225
Vermittelnde Stelle	112	192	206
Anzahl der Beratungen	0	0	0
Fachrichtung der Kostenübernahme	0	0	0



Kategorie der Kostenübernahme	0	0	0
SOLL-Kosten	0	0	0
IST-Kosten	0	0	0

Quelle: Datensatz Clearingstelle, Berichtsjahre 2021, 2022, 2023, 1. Hbj.

1.4 Aufbau des Berichtes

Im nachfolgenden Kapitel 2 werden zunächst die Klient:innen der Clearingstelle näher betrachtet. Hierzu wird ein genereller Überblick über zentrale individuelle und strukturelle Zugangshürden zur gesundheitlichen Versorgung gegeben (2.1), bevor auf Basis der Auswertung der „Sozialdaten“ die Entwicklung der Struktur der Klient:innen der Clearingstelle untersucht (2.2) und die Zugangswege zur Clearingstelle dargestellt werden (2.3). Kapitel 3 beinhaltet sodann die Analyse der Kernfunktionen der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen. Hier geht es um die Entwicklung der Beratungstätigkeit einschließlich des Clearing (3.1), die Vermittlung der Klient:innen in ein reguläres Krankenversicherungsverhältnis oder an einen alternativen Kostenträger (Sozialamt) (3.2) sowie um die Entwicklung der Übernahmen von Behandlungskosten aus dem von der Clearingstelle verwalteten Notfallfonds auf Basis der ausgestellten Kostenübernahmen (KÜ). Hier werden anhand der „Medizinischen Daten“ sowohl Entwicklungen nach Behandlungsarten und Fachrichtungen berücksichtigt als auch ein Vergleich der Soll- mit den Ist-Werten der Kostenübernahmen angestellt (3.3). Schließlich wird die Funktion der Clearingstelle als Kompetenzzentrum zur Peer-Beratung anderer Beratungseinrichtungen, Behörden oder anderer relevanter Stellen betrachtet (3.4). In Kapitel 4 wird die Vernetzung der Clearingstelle mit anderen in die Versorgung nicht krankenversicherter Menschen in Berlin involvierten Akteuren untersucht und ein Schlaglicht auf die politische Bewertung der Tätigkeit Clearingstelle geworfen. In Kapitel 5 werden zusammenfassende Antworten auf Ausgangsfragen formuliert und Handlungsempfehlungen abgeleitet.

2 Die Klient:innen der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen

Die Clearingstelle hat den Auftrag, Menschen, die keine (gesetzliche oder private) Krankenversicherung und daher auch keinen Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung haben, beratend zu unterstützen. Gemäß der Vereinbarung zwischen dem Berliner Senat (Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege) und der Clearingstelle sollen die Klient:innen ihren Lebensmittelpunkt in Berlin haben und bedürftig sein.



Im Rahmen der Erstberatung prüfen die Mitarbeitenden der Clearingstelle zunächst, ob eine Vermittlung in ein reguläres Krankenversicherungsverhältnis (gegebenenfalls durch Vermittlung an den Kostenträger Sozialamt) erfolgen kann. Sodann wird geprüft, ob die Grundvoraussetzungen für eine Unterstützung und gegebenenfalls die Inanspruchnahme von Mitteln aus dem Notfallfonds des Landes Berlin gegeben sind. Zudem erheben sie auch persönliche Daten der Ratsuchenden (z.B. gesundheitliche, soziale und berufliche Situation; Krankenversicherungsstatus; Aufenthaltsstatus). Aus den erhobenen Daten soll eine möglichst umfassende statistische Dokumentation der Lage der nicht oder nur unzureichend krankenversicherten Menschen in Berlin generiert werden. Allerdings ist die Datenpreisgabe für die Klient:innen der Clearingstelle nicht verpflichtend. Vielmehr wird den ratsuchenden Menschen, ausgehend vom Konzept des anonymen Kranken- oder Behandlungsscheins (Zanders und Bein 2022), das Recht eingeräumt, die Leistungen der Clearingstelle anonym oder unter Verwendung eines Pseudonyms in Anspruch zu nehmen. Dies soll für die Betroffenen, die aufgrund ihrer persönlichen Lebensumstände (z.B. aufgrund eines ungeklärten oder unsicheren Aufenthaltsstatus oder aufgrund negativer persönlicher Erfahrungen) mitunter Vorbehalte gegenüber Behörden oder offiziellen Stellen haben und den Kontakt mit diesen meiden, die Zugangsschwelle zur Annahme von medizinischer und/oder sozialer Hilfe senken. Dabei adressiert die Clearingstelle auch Menschen, die der deutschen Sprache nicht oder nicht in ausreichendem Maße mächtig sind. Hier kann Beratung in bis zu zehn unterschiedlichen Sprachen oder gegebenenfalls unter Hinzuziehung von professioneller Sprachmittlung stattfinden.

Im nachfolgenden Kapitel werden zunächst aus übergreifender Perspektive zentrale strukturelle und individuelle Faktoren des Ausschlusses von Menschen (nicht nur in Berlin, sondern in Deutschland insgesamt) von der gesundheitlichen Versorgung erläutert (2.1).

2.1 Strukturelle und individuelle Zugangshürden zur gesundheitlichen Versorgung

Übergreifend ist der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung innerhalb des regulären Versorgungssystems in Deutschland an das Bestehen eines Krankenversicherungsverhältnisses oder die formale Feststellung von sozialen Anspruchsrechten, die die Finanzierung von Gesundheitsleistungen durch einen anderen Kostenträger (Sozialamt) ermöglichen, gebunden. Diese Koppelung wirkt in Deutschland als allgemeine Schwelle für die Umsetzung des Grundrechts auf gesundheitliche Versorgung.

Dabei bestehen zum einen gruppenspezifische rechtliche Regelungen, die den Zugang der Angehörigen von bestimmten Personen- oder rechtlichen Fallgruppen zur Krankenversicherung von vorn herein einschränken. Zum anderen existieren zahlreiche personengruppenunabhängig wirkende individuelle und strukturelle Faktoren. Sie sind – zumeist im wechselseitigen Zusammenspiel – ursächlich dafür, dass Menschen hierzulande



von der gesundheitlichen Versorgung ausgeschlossen sind oder einen nur eingeschränkten Zugang zu gesundheitlicher Versorgung haben.

Rechtliche Regelungen, die den Zugang von Menschen aus Drittstaaten zur gesundheitlichen Regelversorgung einschränken

Bei den rechtlichen Regelungen, die gruppenspezifisch als strukturelle Zugangshürden wirken, fällt der Blick zunächst auf Menschen, die aus Drittstaaten außerhalb der EU nach Deutschland gekommen sind, und sich hierzulande a) entweder ohne geregelten Aufenthaltsstatus aufhalten, oder b) Asyl beantragt haben und sich im laufenden Asylverfahren befinden, oder c) einen abgelehnten Asylantrag erhalten haben und sich im Status der Duldung oder Aufenthaltsgestattung befinden oder nach einem ablehnenden Asylbescheid ‚abgetaucht‘ sind. Diverse aufenthaltsrechtliche Regelungen schränken für Angehörige dieser Personengruppen den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung von vorn herein ein.

Weitestgehend von der gesundheitlichen Regelversorgung ausgeschlossen sind Menschen, die sich ohne gültige Papiere in Deutschland aufhalten. Sie haben nur Zugang zur Notfallversorgung in Akutsituationen (gemäß den Regelungen des § 4 Asylbewerberleistungsgesetz [AsylbLG]). Für solche Notfällen ermöglicht die Rechtskonstruktion der sog. „verlängerten Schweigepflicht“ (§ 88 AufenthG i.V.m. §§ 88.2, 88.3 und 88.4 AufenthG-VwV), dass die Behandlungskosten für die betroffenen Patient:innen auch ohne Kenntnis ihrer Identität mit der zuständigen Sozialbehörde abgerechnet werden dürfen. Gleichzeitig legt der sog. „Nothelferparagraphen“ des AsylbLG (§ 6a AsylbLG i.V.m. §§ 4, 6 AsylbLG) fest, dass eine rückwirkende Kostenübernahme für notfallmäßig im Krankenhaus oder bei niedergelassenen Ärzt:innen behandelte Patient:innen (auch ohne Kenntnis der Identität der Person) möglich ist. Für Personen mit gesundheitlichen Problemen, die allerdings nicht als medizinischer Notfall gewertet werden, sind die verlängerte Schweigepflicht und der „Nothelferparagraph“ indes nicht anwendbar. Die Betroffenen, denen in der Regel die Mittel zur privaten Finanzierung von Krankenbehandlungen fehlen, müssten sich für die Finanzierung einer medizinischen Behandlung eigenständig um eine Kostenerstattung durch die zuständige Sozialbehörde bemühen. Diese wiederum ist aufgrund der in § 87 AufenthG festgelegten Übermittlungspflichten verpflichtet, die Ausländerbehörde über die Identität der antragstellenden Person zu informieren, so dass der ungesicherte Aufenthaltsstatus der Betroffenen auf diese Weise erkannt werden würde. Da dies für die Betroffenen in der Regel keine Option darstellt, nehmen sie – dies haben auch mehrere Interview-Partner:innen bestätigt – medizinische Leistungen in der Regel nur im äußersten Notfall in Anspruch, aus Angst vor dem Bekanntwerden ihres Aufenthalts in Deutschland und damit drohender Abschiebung (BAG Gesundheit/Illegalität 2019).



Teilweise von der Regelversorgung ausgeschlossen sind Asylsuchende während der ersten 18³ Aufenthaltsmonate in Deutschland. Auch für diese Personen erfolgt die Versorgung auf Grundlage des § 4 AsylbLG. Demzufolge haben die Betroffenen lediglich Anspruch auf „erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung“ bei „akuter Erkrankung und Schmerzzuständen“ (§ 4 Abs. 1 AsylbLG). Zusätzliche Leistungen sind für Schwangere sowie zum Infektionsschutz (Impfungen) vorgesehen (§ 4 Abs. 2 AsylbLG) und können darüber hinaus nach dem Ermessen der für die Finanzierung zuständigen kommunalen Sozialbehörden gewährt werden (§ 6 Abs. 1 AsylbLG). In den im Rahmen dieser Evaluation durchgeführten Expert:innen-Interviews betonten unterschiedliche Interview-Partner:innen, dass bei den Betroffenen kaum Wissen über Möglichkeiten des Zugangs zu weitergehenden Ermessensleistungen (z.B. psychotherapeutische Behandlung bei psychischer Erkrankung auf Basis des § 6 Abs. 1 AsylbLG) vorhanden ist. Ein Zugang zur Krankenversicherung ist grundsätzlich auch während des laufenden Asylverfahrens möglich, sofern die Betroffenen eine Ausbildung oder ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis aufnehmen. Hier müssen allerdings unterschiedliche bürokratische Hürden überwunden werden.

Für Personen schließlich, deren Asylantrag abgelehnt wurde und die sich auf Grundlage einer Aufenthaltsgestattung oder Duldung in Deutschland aufhalten, ist gleichfalls nur eine Minimalversorgung entsprechend § 4 AsylbLG vorgesehen. Dabei ist ein Zugang zur Krankenversicherung ebenfalls möglich, wenn die Betroffenen in einem Beschäftigungsverhältnis stehen oder sich in Ausbildung befinden (wobei auch hier wiederum bürokratische Barrieren überwunden werden müssen).

Rechtliche Regelungen, die den Zugang von EU-Bürger:innen zur gesundheitlichen Regelversorgung einschränken

Neben Personen aus Drittstaaten außerhalb der EU mit unregelmäßigem oder unklarem Aufenthaltsstatus sind EU-Bürger:innen von rechtlichen Regelungen betroffen, die gruppenspezifisch als strukturelle Zugangshürden zur gesundheitlichen Versorgung wirken. Allgemein dürfen sich EU-Bürger:innen aufgrund des Freizügigkeitsgesetzes (§§ 2, 2a und 5 Gesetz über die allgemeine Freizügigkeit von Unionsbürgern [FreizügigG/EU]) länger als drei Monate unbeschränkt in Deutschland aufhalten, wenn sie hierzulande erwerbstätig sind oder wenn sie Arbeit suchen (bis zu sechs Monate Aufenthalt). Außerdem können Unionsbürger:innen nach Ablauf von mindestens fünf Jahren ständigen Aufenthalts in Deutschland auf Antrag ein unbeschränktes Daueraufenthaltsrecht erwerben. Personen ohne Daueraufenthaltsrecht, die hierzulande arbeitsunfähig oder unverschuldet arbeitslos werden, dürfen sich laut Freizügigkeitsgesetz ebenfalls im Land aufhalten. Wenn diese Voraussetzungen nicht vorliegen, erfüllen die Betroffenen rechtlich nicht die Bedingungen für

³ Auf Beschluss des Bundes und der Länder vom November 2023 gilt ab Anfang 2024 hier eine Karenzzeit von 36 Monaten.



einen legalen Aufenthalt in Deutschland. Vor dem Hintergrund der EU-weit gültigen Reisefreiheit wird das Vorliegen der beschriebenen Aufenthaltsvoraussetzungen alleridings in der Realität selten geprüft. Zentral ist, dass ein ‚automatischer‘ Zugang zu gesundheitlicher Versorgung ist mit den genannten Aufenthaltsregelungen nicht verbunden ist. Es wird vorausgesetzt, dass die Betroffenen einen gültigen Versicherungsschutz mitbringen und/oder über ausreichende Existenzmittel verfügen, um eigenständig für angemessenen Krankenversicherungsschutz zu sorgen (z.B. privat, bei einer selbständigen Erwerbstätigkeit).

Vor diesem Hintergrund *de facto* von der gesundheitlichen Versorgung ausgeschlossen sind zunächst Personen, die aus nicht näher bezeichneten Gründen aus einem anderen EU-Staat nach Deutschland gekommen sind, hierzulande nicht oder nicht offiziell arbeiten, keinen Zugang zum deutschen Sozialleistungssystem haben, und diesen oft auch nicht suchen. In den Expert:innen-Interviews wurde beispielhaft berichtet von obdachlosen Menschen, Suchtkranken, Menschen, die illegal arbeiten, oder auch Menschen, die im Herkunftsland eine Gefängnisstrafe verbüßen müssten. Manche dieser Personen sind im Herkunftsland krankenversichert, haben aber keine Aussicht darauf, dass ihre Krankenversicherung bei der Behandlung in Deutschland anerkannt wird.

Weiterhin sehen sich EU-Bürger:innen, die zum Zweck einer Tätigkeit (z.B. sozialversicherungspflichtige oder selbständige Beschäftigung, Studium) nach Deutschland gekommen sind, mit rechtlichen Hürden hinsichtlich des Zugangs zur vollen gesundheitlichen Versorgung konfrontiert. So sollen bestimmte Regelungen im deutschen Sozialrecht verhindern, dass Menschen z.B. aus anderen EU-Staaten zum Zweck der Mitnahme von Sozialleistungen (SGB II oder SGB XII) nach Deutschland kommen. Entsprechende Leistungsausschlüsse sind in der Vergangenheit immer wieder Gegenstand der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes EuGH geworden. Zum Beispiel hat der EuGH im Oktober 2020 den Leistungsausschluss für EU-Bürger:innen, die nach einer Berufstätigkeit in Deutschland arbeitslos wurden, für unrechtmäßig erklärt, wenn die betreffenden Personen schulpflichtige Kinder in Deutschland haben. Das Beispiel verdeutlicht, wie komplex und teils kleinteilig die Regelungen, anhand derer Zugangsrechte zu Sozialleistungen, u.a. zur Krankenversicherung, in Deutschland bestimmt werden, sind. Mehrere Interview-Partner:innen bestätigten, dass es ausgeprägter sozial- und aufenthaltsrechtlicher Kenntnisse sowie einer kontinuierlichen Erneuerung derselben bedarf, um rechtliche Zugangshürden und gegebenenfalls Möglichkeiten zu deren Beseitigung zu verstehen.

Allgemein tragen Regelungen im deutschen Aufenthalts- und im Sozialrecht, die einen Ausschluss von nicht erwerbstätigen EU-Bürger:innen vom Sozialleistungssystem, also auch von der Krankenversicherung, vorsehen, dazu bei, den Zugang der Betroffenen zur gesundheitlichen Regelversorgung zu beschneiden und, insgesamt, die Umsetzung des in der Charta der Grundrechte der Europäischen Union festgehaltenen Rechts der EU-Bürger:innen



auf ärztliche Versorgung und Sicherstellung eines „hohen Gesundheitsschutzniveaus“ (Art. 35 CFR EU) zu erschweren.

Individuelle Faktoren, die den Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung einschränken

Abseits dieser gruppenspezifisch wirkenden rechtlichen Faktoren bedingen zahlreiche individuelle Faktoren, zumeist im Wechselspiel mit weiteren gruppenungebunden-allgemeinen strukturellen Faktoren, den Ausschluss von bestimmten Personen zur (vollumfänglichen) gesundheitlichen Versorgung.

In den Expert:innen-Interviews (u.a. mit Vertreter:innen von Betroffenenorganisationen oder von Einrichtungen, die regelmäßig Kontakt mit nicht krankenversicherten Personen haben) wurden die folgenden individuellen Merkmale besonders häufig als Faktoren dafür genannt, dass Personen ein (vielfach bestehendes) Recht auf Krankenversicherungsschutz oder auf Sozialleistungsbezug und damit verbundenen gesundheitlichen Versorgungszugang nicht geltend machen oder zumindest formal prüfen lassen, ob ein solches Zugangsrecht besteht:

- Scheu vor oder Vorbehalte gegenüber dem Kontakt mit Behörden, offiziellen Stellen und hier auch gesundheitlichen Einrichtungen oder Arztpraxen aus unterschiedlichen Gründen (z.B. Angst vor Abschiebung aufgrund eines ungeregelten Aufenthaltsstatus; Angst vor Diskriminierung und Rassismus; Vorbehalte vor dem Kontakt mit Behörden aufgrund negativer Vorerfahrungen mit diesen; Kriminalität etc.)
- Vorliegen einer desolaten gesundheitlichen (z.B. Sucht, schwere Erkrankung, chronische Erkrankung) und/oder sozialen Situation (z.B. Armut, Schulden, Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit), verbunden damit, dass die betroffenen Personen nicht in der Lage sind, sich pro-aktiv (rechtzeitig oder überhaupt) um einen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung zu bemühen;
- Scham über die eigene soziale Situation und Hilfebedürftigkeit, und, damit verbunden, Scham, sich den zuständigen Behörden oder Stellen zu offenbaren;
- geringe oder mangelnde Fähigkeit von Personen zur Selbstorganisation und Tagesstrukturierung;
- Sprachbarrieren oder sprachliche Schwierigkeiten;
- Analphabetismus.

Neben diesen Faktoren kann zudem die Situation eines geringen oder sehr geringen individuellen Einkommens genannt werden; auch diese kann als Ausschlussfaktor wirken. So können gering verdienende Personen oftmals nicht die notwendigen Ressourcen zur Finanzierung von teuren Krankenversicherungsbeiträgen aufbringen. Sind sie krankenversichert (bei abhängig Beschäftigten ist dies regelmäßig der Fall, bei Selbständigen kommt dies aufgrund der Entbindung von der Versicherungspflicht nicht durchgängig vor), haben sie daher ein erhöhtes Risiko, Beitragsschulden anzuhäufen und in den Versicherten-



Zustand des „Ruhens der Leistungen“ (in der GKV) beziehungsweise in den Notlagentarif ihrer privaten Krankenversicherung zu rutschen. Auf dieser Basis können die Betroffenen dann – je nach ‚Politik‘ der zuständigen Krankenkasse – vom vollen Zugang zu gesundheitlicher Versorgung ausgeschlossen sein. In der Regel heißt dies, dass ihnen Notfallbehandlungen sowie Behandlungen bei akuten Erkrankungen finanziert werden. Sind sie nicht krankenversichert (dies ist vor allem bei Selbständigen, die zuvor zu keinem Zeitpunkt Mitglied einer Krankenversicherung waren, und sich nicht privat krankenversichert haben, der Fall), sind sie – dies wird insbesondere im Falle akuter gesundheitlicher Bedarfe offenkundig – ebenfalls vom gesundheitlichen Versorgungszugang ausgeschlossen, sofern sie die notwendigen Mittel für eine Behandlung nicht aufbringen können.

Strukturelle Faktoren, die den Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung einschränken

Die individuellen Faktoren, die den Ausschluss von Menschen von der gesundheitlichen Versorgung begünstigen können, wirken – je nach individuellem Hintergrund – mit den oben erläuterten personengruppenspezifischen strukturellen Zugangshürden sowie mit weiteren, gruppenunabhängig-allgemeinen strukturellen Ausschlussfaktoren zusammen. Insbesondere können drei allgemeine strukturelle Faktoren hervorgehoben werden: erstens die Komplexität der sozialversicherungs-, sozial- und aufenthaltsrechtlichen Regelungsbasis für den Zugang zu einem regulären Krankenversicherungsverhältnis oder zu einem gesundheitliche Leistungen abdeckenden Sozialleistungsverhältnis, verbunden mit der Komplexität der Sozialverwaltung, die die Regelungen umsetzt; zweitens spezifische Versorgungsbarrieren, die mit der Organisation des deutschen Gesundheitswesens verbunden sind; und drittens weitere strukturelle Barrieren (z.B. räumliche Distanzen).

Erstens erschließen sich die rechtlichen Möglichkeiten, (wieder) in ein reguläres Krankenversicherungsverhältnis zu kommen oder auf dem Weg über den Bezug von Grundsicherungs- oder Sozialhilfeleistungen gesundheitliche Regelversorgungsleistungen finanziert zu bekommen, nicht zwingend ‚von selbst‘. Schon für Fachleute ist der entsprechende Regelungskanon immer wieder von Neuem eine Herausforderung, zumal sich sozial- und aufenthaltsrechtliche Regelungen auf nationaler Ebene teils in kurzen Abständen ändern, auch beeinflusst durch europarechtliche Regelungen. Ein wichtiger Faktor in diesem Zusammenhang ist das Verwaltungsumfeld zur Umsetzung der Regelungen. Um herausfinden zu können, ob die Möglichkeit eines regulären Zugangs zur Krankenversicherung besteht, oder ob einer Finanzierung von gesundheitlichen Regelleistungen von den für die soziale Grundsicherung zuständigen Sozialbehörden übernommen werden kann, müssen die betroffenen Personen unter Umständen mehrere unterschiedliche Stellen pro-aktiv kontaktieren. Oftmals kann die Frage, welche Behörde oder Stelle im Einzelfall zuständig ist, nicht sofort geklärt werden. Ist die Zuständigkeitsfrage klar oder geklärt, sind die zuständigen Behörden häufig nicht unmittelbar erreichbar und es kommt zu Verzögerungen. Dabei ist für



die Klärung des Krankenversicherungsstatus oder der Anspruchsrechte einer Person nicht selten die Zusammenarbeit unterschiedlicher Behörden oder öffentlicher Stellen (Jobcenter oder Sozialamt, Jugendamt, Ausländerbehörde, Krankenversicherung etc.) erforderlich. Schwierigkeiten bei der Erreichbarkeit von Behörden oder Verzögerungen hängen – nach Darstellung unterschiedlicher Interview-Partner:innen bei den im Rahmen dieser Evaluation geführten Expert:innen-Interviews – häufig mit personellen Engpässen und Überlastung in den Behörden zusammen. Einige Interview-Partner:innen schilderten allerdings auch, dass sie bei einzelnen Ansprechpartner:innen in den relevanten Behörden oder Stellen immer wieder auch mit „abblockendem Verhalten“ von Mitarbeitenden konfrontiert seien („Es kommt halt drauf an, an wen Sie geraten“). Eine Erklärung hierfür – dies wurde in einzelnen Interviews erwähnt – könnten Vorbehalte von einzelnen Behörden-Mitarbeitenden gegenüber den Betroffenen sein. Ein weiterer Grund – dies betonten mehrere Interview-Partner:innen – ist ein Mangel an Sensibilität für und Wissen über das Problem der fehlenden oder unzureichenden Krankenversicherung bei Mitarbeitenden in den zuständigen Stellen. Darüber hinaus könnte auch das aus der Verwaltungsforschung bekannte Phänomen des ‚Verschiebebahnhofs‘ (Reiter/Walter 2022) eine Rolle spielen: unklare Zuständigkeiten, die an sich mit unter Umständen hohen Kosten verbunden sind, werden tendenziell zunächst abgeblockt. Die föderale und gegliederte Verwaltungsstruktur in Deutschland, mit z.B. vergleichsweise autonomen kommunalen Sozialbehörden kann diesen Mechanismus begünstigen. In den Interviews wurde in diesem Zusammenhang für den Berliner Kontext gerade auch von einer schweren Zugänglichkeit der bezirklichen Sozialämter berichtet. Insgesamt wirken Regelungskomplexität, eine mitunter schwer zugängliche Verwaltung, hohe Koordinationsbedarfe zwischen unterschiedlichen Behörden und anderen Stellen als wichtige strukturelle Hürden für den Zugang von nicht oder unzureichend krankenversicherten Menschen zur gesundheitlichen Regelversorgung. Personen, die aufgrund einer individuell schwierigen Ausgangssituation (vgl. oben) unterschiedlichen, teils multiplen Belastungen ausgesetzt sind, können mit dieser strukturellen Komplexität überfordert sein.

Zweitens birgt auch die Organisation des gesundheitlichen Versorgungssystems in Deutschland das Potenzial, Ausschlüsse insbesondere von individuell belasteten Menschen von der gesundheitlichen Versorgung zu befördern. Zunächst ist die (ambulante und stationäre) medizinische Versorgung in Deutschland zuvorderst die Aufgabe des Systems der gesundheitlichen Selbstverwaltung (Ärzte und Krankenkassen) (SGB V). Hier besteht zwar im stationären Zweig eine Versorgungspflicht – so dürfen Krankenhäuser aufgrund des sogenannten „Nothelferparagraphen“ (§ 25 SGB XII und § 6a AsylbLG) Patient:innen nicht abweisen. Im ambulanten Versorgungszweig, also bei den niedergelassenen (Kassen-) Ärzt:innen, besteht diese Behandlungspflicht hingegen nicht. Nach Angaben der Berliner Krankenhausgesellschaft werden regelmäßig Menschen ohne Krankenversicherung in den Berliner Krankenhäusern, auch ambulant, versorgt (der BKG e.V. zufolge handelt es sich – nach einer aktuellen Erhebung – dabei um Behandlungen im Kostenvolumen von 10 Millionen Euro/Jahr aufgrund des Tätigwerdens als Nothelfer gem. § 25 SGB XII oder § 6a AsylbLG).



Allerdings findet diese Versorgung nur in Notfallsituationen statt.⁴ Dabei – darauf wurde oben bereits hingewiesen – ist bekannt, dass insbesondere Personen, die sich ohne gültige Papiere in Deutschland aufhalten, den Gang ins Krankenhaus meiden oder sich tatsächlich nur im absoluten Notfall dorthin wenden, aus Angst davor, dass ihr Aufenthalt den Ausländerbehörden dadurch bekannt wird und infolgedessen eine Abschiebung droht (BAG Gesundheit/Illegalität 2019). Daten darüber, ob und gegebenenfalls wie häufig Patient:innen ohne Krankenversicherung im ambulanten Versorgungszweig, also in den Praxen niedergelassener Ärzt:innen in Berlin, abgewiesen werden, liegen nicht vor. Auch die in den Expert:innen-Interviews gewonnenen Daten enthalten hierzu keine Informationen. Hingegen ist bekannt, dass sich zahlreiche Ärzt:innen in Berlin (z.B. über die Jenny de la Torre Stiftung oder Medibüro) freiwillig in der Versorgung von nicht krankenversicherten Menschen engagieren. Festzuhalten bleibt indes, dass hier ein systemspezifischer, struktureller Faktor zur potenziellen Beschränkung des Zugangs von (nicht krankenversicherten) Menschen zur gesundheitlichen Versorgung existiert. Dabei werden mögliche Versorgungsdefizite auch kaum durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) als Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems aufgefangen. Zwar gehören zu den Zielgruppen des vor allem auf kommunaler Ebene angesiedelten ÖGD insbesondere vulnerable Bevölkerungsgruppen (unter denen Nicht-Versicherung potenziell häufiger vorkommt). In den Expert:innen-Interviews ist allerdings mehrfach deutlich geworden, dass der ÖGD an der Versorgung der Menschen ohne Krankenversicherung in Berlin nur wenig teilnimmt. Die Gesundheitsämter sind vielfach auf ihre traditionellen Aufgaben konzentriert. Zwar – so berichteten es Interview-Partner:innen – wächst das Interesse von Mitarbeitenden der Berliner Gesundheitsämter an der Arbeit der Clearingstelle (z.B. in Form einer wachsenden Nachfrage nach Fortbildungsmaßnahmen), allerdings fehlt es an einem flächendeckenden Auftrag zur Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz und/oder Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung. Es gibt mithin keine öffentliche Anlaufstelle zur Erbringung von Versorgungsleistungen, an die sich Betroffene regelhaft wenden können.

Zusätzlich zu den genannten strukturellen Faktoren, die als Barrieren für den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung wirken können, sind drittens weitere strukturelle Zugangshürden denkbar, so z.B. (Fach-)Ärzt:innen-Mangel und damit verbundene Schwierigkeiten des

⁴ In diesen Situationen können die Krankenhäuser aufgrund des sog. Nothelferparagraphen (§ 25 SGB XII; § 6a AsylbLG) rückwirkend Kosten für die innerhalb der ersten 24 Stunden (Notfall-Zeitraum) im Krankenhaus geleisteten Behandlungen mit den zuständigen Sozialbehörden der Bezirke abrechnen, wobei die Vergütung der Notfall-Leistungen pauschal erfolgt. Eine Schwierigkeit ergibt sich daraus, dass die im Notfall-Zeitraum anfallenden Kosten für Behandlungen häufig höher sind, als das Krankenhaus pauschal (als „Nothelfer-Pauschale“) von den Sozialbehörden erstattet bekommt. Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich daraus, dass die notwendigen Behandlungen mitunter mit stationären Aufnahmen verbunden sind und länger als 24 Stunden dauern. Ist dieser Zeitraum überschritten, müssten die Patient:innen sich eigenständig um die Kostenübernahme durch die Sozialbehörden kümmern und einen entsprechenden Antrag dort stellen. Es kommt vielfach vor, dass Patient:innen dies nicht tun, so dass die Krankenhäuser letztlich ‚auf den Kosten sitzenbleiben‘.

Zugangs zu Terminen, oder eine breitmaschige Struktur des Versorgungsnetzes mit großen räumlichen Distanzen, die von Patient:innen überwunden werden müssen, um an Versorgung zu gelangen. Derartige Schwierigkeiten werden nicht nur in akademischen und fachpolitischen Debatten, sondern auch im öffentlichen Diskurs immer wieder thematisiert. Im Rahmen dieser Evaluation wurden sie von Interview-Partner:innen vereinzelt angesprochen (insbesondere die Frage des Zugangs zu Terminen), jedoch nicht als vorrangige Zugangshürden zur gesundheitlichen Versorgung von nicht krankenversicherten Menschen in Berlin thematisiert.

Nachfolgend werden die Merkmale des Klientels der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen in Berlin sowie die Entwicklung der Klient:innen-Struktur in den vergangenen Jahren erläutert. Dabei kann gezeigt werden, dass die Klient:innen der Clearingstelle maßgeblich von den übergreifenden Ausschlusskriterien betroffen sind.

2.2 Merkmale der Klient:innen und Entwicklung der Klient:innen-Struktur

Im Folgenden werden die in den Sozialdaten hinterlegten soziodemografischen Merkmale (Geschlecht, Alter, Familienstand etc.), die Herkunft und Aufenthaltssituation sowie der aktuelle Krankenversicherungsstatus der Klient:innen der Clearingstelle dargelegt. Dabei wird auch auf zeitliche Veränderungen in der Klient:innen-Struktur eingegangen.

Die Klient:innen der Clearingstelle sind – stabil über die Zeit – mehrheitlich männlich. Im ersten Halbjahr 2023 waren 63 Prozent aller Klient:innen männlich, 36,2 Prozent weiblich und weitere 0,8 Prozent wurden als Trans- oder „diverse“ Personen erfasst (Tabelle 3). Das Durchschnittsalter der Klient:innen im Untersuchungszeitraum beträgt 44 Jahre. Auch hier ist die Veränderung über die Zeit seit Beginn der Datenerfassungen gering. Gleiches gilt mit Blick auf die einzelnen Altersstufen. Der Großteil der Klient:innen ist – seit Beginn der Datenerfassung stabil – 40 Jahre oder älter.

Tabelle 3: Klient:innen nach Geschlecht und Alter

	Klient:innen Nov. 2018 bis Juni 2021	Klient:innen 2021 gesamt	Klient:innen 2022 gesamt	Klient:innen 2023 1. Halbjahr
Gesamtzahl der Klient:innen	2027	1070	1286	1064
Geschlecht				
Männlich	61,6 %	61,3 %	63,5 %	63 %
Weiblich	37,8 %	38,1 %	35,9 %	36,2 %
Trans	0,2 %	0,4 %	0,3 %	0,4 %
Divers	0,1 %	0,2 %	0,2 %	0,5 %

Keine Angabe	0,3 %	0,0 %	0,1 %	0,0%
Alter				
< 18	2,6 %	3,6 %	3,5 %	2,6 %
18 bis 29	14,1 %	11,6 %	16,5 %	15,8 %
30 bis 39	27,1 %	26,5 %	24,9 %	28,1 %
40 bis 49	21,4 %	23,2 %	22,6 %	21,5 %
50 bis 59	14,6 %	15,8 %	15,3 %	15,2 %
60+	18,9 %	19,3 %	17,3 %	16,6 %
>=40 Jahre	54,9 %	58,2 %	55,1 %	53,4 %
Keine Angabe	1,3 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
Mittelwert	44 Jahre	46 Jahre	45 Jahre	44 Jahre

Quellen: Datensatz Clearingstelle, Berichtsjahre 2021, 2022, 2023, 1. Hbj.; FBE 2021: 20.

Werden die Klient:innen nach Staatsangehörigkeit betrachtet, zeigen sich im Zeitverlauf deutliche Veränderungen. Übergreifend nimmt der Anteil der Klient:innen aus Drittstaaten außerhalb der Europäischen Union (EU) deutlich zu, während der Anteil der Klient:innen mit deutscher Staatsangehörigkeit abnimmt. Über die Jahre hinweg relativ stabil bleibt der Anteil der Klient:innen aus EU-Mitgliedstaaten (Tabelle 4).

Im abgeschlossenen Berichtsjahr 2022 waren die drei häufigsten Herkunftsländer von Personen aus Drittstaaten Vietnam, Serbien und Kamerun, bei den EU-Bürger:innen waren es Polen, Bulgarien und Rumänien.

Der Anteil der Klient:innen, die entsprechend der Meldepflicht angemeldet sind, sinkt seit 2021 stetig. Die große Mehrzahl der Klient:innen sind entweder nicht einwohneramtlich gemeldet, oder es liegen keine Informationen über den Status der Anmeldung und des Aufenthaltsstatus vor.

Tabelle 4: Klient:innen nach Staatsangehörigkeit und einwohneramtlicher Anmeldung

	Klient:innen Nov. 2018 bis Juni 2021	Klient:innen 2021 gesamt	Klient:innen 2022 gesamt	Klient:innen 2023 1. Halbjahr
Gesamtzahl der Klient:innen	2027	1070	1286	1064
Staatsangehörigkeit				
Drittstaat	48,0 %	55,8 %	60,7 %	62,0 %
EU	27,1 %	27,5 %	25,1 %	25,9 %
Deutsch	22,2 %	11,4 %	10,2 %	8,8 %
Mehrere	1,8 %	4,7 %	3,6 %	3,0 %
Keine	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %
Unklar	0,1 %	0,5 %	0,1 %	0,0 %
Keine Angabe	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Einwohneramtlich gemeldet				
Ja	14,4 %	24,9 %	20,4 %	17,5 %
Nein	40,5 %	47,4 %	46,1 %	42,9 %
Unklar	2,8 %	1,6 %	1,0 %	1,1 %
Keine Angabe	42,3 %	26,2 %	32,5 %	38,5 %

Quellen: Datensatz Clearingstelle, Berichtsjahre 2021, 2022, 2023, 1. Hbj.; FBE 2021: 21.

In Tabelle 5 sind der Familienstand und die Wohnsituation der Klient:innen der Clearingstelle abgebildet. Knapp 60 Prozent sind entweder wohnungs- oder obdachlos. Der Anteil der Klient:innen in gesicherten Wohnsituationen nimmt im Zeitverlauf kontinuierlich ab und beträgt im ersten Halbjahr 2023 nur noch 23,8 Prozent. Berücksichtigt man nur die Personen, zu denen aus den Daten entsprechende Informationen vorliegen, beträgt der Anteil der Klient:innen in gesicherten Wohnsituationen knapp 33,3 Prozent.

Die Mehrheit der Klient:innen der Clearingstelle ist ledig. Mit Blick auf den Familienstand sind Veränderungen in der Klient:innen-Struktur im Zeitverlauf vergleichsweise gering, wobei anzumerken ist, dass der Anteil der Personen zu denen hier keine Informationen vorliegen, sich im Untersuchungszeitraum verdoppelt hat.

Tabelle 5: Klient:innen nach Wohnsituation und Familienstand

	Klient:innen Nov. 2018 bis Juni 2021	Klient:innen 2021 gesamt	Klient:innen 2022 gesamt	Klient:innen 2023 1. Halbjahr
Gesamtzahl der Klient:innen	2027	1070	1286	1064
Wohnsituation				
Wohnungslos	37,5 %	43,5 %	46,9 %	44,7 %
Obdachlos	15,6 %	17,8 %	14,7 %	14,9 %
Gesicherte Wohnsituation	39,9 %	31,8 %	25,6 %	23,8 %
Sonstiges	3,1 %	2,8 %	2,6 %	2,2 %
Keine Angabe	3,9 %	4,1 %	10,2 %	14,4 %
Familienstand				
ledig	56,4 %	54,1 %	49,8 %	46,5 %
geschieden, getrenntlebend	14,5 %	15,0 %	15,7 %	14,8 %
verheiratet	13,1 %	12,8 %	12,1 %	12,3 %
verwitwet	5,2 %	5,3 %	4,7 %	4,8 %
Lebensgemeinschaft, - partnerschaft	0,2 %	0,6 %	0,9 %	0,8 %
unbekannt	0,4 %	0,3 %	0,5 %	0,3 %
Keine Angabe	10,2 %	12,0 %	16,3 %	20,5 %

Quellen: Datensatz Clearingstelle, Berichtsjahre 2021, 2022, 2023, 1. Hbj.; FBE 2021: 21.

Der im Rahmen des Erstgesprächs bei der Clearingstelle festgestellte Krankenversicherungsstatus der einzelnen Klient:innen ist wesentlich für den weiteren Verlauf des Beratungsprozesses. Der konkrete Bedarf an Beratungsleistungen für die Klient:innen sowie an notwendigen weiteren Schritten zu ihrer Unterstützung durch die Clearingstelle hängt eng zusammen mit dem jeweiligen (meist fehlenden oder unzureichenden) Krankenversicherungsschutz oder den (häufig unzureichenden) Informationen zur bestehenden Krankenversicherung beziehungsweise den Möglichkeiten des Zugangs zur Mitgliedschaft in einer Krankenkasse. Die Anteile der Klient:innen mit aktuell keiner oder unklarer Krankenversicherung beträgt im ersten Halbjahr 2023 71 Prozent (Tabelle 6). In den vollständigen Berichtsjahren 2021 und 2022 machte diese Gruppe ebenfalls den größten

Anteil aus (2021 mit 81 Prozent und 2022 mit 75 Prozent). Der Anteil der aktuell gesetzlich (GKV) oder privat (PKV) Versicherten betrug im Untersuchungszeitraum seit Beginn 2021 stets weniger als fünf Prozent.

Tabelle 6: Aktuelle Krankenversicherung der Klient:innen

	Klient:innen Nov. 2018 bis Juni 2021	Klient:innen 2021 gesamt	Klient:innen 2022 gesamt	Klient:innen 2023 1. Halbjahr
Gesamtzahl der Klient:innen	2027	1070	1286	1064
Aktuelle Krankenversicherung				
Keine	62,4 %	75,4 %	69,4 %	65,6 %
Unklar	8,9 %	5,6 %	5,2 %	5,5 %
GKV	8,6 %	4,0 %	3,0 %	2,6 %
PKV	2,0 %	0,9 %	1,0 %	0,9 %
Gesetzlich EU	2,1 %	1,7 %	2,2 %	2,1 %
Notlagentarif / ruhend	5,5 %	1,9 %	1,3 %	1,6 %
Asylbewerberleistungsgesetz - Sondersysteme	1,5 %	1,3 %	1,2 %	0,8 %
Drittstaat	1,0 %	0,7 %	1,2 %	0,9 %
Reise-/Besucherversicherung	1,6 %	0,8 %	1,8 %	1,0 %
Europäische PKV	0,4 %	0,4 %	0,3 %	1,2 %
Privat EU	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,3 %
Nicht relevant	1,1 %	2,3 %	1,6 %	1,7 %
Keine Angabe	4,5 %	4,6 %	11,7 %	15,6 %

Quellen: Datensatz Clearingstelle, Berichtsjahre 2021, 2022, 2023, 1. Hbj.; FBE 2021: 22.

Die Lebensumstände der Klient:innen sind ein wichtiger Einflussfaktor für den Status der Krankenversicherung. Im abgeschlossenen Berichtsjahr 2022 lag der Anteil der Klient:innen ohne Krankenversicherung unter den Personen aus Drittstaaten und den EU-Bürger:innen mit über 70 Prozent deutlich über dem Anteil der Klient:innen ohne Krankenversicherung mit deutscher Staatsbürgerschaft (Tabelle 7). In der letztgenannten Gruppe verfügt nur die Hälfte über gar keine Krankenversicherung. Klient:innen mit gesicherter Wohnsituation hatten dabei wiederum zu 60 Prozent keine Krankenversicherung, der Anteil unter den wohnungs- und obdachlosen Klient:innen lag hier bei über 80 Prozent.



Tabelle 7: Klient:innen ohne KV bei Erstgespräch nach Staatsangehörigkeit und Wohnsituation

	Klient:innen 2021 gesamt	Klient:innen 2022 gesamt	Klient:innen 2023 1. Halbjahr
Keine Krankenversicherung bei Erstgespräch:			
Staatsangehörigkeit: Deutsch	57,4 %	48,9 %	38,9 %
Staatsangehörigkeit: EU	75,5 %	72,8 %	65,9 %
Staatsangehörigkeit: Drittstaat	79,2 %	72,2 %	69,2 %
Wohnsituation: Gesichert	66,3 %	60,0 %	58,0 %
Wohnsituation: Wohnungslos	84,3 %	83,9 %	84,7 %
Wohnsituation: Obdachlos	85,0 %	86,3 %	82,3 %

Quelle: Datensatz Clearingstelle, Berichtsjahre 2021, 2022, 2023, 1. Hbj.

Die Klient:innen finden auf unterschiedlichen Wegen Zugang zu den Angeboten der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen.

2.3 Zugang der Klient:innen zur Clearingstelle und Wandel der Zugangswege

Der Großteil der Klient:innen der Clearingstelle wird über unterschiedliche Trägereinrichtungen anderer Beratungs-, Hilfe- oder Unterstützungsangebote an die Clearingstelle vermittelt (Tabelle 8). Zusätzlich verweisen Mitarbeitende in Ämtern oder öffentlichen Stellen auf die Leistungen der Clearingstelle. Weitere Zugangswege ergeben sich aus Verweisen von Krankenhäusern oder Ärzt:innen, bei denen die Klient:innen der Clearingstelle Hilfe in Akutsituationen suchen, oder über Hinweise, die sie aus ihrem persönlichen Umfeld erhalten. Schließlich werden Klient:innen auch über die Öffentlichkeitsarbeit der Clearingstelle auf diese aufmerksam.

Über den Untersuchungszeitraum hinweg – wenn auch mit leicht absteigender Tendenz – ist der häufigste Zugangsweg derjenige über andere Beratungs- oder Hilfeeinrichtungen. Im ersten Halbjahr 2023 wurden 58,1 Prozent der Klient:innen durch andere Beratungs- oder Hilfeeinrichtungen auf die Clearingstelle aufmerksam gemacht. Dabei verweist Malteser Medizin im Vergleich den höchsten Anteil an Personen an die Clearingstelle, gefolgt von Medibüro und Fixpunkt e.V.. Auch die weiteren Einrichtungen der Berliner Stadtmission sowie die Caritas Ambulanz und die Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung (eine Einrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes) vermitteln regelmäßig Klient:innen an die Clearingstelle.



Die Vermittlung über Ämter, Behörden oder öffentliche Stellen ist weit weniger relevant und hat sich zudem im Vergleich zu den Anfangsjahren der Tätigkeit der Clearingstelle anteilig mehr als halbiert. Angestiegen ist dagegen der Anteil derjenigen Klient:innen, die auf anderen Wegen auf die Clearingstelle aufmerksam werden. Insbesondere die Wege über das persönliche Umfeld (Freunde, Familie, Bekannte) und Krankenhäuser bzw. Ärzt:innen steigen im Zeitverlauf anteilig an.

Tabelle 8: Zugang zur Clearingstelle (Fälle mit Angaben zum Zugang)

	Alle Klient:innen Nov. 2018 bis Juni 2021	Alle Klient:innen 2021 gesamt	Alle Klient:innen 2022 gesamt	Alle Klient:innen 2023 1. Halbjahr
Zugang über: andere Beratungsstellen / Hilfeeinrichtungen, darunter:	63,0 %	59,0 %	56,3 %	58,1 %
Malteser Medizin	18,6 %	15,4%	17,3%	19,6%
Medibüro	8,1 %	6,5%	6,3%	3,4%
Fixpunkt e.V.	7,3 %	4,9%	4,1%	3,2%
Berliner Stadtmission (Ambulanz, Pflegerzimmer)	5,0 %	4,1%	2,9%	3,8%
Caritas (Ambulanz, Krankenwohnung)	5,2 %	4,5%	4,1%	3,8%
Zentrum für sexuelle Gesundheit	3,2 %	3,2%	3,0%	2,9%
Berliner AIDS-Hilfe e.V.	1,8 %	2,0%	1,2%	0,9%
GEBEWO pro	0,3 %	0,3%	0,2%	0,0%
Jenny de la Torre	0,1 %	0,1%	0,2%	0,3%
Sonstige Beratungseinrichtungen	13,6 %	18,0%	17,0%	20,2%
Zugang über: Ämter / Behörden / öffentliche Stellen, darunter:	8,1 %	4,3 %	4,5 %	3,3 %
Gesundheitsamt	2,9 %	0,8%	1,8%	1,2%
Sozialamt	2,6 %	2,4%	1,4%	0,7%
Jugendamt	0,2 %	0,2%	0,1%	0,1%
Jobcenter	1,9 %	0,8%	1,0%	1,0%
Sonstige öffentliche Stellen	0,4 %	0,1%	0,2%	0,3%

Zugang über: Sonstiges, darunter:	28,9 %	36,7 %	39,5 %	38,4 %
Freunde / Familie / Bekannte	10,6 %	14,8%	15,3%	17,4%
Polizei	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Krankenhaus / Arzt	6,5 %	8,1%	11,0%	10,9%
Webseite	4,3 %	7,1%	8,0%	6,5%
Radio, Zeitung, andere Medien	1,8 %	0,8%	0,3%	0,3%
Flyer	0,3 %	0,3%	0,0%	0,1%
Außenwerbung / Gelände	0,1 %	0,1%	0,1%	0,0%
Intern (weitere Einrichtungen der Berliner Stadtmission)	1,1 %	2,1%	1,1%	0,8%
Sonstiges	4,4 %	3,4%	3,7%	2,4%
Anzahl gültiger Antworten	1142	973	1111	863

Quellen: Datensatz Clearingstelle, Berichtsjahre 2021, 2022, 2023, 1. Hbj.; FBE 2021: 23.

Inwieweit sich die Nachfrage nach den Leistungen der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen mit den tatsächlichen Bedarfen deckt, ist unbekannt. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass bei weitem nicht alle Personen in Berlin, die der Unterstützung bei der (Re-)Integration in das Regelsystem der Krankenversicherung, einer umfassenden Sozial- oder Aufenthaltsberatung im Zusammenhang mit ihrer gesundheitlichen Versorgungssituation und / oder der kurzfristigen Übernahme von Behandlungskosten bedürften, den Weg in die Clearingstelle finden. Dies hängt u.a. mit der nach wie vor eingeschränkten Bekanntheit der Clearingstelle zusammen. So erfreut sich diese zwar einer wachsenden Aufmerksamkeit nicht nur in der Fachöffentlichkeit, sondern auch in der allgemeinen Öffentlichkeit und in den Communities potenzieller Klient:innen. Allerdings ist nach wie vor nicht überall bekannt, wo potenzielle Klient:innen regelmäßig anzutreffen sind.

Im nachfolgenden Kapitel wird die Arbeit der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen entlang ihrer Kernfunktionen analysiert und damit auf die Möglichkeiten der Clearingstelle, einen Beitrag zur Überwindung der erläuterten Zugangshürden zu leisten, eingegangen.



3 Kernfunktionen der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen

Die Clearingstelle wendet sich mit ihrem Angebot an Menschen, die in Berlin ihren Lebensmittelpunkt haben, keinen Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung haben und bedürftig sind. Sie hat ein breites Aufgabenspektrum:

- Erstens bietet die Clearingstelle ihren Klient:innen ausführliche, individuelle Sozial- und gegebenenfalls Aufenthaltsberatung an. Diese Beratung findet stets in Kombination mit dem Clearing statt, also zusammen mit der Prüfung, ob die ratsuchende Person unwissentlich eine Krankenversicherung hat, oder, falls nicht, ob sie die Möglichkeit des Zugangs zum Krankenversicherungssystem nach SGB V oder auch des Zugangs zur Übernahme der individuellen Kosten für die Gesundheitsversorgung durch das Sozialamt (SGB XII, AsylbLG) hat. Im Sinne eines möglichst barrierearmen Zugangs bietet die Clearingstelle diese umfassende Beratungs- und Clearingfunktion in zehn Sprachen an (deutsch, englisch, italienisch, russisch, türkisch, bulgarisch, rumänisch, polnisch, französisch, vietnamesisch). Bei Bedarf kann zudem professionelle Sprachmittlung, z.B. durch den Gemeindedolmetschdienst oder Sprint bzw. einen telefonischen Anbieter, hinzugezogen werden. Die Beratung erfolgt auf Wunsch der Klient:innen anonym bzw. unter Verwendung eines Pseudonyms, so dass die Klient:innen ihre Identität nicht preisgeben müssen.
- Zweitens, verbunden mit der Clearing- und Beratungsfunktion ist die Aufgabe, die Klient:innen – sofern möglich – in ein Krankenversicherungsverhältnis oder an einen alternativen Kostenträger zu vermitteln. Je nach Ergebnis der Prüfung der individuellen Vermittlungsmöglichkeiten unterstützt die Clearingstelle aktiv bei notwendigen Kontaktaufnahmen und beim Stellen der entsprechenden Anträge.
- Drittens soll die Clearingstelle die Gesundheitsversorgung der Klient:innen sicherstellen, sofern (akuter) Bedarf besteht und (kurzfristig) kein Zugang zur Krankenversicherung oder zu sonstigen Systemen, die Behandlungskosten tragen könnten, möglich ist. Sie stellt den Betroffenen dabei einen Kostenübernahmeschein aus, auf deren Grundlage die Kosten für notwendige medizinische Behandlung aus dem vom Land Berlin finanzierten Notfallfonds übernommen werden können. Außerdem vermittelt die Clearingstelle zu kooperierenden Fachärzten und Krankenhäusern.
- Viertens fungiert die Clearingstelle als Kompetenzzentrum zur Peer-Beratung von Fachkräften in Behörden oder sozialen Einrichtungen, Stellen und Organisationen, die mit Menschen ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz in Kontakt kommen bzw. mit ihnen arbeiten.



Mit ihrem Angebot stellt die Clearingstelle im Land Berlin derzeit die einzige allgemeine Anlaufstelle für nicht oder nicht ausreichend krankenversicherte Menschen dar, in der Beratung, Clearing und die Möglichkeit zur öffentlichen Übernahme von Versorgungskosten aus öffentlichen Mitteln gebündelt angeboten werden (vgl. BACK 2023).⁵

3.1 Beratungstätigkeit

3.1.1 Entwicklung der Erst- und Folgeberatungen

Die Mitarbeitenden der Clearingstelle führen zahlreiche Erst- und Folgeberatungen für nicht oder nicht ausreichend krankenversicherte Menschen durch. Wird zunächst die Entwicklung der Gesamtzahl der im Untersuchungszeitraum in den einzelnen Jahren insgesamt beratenen Klient:innen betrachtet, zeigt sich für die vergangenen Jahre eine kontinuierliche Steigerung. Im Jahr 2021 haben 1070 Personen eine oder mehrere Beratungen in der Clearingstelle in Anspruch genommen, wobei 750 Personen erstmalig und 320 folgeberaten wurden. Im Jahr 2022 hat die Clearingstelle insgesamt 1286 Menschen beraten, darunter 862 in Erst- und 424 in Folgeberatung. Und im ersten Halbjahr 2023 wurden insgesamt 1064 Klient:innen beraten, davon 581 erstmalig und 483 nachfolgend. Damit hat die Clearingstelle allein im ersten Halbjahr 2023 fast genauso viele Personen beraten, wie im gesamten Jahr 2021.

Insgesamt wird ersichtlich, dass die Anteile der Folgeberatungen deutlich zunehmen. Lag der Anteil der Erstberatungen im Jahr 2021 noch bei 70,1 Prozent an der Gesamtzahl der Beratungen, so betrug er im ersten Halbjahr 2023 nur noch 54,6 Prozent. Das heißt, 45,4 Prozent der Beratungen im ersten Halbjahr 2023 waren Folgeberatungen. Dabei liegen die Erstberatungen der hier erfassten Klient:innen teils bereits länger zurück, wie Tabelle 9 aufzeigt.

⁵ Bundesweit gibt es nach Information der Bundesarbeitsgemeinschaft Anonymer Behandlungsschein und Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherung (BACK) derzeit 22 vergleichbare Einrichtungen (BACK 2023).

Tabelle 9: Klient:innen in Folgeberatung nach Jahr der Erstberatung

	Nov. 2018 bis Juni 2021	2021 gesamt	2022 gesamt	2023 1. Halbjahr
Gesamtzahl der Klient:innen	2027	1070	1286	1064
Jahr der Erstberatung				
2018	7,6 %	0,4 %	0,2 %	0,4 %
2019	37,1 %	6,5 %	3,5 %	3,5 %
2020	37,2 %	22,7 %	10,0 %	7,1 %
2021	18,1%	70,1 %	19,3 %	10,2 %
2022			67,0 %	24,2 %
2023				54,6 %

Quellen: Datensatz Clearingstelle, Berichtsjahre 2021, 2022, 2023, 1. Hbj.; FBE 2021: 24.

Zur Erklärung dieser Entwicklung wurden in mehreren im Rahmen der Evaluation geführten Expert:innen-Interviews unterschiedliche Gründe genannt. Zunächst kann der Anstieg der Beratungszahlen insgesamt auf eine wachsende Bekanntheit der Clearingstelle zurückgeführt werden. Unter anderem vor dem Hintergrund einer zunehmend engeren Vernetzung mit anderen Einrichtungen, die mit potenziell Betroffenen in Kontakt stehen, erreicht die Clearingstelle mit ihrem Angebot heute mehr Menschen als zum Zeitpunkt ihrer Gründung. In einzelnen Expert:innen-Interviews wurde ebenfalls hervorgehoben, dass die Zugänglichkeit der Clearingstelle seit der Einführung von offenen Sprechstunden im Jahr 2020 gut ist. Für den Anstieg der Zahl der Folgeberatungen haben Interview-Partner:innen insbesondere drei Gründe genannt. Zum einen wurde von einem Anstieg der Beratungsbedarfe der Klient:innen im Zusammenhang mit der Beobachtung einer zunehmenden Komplexität der Beratungsfälle berichtet; für die angemessene Beratung einer/eines Klient:in sind daher häufig mehrere Beratungstermine erforderlich (vgl. Tabelle 10). Zweitens kommen Personen ohne Krankenversicherung, die die Erfahrung gemacht haben, dass ihnen in akuten Situationen, z.B. mit dem Ausstellen einer Kostenübernahmescheins, geholfen wird, teils auch nach längerer Zeit wieder. Es ist bekannt, dass Menschen ohne Krankenversicherungsschutz in individuellen Notlagen, wie sie in Kapitel 2 beschrieben wurden, Besuche bei Ärzt:innen oder in medizinischen Einrichtungen lange hinauszögern und oft erst in akuten Situationen Hilfe suchen (was mitunter auch zur Chronifizierung von Krankheiten oder gesundheitlichen Leiden führen kann). Die Clearingstelle mit ihrem niedrighwelligen Angebot ist für die Betroffenen dann eine wichtige Anlaufstelle zur Erlangung rascher Hilfe. Dabei suchen jedoch nicht alle Betroffenen darüber hinaus Hilfe bei der Überwindung des grundsätzlichen Problems des Fehlens einer Krankenversicherung. Weiterhin kommen drittens zunehmend Personen, die dauerhaft keinen Zugang zur Krankenversicherung haben, und die aufgrund von chronischen



Krankheiten einen dauerhaften oder wiederkehrenden Bedarf an medikamentöser Behandlung haben, wiederkehrend zur Clearingstelle.

3.1.2 Quantitative Entwicklung der Sozial- und der Aufenthaltsberatungen

Der Vergleich der Daten des ersten Halbjahres 2023 mit den Daten der Vorjahre 2021 und 2022 (Tabelle 10) verdeutlicht, dass die Clearingstelle jedes Jahr eine je zunehmende Zahl an Sozial- und Aufenthaltsberatungen (SB/AU) leistet. Seit ihrer Gründung im Jahr 2018 bis zur Vorlage des vorangehenden Evaluationsberichts im Oktober 2021 (FBE 2021) hat die Clearingstelle insgesamt 5.862 solcher Beratungen durchgeführt. Im Jahr 2022 alleine wurden insgesamt 5.302 Sozial- und Aufenthaltsberatungen durchgeführt. Für das erste Halbjahr 2023 werden bereits 3.284 Beratungen ausgewiesen. Daher ist absehbar, dass sich die Zahl der Beratungen im gesamten Jahr 2023 im Vergleich zu den Vorjahren weiter erhöhen wird.

In den ersten drei Jahren lag die Zahl der Beratungen je Klient:in mit mindestens einer Beratung im jeweiligen Jahr (Tabelle 10) bei durchschnittlich drei Terminen. Für die Klient:innen im Jahr 2021 stieg diese Zahl auf durchschnittlich knapp sieben und in 2022 auf beinahe neun Beratungstermine je Klient:in. Für die Klient:innen in 2023 könnte sich diese Entwicklung fortsetzen, bisher waren es im Mittel schon fünf Beratungen pro Klient:in.

Die Sozialberatungen haben durchgängig den größten Anteil an den Beratungsleistungen der Clearingstelle (siehe Tabelle 10). Im ersten Halbjahr 2023 haben 1.033 Klient:innen mindestens eine Sozialberatung erhalten. Im gesamten Jahr 2022 sind es nur ein Viertel mehr, also 1.266 Klient:innen, die mindestens eine Sozialberatung erhalten haben. Hier zeigt sich noch einmal deutlich die steigende Zahl an Klient:innen und Beratungsleistungen, die für das gesamte Jahr 2023 im Vergleich zu den vorherigen Jahren zu erwarten sind.

Tabelle 10: Leistungen der Clearingstelle (alle Klient:innen des Berichtszeitraums/-jahres)

	Klient:innen Nov. 2018 bis Juni 2021	Klient:innen 2021 gesamt	Klient:innen 2022 gesamt	Klient:innen 2023 1. Halbjahr
Zahl der beratenen Klient:innen (mindestens eine Beratung, SB oder AU)	2023	1037	1266	1033
Gesamtzahl der Beratungen	5862	3644	5302	3284
Durchschnittliche Anzahl an Beratungen pro Klient:in	2,90	6,59	8,69	6,51
Klient:innen mit mindestens einer SB-Beratung	2023	1024	1241	1003
Gesamtzahl der SB-Beratungen	5354	3123	4556	2874
Durchschnittliche Anzahl an Beratungen pro Klient:in	2,65	5,46	7,42	5,67
Klient:innen mit mindestens einer AU-Beratung	282	243	324	205
Gesamtzahl der Beratungen	508	521	746	410
Durchschnittliche Anzahl an Beratungen pro Klient:in	1,80	1,13	1,28	0,84

Quellen: Datensatz Clearingstelle, Berichtsjahre 2021, 2022, 2023, 1. Hbj.; FBE 2021: 24.

Erklärung: „SB“ = Sozialberatung, „AU“ = Aufenthaltsberatung

Während die Anzahl der durch die Clearingstelle geleisteten Beratungen insgesamt steigt, bleiben die Anteile von Sozial- und Aufenthaltsberatungen an den Beratungsleistungen in etwa konstant. Der Anteil der Aufenthaltsberatungen an der Gesamtzahl der Beratungen lag für alle Klient:innen in 2021 bei 14 Prozent. Bei deutlich gesteigerter Gesamtzahl blieb der Anteil der Aufenthaltsberatungen in 2022 gleich. Im ersten Halbjahr 2023 liegt er bisher bei kaum veränderten 13 Prozent. Ebenfalls ohne große Veränderung erhalten die Klient:innen im Schnitt meistens nicht mehr als eine Aufenthaltsberatung (vgl. Tabelle 10).

3.1.3 Mitarbeiter:innen der Clearingstelle: Hohe Anforderungen, wachsende Beratungsintensität

Zur Einordnung der in Kap. 3.1.1 und 3.1.2 dargestellten Informationen in den Arbeitskontext der Clearingstelle ist ein genauerer Blick auf die Mitarbeitenden der Clearingstelle, die



Anforderungen, die an sie, insbesondere an die Sozial- und/oder Aufenthaltsberater:innen, gestellt werden sowie die jüngste Anforderungsentwicklung notwendig.

In der Clearingstelle arbeiten im Jahr 2023 insgesamt 21 Personen, darunter lediglich vier Vollzeitkräfte. Unter den 21 Mitarbeitenden sind drei Personen in Leitungsfunktionen (zuständige Fachbereichsleitung in der Berliner Stadtmission; Leitung Clearingstelle), zwei Verwaltungskräfte und drei Medizinische Fachangestellte (MFA), eine als MFA-Assistenz tätige Person, jeweils zwei Personen im Controlling und im Qualitätsmanagement sowie acht Sozialberater:innen und zwei Aufenthaltsberater:innen (dies entspricht zusammen insgesamt 6,3 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) (vgl. Tabellen 11 und 12). Die Mitarbeitenden bringen ein breites Spektrum an professionellen Qualifikationen mit (oft mit einer Verankerung in den Bereichen Sozialen Arbeit, Pflege, Gesundheit, Rehabilitation, Pädagogik). Viele haben außerdem professionelle Zusatzqualifikationen erworben. Gerade unter den Sozial- und Aufenthaltsberater:innen sind zudem vielfältige Sprachkompetenzen vorhanden. Weiterhin verfügen die Mitarbeitenden meist über langjährige Berufserfahrung im Feld und sind hier gut vernetzt. Einige haben schon vor ihrer Tätigkeit in der Clearingstelle im Gesundheitsbereich gearbeitet und hatten hier u.U. auch mit Menschen ohne Krankenversicherung zu tun.

Die Sozial- und Aufenthaltsberater:innen setzen alle oben genannten, zentralen Aufgaben der Clearingstelle um. Sie führen die Beratung der Klient:innen und das Clearing durch, vermitteln gegebenenfalls in ein Krankenversicherungsverhältnis oder an einen anderen Kostenträger und treffen Entscheidungen über Kostenübernahmen für einzelne Klient:innen. Im Kontext ihrer Beratungsarbeit nehmen die Mitarbeitenden der Clearingstelle Kontakt zu Behörden, weiteren Stellen oder anderen, kooperierenden Einrichtungen auf, etwa um Anspruchsrechten von Klient:innen nachzugehen. Weiterhin bearbeiten sie Anträge und Schriftverkehr im Zusammenhang des Clearings und der KV- oder Kostenträger-Vermittlung. Vielfach, insbesondere bei komplexen Sachlagen und/oder unklaren Situationen, ist auch Recherchearbeit ein notwendiger Bestandteil der Arbeit. Zudem sind die Sozial- und Aufenthaltsberater:innen für die Dokumentation der einzelnen Fälle im gemeinsam genutzten elektronischen Dokumentationssystem zuständig. Und schließlich beteiligen sie sich an der Vernetzungsarbeit der Clearingstelle. Insgesamt ist die Arbeit gerade der Sozial- und Aufenthaltsberater:innen nicht nur sehr facettenreich, sondern auch sehr intensiv. Zugleich sind die fachlich-professionellen und auch die ethischen Anforderungen hoch.

Zunächst haben die Berater:innen der Clearingstelle es mit einer Vielzahl unterschiedlicher, häufig komplexer Fälle zu tun. Für die angemessene Beratung der Klient:innen sind fundierte Kenntnisse über die Strukturen des sozialen Sicherungs- und Asyl- und Aufenthaltssystems in Deutschland allgemein sowie über die Berliner Versorgungslandschaft im Besonderen notwendig. Weiterhin bedarf es umfangreicher sozial- und aufenthaltsrechtlicher Fachkenntnisse. Die Berater:innen bringen Fachwissen aus den unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern, dem Asyl- und Aufenthaltsrecht sowie weiteren rechtlichen Regelungen, gegebenenfalls auch aus der sozial- und/oder aufenthaltsrechtlichen Rechtsprechung, ein.



Häufig sind auch europarechtliche Kenntnisse notwendig. Aufgrund des beständigen Wandels der diversen gesetzlichen Grundlagen, die für die Arbeit mit den Klient:innen relevant sind, haben die in der Clearingstelle tätigen Berater:innen einen fortwährenden Weiterbildungs- sowie auch einen eigenen Fachberatungsbedarf. Die regelmäßige Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten (die aufgrund der Spezifik des erforderlichen Fachwissens häufig intern von der Clearingstelle selbst organisiert werden) und auch die Inanspruchnahme von Fachberatung gehören daher zum Arbeitsalltag dazu. Die Fachberatung erfolgt durch zwei Sozialrechtsanwält:innen, die die Mitarbeitenden in den unterschiedlichen Einrichtungen der Berliner Stadtmission, so auch der Clearingstelle, regelmäßig beraten (z.T. individuell per Telefon oder Mail bei konkreten, fallbezogenen Fragen, und z.T. im Rahmen von Fallbesprechungen, die die Sozial- und Aufenthaltsberater:innen der Clearingstelle regelmäßig im Team durchführen).

Die Mitarbeitenden der Clearingstelle haben bei der Beratung der Klient:innen sowohl fachlich als (de facto) auch rechtlich einen breiten Ermessensspielraum. Dieser macht eine individualisierte, dem Einzelfall angemessene Beratung möglich, kann aber auch zur Belastung werden.

Zum einen kann der Ermessensspielraum für die Mitarbeitenden emotional belastend wirken. Diese gehen mit hohen moralischen Ansprüchen an ihre Arbeit heran. Sie möchten den einzelnen Klient:innen empathisch gegenüberstehen, befriedigende und tragfähige Problemlösungen mit ihnen erarbeiten und sie in ihrer Eigenständigkeit und Eigeninitiative bestärken. Dabei sehen sich die Mitarbeitenden der Clearingstelle mitunter in einem Dilemma. Oft müssen sie auf der Basis geringer Informationen und häufig auch unter hohem Zeitdruck handeln und entscheiden. Immer wieder kommen Klient:innen mit akuten gesundheitlichen Schwierigkeiten, die mit einem unmittelbaren oder möglichst kurzfristigen medizinischen Interventionsbedarf verbunden sind. Zugleich können die Berater:innen in ihren mit den Klient:innen erarbeiteten Entscheidungen nicht immer auf umfangreiche Informationen zurückgreifen, denn es steht den Klient:innen – entsprechend der oben benannten Grundidee der Clearingstelle – frei, Auskunft über sich zu geben und persönliche Informationen (die für die Beratung und u.U. für den Zugang zur Krankenversicherung oder einer längerfristigen Finanzierung von Gesundheitskosten wichtig sein könnten) preiszugeben. Um die Preisgabe von zusätzlichen Informationen zu erleichtern ist allerdings der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Berater:in und Klient:in meist im Rahmen eines längerfristig angelegten, ressourcenintensiveren Beratungsprozesses erforderlich. Zugleich ist die Clearingstelle eine öffentlich, vom Land finanzierte Einrichtung. Die Berater:innen sind sich bewusst, dass sie in den individuellen Fällen (z.B. wenn es um die Frage der Ausstellung einer Kostenübernahme für Behandlungs-, Labor- oder Medikamentenkosten geht) über die Verausgabung öffentlicher Gelder nach Maßgabe des Auftrags, den die Clearingstelle vom Land Berlin bekommen hat, entscheiden. Sie nehmen vor diesem Hintergrund eine hohe moralische Verantwortung wahr. Es geht darum, die Möglichkeiten zur Vermittlung der Klient:innen in ein Krankenversicherungsverhältnis oder auch zur Vermittlung an alternative



Kostenträger oder an andere, spezialisiertere Beratungsstellen stets genau zu prüfen. Ziel ist es, die Einzelfallentscheidungen möglichst so zu treffen, dass die u.a. mit dem Nothilfefonds zur Verfügung gestellten Mittel so effektiv wie möglich, d.h. für so viele Ratsuchende und unterstützungsbedürftige Personen wie möglich einsetzen zu können.

Zum anderen kann der Ermessensspielraum, über den die Mitarbeitenden der Clearingstelle verfügen, daher auch belastend wirken, weil – gleichsam als Kehrseite – Orientierungsmarken für die tägliche eigene Arbeit weitgehend fehlen. Zwar hat die Clearingstelle Standards zur Durchführung des Clearingprozesses für sich definiert und in diesem Zusammenhang beispielsweise das System der elektronischen Erfassung von Klient:innen-Daten ausdifferenziert. Auch sind die Berater:innen gehalten, die fallbezogenen Informationen regelmäßig mithilfe des Systems festzuhalten und den Beratungsverlauf möglichst genau zu dokumentieren. Nichtsdestotrotz ist eine Standardisierung der Beratung und des Clearings aufgrund der Diversität der Einzelfälle nicht möglich, nicht zielführend und auch nicht gewünscht, da nicht mit der Ausgangsidee der Clearingstelle vereinbar.

Wichtige Faktoren, um die geschilderten Belastungen möglichst gering zu halten und die vorhandenen Personal- und Zeitressourcen möglichst gut einzusetzen, sind die Organisation der Arbeit in der Clearingstelle und das kollegiale Arbeitsumfeld.

Dabei müssen bei der Arbeitsorganisation fortwährend zwei teilweise gegensätzliche Ansprüche miteinander in Ausgleich gebracht werden. So geht es darum sicherzustellen, dass die der Clearingstelle zur Verfügung stehenden Ressourcen (Personal, Geld, Zeit) optimal genutzt werden. Zugleich geht es ebenfalls darum, in der täglichen Arbeit dem eigenen, auch im Handlungsauftrag der Clearingstelle verankerten Leitbild (Ermöglichung eines barrierearmen Zugangs zur Clearingstelle; Durchführung einer individuell zugewandten Beratung und Unterstützung für Menschen ohne Krankenversicherung) so gut wie möglich gerecht zu werden. Umfangreiche Sprechzeiten insbesondere zur offenen, terminungebundenen Beratung (immer montags, mittwochs und donnerstags jeweils für zweieinhalb oder dreieinhalb Stunden; daneben findet dienstags eine Terminsprechstunde statt) sowie die Bereitschaft der Berater:innen, sich intensiv mit den einzelnen Klient:innen zu befassen und sie zu begleiten (im Durchschnitt dauert ein Gespräch in der Sozialberatung 50 Minuten; dazu kommt Zeit für die Nachbereitung und Dokumentation oder – bei Folgeberatungen – auch für die Vorbereitung; vgl. Senat von Berlin 2022: 4) sind wichtige Grundlagen für eine leitbild- und auftragsgerechte Arbeitsorganisation in der Clearingstelle.

Zur Erleichterung der Organisation und im Sinne eines vernünftigen Ressourceneinsatzes geht die Clearingstelle unterschiedliche Wege. Beispielsweise werden während der Beratungszeiten für die wechselseitige Kommunikation der Mitarbeitenden und die sinnvolle Verteilung der vor Ort wartenden Klient:innen digitale Tools genutzt. So stehen die Sozial- und Aufenthaltsberater:innen während der Beratungszeiten mit dem Empfangsbereich sowie untereinander über einen Chat in ständigem Kontakt. Dadurch können gerade die auf Erstberatung wartenden Klient:innen besser auf die einzelnen Berater:innen verteilt werden.



Zudem können so lange Wartezeiten, die sich angesichts des meist großen Andrangs je Sprechstunde ergeben, verkürzt werden. Um den Zeitaufwand gerade für die Erstberatungen besser steuern zu können, ist im Team der Clearingstelle als Richtwert eine Dauer von circa 60 Minuten pro Erstberatung definiert worden. Reicht die Zeit im Einzelfall nicht aus, soll mit der/dem Klientin/Klienten ein weiterer Beratungstermin vereinbart werden. Eine Optimierung der Beratungsorganisation wird zudem über das elektronische Dokumentationssystem, das die Mitarbeitenden zur Erfassung von Klient:innen-Daten nutzen, angestrebt. So nutzen die Mitarbeitenden das System u.a. als Hilfe, um die Clearinggespräche nach den oben bereits angesprochenen, gemeinsamen Standards zu führen. Bei der Falldokumentation werden die einzelnen Beratungsfälle aufgrund der Informationen der Klient:innen im System farblich unterschiedlich markiert. Auf diese Weise gelingt es bei Klient:innen, die zur Folgeberatung kommen, leichter zu erfassen, ob erneut ein ausführlicheres Beratungsgespräch erforderlich ist, oder ob ein kurzes Gespräch mit der/dem ‚zuständigen‘ Erstberater:in, verbunden mit der Ausstellung einer (weiteren/erneuten) Kostenübernahme, etwa bei einer langwierigen oder chronischen Erkrankung, genügt. Eine erneute ausführlichere Beratung könnte beispielsweise geboten oder sinnvoll sein, wenn bei der betreffenden Person die Chance besteht, sie in ein Krankenversicherungsverhältnis zu vermitteln, dazu jedoch die Erhebung weiterer Informationen und die gemeinsame Klärung zusätzlicher Fragen notwendig sind. Eine nur kurze zusätzliche Befassung hingegen bietet sich dann an, wenn aufgrund der vorliegenden Informationen klar ist, dass die betreffende Person dauerhaft nicht in ein Krankenversicherungsverhältnis vermittelt werden kann und auch sonst keine Gründe – z.B. akuter gesundheitlicher Interventionsbedarf – für eine intensivere Befassung vorliegen. Schließlich ist auch die enge Kooperation mit anderen Einrichtungen (vgl. auch Kapitel 4), die (potenzielle) Klient:innen der Clearingstelle beraten, ein Weg, die Beratungs- und Clearingprozesse möglichst effektiv zu gestalten. So hat die Clearingstelle einen Fragebogen für ein Vorclearing entwickelt, der von anderen Beratungseinrichtungen genutzt werden kann. Dieser wird z.B. im Rahmen von Informations- und Weiterbildungsangeboten, die die Clearingstelle durchführt, weitergegeben. Mit Hilfe des Bogens können bei den Kooperationspartnern der Clearingstelle bereits vorab, also vor dem Weiterverweis der/des Klientin/Klienten wichtige Informationen zum Krankenversicherungsstatus und zum individuellen Unterstützungsbedarf erhoben werden, die von der Clearingstelle dann genutzt werden und den Beratungs- und Clearingprozess dort vereinfachen können. Insgesamt wird die Frage, wie die Beratungsarbeit organisiert und Prozesse strukturiert werden können, regelmäßig im Team, z.B. in den Teambesprechungen, thematisiert und mögliche Verbesserungen in diesem Zusammenhang werden auch ausprobiert.

Allgemein bilden flache Hierarchien und offene Strukturen die Grundlage für ein insgesamt vertrauensvolles, kollegiales Teamklima, das den beständigen Austausch der Mitarbeitenden untereinander befördert. Wöchentlich finden in der Clearingstelle Teamsitzungen statt, in denen alle Entwicklungen, die die gemeinsame Arbeit betreffen, offen besprochen werden. Alle Mitarbeitenden können hier offen Fragen, Kritik und Anregungen äußern. Daneben führen

die Mitarbeitenden, insbesondere die Sozial- und Aufenthaltsberater:innen, wöchentliche Fallbesprechungen durch. Sie dienen dem kollegialen Austausch über besonders komplizierte Fälle und bilden die Gelegenheit, kollegiale Expertise weiterzugeben, Tipps und Erfahrungen auszutauschen sowie sich wechselseitig zu beraten. Alle vier Wochen nehmen an diesen Sitzungen die externen, von der Stadtmission beauftragten Sozialrechtsanwält:innen teil. Weiterhin organisiert die Clearingstelle intern regelmäßig Weiterbildungen, Schulungen und ein Supervisionsangebot für die Mitarbeitenden.

Die oben abgebildeten quantifizierbaren Entwicklungen (vgl. Tabellen 9 und 10), also die wachsende Zahl an Beratungen insgesamt und dabei die Zunahme des Anteils an Folgeberatungen, wurden von den Mitarbeitenden der Clearingstelle in den Interviews bestätigt. Insgesamt berichteten die Befragten dabei von einer steigenden Arbeitsbelastung. Diese wurde nicht allein mit der wachsenden Nachfrage nach den Leistungen der Clearingstelle in Verbindung gebracht, sondern auch mit der Wahrnehmung einer Zunahme an komplexen, zeit- und beratungsintensiven Fällen. Auf den ersten Blick spiegelt sich diese Entwicklung nicht in den Beratungsrelationen wider. So ist die Zahl der mindestens einmal beratenen Klient:innen pro Vollzeitäquivalent (VZÄ) zwischen 2021 und 2022 sogar leicht von 230 auf 196 zurückgegangen (Tabelle 11). Diese Entwicklung kann angesichts der hohen Komplexität der Fälle an sich aber kaum als Erleichterung der Beratungsarbeit bewertet werden. Es zeigt sich darin der Effekt der personellen Aufstockung, die die Clearingstelle im Zeitraum 2021 bis 2022 erfahren hat. So standen in 2021 noch nur 4,5 VZÄ für die Aufgaben der Sozial- und Aufenthaltsberatung in der Clearingstelle zur Verfügung, während es im Jahr 2022 knapp zwei VZÄ mehr, nämlich 6,45 VZÄ waren. Die Tatsache, dass die Zahl der mindestens einmal je VZÄ beratenen Klient:innen allein im ersten Halbjahr 2023 bereits bei 164 lag, legt allerdings die Vermutung nahe, dass die Zahl der mindestens einmal beratenen Personen je VZÄ im Jahr 2023 gegenüber 2022 deutlich gestiegen sein dürfte.

Tabelle 11: Klient:innen pro VZÄ

	Vollzeitäquivalente (addiert) in SB und AB der Clearingstelle	Klient:innen mit mindestens einer Beratung SB oder AB	Mindestens einmal beratene Klient:innen pro VZÄ
2021	4,5	1037	230
2022	6,45	1266	196
2023 1. Halbjahr	6,3	1033	164

Quelle: Personaldatensatz Clearingstelle 2021, 2022, 2023, 1. Hbj.

Mit Blick auf die Wahrnehmung einer steigenden Arbeitsbelastung gibt insbesondere die Entwicklung der Beratungszahlen pro VZÄ pro Jahr insgesamt Hinweise auf die Entwicklung. So zeigt Tabelle 12, dass die Gesamtzahl der (SB und AU) Beratungen pro VZÄ ungeachtet der Personalverstärkung zwischen 2021 und 2022 sogar leicht gestiegen ist, nämlich von 810

auf 822. Im ersten Halbjahr 2023 lag die entsprechende Zahl bereits bei 521, so dass für 2023 insgesamt eine weitere Erhöhung erwartet werden kann (Tabelle 12).

Tabelle 12: Beratungen pro VZÄ

	Vollzeitäquivalente (addiert) in SB und AB der Clearingstelle	Gesamtzahl der Beratungen SB und AB	Beratungen pro VZÄ
2021	4,5	3644	810
2022	6,45	5302	822
2023 1. Halbjahr	6,3	3284	521

Quelle: Personaldaten Clearingstelle 2021, 2022, 2023, 1. Hbj.

Die personelle Erweiterung des Stabs der Sozial- und Aufenthaltsberater:innen der Clearingstelle konnte also die (quantitative) Zunahme der Beratungsanforderungen allenfalls kurzzeitig bremsen, jedoch insgesamt nicht eindämmen. Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Anforderungen an die Mitarbeitenden der Clearingstelle hoch sind und die Beratungsintensität in den vergangenen Jahren kontinuierlich zugenommen hat.

3.2 Vermittlungen in Krankenversicherungsschutz: Quantitative Entwicklung und Einordnung in den Problemkontext

Eine wichtige Funktion der Clearingstelle besteht in der Vermittlung von Menschen ohne Krankenversicherung in ein reguläres Krankenversicherungsverhältnis oder an einen alternativen Kostenträger (Sozialamt), der mittel- bis längerfristig anfallende Gesundheitskosten der Betroffenen tragen kann. In den vorangegangenen Evaluationen wurde herausgearbeitet, dass die anfänglich hohe Quote der erfolgreichen (Wieder-) Vermittlung von Klient:innen in eine Krankenversicherung oder ein anderweitiges Kostenübernahmeverhältnis seit Bestehen der Clearingstelle kontinuierlich zurückgegangen ist. Lag diese Vermittlungsquote zunächst zwischen 25 % und 30 % aller Klient:innen in 2018 und 2019 (INIB 2020a: 16-17; FBE 2021: 25), so hat sie sich seit 2020 allmählich auf niedrigere Werte um circa 12 % eingependelt (FBE 2021: 25).

Zurückgeführt wird dies auf die langsame, aber stetige Veränderung der Klient:innen-Struktur der Clearingstelle seit Beginn ihrer Arbeit im September 2018: Zunahme des Anteils an Personen aus Drittstaaten außerhalb der EU, Zunahme des Anteils an Menschen mit unklarem oder ungeregeltem Aufenthaltsstatus, Zunahme der Zahl der wohnungslosen und obdachlosen Personen (vgl. Kapitel 2; vgl. auch: FBE 2021: 25).

Da der hier beschriebene Trend in der Entwicklung der Klient:innen-Struktur sich seit der vorangegangenen Evaluation in abgemilderter Form fortgesetzt hat (vgl. Tabellen 4 und 5,

Kap. 2.2) und sich zugleich der Anteil der Menschen, für die beim Erstkontakt mit der Clearingstelle ein irgendwie gearteter Krankenversicherungsschutz verzeichnet wurde, auf circa 12 % stabilisiert hat (12 % in 2021 und 12,2 % in 2022; vgl. Tabelle 6, Kap. 2.1), wäre zu erwarten gewesen, dass sich die in 2020 erreichte Quote der erfolgreichen Vermittlungen von Klient:innen in einen Krankenversicherungsschutz ebenfalls stabilisiert.

Tatsächlich lag dieser Anteil im Jahr 2021 lediglich bei 6 % oder 54 Personen, ist allerdings im Jahr 2022 wieder auf 10 % aller Klient:innen oder 122 Personen angestiegen (Tabelle 13). Im ersten Halbjahr 2023 lag der Anteil der erfolgreichen Vermittlungen in ein Krankenversicherungs- oder krankenversicherungs-äquivalentes Verhältnis zuletzt bei 6 % oder 59 Personen (Tabelle 13); dies lässt erwarten, dass der Anteil für das Gesamtjahr 2023 noch ansteigt.

Tabelle 13: Vermittlungen in Krankenversicherungsschutz

	Anzahl von Vermittlungserfolgen	Anzahl Klient:innen ohne bereits bestehende KV mit mindestens einer Sozialberatung	Anteil Vermittlungserfolge an beratenen Klient:innen
2021	54	956	6 %
2022	122	1181	10 %
2023 1. Halbjahr	59	970	6 %

Quelle: Datensatz Clearingstelle, Berichtsjahre 2021, 2022, 2023, 1. Hbj.

Für die Berechnung der in Tabelle 13 abgebildeten Zahlen wurde als Grundgesamtheit die Zahl aller Klient:innen der Clearingstelle ohne nachgewiesenes Krankenversicherungsverhältnis im jeweiligen Jahr zugrunde gelegt. Hiervon ausgehend wurden die jeweiligen Vermittlungsanteile anhand aller Personen, die im betreffenden Jahr von der Clearingstelle erfolgreich in ein Verhältnis der „Krankenhilfe über Amt“ vermittelt wurden oder für die die Clearingstelle eine Mitgliedschaft GKV (mit oder ohne Beitragsschulden) oder eine Mitgliedschaft in der PKV (mit oder ohne Beitragsschulden) herstellen konnte, berechnet.

Aufgrund der Umstellung der Fachsoftware zur Erfassung von Klient:innen-Daten bei der Clearingstelle im Jahr 2021 ist ein direkter Vergleich der statistischen Angaben zu den Vermittlungszahlen für den Zeitraum davor und danach insgesamt schwierig. Dessen ungeachtet bleibt die Aufgabe, insbesondere den deutlichen Rückgang der Vermittlungsquote im Jahr 2021 zu erklären. Die Auswertung der relevanten mittels Dokumentenanalyse sowie über die Expert:innen-Interviews gewonnenen qualitativen Daten deutet darauf hin, dass es sich hier zuallererst um einen Corona-Effekt handelt. So wurde die Durchführung der Vermittlungsarbeit der Clearingstelle im Zeitraum von Februar 2020 bis Herbst 2021, im



Verläufe der unterschiedlichen Wellen der pandemiebedingt verfügten staatlichen Einschränkungen des öffentlichen, Wirtschafts- und Soziallebens (vgl. Kaps et al. 2022), immer wieder beeinträchtigt (Senat von Berlin 2022: 4).

Erstens konnte in diesem Zeitraum nur eingeschränkt Beratung angeboten werden. Zwar blieb die Clearingstelle geöffnet und blieb die Nachfrage nach Beratungsleistungen während der Pandemie ungebrochen hoch, doch war es aufgrund der notwendigen Hygienemaßnahmen und der Umsetzung eines strengen Hygienekonzeptes nicht möglich, die vollen Beratungskapazitäten einzusetzen. Beispielsweise musste das Angebot der offenen Beratung zeitweilig ausgesetzt und vollständig auf Terminberatung umgestellt werden (Senat von Berlin 2021: 3). Zweitens stieg pandemiebedingt der Aufwand. Für die Beratung und Begleitung der einzelnen Klient:innen musste nun teils deutlich mehr Zeit aufgewendet werden. Gründe hierfür waren beispielsweise, dass Klient:innen aufgrund der Pandemie-Situation verunsichert waren und mit einem ausgeprägteren Beratungsbedarf in die Sprechstunde kamen, oder auch, weil Mitarbeitende in Behörden oder bei Kooperationspartnern der Clearingstelle während der Pandemie nur eingeschränkt erreichbar waren und notwendige Abstimmungen z.B. zur Vermittlung in ein Krankenversicherungsverhältnis, daher nicht oder nur zeitverzögert stattfinden konnten (Senat von Berlin 2021: 3). Drittens wurden die Beratungskapazitäten der Clearingstelle in dieser Zeit auch durch ein erhöhtes Krankheitsaufkommen der Mitarbeitenden und vor diesem Hintergrund notwendige Terminverschiebungen eingeschränkt (Senat von Berlin 2021: 3). Viertens konzentrierten sich die Mitarbeitenden auf die Beratung und Hilfe bei akuten medizinischen Bedarfen der Klient:innen. So bot die Clearingstelle während der Corona-Pandemie beispielsweise in Rücksprache mit der Senatsverwaltung extra Termine für ein „verkürztes Clearing“, insbesondere zur Feststellung unmittelbarer hausärztlicher Versorgungsbedarfe an (Senat von Berlin 2021: 3). Die Aufgabe der Vermittlung in Krankenversicherung konnte in dieser Zeit mithin nicht gleichbleibend nachgehalten werden.

Neben diesen Faktoren zur Erklärung des Rückgangs der Vermittlungsquote in ein Krankenversicherungs- oder Kostenträgerverhältnisse im Jahr 2021 können noch weitere Faktoren, die mit spezifischen Bedarfen einzelner Klient:innen-Gruppen und mit der Klient:innen-Struktur zusammenhängen, genannt werden. Sie ergeben sich teils ebenfalls vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie und sind teils unabhängig davon.

Zunächst ist seit 2020 die Zahl der an Drogensucht erkrankten Personen, die die Clearingstelle mit chronischen infektiologischen Problemen und/oder mit dem Bedarf einer Substitutionsbehandlung aufsuchten, angestiegen. Der Anstieg ist u.a. im Zusammenhang mit der verstärkten Kooperation der Clearingstelle mit Checkpoint e.V., der Berliner Aidshilfe e.V. und Fixpunkt e.V. zu sehen. Die drei Einrichtungen vermitteln Klient:innen mit entsprechenden gesundheitlichen Bedarfen an die Clearingstelle. Zumeist handelt es sich dabei um Personen, die keine Aussicht auf Vermittlung in ein reguläres Krankenversicherungsverhältnis oder auch an einen anderen Kostenträger haben (z.B. bei drogensüchtigen Personen mit

infektiologischen Behandlungsbedarf, die aus anderen EU-Staaten kommen und keine sozialrechtlichen Leistungsansprüche in Deutschland geltend machen können).

Insbesondere während der Corona-Pandemie wurde dabei ein Anstieg der Nachfrage nach Substitutionsbehandlungen sowie infektiologischen Behandlungen bei der Clearingstelle beobachtet (Senat von Berlin 2021: 3). Dies wird u.a. darauf zurückgeführt, dass die Möglichkeiten zur Drogenbeschaffung für betroffene Klient:innen in dieser Zeit mutmaßlich eingeschränkt waren, oder auch darauf, dass die während der Corona-Pandemie in Berlin „gestrandeten“ Tourist:innen mit einer HIV-Infektion Medikamente benötigten (Senat von Berlin 2021: 3 u. 10).

Größtenteils unabhängig von der Corona-Pandemie liefert die allmähliche Veränderung in der Klient:innenstruktur wichtige Hinweise zum Verständnis des Rückgangs des Anteils der durch die Clearingstelle in ein Versicherungs- oder Kostenträgerverhältnis vermittelten Personen insgesamt. So geht der Anteil der Klient:innen mit deutscher Staatsangehörigkeit, bei denen die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Vermittlung größer ist, da häufiger Vorversicherungszeit in einer Krankenversicherung vorliegen als bei EU-Bürger:innen oder Menschen aus einem Drittstaat (vgl. Tabelle 7, Kapitel 2.2), seit Beginn der Tätigkeit der Clearingstelle kontinuierlich zurück. Lag er im Zeitraum November 2018 bis Juni 2021 bei 22,2 % gemessen an der Gesamtheit aller Klient:innen, so liegt dieser Anteil seit 2021 konstant niedrig bei zwischen 10 % und 12 %, mit einer leichten Tendenz zu einer noch deutlicheren Anteilsverschiebung zugunsten von Personen aus EU-Staaten oder Drittstaaten seither.

Insgesamt ist und bleibt die Vermittlung von Menschen ohne Krankenversicherung in ein reguläres Krankenversicherungsverhältnis oder an einen Kostenträger, der mittel- bis längerfristig anfallende Gesundheitskosten der Betroffenen tragen kann, eine wichtige Aufgabe der Clearingstelle. Dabei wird allerdings – auch vor dem Hintergrund der beschriebenen Entwicklungen (beispielsweise der Klient:innen-Struktur oder der regelmäßig anfallenden gesundheitlichen Versorgungsbedarfe; vgl. auch Kapitel 4.3) – deutlich, dass die erfolgreiche Vermittlung in Krankenversicherung ein Baustein zur Bewertung der Tätigkeit der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen ist. Um das zentrale Ziel einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung der betroffenen Personen im Sinne der Gewährleistung des Grundrechts auf gesundheitliche Versorgung erreichen zu können, kommt es dabei maßgeblich auch auf die verantwortungsvolle Erfüllung der weiteren Aufgaben der Clearingstelle an.

3.3 Kostenübernahmen durch die Clearingstelle

Bei Klient:innen, die aufgrund ihrer Ausgangssituation (vgl. Kapitel 2.1) keinen Anspruch auf Überleitung in ein reguläres Krankenversicherungsverhältnis haben, oder die während eines noch laufenden Prozesses der Vermittlung in ein Krankenversicherungsverhältnis oder der Prüfung alternativer Kostenträgerschaft einer medizinischen Behandlung bedürfen, hat die



Clearingstelle die Möglichkeit, die Kosten der Behandlung sowie notwendiger Medikamente und/oder Laboruntersuchungen zu übernehmen. Sie stellt in diesen Fällen Kostenübernahmescheine aus, mit denen die betroffenen Klient:innen bei einem/einer Haus- oder Facharzt/Fachärztin ihrer Wahl vorstellig werden oder auch eine Behandlung im Krankenhaus erhalten können. Die finanzielle Basis für die Ausstellung von Kostenübernahmen sind begrenzte Mittel, die als Teil der an die Clearingstelle fließenden Gesamtzusendung des Landes Berlin für die Finanzierung der Krankenbehandlung (medizinische Behandlung, Medikamente, Laboruntersuchungen) der Klient:innen vorgesehen sind. Knapp die Hälfte der jährlichen Zuwendungsmittel werden für Personal- und Sachkosten im Zusammenhang des Betriebs der Clearingstelle verausgabt, die weiteren Mittel stehen für die gesundheitliche Versorgung von nicht krankenversicherten Menschen zur Verfügung (u.a. Senat von Berlin 2023: 3).

Bei der Verausgabung von Mitteln aus dem Notfallfonds entscheiden die Berater:innen in der Clearingstelle im Rahmen ihrer Gespräche mit den Klient:innen eigenständig, ob Kostenübernahmen ausgestellt werden (vgl. Kapitel 3.1.3). Bei Kostenübernahmen für medizinische Leistungen in Höhe von 10.000 Euro und mehr muss allerdings eine externe Prüfkommision, besetzt mit drei medizinisch sachverständigen, freiwillig tätigen Expert:innen, in die Entscheidung eingebunden werden. Sie hat die Aufgabe, die sachliche Notwendigkeit der Ausgaben sowie die Korrektheit der jeweils angesetzten Ausgabenrechnung zu überprüfen.

Seit 2018 hat das Land Berlin die Mittelausstattung des Projektes Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen sukzessive erhöht von ursprünglich 1,5 Millionen Euro im Jahr 2018 (Senat von Berlin 2018: 1) auf zuletzt rund 2,6 Millionen Euro jeweils für 2022 und 2023 (Berlin 2022: 144). Für die kommenden Jahre sind weitere Mittelaufstockungen geplant (Berlin 2023: 91). Ein Hintergrund hierfür ist u.a. die Entwicklung der Kostenübernahmen. Im Jahr 2022 und auch im laufenden Jahr 2023 waren die über den Notfallfonds bereitgestellten Mittel zur finanziellen Deckung der von der Clearingstelle ausgestellten Kostenübernahmescheine jeweils bereits unterjährig aufgebraucht. Die Senatsverwaltung hat daher in beiden Jahren im Wege der Haushaltswirtschaft zusätzliche Mittel freigegeben und an die Clearingstelle nachgeschossen (vgl. Senat von Berlin 2023: 3).

Nachfolgend wird die Entwicklung der Kostenübernahmen (Soll-Werte) nach medizinischen Fachrichtungen, Versorgungsformen und Leistungsarten dargestellt und Gründe für die dargelegten Entwicklungen diskutiert (3.3.1). Sodann wird ein Vergleich der Soll- und Ist-Werte der Kostenübernahmen insbesondere für das Jahr 2022 angestellt (3.3.2) und schließlich die Differenz zwischen den Soll- und Ist-Werten analysiert (3.3.3.).

3.3.1 Entwicklung der Kostenübernahmen (Soll-Werte)

In diesem Abschnitt wird zunächst die Entwicklung der Kostenübernahmen (KÜ) anhand der Soll-Werte aufgrund der von der Clearingstelle ausgestellten Kostenübernahmescheine

dargestellt. Die Kosten-Soll-Werte unterscheiden sich von den tatsächlichen Kosten (Ist-Werte). Letztere geben die Höhe der Kosten wieder, die der Clearingstelle aufgrund der Einlösung der Kostenübernahmen durch die Klient:innen im Zusammenhang ihrer gesundheitlichen Behandlung *tatsächlich* entstanden sind.

Bei den Klient:innen mit Erstberatung in den Jahren 2019 und 2020 ist die durchschnittliche Anzahl der Kostenübernahmen pro Jahr am höchsten. Dabei sind für 31,1 % aller Klient:innen mit Erstberatung in 2019 oder 234 Personen (FBE 2021: S. 24) im Durchschnitt über fünf Kostenübernahmen ausgestellt worden. Für 54,4 % aller Klient:innen mit Erstberatung in 2020 oder 410 Personen lag die durchschnittliche Anzahl der Kostenübernahmen bei knapp vier (FBE 2021: S. 24). In den darauffolgenden Jahren 2021 und 2022 war die durchschnittliche Zahl der Kostenübernahmen jeweils geringer, wobei die Gesamtzahl der ausgestellten Kostenübernahmen jeweils höher ausfiel als in den Vorjahren. So haben 52,5 % aller Klient:innen mit Erstberatung in 2021 oder 394 Personen beziehungsweise 54,2 % aller Klient:innen mit Erstberatung in 2022 oder 467 Personen im Durchschnitt knapp drei Kostenübernahmen erhalten (Tabelle 14).

Tabelle 14: Kostenübernahmen durch die Clearingstelle (erstberatene Klient:innen)

	Klient:innen mit EB im Jahr 2018	Klient:innen mit EB im Jahr 2019	Klient:innen mit EB im Jahr 2020	Klient:innen mit EB im Jahr 2021	Klient:innen mit EB im Jahr 2022	Klient:innen mit EB im Jahr 2023 1. Halbjahr
Klient:innen mit mindestens einer Kostenübernahme	5	234	410	394	467	260
Gesamtzahl der Kostenübernahmen	-	1285	1602	1058	1163	548
Durchschnittliche Anzahl Kostenübernahmen pro Klient:in	-	5,49	3,91	2,77	2,81	1,97

Quellen: Datensatz Clearingstelle, Berichtsjahre 2021, 2022, 2023, 1. Hbj.; FBE 2021: 24.

Im Ganzen ist die Anzahl aller Klient:innen mit mindestens einer Kostenübernahme und auch die Zahl der insgesamt ausgestellten Kostenübernahmen über die vergangenen Jahre kontinuierlich und dabei von Jahr zu Jahr jeweils deutlich gewachsen. Allein im ersten Halbjahr 2023 wurden bereits insgesamt 1.560 Kostenübernahmen ausgestellt, so dass in 2023 erneut ein klarer Anstieg zu erwarten ist. Demgegenüber ist die durchschnittliche Zahl der



Kostenübernahmen je Klient:in seit Beginn der Tätigkeit der Clearingstelle leicht zurückgegangen (Tabelle 15).

Tabelle 15: Kostenübernahmen durch die Clearingstelle (alle Klient:innen)

	Alle Klient:innen Nov. 2018 bis Juni 2021	Alle Klient:innen 2021 gesamt	Alle Klient:innen 2022 gesamt	Alle Klient:innen 2023 1. Halbjahr
Klient:innen mit mindestens einer Kostenübernahme	819	617	760	598
Gesamtzahl der Kostenübernahmen	3317	2000	2464	1560
Durchschnittliche Anzahl Kostenübernahmen pro Klient:in	4,05	3,83	3,95	2,77

Quellen: Datensatz Clearingstelle, Berichtsjahre 2021, 2022, 2023, 1. Hbj.; FBE 2021: 24.

Wie in Kapitel 2.2 gezeigt wurde, ist die Struktur der Klient:innen der Clearingstelle heterogen. Dementsprechend vielfältig sind die gesundheitlichen Versorgungsbedarfe. Die Fachkräfte in der Clearingstelle ermitteln in den Beratungsgesprächen, ob die Anspruchsgrundlagen für die Vermittlung in das reguläre Krankenversicherungssystem vorliegen, welche Möglichkeiten der Kostenträgerschaft es im Einzelfall gibt und ob eine Kostenübernahme durch die Clearingstelle erfolgen soll. Auf dieser Grundlage stellt die Clearingstelle gegebenenfalls Kostenübernahmen für unterschiedliche Leistungen (ärztliche Leistungen, Medikamente, Laboruntersuchungen) zur Behandlung in diversen Fachrichtungen des Gesundheitssystems aus.

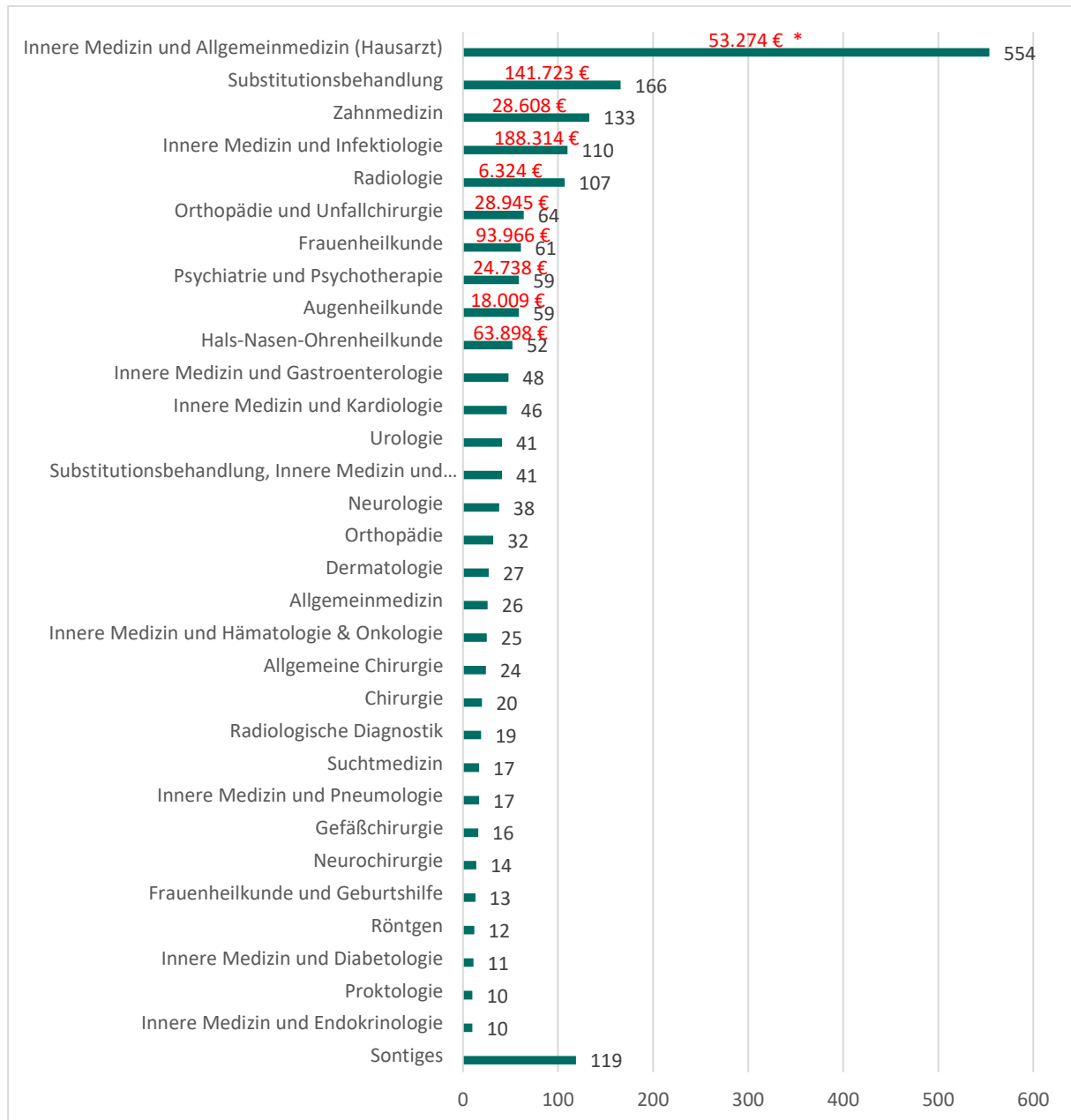
Der mit Abstand größte Anteil der Kostenübernahmen wird im Zusammenhang mit Terminen bei Hausärzt:innen ausgestellt. Dies gilt für 2021 wie auch für 2022 und setzt sich im Jahr 2023 fort (vgl. Abbildungen 1 bis 3). Die fünf weiteren Fachrichtungen neben der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin (Hausarzt), für die im Jahr 2021 am häufigsten Kostenübernahmen ausgestellt wurden, waren Substitutionsbehandlungen, Zahnmedizin, Innere Medizin und Infektiologie, Radiologie sowie Orthopädie und Unfallchirurgie. Für das Berichtsjahr 2022 waren erneut Kostenübernahmen für die allgemeinmedizinische (hausärztliche) Behandlung besonders zahlreich, gefolgt von Kostenübernahmen für Behandlungen bei den gleichen weiteren fünf Fachrichtungen wie 2021 (allerdings in leicht geänderter Reihenfolge). Die Daten für das erste Halbjahr 2023 zeigen ein ähnliches Bild. Bisher wurden bereits 456 Kostenübernahmen für die hausärztliche Behandlung von Klient:innen ausgestellt (das entspricht allein für dieses Halbjahr bereits 80 % der Zahl der ausgestellten



Kostenübernahmen für diese Fachrichtung im gesamten Jahr 2021). Außerdem befindet sich unter den fünf weiteren wichtigsten Fachrichtungen nun auch die Allgemeinmedizin jenseits der hausärztlichen Versorgung und der Zahnmedizin.

Die Abbildungen 1 bis 3 weisen neben der Anzahl der ausgestellten Kostenübernahmen auch die absoluten Summen der damit jeweils verbundenen Soll-Kosten aus. Es fällt auf, dass in allen drei hier abgebildeten Jahren die veranschlagten Soll-Kosten für Behandlungen in den Fachrichtungen Innere Medizin und Infektiologie sowie für Substitutionsbehandlung die Soll-Werte für Kostenübernahmen in anderen Fachrichtungen deutlich überstiegen. So betragen die Soll-Kosten in diesen zwei Bereichen im Jahr 2021 188.314 Euro (Innere Medizin und Infektiologie) bzw. 141.723 Euro (Substitutionsbehandlung), während der anschließende, drittgrößte Soll-Wert (für die Fachrichtung Frauenheilkunde) „nur“ 93.966 Euro betrug. Noch klarer war die ungleiche Verteilung zwischen diesen beiden Fachrichtungen und den weiteren Fachrichtungen im Jahr 2022. Hier wurden für Behandlungen im Bereich Innere Medizin und Infektiologie 324.381 Euro und für Substitutionsbehandlungen 240.830 Euro veranschlagt. An dritter Stelle mit großem Abstand standen die für hausärztliche Behandlungen veranschlagten Soll-Kosten (53.057 Euro). Dieser Trend setzte sich leicht abgeschwächt zuletzt auch im ersten Halbjahr 2023 fort. Die Soll-Werte für Kostenübernahmen im Bereich Innere Medizin und Infektiologie lagen hier bei 79.311 Euro und für Substitutionsbehandlungen bei 54.626 Euro. Dahinter finden sich veranschlagte Soll-Kosten für Behandlungen in der Fachrichtung Augenheilkunde (20.915 Euro). Die abgebildeten Zahlen bestätigen die oben erläuterten Entwicklungen bei den Behandlungsbedarfen der Klient:innen der Clearingstelle. Sie zeigen zugleich, dass Kostenübernahmen für Behandlungen von chronischen Erkrankungen sowie dauerhafter oder wiederkehrender Medikamentierung großes Gewicht im Rahmen der Kostenübernahmen durch die Clearingstelle insgesamt haben.

Abbildung 1: Kostenübernahme nach Fachrichtung 2021

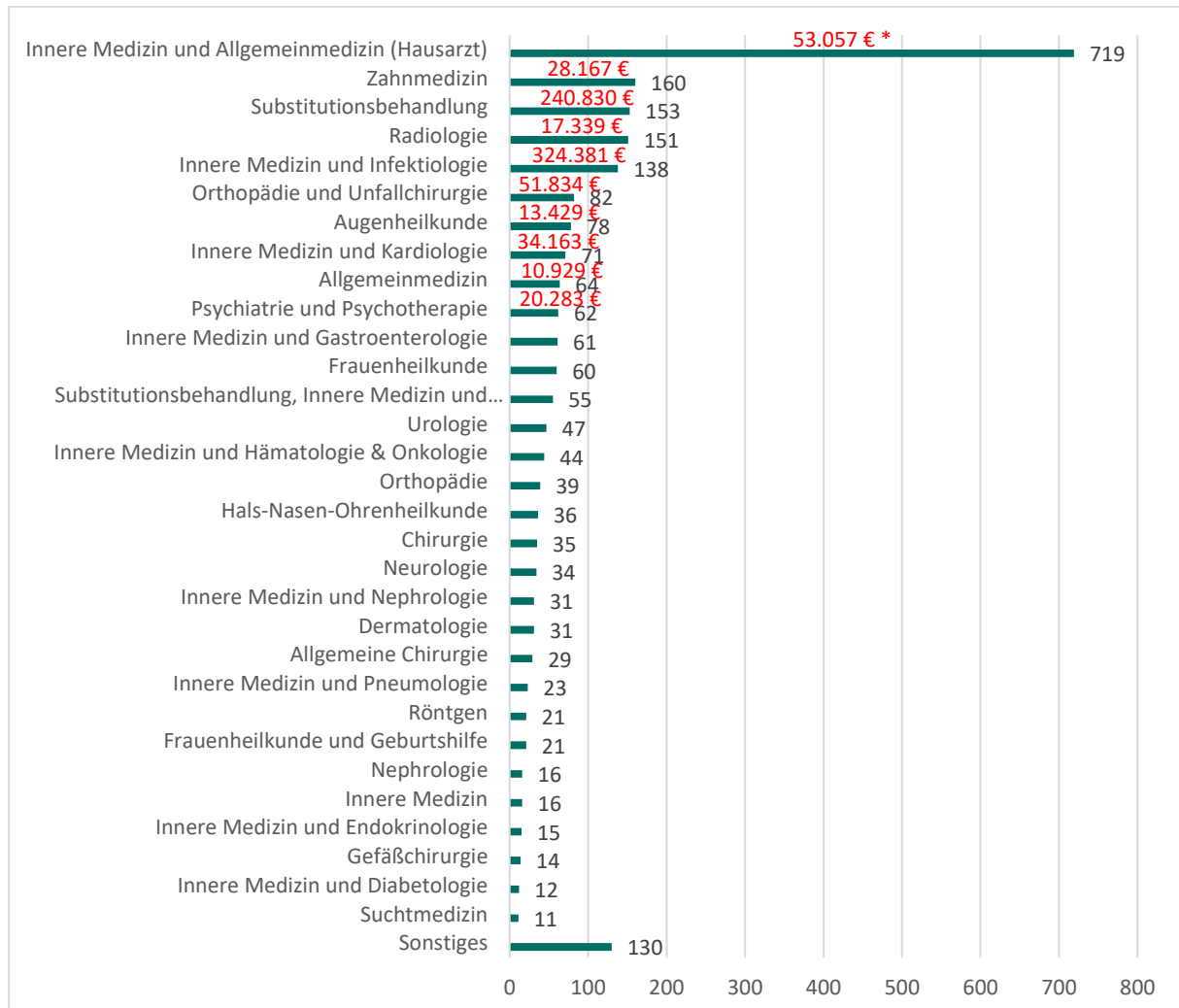


Quelle: Datensatz Clearingstelle, Berichtsjahr 2021.

* Erklärung: Bei den genannten Summen handelt es sich um Soll-Werte.

Anmerkung: Mehrere Fachrichtungen in der Abbildung werden doppelt oder sogar mehrfach genannt. Dies ist darauf zurück zu führen, dass die Fachsoftware, die die Clearingstelle zur Erfassung der Behandlungen nutzt, bei Erkrankungen, die mehreren Fachrichtungen zu geordnet werden können, stets neue Fachrichtungsteilbereiche für unterschiedlichen Kombinationen verzeichnet. Dies ist auch der Grund, warum der hier unter „Sonstiges“ angegebene Wert vergleichsweise hoch ist.

Abbildung 2: Kostenübernahme nach Fachrichtung 2022

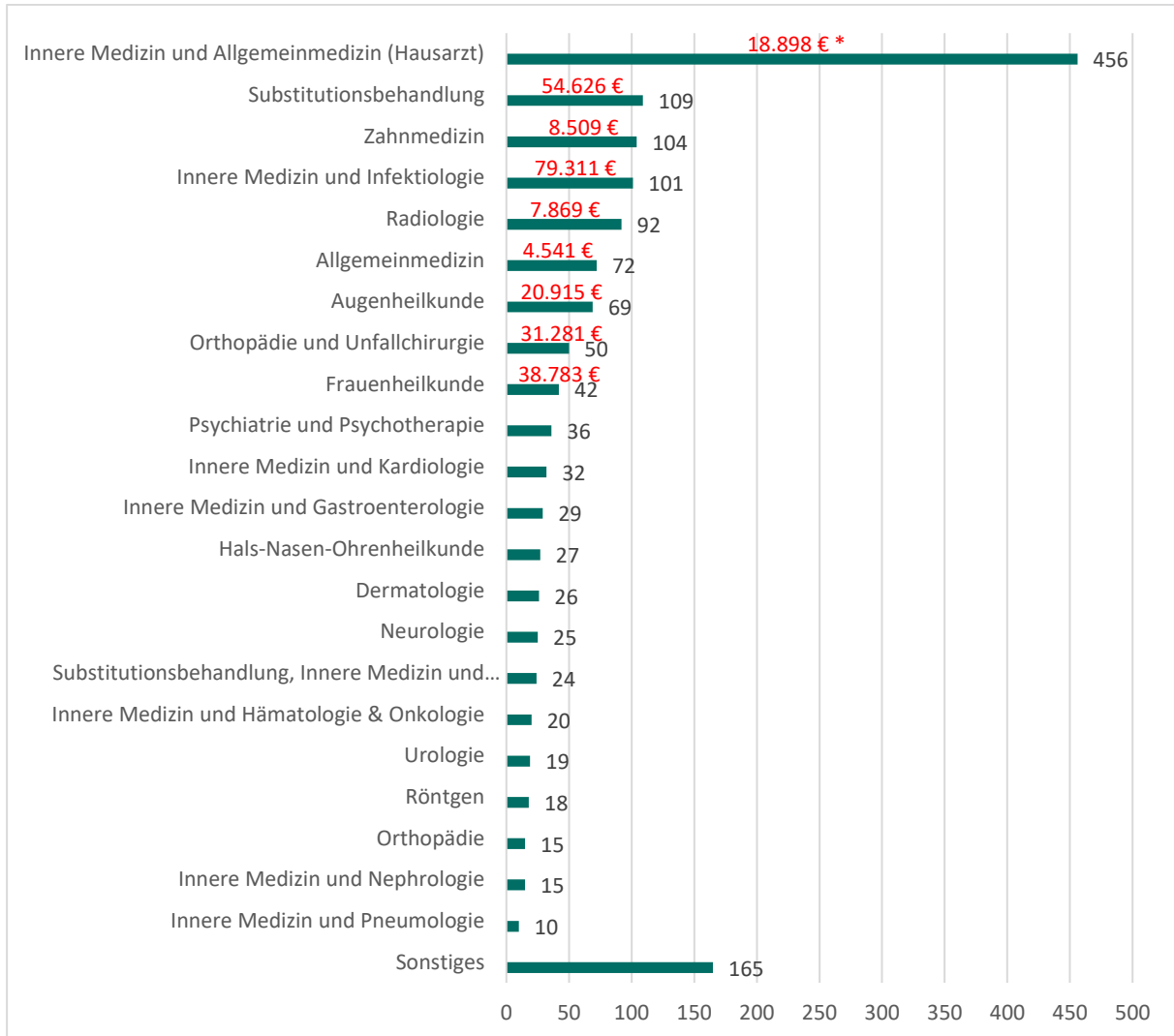


Quelle: Datensatz Clearingstelle, Berichtsjahr 2022.

* Erklärung: Bei den genannten Summen handelt es sich um Soll-Werte.

Anmerkung: Mehrere Fachrichtungen in der Abbildung werden doppelt oder sogar mehrfach genannt. Dies ist darauf zurück zu führen, dass die Fachsoftware, die die Clearingstelle zur Erfassung der Behandlungen nutzt, bei Erkrankungen, die mehreren Fachrichtungen zugeordnet werden können, stets neue Fachrichtungsteilbereiche für unterschiedlichen Kombinationen verzeichnet. Dies ist auch der Grund, warum der hier unter „Sonstiges“ angegebene Wert vergleichsweise hoch ist.

Abbildung 3: Kostenübernahme nach Fachrichtung 2023 1. Halbjahr



Quelle: Datensatz Clearingstelle, Berichtsjahr 2023, 1. Hbj.

* Erklärung: Bei den genannten Summen handelt es sich um Soll-Werte.

Anmerkung: Mehrere Fachrichtungen in der Abbildung werden doppelt oder sogar mehrfach genannt. Dies ist darauf zurück zu führen, dass die Fachsoftware, die die Clearingstelle zur Erfassung der Behandlungen nutzt, bei Erkrankungen, die mehreren Fachrichtungen zu geordnet werden können, stets neue Fachrichtungsteilbereiche für unterschiedlichen Kombinationen verzeichnet. Dies ist auch der Grund, warum der hier unter „Sonstiges“ angegebene Wert vergleichsweise hoch ist.

Die Mehrzahl aller Kostenübernahmen durch die Clearingstelle entfällt auf den ambulanten Versorgungsbereich, während nur ein kleiner Anteil für stationäre Behandlungen ausgestellt wird. Die Verteilung der Anteile bleibt im Jahresvergleich relativ stabil. Der auf ambulante Leistungen bezogene Anteil wird dabei differenziert erfasst, je nachdem, ob es sich um Kostenübernahmen für pauschal vergütete hausärztliche Leistungen auf Grundlage des entsprechenden Leistungsvertrages zwischen der Clearingstelle und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin handelt („KV-KÜ“) oder um sonstige, nicht vertraglich verankerte und pauschal vergütete allgemeinmedizinische oder fachärztliche Leistungen („KV“). Hervorzuheben ist hier der bedeutende Anteil der Übernahmen der pauschalierten „KV-KÜ“-Kosten. Er liegt bei etwa einem Drittel aller Kostenübernahmen für ambulante Behandlungen und ist im Vergleich zu den geplanten Kostenübernahmen für sonstige ambulante Leistungen seit 2021 leicht, aber stetig gestiegen (Tabelle 16).

Tabelle 16: Kostenübernahmen (KÜ) nach Kategorie

	2021	2022	2023 1. Halbjahr
KÜ - ambulant	64,0 %	61,8 %	61,8%
KÜ - KV ambulant	29,2 %	31,7 %	33,8%
KÜ - stationär	6,8 %	6,5 %	4,4%
Gesamtzahl Kostenübernahmen	2000	2464	1560

Quelle: Datensatz Clearingstelle, Berichtsjahre 2021, 2022, 2023, 1. Hbj.

Werden die veranschlagten Kostenübernahmen nach Leistungsarten getrennt betrachtet, so zeigt sich, dass die für ärztliche Behandlungen geplanten Kosten in den Jahren 2021, 2022 und im ersten Halbjahr 2023 jeweils am höchsten sind, gefolgt von den geplanten Kosten für Medikamente und, mit größerem Abstand, für Laboruntersuchungen (Tabelle 17). Die Anteile der Soll-Werte für die drei Leistungsarten bleiben über die drei Vergleichsjahre hinweg in etwa stabil im Verhältnis 5 (ärztliche Behandlung) zu 4 (Medikamente) zu 1 (Labor).

Bei der Berechnung der Soll-Kosten-Summen muss berücksichtigt werden, dass die einzelnen ausgestellten Kostenübernahmen sich in der Regel auf die Erbringung von Leistungen nicht nur in einer, sondern in mehreren Leistungsarten (Behandlung, Medikamente und ggf. Labor) beziehen. Dabei tritt immer wieder das Problem auf, dass Kostenübernahmen storniert oder – umgekehrt – erweitert werden müssen (etwa, weil zu erwartende Folgeerzepte mit einkalkuliert werden müssen). Dies ist in Tabelle 17 berücksichtigt; sie bildet die Netto-Summen unter Einrechnung aller Stornierungen und Erweiterungen für das jeweilige Jahr ab.

Tabelle 17: Kostenübernahmen SOLL (absolute Höhe, Anzahl, Verteilung nach Kostenarten)

	2021	2022	2023, 1. Halbjahr
SOLL			
Gesamtsumme (netto)	2.633.884,59 €	3.036.569,12 €	1.676.403,89 €
Anteil Behandlungen	1.315.973,12 €	1.638.345,79 €	810.869,53 €
Anteil Medikamente (Folgerezepte)	1.104.927,13 €	1.157.695,64 €	670.144,28 €
Anteil Labor	212.984,34 €	240.527,69 €	195.390,08 €

Quelle: Datensatz Clearingstelle, Berichtsjahre 2021, 2022, 2023, 1. Hbj.

Die nach Leistungsarten untergliederte Soll-Kosten-Darstellung bestätigt, was die nach Fachrichtungen differenzierten Abbildungen oben bereits erkennen ließen (vgl. Abbildungen 1 bis 3), nämlich den Anstieg der kalkulierten Soll-Werte von Jahr zu Jahr. Allein im ersten Halbjahr 2023 beläuft sich die Gesamtsumme der Soll-Werte für Kostenübernahmen in allen drei Leistungsarten netto auf knapp 1,7 Millionen Euro. Damit ist bereits jetzt absehbar, dass die Summe der veranschlagten Soll-Werte für das gesamte Jahr 2023 die entsprechenden Summen in den beiden Jahren davor, 2021 und 2022, überschreiten wird.

Die Höhe der ausgestellten Kostenübernahmen variiert im Einzelfall stark. Im ersten Halbjahr 2023 wurden bisher Übernahmen für Kosten im Umfang von 35 Euro bis zu 20.000 Euro ausgestellt. Der hohe Maximalwert relativiert sich, wenn der Median, also der genau auf der Hälfte zwischen den jeweils kleineren und den jeweils größeren Werten liegende Wert, betrachtet wird. Dabei zeigt sich beim Blick auf das erste Halbjahr 2023, dass etwa zwei Drittel (938 von insgesamt 1.436) der geplanten Kostenübernahmen für Behandlungen (Soll) mit Kosten bis zu 150 Euro ausgestellt wurden (Abbildung 4). Und auch im vorangegangenen Jahr 2022 wurde die Hälfte aller Kostenübernahmen für Behandlungen mit Kosten von bis zu 150 Euro veranschlagt. Zu der großen Menge an Kostenübernahmen im Umfang zwischen 150 und 500 Euro kommen wenige Fälle besonders hoher Kosten hinzu. Insgesamt wurden im ersten Halbjahr 2023 elf Übernahmen für Behandlungen mit Kosten von über 10.000 Euro ausgestellt.

Die Kostenübernahmen für die Versorgung der Klient:innen mit Medikamenten (hier nicht graphisch abgebildet) weisen eine ähnlich hohe Varianz auf. Im ersten Halbjahr 2023 wurden hierfür Kostenübernahmen in einer Spanne zwischen 14 Euro bis 171.000 Euro ausgestellt. Insgesamt gab es bis Ende Juni 2023 drei geplante Kostenübernahme-Fälle in Höhe von über 10.000 Euro. Auch bei den Kostenübernahmen für die Medikamentenversorgung zeigt der Blick auf den Median für das erste Halbjahr 2023, dass die Hälfte für Rezepte für Medikamente im Wert bis 150 Euro ausgestellt wurden.

Abbildung 4: Kostenübernahme nach Fachrichtung 2023 1. Halbjahr (SOLL)

	Anzahl KÜ Behandlungen gruppiert	Soll Summe KÜ Behandlungen gruppiert																								
	■ 1€ - 150€ ■ 151€ - 1.000€ ■ 1.001€ - 5.000€ ■ 5.001€ - 9.999€ ■ 10.000€ und mehr																									
2021	<table border="1"> <caption>Anzahl KÜ Behandlungen gruppiert (2021)</caption> <thead> <tr> <th>Kostenbereich</th> <th>Anzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1€ - 150€</td> <td>1211</td> </tr> <tr> <td>151€ - 1.000€</td> <td>422</td> </tr> <tr> <td>1.001€ - 5.000€</td> <td>156</td> </tr> <tr> <td>5.001€ - 9.999€</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>10.000€ und mehr</td> <td>28</td> </tr> </tbody> </table>	Kostenbereich	Anzahl	1€ - 150€	1211	151€ - 1.000€	422	1.001€ - 5.000€	156	5.001€ - 9.999€	12	10.000€ und mehr	28	<table border="1"> <caption>Soll Summe KÜ Behandlungen gruppiert (2021)</caption> <thead> <tr> <th>Kostenbereich</th> <th>Soll Summe (€)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1€ - 150€</td> <td>124.021 €</td> </tr> <tr> <td>151€ - 1.000€</td> <td>187.302 €</td> </tr> <tr> <td>1.001€ - 5.000€</td> <td>469.327 €</td> </tr> <tr> <td>5.001€ - 9.999€</td> <td>202.948 €</td> </tr> <tr> <td>10.000€ und mehr</td> <td>192.966 €</td> </tr> </tbody> </table>	Kostenbereich	Soll Summe (€)	1€ - 150€	124.021 €	151€ - 1.000€	187.302 €	1.001€ - 5.000€	469.327 €	5.001€ - 9.999€	202.948 €	10.000€ und mehr	192.966 €
Kostenbereich	Anzahl																									
1€ - 150€	1211																									
151€ - 1.000€	422																									
1.001€ - 5.000€	156																									
5.001€ - 9.999€	12																									
10.000€ und mehr	28																									
Kostenbereich	Soll Summe (€)																									
1€ - 150€	124.021 €																									
151€ - 1.000€	187.302 €																									
1.001€ - 5.000€	469.327 €																									
5.001€ - 9.999€	202.948 €																									
10.000€ und mehr	192.966 €																									
2022	<table border="1"> <caption>Anzahl KÜ Behandlungen gruppiert (2022)</caption> <thead> <tr> <th>Kostenbereich</th> <th>Anzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1€ - 150€</td> <td>1490</td> </tr> <tr> <td>151€ - 1.000€</td> <td>528</td> </tr> <tr> <td>1.001€ - 5.000€</td> <td>172</td> </tr> <tr> <td>5.001€ - 9.999€</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>10.000€ und mehr</td> <td>43</td> </tr> </tbody> </table>	Kostenbereich	Anzahl	1€ - 150€	1490	151€ - 1.000€	528	1.001€ - 5.000€	172	5.001€ - 9.999€	22	10.000€ und mehr	43	<table border="1"> <caption>Soll Summe KÜ Behandlungen gruppiert (2022)</caption> <thead> <tr> <th>Kostenbereich</th> <th>Soll Summe (€)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1€ - 150€</td> <td>153.569 €</td> </tr> <tr> <td>151€ - 1.000€</td> <td>264.493 €</td> </tr> <tr> <td>1.001€ - 5.000€</td> <td>481.590 €</td> </tr> <tr> <td>5.001€ - 9.999€</td> <td>318.948 €</td> </tr> <tr> <td>10.000€ und mehr</td> <td>361.871 €</td> </tr> </tbody> </table>	Kostenbereich	Soll Summe (€)	1€ - 150€	153.569 €	151€ - 1.000€	264.493 €	1.001€ - 5.000€	481.590 €	5.001€ - 9.999€	318.948 €	10.000€ und mehr	361.871 €
Kostenbereich	Anzahl																									
1€ - 150€	1490																									
151€ - 1.000€	528																									
1.001€ - 5.000€	172																									
5.001€ - 9.999€	22																									
10.000€ und mehr	43																									
Kostenbereich	Soll Summe (€)																									
1€ - 150€	153.569 €																									
151€ - 1.000€	264.493 €																									
1.001€ - 5.000€	481.590 €																									
5.001€ - 9.999€	318.948 €																									
10.000€ und mehr	361.871 €																									
2023	<table border="1"> <caption>Anzahl KÜ Behandlungen gruppiert (2023)</caption> <thead> <tr> <th>Kostenbereich</th> <th>Anzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1€ - 150€</td> <td>938</td> </tr> <tr> <td>151€ - 1.000€</td> <td>368</td> </tr> <tr> <td>1.001€ - 5.000€</td> <td>102</td> </tr> <tr> <td>5.001€ - 9.999€</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>10.000€ und mehr</td> <td>17</td> </tr> </tbody> </table>	Kostenbereich	Anzahl	1€ - 150€	938	151€ - 1.000€	368	1.001€ - 5.000€	102	5.001€ - 9.999€	11	10.000€ und mehr	17	<table border="1"> <caption>Soll Summe KÜ Behandlungen gruppiert (2023)</caption> <thead> <tr> <th>Kostenbereich</th> <th>Soll Summe (€)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1€ - 150€</td> <td>91.949 €</td> </tr> <tr> <td>151€ - 1.000€</td> <td>192.678 €</td> </tr> <tr> <td>1.001€ - 5.000€</td> <td>249.312 €</td> </tr> <tr> <td>5.001€ - 9.999€</td> <td>118.517 €</td> </tr> <tr> <td>10.000€ und mehr</td> <td>149.574 €</td> </tr> </tbody> </table>	Kostenbereich	Soll Summe (€)	1€ - 150€	91.949 €	151€ - 1.000€	192.678 €	1.001€ - 5.000€	249.312 €	5.001€ - 9.999€	118.517 €	10.000€ und mehr	149.574 €
Kostenbereich	Anzahl																									
1€ - 150€	938																									
151€ - 1.000€	368																									
1.001€ - 5.000€	102																									
5.001€ - 9.999€	11																									
10.000€ und mehr	17																									
Kostenbereich	Soll Summe (€)																									
1€ - 150€	91.949 €																									
151€ - 1.000€	192.678 €																									
1.001€ - 5.000€	249.312 €																									
5.001€ - 9.999€	118.517 €																									
10.000€ und mehr	149.574 €																									

Quelle: Datensatz Clearingstelle, Berichtsjahre 2021, 2022, 2023, 1. Hbj.

Die Gründe für diesen Soll-Kosten-Anstieg (u.a. mit der Folge, dass die in 2022 und 2023 für den Notfallfonds bereit gestellten Mittel jeweils unterjährig aufgebraucht waren) sind vielfältig. Erstens trägt die wachsende Bekanntheit der Clearingstelle unter den betroffenen Menschen ohne Krankenversicherung in Berlin zur wachsenden Nachfrage nach Leistungen, so auch Kostenübernahmen, bei. Dabei lässt sich der Bedarf kaum abschätzen, weil Informationen über die genaue Anzahl der Betroffenen nicht existieren. Zweitens ist die verstärkte Kooperation der Clearingstelle mit unterschiedlichen Beratungseinrichtungen, die mit Menschen ohne Krankenversicherung arbeiten, ein Faktor zur Erklärung des Kostenanstiegs. Hier trägt u.a. die enge Zusammenarbeit mit Beratungseinrichtungen wie Checkpoint e.V., Fixpunkt e.V. und der Berliner Aidshilfe e.V. zur Erklärung des hohen Stellenwerts der vergleichsweise ‚kostspieligen‘ Kostenübernahmen für chronische Erkrankungen und Substitutionsbehandlungen bei (vgl. Abbildungen 1 bis 3). Drittens muss die Erhöhung der Anzahl relativ sehr hoher Soll-Werte (10.000 Euro und mehr) für einzelne Kostenübernahmen berücksichtigt werden. Deren Anzahl ist, gemessen an der Gesamtzahl der Kostenübernahmen sehr gering, jedoch fallen die mit diesen wenigen Kostenübernahmen (12 in 2021, 22 in 2022, 11 im ersten Halbjahr 2023; vgl. Abbildung 4) verbundenen geplanten Ausgaben absolut betrachtet stark ins Gewicht. Die Erhöhung der Anzahl der sehr teuren Kostenübernahmen hängt ebenfalls mit der enger werdenden Vernetzung und Kooperation der Clearingstelle mit anderen Beratungseinrichtungen zusammen. Tatsächlich führen mehrere andere Einrichtungen – u.a. vor dem Hintergrund einer entsprechenden Beratung durch die Clearingstelle – für ihre Klient:innen eigene Vorclearing-Prozesse durch und verweisen auf dieser Grundlage insbesondere komplexe, tendenziell kostenintensive Fälle an die Clearingstelle. Viertens schließlich ist auch die Haushaltswirtschaft der Clearingstelle selbst ein erklärender Faktor. So ist es übliche Praxis, bei der Ausstellung von Kostenübernahmescheinen jeweils die maximal abrechenbaren Leistungssummen für den Notfallfonds zu blockieren (Senat von Berlin 2023: 3). Diese Vorgehensweise ermöglicht eine in Summe realistische Planung der zu erwartenden Ausgaben der Clearingstelle aus dem Notfallfonds. Zudem trägt die Vorgehensweise dazu bei, dass bei der späteren Abrechnung der tatsächlich anfallenden Kosten (Ist-Werte) der administrative Aufwand verringert werden kann (weil ausreichend Mittel zum Begleichen der tatsächlichen Kosten kalkuliert wurden und keine Nachforderungen bearbeitet werden müssen).

3.3.2 Vergleich der Kostenübernahmen nach Soll- und Ist-Werten

Wird die Gesamtsumme der veranschlagten Kosten (Soll-Werte) mit der Gesamtsumme der tatsächlich entstandenen Kosten (Ist-Werte) verglichen, zeigen sich auffällige Differenzen. Über alle Kostenarten hinweg sind bislang im ersten Halbjahr 2023 nur 31 % der veranschlagten Kosten durch tatsächliche Kostenübernahmen angefallen (Tabelle 18). Im Jahr 2021 lag dieser Wert bei 45 Prozent und in 2022 bei 61 Prozent. Da die Abrechnungen der ausgestellten Kostenübernahmen zeitverzögert erfolgen, ist anzunehmen, dass sich das

starke Auseinanderdriften von Soll- und Ist-Werten im gesamten Jahr 2023 noch den zwar schwankenden, doch jeweils höheren Verhältnissen der Vorjahre angleicht.

Im Vergleich von veranschlagten zu den tatsächlichen Kosten verändern sich die Anteile der unterschiedlichen Leistungsarten an den Kostenübernahmen im Untersuchungszeitraum nur leicht (Tabelle 18). Beispielsweise entfielen im vollständigen Berichtsjahr 2022 bei den Soll-Kosten 54 Prozent der ausgestellten Kostenübernahmen auf ambulante und stationäre Behandlungen, 38 Prozent auf Medikamente und acht Prozent auf Laborleistungen. Die Ist-Kosten in 2022 verteilten sich dabei zu 48 Prozent auf Behandlungen, zu 47 Prozent auf Medikamente und zu fünf Prozent auf Laborleistungen.

Tabelle 18: Kostenübernahmen SOLL und IST (absolute Höhe, Anzahl, Verteilung nach Kostenarten)

	2021	2022	2023, 1. Halbjahr
SOLL			
Gesamtsumme (netto)	2.633.884,59 €	3.036.569,12 €	1.676.403,89 €
Anteil Behandlungen	1.315.973,12 €	1.638.345,79 €	810.869,53 €
Anteil Medikamente (Folgerezepte)	1.104.927,13 €	1.157.695,64 €	670.144,28 €
Anteil Labor	212.984,34 €	240.527,69 €	195.390,08 €
IST			
Gesamtsumme (netto)	1.188.722,46 €	1.863.294,23 €	519.688,44 €
Anteil Behandlungen	740.603,67 €	889.816,60 €	242.819,04 €
Anteil Medikamente (Folgerezepte)	370.951,02 €	873.560,70 €	249.501,06 €
Anteil Labor	77.167,77 €	99.916,94 €	27.368,34 €

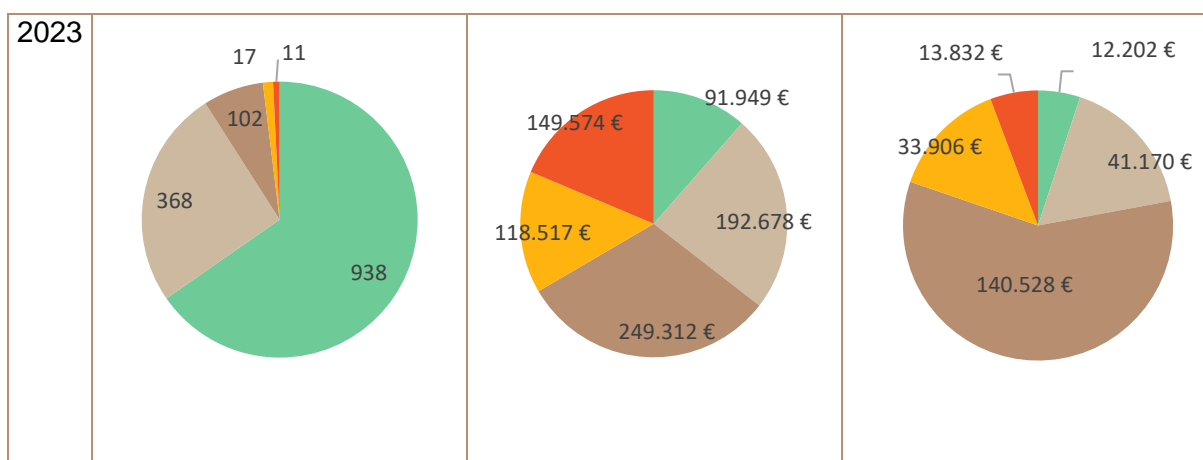
Quelle: Datensatz Clearingstelle, Berichtsjahre 2021, 2022, 2023, 1. Hbj.

Ähnlich wie bei den absoluten Höhen der einzelnen ausgestellten Kostenübernahmen (Soll) variieren auch die absoluten Höhen der im Einzelnen mit der Clearingstelle tatsächlich abgerechneten Kosten (Ist). Zum Beispiel zeigt die Analyse des Medianwertes für das erste Halbjahr 2023, dass von den ausgestellten Kostenübernahmen für ärztliche Behandlungen in diesem Zeitraum die Hälfte zu tatsächlichen Kosten von unter 150 Euro (der exakte Maximalwert lag bei 91 Euro) geführt hat. Dabei verdeutlichen Abbildung 5 und Tabelle 19,

dass bei den Ist-Kosten hohe (zwischen 1.000 und 5.000 Euro sowie zwischen 5.001 und 9.999 Euro) und sehr hohe (über 10.000 Euro) Werte für einzelne Kostenübernahmen den klar größten Anteil an der Gesamtsumme der tatsächlich abgerechneten Kosten haben. Die entsprechenden Anteile sind nochmals deutlicher ausgeprägt als bei den Soll-Werten. Dabei schwankt das Gewicht der gruppierten Anteile jeweils einzeln von Jahr zu Jahr stark, zusammengenommen haben diese drei Kostengruppen jedoch einen stets gleichbleibend hohen Anteil von zwischen 78 und 80 % an den Gesamtausgaben (Ist) in allen drei Jahren. Dies unterstreicht die bereits im Zusammenhang der Analyse der Soll-Werte festgestellte wachsende Relevanz von teuren bis sehr teuren einzelnen Kostenübernahmen im Rahmen der Ausgabenstruktur des Notfallfonds.

Abbildung 5: Kostenübernahme nach Fachrichtung 2023 1. Halbjahr (SOLL und IST)





Quelle: Datensatz Clearingstelle, Berichtsjahre 2021, 2022, 2023, 1. Hbj.

Tabelle 19: Kostenübernahmen SOLL und IST (eingeteilt in Kostengruppen)

	KÜ Kosten Gruppen	Anzahl KÜ Behandlungen gruppiert	Soll Summe KÜ Behandlungen gruppiert	Ist Summe KÜ Behandlungen gruppiert
2021	1 € - 150 €	1211	124.021 €	41.635 €
	151 € - 1.000 €	422	187.302 €	119.432 €
	1.001 € - 5.000 €	156	469.327 €	251.914 €
	5.001 € - 9.999 €	28	202.948 €	109.944 €
	10.000 € und mehr	12	192.966 €	203.955 €
2022	1 € - 150 €	1490	153.569 €	45.237 €
	151 € - 1.000 €	528	264.493 €	124.748 €
	1.001 € - 5.000 €	172	481.590 €	263.308 €
	5.001 € - 9.999 €	43	318.948 €	271.810 €
	10.000 € und mehr	22	361.871 €	175.822 €
2023	1 € - 150 €	938	91.949 €	12.202 €
	151 € - 1.000 €	368	192.678 €	41.170 €
	1.001 € - 5.000 €	102	249.312 €	140.528 €
	5.001 € - 9.999 €	17	118.517 €	33.906 €
	10.000 € und mehr	11	149.574 €	13.832 €

Quelle: Datensatz Clearingstelle, Berichtsjahre 2021, 2022, 2023, 1. Hbj.



3.3.3 Analyse der Differenz zwischen Soll- und Ist-Werten

Für die Suche nach den Hintergründen der auffälligen Differenz zwischen den Soll- und den Ist-Werten der Kostenübernahmen durch die Clearingstelle lohnt sich der Blick auf die Daten eines vollständigen Berichtsjahres, da die tatsächlich übernommenen Kosten stets zeitversetzt abgerechnet werden. Tabelle 20 analysiert die Differenz zwischen den veranschlagten (Soll) und den tatsächlichen (Ist) Kostenübernahmen für das vollständige Berichtsjahr 2022.

Die Differenz von Soll- und Ist Kosten hängt zunächst mit der Struktur der Klient:innen der Clearingstelle und den Mustern der tatsächlichen Inanspruchnahme von ausgestellten Kostenübernahmescheinen durch einzelne Klient:innen-Gruppen zusammen. Insgesamt fällt auf, dass im Berichtsjahr 2022 die Kostenübernahmen für Medikamente über die unterschiedlichen hier betrachteten Kategorien (Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Wohnsituation, Anzahl der in Anspruch genommenen Beratungen in der Clearingstelle) hinweg in der Regel häufiger eingelöst werden als die Kostenübernahmen für Behandlungen oder Laboruntersuchungen. Dafür sind unterschiedliche Erklärungen denkbar. Es kann sein, dass häufiger der Fall eingetreten ist, dass die/der Ärzt:in im Rahmen einer Behandlung mehrere Rezepte ausgestellt hat (z.B. eine Behandlung im Quartal mit drei Rezepten jeden Monat). Zudem ist auch denkbar, dass die/der Ärzt:in auf die Abrechnung der Behandlungskosten verzichtet hat (z.B. weil der Aufwand zu hoch erscheint) und dabei im Rahmen der Behandlung Rezepte ausgestellt hat. Bei chronischen Erkrankungen ist es mitunter auch so, dass Patient:innen in der Praxis zwar vorstellig werden, jedoch lediglich, um sich ein oder mehrere Rezept/e für ein dauerhaft benötigtes Medikament abzuholen, so dass in diesen Fällen Behandlungskosten ebenfalls nicht abgerechnet werden.

Werden die Soll- und Ist-Werte der Kostenübernahmen mit Blick auf die einzelnen Struktur-Kategorien verglichen, so zeigen sich in der Kategorie Geschlecht im Berichtsjahr 2022 deutliche Unterschiede insbesondere bei den Laborleistungen. Der Anteil der tatsächlich eingelösten an den veranschlagten Kostenübernahmen liegt hier bei Personen weiblichen Geschlechts bei nur 20 Prozent. Hierbei handelt es sich vermutlich um einen Effekt der internen Kalkulation der Clearingstelle zur soliden Antizipation der Ist-Kosten. Da nicht bekannt ist, ob bei einer Krankenbehandlung Kosten für Laborleistungen anfallen, werden diese in den Soll-Werten mit einkalkuliert. Die Klient:innen haben keinen Einfluss auf das Einlösen von Laborleistungen. In der Kategorie Staatsangehörigkeit fällt auf, dass der Anteil der tatsächlich eingelösten Kosten bei Klient:innen mit deutscher Staatsangehörigkeit insgesamt, also für alle Leistungs- und Kostenarten, wesentlich geringer ist, als bei EU-Bürger:innen oder Personen aus Drittstaaten. Dabei liegt der Anteil der tatsächlich eingelösten Kostenübernahmen für die Medikamentenversorgung bei Klient:innen mit deutscher Staatsangehörigkeit in 2022 bei nur 10 Prozent der ausgestellten Kostenübernahmen; hier liegt also eine Ausnahme bezüglich der oben getroffenen Feststellung zum überwiegend erhöhten Anteil der eingelösten Kostenübernahmen für die Medikamentenversorgung vor. Der Blick auf die Kategorie Wohnsituation zeigt, dass bei Klient:innen, die in einer gesicherten Wohnsituation leben, der



Anteil der tatsächlichen Kostenübernahmen näher an der veranschlagten Summe der Kostenübernahmen liegt als bei obdachlosen oder wohnungslosen Klient:innen. Diese Befunde bestätigen die in Kapitel 2.1 getroffenen Feststellungen zu den Zugangshürden von unterschiedlichen Klient:innen(-Gruppen). Bei Angehörigen besonders vulnerabler Gruppen, z.B. obdachlose Menschen, die aufgrund ihrer individuellen Situation mitunter mit der eigenen Lebensorganisation stark gefordert sind und etwa Schwierigkeiten bei der Tagesstrukturierung haben können, lösen ausgestellte Kostenübernahmen tendenziell seltener ein. Wird schließlich die Kategorie ‚Anzahl der in Anspruch genommenen Beratungstermine‘ betrachtet, so wird deutlich, dass der Anteil der tatsächlichen (Ist) an den veranschlagten (Soll) Kostenübernahmen mit der Anzahl der wahrgenommenen Beratungstermine steigt. Kostenübernahmen werden also umso öfter tatsächlich eingelöst, je intensiver die Beratung ist und häufiger Klient:innen von den Fachkräften der Clearingstelle beraten worden sind.



Tabelle 20: Anteil der Ist-Kostenübernahmen an den Soll-Kostenübernahmen in 2022

2022	Geschlecht		Staatsangehörigkeit			Wohnsituation			Zahl der Beratungstermine			
	Männlich	Weiblich	Deutsch	EU	DRITT	Gesichert	Wohnungslos	Obdachlos	1	2<5	5<10	>=10
Gesamtsumme (netto)	63%	58%	27%	59%	63%	74%	58%	61%	50%	55%	61%	70%
Behandlungen	55%	52%	35%	44%	60%	60%	54%	53%	56%	52%	49%	61%
Medikamente	76%	73%	10%	80%	74%	85%	69%	78%	46%	66%	76%	87%
Labor	50%	20%	4%	53%	38%	37%	36%	50%	26%	30%	59%	30%

Quelle: Datensatz Clearingstelle, Berichtsjahr 2022.

Neben den auf die Klient:innen-Struktur bezogenen Erklärungen der jährlich hohen Abstände zwischen Soll- und Ist-Kosten kann eine übergreifende Erklärung darin gesehen werden, dass gerade bei den zahlreichen pauschalierten Soll-Werten im Bereich der hausärztlichen Versorgung auf Grundlage des Vertrages der Clearingstelle mit der KV Berlin (KV-KÜ) (vgl. Tabelle 16) ausgestellte Kostenübernahmen häufig nicht eingelöst werden. Die Gründe dafür sind im Einzelnen nicht bekannt. Denkbar ist – das haben u.a. die Expert:innen-Interviews ergeben –, dass der Druck zur Einlösung einer solchen Kostenübernahme für viele Patient:innen, sofern sie nicht direkt oder rasch im Anschluss an die Zusage der Kostenübernahme einen Termin beim Hausarzt oder der Hausärztin bekommen, sinkt. Dies kann dann der Fall sein, wenn sich ihr gesundheitlicher Zustand während der Wartezeit verbessert oder sich die jeweilige akute Erkrankung abmildert oder gar von selbst endet: Zugesagte Kostenübernahmen werden dann nicht mehr eingelöst. Auch kann eine Schwierigkeit für viele Klient:innen mit KV-KÜ darin liegen, einen Termin beim Hausarzt/der Hausärztin eigenständig zu vereinbaren und die Terminkoordination für sich zu übernehmen – anders als bei der fachärztlichen Versorgung, wo die Berater:innen der Clearingstelle in der Regel bei der Terminvereinbarung unterstützen (z.B. im Rahmen der Vorab-Klärung von zu erwartenden Soll-Kosten mit der betreffenden Praxis). Sofern der Leidensdruck nicht sehr hoch ist, wird diese Aufgabe dann mitunter nicht aktiv angegangen, z.B. vor dem Hintergrund individuell schwieriger Ausgangssituationen, wie sie in Kapitel 2.1 dargestellt wurden.

Es muss schließlich erwähnt werden, dass der Vergleich der Soll- und Ist-Werte der Kostenübernahmen mindestens durch zwei Effekte verzerrt wird. Zum einen, dies wurde oben bereits angedeutet, fallen nicht alle in einem jeweiligen Berichtsjahr geplanten Kostenübernahmen (Soll) im selben Jahr als tatsächlich zu deckende Kosten (Ist) an. Vielmehr wird ein Teil der in einem Jahr veranschlagten Soll-Kosten jeweils immer erst im ersten Quartal des darauffolgenden Jahres für die Clearingstelle ausgabenwirksam. Insbesondere für die Übernahmen der pauschalierten hausärztlichen Kosten (KV-KÜ) ist dies relevant. Diese Kosten werden in der Regel mit einer Zeitverzögerung von „4-6 Monaten“ (Senat von Berlin 2023: 3) abgerechnet.

Zweitens berichten Interview-Partner:innen in der Clearingstelle, dass bei den Soll-Kostenübernahmen in der jüngeren Zeit ‚großzügiger‘ geplant werden müsse als in der Vergangenheit. Dies liege daran, dass die mit der Clearingstelle kooperierenden Ärzt:innen bei der Vorab-Information über die zu erwartenden Kosten für alle nicht pauschal vergüteten Behandlungen mehr und mehr dazu übergingen, vergleichsweise hohe Kosten anzugeben („Ich glaube, dass jetzt eben viele unserer Kooperationspartner auch dazu übergehen, schon von sich aus so einen sage ich mal Risikozuschlag einzukalkulieren, um dieses Problem nicht mehr zu haben, sodass wir häufig nach Rücksprache mit unseren Ärzten relativ hohe Behandlungskosten blockieren und die Rechnung, die dann eingeht, aber viel weiter da drunter liegt.“). Die Kooperations-Partner:innen täten dies vor dem Hintergrund der Erfahrung, dass die Clearingstelle sich zur Absicherung ihrer eigenen Zahlungsfähigkeit in der Vergangenheit immer wieder dagegen ‚gesträubt‘ habe, zusätzliche Kosten, über die sie vorab nicht informiert worden war, zu übernehmen. Diese Praxis wirkt – ebenso wie die oben



beschriebene Praxis der Clearingstelle selbst, bei Kostenübernahmen maximal abrechenbare Kosten zu kalkulieren – als ein Treiber der Soll-Kosten.

Insgesamt stellt sich die Frage, welche Schlussfolgerungen aus den hier dargestellten Entwicklungen gezogen werden können oder sollten. In Kapitel 5 werden hier die zwei denkbaren Schlüsse – weitere Erhöhung der Zuwendungen an das Projekt Clearingstelle und gegebenenfalls Änderung der Finanzierungsform und/oder Anpassung der Versorgungsstrukturen für Menschen ohne Krankenversicherung in Berlin – diskutiert.

Im nachfolgenden Teil wird schließlich betrachtet, wie die Clearingstelle in den vergangenen eineinhalb Jahren ihrer Funktion als Kompetenzzentrum zur Peer-Beratung weiterer Einrichtungen und Stellen nachgekommen ist.

3.4 Die Clearingstelle: Kompetenzzentrum zur Peer-Beratung und Information

An verschiedenen Stellen wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Clearingstelle neben ihren Funktionen in der Arbeit mit den Klient:innen (Beratung, Clearing, Vermittlung in KV und Kostenübernahmen) auch als Kompetenzzentrum zur Beratung anderer Einrichtungen und Behörden fungiert.

Diese Aufgabe hat die Clearingstelle im Zeitraum 2022 und erstes Halbjahr 2023 in unterschiedlicher Form wahrgenommen. Zum einen hat sie, wie bereits beschrieben, einen Fragebogen zur Durchführung eines Vorclearing-Prozesses durch Kooperationspartner-Einrichtungen, die mit (potenziellen) Klient:innen der Clearingstelle arbeiten, entwickelt. Dieser Vorclearing-Bogen wird den anderen Einrichtungen kostenlos zur Verfügung gestellt. Er dient der vorab-Klärung der wichtigen Fragen mit Blick auf die persönliche Situation der/des Klient:in und der Möglichkeit der Vermittlung in ein reguläres Krankenversicherungsverhältnis oder eine alternative Kostenträgerschaft („durch Amt“).

Daneben bietet die Clearingstelle eine Grundlagenschulung zum Thema Unterstützung für Menschen ohne Krankenversicherung an. Diese Schulung besteht aus insgesamt fünf Modulen, einem Basismodul und vier Aufbaumodulen zu weiteren Themen (z.B. PKV). Die einzelnen Schulungen finden teils in den Räumlichkeiten der Clearingstelle, zum größeren Teil jedoch als Inhouse-Veranstaltungen bei den Organisationen, die die Schulung buchen, und teils auch im Rahmen von Kooperationen statt. Im Untersuchungszeitraum wurden folgende Schulungen durchgeführt oder konzipiert:

- 2021: Entwicklung einer Basis-Schulung für den Kooperationspartner Checkpoint
- 2022: zwei Basis-Schulungen und eine Kurz-Schulung
- 2023: Fertigstellung eines weiteren Schulungskonzepts und Start einer erneuten Schulungsreihe, in deren Rahmen bis zum Abschluss dieser Evaluation zwei Basis-Schulungen sowie zusätzlich Schulungen in zwei Aufbau- oder Vertiefungsmodulen durchgeführt wurden. Darüber hinaus fand in 2023 eine Kurz-Schulung in Kooperation mit der Berliner Krankenhausgesellschaft und der Berliner Ärztekammer statt.



Das Angebot richtet sich an Mitarbeitende und Leitungspersonal bei anderen zivilgesellschaftlichen Organisationen, die mit nicht krankenversicherten Menschen regelmäßig in Kontakt kommen, sowie an Mitarbeitende und Leistungspersonal in den relevanten Behörden (z.B. Sozialämter, Gesundheitsämter, Jobcenter, Ausländerbehörden). Bei den zivilgesellschaftlichen Organisationen – so wurde in den Interviews berichtet, ist das Interesse insgesamt hoch, bei den Vertreter:innen von Behörden eher gemischt. Während beispielsweise Mitarbeitende in den Gesundheitsbehörden vielfaches Interesse zeigten und an den Schulungen teilnahmen, sei das Interesse bei den Sozialbehörden gemischt und bei den Ausländerbehörden sehr gering. Zusätzlich zum inhouse Schulungsangebot stellen Vertreter:innen der Clearingstelle immer wieder auf Einladung die Arbeit und das Angebot der Clearingstelle vor, z.B. in Behörden oder in anderen Beratungseinrichtungen.

Darüber hinaus informiert die Clearingstelle die potenziell Betroffenen durch die Auslage von Flyern und Weitergabe von Informationsmaterial an andere Beratungseinrichtungen und Stellen, wo Menschen ohne Krankenversicherung Hilfe angeboten wird. Und schließlich informiert die Clearingstelle regelmäßig auch die breitere Öffentlichkeit, z.B. auf ihrer Website, über Pressemitteilungen oder auch durch Interviews, die Tageszeitungen gegeben werden, über das Problem des Fehlens von Krankenversicherungsschutz, über ihren Handlungsauftrag sowie aktuelle Entwicklungen.

Im nächsten Kapitel wird schlussendlich der Blick noch auf die Vernetzungsaktivitäten und die Bewertung der Arbeit der Clearingstelle in der gesundheitspolitischen Diskussion in Berlin gerichtet.

4 Versorgung von nicht krankenversicherten Menschen in Berlin

Die Clearingstelle hat sich nach einhelliger Einschätzung der Interview-Partner:innen seit ihrer Errichtung zu einem wichtigen Bestandteil der Versorgungslandschaft für nicht krankenversicherte Menschen in Berlin entwickelt. Die Vernetzung mit den anderen Akteuren in dieser Versorgungslandschaft – Beratungseinrichtungen, Hilfsorganisationen, gesundheitliche Einrichtungen, Behörden, gesundheitspolitische Interessenträger etc. – ist ein wichtiges Element für die Organisation der gesundheitlichen Versorgung von Personen ohne Krankenversicherung.

4.1 Vernetzungstätigkeit und Kooperationspartner der Clearingstelle

Seit Beginn ihrer Tätigkeit hat die Clearingstelle Kontakte zu zahlreichen Akteuren der Berliner Gesundheitslandschaft im Allgemeinen und der Versorgungslandschaft für Menschen ohne Krankenversicherung oder potenziell betroffene Personen im Speziellen geknüpft. Sie leistet eine ausgeprägte Vernetzungs- und Kooperationsarbeit.

Zu den zentralen Netzwerkpartnern gehören insbesondere zivilgesellschaftliche, freigemeinnützige Organisationen, die an der gesundheitlichen Versorgung von vulnerablen



Gruppen partizipieren, so z.B. Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung, Checkpoint e.V., Fixpunkt e.V., Medibüro Berlin, Open Med Berlin (mit dessen Ambulanzen in Berlin Steglitz-Zehlendorf und Lichtenberg), die Caritas Ambulanz, die Berliner Aidshilfe e.V., die Jenny de la Torre Stiftung sowie unterschiedliche Einrichtungen der Berliner Stadtmission (Medizinische Ambulanz für obdachlose Menschen; Zentrale Beratungsstelle für Menschen in Wohnungsnot). Daneben sind auch öffentliche oder im öffentlichen Auftrag handelnde Einrichtungen oder Institutionen der medizinischen Versorgung zu nennen. Hierzu gehören u.a. die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin, der Berliner Apotheker-Verein, die Berliner Krankenhausgesellschaft oder die Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung als eine Einrichtung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Zudem hat die Clearingstelle Kontakt zu zahlreichen Berliner Haus- und Fachärzt:innen, darunter auch Ärzt:innen, die sich freiwillig in der Versorgung von betroffenen Menschen engagieren. Weniger stark ist der, über die Zusammenarbeit zur Beratung und Versorgung konkreter Einzelfälle hinausgehende Kontakt zu Behörden und zu den Krankenkassen. Als ein von der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege gefördertes Projekt stößt die Clearingstelle insbesondere bei den Gesundheitsbehörden in den Bezirken auf Interesse und übergreifende Kooperationsbereitschaft. Hingegen ist eine Zusammenarbeit mit den bezirklichen Sozialämtern und den Jobcentern gering ausgeprägt. Gleiches gilt nach Auskunft mehrerer Interview-Partner:innen für die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen. Eine regelhafte Zusammenarbeit mit den Ausländerbehörden existiere gar nicht.

Mit den genannten, zivilgesellschaftlichen Kooperationspartnern ist die Clearingstelle überwiegend lose vernetzt. Beispielsweise ist sie Mitglied in zentralen Netzwerken zur gesundheitlichen Versorgung von vulnerablen Gruppen in Berlin (z.B. dem Runden Tisch medizinische und zahnmedizinische Versorgung obdachloser Menschen; Runder Tisch zur gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten) oder ist an diese Netzwerke eng angebunden (z.B. den Runden Tisch Berlin, der die zentralen Vertretungsorganisationen der medizinischen und gesundheitlichen Akteure in der Stadt zusammenbringt).

Neben der Beteiligung an Netzwerken, die sich der fachlichen Lösung kollektiver Herausforderungen für die Versorgung unterschiedlicher Gruppen widmen oder gemeinsam gesundheitspolitische Fragen diskutieren, verfolgt die Clearingstelle intensive Kooperationsbeziehungen mit unterschiedlichen Einrichtungen und Stellen, die strukturell der Verbesserung der Einzelfall-bezogenen Versorgung dienen. Erstens bestehen enge, nicht formalisierte Kooperationen mit unterschiedlichen Partnern wie der Berliner Aidshilfe e.V., Fixpunkt e.V., Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung oder auch diversen Einrichtungen der Berliner Stadtmission (z.B. mit der Medizinischen Ambulanz für obdachlose Menschen). Beispielsweise bietet die Clearingstelle bei der Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung einmal wöchentlich eine aufsuchende Beratung an. Dieses Format wird – den hierzu befragten Interview-Partner:innen zufolge – aufgrund seiner Niedrigschwelligkeit sehr gut von den Betroffenen angenommen und wird als erweiterungsfähig eingeschätzt. Daneben gibt es zweitens formale Kooperationen auf Vertrags- oder Vereinbarungsbasis. Solche Kooperationen existieren konkret mit aktuell vier Stellen. So gibt es seit dem Sommer 2020 eine formale Vereinbarung mit Checkpoint e.V. zur



Versorgung von Menschen mit HIV oder mit anderen infektiologischen Erkrankungen. Diese formalisierte Kooperation, die z.B. die regelmäßige wechselseitige Vermittlung von Klient:innen beinhaltet, ist vor dem Hintergrund der gemeinsamen Anstrengung beider Einrichtungen entstanden, während der Corona-Pandemie die Versorgung von in Berlin ‚gestrandeten‘ Menschen mit HIV-Infektion (z.B. Tourist:innen) zu verbessern. Weiterhin existiert eine Vereinbarung mit den Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung. Hier wird gemeinsam das Ziel einer Verbesserung der Versorgung von Schwangeren ohne Krankenversicherung, die mit gegebenenfalls multiplen Gesundheitsproblemen, u.a. Suchtproblemen oder einer HIV-Infektion, belastet sind, verfolgt. Dies soll u.a. durch einen erleichterten Zugang der betroffenen Frauen zu Kostenübernahmen für akut notwendige gynäkologische Behandlungen erreicht werden. Drittens gehört zu den formalen Kooperationen auch die Vereinbarung Clearingstelle mit der Malteser Medizin zur wöchentlichen aufsuchenden Beratung. Viertens schließlich besteht eine formale Vereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, in der die pauschalierte Abrechnung hausärztlicher Leistungen für Klient:innen der Clearingstelle geregelt ist (vgl. Kapitel 4). Aufgrund dieser Vereinbarung können Klient:innen der Clearingstelle, die einen entsprechenden Kostenübernahmeschein ausgestellt bekommen haben, sich ohne weitere Rücksprache mit der Clearingstelle (z.B. zur Klärung der zu erwartenden Behandlungskosten) von einer/einem Berliner (kassenzugelassenen) Hausärztin/Hausarzt ihrer Wahl behandeln lassen.

Neben den genannten Strukturen stellt schließlich der Beirat zur Clearingstelle des Landes Berlin zur gesundheitlichen Versorgung nicht krankenversicherter Menschen (Projektbeirat Clearingstelle) eine weitere Basis für die Vernetzung mit den relevanten gesundheitlichen und versorgungspolitischen Akteuren dar. Dieses Gremium wurde der Clearingstelle zu Beginn ihrer Tätigkeit an die Seite gestellt. Es setzt sich zusammen aus insgesamt fünfzehn „fachkundigen Personen“ aus der Landesverwaltung, von Mitgliedern der oben genannten Runden Tische, von Institutionen der medizinischen Versorgung in Berlin sowie von Respect Berlin (§ 2 GO Projektbeirat). Gegebenenfalls können weitere Personen als Beisitzer:innen (z.B. in der Funktion als sachkundige Berichterstatter:innen) bei der Besprechung bestimmter Themen eingeladen werden (§ 2 GO Projektbeirat). Der Projektbeirat trifft sich regelmäßig etwa im Abstand von drei Monaten. Hier werden alle die Clearingstelle betreffenden wichtigen Entwicklungen (z.B. die Versorgungssituation der betroffenen Gruppen; die Arbeitsprozesse in der Clearingstelle) vorgestellt und besprochen. Das Gremium hat eine primär beratende Funktion. Unterschiedliche befragte Beiratsmitglieder berichteten, dass Vorschläge, die im Projektbeirat entwickelt wurden, etwa bezüglich der Anpassung von Arbeitsprozessen in der Clearingstelle, zur Initiierung von entsprechenden Neuerungen beigetragen hätten. Ein Beispiel sei die Anpassung der Öffnungszeiten und das Angebot von offenen Sprechstunden. Damit sei es gelungen, die Zugangsschwelle für bedürftige Menschen ohne Krankenversicherung zur Clearingstelle zu senken.

Der Projektbeirat hat mit seiner Tätigkeit dazu beitragen können, die Verankerung der Clearingstelle in der Versorgungslandschaft und die Kooperation mit einschlägigen Einrichtungen und Institutionen zu beschleunigen und zu festigen. Die ursprüngliche Skepsis

mehrerer gesundheitlicher Akteure gegenüber der 2018 eingerichteten Clearingstelle hat sich dabei längst gelegt. Tatsächlich musste die Clearingstelle anfänglich ihre Position in einer schon damals vergleichsweise ausdifferenzierten Einrichtungslandschaft mit Blick auf die Versorgung unterschiedlicher vulnerabler Gruppen erst finden.

Die Idee der Errichtung einer Clearingstelle war zum damaligen Zeitpunkt bereits älter – den Aussagen mehrerer Interview-Partner:innen zufolge hatten die unterschiedlichen gesundheits- und sozialpolitischen Akteure in Berlin schon zu Beginn der 2000er Jahre über diese Idee diskutiert, nicht zuletzt angesichts eines schon damals wachsenden Problemdrucks („... aber bei vielen niedrigschwelligen Einrichtungen sind auch immer wieder sehr viele Menschen ohne Krankenversicherung mit einem notwendigen medizinischen Behandlungsbedarf aufgetaucht (...) in der Vergangenheit gab es einfach keine Lösungen (...) die Lösungen waren immer irgendwie über private Kanäle, also Ärzte im ÖGD oder Medibüro kannten dann wieder andere Ärzte...“). Allerdings blieb lange Zeit offen, ob, in welcher Form und gegebenenfalls mit welcher Trägerorganisation eine solche Clearingstelle errichtet werden kann. Und auch nachdem sich ab 2016 im Abgeordnetenhaus eine Mehrheit für die Errichtung der Clearingstelle als Modellprojekt ausgesprochen hatte, musste ein passender Träger erst gefunden werden. Zentral war es, dass es sich um eine Organisation handelt, die sich glaubhaft an alle unterschiedlichen Betroffenengruppen wendet und sowohl die Unterstützung der Politik als auch der im Feld engagierten Einrichtungen und Institutionen bekommen kann. Dieser Träger, die schließlich gefundene Berliner Stadtmission, wurde vor diesem Hintergrund zunächst skeptisch betrachtet, zumal mit der Clearingstelle eine bemerkenswerte Struktur geschaffen worden war – freigemeinnützige Trägerschaft, projektbasierter öffentliche Zuwendungsfinanzierung und Beauftragung der Verwaltung von öffentlichen Mitteln und zwar sachlich begründete, doch weitgehend autonome Entscheidung über die Verausgabung dieser Mittel. Mit der Einrichtung eines Projektbeirates Clearingstelle sollte angesichts dieser Ausgangskonstellation von Anfang an eine auch formale Basis der Zusammenarbeit zwischen der neuen Struktur und den im Feld etablierten Akteuren in Berlin geschaffen werden.

Als Gremium für den regelmäßigen Informationsaustausch und den Anschub von z.B. organisatorischen oder prozessbezogenen Innovationen bei der Clearingstelle wirkte der Projektbeirat nach mehrheitlicher Aussage unterschiedlicher Befragter von Beginn an gut. Allerdings steht das Gremium nicht im Zentrum der auf Versorgungsfragen sowie auf gesundheitspolitische Fragen hin orientierten Koordination zwischen der Clearingstelle und den einschlägigen Akteuren. Hier sind die genannten, teils bereits länger etablierte Gremien, insbesondere die unterschiedlichen Runden Tische, zentral.

Im Ganzen hat sich die Clearingstelle nach Einschätzung der dazu interviewten Kooperationspartner in der Versorgungslandschaft für nicht krankenversicherte Menschen und vulnerable Gruppen in Berlin gut etabliert, ist regelmäßig im Austausch und bringt sich in die aufgezählten Gremien intensiv ein.

Eine Herausforderung im Zusammenhang der Vernetzungsaufgabe stellt die angesprochene fehlende Strukturierung oder gar Institutionalisierung der Kontakte zu und Kooperationen mit den relevanten Behörden, insbesondere den bezirklichen Sozialämtern, den Jobcentern und den Ausländerbehörden, dar. Die personelle Überlastung dieser Behörden (vgl. Schlee et al.

2023 für die Ausländerbehörden) mag einen Teil dieser gering ausgeprägten Kooperation erklären. Dabei ist die eingeschränkte Zugänglichkeit zu und Zusammenarbeit mit den relevanten Behörden (dies ist sowohl im Zusammenhang des ambulanten wie auch des stationären Versorgungsbereichs bekannt) nicht nur für die Klärung von Einzelfallfragen kritisch (z.B. bezüglich der Möglichkeit zur Übernahme der Kostenträgerschaft für die Gesundheitskosten einzelner Klient:innen oder bezüglich der Möglichkeit zur Rückholung von Kosten, die der Clearingstelle im Rahmen der Kostenübernahme entstanden sind; vgl. Kap. 4.1.3). Vielmehr stellt dies auch eine Herausforderung für die Tragfähigkeit des gegenwärtigen Modells der gesundheitlichen Versorgung von nicht krankenversicherten Menschen in Berlin insgesamt dar. So müssen, wie oben dargelegt wurde, von der Clearingstelle bzw. den einzelnen, dort tätigen Berater:innen individuell teils hohe Ressourcen aufgewendet werden, um bei Klient:innen wiederkehrende Fragen im Einzelfall immer wieder von Neuem mit den zuständigen Behörden zu klären. Es erscheint im Sinne eines optimalen Ressourceneinsatzes bei der Clearingstelle wünschenswert, die Kooperation mit den Behörden auf eine strukturierte Basis zu stellen (z.B. feste Ansprechstellen in den Sozialämtern, Jobcentern und Ausländerbehörden zur Klärung von Kostenträgerfragen [„Finanzierung über Amt“]; feste Kontaktstellen für die Klärung von Kostenrückholungsmöglichkeiten bei Kostenübernahmen). Ebenso stellt sich die Frage, inwieweit sich über eine engere Vernetzung und (gegebenenfalls berlinweit) strukturierte Koordination insbesondere mit den Gesundheitsbehörden bei der Beratung und Versorgung von Klient:innen, Kostenentlastungseffekte für die Clearingstelle erreichen ließen. Dies wäre etwa denkbar mit Blick auf die Versorgung von Menschen mit chronischen oder wiederkehrenden Erkrankungen oder Bedarfen, z.B. Infektionskrankheiten, Substitutionsbehandlungen oder auch psychischen Erkrankungen.

Insgesamt ist die Vernetzung der Clearingstelle mit anderen Akteuren im Feld der Versorgung von nicht krankenversicherten Menschen seit ihrem Bestehen zunehmend dichter und intensiver geworden. Die ursprünglich bestehende, vor allem ehrenamtlich getragene Versorgungsstruktur für die Betroffenen konnte durch das Hinzukommen der Clearingstelle deutlich erweitert werden. Allerdings finden sich in der Vernetzung mit öffentlichen Institutionen noch offene Enden, die es zu schließen gilt.

4.2 Bewertung der Clearingstelle in der gesundheitspolitischen Diskussion in Berlin

Aus der Perspektive zentraler gesundheitspolitischer Akteure in Berlin war die Errichtung der Clearingstelle im Jahr 2018 ein notwendiger und wichtiger Schritt zur Ergänzung der gesundheitlichen Versorgungsstruktur in der Stadt. Verschiedene, u.a. auch parteipolitisch unterschiedlich angebundene Interview-Partner:innen betonten einhellig, dass die Clearingstelle mit ihren Leistungen heute aus der in Berlin zur Versorgung nicht krankenversicherter Menschen bestehenden Versorgungslandschaft nicht mehr wegzudenken sei. Es bestehe ein partiübergreifend weitgehender Konsens darüber, dass es einer Einrichtung wie der Clearingstelle in Berlin bedürfe und die finanzielle Unterstützung dieser Struktur (dauerhaft) notwendig sei.

Zur Begründung führten die Befragten unabhängig voneinander insbesondere ein grundsätzliches Argument an: Betont wurde das Menschenrecht auf gesundheitliche Versorgung; dieses sei uneingeschränkt zu gewähren, unabhängig vom rechtlichen Status der betroffenen Personen und ohne vorherige, z.B. politisch zu beschließende Deckelung des (unkalkulierbaren) Kostenaufwands.

Mehrere Interview-Partner:innen wiesen in diesem Zusammenhang aber auch auf das Risiko hin, dass mit der Clearingstelle eine parallele gesundheitliche Versorgungsstruktur aufgebaut werde, die jenseits des regulären gesundheitlichen Versorgungssystems in Deutschland Zugang zur gesundheitlichen Versorgung ermöglicht. Dieses Risiko wachse in dem Maße, in dem sich die Zahl der Menschen, die auch trotz Unterstützung durch die Clearingstelle dauerhaft keinen Zugang zum gesundheitlichen Regelsystem fänden oder, z.B. aufgrund der Existenz unterschiedlicher struktureller Hürden (vgl. Kapitel 2.1), keinen Zugang in das Regelsystem erhielten. Mehrere Interview-Partner:innen schilderten hier ein Dilemma. So wurde die zunehmende Bekanntheit der Clearingstelle als notwendig und wünschenswert erachtet, um den Zugang zu guter Versorgung für alle gesundheitlich belasteten Menschen in Berlin zu ermöglichen. Zugleich wurde darauf verwiesen, dass u.a. über die wachsende Bekanntheit und damit einen stetig wachsenden Zulauf zur Clearingstelle die parallele Versorgungsstruktur immer weiter gefestigt werde. Kein/e befragte/r Interview-Partner:in sah allerdings eine Alternative zu dieser Struktur. So habe sich Deutschland in mehreren internationalen Übereinkünften dazu verpflichtet, das Recht auf angemessene gesundheitliche Versorgung aller Menschen zu gewährleisten. Gerade für Berlin als Metropole, in der zahlreiche Menschen unterschiedlichster Herkunft und mit unterschiedlichsten Hintergründen zusammenleben, seien Strukturen, die Menschen (dauerhaft) von der gesundheitlichen Versorgung ausgrenzten, nicht hinnehmbar. Dabei verwiesen mehrere Interview-Partner:innen auch darauf, dass der unzureichende Zugang zum System der gesundheitlichen Regelversorgung für eine hohe Zahl an Menschen in Deutschland strukturelle Ursachen (Krankenversicherung als Zugangsschwelle, geringe Einbindung des ÖGD in die gesundheitliche Regelversorgung der Bevölkerung) habe. Hier sei es auch eine Aufgabe des Bundes, nicht nur einzelner Länder, sich des Problems anzunehmen und bundesweite Lösungswege anzustreben.⁶

Neben diesen weitergehenden Überlegungen zum Stellenwert der Clearingstelle für die gesundheitliche Versorgung der Menschen in Berlin wurden von einzelnen, in die Gestaltung der Gesundheitspolitik in Berlin eingebundenen Interview-Partner:innen konkrete Vorschläge zur Anpassung der Grundlagen der Arbeit der Clearingstelle formuliert. Dazu zählt z.B. der Vorschlag, die Form der Finanzierung des Projekts Clearingstelle (das dauerhaft notwendig sei und de facto als dauerhafte Struktur angelegt sei) teilweise umzustellen. Vorgeschlagen wurde auch, das Personal der Clearingstelle künftig nicht mehr auf Basis der unsicheren

⁶ Im Koalitionsvertrag der von SPD, Grünen und FDP gebildeten Bundesregierung bekennen sich die Koalitionspartner dazu, „Menschen mit ungeklärtem Versicherungsstatus“ beim „Zugang zur Krankenversicherung und zur Versorgung“ zu unterstützen und eine Lösung „im Sinne der Betroffenen“ finden zu wollen (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021: 69).



Grundlage eines jährlich neu zu beantragenden Zuwendungsprojektes, sondern auf Basis einer institutionellen Zuwendung zu finanzieren. Ein weiterer Vorschlag betraf die Vernetzung der Clearingstelle. So wurde angeregt, diese als weiteres Mitglied in bestimmte Landesgremien mit gesundheitspolitischem Mandat, so z.B. den Landesbeirat für psychische Gesundheit; aufzunehmen. Angeregt wurde außerdem die Etablierung eines regelmäßigen Austauschformats auf Senator:innen- oder Staatssekretär:innen-Ebene mit der Clearingstelle, um wichtige, die Stelle betreffende Fragen auf höchster landespolitischer Ebene ansprechen zu können. Weiterhin wurde vorgeschlagen, die in der Vereinbarung mit der KV Berlin niedergelegten Pauschalen zur Vergütung der hausärztlichen Versorgung von Klient:innen der Clearingstelle zu erhöhen, damit eine hohe Versorgungsqualität dauerhaft stabil gegeben sein kann. Schließlich betonten unterschiedliche Befragte in den Interviews den hohen Stellenwert, den die intensive Vernetzung der Clearingstelle mit anderen gesundheitlichen Einrichtungen, Institutionen und Stellen sowie den relevanten Behörden für die Versorgung nicht krankenversicherter Menschen in Berlin habe. Dies wurde u.a. als ein Weg zur Vermeidung gegebenenfalls unnötiger Kostenübernahmen, zur besseren Steuerung der Kosten der Clearingstelle gesehen. In diesem Kontext betonten Interview-Partner:innen u.a., dass es notwendig sei, eine Lösung für die Finanzierung besonders „hochpreisiger“ Kostenübernahmen zu finden, gegebenenfalls losgelöst von der Clearingstelle und mit dem Ziel, diese zu entlasten und die Wahrnehmung eines breit angelegten Versorgungsauftrags zu ermöglichen.

Im abschließenden Kapitel werden die Evaluationsergebnisse zusammengefasst und auf dieser Basis Handlungsempfehlungen formuliert.

5 Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Die Evaluation diente der Untersuchung der Frage, wie sich die Arbeit der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen in Berlin in den vergangenen drei Jahren entwickelt hat. Dabei war für die Auftraggeberin die Beantwortung der folgenden Fragenkomplexe zentral: Erstens sollte analysiert werden, welche Menschen von der gesundheitlichen Versorgung ausgeschlossen sind. Zweitens sollte analysiert werden, welche individuellen und strukturellen Hürden Menschen in Berlin am Zugang zur gesundheitlichen Versorgung hindern und welche Maßnahmen zur Beseitigung der insbesondere strukturellen Hürden notwendig sind. Drittens sollte der Frage nachgegangen werden, welchen Beitrag die Clearingstelle zur Beseitigung von Zugangshürden leisten kann. Nachfolgend werden in der Zusammenfassung der Ergebnisse der einzelnen Kapitel Antworten auf diese Fragen formuliert und auf dieser Grundlage abschließend Handlungsempfehlungen abgeleitet.

Die zentrale Datenbasis zur Untersuchung der Fragen des Versorgungsausschlusses und der (individuellen und strukturellen) Zugangshürden waren erstens die von der Clearingstelle bereit gestellten Klient:innen-Daten, d.h. die „Sozialdaten“ und die „Medizinischen Daten“, sowie zweitens die aus Dokumentenanalysen und in den Expert:innen-Interviews zusätzlich gewonnenen Daten und Informationen (vgl. Kapitel 1).



Die Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen hat drei zentrale Zielgruppen, nämlich erstens Menschen aus Drittstaaten außerhalb der EU, mit oder – häufiger – ohne gesicherten Aufenthaltsstatus in Deutschland ohne nachgewiesenen Krankenversicherungsschutz, zweitens EU-Bürger:innen ohne nachgewiesenen Krankenversicherungsschutz und drittens deutsche Staatsangehörige ohne (ausreichenden) Krankenversicherungsschutz. Mit diesen Zielgruppen adressiert sie zugleich die Haupt-Betroffenengruppen des Problems des unzureichenden Zugangs zu gesundheitlicher Versorgung in Berlin (wie deutschlandweit).

Grundlegend bilden das Vorhandensein einer (sozialversicherungspflichtigen) Beschäftigung (als abhängig Beschäftigte:r oder Selbständige:r) oder die formale Feststellung von individuellen Anspruchsrechten auf soziale Grundsicherungs- oder Sozialhilfeleistungen die zentralen Zugangswege zur Krankenversicherung und damit zur Finanzierung der Leistungen der gesundheitlichen Regelversorgung in Deutschland. Sind diese Wege aufgrund des Vorhandenseins bestimmter individueller Faktoren oder aufgrund des Wirkens unterschiedlicher struktureller Hürden verstellt, so ist für die betroffenen Personen der Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung ausgeschlossen oder eingeschränkt. In Kapitel 2.1 wurden die diversen individuellen und strukturellen Hürden, die die Klient:innen der Clearingstelle zu bewältigen haben, erläutert. Dabei wurde gezeigt, dass strukturelle Hürden zum Teil gruppenspezifisch angelegt sind (insbesondere bestimmte Regelungen im deutschen Aufenthalts-, Asyl-, und Sozialrecht, die beispielsweise Asylsuchende oder arbeitslose EU-Bürger:innen, betreffen) und zum Teil gruppenübergreifend-allgemein wirken. Zu den gruppenübergreifend-allgemeinen strukturellen Hürden zählen insbesondere die Komplexität aufenthalts-, sozial- und krankenversicherungsrechtlicher Regelungen in Verbindung mit der Komplexität und Unzugänglichkeit der Regel-anwendenden sowie die spezifische Organisation des deutschen Gesundheitswesens, in der dem ÖGD eine untergeordnete Rolle eingeräumt wird. Zu den individuellen Hürden, die ebenfalls nicht gruppenspezifischer Natur sind, zählen z.B. die Scheu vor oder Vorbehalte gegenüber dem Kontakt mit Behörden, offiziellen Stellen und auch gesundheitlichen Einrichtungen aus unterschiedlichen Gründen; das Bestehen einer desolaten gesundheitlichen und/oder sozialen Situation, verbunden damit, dass die betroffenen Personen nicht in der Lage sind, sich pro-aktiv um einen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung zu bemühen; Scham über die eigene soziale Situation und Hilfebedürftigkeit; geringe oder mangelnde Fähigkeit von Personen zur Selbstorganisation und Tagesstrukturierung; geringe eigene Ressourcen (z.B. Einkommen, Wissen, Netzwerke); Sprachbarrieren; oder auch Analphabetismus.

Diese und gegebenenfalls weitere individuelle Hürden greifen je nach Person oder Personengruppe mit den unterschiedlichen strukturellen Hürden ineinander, so dass es zu einer wechselseitigen Verstärkung kommen kann. Dies wirkt letztendlich für die betroffenen Einzelnen als Ausschlussmechanismus für den (vollständigen) Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung. Bei Personen aus Drittstaaten außerhalb der EU sind der Aufenthalts- und der Beschäftigungsstatus zentral für den (Nicht-) Zugang zu gesundheitlicher Versorgung. Das Vorhandensein von Ängsten im Kontakt mit Behörden oder offiziellen Stellen (z.B. Angst davor, erkannt und abgeschoben zu werden; Angst davor, mit dem eigenen Verhalten Gründe



für Abschiebung oder die Nicht-Anerkennung von Asyl zu liefern; Angst vor Diskriminierung oder Rassismus), aber auch Sprachbarrieren, Armut und geringe Ressourcen sind dabei weitere wichtige individuelle Faktoren im Zusammenhang der (Nicht-) Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsleistungen. Bei EU-Bürger:innen, die in Deutschland das innerhalb der EU geltende Freizügigkeitsrecht genießen, sind der (Nicht-) Zugang zum Arbeitsmarkt sowie unterschiedliche individuelle Ausgangssituationen zentrale Stellschrauben für den (vollständigen) Zugang zu oder Ausschluss von der gesundheitlichen Regelversorgung. Bei deutschen Staatsangehörigen bedingt häufig das Zusammenspiel von unterschiedlichen individuellen Hürden (Wohnungslosigkeit oder Obdachlosigkeit, Scham über die individuelle Situation, Scheu oder Vorhalte gegenüber Behörden oder offiziellen Stellen, gesundheitliche Probleme etc.), dass Betroffene von der gesundheitlichen Versorgung ausgeschlossen werden.

Für *Berlin* lässt sich das Wirken dieser in Kapitel 2.1 allgemein beschriebenen strukturellen und individuellen Zugangshürden anhand des Klientels der Clearingstelle und der Entwicklung der Klient:innen-Struktur nachvollziehen (vgl. Kapitel 2.2). Insgesamt ist die Zahl der Klient:innen im Untersuchungszeitraum 2021 bis 2023 (erstes Halbjahr) gestiegen. Dabei hat sich die Klient:innen-Struktur in einigen Bereichen stabil entwickelt, in anderen Bereichen haben sich hingegen Veränderungen ergeben. Zwischen 70 % und 75 % der Klient:innen hatten im Untersuchungszeitraum keine nachgewiesene Krankenversicherung, bei circa 5 % bestand ein ungeklärter Krankenversicherungsstatus und für weitere 6 % bis knapp 16 % lagen keine Angaben zum Krankenversicherungsstatus vor.

Unter den Klient:innen der Clearingstelle befindet sich ein hoher Anteil an Personen, deren Aufenthaltsstatus nicht geregelt oder nicht bekannt ist (circa 80 % aller Klient:innen über den Untersuchungszeitraum hinweg). Weiterhin befindet sich unter den Klient:innen ein hoher Anteil an Personen aus Drittstaaten. Dieser ist über die Jahre seit Beginn der Tätigkeit der Clearingstelle stetig angewachsen (auf zuletzt 62 % im Jahr 2023). Insgesamt hat der Anteil der Personen aus Drittstaaten zusammen mit dem Anteil an EU-Bürger:innen unter den Klient:innen seit 2018 und auch im engeren Untersuchungszeitraum zugenommen, der der deutschen Staatsangehörigen ist dagegen zurückgegangen. Ebenfalls gestiegen ist seit 2018 und auch im Untersuchungszeitraum die Zahl der wohnungslosen oder obdachlosen Klient:innen oder Klient:innen ohne gesicherte Wohnsituation (zuletzt in 2023 circa 60 %).

Ausgehend von den Schilderungen der Interview-Partner:innen hat die Evaluation ergeben, dass insbesondere Wohnungs- und Obdachlosigkeit, ein ungeklärter oder unregelmäßiger Aufenthaltsstatus sowie das Vorhandensein multipler Problemlagen (Krankheit, Armut, Sucht), die zu hohen individuellen Belastungen führen, zentrale Hintergründe dafür sind, warum Menschen in Berlin von der gesundheitlichen Regelversorgung ausgeschlossen sind oder nur eingeschränkten Zugang dazu haben.

Mit ihrem breiten Spektrum an Aufgaben leistet die Clearingstelle wichtige Beiträge zur Überwindung der genannten Zugangshürden zur gesundheitlichen Versorgung für die Betroffenen in Berlin. Allerdings stößt sie mit ihrer Arbeit immer wieder auch an Grenzen. Zum Aufgabenspektrum der Clearingstelle gehören die Sozial- und Aufenthaltsberatung des Clearings zur Ermittlung der Möglichkeiten eines Krankenversicherungszugangs für die



Klient:innen; die Vermittlung in ein reguläres Krankenversicherungsverhältnis oder ein äquivalentes Verhältnis der Kostenträgerschaft (durch das Sozialamt); die Übernahmen von Behandlungskosten; die Funktion als Kompetenzzentrum mit dem Angebot der Peer-Beratung für andere Beratungseinrichtungen, Behörden oder Institutionen, die mit nicht krankenversicherten Menschen in Kontakt kommen oder arbeiten; sowie die Vernetzung mit den weiteren Akteuren der Berliner Versorgungs- und Unterstützungslandschaft für nicht krankenversicherte Menschen und der Berliner Gesundheitslandschaft insgesamt.

Insbesondere für die Aufgabenbereiche der Beratung und des Clearings, der Vermittlung Krankenversicherung und der Kostenübernahme konnte die Evaluation einzelne, interessante Entwicklungstrends herausarbeiten.

Beim Blick auf den Bereich der (Sozial- und Aufenthalts-)Beratungen (vgl. Kapitel 3.1) kann festgehalten werden, dass die Gesamtzahl der Beratungen in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen ist. Dies deutet darauf hin, dass die Clearingstelle zunehmend mehr betroffene, nicht krankenversicherte Menschen in Berlin erreicht. Die Anteile der – zahlenmäßig deutlich bedeutsameren – Sozialberatung und der Aufenthaltsberatung sind dabei über die Vergleichsjahre hinweg stabil geblieben. Der Anstieg der Beratungszahlen betrifft sowohl die Erst- als auch die Folgeberatungen. Dabei hat sich das Verhältnis von Erst- und Folgeberatungen in den vergangenen Jahren klar zugunsten der letzteren verschoben. Lag der Anteil der Erstberatungen in 2021 noch bei circa 70 %, so sank er in 2022 auf 67 % und in 2023 (erstes Halbjahr) auf knapp 55 %. Von den dazu befragten Interview-Partner:innen wurde der Anstieg der Beratungszahlen insgesamt u.a. auf die wachsende Bekanntheit der Clearingstelle und die Erweiterung des (auf große Nachfrage stoßenden) Beratungsangebots zurückgeführt. Mit Blick auf den vergleichsweise rascheren Anstieg der Zahl der Folgeberatungen wurde darauf hingewiesen, dass ein wachsender Teil der Klient:innen aufgrund positiver Erfahrungen mit der Clearingstelle (leichte Zugänglichkeit, niedrigschwelliges Hilfsangebot, Möglichkeit der anonymen Beratung) oder auch, weil sie für sich keine alternativen gesundheitlichen Versorgungsmöglichkeiten sehen, immer wieder kämen, teils auch nach Jahren.

Die Mitarbeitenden der Clearingstelle begegnen der wachsenden Zahl an Beratungs- und Hilfeersuchen mit Engagement und intensiver fachlicher Arbeit. Sie setzen teils große zeitliche Ressourcen ein, um differenziert auf die unterschiedlichsten Sachverhalte in den einzelnen Fällen und die Erwartungen der Klient:innen einzugehen. Dabei sind sie bei der Beratungs- und Clearingarbeit beständig mit der Anforderung konfrontiert, ihren ausgeprägten Ermessensspielraum zugleich im Sinne einer optimalen Bearbeitung der Einzelfall-Probleme und eines verantwortungsvollen Einsatzes der begrenzten Ressourcen der Clearingstelle insgesamt einzusetzen. Diese Anforderung kann zu Stress führen. Die Evaluation hat gezeigt, dass die Arbeitsbelastung trotz einer Erhöhung der Personalressourcen der Clearingstelle, insbesondere bei den Sozial- und Aufenthaltsberater:innen, in den vergangenen Jahren gestiegen ist – aus mehreren Gründen. So ist die Anzahl der Beratungstermine für die einzelnen Berater:innen gestiegen. Auch hat die Anzahl der komplexen, beratungsintensiven Fälle zugenommen, u.a. mit der Folge eines höher werdenden Dokumentationsaufwands im



Einzelfall. Aufgrund externer krisenhafter Rahmenbedingungen insbesondere während der Corona-Zeit haben sich die Anforderungen an das Personal der Clearingstelle zeitweilig stark verändert. Zudem ist der Aufwand für die Begleitung der einzelnen Klient:innen hoch, u.a. weil die in vielen Fällen notwendige Zusammenarbeit mit Behörden mitunter schwierig und langwierig ist. Die Clearingstelle hat auf diese Entwicklung mit unterschiedlichen arbeitsorganisatorischen und prozeduralen Anpassungen reagiert. Die bereits genannte Erhöhung der Personaldecke (vor allem bei den Berater:innen) war hier ein wichtiges Element zur Anpassung an die wachsenden Anforderungen. Dies hat allerdings lediglich zur Verlangsamung, nicht jedoch zur Reduzierung der Arbeitsbelastung der einzelnen Berater:innen geführt.

Für den Aufgabenbereich der Vermittlung in Krankenversicherung (vgl. Kapitel 3.2) hat die Evaluation gezeigt, dass der Anteil der von der Clearingstelle in ein reguläres Krankenversicherungsverhältnis oder an einen alternativen Kostenträger vermittelten Klient:innen in den ersten Jahren der Tätigkeit ab 2018 zunächst zurückgegangen ist und sich seit 2020 auf niedrige Jahreswerte um circa 10 % eingependelt hat. Abgesehen vom weitgehend Corona-bedingten Einbruch der Vermittlungszahl im Jahr 2021 stellt sich die jährliche Entwicklung der Vermittlungszahl auf diesem Niveau als relativ stabil dar. Eine wichtige Ursache hierfür ist u.a. der beschriebene Wandel der Klient:innen-Struktur. Insbesondere der wachsende Anteil an Personen, die keine Aussicht auf Vermittlung in ein reguläres Krankenversicherungsverhältnis haben oder bei denen die Vermittlung in Krankenversicherung oder an einen alternativen Kostenträger u.a. angesichts des Vorliegens multipler individueller Hürden schwierig und langwierig ist, wirkt sich hier aus. Dabei hat die Evaluation in diesem Zusammenhang auch ergeben, dass einige der Kooperationspartner der Clearingstelle selbst Clearingprozesse durchführen bzw. ihre Klient:innen beim Zugang zur Krankenversicherung unterstützen, und der Clearingstelle (die hierfür mehr Ressourcen einsetzen kann und über die Möglichkeit von Kostenübernahmen verfügt) vor allem die ‚schwierigen‘, komplexen Fälle vermitteln. Insgesamt ist und bleibt die Vermittlung von Menschen ohne Krankenversicherung in ein reguläres Krankenversicherungsverhältnis oder an einen alternativen Kostenträger, eine zentrale Aufgabe der Clearingstelle. Im Rahmen der Evaluation ist aber auch deutlich geworden, dass die erfolgreiche Vermittlung in Krankenversicherung nur ein Element neben weiteren zur Bewertung der Tätigkeit der Clearingstelle sein kann. Zentraler Maßstab ist das Ziel einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung der Menschen ohne Krankenversicherung im Sinne der Gewährleistung des Grundrechts auf gesundheitliche Versorgung. Hierfür spielen die oben erläuterte Beratungstätigkeit sowie die Aufgabe der Übernahme von (wachsenden) Kosten für die gesundheitliche Versorgung der Klient:innen eine wichtige Rolle.

Für den Bereich der Kostenübernahmen (Kapitel 3.3) hat die Evaluation ergeben, dass deren Zahl insgesamt im Untersuchungszeitraum gestiegen ist (wobei die durchschnittliche Zahl der Kostenübernahmen je Klient:in tendenziell leicht sinkt). Parallel dazu sind auch die Ausgaben der Clearingstelle für die Übernahme von Behandlungs-, Medikamenten- und Laborkosten über die vergangenen Jahre hinweg gestiegen. Dies hängt mit unterschiedlichen



Entwicklungen zusammen. Erstens hat der Anteil der Kostenübernahmen für die meist teuren Behandlungen von chronischen Erkrankungen, darunter Infektionserkrankungen wie HIV, und von Substitutionsbehandlungen seit 2021 zugenommen. Zweitens ist die Zahl der Kostenübernahmen für sehr teure Leistungen (z.B. sehr hochpreisige Medikamente oder teure Operationen) gestiegen. Diese Anstiege lassen sich sowohl bei den kalkulierten Soll- als auch – teils noch deutlicher – bei den tatsächlich ausgabenwirksamen Ist-Werten der Kostenübernahmen der Clearingstelle nachweisen. Drittens wächst die Zahl der wiederkehrenden Kostenübernahmen, d.h. der Fälle, in denen Menschen nach einer ersten Unterstützung durch die Clearingstelle erneut deren Hilfe in Anspruch nehmen. Dies hat damit zu tun, dass die Clearingstelle sich einem wachsenden Anteil an Personen, die nicht in ein reguläres Krankenversicherungs- oder Kostenträgerverhältnis vermittelt werden können, gegenüber sieht. Zugleich ist die Clearingstelle für eine wachsende Zahl an chronisch kranken Personen, die z.B. regelmäßig auf (teure) Medikamente angewiesen sind (z.B. HIV-infizierte Menschen), zur Anlaufstelle geworden. Die Bedeutung der Kostenübernahmefunktion ist mithin über die vergangenen Jahre gewachsen – dies lässt sich nicht nur aus der Datenauswertung, sondern auch aus der Auswertung der Dokumente und Expert:innen-Interviews ableiten.

Im Sinne einer belastbaren Kalkulation des jährlichen Finanzbedarfs für die gesundheitliche Versorgung der Klient:innen sowie für den Betrieb der Clearingstelle selbst ist wichtig, wie sich die Differenz zwischen veranschlagten Soll-Kosten und tatsächlich bei der Clearingstelle abzurechnenden Ist-Kosten entwickelt. Auch wenn die Beratung in der Clearingstelle (gemessen an der Zahl der Beratungstermine je Klient:in) offenbar dazu beiträgt, die Differenz der Soll- und Ist-Werte zu verringern, ist diese Differenz in den vergangenen Jahren, mit jährlichen Schwankungen, stets hoch gewesen (in 2021 wurde nur circa 45 % der veranschlagten Soll-Kosten letztlich abgerechnet, in 2022 waren es 61 % und im ersten Halbjahr 2023 sind einstweilen nur 31 % abgerechnet worden). Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Dabei hat die Datenauswertung im Rahmen der Evaluation gezeigt, dass die pauschal vergüteten Kostenübernahmen für die Versorgung beim Hausarzt („KV-KÜ“), die einen hohen Anteil an allen Kostenübernahmen (circa 30 %) ausmachen, von den Klient:innen der Clearingstelle seltener eingelöst werden als andere Kostenübernahmen für die nicht-hausärztliche Versorgung. Über die Gründe liegen keine belastbaren Erkenntnisse vor. In den Expert:innen-Interviews vermuteten einzelne Befragte, dass Klient:innen diese Kostenübernahmen u.a. deshalb eher ‚verfallen lassen‘, weil sie sich hier eigenständig um die Terminvereinbarungen kümmern müssen und dies mitunter eine hohe Hürde darstellt. Weiterhin lässt sich der hohe Soll-Ist-Abstand gerade im ersten Halbjahr 2023 auf Verzerrungseffekte zurückführen. So werden nicht alle in einem jeweiligen Berichtsjahr geplanten Kostenübernahmen (Soll) im selben Jahr ausgabenwirksam (Ist). Zudem musste die Clearingstelle in der jüngeren Vergangenheit bei den Soll-Kostenübernahmen ‚großzügiger‘ kalkulieren. Interview-Partner:innen berichteten, dass die kooperierenden Ärzt:innen bei der Vorab-Information der Berater:innen der Clearingstelle zu den zu erwartenden Kosten für alle nicht pauschal vergüteten Behandlungen mehr und mehr dazu übergingen, vergleichsweise hohe Summen anzugeben. So solle ein ‚Puffer‘ für den Fall unerwarteter Zusatzkosten geschaffen werden.



Die Clearingstelle trägt nicht nur mit der Erfüllung ihrer Aufgaben in der (Sozial- und Aufenthalts-)Beratung, der Vermittlung in Krankenversicherung und der Kostenübernahmen zum Abbau der Zugangshürden von Menschen zur gesundheitlichen Versorgung in Berlin bei. Sie leistet dazu auch durch ihre Arbeit als Kompetenzzentrum zur Peer-Beratung von anderen Einrichtungen (vgl. Kapitel 3.4) sowie durch ihre Vernetzung mit anderen gesundheitlichen Akteuren in der Stadt (vgl. Kapitel 4) einen Beitrag. Besonders hervorhebenswert ist die Vernetzungsarbeit. Durch gezielte Vernetzung können strukturelle Hürden für den Erfolg der Beratung der einzelnen Klient:innen überwunden werden, z.B. durch eine Vereinfachung und gegebenenfalls Formalisierung der Kontakte zu den relevanten Behörden (Sozialämter, Jobcenter). Zudem dient die Vernetzung auch der Überwindung von individuellen Zugangshürden zur gesundheitlichen Versorgung bei den Klient:innen. Ein Beispiel hierfür ist das Angebot der aufsuchenden Beratung, dass die Clearingstelle vor dem Hintergrund der Kooperation mit der Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung regelmäßig vor Ort in dieser Einrichtung anbietet. Sie erreicht damit gerade die sehr vulnerablen Menschen, für die der Gang in die Clearingstelle in der Regel eine große Überwindung darstellt.

Aufgrund ihrer zahlreichen wichtigen Funktionen und Leistungen, wird die Clearingstelle in der gesundheitspolitischen Diskussion auf Landesebene parteiübergreifend als ein nicht mehr wegzudenkendes Element für die Versorgung von nicht krankenversicherten Menschen in Berlin bewertet. Dabei werden allerdings auch Weiterentwicklungsbedarfe gesehen und es wird ein sorgsamer Einsatz der (in wachsendem Umfang) zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel angemahnt.

Aus den hier zusammengefassten Evaluationsergebnissen lassen sich unterschiedliche Handlungsempfehlungen ableiten.

Erstens wird empfohlen, dass die Clearingstelle in der internen Diskussion zwischen Leitungspersonal und Mitarbeitenden – wie bisher – weiterhin regelmäßig mögliche arbeitsorganisatorische und Prozess-bezogene Anpassungen diskutiert, prüft und – wo dies sinnvoll erscheint – ausprobiert. Diese Vorgehensweise hat sich in der Vergangenheit als sinnvoller Weg erwiesen, um die Arbeit in der Clearingstelle flexibel an die wachsenden, vor allem externen Anforderungen anzupassen. In diesem Zusammenhang könnte (erneut) über gemeinsame Standards reflektiert werden, wie sich die Dokumentation der Klient:innen-Daten möglichst wenig aufwendig und dabei mit möglichst großen Ertrag weiter verbessern ließe. Ein Vorschlag zur internen Diskussion und Erprobung könnte auch eine Anpassung des bisherigen ‚Leitsystems‘ für die Zuweisung der Klient:innen an die Berater:innen sein. Denkbar wäre etwa, dass die Mitarbeitenden im Eingangsbereich der Clearingstelle regelhaft ein internes Vorclearing durchführen, um Klient:innen, die zur Erstberatung kommen, und bei denen eine Vermittlung in ein Krankenversicherungsverhältnis nicht möglich ist, oder auch Personen, die keiner näheren Beratung bedürfen (z.B., weil sie zu einem Folgetermin kommen) von vorn herein ‚herauszufiltern‘. Damit könnte ein Beitrag zur besseren Kalkulierbarkeit des Arbeitsaufwands bei den Berater:innen geleistet werden. Diese könnten sich stärker auf die unklaren Fälle, in denen eine Vermittlung in Krankenversicherung möglich sein könnte,



konzentrieren. Grundsätzlich erscheint es indes sinnvoll und empfehlenswert, an der gegenwärtigen Organisation der Beratungsarbeit gemäß dem bisher verfolgten Prinzip, wonach ein:e Berater:in dauerhaft für ihre/seine Klient:innen ‚zuständig‘ ist und die gesamte fallbezogene Arbeit übernimmt, festzuhalten. Diese Organisation entspricht der Idee des Fallmanagements, die als Konzept für die Beratung angesichts der Komplexität der Fälle und des zumeist hohen Beratungs- und Unterstützungsbedarfs der Klient:innen sinnvoll ist. Nur so kann ein für die effektive Hilfestellung notwendiges Vertrauensverhältnis aufgebaut werden (selbst wenn Hilfestellung im Einzelfall ‚nur‘ im Weiterverweis der/des Klient:in an eine andere, spezialisierte Beratungsstelle oder Einrichtung besteht). Insgesamt ist die intensive, persönliche Betreuung durch die Berater:innen ein wichtiger Aspekt für den Erfolg der Arbeit der Clearingstelle. Dieser bemisst sich angesichts der Veränderung der Klient:innen-Struktur zunehmend weniger an der Vermittlung in ein Krankenversicherungsverhältnis. Vielmehr rückt die angemessene Versorgung der betroffenen nicht krankenversicherten Menschen als zentrales Ziel der Clearingstelle noch klarer in den Vordergrund.

Zweitens wird empfohlen, die bestehenden Vernetzungen und engen Beziehungen, die die Clearingstelle bereits mit anderen zivilgesellschaftlich getragenen Beratungseinrichtungen pflegt, weiter zu stärken. Gegebenenfalls könnten schon bestehende Kooperationsbeziehungen ausgebaut werden (z.B. die Kooperation mit der Malteser Medizin zur Erweiterung des Angebots der aufsuchenden Beratung). Auch könnten – in den Fällen, in denen dies sinnvoll erscheint – weitere bestehende, aber nicht formalisierte Kooperationen auf Basis von bilateralen Vereinbarungen formalisiert und dadurch gestärkt werden (z.B. mit Fixpunkt, der Berliner Aidshilfe e.V. oder auch von Migrant:innen-Selbsthilfeorganisationen wie ‚Women in Exile‘). Maßgabe dafür ist die Aussicht auf weitere Verbesserung der Versorgung der Klient:innen. In diesem Sinne ist es ebenfalls wünschenswert, dass neben den Kooperationsbeziehungen mit anderen zivilgesellschaftlichen Beratungseinrichtungen auch die Koordination und Vernetzung mit den relevanten Behörden gestärkt wird. Denkbar und empfehlenswert wäre z.B. eine regelhafte Einbindung der Gesundheitsämter in die Versorgung von bestimmten Klient:innen-Gruppen, beispielsweise Menschen mit Infektionserkrankungen, mit chronischen Erkrankungen, Klient:innen, die (wiederkehrend) einer Substitutionsbehandlung bedürfen, oder auch Klient:innen mit psychischen Erkrankungen. Die Handlungsempfehlung richtet sich freilich zuallererst an die Gesundheitspolitik in Berlin. Sie wird formuliert vor dem Hintergrund einer Gesamtbetrachtung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung, an der die Clearingstelle maßgeblich beteiligt ist, die sie aber nichts allein oder lediglich in Kooperation mit zivilgesellschaftlichen Partnern ‚schultern‘ kann. Die Clearingstelle könnte über eine solche regelhafte Zusammenarbeit mit dem ÖGD von einem Teil der hohen Kosten für (wiederkehrend erforderliche) teure Behandlungen oder Medikamente entlastet werden. Im Sinne eines optimalen Ressourceneinsatzes erscheint darüber hinaus wünschenswert, dass die Kooperation der Clearingstelle mit den Sozialämtern, Jobcentern, aber auch den Krankenkassen gestärkt und gegebenenfalls auf eine strukturierte Basis gestellt wird. Es wird angeregt, dass von den Sozialämtern auf Bezirksebene sowie von den Jobcentern feste Ansprechstellen und/oder -Personen benannt werden, an die sich die Mitarbeitenden der Clearingstelle zur Klärung Klient:innen-bezogener Fragen (z.B. Kostenträgerschaft,

Rückholung von Kosten) unkompliziert wenden können. Um einen solchen Schritt zu ermöglichen, könnte eine gemeinsame Initiative auf Ebene der Leitungen der bezirklichen Sozialämter und der Jobcenter, gegebenenfalls unterstützt durch die Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung, einen Anschub geben. Die Clearingstelle selbst könnte durch die gezielte Ansprache der Sozialämter, der Jobcenter, gegebenenfalls der Ausländerbehörden sowie auch der Krankenkassen zur Stärkung der Austauschbeziehungen beitragen. Außerdem könnte sie durch gezieltes Werben für die Weiterbildungsangebote, die sie als Kompetenzzentrum macht, die Aufmerksamkeit für ihre Tätigkeit bei den öffentlichen Stellen weiter erhöhen.

Drittens, dies hat diese Evaluation ergeben, besteht aktuell und in mittlerer Zukunft keine Alternative zur Struktur der Clearingstelle, um die Versorgung von nicht krankenversicherten Menschen in Berlin nachhaltig sicherzustellen. Daher erscheint die Fortführung des öffentlichen finanziellen Engagements, verbunden voraussichtlich mit noch weiteren Mittelaufstockungen wichtig. Vor diesem Hintergrund stellt sich Frage, ob die gegenwärtige Form der Finanzierung der Clearingstelle – als Zuwendungsprojekt – weiter angemessen ist. Zu prüfen wäre, ob die Finanzierung der Clearingstelle auf eine solidere, d.h. potenziell dauerhafte Basis (z.B. institutionelle Zuwendung) gestellt werden sollte. Auch diese Handlungsempfehlung ist an die Gesundheitspolitik in Berlin gerichtet und geht von einer Gesamtbetrachtung einer langfristig gesicherten gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung, u.a. durch eine ‚starke‘ Clearingstelle, aus.

Viertens ist es im Sinne einer soliden Haushaltswirtschaft der Clearingstelle wünschenswert, dass Ansätze für eine Reduzierung der Soll-Ist-Kosten Differenz im Zusammenhang der Kostenübernahmen gefunden werden. Dies ist für eine realistische Kalkulation von Kosten, die im Rahmen von Kostenübernahmen blockiert werden müssen, um bei einer späteren Kostenabrechnung verausgabt werden zu können ein wichtiges Element. In diesem Zusammenhang wäre gegebenenfalls zu prüfen, ob die Clearingstelle die Klient:innen, denen sie eine KV-KÜ ausgestellt hat, bei der Suche nach und der Vereinbarung von Terminen bei Hausärzt:innen regelhaft unterstützten sollte. Dies könnte die Rate der Einlösung dieser Kostenübernahmescheine erhöhen, brächte allerdings zusätzlichen Personalbedarf mit sich.

Weiterhin wird fünftens empfohlen, den Projektbeirat als Forum für die offene Reflexion der Arbeit der Clearingstelle weiter intensiv zu nutzen. Aufgrund der regelmäßigen Diskussion relevanter Themen in diesem Gremium, z.B. zur Arbeitsorganisation in der Clearingstelle oder zur Organisation ihres Angebots, konnten in der Vergangenheit sinnvolle Anpassungen im Sinne der Klient:innen und der Mitarbeitenden vorgenommen werden. Eine größere Häufigkeit der Treffen des Projektbeirats (gegenwärtig treffen sich dessen Mitglieder vierteljährlich) erscheint dabei schwer umsetzbar, da die Mitglieder hier ehrenamtlich zusammenkommen. Es wäre denkbar, gezielt Sitzungstermine zu den Entwicklungsperspektiven der Clearingstelle anzusetzen, um den weiteren Entwicklungsprozess der Clearingstelle in Zusammenarbeit der relevanten Praxis-Partner:innen zu begleiten. So entwickelt sich die Clearingstelle von ihrem Status als Modellprojekt weg, hin zu einer festen Größe der gesundheitlichen Versorgung von nicht krankenversicherten Menschen in Berlin.



Insgesamt hat sich gezeigt, dass die Clearingstelle ein notwendiger Bestandteil der gesundheitlichen Versorgungslandschaft für nicht krankenversicherte Menschen in Berlin geworden ist. Durch sie wird ein Problem bearbeitet, das auch vor dem Hintergrund der in Teilen nicht mehr zeitgemäßen Strukturierung des gesundheitlichen Versorgungssystems in Deutschland entstanden ist, nämlich das Problem des fehlenden Zugangs zu gesundheitlicher Versorgung aufgrund fehlender Krankenversicherung. Die Bearbeitung dieses Problems ist nicht zuletzt auch angesichts der internationalen Verpflichtungen zur Gewährleistung grundlegender Rechte, die Deutschland eingegangen ist, unerlässlich. Inwieweit die mit der Clearingstelle in Berlin, aber auch mit ähnlichen Einrichtungen andernorts in Deutschland geschaffenen Parallelstrukturen dauerhaft als Problemlösung dienen können, muss sich in der Zukunft zeigen.

6 Literaturverzeichnis

AEMR – Allgemeine Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen.

BACK - Bundesarbeitsgemeinschaft Anonymer Behandlungsschein und Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherung (2023): <https://anonymer-behandlungsschein.de/> (abgerufen am 27. November 2023).

BAG Gesundheit/Illegalität – Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheit/Illegalität (2019): Notfallhilfe im Krankenhaus für Menschen ohne Papiere. Aktuelle Herausforderungen und Lösungsansätze.

Berlin (2024/2025): Haushaltsplan von Berlin für die Haushaltsjahre 2024/2025. Band 9 Einzelplan 09: Wissenschaft, Gesundheit und Pflege. Vorabdruck zur Beratung im Abgeordnetenhaus. Berlin: Senatsverwaltung für Finanzen.

Berlin (2022/2023): Haushaltsplan von Berlin für die Haushaltsjahre 2022/2023. Band 9 Einzelplan 09: Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. Berlin: Senatsverwaltung für Finanzen.

BMI – Bundesministerium des Innern (2023): Begrenzung irregulärer Migration: Georgien und Moldau sollen als sichere Herkunftsstaaten bestimmt werden. Bundeskabinett beschließt Gesetzentwurf / Asylverfahren können dadurch deutlich beschleunigt werden. Pressemitteilung, 30.08.2023.
<https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/pressemitteilungen/DE/2023/08/sichere-herkunftsstaaten.html>

CFR – Charta der Grundrechte der Europäischen Union.

FBE (Forschung, Beratung, Evaluation GmbH) (2021): Evaluation der Clearingstelle für nicht ausreichend krankenversicherte Menschen in Berlin Schlussbericht der Evaluation im Zeitraum Oktober 2020 bis Oktober 2021. Berlin: FBE. <https://www.berliner-stadtmission.de/clearingstelle/downloads-und-presse#c1574>

GG – Grundgesetz.

INIB (Institut für Innovation und Beratung an der evangelischen Hochschule Berlin) (2020a): Abschlussbericht zur Evaluation der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen in Berlin. Berlin: INIB. <https://www.berliner-stadtmission.de/clearingstelle/downloads-und-presse#c1574>

Abschlussbericht ZEP zur Datenauswertung Clearingstelle



- INIB (Institut für Innovation und Beratung an der evangelischen Hochschule Berlin) (2020b): Bericht Baustein 3: Auswertung zu Klient*innen-Daten und Kostenübernahmen (Routinedaten). Berlin: INIB.
- Kaps, Petra, Reiter, Renate, Oschmiansky, Frank, Popp, Sandra und Berthold, Julia (2022): Social services in times of pandemic – Analysing the German welfare state's measures to safeguard its basic social infrastructure. Zeitschrift für Sozialreform, volume 68, number 1: 58-84.
- Kurz, Charlotte (2022): Menschen ohne Krankenversicherung. Ein oft übersehenes Problem. Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 119, Heft 41: A1738-A1741.
- Reiter, Renate and Walter, Lisa (2022): Language mediation in psychotherapeutic healthcare for refugees in Germany – shunting responsibility between levels and actors. International Journal of Health, Migration and Social Care, volume 19, number 1: 28-41.
- Senat von Berlin (2023): Clearingstelle für die gesundheitliche Versorgung von nicht krankenversicherten Menschen ohne Regelversorgung / Anonymer Krankenschein. Rote Nummer 1414, 1230, 1230 A - E, 0367, 0494, 0494 A und B. Drs.-19/0400 (B.60).
- Senat von Berlin (2022): Clearingstelle für die gesundheitliche Versorgung von nicht krankenversicherten Menschen ohne Regelversorgung / Anonymer Krankenschein. Rote Nummer 0367. Drs.-Nr. 19/0400 (B.60).
- Senat von Berlin (2021): Clearingstelle für die gesundheitliche Versorgung von nicht krankenversicherten Menschen ohne Regelversorgung / Anonymer Krankenschein. Rote Nummer 1414, 1230, 1230 A – H. Drs.-Nr. 18/2400 (B.54).
- Senat von Berlin (2018): Clearingstelle für die gesundheitliche Versorgung von nicht krankenversicherten Menschen ohne Regelversorgung / Anonymer Krankenschein. Kapitel: 0920 - Gesundheit Titel: 54010 - Dienstleistungen - Erläuterungsnummer 9 - Drucksache Nr. 18/0700 (II.B.55).
- Schlee, Thorsten, Schammann, Hannes und Münch, Sybille (2023): An den Grenzen? Ausländerbehörden zwischen Anspruch und Alltag. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.
- Zanders, Theresa und Bein, Laura Eleana (2022): Der Anonyme Behandlungsschein. Von der Idee zur Umsetzung. Ein Handlungsleitfaden. DOI/ISBN: <https://doi.org/10.25643/bauhaus-universitaet.4716>.