

**Menschen ohne Krankenversicherung im
Gesundheitswesen.**

**Studienergebnisse zur Prävalenz und zur Rückführung
in die sozialen Sicherungssysteme am Beispiel des
Universitätsklinikums Essen**

Fachforum 32: Menschen ohne Krankenversicherung I
Kongress Armut und Gesundheit 2019
14./15.03.2019 in Berlin

Dr. rer. medic. Ingo Neupert, Leitung Sozialdienst UK Essen



Universitätsklinikum Essen

Einflussfaktoren und Ursachen für fehlenden Krankenversicherungsschutz

Materielle Einflussfaktoren	Kulturelle Einflussfaktoren	Psychosoziale Einflussfaktoren
Art und Weise der Finanzierung des Gesundheitswesens	Grad der Gesundheitskompetenz	Persönliche und Psychische Krisen
Finanzielle Gründe, Individuelle Kostenbeteiligung	Niedriges Bildungsniveau, Niedriger Sozialstatus, Migrationshintergrund	Lebensprobleme, die eine Selbstorganisation verhindern
Probleme mit der Administration	Eigeninitiativ sich Versorgungsangebote erschließen können	Angst vor Stigmatisierung und Schamgefühle
Mangel an Wissen oder Verständnis des Gesundheitssystems	Geringe Eigenressourcen komplexe Problemlagen selbständig zu lösen	Traumatische biografische Ereignisse
Beitragsverpflichtung und Beitragsschulden	Sprachbarrieren und Alphabetisierung	Defizite in den Konfliktverarbeitungs-möglichkeiten

Quelle: Ingo Neupert, Literaturrecherche



Folgen eines fehlenden Krankenversicherungsschutzes

- **Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status im Vergleich zu einem mittleren/hohen sozioökonomischen Status¹:**
 - schätzen ihren Gesundheitszustand schlechter ein,
 - weisen verstärkt chronische Erkrankungen auf,
 - haben ein risikoreicheres Gesundheitsverhalten und
 - nehmen im geringeren Ausmaß Präventions- und Früherkennungsangebote in Anspruch.
- **Verbesserter Zugang in die Krankenversicherung hatte in den USA nach Einführung der Krankenversicherungspflicht (PPACA) folgende Konsequenzen:**
 - der Anteil der diagnostizierten Tumor 1 Stadien bei Brustkrebs stieg um 3,6% an, der Anteil an Tumoren in den Stadien 2 und 3 reduzierte sich signifikant²,
 - präventive Vorsorgeuntersuchungen wurden verstärkt in Anspruch genommen; Darmkrebsvorsorge um 5,8% und Mammographien um 9,8%³.
- **Durch den Zugang von Papierlosen in die medizinische Regelversorgung lässt sich die Chronifizierung von Erkrankungen reduzieren und Behandlungskosten einsparen⁴:**
 - bei Bluthochdruck 9% der Kosten/Jahr und
 - bei Schwangerschaftsvorsorge 48%/Geburt.

Quellen:

¹ Robert Koch Institut (2015): *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.*

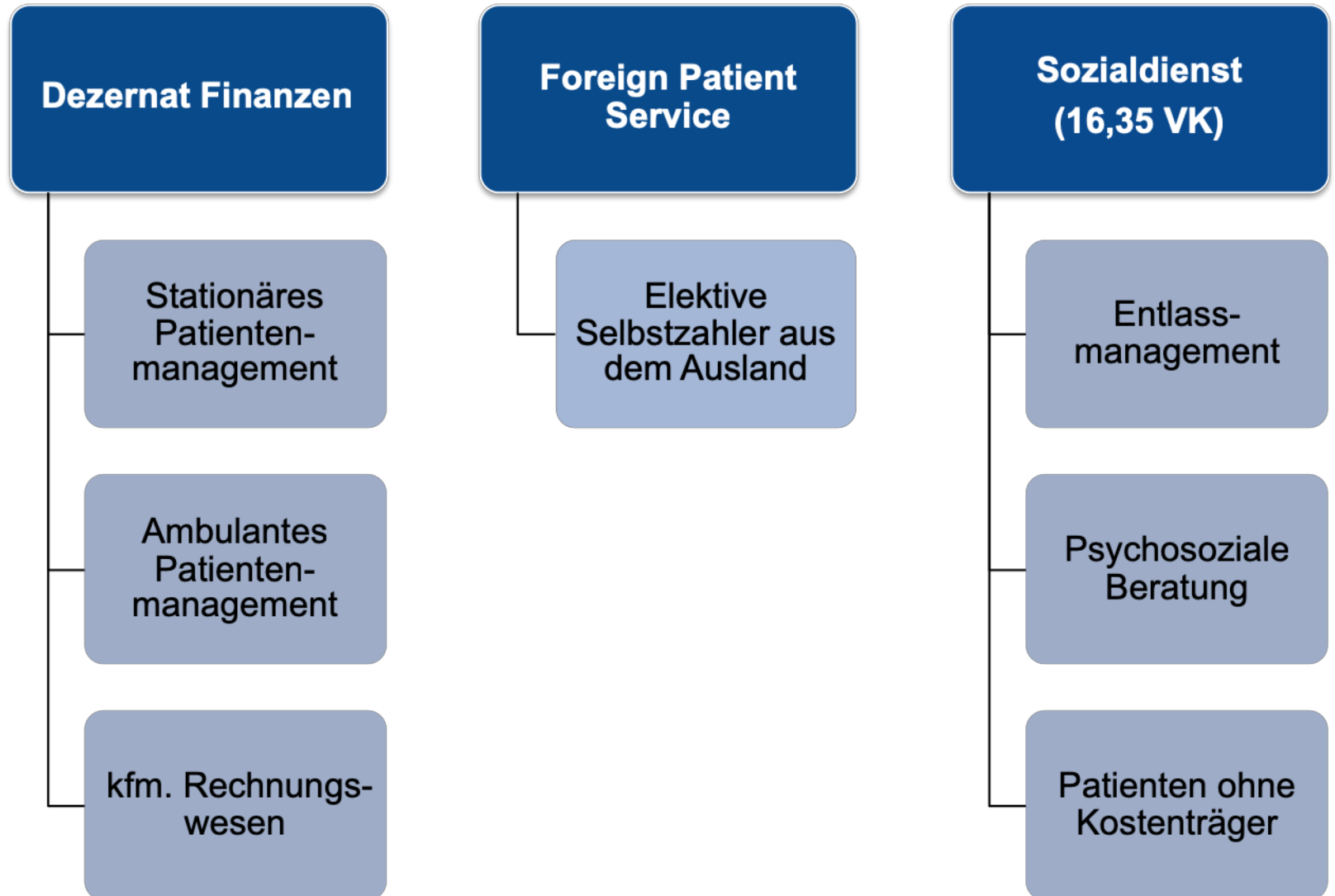
² Silva, A. et al. (2017): *Potential impact of the Affordable Care Act's preventive services provision on breast cancer stage: A preliminary assessment. Cancer Epidemiology, 49/2017, 108-111.*

³ Miller, S., Wherry, L. R. (2017): *Health and Access to Care during the First 2 Years of the ACA Medicaid Expansions. The New England Journal of Medicine, 376/2017, 947-956.*

⁴ European Union Agency for Fundamental Rights (2015): *Cost of exclusion. The case of migrants in an irregular situation.*



Beteiligte Bereiche und Organisationsaufbau



Zielsetzungen der Konzeption

Ebene Interne Klinikprozesse

- Frühzeitige Identifizierung von betroffenen Patienten
- Zeitnahe Klärung der Fallkonstellation durch den Mitarbeiter des Sozialdienstes (Clearingstelle)
- Entscheidung über das weitere Behandlungsprocedere mit dem Arzt

Ebene Externe Prozesse

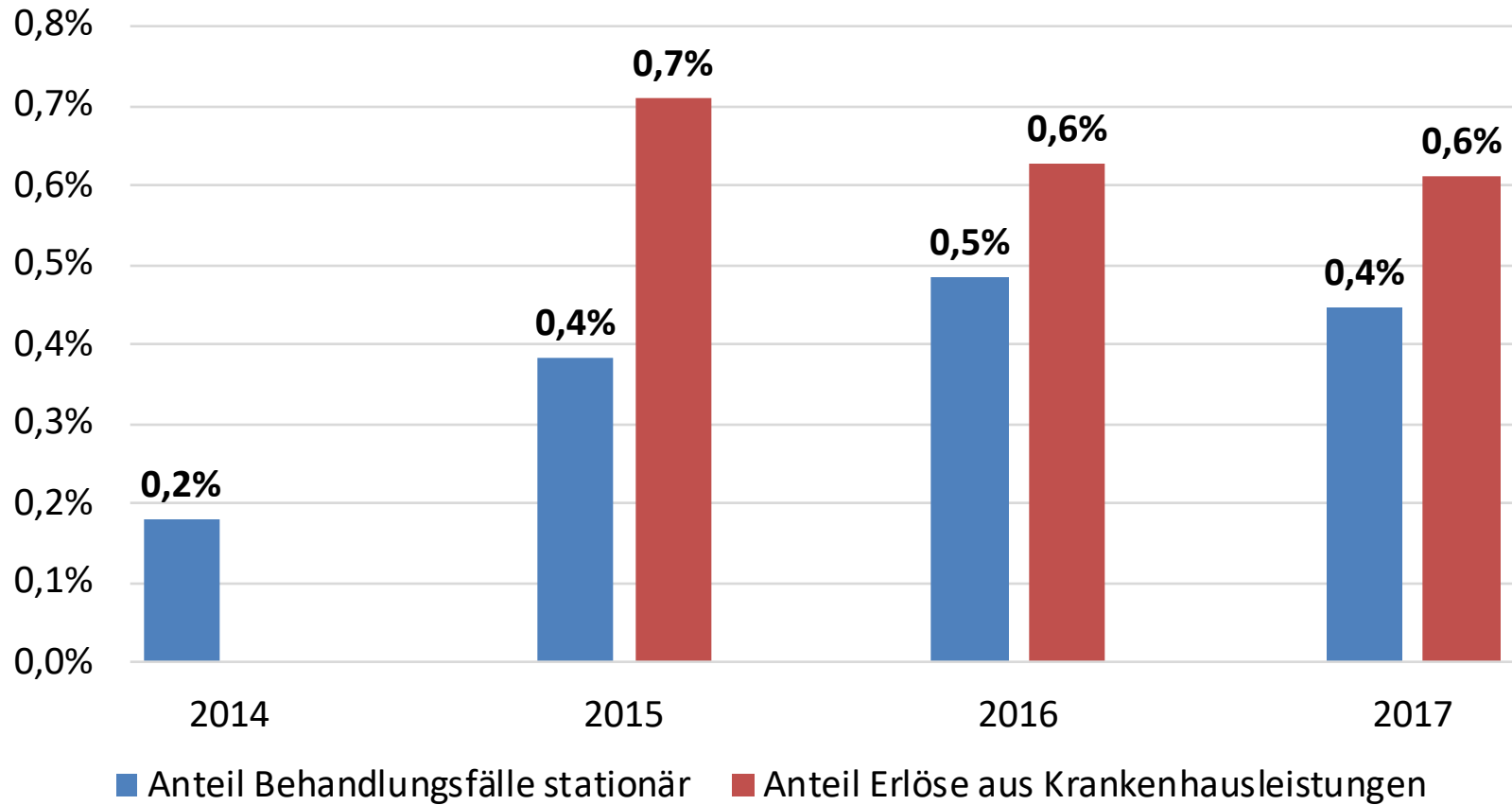
- Aufbau von Netzwerken zu örtlichen humanitären Anlaufstellen
- Verbesserung der Zusammenarbeit mit dem Sozialamt (Kooperationsvereinbarung)

Ebene Ergebnisse

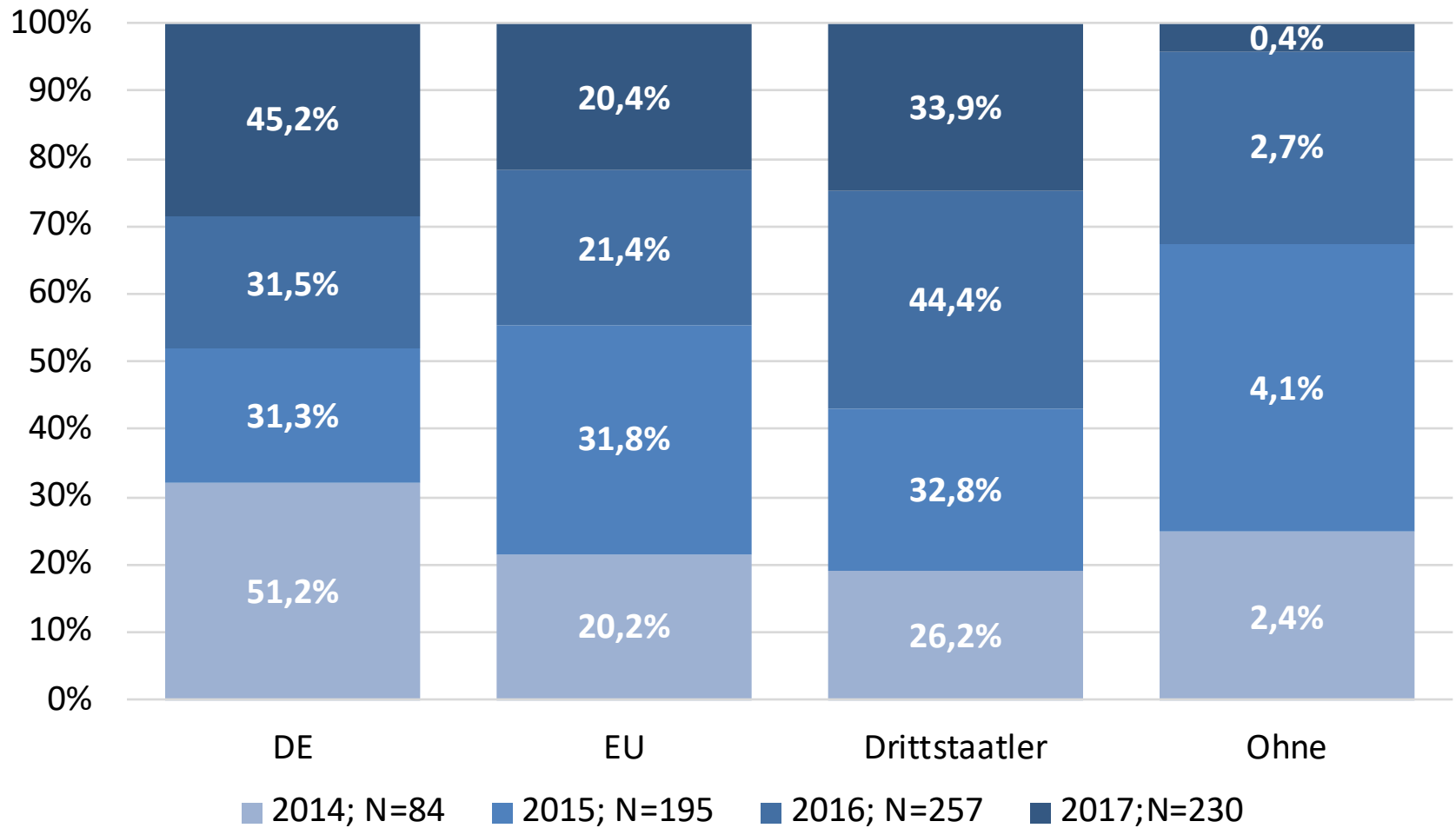
- Aufbau eines Dokumentations- und Berichtswesens
- Wirksame Struktur aus humanitären Gründen
- Wirksame Struktur aus ökonomischen Gründen



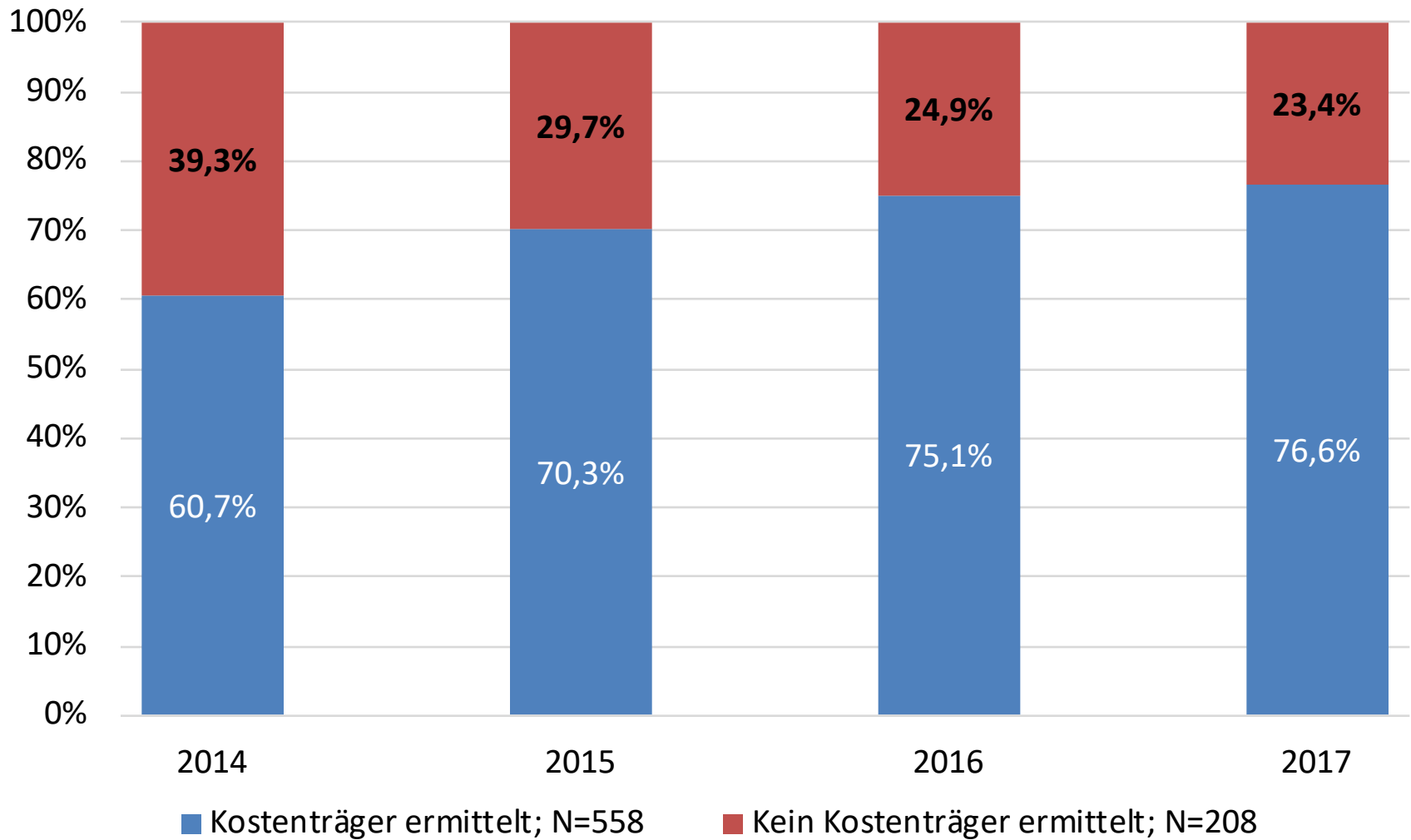
Prävalenz von Patienten ohne Krankenversicherungsschutz



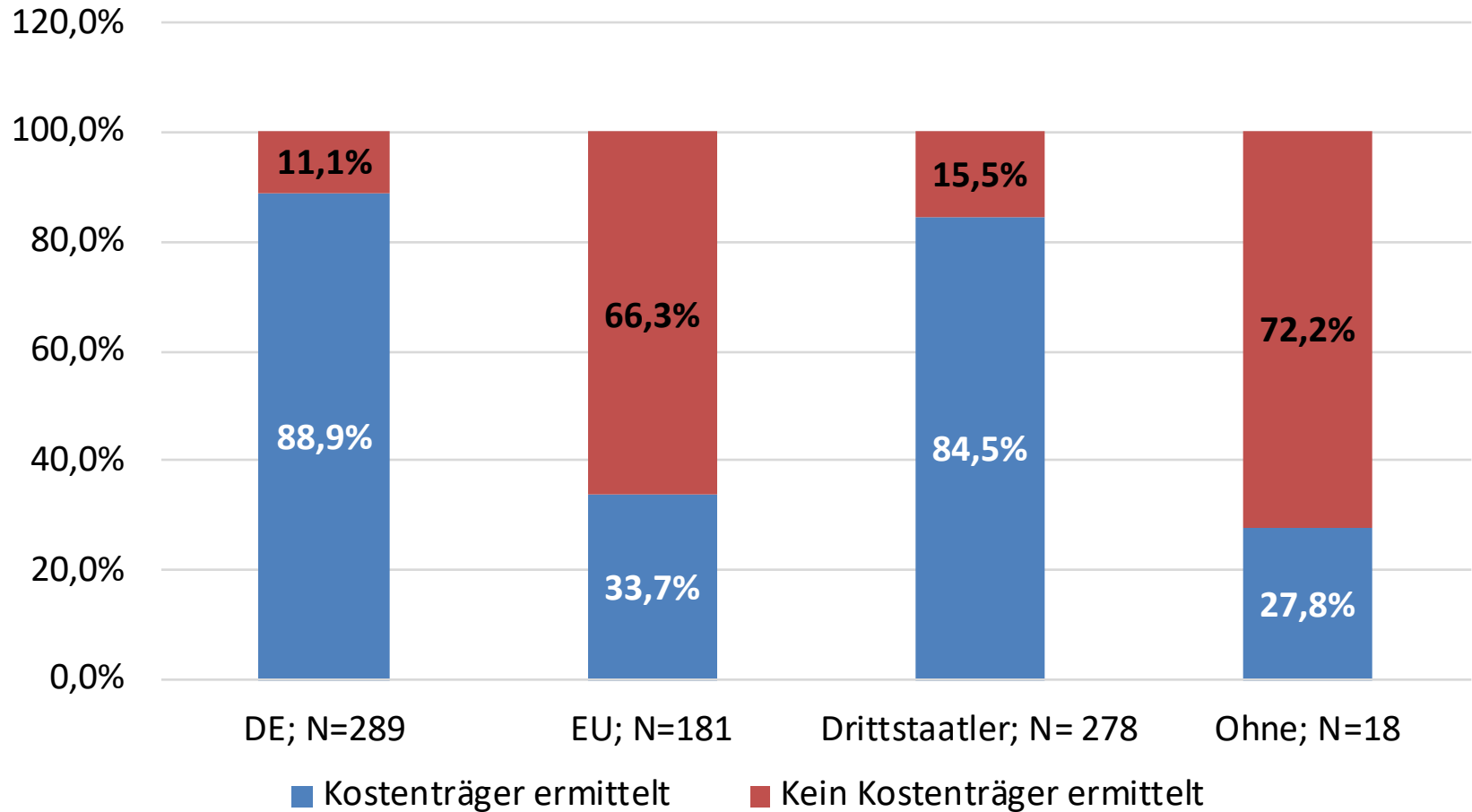
Prävalenz nach Statusgruppen



Rückführung im Jahresvergleich



Rückführung nach Statusgruppen



Gesundheitsstatus nach Statusgruppe

	DE = 185		EU = 134		Drittstaatler = 200		Ohne = 17	
	in %	n	in %	n	in %	n	in %	n
Folgeaufenthalte								
0	44,3%	82	63,4%	85	53,5%	107	47,1%	8
1-3	31,9%	59	28,4%	38	29,5%	59	29,4%	5
4-6	11,9%	22	5,2%	7	6,0%	12	17,6%	3
7-10	7,6%	14	0,7%	1	7,0%	14	0,0%	0
11-20	4,3%	8	1,5%	2	3,0%	6	5,9%	1
Über 20	0,0%	0	0,7%	1	1,0%	2	0,0%	0
Nebendiagnosen								
1-3	27,0%	50	40,3%	54	43,0%	86	17,6%	3
4-6	25,9%	48	26,1%	35	26,5%	53	35,3%	6
7-10	17,8%	33	17,2%	23	17,5%	35	29,4%	5
11-20	18,4%	34	10,4%	14	7,5%	15	11,8%	2
21-30	5,9%	11	4,5%	6	5,0%	10	5,9%	1
Über 30	4,9%	9	1,5%	2	0,5%	1	0,0%	0

Betrachtungszeitraum: 2014 bis 2016, N = 536



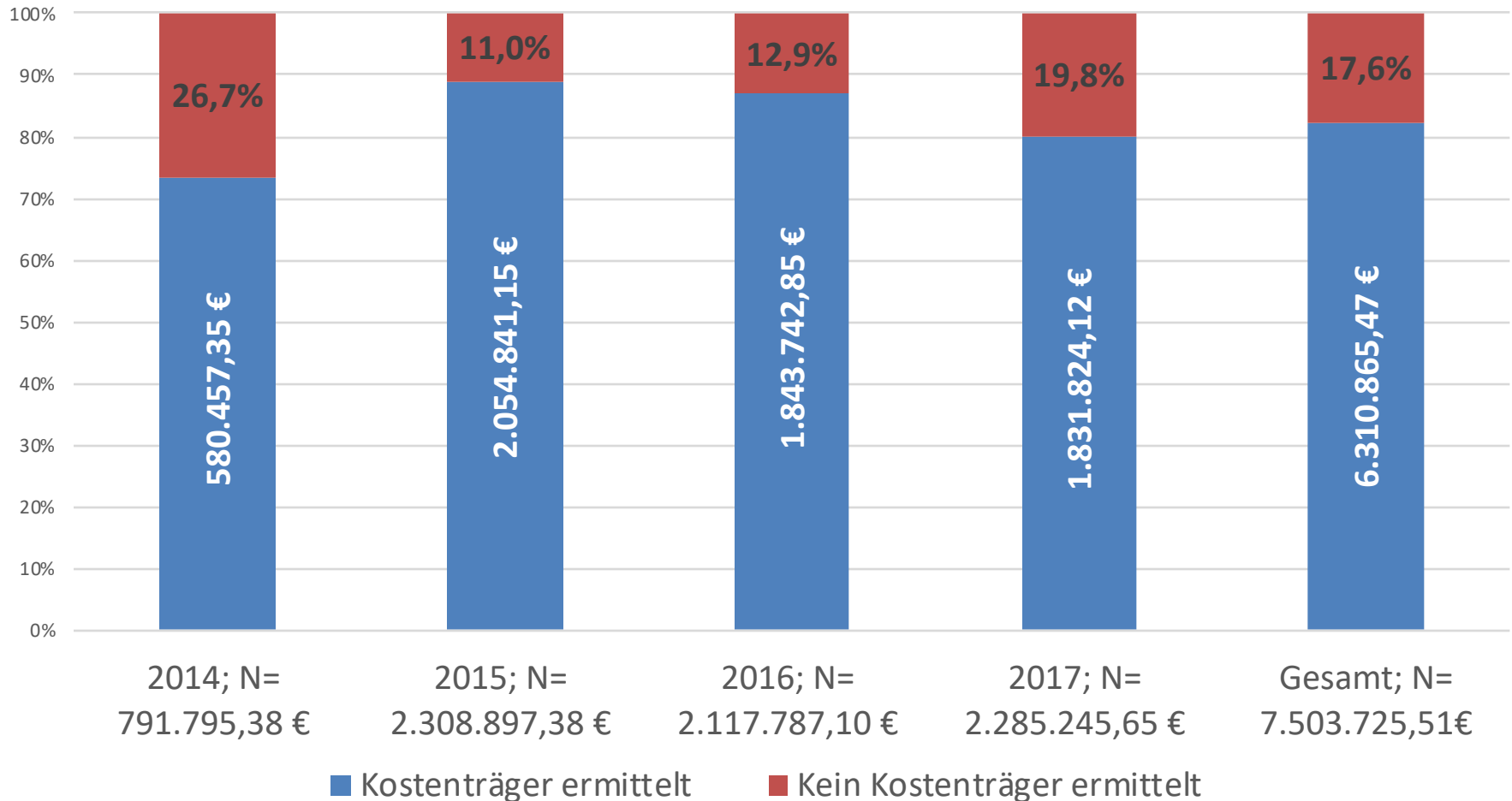
Gesundheitsstatus nach Rückführung

	KT ermittelt = 318		Kein KT ermittelt= 155	
	in %	n	in %	(n)
Folgeaufenthalte				
0	48,8%	186	61,9%	96
1-3	29,4%	112	31,6%	49
4-6	10,2%	39	3,2%	5
7-10	6,8%	26	1,9%	3
11-20	3,9%	15	1,3%	2
Über 20	0,8%	3	0,0%	0
Nebendiagnosen				
1-3	32,3%	123	45,2%	70
4-6	26,8%	102	25,8%	40
7-10	19,2%	73	14,8%	23
11-20	12,6%	48	11,0%	17
21-30	6,3%	24	2,6%	4
Über 30	2,9%	11	0,6%	1

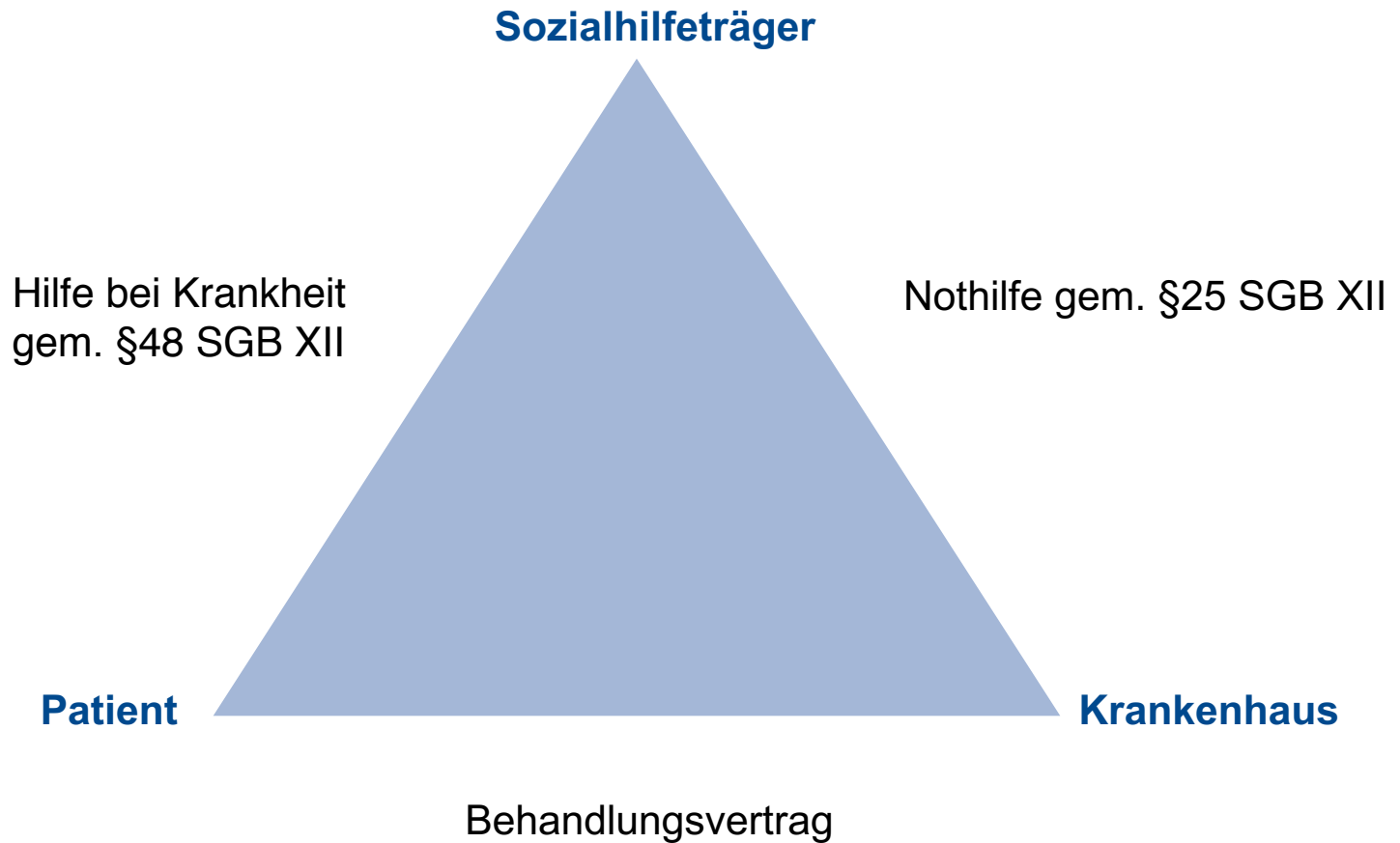
Betrachtungszeitraum: 2014 bis 2016, N = 536



Rückführung nach Behandlungskosten



Sozialhilferechtliches Dreiecksverhältnis bei Krankheit



Nothelfer nach §25 SGB XII: Voraussetzungen

Leistungsanspruch Krankenhaus

- Bedarfsbezogenes Moment: Eilfall
- zum Zeitpunkt der Aufnahme bestand ein unabweisbarer Bedarf in Form der Krankenhausbehandlung
- Anspruch auf ein bis max. drei Tage

Leistungsanspruch Patient

- Sozialhilferechtliches Moment: Ende Eilfall
- Eilfall endet mit der Kenntnis des Sozialhilfeträgers (ab dann Anspruch beim Nothilfeempfänger)
- Mit Eintritt der erstmaligen Dienstbereitschaft geht der Sozialhilfeanspruch auf den Patienten über



Nothelfer nach §25 SGB XII: Grenzen

Pflichten Krankenhaus

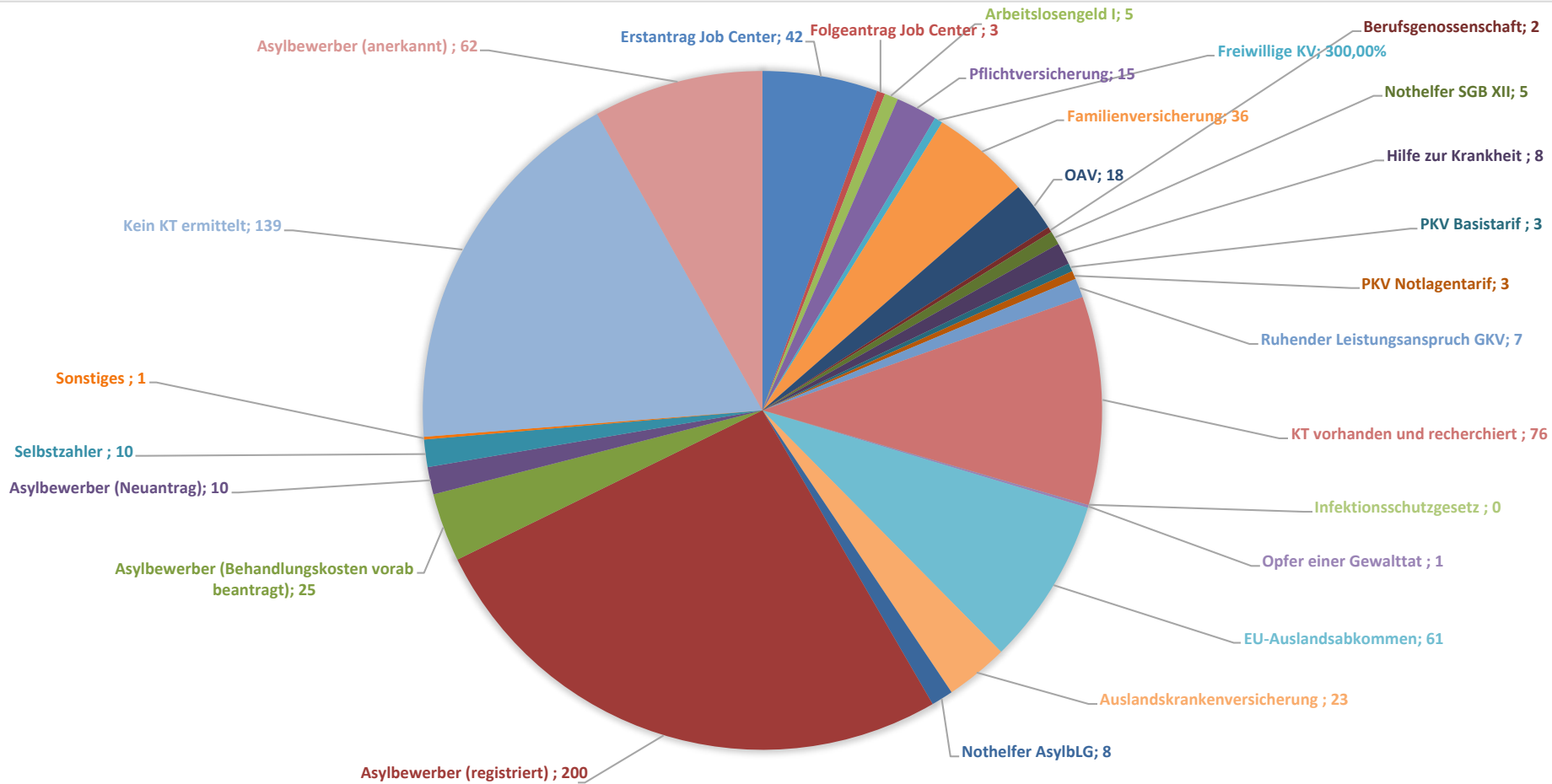
- Sozialhilfe ist nachrangig (§2 SGB XII)
- Der Nothelfer muss für die erforderliche Aufklärung des Versicherungsstatus Sorge tragen
- Der Nothelfer muss den Anspruch beim Sozialhilfeträger beantragen (§25 Satz 2 SGB XII)
- Bei stationären Leistungen im Eilfall ist der Sozialhilfeträger örtlich zuständig, in dessen Bereich sich das Krankenhaus befindet bzw. des tatsächlichen Aufenthaltes des Patienten (§98 Abs. 1 SGB XII)

Pflichten Patient

- Der Patient muss seine Hilfebedürftigkeit nachweisen
- Bei fehlender Mitwirkung kommt es zu einem Versagen der Leistung durch den Sozialhilfeträger (§66 Abs. 1 SGB I)
- Bei Ausländern: Bei unaufschiebbarer Krankenbehandlung zur Wahrung des Rechts auf Leben und körperlicher Unversehrtheit sowie Mittellosigkeit greift der Leistungsausschluss für Ausländer nicht (§23 Abs. 1 Satz 3 SGB XII i.V.m. Art. 2 Abs. 2 GG)



Verteilung nach Interventionen



N = 766 Patienten

Intervention Nothelfer gem. §25 SGB XII = 5 (0,7%)

Intervention Nothelfer gem. §6a AsylbLG = 8 (1,0%)



1. Menschen ohne Krankenversicherungsschutz suchen nur im Notfall das Krankenhaus auf und weisen häufig chronifizierte Erkrankungen auf.
2. Krankenhäuser benötigen Strukturen bei der Behandlung von Patienten ohne Krankenversicherungsschutz.
3. Mit Hilfe spezialisierte Beratung und Betreuung durch den Sozialdienst des Krankenhauses können betroffene Patienten gezielt in die sozialen Sicherungssysteme zurückgeführt werden.



Beratung von Menschen ohne Krankenversicherung - Rechtliche Grundlagen und Praxisbeispiele (Grundlagenseminar)

- Datum: 06./07.05.2019
- Ort: Dortmund
- Weitere Infos: [DVSG](#)

Beratung von Menschen ohne Krankenversicherung - Rechtliche Grundlagen und Praxisbeispiele (Vertiefungsseminar)

- Datum: 02./03.09.2019
- Ort: Bonn
- Weitere Infos: [DVSG](#)

Individuelle Inhouse-Schulungen über die DVSG zur Thematik Menschen ohne Krankenversicherungsschutz

DVSG Bundeskongress: Gesundheit für alle!? Benachteiligungen erkennen - Handlungsspielräume nutzen

- Datum: 14./15.11.2019
- Ort: Kassel
- Weitere Infos: [DVSG](#)



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Dr. Ingo Neupert
Universitätsklinikum Essen
Leitung Sozialdienst

Hufelandstr. 55
45147 Essen

Tel.: 0201-723 2623
Email: ingo.neupert@uk-essen.de