

Konzept zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung in Sachsen-Anhalt

Entwickelt von: Medinetz Halle (Saale) e.V. und MediNetz Magdeburg e.V.

Inhaltsverzeichnis

1. *Problembeschreibung*
2. *Lösungsansatz: Behandlungsschein*
 - 2.a *Akutversorgung*
 - 2.b *Sozialberatung (Clearing)*
 - 2.c *Sprachmittlung*
3. *Projektträger*
4. *Budget*
5. *Personalbedarf*
 - 5.a *Arzt/Ärzt*in*
 - 5.b *Verwaltung*
 - 5.c *Projektkoordination*
 - 5.d *Sozialarbeiter*in*
6. *Zeitraumen*
 - 6.a *Vorbereitungsphase*
 - 6.b *Etablierungsphase*
 - 6.c *Dezentralisierungsphase*
7. *Datenschutz*
8. *Statistik und Evaluation*
9. *Absprachen im Falle einer Budgetüberschreitung innerhalb eines Kalenderjahres*
10. *Begrifflichkeiten*
11. *Literaturverzeichnis*
12. *Anhang*

1. Problembeschreibung

Situation von Menschen ohne Krankenversicherung

Jeder Mensch, der sich in der Bundesrepublik Deutschland aufhält, hat laut UN-Menschenrechtscharta (Artikel 25), dem Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Artikel 12), der Europäischen Sozialcharta (Artikel 11), dem Grundgesetz (Artikel 2 Absatz 2) und der Verfassung des Landes Sachsen-Anhalt (Artikel 5 Absatz 2) ein Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit (Knipper 2016).

In der Realität gibt es jedoch Personengruppen in Deutschland, denen die Verwirklichung dieses Rechtes vorenthalten wird, indem sie keinen bzw. nur einen eingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem haben (United Nations, Economic and Social Council 2018).

Dafür gibt es verschiedene Gründe: Einerseits sind durch das duale System der deutschen Krankenkassen (Busse und Blümel 2014) Lücken im Versicherungsnetz entstanden, die zur Folge haben können, dass Patient*innen trotz allgemeiner Versicherungspflicht keinen Krankenversicherungsschutz haben.

Die Fallkonstellationen sind denkbar divers.

Besonders Selbstständige sind hiervon betroffen: Kommen sie in wirtschaftliche Schwierigkeiten, können sie oft die Beiträge zur privaten Krankenversicherung nicht mehr zahlen und werden gekündigt. Sie scheuen den Gang zum Jobcenter und die drohenden Beitragsschulden führen häufig dazu, dass der fehlende Krankenversicherungsschutz verdrängt wird, bis ein gesundheitlicher Ernstfall eintritt. Aber auch ehemals Inhaftierte, Wohnungslose, Auslandsrückkehrende oder Menschen, die aufgrund des Todes ihres Partners/ihrer Partner*in aus der Familienversicherung ausscheiden, haben Probleme, zurück in die Regelversorgung zu finden (Kalvelage 2014).

Andererseits gibt es Menschen aus dem europäischen Ausland, welche in Deutschland keinen Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung haben (Senat Berlin 2013; Bruzelius et al. 2017) und für die die Mechanismen der Europäischen Krankenversicherung nicht greifen, da sie in ihrem Heimatland ebenfalls nicht versichert sind (Agentur der Europäischen Union für Grundrechte 2018). Außerdem haben Menschen aus Drittstaaten, die z. B. zum Studieren nach Deutschland gekommen sind, häufig nur günstige Auslandskrankenversicherungen, die lediglich eine rudimentäre Versorgung und Notfallbehandlungen übernehmen, in vielen Fällen jedoch für eine adäquate medizinische Versorgung nicht ausreichend sind. Auch diese Menschen sind davon bedroht, im Krankheitsfall innerhalb des deutschen Gesundheitssystems keine medizinische Versorgung zu bekommen.

Nicht zuletzt gibt es in Deutschland Menschen ohne gültigen Aufenthaltstitel (Deutsches Institut für Menschenrechte 2008). Diese haben dem Gesetz nach zwar Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, nehmen diese aber nicht in Anspruch, weil sie davon ausgehen müssen, dass die Sozialämter ihre Daten an die Ausländerbehörden übermitteln und sie sich somit in die Gefahr begeben, abgeschoben zu werden (Huschke 2013).

Das Ergebnis ist für all diese Menschen ähnlich: Sie vermeiden unter allen Umständen den Gang zum Arzt/ zur Ärzt*in. Das führt regelhaft dazu, dass Menschen nur in akuten Notfällen Kontakt zum Gesundheitssystem aufnehmen. Unmittelbare Folge ist, dass Krankheiten in einem sehr späten Stadium behandelt werden, und dass sich im Frühstadium gut behandelbare Krankheiten chronifizieren und dadurch eine schlechtere Prognose haben (Gerritsen et al. 2006; Hadgkiss und Renzaho 2014).

Was für die einzelnen Menschen enorme physische und psychische Belastungen darstellt, schlägt sich im Gesundheitssystem in steigenden Kosten nieder. So zeigen Analysen von Abrechnungsdaten, dass ein schlechterer Zugang zu medizinischer Versorgung und Einschränkungen in den vom jeweiligen Kostenträger übernommenen Leistungen nicht etwa

zu Kosteneinsparungen führt, sondern die Kosten steigert (Bozorgmehr und Razum 2015). Hinzu kommt, dass Krankenhäuser die Behandlung solcher unversicherter Patient*innen oft nicht abrechnen können, da kein Kostenträger ermittelbar ist. In der Folge müssen diese oft unfreiwillig die Kosten der Notfallbehandlungen selbst tragen. Aufgrund dessen kommt es häufig dazu, dass Patient*innen ohne Krankenversicherung von Institutionen des Gesundheitssystems abgewiesen oder nur notdürftig behandelt werden (Führer und Eichner 2015).

Wir, Medinetz Halle (Saale) e. V. und MediNetz Magdeburg e. V. setzen uns daher für eine bundesweite Regelung ein, welche eine grundlegende medizinische Versorgung für alle in Deutschland lebenden Menschen sicherstellt. Bis dies bundesweit umgesetzt ist, schlagen wir vor, die medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung in Sachsen-Anhalt kurzfristig über einen Behandlungsschein zu organisieren.

Bisherige Erfahrungen

In anderen Bundesländern wie z.B. in Thüringen und Rheinland-Pfalz haben sich solche Konzepte schon bewährt. Der Bedarf für solche Angebote ist in Fachkreisen unbestritten (Schülle et al. 2017). Bundesweit sind Initiativen zu verzeichnen, die sich der beschriebenen Problematik widmen. 2019 sind u.a. in Berlin, Leipzig und München ähnliche Projekte initiiert worden.

Auch die Erfahrungen aus Sachsen-Anhalt zeigen, dass der Bedarf an einer strukturellen Lösung für die oben beschriebenen Probleme groß ist und in den letzten Jahren zugenommen hat: Medinetz Halle (Saale) e.V. und MediNetz Magdeburg e.V. betreuen ehrenamtlich insgesamt bis zu 120 Patient*innen pro Jahr. Zum Vergleich: Auch der Anonyme Krankenschein Thüringen e.V. verzeichnet seit 2017 steigende Fallzahlen und hat 2019 170 Patient*innen ohne Krankenversicherung betreut. Auch in der Region hier dürfte die Dunkelziffer der Personen mit eingeschränktem Zugang zum Gesundheitssystem weitaus höher liegen.

Grundlegend sind drei Problematiken hierfür verantwortlich.

Erstens kennen zu wenige Menschen das Konzept der MediNetze bzw. deren Angebot. Zweitens trauen sich viele aus Scham oder Angst nicht, ihre Notlage offen zu legen. Drittens sind manche durch prekäre Lebenssituationen und damit einhergehende Einschränkungen ihrer Mobilität nicht in der Lage, die in Halle und Magdeburg konzentrierten Hilfsangebote zu erreichen. Dies betrifft Menschen aus ländlicheren Regionen Sachsen-Anhalts.

2. Lösungsansatz: Behandlungsschein

Unser Konzept zur Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung beruht auf drei Säulen: a) medizinische Versorgung über den Behandlungsschein, b) umfassende Sozialberatung mit dem Ziel der Eingliederung in das reguläre Krankenversicherungssystem, c) Sprachmittlung, im Fall sprachdiskordanter Behandlungs- oder Beratungsanlässe.

2.a Medizinische Behandlung

Zur Gewährleistung der medizinischen Versorgung soll landesweit ein Behandlungsschein eingeführt werden, der an unversicherte Personen im Krankheitsfall ausgegeben wird und, analog zum Behandlungsschein der Sozialämter, den Leistungserbringer*innen die Kostenübernahme von Behandlungen zusichert.

Der Ablauf des Einsatzes des Behandlungsscheins wird im Folgenden beschrieben und ist zusätzlich in Anhang 1 illustriert.

Die Ausgabe wird über ein landesweites Vergabernetzwerk organisiert. Dafür werden sogenannte Vergabestellen gewonnen. Diese sollen nach Möglichkeit für eine Kooperation gewonnene hausärztliche Praxen sein. Möglich ist jedoch auch eine Vergabestelle, die von einem karitativen Träger geführt wird, der besonders gut mit der Zielgruppe vernetzt ist, um den Zugang möglichst niederschwellig zu halten. Angestrebt sind mindestens zwei Vergabestellen pro Landkreis.

Jede Ausgabe eines Behandlungsscheins erfordert ein vorheriges Gespräch zwischen Patient*in und der Vergabestelle. Im Falle einer Vergabestelle mit ärztlicher Expertise kann mit dem Gespräch gegebenenfalls eine orientierende Untersuchung einhergehen. Das Gespräch und die orientierende Untersuchung sind für hausärztliche Kooperationspraxen pro Patient*in pauschal mit 10 € zu vergütet und über ein Abrechnungsformular beim Projektträger abzurechnen.

Der Behandlungsschein wird pseudonymisiert ausgegeben, um die Falldokumentation und nötige Kommunikation über die Patient*innen, wie bspw. bei der Erstellung von Laboraufträgen, zu ermöglichen und gleichzeitig deren Anonymität zu wahren. Dies ist notwendig, um den Projektzugang der eingangs beschriebenen Personengruppen möglichst niederschwellig zu gestalten, da diese ansonsten aus Scham und/ oder Angst vor Schulden oder Abschiebung keinen Kontakt zu einer Vergabestelle aufnehmen.

Für die Patient*innen stellt der Behandlungsschein eine Überweisung dar. Mit ihm haben sie freie Wahl des/ der Leistungserbringer*in im Landesgebiet Sachsen-Anhalt. Zur Verhinderung finanzieller Vorteilnahme, darf der/ die Leistungserbringer*in nie mit der Person identisch sein, die den Behandlungsschein ausstellt. Auch darf kein verwandtschaftliches oder wirtschaftliches Verhältnis bestehen.

Wie bereits erwähnt, fungiert der Behandlungsschein als Garantie der Kostenübernahme für den/ die Leistungserbringer*in durch den Projektträger. Der/ die Leistungserbringer*in vermerkt auf dem Behandlungsschein die gestellte Diagnose. Für die Behandlung wird eine Rechnung nach EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab - Grundlage der Abrechnung der Gesetzlichen Krankenversicherungen) gestellt. Diese wird mitsamt des ausgefüllten Behandlungsscheins im Original innerhalb von maximal drei Monaten nach Entstehung der Kosten beim Projektträger eingereicht. Der Leistungsumfang des Behandlungsscheins orientiert sich am Wirtschaftlichkeitsgebot nach §12 SGB V. Demnach müssen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

2.b Sozialberatung (Clearing)

Die Akutversorgung kann kurzfristig erreichen, dass auch unversicherte Patient*innen Zugang zu medizinischer Versorgung haben. Da diese jedoch teilweise in einem Parallelsystem zur gesundheitlichen Regelversorgung stattfindet, wird als zweites Element eine umfassende Sozialberatung angeboten. Der Fokus liegt hierbei darauf, Menschen Wege in die Regelversorgung aufzuzeigen und sie bei Bedarf dabei zu begleiten. Das bedeutet, mit den Betroffenen ihren bisherigen Versicherungsverlauf zu rekonstruieren und davon abzuleiten, wo Aussicht auf (Wieder-)Aufnahme in eine Krankenversicherung besteht. Der/ die Sozialarbeiter*in soll Menschen helfen, ihre Ansprüche auf Sozialleistungen wahrzunehmen, hilft bei der Antragstellung und begleitet sie bei Bedarf zu Krankenkassen, Jobcentern, Sozialämtern und Ausländerbehörden.

Im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitsansatzes und vor dem Hintergrund der häufig prekären Lebenssituation der Betroffenen soll die Sozialberatung in die enge Zusammenarbeit mit den bestehenden örtlichen Sozial- und Migrationsberatungsangeboten eingebunden werden. So soll den Betroffenen dabei geholfen werden, ihre schwierigen Lebensumstände mittel- und langfristig zu verbessern. Die Tätigkeit in der Sozialberatung ist gekennzeichnet von den besonderen Bedürfnissen erkrankter Menschen in prekären Lebenssituationen. Das

Konzept zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung in Sachsen-Anhalt

führt zu besonderen Herausforderungen. Die häufig akute Erkrankung der Betroffenen bringt es mit sich, dass vorrangige Ansprüche z.B. auf Sozialleistungen in kürzester Zeit geprüft werden müssen. Hinzu kommen Ängste und Bedenken der Betroffenen (Angst vor Schulden, Abschiebung, etc.), die den Beratungs- und Hilfsprozess erschweren. Der/ die Sozialarbeiter*in betreut schnell und effektiv eine Vielzahl von Einzelfällen. Dabei ist jeder Fall anders gelagert und erfordert ein hohes Maß an Erfahrung, Kreativität und Einfühlungsvermögen.

Durch die Sozialberatung entsteht ein ganzheitliches Konzept, welches eine Möglichkeit zur Eingliederung in die Regelversorgung für verschiedene gesundheitlich unterversorgte Patient*innengruppen darstellt. Dadurch wird gewährleistet, dass keine Patient*innengruppe qualitativ höher- oder minderwertige Versorgung erhält.

2.c Sprachmittlung

Um eine gute medizinische Versorgung zu gewährleisten, ist es besonders wichtig, schnell und einfach an Sprachmittler*innen zu gelangen, um eine problemlose Kommunikation zwischen Patient*in und Arzt/ Ärzt*in bzw. Sozialarbeiter*in zu ermöglichen. Hierzu ist eine Kooperation mit dem Projekt SiSA des Landesnetzwerk Migrantenorganisationen Sachsen-Anhalt e.V. angestrebt. Dafür anfallende Kosten werden vom Projektträger übernommen, einschließlich der Gebäudesprachmittlung.

3. Projektträger

Als Projektträger wird ein gemeinnütziger Verein mit dem Namen „Behandlungsschein Sachsen-Anhalt e.V.“ gegründet, mit Sitz in Halle (Saale) oder Magdeburg.

4. Budget

Im Rahmen des Konzepts wird ein jährlicher Bedarf von 350.000€ veranschlagt, finanziert durch das Land Sachsen-Anhalt. Die Kosten lassen sich aufteilen in Sach-, Personal- und Verwaltungskosten. Der genaue Finanzplan findet sich im Anhang 2.

5. Personalbedarf

Für die Umsetzung des Konzepts ergibt sich folgender Personalbedarf:

5.a Arzt/Ärzt*in

Eine beim Projektträger angestellter Arzt bzw. eine angestellte Ärzt*in soll in erster Linie sicherstellen, dass die Übernahme von Behandlungskosten den vereinbarten Bedingungen zwischen dem Land Sachsen-Anhalt und dem Projektträger entspricht (Leistungsumfang, Vergütung etc.). Aufgabe der Stelle ist zudem die Überprüfung der medizinischen Indikation der zu übernehmenden Behandlungen, um Missbrauch zu vermeiden. Sie hält Kontakt zu den Vergabestellen und ist Ansprechpartner*in für die Leistungserbringer*innen.

Darüber hinaus hält der angestellte Arzt/ die angestellte Ärzt*in eine eigene Sprechstunde ab, bei der die unter 2.a beschriebene Ausgabe von Behandlungsscheinen erfolgt. Er/ Sie betreut also eine eigene Vergabestelle.

Konzept zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung in Sachsen-Anhalt

Für dieses Aufgabenspektrum ist eine wöchentliche Arbeitszeit von 20 Stunden notwendig, welche angelehnt an den TV-Ärzt-TdL vergütet werden.

5.b Verwaltung

Die Verwaltung ist zuständig für die Buchführung. Sie macht die finanzielle Abrechnung der Förder- und Eigenmittel, prüft die Belege, erstellt und vollzieht die Abrufungen und koordiniert Personalangelegenheiten. Hierfür werden 24 Wochenarbeitsstunden veranschlagt, welche angelehnt an die Entgeltgruppe 8 TVöD/ TV-L vergütet werden.

5.c Projektkoordination

Die Projektkoordination repräsentiert das Projekt nach außen und koordiniert die Öffentlichkeitsarbeit, um das Projekt bei potentiell Betroffenen und innerhalb der Arzt- und Ärzt*innenschaft bekannt zu machen. Sie baut ein landesweites Netz aus Vergabestellen auf, um Betroffene überall in Sachsen-Anhalt niederschwellig und möglichst lokal einen Zugang zum Behandlungsschein zu ermöglichen. Die Projektkoordination führt die Kommunikation mit dem zuständigen Ministerium und den politisch Verantwortlichen. Für diese anspruchsvollen Aufgaben sind eine Wochenarbeitszeit von 30 Stunden vorgesehen, welche angelehnt an die Entgeltgruppe E12 TVöD/ TV-L vergütet werden.

5.d Sozialarbeiter*in

Der/ die Sozialarbeiter*in führt die unter 2.b beschriebene Sozialberatung (Clearing) durch. Die Stelle hält Kontakt zu den Betroffenen, berät sie über Wege in die Regelversorgung und hilft bei der Kommunikation der Betroffenen mit Behörden und Krankenkassen. In diesem Rahmen erfolgt zudem eine Prüfung, ob andere Kostenträger existieren. Außerdem vernetzt der/ die Sozialarbeiter*in sich mit anderen Beratungsstellen in den Bereichen Migrations- und Legalisierungsberatung, Wohnungslosenhilfen, Sucht- und Schuldnerberatungsstellen, um die bestmögliche Hilfe für die Betroffenen zu organisieren.

Für diese Stelle werden 26 Wochenarbeitszeitstunden veranschlagt, die entsprechend der Entgeltgruppe S12 vergütet werden.

Um Versorgungsengpässe durch Krankheit oder Urlaub zu vermeiden, sollen alle unter 5. genannten Angestellten in der Lage sein, Behandlungsscheine auszustellen und Patient*innen zum richtigen Facharzt/ zur richtigen Fachärzt*in weiterzuvermitteln.

Obwohl geplant ist, dass diese beschriebenen Stellen das gesamte Aufgabenspektrum tragen, ist es möglich, dass gerade zu Beginn externe Hilfe auf Honorarbasis benötigt wird. Sollte dies der Fall sein, werden diese Leistungen aus dem Budget-Bereich 'sonstige Kosten' bezahlt.

6. Zeitrahmen

Das Projekt ist auf Dauer ausgelegt. Der Ausbau ist dabei in drei Phasen angelegt:

6.a Vorbereitungsphase

Im ersten Quartal werden die Vereinsräume mit nötiger Einrichtung bezogen und eine projektangepasste Infrastruktur eingerichtet (Dokumentationssystem, Internetpräsenz, Kontaktmöglichkeiten). Informationsmaterial für Kooperationspartner*innen und betroffene

Konzept zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung in Sachsen-Anhalt

Personen wird erstellt. Zudem wird mit der Werbung von Vergabestellen mit Schwerpunkt in den Ballungszentren Halle (Saale) und Magdeburg begonnen.

6.b Etablierungsphase

Diese Phase beginnt mit dem 2. Quartal.

Es wird mit der zentralen Vergabe des Behandlungsscheins in den Vereinsräumlichkeiten des Projektträgers gestartet. Diese wird von der beim Projektträger angestellten ärztlichen Stelle (siehe Punkt 5.a) übernommen. Zudem beginnt die Sozialberatung, durchgeführt von der beim Projektträger angestellten sozialarbeiterischen Kraft (siehe 5.d).

Neben der Patient*innenversorgung spielen in dieser Phase vor allem die Ausarbeitung der Verwaltungsstruktur, sowie die Etablierung des Abrechnungsablaufs eine Rolle. Durch entsprechende Aufklärungsarbeit und Informationsveranstaltungen soll das Vergabernetzwerk in dieser Phase kontinuierlich ausgebaut werden. Nach 9 Monaten erfolgt in dieser Phase die erste Rückmeldung an den Zuwendungsgeber. Näheres dazu ist unter Punkt 8. beschrieben.

Nach 15 Monaten sollte mindestens eine Vergabestelle pro Landkreis in Sachsen-Anhalt gewonnen worden sein und das Projekt in die nächste Phase übergehen.

6.c Dezentralisierungsphase

In dieser Phase soll sich die Dezentralisierung des Vergabesystems festigen. Im Laufe dieser Phase soll der anfänglich zentrale Vergabestandort Halle (Saale) bzw. Magdeburg immer mehr nur noch für die Patient*innen vor Ort als Vergabestelle dienen. Vielmehr tritt hier nun die landesweite Bewältigung der Verwaltungstätigkeiten in den Vordergrund. Ziel ist es, pro Landkreis mindestens zwei Vergabestellen einzurichten. Im zweiten Quartal des Jahres 2023 soll das Vergabernetzwerk abschließend aufgebaut sein und bedarf nunmehr nur noch der Pflege. Innerhalb der Dezentralisierungsphase werden dem Zuwendungsgeber zwei weitere Rückmeldungen (siehe 8.) gegeben. Nach weiteren 18 Monaten sollte die Dezentralisierungsphase abgeschlossen sein. Das Projekt ist nun routinierter Teil des Versorgungssystem.

Eine Darstellung des Zeitplans für den Ausbau des Projekts in Tabellenform findet sich in Anhang 3.

7. Datenschutz

Der Projektträger und der Zuwendungsgeber verpflichten sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten nach dem Sozialgesetzbuch zu beachten. Personifizierende Daten werden vom Projektträger im Regelfall nicht, nur auf ausdrücklichen Wunsch der Patient*innen erhoben.

Durch die pseudonymisierte Ausgabe der Behandlungsscheine wird sichergestellt, dass der Zuwendungsgeber zu keinem Zeitpunkt Kenntnis über die Identitäten der Patient*innen bzw. Leistungsempfänger*innen bekommen kann. Die Leistungserbringer*innen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

8. Statistik und Evaluation

An den Zuwendungsgeber werden jeweils zum Ende des ersten Quartals eines Kalenderjahres folgende Daten in Form einer Evaluation übermittelt:

- Anzahl der Behandlungsscheine
- Rechnungsbeträge inkl. Datum und Name des/ der Leistungserbringer*in
- aggregierte Abrechnungsdaten

Die Evaluation liefert eine jährliche Gesamtkostenaufstellung. Diese soll in den ersten drei Jahren der Ermittlung des vorhandenen Bedarfs dienen. Die tatsächlichen Kosten werden sich erst mit Verzögerung ermitteln lassen, da sich zuerst die Information über die anonyme Diagnostik- und Behandlungsoption bei der Zielgruppe verbreiten muss.

9. Absprachen im Falle einer Budgetüberschreitung innerhalb eines Kalenderjahres

Solange eine Kostendeckung gegeben ist, werden keine Diagnosen der betroffenen Menschen weitergegeben. Sollte es im Laufe eines Jahres zu einer Überschreitung des bewilligten Zuwendungsbetrages für Behandlungen von 170.000€ kommen, werden weitere nötige Behandlungen mit dem Zuwendungsgeber abgesprochen.

10. Begrifflichkeiten

Vergabestelle: Einrichtung, in welcher der Behandlungsschein an Betroffene ausgegeben wird (in Hand hausärztlicher Praxis oder karitativem Träger)

*Leistungserbringer*in:* Behandelnder Arzt/ behandelnde Ärzt*in, die die erbrachte Leistung über den Behandlungsschein abrechnet. Leistungserbringer*innen können ebenfalls behandelnde Therapeut*innen, Sprachmittler*innen, Apotheken und Labore sein.

Projektträger: Gemeinnütziger Verein „Behandlungsschein Sachsen-Anhalt e.V.“ (siehe Punkt 3.)

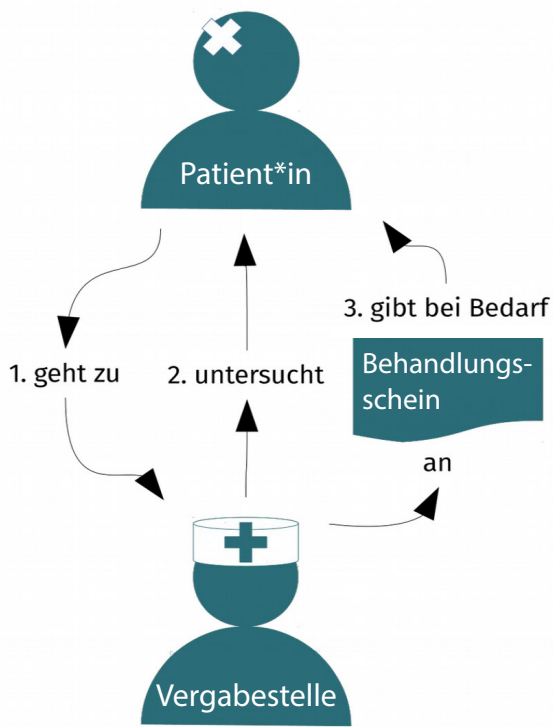
Zuwendungsgeber: das Land Sachsen-Anhalt

11. Literaturverzeichnis

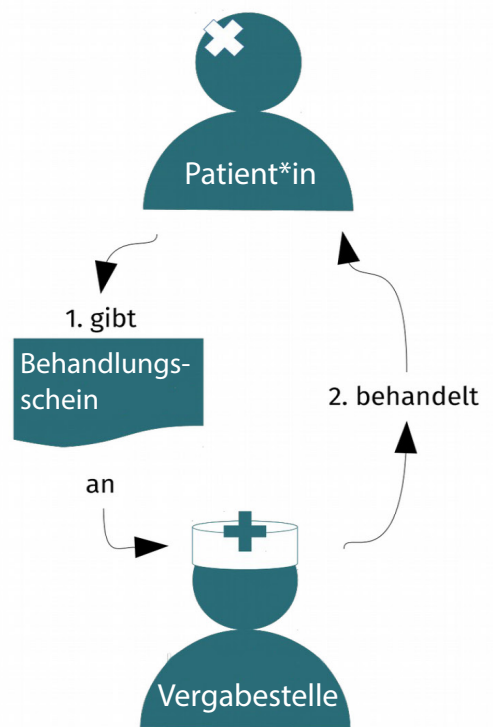
- Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2018): Zweite Erhebung der Europäischen Union zur Minderheiten und Diskriminierung. Roma- Ausgewählte Ergebnisse. Europäische Union. Wien.
- Bozorgmehr, Kayvan; Razum, Oliver (2015): Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013. In: *PloS one* 10 (7), e0131483. DOI: 10.1371/journal.pone.0131483.
- Bruzelius, Cecilia; Reinprecht, Constantin; Seeleib-Kaiser, Martin (2017): Stratifizierte soziale Rechte und eingeschränkte Unionsbürgerschaft. In: *WSI* 70 (6), S. 398–408. DOI: 10.5771/0342-300X-2017-6-398.
- Busse, Reinhard; Blümel, Miriam (2014): Germany. Health system review. 16. Aufl. Hg. v. World Health Organization Regional. Kopenhagen (Health Systems in Transition, 2).
- Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg.) (2008): Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland - ihr Recht auf Gesundheit. Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität. Deutsches Institut für Menschenrechte. 2. Aufl. Berlin: Dt. Inst. für Menschenrechte, zuletzt geprüft am 09.04.2018.
- Führer, Amand; Eichner, Friederike (2015): Verloren im Räderwerk. Eine interdisziplinäre Studie zur Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Halle (Saale). Halle.
- Gerritsen, Annette; Bramsen, Inge; Devillé, Walter; van Willigen, Loes HM; Hovens, Johannes E.; van der Ploeg, Henk M (2006): Use of health care services by Afghan, Iranian, and Somali refugees and asylum seekers living in The Netherlands. In: *European journal of public health* 16 (4), S. 394–399. DOI: 10.1093/eurpub/ckl046.
- Hadgkiss, Emily J.; Renzaho, Andre M. N. (2014): The physical health status, service utilisation and barriers to accessing care for asylum seekers residing in the community: a systematic review of the literature. In: *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association* 38 (2), S. 142–159. DOI: 10.1071/AH13113.
- Huschke, Susann (2013): Kranksein in der Illegalität. Undokumentierte Lateinamerikaner/-innen in Berlin; eine medizinethnologische Studie. 1. Aufl. Bielefeld: Transcript-Verl. (Kultur und soziale Praxis).
- Kalvelage, Bernd (2014): Klassenmedizin. Plädoyer für eine soziale Reformation der Heilkunst. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, zuletzt geprüft am 07.02.2019.
- Knipper, Michael (2016): Der menschenrechtliche Ansatz in der Gesundheitsversorgung von Papierlosen. In: *Infodienst Migration, Flüchtlinge und Gesundheit* (3), S. 109–112. Online verfügbar unter <http://www.infodienst.bzga.de/uid=08a14faf66b917db7e31d0b9835e06ae&id=teaserext9&idx=6244>.
- Senat Berlin (2013): Berliner Aktionsplan zur Einbeziehung ausländischer Roma. Berlin, zuletzt geprüft am 11.07.2019.
- Schülle, Mirjam; Kühne, Anna; Jordan, Thea; Jacobs, Marleen; Dieterich, Anja (2017): Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere. Arbeitspapier der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität. Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität. Berlin. Online verfügbar unter https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/BAG_Gesundheit_Illegalitaet_Arbeitspapier_Gesundheitsversorgung_fu_r_Menschen_ohne_Papiere_April_2017_Web.pdf
- United Nations, Economic and Social Council (2018): Concluding observations on the sixth periodic report of Germany. Hg. v. United Nations. Geneva (E/C.12/DEU/CO/6).

Anhang 1:

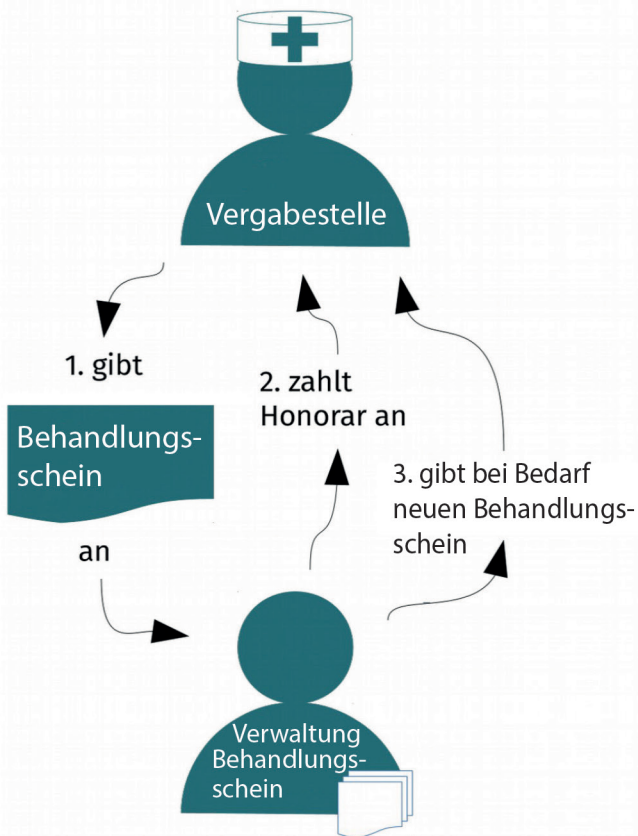
Vergabe des Behandlungsscheins



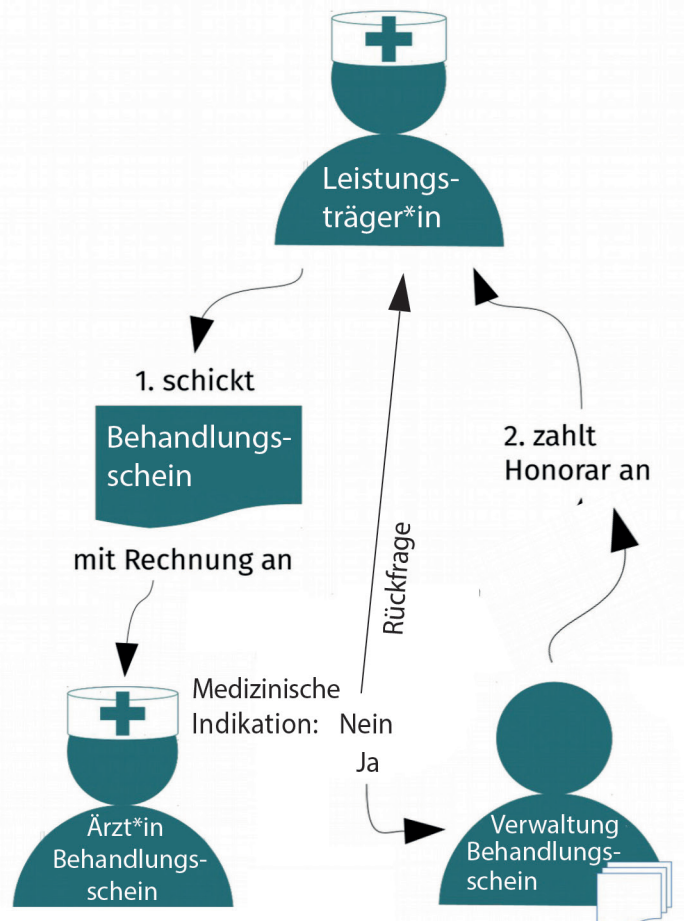
Behandlung



Abrechnung bei Vergabe in hausärztlicher Praxis



Abrechnung Leistungsträger*in



Anhang 2: Finanzierungsplan 2021

A) Gesamtfinanzierung im Bewilligungszeitraum

Gesamtausgaben		350.707,00 €
Beantragte Landesmittel		350.707,00 €
Eigenmittel/Drittmittel		- €

1. Personalkosten

Mitarbeiter/Stelle/Wochenstunden	Vergütungsgruppe	Betrag in Euro
Ärztin/Arzt/ 20 Wochenstunden	A1 (1)	37.271,00 €
Verwaltungskraft 26 Wochenstunden	E 8 (1)	27.005,00 €
Projektleiterin/Projektleiter 30 Wochenstunden	E 12 (1)	43.049,00 €
Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter 26 Wochenstunden	S 12 (1)	31.167,00 €
Summe Personalausgaben		138.492,00 €

2. Sachkosten

Art der Ausgabe	Erläuterung	Betrag in Euro
Miete pro Monat	Praxis 75 m ² warm	1.215,00 €
Fahrt- und Transportkosten	20.000 Km 0,20 €	4.000,00 €
Kosten für medizinische Versorgung stationär	Schätzung	120.000,00 €
Kosten für medizinische Versorgung ambulant	Schätzung	50.000,00 €
Verbrauchsmaterialien	Praxismaterial	4.000,00 €
Werbemittel Druckkosten	Aufklärungsbroschüre	3.000,00 €
sonstige Maßnahmkosten	Pauschal	15.000,00 €
Summe Sachausgaben		197.215,00 €

3. Verwaltungskosten

Art der Ausgabe	Betrag in Euro
Verwaltungskostenpauschale 5% der Gesamtkosten	15.000,00 €

Anhang 3: Aufbauphasen des Projekts zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung in Sachsen-Anhalt (mit Meilensteinen)

	1. Quartal 2021	2. Quartal 2021	3. Quartal 2021	4. Quartal 2021	1. Quartal 2022	2. Quartal 2022	3. Quartal 2022	4. Quartal 2022	1. Quartal 2023	2. Quartal 2023	3. Quartal 2023	4. Quartal 2023	1. Quartal 2024
Medizinische Versorgung				M5				M10				M13	
Vergabepetzwerk	M0	M1	M3	M4		M8				M12			
Sozialberatung		M2		M6			M9						
Evaluation					M7				M11				M14

Meilensteine:

M0: Bezug der Räumlichkeiten des Projektträgers

M1: Eröffnung der Zentralen Vergabestelle in den Vereinsräumlichkeiten (Sprechstunde)

M2: Eröffnung der Clearing-Sprechstunde

M3: mind. eine Vergabestelle in Halle (Saale), Magdeburg und Dessau gewonnen

M4: Vergabestellen in der Hälfte der Landkreise LSA gewonnen

M5: insgesamt 75 Personen behandelt

M6: insgesamt 15 Personen durch Clearingberatung in eine Krankenversicherung vermittelt

M7: Evaluation 2021, erste Rückmeldung an den Zuwendungsgeber

M8: mindestens eine Vergabestelle pro Landkreis LSA

M9: insgesamt 40 Personen durch Clearingberatung in eine Krankenversicherung vermittelt

M10: >120 Personen im Kalenderjahr 2022 behandelt

M11: Evaluation 2022, zweite Rückmeldung an den Zuwendungsgeber

M12: mindestens zwei Vergabestellen pro Landkreis LSA

M13: >170 Personen im Kalenderjahr 2023 behandelt

M14: Evaluation 2023, dritte Rückmeldung an den Zuwendungsgeber, Abschluss der Aufbauphasen

Kennzeichnung Aufbauphase:

Vorbereitungsphase

Etablierungsphase

Dezentralisierungsphase