

Chirurgie  
<https://doi.org/10.1007/s00104-024-02234-3>  
Angenommen: 17. Dezember 2024

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2025

Redaktion  
U. Rolle, Frankfurt



# (Keine) Behandlung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz

Wenn der Zugang zur stationären chirurgischen Versorgung verwehrt bleibt

Sarah Alexandra Lang<sup>1</sup> · Carolin Austermann-Grofer<sup>2</sup> · Maria Siwek<sup>1</sup> · Peter Tinnemann<sup>1</sup> · Rebecca Zöllner<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Stadt Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland

<sup>2</sup> Elisabeth-Straßenambulanz, Caritasverband Frankfurt e. V., Frankfurt am Main, Deutschland

## In diesem Beitrag

- Menschen ohne Krankenversicherungsschutz in Deutschland  
Ausschlüsse vom Krankenversicherungsschutz • Stationäre (Notfall-)Versorgung: Möglichkeiten und Grenzen • Auswirkungen fehlender Versorgung • Medizinische Anlaufstellen für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz • Brücke zum Regelsystem: Clearingstellen und Anonymer Behandlungsschein • Versorgungslage am Beispiel Frankfurt am Main
- HSKE und ESA: niederschwellige Ambulanzen und wer sie aufsucht
- Schlussfolgerungen

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Ohne Krankenversicherungsschutz ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung stark eingeschränkt. In Großstädten, wie Frankfurt am Main, sind Parallelstrukturen entstanden, die eine kostenlose medizinische Grundversorgung für Betroffene sicherstellen sollen. Bei stationärem Behandlungsbedarf bestehen ohne Krankenversicherungsschutz große Versorgungslücken. Hier skizzieren wir die Bedeutung des Zugangs zum chirurgischen Versorgungsbereich und die gravierenden Folgen, wenn dieser verwehrt bleibt.

**Material und Methode:** Mit den Humanitären Sprechstunden für Kinder und Erwachsene des Gesundheitsamts Frankfurt am Main (HSKE) und der Elisabeth-Straßenambulanz sowie soziodemographische Merkmale ihrer Patient:innen beschrieben. Aus dem Gesamtkollektiv der Patient:innen werden exemplarisch drei Fallszenarien ausgewählt und hinsichtlich (1) Sozialanamnese, (2) Zugangsbarrieren, (3) Befund, (4) Operationsindikation und (5) Behandlungsverlauf skizziert.

**Ergebnisse:** Patient:innen stehen komplexen Barrieren, bedingt durch rechtliche Einschränkungen, finanzielle Notlagen und prekäre Lebensumstände, gegenüber. Aufgrund fehlender Kostenträger werden notwendige Operationen nicht durchgeführt. Konsequenzen sind Schmerzen, Funktionseinschränkungen und Verschlimmerung lebensbedrohlicher Krankheiten.

**Schlussfolgerungen:** Rechtzeitige chirurgische Versorgung für Menschen ohne Krankenversicherung ist essenziell, um Gesundheit zu erhalten und hohe Folgekosten zu vermeiden. Dies kann durch einen Behandlungsfonds ermöglicht werden. Die Kombination aus Case-Management, Krankenwohnungen und Sensibilisierung der Fachöffentlichkeit hilft, Versorgungslücken zu schließen und Lösungen zu entwickeln.

### Schlüsselwörter

Grundversorgung · Chirurgische Versorgung · Zugangsbarrieren · Anonymer Behandlungsfonds · Versorgungslücken



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Trotz Krankenversicherungspflicht haben viele Menschen in Deutschland keinen Krankenversicherungsschutz und damit keinen angemessenen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Während mancherorts niederschwellige medizinische Ambulanzen den Betroffenen eine

Grundversorgung anbieten, bestehen bei fachärztlichem bzw. stationärem Behandlungsbedarf aufgrund fehlender Kostenträger große Versorgungslücken. Besonders wenn Patient:innen außerhalb einer Notfallversorgung stationär chirurgisch versorgt werden müssen,

Tab. 1 Schätzungen zur Anzahl von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz in Deutschland		
Quelle	Geschätzte Anzahl Menschen ohne Krankenversicherungsschutz (gerundet)	Weitere Informationen
Mikrozensus [7]	61.000	Erfasst nur gemeldete Personen mit legalem Aufenthalt, keine obdachlosen oder undokumentierten Personen
GKV-Bundesverband [8]	748.800	Freiwillig GKV-Versicherte mit offenen Beitragskonten (1. Quartal 2024), die sich potenziell im „Leistungsruhen“ befinden und nur eingeschränkten Versicherungsschutz haben
PKV-Verband [9]	84.100	Privatversicherte, die 2022 aufgrund von Beitragsrückständen nur eingeschränkten Versicherungsschutz im Notlagentarif erhalten
Ärzte der Welt [10]	„Hunderttausende“	Schätzung auf Basis von Daten, von Projekten wie <i>open.med</i> (kostenlose medizinische Versorgung und Sozialberatung)
Bundesarbeitsgemeinschaft der Wohnungslosenhilfen e.V. [11]	Mindestens 41.000	Ca. 15,9% der akut wohnungslosen Menschen sind ohne Krankenversicherung, oft wegen unsicherer Arbeitsverhältnisse und fehlender Meldeadresse
Dita Vogel [12]	180.000 bis 520.000	Schätzung von in Deutschland lebenden Menschen ohne Aufenthaltsstatus
Jürgen Wassem [13]	500.000–1 Mio.	Gesundheitsökonomische Schätzung aller Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, die undokumentierte und prekär beschäftigte Menschen einbezieht
GKV gesetzliche Krankenversicherung, PKV private Krankenversicherung		

bestehen in der Durchführung der indizierten Behandlung in der Praxis häufig große Hürden.

### Menschen ohne Krankenversicherungsschutz in Deutschland

Der uneingeschränkte Zugang aller Menschen zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung, wann immer diese benötigt wird und ohne dass eine finanzielle Notlage entsteht, wird auch von der World Health Organization (WHO) im Ziel „Universal Health Coverage“ adressiert [1] und ist in mehreren von Deutschland unterzeichneten internationalen gesetzlichen Grundlagen an Gesundheit verankert [2–4].

Die Einführung der allgemeinen Krankenversicherungspflicht 2009 in Deutschland ist mit dem Anspruch verbunden, jedem/r Bürger:in Zugang zu umfassender medizinischer Versorgung zu ermöglichen und so gesundheitliche Risiken und die Gefahr der Verarmung durch Krankheit zu minimieren [5]. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist primär durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und private Krankenversicherung (PKV) geregelt. Zusätzlich sind Kommunen und der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) damit beauftragt, subsidiär eine Basisversorgung der Bevölkerung sicherzustellen [6]. Dass viele Menschen im Krankheitsfall den-

noch nicht abgesichert sind, ist durch verschiedene Quellen belegt (■ Tab. 1).

Da es keine einheitlichen Meldeverfahren gibt und viele Betroffene undokumentiert bleiben, bleibt die genaue Anzahl der Menschen in Deutschland ohne Krankenversicherungsschutz unklar.

### Ausschlüsse vom Krankenversicherungsschutz

In Bezug auf einen fehlenden Krankenversicherungsschutz spielen Ökonomisierung des Gesundheitswesens [14] sowie der Versuch, Migration zu kontrollieren [15, 16], eine wichtige Rolle. Bei der Gesundheitsversorgung für alle liegt der Schlüssel zur Lösung auf der gesellschaftlichen (bzw. politischen) und der institutionellen Ebene.

Vor dem Hintergrund zunehmender Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens kommt dem Verwaltungspersonal im Zuge des Controllings eine „Gatekeeper“-Funktion zu, was den Kontakt zwischen Ärzt:in und Patient:in deutlich beeinflusst. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist dadurch besonders für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz faktisch erschwert. Da Kostenminimierung im Vordergrund steht, unterliegt die Genehmigung von Behandlungen und Medikamenten stärker ökonomischen als medizinischen Kriterien. Dies führt z. B. dazu, dass Krankenkassen die Versorgung strikt kalkulieren. In Krankenhäusern führ-

te die Einführung des Fallpauschalensystems („diagnosis related groups“) dazu, lukrativere Behandlungen zu priorisieren [17]. Diese Entwicklungen tragen dazu bei, dass immer mehr Menschen aus der Regelversorgung herausfallen.

Auch krankenversicherte Menschen mit Beitragsschulden bei Krankenkassen sind im Krankheitsfall nicht ausreichend abgesichert. Ruhende Leistungen in der gesetzlichen Krankenkasse und der Notlagentarif in der privaten Krankenkasse schränken den Zugang zu Gesundheitsversorgung erheblich ein. Betroffene haben meist nur noch Anspruch auf Notfallbehandlungen und akute Schmerzversorgung während reguläre und präventive Leistungen ausgesetzt bleiben [18].

### » Migrant:innen sind am stärksten von Ausschlüssen aus dem gesundheitlichen Regelsystem betroffen

Diskriminierung und rassistischen Strukturen kommt im Hinblick auf Gesundheitsversorgung eine übergeordnete Bedeutung zu. Wie aktuelle Berichte [19, 20] belegen, sind sie tief in sozialen Institutionen und im Gesundheitswesen verankert. Dies erklärt auch, warum Migrant:innen am stärksten von Ausschlüssen aus dem gesundheitlichen Regelsystem betroffen sind. Der Zugang zur Gesundheitsversor-

gung für Migrant:innen wird durch gesetzliche Regelungen zusätzlich beschränkt:

- Das *Asylbewerberleistungsgesetz* (AsylbLG, §§ 4 und 6)<sup>1</sup> beschränkt Gesundheitsversorgung für Asylsuchende während der ersten 36 Monate ihres Aufenthalts in Deutschland auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände und deckt nur Notfallbehandlungen, Impfungen und dringend notwendige medizinische Maßnahmen ab. Präventive oder langfristige Therapien sowie psychosoziale Betreuung sind in der Regel ausgeschlossen.
- Die *Übermittlungspflicht* (§ 87, AufenthaltG)<sup>2</sup> verpflichtet Sozialbehörden dazu, Informationen zu Ausländer:innen an die Ausländerbehörde weiterzuleiten. Dies führt dazu, dass Menschen ohne Aufenthaltsstatus trotz Anspruch auf Gesundheitsversorgung nach AsylbLG medizinische Versorgung aus Angst vor Abschiebung meiden.
- Laut den *Sozialgesetzbüchern* (SGBI<sup>3</sup> und SGBXII)<sup>4</sup> sind EU-Bürger:innen grundsätzlich vom Sozialleistungen ausgeschlossen, wenn sie sich ausschließlich zur Arbeitssuche in Deutschland aufhalten oder kein „verfestigtes Aufenthaltsrecht“ haben.

Im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz spielen Sprach- und digitale Kompetenz eine wichtige Rolle: Menschen, die nicht über ausreichende Sprachkenntnisse verfügen bzw. begrenzten Zugang zu digitalen Ressourcen haben, haben oft weniger Möglichkeiten, Gesundheitsinformationen zu finden und zu verstehen [21]. Fehlende Übersetzungsdienste und Dolmetscher:innen bei der Kommunikation zwischen Patient:in und Gesundheitspersonal führen zudem zu Überforderung und Missverständnissen bis hin zu Fehlbehandlungen.

## Stationäre (Notfall-)Versorgung: Möglichkeiten und Grenzen

In Deutschland stellt die Notfallversorgung für Menschen ohne Krankenversicherung eine grundlegende Absicherung der stationären Versorgung dar, diese ist jedoch auf akute, lebensbedrohliche Zustände beschränkt [22]. Der sog. „*Nothelfer-Paragraph*“ (§ 25c SGB V, § 4 AsylbLG) bringt mehrere Schwierigkeiten mit sich:

- Chronische oder schwerwiegende, aber nicht unmittelbar lebensbedrohliche Erkrankungen – wie frühe Krebsstadien, bestimmte Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder manche Frakturen – fallen nicht darunter und werden oft erst behandelt, wenn sich der Gesundheitszustand der Betroffenen erheblich verschlechtert hat, was die Behandlung aufwendiger und teurer macht.
- Häufig können Kliniken ihren Erstattungsanspruch gegenüber den kommunalen Sozialleistungsträgern aufgrund unklarer Zuständigkeiten, z. B. bei wohnungslosen Patient:innen, nicht geltend machen, wodurch den Häusern hohe Kosten entstehen.

Aufgrund fehlender Kostenträger ist erforderliche medizinische Weiterbehandlung bzw. postoperative Nachsorge bei schwerkranken Menschen ohne Krankenversicherungsschutz nach einem stationären Krankenhausaufenthalt häufig erst verzögert oder überhaupt nicht möglich. Folge sind lange, medizinisch nicht indizierte stationäre Verweildauern der Patient:innen und Behandlungsverzögerungen, die den Kliniken weitere Kosten verursachen und sich negativ auf die Gesundheit der Patient:innen auswirken [23].

## Auswirkungen fehlender Versorgung

Unzureichende Gesundheitsversorgung hat eine erhöhte Morbidität und Mortalität zur Folge. Menschen ohne Krankenversicherungsschutz leiden häufig unter chronischen Erkrankungen, psychischen Belastungen sowie unter gesundheitlichen Folgen sozialer Isolation. Bedingt durch eingeschränkten Zugang zu Prävention

und Behandlung, besteht ein erhöhtes Risiko für Komplikationen und fortgeschrittene Krankheitsbilder, die durch frühzeitige medizinische Interventionen hätten verhindert werden können [17]. Menschen in akuter Wohnungsnot haben zudem ein hohes Risiko, Verletzungen durch Gewalt [24] und Unfälle zu erfahren. Langfristige Arbeitsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit führen dazu, dass betroffene Personen in eine Abwärtsspirale aus Armut und Krankheit geraten [25].

Fehlende Absicherung im Krankheitsfall erhöht nicht nur individuelle Gesundheitsrisiken und -kosten, sondern hat auch weitreichende gesellschaftliche und ökonomische Auswirkungen und bringt eine Reihe von Herausforderungen für Fachkräfte sowie soziale Sicherungssysteme mit sich.

## Medizinische Anlaufstellen für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz

Als Antwort auf die steigende Anzahl medizinisch unversorgter Menschen, die in vielen Kommunen immer sichtbarer wird, hat sich vor allem in Großstädten eine zur Regelversorgung parallele medizinische Infrastruktur entwickelt. Diese besteht vor allem aus niederschweligen Ambulanzen, die meist von gemeinnützigen Organisationen getragen werden und deren Betrieb häufig nur durch ehrenamtliches Personal aufrechterhalten werden kann. Vielerorts sind sie die einzige Möglichkeit für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, eine grundlegende medizinische Betreuung zu erhalten [26]. Viele Anlaufstellen verfügen üblicherweise nicht über ausreichende Mittel zur Deckung ihrer Personal- und Sachkosten, z. B. aufgrund befristeter Projektfinanzierung und Spendenabhängigkeit. Daher ist es nur selten möglich, längerfristige oder kostenintensive Behandlungen wie stationäre operative Eingriffe in die Wege zu leiten [27].

<sup>1</sup> [www.gesetze-im-internet.de/asylbglg/BJNR107410993.html](http://www.gesetze-im-internet.de/asylbglg/BJNR107410993.html).

<sup>2</sup> [www.gesetze-im-internet.de/aufenthg\\_2004/](http://www.gesetze-im-internet.de/aufenthg_2004/).

<sup>3</sup> [www.gesetze-im-internet.de/sbg\\_2/](http://www.gesetze-im-internet.de/sbg_2/).

<sup>4</sup> [www.gesetze-im-internet.de/sbg\\_12/](http://www.gesetze-im-internet.de/sbg_12/).

Tab. 2 Kernmerkmale der Humanitären Sprechstunde für Kinder und Erwachsene (HSKE) und der Elisabeth-Straßenambulanz (ESA)		
	HSKE	ESA
Gründungsjahr	2001	1993
Bereich	Öffentlicher Gesundheitsdienst	Wohnungslosenhilfe
Finanzierung	Gesundheitsamt (Personalkosten), Jugend- und Sozialamt (Behandlungskosten)	Mischfinanzierung, Caritasverband e. V., Kassenärztliche Vereinigung, kommunale Mittel
Hauptamtlich tätiges Personal	Ja	Ja
Ehrenamtlich tätiges Personal	Nein	Ja
Träger	Gesundheitsamt Frankfurt am Main	Caritasverband Frankfurt e. V.
Vorrangige Zielgruppe	Menschen ohne Krankenversicherungsschutz	Menschen in akuter Wohnungsnot
Abrechnungsmöglichkeit mit Kassenärztlicher Vereinigung <sup>a</sup>	Nein	Ja (Institutsermächtigung)
Sprechstundentage pro Woche/ Umfang in Stunden	3 (12 h)	5 (20 h)
Angebote Leistungen nach medizinischer Fachdisziplin	Allgemeinmedizin/innere Medizin Pädiatrie	Allgemeinmedizin/innere Medizin Psychiatrie Zahnheilkunde Pflege Physiotherapie
Sozialberatung vor Ort	Ja, Kooperation Maisha e. V. und Clearingstelle Frankfurt	Ja, das Zentrum für Wohnungslose besteht aus der ESA, der CASA 21 und der TAST, Tagesaufenthalt Bärenstraße

<sup>a</sup>Bei Patient:innen mit Krankenversicherung

Tab. 3 Vergleich Patient:innenkollektive der Humanitären Sprechstunde für Kinder und Erwachsene (HSKE) und der Elisabeth-Straßenambulanz (ESA) für 2023		
	HSKE	ESA
Kontakte (Anzahl)	1218	8205
Patient:innen (Anzahl; Veränderung zum Vorjahr in %) <sup>a</sup>	468 (449, +4 %)	1146 (1236, -7 %)
Durchschnittliche Besuche pro Patient:in (Anzahl)	3	7
Neu aufgenommene Patient:innen (Anzahl)	303	520
Geschlecht: w/m/d (Anteile in %)	w: 63 %, m: 36 %	w: 18 %, m: 82 %
Alter (Durchschnitt in Jahren)	36 <sup>b</sup>	46
Patient:innen nach Herkunftsland: Deutschland (D), EU/EWR-Staaten, Drittstaaten (Anteile in %)	D: 5 % EU/EWR: 40 % Drittstaaten: 53 %	D: 24 % EU/EWR: 53 % Drittstaaten: 22 %

<sup>a</sup>Die Patient:innenzahlen beider Ambulanzen sind mit der Corona-Pandemie stark eingebrochen und noch nicht wieder auf dem Niveau von 2019  
<sup>b</sup>35 % der in der HSKE behandelnden Patient:innen waren unter 18, was durch das pädiatrische Angebot zu erklären ist

### Brücke zum Regelsystem: Clearingstellen und Anonymer Behandlungsschein

Clearingstellen für Krankenversicherung, die mittlerweile in 10 Bundesländern<sup>5</sup> existieren, unterstützen Menschen ohne oder unklarem Versicherungsstatus dabei, Ansprüche geltend zu machen, bieten je nach Konzept Zugang zu medizinischer Versor-

gung und Finanzierung und fungieren so als Lotsen ins Gesundheitssystem und als Garant für Ersthilfe. Ausgestaltung, Finanzierung, Ausstattung und Handlungsoptionen der jeweiligen Stellen unterscheiden sich zum Teil stark [28].

Das Konzept *Anonymer Behandlungsschein* (ABS, auch als Anonymer Krankenschein bekannt) hat sich als Finanzierungsmöglichkeit für Behandlungen in Ergänzung dazu bundesweit bewährt, um die gesundheitliche Versorgung für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz sicherzustellen. Die Basis dafür bietet ein Be-

handlungsfonds, der durch öffentliche Mittel finanziert wird [29].

» Basis des Anonymen Krankenscheins ist ein Behandlungsfonds finanziert durch öffentliche Mittel

Trotz ihrer Erfolge bleiben diese Ansätze ohne eine weiterreichende strukturelle Unterstützung und ausreichende Finanzierung in ihrer Wirkung begrenzt.

### Versorgungslage am Beispiel Frankfurt am Main

Frankfurt am Main ist eine der bevölkerungsreichsten Städte Deutschlands; hier leben Menschen aus rund 177 Nationen. Legt man gesundheitsökonomische Schätzungen von anteilig 1 % Unversicherter an der Gesamtbevölkerung [13] zugrunde, kann für Frankfurt am Main von etwa 7750 Menschen ohne Krankenversicherungsschutz ausgegangen werden.

Wie in vielen Städten bundesweit, haben in den letzten Jahrzehnten in Frankfurt am Main medizinische Angebote für diese Zielgruppe zugenommen. So bietet unter anderem die Humanitäre Sprechstunde für Kinder und Erwachsene (HSKE) des Gesundheitsamts Frankfurt am Main sowie verschiedene (Nichtregierungs-)Orga-

<sup>5</sup> Ein Überblick über die bundesweiten Anlaufstellen findet sich hier: <https://anonymer-behandlungsschein.de/>.

<b>Tab. 4</b> Fallszenarien aus der Humanitären Sprechstunde für Kinder und Erwachsene (HSKE) und der Elisabeth-Sträßenambulanz (ESA)			
	<b>Fallszenario 1</b>	<b>Fallszenario 2</b>	<b>Fallszenario 3</b>
Sozialanamnese	Patientin, weiblich	Patient, männlich	Patient, männlich
	Alter: Zwischen 50 und 60 Jahren	Alter: Zwischen 30 und 40 Jahren	Alter: Zwischen 40 und 50 Jahren
	Herkunft/Aufenthalt: Drittstaat, ohne Aufenthaltsstatus, lebt seit mehr als 10 Jahren in Deutschland	Herkunft/Aufenthalt: EU-Land, freizügigkeitsberechtigt, lebt seit 6 Jahren in Deutschland	Herkunft: Deutschland/deutsche Staatsbürgerschaft
	Erwerbstätigkeit: Arbeitet seit 5 Jahren ohne Arbeitsvertrag als Haushaltshilfe bei einer wohlhabenden Familie	Erwerbstätigkeit: Über eine Agentur seit 2 Jahren als Hilfskraft im Baugewerbe angestellt, in dieser Zeit Einsatz bei verschiedenen Firmen	Erwerbstätigkeit: Es kam aufgrund psychischer Erkrankung kein verfestigtes Arbeitsverhältnis zustande
	Wohnsituation: Wohnt bei Bekannten in der Community	Wohnsituation: Von Arbeitgeber mit Kolleg:innen in einer Wohngemeinschaft untergebracht	Wohnsituation: Aufgrund einer psychischen Erkrankung Verlust der Wohnung, nun obdachlos, zeitweise Übernachtung in Notunterkünften der Wohnungslosenhilfe
Zugangsbarrieren	Aufgrund ihres fehlenden Aufenthaltsstatus kann die Patientin keine Sozialleistungen beim Sozialamt beantragen, da es Personendaten an die Ausländerbehörde übermitteln würde (gemäß § 87 AufenthG) und die Patientin somit riskiert, abgeschoben zu werden Im Herkunftsland besteht kein Anspruch auf kostenlose medizinische Versorgung	Der Patient wendet sich mit körperlichen Beschwerden an eine niedergelassene Arztpraxis, wo er die Auskunft erhält, dass er ohne deutsche Krankenversicherungskarte nicht behandelt werden kann Er stellt fest, dass sein Arbeitgeber ihn weder sozial- und noch krankenversichert hat und er sich in einem illegalen Beschäftigungsverhältnis befindet. Da er kein offizielles Anstellungsverhältnis in Deutschland nachweisen kann, hat er keinen Anspruch auf Sozialleistungen	Bei seiner Krankenkasse befindet er sich laut eigenen Angaben aufgrund von Beitragsschulden im Leistungsruhen, worauf er nur bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen eine Behandlung bezahlt bekommt Er verfügt über keinen Nachweis zur Krankenversicherung (Krankenversicherungskarte fehlt)
		Im Herkunftsland besteht kein Anspruch auf kostenlose medizinische Versorgung	
Befund und Diagnose	In der HSKE wird bei Patientin eine rheumatoide Arthritis festgestellt. Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung bestanden bereits ausgeprägte Destruktionen der Kniegelenke mit Achsfehlstellung sowie eine beginnende Ulnardeviation der Hände Neben symptomatischer Schmerztherapie erfolgte eine antiinflammatorische Behandlung. Unter der Therapie fiel die Entzündungsaktivität ab und die Beschwerden der Hände verbesserten sich Die Schmerzen in beiden Knien blieben weitgehend unbeeinflusst. Die Patient:in wird zunehmend weniger mobil und leidet unter starken Schmerzen	Der Patient suchte die HSKE mit starken Oberbauchschmerzen auf und berichtet zusätzlich über Gewichtsverlust und Rückenschmerzen Er wird mit einer Kostenübernahme zur Diagnostik (Magnetresonanztomographie) in eine Klinik verwiesen Dort wird ein Pankreaskopfkarcinom diagnostiziert, das als gut operabel eingestuft wurde	Der Patient stellt sich 3 Tage nach einem Sturz auf den linken Arm verbunden mit sich anschließenden Schmerzen und einer Bewegungseinschränkung der linken Schulter und des linken Arms vor Er wird zunächst auf Kosten der ESA zum Röntgen in eine Klinik geschickt und dann nach Feststellung einer subkapitalen Humerusfraktur an eine Notaufnahme Da der Patient keine Angaben zu seiner Krankenversicherung geben kann, wird er nicht stationär aufgenommen und konservativ mit einer Schiene und analgetischer Medikation versorgt Nach einer Verlaufsaufnahme zeigte sich ein massiv dislozierter Bruch
Operationsindikation	Im Arztbrief der Klinik wird eine operative Versorgung mit Knieendoprothesen (TEPs) beidseits empfohlen, um die Beschwerden zu reduzieren und die Beweglichkeit zu verbessern	Im Arztbrief der Klinik wird eine operative Therapie in einem Pankreaszentrum mit gegebenenfalls weiterer Tumortherapie (Chemo-/Strahlentherapie) empfohlen	Im Arztbrief der Klinik wird eine operative Relokation des Bruchs empfohlen

nisationen wie die Elisabeth-Sträßenambulanz (ESA) des Caritasverbandes Frankfurt e. V. medizinische Grundversorgungsleistungen an [27]. Seit 2021 gibt es auch in Frankfurt am Main eine Clearingstelle, die ebenfalls am Gesundheitsamt angesiedelt ist und auf eine möglichst nachhaltige

Absicherung der Gesundheitsversorgung abzielt [30].

Eine systematische Erhebung zu stationären Behandlungen bei Menschen ohne Krankenversicherungsschutz und damit verbundenen offenen Rechnungen für Krankenhäuser zeigte, dass die Anzahl dokumentierter stationärer Fälle in Frankfur-

ter Kliniken deutlich zugenommen hat, dabei war besonders bei deutschen Staatsbürger:innen ein deutlicher Anstieg zu beobachten [23].

Am Beispiel Frankfurt am Main werden Versorgungslücken in Bezug auf stationäre chirurgische Eingriffe bei Menschen ohne Krankenversicherungsschutz aufge-

Tab. 4 (Fortsetzung)			
	Fallszenario 1	Fallszenario 2	Fallszenario 3
Behandlungsverlauf	Die behandelnde Ärztin der HSKE wendet sich an ein Krankenhaus und bittet um Aufnahme. Da es sich nicht um eine Notfallbehandlung handelt, es keinen Kostenträger gibt und die Patientin nicht über ausreichende Mittel verfügt, wird eine stationäre Aufnahme zur Operation durch die Patientenadministration des Krankenhauses abgelehnt. Die Kosten für die Operation können aufgrund des beschränkten Budgets der HSKE nicht übernommen werden. Es wird ausschließlich die Schmerztherapie in der HSKE fortgesetzt. Der Gesundheitszustand verschlechtert sich weiter. Die Selbstständigkeit der Patientin wird durch den progressiven Krankheitsverlauf zunehmend eingeschränkt.	Der Patient ist in der Klinik darüber aufgeklärt worden, dass die Erkrankung ohne operativen Eingriff zwangsläufig zum Tod führt. Trotz, dass der Patient seine letzten Ersparnisse als Vorauszahlung erbracht hat, gelingt es nicht, ihn stationär anzubinden – das Pankreaszentrum operiert nur mit vorheriger Kostenzusage durch einen Kostenträger. Die Kosten sind zu hoch, um sie über Spenden bzw. das Budget der HSKE zu finanzieren. Der Patient verstirbt innerhalb von 6 Monaten.	Er wird angewiesen, sich mit Nachweis eines Kostenträgers in der ambulanten Sprechstunde der Klinik wiedervorzustellen. Die erforderliche Operation lässt sich aufgrund des unklaren Kostenträgers nicht realisieren. Der Versuch der ESA, die Operation kurzfristig über Spenden zu finanzieren, blieb erfolglos. Der Patient belegt nun für ein paar Tage eine Krankenwohnung der Caritas, erhält Schmerztherapie und trägt weiterhin eine Schiene. Er kann seinen Arm nur geringfügig bewegen, was ihn nach der beschränkten Zeit in der Krankenwohnung noch vulnerabler auf der Straße macht.

zeigt und gravierende Folgen unzureichender Behandlung verdeutlicht.

### HSKE und ESA: niederschwellige Ambulanzen und wer sie aufsucht

Die HSKE und die ESA sind Teil der ambulanten Infrastruktur für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz in Frankfurt am Main. Die Kernmerkmale der beiden Ambulanzen werden hinsichtlich Trägerschaft, Finanzierung und Zielgruppe in **Tab. 2** dargestellt.

Die Patient:innenkollektive, die 2023 behandelt wurden, werden anhand der an beiden Ambulanzen verfügbaren Basisdaten beschrieben (**Tab. 3**). Datengrundlage sind die in den elektronischen Patient:innendokumentationen erfassten Informationen zu Anzahl der Patient:innen, Anzahl Kontakte pro Patient:in, Anzahl der Neuaufnahmen sowie soziodemografischen Merkmalen (Geschlecht, Alter, Herkunftsland).

Aus der Grundgesamtheit der Patient:innen, die sich 2023 in HSKE und ESA vorgestellt haben, wurden exemplarisch drei Fallszenarien zu chirurgischem Behandlungsbedarf skizziert, die vom medizinischen Fachpersonal der HSKE und ESA in Bezug auf Krankheitsbild- und verlauf als besonders repräsentativ bewertet wurden. Diese werden in **Tab. 4** anhand der fünf Kategorien (1) Sozialanamnese (soziodemografische Merkmale und Lebenssituation), (2) Zugangsbarriere

(fehlender Krankenversicherungsschutz, Sprachbarrieren, administrative Hürden), (3) Befund und Diagnose (chirurgische Behandlungsbedürftigkeit), (4) Operationsindikation (erforderliche operative Eingriffe), (5) Behandlungsverlauf dargestellt.

### Schlussfolgerungen

Mit den hier beschriebenen Fallszenarien werden exemplarisch die Herausforderungen für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, die operative Eingriffe verbunden mit einem stationären Aufenthalt benötigen, dargestellt. Sie unterstreichen den dringenden Bedarf an einrichtungsübergreifenden und inklusiven Gesundheitsangeboten für Menschen in prekären Lebenslagen, die im regulären Gesundheitssystem keine adäquate Versorgung erhalten. Im Fokus stehen folgende Herausforderungen:

- Zugangsbarrieren sind multikomplex.** Die beschriebenen Fälle zeigen, wie rechtliche Barrieren bez. des Aufenthaltsstatus, prekäre Lebensumstände, fehlende finanzielle Mittel, aber auch bereits vorliegende Erkrankungen zusammenwirken.
- Im Prinzip gut behandelbare Krankheitsbilder bleiben unbehandelt.** Die indizierten operativen Eingriffe könnten die Lebensqualität der Patient:innen erheblich verbessern, indem Schmerzen gelindert, die

Mobilität bzw. Funktionalität von Körperteilen wiederhergestellt bzw. das Fortschreiten lebensbedrohlicher Tumorerkrankungen verhindert werden. Für die Patient:innen bleibt nur eine ausschließlich symptomatische Behandlung, beispielsweise eine Schmerztherapie.

- Die gesundheitlichen und sozialen Folgen sind gravierend.** Es besteht eine Versorgungslücke bei Menschen ohne oder mit eingeschränktem Krankenversicherungsschutz bei schweren, behandelbaren Erkrankungen, die keine medizinischen Notfälle sind. Dies führt zu vermeidbaren Schmerzen, Behinderungen und zum vorzeitigen Tod von Menschen in unserer Gesellschaft.

### Fazit für die Praxis

- **Rechtzeitige und angemessene stationäre chirurgische Versorgung, auch für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, ist zur Aufrechterhaltung der Gesundheit notwendig und verhindert gleichzeitig hohe Folgekosten und vermeidbare Notfallbehandlungen.**
- **Die Finanzierung operativer Eingriffe und der postoperativen Versorgung über Brückenmodelle wie der Anonyme Behandlungsschein stellt die fachärztliche und stationäre Versorgung unabhängig vom Versicherungsstatus sicher.**
- **Case-Management unter Einbindung niederschwelliger Ambulanzen, chirurgischer Fachabteilungen, Clearingstellen und dem Krankenhaussozialdienst adres-**

siert sowohl gesundheitliche als auch soziale Herausforderungen.

- Eine sichere Unterkunft für obdachlose Menschen (Krankenwohnungen) nach dem stationären Aufenthalt stellt einen positiven Heilungsverlauf sicher.
- Das Sichtbarmachen bestehender Versorgungsdefizite in der Fachöffentlichkeit schärft das Bewusstsein für das Thema und dient als Ausgangspunkt für geeignete Lösungsansätze.

#### Korrespondenzadresse

##### Sarah Alexandra Lang

Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Stadt Frankfurt  
Breite Gasse 28, 60313 Frankfurt am Main, Deutschland  
sarah.lang@stadt-frankfurt.de

##### Dr. Rebecca Zöllner

Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Stadt Frankfurt  
Breite Gasse 28, 60313 Frankfurt am Main, Deutschland  
rebecca.zoellner@stadt-frankfurt.de

#### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** S.A. Lang, C. Austermann-Grofer, M. Siwek, P. Tinnemann und R. Zöllner geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

#### Literatur

1. World Health Organization Universal health coverage (UHC): key facts. <https://bit.ly/3YWJqo7>. Zugegriffen: 20. Nov. 2024
2. Vereinte Nationen (2009) Allgemeine Bemerkung Nr. 20. Nichtdiskriminierung bei den wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechten. <https://bit.ly/4fyq7lt>. Zugegriffen: 12. Nov. 2024
3. Vereinte Nationen (1989) Übereinkommen über die Rechte des Kindes. <https://bit.ly/40TX5Pu>. Zugegriffen: 16. Nov. 2024
4. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2023) Mit RECHT zur Gleichstellung! Handbuch zur Frauenrechtskonvention der Vereinten Nationen Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW) vom 18. Dezember 1979. <https://bit.ly/4eyCfZa>. Zugegriffen: 12. Nov. 2024
5. Busse R, Blümel M, Knieps F et al (2017) Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *Lancet* 390:882–897. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31280-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31280-1)
6. Rieger-Ndakorerwa G, Nießen J, Wildner M (2018) Die sozialkompensatorische Funktion des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. *Public Health*

## (No) Treatment for people without health insurance coverage. When access to inpatient surgical care is denied

**Background:** For people without health insurance coverage access to healthcare is severely restricted. In large cities such as Frankfurt am Main, parallel structures have emerged to ensure free basic medical care for those affected; however, when inpatient treatment is required the medical infrastructure for people without health insurance is inadequate. This article outlines the importance of access to surgical treatment for people without health insurance and the serious consequences when this access is denied.

**Material and method:** The Clearing Center 1.0 at the Public Health Authority of Frankfurt am Main and the Elisabeth Street Outpatient Department of the Caritas Association Frankfurt represent two low-threshold outpatient clinics that exist in the city of Frankfurt. The basic structure and function of each clinic are described along with a characterization of the patient populations, including a description of the sociodemographic characteristics. From the total patient collective, three case scenarios are selected as examples and are outlined with respect to (1) social history, (2) access barriers, (3) findings, (4) surgical indications and (5) treatment course.

**Results:** Patients face complex barriers due to legal restrictions, financial hardships and precarious living conditions. The lack of a funding provider results in necessary surgery not being performed. The consequences are pain, functional limitations and worsening of life-threatening diseases.

**Conclusion:** Timely surgical care for people without health insurance is essential to maintain health and avoid high follow-up costs. A treatment fund provides a solution. The combination of case management, secure accommodation and raising awareness among professionals helps close care gaps and develop solutions.

#### Keywords

Basic care · Surgical care · Access barriers · Anonymous treatment fund · Gaps in care

- Forum 26(4):361–364. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2018-0095>
7. Statistisches Bundesamt (2019) Sozialleistungen. Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus). <https://tinyurl.com/bdfmzcrf>. Zugegriffen: 1. Nov. 2024
  8. Bundesministerium für Gesundheit (2024) Beitragsschuldenstatistik KB 9: Gesetzliche Krankenversicherung 1. Quartal 2024. [www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/kennzahlen-daten-bekanntmachungen.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/kennzahlen-daten-bekanntmachungen.html). Zugegriffen: 16.13.2024.
  9. Verband der Privaten Krankenversicherung (2024) PKV-Zahlenportal. Versicherte im Notagentarif. [www.pkv.de/wissen/pkv-zahlenportal/](http://www.pkv.de/wissen/pkv-zahlenportal/). Zugegriffen: 16. Dez. 2024
  10. Ärzte der Welt (2023) Gesundheitsreport 2023: Krank und ohne medizinische Versorgung in Deutschland. <https://bit.ly/4frIDmh>. Zugegriffen: 11. Nov. 2024
  11. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAGW) Statistikbericht 2021. Schätzungen zur Wohnungslosigkeit in Deutschland. <https://bit.ly/3YYZHsN>. Zugegriffen: 10. Nov. 2024
  12. Vogel D (2009) Schätzung der Zahl der in Deutschland lebenden Menschen ohne Aufenthaltsstatus. <https://bit.ly/4eHkMhl>. Zugegriffen: 3. Nov. 2024
  13. Kurz C (2022) Menschen ohne Krankenversicherung: Ein oft übersehenes Problem. *Dtsch Arztebl*
  14. Bauer U (2007) Gesundheit im ökonomisch-ethischen Spannungsfeld. In: Essers Met al (Hrsg) Geld

- als Steuerungsmedium im Gesundheitswesen. *Jahrbuch für Kritische Medizin* 44. Argument-Verlag, Hamburg, S98–119
15. Kuehne A, Huschke S, Bullinger M (2015) Subjective health of undocumented migrants in Germany – a mixed methods approach. *BMC Public Health* 15:926
  16. Bozorgmehr K, Razum O (2015) Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: a quasi-experimental study in Germany, 1994–2013. *PLoS ONE* 10(7):e131483. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131483>
  17. Verband demokratischer Ärztinnen (vdää) (2014) Fabrik statt Krankenhaus? Krankenhausfinanzierung und die Folgen von DRGs und Privatisierung
  18. Verbraucherzentrale Hamburg (2024) Darf meine Krankenkasse Leistungen verweigern? Verfügbar unter: [www.vzhh.de/themen/gesundheit-patientenschutz/krankenversicherung/schulden-darf-meine-krankenkasse-leistungen-verweigern](http://www.vzhh.de/themen/gesundheit-patientenschutz/krankenversicherung/schulden-darf-meine-krankenkasse-leistungen-verweigern). Zugegriffen: 3. Nov. 2024
  19. An der Heiden I (2024) Diagnose Diskriminierung. Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten bei Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen. Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Berlin
  20. DeZim (2023) Rassismus und seine Symptome. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismussmonitors. [https://www.rassismussmonitor.de/fileadmin/user\\_upload/NaDiRa/Rassismus\\_Symptome/Rassismus\\_und\\_seine\\_Symptome.pdf](https://www.rassismussmonitor.de/fileadmin/user_upload/NaDiRa/Rassismus_Symptome/Rassismus_und_seine_Symptome.pdf). Zugegriffen: 14. Nov. 2024

21. Norris M, Wendt M (2020) Gesundheitskompetenz in der digitalen Ära: Die Rolle von Sprach- und Digitaler Kompetenz. *Z Public Health* 42(4):305–319. <https://doi.org/10.1016/j.healthcom.2020.04.004>
22. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2015) Das Krankenhaus als Nothelfer. Hinweise zur Umsetzung des § 25 SGB XII bzw. § 6a AsylbLG. [www.slaek.de/media/dokumente/06/faq/Das\\_Krankenhaus\\_als\\_Nothelfer\\_DKG\\_Umsetzung\\_des\\_6a\\_Asyblg.pdf](http://www.slaek.de/media/dokumente/06/faq/Das_Krankenhaus_als_Nothelfer_DKG_Umsetzung_des_6a_Asyblg.pdf). Zugegriffen: 22. Aug. 2022
23. Lang SA, Tinnemann P, Zöllner R (2022) Ohne Krankenversicherung im Krankenhaus – Offene Rechnungen und Fallzahlen in FFM 2016–2019. Policy Paper 01: Gesundheit und soziale Ungleichheit. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10376171>
24. Institute of Medicine (U.S.) (2009) Committee on health insurance status and its consequences. America's uninsured crisis: consequences for health and health care. Review. National Academies Press <https://doi.org/10.17226/12511>
25. Neupert P (2020) Gewalt gegen wohnungslose Menschen. In: wohnungslos (Hrsg) Aktuelles aus Theorie und Praxis zur Armut und Wohnungslosigkeit, S 37
26. Gesundheit ein Menschenrecht (2024) Kontaktstellen. [www.gesundheit-ein-menschenrecht.de/kontaktstellen](http://www.gesundheit-ein-menschenrecht.de/kontaktstellen). Zugegriffen: 14. Nov. 2024
27. Kirchhoff M, Ataç I (2022) Zusammenfassung Fallstudienbericht Frankfurt am Main (Deutsch): Antworten auf Migrant:innen mit prekärem Aufenthaltsstatus in Frankfurt am Main: Rahmen, Strategien und innovative Praktiken. [www.hs-fulda.de/sozialwesen/forschung/sozialer-raum-sozialstrukturanalyse/loremi](http://www.hs-fulda.de/sozialwesen/forschung/sozialer-raum-sozialstrukturanalyse/loremi). Zugegriffen: 13. Nov. 2024
28. Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheit und Illegalität, Bundesarbeitsgemeinschaft Anonymer Krankenschein und Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherung (BACK) (2022) Empfehlungen zur Ausgestaltung von Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz. Arbeitspapier 2022. <https://tinyurl.com/4tak9w7y>. Zugegriffen: 14. Nov. 2024
29. Zanders T, Bein LE Der Anonyme Behandlungsschein. Von der Idee zur Umsetzung. Ein Handlungsleitfaden. <https://tinyurl.com/ewmv5xbf>. Zugegriffen: 14. Nov. 2024
30. Lang SA, Tinnemann P, Zöllner R (2023) Wege in den Krankenversicherungsschutz. *Gesundheitswesen* 86(06):e3–e3. <https://doi.org/10.1055/a-2301-7973>

**Hinweis des Verlags.** Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.