

BESCHLUSSVORLAGE V0762/23 öffentlich	Referat	Referat V
	Amt	Amt für Soziales
	Kostenstelle (UA)	4000
	Amtsleiter/in	Nehir, Bettina
	Telefon	3 05-25 00
	Telefax	3 05-25 04
	E-Mail	referat5@ingolstadt.de
Datum	28.08.2023	

Gremium	Sitzung am	Beschlussqualität	Abstimmungsergebnis
Ausschuss für Soziales, Gesundheit, Stiftungen und Familien	28.09.2023	Vorberatung	
Stadtrat	17.10.2023	Entscheidung	

Beratungsgegenstand

Einführung einer Krankenversicherungsclearingstelle, einer humanitären Sprechstunde und eines Ethikfonds

Antrag der Stadtratsgruppe Die Linke vom 17.07.2023

Stellungnahme der Verwaltung
(Referent: Herr Fischer)

Antrag:

1. Der Bericht der Verwaltung zu den rechtlichen Rahmenbedingungen des Krankenversicherungsschutzes und der Krankenhilfe, sowie zu bestehenden Beratungsangeboten und -bedarfen wird zur Kenntnis genommen.
2. Auf die Einführung einer kommunal finanzierten gesonderten Krankenversicherungsclearingstelle, einer gesonderten humanitären Sprechstunde und eines kommunal finanzierten Ethikfonds in Ingolstadt wird verzichtet.

gez.

Isfried Fischer
Berufsmäßiger Stadtrat

Finanzielle Auswirkungen:**Entstehen Kosten:** ja nein

wenn ja,

Einmalige Ausgaben	Mittelverfügbarkeit im laufenden Haushalt	
Jährliche Folgekosten	<input type="checkbox"/> im VWH bei HSt: <input type="checkbox"/> im VMH bei HSt:	Euro:
Objektbezogene Einnahmen (Art und Höhe)	<input type="checkbox"/> Deckungsvorschlag von HSt: von HSt:	Euro:
Zu erwartende Erträge (Art und Höhe)	von HSt:	
	<input type="checkbox"/> Anmeldung zum Haushalt 20	Euro:
<input type="checkbox"/> Die Aufhebung der Haushaltssperre/n in Höhe von Euro für die Haushaltsstelle/n (mit Bezeichnung) ist erforderlich, da die Mittel ansonsten nicht ausreichen.		
<input type="checkbox"/> Die zur Deckung herangezogenen Haushaltsmittel der Haushaltsstelle (mit Bezeichnung) in Höhe von Euro müssen zum Haushalt 20 wieder angemeldet werden.		
<input type="checkbox"/> Die zur Deckung angegebenen Mittel werden für ihren Zweck nicht mehr benötigt.		

Nachhaltigkeitseinschätzung:**Wurde eine Nachhaltigkeitseinschätzung durchgeführt:** ja nein

Wenn nein, bitte Ausnahme kurz darstellen und begründen

Begründung der Ausnahme

Ausnahme nach Ziff.2 Buchstabe h) des Fachkonzepts Nachhaltigkeitseinschätzung Ingolstadt
(Antragsablehnung)**Bürgerbeteiligung:****Wird eine Bürgerbeteiligung durchgeführt:** ja nein

Kurzvortrag:

Gesetzliche Rahmenbedingungen des Versicherungsschutzes und der Krankenhilfe

Um der Problematik des fehlenden Krankenversicherungsschutzes entgegen zu wirken, wurde zum 01.01.2009 in Deutschland eine Verpflichtung zum Abschluss eines privaten Krankheitskostenversicherungsvertrages eingeführt. Ziel des Gesetzgebungsvorhabens war es, einen Versicherungsschutz für alle in Deutschland lebenden Menschen zu bezahlbaren Konditionen herzustellen¹. Nach § 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz ist jede Person mit Wohnsitz in Deutschland verpflichtet eine private Krankenversicherung abzuschließen, soweit sie nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz hat oder ein sonstiger Ausnahmetatbestand vorliegt.

Krankenversicherungsschutz bzw. Leistungen bei Krankheit ist auch für Personen, die existenzsichernde Leistungen nach dem SGB II, SGB XII oder dem AsylbLG erhalten, gesichert:

Bürgergeld (SGB II): Personen, die unmittelbar vor Beginn des Bürgergeldbezuges gesetzlich krankenversichert waren, sind auch während des Bürgergeldbezuges gesetzlich pflichtversichert, § 5 Abs. 1 Nr. 2a, Abs. 5a SGB V. Die entsprechenden Beiträge sind an den vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) verwalteten Gesundheitsfonds oder an die Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK) zu zahlen. Die Zeit der Versicherungspflicht wird an die Krankenkasse gemeldet. Für bestimmte Personen ist die Versicherungspflicht in der GKV (gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung) ausgeschlossen. Dies gilt insbesondere für Personen, die vor dem Bezug von Bürgergeld zuletzt privat versichert waren. Diese werden durch den Bezug nicht versicherungspflichtig. Es wird dann die Zahlung eines Zuschusses nach § 26 SGB II geprüft. Dies gilt auch für Personen, die nur aufgrund der Zahlung ihrer Beiträge hilfebedürftig würden. Privat Krankenversicherte können dann in den Basistarif der PKV, dessen Leistungen der GKV entsprechen, wechseln. Während des Bürgergeldbezuges ist der Beitrag im Basistarif halbiert, § 152 Abs. 4 VAG. Das Jobcenter leistet hier einen Beitragszuschuss zur PKV, der auf die Höhe des halbierten Beitrags zum Basistarif begrenzt ist, § 26 Abs. 1 SGB II.

Bezieher von Leistungen nach dem SGB XII sind regelmäßig über die Krankenversicherung der Rentner gesetzlich versichert, wenn eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt wurde, ein Rentenanspruch besteht und die erforderlichen Vorversicherungszeiten erfüllt werden. Bei Rentenbeziehern, die nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind, kann die Rentenversicherung auf Antrag einen Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung leisten. Auch hier erfolgt die Übernahme der Beiträge zur privaten Krankenversicherung im Basistarif durch den Sozialleistungsträger im Rahmen der Leistungsgewährung.

Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthaltes Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 AsylbLG, die auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände begrenzt ist. Außerdem werden Kosten für Schutzimpfungen und medizinisch erforderliche Vorsorgeuntersuchungen übernommen. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur in medizinisch unaufschiebbaren Fällen. Sofern dies zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich ist, können sonstige Leistungen nach § 6 AsylbLG gewährt werden. Die bayerische Staatsregierung hat von der Möglichkeit nach § 264 Abs. 1 SGB V die gesetzlichen Krankenkassen zur Übernahme der Krankenbehandlung, im zuvor genannten Umfang zu verpflichten, bisher keinen Gebrauch gemacht. Die Abwicklung erfolgt daher nicht über eine Gesundheitskarte, sondern über Behandlungsscheine, die von den örtlichen Trägern der

¹ BT-Drucksache [16/4247](#) S. 66 (

Leistung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ausgegeben werden. Asylsuchende, die bereits während des Asylverfahrens eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen, sind vollumfänglich gesetzlich krankenversichert.

Leistungsberechtigte nach § 2 AsylbLG (Aufenthalt bereits länger als 18 Monate) und Leistungsberechtigte nach dem SGB XII, die nicht krankenversichert sind, werden bei einer von ihnen gewählten gesetzlichen Krankenkasse nach § 264 Abs. 2-bis 7 SGB V vom Amt für Soziales angemeldet. Sie erhalten eine elektronische Gesundheitskarte und werden vom Leistungsumfang her von der Krankenkasse wie gesetzlich Versicherte behandelt. Die Krankenkasse erhält keine laufenden Beiträge, sondern rechnet die angefallenen tatsächlichen Behandlungskosten in einem Erstattungsverfahren mit dem zuständigen Sozialleistungsträger ab.

Keinen deutschen Krankenversicherungsschutz erhalten in der Regel nicht erwerbstätige Ausländer aus Drittstaaten, deren Aufenthaltstitel auf der Verpflichtung beruht, dass der eigene Lebensunterhalt nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 AufenthG gesichert ist. Denn der gesicherte Lebensunterhalt umfasst nach § 2 Abs. 3 S. 1 AufenthG auch einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz. Gleiches gilt für Unionsbürger, wenn Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 FreizügigkeitsG/EU ist. Beide Fallgruppen sind von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht nach § 5 Abs. 11 SGB V ausgeschlossen. Eine Verpflichtung privater Krankenkassen zum Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages im Basistarif für diese Personengruppe verneint die zivilrechtliche Rechtsprechung², da sie aufgrund ihrer Einkommensart nicht dem System der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind (dazu zählen insbesondere Selbständige und abhängig Beschäftigte, die die Versicherungspflichtgrenze überschreiten).

Auch Ausländer, die aus den vorgenannten Gründen weder einen gesetzlichen noch privaten Krankenversicherungsschutz in Deutschland erhalten, sowie Ausländer, die sich besuchsweise oder ohne Aufenthaltsrecht in der Bundesrepublik aufhalten, oder die aus den weiteren in § 23 Abs. 3 S. 1 SGB XII genannten Gründen vom allgemeinen Sozialleistungsbezug ausgeschlossen sind, erhalten vom Sozialhilfeträger Überbrückungsleistungen nach § 23 Abs. 3 S. 3 SGB XII. Die Überbrückungsleistungen umfassen auch die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen.

Zudem besteht bei medizinischen Notfällen für den behandelnden Arzt, Zahnarzt und auch bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus ein Ersatzanspruch als Nothelfer aus § 25 SGB XII gegenüber dem zuständigen Sozialleistungsträger. Die gleiche Rechtslage besteht für Nothilfeleistungen die gegenüber Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG erbracht werden, § 6a AsylbLG.

Empfehlungen zur Ausgestaltung von Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz der BAG Gesundheit/Illegalität und der BACK

Die Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität (BAG) und die Bundesarbeitsgemeinschaft Anonyme Behandlungsschein- und Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz (BACK) haben Anfang 2023 Empfehlungen zur Ausgestaltung entsprechender Clearingstellen³ herausgegeben. Ziel sei einerseits, durch Beratung den Zugang zum regulären Gesundheitssystem herzustellen. Darüber hinaus wird der gesetzliche Leistungsumfang der

² BGH Urteil vom 16.07.2014 – IV ZR 55/14, OLG München, Beschluss vom 01.08.2022 – 25 U 1865/21

³ <https://www.diakonie.de/broschueren/gesundheitsversorgung-fuer-menschen-ohne-papiere>

Gesundheitsversorgung in Deutschland als nicht ausreichend angesehen – insbesondere der Umfang der Leistungen bei Krankheit nach § 4 AsylbLG wird kritisiert. Daher soll durch die Ausgabe von anonymen Behandlungsscheinen und entsprechende Kostenübernahmen allen Menschen unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus alle Gesundheitsleistungen, auf die auch gesetzlich Krankenversicherte Anspruch haben, zugänglich gemacht werden. Entsprechende Behandlungsfonds müssten mit ausreichenden Mitteln ausgestattet werden. Aus Sicht der BAG/BACK sollten in einer solchen Clearingstelle u.a. folgende Berufsgruppen vertreten sein: Sozialarbeiter(in), Sozialversicherungsfachangestellte(r), Personen mit Expertise in (Ausländer-)Sozialrecht, Aufenthalts- und Freizügigkeitsrecht, ggfs. auch medizinisches Fachpersonal zu Abrechnungszwecken. Die Clearingstelle sei durch einen Beirat zu begleiten in dem u.a. Migrantenselbstorganisationen, Wissenschaftler, GKV-Vertreter, Mitarbeitende des Gesundheits- und Sozialamtes und der Ärztekammern vertreten sein sollen.

Derzeitige Beratungssituation in Ingolstadt und Einschätzung des örtlichen Bedarfs

Nach Einführung der allgemeinen Krankenversicherungspflicht im Jahr 2009 ist die Anzahl unversicherter Personen weiterhin stark rückläufig.

Der weit überwiegende Anteil nichtversicherter Personen konnte in Ingolstadt in den vergangenen Jahren in eine Krankenversicherung gebracht werden, so dass aktuell allenfalls Einzelfälle ohne Krankenversicherung bekannt werden. Diese Entwicklung geht nicht unwesentlich auf die Arbeit der caritativen Beratungsstellen (z. B. Schuldnerberatungsstellen und psychosoziale Beratungsstellen, Kontaktladen) und der Sozialhilfeträger im Zuge deren Beratungs- und Unterstützungsverpflichtungen zurück. Hierbei wird durch diese stetig geprüft ob und welche Krankenversicherung (z. B. Familien- oder freiwillige Versicherung) möglich ist und wie entsprechende gesetzliche Voraussetzung (z. B. Vorversicherungszeiten) erfüllt werden können. Das Beratungsangebot steht hierbei auch Personen offen, die sich nicht im Leistungsbezug befinden.

Lediglich bei Personen mit schwierigen Erwerbslebensläufen vor 2009, insbesondere bei damals Selbständigen ohne Krankenversicherungsschutz, kann es vereinzelt der Fall sein, dass eine Krankenversicherung fortgesetzt nicht möglich ist. Dieser Personenkreis wird jedoch über § 264 SGB V bei der Krankenkasse angemeldet und von dort entsprechend einem gesetzlichen Versicherten betreut.

Auswertungen des Mikrozensus durch das Statistische Bundesamt ergaben, dass zuletzt im Jahr 2019 bundesweit 61.000 Menschen ohne Krankenversicherung waren. Dies entspricht einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von weniger als 0,1 Prozent. Nach Schätzungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe aus dem Jahr 2020 waren hingegen 15,9 Prozent der akut wohnungslosen Menschen ohne Krankenversicherungsschutz. Wesentlich höher dürfte der Anteil Unversicherter bei Personen ohne legalen Aufenthalt liegen, da diese in der Gesellschaft verstreckt leben und Kontakt zu offiziellen Stellen meiden.

Für das Stadtgebiet Ingolstadt ist daher nur von einer eher geringen Anzahl an Personen auszugehen, die eine Anlaufstelle für die beantragte Clearingstellen wären.

Überwiegend halten sich Personen ohne Aufenthaltstitel in Metropolen auf, da es hier leichter fällt unterzutauchen und ein entsprechendes Netzwerk besteht.

Dies zeigt auch die Verteilung der bestehenden Clearingstellen die gehäuft in Landeshauptstädten oder in solchen Metropolen anzutreffen sind.

In der täglichen Praxis des Jobcenters und des Amtes für Soziales, hier insbesondere des Außendienstes, sind kaum Fälle von Personen bekannt, die nicht im Bezug von Transferleistungen stehen und keinen Versicherungsschutz haben.

Auch von den Trägern der örtlichen Beratungsstellen wurde diese Problematik weder rückgemeldet noch ein Bedarf einer solchen Clearingstelle an die Stadt Ingolstadt herangetragen.

Zudem unterhält die von der Stadt Ingolstadt finanziell geförderte Straßenambulanz St. Franziskus als niederschwellige Anlaufstelle die Möglichkeit einer anonymen Versorgung von leichten Verletzungen und Erkrankungen. Bei Bedarf kann von dort auch der Kontakt zu kooperierenden Ärzten hergestellt werden.

Verzicht auf Einrichtung einer kommunal finanzierten Krankenversicherungsclearingstelle, einer humanitären Sprechstunde und eines kommunale finanzierten Ethikfonds

Auf die Errichtung einer gesonderten Krankenversicherungsclearingstelle, einer kommunal finanzierten ärztlichen Sprechstunde und eines kommunal finanzierten Ethikfonds sollte in Ingolstadt aus Sicht der Verwaltung verzichtet werden.

Wie zuvor aufgezeigt, befanden sich bisher nur sehr wenige Personen in Ingolstadt in der Situation, dass ein gesetzlicher oder privater Krankenversicherungsschutz nicht (wieder) hergestellt werden konnte oder die nicht über einen Anspruch auf Leistungen bei Krankheit nach dem AsylbLG oder SGB XII verfügten. Für wohnungslose Menschen gibt es in Ingolstadt über die gesetzlichen Leistungen der Krankenkassen und der Sozialleistungssysteme hinaus ein zusätzliches, niedrighschwelliges Hilfesystem der Straßenambulanz.

Soweit mit der beantragten Krankenversicherungsclearingstelle der Zweck verfolgt wird, durch Beratung den Zugang zum regulären Gesundheitssystem herzustellen, ist dies aufgrund der Größe Ingolstadts und der geringen Zahl potentiell Ratsuchender nicht wirtschaftlich. Die Empfehlungen der BAG/BACK halten in einer solchen Clearingstelle ein multiprofessionelles Team für erforderlich. Auch die von der Landeshauptstadt München Ende 2022 verstetigte Clearingstelle beschäftigt ein multiprofessionelles Team mit 2,5 Vollzeitkräften mit jährlichen von der Stadt finanzierten Personal- und Sachkosten von rund 300.000 Euro. Solche multiprofessionellen Teams bestehen in Ingolstadt bereits bei den caritativen Beratungsstellen der freien Träger, im Amt für Soziales und im Jobcenter. Hier kann dann auch nicht nur zu Fragen der Krankenversicherung, sondern ganzheitlich beraten werden. Abweichend von der Behördenorganisation in den meisten Großstädten, beraten im kommunalen Jobcenter der Stadt Ingolstadt Mitarbeitende neben den Fragen zur Existenzsicherung auch zu Fragen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung von Bürgerinnen und Bürger. Die Stadt kann daher auch hier Umfang und Qualität der Beratung direkt steuern.

Auch die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration und die BAG der Freien Wohlfahrtspflege richten sich mit ihrer Publikation „Zugang zum Gesundheitssystem“⁴ (die vorrangig aber nicht nur auf die Beratung von Unionsbürgerinnen und Unionsbürgern abzielt) in erster Linie an Sozial- oder Migrationsberatungsstellen sowie die Regeldienste im Sozial- und Gesundheitswesen. In komplexen Fällen wird auf die Möglichkeit verwiesen, Fachanwältinnen oder Fachanwälte für Sozialrecht zu konsultieren.

Soweit mit der Errichtung der Clearingstelle und des beantragten Ethikfonds die Finanzierung von Leistungen bei Krankheit im Umfang der GKV für alle Menschen erreicht werden soll, fehlt es an einer entsprechenden kommunalen Aufgabe. Wie eingangs dargestellt, enthält das deutsche Sozial- und Versicherungsrecht ein differenziertes System der Gesundheitsversorgung in Abhängigkeit vom ausgeübten Beruf und bei Ausländern in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus und der

⁴ <https://www.eu-gleichbehandlungsstelle.de/eugs-de/experten/newsletter/broschuere-informiert-ueber-zugang-zum-gesundheitssystem-1813006>

bisherigen Aufenthaltsdauer. Soweit rechtspolitisch diese Regelungen nicht für ausreichend angesehen werden, können parlamentarische Änderungsinitiativen auf Bundesebene angestoßen werden. Es ist aber nicht Aufgabe der Kommune, diese Entscheidungen des Bundesgesetzgebers auf örtlicher Ebene zu korrigieren bzw. tendenziell sogar zu unterlaufen.

Ein Bedarf einer Clearingstelle ist durch die Verwaltung aus der Praxis nicht zu erkennen und wurde auch an diese von außen bisher nicht herangetragen.