

Medizinische Fakultät
der
Universität Duisburg-Essen

Aus dem Institut
für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie

**Menschen ohne Krankenversicherung im Gesundheitswesen.
Explorative Studie zur Prävalenz und zur Rückführung
in die sozialen Sicherungssysteme durch den Sozialdienst
am Beispiel des Universitätsklinikums Essen**

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung des Doktorgrades der Naturwissenschaften in der Medizin
durch die Medizinische Fakultät
der Universität Duisburg-Essen

Vorgelegt von
Ingo Neupert
aus Husum
2018

Dekan: Herr Univ.-Prof. Dr. med. J. Buer

1. Gutachter: Herr Univ.-Prof. Dr. rer. nat. K.-H. Jöckel

2. Gutachter: Herr Prof. Dr. rer. pol. J. Wasem

Tag der mündlichen Prüfung: 17. Dezember 2018

Publikationen

Neupert, I. (2015): Patienten ohne Kostenträger. Die Unversicherten. Führen und wirtschaften im Krankenhaus. 12/2015, 1070-1073.

Neupert, I. (2015): Die Unversicherten. Humanitäre und ökonomische Herausforderungen für das Gesundheitswesen und die Handlungskompetenz klinischer Sozialarbeit. Forum Sozialarbeit und Gesundheit. 4/2015, 11-15.

Neupert, I. (2017): Rechtsgrundlagen, 21-25. In: Merse, S. (Hrsg.): Medizinische Flüchtlingsversorgung. Praxisleitfaden. Berlin: Lehmanns Media.

Kongressvorträge

Neupert, I. (2015): Die Unversicherten: Strukturen zum Umgang mit Patienten ohne Krankenversicherungsschutz. Bundeskongress der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen 2015, Münster.

Neupert, I. (2016): Die Unversicherten: Humanitäre und ökonomische Herausforderung für das Gesundheitswesen und die Handlungskompetenz klinischer Sozialarbeit. Armut und Gesundheit 2016, Berlin.

Neupert, I. und Kleinehanding, N. (2017): Keine Krankenversicherung trotz Leistungsanspruch: Ursachen und Lösungswege. Armut und Gesundheit 2017, Berlin.

Neupert, I., Kleinehanding, N. und Fuchs, M. (2017): Menschen ohne Krankenversicherungsschutz im Gesundheitswesen: Handlungsfeld für Soziale Arbeit. Bundeskongress der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen 2017, Kassel.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Problembeschreibung	5
1.1	Menschen ohne Krankenversicherung im Gesundheitswesen: Prävalenz und Ursachen.....	7
1.2	Sozialrechtliche Leistungsansprüche auf Krankenversicherungsschutz	11
1.3	Folgen eines fehlenden Krankenversicherungsschutzes	18
1.4	Zielsetzung und Fragestellung der Arbeit.....	20
2	Material und Methoden	22
2.1	Zielgruppe: Ein- und Ausschlusskriterien.....	22
2.2	Studiendesign/Datenquellen	24
2.3	Aufbau des Datensatzes: Codierung	25
2.4	Statistische Methoden.....	29
3	Ergebnisse	30
3.1	Soziodemographie und Prävalenz	30
3.2	Gesundheitszustand	36
3.3	Finanzielle Auswirkungen	41
3.4	Rückführung in die soziale Sicherung und sozialarbeiterische Intervention	48
4	Diskussion	54
4.1	Patienten ohne Krankenversicherung im stationären Gesundheitswesen ..	54
4.2	Soziale Arbeit als Unterstützungsangebot	60
4.3	Ökonomische und individuelle Auswirkungen der Rückführung.....	65
4.4	Legitimation der Studie und Ausblick	69
5	Zusammenfassung	73
6	Literaturverzeichnis	74
7	Abbildungsverzeichnis	82
8	Tabellenverzeichnis	82
9	Abkürzungsverzeichnis	83
10	Rechtsgrundlagenverzeichnis inkl. Abkürzungen	84
11	Anhang	86
	Danksagung	90
	Lebenslauf	91

1 Einleitung und Problembeschreibung

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung unabhängig vom Eigenkapital und der Schutz vor finanziellen Risiken durch die entstehenden Behandlungskosten ist wesentlicher Bestandteil einer Resolution der Vereinten Nationen. Demnach soll der universal health coverage bis zum Jahre 2030 weltweit umgesetzt werden.¹ Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) aus dem Jahre 2007 wurde die Versicherungspflicht für alle in Deutschland lebenden Personen eingeführt, auch wenn diese Personen bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren bzw. eine gültige Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung in der Vergangenheit lag und somit eine Versicherungslücke bestand.² Insbesondere Krankenhäuser sehen sich trotzdem verstärkt mit der Behandlung von Menschen in prekären Lebenslagen und ohne vorhandenen Krankenversicherungsschutz konfrontiert.

Hinsichtlich der Zugangsvoraussetzungen zu Leitungen des Gesundheitswesens ist im deutschen Gesundheitssystem mit dem beitragsfinanzierten Versicherungswesen das Grundprinzip der sozialen Sicherung implementiert. Für Leistungen im Krankheitsfall besteht in Deutschland die generelle Absicherung durch das Krankenversicherungssystem, welches sich in das duale System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und Privaten Krankenversicherung (PKV) aufgliedert. Deutschland ist europaweit damit das einzige Land, in dem nicht die komplette Bevölkerung in einem einheitlichen Versicherungssystem abgesichert ist, sondern lediglich knapp 90%.³ Ergänzt wird dieses vom steuerfinanzierten staatlichen Sicherungssystem nach dem Versorgungs- oder Fürsorgeprinzip, bei dem sich Leistungsansprüche aus der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Personengruppe (z.B. Inhaftierte) oder einer individuellen Hilfebedürftigkeit (z.B. Hilfe zur Gesundheit als Form der Sozialhilfe) ableiten lassen.⁴ Somit sind die Anspruchsgrundlagen auf Krankenversicherungsschutz in Deutschland heterogen und orientieren sich für Migranten⁵ am aufenthaltsrechtlichen Status (vgl. Abbildung 1). Neben der Gruppe

¹ World Health Organization, 2013

² Simon, 2010

³ Schölkopf, Pressel, 2014

⁴ Wernitz, Pelz, 2011

⁵ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

der Menschen mit sozialrechtlichen Leistungsanspruch in Deutschland bilden die EU-Bürger mit Anspruch auf Sachleistungsaushilfe bei vorhandener Krankenversicherung im Heimatland bzw. mit eingeschränktem Zugang zu Sozialleistungen und damit zu einer Krankenversicherung eine eigene Personengruppe. Für die Gruppe der Menschen aus Drittstaaten ist der aufenthaltsrechtliche Status der maßgebliche Indikator beim Zugang in das deutsche Krankenversicherungssystem. Als vierte Gruppe lässt sich der Personenkreis von Menschen ohne jeglichen Anspruch auf finanzierte Gesundheitsversorgung definieren, der trotz theoretischer Krankenversicherungspflicht in der Praxis des Gesundheitswesens existiert.

PATIENTEN MIT LEISTUNGSANSPRUCH IN DEUTSCHLAND

Leistungsanspruch über Jobcenter SGB II
Leistungsanspruch über Arbeitsamt SGB III
Pflichtversicherung über GKV SGB V
Freiwillige Versicherung über GKV SGB V
Familienversicherung über GKV SGB V
Basis- oder Notlagentarif über PKV
Leistungsanspruch über Sozialamt SGB XII
Leistungsanspruch über Strafvollzug/Inhaftierte
Anerkannte Asylbewerber Leistungsanspruch über SGB II/SGB XII

PATIENTEN AUS EU-STAATEN

Sachleistungsaushilfe über GKV im Heimatland
EFA-Staaten Leistungsanspruch direkt über SGB II/SGB XII
Arbeitnehmerstatus Leistungsanspruch über SGB II
Arbeitslosigkeit nach > 1 Jahr Beschäftigung
Leistungsanspruch über SGB III und danach SGB II
Arbeitslosigkeit nach < 1 Jahr Beschäftigung
Leistungsanspruch über SGB II für 6 Monate
Daueraufenthaltsrecht nach 5 Jahren Leistungsanspruch über SGB II/SGB XII
Leistungsanspruch auf Überbrückungsleistungen medizinische Notfallbehandlung und Rücktransport über SGB XII

PATIENTEN OHNE OPTION AUF KRANKENVERSICHERUNG

Selbstzahler deren Anzahlung nicht ausreicht
Patienten aus EU Staaten ohne eigene KV und ohne Leistungsanspruch über Sozialleistungen
Auslandskrankenversicherung und Haftungsausschluss durch Vorerkrankung bzw. kein Notfall
Verpflichtungserklärung und keine wirksame Auslandskrankenversicherung
Ohne Aufenthaltsstatus/Papierlose wenn weiter anonym
Kein Anspruch auf Nothelfer wegen fehlender Mitwirkung

PATIENTEN AUS DRITTSTAATEN

Abkommensstaaten Sachleistungsaushilfe über GKV im Heimatland
Visum mit Auslandskrankenversicherung
Aufenthaltsurlaubnis ggf. Leistungsanspruch über SGB II/SGB XII
Duldung Leistungsanspruch über AsylbLG
Niederlassungserlaubnis Leistungsanspruch über SGBII/SGB XII
Asylbewerber Leistungsanspruch über AsylbLG
Asylbewerber nach 15 Monaten Leistungsanspruch über SGB V
Asylbewerber mit eGKV Karte Leistungsanspruch über SGB V
Ohne Aufenthaltsstatus/Papierlose ggf. Leistungsanspruch über AsylbLG

Abbildung 1: Übersicht Patienten ohne Krankenversicherung. Quelle: Ingo Neupert ⁶

⁶ Neupert, 2015

1.1 Menschen ohne Krankenversicherung im Gesundheitswesen: Prävalenz und Ursachen

Da der Krankenversicherungsstatus in Deutschland nicht flächendeckend erhoben wird und nicht zu den amtlichen Routinedaten zählt, sind Erkenntnisse zur Prävalenz nicht krankenversicherter Bevölkerungsanteile kaum vorhanden. Mit dem Mikrozensus existiert eine jährliche statistische Bevölkerungsbefragung, bei der in den Jahren 2007, 2011 und 2015 Angaben zur Krankenversicherung erhoben wurden.⁷ Für das Jahr 2007 ergab die Befragung eine Anzahl von Nichtversicherten in Deutschland von 196.000.⁸ Im Vergleich dazu war mit 128.000 Betroffenen bzw. 79.000 Menschen die Zahlen in 2011 und 2015 rückläufig.⁹ Ursächlich für den Rückgang dürfte die Einführung der Versicherungspflicht innerhalb des Vergleichszeitraums sein.¹⁰ Allerdings weist der Mikrozensus methodische Mängel auf. Über den Mikrozensus werden Bevölkerungsgruppen wie papierlose Menschen, wohnungslose Menschen oder EU-Bürger nicht erfasst, bilden aber einen Personenkreis mit einem hohen Risiko für Nichtversicherung. Die Befragung zum Krankenversicherungsstatus ist im Mikrozensus wenig differenziert, die Problematik jedoch individuell sehr komplex, so dass die Validität der Antworten fraglich ist. Zusätzlich ergibt sich eine methodische Schwierigkeit, da der Personenkreis in der Stichprobe im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung gering ausgeprägt ist und für repräsentative Aussagen die Stichprobe umfänglicher sein müsste.¹¹

Hinsichtlich der Prävalenz von Menschen ohne Krankenversicherung im deutschen Gesundheitswesen existieren nahezu alle der wenigen Studien aus dem ambulanten Versorgungssektor. Bei dem soziodemographischen Aspekt der Herkunftsverteilung stellt sich ein sehr heterogenes Bild da. Je nach Studie ergibt sich ein ausgeglichener Anteil von Patienten ausländischer und deutscher Herkunft¹², ein signifikant hoher Anteil von EU-Bürgern¹³ oder Drittstaatlern.¹⁴ Knapp eine Viertel der Patienten der Betroffenen verfügen über einen theoretischen

⁷ Statistisches Bundesamt, 2016

⁸ Statistisches Bundesamt, 2008

⁹ Statistisches Bundesamt, 2015, Statistisches Bundesamt, 2016

¹⁰ Regierung der Bundesrepublik Deutschland, 2017

¹¹ Greß, et al., 2008

¹² Wiesner, et al., 2008

¹³ Chauvin, et al., 2015

¹⁴ Lotty, et al., 2014

Leistungsanspruch in Deutschland, der faktisch nicht vorhanden ist.¹⁵ Bei ambulanten medizinischen Anlaufstellen für Migranten ist die fehlende Finanzierung durch Krankenversicherungsschutz der Hauptproblembereich in der Arbeit der Organisationen.¹⁶ Für den stationären Sektor des Gesundheitswesens existiert eine Studie mit Daten zum Ausprägungsgrad und den entstandenen Kosten bei der Behandlung von Migranten ohne Krankenversicherungsschutz. Innerhalb des Zeitraums 2011 bis 2014 gaben 82,3% der Krankenhäuser an Migranten ohne Krankenversicherung notfallmäßig behandelt zu haben. Trotz sehr heterogener Angaben zu den Behandlungskosten wurden jährlich nicht erstattete Kosten von ca. 500.000€ pro Krankenhaus ermittelt.¹⁷ Wegen der geringen Gesamtgröße und den ungenauen Angaben zu den Behandlungskosten ist diese Studie in ihrer Aussagekraft stark limitiert, aber eine erste methodische Herangehensweise dem Wahrnehmungs- und Forschungsdefizit von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz im Krankenhaus zu begegnen.

Ebenso wie in Deutschland basiert das österreichische Gesundheitswesen auf dem Versicherungsprinzip, so dass die Systeme einen Vergleich untereinander zulassen. Hinsichtlich der Prävalenz von Menschen ohne registrierten Leistungsanspruch im Krankheitsfall wurden für das Jahr 2008 einen Anteil von 0,7% der Wohnbevölkerung Österreichs ermittelt. Die Begrenztheit dieser Aussage ergibt sich aus identischen methodischen Schwierigkeiten wie beim Mikrozensus für Deutschland. Als Risikogruppen für Nichtversicherung konnten geringfügig oder nicht pflichtversicherte selbständig Beschäftigte ohne Abschluss einer freiwilligen Krankenversicherung, Arbeitslose ohne Anspruch auf Arbeitslosenversicherung, Personen nach Scheidung oder Überschreiten einer Altersgrenze und dadurch Verlust der Mitversicherung oder Menschen mit illegalem Aufenthaltsstatus identifiziert werden.¹⁸ Innerhalb der EU haben insbesondere Migranten, Menschen ohne Aufenthaltsstatus sowie Roma keinen ausreichenden Zugang zur Gesundheitsversorgung.¹⁹ Zur Reduzierung von sozioökonomischen Gefällen im Gesundheitswesen sind europaweite Maßnahmen zum flächendeckenden, universellen Zugang

¹⁵ Chauvin, et al., 2015, Lotty, et al., 2014

¹⁶ Bornschlegl, 2016, Chauvin, et al., 2015

¹⁷ Mylius, 2016

¹⁸ Fuchs, 2009

¹⁹ Huber, et al., 2008, EU Health Policy Platform (2017): Joint Statement. Call for actions for health and equity. Online-Publikation; http://www.health-inequalities.eu/wp-content/uploads/2017/12/hi-statement_hpp-platform_final.pdf (Zugriff: 04.02.2018)

zur Gesundheitsversorgung erforderlich.²⁰ In einer Studie aus dem Jahre 2000 wurden für die USA 38,7 Mio. Menschen ohne Absicherung im Krankheitsfall identifiziert und damit betrug der Anteil 14% der damaligen Bevölkerung.²¹ Mit dem Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) wurde 2014 in den USA die Krankenversicherungspflicht in 25 Bundesstaaten erstmalig eingeführt. In diesen Staaten ist die Anzahl der Personen ohne Versicherungsschutz um 8,2% gesunken. Im Vergleich zu Bundesstaaten ohne Umsetzung der Reform ist die Zahl der Menschen, die neu einen Zugang zu einer Krankenversicherung erhielten, um 15,6% angestiegen.²²

Im Hinblick auf die Einflussfaktoren auf gesundheitliche Ungleichheit bzw. Exklusion lassen sich drei Determinanten feststellen: materielle Ursachen, psychosoziale Erklärungen und der kulturelle Verhaltensansatz.²³ Insbesondere die Art und Weise der Finanzierung des Gesundheitssystems beeinflusst den Zugang und erhöht den ungedeckten Bedarf innerhalb einer Gesellschaft.²⁴ Finanzielle Gründe, Probleme in der Administration bzw. Verwaltung oder ein Mangel an Wissen oder Verständnis des Gesundheitssystems und ihrer Rechte sind mögliche Zugangsbarrieren für Betroffene.²⁵ Für Deutschland konnte ermittelt werden, dass mit medizinischer Behandlung verbundene Kosten und deren Selbstzahlung für die Bevölkerungsgruppe unterhalb des Durchschnittseinkommens ein Hindernis beim Zugang zur Gesundheitsversorgung darstellt.²⁶ Flüchtlinge und Asylsuchende haben je nach Bundesland in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthaltes einen eingeschränkten rechtlichen Zugang zur medizinischen Versorgung, so dass eine adäquate und bundeseinheitliche Regelversorgung nicht gegeben ist.²⁷ Beruflich Selbstständige mit prekärem Einkommen bzw. die von Armut bedroht sind können sich wegen Beitragsschulden oder hohen Beitragsverpflichtungen die Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung finanziell nicht leisten.²⁸ Weitere Barrieren liegen in der Pflicht zur Zahlung rückständiger Beiträge in der GKV und mit dem Alter

²⁰ Chiotan, et al., 2016

²¹ Docteur, et al., 2003

²² Miller, Wherry, 2017

²³ Eikemo, et al., 2016, Richter, Hurrelmann, 2016

²⁴ Eikemo, et al., 2016

²⁵ Chauvin, et al., 2015

²⁶ Organisation for Economic Co-operation and Development, 2015

²⁷ Frank, et al., 2017

²⁸ Riesberg, Wörz, 2008

steigenden Beitragsverpflichtungen in der PKV.²⁹ Auf europäischer Ebene ist der Grad der individuellen Kostenbeteiligung in großem Maße eine Barriere beim universellen Zugang zur medizinischen Versorgung und fördert gesundheitliche Ungleichheit.³⁰

Unter dem Aspekt der kulturellen Einflussfaktoren zählt u.a. der Grad der Gesundheitskompetenz. Dieser Begriff beinhaltet die Fähigkeiten und Motivation, sich gesundheitsrelevante Informationen beschaffen sowie beurteilen zu können, sowie sich eigeninitiativ Versorgungsangebote im Gesundheitswesen erschließen und Entscheidungen hinsichtlich der Behandlung treffen zu können.³¹ Menschen mit niedrigem Bildungsniveau, Menschen mit einem Migrationshintergrund und Menschen mit einem niedrigen Sozialstatus weisen eine signifikant geringere Gesundheitskompetenz im Vergleich zur Normalbevölkerung auf.³² Eingeschränkte Gesundheitskompetenz beinhaltet ebenfalls die Eigenressource, um komplexe Problemlagen selbständig lösen zu können. Bezüglich der versicherungs- und sozialrechtlichen Leistungsansprüche ist ein Informationsmangel ausgeprägt, in Kombination mit einem niedrigen bzw. gar keinen Bildungsabschluss.³³ Dies betrifft auch die Bevölkerungsgruppe der Wohnungslosen, die häufig ihre Rechte auf Transferleistung und damit Zugang zur medizinischen Versorgung nicht eigenständig realisieren können.³⁴ Für die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund versperren neben der reduzierten Gesundheitskompetenz, ein erhöhter Grad an Alphabetisierung und vorhandene Sprachbarrieren den Zugang zum medizinischen Versorgungssystem.³⁵

Zu den psychosozialen Ursachen von fehlendem Krankenversicherungsschutz existieren sehr wenige Erkenntnisse. Insbesondere bei Personengruppen, die eigentlich einen sozialrechtlichen Anspruch auf eine Krankenversicherung haben, stellt sich die Frage nach den Gründen des fehlenden Zugangs. Unabhängig von den strukturellen Ursachen können auf der individuellen Ebene persönliche und psychische Krisen sowie Lebensprobleme ursächlich sein und eine

²⁹ Greß, et al., 2008

³⁰ Organisation for Economic Co-operation and Development/European Union, 2016

³¹ Schaeffer, et al., 2016

³² Schaeffer, et al., 2017

³³ Fuchs, et al., 2003

³⁴ Der Paritätische Gesamtverband, 2017

³⁵ Riesberg, Würz, 2008

erfolgreiche Selbstorganisation verhindern. Die Angst vor Stigmatisierung und Schamgefühle sind bei Menschen ohne Krankenversicherung stark ausgeprägt.³⁶ Für die Gruppe der wohnungslosen Menschen sind strukturelle sowie bürokratische Hürden bei Jobcentern und Krankenversicherungen häufig ursächlich für fehlendem Krankenversicherungsschutz. Durch traumatische biografische Ereignisse weisen wohnungslose Menschen Defizite in Bewältigungsstrategien bzw. den individuellen, psychischen Konfliktverarbeitungsmöglichkeiten auf und es fehlt an persönliche Ressourcen, um die eigene Lebensstruktur verändern zu können. Neben sozioökonomischen Faktoren sind für diese soziale Randgruppe somit psychosoziale Komponente ursächliche für Exklusion von medizinischer Versorgung.³⁷

1.2 Sozialrechtliche Leistungsansprüche auf Krankenversicherungsschutz

Für die GKV besteht mit dem GKV-WSG ein Kontrahierungszwang und für die Bürger eine Versicherungspflicht.³⁸ Dabei sind die Zugangswege in die GKV sowie die Umfänge der Versicherungsleistungen im öffentlich-hoheitlichen Recht des Sozialrechts festgeschrieben.³⁹ Im System der GKV existieren drei unterschiedliche Zugangswege zu einem Versicherungsschutz. Die Pflichtversicherung entsteht kraft Gesetz. Neben Arbeitnehmern fallen Personen im Leistungsbezug des SGB III (Arbeitslosengeld I) oder Leistungsbezug des SGB II (Arbeitslosengeld II), Studenten im Rahmen der Krankenversicherung der Studenten (KVdS), Rentenantragssteller oder Rentner im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) oder Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben unter die Pflichtversicherung.⁴⁰ Die KVdS ist nachrangig gegenüber der Familienversicherung und ist maximal bis zum 14. Semester oder Vollendung des 30. Lebensjahres möglich. Bei der KVdR ergibt sich die Versicherungspflicht aus dem Bezug einer Altersrente, einer Erwerbsminderungsrente oder einer Hinterbliebenenrente als Witwen-, Waisen- und Erziehungsrente.⁴¹ Im Gegensatz zur Pflichtversicherung beinhaltet die Versicherungsfreiheit, die Wahl

³⁶ Fuchs, et al., 2003

³⁷ Trabert, 2016

³⁸ Busse, et al., 2013

³⁹ Pfister, 2010

⁴⁰ §5 SGB V

⁴¹ §§35-40, 43, 46-49 SGB VI

zwischen einer Versicherung in der GKV oder der PKV unter Beibehaltung der Versicherungspflicht.⁴² Hierunter fallen Beschäftigte mit einem Jahreseinkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze, Berufsgruppen mit Ansprüchen auf Beihilfen oder Heilfürsorge, Selbständige mit Ausnahme von Landwirten (Landwirtschaftliche Krankenkasse) und Künstlern (Künstlersozialkasse) oder Geringfügig Beschäftigte.⁴³

Für die Aufnahme in der Freiwilligen Krankenversicherung bedarf es einer ununterbrochenen Mitgliedschaft in der GKV in den letzten 12 Monaten oder in den letzten fünf Jahren mindestens 24 Monate Mitgliedszeiten mit Unterbrechung.⁴⁴ Vorversicherungszeiten aus dem EU-Ausland werden anerkannt und bieten damit einen in der Praxis selten genutzten Zugangsweg für Bürger aus EU-Staaten als Freiwilliges Mitglied in das deutsche GKV-System.⁴⁵ Aus der Freiwilligen Versicherung ergibt sich eine Zahlungsverpflichtung der entstehenden Beiträge direkt durch den Versicherungsnehmer, so dass Beitragsschulden entstehen können. Diese stellen jedoch keine Grundlage für eine Kündigung der Krankenversicherung da und Versicherte mit Beitragsschulden wurden durch den Gesetzgeber in der Vergangenheit entlastet.⁴⁶ Hinsichtlich der Leistungsansprüche erwirken Beitragsschulden von zwei Monaten und fristgerechte Mahnung durch die Krankenkasse ein Ruhen der Leistungsansprüche.⁴⁷ In diesem Falle werden lediglich Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft von der Krankenkasse gewährt. Für die Leistungserbringer ergibt sich aus dem Ruhe des Leistungsanspruchs ebenso wie aus dem Notlagentarif in der PKV die Problematik, dass diese keine automatische Kenntnis über den Status haben und die medizinische Behandlung in Vorleistungspflicht erbringen. Sofern der Betroffene den Leistungserbringer nicht darauf hinweist, kommt es zu einer unberechtigten Inanspruchnahme von Krankenbehandlungsleistungen und stellt den Tatbestand des Betrugs da.⁴⁸

⁴² §§6,7 SGB V

⁴³ Bannenberg, 2013

⁴⁴ §9 SGB V

⁴⁵ Artikel 5 Buchstabe b i.V.m. Artikel 6 EU-VO 883/2004

⁴⁶ Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG), Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (KVBeitrSchG)

⁴⁷ §16 Abs. 3a SGB V

⁴⁸ Leber, et al., 2011

Für Angehörige eines Mitglieds der GKV existiert mit der Familienversicherung eine beitragsfreie Krankenversicherung.⁴⁹ Voraussetzung ist eine bestehende Pflichtversicherung oder Freiwillige Versicherung des Hauptversicherers. Anspruchsberechtigt für eine Familienversicherung sind: Ehegatten oder standesamtlich eingetragene Lebenspartner oder Kinder. Die Familienversicherung für Kinder ist altersabhängig und kann unter bestimmten Voraussetzungen bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres ausgeweitet werden. Dabei tritt die Versicherungsform per Gesetz in Kraft und kann rückwirkend ab Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen und nicht erst ab Antragsstellung geltend gemacht werden.⁵⁰

Für die Umsetzung des flächendeckenden Versicherungsschutzes existiert die erweiterte Versicherungspflicht bzw. die Auffangversicherung.⁵¹ Demnach besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Krankenversicherung in der GKV für Personengruppen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Krankenversicherung haben und vor der Nichtversicherung zuletzt in der GKV waren. Personen aus Drittstaaten fallen nur unter die Versicherungspflicht, wenn eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung von mehr als zwölf Monaten vorliegen und bei dem Aufenthaltstitel keine Auflage zur Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts besteht.⁵² Für EU-Bürger ist die Freizügigkeit bei Wohnortaufnahme in Deutschland an einen existierenden Krankenversicherungsschutz gebunden, so dass ebenfalls ein Ausschlussstatbestand für die erweiterte Versicherungspflicht vorliegt, unabhängig ob der EU-Bürger tatsächlich über einen Krankenversicherungsschutz in Deutschland verfügt.⁵³ In Ergänzung hat der Gesetzgeber zur Umsetzung der allgemeinen Versicherungspflicht die Obligatorische Anschlussversicherung (OAV) geschaffen.⁵⁴ Bei der OAV sind keine Vorversicherungszeiten erforderlich und es bedarf keiner spezifischen Willenserklärung bzw. Antragsstellung des Betroffenen, da die OAV per Gesetz auch ohne Mitwirkung des Versicherten in Kraft tritt. Die Mitgliedschaft schließt immer nahtlos an die vorangegangene Versicherung an, so dass keine Versicherungslücken entstehen. Die letzte Krankenversicherung muss die OAV fortführen und ihr obliegt auch die

⁴⁹ §10 SGB V

⁵⁰ §6 Abs. 1 Fami-Meldegrundsätze

⁵¹ §5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

⁵² §5 Abs. 11 Satz 1 SGB V

⁵³ §4 FreizügG/EU i.V.m. §5 Abs. 11 Satz 2 SGB V, Bundessozialgericht 18.11.2014, B 8 SO 9/13 R

⁵⁴ §188 Abs. 4 SGB V

Ermittlungspflicht.⁵⁵ Grundsätzlich ist die Krankenkasse aufnahmeverpflichtet, bei der zeitlich gesehen zuletzt eine Mitgliedschaft bestand.⁵⁶ Wenn bisher noch keine Krankenversicherung bestand, kann die neue Krankenkasse frei gewählt werden.⁵⁷ Ebenso besteht Wahlfreiheit, wenn die letzte Krankenkasse nicht ermittelt werden kann.⁵⁸ Sofern sich die letzte Krankenkasse nicht definitiv feststellen lässt oder die Mitwirkung des Versicherten nicht möglich ist, dann gelten die bekannten Umstände und die Beweislast für eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall liegt bei der Krankenkasse.⁵⁹ Bindend für die Aufnahmeverpflichtung der Krankenversicherung sind die gemeldeten Pflichtversicherungszeiten des Rentenversicherungsträgers mit Angabe zur jeweiligen Krankenversicherung.⁶⁰ Bei der OAV sowie der Auffangversicherung handelt es sich um beitragspflichtige Mitgliedschaften, so dass bei der Beitragsbemessung die Regelungen für die Freiwillige Krankenversicherung maßgeblich sind.⁶¹

Im System der PKV bieten Versicherungsunternehmen Verträge als substitutive Krankenvollversicherung an. Werden in der GKV die Beiträge einkommensabhängig nach dem Solidarprinzip berechnet, so erfolgt die Kalkulation der Beiträge in der PKV nach dem Äquivalenzprinzip. Relevante Berechnungsgrößen sind hierbei das Lebensalter bei Eintritt, der Gesundheitszustand bei Antragsstellung, das Geschlecht sowie Art und Umfang des gewählten Versicherungsschutzes anhand von Leistungsbausteinen.⁶² In der Praxis kommt es daher bei im Alter ansteigenden Versicherungsprämien und einhergehender Reduzierungen der Einkommenssituation z.B. durch Renteneintritt oder geringeren Einnahmen nicht selten zu Finanzierungsproblemen und Überschuldung bei Versicherten.⁶³ Erhöhte Risikoprämien bei bekannten Vorerkrankungen oder höhere Prämien wegen geringerer

⁵⁵ GKV-Spitzenverband, 2014

⁵⁶ §174 Abs. 5 SGB V

⁵⁷ §173 Abs. 2 SGB V

⁵⁸ Sozialgericht Duisburg 24.04.2013, S 31 KR 93/11, Sozialgericht Landshut 14.09.2009, S 4 KR 129/09 ER

⁵⁹ Sozialgericht Aachen 24.11.2009, S 20 SO 95/08

⁶⁰ Sozialgericht Augsburg 08.09.2010, S 10 KR 119/09

⁶¹ §227 SGB V i.V.m. §240 SGB V

⁶² Simon, 2010

⁶³ Deutscher Bundestag. Antwort der Bundesregierung, 2016

Altersrückstellungen bei späterem Eintrittsalter in das System der PKV können mögliche systemische Ausschlusskriterien für Versicherte in der PKV darstellen.⁶⁴

Mit dem Basistarif wurde der Kontrahierungszwang in der PKV eingeführt. Private Krankenversicherungsunternehmen müssen berechtigten Personengruppen den Zugang zum Basistarif ermöglichen und den branchenweit einheitlichen Basistarif anbieten.⁶⁵ Der Leistungsumfang entspricht der Basisabsicherung im GKV-System. Der Beitrag des Basistarifes darf nicht höher als der Höchstbeitrag in der GKV liegen. Zur Beitragskalkulation entfällt der Risikozuschlag, so dass Krankheitsrisiken und Vorerkrankungen vor Versicherungsbeginn nicht beitragsrelevant sind.⁶⁶ Der Beitragssatz im Basistarif muss bei vorliegender Hilfebedürftigkeit bzw. drohender Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II und SGB XII durch den Versicherer halbiert werden.⁶⁷ Sofern trotz halbiertem Beitragssatz weiterhin eine Hilfebedürftigkeit beim Versicherungsnehmer besteht, übernimmt das Jobcenter, das Sozialamt oder der Rentenversicherungsträger als Zuschuss im Rahmen des Rentenbezugs die anfallenden Beiträge im Basistarif.⁶⁸

Bei Beitragsrückständen setzt der Notlagentarif ein und sieht mit akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft lediglich einen stark eingeschränkten Leistungsanspruch vor.⁶⁹ Damit besteht trotz vorhandener Beitragsschulden ein Mindestmaß an Krankenversicherungsschutz durch die PKV.

Sozialhilfe ist in der Sozialgesetzgebung der nachrangigste Leistungsanspruch und steht subsidiär gegenüber anderen Sozialleistungsträgern.⁷⁰ Wenn der Sozialhilfebezieher über keine Krankenversicherung verfügt, besteht ein Anspruch auf Hilfe bei Krankheit. Diese Personengruppe wird durch den Sozialhilfeträger bei einer GKV angemeldet. Allerdings handelt es sich um keine vollwertige Mitgliedschaft, da keine Beiträge entrichtet werden. Es erfolgt eine Übernahme der

⁶⁴ Greß, et al., 2005, Wendt, 2009

⁶⁵ §193 Abs. 5 VVG i.V.m. §152 VAG

⁶⁶ Simon, 2010, Verband der Privaten Krankenversicherung, 2017

⁶⁷ §152 Abs. 4 VAG

⁶⁸ §26 Abs. 2 Nr. 2 SGB II, §32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII, §106 Abs. 3 SGB VI

⁶⁹ §153 Abs. 1 VAG

⁷⁰ §2 SGB XII

Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung.⁷¹ Dabei rechnet die GKV alle erbrachten medizinischen Leistungen zuzüglich eines Verwaltungszuschlages von fünf Prozent quartalsweise direkt mit dem Sozialhilfeträger ab.

Mit dem Nothelfer hat der Gesetzgeber einen öffentlich-rechtlichen Aufwendungsersatzanspruch geschaffen, um den Erhalt und die Stärkung spontaner Hilfsbereitschaft Dritter im Interesse in Not geratener Menschen zu sichern bzw. anderen Dritten, die berufs- oder strafrechtlich zur Hilfeleistung verpflichtet sind wie z.B. Krankenhäuser oder Ärzte, einen Erstattungsanspruch ihrer Aufwendungen zu garantieren.⁷² Der Nothelfer erbringt somit eine öffentliche Aufgabe, wobei sich die Kostengarantie des Sozialhilfeträgers für den Nothelfer auf den Zeitpunkt zwischen Eintritt des Eilfalles und Kenntnis des Sozialhilfeträgers über die Hilfebedürftigkeit beschränkt. Danach geht der Sozialhilfeanspruch auf den Nothilfeempfänger über, so dass eine über den Zeitpunkt des Eilfalles hinausgehende Schutzbedürftigkeit des Nothelfers nicht existiert und der Sozialhilfeträger nicht als Ausfallbürge für die Aufwendungen des Nothelfers eintritt.⁷³ Für Ausländer besteht in vielen Fällen in Abhängigkeit des Aufenthaltsstaus ein Leistungsausschluss auf Sozialhilfe.⁷⁴ Eine unaufschiebbare Krankenbehandlung muss dieser Personengruppe jedoch gewährt werden.⁷⁵ Der Nothelfer soll insbesondere Krankenhäuser bei Hilfeleistung im Notfall unterstützen, hat in der Praxis allerdings eine nur geringe Relevanz. Da der sozialrechtliche Leistungsanspruch nach Ende des Eilfalles auf die Patienten übergeht und diese bei der Aufklärung ihrer persönlichen Verhältnisse im Nachgang häufig nicht mehr mitwirken, werden die kompletten Behandlungskosten vom Sozialhilfeträger in den seltensten Fällen übernommen.⁷⁶ Eine weitere Problematik des Nothelfers ergibt sich aus einer Kostengarantie des Sozialhilfeträgers für den Eilfall von ein bis drei Tagen. Das Krankenhaus rechnet die Behandlungskosten jedoch nach Fallpauschalen ab, in der alle in Anspruch genommenen Behandlungsmaßnahmen zu einer Abrechnungseinheit zusammengefasst werden, unabhängig von der Aufenthaltsdauer des Patienten.⁷⁷ Der

⁷¹ §48 SGB XII i.V.m. §264 SGB V

⁷² §25 SGB XII, Bundessozialgericht 23.08.2013, B 8 SO 19/12 R

⁷³ Bundessozialgericht 30.10.2013, B7 AY 2/12 R

⁷⁴ §23 SGBXII

⁷⁵ §23 Abs. 1 Satz 3 SGB XII i.V.m. Artikel 2 Abs. 2 GG, Bundessozialgericht 18.11.2014, B 8 SO 9/13 R

⁷⁶ Mylius, 2016

⁷⁷ §17b Abs. 1 KHG

Sozialhilfeträger kommt nur für einen Teil dieser Gesamtsumme auf, so dass eine tagesbezogene Abrechnung der maßgeblichen Fallpauschale erfolgen muss.⁷⁸

Weitere sozialrechtliche Leistungsansprüche auf eine Absicherung bei medizinischer Behandlung können sich bei Arbeitsunfällen oder Berufserkrankungen gegenüber der Gesetzlichen Unfallversicherung ergeben.⁷⁹ Zur Beurteilung eines Arbeitnehmerverhältnisses im Sinne der Berufsgenossenschaft bedarf es nicht zwingend eines Arbeitsvertrages.⁸⁰ Eine Anspruchsgrundlage auf Krankenhilfe kann sich ebenfalls gegenüber dem Träger der Jugendhilfe ergeben.⁸¹ In diesen Fällen übernimmt das Jugendamt die Beitragszahlungen an die GKV oder trägt die Kosten eigenständig. Für die Praxis greift dieser Tatbestand bei Fallkonstellationen von anonymen Entbindungen, Babyklappen, Leihmüttern, Inobhutnahmen von Neugeborenen durch das Jugendamt oder dem Personenkreis der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge.

Im Rahmen der staatlichen Versorgungsverpflichtung können medizinische Behandlungskosten auch aus öffentlichen Mitteln bestritten werden. Im Zusammenhang mit sexuell übertragbaren Krankheiten, Tuberkulose Erkrankungen oder aber aufgrund der sozialen Entschädigung im Opferentschädigungsgesetz und der Kriegsoferfürsorge.⁸² Im Falle des Freiheitsentzugs ruht grundsätzlich die Mitgliedschaft in der GKV.⁸³ Während der Haft oder bei Beurlaubung haben die Inhaftierten Anspruch auf Krankenversorgung gegenüber der zuständigen Justizvollzugsanstalt (JVA).⁸⁴ Die Zuständigkeit der JVA endet, wenn durch die Vollstreckungsbehörde eine Haftunterbrechung bei Vollzugsuntauglichkeit zum Zwecke der Krankenbehandlung ausgesprochen wird bzw. bei regulärer Beendigung der Inhaftierung.⁸⁵

⁷⁸ Bundessozialgericht 18.11.2014, B 8 SO 9/13 R

⁷⁹ Leber, et al., 2011, §33 SGB VII

⁸⁰ Landessozialgericht Hessen 01.11.11, L 9 U 46/10, Sozialgericht Hamburg 02.06.16, AZ S 36 U 118/14

⁸¹ §42 SGB VIII

⁸² §19 Abs. 2 IfSG, §1 Abs. 1 OEG, §10ff BVG

⁸³ §16 Abs. 1 Nr. 4 SGB V

⁸⁴ §85, 60 StVollzG

⁸⁵ §455 Abs. 4 StPO

1.3 Folgen eines fehlenden Krankenversicherungsschutzes

Wenn insbesondere Armut bzw. mangelnde finanzielle Ressourcen beim Zugang zum Gesundheitssystem ursächlich sind, stellt sich die Frage nach dem Einfluss von Armut auf die individuelle Gesundheit. Hierbei ist der sozioökonomische Status eines Menschen als erklärende Variable für gesundheitliche Ungleichheit von Bedeutung. Die Indikatorbildung des sozioökonomischen Status basiert auf den Einzeldimensionen schulischer und beruflicher Bildung, beruflicher Stellung und Einkommenssituation.⁸⁶ Hinsichtlich der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes schätzen Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status im Vergleich zu Menschen mit mittlerem oder höherem sozioökonomischen Status ihren Gesundheitszustand signifikant schlechter ein und geben an, dass für sie gesundheitliche Beschwerden Einschränkungen in der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten darstellen. Chronische Erkrankungen wie z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Stoffwechselstörungen, Diabetes Mellitus aber auch psychische Störungen treten verstärkt bei niedrigen Statusgruppen auf.⁸⁷ Hinsichtlich des Zusammenhangs des sozioökonomischen Status und der Mortalität lassen sich ebenfalls Kausalitäten aufbauen. So haben Männer aus der niedrigsten Einkommensgruppen im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe eine verringerte Lebenserwartung von elf Jahren. Bei Frauen beträgt die Differenz acht Lebensjahre.⁸⁸ Im Gesundheitsverhalten weisen Menschen aus einer niedrigeren Statusgruppe einen höheren Anteil an Tabakkonsum, ein ungünstigeres Ernährungsverhalten und eine vermehrte Rate an Adipositas auf. Zudem nehmen Menschen aus dieser Bevölkerungsgruppe in geringerem Ausmaß Präventions- und Früherkennungsangebote in Anspruch.⁸⁹ Trotzdem diese Menschen eine gesundheitsriskantere Lebensweise aufzeigen, sind die subjektiven und objektiven Spielräume für Verhaltensänderungen aufgrund der geringeren finanziellen Mittel, dem prägenden sozialen Milieu und den in Deutschland noch wenig vorhandenen zielgruppenspezifischen sowie bedürfnisgerechten Präventionsangeboten sehr gering.⁹⁰

⁸⁶ Lampert, Kroll, 2006

⁸⁷ Robert Koch Institut, 2015

⁸⁸ Lampert, et al., 2007

⁸⁹ Robert Koch Institut, 2015

⁹⁰ Der Paritätische Gesamtverband, 2017

Zu den konkreten individuellen und gesellschaftlichen Folgen von fehlendem Zugang zur Krankenversicherung existieren in Deutschland keine nennenswerten wissenschaftlichen Studien. Erkenntnisse aus den USA belegen, dass Nichtversicherte weniger einen Arzt aufsuchen bzw. weniger Krankenhausaufenthalte nachweisen. Sie nehmen weniger an Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen teil, so dass Erkrankungen verspätet erkannt und behandelt werden. Zudem ist die Morbidität und Mortalität bei Menschen ohne Krankenversicherungsschutz deutlich höher, weil medizinische Behandlung verspätet in Anspruch genommen wird bzw. Untersuchungen zur Vorsorge nicht erfolgen.⁹¹ Bei der Inanspruchnahme von Mammographie-Untersuchung und der Durchführung von PSA-Tests ergeben sich signifikante Unterschiede zwischen Menschen mit bzw. ohne Krankenversicherungsschutz.⁹² Den Einfluss des Krankenversicherungsschutzes auf die Früherkennung in der Brustkrebsdiagnostik wurde nach der Einführung der Krankenversicherungspflicht (PPACA) in den USA nachgewiesen, da die Anzahl der diagnostizierten Frauen im niedrigsten Tumorstadium 1 in den ersten drei Jahren um 3,6% anstieg. Brustkrebs in diesem Stadium ist gut heilbar. Im Gegenzug reduzierte sich der Anteil an diagnostizierten Tumoren in den Stadien 2 und 3.⁹³ Zudem kam es zu einer Steigerung der Inanspruchnahme von Ärzten um 4,5% und Behandlungen im Rahmen eines stationären Aufenthaltes um 2%. Bei präventiven Vorsorgebehandlungen kam es ebenso zu einem messbaren Anstieg. Die Zahl der Mammographien nahm um 9,8% und die Darmkrebsvorsorge um 5,8% zu. Ähnliche Entwicklungen konnten bei der Diabetes- und Hypertonie-Diagnostik oder bei der Überprüfung der Cholesterinwerte nachgewiesen werden.⁹⁴

Die finanziellen Folgekosten durch Chronifizierung von Krankheiten, Verzicht auf die erforderliche Gesundheitsversorgung und verstärkte Inanspruchnahme medizinischer Behandlungsangebote im unbedingten Notfall haben sowohl auf individueller als auch gesellschaftlicher Ebene Konsequenzen.⁹⁵ Volkswirtschaftlich existieren Berechnungen für die Bevölkerungsgruppe der papierlosen Menschen, die aufgrund ihrer sozialen Situation eine stärkere Chronifizierung von Krankheiten aufweisen. Demnach könnte durch den Zugang zur Regelversorgung bei

⁹¹ Fronstin, 2000

⁹² Robert Wood Johnson Foundation, 2006

⁹³ Silva, et al., 2017

⁹⁴ Miller, Wherry, 2017

⁹⁵ Vitt, et al., 2002, Greß, et al., 2005

Bluthochdruckpatienten Behandlungskosten von 9% innerhalb eines Jahres und 16% im Laufe des Lebens reduziert werden. Bei der Schwangerschaftsvorsorge wären in Deutschland Einsparungen von 48% möglich.⁹⁶

Gesundheitsversorgung ist ein existenzielles Gut und der Zugang ist die Grundlage für eine selbstbestimmte Teilhabe des Individuums innerhalb der Gesellschaft. Damit stellt es ein Menschenrecht dar. Die Verwirklichung dieses Zugangs für den Einzelnen zur Sicherstellung einer Bedarfsgerechtigkeit in der medizinischen Versorgung ist eine gesellschaftliche Aufgabe.⁹⁷ Laut Aussage der Bundesregierung sorgt das deutsche Sozialsystem für einen Zugang zu einem leistungsfähigen Gesundheitssystem auch für Menschen mit geringem Einkommen.⁹⁸ Verschwiegen wird, dass nach wie vor Barrieren im Zugang zum Sozialsystem, insbesondere zur Krankenversicherung, für bestimmte Bevölkerungsgruppen existieren.

1.4 Zielsetzung und Fragestellung der Arbeit

Zu den Aufgaben des Sozialdienstes am Universitätsklinikum Essen (UKE) gehören die Koordination des Entlassmanagements und die Psychosoziale Beratung von Patienten. Durch den Autor wurde im Jahre 2013 ein Konzept zum spezifischen Umgang mit Patienten ohne bzw. unklarem Krankenversicherungsschutz entwickelt und in der Klinik implementiert. Dieses beinhaltet eine zentrale Zuständigkeit innerhalb des Sozialdienstes für diese Patientengruppe und für sämtliche medizinische Fachabteilungen innerhalb des UKE. Das Konzept wurde zum 01.01.2014 umgesetzt und berücksichtigt neben der spezifischen Beratung und Betreuung unter dem Aspekt Rückführung in die sozialen Sicherungssysteme durch den Sozialdienst den Aufbau eines Dokumentations- und Berichtswesens für diese Patientengruppe.⁹⁹

Daraus ergibt sich die Fragestellung dieser Arbeit, inwieweit sich durch eine gezielte sozialarbeiterische Beratung und Intervention bei der Patientengruppe ohne

⁹⁶ Castaneda, 2009, European Union Agency for Fundamental Rights, 2015

⁹⁷ Kostka, 2012

⁹⁸ Regierung der Bundesrepublik Deutschland, 2017

⁹⁹ Neupert, 2015

Krankenversicherungsschutz eine Rückführung in die Soziale Sicherung realisieren lässt. Zudem sollen die vorhandenen Daten analysiert werden, um Aussagen zur Prävalenz von Patienten ohne Krankenversicherung in einem Krankenhaus der Maximalversorgung sowie deren Herkunft und den unterschiedlichen sozialrechtlichen Leistungsansprüchen auf Gesundheitsversorgung zu generieren. Abschließend soll die Frage nach den ökonomischen Auswirkungen für das Krankenhaus als Leistungserbringer und den individuellen Auswirkungen auf den Gesundheitszustand für den Patienten beantwortet werden.

2 Material und Methoden

Das Votum der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen wurde eingeholt; das positive Votum erfolgte am 07.07.16 unter dem Aktenzeichen 16-7030-BO.

2.1 Zielgruppe: Ein- und Ausschlusskriterien

Für diese Arbeit wurden Daten aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) des UKE in dem Zeitraum vom 01.01.2014 bis 31.12.2016 erhoben. Relevante Bezugsgröße für den Einschluss und die Zuordnung war das Aufnahmedatum des Patienten in der Klinik. Einschlusskriterien waren das Merkmal fehlender oder unklarer Krankenversicherungsschutz. Die Meldung der Patienten und damit der Einschluss in das Konzept erfolgte durch die Mitarbeiter der Abteilung stationäres Patientenmanagement, sofern bei administrativen Aufnahme des Patienten im Rahmen des Datenaustausches eine Rückweisung von der angegebenen Krankenversicherung erfolgte oder kein Kostenträger angegeben war. Alternativ erfolgte die Meldung an den Sozialdienst direkt durch das ärztliche oder pflegerische Personal auf den Stationen, sobald Patienten ohne Krankenversicherungsschutz aufgenommen und identifiziert wurden.

Für das Jahr 2014 wurde das Konzept zunächst projektweise im UKE umgesetzt. Da die Klinik für Kinderheilkunde nicht in den originären Zuständigkeitsbereich des Sozialdienstes fällt, wurden für das Jahr 2014 Patienten dieser Klinik nicht durch das Konzept erfasst. Durch einen Beschluss des Klinikvorstandes Ende 2014 wurde das Projekt in die Regelleistung des Sozialdienstes überführt und die Ausweitung auf den Bereich der Klinik für Kinderheilkunde ab Januar 2015 beschlossen, so dass für den Zeitraum 2015 und 2016 Patienten aus dieser Fachabteilung zusätzlich innerhalb dieses Konzepts betreut wurden.

Der vorliegende Datensatz beinhaltet alle stationären Patienten, die durch den Sozialdienst mit dem Konzept für Patienten ohne Krankenversicherungsschutz beraten und betreut wurden. Patienten, die nicht gemeldet wurden aber trotzdem ohne

Krankenversicherungsschutz behandelt wurden, werden nicht berücksichtigt. Somit beziehen sich die Ergebnisse nicht auf alle am UKE behandelten Patienten ohne Krankenversicherungsschutz, sondern nur auf diese Patienten, die eine spezifische Beratung und Betreuung durch den Sozialdienst erhielten. Sofern keine Meldung erfolgte bzw. der fehlende Krankenversicherungsschutz erst nach Beendigung des stationären Aufenthaltes bekannt wurde, werden diese Fälle nicht berücksichtigt. Daten für diese Patientengruppe können nicht aufgeführt werden, da kein dezidiertes Berichtswesen existiert und eine Auswertung unter dem Merkmal kein Krankenversicherungsschutz im KIS nicht möglich ist. Insbesondere hinsichtlich der Aussagen zur Prävalenz von Patienten ohne Krankenversicherungsschutz am UKE sind daher nachfolgende Ergebnisse auf die Patienten innerhalb des Konzepts begrenzt.

Bei der Definition der Zielgruppe ist die Unterscheidung zwischen Patient und Behandlungsfall erforderlich. Im Datensatz wurden generell die Behandlungsfälle berücksichtigt, bei denen das Merkmal fehlender oder unklarer Krankenversicherungsschutz erstmalig auftrat und zu dessen Zeitpunkt die Betreuung durch den Sozialdienst erfolgte. Sofern der betroffene Patient nach Klärung des Krankenversicherungsschutzes erneut behandelt wurde, wurden diese Behandlungsfälle nicht berücksichtigt. Ausnahmen sind hier Wiederaufnahmen von Patienten, deren Rückführung in die Krankenversicherung aufgrund fehlender sozialrechtlicher Anspruchsgrundlagen nicht möglich war.

Eine Besonderheit ergibt sich bei der Berücksichtigung von Entbindungen. Generell sind die Pflegekosten für den Säugling Nebenleistungen der für die Mutter erbrachten Hauptleistung der Entbindung und werden über die pauschalisierte Abrechnung der Fallpauschale vergütet. Sofern sich für den Säugling kein Anspruch auf Aufnahme in der Familienversicherung ergibt, sind die Behandlungskosten über den Versicherungsschutz der Mutter abgedeckt.¹⁰⁰ Folglich sind gesunde Neugeborene über die Mutter krankenversichert. Im Falle eines erkrankten Säuglings mit weiterem akutmedizinischen Behandlungsbedarf wird eine eigene Leistung der Krankenhausbehandlung erbracht und damit als separater

¹⁰⁰ Bundessozialgericht 12.11.1985, 3 RK 25/84 USK 85170

Behandlungsfall vergütet sowie abgerechnet.¹⁰¹ Damit ist ein eigener Krankenversicherungsschutz für das Neugeborene erforderlich und eine Absicherung über die Krankenversicherung der Mutter nicht möglich.¹⁰² Um diese spezifische Fragestellung berücksichtigen zu können, wurden bei Entbindungen generell sowohl die Mutter als auch der Säugling als eigenständiger Behandlungsfall in dem Datensatz aufgenommen. Da in der Rechnung für die Entbindung die Pflegekosten für den gesunden Säugling eigenständig ausgewiesen werden, ist eine Zuordnung der jeweiligen Behandlungskosten auf die Mutter und den Säugling möglich.

2.2 Studiendesign/Datenquellen

Als Grundlage wurde einer Excel-Datenbank aufgebaut und in der Version 15.3 genutzt. Aus dem KIS des UKE wurden dabei folgende Daten generiert: Fallnummer, Geschlecht, Geburtsdatum, Aufnahmedatum, behandelnde Station, Rechnungsbetrag und Kostenträgernummer. Die Dokumentation des Sozialdienstes erfolgte bis September 2015 in der eigenständigen Software LexSoft Sozialdienst. Danach erfolgte mit Care SD die Umstellung auf ein neues Softwaretool. Hinsichtlich der fachlichen Einschätzung zum Status, der durchgeführten Intervention und der Fragestellung ob ein Kostenträger ermittelt werden konnte, wurden Informationen aus diesen beiden Systemen für den Datensatz zu Grunde gelegt sowie entsprechend codiert. Für die Daten zu den Zahlungseingängen erfolgte anhand der Fallnummer und der Kostenträgernummer der Abgleich durch die Buchhaltung des UKE. Anhand der Fallnummer generierte die Abteilung Zentrale Informationstechnik am UKE die Daten zu den Variablen Folgeaufenthalte, Haupt- sowie Nebendiagnose. Die Angaben zu den Haupt- und Nebendiagnosen erfolgten anhand des für den Fall hinterlegten Diagnoseschlüssels der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10). Dabei wurde die für den jeweiligen Betrachtungszeitraum gültige Version der ICD-10-GM (German modification) verwendet.

Sämtlichen verwendeten Patientendaten wurden anonymisiert verwendet und ausschließlich auf dem Server des Sozialdienstes innerhalb des UKE verwaltet und

¹⁰¹ Bundessozialgericht 18.5.1976, 3 RK 68/74 und 3 RK 11/75, USK 7640 und 7641

¹⁰² Grobe, 2005

gesichert. Eine Nutzung der Daten außerhalb des klinikinternen Netzes erfolgte nur ohne Rückverfolgbarkeit, so dass der Datenschutz sichergestellt war. Eine spezifische Einwilligungserklärung der Patienten zur Datennutzung innerhalb der Studie war somit nicht erforderlich.

2.3 Aufbau des Datensatzes: Codierung

Die detaillierte Übersicht über die verwendeten Kodierungen sind im Anhang hinterlegt.

Für die Erfassung der soziodemographischen Daten wurde das Alter bei stationärer Aufnahme errechnet sowie die das Geschlecht erfasst. Bei Behandlungen in mehreren Fachabteilungen während eines stationären Aufenthaltes wurde die im Krankenhausinformationssystem als Hauptfall hinterlegte Fachabteilung übernommen. Hinsichtlich der Zuordnung von Patienten ohne Krankenversicherungsschutz auf die am UKE behandelten medizinischen Fachabteilung wurde eine Zuordnung der Stationen vorgenommen.

Auf Basis der heterogenen sozialrechtlichen Leistungsansprüche auf einen Zugang zum Krankenversicherungssystem wurden für eine differenzierte Betrachtungsweise des Patientenkollektivs vier Statusgruppen gebildet: Patienten mit Leistungsanspruch in Deutschland („DE“), EU-Bürger („EU“), Patienten aus Drittstaaten („Drittstaatler“) und Patienten ohne Aufenthaltsstatus („Ohne“). Maßgebliches Merkmal der Zuordnung war demnach nicht die Herkunft oder die Staatsangehörigkeit, sondern der sozialrechtliche Leistungsanspruch des Patienten.

Für Patienten mit deutscher Staatsangehörigkeit besteht faktisch ein Anspruch auf Krankenversicherung im System der GKV oder PKV, im Bedarfsfall über einen Zugang zu Sozialleistungen. Diese Bevölkerungsgruppe hat eine Krankenversicherungspflicht (vgl. Kapitel 1.2). Für die Patienten ohne deutsche Staatsangehörigkeit ergeben sich die Leistungsansprüche aus dem Aufenthaltstitel. Beispielhaft sind in diesem Zusammenhang anerkannte Asylbewerber. Im Rahmen des

Asylverfahrens besteht für Flüchtlinge nur ein eingeschränkter Leistungsanspruch aus dem AsylbLG und die Zuordnung erfolgt zum Status „Drittstaatenbürger“. Sofern durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge dem Betroffenen eine Anerkennung als politisch Verfolgter, die Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft oder der Subsidiäre Schutz ausgesprochen wird, ist dem Asylbewerber eine Aufenthaltserlaubnis zu erteilen.¹⁰³ Dieser Aufenthaltserlaubnis bedingt sozialrechtliche Leistungsansprüche und somit ein Krankenversicherungsschutz.¹⁰⁴ Es erfolgt in diesem Falle die Zuordnung zur Kategorie „DE“.

Unter die Gruppe der EU-Staaten fallen Patienten aus den 27 Staaten der Europäischen Union, deren Aufenthaltsrecht sich entweder aus ihrem Status als Arbeitnehmer, selbständig Erwerbstätige, Arbeitssuchende und deren Familienangehörige oder als nicht erwerbstätige Freizügigkeitsberechtigte ergibt bzw. sie sich für sich für einen Aufenthalt bis zu drei Monaten in Deutschland aufhalten.¹⁰⁵ Patienten aus Island, Lichtenstein und Norwegen als Staaten der Europäischen Freihandelsassoziation und die Schweiz fallen zusätzlich in diese Kategorie.¹⁰⁶ Aufgrund von Abkommen der Bundesrepublik Deutschland zur Sozialen Sicherheit ergibt sich für Patienten aus nachfolgenden Herkunftsländern ebenfalls ein zum Teil identischer Leistungsanspruch auf medizinische Behandlung zu EU-Bürgern, so dass die Zuordnung ebenfalls in diese Kategorie erfolgte: Israel (nur bei Entbindungen), Bosnien-und Herzegowina, Montenegro, Serbien, Kosovo (eingeschränkt), Mazedonien, Türkei und Tunesien.¹⁰⁷

Die Zuordnung zu der Kategorie „Drittstaatenbürger“ erfolgt bei Patienten aus der Gruppe der Asylbewerber. Ebenso gilt dies für Patienten aus einem Drittstaat die sich in Deutschland mit einem gültigen Reisevisum aufhalten oder Patienten die im Rahmen eines Sprachkurses bzw. eines Studiums über eine befristete und zweckgebundene Aufenthaltsgestattung verfügen und ebenfalls aus einem

¹⁰³ Artikel 16 a GG, §§3,4 AsylG i.V.m. §25 Abs. 1 AufenthG

¹⁰⁴ §7 Abs. 1 Nr. 2a SGB II, §23 Abs. 3 Nr. 2 SGB XII

¹⁰⁵ §2 Abs. 1,2 und 5, §4 FreizügG/EU

¹⁰⁶ EU-VO 883/2004

¹⁰⁷ Abkommen zwischen dem Staat Israel und der Bundesrepublik Deutschland über Soziale Sicherheit, Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Sozialistischen Föderativen Republik Jugoslawien über Soziale Sicherheit, Abkommen zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der mazedonischen Regierung über Soziale Sicherheit, Deutsch-türkisches Abkommen über die soziale Sicherheit, Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Tunesischen Republik über Soziale Sicherheit

Drittstaat stammen.¹⁰⁸ Letztgenannte Personengruppen verfügen über keinen sozialrechtlichen Leistungsanspruch in Deutschland und benötigen für die Erteilung des Aufenthaltstitels den Nachweis zur Sicherung des Lebensunterhalts. Dieser beinhaltet die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung bzw. einen gleichwertigen Versicherungsschutz.¹⁰⁹

Die Patientengruppe ohne Aufenthaltsstatus setzt sich aus Patienten zusammen, die über kein Aufenthaltsrecht in Deutschland verfügen. Diese Patienten haben ihre Herkunft in einem Drittstaat, halten sich jedoch nicht rechtmäßig in Deutschland auf und werden daher als papierlose Menschen bezeichnet.

Um Informationen zu dem Gesundheitszustand der Patientengruppe zu erhalten, wurde der Diagnoseschlüssel der ICD-10-GM erhoben. Es liegen Daten zu sämtlichen Haupt- und Nebendiagnosen in Form von Subkategorien vor. Aufgrund der geringen Gesamtgröße der Studienpopulation erfolgte die Zuordnung anhand der Notation zu einem Krankheitskapitel.¹¹⁰

Hinsichtlich der Kategorisierung der Variablen Folgeaufenthalte und Anzahl der Nebendiagnosen wurden jeweils sechs Gruppen gebildet und die Patienten entsprechend zugeteilt.

Für die Zuteilung der Patienten hinsichtlich des ermittelten Kostenträgers war die abschließende Fallbewertung relevant. Konnte durch die Intervention des Sozialdienstes eine Mitgliedschaft in der Krankenversicherung für den relevanten stationären Aufenthalt des Patienten erreicht bzw. eine Kostenübernahmeerklärung durch einen zuständigen Leistungsträger generiert werden? Im Prozess erfolgte diese Rückmeldung abschließend an die Abteilung Patientenmanagement, damit der Fall administrativ abgerechnet werden konnte. In den Fällen, in denen keine positive Ermittlung eines Kostenträgers gelang, wurde durch die Verwaltung den

¹⁰⁸ §§6, 16 AufenthG

¹⁰⁹ §5 Abs. 1 Nr. 1 AufenthG i.V.m. §9c Nr. 3 AufenthG

¹¹⁰ Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2010

Patienten eine Selbstzahlerrechnung zugestellt oder der Fall buchhalterisch abgeschrieben.

Für die Informationen zu den finanziellen Auswirkungen der betroffenen Patientengruppe für das UKE wurde der Datensatz um nachfolgende Variablen ergänzt:

- Rechnungsbetrag: Höhe der erstellten Endrechnung für den relevanten Aufenthalt anhand der Rechnung im KIS,
- Potentiell erzielte Erlöse: Rechnungsbeträge für die Fälle, bei denen ein Kostenträger ermittelt werden konnte und dem Patientenmanagement ein Kostenträger durch den Sozialdienst übermittelt wurde und
- Zahlungseingänge: Abgleich mit der Finanzbuchhaltung hinsichtlich der tatsächlich verbuchten Zahlungseingänge anhand der Patientenfallnummer und der Kostenträgernummer.

Für die Dokumentation der sozialarbeiterischen Maßnahmen wurde anhand der möglichen Interventionen zur Rückführung in die sozialen Sicherungssysteme bzw. Sicherung eines Kostenträgers für die medizinische Behandlung eine Systematik erstellt. Jeder betreute Patient wurde demnach gemäß der Problemstellung des fehlenden Krankenversicherungsschutzes einer Kategorie zugeordnet. Die sozialarbeiterische Tätigkeit umfasst die Identifizierung der Problemstellung, die Beratung des Patienten, die erforderlichen Antragstellungen, die Kommunikation mit relevanten Behörden sowie Kostenträgern bis zur Klärung und Aktivierung des Krankenversicherungsschutzes. Anhand der Interventionen lassen sich somit die sozialrechtlichen Ursachen für fehlenden Krankenversicherungsschutz identifizieren.

2.4 Statistische Methoden

Die Angaben zu den soziodemographischen Variablen (Geschlecht, Alter, Statusgruppe, Fachabteilung) und zu den Auswirkungen (Ermittlung des Kostenträgers, sozialarbeiterische Intervention) wurden stratifiziert und als absolute und relative Häufigkeiten angegeben. Die Analyse erfolgte hierarchisch, d.h. Unterschiede in den Zielparametern wurden zunächst z.B. zwischen den Statusgruppen untersucht. Weitere Vergleiche erfolgten nur dann, wenn der initiale Vergleich der deskriptiven Daten deutliche Unterschiede zeigte.

Quantitativ stetige Merkmale wurden als Mittelwerte \pm Standardabweichung dargestellt. Zusätzlich erfolgte eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA), um Unterschiede zwischen den Gruppen zu vergleichen. Um den Zusammenhang unterschiedlicher Variablen zu untersuchen, wurde bei quantitativen Variablen der Korrelationskoeffizient nach Pearson berechnet. Alle p-Werte wurden rein deskriptiv dargestellt. Statistische Signifikanz war dann erfüllt, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit nicht über 5% lag. Dichotome beziehungsweise ordinalskalierte Parameter wurden mit Hilfe des Chi-Quadrat-Test und/oder mittels binär logistischer Regression statistisch bewertet.¹¹¹

Die statistische Auswertung erfolgte mittels eines Personalcomputers unter Verwendung des Tabellenkalkulation Microsoft Excel 2017 und des Statistikprogrammes „Statistical Package for Social Sciences“ SPSS für Windows, Version 19; SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA.

¹¹¹ Clauß, et al., 2011

3 Ergebnisse

Das zu betrachtende Kollektiv setzt sich in dem Zeitraum 2014 bis 2016 aus 536 Patienten zusammen, die ohne Krankenversicherungsschutz aufgenommen wurden und durch die Tätigkeit des Sozialdienstes am UKE eine Rückführung in die sozialen Sicherungssysteme versucht wurde. Die Anzahl der Patienten stieg in den drei Jahren von ausgehend 84 Patienten über 195 Patienten im Jahre 2015 auf abschließend 257 Patienten im Jahresvergleich deutlich an.

Unter dem soziodemographischen Aspekt sollen zunächst die Variablen Geschlecht, Altersstruktur und Patientenstatus miteinander und im Jahresverlauf in Beziehung zueinander gesetzt werden. In diesem Zusammenhang ergibt sich die Fragestellung der Prävalenz dieser Patientengruppe innerhalb des UKE. Anschließend sollen medizinische Charakteristika mit Hilfe von Folgeaufenthalten sowie Haupt- und Nebendiagnosen für die jeweiligen Behandlungsfälle herausgearbeitet werden. Unter der Fragestellung der ökonomischen Auswirkungen der zu betrachtenden Patientengruppe lassen sich drei Größen definieren. So wird unterschieden in Behandlungskosten anhand des Rechnungsbetrages für den Behandlungsfall, ob durch den Sozialdienst ein Kostenträger ermittelt werden konnte und der Zahlungseingang, also die tatsächliche Kostenerstattung für den Behandlungsfall. Abschließend soll die Fachexpertise des Sozialdienstes anhand der vorliegenden Ergebnisse beschrieben werden. Dazu werden Rückführungen und durchgeführte Interventionen herangezogen.

3.1 Soziodemographie und Prävalenz

Die Bezeichnung „deutsch“ wird im Folgenden synonym für die Kategorie „DE“ verwendet und bezieht sich nicht auf die konkrete Staatsangehörigkeit des Patienten. Es konnte festgestellt werden, dass Männer mit 58% im Vergleich zu Frauen mit 42% verstärkt aufgetreten sind. Die stärkere Betroffenheit von Männern spiegelt sich auch im Jahresvergleich wieder. Bei der Betrachtung des gesamten Kollektivs ist mit insgesamt 51,5% der überwiegende Anteil in der Altersstruktur bis 30 Jahre alt. Hierbei ist zusätzlich zu beachten, dass die Klinik für Kinderheilkunde erst ab dem Jahr 2015 in das Konzept eingebunden wurde, so dass im ersten Jahr

die Patienten unter 18 Jahren unterrepräsentiert sind (vgl. Kapitel 2.1). Hinsichtlich des Patientenstatus ist mit 34,5% die Gruppe der Leistungsberechtigten in Deutschland die zweitstärkste Gruppe hinter der Gruppe der Drittstaatler mit 37,3%. Selbst wenn es sich in den Verhältniszahlen nur bedingt widerspiegelt, so hat sich die absolute Anzahl der Statusgruppe „DE“ von 43 Patienten zu 61 Patienten gesteigert und hat sich bis 2016 auf 81 Patienten nahezu verdoppelt. Die Gruppe der „EU-Bürger“ variiert im Jahresvergleich zwischen 20 und 30 Prozent, ist aber insgesamt mit 25% ein relativ stabiler Anteil. Zwar ergibt sich für die Patienten „Ohne Status“ eine nominale Steigerung im Jahresvergleich. Bezogen auf die Gesamtpopulation ist diese Gruppe mit 17 Patienten deutlich unterrepräsentiert und wird daher bei der Ergebniszusammenstellung nur am Rande betrachtet (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Soziodemographie im Jahresvergleich

	2014		2015		2016		Gesamt	
	in %	(n)	in %	(n)	in %	(n)	in %	(n)
Geschlecht								
weiblich	28,6	24	45,1	88	44,0	113	42,0	225
männlich	71,4	60	54,9	107	56,0	144	58,0	311
Altersstruktur								
unter 18 Jahre	1,2	1	27,2	53	31,9	82	25,4	136
18-30 Jahre	23,8	20	24,1	47	28,4	73	26,1	140
31-50 Jahre	39,3	33	33,3	65	26,1	67	30,8	165
50-65 Jahre	25,0	21	10,8	21	11,3	29	13,2	71
über 65 Jahre	10,7	9	4,6	9	2,3	6	4,5	24
Patientenstatus								
DE	51,2	43	31,3	61	31,5	81	34,5	185
EU	20,2	17	31,8	62	21,4	55	25,0	134
Drittstaatler	26,2	22	32,8	64	44,4	114	37,3	200
Ohne	2,4	2	4,1	8	2,7	7	3,2	17

Wenn die Verteilung von Geschlecht und Altersstruktur unter dem Aspekt des Patientenstatus betrachtet wird, so ergeben sich für die Statusgruppe „DE“ Auffälligkeiten. Demnach sind Männer in dieser Gruppe mit 61,6 % deutlich stärker

vertreten als im Vergleich zu Gruppe „EU“, „Drittstaatler“ und dem Mittelwert für die Gesamtgruppe (vgl. Abbildung 2).

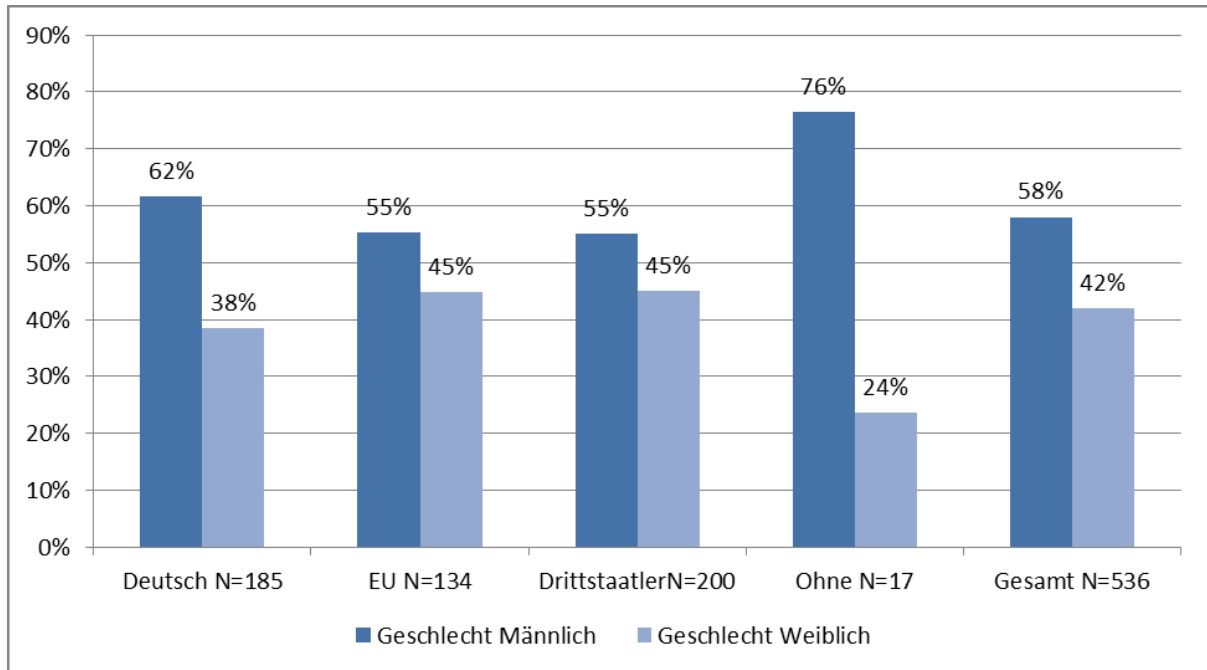


Abbildung 2: Patientenstatus und Geschlecht

Eine ähnliche Abweichung zu anderen Statusgruppen und dem Mittelwert wird ebenfalls bei der Altersstruktur sichtbar. Unter 18-jährige sind in der Gruppe „DE“ mit 19,5% geringer vertreten als im Gesamtkollektiv mit 25,4%. Im Gegenzug sind mit 27% über ein Viertel der Patienten über 51 Jahre und damit in den beiden höchsten Alterskategorien. Diese starke Ausprägung weist keine andere Statusgruppe auf (vgl. Abbildung 3).

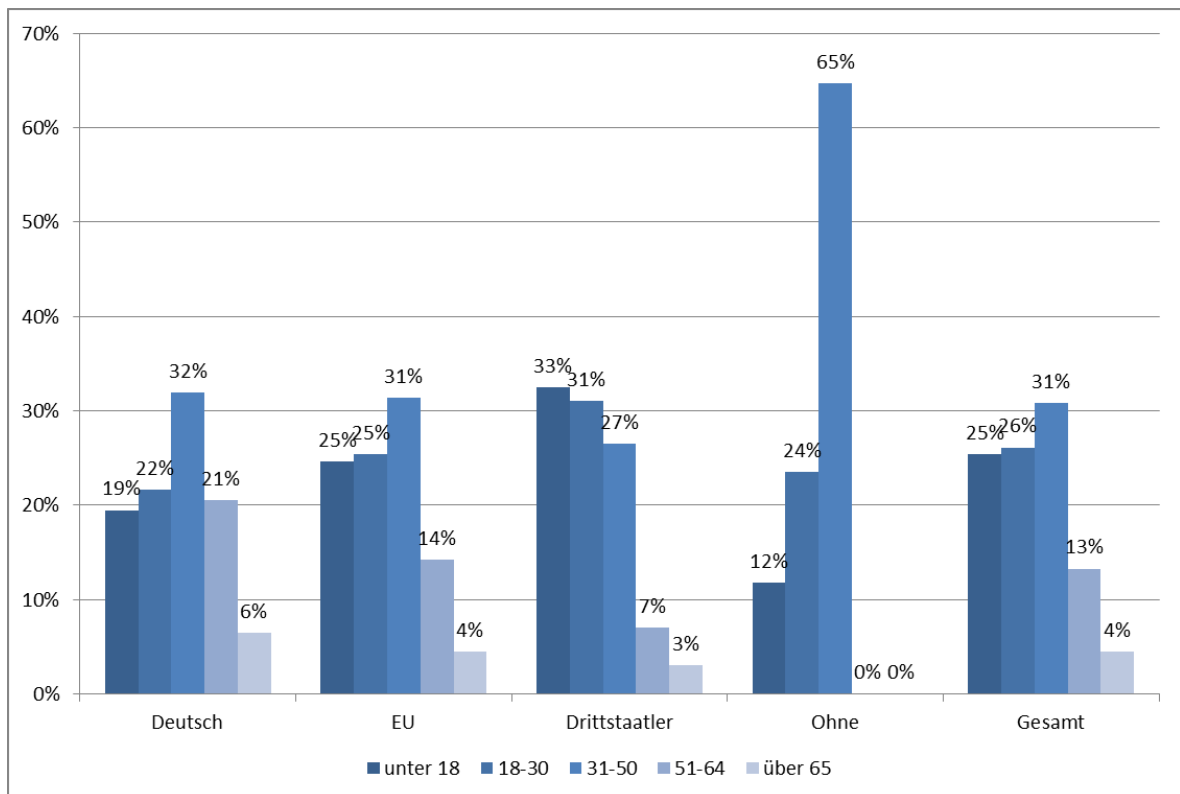


Abbildung 3: Patientenstatus und Altersstruktur

Das durchschnittliche Alter aller Patienten (Mittelwert) beträgt für die Männer $32,3 \pm 20,4$ Jahre und für die Frauen $27,9 \pm 18,9$ Jahre. Deutsche Männer und Frauen sind mit $37,8 \pm 21,4$ Jahren und $31,3 \pm 18,6$ Jahren deutlich älter als der Durchschnitt und damit älteste Statusgruppe. Eine Varianzanalyse zeigt, dass sich die Gruppenmittelwerte der Statusgruppen hinsichtlich des Alters signifikant unterscheiden ($p=0.011$), (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Standardabweichung Status und Geschlecht

Status	Geschlecht	Mittelwert	N	Standardabweichung
DE	Männlich	37,82	114	21,385
	Weiblich	31,32	71	18,602
	Insgesamt	35,32	185	20,555
EU	Männlich	33,93	74	20,799
	Weiblich	26,90	60	19,479
	Insgesamt	30,78	134	20,447
Drittstaatler	Männlich	25,37	110	18,213
	Weiblich	26,16	90	18,656
	Insgesamt	25,73	200	18,871
Ohne	Männlich	33,69	13	9,295
	Weiblich	22,75	4	16,701
	Insgesamt	31,12	17	11,832
Insgesamt	Männlich	32,32	311	20,432
	Weiblich	27,92	225	18,862
	Insgesamt	30,47	536	19,889

Bei der Prävalenz von Patienten ohne Krankenversicherungsschutz nahm diese Patientengruppe bezogen auf die gesamten stationären Behandlungsfälle am UKE mit in der Spitze 0,5% in 2016 einen scheinbar kleinen Anteil ein. Trotzdem konnte auch hier eine proportionale kontinuierliche Steigerung nachgewiesen werden (vgl. Abbildung 4).¹¹²

¹¹² UKE: Jahresbericht 2016. Smart Hospital. Auf dem Weg zum Krankenhaus der Zukunft. Online-Publikation; https://www.uk-essen.de/fileadmin/Hauptklinik/Jahresbericht_2016.pdf (Zugriff: 11.02.2018).

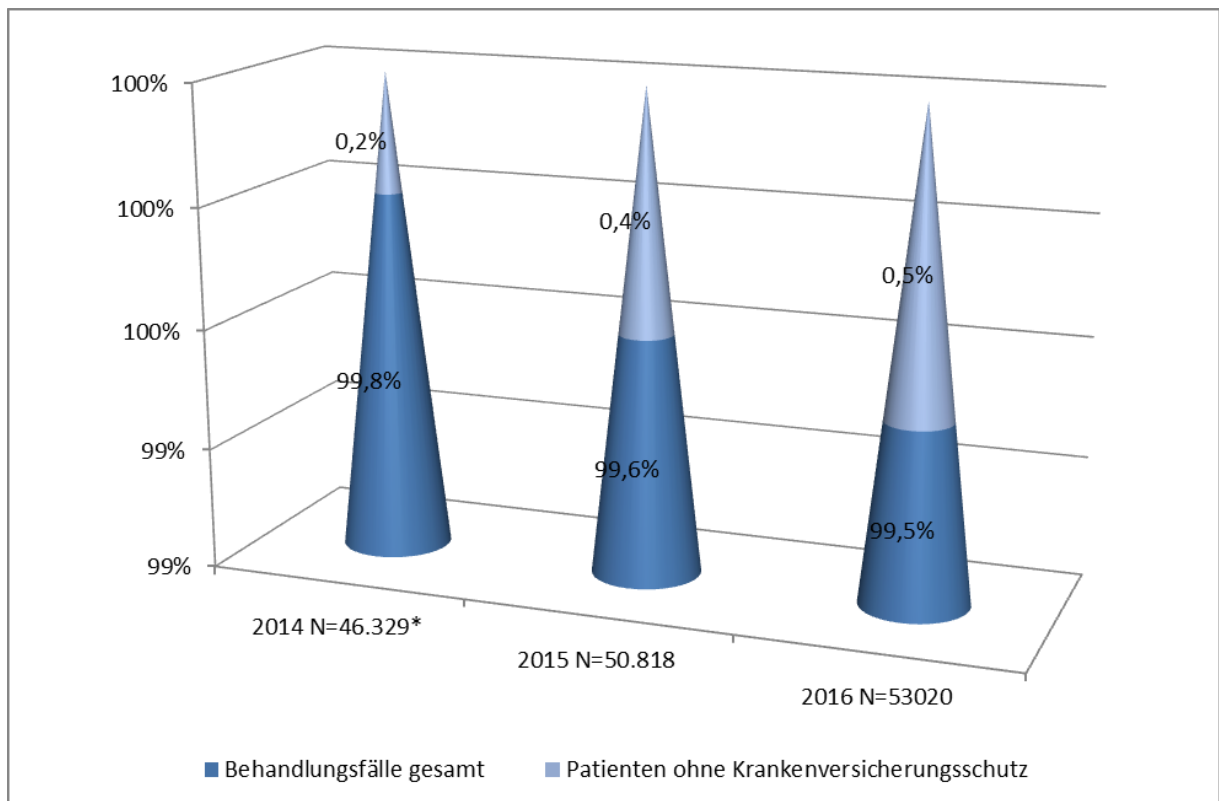


Abbildung 4: Prävalenz im Jahresverlauf Gesamt - Anteil an stationären Behandlungsfällen am UKE (* ohne Kinderklinik)

Bezogen auf die einzelnen Fachabteilungen am UKE zeigt sich in der Gesamtheit eine verstärkte Ausprägung in vier Fachabteilungen. Insbesondere die Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit 20%, die Orthopädie und Unfallchirurgie mit 15,9%, die Kinderheilkunde ebenfalls mit 15,9% und die Innere Medizin mit 13,1% sehen sich verstärkt mit der Behandlung dieser Patientengruppe konfrontiert. In der Betrachtung der Jahresverläufe weist jedoch jede Fachabteilung am UKE Patienten nach, wobei die Infektiologie, das Herz-und Gefäßzentrum und die Neurochirurgie mit zwischen 8,2% und 6,3% im mittleren Bereich liegen. Die übrigen Fachabteilungen sind mit unter drei Prozent deutlich geringer vertreten (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Prävalenz im Jahresverlauf nach Fachabteilungen

Fachabteilung	2014		2015		2016		Gesamt	
	in %	n	in %	n	in %	n	in %	n
Augenheilkunde	1,2	1	1,0	2	1,6	4	1,3	7
Allg.-, Viszeral-	4,8	4	2,1	4	2,7	7	2,8	15
Transplantationschirurgie								
Frauenheilkunde, Geburtshilfe	7,1	6	22,1	43	22,6	58	20,0	107
Dermatologie	2,4	2	2,1	4	1,9	5	2,1	11
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	0,0	0	3,6	7	3,1	8	2,8	15
Herz-, Gefäßzentrum	7,1	6	5,1	10	7,4	19	6,5	35
Innere Medizin	27,4	23	13,3	26	8,2	21	13,1	70
Anästhesiologie,	1,2	1	0,5	1	0,4	1	0,6	3
Intensivmedizin								
Kinderheilkunde	0,0	0	19,0	37	18,7	48	15,9	85
Knochenmarktransplantation	0,0	0	0,5	1	0,00	0	0,2	1
Infektiologie	9,5	8	6,2	12	9,3	24	8,2	44
Neurochirurgie	10,7	9	5,6	11	5,4	14	6,3	34
Urologie	2,4	2	1,0	2	1,6	4	1,5	8
Orthopädie, Unfallchirurgie	21,4	18	16,4	32	13,6	35	15,9	85
Tumorzentrum	4,8	4	1,5	3	3,5	9	3,00	7

3.2 Gesundheitszustand

Bezogen auf die gesamte Population ergibt sich bei der Betrachtung der Hauptdiagnose lediglich bei der Hauptgruppe der „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ mit 20,3% sowie der Hauptgruppe „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ mit 13,1% eine deutliche Auffälligkeit. Alle anderen Hauptgruppen sind zwischen null und zehn Prozent vertreten. Eine ähnlich ausgeglichene Verteilung innerhalb der Hauptgruppen ergibt sich bei den Nebendiagnosen (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Haupt- und Nebendiagnosen

ICD-10-GM	Hauptdiagnose		Nebendiagnosen	
	in %	n = 536	in %	n = 3956
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	8,6%	46	5,7%	227
Neubildungen	7,3%	39	2,5%	98
Kr. des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	1,3%	7	5,6%	220
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	1,9%	10	6,9%	272
Psychische und Verhaltensstörungen	0,4%	2	3,9%	153
Kr. des Nervensystems	5,4%	29	2,8%	110
Kr. des Auges und der Augenanhangsgebilde	1,1%	6	1,0%	38
Kr. des Ohres und des Warzenfortsatzes	0,0%	0	0,1%	5
Kr. des Kreislaufsystems	9,3%	50	9,9%	391
Kr. des Atmungssystems	3,9%	21	4,2%	167
Kr. des Verdauungssystems	6,5%	35	4,7%	186
Kr. der Haut und der Unterhaut	1,9%	10	1,6%	63
Kr. des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1,1%	6	1,2%	47
Krankheiten des Urogenitalsystems	3,4%	18	3,0%	118
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	13,1%	70	6,5%	256
Best. Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	4,9%	26	3,7%	147
Angeb. Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	1,3%	7	1,2%	47
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	2,6%	14	9,4%	373
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	20,3%	109	12,6%	500
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0,0%	0	0,8%	30
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	5,8%	31	11,1%	439
Schlüsselnummern für besondere Zwecke	0,0%	0	1,7%	69

Bei den Folgeaufenthalten hatten 52,6% keine Folgeaufenthalte und 30% lediglich ein bis drei Folgeaufenthalte. Auch bei den Nebendiagnosen war die unterste Kategorie von null bis drei Diagnosen mit 36% am stärksten ausgeprägt. Demgegenüber stehen 19,5% der Patienten mit über 11 Nebendiagnosen. Bei der Kombination beider Merkmale wird deutlich, dass sich innerhalb der Patienten ohne Folgeaufenthalt 37,6% der Patienten bei den Nebendiagnosen in der untersten Kategorie befinden. Bezogen auf die Gesamtgruppe sind damit 19,8% der Patienten bzgl.

ihres Gesundheitszustandes in der untersten Kategorie. Über 80% der Patienten weisen trotz fehlendem Folgeaufenthalt einen Gesundheitszustand mit mindestens vier Nebendiagnosen auf (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Folgeaufenthalte und Nebendiagnosen Gesamt

Gesamt = 536			Gesamt = 536		
	in %	n		in %	n
Folgeaufenthalte			Nebendiagnosen		
0	52,6%	282	1-3	36,0%	193
1-3	30,0%	161	4-6	26,5%	142
4-6	8,2%	44	7-10	17,9%	96
7-10	5,4%	29	11-20	12,1%	65
11-20	3,2%	17	21-30	5,2%	28
Über 20	0,6%	3	Über 30	2,2%	12

Folgeaufenthalte	Nebendiagnose	n =282	Gesamt = 536		
		in %	n	in %	n
0	1-3	37,6%	106	19,8%	106
0	4-6	32,3%	91	17,0%	91
0	7-10	14,9%	42	7,8%	42
0	11-20	10,6%	30	5,6%	30
0	21.30	3,2%	9	1,7%	9
0	Über 30	1,4%	4	0,7%	4

Erfolgt bei Einschätzung der medizinischen Charakteristika die Unterteilung nach dem Patientenstatus, so ergibt sich erneut eine Auffälligkeit für die Statusgruppe „DE“. Im Bezug zu den anderen drei Statusgruppen hat diese Gruppe mit 44,3% im Verhältnis die geringste Anzahl an keinen Folgeaufenthalten bzw. ist sie bei den höheren Kategorien der Folgeaufenthalte jeweils am stärksten vertreten. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Anzahl der Nebendiagnosen. In der untersten Kategorie von ein bis drei Nebendiagnosen liegen die Statusgruppen „EU“ mit 40,3% und „Drittstaatler“ mit 43% deutlich über „DE“ mit 27,0%. In den Kategorien über 11 Nebendiagnosen liegt die Gruppe „DE“ insgesamt bei 29,2% und weicht damit deutlich von dem Wert für die Gesamtpopulation mit 19,5% sowie den

ermittelten Werten für die Gruppe „EU“ mit 16,4% und „Drittstaatler“ von 13,0% ab (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Folgeaufenthalte und Nebendiagnosen nach Patientenstatus

	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

Das Alter und die Art der Hauptdiagnose korrelieren signifikant ($r=.126$, $p=0.002$, $n=256$). Dabei handelt es sich allerdings um einen schwachen Effekt. Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zu einer Statusgruppe und den hier betrachteten Hauptdiagnosen, wohl aber hinsichtlich der Zahl der Nebendiagnosen ($p<0.01$). Eine Varianzanalyse zeigte signifikante Unterschiede zwischen den Statusgruppen und der Zahl der Folgeaufenthalte ($p=0.031$). Auch hier hebt sich die Statusgruppe „DE“ von den anderen vier Gruppen auffällig ab (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Standardabweichung Folgeaufenthalte und Nebendiagnosen nach Patentenstatus

		Folgeaufenthalte	Anzahl Nebendiagnosen
DE	Mittelwert	2,32	9,22
	N	185	185
	Standardabweichung	3,522	9,368
EU	Mittelwert	1,15	6,57
	N	134	134
	Standardabweichung	2,663	6,612
Drittstaatler	Mittelwert	2,04	6,08
	N	200	200
	Standardabweichung	4,039	6,025
Ohne	Mittelwert	2,06	8,12
	N	17	17
	Standardabweichung	3,508	5,754
Insgesamt	Mittelwert	1,91	7,35
	N	536	536
	Standardabweichung	3,560	7,585

Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Alter und den Variablen Folgeaufenthalt und Anzahl der Nebendiagnosen ergibt sich bei den Nebendiagnosen eine kontinuierliche Steigerung im Mittelwert bei zunehmendem Alter. Bei der Anzahl der Folgeaufenthalte fällt bei der Kategorie der unter 18-jährigen die stärkste Standardabweichung bei gleichzeitig höchstem Mittelwert auf (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Standardabweichung Folgeaufenthalte und Nebendiagnosen nach Altersgruppen

Altersgruppen		Folgeaufenthalte	Anzahl Nebendiagnosen
unter 18	Mittelwert	2,58	5,57
	N	136	136
	Standardabweichung	4,982	6,085
18-30	Mittelwert	1,27	6,27
	N	140	140
	Standardabweichung	2,325	6,503
31-50	Mittelwert	1,96	8,54
	N	165	165
	Standardabweichung	3,011	8,584
51-64	Mittelwert	2,11	9,10
	N	71	71
	Standardabweichung	3,740	6,785
über 65	Mittelwert	0,96	10,38
	N	24	24
	Standardabweichung	1,732	12,028
Insgesamt	Mittelwert	1,91	7,35
	N	536	536
	Standardabweichung	3,560	7,585

3.3 Finanzielle Auswirkungen

Parallel zur jährlichen Steigerung der Patientenzahl ist auch der jährliche Rechnungsbetrag angestiegen und beläuft sich für den gesamten Betrachtungszeitraum auf 5.206.650,89 €. Das Jahr 2015 hebt sich dabei hinsichtlich des Rechnungsbetrages und der anteiligen Zahlungseingänge ab. Für den Betrachtungszeitraum liegt der Zahlungseingang bei 79,3%. Im Verlauf der drei Jahre steigerte sich der Anteil der Patienten, bei den der Sozialdienst einen Kostenträger ermitteln konnte, von anfänglich 60,7% über 70,3% auf 75,1% im Jahre 2016. Parallel zu dieser Entwicklung steigerte sich ebenfalls der anteilige Zahlungseingang. Im Gesamtergebnis ergibt sich zwischen Kostenträger ermittelt und dem Zahlungseingang eine Abweichung von 3,7% (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Finanzielle Auswirkungen im Jahresvergleich

	2014	2015	2016	Gesamt
	in €	in €	in €	in €
Rechnungsbetrag	779.966,41 €	2.308.897,38 €	2.117.787,10 €	5.206.650,89 €
Zahlungseingang	594.361,90 €	1.868.322,95 €	1.666.686,17 €	4.129.371,02 €
Differenz	185.604,51 €	440.574,43 €	451.100,93 €	1.077.279,87 €
Zahlungseingang Anteilig in %	76,2 %	80,9 %	78,7 %	79,3 %

	2014		2015		2016		Gesamt	
	in %	n	in %	n	in %	n	in %	n
Zahlungseingang	60,7	51	65,6	128	70,8	182	67,4	361
Kein Zahlungseingang	26,2	22	32,3	63	26,5	68	28,5	153
Teilweiser Zahlungseingang	10,7	9	2,1	4	2,3	6	3,5	19
Keine Rechnung erstellt	2,4	2	0,0	0	0,4	1	0,6	3

	2014		2015		2016		Gesamt	
	in %	n	in %	n	in %	n	in %	n
Kostenträger ermittelt	60,7	51	70,3	137	75,1	193	71,1	381
Zahlungseingang	60,7	51	65,6	128	70,8	182	67,4	361
Kein Kostenträger ermittelt	39,3	33	29,7	58	24,9	64	28,9	155
Kein Zahlungseingang	39,3	33	34,4	67	29,2	75	32,6	175
Abweichung	0,0	0	4,6	9	4,3	11	3,7	20

Bei den Rechnungsbeträgen entfallen 68,7% auf Beträge zwischen 1.000 € bis 10.000 €. Dies spiegelt sich auch in der Medianberechnung wieder, bei der ein Rechnungsbetrag von 2.899,97 € ermittelt werden konnte. Abweichungen im Jahresverlauf des Median sind vorhanden, aber aufgrund der geringen Verhältnismäßigkeit zum Gesamtbetrag zu vernachlässigen. Für den Betrachtungszeitraum ergab sich ein Mittelwert von 9.805,57 € (vgl. Tabelle 10).¹¹³

¹¹³ Bei fünf Patienten wurde keine Rechnung erstellt, so dass für diese Berechnungen eine Grundgesamtheit von 531 Patienten zu Grunde gelegt wurde.

Tabelle 10: Struktur der Rechnungsbeträge

Gesamt = 531		
Rechnungsbeträge	in %	n
Fälle ohne Rechnung		5
Unter 1.000 €	10,7	57
1.000 € - 10.000 €	68,7	365
10.000 € - 50.000 €	16,6	88
50.000 € - 100.000 €	2,6	14
100.000 € - 250.000 €	1,1	6
Über 250.000 €	0,2	1

Rechnungsbeträge	2014	2015	2016	Gesamt
Median	3.809,80 €	3.266,04 €	2.699,89 €	2.899,97 €
Modalwert	2.128,98 €	1.817,07 €	907,76 €	907,76 €
Mittelwert	9.511,79 €	11.901,53 €	8.305,05 €	9.805,57 €

Bei der Betrachtung der Rechnungsbeträge im Verhältnis zum Patientenstatus weist die Gruppe „DE“ für den Betrachtungszeitraum mit 46,6% der Gesamtsumme den deutlich höchsten Anteil auf. Im Bezug zu den anderen drei Statusgruppen wird dieses Ergebnis ebenfalls im Jahresvergleich deutlich. Bei der Betrachtung der einzelnen Jahre ergibt sich für die Statusgruppe „EU“ und „Drittstaatler“ in den Rechnungsbeträgen eine große Heterogenität (vgl. Tabelle 11 und Tabelle 12).

Tabelle 11: Rechnungsbeträge nach Patientenstatus im Jahresvergleich

	2014		2015		2016		Gesamt	
		in %		in %		in %		in %
Gesamtsumme	779.966,41 €		2.308.897,38 €		2.117.787,10 €		5.206.650,89 €	
DE	577.037,11 €	74,0	920.851,17 €	39,9	926.848,65 €	43,8	2.424.736,93 €	46,6
EU	92.280,71 €	11,8	815.298,41 €	35,3	235.193,88 €	11,1	1.142.773,00 €	21,9
Drittstaatler	100.190,22 €	12,8	363.148,40 €	15,7	895.893,34 €	42,3	1.359.231,96 €	26,1
Ohne	10.458,37 €	1,3	209.599,40 €	9,1	59.851,23 €	2,8	279.909,00 €	5,4

Tabelle 12: Standardabweichung der Rechnungsbeträge nach Patientenstatus

Status	Mittelwert	N	Standardabweichung
DE	13.177,92 €	184	23.988,34 €
EU	8.657,37 €	132	27.176,17 €
Drittstaatler	6.830,31 €	199	13.215,61 €
Ohne	17.494,31 €	16	30.325,24 €
Insgesamt	9.805,37 €	531	21.952,11 €

Der Rechnungsbetrag zwischen den Gruppen unterscheidet sich deutlich (vgl. Tabelle 12), ein Mittelwertvergleich zeigt einen Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zu einer Statusgruppe und dem Rechnungsbetrag ($p=0.016$).

Ein Chi-Quadrat-Test zeigt darüber hinaus, dass innerhalb der Statusgruppe „EU“ ein Zusammenhang zwischen dem Alter und der Höhe der Rechnungsbeträge besteht ($p=0.027$). Innerhalb des gesamten Kollektivs weisen Frauen eine deutlich höhere Standardabweichung auf als Männer, der bei der Statusgruppe „DE“ und „EU“ besonders sichtbar wird (vgl. Tabelle 13).

Die Ermittlung des Kostenträgers als auch der Rechnungseingang selbst unterscheiden sich ebenfalls zwischen den Gruppen ($p<0.001$ bzw. $p=0.015$). Tabelle 14 zeigt den Zahlungseingang nach Patientenstatus.

Tabelle 13: Standardabweichung der Rechnungsbeträge nach Patientenstatus, Altersgruppen und Geschlecht

	Altersgruppe	Geschlecht	Mittelwert	N	Standardabweichung
Deutsch	unter 18	Männlich	11.094,01 €	21	23.752,41 €
		Weiblich	18.235,02 €	15	52.746,79 €
		Insgesamt	14.069,43 €	36	38.052,92 €
	18-30	Männlich	7.476,24 €	16	11.751,09 €
		Weiblich	6.996,19 €	23	18.690,11 €
		Insgesamt	7.193,13 €	39	16.025,10 €
	31-50	Männlich	17.483,24 €	40	23.576,60 €
		Weiblich	11.683,46 €	19	15.235,13 €
		Insgesamt	15.615,51 €	59	21.290,13 €
	51-64	Männlich	10.738,44 €	27	11.624,09 €
		Weiblich	18.106,24 €	11	29.227,15 €
		Insgesamt	12.871,23 €	38	18.365,40 €
	über 65	Männlich	15.627,86 €	10	19.016,59 €
		Weiblich	35.502,40 €	2	2.405,34 €
		Insgesamt	18.940,28 €	12	18.874,69 €
Insgesamt	Männlich	13.141,58 €	114	19.591,93 €	
	Weiblich	13.237,10 €	70	29.959,12 €	
	Insgesamt	13.177,92 €	184	23.988,34 €	
EU	unter 18	Männlich	3.673,91 €	17	5.333,00 €
		Weiblich	20.093,46 €	15	67.645,58 €
		Insgesamt	11.370,58 €	32	46.373,79 €
	18-30	Männlich	4.327,95 €	7	4.044,86 €
		Weiblich	2.636,49 €	27	2.380,99 €
		Insgesamt	2.984,73 €	34	2.814,83 €
	31-50	Männlich	8.696,00 €	32	11.254,78 €
		Weiblich	27.199,05 €	9	50.351,57 €
		Insgesamt	12.757,65 €	41	25.794,34 €
	51-64	Männlich	6.417,24 €	14	5.641,59 €
		Weiblich	6.065,54 €	5	8.580,30 €
		Insgesamt	6.324,68 €	19	6.274,73 €
	über 65	Männlich	1.813,11 €	2	232,27 €
		Weiblich	7.643,71 €	4	9.638,05 €
		Insgesamt	5.700,17 €	6	8.050,56 €
Insgesamt	Männlich	6.451,27 €	72	8.607,88 €	
	Weiblich	11.304,69 €	60	39.212,08 €	
	Insgesamt	8.657,37€	132	27.176,17 €	

	Altersgruppe	Geschlecht	Mittelwert	N	Standardabweichung
Drittstaatler	unter 18	Männlich	6.981,51 €	36	11.615,52 €
		Weiblich	3.977,38 €	28	4.306,44 €
		Insgesamt	5.667,20 €	64	9.228,22 €
	18-30	Männlich	3.994,59 €	30	7.661,98 €
		Weiblich	6.242,27 €	32	12.869,07 €
		Insgesamt	5.154,68 €	62	10.646,87 €
	31-50	Männlich	9.944,41 €	32	17.357,10 €
		Weiblich	9.887,86 €	21	22.920,87 €
		Insgesamt	9.922,00 €	53	19.536,31 €
	51-64	Männlich	8.688,80 €	10	10.816,32 €
		Weiblich	6.006,19 €	4	4.616,68 €
		Insgesamt	7.922,34 €	14	9.353,88 €
	über 65	Männlich	3.014,03 €	1	
		Weiblich	7.429,56 €	5	11.367,88 €
		Insgesamt	6.693,64 €	6	10.326,30 €
Insgesamt	Männlich	7.149,50 €	109	12.695,63 €	
	Weiblich	6.443,74 €	90	13.881,22 €	
	Insgesamt	6.830,31 €	199	13.215,61 €	
Ohne	unter 18	Männlich	1.408,42 €	1	
		Weiblich	51.795,13 €	1	
		Insgesamt	26.601,78 €	2	35.628,78 €
	18-30	Männlich	65.556,96 €	2	77.921,17 €
		Weiblich	7.615,10 €	2	7.198,45 €
		Insgesamt	36.586,03 €	4	56.216,20 €
	31-50	Männlich	8.376,30 €	9	8.025,41 €
		Weiblich	4.974,68 €	1	
		Insgesamt	8.036,13 €	10	7.642,51 €
	Insgesamt	Männlich	17.325,75 €	12	33.321,66 €
		Weiblich	18.000,00 €	4	22.943,99 €
		Insgesamt	17.494,31 €	16	30.325,24 €

	Altersgruppe	Geschlecht	Mittelwert	N	Standardabweichung
Insgesamt	unter 18	Männlich	7.308,98 €	75	15.167,97 €
		Weiblich	12.509,98 €	59	43.241,69 €
		Insgesamt	9.598,97 €	134	30.824,41 €
	18-30	Männlich	7.288,49 €	55	17.806,32 €
		Weiblich	5.322,39 €	84	12.665,80 €
		Insgesamt	6.100,34 €	139	14.882,40 €
	31-50	Männlich	12.134,59 €	113	18.240,23 €
		Weiblich	13.587,94 €	50	27.503,43 €
		Insgesamt	12.580,41 €	163	21.430,59 €
	51-64	Männlich	9.150,34 €	51	10.153,43 €
		Weiblich	12.676,06 €	20	22.503,21 €
		Insgesamt	10.143,50 €	71	14.616,37 €
	über 65	Männlich	12.532,22 €	13	17.490,37 €
		Weiblich	12.611,58 €	11	14.430,32 €
		Insgesamt	12.568,59 €	24	15.815,97 €
	Insgesamt	Männlich	9.608,59 €	307	16.346,99 €
		Weiblich	10.075,07 €	224	27.901,62 €
		Insgesamt	9.805,37 €	531	21.952,11 €

Innerhalb der Patientengruppe „EU“ konnte ein signifikanter Unterschied zwischen ermitteltem Kostenträger und Zahlungseingang ermittelt werden. So konnte nur bei 29,9% der Patienten aus dieser Gruppe ein Kostenträger durch den Sozialdienst ermittelt werden. Dies führte zu Zahlungseingängen von 70,7%. Bei der Gruppe „Drittstaatler“ ergibt sich ein Negativverhältnis, da zwar bei 85,5% der Patienten ein Kostenträger ermittelt wurde, jedoch für nur 76,9% ein Zahlungseingang verzeichnet wurde. Eine ausgeglichene Bilanz ergibt sich bei der Gruppe „DE“. Hier wurde bei 89,2% der Patienten ein Kostenträger ermittelt und damit 91,1% der Zahlungseingänge generiert. Beim Zahlungseingang liegt die Gruppe „DE“ mit 2.207.795,1 € am höchsten und weist nominell mit 216.941,82 € die geringste Differenz zum Rechnungsbetrag auf (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 14: Zahlungseingang nach Patientenstatus

	DE	EU	Drittstaatler	Ohne
Rechnungsbetrag	2.424.736,93 €	1.142.773,00 €	1.359.231,96 €	279.909,00 €
Zahlungseingang	2.207.795,11 €	808.497,19 €	1.044.866,89 €	68.211,83 €
Differenz	216.941,82 €	334.275,81 €	314.365,07 €	211.697,17 €
Zahlungseingang Anteilig in %	91,1 %	70,7 %	76,9 %	24,4 %
Kostenträger ermittelt in %	89,2 %	29,9 %	85,5 %	29,4 %

3.4 Rückführung in die soziale Sicherung und sozialarbeiterische Intervention

Zunächst ist festzustellen, dass sich die Rückführungsquote in die sozialen Sicherungssysteme, also die Ermittlung eines Kostenträgers durch den Sozialdienst, im Jahresvergleich von ausgehend 60,7% auf 70,3% im Jahre 2015 bis zu 75,1% in 2016 steigern konnte. Im Gesamten bleiben 28,9% der Patienten auch nach Betreuung durch den Sozialdienst ohne Krankenversicherungsschutz (vgl. Abbildung 5).

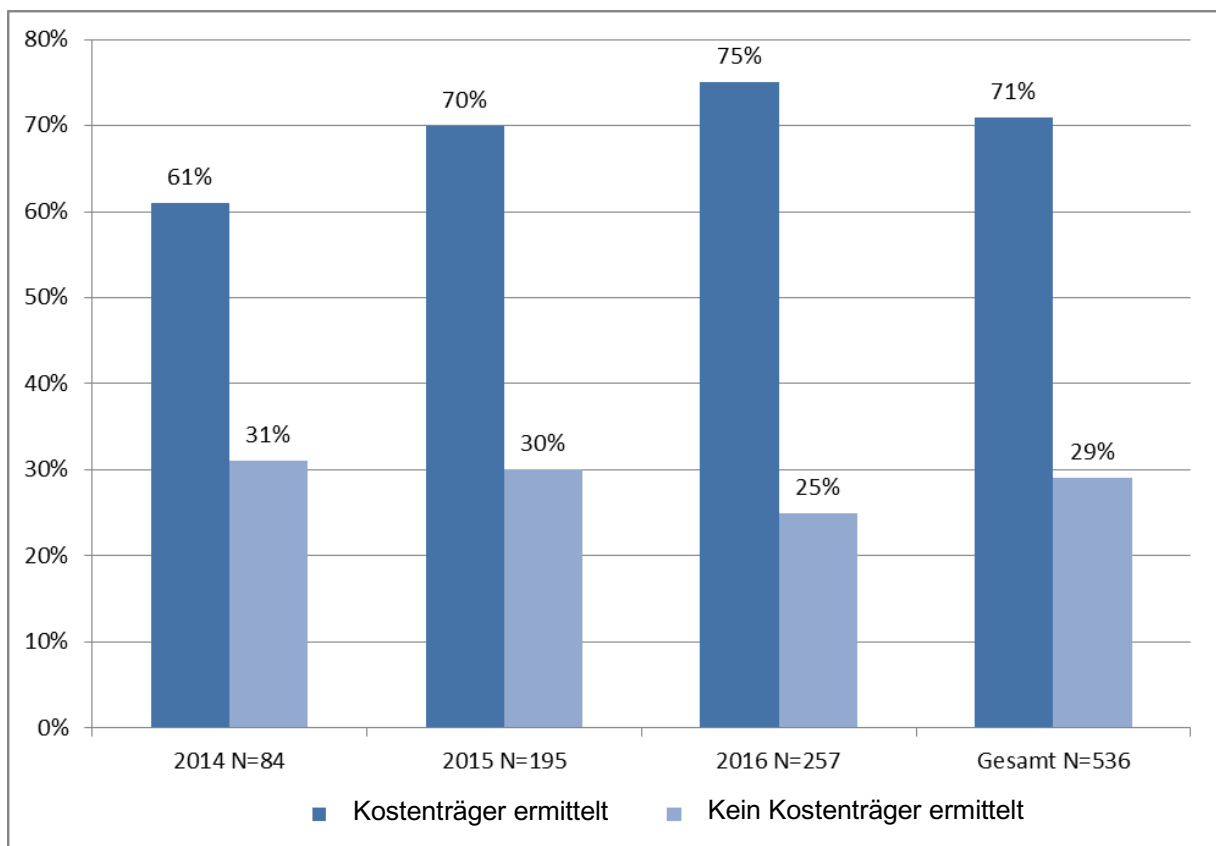


Abbildung 5: Rückführung im Jahresvergleich

Unter dem Aspekt des Patientenstatus stehen bei der Rückführungsquote die Gruppen „EU“ mit 29,9% und „Ohne Status“ mit 29,4% signifikant schlechter gegenüber den Gruppen „DE“ mit 89,2% und „Drittstaatler“ mit 85,5%. Im Jahresvergleich stieg innerhalb der Gruppe „DE“ die nominelle Patientenanzahl, bei der ein Kostenträger ermittelt wurde, stabil an. Bei der Gruppe „Drittstaatler“ ist diese ansteigende Entwicklung deutlich stärker ausgeprägt von 14 Patienten im Jahr 2014, 56 Patienten im Jahr 2015 zu 101 Patienten im Jahre 2016. Unter dem Aspekt, dass kein Kostenträger ermittelt wurde, ist bei der Patientengruppe „EU“ sowohl im Jahresvergleich als auch in der Gesamtheit dieses Merkmal am stärksten ausgeprägt (vgl. Tabelle 15 und Abbildung 6).

Tabelle 15: Rückführung nach Patientenstatus im Jahresvergleich

		2014 n=84		2015 n=195		2016 n=257		Gesamt n=536	
		in %	n	in %	n	in %	n	in %	n
DE	KT ermittelt	41,7	35	28,7	56	28,8	74	30,8	165
	Kein KT ermittelt	9,5	8	2,6	5	2,7	7	3,7	20
EU	KT ermittelt	2,4	2	10,8	21	6,6	17	7,5	40
	Kein KT ermittelt	17,9	15	21,0	41	14,8	38	17,5	94
Drittstaatler	KT ermittelt	16,7	14	28,7	56	39,3	101	31,9	171
	Kein KT ermittelt	9,5	8	4,1	8	5,1	13	5,4	29
Ohne	KT ermittelt	0,00	0	2,1	4	0,4	1	0,9	5
	Kein KT ermittelt	2,4	2	2,1	4	2,3	6	2,2	12

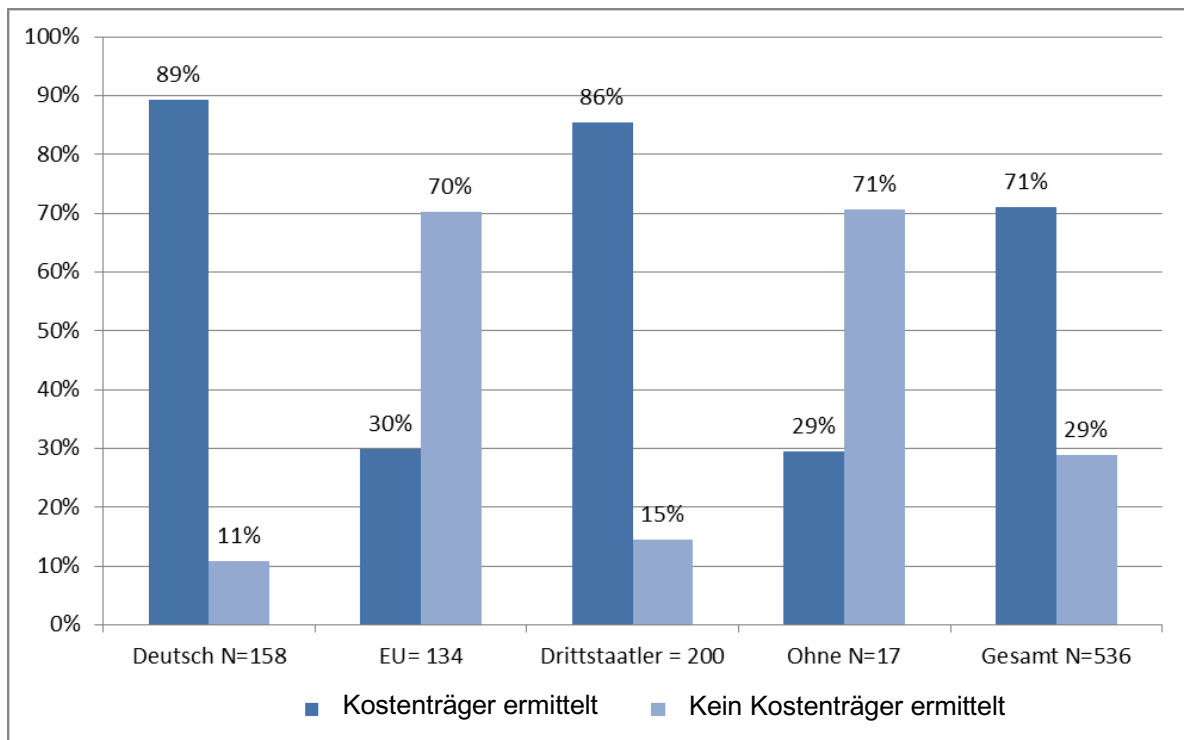


Abbildung 6: Rückführung nach Patientenstatus Gesamt

Eine Korrelation nach Spearman ergab einen positiven Zusammenhang für die Rückführung (Ermittlung des Kostenträgers) und die gesundheitliche Situation der Patienten. Patienten, bei denen ein Kostenträger ermittelt wurde, hatten signifikant mehr Folgeaufenthalte ($p < 0.01$). Ebenso sind bei diesen Patienten (40,9%) sieben bis über 30 Nebendiagnosen zu beobachten. Demgegenüber stehen bei der Patientengruppe ohne ermittelten Kostenträger 61,9% ohne Folgeaufenthalt sowie 45,2% mit nur ein bis drei Nebendiagnosen (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 16: Rückführung und Gesundheitszustand

	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

Hinsichtlich der konkreten sozialarbeiterischen Intervention ergibt sich ein sehr heterogenes Bild, da bestimmte Interventionen nur für bestimmte Statusgruppen relevant sind. Die Gruppe „DE“ hat mit 17 Interventionskategorien die größte fachliche Spannweite. Zu den drei am stärksten ausgeprägten Interventionen gehören mit 27,6% „Kostenträger vorhanden und recherchiert“, mit 19,5% Kostenträgerklärung bei „anerkannten Asylbewerbern“ und mit 17,3% der „Erstantrag beim Jobcenter“. Bei der Gruppe „EU“ konnten neun Interventionskategorien identifiziert werden. Die mit Abstand stärkste Ausprägung ergibt sich mit 64,2% bei „kein Kostenträger ermittelt“, gefolgt vom „EU-Auslandsabkommen“ mit 28,4%. Innerhalb der Gruppe „Drittstaatler“ ergibt sich bei 71% die Kostenträgerklärung für einen „registrierten Asylbewerber“, bei 10% wurden „Kostenübernahmeanträge vor Behandlungsbeginn“ organisiert sowie 8% der Patienten entfielen auf die „Auslands-krankenversicherung“. Bei dieser Statusgruppe kam es zu sieben

unterschiedlichen Interventionen. In drei Kategorien ergaben sich Interventionen für die Gruppe „Ohne Status“. Dabei wurde für einen Großteil mit 41,2% ein „Erstantrag auf Asyl“ gestellt, in 35,2% konnte „kein Kostenträger ermittelt werden“ und 23,5% entfielen auf den „Nothelfer im AsylbLG“. Lediglich unter die Kategorie „Infektionsschutzgesetz“ entfielen im Betrachtungszeitraum keine Patienten (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17: Intervention nach Patientenstatus

Intervention	DE		EU		Drittstaatler		Ohne	
	in %	n	in %	n	in %	n	in %	n
Erstantrag Job Center	17,3	32	1,5	2	0	0	0	0
Folgeantrag Job Center	1,1	2	0	0	0	0	0	0
Arbeitslosengeld I	0,5	1	0	0	0	0	0	0
Pflichtversicherung	5,9	11	0	0	0	0	0	0
Freiwillige KV	1,1	2	0,7	1	0	0	0	0
Familienversicherung	11,4	21	0,7	1	0	0	0	0
OAV	4,9	9	0	0	0	0	0	0
Berufsgenossenschaft	0,5	1	0	0	0	0	0	0
Nothelfer SGB XII	0,5	1	1,5	2	0	0	0	0
Hilfe zur Krankheit SGB XII	1,1	2	0	0	0,5	1	0	0
PKV Basistarif	1,6	3	0	0	0	0	0	0
PKV Notlagentarif	1,1	2	0	0	0	0	0	0
Ruhender Leistungsanspruch	0,5	1	0	0	0	0	0	0
KT vorhanden und recherchiert	27,6	51	0	0	0	0	0	0
Infektionsschutzgesetz	0	0	0	0	0	0	0	0
Opfer einer Gewalttat	0,5	1	0	0	0	0	0	0
EU-Auslandsabkommen	0	0	28,4	38	0	0	0	0
Auslandsrankenversicherung	0	0	1,5	2	8,0	16	0	0
Nothelfer AsylbLG	0	0	0	0	1,5	3	23,5	4
Asylbewerber (registriert)	0	0	0	0	71,0	142	0	0
Asylbewerber (Behandlungskosten vorab beantragt)	0	0	0	0	10,0	20	0	0
Asylbewerber (Neuantrag)	0	0	0	0	0	0	41,2	7
Selbstzahler	0	0	0,7	1	4,0	8	0	0
Sonstiges	0	0	0,7	1	0	0	0	0
Kein KT ermittelt	4,9	9	64,2	86	5,0	10	35,3	6
Asylbewerber (anerkannt)	19,5	36	0	0	0	0	0	0

In der Statusgruppe „DE“ kommen Patienten, bei denen ein Kostenträger ermittelt wurde, am häufigsten in den Kategorien „Kostenträger vorhanden und recherchiert“ mit 30,9%, „anerkannte Asylbewerber“ mit 20,6% und „Erstantrag Jobcenter“ mit 16,4% vor. Die Leistungsansprüche des „Nothelfers“ und „Hilfe zur Krankheit“ aus dem SGB XII kommen lediglich bei drei von 185 Patienten zum Tragen (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 18: Rückführung und Intervention bei Patientenstatus „DE“

	KT ermittelt		Kein KT ermittelt		Gesamt	
	in %	n	in %	n	in %	n
Intervention						
Erstantrag Job Center	16,4	27	25,0	5	17,3	32
Folgeantrag Job Center	1,2	2	0	0	1,1	2
Arbeitslosengeld I	0,6	1	0	0	0,5	1
Pflichtversicherung	6,7	11	0	0	5,9	11
Freiwillige KV	1,2	2	0	0	1,1	2
Familienversicherung	12,7	21	0	0	11,4	21
OAV	6,2	7	10,0	2	4,9	9
Berufsgenossenschaft	0,6	1	0	0	0,5	1
Nothelfer	0,6	1	0	0	0,5	1
Hilfe zur Krankheit	1,2	2	0	0	1,1	2
PKV Basistarif	0,6	1	10,0	2	1,6	3
PKV Notlagentarif	1,2	2	0	0	1,1	2
Ruhender Leistungsanspruch	0,6	1	0	0	0,5	1
KT vorhanden und recherchiert	30,9	51	0	0	27,6	51
Infektionsschutzgesetz	0	0	0	0	0	0
Opfer einer Gewalttat	0,6	1	0	0	0,5	1
Kein KT ermittelt	0	0	45,0	9	4,9	9
Asylbewerber (anerkannt)	20,6	34	10,0	2	19,5	36

4 Diskussion

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, für den Betrachtungszeitraum der Jahre 2014 bis 2016 deskriptive Daten zur Behandlung von Patienten ohne Krankenversicherungsschutz am UKE zu erhalten. Dabei wurden 536 Patienten mit Hilfe eines spezifischen Konzepts durch den Sozialdienst beraten und betreut. Erstmals wurden in einer Studie Daten zur Prävalenz von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz für den stationären Sektor des Gesundheitswesens erhoben.

Es lag die Ausgangshypothese vor, dass der Sozialdienst im Krankenhaus mit seiner Expertise und der Umsetzung einer zielgruppenspezifischen Konzeption einen Lösungsansatz hinsichtlich der Rückführung in einen gesicherten Krankenversicherungsstatus für diese Patientengruppe leisten kann. Anhand der ökonomischen Auswirkungen für das Krankenhaus soll erörtert werden, ob diese Patientengruppe den Bedarf an einem spezifischen Beratungsangebot hat. Eine Exklusion von den medizinischen Versorgungsangeboten bedeutet gesundheitliche Ungleichheit. Mit Hilfe der erhobenen Daten zum Gesundheitszustand der Patienten sollen die Auswirkungen eines gesicherten Krankenversicherungsschutzes für Betroffene auf der individuellen Ebene diskutiert werden.

Fehlender Zugang zum Krankenversicherungssystem ist maßgeblich von den individuellen sozialrechtlichen Leistungsansprüchen abhängig, die somit über Exklusion oder Inklusion von bestimmten Bevölkerungsgruppen entscheiden. Anhand der vorliegenden Befunde sollen daher zusätzlich die erforderlichen sozialpolitischen Maßnahmen aufgezeigt werden.

4.1 Patienten ohne Krankenversicherung im stationären Gesundheitswesen

Anhand der Prävalenz und der soziodemographischen Strukturdaten stellte sich die Frage, ob die Variablen Alter oder Geschlecht nachweisbare Einflussfaktoren darstellen und ob sich eine Differenzierung der Population anhand der Definition eines Patientenstatus auf Basis der sozialrechtlichen Leistungsansprüche erzielen lässt.

Hinsichtlich des Geschlechts sind unabhängig vom Patientenstatus und Jahresverlauf Männer deutlich stärker vertreten gewesen als Frauen. Die Differenz beträgt bei allen Vergleichen mindestens zehn Prozent, so dass von einer Signifikanz ausgegangen werden kann. Diese Tatsache überrascht, da unter der Normalbevölkerung der Anteil an Frauen bei vollstationärer Behandlung um 5,4% höher liegt als bei Männern.¹¹⁴ Insbesondere Menschen ohne Krankenversicherung begeben sich nur im Notfall in medizinische Behandlung. Bei der Betrachtung von einzelnen Indikationen liegt bei stationären Fallzahlen der Anteil von Männer insbesondere bei klassischen Indikationen des Notfalls zum Teil deutlich höher als der Anteil von Frauen. Dies betrifft Herzinfarkte und ischämische Herzkrankheiten, zerebrovaskuläre Erkrankungen wie den Schlaganfall sowie Unfälle inkl. Arbeits- und Verkehrsunfälle.¹¹⁵ Ein generelles Armutsrisiko aufgrund des Geschlechts lässt sich in der Literatur nicht feststellen, so dass sich die Ursache für dieses Ergebnis am ehesten aus dem Gesundheitszustand und dem Behandlungsanlass der Zielgruppe ableiten lässt. Erschwerend dürfte hinzukommen, dass Menschen ohne Krankenversicherung auch ambulant nicht behandelt werden können. Dadurch dürften Notfallindikationen aufgrund unbehandelter Vorerkrankungen gehäuft auftreten.¹¹⁶

Innerhalb der Normalbevölkerung sind Krankenhausaufenthalte von Menschen in der Altersgruppe über 65 Jahre überproportional am stärksten ausgeprägt.¹¹⁷ In der Gesamtgruppe der Studienpopulation ist diese Altersgruppe jedoch nur schwach vertreten. Demnach tritt fehlender Krankenversicherungsschutz in über der Hälfte der Fälle im Alter zwischen null und 30 Jahren auf. Insbesondere bei den drei Statusgruppen mit Migrationshintergrund ist dieser Trend am deutlichsten. Legt man die aktuelle Armutsquote zu Grunde, so liegen 45,3% der Betroffenen in der Altersklasse zwischen null und 25 Jahren, so dass in jungen Jahren das Armutsrisiko erhöht ist.¹¹⁸ Eine weitere Erklärung ergibt sich aus der Tatsache, dass es sich bei knapp 20% der Patienten um Behandlungen im Zusammenhang

¹¹⁴ Statistisches Bundesamt, 2016

¹¹⁵ Robert Koch Institut, 2014

¹¹⁶ Chauvin, et al., 2015

¹¹⁷ Statistisches Bundesamt, 2016

¹¹⁸ Der Paritätische Gesamtverband, 2017

mit Entbindungen und Erkrankungen in der Perinatalperiode handelt. Diese Diagnosen treten in erster Linie in den jüngeren Altersgruppen auf.

Bei der Betrachtung der Prävalenz nach Patientenstatus ergibt sich zunächst ein deutlicher Anstieg bei der Gruppe „Drittstaatler“ in den Jahren 2015 und 2016. Dieser lässt sich aus dem starken Anstieg der Asylantragszahlen in diesem Zeitraum ableiten und der einhergehenden fluchtbedingten Zuwanderung nach Deutschland.¹¹⁹ Eine Problematik in der medizinischen Versorgung dieser Patientengruppe ergibt sich aus dem eingeschränkten Leistungsanspruch bei Krankheiten, der sich auf den Notfall beschränkt.¹²⁰ Zudem existiert eine heterogene Kostenträgerstruktur. Je nach Status im Asylverfahren ist die Landesregierung bzw. oberste Landesbehörde oder das örtliche Sozialamt der Kommune zuständig, in die der Asylbewerber zugewiesen wurde.¹²¹ Besondere Kostenträgerzuständigkeiten ergeben sich für Asylbewerber nach 15 Monaten mit dem Analogieleistungsanspruch in der GKV und bei abzuschiebenden Flüchtlingen über das örtliche Sozialamt.¹²² Zudem wurde im Betrachtungszeitraum zusätzlich in Nordrhein-Westfalen die Elektronische Gesundheitskarte für Asylbewerber eingeführt, jedoch mit schwachem Erfolg in der Umsetzung.¹²³ Allein diese unübersichtliche Kostenträgerstruktur stellte Krankenhäuser in dieser Zeit vor massive Probleme in der Kostensicherung. Aufbauend auf das bereits implementierte Konzept für Patienten ohne Krankenversicherung konnten durch Einbindung des Sozialdienstes am UKE Strukturen aufgebaut werden, die für die Kostensicherung bei der Behandlung von Asylbewerbern hilfreich waren. Diese Tatsache spiegelt sich in der hohen Rückführungsquote von 85,5% bei dieser Patientengruppe wieder. Unter die Gruppe „Drittstaatler“ fallen neben den Asylbewerbern auch Patienten aus Drittstaaten, die sich mit einem Visum in Deutschland befinden. Hier kann es sich um ein Besuchs- bzw. Touristenvisum oder um ein Studentenvisum handeln, welches zwingend vor

¹¹⁹ Die Asylantragszahlen betragen im Betrachtungszeitraum 202.834 (2014), 479.649 (2015) und 745.545 (2016). Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. 2017. Aktuelle Zahlen zum Asyl. Dezember 2017. Online-Publikation; http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-dezember-2017.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 04.02.2018)

¹²⁰ §§4,6 AsylbLG

¹²¹ §44 Abs. 1 AsylG i.V.m. §10 AsylbLG, §50 AsylG

¹²² §2 Abs. 1 AsylbLG i.V.m. §264 SGB V, §1 Abs. 1 Nr. 5 AsylbLG

¹²³ Mit Stand April 2017 haben von 396 Städte und Gemeinden in NRW 23 (5,8%) die Elektronische Gesundheitskarte implementiert. Die Landesregierung Nordrhein-Westfalen. E-Gesundheitskarte für Flüchtlinge ist voller Erfolg. 3. April 2017. Online-Publikation; <https://www.land.nrw.de/pressemitteilung/ministerin-steffens-elektronische-gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge-voller-erfolg> (Zugriff: 17.09.2017)

Visaerteilung den Nachweis einer Reisekrankenversicherung erfordert.¹²⁴ Bei bekannten Vorerkrankungen existiert ein Haftungsausschluss der Reisekrankenversicherung und in der Regel ist für das Krankenhaus eine Direktabrechnung mit der Reisekrankenversicherung nicht möglich. In 16 Fällen wurde sich durch den Sozialdienst um eine Kostenübernahmeerklärung der Reisekrankenversicherung erfolgreich bemüht.

Die Patientengruppe „Ohne Aufenthaltsstatus“ ist in der Population schwach vertreten. Ursächlich dürfte hier die Tatsache sein, dass Menschen ohne Aufenthaltsstatus nur im äußersten Notfall ein Krankenhaus aufsuchen werden. Die Angst vor einer Identifizierung und dem Verlassen der Anonymität einhergehend mit der Sorge um eine Abschiebung dürfte bei diesen Menschen überwiegen.¹²⁵ Zudem ist der Anteil an „undokumentierten Migranten“ in Deutschland mit geschätzten 520.000 Menschen für 2014 bezogen auf die Gesamtbevölkerung gering.¹²⁶ Innerhalb dieser Subgruppe haben 41,2% der Patienten im Zuge der Behandlung im Krankenhaus und mit Unterstützung des Sozialdienstes einen Erstantrag auf Asyl gestellt, um ihren aufenthaltsrechtlichen Status zu legalisieren und einen Zugang zur medizinischen Versorgung zu erhalten.

Ein Viertel der Studienpopulation kommt aus einem Land der Europäischen Union. Eine Auffälligkeit bei dieser Statusgruppe ergibt sich bei der Altersstruktur, da die Hälfte der Betroffenen in den beiden unteren Alterskategorien liegen und damit unter 30 Jahre sind. Im Vergleich liegt der Wert beim Patientenstatus „DE“ für diese beiden Altersklassen bei 41,1% und weicht somit signifikant ab. Für das Jahr 2016 wurde in Deutschland eine Zuwanderung von EU-Bürgern von 634.036 Personen registriert. Insgesamt stellen Polen, Italien und Rumänien die drei größten Nationalitätengruppen aller EU-Ausländer in Deutschland.¹²⁷ Anhand der Studienergebnisse konnte verdeutlicht werden, dass diese Gruppe die deutlich schlechteste Rückführungsquote hat. Sofern keine Krankenversicherung im Heimatland besteht, haben die Patienten nur in den seltensten Fällen einen sozialrechtlichen Leistungsanspruch in Deutschland. Mit dem „Gesetz zur Regelung von

¹²⁴ Artikel 15 EG-VO 810/2009

¹²⁵ Lotty, et al., 2014, Mylius, 2016

¹²⁶ Vogel, 2015

¹²⁷ Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2017

Ansprüchen ausländischer Personen in der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch und in der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch“ wurden die Leistungsansprüche zum 01.01.2017 noch einmal massiv eingeschränkt.¹²⁸ Insbesondere arbeitsuchende, wirtschaftlich nicht aktive EU-Bürger und EU-Bürger mit einem Aufenthaltsrecht als Familienangehörige erhalten in den ersten fünf Jahren keine Leistungen, sondern maximal Überbrückungsleistungen.¹²⁹ Für diese Personengruppe der EU-Bürger bleibt die Fortführung ihrer Krankenversicherung aus dem Heimatland als beitragspflichtige Freiwillige Krankenversicherung innerhalb der ersten drei Monate nach Einreise die einzige Möglichkeit einer geregelten Krankenversicherung. Insbesondere Menschen mit geringem Einkommen sind aufgrund der Beitragsverpflichtungen und den verschärften Zugängen jedoch praktisch ausgeschlossen.¹³⁰ Sofern sozialpolitisch weiterhin der Ausschluss von EU-Bürgern verfolgt wird, so sollte gerade für diese Bevölkerungsgruppe eine stärkere ordnungspolitische Überwachung der Versicherungspflicht nach dem Vorbild der Schweiz erfolgen.¹³¹

Da in Deutschland die allgemeine Krankenversicherungspflicht besteht, ist der hohe Anteil von Patienten ohne Krankenversicherung mit Leistungsanspruch in Deutschland auffällig. Insgesamt 185 Patienten konnten bei Aufnahme im UKE keine bestehende Krankenversicherung nachweisen, verfügen jedoch theoretisch über einen rechtlichen Leistungsanspruch. Insbesondere diese Gruppe zeichnet sich zusätzlich durch einen hohen Altersschnitt aus. Über ein Viertel der Betroffenen sind über 51 Jahre alt. Ursächlich hierfür könnte die massiv gestiegene Altersarmut sein. So kam es zwischen den Jahren 2005 und 2015 zu einem Anstieg der Altersarmut von 14,9% bei den 50 bis 64-Jährigen und von 32,7% bei den über 65-Jährigen. Die durchschnittliche Steigerung lag bei 6,8%.¹³² Insbesondere von Altersarmut betroffene Bürger mit einer Krankenversicherung in der PKV können die mit dem Alter steigenden Beiträge nicht entrichten. Daraus ergibt sich der eingeschränkte Leistungsanspruch im Notlagentarif oder gar keine laufende Krankenversicherung. Um diese Versorgungslücke zu schließen, müssten sich die Beiträge im Alter an den tatsächlichen Einkünften der Betroffenen orientieren. Zwei

¹²⁸ Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I vom 28.12.2016 Nr. 65, S. 3155 ff.

¹²⁹ Artikel 10 EU-VO 492/2011 i.V.m. §23 Abs. 3 SGB XII

¹³⁰ Schölkopf, Pressel, 2014

¹³¹ Greß, et al., 2008

¹³² Der Paritätische Gesamtverband, 2017

weitere Bevölkerungsgruppen, die von fehlender Krankenversicherung betroffen sind und sich in den Ergebnissen der Studie in der Gruppe „DE“ wiederfinden, sind haftentlassene und wohnungslose Menschen. Inhaftierte müssen zur Sicherstellung ihrer Krankenversicherung unmittelbar nach der Haftentlassung SGB II oder SGB III Leistungen beantragen. Bei wohnungslosen Menschen bedarf es zur Leistungsgewährung einer festen Meldeadresse. Zudem weisen Obdachlose Menschen eine doppelt bis fünffach erhöhte Mortalität auf. Fehlender Zugang zu einer regelhaften medizinischen Versorgung sowie eingeschränkte Compliance bei ausgeprägten medizinischen Problemen sind hierfür ursächlich.¹³³ Insgesamt sind die Zugangswege und administrativen Bestimmungen für beide Personengruppen von Barrieren geprägt, die zu einer fehlenden Krankenversicherung führen.¹³⁴ Trotz eines Leistungsanspruches auf Krankenversicherung konnte bei 10,9% der Gruppe „DE“ kein Kostenträger ermittelt werden. Die Patienten am UKE werden durch das umgesetzte Konzept auch über den stationären Aufenthalt bis zur Fallklärung durch den Sozialdienst begleitet. Insbesondere wenn der persönliche Kontakt nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erschwert ist, bedarf es einer hohen Mitwirkungsbereitschaft bei den Patienten. Diese ist im Einzelfall nicht immer gegeben, so dass sich nicht in jedem Fall eine Rückführung in die soziale Sicherung erzielen lässt.

Bei der Prävalenz von Patienten ohne Krankenversicherung innerhalb des UKE sind insbesondere die Fachabteilungen mit traditionell hohem Notfallpatientenklientel stärker betroffen. Hier ist die frühe Identifizierung von betroffenen Patienten sowie die schnelle Information des Sozialdienstes von hoher Bedeutung. In den relevanten Fachabteilungen der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der Kinderheilkunde sowie der Orthopädie und Unfallchirurgie hat sich das Konzept etabliert und auch Ärzte und Pflegekräfte sind über die internen Strukturen informiert. Im Jahresvergleich sind die absoluten Zahlen in diesen drei Bereichen angestiegen.

¹³³ Fazel, et al., 2014

¹³⁴ Nationale Armutskonferenz. 2017. Positionspapier der Nationalen Armutskonferenz. Positionen und Forderungen der nak zu Armut und Gesundheit. Online-Publikation; https://www.nationale-armutskonferenz.de/wp-content/uploads/2017/09/NAK-Broschüre_170626-2.pdf (Zugriff: 04.02.2018)

Bei einem Großteil der Fachabteilungen liegen die Fallzahlen für den Betrachtungszeitraum unter 40 betroffenen Patienten. Folglich ergibt sich die Behandlung von Patienten ohne Krankenversicherung nicht regelhaft. Aufgrund der komplexen Anspruchsgrundlagen zur Rückführung in die soziale Sicherung ist von Seiten des Sozialdienstes eine hohe Routine in der Fallbearbeitung erforderlich. Ein Merkmal der Konzeption am UKE ist die Zentralisierung der Zuständigkeit innerhalb des Sozialdienstes für alle Fachabteilungen. Dieser konzeptionelle Ansatz wird durch die heterogene Verteilung von Patienten ohne Krankenversicherungsschutz auf die Fachabteilungen bestärkt.

Bei einer Prävalenz von maximal 0,5% der gesamten Behandlungsfälle am UKE nehmen Patienten ohne Krankenversicherung einen sehr geringen Anteil ein. Daher stellt sich die Frage, ob sich der verstärkte personelle Einsatz des Sozialdienstes durch konkrete Auswirkungen rechtfertigen lässt?

4.2 Soziale Arbeit als Unterstützungsangebot

Mit der Studie sollte ebenfalls der Frage nachgegangen werden, ob der Sozialdienst eines Krankenhauses mit der Einbindung seiner Expertise ein zielführendes Unterstützungsangebot für Menschen ohne Krankenversicherung anbieten kann. Ausgehend von den durchgeführten Interventionen zur Rückführung soll diskutiert werden, warum die Profession Soziale Arbeit bei dieser Patientengruppe ein wichtiger Bestandteil der ganzheitlichen Versorgung des Patienten ist. Parallel zu dieser fachlichen Einschätzung ist zu beantworten, ob sich der Erfolg des Sozialdienstes anhand der Rückführung ableiten lässt.

Wenn Menschen über keine Krankenversicherung verfügen, so kann dieses auf der strukturellen Ebene viele Ursachen haben. Mit der Studie konnte diese These untermauert werden, da Patienten in 25 von 26 möglichen Interventionsgruppen zugeordnet wurden. Aufgrund der Komplexität der Fragestellung bedarf es in der Beratung somit umfänglicher Rechtskenntnisse in den Gebieten des Sozialrechts, des Versicherungsvertragsgesetzes, des Asyl- und Ausländerrechts aber auch des relevanten EU-Rechts. Soziale Arbeit als Querschnittsprofession verfügt über

Grundlagenwissen in diesen Bereichen und ist innerhalb der Berufsgruppen eines Krankenhauses für die Fragestellung von fehlender Krankenversicherung prädestiniert.

Ausgangslage bei der Konzeptionsentwicklung am UKE im Jahre 2013 war die Tatsache, dass bei jedem Patienten ohne Krankenversicherung durch die Verwaltung der Klinik ein Nothelferantrag beim Sozialhilfeträger gestellt wurde, dies allerdings in den seltensten Fällen zu einer Kostenübernahme durch den Sozialhilfeträger führte. Die geringe Praxisrelevanz des Nothelferantrages begründet sich mit der komplexen Rechtslage (vgl. Kapitel 1.2) und deckt sich mit den bisher publizierten Erkenntnissen.¹³⁵ In dem Betrachtungszeitraum wurden am UKE lediglich bei 1,9% der Patienten ein Antrag aus Nothelfer nach SGB XII oder AsylbLG gestellt. Dies beweist, dass anderweitige Anspruchsgrundlagen in den meisten Fällen vorliegen und zu einer höheren Rückführung führen.

Bei den Interventionen entfällt mit 142 Patienten der größte Anteil in die Kategorie der registrierten Asylbewerber. Auf die Komplexität und die besondere Bedeutung im Betrachtungszeitraum wurde bereits eingegangen. Daneben nehmen 38 EU-Bürger mit einer Versicherung im Heimatland über das EU-Auslandsabkommen eine weitere starke Subgruppe innerhalb der Patienten mit Migrationshintergrund ein. Eine Voraussetzung für das EU-Auslandsabkommen ist der Nachweis einer Krankenversicherung im Heimatland.¹³⁶ Sofern dieser Nachweis nicht mit der European Health Insurance Card durch den Patienten erbracht wird, beschafft der Sozialdienst bei der Krankenversicherung im Heimatland oder mit Hilfe der Angehörigen die Provisorische Ersatzbescheinigung und meldet die Behandlung bei einer deutschen Krankenversicherung an, so dass eine Abrechnung des Falles erfolgen kann.

Bei der Betrachtung der Patientengruppe „DE“ entfallen 51 Patienten auf die Intervention Kostenträger vorhanden und recherchiert. Diese Patienten verfügen über eine Krankenversicherung, die bei Aufnahme der Verwaltung jedoch nicht bekannt ist. Das Krankenhaus ist verpflichtet bei Krankenhausbehandlung durch elektronische Datenübertragung relevante Informationen der Krankenkasse innerhalb von

¹³⁵ Mylius, 2016

¹³⁶ Artikel 17, 19 und 20 EU-VO 883/2004

drei Werktagen zu übermitteln.¹³⁷ Um dieser Frist gerecht zu werden und bei Zurückweisung der Aufnahme durch die Krankenkasse wegen fehlender Mitgliedschaft zeitnah reagieren zu können, ist eine Recherche unmittelbar nach der Patientenaufnahme erforderlich. Im Hinblick auf die Forderungsreichweite, also die Geltendmachung des Krankenhauses von Forderungen gegenüber der Krankenkasse, spielt die schnelle Ermittlung der Krankenkasse ebenfalls eine wichtige Rolle. Bei öffentlichen Krankenhäusern (ohne Universitätsklinika) liegt die Forderungsreichweite bei knapp 60 Tagen im Gegensatz zu durchschnittlich 33 Tagen bei deutschen Unternehmen.¹³⁸ Dies hat massive Auswirkungen auf das Cash-Management des betroffenen Krankenhauses, so dass die richtige und zeitnahe Information zum Kostenträger für eine schnelle Rechnungsstellung und damit Liquiditätssicherung des Krankenhauses wichtig ist.

Nach Abschluss des Asylverfahrens und Anerkennung als Asylbewerber haben die Betroffenen einen Leistungsanspruch auf SGB II Leistungen oder SGB XII Leistungen und sind darüber in einer GKV krankenversichert. Damit erfolgte die Zuordnung dieser Patienten der Gruppe „DE“. Der Übergang vom Leistungsbe- reich des AsylbLG in das SGB gestaltet sich in der Praxis aufgrund der bürokrati- schen Hürden bei fehlenden Sprachkenntnissen der Betroffenen häufig schwierig, so dass Patienten bei Aufnahme zwar anerkannte Asylbewerber, jedoch noch nicht bei einer Krankenversicherung angemeldet sind. Parallel zu Erhöhung der Entscheidungen von Asylanträgen durch das Bundesamt für Migration und Flücht- linge stieg die Patientenanzahl auf insgesamt 34 im Betrachtungszeitraum.¹³⁹ Bei einem Großteil der Patienten konnte nach Intervention durch den Sozialdienst eine Mitgliedschaft bei einer GKV erreicht werden. Insbesondere für die poststationäre medizinische Weiterversorgung der Patienten ist dieser Status von wichtiger Be- deutung.

Als dritte zahlenmäßig große Interventionsgruppe innerhalb der Patientengruppe“ DE“ lassen sich Erstanträge über das Jobcenter identifizieren. Hierunter fallen

¹³⁷ §4 Abs. 1 Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 SGB V

¹³⁸ PricewaterhouseCoopers GmbH, 2017

¹³⁹ Die Entscheidungen über Asylanträge betragen im Betrachtungszeitraum 128.911 (2014), 282.726 (2015) und 695.733 (2016). Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. 2017. Aktuelle Zahlen zum Asyl. Dezember 2017. Online-Publikation; http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-dezember-2017.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 04.02.2018).

Patienten, die ihren SGB II Leistungsanspruch in der Vergangenheit nicht eigenständig geltend gemacht haben. Individuelle Ursachen wurden in dieser Studie nicht erfasst. In der Praxis fallen unter diese Gruppe Patienten in prekären Wohnsituationen wie obdachlose oder haftentlassene Menschen, Patienten mit psychischen Erkrankungen wie Suchterkrankungen oder Depressionen, Patienten mit Migrationshintergrund und geringen Sprachkenntnissen oder Patienten mit einer psychosozialen Problematik. Mit Aufnahme im Krankenhaus und einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ergibt sich für die betroffenen Patienten erst ein Handlungsdruck. Durch Vollmachten führt der Sozialdienst die Patienten in den Leistungsbezug und stellt erforderliche Anträge. Insbesondere bei Patienten mit langjährigen Versicherungslücken gestaltet sich die Rückführung als sehr umfangreich. Die Tatsache, dass der Sozialdienst eines Krankenhauses sich um diese Bürger kümmert ist dem mangelnden Angeboten an ambulanten Anlaufstellen für die Betroffenen geschuldet, geht aber auch einher mit einer reduzierten Eigenständigkeit der Betroffenen ihre Rechte geltend zu machen und durchzusetzen. In 84,4% der Studienfälle wurde eine Rückführung durch Erstanträge beim Jobcenter erzielt.

Abschließend ist die Familienversicherung mit 11,4% innerhalb der Gruppe „DE“ bei den Interventionen stark vertreten. Hierunter fallen Kinder, die noch nicht in der Familienversicherung eines Elternteils aufgenommen wurden. Zur Aufnahme in die Familienversicherung sind administrative Schritte erforderlich. Insbesondere bei unehelichen Kindern und fehlender Krankenversicherung der Kindsmutter ist die Vaterschaftsanerkennung erforderlich. Ebenso wie die zwingende Einreichung des Familienfragebogens gegenüber der Krankenkasse. Insbesondere für Familien mit geringen deutschen Sprachkenntnissen liegen hier Hürden, bei denen der Sozialdienst unterstützt.

Hinsichtlich der Wirksamkeit der verstärkten Einbindung des Sozialdienstes für die Patientengruppe der Menschen ohne Krankenversicherung hat sich im Jahresverlauf die Rückführungsquote durch den Sozialdienst von 60,7% in 2014 auf 75,1% in 2016 deutlich gesteigert. Aufgrund der geringen Größe der Studienpopulation kann der Grund in der Zusammensetzung der Patientengruppe liegen. Bei

detaillierter Betrachtung der Jahresverläufe konnte in drei von vier Statusgruppen eine Steigerung der absoluten Patientenanzahl mit ermittelten Kostenträger durch den Sozialdienst erzielt werden. Umgekehrt konnte in allen vier Statusgruppen der prozentuale Anteil von Patienten ohne ermittelten Kostenträger gesenkt werden. Ergänzend ist davon auszugehen, dass sich mit zunehmender Fallzahl die gestiegene Routine in der Fallbearbeitung positiv auf die Rückführung ausgewirkt hat. Hierin liegt ein weiteres Argument für eine Spezialisierung innerhalb des Sozialdienstes aber auch einer eindeutigen Festlegung der Zuständigkeiten innerhalb der klinikinternen Prozesse.

Bei etwas mehr als einem Viertel der Patienten konnte durch die Unterstützung des Sozialdienstes keine Rückführung in die soziale Sicherung erreicht werden. Nach wie vor gibt es trotz Krankenversicherungspflicht rechtliche Lücken in den Zugangswegen zur Krankenversicherung wie am Beispiel der EU-Bürger dargestellt. Von Seiten des Ausschusses für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR) der Vereinten Nationen wurde die Bundesregierung im Oktober 2017 aufgefordert, Maßnahmen zu ergreifen, um den Zugang zum Gesundheitssystem in Deutschland flächendeckend zu gewährleisten. Dies betrifft insbesondere EU-Bürger, Asylsuchende und Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus.¹⁴⁰ Neben den sozialpolitischen Rahmenbedingungen mit der Folge der Exklusion ergeben sich bei der Betrachtung von Ursachen für nicht erreichte Rückführung Faktoren, die in der Person der Betroffenen liegt. Generell bedarf es einer hohen Mitwirkungsbereitschaft und engen Zusammenarbeit zwischen dem Patienten und dem Mitarbeiter des Sozialdienstes. In der Praxis wird der Mitarbeiter des Sozialdienstes mit Hilfe einer Generalvollmacht gegenüber Behörden und Sozialleistungsträger für den Betroffenen tätig. Dies erfordert eine ausreichende Orientierung und ein hohes Vertrauen des Patienten. Aufgrund der kurzen Verweildauer insbesondere in der somatischen Krankenhausbehandlung erfolgt die Weiterbetreuung des Einzelfalles durch den Sozialdienst bis zur Klärung über die Entlassung hinaus.¹⁴¹

¹⁴⁰ Artikel 12 Committee on Economic, Social and Cultural Rights. 13. October 2017. List of issues in relation to the sixth periodic report of Germany. Online-Publikation; http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fDEU%2fQ%2f%206&Lang=en (Zugriff: 29.10.2017).

¹⁴¹ In den Jahren 204 und 2015 lag die Durchschnittliche Verweildauer im UKE bei 7,2 Tagen. Online-Publikation; <https://www.uk-essen.de/unternehmen/zahlen-fakten2/leistungsdaten2/> (Zugriff: 29.10.2017).

4.3 Ökonomische und individuelle Auswirkungen der Rückführung

Gesundheitsversorgung ist ein Menschenrecht und Deutschland hat sich zur wirtschaftlichen Sicherstellung der medizinischen Versorgung für Jedermann verpflichtet.¹⁴² Mit dem beitragsfinanzierten Versicherungsprinzip steht in Deutschland nur krankenversicherten Bürgern eine finanzierte medizinische Versorgung zur Verfügung. Erbringen das Krankenhaus oder der niedergelassene Arzt aufgrund seiner rechtlichen und ethischen Verpflichtungen trotzdem eine medizinische Leistung, so geschieht dies auf eigenes finanzielles Risiko, da keine Rechtsgrundlagen für eine hoheitliche Zuständigkeit des öffentlichen Gemeinwesens existieren. Abschließend gilt es zu diskutieren, welche Auswirkungen sich auf der individuellen gesundheitlichen Ebene für den Patienten mit der Rückführung und welche ökonomischen Auswirkungen sich für das Krankenhaus aus der Umsetzung der Konzeption ergeben haben.

Beginnend mit der betriebswirtschaftlichen Betrachtung ist festzustellen, dass es im gesamten Betrachtungszeitraum bei knapp 80% der entstandenen Behandlungskosten zu einem Zahlungseingang kam. Unterschiede im Jahresverlauf sind minimal und nicht signifikant. In Relation zu den Gesamterträgen aus der Krankenhausleistung des UKE beträgt der Zahlungseingang für den angesprochenen Patientenkreis 0,58% beispielhaft für das Jahr 2015 und deckt sich damit mit der Prävalenz der Behandlungsfälle (0,4% für das Jahr 2015).¹⁴³ Bei dem Rechnungsbetrag von ca. 5,2 Mio. € für den Gesamtzeitraum handelt es sich um Aufwendungen, in dessen Wert das Krankenhaus eine Dienstleistung erbracht hat, deren finanzielle Vergütung jedoch fraglich ist. Grundsätzlich sollte das Krankenhaus bestrebt sein, möglichst viele seiner Aufwendungen vergütet zu bekommen. In Anbetracht des verhältnismäßig geringen Anteils am Gesamtertrag ist zu klären, ob sich der verstärkte Ressourceneinsatz des Sozialdienstes für das Krankenhaus betriebswirtschaftlich auszahlt. Im Mittelwert kam es zu einem Zahlungseingang von 1.376.457€ pro Jahr. Legt man wie im umgesetzten Konzept am UKE einen Personalbedarf von einer Vollkraftstelle im Sozialdienst pro Jahr für die Betreuung von Patienten ohne Krankenversicherungsschutz zu Grunde, so ergibt sich ein

¹⁴² Artikel 12 Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19. Dezember 1966

¹⁴³ Im Jahr 2015 betrug der Erlös aus der Krankenhausleistung am UKE 324.782.000€. Online-Publikation; <https://www.uk-essen.de/unternehmen/zahlen-fakten2/leistungsdaten2/> (Zugriff: 29.10.2017).

Finanzbedarf von brutto ca. 50.000€ für den Arbeitgeber.¹⁴⁴ Somit hat sich der finanzielle und Mehraufwand des Arbeitgebers für ein Jahresgehalt durch die Sicherung der Zahlungseingänge refinanziert. Es konnte damit nachgewiesen werden, dass aus betriebswirtschaftlicher Sicht eines Krankenhauses der Maximalversorgung ein verstärkter Personaleinsatz für diese Patientengruppe zielführend ist.

Bei detaillierter Betrachtung der Rechnungsbeträge ist der niedrige Median von 2.899,97€ signifikant. Damit liegt der Großteil der Behandlungsfälle in der unteren Skalierung der Rechnungsbeträge bei maximal 10.000€. Eine Erklärung für diese Erkenntnis ergibt sich aus der Zusammensetzung der Population. Insgesamt befinden sich mit 273 Patienten 51,4% der Gesamtpopulation in der Altersklasse unter 18 oder zwischen 18 und 30 Jahren. In diesen beiden Gruppen liegt der Mittelwert beim Rechnungsbetrag unter dem Mittelwert für die Gesamtpopulation (vgl. Tabelle 13). Es ist davon auszugehen, dass junge Patienten einen besseren Gesundheitszustand haben als ältere Patienten und damit Behandlungskosten niedriger liegen. Aus der hohen Präsenz jüngerer Patienten ergibt sich der niedrige Mittel- und Medianwert bei den Rechnungsbeträgen.

Unter dem Aspekt des Patientenstatus ist der hohe Kostenanteil der Gruppe „DE“ auffällig. Bei den Rechnungsbeträgen weicht diese Gruppe im Mittelwert um 3.400€ vom Gesamtmittelwert nach oben hin ab (vgl. Tabelle 12). Die Statusgruppe „DE“ weist zusätzlich den nominell höchsten Anteil in der Altersgruppe über 65 Jahre mit der höchsten Standardabweichung auf (vgl. Tabelle 13). Sowohl bei den absoluten Rechnungsbeträgen als auch bei Zahlungseingängen ist diese Statusgruppe mit Abstand am höchsten (vgl. Tabelle 14). Ursächlich dürfte sein, dass diese Menschen einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen und damit der medizinische Behandlungsaufwand höher liegt. In der Praxis weisen Patienten aus dieser Statusgruppe häufig Versicherungslücken von mehreren Jahren bis Jahrzehnten auf, d.h. der Zugang zum Gesundheitssystem und damit auch zu Präventivangeboten und -behandlungen war dieser Bevölkerungsgruppe in der

¹⁴⁴ Bei einer Eingruppierung nach dem Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst der Länder in Entgeltgruppe 9, Stufe 3 ergibt sich für 2017 ein Jahresbruttobetrag von 39.676,29€ zzgl. Arbeitgeberanteil an den Sozialversicherungsbeiträgen. Online-Publikation; http://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/tv-l/west?id=tv-l-2017&g=E_9&s=3&f=0&z=100&zv=VBL&r=nw&awz=&zulage=&kk=15.5%&kk=&zkf=0&stkl=1 (Zugriff: 29.10.2017).

Vergangenheit verwehrt. Es ist von einer vermehrten Chronifizierung von Erkrankungen auszugehen, die den signifikant hohen Kostenanteil erklären.

Bei der Statusgruppe der „EU“ lag die Rückführungsquote bei lediglich knapp einem Drittel. Es konnten aber mit diesem Anteil 70,7% der Rechnungsbeträge als Zahlungseingang verzeichnet werden. Hier dürfte die Begründung in der hohen Standartabweichung von 27.176,17€ bei dieser Statusgruppe liegen. Bei einer Gesamtfallzahl von 132 Patienten führen hochpreisige Einzelfälle zu diesem statistischen Ergebnis. Die vorliegende sehr hohe Differenz zwischen Zahlungseingang und ermittelten Kostenträger lässt sich für die Gruppe der EU-Bürger anderweitig nicht begründen.

Um Aussagen zur Wirksamkeit einer gezielten sozialarbeiterischen Betreuung von Patienten ohne Krankenversicherungsschutz auf der individuellen ableiten zu können, soll der Gesundheitszustand der Betroffenen herangezogen werden. Sofern stationäre Folgeaufenthalte vorliegen, ist von einem weiteren medizinischen Behandlungsbedarf beim Patienten auszugehen, der einen Krankenversicherungsschutz voraussetzt. Eine hohe Anzahl von Nebendiagnosen impliziert ebenfalls einen weiteren ambulanten oder stationären medizinischen Versorgungsbedarf beim Patienten. In der Studienpopulation wiesen mit 51,2% über die Hälfte der Patienten, bei denen ein Kostenträger ermittelt werden konnte, zwischen einem und über 20 Folgeaufenthalte im UKE auf. Bei den Patienten mit über vier Nebendiagnosen lag der Anteil mit erfolgreicher Rückführung bei über zwei Drittel. Im Gegenzug lag bei der Population ohne ermittelten Kostenträger der Anteil von Patienten ohne Folgeaufenthalte mit 61,9% signifikant hoch. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Anzahl der Nebendiagnosen, die in dieser Patientengruppe quantitativ deutlich geringer ausfallen (vgl. Tabelle 16). Somit ist festzustellen, dass durch die Intervention des Sozialdienstes eine nachhaltige poststationäre medizinische Versorgung von Patienten mit kritischem Gesundheitszustand gesichert werden konnte. Aus dieser Erkenntnis lässt sich auch der spezifische Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung für von fehlendem Krankenversicherungsschutz betroffene Patienten ableiten.

Entgegen des statistischen Rückgangs von Menschen ohne Krankenversicherung im Mikrozensus bei Einführung der Krankenversicherungspflicht in Deutschland konnte mit der Studie belegt werden, dass diese Bevölkerungsgruppe im medizinischen Versorgungssystem existiert. Gleichzeitig ist bekannt, dass sich die Beitragsschulden bei den Gesetzlichen Krankenversicherungen mit aktuell 7,045 Milliarden Euro auf einem neuen Rekord befinden.¹⁴⁵ Für viele Betroffene sind drohende Beitragsschulden bei vorhandenen Versicherungslücken eine Hürde für die Rückkehr in die gesicherte Krankenversicherung. Insbesondere da Beiträge rückwirkend auf vier Jahre erhoben werden, ist die Verjährung zu gering und stellt im Einzelfall eine drohende Überschuldung bzw. Barriere da.¹⁴⁶ Mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (KVBeitrSchG) hat der Gesetzgeber die Möglichkeit geschaffen, dass Beitragsschulden in der GKV erlassen wurden. Allerdings galt diese Regelung nur für einen sehr kurzen Zeitraum vom 01.08.2013 bis 31.12.2013 und war somit faktisch nur von geringer Bedeutung. Um insbesondere Menschen mit Leistungsanspruch auf eine Krankenversicherung in Deutschland und bestehenden Versicherungslücken die Rückkehr in die Krankenversicherung niedrigschwellig zu ermöglichen, wäre ein genereller Beitragsschuldenerlass sozialpolitisch zu diskutieren.

Mit den vorliegenden Ergebnissen liegen Erkenntnisse zur Prävalenz von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz im Gesundheitswesen sowie dem individuellen Gesundheitszustand vor, der in einen überwiegenden Anteil eine medizinische Versorgung jenseits der akuten Notfallbehandlung erfordert. Bei der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung und als Reaktion auf fehlende sozialrechtliche Leistungsansprüche bestimmter Bevölkerungsgruppen haben sich in den letzten Jahren verstärkt ehrenamtliche Strukturen insbesondere im ambulanten Bereich etabliert. Beispielhaft sind hier zu nennen die Studentische Poliklinik der Universitätsklinik Frankfurt/Main¹⁴⁷, in der Studenten ehrenamtlich Patienten ohne Krankenversicherung behandeln, die Medinetze¹⁴⁸, bei denen Medizinstudenten Patienten ohne Krankenversicherung an niedergelassene

¹⁴⁵ Deutsches Ärzteblatt. 2017. Versicherte haben mehr Beitragsschulden bei Krankenkassen vom 20.06.2017. Online-Publikation; <https://m.aerzteblatt.de/news/78102.htm> (Zugriff: 17.09.2017).

¹⁴⁶ §25 Abs. 1 SGB IV

¹⁴⁷ Online-Publikation; <http://aktuelles.uni-frankfurt.de/studium/studentische-poliklinik-helfen-und-lernen/> (Zugriff: 28.10.2017).

¹⁴⁸ Online-Publikation; <http://medibueros.m-bient.com/startseite.html> (Zugriff: 28.10.2017).

Ärzte vermitteln oder die Initiative Praxis ohne Grenzen¹⁴⁹, in der ehrenamtlich tätige Ärzte Betroffene behandeln. Diese Privatinitiativen und Freiwilligenarbeit sind eine neue Form der Armutshilfe, die sich als Mitleidsökonomie beschreiben lässt. Mitleidsökonomie hat seinen Ursprung in defizitären sozialpolitischen Sicherungssystemen bzw. dem Rückzug der Sozialpolitik aus dem sozialstaatlichen Sicherungssystem.¹⁵⁰ Trotz Wertschätzung für dieses ehrenamtliche Engagement ist bei dem menschlichen Grundbedürfnis auf medizinische Versorgung und Zugang zum Gesundheitssystem als Teil der Menschenwürde aus ethischen Gründen eine qualitativ reduzierte Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung sozialpolitisch abzulehnen. Ähnlich wie die Strukturen der Mitleidsökonomie ist das Konzept für Patienten ohne Krankenversicherungsschutz am UKE eine Reaktion auf Defizite des sozialstaatlichen Sicherungssystems hinsichtlich der Garantie auf menschenwürdige Lebensbedingungen. Vielmehr bedarf es sozialrechtlich gesicherter Leistungsansprüche auf barrierefreien Zugang zum Gesundheitswesen für alle Bevölkerungsgruppen mit gesicherter Vergütung für die Leistungserbringer, so dass Unterstützungsangebote wie am UKE etabliert zukünftig nicht mehr erforderlich sind.

4.4 Legitimation der Studie und Ausblick

Die gezielte Betreuung und Beratung von Patienten ohne Krankenversicherungsschutz gehört nicht zu den Regelleistungen eines Krankenhaussozialdienstes.¹⁵¹ Das am UKE entwickelte Konzept der verstärkten sozialarbeiterischen Betreuung dieser Zielgruppe ist bundeweit nicht etabliert. Ursachen hierfür dürften in der erforderlichen spezifischen Beratungskompetenz insbesondere im Sozialrecht und in dem hohen Personalaufwand für den Einzelfall liegen. Die Betreuung von Patienten ohne Krankenversicherung ist damit eine zusätzliche Aufgabe des Sozialdienstes zu den Kernaufgaben Entlassmanagement und Psychosoziale Betreuung. Zudem ist der interdisziplinäre Ansatz in der engen Zusammenarbeit zwischen dem administrativen Patientenmanagement und dem Sozialdienst eine konzeptionelle Besonderheit am UKE. Die gewonnenen Ergebnisse beziehen sich

¹⁴⁹ Online-Publikation; <http://www.praxisohnegrenzen.de> (Zugriff: 28.10.2017).

¹⁵⁰ Groenemeyer, Kessl, 2013

¹⁵¹ Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V., 2015

damit auf die Evaluation des am UKE umgesetzten Konzeptes und lassen sich nicht auf die spezifischen Strukturen in anderen Krankenhäusern übertragen.

Zudem beschränken sich die Ergebnisse auf die Patienten, die durch den Sozialdienst betreut wurden. Hierbei handelt es sich um die komplexeren Fälle. In dem Betrachtungszeitraum wurden am UKE auch Patienten ohne bzw. unklarem Krankenversicherungsschutz behandelt, die in dieser Studie nicht berücksichtigt wurden und deren Klärung direkt durch die Verwaltung herbeigeführt werden konnte. Zu dieser Patientengruppe am UKE können keine Vergleichszahlen herangezogen werden, da keine spezifische Dokumentation dieser Fälle durch die Verwaltung erfolgt. Ebenso wurden in der Studie keine Patienten berücksichtigt, die als Selbstzahler aus dem Ausland gezielt zur Behandlung am UKE nach Deutschland eingereist sind.

Bei der ausgewählten Klinik handelt es sich um ein Krankenhaus der Maximalversorgung. Hier grenzt sich die Klinik hinsichtlich der Klinikgröße, des Einzugsgebietes, der Behandlungskomplexität und der Fallschwere von Krankenhäuser der Regel- und Schwerpunktversorgung ab. Da das UKE über keine eigenständige Fachabteilung für Psychiatrie verfügt, werden Patienten mit diesem Krankheitsschwerpunkt in der Studie nicht berücksichtigt. Zudem konnten Patientenbiographien bzw. Krankheitsverläufe von Menschen ohne Krankenversicherung nicht erfasst werden, da sich die Daten zum Gesundheitszustand der Patienten auf die punktuelle Behandlung im UKE beschränken. Ambulante Behandlungen oder stationäre Behandlungen in anderen Krankenhäusern blieben unberücksichtigt.

Die geographische Lage des UKE in der der strukturschwachen Metropolregion Ruhrgebiet, die gekennzeichnet ist von einer hohen Armutsquote sowie einem hohen und spezifischen Migrationsanteil, dürfte zusätzlich Einfluss auf die Ergebnisse gehabt haben.¹⁵² Hier ist anzunehmen, dass sich im bundesweiten Vergleich überproportional viele Menschen in einer prekären Lebenssituation befinden und dadurch der Ausprägungsgrad der fehlenden Krankenversicherung höher ist.

¹⁵² Der Paritätische Gesamtverband, 2017, Die Stadt Essen hat aktuell einen Bevölkerungsanteil von 25,3% an Doppelstaatler und Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit. Davon kommen knapp 60% aus einem europäischen Land, wovon 49.588 Menschen ihre Herkunft in einem Land der Europäischen Union haben. Stadt Essen. September 2017. Ein Blick auf Menschen in Essen. Bevölkerung am 30.06.17. Online-Publikation; https://media.essen.de/media/wwwessende/aemter/12/ein_blick_auf/Menschen_in_Essen_2017_9.pdf (Zugriff: 04.02.1018).

Eine weitere Legitimation der Aussagen ergibt sich aus dem Betrachtungszeitraum, der von einer starken fluchtbedingten Zuwanderung aus Nicht-EU Staaten sowie hohen Asylantragszahlen geprägt war. Unabhängig davon sind bei dem Patientenstatus „DE“ und „EU“ die absoluten Zahlen im Jahresvergleich ansteigend, so dass sich der Zuwanderungsanstieg auf die Erkenntnisse zur Patientengruppe der anerkannten Asylbewerber beschränkt.

Zum Design der Studie lässt sich kritisch anmerken, dass sich mit 111 Patienten 20,7% der Studienpopulation bei den Interventionen in der Rubrik „kein Kostenträger gefunden“ befinden. Um umfangreichere Ergebnisse zu diesem Patientenkreis zu erhalten, wäre eine Zuordnung zu einer Intervention erforderlich. Ein Großteil dieser Patienten entstammt der Patientengruppe „EU“, die aufgrund ihrer sehr eingeschränkten sozialrechtlichen Leistungsansprüche über einen extrem schlechten Zugang zum deutschen Krankenversicherungssystem verfügen. Diese Tatsache spiegelt sich in der deutlich geringsten Rückführung wieder.

Mit dieser Studie liegen erstmalig Informationen zu den konkreten Behandlungskosten von Menschen ohne Krankenversicherung für ein Krankenhaus vor. Damit lassen sich die finanziellen Ausfälle für die erbrachte Dienstleistung des Krankenhauses beziffern. Die Institution Krankenhaus muss medizinische Hilfe im Notfall erbringen, unabhängig ob der Patient über eine Krankenversicherung verfügt.¹⁵³ Gleichzeitig existiert keine staatliche gesicherte Ausfallbürgschaft, da der Nothelfer im SGB XII aufgrund seiner Tatbestandsvoraussetzungen praktisch keine Relevanz hat. Um die finanziellen Auswirkungen bei der Behandlung von Patienten ohne Krankenversicherungsschutz für Krankenhäuser als Dienstleister im Gesundheitswesen beziffern zu können, wäre ein bundeseinheitliches Dokumentationswesen für diese Patientengruppe hilfreich. Mit Informationen zur tatsächlichen Prävalenz und den finanziellen Ausfällen für den kostenintensiveren Teil der stationären Gesundheitsversorgung wäre die Thematik der fehlenden Vergütung für diese Patientengruppe politisch diskutierbar.

Wissenschaftlich ist der fehlende bzw. eingeschränkte Zugang zum Gesundheitssystem für Deutschland noch wenig thematisiert und belegt.¹⁵⁴ Mit dieser Arbeit

¹⁵³ Leber, et al., 2011, §2 KHG NRW

¹⁵⁴ Lotty, et al., 2014

konnte an diversen Stellen der Nachweis erbracht werden, dass hinsichtlich der Gerechtigkeit und der Gleichheit im Zugang zur medizinischen Versorgung in Deutschland rechtlich und strukturell Nachholbedarf existiert.

Bezüglich der individuellen Ursachen von fehlendem Krankenversicherungsschutz existieren wenige Erkenntnisse. Hier wären im nächsten Schritt qualitative Forschungsansätze erforderlich, um insbesondere die Gründe und die spezifischen Lebenssituationen von Betroffenen zu ermitteln. Für den stationären Sektor der Gesundheitsversorgung konnte nachgewiesen werden, dass verstärkte sozialarbeiterische Beratung und Betreuung zu einer positiven Rückführung dieser Patientengruppe in die Systeme der sozialen Sicherung führt. Um zielgruppenspezifische Unterstützungsangebote für die Praxis entwickeln zu können, bedarf es intensiverer Forschungsansätze zu den Ursachen und Einflussfaktoren.

5 Zusammenfassung

Der Zugang zum deutschen Gesundheitssystem ist abhängig von der sozialen Absicherung durch eine bestehende Krankenversicherung. Es existieren kaum Erkenntnisse zum Ausprägungsgrad von fehlendem Krankenversicherungsschutz und zu den Auswirkungen für die Betroffenen und die Leistungserbringer.

Anhand systematisch erhobener Daten für den Zeitraum 2014 bis 2016 aus dem Universitätsklinikum Essen wurden mit dieser Studie Informationen von 536 Patienten analysiert. Hinsichtlich der soziodemographischen Aspekte war auffällig, dass insbesondere Männer mit 58% verstärkt von einer fehlenden Krankenversicherung betroffen sind und mit 34,5% der Anteil der Patienten mit einem sozialrechtlichen Leistungsanspruch auf Krankenversicherung in Deutschland auffällig hoch ist. Für diese Patientengruppe konnte ein schlechterer Gesundheitszustand anhand von Folgeaufenthalten in der Klinik und der Anzahl an Nebendiagnosen festgestellt werden als im Vergleich zu den drei Statusgruppen mit Migrationshintergrund. Auf der individuellen Ebene der Betroffenen konnte im Hinblick auf den Gesundheitszustand die Auswirkungen von fehlendem Krankenversicherungsschutz aufgezeigt werden.

Für einen Leistungserbringer am Beispiel eines Krankenhauses der Maximalversorgung konnte ermittelt werden, dass schwerpunktmäßig Notfallindikationen auftreten, jedoch alle medizinische Fachabteilungen betroffen sind. Auch wenn sich bei den Rechnungsbeträgen der Median mit knapp unter 3.000€ im unteren finanziellen Bereich bewegt, so konnten im Betrachtungszeitraum Zahlungseingänge von über 4.000.000€ durch ein strukturiertes Betreuungskonzept dieser Patientengruppe generiert werden. Daraus leitet sich die Schlussfolgerung ab, dass insbesondere große Krankenhäuser in Ballungsräumen konzeptionell sowie in den klinikinternen Prozessen spezifische Angebote für diese Patienten benötigen.

An dieser Stelle kann der Sozialdienst eines Krankenhauses mit seiner Fachexpertise eine wichtige Funktion einnehmen. Mit den Studienergebnissen konnte nachgewiesen werden, dass mit dem am Universitätsklinikum Essen entwickelten Konzept eine strukturierte Rückführung von Patienten ohne Krankenversicherung in die sozialen Sicherungssysteme gelingen kann.

6 Literaturverzeichnis

1. Bannenberg, U. (2013): Gesetzliche Krankenversicherung. In: Nagel, E. (Hrsg.): Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
2. Bornschlegl, W. (2016): Der Zugang von Kindern ohne Papiere zu medizinischer Versorgung in Deutschland. Befunde einer explorativen Studie. Online-Publikation; http://www.ipnw.de/commonFiles/pdfs/Soziale_Verantwortung/Medizinische_VerVersorg_von_Kindern_ohne_Papiere_2016.pdf (Zugriff: 11.02.2018).
3. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2017): Freizügigkeitsmonitoring: Migration von EU-Bürgern nach Deutschland Jahresbericht 2016. Online-Publikation; https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/freizuegigkeitsmonitoring-jahresbericht-2016.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 11.02.2018).
4. Busse, R., Blümel, M., Ognayanova, D. (2013): Das deutsche Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
5. Castaneda, H. (2009): Illegality as risk factor: A survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. *Social Science & Medicine*, 08/2009, 1552-1560.
6. Chauvin, P. et al. (2015): Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health. Paris: Doctors of the World - Médecins du monde International Network. Online-Publikation; <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01316096/document> (Zugriff: 04.03.2018).
7. Chiotan, C., Hernandez Festersen, C., Costongs, C. (2016): Will the 2016 EU Semester process contribute to improving health equity? EuroHealthNet analysis of the Country-Specific Recommendations. Online-Publikation; <https://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/final%20CSR%20analysis%202016.pdf> (Zugriff: 11.02.2018).

8. Clauß, G., Finze, F.-R., Partzsch, L. (2011): Grundlagen der Statistik. Für Soziologen, Pädagogen, Psychologen und Mediziner. Frankfurt am Main: Wissenschaftlicher Verlag Harri Deutsch.
9. Der Paritätische Gesamtverband (2017): Menschenwürde ist Menschenrecht. Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2017. Online-Publikation; https://www.armutskongress.de/fileadmin/files/Dokumente/AK_Dokumente/armutsmutsberi-2017.pdf (Zugriff: 11.02.2018).
10. Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (2015): Produkt- und Leistungsbeschreibung der Klinischen Sozialarbeit. Berlin: s.n.
11. Deutscher Bundestag. Antwort der Bundesregierung (2016): Drucksache 18/8590. Belastung von Rentnerinnen und Rentnern mit niedrigen Einkommen in der privaten Krankenversicherung. Online-Publikation; <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/085/1808590.pdf> (Zugriff: 11.02.2018).
12. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2010) Basiswissen Kodieren - Eine kurze Einführung in die Anwendung von ICD-10-GM und OPS. Online Publikation; <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/basiswissenkodieren/basiswissenkodieren-2010.pdf> (Zugriff: 11.02.2018).
13. Docteur, E., Suppanz, H., Woo, J. (2003): The US Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. Online-Publikation; [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=eco/wkp\(2003\)4](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=eco/wkp(2003)4) (Zugriff: 04.03.2018).
14. Eikemo, T. A., Bambra, C., Huijts, T., Fitzgerald, R. (2016): The First Pan-European Sociological Health Inequalities Survey of the General Population: The European Social Survey Rotating Module on the Social Determinants of Health. *European Sociological Review*, 1/2017, 137-153.
15. European Union Agency for Fundamental Rights (2015): Cost of exclusion. The case of migrants in an irregular situation. Online-Publikation; <http://fra.europa.eu/en/publication/2015/cost-exclusion-healthcare-case-migrants-irregular-situation> (Zugriff: 04.03.2018).

16. Fazel, S., Geddes, J. R., Kushel, M. (2014): The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*, 384/2014, 1529-1540.
17. Frank, L. et al. (2017): Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 1/2017, 24-47.
18. Fronstin, P. (2000): *The Economic Costs of the Uninsured: Implications for Business and Government*. Washington, DC: Employee Benefit Research Institute. Online-Publikation;
https://www.ebri.org/pdf/publications/books/economic_costs_of_uninsured.pdf (Zugriff: 04.03.2018).
19. Fuchs, M. (2009): Nicht krankenversicherte Personen in Österreich: empirische Erkenntnisse und Lösungsansätze. *Soziale Sicherheit*, 06/2009, 327-334.
20. Fuchs, M. et al., (2003): *Quantitative und qualitative Erfassung und Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich. Endbericht*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
21. GKV-Spitzenverband (2014): *Grundsätzliche Hinweise zur Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V vom 17. Juni 2014*. Online-Publikation; https://www.vdek.com/vertragspartner/mitgliedschaftsrecht_beitragsrecht/abscabschlussversiche/_jcr_content/par/download/file.res/Grundsätze%20HinweisH%20vom%2017.06.2014.pdf (Zugriff: 11.02.2018).
22. Greß, S., Walendzik, A., Wasem, J. (2005): *Nichtversicherte Personen im Krankenversicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland- Bestandsaufnahme und Lösungsmöglichkeiten*. Essen: Hans-Böckler-Stiftung.
23. Greß, S., Walendzik, A., Wasem, J. (2008): *Auswirkungen der Regelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes auf Nichtversicherung im deutschen Krankenversicherungssystem*. Essen/Fulda: Hans-Böckler-Stiftung.
24. Grobe, T. G. (2005): Stationäre Versorgung-Krankenhausbehandlungen. In: Swart, E., Ihle, P. (Hrsg.): *Routinedaten im Gesundheitswesen*. Handbuch

Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber.

25. Groenemeyer, A., Kessl, F. (2013): Die "neue Almosenökonomie" - ein neues System der Armutshilfe? In: Böllert, K., Alfert, N., Humme, M. (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Krise. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
26. Huber, M. et al. (2008): Quality in and equality of access to healthcare services. Brussels: European Communities. Online-Publikation; <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0361.pdf> (Zugriff: 04.03.2018).
27. Kostka, U. (2012): Sozialethische Kriterien und konkrete Reformvorschläge für eine gerechte Umorganisation des Gesundheitswesens. In: Dabrowski, M., Wolf, J., Abmeier, K. (Hrsg.): Gesundheitssystem und Gerechtigkeit. Paderborn: Ferdinand Schöningh.
28. Lampert, T., Kroll, L. E. (2006): Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitsliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
29. Lampert, T., Kroll, L. E., Dunkelberg, A. (2007): Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. Aus Politik und Zeitgeschichte, 42/2007, 11-18.
30. Leber, W., Lenz, S., Beume, C. (2011): Die Kostenträger. Abrechnung und Vergütung stationärer Leistungen. Düsseldorf. Stuttgart: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, W. Kohlhammer GmbH.
31. Lotty, E., Hämmerling, C., Mielck, A. (2014): Gesundheitszustand von Menschen ohne Krankenversicherung und von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus: Analyse von Daten der Malteser Migranten Medizin (MMM) in München. Gesundheitswesen, 76/2014, 143-152.
32. Maier, C., Ulrich, V. (2013): Soziale Sicherung. In: Nagel, E. (Hrsg.): Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

33. 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.
34. Mylius, M. (2016): Krankenhausaufenthalte von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung - Eine explorative Studie zur stationären Versorgung in Niedersachsen, Berlin und Hamburg. *Gesundheitswesen*, 78/2016, 203-208.
35. Neupert, I. (2015): Patienten ohne Kostenträger. Die Unversicherten. führen und wirtschaften im Krankenhaus, 12/2015, 1070-1073.
36. Organisation for Economic Co-operation and Development/European Union (2016): Health at a Glance: Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle. Online-Publikation; https://www.keepeek.com//Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en#page1 (Zugriff: 04.03.2018).
37. Organisation for Economic Co-operation and Development (2015): Health at a Glance 2015 - OECD Indicators. Online-Publikation; <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22177en/s22177en.pdf> (Zugriff: 04.03.2018).
38. Pfister, F. M. (2010): Das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland nach dem GKV-WSG. Gesundheitsökonomische Analyse der Allokation unter besonderer Berücksichtigung von Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH Internationaler Verlag der Wissenschaft.
39. PricewaterhouseCoopers GmbH (2017): Krankenhäuser im Vergleich. Finanz- und Leistungskennzahlen. Online-Publikation; <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/krankenhausbenchmark-kennzahlen-170601.pdf> (Zugriff: 11.02.2018).
40. Regierung der Bundesrepublik Deutschland (2017): Lebenslagen in Deutschland Der Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Online-Publikation; <http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Pressemitteilungen/2017/5-arb->

langfassung.pdf;jsessionid=B449E1B074A4B27B741B75B9B8747F9E?__blob=publicationFile&v=9 (Zugriff: 11.02.2018).

41. Richter, M., Hurrelmann, K. (2016): Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
42. Riesberg, A., Wörz, M. (2008): Quality in and Equality of Access to Healthcare Services-Country Report for Germany. Online-Publikation; http://ehma.org/wordpress/wp-content/uploads/2016/08/healthquest_germany_en.pdf (Zugriff: 11.02.2018).
43. Robert Koch Institut (2014): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Online-Publikation; http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/retiNCKWE1D/PDF/25aJ8cibVGnqM.pdf (Zugriff: 04.03.2018).
44. Robert Koch Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Online-Publikation; <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf> (Zugriff: 04.03.2018).
45. Robert Wood Johnson Foundation (2006): The coverage gap: A state-by-state report on access to care. Online-Publikation; http://www.shadac.org/sites/default/files/publications/CTUW2006_TheCoverageGaT_0.pdf (Zugriff: 11.02.2018).
46. Schölkopf, M., Pressel, H. (2014): Das Gesundheitssystem im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.
47. Schaeffer, D., Berens, E.-M., Vogt, D. (2017): Health literacy in the German population-results of a representative survey. Deutsches Ärzteblatt International, 4/2017, 53-60.

48. Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E.-M., Hurrelmann, K. (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland - Ergebnisbericht. Online-Publikation; http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf (Zugriff: 11.02.2018).
49. 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.
50. Simon, M. (2010): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Bern: Verlag Hans Huber.
51. Statistisches Bundesamt (2008): Sozialeistungen 2007. Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus). Online-Publikation; https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Haushalt-HaushalteMik/KrankenversicherungMikrozensus2130110079004.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 11.02.2018).
52. Statistisches Bundesamt (2015): *Sozialeistungen 2011. Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus)*. Online-Publikation; https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/HaushalteMikHaushalt/KrankenversicherungMikrozensus2130110119004.pdf?__blob=publicatipublic (Zugriff: 11.02.2018).
53. Statistisches Bundesamt (2016): Gesundheit 2015. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. Online-Publikation; https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/KrankenhaeuseK/FallpauschalenKrankenhaus2120640157004.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 11.02.2018).
54. Statistisches Bundesamt (2016): Sozialeistungen 2015. Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus). Online-Publikation; https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/HaushalteMikHaushalt/KrankenversicherungMikrozensus2130110159004.pdf?__blob=publicatipublic (Zugriff: 11.02.2018).

55. Trabert, G. (2016): Medizinische Versorgung für wohnungslose Menschen- individuelles Recht und soziale Pflicht statt Exklusion. Gesundheitswesen 2016, 78/2016, 107-112.
56. Verband der Privaten Krankenversicherung (2017): Sozialtarife der PKV. Online-Publikation; <https://www.pkv.de/service/broschueren/verbraucher/sozialtarife.pdb.pdf> (Zugriff: 11.02.2018).
57. Vitt, L. A. et al. (2002): Consumer Health Care Finances and Education: Matters of Values. Online-Publikation; <https://www.ebri.org/pdf/briefspdf/0102ib.pdf> (Zugriff: 11.02.2018).
58. Vogel, D. (2015): Update report Germany: Estimated number of irregular foreign residents in Germany (2014). Online-Publikation; http://irregular-migration.net/fileadmin/irregular-migration/dateien/4.Background_Information/4.5.Update_Reports/Vogel_2015_UpUpda_report_Germany_2014_fin.pdf (Zugriff: 11.02.2018).
59. Wendt, C. (2009): Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
60. Wernitz, M. H., Pelz, J. (2011): Gesundheitsökonomie und das deutsche Gesundheitswesen. Ein praxiorientiertes Lehrbuch für Studium und Beruf. Stuttgart: W. Kohlhammer BmbH.
61. Wiesner, A., Schmidt, S., Bergmeyer, V., Bruckermann, U. (2008): Gesundheitsversorgung von papierlosen Menschen in Bremen. Ergebnisse einer Umfrage bei Arztpraxen im Land Bremen. Vorschläge und Lösungsansätze. Bremen.
62. World Health Organization (2013): The World Health Report 2013. Research for Universal Health Coverage. Online-Publikation; <http://www.who.int/whr/2013/report/en/> (Zugriff: 11.02.2018).

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht Patienten ohne Krankenversicherung. Quelle: Ingo Neupert	6
Abbildung 2: Patientenstatus und Geschlecht.....	32
Abbildung 3: Patientenstatus und Altersstruktur.....	33
Abbildung 4: Prävalenz im Jahresverlauf Gesamt - Anteil an stationären Behandlungsfällen am UKE (* ohne Kinderklinik)	35
Abbildung 5: Rückführung im Jahresvergleich	48
Abbildung 6: Rückführung nach Patientenstatus Gesamt	50

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemographie im Jahresvergleich.....	31
Tabelle 2: Standardabweichung Status und Geschlecht.....	34
Tabelle 3: Prävalenz im Jahresverlauf nach Fachabteilungen	36
Tabelle 4: Haupt- und Nebendiagnosen.....	37
Tabelle 5: Folgeaufenthalte und Nebendiagnosen Gesamt	38
Tabelle 6: Folgeaufenthalte und Nebendiagnosen nach Patientenstatus	39
Tabelle 7: Standardabweichung Folgeaufenthalte und Nebendiagnosen nach Patientenstatus	40
Tabelle 8: Standardabweichung Folgeaufenthalte und Nebendiagnosen nach Altersgruppen.....	41
Tabelle 9: Finanzielle Auswirkungen im Jahresvergleich	42
Tabelle 10: Struktur der Rechnungsbeträge	43
Tabelle 11: Rechnungsbeträge nach Patientenstatus im Jahresvergleich	43
Tabelle 12: Standardabweichung der Rechnungsbeträge nach Patientenstatus ..	44
Tabelle 13: Standardabweichung der Rechnungsbeträge nach Patientenstatus, Altersgruppen und Geschlecht.....	45
Tabelle 14: Zahlungseingang nach Patientenstatus.....	48
Tabelle 15: Rückführung nach Patientenstatus im Jahresvergleich.....	49
Tabelle 16: Rückführung und Gesundheitszustand.....	51
Tabelle 17: Intervention nach Patientenstatus	52
Tabelle 18: Rückführung und Intervention bei Patientenstatus „DE“	53

9 Abkürzungsverzeichnis

GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung 2007
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (German modification)
JVA	Justizvollzugsanstalt
KIS	Krankenhausinformationssystem
KVBeitrSchG	Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitrags-schulden in der Krankenversicherung 2013
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
KVdS	Krankenversicherung der Studenten
OAV	Obligatorische Anschlussversicherung
PKV	Private Krankenversicherung
PPACA	Patient Protection and Affordable Care Act
UKE	Universitätsklinikum Essen

10 Rechtsgrundlagenverzeichnis inkl. Abkürzungen

1. Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)
2. Asylgesetz (AsylG)
3. Einheitliche Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung des GKV Spitzenverbandes vom 28.06.2011 (Fami-Meldegrundsätze)
4. Gesetz über die allgemeine Freizügigkeit von Unionsbürgern (FreizügG/EU)
5. Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen/Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)
6. Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten. Opferentschädigungsgesetz (OEG)
7. Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges. Bundesversorgungsgesetz (BVG)
8. Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet (AufenthG)
9. Gesetz über den Versicherungsvertrag/Versicherungsvertragsgesetz (VVG)
10. Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßnahmen der Besserung und Sicherung. Strafvollzugsgesetz (StVollzG)
11. Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen. Infektionsschutzgesetz (IfSG)
12. Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze. Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)
13. Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG)
14. Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHG NRW)

15. Sozialgesetzbuch Zweites Buch: Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II)
16. Sozialgesetzbuch Drittes Buch: Arbeitsförderung (SGB III)
17. Sozialgesetzbuch Viertes Buch: Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung (SGB IV)
18. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch: Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)
19. Sozialgesetzbuch Sechstes Buch: Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI)
20. Sozialgesetzbuch Siebtes Buch: Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)
21. Sozialgesetzbuch Achtes Buch: Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)
22. Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch: Sozialhilfe (SGB XII)
23. Strafprozessordnung (StPO)
24. Verordnung (EU) Nr. 492/2011 des Europäischen Parlaments und des Rates über die Freizügigkeit der Arbeitnehmer innerhalb der Union (EU-VO 492/2011)
25. Verordnung (EG) Nr. 810/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates über einen Visakodex der Gemeinschaft (EG-VO 810/2009)
26. Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (EU-VO 883/2004)

11 Anhang

Kodierung Fachabteilungen

A	Klinik für Augenheilkunde	A1, A2, A3
AC	Klinik für Allgemein Chirurgie, Viszeral- und Transplantationschirurgie	AC1, AC2, AC34, AC5
F	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	F1, F2, F3, FS
H	Klinik für Dermatologie	H1, H2, H3
HNO	Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	O1, O204, O3
HZ	Westdeutsches Herz- und Gefäßzentrum (Klinik für Kardiologie, Klinik für Thorax- und Kardiovaskuläre Chirurgie, Klinik für Angiologie)	HZ1, HZ2, HZ3, HZ6, HZI1, HZI2, HZA, TC, AG, CPU
I	Innere Medizin (Klinik für Endokrinologie, Stoffwechselerkrankungen, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Klinik für Nephrologie, Klinik für Neurologie)	NTK, M1, M2A, M2B, M2C, AG-G, MDIA, MIMC, N3
ITII	Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin	ITII
KIK	Klinik für Kinderheilkunde I/Perinatalzentrum, Klinik für Kinderheilkunde II, Klinik für Kinderheilkunde III	K1IT, KIK2, KIK3, KIK4, KIK5, KIK6, KIK7, PZ
KMT	Klinik für Knochenmarktransplantation	KMT1, KMT2, KMT3
M-INF	Klinik für Infektiologie	M-INF1, M-INF2
NC	Klinik für Urologie	U1, U2
UC	Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie	UC1, UCI, UC2, UOC
WTZ	Westdeutsches Tumorzentrum (Innere Klinik, Tumorforschung, Klinik für Hämatologie) Klinik für Strahlentherapie	WTZ1, WTZ2, WTZ3, WTZ4, S1, S2

Kodierung Patientenstatus

DE	Leistungsanspruch in Deutschland
EU	Aus EU-Staaten
Drittstaatler	Aus Drittstaaten
Ohne	Ohne Aufenthaltsstatus

Kodierung Folgeaufenthalte und Nebendiagnosen

0 Folgeaufenthalte	1-3 Nebendiagnosen
1-3 Folgeaufenthalte	4-6 Nebendiagnosen
4-6 Folgeaufenthalte	7-10 Nebendiagnosen
7-10 Folgeaufenthalte	11-20 Nebendiagnosen
11-20 Folgeaufenthalte	21-30 Nebendiagnosen
Über 20 Folgeaufenthalte	Über 30 Nebendiagnosen

Kodierung Kostenträger ermittelt

1	Kostenträger ermittelt
2	Kein Kostenträger ermittelt

Kodierung Diagnosen

A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
C00-D48	Neubildungen
D50-D89	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
V01-Y98	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
U00-U99	Schlüsselnummern für besondere Zwecke

Kodierung Sozialarbeiterische Interventionen

A	Erstantrag Jobcenter (SGB II)
B	Folgeantrag Jobcenter (SGB II)
C	Arbeitslosengeld I (SGB III)
D	Pflichtversicherung (SGB V)
E	Freiwillige KV (SGB V)
F	Familienversicherung (SGB V)
G	Obligatorische Anschlussversicherung (SGB V)
H	Berufsgenossenschaft (SGB VII)
I	Nothelfer (SGB XII)
J	Hilfe zur Krankheit/Grundsicherung (SGB XII)
K	PKV Basistarif (VVG)
L	PKV Notlagentarif (VAG)
M	Ruhender Leistungsanspruch
N	Kostenträger vorhanden und recherchiert
O	Infektionsschutzgesetz (IfSG)
P	Opfer einer Gewalttat (OEG)
Q	EU-Auslandsabkommen
R	Auslandskrankenversicherung
S	Nothelfer Papierlose (AsylbLG)
T	Asylbewerber (registriert)
U	Asylbewerber (Elektive Behandlungskosten vorab beantragt)
V	Asylbewerber (Neuantrag, bisher nicht registriert)
W	Selbstzahler (Kosten vorab bezahlt aber Behandlung teurer)
X	Sonstiges
Y	Kein Kostenträger ermittelt
Z	Asylbewerber (Anerkannt, noch nicht in der GKV)

Danksagung

Zunächst bedanke ich mich herzlich bei meiner Betreuerin Frau Dr. rer. medic. Claudia Pieper. Sie hat mich von den ersten Anfängen meines Promotionsprojektes bis zur Fertigstellung dieser Arbeit außergewöhnlich und mit sehr viel Engagement unterstützt. Dank der bereichernden Zusammenarbeit mit ihr habe ich wissenschaftlich sowie fachlich viel gelernt und sie war eine hervorragende Hilfe für die Erstellung dieser Arbeit.

Ebenso danke ich ganz besonders meinem betreuenden Professor, Herrn Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Karl-Hein Jöckel, für die Betreuung dieser Arbeit, seine kritischen Anregungen und seine konstruktive Unterstützung, die mir bei der Anfertigung der Dissertation zuteilwurden.

Außerdem möchte ich mich bei Herrn Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem für seine Auseinandersetzung mit meiner Arbeit und seine wertvollen Ideen während der Erstellung bedanken.

Zudem gilt mein Dank der Stiftung Universitätsmedizin Essen, mit deren finanzieller Unterstützung das Konzept für Patienten ohne Kostenträger am Universitätsklinikum Essen in der Anfangsphase praktisch umgesetzt und in der Klinik etabliert werden konnte.

Lebenslauf

Der Lebenslauf ist in der Online-Version aus Gründen des Datenschutzes nicht enthalten.