

Gesundheit für Alle – Clearingstelle und Anonymer Behandlungs- schein Ulm

Projekt- und Erfahrungsbericht
aus einer Anlaufstelle für
Menschen ohne (ausreichenden)
Krankenversicherungsschutz

Inhalt

Vorwort DRK Kreisverband Ulm e.V.	4
Vorwort Medinetz Ulm e.V.	6
1. Das Wichtigste zuerst: Erkenntnisse aus dem Projekt	8
2. Projektbericht	15
2.1 Medizinische Versorgung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe ..	15
2.2 Betroffene in Deutschland	15
2.3 Chancen und Grenzen des Ehrenamts	17
2.4 Gesundheit für Alle – Clearingstelle und Anonymer Behandlungsschein Ulm	18
2.5 Projektaufbau	19
2.6 Nachfrage nach Projektleistungen	22
3. Fazit	26

Vorwort DRK Kreisverband Ulm e.V.

Als Mitglied der Rotkreuz-Familie ist auch der DRK Kreisverband Ulm e.V. den Grundsätzen des Roten Kreuzes verpflichtet. Diese Grundsätze resultieren direkt aus den Erfahrungen auf den Schlachtfeldern der letzten Jahrhunderte: Menschliches Leid soll unabhängig von Herkunft oder Status verhütet und gelindert werden.

Frieden, Freiheit und Wohlstand sind Errungenschaften für viele Menschen, auch wenn wir sehen, das alles ist keine Selbstverständlichkeit. Denn auch unter uns leben Menschen, die Leid erfahren. Gesundheitliche Not trifft auch heute genauso Menschen aus allen Teilen der Gesellschaft. Das Projekt „Gesundheit für Alle – Clearingstelle und Anonymer Behandlungsschein Ulm“ hat gezeigt, dass der Bedarf oft im Verborgenen liegt, Betroffenen sieht man ihre Not meist nicht an.

Viele Menschen trauen sich aufgrund eines ungeklärten Versicherungsstatus nicht, medizinische Hilfe aufzusuchen und ihr Gesundheitszustand verschlechtert sich oft über Jahre hinweg. Betroffene kommen aus allen sozialen Gefügen, völlig unabhängig von der Wohnsituation, Vorerkrankungen, Beschäftigungsverhältnissen, Herkunft und Alter. Es handelt sich um Deutsche wie Zuwanderer, Junge wie Alte, Erwachsene wie Kinder.

Im Kontakt mit den Betroffenen haben wir erfahren, dass ein ungeklärtes Krankenversicherungsverhältnis fast nie böse Absicht ist. Oft passen die Lebensumstände der Betroffenen nicht in vorhandene Strukturen. Sei es die Beschäftigungsstruktur, Vorerkrankungen, Aufenthaltstitel, psychische Erkrankungen oder prekäre Lebensumstände. Betroffene fallen „durch das Raster“ und bekommen die Situation nicht mehr selbst gelöst – trotz teilweise intensiver Bemühungen. Diese Menschen brauchen Unterstützung.

Unsere Initiative zeigt, dass mit vergleichsweise geringen Finanzmitteln und einer Kombination aus großem haupt- und ehrenamtlichem Engagement viel bewirkt werden kann: Das Projekt fungiert als Lotse im Dickicht des Sozialrechts und Verwaltungsstellen und zeigt Menschen einen Weg auf. Gleichzeitig werden an anderen Verwaltungs- und Anlaufstellen Kapazitäten frei.

Ich freue mich, wenn das Projekt „Gesundheit für Alle – Clearingstelle und Anonymer Behandlungsschein Ulm“ auch weiterhin zu unserer Ulmer Projektlandschaft gehört. Denn mit diesem Projekt verpflichtet sich das DRK in Ulm, dem Alb-Donau-Kreis und den angrenzenden Landkreisen seinen Grundsätzen und trägt dazu bei, dass menschliches Leid unabhängig von Herkunft und Status verhütet und gelindert werden kann.



Gunter Czisch
- Präsident DRK Kreisverband Ulm e.V. -

Vorwort Medinetz Ulm e.V.

„Das ist das, was Ehrenamt ausmacht. Einen Unterschied zu machen.“

Dies sind nur zwei Sätze aus der Rede vom aktuellen Bundespräsidenten Dr. Frank-Walter Steinmeier, die er anlässlich der Verleihung des Verdienstordens zum Tag des Ehrenamtes am 4. Dezember 2023 in Berlin hielt.

Ehrenamt macht einen Unterschied. Das durfte unser Verein „Medinetz Ulm e.V.“ in den letzten 15 Jahren reichlich erfahren. Mehreren hundert Menschen ohne Krankenversicherung haben wir zu Arztbesuchen verholfen. Mehrere Dutzende konnten durch unsere Hilfe einen Krankenversicherungsschutz erlangen. Darüber hinaus haben wir tausende Menschen für ein allzu häufig übersehenes Problem sensibilisiert: einen gerechten Zugang zu medizinischer Versorgung.

Das Medinetz blickt auf ereignisreiche, aber auch besorgniserregende Jahre zurück. Immer wieder kamen wir ehrenamtlich an unsere Grenzen. Menschen mit fehlendem, ungeklärtem und eingeschränktem Versicherungsschutz und damit fehlendem Zugang zu medizinischer Versorgung machen einen relevant großen Anteil in unserer Gesellschaft aus. Zur Begleitung und Koordination der Hilfeleistungen waren bislang Vereinsmitglieder gefordert, die wiederum auf ehrenamtlich tätige Ärztinnen/Ärzte angewiesen waren.

Zugleich übersteigt die Komplexität des Versicherungssystems die Kapazitäten ehrenamtlicher Strukturen und Betroffene können nicht adäquat beraten werden. Durch unsere politische Arbeit, die Kooperation des DRK Kreisverband Ulm e.V., die Unterstützung der Stadt Ulm und des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Ulm sowie den Projektgeldern des Landes Baden-Württemberg gelang es, eine professionelle Versorgungsstruktur und Anlaufstelle für Menschen ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz zu etablieren.

Dankbar und voller Stolz blicken wir auf über zwei Jahre unseres gemeinsamen Projekts „Gesundheit für Alle – Clearingstelle und Anonymer Behandlungsschein Ulm“. Hiermit haben wir uns als Verein jedoch nicht überflüssig gemacht, ganz im Gegenteil: Ehrenamt macht auch weiterhin einen Unterschied. Wir arbeiten ver-

trauensvoll in beratender und unterstützender Funktion mit dem DRK Kreisverband Ulm e.V. zusammen und engagieren uns darüber hinaus in vielen weiteren Gebieten. Dennoch sind die Kontinuität, die Professionalität und der Erfolg des Clearings durch Ehrenamt nicht gegeben. Wir bedanken uns herzlich für Ihre Bereitschaft, unser Projekt finanziell und ideell mitzutragen und freuen uns über weitere großzügige Unterstützung! Dieses Projekt ist eines von vielen Erfolgsmodellen in unserem Land und für unsere Gesellschaft von unbezahlbarem Wert.

L. Linderich

Lara Linderich

- Vorstandsmitglied Medinetz Ulm e.V. -

1. Das Wichtigste zuerst: Erkenntnisse aus dem Projekt

Das Projekt „Gesundheit für Alle – Clearingstelle und Anonymer Behandlungsschein Ulm“ berät Menschen ohne (ausreichenden) Krankenversicherungsschutz bei der Wiedereingliederung oder erstmaligen Aufnahme einer Krankenversicherung und vermittelt bei Bedarf medizinische Versorgung. Letzteres soll die Chronifizierungen von Krankheiten oder die Bildung von kostenintensiven Notfallbehandlungen vermeiden.

Der ehrenamtliche Verein Medinetz Ulm e.V. unterstützt Menschen ohne (ausreichenden) Krankenversicherungsschutz bereits seit mehreren Jahren. Das ehrenamtliche Engagement stieß bei den beiden Aufgaben der medizinischen Versorgung und Beratung zur (Wieder-) Erlangung eines Versicherungsschutzes aber an seine Kapazitätsgrenzen.

Im Projekt „Gesundheit für Alle – Clearingstelle und Anonymer Behandlungsschein Ulm“ werden beide Aufgaben durch hauptamtliche Mitarbeitende des DRK Kreisverbands Ulm e.V. übernommen, unterstützt durch ehrenamtliche Mitglieder von Medinetz Ulm e.V. Neben der Beratung zum Krankenversicherungsschutz steht ein Budget für die medizinische Versorgung zur Verfügung.

Im Folgenden werden zuerst die wichtigsten Erkenntnisse aus dem Projekt kurz zusammengefasst, bevor im Anschluss ein ausführlicher Projektbericht folgt.

Medizinische Versorgungslücke anerkennen

Trotz einer Pflicht zur Krankenversicherung leben in Deutschland de facto Menschen, die von einem fehlenden/unzureichenden Versicherungsschutz betroffen sind – unabhängig von Staatsangehörigkeit, Beschäftigungsverhältnis oder Aufenthalts- und Wohnstatus.

Eine Versorgungslücke kann durch verschiedene Faktoren ausgelöst werden, z.B.:

- Aufgrund individueller Lebensumstände können Betroffene nicht den bestehenden Strukturen der Krankenversicherung oder anderer Sozialsicherungssysteme mit entsprechenden Gesundheitsleistungen zugeordnet werden.

- Beitragsrückstände in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder Privaten Krankenversicherung (PKV) verhindern eine adäquate und zeitnahe medizinische Versorgung.¹
- Ansprüche gegenüber den zuständigen Trägern können durch die Betroffenen selbst nicht geltend gemacht werden.

Zwar handelt es sich bei den Betroffenen um eine Minderheit der in Deutschland lebenden Menschen, aber auch für diese ist die Gesellschaft verantwortlich.

Ist eine Versorgungslücke erkennbar, sollte sie von der Politik wahrgenommen und entsprechende Lösungsmöglichkeiten sollten formuliert und festgeschrieben werden.

Beratungslücke anerkennen

Hauptamtlich bestehende Beratungsstrukturen im sozialen Bereich mit einem breiten Aufgabenspektrum können eine Beratung zum Krankenversicherungsschutz nur bedingt ermöglichen.

Staatliche Stellen, wie z.B. Sozialämter oder Jobcenter können diesen Aufgaben erst nachkommen, wenn die Menschen nach objektiv festgelegten Kriterien hilfebedürftig und in den Sozialsystemen angebunden sind. Zusätzlich ist die Hürde der Kontaktaufnahme mit staatlichen Stellen für viele Betroffene sehr hoch.

Die Beratung zum Krankenversicherungsverhältnis erfordert Fachwissen, das in der allgemeinen Sozialberatung ebenfalls nur für eine Minderheit der Klientinnen/Klienten relevant ist. Allgemeine Sozialberatungsstellen und staatliche Stellen müssen dementsprechend viele Ressourcen binden, um einzelne Klientinnen /Kli-

¹ Bei Beitragsrückständen befinden sich Versicherte in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Leistungsruhen, in der Privaten Krankenversicherung (PKV) im Notagentarif. Zum Leistungsumfang siehe §16 Abs. 3a Satz 2 SGB V und <https://www.bundestag.de/resource/blob/410048/4afed3fb28b52133d7a507353affb568/wd-9-023-15-pdf-data.pdf> (Abruf: 11.05.2026)

enten adäquat zu beraten, dennoch fehlt teilweise weiterhin das Fachwissen. Die Expertise des Projekts zur (Wieder-) Eingliederung in die Krankenversicherung wird mittlerweile auch zielgerichtet von bereits bestehenden Beratungsstrukturen angefragt.

Projekte wie dieses können zeitliche und finanzielle Ressourcen, die an anderen staatlichen und kommunalen Beratungsstellen und Beratungsstellen freier Träger bei der Versorgung/Beratung einer Minderheit der Klientinnen/Klienten zu Fragen des Krankenversicherungsschutzes gebunden sind, freisetzen. Dazu zählen auch Ärztinnen/Ärzte und Praxen, bei denen Menschen ohne (ausreichenden) Versicherungsschutz bei medizinischem Bedarf direkt Unterstützung suchen.

Ehrenamt alleine reicht nicht: Hauptamtliches Engagement ist notwendig

Ehrenamtliche können bei der Bearbeitung der Versorgungs- und Beratungslücke unterstützen. Diese Aufgaben dürfen aber nicht ausschließlich ehrenamtlich tätigen Unterstützerinnen/Unterstützern und Ärztinnen/Ärzten übertragen werden. Überforderung der Helfenden bei gleichzeitig unzureichender Hilfeleistung für die Betroffenen sind keine Seltenheit: die individuellen Problemlagen der Klientinnen/Klienten sind komplex und emotional herausfordernd, behandeln Ärztinnen/Ärzte ehrenamtlich entstehen nicht unwesentliche Kosten bei der medizinischen Versorgung und zudem liegt es in der Natur des Ehrenamts, dass diese Strukturen unbeständig sind.

Für die medizinische Versorgung ist eine formale Ausbildung notwendig, für die Beratung zur (Re-)Integration in die Krankenversicherung oder ein anderes Sozialversicherungssystem mit entsprechenden Gesundheitsleistungen benötigt es spezialisiertes Wissen in der Sozialgesetzgebung. Beides kann nur bedingt durch Ehrenamtliche ausgeglichen oder erarbeitet werden, in beiden Fällen bedarf es hauptamtlicher Beratungs- und Unterstützungsstrukturen.

Heterogenität der Klientinnen/Klienten berücksichtigen

Menschen, die von einer fehlenden/unzureichenden medizinischen Versorgung betroffen sind, bilden eine sehr heterogene Gruppe. Es handelt sich um (ehemalige) Selbstständige, Menschen in prekären Beschäftigungsverhältnissen, Menschen mit psychischen Erkrankungen, Deutsche und Zugewanderte, Menschen ohne festen Wohnsitz und Menschen aller Altersgruppen – durch die Eltern sind auch Ungeborene, Kinder und Jugendliche betroffen.

Projekte zur Beratung hinsichtlich des Versicherungsstatus und der medizinischen Versorgung sollten so konzipiert sein, dass sie sich nicht hauptsächlich an eine Teilgruppe der Betroffenen in spezifischen Lebenslagen wenden (z.B. wohnungslose Menschen, Menschen mit Integrationsbedarf, etc.). Sie sollten zielgruppe- offen, diskriminierungsfrei, stigmatisierungsfrei und barrierearm nah am Wohnort der Betroffenen lokalisiert sein.

Beratung und medizinische Versorgung gehören zusammen

Projekte wie dieses müssen eine langfristige medizinische Versorgung durch eine (Wieder-)Eingliederung in eine Krankenversicherung oder ein anderes Sozialversicherungssystem mit entsprechenden Gesundheitsleistungen anstreben.

Die Versicherungslosigkeit ist für die Betroffenen oft schambehaftet. Einige haben bereits versucht, das Versicherungsverhältnis selbst zu klären – oft erfolglos. Hilfe wird meist erst in einer akuten medizinischen Situation aufgesucht.

Für Behandlungen im Akutfall sollten Projekte wie dieses immer eine Möglichkeit haben, medizinische Hilfe zu ermöglichen, da die Klärung des Versicherungsstatus oft sehr zeitaufwändig ist.

Dies dient nicht nur der Verhinderung von kostenintensiven Chronifizierungen und Notfällen, sondern auch der Vertrauensbildung, die für die Beratung notwendig ist:

- Die Bereitstellung von Behandlungsmöglichkeiten soll unabhängig von der Beratung erfolgen, um Vertrauen aufzubauen und Ausübung von Macht und Druck entgegenzuwirken.

- Behandlungsmöglichkeiten sollen nicht der Definitionen von Leistungsruhen und Notlagentarif² der Krankenversicherung folgen, sondern alle von den Klientinnen/Klienten als behandlungswürdig empfundene Situationen umfassen. Dazu zählen auch die unkomplizierte Behandlung von chronischen Erkrankungen und Wahrnehmung von Präventionsmaßnahmen.

Damit gehen die Aufgaben von Projekten wie diesem wesentlich über die Aufgaben von allgemeinen Sozialberatungsstellen hinaus, denen für die medizinische Versorgung i.d.R. kein Budget und keine spezifische fachliche Kompetenz zur Verfügung steht.

Projekte sollen regional sinnvoll konzipiert sein

Projekte wie dieses sollten zumindest regional, wenn nicht landesweit, gedacht werden.

Einerseits leben betroffene nicht nur in städtischen Gebieten, sondern auch in ländlichen Strukturen, auch wenn die Fallzahlen dort geringer ausfallen dürften. Andererseits kann eine gute Beratungsqualität nur über eine Zunahme an Fallzahlen realisiert werden. Projekte auf einzelne Gemeinden, mittelgroße Städte oder Landkreise zu beschränken, verhindert das.

Gleichzeitig sollen Beratungsangebote aber nah am Wohnort der Betroffenen möglich sein, damit eine fehlende Mobilität der Klientinnen/Klienten (z.B. nicht vorhandener PKW, beschränkt vorhandener ÖPNV in ländlichen Regionen, etc.) die Inanspruchnahme von Beratung und Hilfe nicht verhindert. Um diesen Widerspruch aufzulösen bedarf es flächendeckender Konzepte, die eine wohnortnahe Versorgung und Beratung und eine Zunahme an Fallzahlen vereinen.

² Bei Beitragsrückständen befinden sich Versicherte in der GKV im Leistungsruhen, in der PKV im Notlagentarif. Zum Leistungsumfang siehe §16 Abs. 3a Satz 2 SGB V und <https://www.bundes-tag.de/resource/blob/410048/4afed3fb28b52133d7a507353affb568/wd-9-023-15-pdf-data.pdf> (Abruf: 11.05.2026)

Für eine wohnortnahe medizinische Versorgung auch in ländlich und kleinstädtisch geprägten Region erscheint z.B. das Konzept des Anonymen Behandlungsscheins (ABS) sinnvoll, mit dem Klientinnen/Klienten durch niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte versorgt werden können.

Nachhaltige Projektentwicklung benötigt eine sichere Projektfinanzierung

Durch das Projekt konnte gezeigt werden, dass mit überschaubaren Finanzmitteln wesentliche Veränderungen erreicht werden konnten. Für die Beratung sind fast ausschließlich Personalmittel notwendig. Die nachgefragten medizinischen Leistungen umfassen oft eine Grundversorgung mit vergleichsweise geringem Finanzeinsatz, die allerdings über das Leistungsruhen/den Notlagentarif hinausgehen. Durch eine niederschwellige Kontaktaufnahme zur Beratung und medizinischen Versorgung mit Projekten wie diesem ergeben sich nicht nur wesentliche gesundheitliche Verbesserungen für einzelnen Klientinnen/Klienten. Ein verbesserter Gesundheitsstatus des Individuums kommt auch der Gesamtgesellschaft zu Gute.

Die notwendige Finanzierung zur Schließung der Beratungs- und Versorgungslücke sollte dabei nicht ausschließlich einzelnen Kommunen obliegen. Die Beratungs- und Versorgungslücke durch freie Träger zu schließen erscheint dabei sinnvoll, um einerseits die Schwelle zur Kontaktaufnahme für die Betroffenen so gering wie möglich zu halten und andererseits auch Menschen mit z.B. ungeklärtem Aufenthaltsstatus die Möglichkeit zu eröffnen, entsprechende Angebote wahrnehmen zu können.

Eine langfristige Finanzierung, entweder durch eine institutionelle Förderung oder längere Projektzeiträume (≥ 3 Jahre), sollte angestrebt werden. Nur dadurch können bereits erarbeitete Projektstrukturen langfristig und nachhaltig nutzbar gemacht werden:

- Speziell geschulten Mitarbeitenden, die sich im Sozialversicherungs- und Krankenversicherungsrecht fortgebildet haben, kann eine langfristige Perspektive eröffnet werden. Nur so verbleibt die Beratungskompetenz im Projekt. Hohe Personalfluktuationen konterkarieren die positiven Projektergebnisse.

- Medizinische Leistungsträger wie Praxen und Apotheken müssen eine Verlässlichkeit der Projektstrukturen erfahren. Kurze Projektlaufzeiten mit ungewisser Anschlussfinanzierung verringern diese oder verhindern die Bereitschaft, mit den Projekten zusammenzuarbeiten.
- Für Klientinnen/Klienten ist die Tatsache einer nicht (ausreichenden) Krankenversicherung oft schambehaftet. Nur eine langfristige Projektstruktur ermöglicht den notwendigen Vertrauensaufbau, der für die medizinische Versorgung und Beratung notwendig ist. Zudem ist das Clearing häufig zeitintensiv und umfasst mehrere Monate.
- Ehrenamtliche Strukturen können nach der Etablierung von Projekten wie diesem keine langfristige Versorgung, Vermittlung und Beratung auf demselben Niveau anbieten.

2. Projektbericht

2.1 Medizinische Versorgung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Die Erkenntnis, dass medizinische Versorgung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen werden soll, hat sich in Deutschland seit der Etablierung des Krankenversicherungswesens durch Otto von Bismarck etabliert.

Die medizinische Versorgung umfasst dabei nicht nur die Verhinderung und Behandlung individueller – also nicht ansteckender – Erkrankungen vor allem auch die Verhinderung der Verbreitung von Infektionskrankheiten.

Seither wurde das System zu einem umfänglichen sozialen Sicherungssystem ausgebaut,³ über die Zeit reformiert und den jeweiligen gesellschaftlichen Gegebenheiten angepasst. Als eine der letzten großen Reformen wurde im Jahr 2007 die Krankenversicherung als eine verpflichtende Versicherung erweitert.

Zusätzlich verpflichtet sich Deutschland in mehreren internationalen Vereinbarungen, das Recht auf Gesundheit zu achten, zu schützen und zu gewährleisten.⁴

2.2 Betroffene in Deutschland

Trotz einer Krankenversicherungspflicht gibt es in Deutschland Menschen, die über keinen (ausreichenden) Krankenversicherungsschutz verfügen. Darunter leidet nicht nur deren persönlicher Gesundheitszustand, sondern auch deren Teilhabe an der Gesellschaft. Betroffene sind allgegenwärtig und dennoch unsichtbar. Sie haben keine Lobby.

³ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/geschichte/> (Abruf: 11.05.2026)

⁴ Siehe dazu: Art. 25 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte; Art. 12 UN-Sozialpakt; Art. 35 Charta der Grundrechte der EU; UN Health Coverage – UN Deklaration

Um wie viele Menschen es sich dabei genau handelt, ist schwer zu beziffern, das Dunkelfeld ist groß. Schätzungen von großen Wohlfahrtsverbänden und Sozialwissenschaftler gehen davon aus, dass ca. 500.000 – 1 Mio. Menschen und damit ca. 1% der Bevölkerung betroffen sind.⁵ Somit sind in einer Großstadt mit 100.000 Einwohnern schätzungsweise ca. 1.000 Menschen betroffen. Einwohner ländlicher Gebiete sind ebenso betroffen, aufgrund fehlender Unterstützungsangebote aber oft noch weniger sichtbar als in Städten.

Bei einem **fehlenden Krankenversicherungsschutz** liegt keine Absicherung im Krankheitsfall vor. Im Extremfall kann das den Zugang zu medizinischer Hilfe nicht nur enorm erschweren, sondern sogar vollständig verhindern.

Ein **unzureichender Krankenversicherungsschutz** resultiert aus Beitragsschulden in der GKV (Leistungsruhen) oder PKV (Notlagentarif). In beiden Fällen werden die Behandlungskosten bei Akut- und Schmerzzuständen, Notfällen und Schwangerschaftsvorsorge geleistet. Das reicht zwar aus, solange Menschen gesund sind oder beispielsweise nach einem Unfall versorgt werden müssen, kommt aber oft schon bei zunächst unkomplizierten, insbesondere aber bei chronischen Erkrankungen und Präventionsmaßnahmen an seine Grenzen.

Als Resultat können sich bestehende Krankheiten chronifizieren oder durch eine initial fehlende Versorgung Akut- und Notfälle überhaupt erst entstehen.

In beiden Fällen kann davon ausgegangen werden, dass neben den gesundheitlichen und sozialen Konsequenzen für das Individuum die Kosten für die verspätete adäquate medizinische Versorgung wesentlich höher liegen, als die der Erstversorgung.

⁵ Demgegenüber geht der Mikrozensus 2025 von lediglich 73.000 Betroffenen in Deutschland aus. Allerdings hat diese Erhebungsmethode wesentliche methodische Schwächen bei der Erhebung von Dunkelfeldziffern. So werden große Betroffenenengruppen, z.B. Menschen ohne festen Wohnsitz, von der Methode kaum erfasst.

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/menschen-ohne-krankenversicherung-ein-oft-uebersehenes-problem-0f03a705-055c-4855-9a36-d06040aef11f> (Abruf: 11.05.2026)

https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/10/PD25_N060_23.html (Abruf: 11.05.2026)

Dass nur ein relativ kleiner Anteil der Gesamtbevölkerung von einem nicht (ausreichend) vorhandenen Krankenversicherungsschutz betroffen ist, zeigt das grundsätzliche Funktionieren des Systems. Nichtsdestotrotz gibt es Menschen, die durch das Raster fallen. Es handelt sich damit um eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung und Aufgabe, für die Betroffenen eine Lösung zu erarbeiten. Zusätzlich ist es notwendig, die Bevölkerung vor der Ausbreitung von Krankheiten zu schützen und explodierende Kosten durch Chronifizierung und Notfallbehandlungen zu verhindern.

2.3 Chancen und Grenzen des Ehrenamts

Der Verein Medinetz Ulm e.V. (Medinetz) unterstützt Menschen ohne (ausreichenden) Krankenversicherungsschutz in Ulm ehrenamtlich seit 2009 und steht in Verbindung mit Medinetz-Vereinen und Medibüros in ganz Deutschland, die sich diesen Menschen individuell und der gesetzlichen Lücke auf politischer Ebene angenommen haben. Der Verein wird in Ulm vor allem von Medizinstudierenden sowie Ärztinnen/Ärzten getragen. Medinetz ist selbst nicht ärztlich tätig und versucht bei Anfragen an ehrenamtlich tätige Ärztinnen/Ärzte zu vermitteln, auf deren Mithilfe der Verein angewiesen ist. Hier mangelt es leider oft an Kapazität oder Bereitschaft, diese Aufgabe wahrzunehmen. Die Vereinsarbeit finanziert sich durch Spendengelder. Durch Öffentlichkeitsarbeit, Lehrveranstaltungen an der Universität Ulm und politische Arbeit macht Medinetz auf die Situation nicht (ausreichend) krankenversicherter Menschen aufmerksam.

Ehrenamt lebt davon, dass Menschen ihre Zeit, ihre Energie und ihr Wissen neben ihrem Haupterwerb der Gesellschaft zur Verfügung stellen. Mitglieder von Medinetz befinden sich in der Ausbildung in einem hochanspruchsvollen Studiengang oder sind ärztlich tätig. Die Mitglieder sind damit zeitlich nicht so flexibel, wie es Anfragen nach medizinischer Versorgung benötigen und verfügen zudem nicht über ausreichendes Spezialwissen im Sozialversicherungsrecht. Hier kann Medinetz seinem eigenen Anspruch einer langfristigen (Re)Integration der Betroffenen in die medizinische Regelversorgung oft nicht gerecht werden.

Diese Herausforderungen des Ehrenamts und zugleich das Verständnis, medizi-

nische Versorgung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrzunehmen, hat dazu geführt, dass Medinetz Ulm e.V. sich, angelehnt an bereits bestehende Projekte in anderen Städten/Regionen Deutschlands⁶, um eine Professionalisierung der Versorgung von Menschen ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz bemüht hat. Daraus resultierten intensive Gespräche mit der Stadt Ulm, dem Institut für Allgemeinmedizin der Universität Ulm und der Liga der freien Wohlfahrtsverbände. Gemeinsam mit dem DRK Kreisverband Ulm e.V. und mit Unterstützung durch die Stadt Ulm und dem Institut für Allgemeinmedizin der Universität Ulm wurde schließlich das Projekt „Gesundheit für Alle – Anonymer Behandlungsschein und Clearingstelle Ulm“ ins Leben gerufen.

2.4 Gesundheit für Alle – Clearingstelle und Anonymer Behandlungsschein Ulm

Der DRK Kreisverband Ulm e.V. fungiert als Projektträger für das Projekt „Gesundheit für Alle – Clearingstelle und Anonymer Behandlungsschein Ulm“ und setzt das Projekt in enger Abstimmung mit Medinetz um. Zudem besteht ein regelmäßiger Austausch mit der Stadt Ulm und dem Institut für Allgemeinmedizin der Universität Ulm. Eine Projektförderung durch das Land Baden-Württemberg besteht seit November 2023, aktuell befindet sich das Projekt in der zweiten Förderperiode, zunächst befristet bis März 2027. Damit ist es erstmals möglich, in Ulm und Umgebung eine Beratung und medizinische Versorgung für Menschen ohne (ausreichenden) Krankenversicherungsschutz hauptamtlich zur Verfügung zu stellen und die Versorgungssicherheit wesentlich zu erhöhen.

⁶ Z.B. Anonymer Krankenschein Bonn e.V., Sächsischer Anonymer Behandlungsschein e.V., Clearingstelle Krankenversicherung Rheinland-Pfalz (Träger: Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.), u.a. Eine Übersicht von Anlaufstellen für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz findet sich z.B. auf <https://anonymer-behandlungsschein.de/> (11.05.2026 – 13:15)

2.5 Projektaufbau

Das Projekt besteht aus zwei Säulen und einer Querschnittsaufgabe:

Anonymer Behandlungsschein (ABS) – Medizinische Versorgung	Clearingberatung – langfristige Versorgungslösung
• auf Wunsch anonym • möglichst freie Arztwahl – Gleichbehandlung von Menschen mit und ohne KV • breite Einbindung von Ärztinnen/ Ärzten • Rechtssicherheit für med. Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer • Kontakt- und Vertrauensaufbau mit Klientinnen/Klienten für den Clearingprozess	• Prüfung, ob eine Rückführung in die KV möglich ist • Begleitung der Klientinnen/Klienten im Prozess • „Lotsenfunktion“ durch die KV-Landschaft mit allen Vorgaben und Vorschriften • Ggf. Rückführung in andere Sozialversicherungssysteme, falls eine (Wieder-) Aufnahme in die KV nicht möglich ist
Datenerhebung	
Informationen zur Projektsteuerung bereitstellen (Anzahl Kontaktanfragen, Höhe notwendiger Behandlungskosten, Zeitaufwand pro Anfrage, etc.)	

Anonymer Behandlungsschein (ABS)

Der ABS ermöglicht medizinische Versorgung für Klientinnen/Klienten und zugleich bekommen Praxen und Apotheken ihre Leistungen honoriert. Die Situation der Versicherungslosigkeit ist oft schambehaftet, viele Menschen haben trotz Behandlungsbedarf seit Jahren keine/n Ärztin/Arzt gesehen.

Oft dient der ABS der Vertrauensbildung und nach einer ersten medizinischen Versorgung kommt eine Beratung zur Klärung des Versicherungsstatus zustande.

Im Gegensatz zu anderen Städten wurde in Ulm darauf verzichtet, eine dezidierte Ambulanz zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne (ausreichenden)

Krankenversicherungsschutz aufzubauen.⁷ Stattdessen wird bei einem medizinischen Bedarf über das Projekt ein ABS ausgegeben, mit dem Klientinnen/Klienten in niedergelassenen Praxen eine medizinische Versorgung mit einer grundsätzlich freien Arztwahl in Anspruch nehmen können. Die Akzeptanz zur Abrechnung mittels ABS ist in den in Ulm und Umgebung ansässigen Arztpraxen und Apotheken sehr gut⁸. Ärztinnen/Ärzte haben die Sicherheit, dass die Kosten entsprechen übernommen werden und können sich nicht nur auf die Ausübung ihres Berufs zu konzentrieren, sondern auch die wirtschaftlichen Notwendigkeiten beim Führen einer Arztpraxis im Blick behalten.

Durch die Vergütung der Praxen konnte der Kreis der Medizinerinnen/Mediziner, die Menschen ohne (ausreichenden) Krankenversicherungsschutz versorgen, wesentlich erweitert werden, als das bei der Kooperation von Medinetz mit ausschließlich ehrenamtlich tätigen Ärztinnen/Ärzte der Fall war. Auch dadurch wird die medizinische Versorgungssicherheit wesentlich verbessert und die "Last" verteilt sich auf mehr Schultern.

Der ABS kann auch anonym ausgestellt werden: Menschen, die ohne Aufenthaltstitel in Deutschland leben, können Kontakt zum Projekt aufnehmen ohne Angst vor Ab- oder Ausweisung zu haben. In der Praxis kommt dies allerdings selten vor.

⁷ Bei der Bereitstellung einer Ambulanz auf mind. z.T. hauptamtlicher Basis ist mit hohen Kosten der Finanzierung zu rechnen. Sind zum Teil oder vollständig ehrenamtliche Mitarbeitende beim Betrieb einer Ambulanz eingebunden, ergibt sich wieder die Problematik einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung, die wesentlich von den Kapazitäten der ehrenamtlichen Mitarbeit abhängig ist.

⁸ Praxen können alle Leistungen, die sie im Rahmen des ABS erbringen, gegen Privatrechnung zum 1,3-fachen Satz GOÄ abrechnen. Um den Praxen den Verwaltungsaufwand so gering wie möglich zu halten, wurde dieser Satz aus den Abrechnungssätzen für Menschen im Notlagen- und Basistarif nach GOÄ ermittelt und gilt über alle Leistungen hinweg. Die Kostenübernahme ist pro ABS auf 500,00 € gedeckelt und betrifft alle medizinisch notwendigen Leistungen. Im Rahmen der Gültigkeit von i.d.R. vier Wochen können mehrere Behandlungen in der initial behandelnden Praxis durchgeführt werden. Werden Behandlungen in mehreren Praxen benötigt, ist die Ausstellung weiterer ABS notwendig. Für die Versorgung mit Medikamenten wird zu jedem ABS ein Apothekenabrechnungsschein für verschreibungspflichtige Medikamente ausgestellt.

Clearingberatung

Die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter im Projekt können den Versicherungsstatus *nicht für* Klientinnen/Klienten klären, sondern nur zusammen *mit ihnen*. Zumindest eine Mitwirkung ist immer erforderlich.

Eine Klärung des Versicherungsstatus dauert Tage, Wochen oder sogar Monate. Oft suchen Klientinnen/Klienten das Projekt aber erst auf, wenn eine medizinische Behandlung bereits notwendig ist, das Clearing und die medizinische Versorgung finden dann parallel statt.

Die Klärung des Versicherungsstatus hängt von der Erwerbssituation, Vorversicherungszeiten, Aufenthaltsstatus, Familienstand und weiteren Faktoren ab und ist immer hochindividuell. „Standardlösungen“ gibt es meist nicht.

Viele Klientinnen/Klienten versuchen bereits vor der Kontaktaufnahme selbst eine Lösung für ihre Fragestellung zu erarbeiten, finden aufgrund der Komplexität der gesetzlichen Grundlagen aber häufig keinen Abschluss.

Zusätzlich prüfen Krankenversicherer Informationen oft nur hinsichtlich der beantragten Art der Mitgliedschaft, nicht aber im Hinblick auf weitere Möglichkeiten des Zugangs zur Krankenabsicherung.

Weiter ist die Beratung bei Beitragsschulden in der GKV oder PKV und der damit verbundene unzureichende Versicherungsschutz ein essentieller Teil der Beratungsarbeit.

Für die Beratung ist einerseits spezifisch geschultes Personal mit expliziten Weiterbildungen im Sozialversicherungsrecht erforderlich. Andererseits muss die Beratungsstelle kontinuierlich erreichbar sein, damit Rückmelde- und Widerspruchsfristen durch die Fachberaterinnen/Fachberater gemeinsam mit Klientinnen/Klienten eingehalten werden können.

Datenerhebung

Ein wesentlicher Bestandteil des Projekts ist die Datenerhebung. Damit ist es erstmals möglich für Ulm und die direkt angrenzenden Landkreise abzuschätzen, wie viele Menschen in der Region betroffen sind, wie sich die Betroffenenstruktur dar-

stellt und wie sinnvolle Beratungs- und Hilfsstrukturen aufgebaut sein könnten und sollten.

Was das Projekt macht – und was nicht

Das Projekt „Gesundheit für Alle – Clearingstelle und Anonymer Behandlungsschein Ulm“ ist eine Anlaufstelle für Betroffene ohne (ausreichenden) Krankenversicherungsschutz.

Das Projekt ist kein Ersatz für eine adäquate Absicherung im Krankheitsfall, sondern bietet Hilfe zur (Re-)Integration in ein Versicherungssystem und medizinische Versorgung im Akutfall⁹.

Eine derart professionelle, interdisziplinäre und vielschichtige Fallbearbeitung kann auf ehrenamtlicher Basis, z.B. von Vereinen wie Medinetz Ulm e.V., nicht ermöglicht werden.

2.6 Nachfrage nach Projektleistungen

Struktur der Klientinnen/Klienten

Eine Projektförderung besteht seit November 2023. Nach notwendigen Vorarbeiten wurde im März 2024 mit der Beratung (Clearing) und der Ausgabe des ABS begonnen. Bis Februar 2026 wurden 335 Anfragen nach allen Projektleistungen (Beratung und/oder medizinischer Versorgung) verzeichnet. Im Durchschnitt entspricht das 14 Kontaktanfragen pro Monat und zeigt eine deutliche Nachfrage nach den Projektleistungen.

⁹ Akutfall wird definiert als jede von Klientinnen/Klienten als behandlungswürdig empfundene Situation. Auf Basis einer ärztlichen Einschätzung erfolgt dann gegebenenfalls eine weitere Therapie. Damit geht die Definition wesentlich über das Behandlungsspektrum im Leistungsruhen/Notlagentarif hinaus, eine Verhinderung von Chronifizierungen oder die Bildung von Notfällen ist damit überhaupt erst möglich.

In 65,7% der Anfragen ist es zu einer Clearingberatung gekommen, in 28,66% nur zu einer medizinischen Versorgung. 5,7% der Anfragen wurden an andere Clearing- oder Beratungsstellen vermittelt oder es erfolgte ein direkter Kontaktabbruch durch Klientinnen/Klienten ohne Erstgespräch.

Die Geschlechtsverteilung war im untersuchten Zeitraum ausgewogen. Bei 9,82% der Frauen, die Kontakt zum Projekt aufgenommen haben, lag eine Schwangerschaft vor.

Über die Hälfte der Klientinnen/Klienten ist zwischen 18 und 67 Jahre alt und damit im erwerbstätigen Alter. Herauszuheben ist, dass 12,2% der Klientinnen/Klienten minderjährig sind. Hier können durch fehlenden Krankenversicherungsschutz altersgerechte Vorsorgeuntersuchungen oder Grundimmunisierungen durch Impfungen nicht gewährleistet werden.

Etwa drei Viertel der Klientinnen/Klienten haben eine deutsche, EU- oder andere europäische Staatsbürgerschaft. Deutsche Staatsbürger stellen dabei die größte Gruppe dar (40,6%). Menschen aus anderen EU-Staaten (30,4%) und anderen europäischen Ländern (28,9%) sind etwa gleich stark vertreten.

Unabhängig von der Herkunft kommen 35,5% der Anfragen von Menschen, die ihren Wohnsitz nicht in Ulm, sondern in den angrenzenden Landkreisen haben. Der Alb-Donau-Kreis stellt dabei den Landkreis mit den meisten Anfragen dar. Das zeigt, dass auch Menschen, die in klein-, mittelstädtischen und ländlichen Gebieten leben von einem fehlenden/unzureichenden Krankenversicherungsschutz betroffen sind.

Klientinnen/Klienten kommen aus allen gesellschaftlichen Schichten: Es handelt sich z.B. um (ehemalige) Selbstständige, Menschen in prekären Beschäftigungsverhältnissen und/oder mit geringen Einkommen und Renten, Menschen ohne festen Wohnsitz, Arbeitsmigrant/innen oder Menschen ohne Aufenthaltsstatus.

In fast 70% der Fälle nehmen Klientinnen/Klienten Kontakt mit dem Projekt durch die Vermittlung anderer Beratungsstellen auf (z.B. Schuldnerberatung, allgemeine Sozialberatungsstellen, Vermittlung durch Arztpraxen, etc.). Hier spiegelt sich der Bedarf des Angebots, gerade auch für vermittelnde Hilfsorganisationen und Anlaufstellen wider und deutet auf eine gute Vernetzung des Projekts innerhalb der Unterstützungsangebote in Ulm hin.

Nachfrage nach medizinischer Versorgung

Im Erhebungszeitraum hatten 176 der 335 Klientinnen/Klienten Bedarf nach einer medizinischen Versorgung, das entspricht 52,5%. Für diese Menschen wurden in 340 Fällen eine Behandlung vermittelt. Bei 116 Klientinnen/Klienten (65,9%) war nur ein einzelner Arztbesuch notwendig, bei 60 Klientinnen/Klienten (34,1%) war mindestens eine weitere Folgebehandlung notwendig.

Durchschnittlich entspricht das 13,1 Anfragen nach medizinischer Versorgung pro Monat.

Von diesen 340 Behandlungsfällen ist in 23,8% keine Rechnung gestellt worden. Damit wurde die Behandlung durch Klientinnen/Klienten entweder doch nicht in Anspruch genommen, oder Ärztinnen/Ärzte haben unentgeltlich behandelt.

83% der Anfragen wurde an eine allgemeinmedizinische, zahnmedizinische, kinderärztliche oder gynäkologische Praxis vermittelt. Nur in 17% waren Ärztinnen/Ärzte andere Fachrichtungen notwendig. Dies zeigt einen hohen Bedarf an medizinischer Grundversorgung, was sich auch in den Behandlungskosten widerspiegelt: Die Höhe der durchschnittlichen Kosten pro Behandlung (inkl. Medikamente, wenn notwendig) lag bei 246,50 €. Allerdings zeigt eine genauere Betrachtung, dass in 68,5% der Fälle die reinen Behandlungskosten unter 100,00 € betrugen. War die Verordnung von Medikamenten notwendig, lagen in 61,2% der Verordnungen die Kosten unter 100,00 €.

Nachfrage nach Clearing-Beratung

Insgesamt befinden und befanden sich 239 Klientinnen/Klienten in der Clearingberatung zur (Wieder-)Erlangung eines vollständigen Krankenversicherungsschutzes oder der Integration in ein anderes Sozialsicherungssystem mit Gesundheitsleistungen.

Davon sind aktuell 14,2% noch im Beratungsprozess, 85,8% werden als abgeschlossen geführt. Bei den abgeschlossenen Fällen zeigt sich folgende Verteilung:

- 41% wurden positiv beendet:
Eine Vermittlung in eine GKV, eine PKV, ein Aufheben des Leitungsruhens (z.B. durch eine Vereinbarung zur Ratenzahlung) oder eine Integration in ein ande-

res Sozialsicherungssystem mit Gesundheitsversorgung war möglich. Vereinzelt war der Versicherungsstatus auch bereits zu Beratungsbeginn korrekt, jedoch wurde über die Ansprüche aufgeklärt.

- 7,3 % wurden weitervermittelt an eine Clearingstelle näher am Wohnort oder andere Beratungsstellen (z.B. Allgemeine Sozialberatung eines anderen Trägers), die die weitere Betreuung übernommen haben.
- 3,4 % wurden nicht positiv beendet:
Es war nicht möglich, eine Versicherungslösung oder die Vermittlung in ein anderes Sozialsicherungssystem mit Gesundheitsleistungen zu erreichen.
- Bei knapp der Hälfte aller Fälle (48,3%) fand trotz teils positiver Voraussetzungen zur (Re)Integration in eine Krankenversicherung oder ein anderes Sozialsicherungssystem mit entsprechenden Gesundheitsleistungen ein Kontaktabbruch durch Klientinnen/Klienten statt.

Das bedeutet nicht, dass das Clearing nicht positiv verlaufen ist. Es kann durchaus sein, dass Klientinnen/Klienten es geschafft haben, den Versicherungsstatus nach einer Beratung durch das Projekt selbst zu klären, ohne dass die Information wieder zurück zum Projekt gelangt ist. In 33,9 % dieser Fälle ist nach einem Erstgespräch auch davon auszugehen, dass eine positive Klärung des Versicherungsstatus wahrscheinlich möglich gewesen wäre, auch wenn das nicht final beurteilt werden kann, ohne dass der Prozess abgeschlossen ist.

3. Fazit

Durch die Datenerhebung und Dokumentation der Kontaktaufnahmen konnte gezeigt werden, dass eine große Nachfrage nach den Projektleistungen besteht. Damit konnte die Existenz von Menschen ohne (ausreichenden) Krankenversicherungsschutz in Ulm und den angrenzenden Regionen bewiesen werden, auch wenn sie im Alltag für die Bevölkerung aber auch für Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern von Ämtern, Krankenversicherungen oder in Arztpraxen, etc. meist unsichtbar sind. Sie aufgrund einer fehlenden Lobby oder Sichtbarkeit zu leugnen, verkennt die Realität. Gleichzeitig zeigt die Datenerhebung einen guten Erfolg bei der (Wieder-)Eingliederung in die Krankenversicherung oder ein anderes Sozialsicherungssystem mit entsprechenden Gesundheitsleistungen und damit die Nachhaltigkeit des Projekts.

Projekte wie dieses zielen explizit nicht darauf ab, medizinische Versorgung für einen kleinen Teil der Bevölkerung kostenlos zur Verfügung zu stellen, für die ein Großteil der Gesellschaft durch die Mitgliedschaft in den jeweiligen Krankenversicherungen selbst aufkommen muss. Ziel ist es vielmehr, eine medizinische Akutversorgung gemeinsam mit einer kompetenten Beratung zur Absicherung im Krankheitsfall zu ermöglichen. Denn die Betroffenen benötigen eine initiale Unterstützung, um langfristig nicht nur Verantwortung für ihre eigene Gesundheit übernehmen zu können, sondern um auch wieder ein aktiver Teil der Gesellschaft sein zu können. Zugleich muss diese Gesellschaft so gut wie möglich vor den medizinischen und finanziellen Folgen einer unzureichenden/fehlenden medizinischen Versorgung geschützt werden.

Projekte wie dieses sind als Anlaufstellen unabdingbar: Einerseits zeigen sie Betroffenen Lösungsmöglichkeiten für den jeweils individuellen Fall im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen auf. Andererseits geben sie den Betroffenen eine Lobby und zeigen im gesellschaftlichen Diskurs, wie die medizinische Versorgung verbessert werden kann und wo in der Gesetzgebung Lücken sind, die Teilen der Gesellschaft den Zugang zur Absicherung im Krankheitsfall erschweren oder verwehren. Und um diesen Aufgaben gerecht zu werden, brauchen Projekte wie dieses eine langfristige Perspektive, die nur durch eine nachhaltige Finanzierung gewährleistet werden kann.

Bei Rückfragen zum Projekt:

Gesundheit für Alle – Clearingstelle und Anonymer Behandlungsschein Ulm

DRK Kreisverband Ulm e.V.

Tobias Schwetlik (Kreisgeschäftsführer):

Tel.: 0731/14-44-0; E-Mail: tobias.schwetlik@drk-ulm.de

Martina Söll (Projektkoordination):

Tel.: 0731/14 44-92; E-Mail: clearingstelle@drk-ulm.de

Medinetz Ulm e.V.

Lara Linderich (Vorständin), Yudith Ntibizerwa (Vorständin), Michael Grimminger (Vorstand):

E-Mail: kontakt@medinetz-ulm.de

Impressum

Deutsches Rotes Kreuz (DRK) Kreisverband Ulm e.V.

Frauenstr. 125, 89073 Ulm

Tel.: 0731/14 44-0; Fax: 0731/14 44-50

E-Mail: info@drk-ulm.de / Web: www.drk-ulm.de

Vertretungsberechtigt:

Der DRK Kreisverband Ulm e.V. wird gesetzlich vertreten durch den Geschäftsführer Tobias Schwetlik und den Präsidenten Gunter Czisch.

Vereinsnummer:

Der DRK Kreisverband Ulm e.V. ist im Vereinsregister beim Amtsgericht Ulm unter der Registernummer VR 13 eingetragen

Gefördert
durch



**Baden-Württemberg
Ministerium für Soziales,
Arbeit und Gesundheit**

Finanziert aus Landesmitteln, die der Landtag von Baden-Württemberg beschlossen hat.