

Gesundheitsversorgung für Alle

Probleme bei der Umsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit in Deutschland



Nele Wilk



Johannes Lauxen

Verschärfungen im Bereich der staatlichen Existenzsicherung und im Aufenthaltsrecht werden dazu führen, dass mehr Menschen in Armut geraten und einen erschwerten Zugang zu Gesundheitsversorgung haben. Bereits jetzt führen gesetzliche und administrative Hürden dazu, dass ein Teil der Bevölkerung von medizinischer Versorgung ganz oder teilweise ausgeschlossen ist. Viele dieser betroffenen Personen suchen Hilfe bei den bestehenden Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherung. Der Beitrag beleuchtet die aktuelle Situation und zeigt Lösungsansätze für eine besser gesundheitliche Versorgung für alle Menschen in Deutschland.

Trotz der allgemeinen Versicherungspflicht seit 2009 leben Menschen ohne ausreichende Absicherung im Krankheitsfall in Deutschland. Die genaue Anzahl der betroffenen Personen wird bisher nur unzureichend erfasst. Das statistische Bundesamt beruft sich auf Mikrozensus-Daten. Diese Erhebungen berücksichtigen bestimmte Gruppen nicht, die überproportional häufig von einem fehlenden Krankenversicherungsschutz betroffen sind, wie beispielsweise wohnungslose Personen. Die Dunkelziffer ist daher hoch. So unterschiedlich wie die betroffenen Personen, so unterschiedlich sind auch die Gründe für einen fehlenden oder unzureichenden Krankenversicherungsschutz. Aktuell beraten bundesweit 26 Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherung diese Menschen und unterstützen sie darin, ihr Recht auf gesundheitliche Versorgung wahrnehmen zu können. Weitere Projekte befinden sich in einer Planungs- oder Aufbauphase, andere existieren Mangels Finanzierung bereits nicht mehr. Davon sind einige Angebote nur kom-

munal, andere landesweit. Gar keine Angebote gibt es bisher in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Schleswig-Holstein. Immer dann, wenn neue Anlaufstellen entstehen, wird in der Region der Bedarf erst richtig sichtbar. Überall da, wo es keine Anlaufstellen gibt, wenden sich Menschen an die existierenden Angebote, die allerdings aufgrund der Förderbestimmungen diesen Ratsuchenden nicht weiterhelfen können.

Der Zuwachs an Beratungsangeboten ist einerseits erfreulich, weil die betroffenen Menschen dringend Hilfe benötigen. Die Betroffenen profitieren davon, dass Ehrenamtliche und Zivilgesellschaft gemeinsam mit Kommunen und Bundesländern diese Arbeit leisten. Wenn Menschen aber andererseits erst eine Clearingstelle aufsuchen müssen, um ihr Menschenrecht auf angemessene gesundheitliche Versorgung wahrnehmen zu können, dann erfüllt der Sozialstaat seine Aufgaben nur ungenügend. Mit der Einrichtung von Clearingstellen, anonymen Behandlungsscheinen und spendenfinanzierten Anlaufstellen für

Menschen ohne Krankenversicherung werden momentan also Lücken des Sozialstaats gefüllt. Diese zu beseitigen ist aber eigentlich die Aufgabe der Bundesregierung.

Gesetzeslage ist komplex und dringend reformbedürftig

Das Menschenrecht auf Gesundheit und medizinische Versorgung, wie es beispielsweise in Artikel 12 des UN-Sozialpaktes (Infokasten) beschrieben ist, kann durch einen Flickenteppich lokaler Lösungen nicht ausreichend umgesetzt werden. Es bedarf daher dringend gesetzlicher Reformen auf Bundesebene, die einen Zugang zur Versorgung für alle Betroffenen ermöglichen, statt ihn zu erschweren. Solange es noch keine ausreichenden Gesetzesänderungen dieser Art gibt, braucht es für die bestehenden, überbrückenden Unterstützungsangebote zumindest eine dauerhafte Finanzierung. Nur so können ausreichende personelle Ressourcen, ein kontinuierliches und flächendeckendes Beratungsangebot und eine hohe Qualität der Beratung gewährleistet



werden. Für Menschen, die nicht versicherbar oder aktuell nicht versichert sind, braucht es außerdem eine flächendeckende und niedrigschwellige Möglichkeit, Behandlungen aus staatlichen Mitteln zu finanzieren. Sogenannte Anonyme Behandlungsscheine werden bereits an einigen Orten in Deutschland ausgegeben, um notwendige Behandlungen möglich zu machen. Dieses Modell sollte bundesweit Anwendung finden.

Aufgrund der bestehenden Gesetzeslage gelten je nach Herkunft und Lebenslage unterschiedliche Voraussetzungen für eine Absicherung im Krankheitsfall. Generell bestehen bei den Hilfesuchenden oft bürokratische und sprachliche Hürden bei der Erlangung eines Krankenversicherungsschutzes. Die Gesetzeslage ist hochkomplex und die Betroffenen sind auf eine gute Beratung angewiesen. Dies wird alleine daran deutlich, dass Clearingstellen immer wieder auch Anfragen aus Behörden, Kliniksozialdiensten und von rechtlichen Betreuer*innen erhalten, die mit der Gesetzeslage überfordert sind. Ein auffallendes Hindernis ist dabei die häufig fehlende oder falsche Beratung durch Krankenversicherungen und Sozialleistungsträger. Diese kommen ihrer Beratungspflicht leider oft nicht angemessen nach. Das geht teilweise soweit, dass nur mit Hilfe der Clearingstellen offensichtlich be-

stehende Rechtsansprüche der Hilfesuchenden aktiv und unter Nennung der relevanten Paragraphen erstritten werden können. Darüber hinaus, warten manche Krankenversicherungen wochenlang, bis sie angeforderte Antragsunterlagen verschicken. Sie verlangen immer wieder neue Nachweise und weisen sogar ratsuchende Menschen ab, ohne ihnen die korrekten Antragswege zu eröffnen. Auch eine telefonische Auskunft, z. B. durch die unabhängige Patientenberatung ist für viele Betroffene nicht ausreichend. Sie benötigen eine engmaschige Begleitung im Antragsprozess, um ihre Ansprüche geltend zu machen.

Verschiedene Personengruppen suchen Rat bei den Clearingstellen

Zu den Ratsuchenden zählen unter anderem Menschen mit Beitragsschulden. Diese führen zu einem stark eingeschränkten Leistungsanspruch. Auch Mitglieder einer Krankenkasse haben deshalb nicht immer eine umfängliche Gesundheitsversorgung. Insbesondere bei Selbstständigen können schnell hohe Beitragsschulden zustande kommen. Nach längeren Versicherungslücken entstehen zudem rückwirkende Beitragsforderungen. Armutsbetroffene Menschen, die in ihrer schwierigen Lebenslage die Kraft aufbringen, sich um einen Versicherungsschutz zu bemühen, sind deshalb oft mit hohen Schulden konfron-

tiert. Falschauskünfte sind hier leider verbreitet. Betroffene werden im Gespräch mit den Krankenkassen häufig mit überhöhten Beitragsschulden regelrecht abgeschreckt. Die tatsächlich nachzuzahlenden Beiträge liegen oft deutlich niedriger. Dies kann dazu führen, dass Menschen, die einen Rechtsanspruch auf eine Krankenversicherung haben, sich aus Angst vor der Schuldenlast gegen eine Krankenversicherung entscheiden.

Das Bundesamt für Soziale Sicherung hat im März 2023 eine Statistik zu Beitragsschulden in der Sozialversicherung herausgegeben. Demnach sind die Beitragsschulden in der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung auf einen neuen Rekordwert von über 20 Milliarden EUR gestiegen. Den größten Zuwachs gab es in der Krankenversicherung. 2013 ermöglichte der Gesetz-

Info

Das Recht auf Gesundheit (Art. 12 UN-Sozialpakt):

(1) *Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.*

(2) *Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Maßnahmen zur*

- a) Senkung der Zahl der Todegeburten und der Kindersterblichkeit sowie zur gesunden Entwicklung des Kindes;*
- b) Verbesserung aller Aspekte der Umwelt- und der Arbeitshygiene;*
- c) Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer, endemischer, Berufs- und sonstiger Krankheiten;*
- d) Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.*



Bilder: Andreas Reeg

**GESUNDHEIT
FÜR ALLE
STATT PROFIT
FÜR WENIGE**

geber schon einmal einen Schuldenerlass in der Krankenversicherung. Eine solche Maßnahme ist erneut dringend erforderlich.

Ab dem Alter von 55 Jahren ist ein Wechsel vom privaten in das gesetzliche System meist nicht mehr möglich. In den medizinischen Anlaufstellen werden oft Menschen beraten, die früher einmal privat und dann lange nicht versichert waren. Der Weg zurück in eine private Krankenversicherung ist für diese Personengruppe meist noch mühsamer als in das gesetzliche System. Wenn Betroffene die hohen Kosten nicht aus eigenen Mitteln zahlen können, entscheiden sie sich häufig für ein Leben ohne Krankenversicherung.

Mit der Einführung der sogenannten „Überbrückungsleistungen“ sind seit Dezember 2016 viele EU-Bürger*innen von sozialstaatlichen Leistungen ausgeschlossen. Der Weg in die Soziale Sicherung ist für diese Personengruppe kompliziert, häufig mit fehlerhaften Ablehnungsbescheiden verbunden und muss dann hart erstritten werden. Das liegt unter anderem daran, dass sie vermehrt im Niedriglohnssektor und in Ausbeutungsverhältnissen beschäftigt sind. Aufgrund von zu-

nehmender existentieller Armut in den Herkunftsländern, sind diese Menschen darauf angewiesen, auch eine Arbeit anzunehmen, bei der sie nicht sozialversichert werden. Selbst wenn erwerbslose, neu zugezogene EU-Bürger*innen sich eine deutsche Krankenversicherung leisten könnten, ist ihnen der Zugang zur Krankenversicherung in der Regel zunächst verwehrt. 2021 entschied der Gerichtshof der Europäischen Union, dass auch wirtschaftlich inaktive EU-Bürger*innen einen Zugang zum Gesundheitssystem haben müssen (vgl. EuGH Entscheidung vom 15.07.2021 (AZ: C-535/19). Die deutschen Regelungen werden dieser Entscheidung nicht gerecht.

Bei Menschen aus Drittstaaten führt oft ein unregelmäßiger Aufenthaltsstatus dazu, dass diese Menschen sich nicht versichern können. Auch Personen mit unregelmäßigem Aufenthalt haben einen rechtlichen Anspruch auf Gesundheitsversorgung. Nach § 87 Aufenthaltsgesetz ist das Sozialamt bei einer Kostenübernahme der Behandlung verpflichtet, die Personendaten an die Ausländerbehörde zu übermitteln. Diese Übermittlungspflicht führt daher dazu, dass mit der Beantragung dieser Leistungen die Ausweisung und Abschiebehaft drohen (Weitere Informationen: <https://gleichbehandeln.de>).

Selbst Menschen mit einer legalen Aufenthaltserlaubnis werden teilweise durch Regelungen des Aufenthalts- sowie Sozialrechts von einer Kranken-

versicherung ausgeschlossen. Zudem können ungeklärte Zuständigkeiten, z. B. zwischen Kommunen, dazu führen, dass Menschen zwischenzeitlich ohne Absicherung im Krankheitsfall dastehen und dennoch dringend Hilfe benötigen. Reise- und Auslandskrankenversicherungen, die Voraussetzung zur Visavergabe sind, haben oft einen viel zu kleinen Leistungsumfang. Dies ist vielen Betroffenen nicht bewusst.

2026 sollen die Regelsätze für Bürgergeld und Grundsicherung voraussichtlich nicht erhöht werden. Eine Teilhabe am sozialen Leben ist für Armutsbetroffene damit nicht möglich. Bereits jetzt sind für die Gesundheitspflege nur 21,49 € vorgesehen. So kommen auch Menschen mit Leistungsbezug jetzt schon zu den Anlaufstellen für Menschen ohne Krankenversicherung, weil sie sich beispielsweise rezeptfreie Medikamente, Zahnersatz und Sehhilfen sowie Verhütungsmittel nicht leisten können. Empfänger*innen von sozialen Transferleistungen sollten von Zuzahlungen gänzlich befreit werden. Notwendige Heil- und Hilfsmittel müssen für sie kostenfrei sein. Mit der geplanten Einführung einer „Neuen Grundsicherung“ durch die amtierende große Koalition, sind Leistungskürzungen und verschärfte Sanktionen zu erwarten. Bei Sanktionierung müssten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung unbedingt weitergezahlt werden, damit die Betroffenen sich nicht verschulden und aufgrund von eingeschränkten Versicherungsleistungen

vermehrt Anlaufstellen für Menschen ohne Krankenversicherung aufsuchen. Ab dem 1. April 2026 werden Geflüchtete Ukrainer*innen kein Bürgergeld mehr erhalten, sondern so wie Geflüchtete im regulären Asylverfahren nur noch die eingeschränkten Asylbewerberleistungen. Damit geht auch eine eingeschränkte Gesundheitsversorgung einher. Um Armut und Unterversorgung vorzubeugen, sollte das Asylbewerberleistungsgesetz wieder abgeschafft werden, damit geflüchtete Menschen bereits vom ersten Tag an in die reguläre Sozial- und Krankenversicherung integriert sind. Mindestens aber sollten Gesundheitsleistungen im Asylbewerberleistungsgesetz denen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen. Diese sind bereits so definiert, dass sie das „Maß des Notwendigen“ nicht überschreiten dürfen.

In sogenannten „Dublin-Fällen“ können Asylsuchenden seit neuestem sogar alle Leistungen inklusive der Krankenhilfe gestrichen werden. Mehrere Gerichtsurteile haben diese Praxis bereits als verfassungs- und europarechtswidrig bezeichnet. Von Dublin-Fällen spricht man, wenn bei in Deutschland Asylsuchenden gemäß Dublin-III-Verordnung ein anderer Staat für das Asylverfahren zuständig ist. Seit 18. Oktober 2024 hat der Bundestag Leistungsausschlüsse in § 1 Abs. 4 AsylbLG für Asylsuchende beschlossen, für deren Asylverfahren ein anderer Staat zuständig ist und die keine Duldung erhalten.

Die große Koalition hat im Juni 2025 zudem den Familiennachzug zu subsidiär Schutzberechtigten ausgesetzt. Diese Regelung bedeutet für viele schutzberechtigte Menschen eine unzumutbare und rechtswidrige Verlängerung von Familientrennungen, die häufig bereits seit Jahren bestehen. Damit werden grundlegende Menschen- und Kinderrechte verletzt, z. B. das Recht auf Familienleben. Die andauernde Trennung von der Familie zählt zu den gravierendsten psychischen Belastungen für Kinder und Jugendliche. Dabei ist die psychiatrische und psychologische Versorgung von Geflüchteten ohnehin

unzureichend. Durch die Aussetzung wird außerdem ein wichtiger legaler Fluchtweg versperrt. Es ist zu befürchten, dass deshalb mehr Menschen unerlaubt einreisen werden. Auch diese Personengruppe wird im Krankheitsfall wieder auf die Hilfe von Anlaufstellen für Menschen ohne Krankenversicherung angewiesen sein.

Lösungsansätze und Forderungen

Um das Menschenrecht auf Gesundheit nachhaltig zu gewährleisten, haben der Bundesverband Anonymer Behandlungsschein und Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherungen (BACK) und das Netzwerk Ärzte der Welt ihre Lösungsansätze und Forderungen in einem Positionspapier zusammengefasst. Sie fordern einen diskriminierungsfreien Zugang zu Gesundheitsversorgung für alle Menschen, die in Deutschland leben (📄 https://anonymer-behandlungsschein.de/wp-content/uploads/2025/04/BACK-Forderungspapier_2025.pdf)

Zentral ist die Forderung, ein einheitliches, für alle zugängliches Versicherungssystem zur solidarischen Finanzierung des Gesundheitswesens einzuführen und die Trennung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung abzuschaffen. Daneben ist eine Stärkung und der strukturelle Einbezug der Sozialen Arbeit zur Klärung und Unterstützung von Menschen bei der (Re-)Integration in das Kranken-/ Sozialversicherungssystem und zur langfristigen finanziellen und existenziellen Sicherung notwendig. Dies schließt eine entsprechende Finanzierung der Sozialen Arbeit ein. Neben der sozialarbeiterischen Unterstützung ist sicherzustellen, dass Kosten für notwendige medizinische Behandlungen übernommen werden können, solange die (Re-)Integration (noch) nicht gelungen ist. Vorgeschlagen wird hierfür ein bundesweiter Behandlungsfonds zur Finanzierung eines Anonymen Behandlungsscheins. Bis zu der vorgeschlagenen grundlegenden Reform des bestehenden Krankenversicherungs- und Sozialleistungssystems schlägt der Bundesverband für eine Reihe von Problemstellungen Lö-

sungsmöglichkeiten vor, um die Situation der betroffenen Menschen kurzfristig zu verbessern. Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAGW) fordert in einem aktuellen Empfehlungspapier ebenfalls niedrigschwellige medizinische Versorgungsangebote und einen flächendeckenden Ausbau von Clearingstellen zur Klärung des Krankenversicherungsstatus und zur Regulierung von Beitragsschulden gefordert (📄 https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/POS/POS_25_BAGW_Gesundheit_Niedrigschwellige_medizinische_Versorgungsangebote.pdf)

■ **Nele Wilk, Sozialarbeiterin, Arbeitsbereichsleiterin Soziale Beratung, Armut und Gesundheit e. V., Beraterin, Clearingstelle Krankenversicherung Rheinland-Pfalz, Mainz,**
© nele.wilk@armut-gesundheit.de

■ **Johannes Lauxen, Sozialarbeiter, Armut und Gesundheit in Deutschland e. V., Clearingstelle Krankenversicherung Rheinland-Pfalz, Mainz,**
© johannes.lauxen@armut-gesundheit.de

Info

Bundesverband Anonymer Behandlungsschein und Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherung (BACK e. V.)

Aus einer Bundesarbeitsgemeinschaft entstand 2023 der Bundesverband Anonymer Behandlungsschein und Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherung (BACK e. V.). Ziel des Vereins ist ein gleichwertiger Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem für alle in Deutschland lebenden Menschen. Bei den im BACK vertretenen Anlaufstellen handelt es sich um Ausgabestellen für den Anonymen Behandlungsschein und Clearingstellen, sowie niedrigschwellige Ambulanzen und Stellen, die in eine medizinische Behandlung vermitteln.

Weitere Informationen unter:

📄 <https://anonymer-behandlungsschein.de>