DIFIS Deutsches Institut für Interdisziplinäre Sozialpolitikforschung
vernetzen · forschen · beraten

STUDIE
2026 / 11

Ilker Ataç, Jonas Freudenberg

Solidarisch, ehrenamtlich, prekär. Untersuchung und Typologisierung von Anlaufstellen zur Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland

AUF EINEN BLICK

– Die vorliegende Studie analysiert die Anlaufstellenlandschaft für Menschen ohne Krankenversicherung. Es wurden 147 Anlaufstellen in Deutschland identifiziert, die Menschen ohne Krankenversicherung Zugang zur Gesundheitsversorgung ermöglichen. Ihr Angebot reicht von ambulanter Behandlung und Vermittlung an kooperierende Ärzt*innen bis hin zu professioneller Beratung zur (Re-)Integration in das Krankenversicherungssystem.

– Die Erhebung gibt Aufschluss über einen bundesweiten Trend einer wachsenden Gesundheitsinfrastruktur für Menschen ohne Krankenversicherung, die auf bestehende Versorgungslücken reagiert: 46 % der Anlaufstellen erhalten keine öffentlichen Mittel und sind vollständig auf Spendeneinnahmen angewiesen. Im Durchschnitt werden 72 % der Tätigkeiten von Ehrenamtlichen, vor allem von Ärzt*innen, die unentgeltlich arbeiten, getragen. Die Infrastruktur wächst, bleibt aber strukturell fragil.

- Die Anlaufstellen lassen sich in vier Typen einteilen: **humanitäre Versorgung** (spendenfinanzierte ambulante Behandlung, 31 %), **teilinstitutionalisierte Versorgung** (kommunal mitfinanzierte Behandlung, 30 %), **solidarische Vermittlung** (politisch-aktivistische Einrichtungen, 24 %) und **professionelle Beratung** (öffentlich finanzierte Clearingstellen, 15 %). Sie unterscheiden sich erheblich hinsichtlich ihrer Institutionalisierungsgrade, ihrer Finanzierungsstrukturen und ihrer Leistungsschwerpunkte.

- Das Angebot konzentriert sich auf Großstädte, wobei große Versorgungsunterschiede bestehen. In Städten mit weniger als 100.000 Einwohner*innen sowie im ländlichen Raum existieren nach wie vor erhebliche Versorgungslücken.

ZUSAMMENFASSUNG

Trotz der gesetzlichen Versicherungspflicht verfügt eine Vielzahl von Personen in Deutschland über keinen Krankenversicherungsschutz. Um diese Versorgungslücke zu schließen, sind zumeist aus lokalen Initiativen heraus bundesweit Anlaufstellen entstanden, die verschiedene Lösungsansätze verfolgen. Die vorliegende Studie liefert einen systematischen, bundesweiten Überblick über diese Anlaufstellen, die Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland Zugang zur Gesundheitsversorgung ermöglichen. Auf der Grundlage einer Erhebung von 147 Einrichtungen, die mittels eines standardisierten Fragebogens und einer ergänzenden Medienanalyse untersucht wurden, werden deren Angebotsstrukturen, Finanzierungsformen und Mitarbeiter*innen vergleichend analysiert. Die Ergebnisse zeigen, dass das Feld durch eine ausgeprägte Heterogenität gekennzeichnet ist. Anhand der Merkmale **Leistungsschwerpunkt, Finanzierung** und **Mitarbeiterschaft** lassen sich vier Typen unterscheiden: humanitäre Versorgung, teilinstitutionalisierte Versorgung, solidarische Vermittlung und professionelle Beratung. Diese Typen verdeutlichen unterschiedliche Logiken und Entwicklungspfade. Strukturübergreifend zeigt sich eine starke Abhängigkeit von ehrenamtlichem Engagement und privater Spendenfinanzierung sowie eine räumliche Konzentration auf Großstädte. Die Studie belegt, dass die Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland weitgehend außerhalb des Regelsystems stattfindet und dringende gesundheitspolitische Aufmerksamkeit erfordert.

ABSTRACT

Notwithstanding the legal requirement to have health insurance, a large number of people in Germany lack health insurance coverage. In order to address this gap in care, contact points have emerged across the country, mostly through local initiatives that pursue various approaches to providing solutions. This study provides a systematic, nationwide overview of access points that enable uninsured individuals in Germany to receive healthcare. Based on a comprehensive survey of 147 institutions, which was conducted using a standardized questionnaire and supplementary media analysis, the study comparatively analyzes their

service structures, funding arrangements, and staffing. The findings indicate that the field is characterized by significant heterogeneity. The survey distinguishes four types of services based on characteristics such as **service focus, funding,** and **staff:** humanitarian care, partially institutionalized care, solidarity-based referral, and professional counseling. These types illustrate different rationales and developmental paths. The study identifies a strong dependence on voluntary work and private donations, as well as a geographical concentration in large cities. These results demonstrate that healthcare for people without health insurance in Germany largely takes place outside the regular system and requires urgent attention from health policymakers.

1 Einleitung[1]

In Deutschland besteht seit 2009 eine allgemeine Krankenversicherungspflicht. Dennoch leben Schätzungen zufolge bis zu eine Million Menschen ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz und haben damit nur eingeschränkten Zugang zu regulären Versorgungsstrukturen (Kurz 2022; Lang et al. 2024). Von den Auswirkungen sind insbesondere Menschen in prekären Lebenslagen betroffen. Zu den relevanten Personengruppen zählen: (1.) Menschen, die über keinen gesicherten Aufenthaltsstatus verfügen. Obwohl diese Personengruppe einen Anspruch auf eine Gesundheitsversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) hat, wird die Inanspruchnahme dieser Leistung in der Praxis durch die Übermittlungspflicht nach § 87 des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG) verhindert. (2.) Personen, die ihre Krankenversicherungsbeiträge bei privaten oder gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlen können, haben nur bei akuten Erkrankungen und Schmerzen Versorgungsansprüche. (3.) EU-Bürger*innen, die nicht in einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis stehen und in finanzieller Armut leben. (4.) Eine zusätzliche Herausforderung stellt die Wohnungslosigkeit dar. Einem Statistikbericht der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W) zufolge waren im Jahr 2020 rund 16 % der akut wohnungslosen Menschen nicht krankenversichert. Bei Personen, die ohne Unterkunft auf der Straße lebten, lag der Anteil mit knapp 22 % noch deutlich höher (Kurz 2022).

Weitere Situationen, in denen keine oder nur eingeschränkte Versicherungsleistungen bestehen, entstehen durch vielfältige Barrieren: Im Kontext der Rückkehr aus dem Ausland, der Entlassung aus dem Strafvollzug, dem Nichtabschluss einer obligatorischen Anschlussversicherung bei einem Versicherungswechsel, sowie der Incoming-Versicherung für einen vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland ergeben sich Hürden, den Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung zu erlangen. Dies kann gravierende Folgen für die Gesundheit und das soziale Wohlergehen der Betroffenen haben (Lauxen und Wilk 2025; Wirth et al. 2025).

Zur Überbrückung der entstandenen Versorgungslücken wurde seit den 1990er-Jahren eine Infrastruktur zivilgesellschaftlicher und kommunaler Anlaufstellen aufgebaut. Diese Anlaufstellen ermöglichen Menschen ohne Krankenversicherung auf unterschiedliche Weise den Zugang zur Gesundheitsversorgung: durch eigene medizinische Behandlungsangebote in Form von medizinischen Sprechstunden, durch die Vermittlung an ein Netzwerk von kooperierenden Ärzt*innen, Krankenhäusern und Hebammen oder durch eine sozialrechtliche Beratung und Clearingarbeit zur (Re-)Integration in das reguläre Krankenversicherungssystem und zur Verbesserung der sozialen und rechtlichen prekären Verhältnisse der Adressat*innen (Ochs et al. 2026). Dieses System wird als ‚Parallelsystem' oder ‚Parallelstruktur' bezeichnet, da Menschen hier außerhalb der regulären Versorgungsstruktur versorgt werden (etwa Vöhl und Bergmeyer 2025). Trotz der vielfältigen Bemühungen der beteiligten Akteur*innen liegen

[1] Wir bedanken uns bei Helen Baykara-Krumme, Thorsten Schlee, Sabine Bösing, Janina Gach, Robert Klunker, Markus Sitter, Pit Strub, Sophie Pauligk, Gianni Varnaccia und Matthias Zimmer für die wertvollen Anmerkungen, Kommentare und Hinweise.

Umfang und Qualität der Leistungen oftmals, v. a. aufgrund fehlender Ressourcen, hinter der Regelversorgung zurück.

Ungeachtet ihrer gesellschaftlichen Relevanz und ihrer zentralen Rolle für Menschen ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz fehlt bislang ein systematischer, bundesweiter Überblick über Anzahl, Angebotsstrukturen, Finanzierung und personelle Ausstattung dieser Anlaufstellen. Zwei neuere Studien unternehmen den Versuch einer systematischen Übersicht: Zimmer (2024) analysiert Ausmaß und Qualität der Versorgungsoptionen für Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland auf der Basis einer bundesweiten Befragung von 128 Einrichtungen; Ochs et al. (2026) legen darüber hinaus ein Scoping Review zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere vor, das den internationalen Forschungsstand systematisch aufbereitet. Weitere Studien fokussieren sich auf Clearingstellen, also auf Einrichtungen, in denen mittels Sozialberatung versucht wird, Klient*innen in das Krankenversicherungssystem zu (re-)integrieren. Darunter sind eine vergleichende Analyse von fünf Projekten (Kirschner et al. 2024) sowie verschiedene Studien zu jeweils einzelnen Clearingstellen (Hoferichter 2024; Lang et al. 2024; Kirschner und Kirschner 2023; Vöhl und Bergmeyer 2025; Zwirner und Ochs 2021). Das Konzept des Anonymen Kranken- bzw. Behandlungsscheins (AKS/ABS) als Instrument zur Verknüpfung von Clearing und Behandlung in der Regelversorgung wird gesondert untersucht (Mylius 2025; Zanders 2022). Weitere Arbeiten befassen sich mit Medinetzen und Medibüros, oftmals studentisch geprägte Initiativen, die Patient*innen ohne Krankenversicherung in ein Kooperationsnetzwerk von Ärzt*innen vermitteln (Groß 2005; Mylius 2016; Wilcke und Manoim 2019; Stötzler und Kaifie 2023). Untersucht werden zudem die sozialrechtlichen Dimensionen des Versicherungsschutzes und die damit verbundenen Zugangshürden (Schülle und Keßler 2025), die stationäre Notfallversorgung für Unversicherte (Neupert 2025) sowie die Rolle der Kommunen (Ataç 2025a; Kirchhoff und Ataç 2023; Kratzsch et al. 2022).

Inhaltlich lassen sich in diesen Studien vier thematische Schwerpunkte unterscheiden. Erstens untersuchen mehrere Studien strukturelle und institutionelle Barrieren, die spezifische Gruppen vom regulären Gesundheitssystem ausschließen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Menschen ohne Papiere, EU-Bürger*innen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus, Asylsuchenden sowie deutschen Staatsangehörigen, deren Leistungsanspruch der gesetzlichen Krankenversicherung ruht oder die durch das sozialrechtliche Raster fallen (Schülle und Keßler 2025; Kurz 2022). Für undokumentierte Migrant*innen resultiert die fehlende Versicherung in der Angst vor einer möglichen Abschiebung, was eine Inanspruchnahme medizinischer Versorgung zusätzlich verhindert (Mylius 2016; von Manteuffel 2018). Für wohnungslose Menschen erschweren fehlende Krankenversicherung, unklarer Aufenthaltsstatus, Diskriminierungserfahrungen und Scham den Zugang zur Regelversorgung (Schindel und Karpenko 2025; BAG Wohnungslosenhilfe 2025).

Zweitens thematisieren mehrere Arbeiten die strukturellen Grenzen der Parallelversorgung. Dazu zählen insbesondere die geringen finanziellen und personellen Ressourcen, die eingeschränkten Öffnungszeiten, die Schwierigkeit, kooperierende Einrichtungen zu finden, und die Herausforderung, kostenintensive Behandlungen chronischer Erkrankungen zu finanzieren (Linke et al. 2019; Stötzler und Kaifie 2023; Ochs et al. 2026). Dabei wird belegt, dass das Angebot auf Großstädte konzentriert ist, von ehrenamtlichem Engagement und Spendenfinanzierung abhängt sowie hinsichtlich Umfang und Qualität deutlich hinter der Regelversorgung zurückbleibt. Zudem ist die Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten in ländlichen Räumen oftmals eingeschränkt (Zimmer 2024; Ahlmann und Schülle 2025). Es wird auch auf problematische Machtasymmetrien zwischen Helfer*innen und Hilfesuchenden hingewiesen sowie auf die Gefahr, dass das Nebeneinander von Regel- und Parallelversorgung die Annahme befördern kann, bestimmte Bevölkerungsgruppen hätten ein geringeres Recht auf umfassende Gesundheitsversorgung (Linke et al. 2019).

Drittens widmen sich neuere Untersuchungen den Clearingmodellen und ihrer Effektivität bei der (Re-)Integration von Unversicherten in das Regelversicherungssystem. Die Daten ausgewählter Clearingstellen zeigen, dass diese bei rund 50 % der beratenen Personen eine Vermittlung in ein Krankenversicherungsverhältnis erreichen (Lang et al. 2024; Stötzler und Kaifie 2023). Modelle wie der Anonyme Krankenschein in Thüringen und das MVP Bremen verbinden dabei Clearing mit einer direkten Kostenübernahme für medizinische Behandlungen in der Regelversorgung (Mylius 2025; Vöhl und Bergmeyer 2025). Viertens analysieren Studien das politische Selbstverständnis und die Advocacystrategien der Anlaufstellen, insbesondere der Medibüros und Medinetze, die ihre Arbeit explizit als politische Intervention gegen strukturelle Ausgrenzung begreifen und auf eine Überwindung der von ihnen mitgetragenen Parallelstrukturen hinarbeiten (Wilcke und Manoim 2019; Liebscher 2023; Zanders et al. 2023).

Allen Studien gemeinsam ist, dass sie die fehlende bundeseinheitliche Regelung, die Fragmentierung des Angebots und die Abhängigkeit von kommunal- und landespolitischen Entscheidungen als zentrale Herausforderungen benennen. Eng damit verbunden ist das strukturelle Problem der Unterfinanzierung: Die überwiegende Mehrheit der Anlaufstellen ist auf Spenden und private Drittmittel angewiesen und damit langfristig vulnerabel gegenüber konjunkturellen Schwankungen des Spendenaufkommens (Zimmer 2024). Nur ein verschwindend geringer Anteil der Einrichtungen könnte seine Arbeit ohne Spendeneinnahmen aufrechterhalten (Zimmer 2024). Wo öffentliche Mittel bereitgestellt werden, sind diese häufig gedeckelt, zeitlich befristet und an Projektlogiken gebunden, die weder Planungssicherheit noch eine Versorgungskontinuität gewährleisten (Zanders et al. 2023; Mylius 2025; Vöhl und Bergmeyer 2025). Dies hat unmittelbare Auswirkungen auf den Leistungsumfang: Kostenintensive Behandlungen chronischer Erkrankungen stoßen in nahezu allen Anlaufstellentypen rasch an Budgetgrenzen (Linke et al. 2019; Stötzler und Kaifie 2023) und auch die stationäre Notfallversorgung bleibt häufig unzureichend geregelt (Neupert 2025). Die ehrenamtlich erbrachte Arbeit, insbesondere durch Ärzt*innen, kompensiert diese Ressourcenknappheit strukturell, ohne sie zu beheben. Von Manteuffel (2018) hält fest, dass die vorhandenen Initiativen nicht über die finanziellen und personellen Mittel verfügen, um eine flächendeckende Grundversorgung sicherzustellen.

Vor dem Hintergrund dieser Studienlage schließt die vorliegende Studie insofern eine Forschungslücke, als sie die Anlaufstellenlandschaft systematisch in den Blick nimmt. Das Ziel der Studie besteht darin, die in Deutschland aktiven Anlaufstellen zu erfassen, die Menschen ohne Krankenversicherung Zugang zur Gesundheitsversorgung ermöglichen. Zudem ist es von Interesse, die Strukturmerkmale dieser Anlaufstellen vergleichend zu analysieren. Die Auswertung zeigt, dass das Feld eine ausgesprochen heterogene Struktur aufweist: Die Anlaufstellen unterscheiden sich erheblich hinsichtlich ihres Leistungsangebots, ihrer Träger- und Finanzierungsstruktur sowie ihrer Mitarbeiterschaft. Auf der Grundlage dieser Strukturmerkmale lassen sich vier Typen von Anlaufstellen unterscheiden: die **humanitäre Versorgung**, die **teilinstitutionalisierte Versorgung**, die **solidarische Vermittlung** und die **professionelle Beratung**. Diese repräsentieren unterschiedliche Logiken und Entwicklungspfade.

In der vorliegenden Untersuchung konnten drei strukturelle Merkmale identifiziert werden, die für die Einschätzung der gesellschaftlichen Bedeutung sowie der Grenzen dieses Feldes von entscheidender Relevanz sind: Erstens ist die Infrastruktur in hohem Maße von ehrenamtlichem Engagement abhängig, insbesondere von der unbezahlten Arbeit von Ärzt*innen, ohne die ein Großteil der ambulanten Versorgungsangebote nicht aufrechterhalten werden kann. Zweitens fehlt einer Mehrheit der Anlaufstellen eine gesicherte öffentliche Finanzierung; Spenden und private Drittmittel spielen eine strukturtragende Rolle, was die Nachhaltigkeit und Planungssicherheit dieser Einrichtungen erheblich beeinträchtigt. Drittens konzentriert

sich das Angebot räumlich stark auf Großstädte, sodass der Zugang für Menschen in kleineren Städten und im ländlichen Raum nach wie vor erheblich eingeschränkt ist.

Der vorliegende Bericht gliedert sich in sechs Kapitel. Nach der Darstellung der Methodik im zweiten Kapitel folgt ein allgemeiner Überblick über das Feld, der organisationsübergreifende Befunde zu Gründungsgeschichte, Finanzierungsstrukturen und Mitarbeiter*innen zusammenfasst (Kapitel 3). Daran anschließend werden im vierten Kapitel die Anlaufstellen anhand drei zentraler Tätigkeitsfelder – ärztliche Versorgung, Vermittlung und Beratung – analysiert und Befunde zu Angebotsumfang, Finanzierung und Personalstruktur präsentiert. Das folgende fünfte Kapitel stellt eine Typologie der Anlaufstellen vor und beschreibt im Einzelnen die Charakteristika der vier Typen – humanitäre Versorgung, teilinstitutionalisierte Versorgung, solidarische Vermittlung und professionelle Beratung. Anschließend werden im sechsten Kapitel die jährlichen Patienten- und Behandlungszahlen für diese Typen analysiert. Das siebte Kapitel widmet sich der regionalen Verteilung der Anlaufstellen nach Stadtgröße und Bundesland. Abschließend werden die zentralen Befunde zusammengefasst sowie gesundheitspolitische Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen abgeleitet.

2 Methode

Die Analyse der Anlaufstellenlandschaft in Deutschland erfolgt durch Erhebung zentraler Strukturmerkmale der Anlaufstellen, ihres Leistungsangebots, ihrer Finanzierungs- und Mitarbeiterstruktur sowie ihres Gründungsjahrs mittels einer standardisierten Befragung. Des Weiteren wurde eine Medienanalyse durchgeführt, die Zeitungsartikel sowie die Websites der betreffenden Anlaufstellen einbezog. Das Ziel besteht darin, eine umfassende Erhebung aller in Deutschland aktiven Anlaufstellen durchzuführen, die Menschen ohne Krankenversicherung Zugänge zur Gesundheitsversorgung ermöglichen. Es wurden Anlaufstellen ausgeschlossen, die ausschließlich spezifische, nicht allgemeinmedizinische, fachärztliche Behandlungsangebote bereitstellen. Es existieren jedoch nur sehr wenige Behandlungseinrichtungen, die sich ausschließlich auf die zahnmedizinische oder gynäkologische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung spezialisiert haben.

Eine erste Liste dieser Anlaufstellen wurde auf der Grundlage verschiedener online verfügbarer Übersichten zusammengestellt.[2] Auf diese Weise konnten zunächst 95 Anlaufstellen erfasst werden. Weitere Anlaufstellen wurden einer Sammlung einer Onlinebefragung bei Gesundheitsversorgungseinrichtungen für Menschen ohne Krankenversicherung entnommen (Zimmer 2024). Aus dieser Liste konnten 22 zusätzliche Einträge in die eigene Datenbank übernommen werden. Ergänzend wurde eine Sammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe herangezogen (weitere 13 Einträge). Im weiteren Forschungsprozess wurden noch 19 weitere Anlaufstellen hinzugefügt, die durch Hinweise teilnehmender Einrichtungen oder über Verweise auf deren Websites identifiziert wurden. Im Verlauf des Erhebungsprozesses wurden von dieser nun 159 Einrichtungen umfassenden Liste einzelne Anlaufstellen gestrichen, da sich herausstellte, dass sich diese entweder noch im Gründungsprozess befanden oder dass sie ihre Tätigkeit zwischenzeitlich eingestellt hatten. Anlaufstellen mit mehreren Standorten in unterschiedlicher Trägerschaft wurden in separate Einträge aufgeteilt. Insgesamt wurden 147 Anlaufstellen identifiziert.

Als zentrales Erhebungsinstrument wurde ein standardisierter Fragebogen mit insgesamt 50 Items eingesetzt. Der Fragebogen enthielt offene und geschlossene Fragen und gliederte sich in fünf inhaltliche Abschnitte: Im ersten Abschnitt wurde das allgemeine Leistungsangebot der Einrichtung erfragt, gefolgt von spezifischen Fragen zur ambulanten Versorgung, zu Vermittlungstätigkeiten und zu Beratungsleistungen. Der dritte Abschnitt widmete sich der

[2] Dies beinhaltete eine Übersicht der Kampagne *Gesundheit ein Menschenrecht* (Gesundheit ein Menschenrecht o. J.), das *Verzeichnis Clearingstellen* der EU-Gleichbehandlungsstelle (Gleichbehandlungsstelle für EU-Arbeitnehmer 2023), die Website aller Medinetze und Medibüros (medibueros.org o. J.), die Website der Projekte von *Ärzte der Welt* (Ärzte der Welt o. J.) und von *Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung* (Malteser Hilfsdienst e. V. o. J. a). Weitere Übersichten boten die Projektliste des *Poliklinik Syndikats* (Poliklinik Syndikat o. J.) und die Dokumentation der Standorte von *Praxis ohne Grenzen* (Praxis ohne Grenzen o. J.).

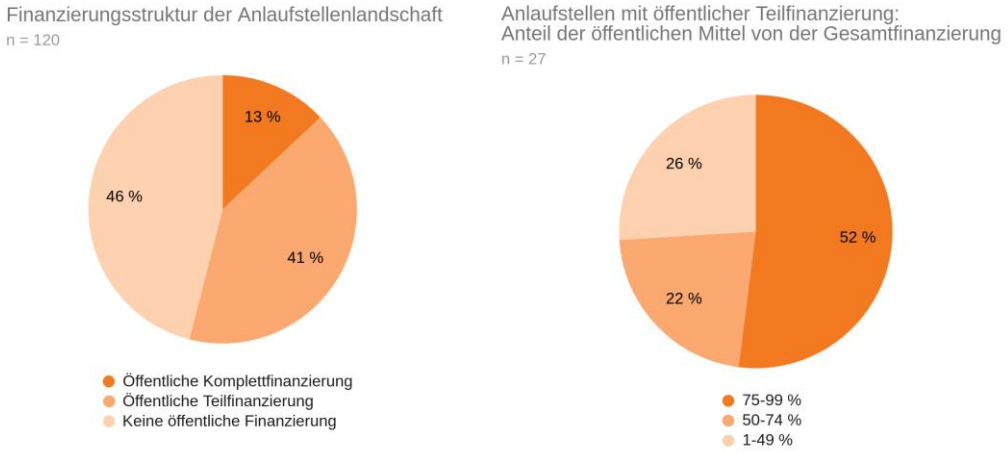
Finanzierungsstruktur, der vierte dem Umfang und der Zusammensetzung der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterschaft. Fragen zu Patienten- und Behandlungszahlen und dem Gründungsjahr schlossen den Fragebogen ab.

Zu Beginn des Jahres 2024 wurde der Fragebogen an 158 Anlaufstellen versandt. Zur Steigerung der Rücklaufquote wurde eine telefonische Erinnerung an die nicht reagierenden Anlaufstellen ausgesprochen. Darüber hinaus wurden die erhobenen Daten durch Gespräche auf themenspezifischen Tagungen und Konferenzen ergänzt. Insgesamt konnten auf diesem Wege Daten von 78 Anlaufstellen erhoben werden. Für jene Anlaufstellen, die den Fragebogen nicht beantwortet hatten, wurden die relevanten Informationen mittels einer Medienanalyse erschlossen. Einerseits erfolgte eine systematische Analyse der Websites der Anlaufstellen, andererseits wurde eine Auswertung aktueller Zeitungsberichte aus den jeweiligen Lokal- und Regionalzeitungen durchgeführt. Zu diesem Zweck wurden die Nachrichtensuchmaschine *Google News* sowie die Recherchedatenbank *Nexis Uni* herangezogen. Die vorliegende Analyse stützt sich auf Daten von 147 Einrichtungen, wobei nicht alle Informationen vollständig erfasst sind. In den nachfolgenden Analysen wird die Stichprobengröße jeweils mitangegeben.

Die erhobenen Daten wurden in eine Excel-Tabelle übertragen und für die Auswertung aufbereitet. Die Datenauswertung begann mit einer univariaten Analyse, in der Häufigkeiten und Mittelwerte berechnet wurden. Daran schloss sich eine bivariate Analyse an, mit der Zusammenhänge zwischen ausgewählten Variablen untersucht wurden.

3 Merkmale der Anlaufstellen im Überblick

Das vorliegende Kapitel präsentiert eine Übersicht über die strukturellen Merkmale sämtlicher erfassten Anlaufstellen. Die Entstehungsgeschichte der Einrichtungen deutet darauf hin, dass es sich hierbei um ein junges und dynamisches Handlungsfeld handelt: 17 % der Anlaufstellen wurden in den 1990er-Jahren gegründet, ältere Einrichtungen sind nicht bekannt. Ein weiteres Viertel wurde in den 2000er-Jahren gegründet, und der größte Teil, 41 %, nahm seine Arbeit zwischen 2010 und 2019 auf. Der signifikante Anstieg um 19 Einrichtungen zwischen 2020 und 2023 (dies entspricht 17 % der Gesamtzahl an Anlaufstellen) zeigt die anhaltende Relevanz niedrigschwelliger Zugänge zur Gesundheitsversorgung (n = 115).

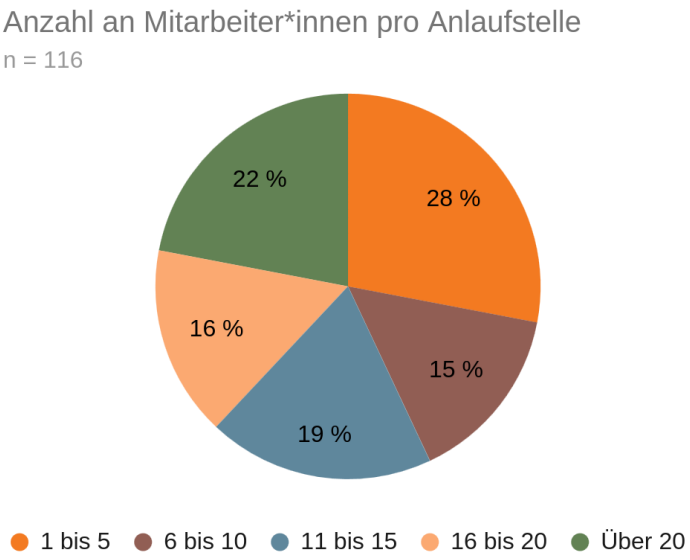


Die Finanzierungsstruktur der Anlaufstellen ist von einer weiten Spanne, aber auch einer klaren Tendenz gekennzeichnet. Vollständig aus öffentlichen Mitteln finanziert werden 13 % der Anlaufstellen; weitere 41 % verfügen über eine öffentliche Teilfinanzierung. 46 % der Anlaufstellen erhalten hingegen keinerlei öffentliche Mittel (n = 120). Spenden, Mitgliedsbeiträge und private Drittmittel spielen zugleich bei 86 % der Anlaufstellen eine Rolle (n = 125). Der durchschnittliche Anteil öffentlicher Mittel an der Gesamtfinanzierung beträgt bei allen Anlaufstellen 36 %. Bei den öffentlich teilfinanzierten Einrichtungen ist der Anteil öffentlicher Gelder in der Regel hoch. Allerdings liegen uns nur für 27 der 49 teilfinanzierten Einrichtungen Angaben zur genauen Höhe der öffentlichen Finanzierung vor, wodurch die folgenden Werte nur begrenzte Aussagekraft haben. So beträgt er bei etwa der Hälfte dieser Anlaufstellen zwischen 75 und 99 %, bei einem guten Fünftel (22 %) zwischen 50 und 74 % und bei einem Viertel (26 %) weniger als die Hälfte (zwischen 1 und 49 %) (n = 27).

Die öffentlichen Mittel stammen überwiegend aus den Kommunen und Stadtstaaten: 64 % der Anlaufstellen werden über kommunale bzw. Stadtstaatenmittel finanziert, 11 % über Landesmittel. In weiteren 11 % liegt eine Mischfinanzierung aus kommunalen Mitteln und Landesmitteln vor, 8 % der Anlaufstellen werden durch weitere öffentliche Geldgeber wie beispielsweise eine Städteregion finanziert. Bemerkenswert ist zudem, dass 6 % der Einrichtungen Gelder über Mischfinanzierungen zwischen kommunalen Behörden einerseits und anderen Körperschaften, z. B. einer Ärztekammer, andererseits erhalten (n = 47). Trotz der geringen Fallzahlen deutet sich ein Muster an: Bei Anlaufstellen mit Landesförderung macht diese im Durchschnitt 96 % der Gesamtfinanzierung aus (n = 4), während Anlaufstellen mit kommunaler Förderung über diese nur 56 % ihrer Gesamtfinanzierung abdecken können (n = 20).

Die Heterogenität des Feldes spiegelt sich auch in der Mitarbeiterstruktur wider. Diese variiert erheblich, sowohl hinsichtlich der Teamgröße als auch des Verhältnisses von Haupt- und Ehrenamtlichen. In den Einrichtungen sind unterschiedliche Berufsgruppen tätig. Neben medizinischem Fachpersonal wie Ärzt*innen, Medizinischen Fachangestellten, Pflegekräften und Hebammen sind auch Sozialarbeiter*innen, Verwaltungskräfte und weitere Personen tätig – teils im Rahmen ihrer beruflichen Qualifikation, teils unabhängig davon.

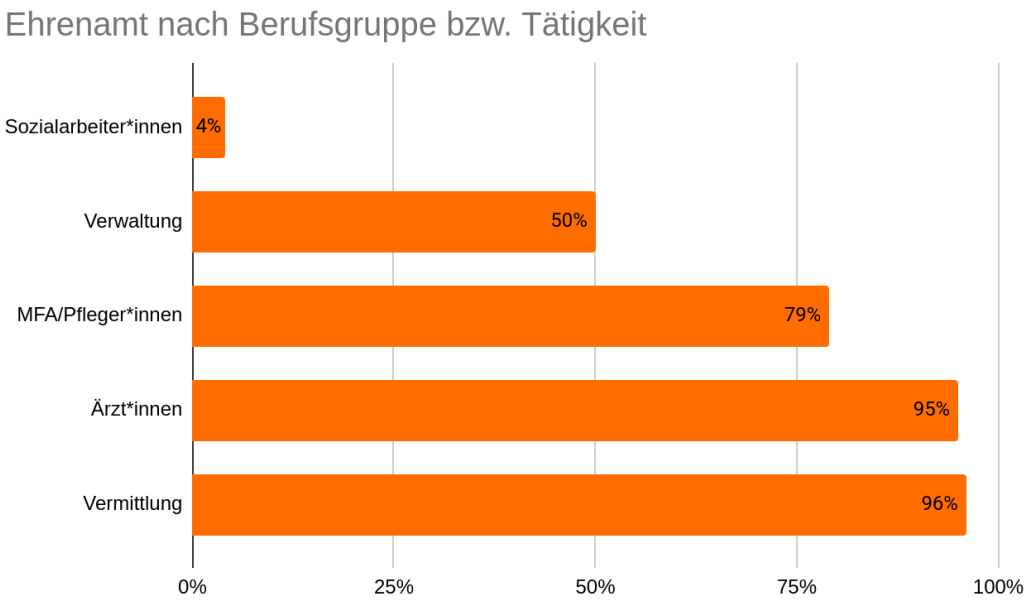
Die Anzahl der Mitarbeiter*innen pro Anlaufstelle unterscheidet sich deutlich. So gibt es sehr kleine Anlaufstellen mit lediglich eine*r Mitarbeiter*in und andere mit bis zu 104 Personen (n = 116). Innerhalb dieser weiten Spanne zeigt sich keine klare Tendenz: Anlaufstellen mit einer kleinen Mitarbeiterzahl von einer bis fünf Personen machen etwa 28 % der Anlaufstellen aus. 15 % der Anlaufstellen haben fünf bis zehn Mitarbeiter*innen und in weiteren 19 % arbeiten elf bis 15 Personen. Größere Anlaufstellen mit 16 bis 20 Mitarbeiter*innen stellen 16 % der Anlaufstellen dar. Anlaufstellen mit über 20 Mitarbeiter*innen machen 22 % der Einrichtungen aus. Von diesen sehr großen Anlaufstellen verfügen sechs Einrichtungen über 50 Mitarbeiter*innen oder mehr. Im Durchschnitt liegt die Zahl der Mitarbeiter*innen pro Anlaufstelle bei rund 17 Personen und der Median bei zwölf Personen (n = 116). Dabei haben längst nicht alle Mitarbeiter*innen einen medizinischen Hintergrund: Im Durchschnitt arbeiten pro Einrichtung rund elf Personen mit Gesundheitsberufen (n = 116) und rund fünf Personen anderer Professionen (n = 114).



Ein großer Teil der Anlaufstellen basiert auf der Arbeit von rein ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen: 45 % der Einrichtungen werden ausschließlich im Ehrenamt betrieben. 36 % der Einrich-

tungen haben sowohl ehrenamtliche als auch hauptamtliche Mitarbeiter*innen. Bei etwa einem Viertel der Einrichtungen liegt der Anteil ehrenamtlicher Mitarbeiter*innen bei 75–99 %. Bei 8 % der Einrichtungen liegt er bei 50–74 %, und bei 3 % der Anlaufstellen liegt er bei 1–49 %. Anlaufstellen, in denen ausschließlich hauptamtliche Mitarbeiter*innen tätig sind, sind wiederum verbreiteter: Ihr Anteil liegt bei 19 % (n = 115). Im Durchschnitt aller Einrichtungen liegt der Anteil der ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen bei 72 % (n = 115). Dieser Befund entspricht dem von Zimmer (2024), der für seine Stichprobe einen Durchschnitt von 13,6 ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen pro Einrichtung ermittelt, bei nur 1,6 hauptamtlichen Vollzeitstellen.

Eine detaillierte Analyse der ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen nach Berufsgruppen offenbart einen signifikanten Unterschied: Der Ehrenamtsanteil ist unter medizinischen Mitarbeiter*innen deutlich höher als unter nicht medizinischen. 95 % aller Ärzt*innen, die in den Anlaufstellen tätig sind, üben diese Tätigkeit unentgeltlich aus (n = 115), während dieser Anteil bei Medizinischen Fachangestellten bzw. Pfleger*innen 79 % beträgt (n = 114). Ehrenamtliche Sozialarbeiter*innen stellen demgegenüber lediglich 4 % der Sozialarbeiter*innen (n = 108), während Verwaltungskräfte zu 50 % ehrenamtlich tätig sind (n = 109). Personen, die in der Vermittlung tätig sind, sind dies wiederum beinahe ausschließlich ehrenamtlich: Hier liegt der Anteil bei 96 % (n = 108).



Quelle: eigene Erhebung. Sozialarbeiter*innen (n = 108); Verwaltung (n = 109); MFA/Pflege (n = 114); Ärzt*innen (n = 115); Vermittlung (n = 108).

4 Ergebnisse nach Tätigkeitsfeldern

In den Anlaufstellen lassen sich drei zentrale Tätigkeitsfelder unterscheiden: medizinische Versorgung, Vermittlung und Beratung (Ochs et al. 2026). Das erste Tätigkeitsfeld umfasst die Direktversorgung in Form ambulanter medizinischer Behandlung. Das zweite Feld betrifft die Vermittlung in gesundheitliche Versorgungsleistungen. Dabei vermitteln manche Anlaufstellen Patient*innen ausschließlich, ohne selbst Behandlungen anzubieten, während andere Anlaufstellen die Vermittlung ergänzend einsetzen, wenn die eigenen Kapazitäten nicht ausreichen. Das dritte Tätigkeitsfeld umfasst die sozialrechtliche Beratung, wobei der Schwerpunkt auf dem Krankenversicherungsstatus und den Optionen zur (Re-)Integration in das reguläre Versicherungssystem liegt.

Die Analyse in diesem Kapitel kategorisiert die Anlaufstellen nach ihrem jeweiligen Leistungsangebot. Es wird deutlich, dass die meisten Einrichtungen nicht auf ein einziges Tätigkeitsfeld beschränkt sind. Die überwiegende Mehrheit der Einrichtungen kombiniert zwei oder alle drei Tätigkeitsfelder miteinander.

4.1. ÄRZTLICHE VERSORGUNG

Eine zentrale Akteursgruppe, die für Menschen ohne Krankenversicherung Zugang zur Gesundheitsversorgung ermöglicht, sind Anlaufstellen, die ambulante medizinische Versorgung anbieten. In Praxisräumen oder in Behandlungsbussen als aufsuchendes Angebot ermöglichen sie Menschen, unabhängig von ihrem Versicherungsstatus medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. In der vorliegenden Erhebung bieten etwa zwei Drittel aller erfassten Anlaufstellen – insgesamt 95 Einrichtungen – selbst medizinische Behandlungen an.

Das Angebot wird von der Allgemeinmedizin dominiert, daneben halten viele Anlaufstellen auch spezialisierte Leistungen bereit. Dabei am häufigsten vertreten sind die Fachrichtungen Innere Medizin, Zahnmedizin und Gynäkologie. Die meisten dieser Anlaufstellen bieten regelmäßige Sprechstunden an: Im Durchschnitt werden 3,5 Sprechstunden pro Woche bereitgestellt. Die Hälfte der Anlaufstellen hält ein- bis zweimal wöchentlich eine Sprechstunde ab, während knapp 6 % mehr als zehn Sprechstunden pro Woche anbieten (n = 87).

Über die Bereitstellung medizinischer Versorgung hinaus stellen viele dieser Anlaufstellen weitere Zugänge zur Gesundheitsversorgung bereit. 96 % der Anlaufstellen (n = 83) vermitteln an weitere Ärzt*innen, vor allem an Fachärzt*innen, und erweitern damit die Behandlungsmöglichkeiten der Patient*innen erheblich. In Bezug auf die so vermittelten Behandlungen spielen ehrenamtliche ärztliche Tätigkeiten eine bedeutende Rolle: Beinahe zwei Drittel (63 %) der Anlaufstellen geben an, mindestens die Hälfte ihrer Vermittlungen in ehrenamtli-

che Behandlungen zu leiten; 34 % der Anlaufstellen vermitteln sogar ausschließlich an ehrenamtliche Ärzt*innen. Demgegenüber vermitteln 23 % der Anlaufstellen ausschließlich an hauptamtlich tätige Ärzt*innen (n = 35).

Neben der medizinischen Versorgung werden Patient*innen in vielen Anlaufstellen auch zu ihrem Krankenversicherungsstatus beraten. 53 % der Anlaufstellen mit ärztlichem Versorgungsangebot führen entsprechende Beratungen durch (n = 85). In 84 % dieser Anlaufstellen sind die Mitarbeiter*innen allgemein für Sozialberatungstätigkeiten qualifiziert, beispielsweise als Sozialarbeiter*innen (32 von n = 38). Über eine spezifische Weiterbildung zum Krankenversicherungsclearing, also für die Beratung zur (Re-)Integration in das Krankenversicherungssystem, verfügen die Mitarbeiter*innen von 16 Anlaufstellen (n = 27).

4.2. VERMITTLUNG

Die Patientenvermittlung stellt das am weitesten verbreitete Tätigkeitsfeld dar: Mit 129 von 147 erfassten Anlaufstellen vermitteln 88 % der Einrichtungen in unserer Erhebung Patient*innen zur allgemein- oder sonstigen fachärztlichen Weiterbehandlung an kooperierende Ärzt*innen sowie an Hebammen oder Krankenhäuser. 62 % dieser Anlaufstellen bieten zugleich eine eigene medizinische Versorgung an (n = 129); etwa die Hälfte erbringt darüber hinaus Beratungsleistungen (n = 120).

Die Vermittlungsarbeit zeichnet sich durch eine organisatorisch vielfältige Gestaltung aus. Einige Anlaufstellen haben feste Kooperationsnetzwerke mit niedergelassenen Praxen aufgebaut. In Einzelfällen können diese bis zu 150 Praxen umfassen und teilweise auch Krankenhäuser einschließen. Andere suchen je nach Einzelfall gezielt neue Behandlungspartner*innen, ohne auf ein festes Netzwerk zurückzugreifen. Darüber hinaus stellen andere Behandlungsscheine aus, welche den Patient*innen eine freie Arztwahl ermöglichen. Die Vermittlung stellt, unabhängig vom jeweiligen Modell, einen aufwendigen und koordinationsintensiven Prozess dar: Jede Behandlung und jede Weiterüberweisung muss individuell angebahnt werden. Dabei ist die Klärung komplexer Diagnosen sowie die Übernahme von Koordinationsaufgaben erforderlich. Insgesamt stellt die Vermittlung eine in der Regel ehrenamtlich erbrachte Leistung dar, die mit einem erheblichen Zeitaufwand auf allen Seiten verbunden ist. Dieser Aspekt betrifft die Mitarbeiter*innen der Anlaufstellen, die Patient*innen selbst sowie das beteiligte Fachpersonal im Gesundheitssystem (Vöhl und Bergmeyer 2025).

Das verfügbare Vermittlungsangebot ist in vielen Anlaufstellen begrenzt: 32 % der Anlaufstellen können an weniger als zehn Ärzt*innen vermitteln, 20 % an zehn bis 19 Ärzt*innen und 26 % an 20 bis 49 Ärzt*innen. Größere Netzwerke sind selten: 11 % der Anlaufstellen vermitteln an 50 bis 99 Praxen, und nur 6 % verfügen über Netzwerke von mehr als 100 Ärzt*innen. Im Durchschnitt stehen jeder Einrichtung etwa 31 Ärzt*innen für die Vermittlung zur Verfügung (n = 65). Die am häufigsten vertretenen Fachrichtungen der vermittelten fachärztlichen Versorgung neben Allgemeinmedizin sind Gynäkologie, Zahnmedizin, Urologie und Chirurgie.

Eine Analyse der zugrunde liegenden Arbeitsstrukturen macht die Grenzen des Vermittlungsangebots deutlich: 23 % der Anlaufstellen vermitteln ausschließlich in hauptamtlich stattfindende ärztliche Behandlungen (n = 62), 35 % ausschließlich in ehrenamtliche Versorgung. 42 % der Anlaufstellen vermitteln sowohl an hauptamtliche als auch an ehrenamtlich tätige Ärzt*innen. Die Evidenz unterstreicht in diesem Zusammenhang auch für die vermittelten Behandlungen die zentrale Bedeutung des Ehrenamts für die Sicherstellung der Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung.

Im Falle einer Vermittlung von Patient*innen an hauptamtlich tätige Ärzt*innen vereinbaren die Anlaufstellen in der Regel reduzierte Honorarsätze mit den behandelnden Praxen. In 92 %

der Fälle erfolgt die Abrechnung nach dem einfachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), während höhere Sätze lediglich in wenigen Fällen gezahlt werden (n = 38). Neben den ärztlichen Honorarkosten entstehen in der Regel Kosten für Medikamente und/oder Laboruntersuchungen. 57 % der Anlaufstellen übernehmen diese Kosten im Regelfall vollständig und 34 % können sie zumindest teilweise übernehmen (z. B. nach Einzelfallentscheidung, in Notfällen oder im Rahmen einer Kostendeckelung). Von den befragten 74 Anlaufstellen gaben 9 % an, grundsätzlich nicht über die erforderlichen finanziellen Mittel zu verfügen, um die anfallenden Kosten zu decken.

4.3. BERATUNG

Zugänge zur Gesundheitsversorgung werden nicht nur durch direkte Behandlungsleistungen oder die Behandlungsvermittlung hergestellt. Ein Teil der Anlaufstellen verfolgt einen ergänzenden Ansatz: Durch das **Clearing,** ein Beratungsangebot, das den Versicherungsstatus der Ratsuchenden prüft und Möglichkeiten zur (Re-)Integration in das reguläre Krankenversicherungssystem aufzeigt, soll ein nachhaltiger Zugang zur Versorgung gewährleistet werden. 48 % aller erfassten Anlaufstellen verfügen über ein entsprechendes Beratungsangebot, in unterschiedlicher Tiefe und Umfang. Von diesen 71 Anlaufstellen bieten gleichzeitig 63 % eine eigene gesundheitliche Versorgung an und 89 % vermitteln an behandelnde Mediziner*innen (n = 67).

Die Zielgruppe der Anlaufstellen sind Menschen in komplexen und häufig mehrfach belasteten Lebenslagen, weshalb die Beratungsanfragen in der Regel ein breites Themenspektrum umfassen. Zu den Beratungsthemen zählen unter anderem die Unterstützung bei bürokratischen Vorgängen zur (Wieder-)Aufnahme in die Krankenversicherung, Klärungen zur Kostenübernahme, die Identifikation von Ansprüchen nach SGB II bis XII und AsylbLG sowie aufenthalts-, EU-, arbeits- und familienrechtliche Aspekte.

Ergänzend zu dieser Beratung geben einige Anlaufstellen **Anonyme Behandlungsscheine** bzw. **Anonyme Krankenscheine** aus. Dieses Instrument garantiert die Finanzierung der Behandlung über öffentliche Stellen, während die Abrechnung von der Anlaufstelle übernommen wird. Dieser Ansatz stellt eine Form der Vermittlung dar, die den Patient*innen über ihren Behandlungsschein eine freie Arztwahl ermöglicht. Vor allem aber können auf diese Weise, parallel zum teilweise zeitaufwendigen Clearingprozess, bereits Behandlungen stattfinden.

Das Beratungsangebot steht in 79 % der Anlaufstellen allen Klient*innen offen, während 21 % ihr Angebot auf bestimmte Zielgruppen begrenzen (n = 61). Diese Einschränkungen beziehen sich häufig auf den Aufenthalts- oder Migrationsstatus und sind vielfach auf fördermittelrechtliche Bestimmungen zurückzuführen. Zum Teil werden Personen, die nicht unter die Förderkriterien fallen, gleichwohl auf ehrenamtlicher Basis beraten.

Der Ausbildungshintergrund der beratenden Personen gibt Aufschluss über die Professionalität der Beratungsleistungen. In 78 % der Anlaufstellen sind die Berater*innen allgemein für Beratungstätigkeiten ausgebildet (n = 64); in 22 % erfolgt die Beratung durch Laien. Die einschlägigen Ausbildungen umfassen in 85 % der Anlaufstellen ein Studium der Sozialen Arbeit (n = 52), in 32 % eine Ausbildung im Bereich der Rechtsberatung (n = 44). Eine spezialisierte Weiterbildung zum Krankenversicherungsclearing haben Mitarbeiter*innen von 65 % der beratenden Anlaufstellen absolviert (n = 43). Ein Teil der Anlaufstellen gibt zudem an, für spezifische Clearingfragen an spezialisierte Stellen zu vermitteln oder mit diesen zu kooperieren.

Diese Zahlen verweisen einerseits auf einen hohen Beratungsbedarf der Patient*innen und andererseits auf das Bewusstsein vieler Einrichtungen, dass der (Wieder-)Eintritt in die Krankenversicherung eine nachhaltigere Lösung darstellt als eine kurzfristige Direktversorgung oder Vermittlung. Gleichwohl ist bei der Interpretation Vorsicht geboten. Die geringe Zahl der Antworten lässt vermuten, dass der tatsächliche Anteil der Anlaufstellen mit qualifiziertem Beratungspersonal niedriger ausfällt als die vorliegenden Prozentangaben suggerieren. Zudem ist zwischen Anlaufstellen zu unterscheiden, die Beratung als hauptamtliche Kernaufgabe betreiben, und solchen, die Beratungsleistungen ergänzend zu Versorgung und Vermittlung erbringen. Die Beratung in einem Umfeld, das in hohem Maße durch ehrenamtliche Strukturen charakterisiert ist, weist im Allgemeinen darauf hin, dass spezialisierte Fachexpertise und Ressourcen nur in begrenztem Umfang zur Verfügung stehen.

5 Typologie der Anlaufstellen für Menschen ohne Krankenversicherung

Ziel dieses Abschnitts ist es, die Anlaufstellenlandschaft zu systematisieren. Dafür wird eine Typologie entwickelt, mit der sich die Vielzahl der unterschiedlichen Anlaufstellen charakterisieren lässt. Diese Typologie dient im späteren Verlauf der Arbeit als Grundlage für weiterführende Analysen und Handlungsempfehlungen.

Die Typologisierung erfolgte entlang zwei zentraler Merkmale: zum einen die Art des Leistungsangebots der Anlaufstelle und zum anderen ihre Finanzierungsstruktur. Wie in den vorangegangenen Kapiteln dargestellt, prägen drei Tätigkeitsfelder die Arbeit der Anlaufstellen: Versorgungs-, Vermittlungs- und Beratungsarbeit. Obwohl viele Einrichtungen zwei bis drei dieser Angebote gleichzeitig anbieten, lässt sich in der Regel ein Hauptschwerpunkt identifizieren. In uneindeutigen Fällen wurden für die Zuordnungsentscheidung zusätzlich die Websites sowie die Selbstdarstellungen der Einrichtungen und, soweit vorhanden, eigene Berichte ausgewertet.

Als zweites Typologisierungsmerkmal wurde die Kategorie der Finanzierungsstruktur herangezogen: Der Bezug von finanziellen Mitteln aus öffentlichen Quellen gibt Aufschluss über die institutionelle Verankerung und Nachhaltigkeit einer Einrichtung. Öffentlich (teil-)finanzierte Anlaufstellen sind stärker in kommunale oder staatliche Versorgungsstrukturen eingebettet und weisen eine größere Planungssicherheit auf als rein spendenfinanzierte Einrichtungen. In Fällen, in denen auf der Grundlage dieser beiden Merkmale keine eindeutige Zuordnung möglich war, erfolgte die Kategorisierung in einem zweiten Schritt anhand der Mitarbeiterstruktur. Dabei wurden der Anteil der ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeiter*innen sowie deren jeweiliger Tätigkeitsbereich berücksichtigt.

Die auf diese Weise entstandene Typologie konstituiert sich aus vier Typen: humanitäre Versorgung, teilinstitutionalisierte Versorgung, solidarische Vermittlung und professionelle Beratung (siehe Tabelle 1). Jede Anlaufstelle wurde einem dieser Typen zugeordnet.

Tabelle 1: Vergleich der vier Typen im Überblick

Merkmal	Humanitäre Versorgung	Teilinstitut. Versorgung	Solidarische Vermittlung	Professionelle Beratung
Anzahl an Einrichtungen	46 (31 %)	44 (30 %)	35 (24 %)	22 (15 %)
Ø Sprechstunden/Woche	2,5 (n = 40)	4,7 (n = 42)	– (Vermittlung)	– (Beratung)
Ø Ehrenamtsanteil	91 % (n = 45)	63 % (n = 33)	98 % (n = 19)	12 % (n = 18)
Ø Anteil öffentl. Finanzierung	0 % (n = 34)	62 % (n = 18)	14 % (n = 19)	95 % (n = 19)
Hauptgeldgeber	spendenfinanziert (n = 34)	Kommunen (n = 24)	spendenfinanziert (n = 25)	Kommunen u. Länder (n = 15)
Häufigste Gründungsdekade	2010er (n = 41)	1990er (n = 36)	2000er (n = 18)	2020–2023 (n = 20)
Leistungsschwerpunkt	Ambulante Versorgung	Ambulante Versorgung u. Vermittlung	Vermittlung an ärztliche Netzwerke	Clearing/KV-Beratung
Ø Anzahl an Ärzt*innen im Netzwerk	13 (n = 20)	19 (n = 15)	50 (n = 20)	variabel[3] (n = 10)

Quelle: eigene Erhebung auf Basis des Fragebogenrücklaufs (n = 147). Alle Prozentwerte sind gerundet.

5.1. HUMANITÄRE VERSORGUNG

Die Zuordnung von Anlaufstellen zum Typ **humanitäre Versorgung** erfolgte anhand von zwei Kriterien: ein in der ambulanten Gesundheitsversorgung liegender Tätigkeitsschwerpunkt und kein Bezug von finanziellen Mitteln aus öffentlichen Quellen. In jenen Fällen, in denen Anlaufstellen gleichzeitig Versorgungs- und Vermittlungstätigkeiten ausüben, wurde der Anteil des medizinischen Personals an der Gesamtzahl der Mitarbeiter*innen herangezogen, um eine Zuordnung vorzunehmen. Ergänzend wurden die Selbstdarstellungen der Anlaufstellen daraufhin geprüft, ob der Tätigkeitsschwerpunkt auf der Gesundheitsversorgung oder der Vermittlung liegt. Mit 46 von 147 Einrichtungen zählt beinahe jede dritte Anlaufstelle zu diesem Typus.

[3] Einige Anlaufstellen des Typs professionelle Beratung arbeiten nicht mit einem Netzwerk von Kooperationsärzt*innen, sondern ermöglichen Klient*innen mit Behandlungsbedarf mittels Behandlungsscheinen die freie Arztwahl innerhalb der Gebietskörperschaft.

Alle Anlaufstellen der humanitären Versorgung verfügen über ein allgemeinmedizinisches Behandlungsspektrum (n = 39). Weitere Fachrichtungen in absteigender Häufigkeit sind Innere Medizin, Zahnmedizin, Orthopädie sowie Gynäkologie. 93 % der Anlaufstellen vermitteln ergänzend an externe Ärzt*innen (n = 41), durchschnittlich an 13 Ärzt*innen pro Einrichtung; dabei handelt es sich zu 68 % um ehrenamtlich tätige Ärzt*innen (n = 20).

78 % der Anlaufstellen dieses Typs bieten ein- bis zweimal wöchentlich eine Sprechstunde an (n = 40); 8 % halten eine vierzehntägige Sprechstunde und 10 % sieben oder mehr Sprechstunden pro Woche. Im Durchschnitt werden pro Anlaufstelle 2,5 Sprechstunden wöchentlich angeboten (n = 40).

Beratungsdienste werden von knapp der Hälfte der Einrichtungen (49 %) erbracht (n = 43). In 14 Fällen sind die beratenden Personen für Sozialberatungstätigkeiten qualifiziert, etwa über ein Studium der Sozialen Arbeit (n = 18); Fortbildungen zum Krankenversicherungsclearing haben Mitarbeiter*innen von sieben Einrichtungen besucht (n = 12). Aufgrund der geringen Fallzahlen ist davon auszugehen, dass die tatsächlichen Anteile niedriger ausfallen und professionelle Beratungsdienste in den Anlaufstellen der humanitären Versorgung insgesamt nicht stark vertreten sind.

Die Entstehung dieser Anlaufstellen lässt sich vorwiegend auf die letzten 15 Jahre datieren: Lediglich 7 % der Einrichtungen bestehen bereits seit den 1990er-Jahren (n = 41). Die Untersuchung der Gründungszeiträume zeigt, dass 25 % der Anlaufstellen in den 2000er-Jahren gegründet wurden, 56 % in den 2010er-Jahren und 12 % der Einrichtungen in den Jahren zwischen 2020 und 2023.

FINANZIERUNGS- UND MITARBEITERSTRUKTUR

Die Anlaufstellen der humanitären Versorgung erhalten keine öffentlichen Mittel und finanzieren sich ausschließlich über Spenden (32 Einrichtungen, n = 34). Zwei Einrichtungen weisen einen Spendenanteil von 75 bzw. 90 % auf; die verbleibenden Mittel werden in diesen Fällen über Eigenmittel eines Trägers abgedeckt.

Die Zahl der Mitarbeiter*innen variiert erheblich und reicht von einer bis 82 Personen (n = 45). 29 % der Einrichtungen haben eine geringe Mitarbeiterausstattung von ein bis fünf Mitarbeiter*innen, während in 22 % der Anlaufstellen sechs bis zehn und in 16 % elf bis 15 Personen arbeiten. Der Anteil der Anlaufstellen mit 16 bis 20 Mitarbeiter*innen beläuft sich auf 13 %. In weiteren 20 % der Anlaufstellen sind mehr als 20 Personen tätig. Im Durchschnitt sind pro Anlaufstelle 17,2 Personen tätig, der Median liegt bei zehn Personen.

Das Verhältnis von Ehrenamt zu Hauptamt ist deutlich zugunsten des Ehrenamts ausgerichtet: 62 % der Anlaufstellen basieren vollständig auf ehrenamtlicher Arbeit und bei weiteren 29 % liegt der Ehrenamtsanteil bei über 75 %. Lediglich 7 % der Einrichtungen weisen einen Ehrenamtsanteil zwischen 50 und 74 % auf. Nur eine einzige Anlaufstelle kommt ohne den Einsatz von Ehrenamtlichen aus. In dieser Einrichtung sind zwei hauptamtliche Mediziner*innen tätig, deren Finanzierung über Spenden sichergestellt wird. Der durchschnittliche Ehrenamtsanteil aller Einrichtungen dieses Typs beläuft sich auf 91 % (n = 45).

Das medizinische Personal ist beinahe ausschließlich ehrenamtlich tätig. In 16 % der Anlaufstellen ist das medizinische Personal hauptamtlich tätig (n = 44). In lediglich zwei Einrichtungen sind Ärzt*innen hauptamtlich beschäftigt. In den übrigen Fällen handelt es sich um hauptamtliche Tätigkeiten von medizinischen Fachangestellten, Pflegekräften sowie einer Heb-

amme. In 93 % der Anlaufstellen üben die Ärzt*innen ihre Tätigkeit ausschließlich auf ehrenamtlicher Basis aus. Den durchschnittlich 13,6 ehrenamtlichen Mediziner*innen pro Einrichtung (n = 45) stehen damit lediglich 0,7 hauptamtliche Mediziner*innen gegenüber (n = 44).

Die Mitarbeiterschaft verfügt überwiegend über einen medizinischen Hintergrund. Pro Anlaufstelle sind durchschnittlich 14,3 medizinische Mitarbeiter*innen (Ärzt*innen, Medizinische Fachangestellte, Pflegekräfte, Hebammen) tätig, während die durchschnittliche Anzahl der Nichtmediziner*innen bei 2,1 liegt. Lediglich die Hälfte der Anlaufstellen ist mit nicht medizinischem Personal ausgestattet (n = 44), das vorwiegend mit Verwaltungsaufgaben betraut ist und sowohl ehrenamtlich als auch hauptamtlich tätig ist. In 24 % dieser Anlaufstellen sind Sozialarbeiter*innen tätig, mit einer Ausnahme ausschließlich hauptamtlich (n = 42).

DISKUSSION

Die Anlaufstellen des Typs **humanitäre Versorgung** bieten ein begrenztes, überwiegend allgemeinmedizinisches Leistungsspektrum an, das im Durchschnitt 2,5 Sprechstunden pro Woche umfasst. Sie sind nahezu vollständig spendenfinanziert und stützen sich zu über 90 % auf ehrenamtliches Engagement, wobei ehrenamtlich tätige Ärzt*innen eine besonders wichtige Rolle spielen. Trotz dieser strukturellen Begrenzungen stellen sie für viele Menschen ohne Krankenversicherung eine wichtige, niedrigschwellige Anlaufstelle für medizinische Hilfe dar.

Ataç und Schilliger (2022) zufolge können Organisationen dieses Typs als Akteur*innen beschrieben werden, die mit ihrem Engagement eine parallele Infrastruktur außerhalb der wohlfahrtsstaatlichen Institutionen schaffen, um Lücken der staatlichen Regelversorgung zu schließen. Die Arbeit dieser Organisationen beruht auf ehrenamtlichem Engagement und Spenden und zielt darauf ab, vulnerable Lebenslagen zu mildern. Kritisch anzumerken ist jedoch, dass derartige Parallelstrukturen die Entlastung des regulären Sozial- und Gesundheitssystems bewirken, ohne die strukturellen Ursachen der Versorgungslücken adäquat zu adressieren (van Dyk und Haubner 2021).

Mit einem Anteil von 35 % wird ein erheblicher Teil der 46 Anlaufstellen dieses Typs durch das Angebot *Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung (MMM)* abgedeckt, das in acht Bundesländern an verschiedenen Standorten vertreten ist. Diese Einrichtungen bieten primär ambulante Untersuchungen im Rahmen von ärztlichen Sprechstunden an, häufig in kirchlichen oder humanitären Kontexten; in einigen Fällen stellen kirchlich getragene Krankenhäuser die Räumlichkeiten zur Verfügung. Die Erbringung der Gesundheitsleistungen erfolgt überwiegend durch ehrenamtliches Personal, die Finanzierung nahezu ausschließlich über Spenden. Diese Einrichtungen begreifen ihre Tätigkeit als notwendige humanitäre Reaktion auf rechtliche, strukturelle oder finanzielle Lücken im Versorgungssystem. Aus humanitären Gesichtspunkten heraus besteht aus der Perspektive des Malteser Hilfsdienstes e. V. (o. J.b) eine dringende Notwendigkeit, diese bestehenden Lücken zu schließen.

5.2. TEILINSTITUTIONALISIERTE VERSORGUNG

Die Zuordnung von Anlaufstellen zum Typus **teilinstitutionalisierte Versorgung** erfolgte anhand von zwei Kriterien: einer in der ambulanten Versorgung bestehenden Primärleistung und einer zumindest partiellen öffentlichen Finanzierung. Auf dieser Grundlage konnte eine eindeutige Typologisierung vorgenommen werden; lediglich bei wenigen Anlaufstellen war

eine ergänzende Einordnung erforderlich. Rund 30 % aller erfassten Einrichtungen (44 von 147) können diesem Typus zugeordnet werden.

Sämtliche Anlaufstellen der teilinstitutionalisierten Versorgung bieten mindestens eine wöchentliche Sprechstunde an, in der Regel deutlich mehr. So halten 40 % der Anlaufstellen ein bis zwei Sprechstunden pro Woche ab, 38 % haben drei bis fünf wöchentliche Sprechstunden und weitere 12 % führen sechs bis zehn Sprechstunden durch (n = 42). 5 % bieten zehn bis 19 Sprechstunden und weitere 5 % 20 oder mehr Sprechstunden wöchentlich an. Der Durchschnitt liegt bei 4,7 Sprechstunden pro Woche und damit deutlich über dem Gesamtdurchschnitt aller Einrichtungen. Das Behandlungsspektrum ist primär allgemeinmedizinisch ausgerichtet (n = 39); weitere Fachrichtungen, in absteigender Reihenfolge, sind: Gynäkologie, Innere Medizin, Kinderheilkunde, Psychiatrie und Zahnmedizin.

In Bezug auf die Gründungsgeschichte stellen diese Anlaufstellen die ältesten der vier Typen dar: 39 % der Anlaufstellen wurden in den 1990er-Jahren gegründet, 28 % in den 2000er-Jahren, 25 % in den 2010er-Jahren und 8 % zwischen 2020 und 2023 (n = 36). Viele dieser Einrichtungen haben sich damit über Jahrzehnte als stabile Versorgungsstrukturen etabliert.

Neben der eigenen Behandlung vermitteln alle Anlaufstellen an externe Ärzt*innen (n = 37), durchschnittlich an 19 Ärzt*innen pro Einrichtung (n = 15). Der Anteil der Ärzt*innen, die ehrenamtlich tätig sind und an die vermittelt wird, beläuft sich auf 45 % (n = 12). Beratungen zum Krankenversicherungsschutz sind seltener Teil des Angebotsspektrums: In 57 % der Anlaufstellen werden solche Beratungen durchgeführt (n = 37); in 14 Fällen verfügen die beratenden Personen über eine entsprechende Tätigkeit (n = 17), und Weiterbildungen zum Krankenversicherungsclearing haben Mitarbeiter*innen von sechs Einrichtungen besucht (n = 12).

FINANZIERUNGS- UND MITARBEITERSTRUKTUR

Ein Blick auf die Finanzierungsstruktur zeigt, dass eine vollständige Finanzierung aus öffentlichen Mitteln selten ist: 8 % der Anlaufstellen sind vollständig aus öffentlichen Mitteln finanziert (n = 37) und 91 % erhalten zumindest eine öffentliche Teilfinanzierung (n = 35). Bei den Anlaufstellen dieses Typs stammen die Mittel zu unterschiedlichen Anteilen aus öffentlicher Hand: Jeweils 28 % finanzieren sich zu 75–99 %, zu 50–74 % bzw. zu 1–49 % aus öffentlichen Mitteln (n = 35). Im Durchschnitt deckt die öffentliche Finanzierung rund 62 % des Gesamtbudgets ab (n = 18). Da vermutlich vor allem jene Einrichtungen diese Frage beantwortet haben, die den Anteil ihrer öffentlichen Förderung kennen, dürfte der tatsächliche Gesamtdurchschnitt etwas niedriger liegen.

Die wichtigsten öffentlichen Geldgeber sind Kommunen, Städte und Landkreise: 71 % der Anlaufstellen erhalten kommunale Mittel (n = 24). Nur eine Einrichtung wird ausschließlich vom Land gefördert, eine weitere über eine Mischfinanzierung aus kommunalen Mitteln und Landesmitteln. 13 % der Anlaufstellen befinden sich in Stadtstaaten. Als Besonderheit ist zu erwähnen, dass in einem Fall eine Kassenärztliche Vereinigung und in einem weiteren eine Landesärztekammer an der Finanzierung beteiligt ist. Trotz der öffentlichen Förderung spielen Spenden, Mitgliedsbeiträge und private Drittmittel eine wichtige ergänzende Rolle: 89 % der Anlaufstellen der teilinstitutionalisierten Versorgung finanzieren sich auch aus diesen Quellen (n = 35), wobei der Spendenanteil im Durchschnitt bei 32 % liegt (n = 15).

Hinsichtlich der Mitarbeiterausstattung zeigt sich eine deutliche Tendenz. In den Anlaufstellen dieses Typs arbeiten zwischen zwei und 104 Personen. Kleine Einrichtungen mit weniger als fünf Mitarbeiter*innen machen 17 % aus, der Anteil von Anlaufstellen mit sechs bis zehn Mitarbeiter*innen liegt bei 9 %. Die meisten Anlaufstellen sind deutlich größer: 23 % entfallen

auf Einrichtungen mit einer Mitarbeiterschaft aus elf bis 15 Personen, bei weiteren 14 % sind 16 bis 20 Personen tätig. Eine Mitarbeiterschaft von mehr als 20 Personen findet sich bei 34 % der Anlaufstellen, wovon 26 % zwischen 20 und 49 Mitarbeiter*innen haben, während bei 8 % die Mitarbeiterschaft aus 50 oder mehr Personen besteht. Im Durchschnitt sind pro Einrichtung rund 21 Personen tätig, der Median liegt bei 16 (n = 34).

Der Anteil ehrenamtlicher Mitarbeiter*innen ist auch in diesen Anlaufstellen erheblich: In 18 % spielt Ehrenamt keine Rolle; in jeweils 12 % liegt der Anteil bei 1 bis 49 % bzw. bei 50 bis 74 %. Die Mehrheit der Anlaufstellen weist jedoch einen höheren Ehrenamtsanteil auf: In 36 % liegt er bei 75 bis 99 %, in 21 % der Anlaufstellen bei 100 %. Im Durchschnitt beträgt der Ehrenamtsanteil 63 % pro Anlaufstelle (n = 33).

Die Mitarbeiterschaft besteht überwiegend aus Mediziner*innen, wobei in vielen Anlaufstellen auch Nichtmediziner*innen tätig sind. Im Durchschnitt arbeiten pro Einrichtung rund 17 Mediziner*innen (n = 34) und vier Nichtmediziner*innen (n = 33), darunter durchschnittlich zwölf Ärzt*innen sowie vier Medizinische Fachangestellte bzw. Pflegekräfte. In 21 % der Anlaufstellen arbeitet das medizinische Personal – darunter Ärzt*innen, Medizinische Fachangestellte, Pflegekräfte und Hebammen – ausschließlich hauptamtlich. In 40 % sind ausschließlich ehrenamtliche Mediziner*innen tätig, in weiteren 40 % sowohl ehrenamtliche als auch hauptamtliche (n = 33). Den rund 15 ehrenamtlichen Mediziner*innen pro Einrichtung stehen durchschnittlich drei hauptamtliche gegenüber.

Werden ausschließlich die Ärzt*innen betrachtet, zeigt sich ein vergleichbares Bild: In 64 % der Anlaufstellen sind alle Ärzt*innen ehrenamtlich tätig, in 15 % sowohl haupt- als auch ehrenamtlich, und in 21 % ausschließlich hauptamtlich (n = 33). In diesen letztgenannten Anlaufstellen arbeitet häufig eine sehr geringe Anzahl an Ärzt*innen, oftmals ist dort nur eine einzige Person ärztlich tätig.

In 28 von 33 Anlaufstellen sind zudem Pfleger*innen oder Medizinische Fachangestellte beschäftigt. In elf Fällen sind diese ausschließlich ehrenamtlich tätig, in sechs Fällen sowohl haupt- als auch ehrenamtlich und in elf Einrichtungen ausschließlich hauptamtlich. Nichtmedizinisches Personal ist ehrenamtlich gelegentlich als Sprechstundenbegleitung oder bei Verwaltungsaufgaben tätig. Hauptamtliche Sozialarbeiter*innen sind in 42 % der Anlaufstellen tätig (n = 33), Verwaltungspersonal in jeder vierten (n = 32).

DISKUSSION

Ähnlich wie die Einrichtungen der humanitären Versorgung bieten die Anlaufstellen des Typs **teilinstitutionalisierte Versorgung** ambulante medizinische Versorgung als Kernleistung an, sind dabei jedoch besser aufgestellt. Mit durchschnittlich 4,7 Sprechstunden pro Woche bieten sie nahezu doppelt so viel Behandlungskapazität. Das Leistungsspektrum ist um Fachrichtungen wie Gynäkologie, Kinderheilkunde sowie Psychiatrie erweitert und viele Einrichtungen verfügen über hauptamtliches ärztliches Personal. Trotz öffentlicher Teilfinanzierung sind auch diese Anlaufstellen weiterhin stark auf ehrenamtliche Ärzt*innen und Spendeneinnahmen angewiesen, wenngleich der Anteil ehrenamtlicher Mitarbeiter*innen geringer ist als bei Anlaufstellen der humanitären Versorgung. Die öffentlichen Mittel allein reichen in der Regel nicht zur vollständigen Finanzierung aus.

Ataç und Schilliger (2022) beschreiben Organisationen dieses Typs als intermediäre Akteur*innen, die den humanitären Versorgungsanspruch mit dem Ziel einer generellen Verbes-

serung der Gesundheitssituation ihrer Adressat*innen verbinden. Im Unterschied zu rein ehrenamtlich getragenen Einrichtungen verfügen sie über hauptamtliche Strukturen und sind stärker in kommunale Versorgungsnetze eingebettet.

Ein Großteil der Anlaufstellen dieses Typs richtet sich an Menschen in Wohnungslosigkeit. Als Reaktion auf deren strukturelle Zugangsbarrieren zur Regelversorgung entstanden bereits Anfang der 1990er-Jahre in der Wohnungsnotfallhilfe niedrigschwellige aufsuchende medizinische Angebote, die aus der Suchthilfe adaptiert wurden. Diese war Ende der 1980er-Jahre angesichts steigender HIV- und drogenbedingter Sterblichkeit entwickelt worden (BAG 2025). Eine aktuelle Studie über ein niedrigschwelliges Berliner Gesundheitszentrum für Menschen in Wohnungslosigkeit zeigt, dass rund 70 % der dort versorgten Patient*innen über keine Krankenversicherung verfügen (Schindel und Karpenko 2025). Diese Angebote werden als medizinisch effektiv evaluiert und von den Nutzer*innen als niedrigschwelliger und zugänglicher bewertet als Angebote der regulären Gesundheitsversorgung (Schindel und Karpenko 2025).

Ein weiteres Beispiel sind die *open.med*-Projekte von *Ärzte der Welt,* die es aktuell in fünf Städten gibt. Diese medizinischen Anlaufstellen bieten eine ärztliche Grundversorgung und Facharztbehandlungen an, darunter kinderärztliche, gynäkologische und psychiatrische Sprechstunden sowie Sprechstunden für chronisch kranke Patient*innen, die keine Krankenversicherung haben, und für wohnungslose Personen (Gach und Offe 2021).

Über die Einzelversorgung hinaus engagieren sich viele dieser Anlaufstellen für eine strukturelle Verbesserung der Rahmenbedingungen der Adressat*innen auf der lokalen Ebene: Sie betreiben Öffentlichkeitsarbeit, erheben und veröffentlichen Daten und versuchen dadurch, Einfluss auf die Kommunalpolitik zu nehmen. Einige der Anlaufstellen sind zudem Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe, die auf Bundesebene durch Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit auf die Versorgungslücken für wohnungslose Menschen ohne Krankenversicherung aufmerksam macht und sich für deren Zugang zur Regelversorgung einsetzt. Auf diese Weise wirken diese Anlaufstellen nicht nur als Versorger, sondern auch als politische Akteure auf lokaler und nationaler Ebene.

5.3. SOLIDARISCHE VERMITTLUNG

Dem Typ **solidarische Vermittlung** wurden Anlaufstellen zugeordnet, deren zentrale Aufgabe darin besteht, Patient*innen an externe Ärzt*innen zu vermitteln. In der Regel handelt es sich um nicht öffentlich geförderte Einrichtungen. Einzelne Anlaufstellen mit geringer öffentlicher Förderung wurden ebenfalls diesem Typ zugeordnet, da sie keine Versorgungs- und Beratungstätigkeiten durchführen (oder wenn, dann auf Laienbasis), sondern vermitteln und eine ausschließlich ehrenamtlich arbeitende Mitarbeiterschaft besitzen.[4] Einige dieser Einrichtungen bieten neben der Vermittlung auch eine eigene Versorgung oder Beratung an. Entscheidend für die Zuordnung war, dass die Vermittlung den Tätigkeitsschwerpunkt bildet und andere Angebote, etwa medizinische Behandlungen in drei Fällen, eine untergeordnete Rolle spielen. Insgesamt wurden 35 Anlaufstellen diesem Typus zugeordnet, was einem Anteil von 24 % der erfassten Einrichtungen entspricht.

Die Vermittlungsarbeit dieser Anlaufstellen nimmt eine Brückenfunktion zwischen Menschen ohne Krankenversicherung und behandlungsbereiten Ärzt*innen ein. Da Arztpraxen Menschen ohne Gesundheitskarte in der Regel abweisen, erschließen diese Einrichtungen den

[4] Wir haben hier eine Einrichtung dieser Kategorie aufgenommen, in der eine angestellte Person tätig ist, die allerdings lediglich Verwaltungstätigkeiten auf Basis einer geringfügigen Beschäftigung ausführt.

Zugang zur medizinischen Versorgung auf zweierlei Weise: Einerseits sind sie als Anlaufstelle für potenziell Betroffene erreichbar; andererseits bauen sie durch bilaterale Gespräche Kooperationsnetzwerke mit Ärzt*innen auf, in die Patient*innen anschließend vermittelt werden.

Die Gründung dieser Anlaufstellen fällt überwiegend in die 2000er-Jahre: 17 % der Einrichtungen wurden bereits Mitte der 1990er-Jahre gegründet, die Hälfte entstand in den 2000er-Jahren. Weitere 28 % dieser Anlaufstellen nahmen ihre Arbeit zwischen 2010 und 2019 auf; die einzige Neugründung seitdem datiert auf das Jahr 2020 (n = 18).

Die für die Arbeit dieser Anlaufstellen zentralen Kooperationsnetzwerke umfassen zwischen drei und 150 Ärzt*innen. Kleine Netzwerke mit weniger als zehn Ärzt*innen sind selten (10 %). 15 % der Anlaufstellen vermitteln an zehn bis 19 Ärzt*innen. Die meisten Einrichtungen verfügen über deutlich größere Netzwerke: 40 % kooperieren mit 20 bis 49 Ärzt*innen, 15 % mit 50 bis 99. In 20 % der Anlaufstellen umfasst das Kooperationsnetz sogar 100 bis 150 Ärzt*innen. Im Durchschnitt bestehen die Netzwerke aus 50 Ärzt*innen pro Anlaufstelle (n = 20).

Die nach der Vermittlung stattfindenden Behandlungen erfolgen zum Großteil auf ehrenamtlicher Basis: 50 % der Anlaufstellen vermitteln ausschließlich an ehrenamtlich tätige Ärzt*innen, 13 % vermitteln zu 75 bis 99 % und sechs % vermitteln zu 50 bis 74 % an Ehrenamtliche. In 19 % der Anlaufstellen liegt der Anteil ehrenamtlicher Ärzt*innen zwischen einem und 49 %. Lediglich in 13 % der Anlaufstellen werden ausschließlich hauptamtlich tätige Ärzt*innen vermittelt. Im Durchschnitt beträgt der Anteil ehrenamtlicher Ärzt*innen, an die vermittelt wird, pro Anlaufstelle 64 % (n = 16). Laut Stötzler und Kaifi (2025) haben die Einrichtungen, die vermitteln, oftmals Schwierigkeiten, neue Kooperationen mit Ärzten zu knüpfen.

Die am häufigsten vermittelten Fachrichtungen sind in absteigender Reihenfolge: Allgemeinmedizin, Zahnmedizin, Gynäkologie und Orthopädie. Acht Einrichtungen geben an, in alle relevanten Fachrichtungen vermitteln zu können. In den Kooperationsvereinbarungen streben die Einrichtungen möglichst niedrige Abrechnungssätze an. Behandlungen bei nicht ehrenamtlich tätigen Ärzt*innen werden in der Regel zum 1,0-fachen GOÄ-Satz abgerechnet. 59 % der Anlaufstellen geben an, die Kosten für Medikamente oder Laboruntersuchungen zu übernehmen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass sich diese Kostenübernahme in der Regel auf einzelne, zeitlich begrenzte Behandlungen beschränkt. Leistungen, die eine dauerhafte Finanzierung erfordern, können von den Anlaufstellen in der Regel nicht getragen werden. 41 % können dies nur teilweise, etwa ausschließlich im Notfall, nach Einzelfallentscheidung oder unter Ausschluss von Dauermedikation (n = 17).

Lediglich 9 % der Anlaufstellen bieten eine eigene ambulante medizinische Versorgung an (n = 35). Dieses Angebot ist jedoch sehr eingeschränkt und besteht in der Regel aus einer Sozialberatung in Anwesenheit einer Ärztin oder eines Arztes. Beratungsleistungen werden in 20 % der Anlaufstellen erbracht (n = 35), nahezu ausschließlich durch Laien. In den Fragebögen wird der Einzelfallcharakter dieser Beratungen betont und auf die begrenzte Komplexität der zur Beratung angenommenen Fälle hingewiesen. Nur eine Anlaufstelle gibt an, dass die beratenden Personen teilweise für entsprechende Tätigkeiten ausgebildet sind.

FINANZIERUNGS- UND MITARBEITERSTRUKTUR

66 % der Anlaufstellen dieses Typs erhalten keine öffentliche Förderung (n = 22). Lediglich eine Anlaufstelle wird vollständig aus öffentlichen Mitteln finanziert, jedoch in geringem Umfang: Die einzige hauptamtlich arbeitende Person ist eine Verwaltungskraft in geringfügiger Beschäftigung, alle übrigen Mitarbeiter*innen sind ehrenamtlich tätig. Sieben Einrichtungen

erhalten eine öffentliche Teilfinanzierung (n = 22), von denen fünf ausschließlich vermittelnd tätig sind, während zwei weitere ergänzend Beratung auf Laienbasis anbieten. Beinahe alle Einrichtungen (96 %) finanzieren sich zumindest teilweise über Spenden (n = 25).

Die Zahl der Mitarbeiter*innen der Anlaufstellen dieses Typs ist vergleichsweise gering: 11 % der Anlaufstellen haben weniger als fünf Mitarbeiter*innen, in weiteren 16 % arbeiten zwischen sechs und zehn Personen. Bei 63 % der Einrichtungen besteht die Mitarbeiterschaft aus elf bis 20 Personen, weitere 11 % haben über 20 Mitarbeiter*innen (n = 19). Im Durchschnitt entspricht dies 16,6 Personen pro Einrichtung, wobei der Medianwert bei 15 liegt. Dabei handelt es sich nahezu ausschließlich um Ehrenamtliche: Lediglich in 11 % der Einrichtungen (n = 19) ist je eine Person auf hauptamtlicher Basis in der Organisations- und Verwaltungsarbeit tätig. Der durchschnittliche Ehrenamtsanteil beträgt 98 %.

Die Mitarbeiterschaft setzt sich aus Mediziner*innen und Nichtmediziner*innen zusammen, wobei in 68 % der Anlaufstellen kein medizinisches Personal vorhanden ist (n = 19). In diesen Einrichtungen besteht die Mitarbeiterschaft häufig aus Student*innen. In sechs Anlaufstellen sind auch medizinisch ausgebildete Mitarbeiter*innen tätig, häufig Ärzt*innen. Im Durchschnitt arbeiten pro Anlaufstelle 2,6 Mediziner*innen und 14 Nichtmediziner*innen.

DISKUSSION

86 % der diesem Typus zugeordneten Anlaufstellen sind gemäß ihrer Selbstbezeichnung *Medinetze* oder *Medibüros*. Es handelt sich um Organisationen, die in fast allen Bundesländern vertreten sind, am häufigsten in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg. Ihr Ziel ist es, praktisch und politisch Lösungsansätze für eine bedarfsgerechte Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz zu etablieren. Die historische Entstehung dieser Initiativen ist gemäß Selbstbeschreibung auf die asylpolitischen Verschärfungen in den 1990er-Jahren zurückzuführen. Nach der Verabschiedung des Asylbewerberleistungsgesetzes im Jahr 1993 prognostizierten antirassistische Organisationen eine Zunahme der Anzahl von Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität. Ihre praktische Solidarität bestand darin, Initiativen zur medizinischen Versorgung für Geflüchtete zu gründen (Medibüro Berlin 2016). Medinetze und Medibüros vermitteln Patient*innen anonym und kostenlos an Netzwerke von Ärzt*innen, Hebammen und Kliniken, die ein Kontingent von Patient*innen ohne Krankenversicherung kostenlos oder zum einfachen GOÄ-Satz behandeln (Mylius 2016). Ihre Arbeit erfordert gut organisierte Netzwerke und verlässliche Absprachen mit Gesundheitsdienstleister*innen. Kooperationsvereinbarungen mit einzelnen Krankenhäusern ermöglichen teilweise eine stationäre Behandlung, etwa bei Geburten (Mylius 2016). Die Motivation der beteiligten Ärzt*innen und Krankenhäuser reicht von humanitärer Haltung über solidarisches Handeln bis hin zu politischer Überzeugung (Bartholome et al. 2016).

Die Vermittlungsarbeit wird von engagierten Personen getragen, die selbstorganisiert arbeiten und durch den Aufbau horizontaler Beziehungen politische Veränderungen anstreben. Sie verstehen sich häufig als politische Aktivist*innen mit systemkritischer Positionierung und als Akteur*innen sozialer Bewegungen, die sich der Ausgrenzung von Migrant*innen mit prekärem Aufenthaltsstatus aus der regulären Gesundheitsversorgung entgegensetzen (Groß 2005, S. 20). Ihr Ziel ist es, mittelfristig kommunale Politiken und langfristig nationale Gesetze zu verändern (Wilcke und Manoim 2019). So wurde das *MediBüro Berlin* etwa „mit dem Ziel gegründet, der rassistischen Ausgrenzung von Flüchtlingen aus der Sozialgesetzgebung und der regulären Gesundheitsversorgung ein praktisches Projekt und eine politische Initiative entgegenzusetzen“ (Groß 2005, S. 20). Den Aktivist*innen der Medinetze und Medi-

büros ist der Spagat zwischen politischen Forderungen und konkreter Unterstützung von Hilfesuchenden bewusst. Sie arbeiten langfristig daran, die Notwendigkeit ihres eigenen Engagements zu beseitigen, weil sie keine ‚Lückenbüßer*innen' im deutschen Sozialsystem sein wollen. Die politische Arbeit äußert sich teilweise in Vernetzung mit anderen Organisationen, etwa in der BAG Gesundheit/Illegalität, die sich auf Bundesebene für das Recht auf Gesundheitsversorgung für undokumentierte Menschen einsetzt, oder im BACK – Bundesverband Anonymer Behandlungsschein und Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherung.

Ataç und Schilliger (2022) beschreiben solche Organisationen als autonome zivilgesellschaftliche Akteur*innen, die eine Alternative zu etablierten Unterstützungsformen anbieten und aktivistische Formen annehmen, etwa indem sie sich ausdrücklich als antirassistische Organisationen positionieren und darauf abzielen, gemeinsame Räume zu schaffen, die potenziell transformativ wirken. Sie grenzen sich explizit von einer karitativen Logik ab: Auch wenn ihre Aktivitäten auf Menschen ausgerichtet sind, die durch die Lücken des Sozialsystems fallen, wollen sie diese Lücken nicht schließen, sondern stattdessen ‚Infrastrukturen des Dissenses' schaffen, die gegen Ausgrenzung und Ungerechtigkeit wirken (Schilliger 2021). In Übereinstimmung mit dieser Selbstpositionierung beharren diese Organisationen auf ihrer Unabhängigkeit von staatlicher Förderung und der damit befürchteten politischen Einflussnahme. Nur wenige MediBüros erhalten kommunale Förderung. Oftmals wird jedoch strategisch mit lokalen Behörden zusammengearbeitet, um eine inklusivere Gesundheitsversorgung zu fördern.

5.4. PROFESSIONELLE BERATUNG

Neben der eigenen medizinischen Behandlung und der Vermittlung zu externen Praxen können Zugänge zur Gesundheitsversorgung durch professionelle Beratungsleistungen hergestellt werden. Für die Zuordnung zu diesem Typus wurden zwei Kriterien angewendet: ein in der Klientenberatung liegender Tätigkeitsschwerpunkt und eine sich teilweise oder vollständig aus öffentlichen Quellen speisende Finanzierung. 10 % der Einrichtungen dieses Typs bieten ergänzend eine eigene ambulante Versorgung an (n = 22); in diesen Fällen waren für die Typologisierung ein hoher Anteil Sozialarbeiter*innen in der Mitarbeiterschaft sowie Beratungsleistungen auf professionellem Niveau ausschlaggebend. Insgesamt wurden 22 Anlaufstellen diesem Typus zugeordnet, was 15 % der erfassten Anlaufstellen entspricht.

Das Krankenversicherungsclearing verfolgt das Ziel, Klient*innen bei der (Wieder-)Aufnahme eines Krankenversicherungsverhältnisses zu unterstützen, um sie so in das gesundheitliche Regelsystem zu integrieren. Die Beratungsangebote der professionellen Beratung stehen grundsätzlich allen Klient*innen offen; lediglich 27 % der Einrichtungen beschränken ihr Angebot auf bestimmte Zielgruppen (n = 22). In zwei Fällen richtet sich das Angebot an Personen mit Migrationsgeschichte, in zwei weiteren explizit an Personen aus ost- oder südosteuropäischen Herkunftsstaaten; in einem Fall können ausschließlich Menschen ohne Papiere sowie EU-Bürger*innen mit akutem Behandlungsbedarf beraten werden. Darüber hinaus steht das Angebot in vielen Einrichtungen aus förderrechtlichen Gründen ausschließlich Einwohner*innen der fördermittelgebenden Gebietskörperschaft zur Verfügung.

Hinsichtlich der Gründungsjahre fällt auf, dass es sich um vergleichsweise junge Einrichtungen handelt: Die ersten Anlaufstellen der professionellen Beratung dieser Art entstanden erst in den 2010er-Jahren (n = 20). Diese Entwicklung setzt sich in den 2020er-Jahren fort: Zwischen 2020 und 2023 wurden bereits zehn weitere Einrichtungen gegründet.

Die Beratungstätigkeiten dieser Anlaufstellen basieren auf einem professionellen Fundament: In allen Anlaufstellen verfügen die Mitarbeiter*innen über eine einschlägige Beratungsausbildung. In der überwiegenden Mehrheit (86 %) sind Sozialarbeiter*innen tätig (n = 22) und

42 % der Anlaufstellen beschäftigen zudem Personal mit juristischem Ausbildungshintergrund (n = 19). In 78 % der Einrichtungen hat mindestens ein*e Mitarbeiter*in an spezialisierten Fortbildungen zum Krankenversicherungsclearing teilgenommen (n = 18). Die Qualifikation des Personals spiegelt die Anforderungen der Beratungspraxis wider: Die versicherungs-, aufenthalts- und sozialrechtlichen Konstellationen, in denen sich Klient*innen befinden, erfordern von den Berater*innen eine erhebliche Fachexpertise.

86 % dieser Anlaufstellen erbringen ebenfalls Vermittlungsleistungen (n = 22). Dabei wird teilweise mit Kooperationsnetzwerken aus Ärzt*innen gearbeitet. In Einrichtungen, die Kostenübernahmen gewähren, wird auch an Praxen außerhalb fester Netzwerke vermittelt. In einigen Fällen ermöglichen Anonyme Behandlungs- bzw. Krankenscheine den Klient*innen die freie Arztwahl innerhalb der Gebietskörperschaft (siehe Kapitel 5.4.2). Ein Teil der beratenden Anlaufstellen vermittelt Klient*innen mit Behandlungsbedarf weiter an Anlaufstellen der solidarischen Vermittlung, die wiederum an Ärzt*innen vermitteln. Bei diesem Typus liegt der Anteil ehrenamtlicher Ärzt*innen, an die vermittelt wird, bei 38 % (n = 14). In neun Fällen können die Kosten für Medikamente und Laboruntersuchungen vollständig übernommen werden, in einem Fall teilweise und in drei Einrichtungen gar nicht (n = 13).

FINANZIERUNGS- UND MITARBEITERSTRUKTUR

Die Finanzierungsstruktur der Anlaufstellen der professionellen Beratung unterscheidet sich deutlich von den anderen Typen: Alle Einrichtungen (n = 22) verfügen mindestens über eine öffentliche Teilfinanzierung. Die Hälfte der Anlaufstellen finanziert sich vollständig aus öffentlichen Mitteln; weitere zehn Einrichtungen erhalten eine öffentliche Teilfinanzierung. Entsprechend hoch ist der Anteil öffentlicher Mittel an der Gesamtfinanzierung: Er liegt im Durchschnitt bei 95 % (n = 19). Die Geldgeber verteilen sich zu etwa gleichen Anteilen auf Kommunen und Länder: In vier Fällen werden die Anlaufstellen ausschließlich vom Land finanziert, in weiteren vier Fällen ausschließlich von Städten oder Kommunen; fünf Anlaufstellen erhalten eine Mischfinanzierung aus Landesmitteln und kommunalen Mitteln. Zwei weitere Einrichtungen sind in Stadtstaaten angesiedelt (n = 15).

Spendeneinnahmen spielen in diesen Anlaufstellen eine nachgeordnete Rolle: Lediglich 32 % der Einrichtungen finanzieren sich ergänzend über Spenden (n = 19). Der durchschnittliche Spendenanteil aller Einrichtungen dieses Typs liegt bei 3 % (n = 13) bzw. bei 7 % unter denjenigen Einrichtungen, die Spenden überhaupt annehmen (n = 5). Dabei ist zu berücksichtigen, dass öffentlich geförderte Projekte häufig einen Eigenanteil von 5 bis 20 % der Gesamtkosten aufbringen müssen, der in der Regel über Spenden finanziert wird. Auch wenn der Spendenanteil an der Gesamtfinanzierung gering ist, kommt diesen Spenden so, je nach Förderbedingungen, eine nicht unerhebliche Bedeutung zu.

Die Mitarbeiterschaft umfasst zwischen einer und 21 Personen (n = 18). Die meisten Einrichtungen (zwölf) haben bis zu fünf Mitarbeiter*innen; zwei verfügen über sechs bis zehn Personen. In jeweils einer Einrichtung arbeiten elf bis 15 bzw. 16 bis 20 Personen. In zwei Einrichtungen besteht die Mitarbeiterschaft aus mehr als 20 Personen. Im Durchschnitt arbeiten pro Anlaufstelle 7,7 Personen, wobei der Medianwert bei vier Personen liegt (n = 18).

Der Anteil ehrenamtlicher Mitarbeiter*innen ist in diesen Anlaufstellen deutlich geringer als bei den anderen Typen: In 83 % der Einrichtungen gibt es keine Ehrenamtlichen (n = 18); lediglich in drei Anlaufstellen wird auch ehrenamtlich gearbeitet. Es handelt sich dabei um Anlaufstellen mit insgesamt höherer Mitarbeiterzahl, bei denen der Ehrenamtsanteil zwischen 66 und 88 % liegt.

Im Unterschied zu den anderen Typen hat die Mitarbeiterschaft mehrheitlich keinen medizinischen Hintergrund: Lediglich in 22 % der Anlaufstellen sind Mediziner*innen tätig (n = 18). In den beiden Einrichtungen mit hauptamtlichem medizinischem Personal handelt es sich um eine bzw. zwei Personen mit einem Stellenumfang von maximal 0,25 Vollzeitäquivalenten. Deutlich stärker vertreten ist nicht medizinisches Personal: Im Regelfall arbeiten pro Einrichtung ein*e bis fünf hauptamtliche Nicht-Mediziner*innen, überwiegend Sozialarbeiter*innen – lediglich in einer Anlaufstelle ist kein*e Sozialarbeiter*in tätig (n = 19). Neben durchschnittlich 2,8 Sozialarbeiter*innen pro Einrichtung (n = 19) sind häufig eine bis zwei Personen in der Projektkoordination oder Verwaltung beschäftigt; in einigen Anlaufstellen arbeiten zudem Fachangestellte für Sozialversicherung.

DISKUSSION

Die 22 Anlaufstellen dieses Typus sind in der Regel Clearingstellen, 77 % tragen dies explizit im Namen. Fünf Einrichtungen sind gemäß ihrer Selbstbezeichnung Anlaufstellen zur Ausgabe Anonymer Kranken- bzw. Behandlungsscheine, in einem Fall werden beide Bezeichnungen kombiniert.

Die meisten Clearingstellen sind erst Mitte der 2010er-Jahre entstanden, mit Ausnahme einer Clearingstelle in München, die 1998 in enger Zusammenarbeit zwischen Stadt und freien Trägern errichtet wurde. In Hamburg wird seit 2015 eine Clearingstelle als Dauerprojekt gefördert. In Nordrhein-Westfalen wurden seit Mitte 2016 fünf Clearingstellen als Modellprojekte eröffnet und mit 2,5 Millionen Euro vom Land gefördert (Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität 2017). Viele Clearingstellen sind insofern entstehungsgeschichtlich eng mit lokalen Medinetzen verbunden, als von diesen die Gründungsinitiativen ausgingen.[5]

Ziel der Beratung ist es, den Zugang zur Gesundheitsversorgung über die (Re-)Integration in das Krankenversicherungssystem herzustellen. Die Anlaufstellen bilden somit eine Brücke ins gesundheitliche Regelsystem. Zu den Aufgaben dieser Stellen zählen die Beratung und die Klärung von Kostenübernahmen hinsichtlich Krankenversicherung und Sozialleistungen. Langfristig soll damit die Finanzierung von Behandlungen gesichert werden. Auf diese Weise tragen die Anlaufstellen zur sozialen und finanziellen Nachhaltigkeit bei und gewährleisten den Zugang zur Regelversorgung (Ataç 2025b; Lang et al. 2024). Die Clearingstellen sind meist an zivilgesellschaftliche Träger oder Wohlfahrtsverbände angebunden, es gibt jedoch auch Einrichtungen, die beim Öffentlichen Gesundheitsdienst angesiedelt sind (Lang 2025). Die Probleme, mit denen sich diese Anlaufstellen befassen, sind dabei vielschichtig. In einer Auswertung des Pilotprojekts *Clearingstelle 1.0* in Frankfurt am Main werden die Beratungsanlässe für die Jahre 2021 und 2022 dargestellt: Versicherungsrechtliche Probleme liegen in fast 90 % der Anfragen vor. In der Regel ist der Versicherungsstatus beim Erstgespräch noch ungeklärt. Die Berater*innen sind häufig mit multiplen Problemlagen konfrontiert. Bei mehr als jeder*m dritten Klient*in bestehen bereits bei Beratungsbeginn gesundheitliche Beschwerden. Auch Schwangerschaften und Fragen der sozialen Absicherung sind häufige Beratungsanlässe (Lang et al. 2024). Eine weitere Aufgabe dieser Einrichtungen ist es daher, einen kurzfristigen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung zu ermöglichen. Dies erfolgt entweder durch die Vermittlung an ehrenamtliche medizinische Praxen oder durch die Finanzierung über Gesundheitsfonds (Ataç 2025b).

[5] Beispielsweise geben das Medibüro Berlin und das Medinetz Leipzig an, erfolgreich für die Errichtung einer lokalen Clearingstelle bzw. eines Anonymen Behandlungsscheins gearbeitet zu haben (Medibüro Berlin o. J., Medinetz Leipzig o. J.). Das Medinetz Jena wurde durch das Landesgesundheitsministerium mit der Konzepterstellung für einen Anonymen Krankenschein beauftragt und das Konzept wurde in Kombination mit einer Clearingstelle umgesetzt (KoopWohl 2022).

Ein weiteres Instrument, welches mit einer Clearingstelle verknüpft sein kann, ist das Konzept des Anonymen Kranken- bzw. Behandlungsscheins (AKS bzw. ABS). Es sieht vor, dass Behandlungen über die regulären Leistungserbringer in der Regelversorgung erfolgen und abgerechnet werden und nicht lediglich auf freiwilliger Basis stattfinden. Mithilfe dieses Instruments können Anlaufstellen Behandlungsscheine an Patient*innen ausgeben, die eine Finanzierung der Behandlung über öffentliche Stellen garantieren. Die Abrechnung wird dabei von der Anlaufstelle übernommen (Zanders und Bein 2022, S. 16). Dieser Ansatz stellt eine Form der Vermittlung dar, die den Patient*innen eine freie Arztwahl ermöglicht. Auf diese Weise können parallel zum teilweise zeitaufwendigen Clearingprozess bereits Behandlungen stattfinden. Durch die Anonymisierung bzw. Pseudonymisierung des Scheins soll gewährleistet werden, dass Personen ohne Krankenversicherungsschutz, u. a. Personen ohne geregelten Aufenthaltsstatus, sicheren Zugang zur Gesundheitsversorgung erhalten.

5.5. ZWISCHENFAZIT

Die gebildeten Typen können nun in ein Verhältnis zueinander gesetzt werden. Ein Blick auf die Angebotsstruktur verdeutlicht die verschiedenen Ausrichtungen der Ansätze. In den ersten beiden Typen stellt die ambulante medizinische Versorgung die Kernleistung der Anlaufstellen dar. Dabei unterscheiden sich Umfang und Tiefe: Während Anlaufstellen der humanitären Versorgung im Durchschnitt 2,5 Sprechstunden pro Woche anbieten, können Anlaufstellen der teilinstitutionalisierten Versorgung durchschnittlich 4,7 Sprechstunden pro Woche durchführen. Letztere können zudem ein erweitertes Fachspektrum, etwa Gynäkologie, Kinderheilkunde und Psychiatrie, vorhalten. Die solidarische Vermittlung erbringt keine oder kaum eigene medizinische Versorgung, stellt dafür aber mit durchschnittlich über 50 kooperierenden Ärzt*innen pro Einrichtung ein vergleichsweise breites Vermittlungsnetzwerk bereit. Die professionelle Beratung schließlich konzentriert sich auf das Clearing, also die Beratung zur (Wieder-)Eingliederung in das Krankenversicherungssystem, und erbringt damit als einziger Typ eine Leistung, die auf eine nachhaltige systemische Integration in das Gesundheits- und Behandlungssystem abzielt statt auf eine kurzfristige Versorgung. Vermittlungsleistungen an externe Ärzt*innen sind in allen vier Typen verbreitet, jedoch in unterschiedlichem Ausmaß und mit unterschiedlicher organisatorischer Tiefe.

Hinsichtlich ihrer Finanzierung bilden die Typen eine klare Progression von vollständiger Spendenabhängigkeit hin zu einer weitgehend öffentlichen Finanzierung ab. Diese Progression entspricht dem von Ataç und Schilliger (2022) beschriebenen Spektrum zivilgesellschaftlicher Organisationsformen, das von autonomer humanitärer Hilfe bis hin zu intermediären, institutionell eingebetteten Akteur*innen reicht. Anlaufstellen der humanitären Versorgung erhalten keine öffentlichen Mittel und finanzieren sich ausschließlich über Spenden und ggf. Eigenmittel des Trägers. Die teilinstitutionalisierte Versorgung ist im Durchschnitt zu 62 % öffentlich finanziert und zu 32 % auf ergänzende Spendeneinnahmen angewiesen. Die solidarische Vermittlung ähnelt in ihrer Finanzierungslogik der humanitären Versorgung: Zwei Drittel der Einrichtungen erhalten keinerlei öffentliche Mittel und sind beinahe ausnahmslos auf Spenden und Ehrenamt angewiesen. Den stärksten Kontrast bildet die professionelle Beratung, bei der der Anteil der öffentlichen Finanzierung im Durchschnitt bei 95 % liegt. Trotz dieser unterschiedlichen Ausgangssituationen gibt es eine strukturelle Gemeinsamkeit: Selbst öffentlich (teil-)finanzierte Einrichtungen sind in der Regel auf ergänzende Spendenmittel angewiesen, sei es zur Deckung des Gesamtbudgets oder zur Aufbringung von Eigenanteilen für Förderungen.

Die Quellen der öffentlichen Mittel unterscheiden sich je nach Typus. Während die Anlaufstellen der teilinstitutionalisierten Versorgung fast ausschließlich kommunal finanziert werden, verteilt sich die Finanzierung der Anlaufstellen der professionellen Beratung zu etwa gleichen Teilen auf Landes-, Kommunal- und Mischfinanzierungen. Über die Mittel der Herkunft hinaus bleibt deren Stabilität eine offene Frage. Entscheidend ist, ob sie aus gesicherten Haushaltsposten oder aus befristeten Förderrichtlinien stammen, da öffentliche Finanzierung stets politisch verhandelt wird. Zanders et al. (2023) und Vöhl und Bergmeyer (2025) zeigen am Beispiel der Koproduktionsmodelle in Thüringen und Bremen, dass auch öffentlich geförderte Projekte durch jährliche Haushaltsentscheidungen und Projektbefristungen strukturell prekär bleiben können.

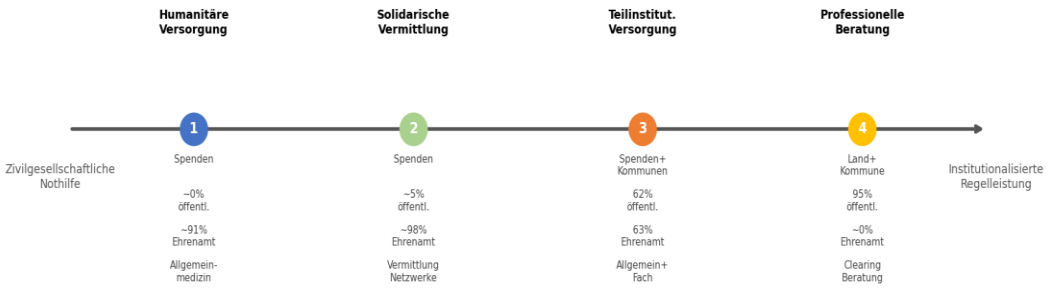
In enger Relation zur Finanzierungslage ist die Abhängigkeit von ehrenamtlichem Engagement ein übergreifendes Merkmal aller Typen, variiert jedoch erheblich. Den höchsten Ehrenamtsanteil weist die solidarische Vermittlung auf: 98 % der Mitarbeiter*innen sind ehrenamtlich tätig. Bartholome et al. (2016) und Wilcke und Manoim (2019) beschreiben, wie diese nahezu vollständige Ehrenamtlichkeit mit einem explizit politischen Selbstverständnis verbunden ist: Die Medibüros und Medinetze wollen keine dauerhaften Parallelstrukturen aufbauen, sondern ihre eigene Überflüssigkeit zum Ziel erklären. In der humanitären Versorgung liegt der Ehrenamtsanteil bei durchschnittlich 91 %, wobei 62 % der Einrichtungen vollständig ehrenamtlich arbeiten. Van Dyk und Haubner (2021) weisen darauf hin, dass derartige Strukturen zwar Lücken schließen, dabei aber das Regelversorgungssystem strukturell entlasten, ohne dessen Ursachen zu adressieren. Auch die teilinstitutionalisierte Versorgung ist trotz kommunaler Mitfinanzierung im Durchschnitt zu 63 % auf ehrenamtliche Mitarbeiter*innen angewiesen, insbesondere im ärztlichen Bereich. Einen deutlichen Bruch stellt die professionelle Beratung dar. In 83 % der Einrichtungen gibt es keine ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen, die Leistungserbringung basiert auf hauptamtlichem, ausgebildetem Fachpersonal, insbesondere Sozialarbeiter*innen.

Die ärztliche Ehrenamtlichkeit ist dabei ein spezifisches Merkmal der versorgenden und vermittelnden Typen. In der humanitären Versorgung arbeiten Ärzt*innen zu 93 % ausschließlich ehrenamtlich, in der solidarischen Vermittlung werden 64 % der Behandlungen durch ehrenamtliche Ärzt*innen erbracht. In den erfassten Einrichtungen sind insgesamt über 800 ehrenamtliche Ärzt*innen tätig, davon knapp 400 in der humanitären Versorgung (n = 44) und über 360 in der teilinstitutionalisierten Versorgung (n = 33). Da diese Angaben nur auf einem Teil der Anlaufstellen basieren, ist die tatsächliche Gesamtanzahl vermutlich zwei- bis dreimal höher.

Der Entstehungszeitraum der vier Typen ist aufschlussreich. Mit Abstand am ältesten ist die Gruppe der teilinstitutionalisierten Versorgung. 39 % dieser Einrichtungen wurden bereits in den 1990er-Jahren gegründet, viele davon im Kontext der damals entstehenden Wohnungsnotfallhilfe. Die solidarische Vermittlung hat sich vorwiegend in den 2000er-Jahren entwickelt, im Zusammenhang mit der Entstehung der Medibüro- und Medinetz-Bewegung. Mylius (2016) und Groß (2005) dokumentieren diese Entstehungsgeschichte als Reaktion auf das Asylbewerberleistungsgesetz von 1993 und die zunehmende Zahl von Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität. Der Typus der humanitären Versorgung ist mehrheitlich jünger: 56 % ihrer Einrichtungen wurden in den 2010er-Jahren gegründet. Die professionelle Beratung ist der jüngste Typus: Keine dieser Einrichtungen existiert vor 2010 und die Hälfte wurde zwischen 2020 und 2023 gegründet. Dies verweist einerseits auf eine zunehmende Aufmerksamkeit für den Ansatz des Krankenversicherungsclearings in jüngster Zeit. In dieser Dynamik bildet sich auch ab, dass die verschiedenen Akteur*innen mit ihren spezifischen Ansätzen kontinuierlich auf eine anhaltend wachsende Versorgungslücke reagieren. Der Aufbau professioneller Beratungsstrukturen ist vor diesem Hintergrund ein aktueller Versuch, dieser Versorgungslücke jenseits ehrenamtlicher Strukturen zu begegnen.

Es lässt sich quer durch alle vier Typen ein Kontinuum von zivilgesellschaftlicher Nothilfe bis hin zu institutionalisierter Regelleistung feststellen, welches Ataç und Schilliger (2022) als Spektrum zwischen autonomer Einmischung und intermediärer institutioneller Einbettung beschreiben. Humanitäre Versorgung und solidarische Vermittlung agieren weitgehend außerhalb staatlicher Strukturen. Ihre Aktivitäten basieren auf Spenden und ehrenamtlichen Tätigkeiten und sind von einem unterschiedlichen politischen Selbstverständnis geprägt: Während die Anlaufstellen der humanitären Versorgung darauf abzielen, Versorgungslücken durch individuelle Behandlungen zu schließen, fokussieren sich die Anlaufstellen der solidarischen Vermittlung auf die Aufdeckung dieser Lücken mit dem Ziel, zu einer gesamtgesellschaftlich inklusiven Gesundheitsversorgung beizutragen. Die teilinstitutionalisierte Versorgung nimmt eine Zwischenposition ein: Sie ist kommunal und institutionell eingebettet, gleichzeitig auch auf ehrenamtliche Arbeit und Spenden angewiesen. Die professionelle Beratung verfolgt als einziger Typus systematisch das Ziel, Menschen dauerhaft in die Regelversorgung zurückzuführen. Allen vier Typen ist gemeinsam, dass sie Versorgungsaufgaben übernehmen, die durch das Regelversorgungssystem strukturell nicht abgedeckt werden. Zimmer (2024) bringt die daraus folgende gesundheitspolitische Konsequenz auf den Punkt: Dieses „andere Gesundheitssystem“[6] (S. 5) in Deutschland sollte entweder gestärkt oder überflüssig gemacht werden.

Grafik: Institutionalisierungskontinuum der vier Typen



Eigene Darstellung: Das Kontinuum bildet den Institutionalisierungsgrad der vier Typen ab. Die Indikatoren sind vereinfacht und dienen der Orientierung.

Quelle: eigene Erhebung. Alle Prozentwerte sind gerundet.

[6] „The other health care system.“

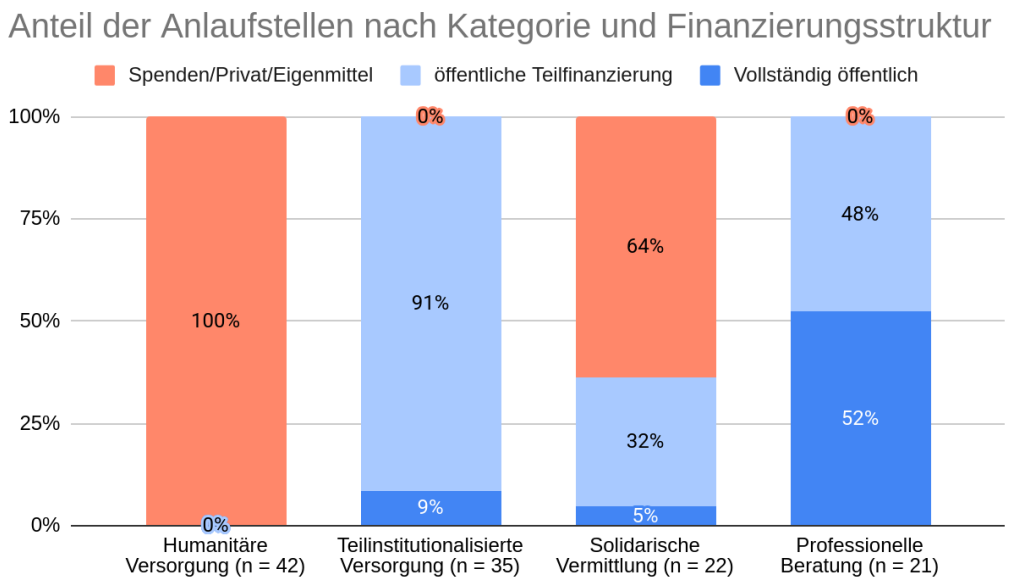
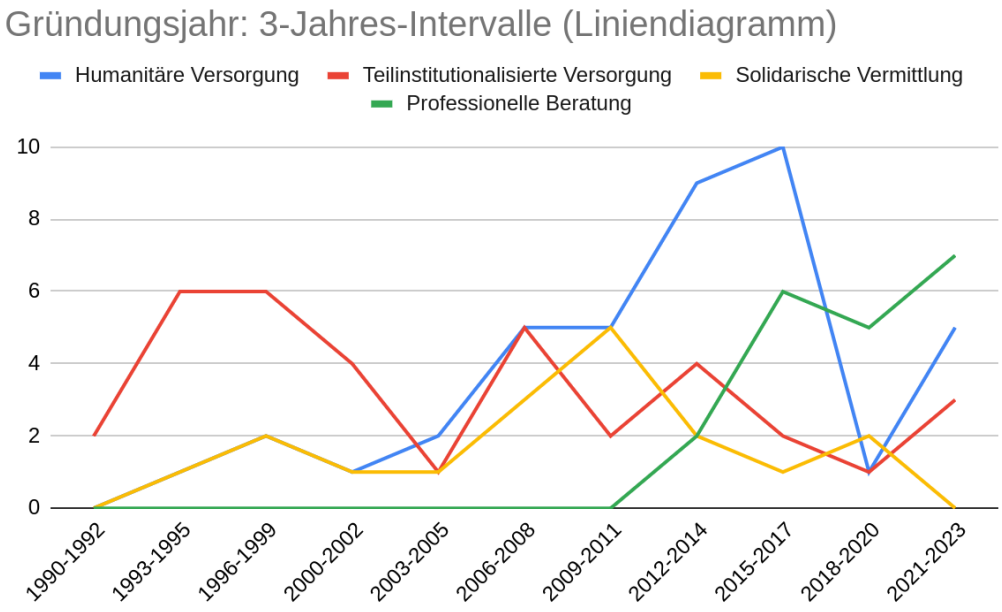


Abbildung 1: Anteil der Anlaufstellen nach Kategorie und Finanzierungsstruktur

Quelle: eigene Erhebung. Alle Prozentwerte sind gerundet.

.



Quelle: eigene Erhebung (n = 115).

6 Jahreskennzahlen zu Patient*innen, Behandlungen, Vermittlungen und Beratungen

Der folgende Abschnitt stellt die Patienten- und Behandlungszahlen der vier Typen vor. Für jeden Typ werden zunächst die Spannbreite und die Verteilung der jährlichen Fallzahlen beschrieben. Anschließend wird die Entwicklung im Untersuchungszeitraum von 2020 bis 2023 betrachtet. Zu beachten ist, dass die Datenlage zwischen den Typen erheblich variiert: Während für die humanitäre und die teilinstitutionalisierte Versorgung vergleichsweise belastbare Längsschnittdaten vorliegen, erlauben die Angaben zur solidarischen Vermittlung und zur professionellen Beratung aufgrund geringerer Rücklaufquoten nur eingeschränkte Aussagen.

6.1. HUMANITÄRE VERSORGUNG

Die Zahl der Patient*innen, die in Einrichtungen der humanitären Versorgung behandelt werden, unterscheidet sich von Anlaufstelle zu Anlaufstelle deutlich. Während einige Einrichtungen ca. 20 Patient*innen pro Jahr behandeln können, versorgen andere bis zu ca. 1.000 Patient*innen pro Jahr (n = 33). Im Schnitt der Jahre 2020 bis 2023 versorgen 33 % der Einrichtungen dieses Typs unter 100 Patient*innen pro Jahr, während 21 % 100 bis 199 Patient*innen behandeln können. Weitere 21 % können 200 bis 499 Personen versorgen und 18 % der Anlaufstellen behandeln 500 bis 999 Patient*innen jährlich. In einer Einrichtung werden 1.000 oder mehr Patient*innen behandelt. Im Durchschnitt der drei Jahre liegen die Patientenzahlen bei 283 Personen pro Einrichtung, der Median liegt bei 146 Personen (n = 33).
In der jährlichen Gesamtzahl der Patient*innen der Anlaufstellen dieses Typs zeigt sich ein Anstieg von 7.375 Personen im Jahr 2020 (n = 28) zu 9.539 Patient*innen im Jahr 2023 (n = 31, siehe Tabelle 2). Diese steigende Tendenz ist zum Teil auf die vier im Untersuchungszeitraum neu gegründeten Einrichtungen zurückzuführen. Bei der Mehrzahl der länger bestehenden Einrichtungen ist die Patientenzahl von 2020 bis 2023 gewachsen – im Durchschnitt um 22 % (n = 26).
Folgerichtig lassen sich auch in den Behandlungszahlen starke Differenzen identifizieren: Die Einrichtungen führen jeweils zwischen ca. 30 und ca. 3.500 Behandlungen pro Jahr durch (n = 28). Im Regelfall sind es unter 500 Behandlungen pro Jahr: In 24 % der Einrichtungen werden weniger als 200 Behandlungen durchgeführt. In 25 % sind es 300 bis 599 Behandlungen pro Jahr und bei 7 % der Einrichtungen liegen die Behandlungszahlen zwischen 600 und 999. Der Anteil von Einrichtungen, die zwischen 1.000 und 1.999 Behandlungen vornehmen, liegt bei 14 %, während 7 % der Einrichtungen über 2.000 Behandlungen pro Jahr durchführen können (n = 28). Der Durchschnitt liegt damit bei 621 Behandlungen pro Einrichtung und Jahr, der Median bei 305,5 (n = 28).

6.2. TEILINSTITUTIONALISIERTE VERSORGUNG

Diese Anlaufstellen werden von rund 30 bis 2.500 Patient*innen pro Jahr besucht. Im Durchschnitt der Jahre 2020 bis 2023 wurden in 15 % der Einrichtungen bis zu 100 Patient*innen pro Jahr behandelt und in 12 % der Anlaufstellen zwischen 100 und 199 Patient*innen. Die meisten Einrichtungen können deutlich mehr Patient*innen behandeln: So wurden 31 % der Einrichtungen von 200 bis 499 Patient*innen besucht und 23 % der Einrichtungen von zwischen 500 und 999 Patient*innen. Der Anteil an Anlaufstellen, die zwischen 1.000 und 4.000 Patient*innen pro Jahr behandeln, beträgt 19 %. Im Durchschnitt werden 687 Patient*innen pro Einrichtung pro Jahr behandelt, wobei der Median bei 381,75 liegt (n = 26). Diese Zahlen beinhalten auch Impfungen gegen Covid-19.
Die Patientenzahlen haben im Untersuchungszeitraum stark zugenommen (siehe Tabelle 2). Die Stärke des Anstiegs ist zwar in erster Linie auf die Eröffnung einer großen Einrichtung in Berlin im Jahr 2022 zurückzuführen (3.500 bzw. 4.000 Patient*innen pro Jahr). Betrachtet man jedoch die Patient*innenzahl pro Einrichtung, lässt sich ein durchschnittlicher Anstieg der Patient*innenzahlen um 21 % zwischen 2020 und 2023 feststellen (n = 12). Insgesamt wurden die Einrichtungen dieses Typs im untersuchten Zeitraum von 60.631 Patient*innen aufgesucht.
Die Spanne der Behandlungszahlen klafft noch weiter auseinander: Zwischen rund 50 und 8.000 Behandlungen pro Jahr und Einrichtung liegen vor. In 19 % der Einrichtungen werden unter 300 Behandlungen pro Jahr durchgeführt, in 5 % zwischen 300 und 599. Die meisten Einrichtungen haben höhere Behandlungszahlen. Der Anteil von Anlaufstellen, die zwischen 600 und 999 Behandlungen durchführen, liegt bei 19 %, zwischen 1.000 und 1.999 Behandlungen können bei 25 % der Einrichtungen durchgeführt werden. Bei 33 % der Einrichtungen liegen die Behandlungszahlen bei über 2.000. Die Maximalwerte liegen dabei bei jeweils rund 8.000 Behandlungen durch zwei Einrichtungen. Diese Einrichtungen beeinflussen den Mittelwert stark, welcher bei 2.162 Behandlungen pro Jahr und Einrichtung liegt. Der Medianwert beträgt 1039 Behandlungen. Die Schwankungen der Behandlungszahlen sind auch dadurch bedingt, dass für einige große Einrichtungen für das Jahr 2023 keine Zahlen ausgewertet werden konnten.

6.3. SOLIDARISCHE VERMITTLUNG

Die Vermittlungskapazitäten dieser Anlaufstellen sind sehr unterschiedlich und reichen von 17 bis 470 Personen pro Jahr (n = 14). Bildet man pro Einrichtung den Mittelwert der in den Jahren 2020 bis 2023 vermittelten Patient*innen, zeigt sich folgendes Bild: 18 % der Einrichtungen vermitteln im Durchschnitt unter 49 Patient*innen pro Jahr, während 41 % der Anlaufstellen zwischen 50 und 99 Patient*innen vermitteln. Zwischen 100 und 149 Patient*innen werden von 24 % der Einrichtungen vermittelt und der Anteil der Anlaufstellen, die über 150 Patient*innen vermitteln, liegt bei 18 % (n = 17).

6.4. PROFESSIONELLE BERATUNG

Im Durchschnitt werden pro Jahr zwischen 17 und über 1.300 Klient*innen von den Einrichtungen beraten. Beinahe die Hälfte der Einrichtungen (47 %) berät zwischen 100 und 199 Klient*innen pro Jahr. Jeweils 13 % der Einrichtungen beraten unter 99, zwischen 200 und 499, zwischen 500 und 999 sowie zwischen 1.000 und 1.400 Personen. Der Durchschnitt liegt bei 343 Klient*innen pro Jahr, der Median bei 178 (n = 15).

Insgesamt ist in diesen Einrichtungen ein deutlicher Anstieg der Klientenzahl zu verzeichnen. Aufgrund der durch mangelnden Rücklauf eingeschränkten Datenlage ist eine eindeutige Analyse nicht möglich, eine Tendenz lässt sich jedoch ablesen: Während im Jahr 2021 4.663 Klient*innen erfasst wurden (n = 15), waren es 2023 6.048 (n = 15, siehe Tabelle 3). Diese Entwicklung ist auf Neugründungen zurückzuführen, mit anschließend steigenden Klientenzahlen. Im untersuchten Zeitraum wurden insgesamt 19.450 Klient*innen erfasst.
Die Besuchszahlen geben Aufschluss über die Anzahl der Klientenkontakte und Beratungen. Die Hälfte der Einrichtungen verzeichnen zwischen 300 und 599 Besuche pro Jahr. Jeweils eine Einrichtung verzeichnet unter 300, zwischen 600 und 899 und zwischen 900 und 1.199 Besuchen pro Jahr. 25 % der Einrichtungen erhalten über 1.200 Besuche im Jahr. Im Durchschnitt werden 821 Besuche pro Einrichtung und Jahr durchgeführt, während der Median bei 479 Besuchen liegt (n = 12).
Auch wenn hier die statistische Validität aufgrund der unvollständigen Datenlage eingeschränkt ist, zeigt sich doch eine deutliche Steigerung von 6.791 Besuchen im Jahr 2020 (n = 10) auf 10.400 Besuche im Jahr 2023 (n = 12), der ebenfalls auf Neugründungen zurückgeführt werden kann. Insgesamt wurden im Untersuchungszeitraum 35.544 Besuche registriert.

6.5. ZWISCHENFAZIT

Ein Vergleich der aktuellen Fallzahlen verdeutlicht die unterschiedliche quantitative Reichweite der Anlaufstellen der vier unterschiedlichen Typen. Im Jahr 2023 wurden in den Einrichtungen der humanitären Versorgung 9.590 Patient*innen behandelt (n = 31), während in den Anlaufstellen der teilinstitutionalisierten Versorgung 18.592 Patient*innen versorgt wurden (n = 28). In der solidarischen Vermittlung wurden in diesem Jahr 1.448 Personen vermittelt (n = 13). Die Einrichtungen der professionellen Beratung zählten 6.048 Klient*innen (n = 15).
Trotz unterschiedlicher Ausgangsniveaus zeigt sich typenübergreifend eine steigende Tendenz der Fallzahlen, die nicht allein auf Neugründungen zurückzuführen ist, sondern auch auf eine wachsende Auslastung bei bereits bestehenden Einrichtungen hindeutet. Diese Entwicklung unterstreicht den zentralen Befund der Studie: Die Versorgungslücke für Menschen ohne Krankenversicherung wächst und mit ihr die Nachfrage nach den Angeboten der Anlaufstellen.

Tabelle 2: Patienten- und Behandlungszahlen der Anlaufstellen der humanitären und der teilinstitutionalisierten Versorgung

Jahr	Humanitäre Versorgung				Teilinstitutionalisierte Versorgung			
	Patient*innen		Behandlungen		Patient*innen		Behandlungen	
	n	Anzahl	n	Anzahl	n	Anzahl	n	Anzahl
2020	28	7.375	23	11.376	22	12.483	18	35.873
2021	29	8.310	24	15.657	22	13.601	17	29.075
2022	31	9.539	27	17.604	25	16.998	20	37.893
2023	31	9.590	28	18.592	24	17.549	15	30.806
Gewichtetes arithmetisches Mittel[7]	**30**	**8.744**	**26**	**16.013**	**23**	**15.268**	**18**	**33.713**

Tabelle 3: Vermittlungs-, Klient*innen- und Besuchszahlen der Anlaufstellen der solidarischen Vermittlung und der professionalisierten Beratung

Jahr	Solidarische Vermittlung		Professionalisierte Beratung			
	Vermittlungen		Klient*innen		Besuche	
	n	Anzahl	n	Anzahl	n	Anzahl
2020	14	1.371	9	3.625	9	6.791
2021	12	1.205	14	4.663	10	7.950
2022	14	1.262	13	5.114	12	10.403
2023	13	1.448	14	6.048	11	10.400
Gewichtetes arithmetisches Mittel	**13**	**1.323**	**13**	**4.972**	**11**	**9.030**

[7] Um die unterschiedliche Anzahl der je Erhebungsjahr antwortenden Einrichtungen zu berücksichtigen, wurden die jährlichen Durchschnittswerte als gewichtetes arithmetisches Mittel berechnet. Dabei wurde der Jahreswert jeder Kennzahl mit der jeweiligen Anzahl der berichtenden Einrichtungen (n) gewichtet, sodass Jahre mit einer höheren Rücklaufquote proportional stärker in den Durchschnittswert eingehen.

7 Regionale Verteilung der Anlaufstellen

In diesem Kapitel wird anhand der Verteilung der Anlaufstellen in den einzelnen Bundesländern und Städten die regional stark unterschiedliche Verteilung der Anlaufstellen deutlich. In allen deutschen Städten mit mehr als 500.000 Einwohner*innen sind Anlaufstellen vorhanden. Das betrifft 15 Kommunen und Stadtstaaten mit insgesamt 59 Einrichtungen, was einem Durchschnitt von 3,9 Anlaufstellen pro Stadt entspricht. Besonders ausgeprägt ist die Konzentration in den vier bevölkerungsreichsten Städten: Berlin zählt elf, Hamburg neun, München fünf und Köln vier Anlaufstellen. Auch in Frankfurt am Main, der fünftgrößten Stadt Deutschlands, sind fünf Einrichtungen vertreten. Unter den 15 Städten dieser Größenordnung bildet Dortmund eine Ausnahme, da dort lediglich eine Anlaufstelle vorhanden ist; alle übrigen Städte und Stadtstaaten verfügen über mindestens zwei Einrichtungen.

Im Folgenden wird die Verteilung der vier Typen in Relation zur Einwohnerzahl der Städte der Anlaufstellen dargestellt. Die Verteilung der vier Typen weicht in der Städtegruppe mit über 500.000 Einwohner*innen deutlich vom bundesweiten Durchschnitt ab. Der Anteil der humanitären Versorgung liegt mit 19 % merklich niedriger als im Bundesdurchschnitt (siehe Kapitel 5), während Einrichtungen der teilinstitutionalisierten Versorgung und der professionellen Beratung zusammen deutlich überdurchschnittliche 66 % der Anlaufstellen ausmachen. Auffällig ist dabei, dass in den Städten Essen, Nürnberg und Stuttgart keine Einrichtungen der professionellen Beratung vertreten sind.

In Städten mit 200.000 bis 500.000 Einwohner*innen sind 36 Anlaufstellen auf 22 Städte verteilt. Lediglich in drei Städten dieser Größenordnung – Braunschweig, Mönchengladbach und Oberhausen – fehlen Anlaufstellen. Den größten Anteil stellen hier die vermittelnden Anlaufstellen mit 39 %, gefolgt von der humanitären Versorgung mit 22 %. Auf die teilinstitutionalisierte Versorgung und die professionelle Beratung entfallen jeweils weitere 19 %.

In Städten zwischen 100.000 und 200.000 Einwohner*innen sind 27 Einrichtungen auf 23 Städte verteilt, was etwa 55 % der Städte dieser Größenklasse bundesweit entspricht. Das kategoriale Profil unterscheidet sich deutlich von den größeren Städten: Einrichtungen der humanitären Versorgung dominieren mit 52 %, gefolgt von vermittelnden Anlaufstellen mit 26 %. Teilinstitutionalisierte Versorgungseinrichtungen machen 15 % aus, professionelle Beratung lediglich 7 %.

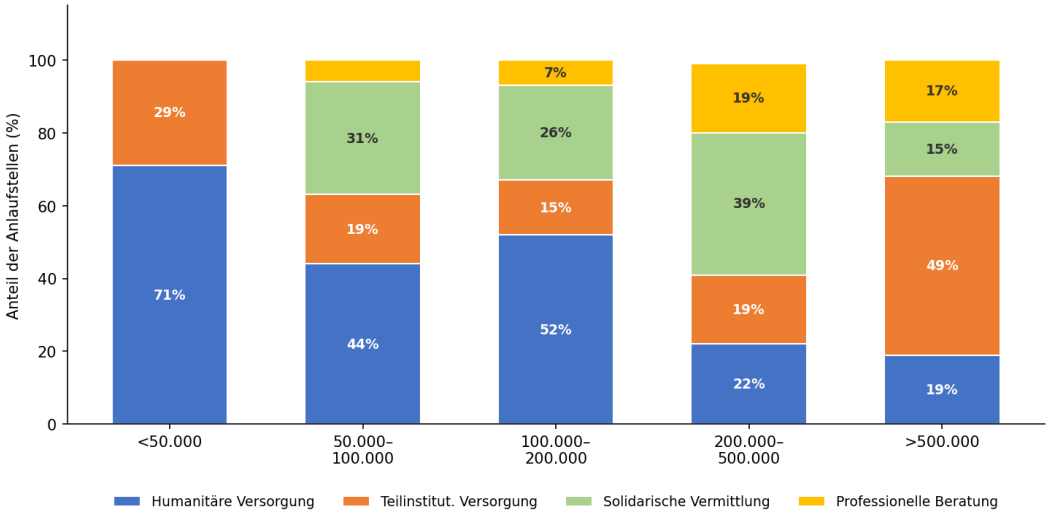
In Mittelstädten mit 50.000 bis 100.000 Einwohner*innen sind 16 Anlaufstellen auf 14 Städte verteilt, rund 12 % der Städte dieser Größenordnung in Deutschland. Das Angebotsprofil ähnelt jenem der etwas größeren Städte: Anlaufstellen der humanitären Versorgung sind mit 44 % am häufigsten vertreten, gefolgt von den vermittelnden Einrichtungen mit 31 %, der teilinstitutionalisierten Versorgung mit 19 % und der professionellen Beratung mit 6 %. Es handelt sich dabei um eine Clearingstelle in Aschaffenburg.

In Städten unter 50.000 Einwohner*innen finden sich sieben Anlaufstellen, die deutlich weniger als 1 % der Städte dieser Größenordnung in Deutschland ausmachen. Hier sind nur zwei der vier Typen vertreten: die humanitäre Versorgung mit einem Anteil von 71 % und die teilinstitutionalisierte Versorgung mit 29 %.

Als Zwischenfazit lässt sich festhalten: Der Zugang zur Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Krankenversicherung konzentriert sich in Deutschland auf Großstädte mit über 100.000 Einwohner*innen – hier befinden sich 84 % der Anlaufstellen. Nicht nur im ländlichen Raum, sondern auch in Mittel- und Kleinstädten unter 100.000 Einwohner*innen ist das Angebot an Anlaufstellen gering. Da etwa zwei Drittel der Gesamtbevölkerung außerhalb von Großstädten leben, ist für die Mehrzahl der Betroffenen eine Anreise in eine Großstadt erforderlich, um Behandlung oder Beratung zu erhalten. Zwar sind Anlaufstellen der solidarischen Vermittlung und der professionellen Beratung vereinzelt auch in Städten ab 50.000 Einwohner*innen vertreten, doch werden Zugänge in Städten bis 200.000 Einwohner*innen überwiegend über Einrichtungen der humanitären Versorgung hergestellt. Der Institutionalisierungsgrad der Versorgungsstrukturen nimmt erkennbar mit wachsender Stadtgröße zu.

Hierfür lassen sich mehrere Erklärungen anführen: Größere Städte und Stadtstaaten verfügen über umfangreichere finanzielle Mittel zur Förderung von Anlaufstellen und über eine stärker ausgeprägte Zivilgesellschaft, die sich für Rechte auf Gesundheitsversorgung einsetzt. Hinzu kommen eine höhere Arzt- und Krankenhausdichte und eine dichtere Infrastruktur sozialer Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände. Nicht zuletzt dürfte auch der Problemdruck in Großstädten höher sein: Menschen ohne Krankenversicherung leben häufiger in urbanen Zentren, da diese – etwa im Fall von Wohnungslosigkeit – eine bessere Infrastruktur und umfangreichere Unterstützungsangebote bieten.

Verteilung der Anlaufstellen nach Stadtgröße



Quelle: eigene Erhebung (n = 147). Prozentwerte je Stadtgrößenklasse. Anzahl der erfassten Anlaufstellen je Stadtgrößenklasse: über 500.000 EW (n = 59), 200.000–500.000 EW (n = 36), 100.000–200.000 EW (n = 27), 50.000–100.000 EW (n = 16), unter 50.000 EW (n = 7).

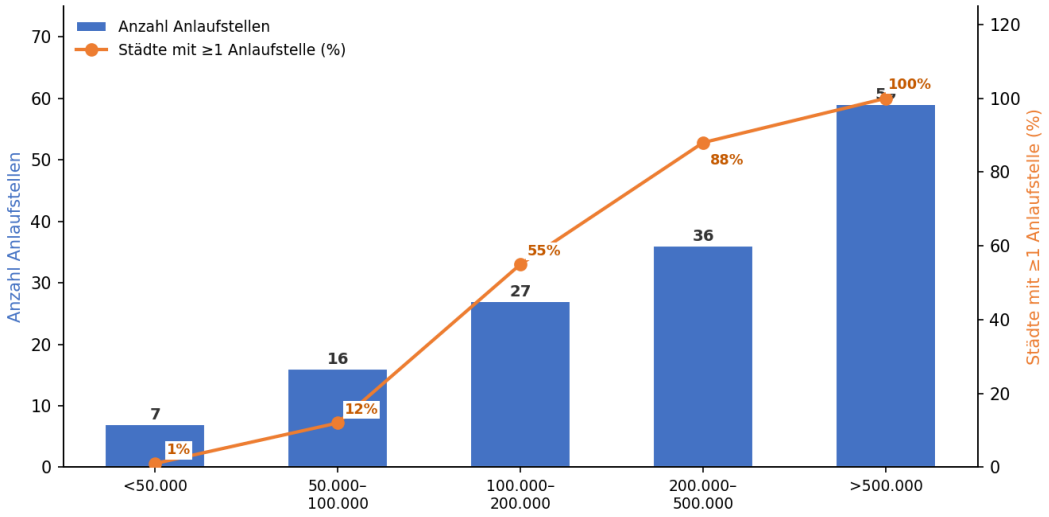
Gesondert zu betrachten sind zwei Anlaufstellen der professionellen Beratung in Thüringen und Sachsen, deren landesweit ausgerichteter Ansatz in den Flächenländern die Erreichbarkeit auch in kleineren Städten und ländlichen Regionen erhöht. In Thüringen werden zusätzlich Anonyme Krankenscheine ausgegeben. Konkret existieren in Thüringen 35 Ausgabestellen des Anonymen Krankenscheins, während in Sachsen in zehn Städten, von denen die Hälfte unter 50.000 Einwohner*innen hat, regelmäßige offene Beratungszeiten angeboten werden. Diese Städte sind in der obigen Auswertung nicht berücksichtigt.

Die Verteilung nach Bundesländern zeigt, dass die meisten Anlaufstellen in Nordrhein-Westfalen (37) und Hessen (17) angesiedelt sind; auf diese beiden Länder entfallen 37 % aller

Einrichtungen. In Hamburg, Rheinland-Pfalz, Berlin, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Baden-Württemberg und Bayern liegen jeweils zwischen neun und 13 Anlaufstellen. Es folgen Sachsen mit sieben, Thüringen mit drei sowie Sachsen-Anhalt und Bremen mit je zwei Einrichtungen. In Mecklenburg-Vorpommern und im Saarland wurde jeweils eine Anlaufstelle erfasst; in Brandenburg existiert keine.

Bezogen auf die Einwohnerzahl der Bundesländer weist Hamburg mit 4,83 Anlaufstellen pro Million Einwohner*innen die höchste Dichte auf, gefolgt von Schleswig-Holstein mit 3,72 Einrichtungen pro Million. Die geringste Dichte – neben Brandenburg – findet sich in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Bayern und dem Saarland. Insgesamt liegen 84 % der Anlaufstellen in den alten Bundesländern, während 16 % auf die neuen Länder entfallen. Typenspezifisch zeigen sich dabei markante Abweichungen: Auf die ostdeutschen Bundesländer entfallen lediglich 9 % der Einrichtungen der humanitären Versorgung, jedoch 26 % der beratenden Anlaufstellen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Anzahl der Anlaufstellen allein nur begrenzte Rückschlüsse auf die tatsächliche Versorgungskapazität zulässt. Faktoren wie Personalausstattung, Öffnungszeiten und finanzielle Ressourcen variieren erheblich zwischen den Einrichtungen. Eine Region mit mehreren Anlaufstellen kann dennoch eine geringe Versorgungskapazität aufweisen, wenn die Anlaufstellen nur mit wenigen Mitarbeiter*innen besetzt sind und eingeschränkte Sprechzeiten anbieten.

Grafik: Anzahl der Anlaufstellen und Abdeckungsquote nach Stadtgröße



Quelle: eigene Erhebung (n = 145; ohne landesweite Einrichtungen in Sachsen und Thüringen). Abdeckungsquote: Anteil der Städte dieser Größenklasse mit mindestens einer Anlaufstelle. Angaben zur Gesamtzahl der Städte je Klasse auf Basis des Statistischen Bundesamts 2023.

8 Zusammenfassung

8.1. HAUPTBEFUNDE

Die vorliegende Studie bietet einen systematischen Überblick über die Landschaft der Anlaufstellen für Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland. Die Ergebnisse machen deutlich, dass die gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland weitgehend außerhalb des Regelversorgungssystems stattfindet, getragen von zivilgesellschaftlichen Initiativen und Wohlfahrtsverbänden, auf Basis ehrenamtlichen Engagements und mit einer häufig fragilen Finanzierungsgrundlage. Dass damit de facto eine Versorgungsverantwortung außerhalb des Regelversorgungssystems liegt, widerspricht sowohl der gesetzlichen Versicherungspflicht als auch dem universellen Anspruch des Gesundheitssystems. Zimmer (2024) und Ochs et al. (2026) kommen in ihren Übersichtsarbeiten zu vergleichbaren Schlussfolgerungen und bestätigen, dass sich über die letzten drei Jahrzehnte ein paralleles Gesundheitssystem herausgebildet hat, das staatliche Aufgaben übernimmt, ohne dafür strukturell abgesichert zu sein.

Die Daten von 147 Anlaufstellen geben Aufschluss über Art und Umfang der Angebotsstrukturen, Finanzierungsformen, Mitarbeiterzusammensetzung, regionale Verteilung und Patientenzahlen. Anhand dieser Kennzahlen konnten eine Typologie der Anlaufstellen entwickelt und Erkenntnisse für die Struktur und Entwicklung des Feldes gezogen werden. In den Anlaufstellen existieren übergreifend drei Tätigkeitsfelder: ambulante Behandlung vor Ort in eigener Praxis, die Vermittlung an externe Mediziner*innen sowie Sozial- und Krankenversicherungsberatung mit dem Ziel der (Re-)Integration in das Krankenversicherungssystem. In der überwältigenden Mehrheit sind die Anlaufstellen in mehr als einem Bereich aktiv.

Anhand dieser Tätigkeitsfelder sowie der Finanzierungs- und Mitarbeiterstruktur haben wir die Anlaufstellen in vier Typen unterteilt: humanitäre Versorgung, teilinstitutionalisierte Versorgung, solidarische Vermittlung und professionelle Beratung. Diese Typen spiegeln unterschiedliche Entwicklungspfade wider, die im Kontext jeweils spezifischer Problemlagen und historischer Rahmenbedingungen entstanden sind. Sie unterscheiden sich in ihrer Entstehungsgeschichte, ihrem Institutionalisierungsgrad und ihrer Reichweite, teilen jedoch gemeinsame Herausforderungen in Bezug auf ihre Finanzierung und Personalausstattung.

Drei Befunde prägen das Gesamtbild dabei besonders.

Zum Ersten verbindet die Mehrheit der Anlaufstellen mehrere Tätigkeitsfelder miteinander und fungiert auf diese Weise als multifunktionaler Anlaufpunkt für vielfältige Bevölkerungsgruppen mit komplexen Bedarfslagen. 88 % aller Anlaufstellen vermitteln Patient*innen an kooperierende Ärzt*innen und Krankenhäuser; rund zwei Drittel bieten zusätzlich eigene ambulante Behandlungen an, und knapp die Hälfte verfügt über ein Angebot zur (Re-)Integration

in das Krankenversicherungssystem. Dies ist notwendig aufgrund des breiten Spektrums an Personengruppen, die von einem Ausschluss aus der Gesundheitsversorgung betroffen sind. So ist etwa nicht für alle Personen eine (Re-)Integration in das Krankenversicherungssystem möglich, während in medizinischen Akutfällen eine bloße Beratung nicht ausreichend ist. Die Koordinationsintensität, die mit dieser Mehrfachfunktion einhergeht, ist dabei nicht zu unterschätzen: Stötzler und Kaifie (2023) zeigen, dass insbesondere die Vermittlungsarbeit einen erheblichen organisatorischen Aufwand erfordert, der von den beteiligten Einrichtungen häufig unter schwierigen Rahmenbedingungen geleistet wird.

Zweitens ist die Finanzierung der Anlaufstellen oftmals prekär. Die meisten Anlaufstellen sind auf Spenden und private Drittmittel angewiesen und erhalten nur geringe oder gar keine öffentliche Förderung. Diese prekäre Finanzlage schlägt sich darin nieder, dass die Arbeit der Anlaufstellen zum großen Teil auf ehrenamtlicher Basis erfolgt. Bei Anlaufstellen der humanitären Versorgung, der teilinstitutionalisierten Versorgung und der solidarischen Vermittlung wird die Arbeit der Anlaufstellen zu 60 % bis beinahe 100 % von Freiwilligen getragen. Ohne die unbezahlte Arbeit von Ärzt*innen wäre ein Großteil der medizinischen Versorgungsangebote nicht aufrechtzuerhalten. Auch Zimmer (2024) weist auf den hohen Anteil der Ehrenamtlichen in den Anlaufstellen hin. Linke et al. (2019) zeigen, dass diese Abhängigkeit von Freiwilligenarbeit mit hoher Fluktuation und begrenzter Planbarkeit einhergeht und so die Kontinuität der Versorgung gefährdet. Der Ehrenamtsanteil der Einrichtungen der professionellen Beratung ist zwar deutlich geringer, aber auch hier wird zum Teil an ehrenamtliche Ärzt*innen vermittelt. Darüber hinaus sind die meisten Anlaufstellen auf Spenden und private Drittmittel angewiesen und erhalten nur geringe oder gar keine öffentliche Förderung. Zimmer (2024) stellt fest, dass nur ein sehr kleiner Anteil der Einrichtungen ihre Arbeit ohne Spendeneinnahmen aufrechterhalten könnten. Fließen öffentliche Mittel, dann stammen diese in erster Linie von den Kommunen. Staatliche Förderung auf Landesebene spielt vergleichsweise eine untergeordnete Rolle. Dies wirft grundlegende Fragen nach der Nachhaltigkeit und der Verlässlichkeit dieser Versorgungsinfrastruktur auf.

Drittens wächst das Feld kontinuierlich und verändert sich in seiner Zusammensetzung: Die Zahl der Anlaufstellen hat seit den 1990er-Jahren stetig zugenommen. Diese Dynamik legt nahe, dass der Bedarf an niedrigschwelliger Gesundheitsversorgung für Unversicherte nicht abnimmt, sondern sich auch in jüngerer Zeit weiter vergrößert hat. Dies ist jedoch kein Zeichen eines gelösten Problems, sondern Ausdruck einer anhaltenden strukturellen Versorgungslücke. Die blühende Landschaft der Gesundheitsversorgung zeigt eindeutig, dass das deutsche Gesundheitssystem keine lückenlose Gesundheitsversorgung bieten kann. Menschen ohne Krankenversicherung sind systematisch von einem regulären Zugang zu medizinischer Behandlung ausgeschlossen. Vor diesem Hintergrund entwickelt sich fortwährend eine Parallelstruktur von v. a. zivilgesellschaftlichen und wohlfahrtsverbändlichen Anlaufstellen, in welcher versucht wird, Versorgungslücken im Gesundheitssystem zu schließen und herzustellen.

Die vorliegenden Daten legen nahe, dass eine gezielte, systemische Antwort auf mehreren Ebenen erforderlich ist: Erstens müssen die Ursachen für das Entstehen von Versorgungslücken – also die konkreten Fallkonstellationen, in denen Menschen aus dem Krankenversicherungsschutz herausfallen – systematisch identifiziert und den zuständigen Akteuren des Gesundheitssystems (Krankenversicherungen, Kassenärztliche Vereinigungen, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesundheitspolitiker*innen) bekannt gemacht werden. Zweitens sollte die öffentliche Förderung der bestehenden Anlaufstelleninfrastruktur strukturell und dauerhaft abgesichert werden, anstatt sie projektförmig und konjunkturabhängig zu gestalten. Dabei ist auch die Finanzierung von Behandlungen und Medikamenten über Gesundheitsfonds oder Anonyme Behandlungsscheine zu prüfen. Drittens sollte der Ansatz des Krankenversiche-

rungsclearings deutlich ausgebaut werden, da er als einzige Form auf eine nachhaltige Systemintegration abzielt und kaum von ehrenamtlicher Tätigkeit abhängig ist. Insbesondere in Regionen außerhalb der Großstädte, wo bislang kaum Angebote vorhanden sind, ist dies von Bedeutung.

8.2. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN UND FORSCHUNGSBEDARF

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland überwiegend von Anlaufstellen der Zivilgesellschaft und von Wohlfahrtsverbänden geleistet wird. Diese Infrastruktur ist systemrelevant, gleichzeitig ist sie jedoch strukturell unterfinanziert und in hohem Maße auf Freiwilligkeit angewiesen. Die nachfolgenden Empfehlungen richten sich an politische Entscheidungsträger*innen auf kommunaler Ebene und Landesebene, an die Institutionen der gesundheitlichen Selbstverwaltung sowie an die Forschungsgemeinschaft.

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Strukturelle und gesicherte öffentliche Finanzierung der Anlaufstellen. Knapp die Hälfte aller Anlaufstellen erhält keine öffentlichen Mittel und ist vollständig auf Spenden angewiesen. Diese Abhängigkeit gefährdet die Kontinuität der Versorgung und macht die Einrichtungen anfällig gegenüber konjunkturellen Schwankungen des Spendenaufkommens. Eine strukturelle öffentliche Förderung ist Voraussetzung für eine nachhaltige und planbare Versorgungsinfrastruktur. Wegweisend sind die Finanzierungsmodelle der professionellen Beratung, deren öffentliche Finanzierungsquote im Schnitt bei 95 % liegt. Für hauptsächlich ehrenamtlich arbeitende Anlaufstellen bedeutet dieser Befund, dass der Bezug von kommunalen Mitteln oder Landesmitteln über möglichst niedrigschwellige, unbürokratische Förderbedingungen bzw. die Verankerung in Haushaltsplänen eine dringlich zu prüfende Option darstellt. Eine projektgebundene Förderung sollte durch dauerhafte Haushaltsposten ergänzt oder ersetzt werden, um Planungssicherheit zu gewährleisten.

Flächendeckender Ausbau von Clearingstrukturen mit Gesundheitsfonds. Die professionelle Beratung ist der einzige Typus, der schwerpunktmäßig auf die (Re-)Integration in das Regelversicherungssystem abzielt und somit strukturell und nachhaltig wirksam ist. Ihr Anteil an allen Anlaufstellen beträgt derzeit lediglich 15 % und in vielen mittleren und kleinen Städten gibt es keine Clearingstelle. Der Ausbau dieser Angebotsform nach dem Vorbild der landesweiten Modelle in Berlin, Bremen, Sachsen und Thüringen ist dringend erforderlich, um den Zugang zur Regelversorgung auch in ländlichen Regionen zu ermöglichen. Zeitgleich zum Clearingprozess sollten Behandlungsbedarfe über Gesundheitsfonds finanziert werden, bis der Krankenversicherungsschutz wiederhergestellt ist. Bestehende Projekte sollten finanziell dauerhaft abgesichert werden, um die Versorgungskontinuität zu sichern und gewonnene Fachexpertise zu erhalten.

Adressierung der institutionellen Akteure der gesundheitlichen Selbstverwaltung. Institutionen wie die gesetzlichen Krankenversicherungen und die Kassenärztlichen Vereinigungen verfügen über einen Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung. Die vorliegenden Befunde legen nahe, dass dieser Auftrag für einen erheblichen Teil der Bevölkerung faktisch nicht erfüllt wird. Es ist daher erforderlich, dass diese Institutionen die Gruppe der Nichtversicherten explizit in ihre Versorgungsstrategien einbeziehen und konkrete Maßnahmen entwickeln, um Lücken im Krankenversicherungsschutz zu identifizieren und zu

schließen. Auch der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist in seiner sozialkompensatorischen Funktion stärker in die Pflicht zu nehmen, insbesondere im Hinblick auf Kooperationen mit zivilgesellschaftlichen Anlaufstellen und die Übernahme von Koordinationsaufgaben auf lokaler Ebene.

Stärkere Verzahnung von Gesundheitsversorgung und Wohnungsnotfallhilfe. Ein erheblicher Teil der Menschen ohne Krankenversicherung ist gleichzeitig von Wohnungslosigkeit betroffen. Hier bestehen negative Synergieeffekte, die sich u. a. aus psychischen Ausnahmesituationen und Nichterreichbarkeit speisen. Entsprechend sind viele Anlaufstellen der teilinstitutionalisierten Versorgung historisch aus der Wohnungsnotfallhilfe entstanden. Eine stärkere strukturelle Verzahnung dieser beiden Versorgungsbereiche könnte die Erreichbarkeit besonders vulnerabler Personengruppen deutlich verbessern. Auf Bundesebene sollte diese Schnittstelle in einschlägigen Förderprogrammen und Rechtsrahmen systematisch berücksichtigt werden.

Langfristiges Ziel: Überwindung der Parallelstrukturen. Solange für alle betroffenen Personengruppen keine vollständige Einbeziehung in das reguläre Krankenversicherungssystem erreicht wird, bleibt die Stärkung der bestehenden Anlaufstellenlandschaft eine gesundheitspolitische Notwendigkeit. Gleichzeitig sollte das politische Fernziel darin bestehen, die strukturellen Ursachen des Ausschlusses zu beseitigen, sei es durch niedrigschwellige Zugänge zur Krankenversicherung, durch rechtliche Reformen im Bereich des Aufenthalts- und Sozialrechts oder durch die Ausweitung des Anspruchsbereichs öffentlicher Gesundheitsleistungen.

WEITERER FORSCHUNGSBEDARF

Die vorliegende Studie liefert eine systematische Bestandsaufnahme der Anlaufstellenlandschaft in Deutschland und schließt damit eine zentrale Forschungslücke. Gleichwohl zeigen die Ergebnisse, dass das Feld in mehrerlei Hinsicht noch unzureichend verstanden ist. Im Folgenden werden vier Bereiche benannt, in denen weiterführende Forschung besonders dringlich erscheint.

Ausmaß und Ursachen des Versicherungsausschlusses. Die vorliegende Studie verweist auf Schätzungen, die darauf hindeuten, dass in Deutschland bis zu einer Million Menschen ohne adäquaten Krankenversicherungsschutz leben. Diese Zahl sollte durch belastbare, aktuelle Daten zum tatsächlichen Umfang des Versicherungsausschlusses ergänzt werden. Ebenso sind die konkreten Fallkonstellationen, in denen Menschen aus dem System herausfallen, bislang nur punktuell untersucht worden: Rückkehr aus dem Ausland, Entlassung aus dem Strafvollzug, Wohnungslosigkeit, EU-Mobilität und prekäre Selbstständigkeit sind bekannte, aber kaum systematisch erfasste Pfade in die Nichtversicherung. Zukünftige Forschung sollte diese Fallkonstellationen systematisch dokumentieren und mit Daten der Krankenversicherungsträger, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Wohlfahrtsverbände verknüpfen, um die Grundgesamtheit der Betroffenen realistischer einzuschätzen.

Reichweite und Qualität der Versorgung. Die vorliegende Erhebung konnte zeigen, wie viele Anlaufstellen es gibt und wie sie strukturell aufgestellt sind, nicht aber, wen sie tatsächlich erreichen und wen nicht. Studien wie Linke et al. (2019) legen den Schluss nahe, dass spezifische Gruppen trotz vorhandener Anlaufstellen systematisch unterversorgt bleiben. Menschen mit chronischen Erkrankungen, Personen im ländlichen Raum sowie Menschen, für die sprachliche oder behördenbezogene Barrieren eine unüberwindbare Hürde darstellen, sind in der Regel von einer unzureichenden Versorgung betroffen. Darüber hinaus besteht eine Forschungslücke hinsichtlich der Behandlungsqualität und -sicherheit, da ein Großteil

der Versorgung von ehrenamtlichen Ärzt*innen getragen wird. Qualitative und klinische Studien sind nötig, um die Versorgungsrealität in den Anlaufstellen aus der Perspektive der Patient*innen zu beleuchten.

Wirksamkeit von Clearingmaßnahmen und lokale Kooperation. Die professionelle Beratung stellt eine Form der Unterstützung dar, die darauf abzielt, eine systemisch nachhaltige Integration in die Regelversorgung zu erreichen. Gemäß den vorliegenden Studien, wie etwa Lang et al. (2024) und Kirschner et al. (2024), ist die Vermittlungsquote der beratenen Personen in ein Krankenversicherungsverhältnis durch Clearingstellen zwar hoch, ungeklärt bleibt jedoch, für welche spezifischen Gruppen diese Integration gut funktioniert: Welche Faktoren – aufenthaltsrechtliche, soziale, ökonomische – begünstigen eine dauerhafte Rückkehr in das System? Darüber hinaus bedarf es weiterer Untersuchungen, die sich mit dem Zusammenspiel der verschiedenen Anlaufstellentypen auf lokaler Ebene beschäftigen. Longitudinale und fallrekonstruktive Studien könnten sowohl die Wirkketten innerhalb des Feldes als auch die langfristigen Effekte von Clearinginterventionen auf Individualebene erhellen.

Nachhaltigkeit der Finanzierung und Dynamiken des Feldes. Knapp die Hälfte aller Anlaufstellen ist vollständig spendenfinanziert. Selbst öffentlich geförderte Einrichtungen sind überwiegend auf projektgebundene, zeitlich befristete Mittel angewiesen. Die vorliegende Studie kommt zu dem Schluss, dass nur ein geringer Anteil der Einrichtungen ohne Spendeneinnahmen fortbestehen könnte, wie bereits in der Studie von Zimmer (2024) festgestellt wurde. Die Resilienz dieser Infrastruktur gegenüber politischen Kurswechseln und konjunkturellen Schwankungen des Spendenaufkommens bleibt empirisch ungeklärt. Gleichzeitig unterliegt das Feld kontinuierlichen Veränderungen. Neue Einrichtungen entstehen, insbesondere des Typs professionelle Beratung, während ältere Anlaufstellen möglicherweise schließen oder ihre Angebote reduzieren. Um diese Dynamiken adäquat nachverfolgen zu können, wäre eine regelmäßige, systematische Wiederholungserhebung mit erweiterten Fragen, etwa im zweijährigen Rhythmus, notwendig. Ebenso bedarf die Frage, welche Rolle das Ehrenamt langfristig spielen kann und welche strukturellen Bedingungen seine Stabilität sichern, einer Untersuchung.

Literatur

Ahlmann, Frances und Mirjam Schülle. 2025. Bedarfserhebung und Analyse der Versorgungssituation von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz in der Region Nordhessen. In *Krank, zugewandert, nicht versichert? (Kein) Zugang zur Gesundheitsversorgung,* Hrsg. Anja Dieterich, Miriam Schülle und Tanja Gangarova, 93–113, Wiesbaden: Springer VS. DOI: 10.1007/978-3-658-48772-0_6.

Ärzte der Welt. o. J. Hilfsprojekte. Wo wir aktiv sind. https://www.aerztederwelt.org/unsere-projekte. Zugegriffen: 04. März 2024.

Ataç, Ilker. 2025a. Gesundheitsversorgung für Migrant*innen in aufenthaltsrechtlicher Prekarität. Die Zivilgesellschaft als Impulsgeberin für die Kommunen. In *Handbuch Lokale Integrationspolitik*, Hrsg. Frank Gesemann, Dieter Filsinger und Sybille Münch, 1–15, Wiesbaden: Springer VS. DOI: 10.1007/978-3-658-43195-2_27-1.

Ataç, Ilker. 2025b. Solidarität in der Praxis: Zivilgesellschaftliche Gesundheitsinitiativen für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz. In *Krank, zugewandert, nicht versichert? (Kein) Zugang zur Gesundheitsversorgung*, Hrsg. Anja Dieterich, Mirjam Schülle und Tanja Gangarova, 215–299, Wiesbaden: Springer VS. DOI: 10.1007/978-3-658-48772-0_12.

Ataç, Ilker und Sarah Schilliger. 2022. Civil society organisations engaged with illegalised migrants in Bern and Vienna: Co-production of urban citizenship. In *Contending global apartheid: Transversal solidarities and politics of possibility*, Hrsg. Martin Bak Jørgensen und Carl-Ulrik Schierup, 324–354, Leiden: Brill.

BAG Wohnungslosenhilfe. 2025. Niedrigschwellige medizinische Versorgungsangebote für wohnungslose Menschen im Gesundheitssystem etablieren und finanzieren. https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/POS/POS_25_BAGW_Gesundheit_Niedrigschwellige_medizinische_Versorgungsangebote.pdf. Zugegriffen: 17. Juli 2025.

Bartholome, Burkhard, Jessica Groß und Eléne Misbach. 2016. Es ist uns keine Ehre! Aktion 20 Jahre Medibüro sind genug – und trotzdem geht es weiter. In: analyse & kritik Nr. 615 vom 19. April 2016. https://medibuero.de/wp-content/uploads/sites/10/2016/03/Artikel_ak615_medib%C3%BCro_es-ist-uns-keine-ehre_190416.pdf. Zugegriffen: 20. März 2026.

Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität. 2017. Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere. https://www.diakonie.de/diakonie_de/user_upload/diakonie.de/PDFs/Publikationen/BAG_Gesundheit_Illegalitaet_Arbeitspapier_Gesundheitsversorgung_fuer_Menschen_ohne_Papiere_April_2017.pdf. Zugegriffen: 17. August 2025.

Gach, Janina und Johanna Offe. 2021. Ungesehen, ungeschützt, unversichert in der Pandemie: Krank und ohne medizinische Versorgung in Deutschland. *Ärzte der Welt Gesundheitsreport*, München: Ärzte der Welt e. V.

Gesundheit ein Menschenrecht. o. J. Gesundheitsversorgung in Ihrer Nähe. https://www.gesundheit-ein-menschenrecht.de/kontaktstellen. Zugegriffen: 27. Februar 2024.

Gleichbehandlungsstelle EU-Arbeitnehmer. 2023. Verzeichnis Clearingstellen. https://www.eu-gleichbehandlungsstelle.de/resource/blob/1817828/1813506/7c33c998deb6098c856855b4fb84a13d/verzeichnis-clearingstellen-2023-data.pdf?download=1. Zugegriffen: 28. Februar 2024.

Groß, Jessica. 2005. *Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus*. Berlin: Flüchtlingsrat Berlin.

Hoferichter, Elias. 2024. *Möglichkeiten und Grenzen der Rückführung in soziale Absicherungssysteme im Krankheitsfall bei Menschen ohne Krankenversicherung: eine retrospektive deskriptive Analyse der Beratungstätigkeit der Clearingstelle Krankenversicherung Rheinland-Pfalz*. DOI: 10.25358/openscience-11952.

Kirchhoff, Maren und Ilker Ataç. 2023. Frankfurt am Main: Weltoffene Metropole – auch für Menschen in aufenthaltsrechtlicher Prekarität? In *Lokale Antworten auf aufenthaltsrechtliche Prekarität. Zugänge zu Gesundheitsversorgung, Unterbringung und Bildung*, Hrsg. Ilker Ataç, Simon Güntner, Adrienne Homberger und Maren Kirchhoff, 32–57, Opladen: Verlag Barbara Budrich.

Kirschner, Wolf und Renate Kirschner. 2023. Evaluation der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen in Berlin im Jahr 2022. https://www.berliner-stadtmission.de/fileadmin/Redaktion/02_Angebote_Standorte/Beratung_in_Ausnahmesituationen/Clearingstelle/PDF/Schlussbericht_240122.pdf. Zugegriffen: 14. Januar 2026.

Kirschner, Wolf, Sandra Kretschmer, Louise Zwirner und Jana James. 2024. Medizinische Versorgung von Menschen in prekären Lebenssituationen in Deutschland – Vergleichende Analyse von fünf Clearingstellen. *Das Gesundheitswesen* 86/06: 430–435, DOI: 10.1055/a-2227-4765.

KoopWohl. 2022. Gesundheitsversorgung. Institutionalisierung, staatliche Förderung oder ehrenamtliche Dienstleistung? https://www.koopwohl.de/migration-2/. Zugegriffen: 12. Februar 2026.

Kratzsch, Lukas, Kayvan Bozorgmehr, Joachim Szecsenyi und Stefan Nöst. 2022. Health Status and Access to Healthcare for Uninsured Migrants in Germany: A Qualitative Study on the Involvement of Public Authorities in Nine Cities. *International Journal for Environmental Research and Public Health* 19/11, DOI: 10.3390/ijerph19116613.

Kurz, Charlotte. 2022. Menschen ohne Krankenversicherung: Ein oft übersehenes Problem. *Deutsches Ärzteblatt International* 119/41: 1738–1741.

Lang, Sarah. 2025. Der Öffentliche Gesundheitsdienst im Spannungsfeld von Public Health, Politik und Migrationskontrolle. In *Krank, zugewandert, nicht versichert? (Kein) Zugang zur Gesundheitsversorgung*, Hrsg. Anja Dieterich, Mirjam Schülle und Tanja Gangarova, 177–195, Wiesbaden: Springer VS. DOI: 10.1007/978-3-658-48772-0_10.

Lang, Sarah, Peter Tinnemann und Rebecca Zöllner. 2024. Wege in den Krankenversicherungsschutz. Das Pilotprojekt Clearingstelle 1.0 am Gesundheitsamt Frankfurt am Main. *Das Gesundheitswesen* 86/06: 436–441, DOI: 10.1055/a-2250-3670.

Lang, Sarah Alexandra, Carolin Austermann-Grofer, Maria Siwek, Peter Tinnemann und Rebecca Zöllner. 2025. (Keine) Behandlung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz: Wenn der Zugang zur stationären chirurgischen Versorgung verwehrt bleibt. *Die Chirurgie* 96: 205–212, DOI: 10.1007/s00104-024-02234-3.

Lauxen, Johannes und Nele Wilk. 2025. Gesundheitsversorgung für Alle. Probleme bei der Umsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit in Deutschland. *Forum Sozialarbeit + Gesundheit* 04: 24–27.

Liebscher, Stephan. 2023. Strategische Interventionen im europäischen Grenzregime. Realpolitisches Vorgehen und radikale Ambitionen in Kämpfen um Gesundheitsversorgung für Illegalisierte in Bremen und Leipzig. *Zeitschrift für Migrationsforschung* 3/2: 53–82, DOI: 10.48439/zmf.194.

Linke, Charlotte, Christoph Heintze und Felix Holzinger. 2019. 'Managing scarcity' – a qualitative study on volunteer-based healthcare for chronically ill, uninsured migrants in Berlin, Germany. *BMJ Open* 9/3: e025018, DOI: 10.1136/bmjopen-2018-025018.

Malteser Hilfsdienst e. V. o. J.a. An diesen Orten gibt es die Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung. https://www.malteser.de/menschen-ohne-krankenversicherung.html. Zugegriffen: 04. März 2024.

Malteser Hilfsdienst e. V. o. J.b. Nachgefragt: Warum gibt es Hilfsorganisationen? https://www.malteser.de/aware/hilfreich/nachgefragt-warum-gibt-es-eigentlich-hilfsorganisationen.html. Zugegriffen: 03. März 2026.

Medibüro Berlin. 2016. 20 Jahre Medibüro Berlin. https://medibuero.de/wp-content/uploads/2016/03/20_Jahre_Medibuero_Berlin_WEB.pdf. Zugegriffen: 13. April 2026.

Medibüro Berlin. 2021. Lösungsmodelle – Zwischen Ideal und Realität. https://medibuero.de/wp-content/uploads/2019/07/2021-Einleger_Broschuere_20-Jahre.pdf. Zugegriffen: 13. April 2026.

Medibüro Berlin. o. J. Wohin? Medibüro oder „Clearingstelle"? https://medibuero.de/clearingstelle/. Zugegriffen: 12. Februar 2026.

Medibüros.org. o. J. Standorte. https://medibueros.org/. Zugegriffen: 04. März 2024.

Medinetz Leipzig. o. J. Über uns. Politische Initiative. https://www.medinetz-leipzig.de/about/. Zugegriffen: 12. Februar 2026.

Mylius, Maren. 2016. *Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland. Studien zur Praxis in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern*. Bielefeld: transcript.

Mylius, Maren. 2025. Das Konzept Anonymer Krankenschein – neue Form der Humanitären Hilfe oder Chance für eine gesicherte Gesundheitsversorgung? In *Krank, zugewandert, nicht versichert? (Kein) Zugang zur Gesundheitsversorgung*, Hrsg. Anja Dieterich, Mirjam Schülle und Tanja Gangarova, 199–214, Wiesbaden: Springer VS.

Neupert, Ingo. 2025 Stationäre (Notfall-)Behandlung von zugewanderten Menschen ohne Krankenversicherung: Ausgangslage, Herausforderungen und Perspektiven für Forschung und Praxis. In *Krank, zugewandert, nicht versichert? (Kein) Zugang zur Gesundheitsversorgung*, Hrsg. Anja Dieterich, Mirjam Schülle und Tanja Gangarova, 115–131, Wiesbaden: Springer VS.

Ochs, Carolin, Maike Grube und Anja Dieterich. 2026. Gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere in Deutschland – Ein Scoping-Review. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. OnlineFirst. https://www.springermedizin.de/gesundheitliche-versorgung-von-menschen-ohne-gueltige-aufenthalt/52172860. Zugegriffen: 02. März 2026.

Poliklinik Syndikat. o. J. Projekte des Poliklinik Syndikats. https://www.poliklinik-syndikat.org/ueber-uns/projekte/. Zugegriffen: 01. März 2024.

Praxis ohne Grenzen. o. J. In Norddeutschland finden Sie uns in diversen Städten. https://www.praxisohnegrenzen.de/unsere-standorte/. Zugegriffen: 01. März 2024

Schilliger, Sarah. 2020. Challenging Who Counts as a Citizen. The Infrastructure of Solidarity Contesting Racial Profiling in Switzerland. *Citizenship Studies* 24/4: 530–547, DOI: 10.1080/13621025.2020.1755176.

Schindel, Daniel und Renate Karpenko. 2025. Wohnungslosigkeit und Gesundheit. Einblicke in ein niedrigschwelliges Berliner Gesundheitszentrum und methodische Reflexionen. In *Krank, zugewandert, nicht versichert? (Kein) Zugang zur Gesundheitsversorgung*, Hrsg. Anja Dieterich, Mirjam Schülle und Tanja Gangarova, 157–176, Wiesbaden: Springer VS.

Schülle, Mirjam und Stefan Keßler. 2025. Sozialrechtlicher Zugang zur Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz. In *Krank, zugewandert, nicht versichert? (Kein) Zugang zur Gesundheitsversorgung*, Hrsg. Anja Dieterich, Mirjam Schülle und Tanja Gangarova, 3–24, Wiesbaden: Springer VS. DOI: 10.1007/978-3-658-48772-0_1.

Stötzler, Mathilde und Andrea Kaifie. 2023. Healthcare for individuals without health insurance in Germany – a mixed methods approach to assess the situation and current challenges. *International Journal for Equity in Health* 22/117. DOI: 10.1186/s12939-023-01930-6.

van Dyk, Silke und Tine Haubner. 2021. *Community-Kapitalismus.* Hamburg: Hamburger Edition.

Vöhl, Charlotte und Vera Bergmeyer. 2025. Das MVP – Medizinische Versorgung für papierlose und nicht versicherte Menschen in Bremen. Noch Parallelsystem oder ein Schritt in die Regularität? In *Krank, zugewandert, nicht versichert?, Hrsg. Anja Dieterich, Mirjam Schülle und Tanja Gangarova*, 249–270, Wiesbaden: Springer VS. DOI: 10.1007/978-3-658-48772-0_14.

von Manteuffel, Marie. 2018. Papierlos und unterversorgt – Die notwendige Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 64/1: 33–41, DOI: 10.14623/zfme.2018.1.33-41.

Wilcke, Holger und Rosa Manoim. 2019. Contested Health Care System in Berlin: Are Illegalized Migrants Becoming Urban Citizens? *Social Inclusion* 7/4: 100–107, DOI: 10.17645/si.v7i4.2331.

Wirth, Maria, Samira Patz, Daniel Krauß und Robert Klunker. 2025. Situation von Inhaftierten ohne Krankenversicherungsschutz vor und nach der Inhaftierung. *Informationsdienst Straffälligenhilfe* 1: 34–39.

Zanders, Theresa. 2022. *Teilhabe an Gesundheitsversorgung von aufenthaltsrechtlich illegalisierten Menschen in Deutschland*. https://www.db-thueringen.de/servlets/MCRFileNodeServlet/dbt_derivate_00063758/Zanders_2022_AnonymeKrankenversorgungA.pdf.

Zanders, Theresa, Bein, Laura Eleana. 2022. Der anonyme Behandlungsschein – von der Idee zur Umsetzung: Ein Handlungsleitfaden, KOOPWOHL - WORKING PAPER. https://doi.org/10.25643/bauhaus-universitaet.4716 Zugegriffen: 13. April 2026.

Zanders, Theresa, Lisa Vollmer und Laura Calbet i Elias. 2023. Ko-Produktion als lokale Lösung für die gesundheitliche Versorgung für Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität? Abhängigkeiten und Diskrepanzen in einer Partnerschaft zwischen staatlichen und zivilgesellschaftlichen Akteur*innen. In *Lokale Antworten auf aufenthaltsrechtliche Prekarität. Zugänge zu Gesundheitsversorgung, Unterbringung und Bildung*, Hrsg. Ilker Ataç, Simon Güntner, Adrienne Homberger und Maren Kirchhoff, 170–188, Opladen: Verlag Barbara Budrich.

Zimmer, Matthias. 2024. The other health care system in Germany: care for people without health insurance. *BMC Health Services Research* 24/1: 1649, DOI: 10.1186/s12913-024-12119-0.

Zwirner, Louise und Carolin Ochs. 2021. Die Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen in Berlin. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* Nr. 3: 84–90.

Über die Autoren

Ilker Ataç, Professor am Fachbereich Sozialwesen an der Hochschule Fulda. Er war während der ersten DIFIS-Förderphase Fellow im Forschungsfeld 3.

Jonas Freudenberg, freiberuflicher Politikwissenschaftler und ehrenamtlich tätig beim Sächsischen Anonymen Behandlungsschein e. V.

Für die Inhalte der vorliegenden Publikation sind ausschließlich die Verfasser verantwortlich.

Impressum

DIFIS – Deutsches Institut für Interdisziplinäre Sozialpolitikforschung
Direktorin: Prof. Dr. Ute Klammer (Universität Duisburg-Essen)
Stellv. Direktor: Prof. Dr. Frank Nullmeier (Universität Bremen)
Standort Duisburg: Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ), Forsthausweg 2, 47057 Duisburg
Standort Bremen: SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik,
Mary-Somerville-Straße 5, 28359 Bremen
Homepage: www.difis.org
Erscheinungsort und -datum: Duisburg/Bremen, November 2026
Inhaltliche Betreuung: Dr. Kirsten Hoesch
Betreuung der Publikationsreihe: Dr. Miruna Bacali
ISSN: 2748-7199