

6. Versorgung im medizinischen Notfall – Die Befragung der Krankenhäuser

6.1 KONZEPTION UND METHODE

Es wurden im Rahmen dieser Studie die Krankenhäuser in Niedersachsen (n=129), Hamburg (n=24) und Berlin (n=46) zur Versorgung nicht krankenversicherter Migrantinnen und Migranten in ihrem Haus befragt. Die Ergebnisse sollen eine Basis bieten, den Zugang zur ärztlichen Behandlung im Notfall für Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung und ohne Papiere in Deutschland zu beurteilen sowie strukturelle Hürden zu identifizieren. Die Befragung unterscheidet sich von der Erhebung an den Gesundheitsämtern in zwei wesentlichen Bereichen: Zum einen wird nicht nur nach der Versorgung von Menschen ohne Papiere gefragt, sondern allgemein nach der medizinischen Behandlung von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung. Zum anderen wurde die Befragung in lediglich drei Bundesländern durchgeführt, es handelt sich hierbei also nicht um eine Vollerhebung.

Wie bereits für die Befragung der Gesundheitsämter wurde unter Berücksichtigung der Empfehlungen von Dillman et al. ein Fragebogen neu konzipiert. Der Soziologe Dillman hatte bereits in den 1970er Jahren Regeln für schriftliche Befragungen aufgestellt, um den Rücklauf zu erhöhen (»Tailored Design Method«).¹ Diese Anweisungen sind seitdem mehrfach modifiziert wurden, zuletzt erschienen 2014 von Dillman et al. umfassende Guidelines.² Zudem gibt es eine Vielzahl an Untersuchungen zur Fragengestaltung und den Antwortvorgaben, um nicht beantwortete Items in einem Fragebogen zu verhindern und Antwort auf die tatsächliche Intention der Frage zu erhalten.³ Dillman et al. empfehlen in ihren Leitlinien insbesondere die Beachtung folgender Punkte:

1 | Vgl. Dillman (2007).

2 | Vgl. Dillman et al. (2014), S. 55 und S. 397.

3 | Vgl. Geyer (2003), S. 91.

1. Zur Abfolge der Befragung: Versenden einer Postkarte mit Bitte um Teilnahme, Versenden einer E-Mail mit dem Fragebogen, eine erste Erinnerung mit Fragebogen zusenden, eine zweite Erinnerung ebenfalls mit Fragebogen zuschicken;
2. Zur Fragebogenstruktur: ein ansprechendes Design für den Fragebogen wählen, auch bezüglich des Deckblattes; die Anordnung der Fragen sinnvoll gestalten; zudem sollte eine Heftung erfolgen, eine ausreichende Schriftgröße verwendet werden, gute Lesbarkeit sichergestellt sein und eine adäquate Länge des Fragebogens gewählt werden;
3. Test: Kontrolle der Fragen vor Studienbeginn durchführen (Pretest, Interviews zum Frageverständnis);
4. Zur Durchführung der Befragung: mit personalisiertem Anschreiben, frankiertem Rückumschlag, Anreizsetzung zur Beantwortung, spezifischer ID-Nummer des Fragebogens.

Im folgenden Kapitel wird dargestellt, warum die schriftliche Befragung als Untersuchungsdesign gewählt, wie der Fragebogen konstruiert und welche Schritte in der Befragung der Krankenhäuser vorgenommen wurden.

6.1.1 Studiendesign und Studienpopulation

Nach den jüngsten Daten des Statistischen Bundesamtes befanden sich 2013 in Deutschland 1.996 Krankenhäuser.⁴ Die Zahl der Krankenhäuser nimmt seit Jahren kontinuierlich ab. Auch die Struktur der Häuser und ihre Trägerschaft waren in den vergangenen Jahren einem starken Wandel unterlegen.⁵ Dazu zählen die Umstellung der Krankenhausfinanzierung ab Mitte der 1990er Jahre auf das pauschalierte fallgruppenspezifische Abrechnungssystem, der Diagnosis-Related-Groups (DRG; mit Ausnahme der psychiatrischen Kliniken), die Reduzierung der Bettenzahlen sowie u.a. eine starke Zunahme der »Fälle« bei gesunkener Anzahl an im Krankenhaus beschäftigten Vollzeitkräften. Hinsichtlich der Trägerschaft gibt es eine zunehmende Verlagerung von öffentliche in private Träger. 2013 waren von den 1.996 Krankenhäusern 694 in privater Trägerschaft, die etwa 18 % der Fälle versorgten. Diese Häuser verfolgen »erwerbswirtschaftliche Ziele« im Gegensatz zu z.B. sozialen Zwecken der freigemeinnützigen Träger wie Diakonie, Caritas, Arbeiterwohlfahrt oder Deutsches Rotes Kreuz. Die Krankenhäuser unterscheiden sich in der Füh-

4 | Statistisches Bundesamt: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserBundeslaender.html> [13.04.2015].

5 | Vgl. Simon (2010), S. 263 und S. 268 sowie Statistisches Bundesamt: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabelle/KrankenhaeuserBundeslaender.html> [13.04.2015].

rungsstruktur, auch in Abhängigkeit ihrer Rechtsform (z.B. gemeinnützige GmbH, GmbH). Häufig findet sich ein Geschäftsführer bzw. eine Geschäftsführerin als Leitungsspitze oder aber ein Direktorium, das sich aus ärztlicher Direktion, Pflegedirektion und kaufmännischer Direktion zusammensetzt. Mitunter gibt es Stiftungen, die die Krankenhausleitung durch einen Beirat ergänzt. Die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes und der Gesundheitsberichterstattung des Bundes unterscheidet zudem zwischen »Allgemeinen Krankenhäusern«, »Sonstigen« und »Rehabilitationseinrichtungen«. Die Unterscheidungen ergeben sich aus der Definition im SGB V (§107) sowie dem §108 SGB V, die festlegen, welche Arten von Krankenhäusern mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen können. Aufgrund der Fragestellung der Studie bezüglich der Notfallversorgung von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung werden Krankenhäuser nicht berücksichtigt, die ausschließlich spezialisierte und geplante Behandlungen vornehmen. Auch Häuser, die ihr Angebot lediglich an Privatpatientinnen und -patienten richten, sind nicht mit eingeschlossen. Rehabilitationseinrichtungen werden aus diesem Grund bei der Befragung ebenfalls nicht berücksichtigt. Die Trägerschaft ist aufgrund ihrer Zielausrichtung bedeutsam, da ein auf Gewinn orientiertes Unternehmen mit Ausfällen in der Kostenträgerschaft anders umgehen dürfte als Einrichtungen mit sozial oder religiös definierten Zwecken. Für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen stellt sich die Situation aus zweierlei Gründen noch einmal anders dar. Zum einen gelten in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken nach wie vor tagesgleiche Pflegesätze, ein pauschalisiertes Entgeltsystem soll erst sukzessive ab 2015 eingeführt werden. Die Verweildauer – die Anzahl der Tage des stationären Aufenthalts – hat sich zwar auch in diesem Fachbereich in den letzten zwei Jahrzehnten stark reduziert, doch liegt sie weiterhin über der Verweildauer der somatischen Fachbereiche. Zum anderen ist eine Unterbringung gegen den Willen der Patientin/des Patienten eine besondere Situation, die bei psychischer Erkrankung, die mit Eigen- und Fremdgefährdung einhergeht, auf Grundlage länderspezifischer Gesetze angeordnet werden kann (in Niedersachsen z.B. nach §§16 und 17 NPsychKG⁶). Die Antragsstellung ist zwar in anderen Krankenhäusern genauso möglich, doch in psychiatrischen Kliniken naturgemäß bedeutsamer.

6 | Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG), § 16 NPsychKG führt die Voraussetzung für eine Unterbringung gegen den Willen des Betroffenen aus, nämlich wenn für die Person »infolge ihrer Krankheit oder Behinderung [...] eine gegenwärtige erhebliche Gefahr [...] für sich oder andere ausgeht und diese Gefahr auf andere Weise nicht abgewendet werden kann.« In § 17 NPsychKG sind die Form bzw. die Fristen der Antragsstellung festgelegt. Das zuständige Betreuungsgericht entscheidet über den Antrag, der ärztlich bezeugt sein muss.

Die Untersuchungsdesigns von online-survey, Telefonbefragung und schriftlicher Fragebogenerhebung haben verschiedene Vor- und Nachteile bezüglich der Durchführbarkeit und Interpretation der Ergebnisse. Da bisher keine Daten zur Relevanz fehlender Krankenversicherung und fehlenden Papieren von Patientinnen und Patienten für Krankenhäuser vorliegen und lediglich einzelne Erfahrungsberichte bekannt sind, wurde eine quantitative Methode gewählt. Um zu entscheiden, welche Befragungsform am erfolgversprechendsten hinsichtlich des Rücklaufs sein wird, wurden mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Krankenhäusern unterschiedlicher Professionen vorweg Gespräche geführt. Darunter befanden sich fünf Personen aus der Sozialarbeit, vier aus dem ärztlichen Personal, drei Personen aus den Geschäftsführungen sowie zwei Personen aus anderen Verwaltungsbereichen (Patientenmanagement, Abrechnung) verschiedener Krankenhäuser in Hessen, Niedersachsen und Berlin. Zudem wurden mit mehreren Migrantinnen und Migranten, die ohne eine Krankenversicherung die Notaufnahme von Krankenhäusern aufgesucht hatten, im Rahmen der ehrenamtlichen Tätigkeit der Autorin bei einer medizinischen Beratungsstelle explorierende Gespräche geführt. Die Erfahrungsberichte zeigen nicht nur mögliche Hürden im Zugang zur medizinischen Behandlung, sondern auch, wer die ersten Kontaktpersonen im Krankenhaus sein können. Das befragte Personal aus den Krankenhäusern wurde unstrukturiert ausgewählt über Vermittlung durch Bekannte aus dem Gesundheitssektor, die wiederum, insbesondere in Bezug auf Personen aus der Geschäftsführung, ein Gespräch ermöglichten. So befanden sich darunter Menschen, die bereits Berührung mit dem Thema hatten, als auch Personen, denen die Fragestellung noch unbekannt war. In den Gesprächen kristallisierte sich heraus, dass einhellig eine schriftliche Befragung empfohlen wurde und eine große Skepsis bestand, ob es überhaupt in den Häusern eine Bereitschaft zur Beantwortung gäbe. Dabei seien mehrere Faktoren relevant:

1. Das Thema könne ggf. zu einem Imageschaden für das Krankenhaus führen, z.B. wie im Zusammenhang mit den Medienberichten zum Tod des Neugeborenen einer ghanaischen Mutter, nachdem sie die Notaufnahme des Krankenhauses »Auf der Bult« in Hannover aufgesucht hatte (s. Kapitel 2.5).
2. Es gäbe eine große Unsicherheit bezüglich der rechtlichen Lage, die zu einer Abwehrhaltung in den Häusern führe aufgrund der Befürchtung, Fehler zu begehen bzw. begangen zu haben.
3. Die zeitliche Investition in die Beantwortung eines Fragebogens zu diesem Thema lohne sich für die Befragten nicht, da sie keinen direkten Nutzen daraus zögen.
4. Es gäbe keine Bereitschaft, Zahlen zu Erlösausfällen für stationäre Behandlungen zu nennen. Der genaue Hintergrund für diese Haltung

blieb unklar. Im Übrigen bestehe die Sorge, kostenlos durchgeführte Behandlungen würden sich bei Betroffenen weiter herumsprechen mit der Folge einer Mehrbelastung des Krankenhauses.

Zur Frage des geeigneten Adressaten des Fragebogens waren alle Gesprächspartnerinnen und -partner der Auffassung, dass die Befragung an die Geschäftsführung gerichtet sein sollte, da diese in jedem Fall über eine Teilnahme entscheiden müsse. Eine bundesweite Vollerhebung an den Krankenhäusern wäre wünschenswert, im Rahmen der vorliegenden Arbeit musste die Erhebung allerdings bei insgesamt etwa 1.996 Krankenhäusern⁷ auf einige Bundesländer begrenzt bleiben. Neben regionalen Besonderheiten gibt es insbesondere länderspezifische Regelungen im Umgang mit Migrantinnen und Migranten außerhalb des regulären Gesundheitssystems (s. Kapitel 2.5). Daher erfolgte die Auswahl der zu befragenden Krankenhäuser entlang der Bundesländer. Mit Niedersachsen, Berlin und Hamburg wurden drei Bundesländer in räumlicher Nähe bestimmt, in welchen die politischen und strukturellen Begebenheiten bekannt sind und in den letzten Jahren vor Erhebung wenig grundsätzliche Änderungen erfuhren. Zudem war zu einem frühen Zeitpunkt in der Studienplanung bereits von Krankenhauspersonal die Vermutung geäußert worden, dass sich private Träger nicht an Befragungen, die finanzielle Aspekte berührten, beteiligen würden. Daher wurde z.B. das Bundesland Bremen aufgrund der hohen Privatisierungsrate nicht mehr berücksichtigt. Niedersachsen, Berlin und Hamburg weisen außerdem wichtige verschiedene Strukturmerkmale auf. Niedersachsen ist ein Flächenland, Berlin hat eine besondere Stellung als größte Stadt und Hauptstadt mit einem hohen Bevölkerungsanteil von Menschen mit Migrationshintergrund. In Hamburg als Stadtstaat und Ballungsraum wird ebenfalls von einem höheren Anteil an Migrantinnen und Migranten ohne Zugang zum regulären Gesundheitssystem ausgegangen⁸ bei einer hohen Anzahl an Krankenhäusern (s. Tab. 22).⁹ Im Deutschen Krankenhausverzeichnis (DKV) wurden im Jahr 2015 für Niedersachsen, Berlin und Hamburg insgesamt 286 Krankenhäuser aufgeführt (Stand: Januar 2015). Das DKV ist ein Angebot für Patientinnen und Patienten, in dem Krankenhäuser nach ihrem Leistungsumfang und weiteren Kategorien gesucht werden kön-

7 | Siehe Gesundheitsberichterstattung des Bundes: www.gbe-bund.de [08.04.2015]. Die Angabe zur Krankenhausstatistik bezieht sich auf das letzte Berechnungsjahr 2013. Dabei wird nicht zwischen Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V und anderen Häusern (z.B. privaten Kliniken) unterschieden, die eine stationäre Behandlung durchführen. Reha- und Spezialkrankenhäuser sind also ebenfalls inkludiert.

8 | Vgl. Vogel/Aßner (2009), S. 130.

9 | Einrichtungen pro 100.000 Einwohner im letzten Berechnungsjahr 2013: Niedersachsen 2,4; Berlin 2,5 und Hamburg 3,0. Siehe www.gbe-bund.de [17.04.2015].

nen. In Niedersachsen gibt es gemäß des DKV im Jahr 2015 insgesamt 193 Krankenhäuser, in Berlin 58 und in Hamburg 35, die unterschiedliche Merkmale aufweisen. Darunter werden sowohl Rehabilitationseinrichtungen, Tageskliniken als auch Einrichtungen, die lediglich über Belegbetten verfügen, aufgeführt. Daher reduziert sich die Anzahl für die Befragung, zudem sind vier Häuser in der Liste doppelt aufgeführt. Spezialisierte Zentren für Venenchirurgie und z.B. spezielle Augenoperationen wurden ebenfalls nicht mit einbezogen sowie teilstationäre Einrichtungen (Tageskliniken). Einige Krankenhäuser wurden zudem zusammengefasst, da sie eine gemeinsame ärztliche Leitung und Geschäftsführung aufweisen und nicht davon auszugehen ist, dass die Bereitschaft vorhanden sein würde, für verschiedene Standorte einzelne Fragebögen zu beantworten. Auch ist es eher unwahrscheinlich, dass bei der Geschäftsführung eine nach Standort differenzierte Beantwortung der Fragen möglich wäre. Ein Fragebogen im Rücklauf bezieht sich auf mehrere Standorte, was im Ergebnisteil angezeigt wird.

Die Auswertung der Daten erfolgt mit Hilfe von IBM SPSS-Statistics, Version 19. Aufgrund des explorativen Charakters der Studie werden die Ergebnisse deskriptiv ausgewertet. Unterschiede in den relativen Häufigkeiten von Merkmalen werden lediglich beschrieben, aufgrund der geringen Fallzahl findet der Chi-Quadrat-Test nach Pearson keine Anwendung. Die Antworten auf offene Fragen werden zunächst in Kategorien unterteilt und anschließend ebenfalls quantitativ-deskriptiv beschrieben.

6.1.2 Konstruktion des Fragebogens

Die inhaltliche Ausrichtung des Fragebogens erfolgte auf Basis von Fallvignetten, Erfahrungsberichten und der Literaturrecherche, die Schwierigkeiten und mögliche Hemmnisse im Zugang Betroffener zur notfallmäßigen Versorgung (s. hierzu Kapitel 1.3) ansprechen. Der Aufbau der Fragen, die Reihenfolge, die Konstruktion und das Design orientieren sich, wie bereits in Kapitel 5.1.2 beschrieben, an den Empfehlungen von Dillman et al. und Geyer.¹⁰ Dazu gehören u.a. ein inhaltlicher Aufbau von allgemeineren zu spezifischeren Fragen, sensible Inhalte zu meiden oder ggf. im hinteren Teil eines Fragebogens abzufragen, die Fragen optisch deutlich voneinander zu trennen, eine einfach zu verstehende Fragestellung ohne Mehrfachfragen in einem Item, die Antwortformate den möglichen Antworten adäquat und deutlich voneinander abgrenzbar zu formulieren, Listenfragen und Querverweise sowie Abkürzungen zu vermeiden. Nach der ersten Fertigstellung wurde der Kurzfragebogen zur Testung Krankenhauspersonal aus der Verwaltung und dem Sozialdienst vorgelegt, die in anschließenden Gesprächen ihr Fragenverständnis formulierten

10 | Vgl. Dillman et al. (2014), S. 352-363, Geyer (2001), S. 58-68 und S. 91-117.

und ihre Anmerkungen zu jeder Frage gaben im Sinne eines »Retrospective-Think-Aloud«.¹¹ Einige Fragen wurden in der Folge entsprechend der Empfehlungen modifiziert. Die Frage zu nicht gedeckten Kosten konnte in der Testung nicht beantwortet werden, verblieb aber wegen ihrer Bedeutung im Fragebogen, da vermutlich nicht nur der Sozialdienst von der Leitung um Beantwortung gebeten werden würde. Die Themenbreite der Fragen, die unterschiedliche Berufsfelder betreffen können – ärztliche, soziale und buchhalterische – wurden wiederholt als potenzielle Schwierigkeit benannt. Im ersten notfallmäßigen Kontakt im Krankenhaus können allerdings die verschiedenen Aspekte wie Baranzahlung und ärztliche Entscheidungen relevant sein, weshalb die Frageninhalte beibehalten wurden. Aus der Geschäftsführung konnte keine Person zur Fragebogentestung gewonnen werden.

Der Fragebogen umfasst in der endgültigen Version acht Seiten, die ein Deckblatt mit Titel und Absender sowie eine kurzgefasste Erläuterung zum Ausfüllen und zur Begrifflichkeit nicht krankenversicherter Migrantinnen und Migranten beinhalten. Die (ausländer-)rechtliche Abgrenzung zwischen Bürgerinnen und Bürgern der EU, Asylsuchenden und Menschen ohne Papiere wird dabei dargelegt. Zudem wird erneut (wie bereits im Anschreiben) darauf hingewiesen, dass die Nummerierung der Fragebögen nicht zur Identifizierung des einzelnen Krankenhauses in der Auswertung dient, sondern lediglich der Zuordnung der Rücksendungen. Auf den folgenden Seiten wird zur Übersichtlichkeit jede einzelne Frage durch einen Rahmen optisch abgehoben. Der Kurz-Fragebogen beinhaltet zwölf Fragen mit insgesamt drei Folgefragen. Sie betreffen folgende Aspekte:

1. Ambulante und stationäre Krankenhausversorgung von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung in den letzten vier Jahren,
2. Personengruppen ohne Kostenträger sowie deren Umfang in der stationären Versorgung,
3. Diagnosen der Betroffenen,
4. durch das Krankenhaus gestellte Nothelferanträge an das Sozialamt und deren Bewilligung,
5. der Ablauf in der Notaufnahme bei fehlender Krankenversicherungskarte,
6. Kontakte zu Hilfsorganisationen,
7. der Umfang nicht gedeckter Kosten der stationären Versorgung,
8. Anmerkungen und Fallbeispiel.

Es werden überwiegend geschlossene Antwortformate vorgegeben, allerdings bestand bei fast jeder Frage die Möglichkeit zu einer Anmerkung. Bei den Fragen zu Diagnosen, den nicht erstatteten Kosten für stationäre Behandlungen,

11 | Vgl. Kurz et al. (1999), S. 88.

bekannten Hilfsorganisationen, mit denen bereits Kontakt aufgenommen worden war sowie der Position des Antwortenden im Krankenhaus werden keine Antworten vorgegeben, sondern muss ein Text frei eingetragen werden. Die Fragen zu o. g. 1. und 7. Punkt bitten explizit um eine Einschätzung, da der Aufenthaltsstatus üblicherweise nicht im Krankenhaussystem dokumentiert wird und auch in der übrigen Buchhaltung keine Unterscheidung und Dokumentation nach Migrationshintergrund stattfindet. Zudem berührt die Fragestellung sowohl ärztliche als auch finanzielle Aspekte. Beispielsweise sind Fragen zum tatsächlichen Umfang nicht gedeckter Kosten von ärztlicher Seite schwieriger zu beantworten als Fragen nach Diagnosen und dem Vorgehen in der Notaufnahmesituation. Letzteres könnte wiederum nicht in jedem Fall von Verwaltungspersonal hinreichend beantwortet werden. Somit macht zwar eine Schätzung die Daten unschärfer, allerdings kann es die Bereitschaft zur Auskunft erhöhen, da es zumeist unmöglich sein wird, exakte Zahlen zu eruieren. Am Ende des Fragebogens werden die Rücksendemöglichkeiten noch einmal aufgeführt und Adressen bzw. Faxnummer angegeben, um so die Zusendung zu erleichtern. Nach den positiven Erfahrungen im Rahmen der Erhebung zu Kontakten mit Migrantinnen und Migranten ohne Papiere an Gesundheitsämtern (s. Kapitel 5), ist auch diesem Fragebogen am Ende ein Anhang angefügt, in dem unabhängig von der Beantwortung der übrigen Fragen um ein Fallbeispiel gebeten wird. Der zeitliche Aufwand zum Ausfüllen des Fragebogens hängt auch bei dieser Befragung davon ab, ob das Krankenhaus bereits Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung versorgt und Erlösausfälle hatte. Ist dies der Fall, nimmt die Beantwortung etwa 15 Minuten in Anspruch. Aufgrund des sensiblen Themengegenstandes, der unter bestimmten Umständen negative Folgen für die Krankenhäuser haben könnte, werden auf Fragen zur Einstellung der Befragten zur Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung verzichtet. Daher findet auch die Auswertung der Fragebögen anonymisiert und weder Träger-, Bettenanzahl- noch Bundesland bezogen statt.

6.1.3 Durchführung der Befragung

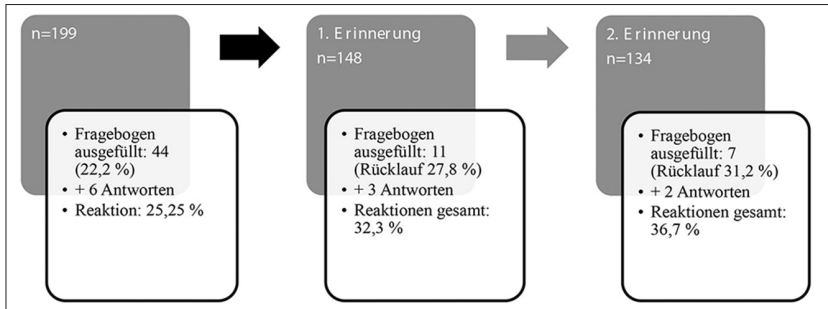
Es wurden 199 von insgesamt 286 im Deutschen Krankenhausverzeichnis (DKV) für die drei Bundesländer Niedersachsen, Berlin und Hamburg aufgeführten Krankenhäuser angeschrieben. In Tab. 21 sind die Fallzahlen für die Erhebung nach Bundesland aufgeführt.

Tabelle 21: Gesamtzahl der angeschriebenen Krankenhäuser und Fragebogenrücklauf

	Gesamtzahl	Ohne Spezial- und Reha- kliniken	Krankenhäuser mit gemeinsamer Leitung zusam- mengefasst	Fragebogen- Rücklauf
Niedersachsen	193	147	129	44
Berlin	58	46	46	11
Hamburg	35	28	24	7
Gesamt	286	221	199	62

Auf der Homepage jedes Krankenhauses wurde der Kontakt zur Geschäftsführung und zur ärztlichen Leitung herausgesucht. Geschäftsführung und ärztliche Leitung wurden getrennt angeschrieben, sofern es verschiedene E-Mail Kontakte gab, was bei der Mehrzahl der Häuser der Fall war. Insgesamt fünf Krankenhäuser geben keine E-Mail-Adresse, sondern lediglich postalischen Kontakt oder ein Kontaktformular an. Diesen Häusern wurde der Fragebogen per Fax zugesendet. Im einseitigen Anschreiben im Corporate Design der Medizinischen Hochschule Hannover werden das Ziel der Studie beschrieben und die Adressaten (Geschäftsführung und ärztliche Leitung) genannt. Zudem werden der ungefähre Zeitumfang für die Beantwortung des Fragebogens angegeben sowie Kontaktangaben für jegliche Rückfragen. In dem Anschreiben wird ausdrücklich darum gebeten, den Fragebogen auch dann zurück zu senden, sollten nur einzelne Fragen beantwortbar erscheinen. Der achtseitige Fragebogen befand sich als pdf-Datei und im doc-Format im Anhang der E-Mail. Die zwei Dateitypen wurden optional zur Verfügung gestellt, um sowohl ein Ausfüllen am Computer als auch die händische Beantwortung zu ermöglichen. Die Rücksendung konnte per E-Mail, per Post und per Fax erfolgen. Die Befragung erfolgte zwischen Dezember 2014 und April 2015. Bei der ersten Zusendung des Fragebogens erfolgte die Bitte um Rücksendung vier Wochen später zu einem festgesetzten Datum. Ein erstes Erinnerungsschreiben mit dem Fragebogen erneut im Anhang erfolgte im Februar 2015 mit einer weiteren vierwöchigen Frist zur Rücksendung. Eine zweite und letzte E-Mail zur Erinnerung an die Befragung, wieder mit Anhang, wurde im April 2015 versendet und ein Datum für die Rücksendung zwei Wochen später festgesetzt (s. Abb. 35).

Abbildung 35: Anzahl versendeter Schreiben und Rücklauf

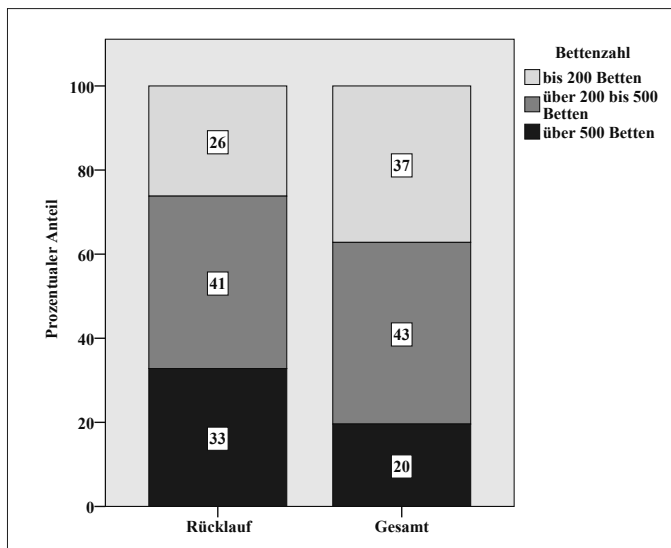


Um eine größere Akzeptanz für die Erhebung bei den Geschäftsführungen der Krankenhäuser zu erzielen, wurden zuvor die Interessensvertretungen der Krankenhäuser in den Bundesländern – die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e.V. (NKG), die Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V. und die Berliner Krankenhausgesellschaft – um Unterstützung der Studie gebeten. Die NKG hat sich dazu bereit erklärt, mit dem Wunsch, die Ergebnisse der Befragung mitgeteilt zu bekommen. Auf die (ideelle) Unterstützung durch die NKG wird im Anschreiben und auf dem Deckblatt des Fragebogens hingewiesen. Auf einen materiellen Anreiz wurde trotz Hinweise auf Erhöhung der Responserate in schriftlichen Befragungen verzichtet mangels finanzieller Förderung der Studie. Im Anschreiben wird aber – ein zwar geringer *incentive* – darauf hingewiesen, dass bei Wunsch nach Abschluss der Studie die Ergebnisse zugesendet werden können. In einigen Antworten der Krankenhäuser wird dann auch die Bitte geäußert, die Resultate zu erhalten.

6.1.4 Datenrücklauf

Von 199 befragten Krankenhäusern sendeten 62 (31,2 %) den Fragebogen zurück. Aus weiteren 11 Krankenhäusern kam die Rückmeldung, dass sie nicht an der Befragung teilnehmen. Eine Übersicht zum Rücklauf aus den Bundesländern ist in Tab. 21 dargestellt. Hinsichtlich der Verteilung der Non-Responder zeigt sich, dass vor allem die Krankenhäuser in Berlin und in Hamburg nicht geantwortet haben. Möglicherweise könnte die Unterstützung durch die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft dazu geführt haben, dass die Krankenhausleitungen in diesem Bundesland eher bereit waren, den Fragebogen auszufüllen. In Niedersachsen antworteten vor allem die privaten Krankenhausträger nicht auf die Anfrage, zudem kamen unterdurchschnittlich wenige Fragebögen aus Krankenhäusern zurück, die über weniger als 150 Betten verfügen (s. Abb. 36).

Abbildung 36: Bettenanzahl der Krankenhäuser gesamt und im Rücklauf (n=60)



Anmerkung: Eine Antwort erfolgte für mehrere Krankenhäuser, diese wird für die Abbildung daher nicht berücksichtigt.

Im Verlauf des Befragungszeitraums wurde in mehreren Telefonaten mit ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die in Krankenhäusern unter privater Trägerschaft tätig sind, ohne Nachfrage die Auffassung wiedergegeben, es gäbe bei diesem Unternehmen generell keine Beteiligung an Befragungen und einen sehr intransparenten Umgang mit Zahlen aus der Buchhaltung. Es wurde geschildert, dass häufig Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung notfallmäßig in die Klinik kämen. Die Häuser, die auf die schriftliche Anfrage antworteten, aber den Fragebogen nicht ausfüllten, gaben mit zwei Ausnahmen alle an, dass sie zur Beantwortung »aufgrund der derzeitigen Personalsituation nicht in der Lage« seien, aus mangelnden »zeitlichen Ressourcen« bzw. in Anbetracht einer »unglaublichen Flut von Befragungen«. Ein Krankenhaus meldete zurück, die Krankenhausversorgung von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung sei »kein Thema«, in einem anderen Fall lehnte die Krankenhausleitung die Beteiligung ab, das Thema sei »nicht ganz unkritisch«.

Tabelle 22: Charakteristika der Bundesländer und der Krankenhäuser

	Betten je 100.000 Einwohner/ -innen (2013)	Anzahl Kranken- häuser unter privater Trägerschaft	Menschen mit Migra- tionshin- tergrund ¹²	Anteil Krankenhäuser in % nach Bettenzahl		
				bis 200	>200- 500	>500
Niedersachsen	543,4	31	17,3 %	45	42,6	12,4
Berlin	590,6	3	25,5 %	21,7	50	28,3
Hamburg	698,9	8	27,7 %	25	33,3	41,7

6.2 ERGEBNISSE

6.2.1 Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung
in der Krankenhausversorgung

Patientinnen und Patienten, die die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen, müssen ärztlich untersucht und nach ärztlicher Entscheidung stationär aufgenommen oder aus dem ambulanten Kontakt entlassen werden. In der Befragung geben 51 (82,3 %) Krankenhäuser an, dass im erfragten Zeitraum 2011 bis 2014 schon einmal Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung notfallmäßig vorstellig geworden sind. Von den übrigen elf Häusern im Fragebogenrücklauf können es drei lediglich vermuten, zwei wissen es nicht und sechs (9,7 %) verneinen die Frage. Lediglich fünf der 51 Häuser machen dabei für die einzelnen abgefragten Jahre 2011, 2012, 2013 und 2014 abweichende Angaben. Aus zwei Krankenhäusern wird es nur grundsätzlich bejaht, ohne dass für die einzelnen Jahre Angaben gemacht werden. Eine stationäre Behandlung von nichtversicherten Migrantinnen und Migranten können ebenfalls 51 Krankenhäuser grundsätzlich bejahen. Dabei handelt es sich in 50 Fällen um dieselben Häuser, die bereits Notfallkontakte angeben. Eine Klinik bejaht die stationäre Behandlung, während die Frage nach notfallmäßigen Kontakten mit »weiß nicht« beantwortet worden ist.

12 | Zu den Menschen mit Migrationshintergrund zählen »alle Ausländer und eingebürgerte ehemalige Ausländer, alle nach 1949 als Deutsche auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderte, sowie alle in Deutschland als Deutsche Geborene mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil.« Als Menschen mit Migrationshintergrund im »engeren Sinn« werden die verstanden, die zu den Erhebungszeitpunkten einen durchgehend bestimmbarer Migrationshintergrund haben. Siehe Statistisches Bundesamt (2015), S. 6, 45, 51.

Abbildung 37: Krankenhausversorgung von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung sowie ohne Papiere (n=61)

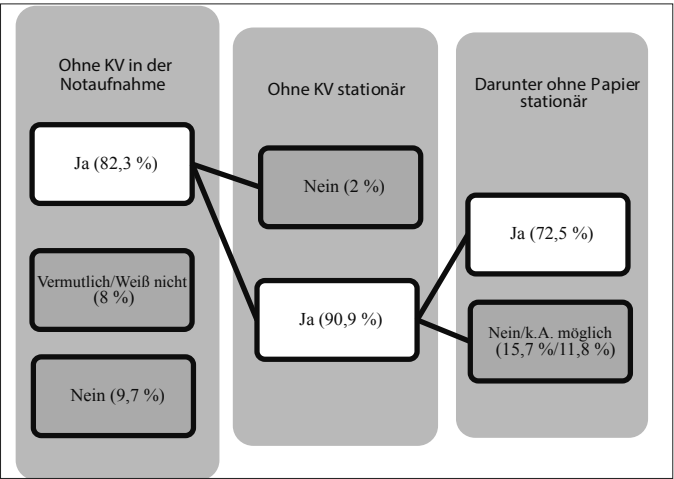
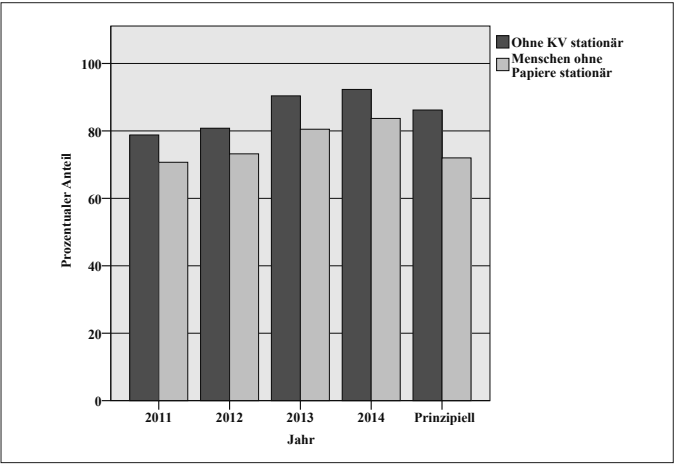


Abbildung 38: Anteil in % der Krankenhäuser, die Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung sowie ohne Papiere stationär behandelt haben, in den Jahren 2011-2014



Anmerkung: Der prozentuale Anteil bezieht sich für das jeweilige Jahr auf die Anzahl der Krankenhäuser, die insgesamt eine stationäre Behandlung von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung bejaht haben. Das Item »Prinzipiell« bezieht sich auf alle Krankenhäuser im Rücklauf.

Abbildung 39: Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung (KV) in der stationären Behandlung nach Bettenzahl der Krankenhäuser

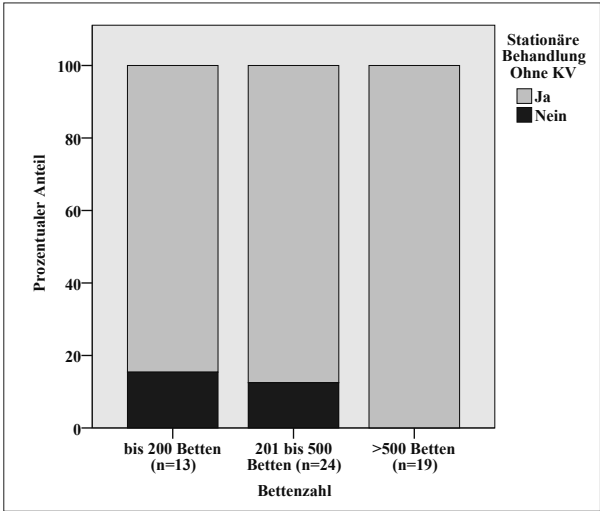
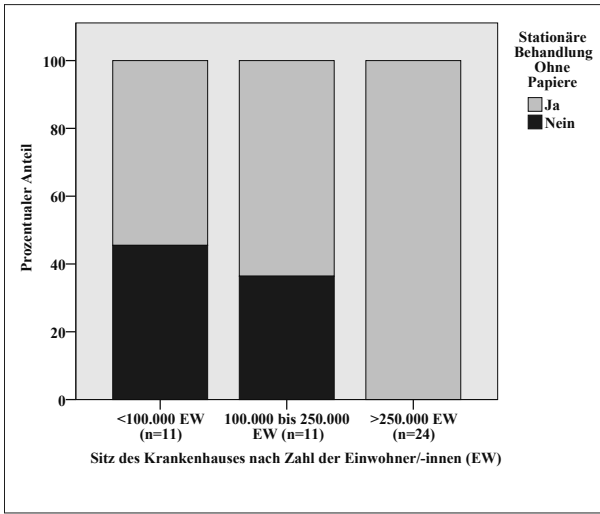


Abbildung 40: Stationäre Behandlung von Migrantinnen und Migranten ohne Papiere nach Stadtgröße



Von den übrigen Krankenhäusern aus dem Rücklauf (gesamt n=62) wissen drei Häuser nicht, ob eine stationäre Behandlung stattgefunden habe, fünf verneinen es (8,5 %) und drei beantworten die Frage nicht. Diese drei haben

bereits einen Kontakt in der Notaufnahme verneint. 37 der 51 Kliniken (72,5 %) geben an, dass sich darunter Menschen ohne Papiere befanden. Acht verneinen es und die Übrigen wissen es nicht (s. Abb. 37). Die Abb. 38 gibt eine Übersicht der Angaben zu den erfragten Jahren.

Die Krankenhäuser, die angeben, bisher keine Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung stationär behandelt zu haben, befinden sich vor allem in kleineren Städten mit unter 100.000 Einwohnerinnen/Einwohnern (EW). Zudem sind es vor allem die Krankenhäuser mit weniger als 200 Betten (s. Abb. 39). Bei der Angabe, dass sich Menschen ohne Papiere unter den stationär Behandelten befanden, zeigt sich eine ähnliche Verteilung (s. Abb. 40).

Im Fragebogen wird auch nach der Anzahl der Migrantinnen und Migranten ohne Papiere gefragt, die in den Jahren 2011 bis 2014 stationär behandelt wurden. Dazu machen 32 der 50 Krankenhäuser eine Angabe. Für die Jahre vor 2014 ist die Anzahl der Häuser abnehmend, die die Zahl der Behandelten beziffern. Für 2013 geben noch 28 Einrichtungen eine Zahl an, 27 für 2012 und für das Jahr 2011 sind es 25 Krankenhäuser. Die Spanne ist Tab. 23 zu entnehmen. Einige Antwortende merken im Fragebogen an, dass der Aufenthaltsstatus nicht dokumentiert werde und es ihnen daher nicht möglich sei, Zahlenangaben zu machen. Bei der Bezifferung der Behandelten wird explizit um eine Schätzung gebeten. Aufgrund der geringen absoluten Zahlen an Krankenhäusern, die eine Angabe machen, sind in der Tabelle lediglich die Spannbreiten der Personenanzahl aufgeführt.

Tabelle 23: Patientinnen und Patienten (Pat.) ohne Papiere in der stationären Versorgung (n=33)

Spanne Zahl Pat.		1-5	6-10	11-20	21-30	>30
Häufigkeit der Nennung im jeweiligen Jahr	2014	15	2	5	10	1
	2013	13	2	13	0	1
	2012	13	6	8	0	1
	2011	15	5	5	0	1

Danach gefragt, ob Patientinnen und Patienten die Häuser notfallmäßig aufgesucht haben, die nicht unter die genannten Definitionen passen und für die ebenfalls kein Kostenträger gefunden wurde, bejahen 36 der Krankenhäuser diese Frage. Einige Häuser (n=11) erläutern, um welche Gruppe es sich dabei handelt: »Patienten (Deutsche) ohne Versicherungsschutz, ehem. PKV [Private Krankenversicherung, Anm. der Autorin].« Diese 36 Krankenhäuser haben ebenfalls einen Kontakt zu Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung in der Notaufnahme angegeben. Die Mehrheit hat zudem bereits Erfahrungen in der stationären Versorgung Papierloser (90 %).

6.2.2 Diagnosen

In den Fragebögen wird nach medizinischen Diagnosen gefragt, die Gründe der stationären Aufnahme von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung waren. 48 Krankenhäuser (77,4 %) machen Angaben zum Behandlungsanlass. 47 dieser 48 Häuser haben zuvor angegeben, bereits Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung *stationär* behandelt zu haben. Die Spezifität der Angaben zu den Diagnosen weist eine große Bandbreite auf. Es werden sowohl ICD-10-Kodierungen¹³ genannt als auch lediglich Fachgebiete, z.T. wird nur zwischen chronischen und akuten Erkrankungen unterschieden. Tab. 24 listet die Erkrankungsgebiete auf, die gehäuft genannt werden. Die unspezifischen Angaben wie »chronisch/akut« oder »Innere Medizin« sind dabei nicht mit aufgeführt.

Tabelle 24: Behandlungsgründe von Migrierten ohne Krankenversicherung

Diagnose (n=82 von 32 Krankenhäusern)	Häufigkeit
Alkohol-/Drogenintoxikation	14
Entbindungen	12
Infektionen (Tuberkulose, Hepatitis, Sepsis)	11
Unfälle, Verletzungen	11
Anderes (z.B. Ulcera, gastro-enterologische und neurologische Erkrankungen, PTBS)	11
gynäkologische Erkrankungen	7
Suizidalität	4
Onkologische Erkrankungen	2
Paranoide Schizophrenie	2
Erfrierungen	1
Blutung	1
Frühgeborene	1

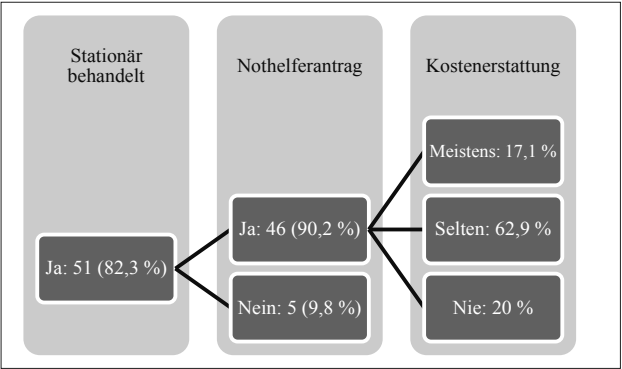
13 | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; deutsch: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Die Klassifikation wurde von der Weltgesundheitsorganisation erstellt. Die Ziffer 10 steht für die 10. Revision der Klassifikation. Zur Abrechnung ärztlicher Leistungen werden die Diagnosen einer Patientin/eines Patienten nach dem für Deutschland modifizierten ICD-10-Katalog des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) verschlüsselt.

6.2.3 Nothelferantrag gemäß § 25 SGB XII

Die große Mehrheit der Krankenhäuser (76,7 %; n=46) hat bereits einen Antrag gemäß § 25 SGB XII (»Nothelferantrag«) gestellt, um die Kosten für die Behandlung einer Migrantin bzw. eines Migranten durch das Sozialamt im Nachhinein erstattet zu bekommen. Diese Häuser hatten auch bereits Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung *stationär* behandelt. Mit einer Ausnahme stellten wiederum alle die Krankenhäuser einen Nothelferantrag, die auch Menschen ohne Papiere stationär versorgt haben. In zwei von 62 Fragebögen wird die Frage nach dem Nothelferantrag nicht beantwortet. Unter den Häusern, die bisher keinen Nothelferantrag gestellt haben – zumindest nicht in den Jahren 2011 bis 2014 –, geben vier von 14 Häusern an, bereits Migrantinnen und Migranten ohne Versicherung stationär behandelt zu haben, ein Haus vermutet es, und eines weiß es nicht. Die Hälfte von ihnen hat aber bereits ambulant eine Behandlung durchgeführt. Die Krankenhäuser in den Stadtstaaten geben im Rücklauf fast alle an (95,5 %), Anträge an das Sozialamt gestellt zu haben; im Flächenland Niedersachsen sind es hingegen etwas mehr als Zweidrittel (69 %). 35 der 46 antragsstellenden Krankenhäuser beantworten die Frage, ob nach Antragsstellung eine Kostenerstattung auf Grundlage des § 25 SGB XII erfolgte. Sechs Häuser hatten »meistens« eine Kostenübernahme durch das Sozialamt erreicht (17,1 %). Diese befinden sich alle in Niedersachsen. Ein Krankenhaus, das die Frage mit »meistens« beantwortet, bemerkt: »Wenn Antragsstellung durch Patient erfolgte oder Glaubwürdigkeit der Bedürftigkeit nachvollziehbar.« Bei 22 Krankenhäusern erfolgte »selten« eine Kostenerstattung (62,9 %) und bei weiteren sieben »nie« (s. Abb. 41). Eines dieser Krankenhäuser kommentiert die Antwort wie folgt: »Die Daten, die das Sozialamt benötigt, sind zu umfangreich, oft haben die Patienten keinen Pass, ohne Pass keine [Kosten-]Übernahme.« In einem anderen Fragebogen heißt es dazu: »Anträge werden regelmäßig abgelehnt! Begründung: keine Mitwirkung des Patienten.« Ob die Kostenerstattung durch die Sozialämter auch für Migrantinnen und Migranten ohne Papiere erfolgt, ergibt sich aus der Befragung nicht.

Die sechs Krankenhäuser, die meistens die Kosten durch das Sozialamt erstattet bekamen, geben für 2014 Erlösausfälle zwischen 5.000 € und 20.000 € an, die anderen 29 Krankenhäuser weisen dabei eine sehr breite Spanne zwischen 4.000 € und 360.000 € allein im Jahr 2014 auf. Bei den 11 der 46 Krankenhäuser, die Nothelferanträge gestellt hatten, aber keine Angabe zum Erfolg der Antragsstellung beim Sozialamt machen, geben fünf Häuser finanzielle Ausfälle an, die für 2014 zwischen 5.000 € und 52.000 € liegen.

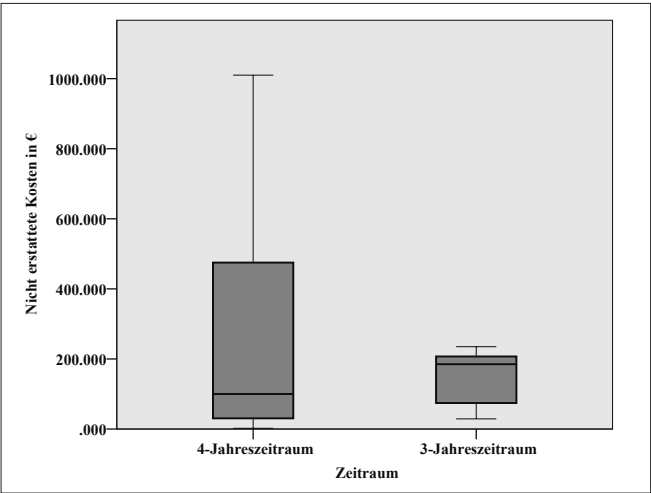
Abbildung 41: Anteil Nothelferanträge und Kostenerstattung bei Krankenhäusern, die Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung stationär behandelt haben



6.2.4 Kosten der Krankenhäuser

Von 62 Krankenhäusern geben 40 »Erlösausfälle« für die stationäre Versorgung von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung an. Die Kostenspanne reicht von 2.000 € bis 1,01 Mio. € für den gesamten Zeitraum (s. Abb. 42).

Abbildung 42: Nicht erstattete Kosten für stationäre Behandlungen 2011-2014 bzw. 2012-2014 (n=35)



Diese Krankenhäuser haben dementsprechend sowohl alle Kontakte zu Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung in der Notaufnahme als auch stationär angegeben. Bis auf sieben Häuser, die es verneinen, seien darunter auch Menschen ohne Papiere gewesen, die stationär behandelt worden sind. Die Anzahl der Behandelten ohne Papiere reicht für 2011 bis 2014 insgesamt von einer Person bis zu 75 Personen. 30 Krankenhäuser geben an, dass sich unter den Behandelten noch »andere Personen« befunden hätten wie z.B. deutsche Staatsangehörige, die ihren Krankenversicherungsschutz verloren hatten. 92,3 %¹⁴ der Häuser mit Erlösausfällen (n=36) hatten bereits einen Nothelferantrag gestellt, die Mehrheit von 86,7 % dieser Krankenhäuser hatte die Kosten selten oder nie erstattet bekommen. Dass die Polizei bei fehlenden Ausweispapieren der Patientinnen und Patienten meistens oder immer hinzugezogen wird, geben fünf der 40 Krankenhäuser an, in seltenen Fällen informieren 21 Häuser (52,5 %) die Polizei, während die übrigen das nie tun (s. Tab. 25).

Tabelle 25: Variablenausprägungen der Krankenhäuser, die Kostenausfälle für die stationäre Versorgung angeben (n=40)

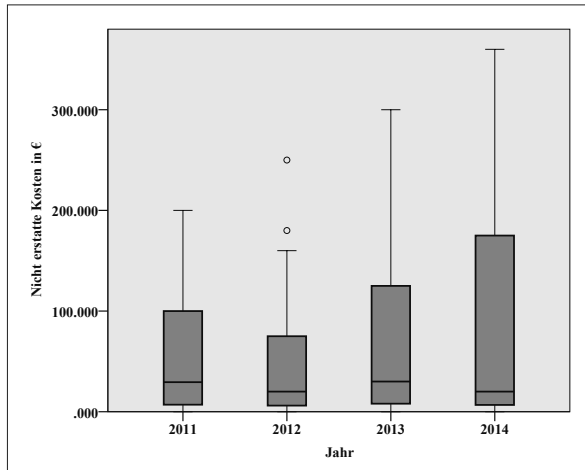
Stationäre Versorgung	Menschen ohne Papiere darunter	Polizei hinzugezogen	»Nothelferantrag« gestellt	Kostenerstattung selten oder nie	Stadtkategorie ¹⁵	
100 %	75 %	12,5 %	92,3 %	86,7 %	1	25 %
					2	22,5 %
					3	52,5 %

Der Zeitraum, für den Angaben gemacht werden, variiert allerdings. 30 Häuser machen Kostenangaben für den gesamten erfragten Zeitraum, wobei vier von ihnen die Kosten nicht pro Jahr aufschlüsseln. In sieben Fragebögen sind Zahlen für drei der vier erfragten Jahre angegeben und in einem Fragebogen für zwei Jahre. Zwei Krankenhäuser können lediglich für 2014 Summen angeben, die zwischen 2.100 € und 5.000 € pro Haus liegen. Die Spannen der finanziellen Ausfälle pro Jahr gibt die Abb. 43 wieder.

14 | Die Prozentangaben beziehen sich auf gültige Prozente. Dabei werden fehlende Einträge nicht berücksichtigt.

15 | Die Städte sind nach ihrer Einwohnerzahl wie folgt eingeteilt: Kategorie 1: bis unter 100.000 Einwohner; Kategorie 2: 100.000-250.000 Einwohner; Kategorie 3: >250.000 Einwohner.

Abbildung 43: Nicht erstattete Kosten für stationäre Behandlungen je Krankenhaus pro Jahr (n=126 Angaben von 37 Krankenhäusern)



Vier Krankenhäuser ergänzen ihre Angaben um Anmerkungen. In einem Fragebogen wird darauf hingewiesen, dass die Ausfälle durch die ambulante Versorgung deutlich höher lägen (»ambulante Versorgungskosten in Summe deutlich höher«). In einer weiteren Bemerkung wird von Schwierigkeiten berichtet, eine Kostenübernahme bei Unionsbürgerinnen und -bürgern zu erreichen: »Patienten, die dann als Selbstzahler abgerechnet werden (da kein Leistungsanspruch aus dem Sozialgesetzbuch), werden seitens der Buchhaltung überwacht und ggf. ebenfalls niedergeschlagen. Personenkreis: EU Bürger, die in Deutschland ein Gewerbe angemeldet haben, jedoch keine Krankenversicherung haben«. Zwei Krankenhäuser weisen darauf hin, dass hohe finanzielle Ausfälle durch eine intensive Behandlung einzelner Patientinnen bzw. Patienten zustande kamen: »ein Altfall in Höhe von 100.000 €«.

6.2.5 Identitätsfeststellung

Aus Einzelfallberichten gab es bereits die Vermutung, dass von Krankenhausverwaltungspersonal die Polizei informiert wird, um die Identität von Personen feststellen zu lassen, die sich in der Notaufnahme nicht ausweisen. Da dieses Vorgehen schwerwiegende Konsequenzen für Menschen ohne Papiere haben und damit eine hohe Hürde im Zugang zur Gesundheitsversorgung sein kann, wird in dem Kurzfragebogen explizit danach gefragt. 55 Krankenhäuser beantworten die Frage, in vier Fragebögen wird sie lediglich kommentiert (»kein Kommentar«, »entfällt, da Frage 2a [zur stationären Versorgung

von Menschen ohne Papiere, Anm. d. Autorin] mit »nein« beantwortet wurde«, »seit 2013 nicht mehr«) und in drei Fällen werden keinerlei Angaben gemacht. Unter den insgesamt 55 aufgeführten Antworten zeigt sich, dass 47,3 % meinen, in ihrem Krankenhaus würde nie die Polizei hinzugezogen. Fast ebenso viele (43,6 %) rufen die Polizei selten hinzu, wobei mehrfach dazu angemerkt wird, dass dies nur »sehr selten« geschehe (9x), es in der Vergangenheit dazu gekommen war, nun aber nicht mehr gemacht werden würde (2x) oder »sofern [eine] Straftat vermutet oder vorlag« (2x). Lediglich fünf der Häuser (8,5 %) kontaktieren die Polizei immer oder meistens. Wird das Antwortverhalten der Krankenhäuser abhängig von der beruflichen Stellung der Person betrachtet, die den Fragebogen ausfüllte, zeigen sich einige Unterschiede: Während alle Personen aus der Geschäftsführung angeben, dass die Polizei nie hinzugezogen werden würde, geben dies 85,7 % des ärztlichen Personals, 33,3 % aus der Buchhaltung und 28,6 % aus dem Patientenmanagement an. Dass die Polizei selten im Krankenhaus hinzugezogen wird, meinen 66,7 % aus dem Patientenmanagement, 54,8 % aus der Buchhaltung und 14,3 % des ärztlichen Personals. Immer oder meistens wird die Polizei hinzugerufen nach Angabe von 11,9 % der Personen aus der Buchhaltung und von 4,8 % aus dem Patientenmanagement. Abb. 44 stellt die Antworten nach der Stadtgröße, in der sich das Krankenhaus befindet, dar und Abb. 45 in Abhängigkeit von einer stationären Behandlung von Menschen ohne Papiere.

Abbildung 44: Polizei hinzugezogen in Abhängigkeit von der Stadtgröße (n=55)

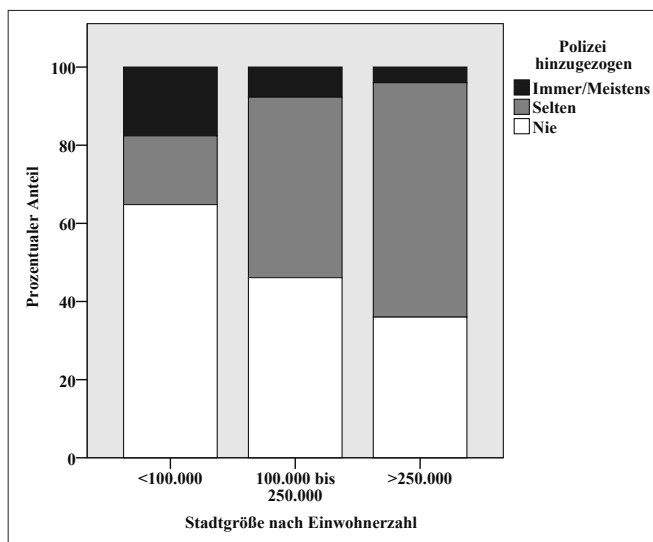
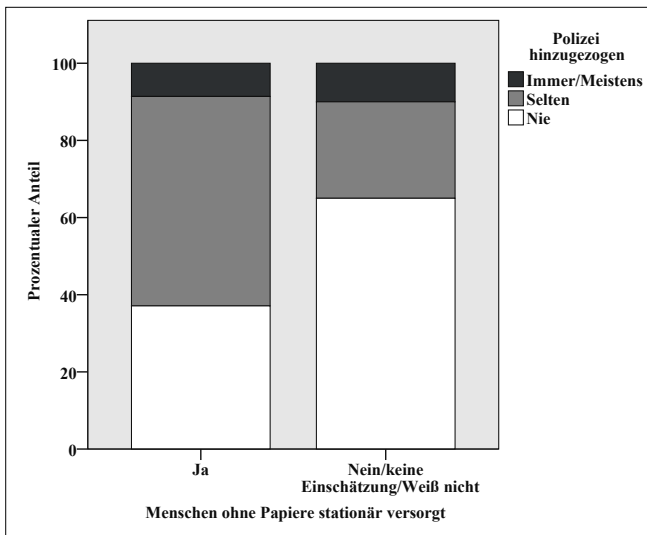


Abbildung 45: Polizei hinzugezogen bei Krankenhäusern, die Menschen ohne Papiere stationär versorgt haben (n=35)



6.2.6 Ablauf in der Notaufnahme

Im Fragebogen wird das Krankenhauspersonal gefragt, wie sie damit umgehen, wenn sich Migrantinnen und Migranten in der Notaufnahme nicht ausweisen und keine Krankenversicherungskarte vorzeigen. In 57 der 62 (91,9 %) ausgefüllten Fragebögen wird diese Frage beantwortet. Die Frage ist offen formuliert, trotzdem zeigen sich Häufungen. Beispielhaft ist folgende Angabe:

- »1. Notfallbehandlung durchführen
2. Unterzeichnung Behandlungsvertrag (SZ [Selbstzahler, Anmerkung der Autorin]) + Kopie Pass/Führerschein etc. + Kopie Policen v. Versicherungen, + Infosammlung zu Aufenthalt in Deutschland (Unfall, Durchreise, Besuch, Arbeitgeber etc.)
3. Kontaktaufnahme mit Landkreis (Sozialamt, Einwohnermeldeamt ob bekannt bzw. mit Versicherung bei Police)
4. Vorauszahlung/Abschlagzahlung bei stationärem Patienten sofern Vermögen vorhanden
5. SZ-Rechnung an Kontaktdaten«.

21 der 57 Krankenhäuser weisen ausdrücklich darauf hin, dass im »Notfall immer behandelt« wird oder: »erst Behandlung, dann weiter sehen« bzw. »normale Behandlung«. An anderer Stelle heißt es: »In der Regel handelt es sich um Unterbringungsfälle nach NPsychKG, zu deren Aufnahme wir gesetzlich

verpflichtet sind. Nach Abschluss der Notfallbehandlung werden die Patienten baldmöglichst entlassen.« Und ein anderes Haus berichtet: »Lebensbedrohliche Erkrankungen werden ausgeschlossen bzw. leitliniengerecht stationär behandelt; bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen erfolgt eine low care-Versorgung.« In einer weiteren Antwort ist es ähnlich formuliert: »[Ich] weise Personal darauf hin, dass nur unabweisbare Leistungen erbracht werden.« In einem Fragebogen kommt eine Behandlung nicht zur Sprache, da heißt es nur: »Polizei«. Dass das Sozialamt kontaktiert werden würde, findet sich bei 33 Antworten. Dazu heißt es z.B.: »Behandlung/Aufnahme erfolgt im Rahmen der Nothilfe § 25 SGB XII. Anmeldung bei SA [Sozialamt, Anm. d. Autorin] erfolgt immer (z.B. »unbekannt, weiblich«) und »ggf. Nothelferantrag, gleichzeitig investigative Arbeiten nach potenziellen anderen Zahlungspflichtigen«. Eine weitere Häufung findet sich zur Baranzahlung: Acht Krankenhäuser geben explizit an, eine Vorauszahlung einzufordern, aus einem weiteren Krankenhaus heißt es dazu: »Aktuelle Überlegungen erwägen, Vorkasse zu nehmen.« In einem Fragebogen wird der Ablauf folgendermaßen dargelegt:

- »— Vorsorgliche Meldung an Sozialamt und Jobcenter,
- lasse ggf. Verpflichtung unterschreiben,
- Frage nach ggf. Versicherungsschutz im Heimatland,
- erfrage Aufenthaltsstatus bei der Ausländerbehörde ab; Visum? Ausstellende Behörde? Wer ist Verpflichteter?
- Erbitte Vorschuss,
- ggf. Sozialhilfeantrag stellen,
- Notfallbehandlung wird erbracht,
- weise Personal darauf hin, dass nur unabweisbare Leistungen erbracht werden,
- usw.«

In einer anderen Antwort wird auf die interne Verfahrensanweisung bei »ausländischen Selbstzahler-Patienten« verwiesen: Patientinnen und Patienten aus dem EU-Ausland, die nicht über eine Europäische Krankenversichertenkarte oder über »eine Reiseversicherung« verfügen,

»müssen sofort vor der ambulanten Behandlung einen Pauschalbetrag in Höhe von 150,00 Euro für die Erstbehandlung entrichten. Kommt ein Patient mit derselben Diagnose innerhalb von 2 Tagen erneut als ambulanter Notfall, ist jeweils eine Pauschale von 50,00 Euro zu bezahlen. Vor einer stationären Behandlung [ist] sofort (spätestens einen Tag nach der Aufnahme) ein Kostensicherungsbeitrag als Vorschuss in Höhe von 1.000,00 Euro [zu] entrichten«.

Weiter wird ausgeführt: »kann ein entsprechender Betrag seitens des Patienten nicht hinterlegt werden« sollen »verfügbare Teilbeträge« kassiert werden und »Begleitpersonen sind auf Geldautomaten hinzuweisen«. »Nicht ansprechbare Patienten«, die »aus medizinischer Indikation stationär aufgenommen werden müssen und von denen keine Beiträge einbehalten werden können, sind [...] nachzuarbeiten.« Zu »Patienten ohne Geld und persönliche Papiere« wird folgendes vermerkt: »Leistungen [werden] dem Patienten nach der GOÄ [Gebührenordnung für Ärzte, Anm. d. Autorin] zum Standardtarif in Rechnung gestellt. Es erfolgt keine Pauschalabrechnung von 150,00 Euro«.

6.2.7 Kontakte zu Nichtregierungsorganisationen

Im Fragebogen wird gefragt, ob Nichtregierungsorganisationen (NGO) bekannt seien, an die zur medizinischen und rechtlichen Beratung weitervermittelt werden könne, und ob es bereits Kontakte zu den Organisationen gegeben habe. 34 Krankenhäuser (55,7 %) kennen Hilfsorganisationen und 85,3 % von ihnen hatten auch bereits Kontakt aufgenommen. Diese 34 Häuser haben bereits alle Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung stationär behandelt. Bei fast allen (n=31) waren darunter Menschen ohne Papiere. Es werden zumeist die lokalen Hilfseinrichtungen genannt. Aufgrund der geringen absoluten Zahlen eignet sich das Ergebnis nicht zu einer differenzierteren Betrachtung, z.B. ob ein Zusammenhang zur Hinzuziehung der Polizei zur Identitätsfeststellung oder zur Antragsstellung als Nothelfer besteht.

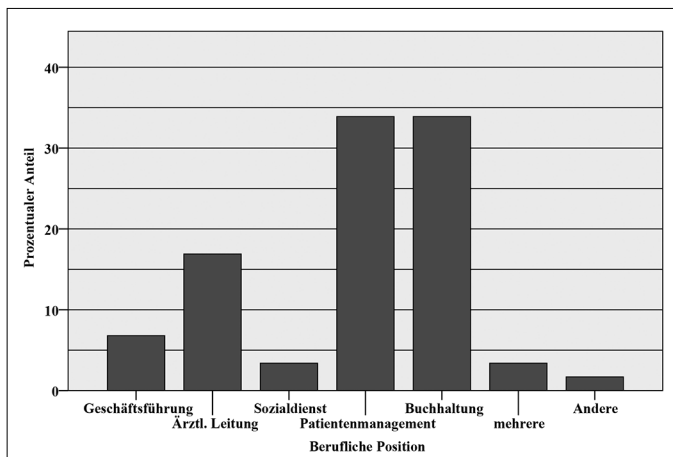
6.2.8 Berufliche Position

Bis auf eine Rücksendung enthalten alle Fragebögen Angaben zur beruflichen Position des Ausfüllenden (s. Abb. 46). 48 Personen geben zudem an, seit wann sie in ihrer beruflichen Position beschäftigt sind. Im Durchschnitt (Mittelwert) haben die Antwortenden seit 8,4 Jahren ihre Position in ihrem Krankenhaus inne, der Median beträgt 7,5 Jahre. Die Spannweite liegt bei 24,5 Jahren (0,5 bis 25 Jahre). Vor allem das Personal im Patientenmanagement (Mittelwert: 12,3 Jahre) und in der Buchhaltung (Mittelwert: 7,6 Jahre) ist bereits seit vielen Jahren in seiner Funktion tätig. Die Geschäftsführer sind im Mittel seit 4,6 Jahren in ihrer Position und bei der ärztlichen Leitung liegt der Median bei 3,7 Jahren¹⁶. Elf Personen waren Anfang 2011 noch nicht in ihrer derzeitigen beruflichen Position; ob sie bereits in demselben Krankenhaus tätig waren, wird nicht erfragt. Möglicherweise erklärt sich damit in manchen

16 | Da es bei dieser Position einen Ausreißer nach oben mit elf Jahren gibt, wird bei »ärztlicher Leitung« der Median statt des Mittelwertes (4,2 Jahre) angegeben.

Fällen, warum im Fragebogen bei einigen Items nicht für den gesamten erfragten Zeitraum 2011-2014 Angaben getätigt werden können.

Abbildung 46: Berufliche Position der Person, die den Fragebogen beantwortete (n=61)¹⁷



6.2.9 Anmerkungen

Am Ende des Fragebogens haben die Krankenhäuser die Möglichkeit, etwas anzumerken. 22 der 62 antwortenden Häuser (35,5 %) nutzen diese Option. Folgende Aspekte finden sich in den Anmerkungen wieder:

1. Rechtliche Unsicherheiten:
So heißt es z.B.: »Schulungswunsch hinsichtlich rechtlichem/juristischem Vorgehen bei Migrantinnen/Migranten« oder in einem anderen Fragebogen: »fehlende Schulungen für die Verwaltungsmitarbeiter der Krankenhäuser.«
2. Hohe Arbeitsbelastung:
In einem Kommentar wird dargelegt: »hohe Auslastung/Überlastung der ZNA [Zentralen Notaufnahme; Anm. der Autorin]/Radiologie/OP-Säle, aber auch durch »legale« Flüchtlinge/Einwanderer mit erheblichem Investitionsbedarf für menschenwürdige Bedingungen.«

17 | Zwei Fragebögen wurden von jeweils zwei Personen aus verschiedenen beruflichen Positionen beantwortet, diese wurden in der Kategorie »mehrere« erfasst. Bei den Angaben zur Dauer des Arbeitsverhältnisses wurde jeweils der kürzere Zeitraum zugrunde gelegt.

3. Großer zeitlicher Aufwand für die Antragsstellung an das Sozialamt:
Z.B. heißt es: »Die Sachbearbeitung kann sich je nach Sachverhalt über Monate und Jahre hinziehen.« Aus einem anderen Krankenhaus wird ebenfalls angeführt: »Es ist [ein] enorm hoher Verwaltungsaufwand.«
4. Ambulante Erstversorgung in der Notaufnahme:
Dieser Punkt wird ebenfalls in mehreren Anmerkungen erwähnt. So heißt es beispielsweise: »Mir ist unabhängig davon vorstellbar, dass kleinere ambulante Versorgungen in der Notaufnahme der Praktikabilität wegen unter der Hand vorgenommen werden« oder an anderer Stelle: »Die medizinische Notfallbehandlung wird immer durchgeführt«. Von ärztlicher Seite wird auch angemerkt: »Generell kann ich aus meiner Erfahrung an anderen Häusern berichten, dass kein Patient in der Notfallsituation unversorgt bleibt«.
5. Sprachbarrieren:
In mehreren Kommentaren wird das Problem der Sprachbarrieren angesprochen. Beispielsweise wird wie folgt angemerkt: »Zunehmend haben wir auch vermehrt mit Patientinnen zu tun, die angeben, von Italien direkt weitergereist zu sein. Schwierig gestaltet sich bei den Patientinnen die Kommunikation.«

Zudem wird noch ein anderes Problemfeld bei Schwangeren erläutert, die zur Entbindung stationär aufgenommen werden: »Oftmals gibt es noch weitere (Klein-)Kinder, die in Pflegefamilien untergebracht werden müssen. Dies ist sehr zeitaufwendig. Gut klappt die Zusammenarbeit mit der Ausländerbehörde.«

In den Anmerkungen werden außerdem vereinzelt allgemein politische Missstände bemängelt, angemerkt, dass der Aufenthaltsstatus der PatientInnen nicht dokumentiert werde und daher keine Angaben möglich seien und dass der Beantwortende aus der Verwaltung keinen Kontakt zu Patientinnen und Patienten habe. In einem Kommentar finden sich noch zwei weitere wichtige Aspekte:

»[Es besteht eine] grundsätzliche Diskrepanz zwischen dem staatlichen Auftrag, jeden Menschen bei Bedarf zu behandeln, und der entsprechenden staatlich garantierten Finanzierung im Bedarfsfall (kein Kostenträger). Es gibt zu bedenken [sic!], dass sich die Leistungen keinesfalls nur auf medizinische Leistungen beschränken, sondern pflegerisch, sozialrechtlich etc. im erheblichen Maße notwendig und nicht vergütet sind.«

In einer Anmerkung gibt es einen Vorschlag zur finanziellen Absicherung der Krankenhäuser bei fehlendem Kostenträger: »Es müsste einen bundesweiten Sozialfonds geben, aus dem diese Kosten erstattet werden. Die Krankenhäuser können bei der augenblicklichen Unterfinanzierung diese Zusatzbelastung nicht tragen.«

6.2.10 Fallbeispiele

In zwölf Fragebögen werden Beispiele stationärer Aufenthalte von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung geschildert. Neun Krankenhäuser berichten umfassend vom Beginn des stationären Aufenthalts bis zur Entlassung und den Problemstellungen im Zusammenhang mit dem fehlenden Kostenträger. Folgende Aspekte werden dabei genannt:

1. Bei längerem stationärem Aufenthalt wird das Sozialamt oder ein Kostenträger im Herkunftsland kontaktiert, um eine Kostenübernahme zu ermöglichen.
2. Die Rechtslage und die Frage der Zuständigkeit sind undurchsichtig.
3. Es bestehen Sprachbarrieren, die einer Klärung zusätzlich im Wege stehen.
4. Auch kann die Schwere der Erkrankung einer Exploration von Status und Herkunftsland im Weg stehen.
5. Es stellt sich erst nach längerer Zeit (Monaten) heraus, ob es eine Kostenübernahme geben wird.
6. Zudem besteht ein Problem im Zugang zu einer poststationären Behandlung.

Beispielhaft für die Schwierigkeiten der Antragsstellung durch die Krankenhausverwaltung ist folgende Schilderung:

»Aufnahme eines Neugeborenen (Frühgeburt) aus der Geburtsklinik: Man versucht trotz der sprachlichen Schwierigkeiten, alle Daten der Eltern und des Patienten aufzunehmen und alle nötigen Unterlagen auszufüllen (Nothelfer, Pflichtversicherung). Es werden alle vorhandenen Unterlagen kopiert. Die Unterlagen gehen weiter an die Patientenverwaltung [PV]. Die PV schickt die Anträge an das Sozialamt und parallel an eine GKV [Gesetzliche Krankenversicherung, Anm. d. Autorin] mit allen notwendigen und vorhandenen Unterlagen. Das Sozialamt antwortet dann mit einem Standardschreiben, dass vorab die Pflichtversicherung geprüft werden muss. Die GKV schreibt in der Zwischenzeit die Eltern an bzgl. fehlender Unterlagen. Meistens fehlen Meldungen vom Jobcenter, so dass ohne diese keine Pflichtversicherung aufgebaut werden kann. Bei Ablehnung durch die GKV, erneuter Antrag an das Sozialamt. Bis jetzt wird aber auch dieser abgelehnt. In einigen Fällen unterstützt die Streetworkerin der Stadt [...] uns und die Eltern bei den Behördengängen. Da wir als Krankenhaus keine Auskünfte bei den Behörden bekommen (z.B. Jobcenter).«

Das Problem des Zugangs zu einer adäquaten Behandlung wird bei diesem Fall angesprochen:

»Junge Frau mit Fraktur der Hand (ob durch Sturz oder Misshandlung nicht zu klären). Versorgung der Verletzung, dabei Feststellung weiterer Verletzungen, vermutlich durch Folter. Zusätzlich starker Verdacht auf PTBS [Posttraumatische Belastungsstörung, Anm. d. Autorin]. Verweis an [...] [ein spezielles Zentrum; aus Gründen der Anonymität entfernt, Anm. d. Autorin]. Dort aber wegen »Warteliste« kaum Chance auf Behandlung. »Soziale Katastrophe!«

Im folgenden Fall zeigt sich die Problematik der Rechtslage – hier aufgrund der Dublin-III-Verordnung – und damit der dauerhaft fehlenden Kostenträgerschaft (s. Kapitel 2.5):

»25 Jahre alter Patient wird aus der Diabetespraxis als Notfall angemeldet: Ghanaischer Patient zu Besuch beim Bruder in Hamburg. Der Diabetes sei seit 3 Wochen entgleist. Patient hat [eine] Duldung in Italien, eine europäische Versicherungskarte, die im EU-Ausland ungültig ist. Im Aufnahmegespräch beteuern Patient und Bruder, sie würden zahlen. [Die] Rechnung kommt unzustellbar zurück (sowohl Italien als auch der »hamburger Bruder«, kein Eintrag im Melderegister), Handy-Nr. gültig, Gespräche möglich. Patient ist nie nach Italien aus seinem Urlaub zurückgegangen. Lebt heute noch ohne Versicherungsschutz, ohne Meldeanschrift mit seinem Diabetes in der Illegalität.«

Die Möglichkeit, ein »Abschiebehindernis« bei schweren Erkrankungen geltend zu machen, wird im folgenden Fall geschildert. Möglicherweise handelt es sich hierbei um die Konsequenzen einer verspäteten Inanspruchnahme der medizinischen Behandlung durch die Rechtslage bei fehlendem Aufenthaltstitel:

»Herr A, algerischer Staatsangehöriger ohne Aufenthaltsstatus, zuletzt irregulär aufhältig in einem benachbarten Landkreis wird uns von [...] [einer Hilfsorganisation; aus Gründen der Anonymität entfernt, Anm. d. Autorin] zugewiesen. Diagnose: Prostata-Carcinom. [Am] Aufnahmetag: Formloser Antrag § 25 SGB XII an Sozialamt. Patient spricht nur französisch > weitere Beratung und Begleitung durch französischsprachige Mitarbeiterin des Sozialdienstes. [Am] 2. Tag: Aufnahme des Fragebogens zum Nothelferantrag und Übersendung per Fax an Sozialamt. Erörterung [der] ausländerrechtlichen Lage mit dem Patienten. Er möchte einen Antrag auf Abschiebehindernisse bei der Ausländerbehörde stellen. [...] [Am] 5. Tag: [Die] Diagnose ist abgeschlossen > Carcinom im Endstadium, Lebenserwartung: ca. 6 Monate, Patient braucht Bestrahlung, Chemotherapie und Korsett (Knochenmetastasen in der Wirbelsäule). Ärzte stellen Unabweisbarkeitsbescheinigung für die weitere Behandlung aus. Entlassung in 8 Tagen, da Behandlung ambulant durchgeführt werden kann. Wegen der schlechten Prognose ist Aufnahme in Pflegeheim nötig. Pat. beantragt schriftlich die Kostenübernahme für weitere Behandlung und Übernahme der Pflegeheimkosten beim Sozialamt. Wegen der bevorstehenden Entlassung Frist in 4 Tagen gesetzt. [Am] 8. Tag: Anruf beim Sozial-

amt [a]. Sie wollen keinen Bescheid erlassen, da sie sowieso nicht zuständig sind, da der Patient zuletzt im angrenzenden Landkreis aufhältig war. Antrag soll an das dortige Sozialamt [b] gefaxt werden. [Am] 9. Tag: Anruf beim Sozialamt [b]. [Der] Antrag ist dort eingegangen – sie sind nicht zuständig, weil die Zuständigkeit sich in diesem Fall nicht nach dem gewöhnlichen Aufenthalt, sondern nach dem tatsächlichen Aufenthalt richtet und damit sei [Sozialamt a] zuständig. Die Bitte, sich untereinander zu verständigen lehnen beide Sozialämter fernmündlich ab. [...] [Am] 54. Tag: Eingang Kostenzusage für die Krankenhausbehandlung von Sozialamt [b] erhalten. 5 ½ Monate nach Erstkontakt: Der Patient war zwischenzeitlich mehrfach bei uns in stationärer Behandlung (Kostenträger: Sozialamt [b]) und ist nun seinem Krebsleiden erlegen.«

Im folgenden Fallbeispiel wird der ambulante Kontakt in einem Krankenhaus geschildert:

»Rumänischer Patient ohne Krankenversicherung mit starkem Oberbauchschmerz. Schwester hat mich nach Erstkontakt informiert, sprachlich schwierige Anamnese. Beschwerden am Ehesten Gastritis [Magenschleimhautentzündung, Anm. d. Autorin], EKG: unauffällig. Medikam.: Pantozol i.v. [intravenös] hier 1x u. Pantozol [ein Medikament zur Blockierung der Magensäureproduktion, Anm. d. Autorin] mitgegeben. Wiedervorstellung bei Beschwerdepersistenz besprochen.«

Die Auswüchse einer ungeklärten Kostenübernahme werden im folgenden Beispiel geschildert:

»Rumäne, LKW Fahrer, bewusstlos aufgefunden im LKW, mit Hirnblutung eingewiesen, Kostenerstattung durch Europäische Versicherungskarte, keine Wiedererlangung des Bewusstseins. Rückführung des Patienten ins Heimatland nur mit med. Begleitung, liegend möglich. Problem: Keine Kostenübernahme des Rücktransports durch die Europäische Krankenversicherung, Kostenübernahme durch die mittellose Familie in Rumänien nicht möglich. Großes Problem: Kostenerstattung für Rücktransport bewusstloser Patienten ins Heimatland! Niemand fühlt sich zuständig. Dieser Patient verstarb, ansonsten würde er wohl noch heute stationär sein!«

6.3 DISKUSSION

Das Ziel der vorliegenden Studie mit einer explorativen Befragung der Krankenhäuser in Niedersachsen, Berlin und Hamburg ist eine Bestandsaufnahme zur Krankenhausversorgung nicht krankenversicherter Migrantinnen und Migranten sowie die Identifizierung möglicher Hindernisse im Zugang zur ambulanten Notfall- bzw. stationären Behandlung. Von 199 befragten Krankenhäusern beantworteten 62 den Fragebogen (31,2 %). Die große Mehrheit von 51

der 62 Krankenhäuser (82,3 %), geht davon aus, dass im erfragten Zeitraum zwischen 2011 und 2014 Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung notfallmäßig in ihr Haus gekommen sind, die dann entweder ambulant oder stationär versorgt wurden. Für die *stationäre* Behandlung findet sich die gleiche Häufung (82,3 %). Weitere drei Krankenhäuser vermuten es zudem. Über die bisher bekannten Einzelfallberichte hinaus ist also der Kontakt mit außerregulären Versicherungsverhältnissen für Krankenhäuser die Regel; sie werden fast alle damit konfrontiert. Im Behandlungsanlass stationärer Versorgung findet sich die Bandbreite medizinischer Diagnosen mit einer Häufung bei Entbindungen, Intoxikationen und Verletzungen. Allerdings beruhen die Angaben nur in wenigen Fällen auf dokumentierten Daten der Behandelten und ICD-10 Kodierungen. Entbindungen haben einen offensichtlichen, nicht aufschiebbaren Charakter im Gegensatz zu subjektiven Symptomen verschiedener Erkrankungen. Deren Behandlung könnte daher aufgrund der Hürden bei fehlender Krankenversicherung und ggf. unsicherem Aufenthaltsstatus eher hinausgezögert werden. Auch in den Daten der Hilfsorganisationen, die eine ambulante Gesundheitsversorgung nicht krankenversicherter Menschen ermöglichen, zeigt sich ein relativ großer Anteil von Schwangeren.¹⁸ Die Einschätzung zu bereits durchgeführten Behandlungen von Migrantinnen und Migranten ohne Papiere unter den nicht krankenversicherten fällt den Krankenhäusern aufgrund der fehlenden Dokumentation schwerer. Dennoch bejahen über die Hälfte der antwortenden Häuser deren stationäre Versorgung (59,7 %), lediglich 12,9 % (n=8) verneinen es, und den Übrigen ist eine Einschätzung dazu nicht möglich. Die Unterscheidung nach erlaubtem und unerlaubtem Aufenthalt ist aus zwei Gründen wichtig: Sie impliziert unterschiedliche Optionen der Kostenträgerschaft. Sollte sich bei Papierlosen zeigen, dass die medizinische Versorgung im Notfall regelmäßig nicht durch die Sozialämter erstattet wird, könnte dieser Umstand die Versorgung der Betroffenen im Krankenhaus beeinflussen. Hinzu kommt, dass die Hinzuziehung der Polizei bei fehlenden Ausweispapieren für Menschen ohne Papiere wesentlich schwerwiegendere Konsequenzen mit sich bringt als für Migrantinnen und Migranten, die zwar im Moment über keine Krankenversicherung verfügen, sich aber erlaubt in Deutschland aufhalten. Ob dem Personal in den Krankenhäusern die Rechtslage hinreichend bekannt ist oder bekannt sein will, kann angesichts der Angaben zur Hinzuziehung der Polizei und den Anmerkungen im Fragebogen in Frage gestellt werden. Es geben zwar nur wenige Krankenhäuser explizit an, meistens oder immer die Polizei zu informieren (n=5), allerdings weisen weitere Häuser in ihren Anmerkungen auf dieses Vorgehen und auf Unsicherheiten bezüglich der Gesetzeslage hin. Zudem informieren immerhin 23 Krankenhäuser »selten« die Polizei, wenn sich Patientinnen und

18 | Vgl. Lotty et al. (2015), S. 7 und Malteser Hilfsdienst e.V. (2015).

Patienten in der Aufnahmesituation nicht ausweisen. In welchen Fällen diese Maßnahme dann »selten« ergriffen wird, bleibt unklar. Auch ob dies überwiegend im Fall der Eigen- oder Fremdgefährdung passiert und vor allem Menschen ohne Papiere trifft, ergibt sich nicht aus den Antworten und lässt sich aufgrund der fehlenden Dokumentation nicht verlässlich erheben. Das Ergebnis weist aber auf bestehende Unsicherheiten insbesondere für Papierlose hin. Für die Krankenhäuser ist die Intention vermutlich – wie in einigen Anmerkungen angedeutet – eine Kostenübernahme durch das Sozialamt zu erzielen. Denn wie vermutet zeigt sich, dass die Kostenerstattung durch das Sozialamt im Nachhinein, auf Grundlage des Nothelferantrags, nur in Einzelfällen erfolgreich ist. Die große Mehrheit der Krankenhäuser, die einen Antrag zur Kostenübernahme gestellt haben (n=46; 76,7 %), bekommen auch nur selten oder nie die Aufwendungen erstattet (82,9 %). Nur die wenigsten Häuser geben an, vom Sozialamt »meistens« die Kosten erstattet zu bekommen (n=6; 7,1 %). Selbst diese wenigen Häuser geben immer noch Erlösausfälle für die stationäre Versorgung von allen Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung an. Dieser Befund deckt sich mit Einzelfallberichten von Hilfsorganisationen und Krankenhauspersonal aus den vergangenen Jahren. Auch die Erläuterungen seitens des Personals aus dem Sozialamt an die Krankenhäuser zu Musteranträgen bei Bedürftigkeit wiesen bereits in diese Richtung. Wie z.B. in Hannover bereits Ende 2011 in einem Schreiben vom Sozialamt dargelegt worden ist: »Es ist nicht »gesetzeslogisch«, dass das Erbringen einer Hilfeleistung (zur Vermeidung einer strafbaren Handlung [hier: die unterlassene Hilfeleistung nach §323c StGB, Anm. d. Autorin]) zwangsläufig die Erstattung der aufgewendeten Kosten durch einen Sozialleistungsträger nach sich zieht.« (s. Kapitel 2.4.2). Die Krankenhäuser werden durch die Aufgabenzuweisung als »Notfallbehandler« mit der widersprüchlichen Gesetzeslage zur möglichen Kostenerstattung Ausfallsbürgen und tragen das »Unternehmerisiko« der Krankenhausbehandlung. Wenn die Krankenhäuser die Begründungen der Ablehnung anführen, dann heißt es, dass die Sozialämter bei einer sehr umfassenden Datenerfragung auf eine fehlende »Mitwirkung des Patienten« verwiesen. Ob die zu erhebenden Angaben für Papierlose überhaupt tatsächlich erbringbar sind, ob sich die Betroffenen bezüglich eines sensiblen Umgangs mit den Daten zu unsicher sind oder strukturelle Absichten der kommunalen Behörden einer Kostenübernahme entgegen stehen, bleibt offen. Das Ergebnis der Befragung verdeutlicht, dass es sich nicht um Einzelfälle handelt, wenn das Krankenhaus zum Ausfallsbürgen wird, sondern dass die große Mehrheit der Häuser diese Erfahrung macht. Der Bundesgesetzgeber hat zwar explizit mit der Novellierung des Asylbewerberleistungsgesetzes eine nachträgliche Kostenerstattung im »Eilfall« analog des Nothelferantrags nach dem Sozialgesetzbuch grundsätzlich ermöglicht, doch bisher scheint das für die stationäre Versorgung nur eine hypothetische Option zu sein. Die Spanne

der Erlösausfälle, die die Krankenhäuser für 2011 bis 2014 pro Jahr angeben, ist mit 4.000 € bis 360.000 € sehr groß. Dabei ist noch wichtig zu beachten, dass die Zahlen sich lediglich auf finanzielle Ausfälle stationärer Behandlungen beziehen, die ambulante Krankenhausversorgung ist dabei noch nicht berücksichtigt. In welchem Umfang die finanziellen Defizite der Krankenhäuser für die Primärversorgung nicht krankenversicherter Migrantinnen und Migranten, bei denen erfahrungsgemäß wenig Aussicht auf eine spätere Kostenübernahme besteht, eine Rolle spielen bzw. das Verhalten in der Aufnahmesituation eines Hauses beeinflussen, lässt sich nicht abschließend beurteilen. Viele Krankenhäuser geben im Fragebogen immerhin explizit an, dass unabhängig vom Versicherungsstatus in der Aufnahmesituation eine Notfallversorgung erfolgen würde ($n=21$), ohne dass ausdrücklich im Fragebogen danach gefragt wurde. Als Problem in der Praxis könnte sich die mangelnde Abgrenzbarkeit des »medizinischen Notfalls« erweisen. Er ist sowohl haftungsrechtlich für das ärztliche Personal nicht klar bestimmbar als auch – und umso unschärfer – für den medizinischen Laien. Die größte Sicherheit scheint vor allem dann zu bestehen, wenn die Betroffenen so schwer erkrankt sind, dass sie liegend und nicht ansprechbar in die stationäre Versorgung gelangen. Darauf weisen einige Antworten zum Vorgehen in der Notaufnahme hin: Wenn es »notwendig« sei, wenn Patientinnen bzw. Patienten »krisenhaft behandlungsbedürftig« seien, werde immer erst eine Notfallbehandlung durchgeführt. Die interne Verfahrensweisung eines Krankenhauses verdeutlicht ebenfalls die Niederschwelligkeit der medizinischen Versorgung im Falle bewusstloser Patientinnen und Patienten. In einigen Fragebögen wird angegeben, dass bei nicht krankenversicherten Personen eine Anweisung erfolge, nur das »unabwendbar Notwendige« an medizinischer Versorgung durchzuführen. Für ärztliches Personal dürfte die Abgrenzbarkeit in vielen Fällen mindestens schwierig sein und für die Betroffenen das Zuwarten bei aufgetretenen Symptomen befördern. Erschwert werden könnte die Inanspruchnahme medizinischer Behandlung zudem durch die Baranzahlung, die in einigen Krankenhäusern zuvor eingefordert wird. Wie mit fehlenden finanziellen Eigenmitteln tatsächlich umgegangen wird, dürfte für die Betroffenen im Einzelfall entscheidend sein. Dazu ist auf Grundlage der vorliegenden Erhebung allerdings keine Aussage möglich. Für einige Krankenhäuser scheint eine Anzahlung zumindest keine Voraussetzung der Krankenhausbehandlung zu sein. Sie verweisen darauf, dass sie »normal behandeln« – auch ohne Krankenversicherungsnachweis.

Den Fragebogen beantworteten zumeist (79,7 %) Personen aus der Buchhaltung, dem Patientenmanagement oder der Geschäftsführung, also Personal, das eher selten bei der notärztlichen Aufnahme zugegen ist. Möglicherweise erfolgt die Beantwortung entsprechend dem sozial Erwünschten bzw. dem, was der Gesetzgeber bezüglich zu erfolgreicher Hilfe vorgegeben hat.

Einige Krankenhäuser weisen in den Anmerkungen darauf hin, dass das Thema der nicht krankenversicherten Patientinnen und Patienten eine zunehmende Rolle spiele und dass weiterer Aufklärungsbedarf zur Gesetzeslage bestehe. Vor diesem Hintergrund ist die wiederholte Darstellung des Gesetzgebers zur Lage der »illegal sich Aufhaltigen«, dass die Notfallversorgung sichergestellt sei, mehr als fraglich. Zumindest stellt sich die Frage, was für wen »sichergestellt« sein soll. Die Krankenhäuser haben in ihrer Mehrheit wachsende Erlösausfälle geltend gemacht, die bis zu mehreren hunderttausend Euro im Jahr reichen, noch ungeachtet der ambulanten Krankenhausversorgung. Die bisherige Praxis der Sozialämter mit einer sehr umfangreichen Bedürftigkeitsprüfung führt tatsächlich kaum zu Kostenübernahmen, wie es zumindest theoretisch vom Gesetzgeber vorgesehen ist. Für Migrantinnen und Migranten ohne Papiere bleibt aufgrund des uneinheitlichen Vorgehens der Krankenhäuser und der undurchsichtigen Gesetzeslage der niederschwellige Zugang zu einer medizinischen Versorgung erschwert. Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen über keinen Krankenversicherungsschutz verfügen, haben wahrscheinlich ebenfalls mit hohen Hürden vor einer medizinischen Behandlung zu rechnen. Zudem können Sprachschwierigkeiten Missverständnissen Vorschub leisten. Für die Krankenhäuser können sich durch den großen bürokratischen Aufwand und die langwierige Klärung des Kostenträgers finanziell und medizinisch fragwürdige Konstellationen ergeben.

6.4 LIMITATIONEN

Die Aussagekraft der Ergebnisse wird gemindert durch die geringe Rücklaufquote von 31,2 %. Insbesondere die Häuser mit privater Trägerschaft beteiligten sich nicht an der Erhebung, was sich bereits zuvor in Gesprächen mit Krankenhauspersonal angedeutet hatte. Bei den gewinnorientierten Unternehmen gäbe es eine große Zurückhaltung bis Abwehr bezüglich finanzieller Angaben. Auch sei die medizinische Behandlung von Menschen, bei denen eine Kostenerstattung schwierig sein könnte, möglicherweise nicht auf der Agenda der Geschäftsführungen. Inwiefern die mangelnde Beteiligung privater Träger Auswirkungen auf das Ergebnis hat, lässt sich nur spekulieren. Es ist denkbar, dass der »medizinische Notfall« in den Krankenhäusern unterschiedlich breit ausgelegt wird, denn private Unternehmen sind im Gegensatz zu z.B. konfessionellen Einrichtungen gewinnorientiert ohne humanitäre Zweckausrichtung. Dies lässt sich aber nicht aus den gewonnenen Daten herleiten oder widerlegen. Der Rücklauf war in Niedersachsen höher, was durch die Unterstützung des dortigen Interessensverbandes der Krankenhäuser, der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft, bedingt sein kann. In Niedersachsen ist nach Angaben einer Krankenhausleitung die fehlende Kostenerstattung

von stationären Behandlungen gerade bei einem Arbeitstreffen der Krankenhausgeschäftsführungen im März 2015 diskutiert worden. Zudem ist mit der Kampagne »2/Drittel« eine Unterfinanzierung der Krankenhäuser ein zentrales Thema des Interessensverbands NKG, weshalb für die Beantwortung des Fragebogens eine größere Bereitschaft vorhanden gewesen sein könnte. Vielleicht hat auch der höhere Bekanntheitsgrad der Medizinischen Hochschule Hannover, dessen Kürzel in der E-Mail-Adresse als Absender erschien, zu einer stärkeren Akzeptanz geführt. Dass der Rücklauf auf niedrigem Niveau blieb, kann vermutlich zudem durch den geringen Anreiz des Themas bedingt sein. Es könnte als eher defizitorientiert wahrgenommen und eine Diskussion daher vermieden werden. Möglicherweise war eine Magisterarbeit, in deren Rahmen die Studie durchgeführt wurde, ebenfalls ein Faktor, weshalb der Gegenwert des zeitlichen Aufwandes als zu gering erachtet wurde (keine gesundheitspolitisch relevante Ebene, geringer Wirkungsgrad). Ob vorwiegend Krankenhäuser den Fragebogen beantworteten, die die stationäre Versorgung nicht krankenversicherter Patientinnen und Patienten als problematisch identifizierten, lässt sich nicht beantworten. Allerdings weist die relativ höhere Beantwortungsrate aus großen Krankenhäusern und Städten darauf hin. Es hatten fast alle antwortenden Häuser bereits stationäre Behandlungen bei Patientinnen und Patienten ohne Kostenträger durchgeführt (82,3 %), doch lediglich 64,5 % geben den Umfang der Erlösausfälle an. Die interdisziplinäre Fragestellung, die sowohl ärztliches Handeln, Entscheidungen auf der Ebene der Geschäftsführung, das Vorgehen und den Kenntnisstand des Sozialdienstes als auch das Verhalten weiteren Krankenhauspersonals berührt, kann die Bereitschaft zur Teilnahme an der Befragung minimiert haben. Für zukünftige Befragungen ist möglicherweise ein berufsgruppenspezifischerer Fragebogen empfehlenswert. Eine Verzerrung des Antwortverhaltens durch die Beantwortung im Sinne einer »sozialen Erwünschtheit« insbesondere in Hinblick auf die Erstsituation in der Notaufnahme sowie auf die Hinzuziehung der Polizei zur Identitätsfeststellung kann nicht ausgeschlossen werden bzw. wenn nicht als eher wahrscheinlich gelten.