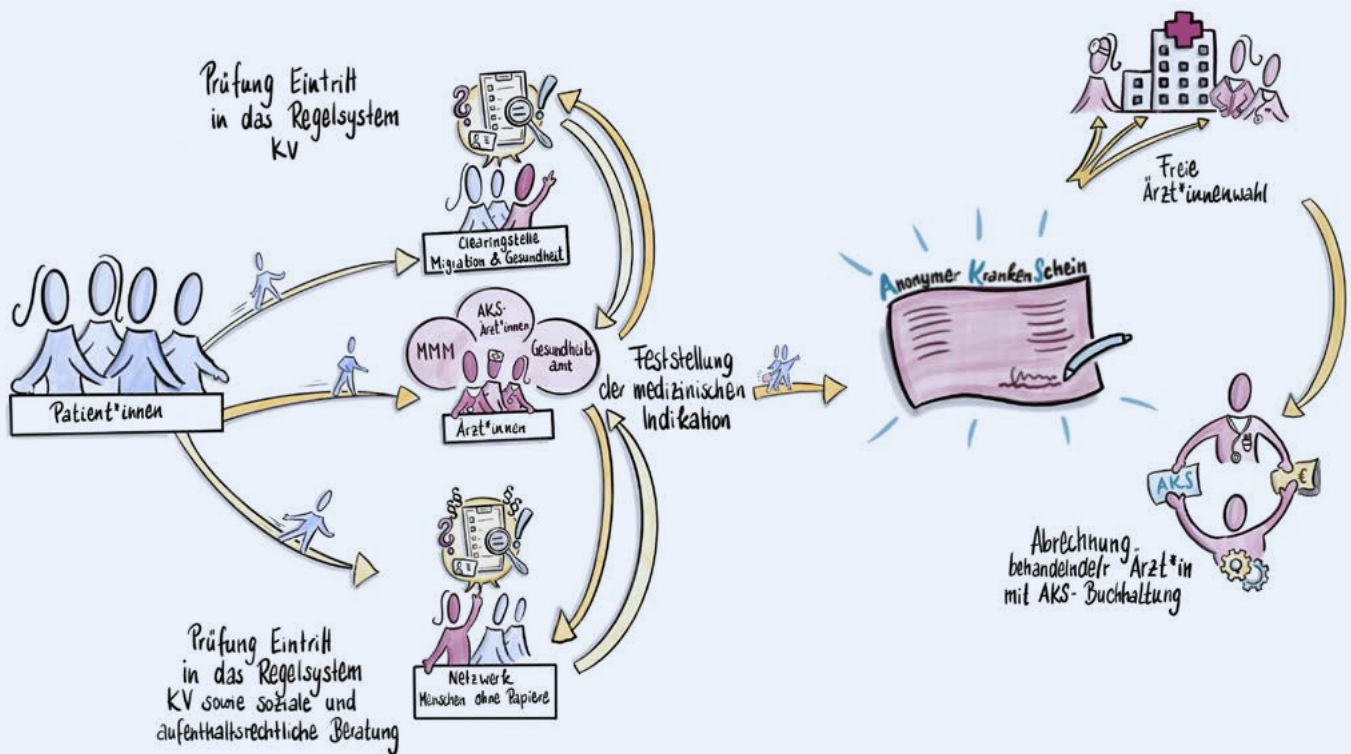


# Anonymer Krankenschein Köln Halbjahresbericht

Berichtszeitraum Juli – Dezember 2023

## Anonymer Krankenschein in Köln



# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Anonymer Krankenschein Köln</b> .....	<b>12</b>
2.1 Zugangsvoraussetzungen .....	14
2.2 Legalisierungs-, Clearing und Sozialberatung .....	16
2.3 Medizinische Indikation .....	18
2.4 Der Arbeitskreis Anonymer Krankenschein Köln (AK AKS) .....	20
2.5 Ansprechpartner*in im Gesundheitsamt .....	20
2.6 Projektkoordination .....	21
2.7 Verwaltung .....	23
2.8 Projektbezogene Vernetzungsstrukturen .....	23
<b>3. Statistischer Bericht – Ergebnisse der Halbjahresevaluation</b> .....	<b>26</b>
3.1 Ausgegebene Anonyme Krankenscheine .....	27
3.2 Ratsuchende/Patient*innen .....	30
3.3 Beratungsaufwand .....	33
3.4 Erfolgreiche Überleitung in eine Krankenversicherung/Regelversorgung .....	34
3.5 Kosten je medizinischen Fachbereich und Diagnosen .....	36
3.6 Sonderentscheidungen .....	37
3.7 Praxisbeispiel .....	38
3.8 Abrechnung .....	38
<b>4. Fazit und Ausblick</b> .....	<b>40</b>
<b>5. Quellen</b> .....	<b>46</b>



# | Einleitung



# 1. Einleitung

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist ein Menschenrecht und ist in der „Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (AEMR) der Vereinten Nationen“, der Charta der Grundrechte (CFR) der Europäischen Union (nachfolgend EU) und den Grundrechten der Bundesrepublik Deutschland verankert:

*„Jeder Mensch hat Anspruch auf eine Lebenshaltung, die seine und seiner Familie Gesundheit und Wohlbefinden einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztlicher Betreuung und der notwendigen Leistungen der sozialen Fürsorge gewährleistet.“*

(AEMR Artikel 25)

*„Jeder Mensch hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten.“*

(CFR Artikel 35)

*„Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.“*

(Grundgesetz (GG) Artikel 2 Absatz 2)

Das Menschenrecht auf gesundheitliche Versorgung ist für alle Menschen umzusetzen. Aus dem Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Seite 1 GG) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip (Artikel 20 Absatz 1 GG) ergibt sich die Pflicht des Staates, ein tragfähiges Gesundheitssystem zu schaffen (vergleiche Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern 2021). Trotz der in Deutschland bestehenden Versorgungsstruktur über die Krankenkassen, fallen einige Personen beziehungsweise Personengruppen jedoch aus diesem Anspruch heraus und/oder haben keinen Zugang zu einer angemessenen medizinischen Versorgungsstruktur. Hierbei handelt es sich häufig um Menschen ohne Papiere, erwerbslose Menschen aus der EU und wohnungslose Menschen. Die Gründe für das Nichtbestehen einer (ausreichenden) Krankenversorgung sind regelhaft multidimensional und zumeist rechtlicher Art. So ging das Statistische Bundesamt im Jahr 2019 bereits von 61.000 Menschen ohne Krankenversicherung aus (vergleiche Lang et al. 2022, Seite 1).

„Asylsuchende und Geflüchtete, Geduldete und Menschen ohne Aufenthaltsstatus erhalten nach Wortlaut und Praxis des Asylbewerberleistungsgesetzes nur reduzierte medizinische Leistungen. Diese unzureichende medizinische Versorgung kann zu Chronifizierung beziehungsweise Verschlechterungen des Krankheitsverlaufs bis hin zum Tod führen. Neben den individuellen Folgen werden dadurch auch höhere Kosten für das Gesundheitssystem verursacht. Besonders erschwert ist der Zugang zu medizinischer Versorgung für Menschen ohne Aufenthaltsstatus“ (Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e. V. 2023). Die Folge ist, dass (schwere) Krankheiten nicht oder zu spät diagnostiziert, nicht oder unzureichend behandelt und/oder notwendige Vorsorgeuntersuchungen nicht durchgeführt werden. Hierdurch steigt, je nach Krankheitsbild (beispielsweise bei HIV (Humanes Immundefizienz Virus) oder empfohlenen Schutzimpfungen) das Infektionsrisiko (auch) für Dritte. Zudem entstehen im Zweifelsfall vermeidbare Mehrkosten in der medizinischen Versorgung (beispielsweise stationäre Notfallversorgung), weil die medizinische Versorgung nicht (rechtzeitig) adäquat erfolgt ist (vergleiche ebenda; vergleiche Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e. V. 2023).

Die Zielgruppen des Projekts umfassen insbesondere:



#### **Personengruppe 1:**

Menschen, die sich ohne Papiere oder ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland aufhalten, müssen sich bei medizinischem Versorgungsbedarf an das jeweilige Sozialamt wenden oder die lokalen Dienste für Menschen ohne Krankenversicherung nutzen (zum Beispiel Mobiler Medizinischer Dienst oder Malteser Medizin). Zum einen gibt es solche Stellen jedoch nicht in allen Städten und zum anderen können diese Stellen keine vollständige medizinische Behandlung abdecken. Problematisch ist es vor allem, wenn eine Operation benötigt wird. Spätestens dann muss zwecks Kostenübernahmeantrag das Sozialamt kontaktiert werden. Wie alle öffentlichen Stellen ist das Sozialamt gesetzlich zur Meldung über die Kenntnis des irregulären Aufenthalts an die Ausländerbehörde verpflichtet (§ 87 Aufenthaltsgesetz). Aus Angst vor einer Abschiebung ist dieser Weg für viele Betroffene unmöglich zu gehen, was dazu führt, dass Erkrankungen unbehandelt bleiben.



#### **Personengruppe 2:**

Eine weitere Personengruppe bilden deutsche Staatsangehörige ohne festen Wohnsitz und/oder Personen, die sich in einer finanziellen Notlage befinden. In der Sozialberatung zeigen sich (auch im Rahmen des Projekts) bei den beratenden Projektpartner\*innen, immer wieder Fälle, in denen Menschen durch Beitragsschulden keinen oder einen unzureichenden Leistungsanspruch bei ihrer Krankenkasse in Deutschland haben (ausschließlich Notfall-/Schmerzbehandlung und Entbindungen). Ein weiteres Problem stellt sich für ehemals privat versicherte Personen in der Form dar, dass diese keine Möglichkeiten haben, in eine gegebenenfalls für sie passendere (kostengünstigere) gesetzliche Versicherung (GKV) zu gelangen. Zudem ermöglicht das GKV-Versichertenentlastungsgesetz (Sozialgesetzbuch V §§ 188,191 (nachfolgend SGB V genannt)) seit 2019 einen Ausschluss aus der gesetzlichen Krankenversicherung von Menschen mit Beitragsschulden und/oder Menschen deren Anschrift nicht ermittelt werden kann.



### Personengruppe 3:

Aber auch EU-Bürger\*innen sind teilweise nicht ausreichend versorgt, weil entweder kein Versicherungsschutz in der Heimat besteht oder dieser nur eine basale Grundversorgung auffängt, die Versicherung jedoch bei schweren Erkrankungen keine/kaum Versorgungsleistungen übernimmt. Die hierdurch anfallenden Kosten sind für die Versicherten häufig, aufgrund ihrer Mittellosigkeit, selbst nicht aufzubringen. Die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung ist aufgrund der jeweiligen Lebenswirklichkeit als Lösung deshalb oft nicht möglich, weil sie beispielsweise schwer erkrankt sind und/oder alleinerziehend Kinder erziehen und zuvor nicht versichert waren (vergleiche Zanders/Bein 2022, Seite 5 folgende; vergleiche Medinetz Leipzig 2019, Seite 2). Aufgrund bestehender Erkrankungen sind einige Personen zudem nicht reisefähig, wodurch die Rückreise ins Heimatland zwecks medizinischer Versorgung in vielen Fällen gar nicht möglich ist. Zudem verursachen unklare rechtliche und insbesondere finanzielle Zuständigkeiten bei den staatlichen Stellen und stark verzögerte Bearbeitungszeiten bei Ämtern in der Praxis zusätzlich regelhaft Verzögerungen bei dem Versuch, eine notwendige medizinische Versorgung zu initiieren.

Grundsätzlich gilt die Sicherung des Lebensunterhalts im Aufenthaltsgesetz als eine der Grundbedingungen an die Eingereisten (§ 5 Absatz 1 Nummer 1 in Verbindung mit § 2 Absatz 3 Aufenthaltsgesetz). EU-Bürger\*innen haben dabei durch ihre allgemeine und materielle Freizügigkeit barriereärmere Zugangsmöglichkeiten als Drittstaatsangehörige. So müssen sie kein Visum oder einen Titel beantragen. Unionsbürger\*innen haben jedoch keine Vorteile durch die materielle Freizügigkeit, wie Ansprüche auf Sozialleistungen, wenn sie beispielsweise nicht arbeitsfähig sind. Hierdurch können diese Personen ihre materielle Freizügigkeit faktisch nicht ausleben. So wurde der AKS in Köln in vielen Fällen ausgegeben, weil aus verschiedensten Gründen (noch) keine Versicherung/Regelversorgung erreicht werden konnte, aber ein dringender medizinischer Bedarf bestand. Der AKS hat hierdurch eine bestehende rechtliche Versorgungslücke gedeckt und notwendige Hilfe geleistet, die anderweitig nicht erfolgt wäre. Durch die hierdurch ermöglichte gesundheitliche Genesung konnten die Ratsuchenden häufig erst die notwendigen Bedingungen für ihren Aufenthalt in Deutschland erfüllen – insbesondere die Sicherung des eigenen Lebensunterhalts (zumeist durch Aufnahme einer Arbeit) oder ein bestimmtes Sprachniveau zu erreichen. Unabhängig von der Herkunft der Ratsuchenden, können bestehende (unbehandelte) Erkrankungen somit selbst der Grund dafür sein, dass beispielsweise ein Aufenthaltsstatus nicht erreicht werden kann, weil ohne vorherige Behandlung keine Arbeit aufgenommen werden kann. Durch die Nichtbehandlung dieser Erkrankungen, die häufig einhergehen mit starken Schmerzen und großen psychischen Belastungen sowie Angstgefühlen, werden die Möglichkeiten der Betroffenen hierbei eher noch verschlechtert.



Wenn Personen dieser Gruppen der Zugang zu einer angemessenen medizinischen Versorgung verwehrt bleibt, folgt daraus, dass sich bestehende Krankheiten verschlimmern, chronifizieren und im schlimmsten Fall das Leben der Betroffenen (und Dritter) bedroht ist. Die Integration von Menschen ohne Krankenversicherung in das medizinische Versorgungssystem ist darüber hinaus aus mehreren Gesichtspunkten nicht nur für die Betroffenen selbst und mit Blick auf die Menschenrechte essenziell, sondern auch von allgemeinem öffentlichem Interesse:

### **Systemorientiert**

- Eine Sozialberatung beziehungsweise ein Clearing erweist sich als kostengünstiger im Vergleich zu anfallenden Kosten für das Sozialamt, da so hohe Kosten für das Sozialamt verhindert werden können.  
Weiterhin werden hierdurch Diagnosen rechtzeitig gestellt, um eine adäquate und rechtzeitige Behandlung in die Wege zu leiten. Hierdurch wächst das Risiko von vermeidbaren Mehrkosten für das Gesundheitssystem, beispielsweise durch eine eintretende Notfalleinweisung und -versorgung.
- Krankenhäuser und Ärzt\*innen werden administrativ und finanziell entlastet, da so offene Rechnungen vermieden werden.

### **Gemeinwohlorientiert**

- Stärkt gesellschaftlichen Zusammenhalt
- Stärkung des Sozialstaatsprinzips
- Verhindern von Infektionsausbreitung: Nicht-Behandlungen potenzieren das Risiko der Ausbreitung von infektiösen Krankheiten.
- Präventivmaßnahmen umsetzbar (Schutzimpfungen oder Ähnliches)
- Arbeitsmarkt ist auf leistungsfähige Arbeitskräfte angewiesen (manche Personen können erst nach der medizinisch gebotenen Versorgung eine Arbeit aufnehmen) (Zanders/Bein 2022, Seite 32)

Ein Weg, der sich in den letzten Jahren immer mehr bewährt hat, um Betroffenen in solchen Fällen helfen zu können, ist der Anonyme Kranken-/Behandlungsschein (AKS/ABS). Dieser ermöglicht es, Unversicherten oder Menschen mit ungeklärtem Versicherungsschutz einen Behandlungsschein auszustellen, mit dem sich die Betroffenen, bei entsprechendem medizinischem Bedarf, anonym von den jeweils benötigten Heilberufler\*innen behandeln lassen können. Durch die Ausgabe eines Anonymen Krankenscheins (nachfolgend AKS) werden die betroffenen Personen zudem in die Lage versetzt, die medizinisch notwendige Versorgung bei einer medizinischen Stelle ihrer Wahl durchführen zu lassen. Dies ist aus zweierlei Gründen begrüßenswert und erkennt Menschen ohne Krankenversicherung eine Selbstbestimmung zu: zum einen wird den Betroffenen das in Deutschland in § 76 SGB V gesetzlich verankerte Recht auf freie Ärzt\*innen Wahl (natürlich auch unter den gegebenen gesetzlichen Einschränkungen desselben Paragraphen) gegeben. Zum anderen können sie wahlweise zu einer medizinischen Stelle ihres Vertrauens gehen und gegebenenfalls eine bereits bestehende Ärzt\*in-Patient\*in-Beziehung fortführen.

Solche Projekte bieten aus systemorientierter Sicht weitere Vorteile in Bezug auf nicht krankenversicherte Personen in Deutschland:

- AKS-Projekte geben Einblick in die Dunkelziffer der Unterversorgten
- Die Gründe für fehlende Versorgung können differenziert herausgearbeitet werden und dienen als Anstoß für zukünftige Veränderungsbestreben beziehungsweise -vorhaben

Das Projekt **Anonymer Krankenschein Köln** ist eines der neuesten kommunalen Projekte dieser Art. Die Inhalte und Prozesse des Zusammenwirkens von medizinischen und sozialarbeiterischen Fachkräften im Rahmen dieses Projekts und die Evaluationsergebnisse nach sechsmonatigem Projektbestehen werden im Folgenden vorgestellt.



**Anonymer  
Krankenschein Köln**

**2.**

## 2. Anonymer Krankenschein Köln

Im Jahr 2021 beauftragte der Runde Tisch für Flüchtlingsfragen ein zu gründendes Gremium, bestehend aus beteiligten Trägern des runden Tisches sowie der Stadtverwaltung, ein Konzept für eine Ausgabestruktur zum Anonymen Krankenschein für Köln zu erarbeiten. Hierbei sollten die bereits bestehenden Angebotsstrukturen für Menschen ohne Papiere in Köln konzeptionell integriert werden. Der Arbeitskreis Anonymer Krankenschein Köln erarbeitete ein entsprechendes Konzept und legte dieses dem runden Tisch für Flüchtlingsfragen im Frühling 2022 vor.

Die Umsetzung und Finanzierung des Projekts durch die Stadt Köln wurde am 15. Juni 2023 vom Rat der Stadt Köln beschlossen (einsehbar unter: Ratsinformation\_Stadt\_Koeln). Allerdings nicht wie im Konzept angedacht mit einem jährlichen Budget von 400.000 Euro für die medizinischen Behandlungen, sondern mit einem Budget in Höhe von 200.000 Euro pro Jahr. Das Projekt **Anonymer Krankenschein Köln** konnte am 1. Juli 2023 offiziell starten und erste Anonyme Krankenscheine ausgegeben werden. Die Projektlaufzeit endet mit Jahresabschluss 2024.

In seiner Struktur ähnelt das Kölner Konzept AKS/ABS-Modellen, die bereits erfolgreich in anderen Kommunen in der Praxis implementiert wurden. Durch den Zusammenschluss des Gesundheitsamts Köln, der Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung Köln, der Clearingstelle Migration und Gesundheit und dem Beratungsnetzwerk Menschen ohne Papiere, zeichnet sich die Kölner Projektstruktur aber durch eine bis dato einzigartige Kooperationsstruktur aus. Hierdurch werden rechtliche und medizinische Aspekte vereint, ein ganzheitlicherer Blick auf die Ratsuchenden/Patient\*innen gerichtet und eine wirksame Kooperation zwischen Stadt und Wohlfahrtverbänden beziehungsweise NGOs (Nichtregierungsorganisationen) ermöglicht. Dies ist für Köln, aufgrund der bereits lange bestehenden und breit aufgestellten Unterstützungsstruktur für Menschen ohne Krankenversicherung sowohl im Bereich Beratung und auch Medizin sinnvoll und zielführend.

## 2.1 Zugangsvoraussetzungen

Zunächst richtet sich das Projekt ausschließlich an Menschen ohne Krankenversicherung, die seit mindestens 3 Monaten in Köln wohnhaft sind oder in Köln obdachlos leben. Es muss zudem ein medizinischer Vorsorge- oder Versorgungsbedarf vorliegen, ohne dass die betroffenen Personen die hierfür notwendigen Kosten selbst tragen können

### Zugangsvoraussetzungen

1. Seit mindestens 3 Monaten in Köln wohnhaft
2. Es besteht kein Krankenversicherungsschutz oder dieser kann nicht kurzfristig erreicht werden
3. Vorliegen eines medizinischen Vorsorge- und/oder Versorgungsbedarfs
4. Mittellosigkeit, die notwendige Versorgung selbst zu finanzieren

Um diese Voraussetzung prozessual sicherzustellen, arbeitet das Projekt in Köln mit dem sogenannten „2-Gate-Verfahren“. Dies bedeutet, dass ratsuchenden Personen grundsätzlich nur dann ein AKS ausgestellt werden kann, wenn diese zuvor bei einem der sechs Projektpartner\*innen eine sozialrechtliche Beratung wahrgenommen haben und eine medizinische Indikationsstellung über eine der drei Projektpartner\*innen erfolgt ist. Innerhalb der Beratung wird untersucht, ob und welche Möglichkeiten für die jeweilige Person bestehen, über eine Krankenversicherung/ Regelversorgung versichert zu werden. Zusätzlich wird durch eine der drei kooperierenden medizinischen Stellen eine Untersuchung/Diagnostik durchgeführt und in diesem Rahmen festgestellt, ob und mit welcher Dringlichkeit eine weitere medizinische Behandlung (über externe Stellen) notwendig ist. Hieraus ergibt sich, dass es einer ärztlichen und einer sozialarbeiterischen Versorgung der Ratsuchenden bedarf und die sozialarbeiterischen und medizinischen Stellen für einen reibungslosen Ablauf eng zusammenarbeiten.

Nur wenn das Clearing/die Sozialberatung bescheinigt, dass erstens aktuell beziehungsweise kurzfristig keine Regelversorgung hergestellt werden kann und zweitens die AKS-Ärzt\*innen ihrerseits eine medizinische Weiterbehandlung als notwendig bescheinigen, erhalten die betroffenen Personen einen AKS und gegebenenfalls Rezeptschein. Bei einer ambulanten Weiterversorgung werden standardisiert maximal 500 Euro übernommen, bei einer stationären Weiterversorgung maximal 3.500 Euro. Regelmäßig wird außerdem bei der Ausgabe eines AKS auch ein Rezeptschein (maximal 100 Euro Kostenübernahme) ausgegeben. Diese ermöglichen eine Medikamentenverordnung durch die weiterversorgenden

externen Fachärzt\*innen beziehungsweise das Krankenhaus im Anschluss an die stationäre Versorgung. In welcher Reihenfolge (Beratung → Medizin oder Medizin → Beratung) die Ratsuchenden in das Kölner AKS-Projekt einsteigen, ist dabei irrelevant, weil die Projektpartner\*innen die Weitervermittlung an die andere Stelle jeweils sicherstellen.

Der Prozess des sogenannten 2-Gate-Verfahrens ist im Folgenden noch einmal zusammengefasst:

<b>Anonymer Krankenschein Köln</b> <b>– Prozessbeschreibung –</b>		
<b>Gate 1</b> Sozialberatung/ Clearing	Bei einem der Kooperationspartner*innen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agisra e.V.</li> <li>• Caritasverband für die Stadt Köln e.V.</li> <li>• Clearingstelle Migration und Gesundheit Köln</li> <li>• Diakonisches Werk Köln und Region gGmbH</li> <li>• Kölner Flüchtlingsrat e.V.</li> <li>• Rom e.V.</li> </ul>	unter anderem Klärung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Besteht keine (kurzfristige) Möglichkeit für eine KV-Regelversorgung?</li> <li>• Es liegen aktuell gesundheitliche Beschwerden oder ein Vorsorgebedarf vor?</li> <li>• Ist die Person seit mindestens 3 Monaten in Köln wohnhaft?</li> </ul> <p>Wenn alle Prüfpunkte mit „ja“ beantwortet werden können: Potenzieller AKS-Fall = Ausgabe AKS-Mappe und Weiterleitung an die Mediziner*innen des GA oder MMM.</p> <p>Wenn mittel-/langfristig eine Möglichkeit für eine Regelversorgung besteht, findet ein fortlaufendes Clearing seitens der Beratung statt.</p>
<b>Gate 2</b> Medizinische Indikation	Bei einem der Kooperationspartner*innen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abteilung Gesundheitshilfen des Gesundheitsamts</li> <li>• Mobiler medizinischer Dienst des Gesundheitsamts</li> <li>• Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung</li> </ul>	Ausreichende Versorgung vor Ort möglich beziehungsweise keine Weiterleitung an externe Ärzt*innen nötig? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Ausgabe AKS und/oder Rezeptscheins</li> </ul> <p>Weiterleitung an externe Ärzt*innen notwendig?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ausgabe AKS</b> mit individuell generierter AKS-Nummer und in der Regel Rezeptschein</li> </ul>

Im Folgenden wird nun die Arbeit und Zusammenarbeit der beratenden und medizinisch-versorgenden Kooperationspartner\*innen näher vorgestellt.

## 2.2 Legalisierungs-, Clearing und Sozialberatung

Die sozialrechtliche Beratung/Fallklärung erfolgt durch die Kooperationspartner\*innen des Netzwerkes Menschen ohne Papiere oder die Clearingstelle Migration und Gesundheit. Zu dem Netzwerk Menschen ohne Papiere gehören: agisra e.V., Caritasverband für die Stadt Köln e.V., Diakonisches Werk Köln und Region gGmbH, Kölner Flüchtlingsrat e.V. und Rom e.V. Die Beratung/das Clearing umfasst neben der Klärung des Krankenversicherungsschutzes beziehungsweise diesbezüglicher Möglichkeiten auch alle weiteren Anliegen der Ratsuchenden, die in den Beratungsbereich des jeweiligen Trägers fallen. Die Fälle gestalten sich dabei, aufgrund ihrer Komplexität und Themenvielfalt, in der Regel beratungsintensiv und sehr individuell. Bei Bedarf werden deshalb, zwecks Fallklärung, weitere soziale Stellen hinzugezogen beziehungsweise an diese weitervermittelt. Zumeist bedürfen die jeweiligen Fälle mehrerer, teils vieler, Beratungstermine, sodass ein fortlaufendes Clearing beziehungsweise eine Begleitung durch den jeweiligen Prozess über einen längeren Zeitraum notwendig ist. Dies verdeutlichen auch die Evaluationsergebnisse nach einem halben Jahr: Die Kooperationspartner\*innen aus der Beratung haben insgesamt 85 Personen, die potentiell einen AKS-Fall auslösen könnten, beraten. Insgesamt erfolgten hierfür 237 Beratungstermine (siehe Kapitel **Statistische Daten**). Die ratsuchenden Menschen befinden sich dabei teilweise in solch prekären Lebenssituationen und Gesundheitszuständen, dass sie Unterstützung bei den weiteren Schritten innerhalb des AKS-Prozesses benötigen. So vereinbaren die Sozialberater\*innen zumeist direkt vor Ort gemeinsam mit den Ratsuchenden einen Anschlusstermin bei einer der medizinischen Stellen. Die medizinischen Stellen organisieren andersherum regelhaft die Weiterleitung in die Beratung und auch medizinische Weiterbehandlung durch externe Stellen aktiv mit.

Die sechs kooperierenden Beratungsträger zeichnen sich durch langjährige Erfahrungswerte, eine umfassende Vernetzungsstruktur in und um Köln herum und eine große inhaltliche Vielfalt sowie Expertise aus. Durch die lokale Vielfalt stellt das Projektberatungsnetzwerk zudem einen niedrighschweligen Zugang für Ratsuchende dar. Hierdurch können die Ratsuchenden, beispielsweise durch die AKS-Ärzt\*innen, direkt lebensweltbezogen (Zielgruppe, Sprachen, Anliegen) in ein passendes Beratungssetting weitervermittelt werden. Zudem wird bei Bedarf beziehungsweise auf Wunsch der Ratsuchenden eine Weitervermittlung zu aufenthaltsrechtlichen Beratungseinrichtungen gewährleistet.



Nachfolgend sind die sechs Partner\*innen mit ihren jeweiligen Schwerpunkten gelistet:

<b>Kooperationspartner*innen</b>	<b>Schwerpunkte</b>
<b>agisra e.V.</b>	Informations- und Beratungsstelle für Migrantinnen und geflüchtete Frauen: Beratung und Begleitung zu aufenthaltsrechtlichen Fragen, Häusliche Gewalt, Zwangsverheiratung, Frauenhandel, FGM/C (weibliche Genitalverstümmelung), Menschen mit Behinderung sowie Beratung im Hilfeplan und von stark benachteiligten EU-Bürgerinnen.
<b>Caritasverband für die Stadt Köln e.V.</b>	Asylverfahrensberatung, Aufenthaltsperspektiven und unterstützende Integrationsmaßnahmen für Asylsuchende, Geduldete und Menschen ohne Papiere: Schulbesuch und Sprachförderung, Beratung und Vermittlung zu Fragen des Umgangs mit Gewalt- und Ausbeutungserfahrungen, Klärung rechtliche Möglichkeiten und Unterstützung bei tatsächlicher Chance zur Legalisierung eines Aufenthalts. Klärung gesundheitlicher Versorgung, bei Bedarf werden Sprachmittler*innen hinzugezogen.
<b>Clearingstelle Migration und Gesundheit</b>	Prüfung medizinischer Versorgungsmöglichkeiten für zugewanderte Menschen ohne Krankenversicherung oder mit ungeklärtem Versicherungsstatus.
<b>Diakonisches Werk Köln und Region gGmbH</b>	Perspektivberatung für Geflüchtete und Menschen ohne Papiere: Asyl- und Aufenthaltsrecht, Krankheit und Schwangerschaft, Arbeitsgenehmigung, Kindertagesstätten- und Schulbesuch der Kinder.
<b>Kölner Flüchtlingsrat e.V.</b>	Rechtliche Beratung zum Asyl-, Aufenthalts- und Asylbewerberleistungsrecht für geflüchtete Menschen und Menschen ohne Papiere.
<b>Rom e.V.</b>	Sozial-, Geflüchteten- und Integrationsberatung: Beratung und Begleitung zu aufenthaltsrechtlichen Fragen, Wohnungs- und Arbeitssuche und Gesundheitsproblemen. Zudem Anlaufstelle bei Rassismus und Diskriminierung. Beratungssprachen: Romanes, serbokroatisch, albanisch und mazedonisch und englisch.

Bei der Beratung ist dabei häufig ein fortlaufender Beratungsprozess bedeutsam, weil sich Begebenheiten in der Lebenswelt der Ratsuchenden insofern ändern können, dass veränderte Möglichkeiten für eine Duldung oder einen Aufenthaltstitel entstehen können. So kann eine schwerwiegende/lebensbedrohliche Diagnose auch dazu führen, dass Personen eine Duldung erhalten können, bei denen dies vorher nicht möglich war. Hierdurch wird zum Beispiel eine Krankenbehandlung, über das zuständige Sozialamt finanziert, ermöglicht. Zusammengefasst kommen die beratenden Sozialarbeiter\*innen folgenden Aufgaben innerhalb des Projekts nach:

- Zielgerichtete Sozialberatung (Kontakt zu Patient\*innen, Beratung und Unterstützung bezüglich Anbindung an eine Regelversorgung, Rücksprachen mit Kostenträgern/ Behörden/Versicherungen, Begleitung bei Behördengängen, Aufbau standardisierter Verfahren, telefonische Beratung)
- Absprachen mit anderen am Fall involvierten Stellen (beispielsweise AKS-Medizin)
- Ausstellung des Beratungsscheins (als Nachweis für die medizinischen Partner\*innen, dass das Clearing erfolgt ist und mit welchem Ergebnis)
- Bei Bedarf Hinzuziehen oder Mithilfe bei der Organisation einer dolmetschenden Person
- Verweisberatung (Wohnungslosenhilfe, Migrationsberatungsstellen, Suchtberatungsstellen, Schuldner\*innenberatungsstellen, Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen)
- Aufklärung zum Datenschutz und Pseudonymisierung
- Interne anonyme Dokumentation der AKS-Fälle
- Teilnahme an Austauschtreffen im Rahmen des Projekts (vergleiche Zanders/Bein 2022, Seite 20)

## 2.3 Medizinische Indikation

Die medizinische Indikationsstellung erfolgt über eine der drei medizinischen Kooperationspartner\*innen. Nach Indikationsstellung für weiterführende ambulante oder stationäre Maßnahmen (fachärztliche Diagnostik, Behandlung, Beratung, Nachsorge et cetera) stellen diese dann einen AKS und Rezeptschein aus. Die Ärzt\*innen tragen hierbei stets dafür Sorge, dass die medizinische Versorgung, wie bei allen Kassenpatient\*innen, „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ (§ 12 Absatz 1 SGB V) erfolgt.

Außerdem wird auch von Seiten der Ärzt\*innen meist die weitere medizinische Behandlung in den Krankenhäusern beziehungsweise Arztpraxen organisiert, da sich die AKS-Patientinnen aufgrund von Sprach- oder anderen persönlichen Barrieren nicht selbst darum kümmern können. Dabei wird den weiterbehandelnden Stellen der AKS erläutert und Fragen zum Ablauf wie zum Beispiel der Abrechnung oder Anonymisierung erklärt.

Kooperationspartner	Schwerpunkte
<p data-bbox="150 230 497 309"><b>Gesundheitsamt Köln – Gesundheitshilfen</b></p> <p data-bbox="150 360 421 439">Beratungsstelle für Familienplanung</p> <p data-bbox="150 618 512 741">Fachdienst STI (sexuell übertragbare Infektionen) und sexuelle Gesundheit</p>	<p data-bbox="635 360 1417 566">Frauenärztliche Grundversorgung in Schwangerschaft und Wochenbett für Menschen ohne Zugang zur Regelversorgung. Verhütungsberatung, Schwangeren- und Schwangerschaftskonflikt-Beratung unabhängig vom Versicherungsstatus</p> <p data-bbox="635 618 1437 869">Gynäkologische und urologische Untersuchung, Testung, Behandlung und Beratung von Menschen ohne Krankenversicherung, von Personen mit erhöhtem Risiko für sexuell übertragbare Infektionen sowie für Sexarbeiter*innen und deren Partner*innen (bei diesen unabhängig vom Versicherungsstatus).</p> <p data-bbox="635 920 1445 999">Allgemeinmedizinische Beratung und Untersuchung von Menschen ohne Krankenversicherung.</p>
<p data-bbox="150 1037 584 1115"><b>Gesundheitsamt Köln – Mobiler Medizinischer Dienst</b></p>	<p data-bbox="635 1037 1433 1160">Medizinische und psychosoziale Grund- und Notfallversorgung für Wohnungslose, Drogenabhängige sowie Jugendliche und junge Erwachsene.</p>
<p data-bbox="150 1193 533 1317"><b>Maltester Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung Köln</b></p>	<p data-bbox="635 1193 1442 1400">Richtet sich vor allem an Patient*innen zur Erstuntersuchung und Notfallversorgung bei plötzlicher Erkrankung oder Verletzung. Eine medizinische Versorgung bei chronischen Erkrankungen und mildereren Symptomen ist regelhaft hingegen nicht möglich.</p>

Zusammengefasst kommen die medizinischen Kooperationspartner\*innen folgenden Aufgaben innerhalb des Projekts nach:

- Betreuung der Patient\*innen (medizinische Sprechstunden, medizinische Versorgung, Ausstellung des AKS, Beratung zur weiteren Behandlung)
- Interne Dokumentation
- Bei Bedarf Hinzuziehen oder Mithilfe bei der Organisation einer dolmetschenden Person
- Vereinbarung von Behandlungsterminen und Erklärung des AKS und dessen Ablauf bei weiterbehandelnden externen Stellen (vergleiche Zanders/Bein 2022, Seite 20)

## 2.4 Der Arbeitskreis Anonymer Krankenschein Köln (AK AKS)

Der Arbeitskreis wurde zu Beginn der Projektarbeit bereits 2021 unter Beteiligung einiger der Kooperationspartner\*innen zum Zweck der gemeinsamen Erarbeitung des vom runden Tisch für Flüchtlingsfragen in Auftrag gegebenen Konzeptes initiiert. Seit der Vorbereitung der Umsetzungsphase des Projektes wurde der Kreis erweitert und arbeitet seitdem unter Beteiligung aller Kooperationspartner\*innen auf leitender Ebene, der Projektkoordination und eines ärztlichen Vertreters aus der direkten Patient\*innen Versorgung weiter.

Der **AK AKS** ist das für das Projekt verantwortliche und in allen projektrelevanten Entscheidungen involvierte und entscheidungsbefugte Steuerungsgremium des Kooperationsprojektes. Er verantwortet neben den Abläufen und dem Berichtswesen auch die Sonderentscheidungen bei zu erwartend hohen Behandlungskosten.

Das Leitungsgremium **AK AKS** Köln tagt durchschnittlich alle acht Wochen. Bei Bedarf werden kurzfristig weitere Termine oder digitale Absprachen getroffen. Gemeinsam werden die Entwicklungen im Projekt und gegebenenfalls bestehende Anpassungsbedarfe erörtert und geplant und die notwendigen Informationen an alle beteiligten beratenden und medizinisch-versorgenden Stellen weitergeleitet.

## 2.5 Ansprechpartner\*in im Gesundheitsamt

In allen Abstimmungsprozessen des Projektes, insbesondere zwischen Beratung und Medizin, kommt der leitenden Ansprechpartner\*in der Abteilung Gesundheitshilfen eine koordinierende Schlüsselfunktion zu. Sie arbeitet in enger Abstimmung mit der Projektkoordination an der weiteren Entwicklung von Prozessen und leitet die medizinischen Prozesse intern. Sie ist im stetigen Austausch mit den beteiligten medizinischen Stellen und anderen Angeboten der Stadt Köln in denen konkrete Bedarfe gesehen werden und Vorgehensweisen abgestimmt werden müssen. Im Rahmen der Vernetzung ist sie im ständigen Austausch mit verschiedenen Trägern in Köln, den beteiligten externen Fachärzt\*innen und Kliniken. Sie ist inhaltlich in allen Sonderentscheidungen beteiligt und verantwortet die inhaltliche Vorbereitung, Einladung und Moderation des **Arbeitskreises AKS**.

## 2.6 Projektkoordination

Der Projektkoordination des Anonymen Krankenscheins Köln wird durch das Diakonische Werk Köln und Region verantwortet. Ihr kommt eine Schlüsselfunktion bei der Prozessentwicklung sowie eine Brückenfunktion zwischen den verschiedenen Stellen zu. Sie erarbeitete im Jahr 2023 die notwendigen Strukturen und hierin anhängigen Prozesse und entwickelt diese in Zusammenarbeit mit den Projektpartner\*innen fortlaufend weiter. Zu den Kernaufgaben der Koordination gehört zudem, dass die für alle Projektbeteiligten (Berater\*innen, Mediziner\*innen, Apotheken, Ratsuchende, interessierte externe Stellen ...) konzeptionelle Ansprechperson ist. Zudem ist sie für das Evaluations- und Berichtswesen zuständig. Der Arbeitsumfang der Koordination im ersten Jahr des Projektstarts betrug dabei deutlich mehr als die im Konzept vorgesehene Arbeitszeit von 10 Wochenstunden. Im Berichtszeitraum füllten die Aufgaben der Koordination die gesamte Arbeitszeit von 30 Stunden pro Woche. Die Aufgaben der Koordination innerhalb des Projekts umfassen zusammengefasst:

- Prozessentwicklung: Aufbau, inhaltliche Steuerung und Weiterentwicklung des Projekts in Zusammenarbeit mit dem Leitungsgremium der beteiligten Projektpartner\*innen
- Aufbereitung, Bereitstellung und fortlaufende Aktualisierung der internen Prozesse und der hierfür notwendigen Dokumente (Arbeitshilfen, FAQ (Frequently Asked Questions), Projektunterlagen, Controlling-Listen, Präsentationen et cetera)
- Aufbereitung von Controllinginstrumenten
- Initiierung und Durchführung notwendiger Absprachen mit den Projektbeteiligten;
- Abstimmungen und Mitwirkung bei Sonderfällen
- Inhaltliche Ansprechperson für alle Projektpartner\*innen (Medizin und Beratung) und Externe (unter anderem niedergelassene Ärzt\*innen, Apotheken, Kliniken, externe Beratungsstellen, interessierte Stellen, Ratsuchende et cetera)
- Netzwerkarbeit (Ausweitung des Projektnetzwerkes, Erhöhung des Bekanntheitsgrades, Kommunikation mit Kooperationspartner\*innen)
- Öffentlichkeitsarbeit
- Zusammenarbeit mit der Verwaltung
- Dokumentation/Evaluation(vergleiche Zanders/Bein 2022, Seite 19)

Da zu Projektstart viele Prozesse noch in der Entwicklung waren, war insbesondere die Entwicklung und Umsetzung der prozessualen Strukturen zeitintensiv (beispielsweise die Funktion- und Aufgabenbestimmung aller beteiligten Stellen). Deutlich wurde, dass eine Bemessung des Arbeitsaufwands der Koordination mit zehn Stunden bisher und auch zukünftig nicht angemessen ist. Die Schnittstellen- und Koordinationsfunktion kann, auch mit Blick auf Entlastung der anderen am Projekt beteiligten Stellen, in einem Projekt dieser Größe nicht unter 15 Stunden Arbeitseinsatz pro Woche gewährleistet werden. Die für das Projekt entwickelten und implementierten Dokumente und Arbeitshilfen sind im Folgenden mit ihren jeweiligen Zwecken gelistet. Die grau hinterlegten Dokumente sind dabei primär in Verantwortung des Gesundheitsamts, in Zusammenarbeit mit der Koordination, erstellt worden. Die Dokumente werden fortlaufend an die Prozess- und Personalveränderungen angepasst.

Dokument	Offiziell	Intern	Zweck
<b>Beratungsschein</b>	x		Bescheinigung, dass das Clearing, insbesondere zur Krankenversicherung, erfolgt ist (zwecks Weiterleitung an Medizin)
<b>Beratungsanfrage</b>	x		Bescheinigung, dass die medizinische Indikation erfolgt ist (zwecks Weiterleitung an Beratung)
<b>AKS ambulant/stationär</b>	x		Ausgabe an Patient*in durch eine der drei medizinischen Stellen zwecks Wahrnehmung der notwendigen Behandlungen
<b>Rezeptschein</b>	x		Ausgabe an Patient*innen zwecks Medikationsversorgung
<b>Medizinischer Begleitschein</b>	x		Erleichterung der internen Kommunikation zwischen den AKS-Ärzt*innen und den weiterbehandelnden externen Stellen (Vermeidung doppelter Diagnostik/Therapie)
<b>Informationsblatt für die medizinischen Partner*innen (AKS-ausgebenden)</b>		x	Handlungsanleitung zu den genauen Arbeitsschritten bei Ausgabe eines AKS und/oder Rezeptscheins
<b>Kontaktdatenliste</b>		x	Erleichterte Kontaktaufnahme zu den passenden Projektpartner*innen
<b>Prozessbeschreibung</b>		x	Transparenz und Übersichtlichkeit für alle Projektbeteiligten (inklusive Checkliste für die Beratung)
<b>Interne Dokumentation Beratung</b>		x	Zwecks Evaluation des Projekts
<b>Meldeliste für Sonderfälle (die über die Standardsummen hinausgehen)</b>		x	Zwecks Einberufung einer Fallbesprechung
<b>Schweigepflichtentbindung</b>	x		Zwecks Einhaltung der Datenschutz-Grundverordnung gegenüber den Ratsuchenden

## 2.7 Verwaltung

Die Abrechnung der Behandlungs- und Rezeptkosten wird von der Caritas Köln e.V. verantwortet. Die Hauptaufgaben der Verwaltung sind insbesondere die Rechnungsprüfung und die Veranlassung der Überweisungen an die rechnungsstellenden Organisationen. Der Stellenumfang umfasst 0,5 Vollzeitäquivalente. Die Aufgaben der Verwaltung sind zusammengefasst:

- Überwachung des Einzelfallhilfen-Budgets und Berechnung des jeweils noch zur Verfügung stehenden Budgets
  - inklusive wöchentlicher beziehungsweise monatlicher Meldung zur Höhe des jeweils aktuellen Einzelfallhilfen-Budgets an die Projektpartner\*innen
- Fortlaufende Aktualisierung/Pflege der Gesamt-Controlling-Liste
- Entgegennahme und Eingabe der wöchentlichen Meldung durch die medizinischen Stellen
- Bei Bedarf Rücksprache mit der Koordination zu Vorgängen (insbesondere bei Fragen zu Sonderfällen)
- Begleichen der Rechnungen inklusive der notwendigen (rechnungsbezogenen) Rücksprachen mit Rechnungssteller\*innen

## 2.8 Projektbezogene Vernetzungsstrukturen

### **Austausch Medizin (Jour fixe)**

Die projektverantwortliche Leitungskraft und weitere Mediziner\*innen des Gesundheitsamts (AKS-Ärzt\*innen) tagen alle zwei Wochen in einem Jour fixe gemeinsam mit der Projektkoordination, um AKS-relevante Themen abzustimmen, Anpassungsbedarfe und Probleme in der medizinischen Praxis zu besprechen und vorliegende Fälle abzustimmen. Bei Bedarf werden Themen aus diesen Sitzungen in den **Arbeitskreis AKS** des Projekts weitergegeben.

### **Austausch Clearingstelle**

Neben den Teamsitzungen findet monatlich eine Sitzung des Steuerungsgremiums der Clearingstelle statt. Teilnehmende sind alle Mitarbeiter\*innen aus der Beratung, deren Leitung und zwei Vertreter\*innen des Gesundheitsamts. Die Projektkoordination nimmt an den Steuerungsgremien in Doppelfunktion statt – zum einen als Mitarbeiterin der Clearingstelle, zum anderen als Koordination des AKS Köln. Bei Bedarf bringt die Koordination Schnittstellenthemen aus diesen Sitzungen in den Jour fixe mit den AKS-Ärzt\*innen oder auch in den **Arbeitskreis AKS** ein.

## **Beratungsnetzwerk Menschen ohne Papiere**

Das Netzwerk **Menschen ohne Papiere** existiert seit 2009 und ist ein Zusammenschluss von fünf Kölner Beratungsträgern: agisra e.V., Caritas Köln e.V., Diakonie Köln und Region gGmbH, dem Kölner Flüchtlingsrat und Rom e.V. Die hauptsächlichen Themen in der Beratung sind Legalisierungsmöglichkeiten sowie der Zugang zu Sozialleistungen, zu Unterbringung, zum Arbeitsmarkt und zur medizinischen Versorgung. Hier stellt der AKS ein sinnvolles ergänzendes Instrument dar. Durch die zusätzliche Finanzierung der Beratung konnten Kapazitäten geschaffen werden, AKS-Fälle und Angehörige zu ihren vielseitigen Fragestellungen zu beraten. Bereits jetzt stellt sich heraus, dass die individuellen Begleitungen und Beratungen, die benötigt werden, je nach Fall sehr unterschiedliche Kapazitäten binden und die zur Verfügung stehenden Beratungskapazitäten regelmäßig überschreiten.





**Statistischer Bericht –  
Ergebnisse der  
Halbjahresevaluation**

**3.**

# 3. Statistischer Bericht – Ergebnisse der Halbjahres- evaluation

Der Projektstart erfolgte nahezu unmittelbar nach dem Ratsbeschluss im Juli 2023 und damit mitten in den Sommerferien 2023, dies erklärt die niedrige Anzahl ausgegebener AKS im Juli und August 2023.

## 3.1 Ausgegebene Anonyme Krankenscheine

Von Juli bis Dezember 2023 wurden insgesamt 58 Anonyme Krankenscheine an 53 Personen ausgegeben.

Monat 2023	Anzahl AKS
Juli	3
August	3
September	12
Oktober	8
November	20
Dezember	12
Insgesamt	58

Insgesamt wurden im Jahr 2023 Behandlungskosten in Höhe von 54.598,60 Euro und 5.015,03 Euro über Rezeptscheine bezahlt. Die Ausgabe eines AKS erfolgte 28-mal mit einem Rezeptschein, 27-mal wurde kein Rezeptschein (RZS) ausgestellt. Drei Mal wurde nur ein Rezeptschein ausgestellt, weil nach einer ambulanten Versorgung keine weitere medizinische Versorgung notwendig war. Das Restbudget für Behandlungskosten 2023 beträgt 140.386,37 Euro und wird entsprechend der Förderkriterien nicht in das Folgejahr übertragen.

	<b>AKS ausgezahlt</b>	<b>Rezeptscheine ausgezahlt</b>	<b>Gesamt- auszahlung</b>	<b>Budget verbleibend</b>
<b>Gesamt</b>	<b>54.598,60 Euro</b>	<b>5.015,03 Euro</b>	<b>59.613,63 Euro</b>	<b>140.386,37 Euro</b>
Anteil ambulant	2.014,85 Euro	4.906,33 Euro	6.921,18 Euro	
Anteil stationär	52.583,75 Euro	108,70 Euro	52.692,45 Euro	

\* 9.809,90 Euro zu Vorgängen aus dem Berichtszeitraum, zuzüglich weiterer aktuell zu erwartender Rechnungen zu den Vorgängen, konnten aufgrund der Rechnungsfrist (31.01.2024) nicht über den Berichtszeitraum abgerechnet werden, sondern fallen in das Behandlungsbudget für das laufende Jahr.

	<b>Ausgegebene AKS</b>	<b>Anzahl Patient*innen</b>	<b>AKS ohne Rezeptscheine</b>	<b>Rezeptscheine ohne AKS</b>
<b>Gesamt</b>	<b>58 Stück</b>	<b>53</b>	<b>27</b>	<b>3</b>
	26 stationär		14	0
	32 ambulant		13	3

Die Verteilung der Ausgabe durch die drei ausgebenden medizinischen Stellen stellt sich wie folgt dar:

<b>Medizinische Träger</b>	<b>Anzahl</b>
Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung Köln	12
Gesundheitsamt – Mobiler Medizinischer Dienst	15
Gesundheitsamt – Gesundheitshilfen	31

Innerhalb des Gesundheitsamtes wurden insgesamt 1.004 Personen ohne Krankenversicherung behandelt (Auswertungszeitraum 1.1. bis 31.12.2023). Es fanden in diesem Zusammenhang insgesamt 4.685, beziehungsweise halbjährlich betrachtet entsprechend circa 2.342, Kontakte statt.

	<b>Patient*innen ohne KV</b>	<b>Kontakte</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>	<b>divers</b>
Gesundheitshilfen Beratungsstelle für Familienplanung	238	867	0	238	0
Gesundheitshilfen Fachdienst STI (sexuell übertragbare Infektionen) und sexuelle Gesundheit	273	936	66	204	3
Mobiler Medizinischer Dienst	493 (+ ggf. 215*)	2882 (+ ggf. 1257*)	419 (+ ggf. 179*)	74 (+ ggf. 34*)	0 (+ ggf.2*)
<b>Gesamt</b>	<b>1.004</b> <b>*1219</b>	<b>4.685</b> <b>*5942</b>	<b>485</b> <b>*664</b>	<b>516</b> <b>*550</b>	<b>3</b> <b>*5</b>

\*Personen mit ungeklärtem Versicherungsstatus beziehungsweise fehlenden Angaben  
Hinweis: Aufgrund von unterschiedlichen Datenerhebungen lassen sich die absoluten Kontakte des Mobilien  
Medizinischen Dienstes lediglich hochrechnen.

Über die Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung Köln fanden  
insgesamt 1.165 Kontakte mit Personen ohne Krankenversicherung statt  
(Auswertungszeitraum 1.7. bis 31.12.2023).

	<b>Kontakte</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>	<b>divers</b>
Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung	1165	722	443	0

## 3.2 Ratsuchende/Patient\*innen

Im Halbjahr wurden 85 Personen im AKS-Kontext durch die Kooperationsträger beraten. Die ratsuchenden Personen, die durch die sechs kooperierenden Stellen beraten wurden, waren zwischen 18 und 66 Jahren. Hiervon waren 49 Personen zwischen 18 bis 39 Jahre alt, 31 Personen zwischen 40 bis 66 Jahre alt und fünf Personen waren über 67 Jahre alt. 34 Prozent aller beratenen Personen leben obdachlos in Köln.

Alter	18 – 39 Jahre	40 – 66 Jahre	über 67 Jahre alt
Anzahl Personen	49	31	5

Personen	Kontakte	Geschlecht			Wohnform			
		männlich	weiblich	divers	Mietwohnung	Obdachlos	Sonstige Unterkunft	Unbekannt
85	237	41	43	1	16	29	33	7

Der Familienstand der Ratsuchenden schlüsselt sich wie folgt auf:

Einzelperson	Paar	Familie/Person mit Kindern	Ohne Angabe
70	4	10	1

Bei 10 erwachsenen Personen wurden teils schwere (Erst-)Diagnosen gestellt und die notwendige Behandlung in die Wege geleitet, welche die alleinige Sorge für mindestens ein minderjähriges Kind haben.

Die ratsuchenden Personen haben folgende Staatsangehörigkeiten:

Staatsangehörigkeit	
Afghanisch	1
Ägyptisch	1
Albanisch	2
Bulgarisch	4
Chinesisch	1
Deutsch	2
Französisch	1
Ghanaisch	4
Guineisch	1
Irakisch	1
Iranisch	2
Kurdisch	1
Kosovarisch	1
Lettisch	3
Liberianisch	1
Litauisch	2
Mazedonisch	1

Staatsangehörigkeit	
Mexikanisch	1
Montenegrinisch	1
Nigerianisch	5
Peruanisch	3
Polnisch	16
Rumänisch	6
Serbisch	4
Spanisch	1
Syrisch	5
Thailändisch	1
Türkisch	2
Ukrainisch	1
Ungarisch	1
Venezolanisch	4
Vietnamesisch	2
ohne Angabe	3
<b>GESAMT</b>	<b>85</b>

<b>Papierlos</b>	<b>nein</b>	<b>ja (aktuell)</b>	<b>ja (in der Vergangenheit)</b>	<b>unbekannt</b>
<b>Anzahl Personen</b>	39	21	6	18

Bei 39 ratsuchenden Personen war zum Beratungszeitpunkt eine Legalisierung angestrebt und bei fünf Personen nicht (da hierfür keine Möglichkeiten bestanden). Bei 10 Personen konnten die Ratsuchenden mithilfe der Beratenden eine Legalisierung erreichen. Bei 34 Personen war eine Legalisierung, aufgrund ihrer Herkunft aus der EU oder Deutschland, nicht notwendig.

<b>Legalisierung</b>	<b>Angestrebt</b>	<b>Nicht angestrebt</b>	<b>Erfolgreich</b>	<b>Nicht nötig (EU/DE)</b>
<b>Anzahl Personen</b>	36	5	10	34

Bei 70 Personen lag zum Zeitpunkt der Beratung keinerlei Krankenversicherungsschutz vor. Bei 10 Personen war der Krankenversicherungsschutz unklar. Bei einer Person ruhte die Krankenversicherung zum Beratungszeitpunkt, bei einer weiteren konnte die Krankenversicherung ermittelt werden. Für drei Personen bestand Versicherungsschutz im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes.

<b>Krankenversicherungsstatus</b>	<b>Keine</b>	<b>Unklar</b>	<b>Ruhend</b>	<b>Asylbewerberleistungsgesetz</b>
<b>Anzahl Personen</b>	70	10	1	3

In Deutschland ist es für die Erlangung eines Aufenthaltsstatus zumeist ausschlaggebend, dass die betroffenen Personen arbeitsfähig sind und in einem ausreichenden Umfang eine Arbeit aufnehmen. In mindestens zehn der oben aufgeführten Fälle hat die medizinische Versorgung über den Anonymen Krankenschein Köln den Menschen ermöglicht, eine Arbeitsstelle anzunehmen und auszuüben wo dies zuvor aufgrund der Schwere der Krankheitsbilder nicht möglich war. Hierunter fielen sowohl akute Schmerzen, welche ein Arbeiten über mehrere Stunden verunmöglichten, aber auch Angststörungen, Opiat- und Alkoholabhängigkeiten und depressive Krankheitsbilder. Durch eine erfolgreiche Behandlung beziehungsweise einen ärztlichen begleiteten Entzug, konnten die Ratsuchenden so weit genesen, dass ihre Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt werden konnte. Zuvor war es diesen Personen, aufgrund ihrer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit, nicht möglich, einen Aufenthaltsstatus zu erwirken, da sie die Grundanforderungen (zwecks Erwerbstätigkeit) nicht erfüllten (beispielsweise bei der sogenannten materiellen Freizügigkeit für EU-Bürger\*innen).



### 3.3 Beratungsaufwand

Die Halbjahresauswertung zeigt, wie hoch die Beratungsaufwände auf Seiten der Sozialen Arbeit waren: Insgesamt wurden 85 Personen beraten. Hierfür fanden 237 Termine statt. 68 Prozent der Personen, die eine Beratungsbescheinigung erhalten haben, wurde im Anschluss seitens der Medizin ein AKS ausgesellt. Dies verdeutlicht, dass der AKS Köln die richtigen Zielgruppen auch tatsächlich erreicht.

Die Clearingstelle Migration und Gesundheit hat im Rahmen der beraterischen Projektarbeit dabei eine Schlüsselrolle eingenommen. Gründe hierfür sind die bereits seit Jahren bestehende enge Zusammenarbeit mit den Fachabteilungen des Gesundheitsamts, der konkrete Beratungsschwerpunkt bezüglich der Prüfung von Möglichkeiten einer Regelversorgung/Krankenversicherung und die hiermit einhergehende fachliche Expertise und auch Bekanntheit bei den entsprechenden externen Stellen, die diesbezüglich weitervermitteln. Zudem ist die Clearingstelle die direkte Anlaufstelle innerhalb des Gesundheitsamts während der medizinisch-humanitären Sprechzeiten.

Beratungsträger	Anzahl Ratsuchende	Anzahl Beratungstermine	Krankenversicherung erreicht	Anzahl AKS-Ausgabe
agisra	10	24	2	3
Caritas	4	25	2	4
Clearingstelle (Caritas & Diakonie)	53	139	5	46
Diakonie	3	16	0	1
Flüchtlingsrat	11	39	0	3
Rom	4	6	0	0
<b>GESAMT</b>	<b>85</b>	<b>237</b>	<b>9</b>	<b>58</b>

Nachfolgend sind die ausgegebenen AKS noch einmal nach Altersgruppe der Adressat\*innen differenziert:

<b>Alter Ratsuchende</b>	<b>Kontakte insgesamt</b>	<b>AKS-Fälle</b>	<b>Erfolgreich in KV übergeleitet</b>
0 bis 3 (2021 bis heute)	0	1 (Geburt)	
4 bis 12 (2012 bis 2020)	0	0	
13 bis 17 (2007 bis 2011)	0	2	
18 bis 39 (1985 bis 2006)	49	19	6
40 bis 66 (1958 bis 1984)	31	31	3
67 und älter (vor 1958)	5	0	

### 3.4 Erfolgreiche Überleitung in eine Krankenversicherung/Regelversorgung

Im Rahmen der Beratung über die Kooperationspartner\*innen konnten insgesamt 11 Prozent der Beratenen in die Regelversorgung überführt werden und verfügen inzwischen über eine gültige Krankenversicherung. Dies entspricht insgesamt 9 Personen.

Mit Blick auf die häufig vorliegende Schwere der Erkrankungen, bis hin zur Lebensbedrohung bei nicht ausreichender Therapie, werden durch diese Beratungserfolge nicht nur die Lebenssituation einer Person massiv verbessert, sondern auch präventiv Kosten für das Gesundheitssystem (beispielsweise, weil durch die Versorgung eine Notfalleinlieferung in einer Klinik vermieden werden kann) und Infektionsrisiken (beispielsweise bei Vorliegen infektiöser Krankheitsbilder) verringert.

Führt eine Beratung/Clearing dazu, dass eine Person erfolgreich in eine Regelversorgung überführt werden konnte, ist der Erhalt eines AKS für die Zukunft nicht mehr möglich beziehungsweise nicht mehr notwendig.

Wie hoch der Beratungsaufwand ist, verdeutlichen die erfolgreich überführten Fälle nochmals: Insgesamt sind 51 Beratungstermine erfolgt. Der kleinste Beratungsaufwand waren drei Beratungstermine, der höchste Aufwand entsprach 12 Beratungsterminen.

Drei Personen sind dabei in Köln zur Miete wohnhaft, vier Personen wohnen in anderen Einrichtungen, wie Flüchtlingsunterkünften, und bei drei Ratsuchenden handelt es sich um Personen, die obdachlos in Köln leben. Die Überführung in eine Regelversorgung bedeutet für alle diese Betroffenen, insbesondere aber für Menschen in speziellen und schwierigen Lebenslagen wie in Obdachlosigkeit lebend, eine enorme Verbesserung der Lebenssituation.

<b>Alter</b>	<b>Familienstand</b>	<b>Geschlecht</b>	<b>Wohnsituation</b>	<b>Legalisierung</b>
18 bis 39: 7	Einzelperson: 7	Weiblich: 5	3 x obdachlos	Angestrebt: 3
40 bis 66: 3	Familie/Person mit Kindern: 2	Männlich: 4	3 x privat (Miete) 3 x sonstige Unterkunft	Erfolgreich: 3 Nicht notwendig: 3

### 3.5 Kosten je medizinischen Fachbereich und Diagnosen

Fachrichtung	Fallzahl	Kosten Behandlung (Euro)	Kosten Rezeptscheine (Euro)	Gesamtkosten (Euro)
Optiker	1	0	83,50	83,50
Infektiologie	6	133,65	4.506,66	4.640,31
Urologie	5	11.445,56	0	11.445,56
Gynäkologie	7	7.621,33	244,39	7.865,72
Geburt	1	3.943,16	0	3.943,16
Innere Medizin	4	13.599,44	0	18.106,10
Chirurgie	10	7.999,89	0	7.999,89
Radiologie	5	570,18	0	570,18
Ophthalmologie	2	0	0	0
Psychiatrie	10	7.338,13	108,70	7.446,83
Hals Nasen Ohren Heilkunde	2	44,54	0	44,54
Dermatologie	1	1.893,40	0	1.893,40
Orthopädie	1	9,32	0	9,32
Physiotherapie	2	0	71,78	71,78
Unbekannt	1			
<b>Gesamt</b>	<b>58</b>	<b>54.598,60</b>	<b>5.015,03</b>	<b>59.613,63</b>

## 3.6 Sonderentscheidungen

Wenn die finanzielle Begrenzung für einen AKS oder Rezeptschein für Einzelfälle nicht ausreichen, zum Beispiel weil ein Medikament teurer als 100 Euro ist oder weil eine stationäre Behandlung im Falle einer schwerwiegenden Diagnose mehr als 3.500 Euro kostet, wird über einen genau abgestimmten Prozess eine Fallbesprechung einberufen, bei der alle beteiligten Stellen (AKS-Mediziner\*in, Projektkoordination, zuständige Berater\*in und extern weiterbehandelnde Mediziner\*in) einvernehmlich eine Einzelfallentscheidung treffen. Sonderentscheidungen sind hierbei zunächst auf maximal 5.000 Euro (stationär), 1.000 Euro (ambulant) und 150 Euro für Rezeptscheine begrenzt. Sind höhere Kosten zu erwarten, wird der jeweilige Fall durch die Mitglieder des Arbeitskreises AKS gemeinsam entschieden.

Im Berichtszeitraum 2023 wurden bei 58 ausgegebenen AKS insgesamt elf Sonderentscheidungen getroffen. In sechs Fällen war dies im Zusammenhang mit einer HIV-Erkrankung notwendig. Bei drei der Personen wurde die HIV-Diagnose erstmalig gestellt. Die Auswertung zeigt, dass die primär notwendige Versorgungsleistung bei Menschen mit HIV-Erkrankung in Köln die Medikation ist: Es sind lediglich 133,65 Euro Behandlungskosten entstanden und 4.506,66 Euro über Rezeptscheine/Medikation.

Sechs Personen, die einen AKS erhalten haben, haben diesen aufgrund einer Karzinomdiagnose erhalten. Auch hier wurden die Diagnosen bei mindestens der Hälfte der Fälle erstmalig gestellt und über den AKS eine Behandlung ermöglicht, welche teilweise eine akute Lebensbedrohung der Person abwenden konnte.

### 3.7 Praxisbeispiel

Eine Person ohne Zugang zum regulären Krankenversicherungssystem leidet unter einer schweren chronisch infektiösen Erkrankung und einer starken Abhängigkeitserkrankung. Im Alltag führt dieses Krankheitsbild dazu, dass die Person unter starken körperlichen Schmerzen leidet und psychische sowie körperliche Folgen des Konsums sichtbar werden (unter anderem Verwahrlosung, Strukturlosigkeit). Die Person wurde zunehmend als frustriert, hoffnungslos und niedergeschlagen wahrgenommen.

Schon allein das Thematisieren des Anonymen Krankenscheins als Finanzierungsmöglichkeit für die benötigten medizinischen Maßnahmen führt bei der Person zu einer Verhaltensänderung und einer zunehmenden Motivation. Die anstehende Entzugstherapie bewirkt, dass die betroffene Person bereits im Vorfeld den eigenen Konsum reduziert. Mithilfe des Anonymen Krankenscheins kann die Abhängigkeitserkrankung nun zum ersten Mal behandelt werden. Die Entzugstherapie führt zu einer zeitnahen sichtbaren Stabilisierung der Person, die es nun auch ermöglicht die chronisch infektiöse Erkrankung anzugehen. Nur wenige Wochen nach der Entzugstherapie gelingt eine Arbeitsvermittlung der Person auf den ersten Arbeitsmarkt und so auch ein Zugang zum regulären Krankenversicherungssystem. Durch die Aufnahme einer Arbeitsstelle konnte nachfolgend ein Antrag auf aufstockende SGB-II-Leistungen gestellt werden. Ebenso konnte die Person nun in einem Hotel untergebracht werden und ist damit nicht mehr wohnungslos. Die notwendige und kontinuierliche weitere Behandlung ihrer chronisch infektiösen Erkrankung sowie der Abhängigkeitserkrankung kann nun im Rahmen des regulären Krankenversicherungssystems stattfinden.

### 3.8 Abrechnung

Die Abrechnung funktionierte, auch schon während des Projektstarts, insgesamt gut. Zu Beginn gab es von allen involvierten Stellen viele Rückfragen zum Projekt und insbesondere zum Abrechnungsverfahren. Fehlende Dokumente mussten zu Beginn nachgefordert und Fragen vorab geklärt werden, ansonsten war der Ablauf störungsfrei. Der 1,0 Satz (der Gebührenordnung für Ärzte) wurde bis dato von allen medizinischen Stellen angenommen und umgesetzt. Zeitintensiv war hierbei der Arbeitsaufwand der Koordination, um die Abrechnungsprozesse in Zusammenarbeit mit den notwendigen Schnittstellen im Projekt zu entwickeln, zu prüfen und notwendige Anpassungen vorzunehmen.



# | Fazit und Ausblick

4.



## 4. Fazit und Ausblick

In Köln ist die Struktur an Beratungsangeboten und medizinischen Angeboten für Menschen ohne Krankenversicherung seit langem vielseitig und gut vernetzt.

*Über die divers aufgestellten Beratungsangebote können die Menschen, die dieser Hilfe bedürfen, erreicht und versorgt werden. In allen bestehenden medizinischen Anlaufstellen für Menschen ohne Krankenversicherung war jedoch die Frage, wie bei einer schwerwiegenden Diagnose die weitere Behandlung sichergestellt werden kann, ungeklärt. Diese Lücke konnte nun durch den anonymen Krankenschein und die fachliche Zusammenarbeit verschiedener Stellen geschlossen werden.*

Hierdurch hat die Versorgung dieser Zielgruppe einen geregelteren Rahmen gefunden, in dem das Wohl der Ratsuchenden im Fokus steht und eine in vielen Fällen bedarfsdeckende Unterstützung gewährleistet wird. Deutlich wurde, dass die enge Zusammenarbeit zwischen Beratung und Medizin für ein ganzheitliches Hilfsangebot dabei unabdingbar ist.

Die Beratung gestaltet sich insgesamt komplex, da die Ratsuchenden nicht nur bei dem Erhalt einer notwendigen medizinischen Versorgung unterstützt werden, sondern diese häufig viele weitere sozialrechtliche Anliegen mitbringen (Fragen des Sorgerechts, Familiennachzug, Beratung zur Arbeitsaufnahme, Schuldenberatung et cetera) zu denen sie beraten oder entsprechend weitergeleitet werden müssen. Hinzu kommt die rechtliche Gesamtsituation in diesem Themenfeld: Die Situation für Eingereiste gestaltet sich für Drittstaatsangehörige und EU-Bürger\*innen unterschiedlich. Denn der sozialrechtliche Zugang zum Krankenversicherungssystem unterscheidet sich für Drittstaatsangehörige ohne Aufenthaltsrecht, Drittstaatsangehörige mit Aufenthaltsrecht, EU-Bürger\*innen mit Freizügigkeitsgrund und EU-Bürger\*innen ohne materielles Freizügigkeitsrecht. Hinzu kommt in der Bundesrepublik Deutschland die Koexistenz der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung, die sich in der Zugangsberechtigung, dem Versichertenschutz und Leistungsumfang unterscheiden. Insbesondere die hierin vorhandenen und umstrittenen Ausschlusskriterien erfordern einen erhöhten Beratungsbedarf. Hinzu kommt, dass die ratsuchenden Personen häufig weitere Familienangehörige haben, die nicht Teil des AKS-Beratungsprozesses sind, jedoch zumeist noch eigene Beratungsbedarfe mitbringen.

Eine weitere zeitlich herausfordernde Arbeit stellt der Prozess zur Herstellung eines Vertrauensverhältnisses zu den Ratsuchenden dar. Die Lebenssituationen der Personen sind vielfältig geprägt von begleitenden Gefühlen der Verängstigung und des Misstrauens. Ohne ein Vertrauen in die Strukturen des Projekts ist weder der Weg über den AKS in eine fachärztliche Behandlung möglich noch der Zugang zur Regelversorgung erreichbar. Wie prekär sich eine Lebenssituation gestaltet und von Sozialsystemen (teil)ausgeschlossen wird, ist dabei multifaktoriell bedingt. In vielen Fällen können die betroffenen (und erkrankten) Menschen selbst wenig gegen die systematischen Ausschlüsse, die sie erfahren müssen, tun. Deshalb ist die medizinische Versorgung durch den AKS gerade für diese Personengruppen so bedeutsam. Hinzu kommt, dass vielen Ratsuchenden schwere (Erst-)Diagnosen im Rahmen des Projekts gestellt wurden, deren Auswirkungen die Betroffenen körperlich und psychisch belasten.

*Neben der Entlastung des Gesundheitssystems (Vermeidung von Notfalleinweisungen, Infektionsausbreitung et cetera) unterstützt das Projekt insbesondere dabei, den teils schwersterkrankten Menschen zu helfen, ihre sozialrechtlichen Möglichkeiten zu kennen und wahrzunehmen, gesundheitlich genesen zu können und am Leben in Deutschland teilhaben zu können – als Gesellschaftsmitglied und als Arbeitskraft.*

Exemplarisch sei an dieser Stelle auf die Auswertungsergebnisse verwiesen: Sechs Personen mit Infektionskrankheiten konnten adäquat behandelt und sie selber, sowie Personen in deren Nahraum, hierdurch geschützt werden. 10 Personen bedurften eines chirurgischen Eingriffs, ohne den zumeist die Arbeitsfähigkeit nicht wieder hätte hergestellt werden können. 10 Personen sind psychisch, teils schwer, erkrankt und konnten über den Anonymen Krankenschein Köln erstmals hierzu Hilfe erhalten und ihre eigenen Angelegenheiten hierdurch wieder in die Hand nehmen. Sieben Frauen bedurften gynäkologischer Versorgung, welche teils ihr eigenes und teils auch das Wohl ihrer ungeborenen Kinder sicherstellen konnte.

Für die Betroffenen und auch die Berater\*innen stellen außerdem diverse strukturelle Faktoren regelhaft eine Herausforderung dar, wie beispielsweise:

- eine hochbürokratische Praxis,
- eine hochkomplexe Rechtslage, insbesondere in Bezug auf das Krankenversicherungssystem,
- unklare Zuständigkeiten bei den Sozialleistungsträgern,
- keine rückwirkende Übernahme von medizinisch notwendigen Behandlungen während des sozialrechtlichen Klärungsprozesses und
- lange Bearbeitungszeiten bei den öffentlichen/staatlichen Stellen.

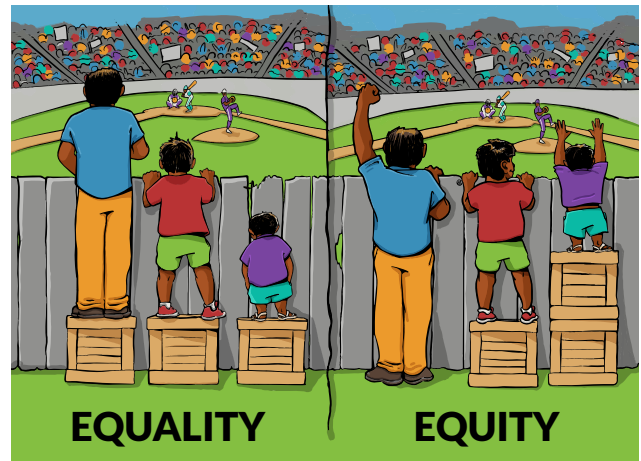
Die Fallzahlen der Beratung sagen somit nichts über die, teils stark variierenden, zeitlichen und inhaltlichen Aufwände für die Berater\*innen aus. Weiterhin bedarf es häufig einem langwierigen Beratungsprozess in Beratungsstellen des Beratungsnetzwerks für Menschen ohne Papiere aufgrund von Misstrauen gegenüber staatlichen Institutionen, bevor einer medizinischen Behandlung mittels des AKS zugestimmt wird.

Bezüglich des Budgets für Behandlungen und Rezeptscheine zeigt der aktuelle Ausgabeverlauf, dass das Budget für 2024 in wesentlich größerem Umfang eingesetzt werden kann und wird als im Jahr des Projektstarts. Die mittlerweile gefestigten internen und externen Prozesse, die wachsende Bekanntheit des Projekts und die Ausweitung der Zusammenarbeit mit Kliniken et cetera wird zu dieser Entwicklung noch weiter beitragen. Die Anfragen von anderen Stellen (städtisch, Presse, soziale Organisationen, (geplante) AKS/ABS-Projekte) zeigen, dass es sich um eine gelungene Projektstruktur handelt, die für andere Stellen bei der Entwicklung ähnlicher Konzepte hilfreich sein kann für eine best-practice-Findung. Durch die zunehmende Präsenz durch verschiedene Publikationsflächen erhöht sich der Beratungsbedarf stetig und hiermit einhergehend die Anzahl der ausgegebenen AKS und Rezeptscheine.

Die lösungsorientierte Vorgehensweise innerhalb des Projekts ermöglicht es, schnellstmöglich notwendige sozialarbeiterische und medizinische Schritte einzuleiten, die den Ratsuchenden nicht nur ganzheitlich helfen, sondern prozessual aufeinander abgestimmt sind. Hierdurch werden Verzögerungen vermieden. Auf einer Arbeits- und Leistungsebene stellen deshalb sowohl die Kooperationsstruktur als auch entsprechende personale Beratungsressourcen und die enge Zusammenarbeit zwischen dem medizinischen und sozialarbeiterischen Fachpersonal den Weg zum AKS sicher. Um dies auch weiterhin zu gewährleisten, ist eine fortlaufende Anpassung der notwendigen Prozesse obligatorisch.

*AKS-/ABS-Projekte wie das in Köln tragen in diesem Zusammenhang auch dazu bei, die Datenbasis zu Menschen ohne gesicherte Gesundheitsversorgung in Deutschland zu verbessern.*

In politisch virulenten Zeiten erscheinen Projekte wie der AKS in Köln, wie einleitend beschrieben, insbesondere auch mit Blick auf die Stärkung des gesellschaftlichen Zusammenhalts und der Stärkung des Sozialstaatsprinzips als wichtiger und notwendiger Schritt. Gleichbehandelt zu werden, führt nicht zu Gleichheit, wenn Personen ihrem Status nach nicht gleichberechtigt sind. Bis durch gesetzliche Maßnahmen ein diskriminierungsfreier und barrierefreier Zugang zum regulären Gesundheitsversorgungssystem für alle in Deutschland lebenden Menschen sichergestellt ist, trägt das Projekt **Anonymer Krankenschein (Köln)** einen Teil dazu bei, soziale Gerechtigkeit dort zu leben und humanitäre Hilfe dort zu leisten, wo sie am dringendsten benötigt wird und das hochkomplexe Gesundheitssystem in Deutschland keinerlei Lösungswege bietet.





| Quellen

5.

# 5. Quellen

**Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern (Hrsg.) (2021):**

BÄK: „Gesundheit ist ein Menschenrecht“. Berlin. Online verfügbar unter:

[https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/](https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/baek-gesundheit-ist-ein-menschenrecht)

[baek-gesundheit-ist-ein-menschenrecht](https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/baek-gesundheit-ist-ein-menschenrecht)

**Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e. V. (Hrsg.) (2023):**

Das Modell des Anonymen Behandlungsscheins. Göttingen. Online verfügbar unter:

<http://gesundheit-gefluechtete.info/das-modell-des-anonymen-krankenscheins/>

**Zanders, Theresa; Bein, Laura Eleana (2021):**

Der Anonyme Behandlungsschein. Von der Idee zur Umsetzung. Ein Handlungsleitfaden.

Calbet, Laura; Vollmer, Lisa; Zanders, Theresa (Hrsg.). Weimar. Online verfügbar unter:

<https://www.koopwohl.de/handlungsleitfaden-anonymer-behandlungsschein-veroeffentlicht/>

## Impressum

### Herausgeber

Arbeitskreis Anonymer Krankenschein Köln

### Vertreten durch

agisra e.V.

Caritasverband für die Stadt Köln e.V.

Diakonisches Werk Köln und Region gGmbH

Gesundheitsamt und Amt für Integration und Vielfalt der Stadt Köln

Kölner Flüchtlingsrat e.V.

Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung Köln

Rom e.V.

### Redaktion

Nora Michele

Projektkoordination AKS

Diakonisches Werk Köln und Region gGmbH

koordination.aks-koeln@diakonie-koeln.de

### Gestaltung

Zentrale Dienste der Stadt Köln

### Bildnachweis

Titel: Stephanie Ortelbach/Stadt Köln

Seite 45: Interaction Institute for Social Change; Angus Maguire

### Gefördert durch

Stadt Köln

### In Kooperation und unter Mitwirkung von



**Stadt Köln**



