
Der Anonyme Behandlungsschein

Von der Idee zur Umsetzung

Ein Handlungsleitfaden



Ko
Op
Wohl

Städtische Ko-Produktion
von Teilhabe und Gemeinwohl

Impressum

Herausgegeben von: Laura Calbet, Lisa Vollmer, Theresa Zanders

Autor*innen: Theresa Zanders, Laura Eleana Bein

Unter Mitwirkung von: Ärzte der Welt e.V. (ÄdW), Anonymer Krankenschein Bonn e.V. (AKSB), Anonymer Krankenschein Thüringen e.V. (AKST), Clearingstelle und Anonymer Behandlungsschein Leipzig e.V. (CABL e.V.)

Im Rahmen des Forschungsprojektes „**Städtische Ko-Produktion von Teilhabe und Gemeinwohl. Aushandlungsprozesse zwischen zivilgesellschaftlichen Akteuren und städtischen Verwaltungen**“ (**KoopWohl**) an der Universität Stuttgart und der Bauhaus-Universität Weimar entstanden (<https://www.koopwohl.de>).

Gefördert von: Bundesforschungsministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

Dieser Handlungsleitfaden ist auch als pdf open access abrufbar unter:

<https://www.koopwohl.de/publikationen-materialien/>

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:gbv:wim2-20220928-47161>

Zitationsvorschlag: Autor*innen (2022): Titel. Handlungsleitfaden. DOI/ISBN. (URL)

Erste Auflage: 01.11.2022, Weimar

V.i.S.d.P.: Laura Calbet i Elias, Lisa Vollmer

Gestaltung: Rainer Midlaszewski (rm-grafikdesign.de)

Druck: Klimaneutral gedruckt von S+G Druck GmbH & Co. KG

Alle Inhalte sind, soweit nicht anders angegeben, lizenziert unter CC-BY-SA-NC 4.0.

DOI/ISBN: <https://doi.org/10.25643/bauhaus-universitaet.4716>

URN: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:gbv:wim2-20220928-47161>

Unter Mitwirkung von



Universität Stuttgart

Bauhaus-Universität Weimar

gefördert durch



**Bundesministerium
für Bildung
und Forschung**

Inhalt

1. Einleitung	5
2. Idee wird Konzept	9
2.1. Ausgangslage	9
2.2. Zielgruppe und Zieldefinition	11
2.2.1. Versorgung	11
2.2.2. Erhebung	14
2.3. Beschreibung der Maßnahme	15
2.3.1. Funktionsweise des ABS	16
2.3.2. Tätigkeitsbeschreibungen	18
2.3.3. Trägerverein	20
2.3.4. Vernetzung und Verweisarbeit.....	24
2.4. Zeitplan	24
2.5. Finanzplan	26
2.6. Anhang	29
3. Konzept wird Projekt	31
3.1. lokaler Bezugsraum	31
3.2. Argumente sammeln	32
3.3. Adressat*innen bestimmen	33
3.4. Den richtigen Moment nutzen	34
3.4.1. Die politische und gesellschaftliche Ausgangslage	34
3.4.2. Eigene Ressourcen	36
3.5. Kommunikationswege	37
4. Projekt wird (Dauer-)Aufgabe	41
4.1. Transparenz	42
4.2. Netzwerke	43
4.3. Skalierung des Projektvorhabens	45
5. Quellenverzeichnis	46



1. Einleitung

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist ein Menschenrecht. Dies ist festgeschrieben in der *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen* (Art. 25 AEMR), der Charta der Grundrechte der EU (Art. 35 CFR) und in den *Grundrechten der Bundesrepublik Deutschland* (Art. 2 Abs 2). Die Versorgung wird in Deutschland über die gesetzlichen und privaten Krankenkassen gewährleistet. Dennoch gibt es eine Reihe von Menschen, die aus dieser Versorgungsstruktur herausfallen. Die Gründe hierfür sind rechtlicher oder praktischer Natur, die Betroffenengruppen vielfältig und die Problemlagen komplex.

Eine Gruppe, die von einer angemessenen Versorgung ausgeschlossen ist, sind Menschen ohne Papiere oder ohne legalen Aufenthaltsstatus. Sie werden juristisch dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) zugeordnet, welches ihnen eine Behandlung bei akuten oder schmerzhaften Erkrankungen (§ 4 AsylbLG) zusichert oder solche Leistungen gewährt, die zur Aufrechterhaltung der Gesundheit unerlässlich sind (§ 6 AsylbLG). Um ihren Anspruch auf medizinische Versorgung geltend zu machen, müssen sich Menschen ohne Papiere an das Sozialamt wenden. Wie alle öffentlichen Stellen ist das Sozialamt gesetzlich zur Meldung über die Kenntnis des irregulären Aufenthalts an die Ausländerbehörde verpflichtet (§ 87 AufenthG). Dies kann zur sofortigen Abschiebung der Person führen. Aus Angst nehmen die Betroffenen diesen Weg meist nicht wahr und eine benötigte Behandlung findet gar nicht, zu spät oder nicht qualifiziert statt, wodurch sich eine akute Bedrohung von Menschenleben ergibt (Medinetz Leipzig 2018: 2).

Weitere Betroffenenengruppen sind beispielsweise Deutsche ohne Wohnsitz oder in finanziell prekärer Situation. Menschen mit Beitragsschulden haben nur Zugang zu eingeschränkten Leistungen, wobei gesetzliche Regelungen es ehemaligen Privatversicherten erschweren, in eine gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die besser zu ihrer neuen Einkommenssituation passt, zurückzukehren. Auch EU-Bürger*innen fallen teilweise aus der Gesundheitsversorgung aufgrund unzureichender Kostenübernahme oder eines

fehlenden Heimat-Versicherungsschutzes (SABS e.V. 2022: 7). Arbeitssuchende EU Bürger*innen ohne Krankenversicherung sind ohne ausreichende Vorversicherungszeiten von der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgeschlossen. Nur durch eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung wäre ein Beitritt möglich. Neben den benannten Gruppen gibt es viele weitere in Deutschland lebende Menschen, die keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben (Menschen, die nie in einem Versicherungsverhältnis standen, Remigrant*innen, u.v.m.).

Die mangelnde Versorgung der Betroffenen führt oftmals dazu, dass sich Krankheiten chronifizieren und im schlimmsten Fall lebensbedrohlich werden. Schwerwiegende Krankheiten werden häufig erst in einem späten, schwer zu behandelnden Stadium entdeckt. Zu späte Behandlungen und Notfallversorgungen führen wiederum zu erheblichen Kosten für das Gesundheitssystem und einem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung (Bozogmehr/Razum 2015).

Infektionskrankheiten werden nicht rechtzeitig erkannt und können sich schneller ausbreiten. Empfohlene Schutzimpfungen werden nicht durchgeführt, was wiederum den flächendeckenden Impfschutz der Gesamtbevölkerung gefährdet (Medinetz Leipzig 2018: 2).

Seit vielen Jahren versucht eine Bandbreite an karitativen, kirchlichen und aktivistischen Organisationen unter großem ehrenamtlichem Engagement die vorherrschenden Versorgungslücken zu verkleinern. Dabei kommen soziale und juristische Beratungsangebote zum Einsatz oder es werden alternative, kostenfreie Behandlungsmöglichkeiten geschaffen. Diese Angebote können jedoch nicht annähernd einen vollen Versicherungsschutz ersetzen. Sie sind meist von Spendengeldern, der Gunst kooperierender Heilberufler*innen (Ärzt*innen, Hebammen, Physiotherapeut*innen etc.) und den zeitlichen Kapazitäten ehrenamtlicher Sozialarbeiter*innen, Dolmetscher*innen und anderen Aktiven abhängig. Wie im Ehrenamt üblich, liegt meist kein professioneller Ausbildungshintergrund für die Tätigkeit vor und eine zuverlässige Verfügbarkeit ist ebenso nicht erwartbar.

Ein Weg, der sich in den letzten Jahren immer mehr bewährt hat, ist der *Anonyme Kranken- oder Behandlungsschein (AKS/ABS)*¹. Dieser ermöglicht es Unversicherten oder Menschen mit ungeklärtem Versicherungsschutz einen Behandlungsschein zu erhalten, mit dem sie sich anonym von den jeweils benötigten Heilberufler*innen behandeln lassen können. Es handelt sich dabei meist um eine Kooperation zwischen einem zivilgesellschaftlichen Trägerverein und einer kommunalen oder Landeseinrichtung, die das Projekt finanziell fördert. Häufig wird diese Struktur ergänzt um eine Clearingstelle, welche überprüft, ob und wie die betroffenen Personen (wieder) den regulären gesetzlichen Versicherungsschutz oder einen anderweitigen Zugang zur Regelversorgung erhalten können. Auf diesem Weg lösen Kommunen und Bundesländer das Problem der Unversorgtheit, vorbei an §87 Aufenthaltsgesetz (AufenthG).

Der ABS kann als ein Schritt auf dem Weg zu einem Zugang aller Menschen zum Gesundheitssystem gesehen werden. Er stellt keine endgültige Lösung für die vorherrschenden Probleme und Lücken dar, kann aber lokal die Situation deutlich verbessern und ehrenamtliche Strukturen entlasten.

Der vorliegende Handlungsleitfaden soll Initiativen und Vereinen aus der Zivilgesellschaft, ebenso wie Kommunen und Länder Möglichkeiten aufzeigen, wie ein AKS/ABS und/oder eine Clearingstelle zur Rückführung von Menschen ins Regelsystem auf lokaler oder Landesebene installiert werden kann. Im Folgenden wird erläutert, wie man ein Konzept für einen AKS/ABS erstellt, welche Teile es umfassen sollte, wie man für seine Einführung wirbt und ihn schließlich umsetzt und erhält.

1 Für bestehende Projekte der ABS siehe: [Anonyme Behandlungsscheine und Clearingstellen \(anonymer-behandlungsschein.de\)](http://anonymer-behandlungsschein.de); Für alle Angebote (auch Ehrenamtliche Stellen) siehe gesundheit-ein-menschenrecht.de/kontaktstellen



2. Idee wird Konzept

Ein Konzept für den ABS bildet die Diskussionsgrundlage für Gespräche mit Unterstützer*innen, Geldgeber*innen oder aber potentiellen Anbieter*innen des ABS. Dort werden Forderungen und Ziele, die sich (u.a.) aus dem Menschenrecht auf Gesundheitsversorgung ableiten, übersetzt in eine Skizze einer praktischen Umsetzung der Gesundheitsversorgung für alle. Im Folgenden wird ein exemplarischer Aufbau und die entsprechenden Inhalte eines Konzepts für einen ABS dargestellt, an dem Ihr euch orientieren könnt.

ÜBERSICHT

- 2.1. Ausgangslage
- 2.2. Zielgruppe und Zieldefinition
- 2.3. Beschreibung der Maßnahme
- 2.4. Zeitplan
- 2.5. Finanzplan
- 2.6. Anhang

2.1. Ausgangslage

Hier wird die Ausgangslage beschrieben, in der sich die Stadt/das Land befindet und die es notwendig macht, einen ABS zu installieren. Zahlen und Fakten zu unversicherten Menschen gilt es hier ebenso heranzuziehen wie lokale und eventuell unveröffentlichte Daten, die von ehrenamtlich handelnden Stellen erhoben werden. Zudem kann auf bestehende ehrenamtliche Strukturen und deren Leistungen eingegangen werden, wie auch auf entstehende Kosten für das Ehrenamt bzw. für Notfallbehandlungen (siehe zu den Argumenten ebenso Kap. 3.2.). Dabei empfiehlt es sich, auf eine Vielstimmigkeit von Referenzen Bezug zu nehmen, das heißt auf Studien, Veröffentlichungen, Datensammlungen und Evaluationen. Das Hinzuziehen verschiedener Quellen (aus Zivilgesellschaft, Privatwirtschaft, Wissenschaft etc.) kann zu einer größeren Glaubhaftigkeit führen.

Quellen nach Themen

Zahlen und Zielgruppen/ Fallkonstellationen

Ärzte der Welt (2019): Gesundheitsreport 2019. Zurückgelassen – Wen unser Gesundheitssystem ausschließt. Krank und ohne medizinische Versorgung in Deutschland.

Ärzte der Welt (2020): Gesundheitsreport 2020. Wie in Deutschland das Menschenrecht auf Gesundheit verletzt wird. Krank und ohne medizinische Versorgung in Deutschland.

Ärzte der Welt (2021): Gesundheitsreport 2021. Ungesehen, ungeschützt. Unversichert in der Pandemie. Krank und ohne medizinische Versorgung in Deutschland.

BAG Gesundheit/Illegalität (2018): Krank und ohne Papiere. Fallsammlung der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität.

BAG Gesundheit/Illegalität (2019): Notfallhilfe für Menschen im Krankenhaus ohne Papiere. Aktuelle Herausforderungen und Lösungsansätze. Arbeitspapier der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität.

Berichte & Publikationen der lokalen Krankenhausgesellschaft

Bornschlegel, Wiebke (2016): Der Zugang von Kindern ohne Papiere zu medizinischer Versorgung in Deutschland. Befunde einer explorativen Studie. Erlangen: Wiebke Bornschlegel.

Fallsammlungen von lokalen MediNetzen, medibüros oder ähnlichen ehrenamtlichen Strukturen

Kleine & Große Anfragen des Landes- und Bundesregierung

Statistisches Bundesamt (2019): Weniger Menschen ohne Krankenversicherungsschutz.

Vogel, Dita (2016): Kurzdossier: Umfang und Entwicklung der Zahl der Papierlosen in Deutschland. Fachbereich 12. Arbeitsbereich Interkulturelle Bildung. AbIB-Arbeitspapier 02/2016.

Mehrkosten durch Nicht-Versorgung

Bozorgmehr, Kayvan/Razum, Oliver (2015): Effects of Restricting Access to Health Care of Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013.

FRA – European Union Agency for Fundamental Rights (2015): Cost of Exclusion from Healthcare. The Case of Migrants in an Irregular Situation. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Niedermaier, Andreas/Freiberg, Anna/Tiller, Daniel/Wienke, Andreas/Führer, Amand (2020): Outpatient Health Care Utilization and Health Expenditures of Asylum Seekers in Halle (Saale), Germany – an Analysis of Claims Data. BMC Health Service Research 20/961.

2.2. Zielgruppe und Zieldefinition

Hier wird zunächst das Ziel des Projektes beschrieben. Dabei sollte das Maximalziel sein, alle Menschen ohne Krankenversicherungsschutz anonym, und somit alle, die von der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen sind, zu versorgen. Dies sollte jedoch erklärt werden, denn oft trifft es auf Unglauben, dass es eine oder mehrere unversorgte Personengruppen gibt. Zudem kann ein weiteres Ziel jenes der Datenerhebung bzw. des Erkenntnisgewinns über Lücken im System der Gesundheitsversorgung auf lokaler Ebene sein.

2.2.1. Versorgung

Grob lassen sich die zu versorgenden Zielgruppen einteilen in Deutsche, EU-Mitglieder und Drittstaatsangehörige ohne Krankenversicherungsschutz. Verschiedene Beispiele für Fälle von Unversorgtheit finden sich im *Gesundheitsreport 2020 von Ärzten der Welt* (Ärzte der Welt 2020). Die prominentesten Zusammenhänge für einen Ausschluss aus der Gesundheitsversorgung hier in Kürze:

Deutsche ohne Krankenversicherung oder mit Beitragsschulden

Menschen mit Beitragsrückständen befinden sich oftmals im Notlagentarif, in dem nur ein Anspruch auf Notfall- und Schmerzbehandlung sowie Geburten besteht. Eine gesetzliche Erschwernis führt dazu, dass ehemals Privatversicherte, die sich die Beiträge nicht mehr leisten können (bspw. Menschen über 55 Jahre, bei Anmeldung einer Privatinsolvenz) nur schwer in die GKV zurückkehren können. Zudem ermöglicht das *GKV-Versichertenentlastungsgesetz* (SGB V §§ 188,191) seit 2019 einen Ausschluss aus der GKV von Menschen mit Beitragsschulden und/oder Menschen deren Anschrift nicht ermittelt werden kann.

Menschen ohne Krankenversicherung haben nur Anspruch auf Notfallversorgung, Schmerzbehandlung und Behandlungen im Rahmen von Schwangerschaft und Mutterschaftversorgung, wobei das Sozialamt diese Kosten dabei nur bei nachgewiesener Mittellosigkeit und der eigenen regionalen Zuständigkeit, die sie oft verneinen, übernimmt.

Migrant*innen aus EU-Mitgliedsstaaten

Die Notversorgung von Menschen aus EU-Mitgliedstaaten wird durch die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) abgedeckt, solange der Aufenthalt temporär ist ([Frings, D. 2019](#)). Allerdings zeigt sich in der Praxis, dass die EHIC häufig nicht akzeptiert wird, da es darüber Wissenslücken beim medizinischen Personal gibt, oder weil der Aufwand der Abrechnung zu groß ist. Nicht-erwerbstätige EU-Bürger*innen ohne Krankenversicherung, die mehr als drei Monate, aber weniger als fünf Jahre, in Deutschland gemeldet sind, sind seit dem Erlass des sogenannten Leistungsausschlussgesetzes aus dem Jahr 2016 von Unterstützung weitestgehend ausgeschlossen (SGB II §7, SGB XII §23). Es können innerhalb von 2 Jahren maximal für einen Monat Überbrückungsleistungen beantragt werden, die die Notfallbehandlungen nach §7 SGB II bzw. §23 SGB XII abdecken (inklusive eingeschränkter Gesundheitsleistungen bei akuten Krankheiten und Schmerzen). Anschließend besteht nicht einmal im Notfall Anspruch auf Kostenerstattung für Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte oder Medikamente.

Nach 3-Monatigem Aufenthalt müssen sich EU-Bürger*innen in Deutschland selbst krankenversichern, jedoch ist dies in der Regel nur über ein bestehendes (reguläres & sozialversicherungspflichtiges) Arbeitsverhältnis über der Sozialversicherungspflichtgrenze möglich. Erst ab 5 Jahren nachgewiesenem Aufenthalt besteht Anspruch auf Sozialleistungen.

Menschen, die im Asylverfahren sind oder mit einer Duldung in Deutschland leben

Abgedeckt werden nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§ 4 AsylbLG) akute Erkrankungen und Schmerzzustände sowie Schwangerschaft und Geburt. Die Behandlung chronischer Krankheiten (§6AsylbLG) ist hingegen bürokratisch sehr aufwändig und wird häufig unrechtmäßig durch medizinisch nicht ausgebildete Sachbearbeiter*innen in Sozialämtern abgelehnt, wodurch sich die Gesundheitszustände deutlich verschlechtern. Zudem werden Traumabehandlungen und Psychotherapie, welche für viele Menschen mit Fluchterfahrung von äußerster Relevanz sind, nicht finanziert. Menschen in Erstaufnahme- und Ankerzentren haben durch die Amtsärzt*innen vor Ort zudem keine freie Arztwahl, wodurch sich Leistungen ebenso durch die (oftmals restriktiven) Auslegung der Ärzt*innen beschränken.

Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus und vollziehbar ausreisepflichtige Menschen

Auch wenn ein Anspruch nach §§ 4 und 6 AufenthG auf Gesundheitsversorgung besteht, und somit das Sozialamt die Behandlungen finanzieren sollte, ist das Sozialamt, wie alle öffentlichen Stellen, grundsätzlich verpflichtet, Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus an die Ausländerbehörde zu melden (§ 87 AufenthG); für medizinische Versorgung gibt es – anders als bei Schulbesuchen – keine gesetzliche Ausnahme. Im Notfall jedoch gilt ein „verlängerter Geheimnisschutz“, wonach nicht nur Heilberufler*innen der Schweigepflicht unterliegen, sondern auch Verwaltungsmitarbeitende im Krankenhaus und im Sozialamt ([Diakonie 2019](#)). Eine uneinheitliche, häufig rechtswidrige Handhabung der Datenweitergabe von Sozialämtern an die Ausländerbehörden ([BAG Gesundheit/Illegalität 2019](#)) verhindert jedoch eine faktische Nutzung der Versorgung.

Gleichzeitig gilt für Notfallbehandlungen, dass es für Krankenhäuser aufgrund administrativer Hürden nur in einem Bruchteil der Fälle möglich ist, sich Notfallbehandlungskosten tatsächlich von einem Sozialamt erstatten zu lassen. Dadurch sinkt die Bereitschaft und die finanziellen Möglichkeiten der Krankenhäuser, die Versorgung notfallmäßig abzusichern.

2.2.2. Erhebung

„Zahlen belegen, dass auch die Notfallversorgung, als eine eigentlich rechtlich bindende Hilfestellung, nicht immer gegeben ist.“ (BAG Gesundheit/Illegalität 2019).²

Neben der Versorgung von Menschen kann ein weiteres Projektziel darin bestehen, weitere Daten über die Lücken der Gesundheitsversorgung in der Kommune/dem Land zu erheben. Denn unter Umständen werden auch durch eigentlich existierende, aber faktisch nicht funktionierende Strukturen Ausschlüsse von der Gesundheitsversorgung erzeugt. **Die Dokumenta-**

tion von Fallzahlen und Kosten, sowie die Inanspruchnahme der behandelnden Heilberufler*innen ist hierfür üblich. Für die interne und wahlweise externe Evaluation kann die Dokumentation typischer und problematischer Fälle aufschlussreich sein. Langfristig sind Befragungen der Patient*innen zum Grund ihrer Versicherungslosigkeit denkbar. Neben der patient*innenzentrierten Erhebung, sollte es stets auch eine (externe) **Evaluation des Gesamtprojekts** geben (inhaltlich, finanziell, konzeptionell). Es hat sich zudem als hilfreich erwiesen, wissenschaftlichen Projekten einen Raum zu geben, um durch eine begleitende Forschung zusätzliche Erkenntnisse über das Projekt zu gewinnen, die auch über

Evaluieren heißt

- ▶ die erzielten Ergebnisse aufgrund einer **systematischen Analyse der gesammelten** Daten festhalten;
- ▶ die erzielten **Ergebnisse** aufgrund der ursprünglichen Ziele und ihrer Erfolgskriterien **beurteilen**;
- ▶ ein klares **Verständnis des Projekts**, der erfüllten, nicht erfüllten oder nicht abgeschlossenen Aufgaben erlangen;
- ▶ **Schlussfolgerungen** über die Ziele oder den Ablauf des Projekts in einer zweiten Phase oder über **Änderungen bei der Umsetzung** in einem anderen Umfeld ziehen.

2 BAG Gesundheit/Illegalität (2019): Notfallhilfe für Menschen im Krankenhaus ohne Papiere. Aktuelle Herausforderungen und Lösungsansätze. Arbeitspapier der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität.

eine Evaluation hinausgehen. Dies kann auch die Kooperation zwischen Zivilgesellschaft und staatlicher Einrichtung fördern, Termine verbindlicher machen und die Relevanz anders betonen.

In diesem Kapitel können somit Möglichkeiten der Erhebung benannt werden, aber auch Grenzen. Dabei sollte die Frage beantwortet werden, wie Fragen zum Zwecke der Erhebung einerseits Anonymität wahren können und andererseits auch in einem Maße angewandt werden können, der das Vertrauensverhältnis zu den Patient*innen als vulnerable Gruppe nicht erschüttert.

2.3. Beschreibung der Maßnahme

Dieses Kapitel ist das Umfassendste des Konzeptes und konkretisiert genaue Arbeitsabläufe, die zur Ausgabe des ABS notwendig sind. Vorab sollte sich mit der Frage auseinandergesetzt werden, ob die konzepterstellende Organisation (Verein, Kommune) selbst das Konzept umsetzen will, oder aber eine andere Stelle diese Aufgabe übernehmen soll (siehe dazu 2.3.3.). Dabei sollte die **Funktionsweise der ABS-Ausgabe, Behandlung über den ABS und Abrechnung** dargestellt werden. Auch die Sprechzeiten sollten bereits definiert werden, denn davon hängt wiederum der Finanzplan ab (s. 3.1.5.). Die **Tätigkeitsbeschreibungen** der einzelnen Angestellten und auch Ehrenamtlichen führen zu einer detaillierten Vorstellung der anfallenden Aufgaben.

Zudem gehört an diese Stelle ein **Organigramm** des konzepterstellenden Vereins – wenn es der umsetzende Verein ist, der das Konzept erstellt. Wenn die umsetzende Instanz dafür nicht feststeht, fällt das Organigramm weg.

Es bietet sich an, hier auch **externe Stellen** zu erwähnen, mit denen beispielsweise zum Zwecke der Verweisarbeit zusammengearbeitet werden soll, um dadurch das Angebot zu komplettieren.

2.3.1. Funktionsweise des ABS

Es gibt inzwischen ABS-Modelle, die sich bewährt haben und auf kommunaler oder Landesebene so oder so ähnlich funktionieren. Hier zwei Beispiele:

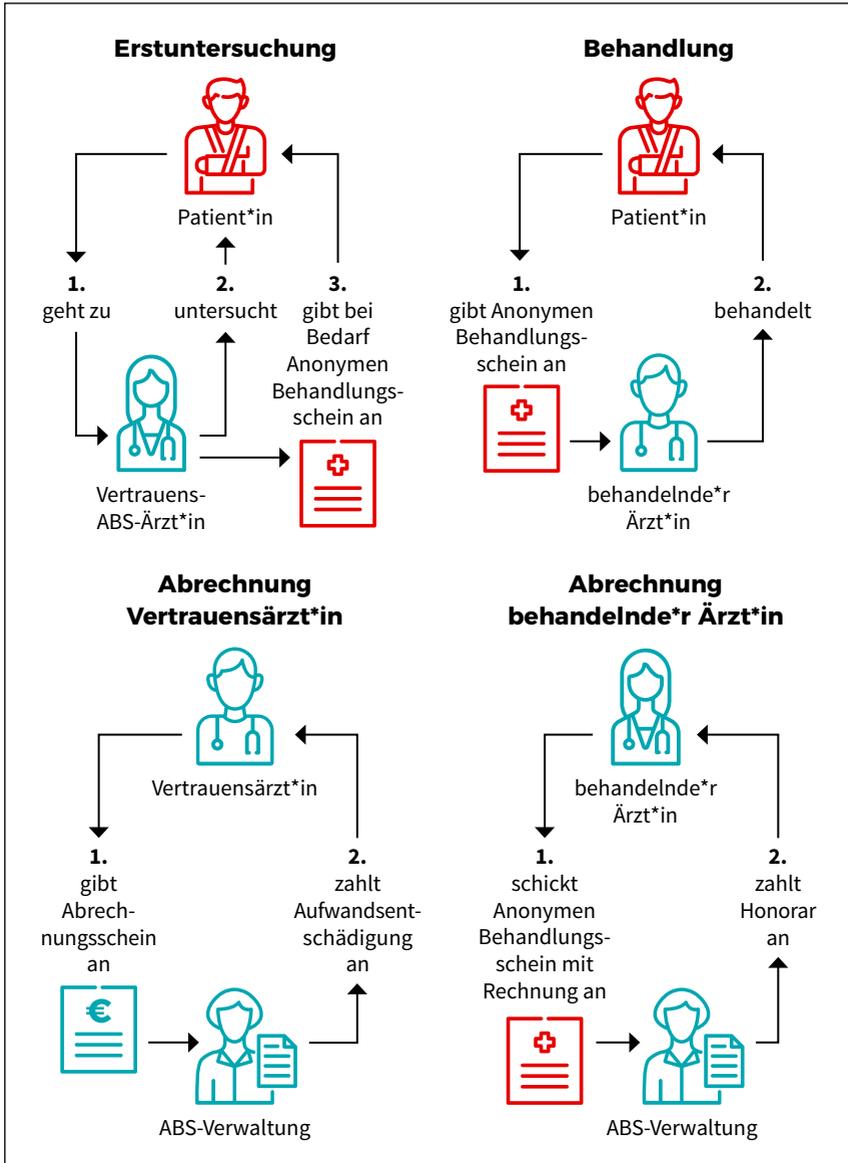


Abb. 1: Modell eines landesweiten ABS (SABS e.V. 2022)

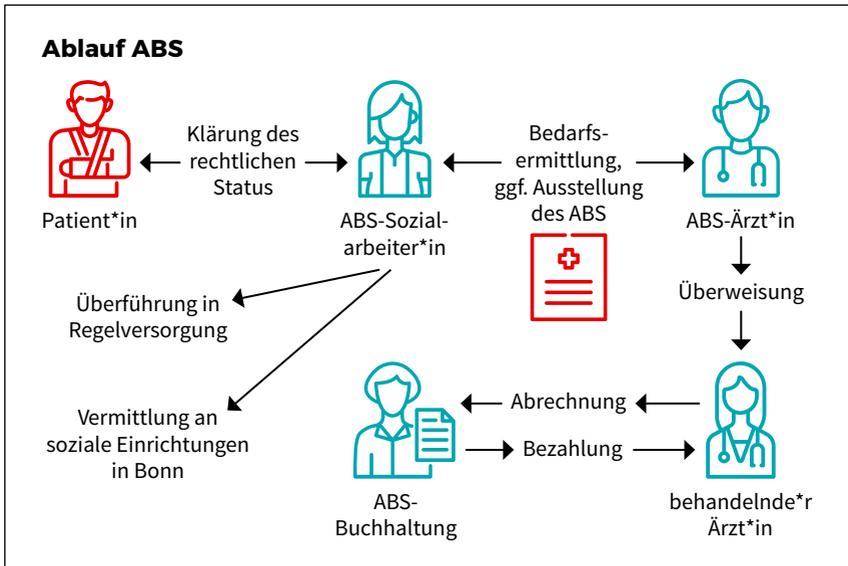


Abb. 2: Modell eines kommunalen ABS (AKSB e.V. 2021)

Im kommunalen Konzept (Abb. 2) ist eine Sozialberatung zu Zugängen zur Krankenversicherung (Clearingberatung) vorgesehen, bei der eine Rückführung von Menschen ohne Versicherungsverhältnis ins Regelsystem angestrebt wird. Eine solche Möglichkeit erhöht die Nachhaltigkeit des Projektes und ist durch eine erfahrungsgemäß hohe Clearingquote auch kostensparend, da verauslagte Kosten dadurch nachträglich zurückgefordert werden können. Auch auf Landesebene gibt es diese Clearingstellen bereits. Patient*innen können sie in der Zentrale der Projektkoordination aufsuchen oder werden durch Reisetätigkeiten des Sozialarbeitenden erreicht.

Entsprechend der lokalen Bezugsgröße unterscheiden sich die Modelle, wie ABSs ausgegeben werden und wie die Behandlungen durchgeführt werden.

In den beiden dargestellten Beispielen gibt es jeweils eine Ausgabestelle, in der ein*e Ärzt*in eine Bedarfsklärung vollzieht und einen ABS ausgibt. Mit diesem kann sich die erkrankte Person dann in Behandlung bei einer/m Ärzt*in seiner/ihrer Wahl begeben. Auf kommunaler Ebene gibt

Neue Perspektiven: Zusammenarbeit mit der KV?

Für die zukünftige Entwicklung von ABS-Projekten sind direkte Kooperationen mit Krankenkassen denkbar. So könnte es zu einer unmittelbaren Abrechnung zwischen Leistungsbringern und Krankenkassen nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) kommen. Dies würde den kooperierenden Praxen den verwaltungstechnischen Mehraufwand ersparen und ihnen die üblichen Einnahmen sichern.

Grundsätzlich ist es einer Landesregierung bei entsprechendem Bedarf auch möglich, per Weisungsbefugnis einer Krankenkasse mit Sitz im Land vorzuschreiben, einen ABS abzuwickeln.

Inwiefern diese Möglichkeiten umgesetzt werden, hängt wiederum vom gesellschaftlichen Druck und dem politischen Willen ab.

es meist eine*n projekteigene*n Ärzt*in für die Ausgabe der ABSe, auf Landesebene arbeiten die Projekte meist mit sogenannten Vertrauensärzt*innen zusammen. Dies sind niedergelassene Ärzt*innen, die durch eine Vereinbarung zwischen der ABS-Ausgabestelle mit der Ausgabe der ABS betraut werden und dafür eine Aufwandsentschädigung erhalten. Die Abrechnung der Vertrauensärzt*innen und Heilberufler*innen erfolgt jeweils über das Büro des ABS.

Eine weitere, hier nicht abgebildete Möglichkeit der Abrechnung der Behandlungskosten besteht direkt über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) und Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV). Dieses Modell erfordert einen hohen Aufwand in der Verhandlung mit den lokalen Strukturen der Vereinigungen, jedoch ist dieses Modell sehr viel weniger aufwendig in der Umsetzung.

2.3.2. Tätigkeitsbeschreibungen

An dieser Stelle sollen die im Rahmen des ABS zu schaffenden Stellen in ihrem Titel, den vorgesehenen Wochenstunden, dem Tarif und entsprechendem Aufgabenprofil kurz dargestellt werden.

Projektkoordination (Wochenstunden/Tarif)

- ▶ Herstellung der Infrastruktur, Schlüsselfunktion beim Netzwerkaufbau und Pflege der Infrastruktur (Dateiablage, Kontaktdatenbank, Dokumentation der Arbeitsabläufe)
- ▶ interne Zusammenarbeit (Koordination der hauptamtlich und ehrenamtlich Mitarbeitenden, Projektdokumentation, Berichterstattung an den Vorstand, Qualitätsmanagement)
- ▶ Fördermittelmanagement (Förderantragserstellung, Kontaktpflege zu Geldgeber*innen, Monitoring, Evaluation)
- ▶ Netzwerkarbeit (Ausweitung und Betreuung des Behandler*innennetzwerks, Erhöhung des Bekanntheitsgrades bei Patient*innen, Kommunikation mit Kooperationspartner*innen)
- ▶ Teilnahme an Fortbildungen
- ▶ Öffentlichkeitsarbeit (Pflege der Social Media-Präsenz, Pressekontakte, Repräsentation in der Öffentlichkeit/auf Veranstaltungen, optional: Anbahnung von thematischen (Gast-) Lehrveranstaltungen)
- ▶ Ehrenamtskoordination (Betreuung, Pflege, Ausbau des Ehrenamts)
- ▶ Weiterentwicklung des Projektes/Konzeptes

Verwaltungskraft (Wochenstunden/Tarif)

- ▶ Finanzbuchhaltung und -verwaltung (Prüfung der ABS Abrechnungen, Veranlassung von Korrekturen, Finanztransaktionen, Abrechnung von Fördermitteln/Eigenmitteln)
- ▶ allgemeine Verwaltung (Aufbau und Pflege der Büroinfrastruktur, Personalverwaltung)
- ▶ Betreuung IT/EDV (Website, Datev) /Dateiverwaltung (oder extern/ nach Kompetenz)
- ▶ evtl. Vertretung der Projektkoordination
- ▶ Pflege der Statistik für das Berichtswesen
- ▶ Anschaffung Büromaterialien etc.

Ärzt*in (Wochenstunden/Tarif)

- ▶ Betreuung der Patient*innen (Sprechstunden, Ausstellung ABS, Beratung zur weiteren Behandlung, Dokumentation)
- ▶ Öffentlichkeitsarbeit (Kontakt zu Landesärztekammer (LÄK) und Kassenärztlicher Vereinigung (KÄV), Durchführung von Fortbildungen, Akquise neuer Vertrauensärzt*innen, Mitgestaltung von Lehrveranstaltungen für Studierende, ggf. Betreuung der Vertrauensärzt*innen)
- ▶ Buchhaltung (fachliche Prüfung der ABS, Kontrolle Medikamentenbestand und Geräte)

Sozialarbeiter*in

- ▶ Zielgerichtete Sozialberatung (Kontakt zu Patient*innen, Beratung und Unterstützung bzgl. Anbindung an eine Regelversorgung, Rücksprachen mit Kostenträger*innen und Behörden und Versicherungen, Begleitung bei Behördengängen, Aufbau standardisierter Verfahren, telefonische Beratungshotline)
- ▶ Verweisberatung (Wohnungslosenhilfe, Migrationsberatungsstellen, Suchtberatungsstellen, Schuldner*innenberatungsstellen, Schwangerschafts-Konfliktberatungsstellen)
- ▶ Dokumentation
- ▶ steht unter erweiterter Schweigepflicht
- ▶ Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit (Fachaustausch mit anderen Beratungsstellen, Zielgruppenerreichung)
- ▶ Reisetätigkeiten für aufsuchende Beratungen
- ▶ Teilnahme an Fortbildungen

2.3.3. Trägerverein

Eine Darstellung der Vereinsstruktur und der Übernahme von Aufgaben durch diese Rahmenstruktur helfen staatlichen Einrichtungen bei der Entscheidung zur Vergabe, wobei auch der darin ersichtliche Grad der Formalisierung für viele staatliche Einrichtungen von Bedeutung ist für die Entscheidung zur Kooperation bzgl. eines ABS. Ein Organigramm verschafft

Transparenz über Verwaltungsstrukturen eurer Organisationseinheit. Wenn die konzeptreiche Instanz das Projekt jedoch nicht selbst umsetzen will, fällt dies an dieser Stelle weg und es werden Möglichkeiten aufgezeigt, welche Art von Stellen über welche Verfahren (Vergabe, Zuwendung, Ausschreibung...) mit der Umsetzung eines ABS beauftragt werden können.

Organigramm

Das Organigramm erklärt die Struktur der Organisationseinheit. Gibt es einen Verein, sollten die Zuständigkeiten des Vorstands erklärt werden, bei einer gGmbH sollte die Rolle der Geschäftsführung klar benannt werden. Wird es einen Beirat geben, und wenn ja, mit welchen Kompetenzen und Befugnissen? In welchem Verhältnis stehen die Hauptamtlichen zu den Ehrenamtlichen Mitarbeitenden oder sind in den Vereinsstrukturen keine Ehrenamtlichen vorgesehen? All diese Zusammenhänge gilt es darzustellen.

Aktivismus & Professionalisierung: Wer soll es machen?

Oftmals entspringen ABS aktivistischen Zusammenschlüssen, die weniger kooperationsfreudig mit staatlichen Stellen sind. Um sich die politische Sprachfähigkeit zu erhalten, oder aus Kapazitätsgründen werden oftmals neue oder bestehende Strukturen für die Umsetzung beauftragt. Eine Reflexion der eigenen Rolle im Ist- und im Soll- Zustand kann helfen, die richtige Lösung zu finden.



Implementationsformen eines neuen ABS

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, das Konzept des ABS strukturell anzubinden. Über welche strukturellen Einheiten das geschieht, ist eine Abwägungsfrage. Hier eine Sammlung von Möglichkeiten, sowie Vor- und Nachteilen der verschiedenen, bislang existierenden Organisationsformen.

Option A: Bestehender Zusammenschluss setzt selbst den ABS um (Beispiel: Medinetz Freiburg)

Vorteile

- ▶ bestehende Expertise
- ▶ rechtliche und administrative Erfahrungen im Feld
- ▶ Verein evtl. schon etabliert in der Stadt
- ▶ bestehendes Netzwerk
- ▶ Vertrauen bei Patient*innen besteht

Nachteile

- ▶ Eintreten in Abhängigkeit zu Politik, dadurch eigene politische Sprachfähigkeit nur begrenzt
- ▶ Politische Forderung, kein Parallelsystem zu wollen, wird entkräftet
- ▶ es wird Patient*innen geben, die der ABS nicht versorgen kann; diese sind dann kaum noch unabhängig durch bestehendes Netzwerk abzuwickeln

Option B: Neugründung eines Vereins zur Umsetzung des ABS (Beispiel: AKST e.V. , AKS Bonn e.V.)

Vorteile

- ▶ neues Image möglich als professioneller Ansprechpartner, keine weiteren Assoziationen
- ▶ Wenn Förderung wegfällt, ist Rückbau leichter
- ▶ Unabhängig (von z.B. MediNetz)
- ▶ zB MediNetz kann weiterhin politische Forderungen stellen, kann ABS-Konzept als Übergangslösung besser kritisieren

Nachteile

- ▶ Hoher Zeitaufwand für die Strukturbildung
- ▶ Netzwerk und Bekanntheit fehlen u.U. (kann durch gute Vernetzung mit bestehender Struktur – z.B. Medinetz – aufgefangen werden)

Option C: Konzept wird bestehendem Träger übergeben

(Beispiel: Berliner Stadtmission e.V., Clearingstellen RLP)

Vorteile

- ▶ bestehende Infrastruktur kann genutzt werden
- ▶ bestehendes Netzwerk
- ▶ Träger evtl. schon etabliert in der Stadt

Nachteile

- ▶ sehr spezielles Wissen muss sich erst angeeignet werden
- ▶ Einflussmöglichkeiten der Konzeptschreibenden (KS) gering, wenn KS nicht Umsetzende sind

Option D: Konzept wird geschrieben und die Politik setzt es selbst um

(Beispiel: ÄdW München)

Vorteile

- ▶ Politik wird in die Verantwortung genommen

Nachteile

- ▶ Umgang mit §87 fraglich: Garantie für Nicht-Weitergabe von Daten kann nicht gegeben sein
- ▶ fehlendes Vertrauen in amtliche Instanz
- ▶ Kann nur schwer Stellen verklagen, die ihren Pflichten nicht nachkommen
- ▶ eventuell schwierig das Vertrauen der Patient*innen zu gewinnen

2.3.4. Vernetzung und Verweisarbeit

In der Tätigkeit um den ABS werden Problemstellungen auf die Durchführenden zukommen, die außerhalb ihres Kompetenzbereichs liegen. Beim Clearing von Statuslosen kann es zu aufenthaltsrechtlichen Fragen kommen. Es ist jedoch auch möglich, dass Problemstellungen um die Themen Unterbringung/Wohnungslosigkeit, Sucht, Schulden, Opfer von Menschenhandel etc. aufkommen werden. An dieser Stelle des Konzeptes ist es daher wichtig, das lokale Netzwerk an (potentiellen) Partner*innen, zu denen verwiesen werden kann, darzustellen. So wird die Einbindung des Konzeptes in das lokale Angebot verständlich gemacht und die eigene lokale Expertise dargestellt ohne Parallelstrukturen aufzubauen.

2.4. Zeitplan

Hier sollte beschrieben werden, wie der Projektaufbau und der Projektlauf zeitlich geplant sind.

Dabei sollte Zeit eingeplant werden, um die benötigte Infrastruktur aufzubauen: Räumlichkeiten einrichten, Formulare erstellen, Tabellen & digitale Infrastruktur erstellen etc. – ehe eine tatsächliche Ausgabe von ABSen stattfinden kann. Daher empfiehlt sich eine gestaffelte Personaleinstellung. Es hat sich gezeigt, dass eine Vorbereitungszeit von mindestens einem bis drei Monaten sinnvoll ist. Zudem werden hier Intervalle für Evaluationen festgelegt – so man sich darauf vorab festlegen möchte. Auch regelmäßige Treffen zur Projektbegleitung (mit Stadt/Land) finden hier Erwähnung, sowie Jahresberichte, aber auch wiederkehrende Termine wie Team-Supervisionen.

Somit sind im Zeitplan Abläufe erkenntlich, die den ABS in seiner Arbeitsweise charakterisieren. Anbei ein Beispiel, wie ein solcher Zeitplan aussehen kann.

Arbeits- und Zeitplan des Projekts													
Arbeitsphasen	Monate												
	1-3	4-6	7-9	10-12	13-15	16-18	19-21	22-24	25-27	28-30	31-33	34-36	
Phase 1 Vernetzungsarbeit													
Phase 2 Projektlaufzeit													
Phase 3 Schaffung der Infrastruktur													
Phase 4 ABS-Ausgabe													
Phase 5 Evaluation													
Phase 6 Verhandlungen Weiterbetrieb													
	Quartals-bericht												
	Förderantrag			Förderantrag			Förderantrag			Förderantrag			Jahresbericht u. Abrechnung
	Förderbescheid			Förderbescheid			Förderbescheid			Förderbescheid			Jahresbericht u. Abrechnung
	Mittelabruf			Mittelabruf			Mittelabruf			Mittelabruf			Jahresbericht u. Abrechnung
	Förderbescheid			Förderbescheid			Förderbescheid			Förderbescheid			Mittelabruf
	Mittelabruf			Mittelabruf			Mittelabruf			Mittelabruf			Mittelabruf

Abb. 3: Beispielhafter 3-Jahres Arbeits- und Zeitplan eines ABS-Projekts

2.5. Finanzplan

Im Finanzplan werden die einzelnen Kostenpunkte aufgeschlüsselt, die für die Umsetzung des ABS notwendig sind. Es ist ratsam, sich an den aktuellen Evaluationsberichten laufender Projekte zu orientieren und diese an die lokalen Rahmenbedingungen anzupassen. Die Berichte können häufig auf Anfrage bei den Projekten zur Verfügung gestellt werden. Grundsätzlich kann es sinnvoll sein, die entstehenden Kosten im Konzeptpapier genau aufzuschlüsseln, aber im Förderantrag wieder zusammengefasst aufzulisten. So wird zunächst die Höhe der benötigten Gelder gerechtfertigt, es entstehen aber keine unnötigen Zwänge zu zweckgebundenen Ausgaben bzw. kein unnötiger bürokratischer Aufwand mit diversen Umwidmungen. Es sollte ebenso beschrieben werden, wie die Ausgaben kontrolliert werden und welche Schritte eingeleitet werden, wenn die Gelder nicht ausreichen.

Erfahrungsgemäß baut sich der Finanzplan aus den folgenden Teilen zusammen.

Behandlungsbudget

Die Behandlungskosten können nochmal unterteilt werden in die Kosten für

- ▶ stationäre Behandlungen und Operationen
- ▶ ambulante Behandlungen
- ▶ Medikamente/Hilfsmaterial
- ▶ zahnärztliche Leistungen
- ▶ Rettungswagen und Taxen
- ▶ Labor

Dabei ist zu berücksichtigen, mit welchem Gebührensatz die Behandlungen abgerechnet werden und ob Sondervereinbarungen mit Krankenhäusern oder behandelnden Ärzt*innen getroffen werden (sollen). Aktuell werden in den meisten Projekten mit möglichst vielen Ärzt*innen Sonderabreden verhandelt, sodass der 1,0-fache Gebührensatz nach der *Gebührenordnung für Ärzt*innen (GOÄ)* im Gegensatz zum üblichen 2,3-fachen Gebührensatz

abgerechnet werden kann. Gleichzeitig wird es nicht möglich sein, nach der einfachen *Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)* abzurechnen, da dies nicht kostendeckend wäre. Daher empfiehlt es sich, den 2,0-fachen Gebührensatz GOZ vorzuschlagen.

Um die Behandlungskosten zu kontrollieren, hat sich in einigen Projekten das 8-Augen-Prinzip bewährt, bei dem zunächst die projektinterne Ärzt*in, dann die behandelnde Ärzt*in, abschließend wieder die projektinterne Ärzt*in und zu guter Letzt eine Verwaltungskraft die Abrechnung des ABS prüfen.

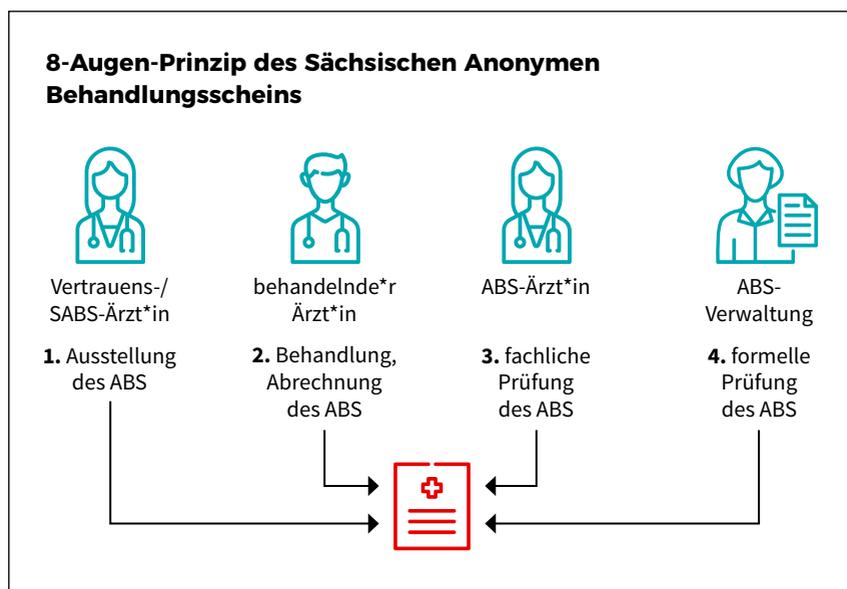


Abb. 4: 8-Augen-Prinzip des ABS (SABS 2022)

Personalkosten

Für die Berechnung der Personalkosten ist es üblich, sich an der Lohntabelle des jeweiligen Tätigkeitsfeldes des öffentlichen Dienstes in der Erfahrungsstufe 3 zu orientieren. Dabei werden die veranschlagten Wochenstunden der jeweiligen Stellen und die jährlichen Gesamtkosten, die daraus entstehen, angegeben. Ebenso zu berücksichtigen sind Gehaltserhöhungen im Laufe der Förderzeit und Sonderzahlungen.

Rechtskosten

Es ist erwartbar, dass in manchen Fällen rechtlicher Beistand notwendig ist, sei es um Rückforderungen an einen Kostenträger (GKV, PKV, Sozialamt) durchzusetzen oder aber sein eigenes Handeln rechtlich abzusichern (bspw. Prüfung der ABS etc.). Deswegen muss dieser Posten ebenso im Finanzplan Erwähnung finden.

Sprachmittlung

Die Sprachmittlung kann innerhalb der Behandlungskosten oder der Personalkosten verrechnet werden oder als getrennter Posten aufgeschlüsselt werden. Je nachdem, ob diese durch das Projekt selbst organisiert wird, von der Stadt/dem Land gestellt wird, oder über eine externe Institution beauftragt wird, kann die eine oder andere Variante sinnvoller sein.

Sachmittel

Die Sachmittel können von Mietkosten, Energiekosten, über Druckkosten, Fortbildungskosten, Kosten für die Beauftragung einer Evaluation, Reisekosten etc. alles beinhalten, was noch nicht an anderer Stelle verrechnet wurde. Die Höhe der Kosten kann stark schwanken und wird teilweise mit 15 Prozent der Personalkosten veranschlagt.

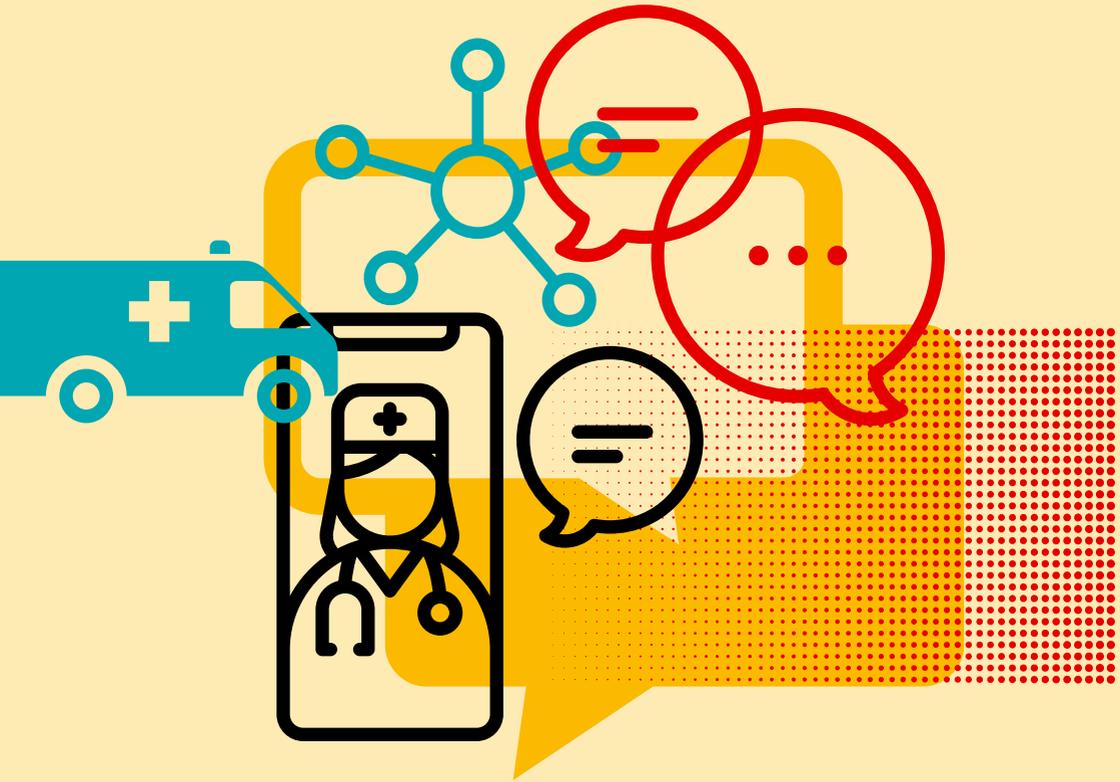
2.6. Anhang

Im Anhang befindet sich ein Quellenverzeichnis und Dokumente, die zur Veranschaulichung dienen.

Mögliche Dokumente im Anhang

- ▶ erste Entwürfe eines ABS und der diversen Abrechnungsscheine
- ▶ Grafiken zum Behandlungsablauf
- ▶ Handreichungen für Praxen und Ärzt*innen
- ▶ ein (von vielen Organisationen unterzeichneter) Unterstützer*innen Brief
- ▶ ein Empfehlungsschreiben von einer anderen Stadt/Land, indem bereits ein gut funktionierender ABS installiert ist





3. Konzept wird Projekt

Das Konzept ist fertig und liegt vor – nun gilt es, dieses Konzept zum richtigen Zeitpunkt und an den richtigen Stellen zu nutzen, um die Umsetzung des Konzeptes voranzutreiben. Wie das geschehen kann, erfahrt Ihr in diesem Kapitel.

3.1. lokaler Bezugsraum

Es gibt bereits gute Beispiele für ABS-Projekte sowohl auf kommunaler als auch auf Landesebene.³ Die genaue Ausgestaltung des ABS variiert im Behandlungsumfang, der Definition der Zielgruppen, der Bedingungen für Behandlung, der Höhe des Budgets, in der Kooperation mit Ärzt*innen oder auch bzgl. der Höhe der bezahlten Gebührensätze nach der GOÄ.

Das erstellte Konzept stellt dabei vorerst eine auf Machbarkeit geprüfte Wunschvorstellung dar, die anschließend verhandelt wird.

Zuvor muss aber entschieden werden, auf welcher lokalen Ebene es sinnig erscheint, das Konzept einzubringen. Denn all die möglichen Förderungen sind sogenannte „freiwillige Leistungen“, welche somit in direkter Abhängigkeit vom politischen Willen und damit der Zusammensetzung der (lokalen) Regierung stehen.

Welche Parteien regieren dort, die ein solches Vorhaben unterstützen würden? Gibt es bereits Parteien, die sich durch Wahlversprechen oder Wahlprogramme zu einem ABS o.Ä. verpflichtet haben? Steht die Errichtung eines ABS im Koalitionsvertrag oder gilt es, Parteien davon zu überzeugen, dies in die Koalitionsverhandlungen oder ins Wahlprogramm mit einzubringen? Jede Partei kann potentiell ein Interesse daran haben, dass es eine flächendeckende gesundheitliche Versorgung gibt, wobei die Gründe dafür variieren.

ÜBERSICHT

- 3.1. lokaler Bezugsraum
- 3.2. Argumente sammeln
- 3.3. Adressat*innen bestimmen
- 3.4. Den richtigen Moment nutzen
- 3.5. Kommunikationswege

3 Anonyme Behandlungsscheine und Clearingstellen (anonymer-behandlungsschein.de)

3.2. Argumente sammeln

Egal wer davon überzeugt werden soll, einen ABS zu installieren, die Argumentationsmöglichkeiten sind vielfältig und sollten entsprechend der Adressat*innen gewählt werden.

Argumentationsstränge

wertebasiert

- ▶ Gesundheit ist ein Menschenrecht
- ▶ christliche Nächstenliebe
- ▶ Menschenleben müssen gerettet werden

bedarfsorientiert

- ▶ mit lokalen Zahlen von Medinetzen oder anderen Akteur*innen aus dem Feld der medizinischen (Notfall-) Versorgung (ÄdW 2021) argumentieren
- ▶ Einzelfallsammlung/Archiv nutzen
- ▶ Überlastung von ehrenamtlichen Strukturen nachweisen
- ▶ Studien anführen (auf lokalen Bezug achten)

ökonomisch

- ▶ Notfallversorgung (auf die alle Anspruch haben) ist teurer als frühzeitige Behandlung
- ▶ Clearing günstiger, da so hohe Kosten für das Sozialamt verhindert werden können
- ▶ Krankenhäuser und Ärzt*innen werden entlastet, da so offene Rechnungen vermieden werden

gemeinwohlorientiert

- ▶ stärkt gesellschaftlichen Zusammenhalt
- ▶ fördert Glauben an den Sozialstaat
- ▶ Verhindern von Infektionsausbreitung
- ▶ Präventivmaßnahmen umsetzbar (Schutzimpfungen o.Ä.)
- ▶ Arbeitsmarkt ist auf leistungsfähige Arbeitskräfte angewiesen

systemoptimierend

- ▶ durch Projekt wird Dunkelziffer der Unversorgten erhellt
- ▶ Gründe für fehlende Versorgung können differenziert herausgearbeitet werden

3.3. Adressat*innen bestimmen

An wen sich gewandt wird, unterscheidet sich je nach lokaler Bezugsgröße (kommunal/regional). Entscheidend sind zudem der Aufgabenbereich, die Funktion, die politische Orientierung und die Erreichbarkeit potentieller Adressat*innen.

In die potentielle Zuständigkeit und Kompetenz von ABS-Projekten fallen folgende Adressat*innenkreise aus Politik und Zivilgesellschaft.

Land

▶ Landtag/Abgeordnetenhaus, Bürgerschaft, etc.
▶ Regierung – Opposition
▶ Gesundheitsministerium bzw. -senat
▶ Migrationsministerium bzw. -senat
▶ Sozial- und gesundheitspolitische Sprecher*innen der Parteien
▶ Landesfachausschüsse Gesundheit/ Soziales der Parteien
▶ Unterstützer*innenkreise (Wohlfahrtsverbände, Kirche, Mediziner*innen)
▶ Arbeitskreise (Migration, Illegalität, Gesundheit, Obdachlosigkeit,...)
▶ Beauftragte*r für Migration
▶ Ehrenamtliche Strukturen der medizinischen Erstversorgung
▶ Medizinische Einrichtungen und Verbände als Expert*innen
▶ Enquete Kommission

Kommune

▶ Stadt-/Gemeinderat
▶ Regierung – Opposition
▶ Gesundheitsamt
▶ Sozialamt
▶ Sozial- und gesundheitspolitische Sprecher*innen der Parteien
▶ Mitglieder des Bürger-/Sozialausschusses
▶ Unterstützer*innenkreise (Wohlfahrtsverbände, Kirche, Mediziner*innen)
▶ Arbeitskreise (Migration, Illegalität, Gesundheit, Obdachlosigkeit,...)
▶ Migrationsbeirat
▶ Ehrenamtliche Strukturen der medizinischen Erstversorgung
▶ Medizinische Einrichtungen und Verbände als Expert*innen

3.4. Den richtigen Moment nutzen

Um Themen zu platzieren, gibt es bessere und schlechtere Zeitpunkte. Dabei gilt es sowohl die politische und gesellschaftliche Ausgangslage zu bedenken, und somit den größeren Rahmen, als auch auf interne Strukturen Acht zu geben.

3.4.1. Die politische und gesellschaftliche Ausgangslage

Welche Parteien gerade regieren, kann einen erheblichen Einfluss darauf haben, ob die Durchsetzung eines ABS-Projekts erfolgreich ist. Dementsprechend kann es sinnvoll sein, den lokalen Bezugsraum des Projekts nach der jeweiligen politischen Situation auszurichten.

Ein besonders effektiver Hebel, um Forderungen durchzusetzen sind (anstehende) Wahlen, da Programme neugestaltet werden und eine erhöhte Sensitivität für die Belange der Bürger*innen besteht.



Wahlen

Der Zeitraum um- und nach den Wahlen steht im Zeichen besonderer medialer Aufmerksamkeit. Vor den Wahlen wollen sich Politiker*innen profilieren und so viele Stimmen wie möglich sichern. Sind die Wahlen bereits vorbei, stehen sie unter dem öffentlichen Druck, ihre Versprechen umzusetzen. Beide Situationen bieten verschiedenes Aktionspotenzial, um die Idee eines ABS einzubringen.

Vorher: Dieser Zeitraum eignet sich, um Themen bei den Parteien zu platzieren. Im besten Fall schafft man es, Fürsprecher*innen zu gewinnen, die die Etablierung eines ABS in ihr Wahlprogramm einbringen oder aber in künftigen Koalitionsverhandlungen im Hinterkopf haben.

Nachher: Haben sich die Parteien für einen ABS ausgesprochen, oder dessen Etablierung sogar im Wahlprogramm stehen, gilt es nun die Umsetzung zu begleiten. Jetzt ist der Moment, um die eigenen Vorstellungen des ABS durchzusetzen. Da in diesem Zeitraum außerdem die Verteilung der Haushaltsgelder beschlossen wird, sollte bereits ein Konzept mit den Vorstellungen der benötigten Finanzmittel vorliegen.

(Soziale) Krise(n)

In Zeiten gesellschaftlicher Krisen verschiebt sich oftmals der Fokus der Wahrnehmung marginalisierter Gruppen in Relation zur Gesamtbevölkerung. Dies führt nicht selten dazu, dass sich eine erhöhte Sensibilität für Themen andauernder gesellschaftlicher Problemlagen in der Gesamtbevölkerung bemerkbar macht.

Krisenlagen können außerdem dazu führen, dass sich die Situation der Versorgung besonders zuspitzt. Sei es durch eine Zunahme an Migrationsbewegungen, Pandemien, oder Veränderungen der lokalen sozioökonomischen Situation. Auch politische Entscheidungen können Versorgungskrisen auslösen. Kommt es zu dramatischen Einzelfällen der Unterversorgung, können diese aufgrund ihrer Medienwirksamkeit Handlungsdruck erzeugen.

Krisenhafte Zeiten eignen sich besonders gut, um positive Erfolgsgeschichten bestehender Projekte medial zu platzieren und somit Rückhalt für das eigene Vorhaben zu generieren.

3.4.2. Eigene Ressourcen

Mindestens genauso wichtig bei Abwägungen über den richtigen Zeitpunkt ist die Betrachtung der internen Zusammensetzung der Gruppe. Denn es kann nur so viel erreicht werden, wie ihre Mitglieder leisten können und eine Überstrapazierung der Gruppe kann langfristig negative Folgen für den Fortbestand haben. Zu achten ist somit auf die Verfügbarkeit personeller und finanzieller Ressourcen, sowie der Ressourcen, auf welche aus dem Netzwerk zurückgegriffen werden kann.

Personelle Ressourcen

Die Etablierung eines ABS kostet viel Zeit und Fachwissen. Um Überforderung und Enttäuschungen zu vermeiden, sollte realistisch abgeschätzt werden, wie viel Zeit den Ehrenamtlichen zur Verfügung steht und wer welche Kompetenzen an welcher Stelle einbringen kann. Bei absehbaren Engpässen erwies sich als funktionierende Praxis, lokale Projekte anzufragen, ob sie durch Personal oder auch finanzielle Ressourcen aushelfen können.

Finanzielle Ressourcen

Um ein ABS-Projekt zum Laufen zu bringen, braucht es, zumindest für zivilgesellschaftliche Organisationen, ein gewisses eigenes Startkapital. Dies kann entweder nützlich sein, um Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben, sich eine Infrastruktur aufzubauen, oder um Reisekosten für Vernetzungstätigkeiten abdecken zu können. Gleichzeitig ist es vielen ehrenamtlichen Strukturen, durch ein hohes Engagement und eine hohe Bereitschaft, persönliche Ressourcen einzusetzen, auch ohne finanzielles Startkapital möglich, die ersten Schritte bis zum geförderten ABS-Projekt zu beschreiten (s. Personelle Ressourcen).

Stiftungen sind oftmals eine gute Anlaufstelle für Kleinförderungen, die als Startkapital ausreichend sind. Seien es parteinahe Stiftungen (bspw. RosaLux), Stiftungen der freien Wirtschaft (bspw. Lush-Stiftung) oder Andere inhaltlich passende Stiftungen (bspw. Bewegungsstiftung) bei denen unkompliziert kleinförderungen beantragt werden können. Fristen für Einreichung und Bewilligung gilt es zu beachten, ebenso wie die Frage der Machbarkeit der Antragstellung in der Gruppe.

Netzwerk

Um ein ABS-Projekt erfolgreich umzusetzen, hat es sich in der Vergangenheit als äußerst nützlich erwiesen, ein großes Netzwerk an Unterstützer*innen zu haben. Dies zeugt von gesellschaftlicher Relevanz und erzeugt politischen Druck. Wissenstransfer und Verweisarbeit bieten zusätzliche Ressourcen, die aus dem Netzwerk eingespeist werden. Zudem kann die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, einen Beirat zu installieren, der durch namhafte und kompetente Mitglieder beratend dem Projekt zu weiterer Expertise verhilft.

3.5. Kommunikationswege

Je nach Zielgruppe wird so an einer Argumentationskette gefeilt, die zur direkten Ansprache durch Lobbyarbeit, Netzwerkarbeit oder der Kommunikation in Arbeitskreisen dienen soll oder aber an die breite Öffentlichkeit gerichtet ist, wie bei der Öffentlichkeitsarbeit in Print und Social Media.

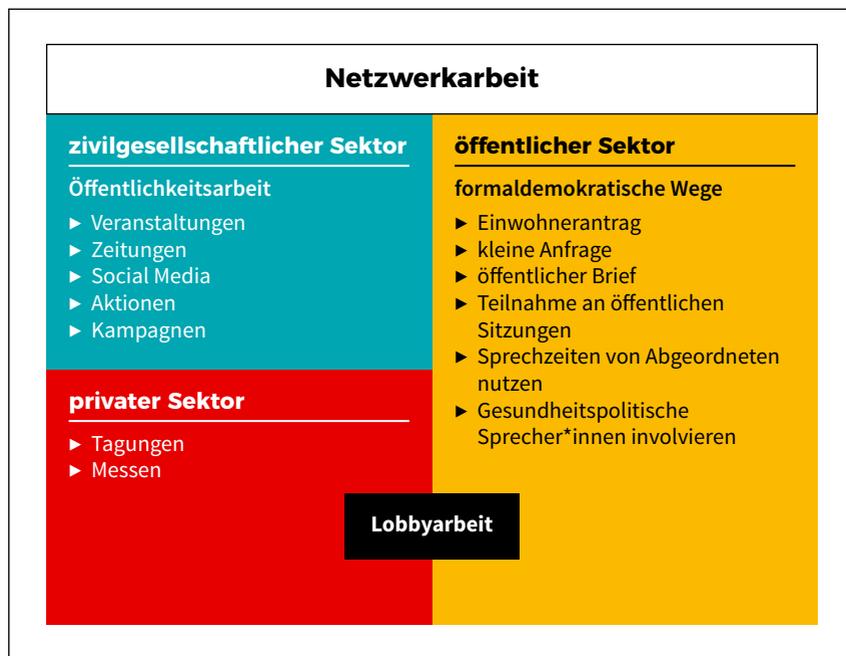
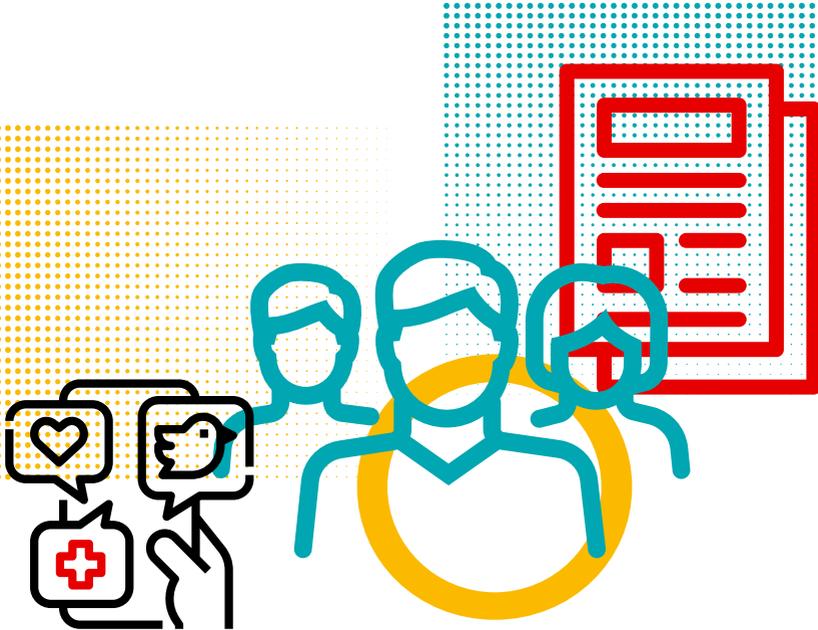


Abb. 5: Kommunikationswege und Adressat*innen



Ein Weg, der sich für die Durchsetzung eines ABS bereits bewährt hat, ist der eines Einwohnerantrags bzw. Bürgerantrags. Mit diesem Instrument wird der Gemeinderat dazu verpflichtet, sich mit einer bestimmten Angelegenheit in einer öffentlichen Sitzung zu befassen. Auf Landesebene gibt es die Möglichkeit, sachbezogen kleine Anfragen über Abgeordnete stellen zu lassen. Mit kleinen Anfragen können Abgeordnete in Parlamenten ihrer jeweiligen Regierung Fragen stellen, die von dieser zeitnah beantwortet und veröffentlicht werden müssen. So können Fragen zur medizinischen Versorgung beispielsweise Grundlage für weitere Öffentlichkeitsarbeit sein oder dazu dienen, auch Parteien auf gewisse Sachverhalte aufmerksam zu machen. Öffentliche Briefe an Politiker*innen sind am wirkungsvollsten in großen, starken Netzwerkverbänden zu stellen. Sie enthalten meist die Darstellung von Missständen und eventuell einen Lösungsvorschlag.

Lobbyarbeit

Es gilt herauszufinden, welche wichtigen politischen oder zivilgesellschaftlichen Figuren es gibt, wie sie das Vorhaben unterstützen können, welche Interessen sie vertreten und wie sie für das Vorhaben gewonnen werden können. Überzeugend sind etwa detaillierte Konzepte inklusive Finanzplan,

(selbst erhobene) Daten und Statistiken, Beispiele laufender Projekte, ein professionelles Auftreten und persönliche Kontakte. Dabei kann es hilfreich sein zu analysieren, ob die Personen in bekannten Netzwerken aktiv sind oder ob es Verbindungen zu anderen Unterstützer*innen gibt. Darüber hinaus gibt es politische Gremien, Kommissionen oder Arbeitskreise, die aufgrund ihrer inhaltlichen Ausrichtung oder ihrer Funktion eine direkte Plattform für die Vorstellung des ABS-Projekts bieten.

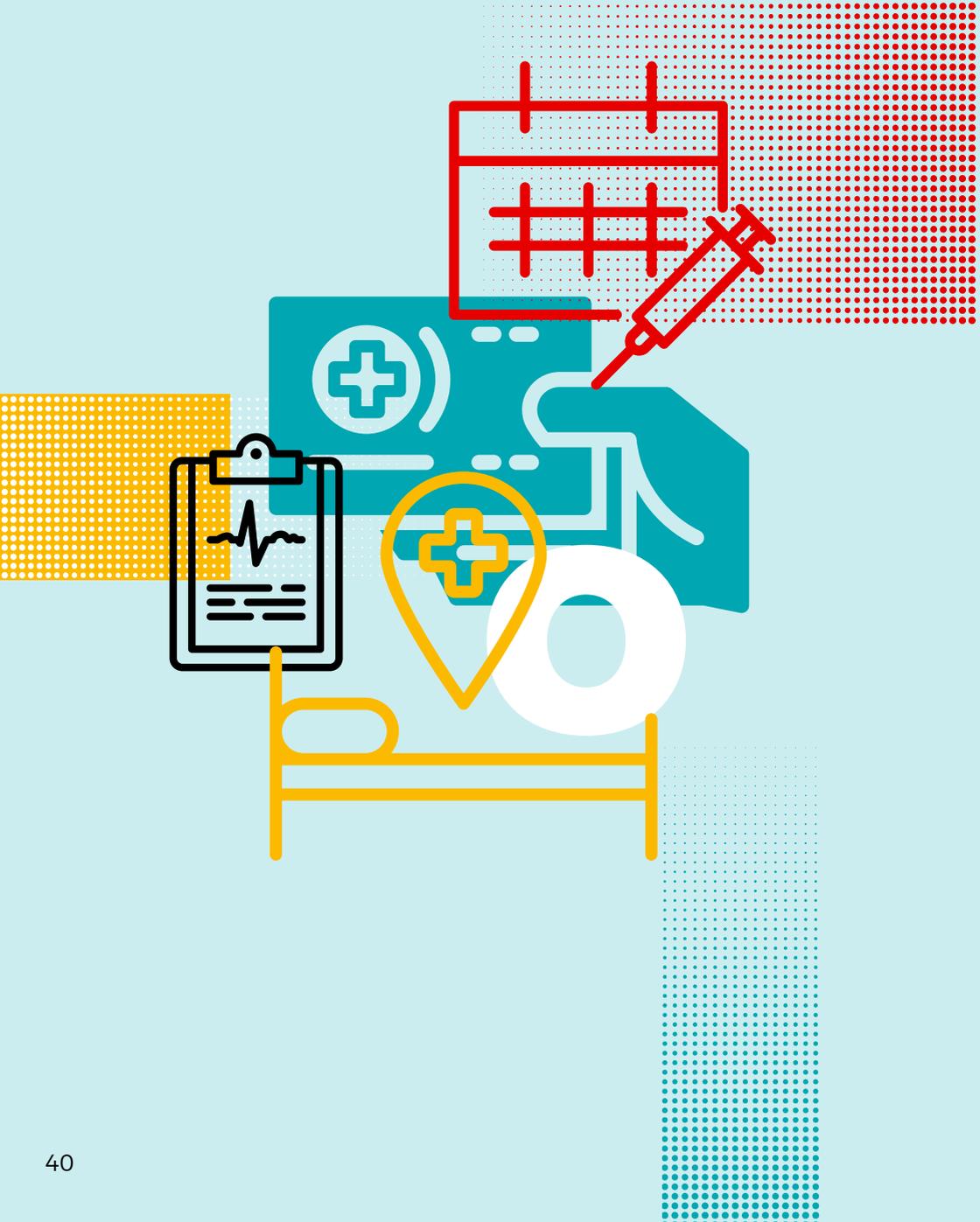
Öffentlichkeitsarbeit

Eine gute Öffentlichkeitsarbeit kann viel bewegen, wenn sie es schafft, Missstände zu politisieren und auf lokaler oder regionaler Ebene bekannt zu machen. Immerhin ist die Politik stets darum bemüht, ihre Wähler*innen zu halten oder neue zu gewinnen. Zudem können auf diese Weise weitere Unterstützer*innen gewonnen werden. Verschiedene Kanäle können sein: Social Media, eine Homepage, lokale Zeitungen, lokale Radio- und Fernsehsender, oder auch Flyer und Plakate. Themenspezifische Kampagnen, Kundgebungen oder Demonstrationen aber auch die Darstellung von einzelnen Fällen (anonymisiert) in den Medien, gepaart mit dem Druck des Vereinslogos können ebenfalls Unterstützer*innenkreise vergrößern und politische Aufmerksamkeit gewinnen.

Netzwerkarbeit

Um ausreichend Unterstützung in der Politik und der Bevölkerung zu erhalten, sollte ein möglichst breites Netzwerk an Unterstützer*innen aufgebaut werden. Dies können einzelne Abgeordnete sein, Ärzt*innen, Angestellte der Stadtverwaltung, aber auch große Wohlfahrtsverbände, kirchliche Einrichtungen, oder andere ehrenamtliche Gruppen, die in der medizinischen Versorgung tätig sind. Auch Krankenhäuser haben einen direkten Draht und Einfluss auf die Politik, bei einem gleichzeitigen Interesse an einer besseren Versorgung aufgrund der eigenen finanziellen Schäden, die dadurch erspart werden können.

Das Netzwerk kann zum Beispiel über öffentlichkeitswirksame (Informations)-Veranstaltungen, Unterstützer*innenbriefe, die gezielte Kontaktaufnahme oder Social Media generiert werden.



4. Projekt wird (Dauer-)Aufgabe

Es ist geschafft: Dank der konzeptionellen Vor- und der politischen Überzeugungsarbeit hat die ausgewählte Kommune oder Landesregierung einen ABS eingeführt. Was ist nun zu tun?

ÜBERSICHT

4.1. Transparenz

4.2. Netzwerke

4.3. Skalierung des Projektvorhabens

Bei allen ABS-Projekten, so gut sie auch funktionieren mögen und so ausgeklügelt sie zu sein scheinen, bleibt ein Widerspruch, der sich aus der derzeitigen nationalen Gesetzeslage ergibt: ABS-Projekte verweilen bislang in der lokal geförderten Projektlogik, und das, obwohl die Herausforderungen, welche zur fehlenden Gesundheitsversicherung und dadurch oftmals medizinischen Versorgung führen, nicht strukturell gelöst werden und somit keine Abnahme von Fällen in Aussicht ist, die eine Projektförderung (anstelle einer Dauerförderung) nachvollziehbar macht. Ein ABS kann nur eine Brücke sein, die eine Versorgungslücke temporär verkleinert: Denn der hohe Aufwand zum Betreiben dieser Parallelstruktur ist vermeidbar. Die dafür notwendigen Entscheidungen liegen auf Bundesebene, und sollten daher auch dort erreicht werden. Auf lokaler Ebene, und im Rahmen des ABS-Projektes hingegen impliziert die Projektprekarität verschiedene dauerhafte Verpflichtungen für die Umsetzenden.

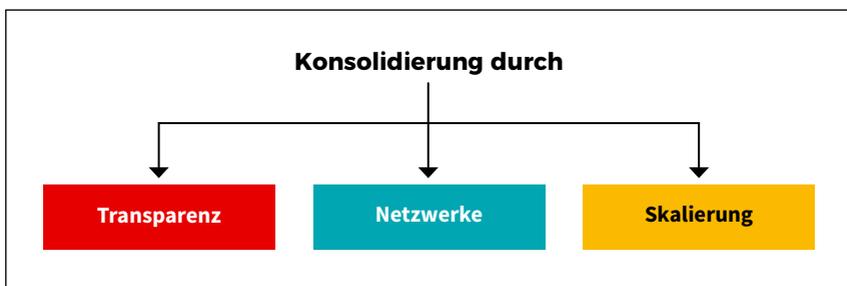


Abb. 6: Gelingensbedingungen für die Verstetigung

4.1. Transparenz

Für die Projekte bedeutet dies eine anhaltende (politische) Überzeugungsarbeit zu leisten: Den Geldgebenden gegenüber, der Öffentlichkeit und aber auch den Gesetzgebenden gegenüber. Dadurch reißt die beschriebene Arbeit in Kapitel 3 nie ab. Inhaltlich ändert sich die Arbeit insofern, dass es nun gilt, die Arbeit, Erkenntnisse und Bedarfe, die sich aus der Projektlaufzeit ergeben haben, transparent zu machen. Formate dafür sind je nach Zielgruppe unterschiedlich.

Transparenz gegenüber Zuwendungsgebern - Tätigkeitsberichte/Verwendungsnachweise

Im Rahmen von Tätigkeitsberichten wird dokumentiert, für was die bewilligten Mittel verausgabt wurden und ob der Zeitplan eingehalten wird. Die Erstellung von Tätigkeitsberichten ist in der Regel eine förderrechtliche Vorgabe. Die Berichte können aber auch für die interne Dokumentation sehr hilfreich sein, da sie zeigen, ob die benötigten Gelder und der Verlauf des Projekts richtig eingeschätzt wurden oder ob nachgesteuert werden muss. Neben den Verwendungsnachweisen ist es ebenso empfehlenswert, regelmäßige Treffen zwischen Fördermittelgeber*innen und Projektumsetzenden zum Zwecke der kurzfristigen Mitteilung von Aktivitäten und besonderen Vorkommnissen zu installieren. Nicht immer ist dies von der/dem Fördermittelgeber*in so gefordert, produziert aber kurze Wege und stärkt die Kooperation durch gegenseitiges Vertrauen.

Transparenz gegenüber der Öffentlichkeit - Öffentlichkeitsarbeit/Veranstaltungen

Berichte in der Öffentlichkeit über die eigenen Tätigkeiten schaffen Transparenz über die Verwendung von Steuergeldern und erhöhen unter Umständen die gesamtgesellschaftliche Unterstützung des Projektes sowie der lokalen Regierung, die ein solches Projekt fördert und befürwortet. Auch Auftritte in Fachgremien, in Seminaren oder auf thematisch passenden Veranstaltungen vergrößern den Bekanntheitsgrad in der Öffentlichkeit und die Unterstützung durch andere Strukturen.

4.2. Netzwerke

Netzwerke existieren nur, wenn sie auch aktiv gelebt werden. Dies geschieht durch deren (gegenseitige) Nutzung, die Pflege von persönlichen Kontakten und auch hier: den Erfahrungs- und Ergebnisaustausch.

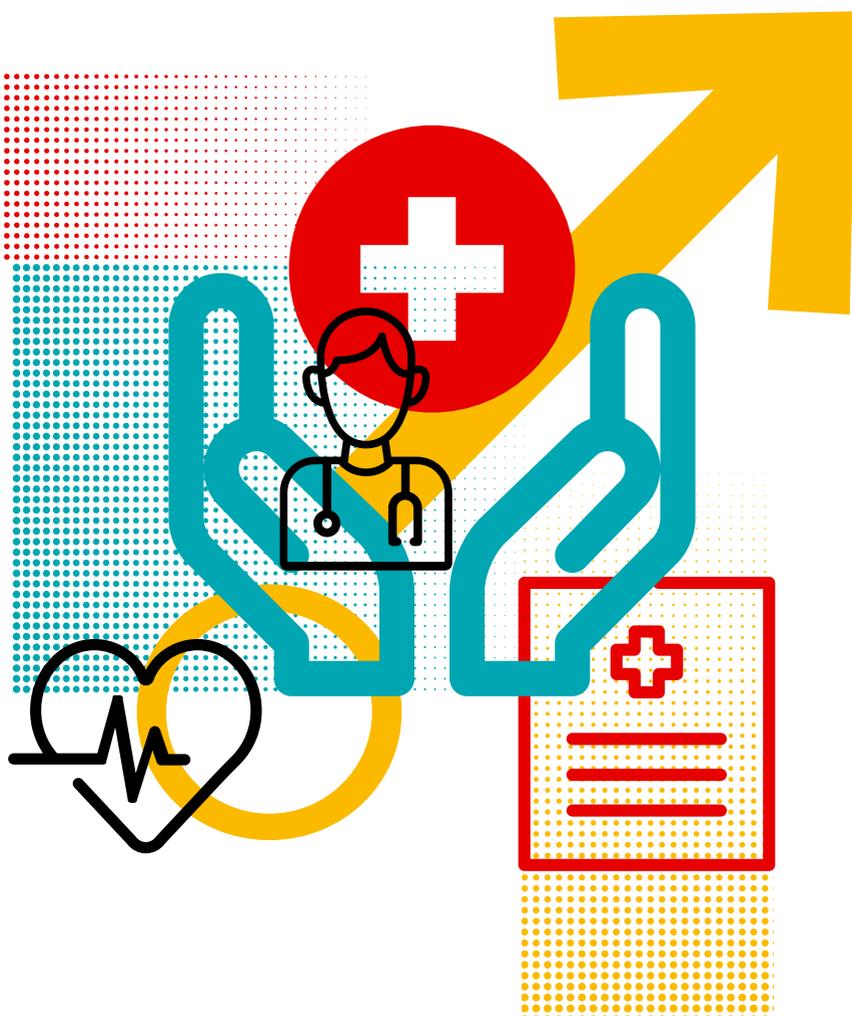
Patient*innen erreichen & Netzwerk der Vertrauensärzte ausbauen

Nachdem das Projekt anläuft, müssen die Menschen die einer medizinischen Versorgung bzw. einer Klärung ihres Versicherungsstatus bedürfen über den ABS informiert werden. Auch zu diesem Zwecke sind eine breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit sowie ein großes Netzwerk an unterstützenden Organisationen nützlich. Ebenso muss – auf Landesebene – insbesondere am Anfang das Netzwerk der Vertrauensärzt*innen ausgebaut werden, um den Zugang zum ABS besonders niedrigschwellig und erreichbar zu gestalten. Durch den doch meistens sehr hohen bürokratischen Aufwand, den ein ABS mit sich bringt, gilt es die Vertrauensärzt*innen, die teilweise eher mit einer Aufwandsentschädigung als mit einer ordentlichen Vergütung bezahlt werden, ebenso wie Ehrenamtliche gut zu umhegen.

Pflege des Ehrenamts

Je nachdem, wie das Projekt aufgebaut ist, kann das Ehrenamt eine größere oder kleinere Rolle spielen. Sei dies im Rahmen eines Vorstands, als inoffizielle Entscheidungsinstanz, als ehrenamtliche Dienstleister*innen oder als Unterstützungsgruppe für öffentlichkeitswirksame Aktionen und Kampagnen. In jedem Fall ist es wichtig, Zeit und Sorgfalt in den Zusammenhalt der Gruppe zu investieren. Dies kann im Alltagsgeschäft leicht in den Hintergrund treten. Doch insbesondere durch den prekären Status der ABS-Projekte, und die stark begrenzten Mittel für die benötigte Arbeit sowie die Unsicherheit über eine Fortführung der Fördermittel, braucht es eine stabile und ideell überzeugte Projektgruppe hinter dem Projekt. Seien es Weihnachts-/ Sommerfeiern, Fortbildungen oder die Involvierung in verantwortungsvolle Tätigkeiten oder Entscheidungen: all dies kann das Ehrenamt binden.

Genauso sollten die Beziehungen zu den Unterstützer*innen und allen involvierten Akteur*innen gepflegt werden. Es können nun auch diejenigen Institutionen/Personen zur Unterstützung motiviert werden, die bei Projektbeginn noch nicht überzeugt waren, denn nach positiven Projektergebnissen ist die Argumentationslage anders – zudem kann sich die politische Landschaft rasch ändern.



4.3. Skalierung des Projektvorhabens

In Deutschland gibt es mittlerweile schon eine Menge laufender kommunaler ABS-Projekte oder Projekte im Aufbau. Damit es zu einer flächendeckenden Versorgung kommt und damit die Gesundheitsversorgung nicht am Stadtrand aufhört, ist es erstrebenswert, die Verankerung auf einer größeren räumlichen Ebene zu erwirken. Gerade in Bundesländern, in denen es schon einige kommunale ABS-Projekte gibt, kann es sinnvoll sein, im engen Austausch mit anderen Projekten zu stehen und gemeinsame Forderungen auf Landesebene zu stellen. Gleichzeitig gibt es bereits Netzwerke, die sich gemeinsam für eine Gesetzesänderung auf Bundesebene stark machen und die gerne neue Gesichter in ihren Reihen begrüßen (BAG Illegalität/Gesundheit, BACK). Innerhalb des BACKs gibt es zudem eine AG, die ABS-Projekte zu spezifischen Fragen beim Aufbau unterstützt (hierzu bitte eine Mail schicken an ag_aufbau@anonymer-behandlungsschein.de)

Die Bundesländer haben zudem auch eine Vorbildfunktion oder Strahlwirkung. Durch Gremien wie die Gesundheitsministerkonferenz oder auch den Bundesrat stehen sie miteinander im Austausch und haben Gestaltungsmacht bzgl. gesundheitspolitischer Fragen; sie können Impulse setzen und mit anderen Ländern ihre guten Erfahrungen austauschen.

Die Einführung eines kommunalen oder Landes-ABS sollte nicht das einzige Ziel sein – ein Anonymer Krankenschein ist vielmehr nur ein Mittel, um für eine generelle Transformation der Gesundheitsvorsorge zu einem universalistischen Modell und für die Abschaffung der verschiedenen Ausschlussmechanismen zu kämpfen – für eine Gesundheitsversorgung für alle!

5. Quellenverzeichnis

anonymer-behandlungsschein.de (o.J.): [Anonyme Behandlungsscheine und Clearingstellen](#)

AKSB (2021): Konzept des Vereins Anonymer Krankenschein Bonn e. V. zur Einführung einer medizinischen Versorgung für Menschen mit eingeschränktem bzw. ohne Krankenversicherungsschutz in Bonn.

Ärzte der Welt (2019): Gesundheitsreport 2019. Zurückgelassen – Wen unser Gesundheitssystem ausschließt. Krank und ohne medizinische Versorgung in Deutschland.

Ärzte der Welt (2020): Gesundheitsreport 2020. Wie in Deutschland das Menschenrecht auf Gesundheit verletzt wird. Krank und ohne medizinische Versorgung in Deutschland.

Ärzte der Welt (2021): Gesundheitsreport 2021. Ungesehen, ungeschützt. Unversichert in der Pandemie. Krank und ohne medizinische Versorgung in Deutschland.

BAG Gesundheit/Illegalität (2018): Krank und ohne Papiere. Fallsammlung der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität.

BAG Gesundheit/Illegalität (2019): Notfallhilfe für Menschen im Krankenhaus ohne Papiere. Aktuelle Herausforderungen und Lösungsansätze. Arbeitspapier der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität.

Bornschlegel, Wiebke (2016): Der Zugang von Kindern ohne Papiere zu medizinischer Versorgung in Deutschland. Befunde einer explorativen Studie. Erlangen: Wiebke Bornschlegel.

Bozorgmehr, Kayvan/Razum, Oliver (2015): Effects of Restricting Access to Health Care of Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013.

Diakonie (2019): Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere. <https://www.diakonie.de/wissen-kompakt/gesundheitsversorgung-fuer-menschen-ohne-papiere-1>. (letzter Zugriff am 14.09.22)

FRA – European Union Agency for Fundamental Rights (2015): Cost of Exclusion from Healthcare. The Case of Migrants in an Irregular Situation. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Frings, D. (2019): Zugang zum Gesundheitssystem für Unionsbürgerinnen und Unionsbürger, Angehörige des EWR und der Schweiz. Hrsg.: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration BAGFW.

Niedermaier, Andreas/Freiberg, Anna/Tiller, Daniel/Wienke, Andreas/Führer, Amand (2020): Outpatient Health Care Utilization and Health Expenditures of Asylum Seekers in Halle (Saale), Germany – an Analysis of Claims Data. BMC Health Service Research 20/961.

Medinetz Leipzig (2018): Konzept Anonymisierter Behandlungsschein mit Clearingstelle (Erstentwurf, Stand 12/2018).

SABS e.V. (2022): Konzept eines Sächsischen Anonymen Behandlungsscheines (SABS).

Statistisches Bundesamt (2019): Weniger Menschen ohne Krankenversicherungsschutz.

Vogel, Dita (2016): Kurzdossier: Umfang und Entwicklung der Zahl der Papierlosen in Deutschland. Fachbereich 12. Arbeitsbereich Interkulturelle Bildung. AbIB-Arbeitspapier 02/2016.

Der Anonyme Behandlungsschein, auch Anonymer Krankenschein genannt, hat sich in den letzten 10 Jahren als eine Möglichkeit bewährt, Menschen ohne Krankenversicherung auf lokaler Ebene einen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verschaffen. Dabei kooperieren meist zivilgesellschaftliche Organisationen mit staatlichen Einrichtungen, um einen ABS zur Verfügung zu stellen. Ausschlüsse von Menschen aus dem Gesundheitssystem entstehen in Deutschland sowohl durch nationalstaatliche Ordnungspolitik, als auch durch eine zunehmend wettbewerbsorientierte und weniger sozial inklusive Ausrichtung des Gesundheitssystems.

Im vorliegenden Werk handelt es sich um einen Handlungsleitfaden, der sich an zivilgesellschaftliche Organisationen und kommunale- oder Landeseinrichtungen richtet. Er soll eine Orientierung geben welche Schritte notwendig sind, um die Installation eines Anonymen Behandlungsscheins (ABS) auf lokaler Ebene voranzutreiben.

Der Handlungsleitfaden widmet sich in vier Kapiteln (1) der nationalpolitischen Ausgangssituation, durch die Ausschlüsse von der Gesundheitsversorgung entstehen; (2) der konzeptionellen Vorarbeit mit einem genauen Fahrplan, wie ein Konzept für das Angebot eines Anonymen Behandlungsscheins aussehen kann; (3) der politisch notwendigen Arbeit, welche die richtige Ansprache geeigneter Kooperationspartner*innen auf lokaler Ebene aus Politik, Zivilgesellschaft und privatem Sektor thematisiert und (4) dem Erhalt eines erfolgreich installierten Projektes und den dafür notwendigen Aktivitäten.

Der Leitfaden bietet nützliche Kontakte zu Organisationen, die fachlichen Austausch und/oder finanzielle Unterstützung, v.a. für zivilgesellschaftliche Organisationen, die einen Anonymen Behandlungsschein in ihrem lokalen Bezugsrahmen installieren wollen, anbieten. Zudem helfen angeführte Quellen aus Forschung und Wissenschaft für eine fundierte Argumentation zur Überzeugung eines breiten Publikums für die Einführung eines Anonymen Behandlungsscheins.