

## Verantwortung für Versorgungskontinuität bei fehlendem Versicherungsschutz

Online publiziert: 24. April 2013  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Ein 67-jähriger Mann (Herr G.) wird im November 2011 nach einem Notarzteinsatz mit dem Rettungswagen auf die Intensivstation eines Krankenhauses der Regelversorgung eingeliefert. Die Verdachtsdiagnose lautet „cerebraler Insult“. Im Krankenhaus bestätigt sich die Diagnose. Für den Schlaganfall wird ein persistierendes Vorhofflimmern verantwortlich gemacht.

Nach der Einweisung in die Klinik wird deutlich, dass Herr G. keinen Ausweis, keine Krankenversicherung, keine direkten Angehörigen und keine regelmäßigen Einkünfte hat. Herr G. unterstützte bis zu seiner Krankenhauseinweisung mehrere ältere und pflegebedürftige Personen, z. B. im Haushalt oder im Garten, wofür man ihn mit einem kleinen Taschengeld entlohnte. Dies diente zur Sicherung seines Lebensunterhaltes. Er wohnte über längere Zeit bei einer älteren Frau in der Gartenlaube.

Wegen der unklaren Kostenübernahme wird nach der Einweisung das Verwaltungssekretariat des Krankenhauses eingeschaltet. Der Sozialdienst des Krankenhauses fühlt sich nicht zuständig, „weil dieser mit Kur- und Reha-Anträgen genügend ausgelastet ist“, so das Krankenhaus. Die Verwaltungskraft aus der Patientenverwaltung schaltet das Sozialamt der Stadt ein. Hier ist Herr G. nicht bekannt, da er bisher auch keine Anträge, z. B. auf Grundsicherung im Alter, gestellt hatte.

Der Patient hat eine Lähmung des rechten Armes, die unter der Lysetherapie nach etwa vier Tagen nur noch dezent wahrnehmbar ist. Im Gehen ist er nicht eingeschränkt. Er muss die ersten zwei Tage jedoch auf der Intensivstation und danach zwei Tage auf der „Intermediate Care“-Station verbringen. Nach der Lysetherapie erhält Herr G. zur Blutverdünnung Heparin-Spritzen und zur Stabilisierung des Vorhofflimmerns Beta-Blocker.

Drei Tage nach seiner Einlieferung findet sich auf dem Nachttisch-Schrank von Herrn G. ein etwa dreißigseitiges Antragsformular des Sozialamtes. Dieses wurde über die Verwaltung an Herrn G. weitergeleitet. Das Krankenhaus bemüht sich, dass Herr G. schnell die Grundsicherung im Alter erhalten und wieder krankenversichert sein soll. Bis zu seinem 30. Lebensjahr war Herr G. krankenversichert gewesen, dann zahlte er aus ungeklärten Gründen keine weiteren Sozial- und Krankenversicherungsbeiträge mehr.

Das Ausfüllen des Antrags ist für den Patienten erschwert, da dieser keine geeignete Brille hat. Seine Angaben im Antrag bleiben notwendigerweise lückenhaft. So kann er weder eine feste Adresse, noch eine Bankverbindung, noch genaue Angaben zu seinen bis-

herigen Beschäftigungsverhältnissen machen. Auch eine Meldebescheinigung, eine Sozialversicherungsnummer oder eine Ausweisnummer fehlen.

Ein Erstversorger, der den Notarzt alarmiert hatte und der Herrn G. nur flüchtig kennt, unterstützt diesen beim Ausfüllen der umfangreichen Anträge ehrenamtlich.

Nach fünf Tagen droht das Sozialamt damit, dass keine Leistungen bezogen werden können, wenn nicht binnen einer Woche der vollständige Antrag vorliegt. Dies ist Herrn G. jedoch nicht möglich.

Zwei Wochen nach seiner Klinikeinweisung, kurz vor Weihnachten, wird Herr G. trotz mehrmaliger Interventionen des ehrenamtlichen Helfers, der auf die fehlende Versorgungskontinuität hinweist, in die „häusliche Umgebung“ (so der Arztbrief), also in die Gartenlaube, entlassen. Er erhält einen Arztbrief für einen bisher nicht vorhandenen Hausarzt. Als Therapieempfehlung enthält der Arztbrief neben der Fortführung der Heparin-Spritzen auch eine dauerhafte Behandlung mit einem Beta-Blocker, um das Vorhofflimmern zu regulieren. Nachfragen bei möglichen Hausärzten ergeben, dass diese nur dann die Behandlung übernehmen wollen, wenn eine Kostenübernahmeerklärung des Sozialamtes vorliegt. Nachfragen beim Sozialamt ergeben, dass für die Kostenübernahme die Krankenkasse zuständig sei, da dort früher eine Krankenversicherung bestanden habe. Nachfragen bei der Krankenkasse ergeben, dass diese das Sozialamt in der Verantwortung sieht. So bleibt Herr G. die ersten Tage nach seiner Entlassung ohne ausreichende medizinische oder pflegerische Versorgung.

Zwei Tage nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus erleidet Herr G. einen Schwindelanfall, stürzt und bricht sich das Nasenbein. Ursache hierfür waren vermutlich Herzrhythmusstörungen, die durch die fehlende Einnahme des Beta-Blockers verursacht waren. Er wird wieder in der Klinik stationär aufgenommen.

## Kommentar I zum Fall: „Verantwortung für Versorgungskontinuität bei fehlendem Versicherungsschutz“

Arne Manzeschke

Online publiziert: 2. April 2013  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Fälle wie dieser dürften in den nächsten Jahren vermehrt auftreten. Auch wenn die Zahl der Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland seit Einführung der Versicherungspflicht 2007 um etwa 30 % auf rund 137.000 gesunken ist [2], so kann diese Zahl allein nicht beruhigen. Der Mikrozensus von 2011 weist eine Zahl von 158.000 Personen auf [3] und hierin sind Wohnungs- und Versicherungslose wie Herr G. gar nicht erfasst. Zudem steigt unter den Beziehern von niedrigen Einkommen oder Hartz IV die Zahl derer, die ihre Versicherungsbeiträge nicht mehr zahlen können, geschweige Vorsorge für ein entsprechendes Sicherungsniveau leisten, wie es die Bundesregierung in ihrer jüngsten Armuts- und Reichtumsberichtserstattung empfiehlt (vgl. [1], S. XXXVIII). Auch wenn dieser Bericht einige Schönungen erfahren hat, ist die Tendenz unverkennbar: Die Zahl der Menschen im Niedriglohnsektor, ohne Beschäftigung und ohne ausreichende Sozial- und Krankenversicherung wird steigen (vgl. [1], S. 266). Ein ökonomisches wie assekuratives Prekariat wächst heran, das die Fragen nach Solidarität und Gerechtigkeit in drängender Weise aufwirft.

Im geschilderten Notfall dürften die Leistungserbringer Herrn G. die Behandlung *prima vista* nicht verweigern. Sofern eine Hilfebedürftigkeit zur Gesundheit nach § 121 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) und § 28 Abs. 2 BSHG gegeben ist, sind die Kosten beim zuständigen Sozialhilfeträger einzuholen (vgl. Bundesgerichtshof (BGH) Urteil v. 10.2.2005 III ZR 330/04). Im Fall von Herrn G. besteht zwar faktisch eine Bedürftigkeit, da diese aber amtlich bisher nicht festgestellt bzw. nach dem Notfall nicht rechtzeitig und umfassend beantragt wurde, greifen die einschlägigen Paragraphen nicht; dem Krankenhaus droht ein Ausfallrisiko.

Medizinethisch betrachtet offenbart der Fall einen Konflikt zwischen dem Benevolenzprinzip und der Gerechtigkeit: Es ist geboten, Menschen in Not zu helfen. Es ist ungerecht, wenn Menschen regelwidrig Leistungen aus einem System beziehen, in das sie nicht eingezahlt haben. Dass Herr G. aus medizinischer und pflegerischer Sicht relativ gut geholfen

---

PD Dr. theol. habil. A. Manzeschke (✉)  
Ethik und Anthropologie im Gesundheitswesen,  
Institut Technik Theologie Naturwissenschaften an der Ludwig-Maximilians-Universität München,  
Marsstr. 19/V, 80331 München, Deutschland  
E-Mail: arne.manzeschke@elkb.de

werden kann – mangelnde Compliance, wie sie für Wohnungslose häufig geltend gemacht wird, ist bei ihm nicht zu erwarten [4] –, impliziert nicht, dass man es auch tun soll. Vom Standpunkt der Gerechtigkeit als Gesetzmäßigkeit ließe sich sagen, dass der Fall von Herrn G. in seinem Verlauf zwar bedauerlich sei, aber immerhin den demokratisch etablierten Verfahrensregeln entspreche. Es ist das Irritierende dieser Köpenickiade, dass die beteiligten Verwaltungsstellen ihre Arbeit weitgehend ordnungsgemäß versehen und ihnen hinsichtlich ihrer formalen Verantwortung kaum etwas vorzuwerfen ist.

Fasst man Gerechtigkeit korrektiv, so wäre das Krankenhaus der Empfänger von Ausgleichszahlungen für sein überobligates Engagement. Das geben jedoch die Gesetze nicht her, und ist in einem segregierten Versorgungssystem mit allseitiger Budgetkonkurrenz auch von keinem anderen Akteur zu erwarten. Auch unter Aspekten einer distributiven Gerechtigkeit lässt sich mit den gegebenen Verteilungsregeln nicht begründen, warum Herr G. diese und noch weitere Leistungen erhalten sollte.

Gerechtigkeitstheoretisch ist diese Situation überaus unbefriedigend. Es ist das Problem hochentwickelter Gesellschaften, dass sie der Gerechtigkeit einen so hohen Wert beimessen und im gleichen Moment unempfindlich werden für die damit geschaffene Ungerechtigkeit. Sie beruht nicht primär auf der Abwesenheit von Gerechtigkeit, sondern in der irreführenden Beruhigung, mit einer gerechten Ordnung bereits ein gutes Gemeinwesen etabliert zu haben.

„Es wird immer leichter sein, in den Leiden anderer Menschen eher ein Unglück als eine Ungerechtigkeit zu sehen. Nur die Opfer teilen gelegentlich nicht diese Neigung. Wenn wir uns jedoch vor Augen halten, dass wir alle Opfer sein könnten, dann sollten wir uns entschließen, die Dinge nochmals zu betrachten und einen genaueren und fragenderen Blick auf die Ungerechtigkeit – nicht nur auf die Gerechtigkeit – zu werfen, obwohl dies ein ungewöhnliches Unterfangen ist“ ([5], S. 31).

Shklar rät, uns mit der etablierten Gerechtigkeit nicht zu beruhigen, sondern sensibel zu werden für die Ungerechtigkeit und das politische System entsprechend zu erweitern. „Welche Entscheidung wir auch immer treffen, sie wird solange ungerecht sein, wie wir der Ansicht des Opfers nicht uneingeschränkt Rechnung tragen und seiner Stimme nicht volles Gewicht verleihen“ ([5], S. 203).

## Literatur

1. BMAS (2013) Lebenslagen in Deutschland. Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung. Der vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/a334-4-armuts-reichtumsbericht-2013.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/a334-4-armuts-reichtumsbericht-2013.pdf?__blob=publicationFile). Zugegriffen: 11. März 2013
2. destatis (2012) Pressemitteilung Nr. 285 des Statistischen Bundesamtes vom 20. 8. 2012. [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2012/08/PD12\\_285\\_122.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2012/08/PD12_285_122.html). Zugegriffen: 11. März 2013
3. destatis (2012) Sozialeleistungen. Angaben zur Krankenversicherung. Ergebnisse des Mikrozensus, Fachserie 13 Reihe 1.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/HaushalteMikrozensus/KrankenversicherungMikrozensus2130110119004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/HaushalteMikrozensus/KrankenversicherungMikrozensus2130110119004.pdf?__blob=publicationFile). Zugegriffen: 11. März 2013
4. HAG (2008) Wohnungslose: Ganz schön krank. Behandlungskonzepte für eine vulnerable Personengruppe. 3. Kooperationsveranstaltung der Ärztekammer Hamburg und des Regionalen Knotens „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“ der HAG. Dokumentation. <http://www.hag-gesundheit.de/uploads/docs/48.pdf>. Zugegriffen: 11. März 2013
5. Shklar JN (1992) Über Ungerechtigkeit. Erkundungen zu einem moralischen Gefühl. Rotbuch, Hamburg

## Kommentar II zum Fall: „Verantwortung für Versorgungskontinuität bei fehlendem Versicherungsschutz“

André Bohmeier

Online publiziert: 11. April 2013  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Gesundheit ist ein grundlegendes Gut von existentiell und konditionalem Stellenwert; es ist eine der wesentlichen Grundvoraussetzungen zur Umsetzung von Lebensentwürfen und der Wahrnehmung grundrechtlich garantierter Freiheiten. Wie einschneidend selbst wenig dramatische Erkrankungen wirken können, zeigt der vorliegende Sachverhalt mit trauriger Deutlichkeit. Denn die Krankheit des Herrn G. ist medikamentös gut behandelbar.

Dabei herrscht ein weitestgehender Konsens, dass Heilungs- und Linderungsaussichten nicht vom Geldbeutel abhängen dürfen [3]. Diese Verpflichtung spiegelt sich auch verfassungsrechtlich wider. Denn das Grundrecht des Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG<sup>1</sup> garantiert das Leben und die körperliche Unversehrtheit. Es gewährleistet neben seiner Abwehrdimension ein Recht auf Teilhabe an einem leistungsfähigen und diskriminierungsfrei zugänglichen Gesundheitswesen [2]. Entsprechend stellt Krankenversorgung ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut dar, für dessen Schutz der Staat von Verfassungen wegen zu sorgen hat, so das Bundesverfassungsgericht in einer Entscheidung aus dem Jahr 1981.<sup>2</sup> Mit seiner sog. Hartz IV-Entscheidung hat das Gericht in jüngerer Zeit klargestellt, dass aus der Garantie der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG) ein *unmittelbarer*, individueller Leistungsanspruch auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums gegen die Solidargemeinschaft erwächst. Dazu gehören auch Leistungen der medizinischen Versorgung.<sup>3</sup>

Dieses Grundrecht gilt für alle Menschen, unabhängig von dem Umstand, ob und wie sie krankenversichert sind. Damit hat auch Herr G. einen individuellen grundrechtlichen Anspruch auf medizinische Leistungen und damit einhergehende Versorgungskontinuität. Es stellt sich damit die Frage, ob der Gesetzgeber dieses verfassungsrechtliche Gebot auf der einfachgesetzlichen Ebene umgesetzt hat.

<sup>1</sup> Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland.

<sup>2</sup> Bundesverfassungsgericht (BVerfG), Urt. v. 08.04.1981–Az.: 1 BvR 608/79, Rdn. 92 juris.

<sup>3</sup> BVerfG, Urt. v. 09.02.2010–Az.: 1 BvL1/09, 1 BvL 3/09, 1 BvL 4/09, Rdn. 135 juris.

Auch wenn die Angaben des Fallbeispiels für eine stichfeste Beurteilung nicht ausreichen, spricht vieles dafür, dass Herrn G. ein Anspruch auf Sozialhilfe in Form der Grundversicherung im Alter zusteht, § 41 ff. SGB<sup>4</sup> XII. In diesem Fall ist ein Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gemäß § 264 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 48 Satz 2 SGB XII zur Übernahme der Behandlungskosten verpflichtet. Rechtstheoretisch steht Herr G. also nicht ungesichert da. Die beschriebenen Schwierigkeiten sind daher eher tatsächlicher Art und auf der Ebene der Normumsetzung im konkreten Einzelfall zu verorten. Wer wäre also verpflichtet und verantwortlich gewesen, Herrn G. bei der Durchsetzung seiner Ansprüche und der Organisation seines nachstationären Aufenthaltes zu helfen?

Diesbezüglich stand zunächst der Sozialdienst bzw. die soziale Betreuung des Krankenhauses in der unmittelbaren Verantwortung. Diese hat die Aufgabe, die aus der Krankheit und ihrer Behandlung resultierenden Belastungen beim Versicherten durch geeignete Hilfen abzubauen und an der Vorbereitung der nachstationären Betreuung mitzuwirken. Diese Verpflichtung ergibt sich aus den Rahmenvereinbarungen über die Krankenhäuser auf Länderebene nach § 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V und zum Teil auch aus den Landeskrankenhausesetzen selbst, z. B. § 5 Abs. 2 KHGG NW.<sup>5</sup> Sie trifft das Krankenhaus aber nicht allein, sondern ebenso die Krankenkassen. Die Verpflichtung beinhaltet die Mitwirkung an der Vermittlung der nachstationären Betreuung sowie allgemein Hilfestellungen bei der Verfolgung von Sozialleistungsansprüchen. Daneben kommt eine Verpflichtung des zuständigen Sozialhilfeträgers nach § 14 SGB I beispielsweise durch einen Sozialarbeiter in Betracht. Das Beratungsbegehren und die diesbezügliche Notwendigkeit ergeben sich zumindest konkludent und sollten selbst einen ausgelasteten Sachbearbeiter zu einem klärenden Telefonat mit der Krankenhausverwaltung bewegen.

Aus rein medizinischer Sicht war es möglicherweise vertretbar, Herrn G. aus der stationären Behandlung zu entlassen. Im Hinblick auf die beschriebenen sozialdienstlichen Aufgaben kann dem Krankenhaus hier aber eine Pflichtverletzung vorgeworfen werden, da die notwendige nachstationäre Betreuung nicht sichergestellt war. Überlastung oder Personalmangel entlasten nicht, da diesen Umständen durch organisatorische Maßnahmen hätte begegnet werden müssen. Geradezu verwerflich und aus straf- (§ 323 c Unterlassene Hilfeleistung) und standesrechtlichen Gesichtspunkten unzulässig ist die totale Behandlungsverweigerung der niedergelassenen Vertragsärzte angesichts des akuten und mit dem Arztbrief offensichtlichen Behandlungsbedarfes, selbst wenn die Kostenträgerschaft ungeklärt war [1].

Als Fazit bleibt festzuhalten, dass ein einfachgesetzlicher Rahmen, der Unglücksfälle wie den des Herrn G. in medizinischer und tatsächlicher Hinsicht auffangen soll, durchaus besteht. Was hier gefehlt hat, war der konsequente Wille der beteiligten Akteure, diesen auch umzusetzen; ganz konkret fehlte es an Zeit und Bereitschaft, Herrn G. zu helfen, und an einer Seehilfe. In der so genannten ersten Welt erscheint derlei heutzutage kaum noch vorstellbar.

## Literatur

1. Bohmeier A, Schmitz-Luhn B, Streng AF (2011) Ökonomisch motivierte Behandlungsverweigerung in der GKV – Divergenzen zwischen Sozial-, Zivil- und Strafrecht. *Medizinrecht* 29(11):704–712
2. Huster S (2010) Knappheit und Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen. *Dtsch Verwaltungsbl* 125(17):1069–1077
3. Huster S (2011) *Soziale Gesundheitsgerechtigkeit*. Klaus Wagenbach, Berlin

<sup>4</sup> Sozialgesetzbuch (SGB).

<sup>5</sup> Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen.