

**Kleine Anfrage
der Fraktion Die Linke vom 04.11.2025
und Mitteilung des Senats vom 16.12.2025**

Medizinische Versorgung von papierlosen und nichtversicherten Menschen in Bremen

Vorbemerkung des Fragestellers/der Fragestellerin:

Wenn ein Mensch krank ist, benötigt er Hilfe, unabhängig von seiner Herkunft, seinem Aufenthaltsstatus, wie hoch sein Einkommen ist, welches Geschlecht er hat, welcher Religion er angehört oder ob er eine Behinderung hat. Deutschland hat sich völkerrechtlich verpflichtet, für alle Menschen den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Seit 2007 besteht eine allgemeine Krankenversicherungspflicht, um die Gesundheitsversorgung umfassend abzusichern. Für den Großteil der Menschen in Deutschland ist es normal, einfach ins Krankenhaus, zur ärztlichen Praxis oder in die Apotheke zu gehen, wenn es ihnen nicht gut geht. Dennoch sind etwa 500.000 bis 1 Million Menschen in Deutschland nicht versichert und haben damit keinen Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung – in Bremen betrifft dies Schätzungen zu Folge einige tausend Menschen.

Besonders betroffen sind Menschen ohne Papiere, Unionsbürger*innen ohne Versicherungsschutz und Personen in schwierigen Lebenslagen wie Obdachlosigkeit. Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus können theoretisch eine medizinische Versorgung in Akut- und Notfällen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz bei der Sozialbehörde beantragen, riskieren dabei jedoch durch die Übermittlungspflicht (§87 Aufenthaltsgesetz) eine Meldung an das Migrationsamt – viele verzichten deshalb komplett auf medizinische Hilfe. Unionsbürger*innen können ebenfalls vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sein, etwa wenn sie zunächst keine Sozialleistungen erhalten oder prekär beschäftigt und damit ohne Sozialversicherungsschutz sind. Menschen in schwierigen Lebenslagen haben oft keinen Zugang zur Versorgung, obwohl ein rechtlicher Anspruch besteht, zum Beispiel wegen fehlender Unterlagen, keiner festen Adresse oder Hürden im Kontakt mit Behörden.

Die unzureichende gesundheitliche Versorgung führt für die Betroffenen zu prekären Lebensbedingungen bis hin zu lebensbedrohlichen Situationen und widerspricht einer solidarischen Gesundheitsversorgung. Zudem ist eine Versorgung, die erst im Notfall greift, deutlich teurer als eine frühzeitige Behandlung und Prävention. Um hier gegenzusteuern und den Menschen zu ihrem Recht auf eine gesundheitliche Versorgung zu verhelfen, gibt es in Bremen seit 2022 den gemeinnützigen Verein zur Förderung der gesundheitlichen und medizinischen Versorgung nichtversicherter und papierloser Menschen (MVP), der die vorherige humanitäre Sprechstunde abgelöst hat. Der MVP bietet Beratung und eine medizinische Grundversorgung (ärztliche und Hebammensprechstunden) in den eigenen Räumlichkeiten an. Im Rahmen der Beratungen werden die Menschen dabei unterstützt, eine Krankenversicherung zu erhalten. Ist dies nicht möglich, bekommen die Menschen für eine weiterführende Versorgung einen Behandlungsschein, welchen sie dann bei Leistungserbringern wie Krankenhäusern oder ärztlichen Praxen einlösen können. Die Kosten für die Versorgung übernimmt dann der Verein, gefördert durch das Gesundheitsressort. Das Ziel ist, eine niedrigschwellige medizinische Versorgung zu schaffen und Menschen in das reguläre Gesundheitssystem zu integrieren.

Eine Evaluation des Projekts im Jahr 2024 bestätigt den Erfolg: Im Vergleich zu dem früheren System, welches viel vom ehrenamtlichen Engagement abhing und nur wenige Ressourcen zur Verfügung hatte, bietet das neue Modell eine verlässlichere und umfassendere Versorgung und kann dadurch langfristig helfen, schwere Erkrankungen zu vermeiden. Der MVP ist daher ein zentraler und nicht mehr wegzudenkender Bestandteil der Gesundheitsversorgung in Bremen. Die alltägliche Arbeit dort liefert wichtige Erkenntnisse dafür, wie Menschen in der Wahrnehmung ihres Rechts auf medizinische Versorgung unterstützt werden können und wo Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung bestehen, die abgebaut werden müssen.

Der Senat beantwortet die Kleine Anfrage wie folgt:

1. Wie viele Menschen wurden seit der Gründung des MVP insgesamt versorgt (nach Jahren aufgeschlüsselt)?

| Tabelle 1: Anzahl der Personen, die die Angebote des MVP genutzt haben pro Jahr von 2022-2025 und gesamt. | |
|---|----------------|
| 2022 | 217 Personen |
| 2023 | 864 Personen |
| 2024 | 973 Personen |
| 2025 | 920 Personen |
| Gesamter Zeitraum ohne Doppelzählungen | 2.226 Personen |

Die Zahlen für das Jahr 2022 beziehen sich auf den Zeitraum vom 01.07.2022 (Projektbeginn) bis zum 31.12.2022. Die Zahlen zum Jahr 2025 sind jeweils auf dem Stand vom 14.11.2025.

- a) Wie viele davon waren Erstkontakte pro Jahr?

| Tabelle 2: Anzahl der Erstkontakte pro Jahr von 2022-2025 | |
|---|--------------|
| 2022 | 217 Personen |
| 2023 | 722 Personen |
| 2024 | 674 Personen |
| 2025 | 607 Personen |

Die Zahlen für das Jahr 2022 beziehen sich auf den Zeitraum vom 01.07.2022 (Projektbeginn) bis zum 31.12.2022. Die Zahlen zum Jahr 2025 sind jeweils auf dem Stand vom 14.11.2025.

- b) Was sind die häufigsten Gründe, warum die Menschen keinen Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung hatten und daher durch den MVP versorgt wurden?

Betroffen sind vor allem Personen ohne Papiere sowie Unionsbürger*innen ohne Versicherungsschutz.

Nach Aussage des MVP wird als ein Grund zum einen eine fehlende Leistungsgewährung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) oder dem SGB II genannt. Dies resultiert aus der Tatsache, dass entweder noch kein Antrag gestellt wurde oder weil über diesen noch nicht entschieden wurde. Zum anderen stellten fehlende Nachweise über eine Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder der Privaten Krankenversicherung (PKV) Gründe für einen fehlenden Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung dar, beispielsweise in Form der Europäischen Krankenversicherungskarte oder einer bestehenden Familienversicherung.

Dazu zählten eine fehlende Anmeldung in den Versicherungssystemen oder die noch ausstehende Entscheidung über die beantragte Anmeldung.

2. Wie viele Behandlungen wurden vor Ort in der Einrichtung durchgeführt (nach Jahren aufgeschlüsselt)?

| Tabelle 3: Durchgeführte Behandlungen vor Ort im MVP pro Jahr von 2022-2025 | |
|---|-------|
| 2022 | 635 |
| 2023 | 1.310 |
| 2024 | 1.532 |
| 2025 | 1.386 |

Die Zahlen für das Jahr 2022 beziehen sich auf den Zeitraum vom 01.07.2022 (Projektbeginn) bis zum 31.12.2022. Die Zahlen zum Jahr 2025 sind jeweils auf dem Stand vom 14.11.2025.

3. Wie viele Behandlungsscheine für eine externe Behandlung wurden vom MVP vermittelt (nach Jahren aufgeschlüsselt)?

Neben Behandlungsscheinen werden Kostenübernahmen für Arzneimittelverordnungen bzw. Apothekenscheine ausgegeben. Die Anzahl ist getrennt in der nachfolgenden Tabelle 4 aufgelistet. Darüber hinaus ist die Anzahl der tatsächlich erfolgten Abrechnungen angegeben. Ausgegebene Behandlungs- bzw. Apothekenscheine sowie Abrechnungen können sich jeweils auf eine oder mehrere Behandlungen beziehen.

| Tabelle 4: Anzahl der ausgegebenen Behandlungs- bzw. Apothekenscheine sowie abgeschlossener Abrechnungen pro Jahr im Zeitraum 2022-2025 | | | |
|---|--|--|--|
| Jahr | Ausgegebene Behandlungsscheine zur gesundheitlichen Versorgung | Ausgegebene Apothekenscheine zur Versorgung mit verordneter Medikation | Abgeschlossene Abrechnungen mit externen Gesundheitsdienstleistenden |
| 2022 | 191 | 161 | 166 |
| 2023 | 818 | 609 | 1.425 |
| 2024 | 1.764 | 688 | 2.403 |
| 2025 | 2.055 | 1002 | 2.281 |

Die Zahlen für das Jahr 2022 beziehen sich auf den Zeitraum vom 01.07.2022 (Projektbeginn) bis zum 31.12.2022. Die Zahlen zum Jahr 2025 sind jeweils auf dem Stand vom 14.11.2025.

4. Wie viele Clearing- und Beratungsgespräche wurden durchgeführt (nach Jahren aufgeschlüsselt)?

| Tabelle 5: Anzahl der durchgeführten Clearing- und Beratungsgespräche von 2022-2025 | |
|---|-------|
| 2022 | 402 |
| 2023 | 1.648 |
| 2024 | 1.692 |
| 2025 | 1.820 |

Die Zahlen für das Jahr 2022 beziehen sich auf den Zeitraum vom 01.07.2022 (Projektbeginn) bis zum 31.12.2022. Die Zahlen zum Jahr 2025 sind jeweils auf dem Stand vom 14.11.2025.

- a) In wie vielen Fällen konnte durch das Clearing ein Zugang zum regulären Versorgungssystem eröffnet werden?

Bisher wurde bei 351 Personen im Verlauf der Beratungen ein verbesserter Status dokumentiert. Allerdings wird angenommen, dass die tatsächliche Anzahl der Personen, die mit Unterstützung des Clearings einen Zugang zum regulären Versorgungssystem erhalten hat, höher ist. Die genaue Zahl kann nicht abschließend erfasst werden, da ein verbesserter Status nicht zwangsläufig an den Verein MVP zurückgemeldet wird, sofern keine weiteren Vorsprachen erforderlich sind.

- b) Was waren Gründe, warum Menschen nicht krankenversichert waren, obwohl sie einen Anspruch darauf hatten?

Der MVP gibt an, dass vor allem fehlende Informationen zum persönlichen Anspruch auf Leistungen als Gründe für eine fehlende Krankenversicherung – trotz des bestehenden rechtlichen Anspruches – identifiziert wurden.

In anderen Fällen konnten persönliche Hürden zur Inanspruchnahme von Leistungen nicht überwunden werden. Einem Statistikbericht der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W) zufolge waren beispielsweise 15,9 Prozent der akut wohnungslosen Menschen im Jahr 2020 nicht krankenversichert. Bei Personen, die ganz ohne Unterkunft auf der Straße leben, waren es 21,7 Prozent.

5. Mit welchen gesundheitlichen und sozialen Problemen wenden sich die Menschen am häufigsten an den MVP?

Das Spektrum der im Projekt diagnostizierten Erkrankungen entsprach mit wenigen Abweichungen in etwa dem der übrigen Bevölkerung. Auffällig waren Krankheitsbilder mit bisher unbehandelten bzw. chronifizierten und psychischen Erkrankungen. Die beobachtete Lebenssituation der Betroffenen war oft bis sehr oft prekär hinsichtlich des Lebensunterhaltes, der Wohnsituation und des aufenthaltsrechtlichen Status. Etwa ein Drittel der Nutzer:innen waren besonders vulnerable Personen, im Sinne der Richtlinie der EU zur Identifizierung vulnerabler Personen im Asylverfahren (RL 2013/33/EU). Viele Betroffene befanden sich in nicht stabilen Abhängigkeitssituationen von anderen Personen.

a) Wie wird die Lebenssituation und der Gesundheitszustand der Menschen insgesamt eingeschätzt, mit welchen Herausforderungen müssen sie umgehen?

Das Leben außerhalb regulärer Versorgungs- und Sicherungssysteme trägt zu erheblichem psychischen Stress bei, der sich zusätzlich zu bestehenden Erkrankungen negativ auf den Gesundheitszustand der Personen auswirken kann. Aufgrund des aufenthaltsrechtlich nicht geklärten Status können die Personen kaum am regulären gesellschaftlichen Leben teilhaben. Der fehlende Zugang zum Arbeitsmarkt mündet durch finanzielle Engpässe zusätzlich in prekären Lebenssituationen. Hinzu kommt die Sorge um behördliche Konsequenzen, wenn der aufenthaltsrechtliche Status nicht geklärt ist oder Papierlosigkeit besteht.

6. Welche Veränderungen in der Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung konnten seit der Gründung des MVP festgestellt werden?

Die Tätigkeiten des MVP ermöglichen den Nutzer:innen einen Zugang zu gesundheitlicher Versorgung, sodass erkrankte Personen zeitnah behandelt werden können. Beschwerden und Erkrankungen können direkt versorgt und schweren Krankheitsverläufen somit vorgebeugt werden. Zusätzlich wird der MVP präventiv tätig, in Form von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen. Der eröffnete Zugang zu medizinischer Versorgung führt für die Betroffenen in der Regel zu konkreten, teilweise überlebenswichtigen Verbesserungen der gesundheitlichen Situation. So kann die Behandlung von bereits länger bestehenden Erkrankungen mit langfristig potentiell schwerwiegenden Auswirkungen (z.B. Diabetes, Hypertonie) begonnen werden. Zusätzlich kann davon ausgegangen werden, dass durch die Versorgung im Projekt neben unnötig schweren Krankheitsverläufen mittelfristig Kosten für das Gesundheitssystem vermieden werden. Impfungen in allen Bevölkerungsgruppen unabhängig des Versicherungsstatus bieten darüber hinaus einen Schutz der Gesamtbevölkerung.

7. Wie hat sich der MVP in die bestehende Versorgungslandschaft Bremens integriert?

Bisher kooperierte das Projekt mit annähernd 700 stationären und ambulanten Gesundheitsdienstleistenden aus allen Fachrichtungen im Land Bremen. Die Integration in ein reguläres Abrechnungssystem konnte bisher nicht realisiert werden. Allerdings ist die praktizierte Abrechnung über Behandlungsscheine ein bei den Akteuren bekanntes und akzeptiertes System. Darüber hinaus besteht ein regelmäßiger und anlassbezogener Austausch mit einer großen Zahl anderer Fachberatungsstellen. Die im Projekt aufgebaute Expertise hinsichtlich des Zugangs zum Gesundheitssystem wird regelmäßig auch von Multiplikator*innen der ambulanten gesundheitlichen Versorgung zu Rate gezogen.

8. Wie kann der MVP angesichts der positiven Evaluationsergebnisse aus 2024 und der Tatsache, dass er eine Versorgungslücke füllt, die derzeit nicht anders geschlossen werden kann, vom Modellprojekt in ein Regelangebot überführt werden? Welche Schritte sind hierfür (ggf. auch auf Bundesebene) notwendig?

Angesichts der erfolgreich übernommenen und etablierten Tätigkeiten des MVP und der Akzeptanz des Vereins innerhalb der Zielgruppe wurde eine Verstetigung des MVP aus fachlicher Sicht befürwortet. Eine Übernahme der Leistungen in das Regelangebot ist aufgrund des Status der Betroffenen ohne Papiere nicht möglich. Die Clearingstelle des MVP leistet daher einen wichtigen Beitrag durch die Klärung des Leistungsanspruchs der Personen, um sie in die Regelversorgung zu überführen. Eine Weiterentwicklung des Projekts ist zurzeit nur durch eine

strenge Prioritätensetzung innerhalb des verfügbaren Ressortbudgets möglich. Mit Beschluss des Senats vom 02.09.2025 im Rahmen der Revision zur Haushaltsaufstellung 2026/27 wurden die Mittel i.H.v. 1,2 Mio. € in der mittelfristigen Finanzplanung bis 2029 fortgeschrieben. Die Ausweitung der Aktivitäten des MVP ab dem Jahre 2026 auf die Humanitäre Sprechstunde des Gesundheitsamtes Bremerhaven wurde erarbeitet. Damit werden die Leistungen des MVP zukünftig nicht nur den Menschen in Bremen, sondern auch in Bremerhaven zur Verfügung stehen

9. Welche konkreten Hindernisse beim Zugang zur Gesundheitsversorgung beobachtet der MVP regelmäßig und welche konkreten Handlungsbedarfe lassen sich daraus ableiten?

Nach Aussage des MVP bestehen Hindernisse bei anspruchsberechtigten Personen vor allem durch die Bearbeitungszeiten bei Erstanträgen auf soziale Leistungen und bei aufenthaltsrechtlichen Anträgen sowie deren Folgeanträgen. Folgeanträge werden auch gestellt, wenn der Leistungsträger wechselt, beispielsweise bei Haftentlassungen, oder bei einem Übergang von Leistungen nach dem AsylbLG zu Leistungen nach dem SGB II. In dieser Zeit der Antragsbearbeitung haben die betroffenen Menschen keinen Anspruch auf eine gesundheitliche Versorgung. Mögliche Handlungsbedarfe bestehen in der Klärung von Zuständigkeiten zur Leistungsgewährung, ebenso wie unabhängige niedrigschwellige Beratungsmöglichkeiten für die bedürftigen Personen oder Schaffung von Interimslösungen.

10. Welche weiteren praktischen Herausforderungen in der Versorgung bestehen in der täglichen Arbeit des MVP und welche konkreten Handlungsbedarfe lassen sich daraus ableiten?

Nach Aussage des MVP ist der Zugang zu fachärztlichen Terminen für die Nutzer:innen des MVP in einigen Bereichen erschwert. Hinzukommt, dass der Anteil der zur Verfügung stehenden Fachärzt:innen je nach Stadtteil und Disziplin variieren kann. Dieser Umstand kann sich ebenfalls auf die medizinische Versorgung auswirken. Darüber hinaus bringt die zunehmende Digitalisierung zwar Vorteile im Rahmen der medizinischen Versorgung mit sich, Personen in prekären Lebenssituationen sind jedoch häufig aufgrund der fehlenden technischen Ausstattung davon ausgeschlossen. Abschließend ist die Bedeutung der Sprachmittlung zu betonen. Sie ist in der täglichen Arbeit unabdingbar, die Verfügbarkeit und Abrechenbarkeit ist jedoch nicht immer gewährleistet. Hier besteht weiterer Implementierungsbedarf.

11. Wie bewertet der Senat die bestehenden strukturellen Hindernisse beim Zugang zur Gesundheitsversorgung für papierlose und nichtversicherte Personen?

Papierlose und nichtversicherte Menschen erkranken an vergleichbaren Krankheitsbildern wie die Allgemeinbevölkerung. Eine Nichtbehandlung von Krankheiten führt jedoch zur Verschlechterung, Chronifizierung und mitunter zu notwendigen Akutbehandlungen im Sinne einer Notfallversorgung. Dies geht mit hohen Kosten für das Gesundheitssystem einher, die bei einer regelhaften Versorgung vermieden werden könnten. Vorsorgeuntersuchungen, ebenso wie Impfungen sind für papierlose und nichtversicherte Personen nicht ohne weiteres möglich. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang auch eine mögliche Gefahr für die Allgemeinbevölkerung, sofern ansteckende Infektionserkrankungen, wie Tuberkulose oder Diphtherie nicht behandelt werden können.

Eine Teilhabe am regulären Gesundheitssystem ist papierlosen Menschen nicht möglich, obwohl die gesundheitliche Versorgung ein Menschenrecht ist. Daher ist es aus Sicht der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz sehr wichtig, die Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe zu unterstützen.

12. Welche politischen und verwaltungsseitigen Maßnahmen sind auf Landes- und auf Bundesebene denkbar, um den Zugang zur Gesundheitsversorgung für diese Menschen kurz- und langfristig zu verbessern?

Mit dem MVP wurde eine Möglichkeit geschaffen, Menschen ohne Papiere, Unionsbürger*innen ohne Versicherungsschutz und anderen Menschen ohne Zugang zu einer medizinischen Versorgung einen niedrighschwelligen und schnellen Zugang zu einem gesundheitlichen Angebot zu gewähren. Die Clearingstelle schafft darüber hinaus ein Unterstützungsangebot zur Klärung des Leistungsanspruch. Doch gibt es weiterhin Verbesserungsmöglichkeiten. Einige bundesgesetzliche Regelungen stehen einer regelhaften Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe entgegen. Durch die Evaluation des Projekts und den gemachten Erfahrungen war es möglich, explizite Hindernisse zu identifizieren. Darunter sind vor allem die vorhandenen Sprachbarrieren in der Versorgung zu benennen. Sprache legt den Grundstein für eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Versorger:innen und Klient:innen und ist daher auch im Bereich der Beratung unabdingbar. Ein weiterer Verbesserungsbedarf wurde hinsichtlich der Erreichbarkeit von Beratungs- und Behandlungsstellen gesehen, eine Ausweitung der Sprechzeiten würde hier Abhilfe schaffen.

Beschlussempfehlung:

Die Bürgerschaft (Landtag) nimmt von der Antwort des Senats auf die Kleine Anfrage Kenntnis.