

V-1

Antragsteller*innen: LAG Gesundheitspolitik u.a.

Gegenstand: TOP 12: Verschiedenes

Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen verbessern

1 In Deutschland haben Flüchtlinge nach derzeitigem Recht nur eine eingeschränkte ge-
2 sundheitlichen Versorgung. Zum einen ist der Zugang zum Gesundheitssystem durch die
3 Beantragung der medizinischen Leistungen beim Sozialamt erschwert, zum anderen ist
4 der Leistungsumfang nach §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) erheblich
5 eingeschränkt. So haben die Menschen, die bei uns Asyl suchen nur Anspruch auf Leis-
6 tungen, wenn eine Krankheit entweder „akut“ oder „schmerzhaft“ ist, oder die Behand-
7 lung zur Sicherstellung ihrer Gesundheit unerlässlich ist. Dies führt in der Praxis häufig
8 zu schwerwiegenden Problemen und menschenunwürdigen Situationen. Deshalb wird von
9 vielen Seiten schon seit langen die Forderung nach einem Zugang der Flüchtlinge in die
10 gesundheitliche Regelversorgung erhoben.

11 Bisher konnten Asylsuchende, die länger als 48 Monate in Deutschland und im Leis-
12 tungsbezug waren, mit der Chip-Karte einer gesetzlichen Krankenkasse einen Arzt oder
13 eine Ärztin ihrer Wahl aufsuchen, die Kosten werden den Krankenkassen durch die für
14 die Leistungen des AsylbLG zuständigen Kommunen erstattet. Mit den Beschlüssen zum
15 „Flüchtlingstgipfel“ im November letzten Jahres ist diese Wartezeit deutlich verkürzt wor-
16 den, so dass diese Möglichkeit bereits nach 15 Monaten eröffnet wird. Sie erhalten ei-
17 ne Gesundheitskarte und Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung ihrer Wahl.
18 Trotz dieser Verbesserung bleibt die Situation für viele Flüchtlinge sehr problematisch.

19 Hilfsorganisationen berichten von erschütternden Einzelfällen auch in gesundheitlich kri-
20 senhaften Situationen, zudem haben Flüchtlinge außerhalb der Schwangerenvorsorge
21 kaum Zugang zu den Leistungen zur Prävention, Psychotherapie und Rehabilitation.
22 Gerade Menschen, die durch Folter und Gewalt schwer traumatisiert sind, bleiben zu-
23 meist ohne angemessene Hilfe. Grundlage für diese menschenunwürdige Praxis ist das
24 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Es schränkt den Leistungsumfang nach §§ 4 und
25 6 AsylbLG erheblich ein. In den ersten 15 Monaten des Aufenthaltes in Deutschland
26 erschwert es zugleich den Zugang zum Gesundheitssystem durch die vorherige Beantra-
27 gung der medizinischen Leistungen beim Sozialamt. Damit ist dieses Recht schlecht für
28 die Patientinnen und Patienten und zugleich eine erhebliche Belastung für die örtlichen
29 Sozialämter.

30 **Deshalb setzen wir GRÜNEN uns auf Bundesebene seit langem dafür ein,**
31 **die Gesundheitsversorgung nicht länger nach dem AsylbLG (Asylbewerber-**
32 **leistungsgesetz) zu regeln, sondern dieses Gesetz ersatzlos zu streichen und**
33 **die Flüchtlinge in unser Sozialrecht einzubeziehen.**

34 Darüber hinaus fordern wir Verbesserungen in der medizinischen und psychotherapeuti-
35 schen Versorgung besonders schutzbedürftiger Asylsuchenden, Flüchtlingen und Abschie-
36 bungshäftlingen. Bundesweit fehlt es an niedrigschwelligen und spezialisierten psychothe-
37 rapeutischen und psychosozialen Angeboten.

38 Um Sprachbarrieren abzubauen, sollten außerdem Kosten für Dolmetscherinnen und Dol-
39 metscher von den Krankenkassen übernommen werden.

40 **Zugang zur medizinischen Regelversorgung schaffen.**

41 In einer Reihe von Kommunen sind insbesondere von Grünen Ratsfraktionen Initiativen
42 für eine örtliche Gesundheitsversorgung nach dem sogenannten „Bremer Modell“ ergriffen
43 worden. Diese Initiativen haben das Ziel, dass Flüchtlinge nicht erst nach 15 Monaten
44 sondern von Anfang an eine Gesundheitskarte erhalten.

45 Derzeit ermöglicht § 264 Abs. 1 SGB V, dass die Krankenkassen für bestimmte Perso-
46 nenkreise die Krankenbehandlung übernehmen können, sofern ihnen Ersatz der vollen
47 Aufwendungen für den Einzelfall sowie eines angemessenen Teils ihrer Verwaltungskosten
48 gewährleistet wird. Die gesetzlichen Krankenkassen sind in ihrer Entscheidung frei, ob sie
49 und zu welchen Konditionen sie einen solchen Vertrag abschließen. Bundesweit gibt es
50 bisher nur wenige Verträge auf dieser Basis.

51 Auf dieser Rechtsgrundlage wurde das sogenannte „Bremer Modell“ entwickelt und er-
52 folgreich umgesetzt. Kern ist dabei, dass Flüchtlinge eine Gesundheitskarte erhalten und
53 damit im Krankheitsfall direkt zum Arzt gehen können. So wird in Bremen und Bre-
54 merhaven bereits seit 2005 die Möglichkeit genutzt, die der § 264 Abs.1 SGB V eröff-
55 net, die Krankenbehandlung für Flüchtlinge, Asylbewerber*innen und Geduldete auf die
56 Krankenkassen zu übertragen und Asylsuchenden eine Gesundheitskarte auszustellen. Der
57 Krankenkasse werden ihre Aufwendungen durch die zuständige Kommune erstattet.

58 Bereits seit 1993 wird in diesen Städten mit dem „Bremer Modell“ das Ziel verfolgt, eine
59 umfassende Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge aufzubauen und die Zugangschancen
60 zum Gesundheitssystem und die Wohn- und Lebensbedingungen zu verbessern. Dabei
61 wird auf gute Vernetzung der an der Versorgung von Flüchtlingen beteiligten Organi-
62 sationen gesetzt. Diese auf die Bedarfslage von Flüchtlingen ausgerichtete Versorgung
63 und die Einbeziehung dieser Menschen durch die Gesundheitskarte in das Regelangebot
64 der Gesundheitsversorgung werden als „Bremer Modell“ umschrieben. Seit 2012 hat auch
65 Hamburg das Modell übernommen und entsprechende Vereinbarungen getroffen. Hier hat,
66 wie schon zuvor in Bremen die AOK Bremen/Bremerhaven einen entsprechenden Vertrag
67 mit der Stadt Hamburg abgeschlossen.

68 Die Erfahrungen aus Bremen und zuletzt auch aus Hamburg zeigen, dass sich durch das
69 Projekt auch in erheblichem Umfang Verwaltungskosten der Kommunen einsparen lassen
70 (z.B. bei der Abrechnungsstelle, der Administration der Krankenhilfe nach AsylbLG, oder

71 entsprechende Amtsarztkosten). Wie bei allen Kassenpatient*innen müssen bestimmte
72 Leistungen genehmigt werden.

73 Die Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge führt dazu, dass:

- 74 • die stigmatisierende Praxis mit Beantragung beim Sozialamt und Erhalt eines ein-
75 zeln Behandlungsscheins beendet wird;
- 76 • medizinunkundige Verwaltungsangestellte nicht mehr über die Notwendigkeit einer
77 Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden entscheiden müssen;
- 78 • ein Großteil der Verwaltungsausgaben im Zusammenhang mit der medizinischen
79 Versorgung für Asylsuchende in den Kommunen wegfallen würden.

80 Wenn es gelingt, wie im Bremer Modell, allen Flüchtlingen mit der Gesundheitskarte
81 einen direkten Zugang zum Arzt zu verschaffen, wäre ein wichtiger Schritt hin zu einer
82 menschenwürdigen Gesundheitsversorgung getan. Allerdings ergibt die Einführung der
83 Gesundheitskarte auf der Basis des § 264 SGB V nicht automatisch eine Ausweitung des
84 medizinischen Leistungskatalogs für Asylsuchende. Denn der eingeschränkte Leistungsum-
85 fang nach AsylbLG bleibt bestehen, kann aber in den Vereinbarungen mit den Kranken-
86 kassen im Sinne der Patientinnen und Patienten großzügig ausgelegt werden. Dies trägt
87 zur Gesundheit der Patientinnen und Patienten bei und vermeidet teure Folgekosten von
88 nicht oder zu spät behandelten Erkrankungen.

89 **Wir fordern die Gesundheitskarte für Flüchtlinge auch in** 90 **NRW-Kommunen.**

91 Auch in Nordrhein-Westfalen ist die Einführung einer Gesundheitskarte ein wichtiger
92 erster Schritt, den es zu beschreiten gilt. Da in NRW die Kommunen Träger der Leistungen
93 nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sind, haben diese auch die Zuständigkeit für die
94 Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende auf der Basis des § 264 SGB V.

95 In den vergangenen Monaten haben bereits eine Reihe von Kommunen Interesse an der
96 Einführung einer Gesundheitskarte für Flüchtlinge gezeigt. In zahlreichen Kommunen
97 und Kreisen wurden hierzu insbesondere durch die GRÜNEN Ratsvertretungen vor Ort
98 entsprechende Initiativen auf den Weg gebracht. Eine Umsetzung setzt allerdings voraus,
99 dass Krankenkassen zu einem entsprechenden Vertragsabschluss nach § 264 Abs. 1 SGB
100 V bereit sind. Dem Vernehmen nach standen die Krankenkassen in NRW lange Zeit einer
101 freiwilligen Vereinbarung ablehnend gegenüber. Die Stadt Münster und weitere Städte
102 hatten sich daraufhin direkt an die AOK Bremen/Bremerhaven gewandt, die bereits einen
103 entsprechenden Vertragsabschluss mit den beiden Stadtstaaten getroffen hat. Inzwischen
104 haben die beiden großen Regionalkassen aus NRW Gespräche aufgenommen.

105 Die GRÜNEN in NRW begrüßen es daher, dass das MGEPA NRW die Einführung einer
106 Gesundheitskarte für Flüchtlinge befördert und mit den Regionalkassen in Verhandlungen
107 über eine Rahmenvereinbarung für NRW eingetreten ist, um Kommunen in NRW die
108 Einführung einer Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge zu ermöglichen.

109 Bei der Verständigung zwischen Bund und Ländern über ein Gesamtkonzept zum Asylbe-
110 werberleistungsrecht hat der Bund Ende des letzten Jahres zugesagt, gemeinsam mit den
111 Ländern zu prüfen, wie es interessierten Flächenländern ermöglicht werden kann, die Ge-
112 sundheitskarte für die ihnen zugewiesenen Asylbewerberinnen und -bewerber einzuführen,
113 mit dem Ziel einer entsprechenden bundesgesetzlichen Regelung.

114 Wir GRÜNEN werden uns auf Bundesebene mit Nachdruck dafür einsetzen, dass es zu
115 einer entsprechenden Regelung kommt. Die Bundesregierung ist aufgefordert, ihre Verzö-
116 gerungstaktik aufzugeben und Verantwortung auch für Flüchtlinge zu übernehmen.

117 Klar muss sein, dass wir GRÜNEN es grundsätzlich für notwendig halten, die Gesund-
118 heitsversorgung der Asylbewerberinnen und Asylbewerber deutlich zu verbessern und
119 ihnen den vollen Krankenversicherungsschutz zu ermöglichen. Zugleich soll der Bund die
120 vollen Kosten der Gesundheitsversorgung des betroffenen Personenkreises wirksam und
121 dauerhaft übernehmen.

122 Wir GRÜNEN werden uns weiterhin für die Abschaffung des Asylbewerberleistungsgeset-
123 zes (AsylbLG) einsetzen!

Begründung

folgt mündlich

Antragsteller*innen

LAG Gesundheitspolitik

LAG Altenpolitik