

Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen verbessern

Gegenstand: Verschiedenes
Anmerkungen Beschluss

Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen verbessern

30.5.2015

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

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

20 Hilfsorganisationen berichten von erschütternden Einzelfällen auch in gesundheitlich
21 krisenhaften Situationen, zudem haben Flüchtlinge außerhalb der
22 Schwangerenvorsorge kaum Zugang zu den Leistungen zur Prävention,
23 Psychotherapie und Rehabilitation. Gerade Menschen, die durch Folter und Gewalt
24 schwer traumatisiert sind, bleiben zumeist ohne angemessene Hilfe. Grundlage für
25 diese menschenunwürdige Praxis ist das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Es
26 schränkt den Leistungsumfang nach §§ 4 und 6 AsylbLG erheblich ein. In den ersten 15
27 Monaten des Aufenthaltes in Deutschland erschwert es zugleich den Zugang zum
28 Gesundheitssystem durch die vorherige Beantragung der medizinischen Leistungen

29 beim Sozialamt. Damit ist dieses Recht schlecht für die Patientinnen und Patienten und
30 zugleich eine erhebliche Belastung für die örtlichen Sozialämter.

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

35 Darüber hinaus fordern wir Verbesserungen in der medizinischen und
36 psychotherapeutischen Versorgung besonders schutzbedürftiger Asylsuchenden,
37 Flüchtlingen und Abschiebungshäftlingen. Bundesweit fehlt es an niedrighschwelligen
38 und spezialisierten psychotherapeutischen und psychosozialen Angeboten.

39 Um Sprachbarrieren abzubauen, sollten außerdem Kosten für Dolmetscherinnen und
40 Dolmetscher von den Krankenkassen übernommen werden.

41 **Zugang zur medizinischen Regelversorgung schaffen.**

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

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

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

60 Bereits seit 1993 wird in diesen Städten mit dem „Bremer Modell“ das Ziel verfolgt, eine
61 umfassende Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge aufzubauen und die
62 Zugangschancen zum Gesundheitssystem und die Wohn- und Lebensbedingungen zu
63 verbessern. Dabei wird auf gute Vernetzung der an der Versorgung von Flüchtlingen
64 beteiligten Organisationen gesetzt. Diese auf die Bedarfslage von Flüchtlingen
65 ausgerichtete Versorgung und die Einbeziehung dieser Menschen durch die
66 Gesundheitskarte in das Regelangebot der Gesundheitsversorgung werden als „Bremer
67 Modell“ umschrieben. Seit 2012 hat auch Hamburg das Modell übernommen und

68 entsprechende Vereinbarungen getroffen. Hier hat, wie schon zuvor in Bremen die AOK
69 Bremen/Bremerhaven einen entsprechenden Vertrag mit der Stadt Hamburg
70 abgeschlossen.

71 Die Erfahrungen aus Bremen und zuletzt auch aus Hamburg zeigen, dass sich durch
72 das Projekt auch in erheblichem Umfang Verwaltungskosten der Kommunen einsparen
73 lassen (z.B. bei der Abrechnungsstelle, der Administration der Krankenhilfe nach
74 AsylbLG, oder entsprechende Amtsarztkosten). Wie bei allen Kassenpatient*innen
75 müssen bestimmte Leistungen genehmigt werden.

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

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

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

92 **Wir fordern die Gesundheitskarte für Flüchtlinge auch in NRW-** 93 **Kommunen.**

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

99 In den vergangenen Monaten haben bereits eine Reihe von Kommunen Interesse an
100 der Einführung einer Gesundheitskarte für Flüchtlinge gezeigt. In zahlreichen
101 Kommunen und Kreisen wurden hierzu insbesondere durch die GRÜNEN
102 Ratsvertretungen vor Ort entsprechende Initiativen auf den Weg gebracht. Eine
103 Umsetzung setzt allerdings voraus, dass Krankenkassen zu einem entsprechenden
104 Vertragsabschluss nach § 264 Abs. 1 SGB V bereit sind. Dem Vernehmen nach
105 standen die Krankenkassen in NRW lange Zeit einer freiwilligen Vereinbarung

Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen verbessern

106 ablehnend gegenüber. Die Stadt Münster und weitere Städte hatten sich daraufhin
107 direkt an die AOK Bremen/Bremerhaven gewandt, die bereits einen entsprechenden
108 Vertragsabschluss mit den beiden Stadtstaaten getroffen hat. Inzwischen haben die
109 beiden großen Regionalkassen aus NRW Gespräche aufgenommen.

110 Die GRÜNEN in NRW begrüßen es daher, dass das MGEPA NRW die Einführung einer
111 Gesundheitskarte für Flüchtlinge befördert und mit den Regionalkassen in
112 Verhandlungen über eine Rahmenvereinbarung für NRW eingetreten ist, um
113 Kommunen in NRW die Einführung einer Gesundheitskarte für Asylsuchende und
114 Flüchtlinge zu ermöglichen.

115 Bei der Verständigung zwischen Bund und Ländern über ein Gesamtkonzept zum
116 Asylbewerberleistungsrecht hat der Bund Ende des letzten Jahres zugesagt,
117 gemeinsam mit den Ländern zu prüfen, wie es interessierten Flächenländern ermöglicht
118 werden kann, die Gesundheitskarte für die ihnen zugewiesenen Asylbewerberinnen und
119 -bewerber einzuführen, mit dem Ziel einer entsprechenden bundesgesetzlichen
120 Regelung.

121 Wir GRÜNEN werden uns auf Bundesebene mit Nachdruck dafür einsetzen, dass es zu
122 einer entsprechenden Regelung kommt. Die Bundesregierung ist aufgefordert, ihre
123 Verzögerungstaktik aufzugeben und Verantwortung auch für Flüchtlinge zu
124 übernehmen.

125 Klar muss sein, dass wir GRÜNEN es grundsätzlich für notwendig halten, die
126 Gesundheitsversorgung der Asylbewerberinnen und Asylbewerber deutlich zu
127 verbessern und ihnen den vollen Krankenversicherungsschutz zu ermöglichen. Zugleich
128 soll der Bund die vollen Kosten der Gesundheitsversorgung des betroffenen
129 Personenkreises wirksam und dauerhaft übernehmen.

130 Wir GRÜNEN werden uns weiterhin für die Abschaffung des
131 Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) einsetzen!