

<b>Vorlage</b>  Federführende Dienststelle: Fachbereich Soziales und Integration Beteiligte Dienststelle/n:	Vorlage-Nr: FB 50/0061/WP17 Status: öffentlich AZ: Datum: 15.04.2015 Verfasser:						
<b>Gesundheitsprogramm für Flüchtlinge          - Ratsantrag der Fraktionen von CDU, SPD, Grüne, Linke, FDP und          Piraten des Rates vom 04. März 2015-</b>							
Beratungsfolge: <span style="float: right;"><b>TOP: 6 -</b></span>  <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">Datum</td> <td style="width: 30%;">Gremium</td> <td style="width: 50%;">Kompetenz</td> </tr> <tr> <td>30.04.2015</td> <td>SGA</td> <td>Entscheidung</td> </tr> </table>		Datum	Gremium	Kompetenz	30.04.2015	SGA	Entscheidung
Datum	Gremium	Kompetenz					
30.04.2015	SGA	Entscheidung					

**Beschlussvorschlag:**

Der Ausschuss für Soziales, Integration und Demographie stimmt der vorgeschlagenen Vorgehensweise der Verwaltung zu.

## **Erläuterungen:**

Die Fraktionen von CDU, SPD, Grüne, Linke, FDP und Piraten des Rates Stadt Aachen beantragen mit Ratsantrag vom 04.03.2015 die medizinische Versorgung von Flüchtlingen in Aachen zu verbessern (Anlage 1).

### **1. Optionen**

Der Krankenschutz für Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erfolgt nach den Regelungen der § 4 Asylbewerberleistungsgesetz und § 6 Asylbewerberleistungsgesetz.

Zur Sicherstellung des Krankenschutzes für Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG stehen drei Alternativen zur Auswahl:

#### **1.1 Derzeitiges Verfahren in der Stadt Aachen**

Die Hilfeempfänger erhalten Krankenscheine, die mit dem Hinweis versehen sind, dass nur die Kosten für die Behandlung akuter Erkrankungen und bei Schmerzzuständen übernommen werden. Dies entspricht den gesetzlichen Regelungen. Heilmittel, Hilfsmittel, Zahnersatz und die Überweisung zu Fachärzten bedürfen der Zustimmung durch FB 50. Diese Verordnungen oder Überweisungen werden zur Prüfung an das Gesundheitsamt der Städteregion gesandt. Wird von dort die Notwendigkeit im Sinne des AsylbLG festgestellt, wird die entsprechende Behandlung genehmigt.

Krankenhauseinweisungen, abgesehen von Notfällen, bedürfen ebenfalls der vorherigen Zustimmung und werden auch durch das Gesundheitsamt der Städteregion geprüft.

Die Ausgabe der Krankenscheine und das Genehmigungsverfahren werden für alle Hilfeempfänger durch einen zentralen Sachbearbeiter durchgeführt. Hierdurch konnte das Verfahren beschleunigt werden.

Auch wurden mit dem Gesundheitsamt generelle Absprachen bezüglich Laboruntersuchungen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen getroffen, so dass in diesen Fällen die Prüfung durch das Gesundheitsamt in der Regel entfallen kann. Auch notwendige Behandlungen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft werden ohne ärztliche Überprüfung übernommen. Für Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen für Kinder gilt dies ebenfalls.

Die Abrechnung der Kosten erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung, die wiederum mit dem FB 50 abrechnet. Die Kassenärztliche Vereinigung erhält hierfür keine Leistungen.

#### **1.2. Bremer Modell**

Das Bremer Modell sieht vor, dass jeder Leistungsberechtigte eine elektronische Gesundheitskarte erhält. Mit dieser Karte wird er bis auf wenige Ausnahmen den GKV-Mitgliedern gleichgestellt.

Lediglich die Übernahme der Kosten für Langzeitpsychotherapien, Vorsorgekuren, Rehabilitationsmaßnahmen und Zahnersatz bedürfen der vorherigen Zustimmung der Stadt.

Voraussetzung für eine solche Regelung ist ein Vertrag mit einer Krankenkasse, der u.a. den Leistungskatalog bestimmt.

Durch die Stadt müssten die Leistungsberechtigten bei der Krankenkasse an- und abgemeldet werden. Auch wäre es Aufgabe der Stadt die elektronischen Gesundheitskarten wieder einzuziehen, wenn kein Leistungsanspruch mehr besteht. Die Prüfung der Leistungen, die nicht vom zu vereinbarenden Leistungskatalog erfasst sind, würde wie bisher durch die Stadt in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt der StädteRegion erfolgen.

Die Abrechnung der entstandenen Krankenhilfekosten mit den Ärzten würde durch die Krankenkasse erfolgen, die wiederum mit der Stadt abrechnen würde. Hierfür würde die Krankenkasse Gebühren erheben, die auszuhandeln wären.

Die zusätzlichen Leistungen würden über den Rechtsanspruch nach dem Asylbewerberleistungsgesetz hinausgehen und sind damit freiwillig.

### 1.3. Gleichstellung mit GKV-Mitgliedern

Eine dritte Möglichkeit besteht darin, jedem Leistungsberechtigten eine elektronische Gesundheitskarte auszustellen, mit der er den GKV-Mitgliedern völlig gleichgestellt ist. Die ärztliche Abrechnung der entstandenen Krankenhilfekosten würde durch die Krankenkasse erfolgen, die summarisch mit der Stadt abrechnet. Hierfür würde die Krankenkasse Gebühren berechnen.

Dieses Verfahren wird derzeit bereits auf Leistungsberechtigte angewandt, die gemäß § 2 AsylbLG Leistungen entsprechend dem SGB XII erhalten. Diese werden gemäß § 264 SGB V bei einer Krankenkasse angemeldet. Bisher mussten die Leistungsberechtigten 48 Monate im Leistungsbezug des AsylbLG gestanden haben, um diese analogen Leistungen beziehen zu können. Seit dem 01.03.2015 können Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG bereits nach 15 Monaten Aufenthalt im Bundesgebiet diese analogen Leistungen in Anspruch nehmen.

Die zusätzlichen Leistungen würden über den Rechtsanspruch nach dem Asylbewerberleistungsgesetz hinausgehen und sind damit freiwillig.

Die unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge erhalten ohnehin im Rahmen der Jugendhilfe einen umfassenden Krankenversicherungsschutz entsprechend den Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

## 2. Finanzielle Auswirkungen

### 2.1. Bisheriges Verfahren

Für Leistungsberechtigte nach § 4 AsylbLG wurden im Jahr 2014 insgesamt 1.694.828,61 Euro aufgewendet. Dies ergibt pro Monat pro Kopf einen Betrag von 168,52 Euro. Die Abrechnung der ambulanten Krankenhilfekosten erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung, hierfür entstehen keine Kosten.

### 2.2. Bremer Modell

Die finanziellen Auswirkungen dieses Verfahrens können nur geschätzt werden. Es ist derzeit nicht klar, wie sich die pro Kopf Ausgaben für die Krankenhilfe bei Einführung dieses Modells entwickeln

würden. Auch ist zu verhandeln, welche Kosten bei der Krankenkasse für die Abrechnung der Leistungen entstehen und abgerechnet werden dürfen.

In Hamburg wird das Bremer Modell praktiziert. Dort fallen derzeit pro Person pro Monat 10 Euro Bearbeitungsgebühr an. Hinzu kommen noch 8 Euro pro ausgestellte Karte.

In Aachen hätte dies in 2014 Mehrkosten von ca. 112.560 Euro für den Verwaltungsaufwand bei der Krankenkasse bedeutet.

Es werden im Monatsdurchschnitt 838 Personen betreut. Daraus errechnen sich jährliche

Verwaltungskosten in Höhe von  $838 \times 10 \text{ €} \times 12 \text{ Monate} = 100.560\text{€}$

Zuzüglich ca. 1.500 Karten je 8 Euro =  $12.000\text{€}$

Die Auswirkung auf die tatsächlichen Krankenhilfekosten kann nicht eingeschätzt werden.

Eine Steigerung um 10 % würde Mehrkosten von jährlich 169.482 Euro zur Folge haben.

Insgesamt betragen die Mehrkosten für diese Regelung nach überschlägiger Schätzung ca.282.000 €.

### 2.3. Gleichstellung mit GKV-Mitgliedern

Hier können als Anhaltspunkt für die Kostenentwicklung die Kosten herangezogen werden, die im Jahr 2014 für den Personenkreis nach dem AsylbLG, der bereits im Jahr 2014 nach § 264 SGB V bei der Krankenkasse angemeldet war, entstanden sind. Für diesen Personenkreis muss pro Quartal für jede angemeldete Person bei der Krankenkasse eine Kopfpauschale gezahlt werden. Diese Zahlung ist unabhängig davon, ob Leistungen im Rahmen der Krankenhilfe erbracht wurden. Die Kopfpauschale beträgt je nach Krankenkasse zwischen 78 und 117 Euro pro Quartal. Die Krankenkassen stellen zusätzlich 5 % Verwaltungskosten in Rechnung. Überträgt man dies auf den Personenkreis, der im Jahr 2014 Krankenhilfe nach dem bisherigen Verfahren erhalten hat, so wären im Jahr 2014 zusätzliche Kosten in Höhe von 446.165 Euro entstanden.

Berechnung:

5 % Verwaltungskosten von 1.864.311 Euro (110% der Kosten 2014)

nach Gesamtkosten = 93.215€

Kopfpauschalen durchschnittlich 97,50 Euro pro Quartal für 905 Personen

nach ausgestellten Krankenscheinen ergibt jährlich = 352.950€.

Die Auswirkung auf die tatsächlichen Krankenhilfekosten kann nicht eingeschätzt werden.

Eine Steigerung um 10 % (möglicherweise mehr wegen des höheren Leistungsanspruches) würde Mehrkosten von jährlich 169.482€ zur Folge haben.

Insgesamt würden überschlägig Mehrkosten in Höhe von 615.000€ entstehen.

In wieweit es durch eine Änderung im Verfahren zu Einsparungen bei den Personalkosten bei FB 50 kommt, ist nur schwer abzusehen. Abhängig vom neuen Verfahren fallen auch weiterhin Tätigkeiten beim FB 50 an. Bei der Einführung des neuen Verfahrens bei der Stadt Hamburg wurden erhebliche Personalkosten eingespart. Diese Einsparungen resultierten jedoch aus dem Wegfall von Aufgaben, die derzeit nicht vom FB 50, sondern von der Kassenärztlichen Vereinigung (Verträge mit Leistungserbringern, Direktabrechnung mit Leistungserbringern) oder vom Gesundheitsamt der

Städteregeon (Prüfung von Anträgen nach den Grundsätzen der § 4 und 6 AsylbLG) übernommen werden.

### **3. Weitere relevante Parameter**

#### 3.1 Neue Rechtslage

Zum 01.03.2015 wurde das Asylbewerberleistungsgesetz geändert. Leistungsberechtigte wechseln bereits nach 15 Monaten Aufenthalt im Bundesgebiet in die analogen Leistungen nach dem SGB XII, erhalten also nach 15 Monaten den Krankenversicherungsschutz entsprechend den Mitgliedern der GKV. Bisher lag diese Frist bei 48 Monaten.

#### 3.2 Verkürzte Asylantragsverfahren

Es wird von Bund und Ländern angestrebt, die Verfahrensdauer der Asylantragsverfahren zu reduzieren, so dass nach erfolgter Anerkennung ein früherer Wechsel in die Leistungen der GKV möglich ist.

#### 3.3 Rahmenbedingungen in Bund und Land

Dass die Regelungen der §§ 4 und 6 AsylbLG einer Überprüfung bedürfen ist allgemein anerkannt. So hat die Bundesregierung in einer Antwort auf eine Kleine Anfrage erklärt, dass eine Reform der Gesundheitsleistungen im AsylbLG der Überprüfung bedarf. Eine Reform der Gesundheitsleistungen im AsylbLG wird daher noch im Verlauf dieser Legislaturperiode unter Beachtung der Aufnahme-Richtlinie der EU angegangen (BT-Drs. 18/2184 vom 22.07.2014, Anlage 2).

Die Landesgesundheitskonferenz NRW hat am 20.11.2014 beschlossen, die Möglichkeiten eines Rahmenvertrages nach § 264 SGB V auf Landesebene mit Beitrittsmöglichkeit für interessierte Kommunen zu prüfen.

Die Landesregierung NRW sieht die zwingende Notwendigkeit einer bundesgesetzlichen Regelung, die Krankenkassen verpflichtet, den Zugang zur Krankenbehandlung für Asylsuchende vor Ablauf der 15-Monatsfrist auf der Grundlage des § 264 SGB V zu ermöglichen, wenn die jeweilige Gemeinde es wünscht. Damit eine möglichst einheitliche Umsetzung realisierbar ist, hält die Landesregierung darüber hinaus eine Rahmenvereinbarung des Landes für notwendig. Die Landesregierung wird sich in den weiteren Gesprächen für eine gesetzliche Regelung einsetzen, die diese Voraussetzungen erfüllt. (LT-Vorlage 16/2596 vom 15.01.2015, Anlage 3).

„Der Tagesspiegel“ berichtet in seiner Ausgabe vom 01.03.2015, dass der Bund und die Länder bereits seit Wochen über eine gesetzliche Regelung verhandeln, die eine bundesweite Einführung einer Gesundheitskarte ermöglichen würde. Mit einem Abschluss eines Gesetzgebungsverfahrens wird bis zum Sommer gerechnet.

#### 3.4 Beispiel Münster

Die Stadt Münster hat bereits im November beschlossen das Bremer-Modell einzuführen. Entsprechende Gespräche mit der AOK Bremen/Bremerhaven wurden begonnen. Laut Auskunft der Stadt Münster hat die AOK jedoch diese Gespräche zurückgestellt, bis über eine landesweite einheitliche Regelung für NRW entschieden wurde.

#### **4. Bewertung der Verwaltung**

Die Option 1.1 (bisheriges Verfahren) ist in Aachen für die Leistungsberechtigten soweit möglich entbürokratisiert. Anträge auf Kostenübernahme werden zeitnah und bei dringendem Bedarf umgehend getroffen. Ermessensspielräume des Gesetzgebers werden genutzt, um eine sachgerechte und praxisnahe Entscheidung im Sinne der Betroffenen zu treffen.

Die Option 1.2 (Bremer Modell) hat den Vorteil, dass die Leistungsberechtigten fast alle Leistungen der GKV erhalten können und nur im Ausnahmefall die Genehmigung des FB 50 benötigen. Es entstehen jedoch Mehrkosten von mindestens 112.560 Euro zuzüglich der Steigerung bei den tatsächlichen Krankenhilfearwendungen.

Die Option 1.3 (Gleichstellung mit der GKV) hat den Vorteil, dass die Leistungsberechtigten alle Leistungen der GKV erhalten können. Es entstehen jedoch Mehrkosten von mindestens 446.165 Euro zuzüglich der Steigerung bei den tatsächlichen Krankenhilfearwendungen, die über den gesetzlichen Anspruch nach den §§ 4 und 6 AsylbLG hinausgehen.

Die Verwaltung schlägt vor, die Einführung einer Gesundheitskarte für Flüchtlinge im Leistungsbezug nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz in der Stadt Aachen zurückzustellen, bis abschließend über die Einführung von bundes- oder landesweit einheitlichen Regelungen entschieden wurde.

Nach dem Konnexitätsprinzip gem. Art. 78 Abs. 3 der Landesverfassung NRW wäre dann vom Gesetzgeber auch eine Kostenregelung zu erwarten.

#### **Anlage/n:**

Anlage 1: Ratsantrag

Anlage 2: Antwort Bundesregierung auf Anfrage

Anlage 3: Bericht der Landesregierung zum Bremer Modell

Fraktionen im Rat der Stadt - 52062 Aachen

Herrn  
Oberbürgermeister  
Marcel Philipp  
Rathaus  
52058 Aachen

Eingang bei FB 01  
09. März 2015

Nr. 65/17

**Geschäftsstellen**

Verwaltungsgebäude Katschhof  
Johannes-Paul-II.-Straße 1  
52062 Aachen

**CDU** 0241 / 432 -7211  
**SPD** 0241 / 432 -7215  
**Grüne** 0241 / 432 -7217  
**Linke** 0241 / 432 -7244  
**FDP** 0241 / 432 -7224  
**Piraten** 0241 / 432 -7266

Aachen, den 04. März 2015

**RATSANTRAG**

CDU 15.009, SPD AT 18/15;  
GRÜNE 08/15; FDP 12/15  
LINKE; PIRATEN

**Gesundheitsprogramm für Flüchtlinge**

Sehr geehrter Herr Oberbürgermeister,

die Fraktionen von CDU, SPD, Grüne, Linke, FDP und Piraten im Rat der Stadt Aachen beantragen im Rat der Stadt folgenden Beschluss zu fassen:

1. Die Stadt Aachen will die medizinische Regelversorgung für Flüchtlinge und Asylbewerber verbessern und deren Heilbehandlung auf eine gesetzliche Krankenversicherung in Anlehnung an das „Bremer Modell“ übertragen. Hierbei erhalten Leistungsberechtigte nach §§ 4 und 6 AsylbLG eine Kranken-versicherten-Chipkarte der gesetzlichen Krankenversicherung.
2. Die Verwaltung wird beauftragt, Verhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen aufzunehmen, um eine entsprechende Vereinbarung auf Grundlage des § 264 Abs. 1 SGB V zu treffen.
3. Die Verwaltung wird darüber hinaus aufgefordert, gemeinsam mit den entsprechenden Akteuren aus Gesundheitshilfe und Flüchtlingsarbeit die gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen, Asylsuchenden und Menschen ohne Papiere in Anlehnung an das „Bremer Modell“ für Aachen weiter zu entwickeln und ein entsprechendes Gesundheitsprogramm auszuarbeiten.

4. Die kommunale Gesundheitskonferenz wird gebeten, über die bislang vereinbarten Themenschwerpunkte hinaus das Thema gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Aachen mit zu bearbeiten und hierbei auch die hieran beteiligten Akteure aus dem Gesundheitswesen und die örtlichen Flüchtlingsorganisationen mit einzubinden.
5. Die Stadt Aachen ist weiterhin davon überzeugt, dass die Versorgung von Flüchtlingen eine übertragene Aufgabe ist, die originär in die Zuständigkeit von Bund und Ländern fällt und diese die Kosten der Versorgung auch in vollem Umfang zu tragen haben. Die Verwaltung wird daher aufgefordert, dies entsprechend auf Ebene der kommunalen Verbände zu kommunizieren und für die Übernahme der Kosten durch Bund und Länder einzutreten.

**Begründung:**

Durch die Ausstattung mit Krankenversicherungskarten könnten Flüchtlinge und Asylsuchende über eine Versichertenkarte die Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, ohne in jedem Fall eine Bewilligung der zuständigen Dienststellen einholen zu müssen. Dies bedeutet einen gleichberechtigten Zugang zu gesundheitlichen Leistungen bei Ärzten, in Krankenhäusern und bei sonstigen Leistungserbringern, wie bei den anderen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung üblich. Dieses Verfahren würde die Gesundheitsversorgung deutlich verbessern und auch zur „Normalität“ im Alltag der Betroffenen bei der Inanspruchnahme der Leistungen im Gesundheitswesen beitragen. Die im AsylbLG vorgesehenen Leistungseinschränkungen sind in der Praxis oft umstritten und führen nicht selten zu zeitlichen Verzögerungen der Behandlung zu Lasten der Patienten. Der zusätzliche Weg über das Sozialamt entfällt.

Ziel der Übertragung der Aufgaben auf eine gesetzliche Krankenkasse ist es, eine professionelle, bessere und zugleich auch effektivere Heilbehandlung der Flüchtlinge und Asylbewerber zu garantieren.



Gemäß § 264 Abs. 1 SGB V (Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung) können die kreisfreien Städte und Kreise bereits jetzt die Krankenbehandlung für Flüchtlinge, Asylbewerber und Geduldete auf die Krankenkassen übertragen. Die Erfahrungen aus Bremen zeigen, dass sich durch das Projekt Verwaltungskosten in erheblichem Umfang einsparen lassen.

Mit freundlichen Grüßen



Harald Baal

Vorsitzender CDU-Fraktion



Ulla Griepentrog

Sprecherin Grüne-Fraktion



Wilhelm Helg

Vorsitzender FDP-Fraktion



Michael Servos

Vorsitzender SPD-Fraktion



Leo Deumens

Vorsitzender Linke-Fraktion



Udo Pütz

Vorsitzender Piraten-Fraktion

## Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Luise Amtsberg, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
– Drucksache 18/1934 –**

### **Gesundheitliche Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

„Die in Art. 1 Abs. 1 GG [GG: Grundgesetz] garantierte Menschenwürde ist migrationspolitisch nicht zu relativieren.“ Dies hat das Bundesverfassungsgericht vor zwei Jahren mit seinem Urteil vom 18. Juli 2012 (1 BvL 10/10 und 1 BvL 2/11; Rn. 121) dem deutschen Gesetzgeber ins Stammbuch geschrieben. Damit stellt das Bundesverfassungsgericht klar, dass die durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) vorgesehene Ungleichbehandlung z. B. von Asylsuchenden bei der Gewährung sozialer Leistungen zur Sicherung des Existenzminimums unzulässig ist.

Ob eine solche Ungleichbehandlung auch beim Zugang zu Gesundheitsleistungen verfassungsrechtlich zulässig ist, bzw. inwieweit die o. g. Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts auf Gesundheitsleistungen übertragbar ist, oder nicht, darüber liegt derzeit noch keine gerichtliche Entscheidung vor.

Als starkes Indiz aber stellte das Bundesverfassungsgericht in seiner o. g. Entscheidung klar, dass die Menschenwürde auch die „physische Existenz des Menschen“ umfassen würde.

Mit dieser Frage hat sich die Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (ZEKO) bei der Bundesärztekammer im Jahr 2013 mit einer ausführlichen Stellungnahme beschäftigt (Deutsches Ärzteblatt 18/2013, S. 899 ff.). Aus Sicht der Bundesärztekammer müssten hier „wegen der existenziellen Bedeutung von Krankheit noch strengere Maßstäbe [als bei Sozialleistungen] angewandt“ werden. Denn der Katalog des – für die Gewährung von Gesundheitsleistungen einschlägigen Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) – bestünde ohnehin nur aus Leistungen, die „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ würden (§ 12 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Daher besteht aus Sicht der Bundesärztekammer eine „hohe Begründungslast“, warum eine Leistung zwar generell, aber nicht für solche Patientinnen und Patienten notwendig sein soll, die dem AsylbLG unterworfen sind.

Einen eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen haben nach dem AsylbLG nicht nur Asylsuchende, sondern auch Geduldete, Bürgerkriegs-

---

*Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom 18. Juli 2014 übermittelt.*

*Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.*

flüchtlinge, vollziehbar Ausreisepflichtige sowie deren Ehegatten bzw. Lebenspartner und deren minderjährige Kinder. All diese Personengruppen haben nach § 4 AsylbLG nur Anspruch auf die Behandlung akuter Erkrankungen und akuter Schmerzzustände. Die Behandlung von chronischen Erkrankungen, Beeinträchtigungen oder Traumata wird nach § 6 AsylbLG nur im Einzelfall und dann auch nur im Ermessen zur „Sicherung des unabweisbar Unerlässlichen“ gewährt – oder eben nicht. Einen Anspruch auf diese Leistungen haben die Betroffenen nicht.

Ob bzw. in welcher Form den Personen, die dem AsylbLG unterworfen sind, medizinisch geholfen wird, darüber entscheiden nicht – wie bei sonst allen anderen Menschen – Ärztinnen und Ärzte, sondern medizinisch nicht fachkundige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Sozialämtern. Und dort werden seit vielen Jahren Menschen unter Hinweis auf das AsylbLG

- lebensnotwendige Operationen verweigert bzw. über Monate verschleppt,
- Zahnbehandlungen abgelehnt,
- Anträge von Traumatisierten auf eine psychotherapeutische Behandlung zurückgewiesen sowie
- Rollstühle, Hörgeräte oder Mittel zur Inkontinenzpflege als „nicht lebensnotwendig“ – vorenthalten

(vgl. die Stellungnahme des Flüchtlingsrates Berlin vom 7. Januar 2012 zur „Novellierung der verfassungswidrigen Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes“, Anhang I, S. 32 ff.).

Die Folge davon ist, dass notwendige Krankenbehandlungen ausfallen, dass die Zahl der Notarztbesuche, Rettungsfahrten und Notaufnahmen steigt und dass sich Krankheiten unnötig verschlimmern. Die Betroffenen müssen vermeidbare Schmerzen erleiden, die Verschlechterung bestehender Erkrankungen und dauerhafte Gesundheitsschäden in Kauf nehmen. Einige sterben an den Folgen.

So gab es allein innerhalb der letzten zwölf Monate unter Asylsuchenden viele Todesfälle bzw. Fälle schwerer körperlicher Beeinträchtigungen (vgl. Nachrichtenmagazin DER SPIEGEL 22/2014):

- Im bayerischen Neuburg an der Donau nahm sich letztes Jahr ein Asylbewerber aus Uganda das Leben, nachdem das zuständige Landratsamt dem schwer traumatisierten ehemaligen Kindersoldaten die ärztlich empfohlene Psychotherapie vorenthalten hatte.
- Im Februar 2014 starb in Plauen (Sachsen) der tunesische Asylbewerber A. J. in einem mehrstündigen Todeskampf, nachdem sich das Wachpersonal seiner Gemeinschaftsunterkunft geweigert hatte, einen Krankenwagen anzufordern.
- Im April 2014 starb in Hannover das Baby einer Frau aus Ghana. Die Klinik hatte nach Aussage der Asylbewerberin das Kind abgewiesen, da sie keinen Krankenschein vorlegen konnte, was die Krankenhausleitung allerdings bestritten.
- Ebenfalls im April 2014 wurden drei Mitarbeiter des Flüchtlingsaufnahmehauses in Zirndorf (Bayern) zu Geldstrafen verurteilt, weil sie sich geweigert hatten, einem Flüchtlingskind zu helfen, obwohl es an einer Hirnhautentzündung litt. Der Junge überlebte knapp, verlor aber einen Finger und einen Zeh.

„Die medizinische Hilfe für Flüchtlinge in Deutschland ist schlecht – die Probleme eklatant“, so lautet das Fazit der ARD-Sendung „report München“ (vom 1. April 2014). Eine völlig gegensätzliche Ansicht vertrat in dieser Sendung hingegen die Bundesministerin für Arbeit und Soziales Andrea Nahles (SPD). Ihrer Ansicht nach gewähre das AsylbLG „eine vollständige [medizinische] Grundversorgung“ – wenngleich „nur zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“. Die auch in jener Sendung aufgegriffenen Fälle aus

Fürth und Plauen seien – so Andrea Nahles – auf „individuelles Fehlverhalten“ zurückzuführen.

Damit macht sich die Bundesministerin für Arbeit und Soziales „einen schlanken Fuß“ – und das auf dem Rücken nicht nur der Betroffenen, sondern auch der häufig überforderten Beschäftigten. Die Mängel in der gesundheitlichen Versorgung von Leistungsempfängern nach dem AsylbLG sind gewollt, haben System und haben auch eine gesetzliche Grundlage: das Asylbewerberleistungsgesetz.

Erst jüngst hat der Deutsche Ärztetag 2014 Beschlüsse gefasst, um die medizinische Behandlung für Leistungsempfängerinnen und -empfänger nach AsylbLG in Deutschland zu verbessern:

- Der weitestgehende Beschluss besteht in der Aufforderung an den Bundesgesetzgeber, den Personen, die dem AsylbLG unterworfen sind, die gleichen Rechte bei der Gesundheitsversorgung zukommen zu lassen, wie regulär Krankenversicherten (Beschluss VII – 66).
- Zweitens wurden die Bundesländer aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, dass nach dem Vorbild Bremens bundesweit Verträge gemäß § 264 Absatz 1 SGB V mit den Krankenkassen geschlossen werden, die Leistungsberechtigten des AsylbLG einen unkomplizierten Zugang mittels Krankenversicherungskarte zu einer Krankenbehandlung ermöglichen (Beschluss VII – 89).

Die Bundesregierung hat im Juni 2014 – mit Blick auf das Bundesverfassungsgerichtsurteil vom 18. Juli 2012 – einen Referentenentwurf zur Überarbeitung des AsylbLG vorgelegt. Darin macht sie jedoch keinen einzigen Vorschlag zur Beendigung des ungleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen.

#### Vorbemerkung der Bundesregierung

Der Anspruch nach § 4 Absatz 1 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) umfasst die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderliche ärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder Linderung von Krankheiten und Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen. Chronische Erkrankungen, deren Behandlungen längerfristig angelegt sind, und daher regelmäßig nicht in Deutschland abgeschlossen werden können, lösen nach der gesetzlichen Begründung zu § 4 Absatz 1 AsylbLG hingegen regelmäßig keine Leistungspflicht nach dieser Norm aus (vgl. Bundestagsdrucksache 12/4451, S. 9).

Der Anspruch nach § 4 Absatz 1 AsylbLG wird allerdings ergänzt durch § 6 Absatz 1 AsylbLG. Nach dieser Vorschrift können „sonstige Leistungen“ insbesondere gewährt werden, wenn dies zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich oder zur Deckung der besonderen Bedürfnisse von Kindern geboten ist. § 6 Absatz 1 AsylbLG eröffnet damit den Zugang zu einer über den Leistungsumfang nach § 4 Absatz 1 AsylbLG hinausgehenden Gesundheitsversorgung, insbesondere zur Behandlung chronischer oder psychischer Erkrankungen. Die Regelung gibt der Leistungsbehörde die Möglichkeit, besonderen Bedarfen im Einzelfall gerecht zu werden. Dabei hat sie auch die grundrechtlichen Belange der Betroffenen angemessen zu berücksichtigen. Soweit verfassungsrechtlich geboten, vermittelt diese Norm – im Wege der Ermessensreduzierung – somit auch einen Anspruch auf Gewährung einer „sonstigen“ Gesundheitsleistung.

Die Ausführung des Asylbewerberleistungsgesetzes liegt in der Zuständigkeit der Länder. Über die Gewährung von Leistungen nach den §§ 4 und 6 AsylbLG entscheiden daher die für die Durchführung des AsylbLG nach dem jeweiligen Landesrecht zuständigen Stellen. Den Ländern obliegt es dabei auch – durch das von ihnen gewählte System – eine sachverständige Beurteilung des medizinischen Bedarfs und eine rechtzeitige Behandlung vor Ort sicherzustellen.

Die Ausgestaltung in den einzelnen Bundesländern ist unterschiedlich. In einigen Ländern werden den Leistungsberechtigten quartalsweise Behandlungsscheine ausgestellt, in anderen Bundesländern anlassbezogene Behandlungsscheine. Letztere können teilweise auch von Ärzten unmittelbar bei den Leistungsbehörden angefordert werden. Bei schweren chronischen Krankheitsfällen und kostenintensiven Maßnahmen sehen die Behandlungsscheine teilweise Zustimmungsvorbehalte und eine Vorabprüfung durch Amtsärzte vor. Zudem gibt es einzelne Bundesländer (die Stadtstaaten Hamburg und Bremen), die Sondervereinbarungen mit den Krankenkassen abgeschlossen haben. Hier erhalten die Leistungsberechtigten eine Gesundheitskarte und die Krankenkassen übernehmen die Krankenbehandlung auch für die Leistungsberechtigten nach § 3 AsylbLG gegen eine mit den Ländern vertraglich vereinbarte Vergütung.

Die Auffassung, dass die Bedarfsprüfung nach den §§ 4 und 6 AsylbLG von nicht medizinisch fachkundigen Behördenmitarbeitern – ohne Hinzuziehung externen Sachverständs – vorgenommen werde, wird nicht geteilt. Vielmehr ist der Bundesregierung bekannt, dass die Leistungsbehörden regelmäßig externen Sachverständen (über die behandelnden Ärzte und in komplizierten Fällen über externe Gutachter) heranziehen aber auch internen Sachverständen (Amtsarzt beim Gesundheitsamt), insbesondere um die Notwendigkeit der Behandlung bei schweren Krankheitsfällen, die eine längerfristige und kostenintensive Behandlung erforderlich machen, festzustellen.

Hinzu kommt, dass das Asylbewerberleistungsgesetz in medizinischen Eilfällen, deren Behandlung keinen Aufschub duldet, nicht verlangt, dass sich der oder die Betroffene zuerst an die Leistungsbehörde wendet. Vielmehr können die Betroffenen in diesen Fällen unmittelbar einen Arzt oder ein Krankenhaus aufsuchen, die in diesen Fällen gesetzlich zur Behandlung der Leistungsberechtigten verpflichtet sind.

Soweit es in der Praxis dennoch zu Versorgungsausfällen kommt, sind diese nach Auffassung der Bundesregierung nicht auf einen unzureichenden materiellen Umfang der Ansprüche nach §§ 4 und 6 AsylbLG zurückzuführen. Vielmehr sehen diese Normen bei verfassungskonformer Auslegung ein Leistungsniveau vor, das das medizinische Existenzminimum von Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz gewährleistet.

Richtig ist aber, dass das System der Gesundheitsleistungen im Asylbewerberleistungsgesetz der Überprüfung bedarf, da die – bis Mitte Juli 2015 umzusetzende – Neufassung der Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Richtlinie 2013/33/EU vom 26. Juni 2013 – ABl. EU L 180 vom 29. Juni 2013, S. 96 –, im Folgenden „Aufnahme-Richtlinie“) insbesondere Regelungen in diesem Bereich fordert. Eine Reform der Gesundheitsleistungen im AsylbLG wird daher noch im Verlauf dieser Legislaturperiode – in Umsetzung der Aufnahme-Richtlinie – angegangen werden.

#### Todesfälle in deutschen Asylunterkünften

1. Sind der Bundesregierung aus den Jahren 2009 bis 2014 weitere Fälle bekannt, in denen das Vorenthalten bzw. Verzögern einer medizinischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung bei Personen, die dem AsylbLG unterworfen sind, zu körperlichen Schäden bzw. zu Todesfällen geführt haben (bitte nach Datum, Bundesland und Ort des jeweiligen Einzelfalls aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung sind keine Fälle bekannt.

2. Welche Probleme bei der medizinischen Versorgung nach dem AsylbLG sind der Bundesregierung durch Beschwerden von Betroffenen, Flüchtlingsorganisationen und Leistungserbringern bekannt?

Leistungserbringer und deren Verbände thematisierten gegenüber der Bundesregierung insbesondere das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 30. Oktober 2013 (B 7 AY 2/12 R). In dieser Entscheidung hat das BSG die – in der instanzgerichtlichen Rechtsprechung zuvor einhellig anerkannte – Anwendung des Nothelferanspruchs nach § 25 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) im AsylbLG abgelehnt. Die Leistungserbringer kritisierten, dass diese Rechtsprechung des BSG das Risiko von Entgeltausfällen begründe; denn (Zahn-)Ärzte und Krankenhäuser könnten zukünftig gegenüber den Leistungsträgern nach dem AsylbLG keine unmittelbare Erstattung der Behandlungskosten mehr geltend machen, die ihnen durch die in Eilfällen an Asylbewerber geleistete medizinische Nothilfe entstanden sind. Es bestehe gesetzgeberischer Handlungsbedarf, um die adäquate Finanzierung der Krankenbehandlung des betroffenen Personenkreises auch in Notfällen sicherzustellen.

Das federführende Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat dieses Anliegen der Leistungserbringer aufgegriffen. Der aktuelle Referentenentwurf zur Änderung des AsylbLG sieht deshalb die Schaffung eines Nothelferanspruchs nach dem Vorbild von § 25 SGB XII vor. Hiermit soll den berechtigten Interessen von Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern Rechnung getragen und zugleich die angemessene medizinische Versorgung von Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG sichergestellt werden.

Weiterhin liegen der Bundesregierung Schreiben von Flüchtlingsorganisationen und Sozialverbänden vor, die Änderungsbedarf bei den Gesundheitsleistungen nach dem AsylbLG geltend machen. Die Kritik der Verbände zielt insbesondere auf das gegenüber dem SGB XII abweichende Leistungsniveau der §§ 4, 6 AsylbLG sowie auf die in einigen Bundesländern geltende Verwaltungspraxis der Behandlungsscheine, die Leistungsberechtigte – anders als Krankenversicherte – im Regelfall vor einer medizinischen Behandlung – einholen müssen. Weitere Themen sind die Gesundheitsversorgung von vollziehbar ausreisepflichtigen Personen, die bei den Behörden nicht gemeldet sind, sowie die Anpassung der Gesundheitsleistungen entsprechend den Vorgaben der Aufnahme-Richtlinie. Einige dieser Punkte wurden auch im Rahmen der Verbändeanhörung zum aktuellen Gesetzentwurf zur Änderung des AsylbLG vorgebracht.

3. Erkennt die Bundesregierung einen Zusammenhang zwischen den Regelungen zur medizinischen Versorgung und deren Kostenübernahme im AsylbLG und dem berichteten Verzögern und Verweigern von medizinischen bzw. psychotherapeutischen Behandlungen bei Personen, die dem AsylbLG unterliegen (bitte begründen)?

Die alternativen Anwendungsvarianten der §§ 4 und 6 AsylbLG erlauben nach Auffassung der Bundesregierung bereits heute eine angemessene gesundheitliche Versorgung der Leistungsberechtigten. Ergänzend wird auf die Ausführungen zu diesen Regelungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

4. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um zu verhindern, dass ärztliches Personal, Betreiber von Asylunterkünften sowie Angehörige von Wachschutzdiensten wegen rechtlicher oder ökonomischer Unsicherheiten notwendige Behandlungen hinauszögern oder unterlassen, damit, wie in der Vorbemerkung der Fragesteller genannten Todesfälle und Körperschädigungen in Zukunft nicht mehr vorkommen?

Die angesprochenen Maßnahmen betreffen die Ebene des Verwaltungsvollzugs. Die Ausführung des AsylbLG, einschließlich des Betriebs von Asylbewerber-Unterkünften sowie der Versorgung der Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG mit Gesundheitsleistungen, liegt gemäß Artikel 83 des Grundgesetzes (GG) in der Verantwortung der Länder und Kommunen. Diese sind auch dafür zuständig, eine ordnungsgemäße Leistungsverwaltung sicherzustellen. Zu den hierzu von den Ländern und Kommunen ergriffenen oder geplanten Maßnahmen kann die Bundesregierung keine Aussage treffen.

Umfang des Verbots einer „migrationspolitischen Relativierung“ der Menschenwürde

5. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die im AsylbLG vorgesehene Ungleichbehandlung beim Zugang zu Gesundheitsleistungen einen ungleichen Schutz des Lebens bzw. der körperlichen Unversehrtheit der Betroffenen nach sich zieht und damit ebenfalls eine unzulässige „migrationspolitische Relativierung“ der Menschenwürde darstellt?
  - a) Wenn ja, warum schlägt die Bundesregierung in ihrem Referentenentwurf zur Änderung des AsylbLG nicht auch eine Beendigung des ungleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen vor?
  - b) Wenn nein, warum nicht?

Die in der Frage 5 dargelegte Position wird von der Bundesregierung nicht geteilt. Sie ist vielmehr der Auffassung, dass die alternativen Anwendungsvarianten der §§ 4 und 6 AsylbLG eine angemessene gesundheitliche Versorgung der Leistungsberechtigten ermöglichen.

Nach diesen Normen haben Personen, die in den personalen Anwendungsbereich des AsylbLG fallen, während der Zeit des ersten Aufenthalts (§ 2 Absatz 1 AsylbLG) Anspruch auf eine gesundheitliche Grundversorgung. Besondere Bedeutung kommt dabei der Öffnungsklausel des § 6 Absatz 1 AsylbLG zu. Diese Regelung ermöglicht den zuständigen Leistungsbehörden, im Einzelfall eine über den Leistungsumfang nach § 4 Absatz 1 AsylbLG hinausgehende medizinische Versorgung, etwa zur Behandlung chronischer oder psychischer Erkrankungen, zu gewähren. Bei der Prüfung der Bewilligungsvoraussetzungen des § 6 Absatz 1 AsylbLG sowie bei der pflichtgemäßen Ausübung des darin eröffneten Ermessens sind von der zuständigen Leistungsbehörde auch die grundrechtlichen Belange der Leistungsberechtigten – einschließlich des Grundrechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG) – zu beachten. Die §§ 4, 6 AsylbLG gewährleisten damit eine differenzierte Gesundheitsversorgung, die – unter Berücksichtigung (u. a.) der voraussichtlichen weiteren Aufenthaltsdauer der Leistungsberechtigten – eine Versorgung mit dem medizinischen Existenzminimum sicherstellt.

Eine Änderung dieser Normen ist daher im aktuellen Referentenentwurf zur Reform des AsylbLG nicht vorgesehen. Dieser beschränkt sich weitgehend auf eine enge Umsetzung der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts in seiner Entscheidung vom 18. Juli 2012. Darin hat das Gericht diese Normen nicht beanstandet.

Einen Reformbedarf im Bereich der Gesundheitsleistungen für Grundleistungsbezieher nach dem AsylbLG (§§ 4, 6 AsylbLG) erkennt die Bundesregierung jedoch aufgrund der Vorgaben der Aufnahme-Richtlinie zur Gesundheitsversorgung an. Über die Ausgestaltung dieser Reform soll jedoch erst im Zusammenhang mit der Umsetzung dieser Richtlinie im weiteren Verlauf dieser Legislaturperiode entschieden werden. Ergänzend wird auf die Antwort zu Frage 9 verwiesen.

6. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass bei dem eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen nach dem AsylbLG strengere Maßstäbe gelten müssten, als bei der vom Bundesverfassungsgericht monierten Ungleichheit beim Zugang zu Sozialleistungen, zumal nach § 12 Absatz 1 SGB V nur solche Gesundheitsleistungen gewährt werden, die „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen“ (vgl. Stellungnahme der ZEKo von 2013)?

Wenn nein, warum nicht?

Die §§ 4 und 6 AsylbLG sind nach Auffassung der Bundesregierung geeignet, die Versorgung der Leistungsberechtigten nach den §§ 3 ff. AsylbLG mit existenznotwendigen Gesundheitsleistungen sicherzustellen. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 5 sowie auf die Vorbemerkung der Bundesregierung Bezug genommen.

Die medizinische Versorgung nach dem AsylbLG

7. Wie ist es – mit Blick auf den eigenen Anspruch der Bundesregierung („das Asylbewerberleistungsgesetz gewährleistet eine vollständige medizinische Grundversorgung zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzuständen“) – zu rechtfertigen, wenn Personen gegebenenfalls lebensnotwendige Operationen verweigert, Traumatisierten eine psychotherapeutische Behandlung vorenthalten bzw. Rollstühle, Hörgeräte oder gar Mittel zur Inkontinenzpflege abgelehnt werden, auch wenn dies ärztlicherseits angeordnet worden ist?

Die Prüfung und Beurteilung der im Einzelfall zu gewährenden Gesundheitsleistungen nach den §§ 4, 6 AsylbLG erfolgt durch die zuständigen Leistungsbehörden der Länder. Zu einzelnen Leistungsfällen kann die Bundesregierung daher keine Aussage treffen. Die Länder führen das AsylbLG als eigene Angelegenheit aus. Auf die Antwort zu Frage 4 wird verwiesen.

8. Wie verhalten sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Folgekosten, die sich aus dem berichteten Vorenthalten bzw. dem Verzögern einer objektiv notwendigen medizinischen oder psychotherapeutischen Behandlung ergeben (Verschlimmerung des Krankheitsbildes, aber auch die darauf zurückzuführende Zahl von Notarzteinsätzen, Rettungsfahrten und Notaufnahmen) zu den Kosten, die entstünden, wenn diese Menschen die ärztlich angeordnete Hilfe unmittelbar erhielten?

Da die Länder das AsylbLG als eigene Angelegenheit ausführen (vgl. Antwort zu den Fragen 4 und 7), haben sie auch die Kosten dieses Gesetzes zu tragen (Artikel 104a Absatz 1 GG). Dies gilt auch für die Kosten der Krankenhilfeleistungen nach den §§ 4, 6 AsylbLG bzw. nach den § 2 Absatz 1 AsylbLG i. V. m. §§ 47 ff. SGB XII. Zu eventuellen Folgekosten, die sich aufgrund der jeweiligen Gewährungspraxis eines Landes bei den Gesundheitsleistungen nach dem AsylbLG ergeben könnten, liegen der Bundesregierung daher keine Erkennt-



nisse vor. Gleiches gilt für die Frage, wie es sich auf die Gesundheitsausgaben eines Landes im Bereich des AsylbLG auswirken würde, wenn ein Land seine Gewährungspraxis ändern würde; auch hierzu kann die Bundesregierung keine Aussage treffen.

9. Warum haben z. B. unbegleitete Minderjährige oder Traumatisierte gemäß § 6 Absatz 2 AsylbLG nur dann einen Anspruch auf eine uneingeschränkte medizinische Versorgung, wenn sie als sog. vorübergehend Schutzbedürftige eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Absatz 1 des Aufenthaltsgesetzes erhalten haben?

Mit der Vorschrift des § 6 Absatz 2 AsylbLG wurde Artikel 13 Absatz 4 der Richtlinie 2001/55/EG des Rates vom 20. Juli 2001 über Mindestnormen für die Gewährung vorübergehenden Schutzes im Falle eines Massenzustroms von Vertriebenen und Maßnahmen zur Förderung einer ausgewogenen Verteilung der Belastungen, die mit der Aufnahme dieser Personen und den Folgen dieser Aufnahme verbunden sind, auf die Mitgliedstaaten (ABl. Nr. L 212 vom 7.8.2001, S. 12, im Folgenden: „Massenzustrom-Richtlinie“) umgesetzt. Diese Richtlinienbestimmung sieht aus humanitären Erwägungen im Bereich der medizinischen Versorgung eine Privilegierung für vorübergehend geschützte Personen mit besonderen Bedürfnissen vor, zu denen nach der Richtlinie unter anderem unbegleitete Minderjährige oder Opfer schwerer Gewalt gehören (Bundestagsdrucksache 15/4173, S. 28).

Dementsprechend erfasst § 6 Absatz 2 AsylbLG allein Inhaber einer Aufenthaltserlaubnis nach § 24 Absatz 1 AsylbLG, die nach dem AsylbLG leistungsberechtigt sind, also „wegen des Krieges in ihrem Heimatland“ (§ 1 Absatz 1 Nummer 3 AsylbLG) aufgrund eines Ratsbeschlusses der EU im Sinne des Artikels 5 der Massenzustrom-Richtlinie zum vorübergehenden Schutz in Deutschland aufgenommen worden sind. Nur für diesen Personenkreis, sofern es sich um Personen mit besonderen Bedürfnissen im Sinne der Richtlinie handelt, sieht § 6 Absatz 2 AsylbLG einen Anspruch auf diese medizinische oder sonstige Hilfe vor.

Ein vergleichbarer Reformbedarf ergibt sich jedenfalls nunmehr aufgrund der Neufassung der Aufnahme-Richtlinie, die bis Mitte Juli 2015 in deutsches Recht umzusetzen ist. Diese sieht für Antragsteller mit besonderen Bedürfnissen eine Gesundheitsversorgung vor, die im Bedarfsfall insbesondere auch eine geeignete psychologische Betreuung umfasst (Artikel 19 Absatz 2 RL). Die Bundesregierung wird die Umsetzung dieser Richtlinienvorgaben alsbald in Angriff nehmen. In einem ersten Reformschritt sollen jedoch zunächst die Vorgaben aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom Juli 2012 umgesetzt werden. Hierzu dient der aktuell vorliegende Referentenentwurf zur Änderung des AsylbLG, der derzeit innerhalb der Bundesregierung abgestimmt wird.

10. Wie viele Personen haben seit dem Jahr 2005 jährlich eine Aufenthaltserlaubnis nach § 24 Absatz 1 des Aufenthaltsgesetzes erhalten – waren also leistungsberechtigt nach § 6 Absatz 2 AsylbLG?

Bisher ist kein Beschluss des Rates der Europäischen Union nach Artikel 5 der Richtlinie 2001/55/EG gefasst worden. Daher wurden derartige Aufenthaltserlaubnisse nicht erteilt.

11. Warum erhalten nicht auch die übrigen Personen, die dem AsylbLG unterworfen sind, einen gleichwertigen Schutz ihrer Grundrechte auf Leben, körperliche Unversehrtheit und auf den Schutz ihrer Menschenwürde?

Es wird auf die Antwort zu den Fragen 5, 6 und 9 verwiesen.

Die Rolle von Sozialämtern bei der medizinischen Versorgung nach dem AsylbLG

12. Ist es zutreffend, dass über die Ausstellung eines Krankenscheins für Leistungsberechtigte des AsylbLG (und damit über den Zugang dieser Menschen zu einer medizinischen oder psychotherapeutischen Behandlung) medizinisch nicht fachkundige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Sozialämtern entscheiden?

Wenn ja, hält die Bundesregierung dies medizinethisch für vertretbar (bitte begründen)?

13. Nach welchen objektiven bzw. für alle Beteiligten transparenten und verständlichen Vorgaben entscheiden nach Kenntnis der Bundesregierung die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter der Sozialämter über die Behandlungsbedürftigkeit?
14. Wie wird nach Kenntnis der Bundesregierung sichergestellt, dass die hier in Rede stehenden Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter fachlich in der Lage sind, über die Behandlungsbedürftigkeit sachgerecht zu entscheiden?
15. Sind die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter nach Kenntnis der Bundesregierung insbesondere darin geschult, psychische Störungen zu erkennen?

Die Fragen 12 bis 15 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung wird verwiesen. Fragen, die die Verfahrensgestaltung, die Qualifikation bzw. Fortbildung von Mitarbeitern und die Verwaltungspraxis betreffen, liegen in der Zuständigkeit der Länder. Der Bundesregierung liegen dazu und zu den Kriterien, die über die gesetzlichen Vorgaben nach den §§ 4, 6 AsylbLG hinaus die Entscheidungsgrundlage für die behördlichen Mitarbeiter darstellen, keine Erkenntnisse vor. Richtig ist aber, dass einzelne Leistungserbringer und Verbände gegenüber der Bundesregierung den Umstand, dass die Entscheidung über den Zugang zu medizinischen Leistungen und damit über die Behandlungsbedürftigkeit von Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG von medizinisch nicht fachkundigem Personal getroffen wird, kritisiert haben (vgl. Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt 2013, S. 900).

16. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über Probleme bei der Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit aufgrund von sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten zwischen den Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern der Sozialämter und den erkrankten Personen?
17. Nach welchen Vorgaben werden in den Ländern nach Kenntnis der Bundesregierung qualifizierte Dolmetscherinnen und Dolmetscher bei der Beantragung von medizinischen Leistungen hinzugezogen?

Die Fragen 16 und 17 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Fragen, die die Verwaltungspraxis im Umgang mit Sprachproblemen und den Einsatz von Dolmetschern betreffen, liegen in der Zuständigkeit der Länder.

Der Bundesregierung ist bekannt, dass Sprachprobleme beim Vollzug des AsylbLG eine Rolle spielen können. Leistungsberechtigten kann daher nach § 6 Absatz 1 AsylbLG ein Anspruch auf Dolmetscherkosten eröffnet sein, wenn die Hinzuziehung eines Dolmetschers im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich oder zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich ist. Im Übrigen liegen der Bundesregierung zu den angesprochenen Punkten keine Erkenntnisse vor.

18. Sind der Bundesregierung Beschwerden aus der Praxis darüber bekannt, dass die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter in den Sozialämtern überhöhte Anforderungen an die Glaubhaftmachung von Erkrankungen stellen?

Es wird auf die Antwort zu den Fragen 12 bis 15 verwiesen.

19. Welche Kosten entstehen nach Kenntnis der Bundesregierung Bund, Ländern und Kommunen durch den Personalaufwand zur Bearbeitung entsprechender Anträge auf medizinische Behandlung?

Fragen, die die Kosten des Personalaufwands für das Sonderleistungssystem nach den §§ 4, 6 AsylbLG betreffen, liegen in der Zuständigkeit der Länder. Dem Bund entstehen in diesem Zusammenhang keine Kosten, da die Ausgaben, die sich aus der Ausführung des AsylbLG ergeben, von den Ländern zu tragen sind. Es wird auf die Antwort zu Frage 8 verwiesen.

Bremer Modell

20. Welche Bundesländer bzw. welche Kommunen wenden im Hinblick auf die medizinische Versorgung von Personen, die dem AsylbLG unterworfen sind, das sog. Bremer Modell an (haben also Verträge mit den Krankenkassen gemäß § 264 Absatz 1 SGB V geschlossen, um diesen Menschen einen unkomplizierten Zugang mittels einer Krankenversicherungskarte zu einer Krankenbehandlung zu ermöglichen)?

Das Bremer Modell wird in den Bundesländern Hamburg und Bremen praktiziert. Die Leistungsberechtigten nach § 3 AsylbLG werden hier im Rahmen einer Vereinbarung nach § 264 Absatz 1 SGB V durch die AOK Bremen/Bremerhaven betreut. Die Leistungsberechtigten erhalten von der AOK eine Krankenversicherungskarte. Die Einhaltung der §§ 4, 6 AsylbLG wird durch die AOK und die Leistungsbehörden sichergestellt.

In Berlin wird nicht das Bremer Modell praktiziert, sondern eine bereits zu Zeiten des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) abgeschlossene Vereinbarung mit der AOK Nordost nach § 264 Absatz 1 SGB V fortgeführt. Die Leistungsberechtigten erhalten hier keine Gesundheitskarte, sondern Behandlungsscheine.

Ob einzelne Leistungsbehörden in den anderen Bundesländern Sondervereinbarungen nach § 264 Absatz 1 SGB V mit einer Krankenkasse abgeschlossen haben, ist der Bundesregierung nicht bekannt.

21. Erkennt die Bundesregierung bei diesem „Bremer Modell“ positive Aspekte zum einen aus Sicht der Betroffenen (z. B. Asylsuchenden), aber auch in der öffentlichen Verwaltung bzw. der Verwaltung der Krankenkassen, und wenn ja, welche (z. B. Verringerung von Personalkosten)?
22. Hat die Bundesregierung vor – z. B. im Rahmen der sog. Gesundheitsministerkonferenz – für die Anwendung dieses „Bremer Modells“ zu werben, und wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 21 und 22 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Das Modell der Sondervereinbarung bedarf noch der Evaluation. Eine Nachfrage des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales ergab, dass dazu in Hamburg eine interne Bewertung der Umstellung stattfindet.

Die Bundesregierung vertritt grundsätzlich die Auffassung, dass die Ausführung des AsylbLG und damit auch der Vollzug der Gesundheitsleistungen gemäß Artikel 83 GG Ländersachen sind. Die Bundesregierung wird jedoch den Erfahrungsbericht aus Hamburg sorgfältig auswerten. Das federführende Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat bereits im Frühjahr 2014 angeregt, dass dieser Erfahrungsbericht in der Arbeitsgemeinschaft für Flüchtlingsfragen diskutiert werden soll, damit alle Länder über diesen informiert sind.





Die Ministerin

MGEPA Nordrhein-Westfalen • 40190 Düsseldorf

An die  
Präsidentin des Landtags  
Nordrhein-Westfalen  
Frau Carina Gödecke MdL  
Platz des Landtags 1  
40221 Düsseldorf



**Für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales**

15. Januar 2015

**Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am  
21. Januar 2015**

**Bericht über die Haltung der Landesregierung zum „Bremer  
Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender“**

Sehr geehrte Frau Landtagspräsidentin,

die Fraktion der CDU hat um einen schriftlichen Bericht zum o.a.  
Thema gebeten. Dieser Bitte entsprechend übersende ich Ihnen den  
beigefügten Bericht.

Für die Weiterleitung an die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit,  
Gesundheit und Soziales wäre ich dankbar.

Mit freundlichen Grüßen

Barbara Steffens

Horionplatz 1  
40213 Düsseldorf  
[www.mgepa.nrw.de](http://www.mgepa.nrw.de)

Telefon +49 211 8618-4300  
Telefax +49 211 8618-4550  
[barbara.steffens@mgepa.nrw.de](mailto:barbara.steffens@mgepa.nrw.de)

Öffentliche Verkehrsmittel:  
Rheinbahn Linien 704, 709  
und 719 bis Haltestelle  
Landtag/Kniebrücke



## **Bericht des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter über die Haltung der Landesregierung zum „Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender“**

### **für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales auf Antrag der Fraktion der CDU**

Seit 2005 erfolgt in Bremen und seit Juli 2012 in Hamburg die Krankenbehandlung für Leistungsberechtigte nach § 3 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in den ersten 4 Jahren (demnächst 15 Monaten) des Aufenthalts auf der Basis eines Vertrages nach § 264 Abs. 1 SGB V zwischen Sozialbehörde und der AOK Bremen/Bremerhaven. Sie erhalten dabei von Anfang an eine Krankenversicherungskarte und haben den direkten Zugang zu den ambulanten Behandlungen wie gesetzlich Versicherte, d.h. ohne vorherige Ausstellung eines Berechtigungsscheines durch die Kommune.

Der Umfang des Leistungsanspruchs ergibt sich aus §§ 4 und 6 AsylbLG. Vertraglich ist jedoch festgelegt, dass grundsätzlich das Leistungsspektrum des SGB V gilt, soweit nicht ausdrücklich Ausnahmen vereinbart sind. Leistungen, die nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen (z.B. Prüfvorbehalte durch die Sozialbehörde bei Psychotherapien, Sehhilfen und Zahnersatz) gewährt werden dürfen, sind in den Vertragsvereinbarungen festgelegt.

Die entstandenen Behandlungskosten sowie eine Verwaltungspauschale (ca. 125 € pro Person und Jahr) werden der Krankenkasse von der Leistungsbehörde erstattet.

### **Bewertung**

Das Modell bringt sowohl für die Leistungsbehörde als auch für die Leistungsberechtigten Vorteile: Auf Seiten der Sozialbehörde entfällt nach den Informationen aus Hamburg hoher administrativer Prüf- und Abrechnungsaufwand mit entsprechendem Einsparpotential. Für die Leistungsberechtigten entfällt die jeweils notwendige Beantragung eines Behandlungsscheines und sie erhalten - mit den oben skizzierten Einschränkungen - unkomplizierten Zugang zur Regelversorgung (Entstigmatisierung).



Die Landesregierung ist an der Einführung der Gesundheitskarte aufgrund einer Vereinbarung nach § 264 Abs. 1 SGB V interessiert und möchte es jeder Kommune als Kostenträgerin nach dem AsylbLG ermöglichen, eine entsprechende Vereinbarung schließen zu können, wenn sie dies will.

Hierzu hat auch die Landesgesundheitskonferenz mit ihrer aktuellen EntschlieÙung „Für ein solidarisches Gesundheitswesen in NRW – Gesundheitliche Versorgung von Menschen in prekären Lebenslagen verbessern“ eine entsprechende Empfehlung formuliert.

Grundsätzlich hält die Landesregierung eine Abschaffung des AsylbLG bzw. die generelle Überleitung der medizinischen Leistungen nach dem AsylbLG auf die Krankenkassen (analog der Regelung in § 264 Abs. 2 SGB V für Leistungsempfängerinnen und – empfänger nach SGB XII) und einer Kostentragungspflicht des Bundes im Sinne der Vorschläge des Bundesrates (Beschluss vom 10.10.2014 - Drucksache 392/14) für besser geeignet, die Gesundheitsversorgung der Asylbewerberinnen und Asylbewerber deutlich zu verbessern und zugleich Länder und Kommunen von den Kosten der Gesundheitsversorgung des betroffenen Personenkreises wirksam und dauerhaft zu entlasten. Dies ist derzeit jedoch nicht mehrheitsfähig.

Bund und Länder haben sich im Rahmen der Beratungen zur Änderung des AsylbLG im Dezember über ein „Gesamtkonzept zur Entlastung von Ländern und Kommunen bei der Aufnahme und Unterbringung von Asylbewerbern“ verständigt. Diese Vereinbarung enthält unter Ziffer 7 einen Prüfauftrag, „wie es den interessierten (Flächen)Ländern ermöglicht wird, die Gesundheitskarte für Asylbewerber einzuführen, mit dem Ziel, dem Deutschen Bundestag einen entsprechenden Gesetzentwurf zuzuleiten.“ Diesen Prüfauftrag gilt es nunmehr konkret umzusetzen.

### **Rahmenbedingungen für eine Übertragung des Modells auf Nordrhein-Westfalen**

Der Vollzug des AsylbLG mit dem Ausführungsgesetz zum AsylbLG ist in Nordrhein-Westfalen den Gemeinden übertragen worden, die es in eigener Zuständigkeit als pflichtige Selbstverwaltungsangelegenheit durchführen. Dies beinhaltet die eigenverantwortliche und nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der gesetzlichen

Bestimmungen zu treffende Entscheidung über die Leistungsgewährung - auch im Hinblick auf die Krankheitsversorgung nach §§ 4 und 6 AsylbLG.

Die Gemeinden tragen die Kosten für die Durchführung des AsylbLG. Das Land beteiligt sich an den mit der Durchführung des Asylbewerberleistungsgesetzes verbundenen Aufwendungen.

Auf Grund dessen können derzeit auch ausschließlich die Gemeinden bei einem Vertragsabschluss im Hinblick auf § 264 SGB V Vertragspartner der Krankenkassen sein. Bereits zum jetzigen Zeitpunkt werden Leistungsberechtigte, die Leistungen nach § 2 AsylbLG erhalten, nach § 264 Abs. 2 SGB V von den gesetzlichen Krankenkassen betreut; sie sind jedoch dadurch nicht gesetzlich krankenversichert. Die Gemeinden erstatten der Krankenkasse die entstehenden Kosten.

Ein Vertragsabschluss für die übrigen Asylbewerberinnen und -bewerber setzt nach geltendem Recht aber voraus, dass Krankenkassen zu einem entsprechenden Vertragsabschluss nach § 264 Abs. 1 SGB V bereit sind. Nach informellen Gesprächen mit einigen großen Regionalkassen stehen diese einer freiwilligen Vereinbarung bisher ablehnend gegenüber. Damit zeigt sich deutlich eine faktische - nicht rechtliche - Problematik der geltenden Regelung.

Die Landesregierung sieht daher die zwingende Notwendigkeit einer bundesgesetzlichen Regelung, die Krankenkassen verpflichtet, den Zugang zur Krankenbehandlung für Asylsuchende vor Ablauf der 15-Monatsfrist auf der Grundlage des § 264 SGB V zu ermöglichen, wenn die jeweilige Gemeinde es wünscht. Damit eine möglichst einheitliche Umsetzung realisierbar ist, hält die Landesregierung darüber hinaus eine Rahmenvereinbarung des Landes für notwendig.

Die Landesregierung wird sich in den weiteren Gesprächen für eine gesetzliche Regelung einsetzen, die diese Voraussetzungen erfüllt.



Die Ministerin

MGEPA Nordrhein-Westfalen • 40190 Düsseldorf

An die Präsidentin  
des Landtags Nordrhein-Westfalen  
Frau Carina Gödecke MdL  
Platz des Landtags 1

40221 Düsseldorf



Für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

15. April 2015

Sehr geehrte Frau Landtagspräsidentin,

mit Schreiben vom 24. März 2015 haben die Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen für die Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 22. April 2015 um einen Bericht über den Stand zur Einführung einer Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge („Bremer Modell“) gebeten.

In Fortschreibung meines Berichtes vom 15. Januar 2015 (Vorlage 16/2596) übersende ich zur Vorbereitung der Sitzung den beigefügten Bericht zum aktuellen Stand.

Für die Weiterleitung an die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales wäre ich dankbar.

Mit freundlichen Grüßen

Barbara Steffens

Horionplatz 1  
40213 Düsseldorf  
www.mgepa.nrw.de

Telefon +49 211 8618-4300  
Telefax +49 211 8618-4550  
barbara.steffens@mgepa.nrw.de

Öffentliche Verkehrsmittel:  
Rheinbahn Linien 704, 709  
und 719 bis Haltestelle  
Landtag/Kniebrücke

## **Bericht über den Stand zur Einführung einer Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge („Bremer Modell“)**

### **zur Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 22. April 2015**

Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) hat im März 2015 ein erstes Sondierungsgespräch mit zwei Regionalkassen bezüglich einer Landesrahmenvereinbarung zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für Asylbewerberinnen / -bewerber in den ersten 15 Monaten des Aufenthalts gegen Kostenerstattung nach § 264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 1 und § 1a AsylbLG geführt. Ein erster Arbeitsentwurf liegt inzwischen vor. Auf dieser Grundlage sollen die Beratungen in Kürze zusammen mit allen Krankenkassen bzw. ihren Landesverbänden fortgesetzt werden mit dem Ziel, eine solche Rahmenvereinbarung mit allen Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen abzustimmen. Ob dabei ein Konsens zu erzielen ist, ist offen.

Eine rechtliche Möglichkeit, die Krankenkassen zu verpflichten, besteht bisher weder im Hinblick auf den Abschluss einer Rahmenvereinbarung noch zum Abschluss einer solchen individuellen Vereinbarung zwischen einzelnen Krankenkassen und Kommunen.

Sobald ein auf Seiten der Krankenkassen konsentierter Vereinbarungsentwurf vorliegt, ist beabsichtigt, die Abstimmung mit den Kommunalen Spitzenverbänden einzuleiten. Insgesamt erleichtert eine Rahmenvereinbarung auf Landesebene den interessierten Kommunen die Umsetzung und stellt zudem eine landesweit einheitliche Umsetzung sicher.

Die Landesregierung setzt sich in den fortgesetzten Bund-Länder-Gesprächen parallel weiterhin für eine gesetzliche Regelung ein, die die Krankenkassen zum Abschluss entsprechender Verträge verpflichtet. Auch der mögliche Abschluss einer bundesweit geltenden Rahmenvereinbarung, der ggf. eine Landesrahmenvereinbarung entbehrlich machen würde, wird grundsätzlich als zielführend befürwortet. Die Länder gehen davon aus, dass die Bundesregierung bis zur Sommerpause einen Gesetzentwurf zur optionalen Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende vorlegen wird. Die Gespräche auf Landesebene sollen gleichwohl zunächst unverändert fortgesetzt werden, bis konkretere Informationen zum Regelungsinhalt des Gesetzentwurfes vorliegen.

An den  
Landtag Nordrhein-Westfalen  
Innenausschuss  
z. Hd. Herrn Norbert Krause  
Postfach 10 11 43  
40002 Düsseldorf

LANDTAG  
NORDRHEIN-WESTFALEN  
16. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME**  
**16/2725**

A09, A19

Ansprechpartner:

Frau Friederike Scholz/Städtetag  
NRW  
Tel.-Durchwahl: - 0221/3771-440

Herr Dr. Markus Faber/Lkt NRW  
Tel.-Durchwahl: 0211/300 491-210

Dr. Matthias Menzel/StGB NRW  
Tel.-Durchwahl: - 0211/4587-234

E-Mail:  
[Matthias.Menzel@kommunen-in-nrw.de](mailto:Matthias.Menzel@kommunen-in-nrw.de)

Aktenzeichen: III/2 501  
51.21.06 N

Datum: 15.04.15/Me

**Anonyme Krankenkarte einführen - Medizinische Versorgung für Flüchtlinge in  
Nordrhein-Westfalen sicherstellen**  
**Antrag der Fraktion der Piraten, Drucksache 16/6675**  
**Ihr Schreiben vom 6. Februar 2015**

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit o. g. Schreiben haben Sie uns die Drucksache 16/6675 der Fraktion der Piraten übersandt und uns darüber informiert, dass der Innenausschuss des Landtags NRW beschlossen habe, zu diesem Beratungsgegenstand eine öffentliche Anhörung durchzuführen. Sie haben uns gebeten, hierzu eine Stellungnahme abzugeben.

Dieser Bitte kommen wir nachfolgend gerne nach:

1. Der Antrag der Fraktion der Piraten zielt unter Ziffer 3.1. darauf ab, dass für alle Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nach §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz die Einführung einer Krankenversicherungskarte in Kooperation mit der GKV analog dem Bremer Modell geprüft werden soll.

Nach unserer Kenntnis führen aktuell die Länder - und damit auch das Land Nordrhein-Westfalen - Gespräche mit dem Bund zu der Frage, ob und inwieweit in den Ländern eine Gesundheitskarte für Empfänger von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz eingeführt werden soll. Gegenstand der Diskussion ist auch die Möglichkeit des Abschlusses einer Rahmenvereinbarung durch die Länder mit einer Krankenkasse, auf deren Grundlage dann die Kommunen auf freiwilliger Basis die Gesundheitskarte von Asylbewerbern einführen können.

Die kommunalen Spitzenverbände stehen der Einführung einer Gesundheitskarte auf freiwilliger Basis angesichts der damit einhergehenden und integrationspolitisch zu begrüßenden Vorteile für Flüchtlinge grundsätzlich offen gegenüber. Gleichwohl bleiben vor Abschluss einer Rahmenvereinbarung mit Optionsmöglichkeit für interessierte Kommunen, die an das Modell in Bremen oder Hamburg angelehnt ist, einige Fragen im Detail zu klären.

Die in Bremen und Hamburg praktizierten Regelungen lassen sich nicht ohne weiteres auf Nordrhein-Westfalen übertragen. Dies beruht u. a. auf ihrem spezifischen Status als Stadtstaaten. Wir halten es in jedem Fall für unabdingbar, dass die Landesregierung vor Abschluss einer Rahmenvereinbarung Gespräche mit den kommunalen Spitzenverbänden führt. In diesem Zusammenhang müsste zwingend geklärt werden, ob die Gesundheitskarte in Nordrhein-Westfalen überhaupt wirtschaftlich tragfähig ist. Zu klären ist insbesondere auch der genaue Leistungsumfang einer entsprechenden Gesundheitskarte für Empfänger und Empfängerinnen von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

Unbeschadet von der Frage der Einführung einer Krankenversicherungskarte in Kooperation mit der GKV analog dem Bremer Modell hielten wir jedoch eine echte Versicherbarkeit von Asylbewerbern und Flüchtlingen in der gesetzlichen Krankenversicherung für den richtigen Weg, soweit dadurch die kommunale Ebene von dem Problem der Krankheitskosten von Asylbewerbern entlastet würde. Das setzt allerdings voraus, dass ein fester monatlicher Beitrag für eine solche Versicherungslösung festgelegt wird, und die Versicherungsbeiträge dann durch eine Kostenerstattung im Rahmen des Flüchtlingsaufnahmegesetzes abgegolten würden.

2. Unter 3.2 und 3.3 des Antrags der Fraktion der Piraten erfolgen im Einzelnen Ausführungen im Hinblick auf Menschen ohne definierten Aufenthaltsstatus. Zunächst müssen wir darauf hinweisen, dass für uns nicht eindeutig erkennbar ist, welcher Personenkreis konkret gemeint ist. Nach unserem Verständnis könnten solche Personen angesprochen sein, die den Behörden nicht bekannt sind, weil sie vermutlich wegen der Sorge um Abschiebung ihren Namen der zuständigen Stelle nicht mitteilen möchten. Zu dieser Einschätzung sind wir deshalb gekommen, weil eine anonyme Gesundheitskarte für behördlich bekannte Personen weniger sinnvoll erscheint.

Nach der Vorstellung der Fraktion der Piraten soll für diesen Personenkreis ein Modellversuch für einen "Anonymen Krankenschein" durchgeführt werden. An dieser Stelle müssen wir deutlich darauf hinweisen, dass wir uns strikt gegen einen solchen Modellversuch aussprechen. Die Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes und des Aufenthaltsrechtes sehen aus guten Gründen nicht vor, dass Personen in Deutschland leben, ohne sich bei den zuständigen Behörden zu melden. Daher ist es auch nicht folgerichtig, diesen Personenkreis im Hinblick auf gesundheitliche Leistungen zu privilegieren, indem anonyme Krankenscheine ausgestellt werden. Dies käme einer Duldung oder Teillegalisierung des Verhaltens der betroffenen Personen gleich.

Die Ausgabe von anonymen Krankenscheinen hätte im Übrigen zur Folge, dass diese Krankenscheine unter dem betroffenen Personenkreis weitergereicht werden könnten. Auch dies dürfte weder sinnvoll noch zielführend sein.

Eine Privilegierung von Menschen ohne definierten Aufenthaltsstatus dahingehend, dass die Übermittlungspflichten gemäß § 87 des Aufenthaltsgesetzes auf die öffentliche Seite beschränkt werden, die der Gefahrenabwehr und der Strafrechtspflege dienen, wird von den kommunalen Spitzenverbänden ebenfalls abgelehnt. Solche Privilegierungen hätten

zur Folge, dass immer mehr den Behörden namentlich nicht bekannte Personen aus Staaten außerhalb der Europäischen Union Zuflucht in Deutschland suchen würden. Dies kann aber nicht im Interesse eines geordneten Staatswesens sein.

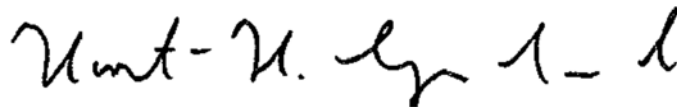
Mit freundlichen Grüßen  
In Vertretung



Verena Göppert  
Beigeordnete  
des Städtetages Nordrhein-Westfalen



Dr. Marco Kuhn  
Erster Beigeordneter  
des Landkreistages Nordrhein-Westfalen



Horst-Heinrich Gerbrand  
Beigeordneter  
des Städte- und Gemeindebundes Nordrhein-Westfalen