

Gesundheitskarte zur medizinischen Versorgung Geflüchteter auf Landes- und Kommunalebene

Hinweise und Argumente zur Kostenkalkulation *Stand Mai 2017*

Vorbemerkung: Das vorliegende Argumentationspapier ist von einem bundesweiten Zusammenschluss von Medibüros/Medinetzen erstellt worden und soll all denjenigen dienen, die sich lokal für die Einführung und Umsetzung der Gesundheitskarte für Geflüchtete einsetzen.

1. Einleitung: Medizinisch-ethische Aspekte der Gesundheitskarte

Die Gesundheitskarte (GK) für Geflüchtete bedeutet die weitgehende Teilnahme am regulären medizinischen Versorgungssystem. Die Folgen einer meist unzureichenden Versorgung durch Krankenscheinvergabe nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) über Sozialämter sind unnötiges Leiden, Verschleppung und Aggravierung von Krankheiten bis hin zu Todesfällen. Auch bei regelmäßiger Quartalsausgabe der Scheine bleibt das Parallelverfahren erhalten, in dem die Leistungserbringer*innen i.d.R. unsicher in ihrem Behandlungsspielraum sind, um ihre Behandlungskosten fürchten und den Aufwand der zweigleisigen Abrechnung scheuen. Die Folge ist auch hier die schlechtere und verzögerte Versorgung der Patient*innen. Die Gesundheitskarte bietet eine einfache und pragmatische Möglichkeit, den ethischen, menschen- und verfassungsrechtlichen Verpflichtungen des Zugangs zur bedarfsgerechten medizinischen Versorgung für Asylsuchende weitgehend nachzukommen.

Die Grundlage des Leistungsumfanges in den ersten 15 Monaten ist mit oder ohne Gesundheitskarte das AsylbLG §§ 4 und 6. Die Gesundheitskarte bietet dabei keine Leistungsausweitung – wie oftmals dargestellt – vielmehr verbessert sie den medizinisch sachgerechten Umgang mit den gesetzlichen Vorgaben für bedarfsgerechte Gesundheitsleistungen. Wichtigster Unterschied ist der Wegfall einer vorherigen Überprüfung durch das Sozialamt, der zu gesundheitsgefährdender Verzögerung oder zu Fehleinschätzung mit Einschränkung oder Ablehnung der Behandlung führen kann. Über Gesundheitskarten mit einer Verwaltung durch die Krankenkassen können Ärzt*innen die von ihnen als medizinisch unerlässlich angenommen Leistungen ohne Risiko erbringen; die ausgeschlossenen und eingeschränkten Leistungen werden in länderspezifischen Rahmenvereinbarungen festgehalten, meist analog zu Kassenleistungen.

Nach Ablauf von 15 Monaten Aufenthalt im Bundesgebiet steht jeder asylsuchenden Person ein Zugang zum Gesundheitssystem mit einer Gesundheitskarte zu. § 2 AsylbLG normiert den Anspruch auf Analogleistungen nach dem SGB XII. Hierzu gehört auch die elektronische Gesundheitskarte (§ 264 Abs. 2 SGB V). An einigen Orten, bspw. in RLP, oder in einzelnen Kommunen in Sachsen und Thüringen ist dieser Rechtsanspruch seit der Einführung 2015 (zuvor galt die Regelung ab 48 Monate Aufenthalt) noch nicht umgesetzt. Eine bundesweite Diskussion um die Einführung der Gesundheitskarte dient auch der Überprüfung, ob der nach 15 Monaten entstehende Rechtsanspruch auf eine Gesundheitskarte realisiert wird.

Wir diskutieren im Folgenden vor allem die administrativen und finanziellen Aspekte der Gesundheitskarte. Es muss aber betont werden, dass die Versorgung mit notwendigen Gesundheitsleistungen ein Menschenrecht ist, das für alle Personen in Deutschland gleichermaßen gilt. Das haben verschiedene Bundesregierungen durch Beitritt zu entsprechenden Menschenrechtskonventionen [u.a. Internationaler Pakt über wirtschaftliche, kulturelle und soziale Rechte, UN-Behindertenrechtskonvention, UN- Kinderrechtskonvention] auch akzeptiert. Aspekte des Kosten- und Verwaltungsaufwands sind insofern nicht erstrangig. Dennoch stehen sie in vielen Kommunen im Vordergrund der Diskussion, und nur deshalb gehen wir ausführlich auf sie ein.

Vor- und Nachteile der Gesundheitskarte – Verwaltungs- und Kostenaufwand

Vorteile für Sozialverwaltung/Kommune:

- + Mögliche Verringerung der Kosten und sichere Reduktion des Aufwands für die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden.
- + Verringerung des Prüfaufwands, ob die Leistung nach § 6 AsylbLG übernommen werden muss.
- + Es kann erhebliche Einsparungen durch eine qualitative Verbesserung der Prüfung der ärztlichen Abrechnungen geben.
- + Bei schwankenden Zahlen von Geflüchteten funktioniert die Krankenbehandlung besser durch die Krankenkassen als durch eine Sozialbehörde. Diese muss ihr Personal und Infrastruktur immer wieder den jeweiligen Zahlen anpassen.
- + Verringerung der notwendigen Verträge mit Leistungserbringer*innen und der Verwaltungsanweisungen an die Sozial-/Gesundheitsämter zur Umsetzung der Gesetze.
- + Das Risiko einer Haftung bei Fehlentscheidungen der kommunalen Beschäftigten entfällt.

Vorteile für die berechtigten Asylsuchenden:

- + Eine Krankenbehandlung, die der aller Kassenpatient*innen und daher menschenrechtlichen Standards für Deutschland nahe kommt.
- + Vereinfachter und an allen Orten gleichberechtigter Zugang zu den Leistungserbringer*innen im Gesundheitswesen.
- + Vereinheitlichter und in weiten Bereichen gleichberechtigter Leistungsumfang in Abhängigkeit von der Rahmenvereinbarung des Landes.

*Vorteile für Leistungserbringer*innen wie Arztpraxen, Krankenhäuser und Apotheken:*

- + Die Unsicherheit über Erstattungen von (notwendigen) Behandlungen ist deutlich geringer. Die Krankenkassen entscheiden auf der Grundlage medizinisch-professioneller Expertise, während Sozialamts-Entscheidungen oftmals unvorhersehbar sind. Es gibt ein weit geringeres Risiko von Nicht-Erstattungen (das gilt auch für Apotheken).
- + Die Abrechnung erfolgt routinemäßig und deutlich vereinfacht, entsprechend derjenigen bei anderen Patient*innen.

Mögliche Nachteile für die berechtigten Asylsuchenden:

- Die Übernahme der Leistungen für Dolmetscher*innen oder Sprachmittlerdienste ist meist in den Rahmenverträgen bzw. lokalen Vereinbarungen nicht aufgenommen. Dolmetscher*innenkosten gehören grundsätzlich nicht zum GKV-Leistungskatalog, ihre Abrechnung ist daher schwierig. Grundsätzlich müssen mit der Gesundheitskarte die Dolmetscher*innenkosten (weiterhin) vom Sozialamt übernommen werden. Dies ergibt

sich aus § 4 Abs. 1, Satz 1 (sonstige zur Genesung, zur Besserung, oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderliche Leistungen)¹, oder zumindest aus § 6 AsylbLG (sonstige zur Sicherung der Gesundheit unerlässliche Leistungen).²

Die Dolmetscherkosten sollten in Verhandlungen um Einführung der GK berücksichtigt und dies rechtlich sauber umgesetzt werden.

- Angesichts der großen Zahl traumatisierter Geflüchteter sind die allgemeinen Vorgaben für Psychotherapie i.d.R. zu knapp (z.B. Beschränkung der Sitzungen im Vertrag in Bremen)³. Für diese gelten prinzipiell die Vorgaben der Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU; diese normiert mit Art. 19 eine bedarfsdeckende psychotherapeutische Versorgung. Sie ist seit Juli 2015 unmittelbar in Deutschland anzuwenden; bislang hat sich kein Bundesland darauf eingestellt (vertiefend siehe Homepage: www.gesundheit-gefluechtete.de).

2. Kalkulation, Verfahrens- und Kostenargumente für die GK

Zunächst ist ausdrücklich zu betonen, dass nach bisherigen Daten (vgl. Bozorgmehr/Razum 2015) durch die Gesundheitskarte keine Erhöhung der Gesamtkosten, sondern eher eine Senkung zu erwarten ist. Selbst wenn bei kritischer Überprüfung diese Daten als zu global (Bozorgmehr/ Razum 2015: bundesweite Berechnung auf Basis allgemein zugänglicher Daten – aber über 10 Jahre hin!) bzw. zu punktuell (nur Bremen/ Hamburg gegenüber Berlin) bewertet werden, ist keine stärkere Erhöhung der Behandlungs- und Verwaltungskosten zu erwarten. Lokale Verwaltungseinsparungen sind mit zu berücksichtigen (vgl. Burmester 2015). Erfahrungsgemäß werden die versteckten Verwaltungskosten zu wenig mit in die Berechnungen einbezogen. Es ist auf eine transparente Kostenkalkulation zu bestehen, deren Argumente intensiv zu prüfen sind. Das ergibt sich insbesondere aus den Erfahrungen in Bielefeld, Trier oder Oldenburg.

2.1 Benötigte Daten zur vollständigen Kostenkalkulation

Ein häufiger Fehler bei den Angaben der Kosten oder der Kostenkalkulation seitens der Kommunen ist die Unvollständigkeit der Daten und die falsche Interpretation der Rahmenvereinbarung des Landes. Es ist besonders wichtig, auf die Berücksichtigung aller einzubeziehenden Daten der Kostenkalkulation zu achten und ggf. diese bei den entsprechenden Kommunen einzufordern.

¹ So auch Hohm, Rn. 15.; VG Saarland, Urteil v. 29.12.2000 – 4 K 66/99.

² Vertiefend siehe auch GGUA Flüchtlingshilfe, a.a.O.; ebenso den Erlass des BMAS (2011), in dem bestätigt wird: „Zu den gewährenden Hilfen [von §§ 4, 6 AsylbLG] gehören auch Dolmetscherkosten, sofern die Herbeiziehung eines Dolmetschers für die Behandlung erforderlich ist. Die Leistung wird dann durch eine Ermessensreduzierung auf Null zu einer Pflichtleistung, sodass die Vorgaben des Art. 20 der EU-Aufnahmerichtlinie (2003/9/EG) [Aktuell EU-RL 2013/33/EU] erfüllt sind.“

³ Einige Kommunen beschränken die Behandlungsdauer nicht grundsätzlich, sondern machen die Dauer von qualifizierten Gutachten abhängig. Hier könnten bei Einführung einer Gesundheitskarte Nachteile für die psychisch Erkrankten entstehen. Diese sollten durch entsprechende Vereinbarungen vermieden werden, auch im Sinne einer Gleichbehandlung gegenüber neu aufgenommenen Geflüchteten.

2.1.1 Hinweise zur lokalen Erhebung der Behandlungskosten

Die Ausgaben und die finanziellen Landeszuweisungen nach AsylbLG werden in allen Kommunen haushaltsmäßig erfasst. Soweit Haushaltspläne einsehbar sind, sind sie dort zu finden. Schwieriger ist der separate Nachweis von Gesundheitskosten nach § 4 AsylbLG⁴. Bei Ausgaben nach § 6 AsylbLG müssten Gesundheits- und Dolmetscher*innenkosten separat berechnet werden. Haushaltsstellen werden derartige Kostenerhebungen eher ablehnen. In einigen Ländern können aber Auskunftsansprüche über ein Landestransparenzgesetz oder Landesinformationsfreiheitsgesetz geltend gemacht werden, sie sind aber u.U. kostenpflichtig. Deshalb empfiehlt es sich, die Angaben über Ratsfraktionen oder Ratsmitglieder bei der kommunalen Verwaltung abzufragen. So könnten aus der Differenz zwischen Ausgaben und Höhe der Landeszuweisungen die kommunalen Belastungen über einige Jahre errechnet werden. Achtung: Ab 2016 fließen über Bundesmittel mehr Gelder an die Länder, die finanziellen Zuweisungen sollten sich also erhöhen!

Die Gesundheitsverwaltung für Asylsuchende, die sich länger als 15 Monate (ehemals 48 Monate) in Deutschland aufhalten, wurde 2015 an die GKV verlagert (vgl. § 264 Abs. 2 SGB V). Je nach Geschwindigkeit dieser Verlagerung müssten Daten für das zweite oder spätestens dritte Quartal verfügbar sein, und zum Frühjahr oder Sommer hin Jahresdaten. Auch diese können wie oben beschrieben abgefragt werden.

2.1.2 Zu berücksichtigende Posten für die Kostenkalkulation

Grundsätzlich sind zwei Hauptposten für die Gesamtkosten relevant: zum einen die Behandlungskosten und zum anderen die damit verbundenen Verwaltungskosten. Die Verwaltungskosten splitten sich in viele Einzelposten auf. Es sollten jeweils die entsprechenden Posten bei Sozialamts-Behandlungsschein und Gesundheitskarte verglichen werden.

a) Behandlungskosten

Für die Berechnung werden i.d.R. die Zahlen pro geflüchtete Person pro Monat herangezogen. Aus den empirisch erhobenen Werten in Bremen und Hamburg kann mit durchschnittlich 200€ gerechnet werden. Entscheidend für die Kommune ist, wie viel Gesundheitskosten sie selbst zu tragen hat und welchen Anteil sie vom Land erhält.

Die Anteile der Kommunen sind abhängig vom Verteilungsschlüssel der allgemeinen AsylbLG-Leistungen. Manche Länder übernehmen nur einen Teil der Gesamtkosten (so bspw. NRW), andere übernehmen alle Gesundheitskosten (bspw. Brandenburg), wiederum andere grundsätzlich alle AsylbLG-Kosten (bspw. Bayern).

Insofern wäre eine sinnvolle Forderung in den Verhandlungen: Die Länder sollen die Gesundheitskosten insgesamt übernehmen. Schleswig-Holstein übernimmt 90% (inkl. Dolmetsch-Kosten), Brandenburg und Thüringen 100% der Behandlungskosten (vgl. Homepage a.a.O.), Rheinland-Pfalz übernimmt 85% der Behandlungs- und Verwaltungskosten bei sog. Hochkostenfällen.

b) Verwaltungskosten

Verwaltungen sind hier gefordert, den Ist-Stand der Verwaltungskosten nach dem System der Behandlungsscheine anzugeben. Darin enthalten sind Bearbeitungszeit i.e.S. (Arbeitszeit der

⁴ In Niedersachsen gibt es dafür eine Ordnungsnummer, es müsste also ermittelbar sein.

MA), Arbeitsplatzkosten (Büro, Büroausstattung, Reinigung, Strom, Wasser usw.) Verbrauchskosten (Papier, Toner, Porto, Telefon), Personalführungskosten, Fortbildungskosten, Abwesenheitskosten (Krankheit, Urlaub) und die derzeit zugewiesenen Aufgaben mit der Personalausstattung.⁵

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Verwaltungskosten wird oftmals übersehen. Die Verwaltungen zahlen für das Abrechnungsverfahren mit Krankenschein einen Prozentsatz an die Kassenärztlichen Vereinigungen (in RLP laut Vereinbarung 2,3%), dieser Betrag entfällt den Kommunen und ist deshalb aus der Kalkulation herauszurechnen. Wie hoch dieser Prozentsatz ist, ist in der Kommune anzufragen.

Es ist sinnvoll, die Verwaltungskosten pro Fall zu ermitteln.⁶ Dabei ist von entscheidender Bedeutung das optimale Betreuungsverhältnis (Berater*in/Fälle). Dieses lässt sich aufgrund der schwankenden Fallzahlen nicht ganz exakt ermitteln.⁷ Mit entsprechenden Zahlenangaben der Kommune kann daraus der Prozentsatz der aktuellen Verwaltungskosten mit dem Gehalt der Verwaltungsmitarbeitenden⁸ errechnet werden.⁹

Die Grundfrage an die Kommune bleibt: Ist sie tatsächlich in der Lage, die Leistungen für weniger als 16,00€/Monat/Person (durchschnittliche Verwaltungsgebühr an die Krankenkassen, s.a. 2.2.1) zu erbringen, wenn alle verdeckten Kosten mit einbezogen werden? Dies dürfte i.d.R. nicht gelingen, wie die Beispielrechnung aus Trier in Fußnote 9 zeigt (vgl. auch Gutachten aus Trier). Häufig wird ein weiterer Einsparungsfaktor verkannt: Sozialverwaltungen haben i.d.R. keine teure Software zur Aufdeckung von Abrechnungsfehlern (Risikoanalyse zur Plausibilität eingereicher Abrechnungen), über die die Krankenkassen verfügen.¹⁰ Es ist schwer quantifizierbar, wie viele Abrechnungsfehler bei händischer Überprüfung der Sozialbehörden gefunden werden. Die Krankenkassen sparen mit dieser Software 5-10%.

Richtig ist allerdings auch, dass ein gewisser – wesentlich geringerer – Verwaltungsaufwand mit der Gesundheitskarte in den Kommunen erhalten bleibt:

- Anmeldung der Personen bei der Krankenkasse. Die dafür benötigten Daten müssen der Kommune bereits digital vorliegen, d.h. lediglich eine Weitergabe der Daten ist erforderlich, ggf. nach der digitalen Überführung in ein neues Formular. Dies dürfte für die Kommunen eigentlich kein Problem darstellen, da sie ein solches Verfahren bei den

⁵ Das ist für die Verwaltungen eine sehr schwer zu bewältigende Aufgabe, dennoch sollte eine Annäherung gemeinsam erarbeitet werden.

⁶ Auch wenn die Debatten meist so geführt werden, hilft es meist wenig, die zwei unterschiedlichen Abrechnungsverfahren nebeneinanderzustellen (laut Wolf Buchmann).

⁷ Im Bsp. von Trier lag das Betreuungsverhältnis zwischen 1:250 und 1:300, wobei der Landesrechnungshof Rheinland-Pfalz nach Angaben der Stadtverwaltung Trier ein Verhältnis von 1:280 angenommen hat.

⁸ In Trier wurde zu den reinen Personalkosten für Gehalt ein sog. Overhead von 9.000€ angenommen, der im Wesentlichen die Bereitstellung des Arbeitsplatzes betrifft, aber bspw. nicht die Personalführungskosten oder den Aufwand in der Personalabteilung.

⁹ Beispielsweise liegt in Trier das Einstiegsgehalt bei 60.000,- € (mit nur einem Teil des Overheads): Daher bewegen sich hier die Verwaltungskosten pro Fall und Monat zwischen 20,00€ (1:250 Fälle) und 17,00€ (1:300 Fälle). Die tatsächlichen Kosten liegen jedoch höher, da die Beschäftigten durch Aufstieg in höhere Erfahrungsstufen mehr verdienen werden und der Wert von 60.000,- € einige wesentliche Kostenfaktoren nicht berücksichtigt.

¹⁰ Die Verwaltungen müssen eine solche Prüfung händisch durchführen, was zeitintensiv ist.

Geflüchteten, die sich länger als 15 Monate in Deutschland aufhalten, bereits praktizieren (entsprechend § 2 AsylbLG).

- Änderungs- und Abmeldungsmitteilung der Personen, bei denen sich der Leistungsbereich verändert.
- Ggf. einmalige Anfrage/Vereinbarung mit der Ausländerbehörde, um auf deren erstellte Lichtbilder digital Zugriff zu erhalten und diese an die Krankenkassen weiterleiten zu können.

Letzter Hinweis: Bei den Kommunen ist bei dem Argument „Verwaltungsschwierigkeiten“ stets zu erfragen, wie sich diese bei den Menschen, die nach 15 Monaten eine GK erhalten, in den Sozialbehörden entwickelt haben. Und ob – wenn nein, warum – hier nicht das gleiche Verfahren angewandt werden kann. Im Grunde handelt es sich hier im Wesentlichen nur um eine Vorverlagerung der Ausgabe der Karte, d.h. aus zwei parallelen Verwaltungsverfahren wird eines.

2.2 Argumente und Gegenargumente

Nachfolgend werden einige Argumente, die in Kommunen vorgebracht werden, mit den entsprechenden Gegenargumenten aufgeführt. Die Einzelkostenargumente sind in den unterschiedlichen Verfahren (Behandlungsschein vs. Gesundheitskarte) nicht ausreichend vergleichbar, dennoch sollen die Argumente und Gegenargumente als Hilfe in der Debatte dienen.

2.2.1 Argument: 8% Verwaltungskosten sind unangemessen

Als eine der ersten Generalkritiken der Gesundheitskarte werden von Verwaltungen – und Politiker*innen – gerne die „zu hohen“ Verwaltungskosten von 8% angegeben.¹¹ Unter der Annahme von durchschnittlichen Behandlungskosten in Höhe von 200,00€ im Monat/Person ergeben sich 16,00€/Monat. Laut dem Rechtsgutachten aus Trier von Wolf Buchmann hält die Behauptung der Unangemessenheit des Betrages einer Prüfung nicht stand.¹²

Zunächst ist es an den Verwaltungen, belastbare Zahlen zur Höhe der Verwaltungskosten vorzulegen, auf deren Grundlage eine weitere Diskussion erfolgen könnte (vgl. 2.1.2). Personalkosten betreffen nicht nur den Aufwand für die Ausgabe der Krankenscheine, sondern für die Prüfung der Behandlungsrechnungen und für Gutachtens-Kosten (v.a. Gesundheitsamt!). Dazu kommen Räumlichkeiten, Material und spezielle Software und Qualifizierungsmaßnahmen der bisherigen Sachbearbeiter*innen (vgl. Nds. Flüchtlingsrat).

¹¹ Unabhängig davon, ob die Kommune der Meinung ist, wer die Leistung preiswerter erbringen kann, wird häufig argumentiert, dass nicht nachzuvollziehen sei, warum in der Rahmenvereinbarung 8% vereinbart wurden, während in den Fällen des § 264 Abs. 2 SGB V lediglich 5% Verwaltungskosten zu entrichten sind. Die Krankenkassen begründen dies mit einem höheren Aufwand, der ihnen entstände. Die 8%-Regel stammt übrigens aus dem Bundesvertriebenengesetz. Es gibt durchaus gute Gründe anzunehmen, dass eine fünf-prozentige Verwaltungskostenerstattung ausreichend wäre. Dies ist aber eine Frage, die im Rahmen der Evaluation zu klären ist. Jedenfalls sind die Argumente der Krankenkassen (z.B. mehr Aufwand da höhere Fluktuation) nicht völlig von der Hand zu weisen: vor Durchführung der Evaluation ist eine Debatte um den angemessenen Prozentsatz nicht zielführend, weil tatsächlich noch kein ausreichendes Zahlenmaterial vorliegt.

¹² Nach Überprüfung der vertraglichen Regelungen der Rahmenvereinbarung kommt er zu dem Ergebnis, dass die Kommunen die von der Krankenversicherung übernommenen Aufgaben in qualitativer und quantitativer Hinsicht unterschätzen und spiegelbildlich die bei ihnen verbleibenden Aufgaben überschätzen.

In allen Rahmenverträgen ist eine Evaluation der Verwaltungskosten nach spätestens einem Jahr vorgesehen, danach kann und sollte ggf. justiert werden bzw. in neue Verhandlungen mit den Krankenkassen getreten werden. Grundsätzlich sind Pauschalen statt Prozentsätzen (wie in Bremen und Hamburg) die am besten kalkulierbare Variante für beide Seiten.

Im Rahmen der Evaluationsgespräche mit Vertreter*innen des Ministeriums (MGEPA), des kommunalen Spitzenverbandes, einigen Einzelkommunen und den Krankenkassen zur Umsetzung der Gesundheitskarte in NRW (Stand April 2017), wurde vonseiten der Krankenkassen ein neuer Vorschlag für die Verwaltungskosten eingebracht. Alternativ zu der bisherigen 8%-Regelung könnte als dauerhafte Lösung die Zugrundelegung des durchschnittlichen Verwaltungskostensatzes der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) genommen werden. Dieser Satz wird statistisch erhoben und jährlich neu festgesetzt, für das Jahr 2015 betrug er 157,47€ pro Person/Jahr, d.h. 12,29€ pro Person/Monat. Die Krankenkassen in NRW favorisieren diesen durchschnittlichen Verwaltungskostensatz der GKV, da es ein überprüftes und anerkanntes Abrechnungsverfahren ist.

2.2.2 Argument: Hochkostenfälle führen zu immensen Kosten

Im Zuge der Verwaltungskosten sind besonders die sogenannten Hochkostenfälle strittig.¹³ Dabei ist wichtig, dass der Wert von durchschnittlich 200,00€ pro Fall alle Hochkostenfälle einschließt. Hochkostenfälle sind vor allem für kleine Kommunen mit wenigen geflüchteten Menschen ein Thema, in denen hohe Kosten für Einzelfälle einen größeren Ausschlag bewirken. In Niedersachsen ist nach einem Jahr eine Kosten-Überprüfung und ggf. Änderung des Verfahrens vorgesehen. In Rheinland-Pfalz wird ab 85% der Hochkostenfälle die Summe vom Land übernommen, da dies bereits 1995 im Landesrecht verankert worden ist (Landesverordnung über Ausnahmen von der pauschalen Erstattung nach dem Landesaufnahmegesetz (AufnGEAusnV) RLP).

Ein zentrales Argument wäre, dass die Höhe der zu zahlenden Verwaltungskosten an die Krankenkasse die bisherigen Kosten der Sozialverwaltungen nicht überschreiten sollte. Auch eine Deckelung der Verwaltungsgebühr auf z.B. max. 16 Euro pro Person/Monat wäre eine gute Möglichkeit für beide Seiten ausreichend Sicherheit auf der finanziellen Ebene zu schaffen.

2.2.3 Argument: Kostenfaktor 10,00€ Gebühr für Ausstellung der Gesundheitskarte

Ebenso ist in den Rahmenvereinbarungen i.d.R. eine Gebühr von 10,00€ pro leistungsberechtigter Person für die Ausstellung der Gesundheitskarte von der Kommune an die Krankenkasse zu zahlen. Wenn die Kommunen diese Kosten anführen, kann auf die äquivalenten Kosten bei dem bisherigen Krankenschein-Verfahren verwiesen werden; es sind entweder Kosten der Bearbeitungszeit der Mitarbeiter*in pro Krankenscheinausgabe (dies dürfte wesentlich höher als die einmaligen 10,00€ liegen) oder die Kosten für die postalische Versendung der Quartalsscheine. Wird von lediglich 5,00€ Gesamtkosten pro Verwaltungsbrief ausgegangen, sind dies bei 5 Quartalen (~ 15 Monate) bereits 25,00€. Darin enthalten sind noch nicht die Kosten bei einem zusätzlichen Krankenschein pro Quartal.

¹³ Denn den Hochkostenfällen stehen eine Vielzahl von Fällen gegenüber, in denen überhaupt keine oder nur geringfügige ärztliche Leistungen in Anspruch genommen werden. Die kommunalen Verwaltungen reduzieren die Debatte gerne auf die Hochkostenfälle, weil sie damit „große und beeindruckende“ Zahlen vorweisen können. Nach den bisherigen Daten ergibt sich in mittlerer Frist der Durchschnitt von etwa 200,00€ pro Fall und Monat.

2.2.4 Argument: Abschlagszahlungen überfordern die Kommunen

In vielen Rahmenvereinbarungen (z.B. NRW, RLP) ist eine Abschlagszahlung an die Krankenkassen (zunächst auf 200,00€ angelegt) zu leisten. Die tatsächlichen Behandlungskosten werden erst rückwirkend nach Quartalsende berechnet und ggf. rückerstattet; damit tritt ein evtl. Überzahlungsproblem allenfalls im ersten Quartal nach Anmeldung auf. Einige Kommunen führen an, dieser hohe Betrag sei vorab nicht zu leisten. Die Erfahrungen aus Trier zeigen, dass die Krankenkassen durchaus gewillt sind, über diese Abschlagszahlung zu verhandeln, hin zu einer Spitzabrechnung (tatsächlich anfallende Kostenabrechnung) im Nachgang. Dies erspart den Krankenkassen einen Zwischenschritt.

2.2.5 Argument: Größerer Prüfaufwand für die Sozialverwaltungen

Manche Kommunen gehen davon aus, dass sie die Abrechnungen, die von den Krankenkassen vorgelegt werden, im gleichen Umfang prüfen müssen wie derzeit die Abrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung. Diese Annahme ist unzutreffend, eine solche Aufgabendoppelung ist nicht erforderlich.

Je nach Vereinbarung ist lediglich die Prüfung (und die dazugehörige Abrechnung der KV bei den Kommunen) der in den Rahmenverträgen ausgeklammerten Leistungen notwendig. In der Praxis geht es ausschließlich um Leistungen, bei denen die Aufschiebbarkeit offensichtlich gegeben ist und die über die reguläre Versorgung hinausgehen, was de facto lediglich Einzelfälle betrifft. Siehe vertiefend den jeweiligen Rahmenvertrag des Landes.

Die Überprüfung durch Krankenkassen bedeutet eine qualitative Verbesserung der Prüfung der ärztlichen Abrechnungen. Die Krankenkassen verfügen über eine speziell hier programmierte Software, ihre Beschäftigten sind speziell qualifiziert und werden laufend fortgebildet zu Vertrags- und Rechtsänderungen, Einzelfallprüfungen übernimmt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK). Den Kommunen mit ihrer geringen Zahl Beschäftigter in diesem Bereich stehen i.d.R. aus Kostengründen keine Fachqualifikationen, keine Weiterbildungsmöglichkeiten, keine (kostenaufwändige) Prüfsoftware und kein Prüfdienst zur Verfügung.

Gleichzeitig wird ein nicht unerheblicher Faktor ausgeschaltet: Das Risiko einer Haftung bei Fehlentscheidungen der kommunalen Beschäftigten entfällt, ebenso ein evtl. persönliches strafrechtliches Risiko bei einer falschen Beurteilung der Aufschiebbarkeit der Behandlung.

2.2.6 Argument: Mehraufwand aufgrund von Anmeldung, Änderung, Abmeldung bei der Krankenkasse

Die **Anmeldung** bei der Krankenkasse ist ein einmaliger Vorgang. Die dazu benötigten persönlichen Daten sind im Zuge des standardisierten Verfahrens bei der Erstregistrierung in den Kommunen bereits erfolgt und in einer elektronischen Datenbank erfasst. Die Meldung eines Leistungsberechtigten umfasst also das Überspielen vorhandener Datensätze, ggf. – wenn nicht effizient elektronisch gearbeitet werden kann – Ausdruck und Übersendung an die Krankenkasse.

Bei **Änderung** des Wohnsitzes erfordert die Meldepflicht ohnehin eine elektronische Erfassung. Eine Weiterleitung an die entsprechende Krankenkasse kann keinen großen Aufwand darstellen.

Abmeldungen und Abgabe an die aufnehmende Kommune oder das Job-Center haben ebenso ohnehin zu erfolgen, auch mit dem Krankenscheinverfahren. Zusätzlich sind nur zwei

Arbeitsschritte notwendig: Das automatische Ausfüllen des Abmeldeformulars und das Erstellen eines Standardschreibens an den Leistungsberechtigten mit der Aufforderung, die GK abzugeben.

Der von den Verwaltungen angegebene „erhebliche“ Verwaltungsaufwand ist demnach nicht nachvollziehbar. (vgl. Buchmann)

2.2.7 Argument: Mehraufwand zur Erstellung des Lichtbildes

Die (teilweise) Annahme der Kommunen, sie müssten für die Anmeldung der leistungsberechtigten Personen Lichtbilder selbst erstellen, ist nicht zutreffend. Bilder mit Passbildqualität können seit 2016 über das Ausländerzentralregister (AZR) übernommen werden. Für ältere Fälle haben die Ausländerbehörden i.d.R. selbst Lichtbilder angefertigt. Die Ausländerbehörden sind berechtigt, die vorhandenen Lichtbilder an die Sozialämter zu übermitteln. Ein solcher digital einzurichtender Vorgang bedarf i.d.R. einer einmaligen Anfrage bzw. Absprache mit der zuständigen Ausländerbehörde. In Bremen wurde zur Vereinfachung des Anmeldevorgangs bei der AOK ein Passbildautomat vor Ort von der Sozialbehörde zur Verfügung gestellt.

2.2.8 Argument: Risiko des Missbrauchs der Karten

Viele Verwaltungen verweisen auf die Möglichkeit des Missbrauchs der Gesundheitskarte. Laut Krankenkassen ist die missbräuchliche Verwendung ein Einzelfallproblem. Die Gesundheitskarte bietet vielmehr die Chance die Missbrauchsfälle zu reduzieren, da auf den ausgegebenen Behandlungsscheinen kein Lichtbild ist und diese viel eher an andere weitergegeben werden können. Leistungserbringende im Gesundheitswesen lassen sich in der Regel kein Ausweispapier zur Identitätsfeststellung vorlegen. Durch das Lichtbild auf der GK wird es somit schwieriger als mit dem Behandlungsschein, als unbefugte Person behandelt zu werden.

Tabelle: Argumente Gesundheitskarte vs. Behandlungsschein in der Übersicht

Argumente der Verwaltungen der Kommunen gegen die Einführung	Gegenargumente
8% Verwaltungskosten sind unangemessen	Die sich i.d.R. im Schnitt ergebenden 16,00€ halten der Behauptung der Unangemessenheit nicht stand. Die Sozialbehörde sollte ihre Kosten real ermitteln (einschließlich versteckter Kosten), um einen fairen Betrag auszuhandeln. Pauschalen sind für alle Beteiligten kalkulierbarer als Prozentsätze.
Hochkostenfälle führen zu immensen Kosten	Spürbar werden sie eher in kleinen Kommunen. Die Evaluationen nach einem Jahr sollten, wenn nötig, für Nachverhandlungen genutzt werden. Beispiele zeigen, dass es möglich ist, z.B. Hochkostenfälle vom Land übernehmen zu lassen (vgl. RLP).
Kostenfaktor 10,00€ für Ausstellung der Gesundheitskarte	Die Kosten für die Krankenscheine einschließlich Bearbeitungs-/Versendungszeiten dürften mindestens bei 25,00€ für die gesamten 15 Monate liegen.

Abschlagszahlungen überfordern die Kommunen	Abschlagszahlungen sind übliche und bewährte Verfahren, es gibt keine nachhaltig erhöhten Kosten. Krankenkassen signalisieren zudem Verhandlungsbereitschaft.
Größerer Prüfaufwand für die Sozialverwaltungen	Die Prüfungen werden in professionellerer Weise von den Krankenkassen übernommen.
Mehraufwand für Anmeldung, Änderung, Abmeldung bei der Krankenkasse	Anmeldung, Änderung, Abmeldung sind normale Vorgänge in den Sozialverwaltungen und können pragmatisch organisiert werden.
Mehraufwand für Erstellung des Lichtbildes	Es gibt hierfür pragmatische Lösungen.
Risiko des Missbrauchs der Karten	Das Missbrauchsrisiko ist gegenüber dem Krankenschein reduziert u.a. aufgrund des Lichtbildes.

3. Schlussbemerkungen

Verwaltungen und Lokalpolitiker*innen sollten daran interessiert sein, ehrliche Lösungen zu suchen, die Verwaltungsabläufe zu vereinfachen und einen gleichberechtigten Zugang zum Gesundheitssystem für Geflüchtete zu ermöglichen. Daher muss eine transparente und ehrliche Kostenkalkulation seitens der Kommunen erfolgen oder eingefordert werden. Die zur Verfügung gestellten Daten und Angaben sollten – nach den Erfahrungen aus Trier – kritisch überprüft werden. Die Kommune ist dann glaubhaft an dem Vorhaben interessiert, wenn sie ernsthaft Verhandlungen mit den Krankenkassen führt, z.B. zur rückwirkenden Abrechnung der Behandlungskosten statt monatlichen Abschlagszahlung und/oder zur Deckelung der Verwaltungskostengebühr bzw. der sog. Hochkostenfälle.

Die Grundfrage bleibt für die Kommune, ob sie in der Lage ist, die Leistungen, die eine Krankenkasse erbringt, für einen durchschnittlichen Betrag von 16,00€ im Monat pro Person zu erbringen. Dies ist sehr unwahrscheinlich (vgl. u.a. Rechtsgutachten mit Berechnungen aus Trier).

Oftmals verstehen bzw. interpretieren die Kommunen die Landesverträge nicht richtig, d.h. eine kritische Prüfung der Argumente ist angebracht. Die Verwaltungen können auch angeregt werden, den nötigen Sachverstand und mögliche Verfahren aus Bremen/Hamburg anzufordern. Für inhaltliche Rückfragen stehen aus der Kampagnengruppe Dr. Rainer Neef (medinetz Göttingen), Mirjam Schülle (M. Sc. Gesundheitswissenschaftlerin, MediNetz Bielefeld) und Dr. Vera Bergmeyer (Ärztin, MediNetz Bremen) zur Verfügung. Wolf Buchmann (Jurist, BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN in Trier) ist für Rückfragen offen und kann bei konkreten Verhandlungsstreitigkeiten fachlich sehr gut zur Seite stehen.

Viel Erfolg bei der politischen Umsetzung und gutes Durchhaltevermögen!

wünscht die *Kampagnengruppe von Medibüros/Medinetzen - Gesundheit für Geflüchtete*
(info@gesundheit-gefuechtete.info)

Quellenangaben

Buchmann, W (2016): Rechtsgutachten. Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für Flüchtlinge. Analyse der Auffassung der Verwaltung. Abzurufen unter: http://uns-gruener-trier.de/userspace/RP/kv_trier/Bilder/News/Migration/Gutachten_Einfuehrung_eGK.pdf (Stand: 4.11.16).

Bozorgmehr, K; Razum O (2015): Effect of Restricting Access to Health Care of Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1993-2013. Abzurufen unter: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131483> (Stand: 24.11.16).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011): Antwort eines Briefes der BAG der Freien Wohlfahrtspflege e.V. Abzurufen unter: http://ggua.de/fileadmin/downloads/tabellen_und_uebersichten/Brief_von_der_Leyen_dolmetscherkosten.pdf (Stand: 5.12.16).

Burmester, F. (2015): Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse. Public Health Forum. Band 23, Heft 2. 106–108.

GGUA Flüchtlingshilfe (2016): Übernahme von Dolmetscherkosten im Rahmen medizinischer, insbesondere psychotherapeutischer Behandlungen. Abzurufen unter: http://www.ggua-projekt.de/fileadmin/downloads/tabellen_und_uebersichten/dolmetscher.pdf (Stand: 5.12.16).

Hohm, Karl-Heinz (2015): § 4 AsylbLG Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt. In: Schellhorn/Hohm/Schneider (2015): Kommentar zum Sozialgesetzbuch XII. 19. Auflage. Luchterhand Verlag.

Niedersächsischer Flüchtlingsrat (28.7.2016): Elektronische Gesundheitskarte: Verwaltungskosten der Krankenkassen zu hoch? Abzurufen unter: <http://www.nds-fluerat.org/20400/aktuelles/elektronische-gesundheitskarte-verwaltungskosten-der-krankenkassen-zu-hoch/> (Stand: 24.11.16).

Weiterführende Literatur wird auf Anfrage gerne zur Verfügung gestellt.