

Gesundheitskarte zur medizinischen Versorgung Geflüchteter auf Landes- und Kommunalebene

Hinweise und Argumente II *Stand August 2017*

Vorbemerkung: Das vorliegende Argumentationspapier II ist eine Erweiterung des Argumentationspapiers I, welches von einem bundesweiten Zusammenschluss von Medibüros/Medinetzen erstellt worden ist. Das erste Papier hatte sich auf die Frage von Folgekosten konzentriert, welche die Kommunen bei Einführung einer Gesundheitskarte für Geflüchtete ab Übernahme in lokale Verwaltung erwarten. Dieses Papier setzt sich mit weiteren Argumenten einzelner Bundesländer gegen die Gesundheitskarte für Geflüchtete auseinander; es soll all denjenigen dienen, die sich für die Einführung und Umsetzung der Gesundheitskarte für Geflüchtete einsetzen.

Argument 1: Eine Rahmenvereinbarung ist nur sinnvoll, wenn alle Kommunen und kreisfreien Städte mitmachen.

Grundsätzlich ist dies ein einwandfreier Ansatz. Die Gesundheitskarte soll zu einer einheitlichen und standardisierten Versorgung auf Landes- und Bundesebene beitragen. Die Länder sind daher gefordert eine flächendeckende Versorgung gemeinsam mit den Kommunen anzustreben, statt sich zurückzuziehen und den Kommunen die Umsetzung alleine zu überlassen. Einige Bundesländer haben dafür zielführende Lösungen gefunden, bspw. Schleswig-Holstein, Thüringen oder Brandenburg.

Das Land Sachsen hat geäußert, erst einen Landesrahmenvertrag für die Umsetzung der Gesundheitskarte auszuhandeln, wenn die Kommunen eine solche Aufforderung an die Landesregierung stellen. Damit entzieht sich Sachsen seiner Verantwortung eine flächendeckende, niedrighschwellige Versorgung sicher zu stellen und gibt diese Aufgabe alleine an die sächsischen Kommunen weiter. Verwunderlich erscheint zudem, dass das Land eine Stadt wie Leipzig, die sich aktiv für die Umsetzung der Gesundheitskarte einsetzt, bei dem Vorhaben vielmehr blockiert, indem mit restriktiven Vorgaben die rechtliche Interpretation und Umsetzung der §§ 4, 6 AsylbLG bei Einführung der Gesundheitskarte vorgegeben wird. Das Land übernimmt grundsätzlich Hochkostenfälle (s. Sächsisches Flüchtlingsaufnahmegesetz [SächsFlüAG]). Die Stadt sieht allerdings das Risiko, dass das Land sich vorbehält, bestimmte Hochkosten-Krankenbehandlungsfälle nicht zu erstatten.¹

¹ Vgl. <http://gesundheit-gefluechtete.info/drohendes-scheitern-der-gesundheitskarte-fuer-gefluechtete-in-leipzig/>, auf dieser Seite sind auch die Stadtratsvorlagen der Stadt Leipzig (Informationsvorlage Nr. VI-DS-04152) verlinkt.

Argument 2: Ist die Karte einmal ausgegeben, ist es schwierig, sie wieder einzuziehen oder sie zu befristen.

Die Gesundheitskarten für geflüchtete Menschen unterliegen denselben Konditionen wie alle anderen Gesundheitskarten. Einmal im Quartal wird die Software in den Praxen aktualisiert. Wie bei allen Gesundheitskarten werden sie mit Verzögerung von wenigen Monaten als ungültig erkannt. In Köln und Düsseldorf wurden zudem sehr gute Erfahrungen mit der Rückgabe der Karten gemacht.² Das Argument ist theoretischer Natur, da es diesbezüglich ein geregeltes Verfahren bereits gibt.

Argument 3: Der eingeschränkte Leistungsumfang kann auf der Karte nicht sichtbar gemacht werden.

Der Vorteil der Karte liegt gerade darin, dass die Anwendung der §§ 4 und 6 AsylbLG – wie rechtlich vorgesehen³ – den Untersuchungsanspruch vor dem Behandlungsanspruch umsetzt, d.h. der Zugang zu Leistungserbringenden im Gesundheitswesen kann ohne Vorabbeantragung im Sozialamt erfolgen. Die Entscheidung über die Notwendigkeit einer Therapie oder Diagnostik obliegt dabei immer der behandelnden Ärzt*in. Alle über das Notwendige hinausgehende Leistungen sind in Form von Anträgen – analog zu den GKV-Versicherten – an die Krankenkasse zu stellen und werden dort nach den Maßgaben der Rahmenvereinbarung des jeweiligen Landes umgesetzt. Dieses Vorgehen vereinfacht den Ablauf ungemein und gestaltet ihn allein schon dadurch kostengünstiger.

Eine nachfolgende Prüfung mit Einschränkung der Bezahlung an die Leistungserbringenden hat eine Verunsicherung in der Handhabung zur Folge.

Argument 4: Das Sozialamt muss die Leistungen prüfen können.

Die Kommunen müssen, da es sich um eine Sozialleistung handelt, die sachliche und rechnerische Richtigkeit der ärztlichen Abrechnungen prüfen. Sie sind aber nicht verpflichtet, dies mit eigenem Personal zu erledigen. Sie sind jedoch berechtigt und in den Fällen des § 264 Abs. 2 SGB V sogar verpflichtet, diese Prüfung auf eine Krankenkasse zu übertragen.

Ist diese Prüfung durch die Krankenkasse durchgeführt worden, darf und sollte die kommunale Verwaltung auf die Richtigkeit dieser Prüfung vertrauen. Gerade in dieser Übertragung der Prüfungskompetenz liegt auch der große Vorteil im Hinblick auf die Kosten, da die Kommunen das entsprechende eigene Personal vollständig einsparen können.

Eine nachträgliche Kürzung den der Arzt*in in Rechnung gestellten Leistungen mit dem Argument, sie überschreite den Umfang des AsylbLG ist weder nach dem Verfahren mit Krankenschein noch Gesundheitskarte möglich. Hat der*die behandelnde Arzt*in eine Behandlung auf Basis eines Behandlungsscheins durchgeführt, darf die Kommune im Nachhinein nicht korrigierend eingreifen. Denn über das Ob und Wie der Behandlung entscheidet immer der*die Arzt*in. Insofern ändert sich durch die Einführung der Gesundheitskarte diesbezüglich nichts.

Ein Entscheidungsspielraum nach medizinischem Bedarf ist für Ärzt*innen – wie in der Regelversorgung – eine zwingende Voraussetzung für eine funktionierende Versorgung.

² Vgl. <http://gesundheit-gefluechtete.info/koeln-erste-evaluationsergebnisse-zum-umsetzungsstand-der-gesundheitskarte-wie-in-duesseldorf-positiv/>, aus dieser Seite sind auch die Evaluationsberichte der Städte abrufbar.

³ Vgl. Hohm, Karl-Heinz. 2015. §§ 4, 6 AsylbLG. In Kommentar zum Sozialgesetzbuch XII. [SGB XII - Sozialhilfe], Hrsg. Walter Schellhorn, Helmut Schellhorn, Karl-Heinz Hohm, Peter Scheider, und Christoph Legros. Köln: Luchterhand.

Argument 5: Kein Handlungsbedarf aufgrund gesunkener Zugangszahlen von Geflüchteten

Die Zugangszahlen von Geflüchteten sind in der Tat drastisch gesunken (gegenüber 2016 auf voraussichtlich 25-30%), ebenso hat sich die Verfahrenszeit bei Entscheidungen über Asylanträge deutlich verkürzt, wobei die Anerkennungsquoten von 62% auf 45% gesunken sind.⁴ Gleichwohl hat sich die Gesamtzahl von Menschen, deren Verfahren de facto nicht nach wenigen Monaten abgeschlossen ist, nicht verringert. Von daher werden die Menschen nach wie vor längerfristig über das AsylbLG versorgt.

2015 wurde die Zeit bis zur Eingliederung in die reguläre Versorgung über das SGB XII (vgl. § 2 AsylbLG) auf 15 Monate reduziert, gegenüber 36 Monaten zuvor. Nach 15 Monaten erhalten die meisten der Geflüchteten demnach eine Gesundheitskarte. Warum die Gesundheit von hunderten von Menschen 15 Monate lang über Sozialämter und erst anschließend danach über Krankenkassen geregelt sein sollte, ist nicht nachzuvollziehen. Eine Verwaltung über die Krankenkassen und die Ausgabe von Gesundheitskarten ab Beginn des Aufenthalts, reduziert zwei unterschiedliche Verfahren auf ein einheitliches, etabliertes und effizientes System. Es birgt zudem den Vorteil, die medizinische Versorgung von geflüchteten Menschen jeweils unabhängig von steigender oder sinkender Zuwanderung stets bedarfsgerecht gewährleisten zu können. Das Land Bremen, das die Gesundheitskarte seit vielen Jahren erfolgreich umsetzt, ermöglichte nach Aussage der Sozialbehörde in den Jahren 2015/2016 trotz den erhöhten Zahlen der zu versorgenden Menschen relativ unproblematisch die medizinische Versorgung. Die Betroffenen konnten entsprechend zeitnah in das etablierte Gesundheitskartensystem integriert werden.

Die Gesundheitskarte ist für die Kommunen auch kostengünstiger, wenn sich die Zahl der Flüchtlinge oder die Verfahrensdauer verändert. Denn die Kommunen müssen ohne Gesundheitskarte Fachpersonal beschäftigen, um die Abrechnungen zu prüfen. Steigen die Zahlen, muss das Personal aufgestockt werden. Sinken die Zahlen, muss es abgebaut werden. In diesem Bereich müssen Versicherungsfachleute eingesetzt werden, damit eine qualifizierte Prüfung stattfinden kann. Dieses Personal kann also weder aus dem Pool der Verwaltungsmitarbeiter*innen rekrutiert noch überhängiges Personal mit anderen Verwaltungsaufgaben betraut werden. Die Gesundheitskarte führt dazu, dass wirklich nur und konkret einzelfallbezogen Verwaltungskosten entstehen. Das Risiko für Schwankungen trägt die Krankenkasse, die das aber einfacher verkraften kann, weil sie ohnehin eine große Zahl fachlich qualifizierter Mitarbeiter*innen beschäftigen.

Argument 6: Eine günstige Vereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung zur Abrechnung ersetzt Vereinbarungen mit Krankenkassen.

Auch Vereinfachungen in den Abrechnungsverfahren mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), wie in Bayern, bleiben immer hinter der Einfachheit regulärer Systeme zurück. Solange Krankenscheine angewendet werden, müssen Leistungserbringende diese Gelder in gesonderten Verfahren einfordern. Die Erfahrungen aus der Praxis belegen, dass dies zu Barrieren im Zugang zu den Praxen führt, da einige Praxen den zusätzlichen Verwaltungs- und Kommunikationsaufwand mit dieser Patient*innengruppe scheuen.

⁴ Gegenüber 722.370 Asylsuchenden im Jahr 2016 wurden von Jan. bis Juni 2017 101.000 Meldungen verzeichnet, und in diesem Halbjahr wurden 408.000 Verfahren entschieden, gegenüber 698.000 in 2016 (BAMF: Aktuelle Zahlen zu Asyl Dez. 2016 und Juni 2017).

Eine bundesweite Rahmenvereinbarung scheiterte durch medizinisch unsinnige und datentechnisch nicht umsetzbaren Forderungen – z.B. sollten die, die Krankenkassen dafür sorgen, dass die Behandlungen nur nach §§ 4, 6 AsylbLG erfolge, definiert und abgerechnet werden könnten.⁵ Entscheidungen über derartige Vorgaben sind allerdings nur im Einzelfall medizinisch zu verantworten und können nur durch die behandelnden Leistungserbringenden getroffen werden. Standardisierte Vorgaben bspw. zur Unterscheidung chronischer und akuter Erkrankungen sind medizinisch unmöglich und ethisch nicht tragbar.

Argument 7: Die gute Gesundheitsversorgung inklusive der Gesundheitskarte ist ein Anreiz für Menschen, nach Deutschland zu kommen.

Für dieses Argument gibt es keine gesicherte empirische Grundlage. Untersuchungen belegen, dass Menschen nach sehr unterschiedlichen und interdependenten Gründen vorwiegend aber nach der sog. Communities bzw. bestehenden Kontakten, nach dem subjektiven Sicherheitsbedürfnis (kein Krieg, demokratisches System und Rechtssicherheit) und der wirtschaftlichen bzw. Arbeitsmarkt-Situation das Zielland „wählen“. Der Handlungsspielraum von Asylsuchenden bei der Zielstaatsentscheidung wird allerdings als sehr begrenzt angesehen.⁶ Innerhalb Europas lassen sich keine stärkeren Zuströme in Länder mit besserer Gesundheitsversorgung für Geflüchtete beobachten. Derzeit ist Deutschland das einzige Land, welches die gesundheitlichen Leistungen für geflüchtete Menschen gesetzlich einschränkt. Im Zugang von Geflüchteten zu einer Normal-Gesundheitsversorgung rangiert Deutschland im internationalen Vergleich deutlich hinter fast allen westlichen Ländern (Rumänien und Tschechien) und nur knapp vor allen osteuropäischen Ländern und einzelnen Ländern wie der Türkei.⁷

Ferner ist dies ein Ansatz, in dem Grundrechte migrationspolitisch relativiert werden. Eine solche Begründung ist analog dem Bundesverfassungsgerichtsurteil von 2012⁸ unzulässig. Zudem zeigt die empirische Forschung, dass die Asylpolitik im „Zielstaat“ für Asylsuchende von geringerer Relevanz ist. Voraussetzung dafür wäre valides Wissen; konkrete Regelungen sind bei den Asylsuchenden allerdings kaum im Detail bekannt und können entsprechend auch keine Wirkung entfalten.⁹

Argument 8: Die Umsetzung der §§ 4 und 6 AsylbLG soll restriktiv gehandhabt werden

Die Forderung nach einer „restriktiven“ Handhabung der §§ 4, 6 AsylbLG im Sinne einer Notfallversorgung ist rechtlich nicht zulässig. Die Auslegung laut Gesetz hat nach den erforderlichen medizinischen Bedarfen zu erfolgen, und ist ggf. im Einzelfall zu prüfen gemäß § 6 AsylbLG. Die Interpretation der Normen kann weder juristisch noch medizinisch vereinfacht und standardisiert erfolgen. Es bedarf der medizinischen Einzelfallprüfung, wofür

⁵ Bundesrahmenempfehlung gem. § 264 Abs. 1 S. 5, 6 SGB V. Hg. GKV-Spitzenverband. Berlin 2016, Pkt. 1, Nr. 7, 8 und Pkt. 4.

⁶ IAB-Forschungsbericht (2016): Geflüchtete Menschen in Deutschland - eine qualitative Befragung S. 73f. Abzurufen unter: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Studien/201609-iab-forschungsbericht.pdf;jsessionid=03B158C0158D3D1D292B9291A8C2C0D7.2_cid294?__blob=publicationFile (Stand: 8.8.17); sowie: auch in BAMF 2013, a.a.O. S. 160ff. BAMF (2013): Warum Deutschland? Einflussfaktoren bei der Zielstaatssuche von Asylbewerbern Ergebnisse einer Expertenbefragung Forschungsbericht 19, Antonia Scholz, S. 160ff. Abzurufen unter http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb19-warum-deutschland.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 8.8.17).

⁷ Vgl. Knipper, Michael et al. (2016): Migrant integration policy index. Health strand. Country report Germany. Brussels, Abzurufen unter <http://www.mipex.eu/health>; http://equi-health.eea.iom.int/images/MIPEX/GERMANY_MIPE (Stand 8.8.17)

⁸ BVerfG, Urteil vom 18. Juli 2012 – 1 BvL 10/10 – 1 BvL 2/11.

⁹ BAMF 2013, a.a.O., S. 163.

in unserem Gesundheitssystem die Leistungserbringenden zuständig sind, selbst wenn der Sicherstellungsauftrag bezüglich Asylsuchenden – ungewöhnlicherweise für das Gesundheitssystem – bei den Kommunen liegt (gemäß § 4 Abs. 3 AsylbLG). Eine politische Auslegung der Normen ist weder zielführend noch rechtlich korrekt.

Eine Anweisung von Landesbehörden oder kommunalen Dienstvorgesetzten, die Vorschriften restriktiv zu handhaben, setzt die einzelnen Mitarbeiter*innen einem erheblichen persönlichen Haftungsrisiko aus. Denn diese Anweisung bietet keinen Schutz, wenn die Mitarbeiter*innen falsche Entscheidungen treffen, die zu schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder schlimmstenfalls dem Tod des Leistungsberechtigten führen. Dies kann für die Beschäftigten sogar zu einer strafrechtlichen Verurteilung wegen fahrlässiger oder (bedingt) vorsätzlicher Körperverletzung oder Tötung führen.

Für inhaltliche Rückfragen stehen aus der Kampagnegruppe Dr. Rainer Neef (medinetz Göttingen), Mirjam Schülle (M. Sc. Gesundheitswissenschaftlerin, MediNetz Bielefeld) und Dr. Vera Bergmeyer (Ärztin, MediNetz Bremen).

Kampagnegruppe von Medibüros/Medinetzen - Gesundheit für Geflüchtete
(info@gesundheit-gefluechtete.info)