pers.lich
08/06/16
St.

Herrn Oberbürgermeister Pit Clausen,
Herrn Sozialdezernent Ingo Nürnberger,
Mitglieder des Rats der Stadt Bielefeld
(nachr.: Gesundheitsamt, Integrationsrat)

Medizinische Flüchtlingshilfe

c/o AK Asyl e.V.
✉ Friedenstr. 4-8
33602 Bielefeld
Tel. 0521-787152-45
Fax 0521-787152-93
Mail mfh@ak-asyl.info

Bielefeld, 25.05.2016

Sehr geehrter Herr Oberbürgermeister,
sehr geehrter Herr Sozialdezernent,
sehr geehrte Ratsmitglieder,

aktuell setzt sich erneut die Ärzteschaft auf dem Deutschen Ärztetag (vgl. Pressemitteilung vom 24.05.2016: http://www.presseportal.de/pm/9062/3334967) für die rasche Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Geflüchtete ein.

Die Mitglieder der Medizinischen Flüchtlingshilfe (MFH) Bielefeld fordern ebenfalls die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Geflüchtete auch schon in den ersten 15 Monaten des Aufenthaltes in Deutschland.

Hierzu haben wir das beiliegende Informationspapier entworfen. Dieses stellen wir Ihnen gern zur Entscheidungsfindung im Rat der Stadt Bielefeld zur Verfügung. Wir möchten Sie bitten, über die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte kurzfristig in einer der nächsten Ratssitzungen noch vor der Sommerpause zu diskutieren und diesbezüglich positiv zu entscheiden.

Mit freundlichen Grüßen

[redacted] Krankenschwester

[redacted] Arzt

[redacted] Fachärztin für Kinder- u. Jugendmedizin

[redacted] Facharzt für Psychiatrie u. Psychotherapie

[redacted] Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie

Informationspapier
zur elektronischen Gesundheitskarte für Geflüchtete in Bielefeld

Erstellt zur politischen Entscheidungsfindung in der Leineweberstadt
zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für geflüchtete Menschen / Asylsuchende
in den ersten 15 Monaten

Medizinische Flüchtlingshilfe Bielefeld
im AK Asyl e. V.
Friedenstr. 4-8
33602 Bielefeld
E-Mail: mfh@ak-asyl.info

Im Herbst 2015 hat das nordrhein-westfälische Gesundheitsministerium (MGEPA NRW) einen Rahmenvertrag zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für geflüchtete Menschen ausgearbeitet [6]. Seither können die Kommunen entscheiden dem Rahmenvertrag beizutreten und die eGK vor Ort für zugewiesene Geflüchtete umzusetzen, was bereits rund 20 Städte und Kommunen in NRW getan haben. Argumente zu Vor- und Nachteilen der eGK werden lokal kontrovers diskutiert und sollen nachfolgend systematisch aufgearbeitet werden.

Die neu einzuführende eGK gilt für Asylsuchende nach Zuweisung in eine Kommune bis zum Ende der ersten 15 Monate ihres Aufenthalts in Deutschland. Nach 15 Monaten erhalten Asylsuchende auch jetzt bereits die bei GKV-Versicherten übliche elektronische Krankenversicherungskarte. Die hier diskutierte Einführung der eGK verschiebt den Erhalt einer Krankenkassenkarte also um 1 ¼ Jahr nach vorn.

Im Unterschied zum alten System fallen die zahlreichen, quartalsweise und bedarfsbezogen zusätzlich ausgestellten Krankenscheine, die bisher durch das Bielefelder Sozialamt in den ersten 15 Monaten ausgegeben werden, weg. Diese Krankenscheine berechtigen Asylsuchende derzeit in den ersten 15 Monaten zur Nutzung des Gesundheitswesens und veranlassen die Leistungserbringenden zu abseits des Regelsystems erfolgenden Einzelabrechnungen ihrer Kosten über das örtliche Sozialamt.

Im System mit der eGK bekommen Asylsuchende nach der Registrierung im Allgemeinen kurzfristig eine vorläufige Bescheinigung der Krankenkasse und anschließend die elektronische Gesundheitskarte zugeschickt. Auch mit der vorläufigen Bescheinigung können sie bereits zur Ärzt*in ihrer Wahl gehen. Mit der Gesundheitskarte können sie regulär Gesundheitsleistungen wahrnehmen. Für die Leistungserbringenden erfolgt die Abrechnung dann – wie bei gesetzlich Versicherten – über die Krankenkasse. Kostenträger bleibt auch mit der eGK nach wie vor das Sozialamt bzw. die Kommune.

Gesetzliche Grundlage der Krankenbehandlung in den ersten 15 Monaten sind die §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG). Über die Verbindung mit § 264 Abs. 1 des SGB V wird eine nahezu reguläre Behandlung und Abrechnung ermöglicht.

Weiterhin lückenhaft wird dennoch die Versorgung „papierloser" Menschen[1] mit und ohne Fluchthintergrund bleiben. Um ihre gesundheitlich prekäre Lage zu entschärfen, halten wir (Medizinische Flüchtlingshilfe Bielefeld) die Einführung eines zusätzlichen, anonymisierten Gesundheitskartentyps für diese Menschen für notwendig.

Nachstehend folgt eine Auflistung der wichtigsten Argumente, die aus unserer Sicht FÜR die Einführung der eGK für Asylsuchende in den ersten 15 Monaten sprechen:

---

1 Geschätzte Zahlen zu papierlosen Menschen liegen für die BRD zwischen 180.000 bis 520.000 [9]. Für die Stadt Bielefeld kann grob heruntergerechnet von 740 bis max. 2100 Personen ausgegangen werden, wobei die Tendenz von Ballungsräumen noch nicht eingerechnet wurde. Eine solche spricht deutlich für die Untergrenze der Zahlen.

Argument 1: Vereinfachter und verbesserter Zugang zum Versorgungssystem

Asylsuchende erhalten einen verbesserten Zugang zu Gesundheitsleistungen mit der eGK. Erfreulicherweise ist es in Bielefeld derzeit Praxis Krankenscheine ungefragt einmal im Quartal auszugeben bzw. zu verschicken. Erkrankt jemand wiederholt, muss er/sie für weitere Arztbesuche allerdings auch hier zusätzliche Krankenscheine beim Sozialamt anfordern und abholen. Im Akutfall und je nach persönlicher Belastungssituation bedeutet dies einen problematischen Zusatzaufwand. Die eGK ist für Betroffene in ihrer Nutzung daher nochmals deutlich diskriminierungsärmer und praktikabler - insbesondere auch, falls sich Anlässe für einen Wechsel der Arztpraxis ergeben sollten.

Hinzu kommt, dass durch das genormte Abrechnungswesen über die eGK auch die Leistungserbringenden (u.a. Praxen, Krankenhäuser, Apotheken) von zusätzlichem Verwaltungsaufwand befreit werden, weil die Abrechnung für sie mit der Karte einfacher wird. Hierdurch werden Ressourcen frei für eine Optimierung der Krankenbehandlung und eine Verbesserung des Arzt-Patienten-Verhältnisses.

Argument 2: Die Stadt Bielefeld als regionaler Maßstab einer fortschrittlichen Flüchtlingspolitik

Mancherorts, beispielsweise in Bielefelder Nachbarorten, wo im Bezug auf die gesundheitliche Versorgung der Umgang mit Asylsuchenden und Geflüchteten von den jeweiligen Kreisverwaltungen bestimmt wird, gibt es – im Vergleich zur Bielefelder Praxis – im Zweifelsfall schwierigste Behördengänge, um einen Krankenschein zu bekommen. Dies wird unter anderem dadurch bedingt, dass in diesen (berichteten) Fällen sozialverwaltungsseitig vorab bewertet und bestimmt wird, ob Gesundheitsleistungen – und ein entsprechender Krankenschein – überhaupt gewährt werden. Die Sozialverwaltung wird sozusagen zu einer Entscheidungsinstanz über Wohl und Wehe. Die derzeitige Bielefelder Sozialamtspraxis ist hier deutlich und erfreulich unbürokratischer und weniger diskriminierend. Aus diesem deutlichen Gegensatz leitet sich ein weiteres politisches Argument ab: Bielefeld nimmt für Ostwestfalen die Rolle eines regionalen Oberzentrums ein. Die Einführung der anderenorts (Bremen, Hamburg u. a.) bereits seit längerem regelhaften und erfolgreichen Vergabe der eGK für Asylsuchende im Aufenthaltszeitraum unter 15 Monaten in der Stadt Bielefeld kann auch als markantes, fortschrittlich-politisches Signal für Ostwestfalen und damit auch für das spürbar konservativere, ländlich geprägte Bielefelder Umland gewertet werden. Die MFH Bielefeld würde eine solche politisch prononcierte Signalwirkung für das Umland sehr wertschätzen und begrüßen, da sich Berichte über Diskriminierung von Geflüchteten in der Bielefelder Umgebung häufen.

Argument 3: Abbau von Bürokratie in Sozial- und Gesundheitsbehörden

Durch Einführung der eGK werden die Sozialbehörden spürbar entlastet, da die für sie aufwendige Prüfung und Entscheidungsfindung im Einzelfall wegfallen. Bei der „Bielefelder Lösung", bei der die medizinisch-fachliche Entscheidungstätigkeit über die Gewährung umfangreicherer gesundheitsbezogener Leistungen (unter anderem: Psychotherapie) seitens des Sozialamts an die kommunale Gesundheitsbehörde delegiert wurde, ist zusätzlich eine deutliche Entlastung im ohnehin umfangreichen Aufgabenkanon des Gesundheitsamtes durch die eGK-Einführung zu erwarten. Mit dem Verwaltungs- und Begutachtungsaufwand werden dann die gesetzlichen Krankenkassen betraut, deren aus dem GKV-Regelsystem bewährte Expertise fachgerecht zum Einsatz kommen kann. Zusätzlicher Vorteil dieser Beauftragung: im Krankenkassensektor kann in bestimmten Bereichen gegebenenfalls auf Verträge zurückgegriffen werden, die Leistungen vergünstigen.

Argument 4: Entscheidung über Leistung durch Expert*innen

Im NRW-Rahmenvertrag wird klargestellt, dass die Krankenkassen eine notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung auf Basis ihrer Vorschriften zulasten der Gemeinden sicherstellen, wobei sich der Leistungsumfang grundsätzlich nach §§ 4 und 6 AsylbLG richtet. Über die Notwendigkeit einer Leistung entscheidet nach Einführung der eGK die Ärzt*in insofern, als dass sie im Krankheitsfall erste Anlaufstelle ist. Die Entscheidung über den medizinischen Behandlungsbedarf wird somit – wie im GKV-Regelsystem – in die Hände der erstbehandelnden fachlichen Expertise gelegt. Welche Leistungen bezahlt werden, prüft die Krankenkasse, die ja auch bei ihren anderen Versicherten wirtschaftliche Maßstäbe zugrunde legt. Die

Kommunalverwaltung wird damit von der – teils fachfremden – Notwendigkeit entlastet Diagnostik- und Therapienotwendigkeiten beurteilen zu müssen.

Argument 5: Einsparung versus Kostensteigerung

Nach allen bisherigen - wissenschaftlichen und aus der Praxis gewonnenen [1, 2. 3] - Erkenntnissen ist die eingeschränkte medizinische Versorgung nach §§ 4 und 6 AsylbLG per Krankenschein vom Sozialamt interessanterweise nicht kostengünstiger, sondern sogar teurer als eine Versorgung nach Regelleistung. Folgende Hintergründe sind hierfür relevant:

- **Regelversorgung kostengünstiger**

Bisherige Vergleiche der letzten Jahre von pro Kopf-Ausgaben bei Anwendung der §§ 4 und 6 AsylbLG waren fast immer höher als bei regulärer Krankenversorgung, obwohl letztere größeren Leistungsumfang beinhaltet [1, 2]. Hier ist zu vermuten, dass Aggravierung, Chronifizierung von Erkrankungen, sowie die Beförderung von Notfallsituationen durch die eingeschränkte medizinische Versorgung sich möglicherweise auch finanziell nachteilig auswirken.

- **Abschaffung unnötiger und teurer bürokratischer Strukturen**

Praxisnahe Mitarbeitende der AOK Bremen/Bremerhaven sowie der Hamburger und Bremer Behörden weisen immer wieder auf die finanziellen Vorteile des sogenannten Bremer Modells hin. Da die Leistungsabrechnung hier über den regulären Weg der Krankenkasse erfolgt, fallen zusätzliche administrative Kosten für die Sozial- und Gesundheitsämter weg. Dies bedeutet weniger Ausgaben für Personal, Ausbildung, Software und Räumlichkeiten durch die individuelle Krankenscheinausgabe und den hohen Prüfungsaufwand.

Einige wichtige Aspekte, die bei Einführung und Umsetzung der eGK für Geflüchtete zu beachten sind – zur Vermeidung eventueller Nachteile durch einen Wechsel zur elektronischen Gesundheitskarte:

- Die Karte darf keine sichtbare Markierung „asylsuchend" bekommen. Dies ist im Rahmenvertrag für die NRW-Kommunen so vorgegeben und beugt eventueller Stigmatisierung vor. Ebenso verhindert es eine mögliche Verunsicherung über den Leistungsumfang der Leistungserbringenden.
- Der vorbildliche Umgang mit der Übernahme von genehmigungspflichtigen Behandlungen (im Speziellen von Psychotherapie) in Bielefeld sollte durch die Einführung der eGK nicht - nachteilig für die Betroffenen - verändert werden. Weiterhin sollte es möglich sein, dass die bisherigen Therapeut*innen, auch diejenigen ohne Kassensitz, Behandlungen übernehmen können. Dies ist aufgrund der terminlich und fremdsprachlich eingeschränkten Verfügbarkeit von Psychotherapeut*innen mit Kassensitz notwendig…
- Die Übernahme von Dolmetscher*innenkosten (die gesetzlich gewährleistet werden) und eine entsprechende reibungslose Zusammenarbeit zwischen eGK-ausstellender Krankenkasse und örtlichem Sozialamt sind sicherzustellen. Durch Einführung der eGK könnten sich hier vorübergehend Schwierigkeiten ergeben, da die Gewährung von Dolmetscher*innenleistungen weiter in der Hand des Sozialamtes bleibt und somit gesondert beantragt werden muss. Hierdurch möglicherweise zuungunsten der Betroffenen entstehende Nachteile müssen aktiv und rechtzeitig von beiden Seiten (Krankenkasse/Sozialamt) verhindert und ausgeglichen werden.
- Die Verordnung von Krankenfahrten für Ärzt*innenbesuche sollte weiterhin nach medizinischen und sozialen Maßstäben erfolgen. Eine mögliche Erschwerung des Zugangs zur Krankenversorgung durch Anlegung restriktiverer Maßstäbe für die künftige Gewährung von Krankentransportleistungen durch die Krankenkassen muss unbedingt ausgeschlossen werden.
- Asylsuchende sind weiterhin de jure von allen Zuzahlungen (z.B. Rezeptgebühren) zu befreien; hierauf ist ausdrücklich zu achten und hinzuweisen (im Unterschied zur allgemeinen Praxis bei GKV-Versicherten).
- Der Personenkreis der „papierlosen" Geflüchteten wird auch nach erfolgter Einführung der eGK nach NRW-Rahmenvereinbarung weiterhin gesundheitlich unversorgt und unberücksichtigt bleiben. Zur Verbesserung der Versorgungssituation dieser Menschen fordern wir seitens der MFH Bielefeld die Einführung eines zusätzlichen Typus einer anonymisierten Krankenversicherungskarte (*mehr Informationen auf Anfrage*).
-

Literatur und weiterführende Informationen

1 *Bozorgmehr, Razum* (2015) Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013
URL (Stand 30.4.16): http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131483

2 *Classen* (2014) Das Bremer Modellprojekt Krankenversicherungs-Chipkarten zur medizinischen Versorgung nach §§ 4 und 6 AsylbLG
URL (Stand 30.4.16)
http://www.fluechtlingsinfoberlin.de/fr/asylblg/Bremer_Modell_Medizin_AsylbLG.pdf

3 *Burmester* (2014) Auswirkungen der Zusammenarbeit mit der AOK Bremen/Bremerhaven aus Sicht der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration, Frank Burmester Leiter des Referats „Steuerung der Kosten der Unterkunft und der Hilfen zur Gesundheit"
URL (Stand 9.5.16)
http://www.hamburg.de/contentblob/4465734/data/gesundheitsversorgung-auslaender.pdf

4 *Wächter-Raquet* (2016)
Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge
Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer (Sachstand Februar 2016)
URL (Stand 30.4.16) https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_Gesundheitskarte_Fluechtlinge_2016.pdf

5 *Robert Bosch Expertenkommission zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik*, (2016)
Zugang zu Gesundheitsleistungen und Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge und Asylbewerber: Von der Erstversorgung bis zur psychosozialen Behandlung (Sachstand Februar 2016)
URL (Stand 30.4.16) http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/RBS_Kommissionsbericht_Fluechtlingspolitik_Gesundheit_ES.pdf

6 *MGEPA (2015) Rahmenvereinbarung* zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für Nichtversicherungspflichtige gegen Kostenerstattung
URL (Stand 30.4.16)
http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/Gesundheitskarte_Fluechtlinge/Rahmenvereinbarung_Online.pdf

7 *MGEPA (2015)Fragen und Antworten zur Gesundheitskarte für Flüchtlinge*
URL (Stand 30.4.16) http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/Erweiterte_FAQ-07102015.pdf

8 *Online-Informationsportal zur Gesundheitsversorgung Geflüchteter von Medibüros / Medinetzen URL* www.gesundheit-gefluechtete.info

9 *Vogel (2015):* Update report Germany: Estimated number of irregular foreign residents in Germany (2014). Database on Irregular Migration.
URL (Stand 6.5.16) http://irregular-migration.net/fileadmin/irregular-migration/dateien/4.Background_Information/4.5.Update_Reports/Vogel_2015_Update_report_Germany_2014_fin-.pdf

10 *Voigt (2016):* AsylbLG und Gesundheitskarte für Geflüchtete in NRW: Faktische Gleichstellung mit gesetzlich Versicherten
URL (Stand 6.5.16)
http://www.einwanderer.net/fileadmin/downloads/tabellen_und_uebersichten/gesundheitskarte.pdf