

Ausschussdrucksache

(12.05.2022)

Inhalt:

Stellungnahme der Frau Seemann-Katz zum Expertengespräch des
Sozialausschusses am 16.05.2022 im Rahmen der Beratungen zum
Doppelhaushalt 2022/2023
(Thema Migration und Integration)

Öffentliches Expertengespräch des Sozialausschusses zum Doppelhaushalt 2022/2023

Zum Thema: Migration und Integration –
Stellungnahme des Flüchtlingsrat Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Aktuelle Lage

- 1. Integration betrifft alle Lebensbereiche und Politikfelder: von der Familie über den Kindergarten, Schule und Arbeitswelt bis hin zu Kultur, Medien und Sport. Als gesamtgesellschaftliches Anliegen ist Integration aber nicht allein Aufgabe des Staates, sondern erfordert gleichzeitig eine aktive und engagierte Bürgergesellschaft, die sich durch wechselseitige Verantwortung, Eigeninitiative und Engagement auszeichnet. Was sind die drei häufigsten Problemstellungen in Ihrem Arbeitsfeld?**

Der Flüchtlingsrat Mecklenburg-Vorpommern e.V. setzt sich ein für faire Asylverfahren, Zugang zu Arbeits-, Bildungs-, Ausbildungsmöglichkeiten für Geflüchtete aller Herkunftsländer, für menschenwürdigen Wohnraum außerhalb von Heimen und uneingeschränkte medizinische Versorgung. Er arbeitet gegen Fremdenfeindlichkeit und Rassismus jeglicher Art.

Wir beraten entsprechend Asylsuchende, geduldete und anerkannte Flüchtlinge sowie Bürgerkriegsflüchtlinge, haupt- und ehrenamtlich tätige Personen, Vereine und Initiativen, die in der Flüchtlingsarbeit tätig sind. Wir organisieren Weiterbildungen, Aktionen rund um das Thema Flucht und Asyl. Wir vermitteln Hilfe und Begleitung für Flüchtlinge zu Ärzten, Beratungsstellen, Rechtsanwälten usw. und wir koordinieren und fördern die Vernetzung der Flüchtlingsarbeit in Mecklenburg-Vorpommern. Unsere Aufgaben sind entsprechend vielfältig.

Aktuell sind wir extrem gefordert. Das liegt daran, dass die Konflikte in der Welt, Klimawandelfolgen und großes Wohlstandsgefälle die Flüchtlings- und Migrationsbewegungen weltweit ansteigen lassen und damit auch in Mecklenburg-Vorpommern. Wir wollen uns eigentlich auf Mecklenburg-Vorpommern beschränken, werden aber nicht nur bundesweit, sondern weltweit kontaktiert und um Informationen, um Rat oder um Unterstützung gebeten.

Hinzu kommt nun die Situation des Massenzustroms aus der Ukraine, die zusätzliche Fragestellungen, neue Problemlagen und Unterstützungswünsche generiert.

Im Wesentlichen lassen sich die drei häufigsten Problemstellungen folgendermaßen zusammenfassen:

I. Unterbringung:

Zur Gemeinschaftsunterbringung gibt es so viele Klagen, wie es Menschen gibt, die gegen ihren Willen untergebracht werden. Hierzu haben im vergangenen Jahr 33 Organisationen ein Positionspapier beschlossen, das alle Baustellen aufzeigt. Das sollte über der aktuellen Lage nicht aus dem Blick geraten. Das Papier hängt an.

In einigen Kommunen gibt es aktuell keine Wohnungen auf dem Wohnungsmarkt, und wenn doch, dann vermieten sie oft nicht an Geflüchtete mit befristet gültigen Ausweispapieren. Das betrifft insbesondere Geduldete und Menschen mit einer Fiktionsbescheinigung. Mit letzterem Papier weiß „die Gesellschaft“ nichts anzufangen. (Zitat aus einer

Beratungsstelle: „Wir erklären uns den Mund fusselig, aber es tut sich nichts.“)

II. Termine bei den kommunalen Ausländerbehörden:

Die Behörden haben – so unser Eindruck – unter den gestiegenen Anforderungen Recht umzusetzen: Nicht nur die Zahl der Ausländer*innen (Menschen ohne deutschen Pass) ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen; auch die rechtlichen Regeln sind komplexer und komplizierter geworden. Kaum mitgestiegen ist die Zahl der Sachbearbeiter*innen. Zugleich ist die Fluktuation in den Behörden groß.

Kurzfristig Termine bei den Behörden zu bekommen, ist schwierig bis unmöglich. Telefonate werden so gut wie nie angenommen, Emails bleiben oft unbeantwortet, für Beratungsgespräche ist keine Zeit.

In der Folge haben Menschen in Mecklenburg-Vorpommern immer wieder ungültige Papiere, stellen die falschen Anträge, versäumen Fristen oder haben Nachteile bei anderen Behörden.

III. Leistungen:

Das Asylbewerberleistungsgesetz schränkt Leistungen gegenüber den Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern (SGB) ein. Es gibt andererseits obergerichtliche Urteile, die entweder in den Sozialbehörden nicht bekannt oder nicht beachtet werden. Ermessensspielräume zugunsten von Leistungsbezieher*innen werden häufig nicht genutzt. Mecklenburg-Vorpommern arbeitet zu wenig mit veröffentlichten Erlassen, so dass Beratungsstellen gleich den richtigen Rat geben könnten.

2. Wo sehen Sie aktuell Lücken, Hürden oder andere Probleme – allgemein und im speziellen in der Finanzierung von Vorhaben und in der Förderung und Integration von Geflüchteten?

a. Direkte Förderung der Integration:

Lücken oder Hürden gibt es in allen politischen oder administrativen Handlungsfeldern. Die heftigsten seien hier genannt:

Sprache ist der Schlüssel zur Integration. Immer noch haben nicht alle von Anfang an das Recht an einem Sprachkurs teilzunehmen. Die so genannten Erstorientierungskurse werden vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge – BAMF ausdrücklich nicht als Sprachkurse „gewertet“, führen sie doch maximal zu einem Sprachstand des Levels nach dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen von maximal A1. In Mecklenburg-Vorpommern gibt es diese Kurse zudem in der Fläche praktisch nicht.

Wer das Recht hat, an einem Integrationskurs oder einem Sprachkurs nach Deutsch-Förder-Verordnung - DeuFöV - teilzunehmen, hat aber im ländlichen Raum ebenso große Schwierigkeiten: Es gibt kaum Kurse im ländlichen Raum; es fehlen die Fahrtkosten zu den Kursstandorten, es gibt für Mütter/Väter/Eltern keine Kinderbetreuung während der Sprachkurse. Es gibt keine besonderen Angebote für Sehbehinderte und kaum Angebote für Hörbehinderte. Viele Sprachkursträger haben keine barrierefreien Angebote.

Gerade Geflüchtete haben aber in höherem Maße als junge Zuwander*innen aus beruflichen Gründen körperliche Einschränkungen als Flucht- oder Kriegsfolgen oder als Folgen schlechterer Gesundheitsversorgung in den Herkunftsländern oder als Folge schlechterer Versorgung durch Asylbewerberleistungen.

Sprachkursträger können derzeit kaum zusätzliche Anträge beim BAMF stellen. Dieses schafft wegen des hohen Antragsaufkommens die Bearbeitung und die Bescheidung nur nach längeren Wartezeiten. Aber selbst wenn es mehr positive Bescheide gäbe, könnten die Kurse nicht stattfinden, weil zu wenige DAF-/DAZ-Lehrer*innen verfügbar sind.

Ausgegrenztes **Wohnen** ist ausgegrenztes Leben: Wer hinter Zäunen am Rande von Orten leben muss, wird sich nicht als Bestandteil einer Stadtgesellschaft oder einer Gemeinde fühlen. Kinder empfangen dort keinen Besuch ihrer Schulkamerad*innen oder Freund*innen. Deutsche Freunde zu finden ist bei dieser Art der Unterbringung unabhängig vom Alter schwierig.

Unterschiedliche Förderung von **Bildung und Ausbildung** je nach Aufenthaltsstatus und Rechtskreis in den SGB. Deutschland braucht Fachkräfte und sollte in die Menschen investieren, die hier sind. Beispiel: Der § 24 (1) AufenthG (häufigste Aufenthaltserlaubnis der Ukrainer*innen) wird derzeit nicht im § 8 BAFöG erwähnt. Das soll derzeit durch das Sofortzuschlags- und Einmalzahlungsgesetz des Bundes geändert werden. Im Bundesrat muss darauf geachtet werden, dass hier eine nachhaltige Lösung beschlossen wird.

Höherrangiges Recht, wie beispielsweise die UN-Behindertenrechtskonvention oder die EU-Richtlinien verpflichten staatliche Stellen besonders schutzbedürftige geflüchtete Menschen zu identifizieren und bedarfsgerecht zu beraten und zu versorgen. Bisher ignoriert das deutsche Recht diese Vorgaben jedoch. Viele **Behinderungen** werden daher zu spät erkannt und es gibt keine verlässlichen Zahlen zum Anteil der geflüchteten Menschen mit einer Behinderung unter den Asylsuchenden in Deutschland und auch in Mecklenburg-Vorpommern. Erste Schätzungen durch die zivilgesellschaftliche Organisation Handicap International gehen derzeit von 10-15 Prozent aus, wobei Traumatisierungen infolge von Flucht, Folter und Verfolgung nicht eingerechnet werden. Deshalb sind geflüchtete Menschen mit Behinderung durch vielfältige Barrieren von der gesellschaftlichen Teilhabe in Deutschland ausgeschlossen. Spezifische Integrationsangebote für diese Zielgruppe der Menschen mit physischen oder psychischen Einschränkungen gibt es in Mecklenburg-Vorpommern so gut wie nicht.

b. Mittelbare Förderung der Integration:

In Mecklenburg-Vorpommern gibt es mit den Integrationsfachdiensten Migration (IFDM) eine sehr gute Struktur für die **berufliche Integration**. Zahlreiche durch Bund und Land geförderte Projekte können hier andocken. Doppelfinanzierung, Konflikte über Gebiete und Zuständigkeiten werden so minimiert. Aus Sicht des Flüchtlingsrats sind diese Strukturen auch über das Ende der Projektfinanzierung (Beispiele: NAFplus endet zum 30.09.2022, IQ-Netz: Förderung endet zum 31.12.2022) hinaus zu erhalten.

Aber Integration ist mehr als der Zugang zum Arbeitsmarkt und ein Ankommen der Migrant*innen in der Berufswelt. Für die **soziale und gesellschaftliche Integration** bedarf es weiterer Strukturen (stark verkürzte und nicht abschließende Auflistung):

Migrationsberatungsstellen, Jugendmigrationsdienste	vorhanden, ergänzt durch Landesmittel, aber ausbaufähig, insbesondere in der Fläche. Fahrkosten sind das Problem.
unabhängige Antidiskriminierungsstelle nach dem AGG	Nicht vorhanden
Migrant*innenselbstorganisationen (MSO)	vorhanden, eine institutionelle Förderung der Dachorganisationen wäre wünschenswert;
Kommunale Migrant*innenbeiräte	Gibt es aktuell nur in Rostock; eine Förderung des Aufbaus von Strukturen wären wünschenswert – auch im Interesse der Mehrheitsgesellschaft zur Förderung der Kommunikation und zum Abbau von Ängsten, Neiddebatten oder Anfeindungen
Landesintegrationsgesetz	Siehe Eckpunktepapier des Integrationsbeirates MV
Information, Vernetzung und Beratung der Flüchtlingsarbeit	Vorhanden aber prekär ausgestattet. Viele Anfragen siehe Ausführungen zu Punkt 1; lange Wege, jährliche Antragstellung. Flächendeckende Arbeit: nur mit einem hohen ehrenamtlichen Anteil möglich.

Insbesondere die Integration Geflüchteter bedarf wegen der unterschiedlichen Ausgangslagen (Herkunftsland, Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Aufenthaltsstatus, Zugang zu Förderung, ...) sehr unterschiedlicher Maßnahmen und sehr spezifischer Kenntnisse. Bei vielen Handlungsfeldern und Sachgebieten vor Ort werden Geflüchtete immer noch nicht mitgedacht (Nahverkehr, Schulentwicklungspläne, ...). Bei eher „vernachlässigten“ Themen werden Geflüchtete erst gar nicht mitgedacht (Umweltbildung, Angebote für Menschen mit Behinderung, ...).

Während Schleswig-Holstein als Bundesland sich deswegen sowohl eine Integrationsbeauftragte als auch einen Flüchtlingsbeauftragten leistet, dabei den Flüchtlingsrat Schleswig-Holstein institutionell fördert und darüber hinaus eine Antidiskriminierungsstelle beim Landtag betreibt, gibt es in Mecklenburg-Vorpommern eine Integrationsbeauftragte.

Zur Förderung und Integration Geflüchteter bedarf es aus unserer Sicht einer institutionellen Förderung des Flüchtlingsrates, einer gesetzlichen Verpflichtung der Gleichbehandlung auch in MV (soweit dies nicht durch Gesetzgebung des Bundes eingeschränkt ist), und einer unabhängigen Kontrolle der Umsetzung.

3. Wie kann man aktuelle Herausforderungen und Zustände in der Integrationspolitik möglichst wirklichkeitsnah darstellen, damit das gesamte im Landtag versammelte politische Spektrum einen sachgetreuen Diskurs hierzu führen kann? Was müsste sich durch Maßnahmen der Landesregierung ändern, damit dieser Dialog zukünftig noch besser gelingt?

Legislative und Exekutive sind am Diskurs beteiligt und sind vor allem von der Mehrheitsgesellschaft geprägt. Sie bestimmen auch den sprachlichen Duktus. Haltungen sprechen aus Worten. Wer Migrant*innen nur als „Gäste“ bezeichnet, die Orientierung in der neuen „Fremde“ brauchen „für die Zeit ihres Aufenthaltes“ und aus diesem Grund Gastrechte zugesteht, wird eine pluralistische Gesellschaft der Vielen nicht fördern, sondern verhindern.

Deshalb müssen Anerkennung und Respekt für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte auch in der Sprache der Gesetzestexte und in deren Debatte zum Ausdruck kommen. Exkludierende oder binäre Konstruktionen lehnt der Flüchtlingsrat Mecklenburg-Vorpommern ab. Es geht nicht um die Idee von „in“ und „out“ sondern um die Grundannahme einer vielfältigen Gesellschaft, mit individuellen Lebensentwürfen und diversen Biografien. Eine Herkunftsgeschichte darf nicht zum Maß aller Dinge werden, wenn es um Teilhabe und Zugehörigkeit in einer Gesellschaft geht.

Es sollten also vor allem auch Betroffene gehört werden: Migrant*innenselbstorganisationen, menschenrechtsbasierte Institutionen und Integrationsakteur*innen.

Der Diskurs gelingt vermutlich zudem auch besser, wenn er nicht nur zu bestimmten Terminen wie beispielsweise Anhörungen wie diesen stattfindet sondern dauerhaft institutionalisiert wird.

4. Welcher Personenkreis sollte vor dem Hintergrund aufenthaltsrechtlicher Bestimmungen in Mecklenburg-Vorpommern in welcher Form von Integrationsbemühungen des Landes vornehmlich profitieren?

Integration ist ein gesamtgesellschaftlicher Prozess, von dem die gesamte Gesellschaft profitieren sollte. Wer das Aufenthaltsrecht - als Recht, das Menschen in **Wir und die anderen** einteilt und den anderen weniger Rechte zugesteht als uns - über den gesellschaftlichen Zusammenhalt stellt, wird über dieses „Othering“ Gesellschaft spalten und fremdenfeindliche Strukturen fördern. Wer Gruppen oder einzelne Menschen bevorzugt profitieren lässt, erreicht Desintegration.

Das bedeutet aber nicht, dass nicht Bildungsmaßnahmen speziell auf die Voraussetzungen der jeweiligen Zielgruppen zugeschnitten werden müssen, dass für bestimmte häufiger vorkommende Sprachen mehr Dolmetschende vorgehalten werden müssten als für seltenere usw. Es geht um Chancengleichheit.

5. Wie hat sich die Situation in den Erstaufnahmeeinrichtungen entwickelt?

Wer in den Erstaufnahmeeinrichtungen (EAE) in Mecklenburg-Vorpommern untergebracht ist, ist weiterhin von Integrationsmaßnahmen weitgehend ausgeschlossen. Wegweiser- und Erstorientierungskurse ändern nichts daran: Schulpflichtige Kinder unterliegen in den EAE weiterhin nicht der Schulpflicht; die medizinische Versorgung ist schlecht; selbst kochen bleibt aus Sicherheitsgründen verboten usw.

Das oben erwähnte Positionspapier der 33 Organisationen hängt an und sollte Quelle für viele Maßnahmen sein.

Haushalt

6. Wie bewerten Sie die Aufstockung des Integrationsfonds in dieser Legislaturperiode um eine weitere Million pro Jahr?

Der Flüchtlingsrat M-V e.V. begrüßt die Aufstockung und hofft auf schnelle Freigabe der Mittel. Insbesondere kleinere Vereine und Kommunen können oft nicht in Vorleistung gehen. Das verhindert in Einzelfällen die Antragstellung.

7. Wie bewerten Sie die vorgesehenen Haushaltsansätze und finanziellen Zuwendungen des Landes mit Blick auf die gegenwärtige Situation und bevorstehenden Herausforderungen?

8. Welche Bedarfe bestehen aus Ihrer Sicht? Welche Vorschläge gibt es Ihrerseits?

Angesichts der oben beschriebenen Lage und der Lücken und Hürden bedarf es weitaus mehr Mittel für

- institutionelle Förderung bestimmter Institutionen
- spezifische Angebote an der Schnittstelle von Flucht und Behinderung
- Verbesserung der Unterbringungssituation in Gemeinschaftsunterkünften, in dezentraler Wohnungsunterbringung und in den EAE
- behördenunabhängige Antidiskriminierungsberatung
- Lückenfüllung durch ergänzende Sprachkursangebote
- Förderung der Ausbildung von DAF-/DAZ-Lehrer*innen
- Ausbau der psychosozialen Zentren, nicht nur für Diagnose sondern auch für die Therapie
- Finanzierung nicht nur der Einrichtung von Sprachmittlerpools, sondern auch von Einsätzen von Sprachmittler*innen in der sozialen Beratung und der Migrationsberatung

9. Wie bewerten Sie eine stärkere Dynamisierung der Zuweisungen des Landes?

Eine stärkere Dynamisierung ist wünschenswert. Beispiel: Die Beratungsprojekte des Flüchtlingsrats werden seit Jahren in gleicher Höhe gefördert, was vor allem Ressourcen bei der Antragstellung und für das Fundraising bindet. Diese Ressourcen gehen bei der Sacharbeit verloren. Wenn das jeweilige Fundraising nicht erfolgreich ist, müssen Stellen gekürzt werden oder gar Projekte entfallen.

Landesgeförderte Beratungsangebote

10. Die landesgeförderte Migrationssozialberatung ist ein Instrument, das die bundesgeförderte Migrationsberatungslandschaft um ein wichtiges lokales Element bereichert. Wie kann das Angebot langfristig und sinnvoll gestärkt werden?

Die landesgeförderte Migrationssozialberatung ist ein wichtiges Instrument, das einerseits weiße Flecken in der Versorgung mit Beratungsstellen aber auch Lücken inhaltlicher Art (hinsichtlich Zielgruppe und Beratungsgegenständen) füllt.

Aus Sicht des Flüchtlingsrates könnten vernetzende und qualifizierende Angebote das Instrument inhaltlich optimieren und stärken. Die jährliche Antragstellung bindet bei den Trägern Ressourcen. Verstetigung und Dynamisierung der Finanzierung können das Angebot auch formal stärken.

11. Besonders in der aktuellen Situation wird deutlich, wie relevant auch psychosoziale Betreuung der Menschen mit Fluchtgeschichte ist. Die bestehenden Angebote für Menschen mit Fluchtbiographien in Schwerin, Rostock und Greifswald können diesen Bedarf nicht allein decken. Wie kann die bestehende Struktur ausgebaut und gestärkt werden?

„Die Flucht aus dem Herkunftsland kann zum einen als eine Entlastung gesehen werden, da somit das Erfahren der traumatisierenden Erlebnisse, die akute Bedrohung beendet werden kann.

Zum anderen kann Migration auch zur Belastung werden, da die Entwicklung einer psychischen Erkrankung auch davon abhängt, welche Möglichkeiten im Aufnahmeland bestehen, den eigenen Alltag zu gestalten. Stressfaktoren, wie z.B. das Leben in marginalisierten Heimen, ein unsicherer Aufenthaltsstatus, finanzielle Unsicherheit, tägliche Diskriminierungen, Probleme bei der Arbeitsplatzsuche und die Trennung von Familie und Freunden können auf die Entwicklung psychischer Störungen Einfluss nehmen. Ohnmachtsgefühle, Gefühle der Perspektivlosigkeit und fehlenden Selbstbestimmung werden dadurch verstärkt, anstatt Sicherheit zu geben und Selbstständigkeit zu fördern.“¹

Die psychosoziale Betreuung in Mecklenburg-Vorpommern – aber auch Beratungsangebote, Diagnose und Therapieangebote – können bereits seit Jahren die Bedarfe nicht decken. Das wird angesichts des aktuellen Massenzustroms aus einem Kriegsgebiet nur allzu deutlich.

Eine **Stärkung** der Angebote sollte **finanziell** erfolgen, indem die Personalausstattung der bestehenden Psychosozialen Zentren (PSZ) aufgestockt wird. Psychosoziale Zentren haben deutschlandweit durchschnittlich 9 Mitarbeitende, die sich auf 5,4 Stellen verteilen². Mecklenburg-Vorpommern liegt bei jedem einzelnen PSZ weit darunter. Zu einer strukturellen Stärkung würde auch die Fahrkostenerstattung beitragen, wenn Geflüchtete aus der Fläche die Dienstleistung in Anspruch nehmen müssen.

Räumlich sind die PSZ zu **stärken**, indem in jedem Landkreis ein Angebot besteht.

Auch eine **inhaltliche Stärkung** ist erforderlich. So sollten vor allem verbandsangehörige PSZ gefördert werden. Diese können auf Informationen und einen qualifizierenden Austausch der bundesweiten PSZ zurückgreifen und ihr Angebot ausbauen/stärken:

- psychosoziale bzw. psychologische Beratung,
- Diagnostik und Clearing,
- Kriseninterventions- und Stabilisierungsarbeit,
- Einzel- und Gruppenpsychotherapien,
- weitere Therapien (kreative Therapien, Bewegungstherapien, etc.),
- Verfassen von Stellungnahmen u. a. im aufenthaltsrechtlichen Verfahren,
- spezielle Angebote für Kinder und Jugendliche,
- medizinische/psychiatrische Versorgung,
- Telefon- und Notfallsprechstunden,
- Feststellung besonderer Schutzbedürftigkeit,

¹ Lea Flory (Diplom-Psychologin und Mitarbeiterin der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer), Quelle: Flory, L. (2016) : Gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten mit Traumafolgen, in: Drücker, A./Seng, S./Töbel, S. (Hrsg.): Geflüchtete, Flucht und Asyl, Düsseldorf.

² Datenlage zur psychosozialen Versorgung von Überlebenden von Krieg, Folter und Flucht in Deutschland, Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e. V., Stand November 2021

Schließlich ist es notwendig, sensible und speziell geschulte Sprachmittlung einzusetzen und zu finanzieren, um die Diagnosen und Therapien zu optimieren.

12. Wie bewerten Sie den Erfolg der Integrationsmaßnahmen des Landes? Woran können Sie diesen Erfolg von Maßnahmen faktisch (Zahlen und Daten) festmachen?

Mecklenburg-Vorpommern beteiligt sich am Integrationsmonitoring des Landes und erhebt regelmäßig die bundesweit vereinbarten Daten, darunter auch die seit 2017 abgefragten Indikatoren zur Fluchtmigration, die sich aber allein auf die Aufenthaltsstatus beziehen.

Hilfreicher wäre es hier einen Zusammenhang herzustellen und Korrelationen abzufragen, z.B. Beschulung und Aufenthaltsdauer: Ab wann werden Kinder durchschnittlich faktisch beschult? Gibt es Unterschiede bei den Herkunftsländern? Zusammengefasst: Unterliegen Kinder aus Ghana gleich schnell der Schulpflicht wie die aus Syrien? Und wird das auch faktisch umgesetzt?

Weitere Beispiele:

- Aufenthaltsstatus, Herkunftsland und Kita-Besuch
- Gesundheit: Hier fehlt weitestgehend alles, was die erforderliche Änderung der Rechtslage untermauern könnte: Zahnstatus und Leistungsbezug, Folgeerkrankungen im Magen-Darm-Trakt, Gewicht und Ernährung, ...

Mecklenburg-Vorpommern benötigt einen Diskurs darüber, was in den unterschiedlichen Handlungsfeldern als Integrationserfolg zu werten sei: Akkulturation, Verbesserung der Rechte bzw. beim Zugang zu Rechten, rechtliche Gleichstellung oder Deutschkenntnisse oder ...?

Förderpraxis

13. Die landesgeförderten Programme zur Unterstützung von Integrations- und Demokratisierungsbestrebungen beinhalten oft einen deutlichen Eigenmittelanteil. Ist dieser Anteil durch die umsetzenden Träger leistbar?

Nein. Dieser Anteil führt immer zu einer inhaltlichen Schwächung.

14. Fördermittelgeber aus Bund und Europa wünschen sich oft Kooperationen der Projekte (mit?) Drittmittelgebern wie den Kommunen. Da die Kommunen das nur selten leisten können, ist die Frage wie das Land sich hier stärker engagieren kann?

Der Flüchtlingsrat M-V ist ein landesweiter Verein, der auch landesweit tätig ist, aber vor Ort via Qualifizierung und Beratung sowie Lobbyarbeit wirksam wird. Es ist geradezu ein Problem, wenn Fördermittel nur kommunal unterstützt ausgereicht werden. Das führt entweder zu einem Flickenteppich an Angeboten, weil es unterstützende wie ablehnende Kommunen gibt. Oder es führt dazu, dass aufgrund umständlicher Antragsverfahren Anträge gar nicht erst gestellt werden.

Das Land sollte hier kofinanzieren.

15. Welche Förderkriterien in den Programmen des Landes sollten ergänzt, gestrichen oder geändert werden und warum?

Zu ergänzen und zu kontrollieren ist ein regelmäßiges Weiterbildungsgebot für das geförderte Personal in Bildung, Betreuung, Beratung und Begleitung (auch des freiwilligen Engagements). Das Weiterbildungsgebot sollte Weiterbildung zu unterschiedlichen inhaltlichen Kriterien enthalten und über den jährlichen Erste-Hilfe-Kurs hinausgehen: Aufenthaltsrecht, Psychosoziale Lagen, Sozialrecht, Ethik der Sozialen Arbeit u.v.a.m.

Die Jahresscheiben sollten (dem Bund vergleichbar) auf drei Jahre verlängert werden (siehe oben).

16. Was sind Ihrer Meinung nach die Vor- bzw. Nachteile von institutioneller und Projektförderung?

Projektförderung steuert und kann theoretisch kurzfristigen Veränderungen im Migrationsgeschehen schneller Rechnung tragen. Nachteile sind

1. die Bindung von Ressourcen für die Antragstellung, die oft fehlende fachliche Genauigkeit in der Antragstellung wegen enger Fristen zwischen Ausschreibung und Einreichung,
2. Damit verbundene schlecht umsetzbare Projektziele und Misserfolge,
3. befristete Arbeitsverträge, ggf. nicht nahtlose Übergänge zwischen Projekten und damit einhergehende Fluktuation sowie Verlust von Knowhow,
4. „unehrliche Antragslyrik“.

Institutionelle Förderung sorgt für

1. Geschäftsführung, die Zeit für Fundraising findet
2. Genauigkeit in der Antragstellung

hat aber den Nachteil, dass kurzfristige Entwicklungen nicht so schnell nachvollzogen werden können.

Fazit: Ein Mix aus institutioneller Förderung und Projektförderung wäre insbesondere bei kleinen Vereinen, die nicht wie große Wohlfahrtsverbände Querfinanzierungen aus anderen Geschäftsfeldern generieren können, erstrebenswert.

Interkulturelle Öffnung

17. Die Integration von Menschen mit Fluchtbiographien ist eine Querschnittsaufgabe und bedarf auch in Einrichtungen des Landes einer umfangreichen Weiterentwicklung. Welche Bestrebungen sollten hier im Bereich der Interkulturellen Öffnung stärker gestützt werden?

Die Frage ist gut gemeint, aber falsch gestellt. Der Begriff „Interkulturelle Öffnung“ suggeriert eine bestimmte feststehende „Kultur“ sowohl der Aufnahmegesellschaft als auch der „Dazukommenden“. Diesem Verständnis liegt ein unveränderlicher Kulturbegriff zugrunde, der aus Sicht des Flüchtlingsrats den gesellschaftlichen Realitäten nicht gerecht wird.

Ein solches Verständnis basiert auf der Annahme der Existenz einer einheitlichen „deutschen Kultur“: Meist wird Interkulturelle Öffnung so verwendet, dass sie auf ein intensiviertes und chancengleiches Zusammenleben von Menschen unterschiedlicher Kulturen in Migrationskontexten abzielt. Eine

Interkulturelle Öffnung kann aber nur dann funktionieren, wenn es auch etwas gibt, was geöffnet werden kann und muss. In diesem Fall sollen es die Einrichtungen des Landes sein, und das unter dem Gesichtspunkt einer deutschen Mehrheitskultur, die mehr oder weniger in Reinform weiterexistiert. Das ist ein Widerspruch in sich, den die Aufnahme anderer Kulturen führt zu erwiesenermaßen zu einer Änderung der Mehrheitskultur. Demnach gibt es nichts zu öffnen, sondern höchstens etwas weiterzuentwickeln.

Wenn eine Interkulturelle Öffnung darauf abzielt, Migrant*innen in bestehende Strukturen einer Mehrheitskultur zu integrieren, ist demnach niemandem geholfen. Vielmehr müssen auch die Strukturen selbst so verändert und transformiert werden, dass sie in ihrer Arbeitsweise und Funktionen den Bedürfnissen einer sich verändernden Gesellschaft gerecht werden.

Ein solches Kulturverständnis verstärkt außerdem die Vorurteile zwischen den unterschiedlichen Gruppen. Probleme der Diskriminierung und der tagtäglichen Ausgrenzung, die der wirklichen Interkulturellen Öffnung weitaus mehr im Wege stehen, werden demgegenüber häufig ignoriert und gar nicht erst bearbeitet.

Die angestrebte Veränderung von (Macht-)Strukturen und der Abbau von Zugangsbarrieren innerhalb von Organisationen oder Institutionen werden durch den Begriff „interkulturelle Öffnung“ nicht nur nicht benannt, sondern sogar verdeckt. Das führt oft zu dem falschen Schluss, dass sich hier eine Kultur der Mehrheitsgesellschaft und die Kulturen der „Anderen“ gegenüberstehen. Wir haben es mit einem klassischen „Othering“-Prozess zu tun, der dem angestrebten Ziel der Integration entgegensteht. Hier werden Menschen mit internationalen Biografien zu „Anderen“ gemacht und damit eher ausgegrenzt als einbezogen.

Erforderlich ist eine Analyse der Zugangsbarrieren und strukturellen Hemmnisse, damit mehr Menschen mit Migrationserfahrung oder –geschichte partizipieren oder eingestellt werden können. Auch der individuelle Umgang mit den strukturellen Gegebenheiten ist zu hinterfragen. Ziel sollte der Abbau rechtlicher und sozialer Hürden sein.

18. Welche Rolle spielen Migrantenselbstorganisationen (MSO) bei der Integration?

Als Expert*innen und Brückenbauer*innen sind MSO bei der Integrationsarbeit unverzichtbar. Sie sind diejenigen, die die Kommunikation zwischen Zugewanderten und Mehrheitsgesellschaft fördern können, deren Erfahrung zu Konfliktlösungen führen können, wenn man sie zu Wort kommen lässt. Sie tragen im Diskurs wesentlich zu einer Verbreiterung der Wissens- und Entscheidungsgrundlagen bei.

Ihre Arbeit leisten sie aber häufig ehrenamtlich, wodurch sie ihre Potenziale nicht voll ausschöpfen können. Es ist daher gut, wenn Bund und Land hier professionelle Strukturen fördern.

Medizinische Versorgung

19. Was ist Ihre Auffassung zur Gesundheitskarte für Asylsuchende?

Der Flüchtlingsrat Mecklenburg-Vorpommern verweist auf die gemeinsame Antwort mit dem Diakonischen Werk Mecklenburg-Vorpommerns bei der Anhörung zu „Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1

Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen nach § 264 Absatz 1 SGB V“ am 02. April 2014 im Sozialausschuss des Landtages Mecklenburg-Vorpommern.³

Aus Sicht des Flüchtlingsrats hat sich an der Situation für Geflüchtete nichts zum Positiven geändert. Wir setzen uns nach wie zuvor für die Einführung einer Gesundheitskarte für alle Leistungsbezieher*innen nach AsylbLG ein: aus menschenrechtlichen Gründen, aus medizinischen und präventiven Gründen, aus Gründen des Bürokratieabbaus.

Seit damals zusätzlich hinzugekommen ist die Überlastung vieler Praxen, die Geflüchtete ohne Kassenkarte gar nicht mehr als Neupatient*innen annehmen und die Patient*innen mit Karte nur nach vielem „Überreden“ oder nur nach Zusicherung privater Übernahme von Dolmetschkosten (etwa durch Spenden) behandeln. Über diesen Aufwand klagen Beratungsstellen, Integrationsbeauftragte und Mitarbeitende in Gemeinschaftsunterkünften.

Kommunale Sicht

20. Wie schätzen Sie die Situation der Migrant*innen aus kommunaler Sicht ein? Welche Maßnahmen zur Integration von Migrant*innen halten Sie für erfolgreich?

Integration findet vor Ort statt. Es sind Städte und Gemeinden, in denen Menschen in alltägliche Lebensbezüge eingebunden sind und das Miteinander gestalten. Integration sollte also fester Bestandteil lokaler Politik sein. Leider ist das in der Praxis sehr unterschiedlich ausgestaltet. Manche Landkreise haben Integrationsbeauftragte mit Vollzeitstellen, manche nicht, manche lassen Stellen lange unbesetzt, manche größere kreisangehörige Gemeinde oder Stadt hat eine*n Integrationsbeauftragte*n, manche nicht. Hinzu kommt der Einfluss dieser Stellen je nach Besetzung oder Anbindung der Stelle ... Das Politikfeld der Integration bedarf unbedingt einer Aufwertung.

Ein Integrationsgesetz des Landes, wie es im aktuellen Koalitionsvertrag zwischen SPD und DIE LINKE postuliert ist, sollte nach Ansicht des Flüchtlingsrates die Kommunen (ein)binden und ggf. konkrete Aufträge formulieren. Das Konnexitätsprinzip ist dabei zu beachten.

³ https://www.dokumentation.landtag-mv.de/parldok/dokument/34502/apr_soza_6_50.pdf#page=8
in Verbindung mit Ausschussdrucksachen 6/591 (Anlage 10) und 6/573 (Anlage 9), Seiten 68 - 80

Positionspapier zur Gemeinschaftsunterbringung in Mecklenburg-Vorpommern

Aus menschenrechtlicher Perspektive sind nach Ansicht der Autor:innen wesentliche Änderungen in der Flüchtlingspolitik notwendig. Der Bund hat die Länder mit der Aufnahme, Unterbringung und Versorgung Geflüchteter beauftragt. Akteur:innen der Zivilgesellschaft, Kirchen, Nichtregierungsorganisationen, Migrant:innenselbstorganisationen usw., fordern die zukünftige Landesregierung auf, folgende Herausforderungen in der nächsten Legislaturperiode in Politik und Verwaltung anzunehmen, um einen menschenrechtskonformen Umgang mit geflüchteten Menschen zu gewährleisten:

Die Verordnung über Mindestanforderungen an Art, Größe und Ausstattung von Gemeinschaftsunterkünften (Gemeinschaftsunterkunftsverordnung - GUVVO M-V) vom 06.07.2001 muss aus unserer Sicht dringend novelliert werden:

- Zentralere Ansiedlung von Gemeinschaftsunterkünften (GU) in bewohnten Orten
- Anpassung der individuellen Wohn- und Schlafräumfläche je Person an Standards der sonstigen Heimunterbringung in Deutschland: mindestens 12 qm
- kostenloser Internetzugang (WLAN) für alle Geflüchteten in den Erstaufnahmeeinrichtungen (EAE) und GU mit ausreichender Bandbreite
- Verbesserung der Situation von Familien in Gemeinschaftsunterkünften: Familienzimmer oder Wohneinheiten, Familienbäder, -toiletten, -küchen, Hausaufgabenräume
- konsequente Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention/Schutz vor Kindeswohlgefährdung
- Regelmäßige Instandhaltung von Gebäuden und Inventar durch die Träger der Unterkünfte
- Gewaltschutzkonzepte als Voraussetzung für die Vergabe von Betreuungsleistung nach den Mindeststandards von Unicef und Verankerung in den Betreiberverträgen
- Voraussetzung von Gewaltschutzkonzepten für die Vergabe von Wachdienstleistungen

Die Richtlinie für den Betrieb von Gemeinschaftsunterkünften und die soziale Betreuung der Bewohner vom 25.09.2000 muss aus unserer Sicht angepasst werden:

- Die Einstellungsvoraussetzungen an das Personal müssen an Qualifikationen und Fremdsprachenkenntnisse gebunden werden: Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagog:innen
- Personal mit langjähriger Erfahrung muss zwingend fortgebildet und/oder qualifiziert werden
- Gezielte Weiterbildungskonzepte an den Hochschulen und Universitäten des Landes
- Verpflichtung des Personals zur Teilnahme an regelmäßigen Fortbildungsmaßnahmen in: Pädagogik, Umweltbildung, Umgang mit Traumata, Asyl- und Sozialrecht
- Interkulturelle, antirassistische, handicap- und gendersensible Fortbildung sowie Weiterbildung in Hilfe zur Selbsthilfe (Empowerment) für das gesamte Personal in den Unterkünften
- die Einrichtung externer, lokaler und unabhängiger Beschwerdestellen für Geflüchtete
- Auch der Wachschutz soll nach den o.g. Gesichtspunkten eingestellt und fortgebildet werden.

Für Kinder und Jugendliche in Gemeinschaftsunterbringung müssen gesetzliche Vorschriften sowie höherrangiges Recht (UN-Kinderrechtskonvention) gewährleistet werden:

- Zwingende Unterbindung von Kindeswohlgefährdungen nach SGB VIII in Not-, Erst- und Gemeinschaftsunterkünften
- Prävention durch Zugang zu wirksamer Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII u.a.)
- Gewährleistung von Schutz und Fürsorge für jedes Kind ohne negative körperliche und/oder psychische Folgen
- Verhinderung räumlicher Enge in Not-, Erst- und Gemeinschaftsunterkünften
- Schaffung von Rückzugsräumen
- Förderung von Projekten zur Verbesserung von Sozialisationsbedingungen für geflüchtete Kinder und Jugendliche

- Umsetzung der Schulpflicht für alle geflüchteten Kinder im Bundesland (Aufnahmerichtlinie)
- Recht auf einen formalen Bildungsabschluss
- Aufklärung über Rechte und Möglichkeiten (z.B. zur Beantragung eines Laptops)
- Familien mit schulpflichtigen Kindern sind spätestens nach 14 Tagen aus der Erstaufnahme in die Kommune umzuverteilen

Vulnerable Personen bedürfen laut der Richtlinie der Europäischen Union zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (EU-Aufnahmerichtlinie), einer besonderen Art der Unterbringung und Betreuung:

- Barrierefreie Unterbringung in allen Unterkünften
- Ein besserer Personalschlüssel für die Betreuung von Geflüchteten mit Behinderung, chronischen oder psychischen Erkrankungen
- Kinderbetreuung für Alleinerziehende
- Freie Wahl der Unterbringung von queeren Personen in der Nähe von Unterstützungsmöglichkeiten
- Angemessene Unterbringung von Alleinerziehenden in Familienwohneinheiten
- Diskriminierungsfreier Zugang zu psychosozialer Beratung

Die Arbeitshinweise zur dezentralen Unterbringung nach dem Flüchtlingsaufnahmegesetz müssen neu gefasst werden:

- 24 Monate nach der erstmaligen Asylantragsstellung soll ein Anspruch auf Unterbringung in eigenen (Miet-)Wohnungen bestehen.
- Mehr Möglichkeiten zur dezentralen Unterbringung in Mietwohnungen, vor allem für vulnerable Personen

Zusätzlich sind folgende Punkte im gesamten Bundesland dringend sicherzustellen:

- Arbeitsfähigkeit aller relevanten Behörden: Ausländerbehörden, Sozialämter, Gesundheitsämter usw.
- Alle Personen haben einen Anspruch auf ein gültiges Ausweisdokument oder Papier
- Regelmäßige Kontrollen der Umsetzung und Einhaltung aller gesetzlichen Vorschriften (Heim-TÜV entwickeln)
- Transparentes Behördenhandeln: Alle Arbeitshinweise/Erlasse sind zu veröffentlichen
- Tarifbindung der Arbeitsverträge an den TVöD für alle Mitarbeitenden in den Gemeinschaftsunterkünften

Für die Unterbringung des Landes in Stern Buchholz und Nostorf-Horst fordern wir:

- Abschließbare Sanitärräume
- Uneingeschränkter Zugang von Nichtregierungsorganisationen in die Erstaufnahmeeinrichtungen
- Je zwei Vollzeitstellen für die unabhängige Asylverfahrensberatung in den EAE
- Unterbringungszeit in der Erstaufnahme auf maximal 6 Monate verkürzen
- Einstellung von Fachpersonal analog zur Gemeinschaftsunterbringung in den Kommunen

Auf Bundesebene erwarten wir von der zukünftigen Bundesregierung bzw. Bundesratsinitiativen durch die zukünftige Landesregierung:

- Integration von Anfang an: Zugang aller zu Sprach- und Integrationskursen
- Beendigung der ausgrenzenden Gesetzgebung des Bundes: Zwangsverpartnerung nach dem AsylbLG, Familienzusammenführung usw.
- Beendigung der menschenrechtswidrigen Unterbringung in Anker-Zentren (Zentrum für Ankunft, Entscheidung, Rückführung)

Unterzeichnende:

Al Salam Gemeindezentrum Neubrandenburg e. V.

Amnesty Hochschulgruppe Rostock

CORA – Landeskoordinierungsstelle gegen häusliche und sexualisierte Gewalt in M-V

Das Boot e.V.

Dialog e.V. Neubrandenburg

Die Flüchtlingsbeauftragte der Nordkirche

Die Flüchtlingsbeauftragte des Kirchenkreises Pommern

Europäisches Christliches Komitee zum Schutz der Rechte der Flüchtlinge e.V., Neubrandenburg

Evangelisch- lutherische Innenstadtgemeinde Rostock

FC- Al Karama- Greifswald e.V.

Flüchtlingsrat Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Frauenpolitischer Runder Tisch Stralsund

Frauenleben e.V. Neubrandenburg

Integ e.V., Ibrahim Al Najjar

Integrationsbeauftragte der Universitäts- und Hansestadt Greifswald, Anna Gatzke

Interkulturelles Zentrum Neubrandenburg

Internationale Freiwilligendienstinitiative Turbina Pomerania

Jugendalternativzentrum JAZ e.V.

KISS e.V.

Konferenz der Migrant*innenselbstorganisationen aus MV (MIGRANET MV)

Landesfrauenrat Mecklenburg-Vorpommern

Landsmannschaft der Deutschen aus Russland – LmDR, Landesgruppe Mecklenburg-Vorpommern

LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Lola für Demokratie

Migra e.V.

Migrantenrat Rostock

Migrationsbeauftragte der Hansestadt Stralsund, Anja-Isabelle Schmuck

Ökohaus e.V.

Ökumenische Arbeitsstelle des evang.- luth. Kirchenkreises Mecklenburg

Qube - Queere Bildungs- und Antidiskriminierungsarbeit in MV

PSZ Greifswald, Psychosoziales Zentrum für Asylsuchende und MigrantInnen

Rostock hilft

Tutmonde e.V.

KURZPROTOKOLL

der 50. Sitzung des Sozialausschusses
am Mittwoch, dem 2. April 2014,
Schwerin, Schloss, Plenarsaal

Vorsitz: Abg. Martina Tegtmeier

EINZIGER PUNKT DER TAGESORDNUNG

Öffentliche Anhörung zum Thema
Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen nach § 264 Absatz 1 SGB V

Landtag Mecklenburg-Vorpommern
6. Wahlperiode

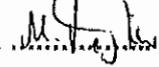
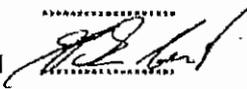
**- 9. Ausschuss: Ausschuss für Arbeit, Gleichstellung,
Gesundheit und Soziales -
(Sozialausschuss)**

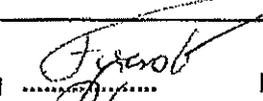
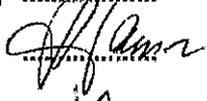
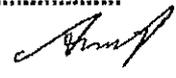
Anwesenheitsliste

50. Sitzung, am 2. April 2014,
in Schwerin, Schloss, Plenarsaal

Vorsitzende: Abg. Martina Tegtmeier (SPD)
Stellv. Vors.: Abg. Karen Stramm (DIE LINKE)

1. Abgeordnete

Fraktion	Ordentliche Mitglieder		Stellvertretende Mitglieder	
	Name	Unterschrift	Name	Unterschrift
SPD	Barlen, Julian		Drese, Stefanie	.....
	Heydorn, Jörg	.....	Feike, Katharina	.....
	Mucha, Ralf		Gundtack, Tho	.....
	Tegtmeier, Martina		Schulte, Jochen	.....
CDU	Lindner, Detlef		Kaselitz, Dagmar	
	Renz, Torsten	.....	Friemann-Jennert, Maika	.....
	Schubert, Bernd		Schlupp, Beate	.....
			Schütt, Heino	.....
			Texter, Andreas	.....

Fraktion	Ordentliche Mitglieder		Stellvertretende Mitglieder	
	Name	Unterschrift	Name	Unterschrift
DIE LINKE	Foerster, Henning		Bernhardt, Jacqueline	.....
	Stramm, Karen		Koplin, Torsten	.....
BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	Gajek, Silke		Hikmat Al-Sabty	
NPD	Köster, Stefan		Berger, Ulrike	.....
			Gerkan, Jutta	.....
			Jaeger, Johann-Georg	.....
			Dr. Karlowski, Ursula	.....
			Saalfeld, Johannes	.....
			Suhr, Jürgen	.....
			Petereit, David	.....
Andrejewski, Michael	.....		
Müller, Tino	.....		
Pastörs, Udo	.....		

Öffentliche Anhörung zum Thema:
**Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die nach dem
 Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen
 nach § 264 Absatz 1 SGB V**

am
 Mittwoch, dem 2. April 2014, 9.00 Uhr,
 in Schwerin, Schloss. Plenarsaal

Institut/Einrichtung	Funktion	Name, Vorname (bitte in Druckschrift)	Unterschrift
1. AOK Nordost	Geschäftsführer Landesdirektion	Ahrend, Tank D. Holz, Axel	Ahrend D. Holz
2. AWO Kreisverband Wismar e. V.	Auslandesbeauftragter des HWI + Beschäftigtenrat Migration NWM	Schuberting, Holger	H. Schuberting
3. Diakonisches Werk Schwerin	LANDESPASTOR	SCRIBA, MARTIN	M. Scriba
4. Flüchtlingsrat Mecklenburg-Vorpommern e. V.	Vorsitzende	Seemann-Katz, Ulrike	U. Seemann-Katz
5. Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern	Vorstandsdirektor Abrechnungsstellen	Kohl, Oliver Gläser, Karen	O. Kohl K. Gläser
6. Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern	RAin, Justitiaria	RADEMSKE-GRELL, LIANA	L. Rademske-Grell
7. Landesjugendhilfeausschuss Mecklenburg-Vorpommern			
8. Landesseniorenbeirat Mecklenburg-Vorpommern e. V.			

9. Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern			
10. Landrat Mecklenburgische Seenplatte			
11. MIGRANET e. V. Rostock	Sprecher	Migra-net MV.	Adogese
12. Oberbürgermeister der Stadt Rostock			
13. Senatsverwaltung Freie- und Hansestadt Bremen	Refsant	Adamek, Holger	A J
14. Städte- und Gemeindetag Mecklenburg-Vorpommern e. V.			

EINZIGER PUNKT DER TAGESORDNUNG

Öffentliche Anhörung zum Thema

Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen nach § 264 Absatz 1 SGB V

Vors. **Martina Tegtmeier** informiert über Ziel und Durchführung der öffentlichen Anhörung. Sie erklärt, dass der Landesjugendhilfeausschuss Mecklenburg-Vorpommern, der Landessenorenbeirat Mecklenburg-Vorpommern e. V., der Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern e. V. und der Städte- und Gemeindetag Mecklenburg-Vorpommern e. V. mitgeteilt hätten, dass sie an der öffentlichen Anhörung aus terminlichen Gründen nicht teilnehmen könnten. Die Stellungnahme des Landessenorenbeirates Mecklenburg-Vorpommern e. V. liege auf Ausschussdrucksache 6/580 (Anlage 1) vor, die des Landkreistages Mecklenburg-Vorpommern e. V. auf Ausschussdrucksache 6/582 (Anlage 2) und die des Städte- und Gemeindetages Mecklenburg-Vorpommern e. V. auf Ausschussdrucksache 6/581 (Anlage 3). Der Landesjugendhilfeausschuss Mecklenburg-Vorpommern habe keine Stellungnahme zu Protokoll gegeben.

Der **Ausschuss** stimmt dem einstimmig zu.

Herr **Holger Adamek** (Senatsverwaltung Freie- und Hansestadt Bremen) fasst zusammen, wie aus Ausschussdrucksache 6/586 (Anlage 4) ersichtlich.

Herr **Frank Ahrend** (AOK Nordost) fasst im Wesentlichen zusammen, wie aus Ausschussdrucksache 6/558 (Anlage 5) ersichtlich und verweist auf seine Stellungnahme auf Ausschussdrucksache 6/579 (Anlage 6).

Herr **Holger Schlichting** (AWO Kreisverband Wismar e. V.) fasst im Wesentlichen zusammen, wie aus Ausschussdrucksache 6/592 (Anlage 7) ersichtlich.

Herr **Martin Scriba** (Diakonisches Werk Schwerin) fasst zusammen, wie aus Ausschussdrucksache 6/590 (Anlage 8) ersichtlich. Ergänzend verweist er auf die gemeinsame Fragenbeantwortung auf Ausschussdrucksache 6/573 (Anlage 9).

Frau **Ulrike Seemann-Katz** (Flüchtlingsrat Mecklenburg-Vorpommern e. V.) erklärt wie aus Ausschussdrucksache 6/591 (Anlage 10) ersichtlich und verweist auf die gemeinsame Beantwortung des Fragenkataloges auf Ausschussdrucksache 6/573 (Anlage 9).

Herr **Oliver Kahl** (Kassenärztliche Vereinigung) fasst zusammen wie aus Ausschussdrucksache 6/577 (Anlage 11) ersichtlich.

Frau **Liana Redemske-Grell** (Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern) trägt vor, wie aus Ausschussdrucksache 6/589 (Anlage 12) ersichtlich und verweist auf die Beantwortung des Fragenkataloges auf Ausschussdrucksache 6/576 (Anlage 13).

Herr **Imam-Jonas Dogesch** (MIGRANET e. V. Rostock) führt aus, wie aus Ausschussdrucksache 6/575 (Anlage 14) ersichtlich und verweist auf seine Stellungnahme auf Ausschussdrucksache 6/574 (Anlage 15).

Abg. **Bernd Schubert** erklärt, dass er den Eindruck gewonnen habe, dass die Anzuhörenden für eine einheitliche Umsetzung in Mecklenburg-Vorpommern seien. Für ihn stelle sich die Frage, wer Ansprechpartner bei den Vertragsverhandlungen werden solle, das Landesamt für Innere Verwaltung oder die Landkreise und Kreisfreien Städte. Die Verhandlung für die einzelnen Landkreise und kreisfreien Städte würden die Kommunalen Landesverbände führen, um einen einheitlichen Vertrag zu erarbeiten. Er frage sich, ob man diese Aufgabe auf das Landesamt für Innere Verwaltung übertragen könne. Er könne sich auch vorstellen, dass es auch praktikabel wäre, wenn die beiden Kommunalen Landesverbände mit der AOK verhandeln. Er frage sich ferner, ob man die möglichen Leistungen nicht auf dem Chip hinterlegen könne, so dass daraus hervorgehe, welche Leistungen in Anspruch genommen werden könnten oder dürften? Er könne sich auch vorstellen, dass man eine Karte heraus geben könne, wo man von vornherein schon, zum Beispiel an der Farbe eine Leistungsabgrenzung erkennen könne. So könnten Missbrauchsfälle schon durch ein Lichtbild eingeschränkt werden. Er wolle dieses Thema aber nicht in den Vordergrund rücken, weil bei den regulär Versicherten auch Missbrauchsfälle auftreten würden.

Abg. **Julian Barlen** erklärt, dass auch er sich die Frage stelle, wer die Vertragsverhandlungen koordinieren könne? Wenn man sich diese Thematik genau anschau, sehe man, dass es sich im Grunde um eine Aufgabe im übertragenen Wirkungskreis handele. Er sei dankbar dafür, dass der Landkreistag und auch der Städte- und Gemeindetag sehr umfangreich dazu Stellung genommen hätten. Es sei schade, dass heute der Landkreistag und auch der Städte- und Gemeindetag aus terminlichen Gründen nicht mit am Tisch sitzen könnten. Dann hätte man das Thema direkt mit diesen diskutieren können. Man werde daher die Gelegenheit nutzen, im Nachgang in einer extra Runde das nochmal mit dem Landkreistag und auch dem Städte- und Gemeindetag zu besprechen. Bezogen auf eine Verwaltungspauschale frage er sich, ob der Nutzen für die Kommunen größer, gleich oder geringer sei?

Abg. **Silke Gajek** erklärt, dass auch sie sich die Frage stelle, was so eine Chipkarte leisten könne? Herr Holger Adamek aus der Freien Hansestadt Bremen habe schon beschrieben, dass es einige Leistungen gebe, die unter bestimmten Bedingungen in Anspruch genommen werden könnten. Sie frage sich, welche Erfahrungen man dort in dem Bereich der posttraumatischen Belastungsstörungen gemacht habe. Herr Holger Adamek habe in seiner Stellungnahme zur Krankenkassenkarte geschrieben, dass man dort auch die Durchsetzung der Schadenersatz- und -erstattungsansprüche übernehme. Sie frage sich, ob dies von Anfang an so gewesen sei. Sie frage sich ferner, warum es zukünftig eine noch stärkere Differenzierung bei der Abrechnung gebe und ob es dafür Gründe beziehungsweise ob es seit dem Jahr 2005 in diesem Bereich eine Veränderung gegeben habe?

Abg. **Henning Foerster** erklärt, dass wenn er sich die Stellungnahmen anschauere, es die beiden Kommunalen Landesverbände seien, die bei einer Kartenlösung Bauchschmerzen hätten. Er frage sich in diesem Zusammenhang, wie hoch der Verwaltungskostenersatz sei, über den man rede und wie dieser sich zusammensetze? Der Vortrag von Herrn Holger Adamek aus der Freien Hansestadt Bremen habe gezeigt, dass es dort schon Effizienzsteigerungen gegeben habe. Es habe dort auch keine spürbare Ausweitung von Leistungsanspruchnahme gegeben. Das spreche eigentlich dafür, es in Mecklenburg-Vorpommern ebenfalls so zu machen.

Herr **Holger Adamek** erklärt, dass es in der Freien Hansestadt Bremen etwas einfacher sei Verträge abzuschließen. Seit dem Jahr 2004 liege die Praxisgestaltung für beide Stadtstaaten bei ihm. Beide Kommunen schlössen die Verträge zwar ab und würden sie auch unterschreiben, aber die entscheidenden Verhandlungen führe er. Insofern gebe er Mecklenburg-Vorpommern auch die Empfehlung, dass die Federführung bei einer Stelle liegen sollte, weil man dann die Fäden in der Hand behalte und die Koordination unter den Sozialhilfeträgern vornehmen könne. Hinsichtlich der Verwaltungskosten müsse er ein wenig Wasser in den Wein gießen, da die Verwaltungskosten in der Freien Hansestadt Bremen nicht mehr bei 8,50 Euro sondern bei 10 Euro liegen würden. Diese Erhöhung habe man seit einigen Jahren untervertraglich vorgenommen. Zurzeit verhandele man gerade neue Verträge. Die Verwaltungskosten würden auch mit dem neuen Vertrag weiter 10 Euro betragen. Diese 10 Euro seien die abschließenden Kosten. Man müsse unterscheiden zwischen den 5 % die der Gesetzgeber für den Personenkreis der Leistungsberechtigten nach dem SGB XII vorgeschrieben habe und den Asylantragsteller, für die der Gesetzgeber keine gesetzliche Regelung getroffen habe. Insofern sei es Sache der Vertragspartner welcher Betrag ausgehandelt werde. Einen Betrag von 10 Euro halte man für angemessen. Er könne jetzt nicht genau sagen, welche Einsparungen das im personellen Bereich zur Folge habe. Er wisse, dass die Kollegen in den Sozialämtern mit den Antragstellern von Krankenscheinen einen erheblichen Arbeitsaufwand gehabt hätten. Zum Beispiel habe häufig ein zweiter Krankenschein ausgestellt werden müssen. Es hätten auch viele Sachen bewilligt werden müssen, die unter dem Entscheidungsvorbehalt der gesetzlichen Krankenkasse stünden. Bestimmte Sachen können nicht einfach in

Anspruch genommen werden, sondern müssten vorher abgestempelt werden. Auf der Leistungserbringerseite seien die Abrechnungen zu berücksichtigen. Man habe einen großen Abrechnungsapparat vorhalten müssen, der die Krankenscheine und die Überweisungsscheine abgerechnet habe. Hierfür müsse das Knowhow des Krankenversicherungsrechtes nach SGB V vorhanden sein. Die Freie Hansestadt Bremen habe insoweit einen Vertrag mit einer auswärtigen Firma abgeschlossen gehabt, die diese Abrechnungen für die Stadt vorgenommen habe. Auch für die Abrechnung der Krankenscheine durch eine externe Firma habe man Gelder zahlen müssen. Hinsichtlich der Frage wie es mit Leistungen die in Anspruch genommen werden können oder nicht aussehe, sei man in den ganzen letzten Jahrzehnten relativ liberal gewesen. Man habe nämlich immer die Auffassung vertreten, dass bei den generellen Leistungen für Krankenbehandlungen kein Unterschied zu den Versicherten gemacht werden solle. Auf die Frage zur Psychotherapie könne er sagen, dass es in der Freien Hansestadt Bremen so aussehe, dass auch ein Asylantragsteller nicht einfach einen Psychotherapeuten aufsuchen könne. Insoweit kämen in der Freien Hansestadt Bremen grundsätzlich nur Kurzzeitbehandlungen in Frage. Für dieses Thema habe man einen Gutachter den die Krankenkasse einschalte, dieser spreche die Empfehlung aus, in welcher Form eine Psychotherapie bewilligt werden könne. Wenn man jetzt in der Freien Hansestadt Bremen davon ausgehe, die Verträge noch detaillierter zu gestalten, dann deshalb, weil man noch ein besseres Controlling durchführen wolle. Das habe nichts mit einem Misstrauen oder Missbrauch zu tun, sondern man wolle noch genauer schauen, welche Leistungsarten in Anspruch genommen würden. Man wolle diese ganzen Sachen lediglich noch etwas perfekter gestalten.

Auf die Frage des Abg. **Bernd Schubert** wieviel Personal man dafür benötige, führt Herr **Holger Adamek** weiter aus, dass die Anmeldung der Versichertenkarte von den einzelnen Sachbearbeitern in den Sozialämtern vorgenommen würden. Diese würden ein Schreiben an die AOK schicken mit der Bitte, für diese Personen eine Versichertenkarte auszustellen. Der anfordernde Sachbearbeiter müsse auch, wenn ein Leistungsberechtigter aus dem Leistungsbezug ausscheide, die Abmeldung vornehmen. Dies sei ein relativ geringer Arbeitsaufwand. Im weiteren laufenden Verfahren habe der Sachbearbeiter aber nichts mehr mit dem Fall zu tun. So gebe es in der Freien Hansestadt Bremen und in Bremerhaven jeweils nur zwei Mitarbeiter,

die für den gesamten Personenkreis und nicht nur für den der Asylbewerber, sondern auch für die Sozialhilfeempfänger die Abrechnungen vornehmen würden.

Abg. **Julian Barlen** erklärt, dass die Fraktion der SPD im Rahmen der Vorabfragen an die Kommunale Familie aus der Landeshauptstadt Schwerin eine Antwort bekommen habe, die sein Interesse stark geweckt habe. Die Landeshauptstadt Schwerin habe mitgeteilt, dass man einen amtsärztlichen Aufwand von 70 bis 80 Stunden pro Monat für Asylbewerber habe. Dies sei umgerechnet eine halbe Stunde pro Asylbewerber pro Monat. Wenn man das mit der Anhörung zum Öffentlichen Gesundheitsdienstgesetz ins Verhältnis setze, wo stark beklagt worden sei, dass insbesondere bei den Amtsärzten ein enormer Zeitdruck herrsche, dann sei das von Herrn Holger Adamek dargestellte, eine Möglichkeit, um dort für Entlastung zu sorgen. Weil 80 Stunden pro Monat das ist ja sehr erheblich, wenn das nur für eine Stadt zutrifft. Können Sie eine Aussage treffen?

Auf die Frage des Abg. **Julian Barlen**, wie sich die Arbeitsbelastung für den amtsärztlichen Bereich in der Freien Hansestadt Bremen entwickelt habe, führt Herr **Holger Adamek** aus, dass man dabei zwei Dinge nicht verwechseln dürfe. Man könne es das „Bremer Modell der Gesundheitsversorgung für Asylsuchende“ nennen, im Rahmen dessen Amtsärzte bereits in Flüchtlingseinrichtungen tätig seien und dort Asylbewerber beraten würden. Dies habe aber nichts mit der Krankenbehandlung nach § 264 Absatz 1 Sozialgesetzbuch V zu tun. Bereits in einem frühen Stadium werde den Asylbewerbern eine Beratung und eine Betreuung von den Amtsärzten angeboten. Dieses „Bremer Modell“ stehe aber nicht im Zusammenhang mit der gesetzlichen Betreuung im Rahmen des § 264 Absatz 1 Sozialgesetzbuch V. Der Arbeitsaufwand der Amtsärzte sei, aufgrund der Krankenbehandlung durch die AOK, sehr gering. 80 Stunden würden hierfür nicht benötigt.

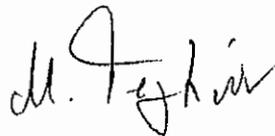
Herr **Frank Ahrend** erklärt in Bezug auf die Chipkarte und wie diese ausgestattet und ausgerüstet werden könne, dass man für besondere Personenkreise in der Lage sei, einen entsprechenden Schlüssel zu hinterlegen, der auch auf der Karte für den Leistungserbringer, den niedergelassenen Arzt, zu erkennen sei. Mit diesem Schlüssel würden auch Abrechnungen gesteuert, sodass die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkasse ein entsprechendes Abrechnungsverfahren für die erbrachten Leistungen durchführen könne. Diesen Personengruppenschlüssel, der auf der Karte zu sehen sei, habe man schon jetzt auf den Karten. Damit könne man das Abrechnungssystem für bestimmte Personenkreise steuern. Man könne damit auch den behandelnden Arzt in die Lage versetzen, zu erkennen, dass bei diesem Personenkreis grundsätzlich diese oder jene Behandlung nicht zum Leistungspaket, das er ausreichen könne, gehöre.

Frau **Seemann-Katz** führt zum Amtsarztvorbehalt aus, dass das landesweit tatsächlich sehr, sehr unterschiedlich gehandhabt werde. In der Landeshauptstadt Schwerin handhabe man dies wesentlich restriktiver als anderen Ortes. Dort gebe es allerdings auch weniger Flüchtlinge. Die Landeshauptstadt Schwerin nehme erst wieder seit eineinhalb Jahren Flüchtlinge auf und erhalte daher auch erst wieder seit diesem Zeitpunkt Zuweisungen. In der Landeshauptstadt Schwerin könne man sich daher für den einzelnen Flüchtling mehr Zeit nehmen.

Herr **Dr. Axel Holz** erklärt, dass das Landesamt für Innere Verwaltung selbst Vertragspartner sei. Als zentrale Aufnahmestelle sei es selbst Vertragspartner und könne daher schlecht mit sich selbst verhandeln. Daher müsse man eine andere Lösung finden, da es wichtig sei diese Aufgabe zu übertragen, um zu einer gemeinsamen einheitlichen Lösung zu kommen. Man habe selbst schon mit dem Landesamt gesprochen. Diese hätten selbst darauf verwiesen, dass sie zum Teil selber als Vertragspartner auftreten müssten, weil die ankommenden Asylbewerber bis zur Zuweisung in die erste Gemeinschaftsunterkunft in der zentralen Aufnahmestelle behandelt werden müssten. Deshalb müssten sie als Verhandlungspartner selbst einen Vertrag mit der AOK abschließen, da ansonsten diese Personengruppe nicht abgesichert sei.

Auf die Frage der Abg. **Silke Gajek** zu den Befreiungsausweisen, erklärt Herr **Holger Adamek** dass dieser Personenkreis automatisch am Anfang des Jahres einen Befreiungsausweis erhalte. Das beruhe darauf, dass es sich um eine Betreuung nach § 264 Absatz 1 und nicht nach § 264 Absatz 2 Sozialgesetzbuch V handele. Die Leistungsberechtigten nach dem 12. Buch Sozialhilfe müssten Zuzahlungen leisten, diese könnten sie aber dadurch vermeiden, dass sie am Anfang des Jahres einen bestimmten Betrag zahlen. Der Asylantragsteller müsse keine Zuzahlungen leisten.

Ende der Sitzung: 10:14 Uhr



Martina Tegtmeier

Vorsitzende



Anlage 1

Ausschussdrucksache 6/580

(24.03.2014)

Inhalt:

öffentliche Anhörung
**Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die
nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten
durch die Krankenkassen nach
§ 264 Absatz 1 SGB V**

Hier:

Stellungnahme des Landessenorenbeirates MV



Landesseniorenbeirat Mecklenburg-Vorpommern e.V.



LSB M-V

Landesseniorenbeirat M-V e.V., Perleberger Straße 22, 19063 Schwerin, ☎: 0385/ 5557970, Fax: 0385/5558961
Landtag Mecklenburg-Vorpommern
Sekretariat des Ausschusses für
Arbeit, Gleichstellung und Soziales
Schloss Schwerin
Lennestraße 1
19053 Schwerin

Schwerin, 21.03.2014

Öffentliche Anhörung zum Thema Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen nach § 264 Absatz 1 SGB V.

Sehr geehrte Frau Tegtmeler,

der Landesseniorenbeirat M-V e. V. dankt für die Zusendung der Unterlagen zu obiger Anhörung. Leider sind wir zu diesem Themenkomplex völlig unzureichend aussagefähig. Mit gesetzlichen Regelungen und deren Anwendung bei Asylbewerbern haben wir uns bisher auf Grund der Kompliziertheit der Materie nie befasst bzw. waren damit noch nie konfrontiert. Deshalb einige Bemerkungen aus Sicht unseres Verständnisses:

Wir begrüßen, dass der Gesetzgeber über eine Änderung der derzeitigen Regelung nachdenkt.

Das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland formuliert in Artikel 3 – Gleichheit vor dem Gesetz – im Absatz 1 „Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich“ und Absatz 3 „Niemand darf wegen seines Geschlechts, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft ...benachteiligt oder bevorzugt werden.“

Nach Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte ist der Zugang zu Gesundheit ein fundamentales Menschenrecht. Danach ist die medizinische Versorgung der gesamten Bevölkerung eine Verpflichtung für Staat und Gesellschaft. Wir sind der Auffassung, dass daraus abgeleitet, der Staat auch aktive Maßnahmen ergreifen muss, damit alle Menschen auf seinem Territorium von diesen grundlegenden Rechten wirksam Gebrauch machen können. Ein Ausschluss oder die Behinderung von Minderheiten oder Menschen verschiedener Herkunft ist durch nichts gerechtfertigt.

Die Einführung einer Krankenkassenkarte für Leistungsempfänger nach AsylbLG § 1 Absatz 1 halten wir daher aus verfassungsrechtlicher wie aus praktischer Sicht für notwendig und geboten. Die notwendigen Abrechnungsmodalitäten müssen von den zuständigen Verwaltungen sinnvoll erarbeitet werden.

Mit freundlichen Grüßen

Bernd Rosenheinrich
Vorsitzender

Landesseniorenbeirat
Mecklenburg-Vorpommern e.V.
Perleberger Straße 22
19063 Schwerin

Tel.: 0385/555 79 70
Fax: 0385/555 89 61
E-Mail: lsb@landesseniorenbeirat-mv.de
www.landesseniorenbeirat-mv.de

Bankverbindung
VR-Bank e.G.
Konto-Nr.: 3778
BLZ: 140 914 64

Anlage 2

Ausschussdrucksache 6/582

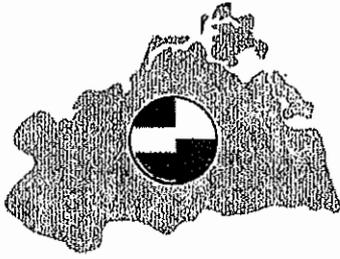
(24.03.2014)

Inhalt:

öffentliche Anhörung
**Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die
nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten
durch die Krankenkassen nach
§ 264 Absatz 1 SGB V**

Hier:

Stellungnahme des Landkreistages M-V



Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern

Der Geschäftsführer

Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern, Bertha-von-Suttner-Str. 5, 19061 Schwerin

Landtag Mecklenburg-Vorpommern
Ausschuss für Arbeit, Gleichstellung, Gesundheit und Soziales
Frau Martina Tegtmeier
Lennèstr. 1

19053 Schwerin

Haus der Kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner –Straße 5
19061 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-300
Telefax: (03 85) 30 31-303

Ihr Ansprechpartner:
Sarah Grodzycki
Durchwahl: (03 85) 30 31-322
Email:
sarah.grodzycki@landkreistag-mv.de

Unser Zeichen: 510.40; 472.01-Gro/Kr
Schwerin, den 20. März 2014

Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen nach § 264 Absatz 1 SGB V

Sehr geehrte Frau Tegtmeier,

wir danken für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Thema: Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die nach dem AsylbLG § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen nach § 264 Abs. 1 SGB V.

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir uns in unseren Ausführungen nur auf einen ausgewählten Teil der Fragen beschränken.

- 1. Gemäß § 264 Absatz 1 SGB V können die Landkreise und kreisfreien Städte die Krankenbehandlung für Flüchtlinge, Asylbewerber/innen und Geduldete auf die Krankenkassen übertragen. Dies wird in Bremen seit 2005 ("Bremer Modell") und in Hamburg seit Mitte 2012 praktiziert. Die Betroffenen erhalten dort eine Chipkarte, die ihnen den direkten Zugang zur medizinischen Regelversorgung eröffnet. In Mecklenburg-Vorpommern sind entsprechende Übertragungen in Rostock und Schwerin geplant bzw. beschlossen. Wie beurteilen Sie grundsätzlich eine entsprechende Übertragung als Teil einer aktiven Willkommenskultur auf alle Gebietskörperschaften in unserem Bundesland?**

Die in Deutschland ankommenden Asylbewerber erhalten eine notwendige medizinische Versorgung, die meist den Standard der Herkunftsländer ausbaut und vervollständigt. Dies ist Bestandteil der aktiven Willkommenskultur und kann durch die beabsichtigte Übertragung grundsätzlich erweitert werden.

Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern e.V.
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner-Str. 5
19061 Schwerin
Internet: www.landkreistag-mv.de

Bankverbindung:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
(BLZ 140 520 00)
Kto.-Nr. 300 80 1920
SWIFT-BIC: NOLADE21LWL
IBAN: DE16140520000300801920

Im oben erwähnten Hamburger Modell werden monatliche Abschlagszahlungen an die Krankenkasse geleistet, unabhängig davon, ob eine Behandlung durchgeführt wird oder nicht. Voraussetzung zur Übernahme der Krankenbehandlung sollte der Ersatz der Krankenkassen für volle Aufwendungen sowie einen angemessenen Teil für Verwaltungskosten (i. d. R. 5%) sein. Jedoch sollte das Hamburger Modell sich zunächst auch wirtschaftlich bewähren, bevor man eine Ausdehnung auf Mecklenburg-Vorpommern in Erwägung zieht.

Zum Hamburger Modell hat der Rechnungshof der Freien und Hansestadt Hamburg in seinem Jahresbericht 2013 Stellung genommen. Dieser stellte fest, dass eine gesetzeskonforme Leistungsgewährung nicht erfolge, weil nicht festgestellt worden sei, wie der gesetzliche Leistungsumfang tatsächlich eingehalten werden könne. Vielmehr gestatte die Vereinbarung die Gewährung von Leistungen an den Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG im gleichen Maße wie an gesetzlich Versicherte. Offen ist ferner auch die Antwort auf die Frage, ob das erwartete Einsparvolumen von 1,2 Mio. €/Jahr alleine in Hamburg auch eingetreten ist. Hierzu gibt es offensichtlich keine Untersuchungen bzw. Berichte.

Weiterhin sollten die gesetzlichen Grundlagen als auch die Finanzierung bereits im Vorfeld gesichert sein. Sogenannte „Insellösungen“ für die Städte werden seitens der Landkreise als nicht effektiv eingeschätzt.

3. Ist aus Ihrer Sicht im Sinne einer Vereinheitlichung rechtlicher Standards eine landesweite Übertragung sinnvoll bzw. erforderlich? Wenn ja: weshalb?

Zuständige Behörde für die Gewährung der Krankenhilfe für Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG ist nach § 1 S. 1 des Ausführungsgesetzes zum Asylbewerberleistungsgesetz der Landkreis im Rahmen des übertragenen Wirkungskreises.

Eine einheitliche Verfahrensweise auf der Grundlage des Asylbewerberleistungsgesetzes ist sinnvoll und erforderlich.

4. Kann durch die Leistungsberechtigten nach § 1 des Asylbewerberleistungsgesetzes grundsätzlich der gesamte Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen in Anspruch genommen werden?

Der genannte Personenkreis hat Anspruch auf Krankenhilfeleistungen nach § 4 Asylbewerberleistungsgesetz. Das bedeutet, dass zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren sind. Eine Versorgung mit z. B. Zahnersatz ist nur möglich, wenn dies aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

Bei der Umsetzung der Ansprüche der Leistungsberechtigten finden neben der gesetzlichen Norm die Arbeitshinweise zur Umsetzung des AsylbLG vom 30.10.2013 ihre Anwendung.

5. Sind darüber hinaus Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, bspw. bei Präventionsleistungen, im Vergleich zu gesetzlich versicherten deutschen Staatsangehörigen festzustellen?

Aus den Ausführungen zu Frage 4 resultiert, dass der Personenkreis mit einem Anspruch auf Krankenhilfe nach § 4 AsylbLG nicht den gesamten Leistungskatalog der gesetzlichen Kran-

kenkassen in Anspruch nehmen kann und sich daraus Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zu gesetzlich Versicherten ergeben.

Werdenden Müttern und Wöchnerinnen werden jedoch ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel gewährt. Amtlich empfohlene Schutzimpfungen und medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen werden ebenfalls sichergestellt.

6. Wie gestaltet sich für die Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a des Asylbewerberleistungsgesetzes der Verfahrensweg bis zur Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistung?

Dem leistungsberechtigten Asylbewerber werden in der aktuellen Praxis vom zuständigen Sachbearbeiter des Sozialamtes Krankenbehandlungsscheine für den Haus-, Kinder-, Frauen- und/oder Zahnarzt ausgestellt. Der Krankenbehandlungsschein ist maximal für das entsprechende Quartal gültig. Mit diesem Behandlungsschein können die Leistungsberechtigten den jeweiligen Arzt aufsuchen. Überweisungen zu Fachärzten bedürfen - außer in Notfällen - der vorherigen Zustimmung durch den Kostenträger. Sollten entsprechende Spezialisten nicht im Landkreis vorhanden sein, wird an den entsprechenden nächstliegenden Facharzt verwiesen. Diese Einflussnahme wäre mit der Krankenversicherungskarte nicht möglich, da hier eine deutschlandweite Behandlung möglich ist.

In der Praxis kann der Sachbearbeiter dazu den fachlichen Rat des Gesundheitsamtes durch amtsärztliche Stellungnahmen einholen. Dies gilt ebenso für Krankenhauseinweisungen.

8. Ist im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgungsqualität von Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a des Asylbewerberleistungsgesetzes eine Ablösung der speziellen Genehmigungspflicht durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen sachdienlich?

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist der fachlich geeignete Ansprechpartner, da dieser über die notwendigen medizinischen Fachkenntnisse verfügt. Eine Ablösung der speziellen Genehmigungspflicht durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen wird nicht als sachdienlich erachtet.

9. Sind für diesen Fall Kostensteigerungen zu erwarten oder führt die Übertragung an die Krankenkassen zu Kosteneinsparungen in den Kommunen? In welcher Höhe werden die Kostensteigerungen bzw. -einsparungen beziffert?

Bei den Flüchtlingen wird aufgrund von Ängsten und Unsicherheiten zunehmend der Wunsch nach spezialisierten Behandlungen erkennbar. Bei einem direkten Zugang zur medizinischen Regelversorgung dürften daher nicht exakt zu beziffernde Kostensteigerungen für die Landkreise und kreisfreien Städte zu erwarten sein. Bezüglich der Übertragung an die Krankenkassen wird auf die Antwort zu Frage 8 verwiesen.

10. Welche konkreten Verbesserungen bei der medizinischen Versorgung des o.g. Personenkreises sind aus Ihrer Sicht mit der Einführung einer Regelung analog zum "Bremer Modell" verbunden?

In Mecklenburg-Vorpommern werden Asylbewerbern bereits jetzt medizinische Leistungen gewährt, die dem Ausschlusskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung im Wesentlichen entsprechen. Insofern sind keine Verbesserungen in der medizinischen Versorgung zu erwarten. Durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst erfolgt jedoch eine Optimierung bei der Koordinierung der erforderlichen Maßnahmen, verbunden mit der Vermittlung von Dolmetscherleistungen, so dass eine sinnvolle Steuerung der Versorgung gem. AsylbLG erfolgen kann. Auf diese Weise können, genau wie bei deutschen Patienten, Doppeluntersuchungen bzw. unbegründete fachärztliche Untersuchungen unterbleiben.

11. Welche Spezifika sind bei einer Übertragung des "Bremer Modells" auf ein Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern zu beachten?

Die aufgenommenen Asylbewerber haben überwiegend keine lokal vorhandenen familiären oder ethnischen Verbindungen, die ihnen Hilfe bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen vermitteln könnten. Es bestehen jedoch häufig Kontakte zu Verwandten oder Bekannten in den großen Zentren der westlichen Bundesländer. Daher werden medizinische Behandlungen bereits jetzt häufig in den dortigen medizinischen Einrichtungen wahrgenommen. Diese Tendenz würde sicherlich weiter zunehmen, da es in diesen Zentren, im Gegensatz zu Mecklenburg-Vorpommern, erheblich mehr medizinisches Personal mit Migrationshintergrund gibt, das eine Behandlung ohne Sprachbarriere sicherstellen kann.

15. Ab welchem Zeitpunkt des Aufenthaltes kann und soll die Ausgabe der Krankenversicherungskarte an die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz Leistungsberechtigten aus Ihrer Sicht erfolgen und warum?

Sollte aufgrund eines politischen Beschlusses eine Umsetzung durch die Verwaltung vorgesehen sein, sollte berücksichtigt werden, dass eine zeitliche Staffelung nicht zielführend ist, da neben neuen Strukturen auch alte aufrecht erhalten und gepflegt werden müssten.

16. Ist es über das Verfahren der Krankenversicherungskarte für Asylbewerber möglich, den Zugang zu Versicherungsleistungen mittels der Karte nachvollziehbar auf die Leistungen zu begrenzen, auf die die jeweiligen Personen Anspruch haben? Führt dieses Verfahren zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand seitens der behandelnden Ärzte/Krankenhäuser?

Ein entsprechender Vertrag zur Regelung unter dem Aspekt des Ausschlusskataloges wäre notwendig. Der erhöhte Verwaltungsaufwand wird sich weniger bei Krankenhäusern und Ärzten abzeichnen, als vielmehr bei den Krankenkassen und deren Sachverständigen.

Des Weiteren könnten entsprechende Statusmerkmale auf der Krankenversichertenkarte vermerkt werden. Die in diesem Zusammenhang erforderlichen Informationen für die Leistungserbringer wären sicherlich mit einigem Aufwand verbunden. Zumindest müssten die gewollten Begrenzungen der Leistungen klar und eindeutig genannt werden.

- 17. Wie hoch liegt der derzeitige Verwaltungsaufwand zur Bearbeitung von gesundheitsrelevanten Leistungen für Asylbewerber in den Verwaltungen der Landkreise/kreisfreien Städte nach ihren Erfahrungen (Schätzung/Zahlen bitte in Vollzeit-äquivalenten)? Welche Verwaltungsbereiche sind daran beteiligt?**

Die Arbeitsbelastung liegt hauptsächlich im Amtsärztlichen Dienst weniger im Sozialpsychiatrischen Dienst. Selten werden der Kinder- und Jugendärztliche und der Zahnärztliche Dienst kontaktiert.

Die Arbeitsbelastung des Sozialamtes ist bei Angaben über Mehrkosten gesondert zu berücksichtigen und abhängig von der Inanspruchnahme, Dauer, Intensität des Einzelfalles und natürlich personellen Strukturen. Hier kann keine valide Zahl für alle Landkreise benannt werden.

- 18. Erachten Sie vor dem Ziel der dezentralen Unterbringung von Asylbewerbern in Mecklenburg-Vorpommern die Einführung einer Krankenversicherungskarte für Asylbewerber für erforderlich?**

Auch vor dem Ziel der dezentralen Unterbringung von Asylbewerbern ist die Einführung einer Krankenversicherungskarte nicht unbedingt erforderlich.

- 19. Wie würden die entstehenden Kosten für Gesundheitsbehandlungen und Verwaltung nach Einführung einer solchen Karte zwischen der kommunalen Ebene und dem Land abgerechnet werden? Gibt es mögliche Problemfelder? Wäre eine zentrale Vorlage einer Rahmenvereinbarung zwischen kommunaler Ebene und Krankenkasse seitens des Innenministeriums sinnvoll?**

Die Abrechnung kann im Rahmen des bisherigen Verfahrens erfolgen, hierzu bedürfte es keiner neuen Regelung. Allerdings werden auch in diesem Fall keine Kosten für gutachterliche Stellungnahmen oder Verwaltungsaufwand übernommen und verbleiben bei dem zuständigen Landkreis. Eine Rahmenvereinbarung wäre insofern hilfreich, als die Umsetzung des AsylbLG im übertragenen Wirkungskreis erfolgt und nicht einzelne Kommunen mit den Bundesverbänden Vereinbarungen abschließen können.

Im Rahmen der Prüfung durch das Land könnte eine erbrachte Leistung der Krankenkasse als nicht tatsächlich unerlässlich oder unaufschiebbar eingestuft werden. In diesem Falle entfällt eine entsprechende Kostenerstattung.

- 24. Wie bewerten Sie eine Versorgung durch Krankenkassenkarten an neu ankommende Flüchtlinge und auch an solche, die aufgrund nicht abgeschlossener Asylverfahren oder nicht durchführbarer Abschiebungen geduldet werden und die sich längere Zeit in den Gemeinschaftsunterkünften aufhalten?**

Die medizinische Versorgung der Asylbewerber ist gegenwärtig bereits unabhängig von ihrem Status und der Art der Unterbringung gesichert. In Gemeinschaftsunterkünften können sprachliche Barrieren eher überwunden werden.

- 25. Welche finanziellen Belastungen sehen Sie hinsichtlich der Asylsuchenden, denen durch die Krankenkassenkarten der Arztbesuch erleichtert werden soll?**

Durch die Möglichkeit, direkt mit der Krankenkassenkarte ggf. auch einen Facharzt aufzusuchen, entfällt die Überprüfung der Unaufschiebbarkeit und Unabweisbarkeit durch die Gesund-

heitsämter. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass die Asylsuchenden auch medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, die nicht durch § 4 AsylbLG abgedeckt sind, wodurch es zu Mehrkosten, deren Höhe aus amtsärztlicher Sicht derzeit nicht abzuschätzen ist, kommen kann.

26. Stellen Infektionserkrankungen von Flüchtlingen und Asylsuchenden ein Risiko für die einheimische Bevölkerung dar?

Infektionskrankheiten stellen je nach Art des Erregers immer eine Gefahr für die Gesellschaft dar, wobei es eher unerheblich ist, ob die Betroffenen Flüchtlinge bzw. Asylsuchende oder deutsche Staatsbürger sind. Die Übertragungsgefahr ist neben dem Erreger vor allem auch abhängig von der Art und der Intensität des Kontaktes. Das deutsche medizinische Versorgungssystem ist in der Lage, auch hier unübliche, importierte Krankheitserreger zu diagnostizieren und behandeln.

27. Sind die Lebensbedingungen der Asylanter mit besonderen gesundheitlichen Belastungen verbunden?

Durch die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften kann es zu zusätzlichen gesundheitlichen Belastungen kommen. Neben der bestehenden psychisch belastenden Situation, allein aufgrund der Situation als Asylbewerber, kommt es durch die in der Gemeinschaftsunterkunft bestehenden räumlichen Bedingungen, eventuellen Konflikten mit anderen Asylbewerbern, durch Sprachprobleme oder durch Zukunftsängste bzw. Verarbeitung belastender Ereignisse in der Heimat zu zusätzlichen psychischen Belastungsfaktoren.

Um infektiösen Erkrankungen vorzubeugen sind Kontrollen des Amtes, welches für Hygiene zuständig ist, verpflichtender Bestandteil.

28. Inwieweit sehen Sie einen möglichen Missbrauch durch die Einführung der Krankenkassenkarten ?

Ein Missbrauch ist grundsätzlich nicht auszuschließen.

29. In welcher Hinsicht sehen Sie eine Überbeanspruchung von Allgemeinärzten und Fachärzten durch die Einführung von Krankenkassenkarten für Asylsuchende?

Niedergelassene Allgemeinmediziner werden sicherlich nicht vermehrt beansprucht, da sie auch jetzt schon frei durch die Asylbewerber aufgesucht werden können.

Bei den Fachärzten wird es durch eine erleichterte Inanspruchnahme ihrer Leistungen voraussichtlich zu einer Mehrbelastung kommen. Durch sprachliche Probleme (fehlende Dolmetscher und kaum vorhandene deutsche bzw. englische Sprachkenntnisse) steigt die zeitliche Belastung für die Fachärzte zusätzlich. Zudem könnten sich in einigen Fachrichtungen durch die vermehrte Inanspruchnahme der Spezialisten durch die Asylbewerber die Wartezeiten für Termine weiter hinauszögern.

32. Inwieweit besteht ihrer Meinung nach eine Notwendigkeit für die Übernahme der medizinischen Versorgung für die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen nach § 264 Absatz 1 SGB V?

Nach § 264 Abs. 1 SGB V kann die Krankenkasse die Krankenbehandlung übernehmen, wenn die Aufwendungen ersetzt werden. Aus der Formulierung ergibt sich keine zwingende Notwendigkeit.

Um Kenntnisnahme und Beachtung wird gebeten.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag



Thomas Schmidt

Anlage 3

Ausschussdrucksache 6/581

(24.03.2014)

Inhalt:

öffentliche Anhörung
**Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die
nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten
durch die Krankenkassen nach
§ 264 Absatz 1 SGB V**

Hier:

Stellungnahme des Städte- und Gemeindetages M-V

Städte- und Gemeindetag Mecklenburg - Vorpommern e.V.



Städte- und Gemeindetag M-V, Bertha-von-Suttner-Straße 5, 19061 Schwerin

Landtag Mecklenburg-Vorpommern
Ausschuss für Arbeit, Gleichstellung,
Gesundheit und Soziales
Frau Martina Tegtmeier
Lennèstr. 1

19053 Schwerin

Aktenzeichen/Zeichen: 1.20.23/Ja
Bearbeiter: Frau Janke
Telefon: (03 85) 30 31-228
Email: janke@stgt-mv.de

Schwerin, 2014-03-20

Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die nach § 1 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen nach § 264 Abs. 1 SGB V

Ihr Schreiben vom 3. Februar 2014

Sehr geehrte Frau Tegtmeier,

wir danken Ihnen für die Einladung zur öffentlichen Anhörung und die Möglichkeit der schriftlichen Beantwortung Ihrer Fragen zu o. g. Thematik. Aus terminlichen Gründen können wir an der Anhörung leider nicht teilnehmen. Gerne beantworten wir aber (soweit möglich) im Folgenden Ihren Fragenkatalog.

Lassen Sie mich voranstellen, dass wir zu diesem Thema, welches aus unserem Mitgliedsbereich die beiden kreisfreien Städte betrifft, keine Verbandsposition haben. Die kreisfreien Städte setzen selbstverständlich den gesetzlichen Anspruch der Leistungsberechtigten auf medizinische Versorgung um. Ob Verträge mit den Krankenkassen geschlossen werden, ist eine fachliche und häufig auch politische Entscheidung der jeweiligen Gebietskörperschaft. Im Übrigen sei darauf hingewiesen, dass sich Ihre Fragen nur auf den Personenkreis der Leistungsberechtigten nach § 3 AsylbLG beziehen können. Für Leistungen für Anspruchsberechtigte, für die nach § 2 AsylbLG die Anwendung des SGB XII maßgeblich ist, sind die Fragen nicht zutreffend.

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin

Telefon: (03 86) 30 31-210
Fax: (03 86) 30 31-244
E-Mail: stgt@stgt-mv.de
Internet: <http://www.stgt-mv.de>

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 620 00) Nr. 31 001 2597
IBAN: DE 46 1405 2000 0310 0125 97
BIC: NOLADE21LWL

Postfach 15 01 43
19031 Schwerin

Seite 1

1. Gemäß § 264 Absatz I SGB V können die Landkreise und kreisfreien Städte die Krankenbehandlung für Flüchtlinge, Asylbewerber/innen und Geduldete auf die Krankenkassen übertragen. Dies wird in Bremen seit 2005 ("Bremer Modell") und in Hamburg seit Mitte 2012 praktiziert. Die Betroffenen erhalten dort eine Chipkarte, die ihnen den direkten Zugang zur medizinischen Regelversorgung eröffnet. In Mecklenburg-Vorpommern sind entsprechende Übertragungen in Rostock und Schwerin geplant bzw. beschlossen. Wie beurteilen Sie grundsätzlich eine entsprechende Übertragung als Teil einer aktiven Willkommenskultur auf alle Gebietskörperschaften in unserem Bundesland?

Wie ausgeführt ist durch uns eine Beurteilung nicht möglich.

2. Welche Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede bestehen zwischen Rostock und Schwerin hinsichtlich der Umsetzung der Übertragung von Krankenbehandlungen für Flüchtlinge, Asylbewerber/innen und Geduldete auf die Krankenkassen?

Die Bürgerschaft der Hansestadt Rostock hat den Oberbürgermeister beauftragt, einen Vertrag mit einer örtlichen Krankenkasse nach § 264 Abs. 1 SGB V zu schließen. Derzeit läuft das Prüfverfahren der Ausschreibung zur Übertragung der Aufgabe an eine Krankenkasse.

Auch in der Landeshauptstadt Schwerin wird derzeit die Bereitschaft der Krankenkassen zum Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung geprüft.

3. Ist aus Ihrer Sicht im Sinne einer Vereinheitlichung rechtlicher Standards eine landesweite Übertragung sinnvoll bzw. erforderlich? Wenn ja: weshalb?

Da wir wie ausgeführt keine Verbandsposition haben, kann ich nur die Positionen der beiden Städte darstellen. Die Hansestadt Rostock sieht die hier in Rede stehende Angelegenheit als Aufgabe im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung; eine landesweite Übertragung der Aufgabe wird daher als rechtlich nicht umsetzbar angesehen. Die Landeshauptstadt Schwerin hält eine landesweite Vereinheitlichung für erforderlich, um zu vermeiden, dass Krankenkassenkarten nur in bestimmten Kommunen bereitgestellt werden. Begründet wird dies auch mit der nach dem Flüchtlingsaufnahmegesetz vorgenommenen Verteilung der Asylbewerber auf die Kommunen des Landes.

4. Kann durch die Leistungsberechtigten nach §1 des Asylbewerberleistungsgesetzes grundsätzlich der gesamte Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen in Anspruch genommen werden?

Für die Personen, die Leistungen nach § 3 Abs. 1, 2 bzw. § 1a AsylbLG beziehen, gilt § 4 AsylbLG. Ein Anspruch auf Krankenleistungen entsteht hier nur, sofern akute Erkrankungen und Schmerzzustände eintreten. Der gesamte Leistungskatalog der Krankenkassen kommt also hier gemäß der gesetzlichen Vorschriften nicht zur Anwendung.

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Sutner-Straße 5
19061 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-210
Fax: (03 85) 30 31-244
E-Mail: sgt@sgt-mv.de
Internet: <http://www.sgt-mv.de>

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 520 00) Nr. 31 001 2597
IBAN: DE 46 1405 2000 0310 0125 97
BIC: NOLADE21LWL

Postfach 15 01 43
19031 Schwerin

5. Sind darüber hinaus Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, bspw. bei Präventionsleistungen, im Vergleich zu gesetzlich versicherten deutschen Staatsangehörigen festzustellen?

Siehe Beantwortung der Frage 4 (Präventionsleistungen gehören nicht zum Leistungsumfang des § 4 AsylbLG).

6. Wie gestaltet sich für die Leistungsberechtigten nach §1, 1a des Asylbewerberleistungsgesetzes der Verfahrensweg bis zur Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistung?

Die Leistungsberechtigten mit Anspruch auf Leistungen nach § 4 AsylbLG erhalten bei Erfordernis je Quartal einen Behandlungsschein für die Konsultation des Hausarztes. Ist eine Weiterbehandlung durch einen Facharzt notwendig, wird nach Prüfung und Zustimmung durch das zuständige Fachamt bzw. das Gesundheitsamt / Amtsarzt eine Folgebehandlung genehmigt. Es handelt sich immer um Einzelfallprüfungen.

7. Welche konkreten Anforderungen gelten im Hinblick auf die ambulante hausärztliche, ambulante fachärztliche, zahnärztliche, stationäre, psychosoziale und Rehabilitationsversorgung?

Die Anforderungen ergeben sich aus § 4 AsylbLG (siehe Beantwortung Frage 4).

8. Ist im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgungsqualität von Leistungsberechtigten nach §1, 1a des Asylbewerberleistungsgesetzes eine Ablösung der speziellen Genehmigungspflicht durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen sachdienlich?

Es ist nicht davon auszugehen, dass ohne eine Einbeziehung der Gesundheitsämter eine bessere oder andere Versorgung erfolgen würde.

9. Sind für diesen Fall Kostensteigerungen zu erwarten oder führt die Übertragung an die Krankenkassen zu Kosteneinsparungen in den Kommunen? In welcher Höhe werden die Kostensteigerungen bzw. -einsparungen beziffert?

Die derzeit von den Gesundheitsämtern geforderte Einschätzung im Einzelfall in Umsetzung des Bundesgesetzes kann nicht ersatzlos entfallen. Es ist sicherzustellen, dass die Krankenhilfe nur im gesetzlich definierten Leistungsumfang gewährt wird. Darüber hinaus gehende Leistungen erhöhen die kommunalen Kosten, da eine Erstattung des Landes gemäß § 5 Flüchtlingsaufnahmegesetz nur für die notwendigen Kosten erfolgt. Die Zahlung von Verwaltungskosten an die beauftragte Krankenkasse für die Aufgaben nach § 264 SGB V i. V. m. § 4 AsylbLG wird mit Kostensteigerungen für die städtischen Haushalte verbunden sein, wobei konkrete Aussagen zur Höhe der Kosten in diesem frühen Stadium noch nicht getroffen werden können.

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Sulzner-Straße 5
19061 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-210
Fax: (03 85) 30 31-244
E-Mail: sgl@stgt-mv.de
Internet: <http://www.stgt-mv.de>

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 520 00) Nr. 31 001 2597
IBAN: DE 48 1405 2000 0310 0125 97
BIC: NOLADE21LWL

Postfach 15 01 43
18031 Schwerin

10. Welche konkreten Verbesserungen bei der medizinischen Versorgung des o. g. Personenkreises sind aus Ihrer Sicht mit der Einführung einer Regelung analog zum "Bremer Modell" verbunden?

Da lediglich das Verfahren geändert und damit für die Leistungsberechtigten ggf. vereinfacht wird, ist nicht von einer Verbesserung der medizinischen Versorgung des Personenkreises auszugehen. Diese ist bereits durch § 4 AsylbLG gesichert. Von der Landeshauptstadt Schwerin wird sogar eingeschätzt, dass derzeit auf der Grundlage der Beurteilung durch das Gesundheitsamt eine kurzfristigere ärztliche Versorgung ermöglicht wird.

11. Welche Spezifika sind bei einer Übertragung des "Bremer Modells" auf ein Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern zu beachten?

Das Flüchtlingsaufnahmegesetz (FIAG) M-V ist zu beachten. Aus der notwendigen Kostenerstattung nach § 5 ergibt sich die kommunale Verpflichtung zur Prüfung des Vorliegens der Leistungsvoraussetzungen des § 4 AsylbLG. Im Stadtstaat Bremen gibt es andere Regelungen.

12. Mit welchen konkreten Schritten kann Ihrer Meinung nach die Landesregierung eine solche Übertragung unterstützen?

Eine Übertragung zur Sicherung der Krankenleistungen an die Krankenkassen analog § 264 SGB V erfordert zur Umsetzung eine vertragliche Vereinbarung. Hierzu wäre es aus unserer Sicht erforderlich, die Kostenregulierung durch das Land anzupassen (Einbeziehung der Verwaltungskosten)

13. Bei welchen Ressorts sehen Sie in dieser Hinsicht welche konkrete fachliche und/oder koordinierende Verantwortung? Wie und mit welchen Partner/innen sollte diese ausgestaltet werden?

Die Verantwortlichkeiten sind im Land klar geregelt. Für uns ist selbstverständlich, dass wir in etwaige Überlegungen des Landes frühzeitig einbezogen werden.

14. Welche Krankenkasse/n sehen Sie als Partner für eine Übertragung als besonders geeignet an und warum?

Keine Beantwortung möglich.

15. Ab welchem Zeitpunkt des Aufenthaltes kann und soll die Ausgabe der Krankenversicherungskarte an die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz Leistungsberechtigten aus Ihrer Sicht erfolgen und warum?

Nach unserem Verständnis ist die Ausgabe der Versicherungskarte erst nach Aufnahme der Leistungsberechtigten durch die Kommune möglich.

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-210
Fax: (03 85) 30 31-244
E-Mail: sgt@stgt-mv.de
Internet: <http://www.stgt-mv.de>

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 520 00) Nr. 31 001 2597
IBAN: DE 46 1405 2000 0310 0125 97
BIC: NOLADE21LWL

Postfach 15 01 43
19031 Schwerin

16. Ist es über das Verfahren der Krankenversicherungskarte für Asylbewerber möglich, den Zugang zu Versicherungsleistungen mittels der Karte nachvollziehbar auf die Leistungen zu begrenzen, auf die die jeweiligen Personen Anspruch haben? Führt dieses Verfahren zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand seitens der behandelnden Ärzte / Krankenhäuser?

Es muss sichergestellt sein, dass mit der Krankenversicherungskarte nur der im AsylbLG definierte Leistungsumfang in Anspruch genommen wird. Zum Verwaltungsaufwand der Ärzte / Krankenhäuser können wir keine Aussagen treffen.

17. Wie hoch liegt der derzeitige Verwaltungsaufwand zur Bearbeitung von gesundheitsrelevanten Leistungen für Asylbewerber in den Verwaltungen der Landkreise / kreisfreien Städte nach ihren Erfahrungen (Schätzung / Zahlen bitte in Vollzeitäquivalenten)? Welche Verwaltungsbereiche sind daran beteiligt?

Die Landeshauptstadt Schwerin hat uns mitgeteilt, dass die fallzuständigen Mitarbeiter im Amt für Soziales und Wohnen derzeit zur Bearbeitung der gesundheitsrelevanten Leistungen nach § 4 AsylbLG mit bis zu 30 Std. im Monatsdurchschnitt befasst sind. Im Gesundheitsamt werden im Jahresdurchschnitt 70 bis 80 Std. erbracht.

18. Erachten Sie vor dem Ziel der dezentralen Unterbringung von Asylbewerbern in Mecklenburg-Vorpommern die Einführung einer Krankenversicherungskarte für Asylbewerber für förderlich?

Die Art der Unterbringung steht mit der Leistungsgewährung nach § 4 AsylbLG in keinem Zusammenhang.

19. Wie würden die entstehenden Kosten für Gesundheitsbehandlungen und Verwaltung nach Einführung einer solchen Karte zwischen der kommunalen Ebene und dem Land abgerechnet werden? Gibt es mögliche Problemfelder? Wäre eine zentrale Vorlage einer Rahmenvereinbarung zwischen kommunaler Ebene und Krankenkasse seitens des Innenministeriums sinnvoll?

Siehe vorstehende Ausführungen. Die Grundsätze der Abrechnung durch die Kommunen beim Land sind von der Einführung einer Karte nicht berührt.

20. Stehen Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen bei der Umsetzung der Übertragung von den Gebietskörperschaften auf Krankenkassen zu erwarten?

Die Frage kann durch uns nicht beantwortet werden.

21. Welche Parallelen können bei Betrachtung des Verwaltungs- und Umsetzungsweges zu anderen Leistungsempfängern gezogen werden?

Keine.

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Sultner-Straße 5
19081 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-210
Fax: (03 85) 30 31-244
E-Mail: sgt@sgt-mv.de
Internet: <http://www.sgt-mv.de>

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 520 00) Nr. 31 001 2697
IBAN: DE 46 1405 2000 0310 0125 97
BIC: NOLADE21LWL

Postfach 15 01 43
19031 Schwerin

22. Gibt es flächendeckende Berechnungen, ob sich Kostenentlastungen (Sach- und Personalkosten) für die Gebietskörperschaften ergeben werden? Wenn ja, in welcher Höhe?

Nein.

23. Welche Kostenlast ergibt sich aus einer Übertragung auf Krankenkassen?

Siehe Antworten auf Fragen 9 und 23.

24. Wie bewerten Sie eine Versorgung durch Krankenkassenkarten an neu ankommende Flüchtlinge und auch an solche, die aufgrund nicht abgeschlossener Asylverfahren oder nicht durchführbarer Abschiebungen geduldet werden und die sich längere Zeit in den Gemeinschaftsunterkünften aufhalten?

Keine Bewertung möglich.

25. Welche finanziellen Belastungen sehen Sie hinsichtlich der Asylsuchenden, denen durch die Krankenkassenkarten der Arztbesuch erleichtert werden soll?

Aus Sicht der Asylsuchenden keine.

26. Stellen Infektionserkrankungen von Flüchtlingen und Asylsuchenden ein Risiko für die einheimische Bevölkerung dar?

Der Impfstatus von ankommenden Flüchtlingen und Asylsuchenden wird umgehend durch das zuständige Gesundheitsamt geprüft und ggf. eine Impfung durchgeführt. So wird das Infektionsrisiko stark minimiert.

27. Sind die Lebensbedingungen der Asylanten mit besonderen gesundheitlichen Belastungen verbunden?

Keine Beantwortung möglich.

28. Inwieweit sehen Sie einen möglichen Missbrauch durch die Einführung der Krankenkassenkarten?

Keine Beantwortung möglich.

29. In welcher Hinsicht sehen Sie eine Überbeanspruchung von Allgemeinärzten und Fachärzten durch die Entführung von Krankenkassenkarten für Asylsuchende?

Siehe Beantwortung Frage 16.

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Suttner-Straße 5
19061 Schwerin

Postfach 15 01 43
19031 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-210
Fax: (03 85) 30 31-244
E-Mail: sgt@stgt-mv.de
Internet: <http://www.stgt-mv.de>

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 520 00) Nr. 31 001 2597
IBAN: DE 46 1405 2000 0310 0126 97
BIC: NOLADE21LWL

30. Wie hat sich in Mecklenburg-Vorpommern seit 2008 bis einschließlich 2013 die Zahl der Asylbewerber entwickelt, die sich in medizinische Behandlung begeben mussten und welches waren die am meisten festgestellten Krankheiten?

Die Frage kann nur durch das Land beantwortet werden.

31. Wie gestaltet sich die Umsetzung der Einführung der Krankenkassenkarte und sind die Karten neben der gesetzlichen Krankenversicherung auch übertragbar auf private Krankenversicherungen?

Derzeit noch keine Beantwortung möglich, da die Umsetzung bislang in keiner der beiden Städte erfolgt ist.

32. Inwieweit besteht ihrer Meinung nach eine Notwendigkeit für die Übernahme der medizinischen Versorgung für die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen nach § 264 Absatz 1 SGB V?

Eine Notwendigkeit zur Übernahme der medizinischen Versorgung sehen wir nicht.

Soweit unsere Beantwortung Ihrer Fragen. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an uns oder auch gerne direkt an die beiden kreisfreien Städte.

Mit freundlichem Gruß
In Vertretung



Thomas Deiters
Stellvertretender
Geschäftsführer

Kommunaler Spitzenverband für alle Städte und Gemeinden

Geschäftsstelle:
Haus der kommunalen Selbstverwaltung
Bertha-von-Sullner-Straße 5
19061 Schwerin

Telefon: (03 85) 30 31-210
Fax: (03 85) 30 31-244
E-Mail: sgt@stgt-mv.de
Internet: <http://www.stgt-mv.de>

Konto:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin
BLZ: (140 520 00) Nr. 31 001 2597
IBAN: DE 48 1405 2000 0310 0126 97
BIC: NOLADE21LWL

Postfach 15 01 43
19031 Schwerin

Anlage 4

Ausschussdrucksache 6/586

(26.03.2014)

Inhalt:

öffentliche Anhörung
**Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die
nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten
durch die Krankenkassen nach
§ 264 Absatz 1 SGB V**

Hier:

Redebeitrag Senatsverwaltung Bremen

**Die Senatorin für Soziales, Kinder,
Jugend und Frauen**
Abteilung Soziales
400-34 - 2 Holger Adamek

**Freie
Hansestadt
Bremen**
T 361 196 22
F 496 196 22
E-Mail:
Holger.Adamek@soziales.bremen.de
Bremen, 21.03.2014

**Öffentliche Anhörung des Sozialausschusses des Landtages Mecklenburg-Vorpommern am
02.04.2014**

**Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die nach § 1a und § 3
Asylbewerberleistungsgesetz Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen nach § 264
Abs. 1 SGB V**

- Seit dem 01.01.2004 erfolgt die Wahrnehmung der Krankenbehandlung von Leistungsberechtigten nach dem BSHG (heute SGB XII) und nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) durch die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V. Der weitaus größte Teil der Leistungsberechtigten hat seit 2004 keinen Anspruch mehr auf die originäre Krankenhilfe (Hilfen zur Gesundheit). Sie erhalten Leistungen wie regulär Krankenversicherte von einer frei wählbaren gesetzlichen Krankenkasse. Die Leistungsberechtigung wird mit der Versichertenkarte nachgewiesen.
- Nicht erfasst von der gesetzlichen Übernahme der Krankenbehandlung waren
 - Leistungsberechtigte nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) -Achstes Buch (VIII) - Kinder- und Jugendhilfe -
 - Leistungsberechtigte nach §§ 1a, 3 AsylbLG
- Nachdem 2004 absehbar war, dass sich die Wahrnehmung der Krankenbehandlung nach § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V durch die Krankenkassen bewährt hat, erfolgte in Bremen die sozialpolitische Grundsatzentscheidung, die Krankenbehandlung der verbliebenen Personengruppen im Rahmen des § 264 Abs. 1 SGB V an eine Krankenkasse zu übertragen. Ziele waren dabei u. a.
 - Reduzierung des Verwaltungsaufwandes in den Sozialämtern
 - Nutzung des Kompetenzen der Krankenkasse
 - Vermeidung einer Stigmatisierung insbesondere der Asylantragsteller
 - Beachtung der Einschränkungen des § 4 AsylbLG
- Durch die Behörde der Sozialsenatorin wurden die Krankenkassen angesprochen, mit denen bereits Vereinbarungen auf der Basis des § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V abgeschlossen worden sind. Ausschließlich die AOK Bremen/Bremerhaven war bereit, mit den Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven Vertragsverhandlungen zu führen.
- Mit der AOK Bremen/Bremerhaven konnte mit Wirkung vom 01.10.2005 ein Vertrag auf der Basis des § 264 Abs. 1 SGB V abgeschlossen werden.
- Leistungsrechtlich waren und sind die Einschränkungen des § 4 AsylbLG zu beachten (Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände), d. h. dass die Asylantragsteller/-innen grundsätzlich nicht den gesamten Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen können. Zu Punkt 5.2 der Bremer Vereinbarung wurde insofern eine Anlage mit folgendem Inhalt erstellt:

- In der ärztlichen Versorgung werden in der Regel Leistungen erbracht wie für gesetzlich Versicherte.
 - Bestimmte Leistungen werden gar nicht erbracht (z. B. Leistungen im Rahmen der DMP (strukturierte Behandlungsmethoden bei chronischen Erkrankungen, künstliche Befruchtung, freiwillige Zusatzleistungen der AOK)
 - Einige Leistungen können nur unter bestimmten Bedingungen in Anspruch genommen werden (Psychotherapien, Vorsorgekuren und Reha-Maßnahmen, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen, Reha-Sport/Funktionstraining). Hier sind besondere Gutachter (z. B. örtliches Gesundheitsamt) vorgesehen und diese Leistungen unterliegen der Genehmigungspflicht der Krankenkasse.
- In die Vereinbarung sind des Weiteren folgende bedeutsame Punkte in Bezug auf den betreffenden Personenkreis aufgenommen worden:
 - Leistungsberechtigte in der Zentralen Aufnahme stelle erhalten noch keine reguläre Versichertenkarte, sondern nehmen am Ersatzverfahren teil (Ausgabe von Nachweisen mit kurzer Gültigkeitsdauer).
 - Krankenversichertenkarten werden erst nach einem Umzug in eine Gemeinschaftsunterkunft ausgestellt.
 - Das mit der AOK Bremen/Bremerhaven vereinbarte Verfahren führt nach unseren Erfahrungen nicht zu einer Mehrbelastung der Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Beschwerden von Ärzten, Krankenhäusern, usw. sind uns nicht bekannt.
 - Ein Leistungsmissbrauch kann sowohl bei der Krankenbehandlung im Rahmen des § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V als auch für die Krankenbehandlung nach § 264 Abs. 1 SGB V nicht vollständig ausgeschlossen werden. Seit 2013 werden elektronische Gesundheitskarten mit Lichtbild ausgestellt, so dass ein Leistungsmissbrauch weiter eingegrenzt wird. Bei festgestelltem Leistungsmissbrauch bzw. bei Beendigung des Hilfebezuges erfolgt grundsätzlich eine Sperrung der Versichertenkarte. Die Sperrung der Versichertenkarte bewirkt, dass ungerechtfertigte Leistungen nicht oder nur noch kurzfristig in Anspruch genommen werden können.
 - Die AOK Bremen/Bremerhaven hat auch die Durchsetzung von Schadensersatz- und Erstattungsansprüchen und die Bearbeitung von Widersprüchen und Klagen übernommen.
 - Die Abrechnungen der AOK erfolgen vierteljährlich. Eine differenzierte Darstellung der Ausgaben und Einnahmen erfolgt bereits heute. Zukünftig ist eine noch stärkere Differenzierung vertraglich vorgesehen.
 - Für die unterschiedlichen Personengruppen nach § 264 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V wird ein jährliches Controlling der Leistungsausgaben durchgeführt. Dabei wird zwischen verschiedenen Leistungsarten unterschieden (darunter fallen insgesamt ca. 1.000 medizinische Einzelleistungen, die den Controllingbereichen zugeordnet werden):
 - ärztliche Behandlungen
 - zahnärztliche Behandlungen
 - Arzneimittel
 - Krankenhaus/Reha
 - sonstige Sachleistungen
 - Heil-/Hilfsmittel
 - Fahrkosten
 - MDK
 - Sprechstundenbedarf

Es erfolgt auch ein Vergleich der Personengruppen, die Krankenbehandlung nach § 264 SGB V erhalten mit den Personengruppen, die nach dem SGB XII Leistungsansprüche nach § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V haben.

Anlage 5

Ausschussdrucksache 6/558

(26.02.2014)

Inhalt:

öffentliche Anhörung

Gesetzentwurf der Landesregierung
**Entwurf eines Gesetzes zur Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung und zur Änderung anderer Gesetze
- Drucksache 6/2610 -**

Hier:

Redebeitrag AOK Nordost

Redebeitrag der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse anlässlich der Öffentlichen Anhörung zum Entwurf eines Gesetzes zur Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung und zur Änderung anderer Gesetze

Sehr geehrte Frau Ausschussvorsitzende,

sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

vielen Dank, dass die AOK Nordost heute die Möglichkeit erhält in einer öffentlichen Anhörung zu dem vorliegenden Gesetzentwurf Stellung zu nehmen.

Der Abbau von Hindernissen in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung ist ein weiterer, wichtiger Schritt für eine Harmonisierung der Gesundheitsdienstleistungen in Europa. Die Rechte der Patientinnen und Patienten und damit der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung werden durch den vorliegenden Gesetzentwurf weiter gestärkt.

Mecklenburg-Vorpommern kann als Gesundheitsland durch die vorgesehene Stärkung der Informationsrechte von Patientinnen und Patienten und einer besseren EU-weiten Koordinierung der nationalen Kontaktstellen im Gesundheitswesen profitieren.

Die AOK Nordost hat mit mehr als 20.000 polnischen Versicherten den Bedarf bei der grenzübergreifenden ambulanten medizinischen Versorgung ebenfalls erkannt und erst jüngst durch eine Kooperation mit dem Asklepios Gesundheitszentrum für ihre polnischen Versicherten einen ebenso unkomplizierten Zugang durch die AOK Versichertenkarte zum Arzt in Polen geschaffen, wie er für alle gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland längst selbstverständlich geworden ist.

Gegenstand der heutigen Anhörung ist auch die Ausweitung des Erinnerungssystems zur Vorsorgeuntersuchung für Kinder und Jugendliche im Alter von 12 bis 14 Jahren um eine Teilnahme an der J1-Untersuchung zu fördern. Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) leistet in der Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen einen sehr wichtigen Beitrag. Um die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in dieser Altersgruppe zu steigern, kann der ÖGD eine wichtige Rolle spielen.

Die Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen ist auch für die AOK Nordost ein primäres Anliegen. So bieten wir selbst zahlreiche Leistungen für die Gesundheitsförderung der Kinder und Jugendlichen an. Die AOK Nordost hat gemeinsam mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) AOK-Junior, das Gesundheitsprogramm für Kinder und Jugendliche, entwickelt. Großer Wert wird auf zusätzliche Vorsorgemaßnahmen gelegt. AOK-Junior ergänzt die gesetzlich geregelten U-Untersuchungen und bietet ein komplettes Vorsorge-Paket für Kinder und Jugendliche an. Dabei ist es immer zugeschnitten auf die Bedürfnisse jedes Einzelnen.

Wichtig ist, dass die Jüngsten gesund aufwachsen. Gesundheitliche und verhaltensrelevante Aspekte sind von großer Bedeutung und sollten schon früh erlernt werden. Hier sehe ich eine wichtige Aufgabe des ÖGD. Ein regelmäßiger Kontakt des ÖGD zu den Kindertagesstätten und Schulen befördert die individuelle Gesundheitsprophylaxe, da die Kinder Hinweise zu ihrer Gesundheit und zu entsprechenden Verhaltensweisen erhalten, mit dem Ziel, einen bewussten Umgang mit der eigenen Gesundheit zu erreichen.

Wesentlicher Bestandteil des Erfolgs der Arbeit des ÖGD ist das regelmäßige Aufsuchen der Kindertageseinrichtungen und Schulen. Dieses dürfte – wie im Fragenkatalog zur heutigen Anhörung aufgeführt – durch niedergelassene Zahnärzte und Ärzte in dem erforderlichen Umfang nicht realisierbar sein. Gegen die Versorgung in einer Arztpraxis spricht, dass in der Regel nicht der Abdeckungsgrad wie in den Kindertageseinrichtungen und Schulen erreicht wird und ein deutlich höherer Verwaltungsaufwand in der Realisierung der Termine mit den Kindern zu erwarten sein dürfte. Dies trifft insbesondere für Kinder aus bildungsfernen und sozial schwachen Familien zu.

Für Punkte wie Zahnpflege, Körperhygiene, Händewaschen, sportliche Betätigung etc. ist es nach vorliegenden Erkenntnissen wichtig, die Ritualisierung dieser Maßnahmen zu fördern. Insoweit sollte im Rahmen der Ansätze der Kindertageseinrichtungen darauf geachtet werden, dass die Körper- und Mundhygiene – ggf. über verbindliche Betreuungsverträge in Zusammenarbeit mit dem Städte- und Gemeindetag – sicher gestellt wird, um den bisher erreichten Zustand, z. B. den Zahnstatus bei Kindern, nicht zu gefährden.

Damit der ÖGD diesen wichtigen Präventionsaufgaben bei unseren Jüngsten gerecht werden kann, ist eine entsprechende regionale Präsenz von Nöten. Die Ressourcen für ein möglichst flächendeckendes Aufsuchen der Kindertageseinrichtungen und Schulen sollte vorhanden sein, um die Gesunderhaltung weiter zu fördern und Fehlentwicklungen frühzeitig entgegen zu wirken.

Nehmen wir als Beispiel die Zahngesundheit: Je mehr Kinder und umso intensiver diese erreicht werden, desto besser wird das Ergebnis sein. Das umfasst sowohl die Erhebung des

Zahnstatus der Kinder, als auch die Umsetzung der pädagogischen Ansätze bezüglich der Mundhygiene und Ernährung in der Zusammenarbeit mit den Kindern.

Die Verantwortung zur Sicherstellung der notwendigen Personalressourcen liegt dabei bei den jeweiligen Landkreisen und Städten. Daher darf es aus unserer Sicht keine Konsequenz aus dem Zusammenführen von Landkreisen sein, dass es zu einer Konzentration des ÖGD an wenigen Standorten kommt. Bei längeren Wegen gehen u. U. zu viele Ressourcen, z. B. ausreichende Zeit für die Betreuung der Kinder, verloren, was sich auf die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Maßnahmen kontraproduktiv auswirken kann.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Frank Ahrend

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Geschäftsführer

Landesdirektion Mecklenburg-Vorpommern

Anlage 6

Ausschussdrucksache 6/579

(24.03.2014)

Inhalt:

öffentliche Anhörung
**Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die
nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten
durch die Krankenkassen nach
§ 264 Absatz 1 SGB V**

Hier:

Stellungnahme der AOK Nordost

Stellungnahme der AOK Nordost zur öffentlichen Anhörung zum Thema
„Möglichkeiten der Übernahme der Medizinischen Versorgung für die nach dem
Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen
nach § 264 Absatz 1 SGB V“ am 02.04.2014

1. Gemäß § 264 Absatz 1 SGB V können die Landkreise und kreisfreien Städte die Krankenbehandlung für Flüchtlinge, Asylbewerber/innen und Geduldete auf die Krankenkassen übertragen. Dies wird in Bremen seit 2005 (Bremer Modell) und in Hamburg seit Mitte 2012 praktiziert. Die Betroffenen erhalten dort eine Chipkarte, die Ihnen den direkten Zugang zur Medizinischen Regelversorgung eröffnet. In Mecklenburg-Vorpommern sind entsprechende Übertragungen in Rostock und Schwerin geplant und beschlossen. Wie beurteilen Sie grundsätzlich eine entsprechende Übertragung als Teil einer aktiven Willkommenskultur auf alle Gebietskörperschaften im Bundesland?

Die Ausstattung der Asylbewerber/innen mit KV-Karten durch Übertragung von deren Krankenbehandlung auf eine Krankenkasse verbessert die Ausgangsbedingungen der Asylsuchenden in Deutschland. Sie haben durch die Ausstattung mit KV-Karten mit einem nach Asylbewerbergesetz definierten Leistungskatalog einen gleichberechtigten Zugang zu gesundheitlichen Leistungen bei Ärzten, in Krankenhäusern und bei sonstigen Leistungserbringern wie die GKV-Versicherten. Möglichen Diskriminierungen bei der Vergabe von Arztbesuchen wird entgegengewirkt und die Asylbewerber/innen erhalten freie Arztwahl. Eine solche Gleichbehandlung von Menschen mit oft traumatischen Erlebnissen auf ihrem Fluchtweg sollte Teil einer aktiven Willkommenskultur gegen über Flüchtlingen sein. Die Übertragung der Krankenbehandlung auf eine Krankenkasse kann helfen, die Abrechnung der Krankenleistungen für Asylbewerber/innen im Land zu vereinheitlichen, effektiver zu gestalten und die Kommunen von dieser Aufgabe zu entlasten.

2. Welche Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede bestehen zwischen Rostock und Schwerin hinsichtlich der Umsetzung der Übertragung von Krankenbehandlungen für Flüchtlinge, Asylbewerber/innen und Geduldete auf die Krankenkassen?

Diese Einschätzung müssen die Kommunen abgeben. Nach unseren Informationen werden in Rostock Asylbewerber/innen durch Amtsärzte betreut. In Schwerin haben Asylbewerber/innen Zugang zu den örtlichen Arztpraxen. Im Zweifel, etwa bei Überweisungen zu Fachärzten, lässt die Behörde Gutachten erstellen. In beiden Fällen werden Behandlungsscheine von der Sozialbehörde ausgegeben und abgerechnet.

3. Ist aus Ihrer Sicht im Sinne einer Vereinheitlichung rechtlicher Standards eine landesweite Übertragung sinnvoll und erforderlich? Wenn ja: Weshalb?

Die landesweite Übertragung der Krankenbehandlung der Asylbewerber/innen an ein Krankenkasse ermöglicht bei einer landesweiten Vertragslösung mit den Gebiets-

Stellungnahme der AOK Nordost zur öffentlichen Anhörung zum Thema
„Möglichkeiten der Übernahme der Medizinischen Versorgung für die nach dem
Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen
nach § 264 Absatz 1 SGB V“ am 02.04.2014

körperschaften und der entsprechenden Krankenkasse die Vereinheitlichung von Leistungsbeantragung, Leistungsgewährung, Leistungsabrechnung und Datenübertragung und ermöglicht darüber hinaus bedarfsgerechtes Fall- und Kostenmanagement.

4. Kann durch die Leistungsberechtigten nach § 1 des Asylbewerberleistungsgesetzes grundsätzlich der gesamte Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse in Anspruch genommen werden?

Durch Asylbewerber/innen kann nur ein eingeschränkter Leistungskatalog in Anspruch genommen werden. Asylbewerber/innen können nicht als GKV-Versicherte behandelt werden, sondern gelten bei der Versorgung durch eine Krankenkasse als betreute Versicherte. Der Leistungsumfang ist im Asylbewerberleistungsgesetz unter § 4 unter dem Titel „Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt“ beschrieben. Hier wird die ärztliche und zahnärztliche Behandlung, einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, bei akuten Erkrankungen geregelt. Auch bei Krankenhausaufenthalten ist eine unaufschiebbare Behandlung die Voraussetzung für die Leistungserbringung. Gleichzeitig heißt es dort, dass neben akuten Leistungen auch solche zur Genesung, Besserung und Linderung von Krankheiten gewährt werden. Zudem werden Leistungen für werdende Mütter und Wöchnerinnen sowie Geburten finanziert, wie auch allgemein übliche Schutzimpfungen. Zahnersatz wird nur im Ausnahmefall gewährt, soweit dies aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist. Bis auf ausdrücklich ausgeschlossene Leistungen entspricht die Formulierung des Asylbewerberleistungsgesetzes der des SGB V § 12, das für GKV-Versicherte die Gewährung ausreichender, zweckmäßiger und wirtschaftlicher Leistungen vorsieht.

5. Sind darüber hinaus Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, bspw. bei Präventionsleistungen, im Vergleich zu gesetzlich versicherten deutschen Staatsangehörigen festzustellen?

In Bremen und Hamburg werden bei der Umsetzung des Asylbewerberleistungsgesetzes nach unseren Informationen per Vertrag mit der AOK Bremen-Bremerhaven Zahnersatz, Rehabilitation und künstliche Befruchtung, mit Ausnahme von medizinisch notwendigen Fällen, als Leistung für Asylbewerber/innen ausgeschlossen. Zu-dem werden dort den Asylbewerber/innen, im Unterschied zu den GKV-Versicherten, Satzungsleistungen der AOK (Wahltarife) und die Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nicht gewährt. Die psychotherapeutische Betreuung wird auf 60 Stunden beschränkt. Solche Regelungen (z. B. die Nicht-Teilnahme an Selektivverträgen) könnten auch für Mecklenburg-Vorpommern in die Vertragsgestaltung zwischen den Kommunen und einer Krankenkasse einfließen. Die Einschränkung des Leistungsbezuges für Asylbewerber/innen muss auf der KV-Karte elektronisch gekennzeichnet und informell vermittelt werden.

Stellungnahme der AOK Nordost zur öffentlichen Anhörung zum Thema
„Möglichkeiten der Übernahme der Medizinischen Versorgung für die nach dem
Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen
nach § 264 Absatz 1 SGB V“ am 02.04.2014

6. Wie gestaltet sich für die Leistungsberechtigten nach § 1, 1a des Asylbewerberleistungsgesetzes der Verfahrensweg bis zur Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistung?

Diese Einschätzung müssen die Kommunen abgeben. Nach den uns vermittelten Erfahrungen empfangen die Asylbewerber/innen bei der Sozialbehörde Berechtigungsscheine, die zur Inanspruchnahme bestimmter Leistungen berechtigt. Bei Intervention der Asylbewerber/innen oder Ärzte können vom Kostenträger Gutachten angefordert werden. Mit den Berechtigungsscheinen der Sozialbehörde werden die Leistungen der Asylbewerber/innen in Anspruch genommen. Bei Übertragung der Aufgabe an eine Krankenkasse werden KV-Karten an die Asylbewerber/innen ausgegeben, mit denen Ärzte und anderen Gesundheitsanbieter aufgesucht werden. Die für Asylbewerber/innen ausgeschlossenen Leistungen sind mit der KV-Karte nicht einlösbar, sondern sind wie bei GKV-Versicherten genehmigungspflichtig. Leistungsanträge, etwa für Heil- und Hilfsmittel, werden nach dem „Bremer Modell“ in der Sozialbehörde gestellt und über ein elektronisches Postfach zentral an die AOK zur Bearbeitung weitergeleitet.

7. Welche konkreten Anforderungen gelten im Hinblick auf die ambulante hausärztliche, ambulante fachärztliche, zahnärztliche, stationäre, psychosoziale und Rehabilitationsversorgung?

Nach dem „Bremer Modell“ erfolgt die Abrechnung der Gesundheitsleistungen für Asylbewerber/innen mit der KV-Karte, die für die Asylbewerber/innen eine spezielle elektronische Kennzeichnung enthält, wie sie auch bei GKV-Versicherten für verschiedene Versichertengruppen üblich ist. Bei der Einschränkung (etwa psychotherapeutische Leistungen) oder dem Ausschluss von Leistungen müssen die Leistungs-träger darüber informiert werden. Rehabilitationsleistungen werden nach dem Bremer Vertrag, bis auf definierte Ausnahmen, nicht gewährt.

8. Ist im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgungsqualität von Leistungsberechtigten nach §1, 1a des Asylbewerberleistungsgesetzes eine Ablösung der speziellen Genehmigungspflicht durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen sachdienlich?

Nach den Erfahrungen der AOK in Bremen und Hamburg hat die Ablösung der speziellen Genehmigungspflicht von Leistungen der Krankenbehandlung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst nicht zur Beeinträchtigung der Versorgungsqualität und auch zu keiner Kostensteigerung geführt. Die übliche Praxis der Sozialbehörde, Krankenhausleistungen

Stellungnahme der AOK Nordost zur öffentlichen Anhörung zum Thema
„Möglichkeiten der Übernahme der Medizinischen Versorgung für die nach dem
Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen
nach § 264 Absatz 1 SGB V“ am 02.04.2014

erst nach Begutachtung zu genehmigen, kann wie bei der Betreuung der Asylbewerber/innen durch die AOK Nordost in Berlin üblich, durch eine Fallprüfung der Krankenkasse ersetzt werden.

9. Sind für diesen Fall Kostensteigerungen zu erwarten oder führt die Übertragung an die Krankenkassen zu Kosteneinsparungen in den Kommunen? In welcher Höhe werden die Kostensteigerungen bzw. Kosteneinsparungen beziffert?

Nach den Erfahrungen des „Bremer Modells“ haben Kostensteigerungen nicht stattgefunden. Langfristig profitiert der Kostenträger vom Kostenmanagement der Krankenkasse.

10. Welche konkreten Verbesserungen bei der medizinischen Versorgung des oben genannten Personenkreises sind aus Ihrer Sicht mit der Einführung einer Regelung analog zum „Bremer Modell“ verbunden?

Die Einführung des „Bremer Modells“ könnte den Zugang der Asylbewerber/innen zu den Leistungserbringern vereinfachen und die Wartezeiten bei den Leistungsanbietern auf das Niveau der GKV heben. Die Leistungserbringung mit KV-Karte könnte möglichen Diskriminierungen entgegenwirken, da Asylbewerber/innen wie GKV-Versicherte gleichermaßen bei den Leistungserbringern mit KV-Karte erscheinen.

11. Welche Spezifika sind bei einer Übertragung des „Bremer Modells“ auf ein Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern zu beachten?

Während der Vertrag der AOK in Bremen und Hamburg zur Übertragung der Krankenbehandlung für Asylbewerber/innen jeweils mit der dortigen Sozialbehörde vereinbart wurde, müsste ein solcher Vertrag in Mecklenburg-Vorpommern auf Grund der kommunalen Selbstverwaltung mit bis zu acht Gebietskörperschaften abgeschlossen werden. Dies spricht für eine landesweite Vertragslösung in Mecklenburg-Vorpommern, um unnötige Bürokratie zu vermeiden. Das Modell der Leistungsaufnahme durch die Sozialbehörde nach dem „Bremer Modell“ kommt den Bedingungen im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern entgegen, weil die regionalen Sozialbehörden in die Betreuung der Asylbewerber/innen einbezogen werden können bei gleichzeitiger zentraler Bearbeitung der Leistungsanträge.

Stellungnahme der AOK Nordost zur öffentlichen Anhörung zum Thema
„Möglichkeiten der Übernahme der Medizinischen Versorgung für die nach dem
Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen
nach § 264 Absatz 1 SGB V“ am 02.04.2014

12. Mit welchen konkreten Schritten kann Ihrer Meinung nach die Landesregierung eine solche Übertragung unterstützen?

Die Landesregierung kann den Abschluss eines Vertrages einer Krankenkasse mit allen Gebietskörperschaften unterstützen, bewerben und moderieren. Mit einem einheitlichen, landesweiten Vertrag, dem alle Gebietskörperschaften beitreten, könnte Bürokratie abgebaut werden.

13. Bei welchen Ressorts sehen Sie in dieser Hinsicht welche konkrete fachliche und/oder koordinierende Verantwortung? Wie und mit welchen Partner/innen sollte diese ausgestaltet werden?

Die Abrechnung der Asylbewerberleistungen in Mecklenburg-Vorpommern erfolgt auf Landesebene derzeit zwischen Landkreisen und kreisfreien Städten mit dem Innenministerium, das als Kostenträger auftritt und diese Kosten wiederum durch den Bund erstatten lässt. Das Innenministerium sollte wegen der Finanzhoheit für die Asylbewerberbetreuung bei der Übertragung der Aufgabe an eine Krankenkasse die koordinierende Rolle übernehmen.

14. Welche Krankenkasse/n sehen Sie als Partner für eine Übertragung als besonders geeignet an und warum?

Die AOK Nordost ist für die Übertragung der Aufgabe geeignet. Es bestehen zwischen der AOK Bremen-Bremerhaven und den Ländern Hamburg und Bremen bereits belastbare und qualifizierte Verträge, die die Übertragung der Krankenbehandlung von Asylbewerber/innen an die AOK regelt. Die Krankenbetreuung der Asylbewerber/innen durch die AOK Nordost bzw. die AOK Mecklenburg-Vorpommern im Landkreis Ludwigslust-Parchim wird bereits seit 1991 per Vertrag mit den damaligen Landkreisen Ludwigslust und Parchim geregelt.

15. Ab welchem Zeitpunkt des Aufenthaltes kann und soll die Ausgabe der Krankenversicherungskarte an die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz Leistungsberechtigten aus Ihrer Sicht erfolgen und warum?

Die Abrechnung von Gesundheitsleistungen mit KV-Karten sollte erst in den Landkreisen und kreisfreien Städten erfolgen, weil die Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte bis zu drei Wochen in Anspruch nimmt und der Wechsel der Aufenthaltsortes aus der zentralen Aufnahmestelle für Asylbewerber/innen eine erneute Änderung erfordert.

Stellungnahme der AOK Nordost zur öffentlichen Anhörung zum Thema
„Möglichkeiten der Übernahme der Medizinischen Versorgung für die nach dem
Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen
nach § 264 Absatz 1 SGB V“ am 02.04.2014

16. Ist es über das Verfahren der Krankenversicherungskarte für Asylbewerber/innen möglich, den Zugang zu Versicherungsleistungen mittels der Karte nachvollziehbar auf die Leistungen zu begrenzen, auf die die jeweiligen Personen Anspruch haben? Führt dieses Verfahren zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand seitens der behandelnden Ärzte/Krankenhäuser?

Die Begrenzung des Zugangs auf nicht genehmigungspflichtige Leistungen kann mit der KV-Karte erfolgen. Das erfordert aber, dass bei ärztlichen Leistungen entsprechend den Regeln des SGB V der Arzt über die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung wie bei den GKV-Versicherten entscheidet und Gutachten nur für genehmigungspflichtige Leistungen eingeholt werden. Die Beschränkung auf unaufschiebbare Krankenhausleistungen kann durch Genehmigung der Krankenkasse im Voraus gesichert werden.

17. Wie hoch liegt der derzeitige Verwaltungsaufwand zur Bearbeitung von gesundheitsrelevanten Leistungen für Asylbewerber in den Verwaltungen der Landkreise / kreis-freien Städte nach ihren Erfahrungen (Schätzung/Zahlen bitte in Vollzeitäquivalenten)? Welche Verwaltungsbereiche sind daran beteiligt?

Diese Einschätzungen müssen die Kommunen treffen.

18. Erachten Sie vor dem Ziel der dezentralen Unterbringung von Asylbewerber/innen in Mecklenburg-Vorpommern die Einführung einer Krankenversicherungskarte für Asylbewerber/innen für förderlich?

Durch die beschlossene dezentrale Unterbringung von Asylbewerber/innen in Mecklenburg-Vorpommern erfolgt zukünftig auch die Leistungsanspruchnahme zunehmend dezentral. Dieser Prozess kann durch die Ausgabe von KV-Karten an Asylbewerber/innen unterstützt werden, weil dadurch ein ständiges Vorsprechen der Asylbewerber/innen bei der Sozialbehörde auch bei nicht genehmigungspflichtigen Krankenleistungen vermieden werden kann.

19. Wie würden die entstehenden Kosten für Gesundheitsbehandlungen und Verwaltung nach Einführung einer solchen Karte zwischen der kommunalen Ebene und dem Land abgerechnet werden? Gibt es mögliche Problemfelder? Wäre eine zentrale Vorlage einer Rahmenvereinbarung zwischen kommunaler Ebene und Krankenkasse seitens des Innenministeriums sinnvoll?

Stellungnahme der AOK Nordost zur öffentlichen Anhörung zum Thema
„Möglichkeiten der Übernahme der Medizinischen Versorgung für die nach dem
Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen
nach § 264 Absatz 1 SGB V“ am 02.04.2014

Die zentrale Vorlage einer Rahmenvereinbarung zwischen kommunaler Ebene und Krankenkasse seitens des Innenministeriums wäre sinnvoll und würde den Abrechnungsaufwand minimieren. Theoretisch ist aber auch die spezifische Abrechnung der einzelnen Gebietskörperschaften mit einer Krankenkasse möglich.

20. Stehen Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen bei der Umsetzung der Übertragung von den Gebietskörperschaften auf Krankenkassen zu erwarten?

Spürbare regionale Unterschiede bei der Übertragung der medizinischen Versorgung von den Gebietskörperschaften auf Krankenkassen sind nicht zu erwarten, wenn bereits ein effektiver Kontakt zwischen Sozialbehörden und Asylbewerber/innen erfolgt. Durch die dezentrale Aufnahme von Krankenleistungen in den Sozialbehörden nach dem „Bremer Modell“ und der zentralen Bearbeitung durch die Krankenkasse dürfte das Verfahren in Stadt und Land einheitlich gestaltet werden können.

21. Welche Parallelen können bei Betrachtung des Verwaltungs- und Umsetzungsweges zu anderen Leistungsempfängern gezogen werden?

Diese Frage können nur andere Leistungsträger beurteilen.

22. Gibt es flächendeckende Berechnungen, ob sich Kostenentlastungen (Sach- und Personalkosten) für die Gebietskörperschaften ergeben werden? Wenn ja, in welcher Höhe?

Solche Berechnungen sind uns nicht bekannt.

23. Welche Kostenlast ergibt sich aus einer Übertragung auf Krankenkassen?

Die Festlegung eines angemessenen Verwaltungskostensatzes für die Übertragung der Krankenbetreuung von Asylbewerber/innen an eine Krankenkasse ist Sache der Vertragspartner. Im § 264 Abs. 7 SGB V sind für Asylbewerber/innen ab dem fünften Aufenthaltsjahr bis zu fünf Prozent der abgerechneten Leistungsaufwendungen als angemessene Verwaltungskosten vorgesehen. Beim Bremer Modell wird für die Asylbewerber/innen eine andere, von den Leistungsaufwendungen weitgehend unabhängige Berechnung zugrunde gelegt.

Stellungnahme der AOK Nordost zur öffentlichen Anhörung zum Thema
„Möglichkeiten der Übernahme der Medizinischen Versorgung für die nach dem
Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen
nach § 264 Absatz 1 SGB V“ am 02.04.2014

24. Wie bewerten Sie eine Versorgung durch Krankenkassenkarten an neu ankommende Flüchtlinge und auch an solche, die aufgrund nicht abgeschlossener Asylverfahren oder nicht durchführbarer Abschiebungen geduldet werden und die sich längere Zeit in den Gemeinschaftsunterkünften aufhalten?

Wir verweisen auf die Antwort zu Frage 15. Für Asylbewerber/innen mit Duldungen, für die ein mehrjähriger Aufenthalt in Deutschland typisch ist, halten wir die Ausgabe von Krankenversicherungskarten für sinnvoll.

25. Welche finanziellen Belastungen sehen Sie hinsichtlich der Asylsuchenden, denen durch die Krankenkassenkarten der Arztbesuch erleichtert werden soll?

Dazu liegen uns keine Informationen vor.

26. Stellen Infektionserkrankungen von Flüchtlingen und Asylsuchenden ein Risiko für die einheimische Bevölkerung dar?

Dazu liegen uns keine Informationen vor.

27. Sind die Lebensbedingungen der Asylbewerber/innen mit besonderen gesundheitlichen Belastungen verbunden?

Die Lebensbedingungen der Asylbewerber/innen in Deutschland bergen keine zusätzlichen gesundheitlichen Gefahren. Grundsätzlich haben Asylbewerber/innen auf Grund ihrer Vorgeschichte Ereignisse und Traumatisierungen zusätzlich zu verarbeiten.

28. Inwieweit sehen Sie einen möglichen Missbrauch durch die Einführung der Krankenkassenkarten?

Der Missbrauch der Krankenversicherungskarte ist als Problem innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung bekannt und kann nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Auch deshalb wird die Gültigkeit von KV-Karten innerhalb der GKV befristet und KV-Karten können bei Verlust oder Ablauf gesperrt werden. Diese Schutzmaßnahmen sind auch bei der Ausgabe von KV-Karten an Asylbewerber/innen möglich.

Stellungnahme der AOK Nordost zur öffentlichen Anhörung zum Thema
„Möglichkeiten der Übernahme der Medizinischen Versorgung für die nach dem
Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen
nach § 264 Absatz 1 SGB V“ am 02.04.2014

29. In welcher Hinsicht sehen Sie eine Überbeanspruchung von Allgemeinärzten und Fachärzten durch die Einführung von Krankenkassenkarten für Asylsuchende?

Eine Überbeanspruchung von Ärzten und Fachärzten durch die zusätzliche medizinische Versorgung von Asylbewerber/innen ist angesichts der geringen Zahl der Asylbewerber/innen im Verhältnis zu den GKV-Versicherten nicht zu erwarten. Zudem werden in einigen Gebietskörperschaften Asylbewerber/innen bereits jetzt durch ortsansässige Arztpraxen betreut. Die Anzahl der zu betreuenden Patienten wird sich dort nicht verändern.

30. Wie hat sich in Mecklenburg-Vorpommern seit 2008 bis einschließlich 2013 die Zahl der Asylbewerber/innen entwickelt, die sich in medizinische Behandlung begeben mussten und welches waren die am meisten festgestellten Krankheiten?

Dazu liegen uns keine Informationen vor.

31. Wie gestaltet sich die Umsetzung der Einführung der Krankenkassenkarte und sind die Karten neben der gesetzlichen Krankenversicherung auch übertragbar auf private Krankenversicherungen?

Die KV-Karten werden nach dem „Bremer Modell“ von der Sozialbehörden ausgegeben und eingezogen, etwa bei Ablauf der Gültigkeit oder Endes des Asylstatus. Die Ausgabe der KV-Karte an Asylbewerber/innen erfolgt auf vertraglicher Grundlage mit einer Krankenkasse, an die die Krankenbetreuung der Asylbewerber/innen übertragen wurde. § 264 SGB V sieht eine Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kosten-erstattung an die PKV nicht vor.

32. Inwieweit besteht Ihrer Meinung nach eine Notwendigkeit für die Übernahme der medizinischen Versorgung für die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen nach § 264 Absatz 1 SGB V?

Die Übernahme der medizinischen Versorgung für die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen nach § 264 Absatz 1 SGB V ist sinnvoll, weil sie die Krankenbetreuung der Asylbewerber/innen verbessern könnte, sich deren gesundheitliche Betreuung wirtschaftlicher gestalten ließe und die Kommunen von dieser Aufgabe entlastet werden könnten.

Anlage 7

Ausschussdrucksache 6/592

(03.04.2014)

Inhalt:

öffentliche Anhörung
**Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die
nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten
durch die Krankenkassen nach § 264 Absatz 1 SGB V**

Hier:

Redebeitrag AWO Kreisverband Wismar e. V.



AWO Beratungsdienst Migration

Ausländerbeauftragter der Hansestadt Wismar - Migrationsberatung für erwachsene Zuwanderer in der Hansestadt Wismar - Betreuung von Migranten im Landkreis Nordwestmecklenburg - Erich-Weinert-Promenade 2 - 23966 Wismar - Fon: 03841-710025 - Fax: 03841-710050 - mail: h.schlichting@awo-wismar.de

Zusammenfassung des Redebeitrags anlässlich der öffentlichen Anhörung zum Thema:

Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die nach AsylbLG § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen nach § 264 (1) SGB V

am 02.04.2014 beim Sozialausschuss des Landtages - Schwerin, Schloss, Plenarsaal

Aus hiesiger Sicht und mit dem Erfahrungshintergrund von nahezu 23 Jahren Beratung unter anderem von ausländischen Flüchtlingen, wird eine die landesweite Gewährleistung der Übernahme der medizinischen Versorgung für alle ausländischen Flüchtlinge in Mecklenburg-Vorpommern und damit einhergehende Behandlung auf der Grundlage der Ausgabe von elektronischen Chipkarten an diesen Personenkreis ausdrücklich befürwortet und unterstützt.

Stichwortartig im Folgenden die wesentlichsten der diese Position fundierenden Argumente:

- Ärztliche Versorgung ist ein Grundrecht - die Pflicht seiner Gewährleistung ohne unnötige bürokratische oder sonst wie erschwerende Momente sollte Grundanliegen jedes im Einzugsbereich des Grundgesetzes existierenden Gemeinwesens sein.
- Mit der Behandlung durch die Krankenkassen bzw. die Ausgabe elektronischer Chipkarten an alle in Mecklenburg-Vorpommern lebenden Flüchtlinge würde ein Stück Normalität in deren Alltag hergestellt - Die Entscheidung darüber, wann oder ob ein Arztbesuch eines Flüchtlings notwendig ist, kann seriös nicht von einem Sachbearbeiter einer Sozialbehörde womöglich noch unter dem Vorbehalt "angemessener Berücksichtigung" fiskalischer Spielräume, getroffen werden.
- Die bisherige Praxis der Ausgabe von Behandlungsscheinen durch Sachbearbeiter der Sozialbehörden ist eine Praxis erhöhten und vermeidbaren Verwaltungsaufwandes (eigenes, aufwändiges Abrechnen entfällt, Administration der Krankenhilfe nach AsylbLG entfällt weitgehend, Amtsarztkosten können sich verringern) und eine Praxis, die Flüchtlinge im Zweifel dazu zwingt, mit nicht-medizinischem Amtspersonal über ihre Gebrechen diskutieren und ggf. über sehr persönliche oder gar intime Belange, die eigene Gesundheit betreffend, Auskunft geben zu müssen.
- Mit der Ausgabe von Chipkarten ergibt sich als weiterer Vorteil die Möglichkeit der *gleichzeitigen* Ausstellung von Befreiungsausweisen (ohne extra aufwändiges Antrags- und Bearbeitungsverfahren), da Leistungsberechtigte nach § 1 AsylbLG aufgrund bestehender *Zuzahlungen* keine Zuzahlungen zu leisten haben., *Bestimmungen*
- Aus der Praxis der Bundesländer Bremen und Hamburg liegen bereits belastbare Erfahrungen mit Blick auf die Übernahme der medizinischen Versorgung für alle Flüchtlinge durch Krankenkassen sowie Ausgabe von elektronischen Chipkarten für Flüchtlinge vor. Diese Erfahrungen scheinen ganz überwiegend positiv zu sein:

- Laut einem Artikel in der Zeitung "Neues Deutschland" vom 07.12.2013 sind Sozialsenator Detlef Scheele (SPD) zufolge in Hamburg die Verwaltungskosten für Flüchtlingsgesundheit durch die Einführung der Krankenversicherungskarten um 42 Prozent gesunken.
- Leider immer wieder anzutreffende Pauschalaussagen, wonach vor allem relativ neu eingereiste Flüchtlinge bei Möglichkeit der Nutzung einer elektronischen Krankenversicherungskarte rechtswidrig Leistungen erlangen könnten oder "Missbrauch" betrieben werden könnten, sind letztlich nicht belegte und nicht belegbare Kriminalisierungen und sprechen im Übrigen den jeweils behandelnden Ärzten die Fähigkeit einer seriösen Einschätzung jeweilig bestehender oder nicht bestehender Behandlungsbedürftigkeit ab. -

Den genannten Mutmaßungen steht weiterhin ein Kostenvergleich von erbrachten medizinischen Leistungen für Flüchtlinge die Leistungen gemäß § 2 AsylbLG erhalten und solchen für die die Krankenbehandlung während der ersten vier Jahre ihres Aufenthalts nach den §§ 4/6 AsylbLG erfolgt, entgegen. Einem Papier des Sozialhilfeexperten Georg Clasen ist insoweit zu entnehmen, dass für Bremen die entsprechenden Kosten für jene Flüchtlinge, deren Krankenbehandlung nach den §§ 4/6 AsylbLG erfolgte, nicht höher lag als für die Flüchtlinge mit Leistungen nach § 2 AsylbLG, obwohl ursprünglich erwartet worden war, dass die Kosten aufgrund schlechteren Gesundheitszustandes nach der Einreise gerade in den ersten vier Jahren höher ausfallen müssten bzw. würden.

In Berlin, wo bislang nur Flüchtlinge, die Leistungen nach § 2 AsylbLG erhalten, auf Chipkarte behandelt werden, beliefen sich hingegen die Kosten für Krankenversorgung bei Flüchtlingen, die Leistungen nach §§ 4/6 AsylbLG erhielten, also erst Krankenbehandlungsscheine beim Sozialamt beantragen mussten, auf 189,-€ pro Person und Monat gegenüber 109,- € für Flüchtlinge mit Leistungen nach § 2 AsylbLG

- Laut Erfahrungen aus Bremen können Chipkarten für Flüchtlinge, die lediglich nach § 1 AsylbLG leistungsberechtigt sind, mit einer speziellen Code-Nummer versehen werden, so dass sich aus dem Gesetz für diesen Personenkreis ergebende Leistungsvorbehalte berücksichtigt werden können, ohne dass die Karte selbst einen expliziten, für jedermann sichtbaren Hinweis auf einen eingeschränkten Behandlungsanspruch enthält. - Bei der Vorlage der bislang üblichen Behandlungsscheine hingegen wird bzw. ist die "Sonderstellung" für jedermann, der sich in einer Arztpraxis aufhält, offensichtlich. - Die Ausgabe von Chipkarten für alle Flüchtlinge hat also auch einen Stigmatisierungen vermeidenden Effekt.
- Mitunter vorgetragene Argumente, wonach die Verwaltungskosten, die die Krankenkassen den Trägern der Sozialleistungen in Zusammenhang mit der Übernahme der medizinischen Versorgung für die nach § 1 AsylbLG leistungsberechtigten Flüchtlinge, extrem hoch seien, sind von hier aus nicht nachvollziehbar. - Ggf. müssten Angebote mehrerer, unterschiedlicher Krankenkassen eingeholt werden. -

Für Bremen sind laut entsprechender Vereinbarung zwischen Träger und (in diesem Falle) der AOK für den Personenkreis nach § 1(respektive 3) AsylbLG grundsätzlich 8,- € pro Person und angefangener Monat + ergänzender Verwaltungskosten, die sich unter Berücksichtigung der tatsächlichen Ausgabenentwicklung berechnen, vereinbart.

Wismar, 02.04.2014


Holger Schlichting

Arbeiterwohlfahrt
Kreisverband Wismar e.V.
"Beratungsdienst Migration"
Erich-Welner-Promenade 2 • 23966 Wismar
Tel. 03841 / 71 00-15 • Fax 03841 / 71 00 50

Anlage 8

Ausschussdrucksache 6/590

(03.04.2014)

Inhalt:

öffentliche Anhörung
**Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die
nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten
durch die Krankenkassen nach § 264 Absatz 1 SGB V**

Hier:

Redebeitrag Diakonisches Werk

Diakonie 
Mecklenburg-
Vorpommern

Diakonisches Werk
Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Diakonisches Werk Mecklenburg-Vorpommern e. V.
Körnerstraße 7 | 19055 Schwerin

Landtag Mecklenburg-Vorpommern
Ausschuss für Arbeit, Gleichstellung, Gesundheit
und Soziales
Frau Tegtmeier

Landespastor
Martin Scriba
Telefon: 0385 5006-121
Telefax: 0385 5006-100
scriba@diakonie-mv.de

Schwerin, 02.04.2014
Unsere Zeichen: Scr

**Anhörung: Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen
Versorgung für die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz §1
Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen nach § 264 Absatz 1
SGB V**

Anrede

Auch in einem Flächenland wie M-V haben Personen, die Leistungen nach dem
Asylbewerberleistungsgesetz erhalten, Anspruch auf eine gesundheitliche
Basisversorgung (§ 4 AsylbLG).

Die Schilderungen von Frau Seemann-Katz machen deutlich, welche
Herausforderung - besser gesagt Zumutung - die derzeitige Praxis, diesen
Anspruch bewilligt zu bekommen insbesondere in einem Flächenland für die
Betroffenen bedeutet. Vor diesem Hintergrund erscheinen Überlegungen zu einer
Krankenkassenkarte in einem Flächenland besonders angezeigt. Wir begrüßen,
dass die Debatte, nachdem Bremen solch eine Karte schon 2005 eingeführt hat,
Hamburg 2012 nun auch im Landtag von MV geführt wird.

Es geht ja mit der Einführung solch einer Krankenkassenkarte nicht um die
Ausweitung eines Leistungsanspruchs, sondern lediglich um dessen
menschfreundlichere und verfahrenstechnisch vereinfachte Umsetzung. Dass
dies geht, und wie es geht, haben Bremen und Hamburg gezeigt. Brandenburg
will nachziehen.

Was spricht gegen die Einführung einer Krankenkassenkarte?

Insbesondere die kommunale Seite befürchtet höhere Kosten für die Landkreise
und kreisfreien Städte wegen der an die Krankenkasse zu erstattenden
Verwaltungskosten. Die AOK bekam in Bremen zum Zeitpunkt des Starts des
Projektes 8 €/Person/Monat als Verwaltungspauschale.

Diakonisches Werk
Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Körnerstraße 7
19055 Schwerin

Telefon: 0385 5006-0
Telefax: 0385 5006-100
info@diakonie-mv.de
www.diakonie-mv.de

Vorsitzender des Vorstandes
Landespastor Martin Scriba

Verinsregistereintrag
Amtsgericht Schwerin Nr. 403

Steuernummer 090/141/03365

Bankverbindung
Evangelische
Kreditgenossenschaft eG
Filiale Schwerin
Konto: 6 300 014
BLZ 520 604 10
IBAN DE24 5206 0410 0006 3000 14
BIC: GENO DE F1 EK1

In Rostock ist die Umsetzung eines Beschlusses der Bürgerschaft zu Einführung der Krankenkassenkarte an dem Kostenargument gescheitert. Inzwischen sollen diese Sorgen dort vom Tisch sein.

Das Land Bremen spart dem Vernehmen nach durch das seit 2005 laufende Projekt in erheblichem Umfang administrative Kosten ein (die Administration der Krankenhilfe nach AsylbLG bei den Ämtern entfällt weitgehend, Amtsarztkosten entfallen weitgehend, auch die Abrechnungsstelle für die Leistungen entfällt).

Die Hansestadt Hamburg hat mit der Begründung von Kosteneinsparungen im Juli 2012 ebenfalls das „Bremer Modell“ übernommen. Kostenersparnis: 1,2 Mio. Euro / Jahr (aus Internetzeitung Rostock vom 07.11.2013)

In Berlin ergeben sich laut Asylbewerberleistungsstatistik 2008 für die Versorgung nach §§ 4/6 AsylbLG Kosten von 189 €/Monat/Person (173 €/Person/Monat nach § 4 AsylbLG, zzgl. 50 % der Ausgaben bzw. 16 €/Monat als geschätzter Anteil der medizinischen Leistungen nach § 6 AsylbLG). Für AsylbLG-Leistungsberechtigte, die länger als 4 Jahre im Lande sind (§ 2 AsylbLG i. V. mit § 264 SGB V), mit Chipkarte einer Krankenversicherung, fielen im Jahr 2008 Kosten von 109 €/Monat/ Person an.

Ursachen der Mehrkosten dürften neben dem möglicherweise schlechteren Gesundheitszustand bei Einreise die überproportionale Inanspruchnahme medizinischer Notdienste sein, oder auch wegen der fehlenden Chipkarte und einer restriktiven Vergabepaxis bei den Sozialämtern die Verschleppung von Krankheiten und damit am Ende höhere Behandlungskosten. (Georg Claassen-Flüchtlingsrat Berlin)

Weitere Kostenersparnisse sind:

Zeit- und Wegekostenersparnis für Flüchtlinge, Betreuer und Dolmetscher
gegebenenfalls auch kürzere Behandlungszeiten, weil Krankheiten nicht verschleppt werden.

Auch für Ärzte ist die Krankenkassenkarte von Vorteil: Sie müssen keine Einzelrechnungen mehr stellen, sondern können ihre erbrachten Leistungen direkt über die Krankenkassenkarte abrechnen, was wiederum dazu dient, dass die Bürokratie in den Behörden abgebaut wird.

Summa summarum: Das Kostenargument zieht nicht.

Was spricht dagegen?

Eine erhöhte Missbrauchsgefahr?

Kein System ist absolut vor Missbrauch sicher. Asylbewerberinnen und Asylbewerber sowie Geduldete sind nicht per se krimineller als andere Bevölkerungsgruppen. Da gibt es nur Eines: Die missbrauch-sichere Weiterentwicklung des Gesamtsystems z.B. durch die elektronische Gesundheitskarte mit Bild.

Was spricht dagegen?

Dass die Koalition in Berlin sich vorgenommen hat - Zitat aus der Koalitionsvereinbarung: „die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes zum Asylbewerberleistungsgesetz zügig umzusetzen.“? Sollen wir also abwarten, bis der Bundesgesetzgeber tätig geworden ist?

Richtig ist, dass, nachdem das Bundesverfassungsgericht insbesondere die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz gewährten Grundleistungen als verfassungswidrig eingestuft und deren Höhe mit einer Übergangsregelung im Wesentlichen an die SGB XII -Leistungen angeglichen hat, der Bundesgesetzgeber etwas tun muss. Klug wäre – und das fordern Flüchtlingsräte und Wohlfahrtsverbände deutschlandweit –, er würde das Asylbewerberleistungsgesetz ganz abschaffen, weil es nicht zwei unterschiedliche soziokulturelle Existenzminima geben darf. Das steht aber, wenn man den Tonfall der Koalitionsvereinbarung wahrnimmt, leider überhaupt nicht zu erwarten, so dass man auch in Zukunft mit solch einem Gesetz in welcher Form auch immer, wird leben müssen. Aber selbst, wenn dem nicht so wäre, müsste ein Anspruch auf Gesundheitsleistungen für Asylbewerber, Flüchtlinge, Geduldete usw. organisiert werden. Das geht am besten mit einer Krankenkassenkarte, wer immer in Zukunft Kostenträger sein wird. Deshalb kann man sie ohne zögern auch schon jetzt einführen.

Schlussbemerkung:

Wir machen und stark für eine landesweit einheitliche Regelung. Die erweiterte, auf das ganze Land bezogene Residenzpflicht für Asylbewerber legt dies nahe. Aus anderen Bezügen (z.B. bei der Umsetzung des KiföG) wissen wir, wie aufwändig die in den Landkreisen und kreisfreien Städten jeweils unterschiedliche Verwaltungspraxis ist. Solche Fehler sollten wir von Anfang an vermeiden. Wir treten dafür ein, dass es **einen** landesweit gültigen Vertrag der kommunalen Gebietskörperschaften sowie der Landesregierung mit aus pragmatischen Gründen **einer** Krankenkasse gibt. Dass wir mit solch einem Schritt eine Willkommenskultur gegenüber Menschen, die von außen zu uns kommen, schon leben, ist wahrscheinlich zu viel behauptet. Aber er wäre zumindest ein kleines Zeichen auf dem Weg dorthin.

Martin Scriba
Landespastor

Anlage 9

Ausschussdrucksache 6/573

(20.03.2014)

Inhalt:

öffentliche Anhörung
**Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die
nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten
durch die Krankenkassen nach
§ 264 Absatz 1 SGB V**

Hier:

gemeinsame Stellungnahme vom Diakonischen Werk Schwerin und dem
Flüchtlingsrat Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Öffentliche Anhörung zum Thema

Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen nach § 264 Absatz 1 SGB V

am 02. April 2014 im Sozialausschuss des Landtages Mecklenburg-Vorpommern

Gemeinsame Antworten von Diakonisches Werk Mecklenburg-Vorpommern und Flüchtlingsrat MV e.V.

Die Fragen werden in Blöcken zusammenhängend beantwortet:

A. Der Grundsatz:

Die Menschenwürde ist migrations- und gesundheitspolitisch nicht teilbar.

1. ... Wie beurteilen Sie grundsätzlich eine entsprechende Übertragung als Teil einer aktiven Willkommenskultur auf alle Gebietskörperschaften in unserem Bundesland?

10. Welche konkreten Verbesserungen bei der medizinischen Versorgung des o.g. Personenkreises sind aus Ihrer Sicht mit der Einführung einer Regelung analog zum „Bremer Modell“ verbunden?

15. Ab welchem Zeitpunkt des Aufenthaltes kann und soll die Ausgabe des Krankenversicherungskarte an die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz Leistungsberechtigten aus Ihrer Sicht erfolgen und warum?

24. Wie bewerten Sie eine Versorgung durch Krankenkassenkarten an neu ankommende Flüchtlinge und auch an solche, die aufgrund nicht abgeschlossener Asylverfahren oder nicht durchführbarer Abschiebungen geduldet werden und die sich längere Zeit in den Gemeinschaftsunterkünften aufhalten?

25. Welche finanziellen Belastungen sehen Sie hinsichtlich der Asylsuchenden, denen durch die Krankenkassenkarten der Arztbesuch erleichtert werden soll?

32. Inwieweit besteht Ihrer Meinung nach eine Notwendigkeit für die Übernahme der medizinischen Versorgung für die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen nach § 264 Absatz 1 SGB V?

Diakonie und Flüchtlingsrat MV e.V. begrüßen, dass der Gesetzgeber über eine Änderung der derzeitigen Regelung nachdenkt. Sie haben bereits seit langem die Einführung einer Krankenkassenkarte für Leistungsempfänger nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) gefordert.

Nach Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte ist der Zugang zu Gesundheit ein fundamentales Menschenrecht. Entsprechend ist die medizinische Versorgung der gesamten

Bevölkerung eine Verpflichtung für Staat und Gesellschaft. Der Staat hat die Aufgabe, auch für soziale Gruppen in besonders prekären Lebenslagen barrierefreien Zugang zu einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung zu gewährleisten. Diese Verpflichtung lässt sich auch direkt aus dem Grundgesetz mit seinem Bekenntnis zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten ableiten. Daraus folgt, dass der Staat auch aktive Maßnahmen ergreifen muss, damit Menschen von ihren grundlegenden Rechten wirksam Gebrauch machen können.

Mit den Regelungen durch das Asylbewerberleistungsgesetz sind Asylbewerberinnen und Asylbewerber sowie Geduldete schlechter gestellt als andere Menschen in Deutschland, seien es Ausländer mit gesichertem Aufenthalt oder Deutsche. Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) ist nach unserer Auffassung insofern verfassungswidrig.

Obwohl die Landesverfassung Mecklenburg-Vorpommern den Begriff „Gesundheit“ nicht kennt, ist das Land dennoch gehalten, im Rahmen der übrigen gesetzlichen Grundlagen das Menschenrecht auf Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen umzusetzen. Das heißt im Fall der Leistungsberechtigten nach AsylbLG § 1 Absatz 1, alles zu tun, was eine Gleichstellung der Menschen näherkommt, zumindest soweit es die Bundesgesetzgebung zulässt.

Der Landtag Mecklenburg-Vorpommern hat diese Gleichstellung in seiner Beschlussfassung zur Drucksache 06/1758 „Für eine Willkommenskultur in Mecklenburg-Vorpommern - Menschen mit Migrationshintergrund bereichern unsere Gesellschaft und unser Zusammenleben“ begrüßt, indem er u. a. auf das Integrationskonzept des Landes verwiesen hat.

In der Landeskonzeption für die Förderung der Integration von Migrantinnen und Migranten S. 38 das Ziel formuliert: „Gesundheitspolitisches Ziel ist die gleichberechtigte Teilhabe von Migrantinnen und Migranten an den Leistungen des Gesundheitswesens.“

Die Praxis, für Asylbewerberinnen und Asylbewerber sowie Geduldete, nur quartalsweise einen Schein für den Allgemeinarzt auszustellen, verstößt schon deswegen gegen diese Zielstellung, da bei jeder Überweisung oder weitergehender notwendiger Behandlung, die durch den Arzt festgestellt wurde, zunächst ein Gang zum Sozialamt und Amtsarzt dazwischengeschaltet werden muss. Dadurch kommt es zu Verzögerungen, Verschleppungen von Krankheiten, und es entstehen den Flüchtlingen gegebenenfalls zusätzliche Fahrtkosten.

Am Eingangstresen der Arztpraxis können alle Umstehenden sofort erkennen, dass es sich um einen „besonderen“ Menschen handeln muss, wenn dieser die Frage nach einer Karte verneinen muss.

Die Einführung einer Krankenkassenkarte für Leistungsempfänger nach AsylbLG § 1 Absatz 1 halten wir daher aus humanitärer wie aus praktischer Sicht für notwendig und geboten.

Die konkreten Verbesserungen nach Aushändigung von Krankenkassenkarten, sind aus unserer Sicht im Wesentlichen:

- keine Diskriminierung in der Empfangszone der Arztpraxen
- Zeit- und Wegeersparnis für Flüchtlinge, Betreuer_innen und Dolmetscher_innen
- Einsparung von Fahrtkosten und Wegezeiten, Dolmetscherkosten und Kosten der Betreuungszeit
- Vermeidung von Krankheitsverschleppungen, kürzere Behandlungszeiten
- Mittelbar mögliche Einsparung bei den Behandlungskosten

Asylverfahren dauern in der Regel drei bis vier Jahre. Sie können sich in Einzelfällen auch über ein Jahrzehnt hinziehen. Abgelehnte Asylbewerberinnen und Asylbewerber verbleiben danach häufig über Jahre geduldet in Deutschland. Die Einsparungen fallen also umso höher aus, je eher Asylbewerberinnen und Asylbewerber sowie Geduldete eine Krankenkassenkarte erhalten. Dies kann und sollte aus unserer Sicht sofort nach der Umverteilung aus der Erstaufnahmeeinrichtung in eine Kommune mit dem ersten Besuch im Sozialamt zum Bezug von Leistungen beantragt werden können.

B. Die Umsetzung:

2. Welche Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede bestehen zwischen Rostock und Schwerin hinsichtlich der Umsetzung der Übertragung von Krankenbehandlungen für Flüchtlinge, Asylbewerber/Innen und Geduldete auf die Krankenkassen?

Die Frage kann nicht auf diese beiden Städte konzentriert werden, da ein landesweites Konzept notwendig ist.

6. Wie gestaltet sich für die Leistungsberechtigten nach § 1, 1a des AsylbLG der Verfahrensweg bis zur Inanspruchnahme der Gesundheitsleistung?

Personen, die Leistungen nach dem AsylbLG erhalten, wird im Bereich der Gesundheitsleistungen eine Basisversorgung gewährt (§ 4 AsylbLG). Diese umfasst Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt. Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstige zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist. Bei Schwangerschaft sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.

Die zuständige Behörde stellt die ärztliche und zahnärztliche Versorgung einschließlich der amtlich empfohlenen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen sicher (§ 4 AsylbLG). Zudem können sonstige Leistungen gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind (§ 6 AsylbLG). Danach werden auch Leistungen gewährt, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht vorgesehen sind, wie zum Beispiel Dolmetscherkosten, sofern die Herbeiziehung eines Dolmetschers für die Behandlung erforderlich ist.

Über die Erforderlichkeit und Art der Behandlung ist ausschließlich unter medizinischen Gesichtspunkten zu entscheiden. Da die Sachbearbeiter der zuständigen Behörden dazu regelmäßig nicht in der Lage sind, bedarf es in jedem Einzelfall der Beurteilung durch einen fachkompetenten Arzt oder Zahnarzt. Zunächst entscheidet somit der behandelnde Arzt, ob die Behandlung erforderlich ist und in der vorgesehenen Form durchgeführt werden kann. Wenn im Einzelfall ein Arzt/Zahnarzt eine akute Erkrankung oder einen Schmerzzustand diagnostiziert und hierüber eine aussagekräftige und nachvollziehbare Bescheinigung ausstellt, hat der Leistungsberechtigte regelmäßig Anspruch auf die zur Beseitigung der akuten Erkrankung bzw. des Schmerzzustandes erforderliche Behandlung.

Oft wird auf der Rückseite des von der Leistungsbehörde ausgestellten Behandlungsscheins auf den Leistungsrahmen hingewiesen. Behandelnde Ärzte werden bei Bedarf zumindest schriftlich oder

telefonisch über den Leistungsumfang nach dem AsylbLG informiert und dazu angehalten, die entsprechenden Kriterien zu beachten.

In der Praxis erweist sich der Erhalt von Behandlungsscheinen als sehr aufwändig. Beim Auftreten einer akuten Erkrankung sind die Leistungsberechtigten verpflichtet, bei der zuständigen Behörde vorzusprechen und einen Terminzettel der Arztpraxis als Nachweis des aktuellen Behandlungsbedarfs vorzulegen. Oft werden Betreuer und Dolmetscher der Gemeinschaftsunterkunft bzw. der dezentralen Unterbringung miteinbezogen.

Neben der (immer noch auftretenden) restriktiven Vergabepaxis bei den Sozialämtern, wodurch oft Krankheiten verschleppt werden, verursacht diese Praxis zusätzlichen Mehrkosten für medizinische Notdienste, die überproportional in Anspruch genommen werden müssen, sowie Fahrt- und Dolmetscherkosten.

C. Die Leistungseinschränkungen:

4. Kann durch die Leistungsberechtigten nach § 1 AsylbLG grundsätzlich der gesamte Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen in Anspruch genommen werden?

5. Sind darüber hinaus Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, bspw. bei Präventionsleistungen, im Vergleich zu gesetzlich versicherten deutschen Staatsangehörigen festzustellen?

8. Ist im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgungsqualität von Leistungsberechtigten nach § 1,1a, des AsylbLG eine Ablösung der speziellen Genehmigungspflicht durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen sachdienlich?

16. Ist es über das Verfahren der Krankenversicherungskarte für Asylbewerber möglich, Leistungen zu begrenzen, auf die die jeweiligen Personen Anspruch haben? Führt dieses Verfahren zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand seitens der behandelten Ärzte/ Krankenhäuser?

Das Asylbewerberleistungsgesetz schränkt Gesundheitsdienstleistungen nach § 4 Absatz 1 auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände ein. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

Im „Bremer Modell“ gibt es einige Leistungsvorbehalte, bei denen weiterhin das Sozialamt entscheidet:

- für Psychotherapien Begutachtung durch einen vom Senat beauftragten Klinikarzt,
- Begutachtung eines Amtsarztes für Disease-Management-Programm (DMP),
- Begutachtung eines Amtsarztes für Zahnersatz,

Es gibt aber keine Begutachtung für stationäre Krankenhaus-Behandlungen.

Seit 2005 erhalten Asylsuchende eine Chipkarte der allgemeinen Ortskrankenkasse, die ihnen den direkten Zugang zur medizinischen Versorgung ermöglicht. Die AOK übernimmt die Kosten der Krankenbehandlung und erhält dafür vollen Kostenersatz sowie eine Verwaltungskostenpauschale von der Hansestadt Bremen. Allerdings sieht auch das Bremer Modell, das auf Stadtstaaten ausgerichtet ist, grundsätzlich einen Leistungsrahmen entsprechend dem AsylbLG und damit keine umfassende Gleichstellung der Gesundheitsversorgung der Asylbewerber mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vor.

Diese Karten enthalten keinen Hinweis auf einen eingeschränkten Behandlungsanspruch nach dem AsylbLG. Der Personenkreis ist nur an der Code-Nr. auf der Karte zu erkennen (ebenso wie auch bei den übrigen Versicherten nach § 264 II SGB V). Die AOK erhält 8 €/Person/Monat als Verwaltungspauschale. Die AOK rechnet mit dem Land Bremen die real entstandenen Behandlungskosten ab (vgl. § 264 SGB V, ebenso wie auch beim Personenkreis nach § 2 AsylbLG).

Für behandelnde Ärzte/ Krankenhäuser ist das ein Vorteil: Es müssen keine Einzelrechnungen mehr gestellt werden, sondern sie können ihre erbrachten Leistungen direkt über die Krankenversichertenkarte abrechnen, was wiederum dazu dient, dass die Bürokratie in den Behörden abgebaut wird.

21. Welche Parallelen können bei Betrachtung des Verwaltungs- und Umsetzungsweges zu anderen Leistungsempfängern gezogen werden?

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen gemäß § 264 Abs. 2 SGB V die Krankenbehandlung für nicht gesetzlich oder nicht privat krankenversicherte Empfänger von Leistungen nach dem SGB XII und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 AsylbLG. Die Betroffenen sind damit verfahrenstechnisch den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen gleichgestellt, ohne jedoch selbst zu Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen zu werden.

D. Die Kosten:

9. Sind in diesem Fall Kostensteigerungen zu erwarten oder führt die Übertragung an die Krankenkassen zu Kosteneinsparungen in den Kommunen? In welcher Höhe werden die Kostensteigerungen bzw. -einsparungen beziffert?

Das Land Bremen spart durch das Projekt in erheblichem Umfang administrative Kosten ein (Abrechnungsstelle entfällt, Administration der Krankenhilfe nach AsylbLG bei den Ämtern entfällt weitgehend, Amtsarztkosten entfallen weitgehend).

Diakonie und Flüchtlingsrat fehlen hierzu belastbare Daten, da solche in Mecklenburg-Vorpommern nicht vorliegen. Die Hansestadt Hamburg hat mit der Begründung von Kosteneinsparungen im Juli 2012 ebenfalls das „Bremer Modell“ übernommen.

In Berlin ergeben sich laut Asylbewerberleistungsstatistik 2008 für die Versorgung nach §§ 4/6 AsylbLG Kosten von 189 €/Monat/Person (173 €/Person/Monat nach § 4 AsylbLG, zzgl. 50 % der Ausgaben bzw. 16 €/Monat als geschätzter Anteil der medizinischen Leistungen nach § 6 AsylbLG). Für AsylbLG-Leistungsberechtigte mit Chipkarte einer Krankenversicherung nach § 2 AsylbLG i. V. mit § 264 SGB V fielen im Jahr 2008 Kosten von 109 €/Monat/Person an.¹

An Dolmetscher-, Wege- und Betreuungskosten kann zusätzlich zu dem oben Genannten mit Sicherheit gespart werden (siehe Antwortblock A.).

E. Im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern ist zu beachten:

11. Welche Spezifika sind bei einer Übertragung des „Bremer Modells“ auf ein Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern zu beachten?

¹ Georg Claassen, Flüchtlingsrat Berlin

12. Mit welchen konkreten Schritten kann Ihrer Meinung nach die Landesregierung eine solche Übertragung unterstützen?

13. Bei welchen Ressorts sehen Sie in dieser Hinsicht welche konkrete fachliche und/oder koordinierende Verantwortung? Wie und mit welchen Partner_innen sollte diese ausgestaltet werden?

19. Wie würden die entstehenden Kosten für Gesundheitsbehandlungen und Verwaltung nach Einführung einer solchen Karte zwischen der kommunalen Ebene und dem Land abgerechnet werden?

20. Stehen Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen bei der Umsetzung der Übertragung von den Gebietskörperschaften auf Krankenkassen zu erwarten?

Die Krankenkasse kann nach § 264 Absatz 1 für Arbeits- und Erwerbslose, die nicht gesetzlich gegen Krankheit versichert sind, für andere Hilfeempfänger sowie für die vom Bundesministerium für Gesundheit bezeichneten Personenkreise die Krankenbehandlung übernehmen, sofern der Krankenkasse Ersatz der vollen Aufwendungen für den Einzelfall sowie eines angemessenen Teils ihrer Verwaltungskosten gewährleistet wird. Die Aufwendungen, die den Krankenkassen durch die Übernahme der Krankenbehandlung nach den Absätzen 2 bis 6 entstehen, würden ihnen dann nach § 264 Absatz 7 von den für die Hilfe zuständigen Trägern der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe vierteljährlich erstattet. Die Zuständigkeit liegt also zunächst bei den Landkreisen und kreisfreien Städten.

Da die Landkreise und kreisfreien Städte in der Wahl des Vertragspartners frei sind, kommt es dazu, dass unterschiedliche Krankenkassen erstatten. Wünschenswert wäre eine landesweit einheitliche Lösung, die in einem Landesrahmenvertrag fixiert werden könnte. Der Verwaltungsaufwand wäre dann wegen der höheren Fallzahlen leichter tragbar.

Zuständig für die Erstattung der reinen Behandlungskosten an die Kommunen ist das Innenministerium Mecklenburg-Vorpommern. Es wäre daher von Vorteil, wenn das Innenministerium unter fachlicher Begleitung aus dem Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales (Abteilung 3 Gesundheit und Arbeitsschutz) stellvertretend für die Kommunen des Landes Verhandlungen mit verschiedenen Krankenkassen aufnehmen würde, um den kostengünstigsten Satz für die Verwaltungskosten auszuhandeln.

18. Erachten Sie vor dem Ziel der dezentralen Unterbringung von Asylbewerbern in Mecklenburg-Vorpommern die Einführung einer Krankenversicherungskarte für Asylbewerber für förderlich?

25. Welche finanziellen Belastungen sehen Sie hinsichtlich der Asylsuchenden, denen durch die Krankenkassenkarten der Arztbesuch erleichtert werden soll?

Die Kreisgebietsreform Mecklenburg-Vorpommern (Verwaltungsmodernisierung in MV) reduzierte die Anzahl der Landkreise und kreisfreien Städte in Mecklenburg-Vorpommern ab dem 4. September 2011.

Die im ländlichen Raum dezentral untergebrachten Asylbewerber werden hauptsächlich auf kleine Gemeinden in den sogenannten Plattenbausiedlungen verteilt. Zu den entstehenden räumlichen und sozialen Segregationstendenzen kommt noch die Entfernung zu der Verwaltung. Durch den ländlichen Charakter wird nicht nur die aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben eingeschränkt, sondern es entstehen enorme Fahrtkosten für die Betroffenen, die durch eine wegfallende Behandlungsscheinplicht reduziert werden könnten. Zusätzlich besteht bei den Asylbewerbern der

Anspruch auf die Betreuung und Begleitung zu den Sozialämtern durch das Fachpersonal, dessen Fahrtkosten sich durch die Einführung der Krankenversicherungskarte ebenfalls reduzieren ließen.

F. Diskriminierende Fragestellungen:

26. Stellen Infektionserkrankungen von Flüchtlingen und Asylsuchenden ein Risiko für die einheimische Bevölkerung dar?

27. Sind die Lebensbedingungen der Asylanten mit besonderen gesundheitlichen Belastungen versehen?

28. Sehen Sie einen möglichen Missbrauch durch die Einführung der Krankenkassenkarten?

Jede gefährliche ansteckende Infektionskrankheit ist ein Risiko für die Bevölkerung – unabhängig davon, ob ein Deutscher die Krankheit aus dem Ausland einschleppt oder ein Geflüchteter. Im Krisengebiet Syrien sind aufgrund der Bürgerkriegssituation die offiziell berichteten Polio-Impfquoten von 91% (im Jahr 2010) auf 68% (2012) gesunken. UNICEF geht von noch niedrigeren Impfquoten aus. Daher stellen in Syrien insbesondere Kinder unter 3 Jahren (d.h. nach 2010 geboren) eine Risikogruppe dar. Aufgrund der Flüchtlingsbewegungen muss in Deutschland eine mögliche Einschleppung von Polioviren durch Asylsuchende aus Syrien sehr ernst genommen werden. Nach entsprechender Beratung durch die Nationale Kommission für die Polioeradikation in Deutschland empfiehlt das Robert Koch-Institut u. a. die Impfung, welche auch umgesetzt wird. Bereits in der Erstaufnahmeeinrichtung werden Flüchtlinge auf ansteckende Krankheiten untersucht. Es besteht kein Risiko für die einheimische Bevölkerung.

Der Dysphemismus „Asylant“ geht leicht und abfällig über die Lippen wie die Worte „Spekulant“ oder „Querulant“. Die der deutschen Sprache mächtigen Asylbewerberinnen und Asylbewerber sowie Geduldete empfinden ihn als Schimpfwort. Sprachlich neutral betrachtet, handelt es sich um ein substantiviertes Partizip und bezeichnet Menschen, die bereits eine Asylanerkennung haben. Der Begriff ist also in zweierlei Hinsicht nicht zutreffend.

Die Lebensbedingungen der Asylbewerberinnen und Asylbewerber sowie Geduldeten unterscheiden sich im Übrigen sehr von denen der Deutschen oder der Ausländer mit gesichertem Aufenthalt. Heimunterbringung, Arbeitsverbote, ein „Leben in der Warteschleife“ können zu psychischen und/oder psychosomatischen Erkrankungen führen.

Asylbewerberinnen und Asylbewerber sowie Geduldete sind nicht per se krimineller als andere Bevölkerungsgruppen. Auch deutsche Privatversicherte „leihen“ sich wegen des Ausschlusses von speziellen Leistungen ihrer Krankenkasse die Karten von pflichtversicherten Bekannten oder Verwandten aus. Die elektronische Gesundheitskarte mit Bild soll dem allgemeinen Missbrauch vorbeugen. Wie gut dies gelingen wird, wird die Zukunft zeigen.



M. Scriba

Landespastor für Diakonie



Ulrike Seemann-Katz

Vorsitzende Flüchtlingsrat MV

Anlage 10

Ausschussdrucksache 6/591

(03.04.2014)

Inhalt:

öffentliche Anhörung
**Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die
nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten
durch die Krankenkassen nach § 264 Absatz 1 SGB V**

Hier:

Redebeitrag Flüchtlingsrat Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Anrede,

wir vom Flüchtlingsrat MV e.V. begrüßen, dass Sie über eine Änderung der derzeitigen Regelung nachdenken. Wir haben ja bereits seit langem die Einführung einer Krankenkassenkarte für Flüchtlinge, die dem AsylbLG unterliegen, gefordert.

Für uns ist der Zugang zu Gesundheit ein fundamentales Menschenrecht. Die medizinische Versorgung der gesamten Bevölkerung ist eine Verpflichtung für Staat und Gesellschaft. Der Staat hat die Aufgabe, auch für soziale Gruppen in besonders prekären Lebenslagen barrierefreien Zugang zu einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung zu gewährleisten. Diese Verpflichtung lässt sich auch direkt aus dem Grundgesetz ableiten. Daraus folgt, dass der Staat auch aktive Maßnahmen ergreifen muss, damit Menschen von ihren grundlegenden Rechten wirksam Gebrauch machen können.

Mit den Regelungen durch das Asylbewerberleistungsgesetz sind Asylbewerberinnen und Asylbewerber sowie Geduldete schlechter gestellt als andere Menschen in Deutschland, seien es Ausländer mit gesichertem Aufenthalt oder Deutsche. Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) ist nach unserer Auffassung auch insofern verfassungswidrig.

Im Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom Juli 2012 findet sich im Übrigen auch explizit der Satz „Die Menschenwürde ist migrationspolitisch nicht teilbar“. Damals wurden zwar nur die Leistungssätze beklagt. Aber sollte sich mal ein Flüchtling „bis nach oben durchklagen“, wären nach der Logik des Satzes auch diese Leistungseinschränkungen im Gesundheitsbereich hinfällig.

Das Land Mecklenburg-Vorpommern ist nach unserer Auffassung gehalten, im Rahmen der übrigen gesetzlichen Grundlagen das Menschenrecht auf Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen umzusetzen. Das heißt im Fall der Leistungsberechtigten nach AsylbLG § 1 Absatz 1, alles zu tun, was eine Gleichstellung der Menschen näherkommt, zumindest soweit es die Bundesgesetzgebung zulässt.

Der Landtag Mecklenburg-Vorpommern hat übrigens diese Gleichstellung in seiner Beschlussfassung zur Drucksache 06/1758 „Für eine Willkommenskultur in Mecklenburg-Vorpommern - Menschen mit Migrationshintergrund

bereichern unsere Gesellschaft und unser Zusammenleben“ begrüßt, indem er u. a. auf das Integrationskonzept des Landes verwiesen hat.

In der Landeskonzeption für die Förderung der Integration von Migrantinnen und Migranten S. 38 das Ziel formuliert: „*Gesundheitspolitisches Ziel ist die gleichberechtigte Teilhabe von Migrantinnen und Migranten an den Leistungen des Gesundheitswesens.*“

Die Praxis nur quartalsweise einen Schein für den Allgemeinarzt auszustellen, verstößt schon deswegen gegen diese Zielstellung, da bei jeder Überweisung oder weitergehender notwendiger Behandlung, die durch den Arzt festgestellt wurde, zunächst ein Gang zum Sozialamt und Amtsarzt dazwischengeschaltet werden muss. Das müssen wir Deutsche nicht. Durch diese „Rennerei“ kommt es zu Verzögerungen, Verschleppungen von Krankheiten, und es entstehen den Flüchtlingen gegebenenfalls zusätzliche Fahrtkosten.

Ich habe mir gedacht, ich gebe mal ein ganz konkretes Beispiel, wie es korrekt ablaufen muss:

Ein Flüchtling ist beispielsweise in der GU in Torgelow untergebracht. Er hat sich auf der Flucht eine Verletzung am Knie zugezogen. Zunächst wurde das in Horst festgestellt. Mehr nicht. Er wurde mit Schmerzmitteln versorgt und, weil die Erstaufnahmeeinrichtung voll ist, schnell umverteilt. Es ist der zehnte des Monats. Er hat starke Schmerzen. Einen Behandlungsschein hat er noch nicht.

Nun muss er als erstes zum Sozialamt. Das zuständige Sozialamt ist in Anklam, wie mir Herr Woiczekowski von European Homecare erklärte. Die Entfernung Ortsmitte zu Ortsmitte sind 36 km. Das ist selbst mit einem gesunden Knie zu weit für ein Fahrrad. Via Michelin gibt als Fahrzeit mit dem PKW 40 Minuten an. Er wird also über die Betreuer in der GU den Fahrplan des ÖPNV erfahren.

Den habe ich dann recherchiert. Ich werde ihn hier nicht vorlesen. Aber: Es gibt keine durchgehende Verbindung. Man benötigt von Torgelow nach Anklam per Bus mit 3 Mal Umsteigen (Ferdinandshof, Neuendorf, Anklam) 1 Std. und 40 Min oder mit nur einmal Umsteigen wegen der Gehbehinderung (in die Bahn in Jatznick) 2 Std. und 17 Min.

Die letzte Möglichkeit der Rückfahrt ist übrigens besonders absurd: 16:16 Uhr ab Anklam (Bahn nach Pasewalk), Ankunft (Bus nach Torgelow) in Torgelow: 20:55 Uhr. (Wenn also jemand mit einem Schulkind zum Kinderarzt muss).

Zurück zu unserem Flüchtling mit dem kaputten Knie: Er hat jetzt einen Schein und einen Termin beim Allgemeinarzt. Der wird ihn zu einem Orthopäden überweisen. Den Behandlungsschein muss er sich wieder in Anklam abstempeln lassen. Dann gibt es vielleicht noch eine Überweisung ins Krankenhaus und und und.

Es läuft in der Praxis hier ganz anders: Herr Woicziekowski sammelt tagsüber die Behandlungsscheine aus Wolgast, fährt abends nach Torgelow, holt dort die über den Tag gesammelten Krankenscheine ab und bringt sie am nächsten Morgen zum Sozialamt nach Anklam. Dort werden alle gestempelt, ohne die Flüchtlinge anzusehen. Das ist in meinen Augen pure Bürokratiebeschäftigung. Hier wäre eine Karte wesentlich einfacher, schneller und preiswerter.

Es gibt aber auch Kommunen in Mecklenburg-Vorpommern, die den Amtsarztvorbehalt wesentlich ernster nehmen. Hier muss das Betreuungspersonal der GU mit den Sozialämtern verhandeln – oder der Flüchtling. Dass der das wegen seiner fehlenden Sprachkenntnisse oft nicht kann, versteht sich von selbst. Im Einzelfall kann das sehr gefährlich werden, wie es ab und zu auch in den Medien zu lesen ist (Plauen Februar 2014).

Die konkreten Verbesserungen nach Aushändigung von Krankenkassenkarten, sind aus unserer Sicht im Wesentlichen:

- keine Diskriminierung in der Empfangszonen der Arztpraxen
- Zeit- und Wegeersparnis für Flüchtlinge, Betreuer_innen und Dolmetscher_innen
- Einsparung von Fahrtkosten und Wegezeiten, Dolmetscherkosten und Kosten der Betreuungszeit
- Vermeidung von Krankheitsverschleppungen, kürzere Behandlungszeiten
- Mittelbar mögliche Einsparung bei den Behandlungskosten

Wir haben in unserer Stellungnahme auch noch Ausführungen

- zur praktischen Umsetzung (Zeitpunkt, Zuständigkeiten, Kostenerstattung)
- zu den Einschränkungen
- zu Parallelen zu anderen Leistungsempfänger_innen
- zu unserer Ansicht nach diskriminierenden Fragestellungen

gemacht. Dazu fragen Sie dann nachher bitte gerne nach.

Abschließend möchte ich nur noch etwas zu den Kosten ausführen:

Sowohl die HB als auch die HH haben festgestellt, dass sie Kosten einsparen. Berlin hat das auch berechnen lassen. Auch dazu finden sich Ausführungen.

Wenn Sie der konkrete Fall nicht überzeugt hat, dann vielleicht die Kostenrechnung?

Wir würden uns jedenfalls freuen, wenn das Land eine Art Rahmenvereinbarung hinbekommen würde.

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit.

Anlage 11

Ausschussdrucksache 6/577

(21.03.2014)

Inhalt:

öffentliche Anhörung
**Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die
nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten
durch die Krankenkassen nach
§ 264 Absatz 1 SGB V**

Hier:

Stellungnahme Kassenärztliche Vereinigung M-V



**Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Kassenärztliche Vereinigung M-V | Postfach 160146 | 19091 Schwerin

Landtag Mecklenburg-Vorpommern
Sozialausschuss
Die Vorsitzende
Frau Martina Tegmeier
Lennèstr. 1
19053 Schwerin

Verwaltungsdirektor

Ansprechpartner(in):

Telefon: 0385 7431 206
Fax: 0385 7431 66 205
eMail: Mbeer@kvmv.de
www.kvmv.de

Ihre Zeichen: La/Pa

Unsere Zeichen / AZ: ka-be

Ihre Nachricht vom: 03.02.2014

Datum: 17.03.2014

Anhörung zu den Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen nach § 264 Abs. 1 SGB V

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,
sehr geehrte Damen und Herren,

in genannter Angelegenheit möchten wir uns zunächst dafür bedanken, dass Sie uns die Möglichkeit einräumen, auf den Ihrem Schreiben beigefügten Fragenkatalog einzugehen und zum Gegenstand der Anhörung Stellung zu nehmen.

Bevor wir uns zu den einzelnen Fragen äußern, möchten wir zunächst allgemein darauf hinweisen, dass die von den niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten für den nach dem Asylbewerberleistungsgesetz leistungsberechtigten Personenkreis erbrachten ambulanten medizinischen Leistungen bei der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (nachfolgend KVMV) abgerechnet werden. Die Vertragsärzte erhalten hierfür eine Vergütung von der KVMV, die ihrerseits mit den jeweils zuständigen Kostenträgern abrechnet. Damit besteht hier eine langjährige Erfahrung mit dieser Thematik.

Nachfolgend möchten wir gern auf einzelne ausgewählte Fragestellungen näher eingehen. Wir haben uns dabei auf die Beantwortung jener Fragen beschränkt, für die aufgrund unserer Erfahrungen mit der Thematik eine entsprechende Sachkompetenz besteht.

Zu Frage 1:

Bei einer entsprechenden Übertragung der Verfahrensweise gemäß § 264 Abs. 1 SGB V auf die Gebietskörperschaften des Landes erwarten wir, dass der Bearbeitungsaufwand in allen Bereichen (Arztpraxis, KV, Kasse, Gebietskörperschaft) deutlich reduziert werden würde. Die Anzahl der Behandlungsfälle in den direkten Abrechnungen für die Sozialämter in MV würde um 70 % reduziert werden. Bereits heute haben Sozialhilfeempfänger gemäß § 264 Abs. 1 eine Chipkarte mit der Statusergänzung 4 zur weiteren Abrechnung der



Krankenkasse gegenüber dem Sozialhilfeträger. In Analogie könnten auch die Leistungsberechtigten gemäß § 1 nach dem Asylbewerberleistungsgesetz eine Chipkarte mit der Statusergänzung 4 erhalten. Je Quartal würden noch ca. 1.200 Behandlungsfälle in der VG 1 relevant sein. Alle landesweit in der VG 3 und VG 5 abgerechneten ca. 2.300 Behandlungsfälle im Quartal, einschließlich der Behandlungsfälle der VG 1 aus dem Sozialamt (SA) Rostock würden zukünftig über die gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden. **Hinweis:** Die Verwendung der Bezeichnungen VG 1 bis VG 5 ergibt sich durch die Statusbelegung, die bei Ausstellung des Behandlungsscheines vom Sozialamt wie folgt festgelegt wird:

- VG 1 = örtlicher Träger
- VG 3 = Kostenerstattung Land
- VG 5 = zur besonderen Verwendung

Frage 2:

Die Leistungsberechtigten gemäß § 1 nach dem Asylbewerberleistungsgesetz werden aus dem SA Rostock mit angenommenen ca. 300 Behandlungsfällen derzeit in der VG 1 zu Lasten der örtlichen Träger abgerechnet. Die Anzahl der Behandlungsfälle sind im SA Schwerin geringer. Entsprechende Verfahrensregelungen in der Zuordnung sind uns nicht bekannt.

Frage 3:

Aus Gründen der Verwaltungsökonomie wäre auch mit Rücksicht auf damit verbundene Zeit- und Kostenersparnisse eine einheitliche Einführung zu befürworten.

Frage 4:

Gemäß § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes sind die zu gewährenden Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt mit folgenden Einschränkungen geregelt:

*Die von dieser Vorschrift betroffenen Asylbewerber erhalten vom jeweils für sie zuständigen Sozialamt einen **Krankenbehandlungsschein**, der den Leistungsempfänger grundsätzlich verpflichtet, einen nahegelegenen Arzt oder einen konkret benannten Arzt in Anspruch zu nehmen. Der Krankenbehandlungsschein weist auf den eingeschränkten Leistungsanspruch und auf die zu gewährende Vergütung ausdrücklich hin.*

- ✓ *Leistungsberechtigte haben nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Anspruch auf Hilfe, soweit diese der Behandlung eines **akuten** Krankheitszustandes oder eines Schmerzzustandes dient.*
- ✓ *Die Behandlung bei einem Facharzt aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich ist auf **Überweisung** mittels Vordruckmuster 6 nur gegeben, wenn es nach Art des Leidens erforderlich ist und der Überweisung vom Hausarzt mittels Stempel der Behörde zugestimmt wurde.*



Ausnahmen:

Nicht zustimmungspflichtig sind Überweisungen an Gynäkologen und Kinderärzte und Überweisungen zur Durchführung von Laboruntersuchungen und zur Röntgendiagnostik nach Abschnitt 34.1 bis 34.3, 34.6, soweit diese im Zusammenhang mit der Erkrankung der Primärinanspruchnahme stehen.

- ✓ Für Leistungen im akuten Notfall oder im Bereitschaftsdienst erfolgt die Abrechnung auf dem Muster 19 zu Lasten des am Praxissitz des Arztes zuständigen Sozialamtes. Ob dieser örtliche Träger zuständig ist oder aufgrund des tatsächlichen (unerlaubten) Aufenthaltes des Leistungsberechtigten ein anderes Sozialamt, wird zwischen den Leistungsträgern geklärt.
- ✓ Leistungsberechtigte sind von Zuzahlungen bei der Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln befreit. Die Kosten für Bagatellarzneimittel (z.B. Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungen und grippalen Infekten) haben die Leistungsberechtigten wie gesetzlich Versicherte selbst zu tragen. Für Kinder bis zum 12. Lebensjahr und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel verordnungsfähig.

Für Leistungen, die über den eingeschränkten Anspruch hinausgehen, besteht ein Anspruch auf die Übernahme der Kosten zur Sicherung der Gesundheit nur dann,

- ✓ wenn es im Falle der Nichtgewährung nach medizinisch-sachverständiger Beurteilung bei ungehindertem Geschehensablauf mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu einer Gefährdung oder Störung des körperlichen oder psychischen Gesundheitszustandes des Leistungsberechtigten kommen würde.
- ✓ Derartige Leistungen sind gemäß § 6 AsylbLG vom Leistungsberechtigten beim zuständigen Sozialamt zu beantragen. Ob eine Leistung in diesem Sinne unerlässlich und unaufschiebbar ist, bedarf stets einer sachverständigen medizinischen Beurteilung durch das jeweilige Gesundheitsamt, die vom Sozialamt zu veranlassen ist.

Frage 5:

Die unter 4. genannten Einschränkungen beziehen sich auch auf die Prävention. Ausschließlich das Gesundheitsamt ist hier für die Durchführung der empfohlenen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen zuständig. Ausnahmen bestehen in einzelnen Landkreisen für die Vornahme von Schutzimpfungen bei Asylbewerberkindern. Hier übernehmen niedergelassene Kinderärzte die Durchführung.

Frage 6:

Die Inanspruchnahme der nach den vorgenannten Grundsätzen eingeschränkten ärztlichen Behandlung ist nur mit Behandlungsscheinen des zuständigen



Sozialamt es möglich. Eine weitergehende Beantwortung sollte durch die Sozialhilfeträger erfolgen.

Frage 8:

Im Hinblick auf die Verfahrensvereinfachung für alle Beteiligten kann der Wegfall der speziellen Genehmigungspflicht durch die Sozialämter sachdienlich sein. Hierbei ist allerdings der Aspekt der möglicherweise steigenden Kosten bei einer uneingeschränkten Möglichkeit zur Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen nicht außer Acht zu lassen (vgl. nachstehend). Nach unserer Lesart nicht von der vereinfachten Regelung betroffen wären die Leistungsberechtigten, die durch das Amt für Migration und Flüchtlingsangelegenheiten in Nostorf-Horst (78840) betreut werden.

Frage 9:

Bei einer Möglichkeit der uneingeschränkten Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen können Kostensteigerungen aus unserer Sicht nicht ausgeschlossen werden. Diese würden sich zum einen aus dem größeren Leistungs-/ Anspruchsumfang und zum anderen aus einer vermehrten zahlenmäßigen Inanspruchnahme der Haus- und Fachärzte bei freier Arztwahl ergeben. Zudem könnten sich Kostensteigerungen auch im Bereich Arznei- und Heilmittel ergeben. Derzeit liegt die Höhe des pro Fall abgerechneten Honorars bei den nach dem Asylbewerberleistungsgesetz Leistungsberechtigten unter dem entsprechenden Wert für gesetzlich Krankenversicherte. Allerdings lässt sich nicht konkret vorhersagen, in welchem Umfang mit Kostensteigerungen zu rechnen wäre. Ggf. gibt es hier Erfahrungen aus anderen Bundesländern.

Frage 10:

Mit Abrechnung über eine Chipkarte wird eine Vereinfachung der Abrechnung im ambulanten vertragsärztlichen Bereich erreicht, indem die Verfahrensweise jener bei gesetzlich krankenversicherten Patienten und nach anderen gesetzlichen Regelungen Leistungsberechtigten angeglichen wird. Ein zusätzlicher Aufwand entfällt sowohl in der Arztpraxis als auch bei der Abrechnung und Honorierung der Leistungen.

Frage 11:

Fraglich ist, ob die Zuständigkeitsbereiche, in denen sich die Leistungsberechtigten aufhalten sollten, mit der Regelung nach dem „Bremer Modell“ umgangen werden könnten. Einschränkende Vorgaben sind mit der Chipkarte nicht umsetzbar.

Frage 14:

Zuständig sollte nur eine einzelne Krankenkasse sein, um die im Quartal anfallenden ärztlichen Leistungen, die durch den Leistungsberechtigten in Anspruch genommen wurden, einheitlich zu prüfen. Die ortsansässige AOK Nordost ist für die Übertragung der Aufgaben aus unserer Sicht aufgrund ihrer Struktur am besten geeignet, zumal sich die Höhe der Vergütung für die erbrachten ärztlichen Leistungen nach den Vergütungsgrundsätzen der AOKen richten (vgl. Ziffer XI. 6.3 der Arbeitshinweise des Innenministeriums zur Umsetzung des Asylbewerberleistungsgesetzes). Die AOK Nordost hat ferner zuständigkeitshalber die Aufgaben für den Landkreis



Parchim und Ludwigslust (78821) seit Jahren übernommen. Darüber hinaus ist in der Regel die AOK Nordost für die Leistungsabrechnung der Anspruchsberechtigten nach dem Versorgungsgesetz zuständig. Diese Anspruchsberechtigten sind mit Chipkarten ausgestattet.

Frage 15:

Aus unserer Sicht könnte die Erteilung einer Chipkarte erfolgen, wenn die Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz eine Aufenthaltserlaubnis und einen nachgewiesenen Wohnsitz haben. In diesem Fall bestünde keine Veranlassung, sie anders zu behandeln als Berechtigte nach anderen Leistungsgesetzen.

Frage 16:

Eine Einschränkung auf bestimmte Leistungen kann nach unserer Kenntnis auf der Chipkarte nicht vorgenommen werden.

Frage 28:

Es besteht die Möglichkeit einer Weitergabe der Chipkarte an Dritte, wie dies zum Teil auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zu verzeichnen ist. Ob die Chipkarten für die Berechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz auch mit einem Lichtbild versehen werden sollen, wäre zu prüfen. In keinem Fall darf die Arztpraxis dazu verpflichtet werden, die konkrete Identität zu prüfen bzw. dürfen dem Arzt Nachteile daraus erwachsen, dass eine Karte einen Nichtberechtigten weitergegeben wurde, da die Identität bei diesem Personenkreis erfahrungsgemäß schwieriger zu prüfen ist. Wenn der Arzt befürchten muss, dass ihm Nachteile erwachsen, wenn die Karte vom Besitzer an nichtberechtigte Dritte weitergegeben wurde (z.B. Rückforderung der Vergütung), könnte dies in Fällen zweifelhafter Identität zu Behandlungsablehnungen führen.

Frage 29:

Zunächst wird bezüglich des Abrechnungsverfahrens mit einer Entlastung der Arztpraxen gerechnet. Davon abgesehen ergibt sich insbesondere aufgrund der Sprach- und Kulturbarrieren in der damit verbundenen schwierigen Kommunikation für diesen Personenkreis stets ein erhöhter Behandlungsaufwand. Hier wäre eine dem zusätzlichen Aufwand Rechnung tragende Vergütung anzustreben. Darüber hinaus wäre bei einem erleichterten Zugang zu medizinischen Leistungen unter Umständen auch eine erhöhte Inanspruchnahme ambulanter Arztpraxen insgesamt zu erwarten, die sich in Einzelfällen auch aus einem möglichen Missbrauch des erleichterten Zugangs ergeben kann. Von einer „Überbeanspruchung“ gehen wir derzeit indes in aller Regel nicht aus, wenn die Zahl der Asylbewerber nicht weiterhin deutlich steigt. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die niedergelassenen Ärzte in MV bereits gegenwärtig im Bundesvergleich überdurchschnittliche Fallzahlen aufweisen und deshalb allgemein bereits überdurchschnittlich in Anspruch genommen sind.



Frage 30:

Wir gehen davon aus, dass entsprechende Daten für den ambulanten und den stationären Bereich beim Landkreistag und / oder Städte- und Gemeindetag vorliegen. Sofern dies erforderlich sein sollte, besteht auch die Möglichkeit, dass Angaben zu Fallzahlen und Diagnosen für den ambulanten Bereich von der KVMV aus den Abrechnungen der niedergelassenen Ärzte aufbereitet werden. In diesem Fall dürfen wir höflich um einen entsprechenden Hinweis bitten.

Frage 32:

Die Beantwortung der Frage ergibt sich aus den vorangegangenen Ausführungen.

Es ist vorgesehen, dass für die KVMV Frau Maren Gläser (Leiterin Abrechnungsabteilung) und der Unterzeichner an der öffentlichen Anhörung am 02. April 2014 teilnehmen. Ein umfangreicher Redebeitrag ist nicht vorgesehen, lediglich ein kurze zusammenfassende Bezugnahme auf die schriftlichen Ausführungen.

Sofern im Vorfeld der Anhörung noch Rücksprachbedarf bestehen sollte, stehen wir gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Oliver Kahl
Verwaltungsdirektor

Anlage 12

Ausschussdrucksache 6/589

(02.04.2014)

Inhalt:

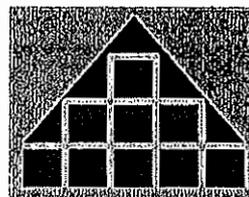
öffentliche Anhörung
**Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die
nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten
durch die Krankenkassen nach § 264 Absatz 1 SGB V**

Hier:

Redebeitrag Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Wismarsche Straße 175, 19053 Schwerin



KGMV

Tel.: 0385 / 4 85 29-0
Fax: 0385 / 4 85 29 29
e-mail: info@kgmv.de
Internet: www.kgmw.de

Bankverbindung:
APO-Bank Schwerin
BLZ: 300 606 01
Konto-Nr.: 62 79 864
BIC: DAAEDEDXXX
IBAN: DE58300606010006279864

Landtag Mecklenburg-Vorpommern
Ausschuss für Arbeit, Gleichstellung, Gesundheit und Soziales
- Die Vorsitzende –
Lennéstr. 1 (Schloss)
19053 Schwerin

- vorab per Mail (sozialausschuss@landtag-mv.de)

Ihre Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unsere Zeichen
Ra/1300-40

Datum
02.04.2014

Öffentliche Anhörung zum Thema:
**Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die nach dem
Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen
nach § 264 Abs. 1 SGB V;**
- Redebeitrag 2. April 2014, 9 Uhr

Sehr geehrte Frau Tegtmeier,
sehr geehrte Damen und Herren,

nachfolgend überreichen wir den Redebeitrag der KGMV e.V. mit der Bitte um
Kenntnisnahme.

Eine Vereinheitlichung der Leistungsabrechnung durch eine Chip-Karte in allen Bereichen
des Landes ist im Sinne der Entbürokratisierung und Sicherung der berechtigten Ansprüche
der Leistungserbringer zwar wünschenswert. Sie hilft jedoch weder Leistungserbringern,
noch Kostenträgern, wenn damit keine Vereinheitlichung der Leistungsansprüche
einhergeht.

Durch das Vorhandensein einer Chip-Karte im Sinne der üblichen
Krankenversicherungskarte verbunden mit einem Leistungsanspruch gegenüber der
jeweiligen Krankenkasse, der einem GKV-Versicherten in Deutschland gleich gestellt ist,
wäre eine klare Regelung für die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen
gegeben.

Wird diese Gleichstellung jedoch nicht realisiert, ist das System der vorherigen
Kostenübernahmebestätigung ehrlicher, als ein Chipkarten-Modell, das nur die tatsächlich
reduzierten Ansprüche verschleiern würde und damit zu erheblicher Unsicherheit auf der
Seite der Leistungserbringer und Patienten führen würde.

Wenn man sich auf die Ausgabe von Krankenkassenkarten verständigt, muss eine
eindeutige Identifizierung der Personen sichergestellt werden (Lichtbild), um einerseits einen
möglichen Missbrauch auszuschließen und andererseits bei der Kommunikation zwischen
verschiedenen Leistungserbringern im Rahmen einer Behandlungskette, bei der
Kommunikation zwischen Leistungserbringern untereinander und mit Kostenträgern, einen
unkomplizierten und klaren Informationsaustausch sicher zu stellen.

Durch die Übernahme der medizinischen Versorgung durch die Krankenkassen könnte sich unter Berücksichtigung der vorgenannten Probleme eine klare Zuständigkeit und somit eine deutliche Reduzierung des bürokratischen Aufwands ergeben, der zu begrüßen wäre.

Mit freundlichen Grüßen
Der Geschäftsführer

Im Auftrag

Rademske-Grell
Justitiarin

Anlage 13

Ausschussdrucksache 6/576

(21.03.2014)

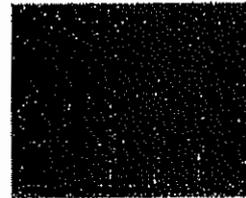
Inhalt:

öffentliche Anhörung
**Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die
nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten
durch die Krankenkassen nach
§ 264 Absatz 1 SGB V**

Hier:

Stellungnahme Krankenhausgesellschaft M-V

**Krankenhausgesellschaft
Mecklenburg-Vorpommern e.V.**
Wismarsche Straße 175, 19053 Schwerin



KGMV

Landtag Mecklenburg-Vorpommern
Ausschuss für Arbeit, Gleichstellung, Gesundheit und Soziales
- Die Vorsitzende –
Lennéstr. 1 (Schloss)
19053 Schwerin

- vorab per Mail (sozialausschuss@landtag-mv.de)

Tel.: 0385 / 4 85 29-0
Fax: 0385 / 4 85 29 29
e-mail: info@kgmv.de
Internet: www.kgmw.de

Bankverbindung:
APO-Bank Schwerin
BLZ: 300 606 01
Konto-Nr.: 62 79 864
BIC: DAAEDEDXXX
IBAN: DE58300606010006279864

Ihre Zeichen	Ihre Nachricht vom	Unsere Zeichen	Datum
		Gg/Kr/1300-40	20.03.2014

**Öffentliche Anhörung zum Thema:
Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die nach dem
Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen
nach § 264 Abs. 1 SGB V**

Sehr geehrte Frau Tegtmeier,
sehr geehrte Damen und Herren,

für die Möglichkeit einer Stellungnahme der KGMV möchte ich mich bedanken. Die
nachfolgend aufgeführten Antworten gebe ich Ihnen daher gern zur Kenntnis.

- Ziff. 1 Eine Vereinheitlichung der Leistungsabrechnung durch eine Chip-Karte in allen Bereichen des Landes ist im Sinne der Entbürokratisierung und Sicherung der berechtigten Ansprüche der Leistungserbringer zu begrüßen.
- Ziff. 2 Keine Angaben
- Ziff. 3 Im Sinne einer Entbürokratisierung sinnvoll.
- Ziff. 4 Um Zweifelsfragen auszuräumen sollte der gesamte Leistungskatalog der GKV in Anspruch genommen werden.
- Ziff. 5 Keine Angaben
- Ziff. 6 Durch das Vorhandensein einer Chip-Karte im Sinne der üblichen Krankenversicherungskarte verbunden mit einem Leistungsanspruch gegenüber der jeweiligen Krankenkasse, der einem GKV-Versicherten in Deutschland gleich gestellt ist, wäre eine klare Regelung für die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen gegeben.
- Ziff. 7 Auch für die medizinische Versorgung gilt es, eine klare Zuständigkeitsregelung für die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen zu schaffen.
- Ziff. 8 Keine Angaben

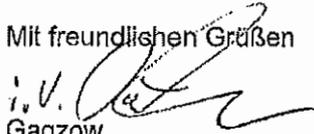
- Ziff. 9 Keine Angaben
- Ziff. 10 Versorgungssicherheit, Rechtssicherheit und Entbürokratisierung
- Ziff. 11 Keine Angaben
- Ziff. 12 Keine Angaben
- Ziff. 13 Keine Angaben
- Ziff. 14 Keine Angaben
- Ziff. 15 Da eine gesundheitliche Beeinträchtigung und damit die notwendige Inanspruchnahme von Leistungen zu jedem Zeitpunkt gegeben sein kann, sollte auch die Ausgabe der Krankenversicherungskarte zu dem frühestmöglichen Zeitpunkt erfolgen.
- Ziff. 16 Sinnvoll ist in jedem Fall eine klare Abgrenzung der Leistungen, auf die die jeweiligen Personen Anspruch haben. Im Falle einer Identität mit der üblichen Krankenversicherungskarte der GKV ist dieser Leistungskatalog durch das Sozialgesetzbuch V abschließend präzise beschrieben und führt zu keinem Verwaltungsaufwand seitens der Leistungserbringer. Sollten jedoch Asylbewerber keinen den deutschen GKV-Versicherten gleichen Leistungsanspruch haben, so muss dies zwingend auf der Chipkarte deutlich sichtbar vermerkt sein, um die Leistungserbringer nicht über die Ansprüche zu täuschen.
- Ziff. 17 Für die Verwaltungsaufwendungen in den kommunalen Gebietskörperschaften bestehen bei der Krankenhausgesellschaft keine Daten. Die Krankenhäuser selbst haben jedoch einen erheblichen Verwaltungsaufwand bei der Klärung der Zuständigkeit des Kostenträgers bei Bürgern, die über keine GKV-Versicherungskarte verfügen, so dass die Nachforschungen nicht selten „im Sande verlaufen“ und die Krankenhäuser zusätzlich zu den Kosten der Versorgung einen erheblichen Kostenschub durch die Bürokratie zu verzeichnen haben, ohne irgendwelche Erlöse zu erlangen.
- Ziff. 18 Ja, die Einführung einer Krankenversicherungskarte ist in jedem Fall förderlich.
- Ziff. 19 Keine Angaben
- Ziff. 20 Keine Angaben
- Ziff. 21 Ein gleicher Rechtsstatus wie bei allen anderen Leistungsempfängern – wäre für die Erbringung, Dokumentation und Abrechnung der Leistungen sehr hilfreich.
- Ziff. 22 Keine Angaben
- Ziff. 23 Keine Angaben
- Ziff. 24 Die Krankenkassenkarten sollen eine eindeutige Identifizierung der Personen ermöglichen, so dass bei der Kommunikation zwischen verschiedenen Leistungserbringern im Rahmen einer Behandlungskette bei der Kommunikation zwischen Leistungserbringern untereinander und mit

Kostenträgern ein unkomplizierter und klarer Informationsaustausch gegeben ist.

- Ziff. 25 Keine Angaben
- Ziff. 26 Keine Angaben
- Ziff. 27 Keine Angaben
- Ziff. 28 Entsprechend der Antwort zur Ziff. 24 sollte eine eindeutige Identifikationsmöglichkeit der Person einen möglichen Missbrauch ausschließen können (Lichtbild).
- Ziff. 29 Keine Angaben
- Ziff. 30 Hierzu fehlen in der KGMV-Geschäftsstelle Angaben, da derartige Daten hier statistisch bisher nicht erfasst werden.
- Ziff. 31 Keine Angaben
- Ziff. 32 Durch die Übernahme der medizinischen Versorgung durch die Krankenkassen ergibt sich jedenfalls für die Leistungsberechtigten und die Leistungserbringer eine klare Zuständigkeit und somit eine deutliche Reduzierung des bürokratischen Aufwands.

Über eine Berücksichtigung im weiteren Verfahren würde ich mich freuen.

Mit freundlichen Grüßen


I. V. Gagzow
Geschäftsführer

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Wismarsche Straße 175, 19053 Schwerin



Krankenhausinformation

Nr. 085/14

Ra/He/1300-40

20.02.2014

Keine Anspruchsgrundlage für Erstattung der Aufwendungen eines Krankenhauses bei Notfallbehandlungen im Bereich des Asylbewerberleistungsrechts (Urteil des Bundessozialgerichts vom 30.10.2013, Az.: B 7 AY 2/12 R)

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit KGMV-Info Nr. 046/14 v. 29.01.2014 hatten wir über die o.g. Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) informiert. Nunmehr liegen auch die schriftlichen Entscheidungsgründe vor. Diese verdeutlichen, dass das BSG nach derzeit geltendem Recht keine Möglichkeiten für Krankenhäuser sieht, auf direktem Wege gegenüber den Sozialleistungsträgern die Behandlungskosten für notfallmäßige Krankenhausbehandlungen des betroffenen Personenkreises nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) zu verlangen.

Sofern ein derartiger Anspruch in der Regel nicht aus einer unmittelbaren Anwendung des § 25 SGB XII oder § 48 i.V.m. § 52 SGB XII oder § 2 bzw. § 4 Abs. 3 des AsylbLG gestützt werden kann, erteilt das BSG insbesondere der in der Vergangenheit stets herangezogenen analogen Anwendung des § 25 SGB XII im Asylbewerberleistungsrecht eine deutliche Absage. Es stützt sich hierbei auf die Tatsache, dass § 25 SGB XII einen Aufwendungsersatzanspruch nur für solche Leistungen zulässt, die vor der Kenntnis des Sozialhilfeträgers vom Bedarfsfall nach § 18 SGB XII erbracht wurden. Da der Kenntnisgrundsatz des § 18 SGB XII nach Ansicht des BSG im AsylbLG jedoch nicht analog anwendbar ist, sei auch für eine analoge Anwendung des § 25 SGB XII kein Raum, zumal § 1 AsylbLG die Leistungsberechtigung an den Aufenthaltsstatus koppelt, nicht aber an die Kenntnis vom Hilfsfall. Es läge weder eine Regelungslücke noch eine vergleichbare Interessenlage vor.

Eine analoge Anwendung ließe sich auch nicht mit der Begründung rechtfertigen, dass demjenigen, der die Leistung erbringe, die Kosten nicht erstattet würden, wenn der Hilfebedürftige (Asylbewerber) die Leistung nicht vom zuständigen Leistungsträger beanspruche oder diese sogar ablehne. Diese Rechtslage entspräche insoweit derjenigen nach Kenntniserlangung im Recht des SGB XII, die den Nothelfer in derartigen Fällen nicht privilegieren, indem ihm das „Unternehmerisiko“ abgenommen werde und der Sozialhilfeträger als „Ausfallbürge“ fungiere. Ohne Bedeutung sei es insofern, ob das Krankenhaus aufgrund landesrechtlicher Vorschriften, berufs- oder standesrechtlicher Gründe oder wegen der sich aus § 323c StGB ergebenden Nothilfepflicht zur Krankenhausbehandlung von Notfallpatienten verpflichtet sei, weil eine solche Verpflichtung nicht zur Übertragung des Haftungsrisikos auf den Sozialhilfeträger zwingt.

- 2 -

Eine Herleitung des Aufwendungsersatzanspruchs aus dem Rechtsinstitut der öffentlich-rechtlichen Geschäftsführung ohne Auftrag (GoA) lehnt das BSG ebenfalls ab, weil diese Grundsätze nicht auf das Verhältnis zwischen Krankenhaus und Sozialleistungsträger übertragen werden könnten.

Letztlich scheidet nach Ansicht des BSG auch eine Abtretung etwaiger Ansprüche des Hilfebedürftigen gegen den Leistungsträger aus, da es sich bei den hier in Rede stehenden Leistungen der Krankenbehandlung nach § 4 Abs. 1 AsylbLG um Sachleistungen handele, die individuell auf den Empfänger zugeschnitten seien, so dass aufgrund der höchstpersönlichen Natur eine Abtretung entsprechend § 399 BGB ausgeschlossen sei. Anders liege es nur, wenn der Berechtigte die Leistung selbst vorfinanziert habe, da der dann bestehende Erstattungsanspruch ein Geldleistungsanspruch sei, über den der Berechtigte verfügen könne. Gleiches gelte, wenn der Hilfebedürftige die Leistung zwar nicht vorfinanziert, aber gegenüber dem zuständigen Leistungsträger zur Vermeidung eines Rückgriffs einen Anspruch auf Freistellung von den Kosten der Krankenhausbehandlung habe, den er an den Gläubiger (Krankenhaus) abtrete und der sich dadurch in der Person des Gläubigers der zu tilgenden Leistung in einen Zahlungsanspruch umwandeln würde. Diese Form der Abtretung setze dann aber voraus, dass der Anspruch bereits festgestellt sei. Anders als im Bürgerlichen Recht gewähre diese Abtretung daher nur ein begrenztes materielles Recht, nämlich das des bereits festgestellten Anspruchs. Daher müsse der Anspruch zunächst vom Hilfebedürftigen Asylbewerber geltend gemacht und festgestellt worden sein, um eine Auszahlung an das Krankenhaus zu ermöglichen.

Anmerkung:

Die DKG hatte bereits unmittelbar nach Verkündung des Urteils Kontakt zur Bundesregierung aufgenommen und eine Gesetzesänderung gefordert. Bis zum Inkrafttreten einer entsprechenden Neuregelung bleibt den Krankenhäusern nur die Möglichkeit, entsprechende „Versorgungsverträge“ mit den zuständigen Sozialleistungsträgern zu schließen oder zeitnah Kostenübernahmeerklärungen einzufordern. Erfahrungsgemäß lassen sich hierauf viele Sozialleistungsträger jedoch nicht ein, zumal der regelmäßige Streit um Zuständigkeiten im Asylbewerberleistungsrecht eine weitere Hürde darstellt. Der vom BSG angesprochene Weg der Kostenerstattung über die Einschaltung des Hilfebedürftigen dürfte ebenfalls in der Praxis kaum umsetzbar sein, da dieser hierfür erst selbstständig einen Kostenübernahmeanspruch geltend machen und dieser bereits positiv beschieden worden sei müsste, bevor eine Abtretung des Anspruchs an das Krankenhaus möglich wäre. Die DKG wird die nun vorliegenden Entscheidungsgründe daher zum Anlass nehmen, bei der Bundesregierung erneut ein zeitnahes Handeln anzumahnen. Über den Fortgang in dieser Angelegenheit werden wir informieren.

Mit freundlichen Grüßen


Gagzow
Geschäftsführer


Rademsko
Justitiarin

Anlage 14

Ausschussdrucksache 6/575

(21.03.2014)

Inhalt:

öffentliche Anhörung
**Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die
nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten
durch die Krankenkassen nach
§ 264 Absatz 1 SGB V**

Hier:

Redebeitrag MIGRANET-M-V

Redebeitrag
Herr Imam-Jonas Dogesch,
Sprecher des Sprecherrats
Des Netzwerk der MigranTinnenselbstorganisationen aus MV
MIGRANET-MV



FABRO FÖRDERVEREIN
DES MIGRANTENRATS
DER HANSESTADT ROSTOCK e.V.

Zur Anhörung vor dem Sozialausschuss des Landtages MV
am 02.04.2014

Postanschrift:
MIGRANET-MV
c/o FABRO e.V.
Geschäftsstelle
Waldemarstraße 33
18057 Rostock
fabro1-ev@t-online.de
Tel: 0381 1286990

Sehr geehrte Damen und Herren,

haben Sie Dank für ihr Schreiben/ ihre Einladung.

Wir als **MIGRANET-MV**, das Landesnetzwerk der MigrantInnen-Selbstorganisationen aus MV, begrüßen die Initiative des Landtages zum heutigen Thema.

Einige Fragen können wir als Netzwerk nicht beantworten, weil sie sich an Fachpersonen und Ämter richten.

Allgemein können wir sagen, dass es ein großer Schritt in die Richtung, wo man die Flüchtlinge und geduldete ehemalige Flüchtlinge als Mensch betrachtet, ist. Und: eine diskriminierende Praxis wird so abgeschafft.

Wir sind für eine landeseinheitliche Gesundheitsversorgung für die alle Flüchtlinge. Weil die Flüchtlinge, die im ländlichen Raum wohnen, nicht viele Alternativen haben und oft haben sie keine Möglichkeit, immer wieder zu Behörden und Arztpraxen zu laufen/fahren.

Nach aktuellem Gesetz muss für jeden Flüchtling in jedem Quartal ein allgemeiner Krankenschein von Sozialamt ausgestellt werden. Für jeden Facharztbesuch und jede Facharztbehandlung müssen die Flüchtlinge/der Arzt einen Antrag bei den Behörden stellen, wobei über Sozialamt beim Gesundheitsamt geprüft werden muss. Das ist eine Doppelbeschäftigung der Verwaltung und verursacht mehr Kosten als man denkt. Die Zeitspanne, die zwischen einer Überweisung an eine fachärztliche Behandlung und einer Genehmigung der Behörden zu bekommen liegt, dauert oft länger als nötig. Daher können sich auch die Krankheiten so verbreiten, dass die Behandlung auch mehr Zeit und Kosten benötigt. Aber wenn die Flüchtlinge eine Krankenkassenkarte haben, können die Kommunen sich einige Kosten sparen.

Zeitintensive Behandlungen werden schneller und unkomplizierter durchgeführt, daher kann man manche Krankheiten behandeln bevor sie chronisch werden. Flüchtlinge, die eine dringende ärztliche Behandlung brauchen, und lange Zeit warten müssen, versuchen auch immer öfter die Leistungen über Notarzt oder Notaufnahme in Anspruch zu nehmen. Dies wird auch nach der vorgenommenen Änderung der Praxis sowohl für das Bundesland als auch für die Kassen preisgünstiger werden. Wir sind dafür, dass Flüchtlinge möglichst nach der Umverteilung auf die Kommunen eine Krankenkassenkarte bekommen, weil die Flüchtlinge in der Erstaufnahmeeinrichtung nur vorübergehend wohnen. Erst in den Kommunen werden sie eine feste Anschrift haben können.

Zum Schluss: Flüchtlinge sind ein Teil der Migranten und Migranten ein Teil der Gesellschaft. Wenn wir von einer gelungenen Integration sprechen wollen, wenn wir von einer Willkommenskultur sprechen, dürfen wir diesen Teil der Migranten, der auch oft unsere Hilfe braucht, da sie Opfer von Kriegen, Gewalt und Verfolgung sind, nicht von vorneherein durch die Einschränkungen ausgrenzen.

Für uns ist der existierende Zugang zum Gesundheitssystem für Flüchtlinge, sowie die Praxis der Zahlung von Lebensunterhaltsleistungen diskriminierend....

MIGRANET-MV
Imam-Jonas Dogesch

Anlage 15

Ausschussdrucksache 6/574

(21.03.2014)

Inhalt:

öffentliche Anhörung
**Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die
nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten
durch die Krankenkassen nach
§ 264 Absatz 1 SGB V**

Hier:

Stellungnahme MIGRANET-M-V

Fragenkatalog

zur öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Arbeit, Gleichstellung, Gesundheit und Soziales
im Landtag Mecklenburg-Vorpommern zum Thema

**Möglichkeiten der Übernahme der medizinischen Versorgung für die nach dem
Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen nach §
264 Absatz 1 SGB V**

**Anzuhörende: MIGRANET-MV,
(Landes-)Netzwerk (-Verband) der
MigrantInnenselbstorganisationen in Mecklenburg-
Vorpommern**

1. Gemäß § 264 Absatz 1 SGB V können die Landkreise und kreisfreien Städte die Krankenbehandlung für Flüchtlinge, Asylbewerber/innen und Geduldete auf die Krankenkassen übertragen. Dies wird in Bremen seit 2005 ("Bremer Modell") und in Hamburg seit Mitte 2012 praktiziert. Die Betroffenen erhalten dort eine Chipkarte, die ihnen den direkten Zugang zur medizinischen Regelversorgung eröffnet. In Mecklenburg-Vorpommern sind entsprechende Übertragungen in Rostock und Schwerin geplant bzw. beschlossen. Wie beurteilen Sie grundsätzlich eine entsprechende Übertragung als Teil einer aktiven Willkommenskultur auf alle Gebietskörperschaften in unserem Bundesland?

Das ist ein großer Schritt in die Richtung, wo man die Flüchtlinge und geduldete ehemalige Flüchtlinge als Mensch betrachtet und eine diskriminierende Praxis wird so abgeschafft.

2. Welche Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede bestehen zwischen Rostock und Schwerin hinsichtlich der Umsetzung der Übertragung von Krankenbehandlungen für Flüchtlinge, Asylbewerber/innen und Geduldete auf die Krankenkassen?

k.A.

3. Ist aus Ihrer Sicht im Sinne einer Vereinheitlichung rechtlicher Standards eine landesweite Übertragung sinnvoll bzw. erforderlich? Wenn ja: weshalb?

Ja, es ist sinnvoll, die Vor- und Nachteile im ganzen Bundesland einheitlich zu haben, und für die Flüchtlinge, die im ländlichen Raum wohnen ist es wichtiger als für die Flüchtlinge, die in einer Großstadt wohnen.

4. Kann durch die Leistungsberechtigten nach §1 des Asylbewerberleistungsgesetzes grundsätzlich der gesamte Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen in Anspruch genommen werden?

k.A., Aber wir sind und plädieren dafür...

5. Sind darüber hinaus Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, bspw. bei Präventionsleistungen, im Vergleich zu gesetzlich versicherten deutschen Staatsangehörigen festzustellen?

k.A.

6. Wie gestaltet sich für die Leistungsberechtigten nach §1, 1a des Asylbewerberleistungsgesetzes der Verfahrensweg bis zur Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistung?

k.A.

7. Welche konkreten Anforderungen gelten im Hinblick auf die ambulante hausärztliche, ambulante fachärztliche, zahnärztliche, stationäre, psychosoziale und Rehabilitationsversorgung?

Jeder muss für jedes Quartal einen allgemeinen Krankenschein vom Sozialamt ausgestellt erhalten. Für jeden Facharztbesuch und jede Behandlung müssen die Flüchtlinge/der Arzt einen Antrag bei den Behörden stellen, wobei über Sozialamt beim Gesundheitsamt geprüft werden muss. Das bedeutet Doppelbeschäftigung der Verwaltung und verursacht mehr Kosten als nötig.

8. Ist im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgungsqualität von Leistungsberechtigten nach §1, 1a des Asylbewerberleistungsgesetzes eine Ablösung der speziellen Genehmigungspflicht durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen sachdienlich?

k.A.

9. Sind für diesen Fall Kostensteigerungen zu erwarten oder führt die Übertragung an die Krankenkassen zu Kosteneinsparungen in den Kommunen? In welcher Höhe werden die Kostensteigerungen bzw. -einsparungen beziffert?

Wir vermuten, dass die Kommunen eine kleine Einsparung haben werden.

10. Welche konkreten Verbesserungen bei der medizinischen Versorgung des o.g. Personenkreises sind aus Ihrer Sicht mit der Einführung einer Regelung analog zum "Bremer Modell" verbunden?

Der Zeitaufwand für den Beginn der Behandlungen wird kürzer und unkomplizierter, daher kann man manche Krankheit behandeln, bevor sie chronisch wird.

11. Welche Spezifika sind bei einer Übertragung des "Bremer Modells" auf ein Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern zu beachten?

k.A.

12. Mit welchen konkreten Schritten kann Ihrer Meinung nach die Landesregierung eine solche Übertragung unterstützen?

k.A.

13. Bei welchen Ressorts sehen Sie in dieser Hinsicht welche konkrete fachliche und/oder koordinierende Verantwortung? Wie und mit welchen Partner/innen sollte diese ausgestaltet werden?

Mit Krankenkassen und entsprechenden Ressorts der zuständigen Ministerien, wie Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales, Ministerium für Inneres und Sport, Finanzministerium

14. Welche Krankenkasse/n sehen Sie als Partner für eine Übertragung als besonders geeignet an und warum?

Alle gesetzliche Kassen

15. Ab welchem Zeitpunkt des Aufenthaltes kann und soll die Ausgabe der Krankenversicherungskarte an die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz Leistungsberechtigten aus Ihrer Sicht erfolgen und warum?

Nach Umverteilung der Flüchtlinge, weil die Flüchtlinge in der Erstaufnahmeeinrichtung nur vorübergehend wohnen. Erst in den Kommunen werden sie eine feste Anschrift haben können.

16. Ist es über das Verfahren der Krankenversicherungskarte für Asylbewerber möglich, den Zugang zu Versicherungsleistungen mittels der Karte nachvollziehbar auf die Leistungen zu begrenzen, auf die die jeweiligen Personen Anspruch haben? Führt dieses Verfahren zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand seitens der behandelnden Ärzte / Krankenhäuser?

Nein, das ist Illusion. Es wird im Gegenteil einen geringeren Verwaltungsaufwand bedeuten. Sobald alle Flüchtlinge eine Karte und keine Einschränkungen im Zugang zum Gesundheitssystem haben, werden sie nicht zum Notarzt oder zur Notaufnahme der Krankenhäuser gehen. Sie werden auch ganz normal zum Arzt gehen. Das wird für Verwaltung und auch für die Kassen preisgünstiger.

17. Wie hoch liegt der derzeitige Verwaltungsaufwand zur Bearbeitung von gesundheitsrelevanten Leistungen für Asylbewerber in den Verwaltungen der Landkreise / kreisfreien Städte nach ihren Erfahrungen (Schätzung/Zahlen bitte in Vollzeitäquivalenten)? Welche Verwaltungsbereiche sind daran beteiligt?

k.A.

18. Erachten Sie vor dem Ziel der dezentralen Unterbringung von Asylbewerbern in Mecklenburg-Vorpommern die Einführung einer Krankenversicherungskarte für Asylbewerber für förderlich?

Ja

19. Wie würden die entstehenden Kosten für Gesundheitsbehandlungen und Verwaltung nach Einführung einer solchen Karte zwischen der kommunalen Ebene und dem Land abgerechnet werden? Gibt es mögliche Problemfelder? Wäre eine zentrale Vorlage einer Rahmenvereinbarung zwischen kommunaler Ebene und Krankenkasse seitens des Innenministeriums sinnvoll?

k.A.

20. Stehen Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen bei der Umsetzung" der Übertragung von den Gebietskörperschaften auf Krankenkassen zu erwarten?

k.A.

21. Welche Parallelen können bei Betrachtung des Verwaltungs- und Umsetzungsweges zu anderen Leistungsempfängern gezogen werden?

k.A.

22. Gibt es flächendeckende Berechnungen, ob sich Kostenentlastungen (Sach- und Personalkosten) für die Gebietskörperschaften ergeben werden? Wenn ja, in welcher Höhe?
- k.A.
23. Welche Kostenlast ergibt sich aus einer Übertragung auf Krankenkassen?
- k.A.
24. Wie bewerten Sie eine Versorgung durch Krankenkassenkarten an neu ankommende Flüchtlinge und auch an solche, die aufgrund nicht abgeschlossener Asylverfahren oder nicht durchführbarer Abschiebungen geduldet werden und die sich längere Zeit in den Gemeinschaftsunterkünften aufhalten?
- k.A.
25. Welche finanziellen Belastungen sehen Sie hinsichtlich der Asylsuchenden, denen durch die Krankenkassenkarten der Arztbesuch erleichtert werden soll?
- k.A.
26. Stellen Infektionserkrankungen von Flüchtlingen und Asylsuchenden ein Risiko für die einheimische Bevölkerung dar?
- Uns ist sowas nicht bekannt.
27. Sind die Lebensbedingungen der Asylanten mit besonderen gesundheitlichen Belastungen verbunden?
- k.A.
28. Inwieweit sehen Sie einen möglichen Missbrauch durch die Einführung der Krankenkassenkarten?
- k.A.
29. In welcher Hinsicht sehen Sie eine Überbeanspruchung von Allgemeinärzten und Fachärzten durch die Einführung von Krankenkassenkarten für Asylsuchende?
- k.A.

30. Wie hat sich in Mecklenburg-Vorpommern seit 2008 bis einschließlich 2013 die Zahl der Asylbewerber entwickelt, die sich in medizinische Behandlung begeben mussten und welches waren die am meisten festgestellten Krankheiten?

k.A.

31. Wie gestaltet sich die Umsetzung der Einführung der Krankenkassenkarte und sind die Karten neben der gesetzlichen Krankenversicherung auch übertragbar auf private Krankenversicherungen?

k.A.

32. Inwieweit besteht Ihrer Meinung nach eine Notwendigkeit für die Übernahme der medizinischen Versorgung für die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen nach § 264 Absatz 1 SGB V?

k.A.