



## Antrag

der Abgeordneten **Katharina Schulze, Ludwig Hartmann, Gülseren Demirel, Christina Haubrich, Thomas Gehring, Jürgen Mistol, Verena Osgyan, Tim Pargent, Stephanie Schuhknecht, Gisela Sengl, Florian Siekmann, Johannes Becher, Cemal Bozoğlu, Dr. Martin Runge, Toni Schuberl, Ursula Sowa, Dr. Sabine Weigand** und **Fraktion (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)**

### **Gesundheitskarte für Asylbewerberinnen und -bewerber einführen**

Der Landtag wolle beschließen:

Die Staatsregierung wird aufgefordert,

- sich gegenüber dem Bund für eine verfassungskonforme Änderung der §§ 1a, 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) einzusetzen,
- die elektronische Gesundheitskarte (eGK) für Personen, deren medizinische Versorgung nach dem AsylbLG eingeschränkt ist, flächendeckend einzuführen und mit den gesetzlichen Krankenkassen und den kommunalen Spitzenverbänden nach Maßgabe des § 264 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) und unter Berücksichtigung der Erfahrungen anderer Bundesländer eine Rahmenvereinbarung mit klar definiertem Leistungsspektrum zur Übernahme der Gesundheitsversorgung der betroffenen Personengruppe gegen Kostenerstattung zu verhandeln und umzusetzen.

### **Begründung:**

Während der ersten 18 Monate erhalten Geflüchtete nur medizinische Leistungen bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen. Wann diese Situationen vorliegen, entscheidet ein medizinisch nicht geschulter Sachbearbeiter der zuständigen Behörde. Die Chronifizierung von Erkrankungen, wie z. B. Depressionen, posttraumatischer Belastungsstörung, Bluthochdruck, Diabetes Mellitus oder Hepatitis B sind Folge dieser Mangelversorgung. Niedergelassene Ärzte werden aufgrund des eingeschränkten Zugangs von Geflüchteten zum Gesundheitssystem deutlich seltener aufgesucht als von anderen Personengruppen. Das führt zu mehr Notaufnahme- und Krankenhauseinweisungen von Geflüchteten, wodurch deutlich höhere Gesundheitskosten entstehen als bei regulär krankenversicherten Personen. Zwar können besonders schutzbedürftige Geflüchtete wie z. B. Minderjährige grundsätzlich die in ihren Fällen gebotene medizinische Versorgung erhalten, allerdings ist das ausgeschlossen, wenn ein Sanktionstatbestand vorliegt, z. B. wenn die Eltern des Minderjährigen staatliche Leistungen zu Unrecht in Anspruch genommen haben. All dies verstößt gegen Verfassungs-, Europa- und Völkerrecht (unter anderem gegen Art. 19 Abs. 2 der Richtlinie 2013/33/EU), deshalb müssen die entsprechenden Passagen des AsylbLG auf Bundesebene geändert werden.

Bei dem Bund-Länder-Gipfel am 24. September 2015 im Bundeskanzleramt wurde beschlossen, dass der Bund die notwendigen gesetzlichen Voraussetzungen für die Einführung der Gesundheitskarte für Asylbewerberinnen bzw. -bewerber schaffen und dass die Einführung der Gesundheitskarte den Bundesländern überlassen wird. Dem

ist der Bund mit der Umgestaltung des § 264 Abs. 1 Satz 2 SGB V nachgekommen (vgl. BGBl 2015 I, 1722). Die gesetzlichen Krankenkassen können von den Ländern verpflichtet werden, gegen Kostenerstattung die Krankenbehandlungen der betroffenen Personengruppe zu übernehmen. In diesem Zusammenhang kann die Ausgabe einer elektronischen Gesundheitskarte vereinbart werden. Die Leistungen sollen sich wie bisher im Rahmen des AsylbLG bewegen.

Die derzeitige Regelung zwingt Menschen, die unter das AsylbLG fallen, vor jedem Arztbesuch beim Sozialamt einen Behandlungsschein zu beantragen. Die Ausstellung der Behandlungsscheine ist bürokratisch, ineffizient und belastet Kommunen zunehmend. Diese Praxis ist nicht nur durch einen hohen Verwaltungsaufwand gekennzeichnet, sondern auch diskriminierend. Es entscheidet doch zumeist medizinisch ungeschultes Personal in den Ämtern darüber, ob die betroffenen Personen Zugang zu medizinischer Behandlung erhalten oder nicht. Dazu ist das Leistungsspektrum nach §§ 4 und 6 AsylbLG nicht klar definiert.

Vom Einsatz einer eGK würden alle Beteiligten profitieren – Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG, Ärztinnen bzw. Ärzte und Kommunen. Die eGK ermöglicht den Leistungsberechtigten einen diskriminierungsfreien Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung, beugt dramatischen Notfällen oder Fehleinschätzungen vor, garantiert den Ärztinnen bzw. Ärzten sowie Krankenhäusern ohne Verwaltungsaufwand die Vergütung und entlastet die Kommunen von überflüssiger Bürokratie. Die Erfahrungen von Schleswig-Holstein, Thüringen, Brandenburg, Berlin, Bremen und Hamburg bestätigen, dass sich die Einführung der eGK qualitativ und ökonomisch bewährt hat. Es kommt zu Einsparungen durch Vorsorge und rechtzeitige Krankenbehandlung. Die Kosten bei den Sozialämtern sinken, weil der Verwaltungsaufwand für das Ausstellen von Papierkrankenscheinen sowie die Abrechnung und Kontrolle erbrachter Leistungen entfällt. Im Übrigen hat eine Studie der Universitätsklinik Heidelberg und der Universität Bielefeld belegt, dass die Gesundheitskarte für Flüchtlinge wirtschaftlich sinnvoll ist. Auch Hamburg hat vorgerechnet, dass dort jährlich 1,6 Mio. Euro eingespart werden konnten. Durch eine Einführung der eGK für Geflüchtete würde die rechtswidrige Situation nicht beseitigt, aber die Problematik zumindest etwas abgemildert werden. Insbesondere unter dem Blickwinkel der Coronapandemie erscheint die schnelle Einführung der eGK zwingend erforderlich.