

## Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge pragmatisch verbessern

Deutschland hat eines der leistungstärksten und anpassungsfähigsten Gesundheitssysteme der Welt. Das wurde bereits bei der Wiedervereinigung festgestellt und kann bei der Integration der Flüchtlinge unter Beweis gestellt werden. Sowohl unser ambulantes als auch unser stationäres Gesundheitswesen sind in der Lage, eine große Zahl zusätzlicher Menschen und alle GKV-Versicherten mit dem medizinisch Notwendigen zu versorgen.

Viele Ärzte und Pfleger zeigen bei der Versorgung von Flüchtlingen ein Engagement, das großes Lob verdient. Das Problem liegt in den Abläufen. Die gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland ist je nach Bundesland und manchmal von Kommune zu Kommune unterschiedlich geregelt. Leistungsansprüche, Abrechnungsverfahren und Zugangsregeln zu Versorgungsangeboten sind ebenso uneinheitlich, wie auch die Frage ungeklärt ist, wie langfristig anfallende Zusatzkosten finanziert werden sollen. Dieses Labyrinth hat regional höchst unterschiedliche Versorgungsniveaus zur Folge, kostet Kraft, Zeit und Geld und erschwert durch unnötige Bürokratie die Arbeit aller Akteure des Gesundheitswesens. Eine im Einzelfall vielleicht intendierte Kostenreduktion wird vielerorts konterkariert durch mangelnde Effizienz inklusive Doppeluntersuchungen und führt im Ergebnis zu unnötigen Kostensteigerungen.

Gudrun Schaich-Walch, Stefan David, Erika Ober, Philip Schunke und Bernhard van Treeck

2015 haben offiziell rund eine Million Menschen bei uns Sicherheit und Schutz gesucht. Zur persönlichen Sicherheit des Einzelnen gehört für uns ganz selbstverständlich auch eine adäquate medizinische und ggf. pflegerische Versorgung. Diesen Anspruch hat unser Land bisher nur ansatzweise und regional sehr unterschiedlich erfüllt.

### ► Verantwortung liegt in zu vielen Händen

Begonnen bei der Ankunft in Deutschland über Registrierung, Antragsstellung bis hin zur Entscheidung über einen Asyl- bzw. Aufenthaltstitel besteht in der Frage der Gesundheitsversorgung ein Flickenteppich regionaler Eigenheiten. Die Leistungsfähigkeit

der Strukturen (Öffentliche Gesundheitsdienstleister etc.), der gewährte Leistungsumfang, die verantwortlichen Kostenträger, die gewählten Abrechnungsverfahren und die medizinischen wie administrativen Verantwortlichkeiten – die Zersplitterung macht eine adäquate gesundheitliche Versorgung nicht nur für die zu uns geflüchteten Menschen zum Glücksspiel, sondern insbesondere für die Akteure in der Gesundheitsversorgung selbst wird dies zum bürokratischen Hürdenlauf. Es findet sich nicht nur Unterversorgung, sondern auch Über- und Fehlversorgung. So werden Flüchtlinge oft mehrfach geröntgt, zum Beispiel um Tuberkulose auszuschließen, weil die Voruntersuchungen nicht bekannt sind. In einem Bundesland werden Patienten regelhaft auf HIV untersucht. HIV-Erkrankungen sind aber kein relevantes Problem in der Population der Flüchtlinge.

Personenkreis	Leistungen	Zuständig	Besonderheiten
<b>Alle Asylsuchenden und Flüchtlinge</b>  <b>Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus</b>	Eingangsuntersuchung nach § 62 AsylG	Die für die Unterbringung zuständige Einrichtung (i. d. R. die Erstaufnahmeeinrichtung)	Landesrechtliche Zuständigkeiten Teilweise Direktvereinbarungen mit Leistungserbringern
	Notfallbehandlung nach § 6a AsylbLG	Sozialbehörde oder Erstaufnahmeeinrichtung	Sofortige Eilanzeige an Sozialbehörde Antrag auf Abrechnung innerhalb von vier Wochen
<b>Asylbewerber nach § 1 AsylbLG</b>  <b>Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus</b>	Eingeschränkte Leistungen auf Akutbehandlungen nach §§ 4 und 6 AsylbLG <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <i>Schutzimpfungen</i></li> <li>◦ <i>Vorsorge</i></li> <li>◦ <i>Schwangerenversorgung</i></li> </ul>	Sozialbehörde	Vorlage Behandlungs-, Überweisungs- oder Einweisungsschein
		Sozialbehörde/ Krankenkasse	In Bundesländern mit Vereinbarungen nach § 264 Abs. 1 SGB V wird die elektronische Gesundheitskarte (eGK) von Krankenkassen ausgegeben (zum Beispiel Bremen, Hamburg, teilw. Nordrhein-Westfalen ...)
<b>Asylbewerber nach § 2 AsylbLG: nach 15 Monaten Aufenthalt</b>	Weitgehend wie GKV-Versicherte	Sozialbehörde/ Krankenkasse	Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) auf Basis der gesetzlich vorgegebenen auftragsweisen Übernahme der Krankenbehandlung nach § 264 Abs. 2 SGB V
<b>Minderjährige unbegleitete Flüchtlinge</b>	Weitgehend wie GKV-Versicherte	Erstaufnahmeeinrichtung  Jugendhilfeträger/ Krankenkasse	Stehen unter der Obhut der Kommunen, § 42 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe)  Behandlungsanspruch nach § 40 SGB VIII, Ausgabe der eGK über die auftragsweise Übernahme der Krankenbehandlung nach § 264 Abs. 2 SGB V

## Ein Beispiel aus dem Alltag

Zumindest in Hessen benötigen alle nach § 4 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) Leistungsberechtigten für jede Behandlung eine neue, jeweils nur drei Tage gültige, Kostenübernahmeerklärung. Dieser Behandlungsschein hat die Überschrift: „Wichtige Hinweise für den Arzt und bei Nichtbeachtung ist eine Übernahme der entstandenen Kosten ausgeschlossen.“ Danach wird aus § 4 AsylbLG zitiert: Nur die unbedingt notwendigen Behandlungskosten werden übernommen, sofern die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlich ist und keinen Aufschub duldet. Dies gilt auch für die Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln. Hier gelten die vorgesehenen Einschränkungen der gesetzlichen Krankenkassen. Darüber hinaus gehende Behandlungs- und Versorgungsmaßnahmen als auch Krankenhauseinweisungen bedürfen einer vorherigen Genehmigung durch den Kostenträger.

Der Ablauf ist sowohl für die Betroffenen als auch für die in der Ausstellungsbehörde Tätigen und für das Personal in den Praxen bei den bestehenden Sprachbarrieren sehr problematisch. Nun kommt zum Beispiel eine schwangere Asylbewerberin mit akuten Beschwerden zum Arzt; hat sie entweder keine oder eine zu alte Kostenübernahmeerklärung, darf sie nicht behandelt werden. Was genau gemacht werden darf, ist auch nicht exakt definiert und wird als das unbedingt medizinisch Notwendige beschrieben, welches sich bei der Kostenübernahme wesentlich von der über EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) klar geregelten Definition unterscheidet. Von Region zu Region wird das medizinisch Notwendige verschieden definiert: So wird zum Beispiel ein Krebsabstrich zu Beginn der Schwangerschaft und auch bei der Nachsorgeuntersuchung in Hessen nicht vergütet. Die Rechnungserstellung erfolgt an die entsprechende Erstaufnahmeeinrichtung – der Eingang muss kontrolliert werden, der gesamte Ablauf erfordert einen erheblichen personellen Mehraufwand. Da sich die Definition des unbedingt medizinisch Notwendigen von Region zu Region unterscheidet, wird sie schlussendlich von Verwaltungspersonal willkürlich festgelegt; auf der Strecke bleiben diejenigen Asylbewerber, die im Bedarfsfall eine ordentliche medizinische Versorgung benötigen.

## ► Bundeseinheitliche Lösungen

Um deutschlandweit nicht nur eine adäquate Versorgungssituation sicherstellen zu können, sondern auch dem medizini-

schen Personal Rechtssicherheit zu geben, ist diese Zersplitterung aufzuheben. Bundeseinheitliche Lösungen schaffen Sicherheit für die Akteure, bauen bürokratische Hürden ab und fördern nicht zuletzt auch die notwendige Kostentransparenz als Voraussetzung für eine sozial gerechte Finanzierung.

- *Flüchtlinge und Asylbewerber sollten auch weiterhin in Erstaufnahmeeinrichtungen in der Zuständigkeit der Bundesländer gesundheitlich versorgt werden. Dazu gehört beispielsweise die Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane.*
- *Der Umfang der Untersuchungen muss bundeseinheitlich festgelegt werden. Definieren könnte diese Anforderungen die Bundesärztekammer über ihren Ausschuss Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD). Wo und von wem die Leistung erbracht oder die Leistungserbringung organisiert wird, sollte vor Ort entschieden werden.*
- *Wird die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung festgestellt, während die Flüchtlinge oder Asylbewerber noch in der Erstaufnahmeeinrichtung untergebracht sind, sollte die Versorgung entsprechend der Regelversorgung der GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) durchgeführt werden. Dies gilt auch für die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Impfungen. Eine bundeseinheitliche Versorgung der Kranken muss erreicht werden.*
- *Falls eine ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte oder durch Krankenhäuser notwendig wird, muss eine unkomplizierte Leistungsabrechnung über die bestehenden Systeme nach EBM bzw. DRG (Diagnosis Related Groups) gesichert sein, mit Aufstockung der bestehenden Budgets durch öffentliche Mittel.*
- *In den ersten 15 Monaten eines Aufenthalts tragen die Länder und Kommunen die Kosten für die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden. Haben sich dieselben Personen aber bereits 15 Monate ununterbrochen im Bundesgebiet aufgehalten, sind sie leistungrechtlich den gesetzlich Krankenversicherten gleichgestellt. Diese Regelung gilt es gesetzlich aufzuheben! Alle erhalten – zeitlich befristet – eine Gesundheitskarte entsprechend der Regelleistung der GKV.*
- *Kinder und minderjährige Flüchtlinge müssen genauso versorgt werden wie deutsche Kinder und Jugendliche. Es kann für sie keinen geminderten Anspruch auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit geben. Deshalb sollen alle U-Untersuchungen ermöglicht und durchgeführt werden. Die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Impfungen sind besonders hier zu verabreichen und im Impfpass zu dokumentieren.*

- *Um, insbesondere vor dem Hintergrund von Sprachschwierigkeiten und Ortswechseln innerhalb Deutschlands, sowohl die Patient\_innen aus Kriegsgebieten besser versorgen zu können als auch die Solidargemeinschaft zum Beispiel vor kostenaufwendigen Doppel- und Mehrfachuntersuchungen zu schützen, sollten für Flüchtlinge elektronische Patientenakten angelegt werden können, in der alle ärztlichen Untersuchungen seit der Erstaufnahme zu dokumentieren sind.*

## ► **Transparente und sozial gerechte Finanzierung**

Die Diskussion über die Kosten der Gesundheitsversorgung der Flüchtlinge und Asylbewerber\_innen in der GKV macht deutlich, dass das Problem nicht die Flüchtlinge, sondern die seit langem nicht kostendeckenden Kassenbeiträge für ALG-2-Empfänger\_innen sind. Schon jetzt entstehen den Krankenkassen durchschnittliche Leistungsausgaben von ca. 180 Euro monatlich. Der Kassenbeitrag aus dem Bundeshaushalt beträgt aber nur 90 Euro. Zieht man in Betracht, dass alle notwendi-

gen Beitragserhöhungen über den Zusatzbeitrag alleine von den Versicherten zu tragen sind, stellt sich ganz von selbst die Forderung, dass ein kostendeckender Kassenbeitrag für alle ALG-2-Empfänger\_innen aus dem Bundeshaushalt entrichtet werden muss. Die einzig sozial verträgliche Lösung ist damit der Weg über Steuern. Dieser zusätzliche und klar als Antwort auf die Sondersituation kommunizierte Zuschuss zum Gesundheitsfonds schafft schließlich auch die nötige Akzeptanz, indem er offen den berechtigten Ängsten in der Bevölkerung begegnet, dass ihre Versichertengelder zweckentfremdet werden. Alle Menschen in Deutschland, auch die privat Krankenversicherten, wären damit gleichermaßen als Steuerzahler\_innen beteiligt.

Da es offensichtlich nicht gelingt, die in die EU kommenden Flüchtlinge angemessen auf alle Mitgliedsstaaten zu verteilen, sollte darüber hinaus darauf hingewirkt werden, dass solche Staaten, die ihrer Verantwortung nachkommen und überproportional belastet sind, einen finanziellen Ausgleich von den EU-Ländern erhalten, die Solidarität für eine Einbahnstraße halten. Hierfür sollte ein Flüchtlingsfonds eingerichtet werden.

### Über die Autor\_innen:

Gudrun Schaich-Walch, 1990-2005 Mitglied des Deutschen Bundestages, 2000-2002 Parlamentarische Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Gesundheit, 2002-2005 stellvertretende Vorsitzende der SPD Bundestagsfraktion für den Bereich Gesundheit, Pflege und Soziale Ordnung. Seit 2006 freie Beraterin und Referentin im Gesundheitsbereich. Seit 2012 Sprecherin der Arbeitsgruppe „Gesundheitspolitik“ des Managerkreises der Friedrich-Ebert-Stiftung.

Stefan David, Kaufmännischer Vorstand und Geschäftsführer von diakonischen Sozial- und Gesundheitseinrichtungen, stellvertretender Sprecher der Arbeitsgruppe „Gesundheitspolitik“ des Managerkreises sowie Sprecher der ASG Nord-Hessen. Er ist Wirtschaftsingenieur und war vor seiner Vorstandstätigkeit rund 15 Jahre als Berater bei der Deutschen Bank, Roland Berger und der Lohfert AG tätig.

Dr. Erika Ober, Ehemaliges Mitglied des Deutschen Bundestages (Mitglied im Gesundheitsausschuss), Aufsichtsratsmitglied im Gesundheitszentrum Odenwaldkreis GmbH. Niedergelassene Frauenärztin, Koordinatorin des Beckenbodenzentrums Südhessen, Vorsitzende der Hospiz Initiative Odenwald e.V., stellvertretende Kreistagsvorsitzende im Kreistag Odenwaldkreis.

Philip Schunke, 2009 – 2013 Geschäftsstellenleiter der Hauptstadtvertretung der contec-Unternehmensberatung. Seit 2013 freier Unternehmens- und Kommunikationsberater im Gesundheits- und Sozialsektor und contec competence partner. MSe Internationale Gesundheitspolitik (Gesundheitsökonomie) London School of Economics and Political Science.

Dr. Bernhard van Treeck, Leitender Arzt beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Nord. Lehrbeauftragter der Universität Köln (Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie, IGKE). 2012 bis 2014 Landesvorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) in Hamburg. Delegierter der Ärztekammer Hamburg, Vorsitzender des Strategiausschusses der Ärztekammer Hamburg, Mitglied der Arbeitsgruppe Öffentlicher Gesundheitsdienst der Bundesärztekammer.

Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind von den Autoren in eigener Verantwortung vorgenommen worden und geben ausschließlich ihre persönliche Meinung wieder.