

Fachtag „Elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende Personen“

Ansprechperson: Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Sevasti Trubeta
Hochschule Magdeburg-Stendal
E-Mail: sevasti.trubeta@h2.de

10.01.2024

Organisiert durch die Projektgruppe

"Solidarische Stadtbürgerschaft – Solidarische Region Altmark"



VORWORT ZUR DOKUMENTATION

Sevasti Trubeta

Die Gesundheitsversorgung für Menschen, die im Zuge von Migration und Flucht prekariert werden, wurde von der Projektgruppe „Solidarische Stadtbürgerschaft – Solidarische Region Altmark“* thematisiert. Denn das Recht auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung ist ein Menschenrecht und daher unverhandelbar.

Ein anderer Fachtag unserer Projektgruppe im Oktober 2022 widmete sich dem Anonymen Krankenschein. Schon damals kam auch die Frage nach der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für asylsuchende Personen auf. Eine Referentin, Mitarbeiterin des Sozialamtes Dresden, berichtete von der diesbezüglichen positiven Erfahrung der Stadt Dresden.

An dem Fachtag vom 10.01.2024 wurde das Thema elektronische Gesundheitskarte (e-GK) für Asylbewerber*innen aufgegriffen und über Vorteile, Möglichkeiten und Barrieren ihrer Einführung in Sachsen-Anhalt und in den Kommunen diskutiert.

Dieser Fachtag wurde in enger Zusammenarbeit mit der Integrationskoordinatorin des Landkreises Stendal, Maria-Alexandra Jonas, organisiert. Unterstützt wurde er von der Hochschule Magdeburg-Stendal, dem Projekt Vista-Win (Hochschule Magdeburg-Stendal) und dem Flüchtlingsrat Sachsen-Anhalt e.V.

Die Protokollierung des Fachtags übernahmen Caroline Kwiedor und Dorothea Fritzsche.

Anmerkung zum Programm

Aus Gründen, die mit der Verkehrslage an dem Tag zusammenhängen, könnte Maria Jonas nicht an dem Fachtag teilnehmen, sie hat aber im Vorfeld ein Statement eingereicht, das vorgelesen wurde. Der angekündigte Input von Vertreter*innen des Landkreises Potsdam-Mittelmark wurde kurzfristig aus ähnlichen Gründen abgesagt.

***Webseite der AG** „Solidarische Stadtbürgerschaft — Solidarische Region Altmark“

<https://www.h2.de/hochschule/fachbereiche/angewandte-humanwissenschaften/projekte/kindheit-und-migration.html>

Programm

Elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende Personen

14:00 – 15:15 Uhr

1. Session (Haus 1, Aula)

Grußwort: Prof. Dr. Volker Wiedemer, Prorektor für Hochschulentwicklung und -marketing

Einleitende Worte: Profⁱⁿ Drⁱⁿ Sevasti Trubeta, Hochschule Magdeburg-Stendal

Maria-Alexandra Jonas, Integrationskoordinatorin, Landkreis Stendal

Input I: E-Gesundheitskarte: Das Bremer Modell
Björn Sander, Freie Hansestadt Bremen – Abteilung Soziales

Input II: E-Gesundheitskarte: Das Modell von Potsdam-Mittelmark,
Vertreter*in des Landkreises Potsdam-Mittelmark

Diskussion

15:15 – 15:30 Uhr – Kaffeepause

15:30 – 17:00 Uhr – 2. Session (Haus 1, Aula)

Input III: Zugang zur Gesundheitsversorgung im AsylbLG
Claire Deery, Fachanwältin für Migrationsrecht; Vorsitzende des Flüchtlingsrates Niedersachsen

Input IV: Chancen der elektronischen Gesundheitskarten für die Versorgung von Geflüchteten
Martin Kampa und Anikó Zeisler, Psychosoziales Zentrum für MigrantInnen in Sachsen-Anhalt

Plenum: Regionale Umsetzungsmöglichkeiten in Sachsen-Anhalt

Abschluss des Fachtags



Eröffnung des Fachtages



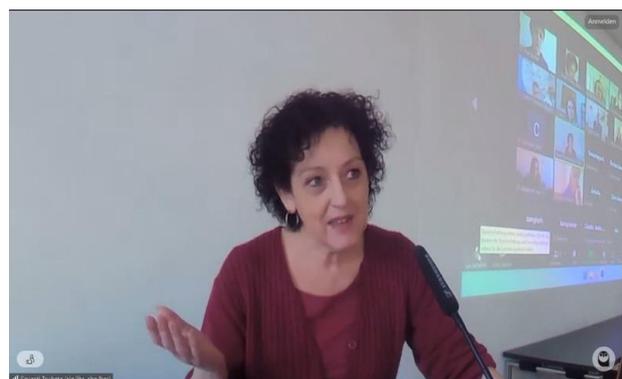
Der Fachtag wurde von **Professor Volker Wiedemer, Prorektor für Hochschulentwicklung und -marketing**, eröffnet. In seiner Eröffnungsrede nahm er Bezug auf die vergangenen Veranstaltungen der Projektgruppe und insbesondere den Fachtag „Anonymer Krankenschein für Asylsuchende“ und bezeichnete die Idee der elektronischen

Gesundheitskarte als soziale Innovation.

Die einleitenden Worte sprach **Professorin Sevasti Trubeta, Koordinatorin der Arbeitsgruppe „Solidarische Stadtbürgerschaft-Solidarische Region Altmark“**. Die Gesundheitsversorgung von asylsuchenden Personen ist eines der zentralen Themen der Arbeitsgruppe, betonte sie, denn dies sei ein Menschenrecht und daher unverhandelbar. Sachsen-Anhalt ist bisher eines der wenigen Bundesländer, in denen die elektronische Gesundheitskarte für Asylbewerber*innen noch nicht eingeführt wurde.

Dennoch gibt es gute Gründe für ihre Einführung, darunter die Entlastung der Sozialbehörden und der erleichterte Zugang zur medizinischen Versorgung.

Vor allem aber ist
Gesundheitsversorgung ein
Menschenrecht, das allen zusteht.



Einleitendes Statement

Maria Jonas, Integrationskoordinatorin, Landkreis Stendal

Unser aller Zugang zur medizinischen Versorgung ist die elektronische Gesundheitskarte — vorlegen, einscannen lassen und die Abrechnung der ärztlichen Leistungen ist geklärt. Dies gilt für den Großteil der Gesellschaft, aber nicht für Menschen, die in Sachsen-Anhalt Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beziehen. Das Prozedere in den meisten Kommunen Sachsen-Anhalts ist folgendes: Benötigt ein Mensch mit Duldung oder eine im Asylverfahren befindliche Person medizinische Hilfe, ist zunächst eine Vorsprache mit dem zuständigen Sozialamt notwendig. Dort wird bei Bedarf ein Behandlungsschein für begrenzte Leistungen sowie für einen begrenzten Zeitraum, meistens drei Monate, ausgestellt. Die Person kann nun medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Diese umfasst Behandlungen aufgrund der Erkrankungen und Schmerzzustände. Ist eine Vorstellung oder Behandlung beim Facharzt notwendig, bedarf es einer Prüfung des Gesundheitsamts. Befinden sich Personen über längere Zeiträume in Duldung oder Gestattung, müssen sie mehrfach bei der Leistungsbehörde vorstellig werden. Wir stellen uns heute die Fragen: Geht es einfacher? Gibt es eine Alternative? Gibt es Möglichkeiten, sowohl den Zugang zur medizinischen Versorgung zu erleichtern als auch die Mitarbeitenden der Sozialbehörde zu entlasten? Kann die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte damit die Übergabe einzelner Aufgaben an die gesetzlichen Krankenkassen eine Erleichterung sein? Und wie müsste diese gestaltet werden?

Wie lässt sich die Idee der elektronischen Gesundheitskarte für Asylbewerber*innen in unserer Region konkret umsetzen?

Zu den Fragestellungen des Fachtags

Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG, § 4) beauftragt die Sozialbehörde mit der Aufgabe, Behandlungsscheine für die Asylbewerber*innen auszustellen und daher ermächtigt es die Behörde, über die „Behandlungswürdigkeit“ einer Person zu entscheiden.

Wie ist dieser Vorgang mit dem Postulat der Menschenrechte vereinbar?

Wie sieht die Verwaltungspraxis mit Behandlungsscheinen aus?

Welche Erfahrungen gibt es bisher bei der Verwaltungspraxis mit der elektronischen Gesundheitskarte? Wie muss ein Vertrag mit Krankenkassen gestaltet sein?

Impuls I

E-Gesundheitskarte: Das Bremer Modell

Björn Sander, Freie Hansestadt Bremen – Abteilung Soziales

In seinem Input berichtete Björn Sander über die zwanzigjährige Erfahrung von Bremen/Bremerhaven mit der elektronischen Gesundheitskarte für asylsuchende Menschen und über das sog. „Bremer Modell“.



Gesundheitskarte für Asylsuchende

Die Senatorin für Arbeit, Soziales,
Jugend und Integration
Abteilung Soziales



1. Ausgangslage

- Wahrnehmung der Krankenbehandlung nach § 264 Abs. 2 SGB V seit 2004.
- Nicht erfasst waren durch diese gesetzliche Regelung u. a. Leistungsberechtigte nach §§ 1a und 3 AsylbLG
- Politische Grundsatzentscheidung wurde getroffen, diesen Personenkreis durch eine Krankenkasse zu betreuen.

- Ziele waren dabei:
 - Reduzierung des Verwaltungsaufwandes bei den Sozialämtern
 - Nutzung der Kompetenzen der Krankenkassen
 - Vermeidung der Stigmatisierung der Asylantragssteller:innen
 - Beachtung der Einschränkungen des § 4 AsylbLG

Er legte dar, dass vor 2004 die Krankenversorgung durch Krankenscheine im Rahmen des Bundessozialhilfegesetzes sichergestellt wurde, und die Einführung des § 264 Abs. 2 SGB V im Jahr 2004 nun einen bedeutenden Schritt in der Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Asylbewerber*innen in Deutschland markierte. Seit dem Stichtag 2004 bestehe die Möglichkeit, die Aufsichtsverwaltung durch Krankenkassen abwickeln zu lassen.

Für die Einführung der E-Gesundheitskarte sei die Grundsatzentscheidung des Landes; anschließend können die Kommunen den ausgehandelten Vertrag für sich nutzen.

2. Rechtliche Rahmenbedingungen

- § 4 Abs. 1 AsylbLG
 - Grundsätzlich nur ärztliche und zahnärztliche Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände
 - Zahnersatz, nur so weit aus medizinischen Gründen unaufschiebbar

- § 4 Abs. 2 und 3 AsylbLG
 - Leistungen für werdende Mütter und Wöchnerinnen
 - Die zuständige Behörde stellt die ärztliche und zahnärztliche Versorgung einschließlich der amtlich empfohlenen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Versorgungsuntersuchungen sicher.

Gesundheitskarte für Asylsuchende

Die Senatorin für Arbeit, Soziales,
Jugend und Integration
Abteilung Soziales



- § 6 AsylbLG
- Sonstige Leistungen, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind
 - Erweiterung des Leistungsspektrums von § 4 AsylbLG
 - Annäherung an GKV-Leistungen
- Gesetzgeber hat nur verbindlich vorgegeben, was sichergestellt werden soll, nicht aber die Art und Weise der Sicherstellung.

10.01.2024

Björn Sander

Folie 6

Bremer Modell und Gesundheitskarte für Asylsuchende

Die Senatorin für Arbeit, Soziales,
Jugend und Integration
Abteilung Soziales



3. Verhandlungen mit der AOK Bremen/Bremerhaven

- Nur die AOK Bremen/Bremerhaven erklärte sich 2005 zu Vertragsverhandlungen bereit.
- Mit Wirkung vom 01.10.2005 konnte ein Vertrag auf Basis des § 264 Abs. 1 SGB V abgeschlossen werden.
- Heute bestehen rechtlich Möglichkeiten, um eine Auftragsverwaltung nach § 264 Abs. 1 Satz 2ff SGB V zu implementieren.

10.01.2024

Björn Sander

Folie 7

4. Leistungsrechtliche Bestimmungen

- Leistungsrechtliche Beachtung der Einschränkung des § 4 AsylbLG:
 - Überwiegend Leistungen wie für GKV-Versicherte
 - Bestimmte Leistungen werden nicht erbracht:
 - Leistungen im Rahmen der DMP
 - Künstliche Befruchtungen
 - (Freiwillige) Satzungsleistungen der AOK

- Bei einigen Leistungen gibt es einen Entscheidungsvorbehalt mit besonderer Begutachtung:
 - Psychotherapien
 - Vorsorgekuren und Reha-Maßnahmen
Zahnersatz und kieferorthopädische
Behandlungen
 - Reha-Sport/Funktionstraining

6. Abrechnung der Leistung und Controlling

- Die Abrechnungen der AOK werden vierteljährlich erstellt. Dabei erfolgen sehr genaue Differenzierungen nach Einnahmen und Ausgaben.
- Für die unterschiedlichen Personengruppen nach § 264 Abs. 1 und 2 SGB V wird ein jährliches Controlling der Leistungsausgaben durchgeführt.

Die AOK Bremen/Bremerhaven sei die erste Versicherung gewesen, die sich 2005 zu Vertragsbehandlungen bereit erklärte. Im Jahr 2012 führte Hamburg die E-Gesundheitskarte nach dem Bremer Modell ein. Seit 2016 sei es in rechtlicher Hinsicht leicht, die E-Gesundheitskarte nach dem SGB V bundesweit zu implementieren.

7. Erfahrungen durch Einführung

7.1 Extern

- Erleichterungen für die Ärzte, weil nicht in einem zweigleisigen Verfahren (Krankenscheine) gearbeitet werden muss.
- Asylbewerber werden gesetzlich Versicherten überwiegend gleichgestellt, keine/geringe Stigmatisierung (nur durch Ziffer auf der Karte).

Bremer Modell und Gesundheitskarte für Asylsuchende

Die Senatorin für Arbeit, Soziales,
Jugend und Integration
Abteilung Soziales



7.2 Intern

- Erleichterungen in der senatorischen Ebene
 - Z. B. umfangreiche Verträge mit Leistungserbringern entfallen.
- Verwaltungsanweisungen für die durchführenden Ämter entfallen.

10.01.2024

Björn Sander

Folie 13

Bremer Modell und Gesundheitskarte für Asylsuchende

Die Senatorin für Arbeit, Soziales,
Jugend und Integration
Abteilung Soziales



7.3 Personal- und Sachkosten

- Personal konnte sowohl in den Durchführungsämtern als auch in der zentralen Abrechnungsstelle eingespart werden
- Regelmäßige (stigmatisierende) Begutachtungen (durch Gesundheitsämter) sind weitestgehend entfallen.
- Spezielle kostenpflichtige Prüfsoftware ist nicht mehr notwendig. Auch Verträge mit Dienstleistern sind nicht mehr notwendig.

10.01.2024

Björn Sander

Folie 14

8. Ausgaben für die Betreuung der Asylbewerber durch die AOK

- Pro Person/Monat wird eine Verwaltungskostenpauschale in Höhe von € 10,45 gezahlt.
- Für die Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte wird einmalig ein Betrag von € 8,00 gezahlt.

9. Leistungsausgaben

- Genauer Vergleich der personenbezogenen Ausgaben vor der Übertragung 2005 und nach der Übertragung nicht möglich.
- Es liegen keine exakten Daten zu den tatsächlichen Daten bezogen auf den Leistungszeitraum vor 2005 vor.
- AOK erbringt zum Teil auch Leistungen nach § 6 AsylbLG.

Bremer Modell und Gesundheitskarte für Asylsuchende

Die Senatorin für Arbeit, Soziales,
Jugend und Integration
Abteilung Soziales



- Kostenvergleich § 3 AsylbLG / SGB XII pro Person

Jahr/ Personengruppe	§ 3 AsylbLG	SGB XII
2010	€ 184,88	€ 540,94
2015	€ 174,75	€ 567,08
2020	€ 269,50	€ 662,67
2021	€ 242,18	€ 676,25

10.01.2024

Björn Sander

Folie 17

In seinem Input betonte Björn Sander, dass trotz steigender Leistungsausgaben aufgrund externer Ereignisse wie des Ukraine-Kriegs sich das Bremer Modell als eine erfolgreiche Initiative zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Asylbewerber*innen erwies.

Wie läuft aber die Ausstellung der E-GK in der Praxis ab?

Björn Sander machte deutlich, dass er nicht den Eindruck vermitteln möchte, es sei üblich, den Asylbewerber*innen die E-Gesundheitskarte am ersten Tag aushändigen zu können. Jedoch: Je schneller das Asylverfahren läuft, desto schneller könne die E-Gesundheitskarte ausgestellt werden. Sobald klar sei, welche Kommune für die jeweilige Person verantwortlich ist, könne die E-Gesundheitskarte beantragt werden. Die Asylbewerber*innen erhalten bis zur Ausstellung der E-Gesundheitskarte einen vorläufigen Vordruck, mit dem in Praxen manuell abgerechnet werden kann. Die administrative Bearbeitung der E-Gesundheitskarte kann sich verzögern, wenn viele Anträge gleichzeitig gestellt werden. Dieses Problem gebe es aber auch bei Behandlungsscheinen, schließlich seien diese im Vergleich zur E-Gesundheitskarte viel aufwendiger und bänden entsprechend viel Personal

Bremer Modell und Gesundheitskarte für Asylsuchende

Die Senatorin für Arbeit, Soziales,
Jugend und Integration
Abteilung Soziales



Zusammenfassung

- Das Bremer Modell hat sich im Bundesland Bremen bewährt.
- Bremer Modell von 2005 ist seit 2016 rechtlich in jedem Bundesland möglich.
- Insbesondere seit 2015/16 wäre eine alternative Versorgungssicherstellung in Bremen nur mit hohem administrativem Aufwand (Mehrkosten) möglich.

10.01.2024

Björn Sander

Folie 18

Es gibt ein Menschenrecht auf Gesundheitsversorgung, sagte Björn Sander, und dieses versucht die Stadt Bremen/Bremerhaven mithilfe der E- Gesundheitskarte so gut es geht durchzusetzen.

Wie geht man mit Kritik an der E-Gesundheitskarte um? (Frage an Björn Sander)

Aus der eigenen Erfahrung seiner Vorträge (schon vor 2015) über die E-Gesundheitskarte nach dem Bremer Modell berichtete Björn Sander, dass ein häufiger Kritikpunkt darin bestehe, dass das Bremer Modell die Einschränkung des § 4 im AsylbLG nicht beachten würde. Das würde zwar stimmen, sagte Sander, er warf aber die Gegenfrage auf, welche Mitarbeitende in der Verwaltung sich anmaßen könnten, gesundheitliche Entscheidungen zu treffen.



Impuls II

Zugang zur Gesundheitsversorgung im AsylbLG

Claire Deery, Fachanwältin für Migrationsrecht; Vorsitzende des Flüchtlingsrates Niedersachsen

Die Rechtsanwältin Claire Deery kam während ihrer langjährigen Erfahrung viel mit dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in Berührung. Insbesondere befasst sie sich mit gynäkologischen Leistungen im Falle weiblicher Genitalverstümmelung (FGM). Sie berichtete, dass es eine gängige Praxis im Bereich der gynäkologischen Leistungen sei, Klient*innen in den ihnen zustehenden Leistungen zu verträsten, bis sie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Auch in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung sei dies alltägliche Praxis, weswegen erkrankten Asylbewerber*innen nötige Leistungen verwehrt werden. Anhand von Fallbeispielen aus ihrer Berufspraxis machte Claire Deery deutlich, dass chronisch kranke Asylbewerber*innen davon besonders betroffen seien.

**Leistungen nach
§ 4 AsylbLG**

A

Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderlichen Behandlungen zu gewähren

B

§ 6 AsylbLG Sonstige Leistungen

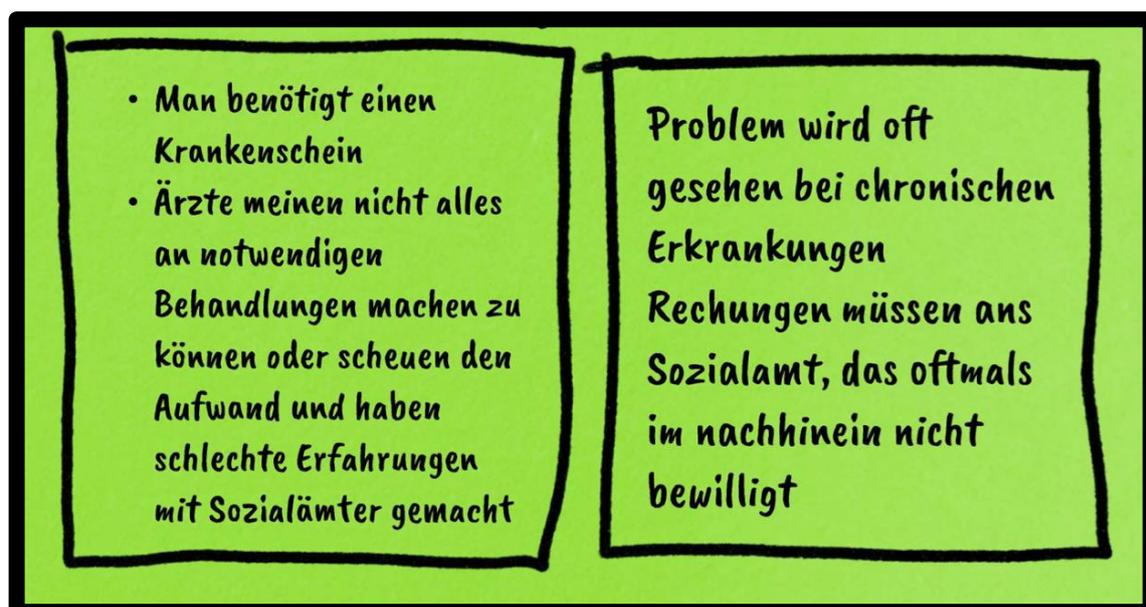
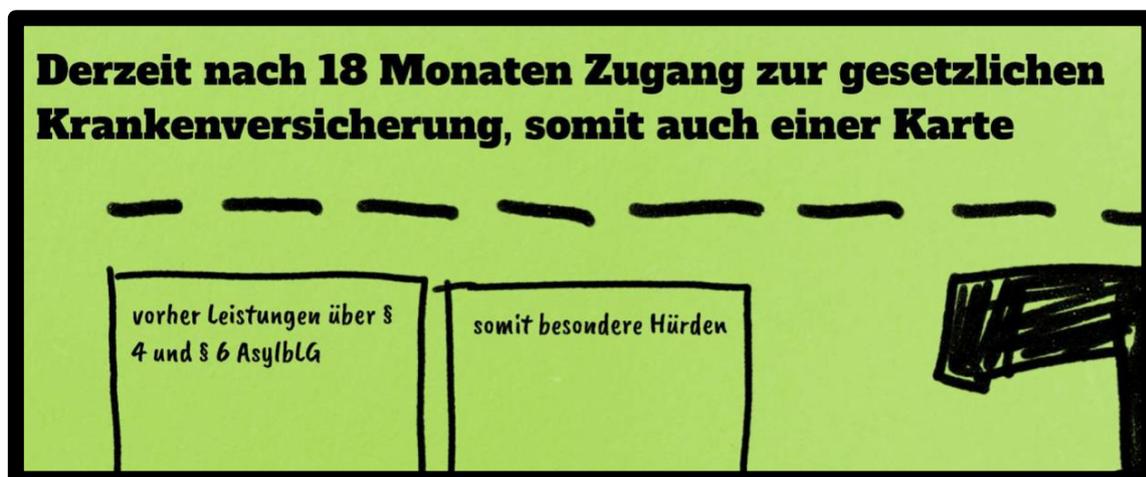
C

Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten

Unbehagliche Folgen des § 4 des AsylbLG

Zum großen Teil widmete sich der Input den § 4 und § 6 des AsylbLG und verdeutlichte Unannehmlichkeiten in der Umsetzungspraxis.

Anders als im § 4 vorgesehen, sind weder Verwaltungsmitarbeitende noch Anwält*innen fachlich qualifiziert zu entscheiden, ob eine Erkrankung akut sei und dementsprechend eine medizinische Behandlung benötige. Dazu bedarf es eines Gutachtens von Ärzt*innen. An dieser Stelle tritt jedoch eine Dilemmasituation auf, denn Asylbewerber*innen benötigen für viele ärztliche Behandlungen ein Attest, für die Ausstellung eines Attests wird jedoch wiederum eine ärztliche Behandlung vorausgesetzt.



Darüber hinaus führe die Gesundheitsversorgung nach § 4 und § 6 dazu, dass Ärzt*innen in der Praxis notwendige Leistungen nicht durchführen – aufgrund von Unsicherheiten in Bezug auf die Abrechnungskosten sowie aus Gründen des erhöhten Verwaltungsaufwandes durch die Abrechnung per Behandlungsscheine.

Rechtssprechung

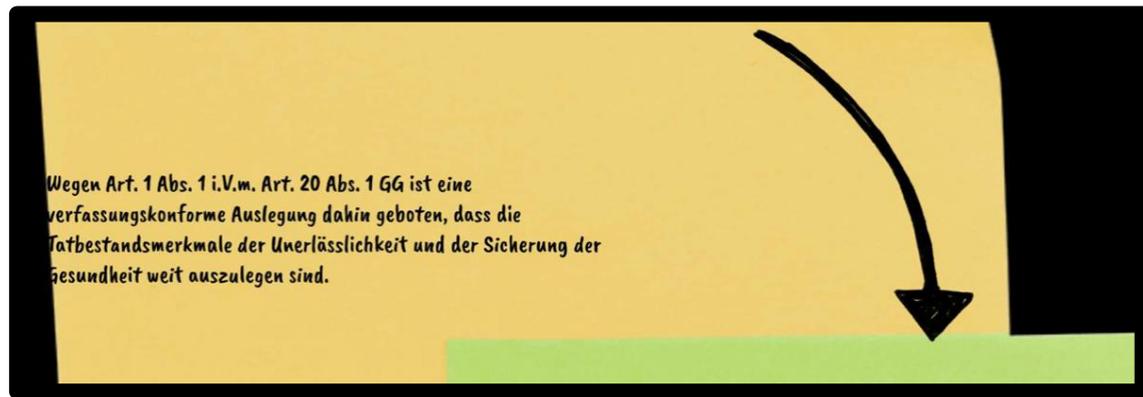
Ergänzend machte Claire Deery darauf aufmerksam, dass die Bundesgesetzgebenden aktuell darüber nachdenken, die sogenannten Grundleistungen (die in § 4 und § 6 festgehalten sind) von aktuell 18 Monaten Vorbezugszeit auf 24 oder 48 Monate zu verlängern.

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 20.06.2023 – L 8 AY
16/23 B ER (Asylmagazin 9/2023, S. 330 ff.) – asyl.net: M31750
<https://www.asyl.net/rsdb/m31750>

Leitsatz:

Medizinische Leistungen für Kinder während des Asylverfahrens:

*Will eine Behörde bei minderjährigen Asylbewerber*innen die Kostenübernahme für medizinisch erforderliche Behandlungen verweigern, weil diese nicht zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich seien, bedarf dies einer besonderen Rechtfertigung. Dies gebietet das Kindeswohl, das bei allen Regelungen vorrangig zu berücksichtigen ist.*



Zwei bzw. vier Jahre Gesundheitsleistungen nach § 4 und § 6 seien aber nicht vertretbar, so Claire Deery. Denn die Asylbewerber*innen müssten für all die Zeit beim Sozialamt vorstellig werden, wenn sie ärztliche Behandlung brauchen. Dieses Verfahren führe zu einem enormen Aufwand für die Mitarbeitenden der Sozialämter zum einen, und zu menschenunwürdigen Situationen für Asylbewerber*innen zum anderen.

Gesundheitsversorgung in (k)einem geschützten und respektvollen Raum

Aus ihrer Berufserfahrung stellte Claire Deery dar, wie Asylbewerber*innen häufig die intimsten Details in einer ungeschützten Atmosphäre preisgeben müssten. Besonders schwierig verhalte es sich bei Asylbewerber*innen mit chronischen Erkrankungen. Darüber hinaus macht Deery deutlich, dass die Sozialämter durch die Abrechnung mit Krankenscheinen die Diagnosen der Asylbewerber*innen sowie Aufenthalte in Krankenhäusern und Psychiatrien sehr einfach einsehen könnten (Verletzung der Ärztlichen Schweigepflicht).

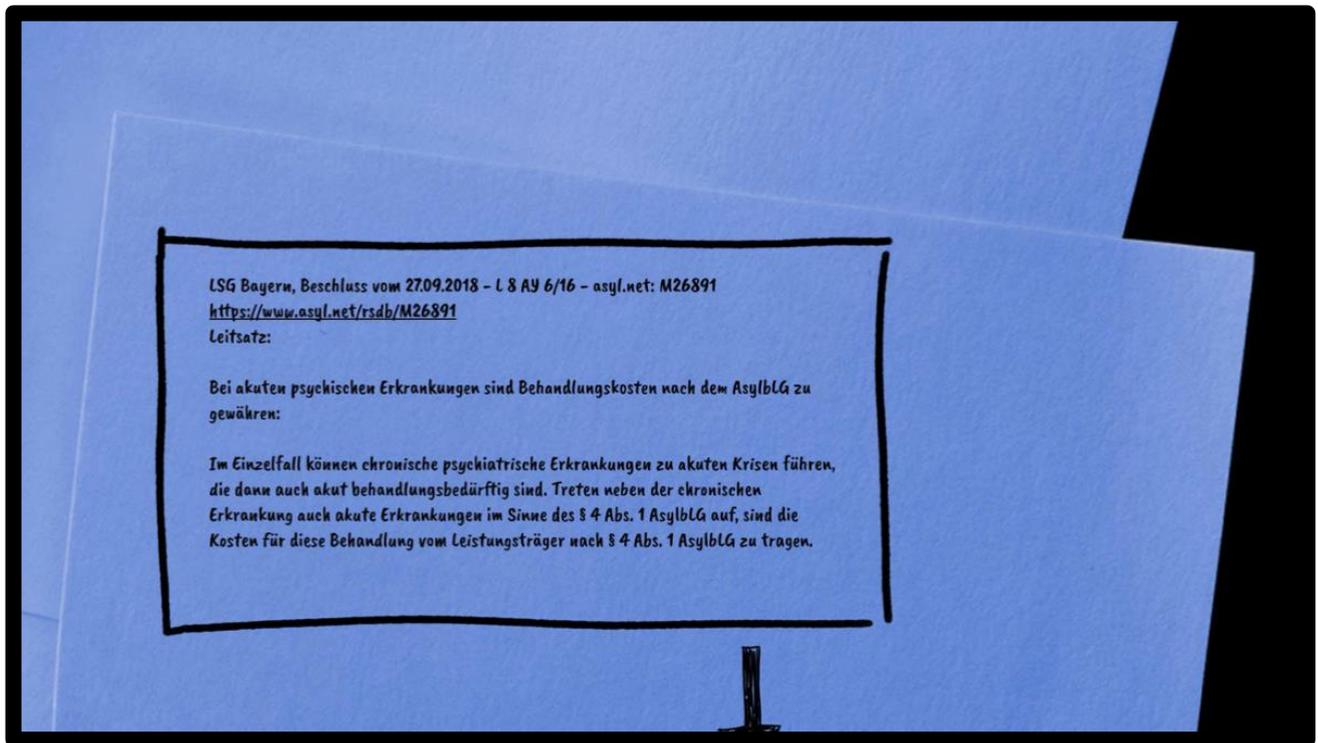
LSG Hessen, Beschluss vom 11.07.2018 – L 4 AY 9/18 B ER (Asylmagazin 10–11/2018, S. 389 f.) – asyl.net: M26415

<https://www.asyl.net/rsdb/M26415>

Leitsatz:

Gesundheitsversorgung nach dem AsylbLG muss dem Leistungsniveau des SGB entsprechen:

1. Anspruch auf Übernahme der Behandlung im Rahmen einer antiviralen Hepatitis C-Therapie für einen Geduldeten, der AsylbLG-Grundleistungen nach §§ 3, 4 und 6 AsylbLG empfängt.
2. Zwar ist die Erkrankung weder akut noch schmerzhaft, doch ist § 6 AsylbLG, wonach Leistungen gewährt werden können, wenn sie zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind, verfassungskonform weit auszulegen. Dies ist aufgrund der Menschenwürde und des Sozialstaatsprinzips (Art. 1 i.V.m. Art. 20 GG) geboten (unter Bezug auf BVerfG, Urteil vom 18.07.2012 – 1 BvL 10/10, 1 BvL 2/11 – asyl.net: M19839). Das verfassungsrechtlich gebotene Leistungsniveau darf nicht hinter den Mindeststandards der für Asylsuchende geltenden Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU zurückbleiben.
3. Daher ist bis auf wenige Ausnahmen, insbesondere bei Bagatellerkrankungen oder Kurzaufenthalten, ein Leistungsniveau herzustellen, dass der Sozialhilfe nach §§ 47ff SGB XII bzw. der gesetzlichen Krankenversicherung nach SGB V entspricht. Nur bei gesetzlich geregelten Sonderbedarfen können geringere Leistungen gewährt werden. Die missbräuchliche Beeinflussung der Aufenthaltsdauer führt nicht zu Sonderbedarfen.



Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen schlussfolgerte Claire Deery, dass u. a. der Schutz der Privatsphäre der betreffenden Asylbewerber*innen sowie die Stärkung ihrer Individualität zu den wichtigsten Vorteilen der E-Gesundheitskarte zählen.



Impuls III

Chancen der elektronischen Gesundheitskarte für die Versorgung von Geflüchteten

*Martin Kampa und Anikó Zeisler,
Psychosoziales Zentrum (PSZ) für
Migrant*innen in Sachsen-Anhalt*

Die Psychologin Aniko Zeisler und der Sozialarbeiter und Projektleiter am PSZ Martin Kampa haben wertvolle Einblicke in ihren Berufsalltag gegeben und warfen die Frage auf, inwiefern die elektronische Gesundheitskarte die Gesundheitsversorgung von Asylbewerber*innen mit einer psychischen Erkrankung verbessern könnte. Mit Bezug auf die Ziele der Weltgesundheitsorganisation unterstrich Aniko Zeisler, dass Gesundheit mehr als die Abwesenheit von Krankheit bedeute und für alle Menschen gelten müsse.

PSZ Sachsen-Anhalt



PSZ Sachsen-Anhalt
Psychosoziales Zentrum
für Migrant*innen

- **Psychologische Beratung und Therapie:**
 - Stabilisierung, Ressourcen-Arbeit, Körpertherapie, Entspannungsmethoden, Traumatherapie, Trauerarbeit
 - Psychosoziale Gruppen
 - Psychologische Diagnostik, Stellungnahmen
- (begleitende) Sozialberatung für Erwachsene, Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund
- Vermittlung in die Regelversorgung, Netzwerkarbeit
- Fortbildungen für Integrations- und Gesundheitsakteur*innen

PSZ Sachsen-Anhalt



PSZ Sachsen-Anhalt
Psychosoziales Zentrum
für Migrant*innen

- BÄK: „Gesundheit ist ein Menschenrecht
- BPB: Das Menschenrecht auf den "höchsten erreichbaren Stand an körperlicher und geistiger Gesundheit" gehört zu den wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Menschenrechten ("WSK-Rechte"), wie sie von der UN im Sozialpakt 1966 (Art. 12) formuliert und von der großen Mehrheit der Staaten auch verabschiedet wurden.
- WELTGESUNDHEITSORGANISATION: „Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“

3

Psychische Gesundheit von Geflüchteten



PSZ Sachsen-Anhalt
Psychosoziales Zentrum
für Migrant*innen

- **Asylverfahren und Versorgungsleistungen:**
 - I. Aufenthaltsgestattung und Duldung bis 18 Monate Aufenthalt in D
 - § 4 AsylbLG: Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände ist die erforderliche Behandlung und Medikamente zu gewähren
 - § 6 AsylbLG: ergänzende Gesundheitsleistungen, die zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind, z.B: bei chronischen Erkrankungen
 - II. Aufenthaltsgestattung und Duldung ab 18 Monate Aufenthalt in D
 - Análogleistungen: Versichert über Krankenkasse, diese rechnet mit Sozialamt Leistungen ab
 - III. Aufenthaltserlaubnis
 - GKV
 - IV. Sonderfall: Geduldete mit Leistungskürzung nach § 1a AsylbLG
 - Diese haben nur Anspruch auf § 4 AsylbLG, also Akut- und Schmerzbehandlung. Nur physische Existenz gedeckt sollte/könnte für die Klienten aus der Haft eventuell relevant sein, wenn sie schon ausreisepflichtig sind.

4

Psychische Gesundheit von Geflüchteten



PSZ Sachsen-Anhalt
Psychosoziales Zentrum
für Migrant*innen

➤ Asylverfahren und Versorgungsleistungen:



Neue Versorgungsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) ab dem 01.01.2024

5

Psychische Gesundheit von Geflüchteten



PSZ Sachsen-Anhalt
Psychosoziales Zentrum
für Migrant*innen

➤ Zahlen und Fakten:

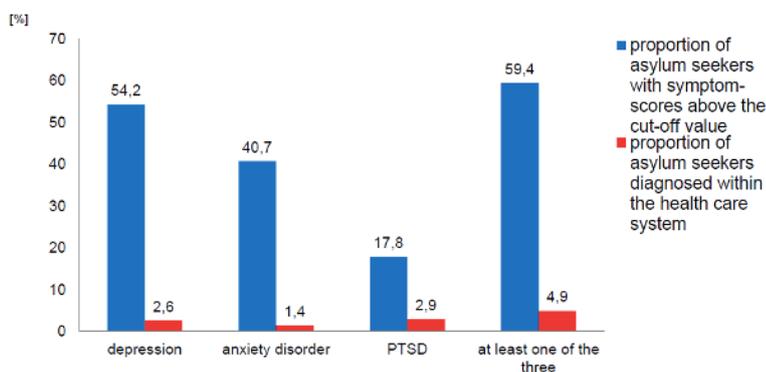
- Berichtes des Bundespsychotherapeuten Kammer (2015): erwachsenen Geflüchteten im Vergleich zur Normalbevölkerung mindestens 8,7-mal höheres Risiko für PTBS; Depressionen 2,5-mal höher
- Die Prävalenz für PTBS in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland liegt bei 2,3 Prozent, die Prävalenz für Depressionen liegt bei 7,9 Prozent (Genz & Jacobi, 2014)
- Metaanalyse von Blackmore et al. (2020): PTBS bei 31,46%, für Depressionen bei 31,5%, für Angststörungen bei 11% und bei psychotischen Grunderkrankungen 1,51%

6

Psychische Gesundheit von Geflüchteten



PSZ Sachsen-Anhalt
Psychosoziales Zentrum
für Migrant*innen



Führer et al. 2020

7

Psychische Gesundheit von Geflüchteten



PSZ Sachsen-Anhalt
Psychosoziales Zentrum
für Migrant*innen

- **Versorgungslandschaft:**
- Um den Behandlungsbedarf zu erkennen muss der Zugang in die Versorgungssysteme erleichtert werden
- Trohl et al., 2021: Ahmad Führer Studie an der LMU Halle, in 38 Städten in Deutschland gibt es transkulturelle Psychotherapie
- Wartezeiten von Registrierung bis Interview: durchschnittlich 16 Wochen; Wartezeit von von Anmeldung bis Therapie: 50 Wochen (oftmals in PSZs)
- Diagnostik/ Medikamentöse Einstellung problematisch
- Kostenübernahme von Aufenthalt und Zusage des Sozialamts abhängig

8

Psychische Gesundheit von Geflüchteten



PSZ Sachsen-Anhalt
 Psychosoziales Zentrum
 für Migrant*innen

- **Versorgungslandschaft - Hürden:**
- Sprachbarriere: Kosten für Dolmetscher bei Behandlung nicht von GKV übernommen, teilweise über Sozialleistungen möglich, Sonderfall Berlin
- Verantwortungsdiffusion/Verschiebung
- Gesundheitssystem überlastet, Wartezeiten führen zu Chronifizierung und Verschlechterung
- PSZ keine stationäre Einrichtung, ambulante Begleitung nicht ausreichend
- Geringe Bereitschaft zu Sprachmittler gestütztes Arbeiten, geringe Kenntnisse über transkulturelle Besonderheiten
- Diagnostik oftmals nicht sensitiv für anderen Kulturkreis, da Normierung an kanadisch, englischen und deutschen Stichproben
- Sozialer Rahmen für Therapie oftmals nicht ausreichend

9

Psychische Gesundheit von Geflüchteten



PSZ Sachsen-Anhalt
 Psychosoziales Zentrum
 für Migrant*innen

- **Versorgungslandschaft – Hürde: Kostenübernahme**
- **Erfahrungen aus der Praxis:**
 - Patienten ohne Gesundheitskarte haben oft lange Wartezeiten oder werden ungern angenommen
 - Behandlung erfolgt notdürftig oder gar nicht
 - Kostenübernahme wird abgelehnt, da “Notversorgung“ unklar
 - Notwendige Behandlungen werden oftmals nicht eingeleitet, da es sich um keinen Notfall handelt (Krebsbehandlung, Schwangerschaftsbegleitung, Feststellung der Teilhabe und Einschränkungen im täglichen Leben bei degenerativen Erkrankungen)
 - Folge sind Chronifizierung, Verschlechterung der Erkrankung, Komplikationen

10

Durch anschauliche Beispiele aus ihrer Berufspraxis haben die Referierenden geschildert, dass die Gesundheitsversorgung für Asylbewerber*innen aktuell mit einer Notversorgung zu vergleichen sei. Denn die behördliche Praxis erschwere (oder gar verwehre) Asylbewerber*innen oft die nötige medizinische Versorgung, mit der Folge, dass nicht behandelte Krankheiten chronisch werden bzw. sich verschlimmern. Gründe dafür seien bürokratische Barrieren durch die Behörden, Überlastung des Gesundheitssystems und lange Wartezeiten, die oft damit zusammenhängen, dass trotz dringenden Behandlungsbedarfes die Bewilligung der Behandlung seitens der Sozialämter verzögert werde.

Psychische Gesundheit von Geflüchteten



PSZ Sachsen-Anhalt
 Psychosoziales Zentrum
 für Migrant*innen

- **Fallvignette:**
- Ein Patient zeigt nachweislich ein demenzielles Syndrom und wird zwar Allgemeinmedizinisch versorgt, erhält jedoch keine neurologische Behandlung oder Diagnostik
- Patient zeigt massive Verwirrungszustände, findet sich in der GU nicht zurecht
- Die Angehörigen, welche nicht in der GU leben (und deshalb dort auch nicht nächtigen können) versuchen Patienten rund um die Uhr zu begleiten, da er alleine nicht mal die Toilette aufsuchen kann
- Die Unterbringungssituation verschlechtert seine Verfassung maßgeblich
- Durch die anhaltende räumlich, zeitliche und situative Verwirrung kommt es zu Gefährdungsmomenten, in denen der Patient nicht witterungsgerecht hilflos durch die Straßen irrt und sich aufgrund der Sprachbarriere gegenüber Passanten und Polizei nicht verständigen kann

Psychische Gesundheit von Geflüchteten



PSZ Sachsen-Anhalt
Psychosoziales Zentrum
für Migrant*innen

➤ **Fallvignette:**

- Fallbeispiel Herr B.
- Erstgespräch 2021, Wut, Schlafprobleme, Müdigkeit, Reizbarkeit
- Februar 2022: Abklärung -> Vermittlung an Psychiater, Kontaktaufnahme mit Hausarzt bzgl. Überweisung
- März 2022: Psychiatertermin Mitte April in anderer Stadt vereinbart -> Antrag auf Kostenübernahme beim Sozialamt gestellt mit Überweisung und Termin
- Mitte April: Klient hat Termin verpasst, weil er keinen Abrechnungsschein bekommen hat
- Mitte Juni: Neuer Termin bei Psychiater Ende Juli, Überweisung vom Hausarzt -> Antrag Kostenübernahme Sozialamt
- Ende Juli: Klient kommt vom Sozialamt, bekommt keinen Abrechnungsschein, weil in anderer Stadt -> Psychiater Termin verschoben
- Ende Juli: Nachfrage beim Sozialamt, auf Nachfrage wird Fall an Gesundheitsamt zur Prüfung gegeben
- Mitte August: Termin zur Vorsprache beim Gesundheitsamt
- Anfang September: noch keine Information vom Sozialamt bezüglich Psychiater Termin Mitte September
- Nach telefonischer Nachfrage und schriftlicher Erklärung bezüglich Termin außerhalb des Wohnortes bekommt Klient die Kostenübernahme,
- noch ein Folgetermin beim Psychiater durch Kontakt mit Sozialamt begleitet, dann konnte Klient beendet werden (02/22-10/22)

12

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylbewerber*innen könne zwar nicht alle Probleme lösen, bringe aber, so Zeisler und Kampa, klare Vorteile mit sich, wie die Entlastung der Behörden, den erleichterten Zugang der Asylbewerber*innen zur regulären Gesundheitsversorgung und die Prävention von Folgeerkrankungen.

Chancen der elektronischen Gesundheitskarte für die Versorgung von Geflüchteten



PSZ Sachsen-Anhalt
Psychosoziales Zentrum
für Migrant*innen

➤ **Zukunftsvision und Ausblick:**

- Löst nicht alle Probleme, aber...
- Patienten würden, wie vorgesehen Zugang zum eigentlichen Regelsystem erhalten
- Ermöglicht reguläre Erfassung des Bedarfs
- Durch diese Erleichterung, wäre es mitunter möglich dem Bedarf des Patienten eher gerecht zu werden
- Termine können zuverlässig eingehalten werden, Öffnung des Regelsystems für Klientel
- Verringerung der Komplikationen, Chronifizierung
- Erleichterte Integration
- Stärkung einer pluralen Gesellschaft
- Möglichkeit „höchsten erreichbaren Stand an körperlicher und geistiger Gesundheit“

13

Das Ziel sei, möglichst das höchste Maß an körperlicher und geistiger Gesundheit zu erreichen, nicht mehr und nicht weniger!

Plenum: Regionale Umsetzungsmöglichkeiten in Sachsen-Anhalt

Moderation: Sevasti Trubeta

Im zweiten Teil der Veranstaltung ergriffen Teilnehmende das Wort, äußerten sich zu den Inputs, stellten Fragen an die Referierenden und traten in Austausch miteinander.

Es ist in Deutschland nicht einfach, als Demenzerkrankte*r eine Pflegestufe anerkannt zu bekommen. Ist das nicht ein ähnliches Problem?

„Jain“, antwortete Aniko Zeisler; denn es sei für deutsche Staatsbürger*innen grundsätzlich leichter als für Asylbewerber*innen, an die Regelversorgung zu kommen, und weil Asylbewerber*innen mit Demenz oft mehr Hilfe als deutsche Staatsbürger*innen benötigten.

Gibt es einen politischen Willen für eine elektronische Gesundheitskarte?

Auf diese Frage ging eine teilnehmende Person ein und brachte folgende Erfahrungen ein: Das Thema elektronische Gesundheitskarte werde schon länger in der Landesregierung und im Sozialausschuss in Sachsen-Anhalt diskutiert und sei ebenfalls Teil des aktuellen Koalitionsvertrags. Die Anträge seien bisher aber abgelehnt worden, obwohl sich medizinische Expert*innen dafür ausgesprochen haben. Es bestehe aber die Hoffnung, dass einzelne Kommunen, die bereits die elektronische Gesundheitskarte in anderen Bundesländern eingeführt haben, den politischen Diskurs nochmals anregen und dann weitere Kommunen folgen könnten.

Diese Ansicht bekräftigte Sevasti Trubeta mit der Anmerkung, dass beispielsweise *die Stadt Dresden* in Sachsen die elektronische Gesundheitskarte eingeführt hat.

Ergänzend dazu bemerkte Aniko Zeisler, dass in Kommunen oft abgewogen werde, ob sich der Verwaltungsaufwand lohnt, aber man könne diesen nicht über das Menschenrecht auf Gesundheitsversorgung stellen.

Kann eine Kommune die elektronische Gesundheitskarte ohne Grundsatzbeschluss einführen?

Aus der darauffolgenden Diskussion ging hervor, dass die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in Sachsen-Anhalt bzw. in der Region vom politischen Willen der Entscheidungsträger*innen abhängt.

Könnten die Kommunen, die die elektronische Gesundheitskarte einführen wollen, die Kosten von Land und Bund erstattet bekommen?

Jacob Wernike (Landkreis Stendal) hat sich dieser Frage angenommen und erläuterte: Der Landkreis habe bisher nur 200 Asylbewerber*innen, auf die dies zutrifft. Aber auch diese Personen verursachten Kosten, die durch die elektronische Gesundheitskarte sehr einfach durch die Krankenkassen abgerechnet werden könnten. Auch die Stigmatisierung der Asylbewerber*innen werde durch die Einführung der E-GK wegfallen.

Dazu betonte Claire Deery, dass Sozialämter unter einem großen Personalmangel litten, und so hätte die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte den großen Vorteil, sozialamtliche Vorgänge zu entlasten.

Wenn die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte den Sozialämtern viel Verwaltungsarbeit abnehmen würde, hätte dies hingegen einen erhöhten Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen bewirkt? Und was sollte man bei den Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen beachten?

Auf diese Frage ging Claire Deery ausführlich ein und erläuterte, dass die meisten großen Krankenkassen sehr automatisiert arbeiteten; da werde der Verwaltungsaufwand nicht unbedingt steigen.

Die Vertragsausgestaltung hänge aber davon ab, ob man sich in einer Region mit wenigen oder vielen Asylbewerber*innen befindet. Für die Ausgestaltung gebe es bisher drei Modelle, die sich bewährt haben, darunter auch das Bremer Modell. In den Verträgen könne man dann verhandeln, welche Leistungen grundsätzlich gewährt werden und welche nicht, wie zum Beispiel spezielle Zahnarztbehandlungen. Es sei daher sinnvoll, statistisch festzuhalten, in welchen Städten der Bedarf eventuell größer ist, und dort könne man dann mehr Leistungen anbieten.

Aniko Zeisler ergänzte dazu, dass die Umstellung auf die elektronische Gesundheitskarte für Asylbewerber*innen erst einmal einen Mehraufwand für die Krankenkassen bedeuten könnte, aber auf lange Sicht sei dies nachhaltiger und wirtschaftlicher.

Fazit

Bei dem Fachtag wurde deutlich, dass die Einführung der e-GK in ein Bundesland bzw. in die Kommunen vom politischen Willen abhängt.

Die Vorteile der e-GK sind vielfältig und betreffen sowohl die Wahrung des universellen Menschenrechts auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung als auch die Vereinfachung behördlicher Vorgänge.



Hochschule Magdeburg-Stendal
Osterburger Straße 25
9576 Hansestadt Stendal

Redaktion
Sevasti Trubeta

Fotos: Kerstin Seela

Bildschirmbilder: Fine Stauber

Gestaltung: Christoph Girbig Hochschulkommunikation

Satz: Fano Heidschmidt