

Herrn Regionalverbandsdirektor
Peter Gillo
- im Hause -

Saarbrücken, 28.04.2015

ANTRAG

Sehr geehrter Herr Regionalverbandsdirektor,

wir bitten Sie, folgenden Antrag auf die Tagesordnung der Sitzung des Regionalverbandsausschusses am 21. Mai 2015 bzw. auf die der Regionalversammlung am 28. Mai 2015 zu setzen:

„Einführung einer Gesundheitskarte für Flüchtlinge und Asylsuchende im Regionalverband Saarbrücken“

Die Regionalversammlung möge beschließen:

Der Zugang von Flüchtlingen zu medizinischer Versorgung findet nur im eingeschränkten Maße statt. So haben Flüchtlinge nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) bisher ausschließlich Anspruch auf reduzierte medizinische Leistungen bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen und benötigen vor der Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung einen Behandlungsschein, über dessen Ausstellung die zuständige Sozialbehörde zu entscheiden hat. Diese Beschränkungen sollen für Flüchtlinge im Asylverfahren und solche mit Duldung abgebaut und der Zugang zu medizinischer Versorgung vereinfacht und sichergestellt werden.

Die Regionalversammlung fordert die Regionalverwaltung auf, für alle Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG für Leistungen nach den §§ 4 und 6 AsylbLG die Einführung einer Gesundheitskarte in Kooperation mit der Gesetzlichen Krankenversicherung analog dem „Bremer Modell“ einzuführen. Dabei werden die Leistungen auf Grundlage des § 264 Absatz 1 SGB V erbracht.

Begründung:

1. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 18. Juli 2012 weist auf die Notwendigkeit der grund- und menschenrechtskonformen Auslegung der §§ 4 und 6 AsylbLG hin. Diese müsse dazu führen, dass weitestgehend gleiche Gesundheitsleistungen wie in den gesetzlichen Krankenversicherungen erbracht werden. In der Praxis ist dies aber nicht der Fall. Die notwendige Konsequenz wäre die Abschaffung des AsylbLG und die Einbeziehung aller Flüchtlinge in die Gesetzliche Krankenversicherung und die Sozialgesetze.

2. Der Aufwand, welcher von den Sozialämtern geleistet werden muss, z.B. Ausgabe der Krankenscheine, Überprüfung der Notwendigkeit, Zahlung jeder Leistung an die Rechnungssteller, etc., führt zu vermeidbaren Verwaltungskosten. Der Hamburger Senat schätzt, dass allein 1,6 Millionen Euro pro Jahr (seit 2013) durch die Ausgabe der Gesundheitskarte eingespart wurden (s. Artikel „Wenn Flüchtlinge einfach mit Karte zum Arzt können“, Die Welt

vom 06.01.2015). Auf Grund der Verschleppung und Chronifizierung von Erkrankungen fallen höhere statt niedrigere Behandlungskosten an.

3. Die bürokratische Organisation führt letztendlich dazu, dass ärztliche Einrichtungen aus medizinischer Sicht zu spät aufgesucht werden, weshalb sich Krankheiten verschlimmern oder Infektionen verbreiten können. Zudem kritisiert die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer, dass „im gegenwärtigen System Entscheidungen über die Behandlungsbedürftigkeit von Patienten de facto von medizinisch nicht Fachkundigen gefällt werden“ (s. Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer „Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund“, in Deutsches Ärzteblatt 110 (2013), S. A 903). Die individuelle Entscheidung über die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung müsse stattdessen beim Arzt verbleiben.

4. Für Ärztinnen und Ärzte, die ohne sichere Kostenübernahme durch das Sozialamt eine Behandlung durchführen, entsteht bisher ein Kostenrisiko. Sie befinden sich in dem Dilemma zwischen ärztlicher Pflichterfüllung und dem Risiko, die Leistungen nicht erstattet zu bekommen.

5. Die Einführung der Gesundheitskarte auf kommunaler Ebene ist auch bei Fehlen eines begleitenden Landesgesetzes juristisch möglich und durchführbar (vgl. den am 10. Dezember 2014 mehrheitlich beschlossenen, interfraktionellen Münster Ratsantrag „Gesundheitsprogramm für eine umfassende Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge und Asylsuchende auf den Weg bringen“).

Mit freundlichen Grüßen

i. A. Markus Hoen
Fraktionsgeschäftsführer