Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden

Gesundheitskarte und psychotherapeutische Versorgung: ein Sachstandsbericht

BertelsmannStiftung

Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden

Gesundheitskarte und psychotherapeutische Versorgung: ein Sachstandsbericht (August 2016)

Autor: Marcus Wächter-Raquet

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Bericht auf die weibliche Sprachform verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

Inhalt

	Vorwort	**5**
	Einleitung	**8**
1	**Asyl in Deutschland**	**10**
1.1	**Anzahl, Herkunft und Verteilung der Asylsuchenden**	**10**
1.2	**Asylberechtigung und Schutzbedürftigkeit nach internationalem Recht**	**11**
1.3	**Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden**	**13**
2	**Einführung der elektronischen Gesundheitskarte**	**15**
2.1	**Gesetzliche Regelungen**	**15**
2.2	**Bundesrahmenempfehlung**	**16**
2.3	**Einführung der eGK im Ländervergleich**	**16**
2.3.1	Baden-Württemberg	16
2.3.2	Bayern	16
2.3.3	Berlin	17
2.3.4	Brandenburg	17
2.3.5	Bremen	18
2.3.6	Hamburg	19
2.3.7	Hessen	20
2.3.8	Mecklenburg-Vorpommern	20
2.3.9	Niedersachsen	21
2.3.10	Nordrhein-Westfalen	21
2.3.11	Rheinland-Pfalz	22
2.3.12	Saarland	23
2.3.13	Sachsen	23
2.3.14	Sachsen-Anhalt	23
2.3.15	Schleswig-Holstein	24
2.3.16	Thüringen	25

2.4 Zusammenfassung 25

2.5 Diskussion 27
2.5.1 Kritikpunkt Verwaltungskosten 27
2.5.2 Kostensteigerung durch die Einführung der eGK? 28
2.5.3 Umverteilung der Kosten auf Bund, Länder und Kommunen 28

2.6 Forderungen 30

3 Psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten 32

3.1 Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen 32

3.2 Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen 33

3.3 Versorgungssysteme 34
3.3.1 Niedergelassene Psychotherapeuten 34
3.3.2 Psychotherapeutische Institutsambulanzen 35
3.3.3 Beratungs- und Behandlungszentren für traumatisierte Flüchtlinge und Folteropfer 36

3.4 Einsatz von Sprachmittlern 38

3.5 Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen 39

3.6 Forderungen 39

4 Fazit 40

Literatur 42

Vorwort

Der rasche Anstieg der Flüchtlingszahlen im Jahr 2015 hat dazu geführt, dass viele Prozesse in der Aufnahme und Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland auf den Prüfstand gestellt wurden. So wurde im Zuge des Asylpaketes I unter anderem die Möglichkeit eröffnet, die aufwändige Einzelgenehmigung für medizinische Leistungen durch die Ausgabe einer Gesundheitskarte für Asylbewerber zu ersetzen. Allerdings hat es der Bundesgesetzgeber den Ländern überlassen, ob und wie sie von dieser Möglichkeit Gebrauch machen. Auch die Kosten für die Gesundheitsversorgung wollte der Bund nicht übernehmen. Wie zu erwarten war, führte dies zu einem Flickenteppich unterschiedlicher Regelungen. Die Bertelsmann Stiftung hat sich hingegen schon im Frühjahr 2016 für eine bundeseinheitliche Regelung und die Kostenübernahme durch den Bund eingesetzt.

Die vorliegende Expertise hat den Umsetzungsstand der Gesundheitskarte für Asylsuchende zuerst im Februar 2016 beschrieben und den Status quo im Sommer aktualisiert. Das Ergebnis ist ernüchternd: Neben den Stadtstaaten Bremen und Hamburg, die die Gesundheitskarte schon vor Jahren eingeführt hatten, sowie Berlin haben nur Brandenburg und Schleswig-Holstein Regelungen für eine flächendeckende Einführung der Gesundheitskarte gefunden, die zugleich die Kommunen entlasten. Die Zahl der Bundesländer, die die Einführung ablehnen oder gestoppt haben, ist in diesem Zeitraum von zwei auf sechs gestiegen. Zwar werden auch in diesen Ländern Asylsuchende und Flüchtlinge medizinisch versorgt, aber das Genehmigungsverfahren ist vergleichsweise aufwändig. In Hamburg, wo die Gesundheitskarte schon längere Zeit eingesetzt wird, wurde eine Senkung der Verwaltungskosten erreicht, ohne dass die Gesundheitsausgaben für Asylbewerber gestiegen sind. Die Furcht vieler Kommunen vor Mehrkosten durch die Einführung der Karte erscheint daher unbegründet.

Besonders prekär ist die psychotherapeutische Versorgung von Asylsuchenden und Geflüchteten. Dem hohen Anteil traumatisierter Menschen können die wenigen Einrichtungen kaum gerecht werden. Im Durchschnitt warten Patienten sieben Monate auf ein Erstgespräch; und die meisten müssen dafür weite Wege zurücklegen, weil das nächste Traumazentrum im Durchschnitt 170 Kilometer entfernt ist. Nach der Behandlung im Traumazentrum bricht die Versorgungskette häufig ab, weil die Regelversorgung nicht an den Bedarf angepasst wird. Die wenigen muttersprachlichen Psychotherapeuten stehen allzu oft vor Zulassungshürden und Barrieren, die das Gesundheitssystem aufgebaut hat. Auch hier müssen Prozesse und Strukturen im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung auf den Prüfstand gestellt werden. Unsere Gesellschaft kann es sich aus humanitären Gründen, aber auch aus wohlverstandenem Eigeninteresse nicht leisten, so viel seelische Not unbehandelt zu lassen.

Die vorliegende Expertise ist ein Sachstandsbericht, aber zugleich auch ein Appell an Bund, Länder, Kommunen und Akteure im Gesundheitswesen, sich der Herausforderung zu stellen.

Dr. Brigitte Mohn
Mitglied des Vorstandes
der Bertelsmann Stiftung

Uwe Schwenk
Programmdirektor
Versorgung verbessern –
Patienten informieren,
Bertelsmann Stiftung

Einleitung

In den letzten Wochen ist viel zu hören von einem Rückgang der Flüchtlingszahlen, von einer Beruhigung der Lage, ja sogar von der Problematik, wie mit den jetzt leer stehenden Sammelunterkünften umgegangen werden soll. Die Politik hat ihr „Wir schaffen das!“ durch ein „unter bestimmten Umständen“ ausgetauscht und liefert mit dem Asylpaket II und dem Integrationsgesetz ihre Gelingensbedingungen für die Integration der Geflüchteten gleich mit: Durch eine deutliche Verringerung der nach Deutschland kommenden Flüchtlinge sowie eine schnellere Rückführung bestimmter Flüchtlingsgruppen in ihre Herkunftsländer will man die Kommunen entlasten und so den Druck aus dem System nehmen. Allerdings ist damit auch ein nachlassender Handlungsdruck verbunden und die Chance, sich jetzt auf kommende „Flüchtlingskrisen“ vorzubereiten, wird dadurch vertan.

Ein gutes Beispiel dafür ist die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für Asylsuchende. Mit dem Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz, das im Oktober 2015 – also auf dem Höhepunkt der sogenannten Flüchtlingskrise – in Kraft trat, wurde den Landesregierungen die Möglichkeit gegeben, die gesetzlichen Krankenkassen mit der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden zu beauftragen. Nordrhein-Westfalen, das bereits vor der Novellierung des § 264 SGB V mit den Krankenkassen über die Einführung der eGK verhandelte, war das erste Flächenland, das die Gesundheitskarte einführte. Als Vorbilder dienten die Stadtstaaten Bremen und Hamburg, wo bereits seit Längerem Asylsuchende eine eGK erhalten. Kurz darauf kündigten andere Flächenländer wie Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein oder auch Niedersachsen an, ebenfalls die eGK für Asylsuchende einführen zu wollen. Die Umsetzung stockt indes und geht regional sogar mit Rückschlägen einher. Im Juni 2016 erhält nur ungefähr jeder fünfte Asylsuchende in Deutschland nach Verlassen der Erstaufnahmeeinrichtung eine eGK.

Die Psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten ist ebenfalls nicht als positives Beispiel für gelingende Integration zu sehen. Bereits vor dem starken Anstieg der Flüchtlingszahlen kritisierten Fachverbände, wie die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK 2010), die unzureichende psychotherapeutische Versorgungsstruktur für Asylsuchende. Zu wenig fremdsprachliche Therapeuten, der hohe Zeitaufwand bei der Behandlung von Geflüchteten sowie Schwierigkeiten der Dolmetscherfinanzierung führten zu einer faktischen Ausgliederung der psychotherapeutischen Versorgung von Asylsuchenden aus dem Regelsystem. Die überwiegende Mehrzahl der psychisch erkrankten Flüchtlinge wird durch die 32 Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ) versorgt. Die durch Fördergelder und Spenden finanzierte Behandlung von ungefähr 15.000 Fällen pro Jahr dürfte angesichts der hohen Prävalenzen für psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen nur ein Tropfen auf dem heißen Stein sein.

Die vorliegende Expertise zeichnet die Einführung der eGK für Asylsuchende nach und nimmt eine Standortbestimmung der psychotherapeutischen Versorgung von Asylsuchenden vor. Hierzu wurden zunächst in einem seit Oktober 2015 laufenden Monitoring die Entscheidungen der einzelnen Bundesländer bezüglich der Einführung der eGK dokumentiert. In einem zweiten Schritt wurden die Reaktionen auf kommunaler Ebene zusammengetragen und soweit möglich analysiert. Besonders hervorgehoben wird in der abschließenden Diskussion die Kostenperspektive. Die Höhe der Verwaltungsgebühren der Krankenkassen und die Befürchtung steigender Behandlungskosten durch die Einführung der eGK sind die beiden Hauptargumente, die eine flächendeckende Einführung der Gesundheitskarte verhindern.

Der zweite inhaltliche Teil der Expertise dokumentiert den Iststand der psychotherapeutischen Versorgung von Asylsuchenden. Während die Politik (GMK 2015), Berufsverbände (BÄK 2016) und Wissenschaft (Neuner 2016) die Versorgungsstruktur als defizitär einschätzt, sieht der GKV-Spitzenverband (2016b) weniger Handlungsbedarf. Viele der belasteten Asylsuchenden profitierten eher von sozialen Betreuungs- und Unterstützungsangeboten, beispielsweise von muttersprachlichen Helfenden und/oder Sozialarbeitern (ebd.). Uneinigkeit herrscht auch hinsichtlich des tatsächlichen Bedarfs an Psychotherapie bei Asylsuchenden. Während die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) davon ausgeht, dass zwischen 40 und 50 Prozent der Flüchtlinge traumatisiert sind (2015c), zitieren andere Zahlen aus dem Bremer Gesundheitsprogramm, wo nur bei 16,9 Prozent der Asylsuchenden (Jung 2011) eine psychische Erkrankung festgestellt wurde. Weitere Diskussionspunkte der Expertise sind die Zugangsbarrieren zu psychotherapeutischer Versorgung, wie beispielsweise lange Antragsverfahren, sowie die häufig ungeklärte Finanzierung von Dolmetscherleistungen.

1
Asyl in Deutschland

Nachdem im letzten Jahr über eine Million Menschen in Deutschland als Flüchtling registriert wurden, geht seit Beginn des Jahres die Anzahl stark zurück. Verantwortlich dafür ist aber nicht eine Verbesserung der Situation in den Herkunftsländern. Die Anzahl der Menschen, die sich weltweit auf der Flucht befinden, ist im letzten Jahr um fünf Millionen auf jetzt 65 Millionen Menschen gestiegen (UNHCR 2016).

1.1 Anzahl, Herkunft und Verteilung der Asylsuchenden

In Deutschland wurden im Zeitraum von Januar bis Juni 2016 im EASY-System des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) 222.264 Zugänge von Asylsuchenden registriert (BAMF 2016b). Das ist ein deutlicher Rückgang im Vergleich zum Höhepunkt der Flüchtlingswelle im vergangenen Jahr, als sich allein im Oktober 181.000 Menschen als Flüchtling registrieren ließen (BAMF 2015). Verantwortlich dafür sind die intensiven Kontrollen an den Grenzen, das Abkommen mit der Türkei und die Schließung der sogenannten Balkanroute (Zeit Online 2016).

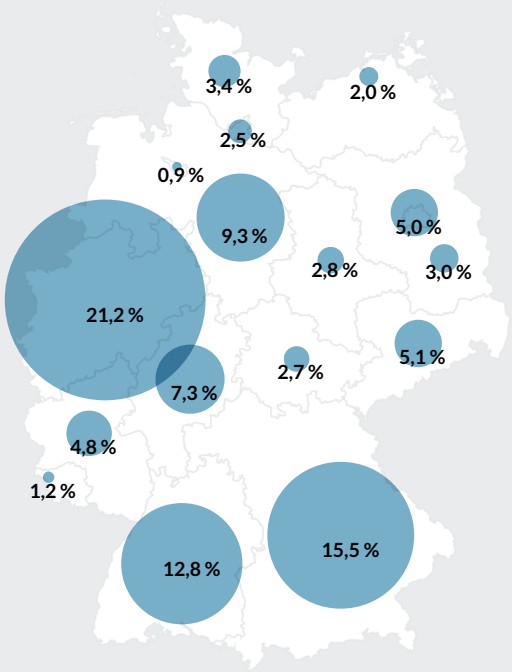
Trotz sinkender Flüchtlingszahlen ist die Anzahl der Asylerstanträge in den ersten Monaten des Jahres im Vergleich zu den Folgejahren weiterhin sehr hoch. So wurden bis einschließlich Juni 2016 387.675 Erstanträge vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge entgegengenommen, was einen Anstieg im Vergleich zum Vorjahr um 142,4 Prozent bedeutet. Die Antragsteller kommen zumeist aus Syrien, dem Irak und Afghanistan (BAMF 2016b). Viele dieser Erstantragsteller wurden bereits im letzten Jahr als Asylbegehrende registriert, hatten aber aufgrund von Engpässen des BAMF bisher keine Möglichkeit, einen Antrag zu stellen.

Die Asylanträge werden nach der Verteilung der Flüchtlinge auf die einzelnen Bundesländer bei den entsprechenden Außenstellen des BAMF gestellt. Für die Verteilung maßgeblich ist der sogenannte Königsteiner Schlüssel. Er wird für jedes Jahr entsprechend den Steuereinnahmen und der Bevölkerungszahl der Bundesländer berechnet. Daneben spielen die Aufnahmekapazitäten eine Rolle sowie die Herkunftsländerzuständigkeit der Erstaufnahmeeinrichtungen. Auch minderjährige Schutzsuchende, die ohne Begleitung eines für sie verantwortlichen Erwachsenen sind, werden seit dem 1. November 2015 über eine Quotenregelung bundesweit verteilt. Zuvor galt das Prinzip der Unterbringung am Ankunftsort.

Ende Juni 2016 warten in Deutschland 495.792 Asylsuchende auf die Entscheidung über ihre Asylerst- oder Folgeanträge (BAMF 2016b). Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer von Asylanträgen betrug Ende 2015 5,4 Monate (SVR 2015).

Mit Inkrafttreten des sogenannten Asylpaktes II am 17. März 2016 wurde die Möglichkeit geschaffen, das Asylverfahren für bestimmte Personengruppen weiter zu beschleunigen. Dazu gehören Asylsuchende aus sicheren Herkunftsstaaten, Folgeantragsteller sowie Asylbewerber, die beim Asylverfahren nicht mitwirken.

Verteilung der Asylbewerber 2016



Baden-Württemberg	12,86 %
Bayern	15,52 %
Berlin	5,05 %
Brandenburg	3,06 %
Bremen	0,96 %
Hamburg	2,53 %
Hessen	7,36 %
Mecklenburg-Vorpommern	2,03 %
Niedersachsen	9,32 %
Nordrhein-Westfalen	21,21 %
Rheinland-Pfalz	4,84 %
Saarland	1,22 %
Sachsen	5,08 %
Sachsen-Anhalt	2,83 %
Schleswig-Holstein	3,40 %
Thüringen	2,72 %

Quelle: Verteilung der Asylbewerber (BAMF 2016a) | BertelsmannStiftung

1.2 Asylberechtigung und Schutzbedürftigkeit nach internationalem Recht

Asylanträge können im Inland oder an der deutschen Grenze gestellt werden. Nach der erstmaligen Äußerung eines Asylgesuchs erfolgt die Verteilung der Asylbegehrenden auf Erstaufnahmeeinrichtungen, die sich um die Unterbringung kümmern und die nächstgelegene Außenstelle des BAMF informieren. Der Asylantrag wird anschließend persönlich bei der zuständigen Außenstelle des BAMF gestellt. Jugendliche können nur in Begleitung eines Vormunds ihren Antrag stellen. Nach der Antragstellung erhalten die Asylsuchenden eine Aufenthaltsgestattung, die zum Aufenthalt in Deutschland berechtigt, bis über den Asylantrag entschieden ist.

Die Entscheidung über einen Asylantrag bzw. das Feststellen der Schutzbedürftigkeit nach internationalem Recht setzt zuvor die Prüfung des Antrags nach dem sogenannten Dublin-Verfahren voraus. Hier wird festgestellt, ob Deutschland oder ein anderes Land der EU für die Durchführung des Verfahrens zuständig ist. Kann der Antrag in Deutschland bearbeitet

Ablauf des deutschen Asylverfahrens

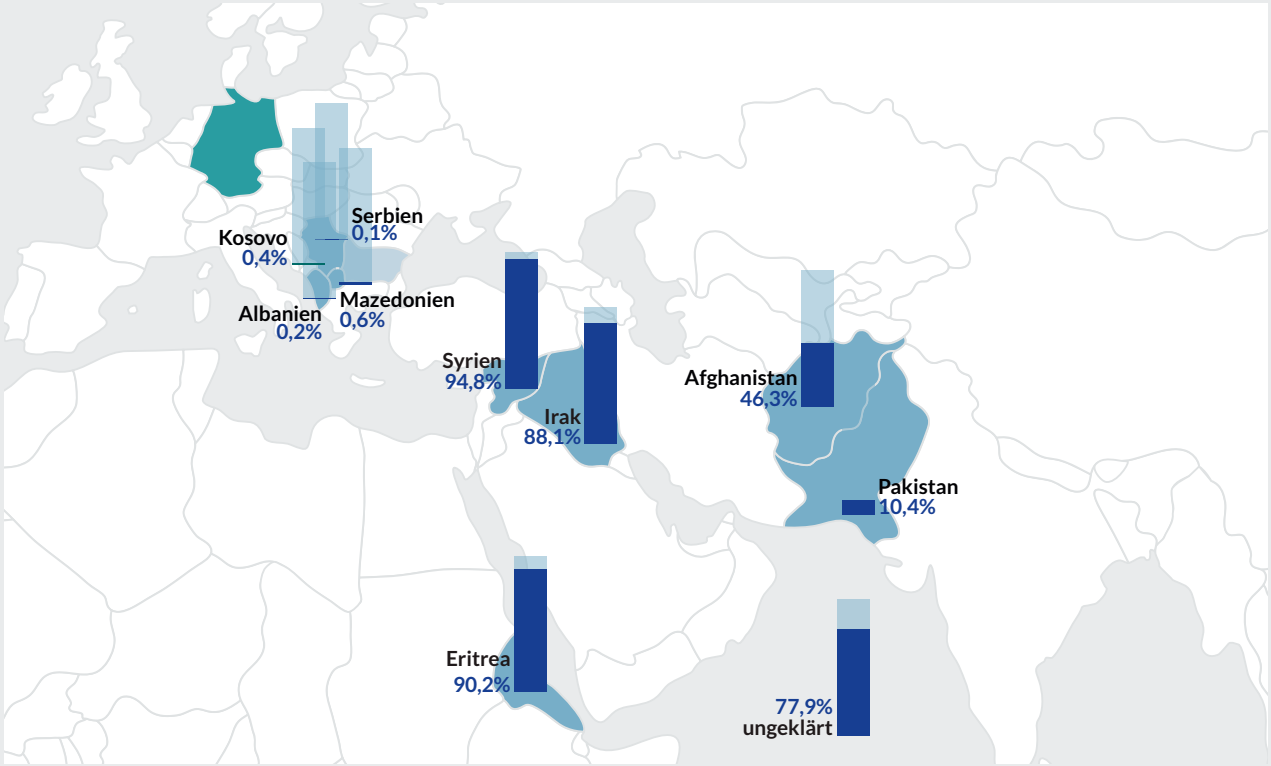
Schutzkategorie	Bezeichnung	Erteilungsdauer
Schutz vor politischer Verfolgung nach Art.16a GG	Asylberechtigt	3 Jahre
Schutz vor Verfolgung nach der Genfer Flüchtlingskonvention (GFK)	Flüchtling	3 Jahre
Internationaler subsidiärer Schutz	Subsidiärer Schutz	Zunächst 1 Jahr, Verlängerung für zwei weitere Jahre möglich
Schutz nach der Europäischen Menschenrechtskonvention	Abschiebungsverbot	Mindestens 1 Jahr

Quelle: BAMF 2014 | BertelsmannStiftung

werden, prüft das BAMF die Zuerkennung des internationalen Schutzes (Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft, subsidiärer Schutz) und die Anerkennung als Asylberechtigter. Kommt beides nicht in Betracht, entscheidet das Bundesamt, ob Abschiebungsverbote nach § 60 des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG) vorliegen. Kann auch kein Abschiebeverbot festgestellt werden, erfolgt die Ausweisung des Asylsuchenden. Der Asylsuchende kann Einspruch gegen die Entscheidungen des BAMF erheben.

Am häufigsten wird eine Aufenthaltserlaubnis aufgrund der Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft nach der Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) erteilt. Anträge auf Asyl nach dem Grundgesetz werden nur sehr selten bewilligt, da hier einzig die politische Verfolgung durch staatliche Institutionen als Fluchtgrund anerkannt wird. Anerkannte Flüchtlinge nach dem Grundgesetz und der GFK bekommen eine Aufenthaltserlaubnis für drei Jahre und danach in der Regel eine Niederlassungserlaubnis (unbefristeter Aufenthalt in Deutschland); beim subsidiären Schutz und dem Abschiebungsverbot ist die Aufenthaltserlaubnis kürzer, kann aber verlängert werden. Kann die Ausreise endgültig abgelehnter Asylsuchender nicht vollzogen werden (z. B. wegen Reiseunfähigkeit), wird für die Zeit des Verbleibs in Deutschland eine Duldung ausge-

Schutzquote nach Herkunftsländern



Herkunftsländer nach Anzahl der Asylanträge 2015		Schutzquote
1	Syrien, Arabische Republik	94,8 %
2	Albanien	0,2 %
3	Kosovo	0,4 %
4	Afghanistan	46,3 %
5	Irak	88,1 %

Herkunftsländer nach Anzahl der Asylanträge 2015		Schutzquote
6	Serbien	0,1 %
7	Eritrea	90,2 %
8	Mazedonien	0,6 %
9	ungeklärt	77,9 %
10	Pakistan	10,4 %

Quelle: BAMF 2016a

BertelsmannStiftung

sprochen, die teilweise jahrelang bestehen kann (SVR 2015).

Im Jahr 2016 wurden bis zum 30. Juni 285.530 Bundesamtsentscheidungen (Summe der Entscheidungen über Erstanträge, Folgeanträge, Widerrufsprüfverfahren und Wiederaufnahmeverfahren) gezählt (BAMF 2016b). Die Schutzquote fällt je nach Herkunftsland sehr unterschiedlich aus und beträgt im Durchschnitt 61,5 Prozent. Während Menschen aus manchen Staaten (z. B. Syrien) fast eine 100-prozentige Chance haben, in Deutschland zu bleiben, werden Asylsuchende aus sicheren Herkunftsstaaten ohne Einzelfallprüfung aufgefordert, in ihre Heimat zurückzukehren. Als sichere Herkunftsländer wurden bisher die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, Albanien, Bosnien, Herzegowina, Ghana, Kosovo, Mazedonien, Montenegro, Senegal und Serbien erklärt. Ob auch die sogenannten Maghreb-Staaten (Marokko, Tunesien, Algerien) als sichere Herkunftsstaaten definiert werden, ist noch abhängig von einer Entscheidung des Bundesrates, die aber erst nach der Sommerpause 2016 fallen dürfte. Die Rückkehrquote der abgelehnten Asylbewerber beträgt derzeit 51 Prozent (Deutscher Bundestag 2016a).

1.3 Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden

Der Anspruch von Asylsuchenden auf Sozialleistungen, die gesundheitliche Versorgung eingeschlossen, wird seit 1993 durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt. Hierzu definiert das AsylbLG in den §§ 1 und 2 zunächst verschiedene Gruppen von Leistungsempfängern und teilt diesen unterschiedliche Leistungsansprüche zu.

Leistungsberechtigte nach § 1 AsylbLG (Asylsuchende, Bürgerkriegsflüchtlinge, Personen mit einer Duldung, vollziehbar ausreisepflichtige Personen sowie deren Familienangehörige) haben einen Anspruch auf eingeschränkte gesundheitliche Versorgung im Notfall sowie bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen. In § 4 AsylbLG wird der Leistungsumfang gesundheitlicher Versorgung genauer definiert: „Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger 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.“ Ohne Einschränkung sind medizinische Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt, Vorsorgeuntersuchungen sowie Impfungen zu übernehmen. Diese Bestimmung wird ergänzt durch § 6 AsylbLG: „Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich […] sind.“ Hierfür ist allerdings die vorherige Genehmigung durch die zuständige Behörde einzuholen.

Leistungsberechtigte nach § 1 AsylbLG benötigen einen durch die zuständige Behörde ausgestellten Behandlungsschein oder eine eGK, um einen niedergelassenen Arzt* aufzusuchen. Der Behandlungsschein hat eine Geltungsdauer von drei Monaten bis zu wenigen Tagen. Wird der Patient an einen anderen medizinischen Versorger überwiesen, muss wieder ein neuer Behandlungsschein ausgestellt werden. Die eGK besitzt eine Geltungsdauer analog zur Aufenthaltsgestattung des Leistungsempfängers und gewährt direkten Zugang zum Regelsystem der Gesundheitsversorgung. Um die zuständigen Behörden zu entlasten sowie akut Erkrankten schnellen Zugang zu medizinischen Hilfen zu gewähren, wurden in den größeren Sammelunterkünften ärztliche Sprechstunden eingerichtet, die mehrmals wöchentlich oder auch täglich geöffnet sind und in diesen Zeiten auch ohne Behandlungsschein aufgesucht werden können. Betrieben werden die Einrichtungen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst und viele ehrenamtlich engagierte Ärzte sowie anderes Gesundheitspersonal.

* Aus Gründen der Einfachheit und besseren Lesbarkeit verwendet diese Publikation vorwiegend die männliche Sprachform. Es sind jedoch jeweils beide Geschlechter gemeint.

Nach der Anerkennung als Flüchtling oder nach 15 Monaten ununterbrochenen Aufenthalts im Bundesgebiet erhalten Asylsuchende Leistungen analog dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII; § 2 AsylbLG). Die in diesem Sinne Leistungsberechtigten erhalten eine Versichertenkarte einer gesetzlichen Krankenversicherung ihrer Wahl und können damit GKV-Leistungen im vollen Umfang, mit Ausnahme der Leistungen der Pflegeversicherung, beanspruchen. Der Erhalt der Gesundheitskarte entspricht aber nicht einer echten GKV-Mitgliedschaft. Das Sozialamt erstattet der Krankenkasse nach § 264 Abs. 2 SGB V die Behandlungskosten plus eine fünfprozentige Verwaltungspauschale.

Für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge gelten Besonderheiten: Gemäß § 42 Abs. 2 Satz 3 SGB VIII sind die Jugendämter verpflichtet, ein unbegleitetes ausländisches Kind in Obhut zu nehmen. Das Jugendamt muss dann den notwendigen Unterhalt und die Krankenhilfe sicherstellen. Wie und in welchem Umfang diese „Krankenhilfe“ sichergestellt wird, unterscheidet sich von Bundesland zu Bundesland (GKV-Spitzenverband 2016a).

2 Einführung der elektronischen Gesundheitskarte

Parallel zur rasch wachsenden Anzahl von Schutzsuchenden wuchs 2015 auch der Handlungsdruck auf die Politik. Es mussten Lösungen gefunden werden, wie die Integration der Geflüchteten in den Arbeitsmarkt, das Bildungssystem, das Gesundheitswesen sowie in zivilgesellschaftliche Strukturen gelingen kann. Mit dem Asylpaket I wurden im Oktober 2015 erste Regelungen verabschiedet. Darin enthalten ist unter anderem die Novellierung des § 264 SGB V, der die Bundesländer bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für Asylsuchende, die sich noch keine 15 Monate in Deutschland aufhalten, unterstützt. Den einzelnen Ländern bleibt es freigestellt, ob sie das Gesetz nutzen oder die bestehenden Strukturen der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen über Behandlungsscheine beibehalten. Aus diesem Grund wurden bereits im Vorfeld der Gesetzesänderung Befürchtungen laut, dass es zu einem Flickenteppich unterschiedlicher Regelungen auf Länderebene kommen könnte.

2.1 Gesetzliche Regelungen

Im Oktober 2015 wurde im Rahmen des Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes die Novellierung des § 264 SGB V beschlossen. Diese sieht vor, dass Krankenkassen durch die Landesregierung dazu verpflichtet werden können, die Gesundheitsversorgung von Leistungsempfängern nach § 1 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) zu übernehmen. Voraussetzung ist, dass die Landesregierungen mit den jeweiligen Krankenkassenverbänden einen Rahmenvertrag auf Landesebene abschließen, der die Übernahme der entstehenden Behandlungskosten regelt und eine angemessene Vergütung des Verwaltungsaufwands der Krankenkassen vorsieht. Es ist den einzelnen Bundesländern freigestellt, ob sie die Änderung im § 264 SGB V nutzen oder nicht, und auch die Kommunen haben die Wahl, ob sie dem Entschluss der Landesregierung folgen oder dem Rahmenvertrag nicht beitreten.

Mit der Übernahme der Gesundheitsversorgung durch eine Krankenkasse ist der Erhalt einer eGK verbunden. Im Gegensatz zu einer echten GKV-Mitgliedschaft ist der Kostenträger aber die zuständige Kommune und nicht die Krankenkasse. Auch die Leistungseinschränkungen nach den §§ 4 und 6 AsylbLG bleiben bestehen. In den Rahmenvereinbarungen verständigen sich die Krankenkassen und die jeweiligen Landesregierungen auf drei verschiedene Leistungsbereiche, die definieren, welche Leistungen direkt über die eGK bezogen werden können, die von Krankenkassen im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens zur Verfügung gestellt werden und über deren Genehmigung weiterhin die zuständigen Kommunen entscheiden. Für den letztgenannten Bereich wurde ein konkreter Katalog von Leistungen definiert.

Der § 264 SGB V sieht eine angemessene Vergütung der Krankenkassen für die Übernahme der Gesundheitsversorgung vor. Im Gegensatz zu den nach § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V definierten Leistungsberechtigten ist für die Leistungsberechtigten nach § 264 Abs. 1 SGB V aber keine Höhe der zu erstattenden Verwaltungskosten

festgelegt. Die Bundesländer sind daher in der Situation, die Höhe der Verwaltungskosten mit den beteiligten Krankenkassen aushandeln zu müssen.

Das Ende Oktober 2015 verabschiedete Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz sieht ferner eine neue Statuskennzeichnung der Gesundheitskarte vor. Unter dem Feld „Besondere Personengruppe“ (BPG) wird die Kennziffer 9 neu eingeführt. Damit wird für den Leistungserbringer erkennbar, dass ein eingeschränkter medizinischer Leistungsanspruch besteht (§§ 4 und 6 AsylbLG). Ende November 2015 hat die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) das entsprechende Leistungsmerkmal auf der Chipkarte installiert (Ärzte Zeitung 2016a).

2.2 Bundesrahmenempfehlung

Um die regionalen Vereinbarungen möglichst gleichgerichtet zu gestalten, wurde der GKV-Spitzenverband gesetzlich beauftragt, mit den auf der Bundesebene bestehenden kommunalen Spitzenorganisationen Rahmenempfehlungen zu vereinbaren, die in die Landes- bzw. kommunalen Vereinbarungen übernommen werden sollen. Die Rahmenempfehlungen sollen insbesondere Bestimmungen über den Leistungsumfang nach AsylbLG, die Abrechnung und die Abrechnungsprüfung sowie über den Ersatz der Aufwendungen und der Verwaltungskosten enthalten.

Die sogenannte Bundesrahmenempfehlung wurde am 27. Mai 2016 von den genannten Organisationen unterzeichnet. „Trotz intensiver Gespräche war es in einigen Punkten nicht möglich, zu gemeinsamen Positionen zu kommen. Die Bundesrahmenempfehlung weist an diesen Stellen die unterschiedlichen Auffassungen in Kursivdruck aus“ (GKV Spitzenverband 2016a).

2.3 Einführung der eGK im Ländervergleich

In den folgenden Ausführungen wird der Prozess der Einführung der eGK für Asylsuchende auf Ebene der einzelnen Bundesländer nachgezeichnet. Für diejenigen Länder, die bereits mit der eGK arbeiten, werden zudem auf Basis der Rahmenvereinbarungen der Leistungsumfang der Gesundheitsversorgung für Asylsuchende sowie die Regelungen zur Finanzierung der Leistungen dargestellt. Für die Länder Bremen und Hamburg werden darüber hinaus die tatsächlich anfallenden Kosten benannt.

2.3.1 Baden-Württemberg

Die Einführung der eGK für Asylsuchende war im Vorfeld der Landtagswahlen im März 2016 kaum Thema, wurde aber prinzipiell von der damaligen grün-roten Landesregierung befürwortet (Staatsministerium Baden-Württemberg 2015). Nach der Landtagswahl und mit der neuen Regierungskoalition hat sich das Gesundheitsministerium gegen die Einführung der eGK entschieden. Begründet wurde diese Entscheidung mit der stark rückläufigen Zahl von Geflüchteten und dem nun fehlenden Handlungsdruck (Ärzteblatt 2016b).

2.3.2 Bayern

In Bayern wird die Gesundheitskarte für Flüchtlinge, die sich noch keine 15 Monate in Deutschland aufhalten, nicht eingeführt (CSU-Landesleitung 2015). Das Gesundheitsministerium lässt derzeit die mittelfristigen Folgen des Flüchtlingszustroms für die medizinische Versorgung prüfen. Ein umfangreiches Gutachten soll den zusätzlichen Bedarf an medizinischer Versorgung infolge der Zuwanderung von Asylsuchenden klären, insbesondere bei Krankenhäusern, bei Geburtshilfe sowie bei

niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten. Mit Ergebnissen wird ab Mitte 2017 gerechnet (Mihm 2016).

2.3.3 Berlin

Im Stadtstaat Berlin wurde die eGK für Asylsuchende Anfang Januar 2016 eingeführt. Vertragspartner des Landes Berlin sind die AOK Nordost, die DAK-Gesundheit, die BKK·VBU und die Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK). Ziel ist eine den Marktanteilen der Krankenkassen in Berlin entsprechende Verteilung der Asylsuchenden auf die teilnehmenden Kassen. Die Teilnahme weiterer Krankenkassen ist jederzeit möglich (SenG 2015).

Leistungsumfang

Der Umfang der gesundheitlichen Leistungen, die von Asylsuchenden in Anspruch genommen werden können, orientiert sich weiterhin an den bundesweit geltenden rechtlichen Vorgaben der §§ 4 und 6 AsylbLG. Dazu definiert der Rahmenvertrag einen Leistungsausschlusskatalog. Vorsorgekuren, künstliche Befruchtungen und Sterilisation, Disease-Management-Programme bei chronischen Krankheiten (DMP), selektivvertragliche Leistungen und Wahltarife der Krankenkassen, Leistungen im Ausland und Impfungen, die nicht unter die Schutzimpfungsrichtlinien fallen, sind von der Leistungsgewährung durch die Krankenkassen ausgeschlossen (ebd.).

Kosten

Die tatsächlich anfallenden Kosten sind noch nicht bekannt. Daher wurde ein vierteljährlicher Abschlag an die Krankenkassen pro Leistungsempfänger bis zum 31. 12.2016 von 450 Euro festgelegt.

Die Krankenkassen erhalten eine Verwaltungsgebühr von sechs Prozent der entstandenen Leistungsaufwendungen pro angefangenem Betreuungsmonat und Leistungsberechtigtem (ebd.).

Finanzierung

Die Kosten der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden trägt vollständig das Land Berlin (ebd.).

2.3.4 Brandenburg

Seit Inkrafttreten des Landesaufnahmegesetzes am 1. April 2016 werden die Kosten für die medizinische Versorgung von Asylsuchenden vollständig vom Land Brandenburg übernommen. Zudem sollte ab dem 1. April 2016 eine eGK für Asylsuchende, die sich noch keine 15 Monate in Deutschland befinden, eingeführt werden (MASGF 2015). Am 31. März wurde der Rahmenvertrag zwischen der Landesregierung und den Krankenkassen (AOK Nordost, DAK-Gesundheit, Knappschaft, BAHN-BKK, BKK·VBU, Brandenburgische BKK, Siemens-Betriebskrankenkasse) unterzeichnet (MASGF 2016a).

Der 1. Juli 2016 als geplanter Beginn für die landesweite Verteilung der eGK an Asylsuchende konnte indes nicht eingehalten werden, da die Verhandlungen mit den Landkreisen und kreisfreien Städten noch nicht abgeschlossen sind (rbb 2016). Stattdessen wird die eGK zunächst nur in der Landeshauptstadt Potsdam eingeführt. In den übrigen Kommunen soll die Gesundheitskarte für Flüchtlinge vom 1. Oktober 2016 an ausgegeben werden (Nordkurier 2016).

Leistungsspektrum

Der Umfang der gesundheitlichen Leistungen, die von Asylsuchenden in Anspruch genommen werden können, orientiert sich weiterhin an den bundesweit geltenden rechtlichen Vorgaben der §§ 4 und 6 AsylbLG. Dazu definiert der Rahmenvertrag folgende Leistungen, die nicht von der Krankenkassen bewilligt werden dürfen: Vorsorgekuren, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen, Haushaltshilfe, künstliche Befruchtung, Disease-Management-Programme bei chronischen Erkrankungen (DMP), selektivvertragliche Leistungen und Wahltarife der Krankenkassen sowie Leistungen im Ausland (MASGF 2016b).

Kosten

Die tatsächlich anfallenden Kosten sind noch nicht bekannt. Daher wurde zunächst ein vierteljährlicher Abschlag von 390 Euro an die Krankenkassen pro Leistungsempfänger bis zum 31.12.2016 festgelegt (ebd.).

Die im Rahmenvertrag festgelegte Verwaltungsgebühr beträgt sechs Prozent der entstandenen Leistungsaufwendungen, mindestens aber zehn Euro pro Leistungsempfänger und angefangenem Monat (ebd.).

Finanzierung

Das Land Brandenburg übernimmt die Finanzierung aller „notwendigen tatsächlichen Aufwendungen“ für Gesundheitsleistungen von Flüchtlingen. Dafür wird eine Spitzabrechnung der Behandlungskosten neu eingeführt. Die Erstattung erfolgt nach einem gesonderten Kostennachweis. Bislang erhalten die Kommunen einen Pauschalbetrag pro Asylsuchendem und Monat (Staatskanzlei Brandenburg 2015).

2.3.5 Bremen

Im Bundesland Bremen erhalten Flüchtlinge seit dem Jahr 2005 unmittelbar nach ihrer Registrierung eine Gesundheitskarte. Der Rahmenvertrag wurde zwischen der Stadt Bremen, dem Magistrat der Stadt Bremerhaven sowie der AOK Bremen/Bremerhaven abgeschlossen.

In Bremen ist derzeit für Behandler anhand der eGK nicht zu erkennen, dass es sich um Asylsuchende handelt. Im Datensatz der eGK ist im Feld „Besondere Personengruppe“ (BPG) weiterhin die „4 = Bundessozialhilfegesetz“ gespeichert (Kassenärztliche Vereinigung Bremen 2015). Die Einführung der Personenkennziffer „9“, als Kennzeichnung für die Personengruppe der Asylsuchenden war für den 1.7.2016 geplant, verschiebt sich aber vermutlich in den Herbst 2016.

Leistungsspektrum

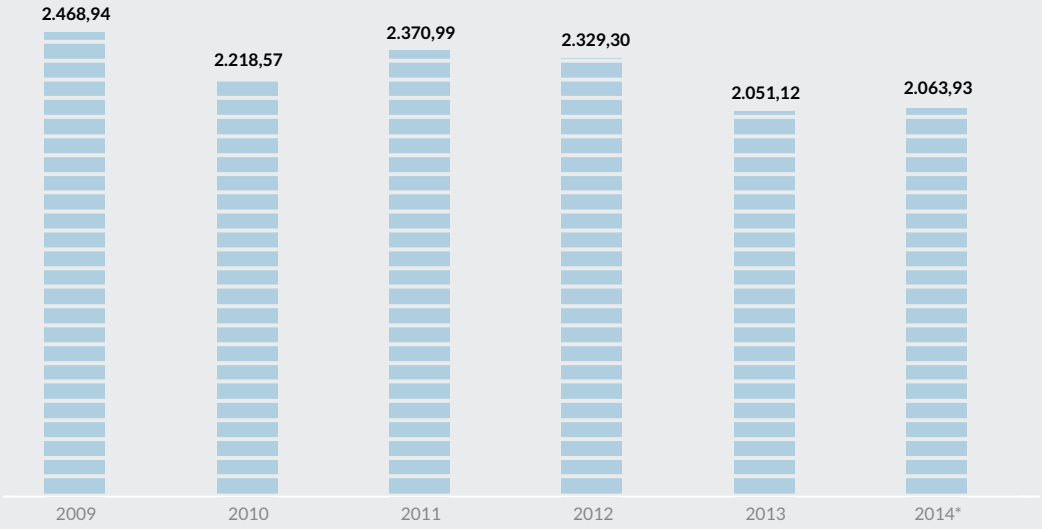
In Bremen haben Asylsuchende Anspruch auf die Behandlung akuter Erkrankungen und von Schmerzzuständen analog der §§ 4 und 6 AsylbLG. Der Rahmenvertrag definiert Leistungen, die unter Umständen bewilligt werden, über deren Kostenübernahme aber weiterhin die zuständigen Behörden der Städte Bremen oder Bremerhaven entscheiden. Dazu gehören: Kurzzeitpsychotherapie, Sehhilfen, Vorsorgekuren und Rehabilitationsmaßnahmen, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen. Kein Anspruch besteht auf die Übernahme einer künstlichen Befruchtung sowie freiwillige Zusatzleistungen der AOK. An Disease-Management-Programmen bei chronischen Krankheiten (DMP) können Asylsuchende ebenfalls nicht teilnehmen

Kosten

In Bremen werden die durchschnittlichen Behandlungskosten aus den Controlling-Daten der AOK Bremen/Bremerhaven ermittelt. Zu diesen Kosten zählen neben den Leistungen nach § 4 AsylbLG (bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt) auch die sonstigen Leistungen nach § 6 AsylbLG, die im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind, etwa Therapiekosten (Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen 2013).

Für die vorliegende Expertise wurde eine Abfrage bei der Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport hinsichtlich der entstanden Gesundheitskosten in den letzten Jahren durchgeführt. Die Tabelle stellt die jährlichen Leistungsausgaben nach §§ 4 und 6 AsylbLG je Leistungsempfänger nach § 3 AsylbLG (Leistungsberechtigung nach §§ 1, 1a AsylbLG) dar. Die Werte bis einschließlich 2013 sind gesichert. Für 2014 muss noch ein Vorbehalt angemeldet werden, da hier noch weitere Kosten durch spätere Abrechnungen einzelner Positionen die Durchschnittskosten erhöhen können. Dieses hängt mit den Abrechnungspraxen einzelner Leistungsanbieter zusammen.

Durchschnittliche Kosten für Leistungen aus den §§ 4 und 6 AsylbLG pro Jahr und Leistungsempfänger (in Euro, Bezugsort Bremen)



* Abrechnung noch nicht abgeschlossen | Quelle: eigene Berechnung

BertelsmannStiftung

Für die von der AOK durchzuführende Wahrnehmung der Krankenbehandlung wurden Verwaltungskosten in Höhe von zehn Euro pro Leistungsberechtigtem und angefangenem Monat vereinbart (Freie Hansestadt Bremen und Magistrat der Stadt Bremerhaven 2014).

Finanzierung

Kostenträger der Leistungen nach AsylbLG sind die Stadt Bremen sowie die Stadt Bremerhaven. In Bremen wurde der Rahmenvertrag von vornherein auf kommunaler Ebene abgeschlossen, also von den Trägern der Leistungen nach AsylbLG, der Freien Hansestadt Bremen und dem Magistrat der Stadt Bremerhaven, sodass eine Finanzierung von Leistungen über das Land entfällt (ebd.).

2.3.6 Hamburg

In der Freien und Hansestadt Hamburg erhalten seit dem 1. Juli 2012 alle Leistungsberechtigten nach §1 und 1a AsylbLG eine eGkGesundheitskarte der AOK Bremen / Bremerhaven. In den Jahren davor gab es in Hamburg bereits Versuche, die Gesundheitskarte analog zum Bremer Modell einzuführen. Der politische Wille war da, doch es fand sich keine Krankenkasse, die als Abrechnungsstelle fungieren wollte. Daher wurde die AOK Bremen / Bremerhaven als eine auf diesem Gebiet erfahrene Vertragspartnerin gewonnen.

Leistungsumfang

Der Umfang der gesundheitlichen Leistungen, die von Asylsuchenden in Anspruch genommen werden können, orientiert sich weiterhin an den bundesweit geltenden rechtlichen Vorgaben der §§ 4 und 6 AsylbLG. Dazu definiert der Rahmenvertrag einen Leistungsausschlusskatalog. Folgende Leistungen können von den Leistungs-

berechtigten nicht in Anspruch genommen werden: künstliche Befruchtungen, Disease-Management-Programme bei chronischen Krankheiten (DMP), freiwillige Zusatzleistungen, die von der AOK außerhalb der gesetzlichen Pflichtleistungen des SGB V angeboten werden, und Leistungen im Ausland. Nur unter bestimmten Bedingungen können Kurzzeitpsychotherapien, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen sowie Sehhilfen (zu Konditionen in Anlehnung an die Regelungen für den Personenkreis unter 18 Jahren) bewilligt werden. Für die Bewilligung von Vorsorgekuren und Rehabilitationsmaßnahmen ist die zuständige Behörde der Stadt Hamburg zuständig. Anschlussheilbehandlungen können dagegen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung bewilligt werden (Freie und Hansestadt Hamburg 2012).

Kosten

Gemäß § 264 Abs. 1 SGB V bekommt die AOK Bremen/Bremerhaven durch die Freie Hansestadt Hamburg die Leistungsausgaben in vollem Umfang erstattet. Zuzüglich wurde eine Verwaltungspauschale von derzeit zehn Euro pro Monat und Person vereinbart. Für die Bereitstellung der eGK fällt eine einmalige Gebühr von acht Euro an. Für die Nutzung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) werden fünf Euro je Bedarfsgemeinschaft und Jahr berechnet (Burmester 2015).

Laut Angaben der Hamburger Gesundheitssenatorin lagen die jährlichen durchschnittlichen Gesundheitsausgaben 2014 bei 2.400 Euro pro Leistungsempfänger (NDR 2016). 2012 beliefen sich die Pro-Kopf-Ausgaben seit Einführung der eGK (ab Juli 2012) auf 175,32 Euro pro Monat bei 4.121 von der AOK Bremen/Bremerhaven in Hamburg betreuten Personen (Burmester 2014).

Finanzierung

Die Kostenträgerin der Leistungen nach dem AsylbLG ist die Freie und Hansestadt Hamburg.

2.3.7 Hessen

Im November 2015 wurde von der Hessischen Landesregierung der „Hessische Aktionsplan zur Integration von Flüchtlingen und Bewahrung des gesellschaftlichen Zusammenhalts“ vorgestellt. Darin hält die hessische Landesregierung fest, dass sie die von der Bundesregierung zugesagten neuen rechtlichen Möglichkeiten zur Einführung einer eGK für Asylsuchende nutzen möchte. Ein Zeitpunkt für die Einführung der Gesundheitskarte wurde nicht genannt. Allerdings geht die Landesregierung nicht von einer landesweiten Umsetzung im Jahr 2016 aus, da die Erfahrungen in den anderen Bundesländern zeigten, dass nach der Einführung zunächst nur einzelne Kommunen von diesem Instrument Gebrauch machten. Unabhängig von der Abfrage der Kommunen ist die Hessische Landesregierung mit den Vertretern der Krankenkassen im Gespräch (Hessische Staatskanzlei 2015).

2.3.8 Mecklenburg-Vorpommern

In Mecklenburg-Vorpommern hat sich die Landesregierung gegen die Einführung der eGK für Asylsuchende entschieden. Begründet wurde dieser Entschluss mit der relativ kurzen Bearbeitungszeit der Asylanträge in Mecklenburg-Vorpommern und der damit verbunden kurzen Gültigkeit der eGK. Ein weiterer Grund, auf die Einführung der Gesundheitskarte zu verzichten, ist die hohe Fluktuation von Flüchtlingen aus Mecklenburg-Vorpommern (Ärzteblatt 2016a).

2.3.9 Niedersachsen

Die Landesverbände der Gesetzlichen Krankenversicherungen in Niedersachsen (AOK Niedersachsen, BKK Landesverband Mitte, IKK classic, Knappschaft, Landesverband der Ersatzkassen Niedersachsen) haben mit dem Niedersächsischen Sozial- und Gesundheitsministerium am 14. März 2016 eine Landesrahmenvereinbarung zur Einführung einer eGK für Asylsuchende unterzeichnet. Die niedersächsischen Kommunen können seit dem 1. April 2016 der Rahmenvereinbarung beitreten (MSGG 2016a). Bisher hat erst eine niedersächsische Kommune (Delmenhorst) per Ratsbeschluss ihren Beitritt erklärt. Die kommunalen Spitzenverbände in Niedersachsen haben sich gegen die Einführung der eGK ausgesprochen (Niedersächsischer Landkreistag 2016). Um den Kommunen die Vorteile der Einführung zu erläutern, werden im Sommer regionale Informationsveranstaltungen durchgeführt.

Leistungsumfang

Der Umfang der gesundheitlichen Leistungen, die von Asylsuchenden in Anspruch genommen werden können, orientiert sich weiterhin an den bundesweit geltenden rechtlichen Vorgaben der §§ 4 und 6 AsylbLG. Dazu definiert der Rahmenvertrag folgende Leistungen, die nicht von den Krankenkassen bewilligt werden dürfen: Vorsorgekuren, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen, Haushaltshilfe, künstliche Befruchtung, Disease-Management-Programme bei chronischen Erkrankungen (DMP), selektivvertragliche Leistungen und Wahltarife der Krankenkassen, Leistungen im Ausland sowie Psychotherapie (MSGG 2016b).

Kosten

Die tatsächlich anfallenden Kosten sind noch nicht bekannt. Daher wurde zunächst bis zum 31.12.2016 ein quartalsweiser Abschlag an die Krankenkassen pro Leistungsberechtigten von 600 Euro festgelegt (ebd.).

Als Verwaltungsgebühr wurden acht Prozent der entstandenen Leistungsaufwendungen, mindestens jedoch 10 EUR pro angefangenem Betreuungsmonat je Leistungsberechtigtem vereinbart (ebd.).

Finanzierung

Die Kostenträger der Leistungen nach dem AsylbLG sind die kreisfreien Städte und Landkreise in Niedersachsen. Zum Kostenausgleich erhalten die niedersächsischen Kommunen 2016 eine jährliche Pauschale für die Unterbringung und Versorgung von Flüchtlingen von 9.500 Euro pro Jahr. In einem nicht veröffentlichten Brief des Oberbürgermeisters der Stadt Lüneburg werden die tatsächlich anfallenden Kosten mit 13.500 Euro pro Asylsuchendem und Jahr angegeben (Hansestadt Lüneburg 2016), sodass weniger als Dreiviertel der Kosten abgedeckt wären. Im kommenden Jahr wird die Pauschale auf 10.000 Euro angehoben.

2.3.10 Nordrhein-Westfalen

Nordrhein-Westfalen (NRW) hat als erstes Flächenland die eGK für Asylsuchende eingeführt. Die Rahmenvereinbarung zwischen der Landesregierung und den Krankenkassen zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für Asylsuchende gegen Kostenerstattung nach § 264 SGB V wurde am 28. August 2015 unterzeichnet (MGEPA 2015c). Folgende gesetzliche Krankenkassen haben den Rahmenvertrag unterzeichnet: AOK NordWest, AOK Rheinland/Hamburg, Novitas BKK, Knappschaft, DAK-Gesundheit, Techniker Krankenkasse (TK), Barmer GEK, IKK classic, KKH Kaufmännische Krankenkasse, VIACTIV Krankenkasse, Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK) (MGEPA 2015d). Jede kreisfreie Stadt und jede Gemeinde eines Kreises in NRW ist einer Krankenkasse zugeordnet (ebd.).

Bisher sind in Nordrhein-Westfalen 20 Kommunen der Landesrahmenvereinbarung beigetreten. Dadurch erhalten ungefähr 30 Prozent der leistungsberechtigten Asylsuchenden in NRW eine eGK.

Leistungsspektrum

Der Leistungsumfang der gesundheitlichen Versorgung orientiert sich an den Vorgaben der §§ 4 und 6 AsylbLG. Über die Bewilligung von Vorsorgekuren, Neuversorgung mit Zahnersatz, Haushaltshilfen nach den Regelungen des SGB V, künstlichen Befruchtungen und Sterilisationen, der Teilnahmen an Disease-Management-Programmen bei chronischen Krankheiten (DMP), Wahltarifen, die von der Krankenkasse außerhalb der gesetzlichen Pflichtleistungen angeboten werden, und Leistungen im Ausland, die in besonderen Fällen auch Asylsuchende beanspruchen können, wird wie vor Einführung der eGK von den zuständigen Stellen in den Kommunen entschieden (MGEPA 2015b).

Kosten

Die tatsächlich anfallenden Behandlungskosten sind noch nicht bekannt. Daher orientiert sich bis zum 31. Dezember 2016 die Höhe der Abschlagszahlung an den durchschnittlichen Ausgaben der Empfänger laufender Leistungen nach § 2 AsylbLG und beträgt monatlich 200 Euro je Leistungsberechtigtem (MGEPA 2015a). Einige Kommunen haben mit den Kassen nachverhandelt, sodass die monatliche Pauschale ein halbes Jahr nach Einführung der eGK zwischen 130 und 200 Euro variiert.

Die an die Krankenkassen zu entrichtende Verwaltungsgebühr wurde auf acht Prozent der entstandenen Leistungsaufwendungen, mindestens jedoch auf zehn Euro pro angefangenem Betreuungsmonat je Leistungsberechtigtem festgelegt (ebd.).

Finanzierung

Die Kostenträger der Leistungen nach dem AsylbLG sind die kreisfreien Städte und Landkreise in Nordrhein-Westfalen. Über das Flüchtlingsaufnahmegesetz erhalten Gemeinden im Einzelfall bei außergewöhnlich hohen Behandlungskosten (derzeit mehr als 70.000 Euro je Flüchtling im Kalenderjahr) eine zusätzliche Unterstützung (MGEPA 2015e).

Das Land NRW beteiligt sich, geregelt durch das Flüchtlingsaufnahmegesetz (FlüAG), an den Kosten für Aufnahme und Unterbringung von Asylsuchenden über eine pauschale Landeszuweisung. Für das Jahr 2016 sind dafür 1,948 Milliarden Euro vorgesehen, was einer Pauschale von 10.000 Euro pro Asylsuchendem und Jahr entspricht (833 Euro pro Monat). Ab 2017 wird auf eine Pro-Kopf-Finanzierung der Flüchtlingskosten für die Städte und Gemeinden umgestellt (Städtetag Nordrhein-Westfalen 2015).

2.3.11 Rheinland-Pfalz

Die Landesregierung in Rheinland-Pfalz hat sich für die Einführung der eGK entschieden. Ein entsprechender Rahmenvertrag zwischen dem Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD) und den Krankenkassen AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, BKK Landesverband Mitte, Barmer GEK, DAK-Gesundheit, Handelskrankenkasse (hkk), Hanseatische Krankenkasse (HEK), IKK Südwest, Kaufmännische Krankenkasse (KKH), Knappschaft und Techniker Krankenkasse wurde am 20. Januar 2016 unterzeichnet. Um die Umsetzung zu erleichtern, ist geregelt, dass jeder Kreis oder jede kreisfreie Stadt nur von einer gesetzlichen Krankenkasse betreut wird und damit nur einen Ansprechpartner für alle Fragen zur gesundheitlichen Versorgung der Flüchtlinge erhält. Dies reduziert den Aufwand insbesondere für die Kommunen (MSAGD 2016a).

Die kommunalen Spitzenverbände in Rheinland-Pfalz raten ihren Mitgliedern von der Einführung der eGK ab (SWR 2016a). Lediglich Trier hatte nach Unterzeichnung des Rahmenvertrages Interesse bekundet, nimmt davon mittlerweile aber wieder Abstand, da keine weitere Kommune den Rahmenvertrag unterzeichnen möchte (SWR 2016b).

Leistungsumfang

Der Umfang der gesundheitlichen Leistungen, die von Asylsuchenden in Anspruch genommen werden können, orientiert sich weiterhin an den bundesweit geltenden rechtlichen Vorgaben der §§ 4 und 6 AsylbLG. Ferner definiert der Rahmenvertrag Leistungen, die nicht von der Krankenkassen bewilligt werden dürfen. Dazu

zählen: Vorsorgekuren, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen, Haushaltshilfe, künstliche Befruchtung, Disease-Management-Programme bei chronischen Erkrankungen (DMP), selektivvertragliche Leistungen und Wahltarife der Krankenkassen und Leistungen im Ausland (MSAGD 2016b).

Kosten

Die tatsächlich anfallenden Kosten sind noch nicht bekannt. Daher wurde zunächst bis zum 31.12.2016 ein monatlicher Abschlag an die Krankenkassen pro Leistungsberechtigtem von 200 Euro festgelegt (ebd.).

Die Krankenkassen erhalten eine Verwaltungsgebühr von acht Prozent der entstandenen Leistungsaufwendungen, mindestens jedoch zehn Euro pro Betreuungsmonat und Leistungsberechtigtem. Die Kosten werden nach zwei abgerechneten Quartalen evaluiert (ebd.).

Finanzierung

Die Kostenträger für die Gesundheitsversorgung sind die aufnehmenden Kommunen.

Das Land zahlt ab dem 1. Januar 2016 den Kommunen über eine Dauer des Asylverfahrens eine monatliche Pauschale von derzeit 848 Euro pro Asylsuchendem für alle Aufwendungen bezüglich dessen Aufnahme, Unterbringung und Versorgung (SWR 2016c).

Bei sehr hohen Gesundheitskosten übernimmt zudem des Land einen Teil. So müssen die Kommunen pro Krankenhausaufenthalt Kosten in Höhe von 7.600 Euro selbst tragen. Übersteigen die Behandlungskosten diesen Betrag, übernimmt das Land 85 Prozent der gesamten Kosten. Bei den Kosten für die Behandlung von chronisch Erkrankten liegt die Grenze bei 35.000 Euro im Jahr. Wird diese Marke überschritten, beteiligt sich das Land mit 85 Prozent an den Kosten (ebd.).

2.3.12 Saarland

Im Saarland wird die eGK für Asylsuchende nicht eingeführt. Noch im August 2015 hatte sich das saarländische Gesundheitsministerium für die Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge ausgesprochen. Da die kreisfreien Städte und Landkreise im Saarland sich aber bereits im Vorfeld gegen die Einführung der eGK ausgesprochen haben, wurden die Verhandlungen mit den Krankenkassen abgebrochen. Als Grund gaben die kommunalen Spitzenverbände zu hohe Verwaltungskosten an (Ärzte Zeitung 2016b). Das Angebot der gesetzlichen Krankenkassen belief sich auf acht Prozent anteilige Verwaltungskosten pro Person plus zusätzliche 2,5 Prozent Verwaltungskosten für die Kassenärztliche Vereinigung Saarland. Auf dieser Basis sieht der Geschäftsführer des saarländischen Landkreistages keinen Regelungsbedarf – der Versicherungsschutz der Flüchtlinge sei gewährleistet (Burmeister 2016).

2.3.13 Sachsen

Die Landesregierung in Sachsen hat sich gegen die Einführung der eGK für Asylsuchende entschieden (Dresdner Neueste Nachrichten 2016).

2.3.14 Sachsen-Anhalt

Im Vorfeld der Landtagswahlen im März 2016 sprach sich die damalige Landesregierung in Sachsen-Anhalt für die Einführung der eGK für Asylsuchende aus. Nach der Wahl sprechen sich CDU, SPD und Grüne in ihrem Koalitionsvertrag gegen die Einführung der eGK für Asylsuchende aus. Stattdessen soll eine Asylbewerberkarte eingeführt werden, die ebenso den Zugang zu Ärzten ermöglicht. Zwei

Jahre nach Einführung dieser Asylbewerberkarte erfolgt eine Überprüfung (Landesregierung Sachsen-Anhalt 2016).

2.3.15 Schleswig-Holstein

In Schleswig-Holstein erhalten seit dem 1. Januar 2016 alle Asylsuchenden, die eine Erstaufnahmestelle des Landes in Richtung einer Kommune verlassen haben, eine Gesundheitskarte. Die entsprechende Rahmenvereinbarung wurde im Oktober 2015 von der Gesundheitsministerin des Landes Schleswig-Holstein unterzeichnet. Die Vertragspartner des Landes sind die AOK Nordwest, BKK-Landesverband Nordwest, IKK Nord, Knappschaft, Novitas BKK sowie die Ersatzkassen Techniker Krankenkasse (TK), Barmer GEK, DAK-Gesundheit und die Kaufmännische Krankenkasse (KKH) (MSGWG 2016a).

In Schleswig-Holstein können die Kommunen nicht frei entscheiden, ob sie dem Rahmenvertrag beitreten. Das Land hat die Kommunen per Erlass dazu verpflichtet, mit den oben genannten Kassen Verträge abzuschließen (Ministerium für Inneres und Bundesangelegenheiten 2016a). Um den Aufwand für die Vertragsabschlüsse möglichst gering zu halten, wurde auf Wunsch der Kommunen jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt eine Krankenkasse zugewiesen. So rechnet die DAK-Gesundheit die Leistungen für Asylbewerber in Kiel, Lübeck, Pinneberg und Stormarn ab, die AOK Nordwest für Menschen in Plön, Rendsburg-Eckernförde, Schleswig-Flensburg und Steinburg. Der BKK-Landesverband Nordwest bekommt Ostholstein und Segeberg, die IKK Nord den Kreis Dithmarschen, die TK ist für Flensburg und Nordfriesland und die Barmer GEK für die Stadt Neumünster sowie das Herzogtum Lauenburg zuständig.

Leistungsspektrum

Das Leistungsspektrum der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden wird weiter durch das AsylbLG vorgegeben. Die Versorgung bleibt auf die Behandlung von Schmerzen sowie akut behandlungsbedürftigen Erkrankungen beschränkt. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, wenn diese unaufschiebbar ist. Leistungen wie Vorsorgekuren, Rehabilitationsmaßnahmen, psychologische Langzeittherapien, Haushaltshilfe nach den Regelungen des SGB V, künstliche Befruchtungen und Sterilisation, Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP), Leistungen der Krankenkasse außerhalb der gesetzlichen Pflichtleistungen sowie die Gesundheitsversorgung Ausland werden nach § 6 AsylbLG in Ausnahmefällen bewilligt. Diese Leistungen müssen aber weiterhin die zuständigen Stellen in den Kommunen bewilligen, nicht die Krankenkassen. Grundsätzlich nicht umfasst sind Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld und Mutterschaftsgeld) sowie Leistungen der Pflege und der Eingliederungshilfe (MSGWG 2016a).

Kosten

Die Rahmenvereinbarung regelt auch die Kostenerstattung für die Krankenkassen. So bezahlt jeder Kreis und jede kreisfreie Stadt der zuständigen Krankenkasse einen monatlichen Abschlag von 200 Euro je Leistungsberechtigtem. Der Betrag orientiert sich an den durchschnittlichen Leistungsausgaben für diesen Personenkreis und wird zu Beginn eines jeden Kalenderjahres neu ermittelt (Städteverband Schleswig-Holstein 2015).

Weiterhin erhalten die Krankenkassen eine Verwaltungsgebühr in Höhe von acht Prozent der entstandenen Leistungsaufwendungen, mindestens jedoch zehn Euro pro angefangenem Betreuungsmonat je Leistungsberechtigtem. Alle Kosten werden nach zwei abgerechneten Quartalen evaluiert (ebd.).

Finanzierung

In Schleswig-Holstein erstattet das Land seit dem 1. Januar 2016 den Kommunen für die Dauer des Asylverfahrens bis zur Entscheidung über den Asylantrag 90 Prozent der Kosten für Leistungen nach dem AsylbLG. Für Asylsuchende in den Kommunen, für die der Bund keine Kosten übernimmt und die einen Anspruch nach dem AsylbLG haben, tragen Land und Kommunen wie bisher die Kosten im Verhältnis 70:30 (Ministerium für Inneres und Bundesangelegenheiten 2016b).

Zudem erhalten die kreisfreien Städte und Kreise für jeden ab dem 1. Januar 2016 aus der Erstaufnahme auf die Kommunen verteilten Asylsuchenden eine einmalige Integrations- und Aufnahmepauschale von 1.000 Euro. Für jeden ab dem 1. März 2016 auf die Kreise und kreisfreien Städte verteilten Asylsuchenden wird die Pauschale auf 2.000 Euro erhöht. Die Städte und Gemeinden werden die Mittel vollständig für Kosten im Zusammenhang mit der Integration, Unterbringung und Versorgung von Flüchtlingen einsetzen. Die oben genannten Verwaltungskosten werden in vollem Umfang von den Kommunen getragen (ebd.).

2.3.16 Thüringen

Die Einführung der eGK für Asylsuchende ist in Thüringen für den 1. Oktober 2016 geplant. Es liegt ein Rahmenvertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen vor, der nun zur Abstimmung den Ministerien vorgelegt wird (Ärzteblatt 2016c). Das Migrationsministerium erwartet, dass sich alle kreisfreien Städte und Landkreise in Thüringen beteiligten (MDR 2016).

2.4 Zusammenfassung

Neun Monate nach der Novellierung des § 264 SGB V haben sich bis auf Hessen alle Bundesländer zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende positioniert. Sechs Bundesländer (Baden-Württemberg, Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt) haben sich gegen die Einführung der eGK ausgesprochen und neun (Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Thüringen) dafür. In allen Ländern, die sich für die eGK entschieden haben, liegt ein Rahmenvertrag zwischen der Landesregierung und den gesetzlichen Krankenkassen vor. In Thüringen müssen noch die Landesministerien dem Rahmenvertrag zustimmen. Die Anzahl der Krankenkassen als Vertragspartner variiert dabei erheblich und ist abhängig von dem Datum der Einführung, da bereits einige Länder vor der Novellierung des § 264 SGB V die Einführung vorbereitet hatten, zu diesem Zeitpunkt die Beteiligung der Krankenkassen aber noch auf Freiwilligkeit beruhte.

Kommunale Ebene

Auf kommunaler Ebene bleibt es bis auf Schleswig-Holstein den Kommunen in den Ländern freigestellt, ob sie dem ausgehandelten Rahmenvertrag beitreten. Die Resonanz der Kommunen ist eher verhalten. In Nordrhein-Westfalen haben 20, in Niedersachsen eine (Delmenhorst), in Brandenburg eine (Potsdam) und in Rheinland-Pfalz noch keine Kommune den jeweiligen Landesrahmenvertrag unterzeichnet. Anders sieht es hingegen in Schleswig-Holstein aus. Hier konnte die Landesregierung die Kommunen per Erlass zur Einführung der eGK verpflichten. In den Stadtstaaten Berlin und Hamburg fehlt faktisch die kommunale Ebene, sodass eine Zustimmung der Kommunen sich erübrigt. In Bremen wurde der Rahmenvertrag auf kommunaler Ebene zwischen der AOK Bremen / Bremerhaven und der Stadt Bremen sowie dem Magistrat Bremerhaven geschlossen.

Jeder fünfte Asylsuchende erhält eine eGK

Derzeit haben ungefähr 19 Prozent der Asylsuchenden innerhalb der ersten 15 Monate nach ihrer Registrierung Anspruch auf eine eGK. Das ergibt eine Berechnung auf Basis des Königsteiner Schlüssels, der die Verteilung der Asylsuchenden auf die Bundesländer regelt. In den Bundesländern Berlin, Bremen, Hamburg und Schleswig-Holstein, die flächendeckend die eGK eingeführt haben, leben 12 Prozent der bundesweit registrierten Asylsuchenden. Nordrhein-Westfalen nimmt 21,2 Prozent der Asylsuchenden auf. Ein Drittel davon erhält nach Angaben der Landesregierung derzeit eine eGK. Da in Rheinland-Pfalz und in Brandenburg keine und in Niedersachsen nur eine Kommune die Einführung der eGK angekündigt hat, werden diese Länder bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Durchschnittliche Kosten für Leistungen aus den §§ 4 und 6 AsylbLG pro Jahr und Leistungsempfänger (in Euro)

		2009	2010	2011	2012	2013	2014*
Bremen	Jahr	2.468,94	2.218,57	2.370,99	2.329,30	2.051,12	2.063,93
Bremen	Monat	205,75	184,88	197,58	194,11	170,92	171,99
Hamburg	Jahr				2.103,00	unbekannt	2.400,00
Hamburg	Monat				175,32	182,07	200,00

Quelle: BAfF 2016

Leistungsspektrum

Der in den Landesrahmenverträgen festgelegte Anspruch auf gesundheitliche Versorgung von Leistungsberechtigten nach § 1 und 1a AsylbLG orientiert sich an den §§ 4 und 6 AsylbLG und unterscheidet sich zwischen den Ländern nur marginal. Die Rahmenverträge legen konkrete Leistungen fest, die nicht von den Krankenkassen, sondern weiterhin von den zuständigen Behörden bewilligt werden müssen. Hierzu gehören: Vorsorgeuntersuchungen, künstliche Befruchtung und Sterilisation, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung, Disease-Management-Programme bei chronischen Krankheiten (DMP), Wahlleistungen der Krankenkassen sowie Leistungen im Ausland. Bei der Bewilligung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Psychotherapie unterscheiden sich die Länder. Über alle anderen Leistungen entscheiden die Krankenkassen, ist keine Bewilligung erforderlich, entscheidet der behandelnde Arzt. Eine Überprüfung der „Aufschiebbarkeit“ einer Behandlung erfolgt für Leistungen außerhalb des Ausschlusskataloges nicht.

Kosten der Gesundheitsversorgung

Aus den Stadtstaaten Bremen und Hamburg liegen Informationen der tatsächlich angefallenen Gesundheitskosten der vergangenen Jahre vor. Sie werden umgerechnet auf die durchschnittlichen Kosten pro Leistungsempfänger und Monat in der Tabelle unten dargestellt. Die Werte für das Jahr 2014 sind aufgrund von Abrechnungsmodalitäten noch nicht endgültig. Zudem fehlen für Hamburg die Angaben bis zum Jahr 2011, da erst im Juli 2012 die eGK für Asylsuchende eingeführt wurde. Zu einem Anstieg der Kosten durch die Einführung der eGK ist es nach Angaben des Hamburger Senats aber nicht gekommen.

Die monatlichen bzw. quartalsweisen Abschlagszahlen der Kommunen an die Krankenkassen orientieren sich derzeit an diesen Werten und liegen zwischen 130 Euro und 200 Euro pro Monat und Leistungsberechtigtem. Zwei Quartale nach der Einführung der eGK werden in allen Bundesländern die angefallenen Behandlungskosten berechnet und die Abschlagszahlungen dementsprechend angepasst. Derzeit liegen aber noch keine Erkenntnisse über die tatsächliche Höhe der anfallenden Kosten vor.

Der Abrechnung ihrer Leistungen durch die niedergelassenen Ärzte bei Asylsuchenden liegt in allen Bundesländern mit eGK der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) zugrunde. Der EBM ist das Vergütungssystem der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland und gilt grundsätzlich für die ambulante Behandlung von Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Abrechnung erfolgt mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Zudem erfolgt die Vergütung extrabudgetär. Mengen- und Fallzahlbegrenzungen kommen nicht zur Anwendung. Die KV Brandenburg hat zudem einen Zusatzbetrag von 21 Euro pro Asylsuchendem und Quartal ausgehandelt.

Verwaltungsgebühr

Der § 264 SGB V sieht eine angemessene Erstattung der anfallenden Verwaltungskosten für die Krankenkassen vor. Die Höhe der Pauschale wird in den Landesrahmenverträgen festgelegt und gilt dann für alle teilnehmenden Kommunen. In Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein beträgt sie acht Prozent der anfallenden Gesundheitskosten, mindestens aber zehn Euro pro Leistungsberechtigtem und Monat. In Brandenburg und Berlin haben sich die Kassen mit den jeweiligen Landesregierungen auf sechs Prozent, mindestens aber zehn Euro pro Leistungsberechtigtem und Monat geeinigt. Die Stadtstaaten Bremen und Hamburg zahlen jeweils zehn Euro pro Leistungsberechtigtem und Monat.

Finanzierung

Die Kostenträger der Leistungen nach dem AsylbLG sind nach dem Verlassen der Erstaufnahmeeinrichtungen die aufnehmenden Kommunen. Die Länder unterstützen die Kommunen bei der Finanzierung durch pauschale Zahlungen. In Niedersachsen erhalten die Kommunen 2016 9.500 Euro pro Asylsuchendem und Jahr, in Nordrhein-Westfalen 10.000 Euro und in Rheinland-Pfalz 10.076 Euro (848 Euro pro Monat), was jeweils ungefähr 75 Prozent der tatsächlich anfallenden Kosten für Unterbringung und Leistungen nach dem AsylbLG deckt. Die Kommunen in Schleswig-Holstein hingegen bekommen 90 Prozent der anfallenden Kosten erstattet und erhalten einmalig 1.000 Euro pro aufgenommenem Asylsuchenden. In Brandenburg erfolgt hinsichtlich der Gesundheitskosten eine Spitzabrechnung. Den Kommunen werden die anfallenden Gesundheitskosten zu 100 Prozent ersetzt.

2.5 Diskussion

2.5.1 Kritikpunkt Verwaltungskosten

Auf kommunaler Ebene ist einer der Hauptkritikpunkte an der Einführung der eGK die als zu hoch eingeschätzte Verwaltungsgebühr der Krankenkassen. Sehr unterschiedliche Regelungen in den Stadtstaaten Bremen und Hamburg (zehn Euro pro Leistungsberechtigtem und Monat), Berlin und Brandenburg (sechs Prozent der Behandlungskosten, mindestens aber zehn Euro pro Leistungsberechtigtem und Monat) sowie den Flächenländern Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein (acht Prozent der Behandlungskosten, mindestens aber zehn Euro pro Leistungsberechtigtem und Monat) lassen auf wenig Kenntnis der tatsächlich entstehenden Verwaltungskosten schließen. Grundlage der Verhandlungen war das Gesetz über die Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge (Bundesvertriebenengesetz, BVFG), das in § 11 Absatz 6 festlegt, dass die Krankenkassen als Ersatz für Verwaltungskosten acht Prozent der Behandlungskosten erhalten. Die Kommunen fordern dagegen in der Bundesrahmenempfehlung (Deutscher Landkreistag et al. 2016) eine Verwaltungsgebühr analog den für den Personenkreis nach § 264 Abs. 2 SGB V getroffenen Regelungen. Hier werden als Entschädigung für den Verwaltungsaufwand lediglich fünf Prozent der entstanden Behandlungskosten genannt. Da in diesem Punkt zwischen dem Spitzenverband der GKV sowie den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene keine Einigung erzielt wurde, enthält die Bundesrahmenempfehlung keine abschließende Aussage zur Höhe der Verwaltungskosten.

Ob die Einführung der eGK zu Einsparungen in der Verwaltung führt oder nicht, bleibt unklar. Während Burmester (2014) in Hamburg von einer Einsparung in der Verwaltung von 1,6 Millionen Euro pro Jahr ausgeht, kalkulieren andere Kommunen eher eine Kostensteigerung. So sagt der Oberbürgermeister von Pirmasens, Bernhard Matheis, der zugleich Präsident des Städtetages in Rheinland-Pfalz ist, „dass es vier bis fünf Mal teurer wäre, wenn man die Gesundheitskarte einführen würde. Das bisherige Verfahren sei bei den Verwaltungskosten einfach günstiger“ (SWR 2016d). In Kaiserslautern geht man von zusätzlich 130.000 Euro (SWR 2016e), in Ratingen von 100.000 Euro (WDR 2016) und in Duisburg sogar von mehreren 100.000 Euro Mehrkosten (Hielscher 2016) aus.

2.5.2 Kostensteigerung durch die Einführung der eGK?

Asylsuchende in Deutschland haben bis zu ihrer Anerkennung bzw. innerhalb der ersten 15 Monate ihres Aufenthalts lediglich einen eingeschränkten Anspruch auf gesundheitliche Versorgung nach den §§ 4 und 6 AsylbLG. Diese gesetzlichen Vorgaben sind nur allgemein formuliert und somit auslegungsbedürftig. In Kommunen, die nach wie vor die Krankenbehandlung von Asylsuchenden über Behandlungsscheine organisieren, wird die Leistungsgewährung in das Ermessen der kommunalen Leistungsträger gestellt. Dieses System ermöglicht es den einzelnen Kommunen, entstehende Gesundheitskosten zu kontrollieren.

Der eingeschränkte Anspruch auf gesundheitliche Versorgung bleibt auch mit Erhalt der eGK bestehen, sofern der Asylsuchende noch keine 15 Monate im Land ist. Um den Leistungsanspruch zu konkretisieren, definieren die Rahmenverträge zwischen den Landesregierungen und Krankenkassen einen Katalog mit Leistungen, über die weiterhin die zuständigen Stellen der Kommunen entscheiden. Außerhalb des Kataloges liegt es im Ermessen der praktizierenden Ärzte sowie in einigen Fällen der Krankenkassen, welche Leistungen die Asylsuchenden erhalten. Kriterium für die Bewilligung ist die Aufschiebbarkeit der Behandlung. In den Landesrahmenverträgen wird Aufschiebbarkeit aber nicht weiter konkretisiert. Bei chronisch Kranken, wie etwa Menschen mit Diabetes, ist Ärzten aber oft unklar, ob und in welchem Maße Anspruch auf ärztliche Leistungen besteht (Ärzteblatt 2016d).

Das nicht weiter definierte Kriterium der Aufschiebbarkeit wird auch von den Kommunen stark kritisiert, was ein Blick auf die im Mai verabschiedete Bundesrahmenempfehlung (Deutscher Landkreistag et al. 2016) verdeutlicht. Hierin fordern die Kommunen die Einführung einer Klausel, die besagt, dass „Behandlungen langfristiger Natur, die wegen der Dauer des Aufenthalts absehbar nicht abgeschlossen werden können“, (ebd.: 4) nur im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens zur Verfügung gestellt werden. „Die zusätzlich aufgenommene Formulierung „absehbar nicht abgeschlossen werden können“ eröffnet dem behandelnden Arzt sowie der Krankenkasse ausreichend Beurteilungsspielraum“ (ebd.: 5), so die Kommunen. „In Zweifelsfällen kann bzw. sollte eine Rückfrage beim Träger erfolgen“ (ebd.). Weiter fordern die Kommunen, dass die Krankenkassen Routinekontrollen durchführen, um zu gewährleisten, dass der Leistungsumfang der §§ 4 und 6 AsylbLG gewahrt wird (ebd.). Der Spitzenverband kritisiert diese Forderungen als nicht tragfähig.

In den Landesrahmenempfehlungen wird hingegen festgehalten, dass die Bewilligung von Leistungen nicht rückblickend durch die zuständigen Stellen der Kommunen aufgehoben bzw. deren Vergütung verweigert werden kann. Dadurch wird den Kommunen die Kontrolle über die Kosten der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden entzogen, was viele Kommunen mit der Befürchtung von Kostensteigerungen verbinden. In der Praxis lässt sich für diese Befürchtungen jedoch keine Evidenz finden. Auch die Stadtstaaten Bremen und Hamburg können aufgrund unterschiedlicher Abrechnungssysteme vor und nach der Einführung der eGK keinen Kostenvergleich anstellen. Eine Studie von Bozorgmehr und Razum (2015) zeigt, dass es kostengünstiger ist, den regelhaften Zugang zu Krankheitsbehandlung von Beginn an zu gewähren. Mit zwei Ausnahmen waren die Kosten im Rahmen der eingeschränkten Versorgung zwei Jahrzehnte lang höher als die Kosten für den regelhaften Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem.

2.5.3 Umverteilung der Kosten auf Bund, Länder und Kommunen

Ein kaskadenartiges Unterstützungssystem regelt die faire Verteilung der Kosten auf Bund, Länder und Kommunen. Der Bund unterstützt die Länder bei der Finanzierung der Leistungen nach dem AsylbLG seit dem 1. Januar 2016 mit 670 Euro pro Asylsuchendem und Monat. Die Bundesländer wiederum unterstützen die Kommunen mittels zwei unterschiedlicher Erstattungssysteme, die je nach Kostentyp auch paral-

Kostenverteilung zwischen Land und Kommunen

Baden-Württemberg

Kostenträger der Leistungen nach dem AsylbLG sind die kreisfreien Städte und Landkreise.

Das Land zahlt eine einmalige Pauschale für jeden aufgenommen Asylsuchenden in Höhe von 13.972 Euro.

Bayern

Kostenträger von Leistungen nach dem AsylbLG ist der Freistaat Bayern

Das Land erstattet den Kommunen die notwendigen Kosten der nach dem AsylbLG erbrachten Leistungen.

Berlin

Kostenträger der Leistungen nach dem AsylbLG ist das Land Berlin.

Brandenburg

Kostenträger der Leistungen nach dem AsylbLG ist seit dem Inkrafttreten des Landesaufnahmegesetzes am 1. April 2016 das Land Brandenburg.

Bremen

Kostenträger der Leistungen nach dem AsylbLG sind die Städte Bremen und Bremerhaven.

Hamburg

Der Kostenträger für die Leistungen nach dem AsylbLG ist die Freie Hansestadt Hamburg.

Hessen

Kostenträger der Leistungen nach dem AsylbLG sind die kreisfreien Städte, Landkreise und Gemeinden.

Die Landkreise und kreisfreien Städte erhalten eine monatliche Pauschale für jede aufgenommene Person. Die Pauschale differenziert in drei Stufen zwischen Ballungsräumen und ländlichen Regionen:

Stufe I: 1.050 Euro
Stufe II: 940 Euro
Stufe III: 865 Euro

Die Kosten für die gesundheitliche Betreuung und Versorgung werden, soweit sie 10.226 Euro pro Person pro Jahr übersteigen, durch das Land erstattet.

Mecklenburg-Vorpommern

Kostenträger der Leistungen nach dem AsylbLG sind die kreisfreien Städte und Landkreise.

Das Land erstattet den Kommunen die Kosten für die notwendige Leistungen nach AsylbLG.

Niedersachsen

Kostenträger der Leistungen nach dem AsylbLG sind die kreisfreien Städte und Landkreise.

Das Land Niedersachsen bezahlt den Landkreisen, der Region Hannover und den kreisfreien Städten eine jährliche Pauschale für die Unterbringung und Versorgung von Flüchtlingen. Für das Jahr 2016 wurde die Pauschale auf 9.500 Euro pro Person festgelegt.

Nordrhein-Westfalen

Kostenträger der Leistungen nach dem AsylbLG sind die Gemeinden.

Das Land beteiligt sich an den Kosten für Aufnahme und Unterbringung von Asylsuchenden über eine pauschale Landeszuweisung. Für das Jahr 2016 sind dafür 1,948 Milliarden Euro vorgesehen (ungefähr 10.000 Euro pro Asylsuchendem und Jahr).

Das Land erstattet Krankheitskosten, soweit sie die Summe von 70.000 Euro pro Jahr und Flüchtling überschreiten.

Rheinland-Pfalz

Kostenträger der Leistungen nach dem AsylbLG sind die kreisfreien Städte und Landkreise.

Das Land zahlt 2016 den Kommunen über die Dauer des Asylverfahrens eine monatliche Pauschale von 848 Euro pro Asylsuchendem für alle Aufwendungen bezüglich dessen Aufnahme, Unterbringung und gesundheitliche Versorgung.

Entstehen im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts eines Asylsuchenden mehr als 7.600 Euro an Kosten, übernimmt das Land 85 Prozent. Bei den Kosten für die Behandlung von chronisch Erkrankten liegt die Grenze bei 35.000 Euro im Jahr. Wird diese Marke überschritten, beteiligt sich das Land und begleicht auch hier 85 Prozent der Kosten.

Saarland

Kostenträger der Leistungen nach dem AsylbLG sind die Landkreise und der Regionalverband Saarbrücken.

Das Land erstatten den Kommunen die Kosten der Leistungen nach dem AsylbLG.

Sachsen

Kostenträger der Leistungen nach dem AsylbLG sind die kreisfreien Städte und Landkreise.

Das Land zahlt eine vierteljährliche Pauschale in Höhe von 1.900 Euro pro Asylbewerber.

Das Land erstattet Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt, soweit sie 7669,38 Euro pro Person und Jahr übersteigen.

Sachsen-Anhalt

Kostenträger der Leistungen nach dem AsylbLG sind die kreisfreien Städte und Landkreise (außer bei Unterbringung in Landes-Gemeinschaftsunterkünften).

Das Land erstattet die notwendigen Personalkosten und personalbezogenen Sachkosten für die Beratung und Betreuung außerhalb von Gemeinschaftsunterkünften.

Schleswig-Holstein

Kostenträger der Leistungen nach dem AsylbLG sind die kreisfreien Städte und Landkreise.

Das Land erstattet den Kommunen für die Dauer des Asylverfahrens bis zur Entscheidung über den Asylantrag 90 Prozent der Kosten für Leistungen nach dem AsylbLG. Für Asylsuchende in den Kommunen, für die der Bund keine Kosten übernimmt und die einen Anspruch nach dem AsylbLG haben, tragen Land und Kommunen wie bisher die Kosten im Verhältnis 70:30.

Thüringen

Kostenträger der Leistungen nach dem AsylbLG sind die kreisfreien Städte und Landkreise (außer bei Unterbringung in Landes-Gemeinschaftsunterkünften).

Das Land unterstützt die Kommunen durch verschiedene pauschale Zahlungen:

- monatliche Pauschale in Höhe von 206 Euro je Asylbewerber für die Unterbringung
- monatliche Pauschale in Höhe von 31 Euro je Asylbewerber für die Betreuung und Beratung.
- monatliche Pauschale in Höhe von 314 Euro je Asylbewerber für sonstige Kosten im Rahmen des AsylbLG.

Das Land erstattet die notwendigen Kosten bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt sowie Hilfen zur Pflege, soweit sie über 1.000 Euro pro Asylbewerber und Jahr liegen.

Quelle: Hummel und Thöne 2016

lel angewendet werden. Bei der Pauschalabrechnung erhalten die Kommunen in bestimmten zeitlichen Abständen eine Pauschalzahlung pro Asylsuchendem. Wobei die Pauschalzahlungen unterschiedlich ausgestaltet sein können. Entweder wird eine Zahlung je Asylsuchendem in bestimmter Höhe gesetzlich fixiert oder es wird die Gesamthöhe der von Landesseite gezahlten Pauschale gesetzlich festgeschrieben. Beim zweiten Erstattungsmodell, der sogenannten Spitzabrechnung, werden die tatsächlich angefallenen Kosten durch das Land übernommen. Sind die Gemeinden in die Finanzierung eingebunden, kommt es zu Erstattungen zwischen kreislicher und gemeindlicher Ebene (Hummel und Thöne 2016).

Bei Betrachtung der unterschiedlichen Finanzierung der Leistungen nach dem AsylbLG in Zusammenhang mit der Einführung der eGK für Flüchtlinge fällt auf, dass sich besonders in den Bundesländern, die entweder selber Kostenträger der Leistungen nach dem AsylbLG sind oder die Kosten der Kommunen zu großen Teilen tragen, die Einführung der eGK verzögert oder aber überhaupt nicht erfolgt. Die Bundesländer Bayern, Mecklenburg-Vorpommern und Saarland, die alle keine eGK einführen werden, übernehmen im Rahmen einer Spitzabrechnung mit den Kommunen die gesamten Kosten der Leistungen nach dem AsylbLG. In Sachsen-Anhalt werden viele Asylsuchende nach der Zeit in der Erstaufnahmeeinrichtung in Gemeinschaftseinrichtungen des Landes untergebracht. Die Leistungen nach dem AsylbLG werden in diesem Fall direkt vom Land finanziert. Baden-Württemberg und Sachsen übernehmen laut einer Aufstellung des Deutschen Landkreistages mindestens 75 Prozent der anfallenden Kosten. In Hessen hat die Landesregierung die vom Land an die Kommunen gezahlten Pauschalen zur Versorgung der Asylsuchenden erhöht, sodass die geschätzten Kosten für die Gesundheitsversorgung von maximal 200 Euro pro Flüchtling und Monat abgedeckt sind (Bebenburg und Rippegather 2015).

Werden nur diejenigen Bundesländer betrachtet, die bereits die eGK eingeführt oder sich dazu entschlossen haben, ergibt sich kein einheitliches Bild. So übernimmt Brandenburg alle anfallenden Kosten und Schleswig-Holstein immerhin zu 90 Prozent. Die Länder Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz, die sich alle für die Einführung der eGK ausgesprochen haben, finanzieren hingegen weniger als 75 Prozent der anfallenden Kosten. Die Einführung der eGK droht hier an der mangelnden Beteiligung der Kommunen zu scheitern. Die Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg, die alle die eGK bereits eingeführt haben, werden aufgrund ihres Sonderstatus, was die kommunale Ebene angeht, aus der Betrachtung herausgenommen.

2.6 Forderungen

Gut neun Monate nach Inkrafttreten des Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes (AsylVfBeschlG; Asylpaket I) gleicht die Einführung der eGK einem Flickenteppich. Eine flächendeckende Einführung scheint gescheitert zu sein, was nicht zuletzt an den erst Monate nach Inkrafttreten des Asylpakets I verabschiedeten Bundesrahmenempfehlungen sichtbar wird. Hauptargumente gegen die Einführung sind die Befürchtung steigender Gesundheitskosten sowie die als zu hoch empfundene Verwaltungsgebühr.

Kostentransparenz

Wie oben geschildert (vgl. Kapitel 2.4) sind derzeit nur für die Stadtstaaten Bremen und Hamburg die Kosten für die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden bekannt. Einen Vergleich mit den Kosten vor der Einführung der eGK können die Stadtstaaten aufgrund anderer Abrechnungsmodalitäten aber nur ungefähr ziehen. Wünschenswert wäre daher eine transparente Aufstellung der Gesundheitskosten in den Bundesländern, die bereits mit der eGK arbeiten, sowie ein möglichst exakter Vorher-Nachher-Vergleich.

Auch die Kosten, die für Krankenkassen im Zusammenhang mit der Übernahme der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden entstehen, müssen transparent und plausibel dargestellt werden. Gleiches gilt für die Kommunen, die mit Behandlungsscheinen arbeiten. Auch hier fehlen transparente Kostenaufstellungen.

Übernahme der Verwaltungskosten durch den Bund

Die Bundesrahmenempfehlungen sehen eine Verwaltungsgebühr von acht Prozent der Behandlungskosten analog den Regelungen des Bundesvertriebenengesetzes vor. Hier ist auch geregelt, dass die Verwaltungskosten vom Bund getragen werden. Konsequenterweise sollte daher die Verwaltungsgebühr im Zusammenhang mit der Einführung der eGK auch vom Bund getragen werden.

Übernahme der Behandlungskosten durch den Bund

Angesichts der Dauer von Asylverfahren und der ungleichen Verteilung der Krankheitslast unter den Bundesländern wäre es darüber hinaus sinnvoll, wenn der Bund auch die Behandlungskosten für Geflüchtete ab der Registrierung übernähme, um Länder und Kommunen zu entlasten. Auf dieser Grundlage ließe sich eine flächendeckende Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge und Asylbewerber möglicherweise doch noch durchsetzen.

3 Psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten

Krieg, Gewalt und Verfolgung sind weltweit die häufigsten Gründe, die Menschen zu Flüchtlingen werden lassen. Traumatisierungen, soziale und materielle Verlusterfahrungen, erlebte Ohnmacht und Bedrohung während und nach der Flucht treffen zusammen und können zu psychischen Störungen führen. Eine der in diesem Zusammenhang am häufigsten erwähnten Diagnosen sind Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Liegt eine PTBS oder auch eine andere traumainduzierte psychische Erkrankung vor, ist eine psychotherapeutische Behandlung angezeigt. Für Flüchtlinge ist der Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen aber mit sehr vielen Hürden verbunden. Psychosoziale Versorgung für Geflüchtete bieten fast ausschließlich die außerhalb des gesundheitlichen Regelsystems arbeitenden Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ) an.

3.1 Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen

Wird von psychischen Krankheiten bei Flüchtlingen gesprochen, wird damit schnell die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) assoziiert. Dieser Krankheit gehen eines oder mehrere stark belastende Erlebnisse voraus. Dabei kommt es zu einer Blockbildung. Das heißt, je mehr traumatische Ereignisse eine Person erlebt hat, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, eine PTBS auszubilden.

Eine der größten Studien zur Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei Flüchtlingen haben Fazel, Wheeler und Danesh (2005) durchgeführt. Sie weist ein zehnmal höheres Risiko für eine PTBS bei Asylsuchenden im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nach. Eine Studie von Gäbel et al. (2005) in Kooperation mit dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge zeigt, dass mindestens 40 Prozent der Asylsuchenden an einer PTBS leiden. Richter, Lehfeld und Niklewski (2015) stellen bei einer 2012 in einer zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern durchgeführten Studie fest, dass 32,2 Prozent der Asylsuchenden von einer PTBS betroffen sind. Laut der Leitlinie der deutschsprachigen Fachgesellschaft für Psychotraumatologie liegt die Prävalenz der PTBS bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern bei 50 Prozent (Flatten et al. 2013).

Die PTBS ist jedoch nur eine der möglichen Traumafolgestörungen. Viele Geflüchtete leiden auch unter depressiven Störungen, Angststörungen oder Substanzabhängigkeiten. Oft kommt es zur Entwicklung verschiedener psychischer Störungen (Baron und Schriefers 2015). So berichten Lindert et al. (2009), dass unter Flüchtlingen und Asylsuchenden bei 44,5 Prozent eine Depression und bei 40 Prozent eine Angststörung vorliegt.

Der GKV-Spitzenverband (2016b) warnt indessen vor einer verallgemeinernden Pathologisierung aller Flüchtlinge und stellt die oben genannten Prävalenzen infrage. Bemängelt werden die oftmals kleinen Fallzahlen der Studien und auch eine Übertragbarkeit westlich orientierter Störungskonzepte wird kritisch gesehen.

3.2 Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen

Psychotherapie ist nach wissenschaftlichen Leitlinien als alleinige oder kombinierte Behandlung bei einer Vielzahl psychischer Erkrankungen ohne Alternative und damit auch erforderlich. Die Leitlinien der deutschsprachigen Fachgesellschaft für Psychotraumatologie halten dazu fest: „Psychopharmakotherapie soll nicht als alleinige Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung eingesetzt werden. Begleitende Psychopharmakotherapie kann zur Unterstützung der Symptomkontrolle indiziert sein, ersetzt aber keine traumaspezifische Psychotherapie“ (Flatten et al. 2013).

In der Praxis bleibt der Zugang zu psychotherapeutischen Behandlungen aber vielen Asylsuchenden in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland verwehrt. Der eingeschränkte Behandlungsanspruch, resultierend aus den §§ 4 und 6 AsylbLG, sieht nur eine Not- oder Akutbehandlung vor, was eine Langzeitpsychotherapie nicht mit einschließt. Bewilligt werden in den ersten 15 Monaten ausschließlich Kurzzeittherapien auf Basis einer Ermessensentscheidung der zuständigen Behörden. Ein Behandlungsanspruch wegen posttraumatischer Belastungsstörungen bei Flüchtlingen kann abgewiesen werden, weil diese Beeinträchtigung für Menschen aus Krisengebieten üblich ist (VG Potsdam - 21.6.2004 -12 RK 2435/02 A). Eine andere zentrale Begründung gegen die Leistungspflicht ziehen die Gerichte aus der Kurzzeitigkeit des Aufenthalts des Berechtigten. Allenfalls wird dann ein Grund zum Handeln anerkannt, wenn die psychische Erkrankung zur Zwangseinweisung führt (Eichenhofer 2013). Andere Gründe liegen in langwierigen und intransparenten Bewilligungsverfahren (BPtK 2015a).

Die Einführung der eGK für Asylsuchende führt in der Praxis nicht zu Veränderungen beim Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung. Formal können Geflüchtete mit der Gesundheitskarte zwar niedergelassene Psychotherapeuten aufsuchen. Jedoch wird der Antrag auf Psychotherapie nach wie vor nach den Maßgaben des AsylbLG geprüft. Die Behandlungsmöglichkeiten sind damit weiterhin auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt (vgl. Kapitel 2). Wie dies in der Praxis ausgelegt wird, ist noch offen (Baron und Schriefers 2015).

Doch auch nach der Bewilligung einer psychotherapeutischen Behandlung warten viele Flüchtlinge Monate bis Jahre auf einen Behandlungsplatz. Zahlen der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK 2015b) zufolge konnten 2014 lediglich vier Prozent der psychisch kranken Flüchtlinge psychotherapeutisch versorgt werden. Zum einen gibt es zu wenig muttersprachliche Psychotherapeuten mit einer Kassenzulassung, zum anderen werden benötigte Dolmetscher von den Krankenkassen nicht finanziert, da nach Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) eine fremdsprachliche Psychotherapie grundsätzlich nicht vom Schutz

Bewilligungsverfahren für Psychotherapien am Beispiel Hamburg

In Hamburg erhalten alle Asylsuchenden seit 2012 eine elektronische Gesundheitskarte der AOK Bremen/Bremerhaven. Die AOK und die Stadt Hamburg haben sich darauf verständigt, dass für die Asylsuchenden überwiegend Leistungen im Rahmen der GKV zu erbringen sind. Für Psychotherapien gelten gesonderte Bedingungen: Patienten, die als Grundleistungsberechtigte nach § 3 AsylbLG über die AOK Bremen / Bremerhaven versichert sind, können nur in Ausnahmefällen eine Psychotherapie in Anspruch nehmen. Ansprechpartner für die Bewilligung ist die AOK Bremen /Bremerhaven. Über die Bewilligung von Kurzzeittherapien entscheidet die AOK in eigener Zuständigkeit.

Die Bewilligung von Langzeitpsychotherapien erfolgt in einem besonderen Verfahren: Der Vertragspsychotherapeut schickt die Anträge auf Langzeitpsychotherapien an die AOK Bremen / Bremerhaven. Die Kasse übersendet die Unterlagen zusammen mit der Stellungnahme des Gutachters an das zuständige Fachamt „Grundsicherung und Soziales“, das insbesondere den Aufenthaltsstatus des Patienten klärt. Danach werden die Unterlagen an das Fachamt Gesundheit (Gesundheitsamt) im gleichen Bezirksamt weitergegeben, wo aus medizinischer Sicht geprüft wird, ob die beantragte Psychotherapie gewährt werden kann. Dabei handelt es sich stets um eine Einzelfallprüfung. Dieses Verfahren gilt nur für Grundleistungsberechtigte nach § 3 AsylbLG (KVH 2015).

der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst werde (BSG – 6.2.2008 B 6 KA 40/06R = 5Gb 2009, 292).

3.3 Versorgungssysteme

Die neu formulierte EU-Aufnahmerichtlinie aus dem Jahr 2013 (EU 2013) verpflichtet die Mitgliedstaaten, für die psychische Gesundheit von Schutzsuchenden Sorge zu tragen und falls erforderlich eine psychologische Betreuung zu gewährleisten (Art. 19). In der Realität ist das Regelsystem der psychosozialen Versorgung in Deutschland aber nicht ausreichend auf die Behandlung von Asylsuchenden und Flüchtlingen vorbereitet (GMK 2015). In Deutschland wird der Großteil der psychotherapeutischen Versorgung von Asylsuchenden durch sogenannte Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ) geleistet (BPtK 2015c).

Wartezeiten auf einen ambulanten Behandlungsplatz

Die Anzahl der kassenärztlich zugelassenen Therapeuten wird über die Bedarfsplanung festgelegt. Je nach Regionstyp (z. B. Großstadt oder ländlicher Raum) kommt ein Psychotherapeut auf 3.079, 5.953, 7.496, 8.587 oder 9.103 Einwohner (GBA 2015). Die Anzahl der zugelassenen Psychotherapeuten wird aufgrund der langen Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz oftmals als zu gering kritisiert (BPtK 2011). Patienten, die aufgrund psychischer Beschwerden einen ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsplatz suchen, warten durchschnittlich drei Monate (12,5 Wochen) auf ein Erstgespräch. In 31,5 Prozent der Fälle warten die Patienten sogar länger als drei Monate. Die Dauer der Wartezeit unterscheidet sich erheblich zwischen den Bundesländern sowie zwischen städtischen und ländlichen Regionen (ebd.).

3.3.1 Niedergelassene Psychotherapeuten

In Deutschland erfolgt der Großteil der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Erwachsenen mit psychischen Störungen durch niedergelassene ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten (PP), die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Aussichten von Asylsuchenden auf einen Therapieplatz bei einem niedergelassenen Therapeuten sind, trotz der jüngst deutlich gestiegenen Bereitschaft niedergelassener Psychotherapeuten an der Behandlung Geflüchteter, aber eher gering (BAfF 2016). Noch immer können die PSZ lediglich sechs Prozent ihrer der Hilfe suchenden Klienten an niedergelassene Psychotherapeuten weitervermitteln (ebd.).

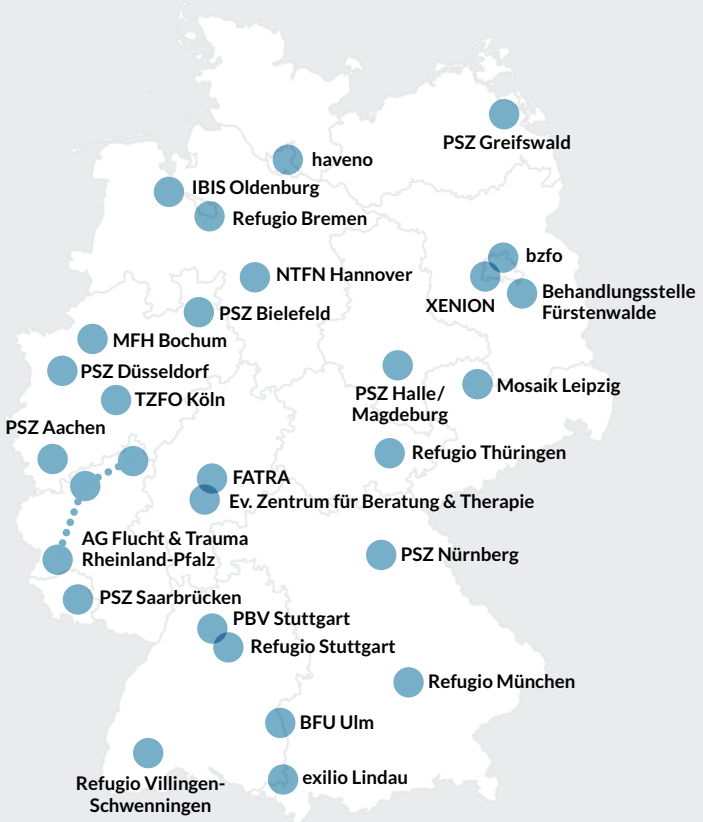
In den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland haben Asylsuchende unter bestimmten Voraussetzungen (vgl. Kapitel 3.2) Anspruch auf Psychotherapie, unabhängig davon, ob der behandelnde Psychotherapeut einen Kassensitz hat oder in einer Privatpraxis oder einem Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ) tätig ist (BPtK 2015b). Dies ändert sich nach 15 Monaten, wenn die Gesundheitsversorgung von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen wird. Dann werden die Kosten einer Psychotherapie nur übernommen, wenn der Therapeut eine Kassenzulassung besitzt. Eine Psychotherapie in den Psychosozialen Zentren kann dann nicht mehr durchgeführt werden, da die Psychotherapeuten dort in der Regel nicht zur GKV-Versorgung zugelassen sind. Nur ein Teil der Krankenkassen ermöglicht die Durchführung von Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren (BPtK 2015b). Asylsuchende konkurrieren dann mit den anderen Hilfesuchenden um einen Behandlungsplatz und müssen lange Wartezeiten in Kauf nehmen.

Um Asylsuchenden, die bereits länger als 15 Monate in Deutschland leben, den Zugang zu psychotherapeutischen Behandlungen zu erleichtern, bedarf es mehr Psychotherapeuten mit einer Kassenzulassung. Daher wurde im Rahmen des Asylpakets I die Zulassungsverord-

nung für Vertragsärzte geändert. Psychotherapeuten, Ärzte und Psychosoziale Zentren können nun zur Behandlung von Flüchtlingen ermächtigt werden, wenn die Versorgung des Personenkreises nicht gewährleistet ist. Die Ermächtigung wird durch einen Ermächtigungsbeschluss des Zulassungsausschusses erteilt und ist in der Regel auf zwei Jahre begrenzt, kann aber auch für einen längeren Zeitraum erteilt werden. Die Ermächtigung verpflichtet und berechtigt die ermächtigten Psychotherapeuten zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung, was Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie einschließt. Wenn eine Ermächtigung erteilt wurde, ist der Psychotherapeut verpflichtet, die im Beschluss festgelegte vertragspsychotherapeutische Tätigkeit persönlich auszuüben. Auch darf der Therapeut nur die im Rahmen der Ermächtigung bestimmte Personengruppe, in diesem Fall Empfänger laufender Leistungen nach § 2 AsylbLG, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, behandeln. Für eine Institutsermächtigung gelten die gleichen Voraussetzungen wie für eine persönliche Ermächtigung. Zusätzlich muss die Einrichtung unter ständiger ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Leitung stehen (BPtK 2015b). Laut einer Umfrage des BAfF bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), bei der Daten von allen KVen mit Ausnahme von Bayern, Sachsen und Berlin gewonnen werden konnten, wurden bis zum 15.5.2016 insgesamt 26 Ermächtigungen erteilt (BAfF 2016).

Auf politischer Ebene wird derzeit über die Möglichkeit von Sonderbedarfszulassungen für fremdsprachige Psychotherapeuten diskutiert (Deutscher Bundestag 2016b). Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK 2016) hält dies für Planungsbereiche sinnvoll, in denen dauerhaft eine hohe Konzentration von Geflüchteten und damit einhergehenden Sprachen (z. B. Arabisch, Farsi) vorliegt. Die BPtK (ebd.) schlägt vor, die Kriterien des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs der Bedarfsplanungs-Richtlinie um das Kriterium der Verfügbarkeit muttersprachlicher Behandlungsangebote zu erweitern. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband 2016b) hingegen sieht keinen Bedarf, die Regelung zum Sonderbedarf für die Behandlung von Flüchtlingen mit psychischen Problemen anzupassen.

Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer* (Stand Ende 2014)



* Hier sind nur die Einrichtungen, die Flüchtlinge behandeln und betreuen dargestellt. Einrichtungen, die nicht direkt mit Klienten arbeiten – institutionelle- und Fördermitglieder – wurden nicht berücksichtigt.
Quelle: BAfF

BertelsmannStiftung

3.3.2 Psychotherapeutische Institutsambulanzen

Eine weitere Möglichkeit, für Asylsuchende einen Therapieplatz zu bekommen, besteht über die an zahlreichen Universitäten entstandenen Psychotherapeutischen Institutsambulanzen. Die Ambulanzen sind Institutionen, in denen Patienten die Möglichkeit haben, außerhalb der Versorgung durch niedergelassene Psychotherapeuten eine ambulante Behandlung in Anspruch zu nehmen. Die Therapien erfolgen durch Psychologische Psychotherapeuten (PP)

Beratungs- und Behandlungszentren für traumatisierte Flüchtlinge und Folteropfer

Die Beratungs- und Behandlungszentren für traumatisierte Flüchtlinge und Folteropfer haben ihren Ursprung in den 1980ger Jahren, als engagierte Heilberufler aus der Menschenrechtsbewegung begannen, sich in zunächst sehr kleinen, aber von Beginn an immer interdisziplinär zusammengesetzten Netzwerken für die psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten einzusetzen. Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. (BAfF) ist der Dachverband der Beratungs- und Behandlungszentren für traumatisierte Geflüchtete und Überlebende von Menschenrechtsverletzungen. Regelmäßig erhebt die BAfF bei ihren Mitgliedszentren Daten, die abbilden, inwieweit geflüchtete Menschen bundesweit Zugang zu Beratung und Behandlung finden. Die Versorgungsberichte der BAfF zeigen unter anderem auf, wie viele Menschen in den PSZ psychosoziale Beratung und Behandlung erhalten, ob eine Weitervermittlung an niedergelassene Ärzten und Psychotherapeuten möglich ist und wie viele Menschen abgelehnt oder auf Wartelisten gesetzt werden müssen. Die von der BAfF erhobenen Daten stellen die Grundlage für diesen Teil der Expertise zur Psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten dar. Weitere Informationen auf www.baff-zentren.org.

„Das Versorgungsspektrum, das Geflüchteten in den Zentren angeboten wird, unterscheidet sich über die Zentren hinweg nur sehr wenig. Es ist in fast allen Zentren multimodal konzipiert und umfasst psychosoziale, therapeutische sowie weitere niedrigschwellige Unterstützungsangebote. Nur sehr wenige Klienten werden nur durch einzelne Beratungs- oder Behandlungsformen unterstützt, die meisten werden interdisziplinär in mehreren Betreuungssettings versorgt." (Baron & Flory 2015, S. 4)

„Entsprechend des komplexen Leistungsspektrums setzen sich die Teams der PSZ interdisziplinär zusammen" (Baron & Flory 2015, S. 8). Den größten Teil der Teams bilden Psychotherapeuten und Fachkräfte der Sozialen Arbeit. „Sie werden durch Mitarbeiter in den Bereichen Administration und Verwaltung, kreative und körper- bzw. bewegungsorientierte therapeutische Angebote, Sprachmittlung sowie Fundraising und Öffentlichkeitsarbeit unterstützt." (ebd.)

in Ausbildung, die nach ihrem Uni-Abschluss (Diplom oder Master) in Psychologie oder Pädagogik im letzten Ausbildungsabschnitt die Zulassung zu den Ambulanzbehandlungen von Versicherten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen erhalten haben. Laut Angaben der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie (o. D. A.) gibt es in Deutschland insgesamt 52 dieser Hochschulambulanzen (Stand Juli 2016). Einige der Ambulanzen haben spezielle Angebote für Zugewanderte und Flüchtlinge, wie beispielsweise die Institutsambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der LVR-Klinik Düsseldorf oder das Zentrum für interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie (ZIPP) an der Charité Berlin. Ein Überblick über Anzahl der Patienten und eventuelle Wartezeiten liegt für diesen Bereich der Regelversorgung nicht vor.

3.3.3 Beratungs- und Behandlungszentren für traumatisierte Flüchtlinge und Folteropfer

Die meisten Psychotherapien bei Flüchtlingen werden aktuell von Psychotherapeuten in den 32 Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer durchgeführt (PSZ) (BPtK 2015b). Insgesamt wurden in den PSZ 2015 etwas über 13.500 Klienten behandelt und damit 3.500 mehr als noch 2013 (BAfF 2016). Dabei variiert die Anzahl der jährlich von den verschiedenen PSZ betreuten Klienten in Abhängigkeit zu deren Größe zwischen weniger als 100 und bis 1.500 Klienten pro Jahr (Baron und Flory 2015).

Trotz des Anstiegs an Klienten hat sich angesichts der steigenden Flüchtlingszahlen die Versorgungssituation kaum verändert. „Fast alle Zentren organisieren die Aufnahme von neuen Klienten über ein Wartelistensystem – mit zum Teil sehr langen Wartezeiten. Während eines durchschnittlichen Monats stehen auf den Wartelisten der PSZ bundesweit knapp 1.500 Geflüchtete. Nach der Kontaktaufnahme mit einem PSZ vergehen in der Regel 7 Monate, bis die betroffene Person einen Therapieplatz erhält. In etwa 20 % der Psychosozialen Zentren warten Geflüchtete sogar zwischen 9 und 12 Monate lang, bevor sie eine Psychotherapie beginnen

können … In fast allen Regionen war 2015 die Nachfrage so hoch, dass über das Jahr hinweg bundesweit etwa 6.500 Geflüchtete trotz Behandlungsbedarfs weder direkt in die Behandlungsprogramme der Zentren aufgenommen noch auf die Warteliste gesetzt werden konnte.“ (BAfF 2016, S. 12) Das Einzugsgebiet eines PSZ beträgt im Durchschnitt 170 Kilometer im Umkreis. Es gibt aber auch Klienten, die für ihre Psychotherapie regelmäßig Anfahrtswege von 200 bis 500 Kilometern zurücklegen (BAfF 2016).

Aufgrund der wachsenden Kapazitätsprobleme versuchen die Einrichtungen, ihre Klienten an Versorgungsstrukturen im Regelsystem weiterzuvermitteln. So werden pro Jahr ungefähr sechs Prozent der Klienten aus den PSZ an niedergelassene Psychotherapeuten und 14 Prozent an Fachärzte überstellt (vgl. auch für das Folgende: Baron & Flory 2015, S. 18). Davon wird ein Viertel von den PSZ als vollständige Vermittlung beschrieben, bei der die übernehmende Stelle den Klienten selbstständig ohne Unterstützung des PSZ weiterversorgt. 13 Prozent der Vermittlungen dienen der Nachsorge. Die restlichen Vermittlungen sind entweder Teilvermittlungen (Einbindung der psychotherapeutischen Arbeit in den sozialen und aufenthaltsrechtlichen Kontext wird weiterhin durch die Sozialarbeiter der Zentren geleistet) oder keine Vermittlungen im engeren Sinne, da nur die Weitergabe von Kontaktdaten erfolgt. Als Ursachen für die schleppende Vermittlung werden von den PSZ fehlende Therapieplätze, Unsicherheiten in sozialen und rechtlichen Fragen, aber auch im Umgang mit Folteropfern bei möglichen übernehmenden Stellen sowie Sprachbarrieren und bürokratische Hürden genannt (Baron & Flory 2015).

Die Einrichtungen erhalten für ihre Leistungen keine strukturelle Finanzierung. „Der Anteil, den die Refinanzierung von Psychotherapien durch die gesetzlich verantwortlichen Leistungsträger (Sozialbehörden, Krankenkassen, Jugendämter) einnimmt, liegt im Durchschnitt bei gerade einmal 3 %“ (BAfF 2016, S. 12). Ein Grund liegt darin, dass die Psychotherapeuten der PSZ in der Regel nicht zur GKV-Versorgung zugelassen sind und somit auch keine Leistungen über die Krankenkassen abgerechnet werden können. „Auch die Finanzierung durch Landesmittel (14 %), kommunale Unterstützung (11 %) sowie Mittel des Bundes (3 %) hat in der Vergangenheit im Durchschnitt nur in geringem Umfang zur Finanzierung der Psychosozialen Zentren beigetragen.“ (BAfF 2016, S. 12). Angebote wie Psychotherapie, Kriseninterventionen und psychosoziale Beratung werden in der Regel durch Spenden oder zeitlich begrenzte, projektbezogene Fördermittel finanziert. 25 Prozent der Leistungen werden ehrenamtlich erbracht (BAfF 2012). 2016 erhalten die PSZ eine zusätzliche Förderung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) von drei Millionen Euro. Die zusätzlichen Mittel sollen in Therapieangebote, sozialrechtliche Beratungen sowie anfallende Dolmetscherkosten fließen. Ein besonderer Fokus soll auf der Unterstützung für von Gewalt betroffene Frauen und Kinder liegen. Auf Basis der Förderung können

Praxisbeispiel: Refugio Bremen e.V.

Refugio wurde 1989 in Bremen gegründet und ist ein psychosoziales und therapeutisches Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folterüberlebende.

Die psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen ist die Kernaufgabe von Refugio Bremen. Sie wird entsprechend dem multimodalen, integrativen Behandlungsansatz durchgeführt und ist zum Teil auf spezielle Zielgruppen zugeschnitten. Daneben führt Refugio regelmäßig Fortbildungen und Supervisionen für die Mitglieder des Teams sowie für Psychologen und Therapeuten von außerhalb durch. Das Team besteht aus neun festangestellten (Therapeuten, Verwaltung, Projektmitarbeiter) in Teil- und Vollzeit. 2015 wurden 334 Klienten aufgenommen, beraten und behandelt. Davon waren 119 laufende Behandlungen und 215 Neuanmeldungen (Refugio Bremen 2016).

Im Jahr 2015 konnte Refugio Bremen 687.562 Euro an Einnahmen verzeichnen. Davon stammen 33,3 Prozent aus Mitteln der Europäischen Union (Europäischer Flüchlingsfonds, EFF; Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds, AMIF), 24,4 Prozent aus Spenden, 18,6 Prozent sind Gelder der Senatorischen Behörden, 12,3 Prozent sind Gelder der Aktion Mensch, 3,7 Prozent stammen von der World Childhood Foundation und 7,7 Prozent setzen sich aus Mitgliederbeiträgen und weiteren Kleinstbeträgen zusammen (Refugio Bremen 2016).

die PSZ in diesem Jahr 1.500 zusätzliche Klienten aufnehmen (BMFSFJ 2016).

Die Anteile der verschiedenen Förderformen variieren zwischen den PSZ erheblich. Daher wird am Beispiel des PSZ Refugio Bremen e. V. exemplarisch die Förderung im Jahr 2015 dargestellt.

3.4 Einsatz von Sprachmittlern

Laut dem 10. Ausländerbericht der Bundesregierung (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2014) sprechen rund 20 Prozent der Zugewanderten nicht ausreichend Deutsch, um in einer psychotherapeutischen Behandlung ihre Beschwerden adäquat mitteilen zu können und von therapeutischen Interventionen zu profitieren. Dieser Sachverhalt trifft in einem noch größeren Prozentsatz auf Asylsuchende mit einer psychischen Erkrankung zu, da sie sich in der Regel erst seit wenigen Wochen oder Monaten in Deutschland aufhalten und noch keine ausreichenden Kenntnisse der deutschen Sprache haben können. Auch gibt es zu wenig fremdsprachliche Psychotherapeuten mit einer Kassenzulassung, um den Bedarf an Psychotherapie von Asylsuchenden abdecken zu können (BPtK 2015c). Der Einsatz von Sprachmittlern ist daher unerlässlich. Die Bundespsychotherapeutenkammer (ebd.) hält hierzu fest, dass bei traumatisierten Flüchtlingen selbst dann Psychotherapie die bevorzugte Behandlungsmethode darstellt, wenn sie mithilfe von Dolmetschern durchgeführt wird. Der Einsatz von Laiendolmetschern oder Angehörigen ist in diesen therapeutischen Settings nicht angezeigt.

Die komplexen Versorgungssituationen in der ambulanten sowie stationären Gesundheitsversorgung rechtfertigen das Nebeneinander sehr unterschiedlicher Modelle der Sprachmittlung. In Situationen, in denen innerhalb von Minuten eine Sprachmittlung gebraucht wird, ist bilinguales Personal oder der Einsatz von Telefon- bzw. Videodolmetschern derzeit die beste Lösung. In eher planbaren Situationen können externe Dolmetscher eingesetzt werden. Ob in diesen Fällen mit qualifizierten Medizindolmetschern oder mit einem Anbieter aus dem Bereich des „Community Interpreting“ gearbeitet wird, hängt von den Kapazitäten der jeweiligen Vermittlungsstellen, der gesuchten Sprache, dem Standort des Behandlungsortes und schlussendlich auch von finanziellen Ressourcen ab.

Werden Dolmetscher im Rahmen der Psychotherapie eingesetzt, stehen Kriterien, wie Berufserfahrung, Einfühlungsvermögen sowie mitunter die Herkunft oder das Geschlecht des Dolmetschers im Vordergrund. Der Einsatz von Telefon- oder Videodolmetschern erscheint im therapeutischen Setting nicht angemessen (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2015).

Bei Asylsuchenden, die sich noch keine 15 Monate in Deutschland aufhalten, kann parallel zum Antrag auf Psychotherapie nach § 6 AsylbLG auch die Übernahme von Dolmetscherkosten beantragt werden. Bei traumatisierten Asylsuchenden wird das Hinzuziehen eines Dolmetschers laut einem Schreiben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS 2011) „durch eine Ermessensreduzierung auf null zu einer Pflichtleistung“ – das Sozialamt muss die Kosten tragen. Besitzen die Flüchtlinge eine eGK, gilt der Leistungskatalog der Krankenkassen, der die Finanzierung von Dolmetscherleistungen nicht vorsieht (BSG 76, 109, Urteil vom 10.5.1995). Daher muss parallel zum Antrag auf Psychotherapie bei der Krankenkasse die Übernahme von Dolmetscherkosten nach § 73 SGB XII, gegebenenfalls auch nach § 53 SGB XII beantragt oder bei Leistungsbezug durch das Job-Center ein Antrag auf Mehrbedarf gestellt werden. Die Möglichkeit der Übernahme durch die Sozialbehörden ist jedoch nicht praktikabel, da die Beantragung sehr aufwendig ist, die Bearbeitungsdauer mehrere Monate beträgt und die Anträge häufig abgelehnt werden (BPtK 2015c).

Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK 2015) bittet deshalb das Bundesministerium für Gesundheit unter Einbeziehung der Bundesministerien für Inneres sowie für Arbeit und Soziales in einem ersten Schritt auf die Bundespsychotherapeutenkammer und Bundesärztekammer zuzugehen und ein Modellprojekt an mehreren Standorten zu konzipieren, das die Stellung und Finanzierung von Dolmetscherleistungen für

die psychotherapeutische Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen aus Bundesmitteln erprobt und evaluiert.

3.5 Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen

Psychotherapie bei Asylsuchenden findet hauptsächlich in den Psychosozialen Zentren für traumatisierte Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ) statt. In wesentlich kleinerem Umfang trifft das auf das System der niedergelassenen Psychotherapeuten sowie psychotherapeutischen Institutsambulanzen zu. Da, wie oben dargestellt, sich die PSZ hauptsächlich über eine temporäre Projektförderung aus EU-, Bundes- oder Landesmitteln sowie Spenden finanzieren, wird auch der Großteil der Psychotherapie von Asylsuchenden, die sich noch keine 15 Monate in Deutschland aufhalten, über diese Mittel finanziert. Zahlen der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. (BAfF) zeigen, dass im gesamten Jahr 2013 lediglich 250 Psychotherapien durch die Sozialbehörden, die Krankenkassen und die Jugendämter bewilligt wurden. Damit liegt der Anteil der durch die gesetzlich verantwortlichen Leistungsträger bezahlten Psychotherapien in den PSZ bei fünf Prozent – die Sozialämter übernehmen drei Prozent und die Krankenkassen sowie die Jugendämter jeweils ein Prozent der Psychotherapien (Baron und Flory 2015).

Haben Asylsuchende Anspruch auf Gesundheitsleistungen analog zu Leistungsberechtigten des SGB XII (Grundsicherung), sind die Krankenkassen für die Bewilligung von Kurz- sowie Langzeittherapien zuständig. Damit können nur Psychotherapeuten mit einer Kassenzulassung beziehungsweise Psychotherapeuten mit einer Ermächtigung die Behandlung der Hilfesuchenden übernehmen. Kostenträger ist in diesem Fall die Kommune. Krankenkassen übernehmen aufgrund der Regelungen des § 264 SGB V (Kostenerstattung) die Behandlungskosten nicht.

3.6 Forderungen

Die zentrale Frage der psychotherapeutischen Versorgung von Asylsuchenden ist, ob die parallel zum Regelsystem bestehende Versorgungsstruktur der PSZ auf Dauer dazu geeignet ist, den Bedarf an Psychotherapie zu decken. Was einst gegründet wurde, um Asylsuchenden in Notfällen zu helfen, ist über die letzten 30 Jahre zur tragenden Säule des psychosozialen Unterstützungssystems für Asylsuchende geworden. Die Finanzierung ist jedoch nur temporär gesichert. Anzustreben ist daher eine auf Nachhaltigkeit angelegte Finanzierung der PSZ. Projektmittel und Spenden sollten allenfalls zur Ergänzung der Angebote dienen.

Eine interkulturelle Öffnung des Regelsystems der ambulanten psychosozialen Versorgungsstrukturen erscheint angesichts der ohnehin langen Wartezeiten bei niedergelassenen Therapeuten eher als untergeordnete Forderung. Dennoch müssen zur Entlastung der PSZ mehr Behandlungsplätze im Regelsystem geschaffen werden. Mit der Ermächtigung von Psychotherapeuten ohne Kassensitz ist ein richtiger Weg eingeschlagen. Von dieser Regel profitieren Asylsuchende, die noch keine 15 Monate in Deutschland sind oder die aus anderen Gründen keine Leistungen gemäß § 2 AsylbLG erhalten, sowie anerkannte Flüchtlinge allerdings nicht. Eine Erweiterung des Personenkreises wäre wünschenswert.

Ein Therapieplatz im Regelsystem alleine ist aber in vielen Fällen nicht ausreichend. Da fremdsprachige Psychotherapeuten mit Kassenzulassung eher selten zu finden sind, muss parallel zum Antrag auf Psychotherapie auch die Übernahme der Dolmetscherkosten geklärt werden. Eine Finanzierung über die GKV ist bis heute ausgeschlossen, was den Nutzen der eGK für Asylsuchende, die sich noch keine 15 Monate in Deutschland aufhalten, verringert. Folgerichtig hätte im Zusammenhang mit der Einführung der eGK auch eine Möglichkeit zur Bewilligung von Dolmetscherleistungen durch die Krankenkassen geschaffen werden sollen. Generell erscheinen die Antragsverfahren auf Finanzierung von Sprachmittlung als zu aufwendig und sollten gestrafft beziehungsweise vereinfacht werden.

4
Fazit

Die Diskussion um die Einführung der eGK ist geprägt von einer Debatte rund um die Verteilung der Kosten, die im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden entstehen. Was trägt der Bund, was das Land und wie viel muss die aufnehmende Kommune zahlen? Die Idee, Asylsuchenden einen direkten Zugang zum Gesundheitssystem zu verschaffen, ist in die Mühlen der föderalen Strukturen und widersprüchlichen Kostenträgerinteressen geraten und wird darin aufgerieben.

Ob der in der Novellierung des § 264 SGB V eingebaute Spielraum für Länder und Kommunen ein sogenannter „handwerklicher Fehler", Kalkül der Bundesregierung oder in einem föderalem System unvermeidlich ist, sei dahingestellt. Im Ergebnis ist ein Flickenteppich unterschiedlicher Regelungen entstanden, wo der nicht freiwillig gewählte Wohnort der Asylsuchenden über den Erhalt der eGK und somit über einen guten oder weniger guten Zugang zum Gesundheitssystem entscheidet.

Ähnliches ist bei der Betrachtung der psychotherapeutischen Versorgung der Asylsuchenden zu erkennen. Auch hier ist der Wohnort mitentscheidend, ob Asylsuchende eine Chance auf einen Behandlungsplatz haben. Wobei hier aber nicht das föderale System und auch nicht die Bedarfsplanung für Psychotherapeuten entscheidend sind, sondern ob der Hilfesuchende im Einzugsgebiet eines Psychosozialen Behandlungszentrums für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ) lebt. Denn durch die in Kapitel 3 geschilderten Zugangsbarrieren ist das Regelsystem der psychotherapeutischen Versorgung für Flüchtlinge in den ersten Monaten, vielleicht sogar Jahren, nicht nutzbar. Oder, um es mit der Wochenzeitung DIE ZEIT auszudrücken: „Lerne Deutsch oder leide" (Spiewak 2010). Mit langen Wartezeiten ist in jedem Fall zu rechnen.

Der Diskussion um den Zugang zum Gesundheitssystem übergeordnet ist die Kritik am eingeschränkten Anspruch auf Gesundheitsleistungen von Asylsuchenden in den ersten Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland. Nicht selten ist in diesem Zusammenhang von einer Drei-Klassen-Medizin die Rede (medica mondiale 2015). Dabei ist das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an körperlicher und seelischer Gesundheit als Menschenrecht weltweit anerkannt und in mehreren menschenrechtlichen Übereinkommen verankert. Es wird zum Großteil im Artikel 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Generalversammlung der Vereinten Nationen 1966) geregelt. Deutschland hat im Dezember 1973 den UN-Sozialpakt ratifiziert und sich dazu verpflichtet, insbesondere gesellschaftliche Gruppen in verletzlichen Lebenslagen besonders zu unterstützen, um deren Recht auf Gesundheit zu sichern. Auch vielen Ärzten erscheint das Festhalten an den Buchstaben des Gesetzes als unethisch (Ärzteblatt 2015).

Eine der wichtigsten gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der nächsten Jahre stellt die Integration der nach Deutschland geflüchteten Menschen dar. Neben der Integration in den Arbeitsmarkt, in das Bildungssystem oder auch in zivilgesellschaftliche Strukturen ist es nicht zuletzt die physische und psychische Gesundheit dieser Menschen, die im Fokus stehen sollte. Um die Herausforderungen zu meistern, die Zugewanderten und insbesondere Geflüchteten in einem unbekannten Land begegnen, sind ein guter Gesundheitszustand sowie eine zuversichtliche Sicht auf das Leben notwenige Bedingungen. Das Menschenrecht auf Gesundheit sollte daher von allen Akteuren des Gesundheitssystems als handlungsleitende Maxime ernst genommen werden.

Literatur

Ärzteblatt (2016a). „Vorerst keine Gesundheitskarte für Flüchtlinge in Mecklenburg-Vorpommern". 2.3.2016. http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/65909 (Download 6.8.2016).

Ärzteblatt (2016b). „Baden-Württemberg: Gesundheitskarte für Flüchtlinge vom Tisch". 25.5.2016. http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/67828 (Download 3.7.2016).

Ärzteblatt (2016c). „Thüringen: Gesundheitskarte für Flüchtlinge soll im Oktober kommen". 30.6.2016 http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/69354 (Download 4.7.2016).

Ärzteblatt (2016d). „Experten kritisieren Flickenteppich von Regelungen für die Flüchtlingsversorgung". 2.5.2016. http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/66525/Experten-kritisieren-Flickenteppich-von-Regelungen-fuer-die-Fluechtlingsversorgung (Download 5.7.2016).

Ärzteblatt (2015). „Das Festhalten an den Buchstaben des Gesetzes ist für jeden Arzt unethisch!". 16.9.2016. http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/64137/Das-Festhalten-an-den-Buchstaben-des-Gesetzes-ist-fuer-jeden-Arzt-unethisch (Download 14.7.2016).

Ärzte Zeitung (2016a). „Es stockt bei der Chipkarte". 5.1.2016. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/fluechtlinge/article/902243/fluechtlinge-stockt-chipkarte.html?sh=4&h=246347372 (Download 26.1.2016).

Ärzte Zeitung (2016b). „Gesundheitskarte für Flüchtlinge zu teuer". Pressemitteilung. 25.1.2016. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/fluechtlinge/article/903414/saarland-gesundheitskarte-fluechtlinge-teuer.html (Download 4.7.2016).

BÄK – Bundesärztekammer (2016). „Beschlussprotokoll des 119. Deutschen Ärztetages in Hamburg vom 24. bis 27.5.2016". http://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/119-deutscher-aerztetag-2016/beschlussprotokoll/ (Download 14.7.2016).

BAfF – Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (2016). „Stellungnahme der BAfF e.V. zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 08.06.2016 zu den Anträgen". https://www.bundestag.de/blob/426680/5813a4bcc9e1c8f6234688c256c8ebf4/bundesweite-arbeitsgemeinschaft-psychosozialer-zentren-fuer-fluechtlinge-und-folteropfer-e--v---baff--data.pdf (Download 6.7.2016).

BAfF – Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (2012). Zwischen Anspruch und Realität. Evaluation der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen. Karlsruhe.

BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016a). „Verteilung der Asylbewerber". http://www.bamf.de/DE/Fluechtlingsschutz/AblaufAsylverfahren/Erstverteilung/erstverteilung-node.html (Download 10. 7.2016).

BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016b). „Asylgeschäftsstatistik für den Monat Juni 2016". http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/201606-statistik-anlage-asyl-geschaeftsbericht.pdf?__blob=publicationFile (Download 10.7.2016).

BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2015). „Asylgeschäftsstatistik für den Monat Oktober 2015". http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/201510-statistik-anlage-asyl-geschaeftsbericht.pdf?__blob=publicationFile (Download 10.7.2016).

BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2014). „Ablauf des deutschen Asylverfahrens. Asylantragstellung – Entscheidung – Folgen der Entscheidung". https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Flyer/ablauf-asylverfahren.pdf?__blob=publicationFile (Download 2.1.2016).

Baron Jenny, und Lea Flory (2015). Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. 2. aktualisierte Auflage. Hrsg. BAfF – Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. Berlin. http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2016/05/Versorgungsbericht_2015.pdf (Download 7.7.2016).

Baron Jenny, und Silvia Schriefers (2015). Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. Hrsg. BAfF – Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. Berlin.

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2015). „Sprachmittlung im Gesundheitswesen. Erhebung und einheitliche Beschreibung von Modellen der Sprachmittlung im Gesundheitswesen". https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/Sprachmittlung%20im%20Gesundheitswesen.html?nn=670290 (Download 14.7.2016).

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2014). „10. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland". https://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/IB/2014-10-29-Lagebericht-lang.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (Download 8.7.2016).

Bebenburg von, P., und Rippegather, J. (2015). Flüchtlinge in Hessen. Noch keine Einigung über Gesundheitskarte. Frankfurter Rundschau Online 1.12.2015. http://www.fr-online.de/zuwanderung-in-rhein-

main/fluechtlinge-in-hessen-noch-keine-einigung-ueber-gesundheitskarte,24933504,32678558.html [Stand 26.1.2016].

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011). „Brief an Präsidentin der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V., Frau Donata Freifrau Schenck zu Schweinsberg". 21.2.2011. http://www.fluechtlingsrat-brandenburg.de/wp-content/uploads/2011/10/MASF-Ref-25-RS-14_2011-Dolmetscherleistungen-nach-%C2%A7-4_6_AsylbLG-Anlage2.pdf (Download 8.7.2016).

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Soziales, Frauen und Jugend (2016). „Bundesfamilienministerium unterstützt Folteropferzentren". 22.6.2016. http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Presse/pressemitteilungen,did=226050.html (Download 8.7.2016).

Bozorgmehr, Kayvan, und Oliver Razum (2015). „Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013". http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0131483 (Download 29.6.2016).

BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2016). „Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 3. Juni 2016". https://www.bundestag.de/blob/426028/f9cc69cb94e4340290289c22a53acf2d/bundespsychotherapeutenkammer--bptk--data.pdf (Download 14.7.2016).

BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2015a). „Angemessene psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen! Resolution des 26. Deutschen Psychotherapeutentages". http://www.bptk.de/uploads/media/20150504_resolution_26_dpt_angemessene_psychotherapeutische_versorgung_von_fluechtlingen.pdf (Download 6.7.2016).

BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2015b). „Wie beantrage ich eine Ermächtigung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen?". BPtK-Information für Psychotherapeuten in Privatpraxen und in Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK_Infomaterial/Erm%C3%A4chtigung_Fl%C3%BCchtlinge/20151022_BPtK_Ratgeber_Ermaechtigung_Fluechtlinge_sichtbar.pdf (Download 6.7.2016).

BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2015c). „BPtK-Standpunkt: Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen". http://www.bptk.de/uploads/media/20150916_BPtK-Standpunkt_psychische_Erkrankungen_bei_Fluechtlingen.pdf (Download 8.7.2016).

BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2011). „BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK". http://www.bptk.de/uploads/media/110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie_01.pdf (Download 6.7.2016).

BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2010). „Reformbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung von Migranten". http://www.bptk.de/uploads/media/20100614_bptk_standpunkt_pt_versorung_migranten.pdf (Download 6.7.2016).

Burmeister, Axel (2016). „Keine Gesundheitskarte für Flüchtlinge?". Saarländischer Rundfunk Online 22.1.2016. http://www.sr.de/sr/home/nachrichten/politik_wirtschaft/Gesundheitskarte_Fluechtlinge_Saarland100.html (Download 2.1.2016).

Burmester, Frank (2015). „Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse". Public Health Forum (23) 2. 106–108.

Burmester, Frank (2014). „Ausgangslage in Hamburg bis 2012 und Gründe für die Einrichtung der ‚Clearingstelle Gesundheitsversorgung Ausländer'". Gesundheitsversorgung Ausländer. Best Practice Beispiel aus Hamburg. Bericht zum Fachtag am 8. Dezember 2014 in der Landesvertretung Hamburg in Berlin. Hamburg.

CSU-Landesleitung (2015). „Top Aktuell. 22.9.2015: Klausurtagung der CSU-Landtagsfraktion in Kloster Banz". http://www.csu.de/common/csu/content/csu/hauptnavigation/aktuell/topaktuell/PDFs/2015/30_Klausur_Banz.pdf (Download 28.1.2016).

Deutscher Bundestag (2016a). „Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Frank Tempel, Jan Korte, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE". Drucksache 18/7606. http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/078/1807834.pdf (Download 14.7.2016).

Deutscher Bundestag (2016b). „Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen verbessern". Drucksache 18/6067. http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/060/1806067.pdf (Download 14.7.2016).

Deutscher Landkreistag, Deutscher Städtetag, Deutscher Städte- und Gemeindebund und GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2016). „Bundesrahmenempfehlung zur Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 SGB V (Empfänger von Gesundheitsleistungen nach §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz)". https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/asylbewerber/20160527_Bundesrahmenempfehlung_Asylsuchende_264_Abs_1_SGB_V.pdf (Download 5.7.2016).

Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen (2013). „Sicherstellung der Krankenbehandlung von Asylbewerbern im Rahmen des „Bremer Modells". Vorlage für die Sitzung der staatlichen Deputation für Soziales, Kinder und Jugend am 5. Juni 2014. Lfd. Nr. 105/14". http://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/Sicherstellung%20der%20Krankenbehandlung%20von%20Asylbewerbern%20im%20Rahmen%20des%20Bremer%20Modells.pdf (Download 29.11.2015).

Dresdner Neueste Nachrichten (2016). „Sachsen setzt weiter auf Behandlungsschein für Flüchtlinge". Pressemitteilung 31.1.2016. http://www.dnn.de/Mitteldeutschland/News/Sachsen-setzt-weiter-auf-Behandlungsschein-fuer-Fluechtlinge (Download 4.7.2016).

Eichenhofer, Eberhard (2013). „Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge". Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik (33) 5–6. 169–175.

EU – Europäische Union (2013). „Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung)". http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0096:0116:DE:PDF (Download 7.7.2016).

Fachgruppe klinische Psychologie und Psychotherapie (o.D.A.). „Hochschulambulanzen für Psychotherapie an Psychologischen Instituten und Fachbereichen". http://www.klinische-psychologie-psychotherapie.de/index.php/hochschulambulanzen-fuer-psychotherapie (Download 7.7.2016).

Fazel, Mina, Jeremy Wheeler und John Danesh (2005). "Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review". The Lancet (365) 9467. 1309–1314.

Flatten, Guido, Ursula Gast, Arne Hofmann, Christine Knaevelsrud, Astrif Lampe, Peter Liebermann, Andreas Maercker, Luise Reddemann und Wolfgang Wöller (2013). Posttraumatische Belastungsstörung. S3-Leitlinie und Quellentexte. Stuttgart.

Freie Hansestadt Bremen, Magistrat der Stadt Bremerhaven (2014). „Vereinbarung zur Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 SGB V".

Freie und Hansestadt Hamburg (2012). „Vereinbarung zur Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Absatz 1 SGB V in der Freien und Hansestadt Hamburg".

Gäbel, Ulrike, Martina Ruf, Maggie Schauer, Michael Odenwald und Frank Neuner (2005). „Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis". Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 35. 12–20.

GBA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2015). „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung". https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1109/BPL-RL_2015-10-15_iK-2016-01-06.pdf (Download 7.7.2016).

Generalversammlung der Vereinten Nationen (1966). „Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte". http://www.mpil.de/files/pdf4/icescr_de.pdf (Download 14.7.2016).

GKV-Spitzenverband (2016a). „Asylbewerber / Flüchtlinge". https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/fluechtlinge_asylbewerber/fluechtlinge.jsp (Download 10.2.2016).

GKV-Spitzenverband (2016b). „Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 03.06.2016 zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 08.06.2016 zu den Anträgen der Fraktionen DIE LINKE ‚Medizinische Versorgung für Geflüchtete und Asylsuchende diskriminierungsfrei sichern'". (Drucksache 18/7413). Sowie BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. „Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen verbessern". (Drucksache 18/6067). https://www.bundestag.de/blob/426022/7b2825ea2d5df57d9c99ba11b9508b08/gkv-spitzenverband-data.pdf (Download 14.7.2016).

GMK – Gesundheitsministerkonferenz der Länder (2015). „88. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 24. und 25. Juni 2015 in Bad Dürkheim. Ergebnisniederschrift". https://www.gmkonline.de/documents/Ergbnisniederschrift_extern.pdf (Download 6.7.2016).

Hansestadt Lüneburg (2016). „Unveröffentlichter Brief des Oberbürgermeisters an Pablo Rondi vom 2. Juni 2016".

Hessische Staatskanzlei (2015). „Hessischer Aktionsplan zur Integration von Flüchtlingen und Bewahrung des gesellschaftlichen Zusammenhalts". https://www.hessen.de/sites/default/files/media/staatskanzlei/aktionsplan-fluechtlinge_final_2015-12-16.pdf (Download 26.1.2016).

Hielscher, Joris (2016). „Rot-grünes Prestigeprojekt auf der Kippe. NRW-Kommunen lehnen Gesundheitskarte für Flüchtlinge ab. RP-Online 25.1.2016". http://www.rp-online.de/nrw/landespolitik/nrw-kommunen-lehnen-gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge-ab-aid-1.5715388 (Download 7.8.2016).

Hummel, Caroline-Antonia, und Michael Thöne (2016). Finanzierung der Flüchtlingspolitik. Für eine ausgewogene Finanzierung der Flüchtlingsleistungen bei Bund, Ländern und Kommunen. Hrsg. Finanzwissenschaftliches Forschungsinstitut an der Universität zu Köln. Köln. http://www.fifo-koeln.org/images/stories/fifo-berichte_nr_21_fluechtlingspolitik.pdf (Download 14.7.2016).

Jung, F. (2011). Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender. Gesundheitsamt Bremen. http://www.gesundheitsamt.bremen.de/ [Stand 24.10.2015].

Kassenärztliche Vereinigung Bremen (2015). „Versorgung von Flüchtlingen: So läuft die Abrechnung". 10.9.2015. http://www.kvhb.de/versorgung-von-fl%C3%BCchtlingen-das-bremer-modell-wird-ber%C3%BChmt (Download 2.1.2016).

KVH – Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (2015). „Rundschreiben des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg". KVH Telegramm Ausgabe 32.

Landesregierung Sachsen-Anhalt (2016). „Zukunftschancen für Sachsen-Anhalt – verlässlich, gerecht und nachhaltig". http://www.mdr.de/sachsen-anhalt/landespolitik/koalitionsvertrag-kenia-sachsen-anhalt100.html (Download 4.7.2016).

Lindert, Jutta, Ondine S. von Ehrenstein, Stefan Priebe, Andreas Mielck und Elmar Brahler (2009). „Depression and anxiety in labour migrants and refugees". Social Science and Medicine 69. 246–257.

MASGF – Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (2015). „Neues Landesaufnahmegesetz soll Betreuung und medizinische Versorgung von Flüchtlingen verbessern. Pressemitteilung vom 25.11.2015".

MASGF – Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (2016a). „Sozialministerin Golze: Weg für elektronische Gesundheitskarte frei". Pressemitteilung. März 2016. http://www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.439367.de (Download 7.8.2016).

MASGF – Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (2016b). „Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Krankenbehandlung für Leistungsberechtigte nach §§ 1, 1a des Asylbewerberleistungsgesetzes, die Empfänger von Gesundheitsleistungne nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes sind, gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. Satz 1 SGB V". (Stand 4.7.2016).

MDR (2016). „Warten auf die Gesundheitskarte". 29.7.2016. http://www.mdr.de/nachrichten/politik/regional/gesundheitskarte-fluechtlinge-thueringen-100.html (Download 4.7.2016).

medica mondiale e.V. (2015). „Kommentar Monika Hauser: Flüchtlinge in Deutschland – Chance und Verantwortung". 24.9.2015. http://www.medicamondiale.org/was-wir-tun/aktuelles/nachrichten-details/kommentar-monika-hauser-fluechtlinge-in-deutschland-chance-und-verantwortung.html (Download 14.7.2016).

MGEPA – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2015a). „Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit §§ 1, 1a Asylbewerberleistungsgesetz in Nordrhein-Westfalen". http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/Gesundheitskarte_Fluechtlinge/Rahmenvereinbarung_Online.pdf (Download 2.1.2016).

MGEPA – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2015b). „Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit §§ 1, 1a Asylbewerberleistungsgesetz in Nordrhein-Westfalen. Anlage 1". http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/Gesundheitskarte_Fluechtlinge/Leistungsumfang_Anlage1_Online.pdf (Download 2.1.2016).

MGEPA – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2015c). „Rahmenvereinbarung mit Krankenkassen unterzeichnet – Entlastung für Kommunen". Pressemitteilung. 28.8.2015. http://www.mgepa.nrw.de/ministerium/presse/pressemitteilungsarchiv/pm2015/pm20150828b/index.php (Download 2.1.2016).

MGEPA – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2015d). „Ministerin Steffens: Wichtiger Schritt zur Gesundheitskarte für Flüchtlinge". Pressemitteilung. 9.10.2015. https://land.nrw/de/pressemitteilung/ministerin-steffens-wichtiger-schritt-zur-gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge (Download 2.1.2016).

MGEPA – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2015e). „Elektronische Gesundheitskarte (eGK) für Flüchtlinge in NRW. Fragen und Antworten". http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/Erweiterte_FAQ-07102015.pdf (Download 2.1.2016).

MIFKJF – Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen Schleswig-Holstein (2015). „Fragen zum Thema Flüchtlinge". https://mifkjf.rlp.de/fileadmin/mifkjf/Integration/FAQs_Fluechtlinge.pdf (Download 26.1.2016).

Mihm, Andreas (2016). „Medizinische Versorgung. Kommunen blockieren Gesundheitskarte für Flüchtlinge". Frankfurter Allgemeine Online 15.1.2016. http://www.faz.net/aktuell/politik/fluechtlingskrise/kommunen-blockieren-gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge-13995271.html (Download 26.1.2016).

Ministerium für Inneres und Bundesangelegenheiten (2016a). „Erlass zur Einführung der Gesundheitskarte in Schleswig-Holstein". http://www.schleswig-holstein.de/DE/Schwerpunkte/InformationenFluechtlinge/Downloads/Erlass_Gesundheitskarte.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (Download 4.7.2016).

Ministerium für Inneres und Bundesangelegenheiten (2016b). „Vereinbarung zwischen Land und Kommunen". http://www.schleswig-holstein.de/DE/Schwerpunkte/InformationenFluechtlinge/Downloads/FluechtlingskostenVereinbarungLandKommunen.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (Download 4.7.2016).

MSAGD – Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (2016a). „Verhandlungen zur Rahmenvereinbarung abgeschlossen". Pressemitteilung. 20.1.2016. https://msagd.rlp.de/de/unsere-themen/gesundheit-und-pflege/gesundheitliche-versorgung-von-asylbewerbern/ (Download 4.7.2016).

MSAGD – Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (2016b). „Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit §§ 1, 1a Asylbewerberleistungsgesetz in Rheinland-Pfalz". https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Rahmenvereinbarung_eGk.pdf (Download 4.7.2016).

MSGG – Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2016a). „Niedersachsen führt elektronische Gesundheitskarte für Asylbewerberinnen und Asylbewerber ein". Pressemitteilung. 16.3.2016. http://www.ms.niedersachsen.de/aktuelles/presseinformationen/niedersachsen-fuehrt-elektronische-gesundheitskarte-fuer-asylbewerberinnen-und-asylbewerber-ein--141753.html (Download 3.7.2016).

MSGG – Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2016b). „Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit §§ 1, 1a Asylbewerberleistungsgesetz in Niedersachsen".

MSGWG – Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung (2016a). „Gesundheitsministerin Alheit: Gesundheitskarte für Flüchtlinge kommt – Entlastung für Flüchtlinge und Kommunen. Vereinbarung mit Krankenkassen unterzeichnet". Pressemitteilung. 13.1.2016. http://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/VIII/Presse/PI/2015/151013_VIII_GesundheitskarteFluechtlinge.html (Download 4.7.2016).

MSGWG – Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung (2016b). „Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit §§ 1, 1a Asylbewerberleistungsgesetz in Schleswig-Holstein".

NDR (2016). „Gesundheitskarte für Flüchtlinge spart Kosten". Pressemitteilung. 31.1.2016. http://www.ndr.de/nachrichten/hamburg/Gesundheitskarte-fuer-Fluechtlinge-spart-Kosten,fluechtlinge5694.html (Download 4.7.2016).

Neuner, Frank (2016). „Stellungnahme zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 08.06.2016 zum Antrag von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen verbessern". (Drucksache 18/6067). https://www.bundestag.de/blob/426542/9d5b198454cd12831b59f54608080e5e/esv-prof--dr--frank-neuner-data.pdf (Download 14.7.2016).

Niedersächsischer Landkreistag (2016). „Kommunen: Ob die elektronische Gesundheitskarte kommt ist offen". Pressemitteilung. 16.3.2016. http://www.nlt.de/magazin/artikel.php?artikel=454&type=2&menuid=59&topmenu=19 (Download 14.7.2016).

Nordkurier (2016). „Gesundheitskarte für Flüchtlinge startet". Pressemitteilung. 21.6.2016. http://www.nordkurier.de/brandenburg/gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge-startet-2123344406.html (Download 4.7.2016).

rbb – Rundfunk Berlin Brandenburg (2016). „Gesundheitskarte für Flüchtlinge verzögert sich". 13.5.2016. http://www.rbb-online.de/politik/beitrag/2016/05/brandenburg-fluechtlinge-einfuehrung-gesundheitskarte-verzoegert-sich.html (Download 3.7.2016)

Refugio Bremen (2016). „Jahresbericht 2015". http://www.refugio-bremen.de/wp-content/uploads/2014/05/Jahresbericht-2015.pdf (Download 14.7.2016).

Richter, Kneginja, Hartmut Lehfeld und Günther Niklewski (2015). „Warten auf Asyl: Psychiatrische Diagnosen in der zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern". Gesundheitswesen (77) 11. 834–838.

SenG – Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (2015). „FAQ zur elektronischen Gesundheitskarte für Flüchtlinge in Berlin". http://tinyurl.com/zdfc9b7 (Download 2.1.2016).

Spiewak, Martin (2010). „Lerne Deutsch oder leide. Psychosoziale Hilfe für Migranten". DIE ZEIT 20.5.2010. www.zeit.de/2010/21/Migranten-und-Psyche (Download 6.7.2016).

Staatskanzlei Brandenburg (2015). „Neues Landesaufnahmegesetz soll Betreuung und medizinische Versorgung von Flüchtlingen verbessern". Pressemitteilung. 24.11.2015. http://www.masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/176_15_Kab_Landesaufnahmegesetz_151124.pdf (Download 26.1.2016).

Staatsministerium Baden-Württemberg (2015). „Gemeinsam die Herausforderung meistern". Presseinformation. 23.9.2015. https://stm.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/dreh-und-angelpunkt-ist-die-verfahrensdauer/ (Download 2.1.2016).

Städtetag Nordrhein-Westfalen (2015). „Gute Einigung über Finanzierung von Flüchtlingskosten und Kindertagesstätten in NRW". Presseinformation. 17.12.2015. http://www.staedtetag-nrw.de/presse/mitteilungen/076421/drucken.html (Download 2.1.2016).

Städteverband Schleswig-Holstein (2015). „Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit §§ 1, 1a Asylbewerberleistungsgesetz in Schleswig-Holstein". http://www.staedteverband-sh.de/docs/vereinbarung_land_und_kommunen.pdf (Download 2.1.2016).

SVR – Sachverständigenrat deutscher Stiftung für Integration und Migration (2015). „Fakten zur Asylpolitik". http://www.svr-migration.de/publikationen/fakten-zur-asylpolitik/ (Download 26.1.2016).

SWR (2016a). „Gesundheitskarte für Flüchtlinge in RP. Kommunen beklagen hohe Kosten". Pressemitteilung. 2.5.2016. http://www.swr.de/landesschau-aktuell/rp/gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge-rp/-/id=1682/did=17369380/nid=1682/1j2ysz7/index.html (Download 4.7.2016).

SWR (2016b). „Stadtrat zu Gesundheitskarte für Flüchtlinge in Trier". 13.5.2016. http://www.swr.de/landesschau-aktuell/rp/trier/trier-stadtrat-zu-gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge-in-trier/-/id=1672/did=17431608/nid=1672/1nerjpq/index.html (Download 4.7.2016).

SWR (2016c). „Flüchtlinge in Rheinland-Pfalz. Zahlen und Fakten". 17.3.2016. http://www.swr.de/landesschau-aktuell/rp/fluechtlinge-in-rheinland-pfalz-zahlen-und-fakten/-/id=1682/did=15864640/nid=1682/kltu6f/ (Download 4.7.2016).

SWR (2016d). „Kommunen beklagen hohe Kosten". 2.5.2016. http://www.swr.de/landesschau-aktuell/rp/gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge-rp/-/id=1682/did=17369380/nid=1682/1j2ysz7/index.html (Download 5.7.2016).

SWR (2016e). „Verwaltungskosten für RP-Kommunen zu hoch. Wohl keine Gesundheitskarte für Flüchtlinge". 10.3.2016. http://www.swr.de/landesschau-aktuell/rp/verwaltungskosten-fuer-rp-kommunen-zu-hoch-wohl-keine-gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge/-/id=1682/did=17087336/nid=1682/1jp0rqx/index.html (Download 5.7.2016).

UNHCR – United Nations High Commissioner for Refugees (2016). "Trends at a Glance. 2015 in Review". Genf. http://www.unhcr.de/no_cache/service/zahlen-und-statistiken.html?cid=11687&did=10824&sechash=c1e47294 (Download 14.7.2016).

WDR (2016). „Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern. Gesundheitskarte für Flüchtlinge: Monheim zieht positive Bilanz". 14.4.2016. http://www1.wdr.de/nachrichten/rheinland/fluechtlinge-gesundheitskarte-bilanz-monheim100.html (Download 5.7.2016).

ZEIT ONLINE (2016). „Weniger Asylsuchende im April". Pressemeldung. 9.5.2016. http://www.zeit.de/politik/ausland/2016-05/fluechtlinge-16000-registrierungen-deutschland-april

Impressum
Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0
Telefax +49 5241 81-81999
info@bertelsmann-stiftung.de
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich
Dr. Stefan Etgeton,
Uwe Schwenk

Autor
Marcus Wächter-Raquet
Anna-Lühring-Straße 27
28205 Bremen
Telefon +421 16 69 47 86
mwaecht@googlemail.com

Bildnachweis
Shutterstock / Image Point Fr

Gestaltung
Dietlind Ehlers, Bielefeld

September 2016

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0

Dr. Stefan Etgeton
Senior Expert
Programm „Versorgung verbessern –
Patienten informieren“
Telefon +30 319870 5016
Fax +5241 81-681314
stefan.etgeton@bertelsmann-stiftung.de

www.bertelsmann-stiftung.de

BertelsmannStiftung