

Gesundheit – Erleichterte Versorgung durch die elektronische Gesundheitskarte

Stefan Etgeton, Annika Eußner, Claudia Walther, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Übersicht

1. Ausgangslage	1
2. Hamburg und Bremen als Vorreiter bei der Gesundheitskarte	2
3. Rechtliche Grundlagen	3
4. Aktueller Stand auf Bundes- und Länderebene	4
5. Kritische Stimmen	7
6. Fazit	7
7. Literatur	8

1. Ausgangslage

Der Aspekt der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen tritt bereits in der Erstaufnahmeeinrichtung im Rahmen einer gesetzlich verankerten Erstuntersuchung auf.¹ Den weiteren Verlauf behandlungswürdiger Erkrankungen und den Leistungsanspruch im Versorgungssystem regelt das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Flüchtlingen stehen demnach ärztliche Behandlung bei akuten Erkrankungen, Schmerzzuständen sowie Untersuchungen und Betreuung im Rahmen einer Schwangerschaft zu. Außerdem werden Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen zur Vermeidung oder Früherkennung von Krankheiten finanziert. Eine Versorgung von chronischen Krankheiten und die Genehmigung einer Psychotherapie sind in der Bezugsregelung, außer für besonders vulnerable Gruppen wie minderjährige unbegleitete Flüchtlinge, nicht vorgesehen.² Die Darstellung der rechtlich regulierten Leistungsberechtigungen erfolgt an dieser Stelle nur in Grundzügen, da sie in anderen Paragraphen weiter vertieft und dort mögliche Einzelfallentscheidungen erläutert werden. Nachdem im Rahmen des Asylverfahrens eine Zuweisung der Flüchtlinge zuerst auf die Bundesländer und daran anschließend in die Kommunen stattgefunden hat, sind Letztere für die Gewährleistung der medizinischen Versorgung zuständig. Die Asylbewerber sind Leistungsbezieher im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes und haben damit das Recht auf Behandlung von niedergelassenen Ärzten und in Krankenhäusern. Um diese Leistung in Anspruch nehmen zu können, müssen sich die Flüchtlinge allerdings zunächst einen Behandlungsschein durch einen Kostenträger, beispielsweise das

¹ Rechtliche Grundlage: § 62 Asylverfahrensgesetz (AsylVfG).

² Für detaillierte Informationen siehe §4 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG).

Sozialamt der zuständigen Kommune, ausstellen lassen.³ Bisher liegen noch keine flächendeckenden Erhebungen über Krankheitszahlen und Inanspruchnahmen von Behandlungen seitens der Asylbewerber vor. Klar ist jedoch, dass die Bereitstellung adäquater medizinischer Versorgung die Kommunen finanziell stark belastet, da zu den Kosten der Behandlung noch zusätzlich Verwaltungspauschalen geltend gemacht werden. Einen regulären Zugang zum Gesundheitssystem erwerben die Flüchtlinge durch den Erhalt einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) von einer frei zu wählenden gesetzlichen Krankenversicherung, die ihnen in der Regel erst nach 15 Monaten dauerhaftem Aufenthalt in Deutschland zusteht. Es gibt jedoch auch modellhafte Beispiele einer frühzeitigen Ausstellung einer Gesundheitskarte. So hat der Stadtstaat Hamburg bereits 2012 die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen an die Krankenkasse AOK Bremen/Bremerhaven übertragen. Dort wird das Modell für den Stadtstaat Bremen bereits seit 2005 praktiziert. Die Anmeldung der Geflüchteten bei der gesetzlichen Krankenkasse erfolgt im Zuge der Registrierung bei der Zentralen Erstaufnahme. Dadurch entfällt für Flüchtlinge der Erwerb von Behandlungsscheinen während des Asylverfahrens. Durch die erfolgreiche Umsetzung wurde auch das Interesse anderer Bundesländer zur frühzeitigen Implementierung einer elektronischen Gesundheitskarte geweckt. Der aktuelle Stand sowie besondere Herausforderungen bei der Umsetzung sind Thema dieses Kapitels.

2. Hamburg und Bremen als Vorreiter bei der Gesundheitskarte

Hamburg hat wie erwähnt am 1. Juli 2012 die Verantwortung der medizinischen Versorgung von Asylbewerbern an die Allgemeine Ortskrankenkasse Bremen/Bremerhaven übertragen.⁴ Die Stadt Bremen war im Jahr 2005 Vorreiter auf diesem Gebiet und blieb mit der Umstellung von der Direktversorgung von Flüchtlingen zur Betreuung durch die Krankenkasse lange Zeit allein. Durch die Besonderheit, die durch den Verantwortungswechsel im Versorgungssystem entsteht, steht den Flüchtlingen bereits ab der ersten Registrierung in einer Aufnahmeeinrichtung eine vorläufige Gesundheitskarte zur Verfügung. Hiermit können sie ihre medizinische Grundversorgung ohne bürokratische Hürden wahrnehmen. Der Erhalt der elektronischen Gesundheitskarte erfolgt nach der Zuweisung zu einer Kommune und der Ummeldung bei der Krankenkasse. In weiten Teilen Deutschlands ist dies erst nach 15 Monaten dauerhaftem Aufenthalt der Fall. Erfahrungen, die die Länder im Rahmen der Umstellung gemacht haben, werden im Folgenden dargestellt. Hierbei liegt der Fokus auf Hamburg, da dessen Umstellung deutlich stärker rezipiert und evaluiert wurde als die Umsetzung in Bremen.

Hamburg zieht gemeinsam mit der AOK nach der Evaluation des ersten Jahres eine positive Bilanz. Frank Burmester, Leiter des Referates „Steuerung der Kosten der Unterkunft und der Hilfe zur Gesundheit“ in der Behörde „Arbeit, Soziales, Familie und Integration“ fasst diese in seiner Abhandlung „Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über die Krankenkasse“ zusammen. Finanziell gesehen konnte die Stadt Hamburg rund 1,6 Millionen Euro im Vergleich zum Modell der Direktversorgung einsparen. Dieses lässt sich durch den geringeren Bedarf an Personal und

³ Ausführliche Schilderungen zum Ablauf kommunaler Gesundheitsversorgung finden sich auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN): <http://www.kvn.de/Startseite/> (Download 5.9.2016).

⁴ Die Betreuung erfolgt nach § 264 Abs. 1 SGB V.

Räumlichkeiten sowie den Wegfall von spezieller IT-Software begründen. Demgegenüber stehen die Ausgaben für die Verwaltungspauschale (10 Euro p. P./Monat), für den medizinischen Dienst der Krankenkassen (5 Euro je Gemeinschaft/Jahr) sowie die einmalige Ausstellungspauschale (8 Euro p. P.). Dennoch würden die Minderausgaben überwiegen, so Burmester (2014: 11), ohne eine konkrete Zahl zu nennen. Ergänzend zu den gesunkenen Kosten verzeichnet die Stadt Hamburg einen Rückgang der Bürokratie und eine Entlastung der zuständigen Behörden. Zusätzlich sei die AOK ein kompetenter und erfahrener Partner, was sich insbesondere bei deren Verhandlungen mit Leistungserbringern zeige, so Burmester weiter.

Trotz des Erwerbes einer elektronischen Gesundheitskarte in Bremen und Hamburg sind die Flüchtlinge den Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenversicherung nicht gleichgestellt. Zum einen bleibt die Leistungseinschränkung durch das Asylbewerberleistungsgesetz bestehen. Zum anderen wird die Versorgung nicht über die allgemeinen Mitgliedsbeiträge, sondern direkt über die Kommune abgerechnet. Die Stadt Hamburg und die AOK Bremen/Bremerhaven sehen in diesem Vorgehen eine schnelle, kostengünstige und kompetente Behandlung der Flüchtlinge erfolgreich umgesetzt.

3. Rechtliche Grundlagen

Die rechtliche Grundlage, die eine Krankenbehandlung von nicht versicherungspflichtigen Personen ermöglicht, ist im § 264 Abs.1 SGB V verankert. So muss der Krankenkasse bei Verantwortungsübernahme die Aufwendung für den Einzelfall sowie eine Verwaltungspauschale erstattet werden. Der bisher freiwillige Rückgriff auf diesen Paragraphen wurde mit dem Asylbeschleunigungsgesetz (AsylBeschIG) im Oktober 2015 deutlich verschärft. So sind gesetzliche Krankenkassen nun verpflichtet, einen Rahmenvertrag mit dem Land zu schließen, sollte dieser eingefordert werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Vereinbarung sich mindestens auf Ebene der kreisfreien Städte oder Landkreise erstreckt (Wächter-Raquet 2016: 11). Damit wurde für die Bundesländer eine rechtlich verbindliche Grundlage zur Einführung einer Gesundheitskarte für Flüchtlinge und Asylbewerber bereits vor einem 15-monatigen Aufenthalt in Deutschland geschaffen. Ob die Länder von der Gesetzesänderung Gebrauch machen, bleibt dabei ihnen selbst überlassen. Um abweichende Ausrichtungen der Rahmenvereinbarungen in den einzelnen Bundesländern zu vermeiden, ist der GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit regionalen Spitzenverbänden dazu angehalten worden, Rahmenempfehlungen zu entwickeln. Diese Bundesrahmenempfehlung soll in Länder- und kommunale Vereinbarungen übernommen werden. Am 27. Mai 2016 wurde ein entsprechender Vorschlag verabschiedet. Allerdings konnten die Beteiligten sich nicht in allen Punkten auf eine gemeinsame Position verständigen, sodass es beispielsweise keine einheitliche Empfehlung für die Höhe der Verwaltungskostenpauschale gibt.

So wie es den Ländern freigestellt ist, einen Vertrag mit den Krankenkassen zu schließen, so sind die Kommunen frei in ihrer Entscheidung, sich diesen vertraglichen Vereinbarungen anzuschließen oder ihr bisher betriebenes Gesundheitsmanagement weiter fortzuführen. Daher kann das Bestehen eines Rahmenvertrages in einem Bundesland nicht mit einer flächendeckenden Anwendung gleichgesetzt werden.

Der Erhalt einer Gesundheitskarte bei Flüchtlingen ist aufgrund der im Asylbewerberleistungsgesetz vorgeschriebenen Einschränkungen nicht mit der Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse gleichzusetzen. Aufgrund dessen wurde die Kennziffer 9 unter dem Vermerk „Besondere Personengruppen“ eingeführt. Hierdurch wird der eingeschränkte medizinische Leistungsanspruch für den Leistungserbringer deutlich.

4. Aktueller Stand auf Bundes- und Länderebene

Nachdem Hamburg die Einführung der Gesundheitskarte für Asylbewerber und Flüchtlinge rückblickend sowohl im Hinblick auf die Bürokratie als auch auf die finanzielle Situation als Erfolg wertet, steigt auch das Interesse der anderen Bundesländer an diesem Konzept. Daher kommt es bundesweit zu intensiven Diskussionen, insbesondere da die Gesundheitsversorgung in zentralen Gesetzesentwürfen wie dem Asylbewerberleistungsgesetz im Jahr 2012 zunächst ausgeklammert wurde. Im Rahmen von Gesprächen zwischen Bund und Ländern wird das Hamburger Modell als Best-Practice-Modell geführt und dient zur Orientierung für Vorschläge zur Gesetzesänderung. Außer Bayern und Sachsen strebten zu Beginn des Jahres 2016 die 14 anderen Bundesländer die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) an – inzwischen (Stand: Juli 2016) lehnen jedoch auch Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, das Saarland und Sachsen-Anhalt die Einführung der eGK ab. Bei einer vergleichenden Betrachtung wird ein sehr heterogener Stand in Bezug auf die Fortschritte bei der Umsetzung deutlich. Der Prozess, in dem sich die Bundesländer derzeit befinden, ist ein sehr dynamischer und gekennzeichnet von regem Austausch. Daher büßen Informationen schnell an Aktualität ein. Der im Folgenden dargestellte Umsetzungsstand zur Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte für Flüchtlinge und Asylsuchende in den einzelnen Bundesländern bezieht sich auf den Stand Mai 2016.

4.1. Bundesländer mit elektronischer Gesundheitskarte für Asylbewerber und Flüchtlinge

Neben Bremen und Hamburg haben zu Beginn des Jahres 2016 auch Berlin und Schleswig-Holstein flächendeckend die elektronische Gesundheitskarte für Asylbewerber eingeführt.

In den Stadtstaaten Bremen, Hamburg und Berlin gelten die Bezirke als kommunale Ebenen. Die Gesundheitsversorgung der Flüchtlinge wird jedoch von den Ländern sowie der Stadt Bremen und dem Magistrat der Stadt Bremerhaven übernommen. In Schleswig-Holstein liegen die Verantwortung und die Finanzierung bei den Landkreisen und kreisfreien Städten. Allerdings werden diese durch eine 90-prozentige Kostenübernahme durch das Land während des laufenden Asylverfahrens sowie einer Einmalzahlung von 2000 Euro im Sinne einer Integrations- und Aufnahmepauschale entlastet. Schleswig-Holstein verpflichtet seine Kommunen durch einen Erlass, einen Vertrag mit der für sein Gebiet zuständigen Krankenkasse im Sinne des Rahmenvertrages abzuschließen.

Die finanziellen Vereinbarungen, die die Länder mit den Krankenkassen ausgehandelt haben, unterscheiden sich. Bremen und Hamburg zahlen eine maximale Verwaltungspauschale von 10 Euro, während in Berlin und Schleswig-Holstein 10 Euro das Minimum pro Leistungsempfänger und Monat sind. Die Kosten berechnen sich aus 6 (Berlin) und 8 (Schleswig-Holstein) Prozent des Leistungsaufwands. Bremen zahlt einen monatlichen Abschlag für erbrachte Behandlungen von 130 Euro pro Person, Hamburg und Berlin jeweils 150 Euro und Schleswig-Holstein 200 Euro je Leistungsberechtigten und Monat. Bei allen Bundesländern wird im Anschluss der tatsächliche Behandlungsaufwand berechnet und mit den geleisteten Vorzahlungen verrechnet. Hamburg zahlt zusätzlich einmalig eine Ausstellungsgebühr von 8 Euro für die eGK sowieso einen Jahresbeitrag von 5 Euro je Bedarfsgemeinschaft für den medizinischen Dienst.

In allen Ländern bezieht sich das mit den Krankenkassen vereinbarte Leistungsspektrum auf die §§ 4 und 6 AsylbLG. Die darin festgelegten Leistungen und Beschränkungen dienen als Grundlage für die Vereinbarungen. Auf Basis des § 6 AsylbLG haben Bremen, Hamburg und Schleswig-Holstein sich zusätzlich die Option offengehalten, weiterführende Behandlungen im Rahmen von Einzelfallentscheidungen durch zuständige Institutionen zu bewilligen.

Im Vergleich zu Hamburg und Bremen, die ihre Vereinbarung nur mit der AOK Bremen/Bremerhaven getroffen haben, hat Berlin vier und Schleswig-Holstein neun beteiligte Krankenkassen.

4.2. Bundesländer in der Umsetzungsphase

Die sechs Bundesländer, die sich derzeit im Umsetzungsprozess der elektronischen Gesundheitskarte für Asylbewerber und Flüchtlinge befinden, weisen einen sehr unterschiedlichen Stand im Hinblick auf dessen Fortschritt auf. Die Länder Brandenburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Thüringen sind nach wie vor an der Einführung interessiert. Allerdings stoßen sie teilweise auf Widerstand in den Kommunen.

Brandenburg ist im Umsetzungsprozess der elektronischen Gesundheitskarte für Asylbewerber und Flüchtlinge am weitesten fortgeschritten. Ein entsprechender Rahmenvertrag wurde am 31. März 2016 mit sechs Krankenkassen unterzeichnet. Allerdings sind noch nicht alle Verhandlungen mit Landkreisen und Städten abgeschlossen. Daher wurde die eGK bisher nur in der Landeshauptstadt Potsdam eingeführt. Geplant ist eine bundesweite Einführung zum 1. Oktober 2016. Der anvisierte Vertrag ähnelt in Inhalt und Konditionen dem Bremer Modell. Lediglich die Verwaltungspauschale beläuft sich auf mindestens 10 Euro bei 6 Prozent je Leistungsaufwendung.

Hessen verabschiedete im November 2015 den Aktionsplan „Integration von Flüchtlingen und Bewahrung des gesellschaftlichen Zusammenhaltes“. Im Zuge dessen wurde die Einführung der eGK beschlossen. Hessen befindet sich derzeit in den Verhandlungen mit den Krankenkassen und hat die Kommunen um eine schriftliche Stellungnahme gebeten.

Das Land Niedersachsen hat besonders mit dem Widerstand der Kommunen zu kämpfen. Nachdem am 14. März 2016 ein entsprechender Rahmenvertrag mit acht beteiligten Krankenkassen abgeschlossen wurde, hat bisher erst eine Kommune (Delmenhorst) per Ratsbeschluss ihren Beitritt erklärt. Als Hauptgrund wird die zu hohe Verwaltungsgebühr genannt. Niedersachsen hat im Vergleich zu anderen

Ländern mit einer Verwaltungspauschale von 8 Prozent je Leistungsaufwendung und einem monatlichen Abschlag von 200 Euro pro Flüchtling hohe Kosten bei den Krankenkassen; Kostenträger sind die Kommunen. Diese werden mit einem Jahreszuschuss von 9.500 Euro pro Flüchtling vom Land unterstützt. Um die Bereitschaft der Kommunen zu erhöhen plant das Land lokale Informationsveranstaltungen durchzuführen. Das Leistungsspektrum gleicht dem Berliner Modell, da der Vertrag klare Leistungsausschlüsse formuliert.

In den Kommunen des Landes Nordrhein-Westfalen herrscht eine ambivalente Meinung zur Einführung der Gesundheitskarte. Nachdem diese im Januar 2016 in Zusammenarbeit mit elf Krankenkassen eingeführt wurde, haben sich bis Mai 2016 20 Kommunen angeschlossen. Kritische Stimmen und Kosten sind dabei mit der Situation in Niedersachsen zu vergleichen. Das Leistungsspektrum entspricht dem Bremer Modell. Hier wurde die Option offengelassen, Leistungen, die über die gesetzliche Pflicht hinausgehen, individuell durch die zuständigen Stellen in den Kommunen bewilligen zu lassen.

In Rheinland-Pfalz findet sich dasselbe Phänomen wie in Niedersachsen. Nachdem ein Rahmenvertrag zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und dem Land geschlossen wurde, erklärt sich keine Kommune bereit, diesem beizutreten. Dementsprechend bleibt die Einführung der Gesundheitskarte zunächst aus. In Rheinland-Pfalz raten die Spitzenverbände von Städten und Kreisen ihren Mitgliedern öffentlich von einem Beitritt ab. Auch die Leistungsvereinbarung und die Kosten sind dieselben wie in Niedersachsen. Die Kommunen erhalten zurzeit für die Dauer des Asylverfahrens eine jährliche Pauschale von 848 Euro pro Bewerber, die als Unterstützung zur Kostendeckung anzusehen ist.

Das Land Thüringen steht aktuell in Verhandlungen mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen. Die ursprüngliche Planung, die Gesundheitskarte im zweiten Quartal 2016 einzuführen, ist nicht mehr zu realisieren, aber die thüringische Regierung hält an dem Vorhaben fest.

4.3. Bundesländer, die sich gegen die elektronische Gesundheitskarte für Asylbewerber und Flüchtlinge entschieden haben

Die Länder Bayern und Sachsen hatten bereits zu Beginn der Diskussion auf Bundesebene signalisiert, dass sie kein Interesse an der Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte für Asylbewerber und Flüchtlinge haben. Weitere vier Bundesländer haben im Verlauf der Vorbereitungen aus verschiedenen Gründen Abstand von dem Modell genommen.

Die Landesregierung in Baden-Württemberg entschied sich mit der Begründung, dass der Verwaltungsaufwand in keinem Verhältnis zu den rückläufigen Flüchtlingszahlen steht, gegen die Einführung. Mecklenburg-Vorpommern sieht aufgrund der kurzen Bearbeitungszeit von Asylanträgen im Land keine Notwendigkeit für ein derartiges Modell, da die Karte schnell ihre Gültigkeit verlieren würde. Außerdem verzeichnet das Land eine hohe Fluktuation an Flüchtlingen, was ebenfalls einen Gültigkeitsverlust der Karte nach sich zieht. Im Saarland wurden die Bemühungen der Regierung durch ein einstimmiges Votum der Kommunen gegen eine Gesundheitskarte gekippt. Sachsen-Anhalt hat sich ebenfalls gegen dieses Modell entschieden und zieht stattdessen die flächendeckende Einführung einer Asylbewerberkarte in Betracht. Diese soll auch den Zugang zur medizinischen Versorgung beinhalten.

Die Länder, die sich gegen die Einführung einer eGK für Asylbewerber entschieden haben, müssen die medizinische Versorgung weiter über die Ausgabe von Behandlungsscheinen organisieren. Das Gesundheitsministerium Bayern lässt derzeit prüfen, welche mittelfristigen Folgen der Zuzug von Asylbewerbern an Mehrbedarf im Gesundheitssystem mit sich bringt.

5. Kritische Stimmen

Die Diskussion um die Einführung einer Gesundheitskarte für Asylbewerber und Flüchtlinge, wird seit 2014 auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene kontrovers geführt. Der Präsident der Bundesärztekammer fordert die Einführung eines entsprechenden Modells und verbindet dies mit der Forderung, die Leistungseinschränkungen des AsylbLG aufzuheben. Die Krankenkassen als Vertragspartner verhalten sich neutral. Kritische Stimmen kommen von Politikern der CDU/CSU-Fraktion. Sie sehen in der Gesundheitskarte einen Anreiz für Flüchtlinge, nach Deutschland zu fliehen, um schnell und unbürokratisch an gute medizinische Versorgung zu kommen. Widerstand kommt auch aus den kommunalen Spitzenverbänden. Sie fürchten eine unkontrollierte Steigerung der Ausgaben, da medizinische Leistungen für Asylbewerber im AsylbLG nicht budgetiert sind. Aufgrund dessen bestünde seitens der Kassen kein Interesse, entsprechende Behandlungen sorgfältig zu prüfen. Ebenso könnten Mediziner sich an diesem Schlupfloch bereichern.

Als Kriterium, ob eine Erkrankung akut behandlungsbedürftig ist und damit unter §§ 4 und 6 AsylbLG fällt, gilt die Aufschiebbarkeit einer Behandlung. Dieses wird allerdings nicht näher definiert und lässt damit Spielraum für Auslegungen. Um das Ermessen von Ärzten und Krankenkassen zu regulieren, fordern die Kommunen die Einführung einer Klausel, die besagt, dass längerfristige Behandlungen nicht begonnen werden dürfen, wenn die Beendigung im Rahmen des Asylverfahrens absehbar sei. Eine weitere Forderung vonseiten der Kommunen ist eine stichprobenartige Kontrolle der ärztlichen Leistungen auf Einhaltung der Rahmenbedingungen.

Eine Studie von Bozorgmehr und Razum (2015) widerlegt diese Sorgen. Sie zeigt durch einen Vergleich von Statistiken, dass die Versorgungskosten bei Flüchtlingen mit unmittelbarem Zugang zum Gesundheitssystem sogar zurückgegangen sind. Auch die Evaluation des Hamburger Projektes hat eine Kostenersparnis durch die Umstellung ergeben.

6. Fazit

Obwohl sich die intensive Diskussion bereits seit 2014 erstreckt, ist noch kein bundesweites Ergebnis absehbar. Auch wenn sich mittlerweile alle Bundesländer zum Thema positioniert haben, befinden sie sich in unterschiedlichen Stadien der Einführung. Sechs Bundesländer haben sich bereits gegen die eGK für Asylbewerber und Flüchtlinge entschieden. Viele Kommunen sprechen sich, trotz Rahmenvertrag auf Länderebene, gegen die Einführung der eGK aus. Die Rahmenverträge der Länder, die sich für eine Umsetzung der Karte entschieden haben, basieren auf die Vorgaben der §§ 4 und 6

AsylbLG und enthalten in unterschiedlichen Maße die Möglichkeit, individuelle Entscheidungen über Behandlungen durch zuständige Behörden treffen zu lassen.

Ebenso unterschiedlich wird die Finanzierung gehandhabt. Einige Bundesländer übernehmen die kompletten Kosten für die Versorgung, in anderen liegt die Finanzierung bei den Kommunen. Generell ist ein kaskadenartiges System von Bund, Ländern und Kommunen vorgesehen, um die anfallenden Kosten angemessen zu verteilen. Dieses wird allerdings nicht konsequent und einheitlich angewandt, sodass Länder und Kommunen verschiedene Unterstützungsleistungen erfahren. In der Bundesrahmenempfehlung, die der GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit regionalen Spitzenverbänden erarbeitet hat, wird außerdem empfohlen, dass der Bund die Verwaltungspauschalen der Krankenkassen zahlen soll. Bisher allerdings liegt die Finanzierung nach wie vor bei den Ländern und den Kommunen.

Eine Ursache für die unterschiedlichen Stadien bei der Umsetzung der elektronischen Gesundheitskarte ist die Wahlfreiheit auf Länder- und kommunaler Ebene. Es gibt kein übergeordnetes Gesetz, sodass alle Instanzen über die Umsetzung und die Bedingungen selbst entscheiden können. Die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen stellt insbesondere für Länder und Kommunen ein breites Feld dar. Auch die fehlenden Vorgaben über die Höhe der Verwaltungskostenpauschale, die den Krankenkassen zu erstatten ist, sorgen für Unmut. Aufgrund der Heterogenität, die sich in der Umsetzung des Modells in den einzelnen Bundesländern gezeigt hat, ist keine baldige Lösung anzunehmen. In Ländern und Kommunen, die keine eGK einführen, bleibt weiter der Behandlungsschein des Sozialamtes das reguläre Vorgehen.

Über den Bedarf von langfristiger medizinischer Behandlung sowie die damit verbundenen Kosten liegen bisher kaum aussagekräftige und vergleichbare Daten vor. Daher ist es zurzeit schwer, zukunftsweisende Aussagen zu formulieren. Es fehlen sowohl transparente Kostenaufstellungen der Behandlungskosten als auch der anfallenden Verwaltungskosten in den Krankenkassen selber. Die vom bayerischen Gesundheitsministerium in Auftrag gegebene Studie zum Thema „Auswirkungen des Zustroms von Asylbewerbern auf die gesundheitliche Versorgung in Bayern“ könnte hierfür erste Anhaltspunkte liefern.

7. Literatur

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:27.1.2016).

Burmester, Frank (2014). „Gesundheitsversorgung Ausländer. Best Practice Beispiele aus Hamburg. Bericht zu Fachtagung am 8. Dezember 2014 in der Landesvertretung Hamburg in Berlin“. Hamburg. (Auch online unter <http://www.hamburg.de/contentblob/4465734/data/gesundheitsversorgung-auslaender.pdf>, (Download 20.9.2016.)

Wächter-Raquet, Markus (2016). „Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge. Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer“. <Titel des Berichts>. Hrsg. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.