



Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge

Der Umsetzungsstand
im Überblick der Bundesländer

Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge

Der Umsetzungsstand im Überblick
der Bundesländer

Autor: Marcus Wächter-Raquet

Sachstand: Februar 2016

Inhalt

Einleitung	5	Einführung der Gesundheitskarte im Ländervergleich	13
Asylsuchende in Deutschland	6		
Zahl und Herkunft der Asylsuchenden	6	Baden-Württemberg	13
Verteilung der Asylsuchenden und Personen im Leistungsbezug des AsylbLG	7	Bayern	14
Asylberechtigung und Schutzbedürftigkeit nach internationalem Recht	8	Berlin	14
		Brandenburg	15
Gesundheitsversorgung Asylsuchender	10	Bremen	15
Gesundheitsversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	10	Hamburg	17
Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge	11	Hessen	17
		Mecklenburg-Vorpommern	18
		Niedersachsen	18
		Nordrhein-Westfalen	18
		Rheinland-Pfalz	20
		Saarland	21
		Sachsen	21
		Sachsen-Anhalt	21
		Schleswig-Holstein	21
		Thüringen	23
		Diskussion	24
		Umsetzungstand: Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge – Überblick	26
		Länderüberblick	28
		Literatur	31
		Impressum	35

Einleitung

Deutschland erlebt derzeit einen großen Zustrom an Flüchtlingen. Im EASY-System, dem Erfassungsinstrument für Asylsuchende des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF), wurden zum Ende des Jahres 2015 1,1 Millionen Flüchtlinge registriert.

Um den Bedarfen der Ankommenden gerecht zu werden, müssen die Systeme zur Unterstützung von Asylsuchenden an ihre Belastungsgrenzen gebracht werden. Dies betrifft unter anderem den Bereich der gesundheitlichen Versorgung. Nur durch den Einsatz vieler freiwilliger Helferinnen und Helfer kann eine medizinische Grundversorgung in den Unterkünften gewährleistet werden. Die gesundheitliche Versorgung der Asylsuchenden außerhalb dieser Anlaufstellen ist über das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt. Danach haben Asylsuchende einen Anspruch auf die Behandlung akut auftretender Erkrankungen und Schmerzzustände. Zudem erhalten werdende Mütter ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe sowie Arznei-, Verband- und Heilmittel. Mit Ausnahme für besonders vulnerable Gruppen, etwa unbegleitete Minderjährige, ist die Behandlung chronischer Krankheiten sowie Psychotherapie darin nicht miteingeschlossen.

Halten sich Asylsuchende länger als 15 Monate ohne nennenswerte Unterbrechung in Deutschland auf, erhalten sie eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) einer gesetzlichen Krankenkasse ihrer Wahl. Damit können sie ohne Leistungseinschränkungen das deutsche Gesundheitssystem nutzen. Aber auch vor Ablauf der Frist von 15 Monaten erhalten in einigen Bundesländern Asylsuchende bereits eine eGK. In Bremen und Hamburg ist das

bereits seit einigen Jahren der Fall, in anderen Bundesländern wie etwa Nordrhein-Westfalen erst seit einigen Wochen. Zudem werden in den kommenden Monaten weitere Bundesländer die eGK für Asylsuchende einführen. Grund für diese Entwicklung ist die Verabschiedung des Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes im Oktober 2015, das den Ländern die Einführung der eGK für Asylsuchende erleichtert.

Das Gesetz erlaubt den Landesregierungen, die gesetzlichen Krankenkassen zum Abschluss eines Rahmenvertrags für die Einführung der eGK zu verpflichten. Allerdings bleibt es jedem Bundesland freigestellt, diesen gesetzlichen Rahmen zu nutzen. Zudem sind die aufnehmenden Kommunen für die Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden zuständig und müssen in der Regel für die Kosten aufkommen. Expertinnen und Experten befürchten ob dieser weitgehenden Freiwilligkeit einen Flickenteppich unterschiedlichster Regelungen auf Landes- und kommunaler Ebene.

In dieser Expertise wird zunächst der Prozess der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende in den einzelnen Bundesländern nachgezeichnet. Zusätzlich werden für die Länder Berlin, Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein die Inhalte der abgeschlossenen Rahmenverträge hinsichtlich des Leistungsumfangs sowie zu erwartender Kosten dargestellt. Darüber hinaus wird der Verhandlungsstand zwischen Landesministerien, gesetzlichen Krankenkassen und Kommunen in den Bundesländern wiedergegeben, die zu einem späteren Zeitpunkt die Gesundheitskarte einführen werden.

Asylsuchende in Deutschland

Derzeit befinden sich rund 60 Millionen Menschen weltweit auf der Flucht (UNHCR 2015). Auch die Zahl der Menschen, die in Deutschland einen Asylantrag stellen, ist in den vergangenen zwei Jahren und besonders seit Mitte des Jahres 2015 enorm gestiegen. Allein in den Monaten Oktober und November 2015 wurden über 100.000 Menschen als Flüchtlinge registriert.

Zahl und Herkunft der Asylsuchenden

Nach Daten des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) wurden im Jahr 2015 hierzulande 441.899 Erstanträge und 34.750 Folgeanträge gestellt. Das bedeutet einen Anstieg bei den Erstanträgen um 155,3 Prozent und bei den Folgeanträgen um 16,8 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Damit konnte das BAMF insgesamt 476.649 Asylanträge bis Ende Dezember 2015 entgegennehmen (BAMF 2016b).

Hinzu kommen etwa 650.000 Menschen, die im vergangenen Jahr im EASY-Registrierungssystem erfasst wurden und noch keinen Asylantrag stellen konnten. Diese Zahl ergibt sich, wenn man von der Zahl der Registrierten die Erstanträge bis Ende Dezember 2015 abzieht. Allerdings können laut Behörden Menschen im EASY-System mehrfach erfasst sein. Internen Schätzungen der Bundesregierung zufolge kommt etwa jeder zehnte registrierte Asylsuchende nicht in der ihm zugeteilten Erstaufnahmeeinrichtung an (Deutscher Bundestag 2015). Der starke Anstieg der Asylsuchendenzahlen 2015 führte dazu, dass ein formaler Asylantrag mangels ausreichender personeller

Kapazitäten beim BAMF nicht mehr unmittelbar nach der erstmaligen Registrierung im EASY-System gestellt werden konnte. Insgesamt wurden zwischen Januar und Dezember 2015 ungefähr 1,1 Millionen Personen über das System registriert (Pro Asyl 2015).

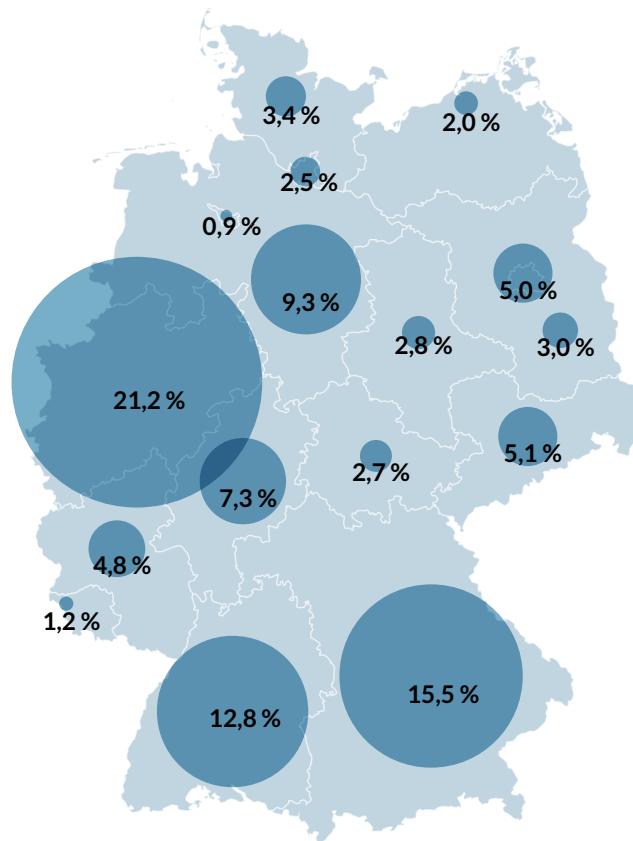
Folgende Herkunftsländer waren im Zeitraum Januar bis Dezember 2015 am stärksten vertreten: Syrien mit 158.657 Erstanträgen, im Vorjahr mit 39.332 Erstanträgen auf Rang 1 (+303,4 %); Albanien mit 53.805 Erstanträgen, im Vorjahr Rang 5 mit 7.865 Erstanträgen (+584,1 %); Kosovo mit 37.095 Erstanträgen, im Vorjahr Rang 6 mit 6.908 Erstanträgen (+383,9 %). (BAMF 2016b) Bei den anhängigen Erstverfahren ragen die Herkunftsländer Syrien (74.875 Personen), Afghanistan (33.421), Albanien (25.582), Irak (19.064) und Eritrea (17.489) heraus (BAMF 2015b). Werden auch die registrierten Personen, die noch keinen Asylantrag stellen konnten, in die Betrachtung miteinbezogen, so sind Syrien, Irak und Afghanistan die Hauptherkunftsländer (BAMF 2015c).

Verteilung der Asylsuchenden und Personen im Leistungsbezug des AsylbLG

Asylanträge können im Inland oder an der deutschen Grenze gestellt werden. Nach der erstmaligen Äußerung eines Asylgesuchs und der damit einhergehenden Registrierung erfolgt die Verteilung der Asylbegehrenden auf die einzelnen Bundesländer. Hierfür 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.

Nach der Verteilung auf ein Bundesland melden sich die Schutzsuchenden bei der zuständigen Aufnahmeeinrichtung, die sich um die Unterbringung kümmert und die nächstgelegene Außenstelle des BAMF informiert. 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. Diese Menschen befinden sich derzeit als Asylsuchende im Verfahren und beziehen dementsprechend Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Dieses

Verteilungsquoten 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

Schutzoptionen für Flüchtlinge in Deutschland

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: Ablauf des deutschen Asylverfahrens (BAMF 2014)

| BertelsmannStiftung

regelt auch den Anspruch auf Gesundheitsversorgung.

Ende Dezember 2015 warten in Deutschland 364.664 Asylsuchende auf die Entscheidung über ihre Asylerst- oder Folgeanträge (BAMF 2016b). Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer von Asylanträgen beträgt derzeit 5,4 Monate (SVR 2015). Diese statistische Verkürzung der Bearbeitungszeit beruht auf der Priorisierung von Antragstellern aus Syrien einerseits und aus den Westbalkanstaaten andererseits. Mit dieser administrativen Schwerpunktsetzung verzögern sich die Verfahren von Flüchtlingen aus anderen Herkunftsländern allerdings umso mehr (Bertelsmann Stiftung 2015). So warteten zum Stichtag 31. Juni 2015 nach Angaben der Bundesregierung rund 12.000 Asylbewerber seit mehr als zwei Jahren auf eine Antwort (Medien-dienst Integration o.D.).

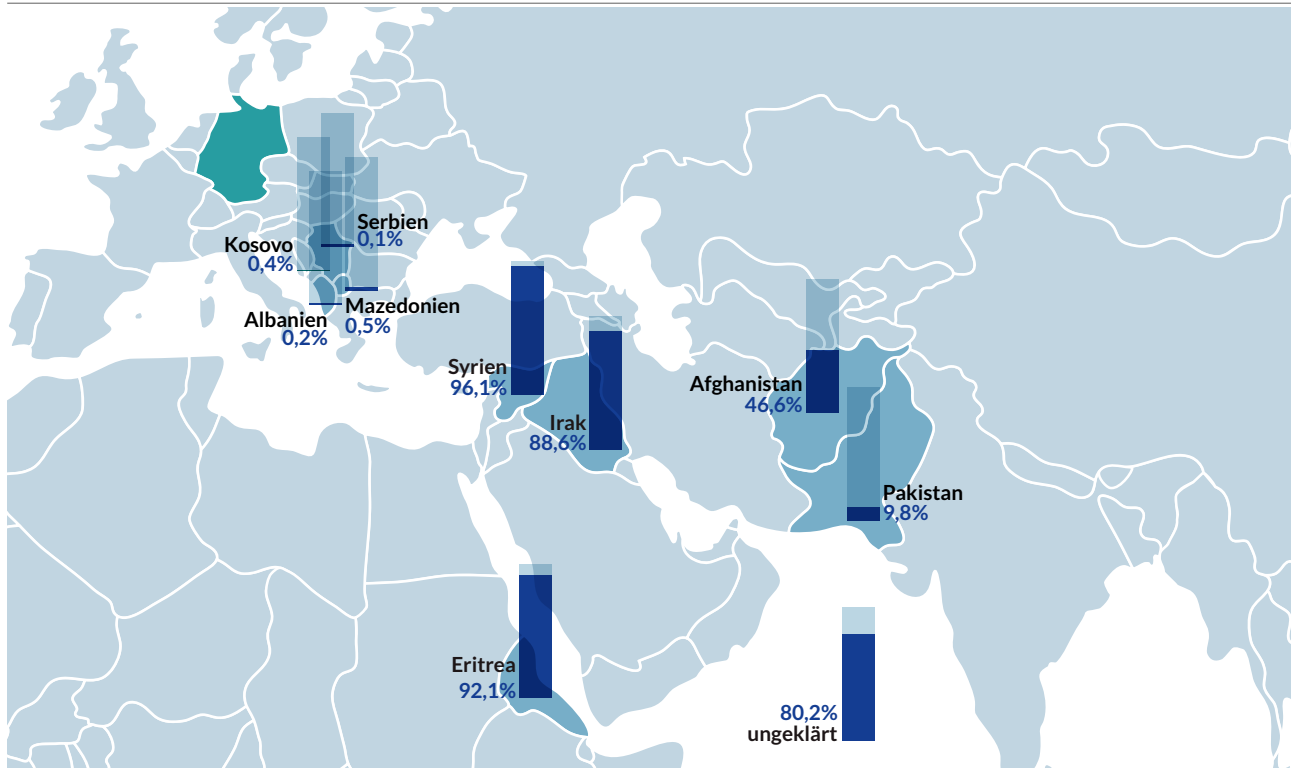
Asylberechtigung und Schutzbedürftigkeit nach internationalem Recht

Die Entscheidung über einen Asylantrag bzw. das Feststellen der Schutzbedürftigkeit nach internationalem Recht setzt die Prüfung des Antrags nach dem sogenannten Dublin-Verfahren voraus. Hier wird festgestellt, ob Deutschland oder ein anderes Land der Europäischen Union (EU) für die Durchführung des

Verfahrens zuständig ist. Kann der Antrag in Deutschland bearbeitet 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 Abschiebungsverbot 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 (GG) werden nur sehr selten bewilligt, da hier einzig die politische Verfolgung durch staatliche Institutionen als Fluchtgrund anerkannt wird. Anerkannte Flüchtlinge nach GG und 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 ausgesprochen, die teilweise jahrelang bestehen kann (SVR 2015).

Schutzquote nach Herkunftsländern



Herkunftsländer nach Anzahl der Asylanträge 2015

Schutzquote

1	Syrien, Arabische Republik	96,0%	6	Serbien	0,1%
2	Albanien	0,2%	7	Eritrea	92,1%
3	Kosovo	0,4%	8	Mazedonien	0,5%
4	Afghanistan	47,6%	9	ungeklärt	80,2%
5	Irak	88,6%	10	Pakistan	9,8%

Quelle: Asylgeschäftsstatistik für den Dezember 2015 (BAMF 2016b)

| BertelsmannStiftung

Im Jahr 2015 wurden 293.968 Bundesamtsentscheidungen (Summe der Entscheidungen über Erstanträge, Folgeanträge, Widerrufsprüfverfahren und Wiederaufnahmeverfahren) gezählt. Mehr als vier Fünftel aller Entscheidungen (86,2 %, 253.434 Entscheidungen) sind Entscheidungen über Asylerstanträge (BAMF 2016b). Die Schutzquote fällt je nach Herkunftsland sehr unterschiedlich aus: Während Menschen aus manchen Staaten, etwa Syrien, fast eine hundertprozentige Chance haben, in Deutschland zu bleiben, geht die Chance bei anderen gegen null.

Gesundheitsversorgung Asylsuchender

Der Anspruch von Flüchtlingen auf Sozialleistungen, die gesundheitliche Versorgung eingeschlossen, wird seit 1993 durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt. Allerdings ist die gesundheitliche Versorgung auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt. Asylbewerberinnen und -bewerber, die keine Gesundheitskarte einer Krankenkasse besitzen, müssen jeden Arztbesuch vorab bei der für sie zuständigen Behörde beantragen.

Gesundheitsversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Anspruch auf gesundheitliche Versorgung laut AsylbLG haben nach § 1 AsylbLG Asylsuchende, Bürgerkriegsflüchtlinge, Personen mit einer Duldung, vollziehbar ausreisepflichtige Personen sowie deren Familienangehörige. Im § 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 erforderlicher 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.

Flüchtlinge, die in den Erstaufnahme- oder Nebeneinrichtungen untergebracht sind und noch keinen Asylantrag stellen konnten, werden von der Einrichtung medizinisch versorgt. Auch die Durchführung der Eingangsuntersuchung ist Aufgabe der Aufnahmeeinrichtung. Verantwortlich ist hierfür das jeweilige Bundesland. Flüchtlinge, die bereits Leistungen nach dem AsylbLG beziehen, werden in den Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte sowie in Krankenhäusern behandelt. Hat der Hilfesuchende eine Gesundheitskarte einer Krankenkasse, kann er direkt die Praxis bzw. das Krankenhaus aufsuchen. Liegt diese Karte nicht vor, müssen Asylsuchende vor Behandlungsbeginn einen vom Kostenträger (z. B. Sozial-

amt der für den Asylsuchenden zuständigen Kommune) ausgestellten Behandlungsausweis vorlegen. Dieser ist mit einer Geltungsdauer versehen. Wird der Patient an einen anderen medizinischen Versorger überwiesen, muss wieder ein neuer Behandlungsschein ausgestellt werden.

Nach 15 Monaten ununterbrochenen Aufenthalts im Bundesgebiet erhalten die oben genannten Personengruppen Leistungen nach 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 2016).

Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge

Im Bundesland Bremen erhalten Flüchtlinge seit dem Jahr 2005 unmittelbar nach ihrer Registrierung eine Gesundheitskarte der AOK Bremen/Bremerhaven. In Hamburg gilt diese Regelung seit dem Jahr 2012. Grundlage für dieses Vorgehen ist § 264 Abs. 1 SGB V, der die Übernahme der Krankenbehandlung für Nichtversicherungspflichtige ermöglicht, sofern der Krankenkasse die Aufwendungen für den Einzelfall sowie eines Teils der Verwaltungskosten erstattet werden (Jung 2011). In Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein wurden im Herbst 2015 ebenfalls Vereinbarungen zur auftragsweisen Betreuung Asylsuchender nach § 264 Abs. 1 SGB V abgeschlossen. In Bundesländern ohne spezifische Regelungen erhalten Asylsuchende gemäß § 264 Abs. 2 SGB V nach 15 Monaten ununterbrochenen Aufenthalts in Deutschland eine Gesundheitskarte einer Krankenkasse ihrer Wahl.

Mit dem im Oktober 2015 verabschiedeten und in Kraft getretenen Asylbeschleunigungsgesetz, dem sogenannten Asylpaket I, wurde die Rechtsgrundlage für die bislang freiwilligen Vereinbarungen der Krankenkassen zur Übernahme der Versorgung von Asylsuchenden innerhalb der ersten 15 Monate geändert. Wenn ein Bundesland dazu eine Vereinbarung mit den gesetzlichen Krankenkassen einfordert und sich die Vereinbarung mindestens auf Ebene der Landkreise oder kreisfreien Städte erstrecken soll, sind die gesetzlichen Krankenkassen nun gezwungen, mit den Landesregierungen eine Rahmenvereinbarung zu schließen.

Um die regionalen Vereinbarungen möglichst gleichgerichtet zu gestalten, wurde der GKV-Spitzenverband gesetzlich beauftragt, mit den auf Bundesebene bestehenden kommunalen Spitzenorganisationen Rahmenempfehlungen zu vereinbaren, die in die Landes- bzw. kommunalen Vereinbarungen übernommen werden sollen. Diese Empfehlungen sollen insbesondere Bestimmungen über den Leistungsumfang

nach AsylbLG, die Abrechnung und die Abrechnungsprüfung enthalten sowie über den Ersatz der Aufwendungen und der Verwaltungskosten (GKV-Spitzenverband 2015).

Ob die Länder diese gesetzliche Regelung anwenden, bleibt ihnen überlassen. Auch bleibt es im Verantwortungsbereich der Kommunen, ob sie dem zwischen einem Bundesland und den gesetzlichen Krankenversicherungen geschlossenen Rahmenvertrag beitreten. Laut einer Umfrage der Ärzte-Zeitung steht die große Mehrzahl der übrigen Landesregierungen der Gesundheits-E-Card für Flüchtlinge positiv gegenüber, plane deren Einführung 2016 oder prüfe die Gesundheitskarte derzeit intensiv. Lediglich Bayern erklärte auf Anfrage, von der Möglichkeit keinen Gebrauch zu machen. Genauere Informationen zum Stand der Einführung der Gesundheitskarte können der Tabelle im Anhang entnommen werden.

Der Erhalt der Gesundheitskarte entspricht aber nicht einer echten GKV-Mitgliedschaft. Das Sozialamt erstattet der gesetzlichen Krankenversicherung die Behandlungskosten plus eine Verwaltungspauschale. Auch der Leistungsumfang entspricht nicht dem der regulären Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse. Leistungseinschränkungen bestehen im Bereich der Langzeitpsychotherapie sowie der Rehabilitationsmaßnahmen. Die genauen Abrechnungen sowie die Höhe der Verwaltungspauschale werden in den Bundesländern unterschiedlich geregelt sein. Ob die Gesundheitskarte in den einzelnen Ländern eingeführt wird und welche Regelung vereinbart wurde, wird im dritten Kapitel dieser Expertise beschrieben.

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

Auf Bundesebene versuchen der Spitzenverband der Krankenkassen und die kommunalen Spitzenverbände, sich auf „Rahmenempfehlungen für die Übernahme der Krankenbehandlung“ als Blaupause für die Landesrahmenverträge zu verständigen. Streit entzündet sich immer wieder an der Höhe der Verwaltungskosten. Auch die genaue und rechtssichere Definition, auf welche Gesundheitsleistungen Asylsuchende Anspruch haben, ist noch nicht festgelegt. Wann eine Erkrankung akut ist und was mit chronisch Kranken passiert, denen es ohne Behandlung immer schlechter gehen wird, ist nicht geklärt. Eine schnelle Einigung der Gremien scheint derzeit nicht in Sicht zu sein (Anthony 2016).

Einführung der Gesundheitskarte im Ländervergleich

Das im Oktober 2015 beschlossene Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz unterstützt die Bundesländer bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für Asylsuchende, die sich noch keine 15 Monate in Deutschland aufhalten. 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.

Jetzt, gut drei Monate nach Verabschiedung des Gesetzes, haben neben Bremen und Hamburg, die bereits vor Jahren die eGK für Asylsuchende eingeführt haben, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Berlin mit der Ausgabe von Gesundheitskarten an Flüchtlinge begonnen. Die Landesregierungen in Bayern und Sachsen haben sich vorerst gegen die Einführung ausgesprochen. Die restlichen Bundesländer befinden sich nach wie vor in Abstimmungsprozessen mit den gesetzlichen Krankenkassen und kommunalen Spitzenverbänden.

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 zudem die tatsächlich anfallenden Kosten benannt.

Baden-Württemberg



Die Landesregierung in Baden-Württemberg befürwortet die Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge (Staatsministerium Baden-Württemberg 2015). Es soll eine Rahmenvereinbarung mit allen gesetzlichen Krankenkassen im Bundesland geschlossen werden. Die AOK Baden-Württemberg hat bereits im Oktober 2015 signalisiert, die Landesregierung bei dem Vorhaben zu unterstützen. Ein erster Entwurf für eine Rahmenvereinbarung wurde der Landesregierung von der AOK Baden-Württemberg zugestellt. Die Vereinbarung regelt den Einsatz einer eGK, den Leistungsumfang für

Flüchtlinge und die Erstattung der Kassenaufwendungen durch das Land. Der Leistungsumfang wird aufgrund der gesetzlichen Vorgaben nicht das volle Leistungsspektrum von gesetzlich Versicherten umfassen. Für weitergehende Leistungen, wie etwa Vorsorgekuren oder Haushaltshilfen, soll es ein Genehmigungsverfahren geben (Presseportal 2015). Ein Datum der Einführung wurde bisher aber noch nicht genannt.

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 genau prüfen. Ein umfangreiches Gutachten soll den zusätzlichen Bedarf an medizinischer Versorgung infolge der Zuwanderung von Asylsuchenden klären, insbesondere bei Krankenhäusern, in der Geburtshilfe sowie bei niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten. Mit Ergebnissen wird ab Mitte 2017 gerechnet (Mihm 2016).

Berlin



Im Stadtstaat Berlin wurde die eGK für Flüchtlinge Anfang Januar 2016 eingeführt. Vertragspartnerinnen des Landes Berlin sind die AOK Nordost, die DAK-Gesundheit, die BKK-VBU und die Siemens-Betriebs-

krankenkasse (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).

Die eGK erhalten alle Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG, die sich in der Zuständigkeit der Berliner Sozialämter sowie des Landesamtes für Gesundheit und Soziales befinden. Beginnend mit den Flüchtlingen, die sich ab dem 4. Januar 2016 in Berlin registrieren lassen, erhalten nach und nach auch die bereits registrierten Asylsuchenden die eGK (ebd.). Bis Mitte 2016 sollen alle im Jahr 2015 in Berlin eingetroffenen Flüchtlinge die Gesundheitskarte haben (rbb 2015a).

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 des AsylbLG. Auch mit der eGK soll die medizinische Versorgung der Flüchtlinge auf die dort festgelegten Leistungen beschränkt bleiben. Dazu zählen unter anderem die Behandlung akuter Erkrankungen und von Schmerzzuständen, inklusive Arznei- und Verbandsmittel, Schutzimpfungen und medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen. Vom Rahmenvertrag ausgeschlossen sind Leistungen wie künstliche Befruchtung und Sterilisation, Vorsorgekuren oder die Teilnahme an besonderen Behandlungsprogrammen der Krankenkassen bei chronischen Erkrankungen (SenG 2015).

Die Behandlerinnen und Behandler können im Datensatz der eGK anhand der Bezeichnung „9“ im Feld „Besondere Personengruppe“ erkennen, dass es sich um einen Patienten bzw. eine Patientin im Leistungsbezug des AsylbLG handelt.

Kosten

In Berlin erhalten die Krankenkassen zusätzlich zu den angefallenen Behandlungskosten eine Verwaltungsgebühr von sechs Prozent der entstandenen Leistungsaufwendungen pro angefangenen Betreuungsmonat und Leistungsberechtigten (SenG 2015).

Finanzierung

Die Kosten der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden trägt vollständig das Land Berlin (SenG 2015).

Brandenburg



Im November 2015 stimmte das Kabinett der Landesregierung Brandenburg dem vorgelegten Entwurf für ein neues Landesaufnahmegesetz zu. Laut Gesetzentwurf werden die Kosten für die medizinische Versorgung vollständig

vom Land Brandenburg übernommen. Außerdem soll zum 1. April 2016 eine Gesundheitskarte für Asylsuchende, die sich noch keine 15 Monate in Deutschland befinden, eingeführt werden. Der Entwurf wurde dem Landtag zugeleitet und soll im März 2016 beschlossen werden. In Kraft treten soll das neue Landesaufnahmegesetz zum 1. April 2016 (Staatskanzlei Brandenburg 2015).

Voraussetzung für die Einführung der eGK für Asylsuchende ist, dass die Kreise und kreisfreien Städte in Brandenburg dem bereits ausgehandelten Rahmenvertrag zwischen der AOK Nordost und der Landesregierung beitreten (ebd.). Die Inhalte des Rahmenvertrags wurden bisher nicht veröffentlicht.

Finanzierung

Das Land Brandenburg wird die Kosten für die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen künftig komplett übernehmen. Dafür wird eine Spitzabrechnung der Behandlungskosten neu eingeführt. Die Erstattung erfolgt nach einem gesonderten Kostennachweis. Bislang erhalten die Kommunen einen Pauschalbetrag pro Asylsuchenden und Monat (Staatskanzlei Brandenburg 2015).

Bremen



Das Bremer Gesundheitsprogramm für Asylsuchende nahm 1993 auf dem Höhepunkt der damaligen Flüchtlingswelle seine Arbeit auf. Das Gesundheitsprogramm bietet eine medizinische Grundversorgung von Asylsuchenden und

vermittelt bei unklaren, bei chronischen oder anderen schwerwiegenden Krankheitsbildern in das Regelsystem der gesundheitlichen Versorgung. Hierzu wurden Gesundheitssprechstunden in der Zentralen Aufnahmestelle und in anderen Gemeinschaftsunterkünften eingerichtet. Zudem erhalten in Bremen seit 2005 alle Asylsuchenden auf der Basis von § 264 SGB V eine Gesundheitskarte der AOK Bremen/Bremerhaven (Jung 2011).

Nach der Registrierung werden die Asylsuchenden beim Amt für Soziale Dienste gemeldet. Im nächsten Schritt meldet das Amt die Asylbewerberinnen und -bewerber bei der AOK Bremen/Bremerhaven an. Diese erstellt daraufhin eine eGK und sendet sie den Asylsuchenden zu. In Bremen ist für Behandlerinnen und 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 2015a). Nach den ersten 15 Monaten sind Asylsuchende nicht mehr nach § 264 Abs. 1 SGB V versichert, sondern nach Abs. 2 desselben Paragraphen. Es entfällt die Bezeichnung „4“ im Feld „BPG“ (dies. 2015b).

Leistungsspektrum

In Bremen haben Asylsuchende Anspruch auf die Behandlung akuter Erkrankungen und von Schmerzzuständen. Außerdem können zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten Schutzimpfungen, medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen und Leistungen im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinie (kein Anspruch auf Mutterschaftsgeld) abgerechnet werden (Kassenärztliche Vereinigung Bremen 2015b).

Asylsuchende können nicht an Bonusprogrammen der AOK Bremen/Bremerhaven, strukturierten Behandlungsmethoden bei chronischen Erkrankungen (DMP), künstlicher Befruchtung und Akupunkturbehandlungen teilnehmen. Ein Anspruch auf Psychotherapie, Vorsorgekuren, Rehabilitationsmaßnahmen, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen besteht in der Regel nicht bzw. kann nur im Einzelfall nach Begutachtung bewilligt werden (dies. 2015a). So wird eine Psychotherapie grundsätzlich nur als Kurzzeittherapie bewilligt. Die Begutachtung wird nicht von der AOK beauftragt, sondern wird in Bremen vom Klinikum Bremen-Ost und in Bremerhaven vom Gesundheitsamt vorgenommen.

Sehhilfen sind nur analog zu den Bestimmungen des SGB V in Anlehnung an die Regelungen für den Personenkreis unter 18 Jahren erstattungsfähig. Für Vorsorgekuren und Rehabilitationsmaßnahmen kommt nur in besonders gelagerten Einzelfällen eine Bewilligung in Betracht. Anschlussheilbehandlungen können dagegen im Rahmen der GKV bewilligt werden. Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen können nur nach Begutachtung vom zuständigen Gesundheitsamt in Bremen und Bremerhaven bewilligt werden.

Wird das Gesundheitsamt mit einem Gutachten beauftragt, ist die AOK Bremen/Bremerhaven verpflichtet, dem Gesundheitsamt mitzuteilen, auf welcher Rechtsgrundlage (Personenkreis) die Betreuten Leistungen beziehen.

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 Jahre 2009, 2011 und 2012 stehen die durchschnittlichen Behandlungskosten pro Kopf und Jahr öffentlich zur

Verfügung (ebd.): 2009: 2.391,77 Euro; 2011: 2.264,35 Euro; 2012: 2.158,51 Euro.

Rund 46 Prozent der Leistungsausgaben entfallen auf den Leistungsbereich „Krankenhaus“. Es folgen mit knapp 19 Prozent der Bereich „ärztliche Behandlungen“ und mit jeweils knapp zehn Prozent „Arzneimittel“ und „sonstige Sachleistungen“. Im Vergleich zu gesetzlich Krankenversicherten entfallen prozentual mehr Ausgaben auf den Leistungsbereich „Krankenhaus“ und weniger Ausgaben auf „Arzneimittel“. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass bestimmte Leistungen, wie beispielsweise Krankengeld, nicht in Anspruch genommen werden können. Insgesamt liegt das Ausgabenniveau unter dem der gesetzlich Krankenversicherten (ebd.).

Für die von der AOK durchzuführende Wahrnehmung der Krankenbehandlung wurden Verwaltungskosten in Höhe von acht Euro pro Leistungsberechtigten und angefangenen Monat sowie eine ergänzende Verwaltungsgebühr vereinbart. Die Gebühr berechnet sich anteilig hinsichtlich der angefallenen Behandlungskosten. Für die Gesamtverwaltungsgebühr (Verwaltungskosten plus ergänzende Gebühr) wurde ein Höchstsatz von zehn Euro festgelegt (Freie Hansestadt Bremen und Magistrat der Stadt Bremerhaven 2005).

Finanzierung

In Bremen wurde der Rahmenvertrag von vorherein auf kommunaler Ebene abgeschlossen, also von den Trägern der Leistungen nach AsylbLG, der Freien Hansestadt Bremen und dem Magistrat der Stadt Bremerhaven, so dass eine Finanzierung von Leistungen über das Land entfällt (Freie Hansestadt Bremen und Magistrat der Stadt Bremerhaven 2005).

Hamburg



In der Freien Hansestadt Hamburg erhalten seit dem 1. Juli 2012 alle nach dem AsylbLG Leistungsberechtigten eine Gesundheitskarte 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

Asylsuchende mit einer eGK sind in Hamburg, abgesehen von einigen Leistungsbeschränkungen und -ausschlüssen, den GKV-Mitgliedern verfahrens- und leistungsrechtlich gleichgestellt. Für die Behandlerinnen und Behandler ist im Datensatz der eGK der eingeschränkte Leistungsanspruch erkennbar. Im Feld „Besondere Personengruppe“ wird die neu von der Gematik aufgenommene Ziffer 9 geführt.

Leistungsbeschränkungen und -ausschlüsse bestehen in Hamburg aufgrund der §§ 4 und 6 AsylbLG bei Leistungen im Ausland, freiwilligen Zusatzleistungen der AOK Bremen/Bremerhaven, Langzeitpsychotherapien, Rehabilitationsmaßnahmen sowie bei Zahnersatz (Burmester 2015).

Folgende Leistungen können von den Leistungsberechtigten nicht in Anspruch genommen werden: künstliche Befruchtungen, strukturierte Behandlungsmethoden 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.

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).

Die Pro-Kopf-Ausgaben seit Einführung der eGK beliefen sich im Jahr 2012 auf 175,32 Euro bei 4.121 von der AOK Bremen/Bremerhaven in Hamburg betreuten Personen. Bis zum Juni 2013 erhöhte sich aufgrund der gestiegenen Flüchtlingszahlen die Zahl der Betreuten auf 5.359 (Burmester 2015).

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 Landes-

regierung 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 zeigen, dass nach der Einführung zunächst nur einzelne Kommunen

von dem Instrument Gebrauch machen (Hessische Staatskanzlei 2015).

Die Kommunen wurden schriftlich gebeten, ihre Meinung zur Gesundheitskarte abzugeben. Die Landesregierung hält es für möglich, dass durch die Erhöhung der vom Land an die Kommunen gezahlten Pauschale zur Versorgung der Asylsuchenden bei den Gebietskörperschaften kein Interesse mehr besteht, die Gesundheitskarte einzuführen (Bebenburg und Rippegather 2015). Die Pauschale differenziert in drei Stufen zwischen Ballungsräumen und ländlichen Regionen. Kommunen der höchsten Stufe (Darmstadt, Offenbach, Frankfurt, Wiesbaden) erhalten 1.050 Euro pro Flüchtling und Monat, Kommunen der niedrigsten Stufe (Regierungsbezirke Gießen und Kassel) erhalten 865 Euro (Hessisches Ministerium für Finanzen 2015). Die geschätzten Kosten für die Gesundheitsversorgung von maximal 200 Euro pro Flüchtling und Monat können mit der Pauschale gedeckt werden (Bebenburg und Rippegather 2015).

Unabhängig von der Abfrage der Kommunen ist die hessische Landesregierung mit den Vertretern der Krankenkassen im Gespräch (ebd.).

Mecklenburg-Vorpommern



Die Landesregierung von Mecklenburg-Vorpommern hat im November 2015 Gespräche mit den Krankenkassen und den kommunalen Spitzenverbänden über die Einführung einer eGK für Asylsuchende, die sich noch keine 15 Monate in Deutschland

aufhalten, aufgenommen (MAGS 2015). Geplant ist die Einführung der eGK für das erste Quartal 2016. Ein genaues Datum steht aber nicht fest, da die Krankenkassen noch untereinander über einen Rahmenvertrag beraten. Offen ist bislang, ob alle Kassen die eGK an Asylsuchende ausgeben sollen oder nur ausgewählte oder lediglich eine Kasse (Sander 2015).

Niedersachsen



Der niedersächsische Landtag hat Ende Dezember 2014 beschlossen, die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte in Kooperation mit der gesetzlichen Krankenversicherung analog zum Bremer Modell zu prüfen. Gegenwärtig existiert der Entwurf einer Rahmenvereinbarung der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen mit dem Land (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2015). Ein Datum, zu dem die eGK eingeführt wird, wurde bisher nicht genannt.

Nordrhein-Westfalen



Nordrhein-Westfalen (NRW) hat als erstes Flächenland die Gesundheitskarte für Flüchtlinge 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 (Stand: Januar 2016): 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.).

In Nordrhein-Westfalen kann jede Kommune selbst entscheiden, ob sie dem oben genannten Rahmenvertrag beitreten will. Insgesamt haben bisher (Stand Januar 2016) 18 Gemeinden ihren Beitritt zur Rahmenvereinbarung erklärt. Alsdorf, Bonn, Bochum, Gevelsberg, Monheim und

Mülheim haben zum 1. Januar 2016 die eGK für Asylsuchende eingeführt. Wermelskirchen hat die Einführung für den 1. Februar 2016 angekündigt, Oberhausen und Sprockhövel werden zum 1. April folgen (aerzteblatt.de 2015b). Bocholt, Dülmen, Düsseldorf, Hattingen, Herdecke, Köln, Moers, Münster und Remscheid werden ebenfalls folgen. Die Städte Essen, Herne, Hagen, Dortmund, Bottrop und Gelsenkirchen haben sich gegen die Einführung entschieden (Anthony 2016).

Die eGK erhalten alle Asylsuchenden, die die Erstaufnahmeeinrichtungen und zentralen Unterbringungseinrichtungen des Landes verlassen haben und den Gemeinden zugewiesen wurden. Die Gemeinde meldet die ihr zugewiesenen Flüchtlinge bei der für sie zuständigen Krankenkasse an. Die Krankenkasse schickt die eGK dann direkt an die Asylsuchenden. Bis zur Zustellung der eGK können die Kommunen den Flüchtlingen Abrechnungsscheine der Krankenkasse für ärztliche und zahnärztliche Versorgung zur Verfügung stellen, um den vereinfachten Zugang zur Gesundheitsversorgung ohne Wartezeit sicherzustellen (MGEPA 2015c).

Leistungsspektrum

In NRW orientiert sich der Leistungsumfang der gesundheitlichen Versorgung an den Vorgaben der §§ 4 und 6 AsylbLG. Dementsprechend ist der Anspruch auf Gesundheitsleistungen beschränkt auf die Behandlung von Schmerzzuständen, akuter Erkrankungen sowie akut behandlungsbedürftiger Erkrankungen. Über den Erhalt von Vorsorgekuren, Neuversorgung mit Zahnersatz, Haushaltshilfe nach den Regelungen des SGB V, künstlichen Befruchtungen und Sterilisation, strukturierten Behandlungsmethoden bei chronischen Krankheiten (DMP), Wahlтарifen, 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. Grundsätzlich nicht von der Versorgung umfasst sind Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld und Mutter-

schaftsgeld) sowie Leistungen der Pflege und der Eingliederungshilfe (MGEPA 2015b).

Die Behandlerinnen und Behandler können im Datensatz eGK anhand der Bezeichnung „9“ im Feld „Besondere Personengruppe“ erkennen, dass es sich um einen Patienten bzw. eine Patientin im Leistungsbezug des AsylbLG handelt.

Abrechnung

Die Krankenkassen rechnen die ihnen entstandenen Ausgaben kalendervierteljährlich mit der jeweils zuständigen Gemeinde ab. Die Gemeinde leistet als Vorauszahlung monatliche Abschlagszahlungen je Leistungsberechtigten, die sich an den durchschnittlichen Leistungsausgaben für den Personenkreis orientieren und regelmäßig den tatsächlichen Leistungsausgaben angepasst werden. Bis zum 31. Dezember 2016 orientiert sich die Höhe der Abschlagszahlung an den durchschnittlichen Ausgaben der Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des AsylbLG und beträgt damit monatlich 200 Euro je Leistungsberechtigtem (MGEPA 2015a). In jedem Fall erfolgt später eine Abrechnung auf Grundlage der tatsächlich entstandenen Leistungsausgaben. Entstandene Überzahlungen werden zurückgezahlt (MGEPA 2015e).

Zur Abgeltung der entstehenden Verwaltungsaufwendungen leistet die zuständige Gemeinde Verwaltungskostenersatz für die von der Krankenkasse durchzuführende Wahrnehmung der Gesundheitsversorgung gemäß § 264 Abs. 1 SGB V in Höhe von acht Prozent der entstandenen Leistungsaufwendungen, mindestens jedoch zehn Euro pro angefangenen Betreuungsmonat je Leistungsberechtigten. Die zu erstattenden Verwaltungskosten werden quartalsweise anhand der im jeweiligen Quartal pro Leistungsberechtigten angefallenen Leistungsaufwendungen ermittelt (MGEPA 2015a).

Finanzierung

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 Asylsuchenden und Jahr entspricht (833 Euro pro Monat, zum Vergleich: Die monatlichen Abschläge an die Krankenkassen für die eGK wurden zunächst auf 200 Euro pro Asylsuchenden festgelegt). Darin enthalten sind die vom Bund zugesagten Zuweisungen (670 Euro pro Flüchtling und Monat) von insgesamt 626 Millionen Euro. Die Finanzmittel werden nach dem Zuweisungsschlüssel des § 3 (1) FlüAG auf die Gemeinden verteilt und zum 1.3, 1.6., 1.9. und 1.12. zu jeweils einem Viertel von den Bezirksregierungen ausbezahlt. Ab 2017 wird auf eine Pro-Kopf-Finanzierung der Flüchtlingskosten für die Städte und Gemeinden umgestellt (Städtetag Nordrhein-Westfalen 2015). Die Landespauschale wird unabhängig von der Einführung der eGK für Asylsuchende an die Kommunen ausgezahlt.

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).

Rheinland-Pfalz



Die Landesregierung in Rheinland-Pfalz wird die eGK für Asylsuchende, die sich noch keine 15 Monate in Deutschland aufhalten, im Jahr 2016 einführen. Ein entsprechender Rahmenvertrag zwischen dem Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD) und den Krankenkassen wurde am 20. Januar 2016 unterzeichnet. An den Verhandlungen waren neben dem MSAGD und den Krankenkassen auch Vertreterinnen und Vertreter des Integrationsministeriums sowie der kommunalen Spitzenverbände beteiligt.

Der Rahmenvertrag war bei Erstellung des ersten Teils dieser Expertise noch nicht veröffentlicht.

Die Landkreise und kreisfreien Städte in Rheinland-Pfalz können nun entscheiden, ob sie der Vereinbarung beitreten (MSAGD 2016). Trier hat sich als erste Stadt für die Einführung der eGK entschieden. Generell raten aber die Spitzenverbände der Städte und Kreise ihren Mitgliedern von der Einführung der eGK ab. Als Grund wurde genannt, dass die Kosten der Gesundheitsversorgung auf die Städte und Kreise abgeladen werden (Die Welt Online 2016).

Leistungsumfang

Bestehen bleiben die Regelungen des AsylbLG hinsichtlich der Einschränkung der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden gegenüber den Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte. Die Vereinbarungspartner haben gemeinsam einen Leistungsumfang definiert, der die Bedürfnisse der Asylsuchenden und die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben berücksichtigt und zugleich ein möglichst unbürokratisches Verfahren der Leistungsgewährung festlegt (MSAGD 2016).

Der Leistungskatalog war bei Erstellung des ersten Teils dieser Expertise noch nicht veröffentlicht.

Kosten

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 (MSAGD 2016).

Finanzierung

Die Kosten für die medizinische Versorgung der Asylsuchenden werden aus öffentlichen Geldern der zuständigen Behörden der Kommunen gedeckt (MSAGD 2016).

Das Land zahlt ab dem 1. Januar 2016 den Kommunen über die Dauer des Asylverfahrens eine monatliche Pauschale von derzeit 848 Euro pro Asylsuchenden für alle Aufwendungen bezüglich dessen Aufnahme, Unterbringung und Versorgung. Dazu kommt bei besonders kostenintensiven Fällen eine zusätzliche Erstattung von Gesundheitskosten (MIFKJF 2015).

Saarland



Das saarländische Gesundheitsministerium hatte sich bereits im August 2015 für die Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge ausgesprochen. Ende vergangenen Jahres war im Saarland über den Abschluss einer Rahmen-

vereinbarung auf Landesebene mit Vertretern von Kassen, Kassenärztlicher Vereinigung und Landkreisen verhandelt worden. Es wurde der Entwurf einer Vereinbarung vorgelegt. Die Landkreise, die für die gesundheitliche Versorgung der Flüchtlinge zuständig sind, erachteten jedoch den Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung zum damaligen Zeitpunkt als nicht zielführend (Burmeister 2016, Ärzte-Zeitung 2016b). Als Grund gaben die kommunalen Spitzenverbände zu hohe Verwaltungskosten an. 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 Landkreistags keinen Regelungsbedarf – der Versicherungsschutz der Flüchtlinge sei gewährleistet.

Sachsen



Die Landesregierung in Sachsen hat noch nicht abschließend über die Einführung der eGK für Asylsuchende entschieden. In einer Veröffentlichung der Sächsischen Staatskanzlei (2016) vom Januar 2016 wird angekündigt,

dass die Landesregierung verschiedene Varianten der Einführung der eGK prüfen und gegebenenfalls erforderliche Schritte einleiten wird.

Sachsen-Anhalt



Das Bundesland Sachsen-Anhalt plant, Asylsuchende Anfang 2016 mit einer Gesundheitskarte auszustatten. Die Landesregierung steht hier im Gespräch mit Vertreterinnen und Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen. Zudem

müssen noch Haftungs- und Abrechnungsfragen für die Ärztinnen und Ärzte geklärt werden (Mitteldeutsche Zeitung Online 2015). Die CDU-Landtagsfraktion geht davon aus, dass vor einer Klärung der offenen Fragen keine Gesundheitskarte für Flüchtlinge in Sachsen-Anhalt eingeführt wird. Die CDU-Fraktion im Landtag von Sachsen-Anhalt (2015b) lehnt die Einführung einer Gesundheitskarte zum jetzigen Zeitpunkt ab, um neue Leistungen und Kosten, die damit auf die Kommunen zukommen würden, abzuwenden.

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).

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

(shz.de 2015). 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

In einer Anlage des Rahmenvertrags zwischen dem Land Schleswig-Holstein und den Krankenkassen wird definiert, auf welche Gesundheitsleistungen Asylsuchende Anspruch haben. Demnach wird das Leistungsspektrum weiter durch das AsylbLG vorgegeben. Die Versorgung bleibt auf die Behandlung von Schmerzen sowie akuter oder akut behandlungsbedürftiger 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, 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 Entgeltsersatzleistungen (z. B. Krankengeld und Mutterschaftsgeld) sowie Leistungen der Pflege und der Eingliederungshilfe (Städteverband Schleswig-Holstein 2015).

Die Behandlerinnen und Behandler können im Datensatz eGK anhand der Bezeichnung „9“ im Feld „Besondere Personengruppe“ erkennen, dass es sich um einen Patienten bzw. eine Patientin im Leistungsbezug des AsylbLG handelt.

Abrechnung und 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 Leistungsberechtigten. Der Betrag orientiert sich an den durchschnittlichen Leistungsausgaben für diesen Personenkreis und wird zu Beginn eines jeden Kalenderjahres neu ermittelt. Die Abschlagszahlungen werden mit den tatsächlich angefallenen Behandlungskosten der Krankenkassen kalendervierteljährlich mit dem zuständigen Kreis oder der kreisfreien Stadt verrechnet (Städteverband Schleswig-Holstein 2015).

Weiterhin erhalten die Krankenkassen eine Verwaltungsgebühr in Höhe von acht Prozent der entstandenen Leistungsaufwendungen, mindestens jedoch zehn Euro pro angefangenen Betreuungsmonat je Leistungsberechtigten. Alle Kosten werden nach zwei abgerechneten Quartalen evaluiert. Für das Ausstellen der eGK erhält die Krankenkasse von der zuständigen kreisfreien Stadt oder dem zuständigen Kreis für jeden Leistungsberechtigten zehn Euro (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 (Städteverband Schleswig-Holstein 2015).

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.).

Thüringen



Die Einführung der eGK für Asylsuchende ist in Thüringen für das erste oder zweite Quartal 2016 geplant. Aktuell steht das Gesundheitsministerium mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen in Verhandlung. Die Landesregierung

favorisiert eine Regelung, die es den Landkreisen freistellt, ob sie einer Rahmenvereinbarung beitreten. Das trifft jedoch bei den Krankenkassen auf wenig Gegenliebe. Die Krankenkassen möchten eine landeseinheitliche Regelung und nicht mit jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt einen Einzelvertrag abschließen (Paczulla 2016).

Auf kommunaler Ebene besteht Skepsis gegenüber der eGK. Die Kommunen in Thüringen befürchten, dass die Behandlung von Flüchtlingen nach dem Versand der Karte den eingeschränkten Leistungsumfang für Asylbewerber überschreitet und zu einer Kostensteigerung führt. Dem widerspricht die Kassenärztliche Vereinigung in Thüringen und verweist auf die Erfahrungen in Bremen und Hamburg. Die ambulant behandelnden Ärztinnen und Ärzte in Thüringen sprechen sich für die Einführung der eGK für Asylsuchende ein. Sie versprechen sich von der Einführung eine Entlastung bei der Abrechnung der Leistungen (Göbel 2016).

Diskussion

Die Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende wird von den Gesundheitsversorgern unterstützt. Allen voran, fordert der Präsident der Bundesärztekammer Montgomery immer wieder die flächendeckende Einführung der eGK. Die Krankenkassen als potenzielle Vertragspartnerinnen der Länder verhalten sich neutral.

Dass die Einführung der eGK für Asylsuchende nicht für alle Akteurinnen und Akteure ein Erfolgsmodell zu sein scheint, zeigt die schleppende Umsetzung der Regelungen in den Ländern. So wird derzeit auf parteipolitischer Ebene eine sehr ideologisch geprägte Diskussion über die Begrenzung des Zuzugs von Asylsuchenden geführt, die sich auch auf die Einführung der eGK für Asylsuchende auswirkt. Politikerinnen und Politiker der CDU/CSU-Fraktion argumentieren, dass die Einführung der eGK einen zusätzlichen Anreiz darstelle, in Deutschland einen Asylantrag zu stellen, und lehnen die Einführung daher ab (z. B. Sachsen, Bayern) (Ärzte-Zeitung Online 2015). Politikerinnen und Politiker von Bündnis 90/Die Grünen hingegen halten die Einführung der eGK aus ethischen Gründen für gerechtfertigt (aerzteblatt.de 2016).

Weiterer Widerstand kommt aus den Reihen der kommunalen Spitzenverbände. Sie befürchten eine unkontrollierte Steigerung der Gesundheitsausgaben für Asylsuchende (Hielscher 2016) und bemängeln, dass es für die Krankenkassen keinen Anreiz gibt, sorgfältig zu

überprüfen, ob es sich um zulässige Leistungen nach dem AsylbLG handelt (Rieger 2016). Andere unterstellen Medizinerinnen und Mediziner ein finanzielles Interesse hinsichtlich der Einführung der eGK – denn diese können die Behandlungskosten ohne Budgetbeschränkung direkt mit den Kassen abrechnen (ebd.). Versuche der Kommunen, an den Konditionen der Einzelleistungsvergütung bei der ärztlichen Abrechnung zu rütteln, waren nicht erfolgreich; die aus Steuermitteln finanzierten Leistungen für Flüchtlinge bleiben vorerst unbudgetiert (Schnack und Kötter 2016).

Eine kürzlich veröffentlichte Studie von Bozorgmehr und Razum (2015) widerlegt diese Einschätzungen. Die Wissenschaftler haben repräsentative Daten des Statistischen Bundesamtes der Jahre 1994 bis 2013 ausgewertet und kommen zu dem Ergebnis: Wenn Asylsuchende ohne bürokratische Hürden und ohne Leistungseinschränkungen Regelversorger wie Allgemein-, Haus- und Kinderärzte aufsuchen dürfen, sind die Gesundheitsausgaben niedriger. Unter den Bedingungen eines gleichen Zugangs für alle Asylsuchenden hätten die

Gesamtausgaben für die medizinische Versorgung der vergangenen 20 Jahre um circa 22 Prozent gesenkt werden können. Unterschiede im Bedarf – gemessen an Alter, Geschlecht, Herkunftskontinent und Unterbringungsart – konnten die jährlichen Ausgabenunterschiede jedoch nicht gänzlich erklären.

Ein weiterer Hinderungsgrund für Kommunen, den Rahmenverträgen zwischen Land und Kassen beizutreten, ist die aus Sicht vieler Kommunen zu hoch eingeschätzte Verwaltungsgebühr. So erklärt beispielsweise der Stadtdirektor in Duisburg, dass die Stadt nach seiner Berechnung mehrere Hunderttausend Euro jährlich mehr zahlen muss, wenn Duisburg die Gesundheitskarte für Flüchtlinge einführt (Hielscher 2016). Die Krankenkassen hingegen halten eine Verwaltungsgebühr von acht Prozent der Behandlungskosten für gerechtfertigt (MGEPA 2015e).

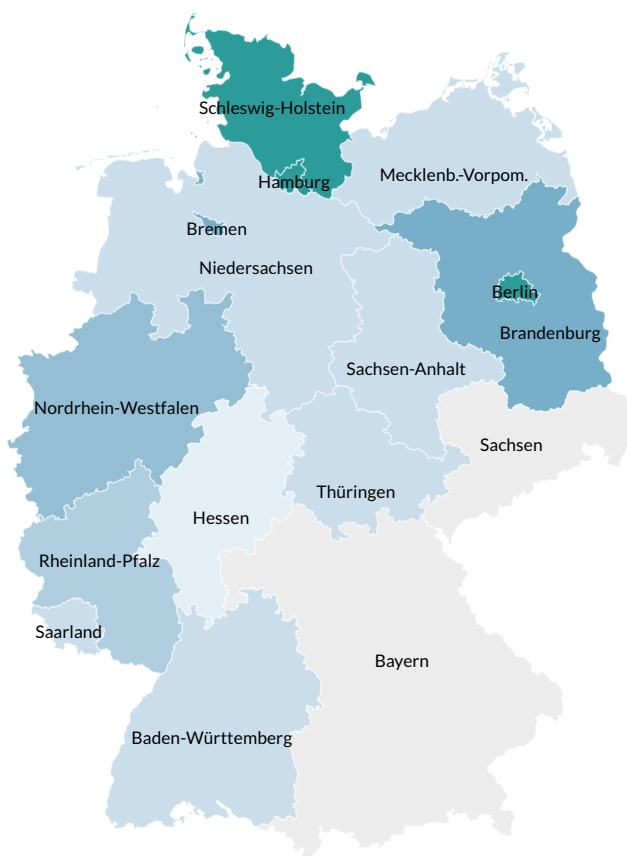
Eine Evaluation des Modells in Hamburg zeigt sogar eine Kostenersparnis auf. Es müssen keine komplexen Verträge mit Leistungserbringern abgeschlossen werden, und fachliche Vorgaben für die verschiedenen Leistungsbereiche entfallen. Zudem erfolgt auf operativer Ebene keine Direktabrechnung der Leistungen mit den Erbringern und auch die Überprüfung und Bewilligung von Leistungsanträgen entfallen. Darüber hinaus profitiert die Stadt als Kostenträgerin von den allgemeinen Regelungen des SGB V (z. B. Budgetierung ärztlicher Leistungen) sowie von der starken Verhandlungsposi-

tion der AOK bei Vertragsabschlüssen mit Leistungserbringern.

Konkret konnten in der Hamburger Senatsverwaltung bisher 14 Stellen abgebaut werden, was einer Kostenvermeidung von rund einer Million Euro entspricht. Zudem wurden durch die Erleichterungen im Verwaltungsverfahren zusätzlich 540.000 Euro eingespart. Werden noch Einsparungen im Zusammenhang mit notwendiger IT-Software und Räumlichkeiten einberechnet, ergibt sich eine Einsparung von rund 1,6 Millionen Euro (Burmester 2015).

Umsetzungstand: Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge – Überblick

Länderüberblick: Gesundheitskarte für Asylsuchende & Flüchtlinge



Ranking-Punkte: 12 10 9 6 3 2 keine Teilnahme

Stand: Februar 2016

BertelsmannStiftung

Im Folgenden werden vier Aspekte herausgegriffen, die den Umsetzungsstand zur Einführung der Gesundheitskarte im Ländervergleich am besten abbilden können. Dabei handelt es sich um folgende Fragen:

1. Wie weit ist der Beschluss zur Einführung der Gesundheitskarte schon umgesetzt?
2. Wie weit sind die Rahmenbedingungen auf Landesebene (Landesvereinbarung) gediehen?
3. Wie verteilt sich die Kostenverantwortung zwischen Land und Kommunen?
4. Liegt eine landesweit verbindliche Regelung vor oder entscheiden die einzelnen Kommunen?

Der jeweilige Umsetzungsstand in diesen Kategorien wird einer vierstufigen Skala zugeordnet, je höher die Stufe, desto weiter die Umsetzung in dem jeweiligen Bereich:

Einführung der Gesundheitskarte	Landesrahmenvereinbarung (LVR)	Kostenverteilung Land – Kommune	landesweite Regelung	Stufe
eGK schon eingeführt	LRV ist abgeschlossen	(weitgehend) Land	Ja	3
Beschluss mit Zeitplan (Datum)	verhandelter Entwurf liegt vor	Land beteiligt sich	-	2
Beschluss ohne Zeitplan	erste Verhandlungen wurden geführt	Kommunen allein	Nein	1
kein Beschluss	keine LVR, keine Vorarbeiten	keine Regelung	keine	0

Die 14 Länder, die die Gesundheitskarte einführen (alle außer Bayern und Sachsen), werden dann in diesen vier Kategorien einer Umsetzungsstufe zugeordnet. Die Stufen werden in einem Punktesystem abgebildet. Abschließend wird die erreichte Punktzahl pro Kategorie für jedes Bundesland zu einer Gesamtzahl addiert (siehe Tabelle).

Die Darstellung desselben Befundes als Landkarte macht deutlich, dass der Umsetzungsstand der Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge in Deutschland äußerst heterogen ist.

- Neben den Stadtstaaten ist die Umsetzung der Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende in Schleswig-Holstein und Brandenburg am weitesten fortgeschritten
- Die Regelungen in NRW und Rheinland-Pfalz (wie auch im Saarland) leiden darunter, dass es den Kommunen freigestellt ist, ob sie teilnehmen. Da sie zugleich aber für einen Gutteil der Kosten aufkommen müssen, ist die Bereitschaft zur Einführung der Gesundheitskarte auf kommunaler Ebene gering.
- Alle anderen Länder befinden sich noch in der Umsetzung.

Bayern und Sachsen lehnen die Karte ab und werden daher nicht in den Vergleich einbezogen.

Umsetzungsstand: Gesundheitskarte für Asylsuchende & Flüchtlinge

Land	Einführung	RahmenVer.	Kosten	landesweit	Ranking
Berlin	umgesetzt 3	Abschluss 3	Land 3	Ja 3	12/12
Hamburg	umgesetzt 3	Abschluss 3	Land 3	Ja 3	12/12
Schleswig-Holstein	umgesetzt 3	Abschluss 3	Land (teilw) 3	Ja 3	12/12
Brandenburg	1.4.2016 2	Entwurf 2	Land 3	Ja 3	10/12
Bremen	umgesetzt 3	Abschluss 3	Kommune 1	Ja 3	10/12
Nordrhein-Westfalen	umgesetzt 3	Abschluss 3	Kom/Land 2	Nein 1	9/12
Rheinland-Pfalz	2016 1	Abschluss 3	Kommune 1	Nein 1	6/12
Mecklenb.-Vorpom.	I/2016 2	Verhandlung 1	- 0	- 0	3/12
Niedersachsen	? 1	Entwurf 2	- 0	- 0	3/12
Saarland	? 1	Entwurf 2	- 0	- 0	3/12
Sachsen-Anhalt	Anf. 2016 2	Verhandlung 1	- 0	- 0	3/12
Thüringen	I/II 2016 2	Verhandlung 1	- 0	- 0	3/12
Baden-Württemberg	? 1	Eckpunkte 2	- 0	- 0	3/12
Hessen	? 1	Verhandlung 1	- 0	- 0	2/12
Sachsen	-	-	-	-	-
Bayern	-	-	-	-	-

Stand: Februar 2016

| BertelsmannStiftung

Länderüberblick

Baden-Württemberg

Einführung (Beschluss) Die Gesundheitskarte für Flüchtlinge soll eingeführt werden.

Landesrahmenvereinbarung Es wurden Eckpunkte für die Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge festgelegt. Die AOK Baden-Württemberg hat Kooperationsbereitschaft bekundet.

Bayern

Einführung (Beschluss) Die Gesundheitskarte für Flüchtlinge wird nicht eingeführt.

Evaluation Das Gesundheitsministerium lässt derzeit die mittelfristigen Folgen des Flüchtlingszustroms für die medizinische Versorgung genau prüfen. Ein umfangreiches Gutachten soll den zusätzlichen Bedarf an medizinischer Versorgung infolge der Zuwanderung von Asylsuchenden klären, insbesondere bei Krankenhäusern, in der Geburtshilfe sowie bei niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten. Mit Ergebnissen wird ab Mitte 2017 gerechnet.

Berlin

Einführung (Beschluss) Die Gesundheitskarte für Flüchtlinge wurde Anfang Januar 2016 eingeführt.

Landesrahmenvereinbarung Vertragspartnerinnen des Landes Berlin sind die AOK Nordost, die DAK-Gesundheit, die BKK-VBU und die Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)

Umsetzungsebene In Berlin bilden die Bezirke die kommunale Ebene. Den Bezirken wird aber nur ein Teil der kommunalen Aufgaben übertragen und die entsprechenden Befugnisse können jederzeit auf die Ebene des Landes zurückgeholt werden.

Leistungsspektrum Der Umfang der gesundheitlichen Leistungen orientiert sich an den bundesweit geltenden rechtlichen Vorgaben der §§ 4 und 6 des AsylbLG.

Der Leistungskatalog war zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Expertise noch nicht veröffentlicht.

Kosten Verwaltungsgebühr: 6 Prozent der entstandenen Leistungsaufwendungen, mindestens aber 10 Euro pro angefangenen Monat und Leistungsempfänger

Finanzierung Die Kosten der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden trägt vollständig das Land Berlin.

Evaluation Nach zwei abgerechneten Quartalen werden die tatsächlichen Behandlungskosten evaluiert.

Brandenburg

Einführung (Beschluss) Der Landtag soll im März 2016 die Einführung der eGK zum 1. April beschließen.

Landesrahmenvereinbarung Es besteht ein ausgehandelter, aber noch nicht unterzeichneter Rahmenvertrag zwischen der AOK Nordost und der Landesregierung in Brandenburg.

Finanzierung Das Land Brandenburg wird die Kosten für die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen künftig komplett übernehmen. Dafür wird eine Spitzabrechnung der Behandlungskosten neu eingeführt. Die Erstattung erfolgt nach einem gesonderten Kostennachweis. Bislang erhalten die Kommunen einen Pauschalbetrag pro Asylsuchenden und Monat.

Bremen

Einführung (Beschluss) Die Gesundheitskarte für Flüchtlinge wurde 2005 eingeführt.

Landesrahmenvereinbarung Es besteht eine Rahmenvereinbarung mit der AOK Bremen/Bremerhaven.

Umsetzungsebene In Bremen wurde der Rahmenvertrag auf kommunaler Ebene (Freie Hansestadt Bremen, Magistrat der Stadt Bremerhaven) geschlossen.

Leistungsspektrum Der Umfang der gesundheitlichen Leistungen orientiert sich an den bundesweit geltenden rechtlichen Vorgaben der §§ 4 und 6 des AsylbLG.

Leistungsbeschränkung: (Bewilligung in Einzelfällen)

- Kurzzeitpsychotherapie
- Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung
- Reha-Maßnahmen
- Haushaltshilfe
- Vorsorgekuren
- Hilfsmittel (> 2.000 Euro)

Leistungsausschluss:

- Künstliche Befruchtungen
- Teilnahme an DMP
- freiwillige Zusatzleistungen der Krankenkassen
- Langzeitpsychotherapie

Kosten Verwaltungsgebühr: 8 Euro pro angefangenen Monat und Leistungsempfänger plus eine anteilige Gebühr an den Behandlungskosten, maximal 10 Euro

Durchschnittliche Behandlungskosten pro Kopf und Jahr:
2009: 2.391,77 Euro
2011: 2.264,35 Euro
2012: 2.158,51 Euro

Finanzierung Die Kosten werden durch die Städte Bremerhaven und Bremen getragen.

Evaluation Im Hinblick auf die entstandenen Behandlungskosten liegen für die Jahre 2009, 2011 und 2012 Daten öffentlich zur Verfügung.

Hamburg

Einführung (Beschluss)	Die Gesundheitskarte für Flüchtlinge wurde 2012 eingeführt.
Landesrahmenvereinbarung	Es besteht eine Rahmenvereinbarung mit der AOK Bremen/Bremerhaven.
Umsetzungsebene	In Hamburg bilden die Bezirke die kommunale Ebene. Den Bezirken wird aber nur ein Teil der kommunalen Aufgaben übertragen und die entsprechenden Befugnisse können jederzeit auf die Ebene des Landes zurückgeholt werden.
Leistungsspektrum	Der Umfang der gesundheitlichen Leistungen orientiert sich an den bundesweit geltenden rechtlichen Vorgaben der §§ 4 und 6 des AsylbLG. Leistungsbeschränkung oder -ausschluss: (Bewilligung in Einzelfällen durch den Kostenträger) <ul style="list-style-type: none"> - Psychotherapie - Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung - Reha-Maßnahmen - Haushaltshilfe - Vorsorgekuren - Künstliche Befruchtungen - Sterilisation - Teilnahme an DMP - freiwillige Zusatzleistungen der Krankenkassen - Leistungen im Ausland
Kosten	Verwaltungsgebühr: 10 Euro pro Monat und Leistungsempfänger Die Pro-Kopf-Ausgaben seit Einführung der eGK beliefen sich im Jahr 2012 auf 175,32 Euro bei 4.121 von der AOK Bremen/Bremerhaven in Hamburg betreuten Personen.
Evaluation	Es liegt eine Kostenaufstellung für das Jahr 2012 vor.

Hessen

Einführung (Beschluss)	Der im November 2015 verabschiedete „Hessische Aktionsplan zur Integration von Flüchtlingen und Bewahrung des gesellschaftlichen Zusammenhalts“ sieht die Einführung einer eGK für Asylsuchende vor. Ein Datum für die Einführung wurde nicht genannt.
Landesrahmenvereinbarung	Die hessische Landesregierung ist mit den Krankenkassen im Gespräch.
Umsetzungsebene	Die Kommunen wurden schriftlich gebeten, ihre Meinung zur Gesundheitskarte abzugeben. Die Landesregierung hält es für möglich, dass durch die Erhöhung der vom Land an die Kommunen gezahlten Pauschale zur Versorgung der Asylsuchenden bei den Gebietskörperschaften kein Interesse mehr besteht, die Gesundheitskarte einzuführen.

Mecklenburg-Vorpommern

Einführung (Beschluss)	Die Gesundheitskarte für Asylsuchende soll im ersten Quartal 2016 eingeführt werden.
Landesrahmenvereinbarung	Die Krankenkassen verhandeln noch miteinander über die Ausgestaltung des Rahmenvertrags. Offen ist bislang, ob alle Kassen die eGK an Asylsuchende ausgeben sollen oder nur ausgewählte oder nur eine einzige Kasse.

Niedersachsen

Einführung (Beschluss)	Die Gesundheitskarte für Flüchtlinge soll eingeführt werden. Ein Datum wurde noch nicht bestimmt. Ein Entwurf für eine Rahmenvereinbarung zwischen den Krankenkassen und dem Land wurde erarbeitet.
-------------------------------	--

Nordrhein-Westfalen

Einführung (Beschluss)	Die Gesundheitskarte für Flüchtlinge wurde im Januar 2016 eingeführt.
Landesrahmenvereinbarung	Es besteht eine Rahmenvereinbarung zwischen dem Land und elf Krankenkassen (AOK NordWest, AOK Rheinland/Hamburg, Novitas BKK, Knappschaft, DAK-Gesundheit, Techniker Krankenkasse, Barmer GEK, IKK classic, KKH Kaufmännische Krankenkasse, VIActiv Krankenkasse, Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)).
Umsetzungsebene	Jede Kommune kann selbst entscheiden, ob sie dem Rahmenvertrag beitreten will. Insgesamt haben bisher 18 Gemeinden ihren Beitritt zur Rahmenvereinbarung erklärt. Alsdorf, Bonn, Bochum, Gevelsberg, Monheim und Mülheim haben zum 1. Januar 2016 die Gesundheitskarte für Flüchtlinge eingeführt. Zudem sind 12 weitere Kommunen (Wermelskirchen, Oberhausen, Sprockhövel, Bocholt, Dülmen, Düsseldorf, Hattingen, Herdecke, Köln, Moers, Münster, Remscheid) dem Landesrahmenvertrag beigetreten. Die Städte Essen, Herne, Hagen, Dortmund, Bottrop und Gelsenkirchen haben sich gegen die Einführung entschieden.
Leistungsspektrum	Der Umfang der gesundheitlichen Leistungen orientiert sich an den bundesweit geltenden rechtlichen Vorgaben der §§ 4 und 6 des AsylbLG. Leistungsbeschränkung oder -ausschluss: (Bewilligung in Einzelfällen durch den Kostenträger) <ul style="list-style-type: none"> - Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung - Reha-Maßnahmen - Haushaltshilfe - Vorsorgekuren - Künstliche Befruchtungen - Sterilisation - Teilnahme an DMP - freiwillige Zusatzleistungen der Krankenkassen - Leistungen im Ausland
Kosten	Verwaltungsgebühr: 8 Prozent der entstandenen Leistungsaufwendungen, mindestens jedoch 10 Euro pro angefangenen Betreuungsmonat je Leistungsberechtigten Bis zum 31.12.2016 orientiert sich die Höhe der Abschlagszahlung an den durchschnittlichen Ausgaben der Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des AsylbLG und beträgt damit monatlich 200 Euro je Leistungsberechtigten.
Finanzierung	Kostenträger für die Gesundheitsversorgung sind die aufnehmenden Kommunen. 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 Asylsuchenden und Jahr).
Evaluation	Nach zwei abgerechneten Quartalen werden die tatsächlichen Behandlungskosten evaluiert.

Rheinland-Pfalz

Einführung (Beschluss)	Die Gesundheitskarte für Flüchtlinge soll in 2016 eingeführt werden.
Landesrahmenvereinbarung	Am 20.1.2016 wurde der Rahmenvertrag zwischen der Landesregierung und den gesetzlichen Krankenkassen unterzeichnet.
Umsetzungsebene	Bislang ist nur Trier dem Rahmenvertrag beigetreten. Die Spitzenverbände der Städte und Kreise in Rheinland-Pfalz raten ihren Mitgliedern von der Einführung der eGK ab.
Leistungsspektrum	Der Umfang der gesundheitlichen Leistungen orientiert sich an den bundesweit geltenden rechtlichen Vorgaben der §§ 4 und 6 des AsylbLG. Der Leistungskatalog war zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Expertise noch nicht veröffentlicht.
Kosten	Verwaltungsgebühr: 8 Prozent der entstandenen Leistungsaufwendungen, mindestens jedoch 10 Euro pro angefangenen Monat und Leistungsberechtigten
Finanzierung	Kostenträger für die Gesundheitsversorgung sind die aufnehmenden Kommunen.
Evaluation	Nach zwei abgerechneten Quartalen werden die tatsächlichen Behandlungskosten evaluiert.

Saarland

Einführung (Beschluss)	Die saarländische Landesregierung hat sich für die Einführung der eGK entschieden.
Landesrahmenvereinbarung	Es besteht ein Entwurf einer Landesrahmenvereinbarung zwischen der Landesregierung und den gesetzlichen Krankenkassen.
Umsetzungsebene	Die Landkreise, die im Saarland für die gesundheitliche Versorgung der Flüchtlinge zuständig sind, wollen der Rahmenvereinbarung nicht beitreten.

Sachsen

Einführung (Beschluss)	Die Landesregierung in Sachsen hat noch nicht abschließend über die Einführung der eGK für Asylsuchende entschieden.
-------------------------------	--

Sachsen-Anhalt

Einführung (Beschluss)	Die eGK für Asylsuchende soll Anfang 2016 eingeführt werden.
Landesrahmenvereinbarung	Das Land befindet sich in Verhandlungen mit Vertretern der Krankenkassen, Ärzten und Gebietskörperschaften.

Schleswig-Holstein

Einführung (Beschluss)	Die eGK für Asylsuchende wurde zum Januar 2016 eingeführt.
Landesrahmenvereinbarung	Schleswig-Holstein hat eine Rahmenvereinbarung mit neun gesetzlichen Krankenkassen (AOK Nordwest, BKK-Landesverband Nordwest, IKK Nord, Knappschaft, Novitas BKK, Techniker Krankenkasse (TK), Barmer GEK, DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse (KKH)) zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte geschlossen.
Umsetzungsebene	In Schleswig-Holstein können die Kommunen nicht frei entscheiden, ob sie dem Rahmenvertrag beitreten oder nicht. Das Land hat die Kommunen per Erlass dazu verpflichtet, mit den oben genannten Kassen Verträge abzuschließen.
Leistungsspektrum	Der Umfang der gesundheitlichen Leistungen orientiert sich an den bundesweit geltenden rechtlichen Vorgaben der §§ 4 und 6 des AsylbLG. Leistungsbeschränkung oder -ausschluss: (Bewilligung in Einzelfällen durch die Kommunen) <ul style="list-style-type: none"> - Psychotherapie - Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung - Reha-Maßnahmen - Haushaltshilfe - Vorsorgekuren - Künstliche Befruchtungen - Sterilisation - Teilnahme an DMP - Wahltariffe der Krankenkassen - Leistungen im Ausland
Kosten	Verwaltungsgebühr: 8 Prozent der Behandlungskosten, mindestens aber 10 Euro pro angefangenen Monat und Leistungsberechtigten
Finanzierung	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. Die Verwaltungsgebühr wird von den Kommunen getragen.
Evaluation	Nach zwei abgerechneten Quartalen werden die tatsächlichen Behandlungskosten evaluiert.

Thüringen

Einführung (Beschluss)	Die Einführung der eGK für Asylsuchende ist für das erste oder zweite Quartal 2016 geplant.
Landesrahmenvereinbarung	Das Gesundheitsministerium ist mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen in Verhandlung.
Umsetzungsebene	Die Landesregierung favorisiert eine Regelung, die es den Landkreisen freistellt, ob sie einer Rahmenvereinbarung beitreten oder nicht.

Literatur

- aerzteblatt.de (2016). Grüne: Gesundheitskarte für Flüchtlinge günstiger und humaner. 25.1.2016. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/65518> [Stand 26.1.2016].
- aerzteblatt.de (2015a). Schleppende Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge in NRW. 19.11.2015. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/64867/Schleppende-Einfuehrung-der-Gesundheitskarte-fuer-Fluechtlinge-in-NRW> [Stand 2.1.2016].
- aerzteblatt.de (2015b). Sechs Städte starten mit Gesundheitskarte für Flüchtlinge. 30.12.2015. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/65262> [Stand 26.1.2016].
- Anthony, T. (2016). Krankenversorgung von Flüchtlingen. Gesundheitskarte – „ein Fiasko“. tagesschau.de 14.1.2016. <https://www.tagesschau.de/inland/fluechtlinge-gesundheitskarte-101.html> [Stand 26.1.2016].
- 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 [Stand 26.1.2016].
- Ärzte-Zeitung (2016b). Saarland: Gesundheitskarte für Flüchtlinge zu teuer. 25.1.2016. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/fluechtlinge/article/903414/saarland-gesundheitskarte-fluechtlinge-teuer.html [Stand 26.1.2016].
- Ärzte-Zeitung Online (2015). Union gegen E-Card für Asylbewerber. 3.9.2015. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/fluechtlinge/article/893399/fluechtlinge-union-e-card-asylbewerber.html [Stand 26.1.2016].
- BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016a). Verteilung der Asylbewerber. <http://www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Asylverfahren/Verteilung/verteilung-node.html> [Stand 10.02.2016].
- BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016b). Asylgeschäftsstatistik für den Dezember 2015. <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/201512-statistik-anlage-asyl-geschaeftsbericht.html> [Stand 10.02.2016].
- BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2015a). Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe: November 2015. http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/statistik-anlage-teil-4-aktuelle-zahlen-zu-asyl.pdf?__blob=publicationFile [Stand 8.12.2015].
- BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2015b). Asylgeschäftsstatistik für den November 2015. http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/201511-statistik-anlage-asyl-geschaeftsbericht.pdf?__blob=publicationFile [Stand 8.12.2015].
- BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2015c). Bundesamt verdoppelt Anzahl der Entscheidungen. 7.12.2015. <http://www.bamf.de/SharedDocs/Meldungen/DE/2015/20151207-asylgeschaeftsstatistik-november.html?nn=1367522> [Stand 8.12.2015].
- 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 [Stand 2.1.2016].
- 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].
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2015). Die Arbeitsintegration von Flüchtlingen in Deutschland. Humanität, Effektivität, Selbstbestimmung. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/28_Einwanderung_und_Vielfalt/Studie_IB_Die_Arbeitsintegration_von_Fluechtlingen_in_Deutschland_2015.pdf [Stand 27.11.2015].
- BMJV – Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (o. J.). Asylbewerberleistungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 20. Oktober 2015 (BGBl. I S. 1722) geändert worden ist. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/asylblg/gesamt.pdf> [Stand 2.1.2016].
- Bozorgmehr, K., und Razum, O. (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> [Stand 27.1.2016].

- Burmeister, A. (2016). Keine Gesundheitskarte für Flüchtlinge? Saarländischer Rundfunk Online 22.1.2016. http://www.sr.de/sr/home/nachrichten/politik_wirtschaft/Gesundheitskarte_Fluechtlinge_Saarland100.html [Stand 2.1.2016].
- Burmester, F. (2015). Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse. Public Health Forum. Band 23, Heft 2. 106–108.
- Burmester, F. (2014). Ausgangslage in Hamburg bis 2012 und Gründe für die Einrichtung der „Clearingstelle Gesundheitsversorgung Ausländer“. In: Gesundheitsversorgung Ausländer. Best Practice Beispiel aus Hamburg. 2014. 13.
- CDU-Fraktion im Landtag von Sachsen-Anhalt (2015a). Keine Gesundheitskarte für Flüchtlinge zum gegenwärtigen Zeitpunkt. Presseinformation vom 17.10.2015. <http://www.cdufraktion.de/2015/keine-gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge-zum-gegenwaertigen-zeitpunkt/> [Stand 28.1.2016].
- CDU-Fraktion im Landtag von Sachsen-Anhalt (2015b). Flüchtlingskrise – wie schaffen wir das? Presseinformation vom 11.11.2015. <http://www.cdufraktion.de/2015/fluechtlingskrise-wie-schaffen-wir-das-2/> [Stand 28.1.2016].
- Classen, G. (2013). Sozialleistungen für MigrantInnen nach SGB II, SGB XII und AsylbLG. http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Classen_SGB_II_XII_AsyblLG.pdf [Stand 27.11.2015].
- Cremer, H. (2015). Menschenrechtliche Verpflichtungen bei der Unterbringung und Versorgung von Flüchtlingen. Friedrich-Ebert-Stiftung. Berlin.
- 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 [Stand 28.1.2016].
- Deutscher Bundestag (2015) Drucksache 6860. Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Jan Korte, Sevim Dağdelen, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 18/6353 – Ergänzende Informationen zur Asylstatistik für das dritte Quartal 2015. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/068/1806860.pdf> [Stand 10.02.2016]
- Die Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport, Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz (2015). Gesundheitskarte für Flüchtlinge sollte bundesweit eingeführt werden. Pressemitteilung vom 21. September 2015. <http://www.senatspressestelle.bremen.de/sixcms/detail.php?id=149526> [Stand 29.11.2015].
- 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> [Stand 29.11.2015].
- Die Welt Online (2016). Städtetag kritisiert hohe Gesundheit für Gesundheitskarte. 21.1.2016. <http://www.welt.de/regionales/rheinland-pfalz-saarland/article151309148/Staedtetag-kritisiert-hohen-Kosten-fuer-Gesundheitskarte.html> [Stand 2.1.2016].
- Eichenhofer, E. (2013). Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge. Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik 5-6/2013, 33. Jahrgang. 169–175.
- Freie Hansestadt Bremen, Magistrat der Stadt Bremerhaven (2005). Vereinbarung zur Umsetzung der Leistungserbringung nach § 264 SGB V Abs. 1. <http://www.fluechtlingsinitiative-bremen.de/uploads/Vereinbarung%20Bremen-AOK%20C2%A7%20264%20Abs.%201%20SGB%20V.pdf> [Stand 30.1.2016].
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., und Neuner, F. (2006). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 35 (1). 12–20. http://www.asyl.net/fileadmin/user_upload/dokumente/6506.pdf [Stand 27.11.2015].
- GKV-Spitzenverband (2016) Asylbewerber / Flüchtlinge. https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/fluechtlinge_asylbewerber/fluechtlinge.jsp [Stand 10.02.2016]
- 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 [Stand 2.1.2016].
- Göbel, S. (2016). Gesundheitskarte für Flüchtlinge: Bedenken bei Kommunen. Ostthüringer Zeitung Online 27.1.2016. <http://www.otz.de/web/zgt/suche/detail/-/specific/Gesundheitskarte-fuer-Fluechtlinge-Bedenken-bei-Kommunen-200225668> [Stand 30.1.2016].
- Hessisches Ministerium für Finanzen (2015). Flüchtlingsunterbringung: Land erhöht Flüchtlingspauschalen für Kommunen um 45 Prozent. Pressemitteilung vom 1.12.2015. <https://fluechtlinge.hessen.de/pressemitteilungen/landerhoeht-fluechtlingspauschalen-fuer-kommunen-um-45-prozent> [Stand 26.1.2016].
- 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 [Stand 26.1.2016].
- Hielscher, J. (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> [Stand 26.1.2016].
- Jung, F. (2011). Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender. Gesundheitsamt Bremen. <http://www.gesundheitsamt.bremen.de/> [Stand 24.10.2015].
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2015). Merkblatt. Medizinische Versorgung von Asylbewerbern. <https://www.kvbw-admin.de/api/download.php?id=1963> [Stand 26.1.2016].

- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2014). Schnell-Info. Medizinische Versorgung von Asylbewerbern. Anschreiben der KVBW an alle Mitglieder vom 30.9.2014. <https://www.kvbw-admin.de/api/download.php?id=1962> [Stand 26.1.2016].
- Kassenärztliche Vereinigung Bremen (2015a): Versorgung von Flüchtlingen: So läuft die Abrechnung. 10.9.2015. <http://www.kvhb.de/versorgung-von-fl%C3%BChtlingen-das-bremer-modell-wird-ber%C3%BChmt> [Stand 2.1.2016].
- Kassenärztliche Vereinigung Bremen (2015b). Versorgung von Flüchtlingen in der Praxis: Hier sind die Fakten. 10.12.2015. <http://www.kvhb.de/versorgung-von-fl%C3%BChtlingen-der-praxis-hier-sind-die-fakten> [Stand 2.1.2016].
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015). KBV-Praxisinformationen. IT in der Praxis. <https://www.kvbw-admin.de/api/download.php?id=2290> [Stand 26.1.2016].
- Kötter, J., und Schliengensiepen, I. (2015). So steht's um die Gesundheitskarte für Flüchtlinge. Ärzte-Zeitung 13.10.2015. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/fluechtlinge/article/896098/blick-jedes-bundesland-stehts-gesundheitskarte-fluechtlinge.html?sh=7&h=-879019325 [Stand 27.11.2015].
- KVB – Kassenärztliche Vereinigung Bayern (2016). KVB-Merkblatt. Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) – Medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern in Bayern. <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Abrechnung/KVB-Merkblatt-Abrechnung-Medizinische-Versorgung-Asylbewerber-Fluechtlinge.pdf> [Stand 2.1.2016].
- KVB – Kassenärztliche Vereinigung Bayern (2015). KVB-Vorstand: Gesundheitskarte für alle Flüchtlinge ist keine Patentlösung. Presseinformation vom 24.9.2015. <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Presse/Presseinformation/2015/KVB-PI-150924-Gesundheitskarte-fuer-Fluechtlinge.pdf> [Stand 20.1.2016].
- MAGS – Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Mecklenburg-Vorpommern (2015). Ministerium bespricht mit Krankenkassen und Kommunen Gesundheitskarte. Pressemitteilung vom 6.11.2015. <http://www.regierung-mv.de/Landesregierung/sm/Aktuell?id=109178&processor=processor.sa.pressemitteilung> [Stand 26.1.2016].
- Mediendienst Integration (o.D.) Zahl der Flüchtlinge <http://mediendienst-integration.de/migration/flucht-asyl/zahl-der-fluechtlinge.html> [Stand 10.02.2016]
- 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 [Stand 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 [Stand 2.1.2016].
- MGEPA – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2015c). Rahmenvereinbarung mit Krankenkassen unterzeichnet – Entlastung für Kommunen. Pressemitteilung vom 28.8.2015. <http://www.mgepa.nrw.de/ministerium/presse/pressemitteilungsarchiv/pm2015/pm20150828b/index.php> [Stand 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 vom 9.10.2015. <https://land.nrw.de/pressemitteilung/ministerin-steffens-wichtiger-schritt-zur-gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge> [Stand 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 [Stand 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 [Stand 26.1.2016].
- Mihm, A. (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> [Stand 26.1.2016].
- Mitteldeutsche Zeitung Online (2015). Land plant Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge. 17.10.2015. <http://www.mz-web.de/mitteldeutschland/land-plant-einfuehrung-der-gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge,20641266,32184106.html#-plx855764456> [Stand 30.1.2016].
- MSAGD – Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie (2016). Verhandlungen zur Rahmenvereinbarung abgeschlossen. Pressemitteilung vom 20.1.2016. <https://msagd.rlp.de/de/service/presse/detail/news/detail/News/verhandlungen-zur-rahmenvereinbarung-abgeschlossen/> [Stand 30.1.2016].

- MSGWG – Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung Schleswig-Holstein (2015). Gesundheitsministerin Alheit: Gesundheitskarte für Flüchtlinge kommt – Entlastung für Flüchtlinge und Kommunen. Vereinbarung mit Krankenkassen unterzeichnet. Medieninformation vom 13.10.2015. <https://www.aeksh.de/dokument/zusatzinformationen/informations-schreiben-des-ministeriums-fuer-soziales-gesundheit-wissenschaft-und-gleichstellung-des-landes-sh> [Stand 26.1.2016].
- Müller, A., Mayer, M. M., und Bauer, N. (2014). Soziale Absicherung von Drittstaatsangehörigen in Deutschland. Studie der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN). Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/EMN/Nationale-Studien-WorkingPaper/emn-wp57-soziale-absicherung-drittstaatsangehoeriger.pdf?__blob=publicationFile [Stand 21.12.2015].
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2015). Gesundheitskarte für Flüchtlinge. Presseinformation vom 17.12.2015. <http://www.ms.niedersachsen.de/aktuelles/presseinformationen/gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge--139652.html> [Stand 30.1.2016].
- Özkan, I., und Vogel, J. (2014). Vernetzung in der Behandlung traumatisierter Flüchtlinge und Migranten in Niedersachsen – Nutzen des Göttinger Modells in der überregionalen Zusammenarbeit. In: Golsabahi-Broclawski, S. (Hrsg.) (2014). Transkulturelle Psychiatrie: Erfahrungen von Experten aus der EU. Münster. 109–120.
- Paczulla, V. (2016). Gesundheitskarte für Flüchtlinge in Thüringen ist ins Stocken geraten. Ostthüringer Zeitung Online 19.1.2016. <http://www.otz.de/web/zgt/politik/detail/-/specific/Gesundheitskarte-fuer-Fluechtlinge-in-Thueringen-ist-ins-Stocken-geraten-794269469> [Stand 30.1.2016].
- Presseportal (2015). Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen. Südwest-AOK für Rahmenvereinbarung mit dem Land. 21.10.2015. www.presseportal.de/pm/51195/3152997 [Stand 30.1.2016].
- Pro Asyl (2016). Asylbewerberzahlen 2015. Pressemitteilung vom 6.1.2016. http://www.proasyl.de/de/presse/detail/news/asylbewerberzahlen_2015/ [Stand 26.1.2016].
- rbb – Rundfunk Berlin-Brandenburg (2015a). Die Gesundheitskarte für Flüchtlinge kommt. Kritik von der Kassenärztlichen Vereinigung. <https://www.rbb-online.de/politik/thema/fluechtlinge/berlin/2015/12/senator-czaja-stellt-zusatzliche-aerzte-fuer-fluechtlinge-zur-verfuegung-gesundheitskarte.html> [Stand 26.1.2016].
- rbb – Rundfunk Berlin-Brandenburg (2015b). Elektronische Gesundheitskarte für Flüchtlinge ab April. Brandenburg beschließt Aufnahme-gesetz. <https://www.rbb-online.de/politik/thema/fluechtlinge/brandenburg/2015/11/brandenburgs-kabinett-beschliesst-neues-aufnahmegesetz.html> [Stand 26.1.2016].
- Rieger, A. (2016). Angst vor Kostenfalle Gesundheitskarte. Stuttgarter Nachrichten Online 20.10.2015. <http://www.stuttgarter-nachrichten.de/inhalt.fluechtlinge-angst-vor-kostenfalle-gesundheitskarte.2e4afb0e-0e36-4ee8-a67f-afb20d96fd65.html> [Stand 31.1.2016].
- Sächsische Staatskanzlei (2016). Asylbewerber und Flüchtlinge im Freistaat Sachsen. Fakten und Hintergrundinformationen. http://www.asylinfo.sachsen.de/download/asyl/Faktenpapier_Asylbewerber_und_Fluechtlinge_im_Freistaat_Sachsen.pdf [Stand 30.1.2016].
- Sander, B. (2015). Gesundheitskarte für Flüchtlinge kommt. SVZ.de 4.12.2015. <http://www.svz.de/regionales/mecklenburg-vorpommern/gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge-kommt-id12117091.html> [Stand 26.1.2016].
- Schnack, D., und Kötter, J. (2016). Streitpunkt Gesundheitskarte. Ärzte-Zeitung Online 25.1.2016. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/fluechtlinge/article/903418/fluechtlingsversorgung-streitpunkt-gesundheitskarte.html?sh=3&h=-1010300562 [Stand 26.1.2016].
- SenG – Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (2015). FAQ zur elektronischen Gesundheitskarte für Flüchtlinge in Berlin. <http://tinyurl.com/zdfc9b7> [Stand 2.1.2016].
- Shz.de (2015). Welche Behandlungen Asylbewerber in SH bekommen – und welche nicht. 13.10.2015. <http://www.shz.de/schleswig-holstein/politik/welche-behandlungen-asylbewerber-in-sh-bekommen-und-welche-nicht-id10949091.html> [Stand 26.1.2016].
- Staatskanzlei Brandenburg (2015). Neues Landesaufnahmegesetz soll Betreuung und medizinische Versorgung von Flüchtlingen verbessern. Pressemitteilung vom 24.11.2015. http://www.masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/176_15_Kab_Landesaufnahmegesetz_151124.pdf [Stand 26.1.2016].
- Staatsministerium Baden-Württemberg (2015). Gemeinsam die Herausforderung meistern. Presseinformation vom 23.9.2016. <https://stm.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/dreh-und-angelpunkt-ist-die-verfahrensdauer/> [Stand 2.1.2016].
- Städtetag Nordrhein-Westfalen (2015). Gute Einigung über Finanzierung von Flüchtlingskosten und Kindertagesstätten in NRW. Presseinformation vom 17.12.2015. <http://www.staedtetag-nrw.de/presse/mitteilungen/076421/drucken.html> [Stand 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 [Stand 2.1.2016].
- SVR – Sachverständigenrat deutscher Stiftung für Integration und Migration (2015). Fakten zur Asylpolitik. <http://www.svr-migration.de/publikationen/fakten-zur-asylpolitik/> [Stand 26.1.2016].
- UNHCR – United Nations High Commissioner for Refugees (2015). World at war. Global Trends – Forced Displacements 2014. www.unhcr.org/556725e69.html [Stand 27.1.2016].

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
Stefan Etgeton

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

Lektorat
Heike Herrberg, Bielefeld

Bildnachweis
Shutterstock / Image Point Fr

Gestaltung
Dietlind Ehlers, Bielefeld

Februar 2016

Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
Postfach 103
33311 Gütersloh

Stefan Etgeton
Senior Expert
Telefon: +49 30 319870-5016
Telefax: +49 5421 81-681314
stefan.etgeton@bertelsmann-stiftung.de

www.bertelsmann-stiftung.de