



**Innenausschuss (60.)
Integrationsausschuss (45.)**

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

21. April 2015

Düsseldorf – Haus des Landtags

14:00 Uhr bis 15:30 Uhr

Vorsitz: Daniel Sieveke (CDU) (IA)

Protokoll: Stefan Ernst

Verhandlungspunkt:

**Anonyme Krankenkarte einführen – Medizinische Versorgung für
Flüchtlinge in Nordrhein-Westfalen sicherstellen**

3

Antrag
der Fraktion der PIRATEN
Drucksache 16/6675

Öffentliche Anhörung von Sachverständigen

Der Ausschuss hört die in der Tabelle angegebenen
Sachverständigen an.

Innenausschuss (60.)

21.04.2015

Integrationsausschuss (45.)

Er

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Organisationen/Verbände	Sachverständige	Stellungnahmen
Stadt Münster	Beigeordneter für Recht, Soziales, Integration, Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Thomas Paal	16/2712
STAY! Düsseldorfer Flüchtlingsinitiative	Simone Froschauer	16/2715
AOK Bremen/Bremerhaven	Thorsten Schönherr	16/2716
Freie Hansestadt Bremen Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen	Holger Adamek	16/2691

Weitere Stellungnahme	
Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände	16/2725

Weitere Zuschrift	
Ärztammer Nordrhein	16/709

* * *

Anonyme Krankenkarte einführen – Medizinische Versorgung für Flüchtlinge in Nordrhein-Westfalen sicherstellen

Antrag
der Fraktion der PIRATEN
Drucksache 16/6675

Vorsitzender Daniel Sieveke (IA) eröffnet die Sitzung, begrüßt die Anwesenden auch im Namen des Vorsitzenden des Integrationsausschusses, Arif Ünal, beglückwünscht Marc Lürbke als Sprecher der FDP-Fraktion im Innenausschuss, gibt einige organisatorische Hinweise und weist auf den Übertragung der Sitzung im Livevideostream hin.

Thomas Paal (Stadt Münster): Herr Sieveke, Herr Ünal, meine Damen und Herren, recht herzlichen Dank für die Möglichkeit, im Rahmen der Anhörung zum Antrag der Piratenfraktion Stellung zu nehmen. Die Zeit von zwei bis drei Minuten ist extrem knapp, deshalb werden ich nur einige wenige Sätze machen.

Die Einführung bzw. die Ermöglichung des Bremer Modells für die Kommunen in Nordrhein-Westfalen – ich kann es natürlich nur für die Stadt Münster definitiv sagen – wäre eine Bereicherung und ein guter Weg, die Krankenversorgung von Asylbewerberinnen, Asylbewerbern und Flüchtlingen zu erleichtern und sie faktisch auch zu verbessern, weil Schwellenängste durch Beantragungen vermieden werden, weil die Gleichbehandlung dieser Menschen in den Wartezimmern der Arztpraxen garantiert ist und weil insgesamt ein Verfahren fernab der Ämter durch Fachleute bei den gesetzlichen Krankenkassen ermöglicht wird.

Daher aus unserer Sicht die Bitte, alles zu tun, um eine Möglichkeit zu schaffen, insbesondere für die Stadt Münster das sogenannte Bremer Modell mit der Krankenkassenkarte für Asylbewerberinnen und Asylbewerber sowie Flüchtlinge einführen zu können.

Zum Thema „anonymer Krankenschein und anonyme Krankenversicherungskarte“ habe ich in der Stellungnahme deutlich gemacht, dass ich eine Fondslösung auf Landesebene bevorzuge. Ich habe letztlich verbliebene Restzweifel, ob wir uns mit einem Krankenschein oder einer Krankenkarte in diesem Bereich auf einem rechtlich sicheren Boden bewegen.

Die Strafbarkeitsgrenzen im Beihilfebereich – das zeigt auch der Antrag am Ende deutlich – sind relativ schnell überschritten. Für die Gewährleistung medizinischer Versorgung ist dies durch die Verwaltungsvorschriften auf Bundesebene zwar ausgeschlossen, aber das sind nur Verwaltungsvorschriften, und das ist keine höchstgerichtliche Entscheidung. Alles, was über die direkte medizinische Leistung hinausgeht – möglicherweise könnte eine Krankenversicherungskarte durchaus schon dazugehören –, könnte die Beteiligten zumindest in den Randbereich von Beihilfehandlungen bringen. Sicher bin ich mir da nicht, aber es ist ein gewisses Risiko. Ich halte

es nicht für gut, die Beteiligten, die dort sehr engagiert arbeiten, auch noch dem Strafverfolgungsrisiko auszusetzen. Daher spreche ich mich auch für die von der Landesgesundheitskonferenz bevorzugte Fondslösung aus.

Abschließend nur noch die Bitte, die ich auch in meiner Stellungnahme am Ende geäußert haben, auf Bundesebene darauf hinzuwirken, dass eventuelle Widersprüche im Bereich der Datenübermittlung im Kontext „verlängerter Geheimnisschutz“ möglichst geglättet werden, damit dort nicht möglicherweise aus Unkenntnis oder aus Falschinterpretation dann doch Daten über die Krankenleistung übermittelt werden, die eigentlich nicht zu übermitteln sind.

Simone Froschauer (STAY! Düsseldorfer Flüchtlingsinitiative): Unser Konzept kennen Sie ja. Ich möchte verdeutlichen, in welcher Lage sich die Flüchtlinge befinden, die zu uns in die Sprechstunde kommen, und wie schwierig die Situation für uns manchmal ist: in NRW, aber auch bundesweit. Denn es gibt eine unglaubliche Unterversorgung, da wir das meiste in ehrenamtlicher Arbeit machen. Wir stellen auf ehrenamtlicher Basis eine medizinische Grundversorgung auf, wie wir es irgendwie hinbekommen können, und haben Menschen, die wirklich kein Recht auf irgendetwas haben, als Klienten. Das sind Menschen, die ganz konkret Angst davor haben, zum Arzt zu gehen, weil sie eine Abschiebung befürchten. Es sind ganz oft schwangere Frauen, die oft von deutschen Vätern Kinder bekommen und dann natürlich beim Vater des Kindes bleiben wollen, die aber selbst noch keinen legalen Aufenthaltsstatus haben. Sie haben durchaus manchmal Legalisierungsmöglichkeiten. Diejenigen, die erst im achten oder neunten Monat zu uns kommen, die mit starken Schmerzen zu uns kommen, die Angst haben, ihre Kinder zu verlieren, haben lange gebraucht, bis sie den Schritt gewagt haben, in eine Arztpraxis zu gehen.

Wir sind nur auf Netzwerke, auf ehrenamtliche Arbeit und das Engagement der Leute angewiesen, um ihnen zu helfen. Die Situation der Menschen können wir mit einer anonymen Gesundheitskarte bzw. einem anonymen Krankenschein nicht direkt ändern, wir können ihnen aber zumindest ihr Menschenrecht auf Gesundheitsversorgung ermöglichen. Dieses Menschenrecht steht in der UN-Charta – das steht im Grundgesetz –, dass alle Menschen in Deutschland ein Recht auf medizinische Grundversorgung haben. Diesen Menschen ist es aufgrund einer solch existenziellen Angst, abgeschoben zu werden, verwehrt. Bei uns sind Leute, die nicht zum Arzt gehen, obwohl sie beide Füße gebrochen haben, weil die Abschiebung schlimmer wäre. Auch diese Menschen müssen einen Zugang bekommen.

Ein ganz großes Problem sind natürlich dabei die Übermittlungspflichten, die sich mit der Verwaltungsvorschrift in die richtige Richtung entwickelt haben. Darauf müssen wir ein ganz großes Augenmerk legen und darauf, wie Lösungen aussehen müssen. Deshalb plädieren wir für den anonymen Krankenschein, sodass Leute auf relativ unkomplizierter und sehr sicherer Ebene mit vertrauenswürdigen Leuten an vertrauenswürdigen Orten, was städtische Einrichtungen und Ämter per se nicht sind, weil sie mit Ausländerbehörden und Polizei assoziiert werden, zusammentreffen können. Solche Projekte sollten landesweit gestartet werden. Wir werden das jetzt hier in

Innenausschuss (60.)

21.04.2015

Integrationsausschuss (45.)

Er

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Düsseldorf machen, werden dann aber das Problem haben, was wir machen, wenn Leute aus Solingen oder dem Sauerland kommen. Es kommen wirklich Leute aus dem Sauerland angereist, weil sie einen Zahnarzttermin brauchen und weil sie ihn im Sauerland nicht bekommen.

Da gibt es nur vier Medi-Netze in NRW und die Malteser Migrantenmedizin in Köln, die das gerade irgendwie versuchen zu leisten. Das tun sie schon seit längerer Zeit und immer professioneller, aber auf einer ehrenamtlichen Basis. Das ändert sich in Düsseldorf gerade, Gott sei Dank, aber auch da muss eine landesweite oder bundesweite Lösung her.

Thorsten Schönherr (AOK Bremen/Bremerhaven): Auch von mir noch einmal vielen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, heutige das Bremer Modell vorzustellen. Als AOK Bremen/Bremerhaven haben wir seit über zehn Jahren Erfahrung mit dem Bremer Modell, sodass ich Ihnen sicherlich auch die eine oder andere Frage zur Praxis beantworten kann.

Durch die Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes Ende letzten Jahres sind wir derzeit dabei, ein Stück weit zu überprüfen: Ist das, was sie bislang für 48 Monate sichergestellt haben, auch innerhalb von 15 Monaten so sicherzustellen? Wir schauen, wie wir Anpassungen vornehmen können, aktuell insbesondere im Bereich der elektronischen Gesundheitskarte. Grundsätzlich sind wir auch weiterhin bereit, das auch anderen Kommunen anzubieten. Wir befinden uns da aber auch immer in enger Abstimmung mit unseren anderen AOKen, die wir aufgefordert haben, sodass sie nicht alleine loslaufen, sondern das in enger Abstimmung machen. Wie mir zugetragen wurde, sind erste Gespräche bereits geführt worden. Ich kann heute meinen Beitrag leisten, indem ich ein bisschen zur Praxis erzähle, wie wir tatsächlich zur Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte kommen.

Holger Adamek (Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen, Bremen): Meine Damen und Herren, ich bedanke mich auch bei Ihnen für die Einladung zur heutigen Anhörung. Wenn ich aktuell über die Bremer Gesundheitskarte für Asylsuchende spreche, dann eigentlich immer mit der Einleitung: Ein erfolgreiches Modell hat Geburtstag; es wird zehn Jahre alt. Nachdem bereits im Jahr 2004 die Krankenbehandlung der Leistungsberechtigten der Sozialhilfe von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen worden ist, wurde bei uns in Bremen die sozialpolitische Entscheidung getroffen, dass auch die Leistungsberechtigten nach § 3 Asylbewerberleistungsgesetz möglichst von einer Krankenkasse betreut werden sollen.

Wir haben seinerzeit alle Krankenkassen angeschrieben und ein Interessenbekundungsverfahren durchgeführt. Allerdings hat sich als Partner nur die AOK zur Verfügung gestellt, und sie konnte 2005 mit der AOK Bremen/Bremerhaven einen Vertrag schließen, den Sie kennen und den ich Ihnen zur Verfügung gestellt habe.

Wir hatten dabei insgesamt drei Ziele. Zum einen hatten wir das Ziel der Reduzierung des Verwaltungsaufwandes in den Sozialämtern und bei den örtlichen Gesundheitsämtern. Wir wollten die Kompetenz der Krankenkassen, speziell der AOK Bre-

men/Bremerhaven, nutzen. Und wir hatten das sozialpolitische Ziel, das eigentlich an erster Stelle stehen müsste, einer Vermeidung der Stigmatisierung der Asylantragsteller und -antragstellerinnen. Bremen war von Anfang an klar, dass wir die leistungsrechtlichen Einschränkungen der §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz zu beachten haben. Dennoch haben wir beschlossen, dass die Asylbewerber in aller Regel den Leistungsanspruch haben, den auch die GKV-Versicherten haben. Einige Leistungen haben wir allerdings von einer Bewilligung ausgeschlossen. Beispielsweise sind das die DMP-Modelle, die strukturierten Behandlungsmodelle. Bei einigen anderen Leistungen gibt es einen Entscheidungsvorbehalt, zum Beispiel bei Psychotherapien und bei der Zahnbehandlung, also beim Zahnersatz.

Die Leistungen werden uns von der AOK sehr differenziert abgerechnet, das heißt also, wir können genau erkennen, welche Leistungen für welche Leistungsarten in Anspruch genommen werden können. Wir können sie auch den entsprechenden Personen, sofern notwendig, zuordnen. Wir führen ein jährliches Controlling mit der AOK Bremen/Bremerhaven durch. Wir beobachten Abweichungen und Entwicklungen der Kosten. Wir können aber feststellen, dass die Ausgaben für Asylantragsteller nach § 3, die Krankenbehandlungskosten, in den letzten Jahren recht stabil waren bzw. teilweise sogar zurückgegangen sind.

Immer wieder thematisiert wird ein möglicher Leistungsmissbrauch. Wir konnten in den vergangenen zehn Jahren keinen Leistungsmissbrauch mit System feststellen. Wir können nicht sagen: Hier wurde in größerem Umfang ein Leistungsanspruch durchgeführt. Wir sagen auch, dass Leistungsmissbrauch mit dem klassischen Krankenschein möglich ist. Der Leistungsmissbrauch ist jetzt dadurch weiter eingeschränkt worden, dass die Gesundheitskarten auch für den Personenkreis der Asylantragsteller mit einem Lichtbild versehen sind und dass die Krankenkassen, die AOK, wenn auch mit einem gewissen Zeitversatz in der Lage ist, eine Krankenversicherungskarte sperren zu lassen, wenn es Anlass für einen Leistungsmissbrauch gibt.

Wenn ich das Modell zusammenfassen, sage ich: Das Modell hat sich bewährt. Es ist schon alternativlos und steht in keiner Form zur Diskussion – weder in der Regierung noch in den Regierungsfractionen noch in der Opposition.

Wir sagen aber: Sozialpolitisches Ziel muss eine vollständige Angleichung an das Leistungsniveau der GKV sein. Dieses Ziel kann nach unserer Auffassung dadurch erreicht werden, dass der Bundesgesetzgeber § 264 Abs. 2 SGB V entsprechend ändert und den Personenkreis der Asylantragsteller vollständig aufnimmt und dass die Einschränkungen des § 4 Asylbewerberleistungsgesetz aufgehoben werden. Das zum Bremer Modell.

Einen anonymen Krankenschein haben wir in Bremen in der Form nicht. Wir haben allerdings eine Clearingstelle und eine humanitäre Sprechstunde für den Personenkreis der Papierlosen, wo eine niedrigschwellige Beratung und eine niedrigschwellige Behandlung durch Ärzte des Gesundheitsamtes vorgenommen werden. Auch dazu kann ich gerne noch berichten.

Vorsitzender Daniel Sieveke (IA): Das waren die Eingangsstatements. Wortmeldungen der Abgeordneten liegen mir bereits vor.

Frank Herrmann (PIRATEN): Vielen Dank an die Sachverständigen für die schriftlichen Stellungnahmen, dafür, dass Sie aus Bremen den Weg hierhin gefunden haben, aber natürlich auch an Sie, Herr Paal aus Münster.

Ich mache direkt mit dem Bremer Modell weiter. Herr Adamek, Sie haben viele Punkte gerade auch schon in Ihrem Statement genannt, auch die Einsichten aus der Praxis, die hier auch sehr wichtig sind. Eine Frage ist natürlich: Warum konnten Sie in Bremen vor zehn Jahren schon diesen Weg gehen? Und warum glauben Sie, dass die anderen Länder so lange gezögert haben? Denn Sie haben, was die zehn Jahre angeht, auf jeden Fall ein Alleinstellungsmerkmal. Es bewegt sich zwar im Moment in vielen Ländern etwas, etwa in Niedersachsen. Auch hier in Nordrhein-Westfalen gibt es ja Kontakte. Sie werden sehr häufig zu Anhörungen eingeladen. Was ist das Besondere bei Ihnen gewesen? Wie sehen Sie die Rolle der Landesregierung in einem Flächenland? Die hören wir schon immer seit langer Zeit, dass es in einem Flächenland besonders problematisch ist, dieses Modell einzuführen. Das würde nur in Stadtstaaten funktionieren. Was kann die Landesregierung hier bewegen?

Herr Paal schreibt in seiner Stellungnahme – ich hoffe, Sie haben sie sich auch kurz angeschaut –, dass gerade Kommunen, die bislang eine besonders restriktive Handhabung praktizieren, die größten positive Effekte mit Ihrem Modell erzielen dürften. Das ist ein starker Werbeslogan für die Einführung der Krankenkasse. Würden Sie sich dieser Aussage anschließen?

Dann habe ich eine Frage an Herrn Schönherr – Herr Adamek, Herr Paal, wenn Sie da aufmerksam sind, können Sie vielleicht auch etwas dazu sagen –: Aus der Stellungnahme der kommunalen Spitzenverbände geht hervor, dass sich das Bremer Modell nicht ohne Weiteres auf NRW übertragen ließe. Was sind die Probleme, die Sie sehen, und wie würden Sie sie lösen? Wir wissen natürlich, dass die AOKen jeweils eigenständig sind, aber vielleicht gibt es Kontakte. Speziell in Nordrhein-Westfalen würde uns natürlich interessieren, inwieweit da Erfahrungen weitergetragen worden sind.

Die kommunalen Spitzenverbände merkten noch an, dass die wirtschaftliche Tragfähigkeit fraglich sei. Auch der genaue Leistungsumfang müsse geklärt werden. Das hat vielleicht etwas mit der Menge der Karten zu tun, die für Flüchtlinge in einem Flächenland infrage käme.

Dann habe ich einen Punkt zur anonymen Krankenkarte. Zunächst einmal möchte ich der Ärztekammer Nordrhein danken, die eine schriftliche Stellungnahme reingegen hat und an der Stelle ausdrücklich begrüßt, dass man sich mit dem Thema der Krankenversorgung für Menschen mit ungeklärtem Versicherungsschutz beschäftigt. Herr Paal, Sie hatten eben schon ausgeführt, Sie bevorzugten ein System mit Clearingstelle und einer Fondslösung. Wir sind da nicht so stark festgelegt beim „Wie“, sondern mehr beim „Dass“. Sie schreiben allerdings in Ihrer Stellungnahme, dass Sie

Innenausschuss (60.)

21.04.2015

Integrationsausschuss (45.)

Er

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

über eine Fondslösung auch Drittmittel bzw. Spenden generieren konnten. Ist es denn nicht Aufgabe des Staates, für die medizinische Versorgung zu sorgen? Ich weiß nicht, welchen Hintergrund dieser Punkt hat. Das würde mich interessieren.

Frau Froschauer, eine Frage zu den Problemen bei der Umsetzung des anonymen Krankenscheins: Was wäre Ihrer Meinung nach der entscheidende Faktor für den Erfolg?

Simone Brand (PIRATEN): Ich habe erst einmal konkrete Fragen an Frau Froschauer. Sie hatten eingangs schon ein bisschen aus Ihrem Alltag geschildert: welche Menschen zu Ihnen kommen, welche Ängste da mitschwingen, welche Probleme diese Menschen haben. Das hätte ich sonst als Erstes gefragt.

Wir haben in Düsseldorf bereits einen Dreimonatfonds. Was hat sich mit der Einführung dieses Fonds für die Menschen verändert, und wie hat sich Ihre Arbeit dadurch verändert?

Zum angesprochenen Clearing- und Abrechnungsstellenkonzept: Was sind denn die Vorteile dieses Konzeptes? Gibt es noch andere Konzepte?

Bezüglich der Öffentlichkeitsarbeit schreiben Sie, dass eine begleitende Öffentlichkeitsarbeit zum Beispiel für die Aufklärung der Ärzte notwendig sein wird. Inwiefern werden Sie dahingehend von der Stadt unterstützt? Wird dort bzw. in Zusammenarbeit mit Ihnen Informationsmaterial erarbeitet oder vorbereitet?

Monika Düker (GRÜNE): Danke auch von meiner Seite für die Eingangsstatements. Herr Vorsitzender, ich muss eine kleine Vorbemerkung machen, bevor ich zu meinen Fragen komme, bevor Sie mir sagen, dass wir nur Fragen stellen dürfen. Wenn ich das nicht täte, verstünde man die Frage nicht.

Vorsitzender Daniel Sieveke (IA): Es ist immer schlecht, wenn man die Frage noch erklären muss, damit man die Frage versteht. Aber versuchen Sie es mal.

Monika Düker (GRÜNE): Ich weiß, dass ich jetzt ein bisschen die Spielregeln verlasse. Die Vorbemerkung ist – das sage ich zur Einordnung –, dass wir bei der Gesundheitskarte vier Stufen haben. Meine Frage betrifft die letzte Stufe. Deswegen will ich dies voranstellen. Die beste Lösung wäre – die oberste Stufe –: Die Flüchtlinge wären einfach in der GKV, Punkt, und Herr Schäuble würde seine Schatulle aufmachen und der GKV einen entsprechenden Zuschuss geben. Ich weiß gar nicht, ob einem der Sachverständigen eine Schätzung vorliegt, wie hoch das bundesweit wäre. Ich glaube: So viel ist das gar nicht. – Das will aber die Bundesregierung nicht. Das wäre aus meiner Sicht jedoch die beste Lösung.

Darunter gibt es eine Öffnungsklausel im SGB V, die im Bundesrat besprochen, aber leider noch nicht umgesetzt wurde. Da macht der Bund einen Rahmenvertrag mit den Kassen. Diesen Rahmenvertrag können die Kommunen nutzen. Dann müssen die Kassen handeln, und die Freiwilligkeit wäre nicht mehr da.

Auf der zweiten Ebene macht das Land einen Rahmenvertrag auf freiwilliger Basis, wenn wir diese Verpflichtung im SGB V nicht hätten.

Auf der untersten Ebene legen die Kommunen wie Münster eigenständig los und machen auf freiwilliger Basis so einen Vertrag.

Deswegen kommt jetzt meine Frage dazu: Die Regelung über die Freiwilligkeit – – Herr Paal, Sie haben das mit der AOK hinbekommen, aber noch nicht unterschrieben. Es gibt jetzt noch keine fertige Vereinbarung. Woran liegt das aus Ihrer Sicht? Und woran liegt es aus Ihrer Sicht, dass der Kreis der AOKen so überschaubar ist? Eigentlich sind es nur etwa zwei AOKen, die das überhaupt machen wollen. Also: Warum machen das weniger Krankenkassen, weil wir bislang nur diese freiwillige Ebene haben? Denn wir haben bislang noch nicht die Pflichtebene. Das wollen wir hinbekommen. Deswegen richtet sich die Frage nach dem Warum auch an Herrn Schönherr: Warum ist das nach Ihrer Meinung so dünn?

Dann kommt die große Krux bei den vertraglichen Vereinbarungen, die in Bremen und Münster verhandelt werden, nämlich der Leistungsumfang. Es ist auch eine vertragliche Angelegenheit, welchen Leistungsumfang die Flüchtlinge haben. Denn Sie setzen ja nicht das AsylbLG außer Kraft, in dem die Notversorgung noch steht. Deswegen wäre auch hier die Frage: Welche Einschränkungen gibt es denn in beiden Städten gegenüber einem Normalversicherten? Denn da gibt es Leistungseinschränkungen. Die Leistungseinschränkungen – das weiß ich – umfassen immer wieder auch die Psychotherapien, die umstritten sind: Fallen sie rein oder nicht?

Ich habe auch eine Frage zu den Psychotherapien, weil uns einer Zuschrift erreichte, die etwas besorgniserregend war – das ist auch eine Frage an den Vertreter der Krankenkassen –, dass nämlich die Krankenkassen nicht mit den psychosozialen Zentren abrechnen. Ist das richtig? Berichtet wird von abgebrochenen Therapien, weil die Krankenkasse eines Flüchtlings, der jetzt eine Krankenkassenkarte hat, nicht mit einem PSZ abrechnet, sondern nur mit den Ärzten. Zum Zweiten bezahlt sie nicht mehr, wenn sie in ärztlicher Versorgung sind, die Dolmetscherkosten. Gibt es beim Leistungsumfang letztlich wesentliche Einschränkungen für die Flüchtlinge, die dann vielleicht eine schöne Karte, aber einen sehr eingeschränkten Leistungsumfang haben? Wenn Sie zur Aufklärung beitragen würden, fände ich es hilfreich.

Theo Kruse (CDU): Unter der Vorbemerkung, dass mit einem anonymen Krankenschein der illegale Aufenthalt im Bereich der Gesundheitsvorsorge indirekt legalisiert wird, hätte ich zunächst eine Frage an alle Sachverständigen: Sehen Sie abgesehen von den Möglichkeiten, die im Piratenantrag aufgeführt werden, andere Wege, um Asylbewerbern einen möglichst unbürokratischen Zugang zu ermöglichen?

Frage an die Vertreter aus Bremen – Herr Herrmann hat das schon indirekt angesprochen –: Sehen Sie die Möglichkeit, dass die Lösung für Bremen auf das Flächenland Nordrhein-Westfalen übertragbar ist?

Herr Adamek, Sie führen ja zumindest auf Seite 2 Ihrer schriftlichen Stellungnahme aus, dass ein Leistungsmissbrauch nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann. Sie

Innenausschuss (60.)

21.04.2015

Integrationsausschuss (45.)

Er

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

hatten ausgeführt, dass Sie mit dem Lichtbild jetzt schon eine Einschränkung vor Augen haben. Ist es richtig, dass tatsächlich bisher im Land Bremen keine solchen Missbrauchsfälle aufgetreten sind?

Noch einmal an die Vertreter aus Bremen: Warum hat sich aus Ihrer Sicht bisher nur die AOK zum Mitmachen bereit erklärt? Es gibt ja noch andere.

Marc Lürbke (FDP): Vielen Dank für die Sachverständigen für ihre Stellungnahmen in Wort und Schrift. – Unsere Aufgabe muss ohne Frage sein, die medizinische Versorgung von Flüchtlingen entsprechend praktikabel sicherzustellen. Aber der Teufel steckt ab und zu im Detail, deswegen stelle ich nur drei kurze Nachfragen.

Der Vertreter der kommunalen Spitzenverbände weist in der Stellungnahme darauf hin, dass die Möglichkeit der Weitergabe der anonymen Krankenkarte besteht. Da stellt sich mir die Frage, wie man dem praktisch begegnet. Wie könnte man das verhindern? Welche negativen Auswirkungen sind dadurch eigentlich zu befürchten?

Meine zweite Frage zielte vor allen Dingen auf die juristischen Bedingungen: Herr Paal, Sie schreiben, dass eine lokale Einführung der Krankenkarte derzeit nicht möglich sei, wenn ich es richtig verstanden habe. Deshalb die Frage – sie geht an alle –: Wie beurteilen Sie eigentlich die faktische Rechtslage? Sind eine einheitliche Landeslösung, ein Rahmenvertrag, dem die Kommunen dann beitreten können, vollständige oder lokale Vereinbarungen derzeit eigentlich rechtlich möglich?

Letzte Frage: Können Sie vielleicht noch einmal genauer ausführen, welche Gesetzesänderungen auch auf Bundesebene notwendig wären, um die Krankenversorgung von Menschen ohne Papiere zu ermöglichen? Herr Paal hat eben schon auf das Problem der Datenübermittlung abgezielt. Wenn Sie das noch einmal konkreter ausführen können, wäre ich Ihnen sehr dankbar.

Serap Güler (CDU): Ich würde gerne an die Frage von Frau Düker an den Vertreter aus Bremen anschließen. Sie sagten gerade, dass DMP-Modelle nicht gedeckt würden. Dazu gehören auch chronische Erkrankungen. Wir wissen, dass diese bei Flüchtlingen sehr oft vorkommen. Wie regeln Sie diese dann, was die Abrechnung betrifft?

Thomas Stotko (SPD): Auch im Namen der SPD-Fraktion schönen Dank an die Sachverständigen für die teilweise weite oder auch kurze Anreise und insbesondere für die Stellungnahmen, die Sie abgegeben haben. Wir haben noch einige kleine Nachfragen.

Ich finde es wichtig – das ist vorhin etwas durcheinander gegangen –, dass wir über zwei getrennte Themen sprechen, nämlich einerseits über die Asylbewerber und andererseits über die anonyme Krankenkarte. Bei den Asylbewerbern sind hier viele zumindest einer Meinung, dass sie in den Bezugskreis des SGB gehören. So findet es sich teilweise auch in den Stellungnahmen. Solange das im Bund offensichtlich

nicht mehrheitsfähig ist, werden wir dafür kämpfen müssen. Das ist, glaube ich, nicht der Punkt.

Mir geht es aber darum: Herr Paal, ich weiß nicht, ob Ihnen die Stellungnahme der kommunalen Spitzenverbände bekannt ist. Sie kommen aus einer Kommune, wo anonym behandelt wird. Und die kommunalen Spitzenverbände sagen: auf keinen Fall! – Denn Sie haben doch zusammen mit der Malteser Migrantenmedizin und der Bischof-Hermann-Stiftung dieses System. Sie sind Mitarbeiter einer Stadt. Die kommunalen Spitzenverbände sagen: Das wollen wir Kommunen nicht, weil wir den illegalen Aufenthalt nicht noch fördern wollen. Wir sind für Meldepflichten. – Das sage ich immer relativ platt. Ist Münster jetzt damit allein, weshalb sich die kommunalen Spitzenverbände so deutlich positioniert haben, oder woran liegt das? Vielleicht können Sie diesen Wertungswiderspruch aufklären.

Mich interessiert insbesondere von den beiden Vertretern aus Bremen etwas, das ich zumindest in der Stellungnahme nicht habe lesen können. Ich weiß, dass Sie schon gern in den letzten zehn Jahren herumgereicht wurden, um das vorzustellen. Haben Sie einen aktuellen Stand, wie die anderen Länder derzeit damit umgehen? Ich meine, in der Stellungnahme gelesen zu haben, dass darüber diskutiert werde. Aber zwischen „darüber wird diskutiert“ und „es kommt auf eine Zielgerade“ liegen noch weite Wege. Das passt zu der Nachfrage, die bereits gestellt wurde, warum sich im Endeffekt lediglich die AOK beteiligt und warum teilweise Verhandlungen vor Ort, die Kommunen führen, auch daran scheitern, dass auch die AOK und andere eine landesweite Regelung einfordern. Mich interessiert, welche Erfahrungen Sie aus den AOK-Verbänden vor Ort haben.

Jutta Velte (GRÜNE): Vielen Dank auch von meiner Seite für Ihre Stellungnahmen. – Ich habe nur eine Frage über das hinaus. Die Stellungnahme der kommunalen Spitzenverbände wirft die Frage auf, wie wirtschaftlich solche Modelle der Krankenkarte wären. Da wir Praktiker hier vor Ort haben, richte ich diese Frage an den Vertreter der Stadt Münster, Herrn Paal, der das sicher schon im Rahmen der Verhandlungen vorausberechnet hat, und auch an die Herren Schönherr und Adamek. Denn es ist nicht unwichtig, wenn die kommunalen Spitzenverbände sagen: Die Wirtschaftlichkeit ist nicht gegeben usw. Angesichts des Verwaltungsaufwands, den die derzeitige Praxis macht, könnte das wahrscheinlich ein zu entkräftendes Argument sein.

Vorsitzender Daniel Sieveke (IA): Ihr Gesichtsausdruck, Herr Paal, macht deutlich, dass Sie gern die Fragen beantworten möchten. Sie brennen sogar darauf. Dann wollen wir das Feuer schnell entfachen. Sie haben das Wort.

Thomas Paal (Stadt Münster): Ich hoffe, dass ich den Überblick darüber behalte, was ich zu beantworten habe. Ich beginne bei der Frage der in der Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände erwähnten Probleme der Übertragbarkeit auf ein Flächenland wie NRW. Das kann sicherlich so sein. Ich habe

Innenausschuss (60.)

21.04.2015

Integrationsausschuss (45.)

Er

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

das nicht bis ins Letzte durchdacht, weil ich mir nicht den Kopf für die Kreise und den kreisangehörigen Raum zerbrochen habe. Für eine Stadt ist das gar kein Thema. Die Übertragbarkeit auf eine Stadt ist, genauso wie es in Bremen und Hamburg läuft, eine relativ einfache Regelung. Ich kann mir allerdings vorstellen, dass es mit den unterschiedlichen Zuständigkeiten im kreisangehörigen Bereich möglicherweise etwas schwieriger ist. Das weiß ich nicht. Ich habe tatsächlich nicht darüber nachgedacht. Eine Übertragbarkeit auf Nordrhein-Westfalen mit Blick auf die kreisfreien Städte ist nach meinem Dafürhalten unproblematisch.

Ich will gleich zur Stufenfrage kommen. Mir wäre die oberste Stufe natürlich auch die liebste bei der gesetzlichen Versorgung von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern sowie von Flüchtlingen. Wir haben mit der AOK Bremen/Bremerhaven über die Übertragbarkeit bzw. die Vereinbarung mit der Stadt Münster gesprochen. Ich war eigentlich auch ganz zuversichtlich, dass wir da zu einem Ende kommen. Das sind wir aber eben nicht. Denn die AOK Nordwest hat gesagt: Das ist auch ein Thema für uns. Wir wollen das Nordrhein-Westfalen mit den in Nordrhein-Westfalen ansässigen Krankenkassen lösen und nicht unbedingt ein Durcheinander von Krankenkassenzuständigkeiten in Nordrhein-Westfalen haben. – So habe ich das verstanden. Deswegen können wir letztlich mit den Verhandlungen mit der AOK Bremen/Bremerhaven nicht vorankommen, und eine örtliche individuelle Lösung für die Stadt Münster scheidet aus.

Wir warten daher darauf, dass es zu einer Lösung auf einer anderen Ebene kommt. Ob das eine Lösung auf Landes- oder Bundesebene ist, ist mir persönlich völlig egal; ich möchte Sie jedoch zeitnah. Denn sowohl für die Verwaltungen, in denen sich derzeit immer mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Fragen der Gesundheitsversorgung beschäftigen müssen, wäre es eine Erleichterung, wenn diese fachfremde Aufgabe nicht mehr in Kommunalverwaltungen, sondern in Krankenkassen stattfindet, wo auch Fachkompetenz vorhanden ist. Zum anderen wäre es auch für die Arztpraxen sowie für die Betroffenen selbst aus meiner Sicht deutlich günstiger, wenn wir eine Kartenlösung einführen können. Deswegen bin ich daran interessiert, dass wir zügig weiterkommen.

Wo spart man? In meiner Stellungnahme steht: Die Strikten sparen am meisten. – Na klar, sie haben auch bisher damit die meiste Arbeit zu prüfen, abzulehnen, abzuwägen und zu genehmigen. Das Kontrollverfahren fällt natürlich weg. Das heißt, die, die sich am meisten und am intensivsten mit der Frage beschäftigen, ob ein Schmerz vorliegt oder nicht, müssen das künftig nicht mehr machen. Sie können das letztlich von anderer Stelle entscheiden lassen. Und die sparen am meisten. Wir gehen davon aus, dass es, auch nach den Erfahrungen, die aus Bremen, Bremerhaven und Hamburg dokumentiert sind, auf jeden Fall nicht zu Mehraufwendungen kommt. Wir haben – das habe ich in der schriftlichen Stellungnahme ausgeführt – in Münster ein System, das nicht bei jeder Krankenbehandlung den Gang zum Amt erfordert, sondern wir geben die Krankenbehandlungsscheine vierteljährlich heraus. Das heißt: Wir geben den Menschen, die möglicherweise eine Erkrankung bekommen, im Vorhinein bereits den Schein. Sie müssen nicht erst zum Amt kommen und erklären, dass ihnen etwas wehtut, sondern sie gehen dann mit dem Schein zum Arzt. Dieses Ver-

fahren kommt demjenigen der Krankenkassenkarte relativ nahe. Es ist eben nicht die bessere Lösung, aber sie ist schon näher dran. Deswegen glaube ich nicht, dass wir in Münster in irgendeiner Art und Weise eine Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen haben werden, die über das jetzige Maß hinausgeht.

In der Stellungnahme habe ich auch etwa den Prozentwert des Anteils der Gesundheitsleistungen für diese Menschen ins Verhältnis zu den Gesamtleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz gesetzt. Sie stehen weder außer Verhältnis zu denjenigen anderer Kommunen noch außer Verhältnis zum Landesschnitt. Das ist für mich ein deutliches Indiz dafür, dass dieses Vierteljahreskrankenscheinsystem, das wir praktizieren, obwohl es nicht auf eine strikte Kontrolle durch die Verwaltung ausgerichtet ist, keine höhere oder deutlich höhere Inanspruchnahme von Leistungen im medizinischen Bereich nach sich zieht. Das sage ich vor dem Hintergrund, dass wir in Münster wegen der Versorgungssituation durch Kliniken und durch sehr hohe Fachkompetenz natürlich immer wieder Flüchtlinge zugewiesen bekommen, die unter erheblich stärkeren Erkrankungen als der Durchschnitt der Flüchtlinge leiden. Deswegen spricht vieles dafür, dass es nicht zu höheren Aufwendungen kommt.

Warum brauche ich Spenden zum Fonds? Weil ich davon überzeugt bin, dass ein Fonds nicht auskömmlich ist. Wenn ein Fonds auskömmlich ausgestattet wird, auf welcher Ebene auch immer, brauche ich natürlich kein Spenden. Aber die Erfahrung spricht dafür, dass man sich dort erst einmal vorsichtig herantastet und dass mal höhere und mal niedrigere Summen im Fonds sind. Daher kann es durchaus gut sein, dass man vor Ort bürgerschaftliches Engagement, was in Geld geht, akquiriert, um dort dann die gesundheitliche Versorgung zu verbessern, was dort möglicherweise wegen der Fondsgeschichte, die eben nicht gesetzliche Krankenversicherung ist, noch nicht so gut ist, wie es sein könnte.

Zu den Einschränkungen gegenüber Normalversicherten: Nach meinem Dafürhalten kann man auf örtlicher Ebene relativ viel regeln. Wenn man bei einer Rahmenvereinbarung ist, wird diese Rahmenvereinbarung auch den Leistungsumfang festschreiben. Wenn da mehr drin steht, als das Gesetz sagt, gehe ich davon aus, dass auf jeden Fall die kommunalen Spitzenverbände – diese dann zu Recht –, aber auch einzelne Kommunen sagen werden: Ihr könnt doch nicht auf Landesebene ein Paketchen schnüren, das nicht zu Mehraufwendungen gegenüber der gesetzlichen Lage verpflichtet. – Das kann man dann vor Ort selbst entscheiden. Wenn ein Rat bzw. ein Kreistag vor Ort der Meinung ist, dass die Leistungen in den freiwilligen Bereich ausgeweitet werden sollen, mag dieser entscheiden. Das muss er aber dann wissen. Ich finde nicht, dass man, ohne dass es den Beteiligten bewusst ist, den Leistungsumfang erweitern sollte, sondern da sollte man so offen und ehrlich miteinander umgehen und sagen: Was wollen wir für eine Lösung? Sie geht über das gesetzliche Maß hinaus, aber wir halten es für richtig, Flüchtlinge sowie Asylbewerberinnen und Asylbewerber im Bereich der Krankenversicherung möglichst gleichzubehandeln. Dann erweitern wir freiwillig den Leistungsumfang im Rahmen unserer Vereinbarung, die wir letztlich mit der Kasse treffen.

Zu den gesetzlich erforderlichen Regelungen auf Bundesebene: Nach meiner Meinung müssen auf jeden Fall im Bereich der Strafbarkeit Regeln getroffen werden, die sicherstellen, dass man nicht im Beihilfebereich landet. Die Urteile im Bereich der Beihilfe zu den Aufenthaltsstraftaten sind schon sehr dicht dran. Zum Gewähren von Wohnraum und Leistungsunterhaltungsgewährung für jemanden, der keinen legalen Aufenthalt hat, gibt es eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs, die sagt, dass es sich dabei um strafbare Beihilfe handelt. Das ist aus meiner Sicht sehr dicht dran. Deswegen muss man, wenn man Menschen ohne legalen Aufenthalt Leistungen anbietet, die letztlich den Aufenthalt mitermöglichen, eine Situation schaffen, die nicht die Menschen, die dort organisiert sind, in die Gefahr bringt, dass plötzlich der Staatsanwalt oder die Polizei vor der Tür steht. Wir sehen uns als Stadt Münster schon seit vielen Jahren durch unser Migrationsleitbild verpflichtet, allen Menschen unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus die gleiche gesundheitliche Versorgung zu gewähren. Aber man kommt in Grenzbereiche, in denen man mit Blick auf die Beteiligten sicherstellen muss, dass sie nicht im Glauben, Gutes zu tun, Gefahr laufen, nachher mit einer Strafverfolgung konfrontiert zu sein.

Zum Widerspruch zur Aussage der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände zum Thema „Warum halte ich es für richtig, Menschen ohne Papiere Gesundheitsversorgung angedeihen zu lassen?“: Ich habe bereits auf das Migrationsleitbild der Stadt Münster verwiesen, das nach meinem Dafürhalten seit vielen Jahren klare Aussagen dazu enthält. Fakt ist aber auch, dass es im Rat der Stadt Münster keine nennenswerte politische Kraft gibt, die es anders sieht, dass das wichtig ist. Der Städtetag und die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände machen bei solchen Stellungnahmen keine Abfrage, ob alle der gleichen Meinung sind. Das ist möglicherweise die Mehrheitsmeinung bei den kommunalen Spitzenverbänden. Ich bin mir aber sicher, dass die Stadt Münster da keine singuläre Ausnahmeerscheinung ist, wenn wir der Auffassung sind, dass das, was beispielsweise in Münster die Malteser Migrantenmedizin macht und was viele andere engagierte an anderen Orten machen, irgendetwas Verwerfliches ist, sondern nach meinem Dafürhalten gibt es sicherlich viele Kommunen auch in Nordrhein-Westfalen, die das auch so sehen.

Simone Froschauer (STAY! Düsseldorfer Flüchtlingsinitiative): Ich fange mit der ersten Frage nach den Erfolgsfaktoren an. Die Frage war, wie ich den Erfolg definiere. Ich würde „Erfolg“ für mich so definieren: Sie wissen gar nicht, wie viele papierlose Leute in Nordrhein-Westfalen leben. Wir wissen auch gar nicht, wie viele davon den Weg in unser Büro finden. Wir haben gemerkt: Es werden bei uns im Laufe der Zeit mehr Menschen. Die Zahl stagniert seit zwei oder drei Jahren, aber seit dem Anfang sind es stetig mehr geworden. Das heißt aber nicht, dass es mehr Papierlose in Düsseldorf gibt, sondern das heißt, dass die Leute Vertrauen zu uns gefasst haben. Das würde ich als Erfolg ansehen. Dass es ein erfolgreiches Projekt ist, heißt, dass die Menschen das Vertrauen haben, dass sich in den Communities herumspricht, dass sie das Angebot in Anspruch nehmen können, sodass ein möglichst hoher Prozentsatz der Leute, die in der Situation sind, den Weg in die Beratungsstellen und

Innenausschuss (60.)

21.04.2015

Integrationsausschuss (45.)

Er

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

den Weg zu einem Arzt finden. Dafür sind aus meiner Sicht oft das ganz Kleine und das ganz Einfache ausschlaggebend: Wie willkommen fühlt sich ein Mensch? Wo ist die Beratungsstelle angesiedelt? Wie offen ist das Angebot? Wie niedrigschwellig ist es? Wie findet der zwischenmenschliche Kontakt statt? Denn das ist entscheidend dafür, dass es jemand weitererzählt und dass er wiederkommt. Denn dann hat er Vertrauen zu uns gefasst.

Ganz viele unserer Klienten sagen: Ihr habt schon mal den und den behandelt, und der hat von euch erzählt. – Oder sie haben jemanden in der Gemeinde oder sonst wo getroffen, und da gibt es schon Kontakte. Durch Flyer erreicht man die Leute manchmal schlecht. Ganz viel läuft über zwischenmenschliche Kontakte: Man vertraut jemandem, der jemandem vertraut, der jemandem vertraut, und dann wird man da auch hin.

Da sehe ich auch die große Krux, wenn man das flächendeckend einführt. Wir haben hier in Düsseldorf gesagt: Wir wollen das uns in der Beratungsstelle haben, denn uns gibt es schon, uns kennen die Leute, zu uns kommen die Menschen. In anderen Medi-Netzen und bundesweit wird auch immer angestrebt, eine politische Lösung zu haben. Das heißt, es sollte auch kommunale oder Landesaufgabe sein. Dementsprechend sollte es auch in Ämtern stattfinden, etwa in Gesundheitsämtern. Da sollte es dann Sprechstunden geben. Ich bin total dafür, dass es das gibt. Ich finde auch, dass es eine politische Aufgabe ist. Die Leute sollten in die Regelversorgung kommen. Eine Fondslösung ist auf jeden Fall eine Hilfe für den einzelnen Menschen, stellt aber keine systemische Anerkennung der Menschen dar, dass sie ein Teil dieser Gesellschaft sind, schon immer waren und weiterhin sein werden. Aber es ist derzeit der große Knackpunkt: Je nachdem, wo man eine Beratungsstelle einrichtet und welche Menschen da sitzen, kann das Ganze auch scheitern. Da sollte man aus meiner Sicht ein großes Augenmerk auf jede einzelne Stelle legen, die dann eingerichtet wird: Wo ist sie? Wie findet sie statt? Wie zugänglich ist sie? Und wie wird sie geführt?

Dann war die Frage nach dem Dreimonatsfonds und danach, was sich für uns geändert hat. Vor uns hat sich vor allem geändert, dass unsere Arbeit und dass diese Gruppe von Menschen anerkannt werden, dass plötzlich jemand sagt: Ja, es gibt diese Menschen, und wir müssen dafür Gelder bereitstellen. Wir müssen diese Menschen versorgen. Eine Gesundheitsversorgung kann nicht ehrenamtlich laufen. Es gibt Geld und eine Stelle dafür in Form dieser Clearingstelle.

Ganz konkret für die Menschen hat es keinen Unterschied gemacht. Viele haben vorher nicht gemerkt, dass unsere Ärzte ehrenamtlich arbeiten. Das haben wir oft erzählt, und manche Klienten haben es nicht geglaubt. Sie haben gedacht, wir bezahlen unsere Ärzte und wir bekämen Gelder von der Stadt. Daher: Die Leute kommen, weil sie uns vertrauen und weil wir sie zu einem Arzt schicken, dem sie vertrauen können. Das haben wir vorher gemacht, und das machen wir jetzt. Daher haben sich unsere Möglichkeiten vervielfacht. Ich gebe Ihnen ein Beispiel: Wir hatten eine Frau mit einer Eileiterschwangerschaft. Das ist am nächsten Morgen operiert worden. Wäre diese Frau im November zu mir gekommen, hätte ich in diesem Moment ein ganz

Innenausschuss (60.)

21.04.2015

Integrationsausschuss (45.)

Er

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

großes Problem gehabt. Dann hätte ich nämlich erst einmal sämtliche Kliniken der Stadt angerufen. Ich hätte gebettelt und mit Chefärzten gesprochen. Unsere Ärzte hätten gebettelt, diese Frau doch bitte kostenlos zu behandeln oder mit uns über die Preise zu verhandeln, um zu sehen, welche Spenden wir aufbringen können. Jetzt konnte ich einfach mitgehen und habe unterschrieben: Wir werden diese Kosten mit dem einfachen Satz der Krankenkasse übernehmen. – Diese Frau ist ohne Probleme aufgenommen worden, war drei Tage im Krankenhaus, ist operiert und danach wieder entlassen worden. Das war im November noch nicht möglich. Das ist jetzt einfach, indem wir sagen können: Wir haben dieses Geld.

Unsere Erfahrung zeigt auch: Wir können schlecht sagen, wie viel Geld wir brauchen. Wir haben diese 20.000 € für die drei Monate bekommen. Wir haben sie bei Weitem nicht ausgegeben. Wir hatten aber auch keinen Megafall. Wir hatten drei Operationen dabei und ganz viel Kleinkram. Unsere Ärzte haben aber weiterhin ehrenamtlich für uns gearbeitet, weil viele das auch aus Überzeugung tun und weil viele Sachen bei ihnen einfach mit im Alltag ablaufen. Aber einfach die Möglichkeit zu haben, gewisse Sachen abzurechnen, ist schon ein unglaublicher Schritt in die Richtung, dass wir sagen können: Wir müssen keine Menschen wegschicken. Das mussten wir vorher tun. Da konnten wir sagen: Gynäkologie. Da haben wir einen guten Kontakt zu irgendeinem Chefarzt. Eine OP für 5.000 € bekommen wir hin, aber eine Ohr-OP, die 2.500 € kostet, können wir leider nicht machen. Wir kennen dafür nicht den entsprechenden Menschen. – Diese Selektion ist unglaublich schwierig. Auch jetzt mit dem Fonds sind wir dabei, die Menschen zu finden, die das für das entsprechende Geld machen. Die Leute können immer noch nicht einfach zum Arzt gehen. Wir können immer noch nicht sagen: Stellt das in Rechnung. – Denn wir müssen mit Leuten zusammenarbeiten.

Das betrifft dann auch direkt den Punkt der begleitenden Öffentlichkeitsarbeit. Wir merken schon bei Asylbewerbern ganz oft: Nicht alle Ärzte, obwohl sie dafür bezahlt werden, behandeln Asylbewerber. Viele haben keine Lust darauf, die Scheine vom Sozialamt auszufüllen oder sich diesen Stress zu machen. Sie wollen eine Krankenkarte haben. Sie wollen sie durchziehen und nicht den Stress damit haben. Wir müssen dann schon wissen: Welche Ärzte behandeln Asylbewerber? Welche lassen sich darauf manchmal ein? Das machen nicht alle. Denn es ist ganz klar: Sie müssen prüfen, wenn sie eine Überweisung schreiben, ob das da hineinfällt oder nicht. Dann muss das erst einmal wieder bewilligt werden usw. Diesen Stress wollen viele nicht.

Bei uns kommt noch dazu: Wir müssen den Ärzten vertrauen, dass sie nicht ans Sozialamt oder an die Ausländerbehörde übermitteln oder aus Hilflosigkeit die Polizei rufen. Dafür machen wir ganz viel Öffentlichkeitsarbeit, seitdem es uns gibt. Wir nehmen Kontakt zu Kliniken auf und sagen: Bevor ihr die Polizei ruft, ruft doch einfach uns an, und wir finden eine Lösung. – Das Krankenhaus darf auch gar nicht einfach anrufen und sagen: Hier ist jemand illegal. – Der Arzt darf es auch nicht. Dafür hat er eine Schweigepflicht. Wenn das herauskommt, ist klar, dass er die Schweigepflicht gebrochen hat. Das ist auch ein Graubereich, in dem man schauen muss.

Innenausschuss (60.)

21.04.2015

Integrationsausschuss (45.)

Er

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Manche sind einfach nur hilflos: Was sollen sie denn tun? Gibt es überhaupt Möglichkeiten? Ganz viele Ärzte schicken Leute einfach weg. Wir haben es zweimal erlebt, dass jemand an einer Notaufnahme steht, einmal mit Verdacht auf Herzinfarkt, einmal mit Verdacht auf Schlaganfall, und die Menschen sind weggeschickt worden. Sie sind nicht aufgenommen worden. Oder eine Asylbewerberin muss nach fünf Stunden bewusstlos zusammenklappen, damit sie aufgenommen wird. Solche Sachen passieren, weil die Hilflosigkeit bei den Sekretärinnen da ist: Die Leute haben keine Karte. Oh Gott, was mache ich jetzt? Da finde ich das Bremer Modell großartig, weil für viele diese Hürde einfach weg ist.

Die Krankenversorgung von papierlosen Menschen fällt aus meiner Sicht auf jeden Fall unter die Schweigepflicht. Ärzte haben auch den Hippokratischen Eid geleistet, dass sie Menschen behandeln. Es ist in gewisser Form eine Grauzone, aber gleichzeitig ist es aber auch eine moralische Verpflichtung, sodass man aus meiner Sicht nicht an die Gesundheitsversorgung herangehen kann. Wenn jemand Wohnraum gewährt oder kontinuierliche Geldleistungen gibt, damit jemand überleben kann, ist das eine andere Sache als die Krankenversorgung. Die Krankenversorgung ist existenziell. Das ist ein Menschenrecht. Das kann man niemandem verwehren. Man kann ihn auch nicht dazu drängen aufzutauchen. Das passiert auch nicht. Die Menschen laufen lieber mit einem gebrochenen Fuß herum, als aufzutauchen. Wir haben ganz viele solcher Fälle. Bei einer Frau ist nach fünf Jahren ein Tumor entdeckt worden, der aber schon seit mindestens drei Jahren wächst. Daraufhin musste die Gebärmutter entfernt werden, und die Frau muss die Kinder abtreiben. Sie wird auch nie wieder schwanger werden können. Das ist aber passiert, weil eine Frau drei bis vier Jahre nicht zum Arzt gegangen ist. Dieser Preis, den Leute dafür zahlen, ist unglaublich hoch, weil sie eine solche Angst vor Aufdeckung haben.

Die letzte Frage betraf die Datenübermittlung. Das ist natürlich der Knackpunkt überhaupt. Darüber haben wir ganz intensiv diskutiert, weil auch im ursprünglichen Antrag in der Stadt Düsseldorf eine Abrechnung über das Sozialamt vorgesehen war. Wir haben stark überlegt: Was passiert eigentlich mit so einer Rechnung, die ans Sozialamt geht? Auch wenn der verlängerte Geheimnisschutz greifen würde, wie geht der einzelne Sachbearbeiter damit um, und wie läuft das dann genau? Das ist ein ganz großer Punkt. Wir haben auch gemerkt: Als diese Verwaltungsvorschrift eingeführt wurde, wurde ziemlich gefeiert, dass papierlose Menschen zumindest notfallmäßig ins Krankenhaus gehen konnten, denn dann greift der verlängerte Geheimnisschutz, denn dann bezahlt das Sozialamt mit den entsprechenden Verfahren, die es dafür geben müsste, und dann würde es nicht weitergeleitet. Die Praxis zeigt aber: Soweit ich weiß, gibt es da positive Beispiele nur aus Bremen, und wenn ich Sie richtig verstanden habe, ist auch das schwierig. In allen anderen Städten funktioniert es, soweit ich weiß, nicht oder nur sehr eingeschränkt, obwohl es diese Gesetzesänderung gab. Da muss man noch ganz viel tun. Darüber muss man noch ganz viel diskutieren.

Thorsten Schönherr (AOK Bremen/Bremerhaven): Vorab möchte ich noch zwei grundsätzliche Hinweise geben. Ich spreche heute für die AOK Bre-

Innenausschuss (60.)

21.04.2015

Integrationsausschuss (45.)

Er

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

men/Bremerhaven und nicht für alle anderen AOKen oder alle anderen gesetzlichen Krankenkassen.

Vorsitzender Daniel Sieveke (IA): Das haben wir durch die Fragen schon ein Stück weit herausgefunden.

Thorsten Schönherr (AOK Bremen/Bremerhaven): Zum Zweiten: Alle meine Antworten beziehen sich letztlich auf die Erfahrungen mit dem Bremer Modell. Die papierlosen Menschen sind für uns bis jetzt nicht Thema gewesen. Das merke ich an, damit es nicht durcheinander geht.

Die erste Frage war, ob das Modell auf NRW übertragbar sei. Grundsätzlich ist es aus unserer Sicht übertragbar, weil es diese Regelung in § 264 Abs. 1 schon lange gibt. Es gibt also schon lange Möglichkeiten, dies zu tun. Die Städte Bremen und Bremerhaven haben das vor zehn Jahren genutzt. Die Stadt Hamburg hat es seit drei Jahren umgesetzt. Die Möglichkeiten bestehen also grundsätzlich.

Wir haben insbesondere aus Nordrhein-Westfalen einige Anfragen bekommen, etwa von Herrn Paal für die Stadt Münster. Wir haben tatsächlich zusammen gesprochen, sind dann aber, weil wir nicht die einzige AOK sind und im AOK-Verbund eng zusammenarbeiten, auf die AOK vor Ort zugegangen und haben sie informiert, dass wir Gespräche führen. Dann wurden wir darum gebeten, dass die AOK vor Ort bei den Gesprächen berücksichtigt werde bzw. wir die Gespräche erst einmal zurückzustellen. Das ist ein Stück weit der Grund dafür, warum es hier leider nicht weitergeht. Wir sehen schon ein Stück weit die Sogwirkung. Wir haben mit Münster gesprochen; das war auch wohl bekannt. Wir haben eine Anfrage nach der anderen bekommen, was für uns dann auch der Punkt war zu sagen: Irgendwann können wir nicht mit jedem Einzelnen einen Vertrag abschließen, sondern wir müssen dann tatsächlich über Rahmenverträge nachdenken. Das ist aber, wie gesagt, erst einmal für NRW gestoppt.

Später kam noch die Frage, wie der Stand in anderen Ländern sei. Die Antwort ziehe ich jetzt vor. Auch mit dem Land Schleswig-Holstein habe ich einmal Informationsgespräch geführt. Da bestand kein direktes Interesse, aber die Leute dort wollten wissen, wie wir das machen und wie das in der Praxis läuft. Ich weiß, dass die AOK Nordost in Verhandlungen ist. Das ist eine der wenigen AOKen, die offen bekundet hat, dass sie das auch in der Form des Bremer Modells umsetzen wolle. Alles andere ist bei mir nicht angekommen. Da müsste man tatsächlich die anderen AOKen oder die anderen Krankenkassen fragen, wobei ich glaube, dass die AOKen die ersten Ansprechpartner sind.

Warum machen andere Kassen das nicht? Ich habe eben schon gesagt, dass ich nicht für die anderen sprechen kann. Ich kann nur sagen, dass wir uns vor zehn Jahren dafür entschieden haben, weil wir auch ein Stück weit darauf bauen, dass wir uns auch sozialpolitisch für Bremen engagieren. Wir sind sehr regionale Krankenkassen, weswegen wir uns vor Ort engagieren wollen. Wir versuchen, wo es möglich ist, die Stadt zu unterstützen. Wir haben damit sehr gute Erfahrungen gemacht. Das hat sich

Innenausschuss (60.)

21.04.2015

Integrationsausschuss (45.)

Er

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

auch in einer Stadt weiter herumgesprochen, sodass Hamburg im Jahr 2012 auch auf uns gekommen ist. Auch mit denen sind wir erfolgreich zu einem Abschluss gekommen.

Dann gab es die Detailfragen. Da muss ich, ehrlich gesagt, passen, was psychosoziale Zentren angeht. Wir haben den Leistungsumfang in den Anlagen zu unseren Vereinbarungen ganz klar definiert. Dort ist definiert, dass wir nur Kurzzeittherapien unter bestimmten Voraussetzungen übernehmen können. Das greift letztlich die Leistungseinschränkungen auf.

Die zweite Frage betraf die Dolmetscherkosten. Das haben wir in der Praxis tatsächlich auch mit unserem Hamburger Vertragspartner diskutiert, weil von da die Frage kam, denn in der GKV kennen wir die Leistung so nicht. Das heißt: Wir haben keine Eins-zu-Eins-Abbildung für Dolmetscherkosten. Wir haben technisch geschaut, ob man das abbilden könnte. Das könnten wir, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass wir das tatsächlich ein zu eins erstattet bekommen.

(Monika Düker [GRÜNE]: Das machen Sie auch?)

– Nein. Die Stadt Hamburg hat da eine andere Lösung über einen Fonds gefunden oder wie auch immer sie das geregelt hat. Diese Lösung ist da nicht zum Tragen gekommen. Aber wir haben uns damit beschäftigt und könnten technisch abbilden, tun es aber technisch faktisch derzeit nicht.

In einigen Fragen kam das Thema „Missbrauchsfälle“ insbesondere auch im Zusammenhang mit der anonymen Karte auf. Ich beziehe das auf unser Bremer Modell. Hierbei hilft uns zum einen tatsächlich die elektronische Gesundheitskarte mit Foto, weil wir so den Missbrauch ein Stück weit einschränken können. Wir haben als AOK Bremen/Bremerhaven auch eine zusätzliche Option, die wir auch schon zu Versicherten vor einigen Jahren eingekauft haben, bei der die Karte tatsächlich nach Abmeldung in unserem System mit einem gewissen Zeitversatz gesperrt wird. Das heißt, in der Arztpraxis kommt ein Hinweis: Diese Karte ist ungültig, bitte bei der AOK anrufen. – Dann schauen wir, was da los ist. Da haben wir einen doppelten Boden eingezogen. Das habe nicht alle Kassen. Natürlich wird es immer einmal den Fall geben, dass eine Karte weitergegeben wird. Das wird man das nie zu 100 % ausschließen können. Aber wir haben zwei Möglichkeiten, um das gesamte Verfahren ein Stück weit abzusichern.

Das Thema „Kosten und Wirtschaftlichkeit“ kann ich natürlich nur von unserer Seite aus betrachten. Für uns ist es so, dass wir nach Gesetzesstand natürlich alle Leistungsausgaben zu 100 % erstattet bekommen. Für die uns entstandenen Verwaltungsaufwendungen erhalten wir eine entsprechende Kostenerstattung. Wir sind derzeit dabei zu schauen – das hatte ich vorhin einleitend gesagt –: Was bedeutet eigentlich diese Reduzierung von 48 auf 15 Monate für uns? Das ist insbesondere mit Blick auf die Verwaltungskosten für uns wichtig, weil wir insbesondere am Anfang durch ein von der GKV abweichendes Meldewesen, in dessen Rahmen wir derzeit Ersatzkarten in Papierform ausstellen, einen relativ hohen Verwaltungsaufwand haben. Bekommen wir das über 15 Monate gerechnet? Wir sind aber eigentlich so weit,

Innenausschuss (60.)

21.04.2015

Integrationsausschuss (45.)

Er

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

dass wir sagen: Auch jetzt sind die 10 € auskömmlich, sodass wir das, was wir derzeit machen, auch weiter betreiben können.

Holger Adamek (Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen, Bremen): Die erste Frage bezog sich auf die Rolle der Landesregierung in Bremen bzw. auf Landesregierungen oder Parlamente anderer Bundesländer. Ich muss deutlich hervorheben, dass nicht das Land in Bremen die Vereinbarung nach § 264 Abs. 1 abgeschlossen hat, sondern die beiden Städte Bremen und Bremerhaven. Das heißt: Hier ist nicht das Land aktiv geworden, sondern die beiden Städte sind aktiv geworden. Wir sind als senatorische Behörde natürlich sowohl Land als auch Kommune, und der Impuls kam aus unserem Bereich, dass wir das sozialpolitisch umgesetzt haben wollen.

Ich sehe die Schwierigkeit, dass Sie in einem Flächenland wie Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen oder Sachsen – ich fahre im nächsten Monat nach Dresden, um im Sozialausschuss des Parlaments zu sprechen – natürlich vor der Situation stehen, dass eine Krankenkasse nicht mit jeder Kommune dort einen Vertrag abschließen kann. Meine Empfehlung würde lauten: Schließen Sie doch bitte auf Landesebene eine Rahmenvereinbarung ab, und einzelne Kommunen haben dann die Möglichkeit, dieser Rahmenvereinbarung beizutreten. Das wäre für mich der sauberste Weg.

Wir sind vorhin auf das Thema „Leistungsmissbrauch“ angesprochen worden. Es gibt natürlich immer Einzelfälle, die uns von der AOK gemeldet werden, die auffällig sind. Ich kann mich an einen Krankenhauswanderer vor einigen Jahren erinnern, der durch sämtliche Krankenhäuser der Umgebung gezogen ist und dort im Prinzip nur nach Übernachtungsmöglichkeiten gesucht hat. Der AOK ist dieser Fall aufgefallen. Sie hat Gespräche geführt und konnte tatsächlich darauf eingehen. Aber dass ein Leistungsmissbrauch in der Form vorliegt, dass Krankenversicherungskarten systematisch weitergegeben worden wären, ist uns in den letzten zehn Jahren nicht bekannt geworden. Auch ein Krankenschein – das sagte ich vorhin schon – bzw. eine Überweisung kann weitergeleitet werden.

Zu den Leistungseinschränkungen: Als wir den Vertrag 2005 abgeschlossen haben, mussten wir den Spagat zwischen dem eingeschränkten Leistungsanspruch nach § 4 Asylbewerberleistungsgesetz und unserer eigenen Vorstellung machen, möglichst die Behandlung derjenigen eines GKV-Versicherten gleichzustellen. Damals hatten wir mit der AOK vereinbart – das ist auch heute noch der Stand –, dass alle Leistungen, die ein GKV-Versicherter erhält, ohne die Krankenkasse befragen zu müssen, auch ein Asylantragsteller beziehen kann.

Alle Leistungen, die von der AOK genehmigt werden müssen – dazu gehören Psychotherapien oder auch der Zahnersatz –, stehen unter dem Entscheidungsvorbehalt. „Entscheidungsvorbehalt“ heißt allerdings nicht, dass die Leistung nicht bewilligt wird, sondern dass es ein gesondertes Verfahren gibt. Bei den Psychotherapien sieht es so aus, dass wir im grundsätzlichen Fall nur die Kurzzeittherapie, die Verhaltenstherapie, finanzieren. Nur in Ausnahmefällen kommt die Langzeittherapie infrage. Die Begutachtung für die Psychotherapien erfolgt durch leitende Ärzte eines Bremer Kli-

Innenausschuss (60.)

21.04.2015

Integrationsausschuss (45.)

Er

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

nikums, die eine Begutachtung vornehmen. Beim Zahnersatz und bei den kieferorthopädischen Behandlungen erfolgt eine Behandlung durch den Zahnarzt des Gesundheitsamtes. Die heutige Rechtslage ist eigentlich ausreichend, damit auch in den Flächenländern die Verträge zwischen einer Krankenkasse und einer Kommune bzw. dem Land zustande kommen können; § 264 Abs. 1 erlaubt es.

Zu den Kosten: Wir standen seinerzeit natürlich auch vor der Frage, ob sich das Modell wirtschaftlich rechnet. Wir können mit den Kosten, die vor der Krankenbehandlung an die AOK erfolgt sind, nicht die Krankenbehandlungskosten nach dem jetzigen System vergleichen, weil wir vor 2005 einige Leistungen, die heute die AOK erbringt, im Bereich der Hilfe zur Pflege bzw. der Eingliederungshilfe verbucht haben, sodass wir vor 2005 den Mittelabfluss erfasst haben. Seit 2005 wird die Krankenbehandlung tatsächlich so abgerechnet, dass der Monat bzw. das Quartal abgebildet wird, in dem die Krankenbehandlung in Anspruch genommen wird.

Bei den Verwaltungskosten – das hat Herr Schönherr schon gesagt – zahlen wir 10 €. Ich habe ein bisschen gerechnet, was wir im Moment für diesen Personenkreis in etwa an Verwaltungskosten zahlen. Ende 2014 betreute die AOK für uns etwa 3.360 Personen. Die Verwaltungskosten liegen bei etwa 483.000 €. Wenn ich mir vorstelle, dass wir eine Software, die wir vor 2005 eingesetzt haben, mit jährlich 170.000 € vergüten mussten, und wenn ich mir vorstelle, dass wir durch die Einführung von § 264 viereinhalb Stellen allein im Abrechnungsbereich einsparen konnten, kann ich ganz klar errechnen, dass die Verwaltungskosten im Verhältnis zu den Kosten, die wir vorher hatten, kein kostenintensiver Faktor für uns sind.

Daniel Sieveke (CDU): Ich habe eine Frage an Frau Froschauer. Sie haben eben mehrmals, auch schon in Ihrem Eingangsstatement, ärztliche Versorgung als ein Menschenrecht dargestellt. Sie haben gesagt, die Papierlosen bekämen dieses Menschenrecht in Deutschland nicht. Da lautet meine Frage: Bekommen sie es wirklich nicht? Denn ich kenne keinen Arzt, der eine ärztliche Versorgung ablehnt. Die Frage ist nur: Wenn jemand papierlos ist und sich ganz öffentlich dazu äußert, dass er da ist und deswegen nicht zum Arzt geht und diesen Zustand für sich selbst wählt, ist das doch – da müssten Sie mir weiterhelfen – keine Missachtung des Staates zu helfen, sondern diese Person möchte gar nicht dem Staat eröffnen, dass sie da ist. Da ist zumindest ein Dilemma in der Praxis, dass, wenn jemand aus welchen Gründen auch immer papierlos bleiben möchte – – Das kann ja auch Gründe haben. Sie sagten eben, dass jemand die Abschiebung befürchtet und deshalb papierlos bleibt. Aber der Staat bzw. der Arzt lehnt ja per se nicht eine ärztliche Versorgung ab, etwa bei Herzinfarkt oder Schlaganfall, was Sie eben geschildert haben. Da müssen Sie mir einmal weiterhelfen, weil ich glaube, dass ein Arzt eine Verpflichtung zum Helfen hat. Aber wenn jemand nicht zum Arzt geht, weil er Angst hat, abgeschoben zu werden, lautet die Frage: Auf welcher Seite liegt das Problem? Damit könnte eine anonyme Möglichkeit nur ein Vehikel sein, dass das Grundproblem der Papierlosigkeit jedoch nicht löst. Klar muss sein, dass man irgendwann einmal aus dieser Papierlosigkeit herauskommen muss. Denn das kann auf Dauer kein Zustand für jemanden sein. Da habe ich ein Auflösungsproblem bzw. die Frage an Sie.

Innenausschuss (60.)

21.04.2015

Integrationsausschuss (45.)

Er

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Frank Herrmann (PIRATEN): Herr Adamek, Sie haben eigentlich in Ihrem letzten Statement die Frage, die ich noch hatte, beantwortet. Klar ist, dass grundsätzlich der Bund am Zug ist und etwas tun könnte, um die Diskussionen hier zu vereinfachen. Aber danke für die Klarstellung aus Ihrer Sicht, dass das Land eine Rahmenvereinbarung abschließen könnte. Das werden wir sicherlich weiterverfolgen. Ihre beiden grundsätzlich positiven Schilderungen des Verfahrens werden sehr helfen, die Diskussion in Nordrhein-Westfalen weiterzuführen. Danke an dieser Stelle dafür.

Ich wechsele jetzt thematisch zur anonymen Krankenkarte. Frau Froschauer, ich möchte mich auch bei Ihnen bedanken, dass Sie sehr eindringlich die Praxis und Ihre täglichen Erfahrungen geschildert haben. Die Möglichkeit des Missbrauchs steht immer im Raum. Sie haben herausgestellt, was unbedingt dazugehört: sowohl das Vertrauen der Menschen, die zu Ihnen kommen, als auch das Vertrauen von Abrechnungsstellenleuten und von Menschen, die Ihnen Geld geben, seien es Spenden, Landesmittel etc., dass Sie damit entsprechend umgehen. Die Frage ist immer die Größenordnung. Herr Paal, welche Ausstattung des Fonds erwarten Sie? Kann man irgendetwas annehmen?

Frau Froschauer, Sie nannten eben die Summe von 20.000 €, die Sie im Moment verwalten. In den letzten Tagen ging in einem ganz anderen Zusammenhang durch die Presse, dass sich die Gesamtausgaben im Gesundheitswesen auf 200 Milliarden € jährlich belaufen. Das sind 200.000 Millionen €. Wenn Sie die kleine Summe von 200.000 € für Düsseldorf erwähnen, liegen Welten dazwischen. Würden wir mit der Möglichkeit einer anonymen Krankenversorgung überrollt, würde das System hier kollabieren? Oder kann man irgendeine Größenordnung benennen? Ich weiß, dass das sehr schwierig ist.

Daniel Sieveke (CDU): Die Frage war für alle Beteiligten, ob man eine finanzielle Größenordnung annehmen kann. Welche Dimension schwebt Ihnen, Herr Paal, bei einer Fondslösung vor, weil Sie selbst in Ihrem Eingangsstatement auf die Fondslösung statt einer anonymen Krankenkarte abgezielt haben? Die 200.000 € waren das konkrete Beispiel im kleinen Bereich. Haben Sie da irgendwo schon Vorberechnungen?

Monika Düker (GRÜNE): Eine kurze Anmerkung: Ich sehe gerade, dass die Fraktion der Piraten bereits vor Ende der Anhörung Presseerklärungen über die Anhörung herausgibt. Ich finde ein Agreement nicht schlecht, dass wir vor Ablauf einer Sitzung nicht schon Stellungnahmen über die Sitzung veröffentlichen, aber das könnte man vielleicht, Herr Sieveke, ins Obleutegespräch mitnehmen.

(Thomas Stotko [SPD]: Genau!)

Das finde ich nicht ganz in Ordnung.

(Thomas Stotko [SPD]: Herr Herrmann, Sie werden zitiert!)

Zweite Anmerkung: Morgen gibt es im Ausschuss für Gesundheit und Soziales einen Bericht der Gesundheitsministerin über die Verhandlungen, die Sie, Herr Herrmann,

Innenausschuss (60.)

21.04.2015

Integrationsausschuss (45.)

Er

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

ansprechen. Der Bericht ist schon an die Ausschussmitglieder versandt worden. Dabei handelt es sich um einen Bericht über die Verhandlung der Landesregierung mit den AOKen im Land, um so eine freiwillige Rahmenvereinbarung zu bekommen. Noch einmal: Sie kann nur freiwillig erfolgen, weil wir die Öffnungsklausel im SGB V nicht haben. Insofern ist die Gesundheitsministerin dran, aber die AOKen zieren sich. Das wiederum führt dazu, dass Sie – Herr Paal, davon gehe ich aus – vor Ort das nicht machen können und dass alles stockt.

(Thomas Paal [Stadt Münster] nickt.)

Das heißt, wir schauen alle auf Herrn Gröhe, dass er die Öffnungsklausel hinbekommt, und dann geht die Kette weiter nach unten.

Aber jetzt zu meiner Frage: Herr Paal, ich höre immer wieder, dass im jetzigen System das Sozialamt individuell mit den Ärzten abrechnet und hierbei den Satz wie bei Privatversicherten erstatten muss. Da möchte ich Sie fragen, ob das stimmt. Ist es jetzt so, dass Sie für Flüchtlinge diesen 2,5-fachen Satz abrechnen müssen, während mit der Krankenkassenkarte ein anderer Satz abgerechnet würde? Man hört immer wieder, dass das unterschiedlich wäre. Könnten Sie da zur Aufklärung beitragen?

Vorsitzender Daniel Sieveke (IA): Frau Düker, ich nehme Ihren Hinweis mit dem Obleutegespräch sehr wohl wahr. Ich gehe allerdings davon aus, dass, weil diese Sitzung im Livestream übertragen wurde, die Piratenfraktion diesen Livestream genutzt hat, um eine Bewertung zu vollziehen. Aber wir nehmen das gern ins Obleutegespräch, da miteinander anders umzugehen. Denn am Ende kommt auch noch eine Antwort, die vielleicht eine ganze Anhörung in eine andere Richtung lenken könnte. Deswegen sollte man das schon sehr ernst nehmen.

Thomas Paal (Stadt Münster): Wie groß ein Fonds sein muss, weiß ich nicht. Ich kann das auf Landesebene überhaupt nicht einschätzen. Ich weiß, dass es in München seit vielen Jahren einen Fonds gibt. Die Hansestadt Hamburg hat auch einen eingerichtet. Ich meine: Der Hamburger Fonds ist mit 250.000 € für dieses Jahr dotiert. Wie auskömmlich sie sind und welcher Leistungsumfang sich dahinter versteckt, muss man sich anschauen. Dazu habe ich keine Einschätzungen. Da wird sicherlich der eine oder andere besser recherchieren können. Auf Landesebene handelt es sich sicherlich um eine andere Größenordnung, was voraussetzt herauszufinden, an wie vielen Stellen überhaupt diese Versorgung stattfinden kann. Denn es wird nicht überall plötzlich Strukturen geben, durch die die Versorgung von Menschen ohne Papiere sichergestellt werden kann. Insofern finde ich es schwierig, das einzuschätzen. Aber es ist sicherlich eine nennenswerte Größenordnung.

Das Gerücht von der Privatversicherung geht immer wieder herum. Das ist falsch, aber hartnäckig. Es gibt meines Wissens einen sehr ausführlichen und umfangreichen Katalog der Kassenärztlichen Vereinigung. Da ist das alles akribisch und ordentlich geregelt. Das entspricht nach meinem Dafürhalten dem, was auch in der gesetzlichen Krankenversicherung gezahlt wird. Es handelt sich nicht, wie es gern kol-

portiert wird, um einen Privatversicherten-Umfang für Flüchtlinge. Das wäre der blanke Hohn vor dem Hintergrund des eingeschränkten Leistungsumfangs. Das passt überhaupt nicht zusammen.

Holger Adamek (Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen, Bremen): Es ist tatsächlich so, wie Herr Paal sagte, dass die Abrechnung der Leistungen grundsätzlich nach den gleichen Bestimmungen erfolgt. Allerdings: Nach § 264 fällt die Krankenbehandlung in das Budget des entsprechenden Arztes. Dieses Budget ist natürlich für ihn eingeschränkt. Ich mache keinen Hehl daraus: Eine Nachbarin von mir ist praktizierende Ärztin in Bremen. Als diese Regelung nach § 264 eingeführt wurde, hatte sie dies bedauert, weil diese Leistungen bisher außerhalb des Budgets abgerechnet werden konnten.

(Monika Düker [GRÜNE]: Ach so! Diese blöde Gesundheitspolitik!
Das ist so kompliziert!)

Vorsitzender Daniel Sieveke (IA): Aber das war vielleicht wichtig, um in die richtige Richtung zu gehen. Der Hinweis von Frau Düker, dass auch morgen im Gesundheitsausschuss zum einen oder anderen Punkt intensiv nachgefragt werden kann, bleibt weiter bestehen. Da wir die heutige Sitzung im Livestream übertragen, sollte klar sein, dass sich auch andere Ausschüsse weiterhin mit dieser Problematik beschäftigen werden.

Simone Froschauer (STAY! Düsseldorfer Flüchtlingsinitiative): Dann fange ich direkt mit den Menschenrechten an. Offiziell fallen papierlose Menschen unter das Asylbewerberleistungsgesetz als Menschen mit unsicherem Aufenthaltsstatus. Aber das ist die Theorie. Faktisch in der Praxis haben diese Menschen keinen Zugang. Wenn sie auf der Straße von einem Auto angefahren werden, kommt ein Krankenwagen und bringt sie ins Krankenhaus. Sie werden versorgt, ja. Darum kommt niemand herum. Anderenfalls ist es unterlassene Hilfeleistung.

Aber zu allem, was davor kommt: Es ist so schwierig für jemanden, für den die Kostenübernahme nicht gesichert ist, ins Krankenhaus zu kommen, auch wenn Sie ein Visum haben, auch wenn Sie nicht illegal sind, sondern wenn Sie legal sind, aber aus irgendwelchen anderen Gründen, zum Beispiel EU-Bürger, keinen Zugang zu einer Gesundheitsversorgung haben.

Bei papierlosen Menschen ist die Angst vor der Abschiebung immer noch da. Sie können es nicht nur nicht bezahlen, sondern auch faktisch haben sie Angst, dass die Ausländerbehörde kommt und sie die Polizei vom Krankenbett aus abholt. Diese Gefahr ist so groß, dass sie das wiederum aushebelt. Alle Menschen haben unterschiedliche Fluchtgründe, aber für manche ist es die Lebensexistenz bzw. die Lebensgrundlage. Bei ihnen bedeutet eine Abschiebung die Abschiebung in Folter und Tod, also wählt man eher den anderen Weg. Sie begehen, indem sie da sind, schon ständig eine Straftat. Aber es ist etwas anderes, Leuten eine medizinische Gesundheitsversorgung zu verwehren, als – – Sie haben keine Arbeits- oder Mietverträge.

Innenausschuss (60.)

21.04.2015

Integrationsausschuss (45.)

Er

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Sie haben auch sonst nichts. Der Druck ist unglaublich hoch. Niemand bleibt freiwillig in der Papierlosigkeit.

Ganz viele Menschen kommen verzweifelt zu uns und sagen: Habt ihr irgendeine Möglichkeit, dass ich einen legalen Status erreichen kann? Bei schwangeren Frauen funktioniert das meistens. In anderen Fällen funktioniert es auch. Nicht alle Leute wissen von den Möglichkeiten. Oft beraten wir auch in Richtung Asylantrag oder anderer Sachen. Aber nicht für alle Menschen gilt das. Wir haben auch Patienten, die seit zehn, 20 oder 30 Jahren in Deutschland leben. Unsere Patienten sind oft eher junge Leute zwischen 20 und 40 Jahren, die auch die Kräfte haben, sich so durchzuschlagen. Aber wenn jemand, der im Alter von etwa 25 Jahren hier hingekommen ist, seit 20 Jahren hier lebt, der seinen Lebensmittelpunkt hier und keine Grundlage zu Hause hat, alt wird, hat er in Deutschland keine Krankenversicherung. Er hat aber auch in seinem Heimatland, was dann aber nicht mehr seine Heimat ist, erst recht keine Versorgung, aber noch andere Sachen zu befürchten. Daher ist der Druck auf die Menschen so hoch, dass es keine Option ist, zum Arzt zu gehen und den Status aufzudecken, es sei denn, sie können wirklich nicht mehr anders, weil das Leben bedroht ist.

Die Menschen haben den Druck, aus der Papierlosigkeit zu kommen, so oder so. Aber wenn Menschen jahrelang krank sind und jahrelang nicht die Möglichkeit haben, zum Arzt zu gehen – erst wenn ein Tumor durch die Haut bricht, können sie zum Arzt gehen –, ist ihnen oft nicht mehr zu helfen. Dann ist die Behandlung so schwierig und so kostenintensiv, wie sie eineinhalb Jahre zuvor vielleicht nicht gewesen wäre. Daher ist es auch ressourcenschonend, wenn Leute frühzeitig behandelt und präventiv bei kleinen Sachen behandelt werden, bevor ein Tumor stark gewachsen ist oder Füße falsch zusammengewachsen sind, anstatt einen Gips bekommen zu haben. Der Druck auf die Menschen ist da. Er ist immer da. Er ist 24 Stunden am Tag da. Sie schauen, mit wem sie reden, wem sie sich anvertrauen und wo entlang sie gehen können. Viele Menschen gehen gar nicht richtig vor die Tür.

Dann war noch die Missbrauchsfrage. Ich denke, es klärt sich dabei. Man muss schauen, welche Menschen eigentlich darunter fallen. Das ist eine ganz große Frage. Wir bei STAY in Düsseldorf behandeln ausschließlich Leute, die nicht aus der EU kommen. In anderen Städten werden, weil es keine andere Möglichkeit für die Leute gibt – in Düsseldorf haben wir diese –, auch EU-Bürger mitbehandelt, also Leute, die aus Bulgarien und Rumänien kommen und die ganz oft nicht krankenversichert sind. Das ist in allen anderen Medi-Netzen ein ganz großes Thema. Das ist eine viel größere Gruppe als die papierlosen Leute. Hier in Düsseldorf haben wir noch ein zweites Projekt von „fiftyfifty“, wo wir die Leute bisher hingeschickt haben. Das ändert sich gerade seit Anfang 2014, dass die Leute schneller in Krankenkassen in Bulgarien kommen. Aber wenn man diese Gruppe mit hineinnehmen würde, dass sie nicht mehr anonym sein müsste, aber auch ein riesiges Problem für alle ist, würde das natürlich diesen Kostenrahmen auch sehr weit öffnen.

Im Endeffekt leben gar nicht so viele Menschen papierlos, die sich zu uns trauen. Aber wir merken: Es sind dann oft sehr schwere Fälle. Die Zahl an Menschen ist gar

Innenausschuss (60.)

21.04.2015

Integrationsausschuss (45.)

Er

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

nicht unbedingt ausschlaggebend, sondern oft sind es eher die Erkrankungen. Wenn zehn Menschen mit Bauchschmerzen kommen, ist das kein Problem für uns. Wenn aber jemand eine OP braucht, ist es ein Problem. Das macht es auch so schwierig, die Kosten abzuschätzen. Wir haben in unserem Antrag damals für dieses Modellprojekt in vier Städten 300.000 € pro Jahr beantragt. Wir können es nicht sagen. In Düsseldorf werden wir jetzt eine Evaluation machen. Dann werden wir Zahlen haben. Dann können wir nach einem Jahr sagen, wie viel wir ausgegeben haben. Dann kann man es vielleicht versuchen hochzurechnen.

Aber auch die Schätzungen, die ich kenne, wie viele Menschen papierlos in Deutschland leben, schwanken zwischen 200.000 und 600.000. Das sagen die Studien. Das ist eine so große Spanne, dass man nicht weiß, wovon man ausgehen kann. Darunter sind wiederum relativ wenige alte Menschen und relativ wenige Kinder. Hauptsächlich handelt es sich um junge gesunde Menschen, was auch nicht unbedingt dem Durchschnitt der Bevölkerung entspricht. Daher macht es das unglaublich kompliziert. Wir schauen gerade, die Mittel hoch anzusetzen. Wenn wir sie nicht ausgeben, prüfen wir, was wir machen können. Wenn wir dann Zahlen haben, können wir natürlich damit arbeiten.

Vorsitzender Daniel Sieveke (IA): Ich danke den Gästen und den beiden Ausschüssen für die intensive Beratung. Das Ausschussprotokoll wird nach Fertigstellung im Internetangebot des Landtags Nordrhein-Westfalen abrufbar sein.

Der federführende Innenausschuss und der mitberatende Integrationsausschuss werden sich mit dem Antrag wieder befassen, nachdem das Ausschussprotokoll vorliegt.

Ich kann Ihnen eine gute Heimreise nach Bremen, Bremerhaven, und Münster wünschen. Nach Düsseldorf ist es nicht so weit.

Ich schließe damit die Anhörung.

gez. Daniel Sieveke
Vorsitzender

01.09.2015/02.09.2015