



Die Ministerin

MGEPA Nordrhein-Westfalen • 40190 Düsseldorf

An die  
Präsidentin des Landtags  
Nordrhein-Westfalen  
Frau Carina Gödecke MdL  
Platz des Landtags 1  
40221 Düsseldorf



**Für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales**

15. Januar 2015

**Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am  
21. Januar 2015**

**Bericht über die Haltung der Landesregierung zum „Bremer  
Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender“**

Sehr geehrte Frau Landtagspräsidentin,

die Fraktion der CDU hat um einen schriftlichen Bericht zum o.a.  
Thema gebeten. Dieser Bitte entsprechend übersende ich Ihnen den  
beigefügten Bericht.

Für die Weiterleitung an die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit,  
Gesundheit und Soziales wäre ich dankbar.

Mit freundlichen Grüßen

Barbara Steffens

Horionplatz 1  
40213 Düsseldorf  
[www.mgepa.nrw.de](http://www.mgepa.nrw.de)

Telefon +49 211 8618-4300  
Telefax +49 211 8618-4550  
[barbara.steffens@mgepa.nrw.de](mailto:barbara.steffens@mgepa.nrw.de)

Öffentliche Verkehrsmittel:  
Rheinbahn Linien 704, 709  
und 719 bis Haltestelle  
Landtag/Kniebrücke



## **Bericht des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter über die Haltung der Landesregierung zum „Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender“**

### **für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales auf Antrag der Fraktion der CDU**

Seit 2005 erfolgt in Bremen und seit Juli 2012 in Hamburg die Krankenbehandlung für Leistungsberechtigte nach § 3 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in den ersten 4 Jahren (demnächst 15 Monaten) des Aufenthalts auf der Basis eines Vertrages nach § 264 Abs. 1 SGB V zwischen Sozialbehörde und der AOK Bremen/Bremerhaven. Sie erhalten dabei von Anfang an eine Krankenversicherungskarte und haben den direkten Zugang zu den ambulanten Behandlungen wie gesetzlich Versicherte, d.h. ohne vorherige Ausstellung eines Berechtigungsscheines durch die Kommune.

Der Umfang des Leistungsanspruchs ergibt sich aus §§ 4 und 6 AsylbLG. Vertraglich ist jedoch festgelegt, dass grundsätzlich das Leistungsspektrum des SGB V gilt, soweit nicht ausdrücklich Ausnahmen vereinbart sind. Leistungen, die nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen (z.B. Prüfvorbehalte durch die Sozialbehörde bei Psychotherapien, Sehhilfen und Zahnersatz) gewährt werden dürfen, sind in den Vertragsvereinbarungen festgelegt.

Die entstandenen Behandlungskosten sowie eine Verwaltungspauschale (ca. 125 € pro Person und Jahr) werden der Krankenkasse von der Leistungsbehörde erstattet.

### **Bewertung**

Das Modell bringt sowohl für die Leistungsbehörde als auch für die Leistungsberechtigten Vorteile: Auf Seiten der Sozialbehörde entfällt nach den Informationen aus Hamburg hoher administrativer Prüf- und Abrechnungsaufwand mit entsprechendem Einsparpotential. Für die Leistungsberechtigten entfällt die jeweils notwendige Beantragung eines Behandlungsscheines und sie erhalten - mit den oben skizzierten Einschränkungen - unkomplizierten Zugang zur Regelversorgung (Entstigmatisierung).

Die Landesregierung ist an der Einführung der Gesundheitskarte aufgrund einer Vereinbarung nach § 264 Abs. 1 SGB V interessiert und möchte es jeder Kommune als Kostenträgerin nach dem AsylbLG ermöglichen, eine entsprechende Vereinbarung schließen zu können, wenn sie dies will.

Hierzu hat auch die Landesgesundheitskonferenz mit ihrer aktuellen EntschlieÙung „Für ein solidarisches Gesundheitswesen in NRW – Gesundheitliche Versorgung von Menschen in prekären Lebenslagen verbessern“ eine entsprechende Empfehlung formuliert.

Grundsätzlich hält die Landesregierung eine Abschaffung des AsylbLG bzw. die generelle Überleitung der medizinischen Leistungen nach dem AsylbLG auf die Krankenkassen (analog der Regelung in § 264 Abs. 2 SGB V für Leistungsempfängerinnen und – empfänger nach SGB XII) und einer Kostentragungspflicht des Bundes im Sinne der Vorschläge des Bundesrates (Beschluss vom 10.10.2014 - Drucksache 392/14) für besser geeignet, die Gesundheitsversorgung der Asylbewerberinnen und Asylbewerber deutlich zu verbessern und zugleich Länder und Kommunen von den Kosten der Gesundheitsversorgung des betroffenen Personenkreises wirksam und dauerhaft zu entlasten. Dies ist derzeit jedoch nicht mehrheitsfähig.

Bund und Länder haben sich im Rahmen der Beratungen zur Änderung des AsylbLG im Dezember über ein „Gesamtkonzept zur Entlastung von Ländern und Kommunen bei der Aufnahme und Unterbringung von Asylbewerbern“ verständigt. Diese Vereinbarung enthält unter Ziffer 7 einen Prüfauftrag, „wie es den interessierten (Flächen)Ländern ermöglicht wird, die Gesundheitskarte für Asylbewerber einzuführen, mit dem Ziel, dem Deutschen Bundestag einen entsprechenden Gesetzentwurf zuzuleiten.“ Diesen Prüfauftrag gilt es nunmehr konkret umzusetzen.

### **Rahmenbedingungen für eine Übertragung des Modells auf Nordrhein-Westfalen**

Der Vollzug des AsylbLG mit dem Ausführungsgesetz zum AsylbLG ist in Nordrhein-Westfalen den Gemeinden übertragen worden, die es in eigener Zuständigkeit als pflichtige Selbstverwaltungsangelegenheit durchführen. Dies beinhaltet die eigenverantwortliche und nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der gesetzlichen

Bestimmungen zu treffende Entscheidung über die Leistungsgewährung - auch im Hinblick auf die Krankheitsversorgung nach §§ 4 und 6 AsylbLG.

Die Gemeinden tragen die Kosten für die Durchführung des AsylbLG. Das Land beteiligt sich an den mit der Durchführung des Asylbewerberleistungsgesetzes verbundenen Aufwendungen.

Auf Grund dessen können derzeit auch ausschließlich die Gemeinden bei einem Vertragsabschluss im Hinblick auf § 264 SGB V Vertragspartner der Krankenkassen sein. Bereits zum jetzigen Zeitpunkt werden Leistungsberechtigte, die Leistungen nach § 2 AsylbLG erhalten, nach § 264 Abs. 2 SGB V von den gesetzlichen Krankenkassen betreut; sie sind jedoch dadurch nicht gesetzlich krankenversichert. Die Gemeinden erstatten der Krankenkasse die entstehenden Kosten.

Ein Vertragsabschluss für die übrigen Asylbewerberinnen und -bewerber setzt nach geltendem Recht aber voraus, dass Krankenkassen zu einem entsprechenden Vertragsabschluss nach § 264 Abs. 1 SGB V bereit sind. Nach informellen Gesprächen mit einigen großen Regionalkassen stehen diese einer freiwilligen Vereinbarung bisher ablehnend gegenüber. Damit zeigt sich deutlich eine faktische - nicht rechtliche - Problematik der geltenden Regelung.

Die Landesregierung sieht daher die zwingende Notwendigkeit einer bundesgesetzlichen Regelung, die Krankenkassen verpflichtet, den Zugang zur Krankenbehandlung für Asylsuchende vor Ablauf der 15-Monatsfrist auf der Grundlage des § 264 SGB V zu ermöglichen, wenn die jeweilige Gemeinde es wünscht. Damit eine möglichst einheitliche Umsetzung realisierbar ist, hält die Landesregierung darüber hinaus eine Rahmenvereinbarung des Landes für notwendig.

Die Landesregierung wird sich in den weiteren Gesprächen für eine gesetzliche Regelung einsetzen, die diese Voraussetzungen erfüllt.