

Antrag

der Abgeordneten Harald Weinberg, Ulla Jelpke, Sabine Zimmermann (Zwickau), Dr. Dietmar Bartsch, Herbert Behrens, Karin Binder, Matthias W. Birkwald, Heidrun Bluhm, Eva Bulling-Schröter, Roland Claus, Dr. André Hahn, Kerstin Kassner, Katja Kipping, Caren Lay, Sabine Leidig, Ralph Lenkert, Michael Leutert, Dr. Gesine Löttsch, Thomas Lutze, Birgit Menz, Martina Renner, Dr. Petra Sitte, Dr. Kirsten Tackmann, Azize Tank, Frank Tempel, Kathrin Vogler, Birgit Wöllert, Hubertus Zebel, Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

Medizinische Versorgung für Asylsuchende und Geduldete diskriminierungsfrei sichern

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) erhalten eine medizinische Versorgung grundsätzlich nur bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Diese weitreichende Beschränkung der Gesundheitsversorgung verletzt das Menschenrecht auf Gesundheit, das über die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte und andere internationale Abkommen garantiert ist. Es widerspricht auch dem Grundrecht der Menschenwürde sowie dem Sozialstaatsprinzip des Grundgesetzes. Denn diese Grundsätze gelten für alle hier lebenden Menschen, ungeachtet der Nationalität oder des Aufenthaltsstatus.

Doch in der Praxis wird nach den §§ 4 und 6 AsylbLG oft ein extrem zeit- und personalaufwändiges Antrags- und Prüfverfahren bei den Sozialämtern durchgeführt, wenn Asylsuchende oder Geduldete einen Krankenschein, eine Facharztüberweisung oder einen Krankenhausbehandlung benötigen. Dies kann zu medizinisch nicht vertretbaren Verzögerungen der Behandlung führen und dazu, dass selbst unaufschiebbare Behandlungen unter Gefahr für Leib und Leben verschleppt werden. Todesfälle, schwerste Behinderungen und Menschenrechtverletzungen durch willkürliche oder zu späte Entscheidungen der Behörden oder des Personals sind dokumentiert, vgl. ausführlich www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Classen_AsylbLG_2014_AS-Ausschuss.pdf, Seite 39 – 54.

Medizinethisch ist das diskriminierende Verfahren der eingeschränkten Gesundheitsversorgung nach dem AsylbLG nicht zu vertreten. In den Sozialämtern entscheiden medizinische Laien, ob ein nach dem Asylbewerberleistungsgesetz anzuerkennender Behandlungsbedarf besteht oder nicht und ob bzw. welche amtsärztliche Prüfungen zur Klärung eines etwaigen Behandlungsbedarfs eingeleitet werden

sollen. Dabei ist die Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Krankheitszuständen medizinisch keineswegs eindeutig definiert und der Zugang zur erforderlichen Behandlung insoweit oft eine auf Willkür beruhende Entscheidung.

Die Erfahrung mit der Ausgabe von Gesundheitskarten nach den §§ 4 und 6 AsylbLG auf Basis eines Vertrags mit der AOK Bremen/Bremerhaven gemäß § 264 Absatz 1 SGB V an Asylsuchende seit 2005 in Bremen und seit 2012 in Hamburg zeigt, dass die Versorgung über eine Gesetzliche Krankenkasse im administrativen Bereich wesentlich effektiver und kostengünstiger als bei den Sozialämtern durchgeführt werden kann (www.zeit.de/feature/krankenversicherung-fluechtlinge-hamburg). Gewährt werden die allermeisten Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, die keinem Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen unterliegen.

Obwohl in Hamburg und Bremen eine Gesundheitskarte an Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG ausgegeben wird, bedeutet dies nicht, dass diese reguläre Mitglieder in der Krankenkasse werden. Die Krankenkasse übernimmt zwar die Krankenbehandlung, doch die Betroffenen verbleiben im Status „nicht versichert“. Eine reguläre Pflichtmitgliedschaft würde bedeuten, dass sie Vorversicherungszeiten für eine spätere freiwillige Mitgliedschaft in der GKV erwerben können, also ein weiterer Diskriminierungstatbestand entfallen würde.

Die Bundesregierung plant bisher keine grundlegenden Verbesserungen bei der Gesundheitsversorgung und dem Gesundheitsschutz im Rahmen des AsylbLG. Bei der Umsetzung der EU-Aufnahme-Richtlinie 2013/33/EU soll vor allem die spezielle Situation von besonders schutzbedürftigen Asylsuchenden Berücksichtigung finden. Darüber hinaus ist die Bundesregierung der Auffassung, das AsylbLG erlaube bereits eine „angemessene gesundheitliche Versorgung“ (vgl. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. auf Bundestagsdrucksache 18/4758). Eine menschenrechtskonforme und medizinethisch nicht zu beanstandende Gesundheitsversorgung erfordert die gleichberechtigte generelle Versicherungspflicht aller Menschen, unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus, ihrer Herkunft oder ihrem Vermögen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

geeignete Maßnahmen zu ergreifen und einen Gesetzentwurf auf den Weg zu bringen, um sicherzustellen, dass

1. alle Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG in die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 SGB V und § 20 ff. des SGB XI einbezogen werden. Die in § 5 Absatz 8a Satz 2 und 3 SGB V und in § 5 Absatz 11 SGB V für Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen nach dem AsylbLG und dem SGB XII vorgesehenen Ausschlüsse von der GKV sind zu streichen. Die für Ausländerinnen und Ausländer in § 5 Absatz 11 SGB V vorgesehenen Ausschlüsse sind ebenfalls zu streichen, soweit der erlaubte Aufenthalt über einen dreimonatigen Kurzaufenthalt hinausgeht. Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG sind von Zuzahlungen gemäß den §§ 61, 62 SGB V zu befreien. Der Beitrag ist entsprechend der Regelung für Arbeitslosengeld-II-Bezieherinnen und -Bezieher festzusetzen (§ 246 SGB V). Die Beiträge für die Krankenversicherung trägt der Bund;

2. übergangsweise und kurzfristig die seit 2004 für Leistungsberechtigte nach § 2 AsylbLG geltende Ausgabe von Gesundheitskarten nach § 264 Absatz 2 bis 7 SGB V auf alle Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG ausgeweitet wird. Die Leistungsbeschränkungen in § 4 Abs. 1 AsylbLG auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind ersatzlos zu streichen.

Berlin, den 30. Juni 2015

Dr. Gregor Gysi und Fraktion

Begründung

Grundsätzlich ist die Abschaffung des AsylbLG als diskriminierendes Sondergesetz und die Überführung der bislang von diesem Gesetz umfassten Personen in das allgemeine System der sozialen Sicherung nach den Sozialgesetzbüchern einschließlich der Gesundheitsversorgung geboten, um einen menschenrechtskonformen Zugang zur sozialen Sicherung zu schaffen. Einen diesbezüglichen Antrag der Fraktion DIE LINKE. (Bundestagsdrucksache 18/2871) hat der Deutsche Bundestag am 6.11.2014 allerdings abgelehnt. Bis zu Abschaffung des AsylbLG sind den Kommunen etwaige Leistungen zur erstatten.

Das Grund- und Menschenrecht auf Gesundheit ist in Art. 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (AEMR), Art. 12 des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (WSK-Pakt), Art. 6 des Internationalen Paktes über politische und bürgerliche Rechte, Art. 11 der Europäischen Sozialcharta sowie Art. 35 der Europäischen Grundrechtecharta garantiert. In der Präambel zur 1946 verabschiedeten WHO-Erklärung heißt es: „Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen“. Art. 25 AEMR bestimmt: „Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der ihm und seiner Familie Gesundheit und Wohlergehen ausreichend sichert, insbesondere Nahrung, Kleidung, Unterkunft und medizinische Versorgung sowie die erforderlichen Sozialleistungen“.

In Art. 12 des von Deutschland 1973 ratifizierten WSK-Pakts heißt es: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.“ Nach den Hinweisen des WSK-Ausschusses (General Comment Nr. 20) gilt dies „für alle Menschen, einschließlich Nichtstaatenangehöriger, beispielsweise Flüchtlinge, Asylsuchende, Staatenlose, ungeachtet dessen, welche Rechtstellung sie besitzen“. Jegliche Diskriminierung bei der Gesundheitsfürsorge und den Gesundheitsdiensten ist nach dem WSK-Pakt verboten.

Das Recht auf Gesundheit ist Teil des in den Urteilen des BVerfG anerkannten und auch für ausländische Staatsangehörige, die sich in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, anerkannten Grundrechts auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums aus Art. 1 Abs. 1 und 20 Abs. 1 GG (vgl. Urteil vom 18.07.2012, AZ: 1 BvL 10/10 u. a.). Das Urteil des BVerfG vom 18.07.2012 zum AsylbLG hält die gesetzliche Festlegung eines gruppenspezifischen Minderbedarfs bei dem auch die physische Existenz umfassenden menschenwürdigen Existenzminimum nur für zulässig, wenn ein solcher Minderbedarf empirisch ermittelt und objektiv belegbar ist. Die in vden §§ 4 und 6 AsylbLG enthaltenen Einschränkungen der medizinischen Versorgung gegenüber der lediglich den notwendigen Bedarf an medizinischer Versorgung abdeckenden gesetzlichen Krankenversicherung (§ 12 Abs. 1 SGB V) wären demnach nur gerechtfertigt, wenn empirisch erwiesen wäre, dass die Beschränkung des Behandlungsbedarfs auf Symptombehandlungen und Akuterkrankungen aus den besonderen Eigenheiten der im AsylbLG erfassten Personengruppe zu erklären ist. Es ist aber gerade nicht belegt, dass ein Asylsuchender in geringerem Maße der ärztlichen Hilfe bedarf als andere Menschen.

Eine solche Annahme wäre auch im Hinblick auf die Bedeutung der Gesundheit als Grundlage aller anderen Grundrechte und der Menschenwürde nicht zu rechtfertigen. Es ist mit den Menschenrechten und dem Grundgesetz nicht vereinbar, den Gesundheitsschutz auf Akutfälle und Schmerzbehandlungen zu beschränken und eine fachgerechte Behandlung chronischer Krankheiten zu versagen. Eine Aufhebung der §§ 4 und 6 AsylbLG

ist notwendig: „Das Urteil des BVerfG vom 18.7.2012 muss für den Gesetzgeber deshalb auch ein Anlass sein, die Reichweite des Gesundheitsschutzes für Flüchtlinge und Asylsuchende zu überprüfen. Die Beschränkung des Anspruchs auf eine Akutbehandlung und die Versagung einer nachhaltigen Krankenbehandlung verletzt das Menschenrecht auf Gesundheit und widerspricht auch einem das Sozialleistungsrecht umfassenden Verständnis des Art. 2 Abs. 2 GG. Danach ist der Staat nicht nur gefordert, sich sämtlicher Eingriffe in das Leben und die körperliche Unversehrtheit und Gesundheit der Inlandsbewohner zu enthalten, sondern auch zum aktiven Schutz der kranken Menschen durch medizinische Hilfe verpflichtet. Deren Versagung stellte auch die Diskriminierung behinderter Menschen dar, die sowohl international- und europarechtlich wie nach Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG untersagt ist.“ (www.zar.nomos.de/fileadmin/zar/doc/Aufsatz_ZAR_13_5-6.pdf).

Kurzfristig ist die Ausgabe von Krankenversicherungskarten an AsylbLG-Berechtigte bundesweit zu ermöglichen. In Bremen und Hamburg erhalten sie bei der ambulanten und stationären Krankenbehandlung weitgehend den gleichen Leistungsumfang wie gesetzlich Versicherte. Auf den Krankenversicherungskarten nach §§ 4 und 6 AsylbLG sind keine Hinweise auf Leistungseinschränkungen vermerkt. Marginale Einschränkungen sind im Vertrag mit der AOK Bremen/Bremerhaven konkret definiert. Die Genehmigungspflicht beschränkt sich dabei auf solche Fälle, für die dies auch für GKV-Versicherte gilt. Nur auf Antrag gewährt werden in Hamburg bzw. Bremen Psychotherapien, Vorsorgekuren und Reha-Maßnahmen, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung, sowie Hilfsmittel die teurer als 2 000 Euro sind (vgl. auch Anlage 1 zur Vereinbarung nach § 264 Absatz 1 SGB V mit der AOK Bremen/Bremerhaven, S. 13). Die AOK prüft die Anträge ggf. über den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), und bezieht nur in Ausnahmefällen die Sozialbehörde in die Genehmigung ein, in Hamburg z. B. bei Langzeitpsychotherapien. Ausgeschlossen sind Leistungen im Rahmen der Disease-Management-Programme (DMP), Künstliche Befruchtung, Leistungen im Ausland sowie freiwillige Zusatzleistungen der AOK.

Trotz dieses in vergleichsweise großzügiger Auslegung der §§ 4 und 6 AsylbLG definierten, mit Ausnahme des Zahnersatzes weitgehend dem GKV-Standard entsprechenden Leistungsumfangs waren in Hamburg die Gesundheitsausgaben nach §§ 4 und 6 AsylbLG nach Einführung der GKV-Karte gleichbleibend. Aufgrund der wesentlich geringeren Administrationskosten waren im Ergebnis deutliche Einsparungen zu verzeichnen, vgl. dazu Burmester, Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse, NDV 2015, 109. Für Bremen liegen keine belastbaren Daten zu den Ausgaben vor.

Durch die Ausgabe von Gesundheitskarten und das in § 264 Absatz 2 SGB V geregelte Erstattungsverfahren würde also ein weniger Bürokratie verursachendes, einheitliches System der Krankenversicherung für alle AsylbLG-Berechtigten gleichermaßen geschaffen. Die derzeit diskutierten Krankenkassenverträge auf Landesebene gemäß § 264 Abs. 1 SGB V würden überflüssig. Das seit 2004 für § 2 AsylbLG-Berechtigte geltende Kostenerstattungssystem nach § 264 Absatz 2 bis 7 SGB V würde dann bundesweit gleichermaßen den Zugang für alle AsylbLG-Berechtigten zu einer gesetzlichen Krankenversicherung nach Wahl sicherstellen. Vgl. dazu auch den Antrag Hamburgs (Bundesratsdrucksache 392/2/14 (neu) vom 10. Oktober 2014).