

Große Anfrage der Fraktion DIE LINKE

Gesundheitsversorgung von Eingewanderten in Bremen

Die ärztliche, medizinische und therapeutische Behandlung muss für jeden Menschen im Bedarfsfall gewährleistet werden. Dennoch haben einige Personengruppen einen erschwerten oder überhaupt keinen Zugang zum Gesundheitssystem.

Papierlose Menschen sind von der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung ausgeschlossen. Sie können die Angebote der Humanitären Sprechstunde und des Medi-Netzes in Bremen wahrnehmen. Diese verweisen bei Bedarf zu Fachärztinnen und –Ärzten. Da hierfür jedoch keine Entschädigung gezahlt wird, sind die Humanitäre Sprechstunde und das Medi-Netz bzw. die Patient_innen darauf angewiesen, dass Fachärzt_innen der entsprechenden Fachrichtung bereit sind, kostenlos zu behandeln. Dies kann nicht flächendeckend gewährleistet werden. So fehlen beispielsweise Zahnärzt_innen, Orthopäd_innen und Urolog_innen zur Behandlung von papierlosen Personen.

Asylsuchende und Menschen mit Duldungsstatus fallen unter das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), welches nach § 4 nur eine Akutversorgung vorsieht. In Bremen und Bremerhaven erhalten sie allerdings eine Krankenversichertenkarte der AOK, welche die Inanspruchnahme regulärer Versicherungsleistungen ermöglicht. Doch auch für diesen Personenkreis gibt es Zeiträume mit unzureichender Gesundheitsversorgung. So berichten Beratungsstellen über Fälle, in denen Frauen trotz fortgeschrittener Schwangerschaft Termine beim Sozialzentrum erst rund acht Wochen später bekommen haben. Von diesem Termin hängt nicht nur die Meldung bei der Krankenversicherung ab, sondern beispielsweise auch die Gewährung der Säuglings-Erstausrüstung, des Transports vom Krankenhaus in die Unterkunft etc.

Auch Unionsbürger_innen können mitunter unversichert sein, wenn ihnen beispielsweise bei Selbständigkeit die Vorversicherungszeit im Herkunftsland fehlt und damit die Aufnahme in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verweigert wird. Die Versicherungsbeiträge sowohl in der GKV als auch in der Privaten Krankenversicherung sind zudem für viele finanziell nicht leistbar. Die Humanitären Sprechstunden in Bremen und Bremerhaven haben daher in der Praxis ihren Patient_innenkreis bereits auf Unionsbürger_innen ausgeweitet, eine befristete Erweiterung der Clearingstellen Bremen und Bremerhaven wird derzeit beraten.

Vor diesem Hintergrund fragen wir den Senat:

PAPIERLOSE

1. Wie viele Patient_innen hatten die Humanitären Sprechstunden in Bremen und Bremerhaven in den vergangenen drei Jahren (bitte nach Stadt und Jahr differenzieren)?
2. Konnten die Humanitären Sprechstunden den Bedarf in Bremen und Bremerhaven decken? Wenn nein, warum nicht?
3. Bei wie vielen der Patient_innen der Humanitären Sprechstunden war eine Überweisung an eine/n Facharzt/Fachärztin bzw. Therapeut_in notwendig?
4. Konnten diese immer problemlos akquiriert werden? Wenn nein: Ärzt_innen und Therapeut_innen welcher Fachrichtung fehlten?
5. Wie wird sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten der Humanitären Sprechstunden notwendige Behandlungen, zum Beispiel durch Fachärzt_innen, auch erhalten können? Wie wird dabei sichergestellt, dass die erbringenden Gesundheitsdienstleister_innen ihre Kosten abrechnen können?
6. Wäre es möglich, dass die Humanitären Sprechstunden Krankenscheine ausstellen analog zur Praxis der ärztlichen Sprechstunde des Gesundheitsamtes in der ZASt? Wenn nein: Warum nicht?
7. Wie sehen die Pläne zur Erweiterung des Angebotes der Humanitären Sprechstunden konkret aus bezüglich des Klient_innenkreises, der personellen Ausstattung, konzeptuell etc.?
8. Aus welchen Gründen ist die Erweiterung der Humanitären Sprechstunden und Clearingstellen nur befristet geplant?

ASYLSUCHENDE UND MENSCHEN MIT DULDUNGSSTATUS

9. Wie viele Patient_innen hatte die ärztliche Sprechstunde in der ZASt in den vergangenen drei Jahren (bitte nach Jahr aufschlüsseln)?
10. Sind die Kapazitäten der ärztlichen Sprechstunde in der ZASt bedarfsgerecht? Wenn nein, was wird dagegen unternommen?
11. Welche Art von Versorgung wird dort angeboten?
12. Wie viele Patient_innen benötigten einen Krankenschein, um eine/n Facharzt/Fachärztin aufsuchen zu können?

13. Wie lange waren der minimale und der maximale Zeitraum, der zwischen der Meldung in der Zentralen Aufnahmestelle (ZASt) und dem Termin im Sozialzentrum Süd verging (bitte monatsweise seit Mitte 2013 angeben)?
14. Wie lange waren der minimale und der maximale Zeitraum nach der Meldung bei der Krankenversicherung durch das Sozialzentrum Süd bis zur Erteilung der Krankenkassenkarte?
15. Gibt es aus der Kumulation der Zeiträume aus den Fragen 13 und 14 Fälle, in denen Berechtigte nach dem Ersatzverfahren gemäß § 264 SGB V mehrere Monate auf ihre Krankenkassenkarte warten mussten? Wenn ja, um wie viele Personen handelt es sich in den letzten drei Jahren (bitte nach Jahr aufschlüsseln)?
16. Sind dem Senat Fälle bekannt, in denen das Sozialzentrum Asylsuchende nicht gleich bei der AOK Bremen/Bremerhaven angemeldet hat? Wenn ja, welche Gründe gab es dafür?
17. Wie verhält sich die personelle Ausstattung der Sozialdienste Erwachsene der Sozialzentren (bitte nach Sozialzentrum und Stadtteil, Personalvolumina und Stellen sowie Kunden pro Mitarbeiter/in monatsweise seit Mitte 2013 aufschlüsseln)?
18. Erhalten Asylsuchende Unterstützung dabei, bei Bedarf eine Versicherungsbestätigung von der AOK ausgestellt zu bekommen, so lange die Versichertenkarte noch nicht ausgestellt ist? Wenn ja, von welcher Stelle?
19. Wie lange betragen derzeit die minimale und die maximale Dauer der Erteilung einer Duldung in den Ausländerbehörden Bremen und Bremerhaven?
20. Personen, die eine Duldung bei der Ausländerbehörde beantragen und nicht in der ZASt wohnen, warten teilweise mehrere Wochen auf die Erteilung der Duldung und haben in diesem Zeitraum Anspruch auf Sozialleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Wie verfahren Sozialzentren in diesen Fällen? Unter welchen Voraussetzungen werden die Leistungsanträge bearbeitet, welche Unterlagen müssen dafür eingereicht werden? Gibt es hierzu Anweisungen aus der Sozialbehörde?
21. Sind die Kapazitäten von REFUGIO bedarfsgerecht? Wenn nein, wie gedenkt der Senat Abhilfe zu schaffen?
22. Wie lange sind die Wartezeiten auf einen Therapieplatz bei REFUGIO?
23. Die Ausländerbehörde verlangt bei PTBS-Diagnose zur Anerkennung von Abschiebehindernissen ein ärztliches/therapeutisches Gutachten. Wer übernimmt die Kosten dafür?

UNIONSBÜRGER_INNEN

24. Wie viele Unionsbürger_innen sind nach Kenntnis des Senat im Land Bremen ohne Krankenversicherungsschutz?
25. Wie viele Versicherte in Bremen waren in den vergangenen drei Jahren mit den Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung im Rückstand (bitte nach Jahr differenzieren)? Darunter wie viele Angehörige von EU-Mitgliedstaaten?
26. Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, Beitragsrückstände, die beispielsweise durch Versicherungslücken entstanden sind, bei sehr niedrigem Einkommen zu stunden oder befristet oder unbefristet niederzuschlagen oder ganz zu erlassen. Wie oft wurden diese Regelungen in den vergangenen drei Jahren angewendet (bitte nach Krankenkasse und Jahr differenzieren)?
27. In wie vielen Fällen wurde trotz hoher Nachzahlungsraten durch Nichtversicherungszeiten bei geringem Einkommen trotzdem nicht von der Niederschlagung der Schulden Gebrauch gemacht? Mit welcher Begründung erfolgte dies?
28. Die Gesetzesgrundlage für Stundung oder Niederschlagung von Krankenkassenbeiträgen aus § 256a SGB V war bis zum 31.12.2013 befristet. Welche Anschlussregelungen gibt es/sind geplant?
29. Wenn keine Anschlussregelungen geplant sind, wird sich der Senat dafür einsetzen? Wenn ja, wie?
30. Konnte der Senat über seine Aufsichtsfunktion bei der Ortskrankenkasse AOK Bremen/Bremerhaven Einfluss auf die Anwendung von Stundung/Niederschlagung/Erlas von Beitragsrückständen nehmen? Wenn ja, hat er davon Gebrauch gemacht?
31. Die Möglichkeit von Stundung, Niederschlagung und Erlass von Beitragsrückständen konnten nur auf Antrag bewilligt werden. Wie erfolgte die Informationsvermittlung für Betroffene?
32. Ist dem Senat bekannt, dass Arztpraxen im Land Bremen Unionsbürger_innen, die eine EU- Krankenversicherungskarte haben, die Behandlung verwehrt haben, weil die Kostenübernahme der Behandlung durch das Versicherungsland nicht sichergestellt ist? Wenn ja, in wie vielen Fällen? In welcher Form wird der Senat sich dafür einsetzen, dass Ärzt_innen ihrer Behandlungspflicht nachkommen und die ausländischen Krankenkassen ihrer Zahlungspflicht?