

Beigeordnetenkonferenz

Beschlusnummer:

Stadtratssitzung

Drucksachen -Nr.:

am:

Am:12.03.14

TOP:

Betreff:

Prüfung zur Umsetzung eines Modellprojektes für Krankenversicherten-Chipkarten zur medizinischen Versorgung von Asylbewerber_innen

Der Stadtrat beschließt:

Die Stadtverwaltung wird dazu aufgefordert, zu prüfen inwiefern eine Umsetzung eines Modellprojekts ähnlich des Bremer 'Modellprojekts Krankenversicherten-Chipkarten zur medizinischen Versorgung nach §§ 4 und 6 AsylbLG' (siehe u.a.: http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Bremer_Modell_Medizin_AsylbLG.pdf) in Weimar möglich ist. Dem Stadtrat ist diesbezüglich zum 30.6.2014 zu berichten.

Begründung:

Erst kürzlich verursachte ein Krankheitsfall eines Asylbewerbers hohe Kosten für die Stadtverwaltung. Da Asylbewerber_innen nur im akuten Notfall ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen dürfen, verschlimmern sich Krankheitszustände oftmals hin zu sehr teuren Behandlungskosten. Wäre es den Asylbewerber_innen möglich, schon zu einem früheren Zeitpunkt ärztliche Hilfe aufzusuchen, würde dies nicht nur Kosten sparen sondern auch zum Wohlbefinden unserer Mitmenschen beitragen.

eingereicht durch	Datum	Kosten	Mittel stehen zur Verfügung ja <input type="checkbox"/> HH Jahr nein <input type="checkbox"/>	Haushaltsstelle
BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN	25.02.14	Per Email		

Amt	<input type="checkbox"/> siehe Stellungnahme	Datum, Namenszeichen	Amt	<input type="checkbox"/> siehe Stellungnahme	Datum, Namenszeichen
Amt	<input type="checkbox"/> siehe Stellungnahme	Datum, Namenszeichen	Amt	<input type="checkbox"/> siehe Stellungnahme	Datum, Namenszeichen
Amt	<input type="checkbox"/> siehe Stellungnahme	Datum, Namenszeichen	Amt	<input type="checkbox"/> siehe Stellungnahme	Datum, Namenszeichen
Amt	<input type="checkbox"/> siehe Stellungnahme	Datum, Namenszeichen	Amt	<input type="checkbox"/> siehe Stellungnahme	Datum, Namenszeichen

zurück zum federführenden Amt	die Stellungnahmen wurden vollständig berücksichtigt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, s. Begründung	weiter an den Stadtrat <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	betrifft folgenden Ortsteil
Datum Amtsleiter	Datum Beigeordneter	Datum Oberbürgermeister	

Vorlage Antrag Anfrage Information

Ausschuss- beratungsfolge	Ziff. (*)	Sitzungstermin	einverstanden	siehe Stellungnahme	Unterschrift

*) 2 = Anhörung 3 = federführende Vorbereitung 4 = Entscheidung

Datum	Beigeordneter	Datum	Oberbürgermeister
-------	---------------	-------	-------------------