

2021-2
Policy Paper

**ANSPRÜCHE AUF
GESUNDHEITSLAISTUNGEN
FÜR ASYLSUCHENDE IN
DEUTSCHLAND
RECHTSLAGE UND REFORMBEDARFE**
VON KATJA LINDNER

Zitiervorschlag:

Lindner, Katja 2021: Ansprüche auf Gesundheitsleistungen für Asylsuchende in Deutschland. Rechtslage und Reformbedarfe, MIDEEM-Policy Paper 02/21, Dresden.

INHALTSVERZEICHNIS

	ZUSAMMENFASSUNG	4
1	DAS ASYLBEWERBERLEISTUNGSGESETZ UND WEITERE BUNDESGESETZLICHE VORGABEN	4
1.1	DAS ASYLBEWERBERLEISTUNGSGESETZ	4
1.2	DIE ENTWICKLUNG DER GESETZESLAGE SEIT 1993	7
1.3	PRAKTISCHE PROBLEME BEI DER ANWENDUNG DES ASYLBLG	9
1.4	DAS PHYSISCHE EXISTENZMINIMUM	11
1.5	DIE MEDIZINISCHE ERSTUNTERSUCHUNG	13
1.6	SPRACHMITTLUNG	13
2	SUPRANATIONALE RECHTSVORGABEN BEI DER GESUNDHEITSVERSORGUNG VON ASYLSUCHENDEN	14
2.1	DAS VÖLKERRECHT UND DAS MENSCHENRECHT AUF GESUNDHEIT	14
2.2	DIE AUFNAHMERICHTLINIE DER EU VON 2013	16
3	LEHREN AUS DER ‚FLÜCHTLINGSKRISE‘	18
4	DIE GESUNDHEITLICHE SITUATION VON ASYLSUCHENDEN	21
5	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	22
	LITERATURVERZEICHNIS	34
	AUTORIN	35
	IMPRESSUM	

ZUSAMMENFASSUNG

Bei der Aufnahme und Integration von Geflüchteten kommt der Frage nach körperlicher und psychischer Gesundheit eine fundamentale Bedeutung zu. Dieser Beitrag gibt einen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen auf nationaler und supranationaler Ebene und deren Entwicklung. Darüber hinaus werden unter Einbeziehung von wissenschaftlichen Forschungsbefunden Handlungsempfehlungen abgeleitet.

Asylsuchende und ihnen gleichgestellte Personen erhalten in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthaltes in Deutschland auf gesetzlicher Grundlage medizinische Leistungen im Falle akuter Erkrankungen und Schmerzzustände (§ 4 AsylbLG). Kosten für weitergehende Bedarfe können im Einzelfall und nach behördlichem Ermessen übernommen werden (§ 6 AsylbLG).

Die bestehenden Regelungen zur medizinischen Versorgung von Asylsuchenden bedürfen jedoch einer Überarbeitung, da:

- das Asylbewerberleistungsgesetz mit weiten Ermessensspielräumen und unklaren Rechtsbegriffen arbeitet,
- chronische Erkrankungen im Gesetz kaum Berücksichtigung finden,
- der Ausschluss der Asylsuchenden aus der Regelversorgung aus gesundheitsökonomischer Sicht zu keiner Kostenersparnis führt,
- Basiskriterien der Identifikation besonders Schutzbedürftiger und deren erweiterter Leistungsanspruch im Bereich der medizinischen Versorgung nach der Aufnahmerichtlinie der EU (2013/33/EU) bisher in keiner bundesdeutschen Rechtsnorm abgebildet sind,
- verfassungsrechtliche Zweifel an den gegenwärtigen rechtlichen Instrumenten zu Sanktionen im Bereich der Gesundheitsleistungen für Asylsuchende bestehen, weil mit diesen Regelungen Fragen des menschenwürdigen Existenzminimums berührt werden,
- da bislang keine verbindlichen Regelungen bezüglich der Übernahme von Sprachmittlerkosten bei der medizinischen Versorgung getroffen worden sind.

1 DAS ASYLBEWERBERLEISTUNGSGESETZ UND WEITERE BUNDESGESETZLICHE VORGABEN

1.1 DAS ASYLBEWERBERLEISTUNGSGESETZ

Anspruchsberechtigte

In Deutschland regelt das Asylbewerberleistungsgesetz, welche medizinischen Leistungen Asylsuchende in Anspruch nehmen können.¹ Es definiert den Umfang an medizinischen Leistungen, die Asylsuchende und ihnen gleichgestellte Ausländerinnen und Ausländer erhalten (§§ 4, 6 AsylbLG).² Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sind nicht regulär krankenversichert.³ Die Kosten für ihre Versorgung werden durch den Bund, die Bundesländer bzw. die Kommunen getragen. Dazu gehören neben Asylbewerberinnen und Asylbewerbern auch Geduldete, Ausreisepflichtige sowie mehrere Personengruppen mit vorübergehender Aufenthaltserlaubnis aufgrund von humanitären oder anderen Gründen sowie Familienangehörige (Personenkreise § 1 AsylbLG).⁴ Wie bei allen existenzsichernden Leistungen erfolgt eine Bedürftigkeitsprüfung (§ 7 AsylbLG).

Leistungsumfang

Bei der Beschreibung der gesetzlichen Leistungsansprüche ist zwischen akuten und chronischen Erkrankungen zu unterscheiden.

„Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewährleisten.“ (§ 4 Absatz 1 Satz 1 AsylbLG)

Anspruchsberechtigte erhalten demnach bei „akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen“⁵ sowie im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt medizinische oder zahnmedizinische Versorgung, Arznei- und Verbandsmittel und diesbezüglich sonstige notwendige Leistungen. Auch empfohlene Schutzimpfungen und Vorsorgemaßnahmen werden gewährt (§ 4 Absatz 3 AsylbLG). Eine Kostenerstattung für Zahnersatz ist nur im Falle einer medizinisch begründeten Unaufschiebbarkeit möglich. Nach § 4 AsylbLG ist die Versorgung chronischer Erkrankungen aus-

Glossar

AEG	Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften
AEUV	Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylG	Asylgesetz
AufenthG	Aufenthaltsgesetz
BAFF	Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
CESCR	Committee on Economic, Social and Cultural Rights / Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte der Vereinten Nationen
eGk	elektronische Gesundheitskarte
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EUV	Vertrag über die Europäische Union
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRCh	Grundrechtecharta (der EU)
IfSG	Infektionsschutzgesetz
PatRechteG	Patientenrechtegesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
UMF	Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge
UN	Vereinte Nationen
UN-BRK	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Zeitdauer des (eingeschränkten) Leistungsanspruchs

Die Beschränkung auf die Versorgung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände (§ 4) und sonstiger Leistungen im Einzelfall (§ 6) gilt in der Regel für die ersten 18 Monate des Aufenthalts (§ 3 AsylbLG - Grundleistungen). Jene Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen nach dem AsylbLG, „die sich seit 18 Monaten ohne wesentliche Unterbrechung im Bundesgebiet aufhalten und die Dauer des Aufenthalts nicht rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst haben“, (§ 2 AsylbLG – Leistungen in besonderen Fällen) erhalten demgegenüber eine medizinische Versorgung analog der Sozialhilfe (SGB XII) bzw. der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Solange das Asylverfahren nicht abgeschlossen ist und die Personen nicht einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit nachgehen, gilt für sie eine ‚Quasiversicherung‘ bzw. ‚unechte Versicherung‘. Dabei erstattet das Sozialamt die Kosten für Aufwendungen zur Krankenbehandlung an die Krankenkassen. Die Betroffenen erhalten dann eine Krankenversicherungskarte.

Leistungsanspruch undokumentierter Migrantinnen und Migranten

Einen Rechtsanspruch auf Leistungen nach dem AsylbLG (zumindest nach § 4 AsylbLG) haben auch ‚undokumentierte‘ Personen bzw. Personen ohne einen legalen bzw. regulären Aufenthaltsstatus *aufserhalb* eines Asylverfahrens (§ 1 Absatz 1 AsylbLG). Sie gelten als vollziehbar Ausreisepflichtige. Der sogenannte ‚Nothelferparagraf‘ (§ 6a AsylbLG) ermöglicht die „Erstattung von Aufwendungen anderer“ im medizinischen Eilfall für Kliniken. Dabei geht es um die Behandlung „akuter, lebensbedrohlicher klinischer Zustände“ und deren Kostenerstattung. In diesem Zusammenhang besteht ein verlängerter Geheimnisschutz für stationäre Behandlungen von Menschen ohne einen regulären Aufenthaltsstatus. Das heißt, dass im Zuge der Kostenerstattungsverfahren für die Behandlungen seitens der Sozialämter keine Meldungen über die Identität der Personen an die Ausländerbehörde erfolgen dürfen. Die ärztliche Schweigepflicht wirkt dann bis in die zuständige Behörde hinein (Mylius 2016; Diakonie Deutschland 2019).

Leistungsbeschränkungen bei Sanktionierung

Der Anspruch auf (medizinische) Leistungen nach AsylbLG erlischt teilweise oder nahezu vollständig, wenn Asylbewerberinnen und Asylbewerber ihren Mitwirkungspflichten bei Behörden nicht nachkommen oder wenn sie (nach Ablehnung) vollziehbar ausreisepflichtig sind und für sie bereits eine Schutzbewilligung durch einen anderen EU-Staat vorliegt (§ 1a AsylbLG).⁸ Hierbei fallen insbesondere die Leistungen nach § 6 AsylbLG weg. In

1 Siehe: Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in der Neufassung vom 05.08.1997, zuletzt geändert am 21.12.2020.

2 Bei der Einführung des Gesetzes 1993 handelte es sich um die §§ 3 und 5. Im weiteren Text wird der Einfachheit halber häufig nur der Begriff „Asylsuchende“ oder „Leistungsberechtigte“ verwendet. Wenn explizit andere Anspruchsberechtigte (z. B. Geduldete) gemeint sind, wird dies kenntlich gemacht.

3 Ende 2018 lebten 411.211 Personen mit Leistungen nach dem AsylbLG in Deutschland. 162.202 dieser Personen wiesen eine Aufenthaltsdauer von 24 und mehr Monaten auf (Statistisches Bundesamt 2019).

4 Siehe: Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) und Aufenthaltsgesetz (AufenthG).

5 Akut meint hier eine „plötzlich auftretende, schnell und heftig verlaufende Erkrankung“ (Frerichs 2014a: 12, nach Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch).

6 § 6 AsylbLG beinhaltet nicht nur Ansprüche auf besondere medizinische Leistungen, sondern auch anderweitige Bedarfe im Einzelfall (z. B. Sicherung des Lebensunterhaltes, besondere Bedürfnisse von Kindern, verwaltungsrechtliche Mitwirkungspflichten) (Frerichs 2014b: 6).

7 Ausnahmen finden sich in den Bundesländern und Kommunen, in denen elektronische Gesundheitskarten für Asylsuchende von Anfang an eingeführt wurden (mehr dazu: Wächter-Raquet 2016 a, b; Gesundheit für Geflüchtete 2019).

8 Zu weiteren Gründen siehe: § 1a AsylbLG, 3. Änderungsgesetz zum AsylbLG, 15.08.2019.

besonderen Härtefällen sind gegebenenfalls Ausnahmen vorgesehen. Dazu zählen vor allem verschiedene Gruppen besonders schutzbedürftiger Asylsuchender nach der Aufnahmerichtlinie von 2013. Jedoch beinhaltet das AsylbLG generell keine klaren Regelungen zu den Gesundheitsleistungen der ‚besonders Schutzbedürftigen‘.

Übernahme von Sprachmittlerkosten über AsylbLG

Die Übernahme von Kosten für Dolmetscherinnen und Dolmetscher im Rahmen der medizinischen Versorgung ist im AsylbLG zwar nicht explizit vorgesehen. Sie kann aber über den § 4 Abs. 1 („...sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen“) oder über den Ermessensspielraum des § 6 Abs. 1 (z. B. „verwaltungsrechtliche Mitwirkungspflicht“) erfolgen. Asylsuchende mit einer Aufenthaltsdauer von über 18 Monaten und einer Versorgung analog der GKV haben demgegenüber in der Regel keine Möglichkeiten der Kostenersatzung für Sprachmittlung.⁹ Sprachmittlung gehört grundsätzlich nicht zum Katalog der GKV.

Abbildung 1 gibt eine Übersicht über den Personenkreis und den Leistungsumfang der medizinischen Versorgung für Asylsuchende und ihnen gleich gestellte Ausländerinnen und Ausländer. Eine weitergehende Versorgung, die dem allgemeinen Sozialhilfeniveau entspricht, sieht das Gesetz für Asylsuchende mit einer Aufenthaltsdauer von weniger als 18 Monaten bei Schwangerschaft und Geburt sowie bei unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden vor.

Die Anspruchsberechtigten nach dem AsylbLG mit einer Aufenthaltsdauer von unter 18 Monaten sind von der Zuzahlungspflicht für Medikamente und sonstige Hilfs- und Heilmittel befreit.¹⁰ Asylsuchende mit einer Aufenthaltsdauer von über 18 Monaten erhalten Gesundheitsleistungen analog der GKV bzw. Sozialhilfe und müssen die regulären Zuzahlungen leisten. Asylbewerberinnen und Asylbewerber haben eine freie Arztwahl. Die Sozialämter können jedoch im Rahmen des behördlichen Sicherstellungsauftrages Einschränkungen vornehmen (§ 4 Abs. 3 Satz 1 AsylbLG; Frerichs 2014a: 3).

Medipoints am Anfang

Die in Abbildung 1 dargestellten Leistungsansprüche bestehen unabhängig von der Unterbringungsart. Bei einem Aufenthalt in (Erst-)Aufnahmeeinrichtungen und Ankerzentren sind die Bundesländer die direkten Kostenträger.¹¹ Der praktische Zugang zur Versorgung geschieht dort in der Regel zunächst über sogenannte Medipoints. Hierbei handelt es sich um medizinische Anlaufstellen in großen Aufnahmeeinrichtungen und Ankerzentren, die je nach Größe in unterschiedlichem Umfang mit pflegerischem Personal besetzt sind und in denen auch regelmäßige ärztliche Sprechstunden abgehalten werden. Für die Behandlung in den Aufnahmeeinrichtungen ist kein Behandlungsschein notwendig. Bei Bedarf werden die Patientinnen und Patienten weiter ins Gesundheitssystem überwiesen.

Im Notfall immer Behandlungspflicht

Nach der Zuweisung der Asylsuchenden sind die Landkreise bzw. Kommunen Träger der Kosten, die jedoch in unterschiedlichem Umfang von den Bundesländern erstattet werden. Vor der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen muss der Anspruch durch einen Behandlungsschein (der von den zuständigen Behörden ausgestellt wird) bzw. durch spezielle elektronische Gesundheitskarten (regional variierend) nachgewiesen werden. Grundsätzlich besteht aber im Notfall immer eine Pflicht zur medizinischen Behandlung. Die Bewilligung und das Kostenerstattungsverfahren erfolgen dann im Nachgang. Außerhalb eines Notfalls kann die Versorgung ohne vorliegenden Behandlungsschein des Sozialamtes oder ohne Gesundheitskarte verweigert werden.

Grundsätzlich tragen die Bundesländer und teilweise die Kommunen die mit der Umsetzung des AsylbLG verbundenen Kosten. Seit 2016 werden sie hierbei vom Bund mit einer Pauschale von 670 Euro im Monat pro Person im Asylverfahren (nicht für Geduldete) unterstützt (Gathmann 2015).¹²

1.2 DIE ENTWICKLUNG DER GESETZESLAGE SEIT 1993

AsylbLG zur ‚Migrationshemmung‘

Die Einführung des Asylbewerberleistungsgesetzes im Jahr 1993 fiel in eine Zeit erhöhter internationaler Migrationsbewegungen. Insbesondere in Deutschland waren die Zahlen von Asylsuchenden gestiegen. Mit dem Gesetz des Bundestages, dem die Mehrheit der CDU/CSU, FDP und SPD-Abgeordneten zugestimmt hatten, erfolgte eine Ausgliederung der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden aus dem Sozialhilfegesetz. Damit wurden Sozialleistungen einschließlich der Gesundheitsversorgung eingeschränkt und sogar unterhalb des Sozialhilfeniveaus bemessen. Dies sollte einerseits eine migrationshemmende Wirkung entfalten, andererseits der Bevölkerung vermitteln, dass Asylsuchende – auch hinsichtlich gesundheitsbezogener Leistungen – keine gleichberechtigten ‚Anspruchskonkurrenten‘ im Wohlfahrtsstaat sind. Das Gesetz sollte damit unterschiedliche Versorgungsniveaus markieren und auch den Staatshaushalt entlasten (Bommes 1996; Eichenhofer 2013; Hillmann 2017).

Leistungseinschränkungen wegen nur „kurzfristigen“ Aufenthalts

Der Gesetzgeber zielte also auf eine Absenkung der (medizinischen) Leistungen ab und begründete dies mit der „nur kurzen Aufenthaltsdauer“ (Deutscher Bundestag 1993a: 5; siehe auch Eichenhofer 2013: 170f.). Daneben wurde für die Bewilligung von medizinischen Leistungen das Kriterium der ‚Aufschiebbarkeit‘ eingeführt. Medizinische Behandlungen, die voraussichtlich vor Abschluss des Asylverfahrens nicht abgeschlossen werden können, sollten aus dem Leistungsanspruch ausgenommen werden. Eine Berücksichtigung chronischer Erkrankungen war ebenfalls nicht ausdrücklich vorgesehen. Welche Behandlung konkret durchgeführt werden sollte, sei jedoch im Einzelfall unter medizinischen Gesichtspunkten zu entscheiden (Deutscher Bundestag 1993a: 9).

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2012

Zwischen 1993 und 2015 gab es keine Veränderungen in Bezug auf die Leistungen nach dem AsylbLG. Am 18.07.2012 urteilte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) jedoch in seinen Leitsätzen Folgendes:

Abb. 1: Gesetzlich Anspruchsberechtigte nach § 1 Absatz 1 AsylbLG und Leistungsansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz bei einem Aufenthalt unter 18 Monaten (Stand: August 2020)

Anspruchsberechtigte

- Asylsuchende, die Asyl beantragt haben (Aufenthalts gestattet nach § 55 AsylG)
- Personen, die ein Asylgesuch geäußert haben
- ausländische Personen im Flughafenverfahren (§ 18a AsylG)
- Geduldete nach § 60 a AufenthG
- Ausreisepflichtige
- Flüchtlinge mit Aufenthaltserlaubnis nach § 23 Abs. 1 AufenthG, § 24 AufenthG, § 25 Abs. 4 S. 1 AufenthG (Humanitäre Gründe), § 25 Abs. 5 AufenthG (sofern die Entscheidung über die Aussetzung der Abschiebung noch nicht 18 Monate zurückliegt), Folgeantrag nach § 71 AsylG oder Zweitantrag nach § 71a AsylG gestellt
- Familienangehörige der genannten Personengruppen
- eingeschränkt: vollziehbar Ausreisepflichtige (§ 50 AufenthG)

AsylbLG § 4, akute Erkrankungen und Schmerzzustände

- ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich Arznei- und Verbandsmittel
- Schutzimpfungen nach den entsprechenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Vorsorgeuntersuchungen (analog GKV)
- ärztliche und pflegerische Hilfe bei Schwangerschaft und Geburt, Wöchnerinnen
- Zahnersatz nur, wenn unaufschiebbar
- gegebenenfalls Dolmetscherleistungen

AsylbLG § 6, sonstige Leistungen/besondere Bedarfe

- Leistungen im Einzelfall, nach Ermessen der Behörden (außer bei besonders schutzbedürftigen Personen im Asylverfahren hier kein Ermessen)
- Behandlung bestimmter chronischer Erkrankungen
- gegebenenfalls Dolmetscherleistungen, Psychotherapie, Transportkosten zum Arzt, Anschlussheilbehandlungen, häusliche Krankenpflege, ambulante/ stationäre Pflegeleistungen (ohne Pflegegeld), Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen (Frerichs 2014a, b; Classen 2017)

Quelle: Gesetzestexte sowie Frerichs 2014a, 2014 b; Classen 2017; Hillmann 2017; eigene Darstellung.

⁹ Als eine in der Praxis seltene Ausnahme wäre hier aber eine Ermessensentscheidung über 73 SGB XII möglich.

¹⁰ Bei der Bemessung der Bedarfe zur Sicherung des Existenzminimums bei Asylsuchenden wurden Ausgaben für den Bereich Gesundheitspflege nicht berücksichtigt (Deutscher Bundestag 2019: 3).

¹¹ Die Dauer des Aufenthalts in Aufnahmeeinrichtungen und Ankerzentren der Bundesländer variiert zwischen einigen Wochen und bis zu 18 Monaten. Grundlage dafür ist der Absatz 1 Satz 1 § 47 AsylG: „Ausländer, die den Asylantrag bei einer Außenstelle des Bundesamtes zu stellen haben (§ 14 Abs. 1), sind verpflichtet, bis zur Entscheidung des Bundesamtes über den Asylantrag und im Falle der Ablehnung des Asylantrags bis zur Ausreise oder bis zum Vollzug der Abschiebungsandrohung oder -anordnung, längstens jedoch bis zu 18 Monate, bei minderjährigen Kindern und ihren Eltern oder anderen Sorgeberechtigten sowie ihren volljährigen, ledigen Geschwistern längstens jedoch bis zu sechs Monate, in der für ihre Aufnahme zuständigen Aufnahmeeinrichtung zu wohnen.“

¹² Auf die Finanzierungsfragen von Gesundheitsleistungen in den Bundesländern, relevante föderalismusbedingte Variationen der Umsetzung der medizinischen Versorgung nach dem AsylbLG und die Einführung elektronischer Gesundheitskarten für Asylsuchende in einzelnen Bundesländern kann jedoch im Rahmen dieser Publikation nicht eingegangen werden. Diesen Themen wird sich eine spätere Publikation widmen.

„1. Die Höhe der Geldleistungen nach § 3 des Asylbewerberleistungsgesetzes ist evident unzureichend, weil sie seit 1993 nicht verändert worden ist.

2. Art. 1 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 1 GG garantiert ein Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums (vgl. BVerfGE 125, 175). Art. 1 Abs. 1 GG begründet diesen Anspruch als Menschenrecht. Er umfasst sowohl die physische Existenz des Menschen als auch die Sicherung der Möglichkeit zur Pflege zwischenmenschlicher Beziehungen und ein Mindestmaß an Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben. Das Grundrecht steht deutschen und ausländischen Staatsangehörigen, die sich in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, gleichermaßen zu.

3. Falls der Gesetzgeber bei der Festlegung des menschenwürdigen Existenzminimums die Besonderheiten bestimmter Personengruppen berücksichtigen will, darf er bei der konkreten Ausgestaltung existenzsichernder Leistungen nicht pauschal nach dem Aufenthaltsstatus differenzieren. Eine Differenzierung ist nur möglich, sofern deren Bedarf an existenznotwendigen Leistungen von dem anderer Bedürftiger signifikant abweicht und dies folgerichtig in einem inhaltlich transparenten Verfahren anhand des tatsächlichen Bedarfs gerade dieser Gruppe belegt werden kann.¹³

Hervorzuheben ist die Feststellung des BVerfG, wonach migrationspolitische Erwägungen nicht zu einem Unterlaufen des Existenzminimums führen dürfen. Demnach legitimiert die Motivation, Migrationsanreize zu vermeiden – etwa über eine eingeschränkte Gesundheitsversorgung – keine präventive Absenkung des Leistungsanspruches. So stellte das BVerfG unter kritischer Bezugnahme auf die Begründung der Beschlussempfehlung zum AsylbLG von 1993 fest:

„Migrationspolitische Erwägungen, die Leistungen an Asylbewerber und Flüchtlinge niedrig zu halten, um Anreize für Wanderungsbewegungen durch ein im internationalen Vergleich eventuell hohes Leistungsniveau zu vermeiden, können von vornherein kein Absenken des Leistungsstandards unter das physische und soziokulturelle Existenzminimum rechtfertigen (vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Familie und Senioren <13. Ausschuss> vom 24. Mai 1993, BTDrucks 12/5008, S. 13 f.). Die in Art. 1 Abs. 1 GG garantierte Menschenwürde ist migrationspolitisch nicht zu relativieren.“¹⁴

Reduktion der Wartezeit auf Regelversorgung von 48 auf 15 Monate

Nach dem Urteil des BVerfG vom 18.07.2012 kam es zu einer Reform des AsylbLG. Die novellierte Fassung des Gesetzes trat am 01.03.2015 in Kraft und hatte u. a. eine Erhöhung der Geldleistungen zur Folge.¹⁵ Der Leistungsanspruch blieb aber weiterhin unter dem ALG-II- und Sozialhilfeniveau. Im Bereich der Gesundheitsleistungen wurde die Zeitdauer für einen reduzierten Leistungsanspruch nach dem AsylbLG jedoch von 48 auf 15 Monate stark reduziert: Asylsuchende und ihnen gleichgestellte Ausländerinnen und Ausländer erhielten dadurch deutlich früher Zugang zu Analogleistungen nach SGB V. Am Leistungsumfang der medizinischen Versorgung änderte sich aber nichts. Das Gericht hatte dem Gesetzgeber zwar Grenzen in Bezug auf das Existenzminimum verdeutlicht, jedoch auch Ermessensspielräume aufgezeigt. Legitimierbar seien diese mit dem nur vorübergehenden Aufenthalt. Demnach kann erst ab einer Dauer von ca. zwei Jahren von einem nicht nur vorübergehenden Aufenthalt ausgegangen werden (Frerichs 2014a: 8).

Optionale Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende

Mit der Asylgesetzgebung von 2015 ergab sich jedoch noch eine weitere wichtige Entwicklung. Im Frühjahr 2015 führte die Bundesregierung an, dass die Auslegung des AsylbLG und dessen Anwendung in Bezug auf Gesundheitsleistungen in der Zuständigkeit der Bundesländer liegt (Deutscher Bundestag 2015b). Zuvor hatte bereits im Oktober 2014 die Hansestadt Hamburg einen Antrag in den Bundesrat eingebracht, um die administrativen Barrieren der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden mittels elektronischer Gesundheitskarten bundesweit zu vereinfachen.¹⁶ Dabei ging es auch um eine Reduktion von Handlungsunsicherheiten durch die Ermessensspielräume des AsylbLG und eine administrative Entlastung der Länder und Kommunen (vgl. Burmester 2015). Wahrscheinlich auch vor dem Hintergrund der gestiegenen administrativen Herausforderungen des verstärkten Flüchtlingszuzugs und des zunehmenden Handlungsdrucks eröffnete die Bundesregierung den Bundesländern im Herbst 2015 schließlich die Möglichkeit, Rahmenverträge mit Krankenkassen zur Versorgung von Asylsuchenden (orientiert an § 264 SGB) einzuführen.¹⁷ Damit sollte die Einführung elektronischer Gesundheitskarten (eGK) für Asylsuchende von Anfang an in allen Bundesländern vereinfacht werden. Dabei handelte es sich *nicht* um eine verpflichtende Regelung.¹⁸ Die Hansestädte Bremen (2005) und Hamburg (2012) hatten sich bereits früher für die Einführung ent-

schieden und wurden zum Vorbild für einige Flächenländer wie Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein, Brandenburg oder Thüringen (Wächter-Raquet 2016; Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e. V. 2020). Unterstützt wird dieses Anliegen auch vom Nationalen Normenkontrollrat (2017: 5).¹⁹

Im August 2019 wurde die reduzierte Wartezeit für Asylsuchende auf einen Zugang zu Analogleistungen des SGB V wiederum auf 18 Monate erhöht.²⁰ Am Umfang der reduzierten medizinischen Versorgung hat sich seit der erstmaligen Einführung des Gesetzes 1993 nichts grundlegend geändert.

Grundkonflikt zwischen „ordnungspolitisch-restruktiven“ und „wohlfahrtsstaatlich-sozialliberalen“ Positionen

Diese rechtliche Sonderbehandlung der Asylsuchenden stand von Anfang an in der Kritik, vor allem aus menschenrechtlicher und ärztlicher Perspektive. So hoben Bündnis 90/Die Grünen die Unteilbarkeit der Menschenwürde und die von Deutschland ratifizierten internationalen Menschenrechtsabkommen sowie eine mögliche Verfassungswidrigkeit hervor.²¹ Sie wiesen auf eine große Anzahl nicht akuter, aber die Lebensqualität stark reduzierender Erkrankungen sowie auf Konflikte, die sich aus dem Gesetz für die Ärzteschaft ergeben, hin. Auch von Seiten der Ärzteschaft gab es Widerspruch (Bundesärztekammer 2014; Deutscher Bundestag 1993b: 13598; Klinkhammer/Korzilius 2014; Flüchtlingsrat Berlin et al. ohne Jahr). Mit der Verabschiedung des AsylbLG 1993 wurde der Grundkonflikt zwischen den beiden Positionen („ordnungspolitisch-restruktiv, versus ‚wohlfahrtsstaatlich-sozialliberal,‘) auf die Bundesländer übertragen (Schammann 2015: 169ff.).

Ab 2015 traten die seit (mindestens) 1993 grundsätzlich bestehenden Konfliktlinien in Bezug auf die medizinische Versorgung von Asylsuchenden vor dem Hintergrund der Debatte um die Einführung der elektronischen Gesundheitskarten erneut zu Tage.²² Die Befürworterinnen und Befürworter der bestehenden gesetzlichen Regelungen, die der Einführung der elektronischen Gesundheitskarten ablehnend gegenüber standen (vor allem Vertreterinnen und Vertreter der CDU/CSU), befürchteten bei Leistungserweiterungen oder bei einer Vereinfachung des Zugangs zu medizinischer Versorgung nach wie vor eine Schaffung

falscher Anreize, nach Deutschland zu kommen.²³ Dieser Position zufolge bestünde bei elektronischen Gesundheitskarten für Asylsuchende beispielsweise die Gefahr, dass zu viele Leistungen verordnet würden und überhöhte Kosten für das Wohlfahrtsystem entstünden. Dem ‚Menschenrechte-Diskurs‘ nahestehende Akteure aus den Parteien Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke sowie Menschenrechtsakteure wie ‚Ärzte der Welt‘ oder ‚Pro Asyl‘ forderten hingegen eine Abmilderung oder Abschaffung der Leistungsbeschränkungen nach dem AsylbLG. Das Gesetz und seine Umsetzung hätten demzufolge die anvisierte migrationshemmende Wirkung *nicht* entfaltet. Stattdessen habe es zahlreiche Unsicherheiten für verschiedene Akteure in der Versorgung mit sich gebracht, Behandlungsverzögerungen erzeugt sowie ärztliche Expertise infrage gestellt. Grundsätzlich sei das Gesetz inkompatibel mit dem Menschenrecht auf Gesundheit. Zwischen diesen beiden Seiten finden sich wiederum Positionen, die eine grundsätzliche Beibehaltung des reduzierten Umfangs an Gesundheitsleistungen befürworteten, gleichzeitig aber auf die (gestiegenen) praktischen Herausforderungen der Versorgung auf kommunaler Ebene hinweisen („Kosten-Nutzen-Diskurs“; Klotz 2019: 133). Diesen Positionen pflichteten verschiedene Akteure von SPD sowie Bündnis 90/Die Grünen bei. Demnach solle mithilfe einer elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende von Anfang an der administrative Zugang zu den Gesundheitsleistungen nach dem AsylbLG vereinfacht werden (Klotz 2019: 132ff.).

1.3 PRAKTISCHE PROBLEME BEI DER ANWENDUNG DES ASYLBLG

Der Text des AsylbLG – insbesondere der Teil zur medizinischen Versorgung – ist im Gegensatz zu anderen Sozialgesetzen nur wenig strukturiert, detailliert und konkret (Hillmann 2017: 86).²⁴ Durch begriffliche Unbestimmtheiten und Ermessensspielräume ergeben sich bei der Umsetzung der medizinischen Versorgung nach dem AsylbLG deshalb zahlreiche praktische Probleme.²⁵ Rixen spricht in diesem Zusammenhang von einer strukturellen Normunbestimmtheit (2015: 1640, 1643).

13 BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 18. Juli 2012 - 1 BvL 10/10 -, Leitsätze.

14 BVerfG 18.07.2012, 1 BvL 10/10, 2 BvL 2/11, Rd. 95.

15 Gesetz zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes und des Sozialgerichtsgesetzes vom 10.12.2014. In: Bundesgesetzblatt. Jahrgang 2014 Teil I Nr. 59.

16 Zu den Details und zu den Erfahrungen in der Hansestadt Hamburg siehe: Burmester 2015.

17 Siehe auch: Bundesregierung 2015, S. 5.

18 Zur entsprechenden Bundesrahmenempfehlung und der Problematik des föderalismusbedingten ‚Flickenteppichs‘ siehe: GKV-Spitzenverband 2015; siehe auch: Beerheide 2015.

19 Dieser Abbau bürokratischer Hürden wird seit langem von der Ärzteschaft gefordert (Bundesärztekammer 2013).

20 Wie bereits in den vorherigen Gesetzesfassungen machte der Gesetzgeber auch aktuell keine Angaben dazu, wie es zu dem Wert von 18 Monaten (vorher 12, 16, 48, 15 Monate) als Dauer des nur „vorübergehenden“ Aufenthalts kommt. Es ist zu vermuten, dass die 15 (bzw. jetzt 18) Monate durchschnittliche Asylverfahrenszeiträume inklusive der Vorbereitung von Abschiebemaßnahmen repräsentieren (Rixen 2016: 137ff.).

21 Eine Abgeordnete der PDS/Linke Liste kritisierte in der abschließenden Lesung, dass mit dem geplanten Gesetz die medizinische Versorgung gesundheitsgefährdend unterboten würde (Deutscher Bundestag 1993b: 13597).

22 Eine genauere Analyse der verschiedenen Positionen nahm Klotz anhand parlamentarischer Drucksachen vor (2019: 132ff.). Im Folgenden wird sich auf diese Ausführungen bezogen.

23 Dies gilt für die Bundesebene (siehe: Klotz 2019) sowie einzelne Bundesländer, wie zum Beispiel Sachsen, wo sich der damalige Ministerpräsident Tillich von der CDU (dpa 2015c) sowie der CDU-Abgeordnete und Sächsische Ausländerbeauftragte Mackenroth gegen ‚falsche Anreize‘ aussprachen (siehe: Freie Presse 2015).

24 Die Ausführungen in diesem Kapitel folgen maßgeblich der Argumentation von Hillmann (2017).

25 Auf die Vielzahl von unbestimmten Rechtsbegriffen und Ermessensspielräumen bzw. die „Ambiguität“ des AsylbLG weist auch Schammann hin (2015: 169). Thematisiert wurden die Normunbestimmtheit und auch fehlende Interpretationsleitlinien auch von den Vereinten Nationen (2018: 9).

Unbestimmte Rechtsbegriffe bei der Bemessung von Leistungsansprüchen

Eine erste große Schwierigkeit hinsichtlich der Auslegung des AsylbLG besteht in der Interpretation dessen, was „erforderlich“ ist, denn die Begriffe der „erforderlichen Behandlung“ und der „erforderlichen Leistungen“ (§ 4 Absatz 1 Satz 1 AsylbLG) sind in hohem Maß unbestimmt. Bezogen auf „akute Erkrankungen und Schmerzzustände“ (§ 4 AsylbLG) erscheint zwar einerseits klar zu sein, dass Maßnahmen zu deren Beseitigung und zur Wiederherstellung der Gesundheit „erforderlich“ und deswegen bereitzustellen sind. Andererseits lässt sich argumentieren, dass „erforderliche Leistungen“ auch dann bereitgestellt werden müssen, wenn keine akute Erkrankung vorliegt, denn das Vorliegen von *Schmerzzuständen* beschränkt sich nicht auf akute Erkrankungen. Zur Genesung von Schmerzzuständen kann auch eine Behandlung einer chronischen Erkrankung „erforderlich“ sein.

Auch ‚unerlässlich‘ ist ein in hohem Maße unbestimmter Begriff. Es handelt sich bei § 6 Absatz 1 Satz 1 AsylbLG, der den Begriff ‚unerlässlich‘ beinhaltet, um „das Korrektiv zur restriktiven Regelung des § 4 AsylbLG“ und gleichzeitig um eine „reine Ermessensnorm“ (Hillmann 2017: 90f.). Leistungen, die über § 4 AsylbLG nicht gewährt werden können, aber für die Sicherung der Gesundheit „unerlässlich“ sind, sind über § 6 AsylbLG bereitzustellen. Aber wo genau ist der Unterschied zwischen „erforderlich“ und „unerlässlich“?²⁶ Kann die Behandlung einer chronischen Erkrankung unerlässlich aber gleichzeitig nicht erforderlich sein? Im Zusammenhang mit dem AsylbLG wurde kein Katalog dessen herausgegeben, was mit „unerlässlich“ gemeint ist.

Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Erkrankungen schwierig

Gleichzeitig ist die dem AsylbLG immanente Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Erkrankungen in der Praxis nicht immer einfach (Frerichs 2014a: 12f.; Hillmann 2017: 87ff.). Im Gegensatz zur Begrifflichkeit des AsylbLG werden solche Grenzen in der Humanmedizin mit einem ganzen Fächer an Krankheitszustandsbeschreibungen definiert und als fließend angenommen (Hillmann 2017: 88). Chronische Erkrankungen (bzw. Diagnosebereiche), die medizinisch zwingend einer Behandlung bedürfen, sind zum Beispiel Asthma, Hypertonie, Diabetes mellitus, Depression, Koronare Herzkrankheit, Nierenschwäche, Posttraumatische Belastungsstörung, Tumore.²⁷ Eine hinreichende Bestimmbarkeit des Begriffs der ‚akuten Erkrankung‘ ist durch Verwaltungen und Gerichte kaum möglich (Hillmann 2017: 88).

Unklarheiten in Bezug auf chronische Erkrankungen

Inwiefern chronische Erkrankungen nach dem AsylbLG behandelt werden können, ist juristisch umstritten: Auf der einen Seite finden sich Positionen, wonach die Behandlung chronischer Erkrankungen *grundsätzlich* als „unerlässlich“ anzusehen ist, da sie in der Regel auch einer regelmäßigen – akuten – Behandlung bedürfen, um sich nicht zu verschlimmern (Classen 2017: 176). Da also viele – aber nicht alle – chronische Erkrankungen unbehandelt zu akuten werden, ist immer anzunehmen, dass in diesen *konkreten* Fällen chronischer Erkrankungen § 6 AsylbLG anzuwenden ist (Hillmann 2017: 91; siehe auch Kapitel 2.1). Frerichs betont, dass der § 6 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG entsprechend der Rechtsprechung und der Literatur „nach Sinn und Zweck des Gesetzes und wegen der Begriffe ‚unerlässlich‘ und ‚geboten‘ einzelfallbezogen und restriktiv auszulegen“ ist (Frerichs 2014b: 11). Gleichzeitig verweist er auch auf eine mögliche Anwendbarkeit des § 4 AsylbLG bei chronischen Erkrankungen, sofern „die Behandlung der akuten Erkrankung oder der Schmerzzustände untrennbar eine Therapie des Grundleidens voraussetzt“ (2014: 13). Vor allem im Falle psychiatrischer chronischer Erkrankungen werden Behandlungen im Rahmen des AsylbLG gelegentlich nur im Falle akuter lebensbedrohlicher Zuspitzungen gewährt (Hillmann 2017: 93f.). Obwohl der tatsächliche Interpretationsspielraum der erläuterten vagen Rechtsbegriffe des AsylbLG groß ist, orientieren sich die Verwaltung und Sozialgerichte in der Regel an der gesetzgeberischen Intention der Leistungsabsenkung im Vergleich zum Bundessozialhilfegesetz (Hillmann 2017: 89f.).

Verlagerung der Entscheidungsverantwortung auf Gerichte, Bundesländer und Kommunen

Durch diese relativ große Normunbestimmtheit des AsylbLG wird die Gesetzesinterpretation in einem überaus weiten Umfang auf die Gerichte sowie grundsätzlich auf die Länder und Kommunen verlagert.²⁸ Dabei variiert die Anwendung des AsylbLG durch Gerichte von Bundesland zu Bundesland und innerhalb von Bundesländern erheblich (Hillmann 2017: 92ff.). So wurden zum Beispiel Behandlungen schwerer psychischer Erkrankungen in manchen Fällen gewährt, in anderen wiederum abgelehnt.²⁹ 2004 lehnte das Oberverwaltungsgericht Mecklenburg-Vorpommern in einem Fall trotz Nierenversagens eine Nierentransplantation unter Verweis auf die Möglichkeit der Dialyse ab.³⁰ Das Verwaltungsgericht Frankfurt a. M. verweigerte 1997 eine dringende Lebertransplantation.³¹ Derartige Fälle machen deutlich, dass ein gesetzgeberischer Normierungsbedarf besteht (Eichenhofer 2013; Classen 2016; Hillmann 2017).

Hoher Prüfungs- und Entscheidungsaufwand

Das Fehlen bundesgesetzlicher Vorgaben zur Interpretation der genannten unbestimmten Begriffe bei gleichzeitig hoher Handlungsunsicherheit auf Seiten von Leistungserbringern, Leistungsberechtigten aber auch Leistungsträgern ging insbesondere seit 2015 und der Zunahme der Asylsuchendenzahlen mit erheblichen Herausforderungen einher. Denn bei der Auslegung des § 6 AsylbLG muss zum Beispiel jeweils im Einzelfall geprüft werden: die bisherige und geplante Aufenthaltsdauer, der Schweregrad der Erkrankung, die Dauer der begehrten Behandlung, der Ausschluss von gleichwertigen, kostengünstigeren Behandlungsalternativen sowie drohende Gesundheitsfolgen einer Leistungsablehnung, das Vorliegen einer besonderen Schutzbedürftigkeit (Frerichs 2014b: 17 ff., 30). Noch komplizierter wird es in Fällen, in denen Asylsuchende wegen einer fehlenden Mitwirkung nach § 1a AsylbLG sanktioniert werden sollen und deshalb möglicherweise Ermessensleistungen nach § 6 entzogen werden können. In der Konsequenz ist die Anwendung des § 6 AsylbLG in der Praxis mit einem hohen bürokratischen und zeitlichen Aufwand verbunden.

Reformbedarf hinsichtlich der Unbestimmtheit des AsylbLG

Es zeigt sich ein gesetzgeberischer Änderungsbedarf im Hinblick auf die §§ 4 und 6 des AsylbLG. Denn derart große Ermessensspielräume stellen Herausforderungen für die das Gesetz ausführenden Bundesländer und Kommunen sowie für die einzelnen Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter in den Sozial- und Gesundheitsämtern dar. Der hohe Prüf- und Entscheidungsaufwand ergibt sich nicht nur aus dem AsylbLG und anderen relevanten Normen, sondern auch aus den Krankheitshäufigkeiten bei Asylsuchenden sowie bei einem Rechtskreiswechsel.³² Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass die Entscheidungen über medizinische Leistungen auf Basis so unklarer Rechtsbegriffe nicht immer von medizinisch sachkundigen Behördenmitarbeiterinnen und -mitarbeitern erfolgen.³³ (Kaltenborn 2015: 165; Rixen 2015; Lindner 2015a; Eichenhofer 2013: 174)

1.4 DAS PHYSISCHE EXISTENZMINIMUM

Grundlegung in der Verfassung und der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts

Mit Blick auf die vorangegangenen Darlegungen stellt sich im Folgenden die Frage, ob die medizinischen Leistungsansprüche nach dem AsylbLG mit einem verfassungsrechtlich gesicherten Gebot des menschenwürdigen Existenzminimums in Einklang stehen. Ein explizit-wortwörtliches Grundrecht auf Gesundheit sieht das Grundgesetz nicht vor. Artikel 2 Absatz 2 GG beschreibt aber ein „*Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit*“. Artikel 1 in Verbindung mit Artikel 20 GG garantieren des Weiteren das Recht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum (BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 18. Juli 2012 - 1 BvL 10/10 - Leitsätze, siehe Kapitel 2.2)

Mittlerweile liegen mindestens drei Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes vor, die von Relevanz für die Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums auch bei Asylsuchenden sind³⁴: das Hartz-IV-Urteil zum Existenzminimum von 2010³⁵, die bereits genannte entsprechende ‚Analogentscheidung‘ zum AsylbLG im Jahre 2012³⁶ sowie der Hartz-IV-Beschluss von 2014³⁷ (Hillmann 2017: 99). 2019 kam eine Entscheidung zu Sanktionen im Rahmen von Hartz-IV-Leistungen³⁸ hinzu, deren Auswirkungen auf die Sanktionspraxis im Bereich des Asylbewerberleistungsgesetzes derzeit noch nicht abschließend beurteilt werden können.

Notwendige Gesundheitsleistungen als Bestandteil des physischen Existenzminimums

Am 9. Februar 2010 entschied das Bundesverfassungsgericht, dass jeder Hilfebedürftige ein Recht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum hat, dass die materiellen Voraussetzungen für seine physische Existenz und für ein Mindestmaß an Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben zu sichern sind (BVerfG 09. Februar 2010).³⁹ Auch in dem viel beachteten Urteil zum AsylbLG im Jahre 2012⁴⁰ entschied das BVerfG, dass Artikel 1 Absatz 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip (Artikel 20 Absatz 1 GG) ein Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums vorsieht. Dies umfasst dem Gericht zufolge auch die *physische Existenz* des Menschen. Zwar stellte das Gericht keinen konkreten Bezug zu Gesundheitsleistungen

26 Auch die Landesministerien in Deutschland interpretieren diese Begriffe anscheinend sehr unterschiedlich. Die Autorin hat im Jahr 2020 bei den zuständigen Landesministerien nachgefragt, wie die aktuellen Erstattungsverfahren von Gesundheits- und medizinisch relevanten Sprachmittlerkosten nach dem AsylbLG gestaltet sind. Demnach werden Sprachmittlerkosten in Ausnahmefällen erstattet und zwar in manchen Bundesländern auf Basis des § 4 AsylbLG („erforderlich“) und in anderen über den § 6 AsylbLG („unerlässlich“, und „erforderliche behördliche Mitwirkungspflicht“).

27 Siehe: Robert-Koch-Institut 2020.

28 Siehe auch: Deutscher Bundestag 2015b; Deutscher Bundestag 2019.

29 Dabei hätte dem Gericht in einem der letzteren Fälle (Ende 2015) die Aufnahmeberichtlinie bekannt sein müssen.

30 Oberverwaltungsgericht Mecklenburg-Vorpommern (AZ: I O 5/04); Hillmann 2017.

31 VG Frankfurt/ M 8 G 638/97, nach Classen 2016: 12.

32 Damit ist der, mit einer Änderung des Aufenthaltsstatus (zum Beispiel nach Abschluss des Asylverfahrens) verbundene, veränderte Rechtsanspruch auf Sozialleistungen gemeint.

33 Selbst wenn in einigen Fällen eine amtsärztliche Stellungnahme eingeholt wird, kann auch dieser Entscheidungsweg als kritisch betrachtet werden, da Amtsärztinnen und -ärzte in der Regel Fachleute für ein konkretes Gebiet der Humanmedizin sind und nicht für alle Fälle ausreichend Expertise besitzen. Gelegentlich werden die Spielräume sogar rechtswidrig restriktiv ausgelegt, wie Zusatzvermerke auf Behandlungsscheinen und Leistungseinschränkungen belegen (Classen 2016).

34 Detaillierte Erörterung siehe: Hillmann (2017: 93).

35 BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 09. Februar 2010 - 1 BvL 1/09 -.

36 BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 18. Juli 2012 - 1 BvL 10/10 -.

37 BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 23. Juli 2014 - 1 BvL 10/12 -.

38 BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 05. November 2019 - 1 BvL 7/16 -, Rn. (1-225).

39 BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 09. Februar 2010 - 1 BvL 1/09 -, Leitsätze.

40 BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 18. Juli 2012 - 1 BvL 10/10 -, Leitsatz 2.

her, doch ist davon auszugehen, dass auch notwendige Gesundheitsleistungen zum physischen Existenzminimum gehören:

„Unter dem physischen E. ist die Summe der Aufwendungen zur Aufrechterhaltung der physischen Existenz zu verstehen, also die existenziell notwendigen Ausgaben für Nahrung, Kleidung, Unterkunft und Heizung sowie Hygiene und Gesundheit.“ (Müller Franken 2019)

Weites Verständnis des medizinischen Existenzminimums im SGB

Eine genaue Bemessung des medizinischen Existenzminimums ist bisher kaum möglich (Neumann 2006; Eichenhofer 2013: 172f.; Hillmann 2017: 98ff.; Kaltenborn 2015: 162f.; Grube/Wahrendorf/Flint SGB XII § 48 Rn. 50-53). Ein erster Anhaltspunkt für eine Orientierung wäre die Sozialgesetzgebung und Rechtsprechung im Bereich Sozialhilfe und ALG 2. Die medizinische Versorgung von Hartz-IV-Beziehenden sowie Sozialhilfeempfangenden orientiert sich grundsätzlich am Leistungsumfang von gesetzlich Krankenversicherten. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung dürfen gemäß § 12 Abs. 1 SGB V ‚das Maß des Notwendigen‘ nicht überschreiten (Neumann 2006). Insofern kann von einem relativ weiten Verständnis des medizinischen Existenzminimums im SGB ausgegangen werden.

Existenzminimum muss willkürfrei und nachvollziehbar bemessen werden

Die exakte Bestimmung des Existenzminimums im Allgemeinen und des physischen Existenzminimums im Speziellen kann nicht durch das Bundesverfassungsgericht erfolgen. Im Falle von Asylsuchenden gibt es jedoch vor, dass der Leistungsumfang des Existenzminimums anhand von „verlässlichen Zahlen“ und „schlüssigen Berechnungsverfahren“ willkürfrei und nachvollziehbar bemessen sein muss.⁴¹

Unter der genannten Voraussetzung gesteht das BVerfG dem Gesetzgeber einen sozialpolitischen Ermessensspielraum bei der Gewährung eines abweichenden Existenzminimums für Asylsuchende zu.⁴² Der Gesetzgeber kann Leistungen für Asylsuchende mit Verweis auf die kurze Aufenthaltsdauer einschränken. Behandlungen von gesundheitlichen Problematiken, die ohne Risiko aufgeschoben werden können, fallen entsprechend nicht unter das zu gewährende Existenzminimum (Eichenhofer 2013: 170f.; Frerichs 2014a; Hillmann 2017: 99f.). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass der Gesetzgeber die medizinischen Leistungen bei Asylsuchenden

reduzieren kann, wenn er nachweist, dass diese Personengruppe tatsächlich und signifikant weniger Bedarfe hat als einheimische Bezieherinnen und Bezieher existenzsichernder Leistungen. Dazu braucht es ein transparentes Verfahren zur Beurteilung der Bedarfe von Asylsuchenden (Frerichs 2014a: 6).⁴³

Nachweis, dass Asylsuchende geringere medizinische Bedarfe als Einheimische haben, wurde vom Gesetzgeber bislang nicht erbracht

Dass erkrankte Geflüchtete grundsätzlich weniger medizinische Bedarfe haben sollen als Einheimische bzw., gesetzlich Versicherte und dass die Bedarfe vom Aufenthaltsstatus einer Person abhängig sein sollen, ist für verschiedene Akteure jedoch nicht nachvollziehbar (Bundesärztekammer 2013; Eichenhofer 2013: 174; Hillmann 2017: 99). Versorgungsmedizinische Daten deuten sogar teilweise auf erhöhte Bedarfe bei Asylsuchenden hin. Eine Einschränkung von Leistungen ist möglich (siehe ‚kurze Aufenthaltsdauer‘), widerspricht aber gegebenenfalls dem Artikel 3 GG, wenn sie ohne Nachweis der Minderbedarfe bzw. ohne ein transparentes Verfahren erfolgt. Die notwendige nachvollziehbare Bemessung der medizinisch relevanten Bedarfe von Asylsuchenden erfolgte bisher nicht (siehe Urteile des BVerfG 2010, 2012; Kaltenborn 2015; Rixen 2015).

Zweifel an Verfassungsmäßigkeit der Streichung medizinischer Leistungen als Form der Sanktionierung

Grundsätzlich kann der Gesetzgeber existenzsichernde Leistungen an eine Mitwirkungsbereitschaft des Leistungsempfängers knüpfen (Berlit 2013). Sanktionsinstrumente existieren im Bereich der Hartz-IV-Gesetzgebung ebenso wie im Bereich des AsylbLG. Im ersteren Fall betreffen Sanktionen jedoch nicht die Gesundheitsversorgung.⁴⁴ Bei Asylsuchenden ist demgegenüber eine Sanktionierung von Leistungen nach § 6 AsylbLG vorgesehen.⁴⁵ Dazu zählen auch Gesundheitsleistungen. Allerdings gibt es auch hier Ermessensspielräume. Ein bundesgesetzgeberischer Normierungsbedarf besteht somit nicht nur zu Leistungsansprüchen bei der Behandlung chronischer Erkrankungen, sondern auch hinsichtlich der Entziehbarkeit von Leistungen bei medizinisch notwendiger Dauerbehandlung (z. B. bei Diabetes mellitus). Der Entzug einer notwendigen medizinischen Leistung als Form der Sanktionierung für Asylsuchende lässt verfassungsrechtliche Zweifel aufkommen. Da der Leistungsanspruch bereits unterhalb des Sozialhilfeniveaus liegt, ist eine weitergehende Aufspaltung des physischen Existenzminimums schwer zu rechtfertigen. Auch der Europäische Gerichtshof urteil-

te im November 2019⁴⁶, dass bei Sanktionen gegenüber Asylsuchenden eine Verhältnismäßigkeit und die in der Grundrechtecharta verankerte Menschenwürde zu gewährleisten ist. Ein vollständiger Entzug von existenzsichernden Leistungen darf laut EuGH nicht erfolgen. Die Sanktionierung medizinischer Leistungen (insbesondere bei besonders Schutzbedürftigen) steht zudem in Konflikt mit der Aufnahmerichtlinie.

Mehrere Gerichte haben sich mittlerweile bei Entscheidungen zu Gesundheitsleistungen für Geflüchtete auf das Urteil des BVerfG von 2012 bezogen. Zum einen entschied das Landessozialgericht Hessen, dass die Kosten für eine antivirale Hepatitis C-Therapie übernommen werden müssen.⁴⁷ In einem anderen Fall ist ein nahezu gehörloser Kläger mit einem Cochlea-Implantat zu versorgen.⁴⁸ Dass sich das Bundesverfassungsgericht selbst bisher noch nicht konkret mit den Gesundheitsleistungen der Asylsuchenden beschäftigt hat, könnte daran liegen, dass die Betroffenengruppe überdurchschnittliche Zugangshürden – hinsichtlich Systemkenntnissen, Sprache, finanzieller Mittel – zu derartigen Klageverfahren hat.

1.5 DIE MEDIZINISCHE ERSTUNTERSUCHUNG

Fokus übertragbare Erkrankungen

Zur Beschreibung des gesetzlichen Rahmens der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden gehört auch die medizinische Erstuntersuchung nach § 62 Absatz 1 Asylgesetz (AsylG). Allerdings handelt es sich hierbei um eine der eigentlichen Versorgung vorgelagerte und selektive Diagnostik. Der § 62 Absatz 1 AsylG in Verbindung mit §§ 6, 7 und 36 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) gibt vor, dass sich Asylsuchende nach ihrer Ankunft einer medizinischen Erstuntersuchung unterziehen müssen. Diese bundesgesetzlich verpflichtende medizinische Erstuntersuchung, inklusive einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane, steht in Zusammenhang mit der Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften der Erstaufnahme. Sie zielt auf die Identifizierung von übertragbaren Krankheiten ab. Nichtübertragbare körperliche sowie psychische Erkrankungen werden dabei nicht systematisch erfasst⁴⁹, können jedoch Basis für weitere Diagnostik und die Behandlung nach dem AsylbLG sein. Die Erstuntersuchung wird von Ärztinnen und Ärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes durchgeführt. In der Regel beauftragen die zuständigen Bundesländer

dafür die kommunalen Gesundheitsämter. Im Detail obliegen die Umsetzung und Entscheidung über den Umfang der Erstuntersuchungen den einzelnen Bundesländern. Die dabei bestehenden Differenzen erschweren eine Vergleichbarkeit von Daten.

Lücken bei Dokumentation und Datenübermittlung

Insbesondere im Jahre 2015 kam es aufgrund der großen Anzahl an Asylsuchenden zu lückenhaften Untersuchungen. Asylsuchende wurden nach Ankunft in einem Bundesland sofort in weitere Sammelunterkünfte verteilt, ohne dass zunächst die vorgeschriebene Erstuntersuchung stattgefunden hatte. Diese wurde dann jedoch in der Regel später nachgeholt.⁵⁰ Im Zusammenhang mit der Erstuntersuchung sind Fragen der Dokumentationskontinuität und Datenübermittlung an Kommunen und behandelnde Ärztinnen und Ärzte von Bedeutung. Nicht immer, vor allem nicht im Sommer 2015, erfolgte eine adäquate Übermittlung von Versorgungsbedarfen zur Weiterbehandlung, was die Versorgung erschwerte und kostenerhöhende Mehrfachuntersuchungen zur Folge hatte (Bozorgmehr et al. 2016b: 552).⁵¹

1.6 SPRACHMITTLUNG

Verstehen als Behandlungsbasis

Ärztinnen und Ärzte müssen bei einer Behandlung grundsätzlich sicher sein, dass sie von den Patientinnen und Patienten verstanden werden. Sind sie das nicht, müssen sie die Maßnahme verweigern, sonst wäre dies ein unrechtmäßiger Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Person. Das deutsche Patientenrechtegesetz regelt unter anderem die Informations- und Aufklärungspflichten gegenüber Patientinnen und Patienten und die Einwilligung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit in eine ärztliche Behandlung (Bundesgesetzblatt 2013).

Verbale Kommunikation und Verständnis sind grundlegende Voraussetzungen für eine gelingende medizinische Versorgung. Sie sind unabdingbar für die Umsetzung des Patientenrechtegesetzes. Ärztinnen und Ärzte tragen deshalb ein hohes Haftungsrisiko. Zu ihrer Sicherheit sollten sie die Behandlungen auch dokumentieren und die Qualifikation von hinzugezogenen Sprachmittlerinnen und Sprachmittlern prüfen. Details dazu stellte das Oberlandesgericht Köln in einem Urteil fest (Az.: 5 U 184/14) (Pflugmacher 2016).⁵²

41 BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 09. Februar 2010 - 1 BvL 1/09 -; Leitsätze; BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 18. Juli 2012 - 1 BvL 10/10 -, Rn. 90.

42 BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 18. Juli 2012 - 1 BvL 10/10 -, Rn. 47.

43 BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 18. Juli 2012 - 1 BvL 10/10 -, Leitsatz 3.

44 Dies traf ausschließlich für Fälle von Vollsanktionen zu. Diese untersagte das BVerfG jedoch am 05.11.2019. (BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 05. November 2019 - 1 BvL 7/16 -, Rn. (1-225)).

45 Nach § 1a AsylbLG i.V.m. § 15 AsylG.

46 EuGH Urteil vom 12. November 2019 - C-233/18, BeckRS 2019, 27379.

47 Landessozialgericht Hessen, Urteil vom 11. Juli 2018 (L 4 AY 9/18 B ER): „Wegen Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 20 Abs. 1 GG sind die Tatbestandsmerkmale der Unerlässlichkeit und der Sicherung der Gesundheit in § 6 Abs. 1 Satz 1 2. Var. AsylbLG weit auszulegen.“ Siehe auch: Beitrag bzw. Kommentar dazu von Kötter 2018.

48 Landessozialgericht Mecklenburg-Vorpommern, 9. Senat, Beschluss vom 28. August 2019 (L 9 AY 13/19 B ER). Weitere Urteile zu Gesundheitsleistungen nach dem AsylbLG, in denen Bezug auf die Verfassung genommen wurde: SG Dessau-Roßlau (17. Kammer), Beschluss vom 12. September 2018 - S 17 AY 22/18 ER; Rn. 30.

49 Die Erstuntersuchung und Versorgung nach dem Bremer Modell (seit 1993) stellt eine Ausnahme dar. Hierbei werden in Kritik an der ansonsten üblichen engen seuchenorientierten Erstversorgung von Flüchtlingen ein weitergehender, die sozioökonomischen Faktoren berücksichtigender Untersuchungsansatz und eine niedrigschwellige Behandlung in den Erstaufnahmeeinrichtungen verknüpft (Jung 2011).

50 Dies bedeutete in der Anfangszeit in den Aufnahmeeinrichtungen ein potentiell erhöhtes Infektionsrisiko durch möglicherweise unentdeckte Erkrankungen.

51 Es folgen im Zusammenhang mit Änderungen der Zuständigkeit von Leistungsträgern häufig weitere Brüche in der Dokumentationsweitergabe, denn Statusverläufe gehen einher mit Zuständigkeitsverläufen. Zwischen den Akteuren ist die Kommunikation nicht immer ausreichend. So erfolgt die Information des BAMF an Sozialämter bezüglich des Ergebnisses des Asylverfahrens zeitverzögert.

52 Aus dem Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern resultieren zusätzliche Herausforderungen zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen, auf die an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden kann.

Kostenübernahme der Sprachmittlung häufig unklar

Mit der Zunahme der Geflüchteten in medizinischen Einrichtungen wurden immer häufiger Fragen der Zuständigkeit und der Kosten für die notwendige Sprachmittlung diskutiert. Das AsylbLG ermöglicht zwar Kostenübernahmen für Sprachmittlung über die §§ 4 oder 6. Es handelt sich aber in der Regel um Ermessensleistungen. Nach einem Rechtskreiswechsel und dem Eintritt in die GKV liegt die finanzielle Verantwortung für Sprachmittlerleistungen im Rahmen der ambulanten Versorgung bei den Geflüchteten selbst. Bei einer stationären Behandlung ist demgegenüber auch das Krankenhaus in die Pflicht zu nehmen (Deutscher Bundestag 2017b).

Derzeit sehen viele Akteure Handlungsbedarf hinsichtlich der Kostenregelungen für den ambulanten und stationären Bereich und fordern bundeseinheitliche Regelungen (vgl. Bühring 2015). Die derzeitige Rechtslage führt schließlich auch zu einem Normenkonflikt für Ärztinnen und Ärzte, die einerseits zur Behandlung verpflichtet sind und andererseits die Behandlung bei unzureichenden Verständigungsmöglichkeiten verweigern müssen (Hillmann 2018: 327).⁵³

2 SUPRANATIONALE RECHTSVORGABEN BEI DER GESUNDHEITSVERSORGUNG VON ASYL-SUCHENDEN

Regelungen zu Ansprüchen auf Gesundheitsleistungen von Asylsuchenden finden sich nicht nur auf nationalstaatlicher Ebene. Auch die Europäische Union macht dazu rechtliche Vorgaben. Des Weiteren existieren verschiedene internationale Menschenrechtsabkommen zu dieser Thematik, die einen unterschiedlichen Grad an Verbindlichkeit für Deutschland aufweisen. Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob die für Deutschland skizzierten Leistungsansprüche der Asylsuchenden über höherrangiges Recht hinausgehen oder dahinter zurückstehen.

2.1 DAS VÖLKERRECHT UND DAS MENSCHENRECHT AUF GESUNDHEIT

Verankerung des Rechts auf Gesundheit in zahlreichen supranationalen Menschenrechtsabkommen

Das Menschenrecht auf Gesundheit wurde in der Präambel der WHO-Charta (1946), in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen (1948), dem Sozialpakt der Vereinten Nationen (UN-Sozialpakt von 1966, in Deutschland in Kraft seit 1976) sowie in weiteren globalen und europäischen Menschenrechtsübereinkommen verankert.⁵⁴ Wörtlich heißt es im Sozialpakt der Vereinten Nationen⁵⁵:

„Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.“ (Art. 12 Abs. 1 des UN-Sozialpakts)

„Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Maßnahmen (...) zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.“ (Art. 12 Abs. 2 Satz des UN-Sozialpakts)

Im Jahr 2000 wurde ein *General Comment* des Ausschusses für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR) der Vereinten Nationen verabschiedet. Darin werden noch konkretere staatliche Achtungs-, Schutz- und Gewährleistungspflichten beschrieben:

„Die Staaten haben eine besondere Verpflichtung, jenen, die nicht über ausreichende Mittel verfügen, Krankenversicherung und Gesundheitsfürsorge zur Verfügung zu stellen und jegliche unerlaubte Diskriminierung bei der Gesundheitsfürsorge und den Gesundheitsdiensten zu verhindern.“ (CESCR 2000 nach Frewer/Bielefeldt 2016: 252). Zu den Kernverpflichtungen

der Staaten gehört demnach *„das Recht auf Zugang zu medizinischen Einrichtungen und ärztlicher Betreuung ohne jegliche Diskriminierung, insbesondere im Hinblick auf schutzbedürftige und ausgegrenzte Gruppen, zu gewährleisten“* (CESCR 2000 nach Frewer/Bielefeldt 2016: 266).

Bindungswirkung der völkerrechtlichen Vorgaben umstritten

Die völkerrechtlichen Vorgaben erscheinen relativ konkret. Ihre tatsächliche Bindungswirkung für Deutschland wird in der Fachliteratur jedoch unterschiedlich bewertet (Becker/Schlegelmilch 2015: 24). Einerseits wird von einer völkerrechtlichen Bindung der Bundesrepublik sowie einer zunehmenden Justiziabilität sozialer Menschenrechte ausgegangen (Krennerich 2016: 85). Andererseits findet sich die Position, dass sich etwa aus dem UN-Sozialpakt *keine* konkreten leistungsbezogenen Ansprüche ableiten lassen (Deutscher Bundestag 2015a, b). Demnach seien insbesondere die Darlegungen in den *General Comments* der UN-Ausschüsse rechtlich nicht bindend, und die Staaten könnten in Bezug auf Artikel 12 des UN-Sozialpakts einen Ressourcenvorbehalt nach Artikel 2 des UN-Sozialpakts deklarieren (Deutscher Bundestag 2015a).⁵⁶ UN-Ausschüsse können demnach nur Empfehlungen zur Auslegung im nationalen Recht vornehmen. 2018 kritisierten die Vereinten Nationen Deutschland deutlich für die eingeschränkte Gesundheitsversorgung nach dem AsylbLG (Vereinte Nationen 2018).⁵⁷ Ein fakultatives Zusatzprotokoll des UN-Sozialpakts, das Individualbeschwerden von Betroffenen gegenüber Staaten zulässt, hat Deutschland bisher nicht ratifiziert (Deutscher Bundestag 2015a: 11).

EU-Grundrechtecharta fordert hohes Gesundheitsschutzniveau

Auch auf europäischer Ebene existieren verschiedene Vereinbarungen, die ein Recht auf Gesundheit thematisieren. Die Grundrechtecharta der EU gilt zunächst für alle Menschen innerhalb ihres räumlichen Anwendungsbereichs⁵⁸, auch wenn sie primär auf die Rechte von EU-Bürgerinnen und -Bürgern abzielt. Artikel 35 der EU-GRCh besagt:

„Jeder Mensch hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der

einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten. Bei der Festlegung und Durchführung der Politik und Maßnahmen der Union in allen Bereichen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt“ (AEG 2000).

EU-Grundrechtecharta gilt in Deutschland im Zuge der Umsetzung von EU-Richtlinien

Insbesondere im Zuge der Umsetzung von EU-Richtlinien kommt der EU-GRCh auch für Asylsuchende in der EU eine Bedeutung zu. So sind bei der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden während des Asylverfahrens in Deutschland die Prämissen der EU-GRCh zu berücksichtigen. Deutschland ist somit über die Aufnahme richtlinie an die Grundlagen der GRCh gebunden, auch wenn kein nationales Gesetz zur Aufnahme richtlinie erlassen wurde.⁵⁹ Bei Asylsuchenden in Deutschland wäre demnach ein ‚hohes Gesundheitsschutzniveau‘ sicherzustellen. Schließlich entspricht das „Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ (UN-Sozialpakt) in etwa dem „hohen Gesundheitsschutzniveau“ der EU-GRCh (Hillmann 2017: 97f.).⁶⁰ Insofern kommt bei der Bemessung der Leistungsansprüche von Asylsuchenden in Deutschland dem ‚Menschenrecht auf Gesundheit‘ mehr Bedeutung zu als die einer rein „politisch-aspiratorischen Zielvorgabe“ (Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit 2020: 169).

Einschränkungen der Gesundheitsleistungen mit Verweis auf kurze Aufenthaltsdauer möglich

Die EU-GRCh gibt außerdem vor, dass Diskriminierungen aufgrund *„der ethnischen oder sozialen Herkunft, der genetischen Merkmale, der Sprache, der Religion oder der Weltanschauung“*, aber auch *„aus Gründen der Staatsangehörigkeit“* verboten sind (Artikel 21, Absätze Abs. 1 und 2). Artikel 21 Absatz 2 schränkt die Wirksamkeit im vorliegenden Fall allerdings wieder ein: er ermöglicht Ungleichbehandlungen von EU-Drittstaatlern dort, wo sie auch durch Grundsatzverträge der EU (EUV, AEUV) erlaubt sind („unbeschadet besonderer Bestimmungen der Verträge“). Zu Diskriminierungen werden die Ungleichbehandlungen erst dann, wenn sie ungerechtfertigt sind. Mit Verweis auf die *„nur kurze Aufenthaltsdauer“* von Asylsuchenden lässt sich demnach juristisch eine Ungleichbehandlung legitimieren.

Abb. 2: Vereinfachte Übersicht über relevante suprastaatliche rechtliche Rahmenbedingungen bezüglich der Bereitstellung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für Asylsuchende

- Völkerrecht: Menschenrecht auf Gesundheit, UN-Sozialpakt, General Comment des CESCR, UN-Behindertenrechtskonvention, UN-Kinderrechtskonvention
- EU-Grundrechtecharta
- EU-Richtlinienrecht: EU-Aufnahmerichtlinie 2013 – Mindeststandards der medizinischen Versorgung, Informationspflichten, Identifizierung besonders schutzbedürftiger Asylsuchender

Quelle: eigene Darstellung

⁵³ Häufig bringen Asylsuchende Angehörige oder Freunde, die bereits bessere Deutschkenntnisse haben, mit zur medizinischen Untersuchung bzw. Behandlung. Im Sinne des Datenschutzes sowie im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte medizinische Sprachmittlung ist der Einsatz von Familienangehörigen und Freunden bzw. Bekannten nicht immer sinnvoll. Besonders problematisch kann dabei auch der Einsatz von Kindern für medizinische Übersetzungen bei ihren Eltern sein (Hillmann 2018: 327).

⁵⁴ Hier eine nicht abschließende Auflistung: Allgemeine Erklärung der Menschenrechte: Art. 25 Abs. 1 (Vereinte Nationen 1948); Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte („UN-Sozialpakt“), Art. 12 (Vereinte Nationen 1966, Bundesgesetzblatt 1976); Übereinkommen Nr. 102 der Internationalen Arbeitsorganisation über die Mindestnormen der Sozialen Sicherheit, Art. 10 (Internationale Arbeitsorganisation 1952); Charta der Grundrechte der Europäischen Union, EU-GRCh, Art. 35 (AEG 2000); Europäische Sozialcharta 1966 / Überarbeitung 1996, Artikel 11 (Europarat 1996); sowie die VN-Behindertenrechtskonvention (2008), die VN-Kinderrechtskonvention (1990).

⁵⁵ Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19. Dezember 1966. Deutsche Übersetzung und Ratifikation durch Deutschland im Jahre 1976. In: Bundesgesetzblatt (BGBl) 1976 II, 428; veröffentlicht durch: Deutsches Institut für Menschenrechte.

⁵⁶ Dabei geht es um die unterschiedlichen Kapazitäten bzw. verfügbaren Ressourcen von Staaten, den Verpflichtungen nachzukommen. Artikel 2 des UN-Sozialpakts besagt: *„Jeder Vertragsstaat verpflichtet sich, einzeln und durch internationale Hilfe und Zusammenarbeit, insbesondere wirtschaftlicher und technischer Art, unter Ausschöpfung aller seiner Möglichkeiten Maßnahmen zu treffen, um nach und nach mit allen geeigneten Mitteln, vor allem durch gesetzgeberische Maßnahmen, die volle Verwirklichung der in diesem Pakt anerkannten Rechte zu erreichen.“* So argumentieren auch Frerichs bei der Besprechung des § 4 AsylbLG (2014a: 9) sowie Eichenhofer (2013: 172f.). Eine fehlende rechtliche Verbindlichkeit gilt auch für die Präambel der WHO-Charta von 1946 sowie die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (Krennerich 2016: 69).

⁵⁷ Deutschland gehört zu den Staaten, die das Recht auf Gesundheit nicht explizit in ihre Verfassung aufgenommen haben. Zwar wurde eine *„Pflicht zur völkerrechtsfreundlichen Auslegung des deutschen Rechts“* durch das Bundesverfassungsgericht 1987 entwickelt. Ableiten lässt sich daraus jedoch nur eine Orientierungsfunktion der supranationalen Ebene, sofern es sich um von Deutschland ratifizierte Verträge handelt.

⁵⁸ *„In der Charta der Grundrechte der Europäischen Union ist zum ersten Mal in der Geschichte der Europäischen Union in einem einzigen Text die Gesamtheit der bürgerlichen, politischen, wirtschaftlichen und sozialen Rechte der europäischen Bürgerinnen und Bürger sowie aller im Hoheitsgebiet der Union lebenden Personen zusammengefasst.“* (Europäisches Parlament 2010).

⁵⁹ Vgl. § 288 AEUV, § 51 Abs. 1 EU-GRCh.

⁶⁰ Anmerkung: In der EU-Sozialcharta werden die Mitgliedsstaaten der Union dazu verpflichtet, „jedermann“ eine bestmögliche Gesundheitsversorgung zu ermöglichen (§ 11). Jedoch gilt die Sozialcharta nur für Bürgerinnen und Bürger der EU-Vertragsparteien (siehe: Anhang der EU-Sozialcharta).

Entzug von Gesundheitsleistungen nach § 6 AsylbLG ggf. nicht konform mit EU-Recht

Der EuGH urteilte am 12.11.2019 (Az: C-233/18), dass auch beim Entzug von Leistungen als Form der Sanktionierung die in der GRCh verankerte Menschenwürde zu gewährleisten ist.⁶¹ Bei Sanktionen, die Artikel 20 der Aufnahme richtlinie möglich macht, müssen demnach immer die Verhältnismäßigkeit und die in der GRCh verankerte Menschenwürde gewährleistet werden. Insbesondere existenzsichernde Leistungen dürfen nicht vollständig gekürzt werden. In Deutschland besteht möglicherweise ein Normenkonflikt hinsichtlich der Anspruchseinschränkungen nach § 1a AsylbLG, der einen Entzug von Leistungen nach § 6 AsylbLG (einschließlich Gesundheitsleistungen) vorsieht. Vor allem der Entzug von medizinischen Leistungen nach § 1a AsylbLG bei chronisch erkrankten Asylsuchenden dürfte vor dem Hintergrund der Grundrechtecharta und der Aufnahme richtlinie schwer zu rechtfertigen sein.

Bei Asylsuchenden mit Behinderungen ist die UN-Behindertenrechtskonvention zwingend umzusetzen

Schließlich soll auf die Bedeutung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK), die 2009 in Deutschland in Kraft getreten ist, hingewiesen werden. Demnach sind für alle Menschen mit einer Behinderung rechtliche und faktische Benachteiligungen aufgrund der Behinderung untersagt. Im Falle des Artikels 5 der UN-BRK (Gleichheitsgebot) hat bereits das Bundessozialgericht die unmittelbare Wirksamkeit der völkerrechtlichen Norm in Deutschland hervorgehoben.

Da die Leistungseinschränkungen bei Asylsuchenden wegen des Aufenthaltsstatus und nicht aufgrund der Behinderung erfolgen, besteht für sie keine unmittelbare Wirksamkeit des Artikels 5 der UN-BRK. Sie ist jedoch mittelbar anzunehmen, auch aufgrund der Formulierung in Artikel 1 UN-BRK.⁶² Da die Europäische Union zudem im Jahr 2010 die UN-BRK ratifiziert hat und ihre Prämissen deswegen auch für die Umsetzung von Unionsrecht, wie zum Beispiel EU-Richtlinien, gelten, müssen sie bei der Rechtsprechung zu Gesundheitsleistungen für Asylsuchende mit Behinderungen in Deutschland Berücksichtigung finden (Welti/Walter 2018: 127ff.; Schülle 2018: 154ff.).

2.2 DIE AUFNAHMERICHTLINIE DER EU VON 2013

Verbesserung des Schutzstandards der Asylsuchenden durch Aufnahme richtlinie von 2013

Mit der Aufnahme richtlinie der EU (2013/33/EU) werden die suprastaatlichen Vorgaben für den Gesetzgeber und die Praxis in Deutschland nun konkreter. Denn im Gegensatz zu den beschriebenen Bestimmungen der Menschenrechtsabkommen sind die Vorgaben des EU-Richtlinienrechts durch die Mitgliedsstaaten zwingend umzusetzen. Die Aufnahme richtlinie regelt die Aufnahme und Unterbringung sowie die Versorgung von Asylsuchenden.⁶³ Die Richtlinie gilt für Asylsuchende bis zum Abschluss des Asylverfahrens, das heißt nicht für alle Personengruppen, die unter das AsylbLG fallen.⁶⁴ Im Vergleich zur vorher gültigen Richtlinie 2003/9/EG, die der deutsche Gesetzgeber nie in nationales Recht umgesetzt hatte, wurde mit ihr der Schutzstandard bzw. Leistungsanspruch deutlich angehoben.

Mit der neuen Richtlinie wurden „Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen“ und „Personen mit psychischen Störungen“ erstmals explizit zu den besonders schutzbedürftigen Personengruppen gezählt (Artikel 21; Frerichs 2014b: 9; Kaltenborn 2015).⁶⁵

Allgemeiner Mindeststandard medizinischer Notversorgung

Die Aufnahme richtlinie besagt, dass die EU-Mitgliedsstaaten den Asylantragstellerinnen und -antragstellern materielle Leistungen für einen angemessenen Lebensstandard gewährleisten müssen, der den Lebensunterhalt sowie den Schutz der physischen und psychischen Gesundheit einschließt (Artikel 17 Absatz 2). Eine medizinische Notversorgung sowie eine unbedingt erforderliche Behandlung von Krankheiten und schweren psychischen Störungen sind durchzuführen. Zwar sollen sich die materiellen Leistungen dabei an den Unterstützungsleistungen orientieren, die Einheimische bei Bedarf für ihren Lebensunterhalt erhalten, jedoch ist auch eine Schlechterstellung – z.B. im Sinne einer reinen Notversorgung – möglich (Artikel 19 Absatz 1).

Weitergehende Leistungsansprüche für besonders schutzbedürftige Asylsuchende

Die EU-Staaten müssen bei der Aufnahme von Asylsuchenden jedoch ein gesondertes Augenmerk auf besonders schutzbedürftige Asylsuchende richten⁶⁶:

„Die Mitgliedstaaten berücksichtigen in dem einzelstaatlichen Recht zur Umsetzung dieser Richtlinie die spezielle Situation von schutzbedürftigen Personen wie Minderjährigen, unbegleiteten Minderjährigen, Behinderten, älteren Menschen, Schwangeren, Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern, Opfern des Menschenhandels, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wie z. B. Opfer der Verstümmelung weiblicher Genitalien.“ (Aufnahme richtlinie 2013/33/EU, Artikel 21)

Für diese Personengruppen besteht der Richtlinie zufolge ein erweiterter Anspruch auf medizinische Leistungen:

„Die Mitgliedstaaten gewähren Antragstellern mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung.“ (Aufnahme richtlinie 2013/33/EU, Artikel 19 Absatz 2)

Zur Feststellung dieser besonderen Schutzbedürftigkeit ist es notwendig, dass eine Identifikation der Schutzbedürftigkeit innerhalb einer angemessenen Frist erfolgt. Die Richtlinie macht den EU-Staaten jedoch keine Vorgaben hinsichtlich der Form des Screenings bzw. der Feststellung der besonderen Schutzbedürftigkeit (Artikel 22). Vorgaben seitens des Bundes hierzu fehlen.

Richtlinie unmittelbar und zwingend in Deutschland anzuwenden

Die Mitgliedsstaaten haben bei der Umsetzung von Richtlinien wie dieser zwar einen gesetzgeberischen Ermessensspielraum (Rixen 2016: 134f.), da aber die gesamte Aufnahme richtlinie nicht bis zum 20.07.2015 (Umsetzungsfrist) in nationales deutsches Recht implementiert wurde, hat die Europäische Kommission gegen Deutschland und andere EU-Staaten wegen der Nichtumsetzung ein Vertragsverletzungsverfahren eingeleitet (Deutscher Bundestag 2017a: 1-2).⁶⁷ Dadurch wurde die Aufnahme richtlinie in Deutschland ab 2015 unmittelbar rechtswirksam. Sie ist also ebenso wie die Vorgängerrichtlinie von 2003 durch die zuständigen Akteure umzusetzen⁶⁸ Im AsylbLG findet sich zwar bereits ein Bezug auf „Personen mit besonderen Bedürfnissen“. Dies betrifft jedoch nur Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs. 1 haben (§ 6, Abs. 2 AsylbLG).

§ 24 Abs. 1 AufenthG, geschaffen im Zusammenhang mit der sogenannten Massenzustromrichtlinie (Richtlinie 2001/55/EG), findet in Deutschland aber keine Anwendung (Deutscher Bundestag 2020: 9).

Fehlen einer bundesgesetzlichen Norm zu Identifizierungskriterien sowie zum Leistungsanspruch bei besonders schutzbedürftigen Asylsuchenden

Der Bundesgesetzgeber hat kein also nationales Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie in Bezug auf Identifizierung und Leistungsumfang der medizinischen Versorgung besonders Schutzbedürftiger erlassen (BAfF 2020a: 11). 2016 stellte die Bundesregierung jedoch Folgendes fest:

„Über diese Vorgaben [der Aufnahme richtlinie; K. L.] reduziert sich das behördliche Ermessen in § 6 Absatz 1 AsylbLG für die von der Aufnahme-RL erfassten Fallgruppen aufgrund europarechtskonformer Auslegung seit Ablauf der Umsetzungsfrist auf Null.“ (Deutscher Bundestag 2016: 3).

Nunmehr entfällt also bei besonders Schutzbedürftigen das ursprünglich mit der Gesetzesbegründung eingeführte Kriterium der Aufschiebbarkeit der Behandlung. Bei der Versorgung besonders Schutzbedürftiger müssen alle notwendigen Leistungen bewilligt werden. Die Behörden haben somit bei der Auslegung des AsylbLG bei der medizinischen Versorgung besonders Schutzbedürftiger kein Ermessen mehr. Bisher ist diese Ermessensreduktion „auf Null“ aber kein Bestandteil des AsylbLG geworden. Nur vereinzelt haben Bundesländer dazu spezielle Rundschreiben erlassen:

„Hinsichtlich Art. 19 Abs. 2 RL 2013/33/EU bedeutet dies, dass die zuständigen Leistungsbehörden die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich einer psychologischen Betreuung für schutzbedürftige Personen im Wege einer richtlinienkonformen Auslegung des § 6 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG sicherzustellen haben, soweit ansonsten eine Leistungsgewährung nach § 4 AsylbLG nicht möglich ist.“ (Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz von Rheinland-Pfalz 2016: 3)

Fehlen bundesgesetzlicher Vorgaben zu Sanktionen bei besonders schutzbedürftigen Asylsuchenden

Fehlende Vorgaben seitens des Bundes betreffen nicht nur den Leistungsumfang besonders Schutzbedürftiger im Allgemeinen und die Art der Feststellung der besonderen Schutzbedürftigkeit⁶⁹ sondern auch die Frage

61 EuGH Urt. v. 12.11.2019 – C-233/18, BeckRS 2019, 27379. Insofern dürfte die Einschränkung von Gesundheitsleistungen als Form der Sanktionierung nach § 1 a AsylbLG wohlmöglich nicht den Vorgaben der EU-GRCh entsprechen.

62 „Zweck dieses Übereinkommens ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern.“ (Bundesgesetzblatt 2008)

63 Amtsblatt der europäischen Union 2013. Siehe außerdem: Gesundheit für Geflüchtete. Informationsportal von Medibüros/Medinetzen. EU-Aufnahme richtlinie. [http://gesundheit-gefluechtete.info/eu-richtlinie-involvierte/ (letzter Zugriff: 02.02.2021)].

64 Nicht berücksichtigt wird an dieser Stelle die sogenannte EU-Qualifikationsrichtlinie von 2011 (Richtlinie 2011/95/EU), in der es um einheitliche Standards für Asylverfahren und die Rechte nach Anerkennung eines Schutzstatus geht.

65 Die vorliegende Publikation bezieht sich zwar ausschließlich auf die Gesundheitsleistungen für Asylsuchende in Deutschland, an dieser Stelle sei dennoch darauf verwiesen, dass es innerhalb der EU erhebliche Unterschiede bezüglich des Rechtsanspruchs auf Gesundheitsleistungen für Asylsuchende und der praktischen Zugangsmöglichkeiten gibt. Dies hat gleichzeitig Folgen für die Umsetzung von sogenannten Dublin-Verfahren. Laut Urteil des Europäischen Gerichtshofes von 2019 können medizinische Versorgungsprobleme in den Asylerstantragsländern (z. B. Griechenland, Bulgarien) einen Grund für ein Rücküberstellungsverbot erkrankter Asylsuchender von Deutschland aus darstellen (Süddeutsche Zeitung 2019).

66 In diesem Zusammenhang ist auf die rechtliche Relevanz der UN- und EU-Behindertenrechtskonvention für die Aufnahme von Asylsuchenden zu verweisen (UN-BRK).

67 Das Vertragsverletzungsverfahren gegen Deutschland wurde im Oktober 2019 mit dem Hinweis eingestellt, dass die Richtlinie mittlerweile in nationales Recht umgesetzt wurde (Europäische Kommission 2019). Laut der Antwort von Herrn von Peter von der Vertretung der Europäischen Kommission in Deutschland (Berlin) am 30.06.2020 auf eine schriftliche Anfrage der Autorin bei Frau Abele am 04.06.2020, konnte eine entsprechende nationale Rechtsnorm jedoch nicht benannt werden. Laut der BAfF sollte 2015 entsprechend eines Referentenentwurfs der § 54a neu in das Asylgesetz eingeführt werden. Dieser sollte die Versorgung besonders schutzbedürftiger Asylsuchender behandeln. Er wurde aber im Gesetzgebungsverfahren wieder gestrichen (2020a: 11). Zum ursprünglichen Entwurf des Gesetzes zur Umsetzung des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems vom 01.10.2015 siehe: Bundesministerium des Innern (2015).

68 Als Leitfaden für die Umsetzung der Richtlinie in der Praxis gilt die Veröffentlichung des European Asylum Support Office. Im Hinblick auf die medizinische Versorgung wird empfohlen: die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Bedarfe beim Zugang zur Versorgung, die Berücksichtigung der Angemessenheit der Entfernung zwischen der Unterkunft und dem Ort der medizinischen Leistungserbringung, die Kostenfreiheit der Versorgung und des Transports an den Ort der Leistungserbringung sowie die kostenlose Bereitstellung ausgebildeter Dolmetscherinnen und Dolmetscher u.a. (EASO 2016: 35-36).

69 Unterschiedlichen Verfahren und Modellen der Identifizierung besonders Schutzbedürftiger und deren Evaluation widmet sich seit einigen Jahren die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. Hierzu ist insbesondere auf ihre aktuelle Studie zu den Verfahren der Identifizierung von Asylsuchenden mit Traumafolgestörungen als besonders Schutzbedürftigen in den Bundesländern hinzuweisen (BAfF 2020b).

der – bereits angesprochenen - Sanktionierbarkeit von existenzsichernden Leistungen bei Asylsuchenden. So stellte beispielsweise das Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz von Rheinland-Pfalz 2019 in einem Rundschreiben fest:

„Im Fall einer Leistungskürzung, deren Umfang sich nunmehr einheitlich nach Maßgabe des § 1a Abs. 1 AsylbLG richtet, ist § 6 Abs. 1 AsylbLG nicht (mehr) anwendbar, so dass eine leistungsrechtliche Berücksichtigung besonderer Bedarfslagen – speziell von vulnerablen Personengruppen – im nationalen Recht nicht mehr durchgehend gewährleistet ist.“ (Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz von Rheinland-Pfalz 2019: 11)

Unklar ist, warum diese Problematik im Bericht der 2019 einberufenen Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit keine Erwähnung findet⁷⁰. Darin wird sogar hervorgehoben, dass eine medizinische Notversorgung von Asylsuchenden konform mit der Aufnahmerichtlinie und dem bundesdeutschen AsylbLG sei (Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit 2020: 170).

Recht auf Gesundheitsinformationen in verständlicher Sprache

Ergänzend ist auf Artikel 5 Absatz 1-2 der Aufnahmerichtlinie hinzuweisen: demnach haben Asylsuchende ein Recht darauf, innerhalb von 15 Tagen nach Asylantragsstellung verschiedene Informationen zu bekommen, unter anderem zu ihren Leistungsansprüchen und den Ansprechpersonen im Bereich der medizinischen Versorgung. Dies muss in einer für sie verständlichen Sprache und vornehmlich in schriftlicher Form erfolgen. Dem Artikel 5 Abs. 1-2 der EU-Aufnahmerichtlinie wurde mittlerweile durch § 47 Absatz 4 AsylG zu den Informationspflichten in Aufnahmeeinrichtungen entsprochen.

2019 wurde in Deutschland außerdem § 44 Absatz 2a AsylG im Zusammenhang mit der Unterbringung in (Erst-)Aufnahmeeinrichtungen eingeführt: „Die Länder sollen geeignete Maßnahmen treffen, um bei der Unterbringung Asylbegehrender nach Absatz 1 den Schutz von Frauen und schutzbedürftigen Personen zu gewährleisten.“ Die Normen des § 44 Absatz 2a AsylG und des § 47 Absatz 4 AsylG spielen jedoch im Hinblick auf die Identifizierung von besonders Schutzbedürftigen und deren medizinischen Leistungsansprüchen keine Rolle.

Vorgabe des AsylbLG für besonders Schutzbedürftige unzureichend

Einige Gerichte in Deutschland nehmen in ihren Urteilen mittlerweile Bezug auf die Vorgaben der Aufnahmerichtlinie von 2013. So urteilte das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen am 01.02.2018 (L 8 AY 16/17 B ER), dass Asylsuchenden mit besonderer Schutzbedürftigkeit Eingliederungshilfe zu gewähren ist. § 6 Abs. 1 Satz 1 des AsylbLG sei dem Gericht zufolge konform mit der Aufnahmerichtlinie auszulegen.⁷¹ Dieses und ein weiteres Urteil⁷² wurden von Schülle und Frankenstein (2019) einer Analyse unterzogen, in deren Ergebnis die Autorin und der Autor feststellen, dass das bisherige Regelungsregime des AsylbLG im Hinblick auf die Versorgung besonders Schutzbedürftiger (hier: Asylsuchender mit Behinderungen) unzureichend ist:

„Solange der Gesetzgeber die dargestellten Defizite nicht beseitigt, sind die Sozialbehörden und die Rechtsprechung gefordert, den Tatbestand des § 6 AsylbLG ‚zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich‘ weit auszulegen.“ (Schülle/Frankenstein 2019: 14)

Anzumerken ist an dieser Stelle, dass die Feststellung einer besonderen Schutzbedürftigkeit gleichzeitig elementar wichtig für die Bereitstellung von Asylverfahrensgarantien ist: denn besonders Schutzbedürftige dürfen - z.B. krankheitsbedingt - keine Nachteile im Rahmen des Asylverfahrens haben.

Seitens des Europäischen Gerichtshofes liegen bisher keine Urteile zu konkreten Gesundheitsleistungen für Asylsuchende vor. Berücksichtigt man jedoch die Tatsache, dass das medizinische Existenzminimum relativ weit zu fassen ist und der Nachweis über tatsächliche medizinische Minderbedarfe von Asylsuchenden durch den Gesetzgeber bisher nicht erfolgte, dann muss Deutschland gesetzgeberisch nachjustieren. Besonders evident erscheint dies bei der gesetzlich eingeschränkten Versorgung chronischer Erkrankungen wie zum Beispiel Diabetes mellitus und Bluthochdruck, die einer kontinuierlichen ärztlichen Betreuung bedürfen und deswegen dem Existenzminimum zuzurechnen sind.

3 LEHREN AUS DER ‚FLÜCHTLINGSKRISE‘

Ab dem Sommer 2015 kam es zu einem von vielen Beobachterinnen und Beobachtern unerwarteten Höchststand der Asylerstantragszahlen in Deutschland. Eine Zunahme der Geflüchtetenzahlen hatte sich allerdings

bereits 2014 abgezeichnet.⁷³ Dieser Anstieg ähnelte in etwa dem von Anfang der 1990er Jahre.⁷⁴ Im Folgenden werden einige der 2015 besonders hervortretenden verwaltungs- und versorgungsbezogenen Herausforderungen für die Herstellung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für Asylsuchende skizziert.

Mangelnde personelle Kapazitäten bei medizinischer Versorgung und Sprachmittlung

Die hohe Anzahl von Asylsuchenden machte den teilweise bestehenden Mangel an Ärztinnen und Ärzten vor allem in ländlichen Regionen Deutschlands sichtbar, da mit den gleichen personellen Ressourcen nun deutlich mehr Personen versorgt werden mussten. Trotz der erhöhten Flüchtlingszahlen erfolgte laut Robert-Bosch-Expertenkommission zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik (2016) kein Personalzuwachs im medizinischen System, obwohl dadurch die Ärztezah im Verhältnis zur Einwohnerzahl sank.⁷⁵

Diese Problematik zeigte sich auch an der vorübergehenden Einführung des § 90 Asylgesetz (AsylG). Danach konnten ausländische Ärztinnen und Ärzte auch ohne Anerkennung in Deutschland zur Versorgung von Geflüchteten in Erstaufnahmeeinrichtungen eingesetzt werden.

Der sogenannte Königsteiner Schlüssel, nach dem Asylsuchende auf die Bundesländer verteilt werden, berücksichtigt Faktoren wie die (regionale) Ärztedichte nicht. Belegt ist außerdem die Tatsache, dass Frauen, Personen unter 7 und über 64 Jahren aus der Gruppe der Asylsuchenden in Deutschland regional ungleich verteilt sind. Diese Gruppen finden sich häufiger in strukturell schwachen Regionen, was ihre Gesundheitsrisiken erhöhen kann (Bozorgmehr et al. 2017). Das heißt einerseits, dass die praktischen Herausforderungen der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden vor dem Hintergrund eines teilweise bestehenden Ärztemangels und eingeschränkten Ressourcen in strukturschwachen Regionen deutschlandweit variieren. Andererseits fallen für die medizinische Versorgung in verschiedenen Landkreisen auch unterschiedlich hohe Durchschnittskosten pro Asylsuchenden an (Biddle et al. 2019).

Deutschlandweit fehlen ausreichend qualifizierte Sprachmittlerinnen und Sprachmittler (Deutsches Ärzteblatt 2017). Dies erschwerte und erschwert noch immer die Versorgung im Allgemeinen und insbesondere die im psychologischen und psychotherapeutischen Bereich.

2015 wurde deswegen eine besondere Ermächtigungsregelung für die psychotherapeutische Behandlung von Geflüchteten eingeführt.⁷⁶ Interessierte Therapeuten konnten eine Ermächtigung auch ohne Kassenzulassung erhalten. Von der Regelung wurde bisher jedoch nur wenig Gebrauch gemacht (BAfF 2017b). Seit 2015 wurden außerdem mehr psychosoziale Behandlungszentren für Geflüchtete (PSZ) eingerichtet, in denen häufig mehrsprachiges Personal zum Einsatz kommt. Waren es 2015 noch 32 im Bundesgebiet, so gab es bis 2019 einen Anstieg auf 42 Psychosoziale Zentren (BAfF 2020b: 29). Die Finanzierungslage der Einrichtungen für Behandlungen und Beratungen ist jedoch in der Regel schwierig:

„Zugleich würden nur sechs bis acht Prozent der Therapien in den PSZ regulär von den Krankenkassen oder den Sozial- und Jugendämtern bezahlt. Mehr als 90 Prozent der Therapien müssten deshalb über Projektgelder, Landes- und Bundesmittel oder Spenden finanziert werden.“ (Kastner 2019)

Besondere Versorgungsbarrieren für psychisch erkrankte Asylsuchende

Für die psychotherapeutische Versorgung stellen neben den Sprachbarrieren die rechtlichen Rahmenbedingungen des AsylbLG und Finanzierungsfragen besondere Herausforderungen dar (Thöle et al. 2017). Ob und in welchem Umfang Asylsuchende psychotherapeutische Leistungen erhalten, liegt häufig im Ermessen der kommunalen Sozialämter und an den Strukturbedingungen vor Ort. Auch wenn eine Psychotherapie genehmigt wird, stehen Betroffene vor weiteren Hürden: zunächst müssen sie niedergelassene Psychotherapeuteninnen bzw. Psychotherapeuten finden, was bereits für krankenversicherte und deutschkundige Patientinnen und Patienten oft mit längeren Wartezeiten verbunden ist, und danach Sprachmittlerinnen bzw. Sprachmittler.

Großes ehrenamtliches Engagement in medizinischer Flüchtlingshilfe

Vor allem in den ersten Wochen des Sommers 2015 gelang die medizinische Versorgung der Asylsuchenden in Deutschland nur aufgrund der Mitarbeit zahlreicher ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer (Heinrich-Böll-Stiftung Sachsen 30.07.2015; Zivanovic 2015). Damals engagierten sich an vielen Orten Studierende der Medizin, Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, bereits pensionierte Medizinerinnen und Mediziner sowie Akteure aus dem sozialen Bereich.⁷⁷ Rückblickend lässt sich von einem ‚Sommer der Provisorien‘ sprechen.⁷⁸

70 Es stellt sich nicht nur die Frage, warum der erweiterte medizinische Leistungsanspruch bei besonders Schutzbedürftigen von der Kommission nicht erwähnt wird. Auch die durch AsylbLG 1a möglichen Einschnitte in das physische Existenzminimum bei besonders Schutzbedürftigen bedurfte einer kritischen Bewertung.

71 Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen 8. Senat, Beschluss vom 01.02.2018, L 8 AY 16/17 B ER. Rechtsansprüche Asylsuchender auf Gesundheitsleistungen dürften sich unter Bezugnahme auf die Aufnahmerichtlinie von 2013 (siehe: Pflicht zur richtlinienkonformen Auslegung nationalen Rechts) eher einklagen lassen als mit Verweis auf den UN-Sozialpakt und andere internationale Menschenrechtsabkommen.

72 Landessozialgericht Hessen, Urteil vom 11.07.2018 (L 4 AY 9/18 B ER).

73 BAMF - Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2019: 6).

74 Allein 1992 kamen über 438.000 Asylsuchende nach Deutschland (BAMF 2016: 11).

75 Die Bedarfspannungen und Zulassungen von Ärztinnen und Ärzten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen orientieren sich vor allem an den Verhältniszahlen der Einwohnerzahl pro Arzt für die einzelnen Facharztgruppen.

76 Siehe: § 31 Absatz 1 Satz 2 der Ärzte-Zulassungsverordnung.

77 Begünstigend wirkte sich hier die Tatsache aus, dass zur Versorgung von nichtversicherten Migrantinnen und Migranten (und Einheimischen) in einigen deutschen Städten bereits lokale Hilfsnetzwerke (z. B. Medinetze) bestanden.

78 „Sommer der Provisorien“ heißt, dass die akute Überforderung staatlicher Strukturen im Sommer 2015 zu vielen provisorischen Unterkünften, Hilfs- und Kooperationsstrukturen etc. führte, z. B. Zeltlager und rudimentäre medizinische Notversorgung (z. B. dpa 2015a).

Insbesondere seit 2015 erfolgte in Deutschland die Errichtung mehrerer spezialisierter Einrichtungen zur medizinischen Versorgung von Geflüchteten mit mehrsprachigem medizinischen Personal oder Sprachmittlerinnen und Sprachmittlern vor Ort. Dazu zählen Flüchtlingsambulanzen in großen Städten (zum Beispiel Ambulanzen der Kassenärztlichen Vereinigung in Sachsen)⁷⁹, an große Erstaufnahmeunterkünfte angeschlossene Ambulanzen (zum Beispiel des Vereins Refudocs in Bayern)⁸⁰ oder gesonderte Abteilungen in stationären Versorgungseinrichtungen. Deren Ziel war und ist die sprachlich-kulturell adäquate und möglichst niedrigschwellige medizinische Versorgung.

Unklarheiten zu Leistungsansprüchen und Zuständigkeiten, Verwaltungsprobleme

Unklarheiten beim Leistungsanspruch erschwerten und erschweren immer noch die Versorgung von Asylsuchenden im Gesundheitssystem (zm-online 2015). Im Sommer 2015 kamen ungeklärte Zuständigkeitsfragen und eine unzureichende interministerielle Kooperation auf der Ebene der Bundesländer⁸¹ hinzu (Radtko/Hustedt 2019).⁸² Strukturelle Probleme der bundesdeutschen Verwaltungsorganisation im Allgemeinen traten immer wieder zu Tage (Nationaler Normenkontrollrat 2017: 2).

Die medizinische Interpretationshilfe des Freistaates Sachsen zum AsylbLG

Die Normunbestimmtheit und die Ermessensspielräume des AsylbLG warfen insbesondere seit 2015 für viele Leistungserbringer Fragen auf. In einigen Bundesländern gab es Versuche einer Festlegung bzw. Katalogisierung von Erkrankungen, deren Behandlung im Rahmen des AsylbLG regelmäßig und ohne gesonderte Beantragung durchzuführen ist oder welche aus dem Leistungskatalog auszuschließen sind. So veröffentlichten das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz und die Landesdirektion Sachsen eine medizinische Interpretationshilfe zum AsylbLG (2016, 3. Version), nach der verschiedene chronische Erkrankungen immer ohne gesonderte Beantragung behandelt werden können.⁸³ Durch die enge Zusammenarbeit der Sächsischen Landesärztekammer mit Ärztinnen und Ärzten in der

medizinischen Flüchtlingsversorgung, der Kassenärztlichen Vereinigung, dem Sozialministerium und der Landesdirektion sowie weiterer Kostenträger erfolgte damit eine pragmatische Interpretation des AsylbLG. So wurde unter anderem klargestellt: „Chronische Erkrankungen, die ohne Behandlung zu akuten Notfällen werden, können nach AsylbLG behandelt werden.“ (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz 2016: 2).⁸⁴ Dadurch erhöhte sich die Sicherheit für Ärztinnen und Ärzten, die Asylsuchende behandelten und Regressforderungen vermeiden wollten. Denn dadurch können beispielsweise auch für chronisch erkrankte Asylsuchende ohne zusätzliche Beantragung größere Verpackungsgrößen (als die übliche Größe N 1) verordnet werden. In der Hansestadt Hamburg zeigten demgegenüber die Erfahrungen bei der Einführung von elektronischen Gesundheitskarten für Asylsuchende, dass die Definition von konkreten Leistungsbeschränkungen nach dem AsylbLG Schwierigkeiten bereitet: „Auch unter Beteiligung von Fach- und Rechtsexperten war es [dort, K.L.] aber kaum möglich, abstrakt-generelle Ausschlüsse und Einschränkungen im Rahmen des Katalogs (der Gesundheitsleistungen, K. L.) festzulegen“ (Burmester 2015: 62).

Bürokratische Hürden bei der Versorgung durch Behandlungsscheine

Eng verbunden mit den Fragen zum Leistungsumfang ist die Frage, wie der administrative Zugang zur Versorgung gestaltet werden kann. In den meisten Bundesländern geben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Sozialämtern die Behandlungsscheine an die Asylsuchenden aus. Diese verfügen jedoch nicht immer über ausreichende medizinische Expertise, um den Leistungsanspruch zu beurteilen. Solche Einschätzungen übernehmen teilweise auch Angehörige anderer Berufsgruppen in den Asylbewerberheimen. Der Umgang mit den Behandlungsscheinen stellt Ärztinnen und Ärzte, die Betroffenen und (wegen des hohen Bürokratieaufwandes) auch Behördenmitarbeiterinnen und -mitarbeiter vor Herausforderungen. Zwar ist in Notfällen keine Vorlage eines Behandlungsscheins notwendig, in der Praxis wird Betroffenen dennoch gelegentlich eine Behandlung verweigert. Für Asylsuchende können sich dadurch er-

hebliche Gesundheitsgefahren ergeben (Lindner 2015a; Töller et al. 2018).⁸⁵

Aus den oben genannten Gründen haben sich nach den Hansestädten Bremen (2005) und Hamburg (2012) seit 2015 weitere Flächenländer und Kommunen für eine Erleichterung des administrativen Zugangs mittels einer elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende entschieden.

Unzureichende Identifizierung besonders Schutzbedürftiger nach der EU-Aufnahmerichtlinie von 2013 und fehlende bundeseinheitliche Vorgaben in der Praxis

Vor dem Hintergrund des Ausmaßes der ‚Flüchtlingskrise‘ im Sommer und Herbst 2015 trat die Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie zunächst praktisch in den Hintergrund. In Deutschland bestehen nach wie vor Defizite hinsichtlich der Identifizierung besonders schutzbedürftiger Asylsuchender. Diesbezüglich wurden bereits seit vielen Jahren bundeseinheitliche Verfahrensvorgaben gefordert (vgl. Frerichs 2014b: 8f.). Herausforderung stellen dabei insbesondere solche Fälle dar, bei denen sich die besondere Schutzbedürftigkeit nicht aus konkreten sichtbaren Merkmalen der Person wie Schwangerschaft oder körperliche Behinderung ergibt.⁸⁶ Aufgrund der fehlenden nationalstaatlichen Vorgaben haben verschiedene Kommunen, Akteure und Netzwerke Leitfäden und Screening-Fragebögen für die Praxis entwickelt.⁸⁷ Die Vergleichbarkeit der Identifikationsstandards ist jedoch fraglich und eine lückenlose Identifizierung besonders Schutzbedürftiger ist nicht garantiert. Dies kann faktisch einen unzureichenden Leistungsanspruch zur Folge haben. Beides, unzureichende Identifizierung und in der Folge eine inadäquate Versorgung, führt zu Verletzungen der Aufnahmerichtlinie von 2013.

Hürden der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen für Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus

Auch Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus haben Rechtsansprüche auf medizinische Leistungen. Deren Umsetzung ist in der Praxis jedoch besonders schwierig. Denn die Betroffenen haben Angst, dass die Sozialämter ihre Daten an Ausländerbehörden übermitteln könnten (entsprechend § 87 AufenthG). Seit der Einführung des § 6a AsylbLG gilt ein verlängerter Geheim-

nisschutz für stationäre Behandlungen von Menschen ohne einen regulären Aufenthaltsstatus. In der Praxis variieren jedoch bei Kliniken und Behörden die Kenntnisse hierzu und zum verlängerten Geheimnisschutz. Bei der Umsetzung des § 6a AsylbLG existieren weitere praktische und rechtliche Probleme, wie unzureichende Kostenerstattungen für Kliniken. Zudem ist die nach dem AsylbLG vorgesehene Bedürftigkeitsprüfung im Zusammenhang mit dem verlängerten Geheimnisschutz nicht möglich (Mylius 2016; Diakonie Deutschland 2019).

4 DIE GESUNDHEITLICHE SITUATION VON ASYL-SUCHENDEN

Abschließend ist die Situation von Anspruchsberechtigten nach dem AsylbLG unter versorgungswissenschaftlichen Aspekten zu beleuchten. Dadurch kann ein besseres Verständnis der Versorgungsbedarfe und der Herausforderungen bei der Umsetzung der Rechtsgrundlagen ermöglicht werden.

Bis zum Sommer 2015 lagen in Deutschland kaum wissenschaftliche Daten zum Gesundheitsstatus und zu Krankheitshäufigkeiten bei Geflüchteten vor.⁸⁸ Gleiches gilt für Faktoren, die den Zugang dieser Personengruppen zur medizinischen Versorgung beeinflussen. Fehlende Informationen zur Krankengeschichte, zu Vorerkrankungen und zu Dauermedikation erschwerten in Verbindung mit Verständigungsproblemen außerdem die praktische Arbeit von Ärztinnen und Ärzten. Es existiert keine deutschlandweite Erfassung und Auswertung der Daten der medizinischen Erstuntersuchungen. Erst nach 2015 wurden meist regional und zeitlich begrenzte wissenschaftliche Untersuchungen dazu vorgelegt.⁸⁹

Relevanz von Diabetes mellitus und andere chronische körperliche Erkrankungen bei Asylsuchenden

Diesen zufolge treten nichtübertragbare chronische körperliche Erkrankungen bei Asylsuchenden im Allgemeinen vergleichsweise selten auf. Das liegt vor allem daran, dass sie im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung durchschnittlich jünger sind (Frank et al. 2017: 35.) Einige chronische körperliche Erkrankungen wie zum Beispiel Diabetes mellitus-Typ-2 und Herz-Kreislauf-Erkrankungen dürfen aber nicht unterschätzt werden. Denn Länder wie Syrien und der Irak, die in der

79 Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz 2015. Neben der Flüchtlingsambulanz bzw. internationalen Praxis in Dresden, existiert eine ähnliche Einrichtung auch in Chemnitz. Die Leipziger Ambulanz wurde wieder geschlossen. Die Autorin selbst hat in Kooperation mit mehreren Ärztinnen und Ärzten sowie Stakeholdern auf Ebene der Landeshauptstadt Dresden und der Kassenärztlichen Vereinigung das Konzept für die erste Ambulanz erstellt (Lindner 2015b).

80 Verein zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen, Asylsuchenden und deren Kindern e.V..

81 Migrations- und Integrationspolitik sind in erster Linie Querschnittspolitikbereiche, die Innenministerien genauso betreffen wie Sozial- und Gesundheitsministerien, Arbeits- und Wirtschaftsministerien, Kultusministerien und nicht zuletzt spezialisierte Integrationsministerien.

82 Die Heterogenität der Asylverwaltungspraxen in den Bundesländern brachte zusätzliche Herausforderungen mit sich: Im Sommer 2015 waren auf verschiedenen administrativen Ebenen Verantwortungskonfusion, mangelnde Koordination sowie Vollzugsprobleme im Allgemeinen festzustellen (Bozorgmehr et al. 2016b: 553; allgemein Bogumil et al. 2019). Auch wurden Probleme des Informationsaustausches zwischen unterschiedlichen Behörden sowie zwischen medizinischen Akteuren festgestellt, was potentiell Auswirkungen auf die Leistungsgewährung bei Übergang in die Regelversorgung und die Behandlungskontinuität haben konnte (Bozorgmehr et al. 2016b).

83 2016 veröffentlichte auch das Institut für Ärztliche Qualität in Schleswig-Holstein, mit Unterstützung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung, eine ähnliche Interpretationshilfe.

84 Dadurch reduziert sich die Notwendigkeit häufiger Arztbesuche und zu vieler Kostenerstattungsanträge. Die Bestimmungen der Aufnahmerichtlinie sind in den Interpretationshilfen noch nicht berücksichtigt.

85 Zudem gab es immer wieder Berichte über Behandlungsverzögerungen und Krankheitsverschlechterungen, die gleichzeitig das Risiko von höheren Folgekosten mit sich brachten (Kaltenborn 2019: 102). Zeitungsberichten zufolge kam es vor, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Asylbewerberheimen Asylsuchenden medizinische Notfalldienste vorenthielten, wie der Fall eines im Februar 2014 in Plauen verstorbenen Mannes zeigt (Rethy 2014). Ein Kind aus einer asylsuchenden Familie in einer bayrischen Flüchtlingsunterkunft (Zirndorf) wäre Ende 2011 aufgrund der unterlassenen medizinischen Versorgung fast ums Leben gekommen (Steinke 2013). 2010 verlor in Mecklenburg-Vorpommern eine Ghanaerin ihr Baby, nachdem sich das eigentlich medizinisch versierte Heimpersonal trotz Fruchtwasserverlust weigerte, einen Krankenwagen zu rufen – mit der Begründung, dass kein „Schmerzrztzustand“ vorlag (Leebucari 2015). Zu weiteren dokumentierten Fällen von verweigerten Krankenbehandlungen mit Todesfolge siehe: Classen 2016: 13.

86 Siehe z.B.: BAfF 2017a.

87 Für verschiedene besondere Schutzbedarfe siehe z.B.: Leitfaden der Bundeshauptstadt Berlin (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2018) sowie Reader des BAfF (2016).

88 Eine Ausnahme stellt die Auswertung zum Bremer Modell dar, siehe: Jung 2011.

89 Siehe unter anderem: Bozorgmehr et al. 2016a; Bozorgmehr/Razum 2015; Schneider et al. 2015; Frank et al. 2017; Böttche et al. 2017; Bauhoff/Göppfarth 2018; Schröder et al. 2018; Nestereko et al. 2019.

sog. MENA-Region liegen, weisen weltweit die höchsten Diabetes-mellitus-Typ2-Prävalenzen auf (WHO 2016: 25ff.; Khan/Hamdy 2017; WHO 2018a, b). Ein großer Teil der Asylsuchenden in den Jahren 2015 und 2016 kam aus Ländern wie Syrien und Irak (BAMF 2016, 2017). Diese Herkunftsgebiete zählen nicht zu Entwicklungsländern. In ihnen lässt sich das Phänomen des ‚gesundheitlichen Übergangs‘ der Bevölkerung beobachten, zu dessen Kennzeichen u. a. eine Abnahme der Sterblichkeit an Infektionskrankheiten sowie eine rapide Zunahme chronischer ‚westlicher Zivilisationserkrankungen‘ gehörten (Razum/Brzoska 2009).

Kaum Infektionskrankheiten bei neu ankommenden Asylsuchenden

Einzelne Infektionskrankheiten – zum Beispiel Hepatitis B und Tuberkulose – treten bei Asylsuchenden im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung häufiger auf (Frank et al. 2017: 33; Bauhoff/Göppfahrt 2018: 5). Allerdings werden in Bezug auf Tuberkulose in Deutschland nur Asylsuchende einem systematischen Screening unterzogen. Beim Immunstatus bezüglich Masern, Mumps, Röteln und dem Varizella-Zoster-Virus zeigen sich wiederum keine signifikanten Differenzen zwischen Asylsuchenden und Einheimischen (Erhard/Dreier 2016). Entgegen den verbreiteten Annahmen über eine vermeintlich erhöhte Ansteckungsgefahr für die einheimische Bevölkerung haben Infektionserkrankungen eine relativ geringe Bedeutung. Dennoch wurden derartige Mutmaßungen in den vergangenen Jahren immer wieder von rechtspopulistischen Akteuren aufgegriffen und dienten 2015 sogar als ein Argument für die Einrichtung der ersten Flüchtlingsambulanz in Sachsen (dpa 2015b).⁹⁰ Die neu angekommenen Asylsuchenden im vierten Quartal 2015 waren vorwiegend an Infektionen der oberen Atemwege erkrankt (Goodman et al. 2018: 4). Dies dürfte nicht zuletzt an der herbstlichen Witterung sowie der Unterbringung in Zelten gelegen haben. Tatsächlich stellen beengte Sammelunterkünfte für Asylsuchende ein Gesundheitsrisiko im Hinblick auf die Verbreitung von vorwiegend im Inland erworbenen Erkrankungen wie Windpocken, Masern und Krätze dar (Kühne/Gilsdorf 2016). Seit März 2020 hat sich die Unterbringungs- und Versorgungslage von Asylsuchenden zusätzlich durch die Covid-19-Pandemie verschärft, denn die Unterbringung in Sammelunterkünften mit Mehrbettzimmern und insbesondere bei Kollektivquarantäne geht mit einem erhöhten Infektionsrisiko einher (Bozorgmehr et al. 2020).

Hohe Prävalenzen für psychische Erkrankungen

Bei Flüchtlingen aus aktuellen Kriegs- und Konfliktgebieten ist von hohen Prävalenzraten für psychische Erkrankungen auszugehen. Bei unbegleiteten minder-

jährigen Flüchtlingen bestehen wiederum besondere Risiken für und Belastungen mit Traumafolgestörungen. Auch führen Faktoren im Zielland⁹¹ wie etwa lange Asylverfahren zu erhöhten Risiken für psychische Erkrankungen (Böttche et al. 2016: 621; Frank et al. 2017; Bauhoff/Göppfahrt 2018: 5; Richter et al. 2015; Nestereko et al. 2019; Hvidtfeldt et al. 2020).

Häufige Nutzung von Notfalldiensten durch Asylsuchende

Aus Sicht der deutschen Gesundheitsämter bestehen in folgenden Bereichen die größten Handlungs- bzw. Versorgungsbedarfe: Ungeimpfte in Gemeinschaftsunterkünften, Asylsuchende mit psychischen Erkrankungen, Asylsuchende mit schwerwiegenden chronischen Erkrankungen, Kinder asylsuchender Familien⁹² (Bozorgmehr et al. 2016b: 553f.). Einen großen Bedarf gibt es auch beim Ausbau der hausärztlichen Versorgung für Asylsuchende in Deutschland (Schneider et al. 2015). Asylsuchende nutzen im Vergleich zu Einheimischen häufiger Notfalldienste und weisen erhöhte Hospitalisierungsraten auf (Bauhoff/Göppfahrt 2018: 6). Erklären lässt sich dies zum einen mit den rechtlich-administrativen Barrieren (Leistungsbeschränkung und Pflicht zur Vorlage eines Behandlungsscheins), zum anderen mit unzureichenden Gesundheitssystemkenntnissen und fehlenden Informationen zu Gesundheitsangeboten (Schneider et al. 2015: 9). Auch Unklarheiten des Asylstatus sowie Verständigungsprobleme führen dazu, dass Notfalldienste durch Asylsuchende durchschnittlich häufiger genutzt werden.

Die rechtlich-administrativen Beschränkungen bei Zugang und Leistungsumfang haben eine Erhöhung der Gesundheitskosten für Asylsuchende im Vergleich zur Versorgung regulär Versicherter zur Folge. Diese Mehrkosten dürften auch mit einer verspäteten Versorgung und Chronifizierung von Erkrankungen im Zusammenhang stehen (Bozorgmehr/Razum 2015; Bauhoff/Göppfahrt 2018: 7).

5 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

(1) Konkretisierung des Anspruchs auf medizinische Leistungen nach dem AsylbLG unter besonderer Berücksichtigung chronischer Erkrankungen

Solange der Gesetzgeber beabsichtigt, grundsätzlich an den Leistungsbeschränkungen des AsylbLG festzuhalten, sind einheitliche und verbindliche Auslegungsstandards zu empfehlen. Dabei sollten aktuelle versorgungsmedizinische Befunde ebenso berücksichtigt werden, wie die Aufnahmeleitlinie. Die Interpretation des Gesetzes muss nicht nur den Vorgaben des AsylbLG sondern auch dem vom Bundesverfas-

sungsgericht hervorgehobenen menschenwürdigen Existenzminimum (Urteile von 2010 und 2012), der Aufnahmeleitlinie von 2013 und (in Verbindung damit) der EU-GRCh gerecht werden. Die Vagheit des AsylbLG stellt nicht nur verschiedene Akteure in der Praxis vor enorme Herausforderungen⁹³, sondern widerspricht dem verfassungsrechtlichen Konkretheitsgebot (Rixen 2015). Die strukturelle Unbestimmtheit des AsylbLG kann als verfassungsrechtlich bedenklich angesehen werden (Rixen 2016: 272).

Die im AsylbLG vorgenommene Differenzierung zwischen akuten und chronischen Erkrankungen ist in der Praxis nur schwer umzusetzen, denn nicht wenige chronische Erkrankungen werden unbehandelt zu akuten.⁹⁴ Empirische Daten zeigen zudem, dass chronische Erkrankungen nicht selten sind. Dies geht immer mit einem hohen Prüf- und Verwaltungsaufwand einher. Zur Vereinfachung der Umsetzung des AsylbLG wäre eine Orientierung an der medizinischen Interpretationshilfe zum AsylbLG des Freistaates Sachsen anzuregen. Eine bundesweite Konkretisierung des AsylbLG könnte auch in Form einer Rechtsverordnung geschehen. Die Behandlung chronischer Erkrankungen könnte laut Deibel (2014) auch über einen reformierten § 4 AsylbLG erfasst werden. Damit kann ggf. auch der hohe Verwaltungsaufwand bei der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden reduziert werden. Der tendenzielle Ausschluss chronischer Erkrankungen aus dem AsylbLG dürfte jedoch auch mit dem verfassungsgemäß zu garantierenden, menschenwürdigen und medizinischen Existenzminimum nur schwer in Einklang zu bringen sein.

(2) Streichung von Sanktionen bei der medizinischen Versorgung nach § 1a AsylbLG

Mögliche Einschnitte in die (bereits reduzierte) medizinische Versorgung der Asylsuchenden über § 1 a AsylbLG sollten vom Gesetzgeber wieder gestrichen werden. Mit der Einführung von § 1 a AsylbLG, der Leistungseinschränkungen zum Beispiel bei fehlender Mitwirkung im Asylverfahren vorsieht, können Asylsuchende und ihnen gleich gestellte Personen mit einem teilweisen oder vollständigen Leistungsentzug sanktioniert werden. Dies schließt zum Teil auch die Streichung von Ansprüchen auf medizinische Versorgung ein. Vor dem Hintergrund verschiedener benannter Urteile des Bundesverfassungsgerichtes ergeben sich erhebliche Zweifel hinsichtlich der Verfassungsmäßigkeit dieser Norm.

(3) Integration von Asylsuchenden in Regelversorgung

Verschiedene Gründe sprechen für eine Integration der Asylsuchenden in die medizinische Regelversorgung. Auch die Robert-Bosch-Expertenkommission zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik empfiehlt zumindest eine „*bundeseinheitliche Regelversorgung, über deren Leistungskatalog eine unabhängige Expertenkommission entscheiden sollte*“ (2016: 14). Erkrankungsrisiken und Behandlungsbedarfe hängen nicht vom aufenthaltsrechtlichen Status einer Person ab (Bundesärztekammer 2013). Medizinische Minderbedarfe von Asylsuchenden hat der Gesetzgeber bisher nicht nachgewiesen. Versorgungsmedizinische Befunde belegen für einzelne Erkrankungen sogar erhöhte Bedarfe. Auch menschenrechtliche und gesundheitsökonomische Gründe legen nahe, Asylsuchende von Anfang an in die Regelversorgung mit einem Leistungsumfang analog der GKV zu integrieren.⁹⁵

(4) Bundeseinheitliche Festlegung von Standards zur Identifizierung besonders schutzbedürftiger Asylsuchender

Deutschland hat bisher keine nationale Norm zur Umsetzung der EU-Richtlinie von 2013 bezüglich der Identifizierung und Leistungsbeurteilung bei besonders schutzbedürftigen Asylsuchenden erlassen. Es sollten nachträglich einheitliche Standards zur Identifizierung und medizinischen (Erst-)Versorgung besonders schutzbedürftiger Asylsuchender festgeschrieben werden. Diese könnten auf Erfahrungen unterschiedlicher Modellprojekte (siehe BafF 2016) aufbauen.

Die obligatorische medizinische Erstuntersuchung nach § 62 Absatz 1 AsylG fokussiert übertragbare Krankheiten. Änderungen an diesem Gesetz und die Bereitstellung entsprechender ausreichender finanzieller und personeller Ressourcen (inklusive Sprachmittlung) würden ein umfangreicheres Screening ermöglichen. Dafür müsste das Asylgesetz überarbeitet werden.⁹⁶ Unabhängig von den Maßgaben der Aufnahmeleitlinie wird ein bundesweiter Standardisierungsbedarf bezüglich der länderspezifisch variierenden Erstuntersuchungen gesehen.⁹⁷

(5) Bundesgesetzliche Definition des Leistungsanspruches für besonders schutzbedürftige Asylsuchende

Eine verbindliche gesetzliche Festschreibung des erweiterten Leistungsanspruches für besonders Schutzbedürftige sollte jenseits der weiten Ermessensklausel

⁹⁰ Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2015).

⁹¹ Dazu zählen auch soziale Isolation/Familientrennung, enge Sammelunterkünfte und Rassismuserfahrungen.

⁹² Hierbei ist eine große Schnittmenge mit jenen Personengruppen, die unter die Aufnahmeleitlinie von 2013 fallen, zu beobachten. Minderjährige unbegleitete Flüchtlinge werden durch die Jugendämter in Obhut genommen und erhalten von Anfang an eine medizinische Versorgung analog SGB V.

⁹³ Dabei geht es schließlich auch um einen Schutz vor Regressforderungen für Ärztinnen und Ärzte.

⁹⁴ Die erschwerte Behandlung chronischer Erkrankungen nach dem AsylbLG dürfte den oben beschriebenen internationalen Bestimmungen (UN-Sozialpakt, EU-GRCh) widersprechen.

⁹⁵ Siehe: Schröder et al. 2018; Razum/Bozorgmehr 2015.

⁹⁶ Natürlich müssen im Anschluss auch die notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen für eine kontinuierliche Behandlung bereitstehen.

⁹⁷ Siehe auch: Bozorgmehr et al. 2016b.

des § 6 AsylbLG erfolgen.⁹⁸ Hinsichtlich der Gruppe der besonders Schutzbedürftigen kann der Leistungsumfang nach den §§ 4 und 6 AsylbLG als potentiell unzureichend angesehen werden (Kaltenborn 2015: 164). Die Bundesregierung äußerte zwar, dass der Ermessensspielraum (des § 6) AsylbLG bei besonders Schutzbedürftigen nun „bei Null“ liege, sie hat dazu aber keine Norm erlassen (Deutscher Bundestag 2016: 3).⁹⁹ Eine solche außergesetzliche Bekundung entspricht nicht der rechtlichen und lebenspraktischen Tragweite des AsylbLG. Durch eine klare Definition ergäbe sich auch mehr Rechtssicherheit für die Akteure, die die Richtlinie anzuwenden haben.

Bundesebene klarer geregelt werden.¹⁰¹ Dies gilt für Geflüchtete während und nach dem Asylverfahren. Das AsylbLG ermöglicht zwar die Kostenübernahme in Einzelfällen bzw. nach Ermessen, aber es fehlen verbindliche Vorgaben im Gesetz (siehe auch Deutscher Bundestag 2017b: 9). Diese sind aber auch aufgrund der unmittelbaren Rechtswirkung der EU-Aufnahmerichtlinie von 2013 und den Pflichten beim Umgang mit besonders schutzbedürftigen Asylsuchenden notwendig.

(6) Erfassung und Evaluation der gesundheitsbezogenen Informationspraxis bzw. der Vermittlung von Gesundheitssystemwissen für Asylsuchende

Die Umsetzung der gesundheitsbezogenen Informationspraxis, entsprechend § 5 Absatz 1-2 der Aufnahmerichtlinie von 2013 und § 47 Abs. 4 Satz 1 AsylG, sollte flächendeckend erfasst und evaluiert werden. Dies legen auch die empirisch nachgewiesenen erhöhten Hospitalisierungsraten mit entsprechenden Kostenauswirkungen bei Asylsuchenden nahe.

(7) Berücksichtigung der Ärztedichte in den Regionen bei der Verteilung von Asylsuchenden

Bei der Verteilung von Asylsuchenden sollten medizinische Infrastrukturfaktoren wie die Ärztedichte berücksichtigt werden. Dies dient einerseits der effektiveren Versorgung der Betroffenen und andererseits der Vermeidung einer unnötigen Überlastung von Ärztinnen und Ärzten in Regionen mit Ärztemangel. Dies käme somit gleichzeitig der einheimischen Bevölkerung in diesen Regionen zugute. Vor allem besonders schutzbedürftige Asylsuchende mit ggf. erhöhten Versorgungsbedarfen sollten nicht in ländlichen Regionen untergebracht werden.¹⁰⁰

Diese Notwendigkeit lässt sich auch aus wissenschaftlichen Beobachtungen über eine inadäquate räumliche Verteilung einiger Gruppen vulnerabler Asylsuchender in Deutschland schließen (Bozorgmehr et al. 2017). Hier könnte zudem ein Ausgleichsfond des Bundes, der notwendige Mehrausgaben im Zusammenhang mit der Aufnahme besonders Schutzbedürftiger kompensieren soll, Abhilfe schaffen (Biddle et al. 2019).

(8) Bundesgesetzliche Regelung zur Finanzierung der Sprachmittlung

Die Finanzierung der Dolmetscherkosten für die medizinische Versorgung von Geflüchteten muss auf

98 Der Gesetzgeber hat seine Möglichkeiten bisher nicht genutzt, den Absatz 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes auf alle die EU-Aufnahmerichtlinie umfassenden Personengruppen mit besonderer Schutzbedürftigkeit auszuweiten.

99 Wenn die Ermessensreduktion auf Null bei besonders Schutzbedürftigen in der Praxis tatsächlich stattfindet, kann die Versorgung nach AsylbLG als richtlinienkonform angesehen werden. Denn die Richtlinie stellt den Staaten frei, für Asylsuchende im Allgemeinen nur eine Basisversorgung zur Verfügung zu stellen.

100 Siehe auch: Biddle et al. 2019; Bozorgmehr et al. 2017; EASO 2016: 35-36; Robert-Bosch-Expertenkommission zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik. 2016: 15.

101 Siehe auch: Bühring 2016.

LITERATURVERZEICHNIS

- Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften* 2000: Charta der Grundrechte der Europäischen Union. (2000/C 364/01); 18. Dezember 2000; verfügbar unter: https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_de.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Amtsblatt der Europäischen Union* 2013: Richtlinie 2013/33/ EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung); verfügbar unter: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0096:0116:DE:PDF> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Asylbewerberleistungsgesetz* (AsylbLG): Asylbewerberleistungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) geändert worden ist; verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/BJNR107410993.html> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Asylgesetz* (AsylG); verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/asylvfg_1992/BJNR11260992.html (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Aufenthaltsgesetz* (AufenthG): Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet. Neugefasst durch Bekanntmachung vom 25.2.2008 I 162; verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/aufenthg_2004/BJNR195010004.html (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- BAfF – Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer* 2016: Frühfeststellung und Versorgung traumatisierter Flüchtlinge. Konzepte und Modelle zur Umsetzung der EU-Richtlinien für besonders schutzbedürftige Asylsuchende; verfügbar unter: http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2016/02/Modelle-zur-Fr%C3%BChfeststellung-besonders-Schutzbed%C3%BCrftiger_01.02.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- BAfF – Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer* 2017a: Stellungnahme der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) zu den Entwürfen der Aufnahme richtlinie und der Verfahrensverordnung im Rahmen der GEAS-Reform; verfügbar unter: http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2008/05/BAFF-Stellungnahme_GEAS_18.10.2017.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- BAfF – Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer* 2017b: (Keine) Behandlung mit der Ermächtigung. Stellungnahme; verfügbar unter: <http://www.baff-zentren.org/news/keine-behandlung-mit-der-ermaechtigung/> (letzter Zugriff: 25.02.2021).
- BAfF – Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer* 2020a: Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Personen mit Traumafolgestörungen. Status quo in den Bundesländern, Modelle und Herausforderungen; verfügbar unter: http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/11/BAfF_Reader_Identifizierung.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- BAfF – Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer* 2020b: Versorgungsbericht Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. 6. aktualisierte Auflage; verfügbar unter: http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/10/BAfF_Versorgungsbericht-6.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge* 2015: Leitfaden zur unmittelbaren innerstaatlichen Anwendung der Richtlinie 2013/32/ EU des Rates vom 26. Juni 2013 (Verfahrensrichtlinie); verfügbar über den Thüringischen Flüchtlingsrat unter: https://www.fluechtlingsrat-thr.de/sites/fluechtlingsrat/files/pdf/gesetze_verordnungen/europa/Lietfaden%20Umsetzung%20Verfahrensrichtlinie.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge* 2016: Das Bundesamt in Zahlen 2015. Asyl, Migration und Integration; verfügbar unter: <https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/BundesamtinZahlen/bundesamt-in-zahlen-2015.html?view=renderPdfViewer&nn=284738> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge* 2017: Das Bundesamt in Zahlen 2016. Asyl, Migration und Integration; verfügbar unter: <https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/BundesamtinZahlen/bundesamt-in-zahlen-2016.html?view=renderPdfViewer&nn=284738> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge* 2019: Das Bundesamt in Zahlen 2018 Asyl, Migration und Integration; verfügbar unter: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/BundesamtinZahlen/bundesamt-in-zahlen-2018.pdf?__blob=publicationFile&v=14 (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Bauhoff, Sebastian / Göppfarth, Dirk* 2018: Asylum-Seekers in Germany Differ from Regularly Insured in Their Morbidity, Utilizations and Costs of Care; in: PLoS ONE 13 (5): e0197881; verfügbar unter: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197881> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Becker, Ulrich / Schlegelmilch, Michael* 2015: Sozialer Schutz für Flüchtlinge im Rechtsvergleich: Auf dem Weg zu gemeinsamen Standards für Schutzsuchende in der EU – Einführung und Auswertung; in: Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht – ZIAS, Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht, 29 (1), S. 1-40.
- Berheide, Rebecca* 2015: Gesundheitskarte für Flüchtlinge: Keine einheitliche Regelung; in: Deutsches Ärzteblatt; verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/172358/Gesundheitskarte-fuer-Fluechtlinge-Keine-einheitliche-Regelung> (letzter Zugriff: 24.02.2021).
- Berlit, Uwe* 2013: Sanktionen im SGB II - nur problematisch oder verfassungswidrig?; in: info also; informationen zum Arbeitslosenrecht und Sozialhilferecht. 31. Jg. Heft 5, S. 195-205; verfügbar unter: https://www.info-also.nomos.de/fileadmin/infoalso/doc/Aufsatz_infoalso_13_05.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Biddle, Louise / Wahedi, Katharina / Jahn, Rosa / Straßner, Cornelia / Kratochwill, Steffen / Bozorgmehr, Kayvan* 2019: Wissenschaftliche Erkenntnisse zu Strukturen der medizinischen Versorgung in den Aufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete. Working Paper #1. Vorläufige Ergebnisse der Studie RESPOND: Entwicklung und Evaluation kontextspezifischer Interventionen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden. Universitätsklinikum Heidelberg; verfügbar unter: https://www.fachdialognetz.de/fileadmin/pfm/formUploads/files/Arbeitspaper1_RESPOND_Medizinische_Versorgung_in_den_Aufnahmeeinrichtungen_f%C3%BCr_Gefl%C3%BChtete.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Bogumil, Jörg / Kuhlmann, Sabine / Proeller, Isabella* 2019: Verwaltungshandeln in der Flüchtlingskrise; in: Bogumil, Jörg / Kuhlmann, Sabine / Proeller, Isabella (Hg.): Verwaltungshandeln in der Flüchtlingskrise; Nomos-Verlag, Baden-Baden, S. 7-26.
- Bommes, Michael* 1996: Migration, Nationalstaat und Wohlfahrtsstaat - kommunale Probleme in föderalen Systemen; in: *Bade, Klaus* (Hg.): Migration – Ethnizität – Konflikt. Systemfragen und Fallstudien; Universitätsverlag Rasch, Osnabrück, S. 213-250.
- Böttche, Maria / Heeke, Carina / Knaevelsrud, Christine* 2016: Sequentielle Traumatisierungen, Traumafolgestörungen und psychotherapeutische Behandlungsansätze bei kriegstraumatisierten erwachsenen Flüchtlingen in Deutschland; in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 59 (5), S. 621-626; verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00103-016-2337-4.pdf> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Bozorgmehr, Kayvan / Razum, Oliver* 2015: Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013; in: PLoS ONE 10 (7); verfügbar unter: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131483> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Bozorgmehr, Kayvan / Mohsenpour, Amir / Saure, Daniel / Stock, Christian / Loerbroks, Adrian / Joos, Stefanie / Schneider, Christine* 2016a: Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustandes und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990-2014); in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz Jg. 59, Heft 5, S. 599-620; verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00103-016-2336-5.pdf> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Bozorgmehr, Kayvan / Nöst, Stefan / Thaiss, Heidrun / Razum, Oliver* 2016b: Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden. Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter; in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 59 (5), S. 545-555. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00103-016-2329-4.pdf> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Bozorgmehr, Kayvan / Razum, Oliver / Szczeni, Joachim / Maier, Werner / Stock, Christian* 2017: Regional Deprivation is Associated With the Distribution of Vulnerable Asylum Seekers: a Nationwide Small Area Analysis in Germany; in: Journal of Epidemiology and Community Health 71 (9), S. 857-862; verfügbar unter: <https://jech.bmj.com/content/jech/71/9/857.full.pdf> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Bühning, Petra* 2015: Dolmetscher und Sprachmittler im Gesundheitswesen: Regelungen zur Finanzierung nötig; in: Deutsches Ärzteblatt 112 (45), S. 1873-1874; verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=172862> (letzter Zugriff: 02.02.2021).

- Bundesärztekammer* 2013: Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer "Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund"; in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110, Heft 18, S. 899-903; verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stellungnahme.pdf> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Bundesärztekammer* 2014: Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf des Bundesministerium für Arbeit und Soziales "Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes und des Sozialgerichtsgesetzes"; verfügbar unter: http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/BAeK_AsyblG_BMAS_2014.pdf (letzter Zugriff: 24.02.2021).
- Bundesgesetzblatt* 2008: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Teil II Nr. 35, ausgegeben zu Bonn am 31. Dezember 2008, S. 1420-1452.
- Bundesgesetzblatt* 2013: Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. Teil I Nr. 9, ausgegeben zu Bonn am 25. Februar 2013, S. 277-282.
- Bundesgesetzblatt* 2014: Gesetz zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes und des Sozialgerichtsgesetzes vom 10. Dezember 2014. Teil I Nr. 59, ausgegeben zu Bonn am 18. Dezember 2014; verfügbar unter: http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/AsyblG_Novelle_2015_BGBl.pdf (letzter Zugriff: 24.02.2021).
- Bundesministerium des Inneren* 2015: Entwurf eines Gesetzes zur Umsetzung des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems. Referentenentwurf. Bearbeitungsstand: 01.10.2015; verfügbar unter: http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Entwurf_Richtlinienumsetzung_Asy1_011015.pdf (letzter Zugriff: 09.03.2021).
- Bundesregierung* 2015: Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder zur Asyl- und Flüchtlingspolitik am 24. September 2015; verfügbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/976072/432086/a0892e3d6adfcffbe537c19c25d99/2015-09-24-bund-laender-fluechtlinge-beschluss-data.pdf?download=1> (letzter Zugriff: 24.02.2021).
- Burmester, Frank* 2015: Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse; in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit. 2015 (46. Jg., Heft 4), S. 58-68.
- Classen, Georg* 2016: Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses zu den Bundestagsdrucksachen 18/7413 und 18/6067. 08.06.2016; verfügbar unter: https://fluechtlingsrat-berlin.de/wp-content/uploads/Classen_AsyblG_Gesundheit_08Juni2016.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Classen, Georg* 2017: Ratgeber für Geflüchtete in Berlin. Berlin, Flüchtlingsrat Berlin; verfügbar unter: <http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/ratgeber.pdf> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Deibel, Klaus* 2014: Vorstudie der Robert Bosch Stiftung "Lebenslagen von Asylbewerbern". Vorschläge zur Verwaltungs- und Verfahrensvereinfachung. Rechtsanalyse Stand 22.03.2014; persönlich zur Verfügung gestellt vom Nationalen Normenkontrollrat, Bundeskanzleramt, Berlin.
- Deutscher Bundestag* 1993a: Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung der Leistungen für Asylbewerber. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU. Drucksache 12/4451. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/12/044/1204451.pdf> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Deutscher Bundestag* 1993b: Plenarprotokoll vom 26. Mai 1993; verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btp/12/12160.pdf> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Deutscher Bundestag* 2014: Gesundheitliche Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage. Drucksache 8/2184; verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/021/1802184.pdf> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Deutscher Bundestag* 2015a: Zur Reichweite des menschenrechtlichen Schutzes im Bereich der Gesundheitsversorgung mit besonderer Berücksichtigung von Artikel 9 und 12 des ICESCR. Sachstand. Wissenschaftliche Dienste des Bundestags, WD2-3000-066/15; verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/406078/ecdb60e5c140a6d49ff5d4de0e15f5f4/Wd-2-066-15-pdf-data.pdf> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Deutscher Bundestag* 2015b: Verbesserungen der gesundheitlichen Versorgung von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern. Drucksache 18/4758; verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/047/1804758.pdf> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Deutscher Bundestag* 2016: Verbesserungen der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung von Geflüchteten zur Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie. Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage; Drucksache 18/8499; verfügbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/090/1809009.pdf> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Deutscher Bundestag* 2017a: Zur Lage von geflüchteten Menschen mit Behinderungen. Kleine Anfrage. Drucksache 18/11271; verfügbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/112/1811271.pdf> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Deutscher Bundestag* 2017b: Dolmetscher im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung. Anspruch und Kostenübernahme. Wissenschaftliche Dienste. Sachstand. WD 9 - 3000 - 021/17; verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/514142/d03782888dd292a2ed12cfff271d8ecb/wd-9-021-17-pdf-data.pdf> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Deutscher Bundestag* 2019: Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage; Drucksache 19/8623; verfügbar unter: <https://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/086/1908623.pdf> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Deutscher Bundestag* 2020: Zur Kostenübernahme von Behandlungen nach weiblicher Genitalverstümmelung. Wissenschaftliche Dienste. Sachstand. WD 9 -3000 -078/20; verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/811316/1e325ea46ce6fe552731eb6864704bdc/Wd-9-078-20-pdf-data.pdf> (letzter Zugriff: 09.03.2021).
- Deutsches Ärzteblatt* 2017: Qualifizierte Übersetzer fehlen in der Flüchtlingsversorgung; verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/73490/Qualifizierte-Uebersetzer-fehlen-in-der-Fluechtlingsversorgung> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Diakonie Deutschland* 2019: Notfallhilfe im Krankenhaus für Menschen ohne Papiere. Aktuelle Herausforderungen und Lösungsansätze. Arbeitspapier der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität; verfügbar unter: https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/Diakonie/PDFs/Broschuere_PDF/BAG_Gesundheit_Illegalitaet_Arbeitspapier_Notfallhilfe_im_Krankenhaus_August_2019_Web.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- dpa* 2015a: "Eine Situation, die Kriegsverhältnissen ähnelt"; in: die Welt, 07. August 2015; verfügbar unter: <https://www.welt.de/politik/deutschland/article144938977/Eine-Situation-die-Kriegsverhaeltnissen-aehnelt.html> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- dpa* 2015b: Ministerium: Kein erhöhtes Gesundheitsrisiko durch Flüchtlinge; in: Dresdner Neuste Nachrichten, 23. Dezember 2015; verfügbar unter: <https://www.dnn.de/Region/Mitteldeutschland/Ministerium-Kein-erhoehtes-Gesundheitsrisiko-durch-Fluechtlinge> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- dpa* 2015c: Tillich gegen Gesundheitskarte für Flüchtlinge; in: Focus, 23. September 2015; verfügbar unter: https://www.focus.de/regional/dresden/migration-tillich-gegen-gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge_id_4966257.html (letzter Zugriff: 21.02.2021).
- European Asylum Support Office* 2016: EASO-Leitfaden zu Aufnahmebedingungen: operative Normen und Indikator; verfügbar unter: <https://easo.europa.eu/sites/default/files/Guidance-on-ReceptionConditions-DE.pdf> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Eichenhofer, Eberhard* 2013: Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge; in: ZAR. Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik 33 (5-6), S. 169-175; verfügbar unter: https://www.zar.nomos.de/fileadmin/zar/doc/Aufsatz_ZAR_13_5-6.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Ehrhard, Ingrid / Dreier, Katja* 2016: Immunstatus bezüglich des Masern-, Mumps-, Röteln- und Varizella-Zoster-Virus bei Asylbegehrenden in Sachsen; in: LUA-Mitteilungen 2016 (1), S. 7-17.
- Europäische Kommission* 2019: Vertragsverletzungsverfahren im Oktober: Entscheidungen zu Deutschland. Vertretung der Europäischen Kommission in Deutschland, Berlin; verfügbar unter: https://ec.europa.eu/germany/news/20191010-vertragsverletzungsverfahren-deutschland_de (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Europäisches Parlament* 2010: Die Grundrechtecharta; verfügbar unter: https://www.europarl.europa.eu/germany/resource/static/files/europa_grundrechtecharta/_30.03.2010.pdf; (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Europarat* 1996: Europäische Sozialcharta (revidiert). SEV Nr. 163. Nichtamtliche Übersetzung; verfügbar unter: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168007cf92> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit* 2020: Gemeinsam die Einwanderungsgesellschaft gestalten. Bericht der Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit; verfügbar unter: <https://www.fachkommission-integrationsfaehigkeit.de/resource/blob/1786706/1787474/5a5d62f9636b87f10fd0e271ba326471/bericht-de-data.pdf?download=1> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Flüchtlingsrat Berlin / Ärztekammer Berlin/Pro Asyl Förderverein Pro Asyl e.V.* (Hrsg., ohne Jahresangabe): Gefesselte Medizin Ärztliches Handeln - abhängig von Aufenthaltsrechten? Eine Handreichung; verfügbar unter: http://www.behandeln-statt-verwalten.de/fileadmin/user_upload/pdfs/Gefesselte_Medizin.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Frank, Laura / Yesil-Jürgens, Rahsan / Razum, Oliver / Bozorgmehr, Kayvan / Schenk, Liane / Gilsdorf, Andreas / Rommel, Alexander / Lampert, Thomas* 2017: Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland; in: Journal of Health Monitoring. 2 (1), S. 24-47; verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Focus/joHM_2017_01_gesundheitliche_lage1b.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff: 02.02.2021).

- Freie Presse* 2015: Chipkarte für kranke Asylbewerber? Ausländerbeauftragter warnt vor Fehlanreizen; in: Freie Presse, 19. Mai 2015.
- Frerichs, Konrad* 2014a: § 4 AsylbLG Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt; in: *Coseriu, Pablo / Siefert, Jutta* (Hg.): Praxiskommentar SGB XII. 2. Auflage. Juris, Saarbrücken; verfügbar unter: https://www.ggua-projekt.de/fileadmin/downloads/tabellen_und_uebersichten/_4_AsylbLG.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Frerichs, Konrad* 2014b: § 6 AsylbLG Sonstige Leistungen; in: *Coseriu, Pablo / Siefert, Jutta* (Hg.): Praxiskommentar SGB XII. 2. Auflage. Juris, Saarbrücken; verfügbar unter: https://www.ggua-projekt.de/fileadmin/downloads/tabellen_und_uebersichten/_6_AsylbLG.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Frewer, Andreas / Bielefeldt, Heiner* 2016: Das Menschenrecht auf Gesundheit. Normative Grundlagen und aktuelle Diskurse; transcript Verlag, Bielefeld. [übersetzte Version des General Comment des VN-Ausschusses für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR)].
- Gathmann, Florian* 2015: Merkel verspricht Ländern eine Asyl-Kopfpauschale; in: Der Spiegel, 25. September 2015; verfügbar unter: <https://www.spiegel.de/politik/deutschland/fluechtlingsgipfel-bund-und-laender-einigensich-a-1054621.html> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- GKV-Spitzenverband* 2015: Fokus: Asylsuchende/ Flüchtlinge; verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/fluechtlinge_asylbewerber/fluechtlinge.jsp (letzter Zugriff: 24.02.2021).
- Goodman, Laura / Jensen, Guy / Galante, Joseph / Farmer, Diana / Taché, Stephanie* 2018: A Cross-Sectional Investigation of the Health Needs of Asylum Seekers in a Refugee Clinic in Germany; in: BMC Family Practice 19 (64); verfügbar unter: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12875-018-0758-x> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Grube, Christian / Wahrendorf, Volker / Flint, Thomas* 2018: SGB XII § 48 Hilfe bei Krankheit. Das medizinische Existenzminimum; in: Grube, Christian / Wahrendorf, Volker (Hg.): SGB XII. Sozialhilfe mit Asylbewerberleistungsgesetz, Rn 50-53. 6. Auflage; C.H.Beck, München.
- Hillmann, Lars* 2017: Rechtliche Gestaltungsvorgaben für die Gesundheitsversorgung Geflüchteter; in: Brecht-Heitzmann, Holger (Hg.): Die Integration Geflüchteter als Herausforderung für das Sozialrecht, S. 83-103. LIT Verlag, Münster.
- Hillmann, Lars* 2018: Rechtlicher Rahmen der Gesundheitsversorgung ausländischer Kinder und Jugendlicher unter besonderer Berücksichtigung psychischer Erkrankungen; in: RdJB Recht der Jugend und des Bildungswesens 66 (3), S. 313-329.
- Hvidtfeldt, Camilla / Petersen, Jørgen Holm / Norredam, Marie* 2020: Prolonged Periods of Waiting for an Asylum Decision and the Risk of Psychiatric Diagnoses: a 22-Year Longitudinal Cohort Study from Denmark; in: International Journal of Epidemiology 49 (2), S. 400-409; verfügbar unter: <https://doi.org/10.1093/ije/dyz091> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Internationale Arbeitsorganisation* 1952: Übereinkommen Nr. 102 der Internationalen Arbeitsorganisation über die Mindestnormen der Sozialen Sicherheit; verfügbar unter: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/--normes/documents/normativeinstrument/wcms_c102_de.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Institut für Ärztliche Qualität in Schleswig-Holstein* 2016: Interpretationshilfe nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Herausgegeben mit Unterstützung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung; verfügbar unter: https://www.kvsh.de/fileadmin/user_upload/dokumente/Praxis/Verordnungen/interpretationshilfe_asylbewerberleistungsgesetz_SH.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Jung, Felicitas* 2011: Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender. Gesundheitsamt Bremen, Freie Hansestadt Bremen.
- Kaltenborn, Markus* 2015: Die Neufassung des Asylbewerberleistungsgesetzes und das Recht auf Gesundheit; in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht (2015) 5, S. 161-165.
- Kaltenborn, Markus* 2019: Entitlements to Social Health Benefits for Asylum Seekers and Refugees in Germany; in: Kuehlmeier, Katja / Klingler, Corinna / Huxtable, Richard (Hg.): Ethical, Legal and Social Aspects of Healthcare for Migrants: Perspectives from the UK and Germany; Taylor & Francis, Oxford, S. 100-111.
- Kastner, Bernd* 2015: Zu wenig Therapien für Flüchtlinge; in: Süddeutsche Zeitung, 12. November 2019; verfügbar unter: <https://www.sueddeutsche.de/politik/migration-zu-wenig-therapien-fuer-fluechtlinge-1.4678853> (letzter Zugriff: 25.02.2021).
- Khan, Yasmin / Hamdy, Osama* 2017: Type 2 Diabetes in the Middle East and North Africa (MENA); in: Dagogo-Jack, Sam (Hg.). Diabetes Mellitus in Developing Countries and Underserved Communities; Springer International Publishing Switzerland, Cham, S. 49-61.
- Klinkhammer, Gisela / Korzilius, Heike* 2014: Asyilleistungen in Deutschland: Flüchtlinge sind Patienten dritter Klasse. Deutsches Ärzteblatt; verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/157498/Asyilleistungen-in-Deutschland-Fluechtlinge-sind-Patienten-dritter-Klasse> (letzter Zugriff: 25.02.2021).
- Klotz, Sabine* 2019. Health for All? Debates Surrounding Healthcare Access for Asylum-Seekers in Germany; in: Kuehlmeier, Katja / Klingler, Corinna / Huxtable, Richard (Hg.): Ethical, Legal and Social Aspects of Healthcare for Migrants: Perspectives from the UK and Germany; Taylor & Francis, Oxford, S. 125-144.
- Kötter, Ute* 2018: Krankenbehandlung als Bestandteil des Existenzminimums von Ausländer*innen – zugleich Anmerkung zum Beschluss des Hessischen Landessozialgerichts vom 11.7.2018 – L 4 AY 9/18 B ER; in: info also; Informationen zum Arbeitslosenrecht und Sozialhilferecht 2018 (6), S. 243-245; verfügbar unter: https://www.info-also.nomos.de/fileadmin/infoalso/doc/Aufsatz_infoalso_18_06.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Krennerich, Michael* 2016: Das Menschenrecht auf Gesundheit. Grundzüge eines komplexen Rechts; in: Frewer, Andreas / Heiner Bielefeldt (Hg.): Das Menschenrecht auf Gesundheit; transcript Verlag, Bielefeld, S. 57-92.
- Kühne, Anna / Gilsdorf, Andreas* 2016: Ausbrüche von Infektionskrankheiten in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende 2004 - 2014 in Deutschland; in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 59, S. 570-577; verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2332-9> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Leebucari, Lena* 2015: Im Flüchtlingsheim Kind verloren. Auf der Suche nach Verantwortlichen; in: TAZ, 06. Januar 2015; verfügbar unter: <https://taz.de/!5024583/> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Lindner, Katja* 2015a: Die gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland. Aktuelle politische Entwicklungen; in: Migration und Soziale Arbeit 2015 (1), S. 81-88.
- Lindner, Katja* 2015b: „Medical Gatekeepers for Asylum Seekers in Dresden“. Ein Projekt zur verbesserten primärmedizinischen Versorgung von Asylsuchenden sowie zur Entlastung niedergelassener ÄrztInnen und kommunaler Verwaltungsstrukturen. Projektkonzept. (mit Unterstützung durch: Dr. med. Reiko Tacke, Dr. med. Stephanie Taché, Dr. med. Sebastian Denzin, Dr. med. Jasin Prehn).
- Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e. V.* 2021: Gesundheit für Geflüchtete; informationsportal von Medibüros/ Medinetzen. Gesundheitskarte; verfügbar unter: <http://gesundheit-gefluechtete.info/gesundheitskarte/> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz* 2016: Gewährung medizinischer und anderer Hilfen an schutzbedürftige Personen nach den Vorgaben der EU-Aufnahmerichtlinie. Rheinland-Pfalz. Elektronischer Brief; verfügbar unter: https://mffjiv.rlp.de/fileadmin/MFFJIV/Integration/Rundschreiben/Rundschreiben_zur_EU-Aufnahmerichtlinie_vom_3.8.2016.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz* 2019: Rundschreiben zur Umsetzung des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) nach Inkrafttreten des Zweiten Gesetzes zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht ("Geordnete-Rückkehr-Gesetz"). Rheinland-Pfalz. Elektronischer Brief; verfügbar unter: https://mffjiv.rlp.de/fileadmin/MFFJIV/Integration/Rundschreiben/RS_MFFJIV_-_GRG_zum_AsylbLG_v._26.08.2019.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Müller-Franken, Sebastian* 2019: Existenzminimum, II. Rechtlich; verfügbar unter: <https://www.staatslexikon-online.de/Lexikon/Existenzminimum> (letzter Zugriff: 07.01.2021).
- Mylius, Maren* 2016: Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland. Studien zur Praxis in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern; transcript Verlag, Bielefeld.
- Nationaler Normenkontrollrat* 2017: Anmerkungen zur Rechts- und Verwaltungsvereinfachung: Schlussfolgerungen aus der Flüchtlingskrise für die Handlungs- und Zukunftsfähigkeit von Staat und Verwaltung; verfügbar unter: <https://www.normenkontrollrat.bund.de/resource/blob/300864/846172/a3bbc8cc31c0b27c2ac4c4f2fd0c1bfb/2017-11-xx-download-nkr-schlussfolgerungen-fluechtlingskrise-2018-data.pdf?download=1> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Nestereko, Yuriy / Jäckle, David / Friedrich, Michael / Holzapfel, Laura / Glaesmer, Heide* 2019: Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder, Depression and Somatisation in Recently Arrived Refugees in Germany: an Epidemiological Study; in: Epidemiology and Psychiatric Sciences 29, e40, S. 1-11; verfügbar unter: <https://doi.org/10.1017/S2045796019000325> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Neumann, Volker* 2006: Das medizinische Existenzminimum; in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2006 (8), S. 393ff.
- Pflugmacher, Ingo* 2016: Ärzte müssen Aufklärung dokumentieren; verfügbar unter: https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/recht/article/914127/migranten-fluechtlinge-aerzte-muessen-aufklaerung-dokumentieren.html (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Radtke, Ina / Hustedt, Thurid* 2019: Die Flüchtlingskrise als Herausforderung für die interministerielle Koordination in den Bundesländern – das Fallbeispiel Rheinland-Pfalz; in: Bogumil, Jörg / Kuhlmann, Sabine / Proeller, Isabella (Hg.): Verwaltungshandeln in der Flüchtlingskrise; Nomos Verlag, Baden-Baden, S. 49 - 64.
- Razum, Oliver / Brzoska, Patrick* 2009: Chronische Erkrankungen und Migration; in: Schaeffer, Doris (Hg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Handbuch Gesundheitswissenschaften; Verlag Hans Huber, Bern, S. 341-355.

- Rethy, Laura* 2014: Warum musste der Asylbewerber Ahmed J. sterben?; in: Die Welt, 19. Februar 2014; verfügbar unter: <https://www.welt.de/politik/deutschland/article124990981/Warum-musste-der-Asylbewerber-Ahmed-J-sterben.html> (letzter Zugriff: 02.02.2021)
- Rixen, Stephan* 2015: Zwischen Hilfe, Abschreckung und Pragmatismus: Gesundheitsrecht der Flüchtlingskrise. Zu den Änderungen durch das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz vom 20.10.2015; in: Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht 2015 (23), S. 1640-1644.
- Rixen, Stephan* 2016: Gestaltungsspielräume bei der Gewährung von Leistungen an Geflüchtete; in: Der Landkreis, S. 268-274.
- Robert-Bosch-Expertenkommission zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik* 2016: Zugang zu Gesundheitsleistungen und Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge und Asylbewerber. Von der Erstversorgung bis zur psychosozialen Behandlung; Robert-Bosch-Stiftung, Stuttgart; verfügbar unter: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/RBS_Kommissionsbericht_Fluechtlingspolitik_Gesundheit_ES.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Robert-Koch-Institut* 2020: Chronische Erkrankungen; verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/Chron_Erkrankungen/Chron_Erkrankungen_node.html?jsessionid=4B39E8D0AB0489CC54C7552342250939.internet072 (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz* 2015: Praxis zur ambulanten ärztlichen Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern wird eingerichtet; Pressemitteilung vom 31.08.2016; verfügbar unter: <https://www.medien-service.sachsen.de/medien/news/199384> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz / Landesdirektion Sachsen* 2016: Interpretationshilfe zum Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz und der Landesdirektion Sachsen zur Gesundheitsversorgung. Version 3, Stand: 01.12.2016; verfügbar unter: https://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/AsylbLG%20Gesundheitsversorgung%20Interpretationshilfe.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Schammann, Hannes* 2015: Wenn Variationen den Alltag bestimmen. Unterschiede lokaler Politikgestaltung in der Leistungsgewährung für Asylsuchende; in: Zeitschrift für Vergleichende Politikwissenschaft 2015 (9), S. 161-182.
- Schneider, Christine / Joos, Stefanie / Bozorgmehr, Kayvan* 2015: Disparities in Health and Access to Healthcare between Asylum Seekers and Residents in Germany: a Population-Based Cross-Sectional Feasibility Study; in: BMJ Open 2015 (5); verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008784> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Schröder, Helmut / Zok, Klaus / Faulbaum, Frank* 2018: Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan; in: WIdO-monitor. Wissenschaftliches Institut der AOK, 15 (1), S. 1-20; verfügbar unter: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publicationen/Produkte/WIdOmonitor/wido_monitor_2018_1_gesundheit_gefluechtete.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Schülle, Mirjam* 2018: Medizinische Versorgung behinderter Menschen, die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten – juristische und praktische Barrieren der Barrierefreiheit; in: Wansing, Gudrun / Westphal, Manuela (Hg.): Migration, Flucht und Behinderung: Herausforderungen für Politik, Bildung und psychosoziale Dienste; Springer Verlag, Wiesbaden, S. 145-165.
- Schülle, Mirjam / Frankenstein, Arne* 2019: Europa- und verfassungsrechtliche Anforderungen an die Auslegung von § 6 Abs. 1 AsylbLG in Hinblick auf Leistungen für geflüchtete Menschen mit Behinderung – Anmerkungen zu LSG Hessen, Beschl. vom 11.07.2018 – L 4 AY 9/18 B ER und LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. vom 01.02.2018 – L 8 AY 16/17 B ER; Beitrag A16-2019; verfügbar unter: https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_A/2019/A16-2019_Leistungen_an_gefluechtete_MmB.pdf (letzter Zugriff: 09.03.2021).
- Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales* 2018: Leitfaden zur Identifizierung von besonders schutzbedürftigen Geflüchteten in Berlin; verfügbar unter: <https://www.berlin.de/lb/intmig/veroeffentlichungen/gefluechtete/> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Statistisches Bundesamt* 2015: Kapitel 9.4.1 Ärztemangel in ländlichen Regionen [Gesundheit in Deutschland, 2015]. Gesundheitsberichterstattung des Bundes; verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=26011 (letzter Zugriff: 25.02.2021).
- Statistisches Bundesamt* 2019: Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Regelleistungen Deutschland insgesamt nach Altersgruppen, Dauer der Leistungsgewährung und Geschlecht am 31.12.2018 in Deutschland; verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Asylbewerberleistungen/Tabellen/10-empfaeltern-dauer-leist-geschl.html> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Steinke, Ronen* 2013: Leben im Flüchtlingsheim. Der Tag, als keiner half; in: Süddeutsche Zeitung, 24. Oktober 2013; verfügbar unter: <http://www.sueddeutsche.de/politik/leben-im-fluechtlingsheim-der-tag-als-keiner-half-1.1802194> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Süddeutsche Zeitung* 2019: Ausnahmen von Dublin-Regeln bei drohender Not möglich; in: Süddeutsche Zeitung, 19. März 2019; verfügbar unter: <https://www.sueddeutsche.de/politik/eugh-asyl-fluechtlinge-1.4373758> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Thöle, Anna-Maria / Penka, Simone / Brähler, Elmar / Heinz, Andreas / Kluge, Ulrike* 2017: Psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten aus der Sicht niedergelassener Psychotherapeuten in Deutschland; in: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 65 (3), S. 145-154.
- Töller, Annette / Reiter, Renate / Günther, Wolfgang / Walter, Lisa* 2018: Rechtliche, organisatorische und politische Rahmenbedingungen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung Geflüchteter in Deutschland. Paper für: Einwanderungskontinent Europa. 5. Jahrestagung zur Migrations- und Integrationsforschung in Österreich; verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/329424816_Rechtliche_organisatorische_und_politische_Rahmenbedingungen_der_psychiatrisch-psychotherapeutischen_Versorgung_Gefluechteter_in_Deutschland_Paper_fur_Einwanderungskontinent_Europa_5_Jahrestagung_zur_M (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- UN - Vereinte Nationen* 1946: Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Deutsche Übersetzung, Stand 08.05.2014; verfügbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- UN - Vereinte Nationen* 1948: Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. 10.12.1948; verfügbar unter: <https://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- UN - Vereinte Nationen* 1966 / 1976: Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19. Dezember 1966. Deutsche Übersetzung und Ratifikation durch Deutschland im Jahre 1976; in: Bundesgesetzblatt (BGBl) 1976 II, 428; veröffentlicht durch: Deutsches Institut für Menschenrechte; verfügbar unter: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/ICESCR/ICESCR_Pakt.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- UN - Vereinte Nationen* 2018: Concluding observations on the sixth periodic report of Germany. Economic and Social Council. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. E/C.12/DEU/CO/6, 27.11.2018; verfügbar unter: <https://digitallibrary.un.org/record/1653881> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Wächter-Raquet, Marcus* 2016: Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge. Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer. Aktualisierte Fassung Mai 2016, Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh; verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Integrierte_Krankenversicherung/Ueberblick_Gesundheitskarte_Fluechtlinge_Mai2016.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Welti, Felix / Walter, Anne* 2018: Migration und Behinderung. Rechtliche Aspekte; in: Westphal, Manuela / Wansing, Gudrun (Hg.): Migration, Flucht und Behinderung. Herausforderungen für Politik, Bildung und psychosoziale Dienste; Springer Verlag, Wiesbaden, S. 123-143.
- World Health Organization* 2016: Global Report on Diabetes; verfügbar unter: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf (letzter Zugriff: 25.02.2021).
- World Health Organization* 2018a: Syrian Arab Republic. World Health Organization - Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles; verfügbar unter: https://www.who.int/nmh/countries/syr_en.pdf?ua=1 (letzter Zugriff: 25.02.2021).
- World Health Organization* 2018b: Iraq. World Health Organization - Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles; verfügbar unter: https://www.who.int/nmh/countries/irq_en.pdf?ua=1 (letzter Zugriff: 25.02.2015).
- Zivanovic, Aleksandar* 2015: Medizinische Versorgung für Flüchtlinge in Berlin: Ärzte am Limit – Ihr hartes Ehrenamt im Lageso; verfügbar unter: <https://www.berliner-zeitung.de/mensch-metropole/medizinische-versorgung-fuer-fluechtlinge-in-berlin-aerzte-am-limit-ihr-hartes-ehrenamt-im-lageso-li.9774> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- ZM-Online* 2015: Flüchtlingsversorgung. Unklare Spielräume für Mediziner; verfügbar unter: <https://www.zm-online.de/archiv/2015/18/politik/unklare-spielraeume-fuer-mediziner/> (letzter Zugriff: 02.02.2021).

ÜBER MIDEM

In den vergangenen Jahren hat das Thema Migration in den Gesellschaften Europas zu neuen Polarisierungen geführt. Die politischen und sozialen Herausforderungen dieser Entwicklung sind noch nicht absehbar. Notwendig sind Untersuchungen, die den Zusammenhang zwischen Migration und Demokratie erforschen.

Das Mercator Forum für Migration und Demokratie (MIDEM) fragt danach, wie Migration demokratische Politiken, Institutionen und Kulturen prägt und zugleich von ihnen geprägt wird. Untersucht werden Formen, Instrumente und Prozesse politischer Verarbeitung von Migration in demokratischen Gesellschaften – in einzelnen Ländern und im vergleichenden Blick auf Europa.

MIDEM untersucht:

- Krisendiskurse zu Migration und Integration.
- Populismus.
- Institutionelle Verarbeitung von Migration.
- Migration in städtischen und regionalen Kontexten.

MIDEM hat zur Aufgabe:

- die nationale und internationale Vernetzung sowie die interdisziplinäre Kommunikation über Migration zu fördern.
- regelmäßig erscheinende Länderberichte und Querschnittsstudien zu zentralen Fragen an der Schnittstelle zwischen Migration und Demokratie zu erstellen.
- gesamteuropäische Handlungsempfehlungen für den demokratischen Umgang mit Migration zu entwickeln.
- Politik und Zivilgesellschaft zu beraten.

AUTORIN

KATJA LINDNER, DIPL.-SOZ.

Katja Lindner ist wissenschaftliche Mitarbeiterin des Mercator Forum Migration und Demokratie (MIDEM) an der TU Dresden. Sie studierte Soziologie an der TU Dresden und an der Universität Alicante (Spanien). Seit circa 20 Jahren beschäftigt sie sich wissenschaftlich und ehrenamtlich mit Fragen der Migration und Integration. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind die gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland sowie die Arbeitsmigration in den Landwirtschaftssektor Südspaniens.

E-Mail: katja.lindner1@tu-dresden.de

IMPRESSUM

ISSN 2570-1797

Herausgeber:

Prof. Dr. Hans Vorländer, Direktor
Mercator Forum Migration und Demokratie (MIDEM)

TU Dresden
*Institut für Politikwissenschaft/
Zentrum für Verfassungs- und Demokratieforschung*
Philosophische Fakultät
01062 Dresden

Tel.: +49 351 463 35811
midem@mailbox.tu-dresden.de
www.forum-midem.de

Redaktion:

Dr. Oliviero Angeli
Johanna Haupt

Gestaltung:

Vollblut GmbH & Co. KG

© MIDEM 2021

MIDEM ist ein Forschungszentrum der Technischen Universität Dresden in Kooperation, gefördert durch die Stiftung Mercator.

