



Nur per Email an:

michael.thiedemann@bundestag.de

An die Mitglieder des
Bundestagsausschusses für Gesundheit
z.H. des Vorsitzenden Herrn MdB Dr. Edgar Franke
Deutscher Bundestag
Platz der Republik
11011 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0180(10)
gel. ESV zur öAnhörung am 08.06.
16_Med. Versorgung Flüchtlinge
08.06.2016

Georgenkirchstrasse 69/70
10249 Berlin

Tel.: (030) 24344 – 5762
Fax: (030) 24344 – 5763
buero@fluechtlingsrat-berlin.de
www.fluechtlingsrat-berlin.de

Berlin, 8. Juni 2016

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses

BT-Drucksache 18/7413, Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Medizinische Versorgung für Geflüchtete und Asylsuchende diskriminierungsfrei sichern

BT-Drucksache 18/6067, Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen verbessern

Das Grund- und Menschenrecht auf Gesundheit	2
Das Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum - BVerfG zum AsylbLG.....	3
Gesundheit für Alle statt lebensgefährlicher Minimalmedizin	3
Notwendige Änderungen des AsylbLG und des SGB V	4
Der Bundesrats-Kompromiss zum AsylbLG - Gesundheitskarten auf freiwilliger Basis.....	5
Menschenrecht auf Gesundheit als Ländersache?.....	6
Länder mit Gesundheitskarte	7
Gesundheitskarte politisch gewollt, aber nicht umgesetzt	8
Gesundheitskarte politisch nicht gewollt	9
Praxiserfahrungen mit der Mangelmedizin nach §§ 4 und 6 AsylbLG.....	11
§ 4 AsylbLG schafft Rechtsunsicherheit.....	11
§ 4 AsylbLG ist lebensgefährlich - Todesfälle.....	13
Rettungsdienste kommen nicht - Wachschützer als medizinische Instanz	14
Willkür mit Krankenscheinen	14
Vergleich Berlin und Thüringen - Krankenscheine und Infos der KV	16
Fälle verweigerter und verschleppter Hilfe bei Krankheit aus Berlin.....	17
Restriktive Rechtsprechung und Behördenpraxis bei der Psychotherapie.....	18
Verweigerte Hilfe für Behinderte.....	19
Zähne ziehen als Regelstandard nach § 4 AsylbLG.....	21
Mehrkosten für die Minimalmedizin - Evaluation Flüchtlingsrat.....	22
Mehrkosten der AsylbLG-Minimalmedizin - Studie Uni Bielefeld.....	24
Keine Mehrkosten der Gesundheitskarte - Beispiel Hamburg.....	24
Ärzte fordern Gleichstellung Asylsuchender mit Krankenversicherten.....	25
Einbeziehung AsylbLG-Berechtigter in die Versicherungspflicht der GKV	26
Versorgung nach § 6 AsylbLG als Rechtsanspruch ausgestalten	27
Rechte kranker, behinderter und besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge umsetzen	28
§ 6 Abs. 2 AsylbLG streichen	28
Anlage: Krankenscheine nach AsylbLG aus Thüringen und aus Berlin.....	30

Das Grund- und Menschenrecht auf Gesundheit

Das **Grund- und Menschenrecht** auf Gesundheit wird in Art. 25 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte **AEMR**, Art. 12 Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte **IPwskR**, Art. 6 Internationaler Pakt über politische und bürgerliche Rechte **IPbpR**, Art. 11 Europäische Sozialcharta **ESC** sowie Art. 35 Europäische Grundrechtecharta **EuGrCH** garantiert.¹

In der Präambel zur 1946 verabschiedeten **WHO-Erklärung** heißt es: *"Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen".*

Art. 25 AEMR bestimmt: *"Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der ihm und seiner Familie Gesundheit und Wohlergehen ausreichend sichert, insbesondere Nahrung, Kleidung, Unterkunft und medizinische Versorgung sowie die erforderlichen Sozialleistungen".*

In **Art. 12 IPwskR** heißt es: *"Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an."*

Das **Grundgesetz** garantiert das Recht auf Gesundheit zwar nicht explizit, es ist aber Teil des in den BVerfG-Urteilen zum SGB II und zum AsylbLG konstatierten Grundrechts auf menschenwürdige Existenzsicherung aus Art. 1 Abs. 1 und 20 Abs. 1 GG, und es ergibt sich auch aus Art. 2 Abs. 1 GG.²

Das **BVerfG-Urteil** zum AsylbLG vom 18.07.2012 hat die gesetzliche Festlegung eines gruppenspezifischen Minderbedarfs beim auch die physische Existenz umfassenden Existenzminimum nur für zulässig erklärt, wenn ein solcher Minderbedarf empirisch ermittelt und objektiv belegbar ist.³

Die in §§ 4 und 6 AsylbLG enthaltenen Einschränkungen der medizinischen Versorgung wären somit nur gerechtfertigt, wenn empirisch erwiesen ist, dass die Beschränkung auf Symptombehandlungen und Akuterkrankungen aus den Eigenheiten der im AsylbLG erfassten Personengruppe zu erklären sind. Es ist aber nicht empirisch belegt, dass ein Flüchtling bei vorübergehendem Aufenthalt in geringerem Maße der ärztlichen Hilfe bedarf als in anderen Fällen. Eine solche Annahme wäre auch im Hinblick auf die Bedeutung der Gesundheit als Grundlage aller anderen Grundrechte und der Menschenwürde nicht zu rechtfertigen. Es ist mit Menschenrechten und Verfassung nicht vereinbar, den Gesundheitsschutz auf Akutfälle und Schmerzbehandlungen zu beschränken und eine fachgerechte Behandlung chronischer Krankheiten zu versagen.⁴

Der renommierte Sozialrechtler Eichenhofer fordert daher eine Anpassung der §§ 4 und 6 AsylbLG: *"Das Urteil des BVerfG vom 18.7.2012 muss für den Gesetzgeber deshalb auch ein Anlass sein, die Reichweite des Gesundheitsschutzes für Flüchtlinge und Asylsuchende zu überprüfen. Die Beschränkung des Anspruchs auf eine Akutbehandlung und die Versagung einer nachhaltigen Krankenbehandlung verletzt das Menschenrecht auf Gesundheit und widerspricht auch einem das Sozialleistungsrecht umfassenden Verständnis des Art. 2 11 GG. Danach ist der Staat nicht nur gefordert, sich sämtlicher Eingriffe in das Leben und die körperliche Unversehrtheit und Gesundheit der Inlandsbewohner zu enthalten, sondern auch zum aktiven Schutz der kranken Menschen durch medizinische Hilfe verpflichtet. Deren Versagung stellte auch die Diskriminierung behinderter Menschen dar, die sowohl international- und europarechtlich wie nach Art. 3 III 2 GG untersagt ist."⁵*

¹ Hier und im Folgenden zitiert nach Eichenhofer, Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge, ZAR 2013, 169 (171), www.zar.nomos.de/fileadmin/zar/doc/Aufsatz_ZAR_13_5-6.pdf.

² Eichenhofer a.a.O., 173 f.

³ Eichenhofer a.a.O., 174.

⁴ Eichenhofer a.a.O., 174.

⁵ Eichenhofer a.a.O., 174.

Das Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum - BVerfG zum AsylbLG

Das Bundesverfassungsgericht erklärte mit Urteil vom 18.07.2012 die **Grundleistungen** nach § 3 AsylbLG für evident unzureichend und verfassungswidrig.⁶ Mittelbar erklärte das BVerfG auch den zu weit gefassten Personenkreis (§ 1 AsylbLG) sowie die zu lange Dauer des Leistungsbezugs (§ 2 AsylbLG) für verfassungswidrig.

Das BVerfG bestätigte seine im "Hartz IV Urteil"⁷ getroffenen Feststellung, dass Art. 1 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 1 GG ein **Grundrecht** auf Gewährleistung eines **menschenwürdigen Existenzminimums** garantiere.

Dieses Grundrecht umfasse neben der **physischen Existenz** auch ein **Mindestmaß an Teilhabe** am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben und die Sicherung der Möglichkeit zur Pflege zwischenmenschlicher Beziehungen.⁸

Art. 1 Abs. 1 GG begründe den Anspruch auf ein menschenwürdiges Existenzminimum als **Menschenrecht**.⁹ Das Urteil stellt klar, dass migrationspolitische Erwägungen, die Leistungen für Flüchtlinge niedrig zu halten, um Anreize für Wanderungsbewegungen zu vermeiden, von vornherein kein Absenken der Leistungen unter das physische und soziokulturelle Existenzminimum rechtfertigen. Das Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum stehe **deutschen und ausländischen Staatsangehörigen**, die sich in Deutschland aufhalten, **gleichermaßen** zu.

Art. 1 Abs. 1 iVm Art. 20 Abs. 1 GG verlange, dass das **Existenzminimum** in **jedem Fall** und zu **jeder Zeit** sichergestellt sein muss.¹⁰

Der Kernsatz des BVerfG-Urteils lautet: *"Die in Art. 1 Abs. 1 GG garantierte Menschenwürde ist migrationspolitisch nicht zu relativieren."*¹¹

Streitpunkt beim BVerfG war die zu geringe Höhe der Regelsätze nach dem AsylbLG. Die Ergebnisse lassen sich aber auf die **medizinische Versorgung** übertragen. Das Grundrecht auf menschenwürdige medizinische Versorgung steht Deutschen und Ausländern, die sich in Deutschland aufhalten, gleichermaßen zu. Das Grundrecht ist vom Staat in jedem Fall und zu jeder Zeit sicherzustellen. Die Menschenwürde darf aus migrationspolitischen Motiven nicht relativiert werden, weder zwecks Abschreckung potentieller Asylsuchender, noch zwecks Verhinderung einer missbräuchlichen Inanspruchnahme von Sozialleistungen. Dass dies nicht nur bei der Höhe der Regelsätze, sondern zuallererst beim Menschenrecht auf Gesundheit zu gelten hat, sollte außer Frage stehen.

Gesundheit für Alle statt lebensgefährlicher Minimalmedizin

Seit mehr als zehn Jahren ist in Deutschland die Umsetzung der Rechte **"besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge"** nach der EG-Asylaufnahme-RL 2003 (Frist 6.2.2005) überfällig. Hinzu tritt die seit einem Jahr ebenfalls überfällige Umsetzung der 2013 neu gefassten Asylaufnahme-RL (Frist

⁶ BVerfG 1 BvL 10/10 und 1 BvL 2/11 vom 18.7.2012, www.bverfg.de.

⁷ BVerfG 1 BvL 1/09, 1 BvL 3/09 und 1 BvL 4/09 vom 9.2.2010, www.bverfg.de.

⁸ BVerfG 18.7.2012 a.a.O., Leitsatz 2.

⁹ BVerfG 18.7.2012 a.a.O., Leitsatz 2.

¹⁰ BVerfG 18.7.2012 a.a.O., Rn 120.

¹¹ BVerfG 18.7.2012 a.a.O., Rn 121.

20.07.2015).¹²

Das vom BMAS im August 2014 angekündigte **Gesetz zur Umsetzung der EU-Asylaufnahmeführungsrichtlinie** im Bereich der medizinischen Versorgung und der Hilfen für Menschen mit Behinderung nach dem AsylbLG ist bis heute ausgeblieben.¹³ Die EU hat ein Vertragsverletzungsverfahren gegen Deutschland eingeleitet.

Die Bundesregierung hat mit dem Asylpaket I die ohnehin verfassungsrechtlich umstrittenen **Sanktionen im AsylbLG** (§§ 1a, 5, 11 AsylbLG) **auf die medizinische Versorgung ausgeweitet**. Nach dem neuen Wortlaut des § 1a Abs. 2 AsylbLG, auf den die weiteren Sanktionsregeln verweisen, werden Leistungen nach § 6 AsylbLG für bestimmte Fallkonstellationen ganz ausgeschlossen.

Für die medizinische Versorgung nach AsylbLG wurden damit vorsätzlich **neue, offensichtlich verfassungswidrige Leistungslücken** geschaffen. Zur Sicherung einer verfassungskonformen medizinischen Versorgung ist § 6 AsylbLG als Ergänzung zu den lückenhaften Regelungen des § 4 AsylbLG zwingend erforderlich. § 6 ermöglicht eine von §§ 3, 4 AsylbLG abweichende Leistungsgewährung bei besonderen (atypischen) Bedarfslagen, um unterschiedlichen Lebenssachverhalten und der nach Art. 1 i. V. m. Art. 20 GG gebotenen Sicherstellung eines menschenwürdigen Existenzminimums im Einzelfall gerecht zu werden.¹⁴

Zu fordern ist angesichts zahlreicher, teilweise nachfolgend dokumentierter Skandalfälle, Behördenwillkür und überflüssiger Bürokratie:

- **Einbeziehung** aller Leistungsberechtigten in die **Pflichtkrankenversicherung** der GKV und Gleichstellung bei der Krankenversorgung mit Deutschen (Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 SGB V, hilfsweise GKV-Versichertenkarte nach § 264 Abs. 2 SGB V),
- **Abschaffung** der migrationspolitisch begründeten, verfassungswidrigen **Sanktionen** beim medizinischen Existenzminimum (§ 1a AsylbLG, § 5 AsylbLG, § 11 Abs. 2a AsylbLG, geplante §§ 5a/b AsylbLG),
- das Feststellungsverfahren für **besonders Schutzbedürftige** nach der Asylaufnahmeführungsrichtlinie und resultierende Leistungsansprüche z.B. für behinderte Menschen sind unverzüglich zu regeln, und
- **Abschaffung** des **AsylbLG** und Einbeziehung aller Leistungsberechtigten ins SGB II/SGB XII.

Änderungsbedarf im SGB V und AsylbLG

Aus den menschenrechtlichen Grundsätzen und den im Folgenden dargestellten Praxiserfahrungen mit dem AsylbLG ergibt sich ein gesetzlicher Änderungsbedarf.

Im SGB V sind neu zu regeln:

- die Übernahme notwendiger **Dolmetscherkosten**¹⁵ zur medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung, vgl. zur Gebärdensprache § 17 Abs. 2 SGB I und § 19 Abs. 1 S. 2 SGB X,
- die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Zulassung **sprachkundiger Psychotherapeuten**, § 95 ff.

¹² Vgl. Art. 15, 17, 20 Richtlinie 2003/9/EG (EG-Asylaufnahmeführungsrichtlinie) www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/2003-9_RL_Asylaufnahme.pdf sowie Art. 17, 18, 19, 21 RL 2013/33/EU v. 26.06.2013 (Neufassung der Asylaufnahmeführungsrichtlinie) www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/2013-33_RL_Asylaufnahme.pdf.

¹³ PE BMAS zur AsylbLG-Novelle vom 27.08.2014 *"Leistungen für Asylbewerber werden verbessert"* www.bmas.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2014/leistungen-asylbewerber-werden-verbessert.html: *"In einem zweiten Reformschritt wird die Bundesregierung weitere Änderungen im Bereich der Gesundheitsleistungen im AsylbLG vornehmen und so Vorgaben der EU-Aufnahmeführungsrichtlinie umsetzen."*

¹⁴ Juris PK AsylbLG, § 6 Rn 21.

¹⁵ Vgl. bereits zum BSHG BVerwG U.v. 25.01.1996, 5 C 20.95, NJW 1996, 3092.

SGB V, ggf. auch durch Modifizierung der restriktiven Kriterien des Psychotherapeutengesetzes,¹⁶ sowie

- die Finanzierung **Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge** analog §§ 117 - 119 SGB V.¹⁷

Sofern das AsylbLG nicht abgeschafft wird, ergibt sich weiterer Änderungsbedarf im AsylbLG und im SGB V.¹⁸

§ 4 AsylbLG ist wie folgt neu zu fassen:

"§§ 47 bis 52 SGB XII sind auf Leistungsberechtigte nach AsylbLG analog anzuwenden. Vorrangig ist die Leistungsgewährung durch eine Gesetzliche Krankenkasse. Beiträge sind analog § 32 SGB XII zu übernehmen."

Die Vorschrift ist - ebenso wie § 47 ff. SGB XII - trotz Aufnahme laufender Leistungsbezieher ins SGB V erforderlich für materiell bedürftige nicht versicherte Menschen, die nicht im lfd. AsylbLG-Bezug stehen, deren Behandlungsbedarf aber z.B. in Folge eines Unfalls plötzlich auftreten kann.

§ 6 AsylbLG ist wie folgt neu zu fassen:

"(1) Sonstige Leistungen sind insbesondere zu gewähren, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit notwendig, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind.

(2) Im Bereich der besonderen Lebenslagen sind Bedarfe analog dem 6. bis 9. Kapitel SGB XII anzuerkennen."

Änderung § 5 SGB V

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V einfügen:

"2b. Personen in der Zeit, für die sie Leistungen nach dem AsylbLG beziehen,"

hilfsweise Änderung § 264 Abs. 2 SGB V

in § 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V wird

"...von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes...."

ist zu ersetzen durch

"...von Empfängern laufender Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz..."

Die dann überflüssigen § 264 Abs. 1 Sätze 2 bis 7 sind zu streichen.

Der Bundesrats-Kompromiss zum AsylbLG - Gesundheitskarten auf freiwilliger Basis

Als Ergebnis des Kompromisses im Bundesrat zur **AsylbLG-Novelle im November 2014** zwischen Bundesregierung und rot-grün regierten Ländern¹⁹ wurde - nach längeren ergebnislosen Verhandlungen im Bundesgesundheitsministerium - mit dem "Asylpaket I" im Oktober 2015 durch Ergänzung des § 264 Abs. 1 SGB V (Sätze 2 bis 7 neu angefügt) eine Rechtsgrundlage geschaffen, um den Flächen-

¹⁶ Vgl. dazu ausführlich Classen, Die Finanzierung ambulanter Psychotherapien für Flüchtlinge, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Psychotherapie_fuer_Fluechtlinge.pdf.

¹⁷ Sinngemäß ebenso Antrag Fraktion Die Grünen, BT-Drs 18/6067.

¹⁸ Sinngemäß ebenso Antrag Fraktion Die Linke, BT-Drs 18/7413.

¹⁹ www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/BVerfG-AsylbLG-Novelle-2014.html#gruene

staaten die Einführung von **Gesundheitskarten auf freiwilliger Basis** zu erleichtern.²⁰ Der von den Grünen hoch gelobte²¹, durch **Geldzahlungen** des Bundes an die Länder erkaufte **Bundesrats-Kompromiss** zur AsylbLG-Novelle wurde von Organisationen wie PRO ASYL scharf kritisiert.²²

Kurz zuvor hatte die Bundesratsmehrheit aus Grünen und SPD nämlich noch eine bundesweit verbindliche gesetzliche Regelung zur Einführung der Gesundheitskarte für alle AsylbLG-Berechtigten im Rahmen der AsylbLG-Novellierung gefordert. **Krankenversichertenkarten nach § 264 Abs. 2 SGB V sollten bundesweit eingeführt** und - bis auf per Rechtsverordnung klar definierte Ausnahmen - den gleichen Behandlungsumfang wie für gesetzlich Versicherte sicherstellen.

Vgl. dazu ausführlich den Bundesrats-Antrag Hamburgs **BR Drs. 392/2/14 (neu) v. 10.10.2014**²³ sowie in Kurzform die Ausschussempfehlung **513/1/14 v. 17.11.2014**: *Die Krankenbehandlung von Grundleistungsbeziehern nach dem AsylbLG soll künftig nach § 264 Absatz 2 SGB V auf die Krankenkassen übertragen werden. Mögliche Einschränkungen im Leistungsumfang der gewährten Gesundheitsleistungen sollen einer Verordnung des Bundes überlassen werden, die der Zustimmung des Bundesrates bedarf. Die den Krankenkassen durch die Versorgung im Anwendungsbereich des AsylbLG entstehenden Aufwendungen sollen vollständig durch den Bund übernommen werden.*²⁴

Durch den **Bundesrats-Kompromiss** wurde es stattdessen den **Ländern** überlassen, die **Karte auf freiwilliger Basis** einzuführen. Offen blieb, wann hierfür eine gesetzliche Grundlage geschaffen wird. Zunächst sollte eine Bund-Länder Arbeitsgruppe im BMG Lösungen erarbeiten.²⁵ Erst ein Jahr später kam eine gesetzliche Regelung. Als einziger der 13 Flächenstaaten hat Schleswig Holstein daraufhin die Karte eingeführt.

Menschenrecht auf Gesundheit als Ländersache?

In den Flächenstaaten gestalten sich die Verhandlungen über **Rahmenvereinbarungen** nach dem neuen § 264 Abs. 1 SGB V schwierig. Zudem ist deren Umsetzung vielerorts von Ländern oder Kommunen politisch nicht gewollt. Nur Schleswig Holstein und Berlin haben seitdem **Gesundheitskarten nach § 264 Abs. 1 SGB V** zur Umsetzung der medizinischen Versorgung Asylsuchender nach §§ 4 und 6 AsylbLG in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthaltes eingeführt. Bremen (2005) und Hamburg (2012) hatte dies schon vorher getan, Berlin hätte die Gesetzesänderung nicht gebraucht.

Der aktuelle Umsetzungsstand in den Ländern ist übersichtlich dargestellt und analysiert in der Dokumentation *"Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge - Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer"* von Marcus Wächter-Raquet, Hrsg. Bertelsmann-Stiftung, Februar 2016, mit einem Update vom Mai 2016.²⁶

²⁰ Sog. Asylpaket I, Artikel 11, BGBl. V. 23.10.2015 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/AsylG_2015_BGBL.pdf.

²¹ PM 28.11.2014 *"Asylgesetze: Grüne erstreiten Verbesserungen für Flüchtlinge und Kommunen im Bundesrat"* www.gruene.de/themen/buergerrechte-demokratie/asylgesetze-gruene-erstreiten-verbesserungen-fuer-fluechtlinge-und-kommunen-im-bundesrat.html.

²² PRO ASYL 28.11.2016: *"AsylbLG: Milliarden-Deal auf Kosten der Gesundheit von Flüchtlingen"* www.proasyl.de/pressemitteilung/asylblg-milliarden-deal-auf-kosten-der-gesundheit-von-fluechtlingen/.

²³ www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/GE_Hamburg_BR_Medizin_101014.pdf.

²⁴ www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2014/0501-0600/513-1-14.pdf.

²⁵ https://www.proasyl.de/wp-content/uploads/2014/11/20141128_AsylbLG_Deal.pdf.

²⁶ www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_Gesundheitskarte_Fluechtlinge_2016.pdf, Update Mai 2016 www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Integrierte_Krankenversicherung/Ueberblick_Gesundheitskarte_Fluechtlinge_Mai2016.pdf.

Länder mit Gesundheitskarte

In **Hamburg** werden seit Juli 2012 Versichertenkarten an Berechtigte nach §§ 1a und 3 AsylbLG ausgegeben, auf Basis eines Vertrags nach § 264 Abs. 1 SGB V mit der AOK Bremen/Bremerhaven. Hamburg geht davon aus, dass die Chipkarte die Akzeptanz AsylbLG-Berechtigter bei den Arztpraxen erhöht, weil der Abrechnungsaufwand geringer ist. Für die Patienten ist durch die Chipkarte der Zugang zur Behandlung ohnehin erleichtert.²⁷ Die Chipkarten in Hamburg und Bremen enthalten keine anspruchseinschränkende Hinweise auf das AsylbLG.

In **Bremen** werden bereits seit 2005 auf Basis eines Vertrags mit der AOK Bremen/Bremerhaven Krankenversichertenkarten an Berechtigte nach §§ 1a und 3 AsylbLG ausgegeben.²⁸ Bremen geht wie Hamburg davon aus, dass das gesamte ambulante und stationäre Behandlungsspektrum von §§ 4 und 6 AsylbLG abgedeckt ist. Nur wenige Behandlungen, die auch für Versicherte der GKV genehmigungspflichtig sind, wie z.B. Zahnersatz oder Psychotherapien, werden gemäß Vertrag mit der AOK einer Prüfung nach den Kriterien des AsylbLG unterzogen.²⁹

Berlin hatte bereits seit Jahrzehnten einen Vertrag nach § 264 Abs. 1 SGB V mit der AOK, der aber nicht alle medizinischen Leistungen erfasste. Es gab Papierkrankenscheine mit anspruchseinschränkenden Aufdrucken.³⁰ Der Flüchtlingsrat Berlin hatte sich seit Jahren für die Karte eingesetzt.³¹ Ab Ende 2010 gab es dann Papierkrankenscheine quartalsweise vorab, unabhängig vom Vorliegen einer konkreten Erkrankung.³² Seit Januar 2016 erhalten alle neuen Asylsuchenden Gesundheitskarten auf Basis eines Vertrags nach § 264 Abs 1 SGB V mit der AOK und drei weiteren Kassen. Im 3. und 4. Quartal sollen auch alle übrigen Leistungsberechtigten die Karte erhalten.³³

Schleswig-Holstein ist das vierte Land, das die Karte flächendeckend einführt. Das Gesundheitsministerium hat mit nahezu allen gesetzlichen Krankenkassen eine Rahmenvereinbarung abgeschlossen.³⁴ Mit Erlass vom 29.12.2015 wurden die Kreise und Kommunen auf Grundlage des § 1 Abs. 1 Nr. 1 Gesetzes zur Ausführung des AsylbLG Schleswig-Holstein³⁵, das analog der Landesaufnahmegesetze der anderen Länder den Kommunen die Umsetzung des AsylbLG zur Erfüllung nach Weisung überträgt, **angewiesen** die Karte einzuführen.³⁶ Sie wird seit Januar 2016 ausgegeben und ist laut Sozialministerium erfolgreich gestartet: *"Die Entscheidung, welche medizinische Hilfe akut erforderlich ist, gehört in die Hand von Ärztinnen und Ärzten."* Mit der Karte sei dafür die Voraussetzung geschaffen worden.³⁷ Allein die AOK Nordwest habe rund 5000 Gesundheitskarten in den Kreisen Schleswig-

²⁷ PE Hansestadt Hamburg 02.04.2012: "Sozialbehörde verbessert Krankenversorgung - Asylbewerber erhalten künftig eine Versichertenkarte der AOK www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/3360376/2012-04-02-basfi-krankenversichertenkarte-fuer-asylbewerber.html.

²⁸ Vertrag mit AOK Bremen www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Bremer_Modell_Medizin_AsylbLG.pdf.

²⁹ Hinweise der Bremer Sozialbehörde zu genehmigungspflichtigen Behandlungen: www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Bremer_Modell_Medizin_AsylbLG.pdf.

³⁰ www.berlin.de/sen/soziales/berliner-sozialrecht/land/sonstige/vereinbarung_aok.html.

³¹ www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Versichertenkarte_AsylbLG_Berlin.pdf.

³² RdSchr SenIntArbSoz 02.11.2010 <http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Krankenscheine-quartalsweise-vorab.pdf>.

³³ PM Berliner Senat 16.12.2015

www.berlin.de/sen/gessoz/presse/pressemitteilungen/2015/pressemitteilung_423518.php und Vertrag mit AOK Nordost, DAK-Gesundheit, BKK-VBU und Siemens-Betriebskrankenkasse SBK www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Vertrag_SenGS_Berlin_GKV-Karte_AsylbLG.pdf.

³⁴ Wortlaut Rahmenvereinbarung SH: www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/RP_Gesundheitskarte.pdf.

³⁵ www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/jportal/?quelle=jlink&query=AsylbLGAG+SH+%C2%A7+4&psml=bsshoprod.psml&max=true.

³⁶ www.frsh.de/fileadmin/pdf/behoerden/Erlasse_ab_2012/MIB.SH-Erlass_Gesundheitskarte-29-12-2015.pdf.

³⁷ PM Sozialministerium SH 25.01.2016 www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/VIII/Presse/PI/2016/160125_VIII_Gem_PI_Gesundheitskarte_Fluechtlinge.html

Flensburg, Plön, Steinburg und Rendsburg-Eckernförde verschickt. Eine landesweite Zahlenübersicht liege noch nicht vor.³⁸

Gesundheitskarte politisch gewollt, aber nicht umgesetzt

In **Rheinland Pfalz** hat das Ministerium für Arbeit und Soziales im Januar 2016 eine Rahmenvereinbarung mit den Krankenkassen über die eGK abgeschlossen. Verbindlichen Vorgaben zur Teilnahme macht das Ministerium nicht, die kommunale Organisationshoheit geht vor. Soweit bekannt ist noch **keine Kommune beigetreten**. Trier wollte, hat die eGK aber nicht eingeführt. Maßgeblich dürfte eine negative Stellungnahme des Landkreistags RP vom 04.03.2016 sein.³⁹

Als misslich und im Ergebnis hinderlich für die Verhandlungen auf Bundesebene haben sich nach Darlegung des Deutschen Landkreistages (DLT) die in mehreren Bundesländern (auch in Rheinland-Pfalz) verabschiedeten Landesrahmenvereinbarungen erwiesen. Die Krankenkassen auf Bundesebene haben deutlich gemacht, dass sie nicht bereit sind, hinter das zurückzugehen, was von den Ländern - in der Regel ohne kommunale Beteiligung - zugestanden worden ist, nämlich der volle Leistungsumfang jedenfalls im ambulanten Bereich, ein Verwaltungskostenersatz in Höhe von bis zu 8 % der Leistungsausgaben, keine Einbeziehung in die Regelungen der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und die Übernahme des Risikos bei Missbrauch der Gesundheitskarte durch die Träger. Die Zugeständnisse der Länder gehen jedoch zum Teil deutlich über das hinaus, was die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene im Auftrag ihrer Mitglieder vereinbaren können.

Auch in **NRW** blockieren die Kommunalverbände. Sie ärgern sich über die Verwaltungspauschale von acht Prozent. An der Rahmenvereinbarung mit den Krankenkassen beteiligen sich in NRW von 396 Kommunen nur 20, meist größere Städte.⁴⁰ NRW-Sozialministerin Steffens (Grüne) bezeichnete das als Erfolg.⁴¹

In **Niedersachsen** wurde im März 2016 ein Rahmenvertrag zwischen dem Land und acht gesetzlichen Krankenkassen unterzeichnet. Der Landkreistag rät vom Beitritt zur Rahmenvereinbarung jedoch ab: *"Aus unserer Sicht klappt die Gesundheitsversorgung der Asylbewerber bisher reibungslos."*⁴² Bislang ist keine Kommune dem Vertrag beigetreten.⁴³ Zu erwarten sind nach Einschätzung des Flüchtlingsrates Niedersachsen die eGK übernehmende Beschlüsse in Kommunen mit rot-grünen kommunalen Mehrheiten.⁴⁴

Der Landkreis **Hildesheim** hat ein Gegenmodell zur Abrechnung direkt mit dem Sozialamt entwickelt. Da dort "nur" 1,5% Verwaltungskosten anfallen, gebe es eine positive Rezeption des Modells. Es handelt es sich entgegen der Eigenbeschreibung des LK Hildesheim aber weder um eine eGK, noch sind Krankenkassen überhaupt involviert. Die Karte entspricht auch in Form und Aussehen nicht der Krankenkassenkarte, sie ist ein Sonderweg, der nach Einschätzung des Flüchtlingsrates Niedersachsen *"die Diskriminierung fortführt"*.⁴⁵

³⁸ Focus online 26.05.2016, Tausende Gesundheitskarten für Asylbewerber ausgegeben www.focus.de/regional/kiel/migration-tausende-gesundheitskarten-fuer-asylbewerber-ausgegeben_id_5568853.html.

³⁹ www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/RP_Gesundheitskarte.pdf.

⁴⁰ Wortlaut Rahmenvereinbarung und Liste der beigetretenen Kommunen auf der Seite des Sozialministeriums www.mgepa.nrw.de/gesundheitsversorgung/Gesundheitskarte-fuer-Fluechtlinge/index.php.

⁴¹ Zeit online 15.05.16, Gesundheitskarte für Flüchtlinge kommt nur langsam voran www.zeit.de/news/2016-05/15/migration-gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge-kommt-nur-langsam-voran-15094206.

⁴² Zeit online 15.05.16, Gesundheitskarte für Flüchtlinge kommt nur langsam voran www.zeit.de/news/2016-05/15/migration-gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge-kommt-nur-langsam-voran-15094206.

⁴³ Bertelsmann Stiftung Mai 2016 a.a.O.

⁴⁴ www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/NL_Gesundheitskarte.pdf.

⁴⁵ www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/HL_Gesundheitskarte.pdf.

Thüringen hatte die Karte für das 1. oder 2. Quartal 2016 angekündigt. Die Teilnahme soll den Kommunen allerdings freigestellt werden.⁴⁶ Eine die Leistungsform und das Weisungsrecht des Landes regelnde Anpassung des Landesaufnahmegesetzes ist nicht geplant.⁴⁷ Noch wird mit den Krankenkassen über den Rahmenvertrag verhandelt. Ein erster Entwurf soll beim Behandlungsumfang sogar noch deutliche Verschlechterungen zur derzeitigen Situation vorgesehen haben, und sich negativ vom Katalog anderer Bundesländer unterscheiden. Die Karte soll erst nach der Zeit in der EAE gelten. Angestrebt wird eine landeseinheitliche Praxis, möglicherweise über das Landesverwaltungsamt statt über die Kommunen. Die Karte kommt absehbar nicht vor Herbst 2016, vermutlich später.⁴⁸

In **Brandenburg** wird noch mit den Kommunen verhandelt, mit der AOK Nordost und weiteren Krankenkassen wurde ein Rahmenvertrag abgeschlossen. Bislang hat keine Kommune unterzeichnet, auch die Kassenärztliche Vereinigung fehlt noch. Die ursprünglich zum 1. April 2016 angekündigte Karte kommt auch im 3. Quartal 2016 noch nicht zum Einsatz.⁴⁹ Die Landesregierung hatte im November 2015 erklärt, das novellierte Landesaufnahmegesetz werde die Betreuung und medizinische Versorgung der Flüchtlinge verbessern, da das Land die Gesundheitskosten künftig vollständig trägt (Spitzabrechnung statt Pauschalen).⁵⁰ Auch schon vor der Novelle war in Brandenburg die Durchführung des AsylbLG "den Landkreisen und kreisfreien Städten als Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung übertragen".⁵¹ Das Land verzichtet bislang jedoch auf die Möglichkeit, die Kommunen bezüglich der Form der Leistungen und der Gesundheitsversorgung nach AsylbLG anzuweisen.

In **Hessen** sah der „Aktionsplan zur Integration von Flüchtlingen und Bewahrung des gesellschaftlichen Zusammenhalts“ von Ministerpräsident Bouffier und Wirtschaftsminister Al-Wazir vom November 2015 die eGK vor.⁵² Die Landesregierung sei mit den Krankenkassen im Gespräch, eine Rahmenvereinbarung existiert aber nicht. Und die Kommunen seien gebeten worden, ihre Meinung zur Gesundheitskarte mitzuteilen. Allerdings lehnen die kommunalen Spitzenverbände das Vorhaben vehement ab, zumindest solange sie dafür zahlen. Sie befürchten höhere Kosten, "Missbrauch" der Karte durch andere Personen, mehrfache Arztbesuche bei verschiedenen Fachärzten usw. Wenn das Land zahlt, hätten sie wohl nichts dagegen.⁵³ Die Landesregierung hält es allerdings für möglich, dass bei den Kommunen kein Interesse mehr besteht, die Karte einzuführen.⁵⁴

Gesundheitskarte politisch nicht gewollt

Bayern lehnt die Gesundheitskarte rigoros ab.⁵⁵ In Bayern gewährleiste das derzeitige Versorgungssystem ein dem Gesetz entsprechendes Versorgungsniveau, erklärte das Sozialministerium. Die **AOK**

⁴⁶ Bertelsmann Stiftung Mai 2016 a.a.O.

⁴⁷ Hingegen enthält das LAufnG Thüringen für die Unterbringung Geflüchteter in Sammelunterkünften sehr konkrete, extrem restriktive Vorgaben. So sind gemäß §§ 1 bis 3 LAufnG selbst Bleibeberechtigte mit Aufenthaltserlaubnis nach §§ 23 Abs 1 oder 2, 23a, § 25 Abs. 4 Satz 1, Abs. 4a, 4b oder Abs. 5 AufenthG in Gemeinschaftsunterkünfte einzuweisen. Eine Änderung ist durch die Rot-rot-grüne Koalition nicht beabsichtigt. http://landesrecht.thueringen.de/jportal/?quelle=jlink&query=FlAufG+TH&psml=bsthueprod_psml&max=true&aiz=true#jlr-FlAufGTHV5P2-jlr-FlAufGTHV3P2-jlr-FlAufGTHV4P2.

⁴⁸ Auskunft Flüchtlingsrat Thüringen vom 07.06.2016.

⁴⁹ Die Welt 13.05.2016, Gesundheitskarte für Flüchtlinge kommt nicht zum 1. Juli www.welt.de/regionales/berlin/article155331141/Gesundheitskarte-fuer-Fluechtlinge-kommt-nicht-zum-1-Juli.html.

⁵⁰ PM Staatskanzlei Brandenburg 15.11.2015

www.masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/176_15_Kab_Landesaufnahmegesetz_151124.pdf.

⁵¹ § 2 Abs. 1 LAufnG BB vom 15. März 2016, insoweit unverändert zur zuvor geltenden Fassung https://bravors.brandenburg.de/br2/sixcms/media.php/76/GVBl_I_11_2016.pdf.

⁵² PE 17.11.2015 <https://www.hessen.de/presse/pressemitteilung/aktionsplan-zur-integration-von-fluechtlingen-und-bewahrung-des>

⁵³ Landkreistag Kompakt, Feb. 2016, S. 3

www.hlt.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Landkreistag_Kompakt_HLT_01_16.pdf.

⁵⁴ Bertelsmann Stiftung Mai 2016 a.a.O.

⁵⁵ Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge, Umsetzungsstand, Hrsg Bertelsmann-Stiftung Mai 2016, www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Integrierte_Krankenversicherung/Ueberblick_Gesundheitskarte_Fluechtlinge_Mai2016.pdf.

Bayern kritisiert in einer Pressemitteilung vom März 2015 die Haltung der Staatsregierung und befürwortet die Einführung der eGK: „*Mit Blick auf die Gesundheit der Betroffenen .. macht es keinen Sinn, die 15-Monatsfrist abzuwarten*“.⁵⁶

Auch **Sachsen** plant keine Gesundheitskarte. Zur medizinischen Betreuung der Asylsuchenden habe man *"Internationale Ambulanzen"* in Dresden, Leipzig und Chemnitz eingerichtet.⁵⁷ In Dresden werde einmal wöchentlich eine psychiatrische Sprechstunde angeboten.⁵⁸

Im **Saarland** hatte die Landesregierung sich ursprünglich für die eGK entschieden. Aufgrund der einstimmigen Entscheidung der Kommunen, sich nicht an der Rahmenvereinbarung zu beteiligen, wird das Vorhaben aber nicht weiter verfolgt.⁵⁹

Auch **Mecklenburg-Vorpommern** will keine Gesundheitskarte mehr. Zwar wurde eine entsprechende Regelung von AOK Nordost, Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Vereinigung und Wohlfahrtsverbänden begrüßt, Kommunalvertreter äußerten jedoch Bedenken.⁶⁰ Im März 2016 wurden die Verhandlungen der Landesregierung mit den Krankenkassen über die Karte ausgesetzt. Begründet wurde dies mit der kurzen Bearbeitungszeit der Asylanträge in Mecklenburg-Vorpommern und der damit verbunden kurzen Gültigkeit der eGK.⁶¹

Baden-Württemberg will die Karte nicht mehr, seit die Grünen mit der CDU regieren. Im Koalitionsvertrag fehlt dazu eine Vereinbarung. Vor der Wahl hatten die Grünen noch offensiv für die eGK geworben. Innenminister Strobl (CDU) warnte jetzt, dass die Karte *"von kriminellen Schleppern als Werbeinstrument genutzt werden könnte."* Sozialminister Lucha (Grüne) erklärte, er sei für eine bundeseinheitliche Lösung. Sein Pressesprecher erklärte, die Zahl der Flüchtlinge sei seit Herbst stark gesunken. Der Aufwand, die Karte einzuführen, sei zu groß. AOK, Landesärztekammer, Caritas und SPD kritisierten diese Entscheidung scharf.⁶²

Auch **Sachsen-Anhalt** will die Karte nicht. Laut Koalitionsvertrag CDU/SPD/Grüne soll zwar eine "Asylbewerberkarte" eingeführt werden. Damit sollen Geflüchtete zum Arzt gehen können, ohne einen Krankenschein beim Sozialamt beantragen zu müssen. Es handelt sich aber um keine Gesundheitskarte nach § 264 Abs. 1 SGB V. Die Ärzte sollen mit dem Landkreis abrechnen, nicht mit einer Krankenversicherung. Offen ist auch, wann die Asylbewerberkarte kommt.⁶³

Anzustreben ist nach alledem - wie bereits 2014 vom Bundesrat empfohlen - eine **bundeseinheitlichen gesetzliche Regelung** zur Einbeziehung aller AsylbLG-Berechtigten in die Gesetzliche Krankenversicherung. Rechtssystematisch am einfachsten wäre dies wie beim Arbeitslosengeld II über die Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 SGB V zu regeln. Hilfsweise kann über § 264 Abs 2 SGB V eine bundesweit verbindliche, einheitliche Regelung zur medizinischen Versorgung aller AsylbLG Berechtigten über die GKV geschaffen werden. Bereits seit vielen Jahren gilt dies für Leistungsberechtigte nach § 2 AsylbLG sowie für Leistungsberechtigte nach dem SGB VIII und SGB XII. Verhandlungen über die Höhe der Vergütung des Verwaltungsaufwandes der Krankenkassen würden überflüssig,

⁵⁶ Pressemitteilung vom 04.03.2016 <https://bayern.aok.de/inhalt/fluechtlinge-und-asylbewerber-mit-gesundheitskarte-versorgen/>.

⁵⁷ Zeit online 15.05.16, Gesundheitskarte für Flüchtlinge kommt nur langsam voran www.zeit.de/news/2016-05/15/migration-gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge-kommt-nur-langsam-voran-15094206.

⁵⁸ Dresdener Neueste Nachrichten 31.01.2016, Sachsen setzt weiter auf Behandlungsschein für Flüchtlinge www.dnn.de/Mitteldeutschland/News/Sachsen-setzt-weiter-auf-Behandlungsschein-fuer-Fluechtlinge.

⁵⁹ Bertelsmann-Stiftung Mai 2016 a.a.O.

⁶⁰ www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Stellungnahmen_Chipkarte_MV.pdf.

⁶¹ Bertelsmann-Stiftung Mai 2016 a.a.O.

⁶² Badische Zeitung 25.05.2016: "Rückzieher. Zunächst keine Gesundheitskarte für Flüchtlinge in Baden-Württemberg" www.badische-zeitung.de/suedwest-1/zunaechst-keine-gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge-in-baden-wuerttemberg--122434807.html.

⁶³ www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylbLG/ST_Gesundheitskarte.pdf.

wenn der Bundesgesetzgeber die Marge verbindlich fest schreibt.⁶⁴

Beide Varianten würden die **Sozialbehörden** wesentlich von administrativen Aufgaben bei der Krankenversorgung nach AsylbLG **entlasten**. Auch der Übergang von der Krankenhilfe nach §§ 4/6 AsylbLG bzw. § 2 AsylbLG zur Versorgung nach SGB II/XII würde sich unkomplizierter gestalten, da eine Krankenkassenwahl und die erneute Anfertigung von Fotos für die eGK entbehrlich wären.

Praxiserfahrungen mit der Mangelmedizin nach §§ 4 und 6 AsylbLG

§ 4 AsylbLG schafft Rechtsunsicherheit

Über 20 Jahre nach Einführung ist die Anwendung des § 4 AsylbLG noch immer bestimmt von einem extrem hohen Maß an Rechtsunsicherheit bei **Ärzten, Krankenhäusern, Behörden und Gerichten**. Der in irritierender Weise chronische Krankheiten vom Anspruch auf Behandlung ausschließende § 4 überlässt die Sicherung der Gesundheit, die Menschenwürde und das Menschenrechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit dem Ermessen medizinisch nicht vorgebildeter Verwaltungsmitarbeiter.

Der Streit zwischen **Krankenkassen** und **Kommunalverbänden** um eine auf Verwaltungsseite teils politisch gewollte, nach Auffassung der Krankenkassen jedoch medizinisch unververtretbare restriktive Rechtsauslegung ist in *den "strittig"* markierten Punkten der gemeinsamen **Bundesrahmenempfehlung zur eGK für Asylbewerber vom Mai 2016** dokumentiert.⁶⁵ Die Krankenkassen beklagen, dass die Empfehlungen der Kommunalverbände die Rechtsunsicherheit bei Ärzten und Krankenhäusern noch befördern, und dass stattdessen praxistaugliche, rechtssichere Maßgaben notwendig sind. Im Zweifel müsse der Arzt entscheiden, nicht die Behörde.

Auch wenn man - was vielfach selbst Gerichte unterlassen⁶⁶ - für die Behandlung chronischer Krankheiten den Anspruch nach **§ 6 AsylbLG** mit in den Blick nimmt, bleibt die Rechtsicherheit bestehen, denn das Recht auf Gesundheit nach § 6 liegt als **"kann"-Regelung** im **Behördenermessen** und dies auch nur dann, wenn die Krankenbehandlung bereits **"unerlässlich"** geworden ist. Rechtsprechung und Kommentierung betonen das "Gebot", dass die Ermessensregelung des § 6 AsylbLG nach *Sinn und Zweck des AsylbLG* und wegen des Begriffs **unerlässlich restriktiv auszulegen** sei.⁶⁷

Ärzte sind mit der Auslegung des auf den Krankenscheinen vermerkten **anspruchseinschränkenden Textes** der §§ 4 und 6 AsylbLG überfordert. Dabei ist der Aufdruck in der Praxis meist sogar noch restriktiver formuliert als das Gesetz (dazu weiter unten). Die Verunsicherung steigt, wenn Behörden und Kassenärztliche Vereinigung die Kostenerstattung für erbrachte ärztliche Leistungen verweigern.

In der Praxis führt ein aufwändiges Prüf- und Antragsverfahren nach § 4 AsylbLG dazu, dass selbst unaufschiebbare Behandlungen **verschleppt** werden. Die Anwendung von § 4 AsylbLG führt seit Inkrafttreten des AsylbLG immer wieder zu Todesfällen, schwersten Behinderungen von und Menschenrechtsverletzungen an Flüchtlingen. Dabei verursacht die Minimalmedizin nach § 4 gegenüber einer regulären Krankenbehandlung nach dem SGB V sogar Mehrkosten.

Die **Rechtsprechung** zu § 4 AsylbLG reicht von der **strafrechtlichen Verurteilung** von Verwaltungspersonal über äußerst widersprüchliche Entscheidungen zum Anspruch auf **Psychotherapie** (dazu weiter unten) bis zur **Rechtfertigung schwerster behördlicher Menschenrechtsverletzungen** wie

⁶⁴ § 264 Abs. 7 SGB V sieht hierfür eine Verwaltungspauschale von bis zu 5 % der Behandlungskosten vor.

⁶⁵ www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/GKV_Bundesrahmenempfehlung_eGK_AsyLbLG.pdf.

⁶⁶ Siehe nur VG Frankfurt/M 8 G 638/97, B.v. 09.04.97, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2054.pdf.

⁶⁷ Frerichs in JurisPK SGB XII, § 6 AsylbLG Rn 34 m.w.N.

verweigerten Leber- und Nierentransplantationen oder verweigerten Hörhilfen für Kinder.⁶⁸

- Laut OVG Münster kann ein schwer hörgeschädigtes Kind **keine Hörgeräte** beanspruchen, trotz hörbehinderungsbedingt bereits entstandener massiver Schädigung der Sprachentwicklung.⁶⁹
- Das VG Gera will eine schwere **Hüftgelenksnekrose mit Opiaten** statt der dringend nötigen Operation **behandeln lassen**.⁷⁰ Auch die Richter des SG Düsseldorf entwickelten ähnliche Therapiekonzepte für eine Hüftgelenksnekrose, wegen der sie den Patienten ebenfalls mit Morphinen, Opiaten oder Opioiden an Stelle der ärztlich empfohlenen Operation ruhigstellen lassen wollten. § 6 AsylbLG wird in dem fünfzig Randnummern umfassenden Urteil nicht erwähnt.⁷¹
- Das VG Frankfurt/Main verweigert in "**einer Art Todesurteil**" eine **Lebertransplantation**, da die Behandlung chronischer Krankheiten nach AsylbLG selbst dann nicht beansprucht werden könne, wenn sie unaufschiebbar sei (dazu weiter unten). § 6 AsylbLG wird auch in diesem Urteil nicht erwähnt.⁷²
- Das OVG Mecklenburg-Vorpommern qualifiziert die Dialyse auf Dauer an Stelle einer **Nieren-transplantation** als die einzig mögliche Hilfe nach AsylbLG - auch dies de facto ein Todesurteil. Das OVG betont, dass auch die ggf. höheren Kosten der Dialyse keine Rolle spielen.⁷³

Solche Rechtsprechung und das **negative Image des AsylbLG** führt zu Fehlinformationen und **Fehleinschätzungen** bei **Medizinern**. Den Flüchtlingsrat Berlin erreichte im Mai 2016 die Anfrage eines großen **Transplantationszentrums**. Drei geflüchtete Kinder wurden dort längerfristig dialysiert, obwohl Verwandte als geeignete Spender bereit standen und die Transplantation nach ärztlicher Einschätzung medizinisch geboten war. Transplantationskosten von ca. 30.000 Euro standen Dialysekosten von 60.000 Euro/Jahr gegenüber. Das Krankenhaus kannte weder die Regelung des § 2 AsylbLG, noch war dort bekannt, dass mit einem aus gesundheitlichen Gründen gewährten Abschiebeschutz eine Aufenthaltserteilung mit ALG II-Anspruch und GKV-Pflichtversicherung verbunden ist.

Hinzu kommt, dass die Entscheidung des OVG MV nach Ansicht des Flüchtlingsrates auch nach §§ 4/6 AsylbLG menschen- und verfassungsrechtlich falsch ist. Wir haben dem Transplantationszentrum dringend geraten, die Kinder zu unterstützen, den Anspruch ggf. auf dem **Rechtsweg** durchzusetzen.

Fehleinschätzungen im Bereich des AsylbLG können auch zu **straf- und zivilrechtlichen Verurteilungen** von Ärzten, Verwaltungsmitarbeitern und Wachschützern führen:

- Das OLG Oldenburg verurteilte im Mai 2014 einen Arzt wegen **unterlassener ärztlicher Aufklärung** der Eltern zu einem **Schmerzensgeld von 40 000 €**. Der Minderwuchs der Tochter blieb mangels Aufklärung der Eltern im entscheidenden Zeitraum unbehandelt. In einem vertraulichen Vermerk hatte der Arzt festgehalten, das Mädchen habe lediglich einen Versicherungsschein nach AsylbLG. Dies stehe weiteren Untersuchungen und einer eventuellen Therapie entgegen.⁷⁴
- Das **Amtsgericht Fürth** verurteilte im April 2014 drei Mitarbeiter der Asylaufnahmestelle Zirm-

⁶⁸ Eine ausführliche Kritik der gerichtlichen Praxis zu § 4 AsylbLG mit weiteren Beispielen findet sich bei Eichenhofer a.a.O., 170 f.

⁶⁹ OVG Münster 24 B 1290/94 v. 28.06.94, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1203.pdf.

⁷⁰ VG Gera 6 K 1849/01 GE, U.v. 07.08.03, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2053.pdf. Das VG übersieht dabei den vorliegenden Behandlungsanspruch nach § 2 AsylbLG auf dem Niveau des SGB XII/SGB V.

⁷¹ SG Düsseldorf S 42 (19,44,7) AY 2/05, U.v.17.05.11 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2639.pdf.

⁷² VG Frankfurt/M 8 G 638/97, B.v. 09.04.97, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2054.pdf, vgl. [ARD-Panorama vom 05.06.1997](http://www.ard.de/Panorama/vom_05.06.1997), der Patient starb nach Auskunft des AK Asyl Friedrichsdorf kurz darauf. Der VGH Hessen verweigerte die Zulassung der Berufung aus formalen Gründen, ohne sich mit dem Sachverhalt zu befassen. Pro Asyl bezeichnet die Entscheidung des VG mit PE vom 8. Mai 1997 als "eine Art Todesurteil."

⁷³ OVG Greifswald, 1 O 5/04 I, B.v. 28.01.04, www.asyl.net/dev/M_Doc_Ordner/5919.pdf.

⁷⁴ OLG Oldenburg 5 U 216/11 v. 21.05.14, www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/recht/article/862241/urteil-aerzte-muessen-asylbewerber-aufklaeren.html. Das Urteil lässt offen, ob die Annahme des fehlenden Anspruchs nach AsylbLG zutreffend ist, ärztliche Aufklärung über die Behandlungsoptionen sei in jedem Fall zu leisten.

dorf zu Geldstrafen von jeweils 60 Tagessätzen, weil sie sich geweigert hatte einen **Rettungswagen** für ein **akut erkranktes Kind** zu rufen (dazu weiter unten).

§ 4 AsylbLG ist lebensgefährlich - Todesfälle

Die Minimalmedizin des AsylbLG führt immer wieder beinahe oder tatsächlich zu **Todesfällen**. Hier nur einige Beispiele.

- In **Hannover** wurde im April 2014 eine Asylbewerberin mit einem **vier Wochen alten Frühchen** an der **Pforte eines Kinderkrankenhauses abgewiesen**. Die Mutter hatte verlangt, dass ein Arzt sich ihr Kind anschaut, da es akute Atemprobleme hatte. Dies wurde ihr verweigert, da sie keinen Krankenschein für das Baby hatte. **Eine Stunde später war das Kind tot**. Den Krankenschein hätte die Mutter nach der Logik des AsylbLG erst beim Sozialamt beantragen müssen. Mit Versicherungskarte wäre das Kind aufgenommen worden.⁷⁵
- In **Plauen** starb im Februar 2014 der Asylbewerber Ahmed J. an einer **Lungenembolie**. Wegen starker Schmerzen hatten Mitbewohner den Wachschatz seiner Unterkunft in der Nacht mehrfach gebeten, einen **Notarzt** zu rufen. Der **Wachmann verweigerte** dies über viele Stunden hinweg.
- In **Neuburg/Donau** nahm sich 2013 ein Asylsuchender das Leben, nachdem das Landratsamt dem schwer traumatisierten ehemaligen Kindersoldaten die ärztlich empfohlene **Psychotherapie** verweigert hatte.⁷⁶
- In **Zirndorf** weigerten sich im Dezember 2011 frühmorgens erst die **Pförtner** und ab Dienstbeginn die **Verwaltung** der Asylaufnahmestelle über Stunden hinweg einen **Notarzt** für den 15 Monate alten Leonardo Petrovic zu rufen.⁷⁷ Der Junge hatte hohes Fieber, auf seiner Haut bildeten sich schwarze Flecken. Schließlich wird die Familie zu Fuß zum Kinderarzt geschickt. Passanten brachten die Familie ins Krankenhaus. Das Kind hatte eine lebensbedrohliche **septische Meningitis**, lag monatelang im Koma, ein Jahr rangen Ärzte um sein Leben, zwei Mal pro Woche transplantierten sie ihm Haut. Das Kind überlebt mit schwerster Behinderung.⁷⁸ Im April 2014 wurden zwei Pförtner und eine Verwaltungsangestellte der Asylaufnahmestelle zu **Geldstrafen** von jeweils 60 Tagessätzen verurteilt.⁷⁹
- In **Essen** starb im Januar 2004 der 23 Jahre alte Mohammad Selah. Beim Sozialamt wurde ihm der **Krankenschein verweigert**, weil er "sowieso" das Land verlassen müsse. Als die Schmerzen unerträglich wurden, bat er den Hausmeister seiner Unterkunft um einen Krankenwagen. Der soll erklärt haben: "*Wenn Du die Treppe geschafft hast, kannst Du auch ins Krankenhaus gehen.*"⁸⁰
- In **Altenburg/Thüringen** starb im Juli 1998 der Flüchtling Haydar Findik. Seine Erkrankung hatte sich so verschlechtert, dass Mitbewohner den **Wachschatz** seiner Sammelunterkunft baten, einen **Krankenwagen** zu rufen. Mit dem Hinweis, dass dies 150 DM kostet, geschah dies nicht.⁸¹
- Im **Main-Taunus Kreis** starb 1997 der 30jährige Asylbewerber Turan Yildiz, nachdem Sozialamt und Verwaltungsgericht die Kosten einer **Lebertransplantation** verweigert hatten. Das VG Frankfurt/M. erklärte unter Hinweis auf § 4 AsylbLG, die Behandlung einer chronischen Erkrankung nach AsylbLG könne auch dann nicht beansprucht werden, wenn sie unaufschiebbar sei. Mit

⁷⁵ PE FR Niedersachsen 15.04.14 www.nds-fluerat.org/13262/pressemittelungen/tod-eines-fluechtlingsbabys-wegen-verweigerter-krankenbehandlung-fluechtlingsrat-fordert-konsequenzen/.

⁷⁶ Kleine Anfrage Die Grünen, BT Drs. 18/1934.

⁷⁷ Die ZEIT 03.05.2015, Leonardo und der Paragarf, www.zeit.de/2015/16/asympolitik-fluechtlinge.

⁷⁸ www.sueddeutsche.de/politik/leben-im-fluechtlingsheim-der-tag-als-keiner-half-1.1802194-2.

⁷⁹ www.sueddeutsche.de/bayern/prozess-um-krankes-fluechtlingskind-mitarbeiter-des-aufnahmelagers-zu-geldstrafen-verurteilt-1.1937904.

⁸⁰ Remscheider Generalanzeiger 16.12.2007, Rheinische Post 16.12.2007.

⁸¹ TAZ 06.07.1998, 08.07.1998, 10.07.1998.

§ 6 AsylbLG und Art. 1 und 2 GG befasst sich das Urteil nicht.⁸²

- 1995 starb in **Bremen** der Asylbewerber Celal Akan, nachdem er über 15 Monate darauf gewartet hatte, dass die Bremer Sozialbehörde eine Entscheidung über die Kostenübernahme für die beantragte lebensrettende **Lebertransplantation** trifft.⁸³

Und noch ein **Beinahe-Todesfall**: Eine unter **Bluthochdruck** leidende Frau aus Göttingen erlitt 2014 eine schwere Hirnblutung. Nach Einlieferung in das Uniklinikum und umfangreicher intensivmedizinischer Betreuung wurde die Patientin schließlich in ein Pflegeheim verlegt. Die Kosten dürften sich in einem Bereich von 20-30.000 € bewegen. Die Frau hatte keine Behandlung ihrer chronischen Erkrankung erhalten. Die medikamentöse Therapie des Bluthochdruckes hätte ca. 20€/Monat gekostet.⁸⁴

Rettungsdienste kommen nicht - Wachschützer als medizinische Instanz

Die o.g. Fälle aus Plauen, Zirndorf und Altenburg wären auch andernorts möglich. Wegen sprachlicher Probleme sind viele Flüchtlinge beim Absetzen von Notrufen auf die Hilfe des Wachschutzes angewiesen. Rettungsdienste verlangen jedoch häufig eine Bestätigung der Notwendigkeit durch den Wachschutz, wenn ein Rettungswagen zu einer Gemeinschaftsunterkunft gerufen wurde. Heimleitung und Wachschutz verbreiten vielerorts die Information, dass ein von Flüchtlingen selbst gerufener Rettungswagen **selbst bezahlt** werden müsse. Vor allem in Thüringen und Bayern kommen Rettungsdienste ins Flüchtlingsheim nur, wenn der Wachschutz die Notwendigkeit bestätigt. Auf Notrufe von Flüchtlingen wird nicht reagiert.

- Das Sozialamt **Greiz/Thüringen** teilte den Bewohnern der örtlichen Sammelunterkunft per Aushang mit, dass "**die Kosten für eigenmächtiges Rufen des Notarztes**" vom Rufenden selbst getragen werden müssen und hierzu ggf. eine **Kürzung des Taschengeldes** nach AsylbLG erfolgt.⁸⁵
- In **Berlin** be- und verhindert der Wachschutz von Sammelunterkünften häufig den Zugang der Bewohner zu **Rettungsdiensten und Notärzten**, wie die Dokumentation einer Umfrage des Flüchtlingsrates Berlin aus Anlass des Todesfalles in Plauen Anfang 2014 ergab. Zudem **weigern Rettungsdienste sich** teilweise zu kommen.⁸⁶
- In **Wolfsburg** starb am 24.09.2014 ein Bewohner infolge einer **Schussverletzung**, als er einen Streit schlichten wollte. Bewohner berichteten, der Rettungswagen sei erst **nach 45 Minuten** gekommen, da Polizei und Feuerwehr Notrufe von BewohnerInnen nicht ernst nähmen. Erst auf einen späteren Anruf des Hausmeisters sei schließlich reagiert worden.⁸⁷

Willkür mit Krankenscheinen

Krankenscheine nach § 4 AsylbLG werden in der Praxis meist erst ausgestellt, wenn ein Flüchtling aufgrund einer akuten oder schmerzhaften Erkrankung beim Sozialamt vorspricht. Viele Ämter sind der Auffassung, dass nur so geprüft werden könne, ob ein Fall des § 4 vorliegt. Dabei bleibt offen, nach welchen Kriterien der Sachbearbeiter die Notwendigkeit prüft. Auch ein Arzt kann die Notwendigkeit einer Krankenbehandlung erst beurteilen, nachdem er den Patienten untersucht hat.

⁸² VG Frankfurt/M 8 G 638/97, B.v. 09.04.1997; Berichte des AK Asyl Friedrichsdorf.

⁸³ Tagesspiegel 18.8.1995; Hannoversche Allgemeine 19.8.1995.

⁸⁴ Bericht Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen.

⁸⁵ www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Greiz_Notarzt_nicht_eigenmaechtig_rufen.pdf. Die angedrohte Kürzung des Existenzminimums wegen Schadensersatzforderungen ist offenkundig rechtswidrig. Das Dokument ist nur ein Beispiel für das vorsätzlich rechtswidrige Verhalten von Sozialämtern im Bereich des AsylbLG.

⁸⁶ www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Verweigerte_Rettungsdienste_und_Wachschutz_Berlin.pdf.

⁸⁷ TAZ 30.9.2014 "Tod eines Flüchtlings", www.taz.de/!146920/

Die **hohen bürokratischer Hürden** bei der Vergabe von Krankenscheinen haben sich in der Praxis offenbar zum "Hilfskriterium" für die Prüfung des Behandlungsbedarfs entwickelt. Ein **Facharztbesuch** wird mancherorts erst nach Prüfung durch eine **amtsärztliche Untersuchung** genehmigt.

Diese Praxis führt zur Verzögerung notwendiger Krankenbehandlungen, die Zahl der Notarzteinsätze, Rettungsfahrten und Notaufnahmen steigt, Krankheiten verschlimmern sich. Die Betroffenen müssen vermeidbare Schmerzen, unnötige Verschlimmerungen von Erkrankungen, dauerhafte Gesundheitsschäden und in manchen Fällen auch den Tod in Kauf nehmen.

Krankenscheine werden mit **Aufdrucken** der Maßgaben der §§ 4 und § 6 AsylbLG und oft mit noch darüber hinausgehenden **rechtswidrigen Einschränkungen** versehen.

- Im Kreis Göttingen und in Hannover wurden bis 2013 Krankenscheine ausgegeben, die eine Krankenbehandlung nur *"zur Behebung eines akut lebensbedrohlichen Zustandes oder einer unaufschiebbaren und unabweisbar gebotenen Behandlung einer schweren und ansteckenden Erkrankung"* erlaubten⁸⁸ Die rechtswidrigen Einschränkungen wurde vom Landrat des Kreises Göttingen⁸⁹ und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen⁹⁰ ausdrücklich bestätigt.
- In Mühldorf/Bayern gab es Anforderungsscheine, mit denen der Arzt den Krankenschein beim Sozialamt anfordern und bestätigen muss, dass ohne weitere Behandlung *"für den Patienten eine Gefahr für Leib und Leben bestehen würde"*.⁹¹
- In Bitterfeld wurden nur *"unbedingt notwendige"* Behandlungen übernommen, die *"keinen Aufschub dulden"*,⁹² ebenso in Bochum.⁹³

Hingegen fehlt auf den Krankenscheinen meist ein Hinweis auf die - uneingeschränkten - Ansprüche nach § 4 auf Leistungen bei **Schwangerschaft** und **Geburt** und auf **Vorsorge** und **Impfungen**.⁹⁴ Flüchtlinge, die einen Arzt zwecks Vorsorge oder Impfungen aufsuchen, werden weggeschickt, da sie laut Krankenschein nicht berechtigt sind. Sozialämter stellen Krankenscheine in der Praxis meist auch nur aus, wenn eine akute Krankheit geltend gemacht wird.

Sozialämter vermerken häufig keine **Zuzahlungsbefreiung** auf den Krankenscheinen.⁹⁵ Ärzte vergessen meist, Rezepte nach AsylbLG als zuzahlungsfrei zu markieren.

- Beim Berliner Sozialamt Tempelhof-Schöneberg wurden statt Krankenscheinen **"Anforderungsscheine für einen Krankenschein"** ausgegeben. Als Voraussetzung für den Anforderungsschein musste der Flüchtling beim Sozialamt den **"Terminzettels"** einer Arztpraxis vorlegen. Der Flüchtling muss die Arztpraxis zweimal aufsuchen, und der Arzt beim Sozialamt einen Antrag stellen. Im Ergebnis wurden die bürokratischen Hürden für alle Beteiligten maximiert.⁹⁶
- Die Sachbearbeiterin eines Berliner Sozialamtes erklärte einer Beraterin, dass es **zur Zeit keine Krankenscheine gebe**, sie hätten im Amt einfache gerade keine und **ob sie wüsste, wie teuer diese sind**. Dann wollte die Sachbearbeiterin wissen, ob jemand von der Familie nachweislich ei-

⁸⁸ Die rechtswidrige kommunale Praxis wurde inzwischen durch das Innenministerium korrigiert: www.nds-fluerat.org/8217/aktuelles/innenministerium-korrigiert-landkreis-goettingen/.

⁸⁹ www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/LK_Goettingen_AsyblLG_Notfallmedizin.pdf.

⁹⁰ www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/KV_Nds_AsyblLG.pdf.

⁹¹ www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Gefahr_fuer_Leib_und_Leben.pdf.

⁹² www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Krankenschein_Bitterfeld.pdf.

⁹³ www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Zahnkrankenschein_Bochum.pdf.

⁹⁴ In Berlin gibt es als Reaktion auf die Kritik des Flüchtlingsrates seit Januar 2014 einen entsprechenden Hinweis: www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Krankenschein_Berlin_alt_und_neu_2012_2014.pdf.

⁹⁵ Zuzahlungsbefreiung auf Krankenschein 2014 vermerkt, auf Krankenschein aus 2012 "vergessen": www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Krankenschein_Berlin_alt_und_neu_2012_2014.pdf.

⁹⁶ www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/BA_TS_Anforderungsschein_Krankenschein.pdf. Die Praxis wurde erst 2013 nach Beschwerden des Flüchtlingsrates durch die zuständige "grüne" Dezernentin korrigiert.

nen konkreten Termin beim Arzt hätte, nur dann würde sie einen Krankenschein aushändigen.⁹⁷

- Ein Sozialamt im Landkreis Pforzheim verlangte im Frühjahr 2012 die **schriftliche Beantwortung** eines **umfangreichen Fragenkatalogs** mit Angabe aller Diagnosen und Vorlage sämtlicher Arztberichte. Erst dann könne der Antrag auf Krankenscheine geprüft werden. Gefragt wurde z.B. *"An was für einer psychischen Krankheit leiden Sie? Bitte legen Sie uns sämtliche Arztberichte, inklusive dem mit der Diagnose vor!" ... "Aus welchem Grund möchten Sie sich beim Gynäkologen vorstellen?"... "Die Entzündung der Rachenschleimhaut (Mandelentzündung) Ihrer Tochter wurde bereits medikamentös behandelt. Empfehlungen für weitere Maßnahmen sind in dem Arztbericht des Städtischen Klinikums nicht enthalten. Warum ist eine erneute Vorstellung bei einem Arzt in diesem Fall notwendig?"*
Der Arzt hatte dringend eine Mandel-OP des Kindes empfohlen - die das Sozialamt ebenfalls verweigerte.⁹⁸

Vergleich Berlin und Thüringen - Krankenscheine und Infos der KV

Restriktive Aufdrucke auf Krankenscheinen werden häufig ergänzt durch **restriktive Hinweise** der Kassenärztlichen Vereinigungen. Negativ fällt uns stets die Praxis in Thüringen auf. Das gilt auch für einen Vergleich der in 2016 (noch) verwendeten Krankenscheine aus Berlin und Thüringen.

Thüringen grenzt den Anspruch auf dem **Krankenschein** rechtswidrig noch weiter ein als der Wortlaut des § 4 AsylbLG es tut. So würden bei *akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen "nur die unbedingt notwendigen Behandlungskosten übernommen"* und auch das nur wenn *"die Behandlung keinen Aufschub duldet."* Dabei enthält § 4 AsylbLG für akute und schmerzhafte Erkrankungen weder eine Beschränkung auf das **unbedingt Notwendige** noch die Erfordernis, dass die Behandlung **keinen Aufschub dulden** darf. Ein Hinweis auf den ergänzenden Anspruch nach **§ 6 AsylbLG** fehlt ganz. § 4 Abs 2 und 3 AsylbLG (uneingeschränkter Anspruch auf Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt, auf Vorsorgeuntersuchungen und auf Impfungen) sind zwar erwähnt aber nicht weiter erläutert.

Die zugehörigen Hinweise der **KV Thüringen** lauten *"Achtung! Leistungseinschränkung auf die Behandlung zur Behebung eines akuten Krankheitszustandes, zur Abwendung von erheblichen Gesundheitsschäden bzw. zur Abwehr von Gefahren für die Allgemeinheit."* Ein Hinweis auf den Anspruch auf Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt, auf Vorsorgeuntersuchungen und auf Impfungen fehlt. Überweisungen sind nicht möglich. Für Facharztbesuche muss ein gesonderter Antrag beim Sozialamt gestellt werden.⁹⁹

Berlin gibt auf dem **Krankenschein** den Anspruch nach §§ 4 und 6 AsylbLG zutreffend wieder. Erwähnt sind die Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt, Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen ebenso wie die Leistungen nach § 6 AsylbLG. Zusätzliche Einschränkungen sind nicht genannt. Anders als in Thüringen werden die Krankenscheine quartalsweise vorab ausgegeben.¹⁰⁰

Das **Berliner KV-Blatt 11/2014** veröffentlichte hierzu Hinweise der zuständigen Senatsverwaltung. Der Behandlungsschein diene auch *„als Grundlage für ggf. notwendige Überweisungen an Fachkollegen.“* Der Arzt müsse bei der Überweisung *„lediglich darauf achten, dass die Kostenträgerschaft*

⁹⁷ Bericht einer Wohnheimmitarbeiterin, dokumentiert in www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Verweigerter_Rettungsdienste_und_Wachschutz_Berlin.pdf.

⁹⁸ www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/An_was_fuer_einer_psy_Krankheit_leiden_Sie.pdf.

⁹⁹ www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/TH_Krankenschein_2016.pdf, abgerufen am 07.06.2016 unter www.kv-thueringen.de.

¹⁰⁰ www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Krankenscheine-quartalsweise-vorab.pdf

vermerkt wird, damit die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach dem AsylbLG auch für den Facharzt erkennbar ist.“ Betont wird: „Über den im Einzelfall medizinisch gebotenen Leistungsumfang entscheidet der behandelnde Arzt selbst“, allerdings seien die im Rahmen der GKV ggf. geltenden Beschränkungen auch hier zu beachten.¹⁰¹

Fälle verweigerter und verschleppter Hilfe bei Krankheit aus Berlin

Das Verständnis der Krankenhilfe nach §§ 4 und 6 AsylbLG bei Sozialbehörden und Gerichten zeigt strukturelle Mängel auf. In Berlin haben wir einige Beispiele gesammelt:

- Sachbearbeiter der Zentralen Leistungsstelle für Asylbewerber (ZLA) des Berliner Landesamtes für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) weigern sich im **Winter 2010/11** wegen Arbeitsüberlastung anlässlich **einer steigenden Zahl Asylsuchender** monatelang, neuen Asylsuchenden Krankenscheine auszustellen. Kranke Asylsuchende müssen sich in Notaufnahmen der Krankenhäuser begeben, Notarzt oder Feuerwehr rufen usw. Die Zahl der Rettungseinsätze in der Asylaufnahmestelle Spandau steigt erheblich.
- Sommer 2011: Ein Sachbearbeiter der ZLA lässt die vom Krankenhaus im Anschluss an eine OP verordnete **häusliche Krankenpflege** durch einen Amtsarzt begutachten, was gewöhnlich sechs Wochen bis drei Monate dauert. Anrufe einer Mitarbeiterin des Wohnheims beim Sozialamt blieben drei Tage ohne Ergebnis. Der verordnete **Verbandswechsel** und die **Thromboseprophylaxe** unterblieben durch die Fehlentscheidung des medizinisch unqualifizierten Sachbearbeiters. Eine erneute notfallmäßige Aufnahme mit mehrtägigem stationären Aufenthalt war die Folge.
- Anfang 2012: Ein Sachbearbeiter der ZLA lehnt die vom Allgemeinarzt verordnete **Physiotherapie nach Schlaganfall** ab. Er brauche dazu erst eine ausführliche inhaltliche Begründung von einem Neurologen. Auf Frage wer sein Vorgesetzter sei erklärt er einer ehrenamtlichen Unterstützerin, eine solchen gebe es nicht.
- Sommer 2012: Für einen neu eingereisten **querschnittgelähmten Asylbewerber** lässt die ZLA **Heil- und Hilfsmittel** und **Inkontinenzhilfen** vom Amtsarzt prüfen. Dies führte zu wochenlangen Verzögerungen und massiven Problemen wie Einnässen, fehlende Mobilität außer Haus, fehlender Duschstuhl etc.
- Sozialamt Charlottenburg-Wilmersdorf 2010: Ein Asylsuchender spricht wegen akuter **Hodenschmerzen vor**. **Der Sachbearbeiter verlangt einen Terminzettel vom Arzt** als Nachweis. Der Flüchtling bekommt dafür vier Tage später einen **Sozialamtstermin**. Der Kranke begibt sich in die Notaufnahme, die jedoch keine Antibiotika auf Kosten des Sozialamts verordnen kann. Mit dem Behandlungsprotokoll der Notaufnahme erhält er den Krankenschein. Erst 5 Tage nach Auftreten der Erkrankung erhält er das Antibiotikum auf Rezept. Folge: gefährliche Verzögerung der Behandlung, vermeidbare Schmerzen, ggf. dauerhafte Gesundheitsschäden.
- Sommer 2012: Nach einem Sportunfall wurde eine **Eisenschraube** in einen gebrochenen Finger eingesetzt, die nach ärztlicher Maßgabe nach spätestens 6 Wochen wieder entfernt werden muss. Die ZLA verzögert die Entfernung wochenlang, die deshalb erst nach 15 Wochen erfolgt. Die ZLA verzögert dann die Bewilligung der sofort im Anschluss nötigen **Physiotherapie** und lässt die Verordnung erneut durch den amtsärztlichen Dienst prüfen. Die Physiotherapie wird schließlich erst nach neun Monaten und zahlreichen Interventionen von Ärzten und Unterstützern bewilligt. Inzwischen ist der Finger jedoch derart versteift, dass eine Physiotherapie nicht mehr greift und der Finger voraussichtlich erneut gebrochen werden muss, um ihn zu korrigieren. Kommentar einer ehrenamtlichen Unterstützerin: **"Der Betroffene hat über Monate Schmerzen erlitten und es wurde deutlich, dass das Vorgehen des Sozialamts aus menschlicher, medizini-**

¹⁰¹ www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/BE_Krankenschein_2016.pdf.

*scher und ökonomischer Sicht keinen Sinn macht.*¹⁰²

- Im Mai 2016 kam es in **Berlin** zu einem Suizid durch Sprung aus einer mehrgeschossigen provisorischen Massenunterkunft. Das LAGeSo hatte sich über Wochen geweigert, der offensichtlich schwerst traumatisierten Geflüchteten eine **Unterkunft mit therapeutischer Betreuung** für besonders Schutzbedürftige zur Verfügung zu stellen.

Restriktive Rechtsprechung und Behördenpraxis bei der Psychotherapie

Psychotherapie ist für AsylbLG-Berechtigte aufgrund traumatisierender Kriegs-, Verfolgungs- und Fluchtschicksale und oft deprimierender Lebensumstände im Zufluchtsland häufig notwendig. Eine psychotherapeutische Versorgung scheidet jedoch oft an den Regelungen des AsylbLG. Die hierfür seit Februar 1995 geltenden Maßgaben der **Asylaufnahme-RL** der EU hat der Gesetzgeber unter Verstoß gegen Europarecht bis heute nicht umgesetzt.

In der behördlichen und gerichtlichen Praxis bleibt es meist dem **Zufall** überlassen, ob psychotherapeutische Hilfen genehmigt werden. Das Spektrum reicht von Bewilligungen einschließlich notwendiger Fahrt- und Dolmetscherkosten über einen extremen Begründungs- und Prüfaufwand mit Einschaltung von Amtsärzten etc. mit Bearbeitungsdauer von einem Jahr und mehr bis zur generellen Ablehnung, da eine sprachkundige Therapie vor Ort nicht verfügbar sei, oder weil eine medikamentöse Behandlung und bei Bedarf die Einweisung in die Psychiatrie als ausreichend anzusehen seien.

Dringend behandlungsbedürftige **psychische Störungen werden** von Behörden und Gerichten häufig **als gegenstandslos entlarvt**, weil die Traumatisierung nicht gerichtsfest bewiesen sei. Zur Illustration sei auf - positive wie negative - Beispiele aus der Rechtsprechung verwiesen:

- Das Sozialamt Hilden entwickelte eine Argumentation, mit der das Amt **jede Psychotherapie nach AsylbLG ablehnen** kann - angeblich um Schaden für den Patienten abzuwenden: *"Aufgrund der amtsärztlichen Untersuchung durch Herrn Dr ... muss ich Ihnen leider mitteilen, dass die von Ihnen gewünschte Psychotherapie nicht durch das Sozialamt übernommen wird. Eine Psychotherapie ist nur dann sinnvoll, wenn eine muttersprachlicher Psychotherapeut zur Verfügung steht und zudem der Aufenthalt auch langfristig gesichert ist. In Ihren Fall kann nicht davon ausgegangen werden, dass Sie einen langfristigen Aufenthalt in Deutschland haben werden, da Ihre Duldung nur für kurze Zeiträume verlängert wird. Ein vorzeitiger Abbruch einer solchen Psychotherapie kann laut Herrn Dr. zu einer Retraumatisierung und damit zu einer schweren psychischen Krise führen."*¹⁰³
- Das OVG Münster bestätigt die Ablehnung mit Beschluss v. 20.08.03: **Kein Anspruch auf Psychotherapie**, weil das depressive Syndrom keine akute Erkrankung im Sinne des § 4 sei. Für chronische Erkrankungen bestehe abgesehen von der Schmerzbehandlung kein Behandlungsanspruch. Dass Psychotherapie eine taugliche Behandlungsmaßnahme ist, sei nicht glaubhaft gemacht. Ausweislich amtsärztlicher Stellungnahmen sei die psychische Störung der Antragstellerin zwar dringend behandlungsbedürftig, wobei die erste Stellungnahme aber auf eine **medikamentöse Therapie** verweist. Eine Psychotherapie erachte die zweite Stellungnahme nur unter der Voraussetzung für sinnvoll, dass der **Aufenthalt langfristig gesichert** ist, weil ein vorzeitiger Therapieabbruch zur Retraumatisierung führen könnte. Ein dauerhafter Aufenthalt liege bei der **geduldeten** Antragstellerin aber nicht vor.¹⁰⁴
- OVG Lüneburg v. 22.09.99. **Anspruch auf ambulante Psychotherapie** anerkannt, offen gelassen

¹⁰² Bericht ehrenamtliche Fußballtrainerin "Champions ohne Grenzen", letzte Seite hier: www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Verweigerte_Rettungsdienste_und_Wachschutz_Berlin.pdf.

¹⁰³ Bescheid v. 9.7.2002 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/M4358.pdf.

¹⁰⁴ OVG Münster 16 B 2140/02, B.v. 20.08.03; www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/M4358.pdf.

ob nach § 4 oder § 6 AsylbLG.¹⁰⁵

- OVG Berlin v. 03.04.01. **Anspruch auf Fahrtkosten zur Psychotherapie** im Behandlungszentrum für Folteropfer anerkannt, offen gelassen ob nach §§ 4 oder 6 AsylbLG.¹⁰⁶
- OVG Lüneburg v. 06.07.04. **Kein Anspruch auf Psychotherapie**, weil der Antragsteller im Landeskrankenhaus im Zuge einer Unterbringung nach dem PsychKG medikamentös therapiert und ohne Anhaltspunkte für eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung entlassen worden sei. Das die Therapie befürwortende **psychologische Gutachten** gehe davon aus, dass die Schilderungen über **Folterungen in der Türkei der Wahrheit** entsprechen, ohne sich jedoch damit auseinander zu setzen, dass das **Asylverfahren keinen Erfolg** hatte.¹⁰⁷
- LSG Thüringen v. 22.08.05. **Kein Anspruch auf Psychotherapie**, weil der vom Gericht beauftragte Gutachter die posttraumatische Belastungsstörung der Antragstellerin bezweifelt. Sie habe die Ausländerbehörde über ihre Identität getäuscht, mit derselben Begründung auch ein Abschiebehindernis geltend gemacht, und die erstmals sechs Jahre nach Einreise **behauptete Vergewaltigung** weder bei der Polizei im Heimatland noch bei ihrer Einreise in Deutschland angezeigt.¹⁰⁸
- SG Frankfurt/Main v. 16.01.06. Anspruch auf **Betreutes Wohnen** nach § 6 AsylbLG zur Sicherung eines **drogenfreien Lebens**, wenn die Gefahr bestehe, dass durch das Ende der Betreuung ein gesundheitlicher Rückfall eintritt.¹⁰⁹
- SG Aachen v. 02.06.08. **Zwangseinweisung statt Psychotherapie**. Nach AsylbLG besteht kein Anspruch auf ambulante Psychotherapie. Wäre ein Antragsteller akut suizidgefährdet, bietet insoweit das **PsychKG ausreichend Hilfen** an, die der Antragsteller in Anspruch nehmen könnte. Die dort vorgesehenen Maßnahmen reichen von der Aufforderung, in der Sprechstunde des sozialpsychiatrischen Dienstes zu erscheinen, bis zur **Einweisung in die Psychiatrie**.¹¹⁰
- SG Landshut U.v. 24.11.15, S 11 AY 11/14, ZFSH/SGB 2016, 216. Asylbewerber haben **keinen Anspruch auf Psychotherapie** bei chronischer psychischer Erkrankung, weder nach § 4 oder 6 AsylbLG noch nach der EU-AsylaufnahmRL.

Verweigerte Hilfe für Behinderte

Berliner Beratungsstellen, darunter das Behandlungszentrum für Folteropfer, die Lebenshilfe und die Beratungsstelle für behinderte Flüchtlinge des Berliner Zentrums für Selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen berichten uns von der monatelangen Verzögerung und Verweigerung von Hilfen für behinderte Menschen nach dem AsylbLG. Einige aktuelle Beispiele:

- Für eine 30jährige AsylbLG-Berechtigte mit einer schweren und schmerzhaften Gehbehinderung lehnt das Sozialamt immer wieder die ärztlich verordneten **orthopädischen Schuhe, Physiotherapie und Mobilisierungshilfen** ab. Das Sozialamt ist der Auffassung, orthopädische Schuheinlagen seien hier als einzige Hilfe ausreichend.
- Für eine Frau mit **erheblicher Seh- und Hörbeeinträchtigung** und schwerer Traumatisierung, die mit Außenstehenden garnicht und mit Angehörigen nur schwer kommunizieren kann, werden

¹⁰⁵ OVG Lüneburg 4 M 3551/99 v. 22.09.99, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1463.pdf.

¹⁰⁶ OVG Berlin 6 S 49.98, B.v. 03.04.01, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1620.pdf.

¹⁰⁷ OVG Lüneburg 12 ME 209/04, B.v. 06.07.04, www.asyl.net/Magazin/Docs/2004/M-4/5594.pdf.

¹⁰⁸ LSG Thüringen L 8 AY 383/05 ER, B.v. 22.08.05, www.sozialgerichtsbarkeit.de.

¹⁰⁹ SG Frankfurt/Main S 20 AY 1/06, B.v. 16.01.06, www.sozialgerichtsbarkeit.de.

¹¹⁰ SG Aachen S 20 AY 110/08 ER, B.v. 02.06.08 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2200.pdf.

die ärztlich verordneten **Hörgeräte** vom Sozialamt verweigert.

- Für ein Kind mit schwerer progressiver Behinderung, das nicht selbständig sitzen, stehen und gehen kann, wurden ärztlich verordnete, der körperlichen Entwicklung angepasste **orthopädische Stutzmittel** abgelehnt. Stattdessen bekam das ca. 1,50 m große Kind vom Sozialamt als "Hilfsmittel" einen nicht angepassten Leihrollstuhl und einen Buggy. Im Ergebnis steht jetzt durch die verweigerten Hilfsmittel der **Erfolg einer aufwändigen OP** zur Behandlung der Behinderung in Frage.¹¹¹
- Für ein siebenjähriges Kind, das aufgrund schwerster Mehrfachbehinderung auf **Inkontinenz-Material** (täglich mehrfacher Windelwechsel) angewiesen war, wurde das Inkontinenz-Material vom Sachbearbeiter eigenmächtig auf die Hälfte des ärztlich verordneten Bedarfs **reduziert**.

Dokumentieren möchten wir auch noch einige etwas länger zurückliegende Ablehnungen von Hilfsmitteln für behinderte Flüchtlinge mit der Begründung, diese seien "**nicht lebensnotwendig**".

- Der Flüchtlingsrat **Niedersachsen** berichtete uns über eine verweigerte Augen-OP für einen sehbehinderten 13jährigen Jungen und die Ablehnung eines **Hörgerätes** nach AsylbLG mit der Begründung, es werde "nur das Lebensnotwendige" geleistet.¹¹²
- Das Sozialamt **Prenzlauer Berg** verweigerte einem Kosovo Albaner, bei dem ein Bein um 20 cm verkürzt war, die ärztlich verordneten **orthopädische Schuhe**, da diese "*nicht lebensnotwendig im Sinne des § 4 AsylbLG*" seien.¹¹³
- Das Sozialamt **Berlin-Charlottenburg** verweigerte schwerst spastisch behinderten geduldeten bosnischen Zwillingen **Rollstühle**, obwohl die 13jährigen Jungen keinen Schritt selbständig gehen konnten und aufs WC getragen werden mussten. Im Ablehnungsbescheid steht, dass "*bei Nichtgewährung dieser Leistungen Gefahr für Leib und Leben nicht besteht.*" Auf Widerspruch hin erstellte ein Amtsarzt am Schreibtisch ein die Rollstühle ablehnendes "*landesärztliches Gutachten*", ohne die Kinder je untersucht zu haben. Hätte er das getan, wäre ihm zumindest aufgefallen das es sich um zwei Kinder handelt, denn auch das übersieht sein "Gutachten". Der Sozialstadtrat unterstellte, die Rollstühle wären "*aus Bequemlichkeit*" beantragt worden. Nachdem ARD-"Monitor" berichtet, werden die Rollstühle sofort bewilligt.¹¹⁴

Die **Beratungsstelle für behinderte Flüchtlinge** des **BZSL Berlin** - Berliner Zentrum für Selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen - hat im Juli 2014 eine Fallsammlung erstellt. Das BZSL konstatiert **grundsätzliche Schwierigkeiten** mit einer zeitnahen medizinischen Versorgung behinderter Asylsuchender, auch bei der Versorgung behinderter Kinder.¹¹⁵

- Dies betreffe u.a. Physiotherapie, stationäre **Reha bei Krebs** und anderen chronischen Erkrankungen und **nach OPs**, hinausgezögerte Genehmigungen für **stationäre Behandlungen**, fehlende Kostenübernahmen für Sprachmittler bei einer ambulanten Vorbereitung auf OPs, angepassten Zahnersatz sowie psychotherapeutischen Behandlungen einschließlich Sprachmittlerkosten.
- Für **schwerbehinderte mobilitätseingeschränkte Menschen** sei es fast unmöglich Bewilligungen zu erhalten für angepasste Rollstühle (Verzögerungen bis zu einem Jahr), elektrische Rollstühle

¹¹¹ Vgl. dazu ausführlich die Dokumentation von Lebenshilfe und HVD "Flüchtlingskinder mit Behinderungen - Menschenrechtsverletzungen in Berlin, www.menschenkind-berlin.de/sites/menschenkind-berlin.de/files/HVD_Menschenkind_Fluechtlingskinder.pdf

¹¹² www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/AugenOP_Hoergeraet.pdf

¹¹³ www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/orthopaedische_Schuhe.pdf

¹¹⁴ www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Bosnische_Zwillinge.pdf

¹¹⁵ Vgl. Fallsammlung des BZSL www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/BZSL_Fallbespiele_Juni2014.pdf

le, Pflegebetten, orthopädische Schuhe und Inkontinenzmaterialien. Probleme gebe es auch mit der Genehmigung von Eingliederungshilfen z.B. für betreutes Wohnen und familienentlastende Dienste, sowie mit Erstorientierung und **Sprachkursen für Blinde**, Sehbehinderte oder Schwerhörige, da keine Hilfsmittel zum Ausgleich der Behinderung genehmigt würden.

Zähne ziehen als Regelstandard nach § 4 AsylbLG

Die Einschränkung des Behandlungsanspruchs nach § 4 AsylbLG auf akute und schmerzhaftes Krankheiten wird von den Leistungsbehörden vielerorts so ausgelegt, dass **Zähne nur per Extraktion behandelt** werden dürften.

Kostenübernahmen für Zahnvorsorge und -versiegelung, reguläre Kariesbehandlungen, Paradontosebehandlung, kieferorthopädische Maßnahmen und Wurzelbehandlungen werden vielerorts ebenso wie Zahnersatz generell verweigert. Meist fügen sich Zahnärzte solchen Maßgaben der Behörden, so dass den Patienten nach dem AsylbLG nur eine Zahnmedizin auf dem Niveau der mittelalterlichen **Bader** bzw. **Zahnreißer** zuteil kommt, oft genug ohne jede Information über mögliche Alternativen.

- So wird aus **Thüringen** berichtet, dass Zahnerkrankungen selbst bei Kindern erst dann behandelt werden, wenn sie akut sprich "*schmerzhaft*" geworden sind. Die Zähne werden auch dann **nur provisorisch mit Zahnzement** gefüllt und wenn sie weiter Schmerzen machen gezogen.¹¹⁶

Ausführlich diskutiert das **Fachmagazin ZM-Online** das medizinethische **Dilemma der Zahnärzte**, die sich in Thüringen vor die Wahl gestellt sehen, grundsätzlich erhaltungswürdige Zähne zu ziehen oder zahnerhaltende Behandlungen auf eigene Kosten durchzuführen. Zahnerhaltende oder prothetische Behandlungen würden die kommunalen Sozialämter von einer vorherigen Antragstellung abhängig machen und stets ablehnen. Der Zahnarzt müsse sich zwischen der nach medizinischem Standard und Ethik gebotenen Behandlung und der medizinisch und wirtschaftlich unsinnigen Zahnextraktion als einziger vom Sozialamt akzeptierter Behandlungsalternative entscheiden.¹¹⁷

- Zahnkrankenscheine in **Bochum** sind laut Aufdruck "**nur zur Schmerzbehandlung oder Abwendung erheblicher Gesundheitsschäden**" gültig, "*sofern die Behandlung keinen Aufschub duldet*". Ein Leistungskatalog der Stadt zu § 4 AsylbLG schließt u.a. **einfache einflächige Zahnfüllungen** aus, wenn diese ohne Anästhesie erfolgen. Zahnärzten wurde die entsprechende Kostenerstattung verweigert.¹¹⁸

Der Würzburger Zahnarzt Tim Strasen hat im Rahmen seiner Doktorarbeit den **Zahnstatus der Kinder der Sammelunterkunft Würzburg** systematisch untersucht. Während sich bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland der mit dem DMFT-Index gemessene Zahnstatus mit steigendem Alter regelmäßig verbessere, hätten die Zahnprobleme der untersuchten Flüchtlingskinder während ihres Aufenthaltes in der Würzburger Unterkunft zugenommen, ihr Zahnstatus habe sich rapide verschlechtert. Als das eigentliche Problem nennt der Autor die Gesetzeslage bei der zahnmedizinischen Versorgung von Flüchtlingen. Die nämlich tendiere in Würzburg gegen null, stellt Strasen fest:

"Vorsorge ist für Flüchtlinge ohne einen Aufenthaltstitel nicht vorgesehen, auch nicht für Kinder. Sie bekommen - anders als regulär gesetzlich oder privat versicherte Kinder - weder die Furchen in ihren Backenzähnen zum Schutz vor Karies versiegelt noch eine Fluor-Behandlung mit Tabletten. Und selbst wenn sie Karies haben, wird erst geholfen, wenn auch Schmerzen dabei seien. Also: zu spät. *"Karies kann sehr lange schmerzlos sein"*, sagt Stra-

¹¹⁶ Vgl. Dokumentation Flüchtlingsrat Thüringen, "*Nur provisorische Zahnfüllungen in Thüringen?*"

www.fluechtlingsrat-thr.de/index.php/themen-thueringen/asylblg und www.fluechtlingsrat-thr.de/index.php/presse/432-23-jan-2013-nur-provisorische-zahnfuellungen-fuer-fluechtlinge.

¹¹⁷ ZM-Online Heft 04/2013, Der klinisch-ethische Fall - „Eingeschränkte Krankenhilfe“ bei Asylbewerbern www.zm-online.de/hefte/Eingeschraenkte-Krankenhilfe-bei-Asylbewerbern_100275.html.

¹¹⁸ www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Zahnkrankenschein_Bochum.pdf.

sen. Wenn es dann wehtue, müsse der Zahn oft ganz raus. Ein kleiner Karies koste knapp 60 Euro bei der Behandlung, ein Jahr später schlage großer Karies mit mehr als 100 Euro zu Buche, so der Mediziner. *"Die Extraktion ist noch einmal wesentlich teurer."* Die Verweigerung von Vorsorge sowie einer rechtzeitigen Behandlung von Karies lohne sich für den Staat nicht: *"Sobald die Flüchtlinge einen Aufenthaltstitel haben, gehen sie zum Arzt und lassen sich alle Zähne richten - zu Recht!"*¹¹⁹

Man mag einwenden, dass die verantwortlichen Behörden in Würzburg das AsylbLG zu restriktiv auslegen. Allerdings bilden die Regelungen § 4 AsylbLG die Legitimationsbasis für die beschriebene Rechtspraxis der Behörden in Bayern und anderswo. Auch zwanzig Jahre nach Inkrafttreten des AsylbLG wurde durch Rechtschutzverfahren keine Abhilfe gegen die beschriebene Behördenpraxis geschaffen.

- **§ 4 AsylbLG hat sich auch im Bereich der Zahnmedizin als ungeeignet erwiesen, eine menschenrechts- und verfassungskonforme medizinische Versorgung sicherzustellen.**

Mehrkosten für die Minimalmedizin - Evaluation Flüchtlingsrat

Die medizinische Versorgung für AsylbLG-Berechtigte wird nach §§ 4 und 6 AsylbLG vom Sozialamt unmittelbar erbracht. Leistungsberechtigte nach § 2 AsylbLG erhalten hingegen gemäß § 264 Abs. 2 SGB V eine Krankenversicherten-Chipkarte mit dem **regulären Leistungsumfang** einer gesetzlichen Krankenkasse.¹²⁰ Somit existiert eine geeignete Kontrollgruppe für einen Kostenvergleich.

Die **AsylbLG-Statistik** weist für die Minimalmedizin nach §§ 4 und 6 AsylbLG gegenüber der regulären Behandlung nach § 2 AsylbLG per Chipkarte auf dem Leistungsniveau der GKV erhebliche **Mehrkosten** aus. Die Minimalmedizin nach §§ 4 und 6 AsylbLG war in den Jahren 2006 bis 2010 pro Kopf und Jahr stets **teurer** als eine reguläre medizinische Versorgung.

Die Statistik erfasst jeweils die Ausgaben für das gesamte Kalenderjahr, die Zahl der Leistungsberechtigten aber nur am Ende des Kalenderjahres. Da die Zahl der Leistungsberechtigten nach § 4 zum Ende der Kalenderjahre 2011 bis 2013 aufgrund der deutlich gestiegenen Zugänge Asylsuchender jeweils weit über dem Jahresdurchschnitt lag, ergeben sich in der nachfolgenden Tabelle **vermeintlich gesunkene Kosten nach § 4 AsylbLG** in 2011 - 2013. Die realen Kosten pro Person und Jahr dürften deutlich höher gelegen haben.

Im Ergebnis ergeben sich auch für 2011 bis 2013 erhebliche **Mehrkosten** der Versorgung nach §§ 4 und 6 AsylbLG. Hingegen blieben die Kosten nach § 2 AsylbLG ebenso wie die Zahl der Leistungsberechtigten nach § 2 konstant. Für eine genaue Berechnung müsste der Mittelwert der pro Kalenderjahr anwesenden Leistungsberechtigten gewählt werden, Daten hierzu fehlen jedoch in der amtlichen Statistik. Aus diesen Gründen kann auch eine Evaluation für 2014 und 2015 nur zu sinnvollen Ergebnissen führen, wenn Daten zum Mittelwert der im Kalenderjahr anwesenden Leistungsberechtigten vorliegen.

Tabelle Krankenhilfeausgaben nach AsylbLG - Summe aller Bundesländer¹²¹

¹¹⁹ Mainpost 12.01.2014: "Bei Flüchtlingen: Zahn ziehen statt plombieren. Zahnärzte dürfen bei Flüchtlingskindern nur eines tun: Ziehen – Ein Würzburger hat die Folgen untersucht."

www.mainpost.de/regional/franken/Bei-Fluechtlingen-Zahn-ziehen-statt-plombieren;art1727,7886375

¹²⁰ Die Krankenkasse erbringt die Leistungen im Auftrag des Sozialamts und rechnet sie dort quartalsweise ab. Beansprucht werden kann der reguläre Behandlungsumfang gesetzlich Versicherter. Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung besteht nach § 264 SGB V jedoch nicht, insoweit bleibt es bei Hilfen des Sozialamts analog § 61ff. SGB XII.

¹²¹ Quelle: www.destatis.de, Asylbewerberleistungsstatistiken 2006 - 2012, Emailauskunft statistisches Bundesamt für 2013. Eigene Berechnung der Ausgaben Person/Jahr.

2013	Ausgaben/Jahr	Leistungsberechtigte	Ausgaben Person/Jahr
Ausgaben § 4 AsylbLG	262,5 Mio €	188 624	1 391,66 €
Ausgaben § 6 AsylbLG	40,0 Mio €	188 624	212,06 €
Ausgaben §§ 4 und 6 gesamt	302,5 Mio €	188 624	1 603,72 €
Ausgaben § 2 AsylbLG für 5. - 9. Kap SGB XII	59,8 Mio €	36 369	1 644,26 €

2012	Ausgaben/Jahr	Leistungsberechtigte	Ausgaben Person/Jahr
Ausgaben § 4 AsylbLG	194,2 Mio €	128 284	1 514,15 €
Ausgaben § 6 AsylbLG	30,7 Mio €	128 284	239,30 €
Ausgaben §§ 4 und 6 gesamt	224,9 Mio €	128 284	1 753,45 €
Ausgaben § 2 AsylbLG für 5. - 9. Kap SGB XII	60,3 Mio €	36 960	1 631,74 €

2011	Ausgaben/Jahr	Leistungsberechtigte	Ausgaben Person/Jahr
Ausgaben § 4 AsylbLG	160,3 Mio €	103 778	1 544,64 €
Ausgaben § 6 AsylbLG	25,6 Mio €	103 778	246,68 €
Ausgaben §§ 4 und 6 gesamt	185,9 Mio €	103 778	1 791,32 €
Ausgaben § 2 AsylbLG für 5. - 9. Kap SGB XII	62,5 Mio €	39 920	1 565,63 €

2010	Ausgaben/Jahr	Leistungsberechtigte	Ausgaben Person/Jahr
Ausgaben § 4 AsylbLG	148,1 Mio €	90 546	1 635,63 €
Ausgaben § 6 AsylbLG	22,4 Mio €	90 546	247,39 €
Ausgaben §§ 4 und 6 gesamt	170,2 Mio €	90 546	1 879,71 €
Ausgaben § 2 AsylbLG für 5. - 9. Kap SGB XII	55,9 Mio €	39 751	1 406,25 €

2009	Ausgaben/Jahr	Leistungsberechtigte	Ausgaben Person/Jahr
Ausgaben § 4 AsylbLG	133,0 Mio €	81 314	1 635,60 €
Ausgaben § 6 AsylbLG	20,0 Mio €	81 314	245,96 €
Ausgaben §§ 4 und 6 gesamt	153,0 Mio €	81 314	1 881,59 €
Ausgaben § 2 AsylbLG für 5. - 9. Kap SGB XII	49,7 Mio €	39 921	1 244,96 €

2008	Ausgaben/Jahr	Leistungsberechtigte	Ausgaben Person/Jahr
Ausgaben § 4 AsylbLG	150,0 Mio €	87 894	1 706,60 €
Ausgaben § 6 AsylbLG	19,0 Mio €	87 894	216,17 €
Ausgaben §§ 4 und 6 gesamt	169,0 Mio €	87 894	1 922,77 €
Ausgaben § 2 AsylbLG für 5. - 9. Kap SGB XII	57,2 Mio €	39 971	1 431,04 €

2007	Ausgaben/Jahr	Leistungsberechtigte	Ausgaben Person/Jahr
Ausgaben § 4 AsylbLG	182,7 Mio €	107 200	1 704,29 €
Ausgaben § 6 AsylbLG	24,3 Mio €	107 200	226,68 €
Ausgaben §§ 4 und 6 gesamt	207,0 Mio €	107 200	1 930,97 €
Ausgaben § 2 AsylbLG für 5. - 9. Kap SGB XII	65,3 Mio €	46 100	1 416,49 €

2006	Ausgaben/Jahr	Leistungsberechtigte	Ausgaben Person/Jahr
Ausgaben § 4 AsylbLG	225,6 Mio €	140 650	1 603,98 €
Ausgaben § 6 AsylbLG	22,1 Mio €	140 650	157,13 €
Ausgaben §§ 4 und 6 gesamt	247,7 Mio €	140 650	1 761,11 €
Ausgaben § 2 AsylbLG für 5. - 9. Kap SGB XII	57,9 Mio €	52 912	1 094,27 €

Die AsylbLG-Statistik weist die **Ausgaben nach § 4 und nach § 6 jeweils als Gesamtwert** aus. Die Ausgaben nach § 6 beinhalten dabei neben der Behandlung chronischer Krankheiten insbesondere auch Erstaussstattungen bei Schwangerschaft und Geburt sowie Hilfen bei Behinderung und Pflegebedürftigkeit.

Den Ausgaben nach §§ 4 und 6 sind die Kosten der Krankenbehandlung nach § 2 gegenüberzustellen, die die AsylbLG-Statistik nur als **Gesamtwert der Ausgaben nach dem 5. - 9. Kapitel SGB XII** ausweist. Die Ausgaben nach dem 5. - 9. Kapitel SGB XII umfassen neben der Behandlung akuter und chronischer Krankheiten jedoch ebenfalls eine Reihe weiterer Hilfen, etwa bei Behinderung und Pflegebedürftigkeit, nach § 6 AsylbLG nicht mögliche pauschale Pflegegeldleistungen u.a.m.

Die **realen Kosten** der Gesundheitsversorgung **nach § 2 AsylbLG sind daher noch niedriger** als die in der obigen Tabelle angegebene Gesamtsumme der Leistungen nach dem 5 -9. Kapitel SGB XII.

Mögliche **Ursachen der höheren Kosten der Krankenhilfe nach § 4 AsylbLG** sind aufwändigere Behandlungen durch unnötig verschleppte und verschlimmerte Krankheiten, vermehrte Inanspruchnahme von Rettungs- und Notdiensten mangels Möglichkeit ohne Krankenschein spontan einen niedergelassenen Arzt aufzusuchen und wegen verschleppter Krankheiten, Doppelbehandlungen wegen der Notwendigkeit ambulanter Weiterbehandlung nach Inanspruchnahme von Notdiensten, fehlende Fachkenntnis und Interventionsmöglichkeiten seitens der Sozialämter zur Kontrolle ärztlicher Abrechnungen, die üblicherweise "blind bezahlt" werden und nicht der Budgetierung der GKV unterliegen.

Die gegenüber einer Einbeziehung in die GKV **höheren Bürokratiekosten** durch die aufwändige Administration des Sondersystems des § 4 AsylbLG bei den kommunalen Sozialämtern, die Einschaltung von Amtsärzten etc. sind im Kostenvergleich nach der AsylbLG-Statistik noch nicht enthalten.

Mehrkosten der AsylbLG-Minimalmedizin - Studie Uni Bielefeld

Eine im Juli 2015 veröffentlichte Studie von Wissenschaftlern der **Universität Bielefeld** und des **Uniklinikums Heidelberg** belegt, dass die ethisch umstrittenen Einschränkungen der Gesundheitsversorgung nach dem AsylbLG auch wirtschaftlich keinen Sinn machen.¹²² Die jährlichen Pro-Kopf Ausgaben für die medizinische Versorgung Asylsuchender mit eingeschränktem Zugang zu medizinischer Versorgung waren demnach in den vergangenen 20 Jahren circa **40 Prozent bzw. 376 Euro höher** als bei Asylsuchenden, die bereits Anspruch auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung haben. Die Wissenschaftler haben Daten des statistischen Bundesamtes aus 1994 bis 2013 ausgewertet und kommen zu dem Ergebnis: Dürfen Asylsuchende ohne bürokratische Hürden und ohne Leistungseinschränkungen Regelversorger wie Allgemein-, Haus- und Kinderärzte aufsuchen, sind die Gesundheitsausgaben niedriger. Unterschiede im Bedarf - gemessen an Alter, Geschlecht, Herkunftskontinent und Unterbringungsart - konnten die Ausgabenunterschiede zum Teil jedoch nicht gänzlich erklären.

Die Studie belegt nach Auffassung der Autoren, dass eine bundesweite Umsetzung des Bremer Modells, bei dem seit 2005 bürokratische Hürden abgebaut wurden, nicht zwingend mit Mehrkosten verbunden ist. Es sei wichtig, **so früh wie möglich eine Anbindung an die Regelversorgung** und somit eine umfassende Versorgung mit primärmedizinischen Maßnahmen sicherzustellen. Dies sei nicht nur ethisch geboten, sondern würde auch gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigen, die mittlerweile international unumstritten seien. Eine qualitativ gute, bedarfsgerechte und kostengünstige Versorgung sei vor allem durch integrierte, primärmedizinisch orientierte Systeme zu erreichen. **Parallelsysteme hingegen seien teuer und ineffizient**, vor allem wenn sie Teile der Bevölkerung von der Versorgung ausschließen.

Keine Mehrkosten der Gesundheitskarte - Beispiel Hamburg

¹²² Bozorgmehr K, Razum O (2015) Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013, <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0131483>.

Vgl. dazu Pressemitteilung Uni Bielefeld 23.07.2015, Arztbesuche für Asylsuchende ohne bürokratische Hürden (Nr. 103/2015) - Studie belegt Kosteneinsparung bei Regelversorgung http://ekvv.uni-bielefeld.de/blog/pressemitteilungen/entry/arztbesuche_für_asylsuchende_ohne_bürokratische.

Die Hansestadt Hamburg hat im Dezember 2014 in Berlin einen Fachtag zur Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen durchgeführt.¹²³ Der Leiter der Abteilung Soziales bei der Hamburger Sozialbehörde BASFI hat dort eine Evaluation zur zum 1. Juli 2012 in Hamburg eingeführten eGK nach AsylbLG präsentiert. Die Untersuchung ergab, dass im ersten Halbjahr 2012 im Vergleich zum 2. Halbjahr 2012, also vor und nach Einführung der Karte, die Gesundheitskosten pro Kopf und Monat gleich geblieben sind. Hingegen sind die Administrationskosten für die Stadt Hamburg um mehr als die Hälfte gesunken.¹²⁴

Ärzte fordern Gleichstellung Asylsuchender mit Krankenversicherten

Seit Inkrafttreten des AsylbLG konstatiert die Ärzteschaft regelmäßig, dass die medizinische Versorgung nach dem AsylbLG nicht funktioniert.

Die **Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer ZEKO** erklärt in ihrer im Mai 2012 veröffentlichten Stellungnahme zur *"Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund"* die Administration des Zugang zur medizinischen Versorgung nach AsylbLG durch medizinisch nicht sachkundiges Personal bei Sozialämtern und in Gemeinschaftsunterkünften und die Einschränkung des Behandlung chronischer Erkrankungen aus medizinisch-ethischer Sicht für unzulässig:

*"Die Gefahr, dass gesundheitliche Risiken falsch eingeschätzt werden, ist hoch, gerade auch bei kranken Kindern. Eigentlich notwendige Behandlungen, die einer Chronifizierung von Krankheitszuständen vorbeugen könnten, werden ggf. unterlassen, was nicht selten irreparable Folgeschäden sowie spätere kostenintensive Behandlungen nach sich zieht. ... Notwendige, medizinisch indizierte Behandlungen, für die es im Prinzip eine Finanzierungsmöglichkeit gibt, dürfen nicht deshalb unterlassen werden, weil dem Patienten eine Ausweisung droht."*¹²⁵

Auf **Bundesärzttagen** wird regelmäßig die Gleichstellung AsylbLG-Berechtigter mit regulär Krankenversicherten gefordert, zuletzt auf dem 117. Deutschen Ärztetag im **Mai 2014** in Düsseldorf:¹²⁶

"Für gleiche Rechte bei der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern und ihnen gleichgestellten Ausländern mit regulär Krankenversicherten"

... Die im AsylbLG vorgesehenen Leistungseinschränkungen sind in der Praxis oft umstritten und führen nicht selten zu zeitlichen Verzögerungen der Behandlung zu Lasten der Patienten. Dass die Leistungsgewährung nach § 6 AsylbLG in dem Ermessen von medizinisch nicht Sachkundigen in den Sozialämtern liegt, ist aus ärztlicher Sicht nicht verantwortbar.

Die Bestimmungen des AsylbLG zur Gesundheitsversorgung sind mit der vom Grundgesetz vorgegebenen Garantie eines menschenwürdigen Existenzminimums nicht vereinbar. Maßstab muss das medizinisch Notwendige sein, wie es im Rahmen der gesetzlichen Krankenver-

¹²³ Dokumentation des Fachtags www.hamburg.de/contentblob/4465734/data/gesundheitsversorgung-auslaender.pdf.

¹²⁴ Burmester, Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse, in Barwig u.a., Gerechtigkeit in der Migrationsgesellschaft, Hohenhgeimer Tage zum Ausländerrecht, 2015, Nomos Verlag 2016, S. 213. Eine erste Fassung des Beitrags ist in NDV Heft 3/2015 erschienen.

¹²⁵ Deutsches Ärzteblatt 3. Mai 2013, S. A899, www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stellungnahme.pdf.

¹²⁶ 117. Deutscher Ärztetag vom bis 2014, Beschlussprotokoll www.bundesaerztekammer.de/downloads/117DAETBeschlussprotokoll20140613.pdf, darin Top VII 66, *"Für gleiche Rechte bei der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern und ihnen gleichgestellten Ausländern mit regulär Krankenversicherten"*, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Aerztetag_2014_GKV_AsyblLG.pdf.

sicherung (GKV) vorgesehen ist. Davon ausgehend sollten die Leistungsempfänger nach dem AsylbLG künftig in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen werden.

Damit ginge ein erheblicher Bürokratieabbau bei Ländern und Kommunen einher, weil die aufwändige Leistungsbewilligung und Rechnungsprüfung bei den Trägern des AsylbLG entfällt. Statt eines Parallelsystems für einen relativ kleinen Personenkreis kann auf das bereits bestehende und spezialisierte System der Krankenkassen zurückgegriffen werden.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung festgestellt, dass die Grundleistungen nach § 3 AsylbLG verfassungswidrig sind, da Art. 1 GG in Verbindung mit Art. 20 GG ein Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums begründet. Dieses Grundrecht '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.'¹²⁷

Einbeziehung AsylbLG-Berechtigter in die Versicherungspflicht der GKV

Asylsuchende, aber auch viele bleibeberechtigte **Flüchtlinge** sind durch das faktische oder tatsächliche **Arbeitsverbot** vom Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung über ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis weitgehend ausgeschlossen. Von der die Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V werden sie ebenfalls ausgeschlossen, und zwar durch die **Ausschlussklauseln** des § 5 Abs. 8a und des Abs. 11 SGB V als "AsylbLG-Berechtigte", als "SGB XII-Bezieher", als "Ausländer mit Aufenthaltserlaubnis für weniger als 12 Monate" und/oder als "Ausländer mit Aufenthaltstitel, für den eine Verpflichtung zur Lebensunterhaltssicherung galt".

Hamburg hatte aufgrund seiner Erfahrungen mit der eGK nach § 264 Abs 1 SGB V im Oktober 2014 im Bundesrat einen **Gesetzesentwurf** vorgelegt, der AsylbLG-Berechtigte über die Erstattungsregelung des **§ 264 Abs. 2 SGB V** bundesweit in die Gesetzliche Krankenversicherung einbeziehen sollte. Ein neuer § 264 Abs. 8 SGB V sollte die Einbeziehung AsylbLG-Berechtigter und die Kostentragung des Bundes für den Verwaltungsaufwand der Krankenkassen regeln. Der Bundesrat hatte dem Antrag am 10.10.2014 zugestimmt,¹²⁷ ihn aber wegen des weiter oben dargestellten **Kompromisses zur AsylbLG-Novelle** vom November 2014 nicht weiter verfolgt

Das BMAS soll laut Hamburger Entwurf die Gelegenheit erhalten, **per Rechtsverordnung** mit Zustimmung des Bundesrates **leistungseinschränkende Maßgaben** bei der Krankenversorgung zu definieren. Somit bestünde die Gefahr, dass die Minimalmedizin des AsylbLG und damit verbundene Menschenrechtsverletzungen die Hintertür wieder eingeführt würde. Allerdings könnte ein definierter Ausschlusskatalog auch Rechtssicherheit schaffen, wie es etwa in Hamburg und Bremen der Fall ist.

Es gibt keine medizinethische Legitimation für das Vorenthalten des Menschenrechts auf Gesundheit. Ein menschenrechtlich tragbare Lösung erfordert eine generelle **Aufnahmepflicht** der **Gesetzlichen Krankenversicherung** für Asylsuchende, Geduldete, Ausreisepflichtige, für aufgenommene und für bleibeberechtigte Flüchtlinge in § 5 Abs. 1 SGB V.

- Notwendig ist die Einbeziehung aller AsylbLG-Berechtigten in die **Pflichtkrankenversicherung** nach **§ 5 Abs. 1 SGB V** und § 20 ff. SGB XI.
- Die **Ausschlüsse für Ausländer und Sozialhilfeberechtigte** aus der Gesetzlichen Krankenversicherung in **§ 5 Abs. 8a** und **Abs. 11 SGB V** sind ersatzlos zu streichen.

¹²⁷ BR Drs. 392/2/14 (neu) 10.10.2014 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/GE_Hamburg_BR_Medizin_101014.pdf.

- Hilfsweise könnte der Zugang zur GKV über das bürokratieaufwändigere Erstattungsverfahren nach § 264 Abs. 2 SGB V geregelt werden.
- Auf **neue Leistungseinschränkungen** für AsylbLG-Berechtigte ist zu **verzichten**. Solche Einschränkungen sind weder medizinethisch noch menschenrechtlich zu rechtfertigen

Versorgung nach § 6 AsylbLG als Rechtsanspruch ausgestalten

§ 6 Abs. 1 AsylbLG ist in der Praxis insbesondere als Ergänzung zur Krankenhilfe nach § 4 AsylbLG bedeutsam, weil nach § 6 auch die nach § 4 AsylbLG ausgeschlossene Behandlung **chronischer Erkrankungen** übernommen werden "**kann**", wenn dies zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich ist. Zudem "**können**" unerlässliche Sonderbedarfe etwa bei Schwangerschaft, Pflegebedürftigkeit, Behinderung usw., anerkannt werden. Allerdings unterlassen es vielfach Behörden und sogar Gerichte, Ansprüche nach § 6 AsylbLG etwa auf Behandlung chronischer Krankheiten überhaupt zu prüfen.¹²⁸

Ermessensleistungen, deren Umfang auf das "**Unerlässliche**" begrenzt ist, sind jedoch zur verfassungskonformen Existenzsicherung im Sinne des BVerfG-Urteils zum AsylbLG nicht geeignet. Rechtsprechung und Kommentierung betonen dabei das "**Gebot der restriktiv Auslegung**" des § 6 AsylbLG, da nach Sinn und Zweck des AsylbLG keine Gleichstellung mit SGB II/XII Berechtigten erfolgen dürfe, und Leistungen wegen der Maßgaben "**unerlässlich**" bzw. "**geboten**" nur in wenigen atypischen Fällen in Frage kämen.¹²⁹

Eine verfassungskonforme Existenzsicherung muss nach der Rechtsprechung des BVerfG zum AsylbLG und zum SGB II als **Rechtsanspruch** ausgestaltet sein.¹³⁰ Dies betrifft neben dem Lebensunterhalt ebenso die im 5. bis 9. Kapitel SGB XII geregelten **Bedarfe in besonderen Lebenslagen**, z.B. Hilfen bei Pflegebedürftigkeit, Hilfen für Behinderte, sonstige besondere Bedarfe wie Frauenhausaufenthalt oder Passkosten.

Die rein migrationspolitisch motivierte Beschränkung des Lebensunterhalts und der Krankenbehandlung auf das "Unerlässliche" ist im Hinblick auf das BVerfG-Urteil zum AsylbLG verfassungswidrig. Die Regelung führt in der Praxis regelmäßig zu monatelangen Prüfungen, zur Verschleppung, zu willkürlicher Handhabung und zur **Verweigerung erforderlicher Hilfen für Kranke und Behinderte**.

Nach § 6 **können** auch Leistungen zur Deckung besonderer Bedürfnisse von **Kindern** erbracht werden, sofern dies "**geboten**" ist. Zwar werden in den meisten Bundesländern inzwischen Leistungen des "Bildungspakets" teilweise oder ganz gewährt. Eine angemessene Versorgung chronischer Krankheiten und Behinderungen sowie erforderliche Leistungen zur Inklusion behinderter Kinder (zB Sehhilfen, Hörgeräte, Kinderrollstuhl) werden hingegen vielfach verschleppt oder verweigert.¹³¹

Zumeist unterlassen es Behörden und selbst Gerichte jedoch, den Anspruch auf Leistungen zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern überhaupt erst zu erwägen. So stellt etwa das VG Meinigen fest, dass **kurzsichtige Schulkinder keine Brille** als Leistung zur Gesundheit nach §§ 4 und 6 AsylbLG beanspruchen können, ohne zu sich damit auseinanderzusetzen, ob die Leistung zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten sein könnte, obwohl die Brillen vorliegend zum Lesen des Tafelbildes erforderlich waren.¹³²

¹²⁸ Siehe nur VG Frankfurt/M 8 G 638/97, B.v. 09.04.97 (verweigte Lebertransplantation), www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2054.pdf, SG Düsseldorf S 42 (19,44,7) AY 2/05, U.v.17.05.11 (verweigte Hüftgelenks-OP), www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2639.pdf.

¹²⁹ Grube/Wahrendorf, SGB XII, § 6 AsylbLG Rn 1; Hohm GK AsylbLG, § 6 Rn 15; Frerichs in JurisPK SGB XII, § 6 AsylbLG Rn 34 m.w.N.

¹³⁰ BVerfG 9.2.2010 a.a.O., BVerfG 18.7.2012 a.a.O., BVerfG 23.7.2014 a.a.O.

¹³¹ Vgl. Frerichs a.a.O.

¹³² VG Meinigen 1.6.2006, 8 K 560/04.Me, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2643.pdf.

Rechte kranker, behinderter und besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge umsetzen

Die restriktiven Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 AsylbLG verstoßen gegen das **Menschenrecht auf Gesundheit**¹³³, die **UN-Behindertenrechtskonvention**, die **EU-Asylaufnahmerichtlinie**, die **UN-Kinderrechtskonvention** und das **Grundrecht** auf ein menschenwürdiges Existenzminimum. Dabei hat das BVerfG darauf hingewiesen, dass der Gesetzgeber beim Existenzminimum auch europa- und völkerrechtlichen Verpflichtungen unterliegt.¹³⁴

Leistungen zur Inklusion Behinderter sind auch aufgrund der **UN-Behindertenrechtskonvention**¹³⁵ als Rechtsanspruch zu gewähren. Dies beinhaltet die Berücksichtigung besonderer Bedarfe beim Lebensunterhalt und im pflegerischen und gesundheitlichen Bereich sowie den Anspruch auf Hilfen zur Eingliederung und Teilhabe analog dem 6. Kapitel des SGB XII und nach dem SGB IX.

Gemäß **EU-Asylaufnahmerichtlinie** sind "**besonders schutzbedürftigen**" Asylsuchenden wie "*Minderjährige, unbegleitete Minderjährige, Behinderte, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, Opfer des Menschenhandels, Frauen und Mädchen, die Opfer von Genitalverstümmelung wurden, Personen mit psychischen Problemen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben*" Leistungen für Mehr- und Sonderbedarfe beim Lebensunterhalt und in den Bereichen Medizin, Pflege und Eingliederungshilfe als Rechtsanspruch zu gewähren. Der Gesetzgeber hatte dies bis zum 6. Februar 2005 in nationales Recht umzusetzen.¹³⁶

Die Gewährung der "erforderlichen" Leistung zur Sicherung des Lebensunterhaltes, der Gesundheit und der Teilhabe an der Gesellschaft darf dabei nicht von einem vorherigen zeitaufwändigen **förmlichen Feststellungsverfahren nach der Asylaufnahmerichtlinie** abhängig gemacht werden. Diese Leistungen sind aufgrund des Urteils des BVerfG vom 18.7.2012 und der menschenrechtlichen Konventionen immer dann - ggf. auch sofort - zu gewähren, wenn ein entsprechender Bedarf besteht.

- **§ 6 Abs. 1 AsylbLG ist als Rechtsanspruch auf einen zusätzlichen Bedarf an erforderlichen medizinischen und sonstigen Hilfen in besonderen Lebenslagen auszugestalten.**

Ein Sonderbedarf nicht im Regelbedarf erfasster Art oder atypischen Umfangs ist in der **EVS-Statistik** nicht ausgewiesen. Auf ihn kann sich der Regelbedarf nach § 3 AsylbLG folglich nicht erstrecken. Art. 1 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art. 20 Abs. 1 GG gebietet es, auch besondere Bedarfe zu decken, wenn dies im Einzelfall für ein menschenwürdiges Existenzminimum erforderlich ist.¹³⁷ Für Leistungsberechtigte nach AsylbLG kann hierbei nichts anderes gelten als für Leistungsberechtigte nach SGB II/XII.

§ 6 Abs. 2 AsylbLG streichen

Nach dem Urteil des BVerfG haben **alle Leistungsberechtigten** und nicht nur ein Teil Anspruch auf ein menschenwürdiges Existenzminimum. Dazu gehören auch die erforderliche medizinischen und sonstige Hilfen.

¹³³ Vgl. Eichenhofer a.a.O.

¹³⁴ BVerfG 18.7.2012 a.a.O., Rn. 94.

¹³⁵ Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 3.5.2008, In Deutschland in Kraft seit 26.3.2009.

¹³⁶ Art. 15, 17, 20 Richtlinie 2003/9/EG des Rates vom 27.01.2003 zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten.

¹³⁷ BVerfG 9.2.2010 a.a.O., Rn 206 ff.

Die in § 6 Abs. 2 AsylbLG vorgenommene Beschränkung des Anspruchs auf Personen mit Aufenthaltserlaubnis nach **§ 24 AufenthG** ist zynisch, weil es den Personenkreis des § 24 AufenthG nicht gibt. Im Umkehrschluss werden die in § 6 Abs. 2 AsylbLG genannten Hilfen allen anderen Flüchtlingen rechtswidrig vorenthalten, die dies aufgrund einer Erkrankung, Behinderung usw. benötigen und nach höherrangigem Rechts auch beanspruchen könnten.

So wurde etwa eine **psychosoziale Einzelfallhilfe** für eine von **Menschenhandel betroffene Frau abgelehnt**: *"Unter § 6 Abs 1 AsylbLG fallen die Kosten einer psychosozialen Begleitung nicht. Dies ergibt sich schon alleine daraus, dass eine Übernahme solcher Leistungen zusätzlich nach § 6 Absatz 2 AsylbLG zwar ermöglicht wurde, aber speziell nur für den Personenkreis der eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Absatz 1 AufenthG hat. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass Personen, die eine andere Aufenthaltserlaubnis haben, mit der sie unter das AsylbLG fallen, diese zusätzlichen Leistungen nicht erhalten können."*¹³⁸

¹³⁸ Zitiert nach Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Menschenhandel KOK, Stellungnahme für BMAS zur AsylbLG-Novelle, Juni 2014, S. 20 f., www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/KOK_AsylbLG_BMAS_2014.pdf.

Behörde	Krankenbehandlungsschein für Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG)		Behandelnder Arzt
Nr./AZ Bitte stets angeben!	gültig von	bis	für das Kal.-Vierteljahr
<p>Wichtiger Hinweis für den Arzt *)</p> <p>Für Asylbewerber nach § 1 AsylBLG werden gemäß § 4 AsylBLG nur die unbedingt notwendigen Behandlungskosten übernommen, sofern die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlich ist und keinen Aufschub duldet sowie die Kosten für Leistungen gemäß § 4 Abs. 2 und Abs. 3 AsylBLG. Dies gilt auch für die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie für die Gewährung sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen.</p> <p>Krankenhauseinweisungen bedürfen, abgesehen von Notfällen, der vorherigen Zustimmung des Kostenträgers.</p> <p>Wenn die Behandlung oder Durchführung bestimmter Untersuchungen durch einen anderen Arzt notwendig ist, ist der/die Leistungsberechtigte darauf hinzuweisen, dass er/sie den Überweisungsschein vor Aufsuchen eines Facharztes zunächst dem Kostenträger vorzulegen hat.</p> <p>Transportkosten Für die Verordnung von Krankentransport gilt die Krankentransportrichtlinie.</p>	<input type="checkbox"/> Asylbewerber gemäß § 1 AsylBLG <input type="checkbox"/> Leistungsberechtigter gemäß § 2 AsylBLG		<p>Bitte beachten!</p> <p>Für die Erbringung der Leistungen durch Vertragsärzte besteht Anspruch auf Vergütung, welche die Name der Krankenkasse</p> <p>in deren Bereich der Arzt niedergelassen ist, für ihre Mitglieder bezahlt (vgl. § 4 Abs. 3 AsylBLG i. V. m. § 72 Abs. 2 SGB V).</p> <p>Die zuständige Behörde bestimmt, welcher Versorgungsvertrag Anwendung findet. Die Abrechnung erfolgt vierteljährlich nur über die kassenärztliche Vereinigung. Dieser Behandlungsschein gilt nur mit Unterschrift des Kostenträgers.</p> <p>Der Inhaber/Die Inhaberin dieses Behandlungsscheins unterfällt nicht der Zuzahlungspflicht nach §§ 61 f SGB V bzw. nach § 28 Abs. 4 SGB V**).</p> <p><input type="checkbox"/> Dieser Behandlungsschein ist nur gültig im/in der Bundesland, Landkreis, Stadt</p>
	<p>Familienangehörige(r) von:</p> <p>Familienname, Vorname(n)</p> <p>Geburtsdatum</p> <p>Straße, Nr.</p> <p>PLZ, Wohnort</p>		
Haushaltsstelle	Ort, Datum		Ort, Datum
Haushaltsjahr	Ausstellende Behörde/Kostenträger		Unterschrift/Stempel des Arztes
Beleg-Nr.	<p><small>*) Sollten diese Hinweise nicht beachtet werden, ist eine Übernahme der entstandenen Kosten ausgeschlossen.</small></p> <p><small>***) Nichtzutreffendes streichen</small></p>		

*) Sollten diese Hinweise nicht beachtet werden, ist eine Übernahme der entstandenen Kosten ausgeschlossen.

**) Nichtzutreffendes streichen

0 Auftragsweise Durchführung der ambulanten gesundheitlichen Versorgung für das Land Berlin durch die **AOK Nordost – Die Gesundheitskasse**

Behandlungsausweis und Abrechnungsschein für vertragsärztliche Behandlung

Dieser Behandlungsausweis gilt – falls nicht eine kürzere Gültigkeit vermerkt wurde – für das im rechten Feld eingedruckte Kalendervierteljahr.

Berechtigter:

[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
(Zuname)	(Vorname)	(Geburtsdatum)
[Redacted]	Berlin	
(Wohnung)	[Redacted]	[Redacted]
(ggf. Zuname und Vorname des gesetzlichen Vertreters)	[Redacted]	(Geburtsdatum)

Zentrale Leistungsstelle für Asylbewerber

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin
Turmstraße 21 / Haus A
10559 Berlin

23.12.2015

(Datum)

(Stempel der ausgebenden Behörde und Unterschrift)

A	Krankenkassen-Nr.
	Kalendervierteljahr der Gültigkeit:
	01 01.2016 bis 31.03.2016
KV-Abrechnungsstelle 72 Masurenallee 6a 14057 Berlin	
eine evtl. kürzere Gültigkeit ist hier zu vermerken:	

Leistungen im Rahmen des § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes werden nur zur **Behandlung akuter Krankheiten** und **Schmerzzustände, bei Schwangerschaft und Geburt** sowie für **amtlich empfohlene Schutzimpfungen und medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen** gewährt. Gemäß § 6 dieses Gesetzes können sonstige Leistungen insbesondere gewährt werden, wenn sie zur Sicherung der Gesundheit im Einzelfall **unerlässlich** sind.

Zur Beachtung für den Berechtigten!

Der Behandlungsausweis ist dem Vertragsarzt **vor Beginn der Behandlung** auszuhändigen.

Der Vertragsarzt ist berechtigt, sich von der Identität des bei ihm Erschienenen mit der auf dem Behandlungsschein benannten Person zu überzeugen.

Berufskrankheit, Unfall oder Unfallfolgen sind vom Berechtigten sofort der betreuenden Dienststelle (Aussteller des Behandlungsausweises) zu melden.

Dieser Behandlungsausweis ist nicht zu verwenden bei Familienangehörigen, die wegen der Folgen eines Kindergarten- oder Schulunfalles behandelt werden. Eines besonderen Behandlungsausweises bedarf es in diesen Fällen nicht.