Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

H o c h s c h u l e

N e u b r a n d e n b u r g

Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management

Studiengang Management im Sozial- und Gesundheitswesen

MASTERTHESIS

Medizinische Versorgung von Asylbewerber/innen in Deutschland:

Patienten zweiter Klasse?! – eine rechtliche Analyse und Lösungsansätze

Modul MSG 14 – Master-Arbeit
(Master Thesis)

vorgelegt von: Sarah Grodzycki

[redacted] [redacted]

Betreuerin: Prof. Dr. jur. Marina Tamm

Zweitbetreuer: Prof. Dr. rer. medic. Stefan Schmidt

Tag der Einreichung: 28.06.2019

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2019-0102-7

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 4

2. Gesetzliche und begriffliche Grundlagen 6

2.1 Ausländer und Migranten 6

2.2 Flüchtlinge 7

2.3 Asylsuchender / Asylbewerber 8

2.3.1 Asylverfahren nach Art. 16a GG 8

2.3.1.1 Antragstellung 9

2.3.1.2 Aufenthaltsgestattung und Residenzpflicht 12

2.3.1.3 Persönliche Anhörung 13

2.3.2 Asylentscheidungsmöglichkeiten 14

2.3.2.1 Flüchtlingsschutz 15

2.3.2.2 Asylberechtigung 16

2.3.2.3 Subsidiärer Schutz 16

2.3.2.4 Feststellung eines Abschiebungsverbots 17

2.3.3 Dauer des Asylverfahrens 18

3. Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz 20

3.1 Grundsatzurteil des Bundesverfassungsgerichtes auf ein menschenwürdiges Existenzminimum 21

3.2 Leistungsberechtigter Personenkreis 23

3.3 Grundleistungen 24

3.3.1 Aufnahmeeinrichtung 24

3.3.2 Dezentrale Unterbringung 26

3.3.3 Bewertung der Grundleistungen 26

3.4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt 28

3.4.1 Verfassungsrechtliche Problematik 29

3.4.2 Umfang der Versorgung 30

3.4.2.1 Behandlung von Erkrankungen 31

3.4.2.2 Behandlung von Schmerzzuständen 32
3.4.2.3 Zahnersatz 33
3.4.2.4 Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen 34
3.4.2.5 Schwangerschaft und Geburt 35

3.5 Sonstige Leistungen 36
3.5.1 Sicherung des Lebensunterhaltes 37
3.5.2 Sonstige Leistungen zur Sicherung der Gesundheit 37

3.6 Organisation und Zugang zur Versorgung 40
3.6.1 Kenntnisgrundsatz 41
3.6.2 Genehmigungserfordernis und Aufwand der zuständigen Behörde 42

3.7 Bewertung der Leistungen in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung 46

4. „Krankenkassenkarte“ für Asylbewerber/innen 47

4.1 Bremer Modell - die Krankenkassenkarte für Alle 47
4.1.1 Umsetzung 47
4.1.2 Finanzierung 48
4.1.3 Auswertung 50

4.2 Konzept zur Verbesserung der medizinischen Versorgung für in Hamburg lebende Ausländer/innen 51
4.2.1 Clearingstelle 52
4.2.1.1 Umsetzung 53
4.2.1.2 Finanzierung 53
4.2.1.3 Evaluation 54
4.2.2 Gesundheitskarte 55
4.2.2.1 Umsetzung 55
4.2.2.2 Finanzierung 57
4.2.2.3 Auswertung 58

4.3 § 264 SGB V - Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung 59
4.3.1 Ziel 61
4.3.2 Probleme der Flächenländer 62

4.3.3 Übersicht der Umsetzung in den Bundesländern, insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern 63

5. Unbegleitete minderjährige Ausländer 66

5.1 Inobhutnahme 67

5.1.1 Verteilungsverfahren 68

5.1.2 Vertretung durch Vormund 70

5.2 Altersfeststellung 72

5.2.1 Notwendigkeit 72

5.2.2 Gestuftes Verfahren 73

5.2.2.1 Ausweispapiere 74

5.2.2.2 Qualifizierte Inaugenscheinnahme 74

5.2.2.3 Ärztliche Untersuchungen 75

5.2.3 Kritik 79

5.4 Gesundheitszustand und gesundheitliche Versorgung 81

6. Fazit und Lösungsansätze 85

Anlage 93

Literaturverzeichnis 108

Quellenverzeichnis 111

Eidesstattliche Erklärung

1. Einleitung

In den Jahren 2014 bis 2017 hatte die Bundesrepublik Deutschland durch verschiedene Krisenherde außerhalb von Europa ein erhöhtes Aufkommen von Flüchtlingen zu verzeichnen. Damals galt es, kurzfristig die politisch betonte „Willkommenskultur“ in gesetzlichen Normen aufzufangen und anzupassen. Häufig haben Zugewanderte traumatische Erfahrungen erlebt und benötigen medizinische Versorgung bereits in den Erstaufnahmeeinrichtungen und anschließend in dezentralen Unterbringungen, während das Asylverfahren erfolgt.

Solange die aufenthaltsrechtliche Entscheidung getroffen wird, steht den Asylbewerber/innen im Vergleich zu anderen Personengruppen, ein oftmals kritisiertes reduziertes Leistungsspektrum der gesetzlichen Kranken-versicherung zu. Die Kritik[1] soll im Folgenden anhand einer rechtlichen Analyse und einschlägiger Rechtsprechung überprüft werden.

Weiterhin müssen Grundleistungen des Asylbewerberleistungsgesetzes nach Maßgabe des Bundesverfassungsgerichtes mit dem Sozialstaatsprinzip im Einklang sein und ein menschenwürdiges Existenzminimum sicherstellen. Dieser Grundsatz steht dem im politischen Raum oft begegnenden Vorurteil, Schutzsuchende würden sich wirtschaftlich bereichern wollen, gegenüber. Ob das Asylbewerber-leistungsgesetz hinsichtlich der sozialen und gesundheitlichen Faktoren der Leistungsgewährung im Einklang mit dieser Maßgabe steht, soll die folgende Abschlussarbeit des Masterstudiengangs „Management im Gesundheits- und Sozialwesen“ erörtern.

---

[1] einige Kritiker im Interview von *Simmank* (selbst Mediziner) in ZEIT-Online, 15.06.2018
URL: https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2018-06/medizinische-versorgung-asylbewerber-behandlung-rassismus (letzter Abruf 15.06.2019)

Ein abschließender Vergleich wird zu unbegleiteten minderjährigen Kindern und Jugendlichen gezogen, bei welchen bereits die ggf. ärztliche Untersuchung zur Altersfeststellung äußerst umstritten ist und von einigen Medizinern[2] als Eingriff in die körperliche Unversehrtheit angesehen wird.

Am Ende der Abschlussarbeit soll eine Abwägung der Argumente erfolgen, ob ein gesetzlicher oder tatsächlicher Umsetzungsbedarf besteht. Nach gründlicher Analyse der Situation von Asylbewerber/innen werden Lösungsansätze zur optimierten Gesundheitsversorgung vorgeschlagen.

[2] Im Interesse der Lesbarkeit und Flüssigkeit des Textes wird im Folgenden von Personengruppen zwar oftmals die männliche Form verwendet, gemeint sind jeweils auch die entsprechenden weiblichen Personen.

2. Gesetzliche und begriffliche Grundlagen

Im Zuge der Flüchtlingsdebatten werden die Begriffe Ausländer, Migranten, Flüchtling und Asylbewerber im Sprachgebrauch häufig nicht sauber voneinander getrennt. Jede Gruppe hat jedoch andere Beweggründe und Anspruchs-voraussetzungen gegenüber dem Staat, weshalb eine Erläuterung an dieser Stelle als notwendig erachtet wird.

Von der Verwendung des Begriffs „Asylant“, welcher Anfang der 1980er Jahre häufig verwendet wurde, sollte im allgemeinen Sprachgebrauch gänzlich abgesehen werden. Dieser ruft nicht nur aufgrund der Endung auf „-ant“ negative Assoziationen zu ähnlich lautenden Wörtern wie Querulant, Simulant, Denunziant usw. hervor und suggeriert somit, diese auf die gemeinte Menschengruppe zu übertragen[3]; es besteht auch keine Rechtsfolge.

2.1 Ausländer und Migranten

Ausländer ist nach § 2 Abs. 1 Aufenthaltsgesetz[4] (AufenthG) jeder, der nicht Deutscher im Sinne des Artikels 116 Abs. 1 des Grundgesetzes[5] (GG) ist, d. h. keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzt.

Ausschlaggebend ist, ob ein Ausländer freiwillig, aus eigenen Beweggründen seinen Lebensmittelpunkt räumlich nach Deutschland verlegt hat, z. B. um bessere Arbeitsbedingungen zu erreichen. In diesem Fall sind solche Personen als **Migranten** im arbeitsmarktbezogenen Sinne zu verstehen und unterliegen den

---

[3] DGB-Bildungswerk Thüringen e. V.: „BrandSätze“- Wie sich rassistisches Denken sprach-lich ausdrückt. URL: http://bit.ly/1iqaBMQ (letzter Abruf 02.05.2019)

[4] Aufenthaltsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25.02.2008 (BGBl. I S. 162), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 12.07.2018 (BGBl. I S. 1147) geändert worden ist.

[5] Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28.03.2019 (BGBl. I S. 404) geändert worden ist.

Bestimmungen des Aufenthaltsgesetzes. Demnach ist ein Aufenthaltstitel (§ 4 AufenthaltsG) zu erwirken, der zur Erwerbstätigkeit (= die selbstständige Tätigkeit und die Beschäftigung im Sinne des § 7 SGB IV[6]) im Bundesgebiet berechtigt. Liegen Gründe zu einer Befristung nach Kapitel 2 Abschnitt 3 bis 7 vor, spricht man von einer Aufenthaltserlaubnis. Diese erklären sich z. B. durch Ausbildung oder Studium, befristete Beschäftigung wie Forschung oder anderen familiären Gründen. Aufgrund der Freizügigkeitsregelung innerhalb der Europäischen Union haben EU-Bürger vereinfachten Zugang zur Erwerbstätigkeit[7].

2.2 Flüchtlinge

Flüchtlinge sind nach dem Genfer Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge von 1951[8] i. V. m. dem „Protokoll über die Rechtsstellung der Flüchtlinge[9]“ Personen, „die sich aus der begründeten **Furcht vor Verfolgung, wegen Ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder ihrer politischen Überzeugung** außerhalb des Landes befinden, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzen[10].“

Kein Flüchtling darf in ein Land ausgewiesen werden, in welchem aufgrund der genannten Gründe sein Leben bedroht wäre. Eine Ausweisung in das jeweilige Herkunftsland kann nur durch die Gefährdung der öffentlichen Sicherheit und

---

[6] Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12.11.2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 18.12.2018 (BGBl. I S. 2651) geändert worden ist

[7] davon ebenfalls umfasst: Island, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz

[88] Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28.07.1951 (BGBl. 1953 II S. 559) , in Kraft getreten am 22.04.1954

[9] Protokoll über die Rechtsstellung vom 31.01.1967 (BGBl. 1969 II S. 1293), in Kraft getreten am 4.10.1967

[10] *Creifelds* Rechtswörterbuch, → Flüchtlinge, 2017

Ordnung gerechtfertigt werden. Ein besonderes Schutzrecht des Flüchtlings ist das Recht auf Asyl gem. Art. 16a Abs. 1 GG. Der allgemeine Flüchtlingsschutz ist jedoch umfangreicher gefasst als nur die Asylberechtigung und ermöglicht die Aufnahme von Schutzsuchenden aus humanitären Gründen.

Ausgeschlossen ist der Flüchtlingsschutz für Personen, welche

- eine schwere politische Straftat oder ein Kriegsverbrechen begangen haben,
- welche den Zielen und Grundsätzen der Vereinten Nationen zuwidergehandelt haben,
- als Gefahr für die Sicherheit der Bunderepublik Deutschland anzusehen sind oder
- eine Gefahr für die Allgemeinheit bedeuten, weil sie wegen eines Verbrechens oder eines schweren Vergehens rechtskräftig zu einer Freiheitsstrafe verurteilt worden sind[11].

2.3 Asylsuchender / Asylbewerber

Die jeweilige Definition der Personen, die Asyl ersuchen, hängt von dem Zeitpunkt des Asylverfahrens nach Art. 16a ab. Im Asylverfahren wird auf einzelne Umstände und ggf. gesundheitliche Einschränkungen psychischer und physischer Natur Rücksicht genommen. Aufgrund dessen werden einzelne Verfahrensschritte nachfolgend aus rechtlicher Sicht und tatsächlicher Umsetzung erläutert.

2.3.1 Asylverfahren nach Art. 16a GG

Das Asylverfahrensgesetz[12] bestimmt Ablauf und Inhalte der Antragsstellung für Geflüchtete. Im Zehn-Jahresvergleich ist deutlich erkennbar, dass insbesondere im

---

[11] Voraussetzungen/Ausschlussgründe nach § 3 Abs. 2 und § 60 Abs. 8 S. 1 des Asylgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 02.09.2008 (BGBl. I S. 1798), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 04.12.2018 (BGBl. I S. 2250) geändert worden ist.

[12] Asylverfahrensgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. Juli 1993 (BGBl. I S. 1361), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 19. August 2007 (BGBl. I S. 1970)

Jahr 2016 mit 745.545 Anträgen eine Vielzahl von Zugewanderten (insbesondere aus Syrien, Irak, Afghanistan und Eritrea) das Gesuch nach Asyl in Anspruch nahmen.

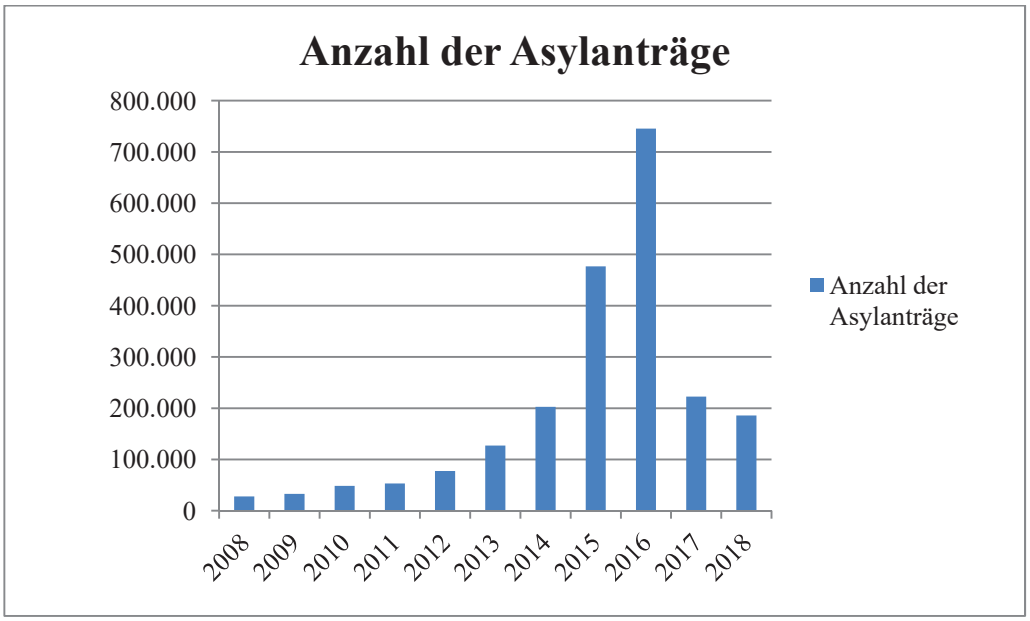

Abb. 1: eigene Darstellung[13]

Weiterhin ist der Grafik zu entnehmen, dass die Zahl der Antragsstellungen in Deutschland (185.853) per 2018 auch wieder rückläufig war, obwohl sich weltweit ca. 68,8 Mio. Menschen auf der Flucht befanden[14].

2.3.1.1 Antragstellung

Zunächst gilt eine Person als **Asylsuchende/r**, das heißt sie beabsichtigt, einen Asylantrag zu stellen, ist aber noch nicht als asylantragstellend beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) erfasst.

Von der zuständigen Aufnahmeeinrichtung erhält ein Asylsuchender nach der Registrierung bei Grenzübertritt zunächst einen Ankunftsnachweis nach

---

[13] Auf Basis der Daten der Veröffentlichung „Das Bundesamt in Zahlen 2018“, S.11

[14] Migazin , 07.01.2019
URL: http://www.migazin.de/2019/01/07/gegen-trend-in-deutschland-zahl/ (letzter Abruf 26.06.2019)

§ 63a AsylG, welcher Namen, Geburtsdatum, Geburtsort, Staatsangehörigkeit, Geschlecht, Größe, Augenfarbe und ein Foto enthält.

Die Zuweisung in Erstaufnahmeeinrichtungen erfolgt je nachdem, in welcher Außenstelle der Asylsuchende sein Begehren äußert oder aus welchem Herkunftsland er stammt. Nach der Bund-Länder-Kommission wird jährlich der „Königsteiner Schlüssel", eine Verteilungsquote, ermittelt und festgelegt. Diese soll die angemessene und gerechte Quotenverteilung der Erstverteilung von Asylbegehrenden zwischen den Bundesländern abbilden und stellt sich in 2019 wie folgt dar:

Bundesland	**Quote**
Nordrhein-Westfalen	21,09 %
Bayern	15,56 %
Baden-Württemberg	13,01 %
Niedersachsen	9,41 %
Hessen	7,44 %
Berlin	5,14 %
Sachsen	4,99 %
Rheinland-Pfalz	4,82 %
Schleswig-Holstein	3,41 %
Brandenburg	3,02 %
Sachsen-Anhalt	2,75 %
Thüringen	2,65 %
Hamburg	2,56 %
Mecklenburg-Vorpommern	**1,98 %**
Saarland	1,20 %
Bremen	0,96 %

Abb. 2: eigene Darstellung[15]

Demzufolge muss Mecklenburg-Vorpommern als Bundesland ca. 2 % der zugewanderten Flüchtlinge in Erstaufnahmeunterkünften unterbringen und in Außenstellen des BAMF das Asylverfahren durchführen. In Mecklenburg-Vorpommern sind zwei Außenstellen jeweils in den Ankunftszentren bzw. Erstaufnahmeeinrichtungen in Nostorf-Horst (bei Boizenburg) und Stern Buchholz (bei Schwerin) vor Ort vorhanden.

[15] Auf Basis der Daten der Veröffentlichung „Das Bundesamt in Zahlen 2018", S.14

Die Antragstellung im Asylverfahren erfolgt **persönlich** in der Außenstelle des Bundesamtes unter Bereitstellung eines Dolmetschers, der Erläuterung von Rechten und Pflichten innerhalb des Asylverfahrens und – zusätzlich auch schriftlich – in der jeweiligen Muttersprache.

Alle erforderlichen Angaben zum Identitätsnachweis werden erfasst, die antragstellenden Personen werden fotografiert, ab dem 14. Lebensjahr auch Fingerabdrücke aller zehn Finger genommen. Diese Daten werden durch das Bundeskriminalamt sowie anhand des Ausländerzentralregisters abgeglichen. Dies hat insbesondere die Zielstellung, herauszufinden, ob es sich um einen Erst-, Folge- oder Mehrfachantrag handelt und ggf. ein anderer europäischer Staat für die Durchführung nach Dublin-Verfahren[16] zuständig sein könnte.

Nur in besonderen Fällen kann der Asylantrag **schriftlich** beim Bundesamt (aber nicht aus dem Ausland) gestellt werden. Dies gilt für Asylsuchende,

- die einen Aufenthaltstitel mit einer Gesamtgeltungsdauer von mehr als sechs Monaten besitzen,
- die sich in Haft oder sonstigem öffentlichen Gewahrsam befinden,
- die sich in einem Krankenhaus, einer Heil- oder Pflegeanstalt oder einer Jugendhilfeeinrichtung befinden, oder
- die minderjährig sind und bei denen die gesetzliche Vertretung nicht verpflichtet ist, in einer Aufnahmeeinrichtung zu wohnen[17].

---

[16] Das Dublin-Verfahren nach Dublin III-Verordnung regelt, dass Asylbewerber in dem Land zu registrieren sind, in welchem sie die Europäische Union betreten. Der erste Staat ist für den Asylantrag zuständig, sodass Mehrfachprüfungen ausgeschlossen werden sollen.

[17] Informationen im Folgenden des BAMF, 2019:
URL: http://www.bamf.de/DE/Fluechtlingsschutz/AblaufAsylv/PersoenlicheAntragstellung/persoenliche-antragstellung-node.html
(letzter Abruf 15.04.2019)

An dieser Stelle wird staatlicherseits auf gesundheitliche Belange Asylsuchender Rücksicht genommen und eine Ausnahme vom gesetzlichen Regelfall geschaffen.

2.3.1.2 Aufenthaltsgestattung und Residenzpflicht

Ist die Antragstellung erfolgt, erhalten asylantragstellende Personen eine **Aufenthaltsgestattung** nach § 55 Abs. 1 Asylgesetz (AsylG)[18], die sie als **Asylbewerber** qualifiziert und ihnen das Recht bescheinigt, sich zur Durchführung des Asylverfahrens in Deutschland aufhalten zu dürfen[19].

Diese Gestattung ist auf einen räumlichen Bezirk (Gebiet des jeweiligen Bundeslandes) beschränkt und erlischt bei drei Monaten ununterbrochenen Aufenthalts, was im Allgemeinen als **Residenzpflicht** (§ 56 AsylG und § 61 AufenthG) bezeichnet wird und „das Untertauchen" verhindern bzw. die Durchsetzung der Ausreisepflicht begünstigen soll[20]. Für z. B. einen erforderlichen Facharzttermin oder Klinikaufenthalt in einem anderen Bundesland kann jedoch eine Ausnahme nach Abs. 1 Satz 2 beantragt werden. Die Aufnahme einer Beschäftigung steht der Residenzpflicht nicht entgegen.

Von der Residenzpflicht abzugrenzen ist die **Wohnsitzauflage**, welche nach § 61 Abs. 1d AufenthG und § 60 Abs. 2 AsylG erteilt werden kann. Demnach kann von der zuständigen Ausländerbehörde für vollziehbar ausreisepflichtige Personen ein Wohnort mit gewöhnlichem Aufenthalt festgelegt werden, wenn diese ihren Lebensunterhalt nicht selbst sichern können.

Interessant ist die Tatsache, dass sowohl die begünstigende Befristung der Residenzpflicht auf drei Monate, wiederum die deutliche Einschränkung durch eine

---

[18] Asylgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 02.09.2008 (BGBl. I S. 1798), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 04.12.2018 (BGBl. I S. 2250) geändert worden ist.

[19] Eine Aufenthaltsgestattung ist kein Aufenthaltstitel nach Aufenthaltsgesetz.

[20] *Masuch/Gordzielik* in Kommentar zum AufenthG, § 61 Rn. 2

Wohnsitzauflage mit demselben Gesetz zur Verbesserung der Rechtsstellung von asylsuchenden und geduldeten Ausländern vom 23.12.2014[21] mit Inkrafttreten zum 01.01.2015 geschaffen wurden.

2.3.1.3 Persönliche Anhörung

Zu den Pflichten bei Prüfung des Asylantrages gehört es nach § 24 Abs. 1 Satz 3 AsylG den Antragsteller persönlich anzuhören. Dies trägt auch dem § 16 des AsylG Rechnung, welcher eine Identitätsprüfung vorsieht. In der Regel sollen im Gespräch die individuellen Gründe der Flucht (s. § 25 AsylG) erörtert werden, welche für die Entscheidung des Asylersuchens von maßgeblicher Bedeutung sind. Die Person muss eigenständig die Tatsachen vortragen, die ihre Furcht vor Verfolgung oder die Gefahr eines ihr drohenden ernsthaften Schadens begründen. Zu denen gehören auch solche über Reiseweg, Aufenthalte in anderen Staaten und darüber, ob bereits in anderen Staaten oder im Bundesgebiet ein Asylverfahren eingeleitet oder durchgeführt wurde. Da dies durchaus intime oder sensible Sachverhalte sein können, führen diese Anhörungen nur geschulte Entscheider/innen des BAMF durch und es gelten besondere Vorschriften:

- Pflicht der persönlichen Teilnahme
- nicht öffentlich
- Entscheider dürfen keine Uniform tragen
- Hinzuziehung von Dolmetscher und/oder Rechtsanwalt, Vertreter des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen (UNHCR), bei Unbegleiteten Minderjährigen der Vormund und einer weiteren Vertrauensperson möglich
- wenn aus nachvollziehbaren Gründen erforderlich, können die o.g. Personen gleichgeschlechtlich gewählt werden
- ausreichend Zeit zur Darlegung der Fluchtgründe

Selbstverständlich gilt für Antragsteller die Verpflichtung für wahrheitsgemäße Angaben. Die protokollierten Schilderungen werden für die Antragstellenden

[21] BGBl. 2014, Bd. I S. 2439

rückübersetzt, damit diese die Gelegenheit erhalten, das Gesagte zu korrigieren oder zu ergänzen und anschließend als genehmigend zu unterzeichnen.

Liegen jegliche Verständigungsprobleme oder gesundheitliche Einschränkungen bei der Anhörung vor oder treten diese währenddessen auf, wird der Termin verschoben. Das Bundesamt hat speziell geschulte Entscheider für antragstellende Personen, welche angeben, dass ihnen geschlechtsspezifische Menschenrechtsverletzungen, wie etwa Vergewaltigung, sonstige sexuelle Misshandlung oder Genital-verstümmelung angedroht wurden oder widerfahren sind. Dies gilt auch für Folteropfer, Traumatisierte oder Opfer von Menschenhandel sowie unbegleitete minderjährige Ausländer. Von der persönlichen Anhörung kann jedoch auch aus gesundheitlichen Gründen nicht abgesehen werden; diese kann nur entfallen, wenn dem Asylantrag ohnehin stattgegeben werden soll.

Sind alle Gründe zur Entscheidung hervorgebracht und Beweismittel und Dokumente vorliegend, prüft das Bundesamt den vorliegenden Sachverhalt und ob eine der gesetzlichen Schutzformen vorliegt.

2.3.2 Asylentscheidungsmöglichkeiten

Im Asylverfahren kann aufgrund verschiedener Rechtsgrundlagen ein positiver Bescheid erfolgen:

- Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft nach der Genfer Flüchtlingskonvention (§ 3 Abs. 1 AsylG)
- Anerkennung als Asylberechtigter (Art. 16a Abs. 1 GG)
- Zuerkennung von subsidiärem Schutz (§ 4 Abs. 1 AsylG)
- Feststellung eines Abschiebungsverbots (§ 60 Abs. 5 oder 7 AufenthG)

Nur wenn keine der Schutzformen zutrifft, wird der Asylantrag **abgelehnt** und mit einer Abschiebungsanordnung verbunden. Die Ablehnung kann in einer „einfachen Form“ erfolgen oder als „offensichtlich unbegründet“ (§§ 29a und 30 AsylG) erteilt werden, welches an eine kurzfristige Aufenthaltsbeendigung geknüpft ist.

Den betroffenen Personen steht als Rechtsmittel der Rechtsweg im Sinne einer Verpflichtungsklage (§ 74 ff. AsylG und § 67 Abs. 1 VwGO) vor dem örtlich zuständigen Verwaltungsgericht offen.

Für Personen, die sich nicht mehr im Asylverfahren befinden, kann aus völkerrechtlichen oder humanitären Gründen oder zur Wahrung politischer Interessen der Bundesrepublik Deutschland die Abschiebung für längstens drei Monate ausgesetzt werden (§ 60a AufenthG → Duldung).

Ein Asylantrag wird als **unzulässig** erklärt, wenn ein anderer Mitgliedsstaat zuständig ist (gemäß § 27a AsylG / Dublin-Verfahren).

Weiterhin kann ein Asylverfahren eingestellt werden, z. B. wenn der Asylantrag zurückgezogen wird (§ 32 AsylG) oder die antragstellende Person nicht am Verfahren mitwirkt (§ 33 AsylG), d. h. zur persönlichen Anhörung nicht erschienen ist, unauffindbar ist oder während des Asylverfahrens in ihr Herkunftsland gereist ist.

2.3.2.1 Flüchtlingsschutz

Wird nach dem Prüfverfahren die Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft nach der Genfer Flüchtlingskonvention (§ 3 Abs. 1 AsylG) beschieden, ist dies der umfangreichste Schutzstatus. Dieser wird weiter gefasst als die Asylberechtigung, da bei der Einschätzung der bevorstehenden Bedrohung sowohl staatliche als auch **nichtstaatliche Akteure** berücksichtigt werden.

Der Schutz umfasst als Rechtsfolge eine Aufenthaltserlaubnis für drei Jahre nach § 25 Abs. 2 Aufenthaltsgesetz sowie weitere vorgesehene Statusrechte[22]. Weiterhin erhalten anerkannte Flüchtlinge unbeschränkten Arbeitsmarktzugang, was jegliche Erwerbstätigkeit ermöglicht und einen Anspruch auf privilegierten Familiennachzug. Diese umfassen eine mögliche Niederlassungserlaubnis nach drei oder fünf Jahren, wenn weitere Voraussetzungen, wie etwa die Sicherung des Lebensunterhaltes sowie

---

[22] *Göbel-Zimmermann/Hruschka* in Kommentar zum AufenthG, § 3 AsylG Rn. 40

ausreichende Deutschkenntnisse, erfüllt werden. Diese Gewährung trägt der europäischen Richtlinie 2004/83/EG (Qualifikationsrichtlinie)[23] Rechnung.

2.3.2.2 Asylberechtigung

Die Anerkennung als Asylberechtigter gem. Art 16a GG stellt – im Gegensatz zur Anerkennung der Flüchtlingseigenschaft – auf die rein **politische (staatliche) Verfolgung** ohne eine Fluchtalternative innerhalb des Herkunftslandes ab. Extreme Situationen wie Armut, Bürgerkriege, Naturkatastrophen oder Perspektivlosigkeit sind im Rahmen der Asylgewährung nicht von Art. 16a GG umfasst.

Analog zum Flüchtlingsschutz erhalten Asylberechtigte (für welche auch nach § 26 AsylG Familienasyl zählt) eine Aufenthaltserlaubnis (§ 25 Abs. 1 AufenthG) für mindestens drei Jahre, unbeschränkten Arbeitsmarktzugang und die Aussicht auf eine Niederlassungserlaubnis nach drei bis fünf Jahren.

2.3.2.3 Subsidiärer Schutz

Mit dem in § 4 AsylG verankterten subsidiären Schutz sollte ein Auffangtatbestand geschaffen werden, der greift, wenn weder der Flüchtlingsschutz noch die Asylberechtigung gewährt werden können und im Herkunftsland ernsthafter Schaden droht (z. B. durch Bürgerkrieg). Diese Regelung wurde im Zuge der Umsetzung der europäischen Richtlinie 2011/95/EU[24] direkt in das Bundesrecht übersetzt.

Subsidiär schutzberechtigt sind demzufolge Menschen, die stichhaltige Gründe dafür vorbringen, dass ihnen in ihrem Herkunftsland ein **ernsthafter Schaden** droht und

---

[23] Richtlinie 2004/83/EG des Rates vom 29.04.2004 über Mindestnormen für die Anerkennung und den Status von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Flüchtlinge oder als Personen, die anderweitig internationalen Schutz benötigen und über den Inhalt des zu gewährenden Schutzes

[24] Richtlinie 2011/95/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 13.12.2011 über Normen für die Anerkennung von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Personen mit Anspruch auf internationalen Schutz, für einen einheitlichen Status für Flüchtlinge oder für Personen mit Anrecht auf subsidiären Schutz und für den Inhalt des zu gewährenden Schutzes

sie den Schutz ihres Herkunftslandes nicht in Anspruch nehmen können oder wegen der Bedrohung nicht in Anspruch nehmen wollen.

Ein ernsthafter Schaden kann sowohl von staatlichen als auch von nichtstaatlichen Akteuren ausgehen und umfasst

- die Verhängung oder Vollstreckung der Todesstrafe,
- Folter, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Bestrafung,
- eine ernsthafte individuelle Bedrohung des Lebens oder der Unversehrtheit einer Zivilperson infolge willkürlicher Gewalt im Rahmen eines internationalen oder innerstaatlichen bewaffneten Konflikts.

Die Rechtsfolgen bei subsidiärem Schutz unterscheiden sich zum Flüchtlingsschutz (Pkt. 2.4.1) dahingehend, dass zunächst eine einjährige Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 2 AufenthG erteilt wird, welche um zwei Jahre verlängert werden kann. Die Niederlassungserlaubnis nach § 26 Abs. 3 AufenthG kann bei Vorliegen aller Voraussetzungen nach frühestens fünf Jahren erteilt werden, wobei die Zeit des Asylverfahrens mit berücksichtigt wird.

2.3.2.4 Feststellung eines Abschiebungsverbots

Kommen die drei vorgenannten Schutzformen nicht in Betracht, kann dennoch nach § 60 Abs. 5 und 7 AufenthG der nationale Abschiebungsschutz greifen.

Ein schutzsuchender Mensch darf nicht rückgeführt werden, wenn die Rückführung in den Zielstaat eine Verletzung der Europäischen Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten darstellt, oder dort eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht.

Erhebliche konkrete Gefahr aus gesundheitlichen Gründen liegt dann vor, wenn lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankungen sich durch eine Rückführung wesentlich verschlechtern würden. Dabei darf dem Gesetzeswortlaut nach nicht vorausgesetzt werden, dass die medizinische Versorgung im Zielstaat mit der in der Bundesrepublik Deutschland gleichwertig ist. Eine ausreichende medizinische

Versorgung liegt in der Regel auch dann vor, wenn diese nur in einem Teilgebiet des Zielstaats gewährleistet ist.

Wird ein solches nationales Abschiebungsverbot festgestellt, darf keine Rückführung in den Staat erfolgen, für den dieses Abschiebungsverbot gilt. Den Betroffenen wird von der Ausländerbehörde eine Aufenthaltserlaubnis für mindestens ein Jahr erteilt. Ein Familiennachzug ist jedoch im Vergleich zu vorangegangen Schutzformen nicht möglich. Eine Beschäftigung muss vorab bei der zuständigen Ausländerbehörde beantragt und genehmigt werden.

2.3.3 Dauer des Asylverfahrens

Wie in den vorherigen Abschnitten dargelegt werden konnte, ist das Asylantragsverfahren sehr umfangreich und die Entscheidungsmöglichkeiten komplex. Faktoren wie Herkunftsland, Vollständigkeit der Unterlagen, Verständigung und individuelle Fluchtgründe können die Dauer des Verfahrens maßgeblich beeinflussen. Im Zuge der Jahre 2015 - 2017 wurde das BAMF stark von Politik, Medien, Betroffenen und auch deutschen Bürgern für die langen Bearbeitungszeiten kritisiert.

Nach Aussage der Bundesregierung hat das Bundesamt dafür sein Personal im Zeitraum 2015 - 2018 zwar verdreifacht[25], jedoch ist die Wartezeit von rund 18 Monaten in den Jahren 2015 / 2016 für ca. 60.000 Geflüchtete[26] als absolut unzufriedenstellend für Betroffene und Verantwortliche zu beurteilen.

---

[25] BT-Dr. 19/7212 vom 21.01.2019 als Antwort auf die Kleine Anfrage 19/6813 - Qualität der Asylentscheidungen des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge der Jahre 2016 / 2017

[26] ZEIT-Online, „Asylverfahren dauern kürzer“, 11.02.2019
URL: https://www.zeit.de/politik/deutschland/2019-02/bamf-asylverfahren-fluechtlinge-migration-dauer (letzter Abruf 04.05.2019)

Das BAMF selbst veröffentlicht in seiner Statistik 2018 folgende Zahlen:

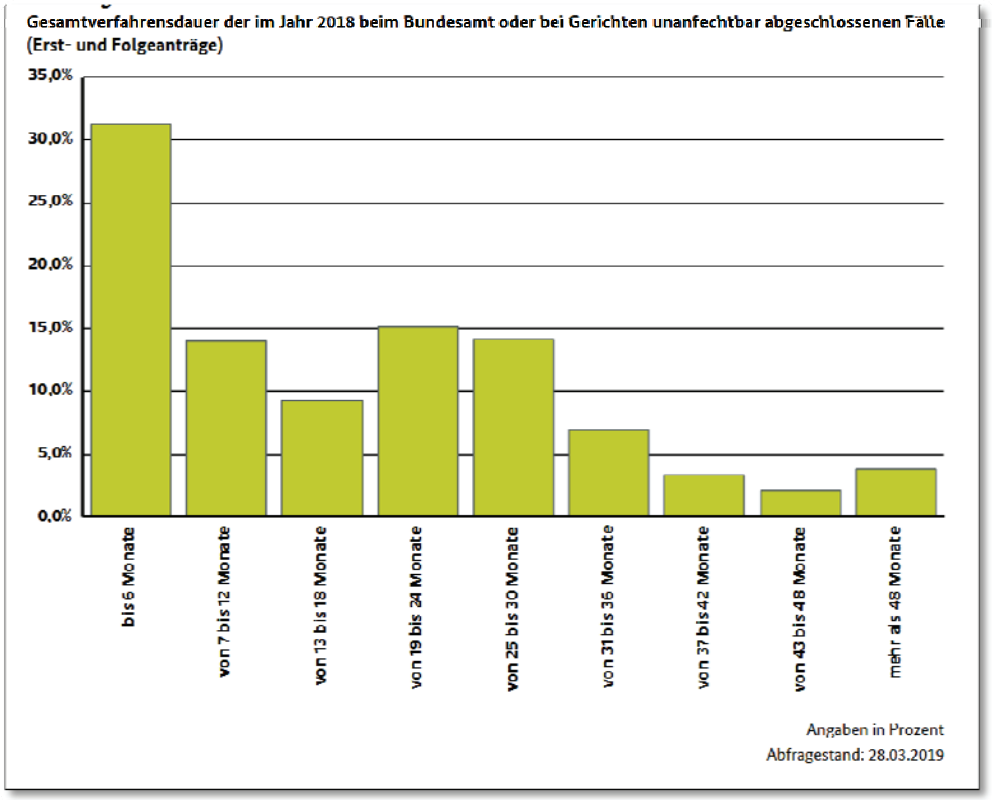

Abb 3: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge[27]

Demzufolge konnte nur circa ein Drittel der Verfahren in bis zu sechs Monaten abgearbeitet werden. Eine nicht unerhebliche Anzahl muss jedoch wesentlich länger auf die Entscheidung des Bundeamtes warten und gilt währenddessen als Asylbewerber und erhält Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

[27] Das Bundesamt in Zahlen 2018, Asyl, S. 45
URL: http://www.bamf.de/SharedDocs/ Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2018asyl.pdf?__blob=publicationFile (letzter Abruf 04.05.2019)

3. Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Mit Inkrafttreten des Asylbewerberleistungsgesetzes[28] zum 1. November 1993 wurden Leistungen aus dem damals geltenden Bundessozialhilferecht herausgelöst, um erstmals eine eigenständige einfachgesetzliche Basis für die Sicherung des Mindestunterhalts von Asylbewerbern und vergleichbaren ausländischen Staatsangehörigen ohne geklärtes Bleiberecht zu schaffen[29]. Der Grundgedanke der Leistungsgewährung sah überwiegend Sachleistungen (unabhängig von der Unterbringungsform) und nur nachrangig andere Währungen wie Wertgutscheine o. Ä. und einen geringfügigen Taschengeldbetrag[30] vor und sollte somit jeglichen Anreiz nehmen, aus wirtschaftlichen Gründen nach Deutschland zu kommen[31].

Erste Novellierungen in den Jahren 1997[32] und 1998[33] sowie weitere organisatorische Anpassungen an andere Gesetzmäßigkeiten und redaktionelle Änderungen im Sinne des Bürokratieabbaus und der Deregulierung wichen von diesem ursprünglichen Grundprinzip vorerst nicht ab.

---

[28] Asylbewerberleistungsgesetz in der Fassung und Bekanntmachung vom 05.08.1997 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Art. 4 des Gesetzes vom 17.07.2017 (BGBl. I S. 2541) geändert worden ist.

[29] *Wahrendorf* in Grube/Wahrendorf, Asylbewerberleistungsgesetz, Kommentar, 2017 Einleitung, Rn. 2

[30] Dieser entsprach 40 Deutsche Mark für Leistungsberechtigte bis zum 14. Lebensjahr und 80 Deutsche Mark für Leistungsberechtigte über dem 14. Lebensjahr.

[31] *Hohm* in Schellhorn/Hohm/Schneider, Kommentar SGB XII mit AsylbLG, 2015, Einleitung AsylblG, Rn. 6 u. 7

[32] Erste Gesetz zur Änderung des AsylbLG vom 26.05.1997 (BGBl. I, S. 1130) i.V.m. BT-Drs. 13/2746

[33] Zweite Gesetz zur Änderung des AsylbLG vom 25.08.1998 (BGBl. I, S. 2505) i.V.m. BT-Drs. 13/10155 und 13/11172

Im Folgenden sollen die Leistungen nach den §§ 3, 4 und 6 AsylbLG systematisch analysiert werden. Dabei gilt es zu beachten, dass diese nach § 2 Abs. 1 jeweils **für 15 Monate** gelten. Im Anschluss findet das Zwölfte Sozialgesetzbuch Anwendung auf die Leistungsberechtigten, wenn diese sich seit 15 Monaten ohne wesentliche Unterbrechung im Bundesgebiet aufhalten und die Dauer des Aufenthalts nicht rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst haben. Bei Berechnung der 15 Monate ist der Tag der Einreise ausschlaggebend.

3.1 Grundsatzurteil des Bundesverfassungsgerichtes auf ein menschenwürdiges Existenzminimum

Mit Urteil[34] vom 09.02.2010 hatte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) sich bereits zur Höhe von Hartz IV-Regelsatzleistungen nach dem SGB II[35] richtungsweisend positioniert: das Grundrecht auf Gewährleistung eines **menschenwürdigen Existenzminimums** aus Art. 1 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip gem. Art. 20 Abs. 1 GG soll jedem Hilfebedürftigen diejenigen materiellen Voraussetzungen zusichern, die für seine physische Existenz und für ein Mindestmaß an Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben unerlässlich sind.

Der Gesetzgeber wurde darüber hinaus verpflichtet, „die existenznotwendigen Aufwendungen (…) zu bemessen und die stetige Aktualisierung sicherzustellen."

In seinem Urteil[36] vom 18.07.2012 bekräftigte das Bundesverfassungsgericht dieses Urteil nunmehr auch für das Asylbewerberleistungsgesetz, dessen Höhe der Leistungen seit 1993 nachweislich unverändert blieb. Die als evident unzureichend

---

[34] BVerfG vom 09.02.2010, 1 BvL 1/09, 1 BvL 3/09, 1 BvL 4/09

[35] Das Zweite Buch Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitsuchende – in der Fassung der Bekanntmachung vom 13.05.2011 (BGBl. I S. 850, 2094), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 29.04.2019 (BGBl. I S. 530) geändert worden ist

[36] BVerfG vom 18.07.2012, 1 BvL 10/10,1 BvL 2/11, Rn. 62 und 63, juris

bewertete Gewährleistung des menschenwürdigen Existenzminimums[37] ist analog zum vorangegangenen Urteil zum SGB II unvereinbar mit Art. 1 Abs. 1 GG und widerspricht ebenso dem Sozialstaatsprinzip aus Art. 20 Abs. 1 GG.

Bei der Berücksichtigung des Existenzminimums soll über die **physische Existenz** hinaus auch die Sicherung der Möglichkeit zur Pflege zwischenmenschlicher Beziehungen und ein Mindestmaß an Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben möglich sein.

In den Entscheidungsgründen stellte es weiterhin fest, dass das Asylbewerberleistungsgesetz hinsichtlich der anerkannten Bedarfe vielfach von den Bestimmungen zu den Leistungen für den Regelbedarf nach dem allgemeinen Fürsorgerecht abweicht[38].

Das BVerfG stellt ausdrücklich im Tenor klar, dass dieses Grundrecht deutschen und ausländischen Staatsangehörigen, die sich in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, gleichermaßen zusteht. Eine Differenzierung hinsichtlich des Existenzminimums wäre nur dann zulässig, wenn „der Bedarf einer Personengruppe signifikant vom Bedarf anderer Bedürftiger abweicht“.

Weiterhin müsse dies durch einen konkreten gesetzlichen Anspruch gesichert sein; ein Hilfebedürftiger dürfe nicht auf freiwillige Leistungen des Staates oder Dritter verwiesen werden, deren Erbringung nicht durch ein subjektives Recht des Hilfebedürftigen gewährleistet ist. Der gesetzliche Leistungsanspruch sollte so ausgestaltet sein, dass er stets den gesamten existenznotwendigen Bedarf jedes individuellen Grundrechtsträgers deckt[39]. Neben der Verpflichtung zur unverzüglichen Neuregelung wurde für den Übergang eine Anpassung an die Beträge

---

[37] *Hohm* in Schellhorn/Hohm/Schneider, Kommentar SGB XII mit AsylbLG, 2015, vor § 1 AsylbLG Rn. 25

[38] BVerfG vom 18.07.2012, 1 BvL 10/10,1 BvL 2/11

[39] BVerfG vom 18.07.2012, 1 BvL 10/10,1 BvL 2/11, Rn. 65 und 66, juris

in Anlehnung an das SGB XII[40] (Sozialhilfe) als geeignet erachtet, um der Entscheidung zumindest vorübergehend Rechnung zu tragen. Dies stellte einen nicht unerheblichen Aufwand bei der Auszahlung dar, da das Inkrafttreten rückwirkend zum 01.01.2011 angeordnet wurde.

Der neu ermittelte individuelle Leistungsanspruch wurde mit dem Gesetz zur Änderung des AsylbLG und des Sozialgerichtsgesetzes[41] und dessen Inkrafttreten zum 01.03.2015 umgesetzt. Auch die Verkürzung der Frist zum Erhalt von Analogleistungen nach dem SGB XII wurde mit gleichnamigem Gesetz von ursprünglich 48 Monaten auf 15 Monate herabgesetzt, um der Bundesverfassungsgerichtsentscheidung in geeignetem Maße zu folgen[42].

Der Personenkreis der Leistungsberechtigten wird in § 1 Abs. 1 abschließend aufgezählt und schließt Personen nach Abs. 3 mit verfestigtem Bleiberecht aus[43].

3.2 Leistungsberechtigter Personenkreis

Voraussetzung für alle in § 1 Abs. 1 AsylbLG genannten Personen ist dem Wortlaut nach der „tatsächliche Aufenthalt im Bundesgebiet".

Zum leistungsberechtigten Personenkreis gehören demnach Ausländer, die sich **noch im Asylverfahren befinden** (§ 1 Abs. 1 Nr. 1 AsylbLG), sowie Ausländer, die über einen Flughafen einreisen wollen und deren Einreise nicht oder noch nicht gestattet ist (Sonderverfahren, § 1 Abs. 1 Nr. 2 AsylbLG).

---

[40] Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27.12.2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 29.04.2019 (BGBl. I S. 530) geändert worden ist

[41] Gesetz zur Änderung des AsylbLG und des Sozialgerichtsgesetzes vom 10.12.2014 (BGBl. I S. 2187)

[42] *Krauß* in Siefert: Asylbewerberleistungsgesetz, 2018, § 2 AsylbLG Rd. 17

[43] Diese haben im Falle der Hilfebedürftigkeit Anspruch auf Leistungen nach SGB II oder SGB XII.

Darüber hinaus sind ausländische Personen mit einer Aufenthaltserlaubnis nach §§ 23 Abs. 1 oder 24 Aufenthaltsgesetz (AufenthG), nach § 25 Abs. 4 Satz 1 AufenthG oder nach § 25 Abs. 5 AufenthG - soweit die Entscheidung über die Aussetzung der Abschiebung noch nicht 18 Monate zurückliegt - leistungsberechtigt (vgl. § 1 Abs. 1 Nr. 3 AsylbLG).

Geduldete Personen nach § 60a AufenthG gehören gem. § 1 Abs. 1 Nr. 4 zum leistungsberechtigten Personenkreis, ebenso wie Ausländer, welche nach § 1 Abs. 1 Nr. 5 AsylbLG vollziehbar ausreisepflichtig sind, obwohl die Abschiebungsandrohung noch nicht oder nicht mehr vollziehbar ist.

Weiterhin sind Ehegatten, Lebenspartner oder minderjährige Kinder der vorab genannten Personen - ohne Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen - leistungsberechtigt (§ 1 Abs. 1 Nr. 6 AsylbLG).

Letztlich sind auch Personen vom Asylbewerberleistungsgesetz umfasst, die einen Folgeantrag nach § 71 AufenthG oder einen Zweitantrag nach § 71a AsylG stellen (§ 1 Abs. 1 Nr. 7 AsylbLG).

Nicht vom Asylbewerberleistungsgesetz umfasst sind **unbegleitete minderjährige Ausländer**. Aufgrund besonderer Schutzvorschriften werden Kinder und Jugendliche innerhalb dieser Masterthesis gesondert im Kapitel 5 betrachtet.

3.3 Grundleistungen

Nach § 3 AsylbLG ist die Leistungserbringung hinsichtlich der Wohnform der Leistungsberechtigten zu unterscheiden.

3.3.1 Aufnahmeeinrichtung

Die seit 01.03.2015 geltende Vorschrift regelt, dass grundsätzlich Asylbewerbern im Rahmen der Unterbringung in einer Aufnahmeeinrichtung i. S. d. § 44 Asylverfahrensgesetzes der notwendige Bedarf nach dem Sachleistungsprinzip (**Unterkunft, Heizung, Kleidung, Gesundheitspflege, sowie Gebrauchs- und Verbrauchsgüter des Haushaltes**) erbracht wird. Zur Gesundheitspflege notwendig

und damit regelmäßig durch den Einrichtungsbetreiber vorzuhalten, sind z. B. Brandsalbe, Pflaster, Verbandsmaterial, Fieberthermometer und Ähnliches. Darüber hinausgehende, konkrete Bedarfe können im Einzelfall von § 6 AsylbLG umfasst sein[44].

Sachleistungen entsprechen der unmittelbarsten Form der Bedarfsdeckung und die aufgezählten Bedarfsgüter des Abs. 1 S. 1 werden dem Wortlaut nach dem Bundesverfassungsgericht als Bestandteil des Grundrechts auf Gewährleistung des menschenwürdigen physischen Existenzminimums übernommen.

Zusätzlich wird nach § 3 Abs. 1 Satz 4 AsylbLG ein monatlicher Bargeldbedarf gezahlt, der zur „Deckung der persönlichen Bedürfnisse des täglichen Lebens“ dient. Demzufolge erhalten

1. alleinstehende Leistungsberechtigte 135 Euro,

2. zwei erwachsene Leistungsberechtigte, die als Partner einen gemeinsamen Haushalt führen, je 122 Euro,

3. weitere erwachsene Leistungsberechtigte ohne eigenen Haushalt 108 Euro,

4. sonstige jugendliche Leistungsberechtigte vom Beginn des 15. und bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres 76 Euro,

5. leistungsberechtigte Kinder vom Beginn des siebten bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres 83 Euro,

6. leistungsberechtigte Kinder bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres 79 Euro.

Bei der Ermittlung des Bargeldbedarfes wurde auf Basis der damals aktuellen Sonderauswertung der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) aus dem Jahr

---

[44] *Hohm* in Schellhorn/Hohm/Schneider, Kommentar SGB XII mit AsylbLG, 2015, vor § 3 AsylbLG Rn. 24

2008 des statistischen Bundesamtes zurückgegriffen, welche nach § 28 SGB XII erstellt wurde und Verbrauchsgüter privater Haushalte in den verschiedenen alltäglichen Lebensbereichen bewertet.

Dies erscheint im Sinne der vom Bundesverfassungsgericht geforderten Transparenz und Objektivität sinnvoll, da weder eine qualitative Umfrage noch der Rückschluss zum Standard aus den Herkunftsstaaten zielführend gewesen wäre.

3.3.2 Dezentrale Unterbringung

Bei einer Unterbringung **außerhalb** von Aufnahmeeinrichtungen im Sinne des § 44 Absatz 1 des Asylgesetzes sind **vorrangig Geldleistungen** zur Deckung des notwendigen Bedarfs nach Absatz 1 Satz 1 zu gewähren. Der notwendige Bedarf beträgt je nach Alter und Haushaltsstandkonstellation zwischen 133 bis zu 216 Euro. Die Beträge des persönlichen Bedarfs ergeben sich ebenfalls nach der Auswertung der EVS, berücksichtigen aber zusätzlich die Abteilung 4 Wohnen, Energie und Wohnungsinstandhaltung[45]. Darin enthalten sind allerdings nicht Kosten der Unterkunft, Heizung und Hausrat, da diese nach Satz 4 gesondert erbracht werden.

3.3.3 Bewertung der Grundleistungen

Die Form der Gewährung von Sach- und Geldleistungen stößt oft auf Kritik in der Bevölkerung, da es sich im Gegensatz von Empfängern nach dem SGB XII oder SGB II (Grundsicherung) dahingehend unterscheidet, dass für die Hilfeempfänger eine einheitliche Bedarfsfestsetzung und ein unteilbares Budget für die Bedarfsdeckung mit gebundener Entscheidung vorgesehen ist. Dies lässt aus Sicht der Betroffenen den Rückschluss zu, dass Asylbewerber/innen vom Staat vollumfänglich in einer Unterkunft und mit Bargeld versorgt werden, während deutsche Hilfebedürftige im Rahmen ihrer Regelsatzleistungen selbstständig hauswirtschaften müssen.

---

[45] *Korff* in Rolfs/Giesen/Kreikebrohm/Udsching, Beck`scher Online-Kommentar Sozialrecht, 51. Edition, 2018, § 3 AsylblG, Rn. 22

Trifft die einfache Betrachtung der Situation auch zunächst auf Verständnis, ist die vom Gesetzgeber gewollte Sondersituation der Asylbewerber/innen zu beachten. Aufgrund des Fluchtweges erreichen Leistungsberechtigte nach Asylbewerberleistungsgesetz das Bundesgebiet oftmals ohne erwähnenswertes Eigentum, sondern nur mit geringfügigen Besitz- oder Verbrauchsgütern (Kleidung, Mobilfunktelefon etc.). Es ist zum Zeitpunkt der Hilfebedürftigkeit kein Hausstand vorhanden. An dieser Stelle ist die wesentlichste Differenzierung bezüglich den Leistungsberechtigten nach SGB II und SGB XII zu sehen: diesen geht häufig eine Erwerbstätigkeit, ein geführter Hausstand oder ein Elternhaus voraus, welches bei der Ermittlung von Regelsatzleistungen und Bedarfen individuell berücksichtigt werden kann.

Der Gesetzgeber begründet allerdings auch, dass geflüchteten Personen insbesondere in der Anfangszeit Kenntnisse darüber fehlen, wo sie sich preisgünstig mit Lebensmitteln oder Gütern des täglichen Lebens versorgen können, was als nur vorübergehendes Argument bewertet werden kann.

Dennoch ist zynischen Staatskritikern entgegenzusetzen, dass beide Personenkreise (zumindest nach SGB II und AsylbLG) die Fähigkeit zur Erwerbstätigkeit eint, welche eine spürbare Besserstellung ihrer Situation hervorrufen könnte.

Interessant ist die Tatsache, dass der Gesetzgeber in der Verknüpfung von bereitgestellten Sachleistungen mit Ergänzung des nun angepassten Bargeldbetrages für Asylberechtigte in Unterkünften von 79 bis 135 Euro (je nach Haushaltskonstellation und Altersstufe) die Sicherstellung des gemeinsamen existenznotwendigen Bedarfs sieht[46], obwohl im Vergleich zum bisherigen System lediglich der Bargeldbedarf angepasst wurde.

Ein weiterer Aspekt sollte in der Bewertung nachfolgend erörtert werden. § 3 Abs. 4 und 5 AsylbLG regeln die Aktualisierung und entsprechende Rundung der Bargeldbeträge unter der Berücksichtigung der jährlichen Veränderungsrate und

[46] BT-Drs.: 18/2592, vom 22.09.2014, S. 20 - 22

verpflichtet das zuständige Bundesministerium, die Beträge jährlich zu kontrollieren und ggf. bei Vorliegen einer bundesweiten neuen Einkommens- und Verbrauchsstichprobe, anzupassen. Dies ist vor dem Hintergrund der Veröffentlichung der letzten EVS 2017 im Jahr 2018[47] insofern kritisch zu betrachten, dass sich die Beträge aus dem AsylblG seit 01.03.2015 nicht verändert haben und der geforderten, regelmäßigen Aktualisierung des Bundesverfassungsgerichtes in diesem Sinne nicht gerecht werden.

Ein erster Versuch des zuständigen Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wurde 2016 vom Bundesrat abgelehnt und befindet sich seitdem aufgrund von unterschiedlichen Auffassungen der Koalition im Vermittlungsausschuss. Die Begründung, dass „Deutschland bereits derzeitig die höchsten Sozialleistungen zahlt“ und eine „Erhöhung mit einem falschen Signal an die Herkunftsländer gleichzusetzen wäre“[48], erscheint im Gesamtkontext schlüssig, widerspricht jedoch der verfassungsgemäßen Rechtsprechung.

3.4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt

Die in § 4 AsylbLG geregelte medizinische Grundversorgung sieht mit Einführung des Gesetzes im Jahr 1993 einen **eingeschränkten Anspruch** auf Leistungen des Krankenschutzes vor. Grundsätzlich soll die medizinische Behandlung in den ersten

---

[47] Statistisches Bundesamt, Wirtschaftsrechnungen - Laufende Wirtschaftsrechnungen, Einkommen, Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte für das Jahr 2017, veröffentlicht 2018
URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Einkommen-Einnahmen-Ausgaben/Publikationen/Downloads-Einkommen/einnahmen-ausgaben-privater-haushalte-2150100177004.pdf?__blob=publicationFile&v=5 (letzter Abruf 07.05.2019)

[48] so Zitat von Thorsten Frei (CDU) im Artikel der Tagesschau vom 10.03.2019
URL: https://www.tagesschau.de/inland/asylbewerberleistungen-101.html (letzter Abruf 07.05.2019)

15 Monaten auf die Akutversorgung beschränkt bleiben und ausschließen, dass Behandlungen nicht erfolgreich bis zum Ende durchgeführt werden können[49].

3.4.1 Verfassungsrechtliche Problematik

Die Einschränkung des Gesetzgebers im Jahr 1993 zielte darauf ab, keine Anreize zur Einreise zu setzen, indem man das hohe Niveau der medizinischen Versorgung von Pflichtversicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als Maßstab heranzieht. Von diesem Grundgedanken wurde auch nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes[50] 2012 kein Abstand genommen, da die gesundheitliche Versorgung vom Gesetzgeber als ausreichend und angemessen eingeschätzt wurde[51].

Obwohl das aus Art. 1 Abs. 1 GG i. V. m. Art. 20 GG grundrechtlich geschützte Recht auf physische Existenz der Gesundheit umfasst, obliegt es dem Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers zu bestimmen, was nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG (Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit) umfasst wird. Verfassungsunmittelbar geschützt sind nur Fälle, die lebensbedrohlich oder regelmäßig (und zeitlich naheliegend) eine tödlich verlaufende Erkrankung nach sich ziehen würden[52]. Wäre an dieser Stelle keine weiterführende Regelung, würde nur die Notfallversorgung in Betracht kommen. Aus diesem Grunde sind gesetzlich (§ 4 Abs. 1 S. 1 AsylbLG) **akute Erkrankungen und Schmerzzustände** zwar erweiternd aufgeführt, nicht jedoch ausdrücklich bereits bestehende **chronische Erkrankungen** umfasst.

Dahingehend lassen sich verfassungsrechtliche Bedenken umgehen, wenn Behörden und Gerichte bei der Betrachtung von §§ 4 und 6 AsylbLG sich weniger am alten,

---

[49] BT-Drs. 12/4451 vom 02.03.1993, S. 9

[50] BVerfG vom 18.07.2012, 1 BvL 10/10, 1 BvL 2/11

[51] BT-Drs. 17/13461 v. 14.05.2013, S. 4

[52] BVerfG, Beschluss vom 26.03.2014, 1 BvR 2415/13

ursprünglichen Grundprinzip und Wortlaut des Gesetzes orientieren und eher die verfassungsgemäße Auslegung im Sinne des BVerfG zur Existenzsicherung anstreben, welche unabhängig vom Aufenthaltsstatus ist[53].

3.4.2 Umfang der Versorgung

Unter **„akute Erkrankung“** ist ein plötzlich auftretender, schnell und heftig verlaufender regelwidriger Körper- oder Geisteszustand zu verstehen.

Eine **„chronische Erkrankung“** wird im Gegensatz dazu als langsam verlaufende Entwicklung beschrieben[54].

Der **„Schmerzzustand“** wird mit einer aktuellen oder potenziellen Gewebeschädigung oder einem komplexen und unangenehmen Sinnes- oder Gefühlszustand verbunden[55].

Das OVG Greifswald[56] steckte in seiner Entscheidung 2004 den verfassungsgemäßen Rahmen zwischen einer chronischen und akuten Erkrankung auch über den Wortlaut hinaus für eine Nierentransplantation (anstelle einer gewährten Dialyse) streng ab, räumte jedoch auch ein, dass

> *„(...) zumeist ein die Behandlung von Erkrankungen, unter denen ein Leistungsberechtigter nach Asylbewerberleistungsgesetz leidet, ohnehin unter den Begriff der akuten Erkrankungen fallen oder Schmerzzustände auslösen, die eine Behandlung erfordern.“*

---

[53] vgl. *Kötter*, info also, 2018 S. 243ff.

[54] Beides nach *Pschyrembel*: Klinisches Wörterbuch, 2017

[55] Roche Medizin Lexikon, 2003

[56] OVG Greifswald, 28.01.2004, 1 O 5/04, NVwZ-RR 2004, S. 902

Im Folgenden soll auf einige Entscheidungen bezüglich akuter und chronischer Erkrankungen sowie Schmerzzuständen und darüber hinausgehende Versorgungsleistungen eingegangen werden.

3.4.2.1 Behandlung von Erkrankungen

Die aufgeführte Definition der akuten Erkrankungen stößt in der Praxis an ihre Grenzen, da auch chronische Erkrankungen zu Fällen von ernsthaften Beeinträchtigungen oder Gesundheitsverschlechterung führen können. Nach neuerer Rechtsauffassung - im Hinblick auf das menschenwürdige Existenzminimum - geht man davon aus, sobald das Merkmal des Schmerzzustandes hinzutritt, dass eine Behandlung (z. B. Operation) unaufschiebbar ist und muss abschließend therapiert werden[57]. Dies konnte bisher nach h. M. dem restriktiven Wortlaut nach anders gesehen werden[58].

So kann z. B. der zehntägige Aufenthalt zur Behandlung einer chronischen, nichteitrigen Mittelohrentzündung aufgrund fraglicher Schmerzzustände abgelehnt werden[59]. Bejaht wird hingegen die (Weiter-)Behandlung einer bestehenden HIV-Erkrankung[60].

---

[57] *Krauß* in Siefert: Asylbewerberleistungsgesetz, 2018, § 4 AsylbLG Rd. 18

[58] z. B. *Hohm* in Schellhorn/Hohm/Schneider, SGB XII, 2015 § 4 Rd. 4

[59] entschieden durch VG Münster, Beschluss vom 18.10.2005, 5 K 5424/03, Rechtsprechungsdatenbank NRW, URL:http://www.justiz.nrw.de/nrwe/ovgs/vg_muenster/j2005/5_K_5424_03urteil20051018.html (letzter Abruf 26.06.2019)

[60] LSG Osnabrück, Beschluss vom 20.06.2008, L 11 AY 47/08 ER, Rechtsprechung der niedersächsischen Justiz, URL:http://www.rechtsprechung.niedersachsen.de/jportal/portal/page/bsndprod.psml?doc.id=JURE090041044&st=null&showdoccase=1 (letzter Abruf 26.06.2019)

Insbesondere bei der Behandlung **psychischer Erkrankungen** kann die Auslegung vertreten werden, dass diese aufgrund des ähnlich „quälenden“ Charakters unter Schmerzzustände subsumiert werden könnten, sind der wortwörtlichen Auslegung der Definition jedoch abzulehnen, solange die Schmerzen keine psychosomatischen Auswirkungen haben[61]. Jedoch kann das restriktive Festhalten am Wortlaut an die verfassungsrechtlichen Grenzen stoßen, insbesondere wenn die psychische Erkrankung aufgrund der erlebten Fluchterfahrung aufgetreten ist.

Diesbezüglich könnte auch § 6 Abs. 1, die Gewährung sonstiger Leistungen ohne Anwendung von Ermessen, in Betracht kommen.

Nach europarechtskonformer Auslegung der Aufnahmerichtlinie 2013/33 EU[62] (insbesondere Art. 17 Abs. 2 und Art. 19 Abs. 1 und 2) wird die **Behandlung schwerer psychischer Störungen** ausdrücklich benannt. Dieser Zusatz wurde im Gegensatz zur vorausgegangenen Richtlinie 2003/9/EG[63] gesondert aufgenommen und soll die Mitgliedsstaaten bezüglich der psychosozialen Versorgung sensibilisieren.

3.4.2.2 Behandlung von Schmerzzuständen

Während die Rechtsprechung zur ausdrücklichen Gewährung von Leistungen bei Schmerzzuständen sowohl akuter als auch chronischer Art eindeutig und in beiden

---

[61] *Krauß* in Siefert: Asylbewerberleistungsgesetz, 2018, § 4 AsylbLG Rn. 13, 20 und 26

[62] Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26.06.2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Aufnahmerichtlinie)

[63] Richtlinie 2003/9/EG des Rates vom 27. Januar 2003 zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten

Fällen zustimmend ist[64], bleibt die Frage nach der erforderlichen Behandlungsform aus wirtschaftlichen Aspekten strittig.

ies kann z. B. die Übernahme von Kosten für Krankengymnastik und Wärmetherapie zur Linderung von Schmerzen umfassen[65], aber auch die Erforderlichkeit eines orthopädischen Eingriffs in Form einer Hüftgelenkendoprothese[66] verneinen, wenn stattdessen Schmerztropfen gewährt wurden.

Das OVG Lüneburg hat in seiner Entscheidung 1999 auch die Psychotherapie in Form einer Kurzzeittherapie mit der Begründung gerechtfertigt[67], dass der „depressive Leidenszustand regelmäßig mit erheblichen körperlichen Schmerzzuständen gleichzusetzen“ sei. Abgelehnt wurde jedoch die stationäre psychotherapeutische Behandlung einer leichten, chronifizierten Depression, welche durch einen Facharzt für Psychiatrie „im medizinisch erforderlichen Umfang behandelt werden kann[68].“ Denkbar wäre demzufolge z. B. eine ambulante Therapie.

3.4.2.3 Zahnersatz

Der Zahnersatz für Leistungsberechtigte erfolgt ausdrücklich (Abs. 1 S. 3) nur, wenn dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist und ist über den Wortlaut hinaus auch für kieferorthopädische Behandlungen streng auszulegen. Akute Erkrankungen oder Schmerzen werden durch den Wortlaut der zahnärztlichen Behandlung in Abs. 1 S. 1 ohnehin abgedeckt und gewährleistet. Als unaufschiebbar

---

[64] z. B. VGH Mannheim, 04.05.1998, 7 S 920/98, Nr. 24, Landesrecht Baden-Württemberg URL:http://www.landesrecht-bw.de/jportal/?quelle=jlink&docid=MWRE100089900&psml =bsbawueprod.psml&max=true&doc.part=L&doc.norm=all (letzter Abruf 26.06.2019)

[65] SG Gießen, 10.08.2006, S 18 AY 6/06, juris

[66] SG Düsseldorf, 17.05.2011, S 42 AY 2/05, BeckRS 2011, S. 7314

[67] OVG Lüneburg, 22.09.1999, 4 M 3551/99, juris

[68] LSG Thüringen, 22.08.2005, L 8 AY 383/05 ER, juris

(d. h. ohne schuldhaftes Zögern[69]) kann die Versorgung sachlich angesehen werden, wenn z. B. Zähne fehlen und das Verdauungssystem beeinträchtigt ist[70] oder bei Nichtbehandlung Schäden für den Magen drohen. Ein „Gebiss" in einfacher Ausfertigung muss mindestens gewährleistet werden.

3.4.2.4 Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen

Mit Einführung des Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes vom 20.10.2015[71] wurden Präventionsleistungen gemäß dem Niveau der GKV neu in den „Leistungskatalog" des Asylbewerberleistungsgesetzes (§ 4 Abs. 1 S. 2) aufgenommen.
Diese umfassen nach h. M. die amtlich vorgeschriebenen Schutzimpfungen[72] und medizinische Vorsorgeuntersuchungen. Der Anspruch auf Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten und Krankheitsfolgen richtet sich nun uneingeschränkt nach § 20i und §§ 25, 26 des SGB V und geht damit über die bisherig ausdrücklich genannten Schutzimpfungen (Abs. 3 a. F.) hinaus.

Intention des Gesetzgebers könnte es gewesen sein, die bestehende Abgrenzung zum Infektionsschutz[73], welcher durch die Eingangsuntersuchung in Erstaufnahme-einrichtungen sichergestellt wird, zu erweitern, da diese regelmäßig nicht als individuelle Gesundheitsversorgung gilt.

---

[69] *Creifelds* Rechtswörterbuch, → unverzüglich, unaufschiebbar, 2017

[70] so *Krauß* in Siefert: Asylbewerberleistungsgesetz, 2018, § 4 AsylbLG Rn. 27

[71] Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz vom 20.10.2015 (BGBl. I S. 1722)

[72] Dies vorgeschriebenen Schutzimpfungen richten sich nach dem jeweiligen Landesrecht.

[73] vgl. *Wahrendorf* in Grube/ Wahrendorf, Asylbewerberleistungsgesetz, Kommentar, 2017, § 4 Rn. 44

3.4.2.5 Schwangerschaft und Geburt

Die von Abs. 1 abweichende Sonderregelung für werdende Mütter und Wöchnerinnen bezieht sich auf einen Leistungszeitraum, welche mit der Schwangerschaft von minder- und volljährigen Asylbewerberinnen beginnt und nach der Geburt endet. Insofern erhalten werdende Mütter zwar einen privilegierten Schutzstatus (z. B. umfassende ärztliche Beratungs- und Betreuungsleistungen inklusive Hebammenhilfe während der Schwangerschaft und Geburt), der aber auch seine Grenzen hat. Es wird z. B. grundsätzlich keine Haushaltshilfe oder Mutterschaftsgeld bewilligt, da diese schließlich auf einer Beschäftigung beruhen und maximal nach § 6 Abs. 1 AsylblG im Einzelfall gezahlt werden können.

Es werden keine Hilfen zur künstlichen Befruchtung oder Familienplanung gewährt[74], was durchaus vertretbar ist, wenn man den Vergleich zu anderen bedürftigen Personen (z. B. Leistungsberechtigte der Sozialhilfe) erwägt.

Mit dieser Einschränkung orientiert sich der Anspruch ohnehin nahe am SGB XII, der Sozialhilfe, welche die **Empfängnisverhütung** für Leistungs-berechtigte bis zur Vollendung den 22. Lebensjahres (§ 24a Abs. 2 SGB V für GKV-Versicherte) ausdrücklich nicht mit einschließt[75].

Diese Regelung ist insbesondere vor dem Hintergrund zu hinterfragen, dass jedoch das Schwangerschaftskonfliktgesetz[76] (SchKG) Asylbewerberinnen umfasst (§ 19 Abs. 1 S. 2 i. V. m. Abs. 3 Nr. 1) und diese Leistungen eines nicht rechtwidrigen **Schwangerschaftsabbruches** (§ 20 SchKG i. V. m. § 24b Abs. 4 SGB V) erhalten können.

---

[74] vgl. *Wahrendorf* in Grube/ Wahrendorf, Asylbewerberleistungsgesetz, Kommentar, 2017, § 4 Rn. 48

[75] BSG, 15.11.2012, B 8 SO 6/11, NVwZ-RR 2013, 649

[76] Schwangerschaftskonfliktgesetz vom 27.07.1992 (BGBl. I S. 1398), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22.03.2019 (BGBl. I S. 350) geändert worden ist

Eine Überlegung sollte dahingehend angestellt werden, dass eher präventive Kontrazeptiva von Leistungsberechtigten in Anspruch genommen werden können, statt den invasiven Eingriff eines Schwangerschaftsabbruches zu riskieren. Die strenge Auslegung sollte auch im Hinblick auf die ggf. nicht ausreichende Bildung aus den jeweiligen Herkunftsländern[77] überdacht werden. Nicht nur, dass ein Schwangerschaftsabbruch für Betroffene oftmals eine Stigmatisierung bedeutet, er kann für den Staat in der Summe (auch mit möglichen Folgetraumata, psychischen Belastungen usw.) ggf. mehr Kosten verursachen, als die - bei individuellen Bedarf zu verschreibenden - empfängnisverhütenden Mittel. Diese Auffassung wird dem Grunde nach auch für Leistungsberechtigte nach dem SGB XII geteilt.

3.5 Sonstige Leistungen

Mit § 6 AsylbLG entwickelte der Gesetzgeber eine Öffnungsklausel für Einzelfälle und unerlässliche Bedarfe für welche sonstige Leistungen in Form von Sachleistungen oder bei Vorliegen von besonderen Umständen als Geldleistung gewährt werden können. Das heißt, dem Hilfeträger obliegt bei der Entscheidung jeweils ein Ermessensspielraum.

Die Bedeutung des § 6 hat sich mit Urteil[78] des BVerfG vom 18.07.2012 zwar nicht im Wortlaut, aber im Anwendungsbereich erheblich verändert.

Gesetzlich werden vier konkrete Bedarfslagen herausgestellt, wobei diese Aufzählung nicht abschließend ist. „Insbesondere“ sind Leistungen umfasst, die zur

1. Sicherung des Lebensunterhaltes ,
2. oder der **Gesundheit** unerlässlich,
3. zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten ,

---

[77] Diese Verallgemeinerung bezieht sich natürlich nicht auf alle Herkunftsländer oder den Bildungsstand aller leistungsberechtigten Personen.

[78] BVerfG vom 18.07.2012, 1 BvL 10/10,1 BvL 2/11

4. oder zur Erfüllung der verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind.

Im Folgenden wird insbesondere auf die Bedarfslagen 1. und 2. eingegangen, die vorwiegend gesundheits- oder versorgungsrelevant für (erwachsene) Leistungsberechtigte sind.

3.5.1 Sicherung des Lebensunterhaltes

Die Sicherung des Lebensunterhaltes umfasst die physische Existenz und nach BVerfG auch die soziale Teilhabe. § 6 soll Einzelfallbedarfe ermöglichen, die Leistungen aus §§ 3 und 4 AsylbLG übersteigen.

So besteht z. B. ein **Schwangerenmehrbedarf** (s. 3.4.2.5), welcher die Erstausstattung und einen Hygienebedarf für Wöchnerinnen[79] umfasst.

Darüber hinaus können z. B. Mehrbedarfe einer **kostenaufwendigen Ernährung** dem Grundsatz nach bestehen, wenn diese gesundheitsbedingt notwendig, aber auch aus religiösen Gründen erforderlich sind, wobei Letzteres eher unter sozialer Teilhabe zu subsumieren wäre.

Die soziale Teilhabe kann weiterhin als Argumentation für die Erstattung von Kosten für **Sprachmittler** herangezogen werden. Insbesondere bei medizinischen Sachverhalten soll es Leistungsberechtigten möglich sein, qualifiziert mit dem Arzt zu kommunizieren. Wenn beispielsweise **psychotherapeutische Behandlungen** aufgrund einer ärztlichen Veranlassung erfolgen, kommt für diese ein solcher Einzelfallbedarf in Betracht.

3.5.2 Sonstige Leistungen zur Sicherung der Gesundheit

Mit Einführung des Gesetzes zur Änderung des AsylbLG und des Sozialgerichtsgesetzes zum 10.12.2014 hat sich die Auslegung des § 6 Abs. 1

---

[79] BT-Drs. 12/4451 v. 02.03.1993,S. 10

wesentlich erweitert. Die Differenzierung von akuten bzw. chronischen Erkrankungen kann bei unklaren Sachverhalten unter diesen Anspruch subsumiert werden.

Insbesondere hat sich aber die Gewährleistung von Leistungen **psychischer und seelischer Erkrankungen** und bei behinderten Menschen zum Hauptanwendungsbereich diesen Paragraphen entwickelt, um den europa- und verfassungsrechtlichen Standard zu erreichen[80]. In der Regel sind damit psychotherapeutische Behandlungen, aber auch kostengünstigere, medikamentöse Therapien umfasst. Dies ist, wenn man einer Veröffentlichung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)[81] folgt, auch dringend geboten, da die überwiegende Anzahl der Befragten (1.965) traumatische Ereignisse erfahren hat:

---

[80] vgl. *Krauß* in Siefert: Asylbewerberleistungsgesetz, 2018, § 6 AsylbLG Rn. 7

[81] *Schröder/ Zok/ Faulbaum:* Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan, WIdo-monitor, 01/2018, S. 8

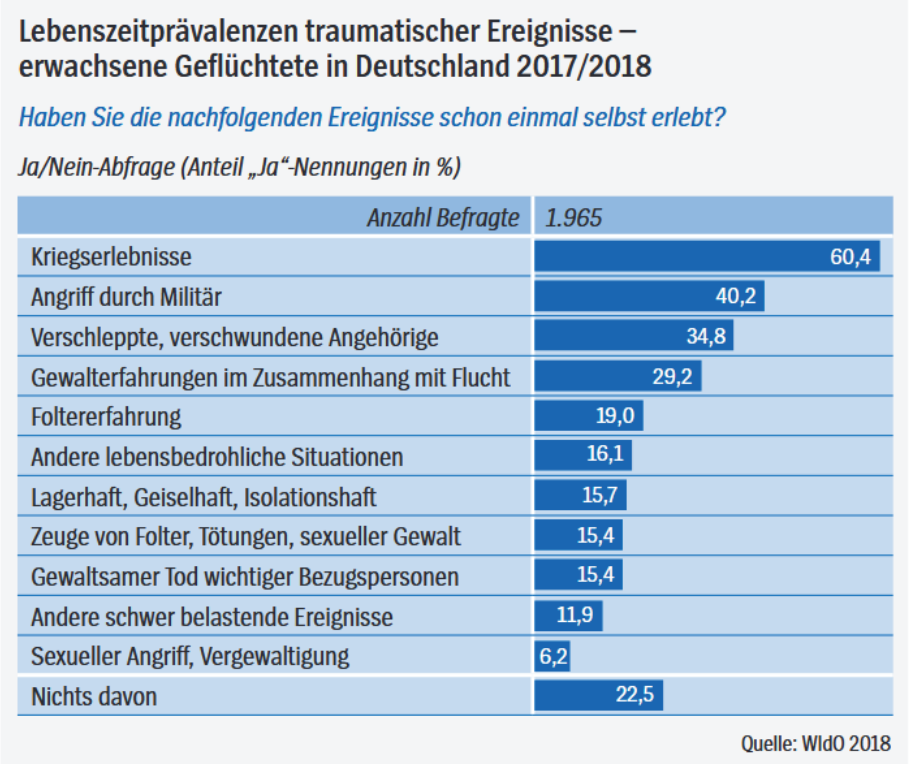

Abb 4: WIdO monitor (AOK), 2018

Insofern ist die adäquate psychosoziale Behandlung durch das geltende Asylrecht zwar ausreichend umfasst, stellt das Gesundheitswesen in Deutschland jedoch vor erhebliche Herausforderungen. So sei darauf hinzuweisen, dass für regulär gesetzlich Krankenversicherte mit einer langen Wartezeit auf einen Termin zur psychotherapeutischen Behandlung zu rechnen ist. Für Asylbewerber stellt sich die Dringlichkeit und Kommunikationsfrage in gesteigertem Maße dar. Dennoch sind extreme Pro-Asyl-Stimmen differenziert zu betrachten, die den ungeklärten Aufenthaltsstatus und die Unterbringung und das Verfahren in Deutschland für psychische Erkrankung verantwortlich machen[82].

---

[82] so z. B. *Schadwinkel / Oerding*, ZEIT-Online, 01.11.2018: Ein Asylrecht, das krank macht, URL: https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2018-10/posttraumatische-belastungsstoerungen-fluechtlinge-psychische-erkrankungen-asylrecht, (letzter Abruf 27.05.2019)

Die häufigste Indikation – Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)- wird durch potenzielle Auslöser (Trigger) hervorgerufen[83] und entwickelt in der Folge Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen etc.

Gerade im Lichte der Verfassung wurde in Deutschland ein Standard diesbezüglich geschaffen, der im europäischen Vergleich mithalten kann. Eine Besserstellung der Leistungsberechtigten nach AsylbLG mit kürzeren Wartezeiten gegenüber anderen GKV-Patienten wäre nicht gerechtfertigt.

Sollten durch die Flucht andere Beeinträchtigungen vorliegen, können auch Hörhilfen, Brillen oder orthopädische **Hilfsmittel**[84] in Betracht kommen. An dieser Stelle sei auf das Sachleistungs-vor-Bargeld-Prinzip hingewiesen.

3.6 Organisation und Zugang zur Versorgung

Mit Einführung des § 4 Abs. 3 Satz 1 im Zuge des Asylverfahrens-beschleunigungsgesetzes im Jahre 2015 wurde der zuständigen Behörde (Sozialamt) die objektiv-rechtliche Sicherungspflicht zur ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung erteilt[85]. Der Sicherstellungsauftrag umfasst auch die Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen. Für gesetzlich Kranken-versicherte obliegt der Sicherstellungsauftrag hingegen der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 105 Abs. 1 SGB V.

Dabei kann die Behörde bestimmte Ärzte und Zahnärzte beauftragen, welches eine freie Arztwahl für die leistungsberechtigten Asylbewerber/innen ausschließen

---

[83] *Stingel*, Die Anwendung von Screening-Verfahren für Traumafolgen im Asylverfahren, Flüchtlingsrecht und Praxis, 2014, S.150 ff.

[84] *Hohm* in Schellhorn/Hohm/Schneider, SGB XII, 2015 § 6 Rn. 18

[85] *Hohm* in Schellhorn/Hohm/Schneider, SGB XII, 2015 § 4 Rn. 31

würde[86]. Dies entspräche einer isolierten Versorgungsstruktur und wäre allein aus wirtschaftlichen Gründen nicht sinnvoll[87].

Eine ausschließliche Betreuung durch die Gesundheitsämter würde der Nachfrage ebenfalls nicht gerecht werden und schnell an personelle Kapazitätsgrenzen stoßen. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist vorrangig für die Erstellung von Gutachten und Durchführung amtlicher Untersuchungen ausgebildet. Fraglich ist weiterhin, ob nicht die Einschränkung der freien Arztwahl bei weiter Auslegung verfassungsrechtlichen Grundsätzen gegenübersteht.

In der Praxis wird von Kranken- bzw. Behandlungsscheinen Gebrauch gemacht, welche von der zuständigen Behörde (Sozial- oder Ausländeramt) ausgestellt werden und einer freien Arztwahl auf diese Weise Rechnung tragen[88].

3.6.1 Kenntnisgrundsatz

Aus dem Asylbewerberleistungsgesetz geht nicht hervor, ob die Einholung des Kranken- oder Behandlungsscheins vor der Behandlung durch die Behörde (Leistungsträger) genehmigt oder eingeholt werden muss.

Analog hatte man bis 2013 angenommen, dass die Kenntnisnahme nach § 18 SGB XII[89] maßgeblich zur Hilfegewährung durch den Leistungsträger ist. Im Jahr 2013 entschied das Bundessozialgericht[90] jedoch, dass keine unmittelbare Anwendung der §§ 18 oder 25 SGB XII zutreffend sei:

---

[86] BT-Drs. 12/4451, vom 02.03.1993, S. 9

[87] *Krauß* in Siefert: Asylbewerberleistungsgesetz, 2018, § 4 AsylbLG Rn. 37

[88] *Korff* in Rolfs/Giesen/Kreikebrohm/Udsching, Beck`scher Online-Kommentar Sozialrecht, 51. Edition, 2018 § 4 AsylblG, Rn. 23

[89] bis 2005 § 5 Bundessozialhilfegesetz

[90] BSG, Urteil vom 30.10.2013, B 7 AY 2/12 R, NVwZ-RR 2014, S. 351

„Im Lichte der Bedeutung und der Folgen der Kenntnis i.S. von § 18 SGB XII für den Anspruch des Nothelfers, würde die Übertragung der Vorschrift des § 25 SGB XII auf das AsylbLG zwingend voraussetzen, dass der Hilfebedürftige mangels Kenntnis des Leistungsträgers nach dem AsylbLG keinen Anspruch auf die Kranken- bzw. Krankenhausbehandlung hat. Der sogenannte Kenntnisgrundsatz des § 18 SGB XII müsste mithin im AsylbLG ebenfalls analoge Anwendung finden. Nur dann könnte eine Regelungslücke vorliegen, die durch eine entsprechende Anwendung des § 25 SGB XII im AsylbLG geschlossen werden könnte. § 18 SGB XII ist (...) von der Kenntnis des nach dem AsylbLG zuständigen Leistungsträgers bejaht - im AsylbLG jedoch nicht analog anzuwenden."

Das durchaus umstrittene Urteil wurde durch ergänzende Einführung des § 6b AsylbLG[91] mit Wirkung zum 01.03.2015, welche letztendlich die Anwendung des Kenntnisgrundsatzes nach § 18 SGB XII konkretisiert, obsolet.

3.6.2 Genehmigungserfordernis und Aufwand der zuständigen Behörde

Die Mitarbeiter des zuständigen Sozialamts stellen einen Krankenschein aus, mit dem die Asylsuchenden eine ärztliche Behandlung ersuchen können. Sowohl die Kostenabrechnung als auch die Kostenübernahme erfolgt durch das jeweilige Sozialamt.

Bei der Vergabe der Kranken- bzw. Behandlungsscheine können im Wesentlichen zwei Verfahren angewandt werden:

[91] Gesetz zur Änderung des AsylbLG und des Sozialgerichtsgesetzes vom 10.12.2014 (BGBl. I S. 2187)

1. Die Leistungsberechtigten erhalten - auf mündlichen oder schriftlichen Antrag - bei der zuständigen Sozialbehörde einen Einzelkrankenschein zur Vorlage beim behandelnden Arzt. Für jede weitere Behandlung ist ein erneutes persönliches Vorsprechen zur Prüfung und die erneute Ausstellung eines Krankenscheins beim Sozialamt erforderlich.

   oder

2. Die Leistungsberechtigten erhalten von ihrem zuständigen Sozialamt alle drei Monate pauschal einen Krankenschein für das laufende Quartal (teilweise auch unaufgefordert, postalisch zugestellt) mit dem sie dann zum Arzt ihrer Wahl gehen können. Diese Vorgehensweise widerspricht dem festgestellten Kenntnisgrundsatz (aus Kapitel 3.6.1).

In der Regel müssen für Überweisungen zu Fachärzten erneut Bescheinigungen eingeholt werden. Wird der Krankenschein bei dem erstbehandelnden Arzt hinterlegt, muss dieser die Notwendigkeit der Untersuchung oder Behandlung durch einen anderen Facharzt bescheinigen. Auf dem Überweisungsschein wird dann ein Hinweis „Leistungen nach AsylbLG“ vermerkt. Ähnliches gilt für eine geplante Einweisung ins Krankenhaus: Erst mit der vorherigen Zustimmung des Kostenträgers – dem Sozialamt – kann eine Einweisung für eine stationäre Behandlung im Krankenhaus erfolgen. Die Kostenabrechnung und -übernahme erfolgt auch hier mittels Krankenscheines über die Sozialbehörde.

Anders als bei einer geplanten ambulanten oder stationären Behandlung kann im medizinischen **Notfall** eine Behandlung bei einem niedergelassenen Arzt oder im Krankenhaus auch **ohne vorherige Vorlage eines Krankenscheines** erfolgen.

Die Abrechnung der erfolgten Leistung können die niedergelassenen Ärzte und Krankenhausverwaltungen unmittelbar gegenüber dem Sozialamt als Kostenträger geltend machen – im Rahmen des gesetzlich vorgesehenen Leistungsumfangs nach AsylbLG.

Dennoch verursacht dieses Verfahren für die Sozial- oder Ausländerbehörde Aufwand in Form von persönlichen / schriftlichen Antragstellungen (ggf. Dolmetscherleistungen) sowie Ermessensausübung bei der Entscheidung über die Ausstellung der Krankenscheine. Regelmäßig bewirkt die Ausstellung Stress für alle Betroffenen, da diese innerhalb eines kurzfristigen Zeitraumes bei einer akuten Erkrankung / eines Schmerzzustandes erfolgen muss. Nur die Ausstellung der Behörde schließt das Risiko des Leistungsberechtigten letztendlich aus, dass sich die Behandlung im Nachgang als nicht gerechtfertigt herausstellt[92] und diese selbst vom geringfügigen Bargeldbedarf zu tragen sind. Nachfolgend wäre dies nur durch ein gerichtliches Verfahren festzustellen.

Darüber hinaus ist es bedenklich, dass Verwaltungsmitarbeiter über Fragen der medizinischen Notwendigkeit entscheiden sollen, obwohl sie i. d. R. keine entsprechende Sachkunde oder Qualifikation besitzen. Auch wenn es aufgrund von Richtlinien und Verwaltungsvorschriften Handlungsempfehlungen gibt, ist die Inaugenscheinnahme durch einen Arzt die einzig rechtssichere Vorgehensweise bei einem so schützenswerten Gut wie Leib und Leben.

Die ursprüngliche Problematik eröffnet sich dann oftmals erst im Zuge der Abrechnung, wenn gesetzliche Leistungseinschränkungen, die aber bereits geleistet wurden (z. B. eine professionelle Zahnreinigung[93] von ca. 150 Euro) nicht übernommen werden, was bei den Betroffenen auf Unverständnis stößt.

Die anschließende Abrechnung der Leistungen und Vergütung erfolgt gemäß vereinbarter Verträge zwischen Behörden und niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten nach § 72 Abs. 2 SGB V und § 132e SGB V, wobei das Bestimmungsrecht darüber, welcher Vertrag Anwendung findet, der zuständigen

---

[92] vgl. *Wahrendorf* in Grube/ Wahrendorf, Asylbewerberleistungsgesetz, Kommentar, 2017, § 4 Rn. 24

[93] *Splieth/ Al-Ani*, Flüchtlinge in Deutschland - Mundgesundheit, Versorgungsbedarfe und deren Kosten, 2017, S. 25

Behörde obliegt. Dies soll die kostengünstigste Versorgung ermöglichen[94], setzt aber auch voraus, dass die Verträge vorher ausgehandelt und ggf. regelmäßig angepasst werden. Es besteht darüber hinaus die Möglichkeit, entsprechende Vereinbarungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung zu schließen. Verhandlungen und Abrechnungen der eingereichten Behandlungsscheine bedeuten für niedergelassene Ärzte und Zahnärzte, Betroffene und Behörden zusätzlichen Verwaltungsaufwand, neben dem ohnehin schon komplexen, aber auch weltweit anerkannten Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland.

Die Fahrt- und Besuchswege zur Verwaltung, welche im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern seit der Kreisgebietsreform im Jahr 2011 enorme Strecken aufweisen, sind für Bürger und Leistungsberechtigte eine Zumutung und können nicht für jeden einzelnen Arztbesuch erwartet werden. Die generelle Ausgabe von Behandlungsscheinen wiederum gefährdet die verlässliche Sicherstellung der gesetzlichen Leistungseinschränkungen des AsylbLG. Es kann keine ausreichende Prüfung der Abrechnungen der Leistungserbringer auf sachliche und rechnerische Richtigkeit erfolgen[95].

Ein weiterer Aspekt, welcher aus Sicht der Leistungsberechtigten betrachtet werden sollte, ist die „Sonderbehandlung“, welche durch Behandlungsscheine befördert wird. Diskriminierung und Stigmatisierung aufgrund von Vorurteilen gegenüber Geflüchteten sind in allen gesellschaftlichen Schichten vertreten und könnten zu einer nachteiligen Behandlung führen.

Daher sind standardisierte Verfahren zu entwickeln und zu empfehlen, welche die Behörden, Krankenkassen, Ärzte und Leistungsberechtigte rechtssicher entlasten und eine ausreichende Versorgung sowie Abrechnung ermöglichen.

---

[94] BT-Drs. 13/2746 vom 24.10.1995, S. 16

[95] So der Landesrechnungshof in Hamburg, s. *Burmester,* NDV, 2015, S. 109 ff.

Zu dem beschriebenen Verfahren besteht konkreter Handlungs- und Lösungsbedarf, der in Kapitel 4 näher erörtert werden soll.

3.7 Bewertung der Leistungen in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung

Festzuhalten ist, dass der Umfang der medizinischen Versorgung ausreichend **rechtlich** sichergestellt ist. Jedem erkrankten oder schmerzleidenden Leistungsberechtigten steht auch innerhalb der ersten 15 Monate die gesundheitliche Versorgung, Behandlung oder Therapie zu, welche benötigt wird. Nur wenige Einzelfälle wie Zahnersatz oder sonstige IGeL-Leistungen werden von den §§ 4 und 6 AsylbLG nicht erfasst und wären von § 3 den Grundleistungen / dem Bargeldbedarf selbstständig zu erbringen. Diese Leistungen sind auch bei gesetzlich Krankenversicherten zuzahlungspflichtig und lassen keinen Rückschluss auf eine ungerechtfertigte Einschränkung zu.

Eine „Benachteiligung“ für Asylbewerber/innen kann im verfahrenstechnischen Sinne gesehen werden, indem **keine Normalität** wie bei gesetzlich Versicherten besteht, mit der elektronischen Gesundheitskarte am Regelversorgungssystem teilzunehmen, sondern auf die jeweilige Genehmigung / den Behandlungsschein angewiesen zu sein.

Als nicht vollständig ausreichend kann jedoch die **tatsächliche** ärztliche und oder zahnärztliche Versorgung angesehen werden, welche Asylbewerber, andere hilfebedürftige Personen nach SGB II und SGB XII, aber auch erwerbstätige GKV- oder Privatpatienten gleichermaßen betrifft.

Wartezeiten auf einen Facharzttermin sind in der gesamten Bundesrepublik, insbesondere im ländlichen Raum aufgrund des Fachkräftemangels üblich und stellen deshalb keine Benachteiligung einer bestimmten Personengruppe (wie beispielsweise Asylbewerbern) dar.

4. „Krankenkassenkarte“ für Asylbewerber/innen

Es wurde bereits von einzelnen Bundesländern der Versuch unternommen, dem dargestellten Aufwand zur gesundheitlichen Versorgung von Asylbewerber/innen durch Initiativen und Modellprojekten entgegenzusteuern.

4.1 Bremer Modell - die Krankenkassenkarte für Alle

Bereits im Jahr 1993 startete die Hansestadt Bremen unter maßgeblicher Entwicklung und Koordination des Gesundheitsamtes Bremens[96] einen Modellversuch. Ziel des Bremer Modells war es zunächst, die Erstuntersuchung auf übertragbare Krankheiten zu sichern, einen niedrigschwelligen Zugang zur Gesundheitsversorgung für Asylsuchende zu gewährleisten und eine adäquate Behandlung ihrer Gesundheitsprobleme vorzunehmen. Dies sollte unter Berücksichtigung der Lebens- und Wohnverhältnisse der ankommenden Flüchtlinge, aber auch Asylbewerber/innen erfolgen.

4.1.1 Umsetzung

Als gesetzliche Grundlage des Programms fungierte zunächst § 62 AsylVfG, welcher im Jahr 2001 weitgehend durch den § 36 des Infektionsschutzgesetzes[97] ergänzt wurde. Es wurden Ärzte auf Honorarbasis eingestellt, welche in den Erstaufnahme-einrichtungen und im Gesundheitsamt die medizinische Versorgung absicherten. Diese Vorgehensweise erscheint für ein kleines Bundesland / Stadtstaat wie Bremen mit wenigen Einwohnern geeignet, wäre in einem Flächenland jedoch mit weitaus größeren Schwierigkeiten verbunden.

---

[96] vgl. Publikation Gesundheitsamt Freie Hansestadt Bremen, Das Bremer Modell - Gesundheitsversorgung Asylsuchender, 2011, S. 21 URL:https://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/3_GBE_Gesundheitsversorgung_Asylsuchender.pdf (letzter Abruf: 31.05.2019)

[97] Infektionsschutzgesetz vom 20.07.2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 14b des Gesetzes vom 06.05.2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist.

Seit dem Jahr 2005 erhielt jeder Asylbewerber eine Chipkarte der AOK Bremen / Bremerhaven, welche Ihnen einen direkten Zugang zur medizinischen Regelversorgung bot und somit das bedeutendste Novum darstellte.

Als besonders positiver Aspekt sei an dieser Stelle hervorzuheben, dass dies den Leistungsempfängern einen gleichberechtigten Zugang zum Gesundheitssystem vermittelt. Barrieren und Hemmnisse wie die quartalsweise Beantragung beim Sozialamt können und sollen zwar nicht vollständig entfallen, werden aber in Bezug auf negative Vorerfahrungen mit dem Staat aus dem Herkunftsland minimiert.

Seit dem 1. Oktober 2015 gilt das Schreiben der Sozialbehörde von Anfang an als Versicherungsnachweis der AOK Bremen / Bremerhaven. Ab diesem Zeitpunkt rechnet der behandelnde Arzt über das entwickelte Ersatzverfahren ab. Die Praxis erstellt eine Kopie des Schreibens und reicht diese mit der Quartalsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung ein. Das Original verbleibt beim Patienten.

Die „grünen“ Abrechnungsscheine des Amtes für Soziale Dienste werden nur noch an Leistungsberechtigte herausgegeben, die entweder nicht in Bremen bleiben oder innerhalb von ein bis drei Tagen in ein anderes Bundesland verlegt werden.

4.1.2 Finanzierung

Innerhalb einer Studie wurden die Kosten für das Jahr 2005 (Einführung der „elektronischen Gesundheitskarte für Alle“) exemplarisch aufgezeigt. Die Kosten des Gesundheitsprogrammes werden in Personalkosten (damals waren 1,5 Planstellen im Gesundheitsamt Bremen beschäftigt) und in Sachkosten (Medikamente ca. 14.000 € jährlich im Durchschnitt) unterteilt. Die im Folgenden dargestellten Kosten beruhen auf 644 Patienten, bei welchen 2.692 Behandlungen durchgeführt wurden. Die in Tabelle 2 dargestellten Kosten für Behandlungen oder für Personen lassen sich daraus ableiten.

Tabelle 1: Kosten des Gesundheitsprogramms im Jahr 2005

Art der Kosten	Kosten in Euro
Personalkosten (1,5 Planstellen.)	108.497,00 €
Sachkosten (Medikamente)	12.757,57 €
Gesamt	121.254,57 €

Quelle: Daten des Gesundheitsamtes

Tabelle 2: Kosten innerhalb des Gesundheitsprogramms im Jahr 2005

Kosten bezogen auf ...	Kosten in Euro
Kosten pro Behandlungsfall	45,04 €
Kosten pro Patient/pro Kopf	188,28 €

Quelle: Daten des Gesundheitsamtes

Abb. 5: Gesundheitsamt Bremen, 2011

Zusätzlich entfällt eine Verwaltungspauschale von 10 Euro pro Monat für die speziell auf den Leistungsumfang angepasste elektronische Gesundheitskarte der Asylbewerber/innen[98], was einen Gesamtaufwand von 308,28 Euro pro Patient im Jahr verursachen würde. Es konnte keine erhöhte Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen durch das Gesundheitsprogramm festgestellt werden.

Die im Jahr 2005 kalkulierte Pauschale hinsichtlich der Sachkosten / Behandlungen dürfte nicht nur aufgrund von konjunkturellen Schwankungen aktuell nicht mehr angemessen sein. Der Leistungsumfang hat sich seit 2005 auch inhaltlich wesentlich verändert. Medizinische Vorsorgeuntersuchungen und ein verbesserter Zugang hinsichtlich der psychotherapeutischen Betreuung sind 15 Jahre später als kostenintensiver einzustufen.

---

[98] vgl. MT-Medizintechnik, Bremer Modell: Gesundheitskarte für Asylbewerber, 01/2015, URL:http://www.mt-medizintechnik.de/bremer-modell-gesundheitskarte-fuer-asylbewerber/ (letzter Aufruf 03.06.2019)

4.1.3 Auswertung

Begleitend zur gesundheitlichen Versorgung wurde eine Datenbank aufgebaut, welche die Inanspruchnahme und das Krankheitsspektrum der Flüchtlinge dokumentiert und einen Überblick über den Gesundheitszustand der in Bremen lebenden Asylbewerber/innen zulässt.

Die publizierte Studie[99] fasst die Daten im Zeitraum 2001 - 2008 zusammen: 2.341 erwachsene Asylsuchende und Flüchtlinge (744 Frauen und 1.597 Männer) wurden registriert. Es wurden 18.198 Behandlungen und Beratungen durchgeführt und 20.752 Diagnosen nach ICD-10[100] erstellt und klassifiziert.

Die Vielzahl der Befunde (25,4 %) sind nach ICD-10-Codierung Schmerzsymptome und klinische Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert werden und betreffen über die Hälfte aller Studienpersonen ein oder mehrmals. Das mit Abstand am häufigsten diagnostizierte, dieser Symptome ist **Kopfschmerz** (17,2 %), aber auch weitere Schmerzsymptome wie Rücken-, Bauch- und Beckenschmerzen, Hals- und Brustschmerzen sowie Sodbrennen.

Die zweithäufigste Indikation wird durch mit **Krankheiten des Atmungssystems** (19,6 %) geprägt. Die Hälfte aller Personen im Gesundheitsprogramm war von diesen ein- oder mehrmals betroffen, was bei einem Untersuchungszeitraum von sieben Jahren nicht unüblich erscheint. Die zweithäufigsten Befunde bilden schließlich akute Infektionen wie Grippe (5,1%) und andere akute Atemwegsinfektionen, welche nicht selten im Jahreszeitenwechsel und bei einem geschwächten Immunsystem auftreten.

---

[99] vgl. Gesundheitsamt Freie und Hansestadt Bremen, Das Bremer Modell - Gesundheitsversorgung Asylsuchender, 2011, S. 7

[100] Der Katalog ICD-10 wird von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben und als internationale Klassifikation der Krankheiten anerkannt.

Es wird vermutet, dass es sich hierbei in der Regel um in Deutschland erworbene Erkrankungen handelt und die Lebensverhältnisse in Gemeinschaftsunterkünften eine Übertragung begünstigen können.

Positiv zu bewerten ist, dass infektiöse und parasitäre Erkrankungen nur einen geringfügigen Anteil der Behandlungsdiagnosen (3,1%) einnahmen. An Tuberkulose erkrankt waren im Untersuchungszeitraum nur sechs Personen. Dies widerlegt auch oftmals vorurteilsbehaftete Darlegungen von ausländerfeindlichen Gesinnungen.

Verschiedene Studien hinsichtlich der psychischen Gesundheit von Asylbewerbern und Flüchtlingen gehen von einem Anteil von ca. 30 - 50 Prozent mit Symptomen von posttraumatischen Belastungsstörungen aus. Dies konnte im Bremer Modell jedoch nicht nachgewiesen werden, da lediglich 3,5 % aller Befunde **psychische Erkrankungen** (z. B. Schlafstörungen) enthielten.

Es wird jedoch auch darauf hingewiesen, dass die Erkennung psychischer Erkrankungen einer spezifischen, fachlichen Qualifikation bedarf. Die Auswirkungen können oftmals verzögert auftreten und sind aufgrund dessen nicht einfach zu diagnostizieren. Daher kann die Dunkelziffer der tatsächlichen psychischen Erkrankungen auch höher ausfallen.

4.2 Konzept zur Verbesserung der medizinischen Versorgung für in Hamburg lebende Ausländer/innen

Orientierend am Vorbild des Bremer Modells hat 2012 auch die Hansestadt Hamburg ein Direktversorgungssystem mithilfe der AOK Bremen/ Bremerhaven eingeführt und dieses um ein weiteres Element – die Clearingstelle und Notfallfonds – erweitert.

4.2.1 Clearingstelle

Das Modellprojekt in Hamburg sollte alle Ausländer erreichen, welche ihre zustehende Absicherung im Krankheitsfall nicht in Anspruch nehmen[101] können oder wollen.

Als Gründe für die Nichtinanspruchnahme wurden Informationsdefizite oder Angst vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen eruiert. Laut einer empirischen Studie des Diakonischen Werks[102] lebten 2009 ca. 6.000 - 22.000 „Menschen ohne Papiere“ in Hamburg, welche mit diesem Modellprojekt angesprochen werden sollten.

Ziel der eingerichteten Clearingstelle war es in erster Linie, jegliche Menschen mit Migrationshintergrund hinsichtlich ihrer Versorgung im Krankheitsfall zu beraten. Es wurde in der Vergangenheit festgestellt, dass für ausländische EU-Bürger/innen, die sich in Deutschland aufhalten, grundsätzlich auch ein Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall vorliegt. Die gesetzliche oder private Krankenversicherung wird jedoch oftmals nicht von dieser Zielgruppe abgeschlossen.

Die Vermittlung an zuständige Institutionen oder die telefonische, anonymisierte Hilfestellung über Hotlines gehörte ebenfalls zum Konzept. Es wurde ein zusätzlicher Notfallfonds eingerichtet, der für eine Akutversorgung aus humanitären Gründen zur Verfügung steht.

---

[101] Folgende Information sind der Publikation entnommen: Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg, Gesundheitsversorgung Ausländer - Best Practice Beispiele aus Hamburg- Bericht zum Fachtag am 08. Dezember 2014 in der Landesvertretung Hamburg in Berlin, 08.12.2014
URL:http://www.hamburg.de/contentblob/4465734/data/gesundheitsversorgung-auslaender.pdf (letzter Aufruf 06.06.2019)

[102] Diakonie Hamburg: Leben ohne Papiere - Eine empirische Studie zur Lebenssituation von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere in Hamburg, 2009,
URL:https://www.diakonie-hamburg.de/export/sites/default/.content/downloads/Fachbereiche/ME/Leben-ohne-Papiere.pdf (letzter Abruf 05.06.2019)

4.2.1.1 Umsetzung

Daher sollte eine objektive Anlaufstelle für alle Ausländer geschaffen werden, welche anonymisiert Auskünfte zum Aufenthalt, aber auch zur gesundheitlichen Versorgung bieten kann.

Als Träger der Clearingstelle wurde das „Flüchtlingszentrum Hamburg“ ausgewählt. Das Flüchtlingszentrum in Trägerschaft der Arbeiterwohlfahrt, der Caritas und des Deutschen Roten Kreuzes hatte bereits langjährige Erfahrung im Umgang und in der Beratung mit Flüchtlingen, darunter auch Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus.

Neben der bereits bewährten Zusammenarbeit sprachen weitere Argumente für diese Auswahl: die Vergabe des Auftrages an eine freigemeinnützige[103] (und nicht originär staatliche Organisation) kann Hemmnissen der Zielgruppe entgegenwirken und einen vereinfachten Zugang ermöglichen.

4.2.1.2 Finanzierung

Die Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg stellte einmalig für den gesamten dreijährigen Projektzeitraum 500.000 € für Clearingstelle und Notfallfonds bereit, welche wie folgt verteilt wurden:

---

[103] Als freigemeinnützig bezeichnet man Einrichtungen, die von Trägern der kirchlichen und freien Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen, Vereinen oder in neuerer Zeit vermehrt von gemeinnützigen GmbHs unterhalten werden.

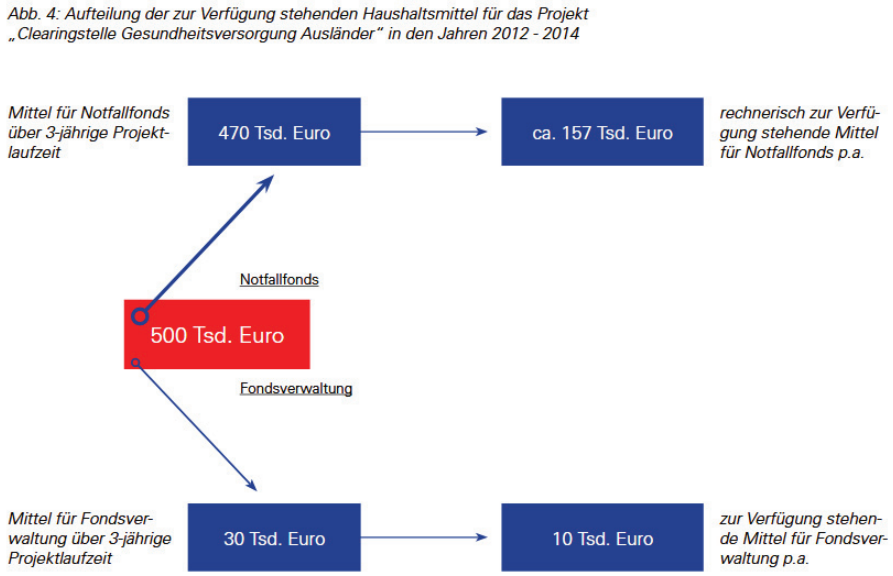

Abb. 6: Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg, 2014

Zu beachten ist weiterhin, dass im Rahmen der Kostenübernahme für eine Akutversorgung aus dem Notfallfonds die reine Gesprächs- und Beratungsleistung der Ärzte nicht vergütet, sondern ehrenamtlich erbracht wurde. Damit sollte das ehrenamtliche Potential der Zivilgesellschaft in das Konzept der Clearingstelle integriert werden. Fraglich ist, ob die bereitgestellten Mittel und das ehrenamtliche Engagement ausgereicht haben, um den Zweck des Projektes vollumfänglich zu fördern. Mit einer einmaligen Anschubfinanzierung kann die Nachhaltigkeit eines Projektes durchaus gefährdet werden.

4.2.1.3 Evaluation

Die Clearingstelle wurde nach Einschätzung der Freien und Hansestadt Hamburg sehr gut angenommen. Während im ersten Halbjahr 2012 noch 251 ratsuchende Personen die Anlaufstelle nutzten, wurden für 2014 über 570 Personen prognostiziert. Dabei stammt die überwiegende Anzahl der Personen aus der Europäischen Union (36 % aus Rumänien, Bulgarien und Polen), weitere aus Ghana, Serbien und Nigeria u. A. Die Ausgaben der EU-Bürger machen jedoch 49 % der

übernommenen Kosten aus und sind somit als überproportional gegenüber den anderen Ausländern einzustufen.

Die erhöhte Inanspruchnahme führte zu einer vollständigen Ausschöpfung der Mittel des Notfallfonds, sodass dieser in 2014 sogar aus Eigenmitteln des Gesundheitsamtes aufgestockt werden musste. Insbesondere Fälle der Weitervermittlung an die Gynäkologie (häufig Schwangerschaften) wurden als besonders kostenintensiv herausgefiltert, da diese ca. 28 % der Fälle betrafen. Dies kann unter anderem daran liegen, dass aus Kriegsgebieten insbesondere junge Männer flüchten, während die Freizügigkeitsregelung der EU alle Menschen gleichermaßen betrifft und auch junge Frauen nach Deutschland bringt.

Dem originären Ziel – der Weitervermittlung in die Regelversorgung – wurde sicherlich in den meisten Fällen Rechnung getragen, wobei ein Feedback oder erneutes Aufsuchen der Clearingstelle in der Regel ausblieb und deshalb nicht Teil der Evaluierung sein konnte.

4.2.2 Gesundheitskarte

Dem in Kapitel 3.6.2 aufgezeigten Aufwand der Sozial-, Gesundheits- oder Ausländerbehörde sollte mit dem Modellprojekt in Hamburg ab 1. Juli 2012 Abhilfe geschaffen werden, indem man Verhandlungen mit der AOK Bremen/ Bremerhaven aufnahm. Dies geschah nicht zuletzt aufgrund des kritischen Hinweises des Hamburger Rechnungshofes, welcher finanzielle, aber auch kommunikations-technische Optimierungsbedarfe zwischen den Behörden anführte.

4.2.2.1 Umsetzung

Die Schaffung eines Direktversorgungssystems wurde zunächst angestrebt und geprüft, aufgrund einer schwachen Verhandlungsbasis gegenüber den Sozial-versicherungsträgern jedoch verworfen.

Im Anschluss konnte eine Vereinbarung nach § 264 SGB V (a. F.) getroffen werden, welche Grundleistungsberechtigten eine elektronische Gesundheitskarte mit dem Leistungsspektrum nach §§ 4 und 6 AsylbLG gewährleistet.

Bestimmte Einschränkungen des AsylbLG werden von der AOK bei der Bewilligung von Leistungen berücksichtigt und sind in einem Leistungsausschlusskatalog festgehalten, welcher Bestandteil des Vertrages ist.

Darüber hinaus konnten z. B. Langzeitpsychotherapien oder Vorsorgekuren, Rehabilitationsmaßnahmen sowie Zahnersatz nur unter bestimmten Bedingungen und nach Rücksprache mit der Freien und Hansestadt Hamburg in Anspruch genommen werden.

Die erste, vorläufige Anmeldung bei der AOK erfolgte durch die Zentrale Aufnahmeeinrichtung mit einem Vordruck. Es wurde daraufhin eine auf vier Monate befristete Ersatzkarte und ein Ausweis für die Befreiung von Zuzahlungen ausgestellt, welche nebst einem in verschiedenen Sprachen vorliegenden Merkblatt übergeben wurde.

Nach Beendigung der Zuständigkeit der Erstaufnahmeeinrichtung und Wechsel in die Folgeunterbringung erfolgte die Übernahme durch das örtlich zuständige Sozialamt. Dieses nahm eine Ummeldung bei der AOK per Vordruck zum Erhalt einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) vor.

Die bzw. der Leistungsberechtigte erhielt dann eine Bildanforderung von der AOK für das Identifizierungsfoto auf der Karte (sofern 16 Jahre oder älter), welche ausgefüllt und mit einem Foto versehen beim Sozialamt abzugeben war. Das Sozialamt reichte die vollständigen Unterlagen bei der AOK ein. Der Versand der eGK erfolgte anschließend direkt an die Leistungsberechtigte bzw. den Leistungsberechtigten. Bei sonstigen Änderungen standen ebenfalls entsprechende Vordrucke bereit.

Mit der Betreuung durch die AOK und der Ausstellung von Ersatzkarten bzw. eGK sind keine Einzelbewilligungen durch die Sozialämter oder die Erstaufnahmeeinrichtung mehr notwendig gewesen. Die Inanspruchnahme erfolgte grundsätzlich direkt über die Ersatzkarte. Etwaige Begutachtungen wurden durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) durchgeführt. Im Regelfall war eine Beteiligung der Sozialämter oder Gesundheitsämter dadurch obsolet.

Lediglich bei Langzeitpsychotherapien, Rehabilitationsmaßnahmen und Vorsorgekuren wurden die Sozial- und Gesundheitsämter zur Einhaltung der §§ 4 und 6 AsylbLG jedoch hinzugezogen. Bestandteil des Vertrages waren aber auch regelmäßige Gespräche zwischen den Parteien zu Steuerungszwecken.

Als erheblich reduzierten Aufwand kann man auch die übergegangene Zuständigkeit an die AOK hinsichtlich Widersprüchen und Klagen abgelehnter Leistungsansprüche gegen Erstattung der Verfahrenskosten verzeichnen. Diese verfolgte nun die Ersatz- und Erstattungsansprüche der Freien und Hansestadt Hamburg gegenüber anderen Krankenkassen und Versicherungsunternehmen sowie im Falle der Schädigung von Leistungsberechtigten auch gegenüber Privaten. Dies gehört zum regelmäßigen Geschäft der Krankenkasse, weshalb die Übergabe aufgrund des vorhandenen Know-hows nur folgerichtig und sinnvoll erscheint.

Auch bei der Beendigung der Gesundheitsversorgung erfolgte die Abmeldung via Vordruck durch die bezirklichen Sozialämter. Die AOK bestätigte schriftlich die vorgenommene Abmeldung und sperrt die betreffende eGK bzw. das Sozialamt zog die eGK ein.

4.2.2.2 Finanzierung

Ähnlich wie bei dem Bremer Modell wird für die eGK von Hamburg eine Verwaltungskostenpauschale in Höhe von 10 Euro pro Monat und pro Person an die Krankenkasse gezahlt. Einmalig kommen für die Bereitstellung der eGK 8 € hinzu.

Zu Beginn des Projektes galt es, 4.121 Leistungsberechtigte zu betreuen, was Kosten von 41.210 € pro Monat und 32.968 € für die einmalige Anschaffung verursachte. Allerdings ist die Fallzahl als äußerst schwankend zu betrachten und dürfte sich den Jahren 2015 - 2017 deutlich nach oben entwickelt haben. Für die Nutzung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen werden 5 Euro pro Bedarfsgemeinschaft (ähnlich wie nach SGB XII) im Jahr in Rechnung gestellt. Diese sind als zusätzliche Kosten zu bewerten.

Den Kosten gegenüberzustellen sind die Minderausgaben, welche durch die Umstellung eingespart werden konnten. In der Hamburger Sozialbehörde konnten

mit Stand per Dezember 2014 insgesamt 14 Stellen reduziert werden, was einer Kostenvermeidung von ca. 1 Mio. Euro pro Jahr entspricht. Weitere Stellen fallen perspektivisch aufgrund von Fluktuation, Altersteilzeit und Rente weg.

Zudem konnten durch die Erleichterungen im Verwaltungsverfahren zusätzliche Personalkosten – z. B. vor dem Hintergrund von Fallzahlsteigerungen – in Höhe von kalkulatorisch rd. 540.000 Euro vermieden werden. Darüber hinaus ist der Bedarf an spezieller IT-Software sowie Räumlichkeiten entfallen. Das gesamte „Kostenvermeidungsvolumen“ beträgt somit insgesamt rd. 1,6 Mio. Euro pro Jahr.

Insgesamt haben die Minderausgaben für den betrachteten Zeitraum somit eindeutig überwogen.

4.2.2.3 Auswertung

Nach Aussage der Freien und Hansestadt Hamburg hat die Zusammenarbeit mit der AOK auf der Ebene der Verwaltung zu erheblichen Erleichterungen sowohl im ministeriellen als auch im operativen Bereich geführt und wird aufgrund dessen weiterverfolgt.

Die Notwendigkeit komplexer und aufwendiger Verträge mit einzelnen Leistungserbringern ist vollständig entfallen. Darüber hinaus sind auch keine fachlichen Vorgaben für die verschiedenen Leistungsbereiche mehr erforderlich.

Auf operativer Ebene ist einerseits die zentrale Abrechnungsstelle entlastet, da keine Direktabrechnung der einzelnen Leistungserbringer mit der Freien und Hansestadt Hamburg mehr erfolgt. Andererseits sind auch die Erstaufnahmeeinrichtung, die bezirklichen Sozial- und Gesundheitsämter entlastet, da grundsätzlich keine Prüfung und Bewilligung von Leistungsanträgen mehr erforderlich ist.

Die Freie und Hansestadt Hamburg profitiert im Allgemeinen von den Regelungen des SGB V (z. B. Budgetierung von ärztlichen Leistungen) sowie vom Know-how und von der starken Verhandlungs- und Rechtsposition der AOK als Krankenkasse bei Vertragsschlüssen mit Leistungsanbietern.

Die nachempfundene Normalität, wie gesetzlich Krankenversicherte mit einer Chipkarte zum Arzt zu gehen, lässt sich schlecht evaluieren, insbesondere wenn diese künftig von Anfang an für Zugewanderte besteht, aber dennoch dürfte diese eher zu positiven Wahrnehmungen geführt haben.

Eine sprunghafte Erhöhung der in Anspruch genommenen Leistungen ist nicht eingetreten, die missbräuchliche Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte nicht bekannt. Die Inanspruchnahme der Leistungen war zwischen den Monaten jedoch äußerst schwankend. Das Ausgabenvolumen variierte zwischen 669.000 Euro (im Juli 2012) bis zu 1,07 Mio. Euro (im Oktober 2012). Geht man von den festgestellten Indikationen aus dem Bremer Modell aus, könnte man die Ursache aufgrund grippaler Infekte im Jahreszeitenwechsel vermuten.

Die monatlichen Pro-Kopf-Ausgaben für die medizinische Versorgung sind jedoch relativ konstant geblieben und lagen im Durchschnitt für die zweite Jahreshälfte 2012 bei 175,32 Euro, während diese in den ersten sechs Monaten des Jahres 2012 bei 178,78 Euro lagen.

4.3 § 264 SGB V - Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung

Im Zuge der Einigungsversuche mit dem Bund hinsichtlich einer finanziellen Entlastung der Länder und Kommunen aufgrund der erheblich gestiegenen Zuwanderungszahlen hat die Freie und Hansestadt Hamburg einen erfolgreichen Plenarantrag in die 926. Sitzung des Bundesrates am 10. Oktober 2014 eingebracht, der u. a. eine standardisierte Regelung zur Umsetzung der elektronischen Gesundheitskarte vorsah[104].

Der Antrag enthielt folgende schwerpunktmäßige Vorschläge:

---

[104] siehe BR-Drucks. 392/2/14 vom 29.08.2014

1. Die gesetzlich verpflichtende Einbeziehung der Grundleistungsberechtigten in die **Versorgung durch eine Krankenkasse** nach § 264 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

2. Die **Orientierung an den Leistungen des SGB XII**, da die derzeitigen Regelungen des AsylbLG zu unbestimmt und in der Praxis nur schwer umsetzbar sind.

3. Die Ermächtigung des zuständigen Bundesministeriums durch Rechtsverordnung **Leistungseinschränkungen** bundeseinheitlich zu definieren.

4. Kostentragung des Bundes für die Gesundheitsversorgung der Grundleistungsberechtigten, um die Länder und Kommunen **finanziell zu entlasten**.

Der eingebrachte Entwurf mündete im Gesetz zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes und der Sozialgerichtsbarkeit, welches insbesondere dem Punkt 2. Rechnung trug.

Darüber hinaus griff der im Jahr 2015 eingebrachte Entwurf des Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes[105] den Punkt 1. zur Einführung einer elektronischen Krankenkassenkarte für Asylbewerber/innen in Artikel 11 auf. § 264 SGB wurde in Absatz 1 wesentlich erweitert und diese Regelung trat am 24.10.2015 in Kraft (Asylpaket I).

[105] BT-Drs.: 18/6185 vom 29.09.2015, S. 22

4.3.1 Ziel

Der neue Paragraph 264 Abs. 1 SGB V soll die gesundheitliche Versorgung von Asylbewerbern erleichtern und eine Entlastung der Kommunen hinsichtlich des Verwaltungsaufwandes herbeiführen[106].

Wie in diesem Kapitel aufgezeigt, war in einzelnen Bundesländern (Bremen und Hamburg) die Übernahme der Krankenbehandlung von Grundleistungsempfängern im Auftragswege über Abs. 1 S. 1 mit einzelnen Krankenkassen auf freiwilliger Basis vereinbart worden.

Nunmehr ist eine einseitige Abschlussverpflichtung für die Krankenkassen gesetzlich geregelt. Sie verpflichtet die Sozialversicherungsträger, dass wenn die Landesregierung oder eine von der Landesregierung beauftragte oberste Landesbehörde zur Übernahme der Krankenbehandlung für Asylbewerber (laut §§ 4 und 6 AsylbLG) einfordert, diese zwingend auch ausgeführt werden muss.

Das gestufte System aus konkreten, Leistung und Vergütung betreffenden Vereinbarungen zwischen Hilfeträgern und Krankenkassen auf der kommunalen Ebene, Rahmenvereinbarungen auf Landesebene und Rahmenempfehlungen auf Bundesebene wirkt zunächst verwandt mit dem sozialhilferechtlichen Leistungserbringungsrecht (§§ 75, 79 SGB XII)[107].

Für die vollständige Vergleichbarkeit fehlen jedoch Schiedsstellen (vgl. § 80 SGB XII). Für die Leistungsberechtigten nach AsylbLG besteht darüber hinaus kein Krankenkassenwahlrecht. Nur wenn der Leistungsträger Vereinbarungen mit mehreren Krankenkassen nach Abs. 1 S. 2 schließt, kann ein Wahlrecht geltend gemacht werden.

---

[106] BT-Drs.: 18/6185 vom 29.09.2015, S.60

[107] *Pfohl* in Becker/ Kingreen, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 2018, § 264 Rn. 16

4.3.2 Probleme der Flächenländer

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylbewerber/innen wurde in den Stadtstaaten Bremen, Hamburg und auch in Berlin (zum 01.01.2016) erfolgreich umgesetzt. Dies liegt daran, dass es nach dem Übergang eines Asylbewerbers von der Erstaufnahmeeinrichtung in die dezentrale Unterbringung keinen anderen weiteren Kostenträger gibt.

In den Flächenländern sind ab dezentraler Unterbringung die Kommunen (Landkreise und kreisfreien Städte) im Rahmen ihrer Kommunalen Selbstverwaltung zuständig. Diese Zuständigkeit schließt die Finanzverantwortung ebenfalls mit ein und die Kostenerstattung wird in den Bundesländern individuell geregelt.

Schließen die Länder Rahmenverträge nach dem neuen § 264 Abs. 1 SGB V, besteht zwar die Möglichkeit, aber keine Verpflichtung für Kommunen, diesen beizutreten.

Mit dem Beitritt wäre die Abgeltung einer Verwaltungspauschale, für die auf gesetzlicher Grundlage bei vergleichbaren Personengruppen nach dem Sozialhilfegesetz bis zu 5 % der Leistungsaufwendungen pro Monat, fällig. In den bereits abgeschlossenen Verträgen fällt diese jedoch höher aus: von minimal 10 Euro bis maximal 8 % des in Anspruch genommenen Leistungsumfangs. Auch wenn die Krankenkassen einen zusätzlichen Aufwand nachvollziehbar begründen, ist dieser Betrag manchen Kommunen zu hoch im Vergleich zum bisher entwickelten System.

Die Auseinandersetzungen zwischen Kommunen, Ländern und Bund bezüglich der Refinanzierung der verursachten Kosten der erweiterten Aufnahme von Flüchtlingen sind in einigen Bundesländern stark vorangeschritten und schließt schon deshalb einen freiwilligen Mehraufwand aus, solange keine grundsätzliche, finanzielle und politische Unterstützung besteht.

Die Situation lässt sich aber auch umgekehrt darstellen: hat ein Land die Einführung der Gesundheitskarte abgelehnt bzw. keine bestehende Rahmenvereinbarung mit wenigstens einer Krankenkasse, steht es den Kommunen frei, diese selbstständig zu schließen und ihre zugewiesenen Asylbewerber/innen gesundheitlich zu versorgen.

Unterhalb der Kreisebene jedoch erlischt die Abschlusspflicht der Krankenkassen, da der Aufwand für Verhandlungen mit jeder einzelnen Gemeinde bzw. kleinen Ämtern als zu hoch eingeschätzt wird[108].

Als erstes Flächenland, in welchem sich die Gesundheitskarte flächendeckend durchsetzen konnte, hat sich Schleswig-Holstein herauskristallisiert. An der Rahmenvereinbarung (**s. Anlage**[109]) zwischen Land und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen haben sich weitere Länder wie Brandenburg und der Freistaat Thüringen bei der Umsetzung orientiert.

Eine Besonderheit stellt sich in Schleswig-Holstein dar, indem Dolmetscherkosten und auch mit der eGK weiterhin abgerechnet werden können, welches aus einem Erlass[110] des Landesamts für Ausländerangelegenheiten explizit hervorgeht.

4.3.3 Übersicht der Umsetzung in den Bundesländern, insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern

Die Umsetzung in den einzelnen Bundesländern wird nachfolgend zunächst grafisch dargestellt, während anschließend auf die hiesige Situation in Mecklenburg-Vorpommern eingegangen werden soll.

---

[108] *Pfohl* in Becker/ Kingreen, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 2018, § 264 Rn. 25

[109] Veröffentlicht vom Städteverband Schleswig-Holstein, 2015,
URL: https://www.staedteverband-sh.de/docs/rahmenvereinbarung_gesundheitskarte_mit_anlagen.pdf (letzter Abruf 11.06.2019)

[110] Landesamt für Ausländerangelegenheiten: Durchführung des Asylbewerberleistungsgesetzes, Erlass vom 29.06.2015,
URL: http://gesundheit-gefluechtete.info/wp-content/uploads/2016/04/Erlass-Dolmetscherkosten-Arztbesuche-SH-1.pdf (letzter Abruf 11.06.2019)

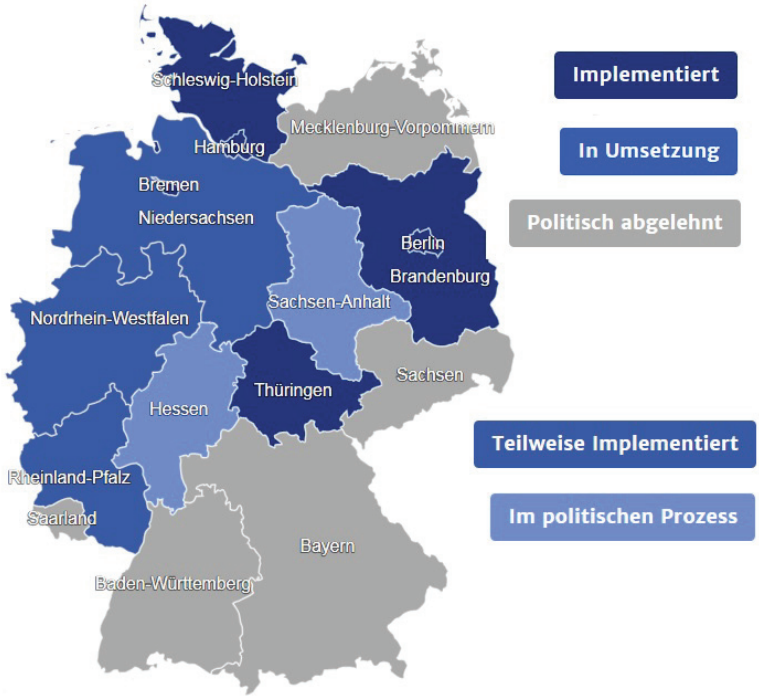

Abb. 7: modifiziert nach „Gesundheit für Geflüchtete“[111]

Wie man der Abbildung entnehmen kann, erfolgt die flächendecken Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sowohl größeren, als auch kleineren Ländern nicht einheitlich. Es kann kein Zusammenhang zwischen alten und neuen Bundesländern festgestellt werden.

Seit Beginn des Jahres 2014 wurden über die Möglichkeit der elektronischen Gesundheitskarte für Geflüchtete im Landtag **Mecklenburg-Vorpommerns** Überlegungen angestellt. Die ersten Anträge hatte die Bürgerschaft der Universitäts- und Hansestadt Rostock mit einem Prüfauftrag bereits Ende 2013 der Stadtverwaltung erstellt. Die Bemühungen des Rathauses wurden zu Beginn 2014 von der AOK Nordost zurückgestellt, da möglicherweise eine landeseinheitliche Regelung geschaffen werden sollte.

---

[111] URL: http://gesundheit-gefluechtete.info/regelung-in-den-bundeslaendern/
(letzter Abruf 11.06.2019)

Mit Ankündigung des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V im Oktober 2015 sollte dieser vereinfachte Zugang zu medizinischen Leistungen implementiert werden. Die anschließenden Verhandlungsgespräche[112] wurden nach dem Vorbild des Bremer Modells geführt und sahen die Einführung bereits für Beginn des Jahres 2016 vor.

Das tatsächliche Aus für die Gesundheitskarte in M-V war dann im März 2016 nur aus der Presse[113] und der Kritik des Flüchtlingsrates zu entnehmen. Die damalige Sozialministerin, Birgit Hesse, begründete dies mit geringen Fallzahlen und dem beschleunigten Asylverfahren, welches die Gesundheitskarte nicht mehr notwendig machen würde.

Die Begründung ist eher als politischer Ausweg zu werten, da bereits zu einem Zeitpunkt Verhandlungen geführt wurden, an welchem die Fallzahlen bereits bekannt waren. Es bleibt zu vermuten, dass man sich bezüglich der Verwaltungspauschalen nicht mit den Sozialversicherungsträgern einigen konnte. Nicht zuletzt wäre die Umsetzung eine Chance für das ostdeutsche Bundesland gewesen, ein Signal an Geflüchtete zu senden, welche eher die Verlegung in Großstädte wie Berlin oder Hamburg ersuchen.

---

[112] Pressemitteilung des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales, 06.11.2015
URL: https://www.regierung-mv.de/serviceassistent/_php/download.php?datei_id=1567448
(letzter Abruf 11.06.2015)

[113] Die WELT, 03.03.2016,
URL: https://www.welt.de/regionales/mecklenburg-vorpommern/article152839790/ Fluechtlingsrat-kritisiert-Aus-fuer-Gesundheitskarte.html (letzter Abruf 11.06.2019)

5. Unbegleitete minderjährige Ausländer

Für Kinder und Jugendliche, welche ohne Begleitung aus dem Ausland einreisen, gilt ein besonderer Schutzstatus im Vergleich zu erwachsenen Ausländern hinsichtlich der ausländerrechtlichen Regelungen zur Unterbringung, Versorgung und Betreuung. Zum Beispiel werden diese aus Jugendschutzgründen nicht in Aufnahme-einrichtungen untergebracht (im Vergleich zu Kindern, welche mit ihren Eltern einreisen), weil die Lebensverhältnisse dort nicht geeignet erscheinen und es ihnen dort an Privatsphäre mangeln könnte[114].

Die Anzahl der unbegleiteten minderjährigen Ausländer (umA) ist im Fünf-Jahres-Vergleich enorm angestiegen, hat sich insbesondere im Jahr 2018 aber wieder reduziert. Bei den Zugewanderten handelt es sich zu 85 - 90 % um männliche Kinder und Jugendliche.

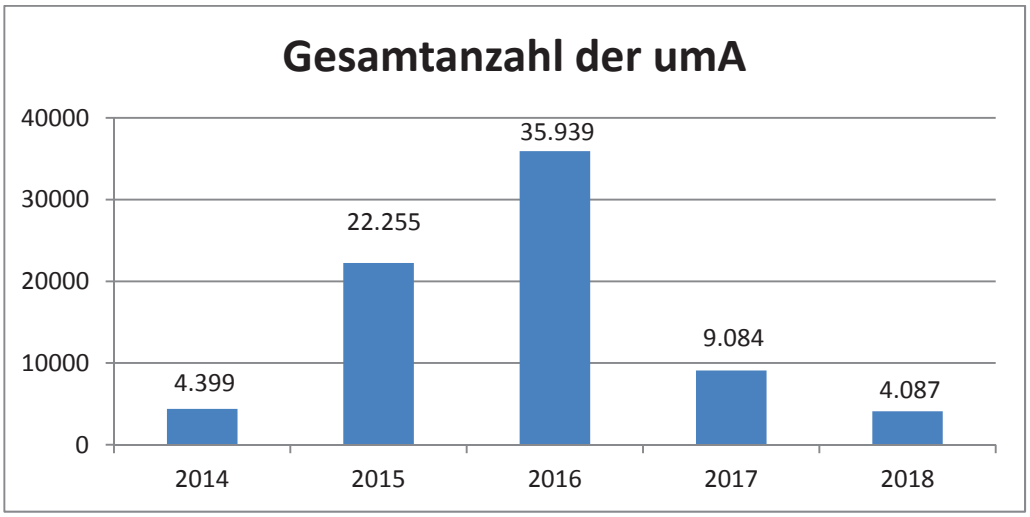

Abb. 8: eigene Darstellung auf Basis der Publikationen „BAMF in Zahlen“, 2014 - 2018

[114] so *Méndez de Vigo*, Begleitete junge Geflüchtete in Aufnahmeeinrichtungen, Forum Erziehungshilfen, 2018, S.11 ff.

5.1 Inobhutnahme

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für ausländische Kinder und Jugendliche richten sich im Wesentlichen nach den Vorschriften des SGB VIII[115]. Darüber hinaus schützt die europäische Aufnahmerichtlinie[116] sowie Qualifikations-richtlinie[117] und Art. 3 und 20 der UN-Kinderrechtskonvention[118] die unbegleiteten minderjährigen Ausländer im besonderen Maße. Nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB VIII werden Kinder mit bis zu 14 Jahren und Jugendliche unter 18 Jahren definiert.

Der einschlägige Paragraph für das vorgesehene Verfahren bei der Einreise findet sich in § 42a SGB VIII, welcher zuletzt durch das Gesetz zur Verbesserung der Unterbringung, Versorgung und Betreuung ausländischer Kinder und Jugendlicher[119] vom 28.10.2015 geändert wurde.

Dieser ermächtigt das örtlich und sachlich zuständige Jugendamt den unbegleiteten Minderjährigen, welcher ohne Personensorgeberechtigten oder Erziehungsberechtigten in dessen Bezirk eingereist ist, **vorläufig in Obhut** zu nehmen, um zunächst eine Einschätzung hinsichtlich der Kindeswohlgefährdung bei Verteilung durchzuführen. Dies gilt auch, wenn der / die Minderjährige verheiratet ist oder nach der Einreise unbegleitet zurückgelassen wurde. Nach den Grundsätzen der Inobhutnahme sollte die Unterstützung des Jugendamtes vertrauensvoll gemeinsam mit dem Jugendlichen erfolgen.

---

[115] Das Achte Buch Sozialgesetzbuch – Kinder und Jugendhilfe – in der Fassung der Bekanntmachung vom 11.09.2012 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 19.12.2018 (BGBl. I S. 2696) geändert worden ist

[116] Art. 2 b) 2013/33/EU v. 26.06.2013

[117] Art. 2 l) 2011/95/EU v. 13.12.2011

[118] Übereinkommen über die Rechte des Kindes (Convention on the Rights of the Child, CRC) vom 20.11.1989

[119] BGBl. I 2015, 1802; in Kraft getreten am 01.11.2015

Dabei sind nach Abs. 3 alle Rechtshandlungen im Sinne des Wohles vorzunehmen, was als öffentlich rechtliche **Notkompetenz** des Aufnahmejugendamtes gilt[120] und einen **Interessenkonflikt**[121] darstellen kann. Die notwendigen Entscheidungen könnten auch zum Nachteil des Jugendlichen getroffen werden (z. B. Altersfeststellung nach 5.2). Daher sichert Art. 24 Absatz 1 der europäischen Asylverfahrensrichtlinie[122] die Objektivität durch ein Vormundschaftsgericht, welches berechtigt ist, einen **Vormund** sowie einen fachkundigen Ergänzungsvormund zu bestellen.

5.1.1 Verteilungsverfahren

Im Jahr 2015 wurde mit dem Gesetz zur Verbesserung der Unterbringung, Versorgung und Betreuung ausländischer Kinder und Jugendlichen das Verteilungsverfahren von umA für die Zuständigkeit der anschließenden Inobhutnahme neu geregelt. Dies hatte vor allem den Hintergrund, dass Jugendämter an Einreiseknotenpunkten durch die Fallzahlen stark überlastet waren, während andere Jugendämter kaum umA zu betreuen hatten. Aus diesem Grund wurde – wie bei den erwachsenen Asylbewerbern – mit § 42c SGB VIII ebenfalls der Königsteiner Schlüssel für die Bundesländer zur Verteilung als Maßstab herangezogen.

Während Mecklenburg-Vorpommern im 2014 bei 4.399 umA insgesamt nur 12 Kinder und Jugendliche aufnahm (= 0,27%), wurden nach Inkrafttreten des Gesetzes

---

[120] *Neuendorf*, ZAR 2016, S. 201

[121] *Bruns* in Hofmann, Ausländerrecht, AsylVfG § 12 Rn. 22

[122] Richtlinie 2013/32/EU des des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26.06.2013 zu gemeinsamen Verfahren für die Zuerkennung und Aberkennung des internationalen Schutzes

im Jahr 2016 bereits 720 umA von 35.939 in M-V aufgenommen, was genau 2 %, also der Zuweisung nach Königsteiner Schlüssel, entspricht[123].

Mit der Zuweisungsentscheidung geht die Inobhutnahme des Aufnahmejugendamtes (§ 88a Abs. 2 SGB VIII) in die des Zuweisungsjugendamtes nach § 42 Abs. 3 SGB VIII über. Der Wechsel in das neue Zuweisungsjugendamt erscheint aus behördlicher Sicht sinnvoll und effizient, kann jedoch für den einzelnen Heranwachsenden nach einer langwierigen Flucht eine zusätzliche Belastung darstellen.

Bei der Entscheidung über die Verteilung ist deshalb das Kindeswohl zu berücksichtigen. Im Zuge des sogenannten Erstscreenings ist die körperliche und seelische Verfassung innerhalb von 14 Tagen zu erfassen und zu dokumentieren. Der abschließende Bescheid über eine Verteil- oder Transportfähigkeit muss jedoch nicht zwingend ärztlich festgestellt werden[124]. Das endgültige Entscheidungsrecht der Behörde zur Verteilung kann kritisch gesehen werden, da sich ein Interessenkonflikt aus der / dem einzelnen stark beanspruchten Jugendamtsmitarbeiter/in und der tatsächlichen Verfassung zur Verteilung bestehen könnte. Ähnlich wie bei der Ausgabe von Behandlungsscheinen des Sozialamtes an Asylbewerber/innen, kann hier die Kritik greifen, dass Verwaltungsmitarbeiter keine ärztliche Qualifikation haben, um abschließend über gesundheitliche Folgen Ihrer Entscheidung zu verantworten. Ein gestuftes Verfahren aus ärztlicher und sozialpädagogischer Prognose zum Verteilverfahren würde dem ausdrücklichen Schutz des Gesetzgebers gerecht werden.

Weiterhin wurden abgesenkte Qualitätsstandards befürchtet, da durch das neue Verteilungsverfahren andere Jugendämter mehr Fälle von umA aufnehmen mussten

---

[123] Das Bundesamt in Zahlen 2014 und 2016, Asyl, S. 23
URL: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2016asyl.pdf?__blob=publicationFile, (letzter Abruf 17.06.2019)

[124] *Neuendorf* in ZAR 2016, S. 203

und nicht die Erfahrungen der bisherigen Schwerpunktjugendämter aufweisen konnten. Dieser Kritik kann allenfalls für die ersten Monate der gesetzlichen Neuregelung zugestimmt werden. Jugendämter sind mit der Praxis von Kindeswohlgefährdung und Inobhutnahme ohnehin nach § 42 SGB VIII für inländische Kinder und Jugendliche zuständig und mussten sich lediglich auf den Umstand der Sprachbarriere / Migration anpassen.

Bei der Entscheidung über die Verteilung wird ebenfalls die Möglichkeit einer Familienzusammenführung geprüft. Halten sich verwandte Personen im In- oder Ausland auf (§ 42a Abs. 2 und Abs. 5 Satz 2 SGB VIII), sollen diese zusammengeführt werden, wenn dies dem Kindeswohl zuträglich ist. Der Wunsch der/ des Betroffenen soll ebenfalls mit einbezogen werden. Der Schutz der familiären Bindung wird auch insoweit gewahrt, dass Geschwisterkinder in der Regel im Verteilungsverfahren zusammenbleiben. Die externe Zusammenführung bzw. Übergabe in einen anderen Staat nach Dublin III Verordnung[125] kommt in der Praxis nur selten vor.

Spätestens mit Ankunft im Zuweisungsjugendamt greift auch für umA die **Schulpflicht** bzw. das **Recht auf Bildung** nach der Kinderrechtskonvention.

5.1.2 Vertretung durch Vormund

Gemäß § 1773 Abs. 1 BGB[126] erhalten (in- und ausländische) Minderjährige einen Vormund, wenn diese nicht unter elterlicher Sorge stehen oder die Eltern nicht berechtigt sind. Mit dem Asylpaket I wurde die Handlungsfähigkeit im Jahr 2015 für

---

[125] Verordnung (EU) Nr. 604/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26.06. 2013 zur Festlegung der Kriterien und Verfahren zur Bestimmung des Mitgliedstaats, der für die Prüfung eines von einem Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen in einem Mitgliedstaat gestellten Antrags auf internationalen Schutz zuständig ist

[126] Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 02.01.2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 31.01.2019 (BGBl. I S. 54) geändert worden ist

unbegleitete minderjährige Ausländer (§ 80 AufenthG / § 12 AsylG) auf 18 Jahre heraufgesetzt, welches nochmal den ausdrücklichen Schutz unterstreichen soll, da man in der alten Fassung davon ausging, dass die Asylantragstellung und andere rechtliche Entscheidungen von 16-Jährigen bewältigt werden könne.

Im Falle von unbegleiteten minderjährigen Ausländern ist der Aufenthaltsort der Eltern häufig nicht bekannt und es wurde kein Bevollmächtigter berufen. Sind die Eltern nur kurzweilig im Ausland, ist das Ruhen der elterlichen Sorge strittig, da diese mittels moderner Kommunikationsmittel dennoch aus der Ferne wahrgenommen werden kann[127].

Wurden jedoch keine Personen durch Verwandtschaft, Schwägerschaft oder persönliche Bindungen festgestellt, ist ein Vertreter auszuwählen, welcher das Wohl und die Interessen des Mündels am besten vertreten kann (§ 1779 Abs. 2 BGB).

Vormundschaften können durch entsprechende Berufsverbände oder durch einen bestellten Amtsvormund betreut werden. Die Auswahl trifft das Familiengericht aufgrund der vorliegenden Erwägungen des Jugendamtes, des Mündels und dem zu ergründenden, mutmaßlichen Willen der Eltern. Die Vormundschaft kann weiterhin durch einen Ergänzungspfleger erweitert werden. Entscheidend bei der Auswahl des Familiengerichts ist, dass jegliche Vertreter nach europäischen Vorgaben[128], die Fachkenntnisse und Qualifikation für unbegleitete minderjährige Ausländer nachweisen können und nicht in Konflikt mit den Interessen ihrer Organisation stehen. Aus diesem Grunde fällt die Wahl häufig auf einen Amtsvormund (§ 1791b BGB), welcher bereits Erfahrungen mit Maßnahmen der Jugendhilfe hat. Unter Einbeziehung des Mündels wird über die am besten geeignete Unterbringungsform, Betreuung und Pflege entschieden.

---

[127] BGH, Beschluss vom 06.10.2004, XII ZB 80/04, NJW 2005, S. 221

[128] vgl. dazu Art. 6 Abs. 2 der Dublin III Verordnung und Art. 24 Abs. 1 der Richtlinie 2013/33/EU sowie Art. 25 der Richtlinie 2013/32/EU

Die Aufgaben des Vormunds (§ 1793 BGB) umfassen das Recht und die Pflicht für das Mündel und dessen Vermögen zu sorgen. Mindestens einmal im Monat ist das zu betreuende Kind oder der Jugendliche in seiner natürlichen Umgebung persönlich aufzusuchen. Dies kann z. B. eine gemeinschaftliche Einrichtung (z. B. Wohngruppe), die Pflegefamilie, die Schule (Hort) oder die Ausbildungsstätte sein.

5.2 Altersfeststellung

Im vorherigen Abschnitt wurden die erheblichen Unterschiede im Verfahren zu erwachsenen Geflüchteten aufgezeigt, daher ist es aus Sicht des Staates und auch der/ des Betroffenen maßgeblich, ob die Volljährigkeit bereits erreicht wurde.

5.2.1 Notwendigkeit

Es gibt in der Praxis Einzelfälle, bei denen die Minderjährigkeit offensichtlich ist. Entweder kann das Erreichen der Altersgrenze bereits aus optischen Gesichtspunkten (bei Kleinkindern) oder spätestens aber aus vorhanden Identitätsdokumenten hervorgehen.

Die Vielzahl der alleingereisten umA ist jedoch der Volljährigkeitsgrenze nahe und kann keine Nachweise vorlegen. Dies könnte im Wesentlichen zwei Ursachen haben:

1. in einigen Entwicklungsländern (z. B. Afghanistan) wird Geburtstagen keine erhebliche Bedeutung beigemessen, sodass diese nicht in Ausweisen o. Ä. dokumentiert werden[129]. Kommunikations-missverständnisse führen zu widersprüchlichen Angaben zwischen Verwandten, kriminellen Schleusern und Behörden bei der Ausweisfälschung oder Eintragung ins Ausländerzentralregister,

   oder

[129] hierzu führt eingehend das OVG Münster im Beschluss vom 29.09.2014, 12 B 923/14,juris, aus

2. die unzutreffende Mitteilung des Alters, welche bewusst herbeigeführt wird (= Täuschung), weil sich durch die Minderjährigkeit Vorteile hinsichtlich der Unterbringung, Betreuung und – so die Annahme – der asylrechtlichen Entscheidung ergeben[130].

Mit der Minderjährigkeit würde die darauffolgende Inobhutnahme als Eingriff in die Rechte eines Menschen in Zusammenhang stehen, weshalb die Voraussetzungen von Amts wegen geklärt und das Alter festgestellt werden muss. Dies bestätigt auch der verpflichtende Gesetzeswortlaut des § 42f Abs. 1 Satz 1 SGB VIII:

> *„Das Jugendamt* **hat** *im Rahmen der vorläufigen Inobhutnahme der ausländischen Person gemäß § 42a deren Minderjährigkeit durch Einsichtnahme in deren Ausweispapiere festzustellen oder hilfsweise mittels einer qualifizierten Inaugenscheinnahme einzuschätzen und festzustellen."*

Nicht nur das Jugendamt ist also durch gebundene Entscheidung angehalten, das Alter zu ermitteln, auch der unbegleitete Minderjährige ist nach §§ 60, 62, 65 und 67 SGB I[131] seit 2015 verpflichtet, an der Altersfeststellung mitzuwirken[132].

5.2.2 Gestuftes Verfahren

Je nachdem, ob erhebliche Zweifel an den getroffenen Angaben bestehen, entscheidet sich, wie viele Prüfinstanzen zur Altersfeststellung erhoben werden müssen.

---

[130] *Kirchhoff / Rudolf*, Altersfeststellung bei unbegleiteten Ausländern vor Inobhutnahme der Jugendämter, NVwZ 2017, S. 1167

[131] Das Erste Buch Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil – (Artikel I des Gesetzes vom 11.12.1975, BGBl. I S. 3015), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 17.08.2017 (BGBl. I S. 3214) geändert worden ist

[132] zu Problemen der nicht einschlägigen Anwendbarkeit von Mitwirkungspflichten aus dem § 21 SGB I, § 60ff SGB X und des § 49 AufenthG siehe *Kirchhoff/Rudolf* ab S. 1169

5.2.2.1 Ausweispapiere

Zunächst werden – wenn vorhanden – die Ausweispapiere nach § 42f Abs. 1 SGB VIII herangezogen. Alle Urkunden und Dokumente sind hinsichtlich des Geburtsdatums auf Plausibilität zu prüfen. Dies kann entfallen, wenn offensichtlich ist, dass es sich um Kinder handelt.

Es liegt nahe, dass junge Volljährige, die eine Täuschung (s. 5.2.1 Notwendigkeit) hinsichtlich ihres Alters erwägen, keine oder gefälschte Dokumente vorweisen.

Geht aus den Papieren **die Minderjährigkeit** eindeutig hervor, ist die Altersfeststellung abgeschlossen. Dabei ist nicht das genaue Alter, d. h. der Geburtstag oder Geburtsmonat ausschlaggebend. Erst im Laufe einer anschließenden Jugendhilfemaßnahme müsste das genaue Alter geschätzt oder ermittelt werden, da die Leistung mit Volljährigkeit enden könnte. Liegen mehrere Urkunden vor, die sich in Bezug auf das Geburtsdatum widersprechen, das Geburtsjahr offensichtlich nicht zutreffen kann oder sind keine Dokumente vorhanden, wird die nächste Verfahrensstufe, die qualifizierte Inaugenscheinnahme, eingeleitet.

5.2.2.2 Qualifizierte Inaugenscheinnahme

Bei zweifelhaften Angaben zur Minderjährigkeit folgt im Regelfall die qualifizierte Inaugenscheinnahme des Jugendamtes (§ 42f Abs. 1 S. 1 SGB VIII). Hier orientiert sich der Gesetzgeber an § 21 Abs. 1 S. 2 Nr. 4 SGB X[133], dessen Regelung eine Beurteilung hilfsweise als Beweismittel qualifiziert.

Der Zusatz „qualifizierte“ Inaugenscheinnahme schließt aus, dass die einfache Betrachtung des Jugendamtsmitarbeiters ausreicht. Vielmehr sollen Auskünfte jeder Art eingeholt, Beteiligte angehört, Zeugen und Sachverständige vernommen und ein

---

[133] Das Zehnte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – in der Fassung der Bekanntmachung vom 18.01.2001 (BGBl. I S. 130), das zuletzt durch Artikel 16 des Gesetzes vom 18.12.2018 (BGBl. I S. 2639) geändert worden ist

persönliches Gespräch mit dem Jugendlichen geführt werden[134] um sich einen Gesamteindruck zu verschaffen.

Die Begutachtung hat durch mindestens zwei sozialpädagogische Fachkräfte (ggf. unter Hinzuziehung eines Dolmetschers) im Sinne des Vier-Augen-Prinzips zu erfolgen.

Die Rechtsprechung sieht die vollständige Beweislast der qualifizierten Inaugenscheinnahme kritisch und begründet, dass diese nur genügt, wenn sie für jedermann über jeden Zweifel erhaben, festgestellt werden kann, dass die Volljährigkeit besteht. Die Angabe der Minderjährigkeit, auch wenn diese aufgrund eigener Unkenntnis des Geburtsdatums beruht, erscheint als evident rechtsmissbräuchlich[135]. Praktisch ist nach dieser Rechtsprechung vom Jugendamt ein Sicherheitszuschlag von ein bis zwei Jahren auf die Angaben zugunsten des Betroffenen zu machen.

Sollte die Minderjährigkeit nicht mit Sicherheit festgestellt werden können, und hat das Jugendamt erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der gemachten Angaben (trotz Sicherheitszuschlag), kommt eine ärztliche Untersuchung nach § 42f Abs. 2 SGB VIII in Betracht. Dies kann auch auf Antrag des Betroffenen oder seines Vertreters geschehen.

5.2.2.3 Ärztliche Untersuchungen

Über die ärztliche Untersuchung und ihre Folgen im Falle einer Weigerung ist der Jugendliche und in einer ihm verständlichen Sprache **aufzuklären**. Erfolgt die Untersuchung von Amts wegen, also aus Veranlassung des Jugendamts, ist die **Einwilligung des Betroffenen und seines Vertreters** einzuholen.

---

[134] BT-Drs. 18/6392 vom 14.10.2015, S. 20

[135] so VGH München, Beschluss vom 18.8.2016, 12 CE 16.1570, juris und VGH München, Beschluss vom 16.8.2016, 12 CS 16.1550, NVwZ-RR 2017, S. 238

Dieser Zusatz stellt sich in der Praxis als problematisch dar, weil zunächst zu diesem Zeitpunkt meist noch kein Vormund vom Familiengericht bestellt wurde. Darüber hinaus soll die Feststellung der Minder- oder Volljährigkeit gerade darüber aufklären, ob überhaupt ein gesetzlicher Vertreter notwendig wäre.

Die Einwilligung des Jugendamtes, welches vorläufig die Inobhutnahme gewährleistet und die Altersfeststellung anstrebt, ist als zweifelhaft einzuschätzen, da ein klarer Interessenkonflikt vorliegt. Dennoch kann sich die Untersuchung als Beweismittel für die Minderjährigkeit herausstellen und deshalb auch als begünstigender Verfahrensschritt ausgelegt werden. Wirkt der oder die Betroffene nicht mit, kann die Inobhutnahme versagt oder beendet werden (§ 66 Abs. 1 SGB I).

Mit der Asylverfahrensrichtlinie 2013/32/EU (Art. 25 Abs. 5) sah auch das europäisches Recht die Notwendigkeit der Altersfeststellung, weist jedoch bei der Auswahl der Methode auf die „schonendste und soweit möglich zuverlässigste Methode“ hin, welche von qualifizierten medizinischen Fachkräften durchgeführt werden soll. Mit der Umsetzung in das deutsche Recht wurden Genitaluntersuchungen im Hinblick auf die Menschenwürde ausdrücklich ausgeschlossen[136].

Über die Zuverlässigkeit weiterer Methoden zur Altersbestimmung sind sich selbst spezialisierte Mediziner uneinig. Folgende Untersuchungen kommen laut Rechtsmedizin[137] in Betracht:

1. körperliche Untersuchung

2. Röntgenuntersuchung der linken Hand

3. zahnärztliche Untersuchung (und Röntgen des Kiefers)

4. Röntgenuntersuchung des Schlüsselbeins

---

[136] BT-Drs. 18/6392 vom 14.10.2015, S. 21

[137] nach *Schmeling* et al., Deutsches Ärzteblatt 2016, S. 44f.

Die internationale und interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft für Forensische Altersdiagnostik[138] empfiehlt die Kombination einer körperlichen Untersuchung mit Anamneseerhebung (1.) mit einer zusätzlichen Röntgenuntersuchung der Hand (2.) und einer zahnärztlichen Untersuchung mit Anfertigung einer Panoramaröntgenaufnahme der Kieferregion (3.) und die Beurteilung der Weisheitszahnentwicklung für eine rechtssichere Altersfeststellung.

Auch bei abgeschlossener Handskelett- und Weisheitszahnentwicklung kann die Volljährigkeit noch nicht zweifelsfrei bejaht werden, da diese bei früh entwickelten Jugendlichen und jungen Erwachsenen bereits vor dem 18. Lebensjahr abgeschlossen sein kann. Bei bereits vollendeter Handskelettentwicklung müsste daher eine zusätzliche Computertomographien-Untersuchung (CT) der Schlüsselbeine erfolgen, welche ebenfalls als eine Untersuchung via Röntgenstrahlung mit Kontrastmitteln definiert wird. In einem mehrstufigen Verfahren können so die jeweiligen Entwicklungsstadien festgestellt werden.

In der folgenden Abbildung werden die festgestellten Untersuchungsergebnisse einer jungen, männlichen Person aus Somalia, welche angibt 17,5 Jahre alt zu sein, grafisch dargestellt:

---

[138] Internationale und interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft für Forensische Altersdiagnostik: Empfehlungen Kriterien für die Altersschätzung bei lebenden Personen
URL: https://www.medizin.uni-muenster.de/fileadmin/einrichtung/agfad/empfehlungen/empfehlung_strafverfahren_eng.pdf (letzter Abruf 20.06.2019)

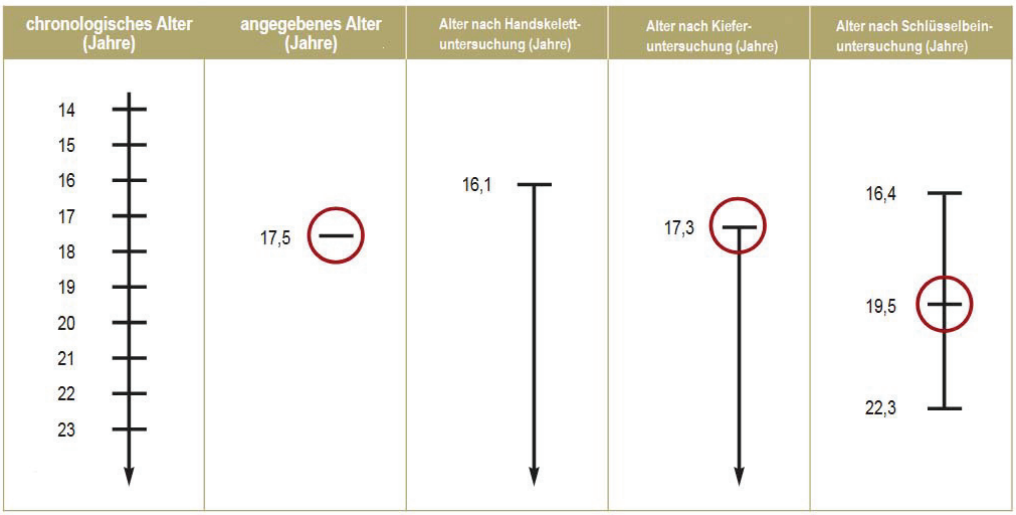

Abb. 9: modifiziert nach Schmeling et. al, 2016

Der Betroffene wies bei der körperlichen Untersuchung keine Hinweise auf Entwicklungsstörungen auf. Nach Beurteilung des geröntgten Handskeletts konnte die abgeschlossene Entwicklung festgestellt werden, was für ein Mindestalter von 16,1 Jahren sprach. Bei der Röntgenuntersuchung des Kiefers wurden die dritten Molaren (Weisheitszähnen) als vollständig entwickelt eingeschätzt, welches ein Mindestalter von 17,3 Jahren diagnostiziert. Die anschließende Untersuchung der Claviculae (des Schlüsselbeins) betrug im Median 19,5 Jahre. Dies ist das am wahrscheinlichsten zutreffende Alter, welches sich aber auch mit geringeren Wahrscheinlichkeiten zwischen mindestens 16,4 Jahren und maximal 22,3 Jahren belaufen könnte.

Bei einer Spannbreite ist das Mindestalterskonzept anzuwenden, welches sich aus dem Altersminimum der Referenzstudie für die festgestellte Merkmalsausprägung ergibt[139]. Insofern sind die erhobenen Befunde mit der Altersangabe der untersuchten Person vereinbar und die Minderjährigkeit möglich.

---

[139] ebenfalls VGH München, Beschluss vom 18.8.2016, 12 CE 16.1570, juris und VGH München, Beschluss vom 16.8.2016, 12 CS 16.1550, NVwZ-RR 2017, S. 238

Die (vorläufige) Inobhutnahme ist in diesem Fall durch das Jugendamt fortzuführen oder aufzunehmen und entsprechende Jugendhilfemaßnahmen einzuleiten.

5.2.3 Kritik

Röntgenuntersuchungen im Rahmen der Altersfeststellung bei unbegleiteten minderjährigen Personen erfolgen nicht aus einer medizinischen Indikation heraus. Kritiker[140] der Altersdiagnostik stellen insoweit nicht nur die Wissenschaftlichkeit der Verfahren in Frage, sondern bringen auch ethische und rechtliche Bedenken als Argumente vor.

Eine solche rechtfertigende Indikation ist nach § 83 Abs. 1 des Strahlenschutzgesetzes[141] i. V. m. § 119 Strahlenschutzverordnung[142] erforderlich, welche medizinischer Art sein kann oder einer Rechtsgrundlage (z. B. im Strafverfahren) bedarf. Die Anwendung muss einen hinreichenden Nutzen bringen und soll diesen gesundheitlichen Nutzen für den Einzelnen und die Gesellschaft, gegen die von der Untersuchung möglicherweise verursachte Schädigung des Einzelnen abwägen. Bei den aufgezählten Röntgenverfahren zum Zweck der Alterseinschätzung ist demnach zu gewährleisten, dass kein Nachteil für die Gesundheit der zu untersuchenden Person zu befürchten ist. Die radiologische Bestrahlung könnte als ein Eingriff in Art. 2 Abs. 1 GG, die **körperliche Unversehrtheit,** gesehen werden.

---

[140] z. B. Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission, Medizinische Altersschätzung bei unbegleiteten jungen Flüchtlingen, Bekanntmachung im Deutschen Ärzteblatt, 2016, URL: https://www.aerzteblatt.de/down.asp?id=17335 (letzter Abruf 20.06.2019)

[141] Strahlenschutzgesetz vom 27.06.2017 (BGBl. I S. 1966), das durch Artikel 2 des Gesetzes vom 27.06.2017 (BGBl. I S. 1966) geändert worden ist

[142] Strahlenschutzverordnung vom 29.11.2018 (BGBl. I S. 2034, 2036), Die vorherige zutreffende Regelung nach § 25 Abs. 1 der noch häufig zitierten Röntgenverordnung ist zum 31.12.2017 außer Kraft getreten.

Aus diesem Grunde ist eine Abwägung aus dem entstehenden gesundheitlichen Schaden durch Bestrahlung und des gesellschaftlichen und gesetzgeberischen Interesses zur Klärung des Sachverhaltes abzuwägen.

Effektive Strahlendosen der zur Altersdiagnostik eingesetzten Röntgenuntersuchungen	
Röntgenuntersuchung	**effektive Dosis in Millisievert**
Handskelett	0,0001
Kiefer	0,026
Schlüsselbein	0,4

Abb. 10: Tabelle modifiziert nach Schmeling et. al, 2016

Das Bundesamt für Strahlenschutz[143] gibt die natürliche Strahlenbelastung oder die effektive Dosis in Deutschland mit durchschnittlich 2,1 Millisievert jährlich an. Die jeweils angegebenen einmaligen Dosen der Röntgenuntersuchungen (bei allen drei Untersuchungen insgesamt 0,42621 Millisievert) sind mit maximal einem Fünftel davon eher als geringfügig einzuschätzen.

Obwohl die Rechtsprechung die entstehende Belastung im Regelfall als zumutbar ansieht[144], werden alternative medizinische Methoden erforscht. So hat der Bundesgesundheitsminister, Jens Spahn, zu Beginn des Jahres 2019 die Förderung

[143] Bundesamt für Strahlenschutz
URL: http://www.bfs.de/DE/themen/ion/umwelt/natuerliche-strahlenbelastung/natuerliche-strahlenbelastung_node.html (letzter Abruf 20.06.2019)

[144] so z. B. OVG Hamburg, 09.02.2011, 4 Bs 9/11, DVBl 2011, S. 512

eines Projektes zugesagt[145], welches die minimalinvasive Untersuchung mittels Ultraschalles als geeignete Methode bis Ende 2020 testet. Gleichzeitig hat er die Notwendigkeit der Altersfeststellung betont, welche die Grundlage für das Asylverfahren bietet.

Es ist deutlich geworden, dass ein Gleichgewicht zwischen den medizinischen und nichtmedizinischen Verfahren bei der Bewertung des Alters aus sozial-pädagogischen und psychosozialen Faktoren vorherrschen sollte[146]. Aufgrund der weiten Schwankungsbreiten in den Untersuchungsergebnissen erscheint die qualifizierte Inaugenscheinnahme als mindestens genauso geeignet, weshalb die Bundesregierung keine Verpflichtung zur ärztlichen Untersuchung vorgibt, sondern auf die Fachkenntnisse der Jugendämter[147] abstellt.

5.4 Gesundheitszustand und gesundheitliche Versorgung

Nachdem rechtliche Grundlagen und Verfahren bei der Einreise von unbegleiteten minderjährigen Ausländern aufgezeigt wurden, soll abschließend ein kurzer Überblick über den Gesundheitszustand und die gesundheitliche Versorgung gegeben werden.

Die Kommission für globale Kindergesundheit der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin geht in ihrer Kurzstellungnahme[148] 2015 darauf ein, dass möglichst frühzeitig und in allen Verfahrensschritten durch Pädiater zu gewährleisten

---

[145] Neue Westfälische, 01/2019
URL: https://www.nw.de/nachrichten/gesundheit/22346095_Alter-von-Migranten-soll-per-Ultraschall-bestimmt-werden.html (letzter Abruf 20.06.2019)

[146] so auch *Neuendorf* in ZAR 2018, S. 238

[147] BT-Drs. 18/9972 v. 14.10.2016, S. 2

[148] Kommission für globale Kindergesundheit der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin: Kurzstellungnahme – Pädiatrische Gesundheitsversorgung von minderjährigen Flüchtlingen und Asylbewerbern, Monatsschreiben Kinderheilkunde, 2016, S. 132ff.

sein sollte. Der entsprechende Facharztstandard sollte bereits bei der Erstaufnahme / im Clearingverfahren gewährleistet sein.

Auf die Probleme der Regelversorgung in dezentralen Unterkünften, auftretenden Verständigungsproblemen und Überlastung der Notaufnahmen und Facharztpraxen wird Bezug genommen.

Die Bedeutung der Impfung wird zwar – im Vergleich zu den erwachsenen Asylbewerbern – besonders hervorgehoben. Die Gefahr von ansteckenden Infektionen für die Bevölkerung wird interessanterweise jedoch als überschätztes Risiko eingestuft.

Als erheblich wird die Anzahl der Kinder und Jugendlichen eingeordnet, welche durch Kriegserlebnisse und Gewalt traumatisiert sind. Dies äußert sich häufig in Schlafstörungen, Ängsten, Verhaltensstörungen oder manifester posttraumatischer Belastung, welche durch fehlende psychologische und kinderpsychiatrische Dienste nur verzögert behandelt werden können.

Eine Studie der Universität Bielefeld[149] hat sich der gesundheitlichen Versorgung unbegleiteter minderjähriger Ausländer in der Stadt Bielefeld durch qualitative und quantitative Forschung genähert und ist zu nachfolgenden Einschätzungen gekommen.

Bei der quantitativen Erhebung wurden 102 Minderjährige (davon 78 männliche und 24 weibliche) mit einem Durchschnittsalter von 16,04 Jahren von 2011 bis 2014 berücksichtigt. Die Vielzahl stammte aus Afrika (42 %), gefolgt von Südasien (37 %) und wies einen normalgewichtigen **Body-Mass-Index** auf.

Bei ca. einem Fünftel der erfassten Studienteilnehmer war der **Zahnstatus** behandlungsbedürftig. Bei weiblichen minderjährigen Ausländerinnen konnte doppelt so häufig (zu 29 %) ein **Eisenmangel** diagnostiziert werden, als bei deren männlichen Vergleichsgruppe (zu 14 %).

---

[149] *Spallek* et al, Bundesgesundheitsblatt, 2016 S. 636 ff.

Im Gegensatz zur Annahme der Kommission für globale Kindergesundheit wurden bei 58,8 % der unbegleiteten Minderjährigen mindestens eine **Infektion**, bei 15,7 % sogar zwei Infektionen festgestellt werden. Dies betraf insbesondere Kinder und Jugendliche aus dem subsaharischen Afrika (zu 87 %) und wurde häufig von der Indikation einer **Magenschleimhautentzündung** (60 %) begleitet, welche andere Magen-Darm-Beschwerden verursachte. Nur wenige Studienteilnehmer/innen wiesen eine chronische **Hepatitis-B-Infektion** auf (7,9 %).

Depressionen oder posttraumatische Belastungsstörungen lagen bei 13,7 % der Kinder und Jugendlichen vor. Weibliche Teilnehmerinnen waren zu einem Viertel betroffen, männliche hingegen „nur“ zu 10,3 %. Wie auch bei den erwachsenen Asylbewerbern in Bremen fiel die Prävalenz der psychischen Erkrankungen somit deutlich geringer als erwartet aus.

Die Inanspruchnahme von Fachärzten konnte zu 71,6 % im Behandlungszeitraum von bis zu zwei Jahren registriert werden.

Für die qualitative Erhebung wurden Experten aus einer Clearingeinrichtung interviewt, welche schwerpunktmäßig auf das erhöhte Risiko für psychische Erkrankungen hinwies. Dies äußerte sich in der täglichen Arbeit durch **Verhinderung der Nahrungsaufnahme, Aggressionen oder suizidalem Verhalten.** Die Durchführung von Altersfeststellungen und der ungeklärte Aufenthaltsstatus wurden als maßgebliche Stressoren genannt.

Die weiblichen umA wiesen im Gegensatz zu den männlichen bei der Ankunft eine erheblich schlechtere körperliche Verfassung auf. Die Umstellung der Ernährung in Deutschland rief teilweise **Nahrungsmittelintoleranzen** hervor.

Als wesentliche Hindernisse in der gesundheitlichen Versorgung wurden fehlende Sprachkenntnisse, aber auch mangelndes Vertrauen gegenüber Gesundheits-einrichtungen und Schamgefühl herausgearbeitet.

Hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung sollte bei der Erstuntersuchung nachweislich auf das Vorliegen und die Behandlung von Infektionskrankheiten und ggf. den Impfstatus hingewirkt werden. Posttraumatische Belastungsstörungen

können ggf. erst im Laufe der Ankunftszeit auftreten und sollten dann kurzfristig psychiatrisch / psychotherapeutisch behandelt werden.

Leider können die Fachärzte dem Bedarf der unbegleiteten Minderjährigen, aber auch den **begleiteten Kindern und Jugendlichen** nicht gerecht werden. Die Anzahl und Sitze wurden nach reglementierten Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigung auf die Regelversorgung der inländischen Kinder und Jugendliche angepasst und die Nachjustierung kann den sprunghaft angestiegenen Bedarf nicht decken.

6. Fazit und Lösungsansätze

In den vorangegangenen Kapiteln wurde ein ausführlicher Überblick über die Versorgung von geflüchteten Menschen gegeben. Dabei wurde auf die Gesundheitsleistungen und -versorgung eingegangen, aber auch verfahrensrechtliche Vorgänge geschildert. Weiterhin wurden besondere Schutzmaßnahmen für unbegleitete Minderjährigen und anderen staatlichen Instrumenten wie z. B. die elektronische Gesundheitskarte für Asylbewerber als Lösungsansätze aufgezeigt, die im Folgenden aufgegriffen und kurz zusammengefasst werden sollen.

Staatlicher Schutz im Asylverfahren

Zunächst konnte dargestellt werden, dass die Bundesrepublik Deutschland der Genfer Flüchtlingskonvention im vollen Umfang nachkommt, indem sämtliche Schutzformen, auch über europarechtliche Maßgaben hinaus in Betracht kommen. Es wurden humanitäre Bleiberechte (z. B. Duldung) geschaffen, um die körperliche Unversehrtheit auch ohne gesicherten Aufenthalt sicher zu gewährleisten.

Bereits bei der Einreise werden die ankommenden Menschen in Aufnahmeeinrichtungen erstversorgt, untersucht und ggf. behandelt. Bei der Asylantragstellung wird behördlicherseits auf gesundheitliche Einschränkungen Rücksicht genommen. Dies gilt auch, sollte der Asylantrag abgelehnt werden, im Falle der Abschiebung, welche nur erfolgen soll, wenn die Transportfähigkeit gewährleistet ist.

Um die belastende Situation des ungeklärten Aufenthalts nicht zu strapazieren und psychische Belastungen zu riskieren, sollte das BAMF weiterhin an der Reduzierung der Verfahrensdauern arbeiten. Oftmals wird die Asylentscheidung zwar schon rechtzeitig getroffen, der Klageweg, welcher aufschiebende Wirkung entfaltet, jedoch zieht sich aufgrund der überlasteten Gerichte in die Länge.

Vorgabe des Bundesverfassungsgerichtes hinsichtlich eines menschenwürdigen Existenzminimums

Dem im Jahr 2012 vom Bundesverfassungsgericht verpflichtenden Urteil eines menschenwürdigen Existenzminimums kam der Gesetzgeber mit Anpassung der Bedarfssätze nach Asylbewerberleistungsgesetz in 2014 nach. Dem Prinzip, Sachleistungen vor geldwerten Leistungen zu gewähren, ist nichts entgegenzusetzen und für die Betroffenen als komfortabel, für den Staat als kostengünstiger und mit weniger Verwaltungsaufwand zu bewerten.

Der ebenfalls ausgeurteilten, regelmäßigen Überprüfung und Aktualisierung der Bedarfssätze ist die Legislative bisher nur teilweise nachgekommen. Nach der Behandlung eines aktualisierten Entwurfes wurde seit dem Verweisen in den Vermittlungsausschuss keine Anstrengung mehr dahingehend unternommen, die Bargeldbeträge nach Asylbewerberleistungsgesetz anzupassen. Dies kann allenfalls damit gerechtfertigt werden, dass der Sozialleistungsstandard in Deutschland im europäischen Vergleich derzeitig als großzügig bewertet werden kann[150].

Umfang der Gesundheitsleistungen

Bei den aufgezeigten Gesundheitsleistungen nach §§ 4 bis 6 AsylbLG konnte bei umfangreicher Analyse keine Benachteiligung im Umfang gegenüber gesetzlich Krankenversicherten festgestellt werden. Jeglichen akuten, aber auch chronischen Erkrankungen und Schmerzzuständen wird die notwendige Behandlung in Deutschland zuteil, wenn diese ersucht wird. Insbesondere psychische Erkrankungen und psychotherapeutische Behandlungen werden nunmehr auch europarechtlich davon erfasst, sodass die Ausgangsfrage „Sind Asylbewerber/innen Patienten zweiter Klasse?!“ von der Verfasserin verneint wird.

---

[150] Westfälische Nachrichten, 11/2015,
URL: https://www.wn.de/Freizeit/Ratgeber/Finanzen/2015/11/2180233-Sozialleistungen-Fluechtlinge-Sozialleistungen-im-europaeischen-Vergleich (letzter Abruf 26.06.2019)

Lediglich Zahnersatz oder andere freiwillige Behandlungen (z. B. plastische Chirurgie) können – als nicht dringliche Leistungen – nicht unter das AsylbLG fallen. Dies ist im Vergleich zu gesetzlich krankenversicherten Patienten, welche für IgeL-Leistungen anteilig oder vollständig aufkommen müssen, nur fair und nachvollziehbar.

Bei den (präventiven) Leistungen zu Schwangerschaft und Geburt wird jedoch gesetzlicher Handlungsbedarf gesehen. Insbesondere jungen, weiblichen Asylbewerberinnen sollten – bei Bedarf – Kontrazeptiva zur Verfügung gestellt werden. Dies begründet sich nicht nur darin, dass die sexuelle Aufklärung in Herkunftsländern mangelhaft sein könnte. Weiterhin könnten bei ungewollter Schwangerschaft die Kosten eines Abbruchs durch den Eingriff an sich, aber auch Folgetraumata, den Staat um ein Vielfaches belasten. Es wird angeregt, die Kostenfolgeabschätzungen für Asylbewerberinnen, aber auch Leistungsberechtigte nach dem SGB XII zu überprüfen und ggf. die gesetzlichen Anspruchsgrundlagen auf Verhütung zu schaffen.

Zugang zur Gesundheitsversorgung

Der erste gesundheitliche Berührungspunkt für ankommende Schutzsuchende ist die Untersuchung in den Erstaufnahmeeinrichtungen (Clearing). Dort werden Impfstatus und Infektionen (z. B. Tuberkulose) überprüft, dokumentiert und behandelt.

Alle Sachaufwendungen, die für die Gesundheitspflege benötigt werden, erhalten die Personen in den Gemeinschaftsunterkünften nach dem Sachleistungsprinzip vom Staat zur Verfügung gestellt.

Während der dezentralen Unterbringung sind die Kommunen für die Regelversorgung der Betroffenen zuständig. Dies umfasst auch die gesundheitlichen Belange, welche traditionell durch die Ausgabe von Behandlungsscheinen des Sozialamtes gewährleistet wird. Dieses Verfahren ist nicht nur kritisch zu sehen, weil den zuständigen Mitarbeitern in der Regel die nötige medizinische Qualifikation fehlt. Weiterhin wird erheblicher Aufwand für Behörden, Ärzte und Betroffene verursacht. Bei der quartalsweisen, pauschalen Vergabe der „grünen Scheine“ gibt es

keine Steuerungs- oder Kontrollfunktion der Behörde mehr. Hinzu tritt die Wahrnehmung der Asylbewerber/innen, welche trotz Teilnahme an der Regelversorgung nicht wie andere Patienten die Normalität eines Arztbesuches empfinden.

Weiterhin sei zu erwähnen, dass trotz Feststellung der adäquaten Gesundheitsleistungen, diese in der Praxis nicht immer gewährleistet werden können. Ähnlich wie bei inländischen Patienten und anderen EU-Bürgern und Bürgerinnen treffen auch der Facharztmangel und sich daraus resultierende Wartezeiten auf Asylbewerber zu. Teilweise wird von Praxen ein Patientenaufnahmestopp aufgrund des Erreichens der Belastungsgrenze ausgesprochen.

In einer Bundestagsanhörung[151] vom 08.06.2016 erwähnt die Bundespsychotherapeutenkammer in der öffentlichen Anhörung und in der schriftlichen Stellungnahme[152] ein Risiko für erwachsene Geflüchtete zu 40 % für posttraumatische Belastungsstörungen in der Summe einiger Studien[153]. In den im Rahmen dieser Arbeit herangezogenen Studien konnte die Annahme nicht bestätigt werden, es wird jedoch ausdrücklich auf eine Dunkelziffer und ggf. später auftretende Symptome verwiesen.

Um dem Bedarf der behandlungsbedürftigen Patienten zeitnah nachzukommen, sollte die Anzahl der Niederlassungen begutachtet werden: die Kassenärztliche Vereinigung (KV) hat den Sicherstellungsauftrag (§ 75 Abs. 1 SGB V) für die

---

[151] Wortprotokoll der 80. Sitzung des Gesundheitsausschusses vom 08.06.2016, URL:https://www.bundestag.de/resource/blob/490630/73a2eeb4856adc9b3f2162c168e68aa2/080_08-06-2016-data.pdf (letzter Abruf 26.06.2019)

[152] Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer, 03.06.2016
URL: https://www.bundestag.de/resource/blob/426028/f9cc69cb94e43402902 89c22a53acf2d-/ Bundespsychotherapeutenkammer-BPtK-data.pdf (letzter Abruf 20.06.2019)

[153] z. B. *Gäbel* et al., Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis, Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 2005, S. 12 ff.

ärztliche Versorgung und darüber hinaus die Möglichkeit, Zulassungssitze für Allgemeinmediziner, andere Fachärzte und auch Psychotherapeuten zu regeln. Insbesondere der ländliche Raum ist trotz zahlreicher Initiativen zur Gewinnung von Ärzten unterversorgt. Dies ist vor allem neben Anreizen zur fachärztlichen Niederlassung im ländlichen Raum anzustreben. Die KV muss darauf hinwirken, dass die Attraktivität in diesen Zulassungsbezirken verbessert wird, damit sich Ärzte und Psychotherapeuten im unterversorgten Bereich um eine Niederlassung bemühen.

Die reglementierten Niederlassungen der Kassenärztlichen Vereinigung richten sich nach der Zulassungsverordnung[154]. Die einwohnerbasiert gebildeten Zulassungsbezirke richten sich nach Bedarfen, welche im Einzelfall, oder aufgrund besonderer Verhältnisse (§ 12 Abs. 2 S. 2) angepasst werden können. Die Kassenärztliche Vereinigung sollte diese Ermächtigung dringend nutzen, um die Zulassungen für Psychotherapeuten erheblich auszudehnen.

Die in Mecklenburg-Vorpommern bereits praktizierte, befristete Aufhebung der Mengenbegrenzung in unterversorgten Gebieten sollte unbedingt beibehalten, wenn nicht sogar erweitert werden, um aufkommende Bedarfe im hausärztlichen aber auch fachärztlichen und psychotherapeutischen Bereich für inländische Patienten und für – in den Zulassungsbezirken nicht berücksichtigte Asylbewerber strukturell decken zu können.

Darüber hinaus müsste über die generelle Erhöhung der Studienplätze in den medizinischen Berufen nachgedacht werden, um dem Facharztmangel prospektiv entgegenzuwirken. Andere Anreize zur Niederlassung im ländlichen Raum (z.B. Landarztquote oder Gründung medizinischer Versorgungszentren) werden bereits in den Ländern entwickelt, aber noch nicht ausgeschöpft.

---

[154] Zulassungsverordnung für Vertragsärzte auf der Grundlage des Artikel 9 des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) vom 28.12.2011 (BGBl. I S. 3016)

Elektronische Gesundheitskarte und § 264 SGB V

Die beiden erfolgreichen Modellprojekte in Bremen und Hamburg konnten sich bundesgesetzlich in § 264 Abs. 1 SGB V, aber auch tatsächlich durchsetzen, indem weitere Bundesländer von der freiwilligen Möglichkeit Gebrauch gemacht haben, elektronische Gesundheitskarten einzuführen. Dies hat positive Effekte für die betroffenen Asylbewerber/innen, aber auch für Mitarbeiter in den Verwaltungen, ggf. auch Einnahmen für die Krankenkassen über die Verwaltungspauschalen. Die Entscheidung kann auch aus Imagegründen von der Politik gut vertreten werden. Daher ist es umso erstaunlicher, dass einige Flächenländer, insbesondere aber der Bund keinen Bedarf für eine einheitliche Umsetzung sieht.

Als Hauptkritikpunkt wurde von Ländern und Kommunen die Verwaltungskostenpauschale genannt, welche im Zeitverlauf in den Verhandlungen mit den Krankenkassen immer weiter anstieg (von zunächst 5 % auf 8 % des Leistungsumfangs, aber mindestens 10 Euro monatlich). Dies ist nicht nachzuvollziehen, da nach den ersten 15 Monaten der Leistungsgewährung ohnehin § 264 Abs. 7 SGB V greift, welcher eine Verwaltungspauschale von 5 % vorsieht; diese Regelung hatte der Bund einheitlich verhandelt.

Daher erscheint es nur sinnvoll und folgerichtig, dass der Bund den entstandenen „Flickenteppich“ der Bundesländer aufhebt, indem er eine (durch die Länder umzusetzende) elektronische Gesundheitskarte für Asylbewerber einheitlich einführt.

Derzeitig gibt es diverse Kostenerstattungsregelungen zwischen den Ländern und Kommunen bezüglich der Gesundheitsleistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz[155]. In Mecklenburg-Vorpommern findet z. B. eine

---

[155] Einen guten Überblick gibt z. B. das Gutachten der Bertelsmann-Stiftung „Gesundheits-versorgung von Asylsuchenden“ von *Wächter-Raquet*., 09/2016, S. 29 URL:https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Expertise-Gesundheitsversorgung-Fluechtlinge-final.pdf (letzter Abruf 21.06.2019)

vollständige Übernahme durch das Land statt, welche über Spitzabrechnung der Landkreise und kreisfreien Städte erfolgt. Die Zurückhaltung des Bundesgesetzgebers könnte neben der konkurrierenden Gesetzgebung darauf zurückzuführen sein, im Endeffekt nicht als Gesamtkostenträger aller flüchtlingsbedingten Mehrkosten hervorgehen zu wollen.

Als Kompromiss wären die Verhandlung einer einheitlichen Verwaltungspauschale und nur deren finanzielle Übernahme durch den Bund denkbar. Die Bundesregierung hat gegenüber den Sozialversicherungsträgern ein viel einflussreicheres Verhandlungsmandat als jedes einzelne Bundesland und könnte ein kostengünstiges Ergebnis erzielen. Die finanziellen Mehrkosten zur Einführung der Gesundheitskarte würden sich dann zwar auf Seiten des Bundes niederschlagen, die Kosten für Leistungen nach den §§ 4 und 6 verblieben jedoch bei Ländern und Kommunen. Dies entspräche einer effektiven normativen Vereinheitlichung und Vereinfachung des Zugangs zur gesundheitlichen Versorgung.

Unbegleitete minderjährige Ausländer

Der besondere Schutzstatus der unbegleiteten Kinder und Jugendlichen wurde rechtlich aufgezeigt. Dieser umfasst insbesondere die Unterbringung und Betreuung, hat aber keine Auswirkungen auf die letztendliche Asylentscheidung.

Um auch die Zugänge zu Jugendhilfemaßnahmen, Sprachkursen, Schule und anderen Ausbildungsmaßnahmen zu erhalten, muss die tatsächliche Minderjährigkeit der eingereisten Person durch das Aufnahmejugendamt festgestellt werden.

Es ist als ungünstige Konstellation zu erachten, dass das Aufnahmejugendamt die Altersfeststellung anordnet und begleitet, da der Vormund eines Minderjährigen oftmals erst nach dem Verteilungsverfahren im Zuweisungsjugendamt durch das Familiengericht zugeteilt bekommt. Dadurch kann eine Personengruppe betroffen sein, die im Altersfeststellungsverfahren keinen (tatsächlich objektiven) gesetzlichen Vertreter haben. Hemmnisse zur Mitwirkung könnten aufgrund fehlenden Vertrauens zu staatlichen Institutionen des Herkunftslandes bestehen oder auf Unkenntnis des Geburtsdatums beruhen und müssen nicht zwingend auf eine bewusste Täuschung

zurückzuführen sein. Die entsprechende Vormundschaft sollte bereits während der Altersfeststellung vorliegen, da während des Prozesses die wesentlichste Vertretungsfunktion im Sinne des Jugendlichen besteht.

Die Möglichkeiten aber auch Grenzen der medizinischen Altersfeststellung wurden aufgezeigt. Die Veranlassung eines rechtsmedizinischen Gutachtens ist vom Jugendamt präzise im mehrstufigen Verfahren abzuwägen. Insbesondere bei eigener Angabe der nahe an 18 Jahren grenzenden jungen Menschen muss eine Schwankungsbreite berücksichtigt werden, sodass auch bei 22-Jährigen von einer Minderjährigkeit ausgegangen werden muss.

Die Nähe zur angegebenen Volljährigkeit gewährleistet die Inobhutnahme nur noch für wenige Monate, während ein Gutachten ggf. längere Zeit in Anspruch nehmen und erhebliche Kosten verursachen könnte. Für alle offensichtlich älteren Personen mag ein Gutachten sinnvoll sein, oder muss auf Antrag des Betroffenen ohnehin schon eingeholt werden.

Der Gesundheitszustand und die gesundheitliche Versorgung von umA konnte nur anhand einer empirischen Studie analysiert werden. In der Anhörung des Gesundheitsausschusses des Bundestages vom 08.06.2016 erläutern Experten der Universität Bielefeld darüber hinaus aber bestätigend die Gefahr der psychischen Erkrankungen und posttraumatischen Belastungsstörungen, welche für Kinder und Jugendliche auf 30 % geschätzt wird. Die Behandlung dieser und häufig vorliegenden Infektionserkrankungen sollte stets durch Fachärzte der Pädiatrie gewährleistet sein.

Die Studie erläutert aber auch, dass unbegleitete Minderjährige in der Versorgungssituation durch alle getroffenen Schutzmaßnahmen nicht geflüchteten (deutschen) Kindern und Jugendlichen gleichgestellt werden. Dies kann zwar als positiv gewertet werden, jedoch erfahren die beiden Personengruppen einen Vorteil gegenüber von ihren Familienmitgliedern begleiteten Kindern und Jugendlichen. Auch diese können aufgrund traumatischer Kriegs- und Fluchterlebnisse gesundheitliche Nachwirkungen haben, welche nicht aus dem staatlichen Schutzfokus verloren werden dürfen.

Anlage

RAHMENVEINBARUNG

zur Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit §§ 1, 1a Asylbewerberleistungsgesetz

in Schleswig-Holstein

zwischen

dem Land Schleswig-Holstein

vertreten durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung (MSGWG),

dieses vertreten durch die Ministerin

- nachstehend **Land** -

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

AOK NordWest – Die Gesundheitskasse –

Novitas BKK

IKK Nord

Knappschaft

sowie den Ersatzkassen

Techniker Krankenkasse (TK)

BARMER GEK

DAK-Gesundheit

Kaufmännische Krankenkasse - KKH

- nachstehend **Krankenkassen** genannt

1

Präambel

Nach den Regelungen des § 264 Absatz 2 bis 7 SGB V wird die Krankenbehandlung von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 Absatz 1 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) auftragsweise von der Krankenkasse übernommen. Leistungsberechtigte nach §§ 1, 1a AsylbLG, die keinen Anspruch auf Leistung in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG haben, müssen ihren Anspruch auf Leistungen bei Krankheit bzw. sonstige Leistungen zur Sicherung der Gesundheit nach §§ 4 und 6 AsylbLG unmittelbar gegenüber den Kreisen und kreisfreien Städten geltend machen. Soweit die Kreise die Durchführung des AsylbLG gemäß § 1 Absatz 2 AsylbLGAG SH an kreisangehörige Städte, Ämter oder kreisangehörigen Gemeinden übertragen haben, ist der Leistungsanspruch dort geltend zu machen.

Die vertragsschließenden Parteien sind sich einig, dass auch für den Personenkreis der Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a AsylbLG im Hinblick auf die Erbringung von Gesundheitsleistungen Verbesserungen anzustreben sind.

Mit der Zielsetzung

- den Zugang zum Gesundheitssystem durch Nutzung einer eGK zu vereinfachen,
- die Wirtschaftlichkeit der Krankenbehandlung zu erhöhen und
- die Kreise, kreisfreien Städte, kreisangehörigen Städte, Ämter und amtsfreien Gemeinden nachhaltig von Verwaltungsaufgaben zu entlasten

hat das Land die Krankenkassen gebeten, die Betreuung dieses Personenkreises zu übernehmen.

Aus diesen Gründen schließen die Krankenkassen mit dem Land Schleswig Holstein – vertreten durch das MSGWG - eine Rahmenvereinbarung nach § 264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 30 Absatz 2 SGB IV ab.

Die Vertragsparteien sind sich einig, dass sich grundsätzlich alle Krankenkassen an der Vereinbarung beteiligen sollen und eine gleichgewichtige Verteilung der zu betreuenden Personen auf die Krankenkassen anzustreben ist. Aus verwaltungsökonomischen Gründen wird eine Zuordnung der einzelnen Kostenträger zu je einer teilnehmenden Krankenkasse angestrebt.

§ 1 Gegenstand der Vereinbarung

Die Vereinbarung beschreibt die auftragsweise Krankenbehandlung der Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a AsylbLG, die keinen Anspruch auf Leistung in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG, sondern gegenüber den Kreisen und kreisfreien Städten Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt bzw. sonstige Leistungen zur Sicherung der Gesundheit nach §§ 4 und 6 AsylbLG haben. Die Krankenbehandlung wird durch die teilnehmenden Krankenkassen – nach Maßgabe dieser Vereinbarung - sichergestellt.

§ 2 Ziel dieser Vereinbarung

(1) In Schleswig-Holstein übernehmen gemäß § 1 des Ausführungsgesetzes des Asylbewerberleistungsgesetzes die Kreise und kreisfreien Städte als Aufgabe zur Erfüllung nach Weisung die Krankenbehandlung der Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a AsylbLG, die keinen Anspruch auf Leistung in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG haben. Mit der Vereinbarung soll die Krankenbehandlung dieser Leistungsberechtigten durch eine Krankenkasse übernommen werden. Rechtsgrundlage hierfür ist § 30 Absatz 2 SGB IV in Verbindung mit § 264 Absatz 1 SGB V.

(2) Ziel der Übertragung dieser Aufgabe ist es, durch die Krankenkasse eine professionelle, effiziente und effektive Krankenbehandlung der Leistungsberechtigten zu gewährleisten. Gleichzeitig wird darüber hinaus ein Beitrag zum Bürokratieabbau in den Kreisen und kreisfreien Städten, kreisangehörigen Städten, Ämtern und amtsfreien Gemeinden im Rahmen der jeweiligen Aufgabenverteilung nach § 1 Absatz 2 AsylbLGAG SH (nachfolgend „Kreise und kreisfreie Städte") geleistet.

§ 3 Flächendeckend geltende Vereinbarung

Das Land stellt im Wege des fachlichen Weisungsrechts landesweit einheitliche Umsetzung der Vereinbarung in Schleswig-Holstein sicher.

§ 3a Vertragspartnerschaft weiterer Krankenkassen

(1) Krankenkassen, die noch nicht Vertragspartner dieser Rahmenvereinbarung sind, zeigen ihren Beitritt unmittelbar gegenüber dem Land an.

(2) Die beigetretene Krankenkasse nimmt mit Beginn des auf die Anzeige folgenden Quartals an dieser Vereinbarung teil.

(3) Das Land teilt Beitritte den Kreisen und kreisfreien Städten mit.

§ 4 Umfang des Leistungsanspruchs

(1) Die Krankenkassen stellen eine notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Krankenbehandlung auf Basis ihrer Vorschriften zulasten der Kreise und kreisfreien Städte sicher. Dabei richtet sich der Leistungsumfang grundsätzlich nach §§ 4 und 6 AsylbLG. Nicht von der Versorgung umfasst sind Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld und Mutterschaftsgeld) sowie Leistungen der Pflege und der Eingliederungshilfe. Die Kreise und kreisfreien Städte erstatten den Krankenkassen alle Leistungen, die der Leistungsberechtigte auf Basis der Anlage 1 Buchstabe A und B in Anspruch genommen hat.

(2) Für die in Anlage 1, Buchstabe C, aufgeführten genehmigungspflichtigen GKV-Leistungen, ist der Anspruch auf Gesundheitsversorgung unmittelbar gegenüber den Kreisen und kreisfreien Städten zu realisieren. Sofern entsprechende Anträge bei den Krankenkassen eingehen, werden diese umgehend an die Kreise und kreisfreien Städte weitergeleitet und dort in eigener Verantwortung entschieden.

(3) Der Anspruch auf Leistungen im Rahmen des Betreuungsverhältnisses beginnt mit dem Zeitpunkt, von dem an die Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen nach § 3 AsylbLG (Leistungsberechtigung nach §§ 1, 1a AsylbLG) vorliegen und der Leistungsberechtigte nicht mehr in einer Aufnahmereinrichtung des Landes nach § 5 AufnVO untergebracht ist. § 5 Absatz 6 dieser Vereinbarung ist zu beachten. Die Prüfung und Feststellung der Anspruchsberechtigung erfolgt durch die Kreise und kreisfreien Städte. Während der Unterbringung in einer in einer Aufnahmereinrichtung des Landes nach § 5 AufnVO greifen die Regelungen dieser Vereinbarung nicht.

(4) Der Anspruch auf Leistungen endet nach Maßgabe der Regelungen des § 1 Absatz 3 AsylbLG.

§ 5 Meldeverfahren

(1) Die Kreise und kreisfreien Städte melden die Leistungsberechtigten nach Ankunft in der Zielkommune unverzüglich bei einer teilnehmenden Krankenkasse an. Sie haben dabei die Daten für den Haushaltsvorstand und seine in häuslicher Gemeinschaft lebenden Angehörigen mitzuteilen.

(2) Das Land und die Krankenkassen einigen sich auf eine gleichmäßige Verteilung der Leistungsberechtigten auf die Krankenkassen.

(3) Die Kreise und kreisfreien Städte, teilen der Krankenkasse folgende Sachverhalte unter Verwendung der dieser Vereinbarung als Muster beigefügten Meldevordrucke (Anlagen 2 bis 4) mit:

a. Separates Institutionskennzeichen (IK) für die Abrechnung der Leistungen der Leistungsberechtigten nach § 264 Absatz 1 SGB V

b. An- und Abmeldungen des Haushaltsvorstandes (inklusive der Angehörigen)

c. Änderung der Personenstandsdaten (z. B. Namensänderung inklusive Anschriftenänderung)

d. Ummeldung vom Haushaltsvorstand zum Familienangehörigen eines anderen Haushaltsvorstandes (inklusive seiner bisherigen Angehörigen)

e. Sonstige Änderungsmeldungen (z. B. An- und Abmeldungen einzelner Familienangehöriger)

(4) Die vorgenannten Meldungen sind vom zuständigen Kreis oder der zuständigen kreisfreien Stadt, zu unterzeichnen und mit Behördenstempel zu versehen, soweit sie nicht elektronisch übermittelt werden. Voraussetzung für die elektronische Übermittlung ist, dass alle Beteiligten ein einheitliches und verbindliches Verfahren abgestimmt haben.

(5) Auf dem Anmeldevordruck ist der Krankenkasse vom zuständigen Kreis oder der zuständigen kreisfreien Stadt für jeden bildpflichtigen Leistungsberechtigten ein geeignetes Lichtbild des Leistungsberechtigten zur Ausstellung einer eGK zur Verfügung zu stellen. Zugleich bestätigt der Kreis oder die kreisfreie Stadt mit der Anmeldung, dass das Lichtbild mit der Identität des Leistungsberechtigten übereinstimmt.

(6) Sind die Meldungen unleserlich oder/und enthalten sie unplausible Daten, werden sie von der Krankenkasse zur kurzfristigen Klärung an den zuständigen Kreis oder die zuständige kreisfreie Stadt zurückgeschickt.

§ 6 elektronische Gesundheitskarte (eGK) ohne EHIC

(1) Die Gültigkeitsdauer der eGK ist befristet auf die nach AsylbLG vorgesehene Dauer des Leistungsanspruchs *(15 Kalendermonate)*. Sie wird ohne die EHIC ausgestellt. Der Versand der eGK erfolgt an den Leistungsberechtigten. Darüber hinaus ist ein Versand nur an einen Betreuer im Sinne der §§ 1896 BGB ff möglich. Bis zur Versorgung mit der eGK stellen die Krankenkassen den Kreisen und kreisfreien Städten Abrechnungsscheine für die ärztliche und zahnärztliche Versorgung zur Verfügung. Die Kreise und kreisfreien Städte stellen sicher, dass sie die Leistungsberechtigten über die Nutzung und Anwendung der eGK informieren.

(2) Beim erstmaligen Abhandenkommen oder bei erstmaliger Meldung eines Defekts einer eGK stellt die Krankenkasse auf Antrag des Leistungsberechtigten eine neue eGK aus.

(3) Für das Ausstellen der eGK erhält die Krankenkasse von der zuständigen kreisfreien Stadt oder der dem zuständigen Kreis für jeden Leistungsberechtigten 10,00 Euro. Damit ist auch die Ausstellung einer weiteren Karte, z. B. bei Verlust oder Ablauf, abgegolten. Werden darüber hinaus weitere Karten benötigt, fallen je Karte 8,00 Euro an.

§ 7 Befreiung von der Zuzahlungspflicht

Die Leistungsberechtigten haben keine Zuzahlung gemäß §§ 61, 62 SGB V zu leisten. Die Krankenkassen stellen hierfür einen Befreiungsausweis aus. Der Befreiungsausweis wird den Leistungsberechtigten individuell, nach den technischen und prozessualen Möglichkeiten der jeweiligen Kasse zur Verfügung gestellt.

§ 8 Verfahren bei Wegfall der Leistungsberechtigung

(1) Sobald die Beendigung der Leistungsberechtigung nach §§ 1, 1a AsylbLG der gesamten Haushaltsgemeinschaft oder einzelner Haushaltsangehöriger feststeht, erfolgt unverzüglich eine schriftliche Abmeldung durch die zuständige kreisfreie Stadt, das zuständigen Amt oder die amtsfreie Gemeinde bei der Krankenkasse. Gleiches gilt beim Wechsel/Beendigung der Zuständigkeit des Kreises bzw. der kreisfreien Stadt. Hierzu sind die vereinbarten Meldevordrucke zu verwenden (Anlagen 2 bis 4). Mit der Abmeldung ist die Kommune verpflichtet, von dem Leistungsberechtigten die eGK und den Befreiungsausweis einzuziehen und an die Krankenkasse zu übermitteln.

(2) Leistungsaufwendungen, die der Krankenkasse nach Eingang der Abmeldung durch die Verwendung der eGK entstehen, hat der zuständige Kreis oder die kreisfreie Stadt zu erstatten.

(3) Übernimmt eine Krankenkasse Leistungen aus der auftragsweisen Krankenbehandlung, obwohl zwischenzeitlich bereits Versicherungspflicht eingetreten ist, bleibt der Erstattungsanspruch der Krankenkasse, die die Betreuung durchgeführt hat, gegenüber dem zuständigen Kreis bzw. der kreisfreien Stadt bestehen. Etwaige Ersatzansprüche gegenüber der aufgrund der eingetretenen Versicherungspflicht originär zuständigen Krankenkasse, die den Krankenversicherungsschutz nach dem SGB V sicherstellt, hat der Kreis oder die kreisfreie Stadt gegenüber dieser Krankenkasse eigenständig zu verfolgen.

(4) Verlegt ein Leistungsberechtigter nach §§ 1, 1a AsylbLG seinen Wohnort außerhalb der Zuständigkeit des zuständigen Kreises oder der zuständigen kreisfreien Stadt, hat durch die bisher zuständige kreisfreie Stadt, das zuständigen Amt oder die amtsfreie Gemeinde eine Abmeldung bei der bisher betreuenden Krankenkasse zu erfolgen. Eine erneute Anmeldung durch die neue zuständige Kommune hat entsprechend den Regelungen dieser Vereinbarung zu erfolgen.

§ 9 Umlagekosten für die Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen

Die Krankenkassen beauftragen im Rahmen der Krankenbehandlung gemäß § 264 Absatz 1 SGB V den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) entsprechend der gesetzlichen Regelungen. Die Kosten für die Umlage gemäß § 281 SGB V werden in Höhe von 10,00 Euro jährlich (Stichtag 1. Juli) pro Leistungsberechtigten von den jeweils zuständigen Kreisen und kreisfreien Städten übernommen.

§ 10 Abrechnungsverfahren

(1) Die Krankenkasse rechnet die ihr entstandenen Ausgaben kalendervierteljährlich mit dem zuständigen Kreis oder der kreisfreien Stadt ab.

(2) Der zuständige Kreis oder die kreisfreie Stadt leistet monatlich Abschlagzahlungen je Leistungsberechtigtem. Die Summe dieser Abschlagszahlungen ergibt sich durch Multi-

plikation der am Monatsersten gemeldeten Anzahl der Asylbewerber nach §§ 1, 1a AsylbLG mit dem Abschlagsbetrag nach Absatz 3.

(3) Der Abschlagsbetrag orientiert sich an den durchschnittlichen Leistungsausgaben für diesen Personenkreis und wird zu Beginn eines jeden Kalenderjahres neu ermittelt. Eine unterjährige Anpassung der Abschlagszahlung ist vorzunehmen, wenn die tatsächlichen Leistungsausgaben dieser Abschlagszahlung nicht mehr entsprechen.

(4) Bis zum 31.12.2016 orientiert sich die Höhe der Abschlagszahlung an den durchschnittlichen Ausgaben der Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des AsylbLG und beträgt damit monatlich 200,00 Euro je Leistungsberechtigtem.

(5) Die Abschlagzahlungen sind jeweils zum Zehnten eines Monats zu leisten. Überzahlungen erstattet die Krankenkasse dem zuständigen Kreis bzw. der kreisfreien Stadt auf Antrag, sofern sie nicht mit der nächsten Abschlagzahlung verrechnet werden können.

(6) In der Abrechnung sind folgende Daten je Leistungsberechtigtem zu übermitteln:

- Name
- Vorname
- Geburtsdatum
- Krankenversichertennummer
- Aktenzeichen
- Rechnungsnummer
- Leistungsaufwendungen von/bis
- Betrag
- Leistungsart
- Leistungsaufwendung gesamt.

(7) Die Abrechnungen sind nach einzelnen Leistungsarten zu differenzieren:

- Arzneimittel
- Ärztliche Behandlung (jeweils getrennt nach morbiditätsbedingter Gesamtvergütung und extrabudgetären Leistungen)
- Zahnärztliche Leistungen:
  - Konservierend chirurgische Leistungen BEMA Teil 1
  - Kieferbruch/Kiefergelenkserkrankungen BEMA Teil 2
  - Parodontosebehandlungen BEMA Teil 4
  - Kieferorthopädische Leistungen BEMA Teil 3
- Krankenhausbehandlung
- Heilmittel
- Hilfsmittel
- Häusliche Krankenpflege
- Soziotherapie
- Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

- Psychotherapie
- Sozialpädiatrische Leistungen
- Medizinische Rehabilitation für Mütter
- Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt
- Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen (stationär)
- Fahrtkosten
- Gutachterkosten Zahnärzte im Rahmen Kieferorthopädie oder Parodontosebehandlung
- Gutachterkosten Psychotherapie
- Verwaltungskosten
- Kosten für Medizinischen Dienst der Krankenkassen
- Kosten für Versichertenkarten (eGK)
- Sprechstundenbedarf

(8) Die Abrechnung der budgetierten ärztlichen Leistungen erfolgt für diesen Personenkreis – analog des Verfahrens für Betreute nach § 264 Absatz 2 SGB V – in Höhe des sich aus der tatsächlichen Inanspruchnahme ergebenden durchschnittlichen Betrages.

(9) Zur Abgeltung des Sprechstundenbedarfs (einschl. der Impfkosten) für Leistungsberechtigte bei der Behandlung von Vertragsärzten beteiligt sich der zuständige Kostenträger an der Umlage der Krankenkassen(verbände).

(10) Die Verwaltungskosten sind personenbezogen abzurechnen.

(11) Die personenbezogenen Abrechnungen der Leistungsberechtigten werden in einer Sammelrechnung in Papierform zusammengefasst. Die Sammelrechnung weist die Gesamtsumme der Leistungen, der Pauschalen und der Verwaltungskosten sowie die Endsumme aus. Die Endsumme ist zum Ablauf des auf die Abrechnung folgenden Kalendermonats unter Berücksichtigung der bereits geleisteten Abschlagszahlungen an die Krankenkasse zu leisten.

(12) Eine Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern wird angestrebt. Belege über die Leistungsaufwendungen werden dem zuständigen Kreis oder die kreisfreien Stadt im Rahmen des Abrechnungsverfahrens nicht zur Verfügung gestellt. § 264 Absatz 7 Satz 3 SGB V bleibt hiervon unberührt. Die in § 264 Absatz 7 Satz 3 SGB V genannten Anhaltspunkte für Unwirtschaftlichkeit können sich nur auf absolute Ausnahmefälle beziehen, in denen den Kreisen und kreisfreien Städten konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) geltenden Vorschriften für eine wirtschaftliche Leistungserbringung und -gewährung offensichtlich nicht angewendet wurden.

(13) Krankenkassen und Kreise und kreisfreie Städte sind sich darüber einig, dass §§ 110, 111 und 113 SGB X keine Anwendung finden. In den Rechtsbeziehungen zwischen Kostenträgern und Krankenkassen findet ab dem Zeitpunkt der Bestandskraft eines Verwaltungsaktes bzw. eines Urteils die dreijährige Verjährungsfrist des BGB Anwendung.

§ 11 Verwaltungskosten

(1) Zur Abgeltung der entstehenden Verwaltungsaufwendungen leistet der zuständige Kreis oder die kreisfreie Stadt Verwaltungskostenersatz für die von der Krankenkasse durchzuführende Wahrnehmung der Krankenbehandlung gemäß § 264 Absatz 1 SGB V in Höhe von 8 % der entstandenen Leistungsaufwendungen, mindestens jedoch 10,00 EUR pro angefangenem Betreuungsmonat je Leistungsberechtigtem.

(2) Die zu erstattenden Verwaltungskosten werden quartalsweise anhand der im jeweiligen Quartal pro Leistungsberechtigtem angefallenen Leistungsaufwendungen ermittelt. Maßgeblich für die Quartalszuordnung der Leistungsaufwendungen ist der Tag der Abrechnung. Der sich hieraus prozentual berechnete Betrag wird mit dem quartalsweisen Mindestverwaltungskostenaufwand je Leistungsberechtigtem abgeglichen. Der höhere Betrag ist zu erstatten.

§ 12 Widersprüche und Klageverfahren

(1) Die Krankenkasse entscheidet – sofern sie nach dieser Vereinbarung für die Leistungsentscheidung zuständig ist – über Widersprüche. Dementsprechend richten sich Klagen vor den Sozialgerichten ebenfalls gegen die Krankenkasse. Der zuständige Kreis oder die kreisfreie Stadt als Beteiligte im Sinne des SGB X erhält die Widerspruchsbescheide nachrichtlich.

(2) Der Kreis oder die kreisfreie Stadt ersetzt der Krankenkasse alle anfallenden Verfahrenskosten (Anwalts- und Gerichtskosten) unabhängig vom Ausgang des Verfahrens. Dies gilt auch, wenn die Krankenkasse zum Beispiel von einem Gericht zur Übernahme von Behandlungskosten verurteilt wird, sie ein Anerkenntnis abgibt, sie einen Vergleich schließt bzw. einem Widerspruch stattgibt. Die Geltendmachung erfolgt im Wege der quartalsweisen Abrechnung gemäß § 10 dieser Vereinbarung.

§ 13 Weiterleitung von möglichen Schadensersatzansprüchen

Die Krankenkasse verfolgt keine möglichen Ersatzansprüche, sofern Leistungen an Leistungsberechtigte nach §§ 1, 1a AsylbLG aufgrund von Schadensereignissen im Sinne des § 116 SGB X erbracht werden. Anspruchsträger für etwaige Schadensersatzansprüche für diesen Personenkreis bleibt der zuständige Kreis oder die kreisfreie Stadt. Erlangt die Krankenkasse dennoch Kenntnis über eine möglicherweise bestehende Schadensersatzforderung, hat sie den zuständigen Kreis oder die kreisfreie Stadt zeitnah zu informieren. Die Durchsetzung der Schadensersatzansprüche obliegt dem Kreis oder der kreisfreien Stadt.

§ 14 Datenschutz

Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, entsprechend der sich aus den Bestimmungen dieser Vereinbarung ergebenden Arbeitsteilung sicherzustellen, dass

1. die personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen gesetzlichen Datenschutzbestimmungen für die gesetzliche Krankenversicherung (insbes. § 35 SGB I, §§ 284 ff. Sozialgesetzbuch SGB V und §§ 67 ff. SGB X) bzw. für Behörden, Einrichtungen und sonstigen öffentlichen Stellen des Landes und der Kommunen sowie für die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden juristischen Personen des öffentlichen Rechts und deren Vereinigungen (Datenschutzgesetz Schleswig-Holstein, bzw. Bundesdatenschutzgesetz) erhoben, verarbeitet und genutzt werden,
2. alle Personen, die mit der Bearbeitung der in der Vereinbarung genannten Tätigkeiten und mit der Erfüllung der sich daraus ergebenden Verpflichtungen befasst sind oder befasst sein können, die unter Ziffer 1 genannten Regelungen und Gesetze kennen und dass bei der Durchführung des Vertrages nur Personen eingesetzt werden, die entsprechend belehrt, zur Geheimhaltung verpflichtet wurden und auf die Straf- und Ordnungswidrigkeitsvorschriften hingewiesen sind.

§ 15 Evaluation und Qualitätssicherung

(1) Krankenkassen und Kreise bzw. kreisfreie Städte vereinbaren regelmäßige Gespräche zur Entwicklung der Leistungsausgaben. Ziel dieser Gespräche ist es, Möglichkeiten zur Steuerung der Ausgaben und der Optimierung des Melde- und Abrechnungsverfahrens und der Klärung von Leistungsansprüchen zu erörtern und zu vereinbaren.

(2) Nach Abrechnung der ersten beiden Quartale wird die Angemessenheit der Verwaltungskosten überprüft. Auf der Basis dieses Evaluationsergebnisses wird eine Anpassung der Rahmenvereinbarung erfolgen, falls und soweit sich die Höhe der Verwaltungskosten als nicht sachgerecht darstellen sollte.

§ 16 Meinungsverschiedenheiten

Meinungsverschiedenheiten über den Inhalt oder die Auslegung der vorliegenden Vereinbarung werden zur Vermeidung gerichtlicher Verfahren zwischen den Vereinbarungspartnern in gegenseitigem Einvernehmen geregelt.

§ 17 Schriftformerfordernis und Salvatorische Klausel

(1) Alle Änderungen oder Ergänzungen dieser Vereinbarung einschließlich dieser Klausel bedürfen zu ihrer Wirksamkeit eines von den Vereinbarungspartnern unterzeichneten Nachtrages.

(2) Sofern einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein sollten oder Auslassungen enthalten, wird dadurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmung gilt diejenige wirksame Bestimmung als vereinbart, welche dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung entspricht. Im Fall von Auslassungen gilt diejenige Bestimmung als vereinbart, die dem entspricht, was nach Sinn und Zweck dieser Vereinbarung vernünftigerweise vereinbart worden wäre, hätte man die Angelegenheit von vornherein bedacht.

(3) Die Anlagen sind Bestandteil dieser Vereinbarung.

§ 18 Laufzeit der Vereinbarung

(1) Die Vereinbarung tritt mit Unterzeichnung der vertragsschließenden Parteien in Kraft.

(2) Die Vereinbarung kann mit einer Frist von zwölf Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres, frühestens jedoch zum 31.07.2016, schriftlich gekündigt werden. Die außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.

(3) Im Fall einer Kündigung nach Absatz 2 bleiben die Krankenkassen zur Krankenbehandlung für zum Zeitpunkt der Kündigung bereits angemeldete Leistungsberechtigte nach § 1 verpflichtet. Die Kreise und kreisfreien Städte melden nach Eingang der Kündigung keine weiteren Leistungsberechtigten an.

(4) Unbeschadet des Absatzes 2 kann diese Vereinbarung in gegenseitigem Einvernehmen jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist beendet werden.

(5) Soweit sich durch bundesrechtliche Regelungen ein Änderungsbedarf für diese Vereinbarung ergibt, treten die Vereinbarungspartner unverzüglich in Gespräche zur Anpassung dieser Vereinbarung ein. Unmittelbar geltende rechtliche Vorgaben werden unverzüglich umgesetzt. § 17 bleibt unberührt.

Anlage 1

zur Vereinbarung zwischen den Krankenkassen und dem Land Schleswig-Holstein zur Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 1, 1a Asylbewerberleistungsgesetz

Die Krankenkassen und das Land verständigen sich darauf, dass zur Krankenbehandlung der Leistungsberechtigten (§ 264 Absatz 1 SGB V) zwischen drei Leistungsgruppen differenziert wird:

A. Leistungsbereiche, die direkt über die eGK bezogen werden
(kein Genehmigungsverfahren)

Leistungsentscheidungen treffen die Krankenkassen auf Grundlage des SGB V: das Kriterium der Aufschiebbarkeit kann und wird von den Krankenkassen nicht geprüft werden; die Leistungen werden auf Basis des § 4 Absatz 1 dieser Rahmenvereinbarung zur Verfügung gestellt.

B. Leistungsbereiche, die regelhaft von den Krankenkassen im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens zur Verfügung gestellt werden, und für die künftig die Krankenkassen die Versorgung für die Asylbewerber/innen übernehmen sollen

Leistungsentscheidungen treffen die Krankenkassen auf Grundlage des SGB V: Das Kriterium der Aufschiebbarkeit kann und wird von den Krankenkassen nicht geprüft werden.

C. Leistungsbereiche, die regelhaft von den Krankenkassen im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens zur Verfügung gestellt werden, und bei denen regelmäßig das Kriterium der Aufschiebbarkeit der Leistung greift

In den nachfolgenden Fällen erfolgt keine Leistungsgewährung durch die Krankenkassen:

1. Vorsorgekuren
2. Rehabilitationsmaßnahmen
3. Leistungen zu psychologischen Langzeit-Therapien
4. Versorgung mit Zahnersatz inklusive Gewährleistung
5. Haushaltshilfe nach den Regelungen des SGB V
6. Künstliche Befruchtungen und Sterilisation
7. Strukturierte Behandlungsmethoden bei chronischen Krankheiten (DMP) im Sinne des § 137f SGB V, sofern die Leistung nicht unter Buchstabe A. fällt.
8. Wahltarife nach § 53 SGB V, die von der Krankenkasse außerhalb der gesetzlichen Pflichtleistungen angeboten werden, sofern die Leistung nicht unter Buchstabe A. fällt
9. Leistungen im Ausland.

Leistungen nach Buchstabe A und B sind den Krankenkassen von den Kreisen und kreisfreien Städten voll zu ersetzen. Die Kostenerstattung kann nicht mit dem Hinweis abgelehnt werden, dass die Leistung ggf. aufschiebbar gewesen wäre.

Leistungsanträge nach Buchstabe C sind an die Kreise und kreisfreien Städte weiterzuleiten. Beratungen zum Leistungsumfang nach den Regelungen des SGB V werden seitens der Krankenkassen sichergestellt.

Anmeldung zur Gesundheitsversorgung nach § 264 Abs. 1 SGB V

Lichtbild Leistungsberechtigter

Sozialhilfeträger

Name

IK

Aktenzeichen

Haushaltsvorstand (immer angeben, auch wenn nur der Familienangehörige gemeldet wurde)

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt)

Schlüssel der Staatsangehörigkeit

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Geburtsname

Vorname

Geburtsort

Straße und Hausnummer

Geburtsdatum

Geburtsland

Postleitzahl

Wohnort

Meldezeitraum

Beginn

☐ Haushaltsvorstand wurde bereits angemeldet

Familienangehöriger ☐ Ehegatte ☐ Kind

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt)

Schlüssel der Staatsangehörigkeit

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Geburtsname

Vorname

Geburtsort

Straße und Hausnummer

Geburtsdatum

Geburtsland

Postleitzahl

Wohnort

Meldezeitraum

Beginn

Abweichende Zustellung der elektronischen Gesundheitskarte an Betreuer nach dem Betreuungsgesetz:

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Name der Krankenkasse (ggf. Niederlassung)	Stempel und Unterschrift des Sozialhilfeträgers	Telefon-Nr. und E-Mail des Ansprechpartners

Abmeldung zur Gesundheitsversorgung nach § 264 Abs. 1 SGB V

Sozialhilfeträger

Name

IK

Aktenzeichen

Abmeldung für ☐ Haushaltsvorstand ☐ Ehegatte ☐ Kind

Haushaltsvorstand (immer angeben)

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt)

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Vorname

Geburtsdatum

Meldezeitraum

Beginn

Ende

Elektronische Gesundheitskarte beigefügt ☐ ja ☐ nein

Familienangehöriger

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt)

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Vorname

Geburtsdatum

Meldezeitraum

Beginn

Ende

Elektronische Gesundheitskarte beigefügt ☐ ja ☐ nein

Familienangehöriger

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt)

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Vorname

Geburtsdatum

Meldezeitraum

Beginn

Ende

Elektronische Gesundheitskarte beigefügt ☐ ja ☐ nein

Name der Krankenkasse (ggf. Niederlassung)

Stempel und Unterschrift des Sozialhilfeträgers

Telefon-Nr. und E-Mail des Ansprechpartners

Veränderungsmeldung zur Gesundheitsversorgung nach § 264 Abs. 1 SGB V

Sozialhilfeträger

Name

IK

Aktenzeichen

Meldegrund

☐ Namensänderung

☐ Änderung Aktenzeichen des Sozialhilfeträgers

☐ Anschriftenänderung

Haushaltsvorstand (immer angeben)

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt)

Schlüssel der Staatsangehörigkeit

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Geburtsname

Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Familienangehöriger

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt)

Schlüssel der Staatsangehörigkeit

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Geburtsname

Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Namensänderung (bisheriger Name)

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Geburtsname

Vorname

Name der Krankenkasse (ggf. Niederlassung)	Stempel und Unterschrift des Sozialhilfeträgers	Telefon-Nr. und E-Mail des Ansprechpartners

Literaturverzeichnis

Becker, Ulrich/ Kingreen, Thorsten: SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 6. Auflage 2018, C.H. Beck Verlag, München

Burmester, Frank: Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse, NDV 03/2015, S. 109 ff.

Creifelds, Carl: Rechtswörterbuch, 22. Auflage 2017, C.H.Beck Verlag, München

Eichenhofer, Eberhard: Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge, ZAR 2013, S. 169

Frank, Laura/ Yesil-Jürgens, Rahsan/ Razum, Oliver et al.: Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland, Journal of Health Monitoring 2017 , Bd. 1, S. 24 – 47

Gäbel, Ulrike/ Ruf, Martin/Schauer, Maggie/ Odenwald, Michael/ Neuner, Frank: Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis, Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 2006, Heft 35, S. 12 - 20

Giesen, Richard/ Kreikebrohm, Ralf/ Rolfs, Christian/ Udsching, Peter: Beck`scher Onlinekommentar Sozialrecht, 51. Edition, Stand 01.12.2018, Verlag C.H. Beck, München

Grube, Christian/ Wahrendorf, Volker: SGB XII Sozialhilfe mit Asylbewerberleistungsgesetz, Kommentar, 6. Auflage 2018, C.H. Beck Verlag, München

Huber, Berthold (Herausgeber): Aufenthaltsgesetz – Freizügigkeitsgesetz/ EU, ARB 1/80 und §§ 2 - 4 AsylG, 2. Auflage 2016, C.H.Beck Verlag, München

Hoffmann/ La Roche AG (Herausgeber): Roche Medizin Lexikon, 5. Auflage 2003, Urban & Fischer Verlag, München

Hofmann, Rainer: Ausländerrecht, Kommentar zum AufenthG, AsylG, AsylVfG, GG, FreizügG/EU, StAG, EU-Abkommen, Assoziationsrecht, 2. Auflage 2016, Nomos-Verlag, Baden-Baden

Kirchhoff, Guido/ Rudolf, Ernst: Altersfeststellung bei unbegleiteten Ausländern vor Inobhutnahme der Jugendämter, NVwwZ 2017, S. 1167

Kommission für globale Kindergesundheit der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin: Kurzstellungnahme – Pädiatrische Gesundheitsversorgung von minderjährigen Flüchtlingen und Asylbewerbern, Monatsschreiben Kinderheilkunde 2016, S. 132ff.

Kötter, Ute: Krankenbehandlung als Bestandteil des Existenzminimums von Ausländer*innen - mit Anmerkung zum Beschluss des Hessischen Landessozialgerichts vom 11.7.2018 – L 4 AY 9/18 B ER, veröffentlicht in info also - Informationen zum Arbeitslosenrecht und Sozialhilferecht, 2018, Heft 6, S. 243

Méndez de Vigo, Gonzáles: Begleitete junge Geflüchtete in Aufnahmeeinrichtungen, Forum Erziehungshilfen, 2018, 24. Jahrgang Heft 1, S.11 ff.

Neuendorf, Kathleen: Die Altersbestimmung bei unbegleiteten Minderjährigen – rechtliche Grundlagen und Debattenüberblick, ZAR 2018, S. 238

Neuendorf, Kathleen: Rechtliche Rahmendbedingungen der Unterbringung, Versorgung und Betreuung ausländischer unbegleiteter Kinder und Jugendlicher, ZAR 2016, S. 201

Pschyrembel, Willibald: Klinisches Wörterbuch, 267. aktualisierte Auflage, 2017, De Gruyter Verlag, Berlin

Rixen, Stephan: Zwischen Hilfe, Abschreckung und Pragmatismus: Gesundheitsrecht der Flüchtlingskrise, NVwZ 2015, S. 1640 ff.

Schmeling, Andreas/ Dettmeyer, Reinhard/ Rudolf, Ernst/ Vieth, Volker/ Geserick, Gunther: Forensische Altersdiagnostik - Methoden, Aussagesicherheit, Rechtsfragen, Deutsches Ärzteblatt Jahrgang. 113, Heft 4, 2016, S. 44

Schnellhorn, Walter/ Hohm, Helmut/ Scheider, Peter: Kommentar zum SGB XII, 19. Auflage 2015, Luchterhand Verlag/ Wolters Kluwer, Köln

Siefert, Jutta: Asylbewerberleistungsgesetz, Kommentar, 1. Auflage 2018, C.H. Beck Verlag, München

Spallek, Jacob/ Tempes, Jana/ Rickgers, Hannah/ Marquardt, Louisa/ Prüfer-Krämer, Luise/ Krämer, Alexander: Gesundheitliche Situation und Versorgung unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge – eine Näherung anhand qualitativer und quantitativer Forschung in der Stadt Bielefeld, Bundesgesundheitsblatt 2016, S. 636 ff.

Tiedemann, Paul: Flüchtlingsrecht: Die materiellen und verfahrensrechtlichen Grundlagen, 1. Auflage 2015 Springer-Verlag, Heidelberg

Walhalla Fachredaktion - Das neue Asylbewerberleistungsgesetz: Vergleichende Gegenüberstellung/ Synopse; Gesetzesmaterialien und Erläuterungen zu den Neuerungen im AsylbLG, 2. aktualisierte Auflage 2015, Walhalla Verlag, Regensburg

Quellenverzeichnis

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: Das Bundesamt in Zahlen 2018
URL:http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2018-asyl.pdf?__blob=publicationFile
(letzter Aufruf 04.05.2019)

Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg: Gesundheitsversorgung Ausländer - Best Practice Beispiele aus Hamburg-Bericht zum Fachtag am 08. Dezember 2014 in der Landesvertretung Hamburg in Berlin, 08. Dezember 2014
URL:http://www.hamburg.de/contentblob/4465734/data/gesundheitsversorgung-auslaender.pdf
(letzter Aufruf 26.06.2019)

Deutscher Bundestag: Einzelne Aspekte im Hinblick auf eine darlehensweise Gewährung der Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, Wissenschaftliche Dienste, Ausarbeitung WD 6 - 3000 - 065/17, 5.4.2018
URL:https://www.bundestag.de/resource/blob/559828/1243f6c9a2879a70c2f52a128a89c353/wd-6-065-17-pdf-data.pdf
(letzter Abruf 26.06.2019)

Hansestadt Bremen, Gesundheitsamt (Herausgeber) : Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender, Bremen 2011
URL:https://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/3_GBE_Gesundheitsversorgung_Asylsuchender.pdf
(letzter Aufruf 31.05.2019)

Kassenärztliche Vereinigung Bremen: Versorgung von Flüchtlingen:
So läuft die Abrechnung, 10.09.2016
URL: http://www.kvhb.de/versorgung-von-fl%C3%BCchtlingen-das-bremer-modell-wird-ber%C3%BChmt
(letzter Aufruf 01.04.2019)

Schröder, Helmut/ Zok, Klaus/ Faulbaum, Frank: Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan, WIDo-monitor, 01/2018
URL:https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/WIdOmonitor/wido_monitor_2018_1_gesundheit_gefluechtete.pdf
(letzter Abruf 27.05.2019)

Splieth, Christian/ Takriti, Moutaz/Al-Ani, Ali Thaer: Flüchtlinge in Deutschland – Mundgesundheit, Versorgungsbedarfe und deren Kosten, 2017
URL:https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/Studie_Mundgesundheit_Fluechtlinge.pdf
(letzter Abruf 22.05.2019)

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich die vorliegende wissenschaftliche Arbeit selbstständig und nur unter Zuhilfenahme der ausgewiesenen Hilfsmittel angefertigt habe. Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach anderen gedruckten oder im Internet verfügbaren Werken entnommen sind, habe ich durch genaue Quellenangaben kenntlich gemacht.

Neubrandenburg, 28. Juni 2019

_____

Sarah Grodzycki