

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Luise Amtsberg, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 18/1934 –**

Gesundheitliche Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Vorbemerkung der Fragesteller

„Die in Art. 1 Abs. 1 GG [GG: Grundgesetz] garantierte Menschenwürde ist migrationspolitisch nicht zu relativieren.“ Dies hat das Bundesverfassungsgericht vor zwei Jahren mit seinem Urteil vom 18. Juli 2012 (1 BvL 10/10 und 1 BvL 2/11; Rn. 121) dem deutschen Gesetzgeber ins Stammbuch geschrieben. Damit stellt das Bundesverfassungsgericht klar, dass die durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) vorgesehene Ungleichbehandlung z. B. von Asylsuchenden bei der Gewährung sozialer Leistungen zur Sicherung des Existenzminimums unzulässig ist.

Ob eine solche Ungleichbehandlung auch beim Zugang zu Gesundheitsleistungen verfassungsrechtlich zulässig ist, bzw. inwieweit die o. g. Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts auf Gesundheitsleistungen übertragbar ist, oder nicht, darüber liegt derzeit noch keine gerichtliche Entscheidung vor.

Als starkes Indiz aber stellte das Bundesverfassungsgericht in seiner o. g. Entscheidung klar, dass die Menschenwürde auch die „physische Existenz des Menschen“ umfassen würde.

Mit dieser Frage hat sich die Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (ZEKO) bei der Bundesärztekammer im Jahr 2013 mit einer ausführlichen Stellungnahme beschäftigt (Deutsches Ärzteblatt 18/2013, S. 899 ff.). Aus Sicht der Bundesärztekammer müssten hier „wegen der existenziellen Bedeutung von Krankheit noch strengere Maßstäbe [als bei Sozialleistungen] angewandt“ werden. Denn der Katalog des – für die Gewährung von Gesundheitsleistungen einschlägigen Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) – bestünde ohnehin nur aus Leistungen, die „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ würden (§ 12 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Daher besteht aus Sicht der Bundesärztekammer eine „hohe Begründungslast“, warum eine Leistung zwar generell, aber nicht für solche Patientinnen und Patienten notwendig sein soll, die dem AsylbLG unterworfen sind.

Einen eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen haben nach dem AsylbLG nicht nur Asylsuchende, sondern auch Geduldete, Bürgerkriegs-

flüchtlinge, vollziehbar Ausreisepflichtige sowie deren Ehegatten bzw. Lebenspartner und deren minderjährige Kinder. All diese Personengruppen haben nach § 4 AsylbLG nur Anspruch auf die Behandlung akuter Erkrankungen und akuter Schmerzzustände. Die Behandlung von chronischen Erkrankungen, Beeinträchtigungen oder Traumata wird nach § 6 AsylbLG nur im Einzelfall und dann auch nur im Ermessen zur „Sicherung des unabweisbar Unerlässlichen“ gewährt – oder eben nicht. Einen Anspruch auf diese Leistungen haben die Betroffenen nicht.

Ob bzw. in welcher Form den Personen, die dem AsylbLG unterworfen sind, medizinisch geholfen wird, darüber entscheiden nicht – wie bei sonst allen anderen Menschen – Ärztinnen und Ärzte, sondern medizinisch nicht fachkundige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Sozialämtern. Und dort werden seit vielen Jahren Menschen unter Hinweis auf das AsylbLG

- lebensnotwendige Operationen verweigert bzw. über Monate verschleppt,
- Zahnbehandlungen abgelehnt,
- Anträge von Traumatisierten auf eine psychotherapeutische Behandlung zurückgewiesen sowie
- Rollstühle, Hörgeräte oder Mittel zur Inkontinenzpflege als „nicht lebensnotwendig“ – vorenthalten

(vgl. die Stellungnahme des Flüchtlingsrates Berlin vom 7. Januar 2012 zur „Novellierung der verfassungswidrigen Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes“, Anhang I, S. 32 ff.).

Die Folge davon ist, dass notwendige Krankenbehandlungen ausfallen, dass die Zahl der Notarztbesuche, Rettungsfahrten und Notaufnahmen steigt und dass sich Krankheiten unnötig verschlimmern. Die Betroffenen müssen vermeidbare Schmerzen erleiden, die Verschlechterung bestehender Erkrankungen und dauerhafte Gesundheitsschäden in Kauf nehmen. Einige sterben an den Folgen.

So gab es allein innerhalb der letzten zwölf Monate unter Asylsuchenden viele Todesfälle bzw. Fälle schwerer körperlicher Beeinträchtigungen (vgl. Nachrichtenmagazin DER SPIEGEL 22/2014):

- Im bayerischen Neuburg an der Donau nahm sich letztes Jahr ein Asylbewerber aus Uganda das Leben, nachdem das zuständige Landratsamt dem schwer traumatisierten ehemaligen Kindersoldaten die ärztlich empfohlene Psychotherapie vorenthalten hatte.
- Im Februar 2014 starb in Plauen (Sachsen) der tunesische Asylbewerber A. J. in einem mehrstündigen Todeskampf, nachdem sich das Wachpersonal seiner Gemeinschaftsunterkunft geweigert hatte, einen Krankenwagen anzufordern.
- Im April 2014 starb in Hannover das Baby einer Frau aus Ghana. Die Klinik hatte nach Aussage der Asylbewerberin das Kind abgewiesen, da sie keinen Krankenschein vorlegen konnte, was die Krankenhausleitung allerdings bestritten.
- Ebenfalls im April 2014 wurden drei Mitarbeiter des Flüchtlingsaufnahmehauses in Zirndorf (Bayern) zu Geldstrafen verurteilt, weil sie sich geweigert hatten, einem Flüchtlingskind zu helfen, obwohl es an einer Hirnhautentzündung litt. Der Junge überlebte knapp, verlor aber einen Finger und einen Zeh.

„Die medizinische Hilfe für Flüchtlinge in Deutschland ist schlecht – die Probleme eklatant“, so lautet das Fazit der ARD-Sendung „report München“ (vom 1. April 2014). Eine völlig gegensätzliche Ansicht vertrat in dieser Sendung hingegen die Bundesministerin für Arbeit und Soziales Andrea Nahles (SPD). Ihrer Ansicht nach gewähre das AsylbLG „eine vollständige [medizinische] Grundversorgung“ – wengleich „nur zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“. Die auch in jener Sendung aufgegriffenen Fälle aus

Fürth und Plauen seien – so Andrea Nahles – auf „individuelles Fehlverhalten“ zurückzuführen.

Damit macht sich die Bundesministerin für Arbeit und Soziales „einen schlanken Fuß“ – und das auf dem Rücken nicht nur der Betroffenen, sondern auch der häufig überforderten Beschäftigten. Die Mängel in der gesundheitlichen Versorgung von Leistungsempfängern nach dem AsylbLG sind gewollt, haben System und haben auch eine gesetzliche Grundlage: das Asylbewerberleistungsgesetz.

Erst jüngst hat der Deutsche Ärztetag 2014 Beschlüsse gefasst, um die medizinische Behandlung für Leistungsempfängerinnen und -empfänger nach AsylbLG in Deutschland zu verbessern:

- Der weitestgehende Beschluss besteht in der Aufforderung an den Bundesgesetzgeber, den Personen, die dem AsylbLG unterworfen sind, die gleichen Rechte bei der Gesundheitsversorgung zukommen zu lassen, wie regulär Krankenversicherten (Beschluss VII – 66).
- Zweitens wurden die Bundesländer aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, dass nach dem Vorbild Bremens bundesweit Verträge gemäß § 264 Absatz 1 SGB V mit den Krankenkassen geschlossen werden, die Leistungsberechtigten des AsylbLG einen unkomplizierten Zugang mittels Krankenversicherungskarte zu einer Krankenbehandlung ermöglichen (Beschluss VII – 89).

Die Bundesregierung hat im Juni 2014 – mit Blick auf das Bundesverfassungsgerichtsurteil vom 18. Juli 2012 – einen Referentenentwurf zur Überarbeitung des AsylbLG vorgelegt. Darin macht sie jedoch keinen einzigen Vorschlag zur Beendigung des ungleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Der Anspruch nach § 4 Absatz 1 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) umfasst die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderliche ärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder Linderung von Krankheiten und Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen. Chronische Erkrankungen, deren Behandlungen längerfristig angelegt sind, und daher regelmäßig nicht in Deutschland abgeschlossen werden können, lösen nach der gesetzlichen Begründung zu § 4 Absatz 1 AsylbLG hingegen regelmäßig keine Leistungspflicht nach dieser Norm aus (vgl. Bundestagsdrucksache 12/4451, S. 9).

Der Anspruch nach § 4 Absatz 1 AsylbLG wird allerdings ergänzt durch § 6 Absatz 1 AsylbLG. Nach dieser Vorschrift können „sonstige Leistungen“ insbesondere gewährt werden, wenn dies zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich oder zur Deckung der besonderen Bedürfnisse von Kindern geboten ist. § 6 Absatz 1 AsylbLG eröffnet damit den Zugang zu einer über den Leistungsumfang nach § 4 Absatz 1 AsylbLG hinausgehenden Gesundheitsversorgung, insbesondere zur Behandlung chronischer oder psychischer Erkrankungen. Die Regelung gibt der Leistungsbehörde die Möglichkeit, besonderen Bedarfen im Einzelfall gerecht zu werden. Dabei hat sie auch die grundrechtlichen Belange der Betroffenen angemessen zu berücksichtigen. Soweit verfassungsrechtlich geboten, vermittelt diese Norm – im Wege der Ermessensreduzierung – somit auch einen Anspruch auf Gewährung einer „sonstigen“ Gesundheitsleistung.

Die Ausführung des Asylbewerberleistungsgesetzes liegt in der Zuständigkeit der Länder. Über die Gewährung von Leistungen nach den §§ 4 und 6 AsylbLG entscheiden daher die für die Durchführung des AsylbLG nach dem jeweiligen Landesrecht zuständigen Stellen. Den Ländern obliegt es dabei auch – durch das von ihnen gewählte System – eine sachverständige Beurteilung des medizinischen Bedarfs und eine rechtzeitige Behandlung vor Ort sicherzustellen.

Die Ausgestaltung in den einzelnen Bundesländern ist unterschiedlich. In einigen Ländern werden den Leistungsberechtigten quartalsweise Behandlungsscheine ausgestellt, in anderen Bundesländern anlassbezogene Behandlungsscheine. Letztere können teilweise auch von Ärzten unmittelbar bei den Leistungsbehörden angefordert werden. Bei schweren chronischen Krankheitsfällen und kostenintensiven Maßnahmen sehen die Behandlungsscheine teilweise Zustimmungsvorbehalte und eine Vorabprüfung durch Amtsärzte vor. Zudem gibt es einzelne Bundesländer (die Stadtstaaten Hamburg und Bremen), die Sondervereinbarungen mit den Krankenkassen abgeschlossen haben. Hier erhalten die Leistungsberechtigten eine Gesundheitskarte und die Krankenkassen übernehmen die Krankenbehandlung auch für die Leistungsberechtigten nach § 3 AsylbLG gegen eine mit den Ländern vertraglich vereinbarte Vergütung.

Die Auffassung, dass die Bedarfsprüfung nach den §§ 4 und 6 AsylbLG von nicht medizinisch fachkundigen Behördenmitarbeitern – ohne Hinzuziehung externen Sachverständs – vorgenommen werde, wird nicht geteilt. Vielmehr ist der Bundesregierung bekannt, dass die Leistungsbehörden regelmäßig externen Sachverständ (über die behandelnden Ärzte und in komplizierten Fällen über externe Gutachter) heranziehen aber auch internen Sachverständ (Amtsarzt beim Gesundheitsamt), insbesondere um die Notwendigkeit der Behandlung bei schweren Krankheitsfällen, die eine längerfristige und kostenintensive Behandlung erforderlich machen, festzustellen.

Hinzu kommt, dass das Asylbewerberleistungsgesetz in medizinischen Eilfällen, deren Behandlung keinen Aufschub duldet, nicht verlangt, dass sich der oder die Betroffene zuerst an die Leistungsbehörde wendet. Vielmehr können die Betroffenen in diesen Fällen unmittelbar einen Arzt oder ein Krankenhaus aufsuchen, die in diesen Fällen gesetzlich zur Behandlung der Leistungsberechtigten verpflichtet sind.

Soweit es in der Praxis dennoch zu Versorgungsausfällen kommt, sind diese nach Auffassung der Bundesregierung nicht auf einen unzureichenden materiellen Umfang der Ansprüche nach §§ 4 und 6 AsylbLG zurückzuführen. Vielmehr sehen diese Normen bei verfassungskonformer Auslegung ein Leistungsniveau vor, das das medizinische Existenzminimum von Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz gewährleistet.

Richtig ist aber, dass das System der Gesundheitsleistungen im Asylbewerberleistungsgesetz der Überprüfung bedarf, da die – bis Mitte Juli 2015 umzusetzende – Neufassung der Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Richtlinie 2013/33/EU vom 26. Juni 2013 – ABl. EU L 180 vom 29. Juni 2013, S. 96 –, im Folgenden „Aufnahme-Richtlinie“) insbesondere Regelungen in diesem Bereich fordert. Eine Reform der Gesundheitsleistungen im AsylbLG wird daher noch im Verlauf dieser Legislaturperiode – in Umsetzung der Aufnahme-Richtlinie – angegangen werden.

Todesfälle in deutschen Asylunterkünften

1. Sind der Bundesregierung aus den Jahren 2009 bis 2014 weitere Fälle bekannt, in denen das Vorenthalten bzw. Verzögern einer medizinischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung bei Personen, die dem AsylbLG unterworfen sind, zu körperlichen Schäden bzw. zu Todesfällen geführt haben (bitte nach Datum, Bundesland und Ort des jeweiligen Einzelfalls aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung sind keine Fälle bekannt.

2. Welche Probleme bei der medizinischen Versorgung nach dem AsylbLG sind der Bundesregierung durch Beschwerden von Betroffenen, Flüchtlingsorganisationen und Leistungserbringern bekannt?

Leistungserbringer und deren Verbände thematisierten gegenüber der Bundesregierung insbesondere das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 30. Oktober 2013 (B 7 AY 2/12 R). In dieser Entscheidung hat das BSG die – in der instanzgerichtlichen Rechtsprechung zuvor einhellig anerkannte – Anwendung des Nothelferanspruchs nach § 25 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) im AsylbLG abgelehnt. Die Leistungserbringer kritisierten, dass diese Rechtsprechung des BSG das Risiko von Entgeltausfällen begründe; denn (Zahn-)Ärzte und Krankenhäuser könnten zukünftig gegenüber den Leistungsträgern nach dem AsylbLG keine unmittelbare Erstattung der Behandlungskosten mehr geltend machen, die ihnen durch die in Eilfällen an Asylbewerber geleistete medizinische Nothilfe entstanden sind. Es bestehe gesetzgeberischer Handlungsbedarf, um die adäquate Finanzierung der Krankenbehandlung des betroffenen Personenkreises auch in Notfällen sicherzustellen.

Das federführende Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat dieses Anliegen der Leistungserbringer aufgegriffen. Der aktuelle Referentenentwurf zur Änderung des AsylbLG sieht deshalb die Schaffung eines Nothelferanspruchs nach dem Vorbild von § 25 SGB XII vor. Hiermit soll den berechtigten Interessen von Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern Rechnung getragen und zugleich die angemessene medizinische Versorgung von Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG sichergestellt werden.

Weiterhin liegen der Bundesregierung Schreiben von Flüchtlingsorganisationen und Sozialverbänden vor, die Änderungsbedarf bei den Gesundheitsleistungen nach dem AsylbLG geltend machen. Die Kritik der Verbände zielt insbesondere auf das gegenüber dem SGB XII abweichende Leistungsniveau der §§ 4, 6 AsylbLG sowie auf die in einigen Bundesländern geltende Verwaltungspraxis der Behandlungsscheine, die Leistungsberechtigte – anders als Krankenversicherte – im Regelfall vor einer medizinischen Behandlung – einholen müssen. Weitere Themen sind die Gesundheitsversorgung von vollziehbar ausreisepflichtigen Personen, die bei den Behörden nicht gemeldet sind, sowie die Anpassung der Gesundheitsleistungen entsprechend den Vorgaben der Aufnahme-Richtlinie. Einige dieser Punkte wurden auch im Rahmen der Verbändeanhörung zum aktuellen Gesetzentwurf zur Änderung des AsylbLG vorgebracht.

3. Erkennt die Bundesregierung einen Zusammenhang zwischen den Regelungen zur medizinischen Versorgung und deren Kostenübernahme im AsylbLG und dem berichteten Verzögern und Verweigern von medizinischen bzw. psychotherapeutischen Behandlungen bei Personen, die dem AsylbLG unterliegen (bitte begründen)?

Die alternativen Anwendungsvarianten der §§ 4 und 6 AsylbLG erlauben nach Auffassung der Bundesregierung bereits heute eine angemessene gesundheitliche Versorgung der Leistungsberechtigten. Ergänzend wird auf die Ausführungen zu diesen Regelungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

4. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um zu verhindern, dass ärztliches Personal, Betreiber von Asylunterkünften sowie Angehörige von Wachschutzdiensten wegen rechtlicher oder ökonomischer Unsicherheiten notwendige Behandlungen hinauszögern oder unterlassen, damit, wie in der Vorbemerkung der Fragesteller genannten Todesfälle und Körperschädigungen in Zukunft nicht mehr vorkommen?

Die angesprochenen Maßnahmen betreffen die Ebene des Verwaltungsvollzugs. Die Ausführung des AsylbLG, einschließlich des Betriebs von Asylbewerber-Unterkünften sowie der Versorgung der Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG mit Gesundheitsleistungen, liegt gemäß Artikel 83 des Grundgesetzes (GG) in der Verantwortung der Länder und Kommunen. Diese sind auch dafür zuständig, eine ordnungsgemäße Leistungsverwaltung sicherzustellen. Zu den hierzu von den Ländern und Kommunen ergriffenen oder geplanten Maßnahmen kann die Bundesregierung keine Aussage treffen.

Umfang des Verbots einer „migrationspolitischen Relativierung“ der Menschenwürde

5. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die im AsylbLG vorgesehene Ungleichbehandlung beim Zugang zu Gesundheitsleistungen einen ungleichen Schutz des Lebens bzw. der körperlichen Unversehrtheit der Betroffenen nach sich zieht und damit ebenfalls eine unzulässige „migrationspolitische Relativierung“ der Menschenwürde darstellt?
 - a) Wenn ja, warum schlägt die Bundesregierung in ihrem Referentenentwurf zur Änderung des AsylbLG nicht auch eine Beendigung des ungleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen vor?
 - b) Wenn nein, warum nicht?

Die in der Frage 5 dargelegte Position wird von der Bundesregierung nicht geteilt. Sie ist vielmehr der Auffassung, dass die alternativen Anwendungsvarianten der §§ 4 und 6 AsylbLG eine angemessene gesundheitliche Versorgung der Leistungsberechtigten ermöglichen.

Nach diesen Normen haben Personen, die in den personalen Anwendungsbereich des AsylbLG fallen, während der Zeit des ersten Aufenthalts (§ 2 Absatz 1 AsylbLG) Anspruch auf eine gesundheitliche Grundversorgung. Besondere Bedeutung kommt dabei der Öffnungsklausel des § 6 Absatz 1 AsylbLG zu. Diese Regelung ermöglicht den zuständigen Leistungsbehörden, im Einzelfall eine über den Leistungsumfang nach § 4 Absatz 1 AsylbLG hinausgehende medizinische Versorgung, etwa zur Behandlung chronischer oder psychischer Erkrankungen, zu gewähren. Bei der Prüfung der Bewilligungsvoraussetzungen des § 6 Absatz 1 AsylbLG sowie bei der pflichtgemäßen Ausübung des darin eröffneten Ermessens sind von der zuständigen Leistungsbehörde auch die grundrechtlichen Belange der Leistungsberechtigten – einschließlich des Grundrechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG) – zu beachten. Die §§ 4, 6 AsylbLG gewährleisten damit eine differenzierte Gesundheitsversorgung, die – unter Berücksichtigung (u. a.) der voraussichtlichen weiteren Aufenthaltsdauer der Leistungsberechtigten – eine Versorgung mit dem medizinischen Existenzminimum sicherstellt.

Eine Änderung dieser Normen ist daher im aktuellen Referentenentwurf zur Reform des AsylbLG nicht vorgesehen. Dieser beschränkt sich weitgehend auf eine enge Umsetzung der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts in seiner Entscheidung vom 18. Juli 2012. Darin hat das Gericht diese Normen nicht beanstandet.

Einen Reformbedarf im Bereich der Gesundheitsleistungen für Grundleistungsbezieher nach dem AsylbLG (§§ 4, 6 AsylbLG) erkennt die Bundesregierung jedoch aufgrund der Vorgaben der Aufnahme-Richtlinie zur Gesundheitsversorgung an. Über die Ausgestaltung dieser Reform soll jedoch erst im Zusammenhang mit der Umsetzung dieser Richtlinie im weiteren Verlauf dieser Legislaturperiode entschieden werden. Ergänzend wird auf die Antwort zu Frage 9 verwiesen.

6. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass bei dem eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen nach dem AsylbLG strengere Maßstäbe gelten müssten, als bei der vom Bundesverfassungsgericht monierten Ungleichheit beim Zugang zu Sozialleistungen, zumal nach § 12 Absatz 1 SGB V nur solche Gesundheitsleistungen gewährt werden, die „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen“ (vgl. Stellungnahme der ZEKo von 2013)?

Wenn nein, warum nicht?

Die §§ 4 und 6 AsylbLG sind nach Auffassung der Bundesregierung geeignet, die Versorgung der Leistungsberechtigten nach den §§ 3 ff. AsylbLG mit existenznotwendigen Gesundheitsleistungen sicherzustellen. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 5 sowie auf die Vorbemerkung der Bundesregierung Bezug genommen.

Die medizinische Versorgung nach dem AsylbLG

7. Wie ist es – mit Blick auf den eigenen Anspruch der Bundesregierung („das Asylbewerberleistungsgesetz gewährleistet eine vollständige medizinische Grundversorgung zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzuständen“) – zu rechtfertigen, wenn Personen gegebenenfalls lebensnotwendige Operationen verweigert, Traumatisierten eine psychotherapeutische Behandlung vorenthalten bzw. Rollstühle, Hörgeräte oder gar Mittel zur Inkontinenzpflege abgelehnt werden, auch wenn dies ärztlicherseits angeordnet worden ist?

Die Prüfung und Beurteilung der im Einzelfall zu gewährenden Gesundheitsleistungen nach den §§ 4, 6 AsylbLG erfolgt durch die zuständigen Leistungsbehörden der Länder. Zu einzelnen Leistungsfällen kann die Bundesregierung daher keine Aussage treffen. Die Länder führen das AsylbLG als eigene Angelegenheit aus. Auf die Antwort zu Frage 4 wird verwiesen.

8. Wie verhalten sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Folgekosten, die sich aus dem berichteten Vorenthalten bzw. dem Verzögern einer objektiv notwendigen medizinischen oder psychotherapeutischen Behandlung ergeben (Verschlimmerung des Krankheitsbildes, aber auch die darauf zurückzuführende Zahl von Notarzteinsätzen, Rettungsfahrten und Notaufnahmen) zu den Kosten, die entstünden, wenn diese Menschen die ärztlich angeordnete Hilfe unmittelbar erhielten?

Da die Länder das AsylbLG als eigene Angelegenheit ausführen (vgl. Antwort zu den Fragen 4 und 7), haben sie auch die Kosten dieses Gesetzes zu tragen (Artikel 104a Absatz 1 GG). Dies gilt auch für die Kosten der Krankenhilfeleistungen nach den §§ 4, 6 AsylbLG bzw. nach den § 2 Absatz 1 AsylbLG i. V. m. §§ 47 ff. SGB XII. Zu eventuellen Folgekosten, die sich aufgrund der jeweiligen Gewährungspraxis eines Landes bei den Gesundheitsleistungen nach dem AsylbLG ergeben könnten, liegen der Bundesregierung daher keine Erkennt-

nisse vor. Gleiches gilt für die Frage, wie es sich auf die Gesundheitsausgaben eines Landes im Bereich des AsylbLG auswirken würde, wenn ein Land seine Gewährungspraxis ändern würde; auch hierzu kann die Bundesregierung keine Aussage treffen.

9. Warum haben z. B. unbegleitete Minderjährige oder Traumatisierte gemäß § 6 Absatz 2 AsylbLG nur dann einen Anspruch auf eine uneingeschränkte medizinische Versorgung, wenn sie als sog. vorübergehend Schutzbedürftige eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Absatz 1 des Aufenthaltsgesetzes erhalten haben?

Mit der Vorschrift des § 6 Absatz 2 AsylbLG wurde Artikel 13 Absatz 4 der Richtlinie 2001/55/EG des Rates vom 20. Juli 2001 über Mindestnormen für die Gewährung vorübergehenden Schutzes im Falle eines Massenzustroms von Vertriebenen und Maßnahmen zur Förderung einer ausgewogenen Verteilung der Belastungen, die mit der Aufnahme dieser Personen und den Folgen dieser Aufnahme verbunden sind, auf die Mitgliedstaaten (ABl. Nr. L 212 vom 7.8.2001, S. 12, im Folgenden: „Massenzustrom-Richtlinie“) umgesetzt. Diese Richtlinienbestimmung sieht aus humanitären Erwägungen im Bereich der medizinischen Versorgung eine Privilegierung für vorübergehend geschützte Personen mit besonderen Bedürfnissen vor, zu denen nach der Richtlinie unter anderem unbegleitete Minderjährige oder Opfer schwerer Gewalt gehören (Bundestagsdrucksache 15/4173, S. 28).

Dementsprechend erfasst § 6 Absatz 2 AsylbLG allein Inhaber einer Aufenthaltserlaubnis nach § 24 Absatz 1 AsylbLG, die nach dem AsylbLG leistungsberechtigt sind, also „wegen des Krieges in ihrem Heimatland“ (§ 1 Absatz 1 Nummer 3 AsylbLG) aufgrund eines Ratsbeschlusses der EU im Sinne des Artikels 5 der Massenzustrom-Richtlinie zum vorübergehenden Schutz in Deutschland aufgenommen worden sind. Nur für diesen Personenkreis, sofern es sich um Personen mit besonderen Bedürfnissen im Sinne der Richtlinie handelt, sieht § 6 Absatz 2 AsylbLG einen Anspruch auf diese medizinische oder sonstige Hilfe vor.

Ein vergleichbarer Reformbedarf ergibt sich jedenfalls nunmehr aufgrund der Neufassung der Aufnahme-Richtlinie, die bis Mitte Juli 2015 in deutsches Recht umzusetzen ist. Diese sieht für Antragsteller mit besonderen Bedürfnissen eine Gesundheitsversorgung vor, die im Bedarfsfall insbesondere auch eine geeignete psychologische Betreuung umfasst (Artikel 19 Absatz 2 RL). Die Bundesregierung wird die Umsetzung dieser Richtlinienvorgaben alsbald in Angriff nehmen. In einem ersten Reformschritt sollen jedoch zunächst die Vorgaben aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom Juli 2012 umgesetzt werden. Hierzu dient der aktuell vorliegende Referentenentwurf zur Änderung des AsylbLG, der derzeit innerhalb der Bundesregierung abgestimmt wird.

10. Wie viele Personen haben seit dem Jahr 2005 jährlich eine Aufenthaltserlaubnis nach § 24 Absatz 1 des Aufenthaltsgesetzes erhalten – waren also leistungsberechtigt nach § 6 Absatz 2 AsylbLG?

Bisher ist kein Beschluss des Rates der Europäischen Union nach Artikel 5 der Richtlinie 2001/55/EG gefasst worden. Daher wurden derartige Aufenthaltserlaubnisse nicht erteilt.

11. Warum erhalten nicht auch die übrigen Personen, die dem AsylbLG unterworfen sind, einen gleichwertigen Schutz ihrer Grundrechte auf Leben, körperliche Unversehrtheit und auf den Schutz ihrer Menschenwürde?

Es wird auf die Antwort zu den Fragen 5, 6 und 9 verwiesen.

Die Rolle von Sozialämtern bei der medizinischen Versorgung nach dem AsylbLG

12. Ist es zutreffend, dass über die Ausstellung eines Krankenscheins für Leistungsberechtigte des AsylbLG (und damit über den Zugang dieser Menschen zu einer medizinischen oder psychotherapeutischen Behandlung) medizinisch nicht fachkundige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Sozialämtern entscheiden?

Wenn ja, hält die Bundesregierung dies medizinethisch für vertretbar (bitte begründen)?

13. Nach welchen objektiven bzw. für alle Beteiligten transparenten und verständlichen Vorgaben entscheiden nach Kenntnis der Bundesregierung die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter der Sozialämter über die Behandlungsbedürftigkeit?
14. Wie wird nach Kenntnis der Bundesregierung sichergestellt, dass die hier in Rede stehenden Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter fachlich in der Lage sind, über die Behandlungsbedürftigkeit sachgerecht zu entscheiden?
15. Sind die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter nach Kenntnis der Bundesregierung insbesondere darin geschult, psychische Störungen zu erkennen?

Die Fragen 12 bis 15 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung wird verwiesen. Fragen, die die Verfahrensgestaltung, die Qualifikation bzw. Fortbildung von Mitarbeitern und die Verwaltungspraxis betreffen, liegen in der Zuständigkeit der Länder. Der Bundesregierung liegen dazu und zu den Kriterien, die über die gesetzlichen Vorgaben nach den §§ 4, 6 AsylbLG hinaus die Entscheidungsgrundlage für die behördlichen Mitarbeiter darstellen, keine Erkenntnisse vor. Richtig ist aber, dass einzelne Leistungserbringer und Verbände gegenüber der Bundesregierung den Umstand, dass die Entscheidung über den Zugang zu medizinischen Leistungen und damit über die Behandlungsbedürftigkeit von Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG von medizinisch nicht fachkundigem Personal getroffen wird, kritisiert haben (vgl. Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt 2013, S. 900).

16. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über Probleme bei der Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit aufgrund von sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten zwischen den Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern der Sozialämter und den erkrankten Personen?
17. Nach welchen Vorgaben werden in den Ländern nach Kenntnis der Bundesregierung qualifizierte Dolmetscherinnen und Dolmetscher bei der Beantragung von medizinischen Leistungen hinzugezogen?

Die Fragen 16 und 17 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Fragen, die die Verwaltungspraxis im Umgang mit Sprachproblemen und den Einsatz von Dolmetschern betreffen, liegen in der Zuständigkeit der Länder.

Der Bundesregierung ist bekannt, dass Sprachprobleme beim Vollzug des AsylbLG eine Rolle spielen können. Leistungsberechtigten kann daher nach § 6 Absatz 1 AsylbLG ein Anspruch auf Dolmetscherkosten eröffnet sein, wenn die Hinzuziehung eines Dolmetschers im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich oder zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich ist. Im Übrigen liegen der Bundesregierung zu den angesprochenen Punkten keine Erkenntnisse vor.

18. Sind der Bundesregierung Beschwerden aus der Praxis darüber bekannt, dass die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter in den Sozialämtern überhöhte Anforderungen an die Glaubhaftmachung von Erkrankungen stellen?

Es wird auf die Antwort zu den Fragen 12 bis 15 verwiesen.

19. Welche Kosten entstehen nach Kenntnis der Bundesregierung Bund, Ländern und Kommunen durch den Personalaufwand zur Bearbeitung entsprechender Anträge auf medizinische Behandlung?

Fragen, die die Kosten des Personalaufwands für das Sonderleistungssystem nach den §§ 4, 6 AsylbLG betreffen, liegen in der Zuständigkeit der Länder. Dem Bund entstehen in diesem Zusammenhang keine Kosten, da die Ausgaben, die sich aus der Ausführung des AsylbLG ergeben, von den Ländern zu tragen sind. Es wird auf die Antwort zu Frage 8 verwiesen.

Bremer Modell

20. Welche Bundesländer bzw. welche Kommunen wenden im Hinblick auf die medizinische Versorgung von Personen, die dem AsylbLG unterworfen sind, das sog. Bremer Modell an (haben also Verträge mit den Krankenkassen gemäß § 264 Absatz 1 SGB V geschlossen, um diesen Menschen einen unkomplizierten Zugang mittels einer Krankenversicherungskarte zu einer Krankenbehandlung zu ermöglichen)?

Das Bremer Modell wird in den Bundesländern Hamburg und Bremen praktiziert. Die Leistungsberechtigten nach § 3 AsylbLG werden hier im Rahmen einer Vereinbarung nach § 264 Absatz 1 SGB V durch die AOK Bremen/Bremerhaven betreut. Die Leistungsberechtigten erhalten von der AOK eine Krankenversicherungskarte. Die Einhaltung der §§ 4, 6 AsylbLG wird durch die AOK und die Leistungsbehörden sichergestellt.

In Berlin wird nicht das Bremer Modell praktiziert, sondern eine bereits zu Zeiten des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) abgeschlossene Vereinbarung mit der AOK Nordost nach § 264 Absatz 1 SGB V fortgeführt. Die Leistungsberechtigten erhalten hier keine Gesundheitskarte, sondern Behandlungsscheine.

Ob einzelne Leistungsbehörden in den anderen Bundesländern Sondervereinbarungen nach § 264 Absatz 1 SGB V mit einer Krankenkasse abgeschlossen haben, ist der Bundesregierung nicht bekannt.

21. Erkennt die Bundesregierung bei diesem „Bremer Modell“ positive Aspekte zum einen aus Sicht der Betroffenen (z. B. Asylsuchenden), aber auch in der öffentlichen Verwaltung bzw. der Verwaltung der Krankenkassen, und wenn ja, welche (z. B. Verringerung von Personalkosten)?
22. Hat die Bundesregierung vor – z. B. im Rahmen der sog. Gesundheitsministerkonferenz – für die Anwendung dieses „Bremer Modells“ zu werben, und wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 21 und 22 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Das Modell der Sondervereinbarung bedarf noch der Evaluation. Eine Nachfrage des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales ergab, dass dazu in Hamburg eine interne Bewertung der Umstellung stattfindet.

Die Bundesregierung vertritt grundsätzlich die Auffassung, dass die Ausführung des AsylbLG und damit auch der Vollzug der Gesundheitsleistungen gemäß Artikel 83 GG Ländersachen sind. Die Bundesregierung wird jedoch den Erfahrungsbericht aus Hamburg sorgfältig auswerten. Das federführende Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat bereits im Frühjahr 2014 angeregt, dass dieser Erfahrungsbericht in der Arbeitsgemeinschaft für Flüchtlingsfragen diskutiert werden soll, damit alle Länder über diesen informiert sind.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.