

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte

m)
medico international

**MEDI-BÜRO
BERLIN**

Stellvertretend für die Medibüros/Medinetze

**Bundesweite Kampagne der
Medibüros und Medinetze in Deutschland
zur Verbesserung der medizinischen Versorgung
von Asylsuchenden**

kampagne@stopasylblg.de

c/o Medibüro Berlin
Gneisenaustraße 2A
10961 Berlin

An

Mitglieder des Bundestages

Gemeinsamer Aufruf der Medibüros und Medinetze in Deutschland, medico international und dem Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden

Wir möchten Sie bitten, sich aktiv einzusetzen für die bundesweite Realisierung einer ausreichenden medizinischen Versorgung von Asylsuchenden und anderen Gruppen, welche unter § 1 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) fallen. Konkret umzusetzen ist dies durch die Eingliederung in die gesetzliche Krankenversicherung und somit durch medizinische Versorgung gemäß § 27 Sozialgesetzbuch V (SGB V) anstelle von §§ 4 und 6 des AsylbLG.

Eine Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes ist notwendig zur Anpassung an die EU Richtlinie 2013/33/EU und an internationale Abkommen.

In der Richtlinie des europäischen Parlaments und Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (RL2013/33/EU) heißt es, die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge „den Schutz der psychischen und physischen Gesundheit der Antragsteller“ zu gewährleisten (Art. 17 Abs. 2). Diese Versorgung entspricht in Deutschland dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gemäß § 27 SGB V.

Menschenrechte müssen Sache des Bundes sein, offen kommuniziert werden und für alle Menschen gelten. Die aktuell praktizierte Minimalmedizin nach §§ 4 und 6 des AsylbLG, und die durch diese Paragraphen entstehende Verunsicherung auf Seiten der (medizinischen) Versorger, sind mit dem Menschenrecht auf Gesundheit nicht vereinbar.

Die Beschränkung auf Behandlung nur bei „akuter Erkrankung und Schmerzzuständen“ (§ 4 AsylbLG) und der Gewährung sonstiger Leistungen, wenn sie „zur Sicherung ... der Gesundheit unerlässlich ... sind“ (§ 6 AsylbLG), sind weder mit Art. 2 II GG (Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit) noch mit der Europäischen Sozialcharta (Art. 11) vereinbar [1]. Ebenso verstoßen diese Paragraphen gegen Artikel 12 des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, kulturelle und soziale Rechte (IPwskR), gemäß dem die Vertragsstaaten „das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ anerkennen. Dies beinhaltet gemäß Artikel 12, Abs. 2 IPwskR „die erforderlichen Maßnahmen zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.“

Das BVerfG urteilte am 18. Juli 2012: „Die Art. 1 Abs. 1 GG garantierte Menschenwürde ist migrationspolitisch nicht zu relativieren.“ (BVerfG 18.07.2012, 1 BvL 10/10 und 1 BvL 2/11, Rn 121). Die Ablehnung einer angemessenen medizinischen Versorgung von Asylsuchenden aus Sorge, diese könne eine Zunahme von Asylanträgen zur Folge haben, muss folglich als verfassungswidrig gelten. Zudem ist diese Annahme wissenschaftlich nicht haltbar. Einschlägige Untersuchungen belegen: Migration orientiert sich an Netzwerken, medizinische Versorgung ist selten die Ursache der Migration und noch seltener die Grundlage für die Auswahl des Ziellandes (vgl. Anlage 1).

Das derzeitige Gesetz garantiert auch in Notfällen keine ausreichende medizinische Versorgung – willkürliche Auslegungen und Umsetzungen mit gravierenden gesundheitlichen Folgen für die Betroffenen sind die Praxis.

Die Umsetzung des AsylbLG funktioniert nicht und hat katastrophale Folgen wie aggravierte Krankheitsverläufe, Chronifizierungen und Todesfälle. Die Versorgung nach AsylbLG über Krankenscheine, die von den Sozialämtern ausgestellt werden, legt die Entscheidung über medizinische Versorgung in die Hände von Verwaltungsmitarbeiter*innen. Für die Betroffenen bedeutet dies Angst und das Gefühl des Ausgeliefertseins. Aus Furcht werden Ärzt*innen nicht oder nur nach gravierender Verschlechterung des Gesundheitszustands aufgesucht. Die behandelnden Ärzt*innen sind häufig verunsichert, kennen Verfahrenswege nicht und lassen sich nicht selten von hinreichenden Behandlungen abhalten [2] (Vgl. Anlage 2 und 3).

Die Beispiele hierfür sind so zahlreich wie alarmierend: Ein 30jähriger Asylsuchender verstarb 1997 im Main-Taunus Kreis, nachdem ein Frankfurter Gericht die Kostenübernahme für eine lebensnotwendige Lebertransplantation im Rahmen der Behandlung eines chronischen Leberversagens verweigerte, da es sich hierbei weder um eine schmerzhafte, noch eine akute Erkrankung handelte und somit nach AsylbLG auf Seite des Patienten kein Anspruch auf Behandlung bestünde [2].

2010 wurde einer schwangeren Frau, die kurz vor dem Geburtstermin stand und Fruchtwasser verlor, in ihrem Heim medizinische Versorgung vorenthalten, da sie keine Schmerzen litt. Am nächsten Tag starb das ungeborene Kind an einer bakteriellen Infektion, ins Krankenhaus kam die Betroffene erst einen weiteren Tag später [3]. Weitere ausgewählte Beispiele für medizinische Fehl- und Unterversorgung gemäß AsylbLG finden Sie in der Anlage 3.

Das Menschenrecht auf Gesundheitsversorgung ist keine Ländersache!

Um die medizinische Versorgung von Asylsuchenden in der gesamten Bundesrepublik sicher zu stellen, bedarf es einer verbindlichen gesetzlichen Regelung für *alle* Bundesländer. Von den Ministerpräsidenten und der Kanzlerin werden derzeit eine Erleichterung des Abschlusses von optionalen Länder-spezifischen Krankenkassenverträgen gemäß § 264 Abs. 1 SGB V diskutiert [4]. Angemessene gesundheitliche Versorgung entsprechend menschenrechtlicher Standards darf jedoch keine Ländersache sein. Wir fordern daher die Einbindung aller Asylsuchenden in die GKV gemäß § 264 Abs. 2 SGB V, so wie sie bereits jetzt für alle Asylsuchenden nach 15 Monaten Asylverfahren besteht (§ 2 AsylbLG).

Dies ermöglicht eine angemessene Versorgung im „notwendigen Umfang“ § 2 Abs. 4 SGB V und verhindert Aggravierung von unbehandelten Krankheiten durch Unter- und Fehlversorgung (vgl. Anlage 3). Ein Fortbestehen der §§ 4 und 6 AsylbLG behindert Ärzt*innen systematisch in der Ausübung ihrer ärztlichen Pflicht (vgl. Anlage 2). Durch die Einbindung aller Asylsuchenden in die GKV würde die Bewertung der medizinischen Notwendigkeit von Diagnostik und Behandlung in die Verantwortlichkeit der behandelnden Ärzt*innen, bzw. bei Unklarheiten in diejenige des medizinischen Dienstes der Krankenkassen gelegt werden. Damit würden Sozialämter entlastet und medizinische Entscheidungen künftig von qualifizierten Leistungserbringer*innen getroffen.

Für die geforderte Einbeziehung aller Asylsuchenden in die GKV bedarf es lediglich der Ausweitung eines schon bestehenden Systems. Unnötige Schnittstellenproblematiken werden abgebaut, da Bundesland-spezifische Verträge und Abrechnungssysteme überflüssig würden. Eine gesetzliche Einbindung in die GKV verringert den Administrationsaufwand in den zuständigen Behörden und spart Geld, Personal und Räumlichkeiten [5].

Die medizinische Versorgung aller Asylsuchenden gemäß § 1 AsylbLG in einer gesetzlichen Krankenkasse ist nachweislich nicht teurer als die derzeitige Versorgung mit Krankenscheinen vom Sozialamt [5][6] (vgl. auch Anlage 4).

Besonders schutzbedürftige Personengruppen benötigen über die gewöhnlichen Leistungen der GKV hinaus besondere Hilfestellungen [4]. Notwendige medizinische Versorgung gemäß § 2 Abs. 4 SGB V muss jedoch aus o.g. Gründen für alle Asylsuchenden verfügbar sein und darf nicht an die besondere Schutzbedürftigkeit gebunden sein [7].

Die Einbindung aller Asylsuchenden gemäß § 264 Abs. 2 SGB V in die GKV gewährleistet eine praktikable, bürokratiearme Umsetzung durch bereits existierende Strukturen, verursacht keine zusätzlichen Kosten und schafft ein einheitliches, menschenrechtskonformes System der Gesundheitsversorgung ohne Diskriminierungen – dies erfordert die Streichung des § 4 AsylbLG.

Mit vielen Grüßen,

Medibüros und Medinetze in Deutschland

Die Kampagne wird unterstützt von:

Ärzte der Welt (Deutscher Zweig des Netzwerks „Médecins du Monde), Leopoldstr. 236, 80807 München

BAfF e.V. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, Paulsenstr. 55-56, 12163 Berlin

Deutscher Anwaltverein, Littenstraße 11, 10179 Berlin

Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V., Caroline-Michaelis-Straße 1, 10115 Berlin

Flüchtlingsrat Berlin e.V., Georgenkirchstr. 69-70, 10249 Berlin

Republikanischer Anwälte- und Anwältinnenverein, Greifswalder Str. 4, 10405 Berlin

Literaturverzeichnis

- [1] Eichenhofer, Eberhard (2013): Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge. In: Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik 5-6, S. 169-175. Unter: www.zar.nomos.de/fileadmin/zar/doc/Aufsatz_ZAR_13_5-6.pdf (abgerufen am 28.7.2015).
- [2] Flüchtlingsrat Berlin, Oktober 2014: Stellungnahme zur Anhörung des AS-Ausschusses des Deutschen Bundestages zum „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des AsylbLG und des SGG“, BT-Drs.18/2592 vom 22.9.2014, S. 39 ff. Unter: www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Classen_AsylbLG_2014_AS-Ausschuss.pdf (abgerufen am 25.7.2015).
- [3] Leebucari, Lena (2015): Im Flüchtlingsheim Kind verloren. Auf der Suche nach Verantwortlichen. In: taz nord vom 06.01.2015. Unter: www.taz.de/!5024583/ (abgerufen am 28.07.2015).
- [4] Die Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland (2015): Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 18. Juni 2015. Unter: www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2015/06/2015-06-19-besprechung-regierungschefs-merkel.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (abgerufen am 25.7.2015).
- [5] Burmester, F. (2015): Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse. In: Nachrichtendienst d. Dtsch. Vereins f. öff. u. priv. Fürsorge (NDV), S. 109-114.
- [6] Bozorgmehr, K., Razum, O. (2015): Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures Among Asylum Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany 1994-2013. Unter: www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pone.0131483&representation=PDF (abgerufen am 25.07.2015).
- [7] Baff – Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2015): Gefährdung der psychotherapeutischen Versorgung Geflüchteter durch die Konsequenzen der AsylbLG- Novelle. Unter: www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2008/05/Gefährdung-der-psychotherapeutischen-Versorgung-Geflüchteter-durch-AsylbLG_Novelle.pdf (abgerufen am 25.07.2015).

Anlagen

1. Gesundheitsversorgung und Migrationspolitik
2. Stellungnahme des 118. Deutschen Ärztetages vom 18. Mai 2015
3. Ausgewählte Beispiele für medizinische Fehl- und Unterversorgung gemäß Asylbewerberleistungsgesetz
4. Kosten für Versorgung nach GKV (§ 2 AsylbLG) und medizinischer Versorgung nach §§ 4 und 6 AsylbLG

Anlage 1: Gesundheitsversorgung und Migrationspolitik

Die Annahme, aufgrund einer menschenrechtskonformen Gesundheitsversorgung würden Migrant*innen zum Bezug von Gesundheitsleistungen einreisen, ist wissenschaftlich nicht haltbar. Es gibt keine Belege für eine signifikant erhöhte Zuwanderung durch verbesserte Gesundheitsversorgung, auch nicht dort, wo für Geflüchtete und Papierlose eine voll umfängliche Gesundheitsversorgung besteht oder eingeführt wurde (Frankreich und Belgien sowie Regionen und Städte Italiens und Spaniens)¹. In einer Studie des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge über Gründe für Zuwanderung wird festgestellt, dass Migration sich primär an Netzwerken orientiert und gesundheitsbedingte Zuwanderungen selten und kein Massenphänomen sind, wie auch in zahlreichen anderen wissenschaftlichen Publikationen belegt^{2 3}. In einer Untersuchung von *Medicine du Monde* in 11 europäischen Ländern (u.a. Deutschland) haben bei Umfragen von Migrant*innen lediglich 6% angegeben, aus gesundheitlichen Gründen das eigene Land verlassen zu haben⁴.

Literatur

- 1 UNHCR (2015): Tabelle 1: Asylum applications submitted in Europe and selected non-European countries 2010 – 2014. In: *Asylum Trends 2014, Levels and Trends in Industrialized Countries*, S.20.
- 2 Scholz, A. (2013): *Warum Deutschland? Einflussfaktoren bei der Zielstaatssuche von Asylbewerbern - Ergebnisse einer Expertenbefragung*. Forschungsbericht 19, Nürnberg, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- 3 Alt, J. (2004): *Leben in der Schattenwelt. Problemkomplex „illlegale Migration“*, Karlsruhe, Loeper Verlag.
- 4 Chauvin, P., Parizot, I., Simonnot, N. (2009): *Médecins du Monde European Observatory on Access to Healthcare. Der Zugang zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltstitel in 11 europäischen Ländern*. *Ärzte der Welt*, S. 54. Unter: <http://www.aerztederwelt.org/fileadmin/pdf/Publikationen/European%20Observatory%20DE.pdf> (abgerufen am 25.7.2015).



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Bundesweite Einführung einer Versichertenkarte für registrierte Flüchtlinge

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Ulrich M. Clever (Drucksache VI - 119) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Länder und den Bund auf, die Einführung einer Versichertenkarte für Flüchtlinge auch in den Flächenländern zu veranlassen. Ein gemeinsamer gesamtstaatlicher Konsens wäre eine dringend notwendige Maßnahme für die rasche bundesweite Umsetzung.

Begründung:

Gemäß § 4 AsylbLG soll die medizinische Versorgung für die erforderlichen ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen bei allen Flüchtlingen zwar gewährleistet sein, ohne Versichertenkarte jedoch muss zeitaufwendig die Einzelbeantragung eines Behandlungsscheines erfolgen. Dies verursacht nicht nur unnötig Kosten durch den höheren Verwaltungsaufwand, der aufgrund der wachsenden Anzahl an Flüchtlingen zeitlich kaum zu bewältigen ist, sondern behindert somit auch eine patientengerechte medizinische Versorgung.

Die Versichertenkarte für registrierte Flüchtlinge wurde 2005 in Bremen und 2012 in Hamburg mit guten Erfahrungen eingesetzt. Es hat sich herausgestellt, dass die Einführung nicht kostentreibend war, sondern sich für die Sozialbehörden durch die Einsparungen an Verwaltungsvorgängen mit hohem administrativen Prüf- und Abrechnungsaufwand entlastend ausgewirkt hat. Für die Leistungsberechtigten ist vorteilhaft, dass ein unkomplizierterer Zugang zu den Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ermöglicht wird.

Die Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission (ZEKO) "Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund" (2013) verweist auf die staatliche Aufgabe, Regelungen zu schaffen: "Grundlage des ärztlichen Ethos ist der Dienst am notleidenden Menschen, unabhängig von dessen sozialen Status, seiner ethnischen Zugehörigkeit oder Nationalität. Ärzte sollten an der Erfüllung dieser moralischen Pflicht nicht systematisch gehindert werden." Konkret bedeutet dies, dass bürokratische Hürden, die diese Pflichterfüllung von Ärzten behindern, durch den Staat beseitigt werden müssen. Die Versichertenkarte ist daher eine gesamtstaatliche Aufgabe



und sollte bundeseinheitlich geregelt werden.

Staatsministerin Aydan Özoguz hat sich als Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration in ihrer Pressemitteilung (vom 27.04.2015, Nr. 160) zur Bundeskonferenz der Integrationsbeauftragten des Bundes, der Länder und der Kommunen am 27. und 28.04.2015 in Mainz für die Einführung einer solchen Versichertenkarte in allen Bundesländern ausgesprochen: "In manchen Bundesländern erhalten Flüchtlinge nur eine minimale Notfallversorgung: Nicht selten bleiben Erkrankungen so unerkant oder werden chronisch. Einzelne tragische Geschehnisse in Flüchtlingsunterkünften zeigen, dass dies zu schweren Schädigungen oder sogar zu Todesfällen führen kann. Das Problem ist, dass Verwaltungsangestellte im Vorwege entscheiden sollen, ob ein Arztbesuch notwendig ist, dafür sind sie aber gar nicht ausgebildet. Daher halte ich es für einen guten Weg, wenn alle Bundesländer die in Bremen und Hamburg genutzte Chipkarte nach dem Bremer Modell einführen würden."

Anlage 3: Weitere Beispiele für medizinische Fehl- und Unterversorgung gemäß Asylbewerberleistungsgesetz

Das Verständnis akuter Erkrankungen geht zwischen Ärzt*innen und Behördenmitarbeiter*innen weit auseinander, mit der Folge oft gravierender, krankheitsverschärfender Behandlungsverschleppung und damit steigenden Kosten für die Behörden. Präventionsmaßnahmen und die Behandlung chronischer Erkrankungen erscheinen als vom Gesetz ausgeschlossen. Die Beschränkung auf Schmerzzustände scheint konservative Behandlung nicht zuzulassen. Besonders schwierig ist die Durchsetzung von dringend benötigten Psychotherapien. Bei Arznei- und Hilfsmitteln wird wegen Auseinandersetzungen mit Sozialämtern oft auf kostengünstigere Alternativen mit geringer Heilwirkung zurückgegriffen.

Dokumentiert sind ebenfalls Fälle, in denen Wachdienste von Gemeinschaftsunterkünften das Kontaktieren von und somit die Versorgung durch Notärzt*innen verhindert haben – mit gravierenden bis zu tödlichen Folgen für die Betroffenen. Behörden, Verwaltungspersonal und Wachdienste dürfen nicht über die Versorgung und den Zugang zu medizinischer Versorgung entscheiden.

Im Folgenden sind ausgewählte Fallbeispiele aus der Stellungnahme zum "Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des AsylbLG und des SGG" von Georg Classen (1) aufgeführt.

§ 4 AsylbLG ist lebensgefährlich - Todesfälle

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

*In **Hannover** wurde im April 2014 eine Asylbewerberin mit einem **vier Wochen alten Frühchen** an der **Pforte eines Kinderkrankenhauses abgewiesen**. Die Mutter hatte verlangt, dass ein Arzt sich ihr Kind anschaut, da es akute Atemprobleme hatte. Dies wurde ihr verweigert, da sie keinen Krankenschein für das Baby hatte. **Eine Stunde später war das Kind tot**. Den Krankenschein hätte die Mutter nach der Logik des AsylbLG erst beim Sozialamt beantragen müssen. Mit Versichertenkarte wäre das Kind aufgenommen worden.¹³¹*

•

*In **Plauen** starb im Februar 2014 der Asylbewerber Ahmed J. an einer **Lungenembolie**. Wegen starker Schmerzen hatten Mitbewohner den Wachschatz seiner Unterkunft in der Nacht mehrfach gebeten, einen **Notarzt** zu rufen. Der **Wachmann verweigerte** dies über viele Stunden hinweg.*

•

*In **Zirndorf** weigerten sich im Dezember 2011 frühmorgens erst die **Pförtner** und ab Dienstbeginn die **Verwaltung** der Asylaufnahmestelle über Stunden hinweg einen **Notarzt** für den 15 Monate alten Leonardo Petrovic zu rufen. Der Junge hatte hohes Fieber, auf seiner Haut bildeten sich schwarze Flecken. Schließlich wird die Familie zu Fuß zum Kinderarzt geschickt. Passanten brachten die Familie ins Krankenhaus. Das Kind hatte eine lebensbedrohliche **septische Meningitis**, lag monatelang im Koma, ein Jahr rangen Ärzte um sein Leben, zwei Mal pro Woche transplantierten sie ihm Haut. Das Kind überlebt mit schwerster Behinderung.¹³²*

¹³¹ PE FR Niedersachsen 15.04.14 www.nds-fluerat.org/13262/pressemitteilungen/tod-eines-fluechtlingsbabys-wegen-verweigerter-krankenbehandlung-fluechtlingsrat-fordert-konsequenzen/.

Im April 2014 wurden zwei Pförtner und eine Verwaltungsangestellte der Asylaufnahmestelle zu **Geldstrafen** von jeweils 60 Tagessätzen verurteilt.¹³³

•
In **Essen** starb im Januar 2004 der 23 Jahre alte Mohammad Selah. Beim Sozialamt wurde ihm der **Krankenschein verweigert**, weil er "sowieso" das Land verlassen müsse. Als die Schmerzen unerträglich wurden, bat er den Hausmeister seiner Unterkunft um einen Krankenwagen. Der soll erklärt haben: "Wenn Du die Treppe geschafft hast, kannst Du auch ins Krankenhaus gehen."¹³⁴

•
In **Altenburg/Thüringen** starb im Juli 1998 der Flüchtling Haydar Findik. Seine Erkrankung hatte sich so verschlechtert, dass Mitbewohner den **Wachschutz** seiner Sammelunterkunft baten, einen **Krankenwagen** zu rufen. Mit dem Hinweis, dass dies 150 DM kostet, geschah dies nicht.¹³⁵

•
Im **Main-Taunus Kreis** starb 1997 der 30jährige Asylbewerber Turan Yildiz, nachdem Sozialamt und Verwaltungsgericht die Kosten einer **Lebertransplantation** verweigert hatten. Das VG Frankfurt/M. erklärte unter Hinweis auf § 4 AsylbLG, die Behandlung einer chronischen Erkrankung nach AsylbLG könne auch dann nicht beansprucht werden, wenn sie unaufschiebbar sei. Mit § 6 AsylbLG und Art. 1 und 2 GG befasst sich das Urteil nicht.¹³⁶

•
1995 starb in **Bremen** der Asylbewerber Celal Akan, nachdem er über 15 Monate darauf gewartet hatte, dass die Bremer Sozialbehörde eine Entscheidung über die Kostenübernahme für die beantragte lebensrettende **Lebertransplantation** trifft. ¹³⁷

Rettungsdienste und Notärzte kommen nicht - Wachschützer als medizinische Instanz

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

Das Sozialamt **Greiz/Thüringen** teilte den Bewohnern der örtlichen Sammelunterkunft per Aushang mit, dass "**die Kosten für eigenmächtiges Rufen des Notarztes**" vom

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

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

134 Remscheider Generalanzeiger 16.12.2007, Rheinische Post 16.12.2007.

135 TAZ 06.07.1998, 08.07.1998, 10.07.1998.

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

137 Tagesspiegel 18.08.1995; Hannoversche Allgemeine 19.08.1995

Rufenden selbst getragen werden müssen und hierzu ggf. eine **Kürzung des Taschengeldes** nach AsylbLG erfolgt.¹³⁸

•

In **Berlin** be- und verhindert der Wachschutz von Sammelunterkünften häufig den Zugang der Bewohner zu **Rettungsdiensten und Notärzten**, wie die Dokumentation einer Umfrage des Flüchtlingsrates Berlin aus Anlass des Todesfalles in Plauen Anfang 2014 ergab. Zudem **weigern Rettungsdienste sich** teilweise zu kommen.¹³⁹

•

In **Wolfsburg** starb am 24.09.2014 ein Bewohner infolge einer **Schussverletzung**, als er einen Streit schlichten wollte. Bewohner berichteten, der Rettungswagen sei erst **nach ca. 45 Minuten** gekommen, da Polizei und Feuerwehr Notrufe von BewohnerInnen nicht ernst nähmen. Erst auf einen späteren Anruf des Hausmeisters sei schließlich reagiert worden.¹⁴⁰

Ähnlich wie bei Georg Classen haben auch die Medinetze und Medibüros in 2014 Fallbeispiele zusammengestellt, die die Folgen der reduzierten Behandlung, aber auch die Folgen unrechtmäßig verweigerter und verzögerter Behandlung veranschaulichen.

Behandlungsverweigerung bei chronischer Krankheit

Der Landkreis Greiz hatte im Jahr 2000 die Behandlung einer schweren und schmerzhaften Hüftgelenks-Nekrose eines jungen Patienten trotz Indikation durch vier ÄrztInnen (u.a. eines Amtsarztes) abgelehnt, weil „gegenwärtig keine akute Gefahr für Leib oder Leben des Klägers“ bestehe. Angesichts weit fortgeschrittener Verschlechterung der Krankheit bestätigte das Verwaltungsgericht diese Ablehnung im Jahr 2003. Das Gericht begründete: „Insoweit besteht gerade kein Anspruch auf die optimale Behandlung, solange der bestehende Zustand, etwa durch das Beziehen körperlicher Hilfsmittel erträglich gestaltet werden kann“.

(Urteil VG Gera: AZ 6 K 1849/01 GE)

Nothilfe bei Illegalisierten als Krankenhaus-Risiko

Nach 17 Jahren Aufenthalt in der Bundesrepublik ist ein abgewiesener Asylbewerber ein gutes Jahr nach Ablauf seiner letzten Duldung aus der Unterkunft verschwunden. Einige Monate später wurde er zur Fahndung ausgeschrieben und ist wiederum einige Monate später auf der Flucht vor der Polizei aus dem Fenster gesprungen, wobei er sich schwer verletzte. Er wurde in Notfallbehandlung durch das Klinikum Aachen versorgt. Das Bundessozialgericht verweigerte am 30.10.2013 die Erstattung der Behandlungskosten, denn es bestehe zwar nach Strafgesetzbuch eine Nothilfepflicht, aber da Nothilfe im AsylbLG nicht vorgesehen sei, sei die Nicht-Erstattung der Kosten ein „Risiko [... das] der Nothelfer wie jeder andere Hilfeleistende selbst zu tragen“ habe. Seitdem werden Betroffene zunehmend von klinischen Notaufnahmen zurückgewiesen, besonders gravierend in Hamburg.

(BSG-Urteil Aachen, Az. B 7 AY 2/12 R)

Verweigerung von Heil- und Hilfsmitteln

Das Sozialamt Berlin Charlottenburg verweigerte schwerst spastisch behinderten geduldeten Zwillingen Rollstühle, obwohl die 13jährigen Jungen keinen Schritt selbstständig gehen konnten und aufs WC getragen werden mussten. Im Ablehnungsbescheid steht, dass „bei Nichtgewährung dieser Leistungen Gefahr für Leib und Leben nicht besteht.“ Auf Widerspruch hin erstellte ein Amtsarzt am Schreibtisch ein

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

139 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Verweigerter_Rettungsdienste_und_Wachschutz_Berlin.pdf.

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

die Rollstühle ablehnendes „landesärztliches Gutachten“, ohne die Kinder je untersucht zu haben. Hätte er das getan, wäre ihm zumindest aufgefallen das es sich um zwei Kinder handelt, denn auch das übersieht sein 'Gutachten'. Der Sozialstadtrat unterstellte, die Rollstühle seien „aus Bequemlichkeit“ beantragt worden. Nachdem ARD - „Monitor“ berichtet, werden die Rollstühle sofort bewilligt.
(Berliner Flüchtlingsrat, Stellungnahme 11.07.2014)

Nicht-Gewährung von Psychotherapie

Im bayerischen Neuburg an der Donau nahm sich 2013 ein Asylsuchender das Leben, nachdem das zuständige Landratsamt dem schwer traumatisierten ehemaligen Kindersoldaten die ärztlich empfohlene Psychotherapie vorenthalten hatte.
(Kleine Anfrage Bündnis 90/ Die Grünen, BT Drucks. 18/1934).

Rechtsunsicherheit und Verletzung der Schweigepflicht bei Ärzt*innen

Im März 2013 drang auf Ersuchen des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge die Polizei in eine psychiatrische Klinik in Göttingen ein, um die Abschiebung des aus Syrien gekommenen palästinensischen Flüchtlings M. N. zu vollziehen. Er war hier seit einer Woche wegen Suizidversuchs in Behandlung. Der verunsicherte behandelnde Arzt ermöglichte der Polizei Zutritt und stellte eine Bescheinigung zur Reisefähigkeit aus. Am selben Tag wurde M.N. in das Erstaufnahmeland Polen abgeschoben. Seine Frau blieb in der geschlossenen Abteilung derselben Psychiatrie zurück.
(Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen)

Fehlende Nachbehandlung:

Sommer 2011: Ein Sachbearbeiter der ZLA Berlin lässt die vom Krankenhaus im Anschluss an eine OP verordnete häusliche Krankenpflege durch einen Amtsarzt begutachten, ein Verfahren das gewöhnlich mindestens sechs Wochen, oft aber auch drei Monate und mehr dauert. Anrufe einer Mitarbeiterin des Wohnheims beim Sozialamt blieben drei Tage ohne Ergebnis. Verbandswechsel und Thromboseprophylaxe unterblieben durch die Fehlentscheidung des medizinisch nicht qualifizierten Sachbearbeiters. Eine erneute notfallmäßige Aufnahme mit mehrtägigem stationären Aufenthalt war die Folge.
(Berliner Flüchtlingsrat, Stellungnahme 11.07.2014)

Weitere Fallbeispiele zum Thema Flüchtlingskinder mit Behinderung sind in der Broschüre „(K)eine Zukunft. Flüchtlingskinder mit Behinderungen. Menschenrechtsverletzungen in Berlin“ zu finden [2].

Literatur

- [1] Classen, G. (Flüchtlingsrat Berlin) (2014): Stellungnahme zum "Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des AsylbLG und des SGG", BT-Drs.18/2592 vom 22.9.2014, S. 42-43. Unter: www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Classen_AsylbLG_2014_AS-Ausschuss.pdf (abgerufen am 25.7.2015).
- [2] Menschenkind, Berlin Global Village e.V., Lebenshilfe Berlin, HVD Berlin-Brandenburg (Hg) (2015): (K)eine Zukunft. Flüchtlingskinder mit Behinderungen. Menschenrechtsverletzungen in Berlin. Unter: http://www.lebenshilfe-berlin.de/fileadmin/user_upload/Downloads/03_Aktuelles/Pressemitteilungen/HVD_Menschenkind_Fluechtlingskinder.pdf (abgerufen am 25.7.2015).

Anlage 4: Kosten für Versorgung nach GKV (§2 AsylbLG) und medizinischer Versorgung nach §§ 4 und 6 AsylbLG

Nach allen bisherigen Erkenntnissen ist die eine medizinische Versorgung nach §§4 und 6 AsylbLG teurer als eine Versorgung durch Regelleistung.

Ursächlich hierfür ist die bisherige administrative Zuständigkeit der Sozial- und Gesundheitsämter. Hier werden die Krankenscheine ausgegeben sowie Leistungen geprüft und bewilligt. Dies bedeutet Ausgaben für Personal, Ausbildung, Software und Räumlichkeiten durch den hohen Prüfungsaufwand und das weitgehend fachfremde Personal [1]. Praxisnahe Mitarbeiter*innen der AOK Bremen/Bremerhaven sowie der Hamburger und Bremer Behörden, weisen immer wieder auf die administrativen und finanziellen Vorteile des Bremer Modells hin, welches in diesen Bundesländern durchgeführt wird und eine weitgehende Annäherung an die Regelversorgung bedeutet [2].

Zum anderen sind aber interessanterweise auch die Ausgaben pro Kopf bei Anwendung der §§ 4 und 6 AsylbLG in den letzten Jahren fast immer höher gewesen als bei regulärer Krankenversorgung nach SGB XII, welche nach 15 Monaten Aufenthalt eintritt [3]. Und dies, obwohl die Krankenversorgung nach SGB XII einen größeren Leistungsumfang beinhaltet. Hier zeigt sich, dass die zuvor beschriebene Aggravierung, Chronifizierung und Beförderung von Notfallsituationen durch die eingeschränkte medizinische Versorgung sich möglicherweise auch finanziell nachteilig auswirkt. Diese These wird bestätigt durch die Analyse amtlicher Daten zu Gesundheitskosten (1994-2013) des Universitätsklinikums Heidelberg. Die Studie kommt zu dem Schluß, dass die Kosten unter Bedingungen der §§ 4 und 6 des AsylbLG im Vergleich zu regulär versorgten Gruppen von Asylsuchenden und Geflüchteten signifikant höher sind. Besonders die 1997 eingeführte Verlängerung der med. Versorgung nach §§ 4 und 6 AsylbLG von 1 auf 4 Jahre, geht mit einem deutlichen Kostenanstieg einher [4].

In der folgenden Tabelle sind die Krankenhilfeausgaben zwischen 2006-2013 nach Georg Classen aufgeführt [3]. Die Tabelle zeigt wie oben beschrieben, dass die Ausgaben der Krankenhilfe nach §§ 4 und 6 AsylbLG in den Jahren von 2006 bis 2013 fast immer höher lagen als bei regulärer Krankenversorgung. Als Vergleich wurden die Ausgaben nach § 2 AsylbLG für 5.-9. Kap SGB XII nach 15 Monaten Aufenthalt herangezogen.

Tabelle Krankenhilfeausgaben nach AsylbLG – Summe aller Bundesländer¹

2013	Ausgaben/Jahr	Leistungsberechtigte	Ausgaben Person/Jahr
Ausgaben § 4 AsylbLG	262,5 Mio €	188.624	1.391,66 €
Ausgaben § 6 AsylbLG	40,0 Mio €	188.624	212,06 €
Ausgaben §§ 4 und 6 gesamt	302,5 Mio €	188.624	1.603,72 €
Ausgaben § 2 AsylbLG für 5. - 9., Kap SGB XII	59,8 Mio €	36.369	1.644,26 €

¹Quelle: www.destatis.de, Asylbewerberleistungsstatistiken 2006 - 2012, E-Mail-Auskunft statistisches Bundesamt für 2013. Eigene Berechnung der Ausgaben Person/Jahr.

2012	Ausgaben/Jahr	Leistungsberechtigte	Ausgaben Person/Jahr
Ausgaben § 4 AsylbLG	194,2 Mio €	128.284	1.514,15 €
Ausgaben § 6 AsylbLG	30,7 Mio €	128.284	239,30 €
Ausgaben §§ 4 und 6 gesamt	224,9 Mio €	128.284	1.753,45 €
Ausgaben § 2 AsylbLG für 5. - 9., Kap SGB XII	60,3 Mio €	36.960	1.631,74 €

2011	Ausgaben/Jahr	Leistungsberechtigte	Ausgaben Person/Jahr
Ausgaben § 4 AsylbLG	160,3 Mio €	103 778	1.544,64 €
Ausgaben § 6 AsylbLG	25,6 Mio €	103 778	246,68 €
Ausgaben §§ 4 und 6 gesamt	185,9 Mio €	103 778	1.791,32 €
Ausgaben § 2 AsylbLG für 5. - 9., Kap SGB XII	62,5 Mio €	39 920	1.565,63 €

2010	Ausgaben/Jahr	Leistungsberechtigte	Ausgaben Person/Jahr
Ausgaben § 4 AsylbLG	148,1 Mio €	90.546	1.635,63 €
Ausgaben § 6 AsylbLG	22,4 Mio €	90.546	247,39 €
Ausgaben §§ 4 und 6 gesamt	170,2 Mio €	90.546	1.879,71 €
Ausgaben § 2 AsylbLG für 5. - 9., Kap SGB XII	55,9 Mio €	39.751	1.406,25 €

2009	Ausgaben/Jahr	Leistungsberechtigte	Ausgaben Person/Jahr
Ausgaben § 4 AsylbLG	133,0 Mio €	81.314	1.635, 60 €
Ausgaben § 6 AsylbLG	20,0 Mio €	81.314	245,96 €
Ausgaben §§ 4 und 6 gesamt	153,0 Mio €	81.314	1.881,59 €
Ausgaben § 2 AsylbLG für 5. - 9., Kap SGB XII	49,7 Mio €	39.921	1.244,96 €

2008	Ausgaben/Jahr	Leistungsberechtigte	Ausgaben Person/Jahr
Ausgaben § 4 AsylbLG	150,0 Mio €	87.894	1.706, 60 €
Ausgaben § 6 AsylbLG	19,0 Mio €	87.894	216,17 €
Ausgaben §§ 4 und 6 gesamt	169,0 Mio €	87.894	1.922,77 €
Ausgaben § 2 AsylbLG für 5. - 9., Kap SGB XII	57,2 Mio €	39.971	1.431,04 €

2007	Ausgaben/Jahr	Leistungsberechtigte	Ausgaben Person/Jahr
Ausgaben § 4 AsylbLG	182,7 Mio €	107.200	1.704,29 €
Ausgaben § 6 AsylbLG	24,3 Mio €	107.200	226,68 €
Ausgaben §§ 4 und 6 gesamt	207,0 Mio €	107.200	1.930,97 €
Ausgaben § 2 AsylbLG für 5. - 9., Kap SGB XII	65,3 Mio €	46.100	1.416,49 €

2006	Ausgaben/Jahr	Leistungsberechtigte	Ausgaben Person/Jahr
Ausgaben § 4 AsylbLG	225,6 Mio €	140.650	1.603,98 €
Ausgaben § 6 AsylbLG	22,1 Mio €	140.650	157,13 €
Ausgaben §§ 4 und 6 gesamt	247,7 Mio €	140.650	1.761,11 €
Ausgaben § 2 AsylbLG für 5. - 9., Kap SGB XII	57,9 Mio €	52.912	1.094,27 €

Literatur

- [1] Burmester, F. (2015): Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse. In: Nachrichtendienst d. Dtsch. Vereins f. öff. u. priv. Fürsorge (NDV), S. 109-114.
- [2] Freie und Hansestadt Hamburg. Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (2015): Gesundheitsversorgung Ausländer. Best Practice Beispiele aus Hamburg. Bericht zum Fachtag am 8. Dezember 2014 in der Landesvertretung Hamburg in Berlin. Unter: <http://www.hamburg.de/contentblob/4465734/data/gesundheitsversorgung-auslaender.pdf> (abgerufen am 27.07.2015).
- [3] Classen, G. (Flüchtlingsrat Berlin) (2014): Stellungnahme zum "Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des AsylbLG und des SGG", BT-Drs.18/2592 vom 22.09.2014, S. 51-52. Unter: www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Classen_AsylbLG_2014_AS-Ausschuss.pdf (abgerufen am 25.07.2015).
- [4] Bozorgmehr, K., Razum, O. (2015): Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures Among Asylum Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany 1994-2013. Unter: <http://www.plosone.org/article/uri=info:doi/10.1371/journal.pone.0131483&representation=PDF> (abgerufen am 25.07.2015).