

## **Kleine Anfrage**

**der Abgeordneten Luise Amtsberg, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, Maria Klein-Schmeink, Corinna Rüffer, Kordula Schulz-Asche, Dr. Harald Terpe, Volker Beck (Köln), Katja Keul, Renate Künast, Monika Lazar, Irene Mihalic, Özcan Mutlu, Dr. Konstantin von Notz, Hans-Christian Ströbele und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

### **Gesundheitliche Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz**

„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, Bürgerkriegsflüchtlinge, 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, Beeinträch-

tigungen 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 Notarzteinsätze, 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 bestreitet.
- Ebenfalls im April 2014 wurden drei Mitarbeiter des Flüchtlingsaufnahmelaagers 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 vertritt 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.

Wir fragen die Bundesregierung:

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

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?
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 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?
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?
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?
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?
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?

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

#### 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 Krankenversichertenkarte zu einer Krankenbehandlung zu ermöglichen)?
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?

Berlin, den 24. Juni 2014

**Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion**





