

## Antwort

### der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert,  
Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald,  
weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.  
– Drucksache 18/4566 –**

### **Verbesserungen der gesundheitlichen Versorgung von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Asylbewerberinnen und Asylbewerber erhalten seit dem 1. März 2015 erst dann mehr als eine medizinische Notfallversorgung, wenn sie sich länger als 15 Monate im Geltungsbereich des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) aufhalten. Vor diesem Zeitpunkt erhielten sie erst nach drei Jahren Aufenthaltsdauer eine gesundheitliche Versorgung, die über die medizinische Notfallversorgung hinausgeht (vgl. Markus Kaltenborn: „Die Neufassung des Asylbewerberleistungsgesetzes und das Recht auf Gesundheit“, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht, Heft 5, 2015, S. 161 bis 165, S. 162).

Deutschland ist völkerrechtlich an den WSK-Pakt gebunden („Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte“ von 1966, meist als „UN-Sozialpakt“ bezeichnet). Ratifiziert wurde der Pakt von Deutschland am 23. Dezember 1973. In einer Präzisierung des Paktes aus dem Jahr 2000 wurde festgelegt, dass die Staaten „jegliche unerlaubte Diskriminierung bei der Gesundheitsfürsorge und den Gesundheitsdiensten zu verhindern [haben]“. Im Jahr 2009 wurde dies noch einmal ergänzt um den Hinweis, dass die „im Pakt niedergelegten Rechte [...] für alle Menschen [gelten], einschließlich Nichtstaatenangehöriger, beispielsweise Flüchtlinge, Asylsuchende, Staatenlose, [...] ungeachtet dessen, welche Rechtsstellung und welche Ausweispapiere sie besitzen“ (ebd.: S. 164).

Der WSK-Ausschuss überprüft regelmäßig, ob der WSK-Pakt eingehalten wird. In Deutschland geschah dies zuletzt im Jahr 2011. Das Ergebnis war, dass sich der Ausschuss besorgt zeigte und kritisierte, dass Asylbewerberinnen und Asylbewerbern „lediglich eine medizinische Notfallversorgung gewährt werde“ (ebd.: S. 164).

1. Aus welchen Gründen wurde bzw. wird der § 6 AsylbLG „weiterhin restriktiv ausgelegt, um dem vom Gesetzgeber intendierten Abstand zum Leistungsniveau nach SGB XII oder dem SGB II zu wahren“ (SGB XII: Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch; Kaltenborn 2015, S. 162)?

Über die Gewährung von Leistungen nach § 6 AsylbLG entscheiden die für die Durchführung des AsylbLG nach dem jeweiligen Landesrecht zuständigen Stellen. Ihnen obliegen dabei auch die Auslegung dieser Norm und die Beurteilung der hiernach im Einzelfall zu gewährenden Gesundheitsleistungen. Zu Auslegungsfragen bzw. zur Anwendung des § 6 AsylbLG in einzelnen Leistungsfällen kann die Bundesregierung keine Aussagen treffen, da die Länder das AsylbLG als eigene Angelegenheit gemäß Artikel 83 des Grundgesetzes ausführen.

2. Warum hat der Gesetzgeber „trotz vielfach geäußerter Kritik in den Anhörungen zu den jüngsten Gesetzesänderungen“ bislang an der medizinischen Notfallversorgung für Asylbewerberinnen und Asylbewerber festgehalten (ebd.: S. 163)?
3. Welchen Änderungsbedarf sieht die Bundesregierung angesichts der bis Juli 2015 umzusetzenden neuen Richtlinie 2013/33/EU zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen?

Die Fragen 2 und 3 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Mit der jüngsten Änderung des AsylbLG (mit Gesetz vom 10. Dezember 2014, BGBl. I S. 2187) ist der Gesetzgeber seinem Auftrag aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 18. Juli 2012 (1 BvL 10/10, 1 BvL 2/11) zur verfassungsgemäßen Neufassung dieses Gesetzes, speziell zur Neufestsetzung der darin geregelten Leistungssätze, nachgekommen. Dabei beschränkten sich die Änderungen weitgehend auf eine enge Umsetzung der Vorgaben aus diesem Urteil. Das BVerfG hatte die Regelungen zu den Gesundheitsleistungen im AsylbLG (§§ 4, 6 AsylbLG) nicht beanstandet.

Eine Ausweitung der jüngsten Gesetzesänderungen im AsylbLG auf den Bereich der Gesundheitsleistungen sah die Bundesregierung auch deshalb als nicht notwendig an, da die geltenden Regelungen der §§ 4 und 6 AsylbLG nach ihrer Auffassung bereits derzeit eine angemessene gesundheitliche Versorgung der Leistungsberechtigten erlauben. Zu den näheren Einzelheiten wird auf die Antwort der Bundesregierung vom 22. Juli 2014 auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Bundestagsdrucksache 18/2184) verwiesen.

Änderungsbedarf bei den Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 AsylbLG wird insoweit gesehen, wie er sich aus der Aufnahme-Richtlinie (Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen) ergibt. Die Bundesregierung wird diese unionsrechtlichen Vorgaben umsetzen und – wie in der Richtlinie festgelegt – insbesondere die spezielle Situation schutzbedürftiger Personen berücksichtigen. Die entsprechenden Änderungen sind für die anstehende Reform zur Umsetzung der Richtlinie vorgesehen, die unter der Gesamtfederführung des Bundesministeriums des Innern erfolgt.

4. Sieht sich die Bundesregierung in vollem Umfang an den WSK-Pakt von 1966 gebunden?

Falls nein, an welche der Festlegungen sieht sich die Bundesregierung nicht gebunden, und warum bzw. warum nicht?

Deutschland hat den WSK-Pakt 1973 ratifiziert; er ist 1976 in Kraft getreten. Seither ist der WSK-Pakt Teil der deutschen Rechtsordnung im Rang einfachen Bundesrechts.

Die Bundesregierung sieht sich durch den WSK-Pakt in vollem Umfang gebunden.

5. Welchen Änderungsbedarf sieht die Bundesregierung angesichts der Festlegungen des WSK-Paktes auf „das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ (Artikel 12 Absatz 1 WSK-Pakt, vgl. Kaltenborn, 2015, S. 164)?

Aus den in dieser Bestimmung getroffenen Festlegungen ergibt sich aus Sicht der Bundesregierung kein gesetzgeberischer Änderungsbedarf im AsylbLG.

Artikel 12 WSK-Pakt verpflichtet die Vertragsstaaten zur Anerkennung des Rechts auf Gesundheit und zur Verwirklichung des Rechts auf diskriminierungsfreien Zugang zu bestehenden Systemen und Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge. Konkrete, auf bestimmte Leistungen gerichtete Gewährleistungsansprüche lassen sich hieraus nicht ableiten.

Änderungsbedarf erkennt die Bundesregierung jedoch aufgrund der leistungsrechtlichen Vorgaben der Aufnahme-Richtlinie, die auch Aspekte der medizinischen und psychologischen Behandlung oder Betreuung betreffen. Es wird auf die Antwort zu den Fragen 2 und 3 verwiesen. Bei der Umsetzung dieser Richtlinienvorgaben wird die Bundesregierung im Rahmen ihrer völkerrechtlichen Bindung auch die in Artikel 12 WSK-Pakt getroffenen Wertentscheidungen berücksichtigen.

6. Welchen Änderungsbedarf sieht die Bundesregierung angesichts der näheren Konkretisierungen durch den UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (WSK-Ausschuss) im „General Comment“ aus dem Jahr 2000: „Die Staaten haben eine besondere Verpflichtung, jenen, die nicht über ausreichende Mittel verfügen, Krankenversicherung und Gesundheitsfürsorge zur Verfügung zu stellen und jegliche unerlaubte Diskriminierung bei der Gesundheitsfürsorge und den Gesundheitsdiensten zu verhindern“ (General Comment No. 14, Abschnitt 19, vgl. Kaltenborn 2015, S. 164)?
7. Welchen Änderungsbedarf sieht die Bundesregierung angesichts des Hinweises des WSK-Ausschusses, dass die im Pakt niedergelegten Rechte „[...] für alle Menschen [gelten], einschließlich Nichtstaatenangehöriger, beispielsweise Flüchtlinge, Asylsuchende, Staatenlose, [...] ungeachtet dessen, welche Rechtsstellung und welche Ausweispapiere sie besitzen“ (CESCR, General Comment No. 20, Non-discrimination in economic, social and cultural rights – Artikel 2, § 2 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights –, 2. Juli 2009, E/C.12/GC/20, Abschnitt 30, vgl. Kaltenborn 2015, S. 164)?

Die Fragen 6 und 7 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Dem in den zitierten Anmerkungen und Hinweisen des WSK-Ausschusses angesprochenen menschenrechtlichen Diskriminierungsverbot misst die Bundes-

regierung eine hohe Bedeutung bei. Ihm wird in vollem Umfang nachgekommen.

Der WSK-Pakt untersagt willkürliche oder unverhältnismäßige Ungleichbehandlungen (CESCR, General Comment No. 20, a. a. O., para 13.). Er enthält allerdings kein leistungsrechtliches Gleichstellungsgebot. Insbesondere lässt sich aus dem WSK-Pakt kein generelles Verbot ableiten, für bestimmte Personengruppen ein besonderes Versorgungsrecht zu schaffen, sofern die verfassungs- und völkerrechtlich vorgegebenen sozialen Mindeststandards eingehalten werden.

In diesem Sinne hat auch das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 18. Juli 2012 eine abweichende Versorgung von Personen mit begrenzter Aufenthaltsperspektive unter den dort genannten Voraussetzungen grundsätzlich für zulässig erklärt. Auf die Vorgaben des WSK-Paktes hat das Gericht in dieser Entscheidung Bezug genommen.

Die Absicherung existenznotwendiger Gesundheitsbedarfe sieht die Bundesregierung durch die §§ 4 und 6 AsylbLG grundsätzlich hinreichend gewährleistet; im Übrigen wird auf die Ausführungen in der Antwort zu den Fragen 2 und 3 verwiesen. Zudem wurde die „Wartefrist“ in § 2 Absatz 1 AsylbLG in Umsetzung der genannten BVerfG-Entscheidung zum 1. März 2015 deutlich von 48 Monaten auf 15 Monate verkürzt. Damit beträgt die Dauer des Bezugs von Grundleistungen nach den §§ 3, 4 und 6 AsylbLG grundsätzlich nur noch 15 Monate.

8. Wie bewertet die Bundesregierung, dass sich der WSK-Ausschuss nach der letzten Überprüfung der Einhaltung des WSK-Paktes im Jahr 2011 in Deutschland „über die soziale Situation der Asylbewerber besorgt gezeigt“ (Kaltenborn, 2015, S. 164) und kritisiert hatte, „dass diesem Personenkreis lediglich eine medizinische Notfallversorgung gewährt werde“ (ebd. unter Verweis auf: CESCR, Consideration of reports submitted by States parties under articles 16 and 17 of the Covenant, Concluding observations – Germany, 12. Juli 2011, E/C.12/DEU/C0/5, Nr. 13, vgl. Kaltenborn 2015, S. 164)?
9. Wann und mit welcher Aussage hat die Bundesregierung zu dieser Kritik Stellung genommen?

Die Fragen 8 und 9 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung hat die Aussagen des WSK-Ausschusses zur Kenntnis genommen. Sie wird im nächsten Staatenbericht hierauf eingehen, dieser ist im Jahr 2016 fällig.

10. Wann und mit welcher Aussage hat die Bundesregierung auf die Kritik der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2013 reagiert, derzufolge es „aus ethischer Sicht im hohen Maße bedenklich [ist], dass im jetzigen System Entscheidungen über die Behandlungsbedürftigkeit von Patienten de facto von medizinisch nicht Fachkundigen gefällt werden“ (Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten, Zentrale Ethikkommission, bei der Bundesärztekammer: „Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund“, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110, Heft 18, 3. Mai 2013, S. A 899 bis A 903, S. 903)?

In ihrer Antwort vom 22. Juli 2014 auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Bundestagsdrucksache 18/2184) hat die Bundesregierung zu der angesprochenen Kritik an der Leistungspraxis der zuständigen Träger nach dem Asylbewerberleistungsgesetz wie folgt Stellung genommen:

„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.“

Zugleich hat die Bundesregierung darauf hingewiesen, dass die Ausführung des AsylbLG in der Zuständigkeit der Länder liegt und diese somit auch zuständig sind für Fragen, die die Verfahrensgestaltung und die Verwaltungspraxis der Länder betreffen (ebd.: Antwort zu den Fragen 12 bis 15). Ergänzend wird auf die Antwort zu Frage 1 Bezug genommen.

11. Hat die Bundesregierung geprüft, ob eine Vereinheitlichung der Gesundheitsversorgung nach dem Bremer Modell gemäß § 264 Absatz 1 SGB V auf Bundesebene durch Bundesrahmenregelungen, auf Landesebene durch Landesrahmenregelungen oder kombiniert rechtlich zulässig und möglich ist, und wenn ja, mit welchen Ergebnissen?

Die Bundesregierung prüft derzeit gemeinsam mit den Ländern, wie im Rahmen einer Versorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen aufgrund einer Vereinbarung nach § 264 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) die schon jetzt mögliche und zum Teil praktizierte Einführung einer Gesundheitskarte für Asylbewerberinnen und Asylbewerber durch mögliche gesetzliche Regelungen erleichtert werden kann. Hierzu sind die Länder um Stellungnahme gebeten worden, ob sie im Rahmen einer Versorgung durch gesetzliche Krankenkassen aufgrund einer Vereinbarung nach § 264 Absatz 1 SGB V die Einführung einer Gesundheitskarte für die ihnen zugewiesenen Asylbewerberinnen und Asylbewerber wünschen und welche rechtlichen Probleme derzeit aus ihrer Sicht entgegenstehen. Auf Grundlage der Stellungnahmen der Länder und der Bund-Länder-Besprechung vom 26. Februar 2015 werden die Notwendigkeit und mögliche rechtliche Regelungen zurzeit geprüft. Die Prüfung ist noch nicht abgeschlossen.

12. Bis wann wird die Bundesregierung prüfen, wie eine bundeseinheitliche Festlegung des Leistungsumfangs im Rahmen der §§ 4 und 6 AsylbLG gewährleistet werden soll?

Mit den Regelungen der §§ 4 und 6 AsylbLG hat der Bundesgesetzgeber eine bundeseinheitliche Festlegung des Leistungsumfangs der Gesundheitsleistungen für die Bezieher von Grundleistungen nach § 3 AsylbLG getroffen. Darüber hinaus ist die Bundesregierung bestrebt, interessierten Flächenstaaten die Einführung einer Gesundheitskarte für den genannten Personenkreis entsprechend dem „Bremer Modell“ zu erleichtern. Dieses Modell, das eine Versorgung mit den Gesundheitsleistungen nach §§ 4 und 6 AsylbLG durch gesetzliche Krankenkassen aufgrund einer Vereinbarung nach § 264 Absatz 1 SGB V vorsieht, wird bislang nur in einzelnen Stadtstaaten (Bremen, Hamburg) praktiziert. Insofern wird auf die Antwort zu Frage 11 verwiesen.

13. Wie wird sich nach Ansicht der Bundesregierung die Einführung einer Gesundheitskarte, die Asylbewerberinnen und Asylbewerber zeitnah nach ihrer Ankunft in Deutschland zur Verfügung gestellt wird, auf eine verminderte Verbreitung ansteckender Krankheiten auswirken?
14. Wie wird sich nach Ansicht der Bundesregierung die Maßnahme, Asylbewerberinnen und Asylbewerber zeitnah nach ihrer Ankunft in Deutschland eine vollständige Gesundheitsversorgung entsprechend dem Leistungskatalog in der gesetzlichen Krankenversicherung nach SGB V zu gewähren, auf die Situation im Bereich der ansteckenden Krankheiten und Infektionskrankheiten auswirken?

Die Fragen 13 und 14 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Eine frühzeitige fachgerechte Behandlung einer Infektionskrankheit kann nach den Regelungen des AsylbLG unabhängig von der Einführung einer Gesundheitskarte oder der Geltung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet werden. Eine frühzeitige Behandlung kann bei der erkrankten Person mögliche Krankheitskomplikationen verhindern und ist darüber hinaus ein wichtiger Beitrag zur Verhütung einer Weiterverbreitung der Krankheit.

Im Bereich der Schutzimpfungsleistungen erstrecken sich die Leistungen nach § 4 Absatz 3 Satz 1 AsylbLG u. a. auf amtlich empfohlene Schutzimpfungen, d. h. auf die in dem jeweiligen Land nach § 20 Absatz 3 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen. Da sowohl für die öffentlichen Empfehlungen als auch für die Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) die Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut als Grundlage dienen, ist der Kreis der Schutzimpfungsleistungen nach dem AsylbLG bereits heute grundsätzlich vergleichbar mit dem Kreis der Schutzimpfungsleistungen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 20d Absatz 1 SGB V in Verbindung mit der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA erbracht werden.

Eine frühzeitige Vervollständigung eines unvollständigen Immunstatus von Asylbewerberinnen und Asylbewerber durch Schutzimpfungen trägt dazu bei, dem Auftreten impfpräventabler Krankheiten sowie Krankheitsausbrüchen vorzubeugen.

Auch medizinische Untersuchungen nach anderen gesetzlichen Bestimmungen haben den Zweck, eine Weiterverbreitung von übertragbaren Krankheiten unter Personen in Gemeinschaftsunterkünften zu verhüten. Nach § 62 des Asylverfahrensgesetzes haben Ausländer, die in einer Aufnahmeeinrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft zu wohnen haben, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane zu dulden. Nach § 36 Absatz 4 IfSG haben Personen, die in eine Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerberinnen und Asylbewerber aufgenommen werden sollen, bei ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind.



