



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences

**Gesundheitsdeterminanten des Asylverfahrens –
Inwiefern sind Asylbewerberinnen und Asylbewerber
einem erhöhten gesundheitlichen Risiko ausgesetzt?**

Bachelorarbeit
im Studiengang Gesundheitswissenschaften

vorgelegt von

Simon Wallraf

Matrikelnummer: 2109666

Hamburg
am 25. Juli 2015

Erstgutachterin: Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christine Färber
Zweitgutachter: Dipl. Gesundheitswirt Gunnar Paetzelt

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	4
TABELLENVERZEICHNIS	4
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	5
1 EINLEITUNG	7
2 MIGRATION UND FLUCHT	9
3 AKTUELLE ZAHLEN ZU FLUCHT UND ASYL	11
3.1 WELTWEIT	11
3.2 DEUTSCHLAND	12
4 RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR ASYLBEWERBERINNEN UND ASYLBEWERBER IN DEUTSCHLAND	13
4.1 DAS ASYLVERFAHREN NACH DEM ASYLVERFAHRENSGESETZ (ASYLVFG)	13
4.1.1 ANTRAGSTELLUNG	14
4.1.2 ANHÖRUNG	15
4.1.3 ENTSCHEIDUNGSFINDUNG	16
4.1.4 SCHUTZGEWÄHRUNG VON FLÜCHTLINGEN IN DEUTSCHLAND	16
4.1.5 ABLEHNUNG VON ASYLANTRÄGEN	19
4.2 GESUNDHEITSBEZOGENE REGELUNGEN UND LEISTUNGEN NACH DEM ASYLBEWERBERLEISTUNGSGESETZ (ASYLBLG)	20
4.2.1 GRUNDLEISTUNGEN NACH § 3 ASYLBLG	21
4.2.2 GESUNDHEITSVERSORGUNG NACH §§ 4 UND 6 ASYLBLG	23
4.3 LEBENSUMSTÄNDE VON ASYLBEWERBERINNEN UND ASYLBEWERBERN	25
4.3.1 WOHSITUATION	25
4.3.2 ARBEITSSITUATION	26
4.3.3 RESIDENZPFLICHT	27
5 GESUNDHEITSDETERMINANTEN DES ASYLVERFAHRENS UND DEREN AUSWIRKUNGEN AUF DIE ASYLBEWERBERINNEN UND ASYLBEWERBER	27
5.1 WOHNEN IN AUFNAHMEEINRICHTUNGEN UND GEMEINSCHAFTSUNTERKÜNFEN	31
5.2 ARBEITSVERBOT UND EINGESCHRÄNKTER ARBEITSMARKTZUGANG	35
5.3 FINANZIELLE SITUATION	37

5.4	DEFIZITE DER GESUNDHEITSVERSORGUNG	39
5.5	DISKRIMINIERUNGSERFAHRUNGEN	41
5.6	MANGELHAFTE INTEGRATION	44
5.7	DAUER UND UNSICHERHEIT DES VERFAHRENS	45
6	FAZIT UND LÖSUNGSANSÄTZE	46
<hr/>		
	LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS	51
<hr/>		
	ANHANGSVERZEICHNIS	58
<hr/>		
	EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	60
<hr/>		

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: DIE DETERMINANTEN DER GESUNDHEIT NACH DEM MODELL VON DAHLGREN UND WHITEHEAD VON 1991	29
--	-----------

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: GRUNDLEISTUNGEN FÜR ASYLBEWERBERINNEN UND ASYLBEWERBER GEMÄß § 3 ABS. 1 UND 2 ASYLBLG (STAND 01.03.2015)	23
TABELLE 2: LEISTUNGSBERECHTIGTE NACH ASYLBLG NACH UNTERBRINGUNGSART (STAND 31.12. 2013).....	26

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
ADS	Antidiskriminierungsstelle des Bundes
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
ALG II	Arbeitslosengeld II
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylVfG	Asylverfahrensgesetz
Art.	Artikel
AufenthG	Aufenthaltsgesetz
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BiB	Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
BKK	Betriebskrankenkasse
BMI	Bundesministerium des Inneren
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BPB	Bundeszentrale für politische Bildung
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
EU	Europäische Union
GBB	Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GFK	Genfer Flüchtlingskonvention
GG	Grundgesetz
LARES	Large analysis and review of European housing and health status
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RKI	Robert Koch Institut
RL	Richtlinie
S.	Seite
s.	siehe
SGB II	Zweites Buch Sozialgesetzbuch - Grundsicherung für Arbeitsuchende -
SGB XII	Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch - Sozialhilfe -
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel

Tab.	Tabelle
UN	United Nations
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UNRWA	United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization

1 Einleitung

Bis zum Ende des Jahres 2015 wird nach aktuellen Prognosen des Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) mit einem Anstieg der Zahl der Asylanträge in Deutschland auf 450.000 gerechnet, was einen neuen Höchstwert und eine Verdopplung der Zahlen im Vergleich zum Vorjahr bedeuten würde (vgl. Hirsland 2015, S. 21).

In der öffentlichen Debatte werden die aktuellen Regelungen bezüglich der Aufnahme und des Umgangs mit den Asylbewerberinnen und Asylbewerbern teilweise stark kritisiert und als menschenunwürdig beschrieben (vgl. Deutscher Bundestag 2014, S. 1 ff., vgl. Pro Asyl e.V. 2014). Kritisiert werden demnach die äußerst belastenden Lebensumstände während des Asylverfahrens.

Vor diesem Hintergrund interessieren aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht die gesundheitlichen Auswirkungen dieser Belastungssituation. Um deren Ausmaß feststellen und angemessen einschätzen zu können, soll im Rahmen der vorliegenden Arbeit folgender grundlegender Fragestellung nachgegangen werden:

- Inwiefern sind die Asylbewerberinnen und Asylbewerber einem erhöhten gesundheitlichen Risiko ausgesetzt?

Ziel der vorliegenden Ausarbeitung ist es also, diese Fragestellung zu beantworten sowie auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse Lösungsansätze zur Verbesserung der Situation der Asylsuchenden zu erarbeiten.

Für die Bearbeitung wird in der vorliegenden Ausarbeitung das Asylverfahren in Deutschland aus der gesundheitswissenschaftlichen Perspektive betrachtet. Das bedeutet, es wird sich mit verschiedenen gesundheitlichen Einflussfaktoren, den sogenannten Determinanten des Asylverfahrens, kritisch auseinandergesetzt. Es soll auf diese Weise ermittelt werden, ob beziehungsweise inwiefern die einzelnen Aspekte des Asylverfahrens gesundheitsschädigend wirken können, um somit das gesundheitliche Risiko des gesamten Verfahrens bewerten zu können.

Zu diesem Zweck wurde die vorliegende Arbeit auf der Basis einer ausführlichen vorangegangenen Literaturrecherche angefertigt, welche in den Bibliothekskatalogen der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg und der Universität Hamburg sowie im Internet durchgeführt wurde. Zur verwendeten Literatur zählen Werke des Robert Koch Instituts (RKI), der Bundeszentrale für politische Bildung (BPB), Studien der Bertelsmann Stiftung und der World Health Organization (WHO), Publikationen des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF), der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADS) und des Instituts für Menschenrechte sowie Pro Asyl. Als rechtliche

Quellen fungieren unter anderem das Asylverfahrensgesetz (AsylVfG), das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) und das Grundgesetz (GG) sowie Gerichtsurteile des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG).

Für die Bearbeitung der Thematik haben sich Aufbau und Vorgehensweise in folgender Weise als sinnvoll erwiesen.

Zunächst werden in Kapitel zwei der Arbeit verschiedene Begriffe, die für die thematische Auseinandersetzung von Bedeutung sind, dargelegt und definiert.

In Kapitel drei wird die aktuelle Flucht- und Asylsituation weltweit sowie speziell in Deutschland mittels Fakten und Daten beschrieben.

Darauf folgt in Kapitel vier eine systematische Abhandlung der grundlegenden rechtlichen Rahmenbedingungen des Asylverfahrens. Zu den wichtigsten darzulegenden Punkten der gesetzlichen Vorgaben in Deutschland zählen hierbei der Ablauf des Asylverfahrens und die Unterbringung der Asylsuchenden nach dem Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) sowie deren Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Es werden also neben dem Verfahren auch die gesundheitsbezogenen Regelungen, wie die Grundleistungen und die Gesundheitsversorgung sowie die Lebensbedingungen, die sich aus den rechtlichen Rahmenbedingungen des Asylverfahrens ergeben, ausführlich dargelegt. Hierzu zählen unter anderem die Wohnverhältnisse in Massenunterkünften und die arbeitsrechtliche Situation.

In Kapitel fünf wird die theoretische Grundlage dieser gesundheitswissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Asylverfahren und der Bewertung des gesundheitlichen Risikos erläutert. Hierzu wurde das Modell der Gesundheitsdeterminanten von Dahlgren und Whitehead, das die Auswirkung von verschiedenen Einflussfaktoren auf die Gesundheit beschreibt, herangezogen (vgl. Hurrelmann & Richter 2015). Für die Anwendung des Modells wurden folgende Determinanten ausgewählt: das Wohnen in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften, das Arbeitsverbot und der nachrangige Arbeitsmarktzugang, die finanzielle Situation, die defizitäre Gesundheitsversorgung und individuelle Diskriminierungserfahrungen sowie mangelhafte Integration und die Dauer beziehungsweise Unsicherheit des Asylverfahrens als Determinanten ausgewählt. Um den Einfluss und die möglichen Auswirkungen dieser Determinanten bestimmen und somit das Gesundheitsrisiko des Asylverfahrens bewerten zu können, wurden wissenschaftliche Erkenntnisse und aktuelle Ergebnisse aus der Forschung zusammengetragen und auf die Situation der Asylsuchenden angewendet, um das Gesundheitsrisiko einschätzen zu können.

Abschließend werden in Kapitel sechs die Erkenntnisse der Ausarbeitung in einem Fazit zusammengefasst und die Beantwortung der Fragestellung vorgenommen. Im Anschluss an diese Bewertung des gesundheitlichen Risikos des Asylverfahrens werden

Lösungsansätze beziehungsweise Verbesserungsvorschläge, die die gesundheitlichen Risiken eliminieren beziehungsweise deren Wirkung verringern können, erarbeitet.

2 Migration und Flucht

Der Begriff Migration beschreibt sozialwissenschaftlich jegliche Form von Wanderungsbewegungen (vgl. Nuscheler 1995, S. 27). In dem Migrationsbericht 2013, der durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) erstellt und von dem Bundesministerium des Inneren (BMI) herausgegeben wird, wird darüber hinaus folgende differenzierte Begriffsdefinition von Migration verwendet:

Von Migration spricht man, wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt räumlich verlegt, von internationaler Migration, wenn dies über die Staatsgrenzen hinweg geschieht. (vgl. BMI 2015, S.10).

Es wird demnach zwischen zwei verschiedenen Formen von Migration unterschieden. So wird zunächst die Binnenmigration, die innerhalb eines Staates stattfindet und beispielsweise aus einer ländlichen Region in eine Stadt erfolgt, beschrieben (vgl. Angenendt 2009). Auch Wanderungen innerhalb der Europäischen Union (EU) werden zu dieser Migrationsform gezählt (vgl. Haase & Jugi 2008). Für die vorliegende Arbeit ist die Binnenmigration nicht von Bedeutung, da eine Einreise nach Deutschland für das Stellen eines Asylantrags notwendig ist (vgl. BAMF 2014, S. 13 f.). Vielmehr liegt das Hauptaugenmerk auf der zweiten Migrationsform, die in dem Migrationsbericht 2013 angeführt wird, der internationalen Migration, also der Wanderung über Staatsgrenzen hinweg (vgl. BMI 2015, S. 10).

An dieser Stelle sei anzumerken, dass die Dauer des Aufenthaltes bei der Definition von Migration eine Rolle spielt. So werden beispielsweise Pendelbewegungen und touristische Reisen nicht zu Migrationsbewegungen gezählt (vgl. Robert Koch Institut (RKI) 2008, S. 9).

Ein weiterer wichtiger Faktor bei der migrationssoziologischen Differenzierung des Migrationsbegriffes ist das Wanderungsmotiv. So unterscheidet man beispielsweise zwischen Arbeits- und Bildungsmigration, Ehegatten- und Familiennachzug, irregulärer Migration beziehungsweise illegaler Einwanderung sowie Fluchtmigration (vgl. Angenendt 2009).

Für die vorliegende Arbeit ist ausschließlich die Fluchtmigration von Bedeutung. Aus diesem Grund soll an dieser Stelle eine klare Definition dieser Migrationsform vorgenommen und die wichtigsten Aspekte dargelegt werden.

Bereits für den Begriff der Flucht existieren verschiedene Definitionen. Für die Thematik dieser Arbeit ist die Fluchtform von Bedeutung, die eine Wegbewegung von einer

Bedrohung über Staatsgrenzen hinaus beschreibt und somit eine Form der internationalen Migration darstellt (vgl. BMI 2015, S.10).

Faktoren, die diese Art des Abwanderns auslösen können, sind vielseitig, was eine differenzierte Beschreibung verlangt. So wird unter anderem zwischen der Flucht vor Krieg, der Flucht aus wirtschaftlicher Not, der Flucht vor Verfolgung aufgrund von bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen, oder der Flucht vor Naturkatastrophen unterschieden (vgl. Han 2000, S. 80). Folglich werden auch verschiedene Formen des Flüchtlingsbegriffs differenziert. Das Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge beziehungsweise die Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) aus dem Jahr 1951 nimmt eine Definition des Flüchtlingsbegriffes im Sinne des internationalen Flüchtlingsrechts vor und stellt somit die maßgebende Grundlage für die Gewährung von Asyl in vielen Staaten dar (vgl. Jastram & Achiron 2003, S. 12 ff.). Sie findet beispielsweise Verwendung im deutschen Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) und ist darüber hinaus Grundlage der Richtlinie 2011/95/EU¹ des europäischen Parlaments, welche unter anderem die Anerkennung von Flüchtlingen im europäischen Raum regelt (§ 3 Abs. 1 AsylVfG. und Art. 2 RL 2011/95/EU). Nach der GFK wird die Flüchtlingseigenschaft einer Person anerkannt, wenn diese

[...] aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will [...]. (Art. 1A Abs. 2 GFK).

Wird Flüchtlingen Asyl gewährt, handelt es sich dabei um Schutz, der dadurch zustande kommt, dass den Antragstellern erlaubt wird, sich in dem Land, in dem der Antrag gestellt wurde, aufzuhalten (vgl. Haase & Jugi, 2007).

Die thematische Zielgruppe dieser Arbeit sind allerdings nicht die anerkannten Flüchtlinge beziehungsweise Asylberechtigten, also Personen, denen Asyl bereits gewährt wurde und die eine Aufenthaltsgenehmigung erhalten haben, sondern Asylbewerberinnen und Asylbewerber, also Personen, die sich in Deutschland noch in einem Asylverfahren befinden und zunächst nur eine auf die Dauer des Verfahrens beschränkte und mit verschiedenen Auflagen und Einschränkungen, wie der gängigen Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften, verbundene Aufenthaltsgestattung erhalten (vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) 2014, S. 7).

¹ Volltitel: Richtlinie 2011/95/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 13. Dezember 2011 über Normen für die Anerkennung von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Personen mit internationalem Schutz, für einen einheitlichen Status für Flüchtlinge oder für Personen mit Anrecht auf subsidiären Schutz und für den Inhalt des zu gewährenden Schutzes

3 Aktuelle Zahlen zu Flucht und Asyl

Im folgenden Abschnitt der Arbeit werden wichtige aktuelle Zahlen und Daten zu Flucht und Asyl dargelegt und zusammengefasst.

3.1 Weltweit

Aus dem International Migration Report 2013 der Vereinten Nationen (UN²) geht hervor, dass im Jahr 2013 weltweit 232 Millionen Menschen im Ausland lebten und somit 3,2% der Weltbevölkerung als internationale Migrantinnen und Migranten zu bezeichnen sind (vgl. UN 2013, S. 1). Über die Hälfte (59%) dieser internationalen Migrantinnen und Migranten hält sich in Industriestaaten auf (vgl. UN 2013, S. 1). Mit 72,4 Millionen beherbergte Europa im Jahr 2013 vor Asien (70,8 Millionen internationale Migrantinnen und Migranten) und Nordamerika (53,1 Millionen internationale Migrantinnen und Migranten) die größte Anzahl internationaler Migrantinnen und Migranten (vgl. UN 2013, S. 1). Die drei Länder mit den weltweit höchsten Migrantenzahlen sind die USA (46 Millionen internationale Migrantinnen und Migranten), Russland (11 Millionen internationale Migrantinnen und Migranten) und Deutschland (10 Millionen internationale Migrantinnen und Migranten) (vgl. UN 2013, S. 5).

In die Gesamtzahl der internationalen Migrantinnen und Migranten sind die sogenannten vertriebenen Personen eingfasst. Der *Hohe Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen* (UNHCR³) zählte im Jahr 2014 weltweit 59,5 Millionen vertriebene Personen. Diese Anzahl wird wiederum durch den UNHCR in drei Unterkategorien aufgeteilt. So wird zwischen 19,5 Millionen Flüchtlingen, 38,2 Millionen Binnenflüchtlingen und 1,8 Millionen Asylbewerberinnen und Asylbewerbern unterschieden. Die Zahl der Flüchtlinge teilt sich wiederum in 14,4 Millionen Flüchtlinge im Sinne der GFK und 5,1 Millionen Palästinaflüchtlinge, die durch das *Hilfswerk der Vereinten Nationen für Palästinaflüchtlinge im Nahen Osten* (UNRWA⁴) anerkannt werden. Als die drei häufigsten Herkunftsstaaten der 14,4 Millionen Flüchtlinge listet der UNHCR Syrien (3,88 Millionen), Afghanistan (2,59 Millionen) und Somalia (1,11 Millionen). Nimmt man diese Zahlen zusammen, ergibt dies 7,58 Millionen⁵, was 53% und somit über die Hälfte aller Flüchtlinge weltweit ausmacht. Die Liste der Länder mit den höchsten Flüchtlingsaufnahmeraten wird von der Türkei (1,59 Millionen aufgenommene Flüchtlinge) Pakistan (1,51 Millionen aufgenommene Flüchtlinge) und dem Libanon (1,15 Millionen aufgenommene Flüchtlinge) angeführt. (vgl. UNHCR 2014, S. 2 f.)

² UN = United Nations

³ UNHCR = United Nations High Commissioner for Refugees

⁴ UNRWA = United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East

⁵ eigene Berechnung

3.2 Deutschland

Im Jahr 2014 wurden in Deutschland 202.834 Asylanträge gestellt, davon 173.072 als Erstanträge und 29.762 als Folgeanträge⁶ (vgl. BAMF 2015, S. 4). Die Hauptherkunftsländer der Erstanträge waren hierbei Syrien (39.332 Asylanträge), Serbien (17.172 Asylanträge) und Eritrea (13.198 Asylanträge) (vgl. BAMF 2015, S. 2).

Laut erster Prognosen des BAMF wird für 2015 mit einer Verdopplung dieser Zahl auf 450.000 Asylanträge gerechnet (vgl. Hirseland 2015, S. 21). Diese Verdopplung würde damit den bisherigen Höchstwert aus dem Jahr 1992 von 438.191 in Deutschland gestellten Asylanträgen als höchster Wert seit 1953 ablösen (vgl. BAMF 2015, S. 3). Bereits in dem Zeitraum von Januar 2015 bis April 2015 wurden 114.125 Asylanträge gestellt, was mehr als der Hälfte der im gesamten Jahr 2014 gestellten Anträge entspricht. Von diesen Anträgen waren 100.755 Anträge als Erstanträge gestellt, was einen Anstieg um 131,5% im Vergleich zu dem entsprechenden Zeitraum des Vorjahres bedeutet (Jan-April 2014: 43.519 gestellte Erstanträge) (vgl. BAMF 2015, S. 4). Auch bei der Anzahl der Folgeanträge konnte im Vergleich der Zeiträume Januar bis April der Jahre 2014 (6.261 gestellte Folgeanträge) und 2015 (13.370 gestellte Folgeanträge) ein deutlicher Anstieg um 113,5% verzeichnet werden. Insgesamt kann also festgestellt werden, dass in den genannten Vergleichszeiträumen eine Verdopplung um 129,3% (2014: 49.780 Asylanträge, 2015: 114.125 Asylanträge) der Antragszahlen stattgefunden hat (vgl. BAMF 2015, S. 4).

Im Jahr 2014 wurden zudem 128.911 Asylanträge bearbeitet. Das bedeutet, dass fast doppelt so viele Anträge gestellt wie bearbeitet worden sind. Hierbei wurden 45.330 Anträge formell entschieden, was einem Anteil von 35,2% an den Asylentscheidungen von 2014 entspricht (vgl. BAMF 2015, S. 9). Formelle Entscheidungen werden getroffen, wenn Asylanträge nicht weiter bearbeitet werden müssen, da beispielsweise ein anderer europäischer Staat für die Prüfung des Asylverfahrens zuständig ist oder ein Asylantrag zurückgenommen wird (vgl. BAMF 2014, S. 37). Die übrigen 83.581⁷ Entscheidungen über Asylanträge wurden als Sachentscheidungen getroffen (vgl. BAMF 2015, S. 9). Die Sachentscheidungen beinhalten zum einen die verschiedenen Schutzgewährungen als auch die Ablehnungen von Asylanträgen (vgl. BAMF 2015, S. 9). So wurden 2014 die Antragsteller von 2.285 Anträgen als Asylberechtigte nach Art. 16a GG und von 31.025

⁶ Stellen Asylsuchende gemäß § 71 Abs. 1 Satz 1 AsylVfG „nach Rücknahme oder unanfechtbarer Ablehnung eines früheren Asylantrags erneut einen Asylantrag (Folgeantrag), so ist ein weiteres Asylverfahren nur durchzuführen, wenn die Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 bis 3 des Verwaltungsverfahrensgesetzes vorliege[n] [...]“. Die Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 bis 3 VwVfG sind gegeben, wenn unter anderem neue Beweismittel vorliegen, sich die Rechtsgrundlage geändert hat und der Folgeantrag innerhalb von drei Monaten gestellt wird (§ 51 Abs. 1 bis 3 VwVfG).

⁷ eigene Berechnung

Anträgen als Flüchtlinge gemäß § 3 Abs. 1 AsylVfG anerkannt. Subsidiärer Schutz gemäß § 4 Abs. 1 AsylVfG wurde 5.174 Antragstellern gewährt und bei 2.079 Anträgen konnte ein Abschiebungsverbot gemäß § 60 Abs. 5 oder 7 AufenthG festgestellt werden (vgl. BAMF 2015, S. 1)⁸. Nimmt man die positiven Sachentscheidungen aus dem Jahr 2014 zusammen, ergibt dies eine Gesamtschutzquote von 31,5%, was 40.563 Schutzgewährungen entspricht und somit deutlich weniger als die Hälfte der bearbeiteten Anträge ausmacht (vgl. BAMF 2014, S. 6). Neben diesen positiven Sachentscheidungen wurden 2014 demnach 43.018 Anträge abgelehnt (vgl. BAMF 2015, S. 9).

Nimmt man also die formellen Entscheidungen und die Sachentscheidungen, die eine Ablehnung von Asylanträgen zur Folge hatten, zusammen, wurden im Jahr 2014 von 128.911 bearbeiteten Asylanträgen 88.348⁹ Anträge abgelehnt. Wie bereits beschrieben, lag die Gesamtschutzquote 2014 deutlich unter der Hälfte der Antragszahlen, die Ablehnungsquote betrug demnach 68,5%¹⁰.

Im Jahr 2014 betrug die durchschnittliche Verfahrensdauer 7,1 Monate. Für Asylsuchende aus Eritreer allerdings im Durchschnitt 10,1 Monate, aus Afghanistan 16,5 Monate und aus Pakistan sogar 17,6 Monate (vgl. Thränhardt 2015, S. 16).

4 Rechtliche Rahmenbedingungen für Asylbewerberinnen und Asylbewerber in Deutschland

Im folgenden Abschnitt der Arbeit sollen die rechtlichen Rahmenbedingungen für Asylbewerberinnen und Asylbewerber beschrieben und erläutert werden. Zunächst wird das Asylverfahren und dessen rechtliche Grundlage dargelegt. Anschließend werden gesundheitsbezogenen Regelungen und Leistungen thematisiert sowie die Lebensumstände während des Asylverfahrens beschrieben.

4.1 Das Asylverfahren nach dem Asylverfahrensgesetz (AsylVfG)

Die rechtliche Grundlage des deutschen Asylverfahrens stellen das Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) sowie das Grundgesetz (GG) und das Aufenthaltsgesetz (AufenthG) dar. Der rechtliche Ablauf des Asylverfahrens sowie die verschiedenen Formen der Schutzgewährung in Deutschland werden im folgenden Abschnitt der Arbeit detailliert dargelegt.

⁸ Die einzelnen Schutzformen werden im Kapitel 4.1.4 dieser Arbeit detailliert erläutert.

⁹ eigene Berechnung

¹⁰ eigene Berechnung

4.1.1 Antragstellung

Ein Asylwunsch kann bei der Einreise nach Deutschland bei der jeweiligen Grenzbehörde sowie im Inland bei jeder Erstaufnahmeeinrichtung und deutschen Behörde geäußert werden. Wird ein Asylwunsch bei einer Behörde ausgesprochen, leitet diese die Asylsuchenden an die nächstliegende Einrichtung weiter. Für die tatsächliche Bearbeitung des Antrags und die letztendliche Entscheidung über das Asylgesuch ist das BAMF verantwortlich. Bevor die Asylbegehrenden aber einen Asylantrag stellen können, erfolgt in der Erstaufnahmeeinrichtung, in der sich die Asylbewerberinnen und Asylbewerber melden, die sogenannte Erstverteilung. Das bedeutet, dass mit dem sogenannten EASY-System¹¹ ermittelt wird, welches Bundesland und welche Erstaufnahmeeinrichtung für die Aufnahme, Unterbringung und Versorgung der Antragstellerinnen und Antragsteller zuständig ist. Für die Ermittlung der Zuständigkeit sind die aktuellen Kapazitäten der jeweiligen Erstaufnahmeeinrichtungen, die Herkunftsländerzuständigkeit¹² sowie die verschiedenen Aufnahmequoten der Bundesländer ausschlaggebend. Diese Aufnahmequoten werden mittels des Königsteiner Schlüssels¹³ bestimmt und legen fest, wie viele Asylsuchende die jeweiligen Bundesländer aufnehmen müssen. Die drei Bundesländer mit den höchsten Aufnahmequoten sind im Jahr 2015 Nordrhein-Westfalen (21,24052%) Bayern (15,33048%) und Baden-Württemberg (12,97496%) (vgl. BAMF 2015).

Der eigentliche Asylantrag wird nach der Ankunft in der zuständigen Erstaufnahmeeinrichtung bei der entsprechenden Außenstelle des BAMF gestellt. Mittels persönlicher Daten der Antragsteller wird kontrolliert, ob der Asylantrag ein Erst-, Folge- oder Mehrfachantrag ist (vgl. BAMF 2014, S. 14). Darüber hinaus wird eine Überprüfung der zuvor gewonnenen Fingerabdrücke auf nationaler Ebene mittels des AFIS, des automatisierten Fingerabdruckidentifizierungssystems, und im Rahmen des Dublin-Verfahrens¹⁴ mit EURODAC, einer europäischen Fingerabdruckdatenbank, durchgeführt (vgl. BAMF 2014, S. 14 f.). Mit dieser Vorgehensweise soll unter anderem überprüft

¹¹ EASY = Erstverteilung von Asylbegehrenden

¹² Die Herkunftsländerzuständigkeit ist ein Kriterium der Erstverteilung. Sie besagt, dass bestimmte Außenstellen des BAMF für die Bearbeitung der Anträge von Asylsuchenden aus festgelegten Herkunftsstaaten zuständig sind (vgl. BAMF 2015).

¹³ Nach dem Königsteiner Schlüssel werden jährlich die Aufnahmequoten der jeweiligen Bundesländer bestimmt. Die Quoten ergeben sich zu zwei Drittel aus den Steuereinnahmen und zu einem Drittel aus der Bevölkerungszahl des jeweiligen Bundeslandes (vgl. Die Bundesregierung 2015).

¹⁴ Das Dublin-Verfahren ergibt sich aus der Dublin-III-Verordnung, die besagt, dass ein gestellter Asylantrag nur von einem Mitgliedsstaat, wozu die Staaten der Europäischen Union sowie Norwegen, Island, die Schweiz und Lichtenstein zählen, bearbeitet werden darf, und dient somit die Zuständigkeitsprüfung (vgl. BAMF 2014, S. 12). Sollte im Rahmen der Zuständigkeitsprüfung festgestellt werden, dass ein anderer Staat für die Bearbeitung des Asylantrags verantwortlich ist, wird ein Übernahmearbeit gestellt und die Antragstellerin beziehungsweise der Antragsteller an den zuständigen Staat übergeben (vgl. BAMF 2014, S. 13).

werden, ob ein anderer europäischer Staat für die Prüfung des Asylverfahrens zuständig ist (vgl. BAMF 2014, S. 8 ff.). Sollte das der Fall sein, wird „ein sogenanntes Übernahmemeersuchen an den betreffenden Mitgliedstaat“ (vgl. BAMF 2014, S. 13) gestellt. Ist kein anderer europäischer Staat für die Antragsprüfung zuständig, also fand die Einreise nicht über einen sicheren Drittstaat¹⁵ statt und handelt es sich bei dem Herkunftsland des Flüchtlings nicht um einen sicheren Herkunftsstaat¹⁶, wird der Asylantrag angenommen, eine Aufenthaltsgestattung, die für die Dauer des Asylverfahrens als Ausweisdokument dient, ausgestellt und das Datum der Anhörung der Asylbewerberinnen und Asylbewerber bestimmt (vgl. BAMF 2014, S. 7 ff.). Vonseiten des BAMF wird empfohlen, die Anhörung so bald wie möglich nach der Antragstellung durchzuführen, aber gleichzeitig wird auch darauf hingewiesen, dass es aufgrund von hohen Antragszahlen zu Wartezeiten von mehreren Wochen kommen kann (vgl. BAMF 2014, S. 16).

4.1.2 Anhörung

Die Anhörungen der Asylsuchenden werden von zugeteilten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des BAMF, den sogenannten Entscheidern, durchgeführt und von Dolmetscherinnen und Dolmetschern in die entsprechende Muttersprache übersetzt (vgl. BAMF 2014, S. 16). Rechtlich fußt die Anhörung auf den §§ 24 und 25 des Asylverfahrensgesetzes (AsylVfG) (vgl. BAMF 2014, S. 15). So besagt § 24 Abs. 1 Satz 3 AsylVfG, dass das BAMF verpflichtet ist, die Asylbewerberinnen und Asylbewerber persönlich anzuhören. Der § 25 Abs. 1 AsylVfG verlangt, dass die Asylbewerberinnen und Asylbewerber ihre Fluchtgründe darlegen, das bedeutet:

Der Ausländer muss selbst die Tatsachen vortragen, die seine Furcht vor Verfolgung oder die Gefahr eines ihm drohenden ernsthaften Schadens begründen, und die erforderlichen Angaben machen. Zu den erforderlichen Angaben gehören auch solche über Wohnsitze, Reisewege, Aufenthalte in anderen Staaten und darüber, ob bereits in anderen Staaten oder im Bundesgebiet ein Verfahren mit dem Ziel der Anerkennung als ausländischer Flüchtling, auf Zuerkennung internationalen Schutzes im Sinne des § 1 Absatz 1

¹⁵ Die Drittstaatenregelung ist in § 26a Abs. 1 AsylVfG festgemacht und besagt, dass Asylsuchende kein Anrecht auf Asyl haben, wenn sie aus einem sogenannten sicheren Drittstaat nach Deutschland eingereist sind. Zu den sicheren Drittstaaten zählen gemäß 26a Abs. 2 AsylVfG die Staaten der Europäischen Union sowie nach Anlage I zu § 26a AsylVfG Norwegen und die Schweiz.

¹⁶ Als sichere Herkunftsstaaten gelten Länder, in denen nach § 16a Abs. 3 Satz 1 GG „weder politische Verfolgung noch unmenschliche oder erniedrigende Bestrafung oder Behandlung stattfindet.“ Gemäß § 29a Abs. 1 AsylVfG werden Asylanträge von Asylsuchenden aus diesen Ländern abgelehnt. Zu den sicheren Herkunftsstaaten zählen gemäß 29a Abs. 2 AsylVfG die Staaten der Europäischen Union sowie nach Anlage II zu § 29a AsylVfG Bosnien und Herzegowina, Ghana, Mazedonien, Senegal und Serbien.

Nummer 2 oder ein Asylverfahren eingeleitet oder durchgeführt ist. (§25 Abs. 1 AsylVfG).

Haben die Asylbegehrenden die Gründe für ihr Asylgesuch dargelegt, haben die Entscheider die Möglichkeit, Fragen zu stellen, um beispielsweise weitere Informationen einzuholen oder Unklarheiten zu beseitigen (vgl. BAMF 2014, S. 17).

4.1.3 Entscheidungsfindung

An die Anhörung anschließend haben die Entscheider die Aufgabe, über das jeweilige Asylgesuch zu befinden (vgl. BAMF 2014, S. 17). Es werden alle Informationen zusammengefasst und in den Entscheidungsprozess mit einbezogen. Einen hohen Stellenwert hat dabei die persönliche Anhörung (vgl. BAMF 2014, S. 17). Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des BAMF stehen in ihrer jeweiligen Entscheidungsfindung verschiedene Orientierungshilfen, wie Dienstanweisungen, Arbeitsanleitungen oder Leitsätze, zur Verfügung (vgl. BAMF 2014). In der Regel ist aber das Schicksal der beziehungsweise des Einzelnen für die Entscheidung ausschlaggebend (vgl. BAMF 2014, S. 17).

4.1.4 Schutzgewährung von Flüchtlingen in Deutschland

In Deutschland gibt es verschiedene Formen der Schutzgewährung von Flüchtlingen. Hierzu zählen, wie bereits in dem vorangegangenen Kapitel 3.2 angeführt, die Asylberechtigung nach Art. 16a Abs. 1 GG, der Flüchtlingsschutz nach § 3 Abs. 1 AsylVfG, der subsidiäre Schutz nach § 4 Abs. 1 AsylVfG und das Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 5 und Abs. 7 AufenthG (vgl. BAMF 2014, S. 19 ff.).

Im Folgenden sollen die einzelnen Schutzformen detailliert beschrieben werden.

4.1.4.1 Zuerkennung des Flüchtlingsschutzes

Die Zuerkennung des Flüchtlingsschutzes ist in § 3 Abs. 1 AsylVfG rechtlich verankert und beruht, wie bereits beschrieben, auf der Definition des Flüchtlingbegriffes der GFK von 1951 (vgl. BAMF 2014, S. 18). Demnach ist ein Flüchtling ein Mensch, der aufgrund seiner „Rasse, Religion, Nationalität, politische[n] Überzeugung oder [...] Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe“ (§ 3 Abs. 1 AsylVfG) begründet Verfolgung fürchten und sich

[...] außerhalb des Landes (Herkunftsland) befindet, dessen Staatsangehörigkeit er besitzt und dessen Schutz er nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Furcht nicht in Anspruch nehmen will oder in dem er als Staatenloser seinen

vorherigen gewöhnlichen Aufenthalt hatte und in das er nicht zurückkehren kann oder wegen dieser Furcht nicht zurückkehren will. (§ 3 Abs. 1 AsylVfG)

Die Verfolgung kann dabei sowohl vom Staat oder von Organisationen, die das gesamte Staatsgebiet oder einen Großteil des Landes regieren¹⁷, als auch durch nichtstaatliche Gruppierungen ausgeübt werden, vorausgesetzt es kann oder wird keine Schutzgewährung vonseiten des Staates, den staatsähnlichen Akteuren oder internationalen Organisationen geleistet (vgl. BAMF 2014).

Als Verfolgung werden dabei laut § 3a Abs. 1 AsylVfG Handlungen anerkannt, deren Vollziehungen eine bedeutende Menschenrechtsverletzung zur Folge haben, sowie auch eine Häufung von verschiedenen Handlungen, die in ihrer Wirkung einer Verletzung der Menschenrechte im zuvor genannten Sinne entspricht (vgl. BAMF 2014).

Nach § 3a Abs. 2 AsylVfG gelten neben anderen folgende Handlungen als Verfolgung:

- 1. die Anwendung physischer oder psychischer Gewalt, einschließlich sexueller Gewalt,*
- 2. gesetzliche, administrative, polizeiliche oder justizielle Maßnahmen, die als solche diskriminierend sind oder in diskriminierender Weise angewandt werden,*
- 3. unverhältnismäßige oder diskriminierende Strafverfolgung oder Bestrafung,*
- 4. Verweigerung gerichtlichen Rechtsschutzes mit dem Ergebnis einer unverhältnismäßigen oder diskriminierenden Bestrafung,*
- 5. Strafverfolgung oder Bestrafung wegen Verweigerung des Militärdienstes in einem Konflikt, wenn der Militärdienst Verbrechen oder Handlungen umfassen würde, die unter die Ausschlussklauseln des § 3 Absatz 2 fallen,*
- 6. Handlungen, die an die Geschlechtszugehörigkeit anknüpfen oder gegen Kinder gerichtet sind. (§ 3a Abs. 2 AsylVfG).*

4.1.4.2 Anerkennung als Asylberechtigte beziehungsweise Asylberechtigter

Eine zweite Form der Schutzgewährung ist die Anerkennung der Flüchtlinge als politisch Verfolgte und die daraus resultierende Asylgewährung, die in Art. 16a Abs. 1 GG festgeschrieben ist (vgl. BAMF, 2012).

Als politisch verfolgt gelten Flüchtlinge, wenn ihnen in ihrer Heimat aufgrund ihrer „[...] Rasse, Nationalität, politischen Überzeugung, [oder] Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe [...]“ (vgl. BAMF 2014, S. 20) eine gravierende Menschenrechtsverletzung drohen wird (vgl. BAMF 2014, S. 20). Die Voraussetzung für die Anerkennung der politischen Verfolgung ist, dass diese vonseiten des Staates beziehungsweise von nichtstaatlichen Akteuren, die die Staatsmacht übernommen haben, ausgeht. Im zweiten Fall wird von einer quasistaatlichen Verfolgung gesprochen. (vgl. BAMF 2012)

¹⁷ sogenannte staatsähnliche Akteure (vgl. BAMF 2014)

Es muss sich also um staatliche beziehungsweise quasistaatliche Rechtsgutverletzungen¹⁸ handeln, die das Ziel haben, die verfolgten Personen aus der Gesellschaft auszuschließen und die dabei eine Verletzung der Menschenwürde verursachen sowie das übliche Maß der Verfolgung der Bevölkerung des jeweiligen Landes übersteigen (vgl. BAMF 2012).

Ähnlich wie im Fall der Anerkennung von Flüchtlingen nach der GFK wird durch Art. 16a Abs. 1 GG Binnen-, Wirtschafts- und Umweltflüchtlingen kein Schutz gewährt (vgl. BAMF 2012).

4.1.4.3 Zuerkennung des subsidiären Schutzes

Subsidiärer Schutz nach § 4 Abs. 1 AsylVfG kann von Asylsuchenden beantragt werden, wenn ihnen die Anerkennung als Flüchtlinge oder politische Verfolgte nicht erteilt werden kann (vgl. BAMF 2014). Damit subsidiärer Schutz gewährt werden kann, wird auf der Grundlage von § 4 Abs. 1 AsylVfG verlangt, dass die Antragstellerinnen oder Antragsteller plausible Gründe darlegen, die belegen, dass ihnen bei einer Rückkehr in das entsprechende Land ein ernsthafter Schaden droht (vgl. BAMF 2014). Nach § 4 Abs. 1 AsylVfG wird unter einem ernsthaften Schaden Folgendes verstanden:

- 1. die Verhängung oder Vollstreckung der Todesstrafe,*
- 2. Folter oder unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Bestrafung oder*
- 3. eine ernsthafte individuelle Bedrohung des Lebens oder der Unversehrtheit einer Zivilperson infolge willkürlicher Gewalt im Rahmen eines internationalen oder innerstaatlichen bewaffneten Konflikts. (§ 4 Abs. 1 AsylVfG).*

4.1.4.4 Feststellung von Abschiebungsverboten

Eine vierte Form der Schutzgewährung, die für Asylsuchende infrage kommt, ist das Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 5 und Abs. 7 AufenthG. Die Prüfung der Anwendbarkeit des Abschiebungsverbot wird erst durchgeführt, wenn keine der oben angeführten Schutzarten greift (vgl. BAMF 2014). Nach § 60 Abs. 5 AufenthG gilt das Abschiebungsverbot, wenn mit einer Abschiebung gegen die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) verstoßen wird (vgl. BAMF 2014, S. 21). Laut § 60 Abs. 7 AufenthG greift das Verbot, wenn den Asylsuchenden in ihrem Herkunftsland enorme Gefahr droht, worunter beispielsweise auch die Verschlechterung einer bestehenden Krankheit aufgrund von mangelnder medizinischer Versorgung in dem entsprechenden Land verstanden wird (vgl. BAMF 2014).

¹⁸ Nach deutschem Recht stellt eine Verletzung der Rechtsgüter Leben, Körper, Gesundheit, Freiheit oder Eigentum gemäß § 823 Abs. 1 BGB eine Rechtsgutverletzung dar.

4.1.4.5 Rechtliche Folgen der Schutzgewährungen für die Asylsuchenden

Mit der Gewährung der verschiedenen Schutzformen gehen für die Asylsuchenden unterschiedliche rechtliche Folgen einher.¹⁹ So wird den Asylsuchenden sowohl bei Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft gemäß der GFK als auch bei Anerkennung als Asylberechtigte eine Aufenthaltserlaubnis für drei Jahre erteilt. Unter anderem haben sie damit die Möglichkeit, die üblichen Sozialleistungen zu beziehen, genießen eine uneingeschränkte Arbeitserlaubnis und der Familiennachzug ist vereinfacht. Nach dem Ablauf der drei Jahre wird den anerkannten Flüchtlingen und Asylberechtigten eine Niederlassungserlaubnis²⁰ beziehungsweise ein unbefristeter Aufenthaltstitel gemäß § 9 AufenthG erteilt, sofern die zuvor erteilte Schutzgewährung nicht aufzuheben ist. (vgl. BAMF 2014, S. 44)

Wird subsidiärer Schutz gewährt, wird den Asylsuchenden eine einjährige Aufenthaltserlaubnis erteilt, deren Gültigkeit im Anschluss wiederholt verlängert und nach sieben Jahren durch eine unbefristete Niederlassungserlaubnis ersetzt werden kann. Subsidiär Geschützte haben ebenso die Möglichkeit, Sozialleistungen zu erhalten und genießen eine unbeschränkte Arbeitserlaubnis. Der Familiennachzug ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Der subsidiäre Schutz wird aufgehoben, wenn die Kriterien der Schutzgewährung nicht mehr gegeben sind. (vgl. BAMF 2014, S. 44 f.)

Greift das Abschiebungsverbot, so darf eine Abschiebung der Asylsuchenden in den Staat, für den das Abschiebungsverbot gilt, nicht vorgenommen werden und den Asylsuchenden wird eine einjährige Aufenthaltserlaubnis erteilt. Auch hier ist eine mehrmalige Verlängerung möglich, sofern die Bedingungen der Zuerkennung noch erfüllt werden. Die Zuerkennung einer Niederlassungserlaubnis kann in gleicher Weise wie im Fall des subsidiären Schutzes nach sieben Jahren erfolgen. Die Flüchtlinge, denen ein Abschiebungsverbot gewährt wurde, haben ebenso die Möglichkeit, Sozialleistungen zu beziehen, und verfügen über eine uneingeschränkte Arbeitserlaubnis. (vgl. BAMF 2014, S. 45)

4.1.5 Ablehnung von Asylanträgen

Erfüllen die Asylsuchenden keine der erforderlichen Kriterien, um eine der vier Schutzformen gewährt zu bekommen, hat dies zur Folge, dass jegliche Schutzgewährung abgelehnt wird und die betroffenen Personen ausgewiesen und falls notwendig abgeschoben werden (vgl. BAMF 2014, S. 45).

¹⁹ Eine tabellarische Veranschaulichung der verschiedenen Rechtsfolgen der Schutzgewährungen ist in Anhang 1 zu finden.

²⁰ Gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1 AufenthG handelt es sich bei einer Niederlassungserlaubnis um einen unbefristeten Aufenthaltstitel.

4.2 Gesundheitsbezogene Regelungen und Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Den Asylsuchenden stehen während des Asylverfahrens Leistungen zur Existenzsicherung sowie eine Gesundheitsversorgung zu, die in dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) gesetzlich verankert und geregelt sind. Die Leistungsberechtigung der Asylbewerberinnen und Asylbewerber ergibt sich aus der Gewährung der Aufenthaltsgestattung, die während des Asylverfahrens ausgestellt wird (§ 1 Abs. 1 AsylbLG). Die Voraussetzung für die Bewilligung der Leistungen ist, dass es den Asylsuchenden nicht möglich ist, sich durch ihr eigenes Einkommen oder Vermögen zu versorgen (vgl. Müller 2013, S. 24). Sollte genügend Einkommen oder Vermögen vorhanden sein, so wird nach § 7 Abs. 1 AsylbLG verlangt, dass dieses erst für die eigene Versorgung sowie für die Familienangehörigen, die im Haushalt leben, verwendet wird. Die Leistungen des AsylbLG werden demnach erst nach Verbrauch der eigenen materiellen Ressourcen gewährt (§ 7 Abs. 1 AsylbLG).²¹

Die aktuellste Änderung des am 01. November 1993 in Kraft getretenen AsylbLG wurde durch die Verabschiedung der AsylbLG-Novelle am 23. Dezember 2014 und dem Inkrafttreten am 01. März 2015 rechtskräftig (vgl. AsylbLG). Der Grund für die Novellierung des Gesetzes war das Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 18. Juli 2012, welches besagt, dass „[d]ie Höhe der Geldleistungen nach § 3 des Asylbewerberleistungsgesetzes [...] evident unzureichend [ist], weil sie seit 1993 nicht verändert worden ist.“ (vgl. BVerfG, 1 BvL 10/10, Leitsatz 1). Das BVerfG stützte seine Begründung rechtlich auf den Art. 1 Abs. 1 GG, welcher besagt, „[d]ie Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt [...]“ (Art. 1 Abs. 1 GG), sowie auf das Sozialstaatsprinzip, dass in Art. 20 Abs. 1 GG²² verankert ist. Die Verbindung dieser zwei Artikel des Grundgesetzes bildet laut einem Urteil des BVerfG vom 09. Februar 2010 die rechtliche Grundlage der Sicherung eines menschenwürdigen Existenzminimums, was sowohl das physische als auch das soziokulturelle Existenzminimum umfasst (vgl. BVerfG, 1 BvL 1/09, Absatz-Nr. 133 & 135). In dem Urteil vom 18. Juli 2012 legt das BVerfG fest, dass die Sicherung eines menschenwürdigen Existenzminimums durch den Art. 1 Abs. 1 GG als Menschenrecht fungiert und somit als „[...] Grundrecht deutschen und ausländischen Staatsangehörigen, die sich in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, gleichermaßen zu [steht].“ (vgl. 1 BvL 10/10, Absatz-Nr. 89). Das BVerfG verordnete somit der

²¹ Diese Arbeit konzentriert sich ausschließlich auf hilfsbedürftige Asylbewerberinnen und Asylbewerber, die Leistungen nach dem AsylbLG beziehen.

²² Gemäß Art. 20 Abs. 1 Satz 1 GG ist „[d]ie Bundesrepublik Deutschland [...] ein demokratischer und sozialer Bundesstaat.“

Bundesregierung, das Gesetz zu novellieren, die Geldleistungen neu zu ermitteln sowie dem aktuellen Preisniveau anzupassen, und hob die Leistungen für den Zeitraum bis zum Inkrafttreten der AsylbLG-Novelle auf das Niveau der Leistungen des Arbeitslosengeldes II (ALG II) nach dem *Zweiten Sozialgesetzbuch* (SGB II) beziehungsweise der Sozialhilfe nach dem *Zwölften Sozialgesetzbuch* (SGB XII) an (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2014, S. 2). Im Zuge der AsylbLG-Novellierung wurde darüber hinaus die sogenannte Wartefrist, die in § 2 Abs. 1 AsylbLG verankert ist, von 48 Monaten auf 15 Monate reduziert, wodurch Asylbewerberinnen und Asylbewerber nun der frühere Bezug von Leistungen nach SGB XII möglich ist (vgl. Die Bundesregierung 2014).

Im Folgenden sollen die Grundleistungen sowie die medizinische Versorgung, die den Asylbewerberinnen und Asylbewerber nach dem AsylbLG zu stehen, detailliert beschrieben werden.

4.2.1 Grundleistungen nach § 3 AsylbLG

Die Grundleistungen zur Sicherung eines menschenwürdigen Existenzminimums der Asylbewerberinnen und Asylbewerber sind, wie bereits beschrieben, in § 3 AsylbLG geregelt und werden in zwei Leistungsarten unterteilt. So stehen den Asylsuchenden zum einen monatliche Leistungen zu, die der Sicherung des physischen Existenzminimums dienen und somit den „[...] notwendige[n] Bedarf an Ernährung, Unterkunft, Heizung, Kleidung, Gesundheitspflege und Gebrauchs- und Verbrauchsgütern des Haushalts [...]“ (§ 3 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG) decken (vgl. Müller 2013, S. 24 f.). Zum anderen werden ihnen monatliche Leistungen gewährt, die der Deckung des soziokulturellen Existenzminimums beziehungsweise der „[...] persönlicher Bedürfnisse des täglichen Lebens (Bargeldbedarf) [...]“ (§ 3 Abs. 1 Satz 4 AsylbLG) dienen (vgl. Müller 2013, S. 24 f.). Wie das Zitat des § 3 Abs. 1 Satz 4 AsylbLG zeigt, handelt es sich bei den Leistungen zur Deckung des soziokulturellen Existenzminimums um den sogenannten Bargeldbedarf. Das bedeutet, dass allen leistungsberechtigten Asylbewerberinnen und Asylbewerber monatlich ein Bargeldbetrag ausgezahlt wird (vgl. Müller 2013, S. 24 f.). Bei den Leistungen zur Sicherung des physischen Existenzminimums ist die Art und Weise der Leistungsgewährung von dem Unterbringungsverhältnis der Asylbewerberinnen und Asylbewerber abhängig (vgl. Müller 2013, S. 24). Die Erstaufnahme erfolgt zumeist für alle Asylsuchende gleich, denn sie werden verpflichtend gemäß § 47 Abs. 1 Satz 1 AsylVfG „[...] bis zu sechs Wochen, längstens jedoch bis zu drei Monaten, in der für ihre Aufnahme zuständigen Aufnahmeeinrichtung [...]“ untergebracht. Reicht die Verfahrensdauer über drei Monate hinaus, sind als Anschlussunterbringung zwei unterschiedliche Formen möglich, die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften und

die dezentrale Unterbringung in Wohnungen (vgl. Müller 2013, S. 12)²³. Für die Bewohnerinnen und Bewohner einer Aufnahmeeinrichtung wird gemäß § 3 Abs. 1 AsylbLG die Sicherung des physischen Existenzminimums in Form von Sachleistungen²⁴ vorgegeben, für die Asylbewerberinnen und Asylbewerber, die in einer Anschlussunterbringung untergebracht sind, ist nach § 3 Abs. 2 AsylbLG wiederum das Auszahlen von Geldleistungen zur physischen Existenzsicherung rechtlich zu bevorzugen, aber die Möglichkeit offengehalten, diese durch Sachleistungen oder Wertgutscheine zu ersetzen. Der Entscheidungsspielraum hierfür liegt bei den Bundesländern (vgl. Müller/BAMF 2013, S. 24).

Gemäß § 2 Abs. 1 AsylbLG haben die Asylsuchenden nach 15 Monaten Anspruch auf die allgemeine Sozialhilfe, die im SGB XII geregelt ist.

Die aktuellen Leistungen zur Deckung des Bargeldbedarfes und des physischen Existenzminimums, die den Leistungsberechtigten seit dem 01. März 2015 mit der AsylbLG-Novellierung zustehen, sind der folgenden Tabelle (Tab. 1) zu entnehmen. Die Aktualisierung und Anpassung der Höhe der Beträge ist durch § 3 Abs. 4 AsylbLG geregelt. Die Beträge orientieren sich an den Regelsätzen des Arbeitslosengeld II (SGB II) beziehungsweise der Sozialhilfe (SGB XII) und werden gemäß § 3 Abs. 4 AsylbLG werden die Beträge jährlich an diese Regelsätze angepasst (vgl. BMAS 2014, S. 2)

²³ Genauere Informationen zu der Wohnsituation von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern folgt in Kapitel 4.3.1.

²⁴ Das Sachleistungsprinzip ergibt sich aus § 3 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG, der besagt, dass „[d]er notwendige Bedarf an Ernährung, Unterkunft, Heizung, Kleidung, Gesundheitspflege und Gebrauchs- und Verbrauchsgütern des Haushalts [...] bei einer Unterbringung in Aufnahmeeinrichtungen [...] durch Sachleistungen gedeckt [wird].“ Konkret bedeutet das, dass beispielsweise fertig zusammengestellte Pakete mit Nahrungsmitteln und Hygieneartikeln sowie Kleidung ausgegeben werden (vgl. Classen 2011, S. 13).

Stufen	Physisches Existenzminimum (§ 3 Abs. 2 Satz 2 AsylbLG)	Soziokulturelles Existenzminimum (§ 3 Abs. 1 Satz 5 AsylbLG)	Gesamtleistungen nach § 3 AsylbLG²⁵
Alleinstehende Leistungsberechtigte	212 Euro	140 Euro	352 Euro
Zwei Erwachsene Leistungsberechtigte, die als Partner einen gemeinsamen Haushalt führen	je 190 Euro	je 126 Euro	316 Euro
Weitere erwachsene Leistungsberechtigte ohne eigenen Haushalt	je 170 Euro	je 111 Euro	281 Euro
Sonstige jugendliche Leistungsberechtigte vom Beginn des 15. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres	194 Euro	83 Euro	277 Euro
Leistungsberechtigte Kinder von Beginn des siebten bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres	154 Euro	90 Euro	244 Euro
Leistungsberechtigte Kinder bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres	130 Euro	82 Euro	212 Euro

Tabelle 1: Grundleistungen für Asylbewerberinnen und Asylbewerber gemäß § 3 Abs. 1 und 2 AsylbLG (Stand 01.03.2015)²⁶ (Darstellung angelehnt an vgl. Müller 2013, S. 25)

4.2.2 Gesundheitsversorgung nach §§ 4 und 6 AsylbLG

Die Gesundheitsversorgung der Asylbewerberinnen und Asylbewerber während des Asylverfahrens ist in den §§ 4 und 6 AsylbLG verankert und wurde im Zuge der AsylbLG-Novellierung nicht verändert. Einzig aus der in Kapitel 4.2 beschriebenen Reduzierung der

²⁵ Eigene Berechnung der Gesamtbeträge

²⁶ Anzumerken ist, dass es sich bei den dargelegten Beträgen nur um Geldleistungen handelt. Sachleistungen, die während des Aufenthaltes in Aufnahmeeinrichtungen ausgegeben werden, sind nicht aufgeführt.

in § 2 Abs. 1 AsylbLG verankerten Wartefrist von 48 auf 15 Monate, die den Asylsuchenden den Zugang zu den Leistungen nach dem SGB XII gewährt, ergibt sich die frühere vollwertige Aufnahme in eine gesetzliche Krankenkasse gemäß § 264 Abs. 2 SGB V (vgl. BMAS 2014, S. 2).

Zudem werden durch die Schaffung des § 6a AsylbLG nun die Kosten für eine Notfallversorgung von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern durch Krankenhäuser oder Rettungsdienste von dem Leistungsträger übernommen und somit mögliche Unklarheit bei der Zuständigkeit der Leistungserstattung aufgehoben (vgl. Die Bundesregierung 2014).

Der § 4 AsylbLG beschränkt die medizinische und zahnmedizinische Hilfe auf die

[...] Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände [...] einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen [...] (§ 4 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG).

Darüber hinaus wird die vollständige Versorgung während der Schwangerschaft und der Geburt gewährleistet (§ 4 Abs. 2 AsylbLG).

Gemäß § 6 Abs. 1 AsylbLG wird der Leistungsspielraum ausgeweitet und es können „[...] [s]onstige Leistungen [...] gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich [sic!] [...] sind.“ (§ 6 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG).

Der § 6 AsylbLG weist also einen Interpretationsspielraum auf, der durch einen Ermessensspielraum ergänzt wird (vgl. Classen 2011, S. 43). So werden im § 6 AsylbLG die sonstigen Leistungen nicht weiter konkretisiert und nur die Möglichkeit der Gewährung bei unerlässlicher Notwendigkeit angeführt.

Auch in § 4 kann durch die Möglichkeit der Gewährung „[...] sonstiger [Mittel] zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen [...]“ (§ 4 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG) solch ein Ermessensspielraum festgestellt werden, da auch hier eine konkrete Eingrenzung der Mittel fehlt.

Die Entscheidung darüber, welche Mittel und Leistungen übernommen werden und ob die Kostenübernahme gewährt wird, liegt allerdings bei medizinisch ungeschulten Sacharbeitern des zuständigen Sozialamtes, wodurch es in der Praxis zu fehlerhaften Verwehrungen von notwendigen Leistungen kommen kann (vgl. Classen 2011, S. 42 f.).²⁷

Eine Alternative zur Gesundheitsversorgung nach dem AsylbLG ist das Bremer Modell, das bereits in Bremen und Hamburg praktiziert wird. Die beiden Stadtstaaten berufen sich

²⁷ Beispiele hierfür und eine kritische Auseinandersetzung mit dieser Art der Gesundheitsversorgung erfolgt in Kapitel 5.4 dieser Arbeit.

dabei auf den § 264 Abs. 1 SGB V, welcher eine sofortige Übernahme der Gesundheitsversorgung von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern durch Krankenkassen legitimiert (vgl. Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration Hamburg 2012). Zu diesem Zwecke wurden Verträge mit der AOK Bremen/Bremerhaven abgeschlossen, welche die Betreuung und Versorgung der Asylbewerberinnen und Asylbewerber übernimmt und die Kosten durch die Stadt erstattet bekommt (vgl. Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration Hamburg 2012). Somit werden die Asylsuchenden zu Mitgliedern der Krankenkassen, deren Leistungsspektrum allerdings weiterhin auf das Gewährungsniveau des AsylbLG beschränkt ist (vgl. Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration Hamburg 2012).

4.3 Lebensumstände von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern

Zusätzlich zu den Leistungen zur Sicherung eines menschenwürdigen Existenzminimums und der eingeschränkten Gesundheitsversorgung werden die Lebensumstände der Asylbewerberinnen und Asylbewerber in Deutschland durch weitere gesetzliche Regelungen geprägt und bestimmt. Im Folgenden sollen aus diesem Grund die Wohnsituation, die Arbeitssituation und die eingeschränkte Freizügigkeit (Residenzpflicht) der Asylsuchenden beschrieben werden.

4.3.1 Wohnsituation

Wie bereits in Kapitel 4.2.1 dieser Arbeit angeführt, gibt es in Deutschland vier grundlegende Formen der Unterbringung von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern: die Unterbringung in Aufnahmeeinrichtungen und die Gemeinschaftsunterkünfte, die dezentrale Unterbringung sowie die gesonderte Unterbringung von besonders schutzbedürftigen Asylsuchenden (vgl. Müller 2013, S. 12)²⁸. Die Aufnahmeeinrichtungen dienen der Erstaufnahme der Antragstellerinnen und Antragstellern, die verpflichtet sind, diese für die Dauer des Verfahrens beziehungsweise „[...] bis zu sechs Wochen, längstens jedoch bis zu drei Monaten [...]“ (§ 47 Abs. 1 AsylVfG) zu bewohnen (vgl. Müller 2013, S. 12). Eine Ausnahme hierbei gilt für besonders schutzbedürftige

²⁸ In vielen Bundesländern erfolgt eine spezielle Unterbringung für besonders schutzbedürftige Asylsuchende (vgl. Müller 2013, S. 22). In Art. 21 der *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* (RL 2013/33/EU) wird der schutzbedürftige Personenkreis festgelegt. So wird gemäß Art. 21 RL 2013/33/EU die Schutzbedürftigkeit anerkannt bei „Minderjährigen, unbegleiteten Minderjährigen, Behinderten, älteren Menschen, Schwangeren, Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern, Opfern des Menschenhandels, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wie z. B. Opfer der Verstümmelung weiblicher Genitalien.“

Antragstellerinnen und Antragsteller, die in gesonderten Unterküften untergebracht werden (vgl. Müller 2013, S. 13).

Sollte das Asylverfahren die maximale Bewohndauer der Aufnahmeeinrichtungen von drei Monaten übersteigen, greift die Anschlussunterbringung, die in Form von Gemeinschaftsunterkünften und der dezentralen Unterbringung realisiert wird. Durch den § 53 Abs. 1 AsylVfG wird rechtlich die Anschlussunterbringung in Gemeinschaftsunterkünften bevorzugt, die Entscheidung darüber liegt allerdings bei den Bundesländern (vgl. Müller 2013, S. 12). Der folgenden Tabelle (Tab. 2) kann hierzu entnommen werden, dass die Zahl der im Jahr 2013 in dezentralen Unterbringungen lebenden Personen die der in Gemeinschaftsunterkünften wohnenden übersteigt (vgl. Statistisches Bundesamt 2015, S. 5). Es sei an dieser Stelle allerdings anzumerken, dass es sich bei den Zahlen um alle Leistungsberechtigten nach AsylbLG handelt und somit nicht nur um Asylbewerberinnen und Asylbewerber.²⁹

Unterbringungsart	Leistungsberechtigte nach AsylbLG
Aufnahmeeinrichtung	26.140
Gemeinschaftsunterkunft	89.562
Dezentrale Unterbringung	109.291
Insgesamt	224.993

Tabelle 2: Leistungsberechtigte nach AsylbLG nach Unterbringungsart (Stand 31.12. 2013) (vgl. Statistisches Bundesamt 2015, S. 5)

4.3.2 Arbeitssituation

Den Asylsuchenden ist es gemäß § 61 Abs. 1 AsylVfG für drei Monate nach der Asylantragstellung nicht gestattet, eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen. Dauert das Asylverfahren über drei Monate an und wurde demnach noch keine Aufenthaltsgestattung gewährt, wird ein nachrangiger Arbeitsmarktzugang ermöglicht, indem die Antragstellerinnen und Antragsteller eine Arbeitserlaubnis erhalten, die mit einer sogenannten Vorrangprüfung verbunden ist (§ 61 Abs. 2 AsylVfG). Das bedeutet, dass ein Arbeitsplatz nur vergeben werden kann, wenn die Prüfung ergibt, dass keine arbeitssuchenden deutschen Staats- oder EU-Bürger vorrangig zu behandeln sind (vgl. BMI 2014). Die Vorrangprüfung gilt maximal bis zum 15. Monat des Asylverfahrens, und

²⁹ Gemäß § 1 Abs. 1 AsylbLG sind zudem geduldete und ausreisepflichtige Personen berechtigt, Leistungen nach dem AsylbLG zu empfangen.

falls die Verfahrensdauer 15 Monate übersteigt, ist eine Arbeitsaufnahme ohne Vorrangprüfung erlaubt (vgl. BMI 2014).³⁰

Während des Aufenthalts in einer Aufnahmeeinrichtung sind die Asylbewerberinnen und Asylbewerber, die „[a]rbeitsfähig[...] [...] [und] nicht mehr im schulpflichtigen Alter sind [...]“, gemäß § 5 AsylbLG dazu verpflichtet, zur Verfügung gestellte Tätigkeiten in den Aufnahmeeinrichtungen oder „[...] bei staatlichen, bei kommunalen und bei gemeinnützigen Trägern [...]“ auszuüben, die mit 1,05 Euro pro Stunde entlohnt werden (§ 5 AsylbLG).

4.3.3 Residenzpflicht

Die Residenzpflicht, also die Pflicht der Asylbewerberinnen und Asylbewerber sich in dem Zuständigkeitskreis der jeweiligen Ausländerbehörde aufzuhalten, gilt gemäß § 56 Abs. 1 AsylVfG für drei Monate nach der Antragsstellung und wird anschließend, wenn sich die Betroffenen durchgehend im Bundesgebiet aufgehalten haben, nach § 59a Abs. 1 AsylVfG aufgehoben. Sollte allerdings der Unterhalt nicht gesichert sein, kann eine Wohnsitzauflage erteilt werden, was bedeutet, dass sich der Wohnsitz der Asylsuchenden in dem Zuständigkeitskreis des jeweiligen Sozialamtes befinden muss, von dem sie Leistungen beziehen (vgl. Die Bundesregierung 2015).

5 Gesundheitsdeterminanten des Asylverfahrens und deren Auswirkungen auf die Asylbewerberinnen und Asylbewerber

Auf der Grundlage der beschriebenen rechtlichen Rahmenbedingungen soll folgend eine Bewertung der gesundheitlichen Risiken der jeweiligen Determinanten des Asylverfahrens vorgenommen werden. Hierzu wird auf wissenschaftliche Erkenntnisse sowie Ergebnisse aus aktuellen Studien zusammengefasst und auf die Situation der Asylsuchenden angewendet.

Die Gesundheit eines jeden Menschen wird durch eine Vielzahl von verschiedenen Faktoren beeinflusst, deren Wirkungen sowohl negativ als auch positiv sein können und die bis auf die Faktoren Alter, Geschlecht und genetische Veranlagungen größtenteils modifizierbar sind (vgl. Hurrelmann & Richter 2015). Gesundheitswissenschaftlich werden diese Faktoren häufig als Determinanten der Gesundheit bezeichnet (vgl. Blättner &

³⁰ Von der Vorrangprüfung kann abgesehen werden, wenn es sich bei den Asylsuchenden beispielsweise um Fachkräfte für sogenannte Engpass- beziehungsweise Mangelberufe handelt (vgl. Die Bundesregierung 2015).

Waller 2011, S. 89). Göran Dahlgren und Margret Whitehead haben dieses Phänomen 1991 mittels eines Schichtenmodells veranschaulicht und konkretisiert (siehe Abb. 1) (vgl. Bräunling et al. 2012, S. 7). Sie besetzten den Mittelpunkt des Modells mit den oben genannten nicht modifizierbaren Faktoren (vgl. Hurrelmann & Richter 2015). Darauf aufbauend werden vier Schichten angeführt, in denen die verschiedenen modifizierbaren Faktoren Einfluss auf die Gesundheit des Menschen haben (vgl. Hurrelmann & Richter 2015). Die erste Schicht des Modells von Dahlgren und Whitehead stellen dabei die individuellen Lebensweisen dar, die Verhaltensmuster inkludieren, die sowohl einen positiven als auch einen negativen Einfluss auf die Gesundheit haben können. Hierzu zählen beispielsweise das Ernährungsverhalten sowie der Konsum von Alkohol- und Tabakprodukten (vgl. Hurrelmann & Richter 2015). Die zweite Schicht beschreibt die soziale Umgebung eines Menschen, wozu unter anderem die Familie und der Freundeskreis gezählt werden (vgl. Bräunling et al. 2012, S. 7). So konnte unter anderem festgestellt werden, dass eine ausgeprägte Unterstützung durch das soziale Umfeld sowohl gesundheitsförderlich sein kann, als auch die Wirkungsweise von Risikofaktoren mildern könne (vgl. Hurrelmann & Richter 2015). Die dritte Schicht des Modells der Determinanten von Gesundheit stellen die Lebens- und Arbeitsbedingungen dar, wozu beispielsweise die Erwerbstätigkeit sowie die Arbeitslosigkeit zählen (vgl. Abb. 1). Der Faktor Erwerbstätigkeit kann gesundheitsförderliche wie auch -schädigende Wirkungen haben. So kann die Erwerbstätigkeit bei einem belastenden Arbeitsumfeld zu anerkannten Berufskrankheiten wie Lärmschwerhörigkeit führen (vgl. Blättner & Waller 2011, S. 101 f.). Handelt es sich aber bei der beruflichen Tätigkeit um „eine sozial anerkannte, persönlich sinnstiftende Arbeit [, stellt diese] eine wichtige Gesundheitsressource [dar] [...]“ (vgl. Blättner & Waller 2011, S. 90). Mit Arbeitslosigkeit wird gesundheitswissenschaftlich ausschließlich ein erhöhtes Gesundheitsrisiko in Verbindung gebracht (vgl. Blättner & Waller 2011, S. 90). Die vierte Schicht des Modells stellen die „[a]llgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt“ dar (vgl. Abb. 1).

Gesundheitswissenschaftlich werden die einzelnen Schichten des Modells selten vollkommen getrennt voneinander betrachtet, da Wechselwirkungen zwischen den Schichten stattfinden, wie zum Beispiel die Beeinflussung der individuellen Verhaltensweisen durch das soziale Umfeld (vgl. Bräunling et al. 2012, S. 7).

Da es sich bei den Determinanten der vier Schichten um modifizierbare Einflussfaktoren handelt, wird versucht diese präventiv beziehungsweise gesundheitsförderlich so zu beeinflussen, dass Gesundheitsressourcen gestärkt und -risiken verringert werden (vgl. Hurrelmann & Richter 2015). Bei dieser Beeinflussung sind zwei verschiedene Vorgehensweisen etabliert. So zielen verhaltensbezogene Veränderungsmaßnahmen

darauf ab, die individuelle Lebensweise so zu modifizieren, dass diese weniger gesundheitsschädigend beziehungsweise verstärkt gesundheitsfördernd wirken kann. Die verhältnisbezogene Vorgehensweise ist bemüht, die äußeren Umstände so zu verändern, dass die davon ausgehenden gesundheitlichen Risiken verringert und die Ressourcen gestärkt werden (vgl. Bräunling et al. 2012, S. 7).

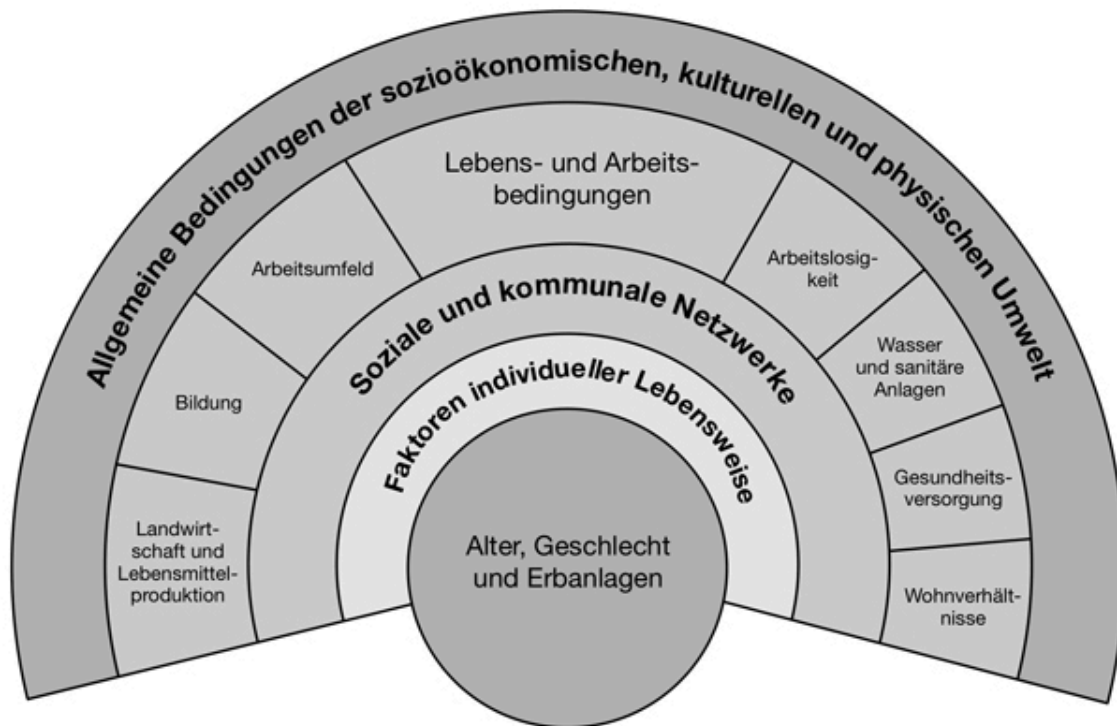


Abbildung 1: Die Determinanten der Gesundheit nach dem Modell von Dahlgren und Whitehead von 1991 (vgl. Hurrelmann & Richter 2015)

Die Asylbewerberinnen und Asylbewerber befinden sich während des Asylverfahrens in Deutschland in einer Sondersituation, der der Großteil der Bevölkerung in dieser Weise nicht ausgesetzt ist. Aus diesem Grund soll im Folgenden die Situation der Asylsuchenden aus der gesundheitswissenschaftlichen Perspektive betrachtet werden. Hierzu wird eine Auswahl von grundlegenden Gesundheitsdeterminanten, die durch die Regelungen und Vorschriften des Asylverfahrens entstehen, diskutiert sowie ihr Einfluss bewertet. Die Betrachtung wird sich dabei ausschließlich auf Faktoren der drei äußeren Schichten des Modells von Dahlgren und Whitehead konzentrieren. Es muss dabei bedacht werden, dass an dieser Stelle zwar entgegen der gängigen gesundheitswissenschaftlichen Praxis überwiegend eine isolierte Auseinandersetzung mit den verschiedenen Einflussfaktoren des Asylverfahrens vorgenommen wird, diese aber, wie bereits beschrieben, gemeinsam und wechselwirksam auf die Asylsuchenden wirken

und sich dadurch in ihrer Wirkungsweise beeinflussen können, was an einigen Stellen in der Arbeit aufgezeigt wird.

Zudem werden die individuellen Verhaltensweisen und die unbeeinflussbaren Faktoren (Alter, Geschlecht und genetische Veranlagung) bei dieser Betrachtung größtenteils ausgeklammert, da diese Arbeit primär um die Bewertung des Gesundheitsrisikos des Asylverfahrens handelt und die oben genannten Aspekte daher den thematisch gesteckten Rahmen sprengen würden. Dennoch soll an dieser Stelle ihre Wichtigkeit betont werden. Denn die nicht modifizierbaren Einflussfaktoren sind von Bedeutung, da durch sie die Wirkungen der Determinanten des Asylverfahrens bei den einzelnen Asylsuchenden individuell beeinflusst werden und sich die Folgen somit personenspezifisch voneinander unterscheiden beziehungsweise abweichen können (vgl. Blättner & Waller 2011, S. 89 f.). So können beispielsweise eine Gesundheitsbelastung in einem höheren Alter eine stärkere gesundheitsschädigende Wirkung haben als bei jüngeren Personen und negative Einflussfaktoren bei Männern anders wirken als bei Frauen.

Zusätzlich darf nicht außer Acht gelassen werden, dass es sich bei Asylbewerberinnen und Asylbewerbern häufig um Flüchtlinge handelt, die aus extremen Lebenssituationen geflohen sind und oft traumatisierende Erfahrung gemacht haben (vgl. RKI 2008, S. 59). Somit kann eine negative Wechselwirkung zwischen den Fluchterfahrungen und den Determinanten des Asylverfahrens vermutet werden.

In den folgenden Abschnitten werden diese Faktoren allerdings aufgrund des begrenzten Rahmens dieser Arbeit und der Schwierigkeit, diesbezüglich auf solide Erhebungen zurückgreifen zu können, lediglich am Rande thematisiert. Das heißt, die Konzentration gilt hauptsächlich den Determinanten des Asylverfahrens, um im Anschluss Handlungsempfehlungen aufzeigen zu können, welche die möglichen gesundheitsschädigenden Wirkungen reduzieren können.

Im Folgenden werden das Wohnen in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften, das Arbeitsverbot und der nachrangige Arbeitsmarktzugang, die finanzielle Situation, die defizitäre Gesundheitsversorgung und individuelle Diskriminierungserfahrungen sowie mangelhafte Integration und die Dauer beziehungsweise Unsicherheit des Asylverfahrens aus der gesundheitswissenschaftlichen Perspektive untersucht.

5.1 Wohnen in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften

Um das Gesundheitsrisiko der Wohnverhältnisse von Asylsuchenden in Gemeinschaftsunterkünften bewerten zu können, sollen an dieser Stelle zunächst allgemeine Erkenntnisse zur Wohngesundheit dargelegt werden und diese anschließend auf die Situation der Asylbewerberinnen und Asylbewerber angewendet werden.

So ergibt sich laut Blättner und Waller (2011) die allgemeine gesundheitliche Relevanz der jeweiligen Wohnverhältnisse daraus, dass sie „[...] in vielfacher Hinsicht eine herausgehobene Bedeutung für das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden [haben].“ (vgl. Blättner & Waller 2011, S. 104). Das bedeutet, dass gute Wohnverhältnisse als eine Gesundheitsressource fungieren, wohingegen von schlechten Wohnumständen ein Gesundheitsrisiko ausgeht. Aus diesem Grund sollten

Wohnungen [...] ausreichend Platz für die Bewohner [und Bewohnerinnen] bieten, gut ausgestattet (Bad, WC, Heizung, Balkon oder Garten), hell und trocken sowie ruhig gelegen sein. Sie sollten sich in einer angenehmen und sicheren Umgebung [...] befinden. (vgl. Blättner & Waller 2011, S. 104 f.).

Die LARES-Studie³¹ der World Health Organization (WHO), die von 2002 bis 2003 in acht verschiedenen europäischen Städten durchgeführt wurde, verfolgte das Ziel, diesen beschriebenen Zusammenhang zwischen dem Wohnverhältnis und dem Gesundheitszustand genauer zu untersuchen und entscheidende Einflussfaktoren des Wohnens und deren gesundheitlichen Folgen in Europa zu identifizieren, um zukünftig Risiken vermeiden beziehungsweise abbauen und Ressourcen stärken zu können (vgl. WHO 2007, S. 1). Die Studienpopulation umfasste 8519 Bewohnerinnen und Bewohner von 3373 Wohnungen (vgl. WHO 2007, S. 4).

Mittels der Ergebnisse der LARES-Studie konnte festgestellt werden, dass der beschriebene Zusammenhang zwischen den Wohnverhältnissen und dem Gesundheitszustand der Bewohnerinnen und Bewohnern zwar in allen sozialen Schichten besteht, aber dass Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status stärker davon betroffen sind (vgl. WHO 2007, S. 36 f.). Des Weiteren wurden verschiedene Faktoren ausgemacht, die eine gesundheitsschädigende Wirkung auf Bewohnerinnen und Bewohner haben können. Dazu zählt beispielsweise schlechtes Raumklima, das Bluthochdruck, verschiedene Allergien oder Asthma verursachen kann, und ein Mangel an Tageslicht, der das Risiko erhöht, an einer Depression oder Angststörung zu erkranken (vgl. WHO 2007, S. 22). Schimmel und Feuchtigkeit in Wohnungen können ebenfalls zu Asthma, Angststörungen und Depression sowie unter anderem zu Migräne,

³¹ LARES = Large analysis and review of European housing and health status

Arthritis und Durchfall führen (vgl. WHO 2007, S. 24). Auch der Faktor Lärm, der häufig durch Kraftfahrzeuge, Flugverkehr und lärmende Nachbarn verursacht wird, sowie der damit einhergehende gestörte Schlaf konnte durch die LARES-Studie als ein bedeutendes Gesundheitsrisiko identifiziert werden. Gesundheitliche Folgen können hier ebenso Depressionen, Bluthochdruck und Migräne sowie unter anderem Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre sein (vgl. WHO 2007, S. 27). Die fehlende Möglichkeit des Rückzugs beziehungsweise des Alleinseins in der eigenen Wohnung konnte ebenfalls als ein Risiko für die Entstehung von Depressionen ausgemacht werden (vgl. WHO 2007, S. 20).

Auf der Grundlage der Ergebnisse der LARES-Studie konnte demnach eindeutig nachgewiesen werden, dass von schlechten Wohnverhältnissen eine gesundheitsschädigende Wirkung ausgeht.

Asylbewerberinnen und Asylbewerber werden, wie bereits in Kapitel 4.3.1 beschrieben, in vier möglichen Wohnformen untergebracht: in den Erstaufnahmeeinrichtungen, während der Anschlussunterbringungen in Gemeinschaftsunterkünften und in dezentralen Wohnungen sowie in speziellen Unterkünften bei besonderer Schutzbedürftigkeit.

In der öffentlichen Debatte werden von vielen Seiten die Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünfte als Wohnform kritisiert sowie deren Abschaffung gefordert und die Unterbringung in dezentralen Wohnungen als menschenwürdige Alternative favorisiert (vgl. Müller 2013, S. 28). Aus diesem Grund soll das Hauptaugenmerk der folgenden kritischen Auseinandersetzung auf die Wohnverhältnisse in den Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften und den daraus resultierenden Gesundheitsrisiken gelegt werden.

Im AsylVfG werden keine allgemeingültigen Standards für die Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünfte angeführt, was bedeutet, dass diese Zuständigkeit den Bundesländern überlassen wird, welche die Aufgabe der Bereitstellung der Unterkünfte wiederum häufig an die Kommunen übertragen (vgl. Cremer 2014, S. 6 ff.). Aus diesem Handlungsspielraum heraus haben neun der 16 Bundesländer bindende Mindeststandards für die Unterbringung von Asylsuchenden eingeführt, die übrigen Bundesländer hingegen nicht (vgl. Wendel 2014, S. 37).

Der Umfang und die Differenziertheit der Mindeststandards variieren zwischen den jeweiligen Ländern. Häufig werden aber bindende Richtlinien zur Lage der Einrichtung und zu Mindestwohnflächen pro Person gemacht (vgl. Müller 2013, S. 26).

So beträgt beispielsweise in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen die Mindestwohnfläche pro Bewohnerin beziehungsweise Bewohner 6 m², in Baden-Württemberg zurzeit noch 4,5 m², die ab

dem 01. Januar 2016 wie bereits in Bayern und Sachsen-Anhalt auf 7 m² erhöht werden (vgl. Wendel 2014, S. 41 ff.). Es handelt sich hierbei also um sehr beengte Mindestwohnflächen. Das zeigt sich besonders, wenn man den Vergleich zur durchschnittlichen Wohnfläche eines deutschen Staatsbürgers herstellt, die laut dem Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) 45 m² beträgt (vgl. BiB 2013).

Hinzu kommt, dass nur in fünf Bundesländern Vorgaben zur maximalen Bewohnerzahl pro Raum gemacht werden. Hierzu zählen Bayern (nicht mehr als vier beziehungsweise maximal sechs Bewohner/Raum), Brandenburg (maximal vier Bewohner/Raum), Mecklenburg-Vorpommern (maximal sechs Bewohner/Raum), Sachsen (maximal fünf Bewohner/Raum) und Sachsen-Anhalt (maximal vier Bewohner/Raum). Aufgrund der fehlenden Mindeststandards ergibt sich in den übrigen Bundesländern ein weiter Handlungsspielraum bei der jeweiligen Raumbelugung (vgl. Wendel 2014, S. 41 ff.). Darüber hinaus existieren nur in zwei Bundesländern verpflichtende Regelungen zur maximalen Gesamtkapazität der Unterkünfte, so liegt diese in Sachsen-Anhalt bei 150 und in Schleswig-Holstein bei 100 Bewohnerinnen und Bewohner pro Einrichtung (vgl. Wendel 2014, S. 45). In den übrigen Bundesländern tut sich bezüglich der Gesamtbelegungskapazität also auch hier ein ausgedehnter Handlungsspielraum auf.

Da also in vielen Bundesländern keine derartigen Mindeststandards für die Unterbringung von Asylsuchenden in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften existieren, besteht das Potenzial zur Entstehung von noch ungünstigeren Wohnverhältnissen.

Wendet man die zuvor beschriebenen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den allgemeinen gesundheitlichen Risikofaktoren von ungünstigen Wohnverhältnissen auf die Sondersituation der Asylsuchenden an, kann man zu folgenden Schlussfolgerungen kommen:

Die beengten Wohnverhältnisse von beispielsweise 6 m² pro Person bei einer Raumbelugung von bis zu 6 Bewohnern, wie es in Mecklenburg-Vorpommern möglich ist, stellen ein deutliches Gesundheitsrisiko dar. Denn bei derartigen begrenzten Wohnflächen ist anzunehmen, dass die notwendige Privatsphäre und die damit verbundene Rückzugsmöglichkeit für die Bewohnerinnen und Bewohner kaum entstehen können, das heißt, dass ein gesundheitsförderndes Alleinsein zu selten möglich ist und somit das Risiko, an einer Depression zu erkranken, erhöht ist. Hinzu kommt, dass „[d]ie beengten Verhältnisse in den Unterkünften [...] zusätzlich zu den psychischen Problemen, die viele Asylbewerber auf Grund ihrer Fluchtgeschichte mitbringen [, diesbezüglich wirksam sind].“ (vgl. Thränhardt 2015, S. 19) Von den eingeschränkten Wohnverhältnissen geht also eine bedeutende psychische Belastung aus, die sich in einer depressiven Erkrankung äußern kann und darüber hinaus bestehende psychische Probleme aufgrund von traumatischen Erlebnissen verstärkt.

Ein weiterer gesundheitsschädigender Einflussfaktor, dessen Entstehung bei einer Unterbringung von vielen Personen auf engem Raum angenommen werden kann, ist der Faktor Lärm. Denn wie bereits beschrieben, stellen Nachbarn häufig eine entscheidende Lärmquelle dar. Es kann also davon ausgegangen werden, dass aufgrund der außergewöhnlich engen Wohnverhältnisse und der dichten Raumbelugung die gesundheitliche Belastung durch Lärm steigt, Schlafstörungen die Folgen sein können und demnach das Risiko, lärmbedingte Erkrankungen zu erleiden, erhöht ist.

Zudem konnte festgestellt werden, dass die Mischung von Bewohnerinnen und Bewohnern mit verschiedenen kulturellen Hintergründen für das Entstehen einer Gemeinschaft eher hinderlich ist und ein erhöhtes Konfliktpotenzial darstellt (vgl. Wendel 2014, S. 11). Zudem ergibt sich aus den beengten Wohnverhältnissen und der heterogenen Mischung von Bewohnerinnen und Bewohnern besonders für Frauen das Risiko, sexuellen Belästigungen ausgesetzt zu sein (vgl. Cremer 2014, S. 7).

Zusätzlich findet durch die Unterbringung in größeren Gemeinschaftsunterkünften eine Isolation von der Mehrheitsgesellschaft statt, was eine erfolgreiche Integration verhindert (vgl. Thränhardt 2015, S. 25). Der Aufbau eines notwendigen gesundheitsfördernden sozialen Umfelds sowohl in der Gemeinschaftsunterkunft als auch in der Gesellschaft wird somit erschwert und dadurch der Zugang zu einer wichtigen Gesundheitsressource verbaut. Soziale Netzwerke und die damit einhergehende soziale Unterstützung wirken insofern als Gesundheitsressource, als dass sie „[z]um einen [...] krankheitsabschirmend und hilfreich bei der Bewältigung von Belastungen [sind]. Zum anderen wirken soziale Netze aber auch direkt auf das Wohlbefinden – also gesundheitsfördernd.“ (vgl. Blättner & Waller 2011, S. 153) ³²

Es kann also aufgrund der beschriebenen Faktoren davon ausgegangen werden, dass Asylsuchende während ihres Aufenthaltes in einer Aufnahmeeinrichtung oder einer Gemeinschaftsunterkunft einem deutlich erhöhten gesundheitlichen Risiko ausgesetzt sind.

Ob weitere typische gesundheitliche Risikofaktoren des Wohnens wie beispielsweise Schimmel, eine ungenügende bauliche Isolation oder eine mangelhafte Tageslichtzufuhr in den verschiedenen Unterkünften vorhanden sind, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht festgestellt werden. Hierfür wäre eine bundesweite Bestandsaufnahme notwendig.

³² Mehr zu der gesundheitlichen Bedeutung von sozialen Netzwerken für Asylsuchende findet sich in Kapitel 5.6.

5.2 Arbeitsverbot und eingeschränkter Arbeitsmarktzugang

Wie bereits in Kapitel 5 angeführt, wird mit Arbeitslosigkeit ein erhöhtes gesundheitliches Risiko assoziiert (vgl. Blättner & Waller 2011, S. 90). So konnte durch verschiedene Studien festgestellt werden, dass ein instabiler Gesundheitszustand eher mit Arbeitslosigkeit als mit Berufstätigkeit einhergeht, Erwerbslose öfter krank sind als gleichaltrige Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und zudem einem erhöhten Mortalitätsrisiko ausgesetzt sind (vgl. RKI GBE 2012, S. 1 ff.).

Belegt ist, dass Erwerbstätigkeit verschiedene Effekte hat, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken können. So schafft eine Berufstätigkeit beispielsweise eine Alltagsstruktur und ermöglicht die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, sie bietet Perspektiven, stellt eine sinnstiftende Aufgabe dar, baut ein soziales Umfeld auf und führt zu einer gewissen finanziellen Unabhängigkeit, die es ermöglicht, das Leben frei und selbständig zu gestalten (vgl. Frese 2008, S. 22). Mit dem Eintritt von Erwerbslosigkeit fallen diese positiven Effekte weg. Das bedeutet, dass soziale Kontakte wegbrechen, die finanziellen Mittel zumeist beschränkt werden, ein Beschäftigungs- und Strukturverlust eintritt und ein Ansehensverlust stattfindet (vgl. RKI 2012, S. 1). Die Abwesenheit der positiven Funktionen von Arbeit und die mit dem Verlust der Erwerbstätigkeit eintretenden negativen Effekte können gesundheitliche Belastungen darstellen (vgl. RKI 2012, S. 1). Der negative Einfluss dieser gesundheitlichen Belastungen kann zu einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit der Betroffenen führen (vgl. Mohr & Richter 2008, S. 26). Dieser Beeinträchtigung der Psyche kann zu psychosozialen Stress folgen, welcher wiederum die Entstehung von Krankheiten begünstigt (vgl. RKI 2012, S. 1). Erwiesen ist beispielsweise, dass Erwerbslosen häufiger unter psychischen Beeinträchtigungen, wie Depressionen und Angststörungen, leiden (vgl. RKI 2012, S. 1). Darüber hinaus können psychosomatische Beschwerden als Stressreaktion auftreten, die sich unter anderem in Form von Schmerzen, wie Kopf- und Rückenschmerzen, oder einer Steigerung des Herzinfarkt- oder Schlaganfallrisikos manifestieren können (vgl. Frese 2008, S. 23). Zudem kann Stress zu einer Schwächung des Immunsystems führen, was infektiöse Erkrankungen zur Folge haben kann (vgl. Frese 2008, S.23). Allgemein konnte festgestellt werden, dass, wie oben bereits angemerkt, die Morbidität bei Arbeitslosen, also die Erkrankungsrate, im Vergleich zu Erwerbstätigen deutlich höher ist. So ergab der Gesundheitsreport 2014 der Betriebskrankenkassen (BKK), dass im Jahr 2013 die arbeitslosen Versicherten ³³ mit durchschnittlich 27,1 Tagen merklich häufiger

³³ In der angeführten Anzahl sind Fehltage von ALG-II-Empfängern nicht inkludiert (vgl. Knieps & Pfaff 2014, S. 46).

arbeitsunfähig waren als die erwerbstätigen Pflichtversicherten mit 17,6 Tagen (vgl. Knieps & Pfaff 2014, S. 46).

Neben der Arbeitslosigkeit werden auch sogenannte prekäre Beschäftigungen, also Arbeitsverhältnisse, die sich beispielsweise durch Befristung und den Wegfall der Sozialversicherungspflicht sowie niedrige Entlohnung auszeichnen und somit durch eine grundlegende Unsicherheit gekennzeichnet sind, vom Robert Koch-Institut (RKI) mit einem Gesundheitsrisiko verbunden (vgl. RKI 2012, S. 2). Das RKI beschreibt, dass die subjektive Wahrnehmung der Unsicherheit des Arbeitsverhältnisses ebenfalls eine Quelle für Stress sein kann, der einen ähnlichen gesundheitsschädigenden Effekt wie Stress durch Arbeitslosigkeit haben kann (vgl. RKI 2012, S. 2).

Es kann also festgehalten werden, dass sowohl Arbeitslosigkeit als auch prekäre Beschäftigungsverhältnisse gesundheitsschädigend wirken können und es in der Folge zu Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit kommen kann, die mit physischen beziehungsweise psychosomatischen Symptomen einhergehen können.

Bezieht man die beschriebenen wissenschaftlichen Erkenntnisse auf die Situation der Asylbewerberinnen und Asylbewerber, so kann angenommen werden, dass diese durch die gesetzlich geregelte Arbeitssituation während des Asylverfahrens einem erhöhten gesundheitlichen Risiko ausgesetzt sind. Wie bereits in Kapitel 4.3.2 dieser Arbeit beschrieben, unterliegen die Asylsuchenden, bis auf wenige Ausnahmen, für die ersten drei Monaten des Verfahrens einem vollständigen Arbeitsverbot. In diesem Zeitraum sind sie also ähnlichen Belastungen ausgesetzt wie arbeitslose Bürger. Das bedeutet, dass sie, es sei denn, sie verfügen über ein ausreichendes Vermögen, mit den begrenzten finanziellen Mitteln des AsylbLG auskommen müssen und von den positiven Effekten einer Erwerbstätigkeit, wie dem Aufbau von sozialen Kontakten, der Schaffung einer Alltagsstruktur und dem Ausüben einer sinnvollen Tätigkeit, nicht nutzen können. Das Arbeitsverbot innerhalb der ersten drei Monate des Asylverfahrens muss demnach als eine gesundheitliche Belastung eingestuft werden, die wiederum, ähnlich wie bei anderen Arbeitslosen, psychosozialen Stress verursachen und somit die oben genannten gesundheitlichen Folgen und Erkrankungen mitbedingen kann.

Sollte das Asylverfahren eine Dauer von drei Monaten überschreiten, was bei der beschriebenen durchschnittlichen Verfahrensdauer von 7,1 Monaten im Jahr 2014 nicht unüblich wäre, greift bis zum fünfzehnten Monat des Verfahrens die Vorrangprüfung. Gemäß der Vorrangprüfung können, wie oben bereits angemerkt, können die Asylbewerberinnen und Asylbewerber nur eine Berufstätigkeit ausüben, für die keine arbeitssuchenden Bürgerinnen und Bürger Deutschlands oder der EU infrage kommen. Die Arbeitssuche der Asylsuchenden wird also durch eine weitere Hürde erschwert. Dabei muss bedacht werden, dass darüber hinaus Faktoren, wie zum Beispiel fehlende

Sprachkenntnisse, die Suche nach einer Arbeitsstelle generell behindern (vgl. Thränhardt 2015, S. 22). Diese Faktoren könnten demnach dazu führen, dass die Arbeitslosigkeit auch unabhängig von der Vorrangprüfung länger als drei Monate andauert und somit die dadurch bedingte Gesundheitsbelastung länger wirkt. Darüber hinaus stellt sich die Frage, welche Arten von Tätigkeiten es sind, die nachrangig an Asylsuchende vergeben werden. Thränhardt (2015) verweist hierzu in der Studie zur *Arbeitsintegration von Flüchtlingen* auf die Ergebnisse einer Befragung der Bundesagentur für Arbeit zur *Arbeitsfähigkeit von Migrantinnen* und auf Erkenntnisse der Härtefallkommissionen³⁴, die besagen, dass, wenn Asylbewerberinnen und Asylbewerber Anstellungen finden, diese zumeist niedrig entlohnt werden und unterhalb ihrer eigentlichen beruflichen Qualifikation liegen (vgl. Thränhardt 2015, S. 23 f.). Dass es sich dabei also um sinnstiftende, erfüllende und gut bezahlte Tätigkeiten handelt, die somit als Gesundheitsressource fungieren könnten, scheint eher unwahrscheinlich. Es lässt sich demnach die Vermutung äußern, dass es sich hierbei häufig um prekäre und somit gesundheitsschädigende Beschäftigungsverhältnisse handelt.

Es kann also festgestellt werden, dass Asylsuchende während des dreimonatigen Arbeitsverbots einem erhöhten Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind und die Möglichkeit gegeben ist, dass dieses während der anschließenden Vorrangprüfung fortbesteht.

5.3 Finanzielle Situation

Die Leistungen des AsylbLG ermöglichen seit dem Inkrafttreten der AsylbLG-Novelle am 01. März 2015 und der dadurch angehobenen Geldbeträge die Sicherung eines menschenwürdigen Existenzminimums und auch das Sachleistungsprinzip findet größtenteils nur noch während der Erstaufnahme Verwendung (vgl. Kapitel 4.2).

So kann die finanzielle Situation der Asylbewerberinnen und Asylbewerber, so lange sie dem gesetzlichen Arbeitsverbot unterliegen und aufgrund der anschließenden erschwerten Arbeitsplatzsuche, die durch den nachrangigen Arbeitsmarktzugang beeinträchtigt wird, mit der von Empfängern von Arbeitslosengeld II (ALG II)³⁵ verglichen werden. Denn wie beschrieben, entsprechen die Grundleistungen des AsylbLG seit Novellierung des Gesetzes der Höhe des ALG II (vgl. Kapitel 4.2.1). Das bedeutet, dass in diesem Kapitel der Arbeit auf Erkenntnisse zur gesundheitlichen Auswirkung der durch

³⁴ Rechtsgrundlage der Härtefallkommissionen ist der § 23a AufenthG, nach dem diese Härtefallanträge auf eine Aufenthaltserlaubnis von Personen, die ausreisepflichtig sind oder keinen Aufenthaltstitel besitzen, annehmen und bearbeiten (vgl. Senatsverwaltung für Inneres und Sport (ohne Jahresangabe)). Voraussetzung für die Gewährung ist gemäß § 23a Abs. 2 Satz 4 AufenthG, „dass nach den Feststellungen der Härtefallkommission dringende humanitäre oder persönliche Gründe die weitere Anwesenheit des Ausländers im Bundesgebiet rechtfertigen.“

³⁵ ALG II wird umgangssprachlich als Hartz IV bezeichnet (vgl. Müller 2013, S. 25).

das ALG II generell eingeschränkten finanziellen Situation zurückgegriffen werden kann und Rückschlüsse auf die Situation der Asylsuchenden gezogen werden können.

So wird bei der Auseinandersetzung mit der Wirkung von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit die prekäre finanzielle Situation häufig als entscheidender Einflussfaktor angeführt. Es gilt beispielsweise allgemein, dass genügend finanzielle Mittel vor den negativen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit schützen können und eine defizitäre finanzielle Lage, wie sie beispielsweise durch den ALG II-Bezug entsteht, diese wiederum verstärken (vgl. Frese 2008, S. 23).

Als mögliche gesundheitliche Folgen einer unzureichenden finanziellen Lage sowie den damit verbundenen Existenzsorgen und den eingeschränkten finanziellen Möglichkeiten, kann die Beeinträchtigung sowohl der psychischen als auch physischen Gesundheit identifiziert werden (vgl. Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) 2010, S.4). Frese (2008) bestätigt und konkretisiert diese Erkenntnis, indem er beschreibt, dass die „[f]inanzielle Situation [...] vielfach auch als vermittelndes Glied zu Depression und psychosomatischen Beschwerden genannt worden [ist].“ (vgl. Frese 2008, S. 23) Das bedeutet, dass die kritische finanzielle Situation als Folge des ALG II-Bezugs den negativen Einfluss der Erwerbslosigkeit verstärkt und in ähnlicher Weise gesundheitsschädigend wirkt.

Es kann also davon ausgegangen werden, dass der Bezug der Grundleistungen gemäß des AsylbLG in nahezu gleicher Art gesundheitsbelastend ist und zudem die negativen Effekte der Arbeitslosigkeit verstärkt.

Hinzu kommt, dass, falls Asylsuchende nach dem dreimonatigen Arbeitsverbot eine Beschäftigung finden, diese, wie bereits beschrieben, häufig ein prekäres Beschäftigungsverhältnis darstellt, das mit einem geringen Einkommen verbunden ist und häufig unter ihrer eigentlichen Qualifikation liegt (vgl. Thränhardt 2015, S. 23 f.). Auch in diesem Fall lässt sich aufgrund der schwierigen finanziellen Lage, die sich aus der niedrigen Entlohnung ergibt, ein Gesundheitsrisiko für die Asylsuchenden vermuten. So konnte mittels der Ergebnisse des *Sozio-oekonomische Panels* (SOEP)³⁶ nachgewiesen werden, dass bei Personen, die im sogenannten *prekären Wohlstand*³⁷ leben und demnach mit einer niedrigen Entlohnung auskommen müssen, eine Beeinträchtigung des subjektiven Gesundheitszustandes zu konstatieren ist (vgl. Lichtenberger 2013, S. 21).

³⁶ Das SOEP ist eine jährlich durchgeführte Befragung von Haushalten in Deutschland (vgl. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), 2015).

³⁷ Der prekäre Wohlstand bezeichnet die finanzielle Situation, in der eine Person mit weniger als 70% des mittleren Einkommens der deutschen Gesamtbevölkerung auskommen muss (vgl. Stadt Regensburg 2011, S. 6). Als armutsgefährdet gelten in Deutschland Personen, wenn ihnen weniger als 60%, und als arm, wenn ihnen weniger als 40% des mittleren Einkommens zur Verfügung stehen (vgl. Stadt Regensburg 2011, S. 6).

So kann zusammenfassend festgestellt werden, dass aufgrund der arbeitsrelevanten Regelungen während des Asylverfahrens die Asylsuchenden einem weiteren gesundheitlichen Risiko ausgesetzt sind.

5.4 Defizite der Gesundheitsversorgung

Wie bereits in Kapitel 4.2.2 beschrieben, hat sich durch die Novellierung des AsylbLG bis auf die Neuregelung der Kostenerstattung für die Notfallversorgung sowie bezüglich der verkürzte Anwendungsdauer des AsylbLG, die medizinische Versorgung von Asylsuchenden nicht verändert. Weiterhin gilt eine restriktive Gesundheitsversorgung, die vornehmlich auf die medizinische oder zahnmedizinische Behandlung von akuten und/oder schmerzhaften Erkrankungen beschränkt ist und sonstige Behandlungen, die vor allem für chronisch Erkrankte oder Behinderte von Bedeutung sind, auf unabwendbare Fälle begrenzt und erst nach erfolgter Gewährung durch medizinisch ungeschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des jeweiligen Sozialamtes ermöglicht (vgl. Classen 2011, S. 44). Auch für Behandlungen nach § 4 AsylbLG ist es, mit Ausnahme von Notfällen gemäß § 6a AsylbLG, zwingend notwendig, dass die Asylsuchenden sich einen Krankenschein beim Sozialamt ausstellen lassen, bevor sie einen Arzt aufsuchen (vgl. Classen 2011, S. 44). Die Ausstellung eines Krankenscheins erfolgt erst, wenn der Sacharbeiter den Behandlungsbedarf anerkennt. Es muss bedacht werden, dass auch in diesem Fall eine medizinisch nicht qualifizierte Person über die Gewährung der Behandlung entscheidet (vgl. Classen 2011, S. 42). Durch diese Praxis kann es zum einen zu enormen Behandlungsverzögerungen und zum anderen zur Ablehnung von Behandlungsgesuchen sowie Verweigerung von medizinischen Hilfsmitteln kommen, die den jeweiligen Krankheitszustand enorm verschlechtern, unter Umständen zusätzliche Beschwerden und Leiden sowie bleibende gesundheitliche Beeinträchtigungen verursachen und im Extremfall sogar zum Tod führen können (vgl. Classen 2011, S. 42). Die notwendige Gewährung von medizinischer sowie zahnmedizinischer Vorsorge wird zwar in § 4 Abs. 3 AsylbLG aufgeführt, da aber ein Großteil der Entscheidungen im Sinne des § 4 Abs. 1 AsylbLG getroffen werden, also voraussetzen, dass es sich um akute oder schmerzhaftes Erkrankungen handelt, werden Vorsorgeleistungen häufig nicht gewährt (vgl. Classen 2011, S. 42)

Auch die gesetzlich festgelegte Vorgehensweise nach § 6 AsylbLG, wonach die Gewährung von sonstigen Leistungen im Ermessungsspielraum des Sachbearbeiters liegt, kann zu Aufschieben von notwendigen medizinischer Hilfe sowie zu Ablehnungen von Behandlungen und medizinischen Hilfsmitteln führen und oben beschriebene gesundheitsschädigende Folgen nach sich ziehen (vgl. Classen 2011, S. 43 f.).

Verschiedene Vorfälle und Gerichtsurteile belegen, dass Asylsuchenden häufig essenzielle Behandlungen, Leistungen und medizinische Hilfsmittel versagt werden. So lehnte beispielsweise das Sozialamt Berlin-Charlottenburg die Gewährung von dringend erforderlichen Rollstühlen für zwei spastisch gelähmte Flüchtlingskinder ab. Das Verwaltungsgericht Gera entschied 2003, die Behandlung einer Hüftgelenksklerose mit Schmerzmitteln anstelle einer erforderlichen Operation durchzuführen, und das Obergericht Mecklenburg-Vorpommern urteilte 2004, dass eine andauernde Dialysebehandlung einer Nierentransplantation vorzuziehen sei (vgl. Classen 2011, S. 44 f.).

Eine Psychotherapie stellt für viele Asylsuchende eine besonders hohe Notwendigkeit dar, weil sie teilweise traumatisierende Erlebnisse in ihrem Heimatland und auf der Flucht gemacht haben, die es zu verarbeiten gilt, um eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) abzuwenden oder falls eine PTBS bereits eingetreten ist, diese zu behandeln (vgl. RKI 2008, S. 59). Die Gewährung von Psychotherapie erfolgt allerdings ebenfalls nur bei der Zustimmung durch das jeweilige Sozialamt.

Es zeigt sich also eindeutig, dass Asylsuchende durch die hohen bürokratischen Hürden, die mit der Gesundheitsversorgung nach AsylbLG verbunden sind, sowie durch das beschränkte Leistungsspektrum einem deutlich erhöhten Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind, welches mit Verschleppung, Verschlimmerung und sogar tödlichem Ausgang einhergehen kann.

Eine Alternative ist, wie in Kapitel 4.2.2 beschrieben, die Gesundheitsversorgung in Bremen und Hamburg nach dem Bremer Modell durch die AOK Bremen/Bremerhaven, welche die Kosten von dem jeweiligen Land erstattet bekommt (vgl. Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration Hamburg 2012). Das Leistungsspektrum entspricht zwar immer noch dem des AsylbLG, aber es entfällt die zwingende Notwendigkeit der Beantragung von Krankenscheinen (vgl. Classen 2011, S. 45). Die Asylsuchenden müssen also vor einem Arztbesuch nicht mehr das Sozialamt aufsuchen und eine Behandlung beantragen. Diese Vorgehensweise senkt also die bürokratischen Hürden, stellt sicher, dass Ärztinnen beziehungsweise Ärzte, also medizinisch geschultes Personal, den Behandlungsbedarf feststellen, und verringert damit die Zeitspanne bis zu einer ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung deutlich, was somit die Verschlechterung eines Krankheitszustandes aufhalten kann und eine Genesung beschleunigt.

5.5 Diskriminierungserfahrungen

Diskriminierungen werden im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG)³⁸ als „[...] Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität [...]“ (§ 1 AGG) beschrieben.

Darüber hinaus werden sowohl im AGG als auch in der wissenschaftlichen Literatur verschiedene Formen von Diskriminierung unterschieden. So wird beispielsweise im § 3 Abs. 1 und Abs. 2 AGG zwischen unmittelbarer Benachteiligung, was die nachteilige Behandlung die im direkten Zusammenhang der genannten Merkmale des § 1 AGG steht, beschreibt, und mittelbarer Benachteiligung differenziert, was die Benachteiligung durch „[...] dem Anschein nach neutrale Vorschriften, Kriterien oder Verfahren [...]“ (§ 3 Abs. 2 AGG) umreißt, die zwar nicht direkt mit den Diskriminierungsmerkmalen des § 1 AGG in Verbindung steht, dennoch Personen mit entsprechenden Kriterien treffen kann (vgl. ADS 2013, S. 36). Zudem werden in § 3 Abs. 3 und 4 AGG der Begriff Belästigung als Benachteiligung bestimmt. Als Belästigung werden Handlungen definiert, die

[...] mit einem in § 1 genannten Grund in Zusammenhang stehen, bezwecken oder bewirken, dass die Würde der betreffenden Person verletzt und ein von Einschüchterungen, Anfeindungen, Erniedrigungen, Entwürdigungen oder Beleidigungen gekennzeichnetes Umfeld geschaffen wird. (§ 3 Abs. 3 AGG)

Neben den oben angeführten gesetzlichen Diskriminierungsformen des AGG werden besonders im sozialwissenschaftlichen Kontext Ebenen beschrieben, von denen Diskriminierung ausgehen kann. Hierzu zählen diskriminierende Verhaltensweisen von Individuen oder Kleingruppen (individuelle Diskriminierung), die Diskriminierung bestimmter Teilgruppen durch gesellschaftliche Strukturen (strukturelle Diskriminierung) sowie Diskriminierung, die von Institutionen ausgeht und somit beispielsweise auf dem Arbeitsmarkt oder im Gesundheits- und Polizeiwesen vorkommt (institutionelle Diskriminierung) (vgl. Beutke 2013, S. 6).

Auch Asylbewerberinnen und Asylbewerber erfahren Diskriminierung auf verschiedenen Ebenen. Besonders auffällig ist die individuelle und direkte Diskriminierung von Asylsuchenden durch einzelne Personen oder Teilgruppen der Gesellschaft. Häufig basieren diese diskriminierenden Verhaltensweisen auf unsachlichen Vorurteilen Fremdenfeindlichkeit oder Rassismus und äußern sich beispielsweise in Form von Demonstrationen, Beschimpfungen oder tatsächlicher körperlicher Gewalt (vgl. RKI 2008, S. 22 f.). Thränhardt (2015) stellt in diesem Zusammenhang fest, dass die zentrale Unterbringung von Asylsuchenden in Aufnahmeeinrichtungen und

³⁸ Gemäß § 1 AGG ist es das Ziel des Gesetzes, vor Benachteiligung zu schützen.

Gemeinschaftsunterkünften diese Ablehnung innerhalb der Gesellschaft begünstigen kann:

Für die Akzeptanz in der Bevölkerung ist es auch nicht gut, viele Menschen im arbeitsfähigen Alter auf engem Raum zu konzentrieren und öffentlich sichtbar zu machen, dass sie unbeschäftigt sind und versorgt werden. [...] Es entsteht Unmut, der sich in lokalen Spannungen äußert. (vgl. Thränhardt 2015, S. 20)

Auch Cremer (2014) sieht die Entstehung eines enormen Diskriminierungspotenzials in dieser Art Unterbringung von Asylsuchenden, so sollte

[d]ie Errichtung von Massenunterkünften [...] grundsätzlich vermieden werden, da sie ein erhebliches Konfliktpotential enthalten. Die Akzeptanz gegenüber der Aufnahme von Flüchtlingen kann bei der Bevölkerung vor Ort leiden, wenn Flüchtlingsunterkünfte für eine große Anzahl von Asylsuchenden geschaffen werden. So passiert es, dass Belastungen für das Umfeld, die aus Sammelunterkünften resultieren können, in den Fokus von Anwohnern und öffentlicher Kritik geraten und gleichzeitig den Bewohnerinnen und Bewohnern zugeschrieben werden. Auch die Gefahr von Anfeindungen und Angriffen gegen Flüchtlinge kann sich dadurch erhöhen. (vgl. Cremer 2014, S. 8).

Auch die Arbeiterwohlfahrt (AWO) sieht die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften als einen entscheidenden Risikofaktor für Missmut in der Bevölkerung und empfiehlt, „[u]m soziale Stigmatisierung von vorn herein [sic!] zu vermeiden, muss darauf geachtet werden, dass die Unterkünfte auf keinen Fall einen Lagercharakter aufweisen [...].“ (vgl. Vogt 2012, S. 8).

Somit lässt sich eindeutig feststellen, dass die Art der Unterbringung ein Risiko für individuelle Diskriminierung durch die Bevölkerung birgt, was sich durch verschiedene aktuelle Ereignisse bestätigen lässt. Ein Beispiel hierfür stellt die gegenwärtige Situation im sächsischen Freital dar, wo durch einen Teil der dortigen Bevölkerung massiv gegen die Unterbringung von Asylsuchenden in einem ehemaligen Hotel mit teils äußerst fremdenfeindlichen sowie rassistischen Parolen und Beschimpfungen demonstriert wird, beschreibt den Zusammenhang von individueller Diskriminierung und der Unterbringung von Asylsuchenden (vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) 2015).

Aber auch auf der institutionellen Ebene ist die Diskriminierung von Asylsuchenden deutlich feststellbar. Von vielen Seiten werden beispielsweise das AsylbLG und die damit verbundenen Leistungen sowie Regelungen als diskriminierend angesehen, so plädiert beispielsweise die Partei die Linke aus diesem Grund für eine Abschaffung des AsylbLG (vgl. Deutscher Bundestag 2014, S. 1 ff.). So erfahren Asylsuchende etwa durch die eingeschränkte medizinische Versorgung, das dreimonatige Arbeitsverbot sowie den nachrangigen Arbeitsmarktzugang, die gesonderte Unterbringung und die knappen

finanziellen Mittel eine Sonderbehandlung beziehungsweise eine sich daraus ergebende Benachteiligung im Vergleich zur Mehrheitsgesellschaft.

Hinzu kommt, dass die Möglichkeit der Diskriminierung von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern auch auf der strukturellen Ebene festgestellt werden kann. Diese Annahme fußt auf der Erkenntnis, dass die Lebensverhältnisse, die im Vergleich zu denen des Großteils der Bevölkerung deutlich schlechter sind, durch eine strukturelle Ungleichverteilung gekennzeichnet sind und stellen somit eine Benachteiligung der Asylsuchenden dar.

Es lässt sich also zusammenfassend feststellen, dass Asylsuchende dem Risiko ausgesetzt sind, auf mehreren Ebenen Diskriminierungserfahrungen zu machen, mit denen zudem ein gesundheitliches Risiko assoziiert ist.

So hat das RKI festgestellt, dass erlebte Fremdenfeindlichkeit, die sowohl aus individuellen als auch institutionellen Diskriminierungserfahrungen resultieren kann, Stress verursacht, der wiederum ein Gesundheitsrisiko für die psychische und physische Gesundheit darstellt (vgl. RKI 2008, S. 22). Hinzu kommt, dass sich Fremdenfeindlichkeit auch in Form von gewalttätigen bis hin zu tödlichen Handlungen äußern kann, wodurch diese Form der Diskriminierung ein enorm hohes Risiko für die Gesundheit und das Leben der Asylsuchenden darstellt (vgl. RKI 2008, S. 23).

Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADS) kommt in ihrer Expertise zur *Wechselwirkung zwischen Diskriminierung und Integration* zu einem ähnlichen Schluss. So stellt die ADS auf der Grundlage einer Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes fest, dass sich Diskriminierungserfahrungen negativ auf den Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund auswirken (vgl. Uslucan & Yalcin 2012, S. 37 ff.). Ähnlich wie das RKI, identifiziert die ADS einen Zusammenhang zwischen Diskriminierung und der Beeinträchtigung der psychischen und physischen Gesundheit. Als Symptome werden ebenfalls Stress sowie unter anderem Depressionen, Bluthochdruck, Ängste sowie der Rückgang von Gesundheitsressourcen angeführt (vgl. Uslucan & Yalcin 2012, S. 37 f.).

Auf der Grundlage der Erkenntnisse des RKI sowie der Zusammenfassung des Forschungsstandes durch das ADS zu der Auswirkung von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten sowie aufgrund der oben ausgeführten Feststellungen, dass Asylsuchende einer Vielzahl von Benachteiligungen ausgesetzt sind und sie sich somit in einer ähnlichen Situation wie die von der ADS untersuchten Gruppen mit Migrationshintergrund befinden, lässt sich annehmen, dass die Asylsuchenden einem erhöhten gesundheitlichen Risiko während des Asylverfahrens aufgrund von Diskriminierungserfahrungen ausgesetzt sind.

5.6 Mangelhafte Integration

Der Begriff Integration stammt von dem lateinischen Wort *integratio* ab, was mit *Einbeziehung* übersetzt werden kann (vgl. BPB 2008, S. 229). Wissenschaftlich weist der Begriff verschiedene Definitionen auf. Für die vorliegende Arbeit ist folgende sozialwissenschaftliche Beschreibung von Integration von Bedeutung:

„[Integration] ist eine politisch-soziologische Bezeichnung für die gesellschaftliche und politische Eingliederung von Personen oder Bevölkerungsgruppen, die sich bspw. durch ihre ethnische Zugehörigkeit, Religion, Sprache etc. unterscheiden.“ (vgl. Klein & Schubert 2006, S. 145).

In der wissenschaftlichen Literatur werden verschiedene Faktoren genannt, die allgemein als integrationsfördernd gelten. Hierzu zählen vor allem ausgeprägte Sprachkenntnisse (vgl. Thränhardt 2015, S. 22). So wurde 2005 das Zuwanderungsgesetz geschaffen und im Zuge dessen verschiedene Sprach- und Orientierungskurse eingerichtet, um die Integration von Migrantinnen und Migranten stärker zu fördern beziehungsweise voranzutreiben (vgl. Thränhardt 2015, S. 21). Das Gesetz gilt allerdings nicht für Asylbewerberinnen und Asylbewerber und der wiederholt geäußerte Appell der Integrationsministerkonferenz, eben solche Kurse für Asylsuchende einzurichten, wurde vom Bundesinnenministerium bislang abgewiesen (vgl. Thränhardt 2015, S. 21).

In Bayern, Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein wurden mit landeseigenen Geldern Sprachkurse aufgebaut (vgl. Thränhardt 2015, S. 21). Das bedeutet also, dass in den übrigen elf Bundesländern keine Integrationsförderung durch das Anbieten von Sprachkursen erfolgt und somit ein äußerst wichtiger Integrationsfaktor nicht zum Tragen kommt.

Neben den Sprach- und Orientierungskursen sollte so früh wie mögliche eine Feststellung der beruflichen Qualifikationen der Asylsuchenden durchgeführt und damit zusammenhängend Hilfestellung für eine schnelle anschließende Integration in den Arbeitsmarkt geleistet werden (vgl. Thränhardt 2015, S. 2). Dieses Vorgehen hätte zudem den Vorteil, dass die Zeit des Wartens auf eine Entscheidung über den Asylantrag sinnvoll genutzt werden könnte.

Neben der mangelnden Sprachförderung werden durch weitere gesetzlichen Regelungen des Asylverfahrens wichtige integrationsfördernde Faktoren missachtet sowie gleichzeitig integrationsschädigende Faktoren geschaffen und somit durch das Asylverfahren eine erfolgreiche Integration erschwert. So stellt beispielsweise die Ausübung einer Erwerbstätigkeit einen weiteren wichtigen Integrationsfaktor dar (vgl. Thränhardt 2015, S. 4). Eine Berufstätigkeit kann zudem als äußerst förderlich für die Integration angesehen werden, da auf diese Weise der Aufbau eines sozialen Netzwerkes erfolgen kann (vgl.

Frese 2008, S. 22). Es ist anzunehmen, dass die Aufnahme einer Arbeit durch das Arbeitsverbot, den nachrangigen Arbeitsmarktzugang und auch durch mangelhaften Sprachkenntnisse erschwert und zeitweise unmöglich wird.

Einen weiteren integrationsschädigenden Faktor des Asylverfahrens, der ebenfalls die Entstehung eines sozialen Netzwerkes beeinträchtigen kann, stellt die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften dar. So findet auf diese Weise eine Isolierung der Asylsuchenden von der Mehrheitsgesellschaft statt, was die Entstehung von positiven Kontakten zur Nachbarschaft blockiert (vgl. Thränhardt 2015, S. 25). Es wird also die integrationsfördernde Funktion einer dezentralen Unterbringung, durch die „[...] die nachbarschaftliche Aufnahme durch engagierte Bürger, Kirchengemeinden, Sportvereine etc. ihre volle Wirkung entfalten [kann] [...]“ (vgl. Thränhardt 2015, S. 25), aufgrund der die Unterbringung in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften verhindert. Auch innerhalb der Massenunterkünfte bildet sich aufgrund der kulturellen Mischung der Bewohnerinnen und Bewohner nur schwer ein gemeinschaftlicher Zusammenhalt (vgl. Wendel 2014, S. 11).

Eine gelingende Integration ist also deswegen für die Gesundheit eines Menschen so bedeutend, weil sie unter anderem die Entstehung von Gesundheitsressourcen über die Einbindung in Arbeitszusammenhänge und soziale Netzwerken bedeutet.

Die mangelhafte Sprachförderung, das Arbeitsverbot beziehungsweise die Schwierigkeiten der Arbeitsplatzsuche sowie die Unterbringung in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünfte und die damit zusammenhängende erschwerte Entstehung von notwendigen sozialen Netzwerken können als integrationsschädigende Faktoren identifiziert werden.

Generell kann demnach festgestellt werden, dass eine Integrationsförderung, wie sie für andere Migrantinnen und Migranten zur Verfügung steht, für die Asylsuchenden größtenteils nicht vorhanden ist.

5.7 Dauer und Unsicherheit des Verfahrens

Die Asylbewerberinnen und Asylbewerber befinden sich während des Asylverfahrens in einer Art Wartesituation, die durch ein hohes Maß an Unsicherheit gekennzeichnet ist. Diese Unsicherheit resultiert daraus, dass die Entscheidung über den Asylantrag positiv oder negativ ausfallen kann, also Asyl gewährt oder verweigert wird. Mit dieser Unsicherheit geht häufig die Angst vor einer Abschiebung in das Land, aus dem sie ursprünglich geflohen sind, einher (vgl. Thränhardt 2015, S. 22). Bei einer durchschnittlichen Verfahrensdauer von 7,1 Monaten sind Asylsuchende also häufig mehrere Monaten dieser Unsicherheit und den damit einhergehenden hohen

Belastungen, wie zum Beispiel Perspektivlosigkeit, ausgesetzt (vgl. Thränhardt 2015, S. 2).

Durch Unsicherheit geprägte Lebensverhältnisse, ähnlich wie im Fall der in Kapitel 5.2 beschriebenen prekären Beschäftigungsverhältnisse, werden allgemein als gesundheitsschädigend eingestuft und dabei besonders als ein Risikofaktor für die Entstehung von Depressionen aufgeführt (vgl. Hautzinger et al. 2012, S. 11).

Es kann also davon ausgegangen werden, dass diese instabilen Lebensverhältnisse, die aufgrund des unsicheren Ausgangs des Asylverfahrens zustande kommen, ein Gesundheitsrisiko für die Asylsuchenden darstellen.

Die teilweise sehr lange Verfahrensdauer kann zudem als gesundheitsschädigend identifiziert werden, da auf diese Weise die weitere Anwendung des AsylbLG notwendig ist und somit die gesetzlichen Regelungen und Beschränkungen, wie der nachrangige Arbeitsmarktzugang, die minimale Gesundheitsversorgung oder die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften und die damit einhergehenden zuvor beschriebenen Gesundheitsrisiken länger auf die Asylsuchenden einwirken können.

Um die Dauer des Asylverfahrens, in dem die Asylsuchenden auf eine Entscheidung des BAMF über ihren Asylantrag warten, sinnvoll zu nutzen, wird unter anderem empfohlen, die beschriebenen Sprach- und Integrationskurse anzubieten, um damit gleichzeitig die Integration zu fördern (vgl. Thränhardt 2015, S. 21).

6 Fazit und Lösungsansätze

Die Beantwortung der Fragestellung, ob Asylsuchende in Deutschland aufgrund des Asylverfahrens einem erhöhten gesundheitlichen Risiko ausgesetzt sind, war das übergeordnete Ziel der vorliegenden Arbeit. Zu diesem Zweck wurden zunächst die aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen, durch die die Lebensumstände der Asylsuchenden geprägt und beeinflusst werden, zusammengetragen und detailliert beschrieben. Auf der Grundlage dieser rechtlichen Rahmenbedingungen in Verbindung mit wissenschaftlichen Erkenntnissen und Ergebnissen aus aktuellen Studien wurde eine Bewertung des Gesundheitsrisikos der verschiedenen Determinanten des Asylverfahrens vorgenommen.

Die Bearbeitung ergab, dass von dem Asylverfahren durch seine verschiedenen Vorgaben, Bestimmungen und Regelungen eine kumulative gesundheitliche Belastung ausgeht, die wiederum eine Beeinträchtigung des psychischen und physischen Gesundheitszustandes der Asylsuchenden verursachen kann. Diese Kumulation setzt sich aus einzelnen gesundheitsschädigenden Belastungsfaktoren, die sich größtenteils

aus den Umständen des Asylverfahrens ergeben oder zumindest durch sie verursacht werden, zusammen. Diese Feststellung lässt die Schlussfolgerung zu, dass Asylbewerberinnen und Asylbewerber in Deutschland einem erhöhten gesundheitlichen Risiko ausgesetzt sind.

So konnten im Rahmen der Ausarbeitung den einzelnen untersuchten Determinanten, also den beengten Wohnverhältnissen, der defizitären Gesundheitsversorgung, den eingeschränkten finanziellen Möglichkeiten aufgrund der knappen Leistungsbeiträge, dem Arbeitsverbot und dem nachrangigen Arbeitsmarktzugang, der mangelhaften Integrationsförderung sowie der teils langen und unsicheren Verfahrensdauer und der individuellen Diskriminierung aus Reihen der Bevölkerung ebenso wie der strukturellen und besonders der institutionellen Diskriminierung, die sich aus den Regelungen des AsylbLG und der allgemeinen benachteiligten Lebenssituation der Asylsuchenden, ein Gesundheitsrisiko nachgewiesen werden.

Es konnten Zusammenhänge zwischen den Belastungen der einzelnen Gesundheitsdeterminanten des Asylverfahrens und der möglichen Entstehung von verschiedenen negativen gesundheitlichen Folgen ermittelt werden. Besonders häufig konnte die Entstehung von gesundheitsschädigendem Stress festgestellt werden, der wiederum ursächlich für psychische, psychosomatische und physische Symptome und Erkrankungen sein kann.

Mittels der Erarbeitung konnten zudem ausgeprägte wechselseitige Beziehungen zwischen den einzelnen Belastungsfaktoren festgestellt werden.

Besonders die Massenunterbringung der Asylsuchenden in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften konnte als ein mehrdimensional wirkender Belastungsfaktor identifiziert werden. So konnte festgestellt werden, dass zentrale Massenunterbringungen einen eindeutig begünstigenden Faktor für individuelle Diskriminierungen darstellen und sie erschweren die gesundheitsförderliche Integration aufgrund der Isolierung von der Mehrheitsgesellschaft sowie den Aufbau von sozialen Netzwerken erschwert. Auch dem Arbeitsverbot und dem nachrangigen Arbeitsmarktzugang konnte neben der direkten gesundheitsschädigenden Wirkung die Behinderung einer funktionierenden Integration nachgewiesen werden. Zudem ließ sich feststellen, dass sowohl die fehlende Integrationsförderung als auch die prekäre Arbeitssituation der Asylsuchenden ähnlich wie die Wohnverhältnisse in Massenunterkünften den Aufbau von gesundheitsförderlichen sozialen Netzwerken beeinträchtigen.

Die beschriebene kumulative Gesundheitsbelastung ergibt sich also aus den jeweiligen gesundheitsschädigenden Auswirkungen der einzelnen genannten Einflussfaktoren sowie der aus deren Wechselwirkungen. Gleichzeitig führt das Asylverfahren zu einer Verhinderung von wichtigen Gesundheitsressourcen, wie dem beschriebenen Aufbau von

sozialen Netzwerken und einem gesundheitsförderlichen Arbeitsverhältnis sowie einer günstigen Wohnsituation, einer umfangreichen Gesundheitsversorgung, einem ausreichenden finanziellen Handlungsspielraum und einer funktionierender Integration.

Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse kann also die zusammenfassende Schlussfolgerung gezogen werden, dass die Asylbewerberinnen und Asylbewerber in Deutschland aufgrund der Anhäufung von Gesundheitsrisiken und der Verwehrung von Gesundheitsressourcen einem erhöhten gesundheitlichen Risiko ausgesetzt sind.

Um die in dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnisse lösungsorientiert und auf den Einzelfall bezogen anwenden zu können, das heißt, wichtige Einflussfaktoren wie die individuellen Verhaltensweisen oder Veranlagungen mit einzubeziehen, wäre eine umfangreiche und bundesweite Erhebung mit einer umfassenden Befragung von Asylsuchenden notwendig. Da im Rahmen dieser Arbeit aber bereits festgestellt werden konnte, dass ein Gesundheitsrisiko von dem Asylverfahren in Deutschland ausgeht, ist es besonders in Hinblick auf die steigenden Flüchtlingszahlen notwendig, dass die aktuellen Umstände geändert werden, um einen zufriedenstellenden Gesundheitszustand der Asylbewerberinnen und Asylbewerber gewährleisten zu können. Aus diesem Grund sollen im Folgenden die sich aus der vorliegenden Arbeit ergebenden Lösungsansätze erarbeitet beziehungsweise dargelegt werden.

Lösungsansätze

Der wohl wirksamste Lösungsansatz, um das Gesundheitsrisiko des Asylverfahrens zu eliminieren, wäre die vollständige Abschaffung des AsylbLG. In der Folge müsste den Asylsuchenden direkt der rechtliche Anspruch auf Leistungen des SGB XII sowie die Eingliederung in die gesetzlichen Krankenkassen nach SGB V und damit eine umfassende Gesundheitsversorgung gewährt werden. Eine zusätzliche Abschaffung der §§ 47, 53 und 61 AsylVfG würde die Massenunterbringung in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften sowie das Arbeitsverbot und die Vorrangprüfung aufheben. Gleichzeitig müsste eine sofortige vollständige Arbeitserlaubnis unabhängig vom Aufenthaltsstatus erteilt und Zugang zum Wohnungsmarkt gewährt werden. So würde fast eine vollständige Gleichstellung mit der Mehrheitsgesellschaft erreicht werden. Allerdings erscheint aufgrund des Widerstands in Teilen der Politik und der Bevölkerung eine derartig umfangreiche Änderung der Asylpolitik in absehbarer Zeit unrealistisch.

Aus diesem Grund sollen an dieser Stelle kleinschrittige Verbesserungsvorschläge zur Verbesserung der akuten Zustände und Reduzierung des gesundheitlichen Risikos durch die Determinanten des Asylverfahrens erarbeitet werden.

Besonders in Bezug auf die Wohnverhältnisse können einige Lösungsansätze formuliert werden. So wäre beispielsweise die Einführung von bundesweit einheitlichen und

größzügigere Mindeststandards bezüglich der Unterkünfte für die Asylsuchenden sinnvoll (vgl. Cremer 2014, S. 12). Eine Begrenzung der Gesamtkapazität und der maximalen Raumebelegung sowie verpflichtende Vorgaben zu größeren Mindestwohnflächen wären notwendig, um die Entstehung von Massenunterkünften zu verhindern und somit beengte und gesundheitsschädigende Wohnverhältnisse zu vermeiden. Die AWO empfiehlt beispielsweise eine Belegung von maximal 50 Personen nicht zu überschreiten (vgl. Vogt 2012, S. 9). Bei der Anschlussunterbringung sollte vollständig auf Gemeinschaftsunterkünfte verzichtet werden und die dezentrale gesundheits- und integrationsfördernde Unterbringung in Wohnungen vorgezogen werden. Als funktionierendes Beispiel kann an dieser Stelle das Leverkusener Modell angeführt werden, wonach die zugewiesenen Asylsuchenden in Privatwohnungen untergebracht werden (vgl. Flüchtlingsrat NRW e.V. 2013, S. 13). Das hätte den Vorteil, dass die Gesundheitsbelastungen der Gemeinschaftsunterkünfte wegfallen würden und die Integration in die Gesellschaft vorangetrieben würde.

In Bezug auf die Gesundheitsversorgung wäre eine direkte Aufnahme der Asylsuchenden in die gesetzlichen Krankenkassen und somit der rechtliche Anspruch auf das vollständige Leistungsspektrum sinnvoll. Eine weitere Alternative, die zur Verbesserung der medizinischen Versorgung führen würde, wäre eine bundesweite Umsetzung des Bremer Modells. Der damit einhergehende Wegfall der verpflichtenden Beantragung von Krankenscheinen würde den Behandlungsverzögerungen entgegenwirken und zudem die Feststellung des tatsächlichen Behandlungsbedarfs von medizinisch geschultem Personal garantieren. Das Land Brandenburg prüft beispielweise bereits eine derartige Umsetzung (vgl. Land Brandenburg 2014). Wird an der Versorgung gemäß des AsylbLG festgehalten, was auch bei einer bundesweiten Umsetzung des Bremer Modells der Fall wäre, wäre es sinnvoll, Gesundheitsleistungen in §§ 3 und 6 AsylbLG klar und unmissverständlich aufzulisten, um dadurch den Ermessensspielraum der Entscheidungsträger zu verkleinern.

In Bezug auf die Arbeitssituation der Asylsuchenden wäre die Abschaffung der Vorrangprüfung, also die Gewährung einer uneingeschränkten Arbeitserlaubnis nach drei Monaten, anzustreben, um die Risiken der Arbeitslosigkeit so gering wie möglich zu halten, Beschäftigung und damit Alltagsstruktur zu schaffen sowie Integration und den Aufbau eines sozialen Netzwerkes zu ermöglichen. Zudem sollte eine frühzeitige Feststellung der Qualifikation erfolgen und Hilfestellung bei der entsprechenden Arbeitsplatzsuche angeboten werden (vgl. Thränhardt 2015, 28). Darüber hinaus wäre das Anbieten von Sprach-, Orientierungs- und Integrationskursen ab der Antragstellung integrationsfördernd und könnte die Arbeitsplatzsuche erleichtern.

Eine Reduzierung der gesundheitsschädigenden Dauer des Asylverfahrens könnte durch das Einstellen von mehr Personal durch das BAMF erreicht werden, da auf diese Weise mehr Anträge bearbeitet und einem Bearbeitungsstau entgegengewirkt werden könnte (vgl. Thränhardt 2015, S. 16).

Eine Etablierung dieser Lösungsansätze könnte also zu Reduzierungen der einzelnen gesundheitlichen Risiken führen und somit das erhöhte Gesamtrisiko des Asylverfahrens senken.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Achiron, Marilyn & Jastram, Kate (2003): *Flüchtlingsschutz: Ein Leitfaden zum internationalen Flüchtlingsrecht*. Wien: UNHCR.

Angenendt, Steffen (2009): *Binnenmigration und Binnenvertriebene*. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2011): *Grundlagendossier Migration*. URL: <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/56611/migrationsformen> (Letzter Zugriff am 10.06.2015, 14:54 Uhr).

Angenendt, Steffen (2009): *Formen der Migration*. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2011): *Grundlagendossier Migration*. URL: <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/56611/migrationsformen> (Letzter Zugriff am 10.06.2015, 14:54 Uhr).

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Hrsg.) (2013): *Diskriminierung im Bildungsbereich und im Arbeitsleben*. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes.

Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration Hamburg (2012): *Fachanweisung zu § 264 Absatz 1 SGB V*. URL: <http://www.hamburg.de/basfi/fa-sgbv/3473312/fa-sgbv-264-abs-1/> (Letzter Zugriff am 04.07.2015, 11:09 Uhr).

Beutke, Mirijam (2013): *Faktensammlung Diskriminierung*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Blättner, Beate & Waller, Heiko (2011): *Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung in Theorie und Anwendung*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. 5. Auflage.

Bräunling, Stefan; Geene, Raimund; Gold, Carola; Kilian, Holger; Sadowski, Ute & Weber, Andrea (2012): *Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier Heft 1*. Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.) (2014): *Ablauf des deutschen Asylverfahrens*. Nürnberg/Paderborn: Bonifatius GmbH.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2014): *Abschiebungsverbot*. URL: <http://www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Abschiebungsverbote/abschiebungsverbote-node.html> (Letzter Zugriff am 24.06.2015, 16:47 Uhr).

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.) (2015): *Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe April 2015*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2014): Antrags-, Entscheidungs- und Bestandsstatistik. URL: http://fluechtlingsrat-bw.de/files/Dateien/Dokumente/INFOS%20-%20Asyl-%20und%20Fluechtlingspolitik%20BRD/2014_%20Detaillierte%20BAMF-Statistik.pdf (Letzter Zugriff am 15.06.2015, 11:34 Uhr).

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.) (2014): *Das deutsche Asylverfahren – ausführlich erklärt*. Nürnberg/Paderborn: Bonifatius GmbH.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2014): *Flüchtlingsschutz*. URL: <http://www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Fluechtlingsschutz/fluechtlingsschutz-node.html> (Letzter Zugriff am 24.06.2015, 15:42 Uhr).

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2012): *Politisch Verfolgte genießen Asyl*. URL: <http://www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Asylrecht/asylrecht-node.html> (Letzter Zugriff am 24.06.2015, 14:46 Uhr).

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.) (2015): *Schlüsselzahlen Asyl 2014*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2014): *Steuerung des Asylverfahrens*. URL: <http://www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Asylverfahren/Steuerung/steuerung-node.html> (Letzter Zugriff am 23.06.2015, 13:12 Uhr).

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2014): *Subsidiärer Schutz*. URL: <http://www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Subsidiar/subsidiar-node.html> (Letzter Zugriff am 24.06.2015, 16:12 Uhr).

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2015): *Verteilung der Asylbewerber*. URL: <http://www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Asylverfahren/Verteilung/verteilung-node.html> (Letzter Zugriff am 22.06.2015, 12:33 Uhr).

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2013): *Pro-Kopf-Wohnfläche erreicht mit 45m² neuen Höchstwert.* Pressemitteilung Nr. 9/2013. URL: http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Download/Grafik_des_Monats/2013_07_pro_kopf_wohnflaeche.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (Letzter Zugriff am 11.07.2015, 15:02 Uhr).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2014): *Referentenentwurf. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes und des Sozialgerichtsgesetzes.* URL: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Gesetze/gesetzentwurf-aenderung-asylbewerberleistungsgesetz-sozialgerichtsgesetz.pdf?__blob=publicationFile (Letzter Zugriff am 14.07.2015, 15:17 Uhr).

Bundesministerium des Inneren (Hrsg.) (2015): *Migrationsbericht 2013.* Berlin/Paderborn: Bonifatius GmbH.

Bundesministerium des Inneren (2014): *Neuregelungen im Asyl- und Staatsangehörigkeitsgesetz.* URL: <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Kurzmeldungen/DE/2014/09/neue-regelungen-zum-asylverfahren-und-zur-optionspflicht.html> (Letzter Zugriff am 03.07.2015, 12:44 Uhr).

Bundesverfassungsgericht (2010): *Regelleistungen nach SGB II ("Hartz IV- Gesetz") nicht verfassungsgemäß.* Pressemitteilung Nr. 5/2010 vom 9. Februar 2010. URL: <http://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2010/bvg10-005.html> (Letzter Zugriff am 25.06.2015, 17:10 Uhr).

Classen, Georg (2011): *Das Asylbewerberleistungsgesetz und das Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum.* Frankfurt am Main: Pro Asyl e.V.

Cremer, Hendrik (2014): *Menschenrechtliche Verpflichtungen bei der Unterbringung von Flüchtlingen. Empfehlungen an die Länder, Kommunen und den Bund.* Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte. Policy Paper Nr. 26 v. Dezember 2014.

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2014): *Antrag der Abgeordneten Ulla Jelpke, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, Sevim Dağdelen, Dr. André Hahn, Katja Kipping, Jan Korte, Cornelia Möhring, Petra Pau, Martina Renner, Azize Tank, Frank*

Tempel, Kathrin Vogler, Halina Wawzyniak, Harald Weinberg, Birgit Wöllert, Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE. *Sozialrechtliche Diskriminierung beenden – Asylbewerberleistungsgesetz aufheben.* Drucksache 18/2871 URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/028/1802871.pdf> (Letzter Zugriff am 16.07.2015, 10:54 Uhr).

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (2015): *Übersicht über das SOEP.* URL: <http://www.diw.de/deutsch/soep/26628.html> (Letzter Zugriff am 20.07.2015, 18:11 Uhr).

Die Bundesregierung (2015): *Erleichterungen für Asylbewerber.* URL: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2014/10/2014-10-29-verbesserungen-fuer-asylbewerber-beschlossen.html> (Letzter Zugriff am 29.06.2015, 17:33 Uhr).

Die Bundesregierung (2014): *Höhere Leistungen für Asylbewerber.* URL: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2014/08/2014-08-27-asylbewerberleistungsgesetz-kabinett.html> (Letzter Zugriff am 01.07.2015, 11:16 Uhr).

Die Bundesregierung (2015): *Zuwanderung nach Deutschland.* URL: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2015/01/2015-01-15-faq-zuwanderung-flucht-asyl.html?nn=694676#doc1312378bodyText3> (Letzter Zugriff am 12.06.2015, 17:15 Uhr).

DGB Bundesvorstand (2010): *Arbeitsmarkt aktuell. Gesundheitsrisiko Arbeitslosigkeit – Wissensstand, Praxis und Anforderungen an eine arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung.* Berlin: DGB Bundesvorstand. Nr. 09 / August 2010.

Frankfurter Allgemeine Zeitung (2015): *Protest gegen Asylbewerberheim endet mit Gewalt.* URL: <http://www.faz.net/aktuell/politik/gewalt-bei-protesten-gegen-asylbewerberheim-in-freital-13667215.html> (Letzter Zugriff am 15.07.2015).

Flüchtlingsrat NRW (2013): *Flüchtlingsunterkünfte in NRW. Ergebnisse einer Fragebogenerhebung des Flüchtlingsrats NRW.* Bochum: Flüchtlingsrat NRW e.V.

Frese, Michael (2008): *Arbeitslosigkeit: Psychologische Perspektive.* In: Aus Politik und Zeitgeschichte. B 40-41/2008 v. 29.09.2008, S. 22-25.

Grotz, Florian (Hrsg.) & Nohlen, Dieter (2008): *Kleines Lexikon der Politik*. München: C. H. Beck oHG. 4., aktualisierte Auflage. Lizenzausgabe für die Bundeszentrale für politische Bildung.

Haase, Marianne & Jugi, Jan C. (2007): *Asyl- und Flüchtlingspolitik der EU*. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2011): *Grundlagendossier Migration*. URL: <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/56551/asyl-fluechtlingspolitik?p=all> (Letzter Zugriff am 12.06.2015, 13:24 Uhr).

Haase, Marianne & Jugi, Jan C. (2008): *Binnenmigration in der Europäischen Union*. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2011): *Grundlagendossier Migration*. URL: <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/56576/binnenmigration> (Letzter Zugriff am 10.06.2015, 14:10 Uhr).

Han, Petrus (2000): *Soziologie der Migration: Erklärungsmodelle, Fakten, politische Konsequenzen, Perspektiven*. Stuttgart: Lucius & Lucius GmbH.

Hautzinger, Martin; Heidenreich, Thomas; Risch, Anne Kathrin & Stangier, Ulrich (2012): *Kognitive Erhaltungstherapie bei rezidivierender Depression: Rückfälle verhindern, psychische Gesundheit erhalten*. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag GmbH.

Hirsland, Katrin (2015): *Aktuelle Zahlen und Entwicklungen*. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. B 25/2015 v. 15.06.2015, S. 17-25.

Hurrelmann, Klaus & Richter, Matthias (2015): *Determinanten von Gesundheit*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. URL: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/determinanten-von-gesundheit/> (Letzter Zugriff am 09.07.2015, 18:23 Uhr).

Klein, Martina & Schubert, Klaus (2006): *Politiklexikon*. Bonn: Verlag J. H. W. Dietz Nachf. GmbH. 4., aktualisierte Auflage. Lizenzausgabe für die Bundeszentrale für politische Bildung.

Knieps, Franz & Pfaff, Holger (Hrsg.) (2014): *Gesundheit in Regionen. Zahlen, Daten, Fakten. BKK Gesundheitsreport 2014*. Berlin: BKK Dachverband.

Müller, Andreas (2013): *Die Organisation der Aufnahme und Unterbringung von Asylbewerbern in Deutschland. Fokus-Studie der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN)*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Land Brandenburg (2014): *Gesundheitsministerium wirbt für Einführung von Chipkarte für Asylsuchende*. URL: <http://www.mlul.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.375827.de> (Letzter Zugriff am 22.07.2015, 9:45 Uhr).

Lichtenberger, Verena (2013): *Der Einfluss des Einkommens auf die Gesundheit*. In: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg, 07/2013, S. 21-26.

Mohr, Gisela & Richter, Peter (2008): *Psychosoziale Folgen von Erwerbslosigkeit und Interventionen*. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. B 40-41/2008 v. 29.09.2008, S. 25-32.

Nuscheler, Franz (1995): *Internationale Migration. Flucht und Asyl*. Opladen: Leske + Budrich.

Pro Asyl e.V. (2014): *PRO ASYL kritisiert Gesetzesentwurf zu Asylbewerberleistungen*.

URL:

http://www.proasyl.de/de/news/detail/news/pro_asyl_kritisiert_gesetzesentwurf_zu_asylbewerberleistungen/ (Letzter Zugriff am 23.07.2015, 10:10).

Robert Koch Institut (Hrsg.) (2012): *Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit*. Berlin: Robert Koch Institut. GBE kompakt, 1/2012, 3. Jahrgang.

Robert Koch Institut (Hrsg.) (2008): *Schwerpunktbericht: Migration und Gesundheit*. Berlin: Robert Koch Institut.

Senatsverwaltung für Inneres und Sport (ohne Jahresangabe): *Die Härtefallkommission*.

URL:

<https://www.berlin.de/sen/inneres/buerger-und-staat/auslaenderrecht/haertefallkommission/artikel.25538.php> (Letzter Zugriff am 14.07.2015, 12:05 Uhr).

Stadt Regensburg (2011): *Bericht zur sozialen Lage 2011. Quantitative*. Regensburg: Stadt Regensburg.

Statistisches Bundesamt (2015): *Sozialleistungen. Leistungen an Asylbewerber*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Fachserie 13, Reihe 7.

Thränhardt, Dietrich (2015): *Die Arbeitsintegration von Flüchtlingen in Deutschland. Humanität, Effektivität, Selbstbestimmung*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

United Nations (Hrsg.) (2013): *International Migration Report 2013*. New York: United Nations.

United Nations High Commissioner for Refugees (2015): *UNHCR. Global Trends. Forced Displacement 2014*. Genf: United Nations High Commissioner for Refugees.

Uslucan, Haci-Halil & Yalcin, Cem Serkan (2012): *Wechselwirkung zwischen Diskriminierung und Integration – Analyse bestehender Forschungsstände*. Berlin/Essen: Antidiskriminierungsstelle des Bundes.

Vogt, Katharina (2012): *Standpunkte 2012. AWO Positionen und Empfehlungen zur Unterbringung von Flüchtlingen*. Berlin: AWO Bundesverband e.V.

Wendel, Kay (2014): *Unterbringung von Flüchtlingen in Deutschland. Regelungen und Praxis der Bundesländer im Vergleich*. Frankfurt am Main: Pro Asyl e.V.

World Health Organization Europe (2007): *Large analysis and review of European housing and health status (LARES). Preliminary overview*. Kopenhagen: World Health Organization Europe.

Anhangsverzeichnis

ANHANG 1: TABELLARISCHE DARSTELLUNG VERSCHIEDENER FORMEN DER SCHUTZGEWÄHRUNG UND DEREN RECHTSFOLGEN	59
--	-----------

Anhang 1: Tabellarische Darstellung verschiedener Formen der Schutzgewährung und deren Rechtsfolgen (eigene Darstellung) (Quelle: BAMF 2014, S. 12)

Entscheidung	Aufenthaltstitel und Dauer	Niederlassungserlaubnis
Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft (§ 3 AsylVfG) und Asylberechtigung (Art. 16a GG)	Aufenthaltserlaubnis für 3 Jahre	Niederlassungserlaubnis ist nach 3 Jahren zu erteilen, wenn kein Widerruf erfolgt
Zuerkennung Subsidiärer Schutz (§ 4 AsylVfG)	Aufenthaltserlaubnis für 1 Jahr Verlängerung für zwei weitere Jahre möglich	Niederlassungserlaubnis kann nach 7 Jahren erteilt werden
Feststellung zu Abschiebungsverboten (§ 60 Abs. 5 und Abs. 7 AufenthG)	Aufenthaltserlaubnis soll für mindestens 1 Jahr erteilt werden	Niederlassungserlaubnis kann nach 7 Jahren erteilt werden

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst habe und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommenen Stellen sind unter Angaben der Quellen kenntlich gemacht.

Hamburg, den 25.07.2015

Simon Wallraf