

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences

Bachelorarbeit zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science (B.Sc.)

Im Studiengang Gesundheitswissenschaften

**Zugang zur Gesundheitsversorgung für Menschen im
Asylverfahren in Deutschland**

Betreuende:

Prof. ⁿ Dr. ⁿ Christine Färber
Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg (HAW)
Christine.Färber@HAW-Hamburg.de

Anna Wolkenhauer, M. Sc.
Bremen International Graduate School of
Social Sciences (BIGSSS)
Wolkenhauer@bigsss.uni-bremen.de

Eingereicht von:

Philipp Nowack



Abgabe am: 28. Juni 2016

Inhaltsverzeichnis

Abstract	II
Tabellenverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
1. Einleitung	1
1.1 Ziel der Bachelorarbeit	2
1.2 Methodisches Vorgehen	2
2. Menschenrechte – Definition und Hintergründe	4
2.1 Asyl als Menschenrecht	6
2.2 Gesundheit als Menschenrecht	9
3. Situation von Asylsuchenden in Deutschland	13
3.1 Zahlen und Herkunft der Geflüchteten in Deutschland	13
3.2 Verteilung der Asylsuchenden auf die Bundesländer	19
4. Relevante Gesetze	20
4.1 Das Asylgesetz	21
4.2 Das Asylverfahren in Deutschland	23
4.3 Das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz	25
4.4 Das Asylbewerberleistungsgesetz	25
5. Zugang zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in Deutschland	26
5.1 Zugangsverfahren Behandlungsscheine	28
5.2 Zugangsverfahren elektronische elektronischer Gesundheitskarte	29
6. Stand der Umsetzung zur Einführung der eGK in den einzelnen Bundesländern	30
7. Vereinbarkeit der Zugangsverfahren mit dem Menschenrecht auf Gesundheit	34
8. Fazit und Ausblick	36
8.1 Ausblick	37
8.2 Empfehlungen von Maßnahmen	39
Literaturverzeichnis	41
Anhang	52

Abstract

In der Hoffnung auf humanitären Schutz und Sicherheit haben im Jahr 2015 ca. 1,1 Millionen Menschen einen Antrag auf Asyl in Deutschland gestellt. Die Aufnahme von vielen Personen in kurzer Zeit stellt die Versorgungsstrukturen vor Herausforderungen. Der Zugang zu Gesundheitsversorgung und medizinischen Versorgungseinrichtungen ist grundlegend für die Erhaltung der persönlichen Gesundheit und dem Schutz vor schwerwiegenden Erkrankungen. Die Bewahrung vor gesundheitlichem Schaden und die Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen stellt ein Menschenrecht dar, das unabhängig von Glauben, Nationalität, Geschlecht und Hautfarbe sowie sozialem Status jedem Menschen auf der Welt gewährleistet werden muss. Der aufenthaltsrechtliche Status darf hierbei keine Rolle spielen. Dies garantieren die Menschenrechte, zu denen sich die BRD bekannt hat. Dem entgegen steht, dass Menschen im Asylverfahren einen durch Gesetze eingeschränkten Leistungsanspruch auf Gesundheitsversorgung haben. Zusätzlich ist der Zugang zu medizinischer Versorgung in manchen Bundesländern erschwert.

Das Ziel der vorgelegten Arbeit ist es, Erkenntnisse über Verfahren zum Zugang zu Gesundheitsversorgung für Asylsuchende zu ermitteln und zu überprüfen, inwiefern diese mit dem Anspruch der Menschenrechte vereinbar sind. Für die vorliegende Bachelorarbeit wurde eine Analyse von themenbezogenen Dokumenten und (Fach-) Literatur sowie Gesetzestexten und Presseberichten durchgeführt.

Ergebnis der Arbeit ist, dass die BRD sich in verschiedenen internationalen und europäischen Abkommen zur Wahrung der Menschenrechte bekannt hat, die auch das Recht auf ein individuelles Höchstmaß an Gesundheit und das Recht auf Zugang zu medizinischer Versorgung beinhalten. Die Inanspruchnahme dieser Rechte wird Menschen im Asylverfahren in Deutschland nicht hindernisfrei und ohne Einschränkungen ermöglicht. Um dies zu verändern wird die flächendeckende, bundeseinheitliche und für alle Bundesländer verpflichtende Einführung einer eGK für alle Asylsuchenden in Deutschland gefordert. Darüber hinaus werden Maßnahmen zur allgemeinen Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden vorgeschlagen, die im Ausblick detaillierter vorgestellt werden.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Veränderungen der Asylantragsstellungen zwischen 2014 und 2015
nach Herkunftsland _____ Seite 16

Tabelle 2: Verteilungsquoten von Asylbewerbenden nach Bundesland __ Seite 19

Tabelle 3: Erst- und Folgeanträgen nach Bundesländer im Jahr 2015 ___ Seite 19

Abkürzungsverzeichnis

AEMR	Allgemeine Erklärung der Menschenrechte
AEUV	Vertrag über die Arbeitsweise der europäischen Union
AI	Amnesty International
AK	Arbeitskreis
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylG	Asylgesetz
AsylVfBeschIG	Asylverfahrenbeschleunigungsgesetz
AsylVfG	Asylverfahrensgesetz
AZR	Ausländerzentralregister
B	Berlin
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BT	Deutscher Bundestag
BW	Baden-Württemberg
BY	Bayern
BB	Brandenburg
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BPB	Bundeszentrale für politische Bildung
BRD	Bundesrepublik Deutschland
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women/UN-Frauenrechtskonvention
CRC	Convention on the rights of the children/UN-Kinderrechtskonvention
CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities/UN-Behindertenkonzentation
DMP	Disease Management Programm
ESC	Europäische Sozialcharta
eGK	Elektronische Gesundheitskarte
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HB	Hansestadt Bremen
HE	Hessen
HH	Hansestadt Hamburg
ICESCR	International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights/UN-Sozialpakt
IS	Islamischer Staat
MGEPA	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW
MSAGD	Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie
MASGF	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
MVP	Mecklenburg-Vorpommern
Nds.	Niedersachsen
NGO	Nichtregierungsorganisation
NRW	Nordrhein-Westfalen
RP	Rheinland-Pfalz
SGB	Sozialgesetzbuch
SH	Schleswig-Holstein
SL	Saarland
SN	Sachsen
ST	Sachsen-Anhalt
STIKO	Ständige Impfkommission
STMGP –	Bayrisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (
TH	Thüringen
UN/VN	United Nations/Vereinte Nationen
UNHCR	Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen
WHO	World Health Organisation/Welt Gesundheitsorganisatio

1. Einleitung

*„Nichts Besseres weiß ich mir an Sonn- und Feiertagen /
Als ein Gespräch von Krieg und Kriegsgeschrei, /
Wenn hinter, weit, in der Türkei, / die Völker aufeinanderschlagen. /
Man steht am Fenster, trinkt sein Gläschen aus /
Und sieht den Fluß hinab die bunten Schiffe gleiten; /
Dann kehrt man abends froh nach Haus / Und segnet Fried und Friedenszeiten. /
-Herr Nachbar, ja! So lass ichs auch geschehen: / Sie mögen sich die Köpfe spalten, /
Mag alles durcheinandergehn; / Doch nur zu Hause bleibs beim alten!“
(Goethe, 1950; S. 170).*

In der Bundesrepublik Deutschland (BRD) führen viele Menschen ein materiell abgesichertes Leben. Sie kennen Leid durch Krieg und Vertreibung eher aus dem Fernsehen als das sie es am eigenen Leib erfahren haben. Auch Menschenrechte, wie das Recht auf den Schutz des Lebens, die körperliche Unversehrtheit, das Recht auf Bildung oder das Recht darauf die eigene Meinung äußern zu können, sind in der BRD beinahe zur Selbstverständlichkeit geworden (vgl. Schissler, 2005; S. 26). Dabei wird häufig verdrängt, dass es in den Kriegs- und Krisengebieten zu massiven Verletzungen der elementarsten Menschenrechte kommt. In diesen Regionen, in denen zudem häufig beträchtliche ökonomische Not herrscht, fehlt es an Lebensmitteln, Wasser und medizinischer Versorgung für die dort lebende Bevölkerung. Zusätzlich kommt es zu Mord, Terror und Verfolgung aus politischen und religiösen Gründen.

Darüber hinaus verlassen Menschen aus verschiedenen Regionen aufgrund von Armut ihre Heimat, um sich in einem Industrieland in Europa eine gesicherte Existenz zu schaffen (vgl. Becker & Krause 2015; S. 1). Die Flüchtlingsorganisation der Vereinten Nationen (UNHCR) geht davon aus, dass im Jahr 2015 weltweit 65,3 Millionen Frauen, Kinder und Männer auf der Flucht waren. Damit ist die Zahl der Geflüchteten im Vergleich zum Vorjahr um mehr als 5 Millionen Menschen gestiegen und überschreitet erstmalig die 60 Millionen Grenze (vgl. UNHCR, 2015; S. 5). Auf ihrem Weg in sichere Zielländer nehmen die Menschen erhebliche Gefahren in Kauf. Die Bundesrepublik Deutschland übernimmt aufgrund ihrer historischen Rolle und ihrer wirtschaftlichen Stärke Verantwortung gegenüber den Schutzsuchenden, indem sie ihnen Asyl gewährt. Mit der Aufnahme von Geflüchteten verpflichtet sich die BRD, ihnen die Menschenrechte, die auch den Schutz der Gesundheit beinhalten, zu

gewähren (vgl. Cremer, 2014; S. 3). Hierzu hat sie sich in verschiedenen nationalen und internationalen Vereinbarungen bekannt. Dabei ist es unerheblich, welchen Geschlechts, welcher Hautfarbe oder Religion jemand ist. Der freie und uneingeschränkte Zugang zu Institutionen und Angeboten des Gesundheitswesens stellt einen bedeutenden Schlüssel für eine umfassende und menschenrechtsorientierte Versorgung einer Gesellschaft dar. Es gilt dabei nicht nur, die spezifischen Bedarfe einer heterogenen Bevölkerung durch ein professionelles Versorgungssystem und -einrichtungen zu decken, sondern auch Zugangsbarrieren zu identifizieren und diese abzubauen (vgl. Geiger & Razum, 2012; S. 623). Neben Sprachbarrieren und Informationsmängeln sowie kulturellen Unterschieden im Bezug auf das Verständnis von Gesundheit und Krankheit werden rechtliche Gegebenheiten als eine zentrale Beeinträchtigung beschrieben, die dazu führt, dass Menschen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgungsleistungen benachteiligt sind (vgl. Geiger, 2000; S. 34ff). Die Gesundheitsversorgung und deren Zugang von Asylsuchenden kann auch durch die unklare, rechtliche Situation und die ungeklärte Bleiberechtperspektive sowie psychische Traumata, die im Herkunftsland oder auf der Flucht entstanden sind, beeinflusst werden. Diese Faktoren unterscheiden Menschen im Asylverfahren von anderen Migrantengruppen (vgl. Razum et. al., 2008; S. 122).

1.1 Ziel der Bachelorarbeit

Die Bachelorarbeit verfolgt das Ziel, anhand einer Betrachtung der geltenden gesetzlichen Grundlagen und deren Anwendung zu untersuchen, inwieweit Menschen im Asylverfahren ein mit den Menschenrechten vereinbarer Zugang zu Gesundheitsversorgung ermöglicht werden kann. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf der Beschreibung und Analyse der Zugangsverfahren zur Gesundheitsversorgung mittels Krankenschein und der elektronischen Gesundheitskarte. Es wird geprüft, ob diese Zugangsverfahren ausreichen, damit Menschen im Asylverfahren ihr Recht auf Gesundheit vollständig wahrnehmen können.

1.2 Methodisches Vorgehen

Dieser Bachelorthesis liegt eine intensive Sichtung sowie Analyse von Dokumenten der Landesregierungen und themenbezogener Literatur zugrunde. Es erfolgt eine Betrachtung von Fachliteratur, amtlichen Berichten und Drucksachen, Publikationen von Nichtregierungsorganisationen (NGOs) sowie Presseveröffentlichungen. Darüber

hinaus werden Gesetzestexte und Abkommen genutzt. Eine umfangreiche und systematische Recherche in privaten Beständen sowie den Bibliotheken und elektronischen Datenbanken von Universitäten und Hochschulen, insbesondere der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg und der Universität Hamburg, bilden die Basis für diese Arbeit. Weiterhin werden Informationen und Texte aus verschiedenen Online-Datenbanken der Bundes- und Landesparlamente hinzugezogen. Eine weitere Literaturquelle bilden gesetzliche Bestimmungen und Erlässe zu den Themen „Asyl“, „Geflüchtete“ und „Gesundheit“ sowie „Menschenrechte“. Darüber hinaus wurden die Internetseiten nationaler und internationaler (gemeinnütziger) Organisationen genutzt. Die gezielte Suche nach geeigneter Literatur wurde durch eine rückwärts gerichtete Überprüfung der Quellen aus den Literatur- und Quellenverzeichnissen ergänzt (Schneeballprinzip) (vgl. Theisen, 2011; S.85). Weiterhin wurde eine vorwärts gerichtete Suche nach Materialien durchgeführt, bei der auf Grundlage eines bereits gesichteten Beitrags analysiert wird, in welchen wissenschaftlichen Arbeiten dieser Artikel genannt ist. Diese Verzahnung von wissenschaftlichen Werken dient als Ausgangspunkt zur Erschließung neuer Quellen (vgl. Kornmeier, 2011; S. 86).

Aktuelle Gesetzestexte, die zur Behandlung der Fragestellung genutzt werden, sind der Internetseite des Bundesministeriums für Justiz (BMJ) entnommen. Weiterhin erfolgt die Sichtung von Veröffentlichungen, Stellungnahmen und Pressematerialien verschiedener Bundesbehörden wie dem Bundesamt für Migration und Flucht (BAMF), dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie der Bundeszentrale für politische Bildung (BPB). Daten zur Zuwanderung sowie Lebenswelt und Aufenthaltsstatus von Geflüchteten sind Statistiken des BAMF und des Ausländerzentralregisters (AZR) entnommen.

In dieser ersten übersichtsartigen Literaturrecherche zeigte sich, dass zu den Themen „Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden“ sowie „Leistungsberechtigung Asylsuchender“ umfangreiche Literatur vorhanden ist. Das Gesetz zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende wurde am 20. Oktober 2015 durch das Bundeskabinett erlassen. Aus diesem Grund stehen bisher nur wenige Materialien, die die praktische Umsetzung und deren Auswirkung beschreiben, zur Verfügung.

Aufgrund der Aktualität des Themas und der nur in geringem Maße verfügbaren Materialien ist eine an qualitativen Gesichtspunkten ausgerichtete Betrachtung der

Forschungsfrage sinnvoll, da sie Ansatzpunkte für weitere Forschungen offenbart.

Im Folgenden wird zunächst eine Darstellung der Hintergründe und der Geschichte von Menschenrechten gegeben. Hierbei stehen die Menschenrechte auf Asyl und auf Gesundheit im internationalen, europäischen und nationalem Kontext im Mittelpunkt. Im dritten Kapitel wird die Lage von Menschen im Asylverfahren beschrieben und Zahlen zu Herkunft und Verteilung in den Bundesländern innerhalb der BRD genannt. Diesem schließt sich im vierten Kapitel eine Darstellung der für das Asylverfahren und die gesundheitliche Versorgung relevanten Gesetze in der BRD an. Die Zugangsverfahren zur Gesundheitsversorgung werden im fünften Kapitel beschrieben. Im sechsten Kapitel erfolgt eine Betrachtung der Zugangsverfahren in den einzelnen Bundesländern mit den zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Regelungen. Die Frage, ob die Verfahren geeignet sind, eine menschenrechtsorientierte Gesundheitsversorgung für Asylsuchende zu ermöglichen, wird im siebten Kapitel diskutiert, wobei abschließend eine Darstellung von weiteren Maßnahmen zur allgemeinen Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen im Asylverfahren erfolgt.

2. Menschenrechte – Definition und Hintergründe

Menschenrechte sind komplexe gesetzliche Objekte, die zwischen Moral, Politik und Recht verortet sind. Sie basieren auf moralischen Wertvorstellungen und sind durch politische Dekrete veränderlich. Menschenrechte können somit von Menschen beeinflusst und verändert werden (vgl. Krennerich, 2015a; S. 8). Sie sind niedergeschrieben in internationalen Übereinkünften und von vielen Nationen in die eigene Verfassung aufgenommen worden (vgl. ebd.). Um einen Überblick darüber zu bekommen, was unter dem Begriff ‚Menschenrecht‘ verstanden wird und wo Menschenrechte im globalen Kontext zu verorten sind, wird in diesem Kapitel ein Überblick über die Historie und die Grundgedanken von Menschenrechten gegeben. Anschließend erfolgt eine Aufstellung über völkerrechtlich relevante Vereinbarungen, aus denen das Menschenrecht auf Asyl sowie das Menschenrecht auf Gesundheit hervorgeht.

Folgendes Zitat beschreibt die Komplexität von Menschenrechten in einer Kurzformel. Die Autorin weist jedoch daraufhin, dass diese Auslegung keine allgemeine Gültigkeit besitzt und lediglich eine Definition unter vielen verschiedenen darstellt. Sie beschreibt den Begriff wie folgt:

„Menschenrechte sind die allen Menschen kraft Geburt zustehenden, egalitären und vorstaatlichen Rechte, die auf Achtung, Schutz und Erfüllung an staatliche und überstaatliche Hoheitsgewalt gerichtet sind. Sie beanspruchen universelle Geltung, sind unveräußerlich, unmittelbar und interdependent“ (Fremuth, 2015; S. 23).

Demnach stehen die Menschenrechte jedem Menschen von Geburt an allein aufgrund seines ihres „Menschseins“ zu. Sie sind nicht veräußerlich und können weder erworben noch verdient oder verliehen werden. Es ist nicht möglich, dass eine Person ihre Menschenrechte verliert oder sie ihr von jemand anderem abgesprochen werden. Dabei gilt der Anspruch, dass die Menschenrechte weltweit und für alle Menschen gleichermaßen gelten. Die einzelnen Artikel bedingen sich wechselseitig, um jedem Menschen ein freies und würdevolles Leben zu gewähren. Sie sind egalitär und lassen keine Form von Diskriminierung und Benachteiligung zu (vgl. Krennerich, 2005; S. 4). Menschenrechte werden als individuelle und subjektive Rechte bezeichnet, da in ihrem Mittelpunkt jeder Mensch als autonomes Individuum steht. Einige Abkommen definieren die Menschenrechte für bestimmte Gruppen, wie zum Beispiel Menschen mit Behinderungen oder Kinder (vgl. Krennerich, 2009; o.S.). Mit der Unterzeichnung von Menschenrechtsabkommen erkennt der jeweilige Staat seine Pflicht an, die Menschenrechte einzuhalten und zu gewähren. Diese Verpflichtung kann jeder Berechtigte für sich vom Staat einfordern. Diese, auch rechtsverpflichtende, Verantwortung stellt eine bedeutsame Errungenschaft im geschichtlichen Verlauf der Menschenrechte dar. Sie gründet auf der Erlangung des Rechts auf Schutz der Bevölkerung durch den Staat auf nationaler Ebene und hat zunehmend völkerrechtliche Relevanz erlangt (vgl. Fremuth, 2015; S. 25). Zu Beginn der Entwicklung des Völkerrechts betrafen die Abkommen lediglich die Staaten untereinander und regelten den Umgang und die Behandlung von Staatsbürger innen anderer Nationen im eigenen Land. Die jeweiligen Staatsangehörigen profitierten von diesen Regelungen lediglich per Rechtsreflex und waren somit zwar Gegenstand, jedoch nicht Inhaber in dieser Rechte (vgl. ebd.). Bereits in der Antike und im Mittelalter lassen sich vereinzelt Hinweise auf die Idee und die Umsetzung von Menschenrechten finden. So ließ der persische König Kyros der Große bereits Erlasse veröffentlichen, in denen er nach seinem Sieg über die Stadt Babylon im Jahr 539 v. Chr. die Sklaverei abschaffte und Religionsfreiheit

ausrief. Weiterhin erklärte er die Gleichheit zwischen den Menschen in seinen Einflussgebieten (vgl. Fremuth, 2015; S. 71).

Unmittelbar nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges im Jahr 1945 unterzeichneten 50 Staaten die Gründungscharta der Vereinten Nationen (UN). Diese interstaatliche Organisation setzte sich die Neuordnung des Zusammenlebens der Völkergemeinschaft, die Sicherung des Weltfriedens und die Wahrung der Rechte der Menschen zum Ziel. Bis zum Jahr 2013 traten weitere 143 Länder der Staatengemeinschaft bei und bekannten sich zu deren Grundsätzen. Die Bundesrepublik Deutschland wurde im Jahr 1973 Mitglied der UN. Unter ihrem Dach haben sich sechs Haupt- und 21 Unterorganisationen sowie verschiedene Sonderorganisationen etabliert, die zu unterschiedlichen Schwerpunkten tätig sind. Zu ihnen zählen unter anderen der Menschenrechtsrat (HRC), der Hochkommissar für Flüchtlinge (UNHCR) und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) (vgl. Pöttsch, 2009; S. 166.)

Im Jahr 1948 verabschiedete die UN-Generalversammlung die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEMR), die von den Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen ratifiziert und anerkannt wurden. Die dort formulierten Menschenrechte fanden Aufnahme in die nationalen Verfassungen und bilden seither die Grundlage für das demokratische Zusammenleben der Bevölkerungen dieser Länder (vgl. Opitz, 2000; S. 332).

2.1 Asyl als Menschenrecht

Der aus dem Griechischen stammende Begriff ‚Asyl‘ bedeutete in der Antike einen unangreifbaren Ort der Zuflucht, der unter dem Schutz der Götter stand und an dem jedwede irdische Herrschaft aufhörte. Königen und anderen Machthabern war es untersagt, Menschen gegen ihren Willen von diesen Orten weg zu bringen. Das Recht auf Schutz besaß jeder, der die dort Zuflucht suchte (vgl. Tiedemann, 2015; S. 1). Ideen vom Recht auf Asyl finden sich in allen weit verbreiteten Religionsgemeinschaften. Im Christentum finden sich die Werte Nächstenliebe und Barmherzigkeit, die Menschen gebieten, jemandem Asyl zu gewähren (Asylrecht, 2015; S. 40). Dieses Gebot der Caritas setzen noch heutzutage christliche Gemeinden um, in dem sie Menschen Kirchenasyl gewähren, um ihnen Schutz vor Abschiebung und behördlichem Zugriff zu geben (vgl. Finger, 2013; o.S.). Die ersten Berichte über Menschen, die Ihre Herkunftsländer verlassen und in einem anderen

Land Asyl begehren, reichen bis in die frühe Menschheitsgeschichte zurück. So findet sich in einem Vertrag zwischen einem hathitischen König und einem Fürsten Wiluscha aus dem 14. Jahrhundert folgende Formulierung: „Wenn ein Flüchtling aus deinem Land Hatti kommt, so gibt man ihn dir nicht zurück; aus dem Land Hatti einen Flüchtling zurückzugeben ist nicht rechtens“ (Tiedemann, 2015; S. 2).“ Erst nach der Aufklärung und der Französischen Revolution etablierte sich das Asylrecht als ein Anspruch, der die Geflüchteten im Fokus hatte und zum Schutz politisch Verfolgter gebraucht wurde. Zuvor, im 20. Jh., nutzten Staaten dieses Völkerrecht, um ihre eigenen Interessen zu wahren, Fliehenden Zuflucht zu gebieten und etwaigem Verlangen auf Auslieferung an die Herkunftsstaaten zu begegnen (Cremer, 2016; S. 40). Aufgrund der beiden Weltkriege, in denen viele Menschen aus ihrer Heimat vertrieben wurden und flüchteten, rückten das Asylrecht und der Umgang mit Geflüchteten in den völkerrechtlichen Mittelpunkt. Gleichwohl, das verschiedenste internationale Interessensgruppen zu dieser Zeit über Asyl- und Flüchtlingspolitische Regelungen berieten, wurden nur geringe völkerrechtlich bindende Abkommen unterzeichnet (vgl. ebd.). Die wenigen Übereinkünfte, die erzielt wurden, konnten keine Allgemeingültigkeit erlangen und betrafen zumeist lediglich Menschen aus einem bestimmten Land oder Herkunftsgebiet sowie spezielle Ereignisse. So gab es abkommen die Gültigkeit für Armenier die vor Verfolgung aus der Türkei flohen (vgl. Marugg, 1990; S. 49ff). Eine umfassendere Sichtweise und Formulierung des Asyl- und Flüchtlingsbegriffs etablierte sich erst nach dem Zweiten Weltkrieg mit der Verabschiedung der AEMR durch die Generalversammlung der UN am 10. Dezember 1948. In dieser steht im Artikel 14:

"Jeder hat das Recht, in anderen Ländern vor Verfolgung Asyl zu suchen und zu genießen[...]" (UN, 1948, S. 3).

Im Jahr 1950 setzte die UN Generalversammlung den Hohen Flüchtlingskommissar der Vereinten Nation (UNHCR) ein. Zu seinen Aufgaben gehörte die Organisation der materiellen und nichtmateriellen Flüchtlingsunterstützung in Zusammenarbeit mit den Zielländern (vgl. UNHCR, 2016, o.S.). Das „Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge“ bildet die Basis für die Rechte von Geflüchteten. 1951 trat es in Kraft. Dieses, häufig auch als Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) bezeichnete Abkommen, verpflichtet die ratifizierenden Staaten dazu, Menschen auf der Flucht die niedergeschriebenen Rechte zu gewähren, zu denen auch das Recht auf Aufenthalt zählt. 1967 erfolgte die Aufhebung der chronologischen und räumlichen

Beschränkung, die bis dorthin Bedingung für die Anerkennung als Flüchtling im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention war. Sie wurde im ‚*Protokoll über die Rechtsstellung der Flüchtlinge*‘ festgehalten. Bis zu dieser Änderung galten die Rechte vorrangig für Menschen aus Europa, die durch die Ereignisse während und nach dem Zweiten Weltkrieg zu Geflüchteten wurden. Nach dieser Änderung ist eine Person als „Flüchtling“ definiert, wenn:

„sie sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt oder in dem sie ihren ständigen Wohnsitz hat, und die wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung eine wohlbegründete Furcht vor Verfolgung hat und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Furcht vor Verfolgung nicht dorthin zurückkehren kann“ (UNHCR, 1967; S. 2).

Das Abkommen von 1951, bzw. das Protokoll von 1967 hatten im Oktober 2014 149 Staaten unterzeichnet (vgl. UNHCR, 2014; S. 1). Eine übergeordnete Rolle für das Menschenrecht auf Asyl kommt dem Artikel 33 der GFK zu. Aus diesem ergibt sich das Verbot für die Mitgliedsstaaten, einen um Asyl bittenden Menschen an der Grenze abzuweisen. Der folgende Wortlaut findet sich dazu in der GFK:

„Keiner der vertragschließenden Staaten wird einen Flüchtling auf irgendeine Weise über die Grenzen von Gebieten ausweisen oder zurückweisen, in denen sein Leben oder seine Freiheit wegen seiner Rasse, Religion, Staatsangehörigkeit, seiner Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen seiner politischen Überzeugung bedroht sein würde“ (UNHCR, 1967; S. 15).

Auch die Europäische Union (EU) hat das Recht auf Asyl in ihren Grundstatuten mit aufgenommen. Sie verpflichtet ihre Mitglieder zur Umsetzung des Asylrechts und bekennt sich zu der GFK in der EU-Grundrechte-Charta aus dem Jahr 2000. Dies ist in Artikel 18 wie folgt formuliert:

„Das Recht auf Asyl wird nach Maßgabe des Genfer Abkommens vom 28. Juli 1951 und des Protokolls vom 31. Januar 1967 über die Rechtsstellung der Flüchtlinge sowie gemäß dem Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft gewährleistet [...]“ (EU Richtlinie 2013/33/EU).

Mit einem gemeinschaftlichen, europaweiten Asylsystem ist die EU bestrebt, den Schutz von Geflüchteten umzusetzen, indem sie einen "Raum der Freiheit, der Sicherheit und des Rechts" schafft (vgl. AEUV, 2009; S. 47).

Auf die in der Bundesrepublik Deutschland gültigen Regelungen und Gesetze zu Asyl wird in Kapitel 4 dieser Arbeit ausführlich eingegangen.

2.2 Gesundheit als Menschenrecht

Ein in der AEMR niedergeschriebener Grundwert ist das Recht eines jeden Menschen auf die Erhaltung seiner Gesundheit. Hierzu heißt es im Artikel 25 der Resolution der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948:

„Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen [...]“ (UN, 1948, S. 5).

Diese Erklärungen waren für die Unterzeichner innen jedoch noch nicht völkerrechtlich bindend. Aus diesem Grund wurden im Jahr 1966 die vertraglich verbindlichen internationalen Vereinbarungen über „bürgerliche und politische Rechte (Zivilpakt)“ sowie der Pakt über „wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Sozialpakt)“ (Schneider, 2004; S. 5) geschlossen. Im UN-Sozialpakt heißt es in Artikel 12, Absatz 1:

„Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.“

Die Handlungen, die unternommen werden sollen um dieses Recht zu gewährleisten, finden sich im 2. Absatz des gleichen Artikels des UN-Sozialpakts:

„Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Maßnahmen

- a. zur Senkung der Zahl der Totgeburten und der Kindersterblichkeit sowie zur gesunden Entwicklung des Kindes;*
- b. zur Verbesserung aller Aspekte der Umwelt- und der Arbeitshygiene;*
- c. zur Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer, endemischer, Berufs- und sonstiger Krankheiten;*
- d. zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen“* (UN-Sozialpakt, 1966).

Im Jahr 1973 ratifizierte die Bundesrepublik Deutschland das Abkommen. Mit diesem Schritt wurden die internationalen Vereinbarungen in die bundesdeutsche Gesetzgebung integriert. Die BRD bekannte sich damit zu der Aufgabe, die politischen, sozioökonomischen und ökologischen Bedingungen so zu gestalten, dass jedem Menschen, unabhängig von dessen individuellen Veranlagungen und Voraussetzungen, der Zugang zu gesunden Lebensbedingungen ermöglicht werden kann. Hierzu zählt der ungehinderte Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung. Sauberes Trinkwasser, ausreichende Nahrung, gerechte Arbeits- und Lebensbedingungen sowie ein Mindestmaß an Sicherheit für die körperliche Unversehrtheit bilden die Grundlage für ein gesundes Leben. Darüber hinaus hat der Staat dafür Sorge zu tragen, dass es eine funktionierende medizinische Infrastruktur mit ausgebildetem Personal gibt, die allen Einwohner innen eines Landes zugänglich ist.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Sonderorganisation der UN betonte bereits in ihrer Verfassung von 1946, dass jedem Menschen das Recht auf die höchst mögliche erreichbare Gesundheit zusteht. Dabei geht die WHO von einem weitergefassten Gesundheitsbegriff aus. Neben einer bloßen biomedizinischen Sichtweise umfasst dieses Verständnis von Gesundheit auch das vollständige psychische und soziale Wohlergehen, das sich nicht nur durch die Nichtanwesenheit von Krankheit und Behinderung zeigt (vgl. WHO, 1946; S. 1). Innerhalb der Forderung nach der Einhaltung des Rechts auf Gesundheit wird diese Definition vielfach genutzt, obgleich sie keine rechtsbindende Quelle im juristischen Sinne darstellt (vgl. Freeman et. al., 2012; S. 315).

Weiterhin finden sich in anderen Abkommen der Vereinten Nationen Normen und Übereinkünfte, aus denen sich das Recht auf Gesundheit ableiten lässt. In diesen Konventionen verpflichten sich die unterzeichnenden Staaten dazu, die Menschenrechte für bestimmte Gruppen oder Menschen in speziellen Lebenssituationen zu wahren. Die Bedarfe der individuellen Situation und Voraussetzungen stehen bei den nachfolgend genannten Abkommen im Vordergrund. (vgl. Krennerich, 2015b; S. 11).

So verpflichten sich die Vertragsstaaten im fünften Artikel der UN-Antirassismuskonvention (ICERD) von 1966 dazu, jedem Menschen

„das Recht auf öffentliche Gesundheitsfürsorge, ärztliche Betreuung, soziale Sicherheit und soziale Dienstleistungen [...]“ (BGBL, 1969; S. 5).

zu gewähren. Das Recht auf diskriminierungsfreie Gesundheit findet sich weiterhin in verschiedenen Abschnitten des 1979 von der UN verabschiedeten und von Deutschland ratifizierten Übereinkommens zur „Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau“ (CEDAW). Darin sind neben dem Recht auf einen diskriminierungsfreien Zugang zu Gesundheitsversorgungseinrichtungen (Artikel 12) und dem Recht auf gesundheitsförderliche Bildung (Artikel 10) das Recht auf Gesundheit am Arbeitsplatz (Artikel 11) sowie das Recht auf Familienplanung und der Schutz während der Schwangerschaft (Artikel 14) verankert (vgl. UN, 1979; o.S.). Die gender- bzw. geschlechterorientierte Sichtweise auf Gesundheit ermöglicht diesem Abkommen, Menschenrechtsverletzungen zu identifizieren, die ohne diese Blickrichtung unter Umständen unentdeckt bleiben würden. Hieraus lassen sich menschenrechtspolitische Handlungen ableiten, wie zum Beispiel Verordnungen und Gesetze zur Reproduktion oder geschlechtergerichtete Gesundheit (vgl. Freeman et al., 2012; S. 320ff.). Eine weitere UN-Konvention, aus der sich das Recht auf Gesundheit ableiten lässt, ist die Kinderrechtskonvention (CRC), die die Vereinten Nationen 1989 verabschiedet haben. Dort heißt es in Artikel 24, dass Kinder das Recht

„auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit, sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit [...]“ (UN, 1989; Art. 24).

genießen. Mit dem Unterzeichnen dieses Abkommens streben die Mitgliedstaaten an, die notwendigen Schritte zu unternehmen, um Säuglings- und Kindersterblichkeit zu reduzieren, medizinische Hilfe durch Ärztinnen zu gewährleisten und Erkrankungen, die durch Mangel- und Fehlernährung verursacht werden, zu reduzieren. Ein besonderer Schwerpunkt liegt hierbei in der Weiterentwicklung gesundheitlicher Basisversorgung (vgl. ebd.). Aktuell haben 195 Nationen (Stand 06/2016), darunter die BRD, die Kinderrechtskonventionen unterzeichnet (vgl. BAMF, 2014; S. 11).

Im Jahr 2006 wurde zur Wahrung der Rechte von Menschen mit Behinderungen die UN-Behindertenkonvention (CRPD) verabschiedet. In dieser finden sich ebenfalls das Anrecht auf ein Höchstmaß an Gesundheit, das Menschen mit Behinderungen zugesprochen wird. Die Vertragsstaaten verpflichten sich nach Artikel 25, Maßnahmen zu ergreifen, um dieses Recht ohne Diskriminierung aufgrund von Beeinträchtigung dieser Gruppe umzusetzen (vgl. UN, 2006; o.S.).

Aber nicht nur auf internationaler Ebene wurden Abkommen geschlossen, die Gesundheit als Menschenrecht niederschreiben. So ist durch die Europäische Sozialcharta (ESC) von 1961 jeder Mitgliedstaat des Europarats dazu verpflichtet, eine Politik zu verfolgen, die gewährleistet, dass:

„Jedermann [...] das Recht [hat], alle Maßnahmen in Anspruch zu nehmen, die es ihm ermöglichen, sich des besten Gesundheitszustands zu erfreuen, den er erreichen kann“ (ESC, Artikel 11).

Zu diesen Übereinkünften hat sich die Bundesrepublik Deutschland bekannt und sie unterzeichnet. (vgl. Krennerich, 2015b; S. 13).

In der deutschen Verfassung findet sich das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, aus dem sich das Recht auf Gesundheit im Artikel 2 Abs. 2 des Grundgesetzes (GG) der BRD ableiten lässt:

„Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden“.

Somit gehört es zu den Grundrechten, die jedem Individuum als grundlegende Freiheitsrechte durch den Staat zugesprochen werden. Diese stehen zu Beginn des Grundgesetzes in den Artikeln 1 bis 19 (vgl. Pöttsch, 2009; S. 18).

Dieses Recht stellt einen Schutz vor gesundheitsschädlicher Behandlung dar. Es bleibt jedoch offen, wie weit die körperliche Schadensfreiheit gewährleistet ist und aufgrund welcher Gesetze in die körperliche Unversehrtheit eingegriffen werden darf (vgl. Pieroth & Schlink, 2012; S. 103).

Das Recht auf Gesundheit ist kein Gut, das einfach so aufgrund von Vereinbarungen jedem Menschen „per Gesetz“ ermöglicht werden kann. Vielmehr stellen die oben genannten Übereinkünfte die Grundlage dafür, dass jeder Mensch dazu befähigt wird, ein individuelles Höchstmaß an physischer und psychischer Gesundheit zu erlangen und würdevoll zu leben. Allein weil „Gesundheit“ von diversen Faktoren abhängig ist, kann kein Staat „Gesundheit“ oder „gesund sein“ grundsätzlich garantieren (vgl. Krennerich, 2013; S. 14). Vielmehr obliegt es ihm, den Rahmen dafür zu schaffen, dass die Bewohner innen nicht in ihrer Gesundheit eingeschränkt werden. Hierfür kann er sowohl auf politische und soziökonomische als auch auf ökologische Voraussetzungen Einfluss nehmen. Dass alle Menschen einen ungehinderten Versorgungszugang zu entsprechenden Gesundheitseinrichtungen haben, um selbstbestimmt für ihre eigene Gesundheit

Verantwortung übernehmen zu können, muss ebenfalls gewährleistet sein (vgl. ebd.). Inwieweit dies für Menschen möglich ist, die in Deutschland Asyl beantragen, zeigt sich in der weiteren Betrachtung. Zu diesem Zweck folgen eine Erläuterung der Asylantragszahlen sowie eine Betrachtung der Situation in den Herkunftsländern.

3. Situation von Asylsuchenden in Deutschland

Deutschland trägt aufgrund seiner historischen Rolle in den beiden Weltkriegen und seines wirtschaftlichen Potentials eine besondere Verantwortung gegenüber Geflüchteten. Zu dieser Verpflichtung bekannte sich die Bundesrepublik Deutschland im 1949 erlassenen Grundgesetz. Dort heißt es in Artikel 16a Absatz 1:

„Politisch Verfolgte genießen Asylrecht“.

In den Medien ist seit einigen Jahren immer wieder die Rede von „Flüchtlingswellen“ die nach Deutschland „schwappen.“ (vgl. Becker & Krause 2015; S. 1) Nicht selten wird die Frage danach gestellt, wie viele Geflüchtete das Land noch aufnehmen kann, und aus verschiedenen Richtungen wird der Ruf nach einer „Obergrenze“ für die Aufnahme von Flüchtenden laut. Die gestiegene Zahl von ankommenden Geflüchteten stellt sowohl die Gesellschaft als auch die Politik vor erhebliche Herausforderungen (vgl. Blatt & Meyers-Middendorf, 2015; o.S.).

3.1 Zahlen und Herkunft der Geflüchteten in Deutschland

Seit Mitte der 2000er Jahre steigt die Zahl der Asylanträge wieder stetig an. Nach Angaben des BAMF haben im Jahr 2015 441.899 Menschen einen Erstantrag auf Asyl gestellt, außerdem stellten 34.750 Geflüchtete Folgeanträge. Im Vergleich zum Jahr 2014 zeigen diese Zahlen einen Anstieg um 155,3 % bei den Erstanträgen (173.072) und um 16,8 % bei den Folgeanträgen (29.762). In den ersten beiden Monaten des Jahres 2016 sind bereits 117.392 Erst- und 3250 Folgeanträge gestellt worden. Ein ähnlich hohes Niveau wie 2015 wiesen die Antragstellungen lediglich im Jahr 1993 auf, in dem 438.191 Asylanträge gestellt wurden. Eine Unterscheidung zwischen Erst- und Folgeanträgen erfolgt erst ab dem Jahr 1995. Ein Erstantrag liegt vor, wenn eine Person erstmalig Asyl in Deutschland beantragt. Ein Folgeantrag bezeichnet den Antrag eines Asylsuchenden, dessen Erstantrag zurückgenommen oder abgelehnt wurde und daraufhin ein erneutes Asylgesuch geäußert wird (vgl.

BPB, 2016; o.S.). Nach dem Hoch Mitte der 1990er Jahre sanken die Asylantragstellungen auf 30.303 im Jahr 2007. Seit dem Jahr 2008 steigt die Zahl der Antragstellungen wieder kontinuierlich an (vgl. BAMF, 2016a; S.3).

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden in den 1950er und 1960er Jahren nur vergleichsweise wenig Asylanträge in Deutschland gestellt. Ein leichter Anstieg der Zahlen war in den Jahren 1956 während des Aufstands in Warschau und 1968 zur Zeit des „Prager Frühlings“ zu verzeichnen. In diesen Jahren wurden jeweils mehr als 10.000 Asylgesuche gestellt. Die meisten Asylsuchenden stammten zu dieser Zeit aus den osteuropäischen Nachbarländern der BRD. Bis zum Anwerbestopp im Jahr 1973, mit dem das Ende des Zuzugs von Gastarbeiterinnen aus den Anwerbestaaten eingeleitet wurde, hatten erst 5595 Menschen Anträge auf Asyl in Deutschland gestellt. In den darauffolgenden Jahren stieg die Zahl der Asylsuchenden merklich an und sie erreichte ihren Höchststand im Jahr 1980 mit 107.818 Asylanträgen. Dies entsprach damals über 66 % aller in Europa geäußerten Asylgesuche. Das Erstarken der kommunistischen Systeme in Laos, Kambodscha und Vietnam, politische Umwälzungen im Iran und der Einmarsch der Sowjetunion sowie der Ausbruch des Bürgerkriegs in Afghanistan führten dazu, dass mehrere Millionen Menschen ihre Heimat verließen (vgl. Opitz, 2000; S. 49). Zu dieser Zeit stammten die Antragstellenden nicht mehr vorrangig aus den „Ostblock“-Staaten, sondern vermehrt auch aus Asien. Die Angst vor Arbeitslosigkeit aufgrund der schwindenden Wirtschaftskraft in Deutschland griff um sich und wurde zusätzlich durch Konkurrenzgedanken der deutschen Bevölkerung mit Asylsuchenden auf dem Arbeitsmarkt bekräftigt. Die Bekämpfung von „Asylmissbrauch“ und Rufe nach einer „Beschleunigung der Asylverfahren und konsequenteren Abschiebeverfahren“ wurden vermehrt geäußert (Bade & Oltmer, 2004; S. 51). Der Wandel der Asylpolitik entwickelte sich zu einem maßgeblichen Wahlkampfthema in der BRD. Nach den Wahlen 1980 folgte eine Verschärfung des Asylrechts, mit dem die Einführung der Residenzpflicht, einem fünfjährigen Arbeitsverbot für Asylsuchende und Sach- statt Geldleistungen einhergingen (vgl. ebd.; 53f.). Als dessen Folge war ein Rückgang der Asylanträge zu verzeichnen. Dieser Rückgang der Asylantragszahlen hielt bis Mitte der 1980er Jahre an, danach stiegen die Zahlen erneut. Dieser Entwicklung versuchte die Regierung mit der Einführung von abwehrenden Steuerungsmechanismen entgegenzuwirken, indem sie eine Visapflicht für weitere Staaten einführte und eine Sperre für Einreisewege über die DDR verhängte. Diese

Maßnahmen erzielten nur eine kurzzeitige Wirkung im Jahr 1987 (vgl. ebd.). Das Scheitern der kommunistischen Staatenbündnisse und die innerstaatlichen Konflikte in den ethnisch durchmischten südeuropäischen Regionen führten von da an zu einem stetigen Anstieg der Antragstellungen, bis im Jahr 1993 mit 438.191 Anträgen der vorläufige Höchststand erreicht war (vgl. Luft & Schimany, 2014; S. 9). Die Liberalisierung der Ausreisegesetze in Polen, Rumänien und der Sowjetunion führte Ende der 1980 Jahre zu einem stetigen Anstieg der Antragstellungen durch Aussiedler innen aus diesen Ländern. Diese stellten ihre Asylanträge oftmals nicht bei der Einreise an der deutschen Grenze, sondern erreichten mit einem Touristenvisum das Inland und stellten dort ihren Antrag. Dies führte dazu, dass die zuvor eingeleiteten Maßnahmen zur Reduzierung von Zuwanderungen der BRD nicht griffen (vgl. Panagiotidis, 2014; S. 114ff). Um dieser hohen Anzahl von Asylgesuchen zu begegnen, gab es Verschärfungen im Asylgesetz. Diese Gesetzesänderungen werden weiter unten in Kapitel 4 näher beschrieben.

Es gilt zu bedenken, dass die genannten Zahlen für das Jahr 2015 lediglich die Anzahl der tatsächlich gestellten Asylanträge abbilden. Die Bundesregierung gibt auf eine kleine Anfrage der Partei DIE LINKE an, dass zu den 476.649 Menschen noch ca. 650.000 weitere hinzukommen, die bereits in Deutschland registriert sind, aber noch keinen Antrag auf Asyl gestellt haben. Da es zu Doppelungen im Registrierungssystem EASY kommen kann, stellt diese Zahl lediglich eine Schätzung dar. Die Bundesregierung geht davon aus, dass etwa zehn Prozent der registrierten Geflüchteten nicht umgehend in die ihnen zugewiesenen Erstunterbringungseinrichtungen reisen (vgl. BT, 2015a, o.S.). Die große Anzahl von Asylsuchenden, die im Jahr 2015 die BRD erreichten, führte zu einem höheren Arbeitsaufwand bei den zuständigen Ämtern. Dieser konnte nur mit größerer zeitlicher Verzögerung bewältigt werden. Daraus ergab sich, dass Asylanträge nicht direkt nach der Registrierung der Geflüchteten im EASY Registrierungssystem gestellt werden konnten. Laut der unabhängigen Menschenrechtsorganisation „Pro Asyl“ sind im gesamten Jahr 2015 etwa 1,1 Millionen Menschen im EASY- System registriert worden (vgl. Pro Asyl, 2016; o.S.).

Die tatsächlich im Jahr 2015 gestellten Asylanträge verteilen sich auf die Herkunftsländer wie folgt: 158.657 Antragsteller innen kamen aus Syrien. Im Vorjahr waren es noch 39.332 Asylanträge. Dies stellt einen Zuwachs von 303,4% dar. In beiden Jahren liegen die Anträge von Menschen aus Syrien damit an erster Stelle.

53.805 Personen aus Albanien stellten 2015 einen Antrag, womit sie im Vergleich zum Vorjahr den zweiten Platz belegten. Im Jahr 2014 beantragten 7.865 Geflüchtete aus Albanien Asyl in Deutschland. Am dritthäufigsten stellten Menschen aus dem Kosovo im Jahr 2015 einen Asylantrag, nämlich 33.427 Personen, was einer Steigerung von 383% gegenüber dem Vorjahr gleichkommt (vgl. BAMF, 2016b; S.2). Weitere Antragszahlen des Jahres 2015 sowie die Veränderungen gegenüber dem Vorjahr können der Tabelle entnommen werden.

Herkunftsland	2015	2014	Veränderung
Syrien	158.657	39.332	+ 303,4%
Albanien	53.805	7.865	+ 584,1%
Kosovo	33.427	6.908	+ 383,9%
Afghanistan	31.382	9.115	+ 244,3%
Irak	29.784	5.345	+ 457,2%
Serbien	16.700	17.172	- 2,7%
Unbekannt	11.721	3.421	+ 242,6 %
Eritrea	10.876	13.198	- 17,6 %
Mazedonien	9.083	5.614	+ 61,8%
Pakistan	8.199	3.968	+ 106,6 %
Gesamt	363.634	111.938	

Table 1: Veränderungen der Asylantragsstellungen zwischen 2014 und 2015 nach Herkunftsland (Quelle: Eigene Darstellung nach: BAMF, 2015b)

Diese Zahlen belegen, dass vor allem Menschen aus Kriegsgebieten in zunehmendem Maße Zuflucht in Deutschland suchen. Ein Report von *Amnesty International* (AI) hebt hervor, dass in jedem dieser Länder massive Menschenrechtsverletzungen begangen werden. So beschrieb die Organisation, dass es in Syrien seit dem Ausbruch des Bürgerkriegs 2011 zwischen Regierungstruppen des Assad-Regimes und nichtstaatlichen Organisationen sowie fundamentalistischen, terroristischen Vereinigungen (sog. Islamischer Staat) immer wieder zu Angriffen auf Zivilisten kommt. Weiterhin gibt es Angriffe mit schweren Waffen auf Wohngebiete und gezielt auf medizinische Infrastruktur. Darüber hinaus wird berichtet, dass Belagerungen über längere Zeiträume den Bürgern die Versorgung mit Lebensmitteln und Gesundheitsbehandlung nahezu unmöglich machen. Eine weitere Gefahr für die Bewohner Syriens besteht durch Angriffe von internationalen und russischen Streitkräften, durch die es bei Luftangriffen gegen Stellungen des „Islamischen Staats“ (IS) immer wieder zivile Opfer gibt (vgl. Amnesty International, 2016; S. 350). Aufgrund dieses weiterhin bestehenden Konflikts geht AI

unter Berufung auf den UNHCR von 6 Millionen Menschen aus, die im Zeitraum zwischen 2011 und 2015 aus Syrien geflüchtet sind. Zusätzlich wird von 7,6 Millionen Binnenvertrieben in Syrien berichtet (vgl. ebd; S. 353).

Auch im Irak kommt es weiterhin zu Kampfhandlungen zwischen der Armee des Präsidenten Fuad Masum, Milizen die mit der Regierung sympathisieren, und Anhängern des IS. Es kommt zu wahllosen Hinrichtungen ohne Gerichtsverfahren, Verschleppungen und Entführungen der Zivilbevölkerung und Minderheiten. Das Recht auf freie Meinungsäußerung und Versammlungsfreiheit wird nicht gewährt. Die Angst vor Folter politischer Gegner innen in den Gefängnissen bewegt viele Menschen zur Flucht (vgl. ebd.; S. 195). Im Jahr 2015 nahm der Irak 244.527 syrische Geflüchtete auf. Dennoch sind die Menschen dort nicht vor Vertreibung geschützt. So berichtet AI, dass allein im Jahr 2015 mehr als 3,2 Millionen Menschen aus verschiedenen Regionen des Landes geflohen sind. Es kommt vor, dass Menschen wiederholt auch aus den neuen Zufluchtsstätten fliehen müssen um Schutz vor dem Krieg und dem Einfluss des IS zu finden (vgl. ebd.; S. 196). In Afghanistan kam es nach dem Abzug der NATO-Kräfte und der Regierungsbildung durch das Parlament im April 2015 zu einer Stabilisierung und zu einem Bekenntnis zu einer menschenrechtsorientierten Politik. So hat die Regierung um Präsident Ghani einen Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Resolution des UN-Sicherheitsrats über Frauen, Frieden und Sicherheit des Sicherheitsrats beschlossen. Er enthält eine Verpflichtung, Frauen in den Bereichen Beteiligung, Schutz, Prävention und Wiederaufbau stärker einzubeziehen. Trotz dieser ersten Anerkennung und Umsetzung der Menschenrechte kommt es auch in Afghanistan immer wieder zu Opfern in der Zivilbevölkerung von Krieg und Terror. Maßgeblich hierfür ist der Konflikt zwischen den Taliban, die den Dschihad fortführen, und der Regierung. Die Taliban werden für über 70% der Todesopfer im Jahr 2015 verantwortlich gemacht. Dabei sollen sie gezielt Zivilist innen getötet haben. Zudem gefährden auch Angriffe mit Granaten und anderen schweren Waffen das Leben und die Sicherheit der Bevölkerung in Afghanistan (vgl. ebd.; S. 60ff). Für Mädchen und Frauen, die entgegen der Vorstellung der streng islamischen Weltanschauung der Taliban leben wollen und am gesellschaftlichen Leben teilnehmen, besteht noch ein größeres Risiko als für Jungen und Männer. Sie laufen Gefahr angegriffen zu werden, weil ihre Lebensweise nicht als kulturell anerkannt gilt. Neben diesen sicherheitsgefährdenden Faktoren kommt es in Afghanistan häufig zu

Naturkatastrophen, wie etwa Erdbeben. Auch diese sind ein Grund dafür, dass Menschen ihre Heimat verlassen. Aus dem Menschenrechtsreport geht hervor, dass Afghanistan nach Syrien das Land mit den zweit meisten Geflüchteten und Binnengeflüchteten ist. Unter Berufung auf UNHCR sind im Jahr 2015 3 Millionen Menschen aus dem Land geflohen, weitere 1 Millionen leben als Binnenvertriebene innerhalb Afghanistans (vgl. ebd.; S. 62). In einem Bericht des Untersuchungsausschusses für Menschenrechte, der im Juni 2015 veröffentlicht wurde, werden Eritrea systematische Menschenrechtsverletzungen und Verbrechen gegen die Menschlichkeit vorgeworfen. Im Mittelpunkt der Anschuldigungen steht der Umgang mit den Bedingungen des Wehrdienstes, der viele Menschen dazu veranlasst zu fliehen. Der Militärdienst in Eritrea ist nicht zeitlich eingeschränkt und grenzt somit an Zwangsarbeit. Wehrpflichtige werden auch als Arbeitskräfte in den Gold- und Kupferminen eingesetzt. Im Jahr 2015 flohen aus Eritrea am dritthäufigsten Menschen über das Mittelmeer. Auf ihrer Flucht geraten Eritreer innen vielfach an Schlepper innen, von den sie als Geiseln genommen werden und die dann von den Angehörigen Lösegeld verlangen. Aufgrund der Tatsache, dass in Eritrea die Opposition verboten ist und freie Redaktionen und Bildungseinrichtungen nicht tätig werden dürfen, unterstellt AI, dass in dem Land keine Rechtsstaatlichkeit existiert. Einen weiteren Beweis dafür stellt die Tatsache dar, dass überwiegend politische Gefangen ohne juristisches Verfahren in Eritrea inhaftiert sind (vgl. ebd.; S. 152ff). Trotz der großen Zahl von Flüchtlingen in Zentralafrika stellen vergleichsweise wenige Menschen einen Asylantrag in Europa und Deutschland. Dies begründet UNHCR damit, dass die meisten der insgesamt 18,4 Millionen Geflüchteten aus Zentralafrika Zuflucht in anderen Ländern auf dem afrikanischen Kontinent suchen. Die fünf Hauptaufnahmelande sind Äthiopien, Uganda, die Demokratischen Republik Kongo und der Tschad (vgl. UNHCR, 2016; S. 14).

In den Balkanländern Albanien und dem Kosovo, die bis Ende der 1990'er Jahre im Krieg waren kann nicht von einer stabilen, menschenrechtskonformen Lebenssituation ausgegangen werden. Die Menschenrechtsorganisation AI beklagt, dass in beiden Ländern ein hohes Korruptionspotential innerhalb der Behörden vorherrscht und es wiederholt zu ethnischen Auseinandersetzungen in dieser Region kommt. Weiterhin werden viele Gewaltverbrechen nicht untersucht und aufgeklärt (ebd. S. 155).

In anderen Ländern der Welt gibt es ebenfalls Kriegs- und Krisengebiete, in denen die Menschen nicht ohne Angst um ihre Gesundheit und ihr Leben bleiben können. Die Konflikte in den Herkunftsländern der Menschen, die in Deutschland Asyl suchen, sind sehr komplex. Die Spannungen und die daraus resultierenden Gefahren, welche Menschen zur Flucht bewegen, bestehen in vielen Fällen bereits seit mehreren Jahrzehnten und lassen sich nicht spontan auflösen. Dies führt dazu, dass weiterhin Menschen fliehen um in Sicherheit leben zu können. Diese Tendenz wird durch die aktuelle Statistik der Asylanträge in der BRD bestätigt.

3.2 Verteilung der Asylsuchenden auf die Bundesländer

Menschen, die in Deutschland Asyl für sich beanspruchen möchten, können ihr Ersuchen entweder direkt an der Grenze oder im Inland bei einer Außenstelle des BAMF vorbringen. Im Anschluss an die erstmalige Bekanntgabe des Anliegens erfolgen die Erfassung im DESY System und die Verteilung auf die einzelnen Bundesländer. Die Quote, welche die Anzahl der aufzunehmenden Asylsuchenden in den Bundesländern regelt, wird nach dem sogenannten „Königsteiner Schlüssel“ berechnet. Hierfür maßgeblich sind die Einnahmen durch Steuern und der prozentuale Anteil an der deutschen Gesamtbevölkerung des jeweiligen Bundeslandes. Das Bundesland ist verpflichtet, entsprechende Aufnahmekapazitäten zu schaffen. Nach dem „Königsteiner Schlüssel“ sind die Verteilungsquoten für 2016 so bemessen worden, dass die Länder NRW (21,21%), Bayern (15,52%) und BW (12,86%) die größten Aufnahmekontingente haben. Die wenigsten Geflüchteten werden von den Ländern MVP (2,03%), SL (1,22%) und HB (0,96%) aufgenommen. Die weiteren Werte sind der Tabelle zu entnehmen.

Bundesland	Quote* 2015
Baden-Württemberg	12,86456%
Bayern	15,51873%
Berlin	5,04927%
Brandenburg	3,06053%
Bremen	0,95688%
Hamburg	2,52968%
Hessen	7,35890%
Mecklenburg-Vorpommern	2,02906%
Niedersachsen	9,32104%
Nordrhein-Westfalen	21,21010%

Rheinland-Pfalz	4,83710%
Saarland	1,22173%
Sachsen	5,08386%
Sachsen-Anhalt	2,83068%
Schleswig-Holstein	3,40337%
Thüringen	2,72451%

Tabelle 2: Verteilung der Asylbewerber_innen auf die Bundesländer
(Quelle: Eigene Darstellung nach: BAMF, 2015c)

*(Königsteiner Schüsse)

Im Zeitraum zwischen Januar und Dezember 2015 verteilten sich die Asylantragstellungen wie folgt auf die 16 Bundesländer:

Bundesland	Asylanträge	Erstanträge	Folgeanträge
Baden-Württemberg	61671	57578	4093
Bayern	71168	67639	3529
Berlin	36197	33281	2916
Brandenburg	19324	18661	663
Bremen	4888	4689	199
Hamburg	13157	12437	720
Hessen	28724	27239	1485
Mecklenburg-Vorpommern	19383	18851	532
Niedersachsen	37975	34248	3727
Nordrhein-Westfalen	77223	66758	10465
Rheinland-Pfalz	19697	17625	2072
Saarland	10358	10089	269
Sachsen	28317	27180	1137
Sachsen-Anhalt	17292	16410	882
Schleswig-Holstein	16351	15572	779
Thüringen	14733	13455	1278
Unbekannt	191	187	4
In allen Bundesländern	476649	441899	34750

Tabelle 3: Erst- & Folgeanträge in den Bundesländern im Jahr 2015.
(Quelle: Eigene Darstellung nach: BAMF, 2015b)

4. Relevante Gesetze

Nach Artikel 16a des Grundgesetzes erhalten politisch Verfolgte in der BRD Asyl. Deutschland setzt damit die internationalen Vereinbarungen der AEMR sowie der Genfer Konventionen (GFK) um, zu denen sich die BRD bekannt hat. Ein Anrecht auf Schutz haben Geflüchtete nach der GFK, wenn ihr Leben oder ihre Freiheit aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten Rasse, Glaubensgemeinschaft, Staatsangehörigkeit oder zu einer sozialen Gruppierung und wegen ihrer politischen Ansichten in Gefahr ist und sie daher aus ihrem Heimatland fliehen müssen (vgl.

Hasse/Müller/Schneider, 2001; S. 54ff). Das Recht auf Asyl ist in verschiedenen nationalen Gesetzen beschrieben.

4.1 Das Asylgesetz

Niedergeschrieben und konkretisiert werden die Regelungen zum Asylverfahren im Asylgesetz (AsylG). Dieses trat 1982 damals noch unter dem Namen Asylverfahrensgesetz in Kraft (vgl. BGBL, 1982; o.S.). Aus ihm und dem Aufenthaltsgesetz ergeben sich zentrale Grundlagen für die Ein- und Ausreise, den Aufenthalt sowie die Ansprüche und Rechte von Geflüchteten in Deutschland (vgl. Marx, 2015; S. 56). Aufgrund der wachsenden Zahl von Zuwanderungen durch Gastarbeiter innen und deren Familien sowie von Menschen aus dem von Bürgerkrieg betroffenen Jugoslawien nach Mitteleuropa Mitte der 1980er und Anfang der 1990er Jahre, sah sich die deutsche Regierung gezwungen, das bis dahin geltende Asylverfahrensgesetz (AsylvfG) zu reformieren (vgl. Bade & Oltmer, 2007; S. 146). Diese, als Asylkompromiss bezeichnete, Änderung wurde am 26. Mai 1993 im Bundestag durch die Regierungsparteien CDU, CSU und die FDP sowie die SPD, die in der Opposition saß, beschlossen. Für die Reform des Grundgesetzes war eine Zweidrittelmehrheit notwendig (Herbert, 2001; S. 246).

Die Veränderungen des Asylverfahrensgesetzes, die mit dieser Grundgesetzänderung einhergingen, bedeuten für Geflüchtete eine Einschränkung hinsichtlich der Berufung auf das Grundrecht auf Asyl in Deutschland (vgl. Herbert, 2001; S. 399). Die fünf wesentlichen Punkte der Asylrechtsreform waren die Einordnung von Ländern in „sichere Drittstaaten“ und „sichere Herkunftsstaaten“, Regelungen zur Einreise über einen Flughafen, die Einführung des Asylbewerberleistungsgesetz sowie die Formulierung eines eigenen Status für Kriegsflüchtlinge. Asylsuchende, die aus einem Land das Mitglied der EU, bzw. einem Land, das durch die Bundesrepublik als sicherer Drittstaat eingestuft wurde, kommen, können das Grundrecht auf Asyl nicht für sich beanspruchen. Wird dennoch ein Antrag auf Asyl gestellt, wird der Antragstellende nicht als asylberechtigt anerkannt (§26a AsylG). Alle direkten Nachbarländer der Bundesrepublik fallen unter diese Klassifikation. Auch Asylanträge von Menschen aus sicheren Herkunftsländern werden grundsätzlich abgelehnt, wobei die Einstufung, ob ein Land als „sicher“ gilt, durch ein Bundesgesetz unter Zustimmung des Bundesrates erfolgt (§ 29a AsylG). Bei Geflüchteten, die über einen Flughafen einreisen, werden in so genannten

Transitbereichen Schnellverfahren durchgeführt. Im Falle einer Ablehnung des Asylantrags erhalten die Geflüchteten gar nicht erst die Möglichkeit Deutschland zu betreten (§ 18a AsylG).

Darüber hinaus wurde 1993 das Asylbewerberleistungsgesetz verabschiedet, das die Leistungen für Asylsuchende regelt, wie im weiteren Verlauf der Arbeit detaillierter beschrieben wird. Bis zu diesem Zeitpunkt erhielten Menschen im Asylverfahren noch die gleichen Leistungen wie andere Sozialhilfeempfänger innen. Weiterhin beinhaltete der Asylkompromiss spezielle Regelungen für Kriegs- und Bürgerkriegsflüchtlinge nach § 32a Ausländergesetz (AuslG). Dieser Paragraph sah eine befristete Aufenthaltsgenehmigung für Menschen aus Kriegs- und Bürgerkriegsregionen vor. Zum 01. Januar 2005 wurde das Ausländergesetz durch das Aufenthaltsgesetz ersetzt. Der neue Artikel 16a des Grundgesetzes, der noch immer Gültigkeit hat, löste im Jahr 1993 den bis dahin gültigen Artikel 16 Absatz 2 Satz 2 des Grundgesetzes ab, der keinerlei Beschränkungen für Asylsuchende vorsah und jedem Menschen das individuelle Recht auf Asyl zusprach (vgl. Herbert, 2001; S. 319). Er lautete: „Politisch Verfolgte genießen Asylrecht (Art. 16 GG 1949 - 1993)“.

Bereits im Vorfeld des Asylkompromisses gab es heftige, aggressiv geführte Auseinandersetzungen, die zum Teil populistisch geführt wurden und auch medial von den verschiedenen Lagern immer wieder angeheizt wurden. Hintergrund dieser Asyldebatte war die vermehrte Zuwanderung von sogenannten Gastarbeiter innen, die zum Anstieg der Asylbewerbungen führte. Die Regierung, bestehend aus CDU und CSU unter Bundeskanzler Helmut Kohl, sah darin einen Asylmissbrauch und sprach sich für einen Wandel in der deutschen Asylpolitik aus, um den Missbrauch des Asylrechts zu unterbinden (vgl. Herbert, 2001; S. 299). Ab 1996 starteten die beiden Parteien eine Kampagne, die die Änderung des Grundgesetzes verfolgte, um dadurch Asylersuchen einzudämmen.

Aber nicht nur auf politischer Ebene verschärfte sich der Ton zum Thema Flucht und Asyl. Es kam zu Protesten gegen die Asylpolitik der BRD mit über 10.000 Menschen in Bonn. Der Unmut gipfelte in Anschlägen und Gewalt gegen Menschen nicht deutscher Herkunft und deren Unterkünfte. Allein in Mecklenburg-Vorpommern gab es im Jahr 1992 insgesamt 207 rechtsmotivierte Straftaten (vgl. Brodkorb, 2002; S. 68). Eines der bekanntesten Ereignisse sind die Demonstrationen mit den anschließenden pogrommähnlichen Angriffen auf eine zentrale Aufnahmeeinrichtung

im August 1992 in Rostock Lichtenhagen (vgl. Prenzel, 2012; S. 19). Diese Umstände führten dazu, dass auch die SPD, die sich erst gegen die Asylrechtverschärfung aussprach, ihre Position änderte und der Abschaffung des individuellen Asylrechts mit der Änderung des Grundgesetzes zustimmte (vgl. Herbert, 2001; S. 267). Eine Graphik der Entwicklung der gestellten Asylanträge in Deutschland findet sich im Anhang.

4.2 Das Asylverfahren in Deutschland

Das Asylverfahren untergliedert sich in verschiedene Schritte. Nach erfolgter Einreise einer s Geflüchteten wird der die Antragsteller in im zentralen Verteilungssystem „Erstverteilung der Asylbegehrenden“ (EASY) erfasst und in einer Erstaufnahmeeinrichtung untergebracht in der er sie sich melden muss. Der die Geflüchtete bekommt eine „Bescheinigung über die Meldung als Asylsuchender (BÜMA).“ Die Aufnahmeeinrichtung ist für die Versorgung und medizinische Betreuung verantwortlich. Nach der Erstunterbringung erfolgt eine Zuteilung nach dem sogenannten „Königsteiner Schlüssel“ auf ein Bundesland, das für den jeweiligen Asylantrag zuständig ist. Diese Verteilung erfolgt in Abhängigkeit von der Kapazität der einzelnen Unterkunft, der Herkunft der einreisenden Person, sowie der Aufnahmequote des jeweiligen Bundeslandes. Dies kann gegebenenfalls zur Folge haben, dass die antragstellende Person in ein anderes Bundesland weiterreisen muss. Nach der Registrierung kann der die Asylbewerber in einen Antrag auf Asyl bei der zuständigen Außenstelle des BAMF stellen. Eine Asylantragstellung hat persönlich zu erfolgen. Eine weitere Prüfung soll klären, ob die Bundesrepublik für die Bearbeitung des Asylantrages zuständig ist oder ob eine Entscheidung darüber in einem anderen EU-Land zu erfolgen hat. Durch dieses, Dublinverfahren genannte, Verfahren soll erreicht werden, dass Asylsuchende nur in einem europäischen Land einen Antrag auf Aufnahme stellen. Ist die BRD für das Verfahren zuständig, erfolgt die inhaltliche Prüfung des Antrages um die Schutzbedürftigkeit des der Antragsstellenden festzustellen. Dabei wird neben dem Schutz vor politischer Verfolgung, wie Asyl im Artikel 16a des Grundgesetzes definiert ist, auch der Anspruch auf Flüchtlingsschutz nach der GFK, sowie der Anspruch auf ‚subsidiären Schutz‘ nach der Qualifikationsrichtlinie der EU überprüft. Diese beiden internationalen Schutzbestimmungen sind wie folgt definiert:

Flüchtlingsschutz (nach der Genfer Flüchtlingskonvention), im deutschen Recht verankert in § 3 AsylG: Personen haben Anspruch auf Flüchtlingsschutz, die aus ihrem Herkunftsland »aus begründeter Furcht vor Verfolgung« wegen ihrer »Rasse, Religion, Nationalität, politischen Überzeugung oder Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe« fliehen mussten (vgl. § 3 AsylG).

Subsidiärer Schutz (nach den sogenannten Qualifikationsrichtlinien der Europäischen Union, im deutschen Recht umgesetzt in § 4 AsylG): Anrecht auf Subsidiären Schutz haben Menschen, für die im Herkunftsland die Gefahr eines »ernsthaften Schadens« besteht. Diese kann zum Beispiel Todesstrafe, Folter oder unmenschliche Behandlung drohen oder im Rahmen von Krieg oder Bürgerkrieg entstehen. Subsidiärer Schutz wird für ein Jahr gewährt und kann um zwei Jahre verlängert werden (BAMF, 2014; S. 12).

Eine Abschiebung kann ausgesetzt werden, wenn festgestellt wird, dass ein Abschiebeverbot nach § 60 Abs. 5 und Abs. 7 des AufenthG vorliegen. Dies ist dann der Fall, wenn eine Abschiebung der des Asylsuchenden in das jeweilige Heimatland einen Verstoß der Europäischen Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) bedeuten würde. Außerdem kann ein Abschiebeverbot vorliegen, wenn davon ausgegangen werden muss, „dass im Zielland eine erhebliche, konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht (§ 60 Abs. 7 AufenthG).“

Zur Entscheidungsfindung erfolgt die Anhörung des der Asylsuchenden. Anschließend wird darüber entschieden, ob der Asylantrag angenommen oder abgelehnt wird. Während des Zeitraums der Prüfung erhalten die Personen eine Aufenthaltsgestattung nach § 55 Abs. 1 AsylG, die für sich selbst keinen eigenständigen Aufenthaltstitel darstellt. Diese Aufenthaltsgestattung endet mit der Entscheidung über den Asylantrag. Von dessen Ausgang ist abhängig, welchen Rechtsstatus der Antragstellende nachfolgend erhält.

4.3 Das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz

Als Reaktion auf die erneut steigenden Zahlen von Menschen, die nach Deutschland fliehen, hat die Bundesregierung am 20. Oktober 2015 das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz (AsylVfBeschlG) erlassen. Dieses hatte Änderungen im Asylrecht zur Folge, damit über Asylanträge schneller entschieden werden kann. Weiterhin sollen die Gesetzesänderungen eine schnellere Ausweisung von abgelehnten Asylbewerber innen ermöglichen. Darüber hinaus wurden im Rahmen der Einführung dieses Gesetzes Änderungen von bestehenden Regelungen zur Versorgung, Unterbringung und Integration von Asylbewerber innen mit einer Perspektive auf Bleiberecht umgesetzt (vgl. BT, 2015b; S. XX). Eine dieser Gesetzesänderungen bezieht sich auf § 264 Abs. 1 des SGB V, in dem die Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung festgelegt sind. Die Bundesregierung stellt es den Ländern und Kommunen frei, Verträge mit den Krankenkassen abzuschließen, in denen vereinbart werden kann, dass Asylbewerber innen und Geflüchtete bereits direkt nach ihrer Registrierung bei den deutschen Behörden eine elektronische Gesundheitskarte erhalten und nicht wie bisher erst nach einer Aufenthaltsdauer von 15 Monaten (ebd.).

4.4 Das Asylbewerberleistungsgesetz

Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) wurde im Juni 1993 verabschiedet und ist am 01.11.1993 in Kraft getreten. In diesem Gesetz sind die Leistungen und Ansprüche festgeschrieben, die Asylbewerber innen nach Artikel 16a GG zustehen. Darüber hinaus gelten die dort festgeschriebenen Leistungen auch für Menschen, die nach § 60a des Aufenthaltsgesetzes geduldet sind, und Ausländer innen, die bereits eine Ablehnung ihres Asylantrags erhalten, Deutschland aber noch nicht verlassen haben (§ 1 AsylbLG). Als Reaktion auf die steigenden Flüchtlingszahlen und Asylanträge Anfang der 1990er Jahre löste dieses Gesetz den bis dahin geltenden §120 Abs. 2 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) ab. Dieser regelte bis zu diesem Zeitpunkt den Zugang für Asylsuchende und Geduldete zu sozialen Leistungen (Wahrendorf, 2012; S. 7). Nach dem AsylbLG werden den anspruchsberechtigten Personen Grundleistungen in Form von Sach- und Geldleistungen gewährt. Sie sollen der wirtschaftlichen Absicherung des notwendigen Bedarfs an Lebensmitteln, Wohnstätte, Heizung, Kleidung und Hygieneartikeln sowie Gebrauchsgütern dienen. Weiterhin sollen durch die Gewährung dieser Leistungen die Notwendigkeiten des persönlichen Bedarfs gedeckt werden. (vgl. §3 Abs. 1 Satz 1-9 AsylbLG). Die Art

(Geld- bzw. Sachleistung) der Leistungen, die der die Anspruchsberechtigte erhält, ist abhängig von dessen Unterbringungsform. Hier wird unterschieden, ob der die Asylbewerber in in einer Aufnahmeunterkunft oder anderweitig untergebracht ist. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass Menschen in Aufnahmeeinrichtungen vorrangig Sachleistungen erhalten und in Ausnahmefällen Gutscheine oder Geldleistungen bekommen. Menschen, die außerhalb von Aufnahmelagern einquartiert sind, bekommen hauptsächlich Geldleistung. Die Höhe des ausgezahlten Geldbetrages ist ebenfalls von der Unterbringungsform sowie von dem Alter und der sozialen Situation der Leistungsberechtigten abhängig. Der Betrag richtet sich nach dem Regelbedarfs-Ermittlungsgesetz, das auch zur Festsetzung der Sätze für Arbeitslosengeld II und Sozialhilfe für Bundesbürger innen ausschlaggebend ist. Die Bedarfssätze liegen für Asylbewerber innen und andere Leistungsberechtigten aber unterhalb dieser Leistung. Diese Kürzung wird zum Beispiel damit begründet, dass Berechtigte von Asyilleistungen keine Kosten für Wohnungseinrichtung und Mobiliar sowie Haushaltsmittel aufwenden müssen, da sie in Gemeinschaftsunterkünften leben. Weiterhin wird die Minderung der Bezüge damit begründet, dass Leistungsberechtigte keine Zuzahlungen bei Medikamenten sowie Eigenanteile in Arztpraxen oder anderen therapeutischen Einrichtungen zu leisten hätten (vgl. BT, 2014; o.S.).

5. Zugang zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in Deutschland

Leistungen zur Gesundheitsversorgung der Leistungsberechtigten sind in den §§ 4 und 6 des AsylbLG geregelt. Diese sprechen den Asylsuchenden die Kostenübernahme von Behandlungen akuter Erkrankungen und Schmerzzustände (§ 4 Abs. 1 AsylbLG) durch einen Arzt in oder Zahnarzt in zu. Außerdem gewähren sie die Versorgung mit Medikamenten und Verbandmitteln. Hierunter fällt die Akut- und Notfallversorgung, wenn Untersuchung und Therapie aus medizinischen Gründen keinen Aufschub erlauben oder sie zur Erhaltung der Gesundheit notwendig sind. „Sonstige Leistungen“ zur Behandlung von chronischen Leiden oder Behinderungen sowie bei anderen besonderen Ansprüchen können in individuellen Fällen nach § 6 gewährt werden, wenn diese „zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich [...]“ (AsylbLG § 6 Abs. 1) sind.

Der Zuspruch dieser Leistungen ist Ermessenssache und kann sowohl in Sach- als auch als Geldleistung erfolgen. Bereits in der Begründung zum Asylbewerberleistungsgesetz in seiner Ursprungsform vom 02.03.1993 weist der Gesetzgeber darauf hin, dass die im Gesetz niedergeschriebenen Regelungen zur Gesundheitsversorgung nicht denen von regulär Krankenversicherten entsprechen, sondern vorrangig dazu gedacht sind, akut bestehende Störungen des Gesundheitszustandes zu behandeln (vgl. BT 1993; S. 7). Eine Einschränkung bzw. der Ausschluss für die Kostenübernahme gilt grundsätzlich für folgende Leistungen, die in besonderen Fällen auf Antrag gewährt werden können: Therapien durch Psycholog innen, Ersatz von Zähnen und Kieferorthopädie, Maßnahmen zur Rehabilitation sowie die Kosten für eine Haushaltshilfe im Krankheitsfall. Weiterhin werden keine Kosten für künstliche Befruchtung, Vasektomien und Maßnahmen im Rahmen von zentral organisierten Behandlungsprogrammen für chronisch kranke Menschen, so genannte Disease Management Programme, übernommen. Die Kostenübernahme für Hilfsmittel ist gedeckelt. Auch Leistungen im Ausland und die freiwilligen Zusatzleistungen der Kassen sind für Asylsuchende ausgeschlossen (vgl. Wächter-Raquet, 2016a; S.29).

Halten sich die Asylsuchenden 15 Monate ununterbrochen in Deutschland auf, erhalten sie die gleiche Gesundheitsversorgung wie regulär gesetzlich Versicherte. Für sie gilt dann § 264 Abs. 2 SGB V, der den Berechtigten damit einhergehend eine äquivalente Gesundheitskarte zuerkennt. Die Kosten für die Behandlung übernimmt die gesetzliche Krankenkasse (§ 264 Abs. 2 SGB V).

Die Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Gesundheitszuständen, die im Rahmen des AsylLG erfolgt, mag aus juristischer Sicht sinnvoll sein, um die Gewährleistung von medizinisch notwendigen Maßnahmen während der Zeit zwischen dem Asylantrag und der Entscheidung über diesen zu regeln. Aus medizinischer Sicht sind diese beiden Zustände nicht immer so klar voneinander zu unterscheiden und eine strikte Trennung nicht so einfach möglich. Daraus resultiert ein entscheidender Interpretationsspielraum für die Entscheidungsträger innen und das behandelnde Personal, was erhebliche Folgen für die Empfänger innen der medizinischen Leistungen nach sich zieht. Ob ein Krankenschein oder eine elektronische Gesundheitskarte ausgestellt wird, ist davon abhängig in welchem Bundesland der die Geflüchtete sich aufhält (vgl. BMG, 2016; S.4).

5.1 Zugangsverfahren Behandlungsscheinschein

Um die Kosten für medizinische Leistungen erstattet zu bekommen, sind Asylsuchende darauf angewiesen, dass sie von einer Sozialbehörde einen Behandlungs-, bzw. Krankenschein ausgestellt bekommen. Dieser berechtigt die Menschen im Asylverfahren dazu, einen Arzt in aufzusuchen und medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, deren Kosten vom Sozialamt getragen werden. Dieses Verfahren war bis zur Verabschiedung des AsylvFG die in den Bundesländern weit verbreitete Praxis, mit Ausnahme von HB und HH.

Bevor eine Behandlung durch einen Arzt in erfolgen kann, müssen sich die Hilfesuchenden, bei dem für sie zuständigen Sozialamt vorstellen um, einen kurzzeitig gültigen Krankenschein zu beantragen. Diese werden in der Regel nicht quartalsweise herausgegeben, sondern erst dann ausgestellt, wenn eine konkrete Ursache für eine ärztliche Konsultation vorliegt. NGOs befürchten, dass zuständige Behörden die Meinung vertreten, dass nur durch das Verfahren der individuellen Einzelfallprüfung die Vorgaben des §4AsylLG eingehalten werden können. So wird der Verdacht geäußert, dass dieses Zugangsverfahren eine Kontrollfunktion seitens der Behörden darstellt (vgl. Flüchtlingsrat Berlin, 2014; S. 43).

Eine weitere Hürde stellt der persönliche Besuch des der Asylbewerber in während der Öffnungszeiten der zuständigen Behörden dar, um seinen ihren individuellen, akuten Behandlungsbedarf vorzubringen. Da hier eine Termineinhaltung bei einer Sprechstunde beim Sozialamt notwendig ist, können Betroffene Arzttermine nicht spontan in Anspruch nehmen Das Dokument wird den Geflüchteten in der Regel von einem r Verwaltungsmitarbeiter in ausgestellt, der die über keinerlei medizinische Fachkenntnis verfügt. Es ist fraglich, nach welchen objektiven Gesichtspunkten die Vergabe eines Krankenscheins an die Asylsuchenden erfolgt. In diesem bürokratischen Verfahren sieht Classen ein „hilfsweise in der Praxis genutztes Prüfkriterium“, um die Notwendigkeit einer Krankenbehandlung zu belegen und einen Behandlungsschein zu erhalten (vgl. Classen, 2011; S. 50). Für bestimmte Verfahren, etwa die Behandlung durch einen Spezialist in kommt es zur Kontrolle durch einen Amtsarzt in (vgl. ebd.). Auf dem ausgestellten Behandlungsschein ist ein Ablaufdatum vermerkt, nach dem der Schein seine Gültigkeit verliert. Mit diesem Ausweis können Asylsuchende eine ambulante oder stationäre Behandlung in Anspruch nehmen. Erfolgt die Überweisung an eine andere medizinische Einrichtung oder an einen Facharzt in, ist ein neuer Behandlungsschein notwendig (vgl.

Wächter-Raquet, 2016a; S. 11). Sowohl die Abrechnung als auch die Kostenübernahme der erbrachten Leistung werden in diesem Verfahren von dem Sozialamt direkt übernommen.

5.2 Zugangsverfahren elektronische elektronischer Gesundheitskarte

Ein weiteres Verfahren, das den Zugang zu medizinischen Leistungen auf Grundlage des AsylbLG und zu Gesundheitseinrichtungen ermöglicht, stellt die elektronische Gesundheitskarte (eGK) dar. Diese kann den Asylsuchenden durch die Länder bzw. Kommunen ausgegeben werden und stellt eine niedrighschwellige Möglichkeit des Zugangs zur Krankenversorgung dar. Die Grundlage für die Nutzung der eGK durch die Länder und Gemeinden bilden Rahmenverträge, die zwischen den jeweiligen Landesregierungen und den gesetzlichen Krankenkassen geschlossen werden. Diese Verträge werden auf Basis des §264 Abs. 1 SGB V vereinbart, der die Kostenübernahme für Nichtversicherungspflichtige regelt (vgl. Wächter-Raquet, 2016a; S. 11ff). Nach erfolgter Registrierung bei den Behörden erhalten die Asylsuchenden einen vorläufigen Ausweis der Versicherung, nach einer Bearbeitungszeit erhalten sie die reguläre Krankenkassenkarte zugesendet. Mit beiden Dokumenten haben Menschen im Asylverfahren freie Arzt innenwahl wie Regulärversicherte in der BRD auch. Auf der Karte sind die persönlichen Daten der Asylsuchenden gespeichert. Sie dient der Identifikation des der jeweiligen Patient in in der medizinischen Versorgungseinrichtung und in den Praxen von niedergelassenen Ärzt innen. Die Krankenkassen übernehmen die Abrechnungsabwicklung mit den Leistungserbringer innen.

Außerdem obliegt ihnen die Prüfung der Rechnung für die durchgeführten medizinischen Leistungen. Diese Dienstleistungen werden den GKVen durch die Sozialämter vergütet. Für Asylsuchende, die im Besitz einer eGK sind, gelten jedoch die oben beschriebenen Leistungseinschränkungen des AsylbLG. Ein weiterer Unterschied zu den eGKs von deutschen Staatsbürger innen besteht darin, dass die Karten für Asylsuchende nur innerhalb Deutschlands und nicht im europäischen Ausland gültig sind. Die Bundesregierung stellt es den Ländern frei, ob sie das Zugangsverfahren mittels eGK für Asylsuchende anwenden oder bei dem Behandlungsschein bleiben (siehe Kapitel 5.2). Die Einführung der eGK wurde mit dem Asylverfahrenbeschleunigungsgesetz vereinfacht (vgl. Bergmeyer et. al., 2016;

o.S.) In Kapitel 6 dieser Arbeit sind die einzelnen Umsetzungsstände und die Vertragsdetails zwischen den Bundesländern, Kommunen und Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) dargestellt.

6. Stand der Umsetzung zur Einführung der eGK in den einzelnen Bundesländern

Die Umstellung des Zugangsverfahrens zur Gesundheitsversorgung für Asylsuchende, welches die Bundesregierung durch die Verabschiedung des AsylvfG im Oktober 2015 für die Bundesländer vereinfacht hat, ist in den Bundesländern zum aktuellen Zeitpunkt unterschiedlich angenommen und umgesetzt worden (Wächter-Raquet, 2016a; S. 24). Die Entscheidung, ob die einzelnen Bundesländer Verträge mit Krankenkassen abschließen, in denen die Vergabe der eGK beinhaltet ist, oder bei dem Behandlungsscheinverfahren bleiben, ist den Länder von der Bundesregierung freigestellt. Daher wurde bereits vor der Verabschiedung des Gesetzes die Besorgnis geäußert, dass es nicht möglich ist, ein bundesweit einheitliches Verfahren zu installieren. Es besteht die Vermutung, dass sich dieser Sachverhalt nachteilig für die Betroffenen auswirken kann (vgl. ebd.; S.13).

Bereits seit 2005 erhalten Menschen im Asylverfahren im Bundesland Bremen (HB) die eGK, in Hamburg (HH) gilt diese Regelung seit 2012 (vgl. Jung, 2011; o.S. / Burmeister, 2015; S. 107). Zu Beginn des Jahres 2016 führten auch Berlin, Nordrhein-Westfalen (NRW) und Schleswig-Holstein (SH) die Karte ein. Weitere Bundesländer haben sich grundsätzlich für die Einführung der Gesundheitskarte ausgesprochen. Unterschiede bestehen allerdings hinsichtlich der Umsetzungszeitpunkte. In Brandenburg (BB) trat am 01. April 2016 das novellierte Landesaufnahmegesetz in Kraft, in dem neben verschiedenen anderen Maßnahmen zur Gesundheitsversorgung auch die Ausgabe von eGKs an Asylsuchende festgeschrieben ist (MASGF, 2016, S. 2). Auch Niedersachsen (Nds.) führte die Karte zum 01. April 2016 ein. Es bestehen Verträge mit acht Kostenträgern (vgl. Nds. Landtag, 2016; o.S.). Noch ist keine Kommune in Nds. den Rahmenvereinbarungen beigetreten. (Wächter-Raquet, 2016b; S. 5). Der niedersächsische Landkreistagshauptgeschäftsführer äußert sich kritisch gegenüber der Einführung der eGK und rät den Gemeinden von einer Umsetzung der Rahmenverträge ab. Er

ist der Meinung, dass die Versorgung der Asylsuchenden aktuell ohne Einschränkungen möglich ist (vgl. Meyer, 2016; o.S.).

Rheinland-Pfalz (RP) unterschrieb am 01. Februar diesen Jahres gemeinsam mit zehn Krankenkassen die Rahmenvereinbarungen zur eGK (vgl. MSAGD, 2016a; o.S.). Auch Thüringen (TH) plant die Einführung noch im Jahr 2016 (vgl. Werner, 2016; o.S.). Die Landesregierung Sachsen-Anhalt (ST) beschloss am 29.03.2016, die Voraussetzungen für die Einführung der eGK zu prüfen und Gespräche mit den Krankenkassen aufzunehmen (vgl. Landtag ST, 2016; S. 2). Die Länder Baden-Württemberg (BW) und Hessen (HE) haben noch kein festes Datum für die Umsetzung des Verfahrens bekannt gegeben (Staatsministerium BW, 2015 / Landesregierung HE, 2015). Nachdem es im Saarland (SL) Mitte des Jahres 2015 bereits Verhandlungen zwischen dem Gesundheitsministerium und den Krankenkassenvertretungen gegeben hat und sich die Landesregierung grundsätzlich positiv zur Einführung der eGK geäußert hatte, soll es Medienberichten zufolge zu keiner Einigung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung gekommen sein (vgl. Burmeister, 2016; S. o.S.).

Auch in Mecklenburg-Vorpommern (MVP) gab es bereits Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und der Landesregierung zur Einführung der eGK (Möller, 2016). Obwohl sich die Kostenträger sowie Vertreter innen der Leistungserbringer positiv zur Karte geäußert hatten, wird sie in MVP nicht eingeführt. Ursächlich hierfür sind Bedenken im Bezug auf eine Kostensteigerung auf Seiten der Kommunen. Außerdem wird dieser Schritt damit begründet, dass die Asylanträge in MVP schnell bearbeitet werden würden und die Karte daher nur kurzzeitig gültig wäre. Die Gespräche wurden ausgesetzt (vgl. Wächter-Raquat, 2016b; S.5).

Die Regierungen der Länder Bayern und Sachsen haben sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht zu einer Einführung der eGK für Menschen im Asylverfahren entschieden. Medienberichten zufolge hat die bayrische Gesundheitsministerin Melanie Huml (CSU) eine wissenschaftliche Analyse in Auftrag gegeben, wie sich die Zuwanderungszahlen auf das Gesundheitssystem in Bayern auswirken können und welche Kosten dadurch eventuell entstehen. Auf dieser Grundlage soll entschieden werden, welche Änderungen notwendig sind, um den Zugang zur Gesundheitsversorgung für Asylsuchende zu verändern (vgl. Mihm, 2016; o.S.). Die Ergebnisse dieses Gutachtens werden für 2017 erwartet (vgl. STMGP, 2016; o.S.). Auch der Freistaat Sachsen hält vorerst an der Praxis der Vergabe des

Krankenscheins fest und prüft weitere Verfahren, bevor eine Entscheidung im Bezug auf die Einführung der eGK für Asylsuchende erfolgt (vgl. Freistaat Sachsen, 2016; S. 19). Die Gegner innen unterstellen der Ärzteschaft monetär geleitete Interessen und geben zu bedenken, dass die Ärztinnen ihre Leistungen ohne Budgeteinschränkungen direkt mit den Kostenträgern abrechnen. Sie bemängeln das Fehlen einer Kontrollinstanz, die kontrolliert ob es sich tatsächlich um Behandlungsleistungen handelt, die von den §§ 4 & 6 des AsylbLG gedeckelt sind handelt (vgl. Rieger 2016; o.S.).

Neben den unterschiedlich weit vorangeschrittenen Einführungsständen in den einzelnen Bundesländern sind auch die Inhalte zwischen den Vertragsparteien zum jetzigen Zeitpunkt nicht einheitlich geregelt. In den Stadtstaaten B, HB und HH erhalten alle Asylsuchenden grundsätzlich eine Gesundheitskarte. Die Kosten für die Behandlung trägt die jeweilige Landesregierung. In SH wurden die einzelnen Kommunen zur Umsetzung der Rahmenvereinbarungen per Erlass verpflichtet, sodass auch hier jeder Mensch im Asylverfahren eine eGK ausgehändigt bekommt. Die Kosten übernehmen Land und Kommune anteilig im Verhältnis 70:30. In BB sind die Verträge direkt zwischen der Landesregierung und den GKVn geschlossen worden. Die Kosten für die Behandlung von Asylsuchenden rechnet das Land direkt mit den Kassen ab, ohne wie bisher die Kommunen mit einzubeziehen. Hierfür wird eine Spitzabrechnung vereinbart (vgl. Wächter-Raquet, 2016a; S.15). Alle Asylsuchenden werden mit Gesundheitskarten ausgestattet. In diesen fünf Bundesländern ist die Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende zum jetzigen Zeitpunkt am konsequentesten umgesetzt worden (vgl. ebd.; S. 27).

Die Regierungen der Länder NRW und RP stellen es ihren Kommunen frei, ob sie die zwischen Land und Krankenkassen vereinbarten Verträge umsetzen und die Asylsuchenden mit eGKs ausstatten oder beim Behandlungsschein bleiben. In diesen beiden Ländern sollen die Kommunen selbst die Kosten für die medizinische Versorgung der Asylsuchenden übernehmen. Dies führt zu erheblichen Vorbehalten seitens der Gemeinden, die einen immensen Anstieg ihrer Gesundheitsausgaben befürchten und daher die Umsetzung des Gesetzes teilweise ablehnen (vgl. ebd.; S. 24). Menschen im Asylverfahren bekommen in NRW lediglich in sechs Gemeinden eine eGK ausgehändigt, in RP bekundete lediglich die Stadt Trier Interesse an der Ausgabe der Karte an Asylsuchende. Sie hat dieses allerdings wieder

zurückgezogen und wird vorerst weiter das Zugangsverfahren mittels Behandlungsschein anwenden (vgl. Wächter-Raquet, 2016b; S. 6).

Auch die Höhe der Aufwendungen, die die gesetzlichen Krankenkassen für ihre Verwaltungsarbeit von den Ländern bzw. den Kommunen für ihre Abrechnungsarbeit bekommen, variiert von Bundesland zu Bundesland erheblich. Ob die Rahmenvereinbarungen mit nur einer oder mehreren Kassen geschlossen werden, ist ebenfalls nicht einheitlich geregelt.

Als Grundlage für den Maßnahmenkatalog, für den die Städte die Kosten übernehmen, gelten die §§ 4 und 6 aus dem Asylbewerberleistungsgesetz. B zahlt sechs Prozent der tatsächlich angefallenen Gesundheitsausgaben an die Kassen, mindestens jedoch zehn Euro pro Asylsuchendem r und Geflüchtetem r im Monat. Die Stadt HH zahlt den Versicherungen eine Pauschale von zehn Euro im Monat je leistungsberechtigter Person. HB vergütet die Verwaltungsarbeit mit acht Euro sowie einem anteiligen Beitrag an den realen Kosten von höchstens zehn Euro. In SH liegt der Satz bei acht Prozent, ebenfalls aber mindestens zehn Euro pro Monat und Leistungsberechtigtem r. Auf diesen Satz haben sich auch die Landesregierungen und die GKV in RP und NRW geeinigt (MSAGD, 2016b; o.S. & MGEPA, 2015a; o.S.). Die Höhe der Verwaltungsgebühren schätzen einige Kommunen für nicht angemessen und zu hoch ein. Sie begründen damit ihre Zurückhaltung gegenüber der Einführung der eGK bzw. Umsetzung der Rahmenvereinbarungen (vgl. Hielscher, 2016; o.S.). Eine Verwaltungspauschale von acht % der Ausgaben der Behandlung halten die GKVEn für gerechtfertigt (vgl. MGEPA, 2015b; o.S.).

Bislang liegen erst wenige Zahlen bezüglich der tatsächlichen Kosten, die den Ländern bzw. Kommunen durch die Einführung der eGK für Asylsuchende entstanden sind, vor. In den Bundesländern, die die Karte erst nach Oktober 2015 eingeführt haben, ist die Evaluation der Maßnahme nach den ersten beiden abgerechneten Quartalen geplant. HB und HH, die schon über einen längeren Zeitraum Erfahrungen mit diesem Verfahren der Kosten- und Zugangsverwaltung haben, veröffentlichen ihre Behandlungskosten, die im Jahr pro Person anfallen. Demnach gab Bremen 2009 im Schnitt 2391,77 Euro, 2011 2264,35 Euro und 2012 2158,51 Euro pro Asylsuchendem aus (vgl. Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen, 2014; S. 2). In HH lagen die Ausgaben durchschnittlich bei 3.607,32 Euro im Jahr 2011 und 2012 bei 3579,60 Euro pro Geflüchtetem (vgl. ebd.; S. 3). Eine Auswertung von repräsentativen Daten aus den Jahren 1994 bis 2013

des Statistischen Bundesamtes hat ergeben, dass die Gesundheitsausgaben für Asylsuchenden in dem oben genannten Zeitraum um 22 % hätten gesenkt werden können. Den Abbau von bürokratischen Hindernissen und den Zugang zu Regelversorgung sehen die Autoren dieser Studie als maßgebliche Bedingung hierfür (vgl. Bozorgmehr & Razum 2015; S. 3).

7. Vereinbarkeit der Zugangsverfahren mit dem Menschenrecht auf Gesundheit

In diesem Kapitel erfolgt eine Betrachtung der Verfahren zur Gesundheitsversorgung für Asylsuchende im Bezug auf Gesundheit als Menschenrechts.

Die BRD hat sich in verschiedenen internationalen Abkommen zu den Menschenrechten, zu dem auch das Recht auf Asyl und das Recht auf Gesundheit zählen, bekannt. Die zur Wahrung dieser Menschenrechte notwendigen Gesetze wurden in nationales Recht übernommen. Sie finden sich im Grundgesetz der BRD. Die freiwillige Umsetzung des im AsylvfbeschG geregelten Zugangsverfahren zur Gesundheitsversorgung durch die Länder und Kommunen stellt in diesem Zusammenhang ein Kernproblem im Bezug auf die Vereinbarkeit der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden mit den Menschenrechten dar.

Lediglich vier der 16 Bundesländer haben die eGK zum jetzigen Zeitpunkt umgesetzt. Es sind die drei Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen sowie Schleswig-Holstein. In Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Thüringen, Brandenburg und Hessen ist die eGK noch nicht vollständig umgesetzt worden. Grundsätzlich ist sie aber von den Landesregierungen dieser sechs Bundesländer geplant. Bayern, Sachsen, Saarland, Mecklenburg-Vorpommern und Baden-Württemberg sowie Sachsen-Anhalt zeigen keinen politischen Willen die Karte umzusetzen (vgl. Classen, 2016; S. 8ff).

Die fehlende Verpflichtung der einzelnen Länder führt dazu, dass Menschen im Asylverfahren, die einem Land oder einer Kommune zugeteilt werden, in denen sie keine eGK erhalten, keinen ungehinderten Zugang zur Gesundheitsversorgung erhalten. Aus diesem Grund ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung für Asylsuchende noch nicht flächendeckend im gesamten Bundesgebiet uneingeschränkt möglich. Die Gesundheitsversorgung dieser ohnehin benachteiligten Gruppe ist in dem föderalen System trotz großer Anstrengungen

einzelner Länder nicht barrierefrei gewährleistet. Die angewendeten Zugangspraxen widersprechen dem Bekenntnis der BRD zu den Menschenrechten, die jedem Menschen, allein aufgrund seines ihres „Menschseins“ zustehen.

Aus diesem Grund ist das „Erreichen des Höchstmaß[es] an individueller Gesundheit“ (vgl. UN-Sozialpakt, 1966), wie es in internationalen Verpflichtungen zu Menschenrechten niedergeschrieben ist, nicht für alle Asylsuchenden in der BRD in gleicher Weise möglich.

Die im Folgenden zusammengefassten Aspekte verdeutlichen die zentralen Aussagen, die durch die dezidierte Literaturanalyse gewonnen werden konnten:

Zwar ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung für die in Deutschland lebenden Menschen, inklusive Menschen im Asylverfahren, gesetzlich geregelt, es zeigt sich jedoch, dass die Umsetzung dieser Gesetze dem Anspruch einer menschenrechtskonformen Gesundheitsversorgung nicht entsprechen: Insbesondere die Umsetzung der Zugangsverfahren mittels Krankenschein benachteiligt Asylsuchende beim Zugang zur Gesundheitsversorgung gegenüber regulär Versicherten und Asylbewerberinnen, die eine eGK erhalten. Zwar wurden im Rahmen der Verabschiedung des Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes die Einföhrung der eGK vereinfacht, es zeigt sich jedoch, dass die Regelungen in der Praxis dennoch unterschiedlich umgesetzt werden. Es scheint, als sei die Gewährung des Menschenrechts auf Gesundheit trotz der nationalen Verpflichtung zur Wahrung der Menschenrechte und den Gesetzen auf Bundesebene Ländersache (Classen, 2016; S.6). Die Verabschiedung des Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes mit der Möglichkeit zur Einföhrung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende konnte daran keine abschließende Verbesserung erzielen. Grundsätzlich ist die Vergabe der eGK zu begrüßen, sie kommt allerdings nicht allen Asylsuchenden in Deutschland zu gute.

Neben der Einschränkung bei dem Zugang zur Gesundheitsversorgung besteht zusätzlich eine Einschränkung bei den Leistungen, die Asylsuchenden gewährt werden. Menschen im Asylverfahren haben keinen Anspruch auf die gleichen Leistungen wie die Mehrheitsgesellschaft. Ihr Anspruch richtet sich nach den §§ 4 und 6 des Asylverfahrensgesetzes, während die Leistungen für regulär Versicherte im fünften Sozialgesetz (SGB V) niedergeschrieben sind. Die Beschränkung des Leistungsanspruches auf Schmerz- und Akutzustände entspricht nicht dem Anspruch einer umfassenden, über das körperliche Wohl hinausgehenden,

Krankenbehandlung im Sinne der Gesundheitsdefinition der WHO, die den Bekundungen zu den Menschenrechten zugrunde liegt (vgl. Eichenhofer, 2013; S. 170).

Die Betrachtung der Menschenrechts- und Asylabkommen, sowie der Gesetze zu Asyl und Gesundheitszugang zeigt, dass sowohl die die Umsetzung des Zugangs zu Gesundheitsversorgung als auch die gewährten Gesundheitsleistungen hinter dem Anspruch einer menschenrechtskonformen Gewährung des Rechts auf Gesundheit zurückbleiben.

Dem Anspruch, Asylsuchenden einen Gesundheitszugang im Sinne der Menschenrechte zu gewähren kommt Deutschland nicht in vollem Umfang nach.

8. Fazit und Ausblick

Asylsuchende und Menschen, die während ihrer Flucht nach Europa und Deutschland kommen, erlangen zunehmend Relevanz für das Gesundheitswesen und stellen die hier etablierten Strukturen vor neue Herausforderungen. Es ist die Aufgabe von Politik und Gesellschaft den ankommenden Menschen eine Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, die mit den Menschenrechten vereinbar ist. Die Gesundheitswissenschaften können ihren Teil dazu beitragen, in dem sie Bedarfe identifizieren und Handlungsoptionen aufzuzeigen.

Diese Arbeit wird erstellt, um Erkenntnisse über Verfahren zum Zugang zur Gesundheitsversorgung für Asylsuchende zu ermitteln und zu überprüfen, inwieweit diese mit dem Anspruch der menschenrechtskonformen Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden vereinbar sind. Dies geschieht unter Berücksichtigung von Abkommen und Gesetze sowie der aktuellen Herkunfts- und Asylsituation.

Zunächst wird nach einer Einleitung in das Thema mit einer Vorstellung der angewendeten Methode ausgeführt, welchen historischen Hintergrund Menschenrechte haben und in welchen Abkommen sich das Menschenrecht auf Asyl und das Menschenrecht auf Gesundheit, die die BRD ratifiziert hat, finden (Kapitel 2). Es zeigt sich, dass immer mehr Menschen aus Kriegs- und Krisengebieten Asyl in Deutschland in Anspruch nehmen. Diese Menschen haben, wie auch die deutsche Mehrheitsgesellschaft einen Anspruch und Bedarf auf eine Gesundheitsversorgung. Die BRD ist bestrebt, die Asylsuchenden nach objektiven Gesichtspunkten auf die Bundesländer zu verteilen. Verschiedene Gesetze regeln die Aufnahme und die Leistungsgewährung, auch für Gesundheitsleistungen, für Asylsuchende in

Deutschland. Diese sind im Laufe der Zeit immer wieder angepasst und verändert worden (Kapitel 3). Nicht unerheblich für diese Veränderungen war die steigende Zahl Asylsuchender zu unterschiedlichen Zeiten in der BRD. Die Asylbewerber innenstatistik lässt den Schluss zu, dass die Änderungen im Asylrecht zu einer Abnahme der Asylantragstellungen führten (Kapitel 4). Die Betrachtung der Zugangsverfahren zeigt, dass es zwei verschiedene Methoden gibt, Asylsuchenden den Zugang zu Gesundheitsleistungen zu gewähren, diese aber keinen gleichwertigen Zugang gewähren (Kapitel 5). In der Betrachtung der Umsetzung des jeweiligen Systems in den einzelnen Bundesländern wird deutlich, dass keine Einheitlichkeit beim Gesundheitszugang besteht und von einem „Flickenteppich“ (vgl. Wächter-Raquet, 2016; S. 5) der Zugangsmöglichkeiten gesprochen werden kann (Kapitel 6). Es zeigt sich, dass zwar die Gesetze dazu verabschiedet wurden, die international vereinbarten und ratifizierten Menschenrechte umzusetzen, die praktische Umsetzung in den Bundesländern das Recht auf Gesundheit jedoch nicht in vollem Umfang erfüllt (Kapitel 7).

Die Auseinandersetzung mit der Umsetzung der Zugangsverfahren zur Gesundheitsversorgung vor dem Hintergrund von ‚Asyl, Gesundheit und Menschenrecht‘ zeigt die Komplexität und Vielschichtigkeit dieser Thematik. Diese Arbeit gibt Aufschluss über relevante Aspekte und zeigt wie sie sich gegenseitig bedingen. Eine abschließende Erörterung ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich. Weitere Forschungsinhalte könnte der Zusammenhang der in der jeweiligen Landesregierung vertretenen Parteien und die Einführung der eGK sein. Außerdem stellt sich die Frage nach den gesamten Kosten für die Krankenbehandlung von Asylsuchenden in den einzelnen Bundesländern und daraus ableiten, ob diese einen Einfluss auf das Zugangsverfahren haben.

Um Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen, werden, ausgehend von den Ergebnissen Forderungen gesundheitspolitisch relevanter Akteure sowie Ideen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgungssituation von Asylsuchenden dargestellt.

8.1 Ausblick

Die flächendeckende, bundeseinheitliche Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende wird von verschiedenen Akteuren des Gesundheitssystems als maßgeblich für einen menschenrechtskonformen Zugang zur Gesundheitsversorgung angesehen. Für sie sprechen sich unterschiedliche

Interessengruppen im Rahmen der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 8. Juni 2016 aus. Unter ihnen sind Sachverständige der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband. Außerdem Vertreter innen von NGOs wie den Medibüros und der Geflüchteten Organisation ProAsyl, sowie Expert innen der die Robert Bosch Kommission zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik (vgl. BT, 2016a; S 1f.). Einen deutlichen Vorteil sehen die Organisationen darin, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung gerechter gestaltet sei, wenn die eGK eingeführt würde. Für Asylsuchende stelle sie eine Vereinfachung des Zugangs zu Gesundheitsleistung dar. Sie könnten selbst darüber entscheiden, ob für sie ein Arzttermin notwendig sei und diesen ohne vorherige Vorstellung beim Sozialamt wahrnehmen. Menschen in Kommunen, in denen keine eGK ausgegeben wird, wären nicht mehr darauf angewiesen einen Krankenschein vom Sozialamt zu erhalten. Durch die eGK könnten bürokratische Hürden abgebaut und behördliche Willkür im Bezug auf die Krankenscheinausgabe vermieden werden. Ein weiterer Vorteil ist die Entlastung der Sozialämter in den Ländern und Kommunen (vgl. u.a. Classen, 2016; S. 11).

Neben einem diskriminierungsfreieren Zugang zum Gesundheitssystem durch den Abbau von bürokratischen Barrieren wird der Verwaltungsaufwand reduziert und Kosten könnten eingespart werden. Durch die flächendeckende und bundeseinheitlich geregelte Einführung der eGK würden die Mitarbeiter innen der Behörden entlastet und könnten sich anderen Aufgaben widmen. Darüber hinaus müssen in den Sozialämtern nicht mehr medizinische Laien darüber entscheiden, ob der Gesundheitszustand eines Asylsuchenden behandlungsbedürftig ist oder nicht. Eine weitere positive Entwicklung, die durch die Ausgabe der eGK an Geflüchtete erreicht werden kann wäre, dass soziale und finanzielle Folgen, die durch Nichtbehandlung entstehen vermieden werden. So würden Erkrankungen wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes behandelt werden, bevor sie chronifizieren und die Folgen für die Betroffenen erheblich schwerer wiegen. Auch die Kosten für diese zumeist teureren Behandlungen könnten vermieden oder zumindest reduziert werden (ebd.). Zwei entsprechende Anträge, die die Verbesserung der medizinischen, bzw. psychischen Versorgung von Asylsuchenden zum Inhalt haben und als wesentliche Verbesserung die eGK für Asylsuchende benennen wurden von den Fraktionen die Linke (BT, 2016b; o.S.) und Bündnis 90/Die Grünen (BT, 2016c; o.S.) in den Gesundheitsausschuss des Bundestages

eingebraucht. Über beide Anträge berät der Ausschuss aktuell, eine Entscheidung steht noch aus (Stand: 06/2016).

Neben den Forderungen der oben genannten Akteure findet die eGK Zustimmung in der Gesellschaft. Eine durch die Bertelsmann-Stiftung in Auftrag gegebene Befragung von 1008 Bundesbürgerinnen ergab, dass zweidrittel der Befragten die Einführung der EGK für Geflüchtete und Asylsuchende begrüßen. Nachdem die Gefragten erfuhren, dass es dadurch zu Kostensenkungen bei Gesundheitsausgaben für Asylsuchende kommen könnte, sprachen sich 80% für die eGK aus (vgl. Etgeton, 2016; o.S.).

8.2 Empfehlungen von Maßnahmen

Mit dem Ziel Chancengleichheit für Asylsuchende im Gesundheitswesen herzustellen werden Maßnahmen vorgeschlagen, in deren Mittelpunkt der Zugang zu medizinischen und pflegerischen Gesundheitsversorgung sowie Prävention und Gesundheitsförderung stehen. Es sollen einheitliche Richtlinien für die Erstuntersuchungen erarbeitet werden und der Gesundheitszustand von Geflüchteten dokumentiert werden. Auch der Untersuchungsstatus von Infektionskrankheiten, die möglicherweise im Herkunftsland oder während der Flucht entstanden sind, soll festgehalten werden. Empfohlen wird weiter, das Angebot von einheitlichen Impfungen den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) anzugleichen und diese den individuellen Bedarfen der Asylsuchenden, abhängig von Herkunftsregion, Alter und Gesundheitszustand anzupassen. Elektronisch gestützte Dokumentationssysteme aller notwendigen Behandlungs- und Versorgungsdaten sollten standardisiert genutzt werden. Sowohl chronische als auch akute Gesundheitseinschränkungen, die im Rahmen von Erstuntersuchungen aufgefallen sind, sollen durch geeignete Gesundheitseinrichtungen entsprechend weiterversorgt werden. Um der Aufgabe der Versorgung von Geflüchteten gerecht zu werden, erscheint eine Koordination und Abstimmung zwischen allen an der Betreuung und Behandlung beteiligten Personen und Institutionen unter der Verantwortung von staatlichen Stellen sinnvoll. Das (medizinische) Personal, in den Erstaufnahmeeinrichtungen, das zum Teil ehrenamtlich tätig ist, sollte über Wissen zu Diagnose- und Behandlungsverfahren von Krankheiten aus den Herkunftsländern verfügen und entsprechend geschult werden. Es wird gefordert, dass ein Austausch zwischen den Erstaufnahmeeinrichtungen und Behandlungsstellen stattfinden.

Weiterhin wird der Anschluss der Erstaufnahmen an sogenannte Polikliniken empfohlen, in denen die notwendigen Diagnostiken und Therapien verfügbar und sichergestellt sind. Neben dem ärztlichen und dem Pflegepersonal sollten auch professionelle medizinisch geschulte Dolmetscher innen zur Verfügung stehen. Die Finanzierung dieser Sprachdienste muss gewährleistet sein und nicht durch ehrenamtliche oder fachfremde Muttersprachler innen realisiert werden. Zum Schutz vor möglicher physischer und psychischer Gewalt sowie vor sexuellen Übergriffen wird angeregt, dass für Frauen und Kinder Rückzugsbereiche innerhalb der Erstaufnahmeeinrichtungen etabliert werden (vgl. u.a. AK Migration & öffentliche Gesundheit, 2012; S. 23ff).

Es bestehen trotz Verpflichtungen weitere Forderungen nach Maßnahmen. Deutlich wird, dass die gesetzlichen Regelungen alleine nicht ausreichend sind. Die historische Entwicklung zeigt, dass es insbesondere in Zeiten von steigenden Asylbewerber innenzahlen zu Verschärfungen der Asylgesetze kommt. Dies geht zumeist mit restriktivem Leistungszuspruch einher. Die Einführung der eGK und die damit verbundenen Vorteile könnten bei konsequenter Umsetzung ein positives Beispiel dafür sein, den Herausforderungen zu begegnen ohne restriktiv auf die Leistungen für Asylbewerber innen einzuwirken.

Gesundheit stellt die Grundlage für ein menschenwürdiges und selbstbestimmtes Leben dar. Diese soll jedem Menschen gewährt werden. Insbesondere denen die flüchten und darauf angewiesen sind in einem anderen Land Schutz zu finden. Das Vertrauen in die Gesetzgebung und das formale Bekennen zu Menschenrechten ermöglicht nicht jeder m eine angemessene Gesundheitsversorgung. Neben der Verantwortung der Politik, diese Gesetze umzusetzen, bleibt es die Verpflichtung jedes r Einzelnen einen Beitrag zur Schaffung einer Gesellschaft zu leisten, die es ermöglicht, Asylsuchenden menschenwürdig und offen zu begegnen.

Literaturverzeichnis

Amnesty International (2016): Amnesty International Report 2015/2016 – The state of the world human rights. London (UK): Amnesty Int. Online Ressource: <https://www.amnesty.org/download/Documents/POL1025522016ENGLISH.PDF>. [Zugriff am 14.06.2016].

Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (2012): POSITIONSPAPIER. Online Ressource: <http://bundesregierung.de/Content/DE/Anlagen/IB/2012-04-05-positionspapier-arbeitskreis-migration-gesundheit.pdf?blob=publicationFile>. [Zugriff am: 18.05.2016].

Asylbewerberleistungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 05.08.1997 BGBl. I S. 222; zuletzt geändert durch Artikel G. v. 11.03.2016 BGBl. I S. 390 Geltung ab 01.11.1993; FNA: 2178-1 Sozialhilfe und Wohlfahrtswesen.

Asylrecht [ohne Autor] (2015): Asylrecht. In: Duden Recht A–Z, Fachlexikon für Studium, Ausbildung und Beruf. Berlin: Bibliograph. Institut GmbH.

Bade, Klaus J. & Oltmer, Jochen (2004): Normalfall Migration. ZeitBilder, Band 15. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Bade, Klaus J. & Oltmer Jochen (2007): Deutschland. In: Klaus J. Bade, Pieter C. Emmer, Leo Lucassen, Jochen Oltmer (Hrsg.): Enzyklopädie Migration in Europa. Vom 17. Jahrhundert bis zur Gegenwart. Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh, u. a., Seite 141–170.

Bayrisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2016): Gutachten zu Folgen der Flüchtlingszahlen für Gesundheitswesen kann starten - Bayerns Gesundheitsministerin: Ergebnis der europaweiten Ausschreibung liegt jetzt vor. PRESSEMITTEILUNG Nr. 87/GP der Bayrisches Gesundheitsministerin vom 24.04.2016. Online Ressource: <https://www.stm.gp.bayern.de/aktuell/presse/detailansicht.htm?ID=A%2Bs3RgSTi2RKx60Ev1HJKQ%3D%3D>. [Zugriff am: 24.05.2016].

Becker Johannes M. & Krause, Ulrike (2015): Flucht und ihre Ursachen, Parallelen sehen, verstehen und umsetzen. In: Migazin vom 19. August 2015. Online Resource: <http://www.migazin.de/2015/08/19/flucht-und-ihre-ursachen-parallelen-sehen-verstehen-und-umsetzen/>. [Zugriff am: 25.05.2016].

Bergmeyer, Vera / Misbach, Elène / Neef, Rainer / Schülle, Mirjam M. (2016): Gesundheitskarte. In: Gesundheit für Geflüchtete – Informationsportal von Medibüros/Medinetzen. Göttingen: Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e. V. (Hrsg.). Online Ressource: <http://gesundheit-gefuechtete.info/gesundheitskarte/>. [Zugriff am 16.6.2016].

Blatt, Oliver & Meyer-Middendorf, Jörg (2015):

Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz - Gesundheitliche Versorgung von Asylbewerbern. In ErsatzkassenMagazin, Ausgabe 11./12.2015: Finanzen. Online Ressource: <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2015-1112/fokus-asylverfahrensbeschleunigungsgesetz.html>. [Zugriff am 18.06.2015].

Bozorgmehr, Kayvan & Razum, Oliver (2015) Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. PLoS ONE 10(7): e0131483. doi:10.1371/journal.pone.0131483. Online Ressource: <http://journals.plos.org/plosone/article/asset?id=10.1371/journal.pone.0131483.PDF>. [Zugriff am 18.06.2016].

Brodkorb, Mathias & Schmidt, Thomas (2002): Gibt es einen modernen Rechtsextremismus? Das Fallbeispiel Mecklenburg-Vorpommern. Schwerin: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2014): Ablauf des deutschen Asylverfahrens, Asylantragstellung - Entscheidung - Folgen der Entscheidung. Informationsbroschüre des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.). Online Ressource: <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/das-deutsche-asylverfahren.pdf?blob=publicationFile>. [Zugriff am: 13.05.2016].

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016a): Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe: Februar 2016. Tabellen, Diagramme, Erläuterungen. <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/statistik-anlage-teil-4-aktuelle-zahlen-zu-asyl.html?nn=1694460>. [Zugriff am 06.05.2016].

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016b): Asylgeschäftsstatistik für den Monat Dezember 2015. Online Ressource: <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/201512-statistik-anlage-asyl-geschaeftsbericht.pdf?blob=publicationFile>. [Zugriff am 06.05.2016].

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016c): Verteilung der Asylbewerber. Aus: Homepage des BAMF. Online Ressource: <http://www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Asylverfahren/Verteilung/verteilung-node.html>. [Zugriff am 05.05.2016].

Bundesgesetzblatt (1969): Internationales Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung vom 7. März 1966. Online Ressource: http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/ICERD/icerd_de.pdf. [Zugriff am: 03.05.2016].

Bundesgesetzblatt (1982): Gesetz zum Asylverfahren (Asylverfahrensgesetz – AsylVfG) vom 16.06.1982 Nummer 25. Online Ressource: http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/media/BEF489FD88DD5256BB174F51A9FBFB8E/bgbl182s0946_65043.pdf. [Zugriff am 08.06.2016].

- Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (2014):** Übereinkommen über die Rechte des Kindes, VN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut mit Materialien, 5. Auflage. Berlin. Online Ressource: Online Ressource: [http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/ C3_9Cbereinkommen- C3_BCber-die-Rechte-des-Kindes.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/C3_9Cbereinkommen-C3_BCber-die-Rechte-des-Kindes.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf). [Zugriff am: 30.05.2016].
- Bundesministerium für Gesundheit (2016):** Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende, 2. Auflage. Berlin: Bundesgesundheitsministerium.
- Bundeszentrale für politische Bildung (2016):** Zahlen zu Asyl in Deutschland Infografiken nach Daten des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge. Online Ressource: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/flucht/218788/zahlen-zu-asyl-in-deutschland>. [Zugriff am: 18.6.2016].
- Burmeister, Frank (2015):** Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse. In: Public Health Forum Band 23. Heft 2. Berlin: DeGryter. Seite: 106 – 108.
- Burmeister, Axel (2016):** Keine Gesundheitskarte für Flüchtlinge. In Saarländischer Rundfunk vom 22.01.2016. Online Ressource: http://www.sr.de/sr/home/nachrichten/politik_wirtschaft/Gesundheitskarte_Flu_echtlinge_Saarland100.html#. [Zugriff am: 25.05.2016].
- Classen, Georg (2011):** Stellungnahme zur Anhörung zum Asylbewerberleistungsgesetz am 07.02.2011 im Ausschuss für Arbeit und Soziales des Deutschen Bundestages. Berlin: Flüchtlingsrat Berlin e.V. Online Ressource: http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Classen_AsylobLG_Bundestag_070211.pdf. [Zugriff am 06.06.2015].
- Classen, Georg (2016):** Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses. Berlin: Flüchtlingsrat Berlin e.V. Online Ressource: <http://www.bundestag.de/blob/426800/f496b296a808fe481c3a4285cd22a7f1/e-sv-georg-classen-data.pdf>. [Zugriff am: 19.06.2016].
- Convention on the Rights of the Child (2016):** Convention on the Rights of the Child. In: UN Treaty Collection. Online Ressource: https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtsg_no=IV-11&chapter=4&lang=en. [Zugriff am 10.06.2016].
- Cremer, Hendrik (2014):** Menschenrechtliche Verpflichtungen bei der Unterbringung von Flüchtlingen - Empfehlungen an die Länder, Kommunen und den Bund. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte.
- Cremer, Hendrik (2016):** Menschenrecht Asyl. In: Aus Politik und Zeitgeschichte - UN und Menschenrechte, 66. Jahrgang 10–11/2016 7. März 2016. Bonn: Bundeszentrale für politische Aufklärung. S. 40 – 44. Online Ressource: http://www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/APuZ_2016-10-11_online.pdf. [Zugriff am 12.06.2016].

Deutscher Bundestag (1993): Drucksache 12/4451 Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung der Leistungen an Asylbewerber vom 02. 03. 1993 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP. Online Ressource: dipbt.bundestag.de/doc/btd/12/044/1204451.pdf. [Zugriff am: 13.04.2016].

Deutscher Bundestag (2014): Drucksache 18/2592. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes und des Sozialgerichtsgesetzes vom 22.09.2014. Online Ressource: dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/025/1802592.pdf. [Zugriff am: 11.04.2016].

Deutscher Bundestag (2015a): Drucksache 6860. Antwort der Deutschen Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Jan Korte, Sevim Dagdelen, weitere Abgeordnete und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 18/6353 – Ergänzende Informationen zur Analysestatistik für das dritte Quartal 2015. Online Ressource: <http://pdok.bundestag.de/index.php?qsafe=%23change%23&aload=off&q=18%2F6860&x=0&y=0&df=07.09.1949&dt=07.04.2016>. [Zugriff am: 06.04.2016].

Deutscher Bundestag (2015b): Drucksache 18/6185 Entwurf eines Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes vom 29. September 2015. Online Ressource: dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/061/1806185.pdf. [Zugriff am 15.04.2016].

Deutscher Bundestag (2016a): Liste der Sachverständigen Öffentliche Anhörung am Mittwoch, 8. Juni 2016, 16:30 bis 17:30 Uhr im Sitzungssaal 1 302, Jakob-Kaiser-Haus (JKH). Stand: 01. Juni 2016. Online Ressource: <https://www.bundestag.de/blob/423844/96e70efcc19ecb35c340e594110f259a/sachverstaendige-data.pdf>. [Zugriff am: 16.6.2016].

Deutscher Bundestag (2016b): Antrag: Medizinische Versorgung für Geflüchtete und Asylsuchende diskriminierungsfrei sichern, Drucksache 18/7413. Online Ressource: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/074/1807413.pdf>. [Zugriff am 22.06.2016].

Deutscher Bundestag (2016c): Antrag: Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen verbessern, Drucksache 18/6067. Online Ressource: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/060/1806067.pdf>. [Zugriff am 22.06.2016].

Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen (2014): Sicherstellung der Krankenbehandlung von Asylbewerbern im Rahmen des „Bremer Modells“. Vorlage für die Sitzung der staatlichen Deputation für Soziales, Kinder und Jugend am 05. Juni 2014. Lfd. Nr. 105/14. Online Ressource: <http://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/Sicherstellung+der+Krankenbehandlung+von+Asylbewerbern+im+Rahmen+des+Bremer+Modells.pdf>. [Zugriff am: 04.05.2016].

Eichenhoffer, Eberhardt (2016): Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge. In: Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik. 33. Jahrgang 5-6/2013. Baden-Baden: Nomos-Verlag. Online Ressource: http://www.zar.nomos.de/fileadmin/zar/doc/Aufsatz_ZAR_13_5-6.pdf. [Zugriff am: 18.06.2016].

Etgeton, Stefan (2016): 66 Prozent der Bundesbürger befürworten die Gesundheitskarte für Flüchtlinge. TNS Emnid UMFRAGE. Rüttersloh: Bertelsmann Stiftung. Online Ressource: <http://www.bertelsmannstiftung.de/de/unsere-projekte/integrierte-krankenversicherung/projektnachrichten/gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge/>. [Zugriff am 19.6.2016].

EU Richtlinie 2013/33/EU: Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates, Artikel 19. Online Ressource: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0096:0116:DE:PDF>. [Zugriff am: 18.05.2016].

Europäische Sozialcharta (1961): Artikel 11, In der Fassung vom 18.10.1961. Turin: Europarat. Online Ressource: <http://www.coe.int/de/web/conventions/search-on-treaties/-/conventions/rms/090000168006b748>. [Zugriff am: 26.05.2016].

Finger, Evelyn (2013): Letzte Zuflucht. In: DIE ZEIT, Nr. 30/2013 vom 18. Juli 2013. Online Ressource: <http://www.zeit.de/2013/30/fluechtlinge-libyen-st-pauli>. [Zugriff am: 12.6.2016].

Flüchtlingsrat Berlin (2014): Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes des Asylbewerberleistungsgesetzes und es Sozialgesetzes“ – BT – Drs. 18/2542 vom 22.09.2014. Online Ressource: http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Classen_AsylbLG_2014_AS-Ausschuss.pdf. [Zugriff am 06.06.2016].

Freeman, Marsha A. / Chinkin, Christine / Rudolf, Beate (2012): The UN Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Woman. A Commentary. Oxford: Oxford University press.

Freistaat Sachsen (2016): Asylbewerber und Flüchtlinge im Freistaat Sachsen – Fakten und Hintergründe Januar 2016. Dresden Sächsische Staatskanzlei. Online Ressource: http://asyinfo.sachsen.de/download/asyl/Faktenpapier_asylbewerber_und_fluechtlinge_im_freistaat_sachsen.pdf. [Zugriff am: 25.05.2016].

Fremuth, Michael L. (2015): Menschenrechte – Grundlage und Dokument. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Geiger, Ingrid K. (2000): Interkulturelle Gesundheitsförderung. Ein Leitfaden für den öffentlichen Gesundheitsdienst zum Aufbau des Handlungsfeldes Migration. Praxisheft 3, Hrsg. Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen, Bielefeld.

- Geiger Ingrid K. und Razum, Oliver** (2012): Migration und Gesundheit. In: Hurrelmann K., Razum O. (Hrsg.) Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5., vollständige überarbeitete Auflage. Weinheim & Basel: Beltz Juventa. Seite: 609 – 637.
- Goethe, Johann W.** (1950): Sämtliche Werke, Band. 5: Faust-Dichtungen, Zürich.
- Grundgesetz (1949)**: Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2438) geändert worden ist, Artikel 16a. Online Ressource: <http://www.gesetze-im-internet.de/gg/BJNR000010949.html#BJNR000010949BJNG000100314>. [Zugriff am: 06.05.2016].
- Hasse, Jana / Müller, Erwin / Schneider, Patricia** (2001): Humanitäres Völkerrecht: politische, rechtliche und strafgerichtliche Dimensionen. Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft.
- Herbert, Ulrich** (2001): Geschichte der Ausländerpolitik in Deutschland. München: C H Beck Verlag.
- Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen** (1967): Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951 & Protokoll über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 31. Januar 1967. Genf (Schweiz). Online Ressource: http://www.unhcr.de/no_cache/mandat/genfer-fluechtlingskonvention.html?cid=1790&did=7631&sechash=395ee350. [Zugriff am: 13.06.2016].
- Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen** (2014): Liste der Vertragsstaaten des Abkommens vom 28. Juli 1951 und/oder des Protokolls vom 31. Januar 1967 über die Rechtsstellung der Flüchtlinge, Stand: 23. Oktober 2014. Genf (Schweiz). Online Ressource: http://www.unhcr.de/fileadmin/rechtsinfos/fluechtlingsrecht/1_international/1_1_voelkerrecht/1_1_1/FR_int_vr_GFK-Liste_Vertragsstaaten.pdf. [Zugriff am: 13.06.2016].
- Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen** (2015): Global Trends Forced Displacement in 2015. Genf(Schweiz). Online Ressource: <https://s3.amazonaws.com/unhcrsharedmedia/2016/2016-06-20-global-trends/2016-06-14-Global-Trends-2015.pdf>. [Zugriff am: 17.06.2016].
- Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen** (2016): History of UNHCR. Homepage der UNHCR; 'About us'. Genf (Schweiz). Online Quelle: <http://www.unhcr.org/pages/49c3646cbc.html>. [Zugriff am: 13.06.2016].
- Hielscher, Joris** (2016): Rot-Grünes Prestigeprojekt auf der Kippe NRW-Kommunen lehnen Gesundheitskarte für Flüchtlinge ab. In: RP-Online. Online Ressource: <http://www.rp-online.de/nrw/landespolitik/nrw-kommunen-lehnen-gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge-ab-aid-1.5715388>. [Zugriff am 17.06.2016].

- Jung, Felicitas.** (2011): Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender. Gesundheitsamt Bremen. Online Ressource: http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/3_GBE_Gesundheitsversorgung_Asylsuchender.pdf. [Zugriff: 07.06.2016].
- Kornmeier, Martin** (2011): Wissenschaftliches schreiben leicht gemacht. Für Bachelor, Master und Dissertation. 6. Aktualisierte Aufl., Bern u.a.: Haupt Verlag.
- Krennerich, Michael** (2005): Menschenrechte, Rechte für dich – Rechte für alle! In: Politik & Unterricht, Zeitschrift für die Praxis der politischen Bildung, 2-2005. Stuttgart: Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg. Online Ressource: http://www.politikundunterricht.de/2_05/menschenrecht.pdf. [Zugriff: 28.05.2016].
- Krennerich, Michael** (2009): Zehn fragen zu Menschenrechten. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung. Online Ressource: <http://www.bpb.de/internationales/weltweit/menschenrechte/38627/zehn-fragen>. [Zugriff: 30.05.2016].
- Krennerich, Michael** (2013): Soziale Menschenrechte – Zwischen Recht und Politik, Schwalbach: Wochenschau Verlag.
- Krennerich, Michael** (2015a): Menschenrechte - ein allgemeiner Einstieg, In: Felix Kirchmeier und Michael Krennerich (Hrsg.). Handbuch der Menschenrechtsarbeit, Edition 2014 / 2015. Berlin: Friedrich – Ebert - Stiftung / Forum Menschenrechte.
- Krennerich, Michael** (2015b): Das Menschenrecht auf Gesundheit. In: Zeitschrift für Menschenrechte, Menschenrechte und Gesundheit. Jahrgang 9, 2015, Ausgabe 2. Schwalbach: Wochenschau Verlag.
- Landtag Sachsen-Anhalt** (2016): Krankenkassenkarten für Asylbewerberinnen und Asylbewerber - Beschluss des Landtages vom 31.03.2016, Drucksache 6/4775 & 6/4870. Online Ressource: <http://padoka.landtag.sachsen-anhalt.de/files/drs/wp6/drs/d4870lbr.pdf>. [Zugriff am 26.05.2016].
- Landesregierung Hessen** (2015): Hessischer Aktionsplan zur Integration von Flüchtlingen und Bewahrung des gesellschaftlichen Zusammenhaltes. Auszug aus dem Koalitionsvertrag CDU und Bündnis 90/ DIE GRÜNEN vom 16.12.2016. Online Ressource: https://fluechtlinge.hessen.de/sites/fluechtlinge.hessen.de/files/Aktionsplan-FI%C3%BCchtlinge_final_2015-12-16.pdf. [Zugriff am 26.05.2016].
- Luft, Stefan. & Schimany, Peter** (2014): 20 Jahre Asylkompromiss – Bilanz und Perspektiven. Bielefeld: Transkript Verlag.
- Marx, Reinhard** (2015): Aufenthalts-, Asyl- und Flüchtlingsrecht: Handbuch. 5. Auflage, Baden-Baden: Nomos.

- Marugg, Michael** (1990): Völkerrechtliche Definitionen des Ausdrucks "Flüchtling"
Ein Beitrag zur Geschichte unter besonderer Berücksichtigung sogenannter
de-facto-Flüchtlinge. Basel (Schweiz): Helbing & Lichtenhahn.
- Meyer, Hubert** (2016): Kommunen: Ob die elektronische Gesundheitskarte kommt
ist offen. RESSEMITTEILUNG des Niedersächsischen Landkreistages vom
16.03.2016. Online Ressource:
[http://www.nlt.de/pics/medien/1_1458129533/PM_NST-NLT -
Elektronische Gesundheitskarte.pdf](http://www.nlt.de/pics/medien/1_1458129533/PM_NST-NLT_-_Elektronische_Gesundheitskarte.pdf) [Zugriff am: 19.06.2016].
- Mihm, Andreas** (2016): Medizinische Versorgung. Kommunen blockieren
Gesundheitskarte für Flüchtlinge. Frankfurter Allgemeine Online 15.01.2016.
Online Ressource:
[http://www.faz.net/aktuell/politik/fluechtlingskrise/kommunen-blockieren-
gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge-
13995271.html?printPagedArticle=true#pageIndex_2](http://www.faz.net/aktuell/politik/fluechtlingskrise/kommunen-blockieren-gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge-13995271.html?printPagedArticle=true#pageIndex_2). [Zugriff am:
17.06.2016].
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW**
(2015a): Rahmenvereinbarungen zur Übernahme der Gesundheitsversorgung
für nicht versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach §264 Absatz 1
SGB V in Verbindung mit §§ 1,1a Asylbewerberleistungsgesetz in NRW.
Online Ressource:
[http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/Gesundheitskarte Fluech-
tlinge/Rahmenvereinbarung_Online.pdf](http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/Gesundheitskarte_Fluechtlinge/Rahmenvereinbarung_Online.pdf). [Zugriff am: 15.06.2016].
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie** (2015): Neues
Landesaufnahmegesetz soll Betreuung und medizinische Versorgung von
Flüchtlingen verbessern - PRESSEERKLÄRUNG. Potsdam: Staatskanzlei des
Landes Brandenburg. Online Ressource:
[http://www.masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/176_15_Kab_Landesaufn-
ahmegesetz_151124.pdf](http://www.masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/176_15_Kab_Landesaufn_ahmegesetz_151124.pdf). [Zugriff am: 25.05.2016].
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW**
(2015b): Elektronische Gesundheitskarte (eGK) für Flüchtlinge in NRW.
Fragen und Antworten. Online Ressource:
[http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/Ereitere FAQ-
07102015.pdf](http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/Ereitere_FAQ-07102015.pdf). [Zugriff am: 17.06.2016].
- Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie** (2016a):
Elektronische Gesundheitskarte für Flüchtlinge in Rheinland-Pfalz. Online
Ressource: [http://msagd.rlp.de/de/unsere-themen/gesundheit-und-
pflege/gesundheitliche-versorgung-von-asylbewerbern/elektronische-
gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge/](http://msagd.rlp.de/de/unsere-themen/gesundheit-und-pflege/gesundheitliche-versorgung-von-asylbewerbern/elektronische-gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge/). [Zugriff am: 25.05.2016].
- Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie** (2016b):
Verhandlungen zur Rahmenvereinbarung abgeschlossen.
RESSEMITTEILUNG vom 20.01.2016. Online Ressource:
[http://msagd.rlp.de/de/sevice/presse/detail/news/detail/news/verhandlungen-
zur-rahmenvereinbarung-abgeschlossen/](http://msagd.rlp.de/de/sevice/presse/detail/news/detail/news/verhandlungen-zur-rahmenvereinbarung-abgeschlossen/). [Zugriff am 15.06.2016].

Möller, Christian (2016): Verhandlung zur elektronischen Gesundheitskarte vorerst ausgesetzt. PRESSEMITTEILUNG vom 02. März 2016. Schwerin: Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern. Online Ressource: http://www.regierung-mv.de/serviceassistent/php/download.php?datei_id=1572063. [Zugriff am 25.05.2015].

Niedersächsischer Landtag (2016): Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung mit Antwort der Landesregierung vom 07.03.2016. Drucksache 17/5380. Online Ressource: http://www.landtag-niedersachsen.de/ps/tools/download.php?file=/ltns/live/cms/dms/psfile/docfile/42/17_538056e6b36b457fd.pdf&name=17-5380.pdf&disposition=attachment. [Zugriff am: 26.05.2016].

Opitz, Peter J. (2000): Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, In: Helmut Vogler (Hg.): Lexikon der Vereinten Nationen, München/Wien, S. 331–336.

Panagiotidis, J. (2014): Kein fairer Tausch, In: Luft, S. & Schimany, P. 20 Jahre Asylkompromiss – Bilanz und Perspektiven. Bielefeld: Transkript Verlag. Seite 114 – 126.

Pötzsch, Horst (2009): Die Deutsche Demokratie. 5. überarbeitete und aktualisierte Auflage, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, S. 18-21.

Pieroth, Bodo & Schlink, Bernhard (2012): Staatsrecht II. Grundrechte. 28. Auflage. Heidelberg: Müller Verlag.

Prenzel, Thomas (2012): 20 Jahre Rostock-Lichtenhagen. Kontext, Dimensionen und Folgen der rassistischen Gewalt. In: Rostocker Information zu Politik und Verwaltung. Bd. 32). Rostock: Universität Rostock, Institut für Politik- und Verwaltungswissenschaften (Hrsg.).

Pro Asyl (2016): Asylbewerberzahlen 2015. Pressemitteilung vom 06.01.2016. <https://www.proasyl.de/news/erhebliche-unschaerfen-bei-den-asylzahlen-2015/>. [Zugriff am: 06.05.2016].

Razum, Oliver / Zeeb, Hajo / Meesmann, Ute / Senk, Liane / Bredehorst, Maren / Broska, Patrick / Derks, Tanja / Glodny, Susanne / Menkhaus, Björn / Salman / Ramazan / Saß, Anke C. / Ralf, Ulrich (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch Institut.

Rieger, Arnold (2016): Angst vor der Kostenfalle Gesundheitskarte. In: Stuttgarter Nachrichten Online 20.10.2015. Online Ressource: <http://www.stuttgarternachrichten.de/inhalt.fluechtlinge-angst-vor-kostenfalle-gesundheitskarte.2e4afb0e-0e36-4ee8-a67f-afb20d96fd65.html>. [Zugriff am: 17.06.2016].

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (1988): Gesetzliche Krankenversicherung – in der Fassung vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482; zuletzt durch Artikel 2 Absatz 12 des Gesetzes vom 17. Februar 2016 (BGBl. I S. 203).

- Schissler, Jakob** (2005): Menschenrechte zwischen Universalismus und Kulturrelativismus. In: Der Bürger im Staat (Menschenrechte), 55. Jahrgang Heft 1/2 2005. Stuttgart: Landeszentrale für politische Bildung. S. 26 – 30.
- Schneider, Jakob** (2004): Die Justiziabilität wirtschaftlicher, sozialer und kultureller Menschenrechte (Studie). Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte. Online Ressource: www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/studie_die_justiziabilitaet_wirtschaftlicher_sozialer_u_kultureller_menschenrechte.pdf. [Zugriff am: 15.05.2016].
- Staatsministerium Baden-Württemberg** (2015): Gemeinsam die Herausforderung meistern. Presseinformation vom 23.09.2015. Online Ressource: http://www.baden-wuerttemberg.de/de/system/pdf/?tx_webkitpdf_pi1%5Burl%5D%5B0%5D=http%3A%2F%2Fwww.baden-wuerttemberg.de%2Fde%2Fservice%2Fpresse%2Fpressemitteilung%2Fpid%2Fdreh-und-angelpunkt-ist-die-verfahrensdauer%2F%3Ftype%3D98%26print%3D1. [Zugriff am: 17.05.2016].
- Tiedemann, Paul** (2015): Flüchtlingsrecht – Die materiellen und verfahrensrechtlichen Grundlagen. Heidelberg: Springer.
- Theisen, Manuel René** (2011): Wissenschaftliches Arbeiten. Technik – Methode – Form. München: Franz Vahlen.
- United Nations** (1948): Allgemeine Erklärung der Menschenrechte Resolution der Generalversammlung A/RES/217 A (III) vom 10. Dezember 1948. Online Ressource: <http://www.un.org/depts/german/grunddok/ar217a3.html>. [Zugriff am: 14.05.2016].
- United Nations** (1979): Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW) vom 18. Dezember 1979. Online Ressource: <http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw.pdf>. [Zugriff am: 30.05.2016].
- United Nations** (1989): Übereinkommen über die Rechte des Kindes (CRC) vom 20. November 1989. In: Bekanntmachung zum Übereinkommen über die Rechte des Kindes, Bundesgesetzblatt vom 31. Januar 2014. Bonn: Bundesanzeiger Verlag. Online Ressource: http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/media/BEF489FD88DD5256BB174F51A9FBFB8E/bgbl214s0178_86503.pdf. [Zugriff am 30.05.2016].
- United Nations** (2006): Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (CRPD) vom 13. Dezember 2006. In: Bundesgesetzblatt vom 23.07.2009. Nummer 25. Bonn: Bundesanzeiger Verlag. Online Ressource: http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/media/BEF489FD88DD5256BB174F51A9FBFB8E/bgbl209s0812_90312.pdf. [Zugriff am: 30.05.2016].
- UN-Sozialpakt** (1966): Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte. Vertragstext in deutscher Sprache. Online Ressource: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19660259/index.html>. [Zugriff: 25.05.2016].

Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (2009): Dritter Teil, Titel V, Kapitel 2, Artikel 77 – 80. Fassung aufgrund des am 1.12.2009 in Kraft getretenen Vertrages von Lissabon. In: EUV/AEUV: Das Verfassungsrecht der Europäischen Union mit Europäischer Grundrechtecharta. 4. Auflage München C.H. Beck Verlag.

Wahrendorf, Volker (2012): Einleitung Asylbewerberleistungsgesetz In: SGB XII Sozialhilfe Kommentar mit AsylbLG, Grube/Wahrendorf:, 4. Auflage. München: C.H. Beck.

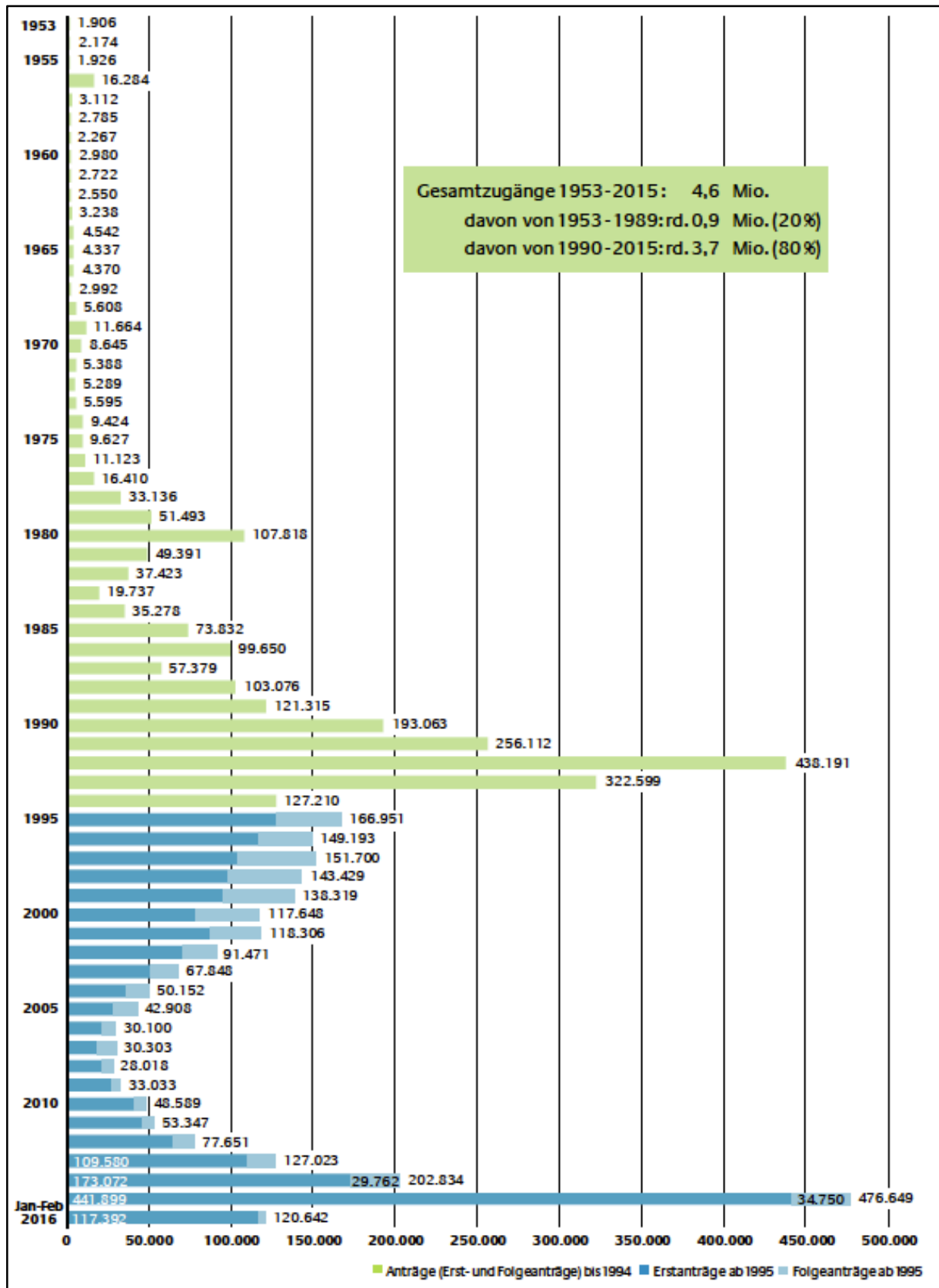
Wächter-Raquet, Marcus (2016a): Studie: Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge, Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Wächter-Raquet, Marcus (2016b): Studie: Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge, Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer. AKTUALISIERUNG Mai 2016. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Werner, H. (2016): Gesundheitskarte für Flüchtlinge umfasst nicht mehr Leistungen. In: Sibille Göbel: Thüringische Landeszeitung vom 07.03.2016. Online Ressource: <http://www.tlz.de/web/zgt/politik/detail/-/specific/Werner-Gesundheitskarte-fuer-Fluechtlinge-umfasst-nicht-mehr-Leistungen-1887733754>. [Zugriff am: 26.05.2016].

World Health Organisation (1946): Constitution of the World Health Organisation. Online Ressource: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>. [Zugriff am: 29.05.2016].

Anhang



Entwicklung der Asylantragszahlen in der BRD von 1953 bis 2016
 (Quelle: BAMF, 2016a; S. 7)

Eidesstattliche Erklärung

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

Hamburg, den 28. Juni 2016

Philipp Nowack