

Abbau von Bürokratie in der Gesundheitsversorgung von Leistungsbeziehenden nach Asylbewerberleistungsgesetz

Ärzte der Welt engagiert sich seit 2006 in der gesundheitlichen Versorgung und Beratung geflüchteter Menschen in Deutschland. Wir erleben in unseren Projekten, wie die **Einschränkungen durch § 4 AsylbLG** (und Öffnung durch § 6 AsylbLG) und das in einigen Bundesländern immer noch etablierte **Papierkrankenscheinsystem** zu enormem **administrativen und bürokratischen Aufwand, Unübersichtlichkeit, Unklarheit und Unsicherheit bei allen Beteiligten (Geflüchteten, Ärzt*innen, Behördenmitarbeitenden)** sowie zu bedenklich großem **Raum für Interpretation und Willkür** und damit letztlich zu erheblichen **Barrieren im Zugang zu notwendiger medizinischer Versorgung** für zahlreiche geflüchtete Menschen führen¹. Die **Gesundheitsversorgung** von Geflüchteten entspricht zumindest in den Ländern ohne elektronische Gesundheitskarte nicht dem Bedarf. Verschiedene internationale Menschenrechtsorganisationen haben Deutschland diesbezüglich bereits gerügt². Außerdem zeigen Studien, dass die Einschränkungen im Zugang zu medizinischer Versorgung **teurer** sind als der Zugang entsprechend des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen^{3,4}.

Die wissenschaftliche Evidenz zeigt eindeutig, dass die Einführung der **elektronischen Gesundheitskarte für Geflüchtete** den Zugang zu Gesundheitsversorgung für Asylsuchende erheblich erleichtert, damit positive Effekte auf die Gesundheit geflüchteter Menschen hat sowie eine erhebliche Entlastung für die Leistungserbringenden darstellt⁵.

Die Bundesregierung hat dies bereits erkannt und im **Koalitionsvertrag** die Absicht erklärt: „Wir wollen den Zugang für Asylbewerberinnen und Asylbewerber zur Gesundheitsversorgung unbürokratischer gestalten. Minderjährige Kinder sind von Leistungseinschränkungen bzw. -kürzungen auszunehmen.“

Der Bezugszeitraum für Leistungen nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz** wurde kürzlich verlängert von **18 auf 36 Monate**. Das bedeutet, dass geflüchtete Menschen nun doppelt so lang unter unübersichtlichen, bürokratischen Vorgängen und einer unzureichenden Gesundheitsversorgung leiden werden. Dies ist aus medizinischer Sicht höchst bedenklich, denn so könnte sich der Gesundheitszustand vieler Geflüchteter massiv verschlechtern und bestehende gesundheitliche Probleme könnten sich langfristig verschärfen. Die Verlängerung bedeutet aber auch, dass effektiv mehr

¹ Vgl. [Bozorgmehr, Biddle, Gottlieb \(2022\)](#)

² UN-Kommission zur Frauenrechtskonvention: [UN-Frauenrechtskonvention \(aerztederwelt.org\)](#); UN-Kommission zum Sozialpakt: [Gesundheitsversorgung in Deutschland: UN fordert Bundesregierung auf, Gesetze zu überprüfen | Ärzte der Welt \(aerztederwelt.org\)](#); UN-Kommission zur Antirassismuskonvention: [Keine Leistungskürzungen für Asylsuchende! \(aerztederwelt.org\)](#)

³ vgl. [Bozorgmehr, Biddle, Gottlieb \(2022\)](#); [Hollederer \(2020\)](#); [Bozorgmehr, Raum \(2015\)](#);

⁴ Einen Überblick über den bundesweiten Umsetzungsstand der Einführung von Gesundheitskarten für Geflüchtete in Deutschland, Vor- und Nachteile sowie verfügbare Studien findet sich unter: [Gesundheitskarte – Gesundheit für Geflüchtete \(gesundheit-gefluechtete.info\)](#)

⁵ Vgl. [Gold AW, Weis J, Janho L, Biddle L, Bozorgmehr K. \(2021\)](#)

Menschen unter die Regelung fallen und Behörden, Ämter und auch Arztpraxen insgesamt mehr Menschen innerhalb dieses bürokratischen Sondersystems verwalten, betreuen und versorgen müssen. Der Verwaltungsaufwand wird sich voraussichtlich erhöhen. Eine Umsetzung des sowieso im Koalitionsvertrag angekündigten Vorhabens ist vor diesem Hintergrund noch dringlicher geworden.

Zu beachten gilt in diesem Zusammenhang auch, dass **Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus** ebenfalls unter das Asylbewerberleistungsgesetz fallen und somit Anspruch auf entsprechende Gesundheitsleistungen haben. Auch für diese Anspruchsgruppe gilt es einen Zugang zu den ihnen zustehenden Leistungen zu eröffnen. Hierfür müssen die **Meldepflicht nach § 87 Aufenthaltsgesetz** sowie der **Datenabgleich nach § 11 AsylbLG** angepasst werden, damit Behörden bei der Prüfung und Gewährung von Gesundheitsleistungen nicht länger verpflichtet sind – entgegen bestehender Datenschutzgrundrechte – Informationen, die zum Zweck der Existenzsicherung aufgenommen werden, zum Zweck der Migrationskontrolle an Ausländerbehörden weiterzuleiten. Diese Regelung verhindert aktuell den Zugang zu medizinischer Versorgung für Menschen ohne Papiere. Auch dieser Missstand wurde bereits von der Bundesregierung anerkannt und eine Änderung im Koalitionsvertrag vorgesehen: „Die Meldepflichten von Menschen ohne Papiere wollen wir überarbeiten, damit Kranke nicht davon abgehalten werden, sich behandeln zu lassen.“

Unsere konkreten Empfehlungen

- Abschaffung des eingeschränkten Anspruchs auf Gesundheitsleistungen nach § 4 AsylbLG (klar definierter Anspruch auf alle notwendigen Gesundheitsleistungen analog zum GKV-Leistungskatalog⁶).
- Bundesweite Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte (oder eines anderweitigen elektronischen Dokumentes, das die Abrechnung von Gesundheitsleistungen in Arztpraxen, Kliniken, usw. ermöglicht).
- Ausnahme von den Übermittlungspflichten (§ 87 AufenthG und § 11 AsylbLG) der öffentlichen Stellen, wenn sie Leistungen zur Sicherung der Gesundheit sowie bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt erbringen oder gewähren.

Hintergrund und Erläuterung - Die Probleme im Einzelnen:

§ 4 AsylbLG beschränkt die Leistungen zum Erhalt der Gesundheit für Leistungsbeziehende auf eine notdürftige Versorgung von akuter Erkrankung, Schmerzzuständen, bei Schwangerschaft und Geburt sowie Schutzimpfungen. Darüberhinausgehende Behandlungen z. B. von chronischen Erkrankungen, Krankenhausbehandlungen, ambulante Operationen, Psychotherapie und Physiotherapie müssen gesondert beantragt werden und können, wenn sie zum Erhalt der Gesundheit unerlässlich sind, nach § 6 AsylbLG gewährt werden.

⁶ Der GKV-Leistungskatalog ist gemäß § 12 SGB V so definiert, dass er das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf.

- **Uneinheitlichkeit und Unübersichtlichkeit:** Wie Asylsuchende diese Ansprüche geltend machen können ist bundesweit und sogar innerhalb der Bundesländer sehr unterschiedlich ausgestaltet. In einigen Bundesländern und Kommunen erhalten Geflüchtete ab Registrierung eine elektronische Gesundheitskarte. In anderen ist für einen Arztbesuch ein Behandlungsschein in Papierform nötig. Wie Leistungsberechtigte diesen erhalten ist auch innerhalb der Bundesländer (in unserer Erfahrung Bayern) sehr unterschiedlich geregelt: manche Landkreise schicken einmal pro Quartal einen Schein zu, in anderen kann der Krankenbehandlungsschein postalisch beantragt werden, in wieder anderen muss er persönlich durch Vorsprache im Amt beantragt werden. Die Krankenscheine werden für unterschiedlich lange Zeiträume, Behandlungsumfänge, räumliche Geltungsbereiche ausgestellt. Diese Uneinheitlichkeit erschwert auch die Beratung durch das Unterstützungssystem und behandelnde Ärzt*innen.
- Auch wegen fehlender Information, Aufklärung, Unterstützung und Sprachmittlung werden notwendige Krankenbehandlungsscheine teilweise gar nicht oder viel zu spät beantragt. Unter Umständen dauert es lange bis ein Termin zur Beantragung eines Behandlungsscheins frei ist oder dieser aufgrund der langwierigen behördlichen Vorgänge ausgestellt wird. Dadurch kommt es häufig zu **starken Verzögerungen** von Diagnostik und Behandlung und unnötigen Verschlimmerungen, Chronifizierungen und Weiterübertragung von Krankheiten.
- **Unklarheit bezgl. des Anspruchs und der abrechenbaren Leistungen:** Aufgrund der vagen Regelung durch §§ 4 und 6 AsylbLG gibt es keinen eindeutig definierten Rechtsanspruch. Welche Gesundheitsdienste und -leistungen für Asylsuchende zugänglich gemacht werden, ist nicht wie bei GKV-Versicherten durch einen umfassenden Katalog festgelegt, sondern hängt von der Einschätzung und Auslegung des Gesetzestextes durch die leistungserbringende bzw. -gewährende Person bzw. behördliche Instanz ab. Dies führt zu großer Unsicherheit sowohl bei Geflüchteten, als auch bei Ärzt*innen und Behördenmitarbeitenden und eröffnet einen fragwürdigen Spielraum für willkürliche Entscheidungen bei Leistungen, die die Gesundheit betreffend weitreichende, lebensgefährliche Auswirkungen haben können. Meist ist die Prüfung und Bewilligung von Gesundheitsleistungen nach § 6 AsylbLG bei Sozialämtern angesiedelt. Behördenmitarbeitende müssen dann fachfremd, meist nicht medizinisch ausgebildet, über die Notwendigkeit von medizinischen Behandlungen entscheiden. Dies stellt, vor allem, wenn zur besseren Einschätzung beispielsweise Gesundheitsämter einbezogen werden müssen, einen hohen Aufwand dar und führt zu teilweise langwierigen Prüfungs- und Bewilligungsverfahren. Wir erleben im Austausch mit unseren Klient*innen häufig restriktive Auslegung und Verweigerung von Leistungen, auch durch Ärzt*innen. Dies geschieht teilweise auch aufgrund von Unwissenheit oder Unsicherheit. Umgekehrt kommt es vor, dass Ärzt*innen eine Behandlung nicht

vergütet bekommen, weil die zuständige Behörde im Nachgang entscheidet, dass sie nicht vom Behandlungsschein abgedeckt waren.

- Durch das Papierkrankenscheinsystem wird auch die **freie Arztwahl eingeschränkt**. Behandlungsscheine werden teilweise auf Landkreise beschränkt, was problematisch sein kann, wenn bestimmte Fachärzt*innen insbesondere auf dem Land kaum verfügbar sind. Behandlungsscheine verbleiben in der behandelnden Arztpraxis. Somit ist die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung oft ausgeschlossen oder erst im neuen Quartal möglich, wenn ein neuer Behandlungsschein ausgestellt wird. Menschen, die in sog. Ankerzentren leben, sind gezwungen, sich ausschließlich an Ärzt*innen der Unterkunft zu wenden und sind von deren Einschätzung abhängig, welche weitergehende medizinische Behandlung erfolgen soll und ob dafür ein Behandlungsschein beantragt wird.

Das Papierkrankenscheinsystem und der unklar definierte Leistungsanspruch nach §§ 4 und 6 AsylbLG schaffen Komplexität und bürokratischen Aufwand für alle Beteiligten. Diese administrativen Hürden ziehen gesundheitliche und finanzielle Kosten nach sich.