

2022-1
Policy Paper

GESUNDHEITSVERSORGUNG VON ASYLSUCHENDEN IN DEN BUNDESLÄNDERN RAHMENBEDINGUNGEN UND REFORMBEDARFE

VON KATJA LINDNER

INHALTSVERZEICHNIS

	ZUSAMMENFASSUNG	4
1	EINLEITUNG	4
2	RAHMENBEDINGUNGEN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG ASYLSUCHENDER IN DEN BUNDESLÄNDERN	5
2.1	FINANZIERUNG DER GESUNDHEITSLEISTUNGEN FÜR ASYLSUCHENDE UND KOSTENERSTATTUNGSVERFAHREN	5
2.2	DER ADMINISTRATIVE ZUGANG ZUR GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNG FÜR ASYLSUCHENDE: BEHANDLUNGSSCHEINE UND ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE (EGK)	9
2.3	ARGUMENTE UND BEFUNDE ZUR EINFÜHRUNG DER EGK FÜR ASYLSUCHENDE	12
3	STEHEN DIE UNTERSCHIEDE ZWISCHEN DEN BUNDESLÄNDERN IM WIDERSPRUCH ZUM GEBOT GLEICHWERTIGER LEBENSVERHÄLTNISSE?	15
4	ERGEBNISSE UND EMPFEHLUNGEN	17
	LITERATURVERZEICHNIS	20
	AUTORIN	28
	IMPRESSUM	29

Zitiervorschlag:

Lindner, Katja 2022: Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in den Bundesländern. Rahmenbedingungen und Reformbedarfe, MIDEM-Policy Paper 01/22, Dresden.

ZUSAMMENFASSUNG

Das Policy Paper beschäftigt sich mit den rechtlichen und administrativen Rahmenbedingungen der Umsetzung von medizinischen Leistungsansprüchen Asylsuchender in Deutschland. Im Fokus der Untersuchung stehen die Bundesländer und deren normativ-administrative Handlungsvorgaben für die Kommunen. Im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung sind die Bundesländer im Bereich der Asylpolitik maßgebliche Entscheidungsträger bei der Umsetzung der medizinischen Versorgung nach dem AsylbLG. Dazu haben sie unter anderem jeweils eigene Flüchtlingsaufnahmegesetze und Verordnungen erlassen und Kostenerstattungsverfahren eingeführt. Die Beschreibung der normativ-administrativen Umsetzung der Gesundheitsversorgung auf Ebene der Länder erfolgt anhand von zwei hochgradig praxisrelevanten Bereichen: der Finanzierung der Gesundheitsleistungen für Asylsuchende sowie der Gestaltung des Zugangs zur Versorgung für Asylsuchende per Behandlungsschein oder elektronischer Gesundheitskarte.

Es zeigen sich zwischen den Bundesländern große Unterschiede. Sie resultieren aus dem föderalen Charakter der Asylpolitik in Deutschland, den unterschiedlichen parteipolitischen Konstellationen auf Länderebene sowie unklaren Rechtsbegriffen im AsylbLG. Es kommt infolgedessen zu sehr unterschiedlichen Zugangschancen auf Gesundheitsversorgung Asylsuchender sowie zu Kostenrisiken für Kommunen.

Der Bund verfügt im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung über die Gesetzgebungskompetenz auf dem Gebiet der „öffentlichen Fürsorge“ (Artikel 74 Absatz 1 Nr. 7). Empfohlen wird eine bundesweite Vereinheitlichung der strukturellen Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung Asylsuchender durch den Bund (nicht jedoch der Versorgungspraxen auf Ebene der Bundesländer und Kommunen).

Insbesondere wird empfohlen:

- eine einheitliche Erstattung von Gesundheitsausgaben für Asylsuchende an Kommunen in Höhe von idealerweise 100 %, wie dies in einigen Bundesländern bereits üblich ist,
- eine Erhöhung der finanziellen Beteiligung des Bundes in Bezug auf die Kosten der medizinischen Versorgung Asylsuchender,
- eine bundesweite Einführung elektronischer Gesundheitskarten für Asylsuchende mit einem einheitlichen Leistungsumfang.

1 EINLEITUNG

Für das Thema der Gesundheitsversorgung für Asylsuchende¹ gilt auch die für die Migrationspolitik allgemein² gültige Aussage:

„Jeder Ausländer und jede Ausländerin, die in die Bundesrepublik Deutschland kommen, um sich hier niederzulassen, ziehen in einen Bundesstaat zu.“ (Münch 2016: 365)

Die Asylsuchenden wählen dabei das Bundesland nicht selbst, sondern werden nach dem sogenannten Königsteiner Schlüssel verteilt. Wie die Kosten der Versorgung von Asylsuchenden an Kommunen erstattet werden und wie der Zugang der Asylsuchenden zur medizinischen Versorgung gestaltet ist, variiert dabei von Bundesland zu Bundesland.

Die Umsetzung des AsylbLG obliegt hauptsächlich den Bundesländern, die ihrerseits die Unterbringung und Versorgung der Asylsuchenden im Anschluss an die Erstaufnahme im Sinne einer weisungsgebundenen Pflichtaufgabe an die kreisfreien Kommunen bzw. Landkreise³ als untere Unterbringungsbehörden delegieren (Schammann/Kühn 2016: 7). Die Bundesländer haben dafür eigene Flüchtlingsaufnahmegesetze und Verordnungen erlassen (siehe Anhang). Es entstehen trotz bundesweit einheitlicher Vorgaben des AsylbLG föderalismusbedingt erhebliche Unterschiede in der Umsetzung der gesundheitlichen Leistungsansprüche Asylsuchender in den Bundesländern. Differenzen ergeben sich zudem aus einer unzureichenden Normkonkretetheit des AsylbLG (vgl. Hillmann 2017). Es resultieren hieraus einerseits Fragen hinsichtlich der Chancengleichheit Asylsuchender bei der Realisierung des Zugangs zur Versorgung und des Leistungsumfangs

in den Bundesländern. Andererseits haben die föderal variierenden Regelungen Auswirkungen auf die finanziellen Spielräume und Risiken der Landkreise und kreisfreien Kommunen bei ihrer Erfüllung asylbezogener Pflichtaufgaben, zu denen die medizinische Versorgung gehört.

Beleuchtet werden relevante rechtlich-administrative Aspekte des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für Asylsuchende auf der *Ebene der deutschen Bundesländer* und damit Handlungsgrundlagen für die Kommunen. Im Mittelpunkt stehen die *Finanzierung der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden mit den Kostenerstattungsverfahren gegenüber den Kommunen* sowie die *administrative Gestaltung des Zugangs zur Versorgung über Behandlungsscheine oder elektronische Gesundheitskarten (eGK)*.

Das Policy Paper basiert auf einer Recherche und Auswertung von rechtlichen und administrativen Rahmenbedingungen auf Ebene der Bundesländer. Zum Datenmaterial im weitesten Sinne gehören die Flüchtlingsaufnahmegesetze der Länder, die Gesetze oder Verordnungen zu den Kostenerstattungen der Versorgung bzw. speziell der medizinischen Versorgung Asylsuchender sowie eine schriftliche Anfrage bei allen zuständigen Landesministerien (2020/21; siehe Anhang).⁴

Bei der „Flüchtlingskrise“ gab es aufgrund von Problemen bei der Erfassung neu nach Deutschland eingereister Asylsuchender erhebliche Differenzen zwischen der Anzahl der Asylsuchenden, die den Bundesländern zugewiesen wurden und denen, die beim BAMF auf Bundesebene gemeldet wurden. Erheblich mehr Asylsuchende mussten mit Mitteln der Länder untergebracht und versorgt werden, als es auf Basis der BAMF-Zahlen den Anschein hatte. Außerdem stieg die Dauer der Asylverfahren wegen Kapazitätsmängeln immer stärker an (Thränhardt/Weiss 2016: 8 ff.). Das Thema der Unterbringung und der Kostenträgerschaft der gesundheitlichen und sonstigen Versorgung von Asylsuchenden schlug jedoch nicht nur deswegen hohe Wellen in den Ländern. Denn bei der Festlegung der Bundeskanzlerin, „Das Grundrecht auf Asyl für politisch Verfolgte kennt keine Obergrenze;“ waren die Länderchefs nicht mit einbezogen worden (Bröcker/Quadbeck nach Münch 2017: 254 f.). Gleichzeitig liegt die Kostenzuständigkeit für Asylsuchende während des laufenden Asylverfahrens primär bei den Ländern und Kommunen. Bis 2016 beteiligte sich der Bund an den Kosten der Unterbringung der Asylsuchenden nicht.

2 RAHMENBEDINGUNGEN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG ASYLSUCHENDER IN DEN BUNDESLÄNDERN

Bei den rechtlichen Grundlagen der Umsetzung der gesundheitsbezogenen Leistungsansprüche Asylsuchender in den Bundesländern handelt es sich vor allem um die jeweiligen Flüchtlingsaufnahmegesetze und Verordnungen zu Kostenerstattungen für die Versorgung Asylsuchender. Diese föderalismusbedingt unterschiedlichen Regelungen der Kostenerstattung von Gesundheitsleistungen Asylsuchender werden in Kapitel 2.1 vorgestellt (Stand 2021). Dort wird einerseits auf Kostenschätzungen bezüglich der gesundheitlichen Versorgung Asylsuchender und andererseits auf die unterschiedlichen Erstattungsverfahren- und Umfänge eingegangen, um wirtschaftliche Handlungsspielräume von Kommunen zu veranschaulichen. Kapitel 2.2 widmet sich der administrativen Ausgestaltung des Zugangs zur medizinischen Versorgung für Asylsuchende mittels Behandlungsschein oder elektronischer Gesundheitskarte (eGK) durch die Bundesländer. Auch hier finden sich föderalismusbedingt erhebliche Unterschiede. Die föderalen Unterschiede bei den Kostenerstattungsverfahren und bei der administrativen Umsetzung des Zugangs zur Versorgung haben jeweils für sich und in ihrer bundeslandspezifischen Kombination Auswirkungen auf die Handlungsmöglichkeiten auf kommunaler Ebene einerseits und die Realisierung der Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden andererseits.

2.1 FINANZIERUNG DER GESUNDHEITSLEISTUNGEN FÜR ASYLSUCHENDE UND KOSTENERSTATTUNGSVERFAHREN

Die Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung Asylsuchender in Deutschland erfolgt durch verschiedene Ebenen, wobei gleichzeitig vielfältige Verflechtungen zwischen Bund, Ländern und Kommunen zu beobachten sind (Bookmann et al. 2018: 12). Solange sich Asylsuchende in (Erst-)Aufnahmeeinrichtungen eines Bundeslandes befinden, sind diese direkt für die Unterbringung und Kostenträgerschaft bezüglich der medizinischen Versorgung zuständig.⁵ Nach landesinterner Zuweisung in die Landkreise / kreisfreien Städte bzw. Kommunen (untere Unterbringungsbehörden) haben diese für die Umsetzung des AsylbLG im Sinne einer kommunalen Pflichtaufgabe zu sorgen.⁶ Daher sind die von den Bundesländern gesetzten Rahmenbedingungen, vor allem für die Versorgung durch die Landkreise / kreisfreien Städte von Relevanz. Letztere erhalten die

¹ Um anerkannte Flüchtlinge geht es im Folgenden nicht.

² Dies ergibt sich unter anderem aus Ermessensspielräumen bei der Umsetzung bundeseinheitlicher Regelungen sowie eigenen Gesetzgebungskompetenzen der Länder in integrationspolitisch relevanten Themenfeldern (Münch 2016: 365).

³ Der Einfachheit halber werden im Folgenden Landkreise und kreisfreie Kommunen allgemein mit Kommunen oder kommunaler Ebene bezeichnet. Sie stellen i. d. R. die unterste Ebene der Verwaltung im Zusammenhang mit der Aufnahme von Asylsuchenden dar (Ausnahmen vgl. Wendel 2014: 13 ff.).

⁴ Eine Darstellung kommunalrechtlicher Unterschiede zwischen den Bundesländern mit möglichen Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden kann im Rahmen dieses Papers nicht erfolgen.

⁵ Diese in den Ländern variierende Zeitdauer der Erstaufnahme wird im Weiteren nicht genauer in den Blick genommen. Hierzu wird u.a. auf eine Erhebung von Wahedi et al. (2020), in der eine qualitative Bestandsaufnahme der medizinischen Versorgung in Erstaufnahmeeinrichtungen erfolgt und dabei bestehende erhebliche Varianzen aufdeckt werden, verwiesen.

⁶ In Ausnahmefällen kann einerseits auch ein Bundesland nach der Erstunterbringung weiterhin für die Asylsuchenden zuständig sein und andererseits auch ein Landkreis Aufgaben im Rahmen der Umsetzung des AsylbLG an einzelne Kommunen weiter delegieren (Hummel/Thöne 2016: 24).

Kosten der medizinischen Versorgung Asylsuchender je nach Bundesland teilweise oder ganz vom Land erstattet. Bis zum Abschluss des Asylverfahrens haben also hauptsächlich die Bundesländer und Kommunen die Kosten der Unterbringung und (medizinischen) Versorgung zu tragen.⁷

Da die Landkreisen und kreisfreien Kommunen die Gesundheitskosten pro Asylsuchenden und Jahr häufig nicht zu 100 Prozent erstattet bekommen und auch der Umfang der Kostenerstattung zwischen den Ländern variiert, erscheint es nicht unerheblich, einen Blick darauf zu werfen, wie hoch – zumindest schätzungsweise – die Kosten für die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden sind. Die beim Bundesamt für Statistik bzw. bei den statistischen Landesämtern verfügbaren Daten zu Ausgaben nach dem AsylbLG lassen nur konkrete Aussagen zu Kosten der medizinischen Versorgung nach § 4 AsylbLG zu. Demgegenüber verbergen sich hinter den Kosten nach § 6 AsylbLG („sonstige Leistungen“) jedoch ganz unterschiedliche Kostenbereiche, die nicht allein mit Gesundheitsleistungen in Verbindung stehen.

Eine Studie des Finanzwissenschaftlichen Forschungsinstitutes an der Universität zu Köln zur Finanzierung der Flüchtlingspolitik erläutert etwas detaillierter die Aufschlüsselung der Kosten nach dem AsylbLG (Hummel/Thöne 2016). Hier wird aufgezeigt, auf welcher rechnerischen Basis der Bund im Jahre 2016 eine Pauschale an die Bundesländer für Kosten der Unterbringung und (medizinischen) Versorgung Asylsuchender einführt.⁸ Seit 2016 erstattet der Bund den Bundesländern Kosten für Unterbringung und (medizinische) Versorgung Asylsuchender mittels einer Pauschale von 670 Euro pro Person und (Asylverfahrens-)Monat (Fuchs 2015). Diese beziehen sich auf reine Geld- und Sachleistungen für Asylsuchende. Die 670 Euro werden von den Ländern nicht automatisch an die Kommunen für die Versorgung der Asylsuchenden – im Anschluss an die Erstaufnahme – weitergeleitet. Hummel und Thöne (2016: 34) zufolge ergab sich die Summe von 670 Euro damals aus Berechnungen auf Basis der Asylbewerberleistungsstatistik:

Es entfielen:

- 449,14 Euro auf Grundleistungen (§3 AsylbLG),
- 126,55 Euro auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt (§4 AsylbLG),
- 74,28 Euro auf Leistungen in besonderen Fällen (§2 AsylbLG),
- 17,57 Euro auf sonstige Leistungen (§6 AsylbLG),
- 2,45 Euro auf Arbeitsgelegenheiten (§5 AsylbLG).

In Bezug auf die Gesundheitskosten kommt zu dem Anteil von 126,55 Euro pro Person und Monat für Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt (§ 4 AsylbLG) noch ein unbestimmter Anteil von 17,57 Euro für gesundheitliche Leistungen nach § 6 AsylbLG („sonstige Leistungen“) hinzu.

Berechnungen bei der frühen Evaluation der 2012 in Hamburg eingeführten eGK für Asylsuchende ergaben ca. 180 Euro im Monat an Gesundheitskosten für Asylsuchende (vgl. Burmester 2015: 65). Andere empirische Erhebungen gehen von durchschnittlich 200 Euro pro Person und Monat aus (vgl. Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e. V. 2017a: 4) bzw. von ca. 185 Euro (Leipzig) und 204 Euro (Dresden) für Leistungen nach § 4 AsylbLG (für das Jahr 2019¹⁰; siehe: Stadt Leipzig 2021). Da der bis heute gültigen 670-Euro-Pauschale des Bundes die Nettoausgaben von 2014 zugrunde lagen und es seitdem (siehe unter anderem Reform des AsylbLG 2015) Erhöhungen der Geldleistungen für Asylsuchende gegeben hat, kann geschlussfolgert werden, dass die Pauschale von 670 Euro seitens des Bundes kaum ausreicht, um die gesundheitsbezogenen Kosten Asylsuchender auf kommunaler und auf Landesebene zu kompensieren.

INFOBOX – Heterogenität und Dynamik der Gesundheitskostenerstattung im Rahmen der Flüchtlingsaufnahmegesetze der Bundesländer

Derzeit liegt kein detaillierter und aktueller Überblick über die Finanzierung bzw. die Erstattung der *Gesundheitskosten* für Asylsuchende in den Bundesländern sowie die variierenden Verwaltungskosten bei einer elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende vor (Ausnahmen: Wächter-Raquet 2016 a, b; Internetportal der Medinette in Deutschland siehe: Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e. V.). Es handelt sich hierbei um ein sehr dynamisches Regelungsfeld, in dem es immer wieder zu Veränderungen kommt. Im Zuge der Datenerhebung im Rahmen des MIDEM-Projektes wurde zunächst 2020 eine Übersicht erstellt und per Email an alle zuständigen Landesministerien geschickt, mit der Bitte um Prüfung und Bestätigung bzw. Korrektur oder Ergänzung der Angaben. In Vorbereitung auf die Publikation wurde 2021 die Anfrage leicht modifiziert wiederholt, wobei im Unterschied zu 2020 nur ein Teil der Ministerien antwortete. Dies kann darin begründet sein, dass in manchen Ländern die Regelungen gleich geblieben sind oder dass, was zu vermuten ist, die Bekämpfung der COVID-19-Pandemie keine Zeit für die Beantwortung ließ. Ergänzend wurden noch einmal die aktuellen Gesetzesgrundlagen in den Bundesländern, soweit im Internet verfügbar, geprüft (siehe Anlage).

Die Bundesländer stellen den Landkreisen und kreisfreien Kommunen für die Unterbringung und Versorgung nach dem AsylbLG Mittel in unterschiedlicher Höhe bereit, die den Betrag der Bundespauschale von 670 Euro pro Monat (bzw. 8.040 Euro pro Jahr) immer und teilweise sogar deutlich übersteigen (siehe Tabelle 1). Die Kostenerstattungsverfahren werden in den einzelnen Bundesländern verschieden geregelt. Dazu haben die Bundesländer jeweils eigene Flüchtlingsaufnahmegesetze und Durchführungsvorschriften mit Regelungen zur Kostenerstattung im Zusammenhang mit der Aufnahme von Asylsuchenden erlassen. Unterschieden werden hauptsächlich die Erstattung über eine (quartalsmäßige oder jährliche) *Pauschale* oder eine *Spitzabrechnung*¹¹ der Kosten mit den Landkreisen/Kommunen (Hummel/Thöne 2016: 22ff.). Die Pauschalen variieren in Deutschland teilweise erheblich. Gesundheitskosten werden häufig gesondert und auf Basis einer Kombination beider Abrechnungssysteme abgerechnet.¹² So gibt es viele Bundesländer, die den Kommunen die asylbezogenen Kosten in der Regel über eine Pauschale (mit Anteilen für Gesundheitsversorgung) erstatten, aber die Gesundheitskosten dann nochmal explizit ab einem gewissen Schwellenwert und nach Spitzabrechnung gesondert erstatten (Sachsen, Sachsen-Anhalt, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Niedersachsen, Hessen). In Bundesländern, in denen das Land die Gesundheitskosten direkt mit den Krankenkassen abrechnet (z. B. in Thüringen, Brandenburg), entsteht den Kommunen der geringste finanzielle und organisatorische Aufwand hinsichtlich der medizinischen Versorgung der Asylsuchenden.

Im Zuge der erhöhten Asylsuchendenzahlen in Deutschland ab 2015 sowie der Novellierung des AsylbLG wurden in vielen Bundesländern die Flüchtlingsaufnahmegesetze und entsprechende Verordnungen überarbeitet. Es kam in der Regel zu einer Erhöhung der Kostenerstattungsbeiträge. Weitere Veränderungen ergeben sich im Rahmen der pauschalisierten Kostenerstattung, da die beteiligten Akteure in den jeweiligen Bundesländern nun regelmäßiger Anpassungen vornehmen.

Die im Zuge der (medizinischen) Versorgung der Asylsuchenden entstehenden Verwaltungskosten werden *nicht* immer im Rahmen der Erstattungspauschalen der Länder abgegolten (Bookmann et al. 2018: 17). Die 670-Euro-Pauschale des Bundes beinhaltet diesen Bereich ebenfalls nicht. Je nach Art der Verwaltungspraxis in Ländern und Kommunen können den Kommunen deswegen unterschiedlich hohe Mehrkosten im Zusammenhang mit der Umsetzung der medizinischen Versor-

gung nach dem AsylbLG entstehen, etwa im Rahmen der variierenden Ausstellungspraxis der Behandlungsscheine für Asylsuchende durch die Sozialämter, oder durch den Einsatz der eGK.

Variierende Zuständigkeiten (Erstaufnahme durch Land, Anschlussunterbringung durch Landkreis oder Kommune), Erstattungsvolumen, Abrechnungsverfahren sowie auch Krankheitsrisiken führen zu einer ‚Fragmentierung des finanziellen Risikos‘ bei der medizinischen Versorgung Asylsuchender in den Bundesländern (vgl. Biddle et al. 2019). Dies bedeutet unter anderem, dass die Kommunen je nach Bundesland ein unterschiedlich hohes Risiko haben, einen Teil der Kosten der medizinischen Versorgung Asylsuchender nicht erstattet zu bekommen. Verschärft wird dies durch eine ungleiche Verteilung von Asylsuchenden mit besonderen gesundheitlichen Risiken und gegebenenfalls Mehrbedarfen: tatsächlich sind unter den Asylsuchenden Frauen, Personen im Alter von unter sieben Jahren und über 64 Jahren regional ungleich verteilt. Diese finden sich häufiger in strukturell schwachen Regionen (Bozorgmehr et al. 2017). Bei der Verteilung nach dem Königsteiner Schlüssel spielen Faktoren wie eine besondere Schutzbedürftigkeit keine Rolle, obwohl sie mit Mehrbedarfen und -kosten einhergehen kann. In einer Untersuchung wird deshalb empfohlen, eine einheitliche Abrechnung der tatsächlich entstandenen Kosten und einen bundesweiten Fonds vorrangig für die Versorgung besonders Schutzbedürftiger einzurichten (Biddle et al. 2019). Bisher hält sich der Bund diesbezüglich zurück. Er sieht nicht nur die Verantwortung für die Kostentragung der Versorgung Asylsuchender im Allgemeinen hauptsächlich bei den Ländern, sondern auch die für die Identifikation, Versorgung und Kostentragung im Falle besonders schutzbedürftiger Asylsuchender. Die gesundheitlichen Leistungsansprüche besonders schutzbedürftiger Asylsuchender werden aber durch das AsylbLG – Basis der Kostenerstattungsverfahren – sowie die 670-Euro-Pauschale des Bundes bisher nicht explizit berücksichtigt. So entstehen den Ländern und vor allem den Kommunen ggf. Mehrkosten, die in den Kostenerstattungsbeziehungen zwischen Bund, Ländern und Kommunen bisher nicht abgebildet sind. Da in manchen Bundesländern jährlich oder in größeren Abständen Überprüfungen und ggf. Anpassungen der Kostenpauschalen stattfinden, können sich ergebende globale Mehrkosten der Gesundheitsversorgung unter Umständen nachträglich berücksichtigt werden.¹³ Eine Erhöhung der 670-Euro-Bundespauschale von 2016 hat es bis Ende 2021 nicht gegeben.

⁷ Insbesondere von den Kommunen ging deshalb immer wieder die Forderung aus, die Dauer der Asylverfahren zu reduzieren (Münch 2014: 72 ff.).

⁸ Dennoch konnte die Bundesregierung, etwa für das Jahr 2020 nicht genau beziffern, welchen Anteil die Kosten der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden an der 670-Euro-Pauschale haben (Deutscher Bundestag 2020: 140 f.).

⁹ Sonstige Leistungen können auch andere Bereiche neben der Gesundheitsversorgung betreffen.

¹⁰ Also vor der Einführung der eGK für Asylsuchende in der Landeshauptstadt Dresden.

¹¹ Bei einer Pauschale werden die durchschnittlichen Gesamtkosten pro Asylsuchendem ermittelt, die alle Kosten nach dem AsylbLG enthalten, teilweise auch Gesundheitskosten. Dies geschieht durch Schätzungen auf Basis bisheriger Kosten und durch Verhandlungen des Landes mit Vertreterinnen und Vertretern der Kommunen (v.a. kommunale Spitzenverbände). Für alle Asylsuchenden erhalten die Kommunen dann den gleichen Pauschalbetrag, unabhängig vom Einzelfall. Bei der Spitzabrechnung werden demgegenüber die tatsächlich angefallenen Kosten mit dem Land abgerechnet. Während das System der Spitzabrechnung i. d. R. mit mehr Verwaltungsaufwand verbunden ist, ist es für die Kommunen kostengerechter, da bei der Abrechnung über Pauschalen in der Regel unterschiedliche Strukturbedingungen der Kommunen innerhalb eines Bundeslandes (siehe v.a. Höhe der Mietpreise) nicht berücksichtigt werden.

¹² Quelle: Anfrage bei den zuständigen Landesministerien aller Bundesländer 2020/2021, sowie Hummel/Thöne 2016.

¹³ So argumentiert unter anderem das Niedersächsische Ministerium für Inneres und Sport auf eine Nachfrage der Autorin zu finanziellen Kompensationsmechanismen der Mehrbedarfe besonders schutzbedürftiger Asylsuchender (Antwort per E-Mail am 30.06.2021).

Tab. 1: Überblick über Regelungen der Bundesländer zur Erstattung der Kosten nach dem AsylbLG an Landkreise/Kommunen mit Fokus auf Gesundheitskosten (Asylsuchende unter 18 Monate Aufenthalt)

Bundesland	Umfang der Erstattung von Gesundheitskosten ¹⁴ an die Landkreise/Kommunen ¹⁵ (im Zusammenhang mit allgemeiner Kostenerstattung) ¹⁶
Baden-Württemberg	Allgemeine Pauschale: 14.829 Euro pro Person/Jahr (2020), jährliche Anpassung um 1,5 %, anschließend Spitzabrechnung inklusive Gesundheitskosten Erstattung zu 100 %
Bayern	100 % Erstattung der Gesundheitskosten
Berlin	100 % Erstattung der Gesundheitskosten, Krankenkassen rechnen mit Land ab
Brandenburg	100 % Erstattung der Gesundheitskosten, Krankenkassen rechnen mit Land ab
Bremen	100 % Erstattung der Gesundheitskosten, Krankenkasse rechnet mit den Kommunen Bremen und Bremerhaven ab
Hessen	Allgemeine Pauschale (gestaffelt nach Region bis zu 12.600 Euro pro Person/Jahr (2021) und jährliche Erhöhung); abweichend davon Erstattung der Kosten für die medizinische Betreuung und Versorgung, soweit sie 10.000 Euro pro Person/Jahr übersteigen
Hamburg	100 % Erstattung der Gesundheitskosten, Krankenkasse (hier AOK Bremen/Bremerhaven) rechnet mit Land ab
Mecklenburg-Vorpommern	100 % Erstattung der Gesundheitskosten
Niedersachsen	Allgemeine Pauschale in Höhe von <i>mindestens</i> 10.000 Euro pro Person/Jahr inklusive Gesundheitskosten; Maßgeblich für die Höhe der jährlichen Kostenabgeltungspauschale sind die landesdurchschnittlichen Ausgaben pro Leistungsempfänger/in auf Basis der Asylbewerberleistungsstatistik zuzüglich eines Kostenanteils für Personal- und Betreuungsaufwand. Im Jahr 2020 betrug Höhe der Pauschale 11.811 Euro
Nordrhein-Westfalen	Allgemeine Pauschale in Höhe von 13.500 Euro (kreisfreie Städte) bzw. 10.500 Euro (Landkreise) pro Person/Jahr (inkl. Anteil soziale Betreuung in Höhe von 3,83 %) sowie zusätzlich Erstattung von Kosten der Gesundheitsversorgung im Einzelfall, wenn sie die Summe von 35.000 Euro pro Person/Jahr überschreiten
Rheinland-Pfalz	Allgemeine Pauschale in Höhe von 10.176 Euro pro Person/Jahr, beinhaltet Anteil für Gesundheitskosten; von dem nach Abzug der geleisteten Pauschalerstattung verbleibenden Betrag für die krankheitsbedingten Aufwendungen werden 85 % der Kosten erstattet. Ausnahmen: Erstattung von Kosten für stationäre Versorgung, wenn die krankheits- oder betreuungsbedingten Aufwendungen pro Person/Aufenthalt einen Betrag von 7.600 EUR überschreiten. Im Falle einer schweren Dauererkrankung gilt hingegen ein Grenzwert von 35.000 EUR pro Person/Jahr
Saarland	100 % Erstattung der Gesundheitskosten
Sachsen	Allgemeine Pauschale in Höhe von 10.509,30 Euro pro Person/Jahr (2020) inklusive Gesundheitskosten sowie Erstattungen von Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt, soweit sie 7.669,38 Euro pro Person/Jahr übersteigen
Sachsen-Anhalt	Allgemeine Pauschale in Höhe von 11.100 Euro pro Person/Jahr (2020) inklusive Gesundheitskosten sowie Erstattungen von Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt, soweit sie 10.000 Euro pro Person/Jahr übersteigen
Schleswig-Holstein	Erstattung von Leistungen nach dem AsylbLG inklusive Gesundheitsleistungen im Rahmen einer Quote, die jährlich neu festgelegt wird (2019: 72 %)
Thüringen	100 % Erstattung der Gesundheitskosten, Krankenkassen rechnen mit Land ab

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis einer Anfrage bei den zuständigen Landesministerien 2020/21; Homepage der Medizinischen Flüchtlingshilfe Göttingen e. V. 2021; Wächter-Raquet 2016a, b; Günther et al. 2019; Stand: 2021

14 Sprachmittlerkosten im Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung werden in den einzelnen Bundesländern zum Teil entweder über § 4 AsylbLG oder nach § 6 AsylbLG erstattet (Antworten der zuständigen Landesministerien aller Bundesländer 2020). Dieser Kostenfaktor wurde nicht mit in die Tabelle aufgenommen.
 15 Zur Vereinfachung werden im Rahmen der Tabelle zwei- oder dreistufige Unterbringungssysteme in den Bundesländern nicht explizit unterschieden. Bei den Stadtstaaten handelt es sich i. d. R um einstufige Systeme, da es keine untergeordnete Ebene mit eigenen Kompetenzen gibt. In einigen Bundesländern gibt es bei der ‚unteren‘ Ebene noch eine Differenzierung zwischen Regierungsbezirken/Kreisen u. ä. sowie kreisangehörige Gemeinden bzw. Einzelkommunen mit eigenen Zuständigkeiten bei der Aufnahme und Unterbringung Asylsuchender (vgl. Wendel 2014: 13 ff.).
 16 Die Höhe der Gesamtpauschale wird nur genannt, wenn diese Gesundheitskosten beinhalten.

Da die Verantwortung für die Kostentragung im Allgemeinen und in Bezug auf die medizinische Versorgung während des Asylverfahrens hauptsächlich bei den Bundesländern, Landkreisen und kreisfreien Kommunen liegt, haben auch die Unterschiede bei der Asylverfahrensdauer Auswirkungen auf die den Ländern und Kommunen entstehenden Kosten. Je schneller ein Asylverfahren beendet ist, desto eher liegt die Finanzierungsverantwortung beim Bund. Zusätzlich für die Asylverfahrensdauer ist aber der Bund selbst über die BAMF-Außenstellen in den Ländern. Aufgrund der unterschiedlichen Kostenerstattungsverfahren und Asylverfahrensdauer verbleibt bei den Kommunen in den Bundesländern ein unterschiedlich hohes Kostenrisiko. Je höher die Kostenerstattungspauschale (bzw. wenn Spitzabrechnung) und je kürzer die Asylverfahrensdauer in einem Bundesland, desto geringere finanzielle Risiken in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung Asylsuchender verbleiben bei den Kommunen. Abschließend wird auf eine Studie verwiesen, bei der 70 Prozent der befragten 270 Städte und Landkreise angaben, dass sie eine Entlastung speziell bei den Kosten für die gesundheitliche Versorgung der Geflüchteten benötigen (Gesemann/Roth 2016: 19).

2.2 DER ADMINISTRATIVE ZUGANG ZUR GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNG FÜR ASYLSUCHENDE: BEHANDLUNGSSCHEINE UND ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE (EGK)

Für die Umsetzung der gesundheitlichen Versorgung nach dem AsylbLG ist neben den beschriebenen Kostenerstattungsverfahren auch die administrative Gestaltung des Zugangs der Asylsuchenden von großer Bedeutung. Auch hier lassen sich erhebliche Differenzen zwischen den Bundesländern beobachten. Einerseits kommen in vielen Bundesländern klassischerweise Behandlungsscheine zum Einsatz. Andererseits haben sich mehrere Bundesländer für die Einführung elektronischer Gesundheitskarten (eGK) von Anfang an entschieden.¹⁷ Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Anwendung der beiden Modelle in den Bundesländern.¹⁸

Um Zugang zu medizinischen Leistungen nach §§ 4 und 6 AsylbLG erhalten zu können, müssen sich Asylsuchende in den ersten 18 Monaten in der Regel vor dem Besuch einer Ärztin oder eines Arztes vom Sozialamt einen Behandlungsschein, der ihren Leis-

tungsanspruch nachweist, ausstellen lassen. Dabei entscheiden in der Regel medizinisch sachkundige Behördenmitarbeiterinnen- und Mitarbeiter, ob der Besuch einer Ärztin oder eines Arztes erforderlich ist. Die Scheine sind Abrechnungsgrundlage für die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kostenträger, wobei die Kassenärztlichen Vereinigungen in den Bundesländern dafür zunächst von den Sozialbehörden beauftragt werden müssen. Denn primär sind die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Abrechnung von Kosten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig.

Behandlungsscheine kommen in Bayern, Baden-Württemberg, Sachsen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und dem Saarland zum Einsatz (siehe Tabelle 2). Manche Sozialämter in diesen Bundesländern stellen die Behandlungsscheine pauschal für ein Quartal aus (z. B. Dresden vor 2020), andere wiederum für einen nur einmaligen Arztbesuch, wobei zusätzlich teilweise ein Genehmigungsbedarf der konkreten ärztlichen Behandlung und der Verordnung von Medikamenten durch die Behörde besteht (Bötel/Steinbrück 2014: 16 ff.). Der im Folgenden abgebildete Behandlungsschein (siehe Abbildung) kommt in Sachsen zum Einsatz (ein ähnlicher in Bayern). In ihm drückt sich eine als eher restriktiv zu bezeichnende Praxis aus, denn es finden sich weder ein eindeutiger Verweis auf den Leistungsanspruch nach § 6 AsylbLG (der im Ermessen der Sozialbehörden liegt) noch auf die medizinische Interpretationshilfe des Freistaates Sachsen, die den Ärztinnen und Ärzten eine Behandlungs- und Abrechnungsvereinfachung ermöglichen würde (vgl. Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz 2016).

Die Alternative zum System des Behandlungsscheins wurde 2015 von der Bundesregierung vorgeschlagen, basierend auf Erfahrungen in Bremen (ab 2005) und Hamburg (ab 2012) sowie einer Bundesratsinitiative Hamburgs 2014 (Klahn 2015: 4). Sie eröffnete allen Bundesländern die Möglichkeit, Rahmenverträge mit Krankenkassen zur Einführung elektronischer Gesundheitskarten für Asylsuchende mit beschränktem Leistungsanspruch nach §§ 4 und 6 AsylbLG einzuführen. Auf Grundlage des § 264 SGB V (Versorgung Sozialhilfeempfangender; ‚Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung‘)¹⁹ wurde dafür eine Bundesrahmenempfehlung²⁰ für die Versorgung Asylsuchender als Empfehlung veröffentlicht.

17 Es handelt sich hierbei nicht um elektronische Gesundheitskarten mit Anspruch auf Leistungen der bzw. analog der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese erhalten Asylsuchende i. d. R erst nach 18 Monaten Aufenthalt bzw. bei anerkanntem Aufenthaltsstatus.

18 Im Falle einer Einführung von eGK werden zusätzliche Informationen wie die Höhe der Verwaltungspauschale und kommunale Besonderheiten ergänzt.

19 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477). § 264 Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_264.html

20 *Deutscher Landkreistag / Deutscher Städtetag / Deutscher Städte- und Gemeindebund / GKV-Spitzenverband* 2016: Bundesrahmenempfehlung zur Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 SGB V (Empfänger von Gesundheitsleistungen nach §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz). Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/asylbewerber/20160527_Bundesrahmenempfehlung_Asylsuchende_264_Abs_1_SGB_V.pdf (letzter Zugriff: 29.11.2021).

Abb. 1: Krankenbehandlungsschein im Freistaat Sachsen

Anlage 1: Krankenbehandlungsschein		
Landratsamt/Sozialamt ... Straße, Nr. PLZ Ort VKNR _____ IK 1000 _____ Ggf. AZ: _____/	Krankenbehandlungsschein für Asylbewerber nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) Gültigkeit*) *) gesamtes Quartal der Ausstellung, falls nicht eingeschränkt	Arztgruppe**) **) entsprechend der Einteilung nach Arztgruppen im EBM
Wichtige Hinweise für den Arzt: Für Asylbewerber nach § 1 AsylbLG werden gemäß § 4 AsylbLG nur die Kosten übernommen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlich sind sowie für Leistungen gemäß § 4 Abs. 2 (werdende Mütter/Wöchnerinnen) und Abs. 3 (Impfschutz) AsylbLG. Das gilt auch für die Versorgung mit Arznei- und Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Die Notwendigkeit einer Krankenhauseinweisung ist zu begründen. Der Kostenträger entscheidet über die Genehmigung. Ist eine Folgebehandlung oder Untersuchung eines weiteren fachärztlichen Versorgungsbereiches notwendig, ist der Leistungsberechtigte darauf hinzuweisen, dass er die entsprechende formlose Bescheinigung vor Aufsuchen des Arztes zunächst dem Kostenträger vorzulegen hat. Ausgenommen sind Auftragsleistungen für Kapitel 12, 19, 24, 32, 33 und 34 EBM. Transportkosten (Taxi etc.) werden nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen übernommen. Ungünstige Verkehrsbedingungen allein rechtfertigen nicht die Ausstellung einer ärztlichen Transportanweisung. Für die Verordnung von Krankentransport gilt die Krankentransportrichtlinie.	Familienname, Vorname Geburtsdatum Wohnanschrift Ggf. Foto des Berechtigten	Bitte beachten! Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung nach aktueller sächsischer Gebührenordnung, den mit den sächsischen Krankenkassenverbänden vereinbarten aktuellen Verträgen sowie Wegegeldern. Die Abrechnung gegenüber der KV Sachsen erfolgt vierteljährlich papierlos und mittels Datensatz in der Quartalsabrechnung. Der Krankenbehandlungsschein kann zu Prüfzwecken vom Landratsamt bzw. von der Stadtverwaltung oder von der Landesdirektion Sachsen angefordert werden und ist daher mind. vier Jahre in der Praxis zu archivieren.
Von der Zuzahlung befreit!	Ort, Datum Ausstellende Behörde/Kostenträger Stempel, Unterschrift	Bearbeiter: Tel.: Fax: E-Mail:

Quelle: Anlage 1 zum Rahmenvertrag im Freistaat Sachsen über die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen für Berechtigte des Asylbewerberleistungsgesetzes (Sächsischen Landkreistag e. V., Sächsischen Städte- und Gemeindetag e. V., Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen 2017).

Dabei handelt es sich nicht um eine verpflichtende Regelung. Die Hansestädte Bremen (2005; „Bremer Modell“, Jung 2011) und Hamburg (2012) hatten sich bereits früher für die Einführung der eGK für Asylsuchende von Anfang an entschieden. Sieben weitere Bundesländer folgten diesem Modell ab 2015 (Berlin, Brandenburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz, Thüringen, Nordrhein-Westfalen) und schlossen landesweite Rahmenvereinbarungen ab (siehe Tabelle 2). Rahmenverträge zwischen Bundesländern und Krankenkassen bzw. Rahmenvereinbarungen auf Landesebene, die Kommunen optional in Anspruch nehmen können, sind in der Regel Voraussetzung für die Anwendung des Modells der eGK in den Kommunen (Aus-

nahmefall: Landeshauptstadt Dresden; Lindner 2021b). Die Rahmenverträge orientieren sich im Grundsatz immer an den §§ 4 und 6 AsylbLG, können aber Leistungserweiterungen im Sinne einer weiten Auslegung von § 6 AsylbLG ermöglichen (siehe z. B. Hansestadt Bremen, Thüringen, Berlin). Sachsen und Bayern haben sich frühzeitig gegen den Abschluss einer Rahmenvereinbarung und damit auch gegen die Einführung der eGK ausgesprochen. Auch andere Bundesländer, darunter etwa Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern, entschieden sich nach Verhandlungen dagegen (vgl. z. B. Sächsischer Landtag 2014; Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz 2015; Focus 2015; Bertelsmann-Stiftung o.J.).²¹

21 Einen Überblick über den Stand der Umsetzung bieten Wächter-Raquet (2016a, b), Wenner et al. 2018, Günther et al. (2019) sowie die Homepage der Medizinischen Flüchtlingshilfe Göttingen (2021).

Tab. 2: Behandlungsscheine oder eGK für Asylsuchende in den Bundesländern (unter 18 Monate Aufenthalt)

Bundesland	Behandlungsschein oder eGK, Datum der Einführung der eGK und Verwaltungskosten bei der eGK pro Person/Monat
Baden-Württemberg	ausschließlich Behandlungsscheine
Bayern	ausschließlich Behandlungsscheine
Berlin	eGK landesweit, 04.01.2016, 6 % der Behandlungskosten, mind. 10 Euro
Brandenburg	eGK landesweit, 01.07.2016 - 01.04.2017 (außer Landkreis Märkisch-Oderland)
Bremen	eGK landesweit, 01.01.2005, geänderte Verwaltungskostenpauschale ab 2017 in Höhe von 10,45 Euro
Hessen	ausschließlich Behandlungsscheine
Hamburg	eGK landesweit, 01.07.2012, 6 % der Behandlungskosten
Mecklenburg-Vorpommern	ausschließlich Behandlungsscheine
Niedersachsen	mehrheitlich Behandlungsscheine, eGK auf freiwilliger Basis in einzelnen Landkreisen/Kommunen, 01.01.2017, 8 % der Behandlungskosten, mind. 10 Euro
Nordrhein-Westfalen	mehrheitlich Behandlungsscheine, eGK in einzelnen Landkreisen/Kommunen, 01.01.2016 – laufend (vereinzelte Rücknahmen), Verwaltungskostenerstattung als fester pro-Kopf Monatsbetrag von 13,18 Euro (2020); 12,64 Euro (2021)
Rheinland-Pfalz	mehrheitlich Behandlungsscheine, eGK in einzelnen Landkreisen/Kommunen, 01.01.2017-01.07.2017 (Städte Trier, Mainz und Landkreis Kusel), 8 % der Behandlungskosten, mind. 10 Euro
Saarland	ausschließlich Behandlungsscheine
Sachsen	ausschließlich Behandlungsscheine, Ausnahme: Landeshauptstadt Dresden (Einführung eGK am 01.04.2020; Verwaltungskosten: 8 %)
Sachsen-Anhalt	ausschließlich Behandlungsscheine
Schleswig-Holstein	eGK landesweit, 25.01.2016, 8 % der Behandlungskosten, mind. 10 Euro
Thüringen	eGK landesweit, 01.01.2017, 8 % der Behandlungskosten, mind. 10 Euro

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis einer Anfrage bei den zuständigen Landesministerien 2020/21; Homepage der Medizinischen Flüchtlingshilfe Göttingen e. V. 2021; Wächter-Raquet 2016a, b; Günther et al. 2019; Landeshauptstadt Dresden 2019a; Stand: 2021

Eine wichtige Varianz zwischen den Ländern mit eGK für Asylsuchende von Anfang an betrifft die für Kommunen obligatorische²² versus optionale²³ Einführung der eGK. Eine obligatorische Einführung der eGK geht in der Regel mit einer hundertprozentigen Erstattung der Gesundheitskosten einher (z. B. Thüringen, Brandenburg). Bei der optionalen Einführung der eGK kann ein nicht unerheblicher Teil der Kosten bei den Kom-

munen verbleiben. Dies trifft insbesondere für das Bundesland Nordrhein-Westfalen zu, wo besonders ungünstige Kostenerstattungsregeln bestehen und sich deshalb auch nur wenige Kommunen für das Modell der eGK entschieden haben (vgl. Bertelsmann-Stiftung o.J. und Tabelle 1). Vereinzelt kam es dort sogar zu Rücknahmen der Entscheidungen für die eGK durch Kommunen. Dies wurde aber teilweise auch mit den

22 Siehe zum Beispiel: Rahmenvereinbarung zur Einführung der eGK für Asylsuchende in Thüringen; verfügbar unter: https://www.kv-thueringen.de/fileadmin/media2/Abrechnung/4100/SONS_KT/SKT_Rahmenvereinbarung_20170120.pdf (letzter Zugriff: 29.11.2021).

23 Siehe zum Beispiel: Rahmenvereinbarung zur Einführung der eGK für Asylsuchende in Nordrhein-Westfalen; verfügbar unter: https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/rahmenvereinbarung_online.pdf (letzter Zugriff: 29.11.2021).

vergleichsweise hohen Verwaltungskosten begründet (Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen 2017b).

INFOBOX – Kommunale Sonderfälle bezüglich der Einführung der eGK

Es gibt auch mindestens zwei kommunale Entscheidungen in Bezug auf die Einführung der eGK, die im Widerspruch zu den Vorgaben der jeweiligen Bundesländer erfolgten. So lehnt es zum einen der Landkreis Märkisch-Oderland in Brandenburg trotz obligatorischer Vorgabe des Landes (seit 2016) ab, die eGK für Asylsuchende einzuführen (MOZ 2019). Zum anderen hat sich der Stadtrat der Landeshauptstadt Dresden 2015 zur Einführung der eGK für Asylsuchende entschlossen – entgegen der Position der Landesregierung. Sie wurde zum 01.04.2020 in Dresden eingeführt. Da der Freistaat Sachsen jedoch keine hundertprozentige Erstattung von Gesundheitskosten an die Kommunen vorsieht, verbleibt ein finanzielles Risiko bei der Kommune, das in dieser Art in anderen Bundesländern mit obligatorischer Einführung der eGK, wie etwa Thüringen, nicht besteht. Im Fall Dresdens gab es für die Einführung der eGK deutschlandweit keine Vorerfahrungen, weshalb besonders langwierige Verhandlungen notwendig waren. Zur Anwendung kommt hier zudem eine Interpretationshilfe zur medizinischen Versorgung nach dem AsylbLG des Freistaates Sachsen (Landeshauptstadt Dresden 2015, 2019a, b, c; Lindner 2021b).

Neben der Unterscheidung zwischen Behandlungsscheinen einerseits und eGK andererseits existieren in der Praxis auch "innerhalb" der jeweiligen Modelle Varianzen (vgl. Bötzel/Steinbrück 2014: 16 ff.). Demnach gibt es zum Beispiel Kommunen, die die Behandlungsscheine quartalsmäßig ausgeben und andere, in denen Asylsuchende vor jedem Arztbesuch einen Schein beantragen müssen (siehe oben). Zum anderen finden sich Praxen der Anwendung der eGK mit einem erweiterten Leistungsanspruch nahezu analog Sozialhilfe (Bremen, Hamburg, vgl. u.a. Burmester 2015: 62 f.) oder auch einer eGK mit einer stärkeren Beschränkung auf das AsylbLG und einer Sonderverwaltung einzelner medizinischer Bereiche²⁴ (vgl. Landeshauptstadt Dresden 2019a).

2.3 ARGUMENTE UND BEFUNDE ZUR EINFÜHRUNG DER eGK FÜR ASYLSUCHENDE

Die politischen Diskurse um die Einführung der eGK befassen sich mit wiederkehrenden Themen, etwa mit dem Verwaltungsaufwand und den Verwaltungskosten, den Kosten der Versorgung sowie möglichen Erleichter-

ungen für Asylsuchende und andere involvierte Akteure. Diese Aspekte wurden bisher punktuell in einzelnen Bundesländern im Rahmen von versorgungswissenschaftlichen und gesundheitsökonomischen Studien sowie Praxisevaluationen untersucht.

Verwaltungsaufwand und Verwaltungskosten

Die Behandlungsscheine gehen mit einem hohen Arbeitsaufwand (vor allem) für Kommunalverwaltungen einher (Rolke et al. 2019). Die Einführung der eGK bedeutet demgegenüber eine Reduzierung des (Verwaltungs-) Aufwands für alle beteiligten Akteure: Verwaltungen der Kommunen und des Landes, Leistungserbringer, Asylsuchende etc. (Rolke et al. 2019; Burmester 2015; Gold et al. 2021). Dadurch ergeben sich durch die eGK in erster Linie Einsparpotentiale bei den Personalressourcen der Verwaltungen (Burmester 2015: 64; Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen 2017a). Die *Reduzierung des Verwaltungsaufwandes* wird z.T. auch explizit als Ziel in den Rahmenverträgen zur Einführung der eGK formuliert. Gleichzeitig sind es Ärztinnen und Ärzte gewohnt, Leistungen über ein elektronisches System (der GKV) abzurechnen. Auch ihnen entsteht durch das parallele Modell der Behandlungsscheine ein Mehraufwand an Verwaltung. Durch das elektronische Einlesen der Daten besteht zudem ein geringeres Risiko für Namensverwechslungen der Asylsuchenden bzw. Leistungsberechtigten. Des Weiteren kommt den Verwaltungsmitarbeitenden bei der Verwendung von Behandlungsscheinen unter Umständen ein hohes Haftungsrisiko zu, etwa bei einer ungerechtfertigten Behandlungsablehnung. Bei Anwendung der eGK ist dies ausgeschlossen (vgl. Clasen 2016: 11 ff.).

Die genaue Quantifizierung des Personalaufwandes für die Ausstellung und Ausgabe (und Abrechnung) der Behandlungsscheine in den Kommunalverwaltungen ist allerdings nicht einfach, weil Sozialverwaltungen zunehmend fallorientiert arbeiten und die Ausgabe der Behandlungsscheine dann nur eine Teilaufgabe von vielen ist. Auch ist der Aufwand abhängig vom Ausgabeintervall der Scheine (für jeden Arztbesuch, quartalsweise etc.). Grundsätzlich dürfte die Bündelung der Verwaltung bei den originär für das Thema Gesundheitsversorgung zuständigen Krankenkassen aber eine Aufwandsreduktion mit sich bringen. Von Relevanz ist der Kostenfaktor Verwaltungskosten auch, weil diese in der Regel im Rahmen der Kostenerstattungsverfahren der Länder zu asylbezogenen Leistungen an Kommunen (siehe Tabelle 1) nicht berücksichtigt werden.

Die Rahmenverträge- und Vereinbarungen der Bundesländer zur Einführung der eGK orientieren sich immer

an § 264 SGB V. Dieser Paragraph widmet sich der Beauftragung von Krankenkassen bei der Versorgung von Arbeits- und Erwerbslosen, die nicht gesetzlich gegen Krankheit versichert sind, für andere Hilfeempfänger sowie für die vom Bundesministerium für Gesundheit bezeichneten Personenkreise gegen Erstattung von Versorgungs- und Verwaltungskosten.²⁵ Die im Zusammenhang mit § 264 SGB V bisher bestehende Verwaltungskostenpauschale bei Sozialhilfeempfängenden wurde für Asylsuchende *nicht* übernommen. Die Höhe der den Krankenkassen zu erstattenden Verwaltungskostenpauschalen bei der eGK für Asylsuchende wird jeweils in den Rahmenverträgen fixiert und variiert teilweise zwischen den Bundesländern. Die Frage der Höhe der Verwaltungskosten der eGK, die Kommunen an die Krankenkassen zu erstatten haben, wurde später zu einem nicht unwesentlichen Argument in der Debatte um die Einführung der eGK, weil manchen Kommunen die mit der Einführung und Umsetzung der eGK verbundenen Verwaltungskosten, die den Krankenkassen zu erstatten sind, zu hoch erschienen (vgl. Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen 2017b).

Kosten der Versorgung

Ein maßgebliches Argument gegen die Einführung der eGK liegt in der Erwartung höherer Kosten. Akteure, die der eGK ablehnend gegenüber stehen, geben an, eine Erleichterung des Zugangs zur Versorgung mittels eGK würde nicht nur Migrationsanreize fördern, sondern auch die Kosten in die Höhe treiben (Focus 2015; vgl. Klotz 2019).²⁶ Die Praxis der Behandlungsscheine biete dagegen mehr Kostenkontrolle. Zur Frage der Kosten beim Einsatz der eGK ist die Datenlage für einen verlässlichen Überblick noch nicht ausreichend. Vereinzelt Studien deuten jedoch darauf hin, dass es durch die Einführung der eGK *nicht* zu Kostensteigerungen kommt (vgl. Gold et al. 2021). In Hamburg ging man ein Jahr nach der Einführung der eGK von einer erheblichen Kostensparnis der Verwaltungskosten und einer Stabilität der Pro-Kopf-Ausgaben für medizinische Leistungen für Asylsuchende aus (vgl. Burmester 2015). Eine gesundheitsökonomische Analyse zur Einführung der eGK in Berlin kam zum Ergebnis, dass sich der Verwaltungsaufwand reduzierte, Kostenentwicklungen transparenter wurden und die Kosten bezüglich der ambulanten Versorgung nicht zunahm (Gottlieb et al. 2021). Jedoch sei ein Anstieg der stationären Versorgungskosten in Berlin zu beobachten gewesen, wofür es noch keine wissenschaftliche Erklärung gebe (Gottlieb et al. 2021). Demgegenüber reduzierte sich bei einer eGK die Inanspruchnahme von stationärer und Notfallversorgung laut einer Studie von Wenner et al. (2020) in Nordrhein-Westfalen, was eine Einsparung von Kosten in diesem Bereich plausibel machen würde. Eine andere Studie in Nordrhein-Westfalen (Erhebung in Bochum, Datteln und Herne) zeigte, dass

es zu einer häufigeren Nutzung von vor allem ambulanten Versorgungsangeboten durch die eGK kommt, ohne Kostenangaben im Detail zu machen (Claassen/Jäger 2018). Durch die häufigere Nutzung ambulanter Angebote im Falle der eGK könnte es insofern zu einer Vermeidung von Chronifizierungen und damit Mehrkosten kommen (vgl. Bozorgmehr/Razum 2015; Bauhoff/Göpffahrt 2018: 7). Für das Land Hessen, wo bisher ausschließlich Behandlungsscheine zum Einsatz kommen, wurde in einer versorgungswissenschaftlichen Untersuchung herausgearbeitet, dass die Einführung der eGK zu Kosteneinsparungen führen würde (Peseke 2018: 128).

Es liegt bisher keine deutschlandweite Untersuchung zu den Kosten der Versorgung mittels eGK im Vergleich zu den Behandlungsscheinen vor. Dies wäre aber angesichts der Bundesländervarianzen bei der Finanzierung, den teilweise unterschiedlichen Leistungsein- und -ausschlüssen in Rahmenverträgen und bei der administrativen Umsetzung des Zugangs notwendig. Den großen Varianzen der Kostenerstattungsverfahren und der Rahmenvereinbarungen bzw. regionalen Besonderheiten wird bei lokalen/regionalen Fallstudien und Betrachtungen nicht immer ausreichend Rechnung getragen (siehe z. B. bei Rolke et al. 2019; Schamann/Kühn 2016: 18). So hatten viele Studien zur eGK bisher das Land Nordrhein-Westfalen im Fokus. Dort besteht bezüglich der eGK ein Optionsmodell und die Kostenerstattungsregeln sind für Kommunen besonders ungünstig (siehe oben). Insofern sind die Befunde der qualitativen Erhebung von Rolke et al. (2019) bezüglich der Angst vor Kostensteigerungen in den Kommunen nachvollziehbar.

Mögliche Kostensteigerungen durch die Einführung der eGK könnten nicht in der Karte selbst, sondern in den Rahmenvereinbarungen begründet sein. Der dort vereinbarte Leistungsumfang variiert in den Ländern teilweise und kann mit einer gezielten Leistungserweiterung (z. B. in Bremen) einhergehen. In Bremen besteht zum Beispiel nur eine Leistungsbeschränkung (Bewilligung in Einzelfällen) hinsichtlich Kurzzeitpsychotherapie, Zahnersatz und kieferorthopädischer Behandlung, Reha-Maßnahmen, Haushaltshilfen, Vorsorgekuren, Hilfsmittel (>2.000 Euro) und ein Leistungsausschluss für künstliche Befruchtungen, Teilnahme an speziellen Behandlungsprogrammen für Chroniker und freiwillige Zusatzleistungen der Krankenkassen sowie Langzeitpsychotherapie (Wächter-Raquet 2016a: 18). Bis auf diese Leistungsausschlüsse ist das Leistungsspektrum demnach dem der gesetzlich Krankenversicherten gleichgestellt. Die Frage möglicher Kostensteigerungen durch die Einführung einer eGK ist demnach auch eine Frage der politisch-administrativen Gestaltung der Rahmenvereinbarungen und der praktischen Implementierung der Karte. So hat die Landeshauptstadt Dresden beispielsweise im Gegensatz zum ursprünglichen Bre-

²⁴ Maßnahmen im Bereich der psychiatrischen Versorgung sind von der eGK in Dresden nicht umfasst. Solche Leistungen müssen – außer bei einem Notfall – beim Sozialamt beantragt werden (Landeshauptstadt Dresden 2019a).

²⁵ Krankenkassen sind nicht originär für Asylsuchende zuständig, da diese zunächst nicht krankenversichert sind.

²⁶ Für das Argument der „falschen Migrationsanreize durch die eGK“ gibt es bisher keinen empirischen Nachweis.

mer Modell zusätzliche Absprachen zur Kostenkontrolle in den Verträgen mit den Krankenkassen getroffen: es kommt die medizinische Interpretationshilfe zum AsylbLG des Freistaates Sachsen zum Einsatz (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz 2016), die allen Ärztinnen und Ärzten ausgehändigt wurde. Generell dürften diese ein Interesse daran haben, sich an dieser Interpretationshilfe zu orientieren, um Regressforderungen zu vermeiden. Außerdem wurden in Dresden Personen, deren Leistungsanspruch über § 1a sanktioniert ist, von der Versorgung über eine eGK ausgenommen und Leistungen im Fachbereich Psychiatrie können nicht über die eGK in Anspruch genommen werden (Landeshauptstadt Dresden 2019a). So wie die Praxis der Behandlungsscheine von Kommune zu Kommune variieren kann (Bötel/Steinbrück 2014: 16 ff.), so trifft dies z.T. auch für die Art und Weise der Umsetzung der eGK zu. Zu den Kosten der Versorgung sind weitere vergleichende Studien notwendig.

Weitere kostenrelevante Argumente, die gegen die eGK angebracht werden, sind, dass die Sperrung der Karten (z. B. bei Rechtskreiswechsel der Person oder bei Sanktionierung nach § 1a AsylbLG) nicht möglich und der beschränkte Leistungsanspruch nach §§ 4 und 6 AsylbLG grundsätzlich auf der eGK nicht abbildbar sei (z. B. Sächsischer Landtag 2013). Beides lässt sich allerdings nicht überzeugend begründen. Die eGK kann bei Bedarf aus der Ferne gesperrt werden, was durch Verbesserungen bei der Telematikinfrastruktur erleichtert wurde (vgl. Landeshauptstadt Dresden 2019a: 3). Außerdem hat sich in den Bundesländern mit eingeführter eGK bereits seit Jahren die Praxis etabliert, die Leistungseinschränkungen bei Asylsuchenden mit der Personenkennziffer 9 auf der eGK zu kennzeichnen.²⁷

Verbesserung des Zugangs zur Versorgung und der Gesundheit für Asylsuchende

Für die Asylsuchenden vereinfacht sich durch die eGK der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung, indem Barrieren der Inanspruchnahme abgebaut werden (Gold et al. 2021). Der Wegfall umfangreicher bürokratischer Hürden durch Einführung der eGK mindert die durch die Beantragung eines Behandlungsscheins erwartbaren Behandlungsverzögerungen erheblich. Das Vorsprechen bei den Sozialämtern ist dann nur noch selten – z. B. bei genehmigungspflichtigen Leistungen und Sprachmittlerkosten²⁸ – notwendig. Das vereinfacht die bedarfsgerechte Inanspruchnahme insbesondere auch für chronisch erkrankte Asylsuchende (Rolke et al. 2020).

Der Einsatz von Behandlungsscheinen bedeutet demgegenüber, dass Arztbesuche häufig erst mit einer Verzögerung erfolgen können. So haben Behörden erstens nicht durchgehend geöffnet und zweitens kann ein Behandlungsschein auch abgelehnt werden, weil aus Sicht der – in der Regel medizinisch unkundigen – Behörde die Behandlung nicht notwendig erscheint. Eine behördliche Prüfung durch Amtsrätinnen und Amtsärzte erfolgt nicht immer, meist sind es Sachbearbeitende. Ebenfalls zu Verzögerungen führen vor allem in ländlichen Regionen die zum Teil weiten Wege der Asylsuchenden zum Amt (Scott 2014). Zwar muss in Notfällen auch ohne das Vorliegen eines Behandlungsscheines behandelt werden. Dieser kann dann nachträglich angefordert werden. Aber Leistungserbringern ist nicht immer klar, welchem Kostenträger ein Patient bzw. eine Patientin zugeordnet ist, wenn kein Schein und keine Chipkarte vorliegt, d.h. bei welcher Stelle die Erstattung seiner Kosten eingefordert werden kann. Aufgrund dieser Barrieren kann es so zum Aufschieben oder Ausbleiben von notwendigen Behandlungen sowie zu einer verstärkten Inanspruchnahme von Notfalldiensten kommen (u.a. Classen 2016: 11 ff.; Scott 2014; Lindner 2015; Bauhoff/Göppfahrt 2018; Baron et al. 2020: 20 f.).

Vor diesem Hintergrund kann argumentiert werden, dass Behandlungsscheine eine systematische Benachteiligung für die Betroffenen und eine Stigmatisierung bedeuten (Rolke 2019). Bürokratische Hürden und deren Erleben haben zudem negative Folgen für die subjektive Gesundheit der Asylsuchenden (Spura et al. 2017). Der Einsatz von eGK kann demgegenüber den subjektiven Gesundheitszustand und das psychische Wohlbefinden verbessern (Jaschke/Kosyakov 2019: 22 f.).

Ein weiterer Kritikpunkt an der Notwendigkeit, einen Behandlungsschein zu beantragen, wird darin gesehen, dass die ärztliche Entscheidungskompetenz infrage gestellt wird (siehe u.a. Bundesärztekammer 2013; Lindner 2015). Bei der eGK treffen dagegen in erster Linie die Ärztinnen und Ärzte die Entscheidung über die Notwendigkeit sowie über die Art der Behandlungen. Sie gewinnen damit mehr Handlungsautonomie in ihrem ureigenen Kompetenzfeld zurück (vgl. Lindner 2015). Nur Ärztinnen und Ärzte können entscheiden, was *medizinisch* unerlässlich ist (vgl. Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen 2017a). Nicht unerlässlich sind in der Regel Behandlungen, die generell aufschiebbar sind (vgl. auch Anlage zur Rahmenvereinbarung in Bremen von 2005).²⁹

3 STEHEN DIE UNTERSCHIEDE ZWISCHEN DEN BUNDESLÄNDERN IM WIDERSPRUCH ZUM GEBOT GLEICHWERTIGER LEBENSVERHÄLTNISSE?

Es ist sicherlich nicht falsch, darauf hinzuweisen, dass bei Asylsuchenden „der Zufall“ über den Zugang zur Gesundheitsversorgung eine gewisse Rolle spielt (Razum et al. 2016). Dies stimmt insofern, als Asylsuchende per Königsteiner Schlüssel in der Regel ohne Wahlfreiheit einem Bundesland zugewiesen werden. Welche Politik in Bezug auf die Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden auf Länderebene verfolgt wird, bestimmen jedoch maßgeblich die in den Ländern gewählten politischen Mehrheiten und die jeweiligen Wettbewerbe der Parteien um Wählerinnen und Wähler (vgl. Münch 2017: 252). Hinzu kommen Unterschiede bei den Politiken und administrativen Praktiken der Landkreise und (kreisfreien) Kommunen.

Hinsichtlich der Vorgaben der Gesundheitsversorgung für Asylsuchende lässt sich ein Flickenteppich aus entweder eher permissiv oder eher restriktiv orientierten Politiken der Gestaltung der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in den Bundesländern beobachten (Reiter/Töller 2019). Gleichzeitig ist die in den Bundesländern variierende Zuständigkeit für das Thema der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden bei unterschiedlichen Landesministerien mit ggf. variierendem parteipolitischen Hintergrund von Relevanz. Die auf Bundesebene bestehende Aufteilung von Zuständigkeiten beim Innenministerium einerseits und beim Sozialministerium andererseits setzt sich auf Ebene der Bundesländer fort (vgl. Schammann 2015).

Beim Thema der rechtlichen und administrativen Grundlagen der Gesundheitsversorgung Asylsuchender kommt neben der EU, dem Bund und den Landkreisen/Kommunen – wie gezeigt wurde – den Bundesländern maßgebliche Bedeutung zu. Artikel 83 GG besagt, dass die Länder die Bundesgesetze als „eigene Angelegenheit“ ausführen, „soweit dieses Grundgesetz nichts anderes bestimmt oder zulässt“. Bei der Flüchtlingsaufnahme und der medizinischen Versorgung nach dem AsylbLG handelt es sich um eine sogenannte „konkurrierende Gesetzgebung“ (Art. 74 GG, Absatz 6), bei der der Bundesstaat und die Bundesländer gleichermaßen Gesetzgebungskompetenzen besitzen (Schubert/Klein 2020). Alle Bundesländer sind im Rahmen dieser konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz mit eigenen Flüchtlingsaufnahmegesetzen und dazugehörigen Verordnungen, etwa solche zu den Kostenrückstellungen (siehe Kapitel 2), tätig geworden.

Im Zusammenhang mit der 2018 eingesetzten Kommission „Gleichwertige Lebensverhältnisse“ stellte Bundesinnenminister Horst Seehofer fest: „*Wenn Unterschiede in den Lebensverhältnissen zu einem Nachteil werden, muss sich die Politik kümmern.*“³⁰ In „Unser Plan für Deutschland

– Gleichwertige Lebensverhältnisse überall“ (Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat 2019) findet sich jedoch kein Verweis auf die Problematik der föderalen Ausgestaltung der Asylpolitik mit ihren ganz praktischen Folgen für die Gesundheitsversorgung Asylsuchender und für die finanziellen Risiken der Kommunen.

Die Unterschiedlichkeit normativ-administrativer Praktiken der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in den Ländern und der kommunalen Praxis finden sich in anderen sozialrechtlichen Bereichen kaum. Artikel 72 Absatz 2 Grundgesetz besagt,

„Auf den Gebieten des Artikels 74 Abs. 1 Nr. 4, 7, 11, 13, 15, 19a, 20, 22, 25 und 26 hat der Bund das Gesetzgebungsrecht, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht.“ (Artikel 72 Absatz 2 Grundgesetz).

Der Bund verfügt also im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung über die Gesetzgebungskompetenz auf dem Gebiet der „öffentlichen Fürsorge“ (Artikel 74 Absatz 1 Nr. 7) und dem „Aufenthalts- und Niederlassungsrecht der Ausländer“ (Artikel 74 Absatz 1 Nr. 4), aber nicht speziell im Bereich der „Angelegenheiten der Flüchtlinge und Vertriebenen“ (Artikel 74 Absatz 1 Nr. 6). Die Tatsache jedoch, dass der Bund seit 1993 von seiner Gesetzgebungskompetenz im Bereich der öffentlichen Fürsorge für Asylsuchende in Form des Asylbewerberleistungsgesetzes Gebrauch macht, deutet auf eine Einordnung der existenzsichernden Leistungen für Asylsuchende in den Bereich „öffentliche Fürsorge“ (Artikel 74 Absatz 1 Nr. 7) hin. Eindeutig dazu auch der Wissenschaftliche Dienst des Deutschen Bundestages (2015: 5): *„Sozialleistungen für Asylbewerber, wozu auch deren Unterbringung zählt, fallen nicht unter Art. 74 Abs. 1 Nr. 4 GG, sondern unter Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG“*.

Auch in der Gesetzesbegründung zur dritten Änderung des AsylbLG (2019) benennt die Bundesregierung selbst den Bedarf an einer Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse in Deutschland im Hinblick auf die Existenzsicherung von Asylsuchenden (Deutscher Bundestag 2019a: 14) und zeigt damit ihre eigene Gesetzgebungskompetenz im Bereich der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden als elementarem Bestandteil des menschenwürdigen (genauer physischen) Existenzminimums und des Sozialstaatsprinzips auf. Insofern erscheint das Nichteingreifen des Bundes in die Heterogenität der föderalen Umsetzung der gesundheitlichen Versorgung nach dem AsylbLG – hinsichtlich Zugang zu Leistungen so-

²⁷ Die Personenkennziffern, die auf den Krankenkassenkarten bzw. eGK vermerkt sind bzw. nach dem Einlesen der Karte ersichtlich sind, geben damit an, welcher Kostenträger für die Abrechnung der medizinischen Leistungen zuständig ist.

²⁸ Dies liegt vor allem daran, dass bei den Kassenärztlichen Vereinigungen die Verwaltung der Abrechnung der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) im Mittelpunkt steht und Sprachmittlerkosten in diesem System nicht abgebildet sind.

²⁹ Krankenkassen sowie Ärztinnen und Ärzte prüfen jene Art der Aufschiebbarkeit, die ein zentrales Argument bei der Einführung des AsylbLG war, nicht. Es ist nicht ihre Aufgabe, ordnungspolitischen Prämissen zu folgen.

³⁰ Homepage zur Kommission „Gleichwertige Lebensverhältnisse“ des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat. Verfügbar unter: https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/topthemen/DE/topthema-kommission-gleichwertige-lebensverhaeltnisse/kom-gl-artikel.html?jssessionid=8F30DE3808B77B9149E9D7586154D258.2_cid295

wie Leistungsumfang – bedenklich (vgl. Schammann 2015: 178). Auch wenn sich verfassungsrechtlich kein Gebot einer übergreifenden Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse ableiten lässt, so jedoch wenigstens bezüglich der Mindeststandards wie dem menschenwürdigen Existenzminimum (vgl. Boysen 2005: 122).

Das Bundesverfassungsgericht hatte in seinem Urteil von 2012 festgehalten, dass die Menschenwürde migrationspolitisch nicht zu relativieren sei³¹ und dass der Gesetzgeber erst in einem transparenten Verfahren nachweisen müsse, dass Asylsuchende geringere Bedarfe im Bereich der Existenzsicherung haben.³² Das BVerfG beschäftigte sich damals jedoch nicht im Speziellen mit der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden und auch nicht mit den föderalen Varianzen im Bundesgebiet. Das BVerfG zeigte 2012 gleichzeitig Ermessensspielräume für den Gesetzgeber vor dem Hintergrund eines angenommenen nur „vorübergehenden Aufenthaltes“ auf. Demnach kann erst ab einer Dauer von ca. zwei Jahren von einem nicht nur vorübergehenden Aufenthalt ausgegangen werden (Frerichs 2014a: 8). Die Ermessensspielräume betreffen jedoch nicht die föderalen Varianzen der Leistungsgewährung in Bezug auf die Existenzsicherung und die gesundheitliche Versorgung. Da Gesundheitsleistungen (und auch die Art des Zugangs zu diesen) Teil des physischen Existenzminimums sind und zur verfassungsgemäß zu schützenden Menschenwürde gehören, sollte der Bund seine bestehende Gesetzgebungskompetenz im Bereich der Gesundheitsversorgung Asylsuchender mit dem Ziel einer Vereinheitlichung der normativ-administrativen Rahmenbedingungen nutzen.

Die bundesweiten Unterschiede zwischen den Ländern und auch zwischen den Kommunen im Hinblick auf die Gewährung von Gesundheitsleistungen (vgl. Schammann 2015, Bötzel/Steinbrück 2014: 16 ff.) stehen einerseits in Zusammenhang mit unbestimmten Rechtsbegriffen des AsylbLG (Hillmann 2017; Lindner 2021a) und andererseits mit den föderal variierenden Bestimmungen zur Umsetzung des AsylbLG in den Bundesländern). Zu letzterem gehören vor allem der variierende Zugang über Behandlungsschein oder eGK.

Es gibt ein weiteres gewichtiges Argument dafür, dass der Bund von seiner Gesetzgebungskompetenz Gebrauch machen könnte: die fiskalische Perspektive der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden auf kommunaler Ebene vor dem Hintergrund des Ziels der Schaffung gleichwertiger Lebensverhältnisse. Tabelle 1 ist zu entnehmen, dass sich aus den von Bund und Ländern zugewiesenen Pflichtenaufgaben in den Bundesländern sehr variierende Kostenrisiken im Hinblick auf die Versorgung Asylsuchender ergeben.

Während manche Bundesländer den Kommunen die Gesundheitskosten zu 100 Prozent erstatten, gibt es auch Bundesländer, in denen dies (neben einem Anteil in der allgemeinen Asylkostenpauschale) erst ab einer Höhe von 35.000 Euro erfolgt. Die unterschiedlichen Kostenrisiken machen es für die Kommunen notwendig, in unterschiedlichem Ausmaß auf alternative Finanzierungsquellen auszuweichen (vgl. Boockmann et al. 2018: 46 f.), wozu sie aber ggf. aufgrund einer ungünstigen Haushaltslage nur eingeschränkt fähig sind.³³ Insofern haben Kommunen bedingt durch die variierenden Regelungen zur Kostenerstattung in den Bundesländern und vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen fiskalischen Situation ungleiche Chancen zur Realisierung des Anspruchs auf gleichwertige Lebensverhältnisse der Einwohnerinnen und Einwohner. Verschärft wird diese Problematik dadurch, dass laut einer Studie von Bozorgmehr (2017) et al. außerdem die Tendenz besteht, dass vulnerable Geflüchtete (mit einem ggf. erhöhten Bedarf an medizinischer Versorgung) überdurchschnittlich häufig in strukturschwachen Regionen Deutschlands untergebracht werden.

Weitere stark föderal variierende Themenbereiche im Kontext der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden sind unter anderem die Sprachmittlung im Bereich der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung Geflüchteter, die Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit nach der EU-Aufnahmerichtlinie von 2013 (vgl. Toska/Walter 2021), die Strukturen des deutschen Gesundheitssystems im Allgemeinen sowie das Kommunalrecht der Länder. Diese können aus Platzgründen hier nicht behandelt werden. Es soll nur angemerkt werden, dass das deutsche Gesundheitssystem selbst föderal gestaltet ist – ohne daß deswegen Zugang und Leistungsumfang der gesetzlich Krankenversicherten variieren. Föderalismus in der Asylpolitik trifft also auf föderale Gesundheitspolitik. Des Weiteren ist der öffentliche Gesundheitsdienst Angelegenheit der Bundesländer, die auch für die Durchführung der medizinischen Erstuntersuchungen nach dem Asylgesetz zuständig sind. Alle Bundesländer haben zudem eigene Kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern. Auch sind viele Krankenkassen länderbezogen ausgerichtet. Hinsichtlich der Identifizierung besonders schutzbedürftiger Asylsuchender nach der EU-Aufnahmerichtlinie von 2013 sieht die Bundesregierung ebenfalls die Länder in der Verantwortung (u.a. Deutscher Bundestag 2017). Es liegen keine bundeseinheitlichen Standards und kaum flächendeckende Erhebungen zum aktuellen Umsetzungsstand zur EU-Aufnahmerichtlinie in den Bundesländern vor. Eine Ausnahme stellt die Erhebung der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für

Tab. 3: Ländergruppen bezüglich der Kostenerstattung von Gesundheitsleistungen und des administrativen Zugangs zur gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden

Bundesländer	Grober Überblick zum Umfang der Erstattung von Gesundheitskosten für Asylsuchende an die Landkreise/Kommunen (Details siehe Tabelle 1)	Grober Überblick zur Anwendung der eGK oder von Behandlungsscheinen (Details siehe Tabelle 2)
1 Baden-Württemberg, Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland	100 %	ausschließlich Behandlungsscheine landesweit
2 Hessen, Sachsen-Anhalt, Sachsen	allgemeine Pauschale inklusive Anteil Gesundheitskosten sowie Erstattung der Kosten für die medizinische Versorgung, soweit diese eine gewisse Summe pro Person/Jahr übersteigen	ausschließlich Behandlungsscheine landesweit, Ausnahme: Landeshauptstadt Dresden (eGK seit 04/2020)
3 Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Thüringen, Schleswig-Holstein	100 %; Ausnahme: Schleswig-Holstein (72 % in 2019)	eGK landesweit, Ausnahme: Landkreis Märkisch-Oderland in Brandenburg
4 Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz	allgemeine Pauschale inklusive Anteil Gesundheitskosten sowie Erstattung der Kosten für die medizinische Versorgung, soweit diese eine gewisse Summe pro Person/Jahr übersteigen	Rahmenvereinbarungen auf Landesebene zur optionalen Einführung der eGK auf Kommunalebene, nur vereinzelte Beitritte der Kommunen

Quelle: eigene Darstellung auf Basis einer Anfrage bei allen zuständigen Landesministerien 2020/21; Hummel/Thöne 2016 sowie Abgleich mit Flüchtlingsaufnahmegesetzen der Bundesländer zum 31.12.2021; Homepage der Medizinischen Flüchtlingshilfe Göttingen e. V. 2021; Wächter-Raquet 2016a, b; Günther et al. 2019; Stand 2021.

Flüchtlinge und Folteropfer (BAff) von 2020 dar, die die Identifizierung von Personen speziell mit Traumafolgestörungen im Fokus hat. Demnach hatten bis 2020 nur drei Bundesländer ein strukturiertes Verfahren zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit eingeführt.

INFOBOX – Relevante Akteure bei der gesundheitlichen Versorgung Asylsuchender in den Bundesländern auf administrativer Ebene³⁴

- Landesregierungen, Landtage, Innen-, Finanz-, Sozial- und Integrationsministerien
- Öffentlicher Gesundheitsdienst / Gesundheitsämter
- Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern
- Landkreistage, Städte- und Gemeindetage, Stadträte
- (Landes-)Sozialgerichte

Quelle: eigene Darstellung, ohne Anspruch auf Vollständigkeit

4 ERGEBNISSE UND EMPFEHLUNGEN

Bei einem Blick auf die subnationalen rechtlichen und administrativen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung Asylsuchender sollten die Ebenen der Bundesländer und Landkreise / kreisfreien Kommunen klar unterschieden werden, weil ihnen unterschiedliche Kompetenzen zu-

kommen. Das Policy Paper zeigte vor allem die Varianzen auf Ebene der Bundesländer (Kostenerstattungsverfahren und eGK), aber auch auf kommunaler Ebene (eGK) auf.

Zum einen variieren die administrativen Praxen beim Zugang zur Versorgung für Asylsuchende zwischen den Bundesländern erheblich; neben den klassischen Behandlungsscheinen kommen insbesondere seit 2016 in verschiedenen Bundesländern elektronische Gesundheitskarten zum Einsatz. Auch innerhalb dieser Modelle gibt es einigen Spielraum, was z. B. die Ausgabe und den Ausgabeintervall der Scheine einerseits und Leistungsumfang der eGK andererseits angeht. Daraus resultieren ungleichwertige Zugangschancen zur gesundheitlichen Versorgung für Asylsuchende. Zum anderen wurde dargelegt, dass Kommunen durch die variierenden Vorgaben der Bundesländer sehr unterschiedliche finanzielle Rahmenbedingungen bzw. wirtschaftliche Handlungsspielräume bei der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden haben. Anhand der vorliegenden Befunde lassen sich Gruppen von Bundesländern bilden, die auch von Relevanz für das *Verständnis der lokalen Policies der Gesundheitsversorgung* von Asylsuchenden sein dürften (siehe Tabelle 3). Denn je ungünstiger für Kommunen die Kostenerstattungsverfahren in Bezug auf Gesundheitsleistungen sind, desto kleiner ist deren Handlungsspielraum.³⁵

31 BVerfG 18.07.2012, 1 BVL 10/10, 2 BVL 2/11, Rd. 95.

32 BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 18. Juli 2012 - 1 BVL 10/10 -, Leitsätze.

33 Auf die Finanzausgleichsgesetze der Länder kann im Rahmen dieser Publikation nicht eingegangen werden.

34 Die Auflistung erfolgt ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Praktisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Vereine der (medizinischen) Flüchtlingshilfe sowie alle anderen relevanten Akteure, die die Versorgung praktisch realisieren, werden hier nicht mit aufgeführt, da es um die administrativen Rahmenbedingungen geht.

35 Weitere mögliche Finanzierungsquellen der Versorgungskosten in den Kommunen wie Gebühren, Entgelte und Steuern, indirekte Mittel aus dem kommunalen Finanzausgleich, Förderprogramme des Landes, des Bundes oder der EU können hier nicht im Detail vorgestellt werden (vgl. Boockmann/Klee/Scheu 2018: 46 f.).

Die rechtlichen und administrativen Rahmenbedingungen im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in den Bundesländern sind auf einem Kontinuum zwischen einerseits eher ordnungspolitisch-restriktiven (Behandlungsscheine nach AsylbLG §§ 4 und 6 mit notwendigen häufigen Besuchen beim Sozialamt) und andererseits eher liberal-permissiven Policies (eGK für Asylsuchende mit einem Leistungsspektrum, das über AsylbLG §§ 4 und 6 hinausgeht) einzuordnen und gehen mit unterschiedlichen Versorgungschancen der Asylsuchenden und Verwaltungskosten bei den Behörden einher (vgl. Schammann 2015). Die beschriebenen Unterschiede in der Gestaltung der Kostenerstattungsverfahren und des Zugangs zur Gesundheitsversorgung in den Bundesländern stehen auch in einem Zusammenhang mit dem symbolischen Charakter des AsylbLG, das sehr viele Interpretationsspielräume offenlässt und mit vielen unbestimmten Rechtsbegriffen arbeitet (Schammann 2015; Hillmann 2017). Die mangelnde Normkonkretetheit des AsylbLG wiegt in der Praxis schwer, weil der Bund sich bei vielen Aspekten der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden nach dem AsylbLG nicht in der Verantwortung sieht, obwohl es sich um elementare Bestandteile des Existenzminimums handelt (Deutscher Bundestag 2015a, 2019b).

Die Einführung der eGK für Asylsuchende in den Bundesländern hängt in erheblichem Maße ab von den bestehenden Regierungskoalitionen in den Bundesländern und den unterschiedlichen Kostenübernahmeregelungen ab (Günther et al. 2019). Der Analyse zufolge ist eine linke bzw. linksgeführte Landesregierung eine ‚notwendige‘ Bedingung für die (landesweite) Beauftragung der Krankenkassen mit der Einführung elektronischer Gesundheitskarten. Zusätzlich identifizierten die Autorinnen und Autoren als ‚hinreichende‘ Bedingung das Vorliegen einer Kombination aus linker Landesregierung und umfänglicher Kostenübernahmeregelung. Mecklenburg-Vorpommern stellte jedoch mit linker Landesregierung, vollumfänglicher Kostenübernahmeregelung aber Ablehnung der eGK für Asylsuchende eine Ausnahme dar, die auf den Widerstand der Kommunen zurückgeführt wurde (Günther et al. 2019: 386 f.). Erklärungen für kommunale Entscheidungen zur Einführung der eGK im Widerspruch zur jeweiligen Landesregierung wurden nicht gegeben (vgl. aber Lindner 2021b zur Einführung der eGK in der Landeshauptstadt Dresden).

Bei der Entscheidung für die Praxis der Behandlungsscheine dominieren ordnungspolitische und monetäre Begründungen. Ein Nachweis über die Erzeugung von Migrationsanreizen und Mehrkosten durch die eGK erfolgte bisher nicht. Bisherige punktuelle Befunde zu den

Kosten der Versorgung nach der Einführung der eGK in verschiedenen Bundesländern verweisen vor allem auf eine Reduktion des Personalaufwands und der Personalkosten in den Verwaltungen. Zu den Kosten der Gesundheitsleistungen ist die Datenlage noch unzureichend. Mehrere Studien betonen jedoch, dass die Einführung nicht zu einer Erhöhung der Kosten geführt hat (vgl. Gold et al. 2021) und dass die Einführung der eGK positive Auswirkungen auf die subjektive Gesundheit der Asylsuchenden hat (vgl. Jaschke/Kosyakov 2019).

Auch der Nationale Normenkontrollrat äußerte sich zur Thematik der administrativen Gestaltung des Zugangs zur Versorgung:

„Es sollten deshalb [] die medizinische Versorgung überprüft und dahingehend abgewogen werden, ob die politische Zielsetzung des Asylbewerberleistungsgesetz mit weniger Aufwand erreicht werden kann.“

(Nationaler Normenkontrollrat 2017: 5)

Hinsichtlich der Gesundheitsversorgung Asylsuchender können sich durch politische Mehrheiten auf der Ebene der Bundesländer Möglichkeiten einer Leistungsgewährung eröffnen, die teilweise im Widerspruch zur ursprünglichen Gesetzesintention zum AsylbLG stehen können.³⁶ So wird bei der medizinischen Versorgung in Bremen ein über das AsylbLG hinausgehender Leistungsumfang gewährt (Wächter-Raquet 2016a: 18). Im Sinne der Realisierung gleichwertiger Lebensverhältnisse sollte hier jedoch eine Nivellierung der Regelungen im Bundesgebiet angestrebt werden.

Im Zentrum der Argumentation dieses Policy Papers stand, dass die variierende Nutzung von Gestaltungsmöglichkeiten der Bundesländer zu Ungleichheiten für die Asylsuchenden einerseits und für die Kommunalfinanzen andererseits führt und damit dem Gebot der Schaffung gleichwertiger Lebensverhältnisse widerspricht.

Deshalb wird eine grundsätzliche Reduktion der Varianzen bei den rechtlichen und administrativen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden auf Ebene der deutschen Bundesländer empfohlen. Die Gesundheitsversorgung Asylsuchender sollte weder vom Zufall (Razum et al. 2016) noch vom Parteienwettbewerb (Günther et al. 2019; Münch 2017) abhängen. Dies ist nicht nur eine Frage der Chancengleichheit und gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet, sondern auch eine der Entlastung von Kommunen als zentralen Arenen der Flüchtlingsaufnahme- und Integration.

„Es kann nicht sein, dass das föderale Gerangel um die Kosten auf dem Rücken der Flüchtlinge und der Kommunen ausgetragen wird. Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen muss bundeseinheitlich geregelt und finanziert werden.“ (Kirsten Witte, Kommunalexpertin der Bertelsmann Stiftung, Bertelsmann-Stiftung o.J.)

Dabei soll und kann es nicht um eine einheitliche Regulierung der Praxis der Gesundheitsversorgung Asylsuchender auf der Ebene der Bundesländer und Kommunen gehen, sondern nur um eine Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen. Welche Praxismodelle der Versorgung Asylsuchender die Länder und Kommunen dann entwickeln, ist eine andere Frage, die aber von verlässlichen einheitlichen Rahmenbedingungen wie den Kostenerstattungsverfahren abhängig ist.

Empfehlungen:

1. Der Bund sollte von seiner Gesetzgebungskompetenz im Bereich der gesundheitlichen Versorgung Asylsuchender als Teil des bundesdeutschen AsylbLG und mithin des menschenwürdigen physischen Existenzminimums Gebrauch machen und die rechtlich-administrativen Rahmenbedingungen der Versorgung im Bundesgebiet vereinheitlichen.
2. Der Bund sollte konkret eine bundeseinheitliche Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende von Anfang an mit einheitlichem Leistungsumfang und Verwaltungskostenpauschalen prüfen.
3. Im Hinblick auf die Praxis und die Kosten der Versorgung mittels eGK und Behandlungsschein für Asylsuchende sollten umfangreichere vergleichende versorgungswissenschaftliche und gesundheitsökonomische Studien durchgeführt werden.
4. Es sollte geprüft werden, ob die 670-Euro-Asylbewerberleistungspauschale des Bundes vor dem Hintergrund der beschriebenen Kosten der Gesundheitsversorgung sowie der Pflicht zur Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie von 2013 erhöht werden kann.

³⁶ Im Hinblick auf die medizinische Versorgung einer anderen Personengruppe, den Migrantinnen und Migranten ohne regulären Aufenthaltsstatus, gibt es bereits Forschungsbefunde, die die Gestaltungsmacht der subnationalen Ebene in föderalen Staaten in den Blick nehmen. Dobbs et al. (2018) legten eine vergleichende Untersuchung zu den USA und Spanien vor, in der sie die Policies der Gesundheitsversorgung durch einzelne Bundesstaaten im Widerspruch zur nationalstaatlichen Politik in den Blick nehmen. Auch in Deutschland gibt es in einigen Bundesländern im Zusammenhang mit dem Modell des sog. ‚Anonymen Krankenscheins‘ ähnliche Ansätze.

LITERATURVERZEICHNIS

- Amtsblatt der Europäischen Union* 2013: Richtlinie 2013/33/ EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung); verfügbar unter: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=L:2013:180:0096:0116:DE:PDF> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Asylbewerberleistungsgesetz – AsylbLG*: <https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/BjNR107410993.html> (letzter Zugriff: 05.02.2021).
- BAfF - Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer* 2016: Frühfeststellung und Versorgung traumatisierter Flüchtlinge. Konzepte und Modelle zur Umsetzung der EU-Richtlinien für besonders schutzbedürftige Asylsuchende; verfügbar unter: http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2016/02/Modelle-zur-Fr%C3%BChfeststellung-besonders-Schutzbed%C3%BCrftiger_01.02.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- BAfF - Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer* 2020: Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Personen mit Traumafolgestörungen. Status quo in den Bundesländern, Modelle und Herausforderungen; verfügbar unter: http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/11/BAfF_Reader_Identifizierung.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Baron, Jenny / Flory, Lea* 2020: Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. 6. aktualisierte Auflage. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V., Berlin; verfügbar unter: http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/10/BAfF_Versorgungsbericht-6.pdf (letzter Zugriff: 23.06.2021).
- Bauhoff, Sebastian / Göppfarth, Dirk* 2018: Asylum-seekers in Germany differ from regularly insured in their morbidity, utilizations and costs of care; in: *PLoS ONE* 13(5): e0197881; verfügbar unter: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197881> (letzter Zugriff: 29.11.2021).
- Bertelsmann-Stiftung* o. J.: Gesundheitskarte für Flüchtlinge droht zu scheitern; verfügbar unter: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/integrierte-krankenversicherung/projektnachrichten/gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge> (letzter Zugriff: 18.06.2021).
- Biddle, Louise / Wahedi, Katharina / Jahn, Rosa / Straßner, Cornelia / Kratochwill, Steffen / Bozorgmehr, Kayvan* 2019: Wissenschaftliche Erkenntnisse zu Strukturen der medizinischen Versorgung in den Aufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete. Working Paper #1. Vorläufige Ergebnisse der Studie RESPOND: Entwicklung und Evaluation kontextspezifischer Interventionen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden. Universitätsklinikum Heidelberg; verfügbar unter: https://www.fachdialognetz.de/fileadmin/pfm/formUploads/files/Arbeitspapier1_RESPOND_Medizinische_Versorgung_in_den_Aufnahmeeinrichtungen_f%C3%BCr_Gefl%C3%BChtete.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Boockmann, Bernhard / Klee, Günther / Scheu, Tobias* 2018: Ausgaben im Zusammenhang mit Geflüchteten. Eine Untersuchung der Ausgabenstrukturen in acht ausgewählten Kommunen. Bertelsmann Stiftung; verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Migration_fair_gestalten/IB_IAW_Ausgaben_im_Zusammenhang_mit_Gefluechteten_2018.pdf (letzter Zugriff: 11.06.2021).
- Bötel, Annegret / Steinbrück, Alice* 2014: Lebenslagen von Asylbewerbern. Vorschläge zur Verwaltungs- und Verfahrensvereinfachung. Vorstudie. Robert Bosch Stiftung. (Hrsg.): Nationaler Normenkontrollrat, Rambøll Management Consulting. Stuttgart.
- Boysen, Sigrid* 2005: Gleichheit im Bundesstaat. Mohr Siebeck: Tübingen.
- 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:e0131483; verfügbar unter: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131483> (letzter Zugriff: 29.11.2021).
- Bozorgmehr, Kayvan / Razum, Oliver / Szecsenyi, Joachim / Maier, Werner / Stock, Christian* 2017: Regional deprivation is associated with the distribution of vulnerable asylum seekers: a nationwide small area analysis in Germany; in: *Journal of Epidemiology and Community Health* 71(9), S. 857-862; verfügbar unter: <https://jech.bmj.com/content/jech/71/9/857.full.pdf> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat* 2019: Unser Plan für Deutschland - Gleichwertige Lebensverhältnisse überall. Schlussfolgerungen von Bundesminister Horst Seehofer als Vorsitzendem sowie Bundesministerin Julia Klöckner und Bundesministerin Dr. Franziska Giffey als Co-Vorsitzenden zur Arbeit der Kommission 'Gleichwertige Lebensverhältnisse', Berlin; verfügbar unter: https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/themen/heimat-integration/gleichwertige-lebensverhaeltnisse/unser-plan-fuer-deutschland-langversion-kom-gl.pdf;jsessionid=8F30DE3808B77B9149E9D7586154D258.2_cid295?__blob=publicationFile&v=4 (letzter Zugriff: 18.06.2021).
- Burmester, Frank* 2015: Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse; in: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*. 2015 (46. Jg., Heft 4), S. 58-68.
- Claasen, Kevin / Jäger Pia* 2018: Impact of the Introduction of the Electronic Health Insurance Card on the Use of Medical Services by Asylum Seekers in Germany; in: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. May; 15(5): 856; verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5981895/pdf/ijerph-15-00856.pdf> (letzter Zugriff: 23.06.2021).
- Classen, Georg* 2016: Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses zu den Bundestagsdrucksachen 18/7413 und 18/6067, 08.06.2016; verfügbar unter: https://fluechtlingsrat-berlin.de/wp-content/uploads/Classen_AsyblbLG_Gesundheit_08Juni2016.pdf (letzter Zugriff: 16.02.2021).
- Deutscher Bundestag* 2015a: Verbesserungen der gesundheitlichen Versorgung von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern. Drucksache 18/4758; verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/047/1804758.pdf> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Deutscher Bundestag* 2015b: Verfassungsrechtliche Aspekte der von der Fraktion DIE LINKE. beantragten Asylrechtsreform. Wissenschaftliche Dienste, Ausarbeitung WD 3 – 3000 -177/15; verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/405546/8302cbf8702772bf16fd39b4a8c7d1d7/wd-3-177-15-pdf-data.pdf> (letzter Zugriff: 15.09.2021).
- Deutscher Bundestag* 2017: Zur Lage von geflüchteten Menschen mit Behinderungen. Kleine Anfrage. Drucksache 18/11603; verfügbar unter <https://kleineanfragen.de/bundestag/18/11603-zur-lage-von-gefuechteten-menschen-mit-behinderungen.txt> (letzter Zugriff: 01.07.2021).
- Deutscher Bundestag* 2019a: Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Drucksache 19/10052; verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/19/100/1910052.pdf> (letzter Zugriff: 15.09.2021).
- Deutscher Bundestag* 2019b: Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage; Drucksache 19/8623; verfügbar unter: <https://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/086/1908623.pdf> (letzter Zugriff: 02.02.2021).
- Deutscher Bundestag* 2020: Finanzielle Situation der Kommunen in Deutschland. Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten von Abgeordneten der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Drucksache 19/21407; verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/19/214/1921407.pdf> (letzter Zugriff: 10.06.2021).
- Dobbs, Erica / Levitt, Peggy / Parella, Sonia / Petroff, Alisa* 2018: Social welfare grey zones: how and why subnational actors provide when nations do not? In: *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 45:9, 1595-1612; verfügbar unter: DOI: 10.1080/1369183X.2018.1432343 (letzter Zugriff: 29.11.2021).
- Dresdner Neuste Nachrichten – DNN* 2019: Dresden will Gesundheitskarte für Asylbewerber einführen, 06.09.2019; verfügbar unter: <https://www.dnn.de/Dresden/Lokales/Dresden-will-Gesundheitskarte-fuer-Asylbewerber-einfuehren> (letzter Zugriff: 23.06.2021).
- Focus* 2015: Tillich gegen Gesundheitskarte für Flüchtlinge, 23.09.2015; verfügbar unter: https://www.focus.de/regional/dresden/migration-tillich-gegen-gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge_id_4966257.html (letzter Zugriff: 16.02.2021).
- Fuchs, Richard A.* 2015: Einigung: Bund zahlt 670 Euro pro Flüchtling. *Deutsche Welle*, 24.09.2015; verfügbar unter: <https://www.dw.com/de/einigung-bund-zahlt-670-euro-pro-fl%C3%BChtling/a-18740041> (letzter Zugriff: 23.06.2021).
- Gesemann, Frank / Roth Roland* 2016: Kommunale Flüchtlings- und Integrationspolitik. Ergebnisse einer Umfrage in Städten, Landkreisen und Gemeinden; Institut für Demokratische Entwicklung und Soziale Integration (DESI), Berlin.
- Gold, Andreas W. / Weis, Judith / Janho, Leonard / Biddle, Louise / Bozorgmehr, Kayvan* 2021: Die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende. Zusammenfassung der wissenschaftlichen Evidenz. *Health Equity Studies & Migration – Report Series*, 2021-02; verfügbar unter: <https://doi.org/10.11588/heidok.00030347> (letzter Zugriff: 29.11.2021).

- Gottlieb, Nora / Ohm, Vanessa / Knörnschild, Vanessa 2021: The Electronic Health Insurance Card for Asylum-Seekers in Berlin: Effects on the Local Health System; in: International Journal of Health Policy and Management (IJHPM); verfügbar unter: https://pub.uni-bielefeld.de/download/2953969/2953970/GottliebOhmKnörnschild_eGK%20in%20Berlin_health%20system%20effects_2021.pdf (letzter Zugriff: 23.06.2021).
- Günther, Wolfgang / Kurrek, Dennis / Töller, Annette E. 2019: Ein starker Fall für die Parteiendifferenztheorie: Die Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende in den Bundesländern. Zeitschrift für Politikwissenschaft 29, S. 361-392.
- Hillmann, Lars 2017: Rechtliche Gestaltungsvorgaben für die Gesundheitsversorgung Geflüchteter; in: Brecht-Heitzmann, Holger (Hrsg.): Die Integration Geflüchteter als Herausforderung für das Sozialrecht, S. 83-103. LIT Verlag, Münster.
- Hummel, Caroline-Antonia / Thöne, Michael 2016: Finanzierung der Flüchtlingspolitik. Für eine ausgewogene Finanzierung der Flüchtlingsleistungen bei Bund, Ländern und Kommunen. Studie für die Robert-Bosch-Stiftung. Finanzwissenschaftliches Forschungsinstitut an der Universität zu Köln; verfügbar unter: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/FiFo_Studie_Finanzierung_Fluechtlingspolitik.pdf (letzter Zugriff: 14.04.2021).
- Jaschke, Philipp / Kosyakova, Juliya 2019: Does facilitated and early access to the health system improve refugees' health outcomes? Evidence from a natural experiment in Germany. Aktualisierte Fassung vom 22.12.2020. IAB-Discussion Paper 7/2019; institute for Employment Research of the Federal Employment Agency, Nürnberg; verfügbar unter: <http://doku.iab.de/discussionpapers/2019/dp0719.pdf> (letzter Zugriff: 23.06.2021).
- Jung, Felicitas 2011: Das Bremer Modell Gesundheitsversorgung Asylsuchender. Gesundheitsamt Bremen.
- Klahn, Michael 2015: Einführung in die Themen des Fachtages und bundespolitische Impulse aus Hamburg im Bereich der Gesundheitsversorgung für Ausländerinnen und Ausländer; in: Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (Hrsg.): Gesundheitsversorgung Ausländer. Best Practice Beispiele aus Hamburg. Bericht zum Fachtag am 8. Dezember 2014 in der Landesvertretung Hamburg in Berlin. S. 4 ff.; verfügbar unter: <https://www.hamburg.de/contentblob/4465734/2b6390d955d620e7208827deda3f4fd1/data/gesundheitsversorgung-auslaender.pdf> (letzter Zugriff: 09.03.2021).
- Klotz, Sabine 2019: Health for All? Debates Surrounding Healthcare Access for Asylum-Seekers in Germany; in: Kuehlmeier, Katja / Klingler, Corinna / Huxtable, Richard (Hg.): Ethical, Legal and Social Aspects of Healthcare for Migrants: Perspectives from the UK and Germany, S. 125-144. Taylor & Francis, Oxford.
- Landeshauptstadt Dresden 2015: Medizinische Versorgung für Asylbewerberinnen verbessern – Krankenkassenversichertenkarte für Asylbewerberinnen einführen; interfraktioneller Antrag. Drucksache A0031/15.
- Landeshauptstadt Dresden 2019a: Vorlage Nr.: V3001/19. Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit §§ 1, sowie 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) und Beschlussvorschlag.
- Landeshauptstadt Dresden 2019b: Niederschrift zum öffentlichen Teil der 6. Sitzung des Stadtrates (SR/006/2019) am Donnerstag, 12. Dezember 2019.
- Landeshauptstadt Dresden 2019c: Elektronische Gesundheitskarte für Geflüchtete ab April 2020. Pressemeldung. https://www.dresden.de/de/rathaus/aktuelles/pressemitteilungen/archiv/2019/12/pm_050.php (letzter Zugriff: 05.02.2021).
- Lindner, Katja 2015: Die gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland. Aktuelle politische Entwicklungen; in: Migration und Soziale Arbeit 2015(1), S. 81-88.
- Lindner, Katja 2021a: Ansprüche auf Gesundheitsleistungen für Asylsuchende in Deutschland. Rechtslage und Reformbedarfe. MIDEM-Policy Paper 02, Dresden.
- Lindner, Katja 2021b: Die Einführung elektronischer Gesundheitskarten für Asylsuchende. Asylpolitische Handlungsspielräume für Kommunen in Deutschland am Beispiel der Landeshauptstadt Dresden; in: Migration und Soziale Arbeit, Heft 3/2021, S. 216 – 225.
- Matland, Richard E. 1995: Synthesizing the Implementation Literature: The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation, in: Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART, Vol. 5, No. 2, S. 145-174.
- Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e. V. 2017a: Gesundheitskarte zur medizinischen Versorgung Geflüchteter auf Landes- und Kommunalebene. Hinweise und Argumente zur Kostenkalkulation. Stand Januar 2017; verfügbar unter: http://gesundheitskarte.info/wp-content/uploads/2015/02/2017_1_25_Gesundheitskarte_f%C3%BCr_Gefl%C3%BCchtete_Argumentationshilfe.pdf (letzter Zugriff: 29.11.2021).
- Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e. V. 2017b: Drei Kündigungen der Gesundheitskarte in NRW; verfügbar unter: <http://gesundheitskarte.info/drei-kuendigungen-der-gesundheitskarte-in-nrw/> (letzter Zugriff: 29.11.2021).
- Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e. V. 2021: Gesundheitskarte. Für die Öffentlichkeit – Regelung in den Bundesländern; verfügbar unter: <http://gesundheitskarte.info/gesundheitskarte/> (letzter Zugriff: 02.07.2021).
- MOZ 2019: Streit um Gesundheitskarte für Flüchtlinge: Ministerium droht Landkreis mit Zwangsmaßnahme. Märkische Oderzeitung, 19.08.2019; verfügbar unter: https://www.moz.de/nachrichten/brandenburg/unter-druck-streit-um-gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge_-ministerium-droht-landkreis-mit-zwangsmassnahme-49074222.html (letzter Zugriff: 16.02.2021).
- Münch, Ursula 2014: Asylpolitik in Deutschland – Akteure, Interessen, Strategien; in: Luft, Stefan / Schimany, Peter (Hrsg.): 20 Jahre Asylkompromiss, Bielefeld: transcript Verlag, 2014, S. 69-86.
- Münch, Ursula 2016: Integrationspolitik der Länder – dringliche Zukunftsaufgabe im Umbruch; in: Hildebrandt, Achim / Wolf, Frieder (Hrsg.): Die Politik der Bundesländer. Zwischen Föderalismusreform und Schuldenbremse. Springer VS, Wiesbaden, S. 365-390.
- Münch, Ursula 2017: Föderale Aspekte bundesdeutscher Flüchtlingspolitik; in: Europäisches Zentrum für Föderalismus-Forschung Tübingen. (Hrsg.): Jahrbuch des Föderalismus 2017. Föderalismus, Subsidiarität und Regionen in Europa. Baden-Baden: Nomos 2017, S. 252-264.
- Nationaler Normenkontrollrat 2017: Anmerkungen zur Rechts- und Verwaltungsvereinfachung: Schlussfolgerungen aus der Flüchtlingskrise für die Handlungs- und Zukunftsfähigkeit von Staat und Verwaltung. Nationaler Normenkontrollrat, Berlin.
- Peseke, Marlen 2018: Flüchtlingsmigration in Deutschland: Herausforderung an die medizinische Versorgung. APOLLON Schriftenreihe zur Gesundheitswirtschaft. Apollon University Press, Bremen.
- Razum, Oliver / Wenner, Judith / Bozorgmehr, Kayvan 2016: Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland; in: Gesundheitswesen. 78(11), S. 711–714; verfügbar unter: DOI: 10.1055/s-0042-116231 (letzter Zugriff: 14.04.2021).
- Reiter, Renate / Töller, Annette Elisabeth 2019: Permissive und restriktive Muster in den Asylpolitiken der Bundesländer; in: dms – der moderne Staat – Zeitschrift für Public Policy, Recht und Management, 12. Jg., Heft 1/2019, S. 194-220.
- Rolke, Kristin / Wenner, Judith / Razum, Oliver 2019: Shaping access to health care for refugees on the local level in Germany – Mixed-methods analysis of official statistics and perspectives of gatekeepers; in: Health Policy. Volume 123, Issue 9, September 2019, S. 845-850.
- Rolke, Kristin / Wenner, Judith / Razum, Oliver 2020: Der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung nach Einführung der elektronischen Gesundheitskarte: die Sicht geflüchteter Patient(inn)en. Gesundheitswesen 82:961–968; verfügbar unter: <https://doi.org/10.1055/a-1205-1021> (letzter Zugriff: 29.11.2021).
- Sächsischer Landkreistag e. V., Sächsischen Städte- und Gemeindegremien e. V., Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen 2017: Anlage 1 zum Rahmenvertrag im Freistaat Sachsen über die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen für Berechtigte des Asylbewerberleistungsgesetzes; verfügbar unter: https://www.kvs-sachsen.de/fileadmin/data/kvs/img/Mitglieder/Asylbewerber/Allg-Informationen/180920_Anlage_zum_Rahmenvertrag_Krankenbehandlungsschein.pdf (letzter Zugriff: 18.01.2022).
- Sächsischer Landtag 2013: Stellungnahme der Sozialministerin zum Antrag der Fraktion die Linke, Drucksache 5/13154, Dresden.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz 2015: Stenografisches Protokoll der Anhörung durch den Ausschuss für Soziales und Verbraucherschutz, Gleichstellung und Integration am 18. Mai 2015. Protokollgegenstand: Gesundheitskarten für Asylbewerberinnen und Asylbewerber. Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Drucksache 5/1062.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz 2016: Interpretationshilfe zum Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), 3. Version; verfügbar unter: https://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/AsylbLG%20Gesundheitsversorgung%20Interpretationshilfe.pdf (letzter Zugriff: 14.04.2021).
- Schammann, Hannes 2015: Wenn Variationen den Alltag bestimmen. Unterschiede lokaler Politikgestaltung in der Leistungsgewährung für Asylsuchende; in: Zeitschrift für Vergleichende Politikwissenschaft 2015(9), S. 161–182.
- Schammann, Hannes / Kühn, Boris 2016: Kommunale Flüchtlingspolitik in Deutschland. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn; verfügbar unter: <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/12763.pdf> (letzter Zugriff: 14.04.2021).
- Schubert, Klaus / Klein, Martina 2020: Konkurrierende Gesetzgebung; in: Das Politiklexikon. 7., aktual. u. erw. Aufl. Bonn: Dietz 2020. Lizenzausgabe Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung; verfügbar unter: <https://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/politiklexikon/17740/konkurrierende-gesetzgebung> (letzter Zugriff: 29.11.2021).

Scott, Penelope 2014: Black African asylum seekers' experiences of health care access in an eastern German state; in: International Journal of Migration, Health and Social Care, Vol. 10, n°3, S. 134-147.

Spura, Anke / Kleinke, Matthias / Robra, Bernt-Peter / Ladebeck, Nadine 2017: Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? In: Bundesgesundheitsblatt. Volume 60:462-470.

Stadt Leipzig 2021: schriftliche Antwort zur Anfrage Nr.VII-F-02786-AW-01; Umsetzung des Beschlusses zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Geflüchtete. Dezernat Soziales, Gesundheit und Vielfalt; verfügbar unter: https://ratsinfo.leipzig.de/bi/___tmp/tmp/45081036157965868/157965868/01853698/98.pdf (letzter Zugriff: 28.06.2021).

Toska, Juna / Walter, Lisa 2021: Handout zum Workshop des Projektes „Migration und Institutionenwandel im deutschen Gesundheitswesen im Feld der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten“; Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie (2013/33/EU) in den deutschen Bundesländern; Finanzierung von Sprachmittlung im Kontext psychotherapeutischer Behandlung; 04.03.2021, Hagen.

Wächter-Raquet, Marcus 2016a: Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden. Gesundheitskarte und psychotherapeutische Versorgung: ein Sachstandsbericht; verfügbar unter: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Expertise-Gesundheitsversorgung-Fluechtlinge-final.pdf> (letzter Zugriff: 14.04.2021).

Wächter-Raquet, Marcus 2016b: Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge. Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer. Bertelsmann-Stiftung. Aktualisierte Fassung Mai 2016; verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Integrierte_Krankenversicherung/Ueberblick_Gesundheitskarte_Fluechtlinge_Mai2016.pdf (letzter Zugriff: 14.04.2021).

Wahedi, Katharina / Biddle, Louise / Jahn, Rosa / Ziegler, Sandra / Kratochwill, Steffen / Priskil, Susanne / Noest Stefan / Bozorgmehr, Kayvan 2020: Medizinische Versorgung von Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen. Eine qualitative Bestandsaufnahme aus Versorgungsperspektive; in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 12, 2020, S. 1460-1469.

Wendel, Kay 2014: Unterbringung von Flüchtlingen in Deutschland. Regelungen und Praxis der Bundesländer im Vergleich. Hrsg: Förderverein PRO ASYL e. V., Frankfurt am Main; verfügbar unter: https://www.proasyl.de/wp-content/uploads/2015/04/Laendervergleich_Unterbringung_2014-09-23_01.pdf (letzter Zugriff: 29.11.2021).

Wenner, Judith / Drüke, Florian / Kämmerer, Susanne / Rolke, Kristin 2018: Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Geflüchtete in den Bundesländern und Kommunen. Exceltabelle/Datenpublikation, Bielefeld University; verfügbar unter: <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2920569#fileDetails> (letzter Zugriff: 11.06.2021).

Wenner, Judith / Bozorgmehr, Kayvan / Duwendag, Stella / Rolke, Kristin / Razum, Oliver 2020: Differences in realized access to healthcare among newly arrived refugees in Germany: results from a natural quasi-experiment. BMC Public Health 20:846; verfügbar unter: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08981-2> (letzter Zugriff: 29.11.2021).

ANLAGE

Rechtsgrundlagen zur Erstattung von Gesundheitsleistungen für Asylsuchende in den Bundesländern und zuständige Ministerien

Bundesland	Flüchtlingsaufnahmegesetze und ggf. ergänzende Rechtsnormen der Bundesländer zur Erstattung von Kosten nach dem AsylbLG §§ 4 und 6 an Kreisfreie Kommunen / Landkreise ^{1 2}	Zuständige Ministerien
Baden-Württemberg	Flüchtlingsaufnahmegesetz vom 19. Dezember 2013, zuletzt geändert am 12. Juni 2018 ³ , § 15; § 20	Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg
Bayern	Aufnahmegesetz vom 24. Mai 2002, zuletzt geändert am 26. März 2019, Artikel 8 ⁴	Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration
Berlin		Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, Berlin
Brandenburg	Landesaufnahmegesetz vom 15. März 2016, zuletzt geändert am 17. Dezember 2021, § 15 ⁵ Landesaufnahmegesetz-Erstattungsverordnung vom 20. Oktober 2016, zuletzt geändert am 18. Dezember 2020, § 12 ⁶	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg
Bremen	Aufnahmegesetz vom 20. Dezember 2004, zuletzt geändert am 11. April 2017 ⁷	Senatorin für Soziales, Jugend, Integration und Sport, Freie Hansestadt Bremen
Hamburg		Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI), Freie und Hansestadt Hamburg
Hessen	Landesaufnahmegesetz vom 5. Juli 2007, zuletzt geändert am 12. November 2020, § 7 Abs. 1 ⁸ , Anlage zu § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1	Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
Mecklenburg-Vorpommern	Flüchtlingsaufnahmegesetz vom 28. Juni 1994, zuletzt geändert am 16. Dezember 2019; § 5 ⁹ Zuwanderungszuständigkeitslandesverordnung vom 27. Oktober 2015 ¹⁰	Ministerium für Inneres und Sport des Landes Mecklenburg-Vorpommern
Niedersachsen	Aufnahmegesetz vom 11. März 2004, zuletzt geändert am 01.07.2020, § 4 ¹¹	Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport
Nordrhein-Westfalen	Flüchtlingsaufnahmegesetz vom 28. Februar 2003, zuletzt geändert am 09.11.2021, §§ 4, 4a, 4b ¹²	Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen
Rheinland-Pfalz	Landesaufnahmegesetz vom 21. Dezember 1993, zuletzt geändert am 18.11.2020, § 3 ¹³ Landesverordnung über Ausnahmen von der pauschalen Erstattung nach dem Landesaufnahmegesetz vom 12. Dezember 1995, zuletzt geändert am 16.12.2005 ¹⁴	Ministerium für Familie, Frauen, Kultur und Integration des Landes Rheinland-Pfalz

Fortsetzung auf Folgeseite

1. Genaue Angaben zur Erstattung von Gesundheitskosten nach dem AsylbLG lassen sich den Aufnahmegesetzen der Bundesländer nur teilweise entnehmen. In den Ländern kommen ergänzend zu den Flüchtlingsaufnahmegesetzen i. d. R. konkretisierende Durchführungsverordnungen, Ausführungsvorschriften und Verwaltungsanordnungen zum Einsatz.
2. Außerdem gibt es jeweils Vereinbarungen zwischen den Bundesländern und den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Behandlung von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern, da die Personengruppe nicht gesetzlich krankenversichert ist und die Kassenärztliche Vereinigungen deswegen nicht automatisch für deren Versorgung zuständig sind (analog Sozialhilfeempfänger). Dies ist notwendig, unabhängig davon, ob in dem Bundesland eine eGK eingeführt wird oder nicht.
3. <https://www.landesrecht-bw.de/jportal/?quelle=jlink&query=Fl%C3%BCAG+BW&psml=bsbauwueprod.psml&max=true&az=true>
4. <https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayAsylAufnG-8>
5. <https://bravors.brandenburg.de/gesetze/laufng#15>
6. <https://bravors.brandenburg.de/verordnungen/laufngst#12>
7. https://www.transparenz.bremen.de/metainformationen/gesetz-zur-aufnahme-von-auslaendischen-fluechtligen-spaetaussiedlern-und-unbegleiteten-auslaendischen-kindern-und-jugendlichen-aufnahmegesetz-aufng-vom-14-dezember-2004-101140?asl=bremen203_tpgesetz.c.55340.de&template=20_gp_ifg_meta_detail_d
8. <https://www.rv.hessenrecht.hessen.de/bshe/document/jlr-AufnGHE2007V7P7>
9. <https://www.landesrecht-mv.de/bsmv/document/jlr-Fl%C3%BCAGMV3P5>
10. <https://www.landesrecht-mv.de/bsmv/document/jlr-ZuwuaZustVMV3P1>
11. https://www.nds-voris.de/jportal/portal/t/p1v/page/bsvorisprod.psml/action/portlets.jw.MainAction?p1=5&eventSubmit_doNavigate=searchInSubtreeTOC&showdoccase=1&doc.hl=0&doc.id=jlr-AufnGNDV8P4&doc.part=S&toc.poskey=#focuspoint
12. https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=1000000000000000407#FV
13. https://landesrecht.rlp.de/jportal/portal/t/krt/page/bsrlprod.psml/action/portlets.jw.MainAction?p1=3&eventSubmit_doNavigate=searchInSubtreeTOC&showdoccase=1&doc.hl=0&doc.id=jlr-AufnGRP12P3&doc.part=S&toc.poskey=#focuspoint
14. https://www.landesrecht.rlp.de/jportal/portal/t/ti/page/bsrlprod.psml?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js_peid=Trefferliste&documentnumber=11&numberofresults=41&fromdoctodoc=yes&doc.id=jlr-AufnGEAusVRPV3P1&doc.part=X&doc.price=0.0&doc.hl=1#focuspoint

Bundesland	Flüchtlingsaufnahmegesetze und ggf. ergänzende Rechtsnormen der Bundesländer zur Erstattung von Kosten nach dem AsylbLG §§ 4 und 6 an Kreisfreie Kommunen / Landkreise	Zuständige Ministerien
Saarland	Landesaufnahmegesetz vom 23. Juni 1994, zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. Oktober 2014, § 3 ¹⁵	Saarländisches Ministerium für Inneres, Bauen und Sport
Sachsen	Sächsisches Flüchtlingsaufnahmegesetz vom 25. Juni 2007, zuletzt geändert am 14. Dezember 2018, § 10a ¹⁶ Flüchtlingsaufnahmeerstattungsverordnung 2020 ¹⁷	Sächsische Staatsministerien des Innern
Sachsen-Anhalt	Aufnahmegesetz vom 21. Januar 1998, zuletzt geändert am 14. Februar 2019, § 2 ¹⁸ Aufnahmegesetzesausführungsverordnung vom 13. Juli 2016, zuletzt geändert am 29. November 2021 ¹⁹	Ministerium für Inneres und Sport des Landes Sachsen-Anhalt
Schleswig-Holstein	Landesaufnahmegesetz vom 4. November 2021, § 8 ²⁰ Erstattungsverordnung, zuletzt geändert am 05.11.2019 ²¹	Ministerium für Inneres, ländliche Räume und Integration des Landes Schleswig-Holstein
Thüringen	Thüringer Flüchtlingsaufnahmegesetz vom 16. Dezember 1997, zuletzt geändert am 13. September 2016, § 7 ²² Thüringer Verordnung über die Kostenerstattung vom 21. Dezember 1999, zuletzt geändert am 15. August 2018, § 2 ²³	Thüringer Ministerium für Migration, Justiz und Verbraucherschutz

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis einer Internetrecherche sowie schriftlichen Auskünften der zuständigen Landesministerien 2020/21; letzter Stand: 31.12.2021.

15 <https://recht.saarland.de/bssl/document/jlr-AufnGSLrahmen>

16 <https://www.revosax.sachsen.de/vorschrift/9524-Saechsisches-Fluechtlingsaufnahmegesetz#p10a>

17 <https://www.revosax.sachsen.de/vorschrift/19260>

18 <https://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/bsst/document/jlr-AufnGSTV8P2>

19 <https://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/bsst/document/jlr-AufnGAVSTV7P2>

20 https://www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/jportal/portal/t/II7/page/bsshoprod.psm1?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js_peid=Trefferliste&documentnumber=1&numberofresults=1&fromdoctodoc=yes&doc.id=jlr-AufnGSH2021rahmen&doc.part=X&doc.price=0.0#focuspoint

21 <https://www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/jportal/?quelle=jlink&query=AsylbLGErstV+SH+%C2%A7+1&psml=bsshoprod.psm1&max=true>

22 <https://landesrecht.thueringen.de/bsth/document/jlr-FIAufGTHV4P1>

23 <https://landesrecht.thueringen.de/bsth/document/jlr-FI%C3%BCAGKostEVTHV15P2>

ÜBER MIDEM

In den vergangenen Jahren hat das Thema Migration in den Gesellschaften Europas zu neuen Polarisierungen geführt. Die politischen und sozialen Herausforderungen dieser Entwicklung sind noch nicht absehbar. Notwendig sind Untersuchungen, die den Zusammenhang zwischen Migration und Demokratie erforschen.

Das Mercator Forum für Migration und Demokratie (MIDEM) fragt danach, wie Migration demokratische Politiken, Institutionen und Kulturen prägt und zugleich von ihnen geprägt wird. Untersucht werden Formen, Instrumente und Prozesse politischer Verarbeitung von Migration in demokratischen Gesellschaften – in einzelnen Ländern und im vergleichenden Blick auf Europa.

MIDEM untersucht:

- Zugehörigkeit, Identität und Zusammenhalt
- Politische und gesellschaftliche Polarisierung
- Nationale Governance von Migration
- Lokale Governance von Migration

MIDEM hat zur Aufgabe:

- die nationale und internationale Vernetzung sowie die interdisziplinäre Kommunikation über Migration zu fördern
- regelmäßig erscheinende Länderberichte und Querschnittsstudien zu zentralen Fragen an der Schnittstelle zwischen Migration und Demokratie Stellung zu erstellen
- gesamteuropäische Handlungsempfehlungen für den demokratischen Umgang mit Migration zu entwickeln
- Politik und Zivilgesellschaft zu beraten

AUTORIN

KATJA LINDNER, DIPL-SOZ.

Katja Lindner ist wissenschaftliche Mitarbeiterin des Mercator Forum Migration und Demokratie (MIDEM) an der TU Dresden. Sie studierte Soziologie an der TU Dresden und an der Universität Alicante (Spanien). Ihre Arbeitsschwerpunkte sind die gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland sowie die Arbeitsmigration im Landwirtschaftssektor Südspaniens.

E-Mail: katja.lindner1@tu-dresden.de

IMPRESSUM

ISSN 2570-1797

Herausgeber:

Prof. Dr. Hans Vorländer, Direktor
Mercator Forum Migration und Demokratie (MIDEM)

TU Dresden
*Institut für Politikwissenschaft/
Zentrum für Verfassungs- und Demokratieforschung*
Philosophische Fakultät
01062 Dresden

Tel.: +49 351 463 35811
midem@mailbox.tu-dresden.de
www.forum-midem.de

Redaktion:

Dr. Oliviero Angeli
Johanna Haupt

Gestaltung:

Vollblut GmbH & Co. KG

© MIDEM 2022

MIDEM ist ein Forschungszentrum der Technischen Universität Dresden, gefördert durch die Stiftung Mercator.

