

Marlen Peseke

**Flüchtlingsmigration in
Deutschland: Herausforderung
an die medizinische Versorgung**



University of Applied Sciences

APOLLON
University Press



Marlen Peseke

Flüchtlingsmigration in Deutschland: Herausforderung an die medizinische Versorgung



APOLLON SCHRIFTENREIHE ZUR GESUNDHEITSWIRTSCHAFT



University of Applied Sciences

APOLLON
University Press

Alle Rechte vorbehalten © APOLLON University Press, Bremen

1. Auflage 2018

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverarbeitungen sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

Projektmanagement und Lektorat: Marleen Janzen, Bremen

Korrektur: Birgit Siekmann, Solingen

Layout, Satz: Marleen Janzen, Bremen

Umschlaggestaltung: Ilka Lange, Hückelhoven

Coverfoto: 123rf © Neculai Carmen; Maksym Yemelyanov

Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutschen Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie.

Detaillierte bibliografische Daten sind abrufbar unter:

<http://dnb.d-nb.de>

ISBN: 978-3-943001-33-4

www.apollon-hochschulverlag.de

Inhalt

Vorwort	7
Einleitung	9
1 Gruppierung und Verteilung der Flüchtlingsbewegung	15
1.1 Flüchtlinge, Asylbewerber und Migranten – eine Begriffserklärung	15
1.2 Verteilung der Flüchtlinge zwischen Bund und Land Hessen	21
1.3 Verteilung der Flüchtlinge auf die Gebietskörperschaften im Land Hessen	25
2 Gesundheitsversorgung von Asylberechtigten	27
2.1 Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylG	27
2.2 Gesundheitsversorgung nach §§ 6, 4 Abs. 1, 2 AsylbLG	28
2.3 Gesundheitsversorgung nach § 2 Abs. 1 AsylbLG	32
2.4 Fazit	33
3 Gesundheitslage der Asylberechtigten und gesundheitswirtschaftliche Folgen	35
3.1 Gesundheitliche Risiken bei Asylberechtigten	41
3.2 Gesundheitliche Schädigungen durch Krieg und Flucht	42
3.3 Gesundheitsstatus der Bevölkerung in Deutschland und Hessen	45
3.4 Bedeutung und Auswirkungen für das hessische Gesundheitssystem	48
3.5 Fazit	51
4 Entwicklung der Leistungsausgaben und der Krankheitskosten	53
4.1 Kosten der Erstaufnahmeuntersuchung	53
4.2 Bruttoleistungsausgaben für das Land Hessen	57
4.2.1 Ausgaben nach §§ 4 und 6 AsylbLG	59
4.2.2 Ausgaben nach § 2 AsylbLG	61
4.3 Krankheitskosten je Krankheitsbild	62
4.4 Fazit	71

5	Weitere Einflüsse auf die medizinische Versorgung und deren Kosten durch die Asylberechtigten	73
5.1	Zugangsmöglichkeiten zu medizinischen Leistungen für Asylberechtigte	73
5.2	Sprachliche Herausforderungen	78
5.3	Kultur und Wertesystem	81
5.4	Fazit	84
6	Erörterung der Ergebnisse	87
6.1	Zusammenfassung	87
6.2	Prognose	91
6.3	SWOT-Analyse	93
6.3.1	Stärken-Schwächen-Analyse	94
6.3.2	Chancen-Risiken-Analyse	98
6.3.3	SWOT-Matrix	103
6.4	Interpretation	108
6.5	Fazit	111
7	Handlungsempfehlungen	113
7.1	Zugang zur medizinischen Versorgung/eGK	113
7.2	Gesundheitsstatus/-risiken	114
7.3	Sprachbarrieren sowie Kultur und Wertesystem	119
7.4	Forschung	122
7.5	Umsetzbarkeit der Maßnahmen am Beispiel von Hessen	123
8	Zusammenfassung	127
Anhang		
	Abkürzungsverzeichnis	132
	Literaturverzeichnis	134
	Abbildungsverzeichnis	157
	Tabellenverzeichnis	158
	Rechtsquellenverzeichnis	160
	Sachwortverzeichnis	162
	Über die Autorin	167

Vorwort

Seit geraumer Zeit berichtet der *United Nations High Commissioner for Refugees* (UNHCR) von weltweit steigenden Flüchtlingszahlen. Weltweit sind 2015 mehr als 60 Mio. Menschen auf der Flucht gewesen, insbesondere verursacht durch Kriege und ethnische Auseinandersetzungen. Auch Deutschland ist Zielland für Flüchtende: im Jahr 2015 sind dabei mehr als eine Million Menschen nach Deutschland migriert. Zahlreiche Herausforderungen politischer, gesellschaftlicher und auch medizinischer sowie versorgungstechnischer Art sind mit dieser Situation im deutschen Gesundheitssystem entstanden.

Frau Peseke hat sich in dieser Publikation den medizinisch-versorgungstechnischen Herausforderungen im Kontext der Flüchtlingsthematik gewidmet, indem Sie – auf das Bundesland Hessen fokussierend – die Konsequenzen aus den rechtlichen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung und die resultierenden medizinischen und ökonomischen Folgen analysiert sowie einen Rahmen für eine adäquate Gesundheitsversorgung skizziert hat.

Zunächst beschreibt Frau Peseke sehr fokussiert die Verteilung der Flüchtlinge in Deutschland sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen ihrer gesundheitlichen Versorgung. Auf dieser Basis analysiert sie die Gesundheitslage und leitet gesundheitswirtschaftliche Konsequenzen ab. Die u. a. daraus resultierenden Leistungsausgaben und Krankheitskosten werden adressiert, final werden die zentralen Erkenntnisse aggregiert.

Frau Peseke beleuchtet den Sachverhalt sehr substanziell, fokussiert eine relevante Problematik der Gesundheitsversorgung und entwirft einen ziel- und lösungsorientierten Handlungsrahmen.

Dabei ist der Transfer auf andere Bundesländer bzw. Stadtstaaten belastbar möglich, was insbesondere durch eine sorgsam gewählte und valide durchgeführte Untersuchungsmethode sowie strukturell sauber abgeleitete Ergebnisse ermöglicht wird.

Prof. Dr. Christian Franken
Vorstand DocMorris
Maastricht University

Einleitung

Das 21. Jahrhundert ist ebenso von einer Flüchtlingsära geprägt wie bereits schon das 20. Jahrhundert. Hatte es im Jahr 2004 noch den Anschein, als würden die Flüchtlingszahlen rückläufig sein,¹ so sind ca. zehn Jahre später, im Jahr 2015, mehr als 60 Mio. Menschen weltweit auf der Flucht.² Unter der *nur* 19,5 Mio. gewaltsam vertriebenen Weltbevölkerung befanden sich im Jahr 2004 ca. 9,5 Mio. Flüchtlinge sowie 838.000 Asylsuchende.³ Im Jahr 2014 wuchs die Zahl der Menschen auf der Flucht um mehr als das Doppelte auf 19,5 Mio. Flüchtlinge sowie auf 1,8 Mio. Asylsuchende an.⁴ Bereits in der Mitte des Jahres 2015 wurde die 20-Mio.-Grenze erreicht (20,2 Mio.).⁵ Ende 2015 stieg die Zahl auf 21,3 Mio. Flüchtlinge an. Die Zahl der Asylsuchenden betrug 3,2 Mio. Menschen.⁶ Ein weiterer Anstieg ist 2016 zu verzeichnen. Am Jahresende gab es 22,5 Mio. Flüchtlinge sowie 2,8 Mio. Asylsuchende.⁷

Als Ursachen für die dramatisch ansteigenden Flüchtlingszahlen sind verschiedene Gründe anzuführen. Diese reichen von zwischenstaatlichen Kriegen, militärischen Interventionen bis hin zu innerstaatlichen ethnischen oder anderen zivilen Konflikten. Die von Militär oder religiös geprägten Diktaturen sind gekennzeichnet durch Repressionen,⁸ Folter und systematische Vertreibungen. Weitere Gründe sind verzweifelte Armut, Hunger, Umweltkatastrophen sowie fehlende Lebensperspektiven.⁹

In den Jahren seit 2014 löste die Arabische Republik Syrien das seit mehr als drei Dekaden bestehende Hauptflüchtlingsland Afghanistan ab.¹⁰ Durch den dort vorherrschenden Krieg starben seit 2011 mehr als 250.000 Menschen und mehr als 12 Mio. befinden sich seitdem auf der Flucht¹¹ (4,2 Mio. allein in der ersten Jahreshälfte 2015).¹² Im Jahr 2015 sind aufgrund der gesamten Flüchtlingsbewegungen mehr als eine Million Flüchtlinge nach Deutschland gekommen.¹³ Durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BMAF) wurden im Jahr 2015 insgesamt 441.899 Erstanträge auf Asyl

¹ vgl. Düvell, 2011, S. 29

² vgl. UNHCR, 2015a

³ vgl. UNHCR, 2004, S. 8

⁴ vgl. UNHCR, 2014a, S. 2

⁵ vgl. UNHCR, 2015a

⁶ vgl. UNHCR, 2016, S. 2

⁷ vgl. UNHCR, 2017a, S. 2

⁸ vgl. Düvell, 2011, S. 30

⁹ vgl. Gillen, 2016, S. 44

¹⁰ vgl. UNHCR, 2015b, S. 4

¹¹ vgl. BAG, o. J.

¹² vgl. UNHCR, 2015b, S. 4

¹³ vgl. StMAS Bayern, 2015

entgegengenommen. Allein von Flüchtlingen aus Syrien wurden 158.657 Anträge auf Asyl gestellt. Weitere Anträge wurden u. a. von Flüchtlingen aus Afghanistan (31.382), Irak (29.784), Albanien (53.805) sowie Eritrea (10.876) gestellt.¹⁴ Werden Asylanträge genehmigt, bedeutet dies, dass der Flüchtling als Asylberechtigter eine Aufenthaltserlaubnis mit dreijähriger Gültigkeit bekommt und im Weiteren nach den drei Jahren ggf. eine unbefristete Niederlassungserlaubnis erhalten kann.¹⁵ Ausgehend von der Genehmigungsquote der Asylanträge verbleibt eine sehr hohe Anzahl von Flüchtlingen aus Syrien, Afghanistan, dem Irak und Eritrea als Asylberechtigte in Deutschland, weshalb im Folgenden nur dieser Flüchtlingskreis betrachtet wird.¹⁶

Die Verteilung der Flüchtlinge innerhalb Deutschlands erfolgt nach dem sogenannten *Königsberger Schlüssel*. Das bedeutet, die Aufnahme von Flüchtlingen je Bundesland richtet sich nach den Steuereinnahmen ($\frac{2}{3}$ Anteil bei der Bewertung) und der Bevölkerungszahl ($\frac{1}{3}$ Anteil bei der Bewertung).¹⁷ Die Verteilungsquote für das Land Hessen lag im Jahr 2015 bei 7,32 %.¹⁸ Somit hat das Land Hessen, an dem diese Untersuchung exemplarisch erfolgt, im Jahr 2015 insgesamt 79.788 Flüchtlinge aufgenommen und untergebracht.¹⁹

Mit der Aufnahme von Flüchtlingen in dieser Größenordnung wird das deutsche Gesundheitssystem, insbesondere auch die gesundheitliche Versorgung im Land Hessen, vor eine große Herausforderung gestellt. So ist in kürzester Zeit eine medizinische Versorgung für die Flüchtlinge in den Erstaufnahmeeinrichtungen sowie später für die Asylberechtigten nach Unterbringung in den jeweiligen Kommunen sicherzustellen. Zum einen kommen die Flüchtlinge aus Ländern mit einer unzureichenden medizinischen Versorgung und zum anderen tragen die gesundheitlichen Belastungen und unzureichenden hygienischen Verhältnisse der Flucht zusätzlich zu diesen Herausforderungen bei.²⁰ Des Weiteren erhalten Asylberechtigte in den ersten 15 Monaten nur eine Notfallversorgung in Deutschland, in der die Behandlung auf akute Beschwerden sowie Schmerzzustände beschränkt ist.²¹

Damit langfristige Gesundheitsschäden und Folgeerkrankungen von Asylberechtigten abgewendet und so eine dadurch bedingte immense Kostensteigerung der Gesundheitsausgaben vermieden werden kann, sind verschiedene

¹⁴ vgl. BAMF, 2015a, S. 2

¹⁵ vgl. BAMF, 2016c

¹⁶ vgl. BAMF, 2015a, S. 2

¹⁷ vgl. BAMF, o. J.b.

¹⁸ vgl. BAMF, 2016a, S. 16

¹⁹ vgl. Land Hessen, 2016b, S. 6

²⁰ vgl. Leopoldina, 2015, S. 1

²¹ vgl. BBMFI, 2014, S. 151

Maßnahmen in der ärztlichen Versorgung zu etablieren. Anzuführen ist beispielsweise ein frühzeitiger Impfschutz in den Erstaufnahmeeinrichtungen, um Ausbrüche von Infektionskrankheiten zu verhindern.²² Weiterhin sind alle (chronischen) Erkrankungen von Beginn an in einem angemessenen Umfang zu versorgen, um Verschlimmerungen des Gesundheitszustands sowie das Auftreten von Komorbiditäten zu verhindern.²³

Mit der vorliegenden Untersuchung wird eine Darstellung der Gesundheitsversorgung nach § 62 Asylgesetz (AsylG), nach § 4 Abs. 1 und 2 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) sowie nach § 2 Abs. 1 AsylbLG vorgenommen und daraus die aktuellen sowie zukünftigen gesundheitlichen und finanziellen Herausforderungen exemplarisch für das hessische Gesundheitssystem abgeleitet. Ausgehend von der Fragestellung

Wie können langfristige Gesundheitsschäden und Folgeerkrankungen von Asylbewerbern/Asylberechtigten abgewendet und eine dadurch bedingte immense Kostensteigerung der Gesundheitsausgaben vermieden werden?

wird eine Handlungsempfehlung erarbeitet, die Erfolg versprechend erscheint, der Herausforderung der gesundheitlichen Versorgung der nach Deutschland kommenden Flüchtlinge gewachsen zu sein.

Für die Analyse wird auf differenziertes Datenmaterial zurückgegriffen. Neben Monografien und Sammelbänden werden verschiedene wissenschaftliche Datenbanken für die Literaturrecherche genutzt, wie etwa Livivo (ehemalig Medpilot) und Research Gate, das Bundesgesundheitsblatt, Springer Link und WISO. Statistische Datenabfragen erfolgen u. a. über das Statistische Bundesamt (StBa) oder das Hessische Statistische Landesamt. Weiterhin werden die Websites der Weltgesundheitsorganisation (WHO), des UNHCR, des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge und des Robert Koch-Instituts (RKI) sowie des Landes Hessen für Informationen zur aktuellen Lage und dem Gesundheitszustand der Flüchtlinge herangezogen. Unter den Suchworten *Flüchtlinge*, *Asylbewerber*, *Gesundheit(-szustand)* und *medizinische Versorgung* in einzelner Verwendung, aber auch in Kombination, werden dort nach Veröffentlichungen der letzten fünf Jahre und ggf. älter gesucht. Gleichzeitig werden englischsprachige Datenbanken mit den Suchworten *Refugee* und *Asylum Seekers* durchsucht, entweder einzeln oder in Kombination mit dem Suchwort

²² vgl. RKI, 2015b, S. 439

²³ vgl. Leopoldina, 2015, S. 2

Health. Über fünf Jahre alte Literatur wird verwendet, wenn nähere Erläuterungen zu Begrifflichkeiten gegeben werden müssen oder diese für die Ausarbeitung unabdingbar sind. Es werden jedoch nur die Quellen für die Ausarbeitung herangezogen, die einer schlüssigen Argumentationskette dienen.

Anschließend folgt eine systematische Literaturanalyse. Hierbei werden wissenschaftliche Texte gesichtet und die wesentlichen Aussagen gesammelt, verglichen und bewertet. Neben der Darstellung der gesundheitlichen Lage der Asylberechtigten werden zudem die Leistungsausgaben für die medizinische Versorgung zwischen Asylberechtigten, die weniger bzw. mehr als 15 Monate in Hessen leben, differenziert voneinander bestimmt und eine Prognose für die zukünftig zu erwartende Ausgabenentwicklung abgegeben. Als Ausgangsbasis hierfür dienen die Leistungsausgaben des Landes Hessen nach § 62 AsylG, §§ 2 und 4 Abs. 1, 2 und § 6 AsylbLG sowie die durch das Statistische Bundesamt ermittelten Krankheitskosten je Krankheitsbild. Für die Erfassung des Gesundheitsstatus der Personengruppen aus den hier untersuchten Ländern Syrien, Afghanistan, dem Irak und Eritrea werden die Statistiken der WHO herangezogen. Auf dieser Basis können die entstehenden Krankheitskosten berechnet werden.

Zusätzlich wird eine SWOT-Analyse durchgeführt.²⁴ Sie dient dazu, die Stärken und Schwächen sowie die Chancen und Risiken des Zugangs zur medizinischen Versorgung sowie des weiteren Einsatzes eines Behandlungsscheins für die Leistungsanspruchnahme von Asylberechtigten nach § 4 Abs. 1, 2 sowie § 6 AsylbLG im Vergleich zu denjenigen der Nutzung einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) darzustellen. Hierbei werden Argumente für die Seiten aller Beteiligten berücksichtigt, wie die der Asylberechtigten, der Kostenträger und auch anderer Stakeholder (z. B. der Politik). Auf dieser Basis kann festgestellt werden, auf welche Art und Weise eine bessere gesundheitliche Versorgung der Asylberechtigten erfolgen kann, auch unter Berücksichtigung von Kostenaspekten. In diese Betrachtung werden zusätzlich die Gesundheitslage sowie die Gesundheitsrisiken der Asylberechtigten, aber auch die Hindernisse aufgrund von Sprache und unterschiedlichen Kulturen mit einbezogen.

Ausgehend von dieser SWOT-Analyse und deren weiteren Betrachtung werden Maßnahmen abgeleitet, welche in der gesundheitlichen Versorgung zu etablieren sind, um langfristige Gesundheitsschäden und Folgeerkrankungen

²⁴ Die SWOT-Analyse (Strengths, Weaknesses, Opportunitites, Threats = Stärken, Schwächen, Chancen, Risiken) ist ein Strategieinstrument und dient der Gewinnung von Hinweisen zur Ableitung von strategischen Stoßrichtungen (vgl. Meffert et al., 2015, S. 133).

von Asylberechtigten abzuwenden und eine dadurch bedingte immense Kostensteigerung der Gesundheitsausgaben zu vermeiden.

In Kapitel 1 wird zunächst die Datengrundlage vorgestellt, die das Fundament der Ausarbeitung bildet, und anschließend das methodische Vorgehen erläutert. Die Kapitel 1–5 bilden den theoretischen Teil der Publikation. Hierzu wird zunächst in Kapitel 1.1 eine Differenzierung zwischen den Personengruppen der Flüchtlinge, der Asylbewerber und der Migranten gegeben. In den Kapiteln 1.2 und 1.3 wird anschließend die Personengruppe der Flüchtlinge und deren Verteilung auf Deutschland und das Land Hessen näher betrachtet. Ab Kapitel 2 beschränkt sich die Untersuchung jedoch nur auf die Gesundheitsversorgung sowie auf die Krankheitskosten der Asylberechtigten, da allein dieser Personenkreis eine Aufenthaltserlaubnis mit dreijähriger Gültigkeit besitzt und ggf. danach dauerhaft in Deutschland leben wird.²⁵ Im Weiteren wird in Kapitel 2 auf die unterschiedlichen Leistungsansprüche in der medizinischen Versorgung im Rahmen des AsylG sowie des AsylbLG eingegangen. Eine Betrachtung der gesundheitlichen Lage der Asylberechtigten wird in Kapitel 3 vorgenommen. Dieser theoretische Teil bildet die Basis für die Analysen, die in den darauffolgenden Kapiteln durchgeführt werden. In Kapitel 4 werden zum einen die (Krankheits-)Kosten ermittelt und zum anderen die damit verbundenen zu erwartenden finanziellen Belastungen dargestellt, die auf das Land Hessen in der gesundheitlichen Versorgung von Asylberechtigten zukommt. Eine Beschreibung des Einflusses der Sprache, der Kultur und der Wertevorstellungen auf die medizinische Versorgung erfolgt anschließend in Kapitel 5. Das Kapitel 6 fasst die ersten Ergebnisse zusammen, bewertet diese mittels SWOT-Analyse und gibt anschließend eine Prognose hinsichtlich des zukünftigen Flüchtlingszustroms. Die Untersuchung schließt die Betrachtung mit einer Handlungsempfehlung in Kapitel 7 ab. Kapitel 8 fasst die Ergebnisse zum Schluss noch einmal zusammen.

Ergänzend zum Buch stehen Ihnen bei Interesse umfangreiche Materialien im Downloadbereich der Website der APOLLON University Press zur Verfügung (www.aon.media/e1yvlp) oder über den folgenden QR-Code:



Im Text wird jeweils auf entsprechende Materialien hingewiesen.

²⁵ vgl. BAMF, 2016c

1 Gruppierung und Verteilung der Flüchtlingsbewegung

Unter den Flüchtlingsbewegungen der Weltbevölkerung sind verschiedene Gruppierungen zu unterscheiden. So gibt es die Gruppe der Flüchtlinge, die Gruppe der Asylbewerber sowie die Gruppe der Migranten. Der Anteil der drei Personengruppen betrug im Jahr 2015 zusammen 22,18 % der Gesamtbevölkerung in Deutschland. Der jeweilige Anteil und deren Entwicklung von 2013 bis 2015 an der Gesamtbevölkerung kann Abbildung 1.1 entnommen werden.

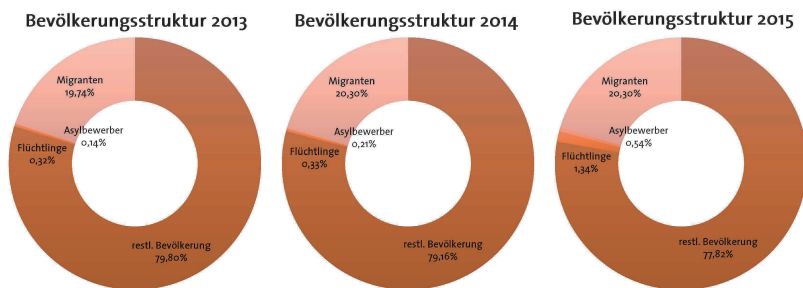


Abbildung 1.1: Bevölkerungstruktur 2013 bis 2015²⁶

Auch wird hier auf die Verteilung der Gruppe der Flüchtlinge auf die Bundesrepublik Deutschland und insbesondere auf das Bundesland Hessen eingegangen.

1.1 Flüchtlinge, Asylbewerber und Migranten – eine Begriffserklärung

Im Folgenden werden die Personengruppen der Flüchtlinge, der Asylbewerber und der Migranten definiert und genauer erläutert. Diese Definitionen erfolgen zur Verdeutlichung der Unterschiede, wodurch eine bessere Abgrenzung der jeweiligen Personengruppen möglich ist. Es ist jedoch zu beachten, dass der Status einer Person einer bestimmten Gruppierung wechseln kann. So kann ein nach Deutschland kommender Flüchtling einen Asylantrag stellen, was ihn zu einem Asylbewerber macht. Wird dieser Antrag gewährt, d. h.,

²⁶ vgl. StBa 2013a, S. 38; StBa, 2015; BAMF, 2015a, S. 2; BAMF, 2015b, S. 12; UNHCR, 2014a, S. 2, 50; UNHCR, 2014b, S. 2, 46; n-tv, 2016

es erfolgt keine Rückkehr in sein Heimatland, so wird aus dem Flüchtling ein Asylberechtigter. Bleibt der Asylberechtigte in Deutschland, so wird er im Zeitverlauf in die Gruppe der Migranten überwechseln.

Flüchtlinge

Ausgehend von der *Genfer Flüchtlingskonvention* aus dem Jahr 1951 werden in der Richtlinie 2004/83/EG DES RATES vom 29.04.2004 Mindestnormen für die Anerkennung und den Status von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Flüchtlinge oder als Personen, die anderweitig internationalen Schutz benötigen, festgelegt. Weiterhin wird der Inhalt des zu gewährenden Schutzes konkretisiert. Voraussetzung für eine Anerkennung als Flüchtling ist, dass der

„Flüchtling‘ ein Drittstaatsangehöriger ist, der sich aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen seiner Rasse, Religion, Staatsangehörigkeit, politischen Überzeugung oder Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit er besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Furcht nicht in Anspruch nehmen will, oder ein Staatenloser, der sich aus denselben vorgenannten Gründen außerhalb des Landes seines vorherigen gewöhnlichen Aufenthalts befindet und nicht dorthin zurückkehren kann oder wegen dieser Furcht nicht dorthin zurückkehren will“²⁷

und die „Flüchtlingseigenschaft“²⁸ durch einen Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU) anerkannt wurde. Im Weiteren hat die UNHCR rechtlich klargestellt,

„dass Personen, die im Zuge eines Krieges oder Konflikts verfolgt werden oder von Verfolgung bedroht sind, grundsätzlich als Flüchtlinge im Sinne der Genfer Konvention von 1951 und des Protokolls von 1967 angesehen werden sollten“²⁹

In Deutschland wird die Zuerkennung des Flüchtlingsschutzes in § 3a Abs. 1 Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) – seit Oktober 2015 Asylgesetz (AsylG)³⁰ – geregelt. Dort wird Bezug auf die *Genfer Flüchtlingskonvention* genommen. Konkretisiert wird dieser Flüchtlingsschutz durch die Ausführungen des BAMF.³¹

²⁷ EU, 2004, Art. 2, Buchstabe c) und d)

²⁸ EU, 2004, Art. 2, Buchstabe c) und d)

²⁹ UNHCR, o. J., S. 3, Punkt 9

³⁰ geändert durch Asylbeschleunigungsgesetz vom 20.10.2015

³¹ vgl. BAMF, 2014

Hiernach gelten als Verfolgung Handlungen, die

1. „auf Grund ihrer Art oder Wiederholung so gravierend sind, dass sie eine schwerwiegende Verletzung der grundlegenden Menschenrechte darstellen, insbesondere der Rechte, von denen nach Artikel 15 Absatz 2 der Konvention vom 4. November 1950 zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (BGBl. 1952 II S. 685, 953) keine Abweichung zulässig ist, oder
2. in einer Kumulierung unterschiedlicher Maßnahmen, einschließlich einer Verletzung der Menschenrechte, bestehen, die so gravierend ist, dass eine Person davon in ähnlicher wie der in Nummer 1 beschriebenen Weise betroffen ist“.³²

Als Beispiele für Handlungen, die als Verfolgung gelten können, werden durch das BAMF angeführt:

- „Anwendung physischer oder psychischer Gewalt, einschließlich sexueller Gewalt,
- gesetzliche, administrative, polizeiliche und/oder justizielle Maßnahmen, die als solche diskriminierend sind oder in diskriminierender Weise angewandt werden,
- unverhältnismäßige oder diskriminierende Strafverfolgung oder Bestrafung,
- Verweigerung gerichtlichen Rechtsschutzes mit dem Ergebnis einer unverhältnismäßigen oder diskriminierenden Bestrafung,
- Handlungen, die an die Geschlechtszugehörigkeit anknüpfen oder gegen Kinder gerichtet sind.“³³

Im Jahr 2013 waren weltweit 51,2 Mio. Menschen auf der Flucht. Davon 16,7 Mio. Flüchtlinge (11,7 Mio. unter UNHCR-Mandat und 5,0 Mio. Flüchtlinge aus Palästina registriert bei *The United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees* [UNRWA]). Von diesen 16,7 Mio. Flüchtlingen wurden 256.000 in Deutschland aufgenommen.³⁴ Unter den 59,5 Mio. Menschen, welche im Jahr 2014 weltweit auf der Flucht waren, stieg die Flüchtlingszahl bereits auf 19,5 Mio. Menschen an. Davon wurden 267.000 Menschen in Deutschland aufgenommen.³⁵

³² § 3a Abs. 2 AsylG

³³ BAMF, 2014

³⁴ vgl. UNHCR, 2014b, S. 2, 46

³⁵ vgl. UNHCR, 2014a, S. 2, 50

Dies entspricht einer Steigerung von ca. 4,3 %. Im Jahr 2015 stieg die Flüchtlingszahl in Deutschland sprunghaft auf insgesamt 1.091.894 Personen und damit um das 4-Fache gegenüber 2014 an.³⁶

Asylbewerber

Ausgangsbasis für die Zugehörigkeit einer Person zu der Gruppe der Asylbewerber sind die vorangestellten grundsätzlichen Voraussetzungen für die Anerkennung als Flüchtling. Das European Migration Network (EMN) definiert einen Asylbewerber wie folgt:

„In the global context, a person who seeks safety from persecution or serious harm in a country other than their own and awaits a decision on the application for refugee status under relevant international and national instruments. In the EU context, a person who has made an application for protection under the Geneva Convention in respect of which a final decision has not yet been taken.“³⁷

Die EMN unterscheidet dabei zwei Perspektiven, den globalen und den EU-Kontext. In der Richtlinie 2013/32/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26.06.2013 zum gemeinsamen Verfahren für die Zu- und Abberkennung des internationalen Schutzes (Neufassung) wird konkretisiert, dass ein Antragsteller als Asylbewerber gilt, der einen Antrag auf internationalen Schutz gestellt hat und über den noch keine bestandskräftige Entscheidung ergangen ist.³⁸

Von den Flüchtlingen, die in den Jahren 2013 und 2014 in Deutschland aufgenommen wurden, haben im Jahr 2013 insgesamt 109.580 Personen und im Jahr 2014 insgesamt 173.072 Personen einen Asylantrag (Erstantrag) gestellt.³⁹ Im Jahr 2015 wurden durch das BAMF 441.899 Erstanträge entgegengenommen und damit mehr als doppelt so viele wie im Jahr 2014.

Die meisten Anträge wurden von Flüchtlingen aus nachfolgenden Ländern gestellt:⁴⁰

- **Syrien: 158.657**
- Albanien: 53.805
- Kosovo: 33.427
- Serbien: 16.700
- Ungeklärt (unbekannte Herkunft): 11.721
- **Eritrea: 10.876**

³⁶ vgl. n-iv, 2016

³⁷ EMN, 2014, S. 33

³⁸ vgl. Europäisches Parlament und der Rat, 2013, S. L180/99

³⁹ vgl. BAMF, 2015b, S. 13

⁴⁰ vgl. BAMF, 2015a, S. 2

- **Afghanistan: 31.382**
- **Irak: 29.784**
- Mazedonien: 9.083
- Pakistan: 8.199

Die Bearbeitungszeit für Asylanträge dauerte im Jahr 2015 zwischen mehreren Monaten und einem Jahr.⁴¹ In Planung sind sogenannte Aufnahmezentren, mit deren Hilfe die Bearbeitungszeit für Asylanträge auf 48 Stunden verkürzt werden soll. Dabei werden die Asylanträge bestimmten Clustern zugeordnet:⁴²

- In Cluster A fallen Asylanträge von Asylbewerbern aus Herkunftsländern mit sehr guter Bleibeperspektive.
- In Cluster B fallen Asylanträge von Asylbewerbern aus sicheren Herkunftsländern.
- In Cluster C fallen komplexe Fälle außerhalb von Cluster A und B.
- In Cluster D fallen die Dublin-Fälle⁴³.
- Cluster C und D werden zudem zur weiteren Bearbeitung an eine Außenstelle des BAMF geleitet.

Werden Asylanträge genehmigt, bedeutet dies, dass der Flüchtling als Asylberechtigter eine Aufenthaltserlaubnis mit dreijähriger Gültigkeit erhält und anschließend ggf. eine unbefristete Niederlassungserlaubnis erhalten kann.⁴⁴ Im umgekehrten Falle, d. h. bei einer Ablehnung des Asylgesuchs, erhält der Asylbewerber eine Aufforderung zur Ausreise innerhalb einer bestimmten Frist. Gleichzeitig mit dem Ablehnungsbescheid erfolgt eine Abschiebungsandrohung (§ 34 AsylG), mittels derer ihm die Abschiebung angedroht wird, sollte er nicht innerhalb der oben genannten Frist freiwillig ausreisen.⁴⁵

Von den im Jahr 2015 gestellten Erstanträgen auf Asyl wurde in ca. 282.726 Fällen bereits über den Asylantrag entschieden. Dabei zeigt die Tabelle 1.1, wie die Gesamtschutzquote⁴⁶ (in Prozent) für die zuvor genannten Länder ausfällt.

⁴¹ vgl. Borstel/Leubecher, 2016

⁴² vgl. Die Bundesregierung, 2016a

⁴³ Im Rahmen der Dublin-Fälle wird der für den Asylantrag zuständige Staat festgestellt. Ziel ist es, dass der Asylantrag nur von einem Mitgliedsstaat inhaltlich geprüft wird (vgl. BAMF, 2017, S. 36).

⁴⁴ vgl. BAMF, 2016c

⁴⁵ vgl. BAMF, o. J.a

⁴⁶ Beinhaltet die Rechtsstellung als Flüchtling, den subsidiären Schutz gem. § 4 Abs. 1 AsylG und das Abschiebungsverbot gem. § 60 Abs. 5, 7 AufenthG.

Sachwortverzeichnis

A		Erstaufnahmeeinrichtung	24
Aktionsplan Hessen	79	Erstaufnahmeuntersuchung	28, 54, 119
Akuterkrankungen	30, 86, 97, 101	Kosten	55
Analphabetisierung	82, 125	F	
Asylanträge	10, 19	Flüchtlinge	16
Ablehnung	19	Anzahl	9, 15, 23
Cluster	19	Aufenthalt der Syrer	94
Genehmigungsquote	10	Flüchtlingsbewegung	9, 95
Länder	18	Fluchtwege	43, 94
Asylbewerber	18, 94	Minderjährige	30, 45, 55, 119
Gesundheitsversorgung	35	Schutz	16
Aufenthaltsurlaubnis	13	Unterbringung	25
Aufnahmequote	25	Verfolgung	17
B		Verteilung	21, 25
Behandlungsschein	76, 109	Fluchtwege	43, 94
Bevölkerungsstruktur	15	Forschung	125, 128
C		Dokumentation	128
Compliance	83, 92, 123	Pubmed-Recherche	36
D		Studien	36
Dolmetscher		Forschungsfrage	11, 130
Video-App	123	G	
Dolmetscher	83, 99	Genehmigungsquote	10
Kultur-	123	Gesamtschutzquote	19
Sprachmittler	83	Gesetze	
Zufalls-	82	§ 11 SGB V	34
E		§ 2 AsylbLG	33
eGK	76, 109	§ 3a AsylG	16
Umsetzbarkeit	127	§ 4 AsylbLG	29
		§ 52 SGB XII	30
		§ 6 AsylbLG	30
		§ 62 AsylG	28
		Änderung	116

Krankheiten		Mittlerdienst	
Atemsystem	69	Integrations-	123
Endokrin, Ernährung und		Kultur-	128
Stoffwechsel	69, 101	Sprach-	123, 128
infektiös und parasitär	70	N	
Kreislaufsystem	66, 101	NASA	95
Kultur	86	Neubildungen	65
Neubildungen	65	P	
Religion	85	Prognose	
Urogenitalsystem	68	Asylbewerber	94
Kultur	95, 111	Flüchtlingsbewegung	95
Dolmetscher	123	Gesundheitsrisiko	113
Krankheiten	86	Programm	
Mittlerdienst	128	Behandlungs-	113
Religion	84	DMP	101, 120
Verständnis	128	MiMi-Mediatoren	124
Wertesystem	85, 111	Prävention	120, 127
L		STEP-BY-STEP	119
Leistungen		Traumabehandlung	119
Anspruch	98, 104	Pubmed-Recherche	36
Ausgaben	112	R	
Berechtigte	30	Ranking der Kosten	74
Gewährung	97	Religion	84
Inanspruchnahme	76	S	
Leistungsberechtigte		Schutzquote	19
§ 2 AsylbLG	34	Schwangerschaft	55, 113
§§ 6, 4 AsylbLG	30	Komplikationen	45
Sozialhilfeträger	34	Versorgung	30
Voraussetzung	33	Setting	121
Leistungsinanspruchnahme	112	Ansatz Asylberechtigte	124
Behandlungsschein	76, 109	Sprachbarrieren	81, 98, 103
eGK	76, 109		111, 118, 128
Gesundheitskarte	76, 79	Sprachmittler	83
Verhalten	96, 105	Dienst	123, 128
M			
Migranten	20		
Migrationshintergrund	21		

Statistical Profil	46	Sprachbarrieren	81, 98
SWOT-Analyse	12, 96		103, 111, 118
Chancen-Risiken	101	Tip doc	122, 128
Ergebnisse	119	Video-Dolmetscher-App	128
Stärken-Schwächen	97	Zufallsdolmetscher	82
SWOT-Matrix	97, 106	Verteilung	
Verfahren	96	Deutschland	21
		Flüchtlinge	21, 25
		Hessen	25
		Quoten	21
T		W	
Tip doc	122, 128	Wartezeit	116
Top-Ten-Todesursachen		Z	
Afghanistan	39	Zufallsdolmetscher	82
Deutschland	46		
Eritrea	41		
Gegenüberstellung	50		
Hessen	47		
Irak	40		
Syrien	38		
U			
Umsetzbarkeit	126		
Unterbringung			
Flüchtlinge	25		
Gebührenverordnung	25		
V			
Verfolgung	17		
Versorgung	30		
Impfung	30		
Schwangerschaft	30		
Wartezeit	114, 116		
zahnärztlich	30, 100, 123		
Verständigung	122		
Compliance	83, 92, 123		
Dolmetscher	83, 99		
Piktogrammheft	123		

Über die Autorin

Marlen Peseke (geb. 1978) begann ihre berufliche Karriere bei einer Krankenkasse. Nach der Ausbildung zur Sozialversicherungsfachangestellten arbeitete sie überwiegend im Leistungsbereich verschiedener Krankenkassen. Nach der Fortbildung zur Krankenkassenbetriebswirtin leitete sie darüber hinaus eigenverantwortlich die Widerspruchsstelle einer Betriebskrankenkasse. Im Oktober 2008 wechselte sie zum Hessischen Ministerium für Soziales und Integration. Von 2011 bis 2014 studierte Frau Peseke an der APOLLON Hochschule für Gesundheitswirtschaft zunächst den Bachelor Gesundheitsökonomie und anschließend darauf aufbauend den Master in Gesundheitsökonomie, den sie 2016 absolvierte. Mit ihrer Master-Thesis setzte sich Frau Peseke mit einem sehr aktuellen und für das Gesundheitswesen bedeutsamen Thema auseinander. Mithilfe ihres Tutors Herrn Prof. Kümmel und der Unterstützung durch die APOLLON University Press wurde ihr die Publikation der Arbeit ermöglicht.