

Beiträge aus dem Asylmagazin 10–11/2020, S. 333–354

Themenschwerpunkt Gesundheitsversorgung und Nachweis von Erkrankungen

Beiträge zur Gesundheitsversorgung im Rahmen des AsylbLG,
zu besonders Schutzbedürftigen und zu den Anforderungen
an Stellungnahmen im Gerichtsverfahren

© Informationsverbund Asyl und Migration e.V., November 2020. Vervielfältigung und Nachdruck sind nur mit Genehmigung der Autor*innen sowie des Informationsverbunds Asyl und Migration gestattet.

Asylmagazin, Zeitschrift für Flüchtlings und Migrationsrecht

Das Asylmagazin liefert die wichtigsten Hintergrundinformationen zu den rechtlichen Fragen rund um die Themen Flucht und Migration:

- Aktuelle Rechtsprechung und Länderinformationen,
- Beiträge zu aktuellen rechtlichen Entwicklungen und Hinweise für die Beratungspraxis,
- Nachrichten, aktuelle Stellungnahmen und Literaturhinweise.

Das ASYLMAGAZIN erscheint im von Loeper Literaturverlag/Ariadne Buchdienst. Der Abonnement-Preis beträgt 65 € für regelmäßig neun Ausgaben pro Jahr. Ein Bestellformular und weitere Informationen zum Abonnement finden Sie unter

menschenrechte.ariadne.de/zeitschrift-asylmagazin/

Dokumente, die sich zur Veröffentlichung im ASYLMAGAZIN eignen, senden Sie bitte an den Informationsverbund Asyl und Migration.



In Kooperation mit



Nachrichten	329
Arbeitshilfen und Stellungnahmen	330
Buchbesprechung	332
Sarah Progin-Theuerkauf zu v. Harbou/Weizsäcker: Einwanderungsrecht, 2. Auflage.	332
Themenschwerpunkt Gesundheitsversorgung und Nachweis von Erkrankungen	333
Barbara Weiser: Gesundheitsversorgung im Rahmen des AsylbLG	333
Lisa vom Felde, Jenny Baron und Arne Bardelle: Besondere Schutzbedürftigkeit von Geflüchteten	341
Beate Selders: Studien zur Lebenslage besonders Schutzbedürftiger	348
Sarah Lincoln: Anforderungen an den Nachweis von Erkrankungen im aufenthaltsrechtlichen Verfahren	349
Beitrag	355
Valentin Feneberg und Sebastian Pukrop: Zur Asyl- und Gerichtsstatistik des BAMF	355
Ländermaterialien.	362
VG Trier: Überstellung von Dublin-Rückkehrenden und »Anerkannten« nach Griechenland	364
Asylrecht, internationaler Schutz und nationale Abschiebungsverbote.	372
OVG Nordrhein-Westfalen: Wehrdienstpflichtige Frauen in Eritrea keine »soziale Gruppe«.	372
VG Freiburg: Familienschutz für den Vater eines im Bundesgebiet geborenen schutzberechtigten Kindes.	376
OVG Rheinland-Pfalz: Kein Schutz für homosexuellen Mann aus Pakistan bei Möglichkeit der »Diskretion«.	377
Asylverfahrens- und -prozessrecht	381
VG Weimar: Sachverständigengutachten zur Gesundheit auch durch Psychotherapeut*innen	381
OVG Berlin-Brandenburg: Zur Substanziierung von Beweisanträgen zu psychischen Erkrankungen.	381
Aufenthaltsrecht.	383
OVG Hamburg: Kein Betreten privater Zimmer in Unterkunft zur Abschiebung ohne Gerichtsbeschluss	383
VGH Baden-Württemberg: Zum Voraufenthalt von Großeltern bei Aufenthaltstitel nach § 25b AufenthG	384
OVG Schleswig-Holstein: Änderung der Wohnsitzauflage zur Ausübung des Umgangsrechts.	385
OVG Niedersachsen: Entstehen neuer Wohnsitzauflage bei Erlöschen der Ausbildungsduldung	387
VG Schleswig-Holstein: Keine Ausbildungsduldung bei verspäteter Klärung der Identität	388
Abschiebungshaft und Ingewahrsamnahme.	390
EuGH: Abschiebungshaft in gewöhnlichen Haftanstalten in Ausnahmefällen zulässig.	390
LG Augsburg: Rechtswidrige Haftanordnung wegen fehlenden Einvernehmens der Staatsanwaltschaft	391
Sozialrecht	392

Asylmagazin – Zeitschrift für Flüchtlings- und Migrationsrecht

Das Asylmagazin liefert aktuelle Hintergrundinformationen zu den rechtlichen Fragen rund um die Themen Flucht und Migration. Der Abonnement-Preis beträgt 65 € für neun Ausgaben im Jahr. Weitere Informationen finden Sie bei www.asyl.net sowie bei menschenrechte.ariadne.de/zeitschrift-asylmagazin.



In Kooperation mit



Themenschwerpunkt: Gesundheitsversorgung und Nachweis von Erkrankungen

Unter Berücksichtigung rechtlicher Neuerungen der vergangenen Jahre befasst sich der nachfolgende Themenschwerpunkt mit den Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden sowie mit der Frage, wie medizinische Aspekte in asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren einzubringen sind. Er ergänzt somit die Neuauflage der Broschüre »Krankheit als Abschiebungshindernis«, die diesem Asylnmagazin beigelegt wird.

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Barbara Weiser, Osnabrück*

Gesundheitsversorgung im Rahmen des AsylbLG

Die rechtlichen Regelungen und ihre Vereinbarkeit mit Verfassungs- und Unionsrecht

Inhalt

- I. Einleitung
- II. Gesundheitsversorgung beim Bezug von Grundleistungen nach § 3 AsylbLG
 1. Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände
 2. Weitere Leistungen zur Sicherung der Gesundheit wie Heil- und Hilfsmittel
 3. Elektronische Gesundheitskarte
 4. Sprachmittlungs- und Fahrkosten
- III. Gesundheitsversorgung beim Bezug von Analogleistungen nach § 2 AsylbLG
 1. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung
 2. Sprachmittlungs- und Fahrkosten
- IV. Gesundheitsversorgung beim Bezug von gekürzten Leistungen
 1. Leistungseinschränkung nach § 1a AsylbLG
 2. Leistungseinschränkung nach § 1 Abs. 4 AsylbLG
- V. Fazit

I. Einleitung

Das am 1. November 1993 in Kraft getretene Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) hatte das Ziel, die während des Asylverfahrens gewährten Leistungen deutlich abzusenken.¹ Für die Gesundheitsversorgung von Personen mit Fluchthintergrund hatte diese Rechtsänderung erhebliche Folgen. Diese umfasst ambulante und stationäre ärztliche Behandlungen, den Zugang zu Medikamenten, Hilfsmitteln (Hörgeräte, Rollstühle etc.) und Heilmitteln (wie logopädischen oder physiotherapeutischen Behandlungen) sowie die Psychotherapie. Benötigen Personen

mit Fluchthintergrund zur Lebensunterhaltssicherung Sozialleistungen, weil sie nicht erwerbstätig sein können oder nicht sein dürfen,² gibt es seither zwei unterschiedliche Leistungsniveaus: einerseits die Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) V und andererseits die Versorgung durch den Träger der Sozialhilfe nach den Regelungen des AsylbLG, die zumindest für die Dauer von 18 Monaten erheblich eingeschränkt ist.

Der Umfang der Gesundheitsversorgung hängt also seither von der Art des Sozialleistungsbezugs ab, der sich wiederum nach dem Aufenthaltsstatus richtet.

Wer Leistungen nach dem AsylbLG erhält, ist in § 1 Abs. 1 AsylbLG geregelt. Neben Asylsuchenden und Geduldeten³ sind dies unter anderem auch Personen mit einer Aufenthaltserlaubnis nach § 23 Abs. 1 AufenthG, erteilt wegen des Kriegs im Herkunftsland, und nach § 25 Abs. 5 AufenthG, wenn die Abschiebung noch keine 18 Monate ausgesetzt ist, sowie vollziehbar Ausreisepflichtige (§ 1 Abs. 1 AsylbLG). Diese Personengruppen sind gesetzlich von Sozialleistungen nach dem SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende/»Hartz IV«) und

* Dr. Barbara Weiser ist als Juristin beim Caritasverband für die Diözese Osnabrück e. V. tätig.

¹ Gesetzesbegründung, BT-Drs. 12/4451 vom 2.3.1993, S. 4.

² Für Asylsuchende und Geduldete bestehen unter bestimmten Voraussetzungen Arbeitsverbote, etwa bei einer Duldung für Personen mit ungeklärter Identität (§ 60b AufenthG) oder in der Regel dann, wenn sie aus einem sog. sicheren Herkunftsstaat kommen (§ 61 Abs. 1 S. 1 Nr. 3, Abs. 2 S. 4 AsylG; § 60a Abs. 6 S. 1 Nr. 3 AufenthG). Vgl. dazu auch ausführlich Schuster/Voigt, Erwerbstätigkeit mit humanitärem Aufenthalt, Duldung und Gestattung, Asylnmagazin 3/2020, S. 64 ff.

³ Im Folgenden werden Asylsuchende und Geduldete stellvertretend für alle Personen genannt, die Leistungen nach dem AsylbLG beziehen.

dem SGB XII (Sozialhilfe) ausgeschlossen.⁴ Sie können erst nach 18 Monaten des Aufenthalts in Deutschland die sogenannten Analogleistungen beanspruchen, die den Leistungen des SGB XII entsprechen (siehe unten, Abschnitt III). Die in § 1 Abs. 1 AsylbLG nicht genannten ausländischen Staatsangehörigen – darunter anerkannte Asyl- und Schutzberechtigte mit einer Aufenthaltserlaubnis nach §§ 25 Abs. 1–3 AufenthG oder Personen mit einer Aufenthaltserlaubnis wegen des Familiennachzugs (§§ 27 ff. AufenthG) – können demgegenüber Arbeitslosengeld II, Hilfe zum Lebensunterhalt sowie Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung beziehen und haben deswegen Zugang zu allen Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse (§§ 5 Abs. 1 Nr. 2a; 264 Abs. 2 S. 1 SGB V). Die Leistungsgewährung an diese Gruppen wird daher in diesem Beitrag nicht thematisiert.

Eine Änderung des sozialrechtlichen Status tritt bei Asylsuchenden und Geduldeten dann ein, wenn sie eine *sozialversicherungspflichtige Beschäftigung* ausüben, wozu auch eine betriebliche Berufsausbildung und eine Einstiegsqualifizierung gehören (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V; § 54a Abs. 1 S. 1 SGB III). In diesem Fall sind auch sie gesetzlich krankenversichert und haben Anspruch auf alle Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse, selbst wenn sie (ergänzend) Leistungen nach dem AsylbLG erhalten.⁵ Gleiches gilt, wenn sie Arbeitslosengeld I beziehen, an einer anerkannten Werkstätte für Menschen mit Behinderungen tätig sind oder an bestimmten Maßnahmen zur Arbeitsmarktintegration teilnehmen (§ 5 Abs. 1 Nr. 2, 6 und 7 SGB V). Sind Asylsuchende und Geduldete Ehe- oder Lebenspartner*innen oder Kinder von gesetzlich Krankenversicherten, sind sie familienversichert (§ 10 SGB V).

In diesem Beitrag wird zunächst der Umfang der Gesundheitsversorgung, der beim Bezug von Grundleistungen nach § 3 AsylbLG besteht, dargestellt – unter Einbeziehung der Auswirkungen insbesondere der EU-Aufnahmerichtlinie⁶ und des Grundgesetzes. Ergänzend wird auf die elektronische Gesundheitskarte und auf die Übernahme von Dolmetsch- und Fahrtkosten eingegangen (vgl. II). In einem weiteren Abschnitt geht es um die Rechte von Personen, die sogenannte Analogleistungen nach § 2 AsylbLG erhalten (vgl. III). Abschließend wird der Zugang zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden und Geduldeten beschrieben, die eingeschränkte Leistungen nach § 1 Abs. 4 bzw. § 1a AsylbLG beziehen (vgl. IV).

⁴ § 7 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 SGB II; § 23 Abs. 2 SGB XII.

⁵ Beim Bezug von bestimmten Jugendhilfeleistungen erfolgt ebenfalls eine Gesundheitsversorgung wie bei gesetzlich Krankenversicherten (§ 40 S. 1 SGB VIII; § 264 Abs. 2 S. 1 SGB V).

⁶ Richtlinie 2013/33/EU vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen, ABl. L 180/96 vom 29.6.2013, abrufbar bei asyl.net unter »Gesetzestexte/Sozialrecht«.

II. Gesundheitsversorgung beim Bezug von Grundleistungen nach § 3 AsylbLG

Halten sich Asylsuchende und Geduldete noch keine 18 Monate in Deutschland auf, können sie zur Sicherung ihres Lebensunterhalts lediglich Grundleistungen nach § 3 AsylbLG erhalten. In dieser Zeit besteht kein Zugang zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse, vielmehr richtet sich die Finanzierung der Gesundheitsversorgung nach §§ 4 und 6 AsylbLG.

1. Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände

Personen mit Aufenthaltsgestattung oder Duldung haben nach § 4 AsylbLG gegenüber dem Träger der Sozialhilfe einen Anspruch auf Leistungen bei akuten Erkrankungen und bei akuten und chronischen⁷ Schmerzzuständen,⁸ was die *erforderliche* ambulante oder stationäre⁹ (*zahn-)*ärztliche Behandlung sowie auch die Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln umfasst, wobei hierfür von den Leistungsberechtigten keine Zuzahlungen erbracht werden müssen.¹⁰ Hierunter fällt auch die Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung.¹¹ Ein Anspruch auf die Behandlung *chronischer Erkrankungen*, definiert als ein mindestens acht bis zehn Wochen anhaltender »regelwidriger Körper- oder Geisteszustand«, besteht nicht, mit Ausnahme einer Schmerzbehandlung¹² (vgl. aber II.2).¹³ Im Einzelfall können aber beispielsweise chronische psychiatrische Erkrankungen zu akuten Krisen führen, die dann akut behandlungsbedürftig sind.¹⁴

Ob eine (*zahn-)*ärztliche Behandlung erforderlich ist, soll durch eine sachverständige Beurteilung festgestellt werden,¹⁵ die für den Sozialhilfeträger allerdings nicht

⁷ Hohm, GK-AsylbLG – Kommentar zum Asylbewerberleistungsgesetz – Lfg. 75, Stand 1.10.2019, § 4 AsylbLG, Rn. 34 m. w. N.

⁸ Zu der Frage, wann bei psychischen Erkrankungen das Vorliegen von Schmerzzuständen angenommen wird und wann eine Behandlung erforderlich ist, vgl. Wiebke Lemmer, Rechtsgutachten »Rechtliche Aspekte der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten in Deutschland«, Stand: August 2017, S. 11 f., mit Verweis auf die hierzu ergangene Rechtsprechung.

⁹ Hohm, GK-AsylbLG 2019, a. a. O. (Fn. 7), § 4 AsylbLG, Rn. 37 unter Hinweis auf BT-Drucks. 12/4451, S. 9; eine Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V muss nicht geleistet werden.

¹⁰ Hohm, GK-AsylbLG 2019, a. a. O. (Fn. 7), § 4 AsylbLG, Rn. 46.

¹¹ Die Behandlung kann auch durch psychologische Psychotherapeut*innen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen erfolgen, vgl. Lemmer, Rechtsgutachten, a. a. O. (Fn. 11), S. 12 f. unter Bezugnahme auf OVG Niedersachsen, Beschluss vom 22.9.1999 – 4 M 3551/99.

¹² OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 20.8.2003 – 16 B 2140/02, Rn. 8, abrufbar bei <https://openjur.de/u/95306.html>.

¹³ Hohm, GK-AsylbLG 2019, a. a. O. (Fn. 7), § 4 AsylbLG, Rn. 26 m. w. N.

¹⁴ LSG Bayern, Beschluss vom 27.9.2018 – L 8 AY 6/16 – asyl.net: M26891.

¹⁵ Vgl. Gesetzesbegründung, BT-Drs. 12/4451, S. 9.

bindend ist.¹⁶ In jedem Fall besteht jedoch ein Anspruch auf eine (zahn-)ärztliche *Untersuchung*, wenn eine Erkrankung oder Schmerzen vorliegen.¹⁷

Nach § 4 AsylbLG müssen zudem sonstige erforderliche Leistungen zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erbracht werden. Hierzu gehören *Heil-*¹⁸ und *Hilfsmittel*,¹⁹ wenn sie zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlich sind,²⁰ beispielsweise orthopädische Schuhe²¹ oder Krankengymnastik,²² wenn sie zur Schmerzlinderung benötigt werden. Die Kosten für eine Operation zur Implantation eines künstlichen Hüftgelenks sollen daher nach § 4 AsylbLG nicht übernommen werden, wenn eine Schmerzbehandlung effektiv möglich ist.²³

Zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten werden Impfungen²⁴ und die medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen²⁵ finanziert; eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, wenn dies aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist (§ 4 Abs. 1 S. 2 und 3 AsylbLG). Bei einer Schwangerschaft und Geburt besteht ein Anspruch auf ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe sowie Arznei-, Verband- und Heilmittel (§ 4 Abs. 2 AsylbLG). In der Praxis stellt der Träger der Sozialhilfe einen sog. Behandlungsschein aus, nach dessen Vorlage ein für die Patient*innen kostenfreier Besuch bei Ärzt*innen erfolgen kann. Ein Behandlungsschein ist nicht erforderlich, wenn in dem Bundesland oder der Kommune elektronische Gesundheitskarten ausgestellt werden (vgl. II. 3).

2. Weitere Leistungen zur Sicherung der Gesundheit wie Heil- und Hilfsmittel

Nach § 6 Abs. 1 AsylbLG können sonstige Leistungen insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall u. a. zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich oder zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten sind. Hierzu gehören insbesondere Hilfs²⁶- und Heilmittel, Psychotherapie²⁷ und Frühförderung, wenn diese Leistungen nicht bereits zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlich sind (vgl. II.1), sowie die Behandlung chronischer Erkrankungen.²⁸ Die Leistungen müssen geeignet sein, das Auftreten einer (weiteren) Krankheit, die Verschlechterung einer bestehenden (chronischen) Erkrankung oder den Eintritt von Folgeschäden zu verhindern.²⁹ Da nach § 4 Abs. 1 S. 1 AsylbLG die Behandlung von chronischen Erkrankungen ohne akute Krankheitszustände ausgeschlossen ist, kann hier eine Anwendung des § 6 Abs. 1 S. 1 AsylbLG in Betracht kommen.

Es wird vertreten,³⁰ dass die Regelung des § 6 AsylbLG als – restriktiv auszulegende – Ausnahmebestimmung für außergewöhnliche und atypische Bedarfsfälle konzipiert sei. Durch sie solle nicht das gesamte Leistungsspektrum der Krankenkassen in das Asylbewerberleistungsgesetz inkorporiert werden. Für eine enge Auslegung sprechen nach dieser Auffassung auch die gesetzgeberischen Ziele, Kosten zu sparen und »Asylmissbrauch begünstigende wirtschaftliche Anreize zu mindern.« Hierbei wird jedoch verkannt, dass bei der Auslegung von § 6 Abs. 1 AsylbLG dem Verfassungs-, Unions- und Völkerrecht³¹ als dem sogenannten höherrangigen Recht eine entscheidende Bedeutung zukommt; diese Regelung hat im Leistungs-

¹⁶ Hohm, GK-AsylbLG 2019, a. a. O. (Fn. 7), § 4 AsylbLG Rn. 60 ff. m. w. N.; Lemmer, Rechtsgutachten, a. a. O. (Fn. 11), S. 13.

¹⁷ Hohm, GK-AsylbLG 2019, a. a. O. (Fn. 7), § 4 AsylbLG Rn. 29 f.

¹⁸ §§ 32; 124 SGB V; hierzu gehören Physiotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Ergotherapie etc., vgl. Heilmittelrichtlinie, abrufbar unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/12/>.

¹⁹ § 33 SGB V; hierzu gehören: Sehhilfen, Hörhilfen, Körperersatzstücke (wie Prothesen, Perücken) und orthopädische Hilfsmittel (wie Bandagen) etc., vgl. Hilfsmittelverzeichnis (§ 139 SGB V), abrufbar bei <https://www.gkv-spitzenverband.de/> unter »Krankenversicherung/Hilfsmittel/Hilfsmittelverzeichnis«.

²⁰ Hohm, GK-AsylbLG 2019, a. a. O. (Fn. 7), § 4 AsylbLG Rn. 69 ff. m. w. N.

²¹ VGH Baden-Württemberg, Urteil vom 4.5.1998 – 7 S 920/98, Rn. 24, abrufbar bei <https://openjur.de/u/338150.html>.

²² SG Frankfurt a. M., Beschluss vom 13.10.2014 – S 20 AY 31/14 ER – asyl.net: M22432.

²³ VG Gera, Urteil vom 7.8.2003 – 6 K 1849/01 – abrufbar unter <https://bit.ly/2F9d8S9>.

²⁴ Wie bei gesetzlich Krankenversicherten entsprechend §§ 47, 52 Abs. 1 S. 1 SGB XII; § 20i SGB V.

²⁵ Hierzu gehören vor allem Krebsvorsorgeuntersuchungen (§ 25 Abs. 2 SGB V), Kinderuntersuchungen (§ 26 Abs. 1 SGB V) und Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, vgl. Hohm, GK-AsylbLG 2019, a. a. O. (Fn. 7), § 4 AsylbLG Rn. 100 ff.

²⁶ Die Leistung umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie die erforderliche Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel sowie deren Wartung und Kontrolle (§ 33 Abs. 1 S. 5 SGB V), vgl. Hohm, GK-AsylbLG – Kommentar zum Asylbewerberleistungsgesetz – Lfg. 55, Stand 1.12.2014, § 6 AsylbLG, Rn. 164.

²⁷ Psychotherapeut*innen müssen nicht über eine Kassenzulassung verfügen, da es sich um Leistungen nach dem AsylbLG und nicht dem SGB V handelt, vgl. Lemmer, Rechtsgutachten, a. a. O. (Fn. 11) mit Verweis auf LSG Hamburg, Beschluss vom 18.6.2014 – L 1 KR 52/14 B ER, asyl.net: M22090.

²⁸ Hohm, GK-AsylbLG 2014, a. a. O. (Fn. 26), § 6 AsylbLG Rn. 154.

²⁹ Hohm, GK-AsylbLG 2014, a. a. O. (Fn. 26), § 6 AsylbLG Rn. 140 ff., Lfg. 55 – Stand 1.12.2014.

³⁰ SG Landshut vom 24.11.2015 – S 11 AY 11/14 – Rn. 41, abrufbar bei <https://openjur.de/u/2190477.html>; danach sprächen auch systematische Erwägungen für eine enge Auslegung, da der Gesetzgeber mit § 4 Abs. 1 AsylbLG als Grundnorm der medizinischen Versorgung im Krankheitsfall das Ziel verfolgt hat, Leistungen bei Krankheit in ihrem Umfang nur auf niedrigem Niveau zu erbringen, vgl. Rn. 44.

³¹ Hier ist vor allem Art. 26 der UN-Behindertenrechtskonvention einschlägig, wonach die Vertragsstaaten zu Maßnahmen verpflichtet sind, um für Menschen mit Behinderungen ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in und die volle Teilhabe an alle(n) Aspekte(n) des Lebens zu erreichen bzw. zu bewahren.

system des AsylbLG die wichtige Funktion, trotz der restriktiven Grundausrichtung des AsylbLG in jedem Einzelfall das Existenzminimum zu sichern.³²

Nach der Rechtsprechung des Landessozialgerichts (LSG) Hessen³³ ist wegen der grundgesetzlichen Verpflichtung zum Schutz der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) und wegen des Sozialstaatsprinzips (Art. 20 Abs. 1 GG) eine verfassungskonforme Auslegung von § 6 Abs. 1 S. 1 AsylbLG in der Weise geboten, dass die Tatbestandsmerkmale der *Unerlässlichkeit* und der *Sicherung der Gesundheit* weit auszulegen sind. Ausreichend für die Gewährung sonstiger Leistungen nach § 6 Abs. 1 S. 1 AsylbLG ist deshalb ein Behandlungsbedarf, der über reine Bagatellerkrankungen hinausgeht. Zumindest bei nicht nur kurzzeitigem Aufenthalt ist zudem eine medizinische Versorgung mit *allen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung* erforderlich. Migrationspolitische Erwägungen, die Leistungen an Asylsuchende niedrig zu halten, um Anreize für Wanderungsbewegungen zu vermeiden, können von vornherein kein Absenken des Leistungsstandards unter das physische und soziokulturelle Existenzminimum rechtfertigen.³⁴ Auch das LSG Niedersachsen-Bremen³⁵ ist der Auffassung, dass die Regelungen des AsylbLG zur ärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung des Urteils des BVerfG vom 18.7.2012³⁶ zu interpretieren sind und bei der Auslegung der unbestimmten Rechtsbegriffe »erforderlich« sowie »unerlässlich« und »geboten« dessen Ausführungen zum menschenwürdigen Existenzminimum berücksichtigt werden müssen.

Bei Leistungen für Asylsuchende mit einer Aufenthaltsgestattung kann die *EU-Aufnahmerichtlinie* tangiert sein, nach der bei der Flüchtlingsaufnahme die spezielle Situation von *schutzbedürftigen Personen* berücksichtigt werden muss, wozu Menschen mit schweren körperlichen Erkrankungen, »psychischen Störungen« oder einer Behinderung³⁷ gehören.³⁸ Das bedeutet, dass die Aufnahmebedingungen bezüglich der medizinischen Versorgung entsprechend zu gestalten sind und Personen mit besonderen Bedürfnissen die erforderliche medizinische oder

sonstige Hilfe, inklusive einer psychologischen Betreuung, erhalten müssen (Art. 19 Abs. 2 der EU-Aufnahmerichtlinie). Das LSG Niedersachsen-Bremen³⁹ hat festgestellt, dass die EU-Aufnahmerichtlinie vom Gesetzgeber nicht (ausdrücklich) umgesetzt worden ist.⁴⁰ Daher sei eine richtlinienkonforme Auslegung des § 6 Abs. 1 S. 1 AsylbLG erforderlich, die zu einem Anspruch auf die »erforderliche medizinische und sonstige Hilfe« führen könne.⁴¹

Dem Wortlaut nach ist § 6 AufenthG als *Ermessensregelung* ausgestaltet; die Einzelheiten zum Umfang der Ermessensausübung sind allerdings umstritten:

Die Sozialgerichte⁴² gehen davon aus, dass in bestimmten Konstellationen durch verfassungs- und unionsrechtliche Vorgaben das Ermessen auf Null reduziert ist und damit ein Anspruch besteht. Auf die Behandlung einer chronischen Erkrankung ist jedenfalls dann ein Anspruch nach § 6 Abs. 1 AsylbLG gegeben, wenn andernfalls ein nicht unerhebliches Risiko von Folgeerkrankungen vorliegt.⁴³ Es wird aber auch vertreten,⁴⁴ dass § 6 Abs. 1 S. 1 AsylbLG so auszulegen ist, dass auf Leistungen zur Sicherung der Gesundheit⁴⁵ generell ein Anspruch besteht, der dadurch begrenzt wird, dass diese Leistung im Einzelfall *unerlässlich, erforderlich oder geboten* ist. Bei der Auswahl und der Form der Leistungen besteht Ermessen.

Damit ist festzuhalten, dass bei Asylsuchenden und Geduldeten nach §§ 4 und 6 AsylbLG nicht automatisch in jedem Fall alle Leistungen zur Gesundheitsversorgung wie bei gesetzlich Krankenversicherten übernommen werden. Es können aber nach Ermessen im Einzelfall grundsätzlich alle Leistungen gewährt werden. Im Einzelfall kann das Ermessen auf Null reduziert sein und daher ein Anspruch auf die beantragte Leistung bestehen.

³² SG Wiesbaden, Urteil vom 9.5.2008 – S 21 AY 9/07, Rn. 33, abrufbar bei <https://openjur.de/u/300500.html>.

³³ LSG Hessen, Beschluss vom 11.7.2018 – L 4 AY 9/18 B ER (Asylmagazin 10–11/2018, S. 389 f.) – asyl.net: M26415 mit Hinweis darauf, dass das verfassungsrechtlich gebotene Leistungsniveau nicht hinter den Mindeststandards der für Asylsuchende geltenden Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU zurückbleiben darf.

³⁴ LSG Hessen, Beschluss vom 11.7.2018, a. a. O. (Fn. 33).

³⁵ LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 1.10.2013 – L 8 AY 38/13 B – asyl.net: M21225.

³⁶ BVerfG, Urteil vom 18.7.2012 – 1 BvL 10/10, 1 BvL 2/11 – asyl.net: M19839.

³⁷ Eine Übersicht über den Zugang zu behinderungsspezifischen Sozialleistungen von Asylsuchenden und Geduldeten enthält Maren Gag und Barbara Weiser, Leitfaden zur Beratung von Menschen mit einer Behinderung im Kontext von Migration und Flucht, 2. Auflage 2020, abrufbar bei <https://esf-netwin.de/recht.php>.

³⁸ Art. 21 der Richtlinie 2013/33/EU vom 26. Juni 2013.

³⁹ LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 1.2.2018 – L 8 AY 16/17 B ER, abrufbar bei <https://bit.ly/3iFFTTY>.

⁴⁰ Vgl. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Josef Philip Winkler, Volker Beck (Köln), weiterer Abgeordneter und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, BT-Drs. 17/13461 vom 14.5.2013, S. 3 f. zu Frage 1. und 2., womit auch die Bundesregierung einen ausstehenden Umsetzungsbedarf bezüglich der Identifizierung und medizinischen Versorgung von Personen mit besonderen Bedürfnissen anerkannt hat.

⁴¹ LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 1.2.2018, a. a. O. (Fn. 39) m. w. N.; daneben komme aber auch eine direkte Anwendung des Art. 19 Abs. 2 der EU-Aufnahmerichtlinie in Betracht, was zu demselben Ergebnis führe; vgl. auch Lemmer, Rechtsgutachten, a. a. O. (Fn. 11), S. 21 m. w. N.

⁴² SG Hildesheim, Urteil vom 12.12.2012 – S 42 AY 100/11 – asyl.net: M20389, zum Anspruch auf die Übernahme von Fahrtkosten von der Schule zum Schulhort vor der Einführung der Regelung zur Übernahme der Bedarfe für Bildung und Teilhabe (§ 3 Abs. 4 AsylbLG); LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 1.2.2018, a. a. O. (Fn. 39); Hohm GK-AsylbLG 2014, a. a. O. (Fn. 26), § 6 AsylbLG Rn. 10 m. w. N.

⁴³ LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss vom 28.8.2008 – L 1 ER 195/08 AY, asyl.net: M14164.

⁴⁴ Hohm, GK-AsylbLG 2014, a. a. O. (Fn. 26), § 6 AsylbLG Rn. 13 ff.

⁴⁵ Gleiches soll für die anderen in § 6 Abs. 1 S. 1 AsylbLG genannten Fallgruppen gelten.

3. Elektronische Gesundheitskarte

Nach § 264 Abs. 1 S. 2 SGB V können die einzelnen Bundesländer mit einer gesetzlichen Krankenversicherung vereinbaren, dass diese die Krankenbehandlung von Personen übernimmt, die Gesundheitsleistungen nach §§ 4 und 6 AsylbLG erhalten.⁴⁶ Die Vereinbarung muss Regelungen zur Leistungserbringung sowie zum Aufwendungs- und Verwaltungskostenersatz beinhalten und festlegen, ob Asylsuchende und Geduldete eine elektronische Gesundheitskarte erhalten (§ 264 Abs. 1 S. 3 SGB V). Damit können sie – wie gesetzlich krankenversicherte Personen – sich direkt ärztlich behandeln lassen, ohne dass der Träger der Sozialhilfe zuvor einen Behandlungsschein ausgestellt hat.

Das Informationsportal »Gesundheitsportal für Geflüchtete« enthält eine Übersicht,⁴⁷ in welchen Bundesländern entsprechende Vereinbarungen abgeschlossen wurden und – wenn die Vereinbarung nicht landesweit gilt – welche Landkreise und kreisfreien Städte ihr beigetreten sind. Die elektronische Gesundheitskarte gibt es landesweit in Berlin,⁴⁸ Bremen,⁴⁹ Hamburg,⁵⁰ Schleswig-Holstein⁵¹ und Thüringen⁵² sowie in einzelnen Kommunen in Brandenburg,⁵³ Niedersachsen,⁵⁴ Nordrhein-Westfalen⁵⁵ und Rheinland-Pfalz.⁵⁶

Der Leistungsumfang der Krankenkasse richtet sich grundsätzlich nach §§ 4 und 6 AsylbLG.⁵⁷ Die Vereinba-

rungen können aber im Einzelnen regeln, welche Leistungen Inhaber*innen einer Gesundheitskarte unter welchen Voraussetzungen von der Krankenkasse erhalten. Unter anderem in Nordrhein-Westfalen⁵⁸ und Rheinland-Pfalz⁵⁹ wird zwischen drei Leistungsbereichen unterschieden:

1. Leistungen, die ohne Genehmigungsverfahren direkt über die elektronische Gesundheitskarte bezogen werden,
2. Leistungen mit Genehmigungsverfahren, bei denen die Krankenkasse aber nicht die Aufschiebbarkeit der Behandlung prüft, sowie
3. Leistungen mit Genehmigungsverfahren, die regelmäßig aufschiebbar sind, wie beispielsweise bei der Neuversorgung mit Zahnersatz. Leistungen aus diesem Bereich müssen vom Träger der Sozialhilfe bewilligt werden.

Damit wird weitgehend auch eine Behandlung von nicht akuten Erkrankungen ermöglicht.

4. Sprachmittlungs- und Fahrtkosten

Wie beschrieben (II.1) besteht nach § 4 Abs. 1 S. 1 AsylbLG ein Anspruch auf sonstige Leistungen, die zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung der Krankheit oder der Krankheitsfolgen erforderlich sind. Hierzu kann die Übernahme von Dolmetschungskosten gehören, wenn und soweit eine ärztliche Behandlung ohne die Sprachmittlung nicht möglich ist.⁶⁰ Wegen des im AsylbLG geltenden Nachrang-Grundsatzes (vgl. § 8 Abs. 1 S. 1 AsylbLG) müssen aber zunächst die Möglichkeiten einer unentgeltlichen Sprachmittlung durch Verwandte etc. ausgeschöpft werden.⁶¹

Auch Fahrtkosten sind als »sonstige Leistungen« zu übernehmen, wenn sie einen unmittelbaren, funktionalen Bezug zur erforderlichen (zahn-)ärztlichen Behandlung haben und zur Sicherstellung dieser Hilfeleistung aus

⁴⁶ Voraussetzung hierfür ist, dass die Krankenversicherung durch die Landesregierung oder die von der Landesregierung beauftragte oberste Landesbehörde dazu aufgefordert wurde.

⁴⁷ Informationsportal der Medibüros/Medinetzwerke: gesundheitsgefluechtete.info; Übersicht abrufbar unter »Für die Öffentlichkeit/Regelung in den Bundesländern«.

⁴⁸ Vereinbarung abrufbar unter <https://bit.ly/3lewZ1E>.

⁴⁹ »Bremer Modell« abrufbar unter <https://bit.ly/3jJaEsE>.

⁵⁰ In Hamburg besteht keine Rahmenvereinbarung, sondern ein Vertrag zwischen der Kommune und der AOK Bremen/Bremerhaven, so <http://gesundheitsgefluechtete.info/implementation-der-gesundheitskarte-in-hamburg/>; zum Behandlungsumfang siehe Fachanweisung, abrufbar unter <https://bit.ly/36Bg6ds>.

⁵¹ Informationen zur Gesundheitskarte in Schleswig-Holstein sind abrufbar bei <https://bit.ly/2Hexs5l>.

⁵² Vereinbarung abrufbar unter <https://bit.ly/2GLLHhu>.

⁵³ Vereinbarung abrufbar unter <https://bit.ly/34C20pH>; bislang haben 17 Städte/Landkreise die Gesundheitskarte eingeführt.

⁵⁴ Vereinbarung abrufbar bei <https://bit.ly/3lIF2z>; bislang haben Delmenhorst, Cuxhaven und Burgwedel die Gesundheitskarte eingeführt.

⁵⁵ Vereinbarung abrufbar bei <https://bit.ly/3lpgj7Q>; bislang haben 22 Städte/Landkreise die Gesundheitskarte eingeführt, vgl. Informationsportal Medibüros, abrufbar bei <https://bit.ly/3jFntnV>.

⁵⁶ Vereinbarung abrufbar bei <https://bit.ly/2HVkjzR>; bislang haben Trier, Mainz und der Landkreis Kusel die Gesundheitskarte eingeführt, so Informationsportal Medibüros, abrufbar unter <https://bit.ly/3jF8gmK>.

⁵⁷ § 264 Abs. 1 S. 2 SGB V, vgl. z. B. § 4 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit §§ 1; 1a AsylbLG in Nordrhein-Westfalen, siehe Vereinbarung NRW, a. a. O. (Fn. 55).

⁵⁸ § 4 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung, Anlage 1, abrufbar unter <https://bit.ly/3jFgWcH>.

⁵⁹ Anlage 1 zur Vereinbarung zwischen den Krankenkassen und dem Land Rheinland-Pfalz zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 1, 1a AsylbLG, abrufbar unter <https://bit.ly/3o1cxDA>.

⁶⁰ Die Leistungen nach § 4 Abs. 1 S. 1 AsylbLG sind nicht an den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gebunden, die Sprachmittlungskosten nicht übernehmen (§ 28 Abs. 1 S. 2 SGB V), vgl. Hohm, GK-AsylbLG 2019, a. a. O. (Fn. 7), § 4 AsylbLG Rn. 88; VG Saarland, Urteil vom 29.12.2000 – 4 K 66/99; a. A. Wahrendorf, in: Grube/Wahrendorf, SGB XII, 6. Auflage 2018, § 4 AsylbLG Rn. 40, wonach eine Kostenübernahme wegen des Fehlens eines engen funktionalen Bezugs zur akuten Erkrankung nicht möglich sei.

⁶¹ Hohm, GK-AsylbLG 2019, a. a. O. (Fn. 7), § 4 AsylbLG Rn. 90.

zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind.⁶² Welches Verkehrsmittel Leistungsberechtigte im Falle einer Kostenübernahme benutzen können, bestimmt sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall, wobei vorrangig – falls möglich – der öffentliche Personennahverkehr zu nutzen ist.⁶³ Sollen Fahrtkosten übernommen werden, kann der Betrag bis zu dem Anteil, der im notwendigen persönlichen Bedarf nach § 3a Abs. 1 AsylbLG⁶⁴ für Verkehr enthalten ist, gekürzt werden.⁶⁵ Bei Fahrtkosten zur Psychotherapie handelt es sich jedoch um einen zusätzlichen Bedarf außerhalb des normalen Verkehrsbedarfs, sodass keine Reduzierung über § 3a Abs. 1 AsylbLG erfolgen kann.⁶⁶ Dies müsste entsprechend für Fahrtkosten zu anderen ärztlichen Behandlungen etc. gelten, die überdurchschnittlich oft stattfinden müssen.

Außerdem kann die Übernahme von Sprachmittlungs- und Fahrtkosten⁶⁷ zu den sonstigen Leistungen gehören, die nach § 6 Abs. 1 S. 1 AsylbLG gewährt werden können, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind.⁶⁸ In Schleswig-Holstein ist die Zahlung von Sprachmittlungskosten bei ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungen in einem Erlass⁶⁹ geregelt.

III. Gesundheitsversorgung beim Bezug von Analogleistungen nach § 2 AsylbLG

1. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

Leben Asylsuchende und Geduldete ohne wesentliche Unterbrechungen seit 18 Monaten in Deutschland, können sie nach § 2 AsylbLG Leistungen entsprechend dem SGB XII, also u. a. Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen (sogenannte Analogleistungen).⁷⁰ Als Personen, die Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten und formal nicht gesetzlich krankenversichert sind, haben sie dennoch nach § 264 SGB V im gleichen Umfang wie diese Zugang zu allen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und erhalten eine Versicherungskarte von der von ihnen ge-

wählten gesetzlichen Krankenkasse.⁷¹ Der Träger der Sozialhilfe erstattet dann der gesetzlichen Krankenkasse die entstandenen Kosten.⁷²

Vor allem bei Medikamenten und bei Krankenhausaufenthalten sind bestimmten Zuzahlungen erforderlich; Kinder sind hiervon befreit.⁷³ Für Leistungsberechtigte, die ausschließlich Einnahmen nach § 2 AsylbLG i. V. m. SGB XII haben, gilt die Höchstgrenze von 2 % des Regelsatzes; für chronisch Kranke sind es unter bestimmten Bedingungen 1 % (§ 62 Abs. 1 S. 2 SGB V). Der Betrag gilt nicht pro Person, sondern für alle in einem gemeinsamen Haushalt lebende Ehe-/Lebenspartner*innen und Kinder zusammen (§ 62 Abs. 2 S. 5 SGB V).

2. Sprachmittlungs- und Fahrkosten

Zur ärztlichen Behandlung, die durch die *gesetzliche Krankenkasse* finanziert wird, gehören die Hilfeleistung anderer Personen nur, wenn sie ärztlich sowohl angeordnet als auch zu verantworten sind (§ 28 Abs. 1 S. 2 SGB V). Das ist nur dann der Fall, wenn Ärzt*innen die Tätigkeit aufgrund ihres Fachwissens überwachen und leiten können, was bei einer Sprachmittlung nicht der Fall ist. Daher ist nach Auffassung der Rechtsprechung⁷⁴ die Übernahme von Dolmetschungskosten aus Mitteln der Krankenversicherung nicht möglich. Da sich der Leistungsumfang der Hilfe bei Krankheit nach dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung richtet, können Sprachmittlungskosten auch nicht nach § 48 SGB XII durch den *Träger der Sozialhilfe* übernommen werden.⁷⁵ Fahrtkosten können von der gesetzlichen Krankenversicherung bei einer stationären Behandlung erbracht werden; bei einer ambulanten Behandlung ist die Kostenübernahme auf einzelne Konstellationen beschränkt, wie beispielsweise dem Vorliegen einer bestimmten Schwerbehinderung.⁷⁶

Wenn durch eine medizinische Behandlung regelmäßige Fahrtkosten entstehen, könnte der Träger der Sozialhilfe nach § 2 AsylbLG i. V. m. § 27a Abs. 4 S. 1 Nr. 2 SGB XII den Regelbedarf entsprechend höher festlegen. Das ist möglich, wenn der durch die Regelbedarfe gedeckte Bedarf, zu dem der für Verkehr gehört, länger als einen Monat in mehr als geringem Umfang über dem durchschnittlichen

⁶² Hohm, GK-AsylbLG 2019, a. a. O. (Fn. 7), § 4 AsylbLG Rn. 75 f.; LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 9.3.2015 – L 8 SO 23/14 B ER – abrufbar unter <https://bit.ly/2F8vFOm>.

⁶³ Hohm, GK-AsylbLG 2019, a. a. O. (Fn. 7), § 4 AsylbLG Rn. 77.

⁶⁴ Verkehr (Abteilung Nr. 7 der EVS 20; vgl. §§ 5 Abs. 1, 6 Abs. 1 RBEG).

⁶⁵ Hohm, GK-AsylbLG 2019, a. a. O. (Fn. 7), § 4 AsylbLG Rn. 79.

⁶⁶ Hohm, GK-AsylbLG 2014, a. a. O. (Fn. 26), § 6 AsylbLG Rn. 180 zur Psychotherapie.

⁶⁷ Hohm, GK-AsylbLG 2019, a. a. O. (Fn. 7), § 4 AsylbLG Rn. 78 m. w. N.

⁶⁸ Hohm, GK-AsylbLG 2014, a. a. O. (Fn. 26), § 6 AsylbLG Rn. 180.

⁶⁹ Schleswig-Holstein, Ministerium für Inneres und Bundesangelegenheiten, Schreiben vom 18.6.2015, abrufbar unter <https://bit.ly/2GpzW0H>.

⁷⁰ Das gilt nicht, wenn die Dauer des Aufenthalts rechtsmissbräuchlich beeinflusst wurde, was bei Asylsuchenden nicht der Fall sein kann.

⁷¹ § 264 Abs. 2 S. 1, Abs. 3 S. 1, Abs. 4 S. 2 SGB V.

⁷² § 264 Abs. 7 S. 1 SGB V.

⁷³ §§ 31 Abs. 3; 39 Abs. 4 SGB V i. V. m. § 61 SGB V (Höhe der Zuzahlung).

⁷⁴ BSG, Urteil vom 10.5.1995 – 1 RK 20/94 – abrufbar unter <https://bit.ly/30Jw9lw>, zur Kostenerstattung für Gebärdendolmetscher*innen.

⁷⁵ SG Hildesheim, Urteil vom 1.12.2011 – S 34 SO 217/10 – asyl.net: M19324; Lemmer, Rechtsgutachten, a. a. O. (Fn. 11), S. 35 f.

⁷⁶ § 60 SGB V.

Bedarf liegt und die Mehraufwendungen nicht anderweitig ausgeglichen werden.⁷⁷

In Betracht kommt aber vor allem eine Erstattung der Sprachmittlungs- oder Fahrtkosten nach § 2 AsylbLG i. V. m. § 73 SGB XII durch den Träger der Sozialhilfe, wozu *Leistungen* auch *in sonstigen Lebenslagen* erbracht werden können, wenn sie den Einsatz öffentlicher Mittel rechtfertigen. Eine sonstige Lebenslage liegt vor, wenn die bedarfsauslösende Lebenslage weder innerhalb des SGB XII noch in den anderen Bereichen des Sozialrechts geregelt ist.⁷⁸ Das kann bei Dolmetsch- oder Fahrtkosten der Fall sein.⁷⁹ Bei der Ermessensentscheidung darüber sind unter anderem die Vorgaben der EU-Aufnahmerichtlinie sowie des Grundgesetzes zu berücksichtigen (vgl. II.2).

Bei einer stationären Behandlung könnte eine Übernahme der Sprachmittlungskosten durch das *Krankenhaus* infrage kommen: So wird die Auffassung vertreten, dass diese Kosten zu den allgemeinen Krankenhausleistungen des § 2 Abs. 2 S. 1 Krankenhausentgeltgesetz zählen und von den Krankenhausträgern zu übernehmen seien.⁸⁰ Die Finanzierung müssten die Krankenhäuser dann mit den Mitteln bestreiten, die sie über die sogenannten Fallpauschalen für die stationäre Behandlung abrechnen dürfen. Die deutsche Krankenhausgesellschaft als Zusammenschluss von Spitzen- und Landesverbänden der Krankenhausträger widerspricht dieser Auffassung allerdings und sieht grundsätzlich keine Pflicht zur Übernahme von Dolmetschungskosten.⁸¹

IV. Gesundheitsversorgung beim Bezug von gekürzten Leistungen

1. Leistungseinschränkung nach § 1a AsylbLG

Asylsuchende und Geduldete erhalten unter bestimmten Voraussetzungen nur eingeschränkte Leistungen nach § 1a AsylbLG. Dies gilt etwa für Asylsuchende, deren Asylantrag als unzulässig abgelehnt wurde, weil nach der Dublin-III-Verordnung ein anderer Staat für die Durchführung des Asylverfahrens zuständig ist und für die eine Abschiebung angeordnet wurde (§ 1a Abs. 7 S. 1 AsylbLG).⁸² Eingeschränkte Leistungen bedeutet unter anderem, dass *kein Zugang zu Leistungen nach § 6 AsylbLG* besteht, mit der Folge, dass die Betroffenen von allen sonstigen Leistungen ausgeschlossen sind, die zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind.

Es bestehen auch in der Rechtsprechung⁸³ erhebliche Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit der Leistungseinschränkungen in § 1a AsylbLG, weil diese das Grundrecht der Betroffenen auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums, wie es das Bundesverfassungsgericht⁸⁴ dargelegt hat, in offensichtlicher Weise beeinträchtigen.⁸⁵ Der Ausschluss kann auch nicht ausnahmsweise damit gerechtfertigt werden, dass mit der Leistungseinschränkung ein asylrechtlich ungewolltes Verhalten sanktioniert wird. Denn dies ist allein eine migrationspolitisch veranlasste Sanktion; das Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums ist jedoch migrationspolitisch gerade nicht zu relativieren.⁸⁶

Nach der Rechtsprechung des BVerfG⁸⁷ ist eine Differenzierung nach dem Aufenthaltsstatus nur möglich,

⁷⁷ Thome, Leitfaden ALG II/Sozialhilfe von A bis Z, 30. Auflage 2019/2020, S. 402; Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege, Sprachmittlung: Voraussetzung für die Inanspruchnahme sozialer und gesundheitlicher Leistungen, 4.6.2020, abrufbar unter <https://bit.ly/3jKCbdq>, S. 4.

⁷⁸ Schellhorn in Schellhorn/Hohm/Schneider, SGB XII, 19. Auflage 2015, § 73 SGB XII, Rn. 5.

⁷⁹ SG Hildesheim, Urteil vom 1.12.2011, a. a. O. (Fn. 75), zu Dolmetscherkosten für die seitens der Krankenkasse bewilligten Therapiesitzungen; dem Anspruch steht der Bezug von SGB II-Leistungen nicht entgegen, weil nach § 5 Abs. 2 SGB II lediglich die Leistungen nach dem 3. Kapitel des SGB XII ausgeschlossen sind; Schellhorn, SGB XII, a. a. O. (Fn. 78), § 73 SGB XII, Rn. 10.1; Lemmer, Rechtsgutachten, a. a. O. (Fn. 11), S. 37 f.

⁸⁰ Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages, Dolmetscher im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung, Anspruch und Kostenübernahme, WD 9 – 3000 – 021/17 vom 4.5.2017, S. 6 m. w. N.

⁸¹ Deutsche Krankenhausgesellschaft, Hinweise zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Krankenhäusern, November 2015, S. 7, abrufbar unter <https://bit.ly/34OclPh>.

⁸² Das gilt nicht, wenn ein Gericht die aufschiebende Wirkung der Klage gegen die Abschiebungsanordnung angeordnet hat (§ 1a Abs. 7 S. 2 AsylbLG).

⁸³ LSG Niedersachsen Bremen, Beschluss vom 19.3.2020 – L 8 AY 4/20 B ER – asyl.net: M28258; SG Oldenburg, Beschluss vom 18.2.2020 – S 25 AY 7/20 ER – asyl.net: M28133; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 27.3.2020 – L 20 AY 20/20 B ER – asyl.net: M28447. Nach der Weisung der Berliner Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales vom 20.8.2019 – Rundschreiben Soz Nr. 05/2019 – asyl.net: M27610, ist in der Rechtsfolgenabwägung der Regelungen des § 1a AsylbLG besondere Sorgfalt geboten, wenn Menschen betroffen sind, die besonders schutzbedürftig im Sinne der EU-Aufnahmerichtlinie sind. Dies umfasst etwa Menschen mit Behinderung, schweren körperlichen Erkrankungen oder psychischen Störungen.

⁸⁴ BVerfG, Urteil vom 18.7.2012, a. a. O. (Fn. 36).

⁸⁵ Es bestehen auch erhebliche Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit der Leistungskürzungen in § 1a AsylbLG bzgl. einzelner Tatbestandsvoraussetzungen; eine Übersicht bietet der Informationsverbund Asyl und Migration e. V. bei asyl.net unter »Rechtsprechungskategorien/ Sozialrecht/Asylbewerberleistungsgesetz«, vgl. dazu auch Hupke, Aktuelle Rechtsprechung zu den Änderungen im AsylbLG, Asylmagazin 3/2020, S. 90 ff., abrufbar in ähnlicher Form bei <https://bit.ly/2GpD0dd>.

⁸⁶ Vgl. hierzu auch Genge, Das geänderte Asylbewerberleistungsgesetz, Beilage zum Asylmagazin 8–9/2019, S. 14 ff.

⁸⁷ BVerfG, Urteil vom 18.7.2012, a. a. O. (Fn. 36), Leitsatz 3.

wenn der Bedarf bestimmter Personengruppen an existenznotwendigen Leistungen von dem anderer Bedürftiger signifikant abweicht und dies in einem inhaltlich transparenten Verfahren anhand des tatsächlichen Bedarfs gerade dieser Gruppe belegt werden kann. Daher ist grundsätzlich das vom Gesetzgeber festgelegte Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem SGB V als Existenzminimum sicherzustellen, soweit der Gesetzgeber nicht nach den oben genannten Grundsätzen Minderbedarfe festgestellt und leistungsrechtlich geregelt hat. Die Frage einer missbräuchlichen Beeinflussung der Aufenthaltsdauer ist unbeachtlich, weil sie nicht zu Minderbedarfen führt.⁸⁸ Damit müsste hier im Einzelfall aus dem höherrangigen Recht (Völker-, Unions- und Verfassungsrecht) eine gesetzlich nicht vorgesehene Leistungspflicht abgeleitet werden, wie es die Anwendungshinweise des rheinland-pfälzischen Familienministeriums⁸⁹ vorsehen: Danach wirken die Regelungen zur medizinischen Versorgung in der EU-Aufnahmerichtlinie europarechtlich zwingend unmittelbar anspruchsbegründend. Dies gilt nicht nur während des Asylverfahrens, sondern auch nach dessen Abschluss, wenn Leistungsberechtigte als vollziehbar ausreisepflichtige oder geduldete Personen der Dublin-III-Verordnung unterfallen und in den für die Durchführung des Asylverfahrens zuständigen Staat überstellt werden sollen.

2. Leistungseinschränkung nach § 1 Abs. 4 AsylbLG

Vollziehbar Ausreisepflichtige ohne eine Duldung, denen in einem anderen europäischen Land internationaler Schutz gewährt wurde und die diesen Schutz dort auch gegenwärtig noch in Anspruch nehmen können, haben keinen Anspruch auf Leistungen nach dem AsylbLG. Sie erhalten lediglich *Überbrückungsleistungen*, die unter anderem Leistungen bei Krankheit für zwei Wochen innerhalb von zwei Jahren beinhalten. Zur Überwindung einer *besonderen Härte* können Leistungen unter anderem nach § 6 AsylbLG auch für einen längeren Zeitraum als zwei Wochen gewährt werden. Hier ist ebenfalls eine Auslegung erforderlich, die dem höherrangigen Recht Rechnung trägt.⁹⁰

V. Fazit

Die gegenwärtigen Regelungen haben zur Folge, dass Asylsuchenden und Geduldeten in der Praxis vielfach die erforderliche medizinische Behandlung und sonstige Leistung zur Gesundheitsversorgung nicht gewährt wird, obwohl eine verfassungs- und unionsrechtskonforme Auslegung dazu führen müsste, dass Grundleistungsberechtigte bei entsprechenden Bedarfen alle Leistungen wie gesetzlich Krankenversicherte erhalten. Die Durchsetzung dieser Ansprüche kann oft nur mit einer fachkundigen Beratung sowie intensiver Begleitung und Unterstützung realisiert werden, auf die nicht alle Asylsuchenden und Geduldeten zurückgreifen können.

Eine Abschaffung des AsylbLG ist daher auch und gerade unter dem Gesichtspunkt einer menschenwürdigen Gesundheitsversorgung notwendig. Zumindest sollten für alle Personen, die Leistungen nach dem AsylbLG beziehen, ohne Wartezeit die Regelungen des § 264 Abs. 2 SGB V anwendbar sein, damit sie von Anfang an Zugang zu allen Krankenversicherungsleistungen haben.

Hilfsweise sollte zumindest flächendeckend die elektronische Gesundheitskarte eingeführt werden, auch um die Ausstellung von Behandlungsscheinen entbehrlich zu machen. Dadurch ließen sich vermutlich auch erhebliche Verwaltungskosten einsparen. Jedenfalls müsste sichergestellt werden, dass Personen, deren Leistungen nach § 1a AsylbLG gekürzt wurden, Zugang zur notwendigen gesundheitlichen Versorgung über die »sonstigen Leistungen« des § 6 AsylbLG erhalten.

Personen mit unzureichenden Deutschkenntnissen sollten einen allgemeinen Anspruch auf Sprachmittlung erhalten, vergleichbar mit der Regelung für Personen mit einer Hör- oder Sprechbehinderung.⁹¹

⁸⁸ LSG Hessen, Beschluss vom 11.7.2018, a. a. O. (Fn. 33).

⁸⁹ Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz, Anwendungshinweise vom 23.8.2019 – 78 008-00001/2019-001 Dok.-Nr.: 2019/034844 – asyl.net: M27581.

⁹⁰ Vgl. dazu auch Genge, a. a. O. (Fn. 86).

⁹¹ Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege, Sprachmittlung, 4.6.2020, a. a. O. (Fn. 77), S. 5.

Besondere Schutzbedürftigkeit von Geflüchteten in Deutschland

Wird Deutschland den Vorgaben der EU-Aufnahmerichtlinie gerecht?

Inhalt

1. Einleitung
2. Identifizierung besonderer Schutzbedarfe in Deutschland
 - 2.1. Strukturierte Verfahren
 - 2.2. Verweis auf Sprechstunden in den Unterkünften
 - 2.3. Verweis auf Ausbau externer Versorgungsstrukturen
 - 2.4. Keine Methode zur Identifizierung
 - 2.5. Länderübergreifende Schwierigkeiten
3. Empfehlungen

1. Einleitung

Die Mitgliedstaaten der EU sind aufgrund der sogenannten Aufnahmerichtlinie¹ (im Folgenden: AufnRL) verpflichtet, »die spezielle Situation von schutzbedürftigen Personen« zu berücksichtigen.

Die Richtlinie nennt dabei in einer (nicht abschließenden) Aufzählung eine Reihe von Personengruppen, die als »Antragsteller mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme« bzw. »schutzbedürftige Personen« bezeichnet werden (Art. 2 Bst. k und Art. 21 und 22 AufnRL).² Konkrete Vorgaben enthält sie insbesondere für Minderjährige, unbegleitete Minderjährige sowie für Überlebende von Folter und Gewalt (Art. 23 bis 25 AufnRL). Auch allen sonstigen schutzbedürftigen Personen müssen die Mitgliedstaaten die erforderliche Unterstützung zukommen lassen, damit sie die durch die Richtlinie gewährten Rechte wahrnehmen sowie ihren Pflichten nachkommen können (Art. 2 Bst. k AufnRL).

* Lisa vom Felde, Jenny Baron und Arne Bardelle arbeiten bei der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e. V.

¹ Richtlinie 2013/33/EU vom 26.6.2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen, Abl. L 180/96.

² Als besonders schutzbedürftig gelten etwa (unbegleitete) Minderjährige, Menschen mit Behinderungen, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende, Überlebende von Menschenhandel, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Erkrankungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen von Gewalt erlebt haben (Art. 21 AufnRL). LSBTIQ*-Geflüchtete werden in der (nicht abschließenden) Aufzählung der Richtlinie nicht explizit benannt, werden aber nach Auffassung sowohl der Bundesregierung als auch von NGOs und Interessenvertretungen als eine besonders vulnerable Gruppe mit spezifischen Bedarfen verstanden, vgl. Träbert, A. & Dörr, P. (2019): »LSBTIQ*-Geflüchtete und Gewaltschutz. Implikationen für die Unterbringung, Zuweisung und Beratung«, *Asylmagazin*, 10–11, 344–351.

Dabei verfolgt die Richtlinie die folgenden Ziele: Zum einen sollen schutzbedürftige Personen vor (erneuten) Gewalterfahrungen im Aufnahmeland geschützt werden (vgl. Art. 18 Abs. 4 und Art. 25 AufnRL). Zum anderen soll ihren individuellen besonderen Bedarfen Rechnung getragen werden (Art. 22 AufnRL).

Die Notwendigkeit, auf die spezifischen Bedürfnisse schutzbedürftiger Personen einzugehen, ergibt sich darüber hinaus aus den folgenden Erwägungen:

- Eine *rechtzeitige angemessene Behandlung* (vgl. Art. 19 Abs. 2 AufnRL) kann eine Verschlechterung und Chronifizierung von Erkrankungen verhindern. Außerdem wird durch eine frühzeitige psychotherapeutische Versorgung die Grundlage für eine nachhaltige Integration geschaffen. Konzentrationsschwierigkeiten und Schlafstörungen, die als unspezifische Symptome mit den meisten psychischen Erkrankungen einhergehen, stellen beispielsweise häufige Schwierigkeiten in Deutschkursen dar, die die Grundlage zum Erwerb von Sprachkenntnissen und darauffolgende berufliche Integration darstellen.
- Eine *bedarfsgerechte Unterbringung* (vgl. Art. 18 Abs. 3 AufnRL) kann bei psychischen Belastungen stabilisierend wirken und Stressfaktoren reduzieren. Hierzu können beispielsweise eine Unterbringung in Frauenschutzräumen, in einem Einzelzimmer bei stark ausgeprägten Angstsymptomen oder die Schaffung kinderfreundlicher Räume zählen.³
- Ein nicht frühzeitig erkannter Behandlungsbedarf kann zudem zu Beeinträchtigungen im Asylverfahren führen. So kann beispielsweise das Vorliegen einer Traumafolgestörung zur Folge haben, dass Schutzsuchende in der *Anhörung* nicht detailliert und chronologisch von ihren Erfahrungen berichten können. In der Verfahrensrichtlinie (Richtlinie 2013/32/EU) werden weitere Verfahrensgarantien für besonders schutzbedürftige Geflüchtete festgelegt.

Die Aufnahmerichtlinie bestimmt, dass die Mitgliedstaaten besondere Schutzbedürftigkeit feststellen müssen (Art. 22 AufnRL). Ein effektives Verfahren muss bewir-

³ Mehr zu kinderfreundlichen Räumen in Geflüchteten-Unterkünften in BAfF e. V. (2020): *Living in a box. Psychosoziale Folgen des Lebens in Sammelunterkünften für geflüchtete Kinder*.

ken, dass diese möglichst früh bei möglichst allen betroffenen Personen erkannt wird und den daraus folgenden besonderen Bedarfen Rechnung getragen wird. Insbesondere müssen die Mitgliedstaaten dafür sorgen, dass alle Schutzsuchenden die erforderliche medizinische und psychologische Versorgung erhalten (Art. 19 AufnRL).

Die Aufnahme- und die Verfahrensrichtlinie wurden 2013 verabschiedet und hätten bis Juli 2015 in deutsches Recht umgesetzt werden müssen. Ein Referentenentwurf des Bundesinnenministeriums vom 1. Oktober 2015 zur Umsetzung der Richtlinien in Bezug auf Asyl wurde jedoch wieder zurückgezogen. Daher gab es keine direkte Umsetzung in deutsches Recht. Die Europäische Kommission leitete zwischenzeitlich sogar Vertragsverletzungsverfahren gegen Deutschland wegen fehlender Umsetzung der Aufnahme- und Verfahrensrichtlinie ein. Diese wurden jedoch im Oktober 2019 mit der Begründung eingestellt, dass die rechtlichen Vorgaben mittlerweile in nationales Recht umgesetzt worden seien. Zuletzt wurde mit dem sogenannten Geordnete Rückkehr-Gesetz⁴ §44 Abs.2a AsylG eingeführt. Dieser besagt, dass die Länder geeignete Maßnahmen treffen sollen, um bei der Unterbringung von Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen den Schutz von Frauen und schutzbedürftigen Personen zu gewährleisten. Dies gilt auch in Bezug auf Gemeinschaftsunterkünfte (§53 Abs.3 AsylG). Damit werden die Verpflichtungen gemäß der Aufnahme richtlinie in Bezug auf die Unterbringung klargestellt, ohne jedoch die erforderlichen Maßnahmen weiter zu konkretisieren.

2. Identifizierung besonderer Schutzbedarfe in Deutschland

Nach Einschätzung der Bundesregierung liegt die Zuständigkeit für die Identifizierung besonderer Schutzbedarfe – ebenso wie die Zuständigkeit für die Unterbringung und gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten – bei den Bundesländern. Das BAMF verweist auf Anfrage bezüglich der Sicherstellung der Verfahrensgarantien auf §8 Abs.1b AsylG⁵, in dem es heißt, »die oberste Landesbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle kann dem Bundesamt personenbezogene Daten über körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen eines Ausländers übermitteln, deren Kenntnis für das Bundesamt zur ordnungsgemäßen Durchführung der

Anhörung erforderlich ist.«⁶ Diese Bestimmung ist jedoch in zweierlei Hinsicht problematisch. Zum einen ist es eine Kann-Bestimmung, was bedeutet, dass die Landesbehörde Informationen bezüglich besonderer Schutzbedarfe von Geflüchteten weiterleiten kann, dazu jedoch nicht verpflichtet ist. Zum anderen muss die Landesbehörde zunächst von besonderen Bedarfen oder Einschränkungen erfahren, um dieses Wissen an das BAMF weitergeben zu können. Dazu braucht es ein Verfahren, um diese Bedarfe systematisch und zuverlässig zu identifizieren.

Da ein einheitliches Verfahren gesetzlich nicht vorgegeben ist, ist die Situation in den Bundesländern sehr unterschiedlich. Bisher gab es keine Veröffentlichungen zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit bei Geflüchteten in den verschiedenen deutschen Bundesländern. Daher hat die BAfF eine Studie erstellt, die einen deutschlandweiten Überblick über den Stand der Umsetzung der Aufnahme richtlinie in Hinblick auf besondere Schutzbedürftigkeit gibt.⁷ Der Fokus liegt dabei auf der Gruppe der psychisch erkrankten Geflüchteten. Im Rahmen der Studie wurden neben einer Dokumentenanalyse Praxisdialoge geführt, um die Vor- und Nachteile der bestehenden Strukturen zu erfassen und die behördlichen Darstellungen mit Erfahrungen von Praktiker*innen zu ergänzen. Die Praktiker*innen waren Sozialarbeitende, Ärzt*innen oder Psycholog*innen, die in Beratungsstellen, psychosozialen Zentren oder Aufnahmeeinrichtungen arbeiten. Auf der Grundlage der Analyse wurden vier analytische Kategorien gebildet, in denen Bundesländer mit ähnlichen Ansätzen zusammengefasst wurden.⁸

1. In drei Bundesländern (Berlin, Brandenburg und Niedersachsen, ein Fünftel) bestehen strukturierte Verfahren mit klaren Zuständigkeiten für die Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit.
2. Ein Drittel der Bundesländer (Baden-Württemberg, Hamburg, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt) verweist hauptsächlich auf psychiatrisch/psychologische Sprechstunden vor Ort.

⁶ Deutscher Bundestag (2017). *Zur Lage von geflüchteten Menschen mit Behinderungen*. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Drs.-Nr.18/11603; Deutscher Bundestag (2018). *Bedingungen der Unterbringung und der Gewährleistung von Gewalt- und Diskriminierungsschutz gegenüber Frauen und LSBTTI in AnKER-Zentren*. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Drs.-Nr.19/4103; Deutscher Bundestag (2019). *Psychosoziale Betreuung und Behandlung von traumatisierten Geflüchteten*. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke. Drs.-Nr.19/11666.

⁷ vom Felde, L., Flory, L., Baron, J. (2020). *Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Personen mit Traumafolgestörungen. Status quo in den Bundesländern, Modelle und Herausforderungen*. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V.

⁸ Diese Zuordnung stellt eine Vereinfachung dar, um eine Vergleichbarkeit und Analyse zu ermöglichen, dabei kommt es selbstverständlich zu Überschneidungen der einzelnen Kategorisierungen.

⁴ Zweites Gesetz zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht vom 15.8.2019, BGBl. I S.1294.

⁵ Deutscher Bundestag (2019). *Situation von Geflüchteten mit Behinderungen im Asylverfahren*. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Sören Pellmann, Dr. André Hahn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Die Linke. Drs.-Nr.19/9419.

3. Drei Bundesländer (Bremen, Hessen, Nordrhein-Westfalen, ein Fünftel) setzen auf einen Ausbau der Versorgungsstrukturen anstelle einer systematischen Identifizierung.
4. In einem Drittel der Bundesländer (Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Schleswig-Holstein, Thüringen) gibt es nach Einschätzung der BAF keine Ansätze zur systematischen Erkennung besonderer Schutzbedürftigkeit.⁹

Im Folgenden werden die verschiedenen Ansätze und ihre Vor- und Nachteile vorgestellt.

2.1. Strukturierte Verfahren

Die strukturierten Verfahren in Berlin, Brandenburg und Niedersachsen sehen einen mehrstufigen Ablauf vor. Darin findet zunächst eine möglichst niedrigschwellige Identifizierung statt und darauf aufbauend eine Diagnostik durch Fachpersonal. Häufig führt der Sozialdienst in den Erstaufnahmeeinrichtungen ein Screening¹⁰ durch, auf dessen Basis Personen dann an eine weitere Stelle für eine Diagnostik und Bedarfsermittlung weitervermittelt werden. Dieses Screening kann mithilfe eines Fragebogens stattfinden. Das hat den Vorteil, dass das Ergebnis weniger stark von der Einstellung der einzelnen Mitarbeitenden beeinflusst ist, die das Screening durchführen.¹¹ Aus ethischen und psychologischen Gesichtspunkten muss der Fragebogen reflektiert ausgewählt und traumasensibel gestaltet sein.¹² Obwohl dabei auf eine Anzahl bereits existierender Fragebögen zurückgegriffen werden könnte, werden in der Praxis häufig Fragebögen genutzt, die Fragen wie »Haben Sie ein Trauma?« oder »Haben Sie Gewalt, Folter oder Ähnliches erlebt?« enthalten. Das kann – wie aus der Praxis berichtet wurde – dazu führen, dass Personen aus Unwissenheit oder Angst vor Stigmatisierung negativ antworten, obwohl sie Unterstützung wünschen und benötigen.¹³ Stattdessen ist aus fachlicher Sicht ein symptomorientierter Fragebogen zu empfehlen, da damit Retraumatisierung verhindert wird und akut besonders

belastete Personen unabhängig von erlebten Ereignissen identifiziert werden.¹⁴

Bei einem positiven Screeningergebnis werden Personen an eine Diagnostik-Stelle weitervermittelt. In Berlin sind dies beispielsweise Fachstellen zur Unterstützung verschiedener vulnerabler Personengruppen (z. B. psychosoziale Zentren, Schwulenberatung). Diese Diagnostik-Stelle stellt Bedarfe fest, vermittelt möglicherweise in Behandlung, bescheinigt die Notwendigkeit einer besonderen Unterbringung o. Ä. Dabei hat sich gezeigt, dass die institutionelle Unabhängigkeit sowohl der Ansprechpersonen für besondere Schutzbedürftigkeit als auch der Diagnostik-Stellen von großer Bedeutung ist. Um über psychische Probleme oder Gewalterfahrungen sprechen zu können, ist ein Vertrauensverhältnis nötig. Wenn die hinweisnehmende und/oder bedarfsermittelnde Stelle Teil des BAMF oder der Ausländerbehörde ist, ist dieses Vertrauensverhältnis nach Erfahrungen von Praktiker*innen schwer herzustellen.¹⁵

Ein weiteres Merkmal der hier dargestellten Konzepte ist ein formalisierter regelmäßiger Austausch zwischen den beteiligten Organisationen (z. B. BAMF, Sozialdienst der Unterkunft, Diagnostik-Stelle, Verfahrensberatung, Leistungsbehörde) etwa in Form von sogenannten »Runden Tischen«. Dieser institutionalisierte Austausch ist in allen drei Bundesländern Ergebnis einer langjährigen Entwicklung. Dort können Abläufe besprochen, Ansprechpartner*innen festgelegt und Kommunikationsschwierigkeiten behoben werden.

Der Nachteil dieser Verfahren besteht hauptsächlich darin, dass im Verhältnis zur hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Geflüchteten offenbar nur ein sehr geringer Teil der besonders Schutzbedürftigen aus der betroffenen Personengruppe Unterstützung erhält. Dies ist darauf zurückzuführen, dass entweder (wie in Niedersachsen geschildert) bereits beim Screening des Sozialdienstes nur ein geringer Anteil der Menschen an die Diagnose-Stellen weitergeleitet wird und depressive Rückzugssymptomatik beispielsweise nicht berücksichtigt wird. Oder es folgt (wie in Berlin) aus einer Identifizierung besonderer Bedarfe keine festgelegte Leistungsgewährung, sondern diese kann nur mit hohem organisatorischem Aufwand in Einzelfällen durchgesetzt werden. In Brandenburg ist die Diagnose-Stelle Teil der Ausländerbehörde und daher nicht unabhängig. Festgestellte Therapiebedarfe werden außerdem in der Regel erst nach der Verteilung auf kommunale Unterkünfte berücksichtigt.

⁹ vom Felde, L., Flory, L., Baron, J. (2020), a. a. O. (Fn. 7).

¹⁰ Ein Screening ist eine kurze Befragung/Untersuchung einer großen Anzahl Personen ohne Symptome oder Auffälligkeiten zum Vorhandensein eines Zustands (Weltgesundheitsorganisation. (2020). *Vorsorgeuntersuchung und Screening: Ein kurzer Leitfaden. Wirksamkeit erhöhen, Nutzen maximieren und Schaden minimieren.*)

¹¹ Stingl, Markus, Knipper, M., Hetzger, B., Richards, J., Yazgan, B., Gallhofer, B. & Hanewald, B. (2017): »Assessing the special need for protection of vulnerable refugees: Testing the applicability of a screening method (RHS-15) to detect traumatic disorders in a refugee sample in Germany.« In: *Ethnicity & Health*, 24(8), 897–908.

¹² Stingl, M. (2014): »Die Anwendung von Screening-Verfahren für Traumafolgen im Asylverfahren.« In: *Flüchtlingsrecht in Theorie und Praxis. 5 Jahre Refugee Law Clinic an der Justus-Liebig-Universität Gießen*. Nomos.

¹³ vom Felde, L., Flory, L., Baron, J. (2020), a. a. O. (Fn. 7).

¹⁴ Stingl, M. (2014), a. a. O. (Fn. 12).

¹⁵ vom Felde, L., Flory, L., Baron, J. (2020), a. a. O. (Fn. 7).

2.2. Verweis auf Sprechstunden in den Unterkünften

Fünf Bundesländer haben psychologische/psychiatrische Sprechstunden in den Unterkünften etabliert. Von allen Mitarbeitenden sollen Menschen mit psychischen Erkrankungen an diese Ambulanzen vermittelt werden. In den Praxisdialogen zeigte sich jedoch, dass dies keine systematische Identifizierung sicherstellt, da lediglich Personen unterstützt werden, die aktiv Hilfe suchen.¹⁶ Andererseits haben regelmäßig in den Aufnahmeeinrichtungen stattfindende Sprechstunden den Vorteil, dass Hinweise auf eine besondere Schutzbedürftigkeit zu jeder Zeit und nicht lediglich einmalig am Anfang des Verfahrens aufgenommen werden können. Dies ist wichtig, da besondere Bedarfe auch zu einem späteren Zeitpunkt auftreten können bzw. Menschen erst dann in die Lage kommen, diese zu kommunizieren. Eine kontinuierliche Möglichkeit, besondere Bedarfe anzumelden, wird auch von der Aufnahmeleitlinie gefordert (Art. 22. Abs. 1 S. 4 AufnRL).

Damit Sprechstunden jedoch eine effektive Wirkung erzielen können, müssen Schutzsuchende über diese informiert werden und es muss ausreichend Personal dafür zur Verfügung stehen. In vielen Bundesländern werden die angebotenen Sprechstunden jedoch nicht (nur) zur Identifizierung und Bedarfsermittlung genutzt, sondern als sogenannte Stabilisierungssprechstunden. Auf diese verweist die Landesregierung als Beleg für eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung. Befragungen von Praktiker*innen belegen jedoch, dass ein großer Teil der Betroffenen eine mittel- bis langfristige Therapie benötigen und die Stabilisierungssprechstunden dafür nicht ausreichen. Damit sich die Arbeit nicht auf die Bewältigung immer wieder auftretender akuter Krisen beschränkt und eine Genesung möglich sein kann, muss also die reale Möglichkeit bestehen, Personen mit einem therapeutischen Bedarf in Therapien außerhalb der Unterkunft zu vermitteln.¹⁷

2.3. Verweis auf Ausbau externer Versorgungsstrukturen

Ein ausdifferenziertes System zur Identifizierung besonderer Schutzbedarfe ist nicht unbedingt eine Garantie dafür, dass auch die Versorgung bzw. Aufnahmesituation (besonders schutzbedürftiger) Geflüchteter bedarfsgerecht ist. Anstatt ein System zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit zu entwickeln, konzentrieren sich einige Bundesländer daher auf den Ausbau von Versorgungsstrukturen für die betreffende Zielgruppe. Zum einen werden Zugangshürden zum Gesundheitssystem abgebaut, zum anderen Psychosoziale Zentren für Geflüchtete (PSZ) und unabhängige Verfahrensberatungen

gefördert. Bei ausreichender Personalausstattung und Schulung können Mitarbeitende sowohl der PSZ als auch der unabhängigen Verfahrensberatung besondere Schutzbedarfe identifizieren und Personen bei der Durchsetzung ihrer besonderen Bedarfe unterstützen, ohne dass dafür zusätzliche Institutionen geschaffen werden müssten. Es hat sich gezeigt, dass ein niedrigschwelliger Zugang zum Gesundheitssystem wie im Bremer Gesundheitsmodell, eine Förderung der PSZ wie in Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen und eine unabhängige Verfahrensberatung in allen Unterkünften in vielen Fällen das Fehlen eines Identifizierungsverfahrens zu einem gewissen Grad kompensieren können.¹⁸

Zurzeit ist der Zugang zum Gesundheitssystem und insbesondere zu Psychotherapie für Schutzsuchende in Deutschland allerdings stark erschwert. Große Hürden stellen die Vorgaben nach dem AsylbLG und die hierdurch bedingte fehlende Kostenübernahme von Therapien und Sprachmittlung dar. Aus den PSZ, die aufgrund der Barrieren im Zugang zum Regelsystem den Großteil der Psychotherapien mit Asylsuchenden übernehmen, wird noch immer über eine uneinheitliche, oft restriktive Handhabung von Anträgen auf Kostenübernahmen berichtet. Die Datenerhebungen zur Versorgungssituation, die die BAfF als Dachverband der 42 PSZ jährlich durchführt, zeigen, dass die Ablehnungsquoten für Psychotherapien seit vielen Jahren unverhältnismäßig hoch sind. Seit Ablauf der Umsetzungsfrist für die EU-Aufnahmerichtlinie ist diese Quote von durchschnittlich 33 % Ablehnungen im Jahr 2015 auf durchschnittlich 41 % zum jetzigen Zeitpunkt stetig angestiegen.¹⁹ Die Ablehnungsquoten für Therapieanträge der PSZ bei den Sozialbehörden liegt damit beinahe siebenmal höher als die allgemeine Ablehnungsquote für Psychotherapien, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung beantragt werden (5,9%).²⁰ Auch die Begutachtungsfristen für Therapieanträge übersteigen die Bewilligungszeiten, die das Patientenrechtegesetz vorschreibt, oft um ein Vielfaches.²¹ Therapieanträge über das AsylbLG werden – wenn überhaupt – oft erst nach mehreren Monaten beantwortet.

Ebenso entsprechen die inhaltlichen Begründungen für eine Ablehnung selten den Kriterien, die für die Begutachtung im Regelsystem gelten. So kommt die Argu-

¹⁶ vom Felde, L., Flory, L., Baron, J. (2020), a. a. O. (Fn. 7).

¹⁷ vom Felde, L., Flory, L., Baron, J. (2020), a. a. O. (Fn. 7).

¹⁸ vom Felde, L., Flory, L., Baron, J. (2020), a. a. O. (Fn. 7).

¹⁹ Baron, J. & Flory, L. (2020). *Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland*. 6. aktualisierte Auflage.

²⁰ Sander, M., Albrecht, M., Stengel, V., Moellenkamp, M., Loos, S., & Igl, G. (2017): »Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen. Studie für den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege.« Abrufbar unter <https://bit.ly/31pH3x9>.

²¹ Gesetzlich krankenversicherte Patient*innen haben das Recht, innerhalb von 3 bis 5 Wochen eine Antwort auf einen Leistungsantrag, z. B. für eine Psychotherapie, zu erhalten. Bleibt eine Antwort aus, ohne dass es dafür einen hinreichenden Grund gibt, dann gilt eine Leistung danach als bewilligt.

mentation, die Diagnose sei keine akute Erkrankung und daher die Behandlung nicht nach dem AsylbLG erstattungsfähig, noch immer vor – trotz der Klarstellung zur Ermessensreduzierung im Fall besonders schutzbedürftiger Asylsuchender (für weitere Informationen zur Psychotherapie für besonders schutzbedürftige Geflüchtete siehe den Kasten auf der folgenden Seite). Gegen eine negative Entscheidung der Behörde vorzugehen, kann bis zu sechs weitere Monate dauern und bedarf in der Regel einer juristischen Beratung.

Die Vermittlung psychisch erkrankter Asylsuchender an niedergelassene Psychotherapeut*innen ist angesichts dieser bürokratischen Hürden nur selten möglich. Und auch in den Psychosozialen Zentren können seit vielen Jahren lediglich 6 bis 8 % aller Psychotherapien über die gesetzlich verantwortlichen Leistungsträger abgerechnet werden – das Versorgungsangebot der PSZ wird fast vollständig außerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems durch zeitlich und in der Kapazität begrenzte Projektgelder finanziert. Obwohl sie die Hauptanlaufstellen für Geflüchtete darstellen, sind ihre Kapazitäten so begrenzt, dass die Wartezeiten auf eine Psychotherapie bei durchschnittlich sieben Monaten liegen. Zwischen 7.000 und 10.000 Personen müssen jedes Jahr gänzlich abgelehnt werden.

Möglicherweise könnte argumentiert werden, dass durch einen vollkommenen Abbau der vielfältigen Hürden beim Zugang zum Gesundheitssystem für Geflüchtete eine Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit nicht mehr notwendig wäre. Ein Abbau dieser Hürden ist aus fachlicher Sicht sowohl für die gesundheitliche Situation von Geflüchteten als auch den Schutz besonders vulnerabler Geflüchteter von großer Bedeutung. Einige Hürden (wie beispielsweise Sprachbarrieren, Einstellungen gegenüber Psychotherapie, Scham etc.) entstehen jedoch aus der Lebenssituation von Geflüchteten und würden auch bei einer Umsetzung aller von Fachverbänden geforderter Maßnahmen²² bestehen bleiben. Auf diese Herausforderung sollte durch Informations- und Screeningangebote reagiert werden. Außerdem wird von der Verfahrensrichtlinie gefordert, dass besonders schutzbedürftige Geflüchtete besondere Verfahrensgarantien in ihrem Asylverfahren erhalten. Auch zur Sicherstellung dieser Garantien ist eine Identifizierung *zusätzlich* zu einem Ausbau der Versorgungsstrukturen also von Bedeutung. Gleichzeitig bleiben, unabhängig von einem Verfahren zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit, ein niedrigschwelliger, bedarfsorientierter Zugang zum Gesundheitssystem und eine unabhängige Verfahrensberatung unerlässlich. Dies ist schon aus menschenrechtlicher Perspektive geboten (Recht auf Gesundheit und auf ein faires Verfahren).²³

²² Siehe z. B. Baron, J. & Flory, L. (2020). A. a. O. (Fn. 19).

²³ Für eine ausführliche Diskussion der Frage nach der Notwendigkeit eines Verfahrens zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit siehe vom Felde, L., Flory, L., Baron, J. (2020), a. a. O. (Fn. 7).

2.4. Keine Methode zur Identifizierung

In fünf Bundesländern existiert praktisch keine Methode zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit. Zum Teil fühlt sich die jeweilige Landesregierung nicht zuständig oder es wird lediglich auf die medizinische Erstuntersuchung in der Aufnahmeeinrichtung verwiesen. Teilweise werden weitere Ansätze genannt, die jedoch in der Praxis vollkommen ins Leere laufen.²⁴

Ein Verweis auf die Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylG stellt keinen ausreichenden Ansatz dar, da die dort geregelte Erstuntersuchung nicht zu dem Zweck der Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit konzipiert ist. Sie dient vielmehr dem Infektionsschutz, wie auch die Bundesregierung betont.²⁵ Kein Bundesland hat die Erstuntersuchung so ausgebaut, dass diese ein Screening auf besondere Schutzbedürftigkeit enthält, mit Ausnahme eines wieder aufgegebenen Versuchs in Rheinland-Pfalz.²⁶ Bei einem theoretisch möglichen Ausbau der medizinischen Erstuntersuchung ist aus ethischer und fachlicher Sicht auch die Freiwilligkeit der Untersuchung zu beachten. Schutzsuchende müssten darüber aufgeklärt werden, dass die Seuchenschutzuntersuchung verpflichtend ist, eine weitere (körperliche und psychische) Untersuchung jedoch freiwillig.

Andere häufig genannte Stellen zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit sind die Mitarbeitenden während der Registrierung oder ein genereller Verweis auf alle Berufsgruppen, die in der Aufnahmeeinrichtung tätig sind (teils inklusive des Sicherheits- und Reinigungspersonals). Letzteres ist aufgrund der Arbeitsbelastung der einzelnen Berufsgruppen offensichtlich unrealistisch und führt (wie aus der Praxis berichtet) zu einer Verantwortungsdiffusion.²⁷ Da alle zuständig sind, fühlt sich niemand verantwortlich. Eine Schulung aller Mitarbeitenden für das Thema und deren Einbeziehung in die Identifizierung ist sinnvoll. Zur Vermeidung der beschriebenen Verantwortungsdiffusion ist es jedoch wichtig, dass auch, wenn alle Mitarbeitenden auf besondere Belastungen der Schutzsuchenden achten, klare Zuständigkeiten und Kommunikationswege existieren. Mitarbeitende und Bewohner*innen sollten immer wissen, an wen sie sich

²⁴ Für Selbstauskünfte der Bundesländer siehe DGSP. (2018, Mai). Umfrage zur Situation von psychisch erkrankten geflüchteten Menschen mit besonderem Schutzbedarf. <https://www.dgsp-ev.de/ueber-uns/fachausschuessearbeitskreise/fa-migration.html>. Für eine praktische Einordnung der geschilderten Ansätze vom Felde, L., Flory, L., Baron, J. (2020), a. a. O. (Fn. 7).

²⁵ Deutscher Bundestag (2017). *Zur Lage von geflüchteten Menschen mit Behinderungen*. A. a. O. (Fn. 6).

²⁶ Baron, J., Flory, L. & Reusch, M. (2018): *Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Rheinland-Pfalz*. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V. & Caritasverband Rhein-Mosel-Ahr e.V. Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems Rheinland-Pfalz.

²⁷ vom Felde, L., Flory, L., Baron, J. (2020), a. a. O. (Fn. 7).

Identifizierung – und dann? Hürden auf dem Weg zur Leistungsgewährung

Sind psychisch erkrankte Asylsuchende als besonders schutzbedürftig identifiziert worden, stellt sich die Frage nach der Finanzierung der erforderlichen Therapieleistungen.²⁸ Das AsylbLG sieht gerade bei neu eingereisten Personen nur eine eingeschränkte medizinische Versorgung vor (§ 4 Abs. 1 AsylbLG), sodass eine Finanzierung von Therapien in diesen Fällen regelmäßig nur über § 6 Abs. 1 AsylbLG als »sonstige Leistung« infrage kommt. Diese Vorschrift stellt es in das Ermessen der Behörden, ob sie im Bedarfsfall einen Antrag auf Therapie bewilligt. Allerdings ist zu beachten, dass Art. 19 Abs. 2 der AufnRL seit Ablauf der Umsetzungsfrist am 20. Juli 2015 eine Ermessensreduzierung auf Null bewirkt.²⁹ Nach dieser Vorschrift sind die Mitgliedstaaten verpflichtet, Geflüchteten mit besonderen Bedürfnissen die erforderliche medizinische und sonstige Hilfe zu gewähren, einschließlich einer geeigneten psychologischen Betreuung. Zugleich gelten Personen mit psychischen Störungen als besonders schutzbedürftig (vgl. Art. 21 AufnRL). Für Anträge auf Kostenübernahme für Psychotherapien gilt daher, dass durch die Diagnose einer psychischen Erkrankung die besondere Schutzbedürftigkeit als »festgestellt« gilt – erfüllt der Antrag die fachlichen Kriterien, muss er also bewilligt werden.

Die Praxis der Sozialbehörden folgt diesen europarechtlichen Vorgaben vielerorts noch nicht. Bedarfsrechte Unterstützungsleistungen bleiben damit häufig verwehrt. Diesem Problem sollte zumindest mit dem Erlass von Verwaltungsvorschriften begegnet werden, welche der europarechtlichen Ermessensreduzierung Rechnung tragen und die Sozialbehörden im Hinblick auf psychische Erkrankungen anhalten, nach den fachlichen Kriterien und Fristen zu urteilen, die auch für die Begutachtung von Psychotherapie-Anträgen im Regelsystem gelten.

wenden können. Auch ist die Frage nach Gewalterfahrungen durch ungeschultes Personal (beispielsweise im Rahmen der Registrierung) aus fachlicher Sicht unbedingt zu vermeiden. Dies birgt zum einen die Gefahr einer Überforderung und psychischen Krise der befragten Person, die durch ungeschultes Personal nicht aufzufangen ist, zum anderen auch das Risiko einer Überforderung der Mitarbeiter*innen.

2.5. Länderübergreifende Schwierigkeiten

Unabhängig von den gewählten Ansätzen besteht die größte Schwierigkeit in den meisten Bundesländern darin, dass aus der Identifizierung besonderer Schutzbedarfe (wenn sie stattfindet) kein klar definierter durchsetzbarer Leistungsanspruch folgt. Dies hat verschiedene Gründe. Zum einen fehlen Kapazitäten sowohl in Bezug auf therapeutische Angebote als auch beispielsweise in Bezug auf geschützten Wohnraum. Mangelnde Kapazitäten sind jedoch selbstverständlich kein Argument gegen die Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit, sondern zeigen lediglich die bestehenden Mängel im Versorgungssystem für Schutzsuchende auf, die auch an anderer Stelle immer wieder beklagt werden.³⁰ Zum anderen haben in den meisten Bundesländern die Diagnostik-Stellen keine

Kompetenzen, notwendige Leistungen durchzusetzen. Dadurch läuft eine Identifizierung häufig ins Leere. Eine Leistungsgewährung findet dann lediglich in Einzelfällen nach hohem Engagement und Arbeitsaufwand der einzelnen Mitarbeitenden statt, da keine klaren Kommunikations- und Handlungsstrukturen etabliert sind, die auf eine Identifizierung besonderer Schutzbedarfe folgen.³¹

Ein weiteres Problem ist der fehlende Fokus auf Kinder und Jugendliche. Lediglich in Hamburg existiert eine regelmäßige Sprechstunde einer Kinder- und Jugendpsychiaterin, in der Bedarfe ermittelt werden. In allen anderen Bundesländern wird davon ausgegangen, dass sich Eltern Hilfe holen, wenn ihre Kinder Auffälligkeiten zeigen, was jedoch in der Realität aus verschiedenen Gründen nicht zuverlässig der Fall ist. Gründe können fehlendes Wissen der Eltern über bestehende Angebote oder über psychische Erkrankungen bei Kindern sein sowie Scham oder Angst davor, dass Behörden die Kinder wegnehmen könnten.³² So werden die Bedarfe von Kindern und Jugendlichen häufig nicht entdeckt.

²⁸ Siehe hierzu auch den Beitrag von Barbara Weiser in diesem Heft ab S. 333.

²⁹ Vgl. BT-Drs. 18/9009 vom 4.7.2016, S. 3.

³⁰ Baron, J., Flory, L. & Reusch, M. (2018), a. a. O. (Fn. 26).

³¹ vom Felde, L., Flory, L., Baron, J. (2020), a. a. O. (Fn. 7).

³² Für mehr Informationen zu der psychosozialen Situation von geflüchteten Kindern in Sammelunterkünften siehe BAfF e. V. (2020), a. a. O. (Fn. 3).

3. Empfehlungen

Nach Abwägung der Vor- und Nachteile der bereits existierenden Ansätze sollten die folgenden Gesichtspunkte bei der Entwicklung eines Verfahrens zur strukturierten Identifizierung und daran anknüpfenden Versorgung psychisch erkrankter bzw. traumatisierter Schutzsuchender beachtet werden.

• Strukturierte Identifizierung

Die strukturierte Identifizierung kann als Angebot eines freiwilligen Gesprächs in der Unterkunft oder innerhalb einer externen Stelle geschehen. Ein Screening bietet dazu eine gute Möglichkeit. Dabei muss jedoch immer die Freiwilligkeit sichergestellt sein. Der Aufwand eines Verfahrens und die Gefahr, dass einige besonders schutzbedürftige Menschen nicht berücksichtigt werden, müssen gegeneinander abgewogen werden. Damit die Identifizierung von Schutzbedürftigen weniger von einzelnen Mitarbeitenden und deren persönlichen Einstellungen abhängt, können Fragebögen oder Leitfäden verwendet werden. Schutzsuchende müssen frühzeitig über ihre Rechte aufgeklärt werden, damit sie sich entscheiden können, auch zu einem späteren Zeitpunkt Schutzbedürftigkeit anzugeben. Mitarbeitende aller Berufsgruppen sollten regelmäßig zum Thema geschult werden, um Hinweise im Verhalten von Bewohner*innen einordnen zu können. Es muss jedoch eine verantwortliche Stelle festgelegt werden, um Verantwortungsdiffusion zu vermeiden und damit alle Mitarbeitenden wissen, an wen sie sich mit Hinweisen wenden sollen. Auch müssen alle Bewohner*innen über die Ansprechpartner*innen informiert sein. Außerdem muss die Unabhängigkeit dieser Stellen von Behörden (BAMF und Ausländerbehörde) gewährleistet sein. Ein einmaliges Screening reicht zudem nicht aus, es müssen zusätzlich Sprechstunden angeboten werden, an die sich Schutzsuchende zu jedem Zeitpunkt des Verfahrens wenden können (Art. 22 Abs. 1 Satz 4 AufnRL). Insbesondere für Überlebende von Gewalterfahrungen sowie generell bei schambesetzten Themen ist es wichtig, dass die Möglichkeit eines einmaligen Identifizierungsgesprächs nicht zu einem Ausschluss späterer Erkennungen führen darf. Diese Sprechstunden sollten klar zur Hinweisaufnahme und Vermittlung genutzt werden, nicht – wie in einigen Bundesländern – im Sinne von Stabilisierungssprechstunden immer wieder zur Krisenintervention in Notfallsituationen, auf die keine – eigentlich benötigte – Therapie folgt.

• Diagnostik und Bedarfsermittlung

Bei einem Hinweis auf besondere Schutzbedürftigkeit sollte die betreffende Person dann an externe und unabhängige Fachstellen weitergeleitet werden, in denen ihre spezifischen Bedarfe ermittelt und sie bei der Durchset-

zung ihrer Rechte unterstützt werden kann. Für psychisch erkrankte Schutzsuchende sollte eine solche Fachstelle mit Unterstützung eines PSZ aufgebaut oder darin integriert werden. In der Fachstelle können neben der Diagnostik auch Therapien stattfinden und/oder an andere Akteur*innen weitervermittelt werden. Der Schutz von Kindern und Jugendlichen muss hierbei stets mitgedacht und ausreichende Angebote auch für Kinder geschaffen werden.

• Leistungsgewährung

In der Praxis ist der Punkt der Leistungsgewährung häufig der schwierigste, jedoch auch der wichtigste, da eine Identifizierung ansonsten faktisch folgenlos bleibt. Deshalb muss sichergestellt werden, dass ausreichende Kapazitäten für die (therapeutische) Versorgung bestehen. Dafür muss die bestehende finanzielle Unterstützung durch die Länder für Psychosoziale Zentren für Geflüchtete (PSZ) erhöht werden, da diese aufgrund ihrer Expertise und der Interdisziplinarität, die in dem Bereich notwendig ist, die beste Versorgung gewährleisten können. Zusätzlich dazu sollte die Einbindung von Schutzsuchenden in die Regelversorgung gefördert werden. Das Vorliegen eines Schutzbedarfs ist insbesondere auch bei der Entscheidung über Wohnsitzauflage, Umverteilung und Zuweisung einer Unterkunft zu berücksichtigen. Die therapeutische Versorgung muss ebenso erreichbar sein wie (je nach individuellem Bedarf) auch familiäre Unterstützung und weitere Hilfsangebote. Es müssen auch ausreichende Möglichkeiten der gesundheitsfördernden Unterbringung geschaffen werden. Das können zum einen traumaorientierte Unterbringungskonzepte (wie im Projekt »Michaelisdorf« in Darmstadt³³) sein, zum anderen eine Förderung der dezentralen Unterbringung, wenn dies von Personen gewünscht ist.

• Formalisierter Austausch aller Beteiligten

Runde Tische, an denen alle beteiligten Akteur*innen (Land, BAMF, Gesundheitsamt, Sozialdienst, Beratungsstellen, PSZ, evtl. Kliniken) sich regelmäßig austauschen, verbessern die praktische Zusammenarbeit und ermöglichen eine stetige Anpassung der Abläufe. Diese Abläufe sollten stets aktualisiert allen Mitarbeitenden zur Verfügung stehen. Durch eine verbesserte Zusammenarbeit und Kommunikation fließen weniger personelle Ressourcen in die Durchsetzung von Leistungen und können stattdessen für den Kontakt mit Klient*innen genutzt werden.

³³ Leuzinger-Bohleber, M. & Andresen, S. (2017). *Abschlussbericht über das Pilotprojekt Step-by-Step zur Betreuung von traumatisierten Flüchtlingen in der Erstaufnahmeeinrichtung »Michaelisdorf« in Darmstadt*. Hessisches Ministerium für Soziales und Integration.

• Evaluation und Monitoring

Insbesondere zu Beginn eines neu etablierten Identifizierungsverfahrens, aber auch im weiteren Verlauf sollte eine Evaluation stattfinden, damit von praktischen Erfahrungen gelernt und das System zur systematischen Identifizierung und Leistungsgewährung weiter verbessert werden kann. Um sicherzustellen, dass die Bundesländer ihren Verpflichtungen nachkommen und da sich gezeigt hat, dass dies in sehr unterschiedlicher Weise bzw. in manchen Bundesländern überhaupt nicht der Fall ist, ist ein zentrales Monitoring durch die Bundesregierung zu empfehlen. Dies könnte sich an dem Prozess orientieren, in dem Mindeststandards zum Gewaltschutz in Unterkünften etabliert wurden.³⁴

Diese Punkte müssen bei der Entwicklung eines Verfahrens zur systematischen Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit berücksichtigt werden. Erst durch ein Verfahren nach diesen Vorgaben kann eine systematische Identifizierung stattfinden, durch die Deutschland seinen europäischen Verpflichtungen nachkommt und die Rechte besonders schutzbedürftiger Geflüchteter wahrt.

³⁴ Bundesinitiative »Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften«, mehr Informationen unter www.gewaltschutz-gu.de.

Studien zur Lebenslage besonders Schutzbedürftiger

Von Beate Selders, Informationsverbund Asyl & Migration

Für die Argumentation bei Behörden oder Gerichten können wissenschaftliche Befunde sehr hilfreich sein. Abgesehen von den großen übergeordneten Themen Wohnen und Gesundheit gibt es allerdings nur wenig Literatur über die Lebenslage der verschiedenen Gruppen besonders Schutzbedürftiger. Zwar hat in den letzten Jahren, insbesondere seit 2015, das Interesse an der Forschung zum Thema Fluchtmigration deutlich zugenommen. Viele Hochschulinstitute haben einen Schwerpunkt Flucht eingerichtet, auch um dem gewachsenen Interesse von Studierenden nachzukommen. In allen sozial- und geisteswissenschaftlichen Disziplinen und im Bereich Public Health konnten seit 2015 verstärkt Gelder für Fluchtfor-schung akquiriert und Projekte installiert werden. Eine systematische Flucht- und Flüchtlingsforschung steht in Deutschland aber immer noch erst am Anfang. Die Datenlage ist schlecht. In keiner der statistischen Routineerhebungen über die Lebenslagen in Deutschland werden Asylsuchende erfasst. Auch Flüchtlinge mit einem Schutzstatus werden nicht erfasst oder zumindest nicht gesondert ausgewiesen. Sie kommen weder im sozio-öko-

nomischen Panel (SOEP) oder der Bildungsstatistik vor, noch im Armuts- und Reichtumsbericht oder der Gesundheitsberichterstattung der Bundesregierung und den Statistiken, auf denen sie beruhen. Eine systematische große Befragung liegt erst seit 2016 vor. In der sogenannten *IAB-BAMF-SOEP-Befragung* wurden Asylsuchende, Anerkannte und Geduldete, die zwischen Januar 2013 und Januar 2016 eingereist sind, zu ihrer Lebenslage befragt. Personen mit Fluchthintergrund, die in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften leben, werden jedoch nicht erfasst und der Abschlussbericht konzentriert sich überwiegend auf die Themen Bildung, Integration in den Arbeitsmarkt und deren Voraussetzung (Sprachkenntnisse, Qualifikationen). Informationen zur Lebenssituation besonders Schutzbedürftiger finden sich hier nur wenige, sie sind vor allem den folgenden Quellen zu entnehmen:

- Seit Juni 2016 wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung das Verbundprojekt »*Flucht: Forschung und Transfer*« (FFT) gefördert und vom Internationalen Konversionszentrum Bonn (BICC) und dem Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS) der Universität Osnabrück durchgeführt. Im Rahmen des Projektes wurde eine Datenbank erstellt, die fortlaufend weitergeführt wird. Bisher sind 550 Forschungsprojekte in einer interaktiven Forschungslandkarte durch Selbstmeldung erfasst (<https://flucht-forschung-transfer.de/map/#6/51.200/9.000>). Voraussetzung ist allerdings, dass die Studien unter Beteiligung mindestens einer Forschungsinstitution in Deutschland durchgeführt wurden.
- Viele Studien, insbesondere über die Lebenssituation besonders Schutzbedürftiger, sind jedoch von Sozialwissenschaftler*innen im Auftrag von NGOs ohne Beteiligung akademischer Institutionen entstanden. Zu deren Auffindung ist die *Mediathek des Beratungsforums Engagement der Freiwilligenagentur Berlin* sehr hilfreich. Sie ist zu finden unter <https://beratungsforum-engagement.berlin/mediathek/>.
- Auf der Webseite www.fluechtlingshelfer.info findet man ebenfalls thematisch zugeordnet Studien über die verschiedenen Gruppen besonders Schutzbedürftiger.
- Quantitative Forschungsarbeiten zum Thema Gesundheit und gesundheitliche Versorgung Geflüchteter findet man seit 2018 bei der »*Refudat – Vergleichsdatenbank für quantitative Forschung zu Gesundheit und gesundheitlicher Versorgung Geflüchteter*« der Universität Bielefeld. Abrufbar unter <https://projekt-refudat.uni-bielefeld.de> sind dort über 100 in Deutschland verfügbare gesundheitsbezogene Datenquellen, die eine Differenzierung nach Migrationshintergrund (einschließlich Flucht) ermöglichen.

Verhinderung gerichtlicher Sachverhaltsaufklärung per Gesetz?

Anforderungen an den Nachweis von Erkrankungen im aufenthaltsrechtlichen Verfahren

Inhalt

1. Einleitung
2. Gesetzliche Anforderungen an die Geltendmachung psychischer Erkrankungen
3. Verfassungsrechtliche Anforderungen an die gerichtliche Sachverhaltsaufklärung
4. Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte
5. Fazit

1. Einleitung

Viele Asylsuchende leiden aufgrund von Krieg, Folter oder Fluchterfahrungen unter einer post-traumatischen Belastungsstörung (PTBS), nicht selten einhergehend mit einer latenten oder akuten Suizidgefahr. In ihren Heimatländern droht den Betroffenen mangels angemessener Behandlungsmöglichkeiten und einer möglichen Re-Traumatisierung häufig eine Verschlechterung ihres Zustands. Bei schwerwiegenden Erkrankungen, die sich im Heimatland verschlechtern würden, begründet dies ein sogenanntes zielstaatsbezogenes Abschiebungshindernis gemäß § 60 Abs. 7 AufenthG. Wirkt sich die Krankheit bereits vor oder während der Abschiebung aus, etwa weil sich der Zustand aus Angst vor der Abschiebung erheblich verschlechtert oder die betroffene Person reiseunfähig ist, wird von einem inlandsbezogenen Abschiebungshindernis gemäß § 60a Abs. 2 AufenthG gesprochen. Mit dem »Asylpaket II« im März 2016¹ und dem »Geordnete-Rückkehr-Gesetz« im Oktober 2019² wurden allerdings die Anforderungen an krankheitsbedingte Abschiebungshindernisse deutlich verschärft. Insbesondere für psychisch erkrankte Menschen ist es deutlich schwieriger geworden, ein solches geltend zu machen. Die strengen gesetzlichen Anforderungen führen dazu, dass die Ausländerbehörden und das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) zunehmend ärztliche und psychotherapeutische Atteste aus formalen Gründen unberücksichtigt lassen und dabei immer weniger auf den tat-

sächlichen Inhalt des Attests und den dahinterstehenden Einzelfall achten. Kommt es zu einer Überprüfung der behördlichen Entscheidung durch das Verwaltungsgericht, sieht es oft ähnlich aus. Viele Richter*innen sehen sich durch die detaillierten gesetzlichen Vorgaben von einer eigenen Aufklärungspflicht entbunden.

Dieser Beitrag konzentriert sich auf das gerichtliche Verfahren und untersucht, welche verfassungsrechtlichen Anforderungen an die richterliche Sachverhaltsaufklärung im Rahmen der Ermittlung eines krankheitsbedingten Abschiebungshindernisses zu stellen sind. Zudem wird exemplarisch aufgezeigt, inwieweit die Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte diesen Anforderungen genügt.

2. Gesetzliche Anforderungen an die Geltendmachung psychischer Erkrankungen

Die Regelung des § 60a Abs. 2c S. 1 AufenthG enthält seit März 2016 eine gesetzliche Vermutung, dass gesundheitliche Gründe der Abschiebung nicht entgegenstehen. In § 60a Abs. 2c S. 2 und 3 AufenthG ist detailliert beschrieben, welche Anforderungen ärztliche Bescheinigungen erfüllen müssen. Nach § 60a Abs. 2d S. 1 und 2 AufenthG muss es zudem im behördlichen Verfahren unverzüglich vorgelegt werden, sonst darf es die Behörde grundsätzlich nicht mehr berücksichtigen. Die Bundesregierung begründete diese Verschärfungen mit der Sorge vor Missbrauch. »Schwer diagnostizier- und überprüfbare Erkrankungen psychischer Art« würden »sehr häufig als Abschiebungshindernis (Vollzugshindernis) geltend gemacht, was in der Praxis zwangsläufig zu deutlichen zeitlichen Verzögerungen bei der Abschiebung« führe.³ Konkrete Zahlen, wie viele Menschen sich wegen psychischer Erkrankungen gegen eine Abschiebung wehren, hat die Bundesregierung nicht vorgelegt. In Beantwortung einer entsprechenden Kleinen Anfrage der Linken wurde vielmehr darauf verwiesen, dass entsprechende Angaben nicht statistisch erfasst würden.⁴

* Sarah Lincoln ist Juristin bei der Gesellschaft für Freiheitsrechte und betreut dort strategische Klagen in den Themenbereichen Soziale Rechte und Migration. Die Autorin dankt Matthieu Binder für die Unterstützung bei der Recherche zur Rechtsprechung.

¹ Gesetz zur Einführung beschleunigter Asylverfahren vom 11.3.2016, BGBl. I S. 390.

² Zweites Gesetz zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht vom 15.8.2019, BGBl. I S. 1294.

³ BT-Drs. 18/7538, S. 18f.

⁴ BT-Drs. 19/11666.

Die Anforderungen an ärztliche Bescheinigungen gelten seit Oktober 2019 ausdrücklich auch für die Geltendmachung zielstaatsbezogener Abschiebungshindernisse. § 60 Abs. 7 S. 2 AufenthG verweist insoweit auf § 60a Abs. 2c S. 2 und 3 AufenthG. Hintergrund der Anpassung ist ausweislich der Gesetzesbegründung⁵ eine bis dahin bestehende Rechtsunsicherheit in der Praxis, ob an die Glaubhaftmachung eines krankheitsbedingten Abschiebungshindernisses nach § 60 Abs. 7 AufenthG die gleichen Anforderungen zu stellen sind wie an ein inlandsbezogenes Abschiebungshindernis in § 60a AufenthG.⁶

Zu mehr Rechtssicherheit im Umgang mit krankheitsbezogenen Abschiebungshindernissen hat der Verweis in § 60 Abs. 7 S. 2 AufenthG jedoch nicht geführt. Vielmehr bestehen in der Praxis von Schutzsuchenden und deren Anwält*innen, den mit der Begutachtung psychischer Krankheiten betrauten Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen sowie der Verwaltungsgerichte weiterhin erhebliche Unsicherheiten, die sich sowohl auf die Frage beziehen, welche Anforderungen an die »qualifizierte ärztliche Bescheinigung« zu stellen sind, als auch auf die dogmatische Einordnung und damit prozessuale Handhabung der »Glaubhaftmachung« im Verhältnis zur richterlichen Sachaufklärungspflicht. Insbesondere stellt sich immer wieder die Frage, inwieweit Bescheinigungen, die nicht den Anforderungen des § 60a Abs. 2c entsprechen, dennoch ausreichenden Anlass für eine richterliche Beweiserhebung bieten. Besonders bedeutsam ist in diesem Zusammenhang, ob für die Glaubhaftmachung einer psychischen Erkrankung auch eine psychologische psychotherapeutische Stellungnahme (im Folgenden: psychotherapeutische Stellungnahme) ausreicht. Das ist deswegen in der Praxis so relevant, weil es für die Betroffenen oft kaum möglich ist, eine ausführliche psychiatrische Stellungnahme zu besorgen.⁷ In vielen Regionen ist die Versorgung mit Psychiater*innen schlecht und die Wartezeiten sind lang. Niedergelassene Psychiater*innen lehnen eine Behandlung und Begutachtung von Geflüchteten häufig aus finanziellen und organisatorischen Gründen ab. In vielen Bundesländern muss die psychiatrische Behandlung zuvor vom Sozialamt genehmigt werden, was für die Psychiater*innen mit einem erheblichen Begründungsaufwand einhergeht. Hinzu kommen teilweise zusätzliche Kosten für Dolmetscher*innen. Auch dafür muss eine Kostenübernahme beim Sozialamt beantragt

werden, was nicht nur mit unsicheren Erfolgsaussichten, sondern auch einer erheblichen Zeitverzögerung verbunden ist.⁸ Die Begutachtung selbst ist in jedem Fall von den Betroffenen privat zu finanzieren und aufgrund des mehrstündigen Aufwands mit erheblichen Kosten verbunden. Eine psychotherapeutische Behandlung ist für Betroffene in der Praxis weitaus zugänglicher, weil das Angebot größer ist. Die Vermittlung und Finanzierung ist häufig über die deutschlandweit existierenden psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer organisiert und finanziert.⁹

3. Verfassungsrechtliche Anforderungen an die gerichtliche Sachverhaltsaufklärung

Da eine Vielzahl der Atteste vom BAMF unter Hinweis auf die gesetzlichen Anforderungen nicht anerkannt werden, beschäftigen sich vermehrt auch Gerichte mit diesem Thema. Dabei spielt eine entscheidende Rolle, in welcher Pflicht die Gerichte sich hinsichtlich der Erforschung des Krankheitsbildes Betroffener sehen. Hier zeigt sich das Spannungsfeld zwischen gesetzlich geforderten Mitwirkungspflichten und dem im Verwaltungsgericht geltenden Untersuchungsgrundsatz.

In § 86 Abs. 1 VwGO ist geregelt, dass das Gericht den Sachverhalt von Amts wegen erforscht; die Beteiligten sind dabei heranzuziehen. Trotz des Untersuchungsgrundsatzes steht es dem Gesetzgeber frei, von Beteiligten die Mitwirkung an der Ermittlung des Sachverhalts zu verlangen. Eine Verpflichtung, an der Erforschung des Sachverhalts mitzuwirken, gilt in besonderem Maße für Tatsachen, die nur den jeweiligen Beteiligten bekannt sind. Die früher vom Bundesverwaltungsgericht¹⁰ vertretene Maxime, wonach die Amtsermittlungspflicht dort endet, wo die Mitwirkungspflicht der Beteiligten beginnt, ist mittlerweile einem etwas flexibleren Verständnis gewichen. Danach existieren Amtsermittlungspflichten und die Mitwirkungspflichten der Beteiligten nebeneinander. Eine Verletzung der Mitwirkungspflichten kann die Anforderungen an die richterliche Sachaufklärung zwar mindern. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts findet die Pflicht des Gerichts zur Aufklärung des Sachverhalts ihre Grenze jedoch erst dort,

⁵ BT-Drs. 19/10047, S. 37.

⁶ Dazu ausführlich Hager, Atteste bei gesundheitlichen Abschiebungshindernissen – Wer darf was? Relevanz von Stellungnahmen von Psychologischen Psychotherapeut*innen im Asylverfahren, Asylmagazin 9/2017, S. 335–340.

⁷ Dazu ausführlich die Gemeinsame Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) zum Entwurf eines zweiten Gesetzes zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht vom März 2019, abrufbar bei baff-zentren.org unter »Publikationen/Stellungnahmen und Positionspapiere«.

⁸ Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer: Finanzierung von Dolmetscherleistungen bei ambulanter Psychotherapie, abrufbar unter <https://bit.ly/34u6ZIE>; siehe hierzu auch den Beitrag von Bardelle/Baron/vom Felde in diesem Heft ab S. 341.

⁹ Mehr dazu unter <http://www.baff-zentren.org/>

¹⁰ BVerwG, Beschluss vom 17.3.1961 – IV B 339.60 –, BVerwG, Beschluss vom 6.12.1963 – VIII B 29.63 –, NJW 1964, 786.

wo das Klagevorbringen keinen tatsächlichen Anlass zu weiterer Sachaufklärung bietet.¹¹

Aufschluss über die verfassungsrechtliche Bedeutung des Untersuchungsgrundsatzes im Kontext eines krankheitsbedingten Abschiebungshindernisses gibt ein recht junger Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Juli 2019.¹² Ausgehend von dem in Art. 19 Abs. 4 GG verankerten Grundrecht auf effektiven Rechtsschutz, der die Gerichte verpflichtet, den betroffenen Rechten auch tatsächliche Wirksamkeit zu verschaffen, stellt das Bundesverfassungsgericht fest, dass sich das verfassungsrechtlich gebotene Maß der richterlichen Sachaufklärung entscheidend nach dem sachlichen Gehalt des als verletzt behaupteten Rechts richtet. Die gerichtliche Sachaufklärungspflicht gewinnt also umso mehr an Bedeutung, je höherrangig die zu schützenden Rechte sind. Geht es wie hier um die in Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG verankerten Grundrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit, dürfen keine überspannten Anforderungen an die prozessuale Mitwirkungspflicht gestellt werden.

In dem Fall, über den das Bundesverfassungsgericht entschied, hatte der Beschwerdeführer im Ausgangsverfahren ein zielstaatsbezogenes Abschiebungshindernis aufgrund einer suizidalen PTBS geltend gemacht. Den ersten Antrag auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes lehnte das Verwaltungsgericht Frankfurt a.M. am 20. April 2018 ab, weil es die vorgelegten psychiatrischen Atteste als unzureichend bewertete. In einem Abstand von wenigen Monaten stellte der Beschwerdeführer drei Änderungsanträge mit jeweils weiteren ausführlichen ärztlichen Attesten. Weder die Atteste einer Diplompsychologin noch die einer Fachärztin mit dem Zusatztitel Psychotherapie genügten dem Gericht. Trotz ausführlicher Stellungnahmen einer Ärztin für Neurologie und Psychiatrie, die eine komplexe PTBS und die Gefahr einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustands im Heimatland bescheinigten, wies das Verwaltungsgericht auch den dritten und vierten Änderungsantrag zurück. Dies begründete es damit, dass die Stellungnahmen keine neuen Erkenntnisse lieferten, sondern lediglich ein Versuch seien, den höchstrichterlichen Anforderungen an qualifizierte ärztliche Atteste zu genügen. Die Verfassungsbeschwerde gegen den letzten Beschluss des VG Frankfurt vom 11. März 2019 war erfolgreich. Das BVerfG stellte eine Verletzung des Grundrechts auf effektiven Rechtsschutz aus Art. 19 Abs. 4 S. 1 in Verbindung mit Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG fest. Bei der Beurteilung einer erheblichen konkreten Gefahr für Leib und Leben im Sinne von § 60 Abs. 7 S. 1 AufenthG, die sich mangels aus-

reichender medizinischer Behandlungsmöglichkeiten im Abschiebungszielstaat wesentlich oder gar lebensbedrohlich verschlechtern würde, komme der verfahrensrechtlichen Sachaufklärungspflicht (§ 86 Abs. 1 VwGO) verfassungsrechtliches Gewicht zu.¹³ Gemessen daran hatte das VG Frankfurt den Rechtsschutz in unzumutbarer Weise verkürzt. Das Bundesverfassungsgericht stellte klar, dass eine neue ärztliche Stellungnahme, die bereits bestehende medizinische Probleme präziser darstelle, als veränderter Umstand im Sinne von § 80 Abs. 7 S. 2 VwGO anzusehen sei, wenn dem Gericht dadurch neue Erkenntnisse vermittelt würden.¹⁴ Zu der Frage, ob die gesetzlichen Anforderungen an die Glaubhaftmachung eines krankheitsbedingten Abschiebungshindernisses verhältnismäßig sind oder ob eine weitere Sachverhaltsaufklärung unter gewissen Umständen auch geboten ist, wenn die Anforderungen des § 60a Abs. 2c AufenthG nicht erfüllt sind, musste das BVerfG in diesem Beschluss nicht Stellung beziehen. Die streitgegenständliche 26-seitige psychiatrische Stellungnahme genügte nach seiner Einschätzung den gesetzlichen Anforderungen.¹⁵

Das Bundesverfassungsgericht verdeutlicht mit diesem Beschluss, dass gerade in Verfahren, in denen es um das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit geht, keine überspannten Anforderungen an die Substanziierung von Sachverhalten zu stellen sind. Nicht mit diesen Maßstäben vereinbar scheint daher eine pauschale Klageabweisung bei Nichterfüllung von prozessualen Mitwirkungspflichten, also hier dem Fehlen eines Attests im Sinne des § 60a Abs. 2c AufenthG. Damit würde den Betroffenen de facto eine Beweisführungspflicht ähnlich dem Zivilprozessrecht auferlegt,¹⁶ in dem es allein den Parteien obliegt, rechtzeitig alle relevanten Tatsachen vorzubringen. Die Anwendung dieses strengen Beibringungsgrundsatzes wäre auch mit der Bindung der Staatsgewalten an Gesetz und Recht unvereinbar. Die Garantie des Rechtswegs gegen Akte der öffentlichen Gewalt in Art. 19 Abs. 4 GG erfordert die vollständige Überprüfung der behördlichen Maßnahme durch das Gericht sowohl in rechtlicher als auch in tatsächlicher Hinsicht.¹⁷ Prozessuale Mitwirkungspflichten können dieser richterlichen Sachaufklärungspflicht nur bedingt Grenzen setzen.

¹³ Ebd., Rn. 31.

¹⁴ Ebd., Rn. 38; nach § 80 Abs. 7 S. 2 VwGO können Beteiligte eines Eilrechtsverfahrens die Änderung oder Aufhebung eines vorhergehenden Beschlusses beantragen, wenn veränderte oder im ursprünglichen Verfahren ohne Verschulden nicht geltend gemachte Umstände vorliegen.

¹⁵ Ebd., Rn. 43.

¹⁶ Vgl. BVerwG, Urteil vom 30.1.1997 – 2 C 10/96 –, juris, Rn. 17.

¹⁷ Vgl. BVerfG, Beschluss vom 5.2.1993 – 2 BvR 21/60 = BVerfGE 15, 275 (282); BVerfG, Beschluss vom 10.11.1964 – 2 BvL 14/61 = BVerfGE 18, 203 (212); BVerfG, 28.1.1970 – 2 BvR 319/62 = BVerfGE 28, 10 (14); Dawin in Schoch/Schneider/Bier, Verwaltungsgerichtsordnung: VwGO, 38. EL Januar 2020, § 86 Rn. 8 ff., 15 ff. m. w. N.; Nierhaus, Beweismaß und Beweislast, 1989, S. 260 f.

¹¹ BVerwG, Urteil vom 24.11.1981 – 9 C 251/81 –, Rn. 5; BVerwG, Urteil vom 23.5.1986 – 8 C 10.84 –, BVerwG, Beschluss vom 26.10.1989 – 9 B 405.89 –, juris, Rn. 8; BVerwG, Beschluss vom 19.3.1991 – 9 B 56/91 –, juris, Rn. 5.

¹² BVerfG, Beschluss vom 24.7.2019 – 2 BvR 686/19 – asyl.net: M28020 = BeckRS 2019, 19724.

Soweit die gesetzlichen Attestanforderungen ausweislich der Gesetzesbegründung auch einer Beschleunigung des Verfahrens dienen, kann auf die verfassungsrechtlichen Grundsätze der Sachverhaltsermittlung im Strafrecht verwiesen werden. Hiernach darf das Gericht auf die Ausschöpfung aller Erkenntnismöglichkeiten grundsätzlich nur verzichten, wenn Mittel der Tatsachenermittlung unzulässig, schlechterdings untauglich, unerreichbar oder für die Entscheidung unerheblich sind. Dagegen darf es von einer Beweisaufnahme nicht schon dann absehen, wenn die Aufklärung besonders arbeits- oder zeitaufwendig erscheint.¹⁸

Bei der Beurteilung der Verhältnismäßigkeit der prozessualen Mitwirkungspflichten können dennoch die für das Zivilrecht entwickelten Maßstäbe weiterhelfen. Auch hier sind die Anforderungen an die Darlegungslast trotz Beibringungsgrundsatz geringer, wenn es um die Rechtsgüter Leben und körperliche Unversehrtheit geht. Insofern muss gerade für den vom Untersuchungsgrundsatz geprägten Verwaltungsprozess ein »Erst-Recht-Schluss« gelten.

Dort wurde die Frage insbesondere beim Schutz von Schuldner*innen relevant, die sich aus gesundheitlichen Gründen gegen Zwangsversteigerungen bzw. Zwangsräumungen wenden. Wird hier etwa vorgetragen, dass im Falle einer Räumung die Gefahr einer Selbsttötung besteht, ist es nach der höchstrichterlichen und verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung in der Regel nicht erforderlich, das Gericht bereits durch den Vortrag von einer konkreten Suizidgefahr zu überzeugen oder diese Gefahr (überhaupt!) durch Beibringung von Attesten nachzuweisen. Bestehen hinreichende Anhaltspunkte für die Annahme einer Suizidgefahr, ist das Gericht – da es die Ernsthaftigkeit dieser Gefahr mangels eigener medizinischer Sachkunde ohne sachverständige Hilfe nicht beurteilen kann – gehalten, einem Antrag auf Einholung eines Sachverständigengutachtens zu entsprechen.¹⁹

Zudem dürfen Darlegungs- und Beweispflichten nicht so ausgestaltet sein, dass sie typischerweise nicht erfüllt werden können.²⁰ Eine unzumutbare oder nicht erfüllbare Darlegungslast verletzt das Recht auf wirksamen Rechtsschutz. Unterlassen Antragstellende eine Mitwirkung, die ihnen nicht zumutbar war, darf ihnen dies nicht zur Last gelegt werden.²¹ Dies kann auf die hohen Anforderungen an fachärztliche Atteste im Sinne des § 60a Abs. 2c

AufenthG übertragen werden, deren Einholung für Betroffene faktisch oft unmöglich ist (vgl. oben).

4. Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte

Teile der Rechtsprechung legen die §§ 60 Abs. 7 S. 2, 60a Abs. 2c AufenthG sehr wörtlich aus und stellen somit hohe Anforderungen an die Geltendmachung einer psychischen Erkrankung. Diese Vorgehensweise ist mit den verfassungsrechtlichen Anforderungen nicht vereinbar.

Zahlreiche Gerichte gehen von einer Beweisführungspflicht der Schutzsuchenden aus, hinter der die richterliche Sachaufklärungspflicht komplett zurücktritt. Genügen die vorgelegten Bescheinigungen nicht den Anforderungen des § 60a Abs. 2c AufenthG, seien keine weiteren Ermittlungen geboten.²² Atteste von Psychotherapeut*innen, Psycholog*innen oder psychosozialen Behandlungszentren für Folteropfer bleiben von vielen Gerichten grundsätzlich unberücksichtigt.²³

Bereits vor dem im Oktober 2019 eingeführten Verweis in § 60 Abs. 7 S. 2 AufenthG haben viele Verwaltungsgerichte die Vermutung des § 60a Abs. 2c AufenthG auch auf zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse übertragen und zur Substanziierung einer erheblichen Erkrankung nur ein den gesetzlichen Anforderungen entsprechendes Attest akzeptiert.²⁴ Obwohl sich der Verweis von § 60 Abs. 7 AufenthG nur auf Satz 2 und 3 des § 60a Abs. 2c bezieht, wird auch für die zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernisse zum Teil darüber hinaus die Formulierung des Satzes 1 des § 60a Abs. 2c übertragen, wonach grundsätzlich »vermutet« wird, dass der Abschiebung gesundheitliche Gründe nicht entgegenstehen.²⁵ Viele Verwaltungsgerichte berufen sich auf eine Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 2007, um die erhöhten Attestanforderungen zu rechtfertigen. In dieser Entscheidung hatte das BVerwG zur Substanziierung einer PTBS »angesichts der Unschärfe des Krankheitsbildes

¹⁸ Vgl. BVerfG, Beschluss vom 23.1.2017 – 2 BvR 2584/12 –, juris, Rn. 18; BVerfG, Beschluss vom 4.12.2019 – 2 BvR 1258/19 – und 2 BvR 1497/19 –, juris, jeweils Rn. 51; BVerfG, Beschluss vom 6.2.2020, – 2 BvR 1719/19 –, juris, Rn. 22.

¹⁹ BVerfG, Beschluss vom 26.10.2011 – 2 BvR 320/11 –, juris, Rn. 52 ff.; BGH, Beschluss vom 2.12.2010 – V ZB 124/10 –, juris, Rn. 14; BGH, Beschluss vom 16.12.2010 – V ZB 215/09 –, juris, Rn. 12.

²⁰ Vgl. BVerfGE 52, 131 (147 ff.) zum Arzthaftungsrecht; BVerfG, stattgebender Kammerbeschluss vom 30.4.2008 – 2 BvR 482/07 –, Rn. 16; BVerfG, Beschluss vom 16.5.2018 – 2 BvR 635/17 –, juris, Rn. 34.

²¹ Vgl. BVerwG, Beschluss vom 16.2.1995 – 1 B 205/93 –, juris, Rn. 21.

²² OVG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 6.9.2017 – 2 M 83/17 – asyl.net: M26006 = BeckRS 2017, 131949, Rn. 10; OVG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 30.8.2016 – 2 O 31/16 – asyl.net: 28605 = BeckRS 2016, 53904, Rn. 9; OVG Sachsen, Beschluss vom 19.8.2019 – 4 A 205/19.A – asyl.net: M27809.

²³ VG Bayreuth, Urteil vom 3.8.2017 – B 3 K 17.31531 –, juris, Rn. 51; VG Regensburg, Beschluss vom 5.9.2018 – RN 7 K 16.32563 –, juris, Rn. 22–25; VG München, Urteil vom 10.1.2017 – M 21 K 15.31612; in Bezug auf ein inlandsbezogenes Abschiebungshindernis und eine diplompsychologische Stellungnahme ähnlich OVG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 30.8.2016, a. a. O. (Fn. 22), Rn. 9.

²⁴ VG Bayreuth, Urteil vom 3.8.2017, a. a. O. (Fn. 23), Rn. 51; VG Regensburg, Beschluss vom 5.9.2018, a. a. O. (Fn. 23), Rn. 22–25; VGH Bayern, Beschluss vom 26.4.2018 – 9 ZB 18.30178; VG München, Urteil vom 10.1.2017, a. a. O. (Fn. 23); VG München, Urteil vom 14.11.2018 – M 30 K 17.43949 –, juris Rn. 28 f.; OVG Sachsen, Beschluss vom 19.8.2019, a. a. O. (Fn. 22), Rn. 12.

²⁵ Vgl. VG Bremen, Beschluss vom 30.4.2020 – 1 V 719/20 –, juris, Rn. 22.

sowie seiner vielfältigen Symptome regelmäßig die Vorlage eines, gewissen Mindestanforderung genügenden fachärztlichen Attests« gefordert. Nach Auffassung der Gerichte habe der Gesetzgeber mit § 60a Abs. 2c AufenthG und dem Verweis darauf in § 60 Abs. 7 AufenthG diese Rechtsprechung nun vollzogen.²⁶ Allerdings gehen diese Gerichte in ihrer Bewertung ärztlicher Stellungnahmen oft weit über die Anforderungen des Bundesverwaltungsgerichts hinaus.

Es lohnt sich, die Entscheidung des BVerwG aus dem Jahr 2007 näher zu betrachten: Das damals vorgelegte (Berichten zufolge ca. eine Seite umfassende) Attest einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie genüge den Anforderungen des BVerwG. Das Bundesverwaltungsgericht stellte in dieser Entscheidung fest, dass nicht erwartet werden könne, dass der Beteiligte von sich aus und auf seine Kosten eine detaillierte gutachterliche Stellungnahme vorlege. Dies würde die Anforderungen an die Darlegungspflicht der Beteiligten überspannen und im Ergebnis auf eine Art Beweisführungspflicht hinauslaufen, die in der Regel mit den verwaltungsprozessualen Grundsätzen nicht vereinbar sei. Darüber hinaus rügte das BVerwG, dass sich das Berufungsgericht auch dessen bewusst sein müsse, dass ihm die eigene Sachkunde für eine präzise medizinische Bewertung von Schwere und Ausmaß einer Erkrankung typischerweise fehle. Etwaige Beweisanträge auf Sachverständigengutachten können daher nicht ohne Weiteres abgelehnt werden, weil das Gericht den Beweisantrag nicht für erheblich hält.²⁷

Legt man diese Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts und die daraus resultierenden gesetzlichen Anforderungen in § 60a Abs. 2c AufenthG im Lichte der verfassungsrechtlichen Anforderungen an einen wirksamen Rechtsschutz aus, so gelangt man zu einer recht weitgehenden richterlichen Sachaufklärungspflicht. Zu berücksichtigen sind dabei insbesondere auch die praktischen Schwierigkeiten, rechtzeitig eine umfassende fachärztliche Stellungnahme zu besorgen. Entsprechend sehen sich einige Gerichte auch dann in der Pflicht, vorläufigen Rechtsschutz zu gewähren oder den Sachverhalt zu ermitteln, wenn die gesetzlichen Anforderungen an eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung nicht vollständig erfüllt werden. Dabei greifen sie teils auf § 60a Abs. 2d S. 2 AufenthG zurück (in analoger Anwendung). Diese Norm verpflichtet zur Berücksichtigung des Vorbringens, wenn Bescheinigungen unverschuldet nicht eingeholt werden konnten sowie bei Anhaltspunkten für lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankungen. Teilweise begrün-

den Gerichte die Pflicht zur weiteren Sachverhaltsaufklärung auch mit dem Untersuchungsgrundsatz als solchen.

Das VG Weimar begründet die Beauftragung eines psychotherapeutischen Gutachtens etwa mit dem Hinweis, dass § 60a Abs. 2c S. 2 und 3 AufenthG das Gericht nicht von der Sachaufklärungspflicht gemäß § 86 Abs. 1 VwGO entbinde. Da § 60 Abs. 7 S. 2 AufenthG nicht auf § 60a Abs. 2c Satz 1 AufenthG verweist, bestünde zudem keine grundsätzliche Vermutung, dass gesundheitliche Gründe einer Abschiebung nicht entgegenstehen.²⁸ Der Bayerische VGH betrachtete auch ältere Atteste, die nicht den Anforderungen des § 60a Abs. 2c S. 2 und 3 AufenthG entsprachen, als ausreichend. Im Verwaltungsprozess seien aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes alle vorhandenen Unterlagen und Erkenntnisse einzubeziehen.²⁹ Auch das VG Halle entschied, dass eine Bescheinigung nach § 60a Abs. 2c AufenthG nicht zwingend notwendig sei und sich das Vorliegen eines krankheitsbedingten Abschiebungsverbots auch aus sonstigen Umständen – dort: regelmäßige Klinikaufenthalte – ergeben könne.³⁰ Das OVG Berlin-Brandenburg führte in einem *obiter dictum* (nicht entscheidungserhebliche Ausführung) aus, dass an die Substanziierung von Beweisanträgen zu psychischen Erkrankungen keine zu hohen Anforderungen zu stellen seien. Insbesondere sei kein Attest zwingend, das den Anforderungen des § 60a Abs. 2c S. 3 AufenthG entspreche. Es reiche aus, dass sich aus dem vorgelegten Attest eine gewisse Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen der im Attest diagnostizierten Erkrankung ergebe.³¹

In Bezug auf inlandsbezogene Abschiebungshindernisse haben sich einige Gerichte mit § 60a Abs. 2d S. 2 AufenthG beholfen und sehen »anderweitige Anhaltspunkte« im Sinne dieser Norm auch dann als gegeben, wenn die gesetzlichen Anforderungen nicht vollständig erfüllt werden, in der Gesamtschau aber ausreichende Indizien für eine lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankung vorliegen.³² Diese Anforderungen können auf zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse nach § 60 Abs. 7 AufenthG übertragen werden. Erst recht dürfen zudem die Anforderungen an die prozessuale Mitwir-

²⁶ Vgl. VG Bayreuth, Urteil vom 3.8.2017, a. a. O. (Fn. 23), Rn. 51; VG Regensburg, Beschluss vom 5.9.2018, a. a. O. (Fn. 23), Rn. 22–25; VG München, Urteil vom 10.1.2017, a. a. O. (Fn. 23); in Bezug auf ein inlandsbezogenes Abschiebungshindernis und eine diplompsychologische Stellungnahme ebenfalls OVG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 30.8.2016, a. a. O. (Fn. 22), Rn. 9.

²⁷ BVerwG, Urteil vom 11.9.2007 – 10 C 8.07 – asyl.net: M12108, Rn. 15 ff.

²⁸ VG Weimar, Urteil vom 26.2.2020 – 4 K 21268/17 We – asyl.net: M28726, ausführlich zitiert in diesem Heft ab S. 381.

²⁹ VGH Bayern, Beschluss vom 25.9.2019 – 11 ZB 19.32697 – asyl.net: M28019.

³⁰ VG Halle, Urteil vom 3.7.2019 – 2 A 873/16 HAL – asyl.net: M27615.

³¹ OVG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 16.7.2020 – 12 N 144.19 – asyl.net: M28869, ausführlich zitiert in diesem Heft ab S. 381.

³² OVG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 21.6.2016 – 2 M 16/16 – asyl.net: M24353; VGH Baden-Württemberg, Beschluss vom 10.8.2017 – 11 S 1724/17 – asyl.net: M25429, Rn. 38; VGH Baden-Württemberg, Beschluss vom 1.6.2017 – 11S 658/17 – Asylmagazin 7–8/2017, S. 305 f., asyl.net: M25204, Rn. 9; OVG Schleswig-Holstein, Beschluss vom 26.3.2018 – 4 MB 24/18 –, juris, Rn. 10; OVG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 21.6.2016 – 2 M 16/16 – Asylmagazin 12/2016, S. 437 ff., asyl.net: M24353 = BeckRS 2016, 50511, Rn. 5, 21; VG Hamburg, Beschluss vom 2.11.2018 – 9 AE 5515/18 – abrufbar unter <https://bit.ly/3nrSLRn>.

kungspflicht im Eilverfahren nicht überspannt werden. Das Verwaltungsgericht Berlin wies dementsprechend ausdrücklich darauf hin, dass im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes im Hinblick auf die Mindestanforderungen an eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung ein herabgesetzter Maßstab anzulegen sei.³³

Vor diesem Hintergrund gibt es auch einige Verwaltungsgerichte, die psychotherapeutische Stellungnahmen für geeignet hielten, um einen Sachverständigenbeweis-antrag zu substantzieren. Bereits 2008 entschied das OVG Nordrhein-Westfalen, dass aus den vom BVerwG aufgestellten Mindestvoraussetzungen nicht gefolgert werden könne, dass Psychologische Psychotherapeut*innen von der Erstellung der Atteste prinzipiell ausgeschlossen seien. Das BVerwG habe vielmehr lediglich den Grundsatz aufgestellt, dass das Vorliegen einer PTBS regelmäßig die Vorlage eines fachärztlichen Attests erfordere. Auf die Frage, bei welchen Fallgestaltungen Ausnahmen von dieser Regel angezeigt sind, sei es für das BVerwG nicht angekommen.³⁴

Trotz der gesetzlichen Vorgabe einer »ärztlichen« Bescheinigung in § 60a Abs. 2c S. 3 AufenthG schlossen sich in den letzten Jahren einige Verwaltungsgerichte der Einschätzung an, dass auch Psychologische Psychotherapeut*innen aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation zur Diagnose psychischer Erkrankungen zur Substanziierung eines krankheitsbedingten Abschiebungshindernisses befähigt seien. Das VG München begründet dies damit, dass der Gesetzgeber ausweislich der Gesetzesbegründung durch die Einführung der Vorschrift lediglich dem Problem unqualifizierter Bescheinigungen habe entgegengetreten wollen. Der Begründung lasse sich aber nicht entnehmen, dass er eine Berufsgruppe, die nach Maßgabe von § 1 Abs. 2 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) »mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren [...] zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert« beitragen solle, in solchen gerichtlichen Verfahren habe ausschließen wollen, in denen gerade das Vorliegen und die Schwere einer (psychischen) Erkrankungen rechtlich zu beurteilen seien. Dies gelte erst recht, wenn die psychotherapeutische Stellungnahme eine ärztliche Stellungnahme ergänze, die für sich genommen nicht den gesetzlichen Anforderungen nach § 60a Abs. 2c AufenthG genüge.³⁵ Das VG München zieht für diese Argumentation auch die Gesetzesbe-

gründung heran, wonach ein Attest im Einzelfall auch bei Fehlen eines Merkmals noch qualifiziert sein kann, wenn die Bescheinigung im Übrigen dem Qualitätsstandard genügt und es auf das fehlende Merkmal ausnahmsweise nicht ankommt.³⁶ Auch das Verwaltungsgericht Weimar hält Psychologische Psychotherapeut*innen für gleichermaßen geeignet, eine PTBS zu diagnostizieren und gab per Beweisbeschluss sogar ein Gutachten bei einem Psychotherapeuten in Auftrag.³⁷

5. Fazit

Die beschriebenen Gesetzesverschärfungen in Bezug auf die Substanziierung krankheitsbedingter Abschiebungshindernisse erhöhen die Gefahr, dass Behörden und Gerichte die Abschiebung psychisch erkrankter Menschen in ihre Heimatländer für zulässig erklären, selbst wenn die behandelnden Therapeut*innen davor warnen und eine ernstzunehmende Suizidgefahr bescheinigen. Dabei gebietet das Grundrecht auf wirksamen Rechtsschutz aus Art. 19 Abs. 4 GG in Verbindung mit den Grundrechten auf Leben und körperliche Unversehrtheit aus Art. 2 Abs. 2 GG eine umfassende richterliche Sachaufklärung, wenn konkrete Anhaltspunkte für eine erhebliche und konkrete Gefährdung vorliegen. Diese kann nicht allein deswegen abgelehnt werden, weil die gesetzlichen Anforderungen an die ärztliche Bescheinigung nicht erfüllt werden. Insbesondere im Eilverfahren ist ein herabgesetzter Maßstab anzuwenden, da die geforderten ärztlichen Bescheinigungen aufgrund langer Wartezeiten auf einen fachärztlichen Termin kaum rechtzeitig zu besorgen sind. Zudem muss § 60 Abs. 2c AufenthG verfassungskonform dahingehend ausgelegt werden, dass die dort konkretisierten Anforderungen keinen Ausschließlichkeitscharakter haben und auch gleichwertige, beispielsweise von Psychotherapeut*innen ausgestellte Bescheinigungen zur Substanziierung eines krankheitsbedingten Abschiebungshindernisses ausreichen. Damit in Zukunft alle Verwaltungsgerichte einheitlich und grundrechtskonform entscheiden, wäre eine verfassungsgerichtliche Klärung hilfreich. Entsprechende Verfassungsbeschwerden bieten sich in Verfahren an, in denen sich die Verwaltungsgerichte trotz einer aussagekräftigen psychotherapeutischen Bescheinigung einer suizidalen PTBS darauf zurückziehen, dass ihnen vorläufiger Rechtsschutz oder eine weitere Sachverhaltsaufklärung aufgrund des § 60a Abs. 2c AufenthG versagt sei.

³³ VG Berlin, Beschluss vom 20.11.2019 – 25 L 446.19 A – asyl.net: M27950.

³⁴ OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 19.12.2008 – 8 A 3053/08.A – asyl.net: M15031, Rn. 13.

³⁵ VG München, Urteil vom 2.10.2019 – M 19 K 17.35935 –, juris, Rn. 34; weniger weitgehend OVG Sachsen-Anhalt, welches in Bezug auf eine diplom-psychologische Stellungnahme entschied, dass diese allenfalls im Wege einer Gesamtschau hätte Berücksichtigung finden können, für sich allein jedoch nicht ausreichte, um das Vorliegen eines Abschiebungshindernisses zu substantzieren. Vgl. OVG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 30.8.2016, a. a. O. (Fn. 22), Rn. 9.

³⁶ BT-Drs. 18/7539, S. 19.

³⁷ VG Weimar, Urteil vom 26.2.2020, a. a. O. (Fn. 28).

Unsere Angebote

Asylmagazin - Zeitschrift für Flüchtlings- und Migrationsrecht



- Beiträge aus der Beratungspraxis und zu Rechtsfragen
- Themenschwerpunkte und Beilagen
- Rechtsprechung
- Länderinformationen
- Nachrichten, Literaturhinweise

Bestellung bei menschenrechte.ariadne.de



www.asyl.net

- Rechtsprechungsdatenbank und »Dublin-Entscheidungen«
- Themenseiten
- Auswahl von Länderinformationen
- Beiträge aus dem Asylmagazin
- Publikationen und Stellungnahmen
- Newsletter



familie.asyl.net

Das Informationsportal zum Familiennachzug zu Asylsuchenden und Schutzberechtigten.

- Nachzug von außerhalb Europas
- »Dublin-Familienzusammenführung«
- Laufend aktualisierte Fachinformationen



www.fluechtlingshelfer.info

Informationen für die ehrenamtliche Unterstützung von Flüchtlingen:

- Arbeitshilfen
- Themenübersichten
- Projekte
- Links und Adressen



adressen.asyl.net

Adressdatenbank mit

- Beratungsstellen im Bereich Flucht und Migration sowie weiteren Rechtsgebieten (dt./engl.)
- Weitere Adressen und Links



[Aktuelle Publikationen](#)

Arbeitshilfen und Übersichten zu Themen der Beratungspraxis. Abrufbar bei asyl.net unter »Publikationen«



www.ecoi.net

Die Internetdatenbank mit den wichtigsten internationalen Informationen zu Herkunftsländern und Drittstaaten.

Der Informationsverbund Asyl und Migration ist Partner von ecoi.net, das von der Forschungsstelle ACCORD beim Österreichischen Roten Kreuz koordiniert wird.