

ZUGANG ZU GESUNDHEITSLEISTUNGEN FÜR FLÜCHTLINGSKINDER

**Individualbeschwerde vor dem UN-Ausschuss für die Rechte des Kinder oder
Klage vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte**

Linda Gilliam / Ha Mi Le

WORKING PAPER NR. 9

2015

**Betreuung: Meike Riebau & Juana Remus, Humboldt Law Clinic
Grund- und Menschenrechte**

**in Kooperation mit Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge
e.V., Kindernothilfe e.V. & National Coalition Deutschland –
Netzwerk zur Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention e.V.**

Das vorliegende Working Paper ist Ergebnis der Projektarbeit der Autorinnen im 6. Zyklus der Humboldt Law Clinic Grund- und Menschenrechte (HLCMR) im Wintersemester 2014/15 und Sommersemester 2015.

Die Autorinnen wurden von Seiten der Kooperationspartner*innen betreut durch Judit Costa, Antje Ruhmann und Ulrike Schwarz.

In den Working Paper werden Schriftstücke veröffentlicht, die im Rahmen und in Absprache mit der HLCMR entstanden sind. Die Verantwortung für den Inhalt obliegt den jeweiligen Autor*innen und gibt nicht notwendigerweise die Position der HLCMR oder der Kooperationspartner*innen wieder.

Humboldt Law Clinic Grund- und Menschenrechte
Juristische Fakultät
Lehrstuhl für Öffentliches Recht und Geschlechterstudien
Unter den Linden 9
10099 Berlin
www.hlcmr.de

Inhalt

Summary

Expertise.....	1
A. Einleitung	1
B. Ausgangspunkt	2
I. Rechtslage	2
1. Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt und Sonderbedarf - §§ 4, 6 AsylbLG	2
2. Einfluss der Gesetzesänderung und der EU - Aufnahmerichtlinie	6
3. Kindeswohl - Art. 3 UN-KRK	7
4. Zwischenergebnis	7
II. Implementierung.....	8
1. Föderalismus in der Flüchtlingspolitik.....	8
2. Vor dem Ärzt*innenbesuch.....	9
3. Während des Ärzt*innenbesuches	10
C. Materiell: Welche Rechte sind verletzt?.....	12
I. Grundgesetz	12
1. Recht auf körperliche Unversehrtheit - Art. 2 II GG.....	12
2. Recht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums - Art. 1 I GG i.V.m. Art. 20 I GG.....	14
3. Recht auf Gleichbehandlung - Art. 3 I GG	17
4. Zwischenergebnis	20
II. EMRK.....	20
1. Einführung	20
2. Verletzung eines Rechts auf Gesundheit?	21
a) Soziale Menschenrechte justiziabel unter der EMRK?	21
b) Recht auf Leben - Art. 2 EMRK	22
c) Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens - Art. 8 EMRK	23
3. Diskriminierungsverbot - Art. 14 EMRK	24
4. Zwischenergebnis zu EMRK	26

III. UN-KRK.....	26
1. Recht auf Gesundheit - Art. 24 UN-KRK	26
2. Diskriminierungsverbot - Art. 2 UN-KRK.....	27
3. Zwischenergebnis	29
D. Prozessual: Wie macht man seine Rechte geltend?.....	30
I. National - Verfassungsbeschwerde – „Der Gang nach Karlsruhe“	30
II. International.....	31
1. Einführung	31
2. Individualbeschwerde EGMR.....	31
a) Im Wesentlichen übereinstimmende Beschwerde	32
b) Zeitliche, örtliche und sachliche Vereinbarkeit	32
c) Vereinbarkeit ratione personae	33
d) Erschöpfung des innerstaatlichen Rechtsweges.....	33
e) Frist und Form	33
4. Individualbeschwerde vor dem UN-Kinderrechtsausschuss.....	33
a) Allgemeine Grundsätze	34
b) Zulässiger Beschwerdegegner	34
c) Formerfordernisse.....	34
d) Beschwerdeberechtigung	35
e) Beschwerdebefugnis	35
f) Rechtswegerschöpfung	35
g) Kumulationsverbot.....	36
h) Beschwerdefrist.....	36
i) Kein Rechtsmissbrauch	36
E. Herausforderungen, mögliche auftretende Schwierigkeiten	37
I. Gemeinsamkeiten.....	37
II. Klage EGMR	37
III. Individualbeschwerde UN-Ausschuss	38
F. Bewertung: Welches Verfahren Erfolg versprechender und wirksamer?.....	40

Literatur- und Quellenverzeichnis	42
Literatur	42
Internetquellen	47
Dokumente der EU, des Europarats und der UN.....	48
Amtliche und Ministerialdokumente	49
Parlamentsdokumente	49

Summary

Das Ergebnis der Ausarbeitung soll am Beispiel des Zugangs zu Gesundheitsleistungen für begleitete Flüchtlingskinder in Deutschland zeigen, ob der Weg der Individualbeschwerde vor dem UN-Kinderrechtsausschuss oder der Gang zum Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte Erfolg versprechender und wirksamer wäre. Ziel ist, Kindern und ihren Unterstützer*innen wie Kinderrechts-/Nichtregierungsorganisationen eine Handlungsempfehlung zu erarbeiten.

Es wird festgehalten, dass das Individualbeschwerdeverfahren vor dem UN-Ausschuss für die Rechte des Kindes Erfolg versprechender und wirksamer ist. Auch eine Klage vor dem EGMR könnte Erfolg haben, u.a. aufgrund der überlangen Verfahrensdauer wird von dieser abgeraten. Eine Verfassungsbeschwerde muss allein aus formellen Gründen angestrebt werden, hat jedoch materiell gesehen wenig Aussicht auf Erfolg.

Eine kumulative Nutzung beider menschenrechtlicher Spruchkörper ist grundsätzlich möglich und sinnvoll aufgrund des Arbeitsaufwandes und der verschiedenen Möglichkeiten. Es wird allerdings nur eine Entscheidung ergehen, und zwar bei demjenigen Spruchkörper, dessen Verfahren schneller ist.

Das Individualbeschwerdeverfahren vor dem UN-Ausschuss wurde genau dafür geschaffen, Staaten zu rügen. Auch der EGMR kann Staaten verurteilen. Da die Konsequenzen einer solchen Verurteilung sehr weitreichend sein können, zeigt sich der EGMR in seiner Rechtsprechung diesbezüglich zögerlich. Da eine Rüge durch den UN-Ausschuss weniger unmittelbare Konsequenzen nach sich zieht, sind die Hürden einer Rüge geringer. Es ist auch zu vermuten, dass der UN-Ausschuss für die Rechte des Kindes mit besonderer Kenntnis, Aufgeschlossenheit und Sympathie über die Schutzanliegen aus der UN-KRK urteilen wird.

In der Gesundheitsversorgung von begleiteten geflüchteten Kindern herrscht ein Missstand. Schon die einschlägigen §§ 4, 6 AsylbLG machen dies deutlich, die nur eine Minimalversorgung für die ersten 15 Monate des Aufenthalts vorschreiben. Hinzu kommt die Umsetzung in der Praxis, die zusätzliche Risiken birgt. Vor allem die Unsicherheit in der Anwendung und die Hürde des oftmals erforderlichen Krankenscheins können zu gesundheits- und sogar lebensbedrohlichen Situationen führen.

Eine primär staatliche Schutzaufgabe wie die medizinische Versorgung kann nicht durch ehrenamtliche Arbeit übernommen werden, da dies keine Gewährleistung für ein einheitliches Niveau an Gesundheitsversorgung bietet. Es darf nicht vom Zufall abhängen, wo einen das staatliche System für die Dauer des Asylverfahrens zuweist und ob sich dort eine medizinische Initiative gebildet hat.

Hier wird von wohlwollenden Ärzt*innen und einer aktiven Zivilgesellschaft ausgegangen. Ärzt*innen, die mit ihrem schon bestehenden Patient*innenstamm bereits an ihren Grenzen der Kapazität sind und aus diesem Grund ihren Patient*innen nicht viel mehr als den gesetzlichen Mindestvorschriften Genüge tun zu können, kann dies nicht zugemutet werden. Auch ehrenamtliche Initiativen sind teilweise an den Grenzen ihrer Kapazitäten. Jedoch sollte das Leben und die Gesundheit geflüchteter Kinder nicht vom Wohlwollen der behandelnden (zufällig ausgewählten) Ärzt*innen abhängen - vielmehr sollte ihnen der Zugang zu adäquater Gesundheitsversorgung zustehen und sollten klare Rahmenbedingungen existieren.

Es ist zu vermuten, dass für Betroffene eher ein Weg innerhalb der jetzigen Gesetzeslage gefunden wird als dass die Leistungen gem. AsylbLG erweitert werden. Hier wird auf die Gesundheitskarte verwiesen sowie auf die Möglichkeit, Leistungen nach § 6 AsylbLG geltend zu machen, auch wenn dies einen womöglich unverhältnismäßigen Fokus auf individuelle Lösungen legt und dadurch die institutionelle Ungleichbehandlung nicht abgeschafft wird. Langfristig ist für zivilgesellschaftliche Gruppen und soziale Bewegungen ein lohnenswerter Lobby-Ansatz die Angleichung der Leistungen im AsylbLG an die des SGB XII.

Insgesamt werden die folgenden Rechte als verletzt angesehen: Art. 1 I GG i.V.m. Art. 20 I GG, Art. 3 I GG; Art. 14 i.V.m. Art. 8 EMRK; und Art. 24, Art. 2 UN-KRK.

Berlin, 01. Oktober 2015

Expertise

„Deutschland tut weh - Flüchtlingskinder dürfen erst zum Arzt, wenn sie schlimme Schmerzen haben. Sie bekommen Nahrung, die sie nicht verdauen können, sie leben in Heimen, in denen sie nicht spielen dürfen. All das passiert in München, Berlin oder Würzburg.“¹

A. Einleitung

Im März 2015 sagte CDU-Vizechef Thomas Strobl: „Asylbewerber sind ordentlich medizinisch versorgt“.² Dem steht die Einschätzung Elène Misbachs vom Büro für medizinische Flüchtlingshilfe in Berlin gegenüber: „Viele Menschen sind lebensbedrohlich unterversorgt“.³

Das Ergebnis der Ausarbeitung soll am Beispiel des Zugangs zu Gesundheitsleistungen für begleitete Flüchtlingskinder in Deutschland zeigen, ob der Weg der Individualbeschwerde vor dem UN-Kinderrechtsausschuss oder der Gang zum Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte Erfolg versprechender und wirksamer wäre. Ziel ist, Kindern und ihren Unterstützer*innen wie Kinderrechts-/Nichtregierungsorganisationen eine Handlungsempfehlung zu erarbeiten.

Diese Ausarbeitung entsteht im Kontext fortdauernder politischer, gesellschaftlicher wie auch rechtlicher Bewegung hinsichtlich asyl-/fluchtverbundenen Themen in Deutschland. Hier werden die Leser*innen insbesondere auf das Entstehungsdatum hingewiesen. Das Bundesministerium des Innern hat weitreichende und umfangreiche Änderungen des deutschen Asylrechts angekündigt. Dennoch ist davon auszugehen, dass die in dieser Arbeit aufgezeigten Problemfelder an Aktualität nicht verlieren oder gar an Relevanz gewinnen werden.

¹ LOBENSTEIN (2014), Deutschland tut weh.

² GAUGELE (2015), „Asylbewerber sind ordentlich medizinisch versorgt“.

³ TREBLIN (2014), „Viele Menschen sind lebensbedrohlich unterversorgt“.

B. Ausgangspunkt

I. Rechtslage

1. Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt und Sonderbedarf - §§ 4, 6 AsylbLG

Brauchen Drittstaatsangehörige⁴ materielle Unterstützung für ihren Lebensunterhalt, so haben sie abhängig von ihrem Aufenthaltsstatus einen Anspruch auf Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) II, Sozialhilfe nach SGB XII (Sozialhilfe) oder Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG).⁵ Letztere Anspruchsgrundlage bestimmt den hier zu prüfenden rechtlichen Maßstab im Hinblick auf die medizinische Versorgung. Der Kreis der Leistungsberechtigten des AsylbLG wird durch § 1 I AsylbLG definiert, welcher Menschen umfasst, die sich ohne verfestigtes Aufenthaltsrecht tatsächlich im Bundesgebiet aufhalten. Dazu gehören Personen, die einen Asylantrag gestellt haben (Nr. 1)⁶, das sog. Flughafenverfahren⁷ durchlaufen (Nr. 2), bestimmte Aufenthaltserlaubnisse besitzen (Nr. 3)⁸, eine sogenannte Duldung besitzen (Nr. 4)⁹, sonst vollziehbar ausreisepflichtig sind (Nr. 5)¹⁰ oder einen Folge- oder Zweitantrag nach §§ 71, 71a AsylVfG gestellt haben.

Den Umfang der medizinischen Versorgung bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt bestimmt sich maßgeblich nach § 4 AsylbLG. Danach ist gem. § 4 I AsylbLG die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen zu gewähren. § 4 I AsylbLG gewährt also nur eine eingeschränkte medizinische Versorgung. Uneingeschränkt haben hinge-

⁴ Dies umfasst alle Menschen, die nicht die Unionsbürgerschaft gem. Art. 20 Abs. 1 AEUV und Art. 9 EUV besitzen.

⁵ CLASSEN (2008), Sozialleistungen, S. 18.

⁶ Damit wird eine Aufenthaltsgestattung gem. § 55 I 1 Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) erteilt. Kein Aufenthaltstitel, sondern eine vorübergehende behördliche Tolerierung des Aufenthalts.; HAILBRONNER (2014), Rn. 1181.

⁷ Gem. § 18a AsylVfG gilt das für Menschen aus sog. „sicheren Herkunftsstaaten“, die über einen Flughafen einreisen wollen und bei der Grenzbehörde um Asyl suchen. Dort soll nach Möglichkeit (Unterbringung) vor der Einreise das Asylverfahren durchgeführt werden. Vgl. HAILBRONNER (2014), Rn. 1340.

⁸ Nach § 23 I oder § 24 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) (Krieg- und Bürgerkriegsflüchtlinge), nach § 25 Abs. 4 S.1 (dringende humanitäre oder persönliche Gründe oder erhebliche öffentlichen Interessen) und Abs. 5 AufenthG (Ausreisehindernis fällt in absehbarer Zeit nicht weg.), vgl. FRERICHS (2014) in SCHLEGEL/VOELZKE, AsylbLG, § 1 Rn. 76 ff.

⁹ nach § 60a AufenthG wird die eigentlich vollziehbare Ausreisepflicht (Abschiebung) vorübergehend ausgesetzt, aber kein Aufenthaltstitel (wie z.B. eine Aufenthaltserlaubnis) erteilt.

¹⁰ CLASSEN (2008), aaO, S. 19; das betrifft Menschen, die einen erforderlichen Aufenthaltstitel nicht oder nicht mehr besitzen (z.B. bei Erlöschen desselben, negativen Asylverfahrensentscheidungen oder auch illegalisierten Menschen).

gen amtlich empfohlene Schutzimpfungen und medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen zu erfolgen, vgl. § 4 II 2 AsylbLG.

Um den Umfang der Leistungen auf tatbestandlicher Ebene zu bestimmen, stellt sich aber die Frage, wie genau die unbestimmten Rechtsbegriffe „akut“ und „Schmerzzustand“ auszulegen sind. Akut wird definiert als ein unvermutet auftretender, schnell und heftig verlaufender regelwidrigen Körper- und Geisteszustand, der aus medizinischen Gründen der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung bedarf.¹¹ Wenn keine akute Erkrankung nachweisbar ist, so kann ein Anspruch auf Behandlung auch dann begründet werden, wenn ein Schmerzzustand vorliegt¹², welcher als ein mit einer aktuellen oder potentiellen Gewebsschädigung verknüpfter unangenehmer Sinnes- oder Gefühlszustand, der aus medizinischen Gründen der ärztlichen Behandlungsbedarf¹³ definiert wird.

Der Umfang der Leistungen ist in der Theorie und Praxis umstritten. Zum einen wird angenommen, dass die Behandlung chronischer Krankheiten durch § 4 I AsylbLG ausgeschlossen sei.¹⁴ Dies sind solche, die sich langsam entwickeln oder langsam verlaufen¹⁵ und einer Versorgung über einen längeren Zeitraum bedürfen. Als Grund für den Ausschluss werden der Wortlaut der Norm und der vorübergehende Aufenthalt angeführt.¹⁶ Diese Abgrenzung ist nicht unproblematisch: Abgesehen von medizinischen Abgrenzungsschwierigkeiten kann eine chronische Erkrankung jederzeit akut (z.B. bei Diabetes) werden bzw. Schmerzen hervorrufen.¹⁷ Erst wenn die Erkrankung akut wird bzw. Schmerzen hervorruft, ist unbestritten uneingeschränkter Behandlungsbedarf gegeben. Ebenfalls ablehnend steht die Rechtsprechung¹⁸ der Gewährung von Hilfsmitteln

¹¹ WAHRENDORF (2014) in: GRUBE/WAHRENDORF, § 4 Rn. 11; FASSELLT (2009) in: FICHTNER/WENZEL, § 4 AsylbLG, Rn. 2.; unter Rückgriff auf medizinische Terminologie: FRERICHS (2014) in SCHLEGEL/VOELZKE, AsylbLG, § 4 Rn. 38; vgl. LSG NRW v. 06.05.2013 - L 20 AY 145/11 Rn. 54.

¹² FASSELLT (2009) in: FICHTNER/WENZEL, § 4 AsylbLG, Rn. 3

¹³ WAHRENDORF (2014) in: GRUBE/WAHRENDORF, § 4 Rn. 14; FRERICHS (2014) in: SCHLEGEL/VOELZKE, AsylbLG, § 4 Rn. 42.

¹⁴ Eine knappe Rechtsprechungsübersicht betr. zu- bzw. aberkannter Leistungen s. FRERICHS (2014) in SCHLEGEL/VOELZKE, AsylbLG, § 4 Rn. 53 f.; ausführlicher CLASSEN (2015) „Rechtsprechungsübersicht zum Flüchtlingssozialrecht“ des Flüchtlingsrates Berlin zu §§ 4, 6 S. 188 ff..

¹⁵ FRERICHS (2014) in: SCHLEGEL/VOELZKE, AsylbLG, § 4 Rn. 38 mit Verweis auf das Klinische Wörterbuch von PSCHYREMBEL.

¹⁶ Gesetzesentwurf AsylbLG 1993, BT Drs. 12/4451 S. 9. FRERICHS (2014) in: SCHLEGEL/VOELZKE, AsylbLG, § 4 Rn. 38; WAHRENDORF (2014) in: GRUBE/WAHRENDORF, § 4 Rn. 12; ebenso LSG NRW v. 06.05.2013 - L 20 AY 145/11 Rn. 63.

¹⁷ CLASSEN (2008), Sozialleistungen, S. 117; mit Verweis auf die beeinträchtigende und quälende Wirkung einer Depression: WAHRENDORF (2014) in: GRUBE/WAHRENDORF, § 4 Rn. 14.

¹⁸ Z.B. VG Meiningen v. 01.06.2006 - 8 K 560/04 Me (Ablehnung Kostenübernahme ärztlich verschriebener Brillen).

(oder auch sog. „Eingliederungshilfen“), wie einer Brille oder eines Hörgerätes entgegen.¹⁹

Zahnersatz ist gem. § 4 I 3 AsylbLG nur dann zu leisten, wenn dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist. Andere Zahnbehandlungen unterliegen den allgemeinen Voraussetzungen des § 4 I AsylbLG. Oftmals werden auch notwendige (präventive) Operationen abgelehnt, da andere Therapiemaßnahmen (wie z.B. eine Dialysebehandlung) als ausreichend angesehen wird.²⁰

Eine abweichende Rechtsauffassung zeigt sich in dem Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen.²¹ Das Gericht sah unter Berücksichtigung der möglicherweise auftretenden Folgeschäden eine an sich aufschiebbare Mandeloperation einer 3-Jährigen als notwendige Behandlung an. Der Behandlungsbedarf wurde hier nicht nach § 4 AsylbLG festgestellt, da weder eine akute Erkrankung noch Schmerzen vorlagen, sondern als unerlässliche Behandlung nach § 6 AsylbLG angesehen.

Im Gegensatz zu § 4 AsylbLG eröffnet § 6 AsylbLG ein Ermessen der Behörde. § 6 I 1 Alt. 1, 2 AsylbLG dient damit als Auffangvorschrift bzw. Öffnungsklausel. Danach kann ein Anspruch auf sonstige zur Sicherung der Gesundheit Leistungen gewährt werden, soweit dies „im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, [oder] zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten [...] ist“. Aufgrund der Gestaltung als Ermessensklausel und der notwendigen Einzelfallbewertung ist der Leistungsumfang nicht klar abgegrenzt. Nach einer verbreiteten Ansicht ist die Vorschrift zudem restriktiv auszulegen. Das bedeutet für die Gewährung und Bemessung von Leistungen, dass im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung die tatsächliche Aufenthaltsdauer bzw. -perspektive zugrunde gelegt werden soll.²² Damit soll die Grundsatzentscheidung des Gesetzgebers zur Gewährung einer eingeschränkten medizinischen Versorgung nicht einfach umgangen werden.²³ Dennoch werden nach dieser Vorschrift regelmäßig o.g. Hilfsmittel oder die Behandlung chronischer Krankheiten gewährt.²⁴ Besonders durch die Berücksichtigung „besonderer Bedürfnisse von Kindern“ könnte eine kindgerechte Behandlung gewährleistet werden. Beispielweise könnte somit ein Hörgerät - unter Betrachtung dessen Bedeutung für die Sprach-

¹⁹ FRERICHS (2014) in: SCHLEGEL/VOELZKE, AsylbLG, § 4 Rn. 46, 54; a.a. CLASSEN (2008), Sozialleistungen, S. 118, 121, FASSETT (2009) in: FICHTNER/WENZEL, § 4 Rn. 5.

²⁰ FRERICHS (2014) in: SCHLEGEL/VOELZKE, AsylbLG, § 4 Rn. 54.

²¹ LSG NRW v. 06.05.2013 - L 20 AY 145/11 Rn. 67 ff.

²² FRERICHS (2014) in: SCHLEGEL/VOELZKE, AsylbLG, § 6 Rn. 37 ff.; WAHRENDORF (2014) in: GRUBE/WAHRENDORF, § 6 Rn. 1.

²³ FRERICHS (2014) in: SCHLEGEL/VOELZKE, AsylbLG, § 6 Rn. 37 ff.

²⁴ z.B. OVG NRW 2 HB 1290/94, VG Sigmaringen v. 02.04.2003 - 5 K 789/02; EICHENHOFER (2013), Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge, (169) 171.

entwicklung - bereitgestellt werden müssen.²⁵ In der Anwendung dieser Ermessensvorschrift herrscht dagegen allgemeine Rechtsunsicherheit. Eine erforderliche medizinische Versorgung durch eine Auffang- und damit Ausnahmeklausel zu gewährleisten, scheint problematisch. Dadurch entsteht eine Gefahr für Fehlleistungen, zum einen durch die/den behandelnden Ärzt*in, den/die Sachbearbeiter*in oder auch indirekt durch das Wachpersonal.

Die eingeschränkten Leistungen des AsylbLG gelten nur für die Dauer von maximal 15 Monaten.²⁶ Danach besteht ein Anspruch auf sog. Analogleistungen gem. § 2 I AsylbLG, wonach das SGB XII entsprechend angewendet wird. Das bedeutet nach § 264 SGB V für die medizinische Versorgung, dass die Krankenkassen die Versorgung übernehmen und die Kosten von der jeweiligen Sozialbehörde zurückerstattet bekommen. Ein Anspruch auf Mitgliedschaft in der Krankenversicherung besteht aber nicht.²⁷ Insofern sind die Leistungsberechtigten zwar nicht krankenversichert, aber Kindern mit deutschem Pass auf sozialhilferechtlicher Ebene hinsichtlich des Leistungsumfangs gleichgestellt.²⁸ Durch den Erhalt einer Versichertenkarte würde zum einen der regelmäßige Gang zum Sozialamt erspart. Zum anderen umfasst der Leistungsumfang uneingeschränkt alle notwendigen medizinischen Leistungen wie für gesetzlich Krankenversicherte.²⁹

Innerhalb von Familien soll eine einheitliche Behandlung gewährleistet werden.³⁰ Dementsprechend ist in § 2 III AsylbLG eine Akzessorietätsbestimmung enthalten: Minderjährige Kinder, die mit ihren Eltern oder einem Elternteil in einer Haushaltsgemeinschaft leben, erhalten Leistungen nach Absatz 1 auch dann, wenn mindestens ein Elternteil in der Haushaltsgemeinschaft Leistungen nach Absatz 1 erhält. Wenn also die Eltern, aber noch nicht das Kind selbst, die 15 Monate Wartezeit erfüllt haben, so ist es auch nach § 2 AsylbLG leistungsberechtigt und wird hierdurch privilegiert. Dieser Gleichbehandlungsanspruch gilt allerdings auch umgekehrt: Wenn Eltern von den Leistungen nach § 2 AsylbLG (Anwendung SGB XII) ausgeschlossen werden, beispielsweise

²⁵ CLASSEN (2008), Sozialleistungen, S. 118, 121.

²⁶ Die zuvor geltende Bezugsdauer von 48 Monaten wurde mit der Gesetzesänderung zum 23.12.2014 aufgrund der Beanstandung durch das BVerfG (Urteil v. 18.07.2012) auf 15 Monate gekürzt.

²⁷ SÖHNGEN (2014) in: SCHLEGEL/VOELZKE, AsylbLG, § 48 SGB XII Rn. 23.

²⁸ vgl. CLASSEN (2008), Sozialleistungen, S. 105

²⁹ CLASSEN (2008), Sozialleistungen, S. 105.

³⁰ WAHRENDORF (2014) in: GRUBE/WAHRENDORF, § 2 AsylbLG Rn. 47.; CLASSEN (2008), Sozialleistungen S. 103.

wegen „Rechtsmissbräuchlichkeit“ nach § 2 I AsylbLG oder Leistungseinschränkung nach § 1a AsylbLG³¹, so trifft das auch die Kinder.³²

2. Einfluss der Gesetzesänderung und der EU - Aufnahme richtlinie

Aktuell wird das gesamte deutsche Asyl und Aufenthaltsrecht überarbeitet und verändert. Dies betrifft auch bzw. insbesondere den Leistungsbezug nach dem AsylbLG. Eine erste Änderung wird durch das Asylpaket I am 24.10.2015 in Kraft treten, welches Leistungskürzungen im Rahmen des AsylbLG als Sanktionen vorsieht. Weitere Änderungen und Verschärfungen werden folgen - wobei der genaue Inhalt nicht bekannt ist.

Das AsylbLG wurde seit seiner Entstehung 1993 mehrfach reformiert. Am 23.12.2014 gab es zuletzt eine große inhaltliche Änderung anlässlich zweier Beweggründe.

Das BVerfG stellte in seiner Entscheidung vom 18. Juli 2012 fest, dass die Höhe der Geldleistungen für Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG gem. § 3 AsylbLG evident unzureichend ist. Als Grund wurde unter anderen angeführt, dass diese seit 1993 nicht verändert wurde und dadurch das Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums gem. Art. 1 I Grundgesetz (GG) i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip aus Art. 20 I GG verletzt ist.³³ Das Gericht verpflichtete den Gesetzgeber dazu, eine Neuregelung zu treffen. Daraufhin wurden Teile des AsylbLG mit Änderungsgesetz vom 23.12.2014 geändert. Der Bereich der medizinischen Versorgung nach § 4 AsylbLG blieb allerdings abermals unverändert.

Weiterer Handlungsbedarf bestand für den Gesetzgeber aufgrund der sog. Aufnahme-Richtlinie (Aufnahme-RL) der Europäischen Union³⁴, die die Aufnahmebedingungen von Menschen regelt, die einen Antrag auf internationalen Schutz gestellt haben, vgl. Art. 1, 2a, b Aufnahme-RL. Diese enthält gem. Art. 19 II i.V.m. Art. 21 I Aufnahme-RL die Pflicht, bei besonders schutzwürdigen Personen (u.a. Minderjährige) deren besondere Bedürfnisse zu berücksichtigen und dementsprechende erforderliche, über die Notversorgung hinausgehende, medizinische Hilfe zu gewährleisten. Im Gegensatz zur ersten Aufnahme-Richtlinie aus dem Jahr 2003 wurde der Schutzstandard für diese

³¹ Voraussetzungen sind u.a., dass die Einreise bspw. erfolgte, um Leistungen nach dem AsylbLG zu erlangen (Abs. 1) oder aufenthaltsbeendende Maßnahmen aus von ihnen zu vertretenen Gründen nicht vollzogen werden können. Die Folge ist, Sozialleistungen nach dem AsylbLG nur gewährt werden, soweit dies im Einzelfall nach den Umständen geboten ist.

³² CLASSEN (2014), Stellungnahmen AsylbLG, S. 26.

³³ Dazu bei der Prüfung der Grundrechte unter C. I. mehr.

³⁴ RL 2013/33/EU v. 26.06.2013 mit Umsetzungsfrist 21.07.2015. Ein Gesetzesentwurf liegt laut Aussage des Bundesministeriums des Inneren vom 17.07.2015 noch nicht vor (Anfrage per E-Mail). Diese ersetzt die erste „Aufnahme“-Richtlinie 2003/9/EG v. 27.01.2003.

Gruppe über eine reine Notversorgung somit angehoben.³⁵ Diese Richtlinie könnte, wenn sie hinreichend bestimmt ist (sog. „self-executing norm“), bei der Auslegung durch die Behörden herangezogen bzw. direkt angewandt werden.³⁶ Allerdings ist fraglich, ob eine solche Kenntnis des Europarechts in den einzelnen Behörden vorliegt bzw. auf eine solche Anwendung durchgehend entsprechende Hinweise gegeben werden. Eine die Vorgaben der Aufnahme-RL erfüllende Lösung kann nur durch ein neues Gesetz erreicht werden.

3. Kindeswohl - Art. 3 UN-KRK

Nicht unerwähnt bleiben darf das Leitprinzip der UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK)³⁷, wonach bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt ist, der vorrangig zu berücksichtigen ist. Diese Prämisse ist von öffentlichen oder privaten Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten, Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen aufgrund der einfachrechtlichen Geltung zu beachten. Eine kindgerechte medizinische Versorgung könnte hierdurch gewährleistet werden. Auch wenn der Gesetzeswortlaut des § 4 AsylbLG wenig Spielraum lässt, könnte dieses vorrangige Prinzip zumindest bei der Ermessensausübung im Rahmen des § 6 I AsylbLG berücksichtigt werden und sogar zu einer Ermessensreduzierung auf Null³⁸ der Behörde führen. Leider ist das „Kindeswohl“ (engl. *best interest of the child*) ein so undefinierter Rechtsbegriff, der keine konkreten Ansprüche begründen kann.³⁹ Vielmehr kann er als Leitbild bei Entscheidungen agieren.

4. Zwischenergebnis

Festzuhalten ist, dass in §§ 4, 6 AsylbLG komplizierte Sonderregelungen für die Gesundheitsversorgung der nach § 1 AsylbLG leistungsberechtigten geflüchteten Kinder enthält. In den ersten 15 Monaten des Aufenthalts besteht nur ein eingeschränkter Anspruch auf medizinische Versorgung, es sei denn, ein Sonderbedarf wird im Einzelfall

³⁵ In ihrem 2007 vorgelegten Zwischenbericht über die Umsetzung konstatierte die Kommission, dass alle Mitgliedstaaten zumindest im Wesentlichen die medizinische Notversorgung gewährleisten, wie sie in Art. 15 RL 2003/9/EG festgeschrieben war. KOM (2007) 745, S. 8.

³⁶ FISAHN/MUSHOFF (2005), Vorwirkung und unmittelbare Wirkung europäischer Richtlinien, EuR 2005, (222) 223. Eine abschließende Prüfung der unmittelbaren Anwendbarkeit ist nicht möglich. Der Kreis der Anspruchsberechtigten ist zwar klar abgegrenzt. Eine Versorgung über den Notfall hinaus ist auch gewährleistet. Aufgrund der vielen auslegungsbedürftigen Begriffe wie „erforderlich“ und „geeignet“ ist aber wieder ein gewisser Spielraum gegeben.

³⁷ Übereinkommen über die Rechte des Kindes v. 20.11.1989, BGBl. 1992 II, S. 121. Für Deutschland völkerrechtlich verbindlich und gem. Art. 59 II GG einfaches Bundesrecht. Weitere Ausführungen zum Wesen der UN-KRK und ihren hier relevanten Vorschriften finden sich unter C. III.

³⁸ Das bedeutet, dass - aufgrund der sonst zu erwartenden bedeutenden Einschränkung des Kindes - die Behörde nur fehlerfrei entscheidet, wenn das Kindeswohl eine einzige Entscheidung zulässt.

³⁹ SCHMAHL (2013), UN-KRK, Art. 3, Rn. 9.

nachgewiesen. Dies stellt die betroffenen geflüchteten Kinder, behandelnde Ärzt*innen, Entscheidungsträger*innen in der Sozialbehörde und andere involvierte Personen in der Praxis vor große Herausforderungen, über die im nächsten Teil ein Überblick gegeben wird. Im schlimmsten Fall kann es dazu führen, dass ein erkranktes Kind nicht die medizinisch indizierte Behandlung erfährt.

II. Implementierung

Rund 32 % der Menschen, die in Deutschland Asyl beantragen, sind Minderjährige. Davon fliehen rund 93 % der Kinder mit den Eltern.⁴⁰

Die Lücken in der medizinischen Versorgung von Menschen im Asylverfahren werden teilweise durch Engagement aus der Zivilgesellschaft aufgefangen. Zahlreiche Ärzt*innen sind im Verzeichnis des medibüros und anderer Initiativen an verschiedenen Orten Deutschlands registriert und behandeln Geflüchtete und geflüchtete Kinder honorarfrei.

1. Föderalismus in der Flüchtlingspolitik

Die Zuständigkeit für die Umsetzung des AsylbLG liegt bei den Ländern. In der Praxis werden diese Zuständigkeiten auf die kommunale Ebene weitergereicht. Dafür werden zumeist finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt, wie bspw. Pro-Kopf-Pauschalen (Baden-Württemberg, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt), bei denen eine monatliche oder jährliche pauschale Abgeltung aller Aufgaben gezahlt oder die entstandenen Kosten direkt getragen (Bayern, Hamburg, Berlin) werden.⁴¹ Ob und welche Maßnahme eine Kommune anbietet, hängt von ihren finanziellen Ressourcen, Kapazitäten und dem politischen Willen ab, diese zu akquirieren.⁴²

Doch inwieweit ist es politisch sinnvoll, in den einzelnen Ländern oder gar Kommunen unterschiedliche Regelungen zur Gesundheitsversorgung der Asylbewerber*innen zu treffen? Im Gesetzgebungsverfahren zur Änderung des AsylbLG war von Seiten des Bundesrates auch vorgeschlagen worden, auf der Grundlage des § 264 II SGB V bundesweit einheitliche Versorgungsstandards entsprechend dem Leistungsniveau des SGB V einzuführen.⁴³

⁴⁰ Eurostat-File (2014), Number of (non-EU) asylum applicants in the EU and EFTA Member States, by age distribution.

⁴¹ MÜLLER (2013), Die Organisation der Aufnahme und Unterbringung von Asylbewerbern in Deutschland.

⁴² AUMÜLLER (2012) in GESEMANN/ROTH, Die kommunale Integration von Flüchtlingen.

⁴³ BR-Drs. 392/14 (Beschluss) v. 10.10.14.

2. Vor dem Ärzt*innenbesuch

In verschiedenen Kommunen benötigen Asylbewerber*innen für jeden Ärzt*innenbesuch einen Behandlungsschein, der vom Sozialamt ausgestellt wird. Dadurch besteht die Gefahr, dass Erkrankungen erst mit zeitlicher Verzögerung behandelt werden. Hinzu kommt, dass die Behandlungsscheine von den in den Sozialämtern tätigen Sachbearbeiter*innen vergeben werden - Nicht-Mediziner*innen also darüber entscheiden, ob Betroffene behandelt werden dürfen.⁴⁴ Diese treffen auch die Entscheidung, ob im Einzelfall eine über die Mindestversorgung hinausgehende Leistung zur Gesundheitssicherung gem. § 6 AsylbLG gewährt werden soll. „Die Gefahr, dass gesundheitliche Risiken falsch eingeschätzt werden, ist hoch, gerade auch bei kranken Kindern“, schrieb die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer.⁴⁵ In einigen Unterküften für Asylbewerber*innen entscheidet gar die Heimleitung, ob Ärzt*innen gerufen werden oder nicht.⁴⁶ Eigentlich notwendige Behandlungen, die einer Chronifizierung von Krankheitszuständen vorbeugen könnte, werden gegebenenfalls unterlassen, was nicht selten irreparable Folgeschäden sowie spätere kostenintensive Behandlungen nach sich zieht.⁴⁷

Im Gegensatz dazu erhalten Asylsuchende in den Bundesländern Bremen und Hamburg eine elektronische Gesundheitskarte.⁴⁸ Sie müssen sich dann nicht mehr in jedem Einzelfall eine Bewilligung für den Praxisbesuch holen und die Ärzt*innen können ihre Leistungen über diese Gesundheitskarte wie bei gesetzlich Versicherten abrechnen. Die Behandlungskosten werden wie bisher von der Kommune getragen, die Krankenkassen erhalten eine Verwaltungspauschale. Es wird sichergestellt, dass die Prüfung der Leistungen von medizinisch geschultem Personal durchgeführt wird - wie auch die Verhandlungen mit Ärzt*innen und Krankenhäusern. Der Weg zum Sozialamt für den Behandlungsschein erübrigt sich dadurch. Jedoch erhalten die Leistungsberechtigten nach wie vor die eingeschränkten Leistungen nach §§ 4, 6 AsylbLG. In der Praxis hat sich das sog. Bremer Modell als kostengünstiger erwiesen als die bisherige Vorgehensweise.⁴⁹

⁴⁴ Hartmannbund (2015) - Verband der Ärzte Deutschlands, Medizinische Versorgung von Flüchtlingen - Was Ärztinnen und Ärzte wissen sollten.

⁴⁵ Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer (2013), A-899 / B-783 / C-779.

⁴⁶ ERDOGAN-GRIESE (2013), Scharfe Kritik an Versorgung von Flüchtlingen und „Papierlosen“.

⁴⁷ BT-Drs. 18/1934, Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Luise Amtsberg, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 22.07.14.

⁴⁸ Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration der Senatsverwaltung Hamburg (2012), Fachanweisung zu § 264 Absatz I SGB V.

⁴⁹ Gesundheitsamt der Freien Hansestadt Bremen, Das Bremer Modell Gesundheitsversorgung Asylsuchender, Kurzfassung, 08/2011.

Grundsätzlich könnten solche Verträge mit Krankenkassen auch in Flächenländern abgeschlossen werden. Jedoch sorgen nicht geklärte Finanzierungsfragen zwischen Ländern und Kommunen dafür, dass der Prozess nur langsam vorankommt.⁵⁰

3. Während des Ärzt*innenbesuches

Mit dem Behandlungsschein - oder in Bremen und Hamburg der Gesundheitskarte - geht es dann zu Hausärzt*innen. Auf den Rechtslageanteil dieses Papers verweisend werden gem. § 4 I AsylbLG Behandlungen akuter Erkrankungen und Schmerzzustände gewährt. Hier stellt sich nun die Frage, ob die Einführung einer Gesundheitskarte für Asylbewerber*innen nach dem Bremer Modell mehr als nur ein Schritt in Richtung eines diskriminierungsfrei gewährten Zugangs zu Gesundheitsleistungen sein kann.

Wie dargelegt, ist der Umfang der gewährten Leistungen umstritten. Dies führt zu Unsicherheiten sowohl auf Seiten der Ärzt*innen, die Regressforderungen fürchten als auch bei den Behandelten, die nicht wissen, welche Leistungen ihnen zustehen oder nicht.⁵¹ Bei gesetzlich Versicherten gibt es in regelmäßigen Abständen Rundschreiben der kassenärztlichen Vereinigung, in denen Ärzt*innen aktuell und detailliert mitgeteilt wird, welche Verordnungen (für Medikamente und Hilfsmittel) und Behandlungen in den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung einbegriffen sind. Bestimmte Medikamente dürfen nur verschrieben werden, wenn bestimmte Erkrankungen diagnostiziert wurden.⁵² Bei fehlender Diagnose oder Verschreibung von Medikamenten, die von den gesetzlichen Krankenkassen nicht getragen werden, riskieren Ärzt*innen Regressforderungen der kassenärztlichen Vereinigung und müssen Schadensersatz leisten. Hier haften die Ärzt*innen mit ihrem Privatvermögen.⁵³ Dieser Informationsfluss ist bei den Leistungen nach dem AsylbLG nicht gegeben.⁵⁴

Im persönlichen Gespräch mit einer betroffenen Ärztin wird häufig geäußert: „Meistens findet man schon irgendwie einen Weg.“ De facto entwickeln Ärzt*innen also ein Parallelsystem, in dem sie (zumindest in nicht ganz klaren Fällen) gezwungen sind, die Regeln des AsylbLG zu umgehen, mal mit überzogenen Diagnosestellungen oder indem sie auf eigene Kosten Arbeitskraft, Laborleistungen, Medikamente und andere Hilfsmittel zur Verfügung stellen. Irgendwie einen Weg zu finden - das kann nicht die Lösung

⁵⁰ EUBEL (2015), Direkt zum Arzt - Gesundheitskarte für Asylbewerber.

⁵¹ SABRA (2015), Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen - Zwischen Kosten- und Menschenrechtsfragen.

⁵² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie/AM-RL).

⁵³ Kassenärztliche Bundesvereinigung, Verordnungssteuerung - Wirtschaftlichkeitsprüfung nach §§ 12 I, 106 SGB V, einzusehen unter <http://www.kbv.de/html/2949.php>.

⁵⁴ Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen Rheinland-Pfalz, Kostenübernahme von Behandlungskosten gem. §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) bei psychischen Erkrankungen.

für eine hinreichende Gesundheitsversorgung in Deutschland sein. Auch ist fraglich, ob die Auslegung gesetzlicher Vorschriften oder gar Kompensierung gesetzlicher Defizite in den Händen von Ärzt*innen liegen darf.

C. Materiell: Welche Rechte sind verletzt?

I. Grundgesetz

Damit X eine Verfassungsbeschwerde einlegen kann, muss diese gemäß Art. 93 I Nr. 4a GG die Voraussetzungen der Zulässigkeit, also der prozessualen Anforderungen und der Begründetheit (s. unter D. I.) erfüllen. Eine Verfassungsbeschwerde wäre dann begründet, wenn das Kind durch die eingeschränkte medizinische Versorgung nur bei akuten Erkrankungen oder Schmerzzuständen nach § 4, 6 AsylbLG in einem oder mehreren seiner Grundrechte verletzt ist. Eine solche Verletzung liegt vor, wenn durch einen Akt der öffentlichen Gewalt in den Schutzbereich eines Grundrechts eingegriffen wurde und dieser Eingriff verfassungsrechtlich nicht zu rechtfertigen ist.⁵⁵

1. Recht auf körperliche Unversehrtheit - Art. 2 II GG

Grundsätzlich verletzt die eingeschränkte medizinische Versorgung der §§ 4, 6 AsylbLG das Recht auf körperliche Unversehrtheit aus Art. 2 II 1 GG nicht, da eine Begründung eines Leistungsrechtes hieraus nicht klar zu entnehmen ist.⁵⁶ Im konkreten Fall kann aber unter Umständen eine Verletzung gerügt werden, wenn in die Unversehrtheit durch eine kausal dem Staat zurechenbare Handlung (z.B. Unterlassen aufgrund der Vorschriften) ungerechtfertigt eingegriffen wurde.

Das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit steht jeder natürlichen Person zu, die sich tatsächlich im Hoheitsgebiet Deutschlands aufhält bzw. der Hoheitsgewalt Deutschlands untersteht, unabhängig von ihrer Nationalität bzw. ihres Aufenthaltsstatus. Um eine Verletzung eines Grundrechts festzustellen, muss zunächst ein im Grundgesetz geschütztes Schutzgut betroffen sein. Die in Art. 2 II 1 GG geschützte körperliche Unversehrtheit umfasst zum einen die körperliche Integrität im engeren biologisch-physiologischen Sinne⁵⁷ und zum anderen die psychische Integrität, soweit ihre Wirkungen einem körperlichen Eingriff gleichzusetzen ist.⁵⁸ Dieses Grundrecht ist in erster Linie ein subjektives Recht mit Abwehrcharakter um Eingriffe des Staates abzuwehren⁵⁹. Solche Eingriffe sind hoheitliche Maßnahmen, durch die ein Zustand mit Krankheitswert herbeigeführt wird, z.B. etwa Gewaltanwendung durch die Polizei, aber auch Blutproben oder das Entfernen von Haaren.⁶⁰ Weitgehend anerkannt ist auch eine ob-

⁵⁵ HUFEN (2014), Staatsrecht II, § 1 Rn. 2.

⁵⁶ EICHENHOFER (2013), Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge, (169) 173; PESTALOZZA (2007), Bundesgesundheitsblatt 2007, 1113; MURSWIEK (2014) in: SACHS, Art. 2 Rn. 150.

⁵⁷ BVerfGE 56, 54 (73 ff.); SCHULZE-FIELITZ (2013) in: DREIER, Art. 2 II Rn. 34; JARASS (2014) in: JARASS/PIEROOTH, Art. 2 Rn. 82.

⁵⁸ SCHULZE-FIELITZ (2013) in: DREIER, Art. 2 II, Rn. 35.

⁵⁹ STARCK (2010) in: MANGOLDT/KLEIN/STARCK, Art. 2 Rn. 190.

⁶⁰ FINK (2011), HGR IV, § 88.

ektiv-rechtliche Schutzpflicht des Staates, vor allem vor Eingriffen Dritter,⁶¹ oder auch bestimmten Umwelteinflüssen.⁶² Diese Schutzpflicht des Staates kann indirekt durch die Auswirkungen der §§ 4, 6 in der Praxis dann verletzt sein, wenn eine Leistungsver-sagung im konkreten Fall eine schwere gesundheitliche Beeinträchtigung nach sich zieht.⁶³

Uneinigkeit herrscht in der Frage, ob aus Art. 2 II 1 GG darüber hinaus ein (sog. Leistungs-)Recht auf soziale Gesundheitsversorgung abgeleitet werden kann. Der Wortlaut „jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ würde eine solche Auslegung – wenn auch nicht eindeutig – zulassen. Trotzdem scheint ein Recht auf Gesundheit in der Form eines Anspruchs auf Leistung in der deutschen Verfassung nicht geschützt zu sein.⁶⁴ Es wird sogar betont, dass bei der Verfassung des Grundgesetzes bewusst darauf verzichtet wurde, soziale Grundrechte mit aufzunehmen.⁶⁵ Auch ein Anspruch auf medizinische Mindestversorgung wird zumeist abgelehnt,⁶⁶ wenngleich mit der gesetzlichen Krankenversicherung eine Achtung des notwendigen Schutzes der persönlichen Gesundheit von Seiten des Gesetzgebers einhergehe⁶⁷. An dieser Stelle könnte aber ein Rückgriff auf das Sozialstaatsprinzip aus Art. 20 GG helfen,⁶⁸ durch das die Voraussetzungen sozialer Sicherheit und Gerechtigkeit geschaffen werden sollen.⁶⁹ Zur Sicherung dieses Staatsziels hat auch schon das BVerfG eine Leistungskomponente für medizinische Versorgung begründet, allerdings im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Krankenversicherung.⁷⁰ Der Maßstab für die Beurteilung der Verfassungsmäßigkeit des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung habe sich dann an der objektiv-rechtlichen Pflicht des Staates, die körperliche Unversehrtheit aus Art. 2 II GG zu schützen, zu orientieren.⁷¹ Darüber hinaus wird betont, dass regelmäßig kein verfassungsrechtlicher Anspruch gegen die Krankenkassen auf Bereitstellung bestimmter und insbesondere spezieller Gesundheitsleistungen bestehe.⁷² Hier lässt sich eine klare Beschränkung der Leistungspflicht auf die gesetzliche Krankenversicherung entnehmen. Die Einführung einer solchen allgemeinen staatlichen Leistungspflicht

⁶¹ DREIER (2013) in: DREIER, Vorb. Rn. 101 f.

⁶² STARCK (2010) in: MANGOLDT/KLEIN/STARCK, Art. 2 Rn. 190.

⁶³ LSG NRW v. 06.05.2013 - L 20 AY 145/11 Rn. 71.

⁶⁴ EICHENHOFER (2013), Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge, (169) 173; PESTALOZZA (2007), Bundesgesundheitsblatt 2007, 1113; MURSWIEK (2014) in: SACHS, Art. 2 Rn. 150.

⁶⁵ DREIER (2013) in: DREIER, Vorb. Rn. 81, 89.

⁶⁶ JARASS (2014) in: JARASS/PIEROTH, Art. 2 Rn. 93.

⁶⁷ EICHENHOFER (2013), Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge, (169) 174.

⁶⁸ EICHENHOFER (2013), Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge, (169) 174; PESTALOZZA (2007), Bundesgesundheitsblatt 2007, (1113) 1117.

⁶⁹ HUSTER/RUX (2015) in: BeckOK-GG, Art. 20 Rn. 211.

⁷⁰ BVerfG, 1 BvR 2045/12 vom 26.02.2013, Rn.9 f.

⁷¹ Ebd. Rn. 12.

⁷² Ebd. Rn. 12.

außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung begegnet aber großen Bedenken. Dies würde die bedeutende Gestaltungsfreiheit des Gesetzgebers, das Ausmaß von sozialstaatlichen Leistungen zu bestimmen, zu sehr einschränken.⁷³ Zudem fehle im Grundgesetz eine konkrete Ausgestaltung dieses „Sozialstaates“, auf den sich ein bestimmter Anspruch eines geflüchteten Kindes begründen könnte.⁷⁴

Hilfswise könnte man im Wege der völkerrechtsfreundlichen Auslegung eine leistungrechtliche Komponente Art. 2 II 1 GG unter Beachtung z.B. des Art. 12 IPwskR⁷⁵ entnehmen. Wie in allen Menschenrechtspakten werden in diesem auch staatliche Achtungs-, Schutz- und Gewährleistungspflichten („obligations to respect, protect and fulfill“) formuliert. Der UN-Ausschuss führt in seinem allgemeinen Kommentar als zentrales Beispiel für die Verletzung dieser Pflichten die Verweigerung der medizinischen Versorgung an und stellt damit auf einen diskriminierungsfreien, offenen Zugang zur Gesundheitsversorgung ab.⁷⁶ Nach den Vorschriften der §§ 4, 6 AsylbLG ist aber grundsätzlich eine Notversorgung gewährleistet, folglich nicht komplett verweigert.⁷⁷

Angesichts der vorangegangenen Überlegungen fällt die Begründung eines Anspruches auf uneingeschränkte⁷⁸ Gesundheitsversorgung außerhalb der gesetzlichen Krankenkasse schwer. Führt jedoch die Verweigerung einer Leistung durch einen Hoheitsakt (z.B. Gerichtsurteil) zu einer konkreten Verletzung der körperlichen Integrität, kann dies im Wege der Verfassungsbeschwerde gerügt werden. Die Aussichten auf Erfolg einer Verfassungsbeschwerde unter Berufung auf das Recht auf körperliche Unversehrtheit gem. Art. 2 II 1 GG (ggf. i.V.m. Art. 20 GG) sind folglich gering, da Art. 2 GG kein Leistungsrecht zu entnehmen ist. Es scheint aber eher unwahrscheinlich, dass das BVerfG auf diesem Wege die gesamte Regelung für die medizinische Versorgung für verfassungswidrig erklären wird.

2. Recht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums - Art. 1 I GG i.V.m. Art. 20 I GG

Ein weiterer verfassungsrechtlicher Ansatz, um die Regelungen der §§ 4, 6 AsylbLG zu rügen, ist die Heranziehung des Grundrechts auf Gewährleistung eines menschenwür-

⁷³ PESTALOZZA (2007), Bundesgesundheitsblatt 2007, (1113) 1117.

⁷⁴ EICHENHOFER (2012), Soziale Menschenrechte, S. 49.

⁷⁵ Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19.12.1966, BGBl. 1976 II, S. 428. In Art. 12 IPwskR heißt es: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.“ Bindungswirkung gleicht der der UN-KRK, s. Fn. 36.

⁷⁶ CRC/C/GC/15, S. 4 Rn. 8.

⁷⁷ Der Frage nach einem diskriminierungsfreien Zugang wird in den nächsten beiden Abschnitten nachgegangen.

⁷⁸ Damit ist der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen, über die Minimalversorgung der §§ 4, 6 AsylbLG hinausgehend, gemeint.

digen Existenzminimums gem. Art. 1 I GG i.V.m. Art 20 GG.⁷⁹ Dieses ist hier als verletzt anzusehen.

Demzufolge soll jede*r Hilfebedürftige*n⁸⁰ diejenigen materiellen Voraussetzungen zugesichert werden, die u.a. für seine physische Existenz unerlässlich sind.⁸¹ Die Gewährung von Gesundheitsleistungen fällt unter das physische Existenzminimum.⁸² In seinem Urteil vom 18.07.2012 zur Höhe der Bargeldbedarfe gem. § 3 AsylbLG hat das BVerfG befunden, dass der Gesetzgeber bei der Bemessung dieses Minimums zwar einen Gestaltungsspielraum hat und die Besonderheiten bestimmter Personengruppen berücksichtigen darf.⁸³ Gleichwohl darf er bei der konkreten Ausgestaltung existenzsichernder Leistungen nicht pauschal nach dem Aufenthaltsstatus differenzieren⁸⁴, sondern muss diesen tatsächlich abweichenden Bedarf anhand eines transparenten und nachvollziehbaren Verfahrens belegen.⁸⁵ Das Sozialstaatsgebot gebietet, die soziale Wirklichkeit zeit- und realitätsgerecht zu erfassen.⁸⁶ Folglich sei eine Beurteilung der tatsächlichen Verhältnisse insoweit vorzunehmen, wie der Bedarf signifikant von dem anderer Bedürftiger abweiche. Zu beachten seien zudem europa- und völkerrechtliche Verpflichtungen, wozu unter anderem die Aufnahme-RL, Art. 12 IPwskR und die hier ebenfalls untersuchte UN-KRK⁸⁷ zählen.

Gegen eine Verletzung dieses Existenzminimums spricht, dass durch die Akut- und Schmerzbehandlung nach §§ 4, 6 AsylbLG die Existenz i.S.v. Leben gesichert sein soll. Allerdings kam es schon zu oft zu Fällen, in denen es zu einer tatsächlichen Lebensgefahr bzw. Tod gekommen ist.⁸⁸ Folglich wird in den Schutzbereich des Grundrechts auf Gewährleistung eines Existenzminimums eingegriffen.

Dieser Eingriff könnte jedoch gerechtfertigt sein. Innerhalb seines Gestaltungsspielraums hat der Gesetzgeber den Umfang der medizinischen Versorgung – neben dem

⁷⁹ BVerfG, Urteil v. 09.02.2010 (sog. Regelsatz-Urteil) und Urteil v. 18.07.2012 (AsylbLG).

⁸⁰ Veralteter Begriff aus dem Sozialhilferecht, heute Leistungsberechtigte, vgl. SÖHNKE (2014) in: SCHLEGEL/VOELZKE, AsylbLG, § 1 SGB XII Rn. 4.

⁸¹ BVerfG, Urteil vom 09. Februar 2010.

⁸² Vgl. auch EICHENHOFER (2013), ZAR 2013, (169) 174; FRERICHS (2014) in: SCHLEGEL/VOELZKE, AsylbLG, § 4 Rn. 22.

⁸³ BVerfG, 1 BvL 10/09 vom 18.07.2012, Rn. 97.

⁸⁴ BVerfG, 1 BvL 10/10 vom 18.07.2012, Rn. 99.

⁸⁵ Ebd. Rn. 95 ff.

⁸⁶ Ebd. Rn. 93.

⁸⁷ s. unter C. III.

⁸⁸ Bspw. Ist ein 4 Wochen altes Fröhchen gestorben, nachdem es mit seiner Mutter am Krankenhaus wegen fehlendem Krankenschein abgewiesen wurde, CLASSEN (2014), Stellungnahme AsylbLG, S. 48. (Weitere Todesfälle im Zusammenhang mit dem AsylbLG (von Erwachsenen). Wenn auch menschliches Versagen eine wichtige Rolle für die Nichtbehandlung gespielt haben mag, ist diese doch auf die Regelungen der §§ 4, 6 AsylbLG zurückzuführen, da diese bei den involvierten Menschen zu einer Anwendungsunsicherheit führen, erwähnt bei CLASSEN (2014), Stellungnahme AsylbLG, S. 48.

Aufenthaltsstatus – an die tatsächliche Aufenthaltsdauer geknüpft. Der Grund hierfür wird durch einen Blick in die Gesetzesbegründung von 1993 deutlich.⁸⁹ Dort wird die Ausgliederung dieser Gruppe aus der Sozialhilfe damit begründet, dass die Bedürfnisse auf einen in aller Regel nur kurzen, vorübergehenden Aufenthalt abgestimmt würden. Damit wird von dem ansonsten im Sozialhilferecht geltenden Individualisierungsgrundsatz, der für jeden Einzelfall die Existenzsicherung und soziale Integration für ein eigenständiges Leben zum Ziel hat,⁹⁰ abgewichen.⁹¹ Dieses Argument gegen eine Leistungspflicht vor allem bei langwierigen Behandlungen findet sich auch in zahlreichen gerichtlichen Entscheidungen.⁹² So stellte das LSG Baden-Württemberg fest, dass „Hilfeeempfänger nach dem AsylbLG [...] keinen Anspruch auf optimale und bestmögliche Versorgung [haben], sondern nur auf Hilfe bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen.“⁹³ Damit seien langwierige Behandlungen aufgrund der kurzen Aufenthaltsdauer ausgeschlossen.⁹⁴ Der Gesetzgeber hat allerdings unterlassen, den geringeren Bedarf dieser Gruppe anhand spezieller Eigenschaften in den ersten 15 Monaten in einem transparenten Verfahren nachzuweisen. Die Frage, was eine „erforderliche“ medizinische Versorgung ist, lässt sich aber nicht anhand der Aufenthaltsdauer in einem Land bestimmen. Maßgeblich ist vielmehr die medizinisch indizierte Notwendigkeit, z.B. mit Blick auf Folgeschäden oder auch rückständiger Entwicklung aufgrund fehlender Hilfsmittel. Dies gilt insbesondere bei chronischen Krankheiten.

Bei der Bemessung des Bezugszeitraums scheinen andere migrationspolitische Beweggründe eine größere Rolle zu spielen. Die Gesetzgebung erfolgte unter dem Leitbild, die Zahl der einreisenden Asylbewerber zu begrenzen und möglichst geringe Kosten für ihre Versorgung zu haben.⁹⁵ Zudem wurden die sog. „pull“-Faktoren bzw. „push“-Faktoren mit in Erwägung genommen, die Menschen aufgrund der geringen Versorgung in ihrem Herkunftsstaat bzw. der „anlockenden“ Leistungen im Zielstaat zur Migration bewegen.⁹⁶ Im Wege der Prüfung der Rechtfertigung eines Eingriffs wird ein solcher Grund jedoch keinen geringen Bedarf an medizinischer Versorgung rechtfertigen kön-

⁸⁹ BT-Drs. 12/4451 S. 5.

⁹⁰ Aus der Menschenwürde abgeleitet, vgl. MÜLLER-GRUNE (2014) in: SCHLEGEL/VOELZKE, AsylbLG, § 1 SGB XII Rn. 5

⁹¹ Gesetzesentwurf AsylbLG 1993, BT Drs. 12/4451 S.5.

⁹² Nachweise u.a. in: EICHENHOFER (2013), ZAR 2013, S. 169 (170 f.) und in der Rechtsprechungsübersicht von CLASSEN (2015).

⁹³ LSG Baden-Württemberg 11.01.07 – L 7 AY 6025/06, Ls. und Rn. 5 – juris.

⁹⁴ Ebd. Ls. und Rn. 5.

⁹⁵ BT-Drs. 12/4451, S. 1 und 5.

⁹⁶ Dieses Konzept stammt aus den Sozialwissenschaften. Es geht dabei mehr um eine politische Antrieb/Wille/Einschätzung als um juristische Kategorien. Dahinter steckt allerdings weitaus mehr, als die Begrifflichkeiten in der öffentlichen Diskussion bedeuten. Vgl. kurze Übersicht bei KRÖHNERT (2007), Migrationstheorien, S. 1.

nen. Laut BVerfG ist die Menschenwürde migrationspolitisch nicht zu relativieren.⁹⁷ Zudem fehlt es schon am Nachweis der Existenz eines solchen Effekts.⁹⁸ Darüber hinaus ist anzumerken, dass eine Erweiterung bzw. Vereinfachung der medizinischen Versorgung für geflüchtete Menschen nicht zwangsläufig eine finanzielle Mehrbelastung mit sich bringen muss. Dies zeigen zum einen die Erfahrungen in Bremen und Hamburg.⁹⁹ Auch wenn diese Erfahrungen nicht ohne weiteres von den Stadt- auf Flächenstaaten übertragbar sind, scheinen Einsparungen durch dieses vereinfachte System möglich.¹⁰⁰ Nicht zu unterschätzen sind insbesondere andere zusätzliche Barrieren, die eingewanderte Menschen vom Gang zum Arzt abhalten. Dazu zählen u.a. die Sprache, „kulturelle“ Unterschiede und fehlende Informationen über Versorgungsmöglichkeiten. Ein „Run“ auf das deutsche Gesundheitssystem, was das wirtschaftliche Wohl gefährden könnte, ist somit nicht zu erwarten.

Keiner der möglichen Gründe kann einen Eingriff in das Grundrecht auf Gewährleistung eines Existenzminimums rechtfertigen. Folglich ist Art. 1 I i.V.m. Art. 20 I GG verletzt.

3. Recht auf Gleichbehandlung - Art. 3 I GG¹⁰¹

Die Regelung der eingeschränkten Gesundheitsleistungen nach §§ 4, 6 AsylbLG verstößt gegen den allgemeinen Gleichheitssatz aus Art. 3 GG.

Zwar kann Art. 3 I GG nach der Einschätzung des BVerfG keine Maßstäbe für die Höhe der Sozialleistungen zum Existenzminimum setzen.¹⁰² Bei dem AsylbLG handelt es sich um eine eigenständige Regelung innerhalb des deutschen Sozialsicherungssystems.¹⁰³ Entgegen der Einschätzung des BVerfG geht es im vorliegenden Fall dementsprechend um das „Ob“ der Aufnahme geflüchteter Kinder in das deutsche Gesundheitssystem aufgenommen.

Art. 3 GG ist verletzt, wenn „eine Gruppe von Normadressat*innen oder Normbetroffenen im Vergleich zu anderen anders behandelt wird, obwohl zwischen beiden Gruppen

⁹⁷ BVerfG, 1 BvL 10/09 vom 18.07.2012, Rn. 121.

⁹⁸ s. C. I. 3 für weitere Ausführungen.

⁹⁹ Hier gleichbleibende Behandlungs- aber gesunkene Verwaltungskosten. FES, Gesundheitsversorgung und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft, S. 21.

¹⁰⁰ Bei den Flächenstaaten liegt das Problem der kommunalen Zuständigkeit für den Abschluss von Verträgen mit den Krankenkassen vor. Beim Bundesgesundheitsministerium wird in einer Bund-Länder-AG über die Einführung dieser Karte diskutiert. FES, Gesundheitsversorgung und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft, S. 22.

¹⁰¹ Das besondere Diskriminierungsverbot aus Art. 3 III ist hier nicht einschlägig, wengleich mit der Anknüpfung an den Aufenthaltsstatus eine mittelbare Verbindung zu den persönlichen Merkmalen „Abstammung“ bzw. „Herkunft und Heimat“ besteht. Vielmehr werden ja nicht alle mit dem gleichen Aufenthaltsstatus in dieser Weise diskriminiert, da es formal auf die Aufenthaltsdauer ankommt.

¹⁰² BVerfG, 1 BvL 1/09 vom 09.02.2010, Rn. 145; Das BVerfG gibt keine weitere Erläuterung zu diesem Ausschluss von Art. 3 GG (und Art. 6 GG).

¹⁰³ BVerfG, 1 BvL 10/10 vom 18.07.2012, Rn. 4.

keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die unterschiedliche Behandlung rechtfertigen können.“¹⁰⁴

Um eine Ungleichbehandlung darzustellen, muss eine vergleichbare Gruppe gefunden werden, die einen gemeinsamen Bezugspunkt hat.¹⁰⁵ Die Vergleichsgruppe umfasst Kinder, die mit sorgeberechtigter Begleitung geflohen sind,¹⁰⁶ sich aber unterschiedlich lang in Deutschland aufhalten. Jene Kinder, denen nach einem Aufenthalt von 15 Monaten gem. § 2 AsylbLG Leistungen nach dem SGB XII zustehen, erhalten sozialhilfe-rechtlich dementsprechende Leistungen nach § 264 SGB V im selben Umfang wie Kinder mit deutschem Pass.¹⁰⁷ Die Ungleichbehandlung liegt folglich darin, dass zwei Kinder, die zwar den gleichen ungesicherten Aufenthaltstitel (z.B. eine Duldung nach § 60a AufenthG) haben, eine unterschiedliche medizinische Versorgung erhalten.

Diese Ungleichbehandlung könnte jedoch verfassungsrechtlich gerechtfertigt sein, wenn dafür Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht vorliegen, dass sie die unterschiedliche Behandlung rechtfertigen könnten.¹⁰⁸ Dabei hängt die Intensität der Prüfung davon ab, inwieweit das Differenzierungsmerkmal (hier die Aufenthaltsdauer) einer persönlichen Eigenschaft aus Art. 3 III GG gleichkommt und deshalb die Gefahr der Diskriminierung einer Minderheit birgt.¹⁰⁹ Für die leistungsberechtigten Kinder nach §§ 1, 4 6 AsylbLG wird als Differenzierungskriterium die Aufenthaltsdauer von unter 15 Monaten (verknüpft mit dem Aufenthaltsstatus) herangezogen. Dieses Merkmal nähert sich dem persönlichen Merkmal „Herkunft“ an. Dieser Gruppe von geflüchteten Menschen wird – im Gegensatz zu denjenigen nach 15 Monaten - noch keine mögliche Zugehörigkeit zum deutschen Sozialsicherungssystem zugesprochen. Hinzu kommt die fehlende Beeinflussbarkeit des betroffenen Kindes auf das Merkmal der Aufenthaltsdauer, welches ein bloßes Faktum abhängig vom Einreisedatum darstellt. Nach dem BVerfG muss die Prüfstrengung deshalb noch enger gesehen werden.¹¹⁰

¹⁰⁴ BVerfGE NWvZ 2012, 825, (Ausschluss von Ausländern vom Elterngeld); vgl. auch BVerfGE 129, 49 (68 f.) = NVwZ 2001, 1316.

¹⁰⁵ BLOME (2011), JA 2011, 486 (488); vgl. u.a. GRÖPL (2013) in: GRÖPL/WINDHORST/VON COELLN, Art. 3 Rn. 27 ff.;

¹⁰⁶ Hier könnte man annehmen, dass unbegleitete minderjährige Flüchtlinge angeführt werden. Bei ihnen erfolgt gem. § 42 SGB VIII eine Inobhutnahme und damit hat das Jugendamt die Krankenhilfe sicherzustellen (Abs. 2). Der Umfang umfasst die – über die „normalen“ Leistungen nach § 4, 6 AsylbLG hinausgehende - erforderliche medizinische Hilfe gem. § 6 II. Die Schutzbedürftigkeit ist insoweit aber höher, als dass diese Kinder weder Personensorge- noch Erziehungsberechtigte im Inland haben, wodurch eine Vergleichbarkeit mit der Gruppe der begleiteten Flüchtlingskinder scheitert.

¹⁰⁷ s.o. C. I. 4.; vgl. CLASSEN (2008), Sozialleistungen, S. 105.

¹⁰⁸ vgl. genauere Erläuterung in BRITZ (2014), NJW 2014, 346 (348).

¹⁰⁹ BRITZ (2014), NJW 2014, 346 (348 f.).

¹¹⁰ BVerfG, 1 BvL 14/09 vom 12.10.2010, Rn. (45); mit weiteren Nachweisen: BRITZ (2014), NJW 2014, 346 (350).

Die unsichere Aufenthaltsdauer zu Anfang eines Asylverfahrens und damit die unterschiedliche Bleibeperspektive¹¹¹ wird in der Rechtsprechung des BVerfG grundsätzlich als Rechtfertigungsgrund angesehen¹¹², wenngleich nicht pauschal nach dem Aufenthaltsstatus differenziert werden dürfe.¹¹³ Damit wird das legitime Ziel verfolgt, ein sich nur vorübergehend in Deutschland aufhaltendes Kind nicht vollständig in das Sozialversicherungssystem aufzunehmen.¹¹⁴

Fraglich ist aber, ob mit der 15-Monate-Frist eine realitätsgetreue Abbildung des „Kurzaufenthalts“ geschaffen wurde.¹¹⁵ Dieser würde wiederum einen tatsächlichen Minderbedarf begründen. Die durchschnittliche Dauer bis zu einer ersten behördlichen Entscheidung betrug laut BAMF im zweiten Quartal 2015 ca. 5,4 Monate¹¹⁶ mit einer steigenden Zahl an ausstehenden Verfahren (273.719 Ende September).¹¹⁷ Ebenso mit Bedenken behaftet ist die Annahme, dass die befristeten Aufenthaltstitel der nach AsylbLG-Berechtigten keine Perspektive auf Daueraufenthalt geben würden und sog. „aufenthaltsbeendende Maßnahmen“ zu berücksichtigen wären.¹¹⁸ Dies entspricht nämlich nicht der alltäglichen Realität, da es gesetzliche Verlängerungs- und Verfestigungsmöglichkeiten gibt, was vor allem bei den sog. Kettenduldungen zum Tragen kommt.¹¹⁹

Daneben wird von Seiten der Gesellschaft, den Medien und der Politik die Gefahr des Missbrauchs des Sozialsystems als Rechtfertigungsgrund angeführt. Nach Erfahrungen mit dem Hamburger bzw. Bremer Modell¹²⁰ und einer Studie des Ethikrates¹²¹ hat der vereinfachte Zugang zu Gesundheitsleistungen keinen solchen Effekt nach sich gezogen. Für den Fall eines nachweisbaren Missbrauchs hat der Gesetzgeber eine Lösung

¹¹¹ Vgl. Begründung des Gesetzesentwurfs zum AsylbLG 1993, BT-Drs. 12/4451 und Gesetzesentwurf zur Änderung des AsylbLG und Sozialgerichtsgesetz v. 29.08.2014, BT-Drs. 18/2529 zu § 2, S. 14.

¹¹² BVerfG NVwZ 2012, 825 (826).

¹¹³ BVerfG, 1 BvL 10/10 vom 18.07.2012, Rn. 99.

¹¹⁴ Ebd. Rn. 5 f. mit Verweis auf die Gesetzesbegründung von 1993, BT-Drs. 12/4451.

¹¹⁵ CLASSEN (2014), Stellungnahme AsylbLG 2014, S. 25 mit Verweis auf BVerfGE v. 18.07.12 Rn. 100; Der „Kurzaufenthalt“ wird u.a. in § 47 i.V.m. § 50 I AsylVfG (mögliches Ende des Aufenthalts in Asylaufnahmestelle), § 1 II AufenthV und § 6 AufenthG (Schengen-Visa) für einen Zeitraum von 3 Monaten angenommen und rechtfertigt auch laut BVerfG ein abweichendes Existenzminimum im Unterschied zu Normalfällen.

¹¹⁶ Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Linken, Ergänzende Informationen zur Asylstatistik für das zweite Quartal 2015, 18.08.2015, BT 18/5785 S. 9.

¹¹⁷ BAMF, Asylgeschäftsbericht für den Monat September 2015 - beide Zahlen sind angesichts der aktuellen Entwicklungen nur annähernd aussagekräftig.

¹¹⁸ BT-Drs. 18/2592, zu § 2 S. 19.

¹¹⁹ BVerfG NVwZ 2012, 825 (826).

¹²⁰ LOBENSTEIN (2015), „Einfach zum Arzt gehen“, Interview mit Frank Burmester (Hamburger Sozialbehörde); zur Vertiefung lesenswert BURMESTER (2015), NDV 2015, 109-114 .

¹²¹ Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer, Stellungnahme, S. 902, unter Anführung der „healthy migrant“-Theorie, die besagt, dass Migranten eher selten krank sind, da sie ihre Familien in der Heimat (mit-)versorgen müssen.

vorgesehen: Der Anspruch auf sozialrechtliche Leistungen aus dem AsylbLG wird nach § 1a AsylbLG oder § 2 AsylbLG gekürzt oder erlischt ganz.¹²²

Es scheint folglich zielführender und angemessener, andere Regelungen zum „Kurzaufenthalt“ aus dem Asyl- und Aufenthaltsrecht zugrunde zu legen. Diese orientieren sich regelmäßig an einem Zeitraum von drei Monaten.¹²³ Der Gesetzgeber hat zwar das Recht, die Höhe der sozialen Leistungen nach seinem Ermessen zu bestimmen, aber eben nur mit der o.g. Begründung in einem transparenten Verfahren.¹²⁴ Dass sich der medizinische Bedarf der Kinder beider Vergleichsgruppen, also bei einem Aufenthalt von unter bzw. über 15 Monaten beweisbar als unterschiedlich einstufen lässt, ist nicht zu erwarten. Der erforderliche Nachweis hierzu wurde auch so noch nicht vom Gesetzgeber geleistet. Für eine Ungleichbehandlung liegen folglich keine rechtfertigenden Umstände vor. Die Anknüpfung der Leistungseinschränkung an die Aufenthaltsdauer von 15 Monaten verletzt somit den allgemeinen Gleichbehandlungssatz aus Art. 3 I GG.

4. Zwischenergebnis

Eine Verfassungsbeschwerde gegen die eingeschränkten Gesundheitsleistungen aus §§ 4, 6 AsylbLG wäre begründet, da sie das Recht auf Gleichbehandlung und auf Gewährleistung eines Existenzminimums verletzen.

II. EMRK

1. Einführung

Die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK)¹²⁵ ist ein völkerrechtlicher Vertrag aller Mitgliedstaaten des Europarates, dem bis jetzt 47 europäische Staaten beigetreten sind. Durch sein rechtsförmiges Verfahren zur Durchsetzung der garantierten Rechte¹²⁶ wurde ein ausdifferenziertes System dieser Menschenrechte geschaffen. In Deutschland gilt die EMRK auf Ebene der Bundesgesetze, Art. 59 II GG, und wird darüber hinaus vom BVerfG als Auslegungshilfe der Grundrechte herangezogen.¹²⁷ Damit eine Individualbeschwerde des Kindes vor dem EGMR Aussicht auf Erfolg hat, muss zu-

¹²² s. dazu auch B. I. 1.

¹²³ vgl. oben zu „Kurzaufenthalt“, z.B. § 47 i.V.m. § 50 I AsylVfG, § 1 II AufenthV, § 6 AufenthG.

¹²⁴ s. Prüfung Art. 1 I GG i.V.m. Art. 20 I GG; BVerfG, 1 BvL 10/10 vom 18.07.2012, Rn. 95 ff.

¹²⁵ Neubekanntmachung der Europäischen Menschenrechtskonvention v. 4. 11. 1950 (BGBl. 1952 II S. 685, ber. S. 953) nach Art. 2 G v. 21. 2. 2006 (BGBl. II S. 138). Erstmals in Kraft am 3. September 1953.

¹²⁶ Art. 1: allgemeine Verpflichtung allen seiner Hoheitsgewalt unterstehenden Personen, die Recht und Freiheiten der EMRK zuzusichern, ungeachtet der Staatsangehörigkeit. Vgl. hierzu auch JOHANN (2015) in: KARPENSTEIN/MAYER, Art. 1 Rn. 3 ff., 16.

¹²⁷ DREIER (2013) in: DREIER, Vorb. Rn. 71.

nächst festgestellt werden, ob und in welchem Umfang die EMRK ein Recht auf Gesundheit gewährleistet und anschließend, ob eine Verletzung dieses Rechts durch den eingeschränkten Zugang zu medizinischen Leistungen vorliegt (C. II. 2.). Zusätzlich wird auch ein Verstoß gegen das Diskriminierungsverbot aus Art. 14 EMRK geprüft werden (s. C. II. 3.).

2. Verletzung eines Rechts auf Gesundheit?

a) Soziale Menschenrechte justiziabel unter der EMRK?

Grundsätzlich wurde die EMRK zum Schutz vor allem bürgerlicher und politischer Rechte geschaffen.¹²⁸ Gleichwohl hat der EGMR schon in dem Fall *Airey v. Ireland* anerkannt, dass man diese nicht ohne weiteres von den sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Rechten¹²⁹ abgrenzen könne.¹³⁰ Dementsprechend sei eine Auslegung in diese Richtung durchaus zulässig.¹³¹ Auch in der nachfolgenden Rechtsprechung werden diese Rechte anerkannt, allerdings wird Zurückhaltung bei der Verurteilung eines Vertragsstaates wegen einer solchen Verletzung geübt.¹³² Gleichzeitig spricht der EGMR den Staaten großen Spielraum bei der konkreten Ausgestaltung von sozialen Rechten zu, dies gilt insbesondere für finanzielle Leistungen.¹³³ Damit soll vermieden werden, dass durch einen völkerrechtlichen Spruchkörper die Verteilung der Ressourcen eines Staates bestimmt wird.¹³⁴ Mit einer Verurteilung könnte nicht nur ein Einzelfall entschieden werden, sondern der Staat könnte gehalten sein, das AsylbLG in der jeweiligen Hinsicht zu ändern.

¹²⁸ KRIEGER (2013) in: DÖRR/GROTTE/MAURAHN, Kap. 6 Rn. 93; EICHENHOFER (2013), Soziale Menschenrechte, S. 149.; Auf Ebene des Europarats wurde 1961 ein eigener völkerrechtlicher Vertrag für soziale Menschenrechte geschaffen, die Europäische Sozialcharta (ESC). Diese erste Version dieses Vertrages hat Deutschland ratifiziert, jedoch keine der nachfolgenden Protokolle (u.a. zum Kollektivbeschwerdeverfahren von Organisationen) sowie die revidierte Version (1996). In diesem Vertrag wurden allerdings nur allgemeine Verpflichtungen der Staaten festgehalten (damit verbunden auch Staatenberichte), woraus nicht ohne weiteres subjektive Rechte der Einzelnen erwachsen. Die unmittelbare Anwendung und Durchsetzung der Rechte gestaltet sich somit in Deutschland problematisch. Dennoch sollte die ESC nicht unerwähnt bleiben, da der EGMR diese trotzdem zuweilen als Auslegungshilfe verwendet, sobald Verbindungen beider Menschenrechtssysteme zu erkennen sind. Vgl. hierzu NEUBECK (2013), S. 132, 139 161 f.; EICHENHOFER (2013), Soziale Menschenrechte, S. 149; der aktueller Ratifikationsstatus auf der Homepage des Europarates: http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/Presentation/SignatureRatificationIndex_en.asp.

¹²⁹ Im Folgenden wsk-Rechte.

¹³⁰ SAN GIORGI (2012), S. 93.

¹³¹ *Airey v. Ireland*, App. No. 6289/73, 9. Oktober 1979, § 26.

¹³² SAN GIORGI (2012), S. 107.

¹³³ LAGODNY (2014) in: IntKommEMRK, Art. 2 Rn. 16; SAN GIORGI (2012), S. 94 und S. 107; KRIEGER (2013) in: DÖRR/GROTTE/MAURAHN, Kap. 6 Rn. 94.

¹³⁴ LAGODNY (2014) in: IntKommEMRK, Art. 2 Rn. 16.

Mit diesen Vorüberlegungen im Blick sollen nun einzelne Konventionsgarantien dahingehend geprüft werden, ob sie ein Recht der Flüchtlingskinder auf uneingeschränkten Zugang zu Gesundheitsversorgung beinhalten und ob dieses durch die Regelungen in §§ 4, 6 AsylbLG seitens des Staates verletzt ist.

b) Recht auf Leben - Art. 2 EMRK

Art. 2 EMRK garantiert den Schutz des Lebens. Neben einem individuellen Abwehrrecht gegenüber staatlichen Eingriffen, wie z.B. gezielten Tötungen¹³⁵ enthält Art. 2 EMRK auch eine Schutzpflicht seitens des Staates, das Leben der Einzelnen positiv zu schützen („to take appropriate steps to safeguard life“).¹³⁶ Darunter fällt unter anderem der Schutz vor Angriffen Dritter auf das Leben, der Erlass von wirksamen strafrechtlichen Vorschriften sowie eine Ermittlungspflicht bei Todesfällen.¹³⁷ Weder in Rechtsprechung noch Literatur ist abschließend geklärt, ob Art. 2 EMRK die Pflicht beinhaltet, einen Mindeststandard an medizinischer Versorgung zu gewährleisten. Im Fall schwerwiegender Erkrankung¹³⁸ soll allerdings ein Minimum an medizinischer Versorgung gefordert werden dürfen.¹³⁹ Ebenso hat der EGMR in der Zulässigkeitsentscheidung über die Beschwerde *Benedetti v. Italien*¹⁴⁰ und *Nitecki v. Polen*¹⁴¹ festgestellt, dass den Staat zwar positive Verpflichtungen zum Schutz des Lebens treffen, diese aber nicht auf einen Anspruch auf Zahlung aller Medikamente auszuweiten sei.¹⁴² Heranzuziehen ist auch die Entscheidung in der Staatenbeschwerde *Zypern vs. Türkei*, in der gerügt wurde, dass den in Nordzypern lebenden griechischen Zyprioten die Reise zur Behandlung nach Südzypern versagt wurde. Eine Verletzung des Rechts auf Leben wurde abgelehnt, da generell der Zugang zu medizinischen Leistungen möglich war.¹⁴³ Daraus ergibt sich, dass die Regelungen im deutschen Asylrecht vereinbar sind mit den Vorgaben der EMRK. Im Fall schwerwiegender Krankheit geben diese Regelungen dem Wortlaut und Sinn und Zweck nach einen Anspruch auf Behandlung. Grundsätzlich ist also der Zugang zu Gesundheitsleistungen gegeben. Die Einschränkung des Zugangs fällt

¹³⁵ LAGODNY (2014) in: IntKommEMRK, Art. 2 Rn. 1, 3; SCHNÜBEL-PFISTER (2015) in: KARPENSTEIN/MAYER, Art. 2 Rn. 15.

¹³⁶ LAGODNY (2014) in: IntKommEMRK, Art. 2 Rn. 9.; MEYER-LADEWIG (2011), Art. 2 Rn. 9

¹³⁷ Vgl. SCHNÜBEL-PFISTER (2015) in: KARPENSTEIN/MAYER, Art. 2 Rn. 30 ff.; MEYER-LADEWIG (2011), Art. 2 Rn. 9 ff.;

¹³⁸ Der EGMR nimmt jeweils Einzelfallbetrachtungen vor (wie in den meisten Fällen), bei denen der Kern der Gewährleistung betroffen sein müsse. (So bei FROHWERK (2012), Soziale Not in der Rechtsprechung des EGMR, S. 149) Diese Tatsache erschwert eine konkrete Vorhersage.

¹³⁹ KRIEGER (2013) in: DÖRR/GROTE/MAURAHN I, Kap. 6 Rn. 94.

¹⁴⁰ EKMR No. 31228/96 - *Benedetti*, (1998).

¹⁴¹ EGMR No. 65653/01 - *Nitecki* (2002)

¹⁴² SAN GIORGI (2012), S. 103; LAGODNY (2014) in: IntKommEMRK, Art. 2 Rn. 6.

¹⁴³ EGMR No. 25781/94, Rep. 2001-IV, § 216 ff - *Zypern v. Türkei.*; SAN GIORGI (2012), S. 103.

unter den Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers. In diesen greift der EGMR nicht gestaltend ein.

Einzig die komplizierte und unklare Handhabung der Vorschriften in der Praxis und die damit einhergehenden Risiken können das Recht auf Leben im Einzelfall verletzen, wenn sich das Krankheitsbild durch Nichtgewährung einer Behandlung im konkreten Fall verschlechtert und es deshalb zum Tod kommt.¹⁴⁴ Trotzdem verbürgt das Recht auf Leben gem. Art. 2 I EMRK kein allgemeines Recht auf soziale Gesundheitsversorgung. Flüchtlingskinder haben daraus keinen Anspruch auf eine medizinische Versorgung, die über den Rahmen der Akutversorgung nach § 4 AsylbLG hinausgeht.

c) Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens - Art. 8 EMRK

Die medizinische Minimalversorgung für Flüchtlingskinder greift nicht in Art. 8 EMRK ein, wenngleich unter das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens unter anderem die Selbstbestimmung über den eigenen Körper und damit die psychische und körperliche Integrität fällt.¹⁴⁵

Die Fälle, in denen der Schutzzumfang bestimmt und die Verletzung der psychischen bzw. körperlichen Integrität festgestellt wurden, waren vor allem die von zwangsweisen medizinischen Untersuchungen, Sterbehilfe oder Schwangerschaften (Schwangerschaftsabbrüchen).¹⁴⁶ In diesem Zusammenhang wurden zwar auch medizinische Behandlungen angesprochen, eine Verletzung aber nur bei dem Staat zurechenbaren Behandlungen, die gegen den Willen der Betroffenen erfolgen bzw. mit Verletzung der körperlichen Integrität einhergehen.¹⁴⁷

Geklärt hat der EGMR auch, dass grundsätzlich keine staatliche Verpflichtung besteht, kostenlose medizinische Versorgung bereitzustellen.¹⁴⁸ Nichtsdestotrotz gibt es Anhaltspunkte in der Rechtsprechung, die doch einen Eingriff begründen könnten. Fälle, in denen jeweils Forderungen nach Leistungen behandelt wurden, die über die Regelleistung der jeweiligen Gesundheitssysteme hinausgingen, waren *Sentges v. Niederlande* und *Pentiacova v. Polen*. Eine Verletzung des Art. 8 EMRK lehnte der EGMR jeweils mit der Begründung ab, dass die Beschwerdeführer*innen grundsätzlich gleichen

¹⁴⁴ vgl. auch die entsprechenden Ausführungen bei der Prüfung des Art. 2 II 1 GG oben, C. I. 1.

¹⁴⁵ SAN GIORGI (2012), S. 106; FROWEIN (2009) in: FROWEIN/PEUKERT, Art. 8 Rn. 291; PÄTZOLD (2015) in: KARPENSTEIN/MAYER, Art. 8 Rn. 6 f. .

¹⁴⁶ FROWEIN (2009) in: FROWEIN/PEUKERT, Art. 8 Rn. 8; PÄTZOLD (2015) in: KARPENSTEIN/MAYER, Art. 8 Rn. 8; MEYER-LADEWIG (2011), Art. 8 Rn. 11.

¹⁴⁷ MEYER-LADEWIG (2011), Art. 8 Rn. 11 ff.; PÄTZOLD (2015) in: KARPENSTEIN/MAYER, Art. 8 Rn. 8.

¹⁴⁸ Nachweise bei: SAN GIORGI (2012), S. 108; PÄTZOLD (2015) in: KARPENSTEIN/MAYER, Art. 8 Rn. 8.

Zugang wie alle Bürger*innen zu der allgemeinen öffentlichen Gesundheitsversorgung hätten.¹⁴⁹

Für unseren Fall könnte eine Verletzung jedoch vorliegen, da gerade kein gleicher, sondern nur ein eingeschränkter Zugang zur allgemeinen öffentlichen Gesundheitsversorgung vorliegt. Darüber hinaus verlangen geflüchtete Kinder keine Leistungen, die über die sonstigen Regelleistungen des deutschen Gesundheitssystems hinausgehen. Probleme bereitet dagegen das Kriterium der „Bürger*in“, das – eng am Wortlaut ausgelegt – an die deutsche Staatsangehörigkeit anknüpft und nicht an die bloße Eigenschaft als Einwohner*in in einem Land. Für eine weite Auslegung spricht, dass die EMRK eine universelle Geltung der in ihr festgeschriebenen Menschenrechte geltend macht¹⁵⁰. Dagegen muss aber angeführt werden, dass die Staaten in erster Linie nur ein Leistungsrecht gegenüber ihren Staatsangehörigen treffen kann. Betrachtet man zudem die oben erwähnte allgemeine Zurückhaltung des EGMR bei der positiven Verpflichtung der konkreten leistungsrechtlichen Ausgestaltung von Konventionsrechten, lässt sich eher darauf schließen, dass er keine Verletzung des Art. 8 EMRK feststellen wird.

Art. 8 EMRK kann folglich nicht als verletzt angesehen werden.

3. Diskriminierungsverbot - Art. 14 EMRK

Höhere Erfolgsaussichten bietet die Behauptung einer Verletzung des Diskriminierungsverbots gem. Art. 14 EMRK.

Dieses kann nie selbstständig gerügt werden, sondern muss immer in Verbindung zur Gewährleistung anderer Konventionsgarantien stehen. Die Anforderungen an diese sogenannte Akzessorietät sind jedoch immer weiter zurückgestuft worden, sodass für die Anwendung des Diskriminierungsverbots nicht einmal mehr eines der Freiheitsrechte verletzt sein muss und stattdessen eine bloße Berührung des Anwendungsbereiches eines anderen Rechts (hier Art. 8 EMRK) genügt.¹⁵¹

Ähnlich der deutschen Prüfung des Art. 3 I GG wird anhand der Bildung einer Vergleichsgruppe¹⁵² eine direkte oder indirekte Diskriminierung nachgewiesen. Die Unterscheidung muss an einen der Bezugspunkte aus Art. 14 EMRK anknüpfen, der im Gegensatz zu Art. 3 III GG neben Nationalität auch den sonstigen Status als Diskriminierungskategorie kennt. Liegt eine Ungleichbehandlung vor, so kann sie objektiv und

¹⁴⁹ EGMR, No. 27677/02, § 7 – Sentges (2003); vgl. SAN GIORGI (2012), S. 107.

¹⁵⁰ EMRK, erster Erwägungsgrund in der Präambel.

¹⁵¹ Vgl. SAUER (2015) in: KARPENSTEIN/MAYER, Art. 14 Rn. 16; MEYER-LADEWIG (2011), Art. 14 Rn. 5.

¹⁵² für die folgende Darstellung vgl. SAN GIORGI (2012), S. 145.

vernünftigerweise gerechtfertigt sein, wenn ein legitimes Ziel verfolgt und dabei die Angemessenheit der Regelung in Bezug auf das verfolgte Ziel beachtet wird.

Als Grundsatzentscheidung für unsere Problemstellung könnte der Fall *Okpisz v. Deutschland* gelten, in dem der EGMR eine Verletzung von Art. 14 i.V.m. Art. 8 EMRK festgestellt hat. Bei der Zahlung von Kindergeld an Drittstaatsangehörige wurde zwischen solchen mit unbefristeter Aufenthaltsgenehmigung und ungefestigtem Aufenthaltsstatus unterschieden.¹⁵³ Gleichwohl hat der EGMR angeführt, dass er im Bereich der Sozialleistungen nicht dazu berechtigt war, generell festzulegen, welcher Maßstab für eine unterschiedliche Behandlung für Menschen mit unterschiedlichem Aufenthaltsstatus anzulegen ist.¹⁵⁴ Wenn ein Staat sich aber dafür entscheide, Leistungen zu erbringen und damit in dem Fall *Okpisz* durch Zahlung von Kindergeld das Recht auf Familie (Art. 8 EMRK) respektiere,¹⁵⁵ dann dürfe die Vergabe dieser Leistungen lediglich nicht ungerechtfertigt an den bloßen Aufenthaltsstatus anknüpfen¹⁵⁶.

Im Fall der Gesundheitsleistungen könnte das Bestehen einer gesetzlichen Krankenkasse und allgemeinen Krankenversicherungspflicht die Achtung der Gesundheit (körperliche Unversehrtheit, Art. 8 EMRK) seitens der Gesetzgebung nahelegen.¹⁵⁷ Wie im Rahmen der Prüfung des Art. 2 II 1 GG schon ausgeführt, trifft diese nach deutschem Verfassungsrecht nur eine Leistungspflicht innerhalb dieses Rahmens. Es scheint aber nicht unmöglich, dass der EGMR einen weiteren Bereich der Ungleichbehandlung zieht. Gerade durch die Schaffung dieses Sonderrechts wurde im Bezug auf geflüchtete Menschen, die sich bis zu 15 Monaten in Deutschland aufhalten, deren Gesundheit als weniger schützenswert eingestuft – entgegen der Betonung der Wichtigkeit des Schutzes.

Legitime Ziele dieser Ungleichbehandlung wären zum einen, dass die Aufnahme ins Sozialversicherungssystem nicht gewünscht ist. Für einen vorübergehenden Aufenthalt (i.d.R. 3 Monate, s.o.) oder auch bis zur ersten behördlichen Entscheidung (durchschnittl. nach mind. 5 Monaten) mag dies angemessen sein. Bis zu diesem Zeitpunkt kann noch mit einer baldigen Ausreise gerechnet werden. Danach zeigt die Statistik, dass die Menschen länger als 15 Monate bleiben, dies also kein angemessenes Kriterium darstellt. Damit verknüpft ist das Ziel, die Kosten für die gesundheitliche Versorgung von AsylbLG-Berechtigten möglichst gering zu halten. Vor dem EGMR wird dieser Grund der Sache nach erst einmal respektiert werden. Allerdings ist die Begrenzung der Versorgung auf einen Minimalbedarf nicht angemessen, da andere Mittel, wie z.B.

¹⁵³ EGMR No. 59140/00, § 34 - *Okpisz* (2005); NVwZ 2006, 917.

¹⁵⁴ Ebd. § 34 - *Okpisz*.

¹⁵⁵ Ebd. § 32 - *Okpisz*.

¹⁵⁶ Ebd. § 34 - *Okpisz*.

¹⁵⁷ Vgl. BVerfG, 1 BvR 2045/12 vom 26.02.2013, Rn.9 f.

Abbau von Verwaltungskosten¹⁵⁸ auch zur Verfügung stehen. Zudem sind, wie im Rahmen von Art. 1 I GG i.V.m. Art. 20 I GG und Art. 3 GG schon erwähnt, bei Erweiterung der Gesundheitsversorgung auf Sozialhilfeniveau keine höheren Behandlungskosten zu erwarten. Es kann kein legitimes Ziel gefunden werden, dass in angemessener Weise durch die Regelungen verfolgt wird.

Art. 14 EMRK i.V.m. Art. 8 EMRK ist folglich als verletzt anzusehen.

4. Zwischenergebnis zu EMRK

Bei einer Individualbeschwerde könnte das Diskriminierungsverbot aus Art. 14 EMRK i.V.m. Art. 8 EMRK gerügt werden. Eine alleinige Bezugnahme auf die Konventionsrechte aus Art. 2, 8 EMRK scheint nicht aussichtsreich.

III. UN-KRK

Die UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK) wurde 1989 verabschiedet und seitdem nahezu weltweit - mit Ausnahme der USA - ratifiziert, hat also Rechtsverbindlichkeit in Deutschland. Auch wenn schon andere Menschenrechtsabkommen für Kinder galten, sollte durch die UN-KRK die besondere Schutzbedürftigkeit von Kindern in das Bewusstsein der Gesellschaft und Staaten gerückt werden. Sie garantiert kinderspezifische Rechte.¹⁵⁹

Die Bundesrepublik Deutschland hat sich vollumfänglich den Anliegen aus der UN-KRK verpflichtet. Sie hat sowohl die Konvention als auch die ersten beiden Fakultativprotokolle unterschrieben und ratifiziert. Mittlerweile hat die BRD auch die ursprünglich eingelegten Vorbehalte zur Konvention zurückgenommen.¹⁶⁰ Das dritte Zusatzprotokoll, welches das sogenannte Individualbeschwerdeverfahren vorsieht, wurde am 28.02.12 unterzeichnet, die Zustimmung des Bundestages durch Gesetz erfolgte am 16.04.14.¹⁶¹

1. Recht auf Gesundheit - Art. 24 UN-KRK

Die UN-KRK normiert nicht nur politische und bürgerliche sondern auch wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (s. Erläuterungen zu wsk-Pakt), zu denen das Recht auf

¹⁵⁸ Vgl. Erfahrungen beim Bremer/Hamburger Modell z.B. erwähnt bei FES, Gesundheitsversorgung und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft, S. 21.

¹⁵⁹ SCHMAHL (2013), UN-KRK, Einleitung Rn. 1.

¹⁶⁰ LORZ (2010), Nach der Rücknahme der deutschen Vorbehaltserklärung: Was bedeutet die uneingeschränkte Verwirklichung des Kindeswohlvorrangs nach der UN-Kinderrechtskonvention im deutschen Recht?.

¹⁶¹ Gem. Art. 19 I tritt das Protokoll drei Monate nach Hinterlegung der zehnten Ratifikations- oder Beitrittsurkunde in Kraft.

Gesundheit funktionell zählt.¹⁶² Allerdings unterscheiden sich diese Rechte in ihrer Verpflichtungsstruktur von den klassischen Freiheitsrechten: wsk-Rechte beinhalten drei verschiedene Ebenen der Verpflichtung, die vom Ausschuss für wsk-Rechte mit den Schlagworten „obligations to respect, protect and fulfill“ (Achtungs-, Schutz- und Gewährleistungspflichten) zusammengefasst werden.¹⁶³

In Bezug auf Gesundheit ist das Recht des Kindes „auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit“ in Art. 24 I UN-KRK anerkannt. Dieser Schutzanspruch des Kindes gegen den Staat stellt ein individuell einklagbares Menschenrecht dar.¹⁶⁴ Weiter heißt es in Art. 24 I 2 UN-KRK, dass „die Vertragsstaaten sich bemühen, sicherzustellen, dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsleistungen vorenthalten wird.“

Bei leistungsberechtigten Kindern nach dem AsylbLG ist eine bestmögliche Versorgung ebenso wenig gewährleistet wie die Behandlung chronischer Krankheiten, sofern kein unaufschiebbarer Behandlungsbedarf oder Schmerzzustand besteht.¹⁶⁵

Der Begriff der notwendigen Behandlung i.S.d. Art. 24 II UN-KRK ist weiter zu verstehen als die Beschränkung auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände, wie sie §§ 4, 6 AsylbLG vornehmen. Es liegt folglich eine Verletzung des Rechtes auf Gesundheit vor.

2. Diskriminierungsverbot - Art. 2 UN-KRK

Der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen darf nach dem klaren Wortlaut des Art. 24 Abs. 1 Satz 2 UN-KRK „keinem Kind“ vorenthalten werden. Die Staatsangehörigkeit ist also hier kein Anknüpfungspunkt. Hierdurch wird verdeutlicht, dass es beim Gesundheitsschutz keine Diskriminierung geben darf. In diesem Zusammenhang sollen die Vertragsstaaten den typischerweise besonders bedrohten Gruppen geflüchteten Kindern noch einmal gesondert Aufmerksamkeit widmen.

Auch im Rahmen des Gesundheitsschutzes sind die wesentlichen Prinzipien der UN-KRK, insbesondere Art. 2 und Art. 3 UN-KRK, zu beachten. So darf der Vertragsstaat hinsichtlich des Gesundheitsschutzes keine Differenzierung von Rasse, Geschlecht, Hautfarbe, Behinderung oder ähnlichen Kriterien vornehmen und muss jederzeit das Kindeswohl berücksichtigen.

¹⁶² PAYANDEH (2014), Die Individualbeschwerde zum Kinderrechtsausschuss der Vereinten Nationen, S. 43.

¹⁶³ Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, Allgemeine Bemerkungen Nr. 14 (2000), The highest attainable standard of health, UN-Dok. E/C. 12/2000/4 vom 11.08.00.

¹⁶⁴ CRC, General Comment No. 5, CRC/GC/2003/5, RN. 6, 25.

¹⁶⁵ OVG NRW, 20.08.03 - 16 B 2140/04, Rn. 8.

Die Bundesregierung reagierte auf eine Kleine Anfrage zu Verbesserungen der gesundheitlichen Versorgung von Asylbewerber*innen einiger Abgeordnete und der Fraktion DIE LINKE folgendermaßen: Das Diskriminierungsverbot untersage „willkürliche oder unverhältnismäßige Ungleichbehandlung“. Das Diskriminierungsverbot enthält laut Bundesregierung kein leistungsrechtliches Gleichstellungsgebot. Insbesondere lasse sich aus dem WSK-Pakt kein generelles Verbot ableiten, für bestimmte Personengruppen ein besonderes Versorgungsrecht zu schaffen, sofern die verfassungs- und völkerrechtlich vorgegebenen sozialen Mindeststandards eingehalten werden.¹⁶⁶

Es ist aus gleichheitsrechtlicher Perspektive nicht nachvollziehbar, warum Sozialhilfeberechtigten eine medizinische Versorgung im (nahezu) gleichen Umfang wie gesetzlich Versicherten gewährt wird, der Zugang zu Gesundheitsleistungen nach §§ 4, 6 AsylbLG jedoch auf eine Notversorgung beschränkt bleibt. Dass dies jedoch im Hinblick auf die durch die UN-KRK gewährten Rechte rechtlich nicht mehr länger haltbar ist, zeigt sich jedoch spätestens im Lichte völkerrechtlicher Betrachtung. Im General Comment Nr. 15 von 2013¹⁶⁷, der dazu dient, das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit zu präzisieren, wird die Forderung nach ärztlicher Betreuung ohne jegliche Diskriminierung erneut erhoben.

„States parties shall strive to ensure that no child is deprived of his or her right of access to such health care services. (...) Article 24, paragraph 1, imposes a strong duty of action by States parties to ensure that health and other relevant services are available and accessible to all children, with special attention to under-served areas and populations.“

Die Einhaltung der UN-KRK wird auf der Grundlage von Staatenberichten regelmäßig vor dem KRA überprüft. Anlässlich des für Deutschland zuletzt 2014 durchgeführten Berichtsverfahrens zeigte sich der Ausschuss insbesondere über den Zugang zu Gesundheitsleistungen für begleitete Flüchtlingskinder besorgt und kritisierte, dass diesem Personenkreis lediglich eine medizinische Notfallversorgung gewährt würde:

„56. (b) The Committee is concerned about the following issues: Inadequate access to health services for asylum-seeking children and those in irregular migration situation,

¹⁶⁶ BT-Drs. 18/4758 vom 27.04.15, Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE - Verbesserungen der gesundheitlichen Versorgung von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern.

¹⁶⁷ Committee on the Rights of the Child (2013), General comment No. 15 on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24).

including treatment of acute illnesses and preventive health care and psychosocial therapy support when necessary."¹⁶⁸

3. Zwischenergebnis

Die gegenwärtige Ausgestaltung der Gesundheitsvorschriften im AsylbLG liegt unter dem in der UN-KRK festgelegten Standard und führt zu einer ungerechtfertigten Diskriminierung zwischen Kindern, die in den Regelungsbereich des AsylbLG fallen und anderen Kindern. Das AsylbLG steht damit im Widerspruch zum geltenden Völkerrecht.

¹⁶⁸ Abschließende Beobachtungen des UN-Ausschusses für die Rechte des Kindes (KRA) zum Dritt- und Viertbericht Deutschlands, 31.04.14.

D. Prozessual: Wie macht man seine Rechte geltend?

I. National - Verfassungsbeschwerde – „Der Gang nach Karlsruhe“

Wesentliche Voraussetzung beider zu untersuchenden internationalen Beschwerdemöglichkeiten ist die Erschöpfung des innerstaatlichen Rechtswegs.

Diese kann gem. Art. 93 I Nr. 4a GG jede*r erheben, die*der behauptet, durch die öffentliche Gewalt in einem seiner Grundrechte verletzt zu sein. Aufgrund hoher Eingangszahlen (allein 6006 Beschwerden im Jahr 2014¹⁶⁹) und der daraus resultierenden strengen Prüfung der Zulässigkeitsvoraussetzungen ist eine genaue Beachtung durch den*die Beschwerdeführer*in empfehlenswert.¹⁷⁰

Keine Schwierigkeiten bereiten sollten die klassischen Zulässigkeitsvoraussetzungen: die Beschwerdefähigkeit (§ 90 I BVerfGG), die Beschwerdebefugnis (Möglichkeit einer Grundrechtsverletzung)¹⁷¹, der taugliche Beschwerdegegenstand (Akt öffentlicher Gewalt, § 90 I BVerfGG), Frist und Form (§§ 23 I, 93 BVerfGG). Daneben gibt es zwei erwähnenswerte Besonderheiten für unseren Fall. Zu beachten ist zum einen die Prozessfähigkeit des Kindes, die sich am sonstigen Prozessrecht orientiert, also im Regelfall Volljährigkeit voraussetzt.¹⁷² Ausnahmen für Minderjährige können dann bestehen, wenn z.B. die Eltern „nicht willens oder nicht in der Lage“ sind, eine Verfassungsbeschwerde einzulegen.¹⁷³ Als größtes und sehr genau zu nehmendes Hindernis steht die Rechtswegerschöpfung gem. § 90 II BVerfGG bevor.¹⁷⁴ Zur Umgehung dieser Anforderung steht die Vorabentscheidung gem. § 90 II S. 2 BVerfGG zur Verfügung, wenn die Verfassungsbeschwerde allgemeine Bedeutung hat oder wenn dem Beschwerdeführer ein schwerer und unabwendbarer Nachteil durch Beschreitung des Rechtswegs entstehen würde. Auch wenn sie in unseren Fall unter Umständen als gegeben angesehen werden können, werden diese Kriterien sehr eng ausgelegt. Mit dieser Ausnahmeregelung soll den Fachgerichten keine Kompetenz abgenommen werden soll.¹⁷⁵

¹⁶⁹ Jahresstatistik des BVerfG:
<http://www.bundesverfassungsgericht.de/DE/Verfahren/Jahresstatistiken/2014/gb2014/A-I-4.html>.

¹⁷⁰ An dieser Stelle wird allerdings nur ein kleiner allgemeiner Überblick gegeben, da dies kein Schwerpunkt dieser Arbeit darstellen soll.

¹⁷¹ LENZ/HANSEL (2015), § 90 Rn. 291.; RUPPERT (2005) in: UMBACH/CLEMENS/DOLLINGER, § 90 Rn. 52, 72.; KLEINE-COSACK (2013), Kap. 6 Rn. 237, 357.

¹⁷² LENZ/HANSEL (2015), § 90 Rn. 150 f.; RUPPERT (2005) in: UMBACH/CLEMENS/DOLLINGER, § 90 Rn. 49.; KLEINE-COSACK (2013), Kap. 6 Rn. 278

¹⁷³ Ebd.

¹⁷⁴ Vgl. KLEINE-COSACK (2013), Kap. 6 Rn. 403;

¹⁷⁵ KLEINE-COSACK (2013), Kap. 6 Rn. 540.

Trotz der Eigenschaft als außerordentlicher Rechtsbehelf¹⁷⁶ kann das BVerfG gemäß § 95 II BVerfGG bei einer Verfassungsbeschwerde gegen ein Urteil das Urteil aufheben und an ein zuständiges Fachgericht verweisen. Zudem kann nach § 95 III 1 BVerfGG eine Norm für nichtig erklärt werden, wenn diese Gegenstand der Verfassungsbeschwerde war¹⁷⁷ oder bei Erklärung der Unvereinbarkeit mit dem GG für die Zeit bis zu einem neuen Gesetz eine Übergangsregelung festsetzen.¹⁷⁸

II. International

1. Einführung

Der Gang vor einen internationalen juristischen Spruchkörper bietet viele Möglichkeiten, gerade im menschenrechtlichen Bereich. Gleichzeitig enthalten die Zulässigkeitsvoraussetzungen, die zuvorderst den Nationalstaaten die Umsetzung und den Schutz der jeweils garantierten Rechte verantworten sollen, und der eigentliche Gang vor ein solches „Gericht“ in der Praxis viele Herausforderungen.

2. Individualbeschwerde EGMR

Die Individualbeschwerde vor dem EGMR stellt als subsidiären Rechtsschutz zum nationalen Rechtsweg eine der letzten Möglichkeiten dar, verletzte Menschenrechte (juristisch) geltend zu machen. Stellt der EGMR eine Verletzung eines Konventionsrechts fest, ist der betreffende Vertragsstaat gem. Art. 46 I EMRK dazu verpflichtet, das Urteil zu befolgen. Dieses kann finanzielle Entschädigungen und andere entschädigende Maßnahmen enthalten. Nicht selten spricht er gleichzeitig eine Empfehlung aus, eine bestimmte Regelung, beispielsweise auch die §§ 4, 6 AsylbLG über die Gesundheitsleistungen, zu reformieren, damit die Konventionsverletzung in Zukunft vermieden wird. In Deutschland ist letzteres beispielsweise im Fall der Sicherungsverwahrung geschehen.¹⁷⁹

Alle Zulässigkeitsvoraussetzungen beruhen auf der Rechtssicherheit im jeweiligen Vertragsstaat und der vorrangigen Verantwortung, die Konventionsrechte selbst zu schützen.¹⁸⁰ Dadurch sollen die staatlichen Organe oder andere Betroffene vor ausufernden

¹⁷⁶ s. dazu PIEROTH (2014) in: JARASS/PIEROTH, Art. 93 Rn. 45; HILLGRUBER/GOOS (2015), S. 39 (§ 3 I 3) Rn. 79.

¹⁷⁷ In unserem Fall wird über die Urteilsverfassungsbeschwerde mittelbar die Normen der §§ 4, 6 AsylbLG geprüft werden, die dann auch gem. § 95 iii s. 2 BVerfGG Eine reine Verfassungsbeschwerde gegen ein Gesetz untersteht nämlich trotzdem dem hohen Zulässigkeitsanfordernis der Rechtswegerschöpfung, weshalb ersterer Verfahrensweg wahrscheinlicher und aussichtsreicher ist. vgl. hierzu LENZ/HANSEL (2015), § 95 Rn. 42, 77 ff.

¹⁷⁸ s. z.B. BVerfG, Urteil v. 18.07.2012 Rn. 123 ff.

¹⁷⁹ *BMJV*, Bericht über Rechtsprechung des EGMR und deren Umsetzung, S. 31.

¹⁸⁰ s. z.B. beim Fristenfordernis, Leitfaden EGMR, S. 32 Rn. 87, oder bei der Opfereigenschaft Leitfaden EGMR, S. 14 Rn. 15.

und zu jeder Zeit möglichen Klagen geschützt werden. Zudem ist der EGMR durch sehr hohe Eingangszahlen überbelastet.¹⁸¹ Deshalb sind alle Voraussetzungen streng einzuhalten.

a) Im Wesentlichen übereinstimmende Beschwerde

Von vorneherein ausgeschlossen wird die Beschwerde, wenn sie auch schon bspw. vor dem UN-Kinderrechtsausschuss behandelt wurde. Nach Art. 35 II b) Alt. 2 EMRK¹⁸² befasst sich der Gerichtshof nicht mit einer nach Art. 34 EMRK erhobenen Individualbeschwerde, die schon einer anderen internationalen Untersuchungs- oder Vergleichsinanz vorgelegt worden ist und keine neuen Tatsachen enthält. Die Verfahren können parallel angestrengt werden, entscheidend ist hingegen ob schon eine Sachentscheidung ergangen ist.¹⁸³ Die Vergleichbarkeit wird anhand der Parteien, den Beschwerdepunkten, den geltend gemachten einschlägigen Normen, der Reichweite ihrer Beschwerden und der Art der Wiedergutmachung überprüft.¹⁸⁴ Sind die Personen, z.B. eine einzelne Beschwerdeführer*in beim EGMR und eine Nichtregierungsorganisation als juristische Person bei dem UN-Kinderrechtsausschuss, zwar nicht identisch,¹⁸⁵ aber stimmen die Beschwerden in den sonstigen Punkten im Wesentlichen überein, so wird eine Beschwerde wegen Verstoß gegen diese Vorschrift abgelehnt¹⁸⁶.

b) Zeitliche, örtliche und sachliche Vereinbarkeit

Der EGMR ist gem. Art. 35 III a), Art. 32 EMRK zeitlich, örtlich und sachlich zuständig.¹⁸⁷ Deutschland als beklagter Staat ist als Vertragspartei ein tauglicher Beschwerdegegner.¹⁸⁸ Die Beschwerdeführer*in, hier das Kind ist als natürliche Person gem. Art. 34 EMRK auch parteifähig.¹⁸⁹ Die Prozessfähigkeit ist nicht näher geregelt, es wer-

¹⁸¹ ECHR, Analysis of Statistics 2014,

¹⁸² Alt. 1 schließt die Prüfung einer Beschwerde aus, die im Wesentlichen mit einer schon vorher vom EGMR geprüften Beschwerde übereinstimmt.

¹⁸³ Leitfaden EGMR, S. 40 Rn. 141.

¹⁸⁴ Ebd. S. 40 Rn. 142.

¹⁸⁵ Ebd. S. 40 Rn. 144.

¹⁸⁶ Ebd. S. 41 Rn. 145.

¹⁸⁷ Da diese Kriterien im Regelfall -wie auch hier- keinen Problemfall bieten, nur eine kurze Erläuterung an dieser Stelle. (vgl. hierzu *Peters/Altwickler*, § 35 Rn. 5 ff. und den Leitfaden EGMR) *Zeitliche* Vereinbarkeit betrifft die Frage nach der Geltung der EMRK für den jeweiligen Mitgliedstaat zum Zeitpunkt der fraglichen Handlung, die das Inkrafttreten der EMRK (03.09.1953) gegeben ist. Problematisch kann dagegen die *örtliche* Zuständigkeit dann sein, wenn eine Beschwerde über einen extraterritorialen Hoheitsakt eines Mitgliedstaates eingelegt wird. Mit der Anforderung an die *sachliche* Zuständigkeit wird eine summarische Prüfung des materiellen Rechts vorverlagert, also der Frage nachgegangen, ob das gerügte Recht überhaupt durch die EMRK geschützt wird (betrifft sowohl fehlende Gewährleistung und fehlende Schutzbereichsberührung)

¹⁸⁸ Einzig nicht Protokoll Nr. 12 zu Diskriminierung.

¹⁸⁹ Eine nichtstaatliche Organisation ist auch parteifähig, in unserem Fall würde es aber schon an der Opfereigenschaft scheitern, weshalb eine Prüfung in diese Richtung keinen Sinn macht.

den aber weniger strenge Anforderungen als im nationalen Recht gestellt.¹⁹⁰ Minderjährige Flüchtlinge sind also beschwerdebefugt, vertreten durch ihre Eltern.

c) Vereinbarkeit ratione personae

Überaus wichtig ist es, die Opfereigenschaft darzulegen. Diese setzt die Behauptung des Beschwerdeführers voraus, durch eine Vertragspartei in einem der in der EMRK anerkannten Rechte verletzt zu sein, vgl. Art. 34 EMRK. In erster Linie müssen Beschwerdeführer*innen direkt betroffen sein, was aber keinen Schaden voraussetzt.¹⁹¹ Die Opfereigenschaft muss während des gesamten Verfahrens dargelegt werden können.¹⁹² Der Verlust liegt dann vor, wenn die Verletzung ausdrücklich, oder zumindest der Sache nach, anerkannt wurde und das Opfer eine Wiedergutmachung erfahren hat.¹⁹³ Letztendlich soll die Opfereigenschaft Popularklagen ausschließen.

d) Erschöpfung des innerstaatlichen Rechtsweges

Als Ausdruck der Subsidiarität des EGMR muss nach Art. 35 I EMRK der innerstaatliche Rechtsweg ausgeschöpft sein. Es gilt zwar der Grundsatz der flexiblen Anwendung¹⁹⁴, durch welche zahlreiche Ausnahmen greifen können. Für den Rechtsschutz in Deutschland gilt dies allerdings nicht, da dieser zugänglich und wirksam ist.

e) Frist und Form

In zeitlicher Hinsicht muss die 6-Monatsfrist ab der innerstaatlichen Entscheidung gem. Art. 35 I EMRK eingehalten werden. Art. 35 II a) EMRK und Art. 45 VerfO schreiben eine schriftliche und namentliche Beschwerdeeinlegung vor.

4. Individualbeschwerde vor dem UN-Kinderrechtsausschuss

Nach Deutschlands Ratifizierung des dritten Zusatzprotokolls (ZP) der UN-KRK ist es Kindern, die in ihren Rechten verletzt wurden, nun seit April 2014 möglich, eine Individualbeschwerde vor dem UN-Kinderrechtsausschuss einzulegen. Da das Verfahren so jung ist, gibt es noch keinerlei Erfahrungen – außer denen der Beschwerdemöglichkeiten anderer UN-Ausschüsse wie des Ausschusses zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderungen (CRPD) oder des Ausschusses für die Beseitigung der Rassendiskriminierung (CERD).

¹⁹⁰ PETERS/ALTWICKER (2012), § 35 Rn. 21.

¹⁹¹ Leitfaden EGMR, S. 14 Rn. 15.

¹⁹² Ebd., S. 17 Rn. 31.

¹⁹³ Ebd., S. 17 Rn. 33.

¹⁹⁴ Ebd., S. 25 Rn. 64.

Das Verfahren beginnt mit Einlegung der Beschwerde („Mitteilung“) durch den*die Beschwerdeführer*in, der*die behauptet, Opfer einer Verletzung eines Rechts aus der UN-KRK oder aus den beiden ersten Fakultativprotokollen geworden zu sein.¹⁹⁵ Diese Beschwerde wird an das Sekretariat des Kinderrechtsausschuss gerichtet. Daraufhin wird vom Sekretariat geprüft, ob die Beschwerde bestimmte Mindestvoraussetzungen erfüllt. Das Sekretariat kann Nachfragen an den Beschwerdeführer richten.¹⁹⁶

a) Allgemeine Grundsätze

Gem. Art. 2 ZP verpflichtet sich der Ausschuss auf den Grundsatz des Kindeswohls sowie darauf, den Rechten und der Meinung des Kindes Rechnung zu tragen. Diese Leitprinzipien werden in verschiedenen Bestimmungen des Zusatzprotokolls unterstrichen. Dieser Schutz geht auch so weit, dass der Ausschuss die Prüfung einer Beschwerde ablehnen kann, wenn er zu der Auffassung gelangt, dass sie nicht dem Wohl des Kindes entspricht.

Dem Zusatzprotokoll liegt der Gedanken zu Grunde, dass ein effektiver Schutz von Kindern und eine effektive Umsetzung Verpflichtungen aus der UN-Kinderrechtskonvention nicht primär über die UN-KRK oder das Individualbeschwerdeverfahren erlangt werden soll, sondern vielmehr über die nationalen Rechtssysteme. Die Existenz des Individualbeschwerdeverfahrens soll den Mitgliedstaaten als Anreiz dafür dienen, effektive innerstaatliche Rechtsschutzmechanismen zu errichten.

Um Aussicht auf Erfolg zu haben, muss die eingereichte Beschwerde zulässig sein. Die Zulässigkeitsvoraussetzungen ergeben sich aus der Verfahrensordnung zum dritten Zusatzprotokoll.

b) Zulässiger Beschwerdegegner

Die Individualbeschwerde muss sich gegen einen Vertragsstaat des Zusatzprotokolls richten. Deutschland ist ein Vertragsstaat (s.o.).

c) Formerfordernisse

Die Beschwerde darf nicht anonym sein, muss schriftlich eingelegt werden, die Unterschrift der*s Beschwerdeführers*in tragen und sollte postalisch eingereicht werden.¹⁹⁷ Diese Erfordernisse beziehen sich auf die Beschwerde als solche, weitergehende Unterlagen können auch in elektronischer Form an den Ausschuss geleitet werden.¹⁹⁸ Auch wenn die Beschwerde in jeder Sprache eingereicht werden kann, empfiehlt es sich,

¹⁹⁵ Art. 5 I ZP.

¹⁹⁶ Rules 15, 16 II VerfO ZP

¹⁹⁷ SCHÄFER (2007), Die Individualbeschwerde nach dem Fakultativprotokoll zum Zivilpakt, S. 41.

¹⁹⁸ Rule 16 III d) VerfO ZP.

dies in einer der drei Arbeitssprachen des Ausschusses (Englisch, Französisch, Spanisch) zu tun, um das Verfahren nicht aufgrund von Übersetzungen zu verzögern.¹⁹⁹

d) Beschwerdeberechtigung

Beschwerdeberechtigt sind grundsätzlich Einzelpersonen oder Personengruppen, die behaupten, Opfer einer Rechtsverletzung zu sein.²⁰⁰ Zwar können nur Kinder in ihren Rechten aus der UN-KRK verletzt werden, jedoch können gem. Art. 5 I ZP auch mittlerweile volljährige Personen im Rahmen der Individualbeschwerde Rechtsverletzungen geltend machen, die sie vor Eintritt der Volljährigkeit erlitten haben. Da Kinder als eigenständige Subjekte wahrgenommen werden sollen, können sie selbst die Beschwerde einlegen und müssen nicht vertreten werden. Es kann jedoch eine Vertretung - im Interesse des Kindes und mit seiner ausdrücklichen Zustimmung - vorgenommen werden. Die Möglichkeit einer Kollektivbeschwerde für Nichtregierungsorganisationen ohne Benennung eines konkreten Opfers besteht nicht.²⁰¹

e) Beschwerdebefugnis

Der Beschwerdeführer muss sich auf ein Recht berufen, das im Individualbeschwerdeverfahren gerügt werden kann. Dies ist hier problemlos der Fall. Nach Art. 5 I ZP muss sich der Beschwerdeführer auf ein Recht aus diesen Abkommen berufen. Ferner müsste der Beschwerdeführer geltend machen können, dass der Staat, gegen den sich die Beschwerde richtet, dieses Recht verletzt hat.²⁰² Auch dies ist hier unproblematisch. Schließlich muss der Beschwerdeführer geltend machen, selbst als Opfer von der Rechtsverletzung betroffen zu sein.²⁰³ Die angegriffene Maßnahme muss gerade für den Beschwerdeführer eine Belastung darstellen. Die Betroffenheit muss aktuell sein. Etwas anderes gilt, wenn ein Abwarten dem Beschwerdeführer nicht zugemutet werden kann, etwa wenn eine Rechtsverletzung des Lebens oder Körpers des Kindes bestehen würde oder nur schwer wiedergutzumachende Schäden nach sich ziehen würde.

f) Rechtswegerschöpfung

Erst nach Erschöpfung des innerstaatlichen Rechtsweges ist die Individualbeschwerde zulässig, d.h. der Beschwerdeführer muss ohne Erfolg alle administrativen und judikativen Rechtsbehelfe ergriffen haben.²⁰⁴ Da die UN-Ausschüsse i.d.R. den Zeitpunkt der

¹⁹⁹ Rule 34 VerfO.

²⁰⁰ Art. 5 I ZP.

²⁰¹ LÖHR (2011), Die Individualbeschwerde zur Kinderrechtskonvention, S. 115.

²⁰² PAYANDEH (2014), Die Individualbeschwerde zum Kinderrechtsausschuss der Vereinten Nationen, S. 28.

²⁰³ Art. 5 I ZP.

²⁰⁴ Art. 7 e) ZP; Rule 16 III g) VerfO ZP.

Entscheidung und nicht den der Einlegung der Beschwerde beachten, könnte es für eine schnellst-mögliche Verfahrensdauer sinnvoll sein, parallel Verfassungsbeschwerde und Individualbeschwerde einzulegen.²⁰⁵

g) Kumulationsverbot

Internationale Menschenrechtsschutzmechanismen operieren auf der Grundannahme, dass eine geltend gemachte Rechtsverletzung nur von einem Überwachungsgremium geprüft werden soll. Folglich ist die Beschwerde nur dann zulässig, wenn dieselbe Sache noch nicht vom KRA oder im Rahmen anderer internationalen Untersuchungs- oder Streitbeilegungsverfahren geprüft wurde oder wird.²⁰⁶

h) Beschwerdefrist

Die Beschwerde muss grds. ein Jahr nach Erschöpfung des innerstaatlichen Rechtsweges eingelegt werden.²⁰⁷ Hierbei ist auf den Zeitpunkt der Zustellung der Entscheidung abzustellen. Wenn der Beschwerdeführer hingegen nachweisen kann, dass eine Einreichung innerhalb der Frist nicht möglich war, steht das Verstreichen der Jahresfrist der Zulässigkeit nicht entgegen.²⁰⁸

i) Kein Rechtsmissbrauch

Schließlich ist das Verfahren dann unzulässig, wenn die Beschwerde einen Missbrauch des Beschwerderechts darstellt oder mit den Bestimmungen der UN-KRK oder der dazugehörigen Zusatzprotokolle unvereinbar ist.²⁰⁹

²⁰⁵ Menschenrechtsausschuss, Entscheidung vom 26.02.13, Beschwerde-Nr. 925/2000, Koi v. Portugal, UN-Dok. CCPR/C/73/D/925/2000, Abs.-Nr. 6.4.

²⁰⁶ Art. 7 d) ZP; Rule 16 III f) VerFO ZP.

²⁰⁷ Art. 7 h) ZP; Rule 16 III j) VerFO ZP.

²⁰⁸ ebd.

²⁰⁹ Art. 7 c) ZP; Rule 16 III e) VerFO ZP.

E. Herausforderungen, mögliche auftretende Schwierigkeiten

Die Verfahren vor dem EGMR und dem UN Ausschuss birgen Herausforderungen und Schwierigkeiten, denen im Folgenden Achtung getragen wird.

I. Gemeinsamkeiten

Beide Verfahren sind an sich kostenfrei, jedoch müssen die Kosten für Rechtsanwält*innen, Übersetzungen und die Reisen von den Betroffenen selbst getragen werden. Es besteht teilweise die Möglichkeit einer Erstattung. Hier können sich NGOs an den Kosten beteiligen.

Es handelt sich um Beschwerdeverfahren auf internationalem Parkett, die zeitintensiv und nervenaufreibend für die Betroffenen und ihre Unterstützer*innen sind. Insbesondere muss die psychische Belastung für die Betroffenen hervorgehoben und mit besonderer Sensibilität behandelt werden. Diese psychische Belastung wird in beiden Verfahren nicht zu verhindern sein.

II. Klage EGMR

Der wesentliche Unterschied zwischen der Klage vor dem EGMR und der Individualbeschwerde vor dem UN Ausschuss für die Rechte des Kindes besteht darin, dass es sich beim Verfahren vor dem EGMR um ein gerichtsförmiges Verfahren handelt. Die Entscheidung ist rechtsverbindlich, Entschädigung sowie Gesetzesänderung sind möglich. Eine gewisse Zurückhaltung bei der Verurteilung auf Leistungsansprüche im sozialen Bereich scheint möglich, da - selbst wenn eine Diskriminierung vorliegt - immer noch ein Gestaltungsspielraum des nationalen Gesetzgebers besteht. Der EGMR hat einen starken Fokus auf bürgerlich-politische Rechte, jedoch gibt es mittlerweile eine Ausweitung dahingehend, auch soziale Menschenrechte zu schützen. In der EMRK wird das Kindeswohl zwar nicht explizit berücksichtigt, jedoch betont der EGMR die UN-KRK in ständiger Rechtsprechung als einen Teil der Völkerrechtsordnung und sie somit mittelbar zum Prüfungsmaßstab erhoben hat.²¹⁰

Bei der Klage vor dem EGMR sind die Zulässigkeitsvoraussetzungen klar und vorhersehbar. Diese Voraussetzungen werden aber auch sehr flexibel gehandhabt, wenn das Gericht eine große Bedeutung der Entscheidung erkennt. Zur Verfahrensdauer ist festzuhalten, dass sie im Durchschnitt vier bis acht Jahre beträgt. Laut EGMR waren am 1.

²¹⁰ EGMR, Entscheidung vom 18.12.1996, Beschwerde-Nr. 15318/89, Loizidou v. Turkey, Abs.-Nr. 43; EGMR, Entscheidung vom 21.11.2001, Beschwerde-Nr. 35763/97, Al-Adsani v. United Kingdom, Abs.-Nr. 55; EGMR, Entscheidung vom 30.6.2005, Beschwerde-Nr. 45036/98, Bosphorus Hava Yollari v. Ireland, Abs.-Nr. 150; EGMR, Entscheidung vom 12.11.2008, Beschwerde-Nr. 34503/97, Demir and Baykara v. Turkey, Abs.-Nr. 67; EGMR, Entscheidung vom 7.1.2010, Beschwerde-Nr. 25965/04, Rantsev v. Cyprus and Russia, Abs.-Nr. 273 f.

November 2014 ungefähr 78.000 Beschwerden anhängig, womit eine Reduzierung von fast 50 % zu vermerken ist.²¹¹ Es wird außerdem auf die große Zahl der abgewiesenen Fälle (92 % im Jahr 2013)²¹² hingewiesen, was auf eine genaue Beachtung der Zulässigkeitsvoraussetzungen hindeutet.

Das Entscheidungsgremium setzt sich zusammen aus einer aus internationalen Richter*innen zusammengesetzten Kammer. Insgesamt ist festzuhalten, dass mit dem EGMR ein vielfach erprobter, gerichtsförmiger internationaler Spruchkörper zur Verfügung steht. Seine zeitgemäße Entscheidungen ergehen meist unter Betrachtung der gesellschaftlichen Entwicklungen, die damit denjenigen vieler Vertragsstaaten ab und zu voraus ist.

III. Individualbeschwerde UN-Ausschuss

Bei dem Verfahren vor dem UN Ausschuss handelt es sich um ein Beschwerdeverfahren mit „quasi-gerichtlichem“ Charakter.²¹³ Es handelt sich faktisch um eine politische Empfehlung durch den UN-Ausschuss. Zur Verfahrensdauer lassen sich angesichts der fehlenden Erfahrungen noch keine genauen Angaben machen, jedoch kann aus den Erfahrungen der anderen UN-Ausschüsse²¹⁴ eine durchschnittliche Dauer von ein bis drei Jahren angenommen werden. Insbesondere in der Anfangszeit ist mit einer überschaubaren Anzahl an Verfahren zu rechnen, sodass auch die Verfahrensdauer überschaubar sein dürfte.

Der Ausschuss setzt sich aus 18 gewählten Sachverständigen zusammen, die nicht notwendigerweise Jurist*innen sind, auch kommt ihnen keine richterliche Unabhängigkeit zu, jedoch sind die Sachverständigen unabhängig und unparteiisch.

Die mangelnde Bindungswirkung der Entscheidung erweist sich als nachteilig gegenüber einer Verurteilung durch den EGMR. Fraglich ist, ob diese durch Beachtung in der Öffentlichkeit ausgeglichen werden kann. In der (juristischen) Fachwelt findet diese Beachtung durchaus statt, ansonsten handelt es sich eher um eine Zur Kenntnisnahme. Beispielhaft ist hier die Rüge Deutschland durch den Anti-Rassismus-Ausschuss im Fall Sarrazin, die weiten Teilen der Öffentlichkeit nicht bekannt ist.

Hier ist festzuhalten, dass die Bekanntmachung zu großen Teilen von der Organisationskraft und Handlungsfähigkeit von zivilgesellschaftlichen Gruppen und sozialen Bewegungen abhängen. Es werden rechtsstaatliche Strukturen und zivilgesellschaftliche

²¹¹ Leitfaden EGMR, S. 7.

²¹² Ebd., S. 7.

²¹³ WEIB (2004), Überblick über die Erfahrungen mit Individualbeschwerden unter verschiedenen Menschenrechtsabkommen, AVR 42 (2004), S. 142 (144).

²¹⁴ United Nations High Commissioner for Human Rights, United Nations reform: measures and proposals, UN-Dok. A/68/860 vom 26.6.2012, S. 20.

Freiräume benötigt, um zivilgesellschaftliches Engagement und menschenrechtliches Empowerment zu unterstützen.

F. Bewertung: Welches Verfahren Erfolg versprechender und wirksamer?

Abschließend wird festgehalten, dass das Individualbeschwerdeverfahren vor dem UN-Ausschuss für die Rechte des Kindes Erfolg versprechender und wirksamer ist. Auch eine Klage vor dem EGMR könnte Erfolg haben, u.a. aufgrund der überlangen Verfahrensdauer wird von dieser abgeraten. Eine Verfassungsbeschwerde muss allein aus formellen Gründen angestrebt werden, hat jedoch materiell gesehen wenig Aussicht auf Erfolg.

Eine kumulative Nutzung beider menschenrechtlicher Spruchkörper ist grundsätzlich möglich und sinnvoll aufgrund des Arbeitsaufwandes und der verschiedenen Möglichkeiten. Es wird allerdings nur eine Entscheidung ergehen, und zwar bei demjenigen Spruchkörper, dessen Verfahren schneller ist.

Das Individualbeschwerdeverfahren vor dem UN-Ausschuss wurde genau dafür geschaffen, Staaten zu rügen. Auch der EGMR kann Staaten verurteilen. Da die Konsequenzen einer solchen Verurteilung sehr weitreichend sein können, zeigt sich der EGMR in seiner Rechtsprechung diesbezüglich zögerlich. Da eine Rüge durch den UN-Ausschusses weniger unmittelbare Konsequenzen (s.o.) nach sich zieht, sind die Hürden einer Rüge geringer. Es ist auch zu vermuten, dass der UN-Ausschuss für die Rechte des Kindes mit besonderer Kenntnis, Aufgeschlossenheit und Sympathie über die Schutzanliegen aus der UN-KRK urteilen wird.

In der Gesundheitsversorgung von begleiteten geflüchteten Kindern herrscht ein Missstand. Schon die einschlägigen §§ 4, 6 AsylbLG machen dies deutlich, die nur eine Minimalversorgung für die ersten 15 Monate des Aufenthalts vorschreiben. Hinzu kommt die Umsetzung in der Praxis, die zusätzliche Risiken birgt. Vor allem die Unsicherheit in der Anwendung und die Hürde des oftmals erforderlichen Krankenscheins können zu gesundheits- und sogar lebensbedrohlichen Situationen führen.

Eine primär staatliche Schutzaufgabe wie die medizinische Versorgung kann nicht durch ehrenamtliche Arbeit übernommen werden, da dies keine Gewährleistung für ein einheitliches Niveau an Gesundheitsversorgung bietet. Es darf nicht vom Zufall abhängen, wo einen das staatliche System für die Dauer des Asylverfahrens zuweist und ob sich dort eine medizinische Initiative gebildet hat.

Hier wird von wohlwollenden Ärzt*innen und einer aktiven Zivilgesellschaft ausgegangen. Ärzt*innen, die mit ihrem schon bestehenden Patient*innenstamm bereits an ihren Grenzen der Kapazität sind und aus diesem Grund ihren Patient*innen nicht viel mehr als den gesetzlichen Mindestvorschriften Genüge tun zu können, kann dies nicht zugemutet werden. Auch ehrenamtliche Initiativen sind teilweise an den Grenzen ihrer Kapazitäten. Jedoch sollte das Leben und die Gesundheit geflüchteter Kinder nicht vom

Wohlwollen der behandelnden (zufällig ausgewählten) Ärzt*innen abhängen - vielmehr sollte ihnen der Zugang zu adäquater Gesundheitsversorgung zustehen und sollten klare Rahmenbedingungen existieren.

Es ist zu vermuten, dass für Betroffene eher ein Weg innerhalb der jetzigen Gesetzeslage gefunden wird als dass die Leistungen gem. AsylbLG erweitert werden. Hier wird auf die Gesundheitskarte verwiesen (s.o.) sowie auf die Möglichkeit, Leistungen nach § 6 geltend zu machen, auch wenn dies einen womöglich unverhältnismäßigen Fokus auf individuelle Lösungen legt und dadurch die institutionelle Ungleichbehandlung nicht abgeschafft wird. Langfristig ist für zivilgesellschaftliche Gruppen und soziale Bewegungen ein lohnenswerter Lobby-Ansatz die Angleichung der Leistungen im AsylbLG an die des SGB XII.

Insgesamt werden die folgenden Rechte als verletzt angesehen: Art. 1 I GG i.V.m. Art. 20 I GG, Art. 3 I GG; Art. 14 i.V.m. Art. 8 EMRK; und Art. 24, Art. 2 UN-KRK.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Literatur

Aumüller, Jutta

Die kommunale Integration von Flüchtlingen; in: Gesemann, Frank/Roth, Roland:
Stand der kommunalen Integrationspolitik in Deutschland, 2014
zitiert: AUMÜLLER (2012) in GESEMANN/ROTH.

Blome, Thomas

Der allgemeine Gleichheitssatz (Art. 3 I GG)- Ein ordentliches Grundrecht in: JA 2011,
S. 486-491
zitiert: BLOME (2011), JA 2011.

Britz, Gabriele

Der allgemeine Gleichheitssatz in der Rechtsprechung des BVerfG - Anforderungen an
die Rechtfertigung von Ungleichbehandlungen durch Gesetz in: NJW 2014, S. 346-351
zitiert: BRITZ (2014), NJW 2014.

Classen, Georg

Sozialleistungen für MigrantInnen und Flüchtlinge, Handbuch für die Praxis, (Heraus-
gegeben von Pro Asyl e.V.), Karlsruhe 2008
zitiert: CLASSEN (2008), Sozialleistungen.

Dörr, Oliver/Grote, Rainer/Marauhn, Thilo (Hrsg.)

EMRK/GG Konkordanz-Kommentar Band I, 2. Auflage 2013
zitiert: BEARBEITER*IN (2013) in: DÖRR/GROTE/MAURAHN.

Dreier, Horst (Hrsg.)

Grundgesetz Kommentar: GG, Band I: Präambel, Artikel 1-19, 3. Auflage 2013
zitiert: BEARBEITER*IN (2013) in: DREIER.

Eichenhofer, Eberhard

Soziale Menschenrechte im Völker-, europäischen und deutschen Recht, Tübingen 2012
zitiert: EICHENHOFER(2012), Soziale Menschenrechte.

Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge in: ZAR 5-6/2013, S. 169-175

zitiert: EICHENHOFER (2013), Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge.

Epping, Volker/Hillgruber, Christian (Hrsg.)

Beck'scher Online-Kommentar Grundgesetz, Stand: 01.03.2015

zitiert: BEARBEITER*IN (2015) in: BeckOK-GG

Fichtner, Otto/Wenzel, Gerd

Kommentar zum SGB XII – Sozialhilfe und AsylbLG, 4. Auflage 2009

zitiert: BEARBEITER*IN (2009) in: FICHTNER/WENZEL, AsylbLG.

Fisahn/Mushoff

Vorwirkung und unmittelbare Wirkung europäischer Richtlinien in: EuR 2005, S. 222-230

zitiert: FISAHN/MUSHOFF (2005), EuR 2005.

Friedrich-Ebert-Stiftung

Dokumentation der Konferenz „Gesundheitsversorgung und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft“, am 21. April 2015 in Berlin

zitiert: FES, Gesundheitsversorgung und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft.

Frohwerk, Arno

Soziale Not in der Rechtsprechung des EGMR, 2012

zitiert: FROHWERK (2012), Soziale Not in der Rechtsprechung.

Frowein, Jochen/Peukert, Wolfgang

Europäische Menschenrechtskonvention - EMRK Kommentar, 3. Auflage 2009

zitiert: BEARBEITER*IN (2009) in: FROWEIN/PEUKERT.

Gröpl, Christoph/Windhorst, Kay/von Coelln, Christian

Grundgesetz: GG, Studienkommentar, 1. Auflage 2013

zitiert: BEARBEITER*IN (2013) in: GRÖPL/WINDHORST/VON COELLN.

Grube, Christian/Wahrendorf, Volker (Hrsg.)

SGB XII, Sozialhilfe mit Asylbewerberleistungsgesetz, Kommentar, 5. Auflage 2014

zitiert: BEARBEITER*IN (2014) in: GRUBE/WAHRENDORF.

Hailbronner, Kay

Asyl- und Ausländerrecht, 3. Auflage 2014

zitiert: HAILBRONNER (2014).

Hartmannbund - Verband der Ärzte Deutschlands

Medizinische Versorgung von Flüchtlingen - Was Ärztinnen und Ärzte wissen sollten,

September 2015

zitiert: Hartmannbund, Was Ärztinnen und Ärzte wissen sollten.

Hillgruber, Christian/Goos, Christoph

Verfassungsprozessrecht, 4. Auflage 2015

zitiert: HILLGRUBER/GOOS (2015).

Hufen, Friedhelm

Staatsrecht II Grundrechte, Lehrbuch, 4. Auflage 2014

zitiert: HUFEN (2014), Staatsrecht II.

Jarass Hans D./Pieroth, Bodo

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland: GG, Kommentar, 13. Auflage 2014

zitiert: BEARBEITER*IN (2014) in: JARASS/PIEROTH.

Karpenstein, Ulrich/Mayer, Franz

Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten: EMRK, Kommentar, 2. Auflage 2015

zitiert: BEARBEITER*IN (2015) in: KARPENSTEIN/MAYER.

Kleine-Cosack, Michael

Verfassungsbeschwerden und Menschenrechtsbeschwerden, 3. Auflage 2013

zitiert: KLEINE-COSACK (2013).

Lenz, Christofer/Hansel, Ronald

Bundesverfassungsgerichtsgesetz Handkommentar, 2. Auflage 2015

zitiert: BEARBEITER*IN (2015) in: LENZ/HANSEL.

Lobenstein, Caterina

„Deutschland tut weh“ in: DIE ZEIT Nr. 50/2014, 04.12.14.

zitiert: LOBENSTEIN (2014), Deutschland tut weh.

Löhr, Tilmann

Die Individualbeschwerde zur Kinderrechtskonvention in: Menschenrechtsmagazin 2011, S. 115-128

zitiert: LÖHR (2011), Die Individualbeschwerde zur Kinderrechtskonvention.

Lorz, Alexander

Nach der Rücknahme der deutschen Vorbehaltserklärung: Was bedeutet die uneingeschränkte Verwirklichung des Kindeswohlvorrangs nach der UN-Kinderrechtskonvention

im deutschen Recht?, 2010

zitiert: LORZ (2010), Nach der Rücknahme der deutschen Vorbehaltserklärung: Was bedeutet die uneingeschränkte Verwirklichung des Kindeswohlvorrangs nach der UN-Kinderrechtskonvention im deutschen Recht?

von Mangoldt, Hermann/Klein, Friedrich/Starck, Christian (Hrsg.)

Kommentar zum Grundgesetz: GG, Band 1: Präambel, Art. 1-19, 6. Auflage 2010

zitiert: BEARBEITER*IN (2010) in: MANGOLDT/KLEIN/STARCK.

Merten, Detlef/Papier, Hans-Jürgen(Hrsg.)

Handbuch der Grundrechte in Deutschland und Europa, Band IV: Grundrechte in Deutschland - Einzelgrundrechte I, 2011

zitiert: BEARBEITER*IN (2011) in: MURSWIEK.

Meyer-Ladewig, Jens

Europäische Menschenrechtskonvention – Handkommentar, 3. Auflage 2011

zitiert: MEYER-LADEWIG (2011).

Müller, Andreas

Die Organisation der Aufnahme und Unterbringung von Asylbewerbern in Deutschland, Nürnberg 2013

zitiert: MÜLLER (2013), Die Organisation der Aufnahme und Unterbringung von Asylbewerbern in Deutschland.

Pabel, Katharina/Schmahl, Stefanie (Hrsg.)

Internationaler Kommentar zur Europäischen Menschenrechtskonvention, Grundwerk mit 17. Ergänzungslieferung 2014

zitiert: BEARBEITER*IN (2014) in: IntKommEMRK.

Payandeh, Mehrdad

Die Individualbeschwerde zum Kinderrechtsausschuss der Vereinten Nationen, Das Fakultativprotokoll zum Übereinkommen über die Rechte des Kindes betreffend ein Mitteilungsverfahren aus der Perspektive der deutschen Rechtsordnung, April 2014

zitiert: PAYANDEH (2014), Die Individualbeschwerde zum Kinderrechtsausschuss der Vereinten Nationen.

Pestalozza, Christian

„Das Recht auf Gesundheit – Verfassungsrechtliche Dimensionen“ in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, S. 1113-1118, 2007

zitiert: PESTALOZZA (2007), Bundesgesundheitsblatt 2007.

Peters, Anne/Altwicker, Tilmann

Europäische Menschenrechtskonvention, 2. Auflage 2012

zitiert: PETERS/ALTWICKER (2012).

HUSTER/RUX, Michael(Hrsg.)

Grundgesetz: GG, Kommentar, 7. Auflage 2014

zitiert: BEARBEITER*IN (2014) in: Sachs.

San Giorgi, Maite

The Human Right to Equal Access to Health Care, School of Human Rights Research Series, 2012

zitiert: SAN GIORGI (2012).

Schäfer, Bernhard

Die Individualbeschwerde nach dem Fakultativprotokoll zum Zivilpakt, Ein Handbuch für die Praxis, 2. Auflage Oktober 2007

zitiert: SCHÄFER (2007), Die Individualbeschwerde nach dem Fakultativprotokoll zum Zivilpakt.

Schmahl, Stefanie

Kinderrechtskonvention mit Zusatzprotokollen, Handkommentar, 2013

zitiert: SCHMAHL, UN-KRK (2013).

Schlegel, Rainer/ Voelzke, Thomas (Hrsg.)

juris PraxisKommentar SGB XII, Sozialhilfe mit AsylbLG, 2. Auflage 2014

zitiert: SCHLEGEL/VOELZKE (2014), AsylbLG.

Treblin, Johanna

„Viele Menschen sind lebensbedrohlich unterversorgt“ in: neues deutschland - Sozialistische Tageszeitung, erschienen am 07.04.14.

zitiert: TREBLIN (2014), „Viele Menschen sind lebensbedrohlich unterversorgt“.

Umbach, Dieter C./Clemens, Thomas/Dollinger, Franz-Wilhelm

Bundesverfassungsgerichtsgesetz, Mitarbeiterkommentar und Handbuch, 2. Auflage 2005

zitiert: BEARBEITER*IN (2005) in: UMBACH/CLEMENS/DOLLINGER.

Weiß, Norman

Überblick über die Erfahrungen mit Individualbeschwerden unter verschiedenen Menschenrechtsabkommen, AVR 42 (2004), S. 142-144

zitiert: WEIB (2004), Überblick über die Erfahrungen mit Individualbeschwerden unter verschiedenen Menschenrechtsabkommen.

Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer

Stellungnahme „Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund“ in: Deutsches Ärzteblatt Jg. 110, Mai 2013 S. 899-903

zitiert: *Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer*, Stellungnahme.

Internetquellen

Classen, Georg

Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

"Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes und des Sozialgerichtsgesetzes" - BT-Drs. 18/2592 vom 22.09.2014, Flüchtlingsrat Berlin e.V., 17.10.2014, http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Classen_AsyblLG_2014_AS-Ausschuss.pdf

zitiert: CLASSEN, Stellungnahme AsylbLG.

Ebd.

Rechtsprechungsübersicht zum Flüchtlingssozialrecht, <http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/gesetzgebung/Urteile2.pdf>.

Eubel, Cordula

„Direkt zum Arzt - Gesundheitskarte für Asylbewerber“, online erschienen 01.03.15 unter: <http://www.tagesspiegel.de/politik/gesundheitskarte-fuer-asylbewerber-direkt-zum-arzt/11442014.html>

zitiert: EUBEL (2015), Direkt zum Arzt - Gesundheitskarte für Asylbewerber.

Gaugele, Jochen

„Asylbewerber sind ordentlich medizinisch versorgt“, online erschienen am 19.03.15 unter <http://www.welt.de/138579146>

zitiert: GAUGELE (2015), „Asylbewerber sind ordentlich medizinisch versorgt“.

Kröhnert, Steffen

Migrationstheorien in: Online-Demografie Handbuch des Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung, Berlin, Stand vom Oktober 2007, [http://www.berlin-](http://www.berlin-insti-)

[insti-tut.org/fileadmin/user_upload/handbuch_texte/pdf_Kroehnert_Migrationstheorien.pdf](http://www.berlin-insti-tut.org/fileadmin/user_upload/handbuch_texte/pdf_Kroehnert_Migrationstheorien.pdf)

zitiert: KRÖHNERT, Migrationstheorien.

Lobenstein, Caterina

„Einfach zum Arzt gehen“, Interview mit Frank Burmester (Hamburger Sozialbehörde)
in: Zeit online, online erschienen am 30.05.2015

<http://www.zeit.de/feature/krankenversicherung-fluechtlinge-hamburg>.

Sabra, Martina

Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen - Zwischen Kosten- und Menschenrechtsfragen, online erschienen 18.06.15 unter

http://www.deutschlandfunk.de/gesundheitsversorgung-von-fluechtlingen-zwischen-kosten-und.724.de.html?dram:article_id=323020 (zuletzt abgerufen am 20.10.15)

zitiert: SABRA (2015), Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen - Zwischen Kosten- und Menschenrechtsfragen.

Dokumente der EU, des Europarats und der UN

Committee on the Rights of the Child

CRC/C/GC/15: General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24), 17.03.2013.

Committee on the Rights of the Child

CRC/GC/2003/5: General Comment No. 5, General measures of implementation of the Convention on the Rights of the Child (arts. 4, 42 and 44, para. 6), 27.11.2003.

Europarat/Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte

Leitfaden zu den Zulässigkeitsvoraussetzungen (deutsche Version, engl. Admissibility Guide), EGMR, 3. Auflage 2014,

http://www.echr.coe.int/Documents/Admissibility_guide_DEU.pdf

zitiert: Leitfaden EGMR.

Europarat/Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte

Analysis of statistics 2014 (englische Version), Januar 2015

http://www.echr.coe.int/Documents/Stats_analysis_2014_ENG.pdf

zitiert: ECHR, Analysis of statistics.

Eurostat

File, Number of (non-EU) asylum applicants in the EU and EFTA Member States, by age distribution, 2014.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften

KOM (2007) 745: Bericht der Kommission an den Rat und das Europäische Parlament über die Anwendung der Richtlinie 2003/9/EG des Rates vom 27. Januar 2003 zur

Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedsstaaten (Aufnahme-Richtlinie), 26.11.2007.

UN-Ausschusses für die Rechts des Kindes

CRC/C/DEU/CO/3-4 Abschließende Beobachtungen des zum Dritt- und Viertbericht Deutschlands, 31.04.14.

UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte

E/C. 12/2000/4: Allgemeine Bemerkungen Nr. 14 (2000), „The highest attainable standard of health“, 11.08.2000.

United Nations High Commissioner for Human Rights

A/68/860: United Nations reform: measures and proposals, 26.6.2012.

Amtliche und Ministerialdokumente

BAMF, Asylgeschäftsbericht für den Monat September 2015,

https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/201509-statistik-anlage-asyl-geschaeftsbericht.pdf?__blob=publicationFile.

Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration der Senatsverwaltung Hamburg

Fachanweisung zu § 264 Absatz I SGB V, 01.07.12.

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz

„Bericht über die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte und die Umsetzung seiner Urteile in Verfahren gegen die Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2013“, Juni 2014.

Gesundheitsamt der Freien Hansestadt Bremen

Das Bremer Modell Gesundheitsversorgung Asylsuchender, Kurzfassung, 08/2011.

Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen Rheinland-Pfalz

„Kostenübernahme von Behandlungskosten gem. §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) bei psychischen Erkrankungen“.

Parlamentsdokumente

BR-Drs. 392/14:

Stellungnahme des Bundesrates zu Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes und des Sozialgerichtsgesetzes, Beschluss vom 10.10.14.

BT-Drs. 12/445:

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP, Entwurf eines Gesetzes zur Neu-
regelung der Leistungen an Asylbewerber, 02.03.1993.

BT-Drs. 18/1934:

Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Luise Amtsberg,
Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der
Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zu „Gesundheitliche Versorgung nach dem Asylbe-
werberleistungsgesetz“, 22.07.14.

BT-Drs. 18/2592:

Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Asylbe-
werberleistungsgesetzes und des Sozialgerichtsgesetzes, 22.09.2014.

BT-Drs. 18/4758:

Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert,
Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der
Fraktion DIE LINKE. (Drs. 18/4566) zu „Verbesserungen der gesundheitlichen Versor-
gung von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern“, 27.04.15.

BT-Drs. 18/5785

Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Jan
Korte, Sevim Dağdelen, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE (Drs.
18/5544) zu „Ergänzende Informationen zur Asylstatistik für das zweite Quartal 2015“,
18.08.2015.

ALLE INTERNETQUELLEN WURDEN ZULETZT ABGERUFEN AM 01.10.2015.