

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, Sevim Dağdelen, Ulla Jelpke, Katja Kipping, Cornelia Möhring, Harald Petzold (Havelland), Martina Renner, Azize Tank, Frank Tempel, Kathrin Vogler, Halina Wawzyniak, Harald Weinberg, Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

Verbesserungen der gesundheitlichen Versorgung von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern

Asylbewerberinnen und Asylbewerber erhalten seit dem 1. März 2015 erst dann mehr als eine medizinische Notfallversorgung, wenn sie sich länger als 15 Monate im Geltungsbereich des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) aufhalten. Vor diesem Zeitpunkt erhielten sie erst nach drei Jahren Aufenthaltsdauer eine gesundheitliche Versorgung, die über die medizinische Notfallversorgung hinausgeht (vgl. Markus Kaltenborn: „Die Neufassung des Asylbewerberleistungsgesetzes und das Recht auf Gesundheit“, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht, Heft 5, 2015, S. 161 bis 165, S. 162).

Deutschland ist völkerrechtlich an den WSK-Pakt gebunden („Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte“ von 1966, meist als „UN-Sozialpakt“ bezeichnet). Ratifiziert wurde der Pakt von Deutschland am 23. Dezember 1973. In einer Präzisierung des Paktes aus dem Jahr 2000 wurde festgelegt, dass die Staaten „jegliche unerlaubte Diskriminierung bei der Gesundheitsfürsorge und den Gesundheitsdiensten zu verhindern [haben]“. Im Jahr 2009 wurde dies noch einmal ergänzt um den Hinweis, dass die „im Pakt niedergelegten Rechte [...] für alle Menschen [gelten], einschließlich Nichtstaatenangehöriger, beispielsweise Flüchtlinge, Asylsuchende, Staatenlose, [...] ungeachtet dessen, welche Rechtsstellung und welche Ausweispapiere sie besitzen“ (ebd.: S. 164).

Der WSK-Ausschuss überprüft regelmäßig, ob der WSK-Pakt eingehalten wird. In Deutschland geschah dies zuletzt im Jahr 2011. Das Ergebnis war, dass sich der Ausschuss besorgt zeigte und kritisierte, dass Asylbewerberinnen und Asylbewerbern „lediglich eine medizinische Notfallversorgung gewährt werde“ (ebd.: S. 164).

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Aus welchen Gründen wurde bzw. wird der § 6 AsylbLG „weiterhin restriktiv ausgelegt, um dem vom Gesetzgeber intendierten Abstand zum Leistungsniveau nach SGB XII oder dem SGB II zu wahren“ (SGB XII: Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch; Kaltenborn 2015, S. 162)?

2. Warum hat der Gesetzgeber „trotz vielfach geäußerter Kritik in den Anhörungen zu den jüngsten Gesetzesänderungen“ bislang an der medizinischen Notfallversorgung für Asylbewerberinnen und Asylbewerber festgehalten (ebd.: S. 163)?
3. Welchen Änderungsbedarf sieht die Bundesregierung angesichts der bis Juli 2015 umzusetzenden neuen Richtlinie 2013/33/EU zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen?
4. Sieht sich die Bundesregierung in vollem Umfang an den WSK-Pakt von 1966 gebunden?
Falls nein, an welche der Festlegungen sieht sich die Bundesregierung nicht gebunden, und warum bzw. warum nicht?
5. Welchen Änderungsbedarf sieht die Bundesregierung angesichts der Festlegungen des WSK-Paktes auf „das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ (Artikel 12 Absatz 1 WSK-Pakt, vgl. Kaltenborn, 2015, S. 164)?
6. Welchen Änderungsbedarf sieht die Bundesregierung angesichts der näheren Konkretisierungen durch den UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (WSK-Ausschuss) im „General Comment“ aus dem Jahr 2000: „Die Staaten haben eine besondere Verpflichtung, jenen, die nicht über ausreichende Mittel verfügen, Krankenversicherung und Gesundheitsfürsorge zur Verfügung zu stellen und jegliche unerlaubte Diskriminierung bei der Gesundheitsfürsorge und den Gesundheitsdiensten zu verhindern“ (General Comment No. 14, Abschnitt 19, vgl. Kaltenborn 2015, S. 164)?
7. Welchen Änderungsbedarf sieht die Bundesregierung angesichts des Hinweises des WSK-Ausschusses, dass die im Pakt niedergelegten Rechte „[...] für alle Menschen [gelten], einschließlich Nichtstaatenangehöriger, beispielsweise Flüchtlinge, Asylsuchende, Staatenlose, [...] ungeachtet dessen, welche Rechtsstellung und welche Ausweispapiere sie besitzen“ (CESCR, General Comment No. 20, Non-discrimination in economic, social and cultural rights – Artikel 2, § 2 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights –, 2. Juli 2009, E/C.12/GC/20, Abschnitt 30, vgl. Kaltenborn 2015, S. 164)?
8. Wie bewertet die Bundesregierung, dass sich der WSK-Ausschuss nach der letzten Überprüfung der Einhaltung des WSK-Paktes im Jahr 2011 in Deutschland „über die soziale Situation der Asylbewerber besorgt gezeigt“ (Kaltenborn, 2015, S. 164) und kritisiert hatte, „dass diesem Personenkreis lediglich eine medizinische Notfallversorgung gewährt werde“ (ebd. unter Verweis auf: CESCR, Consideration of reports submitted by States parties under articles 16 and 17 of the Covenant, Concluding observations – Germany, 12. Juli 2011, E/C.12/DEU/C0/5, Nr. 13, vgl. Kaltenborn 2015, S. 164)?
9. Wann und mit welcher Aussage hat die Bundesregierung zu dieser Kritik Stellung genommen?
10. Wann und mit welcher Aussage hat die Bundesregierung auf die Kritik der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2013 reagiert, derzufolge es „aus ethischer Sicht im hohen Maße bedenklich [ist], dass im jetzigen System Entscheidungen über die Behandlungsbedürftigkeit von Patienten de facto von medizinisch nicht Fachkundigen gefällt werden“ (Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten, Zentrale Ethikkommission, bei der Bundesärztekammer: „Versorgung von nicht regulär kranken-

versicherten Patienten mit Migrationshintergrund“, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110, Heft 18, 3. Mai 2013, S. A 899 bis A 903, S. 903)?

11. Hat die Bundesregierung geprüft, ob eine Vereinheitlichung der Gesundheitsversorgung nach dem Bremer Modell gemäß § 264 Absatz 1 SGB V auf Bundesebene durch Bundesrahmenregelungen, auf Landesebene durch Landesrahmenregelungen oder kombiniert rechtlich zulässig und möglich ist, und wenn ja, mit welchen Ergebnissen?
12. Bis wann wird die Bundesregierung prüfen, wie eine bundeseinheitliche Festlegung des Leistungsumfangs im Rahmen der §§ 4 und 6 AsylbLG gewährleistet werden soll?
13. Wie wird sich nach Ansicht der Bundesregierung die Einführung einer Gesundheitskarte, die Asylbewerberinnen und Asylbewerber zeitnah nach ihrer Ankunft in Deutschland zur Verfügung gestellt wird, auf eine verminderte Verbreitung ansteckender Krankheiten auswirken?
14. Wie wird sich nach Ansicht der Bundesregierung die Maßnahme, Asylbewerberinnen und Asylbewerber zeitnah nach ihrer Ankunft in Deutschland eine vollständige Gesundheitsversorgung entsprechend dem Leistungskatalog in der gesetzlichen Krankenversicherung nach SGB V zu gewähren, auf die Situation im Bereich der ansteckenden Krankheiten und Infektionskrankheiten auswirken?

Berlin, den 7. April 2015

Dr. Gregor Gysi und Fraktion

