

Renate Reiter, Annette Elisabeth Töller, Lisa Walter und
Wolfgang Günther¹

Psychische Gesundheit Geflüchteter: Institutionelle Rahmenbedingungen der Versorgung in Deutschland in asylpolitischen Krisenzeiten

1. Einleitung

Mit der Aufnahme von knapp 1,2 Millionen Geflüchteten in Deutschland in den Jahren 2015/16 gerieten viele Systeme in Verwaltung, Politik und Gesellschaft, die an der Versorgung von Asylsuchenden beteiligt sind, unter Druck (vgl. z. B. Bogumil et al. 2018) – eine Situation, die zugespitzt als „Flüchtlingskrise“ bezeichnet wurde. In diesem Zusammenhang kam auch der gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter im Allgemeinen und ihrer psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung im Besonderen größere Aufmerksamkeit zu, nicht zuletzt deshalb, weil offenkundig wurde, dass diese prekär ist (vgl. DGPPN 2016, 6; Böttche/Stammel/Knaevelsrud 2016, 1139).

Ausgehend von dieser Beobachtung befasst sich der vorliegende Beitrag aus einer politikwissenschaftlichen Perspektive mit den institutionell-organisatorischen Rahmenbedingungen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung Geflüchteter in Deutschland. Wir stellen erste Ergebnisse eines vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Forschungsprojektes vor, das untersucht, ob, wie und warum die im Zuge der „Flüchtlingskrise“ in den Jahren 2015 und 2016 aufgetretenen Versorgungsprobleme zu einem Institutionenwandel im System der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung Geflüchteter geführt haben oder führen.²

Konkret gehen wir in diesem Beitrag der Frage nach, wie die mit der „Flüchtlingskrise“ offenkundig gewordene Krise der Gesundheitsversorgung Geflüchteter zu einer

¹ *Renate Reiter* ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Politikwissenschaft (Fakultät für Kultur- und Sozialwissenschaften, KSW) der FernUniversität in Hagen. Arbeitsschwerpunkte: Politikfeldanalyse, vergleichende Wohlfahrtsstaatsforschung, Sozial-, Gesundheits- und Migrationspolitik.

Annette Elisabeth Töller ist Professorin für Politikwissenschaft, Lehrgebiet Politikfeldanalyse & Umweltpolitik, am Institut für Politikwissenschaft (Fakultät KSW) der FernUniversität in Hagen. Arbeitsschwerpunkte: Politikfeldanalyse, Umweltpolitik, Migrationspolitik.

Lisa Walter ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Politikwissenschaft (Fakultät KSW) der FernUniversität in Hagen. Arbeitsschwerpunkte: Migrations- und Asylpolitik, Politikfeldanalyse.

Wolfgang Günther ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Politikwissenschaft (Fakultät für Sozialwissenschaften und Philosophie) der Universität Leipzig. Arbeitsschwerpunkte: Politikfeldanalyse, Sozialpolitik, vergleichende Wohlfahrtsstaatsforschung.

² Mehr Informationen zu dem Projekt mit dem Titel „Migration und Institutionenwandel im deutschen Gesundheitswesen im Feld der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten“ finden sich unter <https://migep.de/>.

verstärkten Identifikation von (schon zuvor bestehenden) Problemen in der Versorgung geführt hat, welche politisch-administrativen Maßnahmen ergriffen und wie diese umgesetzt wurden sowie ob sie zu einer Lösung der Probleme geführt haben.

Dazu erläutern wir im folgenden Abschnitt zunächst die Zuständigkeiten für die Gesundheitsversorgung Geflüchteter im deutschen Föderalstaat und gehen insbesondere auf die Grundzüge der entsprechenden Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) ein (2.1). Sodann identifizieren wir drei verschiedene Regime der Gesundheitsversorgung Geflüchteter (2.2). Im dritten Abschnitt präsentieren wir beispielhaft zwei Problembereiche der Versorgung sowie die Schwierigkeiten, für diese länderübergreifende Lösungen zu finden. Zunächst stellen wir die Einrichtung von Sonderermächtigungen für die Behandlung Geflüchteter vor (3.1), dann thematisieren wir die Beauftragung der Krankenkassen mit der medizinischen Versorgung Geflüchteter (3.2). Für beide Fälle zeigen wir, dass eine zwischen den Bundesländern zum Teil erheblich variierende Anwendung der gefundenen Lösungsansätze eine übergreifende Schwierigkeit bildet; hierdurch wird die Umsetzung effektiver flächendeckender Lösungen für offenkundige Versorgungsprobleme erschwert. Im vierten Abschnitt fassen wir unsere Ergebnisse zusammen, ordnen diese in den breiteren Problemkontext ein und weisen auf mögliche Erklärungen der gefundenen Unterschiede zwischen Bundesländern und Kommunen hin.

Methodisch beruht der Beitrag zum einen auf einer Literaturlauswertung, wobei hier neben wissenschaftlichen Publikationen verschiedener Disziplinen (Politik- und Verwaltungswissenschaften, Gesundheitswissenschaften sowie zum Teil Rechtswissenschaften und Psychologie/Psychiatrie) seit 2015 vor allem auch Analysen und Stellungnahmen von Fachgesellschaften, einschlägigen Arbeitsgemeinschaften und Kammern wichtige Quellen darstellen. Zum anderen wurden in den Jahren 2018/19 zehn leitfadengestützte halboffene Interviews mit ExpertInnen geführt, die teils in staatlich-öffentlichen und teils in zivilgesellschaftlichen Organisationen in der unmittelbaren Praxis der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung Geflüchteter tätig sind. Die Interviews haben im Kontext der Analyse explorativen Charakter; sie dienten zur Identifikation relevanter Problemfelder der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Asylsuchenden.

2. Rechtlicher Rahmen der gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter

Geflüchtete haben u. a. infolge des Erlebens von Flucht, Gewalt und Verlust eine höhere Wahrscheinlichkeit, psychische Erkrankungen zu erleiden, als Menschen ohne Fluchterfahrung (vgl. Greiser/Frerichs 2018; DGPPN 2016; Schröder/Zok/Faulbaum 2018). Insbesondere eine Häufung traumatischer Erlebnisse kann zur Entstehung von posttraumatischen Belastungsstörungen, Angst und Depressionen führen (vgl. DGPPN 2016, 3; Böttche/Stammel/Knaevelsrud 2016, 1136; Schneider/Bajbouj/Heinz 2017, 10f.). Die adäquate Behandlung ist zugleich ein humanitäres Gebot und wichtige Voraussetzung für eine gelingende Integration in die Aufnahmegesellschaft (vgl. DGPPN 2016, 3). Dabei ist der Zugang zu Behandlung in Deutschland zum einen von den strukturellen Gegeben-

heiten im föderalen Staats- und Verwaltungssystem und den damit verbundenen Bedingungen der Anwendung der rechtlichen Regelungen zur gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter auf der regionalen und kommunalen Ebene abhängig. Zum zweiten ist er rechtlich determiniert durch Aufenthaltsstatus und -dauer der Betroffenen.

2.1. Das Asylbewerberleistungsgesetz und seine Implementation im deutschen Bundesstaat

Im deutschen Föderalstaat sind die politischen und administrativen Funktionen, die mit der Gesundheitsversorgung Geflüchteter zusammenhängen, auf unterschiedlichen Ebenen und – je nach Aufenthaltsstatus und -dauer – in unterschiedlichen Sektoren angesiedelt (vgl. Schneider/Bajbouj/Heinz 2017, 12). Dabei sind sowohl der Bund, die Länder und die Gemeinden als auch die Akteure der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen an der Regulierung und Implementation entsprechender Aufgaben beteiligt.

Während die Durchführung der Asylverfahren eine ausschließliche Aufgabe des Bundes und seiner Behörden darstellt, hat der Bund den Vollzug des Asylbewerberleistungsgesetzes, das die rechtliche Grundlage der Versorgung von Asylsuchenden darstellt, auf die Länder übertragen.³ Diese haben die damit verbundenen Aufgaben, z. B. die Unterbringung, die Gewährung von Geld- oder Sachleistungen oder auch die Gesundheitsversorgung, ganz oder teilweise an die Kommunen delegiert (Schammann 2015, 172).

1993 verabschiedete der Deutsche Bundestag mit Zustimmung der SPD-Opposition das Asylbewerberleistungsgesetz als Bestandteil des sogenannten Asylkompromisses zwischen CDU/CSU und FDP. Dabei war das Gesetz von Anfang an als eine „sichtbare Sonderregelung für Asylbewerber“ konzipiert, die vom deutschen Recht der Sozialhilfe, etwa in Bezug auf den Umfang finanzieller Leistungen oder auch die Substanz gesundheitlicher Versorgung, abwich und Sozialleistungen „unterhalb der Leistungen für deutsche Staatsbürger“ vorsah (Schammann 2015, 166; vgl. Janda 2017a, 240). Da die Leistungen trotz Preissteigerungen seit 1993 nicht angepasst worden waren, sah das Bundesverfassungsgericht in einem Urteil im Jahr 2012 die Menschenwürde verletzt und erlegte dem Gesetzgeber die Änderung des Gesetzes auf.⁴ In der darauffolgenden Reform im März 2015 wurden die finanziellen Leistungen zwar teilweise verbessert und den im deutschen Grundsicherungs- und Sozialhilferecht definierten Leistungen angenähert, an den materiellen Leistungen, so unter anderem der gesundheitlichen Minimalversorgung Geflüchteter, änderte sich hingegen nichts.

Darüber hinaus blieb eine übergreifende Schwierigkeit bestehen. Das Gesetz weist weiterhin eine „ungewöhnlich große Anzahl an unbestimmten Rechtsbegriffen“ auf (Schammann 2015, 168). Insofern räumt es den Ländern und Kommunen bei der Rechts-

³ Asylbewerberleistungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997, BGBl. I S. 2022, zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 15. August 2019, BGBl. I S. 1294.

⁴ BVerfG, 18. Juli 2012, 1 BvL 10/10, 1 BvL 2/11.

anwendung erheblichen Ermessensspielraum ein (vgl. Bogumil/Hafner 2017). Eine Änderung dieser Situation wurde – ungeachtet weiterer Anpassungen des Asylbewerberleistungsgesetzes – auch im Kontext der Verabschiedung der *Asylpakete I bis III* zwischen Oktober 2015 und März 2017 nicht herbeigeführt (vgl. Münch 2017, 264). Dabei hat sich die Unsicherheit bezüglich der Rechtsanwendung in der Zwischenzeit noch erhöht, da die Länder und Kommunen neben den Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes nunmehr auch die Vorgaben der EU-Aufnahmerichtlinie berücksichtigen müssen.⁵ Diese ist seit Juli 2015 direkt anwendbar, nachdem der Bund die Frist zur Umsetzung in deutsches Recht hatte verstreichen lassen.

Tabelle 1: Drei Regime der Gesundheitsversorgung Geflüchteter

Regime	Rechts- grundlage	Leistungsberechtigte Personen	Substanz der Gesund- heitsversorgung	Wer zahlt?
<i>Regime 1</i>	§§ 4 und 6 AsylbLG	§ 1 AsylbLG: insbes. Asylsuchende und Geduldete in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthalts	<i>Notwendige</i> Versor- gung akuter Erkrän- kungen und Schmerz- zustände	Bundesländer; Bewil- ligung grundsätzlich durch kommunale Sozialbehörde
<i>Regime 2</i>	§ 2 AsylbLG	In § 1 AsylbLG fest- gelegte Leistungsbe- rechtigte, wenn diese sich 18 Monate oder länger in Deutschland aufhalten	Analogleistungen; Leistungen annä- hernd gleich wie bei gesetzlich Kranken- versicherten	Zunächst Krankenkas- sen; Erstattung durch kommunale Sozial- ämter
<i>Regime 3</i>	SGB V	In der Regel Personen mit Aufenthalts- erlaubnis; Geflüchtete in Arbeit oder Ausbil- dung (§ 5 SGB V)	Volle Leistungen der Gesetzlichen Kran- kenversicherung	Bundesagentur für Arbeit oder Kommu- nen oder GKV

Quelle: Eigene Darstellung.

2.2. Drei Regime der gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter

Aus der skizzierten Rechtslage ergeben sich drei unterschiedliche Regime für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung Geflüchteter in Deutschland (vgl. Tabelle 1). Welches Regime auf eine geflüchtete Person Anwendung findet, hängt von ihrem Aufenthaltsstatus sowie der Dauer ihres Aufenthalts in Deutschland ab (BAfF 2018a).

Das erste Regime gilt für einen in § 1 AsylbLG festgelegten Personenkreis, zu dem insbesondere Asylsuchende und Geduldete in den ersten 18 Monaten ihres Aufent-

⁵ Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung), Amtsblatt der Europäischen Union L 2013/180, 96.

halts gehören.⁶ Dieses Regime sieht auf Grundlage der §§ 4 und 6 AsylbLG eine auf die notwendige Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkte Gesundheitsversorgung vor, die durch das Land finanziert und grundsätzlich durch die kommunale Sozialbehörde bewilligt wird (*Regime 1*).

Das zweite Regime greift für denselben Personenkreis, gilt jedoch erst ab einer Aufenthaltsdauer von 18 Monaten (*Regime 2*). In dieser Phase erhalten die Geflüchteten sogenannte Analogleistungen gemäß § 2 AsylbLG; sie haben damit Anspruch auf „annähernd die gleichen Leistungen wie [gesetzlich Krankenversicherte]“ (Borcsa/Nikendei 2017, 29). Allerdings sind sie – sofern sie nicht in Ausbildung oder erwerbstätig sind (siehe *Regime 3*) – nicht Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In diesem Regime werden die Leistungen gemäß dem fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) zur Gesetzlichen Krankenversicherung zunächst von den Krankenkassen übernommen und dann vom Sozialamt erstattet (BAfF 2018a, 5).⁷

Das dritte Regime gilt schließlich nach einem positiv abgeschlossenen Asylverfahren oder wenn der/die Geflüchtete eine Arbeit oder eine Ausbildung aufnimmt (*Regime 3*). In diesem Regime sind Geflüchtete Mitglied in der GKV und haben Anspruch auf Leistungen aufgrund ihres Status als Empfänger von Grundsicherung oder Sozialhilfe (SGB II, SGB XII)⁸ oder als gesetzlich versicherte ArbeitnehmerInnen (SGB V) (BAfF 2018a, 7).

3. Problembereiche der Versorgung und ihre unterschiedlichen Lösungen in den Ländern

Im Laufe der „Flüchtlingskrise“ 2015 und 2016 wurde aufgrund der großen Zahl an Personen, die medizinisch versorgt werden mussten, eine Reihe von strukturellen Problemen, u. a. im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, offensichtlich. Zugleich wuchs der unmittelbare Handlungsdruck an. Dies äußerte sich z. B. darin, dass nachts und am Wochenende verstärkt Asylsuchende mit psychischen Beschwerden allgemeine Notfallambulanzen aufsuchten, die weder fachlich gewappnet noch mit DolmetscherInnen ausgestattet sind, um den Hilfesuchenden auch tatsächlich helfen zu können. Deswegen wurden von verschiedener Seite – medizinische Professionen vor Ort, zivilgesellschaftliche Akteure, Kommunen, aber auch Politik in den Ländern und im Bund – Lösungsansätze entwickelt. Diese entstanden teilweise ad hoc, teilweise waren sie

⁶ Die ursprüngliche Frist von 15 Monaten wurde mit der Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes durch das sog. „Geordnete Rückkehr-Gesetz“, das am 13. August 2019 in Kraft trat, auf 18 Monate erhöht.

⁷ SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482, zuletzt geändert durch Artikel 12 des Gesetzes vom 9. August 2019, BGBl. I S. 1202, § 264 Abs. 2 und 7.

⁸ SGB II, Grundsicherung für Arbeitsuchende, Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003, BGBl. I S. 2954; SGB XII, Sozialhilfe, Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022.

projektförmig organisiert und warfen dabei zahlreiche Schwierigkeiten in der Umsetzung auf. Diese werden im Folgenden beispielhaft an zwei Problembereichen vorgestellt. Sie wurden unter mehreren Problembereichen (vgl. Töller et al. 2019) ausgewählt, weil sie gut geeignet sind, um einerseits das Problemgeflecht der Versorgung in und zwischen den drei oben vorgestellten Regimen zu charakterisieren und andererseits zu zeigen, wie schwierig es ist, im Kontext institutioneller Zuständigkeiten und Interessenkonstellationen im deutschen Föderalismus tatsächlich effektive Problemlösungen zu ergreifen.

3.1. Substanzieller Anspruch auf Versorgung: Psychotherapien

Betrachtet man die tatsächliche, substanzielle psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung Geflüchteter, so gilt die Gewährleistung von Psychotherapien als besonders problematisch. Dies hat in den verschiedenen Versorgungsregimen unterschiedliche Gründe.

Die restriktiven Regelungen des *Regime 1* sehen gemäß § 4 AsylbLG nur *erforderliche* ärztliche und zahnärztliche Behandlung *akuter* Erkrankungen und Schmerzzustände vor.⁹ Während eine Behandlung bei akut auftretenden psychischen Problemen (z. B. bei Suizidalität) immer geleistet werden muss, liegt der Schlüsselfaktor hier in der Frage, ob Asylsuchenden auch jenseits unmittelbar bedrohlicher Erkrankung Hilfe in Form von Psychotherapien gewährt wird. Entsprechende Genehmigungen werden bislang regelmäßig verweigert, wenn „die Erkrankung mit Psychopharmaka ebenso gut behandelt werden kann“ (Greiser/Frerichs 2018, 218). Hinzu kommt, dass die Gewährung einer Psychotherapie gemäß § 6 Abs. 1 – aus rechtlicher Perspektive – dann „in aller Regel“ ausscheidet, wenn eine Behandlung während des voraussichtlichen Aufenthalts in Deutschland nicht beendet werden kann (vgl. Greiser/Frerichs 2018, 219).

Zwar hat sich die Rechtslage für die nationalen Behörden durch die unmittelbare Geltung der EU-Aufnahmerichtlinie seit Juli 2015 verändert. So definieren Art. 19 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 21 der Richtlinie (2013/33/EU) eine Pflicht zur Bereitstellung spezifischer Versorgungsleistungen für vulnerable Personengruppen, darunter Menschen mit psychischen Störungen.¹⁰ Das bedeutet, dass die Vorschrift des § 6 AsylbLG im Falle von besonders schutzbedürftigen Personen von den Behörden „europarechtskonform“ ausgelegt und dementsprechend Psychotherapien genehmigt werden müssen (Deutscher Bundestag 2016, 3). Da aktuelle bundesweite Daten zur Implementation dieser Vorgabe in der Praxis jedoch nicht vorliegen, ist derzeit unklar, inwieweit Asylsuchende mit psychischen Leiden von der Regelung der Aufnahmerichtlinie tatsächlich profitieren.

⁹ Ausnahmen stellen die Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie Schutzimpfungen und die Versorgung von werdenden Müttern und Wöchnerinnen dar (§ 4 Abs. 2 AsylbLG).

¹⁰ Wörtlich heißt es in Art. 19 Abs. 2 RL 2013/33/EU: „Die Mitgliedstaaten gewähren Antragstellern mit besonderen Bedürfnissen [...] Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung.“

Vor diesem Hintergrund war und ist die Tätigkeit der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZs) essenziell. Im Jahr 2019 gab es in Deutschland 53 PSZs (vgl. Deutscher Bundestag 2019, 6). Diese gewährleisteten bislang freiwillig als selbstorganisierte Initiativen von Professionellen und zivilgesellschaftlichen Einrichtungen – also nicht im Rahmen der Regelversorgung – bundesweit die psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Geflüchteten (vgl. Böttche/Stammel/Knaevelsrud 2016, 1140). Das gilt gerade während der ersten 18 Aufenthaltsmonate (*Regime 1*).

Problematisch ist die Gewährung von Psychotherapien jedoch auch bei Geflüchteten in *Regime 2* und 3. In *Regime 2* besteht zwar prinzipiell ein Anspruch auf sogenannte *Analogleistungen* und damit auf Gesundheitsversorgung wie für gesetzlich Krankenversicherte (vgl. Janda 2017b, 31; Greiser/Frerichs 2018, 214; Lemmer 2017, 20). Jedoch stellt sich hier im Hinblick auf die Versorgung mit Psychotherapien insbesondere das Problem, dass der gestiegenen Zahl der Geflüchteten bislang „kein entsprechender Mittel- und Personalaufwuchs der betroffenen medizinischen Institutionen gegenüber[steht]“ (Robert Bosch Expertenkommission 2016, 10). Bereits im Regelsystem besteht ein Mangel an Therapieplätzen, der lange Wartezeiten zur Folge hat (vgl. Deutscher Bundestag 2018, 1). Dieser Umstand wirkt sich auf Geflüchtete besonders problematisch aus, da viele TherapeutInnen die Arbeit mit den mitunter schwer traumatisierten Personen, meist unter Beteiligung von Sprachmittlung und im Kontext komplexer psychosozialer Bedürfnisse, ablehnen.

Schließlich liegt ein zentrales Problem darin, dass es zwischen *Regime 1* und *Regime 2* regelmäßig zu Behandlungsabbrüchen kommt, da die TherapeutInnen in den PSZs, die im Rahmen von *Regime 1* die Versorgung von betroffenen Geflüchteten weitgehend übernehmen, überwiegend nicht über einen Kassensitz verfügen. Die Krankenkassen können daher nach dem Übergang einer Person in *Regime 2* (in dem Versorgungsleistungen von den Behörden analog zu den Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte gewährt werden und die Abrechnung über die Krankenkassen erfolgt) die in den PSZs erbrachten Versorgungsleistungen mit den dortigen TherapeutInnen nicht abrechnen. In der Regel hat dies den Abbruch der Behandlung zur Folge.

Zur Behebung dieser Übergangsproblematik sowie allgemein zur Steigerung der Versorgungsangebote für Geflüchtete angesichts eines erhöhten Bedarfs trat am 29. September 2015 eine von der Bundesregierung beschlossene Neuregelung der Ärzte-Zulassungs-Verordnung in Kraft (vgl. Deutscher Bundestag 2018, 2f.). Diese sieht vor, dass PsychotherapeutInnen, ÄrztInnen mit entsprechender Weiterbildung sowie PSZs mit einer ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Leitung eine Ermächtigung für die Versorgung Geflüchteter (sogenannte Sonderermächtigungen) erhalten können, sofern die Betroffenen Anspruch auf Leistungen nach § 2 AsylbLG haben (*Regime 2*) und Folter, Vergewaltigung oder sonstige Formen schwerer Gewalt erlitten haben. Damit kann die Behandlung dieser Personen seither auch ohne einen Kassensitz über die Krankenkassen abgerechnet werden (vgl. BAfF 2018b, 1).

Für dieses neue, bundesweit gültige Instrument hatte sich unter anderem die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) als Dachverband der PSZs eingesetzt (vgl. BAfF 2015, 3). Es hat allerdings bislang kaum zur erhofften Verbesserung der Versorgung geführt. So wurden nach einer Auswertung der BAfF bis Dezember 2017 bundesweit nur 172 Anträge gestellt und 125 Ermächtigungen erteilt, wovon 20 wieder zurückgegeben wurden (vgl. BAfF 2018b, 3). Überdies sind nur wenige (7) Ermächtigungen an Institutionen, also ganze Einrichtungen und nicht einzelne TherapeutInnen, ausgestellt worden. Und die Nutzung dieses Instruments variiert schließlich auch erheblich zwischen den Bundesländern. Nur für Berlin (38), Nordrhein-Westfalen (29) und Baden-Württemberg (8) wurden von den Kassenärztlichen Vereinigungen größere Anzahlen von Ermächtigungen erteilt (vgl. BAfF 2018b, 3). Damit hat die Einführung des Instruments der Sonderermächtigung insgesamt „zu keinem relevanten Ausbau von Behandlungskapazitäten für Geflüchtete“ geführt (BAfF 2018b, 3). Dort, wo PSZs eine Ermächtigung haben, kann darüber nur ein Bruchteil der Therapien abgerechnet werden. Auch niedergelassene TherapeutInnen haben auf der Basis der Ermächtigung häufig keine oder nur wenige PatientInnen behandeln können (vgl. BAfF 2018b, 5).

Dass das Instrument der Sonderermächtigung nur unzureichend greift, hat zum einen strukturelle Hintergründe. So ist die Behandlung über eine Ermächtigung nur solange möglich, wie Geflüchtete Leistungen gemäß § 2 AsylbLG beziehen (*Regime 2*); endet diese Phase (z. B., weil das Asylverfahren abgeschlossen ist), kann die begonnene Psychotherapie nicht weiter abgerechnet werden (vgl. BAfF 2018b, 9). Zum anderen hängt dies aber auch damit zusammen, wie die Kassenärztlichen Vereinigungen in den Ländern die konkrete Anwendung des Instruments definieren. So beschränken diese in mehreren Bundesländern¹¹ die Ermächtigungen auf die *Weiterbehandlung* von PatientInnen, die bereits in den ersten 15 bzw. 18 Monaten¹² eine Therapie begonnen haben (BAfF 2018b, 6). Da jedoch, wie bereits erläutert, im *Regime 1* die Aufnahme von Psychotherapien generell strukturell erschwert ist und viele Betroffene außerdem erst mit zeitlicher Verzögerung, also gegebenenfalls erst nach 18 Monaten, psychische Störungen entwickeln, ergibt sich hieraus ein strukturelles Hemmnis für die Verbesserung der Versorgung durch das Instrument der Sonderermächtigung.

Es zeigt sich also, dass sowohl die Konzipierung der gesetzlichen Grundlage als auch ihre Anwendung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in den Bundesländern zu restriktiven Vorgaben an die Zielgruppen führten. Damit konnten die Sonderermächtigungen bislang weder nennenswert dazu beitragen, Behandlungsabbrüche zu reduzieren, noch helfen, die Kapazitäten für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung

¹¹ Bayern, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Bremen, Hessen sowie seit April 2018 auch Berlin.

¹² Siehe Fußnote 6.

Geflüchteter auszuweiten (vgl. BAfF 2018b, 11f.). Auch beim Problem des Zugangs von Geflüchteten zur Versorgung, um das es nachfolgend geht, zeigt sich, dass die unterschiedlichen Regelungen und Praktiken in den Bundesländern bei der Umsetzung einer möglichen Problemlösung deren Effektivität behindern können.

3.2. Die prozedurale Seite der Leistungsgewährung: Beauftragung der Krankenkassen

Wie bereits angesprochen, legt § 4 AsylbLG fest, dass Leistungsberechtigten im *Regime 1* nur die *notwendigen* ärztlichen Behandlungen von *akuten* Erkrankungen und Schmerzzuständen gewährt werden müssen. Darin, wie diese Gewährung in den Kommunen administrativ gehandhabt wird, wurden jedoch bereits vor 2015 erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern und Kommunen erkennbar. So zeigte z. B. Schammann in einer vergleichenden Untersuchung von Kommunen in Bayern und Schleswig-Holstein im Jahr 2014, dass Asylsuchende in den untersuchten bayerischen Kommunen bei Auftreten einer akuten Krankheit ein deutlich bürokratischeres Verfahren durchlaufen müssen als Asylsuchende in schleswig-holsteinischen Gemeinden. In den bayerischen Kommunen erhalten sie einen (drei Monate gültigen) Behandlungsberechtigungsschein vom kommunalen Sozialamt. Dieser berechtigt zur Terminvergabe beim Arzt/der Ärztin. Bevor diese/r jedoch tätig wird, muss ihm/ihr auch ein Behandlungsschein vorliegen, den er/sie telefonisch von der Behörde anfordert, während der/die PatientIn im Wartezimmer sitzt (Schammann 2015, 175). Die Behörde entscheidet, ob die Voraussetzungen des Asylbewerberleistungsgesetzes vorliegen, und übermittelt dann gegebenenfalls den Behandlungsschein an die Praxis. Bei nicht eindeutigen Fragen wird unter Umständen das Gesundheitsamt konsultiert. Ein Rezept für Medikamente erfordert eine weitere Genehmigung durch die Behörde. In den ebenfalls untersuchten schleswig-holsteinischen Kommunen wurde den Geflüchteten bei der Aufnahme ein Behandlungsschein (ebenfalls drei Monate gültig) ausgehändigt und anschließend regelmäßig postalisch ein neuer zugesandt. Die Verschreibung von Medikamenten war auch hier genehmigungspflichtig, erfolgte aber in einem vereinfachten Verfahren mit Positivlisten (vgl. Schammann 2015, 176).¹³

Diese Schilderungen machen die prozeduralen Probleme der Gewährung gesundheitlicher Leistungen deutlich: Es kommt zu einem bürokratischen Mehraufwand, es mangelt bei den Sozialämtern an medizinischen Kompetenzen zur Einschätzung des Behandlungsbedarfs, während die Kompetenz der ÄrztInnen relativiert wird (vgl. Lindner 2015, 84). Zudem richtet sich das Auftreten akuter Erkrankungen nicht immer nach den Öffnungszeiten von (Sozial-)Ämtern (vgl. Lindner 2015, 82).

¹³ Die Ausführungen zu Bayern sind im Präsens, die zu Schleswig-Holstein im Imperfekt verfasst, da in Bayern diese Regelung im Wesentlichen weiterbesteht, während sie in Schleswig-Holstein durch die Einführung der Gesundheitskarte zum 1. Januar 2016 abgelöst wurde.

Zur Vereinfachung des Prozesses eröffnete der Bund im Oktober 2015 mit dem Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz eine Alternative, bei der die Bundesländer Krankenkassen durch Abschluss eines Rahmenvertrags mit der Gesundheitsversorgung von Geflüchteten im *Regime 1* beauftragen können (vgl. Wächter-Raquet 2016). ÄrztInnen und ihre Vereinigungen hatten sich zuvor mehrfach für die flächendeckende Einführung einer solchen Lösung ausgesprochen (vgl. Lindner 2015, 84). Diese wurde bereits in Bremen (seit 2005) und Hamburg (seit 2012) praktiziert (vgl. Mohammadzadeh/Jung/Lelgemann 2016; Burmester 2015).

Eine Übernahme der Gesundheitsversorgung durch Krankenkassen bringt drei Änderungen mit sich (vgl. Günther/Kurrek/Töller 2019): Erstens rechnen die Erbringer der Leistungen diese nun direkt mit der Krankenkasse ab. Die Krankenkasse rechnet die erbrachte Leistung mit der Kommune ab und behält eine Verwaltungspauschale ein (vgl. Wächter-Raquet 2016, 27). Zweitens ändern sich die prozeduralen Modalitäten der Inanspruchnahme von Leistungen durch die Geflüchteten, die nun eine elektronische Gesundheitskarte erhalten und medizinische Leistungen in Anspruch nehmen können, ohne zuvor in jedem Einzelfall eine Berechtigung einholen zu müssen. Drittens erwarten BeobachterInnen, dass damit MedizinerInnen „ihre in Bezug auf die Behandlung von Asylsuchenden beschränkte Handlungsautonomie zurückgewinnen“ (Lindner 2015, 84). Was sich grundsätzlich nicht ändert, ist der substanzielle Leistungsumfang, der weiterhin durch die §§ 4 und 6 AsylbLG definiert wird. Gleichwohl kann die Beauftragung einer Krankenkasse mit der Durchführung der Gesundheitsversorgung Asylsuchender und die damit verbundene Einführung der elektronischen Gesundheitskarte als Schritt zu einer (jedenfalls prozeduralen) Verbesserung der Gesundheitsversorgung Geflüchteter bezeichnet werden. Denn sie bedeutet eine Reduzierung des bürokratischen Aufwandes für die Geflüchteten, das medizinische Personal und die kommunalen Sozialbehörden.

Allerdings haben sich keineswegs alle Bundesländer zu diesem Schritt der vertraglichen Beauftragung der Krankenkassen entschieden (vgl. Günther/Kurrek/Töller 2019). Bayern und Sachsen lehnten und lehnen dies ab, Baden-Württemberg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und das Saarland ergriffen zwar erste Schritte, schlossen aber letztlich keine Rahmenvereinbarung mit den Kassen ab. Zu einer Beauftragung der Krankenkassen und einer flächendeckenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte kam es (neben Bremen und Hamburg) nur in Berlin, Brandenburg, Schleswig-Holstein und Thüringen. Ein sogenanntes Optionsmodell, in dem es den Kommunen freisteht, ob sie sich beteiligen, führten Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz ein, was in der Umsetzung zu einer eher geringen Teilnahme der Kommunen führte: In Niedersachsen nimmt nur eine Kommune teil, in Rheinland-Pfalz drei, in Nordrhein-Westfalen sind es 22 von 53 (vgl. Günther/Kurrek/Töller 2019). In diesem „Flickenteppich“ (Wächter-Raquet 2016, 15) entstehen noch zusätzliche Unterschiede auf kommunaler Ebene dadurch, dass Kommunen in Ländern, in denen kein Rahmenvertrag besteht, selbst mit den Krankenkassen Vereinbarungen schließen können. In Sachsen

beispielsweise steht Dresden kurz vor dem Abschluss eines Rahmenvertrags, während dies in Leipzig bislang gescheitert ist (vgl. Puppe 2017).

Die Beauftragung der Krankenkassen kann darüber hinaus Auswirkungen auf die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung haben, auch wenn der Leistungsumfang unverändert bleibt. So unterscheiden sich die Rahmenverträge der Bundesländer mit den Krankenkassen hinsichtlich der Bewilligung von Rehabilitationsmaßnahmen und Psychotherapien. Während beispielsweise in Niedersachsen Psychotherapien als Leistungen ausgeschlossen worden sind, entscheiden in Bremen und Hamburg weiterhin kommunale Behörden über die Bewilligung von Kurzzeitpsychotherapien. In Schleswig-Holstein können psychologische Langzeittherapien in Ausnahmefällen nach § 6 AsylbLG von den Kommunen bewilligt werden (vgl. Wächter-Raquet 2016, 16–25). In Thüringen werden ambulante Psychotherapien nach den bundeseinheitlichen Vorschriften der Psychotherapie-Richtlinie von den Krankenkassen bewilligt.

Insgesamt ist die Beauftragung der Krankenkassen mit der Versorgung Geflüchteter geeignet, bürokratische Hürden abzubauen und den Zugang Geflüchteter zur Gesundheitsversorgung zumindest prozedural zu verbessern. Dies kann aber nur dort funktionieren, wo dieser Ansatz auch umgesetzt wird, sodass sich auch in diesem Fall die Bedeutung einer einheitlichen Implementation für die effektive flächendeckende Lösung offenkundiger Versorgungsprobleme zeigt.

4. Resümee

Menschen, die Flucht, Gewalt und Verlust erlebt haben, weisen eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, psychische Erkrankungen zu erleiden, als Menschen, die diese Erfahrungen nicht gemacht haben. Deshalb ist die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung Geflüchteter, die in Deutschland insgesamt prekär ist, von großer praktischer Relevanz. Ihre politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen wurden bislang aber nur lückenhaft wissenschaftlich untersucht. Der vorliegende Beitrag resultiert aus einem Forschungsprojekt, das sich diese Aufgabe gestellt hat.

Beim Blick auf die institutionell-rechtlichen und organisatorischen Grundlagen der Gesundheitsversorgung Geflüchteter im Allgemeinen sowie ihrer psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung im Besonderen lassen sich drei verschiedene Versorgungsregime identifizieren. *Regime 1* sieht eine stark eingeschränkte Gesundheitsversorgung vor, aber auch die anderen beiden Regime werfen zum Teil Versorgungsprobleme auf. Insbesondere die Übergänge von einem Regime zum anderen können im Hinblick auf die kontinuierliche Versorgung problematisch sein.

An den Beispielen der Gewährung von Psychotherapien und der prozeduralen Regelung der Versorgung von Asylsuchenden haben wir gezeigt, welche schon vorher bestehenden strukturellen Probleme im System der gesundheitlichen, respektive der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Asylsuchenden im Zuge der sogenannten „Flüchtlingskrise“ besonders virulent wurden, welche Lösungen ergriffen

wurden und wie die zwischen den Bundesländern variierende Umsetzung die effektive Bearbeitung der Probleme erschwert, wenn nicht behindert hat.

Dabei lassen sich die ausgewählten Fälle in einen breiteren Problemkontext einordnen. Allgemein haben Geflüchtete in einem Versorgungssystem, das durch einen generellen Mangel an Therapieplätzen gekennzeichnet ist, von vorn herein besonders schlechte Chancen auf adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Im Besonderen wird diese übergreifende Herausforderung verstärkt durch die hier dargestellten Probleme, aber auch durch die Schwierigkeit der Entwicklung geeigneter Verfahren zur Identifikation von Behandlungsbedarfen, durch die höchst unterschiedliche kommunale Auslegung des Asylbewerberleistungsgesetzes und durch die Problematik der Sprachmittlung (vgl. Töller et al. 2019).

Im Ganzen fällt die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung Geflüchteter in Deutschland trotz vielfältiger Initiativen defizitär und lokal sowie – angesichts großer Spielräume der Kommunen und Länder, aber auch der Akteure des Selbstverwaltungssystems in den Ländern, im deutschen Vollzugsföderalismus – regional recht unterschiedlich aus. Solche Unterschiede finden sich auch in anderen Bereichen der Implementation der Asyl- wie auch der Rückführungspolitik (vgl. Reiter/Töller 2019).

Auf der Suche nach Erklärungen für diese Unterschiede konnten wir im Rahmen unseres Forschungsprojektes bereits Belege für die Relevanz der unterschiedlichen parteipolitischen Zusammensetzung der Landesregierungen sowie institutioneller Faktoren finden (vgl. Günther/Kurrek/Töller 2019). Als weitere mögliche Erklärungsfaktoren erscheinen zudem verwaltungsspezifische Faktoren (z. B. mangelnde Personal- und/oder finanzielle Ressourcen) (vgl. Reiter/Töller 2019, 214) oder auch die mangelhafte Koordination zwischen regionalen „Insellösungen“ spezifischer Probleme, wie z. B. der Sprachmittlung (Töller et al. 2020). Insgesamt ist das Verständnis von regionalen und kommunalen Unterschieden in der Bearbeitung von Versorgungsproblemen in Deutschland wünschenswert, da hier gegenwärtig in hohem Maße der Zufall über den individuellen Zugang zu adäquater Versorgung entscheidet (vgl. Razum/Wenner/Bozorgmehr 2016; Schammann 2015).

Hat sich gerade für die beiden hier dargestellten Problembereiche anschaulich gezeigt, wie schwierig es ist, im Kontext teils verflochtener, teils fragmentierter institutioneller Zuständigkeiten und Interessenkonstellationen tatsächlich effektive Problemlösungen zu ergreifen, so treten mehrere der oben angesprochenen Probleme keineswegs nur in Deutschland auf. Eine europäisch oder international vergleichende Untersuchung dieser Problematiken und ihrer (nationalen) Lösungen stellt daher ein weiteres Forschungsdesiderat dar.

Bibliografie

BAfF (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer) 2015: *Aufforderung zur Sicherstellung der gesundheitlichen und*

psychosozialen Versorgung Geflüchteter in Deutschland. Abgerufen am 8. Oktober 2019 unter http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2008/05/Aufforderung-zur-Sicherstellung-der-gesundheitlichen-und-psychosozialen-Versorgung-Gefl%C3%BChteter_aktualisiert.pdf.

BAFF (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer) 2018a: *Leitfaden zur Beantragung einer Psychotherapie*. Abgerufen am 28. November 2018 unter <http://www.baff-zentren.org/news/beantragung-einer-psychotherapie-fuer-gefluechtete/>.

BAFF (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer) 2018b: *Die Ermächtigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Geflüchteten – ein wichtiges Instrument droht zu scheitern*. Abgerufen am 16. Mai 2018 unter <http://www.baff-zentren.org/news/einschaetzung-der-ermaechtigung-durch-die-bundesregierung-berlin-07-08-2018/>.

Bogumil, Jörg/Hafner, Jonas 2017: *Integrationspolitische Akteure und Institutionen in den Bundesländern*, Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag des Sachverständigenrats deutscher Stiftungen für Migration und Integration, Bochum. Abgerufen am 6. November 2019 unter https://www.sowi.rub.de/mam/content/regionalpolitik/forschung/bogumil_hafner_2017_integrationspolitische_akteure_und_institutionen_gutachten_svr.pdf.

Bogumil, Jörg/Burgi, Martin/Kuhlmann, Sabine/Hafner, Jonas/Heuberger, Moritz/Krönke, Christoph 2018: *Bessere Verwaltung in der Migrations- und Integrationspolitik. Handlungsempfehlungen für Verwaltungen und Gesetzgebung im föderalen System*, Baden-Baden.

Borcsa, Maria/Nikendei, Christoph 2017: *Psychotherapie nach Flucht und Vertreibung. Eine praxisorientierte und interprofessionelle Perspektive auf die Hilfe für Flüchtlinge*, Stuttgart.

Böttche, Maria/Stammel, Nadine/Knaevelsrud, Christine 2016: ‚Psychotherapeutische Versorgung traumatisierter geflüchteter Menschen in Deutschland‘, *Der Nervenarzt*, Jg. 86, Nr. 11, 1136–1143.

Burmester, Frank 2015: ‚Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über die Krankenkasse‘, *Informationsbrief Ausländerrecht*, Nr. 5, 194–199.

Deutscher Bundestag 2016: ‚Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Luise Amtsberg, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 18/8499 – Verbesserungen der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung von Geflüchteten zur Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie‘, *Bundestagsdrucksache 18/9009* vom 4. Juli 2016, Berlin.

Deutscher Bundestag 2018: ‚Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Luise Amtsberg, Filiz Polat, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 19/3347 – Instrument der

- Ermächtigung für die psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten', *Bundestagsdrucksache* 19/3583 vom 24. Juli 2018, Berlin.
- Deutscher Bundestag 2019: ‚Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Sylvia Gabelmann, Dr. André Hahn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 19/11142 – Psychosoziale Betreuung und Behandlung von traumatisierten Geflüchteten', *Bundestagsdrucksache* 19/11666 (Vorabfassung) vom 15. Juli 2019, Berlin.
- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) 2016: *Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern*. Abgerufen am 23. Februar 2017 unter <https://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2016/versorgung-fluechtlinge.html>.
- Greiser, Johannes/Frerichs, Konrad 2018: ‚Der Anspruch von Flüchtlingen auf psychotherapeutische Behandlung', *Die Sozialgerichtbarkeit*, Nr. 4, 213–221.
- Günther, Wolfgang/Kurrek, Dennis/Töller, Annette Elisabeth 2019: ‚Ein starker Fall für die Parteiendifferenztheorie: Die Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende in den Bundesländern', *Zeitschrift für Politikwissenschaft*, Jg. 29, Nr. 3, 361–392.
- Janda, Constanze 2017a: ‚Migrationssteuerung durch Recht? Die Abschreckung von armen Zuwanderern am Beispiel von Asylsuchenden aus sicheren Herkunftsstaaten', *Jahrbuch für Recht und Ethik*, Jg. 25, 239–255.
- Janda, Constanze 2017b: ‚Der ausländerrechtliche Status geflüchteter Menschen im Kontext des Sozialstaates', in Holger Brecht-Heitzmann (Hg.): *Die Integration Geflüchteter als Herausforderung für das Sozialrecht*, Münster, 23–36.
- Lemmer, Wiebke 2017: *Rechtliche Aspekte der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten in Deutschland. Rechtsgutachten für das Projekt „Implementierung und Evaluation einer universitären kinder- und jugendpsychiatrischen Spezialambulanz für Flüchtlingskinder und ihre Familien am Universitätsklinikum Münster – ein psychotraumatologisches und migrationspsychiatrisches Modellprojekt*, Münster.
- Lindner, Katja 2015: ‚Die gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland. Aktuelle politische Entwicklungen', *Migration und Soziale Arbeit*, Jg. 37, Nr. 1, 81–88.
- Mohammadzadeh, Zahra/Jung, Felicitas/Lelgemann, Monika 2016: ‚Gesundheit für Flüchtlinge – das Bremer Modell', *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, Jg. 59, Nr. 5, 561–569.
- Münch, Ursula 2017: ‚Föderale Aspekte bundesdeutscher Flüchtlingspolitik', in Europäisches Zentrum für Föderalismus-Forschung Tübingen (Hg.): *Jahrbuch des Föderalismus 2017*, Baden-Baden, 252–264.
- Puppe, Matthias 2017: ‚Flüchtlinge erhalten in Leipzig weiterhin keine Gesundheitskarte', *Leipziger Volkszeitung online*, 22. Mai. Abgerufen am 2. Oktober 2018 unter <https://www.lvz.de/Thema/Specials/Fluechtlinge-in-Leipzig/Fluechtlinge-erhalten-in-Leipzig-weiterhin-keine-Gesundheitskarte>.

- Razum, Oliver/Wenner, Judith/Bozorgmehr, Kayvan 2016: ‚Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland‘, *Das Gesundheitswesen: Sozialmedizin, Gesundheits-System-Forschung*, Jg. 78, Nr. 11, 711–714.
- Reiter, Renate/Töller, Annette Elisabeth 2019: ‚Permissive und restriktive Muster in den Asylpolitiken der Bundesländer‘, *der moderne staat (dms)*, Jg. 12, Nr. 1, 194–220.
- Robert Bosch Expertenkommission zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik 2016: *Zugang zu Gesundheitsleistungen und Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge und Asylbewerber: Von der Erstversorgung bis zur psychosozialen Behandlung*. Abgerufen am 5. Dezember 2018 unter https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/RBS_Kommissionsbericht_Fluechtlingspolitik_Gesundheit_ES.pdf.
- Schammann, Hannes 2015: ‚Wenn Variationen den Alltag bestimmen. Unterschiede lokaler Politikgestaltung in der Leistungsgewährung für Asylsuchende‘, *Zeitschrift für Vergleichende Politikwissenschaft*, Jg. 9, Nr. 3, 161–182.
- Schneider, Frank/Bajbouj, Malek/Heinz, Andreas 2017: ‚Psychische Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland‘, *Der Nervenarzt*, Jg. 88, Nr. 1, 10–17.
- Schröder, Helmut/Zok, Klaus/Faulbaum, Frank 2018: ‚Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan‘, *WidO-Monitor*, Jg. 15, Nr. 1, 1–20.
- Töller, Annette Elisabeth/Reiter, Renate/Günther, Wolfgang/Walter, Lisa 2020: ‚Rechtliche, organisatorische und politische Rahmenbedingungen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten in Deutschland: Identifikation von Problembereichen und Lösungsansätzen‘, *Z’Flucht. Zeitschrift für Flucht- und Flüchtlingsforschung*, Jg. 4, Nr. 1, 37–67.
- Wächter-Raquet, Marcus 2016: *Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden. Gesundheitskarte und psychotherapeutische Versorgung. Ein Sachstandsbericht*, Bertelsmann Stiftung. Abgerufen am 5. Dezember 2018 unter <https://www.bertelsmann-stiftung.de/en/publications/publication/did/gesundheitsversorgung-von-asylsuchenden/>.