

Forumsbeiträge

Sandra Ziegler und Kayvan Bozorgmehr

Die ›Bleibeperspektive‹ als soziale Determinante der Gesundheit Geflüchteter?

Zusammenfassung

Neu angekommene Geflüchtete haben in Deutschland eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung. Viele medizinische Leistungen müssen individuell bei der jeweils zuständigen Behörde beantragt werden. Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben werden darüber Ermessensentscheidungen getroffen. Wir werfen in diesem Beitrag die Frage auf, ob soziale Kategorisierungsprozesse Einfluss auf diese Entscheidungen und damit auf den Umfang der Gesundheitsversorgung nehmen. Insbesondere wollen wir Erwägungen zur ›Bleibeperspektive‹ im Kontext von Verteilungsentscheidungen im Gesundheitssektor kritisch diskutieren. Zudem stellen wir Vorüberlegungen dazu an, wie der Hypothese der ›Bleibeperspektive‹ als möglicherweise neuer sozialer Determinante der Gesundheit wissenschaftlich weiter nachgegangen werden kann.

Schlagnorte: Asylsuchende, Gesundheitsversorgung, Diskriminierung, soziale Kategorie ›Bleibeperspektive‹

The ‹Prospect of Staying› as a Social Determinant of Refugee Health?

Abstract

Newly arrived refugees in Germany have restricted access to health care. Many medical services must be applied for individually at the respective competent authority. Discretionary decisions are made within the framework of the legal requirements. In this paper, we raise the question whether social categorisation processes influence these decisions and therefore the provided health care. In particular, we want to critically discuss considerations of the ‹prospect of stay-

ing) in the context of distributional decisions in the health sector. In addition, we provide preliminary considerations on how the hypothesis of the <prospect of staying> as a possibly new social determinant of health can be further investigated scientifically.

Keywords: asylum seekers, health care, discrimination, social category <prospect of staying>

1. Einleitung

Die Gesundheitsversorgung Asylsuchender ist in den ersten 18 Monaten – zuweilen auch darüber hinaus¹ – gesetzlich eingeschränkt und über die zuständige Landesbehörde bzw. die Sozialbehörden finanziert. Der Gesetzgeber sieht die »Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände« vor, die Versorgung im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt, gebotene Vorsorge sowie notwendige Schutzimpfungen (§ 4 Abs. 1 u. 2 AsylbLG). Darüberhinausgehende Leistungen können individuell bei der zuständigen Behörde beantragt werden, falls sie »im Einzelfall [...] unerlässlich« sind (§ 6 Abs. 1 AsylbLG). Welche Leistungen unerlässlich sind, ist jedoch nicht definiert (Bozorgmehr/Razum 2019) und liegt daher im Ermessen der beteiligten medizinischen und behördlichen Akteure. Deren Antrags- und Entscheidungsprozesse sind weitgehend intransparent. Die Unbestimmtheit der gesetzlichen Formulierung eröffnet Möglichkeiten einer Ungleichbehandlung, welche – aufgrund dieser Intransparenz – unbemerkt bleiben kann. Fraglich ist, ob neben medizinischen auch soziale Differenzkategorien Einfluss auf lokale Entscheidungsprozesse nehmen und wenn ja »which differences make a difference« (Bradby et al. 2017: 96).

Rassistische Diskriminierung wird in Forschungen zu sozialen Determinanten der Gesundheit bisher meist entlang der Dimensionen Ethnizität und Kultur untersucht. Die soziale Kategorisierung Zugewanderter differenziert sich jedoch weiter aus, z.B. nach Herkunftsregion, Rechtsstatus oder Wohnort, was entscheidender für ihre Lebensbedingungen incl. den Zugang zu öffentlichen Ressourcen sein kann (Vertovec [2010] 2018: 175). Im Zuge solcher Ausdifferenzierungen ist mit »neuen Vorurteils- und Ungleichheitsmustern« zu rechnen (Vertovec 2007: 1045, eigene Übers.). Zunehmend nimmt die Public Health-Forschung dies – z.B. in der Erforschung der Rolle rechtlicher Aufenthaltstitel für die Versorgung (Drewniak et al. 2016; Hannigan et al. 2016) – zur Kenntnis. Dennoch sind Beschaffenheit

1 Verlängerte Einschränkung z.B. bei »rechtsmissbräuchlicher« Beeinflussung der Aufenthaltsdauer (§ 2 Abs. 1 AsylbLG), Nichtmitarbeit bei der Passbeschaffung bei Ausreisepflicht, Falschangaben zur Identität (Classes 2018: 19), Dublin-Fall, wartend auf Gerichtstermin (Genge 2019: 21).

und Konsequenzen der Ausdifferenzierung rechtlicher und sozialer Kategorien für Gesundheit und Versorgung weitgehend unerforscht.

Aus der Sozialarbeit wurde berichtet, dass die Unterscheidung von Asylsuchenden anhand ihrer ›Bleibeperspektive‹ sich folgenreich durchzusetzen beginnt (Voigt 2016). Wir fragen in diesem Beitrag, ob diese soziale Kategorie auch Einfluss auf Ressourcenverteilungsentscheidungen im Gesundheitssektor nehmen könnte. Zunächst werden wir kurz die Herausforderungen der Gesetzesauslegung sowie möglicherweise wirksame soziale (Kategorisierungs-)Prozesse skizzieren. Schließlich legen wir den Fokus auf die Kategorie ›Bleibeperspektive‹, welche wir in ihrer Definition, Legitimität sowie diskursiven Beschaffenheit als Grundlage von Verteilungsentscheidungen im Gesundheitswesen kritisch diskutieren, um uns abschließend zu fragen, wie der Hypothese dieser neuen sozialen Determinante der Gesundheit wissenschaftlich weiter nachgegangen werden kann.

2. Antragstellung auf Kostenübernahme nach § 6 AsylbLG

Die Gesundheitsversorgung Geflüchteter wird rationiert, d.h. medizinisch notwendige Leistungen werden mitunter bewusst vorenthalten (Fuchs et al. 2009), zu diesem Zweck muss ›priorisiert‹ werden, es muss über Vor- und Nachrangigkeit von z.B. »Kranken- und Krankheitsgruppen, Patientengruppen, Methoden/Verfahren, Versorgungszielen, Versorgungsbereichen« entschieden werden (Hoppe 2010: 421). An den Entscheidungen, ob ein geflüchteter Mensch beispielsweise einen Rollstuhl, Psychotherapie, eine Stanzbiopsie bei Krebsverdacht, ein diagnostisches MRT bei Rückenleiden oder antiretrovirale HIV-Medikamente bekommt oder nicht, sind Akteure auf politischer, behördlich-administrativer und medizinischer Ebene beteiligt. Um Verfassungskonformität sicherzustellen, hat der Gesetzgeber die Regelungen relativ offen formuliert, wodurch sich jedoch in der Praxis »erhebliche Unsicherheiten bei der Normanwendung« ergeben (Kluth nach Nusser 2017: 56). Ist die Bestimmung einer blutenden Wunde oder von Fieber als ›akut‹ noch relativ einfach, so ist die Bestimmung der ›Unerlässlichkeit‹ der Behandlung einer aktuell asymptomatischen HIV-Infektion, einer angeborenen Schluckstörung, einer vernarbten Schussverletzung oder einer Stoffwechselerkrankung bereits schwieriger. Gesundheitspersonal und behördliche Verwaltungsangestellte können individuell und basierend auf ihrer fachlichen und institutionellen Sozialisation zu unterschiedlichen Entscheidungen darüber kommen, was ›akut‹ oder ›unerlässlich‹ ist. Von ihrer Kenntnis und Auslegung der gesetzlichen Regelung, ihrer Interpretation der Situation und der eigenen

Rolle hängt ab, ob Anträge überhaupt gestellt (vgl. Razum et al. 2016: 712) und im nächsten Schritt bewilligt werden.

3. Mögliche nicht-medizinische Entscheidungskriterien des Gesundheitspersonals bezüglich der Gewährung und Verwehrung medizinischer Leistungen

Der große Interpretations- und Ermessensspielraum bei der Gesetzesauslegung erlaubt allen Akteuren – bewusst oder unbewusst –, auch andere als medizinische Differenzierungs- und Priorisierungsfaktoren in ihren Verteilungsentscheidungen zur Anwendung zu bringen. Denkbar sind aufseiten des Gesundheitspersonals beispielsweise folgende Faktoren, welche das persönliche Engagement und die Entscheidung über eine Antragstellung beeinflussen könnten: individuelle (wie Sympathie, Antipathie, Ethnozentrismus, Exotismus), soziale (z.B. strukturell verankerte Stereotypisierung, Reaktionen auf den Habitus des Gegenübers), interaktionale (Verständigungsmöglichkeiten, Bewertung von und Reaktion auf Verhalten, wie dem Zeigen oder Ausbleiben von Dankbarkeit oder Bedürftigkeit), psychologische (Grad des Fremdheitserlebens, Ambiguitätstoleranz etc.) sowie kulturelle Faktoren (z.B. abweichende Definitionen von Erkrankung, Gesundheit, Dringlichkeit, Therapieoptionen). Zu prüfen wäre ebenfalls, ob organisatorische, institutionelle und strukturelle Kategorisierungen der Fälle Einfluss auf die medizinischen Antrags- und die staatlichen Bewilligungsentscheidungen nehmen (z.B. lokaler Prozessablauf, Workload/Zeitdruck, Asylverfahrensstatus, Transfermanagement). In der Wahrnehmung des Kollektivs Geflüchteter entzieht sich zudem kaum jemand öffentlicher, politischer oder politisierter Kategorien und Zuschreibungen. Diese betreffen z.B. als legitim erachtete Fluchtgründe, Klassifikation der Herkunftsländer als sicher oder unsicher, zugeschriebene Aussicht auf Asyl, zugeschriebener sozialer oder wirtschaftlicher ›Wert‹ der Zuwanderer. Explorative, hypothesengenerierende Forschung könnte eruieren, wie die beteiligten Akteure Geflüchtete kategorisieren, d.h. welche sozialen Differenzkategorien in diesem Handlungsfeld nachzuweisen sind. Anschließend gilt es, nach der »sozialen Relevanz« verschiedener, mitunter konkurrierender Kategorisierungen zu fragen (Hirschauer 2017: 183), d.h. herauszufinden, wie die Kategorisierten *bewertet* werden und ob sowie welche *Teilhabemöglichkeiten* anhand dieser Zuschreibungen eröffnet oder verwehrt werden. Eine spezifische Differenzkategorie soll im Folgenden diskutiert werden.

4. Die Kategorie ›Bleibeperspektive‹ als Priorisierungskriterium?

Im Rahmen der Gesetzesbegründung zum Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz wurde 2015 ein neuer Begriff in den Migrationsregimediskurs eingebracht. Der Gesetzgeber wollte »die Menschen, die eine gute Bleibeperspektive haben [...] möglichst schnell in Gesellschaft und Arbeitswelt« integrieren (Deutscher Bundestag 2020b), dies führte jedoch zu vermehrten Ausschlüssen Anderer. Wem keine ›gute Bleibeperspektive‹ zugeschrieben wird, der erhält zunächst keinen, später dann verzögerten (BMAS 2019)² – Zugang zu Integrations-, Sprach-, Ausbildungs- und Berufsförderung (§ 5 Abs. 4 Satz 5, IntV §§ 44 Abs. 4, 45a Abs. 2 Satz 1 AufenthG, § 4 Abs. 2 DeuFöV, § 44 Abs. 4, Satz 1a u. b, §§ 39a, 131, 421 Abs. 1, 448 SGB III). In den genannten Gesetzen kommt der Begriff allerdings nicht vor, dort ist die Rede davon, ob ein »rechtmäßiger und dauerhafter Aufenthalt zu erwarten« ist. Zuweilen versehen mit dem erklärenden Zusatz, dass von einem solchen bei »einem Asylbewerber aus sicheren Herkunftsländern lt. § 29a AsylG« [...] nicht auszugehen sei.

4.1 Beschaffenheit und Wirkmächtigkeit der administrativen Kategorie ›Bleibeperspektive‹

Bei der ›Bleibeperspektive‹ handelt es sich demnach nicht um eine rechtliche, sondern um eine – von untergeordneten Staatsagenturen wie der Bundesagentur für Arbeit oder dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) – zugeschriebene administrative Kategorie (Schultz 2019: 1250). Deren Grundlage, die Gesamtschutzquote, bezeichnet den »Anteil der positiven Asylentscheidungen [...] an der Gesamtzahl der in einem bestimmten Zeitraum getroffenen Asylentscheidungen« (bpb 2018), nicht den Anteil der Personen, die tatsächlich im Land bleiben werden. Es ergeben sich drei Kollektive von Bezeichneten: eine ›gute‹ Bleibeperspektive (Schutzquote > 50%) wird aktuell lediglich Geflüchteten aus Syrien, Eritrea und Somalia zugeschrieben (BAMF 2021), sie erhalten schnell gesellschaftliche Teilhabemöglichkeiten. Von einer ›schlechten‹ Bleibeperspektive wird bei Antragstellern aus den sog. ›sicheren Herkunftsländern‹ ausgegangen, sie sind mit umfangreichen Restriktionen – wie dem Verbleib in Aufnahme-

2 Das Migrationspaket (28.6.2019) unterscheidet: Aufenthaltsgestattung und Duldung, Geflüchtete mit guter Bleibeperspektive und alle anderen sowie solche, die vor oder nach dem 31.7.2019 eingereist sind (davor wird Sprach- und Ausbildungsförderung an Bedingungen geknüpft, danach gibt es keinen Zugang); vgl. Flüchtlingsrat Baden-Württemberg (2019).

einrichtungen über die Dauer des gesamten Verfahrens (§ 47 Abs. 1a AsylG), Leistungs- und Mobilitätseinschränkungen (§§ 56 ff, s. v.a. § 59a Abs. 1), Arbeitsverbot (§ 61 Abs. 1 Satz 3 AsylG, § 60a Abs. 6 Satz 3 AufenthG), schnellerer Antragsentscheidung (§ 30a AsylG) und Abschiebung (§ 36 Abs. 1 u. 3 AsylG) – konfrontiert. Ausgehend von der Schutzquote haben prinzipiell auch Antragsteller*innen aus allen anderen Herkunftsländern eine ›schlechte‹ Bleibeperspektive. Nur vereinzelt findet sich seit wenigen Jahren der Begriff der ›unklaren‹ Perspektive (s. Erstorientierungskurse, BAMF 2017). Sozialarbeiter berichten, es sei ein »Drei-Klassen-System von Geflüchteten« entstanden. Das Konstrukt der ›Bleibeperspektive‹ sei – über den gesetzlich vorgesehenen Rahmen hinaus – zum Kriterium der Gewährung oder Verweigerung von Teilhabechancen avanciert, da Mitarbeiter*innen verschiedener Organisationen es zur Grundlage ihrer Ermessensentscheidungen machen (Voigt 2016). Ob dies auch in Organisationen des Gesundheitssystems der Fall ist, ist noch ungeklärt.

4.2 Legitimität der Kategorie ›Bleibeperspektive‹ als Priorisierungskriterium

Aus juristischer Sicht ist die Anwendung der Kategorie aus zwei Gründen bedenklich. Erstens widerspricht sie dem Prinzip der Rechtssicherheit für alle in einem Staatsgebiet; da es sich nicht um eine rechtliche Kategorie handelt, können keine Rechtsmittel dagegen eingelegt werden (Schultz 2019: 1252, 1257). Zweitens untergräbt sie als Argumentationsfigur für abgestuften Ressourcenzugang die Logik des individuellen Asylverfahrens. Jede*r Schutzsuchende hat – unabhängig vom Herkunftsland – das Recht auf Prüfung des Antrags. Erst am Ende des Verfahrens wird über ein Aufenthaltsrecht entschieden (vgl. Pichl 2017: 453). Pauschalisierende, prospektive Vermutungen sind nicht vorgesehen.

Faktisch entspricht die ›Bleibeperspektive‹ häufig nicht der Realität, sodass es sich bei dem Sachverhalt (in Abweichung von dessen Verwendung in der behördlichen Praxis) eher um eine vage ›Bleibevermutung‹ handelt. Der willkürlich festgelegte Schwellenwert (Gesamtschutzquote) sagt wenig über die Anzahl der nach inhaltlicher Prüfung gewährten Schutzstatus sowie über die tatsächliche Bleibewahrscheinlichkeit aus, denn er erfasst bis zu zwei Drittel sogenannte ›formelle Erledigungen‹ (z.B. Dublin-Fälle). Das bedeutet, dass die »Anerkennungsquote bei inhaltlichen Asylentscheidungen weitaus höher [liegt] [...] als die offiziellen Zahlen vermuten lassen« (Deutscher Bundestag 2020a). Viele werden zudem auch nach einer Ablehnung ihres Asylgesuchs in Deutschland bleiben, z.B. durch erfolgreiche Klagen, Ausreisehindernisse, als Härtefälle und/

oder mittels Duldung mit anschließendem Aufenthaltsrecht. Dies wird bei einer so definierten ›Bleibeperspektive‹ nicht mitbedacht (s. Voigt 2016). Einsparungen bei der medizinischen Versorgung aufgrund der *Annahme*, jemand würde wieder rückgeführt werden oder ausreisen, erscheinen daher kaum sinnvoll, vor allem da die initiale Leistungsverwehrgung ggf. zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen und damit später höhere Kosten verursachen kann (vgl. Bozorgmehr/Razum 2015: 4).

Alle registrierten neuzugewanderten Geflüchteten in Deutschland sind – im Vergleich zu Staatsbürger*innen oder Migrant*innen mit gesichertem Aufenthaltsstatus – mit einer staatlich verordneten Ungleichbehandlung bezüglich ihres Rechts auf das ihnen jeweils erreichbare Höchstmaß an Gesundheit (OHCHR 2020, Art. 12 Abs. 1) konfrontiert. Bereits dies ist mit internationalen Konventionen kaum vereinbar (vgl. Bozorgmehr/Razum 2016; Bozorgmehr et al. 2019), unter anderem, da für besonders schutzbedürftige Gruppen (z.B. von schwerer oder psychischer Krankheit Betroffene, Gewalt- und Folteropfer, vgl. Europäische Union 2013: Aufnahmerichtlinie Art. 19 Abs 1, Art. 22 Abs. 1, Art. 25 Abs. 1) kein selbstverständlicher, umfassender Versorgungszugang besteht, sondern in vielen Fällen ein aufwändiges Kostenübernahmeprozedere mit Einzelfallentscheidungen vorgesehen ist. Noch weiter gehende Zugangshürden sind nicht vorgesehen, doch die Ermessensspielräume sind so groß, dass eine informelle Rechtsstratifizierung (vgl. Morris 2003: 79) mittels sozialer Klassifikationsformen nicht ausgeschlossen werden kann.

Dass über die Gewährung von Gesundheitsleistungen behördlich entschieden wird, steht im Widerspruch zu berufsrechtlichen sowie -ethischen Grundsätzen der Ärzteschaft, die keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten darf, die nicht mit den eigenen Aufgaben vereinbar sind (Bundesärztekammer 2018: § 2 Abs. 1). Eine Priorisierung der Bedarfe von Patient*innen anhand der ›Bleibeperspektive‹ durch ärztliches Personal selbst wäre ohnehin inakzeptabel, denn es handelt sich um eine – wenn auch verdeckte – Unterscheidung nach Staatsangehörigkeit und das ärztliche Personal hat gelobt, eine solche in der Ausübung seiner Pflichten *nicht* vorzunehmen (Weltärztebund [1948] 2017: Genfer Gelöbnis).

4.3 Bezug der ›Bleibeperspektive‹ zu gesellschaftlichen Macht- und Deutungsmustern – eine Hypothese

Ungleichbehandlung kann auch dann erfolgen und aufrechterhalten werden, wenn sich Protagonisten nicht-diskriminierenden Grundsätzen verpflichtet sehen und wenig Vorurteile oder negative Absichten haben (s. »institutionelle Diskriminierung«; Gomolla 2017: 134). Denn alle an Versorgungsentscheidungen Beteiligten sind Mitglieder einer Gesellschaft, die bestimmte Kategorisierungsweisen und Deutungspraktiken bezüglich Geflüchteter anbietet und diesen eine gesellschaftsstrukturell bedingte Position zuweist (Scherr 2010: 47, Fn. 20).³ Damit stehen »kollektiv verfügbare Begründungen« (Hasse/Schmidt 2012: 883) für »Organisationen und in Organisationen tätige Professionelle« (Gomolla 2017: 133) zur Verfügung, welche – bezüglich medizinischer Versorgung im Wortsinne – eine ungleiche Behandlung ggf. als folgerichtig und somit akzeptabel erscheinen lassen.

Im vorliegenden Fall wäre zu diskutieren, ob die an Nationalitäten geknüpfte Bleibevermutung nicht Parallelen zu politischen, rechtlichen und öffentlichen Diskursen bezüglich ›guter‹ (›Kriegsflüchtlinge‹) und ›schlechter‹ (›Wirtschafts-‹) Flüchtlinge aufweist (s. dazu: Pichl 2017: 454; Vertovec 2007: 1045; Scherr 2015; Morris 2003: 95; Castañeda et al. 2015: 382; Castañeda 2012: 837; Scherschel 2018: 136–139; Fassin 2005: 369). Krieg und Verfolgung gelten als akzeptierte Fluchtgründe. Es wird eine bessere Bleibeperspektive unterstellt, wirtschaftliche ›Verwertbarkeit‹ ist vorhanden bzw. muss sichergestellt werden. Medizinische Versorgung zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Arbeitskraft ›solcher‹ Geflüchteter erscheint als plausible Investition. Armut, Hunger und Perspektivlosigkeit hingegen werden von vielen nicht als legitime Migrationsmotive akzeptiert, implizit wird ggf. Selbstverschulden unterstellt (s. Diskurs ›Deservingness‹: Castañeda et al. 2015: 383–384; Holmes/Castañeda 2016: 16–17; Yarris/Castañeda 2015), und die Rede ist von »bogus asylum seekers« (Morris 2003: 95)⁴. Überschneiden sich solche Zuschreibungen nicht mit der einer ›schlechten‹ Bleibeperspektive? Ressourceneinsatz für diese Geflüchteten wird nicht als Investition gesehen und daher möglichst limitiert. Ihre Immigration ist

3 Strukturelle Diskriminierung: »diskriminierungsrelevante Kategorien« sind nicht alleine »in Vorurteilen, Diskursen und Ideologien verankert, sondern [stehen] in einem engen Bezug zu gesellschaftsstrukturell (ökonomisch, rechtlich und politisch) bedingten Positionszuweisungen« (Scherr 2010: 47, Fn 20).

4 Forschung bzgl. der Konstruktion von *deserving immigrants* kann lt. Sargent (2012: 857) Hinweise auf globale und lokale Mechanismen geben, die den Versorgungszugang versperren, erschweren oder erleichtern.

unerwünscht, sie sollen möglichst schnell deportiert werden (Pichl 2017) und es gilt, Nachahmer*innen abzuschrecken.

Diese Argumentationsfigur weist Ähnlichkeiten mit dem Diskurs um *Health Seeking Migrants* auf (vgl. z.B. Sußbach 2018; Focus 2018), die auf der Suche nach vorhandener oder besserer Gesundheitsversorgung einreisen. Ob das BAMF ein Aufenthaltsrecht begründet sieht, entscheidet sich erst nach Antragsprüfung. Bis dahin steht den Betroffenen dieselbe (limitierte) Gesundheitsversorgung zu wie allen anderen Asylsuchenden. Da jedoch keine Anreize für Nachahmer*innen geboten werden sollen (Arai 2020: 8), dienen die Zugangsbarrieren zur Versorgung hier ggf. auch der Kontrolle und Abschreckung (Morris 2003: 79, 86). Diese Aufgaben werden – mittels der politisch gewollten Unbestimmtheit gesundheitlicher Rechte Geflüchteter – u.a. in die Hände von medizinischem, administrativem und juristischem Personal gelegt anstatt eine politische Lösung für diese – aus Betroffenen­sicht legitime – Art der Zuwanderung zu entwerfen.

Möglicherweise gilt auch für den medizinischen Teil der Sondergesetzgebung für Asylsuchende: »Diskriminierung [ist] kein faktischer Nebeneffekt der Gesetze, sondern das eigentliche Ziel der Sondergesetzgebung« (Pichl 2017: 462). Statt expliziter rassistischer Diskriminierung mit Bezugnahme auf bestimmte »ethnische Kategorien« bedienen wir uns heute neuer Kategorisierungen, um unerwünschte ›Gruppen‹ abzuschrecken oder von der Einwanderung abzuhalten (FitzGerald et al. 2018: 30, eigene Übers.). Eine Diskriminierung nach ›Bleibeperspektive‹ als quasi-rationaler, da auf den ersten Blick statistisch begründeter Erwägung darüber, ob jemand bleiben wird und deshalb in die Erhaltung seiner Arbeitskraft investiert werden soll, kann potentiell auch im medizinischen Sektor unter dem Radar von persönlichen und berufsethischen Vorsätzen erfolgen. Die Versachlichung der Kategorie verdeckt deren Rückbezug auf Zuschreibungen bezüglich ›guter‹ und ›schlechter‹ Flüchtlinge und Fluchtgründe ebenso wie die Bezugnahme auf bestimmte Nationalitäten⁵; damit wird sie auch von Antidiskriminierungsabkommen und -gesetzen nicht erfasst.

5. Ein Forschungsansatz: Fragestellungen und empirischer Zugang in und über Einrichtungen der medizinischen Versorgung Geflüchteter

Um den aufgeworfenen Hypothesen empirisch nachzugehen, bietet sich Forschung dort an, wo vornehmlich Patient*innen im Rahmen der Einschränkung

5 Vgl. zur Ausklammerung der Diskriminierung nach Staatsangehörigkeit aus politischem und juristischem Diskurs bei Scherr (2017: 53).

gen des AsylBLG versorgt werden: in Einrichtungen der Flüchtlingsmedizin. Hier werden die Wechselwirkungen von Policies, Gesetzgebung, organisationalen Prozessen, gesellschaftlich anerkannten Diskriminierungsformen und den Deutungs-, Bewertungs- und Handlungsentscheidungen individueller, professioneller Akteur*innen (Fassin 2015a: 6) greifbar.

›Unterschiede‹ in der Versorgung Asylsuchender zu machen, ist staatlich vorgegeben. Doch Professionelle in behördlichen Stellen und Einrichtungen des Gesundheitswesens entscheiden weder allein über die Ressourcenverteilung noch sind sie nur ausführende Organe staatlichen Willens, sie implementieren *und* produzieren Politik: »the agents often extend the realm of policies well beyond what is requested. In a sense, they are not content simply with implementing the policy of the state – they make it. They are the state« (Fassin 2015a: 5). Innerhalb des gesetzlichen Rahmens ist – je nach Auslegung – eine sehr restriktive Ressourcenanfrage- und Bewilligungspraxis ebenso möglich wie eine Versorgung analog zu der der Mehrheitsbevölkerung. Vor dem Hintergrund der – dennoch ungewohnten – Einschränkung ärztlicher Handlungsautonomie (vgl. Iseringhausen/Staender 2012: 179), der medizinischen Fachsozialisation und des daraus entwickelten Verständnisses der eigenen Rolle und Verantwortung (ABIM Foundation 2002) gilt es zu eruieren, *wie* das Fachpersonal in diesem Sinne ›Politik macht‹, wie es mit den gesetzlichen Einschränkungen seines Handlungsspielraumes umgeht und diesen nutzt: Wie wird das Gesetz verstanden und dementsprechend implementiert? Wie wird die eigene Rolle bezüglich der vorgegebenen Versorgungseinschränkung gedeutet und gelebt? Ist vorseilender Gehorsam, Anpassung oder Widerständigkeit zu beobachten, und welche Formen nimmt diese/r jeweils konkret an?

Die Durchlässigkeit von Institutionen und Professionellen für gesellschaftliche Diskurse (Fassin 2015a: 7) wurde in Abschnitt 4.3 angerissen. Ob und wie sich kollektiv verfügbare Begründungen und Erwartungen im Verbund mit persönlichen Ansichten z.B. zur Verantwortung für den Schutz öffentlicher Ressourcen im Sinne eines »Versicherheitlichungsdiskurses« (Voss et al. 2020: 130), zu legitimen Fluchtgründen und zum Hilfeanspruch (Sargent 2012: 857) im professionellen Denken und Handeln niederschlagen, ist offen. Diskriminierende Unterscheidungen können in bestimmten Teilsystemen, Organisationen, Gruppen und in Interaktionen spezifisch aufgegriffen und verwendet oder aber neutralisiert werden (Scherr 2010: 42). Es gilt daher zu fragen: Wie verhalten sich die professionellen Akteur*innen gegenüber gesellschaftlichen und institutionellen Deutungsangeboten? Wurden diese internalisiert? Welche sozialen Kategorisierungen nehmen sie konkret vor und welche Rolle spielen diese im Tagesgeschäft der

Flüchtlingsversorgung d.h. werden sie explizit oder implizit als Referenz für Behandlungs- und Antragsentscheidungen herangezogen? Werden sie (kritisch) reflektiert oder gar abgelehnt (vgl. auch Hirschauer 2017: 173)?

6. Fazit

Die Gesundheits-, Lebens- und Überlebenschancen Geflüchteter in Deutschland sind ungleich verteilt. Sie sind in einen hochgradig stratifizierten Rechtsraum eingetreten, in dem ihnen zunächst nicht dieselbe Gesundheitsversorgung wie Staatsbürgern gewährt wird. Im Beitrag wurde die Frage aufgeworfen, ob bestimmte Teilkollektive innerhalb der Population der Asylsuchenden im Gesundheitssektor zudem von einer neuen Art der Mehrfachdiskriminierung, abhängig von der ihnen zugeschriebenen ›Bleibeperspektive‹, betroffen sein könnten. Es ist zu klären, ob diese administrative und soziale Differenzierungskategorie im Gesundheitssektor die Wirkmacht einer ›sozialen Determinante‹ entfaltet, indem sie empirisch erfassbaren Einfluss auf Verteilungsentscheidungen nimmt; auch wenn sie aus faktischen, juristischen und medizinischen Gründen als Priorisierungskriterium abzulehnen ist. Ihr Einsatz würde beispielsweise bedeuten, dass die syrische Patientin eine beantragte medizinische Leistung erhalten würde, der mazedonischen Patientin dieselbe Leistung jedoch verwehrt würde. Wissenschaftliche Erkenntnisse zu dieser Fragestellung liegen bisher nicht vor.

Durch ihre Versachlichung sowie mögliche Anknüpfungspunkte an gesellschaftliche Diskurse bezüglich ›guter‹ und ›schlechter‹ Flüchtlinge kann die Distinktion anhand ›guter‹ und ›schlechter‹ Bleibeperspektive für die soziale Positionsvergabe *innerhalb* der Geflüchtetenpopulation in vermeintlich harmlosem Gewand weitgehend unproblematisiert wirkmächtig sein oder werden. Wäre eine solche Wirkmächtigkeit neben dem politischen, ökonomischen und pädagogischen Sektor (Voigt 2016; Eisenhuth 2015; Pichl 2017) auch im Gesundheitssektor nachweisbar, so wäre einerseits ein Indiz für strukturelle Diskriminierung gefunden (s. dazu Luhmann 1993: 580–581), andererseits eine neue soziale Determinante der Gesundheit Geflüchteter identifiziert, die keiner der bekannten Determinanten wie Immigration an sich (Castañeda et al. 2015) (v.a. in Verbindung mit Rechts- bzw. Aufenthaltsstatus) und gesundheitswissenschaftlich überwiegend in Erwägung gezogenen Rassismusformen (bezogen auf Kultur, Religion, Ethnizität, Hautfarbe und anderer biologisch verstandener Kategorisierung nach ›Rasse‹) (vgl. Paradies et al. 2015; Cobbinah/Lewis 2018; Williams et al. 2019; Kluge et al. 2020) vollständig entspricht.

Als empirischer Zugang zu den genannten Fragen bietet sich ein explorativer, methodisch breit aufgestellter ethnographischer Forschungsansatz an, der erstens soziale Unterscheidungsweisen bezüglich Geflüchteter sowie die Wechselwirkungen von strukturellen, institutionellen und individuellen Kategorisierungs- und Diskriminierungsformen in den Blick bekommt. Zweitens müssen die vielen Facetten der Antrags- und Bewilligungsprozesse und -entscheidungen rund um Gesundheitsleistungen für Asylsuchende nachvollzogen werden – z.B. gilt es die Anzahl der Bewilligungen/Ablehnungen für bestimmten Patientenkollektive zu erheben und Beobachtungen im Tagesgeschäft zu machen, mittels derer Deutungs- und Handlungsmuster erfasst werden können. Dabei sollen die professionellen Protagonisten stets als Produzent*innen und Repräsentant*innen ihrer Gesellschaften und Institutionen verstanden werden: »Agents do not behave like free electrons, but find themselves trapped within networks of meaning and action that are inscribed within the institutions« (Fassin 2015a: 7). Forschung in, mit und über Institutionen der Flüchtlingsmedizin und die dort tätigen Professionellen kann den aufgeworfenen Hypothesen und Fragen nachgehen. Ihr *Doing Politics*, »*Doing Differences*« und *Doing* sowie »*Undoing*« *Inequality* (vgl. Fassin 2015b; West/Fenstermaker 1995; Hirschauer 2017) gilt es zu explorieren. An diesen Orten der Wechselwirkung von Strukturen, Prozessen und Interaktionen kann der Beziehung von mikro- und makrosoziologischen Einflussfaktoren (vgl. Castañeda et al. 2015: 378; Fassin 2015a: 7) auf die Lebens- und Überlebenschancen Geflüchteter in methodisch und theoretisch adaptiver Weise nachgegangen werden.

Literatur

- ABIM Foundation (2002), Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter, *Annals of Internal Medicine*, 136 (3), 243–246.
- Arai, Lisa (2020), Migrants & Public Services in the UK. A Review of the Recent Literature, https://research.tees.ac.uk/ws/portalfiles/portal/6336541/Published_work.pdf, 9.4.2020.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2017), Erstorientierungskurse für Asylbewerber mit unklarer Bleibeperspektive, <https://www.bamf.de/DE/Themen/Integration/ZugewanderteTeilnehmende/ErsteOrientierung/Erstorientierungskurse/erstorientierungskurse-node.html>, 23.3.2020.

- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2021), Infothek – Was heißt gute Bleibeperspektive?, <https://www.bamf.de/SharedDocs/FAQ/DE/IntegrationskurseAsylbewerber/001-bleibeperspektive.html>, 28.10.2021.
- Bozorgmehr, Kayvan/Dieterich, Anja/Offe, Johanna (2019), UN Concerned about the Right to Health for Migrants in Germany, *The Lancet*, 393 (10177), 1202–1203.
- Bozorgmehr, Kayvan/Razum, Oliver (2015), Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-seekers in Germany, *European Journal of Public Health*, 25 (suppl_3).
- Bozorgmehr, Kayvan/Razum, Oliver (2016), Refugees in Germany – Untenable Restrictions to Health Care, *Lancet*, 388 (10058), 2351–2352.
- Bozorgmehr, Kayvan/Razum, Oliver (2019), Negotiating Access to Health Care for Asylum Seekers in Germany, in: Severoni, Santino et al. (Hrsg.), *Health Diplomacy: Spotlight on Refugees and Migrants*, Kopenhagen, 269–280.
- Bradby, Hannah, et al. (2017), Is Superdiversity a Useful Concept in European Medical Sociology?, *Frontiers in Sociology*, 1 (Aufs.17), 1–8.
- Bundesärztekammer (2018), (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. Fassung des 121. Dt. Ärztetages 2018 Erfurt, geändert durch Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer am 14.12.2018, https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf, 18.5.2020.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BAMM) (2019), Faktenpapier Migrationspaket. Was hat sich für Gestattete und Geduldete durch das »Migrationspaket« der Bundesregierung verbessert?, https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Thema-Arbeitsmarkt/faktenpapier-migrationspaket.pdf?__blob=publicationFile&v=1, 22.3.2020.
- Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (2018), Schutzquote, <https://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/270630/schutzquote>, 22.3.2020.
- Castañeda, Heide (2012), »Over-Foreignization« or »Unused Potential«? A Critical Review of Migrant Health in Germany and Responses toward Unauthorized Migration, *Social Science & Medicine*, 74 (6), 830–838.
- Castañeda, Heide et al. (2015), Immigration as a Social Determinant of Health, *Annual Review of Public Health*, 36 (32), 375–392.
- Classen, Georg (2018), Leitfaden zum Asylbewerberleistungsgesetz, http://www.flueltlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Leitfaden_AsyblLG.pdf, 22.3.2020.
- Cobbina, Stefania S./Lewis, Jan (2018), Racism & Health: A Public Health Perspective on Racial Discrimination, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24 (5), 995–998.

- Deutscher Bundestag (2020a), Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke et al. und der Fraktion DIE LINKE. Ergänzende Informationen zur Asylstatistik für das Jahr 2019. Drucksache 19/17266, <https://dserver.bundestag.de/btd/19/172/1917266.pdf>, 22.3.2020.
- Deutscher Bundestag (2020b), Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes. Drucksache 18/6185, <https://dserver.bundestag.de/btd/18/061/1806185.pdf>, 22.3.2020.
- Drewniak, Daniel et al. (2016), The Influence of Patients' Immigration Background and Residence Permit Status on Treatment Decisions in Health Care. Results of a Factorial Survey among General Practitioners in Switzerland, *Social Science & Medicine*, 161, 64–73.
- Eisenhuth, Franziska (2015), *Strukturelle Diskriminierung von Kindern mit unsicheren Aufenthaltsstatus. Subjekte der Gerechtigkeit zwischen Fremd- und Selbstpositionierungen*, Wiesbaden.
- Europäische Union (2013), Richtlinie 2013/33/EU des europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen. *Amtsblatt der Europäischen Union*, 180, 96–116.
- Fassin, Didier (2005), Compassion and Repression: The Moral Economy of Immigration Policies in France, *Cultural Anthropology*, 20 (3), 362–387.
- Fassin, Didier (2015a), Governing Precarity, in: Fassin, Didier et al. (Hrsg.), *At the Heart of the State: The Moral World of Institutions*, London, 1–11.
- Fassin, Didier et al. (Hrsg.) (2015b), *At the Heart of the State: The Moral World of Institutions*, London.
- FitzGerald, David S. et al. (2018), Can you become one of us? A Historical Comparison of Legal Selection of 'Assimilable' Immigrants in Europe and the Americas, *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 44 (1), 27–47.
- Flüchtlingsrat Baden-Württemberg (2015), Seit 01.08.2019: Neuregelungen zu Sprach- und Ausbildungsförderung für Gestattete und Geduldete, <https://fluechtlingsrat-bw.de/aktuelles/seit-01-08-2019-neuregelungen-zu-sprach-und-ausbildungsfoerderung-fuer-gestattete-und-geduldete/>, 28.10.2021.
- Focus (2018), Flüchtlinge als »Medizintouristen«? Ärzte beziehen klar Stellung, *FOCUS Online*, 22.5.2018.
- Fuchs, Christoph/Nagel, Eckhard/Raspe, Heiner (2009), Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint?, *Deutsches Ärzteblatt*, 106 (12), 554–557.

- Genge, Joachim (2019), Das geänderte Asylbewerberleistungsgesetz, https://www.asyl.net/fileadmin/user_upload/publikationen/Arbeitshilfen/Beilage_AM19-8-9fin.pdf, 22.3.2020.
- Gomolla, Mechthild (2017), Direkte und indirekte, institutionelle und strukturelle Diskriminierung, in: Scherr, Albert/El-Mafaalani, Aladin/Yüksel, Gökçen (Hrsg.), *Handbuch Diskriminierung*, Wiesbaden, 133–156.
- Hannigan, Ailish et al. (2016), How do Variations in Definitions of »Migrant« and their Application Influence the Access of Migrants to Health Care Services?, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/317110/HEN-synthesis-report-46.pdf, 19.10.2020.
- Hasse, Raimund/Schmidt, Lucia (2012), Institutionelle Diskriminierung, in: Bauer, Ullrich/Bittlingmayer, Uwe H./Scherr, Albert (Hrsg.), *Handbuch Bildungs- und Erziehungssoziologie*, Wiesbaden, 883–900.
- Hirschauer, Stefan (2017), *Un/doing Differences. Praktiken der Humandifferenzierung*, Weilerswist.
- Holmes, Seth M./Castañeda, Heide (2016), Representing the »European Refugee Crisis« in Germany and beyond: Deservingness and Difference, Life and Death, *American Ethnologist*, 43 (1), 12–24.
- Hoppe, Jörg-Dietrich (2010), Priorisierung in der medizinischen Versorgung – Was bedeutet das?, *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 104 (5), 418–424.
- Iseringhausen, Olaf/Staender, Johannes (2012), Das Krankenhaus als Organisation, in: Apelt, Maja/Tacke, Veronika (Hrsg.), *Handbuch Organisationstypen*, Wiesbaden, 185–204.
- Kluge, Ulrike et al. (2020), Rassismus und psychische Gesundheit, *Der Nervenarzt*, 91 (11), 1017–1024.
- Luhmann, Niklas (1993), *Das Recht der Gesellschaft*, Frankfurt a.M.
- Morris, Lydia (2003), Managing Contradiction: Civic Stratification and Migrants' Rights, *International Migration Review*, 37 (1), 74–100.
- Nusser, Anna (2017), Beitrag Kluth, Winfried: Gesundheitsleistungen nach dem AsylbLG. »Flüchtlinge und Sozialrecht« Bericht von der 48. Richterwoche, *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 71 (1), 53–59.
- Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR) (2020), International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Entry into force 3 January 1976, <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx>, 8.4.2020.
- Paradies, Yin et al. (2015), Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis, *PLoS one*, 10 (9), e0138511.

- Pichl, Maximilian (2017), Diskriminierung von Flüchtlingen und Geduldeten, in: El-Mafaalani, Aladin/Scherr, Albert/Yüksel, Gökçen (Hrsg.), *Handbuch Diskriminierung*, Wiesbaden, 449–464.
- Razum, Oliver/Wenner, Judith/Bozorgmehr, Kayvan (2016), When Chance Decides about Access to Health Care. The Case of Refugees in Germany, *Gesundheitswesen*, 78 (11), 711–714.
- Sargent, Carolyn (2012), Special issue part I: ›Deservingness‹ and the Politics of Health Care, *Social Science & Medicine*, 74 (6), 855–857.
- Scherr, Albert (2010), Diskriminierung und soziale Ungleichheiten. Erfordernisse und Perspektiven einer ungleichheitsanalytischen Fundierung von Diskriminierungsforschung und Antidiskriminierungsstrategien, in: Hormel, Ulrike/Scherr, Albert (Hrsg.), *Diskriminierung: Grundlagen und Forschungsergebnisse*, Wiesbaden, 35–60.
- Scherr, Albert (2015), Wer soll deportiert werden? Wie die folgenreiche Unterscheidung zwischen den »wirklichen« Flüchtlingen, den zu Duldenden und den Abzuschiebenden hergestellt wird, *Soziale Probleme*, 26 (2), 151–170.
- Scherr, Albert (2017), Soziologische Diskriminierungsforschung, in: Scherr, Albert/El-Mafaalani, Aladin/Yüksel, Gökçen (Hrsg.), *Handbuch Diskriminierung*, Wiesbaden, 39–58.
- Scherschel, Karin (2018), An den Grenzen der Demokratie – Citizenship und Flucht, *Berliner Journal für Soziologie*, 28 (1–2), 123–149.
- Schultz, Caroline (2019), A Prospect of Staying? Differentiated access to Integration for Asylum Seekers in Germany, *Ethnic and Racial Studies*, 20 (10), 1246–1264.
- Sußebach, Henning (2018), Medizintourismus: Erst kamen Flüchtlinge. Jetzt kommen Medizintouristen, *Zeit Online*, 12.5.2018.
- Vertovec, Steven (2007), Super-diversity and its Implications, *Ethnic and Racial Studies*, 30 (6), 1024–1054.
- Vertovec, Steven ([2010] 2018), Towards Post-multiculturalism? Changing Communities, Conditions and Contexts of Diversity, *International Social Science Journal*, 68 (227–228), 167–178.
- Voigt, Claudius (2016), Bleibeperspektive. Kritik einer begrifflichen Seifenblase, https://www.asyl.net/fileadmin/user_upload/publikationen/Arbeitshilfen/Beilage_AM19-8-9fin.pdf, 19.10.2020.
- Voss, Maike/Wahedi, Katharina/Bozorgmehr, Kayvan (2020), Health Security in the Context of Forced Migration, in: Bozorgmehr, Kayvan et al. (Hrsg.), *Health Policy and Systems Responses to Forced Migration*, Cham, 119–139.

- Weltärztebund ([1948] 2017), Genfer Gelöbnis, https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/bundesaerztekammer_deklaration_von_genf_04.pdf, 24.3.2020.
- West, Candence/Fenstermaker, Sarah (1995), Doing Difference, *Gender and Society*, 9 (1), 8–37.
- Williams, David R./Lawrence, Jourdyn A./Davis, Brigette A. (2019), Racism and Health: Evidence and Needed Research, *Annual Review of Public Health*, 40 (32), 105–125.
- Yarris, Kristin/Castañeda, Heide (2015), Special Issue Discourses of Displacement and Deservingness: Interrogating Distinctions between »Economic« and »Forced« Migration, *International Migration*, 53, 64–69.

Autor:innen

Sandra Ziegler, M.A., Sektion Health Equity Studies & Migration, Universitätsklinikum Heidelberg

Kayvan Bozorgmehr, Prof. Dr., Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld und Sektion Health Equity Studies & Migration, Universitätsklinikum Heidelberg