

Krank und ohne Papiere



Inhaltsverzeichnis

1. Die Perspektive der medizinischen Praxis sichtbar machen	3
2. Hintergrundinformationen	4
3. Fallbeispiele	6
4. Bundespolitischer Handlungsbedarf	16
Literatur und weiterführende Links	17

Unterzeichnende Organisationen und Personen

AG Medizin und Menschenrechte Erlangen

Ärzte der Welt e.V. – Doctors of the World Germany

Dr. med. Ulrich Clever, Menschenrechtsbeauftragter der Bundesärztekammer

Prof. Dr. Christoph Heintze M.A., MPH, Charite – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin

Der Paritätische Gesamtverband

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Diakonie Deutschland

Dr. Thomas Buhk, Facharzt für Innere Medizin, Infektiologe ICH Hamburg

Gesundheit für Geflüchtete - Kampagne von Medibüros/ Medinetzen

Dr. med. Jürgen Hölzinger, Dr. med. Thea Jordan, Elfriede Krutsch, Dr. med. Evelyn Mahlke, Mitglieder/Vorsitz des Ausschusses für Menschenrechtsfragen der Ärztekammer Berlin

IPPNW – Deutsche Sektion der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges/Ärzte in sozialer Verantwortung e.V.

IBIS Interkulturelle Arbeitsstelle e.V. in Oldenburg

Jesuiten-Flüchtlingsdienst Deutschland

Katholisches Forum Leben in der Illegalität

Medibüro Berlin - Netzwerk für das Recht auf Gesundheitsversorgung aller Migrant*innen

MediNetz Bielefeld

MediNetz Bonn e.V.

Medinetz Essen e.V.

Medinetz Freiburg

Medinetz Göttingen e.V. – solidarity with migrants

Medinetz Hannover e.V.

MediNetz Jena e.V.

MediNetz Koblenz e.V.

Medinetz Leipzig e.V.

Medinetz Mainz e.V.

Medinetz Rostock e.V.

Medinetz Ulm e.V.

MediNetz Würzburg e.V.

Dr. Gerd Pflaumer

Prof. Dr. Heinz-Jochen Zenker MPH

Dieses Papier wurde für die BAG Gesundheit/Illegalität von folgenden Mitgliedern im Rahmen einer Arbeitsgruppe erstellt und in der Gesamtgruppe abgestimmt:

Doris Weide

Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Schaumburg e.V.

Burcu Güvenc, Valentina Manasieva, Dr. Johanna Offe
Ärzte der Welt

Ute Burbach-Tasso, Dr. med. Anja Dieterich, Hannah Faensen, Johanna Thie
Diakonie Deutschland

Dr. med. Thomas Buhk
Infektionsmedizinisches Centrum Hamburg

Stefan Keßler
Jesuiten Flüchtlingsdienst Deutschland

Marie von Manteuffel
Katholisches Forum – Leben in der Illegalität

Carolin Ochs
Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung Berlin

Flaminia Bartolini, Christiane Gollin, Dr. med. Jessica Groß, Paula Haffner
*Medibüro Berlin – Netzwerk für das Recht auf Gesundheitsversorgung aller Migrant*innen*

Nils Briel, Julia Langelittig, Robin Schöttke
Medinetz Ulm e.V.

1. Die Perspektive der medizinischen Praxis sichtbar machen

Die **Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität (BAG)** ist eine Initiative von Sachverständigen aus dem Gesundheitswesen, die sich für einen ungehinderten Zugang zur medizinischen Versorgung unabhängig von Herkunft und Aufenthaltsstatus einsetzt. Mitglieder dieses Zusammenschlusses sind über 80 Organisationen und Einzelpersonen aus der medizinischen Praxis, aus Kirchen, Wohlfahrtsverbänden, der Wissenschaft, Kommunen und nichtstaatlichen Organisationen. Viele der Mitgliedsorganisationen leisten seit vielen Jahren notdürftig humanitäre medizinische Hilfe für unversorgte Menschen ohne Papiere.

Zur bisherigen Arbeit der BAG: Das humanitäre Problem, dass in Deutschland Menschen ohne Papiere keinen Zugang zum Gesundheitssystem haben, ist nicht neu. Bereits vor zehn Jahren hat die BAG hier dringlichen politischen Handlungsbedarf gesehen und im Jahr **2007** mit dem **Bericht „Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland – ihr Recht auf Gesundheit“** eine Problembeschreibung und mögliche Lösungsansätze formuliert und öffentlich diskutiert¹. Seither sind in einigen wenigen Lebensbereichen der Betroffenen rechtliche und strukturelle Änderungen vorgenommen worden, die es den Betroffenen etwas erleichtern, ihr Recht auf Teilhabe zu verwirklichen. Auch der gesellschaftspolitische Diskurs um Menschen ohne Papiere hat in den letzten Jahren zugenommen, nicht zuletzt, weil sich zivilgesellschaftliche Initiativen, Wohlfahrts- und Fachverbände, die Politik, die Wissenschaft und die Medien des Themas verstärkt angenommen haben. Dennoch ist es für Menschen ohne Papiere in Deutschland weiterhin schwierig, ihren Rechtsanspruch auf Zugang zur Gesundheitsversorgung umzusetzen. Die in 2007 identifizierte „strukturell bedingte medizinische Unterversorgung“ hat nach wie vor Bestand.

Zehn Jahre danach, im **April 2017**, hat die BAG mit einem **Arbeitspapier „Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere“** deshalb erneut eine aktualisierte Bestandsaufnahme der rechtlichen Ausgangslage, des vorliegenden humanitären Problems und möglicher Lösungsansätze veröffentlicht².

Aktuell folgt nun die **Fallsammlung „Krank und ohne Papiere“** im **April 2018**.

Immer wieder hören wir – in der inzwischen jahrzehntelangen Lobbyarbeit der BAG – aus der Politik die Bitte, das Problem der medizinischen Unterversorgung von Menschen ohne Papiere zu „bebildern“: Wer sind diese Menschen? Wo liegen die Probleme in der gesundheitlichen Versorgung? Vor welchen praktischen Problemen, d. h. Sachzwängen, bürokratischen und rechtlichen Hürden stehen die Helfenden in den Anlaufstellen, die dort Hilfe leisten, wo der Zugang zum Gesundheitssystem versperrt ist?

Die hier geschilderten Fälle aus der medizinischen Praxis sollen das humanitäre Problem besser nachvollziehbar machen. Es ist das Anliegen der BAG, in diesen Portraits vor allem die betroffenen Menschen zu Wort kommen zu lassen. Wir möchten in der Politik und Öffentlichkeit ein Bewusstsein dafür schaffen, wie vielfältig die Biographien von Menschen sind, die ohne Papiere in Deutschland leben. Deutlich werden vor allem die Nöte der Betroffenen. Aber auch die Belastung der Unterstützenden wird erkennbar, denen oft die Hände gebunden sind, die nicht bedarfsgerecht, wie es ihrem beruflichen Ethos entspricht, behandeln können.

In jedem dieser Einzelfälle ist ein sofortiger und ungehinderter Zugang zum Gesundheitssystem ethisch notwendig und rechtlich geboten. Die Bundesrepublik Deutschland hat sich zum Grundrecht auf Gesundheitsversorgung durch eine Vielzahl internationaler Abkommen bekannt, u. a. dem Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UN-Sozialpakt), die Kinderrechtskonvention, die UN-Frauenrechtskonvention sowie die UN-Behindertenrechtskonvention. Nicht zuletzt ergibt sich ein Anspruch auf eine medizinische Versorgung aus der Verfassung mit der Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums und dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Diese rechtlichen Verankerungen gelten für alle Menschen; keine enthält eine Einschränkung der Personengruppe z. B. nach Status, Aufenthaltsgestattung oder Migrationshintergrund.

Die BAG setzt sich dafür ein, dass ein ungehinderter Zugang zum Gesundheitssystem für alle in Deutschland lebenden Menschen, unabhängig von ihrer Herkunft und ihrem Aufenthaltsstatus, gewährleistet ist.

1 Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg.) (2008): Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland – Ihr Recht auf Gesundheit. Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität. 2. Auflage, 08/2008, Berlin, http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/_migrated/tx_commerce/studie_frauen_maenner_und_kinder_ohne_papiere_ihr_recht_auf_gesundheit.pdf

2 Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität (Hg.) (2017): Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere. 1. Auflage, 04/2017, Berlin, https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/BAG_Gesundheit_Illegalitaet_Arbeitspapier_Gesundheitsversorgung_fu_r_Menschen_ohne_Papiere_April_2017_Web.pdf

2. Hintergrundinformationen

Krank und Papierlos – Ein humanitäres Problem in Deutschland

Der Begriff ‚Menschen ohne Papiere‘ beschreibt die Personengruppe derer, die sich ohne legalen asyl- oder ausländerrechtlichen Aufenthaltsstatus, ohne Duldung und ohne behördliche Erfassung in Deutschland aufhalten. Die europäische Nichtregierungsorganisation PICUM³ empfiehlt, im Deutschen die Bezeichnungen „ohne Papiere“, „undokumentiert“ oder „ohne Aufenthaltsstatus“ zu wählen und die Bezeichnung „illegal“ zu vermeiden, weil sie als ungenau und schädigend betrachtet wird: Die Existenz eines Menschen kann niemals „illegal“ sein. Laut Schätzungen lebten im Jahr 2014 180.000 bis 520.000 Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland.⁴ Die aktuell vorgenommenen Restriktionen der Asylgesetze werden aller Voraussicht nach zu einer weiteren Zunahme von Menschen ohne Papiere in Deutschland führen.

Es ist davon auszugehen, dass diese Menschen im Prinzip das gleiche Krankheitsspektrum aufweisen wie die Gesamtbevölkerung in Deutschland– jedoch bei einer signifikant schlechteren Lebenslage, schlechteren Versorgung und mit entsprechenden gesundheitlichen Konsequenzen. Aufgrund ihres fehlenden aufenthaltsrechtlichen Status leben sie in meist prekären Situationen: Ein Leben ohne Aufenthaltspapiere heißt, Arbeitsbedingungen und -löhne können schlecht verhandelt, Wohnraum kann nicht offiziell gemietet, Kinder nicht einfach in der Schule angemeldet und Gewalttaten nicht angezeigt werden. Menschen ohne Papiere sind von der gesellschaftlichen Teilhabe ausgeschlossen.

Hinzu kommt der eingeschränkte Zugang zur Gesundheitsversorgung: Der Kontakt zum Gesundheitswesen wird nach Möglichkeit vermieden, denn Leistungen können nur im Notfall, mit Hindernissen und nicht gefahrlos in Anspruch genommen werden. Ärztliche Behandlung wird erst dann in Betracht gezogen, wenn die Arbeitsfähigkeit gravierend eingeschränkt ist oder die Erkrankung lebensbedrohliche Ausmaße annimmt.

3 PICUM (2017), Warum „ohne Papiere“, „undokumentiert“ oder „ohne Aufenthaltsstatus“?, Brüssel, http://picum.org/Documents/WordsMatter/Leaflet_GERMAN_March2017.pdf.

4 Vogel, Dita (2016): Kurzdossier: Umfang und Entwicklung der Zahl der Papierlosen in Deutschland. In: Universität Bremen, Fachbereich 12, Arbeitsbereich Interkulturelle Bildung, AbIB-Arbeitspapier 02/2016. http://www.fb12.uni-bremen.de/fileadmin/Arbeitsgebiete/interkult/Arbeitspapiere/Vogel_2016_Kurzdossier_Umfang_Papierlose_in_Deutschland_Abib-Arbeitspapier_2.pdf

Oft bleibt eine medizinische Versorgung ganz aus, insbesondere notwendige langfristige Behandlungen bei chronischen Erkrankungen. Das Auftreten gesundheitlicher Probleme kann für Menschen ohne Papiere existenzbedrohend sein. Sie wägen ab, ob die gesundheitlichen Problemlagen es notwendig machen, das Risiko der Statusaufdeckung und damit der Abschiebung einzugehen. Kosten der Behandlung, Unsicherheit darüber, wo die notwendige Behandlung zu finden ist und Sprachbarrieren sind weitere Gründe, warum Hilfe nicht oder häufig zu spät gesucht wird. Die Chronifizierung einer bei rechtzeitiger Behandlung heilbaren Krankheit wird damit in Kauf genommen. Findet eine medizinische Behandlung statt, berichten Betroffene, Ärzt*innen und Unterstützungs-Organisationen von Problemen in der Kontinuität durch das Fehlen von Vorbefunden und unzureichende Überweisungsmöglichkeiten. Zusätzlich wird die Behandlung dadurch erschwert, dass Krankheiten, etwa durch unregelmäßige Arbeitsverhältnisse und Wohnungslosigkeit, nicht adäquat auskuriert werden können. Nicht zuletzt ist die Versorgung der Menschen von Spenden und ehrenamtlicher Tätigkeit abhängig und insgesamt nicht ausreichend.

Papierlos heißt nicht rechtlos – Faktische Einschränkungen des Rechts auf Gesundheit

Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus haben einen rechtlichen Anspruch auf Gesundheitsversorgungsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Der Anspruch ist jedoch auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie die Versorgung bei Schwangerschaft beschränkt (§ 1 Abs. 1 Nr. 5 i. V. m. §§ 1a und 4 AsylbLG 2). Nur nach Ermessen des lokalen Gesundheitsamtes bzw. der Sozialbehörde können weitere Leistungen gewährt werden, „wenn sie im Einzelfall zur Sicherung ... der Gesundheit unerlässlich“ sind (§ 6 AsylbLG).

Aber selbst zu diesen eingeschränkten Leistungen haben Menschen ohne Papiere de facto keinen ungehinderten Zugang. Für die Inanspruchnahme ambulanter und geplanter stationärer medizinischer Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz wäre ein Antrag auf Ausgabe eines Krankenscheines bei der zuständigen Sozialbehörde zu stellen. Dabei erfährt die Sozialbehörde jedoch, dass kein erforderlicher Aufenthaltstitel besteht und ist nach § 87 Abs. 2 Nr. 1 AufenthG verpflichtet, die Ausländerbehörde zu informieren (Übermittlungspflicht). Eine Abschiebung droht.

Um die Versorgung in Notfällen sicherzustellen, sieht das Asylbewerberleistungsgesetz vor, dass im medizinischen Eilfall im Krankenhaus behandelt werden kann, ohne dass bei der Sozialbehörde zuvor ein Krankenschein beantragt wurde. Die Kosten können vom Sozialamt rückwirkend an das Krankenhaus erstattet werden (§6a AsylbLG). In diesem Fall gilt ein „verlängerter Geheimnisschutz“ über die ärztliche Schweigepflicht hinaus – nicht nur für das medizinische Personal, sondern auch für Verwaltungsmitarbeitende im Krankenhaus und für Angestellte der Sozialämter (Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum AufenthG, GMBL Nr. 42–61 vom 30.10.2009). Es dürfen keine Informationen über die Person an die Ausländerbehörde oder Polizei gemeldet werden.

Hier treten in der Praxis folgende Probleme auf:

- Die Verwaltungsvorschrift, die die Übermittlungspflicht eingrenzt, ist in Krankenhäusern und Sozialbehörden unzureichend bekannt. Zudem ist diese Verwaltungsvorschrift weniger bindend als eine gesetzliche Festlegung und wird in den Bundesländern unterschiedlich ausgelegt.
- Das Krankenhaus muss beweisen, dass der Patient oder die Patientin bedürftig ist. Für die sog. Bedürftigkeitsprüfung, welche die Grundlage der Erstattung der Kosten ist, müssen umfangreiche Papiere bspw. Kontoauszüge, Mietvertragskopien und Kopien des Passes eingereicht werden. Dies ist für Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus meist nicht möglich. Die Durchsetzung des Anspruchs der Krankenhäuser auf Rückerstattung der Kosten durch die Sozialämter gelingt nur selten.

- Was als medizinischer Eilfall definiert wird, ist je nach Bundesland und Kommune sehr unterschiedlich.
- Das Verfahren erfordert große Sachkenntnis und ist für die Krankenhausverwaltung und die Sozialbehörde mit einem hohen Verwaltungsaufwand verbunden.

Zusammengefasst bestehen Zugangsbarrieren durch die Übermittlungspflicht, durch die Einschränkungen im Rahmen des AsylbLG und durch fehlende Informationen und Unsicherheiten der Behandelnden vor Ort.

Der Staat wird somit diesen Personen gegenüber seiner Pflicht nicht gerecht, mit aktiven Maßnahmen sicherzustellen, dass alle Menschen sanktionslos von ihren grundlegenden Rechten – insbesondere dem Menschenrecht auf Gesundheit – Gebrauch machen können.

Die BAG weist darauf hin, dass das skizzierte humanitäre Problem, dass in Deutschland Menschen leben, die keinen Zugang zum Gesundheitssystem haben, längst nicht mehr nur die Menschen ohne Papiere betrifft. Viele im Feld tätige Initiativen berichten seit Jahren, dass ihre lokalen Anlaufstellen auch von anderen Personengruppen wachsenden Zulauf erhalten, wie etwa von EU-Bürger*innen ohne Krankenversicherungsnachweis, von Asylsuchenden im Zeitraum der Leistungsrestriktion der ersten 15 Monate des Aufenthalts und auch von Nicht-Versicherten ohne Migrationshintergrund. Auch für diese Gruppen besteht dringender Handlungsbedarf. Es gilt, ein breites Spektrum unterschiedlicher Rechtslagen im Hinblick auf bestehende und nicht umgesetzte Leistungsansprüche in den Blick zu nehmen und ebenfalls durch bundesweite Lösungen zu verbessern – um das für alle Menschen gleichermaßen geltende Recht auf eine reguläre Gesundheitsversorgung endlich umzusetzen.

3. Fallbeispiele

Die im Folgenden vorgestellten Fälle wurden von Mitgliedern der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität im Zeitraum Dezember 2017 bis Februar 2018 erhoben. Es handelt sich um Personen, die mit lokalen Anlaufstellen im Kontakt stehen. Vor den Interviews wurde jeweils das Einverständnis der Gegenüber eingeholt, dass die Informationen anonymisiert zur Veröffentlichung genutzt werden dürfen. Dafür wurden innerhalb der Bundesarbeitsgruppe ein ethischer Standard und ein Gesprächsleitfaden entwickelt, nach denen sich die Interviewenden verbindlich gerichtet haben. Die Falldokumentation wurde soweit anonymisiert, dass die Person nicht erkannt werden kann.

Den Fällen ist gemeinsam, dass es sich um Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus handelt (obwohl inzwischen auch andere Personengruppen die humanitären Anlaufstellen aufsuchen). Zusätzlich wurde darauf geachtet, ein möglichst breites Spektrum verschiedener Lebens- und Problemlagen abzubilden, jedoch ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

Allen Fallbeispielen ist außerdem gemeinsam, dass die Personen in humanitären Anlaufstellen beraten und/oder behandelt wurden, die keine umfassende, bedarfsgerechte Versorgung anbieten können, sondern lediglich die Vermittlung in informelle Hilfsnetzwerke bzw. eine notdürftige Basisversorgung akuter Beschwerden. Diese inzwischen in vielen großen Städten bundesweit vorhandenen Anlaufstellen werden von unterschiedlichen Trägern (z. B. Medibüros/Medinetze, Malteser Medizin

für Menschen ohne Krankenversicherung, Ärzte der Welt etc.) oft ehrenamtlich und auf Spendenbasis unterhalten, sie sind nicht ausreichend ausgestattet und haben oft nur wenige Stunden pro Woche geöffnet.

Aus folgenden Anlaufstellen wurden Fälle beigetragen:

Medibüros/Medinetze sind ehrenamtlich betriebene Anlaufstellen in verschiedenen Städten. Sie sind wenige Stunden pro Woche geöffnet und vermitteln informell und im Einzelfall an Ärzt*innen im Umfeld, die bereit sind, Menschen ohne Papiere unentgeltlich zu behandeln. Die Behandlung ist keineswegs bedarfsdeckend. In der Anlaufstelle selbst ist keine Behandlung, auch keine Primärversorgung möglich.

Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung sind medizinische Anlaufstellen, die in verschiedenen Städten medizinische Basisversorgung und flankierende sozialrechtliche Beratung anbieten.

Ärzte der Welt/Open.med sind Anlaufstellen in verschiedenen Städten für Menschen ohne oder mit eingeschränktem Zugang zum Gesundheitssystem. Sie bieten kostenlos (und auf Wunsch anonym) medizinische Basisversorgung an und unterstützen Klient*innen bei der Reintegration ins Gesundheitssystem. Open.med Berlin ist ein Projekt in Kooperation mit Medizin Hilft e.V.

**Frau Petra A., 63 Jahre, aus Serbien,
seit mehr als zehn Jahren in Deutschland:**

„In den 90er Jahren hatte ich Asyl in Deutschland beantragt. Das wurde abgelehnt und ich wurde abgeschoben. Aber dann bin ich irgendwann wieder gekommen. In Serbien ist es einfach schlimm. Ich kenne dort niemanden mehr. Meine Nichten und Neffen sind in Deutschland. Ich bin aber sehr krank und auch meine Familie hat nicht genug Geld, um meine Behandlung zu bezahlen.

Ich wohne mal hier mal da, bei meinen Nichten und Neffen. Sie alle haben eine Aufenthaltsgenehmigung in Deutschland. Zum Glück unterstützt mich meine Familie. Ich brauche auch nicht viel Geld. Ich möchte wirklich nur eine Krankenversicherung, damit ich in Ruhe gesund werden kann. Ich bin sehr dankbar, dass meine Familie mir hilft. Aber es ist natürlich peinlich, immer auf sie angewiesen zu sein.

Bei mir ist alles kaputt, ich bin eben schon alt. Ich habe immer Probleme mit den Ohren. Sie sind immer wieder entzündet. Ich kann nicht richtig laufen und mir tut alles weh. Zum Laufen brauche ich einen Rollator. Ich habe eine Prothese im Kniegelenk, weil alles kaputt ist. Ich weiß eigentlich nicht mehr, was ich machen soll. Ich kann keine Versicherung bekommen, weil ich keine Aufenthaltsgenehmigung in Deutschland habe. Wenn ich mich bei der Ausländerbehörde melde, dann schickt die mich womöglich in ein Dorf ganz woanders in Deutschland. In meinem Alter muss ich bei meiner Familie bleiben. Warum will die Ausländerbehörde eine alte Frau abschieben? Ich tue doch niemandem etwas.“

Frau A. ist so genannte Visum-Overstayerin. Sie leidet unter chronischer Ohrenentzündung, Bluthochdruck, Magenentzündungen, Depressionen, Mandelentzündungen, einer Stimmband-Verdickung (Reinke Ödem), Arthrose an beiden Kniegelenken und chronischer Bronchitis.

Von der Anlaufstelle erhielt sie Medikamente für die Ohrenprobleme, kleinere Untersuchungen konnten über Spenden bezahlt werden. Da sie häufiger die Notaufnahme in Anspruch nahm, hatte sie Schulden im Krankenhaus. Sie bekommt aufgrund ihres fehlenden legalen Aufenthaltsstatus nicht die Behandlung, die sie benötigt. Die chronischen Erkrankungen können lediglich bei akuten Symptomen notfallmäßig behandelt werden.

Zum rechtlichen Hintergrund:

Faktisch kein Zugang zu medizinischen Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)
Staatsangehörige vieler Länder können ohne Visum in die Bundesrepublik einreisen und sich drei Monate hier aufhalten. Für sie besteht allerdings keinerlei Leistungsanspruch nach SGB II oder SGB XII. Nach Ablauf der drei Monate sind diese Personen, wenn sie weder ausgereist sind noch eine Aufenthaltserlaubnis erhalten haben, sog. Overstayer. Das bedeutet, dass sie sich rechtlich unerlaubt in Deutschland aufhalten und „vollziehbar ausreisepflichtig“ sind. „Vollziehbar Ausreisepflichtige“ haben grundsätzlich Anspruch auf Leistungen bei akuter Erkrankung oder Schmerzzuständen nach AsylbLG. Bei Inanspruchnahme solcher Leistungen ist das Sozialamt allerdings wiederum gesetzlich verpflichtet, die Person an die Ausländerbehörde zu melden (§ 87 Aufenthaltsgesetz). Damit droht den Betroffenen die Abschiebung.

Schwierigkeiten bei der Kostenübernahme im Krankenhaus

Viele Menschen ohne gesicherten aufenthaltsrechtlichen Status haben keinen Krankenversicherungsschutz und haben keine finanziellen Möglichkeiten, die Behandlung im Krankenhaus selbst zu bezahlen. Bei Personen, die nicht krankenversichert, aber bedürftig sind, sollte das Sozialamt Leistungen zur Krankenbehandlung (§ 48 Satz 1 SGB XII, § 4 und 6 AsylbLG) erbringen. Im Normalfall klärt somit ein Krankenhaus mit dem zuständigen Sozialamt im Vorhinein ab, ob von dort die Behandlungskosten übernommen werden. Bei Menschen ohne Papiere droht allerdings bei der Vorsprache beim Sozialamt im Vorfeld die Aufdeckung des Status und die Abschiebung. In Eilfällen können nach § 25 SGB XII bzw. § 6a AsylbLG Krankenhäuser die nachträgliche Übernahme der Behandlungskosten für Bedürftige vom zuständigen Sozialamt beantragen. Jedoch ist die Umsetzung dieser sog. Nothilfeparagraphen schwierig: Zunächst darf das zuständige Sozialamt zum Zeitpunkt des Eilfalls nicht erreichbar gewesen sein (d. h. nachts bzw. am Wochenende). Der vollständige Antrag muss sodann umgehend eingereicht werden, d. h. zur nächstmöglichen Erreichbarkeit des zuständigen Sozialamtes. Bis dahin muss das Krankenhaus geprüft haben, ob andere Ansprüche geltend gemacht werden können (Bundessozialgericht, Urteil vom 23.08.2013, B 8 SO 19/12 R). In den meisten Fällen werden derlei Kostenerstattungsanträge der Krankenhäuser abgelehnt. So kommt es, dass stattdessen die Patient*innen selbst die Rechnung erhalten, sofern eine Adresse hinterlegt wurde.

Frau Maria C., 62 Jahre, aus Venezuela, seit 2 Jahren in Deutschland:

„Ich lebe seit zwei Jahren in Deutschland bei meinem Sohn, davor ein Jahr in Spanien bei meiner Tochter. Ich bin nicht versichert. In Spanien konnte meine Tochter eine private Versicherung für mich abschließen. In Deutschland ist das leider nicht möglich. Hier bekäme mein Sohn eine Strafe, weil ich mich ohne Papiere im Land aufhalte. In Spanien hätte ich ohne Angst vor der Meldung an die Ausländerbehörde im Krankenhaus behandelt werden können.

Seit meiner Kindheit habe ich Epilepsie mit häufigen Anfällen und wurde ärztlich behandelt. Wegen der Sturzgefahr war mir der Schulbesuch verboten.

Nach meiner Ankunft in Deutschland war mir wieder ständig übel und ich hatte Angst zu fallen, weil ich einen Drehschwindel hatte. Es war zunächst unklar, ob das auf die Epilepsie zurückzuführen war. Ein Allgemeinarzt hat einige Untersuchungen vorgenommen und netterweise zu meinem rechtlichen Schutz auf eine Dokumentation verzichtet und privat abgerechnet. Alle anderen Allgemeinärzte, die wir aufgesucht haben, hatten sich geweigert, so zu verfahren.

Dann ist mein Sohn im Internet auf die Seite der Anlaufstelle gestoßen. Wir nahmen Kontakt auf und ich konnte mich in der Sprechstunde vorstellen. Ende November hätte ich planmäßig einen Termin bei einem Neurologen gehabt. Ich erinnere mich nicht mehr selbst an den Vorfall, der mich noch vorher notfallmäßig ins Krankenhaus gebracht hat.

Mein Sohn hat mir berichtet, dass er den Eindruck hatte, dass ich mich gleich übergeben müsse. Abends sei ich im Badezimmer gestürzt. Auf dem Boden liegend habe ich gekrampft und ins Leere gestarrt. Er habe mich dann angesprochen, aber ich sei bewusstlos gewesen und habe nicht geantwortet. Er habe dann den Rettungsdienst gerufen.

Die Notrufzentrale sei nicht sonderlich kooperativ gewesen und habe die Dramatik der Situation unterschätzt. Zuerst habe nämlich meine Schwiegertochter mit dem Rettungsdienst gesprochen, die noch nicht so gut deutsch kann. Der Sanitäter habe mit ihr wie mit einem Kind gesprochen. Erst als mein Sohn den Hörer genommen und laut und klar gesagt habe, dass ich eine bekannte Epilepsie hätte, hätten sie einen Krankenwagen geschickt. Als der Rettungsdienst gekommen sei, habe ich erneut gekrampft. Die Sanitäter hätten mir ein Medikament gegeben, mich auf eine Trage geladen und in den Notfallwagen gebracht. In der Klinik habe man als allererstes nach meinem Versicherten ausweis gefragt. Weil ich keinen gehabt habe, habe das Krankenhaus gewollt, dass ich ein Dokument zur Kostenübernahme ausfülle. Mein Sohn habe sich sofort mit der Anlaufstelle in Verbindung gesetzt. Als ich aufwachte, hat mir mein Sohn sofort eingepflichtet, dass ich nicht meinen echten Namen nennen solle. Am Abend erhielt ich noch ein Medikament und am nächsten Tag wurde ein EEG gemacht. Als ich am nächsten Tag entlassen wurde, gaben sie mir nur Medikamente für zehn Tage mit, obwohl ich erst in 25 Tagen einen Termin beim Neurologen hatte. Netterweise gab mir eine Krankenschwester unter der Hand noch weitere Medikamente mit. Diese Medikamente

hatten einige Nebenwirkungen, über die ich in der Klinik nicht aufgeklärt wurde. Erst der Neurologe erklärte mir, dass Depressionen oder Stimmungsschwankungen auftreten könnten und hat mir zusätzlich ein Antidepressivum verschrieben. Meine Situation ist schwierig, weil ich in ständiger Angst lebe, erwischt zu werden. Ich kann auch nicht nach Spanien zu meiner Tochter, da sie zwei Kinder hat und finanziell nicht für mich sorgen kann. In Deutschland habe ich kaum Anschluss zu anderen Menschen, weil ich kein Deutsch kann.

Mein Sohn versteht nicht, weshalb seine Verwandten nicht auch medizinisch behandelt werden können. Er arbeitet seit 13 Jahren in Europa – in Spanien und Deutschland – und zahlt dort auch Steuern.“

Bei Frau C. kann auch ein nur kurzzeitiges Absetzen der Medikamente – z. B. da sie die Tabletten nicht rechtzeitig bekommt, weil sie keinen Zugang zum Gesundheitssystem hat – epileptische Anfälle auslösen, ist damit gefährlich und führt zu vermeidbaren Krankenhausbehandlungen.

Frau C. hat keinen Zugang zur Krankenversicherung, weil sie Angst vor der Meldung und einer Abschiebung hat. Frau C. will auf keinen Fall nach Venezuela zurückreisen. Dort herrschen instabile politische Verhältnisse und sie hätte dort keine sichere Lebensgrundlage. Beide Kinder können finanziell nicht für längere stationäre Krankenhausaufenthalte ihrer Mutter aufkommen. Die Kosten der stationären Behandlung wurden von der Anlaufstelle getragen.

Zum rechtlichen Hintergrund:

Keine Möglichkeit der Krankenversicherung für ein Elternteil

Anders als in anderen Mitgliedstaaten der EU ist es für eine erwerbstätige und krankenversicherte Person in Deutschland nicht möglich, eine freiwillige Krankenversicherung für ein Elternteil abzuschließen. Dies gilt unabhängig von dem Aufenthaltsstatus oder der Staatsbürgerschaft der Betroffenen.

Diskriminierung bei der medizinischen Nothilfe

Immer wieder erreichen Beratungsstellen Berichte über erschreckende Qualitätsunterschiede bei der Behandlung medizinischer Notfälle, je nachdem, ob die erkrankte Person über fortgeschrittene Deutschkenntnisse verfügt oder sonstige soziokulturelle Unterschiede ersichtlich sind. Dieses Problem betrifft nicht nur Menschen ohne Papiere, aber diese Gruppe steht solchen Diskriminierungen besonders schutzlos gegenüber.

Unzureichende Behandlungsmöglichkeit für chronische Erkrankungen:

Der Leistungskatalog in § 4 AsylbLG sieht keine Behandlung chronischer Krankheiten vor. Damit beschränkt sich ein möglicher Anspruch auf die Behandlung akuter Symptome der chronischen Erkrankung bzw. akuten Notfallsituationen.

Frau Adriana S., 55 Jahre, aus Chile, seit 17 Jahren in Deutschland:

„Als die Ärztin mich wegen meines Bluthochdrucks untersuchte, sagte sie, dass das Leben, das ich führe, der ganze Stress, die Gründe seien für meine Krankheiten.“

Bevor ich die Anlaufstelle kennengelernt habe, bin ich nur manchmal privat zu Untersuchungen gegangen. Ich habe immer gedacht, dass Menschen ohne Papiere alles selbst zahlen müssen. Eine Freundin hat mir dann von der Anlaufstelle berichtet. Seitdem habe ich viele Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus oder Versicherung dorthin geschickt. Ich gehe seit etwa 16 Jahren dorthin. Würde es die Anlaufstelle nicht geben, müsste ich alles privat bezahlen und dafür habe ich kein Geld. Alle Ärzte, die mich jetzt behandeln, habe ich über die Anlaufstelle gefunden: den Zahnarzt, die Gynäkologin, den Allgemeinarzt, eine Orthopädin, alles, was mit meinen Nieren zu tun hat. Viele kennen mich schon lange und manchmal gehe ich direkt hin ohne die Vermittlung der Anlaufstelle. Aber ich schäme mich jedes Mal, weil ich keine Versicherungskarte habe und sagen muss, dass ich über die Anlaufstelle komme.

Normalerweise zahle ich einen Teil der Medikamente, da ich arbeite. Einige kann ich auch über die Anlaufstelle günstiger kaufen. Sie übernimmt auch einen Teil der Kosten, wenn ich zu wenig Geld habe. Manchmal geben mir auch die Ärzte Medikamente, die sie in der Praxis haben.

Am häufigsten gehe ich zum Allgemeinarzt, um einen Nierenultraschall zu machen. Er vermittelt mich notfalls ins Krankenhaus oder zum Spezialisten. Ein weiteres großes Problem sind meine Zähne. Es wurden mir viele Zähne gezogen, weil es günstiger ist, eine Zahnprothese zu machen als teure Behandlungen. Ich hab mir lange Zeit keine Kompressionsstrümpfe gekauft, weil ich sie mir nicht leisten konnte und nicht wollte, dass die Anlaufstelle die ganzen Kosten trägt. Ich brauche die Strümpfe aber, weil ich zweimal eine Thrombose im linken Bein hatte.

Ich habe Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache, aber meist kriege ich es irgendwie hin. Viele von den Ärzten, zu denen ich gehe, sprechen Spanisch. Ins Krankenhaus wurde ich von Menschen aus der Anlaufstelle begleitet oder von Freunden.

Vor vier Jahren musste ich ins Krankenhaus, weil ich hohes Fieber, wahnsinnige Schmerzen und Krämpfe hatte. Die Zysten in meinen Nieren hatten sich entzündet. Ich bin direkt ins Krankenhaus gegangen. In der Rettungsstelle haben sie mich nach Ausweis und Krankenversicherung gefragt, ich hab ihnen gesagt, dass ich kein Visum habe. Sie haben mich gefragt, ob ich die Kosten tragen könnte und ich habe gesagt, dass ich das nicht könne. Ich habe meine Anschrift nicht angegeben und das Krankenhaus hat keinen Druck gemacht. So konnte ich keine Rechnung erhalten und keiner hat bezahlt. Ich bin 3 oder 4 Tagen im Krankenhaus geblieben.

Das Ganze könnte man vermeiden, wenn für uns möglich wäre, in eine Krankenversicherung aufgenommen zu werden. Wenn ich es dürfte, würde ich mir eine Versicherung kaufen, wie man es in anderen Ländern machen kann. Wir arbeiten alle und die Deutschen, für die wir arbeiten, würden gerne einen Arbeitsvertrag mit uns machen, aber sie dürfen es nicht, weil wir keinen legalen Aufenthaltsstatus haben. Dürfte ich legal arbeiten, könnte ich Steuern zahlen und hätte eine Krankenversicherung.“

Frau S. hat keinen legalen Aufenthaltsstatus. Sie ist eine sogenannte Overstayerin, d. h. sie ist mit Tourist*innen-Visum eingereist und hier geblieben. Sie lebt ununterbrochen seit 17 Jahren in Deutschland. Frau S. ist erwerbstätig, sie arbeitet bei verschiedenen deutschen Familien als Babysitter und Putzfrau. Bei einigen Arbeitgeber*innen ist sie bereits seit mehreren Jahren beschäftigt.

Frau S. leidet an verschiedenen gesundheitlichen Problemen, die meisten davon sind chronisch und bedürfen regelmäßiger ärztlicher Kontrolluntersuchungen: Bluthochdruck, Schilddrüsenprobleme, Zysten an den Nieren, die sich jedes Mal so stark entzünden, dass sie ins Krankenhaus muss. Hinzu kommen Zahnprobleme, Depressionen, orthopädische Probleme und Osteoporose (Knochenschwund). Sie nimmt täglich Medikamente für die Schilddrüse und gegen Bluthochdruck und Depressionen.

Zum rechtlichen Hintergrund:

Faktisch keine Möglichkeit zur Krankenversicherung

Zwar gilt in Deutschland eine allgemeine Krankenversicherungspflicht für alle im Bundesgebiet lebende Menschen. Arbeitnehmer*innen haben zudem einen Anspruch auf Krankenversicherung, unabhängig davon, ob es sich um ein „erlaubtes“ Arbeitsverhältnis handelt. Für den Eintritt in eine gesetzliche oder private Krankenversicherung und den Bezug von Versicherungsleistungen sind allerdings umfangreiche Mitwirkungspflichten durch die zu versichernde Person und ggf. den Arbeitgeber zu erfüllen. Hier besteht jedoch die Gefahr, dass personenbezogene Daten an die Ausländerbehörde weitergegeben werden. Je nach Ausgang der Prüfung durch die Ausländerbehörde wird die betroffene Person in der Folge aus der Bundesrepublik ausreisen müssen bzw. wenn sie nicht freiwillig ausreist, abgeschoben werden. Die Krankenkassen lehnen die Betroffenen spätestens dann ab, wenn ein Aufenthaltsstatus nicht vorgezeigt werden kann.

Herr Liam F., 43 Jahre, aus Gambia, seit 2016 in Deutschland:

„Als ich ins Krankenhaus kam, fragten sie mich, ob ich alleine oder mit einem Rettungswagen gekommen sei. Ich sagte, ich sei alleine gekommen. Sie fragten mich, wie es mir gehe. Ich sagte, ich hätte sehr starke Schmerzen gehabt und bereits von der Anlaufstelle ein Schmerzmittel bekommen. Nun gehe es ein bisschen besser, aber ich hätte immer noch starke Schmerzen. Der Arzt erklärte mir, dass er mich an diesem Tag nicht als Notfall behandeln könne, erklärte mir aber nicht warum. Er sagte mir, dass sie mich in der nächsten Woche operieren könnten. Bevor ich ging, fragte ich den Arzt, was ich bis dahin gegen die Schmerzen machen sollte. Er sagte, ich sollte in die Apotheke gehen und mir Schmerzmittel kaufen. Ich habe wirklich geglaubt, dass sie mich in der nächsten Woche operieren würden, aber als ich ins Krankenhaus kam, fragten sie mich, wer die Rechnung bezahlen würde. Der Arzt wusste aber bereits vom letzten Mal, dass ich keine Krankenversicherung habe. Ich wurde auch dieses Mal nicht operiert.

Bevor ich zur Anlaufstelle ging, war ich 1,5 Jahre nicht beim Arzt. Als ich nach Deutschland kam, hatte ich Angst zum Arzt oder in ein Krankenhaus zu gehen, weil ich keine Aufenthaltspapiere habe. Am Anfang hatte ich mit dem Leistenbruch auch noch keine Schmerzen. Aber dann konnte ich mich manchmal kaum noch bewegen. Ich habe manchmal Leuten bei der Gartenarbeit geholfen und dann 10, 20 Euro damit verdient. Mit den furchtbaren Schmerzen war ich dazu nicht mehr in der Lage. Am Ende war ich so verzweifelt, dass ich dachte, wenn ich jetzt wegen dieser Krankheit sterben muss, dann ist das eben so. Ich sah keinen anderen Ausweg. Wenn ich früher operiert worden wäre, hätte ich jetzt nicht dieses Hämatom. Aber mit fortschreitender Krankheit wurde es immer komplizierter. Und jetzt habe ich die gleiche Erkrankung auf der anderen Seite und der Arzt sagt, ich müsse mich bis Ende des Jahres operieren lassen.“

Herr F. kam im Juli 2017 mit einer sehr stark ausgeprägten Leistenhernie, die ihm bereits seit über einem Jahr Beschwerden bereitete, zur Anlaufstelle. Die Leistenhernie war deutlich sichtbar und die Bruchpforte deutlich tastbar. Die behandelnde ehrenamtliche Ärztin meinte, dass sie in der regulären Gesundheitsversorgung normalerweise jemanden mit einem solchen Befund direkt ans Krankenhaus verweisen würde und dass diese Person innerhalb der nächsten Tage operiert werden müsse. Entsprechend wurde Herr F. von der Anlaufstelle sofort in die Notaufnahme einer Klinik verwiesen, mit einem Brief, der über den verlängerten Geheimnisschutz informiert, falls er Probleme mit dem Verwaltungspersonal haben sollte. Wie oben beschrieben, wurde die notwendige Behandlung zweimal verweigert.

Vier Monate später hat eine andere Anlaufstelle Herrn F. die OP ermöglicht, nachdem bereits eine unnötige Verschlechterung der Erkrankung eingetreten war. Der OP-Arzt bestätigte Herrn F., dass das Hämatom am Ort der Leistenhernie sich gebildet habe, weil die Hernie bereits sehr groß war.

Zum rechtlichen Hintergrund:

Dass Patient*innen ohne die erforderliche Behandlung von einem Krankenhaus wieder fortgeschickt werden, kann Folge der unklaren Situation hinsichtlich der Bezahlung von Operations- und Behandlungskosten bei Menschen ohne Versicherungsschutz und ohne Kostenübernahmeerklärung des zuständigen Sozialamtes sein.

Ärzt*innen haben entsprechend ihrer Fähigkeiten und Möglichkeiten die ihnen zumutbare bestmögliche Hilfe zu leisten (BGH, Urt. v. 22.03.1966 – 1 StR 567/65, BGHSt 21, 50 [54]). Deshalb können wegen der verweigerten Hilfe und ihrer schwerwiegenden Folgen gegen die Ärzt*innen strafrechtliche Vorwürfe im Raum stehen, besonders nach § 229 (fahrlässige Körperverletzung) oder § 323c Abs. 1 StGB (unterlassene Hilfeleistung). Die Strafverfolgung setzt aber bei der fahrlässigen Körperverletzung in der Regel einen ausdrücklichen Antrag des Opfers voraus (§ 230 StGB) und erfordert in jedem Fall eine klare Feststellung, wer für die Entscheidung verantwortlich war, den Patienten abzuweisen. Dies sind für Menschen ohne Aufenthaltsstatus fast unüberwindliche Hürden.

Herr Raul B., aus Brasilien:

Beim folgenden Fallbeispiel handelt es sich um einen Bericht einer Ärztin, die einen Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in ihrer Praxis behandelt hat:

„Raúl B. ist Brasilianer, studierte in Brasilien und entschloss sich vor fünfzehn Jahren sein Studium abzubrechen und Brasilien zu verlassen. Die Gründe für diesen Entschluss sind Schicksalsschläge, die er erlitt und über die er nicht reden möchte.

Er reiste nach Spanien, wo er relativ einfach als Papierloser leben konnte. Dann kam er in eine deutsche Großstadt und verdiente Geld mit Sexarbeit. Hier wurde dann auch seine HIV-Infektion diagnostiziert. Er versuchte seinem Leben eine bessere Richtung zu geben und reiste nach London, wo er sein in Brasilien begonnenes Studium weiter führen konnte. In London wurden Kaposi-Sarkome auf seiner Haut entdeckt, also das Stadium AIDS seiner HIV-Infektion. Er ging zurück nach Spanien und kam dann in unsere Stadt, wo ich ihn 2011 kennenlernte. In meiner Praxis erklärte er in den ersten Gesprächen, in denen ich ihn mit meiner Einschätzung konfrontierte, als Brasilianer ohne Papiere keine realistische Chance auf einen Aufenthaltsstatus zu haben, dass er unter keinen Umständen nach Brasilien zurückkehren werde. Ich hatte diesen Vorschlag gemacht, weil ich weiß, dass es in Brasilien einen freien Zugang zu HIV-Medikamenten gibt.

Es gelang mir in dieser prekären Situation – Herr B. ist schwer krank, hat eine HIV-Infektion im Stadium AIDS und keinen Zugang zu einer bezahlbaren Therapie – ihn in eine wissenschaftliche Studie zu nehmen, über die Medikamente finanziert werden konnten. Seine gesundheitliche Situation hat sich unter der antiviralen Therapie verbessert. Die Kaposi-Sarkome bildeten sich zurück, wenn sie auch nicht ganz verschwanden. Er konnte bei einem Bekannten in unserer Stadt unterkommen. Doch nach zwei Jahren war die Studie beendet und die erforschten Medikamente waren zugelassen. Die Therapie wurde abrupt beendet. Herr B. verschwand.

Später erklärte er, dass ihm seine Situation so aussichtslos erschien, er sich verzweifelt fühlte und ihm alles endlos peinlich erschien, so dass er mich mit seinem Schicksal nicht mehr belasten wollte. 2016 erschien er wieder, ich hatte ihm über eine E-Mail-Adresse immer wieder angeboten, sich bei mir in meiner Praxis zu melden. Er berichtete wieder in Spanien gewesen zu sein und dort unterschiedliche antivirale Medikamente erhalten zu haben. Doch die dortige politische Situation erschien ihm immer schwieriger, der Zugang zu Medikamenten für Nicht-versicherte wurde immer unsicherer, so dass er in unsere Stadt zurückkehrte.

Schließlich entwickelte er starke Schmerzen in den Beinen, die Kaposi-Sarkome verursachten Lymphödeme. Als Folge einer Depression unternahm er zwei Selbsttötungsversuche. Der

letzte misslang, weil ein Obdachloser ihn aus einer Strangulation von einem Baum in einem Park befreite.

Durch einen engagierten Rechtsanwalt und Atteste, die von einem Psychiater und mir ausgestellt wurden, gelang es inzwischen, Herrn B. durch eine Duldung eine medizinische Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zu ermöglichen.“

Zum rechtlichen Hintergrund:

Eine HIV-Therapie ist in Deutschland nicht immer zugänglich

Eine HIV-Infektion wird häufig im Stadium AIDS als chronische Erkrankung eingestuft. Deren Behandlung ist besonders bei Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG nur schwer durchzusetzen, da § 4 AsylbLG im Wesentlichen nur Leistungsansprüche bei akuten (im ausdrücklichen Gegensatz zu chronischen) Erkrankungen und Schmerzzuständen vermittelt. Die Kostenübernahme für die Behandlung einer chronischen Erkrankung ist zwar nach § 6 AsylbLG grundsätzlich möglich, aber nicht als Rechtsanspruch ausgestaltet, sondern von der Ermessensausübung durch das Sozialamt abhängig. Das Sozialamt muss den Fall vom zuständigen Gesundheitsamt fachkundig prüfen lassen.

Fehlende Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

HIV/AIDS gehört zu den sexuell übertragbaren Krankheiten, bei denen Präventions- und Behandlungsangebote nach § 19 Abs. 1 Satz 3 IfSG anonym in Anspruch genommen werden können. Verfügt der Patient über keinen Krankenversicherungsschutz und nicht über eigene Mittel, sind die Kosten der Untersuchung und Behandlung aus öffentlichen Mitteln zu tragen (§ 19 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 IfSG). In der Praxis scheitert die Umsetzung dieser klaren gesetzlichen Vorgaben häufig an der Unkenntnis der beteiligten Akteure.

Frau Sandra S., 38 Jahre alt, aus Nigeria, seit Sommer 2017 in Deutschland

Dieser Fall wird von einem Sozialarbeiter aus einer Anlaufstelle berichtet:

„In Nigeria bekam Frau S. ein Jobangebot in Europa: Sie hätte die Möglichkeit hier als Köchin oder Verkäuferin zu arbeiten. Die Person, die ihr das Angebot machte, würde sich um alle notwendigen Dokumente kümmern. Sie wusste nicht, in welcher Stadt oder in welchem Land sie arbeiten sollte, nur, dass sie gut bezahlt werden würde. Sie reiste mit sieben weiteren Frauen nach Europa ein. Alle Unterlagen wurden von einer Frau organisiert. Ihren Pass hielt sie lediglich am Einreiseschalter am Flughafen in der Hand. Nach der Kontrolle musste sie den Pass wieder an die Frau zurückgeben, die die Reise organisiert hatte. Nach der Ankunft in einer europäischen Stadt wurde sie in ein Haus gebracht, dort wurde ihr nach drei Tagen eröffnet, dass sie von nun an als Prostituierte arbeiten sollte. Sie weigerte sich vehement und wollte dies auf keinen Fall. Daraufhin wurde sie verprügelt und mit einem Messer verletzt. Zu diesem Zeitpunkt hatte sie bereits des Öfteren Schmerzen im Unterleib. Nachdem sie bereits zehn Monate als Zwangsprostituierte gearbeitet hatte, sollte sie einen Kunden eine ganze Nacht begleiten. Sie erzählte ihm von ihrer Situation und er half ihr zu entkommen. Er fuhr sie zum nächsten Bahnhof und zahlte ihr ein Zugticket nach Deutschland. Hier schlief sie auf der Straße. Sie fand eine Kirche, in der sie sonntags regelmäßig zum Gottesdienst ging. Dort fand sie Unterstützung. Sie konnte ab und zu bei Angehörigen der Kirchengemeinde übernachten. Wenn sie auf der Straße andere Nigerianer traf, bekam sie manchmal notdürftige Unterstützung aus ihrer Community. Die Schmerzen im Unterleib verschlimmerten sich. Sie hatte große Sorgen, dass sie schwer krank sein könnte. Ein Bekannter aus der Kirche begleitete sie zu einer Arztpraxis für Menschen ohne Krankenversicherung. Es wurden mehrere Wucherungen in der Gebärmuttermuskulatur, sog. Myome, festgestellt. Diese gutartigen Tumore verursachen starke Blutungen und Schmerzen. Jedoch hatte Frau S. keine Krankenversicherung und auch keinerlei Einkünfte. Weil die Tumore nicht lebensbedrohlich waren, dachte sie, sie würde sofort abgeschoben, wenn sie sich beim Sozialamt oder der Ausländerbehörde melden würde. Sie dachte, sie sei nicht krank genug, um Hilfe zu bekommen, trotz der Tatsache, dass sie starke Schmerzen hatte. Durch eine Beratungsstelle für Betroffene von Menschenhandel konnte sie von einer Anwältin beraten und begleitet werden. Da sie obdachlos war und auch die Schutzwohnung der Beratungsstelle überfüllt war, stellte sie zunächst einen Asylantrag. Sie konnte daraufhin in einer Unterkunft für besonders Schutzbedürftige untergebracht werden. Kurz darauf wurde sie operiert. Ihr wurden 600g Gewebe entnommen und sie verlor viel Blut bei der Operation. Zwar konnte sie nach AsylbLG medizinisch versorgt werden, es ist jedoch unklar, wie das Asylverfahren ausgehen wird, d. h. ob sie tatsächlich nicht krank genug ist, um bleiben zu dürfen oder ob ihre Aussagen zur Arbeitsausbeutung ausreichend sind.“

Zum rechtlichen Hintergrund

Opfer von Menschenhandel können eine Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 4a bzw. 4b AufenthG erhalten, sofern sie in einem Strafprozess gegen die Täter als Zeug*innen mitwirken und mit sofortiger Wirkung die Verbindung zu den Täter*innen abbrechen. Eine weitere Voraussetzung ist, dass die Staatsanwaltschaft ihre Zeugenaussage für den Prozess benötigt. Nach Ende des Strafprozesses kann diese Aufenthaltserlaubnis im Ausnahmefall verlängert werden, wenn humanitäre oder persönliche Gründe oder öffentliche Interessen die weitere Anwesenheit des Ausländers im Bundesgebiet erfordern.

Im Falle von Frau S. ist noch unklar, ob sie eine solche Aufenthaltserlaubnis erhalten wird, da sie weder zu Namen noch zum Aufenthaltsort der Täter*innen detaillierte Angaben machen kann.

Menschenhandel wird bei der Asylantragstellung lediglich berücksichtigt. Eine Strafanzeige gegen die unbekanntenen Täter*innen wurde noch nicht gestellt.

Herr Mohammed C., 27 Jahre alt, aus Nordafrika, seit 3 Monaten in Deutschland:

„Meine Familie glaubt, dass ich krank bin. Als Jugendlicher schickten sie mich zu einem Psychiater, der mir Medikamente verschrieb. Alle glaubten, dass Tabletten meine Homosexualität heilen würden. Homosexuell zu sein, bedeutet in meinem Heimatland, krank zu sein. Seit ich 13, 14 Jahre alt bin, kämpfe ich friedlich für meine Rechte. Wenn ich in meiner Heimat keine Probleme gehabt hätte, wäre ich auch nicht in Deutschland. In meiner Heimat habe ich erlebt, dass mich Passanten bedrohten, wenn ich in einem Café saß: „Du bist krank, wir werden dich umbringen!“. Und weil ich wusste, dass in meiner Heimat viele Menschen wegen ihrer Homosexualität ermordet wurden, hatte ich Angst um mein Leben.“

2014 habe ich eine Frau aus Belgien geheiratet und bin nach Europa gekommen. Doch ich fühlte mich wie zwei Personen. Ich versuchte heterosexuell zu sein: Ich hatte eine Ehefrau, eine Familie, ein eigenes Haus und einen Job. Alles war einigermaßen erträglich, bis meine Frau begann, mich zu erpressen. Sie wollte Geld von mir und drohte, meiner Familie zu erzählen, dass ich immer noch schwul bin. Ich gab ihr jeden Monat 300 Euro. Dann drohte sie mir, sie werde der Polizei erzählen, dass ich ihre kleine Tochter vergewaltigt habe. Dabei liebte ich ihre Tochter wie mein eigenes Kind. Ich weiß, dass viele Menschen denken, alle Ausländer wären schlecht. Ein Freund meiner Frau griff mich auf der Straße an und die umstehenden Menschen schrien ‘Terrorist, Terrorist’. Ich habe die Polizei gerufen und wollte Anzeige erstatten, aber keiner der Polizisten wollte meine Aussage aufnehmen. Ich habe das nicht ausgehalten und bin zu Hause ausgezogen. Eines Tages teilte mir die Ausländerbehörde mit, dass ich keine Aufenthaltsgenehmigung mehr hätte. Meine Frau hatte die Scheidung eingereicht. Ich frage mich, wie das möglich ist, denn ich hatte keine Scheidungspapiere unterschrieben. Ich bin dann zu einem Bekannten nach Deutschland gezogen.

Ich habe extrem starke Kopfschmerzen, kann nicht schlafen. Ich wache alle zwei Stunden auf und grübele hin und her. Ich habe so starke Schmerzen, dass ich manchmal denke, alle meine Knochen sind gebrochen. Ich habe stark abgenommen und habe niemanden, mit dem ich über meine Probleme sprechen kann. Nach einem Gespräch mit der Psychiaterin geht es mir 2 bis 3 Tage besser, dann kommen die Schmerzen und die Angst wieder.“

Herr C. kommt aus einem nordafrikanischen Land. Als er Anfang Dezember 2017 in die Anlaufstelle kommt, lebt er seit einigen Wochen ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland. Er schläft bei einem Bekannten auf der Couch und lebt von Ersparnissen.

Die ehrenamtliche Psychiaterin diagnostiziert eine Posttraumatische Belastungsstörung und eine schwere depressive Episode. Eine medikamentöse Behandlung wird angeordnet. Die Psychiaterin stellt fest, dass eine engmaschige psychiatrische ambulante Versorgung sowie eine Abklärung der körperlichen Beschwerden dringend notwendig seien. In einem Attest wird Ende Dezember 2017 die Reiseunfähigkeit festgestellt.

Parallel wird mit Unterstützung einer aufenthaltsrechtlichen Beratungsstelle versucht, den Status von Herrn C. zu legalisieren. Da ein Asylantrag aufgrund der Einreise über ein sicheres Drittland nicht erfolgsversprechend ist, wird versucht, eine Duldung zu erreichen. Das Attest über die Reiseunfähigkeit wird von der Ausländerbehörde jedoch nicht anerkannt. Herr C. bekommt Mitte Januar 2018 einen Bescheid, dass er das Land innerhalb von vier Wochen verlassen muss. Er erlebt einen Zusammenbruch und wird wegen akuter Suizidalität stationär in der Psychiatrie aufgenommen.

Zum rechtlichen Hintergrund:

Die Dublin-Verordnung

Die Dublin Verordnung⁵ regelt, welcher Staat innerhalb der EU für die Bearbeitung eines Asylantrags zuständig ist. Dies führt in der Praxis meistens dazu, dass eine Person in dem Staat das Asylverfahren durchführen muss, in dem sie den EU-Raum erstmals betreten hat. Beantragt sie in einem anderen Land Asyl, soll sie in den Staat der ersten Einreise zurückgeschickt werden. Steht im Einzelfall allerdings fest, dass die Abschiebung in den Ersteinreisestaat mit einer Menschenrechtsverletzung verbunden wäre, muss meistens der aktuelle Aufenthaltsstaat die Verantwortung für die Prüfung des Asylantrages übernehmen. Eine solche Feststellung ist jedoch häufig nur sehr schwer durchzusetzen.

Rückübernahmeabkommen Benelux-Deutschland-Italien-Frankreich-Polen

Solange Herr C. weder in Belgien noch in Deutschland einen Asylantrag stellt, fällt er nicht unter die Dublin-Verordnung. Nichtsdestotrotz ist seine Abschiebung nach Belgien nach einem multilateralen Rückübernahmeabkommen⁶ möglich, denn er ist über dessen Außengrenze nach Europa eingereist und verfügt in Deutschland über keinen Aufenthaltstitel.

Problematische Definition „sicherer“ Herkunftsstaaten für Homosexuelle

Asylanträge von Homosexuellen lehnt das BAMF (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge) oft mit der Begründung ab, dass in den Herkunftsstaaten der Antragstellenden keine Razzien gegen Homosexuelle stattfänden und dass ein Strafverfahren dort äußerst unwahrscheinlich sei. Die Bundesregierung sagt daher, dass die Maghreb-Staaten auch für Homosexuelle „sichere“ Herkunftsstaaten seien.⁷

5 Verordnung (EU) Nr. 604/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung der Kriterien und Verfahren zur Bestimmung des Mitgliedstaats, der für die Prüfung eines von einem Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen in einem Mitgliedstaat gestellten Antrags auf internationalen Schutz zuständig ist. ABI. EU 2013, L 180 S. 31.

6 Übereinkommen zwischen Belgien, der Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Italien, Luxemburg, den Niederlanden und Polen vom 29.03.1991. BGBl. II 1993 S. 1099.

7 Siehe etwa Bundestagsdrucksache 18/8039, S. 12., oder <https://www.lsvd.de/recht/ratgeber/asylrecht/asylrecht-fuer-lesben-und-schwule.html>

Herr Tobias U., 65 Jahre, aus Eritrea, seit 2014 in Deutschland:

Herr U. wurde im Juni 2005 in Italien als Flüchtling anerkannt. Die Schwierigkeiten beim Zugang zu medizinischer Versorgung haben bereits dort angefangen. Das erste Mal kam Herr U. zur Anlaufstelle, weil er Diabetiker ist und Insulin benötigte. Seitdem kommt er regelmäßig, um sich sein Insulin abzuholen. Darüber hinaus wird Herr U. auch von der Hautärztin der Organisation behandelt, da er eine chronische Hauterkrankung hat. Zuvor ermöglichte ihm eine andere Anlaufstelle die Hüftoperation.

„Im Juni 2003 habe ich in Italien einen Antrag auf politisches Asyl gestellt, der 2005 gewährt wurde. In meiner Heimat war ich ein politischer Aktivist, einige Male haben wir mit Amnesty International zusammengearbeitet.“

In Italien hatte ich keinen Zugang zu den Gesundheitsleistungen, die ich benötigte. So wurde mir zum Beispiel aus Kostengründen ein unzureichend wirksames Medikament anstelle von Insulin verordnet. Als der Arzt sah, dass ich eine neue Hüfte brauche, sagte er mir sofort, dass die notwendige operative Behandlung zu teuer sei und sie dies nicht bezahlen würden. Gegen meine Schmerzen empfahlen sie mir Schmerzmittel. Als ich fragte, wie lange ich diese nehmen solle, hieß es, so lange wie ich diese benötigen würde.“

Ich kam nach Deutschland, um Freunde zu besuchen, und die erzählten mir von einer Organisation, die mir helfen könnte. Hier fühlte ich mich als Flüchtling mit meinen Gesundheitsproblemen gut aufgehoben. Ich bekam ein neues Hüftgelenk, ich merke jedoch, dass ich älter werde und nun auch ernsthafte Probleme mit den Knien bekomme. Ich führe das auf die lange Zeit nicht behandelte Hüfte zurück, aber auch darauf, dass ich nach der OP keine Physiotherapie erhalten habe.“

Die jahrelange Verzögerung der Hüftoperation hat für Herrn U. gesundheitliche Folgen. Die Nachsorge der Operation in Form einer Physiotherapie konnte aus Kostengründen nicht stattfinden. Heute klagt Herr U. wieder über Knieschmerzen und hat Schwierigkeiten beim Gehen. Auch wenn Herr U. Unterstützung von verschiedenen Hilfsorganisationen bekommen hat, ist er nicht bedarfsgerecht versorgt worden. Insbesondere für chronisch erkrankte Menschen sind regelmäßige medizinische Kontrollen und die zuverlässige Verfügbarkeit der Medikamente unabdingbar.

Zum rechtlichen Hintergrund:

Anerkannte Flüchtlinge haben nach Artikel 23 der Genfer Flüchtlingskonvention „auf dem Gebiet der öffentlichen Fürsorge“ einen Anspruch auf dieselben Hilfeleistungen wie die Staatsangehörigen des Aufnahmelandes. Was sich zunächst sehr gut liest, kann zum Problem werden, wenn ein Staat wie Italien nur über ein sehr schwach ausgebildetes Sozialhilfesystem verfügt und Bedürftige auf die Unterstützung durch die eigenen Familien verweist. Da Flüchtlinge oftmals ohne familiären Rückhalt im Aufnahmeland leben, bedeutet diese „Gleichbehandlung“ für sie faktisch einen Ausschluss von notwendiger Hilfe. Hinzu kommt, dass besonders anerkannte Flüchtlinge aus Afrika rassistischer Diskriminierung ausgesetzt sind. Deshalb sehen sich viele dieser Menschen gezwungen, in ein anderes EU-Land zu reisen.

Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis in einem anderen EU-Land besitzen, dürfen generell legal in das Bundesgebiet einreisen, haben hier allerdings keinerlei Ansprüche auf Leistungen nach SGB II oder SGB XII. Diese Personengruppe könnte mit einem Jobangebot in Deutschland eine Aufenthaltserlaubnis beantragen, vorausgesetzt das voraussichtliche Einkommen würde den Bedarf an Miete, Krankenversicherung und dem täglichen Bedarf an Lebensmitteln und Kleidung decken. Für kranke oder schwangere Menschen ist dies jedoch nicht möglich. So bleibt noch der Antrag auf eine Duldung nach §60a AufenthG oder ein erneuter Asylantrag, diesmal in Deutschland. Die Erfolgsaussichten eines solchen erneuten Asylantrags sind jedoch sehr unsicher. Deutschland ist verpflichtet, die Menschen unterzubringen, bis über den Antrag entschieden ist. Asylsuchende werden in der Regel nach dem sog. Königsteiner Schlüssel auf die Bundesländer verteilt.

Frau Suzanna B., 41 Jahre, aus Serbien, seit 2 Jahren und 6 Monaten in Deutschland:

Frau B. lebt nach häuslicher Gewalt durch den langjährigen Partner mit ihrem Kind im Frauenhaus. Der ehemalige Partner hat eine Duldung in Deutschland, das Kind ebenfalls. Frau B. hat weder eine Aufenthaltsgenehmigung noch eine Duldung in Deutschland und damit keinen Zugang zum Gesundheitssystem, da sie befürchtet, bei der Ausländerbehörde angezeigt zu werden. Sie leidet unter Zahnschmerzen, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Hautproblemen und einer Unterleibszyste.

Frau B. möchte Deutschland gern mit ihrem Kind verlassen, um in ihre Heimat zu gehen, doch sie hat kein alleiniges Sorgerecht. Sie fühlt sich oft krank und erschöpft. Die häusliche Gewalt hat deutliche Spuren hinterlassen. Die sprachlichen Barrieren lassen häufig nur oberflächliche Gespräche über das zu Verarbeitende zu.

„Wenn ich zum Arzt muss, besorge ich mit Unterstützung des Frauenhauses einen Anonymisierten Krankenschein, das ist aufwendig und teuer für mich, denn ich muss zu der Vergabestelle weit fahren. Ich besorge mir dann einen Termin beim Arzt, aber einige wollen mich auch mit diesem Anonymisierten Krankenschein nicht behandeln. Ich spreche schlecht Deutsch und verstehe die Ärzte auch häufig nicht. Daher ist es besser, wenn jemand vom Frauenhaus mitkommt und den Ärzten auch alles erklärt.“

Mitarbeiterin des Frauenhauses: *„Für Frau B. können wir zum Glück Krankenscheine von einem Projekt in Niedersachsen bekommen. Das ist allerdings für die „papierlosen“ Frauen sehr aufwendig, sie müssen persönlich dort hinkommen. Da es nur wenige solche Projekte gibt, müssen die Frauen teils sehr weite Strecken dorthin fahren. Allein die Fahrtkosten betragen dann 23 Euro, Frau B. bekommt aber keine Transferleistungen, so dass wir das Fahrgeld dann selbst beschaffen müssen.“*

Der Schein umfasst die Behandlung einer Erkrankung. Da der Schein abgeholt werden muss, bevor die Behandlung erfolgt, muss die Klientin manchmal einige Tage mit Schmerzen aushalten, bevor der Schein organisiert und ein Arzttermin gemacht ist. Es kommt erschwerend hinzu, dass die Ärzte manchmal diesen Krankenschein nicht akzeptieren. Wir hatten sogar schon Probleme in der Praxis, wenn das Geburtsdatum nicht eingetragen war. Zur ersten Behandlung gehen wir meistens mit, weil viele Sprechstundenhilfen diese Krankenscheine nicht kennen und die die Patientinnen nicht aufnehmen wollen. Oft sind sie unfreundlich und nicht bereit, sich den Text auf dem Schein durchzulesen.“

Als Frau B. im Krankenhaus operiert werden sollte, gab es erhebliche Diskussionen. Eine Ärztin behauptete sogar, dass Menschen ohne Papiere nicht behandelt werden dürfen und dass sie melden würde, dass unser Frauenhaus solche Frauen aufgenommen hätte. Sehr dringliche Behandlungen stellen

immer ein Problem dar, da wir eigentlich vorher einen Schein beantragen müssten. Auch wenn nur unbedingt notwendige Behandlungen bezahlt werden, sind wir froh, dass es überhaupt diese Möglichkeit gibt.“

Zum Hintergrund:

Das seit 2016 laufende Projekt „Anlauf- und Vergabestelle zur Gesundheitsversorgung von papierlosen Menschen“ in Niedersachsen ist ein auf drei Jahre befristetes Modellprojekt, initiiert von den Medinetzen Göttingen/Hannover und finanziert bzw. unterstützt von der Landesregierung und der Kassenärztlichen Vereinigung. Es gibt in Göttingen und Hannover jeweils eine Vergabestelle.

Das Projekt hat zum Ziel, Menschen ohne Papiere ohne Angst vor Datenweitergabe an die Ausländerbehörde einen niederschweligen Zugang zum Gesundheitssystem zu ermöglichen. Mit einem Krankenschein können sie zu frei wählbaren Ärzt*innen gehen, die Abrechnung in der Arztpraxis erfolgt wie bei gesetzlich Krankenversicherten auch. Die eigentlich vorgesehene Ausgabe von Behandlungsscheinen durch Sozialämter ist in der Praxis für Menschen ohne Papiere mit dem Risiko der Entdeckung und Abschiebung behaftet. Die Vergabestellen für papierlose Menschen können vertraulich aufgesucht werden, die Daten der Patient*innen bleiben unter Verschluss. Zusätzlich erhalten die Betroffenen die Möglichkeit zur Sozial- und Rechtsberatung, vor allem, um etwaige Legalisierungswege aufzuzeigen.

Die „Ausnahmeregelung“ eines Krankenscheins gegenüber einer sonst üblichen Krankenversicherungskarte schafft unter dem medizinischen Personal oft zunächst Verwirrung oder Ablehnung. Es besteht Unkenntnis über die vorhandenen Leistungsansprüche von Menschen ohne Papiere.

Die hier skizzierten Fallgeschichten bilden nur einen kleinen Teil des breiten Spektrums von Notlagen ab, mit denen die Anlaufstellen in der Praxis konfrontiert sind. Die vorliegende Sammlung ist als exemplarisch anzusehen und kann keinen vollständigen Überblick leisten. Weitere wichtige Themen in der Versorgung von Menschen ohne Papiere sind zum Beispiel die Betreuung von Schwangeren und die Entbindung, die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung. Die hier vorgestellten Personen bilden bereits viele verschiedene Herkunftsländer ab, aber nicht alle. So ist beispielsweise der gesamte asiatische Raum nicht repräsentiert. Es bleibt darauf hinzuweisen, dass in Deutschland Menschen aus den verschiedensten Ländern und Kulturkreisen ohne geregelten Aufenthaltsstatus leben.

4. Bundespolitischer Handlungsbedarf

Seit der ersten Bestandsaufnahme der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität vor mehr als zehn Jahren hat sich weder die rechtliche Ausgangslage noch das humanitäre Problem wesentlich geändert. Nach wie vor ist ein Großteil der Menschen ohne Papiere gänzlich unversorgt. Die derzeitige Gesetzeslage verhindert notwendige Untersuchungen und Behandlungen, gefährdet die Gesundheit der Betroffenen und ist unnötig teuer. Die hier teils seit Jahren kompensierenden Parallelstrukturen der humanitären Versorgung sind defizitär, sie gewährleisten keine bedarfsgerechte flächendeckende Versorgung.

Die vorgestellten Fallbeispiele machen deutlich, dass rechtliche Hürden und ungeklärte Finanzierungsfragen in der Praxis weitere Probleme schaffen, wie z. B. Behandlungsverweigerungen durch Ärzt*innen, Zurückweisungen am Tresen der Arztpraxis oder der Rettungsstelle sowie Aufforderungen zu privater Kostenübernahme etc., denen die Betroffenen in der Regel schutzlos gegenüberstehen.

Die Fallgeschichten vermitteln, dass es dringend einer konsequenten Trennung von gesundheits- und migrationspolitischen Strategien bedarf: Die aufenthaltsrechtliche Situation der Betroffenen ist oft komplex. Nicht immer werden von den Betroffenen behördliche Vorgaben fehlerfrei umgesetzt, wie es auch in der Gesamtbevölkerung vorkommt, nicht zuletzt, weil Menschen ohne Papiere oft nicht „kompetent“ im Hinblick auf das deutsche Rechts- und Sozialsystem sind. Dadurch entstehen neue juristische Problemlagen. Solche Verfahrensfehler dürfen jedoch nicht zum Leistungsausschluss in der medizinischen Versorgung führen.

Hinzu kommen Verfahrensprobleme auf staatlicher Seite: Oft dauern sozialrechtliche Klärungen des Aufenthaltsstatus (sog. Clearings) wochen- und monatelang. Behördliche Engpässe – in der Vergangenheit z. B. bei der Vergabe von Gesundheitskarten für Asylsuchende – führen für die Betroffenen zu einer mangelnden Versorgung behandlungsbedürftiger Erkrankungen.

Als zentrales Problem und Barriere stellt sich die Übermittlungspflicht dar, nach der die Sozialbehörden verpflichtet sind, die Ausländerbehörde zu informieren, wenn sie erfahren, dass kein erforderlicher Aufenthaltstitel besteht (§ 87 Abs. 2 Nr. 1 AufenthG).

Die BAG fordert, dass auch für Menschen ohne Papiere ein sofortiger und ungehinderter Leistungsanspruch im Umfang des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten ist – denn dieser definiert die medizinisch notwendigen Leistungen – damit sie der ärztlichen Ethik entsprechend behandelt werden können.

Als Übergangslösung erscheinen bundesweit flächendeckend lokale Anlaufstellen fachlich sinnvoll, die im geschützten Rahmen, im Sinne einer klientenorientierten Unterstützung für diesen Personenkreis, für die Klient*innen freiwillig soziale und rechtliche Beratung anbieten und Legalisierungsmöglichkeiten eruieren. Hinsichtlich der medizinischen Versorgung sollte die Öffnung des regulären Gesundheitssystems Vorrang haben, Parallelstrukturen sind zu vermeiden bzw. möglichst abzubauen. Übergangsweise wünschenswert – und gegenwärtig bereits fachöffentlich diskutiert bzw. eingeführt – ist die Einführung eines anonymisierten Krankenscheins (bzw. einer Gesundheitskarte), der die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung im regulären Gesundheitssystem auch faktisch ermöglicht.⁸

Aus Sicht der BAG bedarf es jedoch vorrangig einer bundesweiten politischen Lösung, mit der die bedarfsgerechte Versorgung von Menschen ohne Papiere sichergestellt wird. Erforderlich ist eine rechtliche Nachjustierung und Aufhebung bundesrechtlicher Restriktionen.

Es besteht dringender Handlungsbedarf, da tagtäglich Menschen in Deutschland nicht adäquat medizinisch versorgt werden. Es werden dadurch Komplikationen und Chronifizierungen in Kauf genommen und Menschenleben aufs Spiel gesetzt. Das ist ein unhaltbarer Zustand.

⁸ Zum Praxisansatz des Anonymisierten Krankenscheins s. S. 15. In verschiedenen Regionen in Deutschland gibt es inzwischen Ansätze, Menschen ohne Papiere medizinisch zu versorgen. Diese Projekte und Initiativen können jedoch nur Ausgleichversuche sein, bis die bundesrechtlichen Rahmenbedingungen besser zur Versorgungsrealität passen, s. hierzu: „Überblick Lösungsansätze“, Kapitel 4, Arbeitspapier der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität, April 2017, https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/BAG_Gesundheit_Illegalitaet_Arbeitspapier_Gesundheitsversorgung_fu_r_Menschen_ohne_Papiere_April_2017_Web.pdf

Literatur und weiterführende Links

Ärzte der Welt (2017): Europa versagt beim Menschenrecht auf Gesundheitsversorgung, Bericht, 11/2017, Brüssel. <https://www.aerztederwelt.org/presse-und-publikationen/presseinformationen/2017/11/08/bericht-europa-versagt-beim-menschenrecht-auf-gesundheitsversorgung>

Ärzte der Welt (2017): Inlandsprojekte – Gesundheit ist ein Menschenrecht, 11/2017. https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2017/11/domestic-projects_2017_german.pdf

Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG): <https://www.gesetze-im-internet.de/asylbgl/BjNR107410993.html>

Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität (2017): Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere, 1. Auflage, 4/2017, Berlin. https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/BAG_Gesundheit_Illegalitaet_Arbeitspapier_Gesundheitsversorgung_fu_r_Menschen_ohne_Papiere_April_2017_Web.pdf

Bundesärztekammer (2013): Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis, 3. aktualisierte Auflage, 11/2013. Berlin. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Faltblatt_Patienten-ohne-Aufenthaltsstatus_30112013.pdf

Bundesärztekammer (2016): Entschließungen „Flüchtlinge in der medizinischen Versorgung“, in: 119. Deutscher Ärztetag 2016, Berlin, 15–31. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/119.DAET/119DAETB_entschlussprotokoll20160603.pdf

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2015): Hinweise zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Krankenhäusern, Stand November 2015. http://www.dkgev.de/media/file/22105.RS463-2015_Anlage_Gesundheitsversorgung_von_Fluechtlingen_und_Asylsuchenden.pdf

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2015): Aufwendungsersatzansprüche der Krankenhäuser nach der Nothelferregelung des §§ 25 SGB XII sowie 6a AsylbLG, Anlage 1. 2/2015. http://www.dkgev.de/media/file/19499.Anlage_1_Aufwendungsersatzanspr_d_KH_nach_Nothelferreg_%C2%A7-C2%A7_25_SGB_XII_+_6a_AsylbLG.pdf

Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg) (2008): Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland – Ihr Recht auf Gesundheit, Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität, 2. Auflage, 8/2008, Berlin. http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/_migrated/tx_commerce/studie_frauen_maenner_und_kinder_ohne_papiere_ihr_recht_auf_gesundheit.pdf

Eichenhofer, Eberhard (2013): Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge, Abhandlung, Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik (ZAR), 5–6/2013, 169–175, Baden-Baden, Nomos Verlag. http://www.zar.nomos.de/fileadmin/zar/doc/Aufsatz_ZAR_13_5-6.pdf

Falge, Christiane; Fischer-Lescano, Andreas; Sieveking, Klaus (Hg.) (2009): Gesundheit in der Illegalität, 1. Auflage, 8/2009, Baden-Baden, Nomos Verlag.

Flüchtlingsrat Berlin e. V. (Hg.); Groß, Jessica (2005): Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Versorgung von Patienten und Patientinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus, Broschüre, 4/2015, Berlin. http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeits-hilfen/Medizin_fuer_Statuslose.pdf

Flüchtlingsrat Berlin (o. J.): Medizinische Versorgung. <http://www.fluechtlingsrat-berlin.de/gesetzgebung.php#Med>

Frings, Dorothee; Janda, Constanze; Keßler, Stefan; Steffen Eva (2018): Sozialrecht für Zuwanderer, 1/2018, 2. Auflage, Baden-Baden, Nomos Verlag

Führer, Amand; Eichner, Friederike (2015): Verloren im Räderwerk, Eine interdisziplinäre Studie zur Gesundheit und medizinischer Versorgung von Asylsuchenden in Halle (Saale), 1. Auflage, 12/2015. <http://medinetz-halle.de/wp-content/uploads/2015/12/Verloren-im-R%C3%A4derwerk.pdf>

Gesundheit für Geflüchtete, Informationsportal von Medibüros/ Medinetzen. <http://gesundheit-gefluechtete.info/>

Hacker, Jörg; Hüttl, Reinhard F.; Hatt, Hanns (2015): Zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden, Kurz-Stellungnahme, Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften, acatech Deutsche Akademie der Technikwissenschaften, Union der Deutschen Akademien der Wissenschaften, 10/2015, Halle. https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2015_Gesundheit_Asylsuchende_01.pdf

Huschke, Susann (2010): Versorgung von Menschen ohne Papiere – „Den Letzten beißen die Hunde“, Deutsches Ärzteblatt, PP, Heft 9, 9/2010, 404–406. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/78311/Versorgung-von-Menschen-ohne-Papiere-Den-Letzten-beissen-die-Hunde>

Katholisches Forum Leben in der Illegalität (2017): Forderung der Gewährleistung der Gesundheitsversorgung für Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität in Deutschland, Positionspapier, 2/2017, Berlin. http://forum-illegalitaet.de/wordpress_01/wp-content/uploads/2017/04/Positionspapier-Forum-Illegalita-t-Gesundheitsversorgung-2017.pdf

Manteuffel von, Marie; Köbler, Melanie; Mohr, Tobias; Habbe, Heiko (2017): Aufenthaltsrechtliche Illegalität, Beratungshandbuch 2017, Hrsg. Deutscher Caritas Verband (DCV) und Deutsches Rotes Kreuz (DRK) Berlin/Freiburg, 4. aktualisierte und vollständig überarbeitete Auflage, 12/2017. http://drk-wohlfahrt.de/uploads/tx_ffpublication/2018-02-02_41_Inklusive_Gesellschaft_Beratungshandb_Aufenthaltsrechtl_Illegalitaet_2017.pdf

Marie von Manteuffel (2018): Papierlos und unterversorgt – Die notwendige Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland, Abhandlung, Zeitschrift für medizinische Ethik (ZfmE) 64. Jahrgang 2018, Heft 1, S. 33 ff.

Médecins du Monde (2017): Falling through the cracks, The Failor of Universal Health Care Coverage in Europe, Observatory Report 2017, 11/2017, Brüssel. <https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/01/observatory-report-2017-web-version.pdf>

Medibüro Berlin, Netzwerk für das Recht auf Gesundheitsversorgung aller Migrant*innen: www.medibuero.de

Mylius, Maren (2016): Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland, Studien zur Praxis in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern, 1. Auflage, 7/2016, Bielefeld, Transcript-Verlag.

Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM): <http://picum.org/>

PICUM (2017): Warum „ohne Papiere“, „undokumentiert“ oder „ohne Aufenthaltsstatus“?, Brüssel. http://picum.org/Documents/WordsMatter/Leaflet_GERMAN_March2017.pdf

UN-Behindertenrechtskonvention:
<https://www.behindertenrechtskonvention.info/>

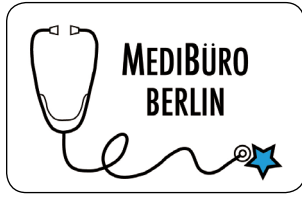
UN-Frauenrechtskonvention:
<https://www.frauenrechtskonvention.de/>

UN-Kinderrechtskonvention:
<https://www.kinderrechtskonvention.info/>

Vogel, Dita (2016): Kurzdossier, Umfang und Entwicklung der Zahl der Papierlosen in Deutschland, Fachbereich 12. Arbeitsbereich Interkulturelle Bildung, AbIB-Arbeitspapier, 2/2016. http://www.fb12.uni-bremen.de/fileadmin/Arbeitsgebiete/interkult/Arbeitspapiere/Vogel_2016_Kurzdossier_Umfang_Papierlose_in_Deutschland_Abib-Arbeitspapier_2.pdf

Weitz, Burkhard (2017): Medizinische Hilfe für Papierlose, Krankmachende Umstände, Interview mit Anja Dieterich, Chrismon. Das Evangelische Magazin, 11/2017. <https://chrismon.evangelisch.de/artikel/2017/36530/medizinische-hilfe-fuer-papierlose>

Alle Internetquellen: Stand 26.02.2018



MediNetz Bielefeld
Medizinische Flüchtlingshilfe für
Menschen ohne Krankenversicherungsschutz

**Medizin und
Menschenrechte**
medizinische flüchtlingshilfe erlangen

Diakonie 



MediNetz Jena e.V.
Medizinische Hilfe für Geflüchtete



**Gesundheit
für Geflüchtete**

Kampagne von Medibüros/Medinetzen



JRS
Jesuit Refugee Service
Jesuiten-Flüchtlingsdienst



KATHOLISCHES FORUM **LEBEN IN DER
LEGALITÄT**



MediNetzBonn e.V.



Medinetz Göttingen
solidarity with migrants



Interkulturelle Arbeitsstelle
für Forschung, Dokumentation
Bildung und Beratung e.V.



Kontakt:

Die Koordination der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität
liegt derzeit bei der Diakonie Deutschland.

Ansprechperson:

Dr. med. Anja Dieterich, MPH
Grundsatzfragen der gesundheitlichen Versorgung
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
Telefon: +49 (0)30 65211 1664
E-Mail: anja.dieterich@diakonie.de

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Str.1
10115 Berlin
www.diakonie.de

Die vorliegende Fallsammlung ist elektronisch abrufbar
unter: info.diakonie.de/Gesundheitsversorgung-fuer-Menschen-ohne-Papiere