



IPPNW



café 104
Beratung und medizinische Hilfe für Menschen ohne Papiere

Zugang zur Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland

Möglichkeiten,
Grenzen und
Lösungsansätze

Mittwoch 19. Nov. 2008
Institut Français München

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	2
Programm der Veranstaltung	3
I. Claudia Vollmer, Kreisverwaltungsreferat.....	4
<i>Leiterin der Ausländerbehörde Landeshauptstadt München</i>	<i>4</i>
Der Umgang mit kranken Menschen ohne Papiere	4
II. Petra Spitzbarth, Sozialreferat, Amt für Wohnen und Migration	5
<i>Fachberaterin und Gruppenleiterin im Bereich vom Amt für Wohnen und Migration, Hilfen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.....</i>	<i>5</i>
Kostenübernahme der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Papiere.....	5
III. Dr. med. Maria Heinzlmann, Ärzte der Welt e.V. – open.med	6
<i>Fachärztin für Innere Medizin, Tropenmedizin.....</i>	<i>6</i>
Konkrete Erfahrungen mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere	6
IV. Birgit Poppert, café 104.....	8
Konkrete Erfahrungen mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere	8
V. Dr. Margret Spohn, Sozialreferat, Amt für Wohnen und Migration, Stelle für interkulturelle Arbeit.....	10
<i>Wissenschaftliche Mitarbeiterin</i>	<i>10</i>
Das Münchener Modell	10
VI. Prof. Dr. Heinz-Jochen Zenker, Ärzte der Welt e.V.	11
<i>Psychiater, Arzt für öffentliches Gesundheitswesen und Epidemiologe</i>	<i>11</i>
Überblick über europäische Modelle.....	11



In Deutschland leben nach Schätzungen von Experten ca. 1 bis 1,5 Million MigrantInnen ohne gültigen Aufenthaltsstatus, deren gesundheitliche Versorgung unzureichend geregelt ist. Sie werden von keiner Krankenversicherung aufgenommen. Nur in akuten Fällen haben sie einen Anspruch auf medizinische Dienstleistung über die Sozialämter, sofern sie ihre Behandlung nicht selber zahlen können. Das Sozialamt ist jedoch gemäß dem Aufenthaltsgesetz verpflichtet, in der Illegalität lebende Menschen der Ausländerbehörde zu melden. Die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe kann somit zur Aufdeckung eines nicht legalen Aufenthaltes und einer anschließenden Ausweisung führen. Können die Betroffenen die ärztlichen Leistungen nicht privat zahlen, zögern sie häufig einen Arztbesuch aus Angst vor diesen Konsequenzen so lange wie möglich hinaus.

Ärzte der Welt, café 104 und IPPNW setzen sich dafür ein, den Zugang zur Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland zu verbessern. So wird zum Beispiel in der Münchener Anlaufstelle von *Ärzte der Welt* und café 104 diesen Menschen kostenlose und anonyme medizinische Hilfe und Berstung angeboten.

Dank dem ehrenamtlichen Engagements von ÄrztInnen sowie HelferInnen, werden diesen Menschen eine ganzheitliche soziale Beratung und medizinische Versorgung geboten. Aber es gibt in der alltäglichen Arbeit noch viele Schwierigkeiten und Engpässe., wie z.B. stationäre Eingriffe oder die Behandlung von chronischen Krankheiten. Außerdem kann die medizinische Hilfe nur angeboten werden, weil ÄrztInnen ihre Zeit und Praxisleistungen kostenlos zur Verfügung stellen. Hier sind Lösungen unbedingt auf politischer Ebene zu suchen.

Ärzte der Welt, café 104 und IPPNW ist es wichtig, Lösungsansätze mit VertreterInnen von Behörden und Politik zu diskutieren, um auf diesem Weg Zugang zur Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland zu erreichen.

Das war das Ziel des Fachtags **„Zugang zur Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Aufenthaltstatus in Deutschland“** am 19. November 2008 in München.

So ergaben sich nach einer Situationsanalyse und der Vorstellung konkreter kommunaler Prozesse und einzelner länderspezifischer Regelungen, Forderungen an die Politik. Diese wurden in einer Podiumsdiskussion mit Siegfried Benker, Fraktionsvorsitzender der Münchner Grünen, Julika Sandt, Landtagsabgeordnete der FDP, Herrn Wilhelm Dräxler von Caritas, Herrn Johannes G. Knickenberg vom Katholischen Forum „Leben in der Illegalität“ und Gerhard Schwarzkopf vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte erörtert. Die Möglichkeit, einen illegalen Aufenthalt als Straftat zur Ordnungswidrigkeit herabzustufen, die Abschaffung der Beihilfe zum illegalen Aufenthalt für helfende ÄrztInnen und BeraterInnen oder die Eventualität eines anonymen Krankenscheins wurden u.a. debattiert.

Aber vor allem stand die Lockerung oder die Aufhebung der Mitteilungspflicht im Bereich medizinischer Versorgung im Fokus der Debatte. So betonte Johannes G. Knickenberg vom Katholischen Forum: „Bei jedem Lösungsvorschlag stoßen wir immer wieder auf die Übermittlungspflicht. Sie ist daher zentral für jede Lösung (...) Es gibt ein Recht auf Gesundheit. Der richtige Weg ist also die Einschränkung der Übermittlungspflicht und dann kann das Recht auf Gesundheit auch realisiert werden“. Hier waren sich alle Diskussionsteilnehmer einig.

Zum Abschluss der Podiumsdiskussion wurden konkrete Ziele formuliert:

- Einschränkung der Übermittlungspflicht,
- Einrichtung eines staatlichen oder städtischen Fonds für Menschen ohne Papiere;
- Unterstützung von Organisationen, die in diesem Bereich arbeiten, u.a. eine finanzielle Unterstützung oder Hilfe in ihrer Öffentlichkeitsarbeit,
- Verlängerung der Schweigepflicht in das Sozialamt.

In vielen anderen europäischen Ländern wird das Vorenthalten der Gesundheitsversorgung nicht wie in Deutschland als Mittel gegen irreguläre Einwanderung praktiziert, sondern dort ist das Recht auf Gesundheitsversorgung für alle Menschen ohne Rücksicht auf ihren Aufenthaltsstatus gesetzlich verankert. Für niederländische ÄrztInnen besteht die Möglichkeit, Kosten, die ihnen bei der Behandlung illegaler Einwanderer entstehen, sich auf Antrag von einer staatsfinanzierten Stiftung erstatten zu lassen. In Spanien haben MigrantInnen ohne Papiere den gleichen Zugang zum öffentlich finanzierten Gesundheitssystem wie die eigenen BürgerInnen. Die einzige Bedingung ist, sich bei der Stadt registrieren zu lassen. Eine mögliche Umsetzung solcher Ansätze sollte auch in Deutschland diskutiert werden, denn ungeachtet aller Landesgrenzen gehört das Recht auf medizinische Versorgung zu den Grundrechten eines jeden Menschen.

Programm der Veranstaltung

13:30 Uhr

Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland: Situationsanalyse

Der Umgang mit kranken Menschen ohne Papiere

Claudia Vollmer, Leiterin der Ausländerbehörde im Kreisverwaltungsreferat, München

Kostenübernahme der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Papiere

Petra Spitzbarth, Sozialreferat, Amt für Wohnen und Migration, München

Konkrete Erfahrungen mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere

Dr. med. Maria Heinzlmann, Ärzte der Welt e.V., München

Birgit Poppert, *café 104*, München

Fragen und Diskussion

15.00

Kaffeepause

15:30

Deutsche und europäische Modelle der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere

Das Münchener Modell

Dr. Margret Spohn, Sozialreferat, Stelle für interkulturelle Arbeit, München

Überblick über deutsche und europäische Modelle

Prof. Dr. med. Heinz-Jochen Zenker, ehemaliger Leiter des Gesundheitsamtes Bremen, Ärzte der Welt e.V.

16:30 Uhr

Podiumsdiskussion

Umsetzung von Modellen der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland

Es diskutieren:

Siegfried Benker, Fraktionsvorsitzender der Münchner Grünen

Julika Sandt, Landtagsabgeordnete der FDP;

Wilhelm Dräxler, Caritas;

Johannes G. Knickenberg, Katholisches Forum „Leben in der Illegalität“;

Dr. Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser, stellv. Vorsitzender, Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte

17:30 Uhr

Ende der Veranstaltung

I. Claudia Vollmer, Kreisverwaltungsreferat

Leiterin der Ausländerbehörde Landeshauptstadt München

Der Umgang mit kranken Menschen ohne Papiere

Das Thema Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere steht in einem sehr schwierigen Spannungsfeld. Dieses Spannungsfeld wird auf der einen Seite begrenzt durch das verfassungsmäßig gesicherte Recht auf Leben und Gesundheit, das sowohl für illegal, als auch legal hier lebende Menschen besteht. Auf der anderen Seite gibt es aber auch nach § 87 Abs. 2 des Aufenthaltsgesetzes eine Mitteilungspflicht aller öffentlichen Stellen. Trotz dieser schwierigen Spannungslage und trotz der gegebenen Vorschriften konnten diese Konflikte in München in der überwiegenden Zahl der Fälle auf der Grundlage des geltenden Rechts gelöst werden.

Es gibt zu der ganzen Thematik, was die juristische Problematik angeht, kaum Rechtsprechung, Strafverfahren oder Gerichtsverfahren. Das Gebot der Mitteilungspflicht nach § 87 Abs. 2 und die Strafandrohung, die im § 96 des Aufenthaltsgesetzes enthalten ist, spielen in der Verwaltungspraxis keine große Rolle und werden in der öffentlichen Diskussion oft überschätzt. Dieses ist auch das Ergebnis eines Gutachtens, das im Auftrag des Bundesministeriums des Innern erstellt worden ist. Es gab eine Umfrage bei den Ausländerbehörden und bei den Ministerien und nur sehr Wenige konnten von Einzelfällen berichten.

Ärzte und medizinisches Personal haben einerseits aufgrund von Standesrecht eine Pflicht zur medizinischen Behandlung, wenn es medizinisch indiziert ist. Außerdem unterliegen sie gem. § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht. Aufgrund dieses sogenannten Verwendungsverbots besteht gem. § 88 Aufenthaltsgesetz keine Mitteilungspflicht nach Ausländerrecht.

Ein Problem entsteht erst, wenn sich die Frage der Finanzierung für Krankenhausverwaltung oder niedergelassene Ärzte stellt. Was das Verwaltungspersonal von Krankenhäusern angeht, ist die Rechtslage umstritten. In München gehen alle beteiligten Referate davon aus, dass diese Mitteilungspflicht nur dann besteht, wenn Behörden bei der Aufgabenerfüllung Kenntnis über einen illegalen Aufenthalt erlangen. Das Krankenhauspersonal ist weder verpflichtet, den Aufenthaltsstatus zu ermitteln, noch ist das für deren Aufgabenerfüllung zwingend notwendig. Alle Informationen, die „bei Gelegenheit“ der Behandlung gewonnen werden, fallen nicht unter die Mitteilungspflicht.

Grundsätzlich ist eine Finanzierung der medizinischen Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz möglich, das nicht nur für Asylbewerber sondern für alle, die ausreisepflichtig sind, gilt. Die Finanzierung einer Krankenbehandlung ist möglich für alle Behandlungen, die dringend veranlasst sind. Allerdings unterliegt der Leistungsträger, z.B. in München das Sozialreferat, der Mitteilungspflicht für öffentliche Stellen. Die Ausländerbehörde in München hat in den letzten Jahren so gut wie keine Mitteilungen bekommen; sie spielen in der Praxis kaum eine Rolle. Aber die Mitteilungspflicht ist natürlich der eigentliche Grund, warum die Betroffenen, seien es die behandelnden Ärzte oder die Ausländerinnen und Ausländer selber, von einer Krankenbehandlung absehen.



Was für Möglichkeiten haben denn unter diesen Voraussetzungen überhaupt die Kommunen und die Ausländerbehörden? Kommunen sind natürlich kein rechtsfreier Raum und müssen auf die Wiederherstellung ordnungsgemäßer Zustände, auch nach Ausländerrecht dringen. Das ist unsere Aufgabe und unsere Pflicht. Gleichzeitig ist dies aber auch der Ansatzpunkt für die Ausländerbehörde München, sich Handlungsmöglichkeiten zu schaffen.

Es ist festzustellen, dass Ordnungsrecht und humanitäre Pflichten kein Widerspruch sind. Humanitäre Pflichten können nur in einem Rechtsstaat erfüllt werden und umgekehrt gehört zu ordnungsrechtlichen Ansätzen auch immer die Beachtung von Grundrechten.

Der Ansatzpunkt, rechtmäßige Zustände zu schaffen führt u.a. auch zu der Verpflichtung, besonders schutzwürdigen Personen einen Weg aus der Illegalität zu ermöglichen und aufzuzeigen. Dazu ist es erforderlich, dass alle Beteiligten, die auf diesem schwierigen Terrain arbeiten, insbesondere die Beratungsorganisationen, aber auch die beteiligten städtischen Dienststellen sehr eng zusammenarbeiten.

Das Thema Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere beschäftigt die Ausländerbehörde in München schon seit vielen Jahren. Wir haben 2004 die Studie von Dr. Anderson zum Anlass genommen, mit allen Akteuren ein Verfahren zu entwickeln, das die ärztliche Versorgung von illegal hier lebenden Ausländern sicherstellt.

Wir haben in München einen pragmatischen Ansatzpunkt, der immer auf Einzelfälle bezogen ist. Wir stehen für Beratungsstellen als Anlaufstelle zur Verfügung. Wir haben dafür Ansprechpartner, die zusammen mit den in diesem Feld tätigen Organisationen und Dienststellen Fälle anonym besprechen und die ausländerrechtlichen Möglichkeiten abklären. Nicht alle Fälle lassen sich mit einer Legalisierung lösen: Es gibt auch Fälle, in denen wir als Ausländerbehörde auf der Ausreise bestehen müssen. Es bedeutet aber in der Regel eine organisierte Ausreise, mit Unterstützung des Büros für Rückkehrhilfe. Die Erfahrung in München ist aber, dass etwa zwei Drittel aller Fälle auf der Grundlage des geltenden Rechts geregelt werden können. In vielen Fällen konnte ein weiterer Aufenthalt in der Illegalität vermieden werden. Die Betroffenen wissen oft nicht, dass es für sie eine Legalisierungsmöglichkeit gibt. Dies ist insbesondere häufiger der Fall bei Geburten von Kindern, die oft ein Aufenthaltsrecht von einem hier Aufenthaltsberechtigten ableiten können. In den Geburtsfällen besteht auch die Möglichkeit, eine Duldung während der Mutterschutzfrist drei Monate vor und nach der Geburt zu erteilen.

Die Ausländerbehörde München wird ungefähr in ein bis zwei Dutzend Fällen pro Jahr von Beratungsstellen kontaktiert. Die Erfahrung zeigt, dass eine ganze Reihe von Fällen erfolgreich gelöst werden können.

II. Petra Spitzbarth, Sozialreferat, Amt für Wohnen und Migration

*Fachberaterin und Gruppenleiterin im Bereich vom Amt für Wohnen und Migration,
Hilfen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz*

Kostenübernahme der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Papiere



An uns wenden sich Menschen, die um Kostenübernahme bitten. Wie von Frau Vollmer schon angesprochen, gibt es im Asylbewerberleistungsgesetz die Möglichkeit, Kostenübernahmen aufgrund von §4 und §6 AsylbLG zu erhalten. Um eine Kostenübernahme zu bekommen, muss erstmal der Leistungsbereich vom §1 Asylbewerberleistungsgesetz eröffnet werden, und sobald das vorliegt, muss geprüft werden, oft mit Hilfe des Referats für Gesundheit und Umwelt, ob wirklich eine akute Erkrankung vorliegt oder nicht. Laut dem §4 sind aber nicht nur akute Erkrankungen und Schmerzzustände zu behandeln, und die Kosten dafür zu übernehmen, sondern z.B. Kosten die bei werdenden Müttern entstehen. Dieses ist noch mal explizit im Absatz 2 genannt. Sobald die Betroffenen im Leistungsbereich des Asylbewerberleistungsgesetzes fallen, hat man einigen Spielraum.

Wir wissen aus Erfahrung, dass es gerade für Personen in der Illegalität unmöglich ist, zu wissen, ob sie auf eine Kostenübernahme Anspruch haben. Sie haben Angst abgeschoben zu werden. Sie können nicht unterscheiden zwischen der antragstellenden Behörde, Kostenübernahme und der Ausländerbehörde. Viele haben Angst bei uns einfach von der Polizei weggeholt zu werden.

Wir haben deswegen unter Betreiben von Herrn Stummvoll 2005 eine Sondergruppe aufgestellt, die sich nur mit diesem Personenkreis und komplizierten Sachverhalten beschäftigt. Wir haben uns bemüht die Gruppe bekannt zu machen und arbeiten mittlerweile sehr gut mit einigen Verbänden, wie das café 104, Ärzte der Welt und die Malteser Migranten Medizin zusammen. Vor der Einrichtung dieser Sondergruppe war es schwierig, weil wir nur Kostenübernahmeanträge von Krankenhäusern bekommen haben. Wir hatten fast nicht die Möglichkeit, zu eruieren, ob die Patienten wirklich leistungsberechtigt nach Asylbewerberleistungsgesetz waren.

Durch diese Sondergruppe und durch diesen geschützten Rahmen, hat es sich alles zu einem sehr positiven Aspekt geäußert. Wir gehen sehr sensibel mit den Daten um und haben die Möglichkeit anonym zu beraten. Die Personen müssen nicht persönlich erscheinen, sondern können über Verbände und Vereinigungen an uns herantreten. Wir erörtern den Fall und wenn wir Hoffnung haben, dass etwas möglich ist, helfen wir weiter. Wir benötigen allerdings dann die Angaben der Person, weil wir nach § 87 AufenthG eine Mitteilungspflicht an die Ausländerbehörde haben. Mir ist aber seitdem ich mit dieser Thematik beschäftigt bin, noch kein Fall bekannt, der bearbeitet wurde und der dadurch ausländerrechtliche Nachteile hatte. Dieses ist auch dadurch möglich, dass die Ausländerbehörde eine eigene Anlaufstelle hat, und dass wir gut zusammenarbeiten. Die Kostenübernahme selber erfolgt nach Einzelfallentscheidungen. Wir müssen jedes Mal aufs Neue prüfen, ob die Person leistungsberechtigt ist.

Ich möchte Verbände wirklich ermutigen, sich mit Einzelfällen direkt an uns zu wenden und ich hoffe auf eine weitere gute Zusammenarbeit.

III. Dr. med. Maria Heinzlmann, Ärzte der Welt e.V. – open.med

Fachärztin für Innere Medizin, Tropenmedizin

Konkrete Erfahrungen mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere



Das Projekt *open.med* wurde 2006 von *Ärzte der Welt* ins Leben gerufen und bietet in Zusammenarbeit mit café 104 eine medizinische und psychosoziale Anlaufstelle für Menschen ohne Papiere oder ohne Krankenversicherungsschutz. Seitdem haben unsere Ärzte und psychosozialen Berater in den jeweils dreistündigen Sprechstunden, dienstags und freitags, viele Menschen ohne Krankenversicherung medizinisch betreut und sie bei der Bewältigung ihrer schwierigen Lebenssituation unterstützt. Außerhalb der Sprechzeiten können uns die Patienten in dringenden Fällen von Montag bis Freitag

unter einer Notfallnummer erreichen. Zusätzlich zu den allgemeinärztlichen Sprechstunden wurde seit Mai 2008 eine pädiatrische Sprechstunde speziell für Kinder und Mütter eingerichtet, die zweimal im Monat für jeweils eine Stunde stattfindet. Insgesamt besteht das Team von *open.med* aus 10 Ärzten in der Anlaufstelle, 60 Fachärzten, an die bei Bedarf Patienten weitervermittelt werden können, 20 geschulten Freiwilligen für die psychosoziale Beratung. Zusätzlich werden den Patienten kostenlose Labor- und Apothekenleistungen angeboten.

Im Jahr 2007 fanden im Rahmen der Ambulanz über 700 Arztkonsultationen statt, davon 77 für Menschen ohne Papiere. Insgesamt wurden 211 Patienten - darunter 30 Kinder - teilweise mehrfach behandelt. Frauen besuchten die Sprechstunde häufiger als Männer (61,8% vs. 38,2%). Mit 44,6% war der Anteil der 20-39-jährigen Patienten überdurchschnittlich hoch. Die Patienten stammten aus 64 verschiedenen Ländern, 24,9% kamen aus den neuen EU-Ländern Polen und Bulgarien. Im Durchschnitt wurden 50 Patienten pro Monat behandelt, darunter acht bis zehn „Illegalisierte“, d.h. fast jeder fünfte Patient in der open.med Ambulanz hatte keinen sicheren Aufenthaltsstatus.

Bei den Patienten ohne Aufenthaltspapiere, die die Sprechstunde von *open.med* aufsuchten waren 60,5 % Frauen und 39,5% Männer. Auch hier bildete die Altersgruppe der 20-39-jährigen den größten Anteil. Die meisten Menschen ohne Papiere kamen aus lateinamerikanischen oder osteuropäischen Ländern, die nicht EU Mitgliedsstaaten sind. Bei den Diagnosestellungen überwiegen Erkrankungen des weiblichen Genitals (Infektionen, Tumoren), gefolgt von Erkrankungen im Bewegungsapparat oder Schwangerschaft/Geburt/-Familienplanung. Psychiatrische Diagnosen waren bei Menschen ohne Papiere nicht gehäuft.

Medizinischer Versorgungsbedarf besteht bei den oftmals jungen Patienten durch akute Erkrankungen. Der Behandlungsbeginn ist oft verzögert. Es waren sowohl ambulante, als auch stationäre Behandlungen nötig. Im ambulanten Bereich war neben der Akutbehandlung von z.B. Infektionskrankheiten ein Bedarf an Prophylaxemaßnahmen, einschließlich Impfungen oder Schwangerschaftsbetreuung feststellbar. In seltenen Fällen waren Behandlungen chronischer Krankheiten nötig. Oft war eine finanzielle Eigenbeteiligung der Patienten für Diagnostik und Therapie war aufgrund der Lebensumstände der Menschen ohne Papiere nicht möglich.

Stationärer Behandlungsbedarf bestand bei unserer Patienten in der Versorgung akuter Erkrankungen wie einer Appendektomie, einer Tonsillektomie, der operativen Versorgung einer Beinfraktur oder Entbindungen.

Ziele der open.med Ambulanz sind ein früherer Behandlungsbeginn und das Knüpfen von weiteren Fachkontakten, um umfassende medizinische und soziale Hilfsangebote anbieten zu können. Eine Bestrebung ist Menschen ohne Papiere zu ermutigen unsere Ambulanz aufzusuchen und medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Es ist fragwürdig, ob Menschen ohne Papiere, die medizinische Hilfe nötig haben diese auch in Anspruch nehmen. Bedeutsam ist auch, dass ein Arzt rechtzeitig konsultiert wird, um eine Chronifizierung einer Erkrankung mit erhöhter Komplikationsneigung zum Wohle des Patienten zu vermeiden und um eine finanziell schulterbare Situation anzustreben.

Bei den stationären Behandlungen versucht Ärzte der Welt die Behandlungskosten durch Mischfinanzierungen aus Ratenvereinbarungen mit den Patienten und Spendengeldern zu finanzieren. Zusätzlich sind Spezialarrangements mit bestimmten städtischen und kirchlichen Krankenhäusern möglich, die eine anonyme Krankenhausbehandlung mit privater Kostenübernahme ermöglichen.

Problematisch sind lange, kostenintensive ambulante Behandlungen, wie beispielsweise eine Hepatitis C Behandlung, da die Kosten hierfür den finanziellen Rahmen des Projektes sprengen. Für diese Situationen müssen noch Lösungen gefunden werden.

Derzeit ist die Versorgung von Patienten der open.med Ambulanz und aus der Betreuung durch Mitarbeiter vom café 104 nur möglich, weil bis zu 100 Ärzte ihre Leistungen und großteils Praxisleistungen kostenlos zur Verfügung stellen. Eine Situation die überdacht werden sollte, im Sinne der Fairness der geleisteten Arbeit gegenüber, aber auch, weil die derzeitige Situation dazu führt, dass Patienten häufig auf andere Ärzte treffen, die sich die Arbeit aufteilen, um sie in dieser Freiwilligkeit überhaupt anbieten zu können.

Es gilt neue Lösungen für die nach wie vor komplizierte Situation von Menschen ohne Papiere auf politischer Ebene zu finden.

IV. Birgit Poppert, café 104 Konkrete Erfahrungen mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere

Ohne die Kooperation mit Ärzte der Welt vor 2 Jahren, wäre es uns vom Café 104, das in zwei Wochen sein zehnjähriges Bestehen feiern kann, nicht gelungen, dieses Zentrum für medizinische Hilfe und Beratung mit aufzubauen, das es nun in der Tat geworden ist. Unsere gemeinsame Arbeit greift auf für die Klientel sehr nutzbringende Weise puzzleartig ineinander. Was uns aber vor allem mit Ärzte der Welt verbindet, ist die Überzeugung, dass ohne Lebensperspektive kein wirkliches Gesundwerden und -bleiben möglich ist. *Open.med* und Café 104 geben sich nicht damit zufrieden, die Klient/innen medizinisch zu versorgen, sondern wollen - unter anderem mit dieser Tagung - darauf hinwirken, dass sich politisch für Menschen mit ungesichertem Status etwas positiv verändert.

Vielleicht darf ich noch ganz kurz ein paar klärende mir wichtige Worte zu Illegalisierten sagen. Unautorisierte Migration ist das Resultat sehr komplexer Ursachen: Krieg, Hunger, Mangel an Lebensperspektiven in den Herkunftsländern, Umweltproblematik wie Erwärmung, der Boden gibt nichts mehr her, Umweltkatastrophen, dies z.T. Ursachen, die wir mit zu verantworten haben und daher auch bis zu einem gewissen Grad Verantwortung tragen. Aber auch die Nachfrage nach billigen Arbeitskräften in den Zielländern gehört dazu. Illegale heißen sie in der Behördensprache oder irreguläre Migranten. Das beschreibt ihren rechtlichen Status, den sie in der Regel nicht selber gewählt haben, denn nur 15 –max. 30% überschreiten illegal die Grenze, die anderen halten sich zunächst legal im Land auf und werden z.T. durch eine rigide Gesetzgebung illegalisiert.



Illegalität ist in Deutschland eine Straftat, in anderen EU-Ländern eine Ordnungswidrigkeit. Aber auch wenn man das dahingestellt sein lässt, auch Straftäter haben ein Recht auf Gesundheit, ohne das Risiko, dass sich ihre Lage verschlechtert, wie das bei Illegalisierten der Fall ist, die bei Inanspruchnahme von staatlicher Gesundheitsfürsorge wegen der Meldepflicht Angst vor Abschiebung haben müssen.

In ihrer Erklärung Gesundheit 21 fordert die WHO Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Gesundheit ist nach ihrer Definition mehr als die Abwesenheit von Krankheit: die WHO versteht darunter vielmehr das umfassende körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden eines Menschen. Das Recht auf Gesundheit wird in zahlreichen internationalen Verträgen, u.a. in der UNO-Kinderrechtskonvention, aber auch in rund 60 nationalen Verfassungen garantiert. So erkennen nach dem UNO-Sozialpakt die Vertragsstaaten „das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“.

Gleichzeitig umfasst die UNO-Definition unter anderem „das Recht auf ein Gesundheitssystem, das ein Höchstmaß an Gesundheit gewährleistet“. Folglich muss das Recht auf Gesundheit heißt es als ein „Recht auf den Genuss unterschiedlicher medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuungsdienste sowie den Genuss sonstiger Umstände verstanden werden, die für die Verwirklichung eines Höchstmaßes an Gesundheit notwendig sind“.

Das heißt mit anderen Worten: Das Recht auf Gesundheit ist nicht zu trennen vom Recht auf ein Leben in Würde wie in Grundgesetz 1 und auf körperliche Unversehrtheit wie in Grundgesetz 2 Abschnitt 2 festgeschrieben. Es ist also von großer Bedeutung für die Wahrnehmung aller Menschenrechte.

Wie man nun aber u.U. das Recht auf Gesundheit auch für unsere Klientel in München und Deutschland verwirklichen oder ihm zumindest nahe kommen kann, soll Inhalt unserer Podiumsdiskussion heute Nachmittag sein.

Daher komme ich zurück auf unsere Anlaufstelle. Warum die Zusammenarbeit von Ärzten der Welt und Café 104 so wirksam wie wichtig ist, kann man vielleicht an einem Fall verdeutlichen, der uns schon sehr lange beschäftigt:

J. eine Nigerianerin, schwer traumatisiert mit chronischer Schizophrenie kommt zu uns, nachdem sie wochenlang ohne Papiere, ohne Geld und ohne Unterkunft durch München geirrt ist. *Ärzte der Welt* übernimmt die gesundheitliche Versorgung, wir finden Unterkunft für sie und unternehmen alles Notwendige, um sie aus der Illegalität heraus zu holen. Dazu brauchen wir psychiatrische Gutachten, die dem Gesundheitsamt vorgelegt werden und die Zusage der Ausländerbehörde, einem Umverteilungsantrag zuzustimmen. J. lebt inzwischen in einer Gemeinschaftsunterkunft in München und wird über das Asylbewerberleistungsgesetz medizinisch versorgt.

Wir sind beim Café 104 zu viert, verfügen über wenig finanzielle Mittel und arbeiten außerhalb der Sprechstunde von zu Hause aus, so weit es die Zeit und Berufstätigkeit zulassen. Wir begleiten bei Behördengängen, stellen Anträge auf Duldung oder Aufenthalt aus humanitären Gründen, suchen nach Unterbringungsmöglichkeiten und lassen psychiatrische Gutachten erstellen, wenn das für einen Antrag nötig wird. Im Gespräch mit den Behörden suchen wir Möglichkeiten aufzuspüren, Wege zurück in die Legalität zu finden.

Wir haben, in der Regel zwischen 3 und 6 Klient/innen. Wenn man aber davon ausgeht, dass wir für eine Erstberatung ca. 1 Stunde brauchen, wird deutlich, dass wir viel mehr gar nicht mehr verkraften könnten. Die Konsultationen erstrecken sich oft über Monate, in manchen Fällen sogar Jahre.

Ca. 40 % der Ratsuchenden sind Schwangere, entsprechend kommen mehr Frauen und junge Mädchen in die Anlaufstelle. Männer kommen häufiger ausschließlich zur Beratung zum Aufenthalt, zuweilen auch prophylaktisch, wenn sie befürchten, dass ihr Asylantrag abgelehnt wird.

Der Umgang mit den Behörden ist zuweilen kräftezehrend und manchmal auch nervenzerfetzend. In einem Fall habe ich 35 Telefonate benötigt, um herauszubekommen, wo sich eine Akte befindet, die wir für eine Heirat benötigten. Aber andererseits haben wir in München mit dem sogenannten Münchener Modell sehr viele Erleichterungen, die es so in den meisten anderen deutschen Städten nicht gibt. So können wir Schwangere nach dem siebten Monat auftauchen lassen und sie erhalten eine Duldung bis maximal drei Monate nach der Geburt des Kindes. Damit erhalten sie nicht nur die wichtige Geburtsurkunde, sondern ärztliche Versorgung und Geburt werden von den Behörden nach Asylbewerberleistungsgesetz bezahlt, wie wir gehört haben.

Richtig schwierig wird es für alle anderen, besonders bei Krankenhausaufenthalten, bildgebenden Verfahren und teuren Laboruntersuchungen, von den Therapien ganz zu schweigen.

Insgesamt gibt es etwa 30 000 Illegalisierte in München. Von ihnen erreichen wir nur einen kleinen Teil. Sollten sie eines Tages alle kommen, sprengt das unsere Möglichkeiten und es wird klar, wie wichtig es ist, hier brauchbare Regelungen zu treffen, die nicht auf der kostenlosen Arbeit von Ärzten und ehrenamtlicher Tätigkeit fußen.

Ich bin den Ärzten, die uns ihre Arbeitskraft unentgeltlich zur Verfügung stellen, zutiefst dankbar, aber ich halte es auch gleichzeitig für einen untragbaren Zustand, dass hier Problemlösungen auf dem Rücken ihres Berufsstandes ausgetragen werden.

Unser Anliegen und Ziel wird es stets bleiben, uns überflüssig zu machen, ein sicher langer Weg dahin. Aber vielleicht bringt uns ja das Ergebnis der Podiumsdiskussion einen kleinen Schritt weiter auf diesem Weg.



V. Dr. Margret Spohn, Sozialreferat, Amt für Wohnen und Migration, Stelle für interkulturelle Arbeit

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Das Münchener Modell



Es gibt derzeit keine optimale, praktische Lösung für das Problem der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Papiere, da es durch die momentane gesetzliche Lage besteht und nur durch alternative Versorgungsmöglichkeiten abgedeckt und beseitigt werden kann.

Gleichwohl besteht gerade in München eine gewisse gesellschaftliche Offenheit für die vorbehaltlose Diskussion dieses Problems und die internationale Verpflichtung für Menschen in Not wird ernst genommen.

Auf Anfrage der Grünen wurde eine Studie vom Stadtrat in Auftrag gegeben, die von Professor Anderson durchgeführt und im Jahr 2003 veröffentlicht wurde. Diese Studie mit dem Titel „*Dass sie uns nicht vergessen...*“ - *Menschen in der Illegalität in München*, enthält zahlreiche Empfehlungen, die von einer Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertretern/innen verschiedener Institutionen (Kirche, Polizei, NGOs), geprüft und zum Teil umgesetzt wurden. So wurde beispielsweise die Betonung des Einzelfalls anstatt genereller Lösungen als Ziel ausgegeben. Anderson schätzte, dass allein in München circa. 30 000 - 50 000 Menschen ohne Papiere leben. Damals wie heute handelt es sich dabei jedoch lediglich um Schätzungen. Außerdem haben heute viele, die sich damals ohne legalen Aufenthaltstitel in München aufhielten mittlerweile einen legalen Aufenthalt in Deutschland. Dies hängt vor allem mit der EU-Osterweiterung zusammen, im Rahmen derer viele, die damals noch illegal in Deutschland waren, die EU-Staatsbürgerschaft erhalten haben.

Insgesamt wurden zwölf Empfehlungen von der Stadt in verschiedenen Referaten umgesetzt. Im Rahmen dieser Empfehlungen wurde ein Fonds für Illegalisierte gegründet, Rechtsgutachten zur Mitteilungspflicht erstellt, der Oberbürgermeister wurde beauftragt, die Studie und die Ergebnisse im Städtetag vorzustellen, eine frauenspezifische Perspektive wurde eingeführt. Durch das Asylbewerberleistungsgesetz abgesichert, erhalten schwangere Frauen drei Monate vor und drei Monate nach der Geburt einen Aufenthaltstitel. Zusätzlich dazu gab es im Jahr 2005 eine erste Überprüfung der Umsetzung.

In München gibt es derzeit drei Anlaufstellen für Menschen ohne Versicherungsschutz. Das Referat für Gesundheit und Umwelt, open.med/café 104 und die Malteser Migranten Medizin. Generell lässt sich feststellen, dass vieles legal möglich ist, wenn der politische Wille in den Ämtern vorhanden ist.

Im Sommer 2009 wird der Stadtrat noch einmal um eine Rückmeldung bezüglich des Fonds und zum Stand der Umsätze in den Referaten informiert. Besonders positiv ist die Tatsache, dass ab März 2009 ein jährlicher Fond in Höhe von 100 000 Euro eingerichtet wird. Dieser wird von der Stadt München zur Verfügung gestellt.

Wenn das offene Klima, anders als dies in München der Fall ist, nicht vorherrscht, können solche Wege allerdings nicht gegangen werden.

VI. Prof. Dr. Heinz-Jochen Zenker, Ärzte der Welt e.V. *Psychiater, Arzt für öffentliches Gesundheitswesen und Epidemiologe* **Überblick über europäische Modelle**

Das Recht auf medizinische Versorgung ist in zahlreichen Abkommen, Internationalen Pakten und Sozialchartas festgehalten. Wie und in welchem Ausmaß dieses Recht jedoch in der Praxis in den einzelnen europäischen Ländern umgesetzt wird, ist sehr unterschiedlich. Oftmals stoßen Migranten ohne Papiere auf zahlreiche Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem. Das europäische Netzwerk von Ärzte der Welt führte zum Beispiel 2005-2006 eine Studie über den Zugang zur Gesundheitsversorgung von diesen Menschen mit 835 Patienten in sieben Länder durch. Nur 33 % der Befragten mit chronischen Erkrankungen erhielten zum Zeitpunkt der Befragung eine adäquate Therapie und bei 10% wurde die notwendige Behandlung abgelehnt. Viele kannten ihre Rechtsansprüche nicht und hatten Angst vor Ausweisung.

Eine europaweite homogene Lösung für den Zugang zum Gesundheitssystem für Migranten ohne Papiere gestaltet sich schwierig, da sich die länderspezifischen Gesundheitssysteme kaum gleichen. Sie unterscheiden sich im politischen Willen der einzelnen Länder, der Finanzierung, dem Versorgungssystem, dem Versorgungsniveau und dem tatsächlichen Zugang zum Gesundheitssystem. Tendenziell lässt sich dabei eine Harmonisierung von Asyl- und Flüchtlingspolitik erkennen. Es scheint fast so, als würde man „Äpfel mit Birnen“ vergleichen, wenn man versucht, die Regelungen in den einzelnen EU-Ländern in einen Zusammenhang zu bringen. Häufig klaffen Anspruch und Wirklichkeit auseinander. Dabei kommt es zusätzlich zu den internationalen auch noch zu nationalen Unterschieden. Das heißt, es gibt auch innerhalb eines Gesundheitssystems noch verschiedene Versorgungsniveaus, so dass man teilweise sogar von einer „Klassenmedizin“ sprechen kann. Ein weiterer Punkt, den es bei einem Vergleich der länderspezifischen Gesundheitssysteme zu beachten gilt, ist die unterschiedliche Berichterstattung der einzelnen Länder und das Ausmaß an Kritikpotential. Dabei spielen politische Veränderungen eine große Rolle, die sowohl Einfluss auf die Gesundheits-, als auch auf die Migrationspolitik haben.

Um diese Unterschiede zu veranschaulichen und einzelne Lösungsansätze in der Frage des Zugangs zu medizinischer Versorgung für Menschen ohne Papiere aufzuzeigen, soll auf einzelne länderspezifische Regelungen zur Gesundheitsversorgung exemplarisch eingegangen werden.

Belgien:

In Belgien ist die medizinische Versorgung von Migranten ohne Papiere über die zuständigen Sozialämter geregelt, bei denen man die medizinische Behandlung beantragen muss. Dabei gibt es regionale Unterschiede in der formellen Art der Erbringung, es wird jedoch nicht zwischen „akutem“ und „nicht akutem“ Krankheitszustand differenziert. Entscheidend ist das Zertifikat des Behandlers. Es werden alle Leistungen vom Sozialamt nach dem Erstattungsprinzip erbracht, das heißt also auch Vorsorgemaßnahmen, HIV-Tests und antiretrovirale Therapien bei AIDS. Während der gesamten Zeit erfolgt dabei kein Datentransfer zu Ausländerbehörden.

Spanien:

Auch in Spanien unterscheidet sich die Gesundheitsversorgung regional, sie ist jedoch durch das generelle Gesundheitsgesetz von 1986 auf nationaler Ebene festgelegt. Es existiert ein öffentliches, steuerfinanziertes Primary und Secondary Health Care System, das bis auf die Zuzahlungen von 40% für Medikamente bei Akutkrankheiten, kostenlos ist. Für Migranten ohne Papiere erfolgt die Erbringung der Leistungen über eine Gesundheitskarte, für deren Erhalt sie sich lokal registrieren lassen müssen (Einschreibelisten). Auch teure Behandlungen (z.B. AIDS) werden darüber übernommen. Allerdings haben, bedingt durch die aktuelle Verschärfung der Migrationspolitik, seit 2003 die Ausländerbehörden Zugang zu den Einschreibelisten.

Frankreich:

Seit dem Jahr 2000 gibt es in Frankreich mit der Aide Medicale Etat (AME) eine kostenlose Basisgesundheitsversicherung für alle notwendigen und dringenden (fonds de soins d'urgence) Behandlungsindikationen für Migranten ohne Papiere. Darunter fällt auch die Behandlung von AIDS. Dazu bedarf es jedoch eines komplizierten, hochschwelligem Antragsformulars und es kommt bei großen regionalen Unterschieden bei manchen Anbietern zu Leistungsverweigerungen.

Großbritannien:

Das Gesundheitssystem ist in Großbritannien zu 80 % steuerfinanziert. Der Zugang zu „primary healthcare“ erfolgt durch Hausärzte, die der Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen als Gatekeeper, und auch Menschen ohne Papiere können sich bei ihnen eintragen. Viele Beschränkungen bestehen allerdings für Migranten ohne regulären Aufenthaltsstatus bei dem Zugang zu „secondary healthcare“. Krankenhausbehandlungen sind zum Beispiel im ersten Jahr des Aufenthaltes nur bei akuten Bedrohungen und gegen Rechnung dank personenbezogenen Datenerhebung und Statusfeststellung möglich. Sonstige Einschränkungen existieren bei der Betreuung während der Schwangerschaft oder bei antiretroviraler Behandlung.

„Unlike in other European countries, no safety net exists in the UK to enable particularly vulnerable groups such as children and pregnant women to access health care“ (PICUM 2007).



In Deutschland haben Menschen ohne Papiere Anspruch auf medizinische Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 4 (akute und schmerzhaftes Erkrankungen) und § 6 (sonstige Kann-Leistungen). Allerdings gibt es hohe Zugangsbarrieren, wegen der Datenübermittlungspflicht der Sozialbehörden (§ 87 Aufenthaltsgesetz).

Aus diesen exemplarischen Ländervergleichen ergeben sich Forderungen an die Politik und das Versorgungssystem. So soll eine Anpassung des

Asylbewerberleistungsgesetzes an die Vorgaben des Grundgesetzes erfolgen (Art. 1, 20, Anwendung des SGB XII, niedrighschwellige Anspruchsprüfung). Des Weiteren sollte die Übermittlungspflicht der Sozialbehörden abgeschafft werden, um somit eine Sicherstellung des „Verlängerten Geheimnisschutzes“ zu gewähren. Außerdem sollten humanitäre Hilfen generell keine Strafbarkeit nach sich ziehen, sondern im Gegenteil sollte der Staat sozialkompensatorische, zivilgesellschaftliche Beratungs-, Vermittlungs- und Behandlungsangebote unterstützen und fördern.

Als Fazit lässt sich also zusammenfassend sagen:

Eine auf strikte Abschottung ausgerichtete Migrationspolitik ist aus humanitärer Sicht und vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung mit Nachdruck abzulehnen. Ebenso verbieten sich Menschenrechte verletzende Instrumentalisierungen des Sozial- Bildungs- und Gesundheitswesens als Mittel der Exklusion.