



**Gesundheitsversorgung und
Versorgungsbedarf
von Menschen ohne legalen
Aufenthaltsstatus**

Ellen Schmitt



Gesundheitsversorgung und Versorgungsbedarf von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus

-Master Thesis-

**Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Studiengang "Master of Public Health"
Fachbereich Ökotoxikologie**

Gutachter: Prof. Dr. Dr. Wehkamp, Frau Deneke

Ellen Schmitt

IMPRESSUM

Titel

Gesundheitsversorgung und Versorgungsbedarf von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus

Herausgeber, Verleger Redaktionsanschrift

Flüchtlingsrat Niedersachsen e.V.

Langer Garten 23 B

31137 Hildesheim

Tel: 05121-15605

Fax: 05121-31609

redaktion@nds-fluerat.org

<http://www.nds-fluerat.org>

Spenden

Postbank Hannover

BLZ 250 100 30

Konto-Nr. 8402 - 306

Verantwortlich und ViSdP

Flüchtlingsrat Niedersachsen e.V.

Autorin

Ellen Schmitt

Layout

Michael Klinkebiel

Druck

Druckerei Lühmann

Bockenem

1 - 3 Tausend, Oktober 2007

© Flüchtlingsrat Niedersachsen e.V.

Alle Rechte vorbehalten

Danksagung

Mein Dank gilt in erster Linie den interviewten Personen, die sich die Zeit genommen haben, mir ihr Wissen und ihre Erfahrung mitzuteilen. Ihr Engagement in der gesundheitlichen Versorgung und in der Beratung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus ist bewunderungswürdig. Ohne sie hätte ich die vorliegende Arbeit in der Form nicht schreiben können.

Desweiteren möchte ich mich bei Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp und Frau Christiane Deneke an der Universität für Angewandte Wissenschaften in Hamburg für ihre Anregungen bedanken. Schließlich gilt mein Dank Frau Ursula Weygoldt, Herrn Christopher Schnattinger und Herrn Michael Klinkebiel für ihre konstruktive Kritik.

Inhaltsverzeichnis

1.	EINLEITUNG	11
2.	ASPEKTE DER GESUNDHEITSVERSORGUNG VON MENSCHEN OHNE LEGALEN AUFENTHALTSSTATUS IN DEUTSCHLAND	15
2.1	Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus: eine Begriffsbestimmung	15
2.2	Migrationsgründe – Ursachen für ein Leben ohne legalen Aufenthaltsstatus	16
2.3	Die Entwicklung der rechtlichen Lage der Zuwanderung seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges	21
2.3.1	Die deutsche Staatsangehörigkeit	21
2.3.2	Zuwanderungsgesetz, Aufenthaltstitel und Aufenthaltsbezeichnungen	22
2.4	Relevante gesetzliche Bestimmungen für die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen, Asylbewerbern und Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus	25
2.5	Gesundheitsversorgung nach dem Infektionsschutzgesetz	30
3.	GESUNDHEITSVERSORGUNG VON MENSCHEN OHNE LEGALEN AUFENTHALTSSTATUS IM SPANNUNGSFELD RECHTLICHER BESTIMMUNGEN	32
3.1	§ 87 Aufenthaltsgesetz – der sogenannte Denunziationsparagrah	32
3.2	Krankenversicherung	35
3.3	Unfallversicherung	35
3.4	§ 96 Aufenthaltsgesetz – der sogenannte „Schlepperparagrah“	36

4.	ZUGANG ZU PRÄVENTION UND GESUNDHEITSVERSORGUNG FÜR MIGRANTEN UNTER SOZIOÖKONOMISCHEN UND MEDIZINISCHEN GESICHTSPUNKTEN	39
4.1	Soziale und gesundheitliche Ungleichheit	39
4.2	Erkrankungen und Krankheitsrisiken von Migranten	43
4.3	Migranten – Zugang zur Gesundheitsversorgung	46
4.4	Resümee	51
5.	QUALITATIVE UNTERSUCHUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG UND DES VERSORGENSBEDARFS VON MENSCHEN OHNE LEGALEN AUFENTHALTSSTATUS	53
5.1	Methode der Untersuchung	53
5.2	Auswahl des Samples	55
5.3	Durchführung der Interviews	57
5.4	Vorgehensweise bei der Auswertung der Interviews	57
6.	AUSWERTUNG DER INTERVIEWS: GESUNDHEITSVERSORGUNG UND VERSORGENSBEDARF VON MENSCHEN OHNE LEGALEN AUFENTHALTSSTATUS	59
6.1	„Versorgungsstrukturen“ für die gesundheitliche Behandlung	61
6.2	Gesundheitliche Probleme von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus bezogen auf die Tätigkeitsbereiche der Interviewten	63
6.3	Verdrängung von Krankheit – Krankheit darf nicht sein	68
6.4	Hinauszögern einer ärztlichen Behandlung	68
6.5	Diskontinuität in der Behandlung	70
6.6	Konsequenzen einer fehlenden Hausarztstruktur	72
6.7	Kosten der Behandlung	76
6.8	„Ausleihen“ der Krankenkassen-Karte	78

6.9	Medikamentöse Behandlung	79
6.10	Stationäre Behandlung	83
6.11	Schwangerschaft und Entbindung	86
6.12	Medizinische Behandlung außerhalb Deutschlands	89
6.13	Selbstmedikation	90
6.14	Primärprävention	91
6.15	Unsicherheit	97
6.16	Community: Solidarität und Konkurrenz	98
6.17	Kenntnis medizinischer Einrichtungen	99
6.18	Zusammenfassung der Ergebnisse	100
7.	MÖGLICHKEITEN EINER VERBESSERUNG DER GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNG	103
7.1	Anonymer Krankenschein	105
7.2	Fonds	106
7.3	Anonyme Krankenversicherung	107
7.4	Initiativen und Organisationen in Deutschland	107
7.5	Resümee	109
8.	SCHLUSSBEMERKUNGEN	112
9.	LITERATUR	127
	ANHANG	
	• Abbildung: Definition von „Migranten“	A-1
	• Interviewleitfaden	A-2
	• Tabelle: Information zu Interviewten und Tätigkeitsbereiche	A-3/A-4
	• Medizinische Vermittlungs- und Beratungsstelle:	
	• Diagramme zu anteiligen Fachgebieten und Herkunftsländer 2003/2004	A-5
	• Besucherzahlen mit gesundheitlichen Anliegen von 2002-2005	A-6
	• Besucherzahl nach Monaten von 2002-2005	A-7
	• Abstract	A-8/A-9
	• Abkürzungen	A-10

1. Einleitung

In der Bundesrepublik Deutschland sind Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus von der regulären Gesundheitsversorgung ausgeschlossen. Nur in Bezug auf bestimmte übertragbare Krankheiten wird ihnen von staatlicher bzw. kommunaler Seite ein sehr begrenzter Zugang zur Gesundheitsversorgung eingeräumt.

Zur Anzahl der Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland gibt es nur Schätzungen und diese schwanken von 100.000 bis über eine Million Menschen. Die Angaben sind abhängig davon, ob ausschließlich Personen, die sich dauerhaft in Deutschland aufhalten oder auch Pendler einbezogen werden. Cyrus geht von 500.000 bis über eine Million Betroffenen aus (Cyrus 2004: 32). Im Bericht der unabhängigen Kommission „Zuwanderung“ („Süssmuth-Kommission“) wird die geschätzte Anzahl von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus mit 100.000 bis eine Million Menschen angegeben. Es wird jedoch eingeräumt, dass es sich dabei eher um eine Spekulation handelt.

„Unbestritten ist jedoch, dass Deutschland einem enormen illegalen Migrationsdruck ausgesetzt ist.“ (Bericht der unabhängigen Kommission „Zuwanderung“ 2001: 196)

Auf absehbare Zeit werden viele Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in der Bundesrepublik Deutschland leben.

Seit Mitte der neunziger Jahre ist diese heterogene Bevölkerungsgruppe auch in den Blickpunkt der wissenschaftlichen Forschung in Deutschland gerückt. In den europäischen Nachbarländern wie Großbritannien und den Niederlanden und in den USA kann die Forschung auf einen längeren Zeitraum zurückschauen. In Deutschland sind es örtlich beschränkte Studien (Leipzig und München), die einen detaillierten, aber lokalen Einblick in die Lebens- und Arbeitssituation von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus geben. Auch die Migrationsforschung befasst sich mit diesem Themenbereich. Unterschiedliche Flüchtlingshilfe- und Menschenrechtsorganisationen aus dem kirchlichen und nicht-kirchlichen Bereich weisen in ihrer Öffentlichkeitsarbeit auf die Problemlagen hin, mit denen diese Menschen konfrontiert sind: Lebens-, Arbeits- und Wohnbedingungen, fehlender Zugang zu Schulbildung für Kinder ohne Aufenthaltsstatus und die Gesundheitsversorgung dieser Menschen.

Zu Migranten, die legal in Deutschland leben, gibt es Untersuchungen. Es besteht aber weiterhin ein enormer Forschungsbedarf in Bezug auf Morbidität, Mortalität, Gesundheitsrisiken, Gesundheitsversorgung und Primärprävention. Im Hinblick auf Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus tappen wir noch im Dunkeln. Bis dato gibt es keine sozialepidemiologischen Erkenntnisse über Prävalenz verschiedener Erkrankungen, Gesundheitsrisiken und Primärprävention, die als repräsentativ angesehen werden können. Teilweise werden Daten von Anlaufstellen für Menschen ohne Krankenversicherung erfasst. Aber auch diese sind nicht repräsentativ.

Die vorliegende Abschlussarbeit (Master Thesis) im Rahmen des Aufbaustudiengangs „Master of Public Health“ rückt diese Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in den Mittelpunkt. Ziel ist es, Erkenntnisse über die Gesundheitsversorgung zu gewinnen und den Versorgungsbedarf von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus zu ermitteln. Es soll den Fragen nachgegangen werden, unter welchen Bedingungen die Gesundheitsversorgung statt findet, welche gesundheitlichen Versorgungsmaßnahmen unter den gegebenen Bedingungen realisierbar sind und wo sich unüberwindbare Grenzen auf tun. Im Rahmen einer qualitativen Untersuchung wurden Experten und Schlüsselpersonen, die in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus tätig sind, interviewt. Dies waren Ärzte, haupt- und ehrenamtliche Berater von Beratungs- und Anlaufstellen und eine Privatperson. Dabei handelte es sich um Deutsche und Personen mit Migrationshintergrund. Die Ergebnisse dieser qualitativen Untersuchung können aufgrund der begrenzten Anzahl von neun Interviews nur eine Tendenz aufzeigen.

Zu Beginn dieser Arbeit bestand die Überlegung, sowohl Experteninterviews als auch Interviews mit Menschen zu führen, die ohne Papiere in Deutschland leben. Bald stellte sich jedoch heraus, das letzteres in der für die Arbeit eingeräumten Zeit nicht zu realisieren war, da zunächst ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden müsste, um schließlich auch den Tatsachen entsprechende Aussagen zu erhalten. Der erschwerte Zugang zu diesen Menschen, aufgrund ihres Misstrauens und ihrer Ängste vor Abschiebehaft und Abschiebung wurde bereits von verschiedenen Autoren genannt.

Aufgrund der begrenzten zeitlichen Ressourcen musste auch auf die Betrachtung der spezifischen Situation der gesundheitlichen Versorgung

und des Versorgungsbedarfs von Kindern ohne legalen Aufenthaltsstatus sowie von psychisch kranken und traumatisierten Menschen verzichtet werden. Beides sind jedoch wichtige Aspekte.

Die Wahrscheinlichkeit ist groß, dass der fehlende Zugang zur Gesundheitsversorgung und Primärprävention negative Konsequenzen für die Betroffenen und ihr Umfeld mit sich bringt. Demzufolge können Menschen ohne Aufenthaltsstatus als äußerst vulnerable Bevölkerungsgruppe angesehen werden. Die Aufgabe von Public Health ist es, gesundheitliche Ungleichheit und damit zusammenhängend den eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung, bezogen auf unterprivilegierte Bevölkerungsgruppen, deutlich zu machen und sich für deren Abhilfe einzusetzen.

Die fehlende gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus wirft auch ethische und humanitäre Fragen auf. In diesem Zusammenhang müssen folgende im Grundgesetz verankerte Grundrechte genannt werden: Die Unantastbarkeit der Würde des Menschen (Artikel 1 Absatz 1), das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2) sowie das Verbot der Diskriminierung aufgrund der Herkunft, Religionszugehörigkeit etc. (Art. 3 Abs. 3).

In der vorliegenden Arbeit werden zunächst verschiedene Aspekte behandelt, die zum Verständnis der Hintergründe der Gesundheitsversorgung und des Versorgungsbedarfs von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus relevant sind. Hierunter fallen Begriffsbestimmungen, Gründe der Migration und rechtliche Rahmenbedingungen. Bisher gibt es nur wenige Daten zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Um Rückschlüsse ziehen zu können, wird deshalb die spezifische Lage von Migranten mit Aufenthaltsrecht und deren gesundheitliche Versorgung dargestellt.

Daran schließt sich die qualitative Untersuchung der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus anhand von Interviews an. Nach einem Überblick über die Methode und die Durchführung der Interviews folgt deren Auswertung. Abschließend werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus reflektiert und es werden in diesem Zusammenhang einige gesundheitspolitische Aspekte betrachtet.

Auf die Unterscheidung zwischen männlicher und weiblicher Form wurde wegen der besseren Lesbarkeit verzichtet und nur die männliche Form verwendet.

2. Aspekte der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland

Im Folgenden wird auf die Aspekte eingegangen, die für das Verständnis der Thematik „Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus“ von Bedeutung sind. Thematische Überschneidungen sind zugunsten des Verständnisses nicht zu vermeiden.

2.1 Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus: eine Begriffsbestimmung

„Ausländer ohne legalen ausländerrechtlichen Status („Illegale“) ...“ sind Personen, „... deren legaler Aufenthalt abgelaufen ist, oder die sich zu keinem Zeitpunkt legal aufgehalten haben, und die sich „heimlich“ bzw. „illegal“ in Deutschland aufhalten ohne sich bei den zuständigen Behörden zu melden.“ (Classen 2005: 20)

Die Definition der „Illegalität“ bezieht sich auf das Nationalstaatenmodell mit seinen Grenzen, Einreisebestimmungen und -kontrollen bzw. auf die Europäische Union, die festlegt, ob und unter welchen Bedingungen Menschen bestimmter Nationalität einreisen und wie lange sie sich aufhalten dürfen (z.B. Schengen-Abkommen).¹ Das Einschlusskriterium oder das Kriterium der Zugehörigkeit ist die Staatsbürgerschaft.

Die Bezeichnung „illegal“ bezieht sich auf den Tatbestand, dass sich eine Person ohne Aufenthaltsrecht in Deutschland aufhält und sich deshalb nach dem Aufenthaltsgesetz strafbar macht. Menschenrechtsgruppen

1 Die restriktive Zuwanderungs-, Einreise- und Kontrollpolitik im Interesse der Europapolitik zeigt sich auch dadurch, dass die Grenzen immer weiter verschoben und sogenannte Auffanglager außerhalb Europas aufgebaut werden sollen bzw. schon bestehen. Wie viele Menschen bereits bei der Überquerung des Mittelmeeres ihr Leben ließen, kann nicht bestimmt werden. Ein weiteres Resultat dieser Politik zeigte sich in dem menschenverachtenden Aussetzen von Flüchtlingen der Enklaven Ceuta und Melilla in der marokkanischen Wüste im Herbst 2005. Weiterführende Literatur zu exterritorialen Lagern und EU-Politik siehe Niedersächsischer Flüchtlingsrat et al. (2005): AusgeLAGERT.

und andere Organisationen benutzen als Gegenpart hierzu den Begriff „illegalisierte“ Menschen, um darauf hinzuweisen, dass es die Rechtslage ist, die diese Personen zu „Illegalisierten“ macht. In der Bundesrepublik Deutschland sind es die Bestimmungen des Ausländerrechts und des Arbeitsrechts, die zu einer „Illegalisierung“ führen. Die statuslosen Menschen befinden sich dadurch in einem rechtsfreien Raum, der auch ihre besondere Vulnerabilität ausmacht.

In den europäischen Nachbarländern gibt es für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus unterschiedliche Bezeichnungen: in Frankreich *les sans papiers*, in England *undocumented migrants/immigrants*, in Spanien *clandestinos*.

Alle diese Bezeichnungen können kritisch hinterfragt werden. In Deutschland wird in den Medien und in der Umgangssprache meist die Bezeichnung „Illegale“ benutzt. In der vorliegenden Arbeit werden diese Personen zumeist als Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus oder als Menschen ohne Papiere bezeichnet.

2.2 Migrationsgründe – Ursachen für ein Leben ohne legalen Aufenthaltsstatus

Migration ist ein weltweites Phänomen. Es gibt unterschiedliche Gründe, die zur Migration innerhalb des Heimatlandes oder in ein anderes Land führen. Dies können wirtschaftliche Gründe (Push-Faktoren) sein, die verknüpft sind mit der Hoffnung auf eine Besserstellung im Aufnahmeland oder nach der Rückkehr ins Herkunftsland, nach einer Zeit der Arbeitstätigkeit mit besserem Lohnniveau. Auch die finanzielle Unterstützung der Familie im Herkunftsland spielt eine wichtige Rolle und kann Grund dafür sein, dass eine Familie eine Person auswählt, um diese Aufgabe im Ausland zu übernehmen. Ebenso kann der Wunsch bestehen, einer sozialen Enge und Kontrolle oder familiären Spannungen zuhause zu entfliehen.

Weitere auslösende Faktoren für Migration sind Fluchtgründe. Menschen fliehen aus Kriegs- und Bürgerkriegsregionen, fliehen vor Menschenrechtsverletzungen, vor politischer und ethnischer Misshandlung und Verfolgung, vor der Verarmung und Verelendung in ihren Herkunftsländern oder sie fliehen nach Naturkatastrophen. Frauen fliehen vor

geschlechtsspezifischer Misshandlung (z.B. Genitalverstümmelung), vor kulturellen oder „traditionellen“ Bräuchen wie Zwangsverheiratung und Ehrenmorde (Alt 2003: 73ff). Die Liste individueller Migrationsgründe kann noch weiter fortgesetzt werden. Die Hoffnung, in einem anderen Land bessere Lebens- und Überlebensperspektiven zu haben, ist möglicherweise der einzige Aspekt, der alle verbindet.

In der Diskussion zu Fluchtbewegungen und Migration wird jedoch meist außer Acht gelassen, dass sich die weitaus größte Anzahl von Flüchtlingen in so genannten Entwicklungsländern aufhält.

Der Bedarf an Billigstarbeitskräften (Pull-Faktoren) in der Baubranche, im Hotel- und Gastronomiebereich, in der Landwirtschaft, in Privathaushalten und der Pflege sowie in der Prostitution ist vorhanden und zieht Menschen an, die sich ein besseres Auskommen erhoffen als im Herkunftsland. Eine andere Personengruppe, die sich zwangsweise in einem anderen Land aufhält, besteht aus den Opfern von Menschenhandel (Trafficking). Generell stellt sich die Frage, ob Migration ein „freiwilliger“ und gewünschter Prozess ist.

Natürlich können mehrere Faktoren zur Migration führen. Der Aufenthalt von Familienangehörigen und Bekannten im Ausland hat einen Einfluss auf die Entscheidung für die Migration. Dadurch kann bei der Einreise auf bereits bestehende Netzwerke zurückgegriffen werden und die Suche nach Arbeit, Wohnung etc. wird erleichtert.

Im 20. Jahrhundert waren kriegsbedingte Fluchtgründe, die Knappheit an Arbeitskräften in Westeuropa einerseits und das Überangebot an Arbeitskräften aus Süd- und Südosteuropa andererseits sowie der Zusammenbruch des Sozialismus in Osteuropa Hauptursachen für Migration (Badura 2003: 635).

Ende 2003 lebten rund 7,3 Millionen Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft in Deutschland, was einem Anteil von fast 9% an der Gesamtbevölkerung entsprach. Diese Menschen können nach Herkunftsregionen aufgeteilt werden: ca. ein Viertel kamen aus europäischen Staaten, etwa 26% besaßen die türkische Staatsbürgerschaft² und ca. 8% waren Ausgewanderte aus dem ehemaligen Jugoslawien. Im Jahr 2003

2 Viele sind als sogenannte Gastarbeiter in den 1960er Jahren oder nach dem Anwerbestopp von 1973 als Familienangehörige nach Deutschland gekommen.

wurden etwa 73.000 Spätaussiedler, die meisten aus der ehemaligen Sowjetunion, aufgenommen. Seit Anfang der 1990er Jahre ist ein Rückgang in der Anzahl der Asylantragsstellungen feststellbar. Im Jahr 2004 waren es 35.600 Personen, die einen Asylantrag stellten (Robert Koch-Institut 2005: 127f).³

Aus dem bisher Genannten wird ersichtlich, dass bei „Migranten“ nicht von einer homogenen Gruppe gesprochen werden kann.⁴ Die Menschen unterscheiden sich hinsichtlich der Migrationsgründe und -ursachen, der Herkunftsländer und -kulturen (siehe Anhang Abb. 1: A-1). Dementsprechend heterogen ist auch die Gruppe der Menschen, die sich ohne legalen Aufenthaltsstatus und ohne Duldung (vorübergehende Aussetzung der Abschiebung) in der Bundesrepublik aufhält. Menschen, die ohne Papiere in Deutschland leben, kommen aus Mittel-, Ost- und Südosteuropa, aus Lateinamerika, Afrika und Asien. Gründe für ein Leben ohne Aufenthaltsstatus sind auch auf globaler Ebene zu verorten.

Cyrus (2004: 3) schreibt: „Aufenthaltsrechtliche Illegalität ist kein Ausdruck globaler ‚Unordnung‘, sondern eingebettet in weltumspannende ökonomische und politische Strukturen, die erhebliche Unterschiede bezüglich der Lebensverhältnisse aufweisen.“

Es gibt unterschiedliche Wege, die dazu führen, dass Menschen ohne legales Aufenthaltsrecht in der Bundesrepublik Deutschland leben. Laut Cyrus (2004: 3) wird darin zumeist eine Phase des Lebens gesehen, die durch Rückkehr, Legalisierung oder anschließende Weiterwanderung abgeschlossen werden kann. Dass ein Leben in der „Illegalität“ ursprünglich geplant war, ist m.E. aber anzuzweifeln.

3 Im Vergleich: 1994 stellten 127.000 Personen in Deutschland einen Asylantrag (Razum/Geiger 2003: 686).

4 Dem Terminus „Migrant“ fehlt es an Präzision. Im 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung heißt es: „Als Migranten und Migrantinnen werden zumeist alle Personen bezeichnet, die selbst oder deren Eltern eingewandert sind. Auch für die dritte Einwanderergeneration kann der Migrationshintergrund eine wichtige Bestimmungsgröße der Lebensumstände sein. Dies gilt insbesondere für Personen, die nicht über die deutsche Staatsangehörigkeit verfügen und sich so durch ihre rechtliche Situation von Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit unterscheiden.“ (Robert Koch-Institut 2005: 127) Andere zählen als Deutsche, beispielsweise Spätaussiedler aus Osteuropa, sie können aber hinsichtlich Sprache und Kultur ähnliche Probleme haben wie Migranten.

Unter ihnen befinden sich Menschen, die als Asylbewerber oder Bürgerkriegsflüchtlinge abgelehnt wurden und ausreisepflichtig sind. Es gibt Anzeichen dafür, dass seit der Asylrechtsreform von 1993 Flüchtlinge einreisen, die zuvor einen Asylantrag gestellt hätten, dies aber, weil sie sich wenige Chancen auf Erfolg ausrechnen, nicht tun und sich ohne Aufenthaltsstatus in der Bundesrepublik aufhalten.⁵

Ein anderer Personenkreis sind diejenigen Personen, die nach einer Ehescheidung von einer Person mit Aufenthaltsrecht keinen Aufenthaltsstatus besitzen, aber in Deutschland bleiben wollen oder nicht zurückkehren können.

Hinzu kommen Menschen, die als Opfer von Menschenhandel und Zwangsprostitution gezwungen sind, in Deutschland zu bleiben oder sich in anderen psychischen und finanziellen Abhängigkeiten befinden.

Auch Angehörige von in Deutschland lebenden Migranten, die nach der Einreise keinen eigenen Aufenthaltstitel beantragt haben, leben hier ohne Papiere. Hierunter fallen zum Beispiel auch Zweitehefrauen, die keine Papiere haben.

Weiterhin gibt es Personen, deren Touristenvisum, Studenten-, Arbeitsvertrags- oder Au-pair-Visum abgelaufen ist, die aber dennoch in der Bundesrepublik bleiben.

Andere sind ohne gültige, mit gefälschten oder ohne Dokumente eingereist (Cyrus 2004: 15ff; Braun et al. 2003: 120). Personen mögen Unkenntnis über die Verlängerung von Aufenthaltserlaubnissen haben oder dieser keine besondere Bedeutung beimessen. Auch mag es die Fehlmeinung geben, dass sich bei einem Grenzübertritt und einer erneuten Einreise auch automatisch die Aufenthaltserlaubnis verlängert.

Ein Leben ohne Papiere kann im Vergleich zu dem, was Menschen im Anschluss an ihren Aufenthalt in Deutschland erwarten würde, auch als bessere Option oder „geringeres Übel“ erscheinen, zu dem sie sich schließlich entscheiden. Auch kann sich nach einer Zeit des Lebens in Deutschland ein stärkeres Gefühl von „Zuhause“ entwickelt haben als im Vergleich zu dem ursprünglichen Herkunftsland (Alt 2003: 73ff).

Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus finden in den offiziellen Bevölkerungs- und Gesundheitsstatistiken keine Berücksichtigung (Razum/Geiger 2003: 688). Die Angaben über die Anzahl der sich in der Bundesrepublik aufhaltenden Menschen ohne Aufenthaltsrecht beruhen

5 Es wird gemutmaßt, dass durch die erschwerten Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen die Dienste von Schleppern und Schleusern in dem Ausmaß erst notwendig wurden.

auf Schätzungen und belaufen sich auf Zahlen von 500.000 bis 1 Million (Picum 2001: 34). Cyrus nennt nach ungesicherten Schätzungen eine Zahl von mittlerweile bis zu 1,3 Millionen Menschen (Cyrus 2004: 8). Im Bericht der unabhängigen Kommission „Zuwanderung“ („Süssmuth-Kommission“ 2001: 196) werden Schätzungen von 100.000 bis 1 Million Menschen genannt.⁶ Bezogen auf Berlin allein wurde im Jahr 2000, laut der Presseerklärung der Liga der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, von 100.000 Personen ausgegangen (Bührle 2001: 7; Groß 2005: 5).⁷

Im Gegensatz zu den USA, Großbritannien oder den Niederlanden kam laut Cyrus (2004: 13f) das Interesse an wissenschaftlicher Forschung zur Lebenssituation von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland erst seit Mitte der 1990er Jahre auf. Jedoch stellt keine Studie dieses Phänomen in seiner Gesamtheit dar. Die sehr detaillierten Studien von Alt beziehen sich größtenteils auf seine Untersuchungen in Leipzig (1999) und München (2003). Ihre Ergebnisse können laut Verfasser deshalb nicht ohne weiteres verallgemeinert werden. Das gleiche gilt für die Studie von Anderson zu München (2003). Im Allgemeinen wird der äußerst schwere Zugang zu diesen Menschen beschrieben (Cyrus 2004: 14). Ein Fakt, der vor dem Hintergrund des fehlenden Aufenthaltsstatus, der damit einhergehenden Gefahr der strafrechtlichen Ahndung, der Furcht vor Abschiebung und des daraus folgenden Misstrauens gegen jegliche Personen nachvollziehbar und verständlich wird.

Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus wenden sich hilfeschend an Landsleute, Hilfsorganisationen und Kirchengemeinden. Sie befinden sich in einem rechtsfreien Raum. Sie haben kein Recht auf Sozialleistungen, Gesundheitsversorgung, Einhaltung von Arbeitsbestimmungen und auf Schul- und Ausbildung. Eine Zunahme der Hilfesuchenden führt

6 Die Schätzwerte beziehen sich auf die Zeit vor der EU-Osterweiterung. Diese hat für die Betroffenen positive Auswirkungen auf ihren Aufenthaltsstatus in der Bundesrepublik. Im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung dürfte sich vermutlich wenig geändert haben, da sich weiterhin viele in „illegalen“ Beschäftigungsverhältnissen befinden und somit keine Sozialabgaben entrichtet werden.

7 Um Schätzwerte zu ermitteln, werden Statistiken der Kontrollbehörden genutzt: Aufgriffe bei unerlaubter Einreise, Tatverdächtige ohne Aufenthaltsstatus, Verfahren wegen illegaler Beschäftigung sowie die Anzahl der Abschiebungen. Die Angaben bleiben weiterhin ungenau. Beispielsweise kann ein statistischer Anstieg durch Zunahme der Bevölkerungsgruppe einerseits, aber auch durch verstärkte Kontrollen andererseits hervorgerufen sein. Genauer hierzu siehe Vogel 1999: 74ff.

unweigerlich zu einer Überlastung dieser häufig eher niedrigschwelligen Hilfsstrukturen, gleichzeitig ist der Staat durch die Privatisierung von Hilfsstrukturen seiner Verantwortung enthoben (Alt 2001: 106).

2.3 Die Entwicklung der rechtlichen Lage der Zuwanderung seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges

Im folgenden Überblick werden verschiedene Aufenthaltstitel bzw. Aufenthaltsbezeichnungen und die damit zusammenhängenden Aspekte (Rechte und Pflichten) dargestellt, die für das Thema „Gesundheitsversorgung und Versorgungsbedarf von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus“ bedeutend sind. Aufgrund der komplexen rechtlichen Sachlage, würde eine komplette Darstellung den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Die m.E. wichtigsten Aspekte werden erläutert.

2.3.1 Die deutsche Staatsangehörigkeit

Die deutsche Staatsbürgerschaft beruht auf dem Konzept der Nationalstaaten als regionale Einheiten mit ihren Außengrenzen.

Im 18. Staatsangehörigkeitsgesetz (vom 22. Juli 1913) steht in § 1 geschrieben: „Deutscher im Sinne dieses Gesetzes ist, wer die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt.“ (Deutsches Ausländerrecht 2005: 275)

Die deutsche Staatsangehörigkeit ist im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland im Artikel 116 (vom 23. Mai 1949) definiert.

Der § 3 Staatsangehörigkeitsgesetz klärt den Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit. „Die Staatsangehörigkeit ... wird erworben

1. durch Geburt (§ 4)
2. durch Erklärung nach § 5,
3. durch Annahme als Kind (§ 6),
4. durch Ausstellung der Bescheinigung gemäß § 15 Abs. 1 oder 2 des Bundesvertriebenengesetzes (§ 7),
4.a durch Überleitung als Deutscher ohne deutsche Staatsangehörigkeit im Sinne des Artikels 116 Abs. 1 des Grundgesetzes (§ 40a),
5. für einen Ausländer durch Einbürgerung (§§ 8 bis 16, 40b und 40c)“. (Deutsches Ausländerrecht 2005: 275)

Durch Geburt ist die deutsche Staatsbürgerschaft zu erwerben, wenn ein Elternteil im Besitz dieser Staatsbürgerschaft ist (§ 4 Staatsangehörigkeitsgesetz). Hat nur der Vater des Kindes die deutsche Staatsbürgerschaft, muss zur Anerkennung oder Feststellung der Vaterschaft eine Anerkennungserklärung abgegeben werden oder das Feststellungsverfahren eingeleitet sein, bevor das Kind das 23. Lebensjahr vollendet hat.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann auch ein Kind ausländischer Eltern die deutsche Staatsangehörigkeit erlangen, „... wenn ein Elternteil seit acht Jahren rechtmäßig seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat.“ (Deutsches Ausländerrecht 2005: 275).

Dies ist ebenfalls gegeben, wenn ein Elternteil „(...) freizügigkeitsberechtigter Unionsbürger oder gleichgestellter Staatsangehöriger eines EWR⁸-Staates ist oder als Staatsangehöriger der Schweiz eine Aufenthaltserlaubnis auf Grund des Abkommens vom 21. Juni 1999 (...) oder eine Aufenthaltserlaubnis-EU oder eine Niederlassungserlaubnis besitzt.“ (Deutsches Ausländerrecht 2005: 275f).

Nach dem neuen Staatsangehörigkeitsrecht, das seit dem 1.1.2000 gilt, beruht der Erwerb der deutschen Staatsbürgerschaft nicht mehr nur auf dem Abstammungsprinzip („jus sanguinis“), durch welches eine gemeinsame „Volksabstammung“ und ein „einheitliches Volk“ konstruiert und somit die Staatsangehörigkeit sozusagen „vererbt“ wird. Das Abstammungsprinzip wurde ergänzt durch Aspekte des Territorialprinzips („jus soli“). Demnach kann eine Person, die auf dem Territorium geboren wird unter bestimmten Voraussetzungen die deutsche Staatsbürgerschaft erlangen (Müller 2004: 23f).

Für Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft, die in Deutschland leben, gelten verschiedene Aufenthaltsbezeichnungen und Aufenthaltstitel. Diese werden im nächsten Abschnitt kurz dargestellt.

2.3.2 Zuwanderungsgesetz, Aufenthaltstitel und Aufenthaltsbezeichnungen

Seit dem 1.1.2005 ist das neue Zuwanderungsgesetz bestehend aus 15 Artikeln in Kraft. Unter anderem wurde das vorherige Ausländergesetz

8 EWR: Europäischer Wirtschaftsraum.

vom Aufenthaltsgesetz (AufenthG) abgelöst und regelt die Einreise, den Aufenthalt und die Rechte und Pflichten der betreffenden Personen im Bundesgebiet.⁹

„Grundsätzlich benötigt jeder Ausländer für die Einreise nach Deutschland und den Aufenthalt im Inland einen Aufenthaltstitel.“ (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration/Der Beauftragte für Integration und Migration des Senats von Berlin 2004: 8)

Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass ein Aufenthalt ohne Aufenthaltsstatus strafbar ist.

Die Bezeichnung „Aufenthaltstitel“ bezieht sich auf das Visum, die Aufenthaltserlaubnis und die Niederlassungserlaubnis.

Das Visum (§ 6 AufenthG), in Form des Schengen-Visums, berechtigt zur Durchreise und zu Aufenthalten von bis zu drei Monaten zu touristischen Zwecken und ist auf die Schengen-Staaten bezogen. Für einen längerfristigen Aufenthalt in der Bundesrepublik ist ein Visum für Deutschland notwendig, das vor der Einreise einzuholen ist (nationales Visum).

Die befristete Aufenthaltserlaubnis (§ 7 AufenthG) wird zu bestimmten Aufenthaltszwecken erteilt, die wiederum die Aufenthaltsdauer festlegen. Aus der Aufenthaltserlaubnis kann das Recht zu arbeiten erwachsen. Eine Aufenthaltserlaubnis kann aus völkerrechtlichen, humanitären oder politischen Gründen erteilt werden (§ 22ff AufenthG).

So besagt § 25 Abs. 4 Satz 1 AufenthG: „Einem Ausländer kann für einen vorübergehenden Aufenthalt eine Aufenthaltserlaubnis erteilt werden, solange dringende humanitäre oder persönliche Gründe oder erhebliche öffentliche Interessen seine vorübergehende weitere Anwesenheit in der Bundesrepublik erfordern.“ (Deutsches Ausländerrecht 2005: 18)

Demnach kann eine Aufenthaltserlaubnis im Falle von Krankheit unter bestimmten Voraussetzungen erteilt werden.

Die Niederlassungserlaubnis (§ 9 AufenthG) ist ein unbefristeter Aufenthaltstitel. Sie ist sowohl zeitlich als auch räumlich unbeschränkt

9 Mit der neuen Gesetzgebung wurden auch die früheren Aufenthaltstitel „unbefristete Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsberechtigung, Aufenthaltsbefugnis und Aufenthaltsbewilligung“ abgelöst (Classen 2005: 18f).

und mit diesem Titel ist auch das uneingeschränkte Recht zu arbeiten verbunden.

Die Erlaubnis, eine Erwerbstätigkeit auszuüben, ist in dem für die Person ausgestellten Dokument vermerkt. In § 4 Absatz 2 Satz 2 Aufenthaltsgesetz ist gesetzlich festgelegt: „Jeder Aufenthaltstitel muss erkennen lassen, ob die Ausübung einer Erwerbstätigkeit erlaubt ist.“ (Deutsches Ausländerrecht 2004: 6)

Ergänzend zu den drei genannten Aufenthaltstiteln – Visum, Aufenthaltserlaubnis und Niederlassungserlaubnis – besteht weiterhin die Aufenthaltsgestattung für Asylbewerber¹⁰ während ihres Asylverfahrens und die Duldung (§ 60a AufenthG). Letztere ist kein Aufenthaltstitel, sondern eine vorübergehende Aussetzung der Abschiebung und „kann aus völkerrechtlichen oder humanitären Gründen oder zur Wahrung politischer Interessen der Bundesrepublik Deutschland“ (§ 60a Abs. 1 Satz 1) als einseitige Erklärung von der Ausländerbehörde erteilt werden. Die Inhaber einer Duldung sind weiterhin ausreisepflichtig. Wird die Ausreise vollzogen, sind diese Personen nicht berechtigt, nach Deutschland zurückzukehren (Deutsches Ausländerrecht 2005: 7ff, 42f; Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration/Der Beauftragte für Integration und Migration des Senats von Berlin 2004: 6f; Classen 2005: 18ff).

Personen im Asylverfahren oder mit einer Duldung haben Residenzpflicht. Sie dürfen sich nur in dem ihnen angegebenen Gebiet aufhalten. Wollen sie dieses Gebiet verlassen, brauchen sie eine amtliche Genehmigung.

Basierend auf dem Assoziationsabkommen EWG¹¹/Türkei ist die Stellung von türkischen Staatsangehörigen, einschließlich der sie betreffenden aufenthalts- und arbeitsgenehmigungsrechtlichen Bestimmungen, im Assoziierungsrecht EWG/Türkei festgelegt. Seit dem neuen Zuwanderungsgesetz (unter Aufenthaltsgesetz) ist jedoch eine Aufenthaltserlaubnis nachzuweisen.

10 Im 12. Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland steht in Artikel 16a Abs. 1 „Politisch Verfolgte genießen Asylrecht.“ (Deutsches Ausländerrecht 2005: 193)

11 EWG: Europäische Wirtschaftsgemeinschaft.

Spätaussiedler und ihre Familienangehörigen müssen für eine Aufnahme in die Bundesrepublik Voraussetzungen erbringen (Bundesvertriebenengesetz und seit 2001 Spätaussiedlerstatusgesetz). Diese sind u.a. der Nachweis der leiblichen Abstammung von einem deutschen Staatsangehörigen, das Bekenntnis zum deutschen Volkstum und Kenntnisse der deutschen Sprache (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration/Der Beauftragte für Integration und Migration des Senats von Berlin 2004: 28ff).

2.4 Relevante gesetzliche Bestimmungen für die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen, Asylbewerbern und Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus

Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sind Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus Leistungsberechtigte. Dieses Gesetz greift auch im Hinblick auf die medizinische Versorgung im Krankheitsfall. Die Leistungen und Grenzen dieses Gesetzes werden im nachstehenden Text erläutert.

Die materielle Lebensgrundlage von Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtlingen sowie Ausländern ohne sicheres Bleiberecht wird durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt. Dies betrifft unter anderem Asylbewerber, Menschen mit einer Duldung, andere ausreisepflichtige Personen wie Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus sowie ggf. Personen mit einer Aufenthaltserlaubnis aus humanitären Gründen (§ 1 AsylbLG).

Die genannten Leistungen beinhalten Unterkunft, Ernährung, Kleidung, medizinische Versorgung und Hygieneartikel. Die meisten der genannten Personengruppen fallen „notgedrungen“ unter dieses Gesetz, da für sie ein absolutes Arbeitsverbot bis zwölf Monate nach ihrer Einreise besteht und sie nach dieser Zeit einen nachrangigen Arbeitsmarktzugang haben. Das heißt, sie sind auf dem Arbeitsmarkt Deutschen und Ausländern mit einer Arbeitserlaubnis nachgestellt. Die Höhe der Leistungen liegt beachtlich unter dem Existenzminimum der Hilfe zum Lebensunterhalt (früher Sozialhilfe genannt) und zum Großteil erhalten die betreffenden

Personen Sach- und keine Geldleistungen. Sachleistungen sind beispielsweise Lebensmittelpakete oder Wertgutscheine (Classen 2005: 54ff).¹²

Die Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt sind durch § 4 AsylbLG geregelt:

„(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

(2) Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.

(3) Die zuständige Behörde stellt die ärztliche und zahnärztliche Versorgung einschließlich der amtlich empfohlenen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen sicher.“ (Deutsches Ausländerrecht 2005: 311)

Da Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sind, bedeutet dies im Umkehrschluss, dass sie dem Sozialamt gemeldet sein müssen, um die Leistungen zu erhalten. Das Sozialamt wiederum ist rechtlich verpflichtet, Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus der Ausländerbehörde oder der Polizei zu melden (§ 87 AufenthG). Damit laufen die betroffenen Personen Gefahr, inhaftiert und abgeschoben zu werden (Classen 2005: 67). Diese Gefahr ist insbesondere bei einer unvermeidlichen stationären Behandlung im Krankenhaus gegeben und Abschiebungen direkt vom Krankenhaus sind

12 Kritische Anmerkungen zum Aspekt der Menschenwürde im Zusammenhang mit dem Leistungsbezug als größtenteils Sachleistung, dessen beachtliche Reduktion unter den Sozialhilfesatz sowie zur rechtliche Situation von anerkannten Flüchtlingen und Asylberechtigten siehe Classen 2005: 55ff.

Rechtswissenschaftler und Menschenrechtler stellen seit 1980 ein sukzessives Abbröckeln des „Asylrechtsparagrafen“ fest und mit der Grundrechtsänderung von 1993 wurde der Höhepunkt erreicht. Es wird angenommen, dass diese „Maßnahmen“ im Rahmen des Asylverfahrens – Gemeinschaftsunterkünfte, reduzierter Sozialhilfesatz, Sachleistungen und eingeschränkte medizinische Versorgung etc. – als „Abschreckungsmaßnahmen“ für potentielle und erfolgte Zuwanderung gewollt sind (Alt 2001: 23f).

schon vorgekommen. Denn laut Gesetz ist ein ‚illegaler‘ Aufenthalt in der Bundesrepublik strafbar und die Person ist ausreisepflichtig.

Diese Gefahr in Kauf nehmend, kann für die Zeit der Behandlung mit Hilfe eines ärztlichen Attests für schwer erkrankte Menschen ohne Aufenthaltsstatus eine Duldung aus humanitären Gründen (§ 60a AufenthG) erwirkt werden. Hierbei wird juristisch ein Unterschied gemacht zwischen Reiseunfähigkeit und der Gefahr für Leib oder Leben im Herkunftsland aufgrund mangelnder medizinischer Versorgung. Eine Duldung wird für kürzere Zeiträume, von einer Dauer von ein bis sechs Monaten, ausgesprochen. Danach müssen für eine Verlängerung erneut Begründungen vorgelegt werden. Bezogen auf HIV-positive Menschen mit fortgeschrittener Erkrankung sind für das Erwirken einer Duldung die Behandlungsnotwendigkeit mit antiretroviraler Therapie sowie die notwendigen periodisch durchzuführenden labortechnischen Checkups von Bedeutung. Es muss nachgewiesen werden, dass zu beidem die Zugänglichkeit im Herkunftsland nicht gewährleistet ist. Menschen, die HIV-positiv, aber noch nicht behandlungsbedürftig sind, haben so gut wie keine Chancen, eine Duldung zu erhalten. Gerne wird als Begründung der Ablehnung einer Duldung auf die meist hohe HIV-Prävalenz in den Herkunftsländern hingewiesen (Braun et al. 2003: 124f).

Krankenhilfe nach § 4 AsylbLG muss bei akuten und akut behandlungsbedürftigen Erkrankungen und bei Erkrankungen, die Schmerzen hervorrufen, erbracht werden. Auch müssen sämtliche Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung übernommen werden. Alle darüber hinausgehenden Behandlungsbedarfe, die zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind, wie Folgekrankheiten oder die Gefahr von dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen, sind nach § 6 AsylbLG zu erbringen¹³. Ohne explizit genannt zu sein, müssen darunter auch chronische Erkrankungen fallen, denn jede Nichtbehandlung einer chronischen Erkrankung führt zu einer Verschlechterung der Gesundheitssituation und schließlich zu einem akuten Geschehen (Classen 2005: 91f).

Die unter § 4 AsylbLG genannte Einschränkung „zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ (Deutsches Ausländerrecht

13 Siehe hierzu auch Fodor 2001: 216.

2005: 311) wird in der Praxis teilweise rechtswidrig als „unabweisbare“ oder „lebensnotwenige“ Behandlung ausgelegt (Classen 2005: 91). Dieses Gesetz kann so interpretiert werden, dass eine medizinische Behandlung nur eingeschränkt zu leisten sei und die Formulierung mag implizieren, dass chronische Erkrankungen und Behinderungen nicht behandlungswürdig sind und nur dann behandelt werden, wenn akute Schmerzzustände hinzutreten. Es bleibt offen, was unter „akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen“ zu verstehen ist.

Laut Classen (2005: 91, 93f) werden auch die zu erbringenden „sonstigen Leistungen“ wie Hilfsmittel, Prothesen etc. (§§ 4 und 6 AsylbLG) und die nach § 6 AsylbLG zu erbringende medizinische Behandlung oft rechtswidrig abgelehnt und durch langwierige Begutachtungsverfahren hinausgezögert. Zu den genannten Heil- und Hilfsmittel zählen u.a. Brillen, Hörgeräte, orthopädische Hilfsmittel, Pflegeleistungen. Und Psychotherapie, die insbesondere für Folteropfer notwendig ist. Auch Fahrtkosten zum Arzt und Krankenhaus sowie Dolmetscherdienste müssen übernommen werden. Ebenso besteht ein Anspruch auf Mehrbedarf aufgrund von besonderer Ernährung bei chronisch Kranken und in der Schwangerschaft.

Die Versorgung mit Zahnersatz wird nur dann gewährt, wenn sie aus „medizinischen Gründen unaufschiebbar“ ist. Dies ist dann der Fall, wenn durch Nichtbehandlung zum Beispiel Folgeschäden am Gebiss auftreten oder Magenbeschwerden durch mangelnde Kaufähigkeit festzustellen sind. Ein Gebiss in einfacher Ausfertigung muss beim Fehlen vieler Zähne zur Verfügung gestellt werden. Anders als bei gesetzlich Versicherten dürfen weder Eigenleistungen noch Zuzahlungen (seit der Gesundheitsreform 2004) von Asylbewerberleistungsgesetz-Empfängern verlangt werden (Classen 2005: 94, 96).

Im für die Betroffenen schlimmsten Falle beurteilen medizinisch nicht geschulte Sachbearbeiter der Sozialämter, deren Aufgabe es ist, bei einer ambulanten Behandlung einen Krankenschein auszustellen, ob die Beschwerden wahrheitsgemäß und akut sind.¹⁴ Häufig werden Behandlungen aufgrund von amtsärztlichen Gutachten abgelehnt, mit Begründungen, die mit dem AsylbLG nicht vereinbar sind,

¹⁴ Dies obwohl eine verweigerte Behandlung rechtswidrig ist und ggf. eine Strafe wegen unterlassener Hilfeleistung nach sich ziehen kann (Classen 2005: 92).

da die Sachbearbeiter die gesetzlichen Voraussetzungen oft nicht kennen (Classes 2005: 93). Zum Teil werden Behandlungen mit den Argumenten abgelehnt, die betreffende Person sei vorsätzlich mit der Erkrankung eingereist, um Leistungen und somit auch Behandlung von Krankheit „zu erlangen“ (§ 1a AsylbLG) oder, eine Behandlung könne nach der Abschiebung im Herkunftsland erfolgen (Groß 2005: 8; Braun et al. 2003: 121). In solchen Fällen besteht die Gefahr, dass Krankheiten verschleppt werden, bis sich schließlich der Gesundheitszustand verschlechtert hat und eine Behandlung erforderlich macht. Neben dem humanitären Aspekt wird die Höhe der dadurch entstehenden Folgekosten dabei nicht bedacht.

Nach Classes (2005: 93) erwächst ein Behandlungsanspruch in den meisten Fällen auch verfassungsrechtlich durch das Grundgesetz Artikel 1 – Schutz der Menschenwürde – und Artikel 2 – Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Schließlich ist der Arzt durch den hippokratischen Eid gebunden und kann sich bei einer Verweigerung der Behandlung strafbar machen.

Artikel 3 der Grundrechte lautet: „Niemand darf wegen seines Geschlechts, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden.“

Frauen ohne legalen Aufenthaltsstatus können für die Zeit der gesetzlichen Mutterschutzfrist (Zeitraum von sechs Wochen vor und i.d.R. acht Wochen¹⁵ nach der Entbindung) eine temporäre Legalisierung, den Status einer „Duldung aus humanitären Gründen“, erteilt bekommen und somit auch Maßnahmen der Schwangerschaftsvorsorge, Entbindung und Schwangerschaftsnachsorge erhalten. Eine Geburtsurkunde wird für das Kind ausgestellt. Mutter und Kind sind nun der Ausländerbehörde namentlich bekannt und nach dem Mutterschutz sind beide ausreisepflichtig, wenn der Vater kein Deutscher ist (Braun et al. 2003: 124).¹⁶ Ist die Frau HIV-positiv, wird sie bis zur definitiven Klärung des Infektionsstatus' des Kindes mindestens achtzehn Monaten nach der Geburt in Deutschland bleiben können.

15 Bei medizinischen Frühgeburten und Mehrlingsgeburten bis zwölf Wochen nach der Entbindung (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005: 21)

16 Siehe hierzu auch den Abschnitt „Die deutsche Staatsangehörigkeit“ in dieser Arbeit.

Menschen ohne legalen Aufenthaltstitel sind ausreisepflichtig und machen sich aufgrund ihres Aufenthalts in der Bundesrepublik strafbar (§ 4 AufenthG). Rechtlich sind sie nach dem Asylbewerberleistungsgesetz den Menschen mit einer Duldung gleichgestellt und haben demnach Anspruch auf Leistungen – auch medizinische Leistungen. Die mit einer Meldung einhergehende drohende Abschiebung, schreckt viele davor zurück, Leistungen zu beantragen.

2.5 Gesundheitsversorgung nach dem Infektionsschutzgesetz

Das Bundesseuchengesetz wurde 2001 von dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) abgelöst. Als „dritte Säule“ ergänzt der öffentliche Gesundheitsdienst die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung. Grundgedanke des Gesetzes ist Prävention durch Aufklärung (§ 3 IfSG). Im Blickpunkt steht nun nicht mehr die Kontrolle (wie zuvor beim Bundesseuchenschutzgesetz), sondern die Unterstützung von gesundheitsbewusstem Verhalten durch Prävention und Gesundheitsförderung. Die Verhütung von Krankheiten wird als eine öffentliche Aufgabe angesehen.

Diese Reform der gesetzlichen Regelungen zum Schutz der Bevölkerung vor übertragbaren Krankheiten äußert sich unter anderem darin, dass Gesundheitsämter hinsichtlich sexuell übertragbarer Erkrankungen (STD bzw. STI) und anderer Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose) aufsuchende Beratungsarbeit leisten und behandelnd tätig werden (Bundesärztekammer 2003; Bundesärztekammer 2005; Steffan/Sokolowski 2005: 11f).

Laut der Bundesärztekammer (2001) ist das ärztliche Personal nur in Verwaltungsfragen gegenüber dem Träger des Gesundheitsdienstes weisungsgebunden, nicht in medizinisch-ärztlichen Entscheidungen. Bei möglichen Konflikten zwischen der Wahrung öffentlicher Interessen und der ärztlichen Schweigepflicht, dürfe der Arzt sich nur durch letzteres leiten lassen. Die über die Amtsverschwiegenheit hinausgehende ärztliche Schweigepflicht soll somit gewahrt bleiben. Durch die Gewährung von Anonymität wird der Zugang zu Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus erleichtert.

Diese geforderte Grundhaltung bedeutet, dass Menschen ohne Papiere durch den öffentlichen Gesundheitsdienst behandelt werden müssen, ohne an die Behörden gemeldet zu werden, da dadurch die ärztliche Schweigepflicht gebrochen werden würde. Bei manchen Erkrankungen ist eine namentliche Meldung erforderlich. Dies muss für Menschen ohne Papiere keine Barriere bedeuten, denn sie könnten auch einen anderen Namen als ihren wirklichen angeben. Solange nicht nachgeprüft wird, besteht für sie keine Gefahr der Aufdeckung.

Obwohl der Zugang zur medizinischen Untersuchung und Behandlung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst bei einigen sexuell übertragbaren Erkrankungen und Tuberkulose¹⁷ uneingeschränkt für alle gegeben ist, kann für Menschen ohne Aufenthaltsstatus das Betreten eines öffentlichen Amtes eine Hürde bedeuten.

¹⁷ Siehe hierzu genauer <http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/ifsg/>

3. Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus im Spannungsfeld rechtlicher Bedingungen

Vorhandene gesetzliche Bestimmungen erschweren die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere in der Bundesrepublik Deutschland. Auf diese wird untenstehend eingegangen.

3.1 § 87 Aufenthaltsgesetz – der sogenannte Denunziationsparagraf

Im Rahmen einer Krankenhausbehandlung wird immer wieder der sogenannte Denunziationsparagraf – § 87 Aufenthaltsgesetz (vor dem 1.1.2005: § 76 Ausländergesetz) – erwähnt.

Unter *Übermittlung an Ausländerbehörden* steht in § 87 Abs. 2 Aufenthaltsgesetz (AufenthG):

„Öffentliche Stellen haben unverzüglich die zuständige Ausländerbehörde zu unterrichten, wenn sie Kenntnis erlangen von

1. dem Aufenthalt eines Ausländers, der keinen erforderlichen Aufenthaltstitel besitzt und dessen Abschiebung nicht ausgesetzt ist, ...“

und es „... kann statt der Ausländerbehörde die zuständige Polizeibehörde unterrichtet werden ...“ (Deutsches Ausländerrecht 2005: 55f)

Fodor (2001) gibt hierzu in seinem Rechtsgutachten zu bedenken, dass die Bezeichnung „öffentliche Stellen“ nicht näher definiert ist. Zweifellos gelten jedoch Arbeits-, Sozial- und Jugendämter als öffentliche Stellen. Demzufolge haben Sozialämter, die für die Kosten der Gesundheitsversorgung von Menschen, die unter das Asylbewerberleistungsgesetz fallen – somit faktisch auch für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus – eine Ermittlungs- und Aufklärungspflicht und haben „...*ihnen bekannt gewordene Umstände...*“ (§ 87 Abs. 1 AufenthG) an die Ausländerbehörde oder Polizeibehörde weiterzugeben (Fodor 2001: 174f).

Laut Fodor (2001: 178) trifft eine Übermittlungspflicht für die Verwaltung von Krankenhäusern an die Ausländerbehörde nach § 87 AufenthG nicht zu. Zwar können Krankenhäuser als öffentliche Stellen angesehen werden, wenn sie öffentlich finanziert sind, aber „Aufgabe der öffentlichen Krankenhäuser ist die Leistung medizinischer Hilfe“.¹⁸

Für die Erfüllung dieser medizinischen Aufgaben ist der Aufenthaltsstatus ausländischer Patienten unerheblich. Insbesondere ist keine materiell-rechtliche Vorschrift ersichtlich, wonach nur solche Patienten behandelt werden dürfen, die eine Aufenthaltsgenehmigung, Gestattung¹⁹ oder Duldung besitzen. Im Gegenteil verpflichtet das medizinische Landesrecht zur Behandlung eines jeden Menschen, der medizinische Hilfe benötigt.“

Und: „Mithin besteht für Verwaltungen von Krankenhäusern keine Pflicht, Erkenntnisse über den Aufenthaltsstatus von Patienten zu gewinnen. Dementsprechend gilt auch nicht die Mitteilungspflicht gemäß § 75 Abs. 1 AuslG [analog § 86 Abs. 1 AufenthG].“ (Fodor 2001: 175f)

Nach Fodor besteht für öffentliche Krankenhäuser keine Ermittlungspflicht und folglich auch keine Übermittlungspflicht nach § 86 Abs. 2 AufenthG (Fodor: 2001: 177, 217). Krankenhäuser in privater, kirchlicher oder ähnlicher, nicht öffentlicher, Trägerschaft haben demnach zweifelsfrei keine Mitteilungspflicht. Doch bei einer gewünschten Kostenübernahme für die medizinische Behandlung durch das Sozialamt müssen die Patientendaten angegeben werden und das Sozialamt unterliegt definitiv der Meldepflicht.

Im Zusammenhang mit der Datenübermittlung und des Datenschutzes steht in § 86 Abs. 1 AufenthG unter *Erhebung personenbezogener Daten*: „Die mit der Ausführung dieses Gesetzes betrauten Behörden dürfen zum Zweck der Ausführung dieses Gesetzes und ausländerrechtlicher Bestimmungen in anderen Gesetzen personenbezogene Daten erheben, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz und nach

18 „verantwortet von ihren Krankenhausleitern, und durchgeführt durch Ärzte und Krankenpflegepersonal“

19 Fodor hat sein Gutachten 2001 vor den Änderungen durch das neue Zuwanderungsgesetz geschrieben und benutzt deshalb die früheren Aufenthaltsbezeichnungen und die früheren Paragraphen. Diese wurden in dem Text durch die aktuellen ersetzt.

ausländerrechtlichen Bestimmungen in anderen Gesetzen erforderlich ist.“ (Deutsches Ausländerrecht 2005: 55)

§ 88 AufenthG regelt *Übermittlungen bei besonderen gesetzlichen Verwendungsregelungen* und in § 88 Abs.1 AufenthG ist festgehalten, dass „eine Übermittlung personenbezogener Daten und sonstiger Angaben nach § 87 unterbleibt, soweit besondere gesetzliche Verwendungsregelungen entgegenstehen.“ (Deutsches Ausländerrecht 2005: 56)

Die ärztliche Schweigepflicht²⁰ kann als eine besondere gesetzliche Verwendungsregelung angeführt werden, auf die sich auch eine Krankenhausverwaltung beziehen kann (Groß 2005: 10).

In der alltäglichen Krankenhauspraxis besteht diesbezüglich weiterhin Unsicherheit. Zum Teil sind sogar Ärzte der Auffassung, sie müssten Menschen ohne Papiere an die Behörden melden. Es tut Not, das Personal von Krankenhäusern dahingehend zu informieren, um Unsicherheiten auszuräumen und womöglich Nichtbehandlung auszuschließen. Zu diesem Zweck wurde die Handreichung „Patienten und Patientinnen ohne Aufenthaltsstatus und ohne Krankenversicherung im Krankenhaus – Rechtliche Situation und Möglichkeiten der Kostenerstattung“ vom Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin und der Malteser Migranten Medizin Berlin mit Unterstützung der Ärztekammer Berlin entwickelt.

Es bleibt jedoch die Frage ungelöst, wer die Kosten einer Krankenhausbehandlung übernimmt, wenn der Fall dem Sozialamt nicht gemeldet wird, um eine Abschiebung zu vermeiden, und die Person die Behandlungskosten nicht privat zahlen kann. Die Idee, dem Sozialamt den Krankheitsfall verspätet zu melden, um Tage zu gewinnen und die Patienten „rechtzeitig“ zu entlassen, bevor sie in Abschiebehaft genommen werden können, hat den Nachteil, dass eine Zahlung erst ab dem Zeitpunkt der Antragstellung erfolgt. Gleichfalls kann das Sozialamt die Zahlung mit dem Argument verweigern, die Person sei nicht gemeldet. Dies bedeutet, dass das Krankenhaus oder der Behandler die Kosten selbst tragen muss. Existiert ein Fond oder ein Budget, das für solche Fälle genutzt werden kann, erleichtert dies die Situation ungemein.

20 § 9 der (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2004) (siehe www.bundesaerztekammer.de/cgi-bin/print-Version.cgi)

Ist eine erkrankte Person in der Lage, selbst für die Behandlungskosten aufzukommen, wird sie jedoch kaum den erhöhten Satz für Privatversicherte zahlen können.

3.2 Krankenversicherung

In einem Arbeitsverhältnis besteht eine Versicherungspflicht durch den Arbeitgeber für Personen, die keine selbstständige Tätigkeit ausüben und keiner geringfügigen Beschäftigung nachgehen. Deren Mitgliedschaft beginnt theoretisch mit dem Tag der Beschäftigung und impliziert auch Ansprüche auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Da die ‚illegal‘ beschäftigten Personen i.d.R. keine Kenntnis über die Versicherungspflicht durch den Arbeitgeber haben und meist auch über keinen Nachweis hinsichtlich ihrer Beschäftigung verfügen, können sie sich auch keine Krankenversicherung wählen.

Hat eine Person eine Krankenversicherung in einem Land mit dem ein Sozialversicherungsabkommen mit Deutschland besteht (alle EU-Länder, Schweiz, Türkei, Tunesien, Algerien, Marokko, Länder des ehemaligen Jugoslawien) abgeschlossen, ist die dortige Krankenkasse der Leistungsträger (Groß 2005: 18).

Reisekrankenversicherungen müssen bereits im Herkunftsland oder kurz nach der Einreise abgeschlossen werden. Sie sind aber in der Regel teuer und übernehmen nur die Behandlungskosten für akute Erkrankungen und Unfälle (Fodor 2001: 169f; Braun et al. 2003: 123; Groß 2005: 16ff).

3.3 Unfallversicherung

Der Unfall-Versicherungsschutz ist nicht an Aufenthaltsrecht oder Nationalität gebunden und gilt theoretisch auch für „illegal“ Beschäftigte. Die nach Arbeitsunfällen anfallenden Kosten für eine medizinische Behandlung, Rehabilitation und Rente werden von der Unfallversicherung getragen. Für einen Arbeitgeber würde dies jedoch bedeuten, das „illegale“ Beschäftigungsverhältnis bekannt zu machen. Die Arbeitnehmer sind häufig nicht informiert oder haben Angst vor einer Abschiebung, weshalb diese Leistung dann schließlich nicht in Anspruch

genommen wird. Die Leistungen können jedoch über Dritte, wie z.B. Beratungsstellen, eingeklagt werden (Braun et al. 2003: 123f). Auch bei Wegeunfällen (z.B. Kindergarten, Schule) und Berufskrankheiten bestehen Ansprüche an die gesetzliche Unfallversicherung (Groß 2005: 17).

3.4 § 96 Aufenthaltsgesetz – der sogenannte „Schlepperparagraph“

Wie bereits beschrieben, bestehen für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus enorme Hürden, eine Gesundheitsversorgung über das Asylbewerberleistungsgesetz in Anspruch zu nehmen, da sie eine Aufdeckung ihres Status befürchten. Für konfessionelle und private Krankenhäuser und für niedergelassene Ärzte besteht keine Meldepflicht. Doch rechtlich gesehen können sie sich aufgrund des sogenannten „Schlepperparagraphen“ (§ 96 AufenthG) – Einschleusen von Ausländern – dennoch strafbar machen.

§ 96 Abs. 1 AufenthG²¹ besagt: „Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer einen anderen zu einer der in § 95 Abs. Nr. 1 (...) ²² bezeichneten Handlung anstiftet oder ihm dazu Hilfe leistet und

1. dafür einen Vermögensvorteil erhält oder sich versprechen lässt oder
2. wiederholt oder zu Gunsten von mehreren Ausländern handelt.“
(Deutsches Ausländerrecht 2005: 63)

Dieser Paragraph bezieht sich auf die „Hilfeleistung“, die für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus erbracht wird und diese dabei unterstützt, sich „illegal“ im Bundesgebiet aufzuhalten. Laut Fodor (2001) liegt im Zusammenhang mit einer ärztlichen Behandlung tatsächlich

21 Vor der Änderung durch das neue Zuwanderungsgesetz war dies § 92a Abs. 1 Ausländergesetz (AuslG).

22 In verkürzter Form dargestellt bezieht sich § 95 Abs. 1 Nr. 1 auf Menschen, die sich ohne anerkannten und gültigen Pass oder Bescheinigung in der Bundesrepublik aufhalten; Nr. 2 die ohne erforderlichen Aufenthaltstitel oder Duldung im Bundesgebiet sind und Nr. 3 die ohne Pass, Aufenthaltstitel etc. unerlaubt eingereist sind (Deutsches Ausländerrecht 2005: 62).

eine Handlung gemäß § 95 Abs. 1 Nr. 1 (...) vor. Von dem Arzt als „Anstifter“, der den Patienten vorsätzlich dazu veranlasst, sich ohne Aufenthaltspapiere in Deutschland aufzuhalten, kann jedoch nicht die Rede sein. Ob eine medizinische Behandlung dazu verleitet, den Aufenthalt zu ermöglichen und zu erleichtern und ein erhöhtes Sicherheitsgefühl bei der behandelten Person hervorruft, muss in Frage gestellt werden. Ist dies nicht der Fall und ist der Aufenthalt nicht aus der medizinischen Behandlung heraus begründet, kann auch nicht von einer Beihilfebehandlung gesprochen werden. Nach Fodor wäre dies jedoch im Einzelfall zu prüfen. Im Umkehrschluss hieße das dann wiederum, dass eine Beihilfe nach § 96 AufenthG nicht generell auszuschließen ist (Fodor 2001: 178ff).²³

Behandelnde Ärzte befinden sich in einem Zwiespalt zwischen der Strafbarmachung einerseits und dem geleisteten hippokratischen Eid andererseits, der zur Behandlung verpflichtet. Die Forderung, den Paragraphen dahingehend zu verändern, dass medizinisches Personal ausgenommen ist und dies deutlich zu kennzeichnen, ist hieraus absolut verständlich, notwendig und unterstützenswert.

Eine strafrechtliche Verurteilung wegen medizinischer Behandlung nach § 96 ist der Rechtsabteilung der Bundesärztekammer bisher nicht bekannt.²⁴ *Ermittlungen sind aber diesbezüglich schon durchgeführt worden und welcher Mediziner möchte, dass gegen ihn ermittelt wird?*²⁵

Alt (2001: 106) fordert, dass „diejenigen öffentlichen Stellen, die für die Wahrung menschen- und grundrechtlicher Standards zuständig sind, von aufenthaltsrechtlichen Kontrollfunktionen befreit werden. Dies bedeutet konkret:

- a. Verzicht auf die Statusfeststellung von hilfsbedürftigen bzw. hilfesuchenden Migranten vor allem durch Ärzte, Polizei und Gerichte.

²³ Dies trifft auch für Schulleiter zu, wenn bekannt ist, dass ein Kind kein Aufenthaltsrecht und keine Duldung hat und in der Schule aufgenommen wird. Auch hier ist der Einzelfall zu prüfen (Fodor 2001: 218).

²⁴ Aussage des referierenden Rechtsanwalts auf der Tagung „Transnationale Krankenkassentage in Hamburg“ (30.9.-2.10.2005).

²⁵ Aussage einer Ärztin, die Menschen ohne Papiere behandelt, in einem informellen Gespräch während der Transnationalen Krankenkassentage in Hamburg.

- b. Ersatzlose Abschaffung des § 87 AufenthG²⁶ (die Mitteilung von unerlaubt Aufhältigen an die Ausländerbehörde, insoweit diese anderen Behörden im Rahmen ihrer Arbeit bekannt geworden sind).
- c. Ausdrückliche Herausnahme aller Migrationsberatungsstellen aus den Bestimmungen von § 96 AufenthG²⁷ (Beihilfe zu unerlaubtem Aufenthalt).“

26 Auch Alt schrieb sein Buch vor dem neuen Zuwanderungsgesetz. In seiner Fassung stand § 76 AuslG (geändert im Text E.S.).

27 Im Original stand § 92a, im vorliegenden Text von E.S. geändert.

4. Zugang zu Prävention und Gesundheitsversorgung für Migranten unter sozioökonomischen und medizinischen Gesichtspunkten

Cyrus (2004: 3) weist darauf hin, dass aus der Perspektive der aufnehmenden Gesellschaft die aufenthaltsrechtliche „Illegalität“ ein dauerhaftes strukturelles Phänomen sozialer Unterschichtung bildet.²⁸ De facto kann von einer Unterschichtung gesprochen werden, insbesondere wenn es um die Rechte dieser Menschen geht. Ein Interviewpartner sprach auch von einer „Parallelgesellschaft“. Bereits in Studien bezüglich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung von Migranten mit Aufenthaltsrecht, im Vergleich zu der aufnehmenden Gesellschaft, wird auf deren häufig schlechteren Zugang hingewiesen. Auch in anderen Bereichen, wie Zugang zu Bildung, Ausbildung und Arbeit ist deren soziale Ungleichheit bekannt. Der Grad der Vulnerabilität von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus lässt sich nur erahnen.

Es sind bisher keine Daten zu Mortalität, Morbidität, Gesundheitsrisiken und zum Zugang zur Gesundheitsversorgung und Primärprävention von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland vorhanden, die als repräsentativ gelten können. Man kann jedoch davon ausgehen, dass sich die soziale und gesundheitliche Lage dieser Menschen in manchen Aspekten mit der der Migrantenpopulation mit Aufenthaltsrecht deckt – vermutlich ist ihre Lage deutlich verschärft. Auf die Auswirkung von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit im Allgemeinen und bezogen auf Migranten wird anschließend eingegangen. Dies ist ein breites Thema und nur die wichtigsten Gesichtspunkte können benannt werden.

4.1 Soziale und gesundheitliche Ungleichheit

In der sozialepidemiologischen Forschung werden soziale Einflüsse auf Gesundheit, Krankheit und Sterblichkeit untersucht. Der Grad von

28 Der Begriff der Unterschichtung im Zusammenhang mit sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit wird im weiteren Text näher erläutert.

sozialer Ungleichheit bezogen auf Sozialstatus, Einkommen, Bildung/Ausbildung etc., die Möglichkeit der Einflussnahme auf die eigenen Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie das soziale Umfeld und seelische Wohlbefinden wirken sich bedeutend auf Gesundheit, Gesundheitserhaltung, Morbidität und Mortalität aus. Auch Alter, Geschlecht, Ernährung, Wohnverhältnisse, Prestige und gesellschaftliche Teilhabe sind beeinflussende Faktoren.

Als erster bahnbrechender Bericht erschien „Inequalities in Health – The Black Report“ Anfang der 1980er Jahre in Großbritannien. In ihm sind empirische Ergebnisse zur gesundheitlichen Ungleichheit zusammengefasst und bewertet (Townsend/Davidson 1982).

Zu dem Thema soziale Ungleichheit, Gesundheitschancen und Lebenserwartung liegen heute eine Vielzahl von Erkenntnissen vor. Die meisten Veröffentlichungen sind aus Großbritannien, den skandinavischen Ländern und den Niederlanden. In den westeuropäischen Staaten und in den USA wurden in Untersuchungen zu sozioökonomischen Unterschieden bezogen auf den Gesundheitszustand die gesundheitlichen Nachteile für die unteren sozialen Schichten deutlich (Mielck 2000: 243).

Für Deutschland liegen mehr Daten zu der Korrelation zwischen sozioökonomischem Status und Morbidität vor als zu Mortalität. Hinsichtlich der Morbidität treten beispielsweise Herzinfarkte häufiger bei Personen mit geringerer Schul- und Berufsausbildung auf und besonders häufig bei Frauen. Auch ist eine höhere Prävalenz von Apoplexie bei Frauen und Männern aller Altersgruppen in den unteren sozialen Schichten zu vermerken. Die schichtspezifischen Unterschiede nehmen aber für beide Erkrankungen mit zunehmendem Alter ab (Mielck 2000: 85ff, 104).

Bei einer altersadjustierten Teilung der Bevölkerung Deutschlands in fünf gleich große Schichten bezogen auf die Indikatoren Einkommen, Beruf²⁹, Ausbildung, weisen Zugehörige des untersten Fünftels ein durchschnittlich doppelt so hohes Erkrankungs- und Sterblichkeitsrisiko auf wie diejenigen des obersten Fünftels. Das erhöhte Morbiditätsrisiko trifft für alle Altersgruppen und für fast alle Krankheiten zu (Rosenbrock

29 Mielck (2000: 72ff) gibt zu bedenken, dass der Faktor „Beruf“ sich schwieriger aufteilen lässt als Einkommen und Ausbildung.

1998: 3; Rosenbrock/Geene 2000: 11ff; Badura 2003: 632). Ähnliches gilt bei einer Einteilung in vier hierarchisch aufgeteilten Berufskategorien in Korrelation mit alters-standardisierten Mortalitätsraten. Es fällt auf, dass bei zunehmendem Berufsstatus die Gesamt-Mortalität stufenartig abnimmt. Die Mortalität ist beim unteren Status ca. 2,3mal so hoch wie beim oberen Berufsstatus. Ein diesbezüglicher Zusammenhang ist auch bei Todesfällen durch Herzinfarkt und bösartige Neubildungen festgestellt worden (Mielck 2000: 72).

Von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit häufiger betroffene Gruppen sind vor allem Kinder und Jugendliche, Alleinerziehende und Familien, Menschen mit Behinderungen, ältere Menschen und Migranten (Geene/Halkow 2004: 16).³⁰

Im Vergleich zu besser gestellten Bevölkerungsgruppen ist die Lebenserwartung bei armen Menschen um etwa sieben Jahre verkürzt, sie verunfallen doppelt so häufig und sind von Gewalt doppelt so häufig betroffen (Geene/Halkow 2004: 16). Umgekehrt beeinflusst der Gesundheitszustand auch die sozioökonomische Situation. Denn vereinfacht ausgedrückt: Armut macht krank und Krankheit macht arm (Mielck 2004: 27), was auch zu einem Teufelskreis führen kann. Armut hat negative Auswirkungen auf die psychische Verfassung, vermittelt Existenzunsicherheit und Existenzängste bis hin zu Existenzbedrohung (Ludescher 2004: 38). Armut verringert die Partizipationsmöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben und Lebenschancen und Perspektiven werden dadurch beeinflusst.

Bezogen auf soziale Ungleichheit sind eindeutige ökonomische Unterschiede zwischen Migranten- und Nicht-Migrantenhaushalten festzustellen. Jeder zweite Migrantenhaushalt – im Vergleich zu jedem dritten Nicht-Migrantenhaushalt – ist dem unteren Einkommensbereich zu verorten. Migranten sind häufiger auf Sozialhilfe angewiesen und haben auch bei vergleichbarer Teilhabe am Arbeitsmarkt ein deutlich niedrigeres Einkommen (Robert Koch-Institut 2005: 127f). Wie bereits gezeigt, handelt es sich bei Migranten um eine sehr heterogene

³⁰ Wird die relative Einkommensverteilung zum Maßstab herangezogen, wird ersichtlich, dass Länder mit geringer Ungleichheit wie Holland, Norwegen und Schweden eine auffällig höhere durchschnittliche Lebenserwartung vorzeigen als Länder mit größerer Ungleichverteilung von Einkommen (Rosenbrock/Geene 2000: 20).

Gruppe. Aus diesem Grunde und aufgrund der dürftigen Datenlage ist es kaum möglich, daraus Verallgemeinerungen abzuleiten.³¹ Auch unter den sogenannten Migranten gibt es eine Mittelschicht, aber das Risiko, benachteiligt zu sein, ist für Migranten größer, und ihre ökonomischen Aufstiegschancen sind geringer als die der Menschen ohne Migrationshintergrund. Bezogen auf ihre soziale Lage und ihren Zugang zu Ausbildung und zum Arbeitsmarkt, stellen Migranten eine marginalisierte Gruppe dar.

Die gesundheitliche Ungleichheit zeigt sich darin, dass Menschen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status einen schlechteren Gesundheitszustand vorweisen. Um die soziale Ungleichheit und die Unterschiede sozialer Lagen zu verringern, müssten, an der Ursache angepackt, Ausbildungs-, Berufsstatus- und Einkommensunterschiede abgebaut und folglich strukturelle und gesellschaftliche Veränderungen herbeigeführt werden. Dies ist jedoch ein sehr langwieriger Prozess. Soll eine kurz- oder mittelfristige Verringerung von gesundheitlicher Ungleichheit erreicht werden, ist es erfolgversprechender, die Gesundheitschancen von Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status durch Verbesserung der präventiven und kurativen Versorgung, des Gesundheitsverhaltens, der Absicherung bei Krankheit und der Umweltbedingungen zu beeinflussen (Mielck 2004: 27f). Gleichfalls muss die geschlechtsspezifische Ungleichheit und die sozioökonomische Benachteiligung von Frauen abgebaut werden (Babitsch 2000: 126ff).³²

Das Konzept der strukturellen Prävention geht von einer ganzheitlichen Betrachtung von Gesundheit aus und ist z.B. konzeptionelle Basis der AIDS-Arbeit in Deutschland. Diesem Konzept liegt die Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention zugrunde, denn Gesundheitsrisiken werden neben dem individuellen Verhalten auch durch soziale, ökonomische, politische und kulturelle Gegebenheiten beeinflusst. Bei diesem Konzept werden den Aspekten von sozialer Ungleichheit und unterschiedlichen Lebenslagen Rechnung getragen (Hilgefort 2000: 16ff).

31 Hierzu detaillierter Razum (2003), der argumentiert, dass ein Vergleich der Gesundheitssituation von Migranten gegenüber der deutschen Bevölkerung nur für bestimmte Indikatoren aussagekräftig ist. Er plädiert für eine Gesundheitsberichterstattung, bei der Daten zu Migranten erfasst werden und somit eine gesundheitliche Veränderung über einen längeren Zeitraum analysiert werden kann.

32 Im Zusammenhang mit HIV/AIDS in Afrika wurde der Einfluss von Gender auf das Gesundheitsverhalten andernorts beschrieben (Schmitt 2005).

4.2 Erkrankungen und Krankheitsrisiken von Migranten

Die Gesundheitssituation von Migranten kann unter zwei verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet werden:

1. Leiden Migranten an anderen Erkrankungen bzw. haben sie unterschiedliche Krankheitsrisiken als die Bevölkerung der Aufnahmegesellschaft?
2. Wie ist es um den Zugang zur Gesundheitsversorgung für Migranten bestellt?

Razum/Geiger (2003: 689) machen kritisch darauf aufmerksam, dass der Fokus, mit dem Migranten betrachtet werden – ob problemorientiert oder ressourcenorientiert unter Berücksichtigung der Potentiale – für den Diskurs entscheidend ist.

Beide Blickwinkel werden in diesem und im nächsten Abschnitt dargestellt.

Migranten haben im Vergleich zu den sonstigen sozioökonomisch benachteiligten Gruppen zusätzliche migrationsspezifische Risiken. In den verschiedenen Phasen des Migrationsprozesses können Konflikte auftreten, die je nach Ressourcen des Einzelnen und seiner Bewältigungsstrategie als normal angesehen und gelöst werden oder auch zu Erkrankungen führen können. Faktoren, die psychosoziale Belastungen hervorrufen, können sein: Trennung von der Familie und dem Herkunftsland, unklarer Aufenthaltsstatus, Erfahrung von Verfolgung und Folter im Herkunftsland, Fremdenfeindlichkeit im Einwanderungsland, möglicher Statusverlust, wenig planbare Zukunftsaussichten, Mehrfachbelastungen sowie Kommunikationsprobleme. Diese Belastungsfaktoren bzw. psychosoziale Stressoren sind per se nicht krankmachend, können aber krankmachend wirken oder eine Genesung verzögern (Schouler-Ocak 2003: 153ff). Demgegenüber kann die Hoffnung auf neue Perspektiven im Einwanderungsland und damit verbunden eine hohe Motivation und Integrationsbereitschaft stehen. Die Gründe für die Migration sind von entscheidender Bedeutung.

Menschen, die aus Ländern migrieren, in denen bestimmte Erkrankungen eine höhere Prävalenz aufweisen als in Deutschland (z.B. Tuberkulose in Osteuropa, HIV-Infektion in bestimmten afrikanischen Ländern und zunehmend in Osteuropa), leiden im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung

im gleichen Alter mit höherer Wahrscheinlichkeit an diesen Krankheiten (Razum/Geiger 2003: 688f).

Bei Migranten ist eine hohe Prävalenz hinsichtlich Rauchen festzustellen, und sie sind besonderen Belastungen am Arbeitsplatz ausgesetzt. Die Auswertung der BKK-Arbeitsunfähigkeitsdaten von 1997 zeigt, dass die Arbeitsunfallrate bei ausländischen, und hierbei insbesondere bei türkischen Arbeitnehmern verglichen mit Deutschen, erhöht ist. Erklärbar ist dies durch die Arbeitsbereiche, in denen ausländische Arbeitnehmer proportional häufiger beschäftigt sind, und die ein höheres Risiko bergen, zu verunfallen (z.B. Baugewerbe, Landwirtschaft). Aber auch andere Aspekte sind zu berücksichtigen, beispielsweise Verständigungsschwierigkeiten als Unfallursache, unzureichende Informationen über Gefahren und Gefahrenschutz sowie mangelnde Einarbeitung in Tätigkeiten und in den Umgang mit Arbeitsgeräten. Der Vergleich der Arbeitsunfähigkeitsfälle zeigt, dass Arbeitnehmer mit Migrationshintergrund häufiger und länger krank sind als Deutsche (Robert Koch-Institut 2005: 129f).

Demgegenüber stehen jedoch Erkrankungen mit geringeren Erkrankungsrisiken bei Migranten. In einem globalen Vergleich ist, nach dem Lungenkarzinom, die Brustkrebserkrankung die weltweit zweithäufigste Karzinomerkkrankung. Viele asiatische und afrikanische Bevölkerungsgruppen weisen zwar ansteigende, aber bisher noch niedrigere Brustkrebsinzidenzraten auf, als die Bevölkerung in sogenannten entwickelten Ländern (mit Ausnahme Japans, manchen Ländern Lateinamerikas und den Philippinen). Dies ist einerseits durch genetische Faktoren zu erklären: mit der Prävalenz von Trägerinnen der dafür empfänglichen Gene BRCA1 und BRCA2. Andererseits werden für die meisten Brustkrebsarten Umwelt und Lebensstil als induzierende Faktoren angesehen. Eine auffällige Veränderung wird nach der Migration sichtbar. Bei Asiatinnen in den USA ist ein steigendes Erkrankungsrisiko von der ersten, zur zweiten und zur dritten Migrantengeneration festzustellen. Ebenso nimmt das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, für Frauen aus Ländern mit relativ niedrigem Erkrankungsrisiko, wie Italien und Polen, mit ihrer Auswanderung nach Australien zu, insbesondere wenn die Übersiedlung im Mädchenalter stattgefunden hat. Ähnliche Entwicklungen sind hinsichtlich des Kolonkarzinoms festzustellen. Eine hohe Inzidenz weisen Nordamerika, Westeuropa, Neuseeland/Australien und das südliche Südamerika auf, während

demgegenüber die Inzidenz in Afrika und Asien gering ist. So kann es vorkommen, dass erwachsene Migranten der ersten Generation trotz ihres durchschnittlich niedrigeren Sozialstatus eine niedrigere Sterblichkeit aufweisen. Diese Unterschiede sind möglicherweise darauf zurückzuführen, dass die Menschen veränderten – vermutlich hauptsächlich diätetischen – Lebensbedingungen ausgesetzt sind. Dass das Kolonkarzinomrisiko auf Bedingungsänderungen anspricht, ist durch Migrantenstudien schon lange belegt.³³

Der positive Effekt der niedrigeren Krankheitshäufigkeit bei bestimmten Erkrankungen bleibt – in Abhängigkeit von dem Lebensstil – noch einige Jahre nach der Migration erhalten. Dieses Phänomen wird auch als „Healthy Migrant Effect“ bezeichnet (Razum/Geiger 2003: 688f; Parkin 2001: 537ff).

In diesem Zusammenhang werden auch Mängel in der Registrierung als Ursache für solche Ergebnisse angeführt. Migranten können möglicherweise weiterhin in dem für die Statistik genutzten nationalen Bevölkerungsregister gemeldet sein, sind aber eventuell wegen Krankheit bereits in ihr Herkunftsland zurückgekehrt.³⁴

Dem Argument, dass hauptsächlich durch Mängel in der Registrierung die für die Migrantenpopulation positiven statistischen Ergebnisse erzielt werden, setzen Razum et al. (2000: 191) entgegen, dass z.B. die vergleichsweise geringere Mortalität unter türkischen und südeuropäischen Migranten in Deutschland nicht allein durch Überregistrierung erklärt werden kann. In Kohortenstudien in anderen Ländern wurde unter Beteiligung von Migranten und heimischer Bevölkerung eine bis zu 36% niedrigere Mortalitätsrate bei Männern und eine bis zu 44% niedrigere Rate bei Frauen mit Migrationshintergrund festgestellt. In einem Review wurden Mortalitätsvorteile von zwar niedriger Größenordnung, aber bis zu zwanzig Jahre und länger anhaltend, gefunden. Vermutlich kann der „Healthy Migrant Effect“ auch auf die selbstgetroffene Wahl zur Migration zurückgeführt werden. Die Morbidität steigt jedoch mit zunehmender Aufenthaltsdauer im Aufnahmeland an. Ein Trugschluss wäre jedoch, den „Healthy Migrant Effect“ als ein Hinweis auf

33 Für eine Vergleichbarkeit spielt auch die Genauigkeit der Registrierung von Erkrankungen in den verschiedenen Ländern eine Rolle.

34 Diese „Überrepräsentation“ von Migranten und das damit einhergehende statistisch verzerrte Ergebnis wird auch als „Salmon Bias“ bezeichnet (siehe Abraido-Lanza et al. 1999).

„Gerechtigkeit in der Gesundheit“ zu interpretieren. Als Gegenbeispiel hierfür kann die höhere Müttersterblichkeit bei Frauen nicht deutscher Herkunft herangezogen werden (Razum et al. 2000: 191).³⁵ Als weiterer positiver Aspekt, der den „Healthy Migrant Effect“ unterstützt, ist die Hypothese zu nennen, dass vorzugsweise Menschen in guter gesundheitlicher Verfassung und in jüngerem Alter migrieren und häufig eine Verbesserung ihrer ökonomischen Lage zum Ziel haben.³⁶

„Migration beinhaltet Chancen und Risiken – in sozialer, ökonomischer und auch gesundheitlicher Hinsicht. Migranten (gemeint sind Frauen und Männer) sind eine Gruppe innerhalb der Bevölkerung, die weder leicht zu definieren noch leicht zu erreichen ist. Sie stellen daher Public Health vor besondere Herausforderungen.“ (Razum/Geiger 2003: 686)

4.3 Migranten – Zugang zur Gesundheitsversorgung

Gesundheit, Krankheit, Ursachen von Krankheit und deren Prävention sind kulturell, sozial und subjektiv geprägt. Verhaltensmuster, Werte, Normen, Begrifflichkeiten, Einstellungen und Erwartungen werden dadurch beeinflusst.³⁷ Es ist davon auszugehen, dass auch die Erwartungen bezüglich der Gesundheitsversorgung dadurch beeinflusst werden.

Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung sind weitere migrations-spezifische Aspekte unter einem problemorientierten Blickwinkel. Diese Barrieren können sprachlicher und/oder kultureller sowie geschlechts-spezifischer Natur sein. Sie erschweren es, Kenntnisse über gesundheits-bezogene Informationen und Leistungen zu erhalten, die sich sowohl auf Primärprävention als auch auf die Behandlung von Erkrankungen beziehen.

Demgegenüber steht die Frage, ob die Leistungen des Gesundheitssystems oder der Gesundheitsdienste auf die spezifischen sprachlichen

35 Siehe hierzu nächstfolgenden Abschnitt.

36 Die weltweite Migration wird es zukünftig erforderlich machen, Menschen mit Migrationshintergrund in Studien einzubeziehen. Der „Healthy Migrant Effect“ kann ein potentieller, die statistischen Ergebnisse verzerrender Faktor (effect modifier) sein und muss deshalb berücksichtigt werden (Razum et al. 2001: 191).

37 Siehe hierzu genauer beispielsweise in David/Borde 2001: 201ff.

und kulturellen Bedürfnislagen von Migranten vorbereitet sind und auf diese eingehen. Inwieweit wird diesem Bedarf überhaupt Folge geleistet?

Gerne werden Migranten als besonders hilfebedürftig, sozial schwach und vulnerabel in Bezug auf Erkrankungen angesehen. Dem ist jedoch entgegenzuhalten, dass Migration durchaus auch als Befreiung, als aktive Veränderung des bisherigen Lebens und der Lebensplanung, als Chance begriffen wird und Migranten und Flüchtlinge besondere Bewältigungsstrategien in Stresssituationen entwickeln. Auch mag im Vergleich zum Herkunftsland die Gesundheitsversorgung und/oder der Zugang zu ihr finanziell und räumlich für manche Migranten in Deutschland besser sein, und kann auch eine bessere und gesundheitsförderlichere Lebenssituation bedeuten (Razum/Geiger 2003: 689).

Migranten haben häufig einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung als deutsche Staatsbürger und dies trifft besonders für präventive im Vergleich zu kurativen Angeboten zu. So steht beispielsweise einer niedrigeren Impfabdeckung von Migrantenkindern eine starke Nutzung von Notfallambulanzen gegenüber (Razum/Geiger 2003: 689).

Die zunehmende Inanspruchnahme von Rettungsstellen durch bestimmte Bevölkerungsgruppen (u.a. Migranten), in den letzten Jahren, wird in unterschiedlichen Studien aus verschiedenen Ländern aufgezeigt. Es ist anzunehmen, dass Rettungsstellen für bestimmte Bevölkerungsgruppen als Basisgesundheitsversorgung genutzt werden. Die Erklärungen hierfür können im Zusammenhang mit dem jeweiligen Gesundheitssystem stehen, wenn z.B. die Gesundheitsversorgung durch Ambulanzen kostenlos ist.

Weitere Aspekte, auch in Bezug auf Deutschland, können sein: der Standort der Ambulanz in der Stadt in Verbindung mit Wohnbezirken mit höherem Migrantenanteil, die Rettungsstelle als niedrigschwelliges Angebot insbesondere für jene Personen, die keinen Hausarzt haben sowie deren Nutzbarkeit auch nachts und an Wochenenden und die relativ anonyme Behandlung. Für Asylbewerber und Flüchtlinge sind Rettungsstellen eine unbürokratische Alternative, denn für eine Notfallversorgung brauchen sie im Voraus keinen Behandlungsschein beim Sozialamt zu beantragen (Borde/Braun/David 2003: 43ff). Möglicherweise spielen auch Erfahrungen von Angehörigen und Freunden mit der Behandlung in den Notambulanzen eine Rolle.

Ergebnisse der Studie zur „Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanz durch deutsche Patienten und Migranten“, durchgeführt an drei internistischen und gynäkologischen Notfallambulanzen von Berliner Krankenhäusern, waren unter anderem, dass Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen (hinsichtlich Zugangswegen, Symptomen/Beschwerden, Maßnahmen der Eigenhilfe, Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung) eher alters- und geschlechtsspezifisch festzumachen waren als zwischen deutschen Patienten und Menschen mit Migrationshintergrund.³⁸ Die Inanspruchnahme von Rettungsstellen war jedoch von Migranten, gemessen an deren Anteil an der umliegenden Wohnbevölkerung, häufiger. Auch wurden von ihnen die Rettungsstellen stärker an Wochenenden und zu bestimmten Tageszeiten frequentiert als von deutschen Patienten (Borde/Braun/David 2003: 55ff).

Auch zur Patientenzufriedenheit und der Erwartung hinsichtlich der Gesundheitsversorgung liegen bisher für Deutschland nur wenige Studien vor. In der Studie „Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus“ wurden türkische und deutsche Patientinnen u.a. zu dem Basiswissen über den weiblichen Körper, dem Informationsstand vor und nach der ärztlichen Aufklärung, zu den Erwartungen und der Zufriedenheit in einer Frauenklinik befragt (David/Borde 2001). Die geringsten Kenntnisse über den weiblichen Körper und zur Gesundheitsversorgung, waren bei Frauen mit niedriger Alphabetisierungsstufe und bei Frauen, die in der Türkei die Schule besucht hatten, festzustellen. Über die Einweisungsdiagnose, den Grund der stationären Aufnahme und über die geplante Behandlung waren türkische Frauen im Vergleich zu deutschen zum Zeitpunkt der Einweisung weniger informiert. Dies lässt auf mangelndes Gesundheitswissen auf Seiten der Migrantinnen, aber auch auf mangelhafte Vorbereitung von Seiten der einweisenden Ärzte schließen. Der Faktor „deutsche Sprachkenntnisse“ spielte nicht nur hierbei eine bedeutende Rolle. Im Zusammenhang mit Patientinnenerwartungen und -zufriedenheit besteht in der Vergleichsgruppe der Frauen der ersten Migrantengeneration sowie in der Gruppe der neu nachgezogenen Frauen ein Handlungsbedarf hinsichtlich der Verbesserung von Information und Aufklärung, Rücksichtnahme auf migrantinnenspezifische Bedürfnisse auch in der

38 Der überwiegende Anteil der Migranten bestand aus Menschen türkischer Herkunft. Weitere quantitativ größere Gruppen waren Menschen aus Osteuropa und aus arabischsprachigen Ländern.

psychosozialen Betreuung und Verpflegung. Die Ergebnisse aus der zweiten Migrantengeneration waren denen der deutschen Patientinnen am nächsten (David/Borde 2001: 152f, 178ff, 326). Unzureichende Information und Aufklärung haben einen unmittelbaren Einfluss auf die Compliance der Patientinnen in Bezug auf Therapiemaßnahmen und Gesundheitsverhalten.

Auch aus diesen Studienergebnissen wird ersichtlich, dass eine Migrantengruppe sehr heterogen sein kann und weitaus mehr Faktoren eine Rolle spielen, als der Migrantensstatus allein.

Müttersterblichkeit kann als ein „Indikator“ für den Zugang zu Gesundheitsversorgung herangezogen werden. Ergebnisse von Studien aus England und Wales und den USA zeigen ein 1,3 bis 10,6fach höheres mütterliches Mortalitätsrisiko pro Lebendgeburt durch geburtsbedingte Ursachen bei Migrantinnen bzw. Minoritäten im Vergleich zu Frauen der Mehrheitsgesellschaft. Als verursachende Faktoren wurden unter anderem die spätere Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorge und ein Unterschied im Zugang zu und in der Qualität der Geburtshilfe identifiziert. Razum et al. (1999) nahmen diese Studienergebnisse zum Anlass und verglichen für den Zeitraum von 1980-1996 das Risiko der Müttersterblichkeit von westdeutschen Frauen und Migrantinnen (insgesamt 1067 Todesfälle und 11,22 Millionen Lebendgeburten) anhand von Geburts- und Sterberegisterdaten.³⁹ Für beide Gruppen (adjustiert nach Alter, Sterbejahr und Familienstand) konnten sie in dem Untersuchungszeitraum eine signifikante Verbesserung feststellen, mit dem Unterschied, dass die Migrantinnen zunächst ein höheres relatives Risiko (RR) von Müttersterblichkeit aufwiesen, das sich in den letzten Jahren jedoch an das Niveau der westdeutschen Frauen angleich. Dies sehen Razum et al. zum einen als ein Resultat der Krankenversicherungspflicht in Deutschland mit den damit zusammenhängenden Versorgungsleistungen bezüglich Schwangerschaft und Geburt und zum anderen als ein Zeichen für einen verbesserten Zugang zu Gesundheitsdiensten für Hochrisikogruppen. Da auch sozioökonomisch benachteiligte Frauen (in der Studie identifiziert als „Unverheiratete“) deutscher Nationalität ein anhaltend erhöhtes Risiko haben, ist der sozioökonomische Status

39 Razum et al. (1999: 922) geben zu bedenken, dass Registerdaten wegen mangelnder Berichterstattung nicht komplett sind. Dies wäre in diesem Fall aber nur von Bedeutung, wenn sich die Berichterstattung danach unterscheiden würde, ob es sich um deutsche oder Frauen mit Migrationshintergrund handelt. Davon ist aber nicht auszugehen.

bedeutender als die Nationalität. Weitere Studien sind hierzu jedoch noch nötig.

„The epidemiological analysis of maternal mortality data shows that the risk of a maternal death is not determined by the simple distinction ‘German’ versus ‘non-German’. The association with socio-economic status extends beyond nationality. In order to better support high-risk groups, emphasis should be put on intervention strategies that decrease, or compensate for, social inequity.” (Razum et al. 1999: 923)

In einer retrospektiven Analyse wurde eine Evaluation zur Schwangerenvorsorge und Versorgungssituation von schwangeren Migrantinnen in einer Frauenklinik in Nordbayern in den Jahren 1998-2002 durchgeführt. Für diesen Zeitraum waren ca. 11.000 Schwangerschaftsverläufe und Geburten registriert, der Anteil von Migrantinnen war von 27 auf 34% gestiegen und türkische Frauen bildeten hiervon die größte Gruppe. Signifikante Unterschiede zeigten sich in der Geburtshäufigkeit bei mehr als zwei Schwangerschaften zwischen deutschen Frauen (24,2%) und Migrantinnen (34,4%), der Nutzung von Präventionsmaßnahmen und den sich daraus ergebenden Folgen. Die erste Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung lag bei jeder fünften schwangeren Migrantin nach der zwölften Schwangerschaftswoche und damit wesentlich später als bei deutschen Frauen. Migrantinnen hatten signifikant häufigere und längere präpartale Krankenhausaufenthalte.

Bei einer weiteren prospektiven Studie über einen Zeitraum von 12 Monaten (1.4.2002-1.4.2003) wurden soziodemographische Daten, Sprach- und Verständigungskompetenz von stationär behandelten schwangeren Patientinnen deutscher (57%) und ausländischer Herkunft (43%) erhoben, letztere setzten sich überwiegend aus türkischen und russischen Frauen zusammen. Wichtige Unterschiede waren festzumachen hinsichtlich der Unwissenheit über den Grund der stationären Behandlung zwischen deutschen Frauen (16,6%) und Migrantinnen (25,2%). Eine Korrelation zeigte sich bei letzter Gruppe mit schlechter bis gar keiner Lese- und Schreibfähigkeit (22,9%) sowie einer Eigeneinschätzung der Migrantinnen über deutsche Sprachkenntnis von schlecht bis nicht vorhanden von 20%. Mangelnde Sprachkenntnis⁴⁰ stellt einen psychosozialen Stressfaktor dar (Terzioglu 2004: 111ff).

⁴⁰ Nach dem Kulturemmodell wird Kommunikation unterschieden in verbal, parasprachlich, nonverbal und extraverbal (Tuna/Salman 1999: 183).

Unterschiedliche Vorstellungen zu Krankheit und deren Ursachen prägen das Arzt-Patienten-Verhältnis. Im „westlichen“ oder naturwissenschaftlichen Medizinsystem, mit seinem eigenen Menschenbild und weltanschaulichem Verständnis, wird die Ursache von Krankheit durch damit zusammenhängenden Erklärungsmustern (Krankheitserreger, Umweltbedingungen, Ernährung etc.) in Verbindung gebracht und Handlungsanweisungen und medikamentöse Therapien werden daraus abgeleitet. In anderen Kulturen existiert ein ganzheitliches Krankheitsverständnis und -empfinden. Körper und Psyche werden als Einheit angesehen. Tuna/Salman (1999: 184) beschreiben, dass bei türkischen Migranten körperliche Symptome besonders schmerzbetont geäußert werden.⁴¹ Auffällig ist nach ihrer Meinung auch die starke Ablehnung, sich psychische oder psychiatrische Erkrankungen einzugestehen.

4.4 Resümee

Migranten gehören überproportional häufig den sozioökonomischen benachteiligten Bevölkerungsgruppen an. Nach Collatz (1999: 10) ist zu vermuten, dass durch die Reformgesetzgebung im Gesundheitswesen die Barrieren für die Inanspruchnahme von präventiven, kurativen und rehabilitativen Maßnahmen für Hochrisikogruppen und somit auch Migranten eher noch zugenommen haben. In Verbindung mit sprachlichen und kulturellen Gegebenheiten haben sie häufig einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung als die Mitglieder der Mehrheitsgesellschaft.

Insgesamt ist festzuhalten, dass das deutsche Gesundheitswesen bisher noch unzureichend auf die Bedürfnislage von Patienten mit Migrationshintergrund eingestellt ist, und Schwierigkeiten der Fehl-, Über- und Unterversorgung können durch Zugangsbarrieren noch verstärkt werden (Borde/Braun/David 2003: 46). Der steigende Anteil von Kindern und Frauen, die immigrieren (Feminisierung der Migration), und der zunehmende Bedarf in der Versorgung von alten Menschen durch ambulante Pflege und Pflegeeinrichtungen sollten hierbei Berücksichtigung finden. Weiterführende Forschung ist notwendig, die nicht nur ethnische Herkunft, Sprachkenntnisse, Aufenthaltsdauer im Aufnahmeland und Geschlecht, sondern auch sozioökonomischen Status, Bildungsstand/Ausbildung, Berufstätigkeit und Alter mit einbezieht.

⁴¹ Zu Schmerz als relatives Phänomen und der kulturell unterschiedlichen Ausprägung von Schmerzreaktionen siehe Mohammadzadeh (2000: 106ff).

Die Bereitstellung von Dolmetscherdiensten, besser noch von interkulturellen Mediatoren bzw. Sprach- und Kulturmittlern und ein ausgebildetes medizinisches Personal hinsichtlich einer den Bedürfnissen dieser Patienten angemessenen Versorgung, würden den Zugang zur Gesundheitsversorgung für Migranten verbessern. Eine kulturelle Öffnung von Beratungsstellen, Einrichtungen und Organisationen ist hierfür gleichfalls notwendig.

Wie bereits angemerkt, gibt es keine sozialegpidemiologischen Studien zu Morbidität, Gesundheitsrisiken und dem Zugang zu Primärprävention von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Mit Hilfe des bisher Dargestellten, wurde die soziale und gesundheitliche Ungleichheit von Migranten mit Aufenthaltsrecht verdeutlicht. Mit hoher Wahrscheinlichkeit ist davon auszugehen, dass die genannten Studienergebnisse und Aspekte auch auf Menschen ohne Papiere zutreffen. Ihre Vulnerabilität wird verstärkt durch ihren erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung. Dies sowie der finanzielle und der „Überlebensstress“ und die bestehende Furcht vor Abschiebung, beeinflussen zwangsläufig Gesundheitsrisiken und Gesundheitsverhalten.

5. Qualitative Untersuchung der Gesundheitsversorgung und des Versorgungsbedarfs von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus

In den folgenden Abschnitten wird die Methode der Untersuchung, die Auswahl des Samples, die Durchführung der Interviews und die Vorgehensweise in der Auswertung der Interviews erläutert.

5.1 Methode der Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung basiert auf der qualitativen Methode von Meuser/Nagel, die sie in ihrer Veröffentlichung „Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht“, erläutert haben. Gemäß der von Glaser/Strauss entwickelten Methode „Grounded Theory“ wurden neue, aus den Interviews erhaltene Aspekte, einbezogen. Die Interviews wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten mit verschiedenen Personen und in verschiedenen Städten geführt. Ziel war es nicht, eine Theorie zu bilden, sondern eine Situations- bzw. Problembeschreibung zu erhalten (Strauss/Corbin 1996: 17; Meuser/Nagel 1989; Flick 2004a: 106f).

Ein Vorverständnis für diese Arbeit wurde durch das Einlesen in die Thematik und der Teilnahme an einer Tagung zu dem Thema ‚Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus‘ gewonnen.⁴²

Anhand der ausgewerteten Interviews soll aufgezeigt werden, wie Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus stattfindet, wie deren Zugang zur Gesundheitsversorgung ist, welche gesundheitlichen Probleme die Menschen haben, wie sie damit umgehen (Coping Strategien) und wie sie dabei unterstützt werden, ihre gesundheitliche Situation zu verbessern. Ein weiteres Interesse galt der Frage nach dem Versorgungsbedarf und danach, wie eine Gesundheits-

42 Kenntnis über das Thema zu haben, war auch wichtig für den Verlauf der Interviews. „Die Notwendigkeit für den Interviewer, im Interview zu verdeutlichen, dass auch er mit der Thematik vertraut ist, ist auch in anderen Kontexten Bedingung für einen erfolgreichen Interviewverlauf.“ (Flick 2004a: 141)

versorgung aussehen könnte, die der Problemlage der Betroffenen gerecht wird und auch die Situation der behandelnden Ärzte und Berater berücksichtigt. Die Untersuchungsergebnisse werden zusammen mit ausgewählten Interviewpassagen im Text dargestellt.

Ein Interviewleitfaden (siehe Anhang S. A-2) mit offenen Fragen und Erzählanreizen wurde erstellt. Der Leitfaden wurde in zwei Interviews getestet, danach vereinfacht und gekürzt. Neue Aspekte, die in den Interviews aufgetreten waren, wurden mit einbezogen. Nach den ersten drei Interviews wurde ersichtlich, dass die Gesundheitsversorgung von Frauen und die von Menschen mit chronischen Erkrankungen einen besonders wichtigen Stellenwert einnehmen.

Mittels offener Leitfadeninterviews⁴³ kann die Gesprächsführung flexibel gehandhabt werden, um den Interviewten die Möglichkeit zu geben, das für sie Wichtige mitzuteilen und Raum für neue Gesichtspunkte zu geben. Während der Interviews selbst wurde i.d.R. der Redefluss der Interviewten nicht unterbrochen, um nicht die Interview- bzw. Erzähl-atmosphäre zu stören. Der Leitfaden wurde je nach dem, ob es sich um Ärzte oder Berater als Interviewte handelte, leicht modifiziert. Insgesamt wurden neun Interviews geführt, neben acht Einzelinterviews auch ein Gruppeninterview mit drei ehrenamtlich tätigen Personen einer Beratungsstelle.

Zu Beginn der Untersuchung bestand noch die Überlegung sowohl Interviews mit Experten und Schlüsselpersonen als auch mit Menschen zu führen, die ohne Papiere in Deutschland leben. Letzteres war in der für die Untersuchung veranschlagten kurzen Zeit nicht zu realisieren, da zunächst ein Kontakt entstehen und ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden muss, um auch den Tatsachen entsprechende Aussagen zu erhalten.

Hierzu die Antwort von Person P., die aus einem afrikanischen Land kommt und Kontakt zu Menschen ohne Aufenthaltsstatus hat, auf meine Frage im Interview, ob sie Menschen kennt, die hier ohne Papiere leben:

43 Meuser/Nagel (1989: 8) präferierten für ihre Untersuchungen mit Experten offene Leitfadeninterviews. „Eine leitfadenorientierte Gesprächsführung wird beiden gerecht, dem thematisch begrenzten Interesse des Forschers an dem Experten wie auch dem Expertenstatus des Gegenübers.“

„Aber, die würden nie mit dir reden. Wirklich, die würden nie mit dir was zu tun haben wollen. Für mich jetzt, was ich mache, wenn die wissen, dass ich hab' das gemacht [mit der Interviewerin geredet], die werden mich alle hassen.“

Auch die medizinische Versorgung von Kindern und die psychotherapeutische Behandlung von psychisch Kranken und traumatisierten Menschen ohne Papiere und deren Versorgungsbedarf, konnten wegen der begrenzt zur Verfügung stehenden Zeit nicht einbezogen werden. Beides sind ohne Zweifel wichtige Problemfelder.

5.2 Auswahl des Samples

Die interviewten Personen sollten das Kriterium erfüllen, Menschen ohne Papiere medizinisch zu behandeln oder zu beraten und ggf. an medizinisch geschulte Personen zu vermitteln. Um verschiedene Blickwinkel zu erhalten, war es das Ziel, Ärzte und auch Berater in ihrer Funktion als Experten und Schlüsselpersonen⁴⁴ zu interviewen.

Mit Hilfe von Experten sollten Informationen mittels Leitfadeninterviews hinsichtlich Gesundheitsversorgung und Versorgungsbedarf, bezogen auf diese Menschengruppe, generiert werden. Durch Interviews mit Experten ist es möglich, sowohl die krankheitsbedingten Anliegen und Probleme der Menschen nach Ansicht der Professionellen zu erfassen als auch die Möglichkeiten und insbesondere die Grenzen der geleisteten medizinischen Behandlung aufzuzeigen. Letzteres ist für die betroffenen Personen selbst kaum möglich.

Nach dem Verständnis von Meuser/Nagel (1989: 2ff) sind die Interviewten nicht als Gesamtperson Gegenstand der Analyse mit ihren Einstellungen und Orientierungen im individuellen und kollektiven Kontext, sondern sie sind als „Informanten“, bezüglich spezifischer Fragestellungen, zu verstehen. Die Personen, die Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus beraten und/oder behandeln, haben m.E. eine gewisse intrinsische Motivation. Sie arbeiten ehrenamtlich oder zu niedrigem Honorar. Aus diesem Grunde ist im Zusammenhang mit dieser Arbeit

⁴⁴ Im Folgenden soll nur noch von Experten die Rede sein, Schlüsselpersonen sind darunter subsumiert.

eine klare Trennung zwischen „Experte“ und „Privatperson“ nur schwer zu treffen. Dieser Aspekt wurde auch bei den Interviews berücksichtigt, indem auch nach den Gründen und der Zeitspanne des Engagements gefragt wurde. Mein Interesse an den Gründen für das Engagement erleichterte auch den Einstieg in das Thema.

Die Auswahl der „Experten“ erfolgte schrittweise nach konkret-inhaltlichen Kriterien – Mit welchen Personen würden Interviews einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn bringen? Das erste Interview wurde mit einer Person afrikanischer Herkunft geführt, die selbst nie „illegal“ war, aber Menschen ohne Papiere kennt. Danach folgten Interviews mit Ärzten verschiedener Disziplinen und Personen aus Beratungsstellen, die sowohl hauptamtlich als auch ehrenamtlich beratend tätig sind.

Ein Kritikpunkt an der Auswahl der Interviewpartner könnte sein, dass diese nur gefilterte Informationen weitergeben und nicht die Sichtweise der Betroffenen darstellen können. Da auch Personen nicht deutscher Herkunft (Afrika, Spanien, Lateinamerika) interviewt wurden, konnte m.E. dieser Kritikpunkt zu einem gewissen Grade nivelliert werden. Diese Personen brachten in den Interviews auch Erklärungsansätze für Verhaltensweisen von Menschen ohne Aufenthaltsstatus mit ein, da sie die Lebensumstände in den Herkunftsländern aus eigener Erfahrung kennen und sich in die Lage der Betroffenen hineinzuversetzen versuchten. Aufgrund der Anzahl von neun durchgeführten Interviews besteht kein Anspruch auf Repräsentativität.

Die erste Kontaktaufnahme fand, bis auf eine Ausnahme, per Telefon statt, mit einer Erklärung des Themas und des Grunds der Untersuchung. Bereits zu diesem Zeitpunkt wurde den Interviewten aufgrund der brisanten Thematik die anonymisierte Wiedergabe des Gesagten zugesichert. Auch die Städte, in denen die Interviews geführt wurden, werden nicht genannt. Es wurden vier Ärzte, vier Berater (davon ein Gruppeninterview mit drei Beratern) und eine Privatperson interviewt. Fünf der neun Interview-Partner wurden über andere Personen vermittelt. Alle angefragten Personen willigten ein, interviewt zu werden.⁴⁵

⁴⁵ Zudem war angedacht, eine Person aus dem kirchlichen Bereich, die mit Flüchtlingen arbeitet, zu interviewen. Aus Krankheitsgründen konnte dies nicht stattfinden.

5.3 Durchführung der Interviews

Um den Kontext zu klären, wurden zu Beginn des jeweiligen Interviews Informationen zu Zeitdauer (1 bis 1,5 Stunden), Anonymität der Interviewpartner, Thema und Zielsetzung der Arbeit erneut kurz angesprochen. Das Einverständnis zur Aufnahme des Interviews auf Tonband wurde eingeholt. Die Vorstellung meiner Person – Beruf, Interesse an gerade diesem Thema – fand ebenfalls statt. Ziel war eine angenehme und keine „geschäftliche“ Atmosphäre zu schaffen. Die Durchführung der Interviews erfolgte an den Orten, die von den interviewten Personen vorgeschlagen wurden: Arztpraxis, Ort der Beratungsstelle oder in privaten Räumen.

5.4 Vorgehensweise bei der Auswertung der Interviews

Die Auswertung der Interviews erfolgte in Anlehnung an die von Meuser/Nagel dargestellten Vorgehensweise.⁴⁶ Hierzu auch die Aussage von Flick (2004a: 141):

„Die Auswertung der Experteninterviews richtet sich vor allem auf Analyse und Vergleich der Inhalte des Expertenwissens. Fälle werden nach dem Muster der schrittweisen Auswahl in die Untersuchung einbezogen.“

Bei der Transkription der auf Tonband aufgezeichneten Interviews in Schriftsprache wurde auf die für narrative Interviews notwendigen Notationen wie Pausen, Stimmveränderungen, Lachen und nonverbale Kommunikation etc. verzichtet. Denn nicht sie sind Gegenstand der Analyse, sondern gemeinsame oder unterschiedliche Einschätzungen und Wissensbestände zum Thema der Untersuchung. Der Text wurde nur in geringem Maße bereinigt. Abhängig von dem Gehalt der Interviews, bezogen auf das Erkenntnisinteresse, wurde bei einem gelungenen Interviewverlauf eine vollständige Transkription vorgenommen. Bei Interviews mit thematischen Abweichungen wurden nur die Passagen transkribiert, die für die Untersuchung relevant waren, die anderen Passagen in der Reihenfolge des Interviewverlaufs zusammengefasst.

46 Meuser/Nagel (1989): Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion.

Nach der Transkription der Interviews wurden für das Forschungsthema relevante Textpassagen paraphrasiert, d.h. Äußerungen der Experten – inhaltsgetreu in anderen Worten – wiedergegeben. Ziel dabei war, Teile von Interviewinhalten wiederzugeben und Komplexität zu reduzieren. Durch Paraphrasierung wurde das Textmaterial verdichtet. Im nächsten Schritt der Verdichtung des Materials erhielten die paraphrasierten Textpassagen Überschriften. Nah am Textmaterial wurden hierfür die benutzten Begrifflichkeiten der Interviewten verwendet.⁴⁷

Die Auswertung bezog sich auf den Vergleich von Aussagen zu verschiedenen Gesichtspunkten, die in den Interviews angesprochen wurden. Die vergebenen Unterschriften wurden dementsprechend vereinheitlicht. Die Kategorienbildung erfolgte weiterhin nahe am Text und geeignete, von Interviewten formulierte, metaphorische Verdichtungen konnten zum Teil hierfür benutzt werden (Meuser/Nagel: 1989: 16ff).

In allen Phasen vor und nach den Interviews, während der Transkription, der Paraphrasierung und der Bildung von Überschriften wurden Notizen gemacht, die für die Auswertung relevant waren. Zudem wurden Dokumentationsbögen zu jedem Interview erstellt, die ebenfalls mit in die Analyse eingeflossen sind.

Im anschließenden Abschnitt „Auswertung der Interviews: Gesundheitsversorgung und Versorgungsbedarf von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus“ sind Interviewausschnitte durch kursive Schrift vom übrigen Text abgesetzt. Zur Wahrung der Anonymität der Interviewten steht die Abkürzung „Dr.“ für Arzt, „Ber.“ für Berater und die interviewte Kontaktperson ist mit „Person“ gekennzeichnet. Die Buchstaben zu dem jeweiligen Kürzel sind willkürlich gewählt. Rückschlüsse auf die interviewten Personen und deren Geschlecht zu ziehen, ist dadurch ebenfalls nicht möglich. Die interviewten Ärzte sind in der ambulanten Behandlung tätig.

⁴⁷ Laut Meuser/Nagel (1989: 17f) sind bei einem leitfadennahen Verlauf eines Interviews die jeweiligen Textpassagen i.d.R. auf ein Thema konzentriert. Ergiebigere Interviews sind aber jene, bei denen die Interviewten den Diskurs nach Relevanz bestimmen. In diesem Falle kann es sein, dass eine Interviewpassage mehrere Überschriften erhält.

6. Auswertung der Interviews: Gesundheitsversorgung und Versorgungsbedarf von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus

Dieser Abschnitt gibt einen kurzen Überblick zu den bisher aufgezeigten Aspekten in Verbindung mit Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Daran anschließend werden die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung zur Gesundheitsversorgung und zum Versorgungsbedarf dargestellt.

Viele von den an anderer Stelle genannten Aspekten der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit treffen m.E. auf Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus zu. Gesellschaftlich gesehen, ist diese Bevölkerungsgruppe „zu einem dauerhaften und festen strukturellen Bestandteil gesellschaftlicher (Unter-)Schichtung geworden“ (Cyrus 2004: 10, zitiert in Ghosh 1998). Der Umgang mit Krankheit, Gesundheitsrisiken und Gesundheitsverhalten ist nicht nur individuell, kulturell und sozial geprägt, sondern stark abhängig vom Zugang zur Primärprävention und zur medizinischen Versorgung. Die Lebens- und Arbeitssituation, in der sich die Menschen befinden, die Gründe für den Aufenthalt in einem anderen Land und die Aufenthaltsdauer spielen ebenfalls eine Rolle. Auch Alter, Vorerkrankungen, Lebensbedingungen wie Wohnen, Ernährung, soziales Umfeld haben darauf Einfluss.

Bei Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus kann nicht von einer homogenen Bevölkerungsgruppe gesprochen werden. Sie kommen aus unterschiedlichen Herkunftsregionen, haben unterschiedliche kulturelle, soziale, sprachliche und individuelle Prägungen sowie physisch und psychisch unterschiedliche Konstitutionen. Diese Faktoren erhalten bzw. mobilisieren ihre Ressourcen und beeinflussen ihre Strategien, mit der Situation umzugehen. Die Gründe für die Migration und die Sichtweise in Bezug auf eine Rückkehr sind entscheidend. Sehen Immigranten ihren eigentlichen Lebensmittelpunkt im Herkunftsland und möchten früher oder später wieder zurück, können sie vermutlich leichter mit der Situation ohne Aufenthaltsrecht zu sein und mit der permanenten Gefahr der Abschiebung umgehen, als Personen, die z.B. aus politischen, familiären Gründen, wegen Krieg und Bürgerkrieg oder schrecklichen Erfahrungen nicht mehr in ihr Herkunftsland zurück können (Vogel 1999: 81). Auch die Aufenthaltsdauer ist von Bedeutung.

Mit zunehmender Aufenthaltsdauer nimmt der „Healthy Migrant Effect“ (siehe Abschnitt 4.2), der i.d.R. jungen und gesunden Menschen ab.

Nach bisherigen Ergebnissen der Forschung liegt das Alter, der sich ohne Status in Deutschland aufhaltenden Personen überwiegend zwischen zwanzig und vierzig Jahren. Ältere Menschen werden von ihren Kindern nachgeholt, so dass zum Teil mehrere Generationen ohne Aufenthaltsrecht in Deutschland leben. Die Anzahl der Kinder, die entweder in Deutschland geboren, zusammen mit den Eltern oder einem Elternteil in die „Statuslosigkeit“ gekommen sind oder aus dem Herkunftsland nachgeholt wurden, ist nicht zu unterschätzen. Dies erfordert bezüglich der Gesundheitsversorgung eine verstärkte Sensibilität und eine Sicherstellung von spezifischen medizinischen Leistungen.⁴⁸ Zum Großteil besteht diese Bevölkerungsgruppe jedoch aus Einzelpersonen. Die Geschlechterzusammensetzung variiert von Stadt zu Stadt und ist von den Beschäftigungsmöglichkeiten abhängig. Insgesamt scheinen es zum jetzigen Zeitpunkt noch etwas mehr Männer als Frauen zu sein (Cyrus 2004: 27f).

Menschen ohne Papiere leben hier bei legal ansässigen Personen, wohnen in Untermiete oder leben in untervermieteten Wohnungen zusammen mit anderen in der gleichen Lage in Wohngemeinschaften (Cyrus 2004: 27). Ebenfalls werden Abbruchhäuser als Wohnraum und Campingplätze genutzt. Häufig ist es ein Zusammenleben auf engem Raum, die Wohnverhältnisse sind i.d.R. schlecht und die Mietkosten meist hoch. Vermieter sind Deutsche und Migranten. Durch das Fehlen eines Miet-schutzes kann sich der Mieter auch nicht auf rechtliche Regelungen berufen, d.h. auch im Wohnen gibt es keine wirkliche Sicherheit (Anderson 2003: 30ff; Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2005: 12).

Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus können fast als „ideale Zuwanderer“ bezeichnet werden. Um nicht aufzufallen und kontrolliert zu werden, müssen sie sich an die Mehrheitsgesellschaft in Verhalten,

48 Die California Endowment, eine der größten Stiftungen für Gesundheitsversorgung, hat auf die Problemlage reagiert und im Jahr 2000 ein Projekt der Subventionierung der Krankenversicherung für mehr als 7500 nicht-versicherte Kinder ohne Aufenthaltsstatus in Kalifornien entwickelt. Um die Nachhaltigkeit zu gewährleisten, wird zukünftig eine Mischung aus internen und externen privaten und öffentlichen Geldern notwendig sein (Frates et al. 2003).

äußeren Erscheinen und Sprache anpassen und die Motivation ist hoch, die deutsche Sprache zu lernen (Bührle 2001: 9f). Schwierig ist es für Menschen aus afrikanischen Ländern, die per se eher auffallen und ggf. stärker kontrolliert werden.

Die Angst vor Entdeckung kann sich gravierend auf die Psyche auswirken, insbesondere bei Personen, die nicht in ihr Herkunftsland zurück können. Ist eine Familie hier und/oder im Herkunftsland finanziell abhängig von den Einnahmen der Person im Ausland, ist dies ein zusätzlicher Druck, der auf der Person lastet. Allein schon ein Leben in der „Illegalität“ ist bereits belastend (Alt 2003: 150; Alt 2001: 99; Anderson 1999: 58). Gleichzeitig sind sie aufgrund ihrer Lebens- und Arbeitssituation besonderen Gesundheitsrisiken ausgesetzt. Der rechtlose Raum, in dem sich die Menschen befinden, fördert die Abhängigkeit von Arbeitsverhältnissen zu geringen Löhnen, wenn diese überhaupt ausbezahlt werden, bis hin zu sexueller Ausbeutung.⁴⁹ Der Umgang mit dem Leben ohne Aufenthaltsstatus variiert individuell.

In den anschließenden Textabschnitten werden die Ergebnisse aus der Analyse der Experten-Interviews dargestellt. Die Abkürzung „Dr.“ steht für ärztlich und „Ber.“ für beratend tätige Personen. Die eine interviewte Kontaktperson ist mit „Person“ gekennzeichnet. Zitierte Interviewpassagen sind durch kursive Schrift von dem übrigen Text abgesetzt. Die interviewten Ärzte sind in der ambulanten Gesundheitsversorgung tätig. Eine Kurzinformation über die interviewten Experten und deren Arbeitsschwerpunkte ist im Anhang in der Tabelle auf den Seiten A-3 und A-4 zu finden.

6.1 „Versorgungsstrukturen“ für die gesundheitliche Behandlung

In vielen größeren Städten gibt es Anlaufstellen für Menschen ohne Aufenthaltsstatus oder ohne Krankenversicherung, die ehrenamtlich organisiert sind. Sie bieten Beratung an und vermitteln die Hilfesuchenden an Ärzte. Des Weiteren gibt es ehrenamtlich oder hauptamtlich geführte Beratungsstellen, die primär Beratung zu

⁴⁹ Zu Schule, Arbeits- und Wohnbedingungen und rechtlicher Lage siehe genauer insbesondere Alt (1999, 2003), Cyrus (2004) und Anderson (2003).

Legalisierung und sozialrechtlichen Fragen anbieten. Auch sie haben Kontakt zu Ärzten, an die sie weitervermitteln oder zu den Anlaufstellen, die sich um Gesundheitsfragen kümmern.

Werden Stellen von öffentlichen Geldern mitfinanziert, besteht auch die Sorge, dass die Beratung von „Illegalen“ sich negativ auf die öffentliche Zuwendung auswirken könnte (Sextro et al. 2002: 12; Vogel 1999: 80). In diesem Zusammenhang könnte auch von einer indirekten Instrumentalisierung gesprochen werden. Nach Sextro et al. (2002: 12) schließen Richtlinien von öffentlichen Geldgebern häufig die Beratung spezifischer Migrantengruppen aus. Indessen verweisen staatliche Stellen auf ehrenamtlich geführte Vermittlungsstellen, die sich für die gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere einsetzen.⁵⁰ Der Staat selbst entzieht sich der Verantwortung.

Die Anlaufstellen haben einen Pool an Ärzten. Neue Ärzte müssen immer wieder über persönliche Kontakte oder mittels Telefonaten nach einer Suche im Telefonbuch angeworben werden.

Die Reaktionen auf die Anfrage können laut Aussage einer Person einer Anlaufstelle unterschiedlich sein:

Wir stellen unser Projekt vor und dann haben wir entweder erlebt, dass Leute sagen: „Nein, finde ich falsch, lehne ich auch aus politischen Gründen ab“ oder gesagt haben: „Ja, mal einen, aber ich möchte nicht generell“ oder eben, dass Leute sogar gesagt haben: „Ach so etwas gibt es, da möchte ich ja sehr gerne mitarbeiten. Das finde ich ja schön“, also sehr unterschiedliche Reaktionen. Die Reaktionen können sich auch verändern. Es gibt auch zwischendurch dann eben Angst davor, verfolgt zu werden oder, dass es zu viel wird (Ber. J 6).

Durch seine Studie in München gelangte Alt (2003: 151f) zu der Vermutung, dass sich, zumindest auf diese Stadt bezogen, Betroffene über legale Landsleute einen Zugang zu einem Netz von „landsmannschaftlichen“ Medizinern, Psychologen und Apothekern – unter ihnen können sich auch Personen ohne Papiere befinden – verschaffen und so die Gesundheitsversorgung häufiger über diesen Weg abgedeckt wird. Hierbei ist jedoch zu bedenken, dass solch ausgebildete Personen nur für

50 Interview mit der medizinischen Flüchtlingsolidarität Hannover. In: Förderverein Niedersächsischer Flücht-lingrat e.V. (Hrsg.): Defizite in der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge, 2002: 108.

manche Herkunftsländer zur Verfügung stehen und dies auch von Stadt zu Stadt stark variieren kann.

Hilfesuchende werden auch ohne Vermittlungswege zu niedergelassenen Ärzten gehen, wenn sie z.B. direkt bezahlen können. Oder sie suchen Notfall- bzw. Erste-Hilfe-Dienste auf (Vorbrot 2000: 18).

Von einer „Versorgungsstruktur“ als ein verlässliches Gefüge und problemloser medizinischer Versorgung kann nicht gesprochen werden. Die gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus beruht auf dem Engagement Einzelner und kann als Parallelmedizin bezeichnet werden. Sie birgt Risiken für die Betroffenen aufgrund des engen Spielraums in der medizinischen Behandlung. Diese Aspekte werden im Folgenden mittels der Auswertung der durchgeführten Experten-Interviews aufgezeigt.

6.2 Gesundheitliche Probleme von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus bezogen auf die Tätigkeitsbereiche der Interviewten

Sextro et al. (2002: 17) befragten kirchlich-diakonische Beratungsstellen mit dem Schwerpunkt Migrationsarbeit in Rheinland und Westfalen. Dies ergab, dass 50% der Menschen ohne Aufenthaltsstatus, die die Beratungsstellen aufsuchten, zwischen 0 und 27 Jahre alt waren, davon knapp 21% zwischen 0-16 Jahren. 43% waren im Alter von 28 bis 45 Jahren. Über 60% der Beratenen waren ledig. Auch dieses Ergebnis kann nicht als repräsentativ angesehen werden, da es sich nicht um eine Zufallsstichprobe handelt und aufgrund der Komm-Struktur eine gewisse Selektion stattgefunden hat. Dennoch können diese Ergebnisse als Anhaltspunkte gewertet werden und es ist wahrscheinlich, dass sich überwiegend jüngere Menschen ohne Papiere in der Bundesrepublik aufhalten. Wären sie wesentlich älter, müsste es bzgl. der Gesundheitsversorgung Anhaltspunkte wie spezifische altersbedingte Erkrankungen und ein verstärktes Aufsuchen von Behandlungsmöglichkeiten durch ältere Personen geben. Jüngere Migranten profitieren von dem sich auf die gesundheitliche Situation positiv auswirkenden „Healthy Migrant Effect“ (siehe 4.2).

Die Ergebnisse von Sextro et al. decken sich auch mit der Aussage zweier Mediziner im Interview. Sie waren der Auffassung, dass das Durchschnittsalter der Patienten ohne Aufenthaltsstatus niedriger als das der sonstigen Patienten in den Praxen ist. Die gesundheitlichen Probleme sind nach beider Aussagen häufiger akute als chronische Erkrankungen (Dr. Q: 4, 7; Dr. R: 21).

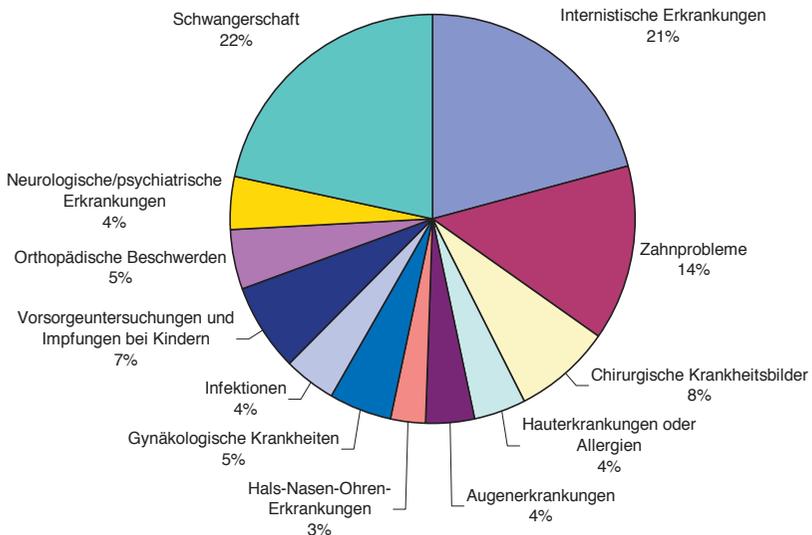
Dr. R arbeitet für einen Wohlfahrtsverband in einer eher einfach ausgestatteten *Primärarztpraxis bzw. Erstanlaufstelle* für Menschen ohne Krankenversicherung. Die Tätigkeit des Arztes besteht in einer Art *Lotsenfunktion*. Können bestimmte medizinische Leistungen nicht direkt durchgeführt werden, wie z.B. besondere Diagnostik, wird an Fachärzte oder Krankenhäuser weitervermittelt. Die Funktion ist ähnlich der eines Hausarztes, aber auf Basis einer Kommstruktur, d.h. Patienten werden nicht zuhause aufgesucht. Für das Jahr 2004 wurden knapp 2000 Behandlungsfälle in der Praxis registriert. Mehr als 85% der Patienten sind unter 50 Jahren und das Krankheitsspektrum unterscheidet sich sehr von dem einer gewöhnlichen Allgemeinarztpraxis in dieser Stadt (Dr. R 2f).

Dr. R über die Erkrankungen der Patienten, die in die Praxis kommen:
Zumeist haben wir natürlich akute Erkrankungen und für chronische Krankheiten ist es sowieso schwer etwas zu tun, denn die Leute sind ja jung, 85% sind unter 50 Jahren. Ein völlig anderes Verhältnis als in einer normalen Praxis. Und die haben natürlich ein anderes Krankheitsspektrum als Leute, die über 60 sind. Und insofern betreffen chronische Erkrankungen allenfalls Zahnerkrankungen, dann angeborene Erkrankungen, also angeborene Diabetes, solche Sachen oder rheumatisches Fieber, Gelenkerkrankungen aufgrund von rheumatischem Fieber, solche Sachen, aber nicht so die klassischen Sachen wie Bluthochdruck, das sind eher die älteren Deutschen, die hierher kommen, die an Bluthochdruck leiden (Dr. R 21).

Im Gründungsjahr 2001 wurden 215 Behandlungsfälle registriert, im zweiten Jahr ca. 450 und im dritten rund 1200. Im Jahr 2003 wurden mit Unterstützung der Praxis sechzig Kinder geboren. In 2004, dem vierten Jahr des Bestehens der Praxis, waren es knapp 2000 Behandlungsfälle. Die starke Zunahme der Behandlungsfälle zeigt den vorhandenen Bedarf auf.

Das nachstehende Tortendiagramm zeigt die Verteilung der von der Praxis betreuten Behandlungsfälle in 2003 (entnommen aus Cyrus 2004: 55). Unter den in der Statistik aufgeführten behandelten Personen waren auch deutsche Patienten ohne Krankenversicherung. Der Anteil, der Personen ohne sicheres Aufenthaltsrecht betrug zum Zeitpunkt der Erfassung 85%, 7% waren Studenten, 5% Besucher und 3% hatten einen sicheren Aufenthaltsstatus. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren machten 14% der Patienten aus. Bezogen auf die Herkunftsregionen kamen 30% der Personen aus Süd- und Osteuropa, 17% aus Russland, 19% aus afrikanischen Ländern, 17% aus Mittel- und Südamerika, 11% aus Asien und 6% aus Deutschland, der EU und den USA (Cyrus 2004: 54).

Verteilung Behandlungsfälle auf Erkrankungen (Cyrus 2004: 55, Angaben gerundet)



Die drei wichtigsten Bereiche sind Betreuung von Schwangeren, internistische Erkrankungen und Zahnprobleme.

In den anderen Interviews mit Ärzten und Beratern wurden folgende Tätigkeitsbereiche und gesundheitlichen Anliegen von Menschen ohne Aufenthaltsstatus genannt:

Ber. J ist ehrenamtlich in einer Anlaufstelle tätig, die ursprünglich zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Asylbewerbern gegründet wurde. Heute wird die Anlaufstelle stark von Menschen ohne Krankenversicherung und somit vorwiegend von *Illegalisierten* frequentiert, die an Ärzte weitervermittelt werden. Die Anlaufstelle hat aufgrund eines Mangels an ehrenamtlich Tätigen seit Februar 2005 nicht mehr wöchentlich, sondern nur noch alle zwei Wochen für drei Stunden geöffnet. Während der wöchentlichen Öffnungszeit kamen damals zwischen 10 bis 15, zeitweise sogar 20 bis 30 Patienten. Ber. J gibt zu bedenken, dass die Statistik nicht als repräsentativ anzusehen ist, denn manche Migrantengruppen würden die Anlaufstelle kaum aufsuchen.

Die Reduzierung der Patientenzahlen ist nach Auffassung von Ber. J nicht als abnehmender Bedarf zu bewerten, sondern als Reaktion auf den Finanzmangel der Anlaufstelle (Sommer 2004) und den damit einhergehenden Schwierigkeiten in der Übernahme von Behandlungskosten. Die Verringerung der Öffnungszeiten machte sich ebenfalls bemerkbar. Vermutlich richtet sich die Frequentierung stark nach dem Angebot der Anlaufstelle (Ber. J 2f).

Die häufigsten Anliegen der Patienten, die die Anlaufstelle aufsuchen, betreffen Allgemeinmedizin, die zweithäufigsten Bereiche sind Zahnerkrankungen und Gynäkologie, letzterer hauptsächlich aufgrund von Schwangerschaft. Im Falle von Zahnbehandlungen werden Kostenvoranschläge eingeholt und abgeklärt, welche Summe der Patient selbst zahlen kann. Weitere gesundheitliche Probleme sind Ängste, voruntersuchte Patienten und deren Weiterbehandlung bis hin zu Abklärung einer Diagnostik im Krankenhaus oder Operation (zum Beispiel bei Brandwunden oder Folterverletzungen) (Ber. J 24).

Zur Verteilung der Krankheitsbilder der Patienten, Herkunftsregionen und den Auswirkungen der finanziellen und personellen Einschnitte auf die Frequentierung siehe im Anhang S. A-5, A-6 und A-7 die statistischen Daten der Anlaufstelle.

Dr. Q (Innere Medizin) behandelt zusätzlich zu seinem Praxisalltag Menschen ohne Papiere. Deren Anliegen sind meistens Schmerzzustände, unklare Symptome, Wunsch nach einer Laboruntersuchung, medizinische

Abklärung und Weitervermittlung bei einem Befund, der einer Operation bedarf. Zirka 10-20 Patienten werden pro Quartal behandelt (Dr. Q 4).

Dr. M (Schwerpunktgebiet HIV/AIDS) behandelt diese Personen ebenfalls zusätzlich zum Praxisalltag. Sie kommen wegen ihrer HIV-Infektion und benötigen in regelmäßigen Abständen körperliche Untersuchungen, Labordiagnostik und medikamentöse Behandlung (Dr. M 6f).

Dr. I arbeitet im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Der Arbeitsauftrag ist im Infektionsschutzgesetz verankert und umfasst die Behandlung von Geschlechtskrankheiten (STI) und Infektionskrankheiten wie Tuberkulose. Der Aufenthaltsstatus ist für die Behandlung nicht von Bedeutung. Zu der medizinischen Untersuchung und Behandlung kommt die sozialarbeiterische Tätigkeit hinzu. Neben der Diagnose und Behandlung von STI und der HIV-Antikörpertest-Beratung und Durchführung, wird Aufklärung zu STI und Safer Sex bei weiblichen und männlichen Prostituierten geleistet. Es besteht eine Vernetzung mit anderen Beratungsstellen, Ärzten und Apothekern. Die Behandlung und Betreuung von Menschen ohne Papiere geht über die eigentliche Aufgabe nach dem Infektionsschutzgesetz hinaus. Es ist eher eine *Rundumversorgung* in Kooperation mit anderen Stellen (Beschaffung einer Brille, Antibiogramm bei Nierenleiden, Organisation einer Zahnbehandlung, Unterbringung eines behinderten Kindes in einer Fördergruppe etc.). Viele Krankheitsbeschwerden sind laut Dr. I psychosomatisch getriggert: *Auch Ängste. Häufig Flucht in die Krankheit, Kopfschmerzen, 'ich hab bestimmt einen Gehirntumor'.*

Ber. L ist in einer Beratungsstelle für Migrantinnen und Sexarbeiterinnen tätig, auch aufsuchende Vor-Ort-Arbeit bzw. Streetwork wird geleistet. Es wurden folgende gesundheitliche Beschwerden und Gesundheitsthemen aus der Beratungserfahrung benannt: Geschlechtskrankheiten, HIV-Infektion, Abtreibung und Verhütung, Kopfschmerzen, Magenschmerzen, generelle Schmerzzustände (Ber. L 6f).

Im Gruppeninterview mit den ehrenamtlich tätigen Ber. E, F und G wurde als häufigstes gesundheitliches Anliegen in der Beratung von lateinamerikanischen Frauen ohne Papiere Schwangerschaft angeführt. Die Beratenden vermuteten, dass oft auch psychosomatische Beschwerden aufgrund *des ganzen Drucks und des Stresses* vorliegen und deshalb ein

großer Bedarf an psychologischer Beratung oder begleitender Betreuung besteht (Ber. EFG 4f).

Ber. D arbeitet in einer Beratungsstelle für Menschen aus afrikanischen Ländern. Deren Beratungsbedarf bezieht sich auf HIV-Infektion, Schwangerschaft, Isolation, Verzweiflung, Informationsbedarf. Auch die Sorge vor der Reaktion von Angehörigen und Freunden auf den Befund der HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung führt Menschen in die Beratungsstelle (Ber. D).

6.3 Verdrängung von Krankheit – Krankheit darf nicht sein

Für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus ist es ein großes Problem, krank zu werden. Zum einen kann eine Krankheit ohne Versicherungsschutz und in unsicheren Arbeitsverhältnissen, mit der Angst den Arbeitsplatz zu verlieren, ein finanzielles und damit auch existenzielles Fiasko für die einzelne Person und ggf. die ganze Familie hervorrufen. Zum anderen besteht die Angst, der Status würde bekannt werden und dann eine Abschiebung erfolgen. An anderer Stelle wurde die Einstellung von Betroffenen charakterisiert als „ich darf einfach nicht krank werden“ (Alt 2003: 150; Anderson 2003: 34; Cyrus 2004: 52). Aber auch das Leugnen der Möglichkeit, krank werden zu können, kann besonders bei jungen Personen eine Rolle spielen.

Eine Konsequenz ist ein Hinauszögern der ärztlichen Behandlung (Cyrus 2004: 54; Alt 2003: 152) mit der Gefahr einer Verschleppung von Krankheiten.

6.4 Hinauszögern einer ärztlichen Behandlung

Es gibt verschiedene Gründe, wieso Menschen die ärztliche Behandlung hinausögern. Hier sollen Beispiele aufgezeigt werden, die in Verbindung mit dem fehlenden Status und der Furcht vor Abschiebung genannt wurden.

Ber. J beschrieb die Angst einer Frau kurdischer Herkunft, die bereits von der Anlaufstelle wegen Magenbeschwerden zu einer türkischen

Ärztin geschickt worden war, die auch kurdisch sprach. Eigentlich hätte es deshalb keine Kommunikationsprobleme geben dürfen, aber dennoch bestanden aufgrund ihrer „Statuslosigkeit“ Probleme, die sich auch auf das Vertrauensverhältnis gegenüber der Ärztin auswirkten.

Ber. J: *Bei ihr hatte dieser Status viel damit zu tun, weil die Angst so im Vordergrund stand. Also die Angst, überhaupt die U-Bahn zu benutzen, um da nicht von Polizei gefasst zu werden, saß ihr so im Kopf, dass sie überhaupt nicht frei war, darüber zu reden, was für Probleme sie eigentlich hat. (...) und auch der Ärztin gegenüber kein Vertrauen hatte* (Ber. J 14, 15).

Zwar wurden ihre Beschwerden von der Ärztin diagnostisch abgeklärt. Doch die Ursachen ihrer Beschwerden wurden erst nach einem längeren Gespräch in der Anlaufstelle, zu der die Frau anscheinend als neutrale Stelle etwas mehr Vertrauen hatte, nach einer Stunde und in absoluter Ruhe geklärt. Ein Zeitaufwand, der bei den meisten Ärzten nicht gegeben ist.

Bei einem anderen Patienten mit epileptischen Anfällen war das Problem ähnlich gelagert. *Dieser hatte irgendwann Angst, auch vor die Tür zu treten, weil er nicht mehr wusste, wann treten die Anfälle auf. (...) ihm ist es nämlich in der U-Bahn passiert, da ist er Gott sei Dank gefunden worden von jemandem, der die Beratungsstelle kannte und zur Beratungsstelle geschleppt worden sozusagen, da hatte er Glück ...* (Ber. J 15).

Diese Angst, gefasst zu werden, beeinflusst das Verhalten der Menschen ohne Status und hat negative gesundheitliche Auswirkungen. Zu der Konsequenz dieses Vermeidungsverhaltens äußert sich Ber. J:

Und das sind so Sonderfälle, natürlich auch für Leute ohne Papiere. So dass sie eben später zum Arzt gehen oder gar nicht zum Arzt gehen, oder erst zum Arzt gehen z.B. wenn Blutungen auftreten, wenn es schon fast zu spät ist. Also die Verschiebung ist stärker (Ber. J 15f).

Eine verspätete ärztliche Behandlung ist langwieriger, weniger Erfolg versprechend und je nach Krankheit besteht die Gefahr eines chronischen Verlaufs mit möglicherweise langfristigen Auswirkungen. Sie ist demgemäß kostenintensiver als eine rechtzeitige Behandlung und kann im schlimmsten Falle auch lebensbedrohliche Folgen haben.

Auch andere Gründe als die Angst vor Entdeckung durch die Polizei oder Misstrauen gegenüber dem Arzt können bestehen und zu einem

Hinauszögern der ärztlichen Behandlung führen. Diese sind finanzielle Sorgen wegen anfallender Fahrt- und Behandlungskosten sowie Arbeitsbedingungen, die einen Arztbesuch aus zeitlichen Gründen nicht ermöglichen, sodass folglich ein Verlust der Arbeitsstelle befürchtet wird. Letzteres ist auch ein Grund für die Diskontinuität in der Behandlung.

6.5 Diskontinuität in der Behandlung

Die Furcht, durch eventuelle Fehlzeiten den Job zu verlieren, ist realistisch gegeben und ist oft von behandelnden Ärzten schwer nachvollziehbar.

Ber. J (22) von der Anlaufstelle beschrieb dies folgendermaßen:

Und dann gibt es natürlich noch die besondere Situation für viele: die Arbeit ist so, dass sie bei der Arbeit nicht krank sein dürfen. Das heißt auch, dass sie eigentlich keine Termine machen können so einfach, um zum Arzt zu gehen, weil sie müssen das mit der Arbeit koordinieren. Sie können nicht die Arbeit einfach sausen lassen, weil es ist keine Arbeit, bei der es frei gibt oder sobald man sich frei nimmt, ist man vielleicht schon gekündigt oder man kriegt das Geld nicht und das ist halt sehr viel enger und das sehen zum Beispiel oft die Ärzte nicht.

Menschen ohne Papiere stehen in einem ganz anderen *Zwangsverhältnis zur Arbeit* (Ber. J 22) als „legal“ Arbeitende, die Lohnfortzahlung und Krankengeld erhalten und bei Ausfallszeiten nicht sofort befürchten müssen, gekündigt zu werden. Manche Ärzte sehen nicht, dass diese Menschen nicht so einfach einen Termin beim Arzt wahrnehmen können. Sind sie in der Prostitution tätig, kann ein Entfernen aus der Wohnung für einen Arztbesuch auch Einnahmeverlust bedeuten, wenn ein Freier käme. Denn um Geld zu verdienen, sind die Menschen hier (Ber. L 19). Es ist eine Frage der Prioritätensetzung.

Dr. M arbeitet in der eigenen HIV-Schwerpunktpraxis und betreut auch Menschen ohne Status. Um den Verlauf der Infektion zu beobachten und ggf. rechtzeitig mit einer antiretroviralen Therapie zu beginnen, müssen kontinuierlich Laborwerte und körperliche Untersuchungen vorgenommen werden. Dr. M berichtet von seiner Erfahrung in der Behandlung von Menschen ohne Papiere, die mit einer HIV-Infektion leben:

Ja, sie kommen, also sagen wir mal, eine zeitlang kommen sie kontinuierlich. Manchmal kommen sie dann jede Woche oder sogar mehrmals die Woche. Aber dann sind sie auch plötzlich verschwunden.⁵¹ Das ist eben auch das Problem der Diskontinuität, dass irgendwelche Dinge dann passieren, sie werden vielleicht abgeschoben oder sie werden ganz schwer krank und können vielleicht gar nicht mehr sagen, wer ihnen helfen könnte. Angehörige kennen einen dann nicht und sie werden dann nicht irgendwo hingebacht, auch weil eine Angst besteht, dass sie abgeschoben werden können. Also das Risiko für einen HIV-positiven, illegalen Menschen, irgendwie mysteriös zu versterben ist recht groß und ich kenne viele solcher Fälle hier in [Name der Stadt] in den letzten Jahren. Die dann wegen einer schweren Komplikation, einer (...) Pilzsepsis oder einer schweren Lungenentzündung und dann auch viel zu spät letztendlich ins Krankenhaus kommen, deshalb zu spät, weil sie an den Komplikationen dieser Erkrankung dann auch versterben. Hätten sie vielleicht eine Woche eher das Krankenhaus aufgesucht, als es noch relativ gut ging, hätte man noch eher helfen können. Und in diesen Situationen ist es ja auch klar, da guckt auch ein Krankenhaus nicht nach der Krankenversicherung oder nach dem Aufenthaltsstatus. Wenn jemand in Lebensgefahr ist, dann wird auch gehandelt hier in Deutschland. Nur das ist das Problem bei der HIV-Infektion. Das ist zwar eine Erkrankung, die zum Tode führt, aber man kann damit erstmal ganz gesund erscheinen und man sieht die Lebensgefahr nicht sofort. Und wenn man sie sieht, dann ist es manchmal schon zu spät.⁵²

Eine kontinuierliche Behandlung und Betreuung der Patienten ist in der unsicheren Situation, in der sie leben, kaum möglich und birgt die Gefahr *mysteriös zu versterben*. Behandelnde Ärzte befinden sich dann in der Lage, nicht zu wissen, was mit dem Patienten geschehen ist.

Als ein wichtiges Ergebnis der Interviewauswertungen ist die Diskontinuität in der Behandlung und Betreuung der Menschen ohne Papiere zu benennen. Die Ursachen dafür können in der Angst vor Entdeckung auf dem Weg zur ärztlichen Behandlung und im Misstrauen

51 Auch Ber. J (10f) berichtete bei dem Thema Erreichbarkeit der Patienten, dass diese zum Teil verschwinden und wegen einem Befund gesucht werden, aber nicht aufzufinden sind.

52 Während des Gruppeninterviews mit Ber. EFG (14f) wurde von einem Mann aus Ecuador berichtet, der HIV-positiv war, an Tuberkulose erkrankte und wegen fehlender medizinischer Versorgung schließlich tot in seiner Wohnung aufgefunden wurde.

gegenüber dem Arzt oder dem Krankenhaus liegen. Gründe können mit dem Arbeitsplatz zusammenhängen, der keine Fehlzeiten erlaubt, den anfallenden Kosten oder damit, dass Menschen abgeschoben wurden oder sehr schwer erkranken und nicht mehr zu dem behandelnden Arzt gehen können. Aber auch die hohe Mobilität aufgrund von „Illegalität“ und/oder die Tätigkeit in der Sexarbeit⁵³ kann eine Ursache sein. Eine Diskontinuität in der Behandlung hat jedoch negative Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf.

6.6 Konsequenzen einer fehlenden Hausarztstruktur

Die Nachteile eines fehlenden Hausarztes in seiner Koordinierungsfunktion wurden in verschiedenen Interviews angesprochen und werden nachfolgend erläutert.

Um eine „Enttarnung“ der Statuslosigkeit zu vermeiden, werden immer wieder neue Ärzte aufgesucht. Möglicherweise besteht die Annahme, dass durch den Besuch verschiedener Ärzte auch die Chancen einer Heilung steigen. Oder es ist der Fall, dass die Betroffenen wegen ungeklärter Kostenübernahme immer wieder abgewiesen werden und hoffen, schließlich jemanden zu finden, der sie behandelt.

Dieses „Ärzte-Hopping“ – zu verstehen als unkoordinierte Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung – hat nachteiligen Einfluss auf die Kontinuität in der Behandlung. Die Ärzte wissen wenig über die Krankheitsgeschichte und die Patienten wissen teilweise nicht mehr wann und wo welche Untersuchungen gemacht worden sind. Diagnostische Befunde kommen nicht an die betreffende Person oder wenn sie sie erhält, was wohl kaum der Fall ist, gehen sie eventuell verloren. Auch können die Angaben der Patienten eher diffus sein und eine Nachvollziehbarkeit ist nicht möglich. Beispielsweise hat eine Behandlung in einer anderen Stadt oder bereits im Herkunftsland stattgefunden und der Betreffende weiß keine Details mehr. Es erfordert viel Geduld und Zeit diese Informationen zu erfragen und dennoch kann es sein, dass der Arzt manche Informationen nicht erfährt.⁵⁴ Der nächste Arzt kann in den seltensten Fällen auf die bereits durchgeführten Untersuchungen

53 Einerseits besteht eine Nachfrage der Freier nach neuer „Ware“ und andererseits führt dies zu besseren Verdienstmöglichkeiten für die Sexarbeiter/innen.

54 Dr. R führt als Beispiel ein HIV-positives Testergebnis an (Dr. R 4).

zurückgreifen und eine erneute Diagnostik wird angestrebt. Dies ist nicht nur zeit-, sondern auch kostenintensiv, bindet Kapazitäten und wäre bei einer Art Hausarztstruktur vermeidbar.

Dr. Q bemerkt zu diesem Aspekt der Diskontinuität in der Gesundheitsversorgung folgendes:

Ich würde denen ja auch wünschen, dass sie irgendeinen Hausarzt haben, der irgendwie ihre Geschichte auch sammelt, denn zum Teil rennen die von einem [zum andern]. Also die haben ein Problem, da muss der Magen zum Beispiel untersucht werden oder ein Ultraschall gemacht werden, dann kommen sie hierhin und dann kriegen sie diese Untersuchung und dann ist es schon oft schwierig, wer kriegt den Befund, damit er nicht verloren geht? Dann händige ich manchmal denen den Befund aus, damit sie wenigstens beim nächsten Arzt, wo sie hingehen das vorweisen können, aber das ist, glaube ich, da geht ganz viel Information verloren, insofern sind die wirklich schlecht behandelt (...)

(...) oder wenn man was nachtragen will, die ersten Befunde waren in Ordnung, dann hat derjenige sich noch mal gemeldet oder der dolmetschende Begleiter und dann aber kommt noch ein Befund hinterher und dann weiß man nicht, wie man ihn an den Mann oder an die Frau bringen soll (Dr. Q 3, 7).

Bei „gewöhnlichen“ Patienten ist es in der Regel kein Problem diese zu kontaktieren und ihnen einen Befund mitzuteilen. Anders ist jedoch der Fall bei Menschen ohne Aufenthaltsstatus, deren primäre Sorge es ist, nicht aufgefunden und abgeschoben zu werden, und deshalb starke Vorbehalte haben, eine Telefonnummer oder gar Adresse mitzuteilen.⁵⁵ Auch die Nennung ihres Namens kann aus diesem Grunde schon ein Problem sein, weshalb zum Teil andere Namen angegeben werden.

⁵⁵ Hierzu Dr. I: *Ja, also wenn ich Untersuchungen mache, erkläre ich den Leuten auch immer: „Sagen Sie mir Ihre Handynummer. Ich muss Sie in irgendeiner Art und Weise erreichen“ oder aber sie versprechen mir, dass sie zurückrufen (Dr. I 31)*

Und Ber. J: Manchmal passiert es, dass es einen Telefonkontakt gibt bei einem laufenden Fall während einer Abklärung einer bestimmten Sache über so ein Handy oder über bestimmte Bekannte oder Freunde und das funktioniert dann auch. Aber das verliert sich dann meistens auch danach. Und das liegt aber auch daran, dass es einen gewissen, also es muss einen gewissen Schutz geben, was manchmal ungünstig ist. Also manchmal kommen bei uns Befunde an und dann wird der Patient oder die Patientin gesucht und man findet sie nicht mehr. Und manchmal ist es aber auch so, dass die Patienten immer wieder zu uns kommen und es sich deckt. Das ist sehr unterschiedlich (Ber. J: 11).

Zu diesem Gesichtspunkt äußert Dr. Q:

Ja, unser Ordnungssystem in der Medizin, was irgendwie so auf Befunde und Festlegen und Dokumentation ist, das ist für die natürlich genau das, was sie scheuen und deswegen gehen die Namen ja auch oft unter, dann waren die woanders, da haben sie aber einen ganz anderen Namen angegeben, sodass selbst, wenn man die Praxis weiß, man oft trotzdem die Information nicht bekommt, weil er sich da anders genannt hat, er aber nicht mehr weiß, wie er sich da genannt hat (Dr. Q 11).

Ber. D berichtete von einer Afrikanerin, die eine Streptokokkeninfektion und deswegen auch in ihrer Schwangerschaft einen Spontanabbruch hatte, im Krankenhaus war und dort unter einem anderen Namen geführt wurde. Von ihrer neuen Ärztin aus war sie beauftragt worden, ihre Befunde aus dem Krankenhaus zu besorgen.

Ber. D (10): *Und dann hat man gesagt, sie soll die Befunde bringen und dann musste sie dahin gehen und das holen. Und dann hat sie das geholt und sie hatte einen anderen Namen jetzt auch genannt und wie kann man das irgendwie zusammenbasteln?*

Es ist nicht nur problematisch, dass auf diese Weise für ein und dieselbe Person Befunde unter verschiedenen Namen existieren und dies zu Missverständnissen führen kann. Eine weitere Gefahr besteht darin, dass die betreffende Person sich nicht mehr an den angegebenen Namen erinnert und somit Untersuchungsergebnisse nutzlos werden.

Die Interviewten gehen auf die Ängste der Patienten bzw. Klienten vor der Statusentdeckung insoweit ein, dass sie es vermeiden, viele Fragen zu stellen, nach Adresse oder Telefonnummer, um kein Misstrauen auf deren Seite hervorzurufen. Es ist den Personen freigestellt, ob und wann sie über ihre sonstigen Probleme reden möchten. Durch das Wissen um die Zwangslage der Patienten wird die mögliche Nennung von Phantasienamen „akzeptiert“ und auf dieser Basis findet eine Behandlung statt. Um die Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten, wird darauf hingewiesen, dass der angegebene Name jedoch nicht vergessen werden sollte. In den Akten werden die Patienten mit ihren angegebenen Namen geführt. Wie fragil das Arzt-Patienten-Verhältnis aufgrund der Statusfrage ist und wie groß die Bedeutung von Vertrauen ist, wird hier ganz besonders deutlich.

Beispielhaft kann die Aussage von Dr. I angeführt werden:

Und dadurch, dass ich bei uns weder die Adresse abfrage und wenn mir jemand sagt, ich heiße, was weiß ich, heißt er halt eben so. Ich sag immer nur, „merken Sie sich den Namen. Ich such mir sonst einen Wolf in der Krankenkartei.“ Ich muss die ja zuordnen können, meine Befunde (Dr. I 11).

Und an anderer Stelle: *„Sie können Lieschen Müller heißen, aber holen Sie Ihre Befunde ab. Bleiben Sie mit uns in Kontakt, sonst macht das alles keinen Sinn“ (Dr. I 4).*

Ein Erfragen von Informationen, die durchaus relevant für eine Diagnose oder für die Prävention von Erkrankungen sein können, wie Arbeitsbedingungen, Wohnumfeld, soziale Bezüge und Ernährung, sind nicht nur wegen des erhöhten Zeitaufwands kaum zu leisten, sondern können auch Misstrauen hervorrufen. Dies wäre wieder kontraproduktiv für das Arzt-Patienten-Verhältnis und könnte auch zu einem Fernbleiben des Patienten führen.

Dr. Q aus spricht aus seiner Erfahrung:

Weil wenn man allzu sehr fragt, denken die wieder man fragt sie aus und selbst die Frage wo sie wohnen ist dann schon ein Ding, was sie oft gar nicht sagen wollen auch ihren Namen nicht und es wird irgendein Vorname oder irgendein Phantasienamen genannt oder was weiß ich. Und das ist auch o.k., das ist die Basis. Aber insofern denke ich, die wandeln auf so einem brüchigen Eis, ein richtiges Erfassen dessen, was man eigentlich vor sich hat, was für eine komplizierte soziale Situation, das bilde ich mir bei denen also noch am allerwenigsten ein (Dr. Q 2f).

Die unsichere Lage der Patienten aufgrund ihres fehlenden Status bringt Phänomene wie Ärzte-Hopping und eine Diskontinuität in der Behandlung hervor. Gleichzeitig bedarf es viel Einfühlungsvermögen, um sich in die Lage der Menschen ohne Papiere zu versetzen und dementsprechende Verhaltensweisen von den behandelnden Ärzten und Beratern, um Vertrauen aufzubauen. Ein Faktor, der auch sehr wichtig ist für die Compliance.

Nach Collatz (1998: 36f) ist der Hausarzt in seiner Koordinationsfunktion schon für Migranten mit regelmäßigem Aufenthaltsstatus von Wichtigkeit. Häufig weisen diese Patienten Multimorbiditäten auf. Die Befunde und Therapieempfehlungen müssen zusammengebracht und

dem Patienten auch verständlich erklärt werden. Dies bedarf viel Zeit und kulturelle Sensibilität.

6.7 Kosten der Behandlung

Die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Aufenthaltsrecht hat ihre sehr eng gesteckten Grenzen und beruht auf dem Engagement Einzelner und Einrichtungen, die sich dafür stark machen. Wohlfahrtsverbände und unabhängige Anlaufstellen sind auf Spenden angewiesen und dies erfordert auch die Akquise von Mitteln. Für kompliziertere und kostspielige Therapien ist es notwendig, gesonderte Spendenaufrufe zu starten (Ber. J), um nicht das vorhandene Budget für nur sehr wenige Fälle zu benutzen. Honorare bzw. die Kosten für eine Behandlung sind im Vorfeld mit dem Arzt zu klären und bestenfalls erfolgt die medizinische Leistung zu einem niedrigeren Satz oder kostenlos. Mit den Patienten ist abzuklären, welchen finanziellen Anteil sie selbst aufbringen können, ob Ratenzahlung möglich ist und schließlich, ob die Gesamt- oder Restsumme von eventuell bestehenden Fonds übernommen werden kann. Eine Vernetzung von Ärzten verschiedener Disziplinen, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, Hebammen und Apothekern, die um die Situation der Menschen wissen und auf die zurückgegriffen werden kann, ist notwendig. Alle der interviewten Personen, bis auf die eine Privatperson, waren Teil eines solchen Netzwerkes.

Ein Abwägen ist notwendig zwischen der Schwere der Erkrankung, des möglichen Behandlungserfolgs und den anfallenden Behandlungskosten einerseits und der Überlegung die Behandlung, wenn möglich, über das Asylbewerberleistungsgesetz abzurechnen mit der Gefahr der Abschiebung durch die Offenlegung des Status andererseits. Hierfür ist die Weitervermittlung an Rechtsanwälte von Bedeutung.

Die Interviewten, die in der ambulanten Gesundheitsversorgung anzusiedeln sind, haben unterschiedliche Strategien, mit den anfallenden Kosten umzugehen. Keine der interviewten Personen verlangt „normale“ Honorare oder gar die erhöhten Honorare für Privatpatienten. Keiner der behandelnden Ärzte kann seine Kosten decken oder hat gar einen Gewinn.

Laut Dr. Q (12) muss man die Behandlung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus in der Kombination mit den Einnahmen durch reguläre

Patienten als ... *Mischkalkulation sehen und kann dann ein paar von den Menschen irgendwie Anteil nehmen lassen hier von unserer Medizin, aber es ist ein sehr, ja eher desillusionierendes Unterfangen, was man da macht.*

Die Kosten für körperliche Untersuchungen, Ultraschall und auch Laboruntersuchungen werden i.d.R. weder dem Patienten noch dem Fonds einer Anlaufstelle in Rechnung gestellt.

Eine interviewte Person gab an, individuell abzuwägen und je nach Lebenssituation oder nach Aufwand eventuell einen kleinen Unkostenbeitrag von 20.- bis 30.- Euro als Entschädigung zu verlangen. Der Grund hierfür liegt auch in der gemachten Erfahrung: (...) *dass, wenn man da gar nichts dafür nimmt, dann wird auch die Arbeit entsprechend nicht so wert geschätzt. (...) Und außerdem, auch wenn sie jetzt ohne Aufenthaltsstatus hier leben, heißt das ja auch nicht, dass sie gar kein Geld haben, sondern, wenn sie zum Beispiel in der Prostitution arbeiten, dann haben sie auch einen gewissen Gewinn und auf der anderen Seite zahlen sie auch nichts für eine Krankenversicherung und dann denke ich auch, dass ist auch in Ordnung, ein kleines Entgelt diesen Menschen auch aufzuerlegen* (Dr. M 3).

Im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes steht eine punktuelle medikamentöse Versorgung für definierte Erkrankungen zur Verfügung, aber der Bedarf geht aufgrund anderer Krankheitsbilder der Patienten, die das Gesundheitsamt aufsuchen, über das zur Verfügung stehende hinaus. Dr. I hat einen kleinen Fond durch die Einnahmen einer nebenberuflichen Tätigkeit eingerichtet, der bei Bedarf für die medizinische Behandlung von Menschen ohne Papiere, die nicht selbst zahlen können, genutzt wird. Und ein Apotheker gibt die Medikamente zum Einkaufspreis ab.

Dr. I berichtete von einer 26jährigen, jungen Frau aus Kasachstan, die mit völlig maroden Zähnen kam. Mit einem Zahnarzt konnte ein niedrigeres Honorar vereinbart werden und dieser vermittelte sie wiederum an einen Kieferchirurgen, der die Behandlung sogar kostenlos durchführte.

Begrifflichkeiten, die von den Interviewten für ihre Arbeit mit Papierlosen benutzt werden wie *hauptverbandsplatzartig* (Dr. Q), *Feuerwehrarbeit, das Nötigste* (Ber. EFG), *echte Notfallbehandlung für diesen Moment* (Dr. R) zeigen auf, in welchem Rahmen eine medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere stattfindet – es ist eine ad hoc Medizin.

Bei der „beruhigenden“ Annahme, dass eine ambulante Gesundheitsversorgung dieser Menschen laut Sextro et al. (2002: 35) zumindest in der Stadt⁵⁶ durch Organisationen, Netzwerke und persönliche Kontakte weitgehend funktioniert, wird außer Acht gelassen, um welche Qualität der Versorgung es sich handelt und wie viele der Personen unter den gegebenen Umständen möglicherweise überhaupt nicht versorgt sind. Geschweige denn sind regelmäßige präventive Maßnahmen in diesem Rahmen durchzuführen (z.B. periodisch durchzuführende körperliche und labortechnische Untersuchungen, Impfungen, Aufklärung zu Prävention und Gesundheitsförderung).

Ein stark limitierender Faktor für die medizinische Behandlung von Menschen ohne Papiere sind die Kosten. Diejenigen, die in der Lage sind, die Kosten für eine Behandlung selbst zu übernehmen, werden wohl die Wenigsten sein. Sie werden kaum Anlaufstellen aufsuchen, um Ärzte vermittelt zu bekommen, sondern diese selbst suchen oder von ihrer Community genannt bekommen. Bei unglücklicher Arztwahl werden ihnen bei mangelnden Kenntnissen des Systems erhöhte Abrechnungssätze berechnet. Privat zu zahlen, ist sicherlich der unbürokratischste und unkomplizierteste Weg. Problematisch wird es für diejenigen, die nicht genügend Geld haben, um die medizinischen Leistungen selbst zu zahlen. Das ist vermutlich der Regelfall. Manche Patienten verschulden sich laut Rauchfuss (2002: 31) bei ihrem Arbeitgeber, bei Familienangehörigen oder Bekannten, um die Kosten privat zahlen zu können und ihre Daten speziell bei einem Krankenhausaufenthalt nicht offen legen zu müssen. Das Benutzen der Krankenkassen-Karte eines regulär Versicherten ist eine weitere Option.

6.8 „Ausleihen“ der Krankenkassen-Karte

Das Benutzen der Krankenkassen-Karte eines regulär Versicherten mag, trotz des Begehens eines Missbrauchs, als einfache Lösung erscheinen: der Aufenthaltsstatus wird nicht entdeckt, es besteht keine Furcht vom Arzt gemeldet zu werden und die anfallenden Behandlungs-

⁵⁶ Im Gegensatz zu städtischen Gebieten wird nach Sextro et al. (2002: 35) eine gesundheitliche Versorgung auf dem Land anscheinend zum Großteil durch persönliche Kontakte über Dritte zu ihren Hausärzten geregelt. Es ist jedoch davon auszugehen, dass aufgrund der gering vorhandenen Arbeitsmöglichkeiten nur recht wenige Personen ohne Papiere in ländlichen Gebieten leben.

kosten werden von der Krankenversicherung übernommen. Es kann gut gehen, aber es können sowohl für den Benutzer der Karte als auch für den Inhaber nachteilige Folgen entstehen. Die interviewte Person P berichtete von der Situation einer Person, die die Krankenkassenkarte einer anderen genommen hatte, sich darüber behandeln ließ und verstarb. Die eigentliche Besitzerin der Karte kam in Erklärungsnot gegenüber der Versicherung (Person P 2, 8). Entbindet eine Frau mit der Krankenkassenkarte einer anderen, wird das Kind namentlich auf die Besitzerin der Chipkarte gemeldet. Laut Nitschke (2005: 136f) mag es für manche schwer nachvollziehbar sein, dass es Unterschiede gibt in der Familienversicherung und nicht zwangsläufig alle Familienmitglieder mitversichert sind.

Es ist durchaus denkbar, dass ein „Ausleihen“ der Versicherungskarte auch zu einem Abhängigkeitsverhältnis bzw. einer Bringschuld gegenüber dem Inhaber führt oder auch bezahlt werden muss. Über die Häufigkeit der Anwendung dieser Praktik ist nichts bekannt.⁵⁷

6.9 Medikamentöse Behandlung

Die Gesundheitsversorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen ist besonders prekär. Die Behandlung chronischer Erkrankungen erfordert periodisch durchzuführende Untersuchungen, um Veränderungen festzustellen, und bei Indikation eine medikamentöse Therapie. Dem sind aufgrund der Kosten erhebliche Grenzen gesetzt, da die Patienten diese in der Regel nicht bezahlen können. Behandelnde Ärzte können gegebenenfalls auf Ärztemuster zurückgreifen. Dies ist aber abhängig von der Anzahl der zu behandelnden Patienten und der zur Verfügung stehenden Menge an Ärztemustern, die ebenfalls limitiert ist. Je nach herstellender Pharmaindustrie ist dann auch die Zusammensetzung der Wirkstoffe und der Name der Präparate unterschiedlich.

Dr. Q behandelt seit einiger Zeit einen Patienten mit einer medikamentenpflichtigen Kardiomyopathie:

⁵⁷ Zur Benutzung von Versicherungskarten anderer Personen siehe auch Anderson 2003: 35 und Nitschke 2005: 136f).

Ich habe zum Beispiel einen Patienten, der so eine Kardiomyopathie hat, den betreue ich übrigens auch länger schon, ein junger, der also seine Antihypertensiva braucht und das ist immer ein Riesenproblem. Der kommt hier hereingeschnitten und braucht wieder Medikamente, ich kann ihm nur das geben, was wir hier gerade angeliefert bekommen. Das heißt, ich muss ihm den Medikamentenplan jedes Mal umstellen, dann heißt das nicht nur anders, sondern manchmal ist ja dann auch die Zusammensetzung doch wieder ein bisschen anders. Er hat einen ACE-Hemmer, Betablocker und noch ein Amlodipin und so weiter, also eine ganze Reihe von Medikamenten und das ist schon sehr mühsam und für ihn auch schwer durchschaubar, warum er immer wieder andere Medikamente kriegt. Andererseits weiß er natürlich, dass er sie nicht bezahlen könnte, wenn er ein Rezept kriegt. (...) Oder auch nur zu erklären (...) warum er die nehmen muss. Jedes Mal sitzt er wieder hier mit dem Dolmetscher und ich erkläre ihm, dass er auch, wenn er nichts spürt, die Medikamente nehmen muss, weil sonst sein Herz immer dicker wird und er immer kränker und nachher das Herz nicht mehr,.... Aber das ist schwer (Dr. Q 8f, 10).

In dem beschriebenen Fall sind enorme Hürden zu überwinden. Für einen Patienten, der in einer rechtlich unsicheren Situation mit einer schweren Erkrankung, die eine medikamentöse Behandlung erfordert, die Sprache nicht versteht und einen Dolmetscher braucht, ist es schwer nachvollziehbar, warum er immer wieder neue Medikamente erhält und diese wieder anders einnehmen muss. Dies kann sich durchaus negativ auf seine Compliance auswirken und es bedarf vieler Erklärungen, Zeit und Geduld. Dr. Q gibt zu Bedenken, dass trotz kostenloser ärztlicher Behandlung das System schon zusammenbricht, wenn teure Medikamente benötigt werden, die als Muster nicht vorrätig sind und es keinen finanziellen Unterstützer für die Menschen gibt (Dr. Q 15f).

Wie bereits bemerkt, existiert auch für Menschen ohne Aufenthaltsrecht eine punktuelle medizinische Versorgung über das Infektionsschutzgesetz für STI. Auch der HIV-Antikörpertest wird anonym angeboten – die Behandlung der HIV-Infektion mit antiretroviraler Therapie ist davon jedoch ausgeschlossen. Diese ist indiziert abhängig von der physischen Konstitution und Laborparametern (wie Viruslast und Helferzellen) einer Person mit dem Ziel, das Immunsystem zu stabilisieren, opportunistische Infektionen und schließlich das Stadium AIDS zu vermeiden.

Ber. L (6f), der mit Migrantinnen arbeitet, erinnerte sich an Mitte der 90er Jahre als die Beratungsstelle mit HIV-positiven illegalisierten Sexarbeiterinnen hauptsächlich aus Lateinamerika konfrontiert war. Ein Netzwerk aus ehrenamtlichen Ärzten konnte damals aufgebaut werden, die zumindest beraten und begrenzt auch Medikamente abgeben konnten. Über ein kleines Spendenbudget war es möglich, auch Blutentnahmen zu finanzieren. Aber irgendwann stellte sich auch die Frage, inwieweit diese Tätigkeit in der Öffentlichkeit kommuniziert werden sollte. Zudem konnte nicht mehr aktiv bei der Zielgruppe Werbung für diese Initiative gemacht werden, weil auch nicht mehr so viele Medikamente zur Verfügung standen.

Dr. M, der auch Menschen mit HIV und AIDS behandelt, zeigte sehr anschaulich die Diskrepanz auf, in der sich ein behandelnder Arzt befinden kann, der einerseits für das Wohl des Patienten handelt und andererseits gegen rechtliche Bestimmungen verstößt.

... dass was man dann macht in dieser Notfallsituation, das ist auch gar nicht immer erlaubt vom Berufsrecht. Zum Beispiel darf ich zwar Medikamente rezeptieren und es gibt eine Ausnahme, wo ich Medikamente einem Patienten geben darf, das sind die Muster. Aber ich darf zum Beispiel nicht zurückgegebene HIV-Medikamente einem Patienten austeilen. (...) Das heißt, ich würde mal sagen, dass ich Leben schon retten konnte, indem ich dann möglicherweise diese Regel nicht beachtet habe. Und das halte ich für ethisch auch für angebracht und ich denke auch, dass man das sogar in der Öffentlichkeit so sagen dürfte, aber auf der anderen Seite ist das eigentlich nicht erlaubt, weil ich hab' kein Dispensierrecht als Arzt. Aber in diesem jetzigen System habe ich gar keine andere Chance, in solchen Notsituationen dann doch Medikamente auszuteilen und ich weiß von einigen Patienten, wo ich mir sicher bin, die wären sonst verstorben. (...) Und trotzdem bringt man mich als Arzt in so eine Situation, wo ich gegen mein Berufsrecht verstoße. (...) Und es gibt auch Medikamente, die kann ich dann privat verschreiben, also wenn jemand zum Beispiel wenig Helferzellen hat, dann braucht er eine Cotrimprophylaxe, damit er eben geschützt ist vor opportunistischen Erkrankungen, vor den beiden wichtigsten, Toxoplasmose und diese PCP⁵⁸, da kostet eine Packung irgendwie 8,00 EUR und das können die sich auch leisten und das verschreibe ich denen auch. Aber diese antiretrovirale Therapie, die kostet im Monat ca. 1.500 Euro und das können sie sich

58 PCP Pneumocystis carinii Pneumonie.

vielleicht sogar für einen Monat mal leisten, aber das können sie sich nicht zwölf Monate im Jahr leisten. (...) Und das Geld haben sie nicht (Dr. M 22f).

In dem genannten Beispiel steht der Arzt sozusagen vor der Entscheidung zwischen dem Verstoß gegen sein Berufsrecht, nach dem er keine angebrochenen Medikamentenschachteln weitergeben darf und seiner Verpflichtung Hilfe zu leisten. Die antiretrovirale Therapie ist viel zu teuer, um Finanzquellen finden zu können.

Antiretrovirale Medikamente reduzieren die Viruslast im Blut und erhöhen zeitlich etwas verzögert die Helferzellen, die für das Immunsystem von Bedeutung sind. HIV wird auch in Deutschland primär sexuell übertragen.⁵⁹ Es ist davon auszugehen, dass bei einer geringeren Viruslast bzw. einer Viruslast unter der Nachweisgrenze auch die Virusmenge in Sperma und Vaginalsekret geringer ist und somit auch das Risiko der Übertragung auf andere bei ungeschütztem Sexualkontakt minimiert wird. Zudem besteht über die ärztliche Behandlung Zugang zu den Patienten und Aufklärungsbotschaften vermittelt werden, einerseits hinsichtlich des eigenen Schutzes vor weiteren Erkrankungen und andererseits des Schutzes von Dritten.

Bei einer schwangeren Frau ist eine HIV-Behandlung mit sehr hohen Kosten verbunden, da zu einer beachtlichen Reduzierung der Transmission von Mutter zu Kind nicht nur bestimmte antiretrovirale Medikamente verabreicht werden müssen, sondern auch ein Kaiserschnitt durchgeführt werden sollte und eine medikamentöse Nachbehandlung erforderlich ist.⁶⁰ In einem solchen Falle kann über einen Rechtsanwalt ein Antrag auf Duldung mit einer Übernahme der Kosten für die Behandlung erwogen werden.

Ein Argument, das unter Umständen angeführt wird, ist der so bezeichnete „Medizintourismus“. Dabei wird unterstellt, dass Menschen vorsätzlich in ein Land mit besserer medizinischer Versorgung als dem

59 Siehe hierzu Robert Koch-Institut (30.9.2005): Epidemiologisches Bulletin. Download unter: www.rki.de

60 Durch die genannten Maßnahmen und dem Unterlassen zu Stillen, kann das Risiko einer Übertragung von Mutter zu Kind von ca. 30-45% (UNAIDS) auf unter 2% gesenkt werden.

Herkunftsland einwandern würden, um sich dort medizinisch behandeln zu lassen. Dies müsste meiner Meinung nach genauer eruiert werden, um nicht falsche Gerüchte zu verbreiten. Unabhängig davon, darf diese Begründung nicht dazu führen, Kranke nicht zu behandeln.

Von Seiten des Gesetzgebers wäre notwendig, auch die HIV-Behandlung im Infektionsschutzgesetz zu verankern. Generell muss der Gesetzgeber eine Sicherheit schaffen und finanzielle Möglichkeiten müssen gegeben sein, damit medikamentöse Behandlungen nicht dem „Zufall der Ärztemuster“ überlassen sind, sondern nachhaltig gewährleistet werden können.

6.10 Stationäre Behandlung

Bei einem Unfall oder bei gravierenden Erkrankungen kann die Situation für die Betroffenen heikel werden, wenn eine Krankenhausbehandlung erforderlich wird. Eine stationäre Behandlung ist mit einem hohen Organisationsaufwand und hohen Kosten verbunden. Im Vorfeld müssen nicht nur die Kosten, sondern es muss auch der Schutz der Patienten vor Meldung mit vertrauensvollen Personen des Krankenhauses, bestenfalls mit Chefarzten, geklärt werden. Eine interviewte Person gab an, dass sie selbst und auch andere, ihr bekannte Ärzte zum Zeitpunkt ihrer Beschäftigung als Krankenhausärzte mit ihren Chefs Probleme bekamen, wenn sie Menschen ohne Versicherungsstatus innerhalb der normalen Sprechstunden behandelten (Dr. M 1).

Es gibt unterschiedliche Gründe, weshalb in manchen Krankenhäusern davor zurückgeschreckt wird, Menschen ohne Papiere zu behandeln: Der „illegale“ Status der Person und eine bestehende Unsicherheit in dem rechtlichen Umgang damit (§ 87 und § 96 Aufenthaltsgesetz), die ablehnende Haltung zur Gesundheitsversorgung von „Illegalen“ generell, die Befürchtung es könnte sich herumsprechen und noch mehr Personen „anlocken“ und insbesondere die Sorge hinsichtlich einer ungeklärten Kostenübernahme.⁶¹ Vorbrodts (2000: 18) weist darauf hin, dass wegen der Kosten Kranke sofort nach der akuten Krankheitsphase aus dem

61 Die Befragung von kirchlich-diakonischen Beratungsstellen durch Sextro et al. (2002: 34) ergab, dass viele Krankenhäuser Angst vor einer strafrechtlichen Verfolgung hatten und auch die ungeklärte Kostenfrage ein Hemmnis für die Aufnahme der Patienten darstellte. Kam es zu einer Krankenhausaufnahme, dann aufgrund persönlicher Verbindungen oder über kirchliche Kontakte bei konfessionellen Krankenhäusern.

Krankenhaus entlassen werden. Eine ambulante Weiterbehandlung wird nicht ermöglicht. Manche Klinikärzte befürchten am Ende selbst auf den Kosten sitzen zu bleiben.⁶² Persönliche Kontakte und Vernetzung sind zum Vorteil des Patienten und nicht hoch genug zu schätzen.

Dr. Q beschrieb die Situation eines von ihm längerfristig betreuten Patienten, der wegen seiner Knochenmarkserkrankung regelmäßig Transfusionen brauchte und schließlich an seiner Erkrankung verstarb. Ab dem Zeitpunkt, als es ihm schlechter ging, wurden die Kosten von der Sozialbehörde übernommen.

Also in der [Name der Klinik], die behandeln auch. Entweder sind das so wissenschaftliche Freibetten wie das früher hieß oder so irgendwas, jedenfalls dieser eine Patient mit den Transfusionen, das war also überhaupt kein Problem. Wie die das gemacht haben, weiß ich nicht, auch das hat man ja dann nicht groß wissen wollen, sondern hat mit irgendeinem Vertrauensmenschen da gesprochen und die haben das dann arrangiert. (Dr. Q 16f)

Ein stationärer Aufenthalt kann aber auch anders verlaufen, wie Ber. L (13f) zu berichten wusste. Denn für die Betroffenen selbst besteht bei einem Krankenhausaufenthalt ein großes Risiko, als jemand ohne Aufenthaltsstatus aufzufallen:

Wir hatten Fälle, dass Menschen ins Krankenhaus gehen mit AIDS zum Beispiel oder mit anderen Krankheiten, es ging ihnen sehr, sehr schlecht und dann, wenn es nicht mehr geht, dann müssen sie ins Krankenhaus. Und sobald es ihnen ein bisschen besser geht, laufen sie weg, weil sie Angst haben, weil sie illegalisiert sind. Und einmal habe ich (...) selber so einen Fall in einem Krankenhaus in [Name der Stadt] erlebt. Der Arzt war ganz toll und der hat probiert, dieser Frau zu helfen. Sie war aus Lateinamerika, war HIV positiv und hatte Tuberkulose, aber sie war nicht offen, die Tuberkulose. Und sie war illegalisiert. Und es ging ihr schlecht und darum ist sie zum Krankenhaus und da [wurde] entdeckt, sie ist nicht krankenversichert. Und sie wollten die Polizei oder irgendwie so die Ausländerbehörde benachrichtigen. Und der Arzt hat dann hier angerufen, war ganz toll, und hat gesagt, wie wir dieser Person helfen können und ich bin zufällig dahin und dann haben wir [es probiert und haben es geschafft]. Und dann ein Tag später oder zwei Tage später hat dieser Arzt wieder angerufen, hat gesagt: „Schauen sie, sie müssen kommen, es geht nicht mehr. Die (...) Verwaltung hat gesagt, es geht nicht mehr, sie rufen die Polizei. Und da bin ich dahin und tatsächlich es

⁶² Siehe zu den genannten Aspekten auch Anderson 2003: 38.

sind zwei Polizisten gekommen und haben die Frau genommen in Untersuchungshaft. (...)

Nachdem die kranke Frau von der Polizei mitgenommen wurde, hatte Ber. L keinen Kontakt mehr zu ihr und wusste nicht, ob sie abgeschoben wurde.

Selbst wenn es häufiger gut geht, spricht es sich unter den Leuten herum, dass die Gefahr der Abschiebung bei einem stationären Aufenthalt gegeben ist. Die Patienten verschwinden aus dem Krankenhaus und brechen damit vorzeitig die Behandlung ab.⁶³ Um diesem Risiko zu entgehen, nehmen sie auch eine erneute Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes in Kauf. Oder sie begeben sich erst gar nicht in eine stationäre Behandlung.

In seiner Untersuchung zu dem Leben von Menschen ohne Papiere in Leipzig erfuhr Alt (2003: 161) von einem Mann aus der Ukraine, der sich trotz anhaltendem Husten weigerte zum Arzt zu gehen, um seinen Arbeitsplatz nicht zu verlieren. Mit hohem Fieber legten ihn die Mitbewohner seiner Wohngemeinschaft schließlich vor einem Krankenhaus hin. Dort wurde die Polizei gerufen und erst im Haftkrankenhaus wurde eine Tuberkulose diagnostiziert. Die Mitbewohner, mit denen er monatelang ein Zimmer geteilt hatte, wollten sich verständlicherweise nach den Erfahrungen ihres Kollegen in Leipzig nicht auf Tuberkulose untersuchen lassen.

In der Öffentlichkeit, aber auch in Fachkreisen, wird die Transmissionsgefahr von bestimmten übertragbaren Krankheiten auf die Bevölkerung der Aufnahmegesellschaft kontrovers diskutiert. Junghanss (1998: 12) hebt deutlich hervor, dass anhand der Analyse schweizer Tuberkulosedaten festgestellt werden konnte, dass von erkrankten Migranten eine Übertragungsgefahr allenfalls für die Migranten-Community besteht.

Diese Beispiele zeigen, dass zum Wohle des Patienten und seines Umfelds eine anonyme Krankenhausbehandlung gewährleistet sein muss. Auch das weiterhin vorhandene Informationsdefizit von Krankenhausverwaltungen und Ärzten zu der rechtlichen Lage muss abgebaut werden. Die Kostenfrage bleibt ein großes Problem.

63 Siehe hierzu auch Alt 1999: 16 und Cyrus 2004: 56f.

Mit der Einführung der Fallpauschale als Abrechnungsmodalität ist es im Vergleich zu vorher schwieriger, Personen ohne Krankenversicherung mit „durchzuschleusen“. Eine Möglichkeit bestünde bei einem Krankenhaus-Fond speziell für solche Zwecke.

Die spezielle Problematik und die Grenzen in der Gesundheitsversorgung bei Schwangerschaft und Entbindung wurden in den Interviews häufig angesprochen. Dies ist Thema des nächsten Abschnitts.

6.11 Schwangerschaft und Entbindung

Eingangs wurde erwähnt, dass es keine genauen Daten über die Anzahl der Menschen, die sich ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland aufhalten, gibt. Ähnlich verhält es sich mit deren Verteilung auf Männer und Frauen. Auch wenn generell eine Feminisierung der Migration feststellbar ist, werden es vermutlich immer noch mehr Männer als Frauen sein, die sich hier ohne Papiere aufgrund der Arbeitsmigration aufhalten.⁶⁴ Frauen spielen aber in der Gesundheitsversorgung aufgrund von Schwangerschaft, Entbindung und gynäkologischen Erkrankungen eine bedeutende Rolle. Dies ist auch anhand der Daten (siehe 6.2 sowie Anhang S. A-5) zu der anteiligen Verteilung auf die gesundheitlichen Problemlagen der Menschen sichtbar. Auch in der Literatur wurden Schwangerschaft und Entbindung als ein herausragendes Problem für Frauen ohne Papiere erwähnt (Anderson 2003: 67ff).

Während des Gruppeninterviews beschrieben E, F und G Schwangerschaft als ein wichtiges Gesundheitsproblem in ihrer ehrenamtlichen Beratungstätigkeit mit lateinamerikanischen Frauen. Die meisten haben Statusprobleme und haben Fragen zur Legalisierung: sie wollen wissen, ob es für sie Möglichkeiten gäbe, zu bleiben auch wenn der Vater des Kindes kein Deutscher ist. Oder ob dies durch Arbeit, Bildung und Heirat oder Schwangerschaft erreichbar wäre. Viele der Frauen, die von ihnen beraten werden, sind schwanger und durch den fehlenden Aufenthaltsstatus wird alles zu einem Problem:

Ja das ist auch das Tollste oder das Komische daran, dass diese Alltagsbewältigung plötzlich ein Problem wird. Das heißt, dass die Kinder zur

⁶⁴ Die typischen „weiblichen Beschäftigungssektoren“ sind z.B. die Beschäftigung in Privathaushalten, als Reinigungskraft und in der Prostitution (Anderson 2003: 65).

Schule gehen, ist ein Problem. Dass die Kinder geboren werden, ist ein Problem. Krank zu werden, ist ein Problem. Sachen, die für uns, die ja einen Status haben, legalen Status, und hier wohnen, ganz alltägliche Sachen sind, sind für diese Menschen ein Problem. Und dabei helfen wir, einfach Sachen, die eigentlich kein Problem sein sollten, zu lösen. Da wird man besinnlicher mit Sachen, die eigentlich, zum Beispiel so ein Kind zu bekommen, sollte was Tolles sein. Aber da fragt man sich, wie bezahle ich das? Es wird ja die Freude weggenommen und so und das macht einen psychisch krank, logisch. Und dabei haben diese Menschen keine Unterstützung, weil es gibt nichts, das ihnen helfen könnte. Manchmal kommen sie her und reden mit uns. Und das ist halt das, was wir machen können (EFG 5f).

Auch hier stellen die Kosten ein Problem dar, nicht nur für die eigentliche Entbindung selbst, sondern schon für die Vorsorgeuntersuchungen fallen Kosten an. Um diese gering zu halten, wird auch nur ein „Muss“ an Untersuchungen durchgeführt. Eine Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen mit Entspannungsübungen und Atemtechniken etc. ist nicht möglich. Und dies bei häufig Erstgebärenden, die dann auch kaum Information darüber haben, wie eine Geburt hier in Deutschland vonstatten geht, die sich schon in einer Extremsituation aufgrund der Geburt befinden, die im Krankenhaus vielleicht Verständigungsprobleme haben und zudem nicht auf die Geburt vorbereitet sind (EFG 11f). Für die Nachbetreuung steht ihnen auch keine Hebamme zur Verfügung. Eine Schwangerschaft unter psychischem Stress macht auch Komplikationen in der Schwangerschaft und bei der Geburt wahrscheinlich.

Dr. R (7, 9) berichtet aus seiner Erfahrung in der Praxis für Menschen ohne Krankenversicherung. Die meisten der schwangeren Frauen kommen zwischen der 28. und 36. Schwangerschaftswoche und es bleibt kaum noch Zeit, die notwendigen Vorsorgeuntersuchungen samt Mutterpass (wie Bestimmung Rhesusfaktor und eventuelle Immunisierung, HIV-Antikörpertest) sowie die Geburt in einer Klinik zu organisieren. Kurze Zeit vor dem Interviewtermin sei eine Frau in der Praxis gewesen, die eine Woche über dem Termin war und nicht wusste wie es weitergehen sollte.⁶⁵ Frauen müssen auch über die Möglichkeit der Adoptionsvermittlung unterrichtet werden, wenn sie das Kind nicht behalten möchten oder mit der neuen Situation nicht zurechtkommen.

65 Auch Ber. D (11) erläuterte die Situation einer Afrikanerin, die im siebten Monat schwanger, in ihrer Hilflosigkeit wegen des näher rückenden Geburtstermins, in die Beratung kam.

Es gibt verschiedene Gründe weshalb Frauen in dieser schwierigen Situation schwanger werden. Ein Faktor kann sein, dass ein Kind in der Situation der *Entwurzelung* und des *fehlenden eigenen Beheimatet-Seins* einen Halt und vielen auch Kraft gibt. *Aber es wird nicht einfacher dadurch* (Dr. R 12).

Für die Vorsorgeuntersuchungen und im Falle der Entbindung müssen die Übernahme der Kosten geregelt sein. Welchen Betrag kann die Frau selbst bezahlen? Akzeptiert die Klinik Ratenzahlungen? Können die Kosten durch Dritte oder Spendengelder übernommen werden? Im Falle eines Kaiserschnitts fallen noch höhere Kosten an.

Verspätete Vorsorgeuntersuchungen beinhalten ergo auch verspätet diagnostizierte Risikoschwangerschaften mit Gefahr für Mutter und Kind. Die Frau befindet sich in einer unsicheren Lage durch Statuslosigkeit und Angst vor Abschiebung, finanzielle Schwierigkeiten und Unsicherheit hinsichtlich der Geburt und des Lebens mit dem Kind. Sie ist in einer psychosozialen Belastungssituation, die sich auch nachteilig auf die Schwangerschaft und die Geburt auswirken kann (Groß 2005: 24).

In den dargestellten Erfahrungsberichten finden die Frauen noch den Weg zu einer Beratungsstelle, die sie unterstützt. Wie viele Frauen aber verlieren ihr Kind während der Schwangerschaft, obwohl dies durch regelmäßige Untersuchungen hätte vermieden werden können oder leiden danach unter psychischen und körperlichen Auswirkungen?

Entscheidet sich die Frau für eine Geburt in der Klinik und möchte weiterhin ohne Meldung in Deutschland bleiben, wird auch sie die Klinik sobald als möglich verlassen, auch auf die Gefahr hin, Nachbehandlungen nicht durchführen zu lassen. Lässt sie das Neugeborene zurück, wird es zur sogenannten anonymen Adoption freigegeben werden (Dr. I 30).⁶⁶ Nimmt sie es mit, erhält das Kind keine Geburtsurkunde und die fehlende Identität stellt für das weitere Leben ein Hindernis dar. Werden Mutter und Kind aufgegriffen, kann die Mutter nicht beweisen, dass es ihr Kind ist und es kann zu einer Trennung von beiden kommen (Groß 2005: 24; Franz 2003: 150). Auch können keine Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen für das Kind in Anspruch genommen werden.

⁶⁶ Anderson (2003: 67) berichtet über die Möglichkeit der „anonymen Geburt“ im Schwabinger Krankenhaus und der damit zwangsweisen Freigabe zur Adoption.

Stellt die Frau im Mutterschutz einen Antrag auf Duldung wegen faktischen Abschiebehindernissen werden die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen und Geburt ab diesem Zeitpunkt übernommen. Dann ist die Frau jedoch gemeldet und kann nach der Mutterschutzfrist abgeschoben werden.⁶⁷

Ist ein Säugling oder Kind schwer erkrankt und eine langwierige Behandlung notwendig (z.B. Wolfsrachen, Hydrozephalus), ist es kaum möglich, die zukünftigen Behandlungskosten zu begleichen und auch hier muss zusammen mit einem Rechtsanwalt über eine Duldung nachgedacht werden.

6.12 Medizinische Behandlung außerhalb Deutschlands

Für Personen, die aus näher gelegenen ost- und südosteuropäischen Ländern kommen, kann eine medizinische Behandlung im Herkunftsland eine Strategie sein, insbesondere wenn die Kosten in der Bundesrepublik sehr hoch sind und deren Bezahlung nicht erbracht werden kann. Zudem hat eine Behandlung am Wochenende für manche Arbeitnehmer den Vorteil, keine Ausfallzeiten bei der Arbeit zu haben.⁶⁸ Zurück in Deutschland nehmen sie die mitgebrachten Medikamente ein. Für das medizinische Personal in diesen Ländern kann es ein Anreiz sein, am Wochenende gut Geld zu verdienen und für die Betroffenen selbst kann die Behandlung qualitativ sogar besser sein als in Deutschland (Alt 2003: 151, 153).⁶⁹ Diese Möglichkeit des Pendelns ist natürlich in Notfallsituationen und bei schlechtem Gesundheitszustand des Erkrankten nicht gegeben und auch dann nicht, wenn es sich um Krankheiten handelt, die einer längerfristigen Behandlung bedürfen. Auch für Personen, deren Herkunftsländer weit entfernt sind, ist die Behandlung im Heimatland keine Option.

67 Laut Dr. R (12) glauben fälschlicherweise viele, dass sie mit einem Säugling nicht ausgewiesen werden.

68 Vor der EU-Erweiterung waren dies z.B. die Länder Tschechien, Slowakei, Ungarn, Kroatien, Bosnien.

69 Beispielsweise haben sich manche Praxen an der Grenze zu Polen auf diesen Bedarf eingerichtet und sind am Wochenende geöffnet (mündliche Information einer Person, die mit polnischen Prostituierten an der Grenze arbeitet).

Dr. I (29f) berichtete von einer Frau mit Nierenbeckensteinen und einer Harnleiterschienung, die nach einem sehr auffälligen Antibiotogramm den Rat von Dr. I erhielt, sich in Sofia behandeln zu lassen, da es keine Möglichkeit gab, dies hier zu finanzieren:

[Die Behandlung] ist schon einmal abgewiesen worden, sie ist mit Fieber eingeliefert worden im Krankenhaus. Dann haben die gesehen, keine Krankenversicherung, Minimalversorgung und schon war sie wieder draußen. Also die haben gekuckt, der Spint liegt, Urin fließt ab.

Die Frau verbrachte eine Nacht in der Notaufnahme und dann wurde beschlossen, dass es besser ist, wenn sie geht.

Für Personen, die aus außereuropäischen Ländern kommen, ist eine Heimreise zwecks einer medizinische Behandlung nicht möglich. Der Flug ist teuer und eine Rückkehrmöglichkeit ist erschwert. Zudem ist die Qualität der Gesundheitsversorgung in sogenannten Entwicklungsländern häufig mangelhaft und eine medizinische Behandlung in Privatkliniken „europäischen“ Standards auch für dortige Verhältnisse sehr teuer. Menschen aus außereuropäischen Ländern sind i.d.R. abhängig von der Gesundheitsversorgung, die sie unter den erläuterten erschwerten Bedingungen in Deutschland erhalten können.

6.13 Selbstmedikation

Eine ärztliche Behandlung wird aus den bereits genannten diversen Gründen hinausgezögert. Die Selbstmedikation ist eine Option und wird laut Aussagen verschiedener Interviewpartner durchaus häufig angewendet.

Es ist Gewohnheit oder kulturell bedingt, ob und bei welchen Beschwerden Medikamente selbst eingesetzt werden. Auch die eigenen Erfahrungswerte oder die von anderen sowie die Zugänglichkeit von Medikamenten beeinflussen dieses Verhalten. So sind beispielsweise Antibiotika in manchen lateinamerikanischen Ländern am Kiosk erhältlich, bei welchen spezifischen Erkrankungen diese einzusetzen sind, ist jedoch nicht bekannt (EFG 31).⁷⁰

70 Dr. R (17) beschrieb, dass Leute sagen würden, sie fahren nach Polen und dort seien alle Antibiotika frei erhältlich. Das sei der Nachteil, wenn Antibiotika dann als Medikamente gegen Husten genommen würden.

Ber. L: *Und das ist auch das Problem mit Antibiotika. Für alles nehmen sie Antibiotika.* Es gibt Frauen, die lassen sich Medikamente aus Ecuador bringen und nehmen auch nur diese. Aber auch Tees und Pflanzen werden benutzt. Und schließlich zeigt sich die Qualität eines „guten Arztes“ darin, dass er mindestens zwei Medikamente verordnet (Ber. L 12).

Auch Dr. I (24f) hat beobachtet, dass teilweise Therapiemaßnahmen von den Patienten ergriffen wurden, bevor sie in die Behandlung kamen. Thailändische Frauen decken sich mit Antibiotika aus Thailand ein, und bulgarische und rumänische Patienten halten sich gerne einen Vorrat an Medikamenten. Um eine Falschdosierung und Resistenzbildung zu vermeiden, ist eine eingehende Beratung erforderlich, auch darüber, dass die verordneten Medikamente nur für diese spezifische Erkrankung, in der richtigen Dosierung und für diesen Patienten bestimmt sind und nicht – wie es auch vorkommt – von anderen Personen eingenommen werden sollten.

Ber. D (13) erfuhr in der Beratung, dass Klientinnen mit legalem Aufenthaltsstatus ihre Medikamente für die HIV-Infektion mit anderen teilten, die keinen Aufenthaltsstatus hatten.

Auch frei verkäufliche Medikamente werden eingenommen und traditionelle Naturheilverfahren werden angewendet.⁷¹ Aber auch bei Deutschen ist Selbstmedikation zu finden, in dem Sinne: *ja, mein Kumpel hat da schon mal Medikamente genommen, davon hatte er noch ein paar übrig, die hab' ich jetzt auch genommen* (Ber. J 19f).

Ist der Zugang zu medizinischer Behandlung nicht oder nur erschwert gegeben, fördert dies die Selbstmedikation mit allen Risiken, die damit verbunden sind.

6.14 Primärprävention

Der Zugang zu Maßnahmen der Primärprävention hat einen entscheidenden Einfluss auf die Morbidität. Menschen ohne legalen

71 „Westliche“ Medizin und „traditionelle“ Medizin werden häufig als sich diametral gegenüberstehend verstanden. Vermutlich werden deshalb nur sehr begrenzt Informationen über eine Anwendung von „traditioneller Medizin“ an Vertreter der „westlichen“ Kultur weitergegeben.

Aufenthaltsstatus ist dieser Zugang verwehrt. Dies führt zu negativen Konsequenzen.

In einem Genfer Krankenhaus wird seit 1997 eine kostenlose und anonyme medizinische Versorgung für unversicherte Personen angeboten. Dadurch wird der Großteil der schwangeren unversicherten und „papierlosen“ Frauen der Stadt erreicht. Wolff et al. (2005) untersuchten in einer Studie (10.2002-10.2003) den soziodemographischen und gesundheitlichen Status dieser Frauen. Insgesamt haben 134 Frauen, Durchschnittsalter 27,8 Jahre, an der Studie teilgenommen. 78% der Frauen kamen aus Lateinamerika und waren meist junge, hoch qualifizierte Frauen. Die restlichen 22% waren aus Europa (8%), Afrika (8%), Asien (5%) und Nordamerika (1%). In dem Zeitraum der Studie wurden die Frauen an eine Hebamme vermittelt, die in Zusammenarbeit mit der Frauen-Universitätsklinik die Vorsorgeuntersuchungen wie bei versicherten Frauen durchführte. Diese Klinik ist die einzige in Genf, bei der eine Entbindung anonym und zu niedrigen Kosten möglich ist.

Ein wichtiges Ergebnis der Studie war, dass es sich bei 83% um ungeplante Schwangerschaften handelte. Davon haben 70% aus unterschiedlichen Gründen keine Verhütungsmethoden angewendet: Absetzen der Kontrazeptiva (Pillenvorrat war zu Ende, Nebenwirkungen, Geldmangel), Annahme von Unfruchtbarkeit, unregelmäßiger Geschlechtsverkehr, Sorglosigkeit etc.

Die Frauen lebten in ärmlichen Wohnverhältnissen und ihr Einkommen betrug weniger als die Hälfte des Mindesteinkommens (Medianwert) in Genf. Aufgrund der niedrigen sozioökonomischen Position der Frauen und des Mangels an sozialem und rechtlichem Schutz, ist anzunehmen, dass die Prävalenz von sexueller, physischer und emotionaler Missbrauchserfahrung in dieser Gruppe höher ist, als bei Frauen in gesicherter Lage.

Neben der hohen Anzahl ungewollter Schwangerschaften zeigten die Genfer Studienergebnisse eine ungenügende Rötelimmunisierung und eine Unternutzung des Zervixkarzinom-Screenings (Pap-Test).⁷² Frauen, die sich für einen Abort entschieden hatten, waren nicht in die Studie einbezogen.

72 Die aus der Studie gewonnenen Daten wurden mit Daten aus der Schweiz, Frankreich und Lateinamerika verglichen.

Das Zentrum für Geburtenkontrolle in Lausanne schätzt die dortige Häufigkeit von ungewollten Schwangerschaften mit neun von zehn ein. 60% führen zum Schwangerschaftsabbruch. Auch diese Ergebnisse machen die Wichtigkeit des Zugangs zu Kontrazeption deutlich. Das Gleiche gilt m.E. auch für die Aufklärung über sexuell übertragbare Krankheiten und Safer Sex Praktiken.

Die von mir Interviewten schätzten die Kenntnisse der Zielgruppe zu Prävention generell als sehr unterschiedlich ein: *von 0 bis 100*. Es ist nicht möglich, eine allgemeingültige Aussage zu treffen. Die Kenntnisse hängen stark von der Schulbildung, den im Herkunftsland erworbenen Kenntnissen und Gewohnheiten und vom Beherrschen der deutschen Sprache ab (Ber. EFG 12; Ber. J 17, 18; Ber. L 9; Dr. I 20; Dr. R 22).

Im Gruppeninterview (EFG 22f, 16) wurde auch die Krebsvorsorge angesprochen und es bestand die Meinung, dass es viele Frauen gäbe, die in die Beratung kämen und gerne eine Krebsvorsorgeuntersuchung machen lassen würden. Die Frauen wüssten, dass dies einmal im Jahr sein sollte. Aber das Problem sei, dass sie kein Geld dafür hätten. Es wurde vermutet, dass die Kenntnisse der Frauen bezüglich der Vorsorgeuntersuchung, aus ihren Herkunftsländern herrühren. Die Interviewten berichteten von dem Fall einer jungen Frau, die immer zu einer Beratungsstelle in der Stadt ging und ihr Verhütungsmittel holte. Eine dort arbeitende Ärztin forderte sie eines Tages auf, eine Vorsorgeuntersuchung machen zu lassen, bei der sich herausstellte, dass sie Gebärmutterhalskrebs hatte. Eine ambulante Operation konnte organisiert werden.

Auch Dr. I (20) war der Auffassung, dass je nach Herkunftsregion und Bildungs- sowie Ausbildungsstand die Kenntnisse über Verhütungsmittel, deren Sicherheit und korrekte Anwendung sehr unterschiedlich sind. Bevölkerungsgruppen, die bereits in ihren Herkunftsländern stark sozio-ökonomisch marginalisiert sind, wie die Sinti und Roma, würden einen auffällig geringen Kenntnisstand aufweisen.

In einer länderübergreifenden Studie (Österreich, Deutschland, Griechenland, Italien, Spanien) zu „Gesundheitsangeboten und AIDS/STI-Prävention für Menschen mit Migrationshintergrund“ wurden mittels quantitativer und qualitativer Methoden Migranten in den beteiligten Staaten befragt. In jedem der Länder wurden dreihundert

Personen, einschließlich fünfzig Sexarbeiterinnen, interviewt. Nur in Deutschland und Griechenland wurden auch männliche Sexarbeiter einbezogen. In allen Ländern wurden auch Personen ohne Aufenthaltsstatus interviewt und in dem deutschen Sample waren 41 Personen ohne Papiere. Die Interviewten wurden nach einer Initialunterstützung durch soziale Einrichtungen mittels Schneeballmethode⁷³ rekrutiert. Die Herkunftsregionen der befragten Personen waren Südosteuropa, südliches Afrika, Osteuropa und Asien. Schwangerschaftsabbruch war auch in der länderübergreifenden Studie bei Frauen ohne Status häufiger als bei anderen Migrantinnen. Aufgrund der geringen Fallzahl pro Land können die Ergebnisse der Studie jedoch nicht als repräsentativ angesehen werden.

In der Studie zur Situation in Deutschland wurde festgestellt, dass der Wissensstand zu HIV/AIDS bei der Gruppe der Osteuropäer niedriger war, als in den anderen Gruppen, obwohl sie ihren Wissensstand als gut einschätzte. Von den Verfassern wurden die unterschiedlichen Aufklärungswege in den verschiedenen Herkunftsländern als mögliche Erklärung genannt. Im Gegensatz zu Osteuropa ist beispielsweise in den meisten Ländern des südlichen Afrika HIV/AIDS ein öffentliches Thema (Hughes/Foschia 2004: 2, 39, 108). Diese Erklärung des Zusammenhangs zwischen Kenntnisstand und Aufklärungsmaßnahmen im Herkunftsland deckt sich auch mit der Einschätzung der von mir interviewten Personen.

Nach Auffassung von Dr. M (11f) ist der Kenntnisstand zur HIV-Infektion normalerweise recht niedrig. Die vorhandenen Informationen basieren auf Gerüchten und die Betroffenen haben natürlich viele Ängste. Sie stellen Fragen zu den Übertragungswegen und es besteht der Wunsch nach Bestätigung, dass eine Übertragung zum Beispiel durch Mückenstich oder alltägliche soziale Kontakte, wie Umarmung etc., nicht möglich ist. Aber es gibt auch Deutsche, die mit ähnlich mangelnden Kenntnissen ausgestattet sind, wenn sie unverhofft von ihrer HIV-Infektion erfahren. Eine gewisse Ausnahme bilden die Patienten, die ein schwules Leben führen und schon durch die Schwulenszene mit dem Thema HIV/AIDS konfrontiert wurden. Auch bei Migranten gibt es eine schwule Szene.

Dr. M: Das ist dann so auch die Stricherszene oder die Prostituiertenszene, die auch, glaube ich, schon mal damit gerechnet haben, bei den vielen

73 Siehe hierzu die nationale Auswertung für Deutschland (Steffan/Sokolowski 2005: 2).

Kontakten, die sie dann haben, dass es durchaus das Risiko gibt, sich diese HIV-Infektion zuzuziehen und die dann aber natürlich trotzdem sehr geschockt sind. Das hat ja auch Konsequenzen für ihre Arbeit, dass sie nicht mehr so frei arbeiten können. Dass sie dann auch verpflichtet sind, das sag ich ihnen dann auch, dass sie ihre Kunden schützen usw.

Zu der Auseinandersetzung mit der HIV-Infektion kommt die Befürchtung hinzu, aufgrund der Infektion stigmatisiert und diskriminiert zu werden.

In der Stadt, in der Ber. L (11) arbeitet, können Frauen mit und ohne Papiere sich in einer Beratungsstelle zu Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch beraten lassen und wie andere Frauen bis zur zwölften Schwangerschaftswoche abtreiben lassen. Falls eine Frau kein Geld hat, muss sie nur für die Blutuntersuchung zahlen und der Rest wird aus einem Fond finanziert. Ber. L erklärt, dass Abtreibung früher für russische Frauen eine Art Verhütungsmittel war und dieses Verhalten bis heute noch festzustellen ist. Nach Ber. L besteht ein Informationsdefizit, das sich immer wieder in den Nachfragen der Frauen zeigt, zum Beispiel danach, ob die Pille dick machen würde. Eine zielgruppenspezifische Aufklärung kann positive Effekte erzielen, durch die weniger Frauen zur Abtreibung als Verhütungsmethode greifen.

Für Menschen, die sich in unsicheren Lebensbedingungen und in Abhängigkeitsverhältnissen befinden, ist es nur schwer möglich, Gesundheitsrisiken zu vermeiden. Dr. I (26) berichtete von Personen in der Prostitution, die bei einem Bekannten für Kost und Logis gegen Sex als Dienstleistung unterkommen. Sehen sich Personen nicht als Prostituierte an, auch wegen der Stigmatisierung und Diskriminierung, ist es besonders mühevoll, sie zu erreichen und Risikoverhalten anzusprechen.⁷⁴

Die Wissenspalette ist auch nach Auffassung von Ber. J sehr unterschiedlich, denn unter den Patienten sind Personen, die eine gute bis sehr gute Schulbildung oder sogar eine medizinische Berufsausbildung haben. Ber. J sprach auch beispielhaft von Müttern, die gut über Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen für Kinder informiert sind. Aber es gibt auch Unkenntnis und die Angst vor der Ansteckungsgefahr.

74 Inhalt des Interviews mit Ber. L 20.

Ein geschützter Raum und Vertrauen in die Einrichtung sind notwendig, um präventive Maßnahmen ergreifen zu können (Ber. J 17f).

Ber. J (19) berichtete von einer Situation in der Anlaufstelle:

Es gab mal einen Tuberkulosefall, wo dann dreißig Menschen waren, die sich testen lassen wollten. Die waren dann hier bei uns, um sich testen zu lassen. Die sind nicht zum Gesundheitsamt gegangen, weil sie Angst hatten vor Abschiebung, aber zu uns sind sie gekommen und das heißt, es gibt den Wunsch, etwas abklären zu lassen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass ein großer Bedarf und eine Notwendigkeit besteht, den Zugang zu Prävention für Menschen ohne Aufenthaltsstatus zu erleichtern. Auch Kinder müssen Zugang zu Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen haben. Ein Mangel scheint hinsichtlich dem Zugang zu Kontrazeptiva und dem Wissen über Safer Sex Praktiken zu existieren. Aber auch Empowerment ist notwendig, um letztere durchsetzen zu können.

Die Statuslosigkeit ruft Existenzängste hervor und die Lebensverhältnisse beeinflussen ein präventives Verhalten nachteilig. Ohne legalen Aufenthaltsstatus ist ein Planen, das über das „Jetzt“ hinausgeht, schwer möglich. Dies ist aber eine Voraussetzung für ein „präventives Denken und Verhalten“.⁷⁵ Die sozioökonomisch und aufenthaltsrechtlich unsicheren Bedingungen wirken sich nachteilig aus und es ist davon auszugehen, dass als Konsequenz eine erhöhte Gefahr besteht, Gesundheitsrisiken einzugehen. Deshalb müssen die Barrieren abgebaut werden, die die Menschen daran hindern, Information über Prävention und Gesundheitsförderung zu erhalten und präventive Maßnahmen zu ergreifen. Die Gesundheitsrisiken von Menschen ohne Aufenthaltsstatus müssen erkannt werden und in Maßnahmen münden. Prävention braucht das Gespräch, allein mit Broschüren, auch in anderen Sprachen ist es nicht getan. Der Einsatz von interkulturellen Mediatoren und Konzepte wie Peer Education, Empowerment sowie Verhaltens- und Verhältnisprävention sind wertvolle Ansätze, der gesundheitlichen Ungleichheit dieser besonders vulnerablen Gruppe entgegen zu wirken. Voraussetzung

⁷⁵ In diesem Zusammenhang ist auch der kulturelle Aspekt zu nennen. Eine langfristige Lebensplanung mag in manchen Gesellschaften eher Normalität sein, während dies in anderen weniger der Fall ist. Eine langfristige Planung setzt eine gewisse Planbarkeit der Lebensumstände voraus und braucht ein Minimum an psychischer, physischer und ökonomischer Sicherheit.

hierfür ist jedoch, dass von Seiten der Politik diese Notwendigkeit erkannt wird und die nötigen Maßnahmen ergriffen werden.

6.15 Unsicherheit

Ein Leben ohne Aufenthaltsstatus ist geprägt von vielfältiger Unsicherheit. Dies soll nicht bedeuten, dass es nicht möglich wäre, damit zurecht zu kommen. Immerhin lebt eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Menschen in dieser Situation. Die Grenzen werden dann deutlich, wenn Probleme im Alltäglichen auftauchen. Die Unsicherheit, hervorgerufen durch Krankheit und den erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung, wurde verdeutlicht. Aber auch das Wohnen stellt einen Unsicherheitsfaktor dar. Es besteht eine Abhängigkeit vom Vermieter, der hohe Mieten verlangen und jederzeit das Mietverhältnis aufkündigen kann.

Auch das Arbeitsverhältnis ist gekennzeichnet durch Unsicherheit und Abhängigkeit, sei es im Baugewerbe, in der Landwirtschaft oder bei der Tätigkeit als Küchenhilfe in Restaurants etc. Durch Zahlung niedriger Löhne, erhöhtes Arbeitsstundensoll und Einsparung der Sozialabgaben profitieren die Arbeitgeber vom rechtlichen Vakuum, in dem sich die Arbeitnehmer befinden.⁷⁶ Die gesundheitlichen Auswirkungen dieser Bedingungen auf die Arbeitnehmer spielen keine oder eine untergeordnete Rolle. In Abhängigkeitsverhältnissen erhöhen sich auch die Gesundheitsrisiken. Für Personen, die bei Bekannten für Kost und Logis gegen die Dienstleistung Sex unterkommen, ist es nur schwer möglich, Safer Sex einzufordern – einerlei ob es sich um weibliche oder männliche Prostituierte handelt (Dr. I 26).

Für Frauen ohne Aufenthaltsstatus gibt es nur wenige Beschäftigungsmöglichkeiten. Sie arbeiten entweder als Putzfrau, als Hausangestellte, in der Pflege oder in der Prostitution, unabhängig davon, ob sie eine gute Ausbildung haben oder nicht. Bei „gehandelten“ Frauen bestimmen die Zuhälter wie, wann, wo und für welchen Preis Sex angeboten wird. Auch auf die Ortswechsel im Turnus haben Frauen i.d.R. keinen Einfluss. In

⁷⁶ Hätten die Menschen, die gleichen Rechte wie Deutsche oder Migranten mit einer Arbeiterlaubnis, wären sie für die Arbeitgeber nicht interessant. Es wird sogar vermutet, dass für diese Form der Beschäftigung eine gewisse stillschweigende behördliche Akzeptanz existiert (Alt 2001: 24).

diesem Zusammenhang kann auch diskutiert werden, inwieweit die repressive Zuwanderungspolitik den Frauenhandel erleichtert, da über andere Wege eine Einwanderung kaum noch möglich ist (Ber. L 24f). Für Frauen ohne Aufenthaltspapiere ist es nicht möglich, in Frauenhäusern Schutz zu finden.

Wird durch Heirat der Aufenthalt legalisiert, kann ein Abhängigkeitsverhältnis zum Ehepartner mit allen Nachteilen solange bestehen, bis nach einer gewissen Zeitdauer der Ehe eine Scheidung ohne Konsequenzen für den Aufenthaltsstatus ist.⁷⁷

6.16 Community: Solidarität und Konkurrenz

Die Community stellt eine wichtige Unterstützung dar. Informationen zu Ärzten, Beratungsstellen, Jobs und Wohnmöglichkeiten etc. werden untereinander ausgetauscht. Wenn es notwendig ist, wird auch Geld verliehen, um einer Person zu helfen. Es ist ein gegenseitiges Unterstützen (EFG 24; Ber. L 20). Es ist jedoch sehr von der individuellen Lage und dem Zusammenhalt in der eigenen Community abhängig, wie viel Kontakt untereinander besteht.

Ber. L (20): *Das heißt, es sind so verschiedene Situationen und es hängt sehr viel davon ab, aber ich würde sagen, ja, es gibt Kontakt, mehr oder weniger, und (...) es gibt auch Konkurrenz innerhalb der gleichen Nationalitäten natürlich, weil alle im gleichen Boot sind, aber es gibt auch Solidarität. Das haben wir auch schon erlebt. Man leiht Geld oder ja andere Sachen, ganz verschiedene Sachen (Ber. L 20).*

Neben dem Aspekt der Solidarität wurde auch von dem der Konkurrenz berichtet. Über den fehlenden Aufenthaltsstatus wird nicht zwangsläufig untereinander gesprochen. Selbst gegenüber anderen mit demselben kulturellen Hintergrund besteht Misstrauen. Es wurde von Fällen berichtet, in denen Personen, die jetzt legalisiert sind, aber früher selber keinen Aufenthaltsstatus hatten, bei Konflikten „Papierlose“ bei der Polizei gemeldet haben (EFG 28; Person P 7).

⁷⁷ Anforderungen für einen legalen Aufenthaltsstatus sind: Mindstdauer der Ehe (abhängig vom Herkunftsland), sichere Einkommensverhältnisse, eigene Wohnung und keine staatliche Unterstützung.

Exemplarisch ist die Aussage während des Gruppeninterviews mit E, F und G:

Es sind auch Frauen schon irgendwie verpiffen worden auch von anderen. (...) ich hörte das schon zwei- oder dreimal, dass Frauen, die früher keine Papiere hatten, die welche haben und sie streiten mit jemandem und sagen der Polizei Bescheid, „sie hat keine Papiere“, obwohl sie auch in der gleichen Situation waren. Menschen. Und deswegen muss man wirklich aufpassen. Man weiß nie, wer dahinter steckt, was da passieren kann und man hat auch Angst (Ber. EFG 28).

Jordan (1999: 186f) erhielt in seiner in London durchgeführten qualitativen Studie zu brasilianischen Arbeitsmigranten ohne Aufenthaltsstatus sogar die Information, dass die meisten Interviewten das größte Sicherheitsrisiko in den potentiellen Handlungen anderer Brasilianer sahen. Grund ist der Konkurrenzkampf um Jobs. Von den staatlichen Behörden werden die Denunziationen genutzt, Migranten ohne Papiere zu fassen.

Das Grundbedürfnis nach Sicherheit wird durch die politischen Bedingungen sowie deren Ausnutzung durch andere untergraben. Kein wirkliches Vertrauen gegenüber Menschen aufbauen zu können, Misstrauen zu haben, auch gegenüber Landsleuten, und auf der Hut sein zu müssen, hinterlässt ohne Zweifel psychische Spuren.

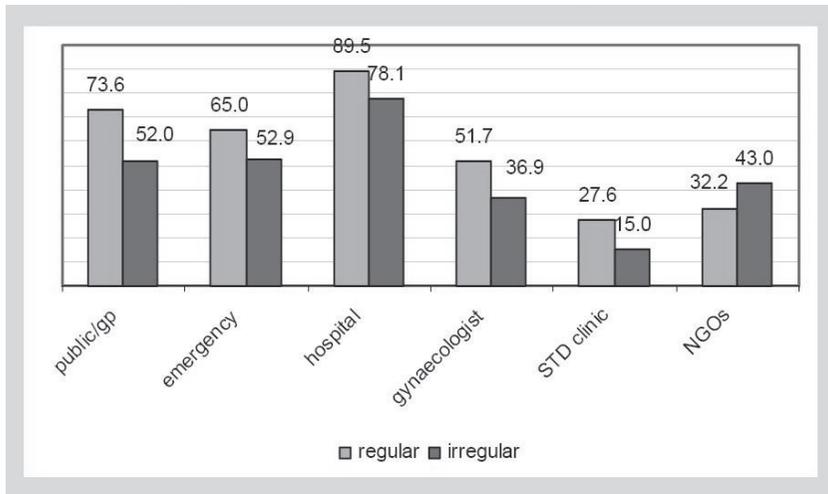
6.17 Kenntnis medizinischer Einrichtungen

Die Community ist eine wichtige Quelle für die Information über das Gesundheitswesen und die diesbezügliche Infrastruktur. Von den Interviewten wurde die Mund-zu-Mund-Propaganda als wichtigstes Informationsmedium genannt, durch das die Patienten in die Beratungsstellen und Praxen kommen. In der erwähnten länderübergreifenden Studie wurde in der nationalen Auswertung für Deutschland auch das soziale Umfeld (Familie, Freunde und andere Migranten) als wichtigste Informationsquelle angeführt (Steffan/Sokolowski 2005: 38).

Die folgende Abbildung aus der länderübergreifenden Studie macht deutlich, dass bis auf Nichtregierungsorganisationen (NGOs) alle anderen medizinischen Einrichtungen bei Menschen ohne legalen Aufenthalts-

status weniger bekannt sind als bei Migranten mit regulärem Aufenthaltsstatus. Die Aufenthaltsdauer hatte keinen Einfluss auf das Ergebnis der Befragung nach dem Kenntnisstand (Hughes/Foschia 2004: 38f).

Kenntnis medizinischer Einrichtungen/Rechtsstatus



Quelle: Hughes/Foschia 2004: 39

Die Kenntnis über das Gesundheitswesen und dessen Angebote in der Aufnahmegesellschaft ist Grundvoraussetzung, um bei Bedarf medizinische Leistungen zu ersuchen. Es ist jedoch zu vermuten, dass nicht allein die geringe Kenntnis eine Barriere darstellt, sondern, wie schon des Öfteren festgestellt, zusätzlich die Furcht vor Aufdeckung des Aufenthaltsstatus⁷.

6.18 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das Grundproblem in Bezug auf Barrieren in der Gesundheitsversorgung ist der fehlende Aufenthaltsstatus und die damit verknüpfte Gesetzgebung. Dies führt zu einer starken Einschränkung bis hin zu Nicht-Erteilung von medizinischen Leistungen. Die Konsequenzen wurden ausführlich beschrieben und werden im Folgenden kurz aufgelistet:

- Unsicherheit von Einrichtungen, die öffentliche Gelder beziehen – aus Sorge um Kürzungen dieser Gelder und/oder Strafbarmachung – eine Beratung und/oder medizinische Versorgung für Menschen ohne Papiere anzubieten
- Leugnung von Krankheit: für Menschen ohne Aufenthaltsstatus darf Krankheit aus verschiedenen Gründen nicht auftreten
- Hinauszögern der ärztlichen Behandlung
- Diskontinuität in der Behandlung
- Fehlende Hausarztstruktur und deren Auswirkungen
- Kosten der Behandlung als großes Hemmnis in der gesundheitlichen Versorgung
- Unsichere oder nicht realisierbare medikamentöse Behandlung
- Größere Barrieren von Seiten der Betroffenen bei stationärer Behandlung
- Befürchtungen der Krankenhäuser, Menschen ohne Papiere zu behandeln
- Erschwerter oder kein Zugang zu primärpräventiven Maßnahmen
- Fehlende spezifische Vorsorge und Gesundheitsversorgung für Kinder ohne Aufenthaltsstatus
- Generelle Unsicherheit: Arbeit, Wohnen, soziales Umfeld
- Psychischer Stress aufgrund der unsicheren sozialen und ökonomischen Lage
- Zugangsbarrieren bzgl. psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung
- Mangelhafte Kenntnis über medizinische Einrichtungen
- Generell besteht eine mangelhafte gesundheitliche Infrastruktur für Menschen ohne Aufenthaltsstatus

Kulturelle und geschlechtsspezifische Unterschiede wurden in den Interviews angesprochen, aber nicht, wie von mir vermutet, als mögliche Barrieren für den Zugang zur Gesundheitsversorgung benannt. Auch der Faktor Sprache wurde von den Interviewten nicht explizit als Zugangs- oder Verständnisbarriere erwähnt. Entweder bringen die Patienten/

Klienten einen Dolmetscher mit, bzw. dieser wird von den Beratenden besorgt, oder die Betroffenen sprechen deutsch. Es schien jedoch, dass die Kompetenz von Ärzten und Beratenden bezüglich gewisser Sprachen auch Patienten oder Klienten dieser Sprachgruppen eher anzog. Als wichtige Aspekte in der ärztlichen und beraterischen Tätigkeit wurden genannt: Aufbau von Vertrauen, Gewährleistung eines geschützten Raumes und der Anonymität, sowie Aufbringen von Zeit, Geduld und Verständnis für die schwierige Lage dieser Patienten (z.B. bei Terminvereinbarungen).

Die genannten Barrieren haben gravierende negative Auswirkungen auf die körperliche, psychische und soziale Gesundheit der Betroffenen.⁷⁸ Aus Public Health Sicht ist eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus zwingend erforderlich.

78 In Bezugnahme auf die Verfassung der Weltgesundheitsorganisation vom 7. April 1948: "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."

7. Möglichkeiten einer Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung

Unzweifelhaft besteht ein beachtlicher Bedarf an gesundheitlicher Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Momentan wird diese von engagierten Ärzten, im begrenzten Maße auch vom Öffentlichen Gesundheitsdienst, sowie von Mitarbeitern der Wohlfahrtsverbände und Initiativen auf ehrenamtlicher Basis getragen.⁷⁹ Hinzu kommt die Behandlung durch Ärzte, die von den Betroffenen ohne Vermittlungsstelle aufgesucht werden und privat abrechnen. Eine Kostenabrechnung kann auch über die Krankenkassenkarte einer anderen Person erfolgen, dies ist aber strafbar.

Am Beispiel einer ehrenamtlich organisierten Anlaufstelle konnten die Nachteile in der Versorgung aufgezeigt werden. Durch eine Einschränkung finanzieller Mittel, beispielsweise durch Spendenrückgang oder Arbeitsausfall, verringern sich angebotene Leistungen und Öffnungszeiten. Resultat ist ein Rückgang an Patientenzahlen, der Grund ist hierfür aber weniger in einer sinkenden Nachfrage zu vermuten. Die gesundheitliche Versorgung beruht zurzeit stark auf dem Engagement von Mitarbeitern solcher Initiativen und niedergelassenen Ärzten, die zu niedrigeren Kosten oder gar kostenlos Behandlung und Diagnostik durchführen. Nimmt der Staat die im Grundgesetz verankerten Grundrechte „Die Würde des Menschen ist unantastbar“ und „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“⁸⁰ ernst, ist er verpflichtet für ihre Umsetzung zu sorgen. Die gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus kann und darf nicht allein auf den Schultern Einzelner ruhen. Im Sinne des Gemeinwohls muss das Interesse eines Staates über das der Eindämmung ansteckender Erkrankungen hinausgehen.

79 Die Motivation, Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus medizinisch zu beraten und/oder zu behandeln, war bei den Interviewten unterschiedlich und in der eigenen Biographie verortet. Zusammengefasst wurden folgende Gründe genannt: Es existiert das Recht auf Gesundheit und dieses muss gewährleistet werden; soziales Denken und die Teilhabe aller an der Gesundheitsversorgung; Berufspflicht und -ethos sowie religiöse Motivation. Auch wurde die Meinung geäußert, dass Migration schon immer existierte und Menschen das Recht haben, sich zu verändern. Eine Kombination der verschiedenen Motivationsgründe konnte auch gefunden werden.

80 Artikel 1 und Artikel 2 Abs. 2 Grundgesetz.

Es gibt Hinweise darauf, dass die Anzahl der Menschen ohne Papiere seit den 90er Jahren zugenommen hat (Nitschke 2005: 142). Selbst bei gleich bleibendem Niveau, und umso mehr, falls sich der Trend fortsetzt, wird der Bedarf an ärztlicher Behandlung steigen. Denn leben und arbeiten die Betroffenen auf längere Sicht in Deutschland, werden sich auch zwangsläufig altersbedingte Erkrankungen häufen. Niedergelassene Ärzte, die die Behandlung dieser Patienten als „Mischkalkulation“ sehen, können bei steigender Nachfrage nach unentgeltlicher oder günstiger Behandlung nur begrenzt ihre Leistung anbieten. Bei einer Zunahme dieser Patienten müssten gleichzeitig auch Kassen- und Privatpatienten zunehmen, um eine „Mischkalkulation“ überhaupt noch zu ermöglichen, so dass insgesamt die Arbeitsbelastung deutlich steigen würde. Niedergelassene Ärzte können dies aber nicht leisten. Das heißt, als Konsequenz daraus müssten permanent neue Ärzte akquiriert werden – ein unrealistisches Unterfangen. Mit Blick auf die stationäre Versorgung wird heute schon die Schwierigkeit sichtbar, Krankenhäuser zu finden, die generell dazu bereit sind, Menschen ohne Aufenthaltsstatus zu behandeln. Die Grenzen der Behandlungsmöglichkeiten sind insbesondere wegen der Kosten sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung schon längst erreicht.

Es gibt Anzeichen dafür, dass insgesamt die Anzahl der Personen ohne Krankenversicherung – Deutsche sowie Migranten mit Aufenthaltsstatus – in der Bundesrepublik aus verschiedenen Gründen zunimmt. Darunter fallen beispielsweise Selbständige und Studierende (ab 30 Jahren), die sich wegen ihres geringen Einkommens keine Krankenversicherung leisten können oder wollen. Die Zuversicht, nicht krank zu werden, kann hierbei eine Rolle spielen. Oder es handelt sich um Personen, die Schwierigkeiten haben, wieder von einer Krankenversicherung aufgenommen zu werden. Kommt die Sozialbehörde für die entstehenden Kosten nicht auf, muss auch für diesen Personenkreis zukünftig eine Lösung gefunden werden.

Hinsichtlich der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere ist eine verbindliche Zusicherung von Rechtssicherheit für medizinisch und beraterisch tätige Personen unbedingt erforderlich. Humanitäre Hilfe darf nicht unter den Straftatbestand der Beihilfe zu unerlaubtem Aufenthalt fallen. Dies kann durch eine Gesetzesänderung des § 96 AufenthG oder durch Anwendungsvorschriften, als Zusatz zu diesem Paragraphen, umgesetzt werden. Letzteres könnte durch die Formulierung von Ausnahmen definiert werden, wie z.B. „von dieser Gesetzesregelung sind

ausgenommen Ärzte verschiedener Disziplinen, Krankenpflegepersonal, Hebammen, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, etc“. Das Gleiche gilt für § 87 AufenthG, der die Übermittlungspflicht beinhaltet. Generell muss die Hilfeleistung für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus von politischen Überlegungen und rechtlichen Bestimmungen der Zuwanderung entkoppelt sein.⁸¹

Eine Finanzierung durch öffentliche Gelder ist erforderlich, um die Kontinuität der medizinischen Behandlung zu gewährleisten. Notwendig sind ein niedrigschwelliges Angebot⁸² und die Gewährleistung von Anonymität sowie keine Weitervermittlung von Daten an die Ausländerbehörde oder Polizei.

Im Folgenden wird bei der Frage nach Möglichkeiten einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung u.a. auf die Aussagen der Interviewten zurückgegriffen.

7.1 Anonymer Krankenschein

In manchen Interviews wurde die Verwendung anonymer Krankenscheine vorgeschlagen. Menschen ohne Aufenthaltsstatus könnten sich einen Arzt mit Hausarztfunktion suchen, der sie behandelt. Dieser würde sie gegebenenfalls an Fachärzte weitervermitteln und anhand der Befunde und Therapievorschläge die weitere Behandlung einleiten. Die finanzielle Abrechnung könnte über einen anonymen Krankenschein erfolgen. Diesen könnte ein kleiner Kreis von ausgewählten Ärzten, die für vertrauenswürdig gehalten werden, vorrätig haben. Die Einrichtung eines Medikamentenpools ist ebenfalls überlegenswert. Eine Möglichkeit wäre, dass auch Pharmafirmen diesen insbesondere mit teuren Medikamenten (z.B. antiretrovirale Medikamente) bestücken (Dr. M 4f).

Anonymisierte Krankenscheine könnten auch von anderen Stellen an die Patienten ausgegeben werden. Wäre dies die Sozialbehörde, müsste deren Mitteilungspflicht als öffentliche Stelle gegenüber der Ausländer-

81 Siehe auch Cyrus (2004: 61) und Alt (1999; www.dhmd.de/forum-wissenschaft/fachtagung02/ft02.htm).

82 Ideal wäre hierbei auf Öffnungszeiten zu achten, die Menschen ohne Papiere eher wahrnehmen können.

behörde oder Polizei aufgehoben werden. Nach meinem Dafürhalten wäre die Abgabe von Krankenscheinen durch die Sozialbehörde keine gute Lösung, denn die Ausstellung würde in den Händen der nicht medizinisch geschulten Sachbearbeiter der Sozialbehörde liegen und auch von deren, ggf. willkürlichen, Entscheidungen abhängen.

Eine weitere Variante mit geringerem bürokratischem Aufwand wäre eine Vermittlungsstelle oder gar eine Art Allgemeinarztpraxis mit einem Arzt. Diese könnte bei einem Wohlfahrtsverband (in Großstädten) oder einer anderen Nichtregierungsorganisation in Form eines Gesundheitszentrums, abgetrennt von kommunalen Gesundheitsbehörden, angesiedelt sein. Dort würden bei Bedarf auch anonyme Krankenscheine für niedergelassene Fachärzte und Krankenhäuser ausgestellt. Die finanzielle Abwicklung könnte anonymisiert über die Sozialbehörde erfolgen. Ein weiterer Vorteil wäre, dass durch eine zentrale Versorgung auch eine rechtliche und soziale Beratung angeboten werden könnte. Die Ausbildung einer interkulturellen Kompetenz wäre wahrscheinlicher und eine Zusammenarbeit mit Sprach- und Kulturmittlern würde dadurch vereinfacht.

Mit Vorbehalt könnte auch der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) diese Basisbehandlungs- und Koordinatorenaufgabe übernehmen, unter der Gewährleistung, dass die Patienten anonym behandelt und keine Daten an die Ausländerbehörde oder Polizei weitergegeben werden. Das Interview mit einem Arzt des ÖGD zeigte, dass sich Personen ohne Papiere auch bei öffentlichen Stellen behandeln lassen, wenn eine Vertrauensbasis aufgebaut ist und in der Vergangenheit positive Erfahrungen gemacht worden sind. Die Hürde, eine öffentliche Einrichtung aufzusuchen ist jedoch für diese Patienten ungleich höher als bei nichtstaatlichen Einrichtungen.

Für kleinere Städte wäre es vorstellbar, dass ausgewählte niedergelassene Ärzte diese Art der Hausarztfunktion übernehmen.

7.2 Fonds

Die Einrichtung eines Fonds wird als Lösungsstrategie diskutiert. Gespeist von öffentlichen Mitteln, könnten die Kosten der gesundheitlichen Versorgung über diesen Fonds abgerechnet werden. Auch bei diesem Modell könnte ein nichtstaatliches Gesundheitszentrum

die hausärztliche Funktion für Menschen ohne Papiere innehaben. Eine weitere Möglichkeit wäre, dass niedergelassene Ärzte die Übernahme der Behandlungskosten bei diesem Fonds direkt beantragen. Würde eine Antragstellung hohen bürokratischen und zeitlichen Aufwand bedeuten, wäre diese Lösung jedoch kontraproduktiv.

Neben öffentlichen Zuwendungen könnte der Fonds durch Spenden und Bußgelder mit-finanziert werden. Ein Problem wäre hierbei jedoch die Abhängigkeit von Spenden und Bußgeldzuwendungen. Eine sichere Finanzierung wäre dadurch nicht gewährleistet. Um Spenden zu akquirieren, bedarf es der Öffentlichkeitsarbeit, die auch einen hohen zeitlichen Aufwand bedeutet.

Unklarheit existiert weiterhin über die notwendige Höhe eines solchen Fonds. So besteht die Gefahr einer Unterfinanzierung und die Möglichkeit einer Aufstockung müsste gegeben sein (Braun et al. 2003: 135). Eine öffentliche Kontrolle über die Verwendung der Mittel wäre notwendig, da weder Ärzte noch Mitarbeiter von Beratungsstellen oder Behörden dies gewährleisten könnten (Nitschke 2005: 146).

7.3 Anonyme Krankenversicherung

Eine anonyme Krankenversicherung käme aus Kostengründen sicherlich nur für einen kleinen Teil der Betroffenen in Betracht. Dennoch ist ein solches Angebot zu überlegen. Schwierigkeiten ergäben sich vermutlich in der Realisierung. Welche Krankenversicherung oder welche andere Institution würde die Verwaltung und das Risiko dieses Angebotes übernehmen?

7.4 Initiativen und Organisationen in Deutschland

Für die Belange der medizinischen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus setzen sich unterschiedliche Initiativen und Organisationen⁸³ in verschiedenen Städten Deutschlands ein. Nur ein Teil ist hier aufgeführt.

83 Darunter gibt es Organisationen und Initiativen, die sich auch für die aufenthaltsrechtlichen, arbeitsrechtlichen und schulischen Interessen der Menschen ohne Papiere engagieren.

Anlaufstellen wie MediNetz-Büros und Büros für medizinische Flüchtlingshilfe sind in vielen großen Städten zu finden. Sie haben ein Netzwerk von Ärzten, an die sie Patienten weitervermitteln. Diese Initiativen leben von dem ehrenamtlichen Engagement einzelner Personen mit und ohne medizinischen Kenntnissen. Vom Malteser Hilfsdienst wurde in Berlin eine Anlaufstelle für Menschen ohne Krankenversicherung eingerichtet, die sogenannte Malteser Migranten Medizin. Es handelt sich hierbei um eine Art Allgemeinarztpraxis mit einfacher Ausstattung. In München wird eine weitere Praxis aufgebaut. Ebenfalls in München hat die Organisation Médecins du Monde (Ärzte der Welt) neuerdings eine Stelle, die der Malteser Migranten Medizin ähnlich ist, eröffnet. In Köln besteht seit 2005 das Projekt „Medizinisches Netzwerk Köln“, in dem die Diakonie, der Caritasverband, der Malteser Hilfsdienst und das Gesundheitsamt zusammengeschlossen sind. Ein Fonds wird gemeinsam von dem Amt für Diakonie und dem Caritasverband verwaltet und kostenlose Behandlungstage in Krankenhäusern („Projekt Armenbett“) werden eingeworben (Nitschke 2005: 137).⁸⁴

Auch Migrantenberatungsstellen beraten Menschen ohne Papiere, tun dies aber nicht explizit.

Weitere Beratungsstellen und Organisationen setzen sich für die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus ein. Dies sind kirchliche Organisationen (z.B. der Jesuiten Flüchtlingsdienst, Beratungsstellen der Landeskirchen, regionale Kirchengemeinden etc.), Flüchtlingshilfeorganisationen, Amnesty International und weitere größere und kleinere Initiativen. Auch in Ärztekammern wird diese Problematik zunehmend thematisiert und es werden Handlungsempfehlungen verfasst. Eine europäische Plattform bildet PICUM (Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants).

84 Maßnahmen der niedrigschwelligen Gesundheitsversorgung von wohnungslosen Menschen werden nicht näher erläutert. Sie sind m.E. nicht ohne weiteres auf die Situation von Menschen ohne Papiere zu übertragen. Mobile Sanitätsstationen mit einer medizinischen Behandlung „vor Ort“, d.h. an Treffpunkten der Betroffenen, wären wegen der Gefährdung der Anonymität und des erschwerten Zugangs zu der Zielgruppe kaum zu realisieren.

7.5 Resümee

Bei den oben dargestellten Vorschlägen zur Kostenregelung für die medizinische Behandlung ist eine Missbrauchsfahr nicht völlig auszuschließen. Aus diesem Grund wurde von einer interviewten Person vorgeschlagen, dass nur ein kleiner Kreis von ausgewählten Ärzten anonymisierte Krankenscheine besitzen solle. Auf die Notwendigkeit der Kontrolle über die Fondsgelder wurde hingewiesen. Die Möglichkeit des Missbrauchs besteht auch von Seiten von Deutschen oder Migrant*innen mit Aufenthaltsstatus, die keine Krankenversicherung haben und sich dann bewusst die Kosten für eine solche sparen könnten. Aber auch Menschen ohne Papiere könnten dieses Angebot missbrauchen, indem sie es nutzen, obwohl sie die Kosten für eine Behandlung selbst zahlen könnten. Eine potentielle Missbrauchsmöglichkeit darf jedoch nicht dazu führen, dass deshalb notwendige Verbesserungen in der gesundheitlichen Versorgung nicht realisiert werden.

Auf die wertvollen Erfahrungen von verschiedenen Organisationen und Initiativen, die in diesem Bereich tätig sind, kann zurückgegriffen werden. Eine Beteiligung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus an der Planung der Gesundheitsversorgung wäre vorteilhaft, um eventuelle Zugangsbarrieren schon im Vorfeld zu erkennen. Oberstes Ziel muss es sein, eine Drei-Klassen-Medizin zu vermeiden. Mögliche Auflagen, die mit einem anonymen Krankenschein oder mit einem Fonds verknüpft sein können, sind dahingehend zu überprüfen.

Um die Höhe der anfallenden Kosten zu ermitteln, ist eine Kosten-Nutzenanalyse durchzuführen. Nach Auffassung eines Vertreters der Allgemeinen Ortskrankenkasse während des Kongresses „Armut und Gesundheit“ 1998 in Berlin, sind diese Kosten im Vergleich zum Gesamtbudget des deutschen Gesundheitswesens zu vernachlässigen (Braun et al. 2003: 134). Während der „Transkontinentalen Krankenkassentage“ 2005 in Hamburg äußerte sich auch ein Vertreter der BKK Securvita zu der zu vermutenden Höhe der Kosten. Diese wären von der Größenordnung ungefähr mit den Ausgaben für Schlafmittel zu vergleichen.⁸⁵ Vorbrodt

85 An erster Stelle sei es seiner Meinung nach Aufgabe des Staates, die Finanzierung zu übernehmen. Als weitere Möglichkeit der Finanzierung nannte er u.a. den Selbsthilfefonds der Krankenkassen oder minimale Summen von regulären Beitragszahlern (zwischen 0,10-0,20 Euro).

(2000: 21) gibt zu bedenken, dass bei einer Kosten-Nutzenanalyse auch die Kosten mit einzukalkulieren sind, die der Sozialbehörde durch nicht beglichene Krankenhausrechnungen schließlich doch anfallen. Da dies häufig auf dem Klagewege entschieden wird, fallen auch hierbei Kosten an. Hinzu käme, dass bei einer geregelten Gesundheitsversorgung, wie oben beschrieben, die verhältnismäßig teureren Notfall- und Erste-Hilfe-Dienste vermutlich weniger in Anspruch genommen werden würden.

Eine Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung durch öffentliche Mittel setzt jedoch voraus, dass der Gesetzgeber zwischen der gesetzlichen „Illegalität“ der Menschen einerseits und der gesundheitlichen Versorgung dieser Personen andererseits unterscheiden müsste. Und das ist der Knackpunkt, der in dem Diskurs angeführt werden könnte. Als Argument mag genannt werden, dass es einen Widerspruch bedeutet, wenn der Gesetzgeber „illegalen“ Aufenthalt unter Strafe stellt und gleichzeitig die betreffenden Personen im Krankheitsfalle unterstützt. Demgegenüber ist festzuhalten, dass diese Menschen durch ihre Arbeitskraft zum Bruttoinlandsprodukt beitragen und die Arbeitgeber ihren Nutzen aus der rechtlichen Situation dieser Menschen ziehen.

Das deutsche Finanzierungssystem der Gesundheitsversorgung basiert auf Beitragszahlungen an die Krankenkassen, die anteilig von Arbeitnehmern und Arbeitgebern geleistet werden. Aus dem Grunde, gilt das deutsche Gesundheitssystem für Menschen ohne Papiere als besonders unzugänglich. Für sie ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung in Ländern, die eine steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung haben, grundsätzlich leichter (z.B. Großbritannien). Hat eine Person ihren Wohnsitz in diesem Land, hat sie auch einen Anspruch auf eine gesundheitliche Basisversorgung.

In Spanien reicht eine Anmeldung bei einer kommunalen Behörde, um Zugang zum öffentlichen Gesundheitssystem zu erhalten. In Italien besteht für Menschen ohne Papiere die Möglichkeit über anonyme Registrierkarten, Zugang zur staatlich finanzierten Versorgung zu erhalten. Diese Karten enthalten den Namen und eine Registriernummer zum Zwecke der Abrechnung und Dokumentation der Krankengeschichte. Es ist jedoch gesetzlich verboten, die Daten an die Ausländerbehörde weiterzugeben.

Die Niederlande haben wie Deutschland ein beitragsfinanziertes Gesundheitssystem. Eine Stiftung wurde speziell für die Verwaltung von Fondsgeldern gegründet. Der niederländische Staat stellt seit

1999 dem „Koppelingsfonds“ ca. 5 Millionen Euro jährlich für die ambulante Versorgung von Menschen ohne Papiere zur Verfügung. Die Antragsstellung wird in der Literatur als äußerst zeitaufwendig und kompliziert dargestellt (Cyrus 2004: 57ff).⁸⁶

Die Modelle der gesundheitlichen Versorgung in den verschiedenen europäischen Nachbarländern können aufgrund der Unterschiede in den Gesundheitssystemen nicht ohne weiteres auf die deutsche Situation übertragen werden. Die in den Nachbarländern gemachten Erfahrungen können aber für die Entwicklung eines eigenen Systems sehr hilfreich sein.

Die gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus kann nicht nur auf zivilgesellschaftlichen Initiativen und auf dem Engagement Einzelner basieren. Eine generelle Lösung muss gefunden werden. Ein Staat hat eine Fürsorgepflicht gegenüber den Menschen, die auf seinem Territorium leben und es ist m.E. eine staatliche Aufgabe die gesundheitliche Versorgung dieser Menschen auch finanziell zu gewährleisten.

⁸⁶ Weiterführende Literatur: Cyrus (2004); PICUM (2001); Braun/Brzank/Würflinger (2003); Green/Gold-verschiedene länderbezogene Beiträge in dem Band „Gesundheit für alle – wie können arme Menschen von präventiver und kurativer Gesundheitsversorgung erreicht werden?“ (2000).

8. Schlussbemerkungen

Die soziale und gesundheitliche Ungleichheit von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland wurde aufgezeigt. Die bekannten Probleme und Defizite in der Gesundheitsversorgung, die häufig bei Migranten vorzufinden sind, gelten in besonderem Maße auch für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Erschwerend kommt hinzu, dass sie aufgrund ihrer Lebens- und Arbeitssituation verstärkt Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind. Gleichzeitig wird ihnen von staatlicher Seite kein Zugang zur Gesundheitsversorgung eingeräumt. Ausnahmen bilden die Diagnostik und, in begrenztem Maße, die Therapie übertragbarer Erkrankungen, die unter das Infektionsschutzgesetz fallen. Wie eine interviewte Person treffend bemerkte: „...*die ansteckenden Krankheiten fragen nicht, ob einer legal oder illegal hier ist.*“ Diese Aussage bezieht sich sowohl auf die Infektionsübertragung als auch auf den Bedarf an medizinischer Behandlung und Beratung.

Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus haben von staatlicher Seite auch keinen Zugang zur Primärprävention und Gesundheitsförderung. Dies trifft sowohl auf Erwachsene als auch auf Kinder zu. Es gibt für Kinder keine Möglichkeit, an Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen teilzunehmen. Der fehlende Zugang zur Primärprävention hat seine Auswirkungen unter anderem in einem erhöhten Infektionsrisiko bezüglich Geschlechtskrankheiten und HIV. Mangelhafte Kenntnisse über die Wirkung und Sicherheit verschiedener Kontrazeptiva sowie Probleme diese zu erhalten, bergen das Risiko einer erhöhten Prävalenz von Schwangerschaftsabbrüchen mit all den möglichen, psychisch und physisch negativen Folgen. Auch die unsichere rechtliche und sozio-ökonomische Situation kann ein Grund dafür sein, dass Frauen unter diesen Umständen nicht in der Lage sind, die Verantwortung für ein Kind zu tragen.

Der Migrationsprozess selbst ist bereits ein Stressfaktor. Die unsichere Lebenssituation ohne Aufenthaltsstatus erhöht in Verbindung mit einer Erkrankung den bereits vorhandenen psychosozialen Stress. Die Furcht vor Ausweisung und Abschiebung lässt viele Menschen ohne Papiere vor ambulanter und insbesondere stationärer Behandlung zurückschrecken. Von der Inhaftierung Kranker direkt im Krankenhaus wird immer wieder berichtet. Für die Betroffenen dürfen Krankheiten deshalb erst gar nicht

auftreten. Ist dies doch der Fall, werden ärztliche Behandlungen hinausgezögert und Krankheiten verschleppt bis hin zu Verschlimmerung, Chronifizierung oder gar tödlichem Ausgang.

Die medizinische Behandlung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus kann als ad hoc-Medizin bezeichnet werden. Weitere Phänomene sind Ärzte-Hopping und Diskontinuität in der Behandlung. Einer der Gründe hierfür ist die Furcht vor der Entdeckung des Status und der daraus resultierenden Abschiebung. Dies zeigt sich auch im frühzeitigen Abbrechen der stationären Behandlung von Seiten der Patienten. Die fehlende Hausarztstruktur führt zu Mehrfachbefunden oder Befunden mit geringer nachhaltiger therapeutischer Konsequenz und bindet Kosten und Kapazitäten. Eine Koordination der medizinischen Behandlung ist aus den besagten Gründen nur in Ausnahmefällen möglich, aber dringend nötig. Auch unter dem Kostenaspekt ist eine adäquate Versorgungsstruktur sinnvoll, denn je später eine erkrankte Person medizinische Versorgung erhält desto teurer wird diese. Es gibt Anzeichen dafür, dass schwangere Frauen sehr spät medizinische Hilfe aufsuchen. Bis zu diesem Zeitpunkt konnten sie keinerlei Vorsorgeuntersuchungen durchführen lassen. Sie sind dann in Not, denn die Geburt des Kindes muss schnell organisiert werden.

Ein großes Problem stellen die anfallenden Kosten einer Behandlung und die Sorge vor Arbeitsplatzverlust durch Ausfallzeiten dar. Dies ist auch einer der Gründe dafür, dass eine ärztliche Behandlung hinausgezögert wird. Eine Option ist die Selbstmedikation mit Risiken der Falschbehandlung, Resistenzbildung und Verschlimmerung der Erkrankung.

Die anfallenden Kosten sind ein Problem und die Palette der Möglichkeiten damit umzugehen ist weit gefächert: Ärzte behandeln kostenlos, zu niedrigem Honorar, akzeptieren Ratenzahlung oder stellen eine Privatabrechnung zu üblichem oder gar erhöhtem Honorar aus. Beratungs- und Anlaufstellen für Menschen ohne Krankenversicherung, soweit diese von den Patienten aufgesucht werden, verfügen über ein Netzwerk von Ärzten, die zu günstigen Honoraren oder kostenlos behandeln. Durch Spendenmittel können, abhängig von der Erkrankung und der Kostenhöhe, Anteile der Gebühren von den Beratungsstellen übernommen werden. Die gesundheitliche Versorgung von Menschen

ohne Papiere lastet auf den Schultern weniger Menschen. Der Staat ist bisher – von den wenigen erwähnten Ausnahmen abgesehen – außen vor.

Für diejenigen, die die Gesundheitsversorgung dieser Personen bisher gewährleisten, ist die Situation sehr unbefriedigend. Sie befinden sich in einem Spagat zwischen den gesetzlichen Bestimmungen und ihrem beruflichen Ethos, Menschen mit ihren Erkrankungen zu behandeln. In Beratungsstellen, die öffentliche Gelder beziehen, herrscht Unklarheit und Unsicherheit darüber, ob durch die Beratung von Menschen ohne Papiere finanzielle Mittel gekürzt werden könnten.

Die in der Beratung und medizinischen Versorgung tätigen Berufsgruppen und Personen müssen von der potentiellen Strafbarkeit durch Hilfeleistung und der Mitteilungspflicht ausgenommen sein. Eine strikte Trennung zwischen der Politik, die die Zuwanderung regulieren will und den Berufsgruppen, die die Gesundheitsversorgung gewährleisten, ist dringend erforderlich. Gleiches gilt auch für den Bereich der Schulbildung. Dementsprechend müssen gesetzliche Regelungen in Kraft treten, die eine adäquate Gesundheitsversorgung ermöglichen, damit die im Grundgesetz verankerten Grundrechte auf Menschenwürde und körperliche Unversehrtheit für alle Menschen Wirklichkeit werden.

Die durchgeführte Untersuchung ist nicht repräsentativ. Ergänzende Studien, auch zur Gesundheitsversorgung und dem Versorgungsbedarf von Kindern, psychisch Erkrankten und traumatisierten Menschen sind zur weiteren Erkenntnis notwendig. Quantitative Daten zu Morbidität sowie Daten über den Bedarf an gesundheitlicher Versorgung und Prävention sind erforderlich, mit dem Ziel, adäquate Versorgungsstrukturen aufzubauen oder bereits bestehende auszubauen. Niedrigschwellige und anonyme Angebote in der gesundheitlichen Versorgung sind notwendig. Sie können durch eine Art Gesundheitszentrum mit einem Arzt, der bei Bedarf an Fachärzte und Kliniken weitervermittelt oder durch die Hausarztfunktion, wie für reguläre Krankenkassenmitglieder, realisiert werden. Weitere wichtige Ansätze sind die aufsuchende Vor-Ort-Arbeit und die Einbeziehung von Sprach- und Kulturmittlern. Auf die bisherigen Erfahrungen von Einrichtungen und Projekten kann hierfür zurückgegriffen werden. In diesem Zusammenhang muss jedoch der Ausschluss staatlicher Kontrolle gewährleistet sein.

Eine auf die Bedürfnislage der Menschen abgestimmte Gesundheitsversorgung existiert nicht. Für eine zielgruppenorientierte medizinische Versorgung wäre eine Einbeziehung und aktive Teilnahme von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus aus unterschiedlichen Herkunftsregionen angebracht und wünschenswert. Damit können im Vorfeld bereits eventuelle Zugangsbarrieren vermieden werden.

Im Rahmen einer Kosten-Nutzenanalyse wäre zu klären, um welche Summen es sich bei einer Basisgesundheitsversorgung für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus handeln würde. Eine Abrechnung der Behandlungskosten wäre durch unterschiedliche Modelle vorstellbar: anonymer Krankenschein, Fonds sowie eine anonymisierte Krankenversicherung. Generell kann und darf die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus nicht nur auf dem Engagement Einzelner beruhen. In Anbetracht der vermuteten hohen Anzahl an Betroffenen und des Risikos, Menschen ohne Gesundheitsversorgung oder in Unterversorgung zu belassen, ist es Aufgabe von Public Health, sich für die Beseitigung der gesundheitlichen Ungleichheit einzusetzen. Es ist ein drängendes Public Health Thema.

Die gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere ruft ethische Fragen, Fragen nach sozialer Gerechtigkeit sowie die Frage nach Gleichheit und Sicherheit hervor. Inwieweit kann es sich ein Staat „leisten“, die Existenz einer Bevölkerungsgruppe mit ihren gesundheitlichen und sozialen Problemen völlig zu negieren – einer „unsichtbaren“ Parallelgesellschaft – deren Mitglieder zum Gewinn vieler in Deutschland arbeiten und leben.

Bereits in der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vom 7. April 1948 steht geschrieben:

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic and social condition.”

Laut Verfassung der WHO ist Gesundheit ein komplexes Konzept und ein fundamentales Menschenrecht unabhängig von Herkunft, religiöser und politischer Überzeugung sowie ökonomischen und sozialen Gegebenheiten. Darunter ist auch ein gerechter Zugang zu

Gesundheitsmaßnahmen, d.h. Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung zu verstehen. Ein Negieren von gleichen Zugangschancen kann nicht nur negative individuelle, sondern auch soziale Folgen mit sich bringen.

Nach dem Verfassungsbeschluss der WHO wurden in den folgenden Dekaden mehrere internationale Deklarationen und Chartas, die Leitlinien und Grundsätze zur Gesundheitsversorgung zum Inhalt haben, verabschiedet. Während der internationalen Konferenz in Alma Ata (1978) wurde das Konzept der Basisgesundheitsversorgung entwickelt und es wurde die Deklaration von Alma Ata beschlossen. Diese kann als Ausgangspunkt für die Weltgesundheitspolitik angesehen werden (Diesfeld 1997: 44). Erneut wurde auf Gesundheit als fundamentales Menschenrecht verwiesen und das Erreichen von höchstmöglicher Gesundheit als ein wichtigstes Ziel benannt. Dies soll durch ein Zusammenwirken des Gesundheitssektors mit anderen sozialen und ökonomischen Sektoren und durch interdisziplinäre Zusammenarbeit erreicht werden (World Health Organization 1978: paragraph I).

Basierend auf der Deklaration von Alma Ata wurden in den folgenden Jahren weitere Policies und Leitlinien entwickelt, die stärker auf die Wichtigkeit der Prävention, Gesundheitsförderung und Nachhaltigkeit abheben. Mit diesen Richtlinien sollte nicht nur auf internationaler, sondern auch auf nationaler und regionaler Ebene die Gesundheitspolitik beeinflusst werden. Bei der ersten Konferenz zur Gesundheitsförderung und in der von ihr verabschiedeten „Ottawa Charta for Health Promotion“ (1986) wurde zu gemeinsamem Handeln aufgerufen. „Gesundheit für alle“ bis zum Jahr 2000 und darüber hinaus, ist das proklamierte Ziel. Gesundheitsförderung ist als ganzheitlicher Ansatz zu verstehen und Menschen sollen dazu befähigt werden aktiv Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen zu können (World Health Organization 1986; World Health Organization 1997b). Es könnten noch weitere Policies genannt werden.

Die Bundesrepublik Deutschland ist Mitgliedsstaat der Weltgesundheitsorganisation auf internationaler und europäischer Ebene und entscheidet mit über deren Politik. Die Umsetzung der aufgeführten gesundheitspolitischen Richtlinien hinsichtlich Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung auf nationaler Ebene, unter Einbeziehung aller Bevölkerungsgruppen und somit auch der Menschen ohne

legalen Aufenthaltsstatus, muss vorrangiges Ziel der nationalen und kommunalen Gesundheitspolitik sein. Es ist an der Zeit, dass den „Lippenbekenntnissen“ auch Taten folgen.

9. Literatur

- Abraído-Lanza, Ana; Dohrenwend, Bruce; Ng-Mak, Daisy; Turner, Blake* (1999): The Latino Mortality Paradox: A Test of the „Salmon Bias“ and Healthy Migrant Hypotheses. In: American Journal of Public Health, 10/1999, Vol. 89, Nr. 10, 1543-1548.
- Alt, Jörg* (1999): Leben in der Illegalität. Krankheitsbilder und Probleme bei der Behandlung. Erkenntnisse aus dem Forschungsprojekt zu Lebenssituation ‚illegaler‘ Migranten in Leipzig. Referat bei der 2. Fachtagung (19.-20.11.1999) „Migration und Gesundheit Perspektiven der Gesundheitsförderung in einer multikulturellen Gesellschaft.“ Download unter: www.dhmd.de/forum-wissenschaft/fachtagung02/ft02.htm
- Alt, Jörg* (2001): Die Verantwortung von Staat und Gesellschaft gegenüber ‚illegalen‘ Migranten. Empirische Ausgangslage, sozialethische Begründung, politische Konsequenzen. In: Alt, Jörg; Fodor, Ralf Rechtlos? Menschen ohne Papiere. Karlsruhe, S. 15-124.
- Alt, Jörg* (2003): Leben in der Schattenwelt. Problemkomplex „illegale“ Migration. Neue Erkenntnisse zur Lebenssituation ‚illegaler‘ Migranten aus München und anderen Orten Deutschlands. Karlsruhe.
- Anderson, Philip* (1999): In a Twilight World – Undocumented Migrants in the United Kingdom. Download unter: www.geocities.com/jrsuk/Twilight.html
- Anderson, Philip* (2003): „Dass Sie uns nicht vergessen ...“ Menschen in der Illegalität in München. Eine empirische Studie im Auftrag der Landeshauptstadt München.
- Babitsch, Birgit* (2000): Was macht arme Frauen krank? In: Geene, Raimund; Gold, Carola (Hrsg.): Gesundheit für alle – wie können arme Menschen von präventiver und kurativer Gesundheitsversorgung erreicht werden? Berlin. S. 126-136.
- Badura, Bernhard* (2003): Überblick: Warum haben Bevölkerungsgruppen unterschiedlichen Zugang zur Gesundheitsversorgung und

- sind unterschiedlich von Krankheitsrisiken und Krankheiten betroffen? In: Schwartz, Friedrich Wilhelm et al (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München/Jena. S. 632-636.
- Bericht der unabhängigen Kommission „Zuwanderung“ („Süssmuth-Kommission“)* (2001): Zuwanderung gestalten – Integration fördern. Berlin. www.bund.de → Themen → Zuwanderung, link: [Zuwanderungsbericht_pdf](#)
- Borde, Theda; David, Matthias* (Hrsg.) (2003): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Bonn.
- Braun, Tanja; Brzank, Petra; Würflinger, Wiebke* (2003): Gesundheitsversorgung illegalisierter Migrantinnen und Migranten – ein europäischer Vergleich. In: Borde, Theda; David, Matthias (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Bonn. S. 119-141.
- Bühning, Petra* (2001): Menschenrechte. „Das Problem wird einfach ausgeblendet“. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 98, Heft 9, 2.3.2001
- Bührle, Cornelia* 2001: Eine Mauer würde das Problem nicht lösen. In: Alt, Jörg; Fodor, Ralf Rechtlos? Menschen ohne Papiere. Von Loeper Literaturverlag. S. 7-13.
- Bundesärztekammer* (2005): Ärzte im öffentlichen Dienst – Öffentlicher Gesundheitsdienst. www.bundesaerztekammer.de/30/OEGesundheitsdienst/60Entwicklung.html
- Bundesärztekammer* (2003): Infektionsschutzgesetz – Auswirkungen auf die Struktur der Gesundheitsämter bzw. unteren Gesundheitsbehörden. www.bundesaerztekammer.de/30/OEGesundheitsdienst/66Infektion.html
- Bundesärztekammer* (2004): (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte. www.bundesaerztekammer.de/cgi-bin/print-Version.cgi

- Bundesärztekammer* (2001): Öffentlicher Gesundheitsdienst – mehr als nur öffentl. Verwaltung. www.Bundesaerztekammer.de/30/OEGesundheitsdienst/74Verwaltung.html
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge* (2/2005): Illegalität von Migranten in Deutschland. Zusammenfassung des Forschungsstandes. Working Papers. Nürnberg.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* (2005): Mutterschutzgesetz. Leitfaden zum Mutterschutz. Berlin.
- Bundestag*: www.bundestag.de/parlament/gesetze/gg_07_02.pdf
- Classen, Georg* (2005): Sozialleistungen für MigrantInnen und Flüchtlinge. Grundlagen für die Praxis. Niedersächsische Flüchtlingsrat, Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Sonderheft 106/107.
- Collatz, Jürgen* (1998): Kernprobleme des Krankseins in der Migration – Versorgungsstruktur und ethnozentristische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In: David, Matthias; Borde, Theda; Kentenich, Heribert (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt a.M.
- Collatz, Jürgen* (1999): Einleitung und Überblick. In: Collatz, Jürgen; Hackhausen, Winfried; Salman, Ramazan (Hrsg.): Begutachtung im interkulturellen Feld. Zur Lage der Migranten und zur Qualität ihrer sozialgerichtlichen und sozialmedizinischen Begutachtung in Deutschland. Berlin. S. 9-13.
- Cyrus, Norbert* (2004): Aufenthaltsrechtliche Illegalität in Deutschland. Sozialstruktur – Wechselwirkungen – Politische Optionen. Bericht für den Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration, Nürnberg.
- Cyrus, Norbert* (1999): Im menschenrechtlichen Niemandsland: Illegalisierte Zuwanderung in der Bundesrepublik Deutschland zwischen individueller Rechtlosigkeit und transnationalen Bürgerrechten. In: Dominik, Katja et al. (Hrsg.) (1999): Angeworben – eingewandert – abgeschoben. Ein anderer Blick auf die

-
- Einwanderungsgesellschaft der Bundesrepublik Deutschland. Göttingen. S. 205-231.
- David, Matthias; Borde, Theda* (2001): Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus. Frankfurt a.M.
- Deutsche AIDS-Hilfe* (1999): Handbuch Migration. Berlin.
- Deutsche AIDS-Hilfe* (2000): AIDS und Migration. Berlin.
- Deutsches Ausländerrecht* (2005): 20., überarbeitete Auflage. München. Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration/Der Beauftragte für Integration und Migration des Senats von Berlin* (2004): Das neue Aufenthaltsrecht. Fragen und Antworten zum Zuwanderungsgesetz. Berlin.
- Diesfeld, Hans Jochen* (1997): Das "Primary Health Care"-(PHC-) Konzept. In: Diesfeld, Hans Jochen; Falkenhorst, Gerd; Razum, Oliver; Hampel, Dieter: Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern. Medizinisches Handeln aus bevölkerungsbezogener Perspektive. Berlin Heidelberg. S. 44-56.
- Flick, Uwe* (2004a): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek.
- Flick, Uwe* (2004b): Triangulation. Eine Einführung. Wiesbaden.
- Fodor, Ralf* (2001): Rechtsgutachten zum Problemkomplex des Aufenthalts von ausländischen Staatsangehörigen ohne Aufenthaltsrecht und ohne Duldung in Deutschland. In: Alt, Jörg; Fodor, Ralf: Rechtlos? Menschen ohne Papiere. Von Loeper Literaturverlag. S. 125-223.
- Förderverein Niedersächsischer Flüchtlingsrat e.V.* (Hrsg.) (11/2002): Defizite in der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge. I. Dokumentation im Rahmen es Projektes SPuK – Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung. Sonderheft.

- Franz, Adelheid* (2003): Medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung. In: Borde, Theda; David, Matthias (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Bonn. S., 143-151.
- Frates, Janice; Diringer, Joel; Hogan, Laura* (2003): Models and Momentum for Insuring low-income, undocumented immigrant Children in California. The California Endowment's demonstration project to help an underserved and often-forgotten vulnerable population. Special Report. In: Health Affaires, Band 22, Nummer 1, S. 259-263.
- Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L* (1967): The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research. New York.
- Green, Raimund; Gold, Carola* (2000): Gesundheit für alle – wie können arme Menschen von präventiver und kurativer Gesundheitsversorgung erreicht werden? Berlin.
- Groß, Jessica* (2005): Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Versorgung von Patienten und Patientinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Flüchtlingsrat Berlin e.V., Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin, PRO ASYL, IPPNW Deutschland. Berlin.
- Hilgefort, Gisela* (2000): Handbuch. HIV-Prävention bei Mädchen und Frauen. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Berlin.
- Hughes, Jane; Foschia, Jean-Pierre* (Hrsg.) (2004): Chancengleichheit im Gesundheitssystem? Gesundheitsangebote und AIDS/STI-Prävention für Menschen mit Migrationshintergrund. Ein Handbuch für Beratungspraxis und Politik. Verona.
- Ilklic, Ilhan* (2005): Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten. Eine Handreichung für die Gesundheitsberufe. Bochum.
- Jordan, Bill* (1999): Undocumented Brazilian Workers in London: Identities, Decisions, and Strategies. In: Eichenhofer, Eberhard (Hrsg.): Migration und Illegalität. Bd.7. Osnabrück, S. 177-193.

- Junghanss, Thomas* (1998): Asylsuchende und Flüchtlinge: Gesundheitsversorgung einer komplexen Minderheit. In: Sozial- und Präventivmedizin, 43. S. 11-17.
- Ludescher, Gerd* (2004): Der Elfenbeinturm – oder der lange Schatten der evidenzbasierten Gesundheitsförderung auf die Armut. In: Geene, Raimund; Halkow, Andrea (Hrsg.): Armut und Gesundheit. Strategien der Gesundheitsförderung. Frankfurt a.M., S. 38-39.
- Malteser Migranten Medizin* (2002): Ein Jahr Malteser Migranten Medizin. Erfahrungsbericht.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike* (1989): Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. Bremen.
- Mielck, Andreas* (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern.
- Mielck, Andreas* (2004): Ansätze zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit. In: Geene, Raimund; Halkow, Andrea (Hrsg.): Armut und Gesundheit. Strategien der Gesundheitsförderung. Frankfurt a.M. S. 27-33.
- Mohammadzadeh, Zahra* (2000): Probleme und Perspektiven der interkulturellen Beratung in der AIDS-Hilfe. In: Deutsche AIDS-Hilfe: AIDS und Migration. Band 41. Berlin, S. 79-132.
- Niedersächsischer Flüchtlingsrat e.V.; Forschungsgesellschaft Flucht und Migration, Komitee für Grundrechte und Demokratie* (2005): AusgeLAGERt. Exterritoriale Lager und der EU-Aufmarsch an den Mittelmeergrenzen. Bockenem.
- Parkin, Maxwell D* (2001): Reviews. Global cancer statistics in the year 2000. The Lancet Oncology, Vol. 2, 09/2001, S. 533-543.
- Pater, Siegfried* (2005): Menschen ohne Papiere. Krugzell.

- PICUM (Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants)* (2001): Health Care for Undocumented Migrants. Germany, Belgium, The Netherlands, United Kingdom. Antwerpen.
- Razum, Oliver; Jahn, Albrecht; Blettner, Maria; Reitmaier, Pitt* (1999): Trends in maternal mortality ratio among women of German and non-German nationality in West-Germany, 1980-1996: In: International Journal of Epidemiology. 28: S. 919-924.
- Razum, Oliver; Zeeb, Hayo; Rohrmann, Sabine* (2000): The “healthy migrant effect” – not merely a fallacy of inaccurate denominator figures. International Journal of Epidemiology. 29: S.191f.
- Razum, Oliver; Geiger, Ingrid* (2003): Migranten. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm et al (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München/Jena. S. 686-692.
- Razum, Oliver* (2003): Gesundheitsberichterstattung für Migrantinnen und Migranten: Möglichkeiten und Grenzen. In: Borde, Theda; David, Matthias (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Bonn. S. 266-273.
- Robert Koch-Institut* (2005): Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin.
- Robert Koch-Institut* (30.9.2005): Epidemiologisches Bulletin. Download unter: www.rki.de
- Rosenbrock, Rolf* (1998): Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Berlin.
- Rosenbrock, Rolf; Geene, Raimund* (2000): Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen und Gesundheitspolitik. In: Geene, Raimund; Gold, Carola (Hrsg.): Gesundheit für alle – wie können arme Menschen von präventiver und kurativer Gesundheitsversorgung erreicht werden? Berlin. S. 10-26.

- Schmitt, Ellen* (1999): AIDS und Gesellschaft in Zimbabwe – Eine qualitative Untersuchung. In: Beiträge zur Ethnomedizin. Band 3. Berlin.
- Schmitt, Ellen* (2005): Genderstereotypen und HIV/AIDS in Afrika. In: Kößler, Reinhart; Kumitz, Daniel; Schultz, Ulrike (Hrsg.): Gesellschaftstheorie und Provokationen der Moderne. Münster. S. 241-254.
- Schouler-Ocak, Meryam* (2003): Besonderheiten in der psychiatrischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten. In: Borde, Theda; David, Matthias (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Bonn. S. 153-166.
- Schröder, Klaus-Theo* (2004): Realisierung gleicher Gesundheitschancen. In: Geene, Raimund; Halkow, Anja (Hrsg.): Armut und Gesundheit: Strategien der Gesundheitsförderung. Frankfurt a.M. S. 19-20.
- Sextro, Ulrich; Asboe, K.; Eckeberg, D.; Rautenberg, J.* (2002): „Illegalität“ Menschen ohne Aufenthaltsstatus – Auswertung der Befragung. Download des Berichts unter: www.ekir.de/ekir/dokumente/ekir2003illegalitaet-auswertung.pdf
- Steffan, Elfriede; Sokolowski, Samanta* (2005): HIV/AIDS und Migrant/innen. Gesundheitsrisiken, soziale Lage und Angebote einschlägiger Dienste. Nationale Auswertung für Deutschland. Berlin.
- Terzioglu, Neslisah; Reith, Christina Maria; Feige, Axel* (2004): Ursachen der Unterversorgung schwangerer Migrantinnen in Nordbayern. In: Geene, Raimund; Halkow, Anja (Hrsg.): Armut und Gesundheit: Strategien der Gesundheitsförderung. Frankfurt a.M. S. 111-114.
- Townsend, Peter; Davidson, Nick* (Hrsg.) (1982): Inequalities in Health – The Black Report. Bungay/Great Britain.
- Tuna, Soner; Salman, Ramazan* (1999): Phänomene interkultureller Kommunikation im Begutachtungsprozess. In: Collatz, Jürgen; Hackhausen, Winfried; Salman, Ramazan (Hrsg.): Begutachtung im interkulturellen Feld. Zur Lage der Migranten und zur Qualität

ihrer sozialgerichtlichen und sozialmedizinischen Begutachtung in Deutschland. Berlin. S. 9-13.

Vogel, Dita (1999): Illegale Zuwanderung nach Deutschland und soziales Sicherungssystem. In: Eichenhofer, Eberhard (Hrsg.): Migration und Illegalität. Osnabrück.

Vorbrodt, Eberhard (2000): Gesundheitliche Versorgung von Ausländern ohne Aufenthaltsrecht. In: Flüchtlingsrat/Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen: Geteilte Medizin. 3/00, Heft 68. S. 18-23.

Wolff, Hans et al. (2005): Health care and illegality: a survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva. In: Social Science & Medicine 60. S. 2149-2154.

World Health Organization (1978): Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alm-Ata, USSR, 6-12 September 1978, p.1-3. www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf

World Health Organization (1986): Ottawa Charta for Health Promotion, 1986. www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2

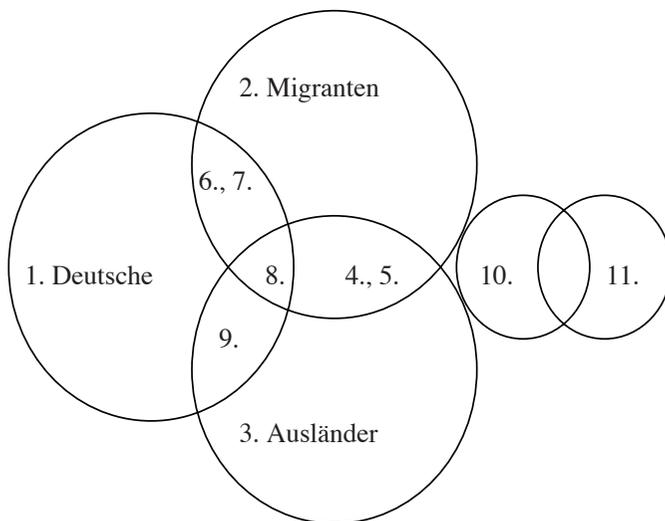
World Health Organization (1997) a: City planning for health and sustainable development. European Sustainable Development and Health Series: 2. Copenhagen.

World Health Organization (1997) b: Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Download unter: www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf

World Health Organization (2003): The World Health Report 2003. Shaping the future. Geneva.

Anhang

Abbildung: Definition von „Migranten“



Legende:

1. Deutsche lt. Staatsangehörigkeit, mit deutschen Eltern *
2. Zuwanderer, ausländischer Staatsangehörigkeit, gemeldet
3. Ausländer lt. Staatsangehörigkeit, in Deutschland geboren (nicht migriert), gemeldet
4. Ausländer lt. Staatsangehörigkeit, für kurzen Zeitraum zugewandert, gemeldet
5. Ausländer lt. Staatsangehörigkeit, Lebensmittelpunkt in Deutschland, gemeldet
6. Zuwanderer, deutsche Staatsangehörigkeit angenommen *
7. Spätaussiedler (Zuwanderer deutscher Staatsangehörigkeit) *
8. Zuwanderer, doppelte Staatsbürgerschaft *
9. Ausländer, doppelte Staatsbürgerschaft, in Deutschland geboren (nicht migriert) *
10. Flüchtlinge (sog. Asylbewerber)
11. Zuwanderer ohne legalen Status (nicht gemeldet), ausländische Staatsangehörigkeit

* als „deutsche Nationalität“ in der amtlichen Statistik erfasst

Die Abbildung von Razum (2003: 266, modifiziert) verdeutlicht die sich überschneidenden „statistischen“ Definitionen von „Migranten“: als Zuwanderer (Menschen, die nicht in Deutschland geboren sind) und als Ausländer (Personen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit). Die Abbildung wurde modifiziert durch den zusätzlichen Kreis 11 Zuwanderer ohne legalen Aufenthaltsstatus, um deutlich zu machen, dass es sich um eine außerhalb des Systems stehende Migrantengruppe handelt. Die Überschneidung soll deren „theoretisch“ mögliche gesundheitliche Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz symbolisieren.

Interviewleitfaden für Ärzte und Berater, die Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus behandeln oder beraten

- Sie engagieren sich für die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Können Sie mir etwas über die Arbeit und die Hintergründe erzählen? (ggf. Nachfragen: Zeitpunkt Beginn und Gründe für das Engagement etc.)
- Wie haben die Menschen von Ihnen erfahren?
- Aus welchen Herkunftsregionen kommen die Menschen, die sie behandeln/beraten? Hat dies Konsequenzen für Ihre Behandlung/Beratung?
- Wie ist der Anteil von Frauen und Männern, die Unterstützung bzw. medizinische Versorgung benötigen?
- Mit welchen Anliegen bzw. mit welchen Erkrankungen kommen die Menschen zu Ihnen?
- In welchem Gesundheitszustand befinden sich die Menschen? Gibt es einen Unterschied zu dem sonstigen durchschnittlichen Gesundheitszustand Ihrer Patienten/Klienten?
- Sprechen die Erkrankten darüber, welche Therapiemaßnahmen sie vorher versucht haben? Können Sie mir Beispiele hierfür nennen? (Z.B. Behandlung bei einem anderen Arzt, Selbstbehandlung, „traditionelle“ Medizin etc.)
- Können Sie Aussagen machen über den Kenntnisstand der Personen hinsichtlich ihrer Erkrankung?
- Können Sie Aussagen machen über Kenntnisse zu präventivem Verhalten bei den Betroffenen? (Kenntnisse von Herkunftsland oder BRD?)
- Wissen Sie in welchem Lebensumfeld die Menschen leben (Wohnen, Ernährung, Arbeit, Schule etc.)?
- Gibt es Barrieren, die eine medizinische Behandlung Ihrer Meinung nach erschweren? (Z.B. Sprache, Kenntnisstand, Geschlecht, soziale oder religiöse Herkunft, Ängste, aufenthaltsrechtlicher Status).
- Vereinbaren Sie Folgetermine, wenn ja werden diese eingehalten? Wäre es Ihnen möglich die Personen zu kontaktieren, falls dies z.B. aufgrund von Untersuchungsergebnissen notwendig wäre?
- Können Ansätze von einem nachhaltigen und vertrauensvollen Arzt-Patientenverhältnis entstehen?
- Was wären Ihrer Meinung nach notwendige und geeignete Maßnahmen, um die Gesundheitsversorgung bei Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus zu gewährleisten?
- Wie verrechnen Sie die anfallenden Kosten?
- Habe ich etwas vergessen, was Ihnen wichtig erscheint und Sie hinzufügen wollen?

Interviewte Personen und ihre Arbeitsschwerpunkte

In verschiedenen Städten wurden insgesamt neun qualitative Interviews durchgeführt, davon acht Einzelinterviews und ein Gruppeninterview mit drei Mitarbeitern einer Beratungsstelle (Privatperson P ist in der Tabelle nicht berücksichtigt).

Tab. 1: Informationen zu den Interviewten und ihren Arbeitsschwerpunkten

	Fachgebiet / Spezialisierung	Zielgruppe Beratungs- und Behandlungsmodus	Med. Diagnose u. Behandlung	Beratung u. Vermittlung an Ärzte oder Beratungsstellen	Herkunftsregionen der Betroffenen	Anteil: Männer - Frauen	Engagement	Anzahl der Menschen ohne Aufenthaltsstatus in der Behandlung oder Beratung
Dr. R	Allgemeinmedizin	Praxis für Menschen ohne Krankenversicherung	X	X	Europa, Afrika, Asien, Lateinamerika	1/3 Männer 2/3 Frauen	Seit 2001	215 Patienten im ersten Jahr (2001); knapp 2000 Behandlungsfälle (im Jahr 2004)
Dr. Q	Innere Medizin	Zusätzlich zum Praxisalltag	X	X	Afrika Südamerika, Afghanistan, aus Kriegs- u. Bürgerkriegsregionen	geschätzt 60 % Männer 40 % Frauen	Seit ca. 15-20 Jahren	Ca. 10 – 20 Personen im Quartal
Dr. I	Infektionskrankheiten (ÖGD)**	Aufenthaltsstatus spielt für Behandlung keine Rolle	X	X	Bulgarien (viele Sinti u. Roma); Frauen aus Russland u. Ukraine, wenige aus afrik. Ländern	75 % Frauen 25 % Männer (Anmerkung des Interviewten: Freier gehen zum Hausarzt)	Seit 1989	Bei schätzungsweise 180 Personen, die die Stelle aufsuchen, ist der Status unklar

* Ehrenamtliche Tätigkeit

** ÖGD: Öffentlicher Gesundheitsdienst (Gesundheitsamt)

Tab. I (Fortsetzung): Informationen zu den Interviewten und ihren Arbeitsschwerpunkten

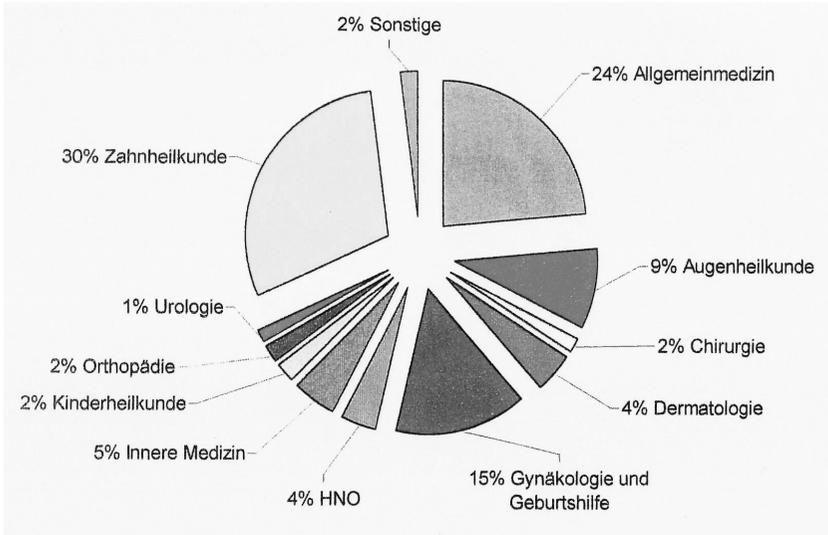
	Fachgebiet / Spezialisierung	Zielgruppe Beratungs- und Behandlungsmodus	Med. Diagnose u. Behandlung	Beratung u. Vermittlung an Ärzte oder Beratungsstellen	Herkunftsregionen der Betroffenen	Anteil: Männer - Frauen	Engagement	Anzahl der Menschen ohne Aufenthaltsstatus in der Behandlung oder Beratung
Dr. M	HIV/AIDS	Zusätzlich zum Praxisalltag	X	X	Lateinamerika, afrikanische Länder	60 % Männer 40% Frauen (geschätzt)	Seit 8-9 Jahren	Nicht erfragt
Ber. D	Beratungsstelle für Migranten aus afrikanischen Ländern	Beratung für Menschen mit und ohne Papiere		X	Afrikanische Länder		Seit 1999	4 Fälle in 2005 (schwängere Frauen)
Ber. L	Beratungsstelle für Prostituierte	Beratung für Menschen mit und ohne Papiere		X	Lateinamerika, Asien, Osteuropa	Nur Frauen und Transsexuelle	Seit 1993	Insgesamt Kontakt zu fast 500 Frauen, nach Status wird nicht gefragt
Ber. J*	Med. Anlauf- und Beratungsstelle	Asylbewerber, Flüchtlinge u. Menschen ohne Krankenversicherung		X	Viele aus Lateinamerika	50 % Männer 50 % Frauen (geschätzt)	Seit 1993	Durchschnittlich 15-20 Personen in der dreistündigen Sprechstunde zurzeit alle 2 Wochen
Ber. E.F.G.*	Beratungsstelle für Frauen	Beratung für Menschen mit und ohne Papiere		X	Viele aus Lateinamerika	Nur Frauen	Mehrere Jahre	Nicht erfragt

* Ehrenamtliche Tätigkeit

** ÖGD: Öffentlicher Gesundheitsdienst (Gesundheitsamt)

Anteilige Fachgebiete 2003/2004

n=1067



Sonstige Fachdisziplinen:

Kieferorthopädie

Physiotherapie

Radiologie

Vermittelte Arzttermine

2003:654

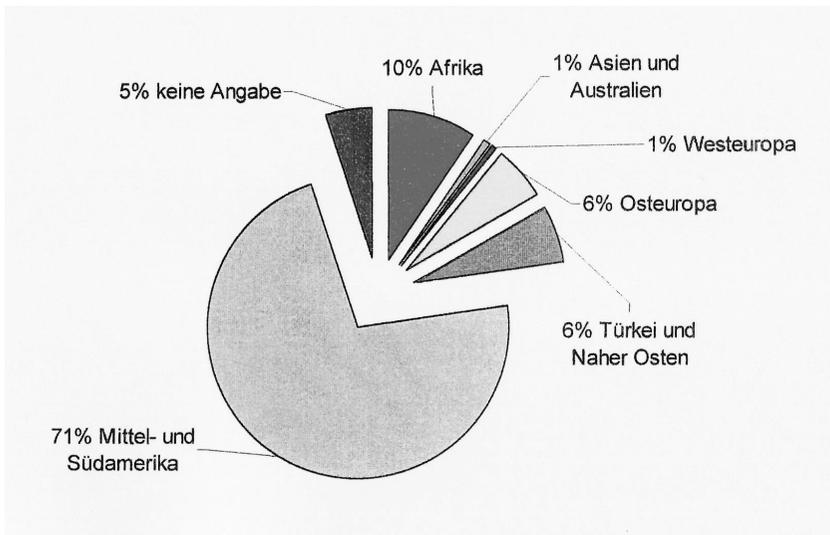
2004:413

Besucherzahl in der Beratungsstelle

2003:675

2004:450

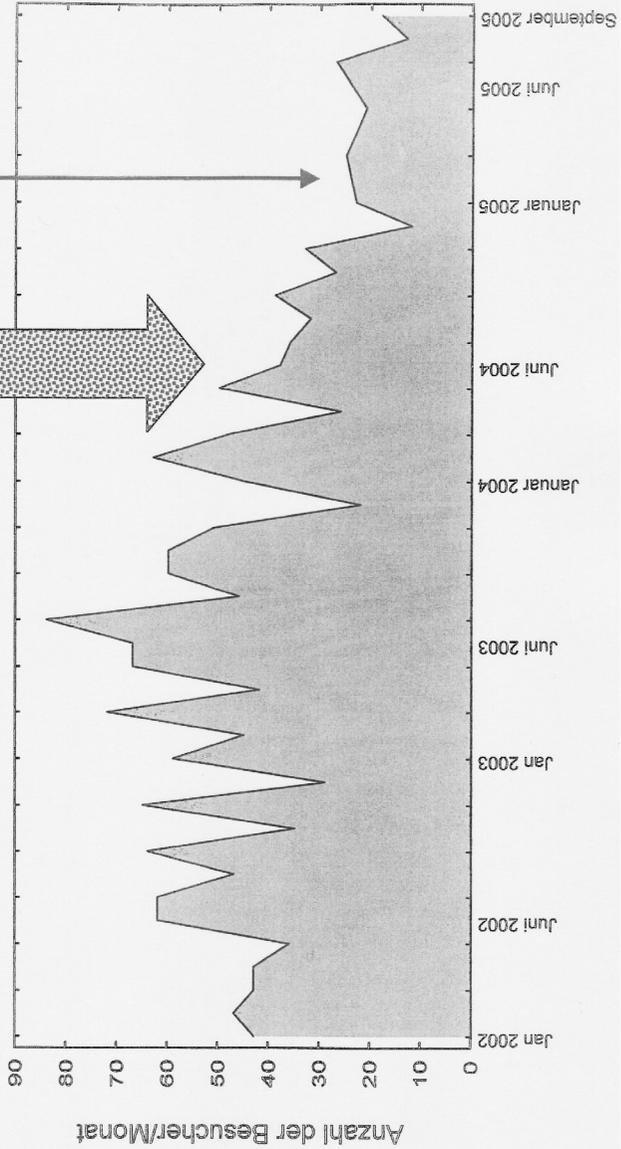
Herkunftsländer



Besucherzahlen 2002-2005

Schwere finanzielle Krise Mitte 2004
Veröffentlichung des Flugblattes:
"Medizinische Beratungsstelle in der Krise"

Seit Februar 2005 ist die Beratungs-
Stelle aus Mitarbeitermangel nur
noch 14-tägig geöffnet

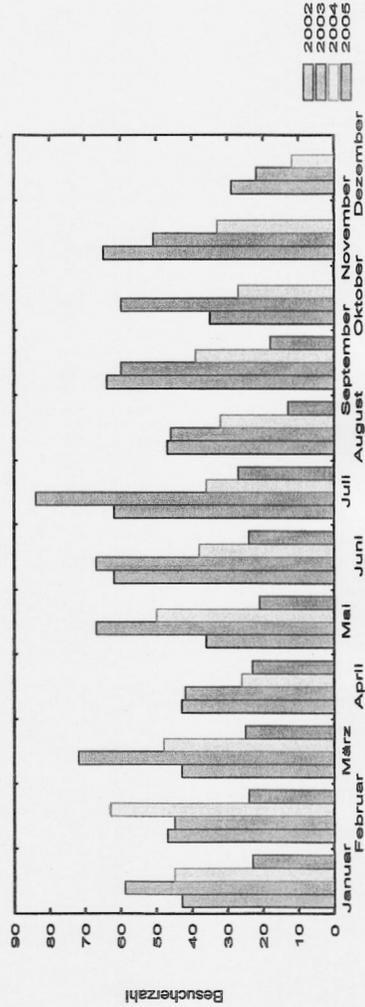


Medizinische Vermittlungs- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und MigrantInnen Statistik 2002-2005

Arztpraxen im Netzwerk ca. 80
MitarbeiterInnen in der Beratungsstelle: 11
(Stand Sept.2005)

Die Daten wurden alleinig auf Grundlage der Dokumentation während den Beratungszeiten erhoben. Die tatsächliche Zahl vermittelten Patienten liegt bis zu ca. 5% höher, da auch außerhalb der Öffnungszeiten Termine vergeben werden.

Jahr	Öffnungstage	Durchschnittliche Besucherzahl/Termin	Besucherzahl gesamt	Vermittelte Arzttermine
2002	47	12,2	576	
2003	45	15	675	654
2004	47	9,5	450	413
2005 (1. Halbjahr)	15	10	150	138



Health Care and Health Needs on ‘Undocumented’ Immigrants in Germany

Background: In the Federal Republic of Germany ‘undocumented’ immigrants do have a very limited access to health care by the state. These comprise a few defined communicable diseases. Without health insurance and/or legal registration in Germany people without residence permit only have access to health care service if they confess their status – but then they risk their deportation. There is still little information about the health status, morbidity, mortality, health risks, the access to health care and primary prevention concerning legal immigrants and further research is needed. But in the case of ‘undocumented’ immigrants we don’t know much yet with regard to this topic. There are no epidemiological data on prevalence of different diseases, health risks and the access to primary prevention measures taken which can be seen as representative.

It is estimated that there are between 500,000 and one million “undocumented” immigrants in Germany. The numbers depend on the definition of this group, i.e. if: only people with permanent residence or also commuters are counted. Nevertheless Germany is under an enormous pressure of people who stay in the country without legal permission.

The goal of this master thesis in public health is to improve the knowledge about the situation concerning health care as well as to investigate on health needs of ‘undocumented’ immigrants. Under which circumstances is the execution of health care realized and where are the limits in the provision of health concerning this vulnerable and heterogeneous group of population? One task of public health is to target inequality in health, limited or no access towards health care, prevention and health promotion for underprivileged people in order to remedy abuses.

Methods: Literature research was conducted concerning the topic. A qualitative research was done by interviewing both experts and key persons, altogether nine people working also in the delivery of health care regarding ‘undocumented’ immigrants. Those were physicians, advisors working on a full-time basis or voluntarily in counselling centres and one private person. They were Germans and people with migration background. A qualitative open questionnaire was used. Because of limited time and difficult access to ‘undocumented’ immigrants couldn’t be interviewed. The special situation of health care concerning children

and people with psychological disorders or experiences of trauma couldn't be mentioned deeply either even though this is also very important.

Results: The living and working conditions as well as the fact of being without residence permit puts the people under psychosocial pressure. Becoming sick is deteriorating the situation. Being afraid of deportation, because of the costs and/or losing the job while absent at the workplace, 'undocumented' migrants wait longer to have diseases treated by physicians with the result that the diseases get worse or even become chronic. Other negative side effects are: 'doctor changing' and discontinuity in treatment, abandoning treatment in hospital by the patients without informing the physicians and pregnant women coming late for check-ups. Self medication is one option with the risk of wrong treatment and resistance of pathogens. The lack of a general practitioner as "coordinator" of the sick leads to multiple diagnosing, ties costs and capacities. The economic, social and living conditions as well as the lack to legal rights make 'undocumented' immigrants vulnerable. Because of the lack of access to primary prevention children do not get preventive medical checkups or immunization. Adults might have a higher risk of infection by sexually transmitted diseases and HIV. The lack of knowledge and access concerning contraception may result in a higher prevalence of abortion.

For the deliverers of health care and advisors the existing laws put them under pressure. By treating 'undocumented' migrants they might risk to be in conflict with the law. Some treat these people without payment or for a small fee.

Conclusion: On the level of legal rights concerning health professionals and others, the law has to be changed or at least in addition to the law an explanation is needed while excluding professionals which are not concerned. There is an urgent need to divide health care services and legal regulations in favour of the sick and their environment. In general the state of Germany has to take responsibility of 'undocumented' migrants by providing funds for the delivery of health care and primary prevention measures. Germany as a member of the World Health Organization has to follow the guidelines defined by that organization and therefore has to make sure that "health for all" becomes reality.

Abkürzungen

AufenthG	Aufenthaltsgesetz
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AuslG	Ausländergesetz
Ber.	Berater
Dr.	Arzt
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
IfSG	Infektionsschutzgesetz
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
STD	Sexual Transmitted Diseases
STI	Sexual Transmitted Infections

Beitrittserklärung/Abonnement Nr.:

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum „Förderverein Niedersächsischer Flüchtlingsrat e.V.“ als Person als Organisation
Die Satzung habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie an. Das Abonnement des Flüchtlingsrat-Rundbriefs ist in dem Vereinsbeitrag
enthalten (Mindestbeitrag: 5,00 EUR pro Monat für Einzelpersonen und Initiativgruppen, Organisationen usw. und 2,50 EUR für Erwerbslose)

Hiermit abonniere ich den Flüchtlingsrat-Rundbrief zum Preis von 60,00 EUR pro Jahr als Person als Organisation

Name: _____ Straße: _____
Vorname: _____ Plz./Ort: _____

Organisation /Anrede: _____

Tele. / Fax: _____

E-mail: _____

Internet: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich möchte meinen Jahresbeitrag wie folgt begleichen: jährlich, ½ jährlich, ¼ jährlich (gesamt EUR/Jahr _____)

auf Rechnung

regelmäßige Überweisung auf Kto. 8402-306, Postbank Hannover, BLZ 250 100 30

durch Bankinzug / Einzugsermächtigung: Ich/Wir ermächtigen Sie - bis auf Widerruf - , den Mitgliedsbeitrag / Abonnement

in Rate/n gesamt EUR/Jahr von meinem Konto Nr.:

Geldinstitut: _____ BLZ: _____ abzubuchen.

Datum: _____ 2. Unterschrift für Bankinzug: _____

Bitte einsenden an: Förderverein Niedersächsischer Flüchtlingsrat e.V. - Langer Garten 23 B - 31137 Hildesheim

In der Bundesrepublik Deutschland sind Menschen ohne einen legalen Aufenthaltsstatus von der regulären Gesundheitsversorgung weitgehend ausgeschlossen. Auch besteht ein enormes Forschungsdefizit in Bezug auf die prekäre gesundheitliche Situation und Versorgung der illegalisierten MigrantInnen. So liegen bis jetzt keine sozialepidemiologischen Erkenntnisse über Prävalenz verschiedener Erkrankungen, Gesundheitsrisiken und Primärprävention vor, die als repräsentativ angesehen werden können.

Die vorliegende Master Thesis im Aufbaustudiengang “Master of Public Health” an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg soll dazu beitragen dieses Defizit zu verringern. Ziel der Arbeit ist es, Erkenntnisse über die Gesundheitsversorgung der Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus zu gewinnen und deren Versorgungsbedarf zu ermitteln.

Die Autorin geht den Fragen nach, unter welchen (gesetzlichen) Bedingungen die Gesundheitsversorgung stattfindet, welche gesundheitlichen Versorgungsmaßnahmen unter den gegebenen Bedingungen realisierbar sind und wo sich unüberwindbare Grenzen auftun. Im Rahmen einer qualitativen Untersuchung wurden Experten und Schlüsselpersonen, die in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne einen legalen Aufenthaltsstatus tätig sind, interviewt.

