

Sonderdruck aus

Maren Mylius / Wiebke Bornschlegl /
Andreas Frewer (Hg.)

Medizin für »Menschen ohne Papiere«

Menschenrechte und Ethik in der Praxis des
Gesundheitssystems

V&R unipress

ISBN 978-3-89971-844-7

ISBN 978-3-86234-844-2 (E-Book)

Inhalt

Rupert Neudeck Ja, wir können das – aber wir müssen die Menschenrechte achten! <i>Geleitwort</i>	9
Maren Mylius, Wiebke Bornschlegl, Andreas Frewer Gesundheit für undokumentierte MigrantInnen – Menschenrechte achten, schützen und gewährleisten. <i>Zur Einführung</i>	13
I. Menschenrechtliche Grundlagen und ethische Reflexionen	
Heiner Bielefeldt Menschenrechte »irregulärer« Migrantinnen und Migranten	19
Andreas Fisch Menschenrechte von <i>Sans Papiers</i> verpflichtet – wen? Ethische und politische Reflexionen zur medizinischen Grundversorgung	33
Norbert Cyrus Migration ohne Grenzen? Politische Optionen zum Umgang mit irregulären Wanderungsbewegungen	63
Heinz-Jochen Zenker Europäische Strukturen der Gesundheitsversorgung von irregulären Migrantinnen und Migranten	83
II. Zugang zur Gesundheitsversorgung – Ausgewählte Problembereiche	
Maren Mylius Selektives Recht auf Gesundheit? Gesundheitliche Ungleichheit am Beispiel spezifischer Infektionskrankheiten	103

Mareike Tolsdorf Die Rolle der Pflege in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus	125
Wiebke Bornschlegl »Kinder gibt es nicht.« Das Recht auf Gesundheit von Kindern in aufenthaltsrechtlicher Illegalität	137
Susann Huschke Die Grenzen humanitärer Versorgung. Beispiele aus einer Feldforschung mit illegalisierten Latina/os	157
III. Versorgungspraxis und Lösungsansätze	
Philip Anderson Die Wahrung der Menschenrechte von MigrantInnen in der Illegalität auf kommunaler Ebene. Das Beispiel München	173
Gisela Penteker Medizinische Versorgung Papierloser auf dem Land am Beispiel Niedersachsen	197
Jakov Gather, Hannah Windeln, Eva-Maria Schwienhorst <i>Medinetz</i> . Das Beispiel Mainz	211
Jessica Groß, Majken Bieniok Das <i>Büro für medizinische Flüchtlingshilfe</i> Berlin. Praktische Erfahrungen und politische Lösungsansätze	225
Shirin Simo, Heribert Kentenich Gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere – Praktische Konsequenzen im Bereich der Geburtshilfe und Gynäkologie	239
IV. Anhang: Schlüsseldokumente	
Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19. Dezember 1966	249
Internationale Konvention zum Schutz der Rechte aller Wanderarbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen	251
Übereinkommen über die Rechte des Kindes	255

Charta der Grundrechte der Europäischen Union	261
Deklaration des Weltärztebundes zur Medizinischen Versorgung von Flüchtlingen	263
Katholisches Forum »Leben in der Illegalität« Erläuterung zu ausgewählten Vorschriften aus der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz vom 18.09.2009	265
Ärzte der Welt/HUMA-Network Europäische Erklärung.	271
Informationen zu den Autorinnen, Autoren und Herausgebern	273

Medizinische Versorgung Papierloser auf dem Land am Beispiel Niedersachsen

1. Einleitung

Die meisten Studien gehen davon aus, dass sich Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in den Städten aufhalten, weil sie dort Arbeit finden, Unterstützungsstrukturen durch die eigene Community haben und weniger auffallen.

Über die Situation auf dem Lande ist wenig bekannt. Daher möchte ich Gegebenheiten und Verhältnisse im ländlichen Raum Niedersachsens anhand einiger konkreter Beispiele aus meiner allgemeinmedizinischen Praxis darstellen.

Der Beitrag beschreibt im ersten Teil die Situation aus einem ländlichen Gebiet anhand meiner persönlichen Erfahrungen. Im zweiten Teil geht es um die Frage, wie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte über die Probleme der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus informiert und für einen positiven Umgang motiviert werden können. Im dritten Teil werden verschiedene Anlaufstellen in Niedersachsen vorgestellt.

2. Die Situation im Flächenland Niedersachsen

»Die Niedersächsische Ärztekammer beschließt:

1. dass die frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte hier lebende Flüchtlinge und MigrantInnen ohne gültige Ausweis- und Aufenthaltspapiere in Krankheitsfällen unterstützen, indem sie ihnen anonyme und kostenfreie Behandlung gewährleisten und
2. sich nach Möglichkeit an dem Aufbau einer medizinischen Grundversorgungsstruktur für den o.g. Personenkreis zu beteiligen, damit ein möglichst großes Netz von Behandlungsmöglichkeiten entstehen kann.

Resolution vom 29.11.97«¹

Ich arbeite seit 1976 als Ärztin an der Niederelbe. Zunächst als Assistenzärztin in den umliegenden Krankenhäusern, von 1982 bis 1999 in einem kleinen Dorf, seit

1 Goesmann (2000), S. 5.

1999 in einer nahegelegenen Kleinstadt an der Bundesstraße in eigener Praxis als Allgemeinärztin.

Schon während meiner Tätigkeit als Assistenzärztin hatte ich gelegentlich Kontakt zu Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus. In der Regel war es kein Problem, sie – an der Verwaltung vorbei – zu versorgen. Es war vor der Zeit der Chipkarte und des Computers. Meist handelte es sich um gesunde junge Landarbeiter mit mehr oder weniger schweren Verletzungen, die ambulant versorgt werden konnten und privat abgerechnet wurden. Nur einmal hatten wir einen jungen Patienten mit einer offenen Tuberkulose auf der Station, der in eine Spezialklinik verlegt werden musste. Wir hatten uns dafür eingesetzt, dass er erst behandelt bevor er in die Türkei abgeschoben wurde. Das habe ich damals nicht weiter hinterfragt.

In meiner ersten Praxis auf dem Dorf hatte ich gelegentlich sich illegal in Deutschland aufhältige Landarbeiter als Patienten.

Fall 1

An einem Freitagnachmittag erschien ein Landwirt mit einem jungen kurdischen Arbeiter in meiner Praxis. Der Landwirt gab mir seinen Krankenschein und meinte, ich würde das schon regeln, der junge Mann sei illegal hier. Der junge Mann war schwer krank, er hatte Fieber und eine akute Blinddarmentzündung. Mir war sofort klar, dass hier eine Krankenhauseinweisung notwendig war. Der Patient protestierte heftig. Lieber würde er sterben, als ins Krankenhaus zu gehen. Das würde unweigerlich zu seiner Abschiebung führen. Ich musste noch am Abend zu einem Wochenendseminar in Süddeutschland aufbrechen. Die Hinzuziehung eines der Nachbarkollegen lehnte der Patient ebenfalls ab. Ich verschrieb ihm – auf einem Privatrezept, das der Chef zu bezahlen versprach – ein hoch wirksames Antibiotikum und instruierte den Landwirt und seine Familie, sich um den jungen Mann zu kümmern und bei weiterer Verschlechterung den Notarzt zu rufen. Wir hatten Glück. Der Patient hat die Sache gut überstanden.

Mir aber war nach diesem Erlebnis klar, dass man Kranke, die keinen gültigen Aufenthalt haben, nicht dem Zufall und dem Glück überlassen darf. Eine medizinische Versorgung ohne Angst vor Abschiebung muss gewährleistet sein.

Immer wieder kamen Landarbeiter ohne legalen Aufenthaltsstatus in die Praxis. Sie kamen mit verschiedenen Wunden, Verletzungen und Infekten in Begleitung des Bauern oder eines Kollegen, der dolmetschte. Viele der größeren Höfe beschäftigten (und beschäftigen bis heute) kurdische Arbeiter aus der Türkei, die keinen legalen Aufenthaltsstatus haben. Sie waren gut organisiert, kamen alle aus derselben Großfamilie. Ein älterer Arbeiter sorgte dafür, dass die Jungen nicht auf die schiefe Bahn kamen und dass sie ihren Lohn erhielten. Sie

blieben unter sich und waren fleißig und genügsam. Pro forma gab es gelegentlich Kontrollen auf den Höfen. Passiert ist dabei nichts.

Die Grenzen waren bis in die 90er Jahre durchlässig. Die Arbeiter konnten im Winter nach Hause zu ihren Familien fahren und wiederkommen, wenn die Arbeit losging. Die zunehmende Abschottung der Grenzen führte dazu, dass die Familien sich für falsche Papiere und/oder Schlepperdienste hoch verschulden mussten, wenn sie ihre Söhne zur Arbeit nach Deutschland schicken wollten. Die Arbeiter mussten nun mehrere Jahre hier bleiben, ohne zwischendurch nach Hause fahren zu können.²

Eine Zeitlang versuchten Einige, in Bremen oder Hamburg Asylanträge zu stellen und arbeiteten nebenbei illegal weiter auf ihren Höfen. Die Anerkennungsquote war aber gering, trotz des Bürgerkriegs in ihrer Heimat. Sie galten als »Wirtschaftsflüchtlinge«. Zunehmende bürokratische Hürden wie die Residenzpflicht, die Asylbewerber verpflichtet den Landkreis der zuständigen Ausländerbehörde nicht zu verlassen, machten ihre illegale Arbeit zu gefährlich und kriminalisierten sie.³ Die Praxis wurde nun oft wegen psychosomatischer Beschwerden aufgesucht.

Ein weiteres Schlüsselerlebnis für mein Engagement für Illegalisierte waren die Flüchtlinge aus Bosnien. Angesichts des großen Flüchtlingselends erschien vielen Menschen in Deutschland das Kontingent, das die Bundesregierung aufnehmen wollte, viel zu klein. Die Bonner Initiative »Den Krieg überleben«⁴ vermittelte weitere Flüchtlinge aus den Lagern an Menschen, die dafür eine Verpflichtungserklärung für die ersten sechs Monate abgaben.⁵ In diesem Zusammenhang rief die Niedersächsische Ärztekammer über das Ärzteblatt dazu auf, sich zur kostenlosen Behandlung der Flüchtlinge bereit zu erklären, die

2 Zur Asyl- und Migrationspolitik Deutschlands und der EU siehe z. B. Herbert (2003), Bendel (2009), Tohidipur (2009) sowie Pelzer (2009).

3 Die Residenzpflicht für Asylbewerber laut Asylverfahrensgesetz § 56 (1): »Die Aufenthaltsgestattung ist räumlich auf den Bezirk der Ausländerbehörde beschränkt, in dem die für die Aufnahme des Ausländers zuständige Aufnahmeeinrichtung liegt. In den Fällen des § 14 Abs. 2 Satz 1 ist die Aufenthaltsgestattung räumlich auf den Bezirk der Ausländerbehörde beschränkt, in dem der Ausländer sich aufhält.« Nach § 85 wird der wiederholte Verstoß gegen diese Pflicht mit Freiheitsstrafe von bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe geahndet. Die Residenzpflicht für »Geduldete« ist in § 61 bzw. § 95 des Aufenthaltsgesetzes geregelt.

4 Zur Initiative »Den Krieg überleben«: <http://www.friedenskooperative.de/ff/ff97/6-15.htm> (Stand: 01.06.2010).

5 Eine Verpflichtungserklärung ermöglicht visumpflichtigen Menschen ausländischer Staatsangehörigkeit einen Aufenthaltstitel zu erlangen, wenn sich eine Person mit einem bestimmten Einkommen bereit erklärt, für den Lebensunterhalt und andere soziale Leistungen ggf. aufzukommen. Dies stellt keine Verpflichtung gegenüber der ausländischen Person, sondern eine Rückgriffsmöglichkeit für staatliche Stellen im Leistungsfall dar. Siehe dazu § 68 Aufenthaltsgesetz: http://www.gesetze-im-internet.de/aufenthg_2004/ (Stand: 01.06.2010) respektive § 84 Ausländergesetz, geltend von 1990–2004: <http://www.aufenthaltstitel.de/auslg.html#84> (Stand: 01.06.2010).

zunächst nicht sozial abgesichert waren. Ich meldete mich und nahm schließlich eine der bosnischen Familien bei mir auf. Ganz automatisch wurde ich damit zur Hausärztin all der bosnischen Familien in meinem Gebiet und erlebte die zum Teil absurden Einschränkungen durch das Asylbewerberleistungsgesetz und die Bedrängung zur »freiwilligen Rückkehr« hautnah mit.

Einige der freiwillig zurückgekehrten Bosnier gehören heute zu den »Illegalen«. Auf persönliche Einladung mit entsprechender Verpflichtungserklärung arbeiten sie immer wieder für einige Monate bei ihren früheren Arbeitgebern, da es in Bosnien zwar viel zu tun, aber für sie keine bezahlte Arbeit gibt.

Neben Kurden aus der Türkei und einigen Bosniern gab und gibt es in meinem Umfeld weitere Gruppen von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in praktisch allen Arbeitsfeldern, nicht nur in ausländischen Gastronomie- und in Hotelbetrieben. In der privaten Pflege ist es weniger geworden, seit es für polnische Pflegerinnen legale Möglichkeiten der Beschäftigung gibt. Zum Teil werden jetzt jedoch die polnischen Pflegerinnen aus Kostengründen durch z. B. rumänische Frauen ersetzt, die bisher noch illegal arbeiten müssen.⁶ Einige Flüchtlinge, die hier seit vielen Jahren nur geduldet sind, haben Wege gefunden, ihre inzwischen alten Eltern ins Land zu bringen, ohne ihren Aufenthalt zu legalisieren. Zurück gelassene Kinder nachzuholen ist noch schwieriger. Hier ist eine nachträgliche Legalisierung z. B. über ein Asylverfahren und einen Aufenthalt aus humanitären Gründen erforderlich, wenn die Zukunft der Kinder gesichert werden soll.

Auch Flüchtlinge, die ihren Duldungsstatus verloren haben, aber nicht nach Hause zurückkehren können, gibt es vereinzelt bei uns auf dem Land. Das geht allerdings nur dort, wo als Flüchtlinge anerkannte oder eingebürgerte Familienangehörige das Risiko eingehen, sie bei sich aufzunehmen.

Fall 2

Um die bisher grundsätzlich beschriebene Situation zu verdeutlichen folgt ein anonymisiertes Beispiel aus dem täglichen Leben:

Frau F., eine Kurdin aus der Türkei, wird von einer ebenfalls kurdischstämmigen Patientin in die Praxis gebracht. Sie erzählen, dass F., ihr Mann und ihr

⁶ Bis Mai 2011 gelten Einschränkungen der Arbeitnehmerfreizügigkeit für acht der EU-Beitrittsstaaten von 2004. Für Bulgarien und Rumänien, die der EU 2007 beigetreten sind, gelten die Einschränkungen bis spätestens 2014. Menschen aus den neuen EU-Beitrittsstaaten können in Deutschland in der Regel bis zum Ablauf der Übergangsregelungen nicht legal arbeiten und haben daher meist keinen Zugang zum Sozialversicherungssystem. Vgl. den Beitrag von Groß/Bieniok in diesem Band, S. 3 sowie EURES – Das europäische Portal zur beruflichen Mobilität: <http://ec.europa.eu/eures/main.jsp?acro=free&lang=de&countryId=DE&fromCountryId=BG&accessing=0&content=1&restrictions=1&step=2> (Stand: 01.06.2010).

knapp zweijähriger Sohn seit einem Jahr in der Illegalität leben, nachdem ihr Asylantrag abgelehnt wurde. Sie seien aus Würzburg hierher zu Verwandten gekommen, die aber Angst hätten, sie weiter zu verstecken, weil die Polizei sie bei den Verwandten suchen würde. F. ist im 6. Monat schwanger und hat das Gefühl, dass mit der Schwangerschaft etwas nicht stimmt. Die Gynäkologin am Ort ist bereit, eine Ultraschalluntersuchung zu machen, zu der ich persönlich F. begleite. Sie sieht ein schwer missgebildetes Kind mit einem großen Wasserkopf, ist sich aber nicht sicher, und rät uns, einen Kollegen im Nachbarort aufzusuchen, dessen Ultraschallgerät besser sei. Er würde sicher die Untersuchung nicht umsonst machen, wäre aber sehr tüchtig.

Es dauert, bis wir einen Termin bekommen. Außerdem erscheint es uns zu gefährlich, mit F. in der Gegend herum zu fahren. Nach der Diagnostik werden stationäre Maßnahmen nötig werden. Es gelingt, die Familie in einem Kirchenasyl unterzubringen. Das gibt uns Zeit, nach einer Lösung zu suchen und der Familie wieder eine Duldung zu verschaffen. Ein Unterstützerkreis übernimmt die Kosten der Untersuchung, die leider den Befund der Gynäkologin bestätigt. Für eine Spätabtreibung ist es zu spät. Das Kind ist zu groß. Wegen des Wasserkopfs muss ein Kaiserschnitt gemacht werden. Die Geburt soll wegen des hohen Risikos für die Mutter in Hamburg sein. Nach der Geburt wird das Kind in die Kinderklinik Altona verlegt, wo die Mutter es besuchen und betreuen kann. Entgegen aller Vorhersagen lebt das Kind zwei Jahre. Es wird auf der Station der Kinderklinik liebevoll betreut. Ärzte und Pfleger der Station kämpfen dafür, dass das Kind nicht verlegt und auch nicht entlassen wird. Der Unterstützerkreis sorgt dafür, dass F. oft bei ihrem Kind sein kann. Sie bekommt ein Zimmer auf dem Müttertrakt, darf sogar den großen Sohn mitbringen, der nicht verstehen kann, warum die Mutter immer wieder weg fährt und ihn allein lässt. Der Vater ist von der Situation überfordert und zieht sich zurück.

Die Familie hat eine Duldung und eine Besuchserlaubnis für den Landkreis. Ein Umverteilungsantrag wird abgelehnt. Nach dem Tod des Kindes dekompensiert der Vater, muss in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden. Als er sich stabilisiert hat, muss die Familie nach Bayern zurück in ein Wohnheim nach Aschaffenburg, wo sie niemanden kennt. Im Zuge der Bleiberechtsregelung bekommt der Vater eine Arbeitserlaubnis und eine Aufenthaltserlaubnis auf Probe. Er findet und behält die Arbeit, verdient aber nicht genug, um seine Familie ohne ergänzende Hilfen selbst zu versorgen. F. hat noch zwei gesunde Kinder bekommen und kann deshalb nicht arbeiten. So lebt die Familie immer noch im Wohnheim, einer Kaserne mit bewachter Pforte und hohem Zaun. Wenn man sie besuchen will, muss man seinen Ausweis abgeben und bekommt einen Passierschein. Um 22 Uhr muss man das Gelände wieder verlassen.

Der älteste Sohn entwickelt sich trotz allem gut. Er geht in die vierte Klasse. Mit etwas Unterstützung kann er laut Aussage seiner Lehrerin eine Realschulempfehlung bekommen.

3. Die Frage des Zugangs zur ärztlichen Praxis regelt nicht die Ärztin alleine

Obwohl ich mich seit Jahren auf verschiedenen Ebenen politisch und persönlich für Flüchtlinge engagiere, ist der Zugang zu meiner Praxis nicht barrierefrei. Die Aufgabe der Arzthelferin bzw. der medizinischen Fachangestellten am Empfang ist es, die administrativen Formalien zu klären, das heißt, die Chipkarte einzulesen und – in neuerer Zeit – die Praxisgebühr einzutreiben. Jemand, der zum ersten Mal die Praxis aufsucht und seine Krankenversicherungskarte nicht dabei hat, gerät zunächst in Erklärungsnot und kommt nicht so ohne weiteres zu mir in die Sprechstunde durch. Ich beschäftige seit Jahren dieselben Helferinnen. Wir arbeiten gut zusammen. Sie wissen Bescheid über mein Engagement, aber sie teilen es nicht. Im Gegenteil, sie erleben es als existenzbedrohend. Und so versuchen sie unwillig, loyal zu sein.

Inzwischen landen auch Patienten ohne Krankenversicherung in meinem Sprechzimmer. Nicht sehr oft, vielleicht zwei- bis dreimal im Quartal. Wenn es nötig ist, bringen sie einen Dolmetscher mit. Wenn wir Glück haben, ist das Problem mit einer Beratung und einem Griff in den Musterschrank erledigt. Oft ist das jedoch nicht so. Da sitzen Menschen mit chronischen Erkrankungen, die regelmäßig Medikamente einnehmen müssen und kein Geld haben, sie privat zu bezahlen. Sie müssen motiviert werden, wieder zu kommen. Da sitzen Menschen, die zu einem Facharzt gehen müssten. Es gilt also, einen Kollegen, eine Kollegin anzusprechen und den Patienten zu überzeugen, dass er gefahrlos dorthin gehen kann. Da sitzen Schwangere, die eine sichere Entbindung und Papiere für ihr Kind brauchen.

Schwierig ist es häufig, etwas über die Krankengeschichte zu erfahren. Manchmal holen die Patienten einen klein gefalteten Krankenhausbericht aus ihrer Tasche oder aus der Plastiktüte, in der sie wichtige Dokumente griffbereit aufbewahren.⁷

⁷ Im Gesundheitsprojekt von PICUM (Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants, siehe auch: <http://www.picum.org/>) stellen uns die belgischen Kollegen von »Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren« ein von ihnen entwickeltes Heft vor, in dem ähnlich wie in einem Impfausweis wichtige Befunde, Diagnosen und Dauermedikamente in international verständlicher Form von den behandelnden Ärzten eingetragen werden sollten.

Ich kann heute in vielen Fällen effektiv helfen, weil ich mich seit Jahren mit diesen Problemen beschäftige und in ein Netz von Helfern eingebunden bin. Kollegen anzusprechen bleibt dennoch schwierig. Wenn ich einen Facharztkollegen anrufe, um ihm einen Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus zu schicken, erlebe ich selten offene Ablehnung. Es gibt jedoch auch viele subtile Möglichkeiten, eine Übernahme zu verweigern oder dem Patienten Ablehnung zu signalisieren.

Ich habe nicht herausgefunden, wie sich meine NachbarkollegInnen verhalten, wenn sich Patienten ohne Krankenversicherung an sie wenden. Niemand wird einen Schwerkranken wegschicken, da bin ich mir ziemlich sicher. Inwieweit KollegInnen bereit sind, sich über eine Notfallbehandlung hinaus zu engagieren und die Angst der PatientInnen vor der Abschiebung akzeptieren, weiß ich nicht.

Mehr aus Zufall, durch eine Anfrage des *Medibüros* Hamburg, habe ich erfahren, dass eine Kollegin in einem Nachbar-Landkreis, in dem es auch viele illegal beschäftigte Landarbeiter gibt, eine anonyme und kostenlose Behandlung anbietet und auch ein kleines Netz von Fachärzten und sogar Krankenhausärzten aufgebaut hat. Sie weiß allerdings nicht, wie ihr Nachfolger damit umgehen wird.

4. Was wissen niedergelassene Ärzte?

Ob Ärztinnen und Ärzte sich politisch betätigen sollen, ist eine alte Streitfrage. Ärztinnen und Ärzte sollen nach bestem Wissen und Gewissen ihre Patienten versorgen und ihre Praxen wirtschaftlich führen.

Seit der an den Anfang gestellten Resolution der Ärztekammer Niedersächsischen (ÄKN) von 1997 ist viel Zeit vergangen. Frau Dr. Cornelia Goesmann ist nicht wieder in den Vorstand der ÄKN gewählt worden, arbeitet aber in der Geschäftsstelle Hannover und in der Bundesärztekammer⁸ weiter für die humanitären Aspekte im Medizinbetrieb. In der Ärztekammer Niedersachsen ist dafür jetzt wenig Raum. Zu viele standespolitische Probleme und Fragen müssen bearbeitet werden. Das gesellschaftliche Klima auch in der Ärzteschaft ist rau. Wirtschaftlichkeit ist oberstes Gebot. Budgets, Regelleistungsvolumina, Praxisgebühren, IGeL-Leistungen,⁹ Leitlinien, Qualitätsmanagement und jede Menge Bürokratie treiben niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten das huma-

8 Goesmann ist seit 2005 Vizepräsidentin der Bundesärztekammer.

9 Unter IGeL-Leistungen versteht man ärztliche Untersuchungen, die nicht von der Krankenkasse übernommen, sondern vom Patienten jeweils privat gezahlt werden müssen (»individuelle Gesundheitsleistungen«).

nitäre Engagement aus. Jeder muss sehen wo er bleibt. Das ist kein Klima, in dem wir ein offenes Ohr für die Nöte der Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus finden.

Dabei ist das Thema von vielen namhaften Menschen aufgegriffen worden, wie diese Publikation eindrucksvoll zeigt. Studien, Kongresse, Kampagnen haben stattgefunden.¹⁰ Der Kreis der Ärztinnen und Ärzte, die unsere Arbeit unterstützen, ist stetig gewachsen, aber das Gros der Kolleginnen und Kollegen erreichen wir nicht. Bei all den Fortbildungen, die wir zum Beispiel im Rahmen der IPPNW-Kampagne »Achten statt verachten«¹¹ organisiert haben, war sehr schnell das Hauptthema die Sorge, dass man sich als Ärztin/Arzt nach dem »Schlepperparagraphen« schuldig macht, wenn man »Illegale« behandelt.¹² Der Verweis auf die ärztliche Schweigepflicht, die einer eventuellen Meldepflicht entgegensteht, überzeugte häufig nicht. Hier zumindest hat es einen kleinen Erfolg der vielseitigen politischen Bemühungen gegeben: Im Juli 2009 hat die Bundesregierung eine Allgemeine Verwaltungsvorschrift (AVV) zum Aufenthaltsgesetz erlassen, der im Bundesrat im September zugestimmt wurde. In der AVV wird ein verlängerter Geheimnisschutz für Notfallpatienten bis in die Sozialämter hinein festgeschrieben, sodass nun eine Schweigepflicht für ärztliche Helfer und das Verwaltungspersonal gilt.¹³

-
- 10 Einige Beispiele hierfür: Alt, J. (2009): Globalisierung, illegale Migration, Armutsbekämpfung. Analyse eines komplexen Systems. Karlsruhe. Falge, C./Fischer-Lescano, A./Sieveking, K. (Hrsg.) (2009): Gesundheit in der Illegalität. Baden-Baden. Sowie z. B. die Internationale Konferenz vom 07.11. bis 08.11.2008: »Fragiles Netz: Krankheitserfahrungen undokumentierter Latinas in Berlin«, Gesundheit in der Illegalität – Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus, Zentrum für Europäische Rechtspolitik (ZERP), Bremen/Bremerhaven.
- 11 IPPNW: Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges – Ärzte in sozialer Verantwortung, Deutsche Sektion, Arbeitskreis Flüchtlinge und Asyl: <http://www.ippnw.de/startseite.html> (Stand: 03.06.2010). Dokumentation zur IPPNW-Tagung »achten statt verachten – Menschenrechte für Migranten ohne Papiere«: http://www.ippnw.de/soziale_verantwortung/flucht_asyl/tagungsdokumentation/ (Stand: 01.06.2010).
- 12 Der so genannte »Schlepperparagraph« bezieht sich auf § 96 Aufenthaltsgesetz (AufenthG). Abs.1 stellt Hilfeleistungen zum illegalen Aufenthalt unter Strafe, wer »wiederholt oder zu Gunsten von mehreren Ausländern handelt.« Vgl. auch Tolsdorf (2008).
- 13 Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz der Bundesregierung vom 27.07.2009, Drucksache 669/09, Nr. 88.2.3., siehe unter: http://www.bundesrat.de/cln_090/SharedDocs/Drucksachen/2009/0601-700/669-09,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/669-09.pdf (Stand: 01.06.2010).

5. Anlaufstellen für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Niedersachsen

Auch in Niedersachsen leben die meisten Menschen ohne legalen Aufenthalt wahrscheinlich in den Städten.¹⁴ Es gibt verschiedene Hilfsangebote, die jedoch sehr ungleich über das Land verteilt sind. Im Folgenden beschreibe ich einige dieser Anlaufstellen.

a) Medizinische Flüchtlingshilfe e.V. Göttingen

Seit Ende der 1990er Jahre wird durch die *Medizinische Flüchtlingshilfe* Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus und ohne Krankenversicherung konkrete Hilfe angeboten, indem eine ärztliche Behandlung vermittelt wird. Neben einer guten Zusammenarbeit mit mehreren niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten konnten in letzter Zeit erfreulicherweise auch mehrere stationäre Behandlungen und Operationen organisiert werden.

Parallel bemüht sich die Initiative »Gesundheitsversorgung und Bildung für alle« langfristig, auf politischer Ebene grundsätzliche Lösungen zu finden. Sie informiert über die prekäre soziale Situation von Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus und ruft die Stadt Göttingen dazu auf, Lösungen auf kommunaler Ebene zu entwickeln.

Nach Gesprächen mit den Stadtratsfraktionen und dem Sozialausschuss wurde am 12. Mai 2006 ein Ratsbeschluss verabschiedet, mit dem sich die Stadt Göttingen dem bundesweiten Aufruf *Manifest Illegale Zuwanderung* des katholischen Forums *Leben in der Illegalität* anschließt.¹⁵ Zurzeit diskutieren Initiative und Stadtverwaltung die lokale Einführung eines »Anonymen Krankenscheins« als wissenschaftlich begleitetes Modellprojekt.¹⁶

14 Vgl. Cyrus (2003), S. 25.

15 Manifest Illegale Zuwanderung des katholischen Forums »Leben in der Illegalität« 2007: <http://www.forum-illegalitaet.de/ManifestUnterzeichnerPublikation.pdf> (Stand: 03.06.2010).

16 Kontakt: *Medizinische Flüchtlingshilfe* Göttingen e.V., Weender Str. 42, 37043 Göttingen, Tel.: 0551-55766, Homepage: www.gesundheitsversorgung-fuer-alle.de (Stand: 03.06.2010), Email: Mfh.goe@gmx.de, Sprechzeiten: donnerstags von 16 bis 17 Uhr.

b) Medinetz Hannover (vormals Medizinische Flüchtlingssolidarität Hannover)

Diese Gruppe ist seit 1998 aktiv:

»Medizinische Versorgung muss ein Grundrecht für alle Menschen sein. Wir sind nicht bereit, zu akzeptieren, dass Menschen von der medizinischen Versorgung ausgeschlossen werden. Deshalb wollen wir auf der einen Seite eine medizinische Hilfsstruktur schaffen, an die sich Flüchtlinge und Migranten, die staatlicherseits gar nicht oder nur unzureichend versorgt werden, wenden können, um soweit wie möglich eine Versorgung zu gewährleisten. Auf der anderen Seite wollen wir aber auch eine Öffentlichkeit für dieses Thema herstellen und politischen Druck aufbauen, um letztendlich die Abschaffung von Sondergesetzen (z. B. Asylbewerberleistungsgesetz, Änderung des Art. 16 GG) zu bewirken. Solange aber die Sondergesetze bestehen, wollen wir praktisch helfen und ein Gegengewicht zur herrschenden politischen Überzeugung darstellen. Unser Ziel ist jedoch, dass von staatlicher Seite die Notwendigkeit eingesehen wird, eine Versorgungsstruktur zu schaffen, die unsere Arbeit überflüssig macht.«¹⁷

c) Malteser Migranten Medizin

Die *Malteser Migranten Medizin* ist 2001 mit einer Anlaufstelle in Berlin vom *Malteser Hilfsdienst e.V.* ins Leben gerufen worden, um Menschen ohne Krankenversicherung direkte medizinische Versorgung vor Ort anzubieten. Es ist eine katholische Hilfsorganisation mit aktuell insgesamt elf Standorten in Deutschland.¹⁸

Zwei relativ neue Standorte gibt es auch in Niedersachsen, die 2007 in Hannover eröffnete Sprechstunde, die einmal in der Woche direkte medizinische Versorgung für alle Menschen ohne Krankenversicherung anbietet.¹⁹

In Osnabrück startete Ende 2009 die elfte Einrichtung dieser Art in Deutschland. Rund 100 Menschen ohne Aufenthaltspapiere vermutet der Ini-

17 Selbstbeschreibung des *Medinetzes* Hannover (vormals MFS, Umbenennung im April 2011) auf einem Flyer. Kontakt: Medinetz Hannover, c/o Flüchtlingsbüro, Zur Bettfedernfabrik 3, 30451 Hannover, Tel.: 0511 – 2153031, Email: Medinetz.Hannover@gmx.de, Sprechzeiten: montags 17:30 bis 19 Uhr.

18 Die Selbstbeschreibung der *Malteser Migranten Medizin*: http://www.malteser.de/73.malteser_migranten_medizin/default.htm (Stand: 04.06.2010), darüber hinaus finden sich außer den auf dieser Internetseite genannten Standorten neu gegründete Büros in Osnabrück, Stuttgart und Augsburg: http://www.malteser.de/73.malteser_migranten_medizin/73.03.MMM_vor_Ort/vorort.htm (Stand: 04.06.2010).

19 *Malteser Migranten Medizin* Hannover: Humboldtstr. 18, 30169 Hannover, Tel.: 0511 – 1695430/31, Homepage: <http://malteser-migranten-medizin.de/?id=84> (Stand: 04.06.2010), Sprechzeiten: dienstags 10 bis 12 Uhr.

tiator Heidemann, Arzt im Unruhestand, in Osnabrück. Die Praxis ist einmal in der Woche für zwei Stunden besetzt und bietet Untersuchung und Beratung in medizinischen Fragen, Notfallbehandlung bei Krankheit, Vermittlung an Fachärzte bei Notwendigkeit, Hilfe bei Schwangerschaft und Geburt sowie Vermittlung an Fach- und Beratungsstellen.²⁰

d) Medizinische Flüchtlingshilfe Oldenburg

In Oldenburg läuft die Vermittlung medizinischer Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus zurzeit über das Büro von IBIS (*Interkulturelle Arbeitsstelle e.V.*)²¹ und das autonome *Zentrum Alhambra*.²² Es gibt seit Jahren ein Netz von etwa 20 Ärztinnen und Ärzten, die kostenlose und anonyme Behandlung anbieten. Sie beklagen sich darüber, dass die Hilfe schlecht koordiniert sei. Immer wieder würden Patienten bei verschiedenen Ärzten auflaufen, die nichts voneinander wüssten. Es fehlt der Zugang zu Urologen und Psychotherapeuten/Psychiatern. Die Asta-Gruppe der ausländischen Studenten, die früher die Vermittlung koordinierte, soll wieder mit eingebunden werden, insbesondere durch Dolmetscherdienste. Darüber hinaus gibt es immer wieder Anfragen beim Flüchtlingsrat Niedersachsen.²³ Von dort wird an Beratungsstellen oder Ärztinnen und Ärzte vermittelt. Die Ärztekammer Niedersachsen in Hannover hatte 1998 auf Initiative der damaligen stellvertretenden Vorsitzenden Cornelia Goesmann eine Liste von Ärztinnen und Ärzten erstellt, die sich bereit erklärt hatten, Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere anonym und kostenlos zu behandeln.²⁴

Die Ärztekammer unterstützt die Arbeit auch, indem sie z. B. dem Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge (NTFN) Räume für die Fortbildung zur Verfügung stellt und Fortbildungspunkte für die teilnehmenden ÄrztInnen vergibt.

20 *Malteser Migranten Medizin* Osnabrück: c/o Notdienstambulanz Osnabrück e. V., Bischofstraße 28, 49074 Osnabrück, Tel.: 0541 – 9611, Homepage: <http://sgs.malteser-osnabrueck.de/malteser-migranten-medizin> (Stand: 04.06.2010), Sprechzeiten: dienstags 10 bis 12 Uhr.

21 Kontakt: IBIS – Interkulturelle Arbeitsstelle e.V., Kläemannstr. 16, 26122 Oldenburg, Tel.: 0441 – 884016, Email: info@ibis-ev.de, Homepage: www.ibis-ev.de (Stand: 04.06.2010).

22 Kontakt: Alhambra, Hermannstr. 83, 26135 Oldenburg, Tel.: 0441 – 14402, Email: alhambra@alhambra.de.

23 Flüchtlingsrat Niedersachsen: <http://www.nds-fluerat.org/der-fluechtlingsrat-stellt-sich-vor/> (Stand: 04.06.2010).

24 Bei Bedarf sind Anfragen zu konkreten Behandlungsangeboten/Praxen möglich unter der Tel. Nr. 0511/380 – 2620.

e) Das Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge Niedersachsen – NTFN e.V.

Der Verein hat es sich zum Ziel gesetzt, im Flächenland Niedersachsen ein interdisziplinäres Netz von MedizinerIn, PsychologIn, SozialpädagogIn und JuristIn aufzubauen, das anstelle eines fehlenden psychosozialen Zentrums oder besser in Ergänzung eines solchen Zentrums den Zugang zur Gesundheitsversorgung für besonders vulnerable Gruppen wie traumatisierte Flüchtlinge mit und ohne gültige Aufenthaltspapiere erleichtert.

NTFN vermittelt Therapieplätze für traumatisierte Flüchtlinge bei qualifizierten PsychotherapeutInnen und vermittelt DolmetscherInnen oder sprachkompetente TherapeutInnen. Weitere Aufgaben sind die Regelung der Kostenübernahmefragen, Klärung von aufenthalts- oder asylverfahrensrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit der Psychotherapie, Interdisziplinäre Fortbildungen sowie telefonische Fachberatung von TherapeutInnen für TherapeutInnen. Zu dem weiteren Spektrum zählen die Vermittlung qualifizierter Begutachtungen und die Vernetzung mit der ehrenamtlichen Flüchtlingshilfe oder Migrationsberatungsstellen. Durch die Fortbildungen und durch die Verteilung der Lasten auf mehrere Schultern sollen Ärztinnen und Ärzte für die Arbeit mit MigrantInnen und Flüchtlingen mit und ohne legalen Aufenthaltsstatus gewonnen und Ängste abgebaut werden.²⁵

25 Kontakt: NTFN – Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V., Langer Garten 23B, 31137 Hildesheim, Tel.: 05121 – 102686, 05121 – 8889761, Email: ntnf-ev@web.de, Homepage: <http://www.ntfn.de/> (Stand: 04.06.2010).

Literatur

- Bendel, P. (2009): Europäische Migrationspolitik. Bestandsaufnahme und Trends. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin.
- Cyrus, N. (2003): Aufenthaltsrechtliche Illegalität in Deutschland. Sozialstrukturbildung – Wechselwirkungen – Politische Optionen. Bericht für den Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration, Nürnberg: http://www.forum-illegalitaet.de/Materialien/04_Expertise_Sachverst_ndigenrat_Cyrus.pdf (Stand: 03.06.2010).
- Falge, C./Fischer-Lescano, A./Sieveking, K. (Hrsg.) (2009): Gesundheit in der Illegalität, Baden-Baden.
- Goesmann, C. (2000): Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen. Ist Gesundheit teilbar? Position der Niedersächsischen Ärztekammer, in: Flüchtlingsrat, Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Ausgabe 3/00, Heft 68, S. 5: <http://www.nds-fluerat.org/pdf/RU68.PDF> (Stand: 04.06.2010).
- Herbert, U. (2003): Geschichte der Ausländerpolitik in Deutschland, Bonn.
- Pelzer, M. (2009).: Europäische Regelungen über den Zugang zur Gesundheitsversorgung. Welche Rechte haben Migranten ohne Aufenthaltsstatus? In: Falge et al. (2009), S. 195 – 204.
- Tohidipur, T. (2009): Sans Papiers und Gesundheitsversorgung. Möglichkeiten europäischer Harmonisierung, in: Falge et al. (2009), S. 183 – 194.
- Tolsdorf, M. (2008): Verborgene. Gesundheitssituation und -versorgung versteckt lebender MigrantInnen in Deutschland und in der Schweiz, Bern.

