

Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin

Gneisenaustr. 2a • 10961 Berlin • Tel.: 030 6946746 • info@medibuero.de
www.medibuero.de • Bürozeiten: Montag + Donnerstag 16.30 - 18.30 Uhr

An den
Schleswig-Holsteinischen Landtag
Innen- und Rechtsausschuss
per email

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 17/3934

Stellungnahme zum Antrag Menschenrecht auf medizinische Versorgung auch für Menschen ohne Papiere Ihr Zeichen L 215

Berlin, 7.4.2012

Einleitung/Problemaufriss

„Die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland ist defizitär“ – so lautet das zusammenfassende Urteil der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität¹, in der sich auf Einladung des Deutschen Instituts für Menschenrechte und des Katholischen Forums Leben in der Illegalität bundesweit Fachleute aus Wissenschaft, Praxis, kommunaler Verwaltung, Kirchen, Wohlfahrtsverbänden und nichtstaatlichen Organisationen ausführlich mit dem Problem der medizinischen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus beschäftigt haben.

Nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) haben auch irreguläre MigrantInnen (synonym zu verwenden für „Menschen ohne Papier“, „Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus“ bzw. sogenannte „Illegale“) einen Anspruch auf medizinische Versorgung. Dies beinhaltet insbesondere die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände (§ 4 AsylbLG) sowie Leistungen, die zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind (§ 6 AsylbLG). Zur Wahrnehmung dieses gesetzlich verankerten Anspruchs müssen die LeistungsnehmerInnen einen Krankenschein bei den als Leistungsträger zuständigen Sozialämtern beantragen. Die Sozialämter sind als öffentliche Stelle allerdings u.a. durch § 87 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) verpflichtet, die Ausländerbehörde zu unterrichten, wenn sie „im Zusammenhang mit der Erfüllung ihrer Aufgaben“ Kenntnis vom unerlaubten Aufenthalt einer Person erlangen. In der Folge drohen den LeistungsnehmerInnen (sowie ihrem familiären Umkreis) durch die Wahrnehmung des Leistungsanspruchs aufenthaltsrechtliche Konsequenzen bis hin zur Abschiebehaft und tatsächlichen Abschiebung. Angesichts dieser weitreichenden Konsequenzen wird der Leistungsanspruch in der Praxis nicht geltend gemacht und ist damit faktisch nicht existent.

Da Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus der Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung versagt ist, werden Ärztinnen und Ärzte meist erst dann aufgesucht, wenn die gesundheitlichen Problemen dies unvermeidlich werden lassen. Dadurch

¹ „Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland – Ihr Recht auf Gesundheit“ Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität hrsg. vom Deutschen Institut für Menschenrechte, Berlin 2007

wird die Chance auf eine frühzeitige Diagnose und Therapie vertan. „Der Krankheitsverlauf droht schwerer zu werden, vermeidbare stationäre Aufenthalte und die Gefahr einer Chronifizierung der Beschwerden“ (ebd. S.10) sind die Folge. Die dann unabwendbaren und aufgrund des verspäteten Therapiebeginns erheblich aufwendigeren Behandlungen fallen in der Praxis oftmals zu Kosten der Leistungserbringer an. Diese Einschätzung der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität deckt sich mit den Erfahrungen des Büros für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin der vergangenen 16 Jahre: Krebserkrankungen werden zu spät erkannt, bei chronischen Leiden entstehen Folgeschäden an anderen Organen, Infektionskrankheiten werden nicht ausreichend therapiert und Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen nicht durchgeführt, so dass zum Beispiel in der Schwangerschaft Gesundheitsschäden für Mutter und Kind entstehen können². Diese schwerwiegenden Komplikationen sind immer wieder dokumentiert worden, exemplarisch nennen wir zwei Beispiele aus den Erfahrungen in Berlin: Aufgrund mangelnder Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft kam es bei der Geburt zu Krampfanfällen mit der Notwendigkeit einen Kaiserschnitt durchzuführen und die Mutter auf der Intensivstation zu betreuen. Insgesamt entstanden in der Berliner Geburtsklinik Kosten von 28 000 Euro³. Im Jahr 2009 kam es zu einem Todesfall eines an AIDS erkrankten Mannes, der aus Angst seine Identität zu offenbaren zu spät medizinische Hilfe suchte⁴. In beiden Fällen wäre es möglich gewesen durch rechtzeitige medizinische Behandlung Komplikationen zu vermeiden. In Kombination mit einer ausländerrechtlichen Beratung hätten sich für die Betroffenen im Einzelfall auch Möglichkeiten der Legalisierung ergeben.

In der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum AufenthG vom 26. Oktober 2009 (Az M I 3 – 128 406/0) haben sich Bundesregierung und Bundesrat die Rechtsauffassung des verlängerten Geheimnisschutzes zu Eigen gemacht. Es wird klargestellt, dass auch das Personal der Krankenhausverwaltungen zu den berufsmäßigen ärztlichen Gehilfen zählt und somit der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt. Darüber hinaus verlängert sich der Geheimnisschutz in die Sozialämter hinein: Die Sozialämter dürfen personenbezogene Daten nicht an die Ausländerbehörde weitergeben, wenn diese von einer schweigepflichtigen Person zum Zwecke der Leistungsabrechnung übermittelt wurden.

Ob im Einzelfall eine Kostenübernahme durch die Sozialämter auf Grundlage der §§ 4 und 6 AsylbLG oder § 48 SGB XII (iVm §§ 23 und 25 SGB XII) erfolgt, bleibt jedoch unsicher. Der hierfür geforderte Identitäts- und Bedürftigkeitsnachweis ist für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus sehr problematisch zu führen. Der Nachweis von Einkommen und Ausgaben z.B. durch Kontoauszüge, Mietvertrag etc. ist für Menschen ohne Papiere meist nicht möglich. Wird vor diesem Hintergrund eine Kostenübernahme durch die Sozialämter abgelehnt, bleiben die Behandlungskosten der Krankenhäuser i.d.R. unbeglichen.

Der Zugang zur ambulanten und elektiven medizinischen Versorgung bleibt dessen ungeachtet faktisch weiterhin versperrt, da die Patientinnen und Patienten sich in diesen Fällen mit den o.g. Konsequenzen direkt beim Sozialamt um einen Krankenschein bemühen müssten. Es ergibt sich eine absurde Situation: Eine Vorstellung beim niedergelassenen Arzt wird faktisch verwehrt, entstehen durch die fehlende

² „Zehn Jahre Büro für medizinische Flüchtlingshilfe – Eine Erfolgsgeschichte?“ Berlin 2006

³ Simo, S., Kentenich, H.: „Gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere: Praktische Konsequenzen im Bereich der Geburtshilfe und Gynäkologie“ in Mylius, M., Bornschlegel, W., Frewer, A. (Hrsg): Medizin für Menschen ohne Papiere, Göttingen 2011, S. 239-245

⁴ Tageszeitung 29./30.8.2009

Versorgung jedoch Komplikationen, ist die Behandlung im Krankenhaus (bei weiterhin problematischer Finanzierung) möglich.

Die Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität diskutiert in ihrem Bericht verschiedene Lösungsansätze und Empfehlungen:

1. Einschränkung der Übermittlungspflicht nach § 87 AufenthG

Politisch folgerichtig wäre – analog zur entsprechenden Entscheidung bezüglich der Übermittlungspflicht öffentlicher Schulen⁵ - die Übermittlungspflicht nach § 87 AufenthG auch für den Bereich der Gesundheitsversorgung einzuschränken. Dieser Schritt ist auf Ebene einzelner Länder jedoch nicht unmittelbar umsetzbar und somit an die bundespolitische Willensbildung gebunden.

Auf kommunaler und Länderebene können jedoch auch im Rahmen des geltenden Rechts zeitnah Modellprojekte umgesetzt werden. Diskutiert wurden hier in den vergangenen Jahren insbesondere Fondsmodelle und die geschützte Vermittlung von Krankenscheinen („Anonymer Krankenschein“). Die Vor- und Nachteile beider Ansätze sollen im Folgenden dargelegt werden:

2. Fonds

Das Fondsmodell baut auf die bereits bestehenden Hilfsstrukturen wie den Büros für medizinische Flüchtlingshilfe (Medibüros) und MediNetzen sowie der Malteser Migranten Medizin (MMM) auf.

Bei den Medibüros und MediNetzen handelt es sich um derzeit bundesweit 31 lokale, dezentral organisierte Projekte und Vereine⁶, die auf Basis unentgeltlicher Arbeit Netzwerke medizinischer Fachkräfte und Einrichtungen organisieren. PatientInnen werden entsprechend ihrer Bedürfnisse an die teilnehmenden Einrichtungen vermittelt, wo sie auf freiwilliger Basis i.d.R. kostenlos behandelt werden. Sachkosten für technische Untersuchungen (z.B. Labor, Bildgebung) und aufwendigere (z.B. stationäre) Behandlungen sowie Heil- und Hilfsmittel werden aus Spenden finanziert. Das Medibüro Berlin verfügt über ein Netzwerk von etwa 120 medizinischen Fachkräften und Einrichtungen und zählt jährlich bis zu 1000 Einzelvermittlungen. Der mögliche Leistungsumfang ist hierbei immer von der Bereitschaft freiwillig, unentgeltlich arbeitender Einzelpersonen und dem Spendenaufkommen abhängig und deckt den tatsächlichen Bedarf bei Weitem nicht ab.

Die MMM betreibt bundesweit derzeit elf Einrichtungen, bei denen Nicht-Krankenversicherte und Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus Untersuchungen, medizinische Beratung und medizinische Behandlungen in Anspruch nehmen können. Darüber hinaus erfolgt ebenfalls eine Vermittlung an Fachärzte sowie Fach- und Beratungsstellen.⁷

Aufbauend auf diesen Strukturen sollen Fondsmodelle die finanziellen Ressourcen erweitern und damit einen größeren Teil des Bedarfs decken. Medizinische Leistungserbringer erhoffen sich von der Einrichtung eines Fonds darüber hinaus ungedeckte Kosten für unabwendbare Notfallbehandlungen erstattet zu bekommen.

Ein solches Modell weist jedoch nicht über die bestehenden, oftmals prekären Parallelsysteme hinaus und basiert damit im Wesentlichen unverändert auf freiwilligen, un-

⁵ Gesetz zur Umsetzung aufenthaltsrechtlicher Richtlinien der Europäischen Union und zur Anpassung nationaler Rechtsvorschriften an den EU-Visakodex vom 22. November 2011, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2011 Teil I Nr. 59

⁶<http://medibueros.m-bient.com/standorte.html>

⁷<http://www.malteser-migranten-medizin.de/>

entgeltlichen Leistungen. Es kann keine dem Regelsystem gleichwertige medizinische Versorgung leisten und stößt absehbar schnell an fachliche und finanzielle Grenzen.

Der scheinbare Vorteil der finanziellen Berechenbarkeit eines (gedeckelten) Fonds wirft absehbar erheblichen Klärungsbedarf auf: Wer entscheidet auf welcher Grundlage über die Mittel des Fonds? Was passiert, wenn die Mittel aufgebraucht sind? Wie wird mit dem ungedeckten Bedarf umgegangen? Hierfür wäre ein umfassendes Regelwerk mit einer zusätzlich aufzubauende Bürokratie erforderlich.

Weiterhin ergibt sich die Frage, aus welchen Mitteln der Fonds gebildet wird. Da für irreguläre MigrantInnen ein gesetzlicher Anspruch auf eine medizinische Versorgung nach AsylbLG besteht, sollten entsprechende Mittel in den Budgets der Sozialämter vorgesehen sein. Die Bildung eines hierzu additiven Fonds erscheint nicht unmittelbar einleuchtend.

Da dieses Modell auf lokalen Initiativen aufbaut besteht trotz der mittlerweile zahlreichen Organisationen keine flächendeckende Versorgung. Hierdurch ergeben sich insbesondere in ländlichen Regionen für die Patientinnen und Patienten logistische und finanzielle Hürden. Mit langen Anfahrtswegen sind zusätzliche Gefahren einer Aufdeckung des fehlenden Aufenthaltsstatus verbunden, was einer erneuten Einschränkung des Zugangs gleich käme.

Die 16-jährige Erfahrung des Medibüro Berlin zeigt, dass ein auf Spendenmitteln und unentgeltlicher Arbeit basierendes Parallelsystem komplexe medizinische Probleme nicht adäquat lösen kann. Aus menschenrechtlicher Sicht ist es hoch problematisch die Gesundheitsversorgung vom freiwilligen Engagement und der Spendenbereitschaft Einzelner abhängig zu machen.

3. Anonymer Krankenschein

Durch die geschützte Vermittlung von Krankenscheinen (anonymer Krankenschein) kann die Integration von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in die medizinische Regelversorgung erreicht werden. Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin hat dazu ein Konzept ausgearbeitet.

Die Realisierung dieses Konzepts in Berlin scheiterte an mangelndem politischen Willen insbesondere des Innensenats, der nicht bereit war, die Inanspruchnahme sozialrechtlicher Leistungen von einer Aufdeckung der Identität gegenüber der Ausländerbehörde abzukoppeln⁸. Diese ordnungspolitische Haltung trägt nicht zur Lösung der real vorhandenen Probleme bei und verunmöglicht es den Betroffenen ihr Menschenrecht auf Gesundheitsversorgung⁹ in Anspruch zu nehmen.

Anonymer Krankenschein: Konzept

Ziel

Ziel ist es, Menschen ohne Aufenthaltsstatus die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen nach dem AsylbLG zu ermöglichen, ohne sie durch die Datenweitergabe zu gefährden. Dadurch wird der Aufbau von Parallelstrukturen vermieden und eine Eingliederung in bestehende soziale Sicherungssysteme ermöglicht.

Verfahren: gate keeper & case manager

Anlaufstelle zur Vergabe des anonymen Krankenscheins sollten Gesundheitsämter bzw. Stellen des öffentlichen Gesundheitswesens unter ärztlicher Leitung sein. Zum Team sollte eine SozialarbeiterIn mit guten Kenntnissen im Ausländerrecht gehören.

⁸http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-gesundheit/gesundheitspolitik/fluechtlingsmedizin/zwischenbilanz_runder_tisch_16te_wahlperiode.pdf

⁹ Artikel 12 Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19.12.1966

Hier erfolgt die Datenerhebung und Bedürftigkeitsprüfung unter Schweigepflicht. Die Bedürftigkeitsprüfung erfolgt analog zum AsylbLG. Im Anschluss werden die anonymen Krankenscheine ausgegeben. Für die Bedürftigkeitsprüfung ist ein Kooperationsvertrag mit dem Sozialamt erforderlich, da die Anlaufstelle die Aufgaben des Sozialamtes in dessen Auftrag wahrnimmt. Aufgrund der ärztlichen Leitung steht die Anlaufstelle unter Schweigepflicht. Die individuelle Bedürftigkeitsprüfung muss dort analog zum Vorgehen im Sozialamt stattfinden. Dabei liegt es in der Natur der Sache, dass die Bedürftigkeitsprüfung sich weniger auf schriftliche Dokumente (Mietvertrag, Arbeitsvertrag, Kontoauszüge etc.) stützen kann, vielmehr muss die Vergabestelle eine „gate keeper“-Funktion erfüllen. Dazu gehört ein ausführliches Interview mit den Betroffenen über deren Lebenssituation und finanziellen Verhältnisse. Dies muss dokumentiert werden, die Dokumentation verbleibt bei der Vergabestelle. Alle erhobenen Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wenn irgendwie möglich, sollte ein Personaldokument vorgelegt werden. Bei schweren Erkrankungen und/oder Reiseunfähigkeit kann oft eine Duldung beantragt werden. Durch die Integration einer Rechtsberatung können die Möglichkeiten einer Legalisierung erörtert werden. Eine „Hotline“ zur Ausländerbehörde, mit der Fälle auch anonym vorab besprochen werden könnten, würde der Beratungsstelle das Ausloten verschiedener Handlungsoptionen gemeinsam mit den Betroffenen ermöglichen. Dadurch können Menschen für eine Aufenthaltslegalisierung erreicht werden, die bisher eine Offenbarung bei der Ausländerbehörde gescheut haben und Illegalität insgesamt kann verringert werden.

Die Vergabestelle erfüllt auch eine „case-manager“-Funktion. Sie kann für die PatientInnen Termine in Arztpraxen ausmachen bzw. für die Beschwerden spezialisierte ÄrztInnen / medizinische Einrichtungen empfehlen. Mit dem nummerierten anonymen Krankenschein kann der oder die Betroffene dann jeden Arzt / jede Ärztin, jede Praxis oder jedes Krankenhaus aufsuchen. Der Krankenschein gilt für ein Quartal. Bei einer späteren Wiedervorstellung kann auf die ursprüngliche Dokumentation zurückgegriffen werden, und nur noch Veränderungen der Lebenssituation müssen erfragt werden.

Abrechnung

Die Abrechnung der ambulanten Behandlung mit dem anonymen Krankenschein erfolgt analog zur Abrechnung der Sozialämter nach dem AsylbLG. Alternativ wäre auch denkbar, dass die Vergabestelle abrechnet und die Kosten dann insgesamt dem Sozialamt in Rechnung stellt. Dieses Vorgehen wäre für die Vergabestelle jedoch aufwendiger.

Auf den Einweisungsscheinen und Rechnungen stehen keine Namen, sondern anonymisierte Codes. Um eine adäquate Rechnungsprüfung der erbrachten Leistungen zu ermöglichen müssen Geschlecht und Geburtsjahr des/der PatientIn ersichtlich sein.

Vergabestelle

Als Vergabestellen sind Gesundheitsämter bzw. Stellen des öffentlichen Gesundheitswesens unter ärztlicher Leitung geeignet, die bereits Erfahrung mit der Arbeit mit MigrantInnen haben und bei diesen als vertrauenswürdig bekannt sind.

Das Personal verfügt über sozialpädagogisches Know-how, und die Ratsuchenden können gleichzeitig mit Präventionsangeboten erreicht werden. Dadurch können wiederum langfristig Kosten gesenkt werden. Um den oben skizzierten Aufgaben der Bedürftigkeitsprüfung, der gate-keeper-Funktion und des Case Managements gerecht zu werden, muss sozialrechtliches und medizinisches Fachwissen verfügbar

sein. Sowohl in der Anlaufstelle als auch zur Begleitung der PatientInnen während der medizinischen Behandlung ist in manchen Fällen Sprachmittlung erforderlich.

Kosten

Die Kostenplanung des Modellprojektes ist nur bedingt möglich, da unbekannt ist, wie viele Menschen sich ohne Aufenthaltsstatus hier aufhalten und wie viele das Projekt in welchem Umfang in Anspruch nehmen werden.

Da die Betroffenen einen Anspruch auf Leistungen nach dem AsylbLG haben, den sie bisher nur wegen der Gefahr der Datenweitergabe nicht in Anspruch nehmen, geht es nicht um freiwillige Leistungen der Kommune, sondern um gesetzlich abgesicherte Verpflichtungen.

Die bisherigen Ergebnisse einer Erhebung des Diakonischen Werks gehen von 6000-22 000 Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Hamburg aus¹⁰. Es ist davon auszugehen, dass im ländlichen Raum die Zahl niedriger ist als in Großstädten.

Unter Kenntnis der durchschnittlichen lokalen Krankheitskosten nach AsylbLG können auf dieser Basis Modellrechnungen angestellt werden. Wie viele Personen tatsächlich eine geschützte Vermittlung von Krankenscheinen in Anspruch nehmen würden, bleibt letztendlich jedoch nicht berechenbar. Aufgrund der Schwellenangst kann die Inanspruchnahme sogar geringer sein als bei den bereits bekannten Hilfsangeboten der Büros für medizinische Flüchtlingshilfe.

Durch eine zeitgerechte und adäquate medizinische Versorgung können chronische Verläufe und daraus resultierende Notfälle vermieden werden – das spart Krankenhauskosten, die bereits jetzt von den Sozialämtern übernommen werden müssen.

Zusammenfassung

Das geschilderte Konzept der geschützten Vermittlung von Krankenscheinen (anonymer Krankenschein) ermöglicht die Inanspruchnahme bereits vorhandener sozialrechtlicher Möglichkeiten nach dem AsylbLG für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus ohne weitere Parallelstrukturen zu etablieren. Durch die Einbeziehung der Rechtsberatung können Legalisierungsmöglichkeiten realisiert werden. Das Modell bietet die Möglichkeit das drängende Problem der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Papiere sowohl pragmatisch zu lösen als auch perspektivisch zu verringern.

Für das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin
Ole Baumann
Dr. med. Jessica Groß

¹⁰ Süddeutsche Zeitung 29./28.8.09, Seite 6