



JRS, Witzlebenstraße 30a, 14507 Berlin

Schleswig-Holsteinischer Landtag  
Innen- und Rechtsausschuss  
Landeshaus  
Düsternbrooker Weg 70

24105 Kiel

per E-Mail: [innenausschuss@landtag.ltsh.de](mailto:innenausschuss@landtag.ltsh.de)

Schleswig-Holsteinischer Landtag  
Umdruck 17/3973

Der Jesuiten-Flüchtlingsdienst Deutschland ist ein Werk der Deutschen Provinz der Jesuiten K.d.ö.R.

**Heiko Habbe**  
**Policy Officer**

Witzlebenstr. 30a, D-14057 Berlin  
Nähe S-Bahnhof Charlottenburg /  
U 2 Sophie-Charlotte-Platz

Spendenkonto: 6000 401 020

Pax-Bank Berlin BLZ 370 601 93

Telefon (030) 3260-2590

Telefax (030) 3260-2592

E-Mail [heiko.habbe@jesuiten-fluechtlingsdienst.de](mailto:heiko.habbe@jesuiten-fluechtlingsdienst.de)

Internet [www.jesuiten-fluechtlingsdienst.de](http://www.jesuiten-fluechtlingsdienst.de)

Datum **17.4.2012**

## **Stellungnahme des Jesuiten-Flüchtlingsdienstes Deutschland**

anlässlich der schriftlichen Sachverständigenanhörung im Innen- und Rechtsausschuss des Schleswig-Holsteinischen Landtags zum

### **Antrag der Fraktionen Die Linke und Bündnis'90/Die Grünen, „Menschenrecht auf medizinische Versorgung auch für Menschen ohne Papiere“**

- LT-Drs. 17/2282 (neu) –

#### **Inhalt**

1. Einleitung .....	2
2. Zusammenfassung .....	2
3. Problembeschreibung .....	3
4. Lösungskonzepte .....	3
4.1 Zivilgesellschaftliche Hilfsstrukturen .....	3
4.2 Notfallhilfe nach AsylbLG i. V. m. § 25 SGB XII .....	4
4.3 Fondslösungen .....	4
4.4 Anonymer Krankenschein .....	5
4.5 Private Krankenversicherung .....	5
5. Bewertung .....	5
5.1 Menschenrechtliche Grundlagen .....	5
5.2 Einbeziehung in die bestehenden Systeme .....	6
5.3 Sonderregelungen als Übergangslösung .....	7
5.4 Kritik am anonymen Krankenschein .....	7

## 1. Einleitung

Der Jesuiten-Flüchtlingsdienst (Jesuit Refugee Service – JRS) wurde 1980 gegründet, um das Elend der vietnamesischen Bootsflüchtlinge lindern zu helfen. Als internationale Hilfsorganisation ist der JRS heute in über 50 Ländern vertreten. In Deutschland ist der JRS seit 1995 in der Seelsorge und Betreuung von Menschen in der Abschiebungshaft tätig; hier sind wir in mehreren Bundesländern direkt vor Ort. Weiteres Arbeitsfeld ist die aufenthalts- und sozialrechtliche Beratung; zudem sind wir in der Berliner Härtefallkommission vertreten und arbeiten gemeinsam mit der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz auf die Einrichtung eines Abschiebungsbeobachtungsprojekts am geplanten Großflughafen Berlin-Brandenburg hin.

Bereits seit Jahren setzt sich der JRS darüber hinaus für eine Verbesserung der Lebenssituation von Migranten ohne formellen Aufenthaltsstatus ein. Mit „Illegal in Deutschland“, einem Forschungsprojekt zur Lebenssituation irregulärer Migranten am Beispiel Leipzig, legte P. Jörg Alt SJ im Jahr 1999 eine der ersten systematischen Untersuchungen zum Thema vor. Der JRS ist Gründungsmitglied des „Katholischen Forums Leben in der Illegalität“ und als solcher Mitveranstalter der Jahrestagung Illegalität in der Katholischen Akademie in Berlin. 2006/07 beteiligten wir uns an der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität, die verschiedene Konzepte zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Papierlosen diskutierte, darunter neben dem anonymen Krankenschein auch eine Fondslösung sowie einen Zugang über lokale Gesundheitsämter.

Vor diesem Hintergrund danken wir für die Gelegenheit zur Äußerung und nehmen im Folgenden Stellung zu Fragen der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Angesichts der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit muss sich diese Stellungnahme notwendig auf einige zentrale rechtliche Aspekte beschränken.

## 2. Zusammenfassung

- In Deutschland leben nach wissenschaftlichen Schätzungen zwischen 100.000 und 400.000 Menschen ohne Aufenthaltserlaubnis oder Duldung. Sie haben keinen Zugang zur medizinischen (Regel-)Versorgung. Die aufenthaltsrechtlichen Meldepflichten halten sie von einer Geltendmachung bestehender Ansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ab (s. u. 3.).
- Zur Abhilfe des Problems sind seit langem verschiedene Konzepte in der Diskussion, zu denen auch die geschützte Ausgabe von Krankenscheinen zählt. Die bisher umgesetzten Ansätze haben in der Praxis noch keinen durchschlagenden Erfolg gehabt; insbesondere die durch die Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz von 2009 ermöglichte Notfallversorgung (Stichwort „verlängerter Geheimnisvorbehalt“) hat bislang eher zu einer Verlagerung des Problems auf die Ebene der Abrechnung zwischen Krankenhäusern und Sozialämtern geführt (s. u. 4.).
- Das Menschenrecht auf Gesundheit, wie es insbesondere in Art. 12 des UN-Sozialpakts niedergelegt ist, erlegt dem Staat weitreichende Verpflichtungen auf, allen auf seinem Territorium aufhältigen Menschen Zugang zu ausreichender Gesundheitsversorgung zu gewähren. Dieser Zugang muss nicht nur in der rechtlichen Theorie, sondern faktisch gewährleistet sein (s. u. 5.1).
- Dieses Ziel wäre in Deutschland angesichts gesetzlich geregelter Ansprüche auf Gesundheitsleistungen auch für ausreisepflichtige Migranten am einfachsten und damit effektivsten durch weitgehende Streichung der aufenthaltsrechtlichen Meldepflichten zu erreichen, die in ihrer Funktion als Instrument der Migrationskontrolle versagen, statuslose Migranten aber de facto davon abhalten, Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen (s. u. 5.2).
- Jedenfalls als Übergangslösung ist jeder Versuch zu begrüßen, die medizinische Versorgung von Migranten ohne Papiere zu verbessern. Ein Modell der geschützten Krankenscheinausgabe, ergänzt durch umfassende Beratung und möglichst Regularisierung mit Hilfe von Clearingstellen, erscheint hierfür denkbar; häufig erhobene Einwände lassen sich entkräften (s. u. 5.3, 5.4).

### 3. Problembeschreibung

Der Jesuiten-Flüchtlingsdienst Deutschland kann aus seiner Erfahrung die in der Antragsbegründung ausgeführte Problemdarstellung im wesentlichen bestätigen.

Die Zahl der klandestin, d. h. ohne Aufenthaltserlaubnis oder Duldung in Deutschland lebenden Menschen wird durch das Hamburgische Weltwirtschaftsinstitut in aktuellen Schätzungen auf zwischen 100.000 und 400.000 Personen beziffert.<sup>1</sup>

Diesen Menschen steht in der Praxis kein Zugang zu medizinischer (Regel-) Versorgung offen. Zwar bestünde für diesen Personenkreis, da die Betroffenen mangels eines Aufenthaltstitels vollziehbar ausreisepflichtig sind, dem Grunde nach ein Anspruch auf Asylbewerberleistungen, die auch eine medizinische Versorgung zumindest bei akuten Erkrankungen, Schmerzzuständen und zum Erhalt der Gesundheit notwendigen Leistungen umfassen. In der Praxis wird dieser Anspruch jedoch nicht bzw. vielfach verspätet geltend gemacht, da die Betroffenen befürchten, dass ihr unerlaubter Aufenthalt aufgedeckt und sie selbst abgeschoben werden, wenn sie entsprechende Anträge bei Trägern der Sozialhilfe stellen. Diese Befürchtung ist jedenfalls insoweit berechtigt, als die aufenthaltsrechtlichen Meldepflichten nach § 87 AufenthG auch Sozialämter als öffentliche Stellen treffen.

Folge ist, dass viele Krankheiten unentdeckt und unbehandelt bleiben oder verschleppt werden. Nicht selten verschlimmert sich dadurch die Erkrankung, was letztlich die gesundheitliche Bedrohung für den Erkrankten erheblich erhöht, die Behandlung verteuert und im Fall ansteckender Krankheiten auch ein erhebliches Infektionsrisiko für andere Menschen in ihrem Umfeld mit sich bringt.<sup>2</sup>

Wenden die Betroffenen sich an Ärzte, so kann zwar in vielen Fällen eine Therapie erreicht werden. Ungesichert ist aber häufig der Vergütungsanspruch des Arztes. Die Betroffenen müssen empfangene Leistungen entweder selbst zahlen oder auf Unterstützung Dritter zurückgreifen. Stehen beide Möglichkeiten nicht zur Verfügung, droht das Arzthonorar auszufallen. Zudem stellt sich für den behandelnden Arzt die Frage einer möglichen Strafbarkeit wegen Hilfeleistung zum unerlaubten Aufenthalt. Auch wenn diese Frage zu verneinen ist, solange im Rahmen der rechtlich festgelegten bzw. anerkannten berufsspezifischen Pflichten gehandelt wird,<sup>3</sup> schrecken beide Faktoren Ärzte tendenziell ab und verhindern so u. U. eine notwendige Behandlung.

### 4. Lösungskonzepte

Die Antragsbegründung nennt bereits einige der Konzepte, die zur Lösung des Problems vorgeschlagen wurden bzw. in der Praxis zum Einsatz kommen.

#### 4.1 Zivilgesellschaftliche Hilfsstrukturen

Ein erheblicher Teil der medizinischen Versorgung für Menschen ohne Papiere wird von zivilgesellschaftlichen Organisationen und den Ärzten und Krankenhäusern geleistet.

Die Büros der medizinischen Flüchtlingshilfe vermitteln Patienten in mehreren Bundesländern direkt an Ärzte und Kliniken, die dann gegen geringes oder kein Entgelt die Behandlung übernehmen. Dieser Lösungsansatz, der sich aus dem humanitären Engagement für die Betroffenen speist, ist in seinen Möglichkeiten i. d. R. beschränkt. Gründe sind zum einen die begrenzte Zahl von Ärzten und Krankenhäusern, die sich für eine Kooperation zur Verfügung stellen. Zum anderen ist die Arbeit der Medibüros im wesentlichen spendenfinanziert, und die zur Verfügung stehenden Mittel reichen vielerorts nicht aus, um den Bedarf zu decken.<sup>4</sup> Es stellt sich zudem die Frage

---

<sup>1</sup> Vogel/Aßner, Umfang, Entwicklung und Struktur der irregulären Bevölkerung in Deutschland, Hamburg 2011, S. 47, zum Download unter [http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/EMN/emn-wp-41-expertise-de.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/EMN/emn-wp-41-expertise-de.pdf?__blob=publicationFile).

<sup>2</sup> Dr. med. Herbert Breker, Malteser Migranten Medizin Köln, anlässlich des Praktikergesprächs „Aktuelles zur Lebenslage von Menschen ohne Aufenthaltsrecht“, Berlin, 20.1.2010

<sup>3</sup> Vgl. insoweit die Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz (VwV-AufenthG), Ziff. Vor 95.1.4.

<sup>4</sup> „Medibüro vor der Pleite“, taz vom 2.8.2011, unter [www.taz.de](http://www.taz.de).

einer gerechten Lastenverteilung, wenn ein vergleichsweise kleiner Teil von Ärzten und Aktiven die Aufgabe übernimmt, stellvertretend für die gesamte Gesellschaft das Krankheitsrisiko von irregulären Migranten abzufangen.

Ebenfalls direkte Hilfe für die Betroffenen leisten die Einrichtungen der Malteser Migranten Medizin. In insgesamt elf deutschen Großstädten unterhalten die Malteser Anlaufstellen für Menschen ohne Krankenversicherung und/oder ohne gültigen Aufenthaltsstatus. Die Behandlung erfolgt hier nach Möglichkeit direkt vor Ort durch angestellte oder ehrenamtlich tätige Ärzte; auch diese Arbeit kann aber nur mithilfe von Spendenmitteln fortgeführt werden.

In ähnlicher Weise haben in den vergangenen Jahren an mehreren Orten auch Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe damit begonnen, medizinische Leistungen an Migranten ohne Aufenthaltsstatus zu erbringen.

#### **4.2 Notfallhilfe nach AsylbLG i. V. m. § 25 SGB XII**

So unersetzlich die Leistungen der vorstehend genannten Einrichtungen für die Betroffenen sind, ist aus der Sicht des Jesuiten-Flüchtlingsdienstes doch eine Integrierung statusloser Ausländer in die Regelversorgung entschieden vorzuziehen. Eine Teillösung zumindest für die Notfallbehandlung nach den Standards des Asylbewerberleistungsgesetzes – die ihrerseits berechtigte Kritik auf sich ziehen – hat insoweit die Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz (VwV-AufenthG) aus dem Herbst 2009 gebracht. Seinerzeit wurde klargestellt, dass die ärztliche Schweigepflicht sich über das Pflege- und Abrechnungspersonal der Praxis oder des Krankenhauses bis in die Sozialämter verlängert. Im Interesse einer Wahrung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient ist seitdem geklärt, dass die Sozialämter in dieser Konstellation nicht der aufenthaltsrechtlichen Meldepflicht gegenüber der Ausländerbehörde (§ 87 Abs. 2 AufenthG) unterliegen.<sup>5</sup> Indessen ist hier nur die Notfallbehandlung erfasst, die dadurch gekennzeichnet ist, dass der Arzt aufgrund des hippokratischen Eids verpflichtet ist, unmittelbar zu helfen, ohne dass er – wie im Regelfall – zunächst die Kostenübernahmefrage klären muss.

Die Neuregelung durch die VwV-AufenthG hat, soweit ersichtlich, noch zu keiner messbaren Entspannung geführt. Vielmehr hat das Problem sich nunmehr auf die Abrechnungsebene verlagert. Das Krankenhaus kann als Nothelfer i. R. d. § 25 SGB XII Ersatz seiner Aufwendungen vom zuständigen Träger der Sozialhilfe verlangen. Das Sozialamt hat auf einen entsprechenden Antrag hin aber u. a. zu prüfen, ob tatsächlich ein Anspruch nach Asylbewerberleistungsgesetz gegeben ist oder ein anderes Leistungssystem vorrangig ist bzw. es an der Bedürftigkeit fehlt. Im Rahmen dieser Prüfung verlangen die Ämter zur Übermittlung zahlreicher Informationen und Vorlage von Dokumenten, zum anderen gleichen sie vielerorts die erhaltenen Daten mit den Ausländerbehörden ab. Dies widerspricht dem verlängerten Geheimnisschutz und führt in der Praxis erneut dazu, dass die Betroffenen auf eine medizinische Versorgung verzichten. Dazu trägt auch bei, dass die Krankenhäuser die geforderten Daten z. B. in Berlin versuchen, mittels umfangreicher Fragebögen vor der Behandlung von den Patienten zu erheben. Das Ziel der VwV-AufenthG, medizinische Behandlung zumindest in Notfallsituationen zu ermöglichen, wird so verfehlt.

#### **4.3 Fondslösungen**

Nach ersten positiven Erfahrungen in München hat nunmehr auch Hamburg ein spezielles Modell zur medizinischen Versorgung erkrankter Menschen ohne Aufenthaltsstatus eingeführt, Berlin hat ähnliche Überlegungen zumindest in den Koalitionsvertrag zwischen SPD und CDU aufgenommen. Zentrales Element ist eine Clearingstelle, die in Abstimmung u. a. mit Ausländer- und Sozialbehörde sowie dem Gesundheitsamt klären soll, ob im Einzelfall eine Legalisierung des Aufenthalts in Frage kommt und damit eine Übernahme in die Versorgung nach Asylbewerberleistungsgesetz. Zu diesem Zweck können Fälle anonym mit den beteiligten Behörden erörtert werden. Für Einzelfälle, in denen dies ausscheidet, ist ein Fonds eingerichtet worden, aus dessen Mitteln ausnahmsweise Behandlungskosten übernommen werden können.

---

<sup>5</sup> VwV-AufenthG, Ziff. 88.2.4.0

#### 4.4 Anonymer Krankenschein

Unter anderem im Rahmen der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität in den Jahren 2006/07 wurde intensiv über das Konzept des sogenannten anonymen Krankenscheins bzw. der geschützten Vermittlung von Krankenscheinen diskutiert. Bei diesem Konzept soll eine Versorgung statusloser Migranten im normalen Gesundheitssystem dadurch erreicht werden, dass diesen durch eine nichtstaatliche Beratungsstelle oder eine ärztlich geleitete Stelle der örtlichen Verwaltung nach Prüfung der Leistungsvoraussetzungen entsprechend dem Asylbewerberleistungsgesetz Behandlungsscheine ausgestellt werden, die dann nach erfolgter Behandlung vom Arzt zur Abrechnung beim zuständigen Sozialhilfeträger eingereicht werden. Auf der ersten Stufe soll entweder die Nichtstaatlichkeit der Beratungsstelle oder die ärztliche Schweigepflicht, auf der letzten Stufe der verlängerte Geheimnisvorbehalt die Anonymität der Betroffenen schützen und diesen so die Furcht vor Aufdeckung ihres Status nehmen, damit Behandlungsmöglichkeiten tatsächlich in Anspruch genommen werden können.

Der vorliegende Antrag ergänzt diese Überlegungen um das Konzept von Clearingstellen, die neben der Ausstellung der Krankenscheine auch eine aufenthaltsrechtliche Beratung durchführen. Dabei sollen offenbar insbesondere auch Möglichkeiten der aufenthaltsrechtlichen Regularisierung erkundet werden.

#### 4.5 Private Krankenversicherung

Erörtert worden ist schließlich auch ein Zugang zur privaten Krankenversicherung zu moderaten Tarifen. Ein Ansatz zur Verwirklichung scheint hier aber nicht in Sicht.

### 5. Bewertung

#### 5.1 Menschenrechtliche Grundlagen

Das Recht eines jeden Menschen auf Gesundheit, unabhängig auch von seinem aufenthaltsrechtlichen Status im Aufenthaltsstaat, ist durch das Grundgesetz (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) ebenso verbürgt wie als Menschenrecht durch eine Reihe völkerrechtlicher Abkommen. Deutlich formuliert Art. 12 Abs. 1 des UN-Sozialpakts<sup>6</sup>:

*„Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn und sie erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.“*

Weitere Verbürgungen, teils zu Unterասpekten, enthalten auf menschenrechtlicher Ebene z. B. das UN-Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW)<sup>7</sup>, das Internationale Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von rassistischer Diskriminierung (CERD)<sup>8</sup> und das Übereinkommen über die Rechte des Kindes (CRC)<sup>9</sup>. Verankert ist das Recht auf Gesundheit auch in der Europäischen Sozialcharta<sup>10</sup> sowie in der Grundrechtscharta der Europäischen Union.<sup>11</sup>

Das Recht auf Gesundheit eröffnet einen Anspruch auf Zugang zur gesellschaftlichen Infrastruktur der Gesundheitsversorgung. Dem Umfang nach bietet es einen Schutz, der weit über die Notfallbehandlung hinaus reicht. Das Recht auf Gesundheit umfasst auch prophylaktische, diagnostische und therapeutische Maßnahmen der gesundheitlichen Versorgung.<sup>12</sup> Es beinhaltet außerdem das Recht auf einen diskriminierungsfreien Zugang zu den bestehenden medizinischen Einrichtungen und zu ärztlicher Betreuung für jeden Menschen innerhalb des Hoheitsgebiets eines Vertrags-

---

<sup>6</sup> Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, BGBl. 1973 II S. 1569.

<sup>7</sup> Art. 11 Abs. 1 lit. f, Art. 12; Fundstelle: BgBl. 1985 II S. 648.

<sup>8</sup> Art. 5 lit. e; Fundstelle: BGBl. 1969 II S. 961.

<sup>9</sup> Art. 24.

<sup>10</sup> Art. 11.

<sup>11</sup> Art. 35.

<sup>12</sup> Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (2000), General Comment zum UN-Sozialpakt Nr. 14, Ziff. 11, 33 ff.

staats.<sup>13</sup> Die staatliche Verantwortung beinhaltet nicht allein, dass der Zugang rein rechtlich gesehen zugesprochen wird, sondern der Zugang muss auch *faktisch* gewährleistet sein.<sup>14</sup> Faktische Gewährleistung bedeutet, dass der Staat Verantwortung für die Bedingungen der Inanspruchnahme des Rechts auf Gesundheit trägt. Schafft er Bedingungen, die in Bezug auf einzelne Gruppen dazu führen, dass beispielsweise ein Aufsuchen von medizinischen Einrichtungen frei von Furcht nicht möglich ist, ist dies menschenrechtlich problematisch.<sup>15</sup>

Vor dem Hintergrund der menschenrechtlichen und grundgesetzlichen Schutzpflichten für die Gesundheit eines jeden Menschen und aus der Erfahrung der direkten Begegnung mit Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus heraus begrüßt der Jesuiten-Flüchtlingsdienst jede Anstrengung, die gesundheitliche Versorgung von Migranten ohne Papiere zu verbessern.

## 5.2 Einbeziehung in die bestehenden Systeme

Es ist Aufgabe der gesetzgebenden Gewalt in Bund und Ländern, politische Lösungen zu finden, die dem Kern der Menschenrechte auch dann angemessen Rechnung tragen, wenn gleichzeitig die Bestimmungen des Zuwanderungsrechts eingehalten werden sollen. Das in Europa einmalige System der aufenthaltsrechtlichen Meldepflichten verfehlt offensichtlich das erklärte Ziel der Migrationskontrolle, da die Betroffenen konsequent jeden Behördenkontakt vermeiden und ungeachtet der zum Teil lebensbedrohlichen Konsequenzen auf medizinische Versorgung verzichten. Der Staat kann aber in einem so grundlegenden Bereich wie der medizinischen Versorgung kaum ein Interesse daran haben, Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität unversorgt zu lassen.<sup>16</sup>

Noch vor der Favorisierung eines der oben genannten Modelle zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne Papiere würde der Jesuiten-Flüchtlingsdienst Deutschland daher befürworten, die Betroffenen vollständig in bestehende Modelle der Gesundheitsversorgung einzubeziehen. Für Ausländer, die über keinen aufenthaltsrechtlichen Status verfügen und daher ausreisepflichtig sind, ist dies derzeit das Asylbewerberleistungsgesetz. Ungeachtet der berechtigten Kritik an den unzureichenden Standards dieses Gesetzes, gerade auch im Bereich der Gesundheitsleistungen, ist festzustellen, dass noch nicht einmal die Einbeziehung von irregulär in Deutschland aufhältigen Personen in dieses Leistungssystem gelungen ist. Haupthindernis sind nach wie vor die Meldepflichten des Aufenthaltsgesetzes (§ 87 Abs. 2 AufenthG), aber auch Übermittlungsvorschriften anderer Gesetze (vgl. etwa § 11 Abs. 3 AsylbLG), die den betroffenen Personenkreis davon abhalten, seine an sich geregelten Ansprüche wahrzunehmen. Die Betonung des verlängerten Geheimnisschutzes jedenfalls für Nothilfekonstellationen durch die Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz von 2009 hat hier zwar eine teilweise Verbesserung gebracht, es zeigt sich aber, dass die Übermittlungsproblematik damit in vielen Fällen lediglich in den Bereich der Abrechnung verlagert und die faktische Zugangsbeschränkung aufrechterhalten wurde.

Vorrangig sollte daher angestrebt werden, die aufenthaltsrechtlichen Meldepflichten als unwirksames Instrument der Migrationskontrolle gänzlich zu streichen bzw. jedenfalls auf die Sicherheits- und Ordnungsbehörden zu begrenzen.<sup>17</sup> Zugleich sollten Datenabgleichs- und Übermittlungspflichten so ausgestaltet werden, dass Vertraulichkeit bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gewährleistet bleibt.<sup>18</sup> Die Erfahrung etwa aus Spanien zeigt, dass bei einer graduellen

---

<sup>13</sup> a. a. O., Ziff. 12.

<sup>14</sup> a. a. O., Ziff. 12, 43 (a).

<sup>15</sup> a. a. O., Ziff. 12 (d); im Ganzen wie vorstehend: Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland – Ihr Recht auf Gesundheit. Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität, hg. durch das Deutsche Institut für Menschenrechte, Berlin November 2007, S. 20.

<sup>16</sup> Wie hier: Katholisches Forum „Leben in der Illegalität“, Stellungnahme zum Prüfbericht des Bundesinnenministeriums zum Prüfauftrag „Illegalität“, Berlin 2007, S. 8, zum Download unter <http://forum-illegalitaet.de/mediapool/99/993476/data/StellungnahmeBMI-Bericht-Forum.pdf>.

<sup>17</sup> Vgl. den entsprechenden Antrag der SPD-Bundestagsfraktion, BT-Drs. 17/56.

<sup>18</sup> Zu einem Überblick weiterer Übermittlungsvorschriften siehe Gerdsmeyer, „Gesundheitsversorgung statusloser Ausländer“, in: Barwig u. a. (Hrsg.), Hohenheimer Tage zum Ausländerrecht 2010, 163 ff.

Rücknahme der Kontrolldichte gegen irreguläre Migration nicht nur die Gesundheitsfürsorge erleichtert wird, sondern auch Wege zu einer sog. „earned legalisation“ eröffnet werden.<sup>19</sup>

### 5.3 Sonderregelungen als Übergangslösung

Andere Modelle setzen den Aufbau paralleler Strukturen zur Regelversorgung voraus, die nicht zuletzt zusätzliche Kosten verursachen und den Betroffenen in ihrer Arbeitsweise erst verdeutlicht werden müssen. Andererseits spricht der Umstand, dass über das reguläre System derzeit nur eine Notfallversorgung realisiert werden kann, wie auch das ungelöste Problem der Kostenübernahme für geleistete Nothilfe zumindest im jetzigen Zeitpunkt dafür, auch alternative Modelle zu erwägen und mindestens als Übergangslösung zu erproben. Entscheidend ist letztlich die effektive Gewährleistung der Gesundheitsversorgung.

Insoweit begrüßt der Jesuiten-Flüchtlingsdienst Deutschland auch den Vorschlag, ein System der geschützten Vermittlung von Krankenscheinen zu erproben. In die Beratung sollte dabei unbedingt das zuständige Innenressort frühzeitig eingebunden werden. Die praktische Erfahrung aus Berlin, wo ein solches Modell in den Jahren 2009/10 intensiv diskutiert wurde, zeigt, dass entsprechende Lösungsansätze ansonsten am unterschiedlichen Rechtsverständnis der Gesundheits- und Innenverwaltung zu scheitern drohen.

### 5.4 Kritik am anonymen Krankenschein

Jedes Modell einer gesundheitlichen Versorgung von irregulären Migranten hat in der Vergangenheit auch Kritik auf sich gezogen. Speziell dem Modell eines anonymisierten Krankenscheins ist u. a. entgegengehalten worden, es biete keine Anreize, die aufenthaltsrechtliche Illegalität zu verlassen und verursache zusätzliche Kosten durch den Aufbau doppelter Strukturen. Ferner sei die Widerspruchsfreiheit der Rechtsordnung nicht mehr gewährleistet, wenn der Staat an sich ausreisepflichtigen Ausländern gegenüber auf die Durchsetzung der Ausreisepflicht verzichte und ihnen zudem noch Leistungen gewähre.

Dazu ist aus der Sicht des Jesuiten-Flüchtlingsdienstes anzumerken:

- Der Einwand, eine geschützte Vermittlung von Krankenscheinen verringere oder beseitige den Anreiz, die aufenthaltsrechtliche Illegalität zu verlassen, verkennt, dass die irreguläre Lebenssituation für die Betroffenen oft hochgradig belastend ist. Insofern liegt das Problem weniger beim fehlenden Anreiz für ein Verlassen der Illegalität als bei mangelnden Informationen über die Möglichkeit dazu. Die im Antrag vorgesehenen Clearingstellen sind ein niedrigschwelliges Angebot, durch das auch im Kontext der Vergabe eines anonymen Krankenscheins irreguläre Aufenthaltskarrieren regularisiert werden könnten. Die Erfahrung, die z. B. im Rahmen des sog. „Münchner Modells“ mit der Tätigkeit der Clearingstelle gemacht wird, zeigt, dass die hier angelegten Möglichkeiten in einer großen Zahl der Fälle genutzt wird.
- Der Einwand höherer Kosten durch doppelte Strukturen ist zwar nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen. Eine isolierte Betrachtung nur der Kosten für die Ausgabe anonymen Krankenscheine geht aber fehl. Mindestens müssen diese abgewogen werden gegen die Kosten, die das derzeitige System verursacht. Hier ist insbesondere an die – im Einzelfall potentiell dramatisch – höheren Behandlungskosten zu denken, die durch die Verzögerung von notwendiger gesundheitlicher Versorgung und Verschleppung von Erkrankungen entsteht, vom Risiko einer Verbreitung von Infektionskrankheiten zu schweigen.
- Der Einwand, die Widerspruchsfreiheit der Rechtsordnung sei gefährdet, geht von dem fragwürdigen Postulat aus, dass die Durchsetzung ordnungsrechtlicher Regeln Vorrang vor

---

<sup>19</sup> In Spanien können nach Auskunft unserer dortigen Partnerorganisation CeiMigra irreguläre Migranten sich weiterhin in fast allen Kommunen anmelden, eine Wohnung beziehen, eine Arbeit aufnehmen und eine Krankenversicherung haben sowie bestimmte Dienstleistungen der lokalen Verwaltung in Anspruch nehmen. Kann ein Aufenthalt einer bestimmten Dauer sowie Sicherung des Lebensunterhalts nachgewiesen werden, besteht die Möglichkeit, eine Aufenthaltserlaubnis zu erwerben.

allen anderen rechtlichen Verpflichtungen des Staates und seiner Untergliederungen habe. Tatsächlich besteht aber gerade im Bereich der medizinischen Versorgung statusloser Migranten eine Wechselbeziehung zwischen Ordnungspolitik und Menschenrechten. Denn Ordnungspolitik ist ohne die Sicherung menschenrechtlicher Gewährleistungen nicht denkbar, geschweige denn kann sie menschenrechtliche Vorgaben außer Acht lassen. Aus dem Anwendungsvorrang der Menschenrechte gegenüber dem meist einfachgesetzlichen oder untergesetzlichen Ordnungsrecht<sup>20</sup> ergibt sich zudem, dass Ordnungspolitik und Ordnungsrecht nicht unabhängig von menschenrechtlichen Vorgaben gedacht und umgesetzt werden können, ohne an Legitimität einzubüßen. Ziel und Aufgabe jeder Ordnungspolitik ist daher letztlich gerade die praktische Gewährleistung menschenrechtlicher Verbürgungen.<sup>21</sup> Der behauptete Widerspruch entpuppt sich bei näherem Hinsehen somit als Notwendigkeit, eine Konkordanz zwischen beiden Regelungsbereichen herzustellen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass zur Kenntnis des Jesuiten-Flüchtlingsdienstes kein anderer europäischer Staat es für notwendig hält, zur Aufrechterhaltung staatlicher Migrationskontrolle Übermittlungspflichten zu etablieren, die letztlich die medizinische Versorgung von irregulären Migranten verhindern. Ebenso wenig dürfte ein an den Menschenrechten ausgerichtetes, ausgeglichenes Verständnis von Ordnungsrecht und sozialen Leistungsrechten einem Modell der geschützten Ausgabe von Krankenscheinen entgegenstehen.



Heiko Habbe  
Policy Officer

---

<sup>20</sup> Menschenrechtliche Verträge gelten zwar im Rang eines einfachen Bundesgesetzes (arg. ex Art. 59 Abs. 2 GG, vgl. BVerfGE 74, 358). Das Bundesverfassungsgericht hat aber wiederholt betont, dass die deutsche Rechtsordnung völkerrechtsfreundlich auszulegen ist (vgl. BVerfGE 112, 24), d. h. im Zweifel der menschenrechtlichen Verbürgung der Vorrang gebührt.

<sup>21</sup> Wie hier Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität (o. Fn. 15), S. 31f.