



**Medizinische Versorgung von Migranten ohne Krankenversicherung
im Ruhrgebiet
- Die Rolle der öffentlichen und zivilen Akteure -**

Seminararbeit

vorgelegt der Fakultät Wirtschaftswissenschaften,
Lehrstuhl Medizinmanagement
der Universität Duisburg-Essen

in Kooperation mit Medinetz-Essen e.V.

Julia Loth
Astrid Hauptig
Alexandra Piotrowski
Hannah Beyer
Theresa Vogelsang

Essen, Oktober 2012

Vorwort

Anfang 2009 wurde Medinetz Essen e.V. von sozial engagierten Medizinstudenten, Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten gegründet. Seitdem werden Illegale und seit neuerem auch teilweise mittellose EU-Bürger an ÄrztInnen vermittelt, die diese kostenlos oder kostengünstig behandeln. Zunächst war die Anzahl der Klienten moderat und konnte gut durch ein ehrenamtlich arbeitendes Team aktiver Mitglieder bewältigt werden. Seit den letzten Jahren sehen wir uns jedoch mit stark steigenden und immer komplexer werdenden Fällen konfrontiert; immer häufiger treten auch soziale oder arbeitsrechtliche Fragen in den Vordergrund. Dies war nur durch eine stetige Professionalisierung unserer Arbeit möglich.

Bisher war die medizinische Situation von Menschen ohne Papieren selten Gegenstand wissenschaftlicher Betrachtung. Dank einer engen Kooperation mit der Universität Duisburg-Essen wurde im Rahmen einer Seminararbeit des Lehrstuhls für Medizinmanagement zum ersten mal die Organisation von medizinischer Versorgung dieser Menschen im Ruhrgebiet Thema. Gleichzeitig bietet diese Arbeit erstmalig eine differenzierte Kostenkalkulation. Diese könnte im Rahmen der projektierten humanitären Sprechstunde als Grundlage für die politische Umsetzung dienen.

Wir bedanken uns herzlich für die Erstellung dieser sehr differenzierten Arbeit bei UniAktiv e.V, dem Lehrstuhl für Medizinmanagement namentlich Frau Biermann, Frau Mostard, Herrn Prof. Dr. Wasem und den Autorinnen dieser Studie, Frau Loth, Frau Hauptig, Frau Beyer, Frau Vogelsand und Frau Piotrowski.

Frank Müller und Dr. Anne Sprünken für Medinetz Essen e.V.

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	V
TABELLENVERZEICHNIS	VI
ABKÜRZUNGS- / AKRONYMVERZEICHNIS	VII
1. EINLEITUNG	1
2. BEGRIFFSABGRENZUNG (LOTH).....	2
2.1. AUFENTHALTSRECHTLICHE (IL-)LEGALITÄT	2
2.2. MENSCHEN „OHNE PAPIERE“	4
2.3. BÜRGER AUS DER EUROPÄISCHEN UNION OHNE KRANKENVERSICHERUNG.....	5
3. MIGRATION NACH DEUTSCHLAND	5
3.1. ARBEITSMARKT	7
3.2. BILDUNG	8
3.3. FAMILIÄRE ZUSAMMENFÜHRUNG	9
3.4. FLÜCHTLINGE.....	10
4. ALLGEMEINE PROBLEMATIK BEIM ZUGANG ZU MEDIZINSCHEN LEISTUNGEN	10
4.1. MIGRANTEN MIT ILLEGALEM AUFENTHALTSSTATUS	11
4.2. MELDEPFLICHT VS. SCHWEIGEPFLICHT	13
4.3. UNIONSBÜRGER	15
4.4. ZUSTÄNDIGE BEHÖRDEN	17
4.5. MEDIZINISCHE DIENSTLEISTER.....	18
4.6. WIRTSCHAFTLICHER ASPEKT	19
5. RECHTLICHE ASPEKTE DER GESUNDHEITSVERSORGUNG DER MIGRANTEN MIT ILLEGALEM AUFENTHALTSSTATUS (HAUPTIG).....	20
5.1. GESUNDHEITSPROBLEME IRREGULÄRER MIGRANTEN	20
5.2. RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG	21
5.3. RECHTSANSPRUCH NACH DEM ASYLBEWERBERLEISTUNGSGESETZ	23
5.4. AUSGEWÄHLTE PROBLEMFELDER DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG.....	24
5.4.1. <i>Schwangerschaft, Geburt und Pädiatrie</i>	25
5.4.1.1. Legalisierung des Aufenthaltes	27
5.4.1.2. Ausstellung der Geburtsurkunde	28
5.4.1.3. Versorgung von Kindern und Jugendlichen.....	28
5.4.2. Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung.....	29
5.4.3. Opferentschädigung.....	30
5.4.4. <i>Umgang mit meldepflichtigen Erkrankungen und sonstigen Infektionen</i>	31
5.4.5. <i>Psychische Gesundheit</i>	32

6. AKTEURE IM RUHRGEBIET (PIOTROWSKI)	35
6.1. METHODIK.....	35
6.2. INTERVIEWERGEBNISSE	36
6.2.1. <i>Gesundheitsamt Essen</i>	36
6.2.2. <i>Sozialdienst afrikanischer Migranten SAM</i>	39
6.2.3. <i>Luthers Waschsalon der Diakonie Mark-Ruhr</i>	41
6.2.4. <i>Medinetz Essen e.V.</i>	45
7. NATIONALE LÖSUNGSANSÄTZE ZUR MEDIZINISCHEN VERSORGUNG VON PAPIERLOSEN UND DARAUS RESULTIERENDE PERSPEKTIVEN FÜR DIE METROPOLREGION RUHR (BEYER).....	48
7.1. MODELLPROJEKTE INNERHALB DEUTSCHLANDS.....	49
7.1.1. <i>Die Humanitäre Sprechstunde</i>	49
7.1.2. <i>Der Anonyme Krankenschein</i>	52
7.1.3. <i>Das Münchener Modell</i>	55
7.1.3.1. <i>Stelle für interkulturelle Arbeit, Sozialreferat</i>	57
7.1.3.2. <i>Ausländerbehörde</i>	58
7.1.3.3. <i>Ärzte der Welt / Café 104</i>	58
7.2. VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE METROPOLREGION RUHR.....	60
7.2.1. <i>Politische/ städtische Entwicklungen</i>	60
7.2.2. <i>Öffentlichkeitsarbeit</i>	62
7.2.3. <i>Vernetzung</i>	63
7.2.4. <i>Wissenschaftliche Studien</i>	64
7.3. ÜBERTRAGUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR DIE METROPOLREGION RUHR	65
8. FINANZIERUNG: KOSTENKALKULATION AM BEISPIEL DES MODELLPROJEKTES „ANONYMER KRANKENSCHIN“ (VOGELSSANG).....	68
8.1. PROBLEMSTELLUNG: TAXIEREN DER BEHANDLUNGSKOSTEN	69
8.1.1. <i>Zahl Bedürftige und ihre Kosten</i>	70
8.1.2. <i>Personal- und Sachkosten</i>	73
8.2. AUSGABEN FÜR MEDIZINISCHE LEISTUNG NACH §§ 4,6 UND 2 ASYLBLG.....	75
8.3. VERGLEICH DER KOSTENKALKULATION DES ANONYMEN KRANKENSCHIN MIT DEN LEISTUNGS-AUSGABEN NACH ASYLBLG	79
8.4. SCHÄTZUNG/ BERECHNUNG DER BEHANDLUNGSKOSTEN PRO FALL AM KONKRETEN BEISPIEL MEDINETZ ESSEN E.V.	80
9. DISKUSSION UND FAZIT	85
LITERATURVERZEICHNIS	91
RECHTSNORMENVERZEICHNIS	98
ANHANG.....	99

Abbildungsverzeichnis

<i>Abb.1:</i> BEVÖLKERUNG IN NORDRHEIN-WESTFALEN 2009 NACH MIGRATIONSSTATUS	7
<i>Abb. 2:</i> VERTEILUNG DER KLIENTEN VON LUTHERS WASCHSALON NACH STAATSANGEHÖRIGKEIT (OHNE ZAHNMEDIZIN)	43
<i>Abb. 3:</i> VERTEILUNG DER KLIENTEN VON LUTHERS WASCHSALON NACH ERKRANKUNGEN	43
(OHNE ZAHNMEDIZIN)	43
<i>Abb.4:</i> INTERNATIONALE HUMANITÄRE SPRECHSTUNDE.....	51
<i>Abb. 5:</i> HERKUNFTSLÄNDER DER FÄLLE.....	81
<i>Abb. 6:</i> ALTERSSTRUKTUR DER FÄLLE	82
<i>Abb.7:</i> GESCHLECHTERVERTEILUNG DER FÄLLE.....	82
<i>Abb.8:</i> ANZAHL DER ÜBERWEISUNG NACH FACHRICHTUNG DER FÄLLE.....	83
<i>Abb. 9:</i> KOSTENVERTEILUNG IN % ENTSPRECHEND DER BEREICHE	85

Tabellenverzeichnis

TAB. 1: AUFGABEN UND AKTEURE DES MÜNCHENER MODELLS	58
TAB. 2: AUSGABEN NACH ASYLBLG FÜR NRW 2011	78

Abkürzungs- / Akronymverzeichnis

bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
e.V.	eingetragener Verein
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
f.	folgende
ff.	fortfolgende
ggf.	gegebenenfalls
Hrsg.	Herausgeber
i.H.v.	in Höhe von
KRK	Kinderrechtskonvention
MMM	Malteser Migranten Medizin
NRW	Nordrhein-Westfalen
o. J.	ohne Jahr
o. O.	ohne Ort
o. V.	ohne Verfasser
RAA	Regionale Arbeitsstellen zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus Zuwandererfamilien
S.	Seite
s.	siehe
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
UN	Union
USA	United States of America
Vgl.	Vergleiche
z. B.	Zum Beispiel

1. Einleitung

Durch weltweite Migrationsprozesse leben in Deutschland zahlreiche Bürger anderer Staaten, darunter auch Menschen, die keinen oder einen nur unzureichenden Krankenversicherungsschutz besitzen. In einem Ballungsgebiet wie dem Ruhrgebiet ist der Anteil genannter Personengruppen vergleichsweise hoch, wodurch sich auch die Problematik der gesundheitlichen Versorgung verdichtet. Erkrankten diese Menschen, fehlt ihnen ein gesicherter Zugang zum deutschen Gesundheitssystem.

Der Staat verpflichtet sich durch das Grundgesetz, alle Menschen nach Artikel 1 gleich und würdevoll zu behandeln: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlicher Gewalt.“ Darüber hinaus wird in Artikel 2 ausnahmslos allen Menschen „das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ zugesprochen. Somit steht grundsätzlich jedem Menschen, der in Deutschland lebt, unabhängig seines Aufenthaltsstatus, ein Recht auf medizinische Versorgung zu. Auch die Ärzteschaft bindet sich bei ihrer Vereidigung an das Versprechen, sich nicht durch „Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung¹“ beeinflussen zu lassen.

Somit basiert sowohl die Gesetzesschrift als auch das Leitmotiv des ärztlichen Standes auf einer Gleichbehandlung aller Menschen und einer Verpflichtung zur Fürsorge ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit. Faktisch sehen sich Menschen ohne Krankenversicherung jedoch mit Hürden konfrontiert, die ein unüberwindbares Ausmaß annehmen können und ihnen den Zugang zu medizinischer Versorgung erschweren oder sogar gänzlich verwehren.

In den folgenden Kapiteln wird zunächst erklärt, welches diese Hürden sind, worin sie begründet liegen und welche speziellen Problemstellungen sich bei einigen Erkrankungsgruppen ergeben. Darauf basierend werden migran-

¹ Weltärztebund (1994)

tenspezifische Angebote im Ruhrgebiet vorgestellt und ihre individuellen Schwierigkeiten im Umgang mit Versicherungslosen aufgezeigt. Anschließend werden ausgesuchte deutschlandweite Modellprojekte zur medizinischen Behandlung dieser Menschen beschrieben und ihre Übertragbarkeit auf das Ruhrgebiet untersucht. Zur Konkretisierung der Kosten für diese Behandlung wird ein Kostenmodell am Beispiel von Medinetz Essen aufgestellt, welches die Kosten aufzeigt, die bei der Einführung eines anonymen Krankenscheines im Ruhrgebiet entstanden.

2. Begriffsabgrenzung

In dieser Arbeit steht die medizinische Versorgung von illegalen Migranten und EU-Bürgern ohne Krankenversicherung im Fokus. Im weiteren Verlauf wird der Begriff „Illegale“ synonym für Ausländer ohne aufenthaltsrechtlichen legalen Status verwendet. Unter „Migranten“ zählen alle, die entweder selbst oder deren Eltern beziehungsweise Großeltern nach Deutschland zugewandert sind, mit oder ohne aktuellen deutschen Pass. Als „Ausländer“ werden hingegen nur diejenigen betrachtet, die bis zum heutigen Tag keine deutsche Staatsbürgerschaft haben.

Zum Verständnis soll zunächst der Begriff des legalen bzw. illegalen Aufenthaltes erläutert und anschließend die beiden betrachteten Personengruppen der Illegalen und der Unionsbürger definiert werden. Dies ist notwendig, da diesen verschiedene Rechtsbedingungen zu Grunde liegen und somit sehr unterschiedliche Konsequenzen resultieren. Diese Arbeit soll aufzeigen, ob und wie der Zugang zur medizinischen Versorgung für die Betroffenen vorhanden ist bzw. weiter gestaltet werden kann. Zusätzlich muss beachtet werden, welche rechtlichen und wirtschaftlichen Konsequenzen das deutsche System für diese Art von Versorgung vorsieht.

2.1. Aufenthaltsrechtliche (Il-)Legalität

Der Begriff der aufenthaltsrechtlichen Illegalität ist sowohl auf nationaler als auch internationaler Ebene nicht eindeutig bestimmt. Definiert ist nur der legale und damit rechtmäßige Aufenthalt. Das Bundesministerium unterscheidet

det hierbei zwischen Menschen ohne gültige Papiere, also denjenigen, die gegen das Ausländergesetz verstoßen, da sie sich unerlaubt in Deutschland befinden und Personen, die trotz unerlaubtem Aufenthalt geduldet werden oder eine Grenzübertrittsbescheinigung erhalten haben. Diese erhalten auch EU-Bürger. Deren Aufenthalt ist den Behörden in der Regel bekannt. Eine solche Grenzübertrittsbescheinigung ist eine von der Ausländerbehörde an einen ausreisepflichtigen Ausländer ausgestellte Bescheinigung, auf der vermerkt wird, wann der Ausreisepflichtige spätestens Deutschland verlassen haben muss. Die Bescheinigung muss persönlich bei der Grenzüberschreitung an der Grenzkontrollstelle, z.B. am Flughafen, abgegeben werden, die diese dann mit einem Ausreisedatum versieht und an die zuständige Ausländerbehörde zurücksendet. Es dient somit als Nachweis über die Ausreise aus dem Bundesgebiet.²

Es muss jedoch noch genauer unterschieden werden zwischen Personen, die nicht rechtmäßig oder die illegal in Deutschland sind, da es hier einen entscheidenden Unterschied gibt. Ein nicht rechtmäßiger Aufenthalt in Deutschland liegt nach Ausländerrecht dann vor, wenn der Ausländer die „erforderliche Aufenthaltsgenehmigung nicht oder nicht mehr besitzt.“³ Wann genau aus einer unerlaubten Migration ein illegaler Aufenthalt/Status wird, ergibt sich vorwiegend aus dem Aufenthaltsgesetz. Je nach Fallschwere kann dieser als Straftat betrachtet werden, wenn es zu einer Anzeige kommt. Demnach ist eine Einreise von ausländischen Staatsangehörigen dann legal, wenn ein anerkannter und/oder gültiger Pass, ein Passersatz, oder eine Befreiung von dieser Rechtsverordnung vorliegt. Zudem muss ein Aufenthaltstitel, der als Visum, Niederlassungserlaubnis oder Aufenthaltserlaubnis fungiert oder eine Arbeitserlaubnis des zuständigen Arbeitsamtes vorliegen. Außerdem sind diese Personen den Behörden in der Regel bekannt.⁴

Das statistische Bundesamt bezifferte die Zahl der Ausländer in Deutschland auf insgesamt ca. 6,9 Millionen. Davon fallen etwa 1,7 Millionen unter das

² Vgl. Heuer (2009), S. 8.

³ Cyrus (2003), S.11.

⁴ Vgl. Heuer (2009), S. 8 ff.

„EU-Recht, oder den EU-Aufenthaltstitel/ Freizügigkeitsbescheinigung“⁵, 87.839 unter die Duldung und 608.547 haben keinen Aufenthaltstitel, keine Duldung oder Gestattung. Dabei ist zu beachten, dass in dieser Statistik nur diejenigen aufgeführt wurden, die von Behörden erfasst wurden.⁶

2.2. Menschen „ohne Papiere“

Zu Menschen „ohne Papiere“ zählen Personen, die sich nicht rechtmäßig in Deutschland aufhalten oder illegal eingereist sind. Diese Menschen gelten nach § 1a AsylbLG als „vollziehbar ausreisepflichtig“. Darunter befinden sich auch Flüchtlinge aus Kriegsgebieten, deren Duldungsfrist, Visum oder Aufenthaltserlaubnis abgelaufen oder im Zuge ihres Aufenthalts ungültig geworden ist. Das kann dann der Fall sein, wenn nach Ansicht der zuständigen Behörden sowohl die politische als auch wirtschaftliche Gefahrenlage soweit entschärft ist, so dass diese Menschen zurück in ihr Heimatland reisen können. Somit resultiert der illegale Aufenthalt der Migranten nicht aus einem unerlaubten Grenzübertritt, sondern aus dem Ablauf ihres gültigen Aufenthaltsstatus während ihres Aufenthaltes. Die Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus haben nicht die Möglichkeit, für sich und ihre Angehörigen eine Krankenversicherung abzuschließen, da sie dadurch ihren Aufenthalt offenbaren müssten. Grundsätzlich gilt seit 1993 das Asylbewerberleistungsgesetz, nach dem alle Asylsuchende und Asylanten, auch illegale Migranten, bei gesundheitlichen Problemen Leistungen in folgenden Fällen erhalten:⁷

- Akute Erkrankungen
- Schmerzzustände
- Schwangerschaften
- Schutzimpfungen
- Bestimmte Präventionen
- Einzelleistungen für Kinder zur gesundheitlichen Sicherung

Da man bei der Inanspruchnahme der Leistungen stets befürchten muss, seinen illegalen Aufenthaltsstatus preiszugeben, werden diese rechtlich zu-

⁵ Statistisches Bundesamt (2012).

⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (2012).

⁷ Vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte (2008), S. 14.

gesicherten Leistungen kaum genutzt. Konsequenzen, die bei der Aufdeckung des illegalen Aufenthalts drohen können, sind u.a. Abschiebung mit nachfolgender Einreiseverweigerung, die Ausweisung, oder eine Verhaftung.⁸

Die polizeiliche Kriminalstatistik beziffert die Zahl der Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus auf ca. 140.000 bis 340.000 in Deutschland. Hierunter fallen jedoch lediglich diejenigen, die bei Grenzkontrollen und polizeilichen Aufgriffen erfasst worden sind. Die Dunkelziffer der Unentdeckten Illegalen wird auf bis zu einer Million in Deutschland geschätzt. Dies entspricht einem Gesamtbevölkerungsanteil in Deutschland von etwa 8,1 %.⁹

2.3. Bürger aus der Europäischen Union ohne Krankenversicherung

Unionsbürger genießen in ganz Deutschland ein Reise- und Arbeitsfreizügigkeitsrecht. Damit dürfen sie mit einem gültigen Personalausweis oder Reisepass legal einreisen und sich hier bis zu drei Monaten aufhalten. Bei der Freizügigkeitsbescheinigung handelt es sich um eine amtliche Bestätigung für Unionsbürger sowohl über die europaweite Aufenthaltsberechtigung als auch das Recht darüber, einer entgeltlichen Tätigkeit nachzugehen. Sie dient nicht als Aufenthaltstitel, hat jedoch eine Ausweisfunktion. Soll der Aufenthalt über drei Monate hinausgehen, müssen EU-Bürger entweder einer Einwohnermeldebehörde gemeldet sein, einer legalen Beschäftigung in einem Mitgliedsland nachgehen oder eine Arbeitsgenehmigung besitzen. Das bedeutet, dass sie ohne Angst vor einer etwaigen Abschiebung die rechtlich zugesicherte medizinische Versorgung in Anspruch nehmen können. Auf die genauen Zahlen der in Deutschland lebenden Unionsbürger wird im Folgenden näher eingegangen.¹⁰

3. Migration nach Deutschland

In diesem Kapitel soll zunächst auf Migrationsgründe eingegangen werden,

⁸ Vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte (2008), S. 14 f.

⁹ Vgl. Heuer (2009) S.4.

¹⁰ Vgl. Sächsisches Staatsministerium des Innern (2012).

die ausschlaggebend für die (il-)legale Einreise nach Deutschland sein können. Anhand dieser Gründe wird die Motivation für die Einreise von Papierlosen und EU-Bürgern ohne Krankenversicherung trotz der problematischen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ersichtlich.

Unter dem Begriff der Migration versteht man die Veränderung des sozialen, wie auch räumlichen Lebensmittelpunkts von Individuen oder Personengruppen. Auch die transnationale Migration, also die Migration über die Grenzen der Nationalstaaten hinaus, ist darunter zu verstehen.¹¹ Hierzu kann es aufgrund unterschiedlicher komplexer Ursachen kommen. Menschen verschiedenen Alters und Herkunftslandes kommen nach Deutschland auf der Suche nach finanziellem, wirtschaftlichem und sozialem Aufstieg und zur Sicherung ihres unversehrten Lebens. Zu den Betroffenen gehören überwiegend Arbeitsmigranten, Studenten, (Kriegs-) Flüchtlinge, Familienangehörige von bereits Immigrierten, Au-Pairs, oder auch Personen aus dem Prostitutionsgewerbe.¹²

Nach Angaben des statistischen Bundesamtes lebten im Jahr 2010 etwa 15,7 Millionen Zugewanderte in Deutschland, von denen etwa jeder fünfte hier geboren wurde. Das entspricht einem Gesamtbevölkerungsanteil von rund 19,3 %. Etwa 7,1 Millionen Migranten besaßen 2010 keinen deutschen Pass. Diese Zahl lässt sich vor allem durch die Zeit der massiven Immigrationswelle in den 1950er und 1960er Jahren erklären. Aufgrund der damaligen günstigen Wirtschaftsentwicklung in der Bundesrepublik wurden Gastarbeiter vorwiegend aus südlichen Ländern angeworben, um in Deutschland zu arbeiten. Nach dem Anwerbestopp von Gastarbeitern im Jahr 1973 ging die Zahl der Immigranten jedoch deutlich zurück.¹³

In NRW betrug die Gesamtbevölkerung im Jahr 2011 etwa 17,8 Millionen Menschen. Hiervon besitzen 4,1 Millionen einen Migrationshintergrund. Das entspricht einem Anteil von 22,9% an der Landesbevölkerung NRWs. Zu den 4,1 Millionen Menschen zählen sowohl die 1,9 Millionen Ausländer als auch

¹¹ Vgl. Geis (2009), S. 7.

¹² Vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte (2008), S. 13.

¹³ Vgl. Statistisches Bundesamt (2011b).

die 2,3 Millionen Menschen, die einen deutschen Pass haben, aber seit 1950 zugezogen sind. Die Verteilung der Migranten in NRW soll anhand der Abb. 1 verdeutlicht werden.¹⁴

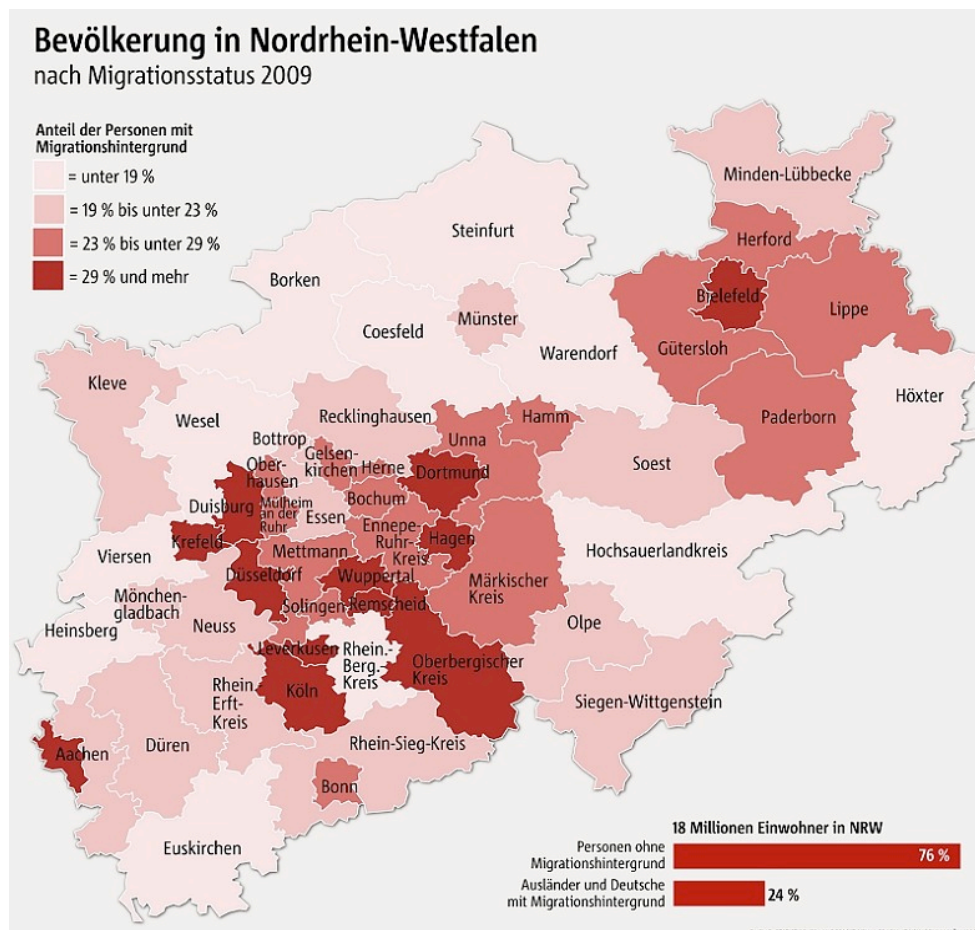


ABB.1: BEVÖLKERUNG IN NORDRHEIN-WESTFALEN 2009 NACH MIGRATIONSSTATUS

(Quelle: Höning/Dick 2010)

3.1. Arbeitsmarkt

Als eine Hauptursache der Migration ist die Suche nach Arbeit zu nennen. Migranten kommen nach Deutschland in der Hoffnung auf einen besseren Arbeitsmarkt, um ihre wirtschaftliche Position zu verbessern. Diese Motivation resultiert in der Regel aus einem Lohngefälle zwischen Deutschland und ihren Heimatländern. Migrationsexperten sind jedoch der Meinung, dass die aktuelle Einwanderungspolitik Deutschlands gegenüber anderen Ländern

nicht konkurrenzfähig ist. Die Konsequenz daraus ist, dass hauptsächlich geringqualifizierte Arbeitskräfte nach Deutschland kommen. Fachkräfte wandern eher in attraktivere Länder, wie die USA oder Kanada, ab. EU-Bürger haben in Deutschland, wie bereits beschrieben, ein Recht auf Freizügigkeit, das ihren Aufenthalt legalisiert. Arbeitsmigranten aus Drittstaaten, also aus Nicht-EU-Ländern, dürfen nach den Bestimmungen des im Jahr 2004 verabschiedeten Aufenthaltsgesetz als Arbeitnehmer oder Selbstständige einreisen und sich in Deutschland aufhalten, sobald sie dies bei den zuständigen Behörden nachgewiesen haben.

In NRW ist der größte Anteil der erwerbsfähigen Migranten und Ausländer angestellt oder selbstständig. Etwa 160.000 Ausländer sind als arbeitslos verzeichnet. Dementsprechend sind 19,9% der Ausländer, also jeder fünfte, arbeitslos. Über Migranten wird keine eigene Arbeitslosenstatistik geführt, es wird jedoch geschätzt, dass die Anzahl mindestens ebenso hoch ist wie bei Ausländern. Insgesamt ist dies deutlich höher als bei deutschen Erwerbsfähigen, von denen nicht einmal jeder Zehnte arbeitslos ist. Vor allem die Region Recklinghausen mit einem Anteil von 29,2%, aber auch Essen und Dortmund haben eine hohe Arbeitslosenquote unter Ausländern. Düsseldorf hingegen hat mit 17,5% Ausländerarbeitslosigkeit einen unterdurchschnittlichen Anteil. Dies hängt unter anderem mit den unterschiedlichen Wirtschaftszweigen der einzelnen Regionen zusammen.¹⁵

3.2. Bildung

Ein weiterer Migrationsgrund ist das gut strukturierte und auch in anderen Ländern anerkannte deutsche Bildungssystem. So kommen Studenten oder Eltern mit ihren Kindern nach Deutschland, um eine gute Ausbildung zu erhalten. Dies soll den Grundstein für bessere Möglichkeiten in Bezug auf eine anschließende berufliche Karriere legen. Im Vergleich zu anderen Ländern kann das deutsche Bildungssystem eine deutliche Verbesserung zu dem der Heimatländer sein.

Studenten dürfen nach den Bestimmungen des Aufenthaltsgesetz nach §§ 4,

¹⁵ Vgl. Höning/Dick (2010).

5, 16 legal in Deutschland leben, wenn sie an einer staatlichen oder anerkannten Fachhochschule, Hochschule oder vergleichbaren Studienkollegs aufgenommen worden sind. Der hauptsächliche Aufenthaltswitz in Deutschland muss dabei die Durchführung der Ausbildung sein.¹⁶

Dennoch stellt die relativ geringe Bildung vieler Migranten ein großes Problem dar. Das Bildungsniveau zeigt, dass 42,8 % der Migranten keinen Berufsabschluss haben. Bei den Personen ohne einen Migrationshintergrund beläuft sich der Anteil lediglich auf 19,2%. Einen deutlichen Unterschied gibt es zudem bei den allgemeinen Schulabschlüssen. Mit ca. 14% liegt der Anteil der Migranten ohne einen allgemeinen Abschluss wesentlich höher als bei Personen ohne Migrationshintergrund mit 1,8%. Dies führt dazu, dass die Chancen auf dem Arbeitsmarkt aufgrund des niedrigeren Bildungsniveaus für Migranten tendenziell schlechter sind als bei Personen ohne Migrationshintergrund.¹⁷

3.3. Familiäre Zusammenführung

Auch eine familiäre Zusammenführung kann dazu führen, dass man Deutschland als Immigrationsziel wählt. Dies rückte besonders in der Zeit der Migrationswelle in den 50er Jahren in den Vordergrund, da die Gastarbeiter zusammen mit ihren Familienangehörigen in Deutschland leben wollten.

Die Familienzusammenführung wird durch das Aufenthaltsgesetz geregelt. In Übereinkunft mit der zuständigen Ausländerbehörde, der deutschen Auslandsvertretung und des Aufenthaltsgesetzes kann der Familiennachzug gestattet oder untersagt werden. Durch die Reformierung des Gesetzes im Jahr 2007 ist die Zustimmung an ein Visaverfahren geknüpft, das von der Nationalität, der Absicherung des Lebensunterhaltes und den Sprachkenntnisse abhängig ist.¹⁸

¹⁶ Vgl. Bundesverband Ausländischer Studierende (o.J.).

¹⁷ Bundeszentrale für politische Bildung (2010).

¹⁸ Vgl. Bümlein (o. J.).

3.4. Flüchtlinge

Man sollte jedoch nicht vernachlässigen, dass es auch Personen gibt, die aus ihren Ländern vertrieben werden. Meldungen über Kriegsflüchtlinge oder politisch Verfolgte kann man beinahe täglich in den Medien verfolgen. Die Betroffenen sind gezwungen ihr Heimatland zu verlassen, um Gefangenschaft oder Tod zu vermeiden, oder auf der Suche nach abgesicherten wirtschaftlichen und sozialen Strukturen. Dabei nehmen sie zum Teil lebensgefährliche Transportwege in Kauf. Es ist nicht selten, dass ganze Familien in neue Länder siedeln müssen, um drohenden Gefahren zu entgehen.

Das im Jahr 1951 verabschiedete „Genfer Abkommen über Rechtsstellung der Flüchtlinge“ wurde 1967 mit dem Inhalt über die Rechtsstellung der Flüchtlinge ergänzt und im Aufenthaltsgesetz von 2004 verankert. Sie bildet die Anspruchsgrundlage für Personen, die sich wegen einer begründeten Angst vor einer Verfolgung außerhalb ihres Heimatlandes befinden oder staatenlos sind. Rechte der Flüchtlinge sind u.a.:

- Schutz vor Ausweisung
- Diskriminierungsschutz wegen Rasse, Herkunftsland oder Religion
- Ausstellung des Reiseausweises für Flüchtlinge¹⁹

4. Allgemeine Problematik beim Zugang zu medizinischen Leistungen

Es gibt viele Probleme, die sich zum Teil aus der unterschiedlichen Rechtslage des jeweiligen Aufenthaltsstatus begründen, aber auch auf die strukturellen Unzulänglichkeiten der rechtlichen Normierung in der medizinischen Versorgung zurückzuführen sind. In diesem Kapitel werden zunächst gemeinsame Barrieren Illegaler und der EU-Bürger der neuen Beitrittsstaaten erläutert. Im späteren Verlauf werden die Problemfelder sowohl medizinischen Leistungserbringer als auch die des Staates aufgezeigt, die sich bei der Versorgung der Migranten ergeben.

¹⁹ Vgl. Genfer Flüchtlingskonvention (1951).

Als ein gemeinsames Hemmnis beim Zugang zu medizinischen Leistungen können -nach Angaben von Medinetz Essen- sprachliche Defizite genannt werden, die bei einem Großteil der Betroffenen vorliegen. Die Probleme beginnen bereits damit, dass sie bei fehlenden Sprachkenntnissen keine oder nur eine schlecht bezahlte Anstellung finden und somit kein Geld verdienen, um sich eine Versicherungen leisten zu können. Andererseits können medizinisch relevante Informationen nur unzureichend an den behandelnden Arzt kommuniziert werden, wenn kein Dolmetscher vorhanden ist. So bedarf es wenigstens grundsätzlichen sprachlichen Kenntnissen, um diese Mängel auszugleichen. Angebotene Sprachkurse können aber nur dann in Anspruch genommen werden, wenn man finanziell dafür aufkommen kann.

Die Arbeiten, die von diesen Personengruppen angenommen werden können, sind meist gering qualifizierte Arbeiten, die häufig mit schwerer körperlicher Arbeit verbunden sind. Liegt keine Krankenversicherung vor, müssen die Betroffenen als Selbstzahler für die in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen aufkommen, was meistens aus finanziellen Aspekten nicht möglich ist. Zudem muss durch die Anstrengungen der vorrangig körperlichen Arbeit davon ausgegangen werden, dass ein Arzt häufiger kontaktiert werden muss, als bei einem höher qualifizierten Job. Dies verschärft die Problematik zusätzlich.

4.1. Migranten mit illegalem Aufenthaltsstatus

Zu den allgemeinen Problematiken der medizinischen Versorgung kommt bei Illegalen des Weiteren hinzu, dass sie aufgrund ihres Status sozialrechtlich nur eingeschränkten Anspruch auf eine medizinische Versorgung haben. Ferner sorgt die Angst vor Entdeckung mit der damit verbundenen drohenden Abschiebung dafür, dass sie medizinische Hilfe erst sehr spät oder sogar zu spät aufsuchen, da sie befürchten, dass das medizinische Personal ihren illegalen Aufenthaltsstatus aufdeckt und der Ausländerbehörde meldet. Man kann sich leicht vorstellen, dass der Gang zu öffentlichen Stellen, wie dem Arzt oder dem Gesundheitsamt, zumeist erst dann erfolgt, wenn nach Meinung der Betroffenen keine andere Alternative mehr zur Verfügung steht und die Schmerzen die Angst überwiegen.

Im folgenden Beispiel soll veranschaulicht werden, wie groß die Besorgnis vor einer Aufdeckung des illegalen Status ist und dass sie sogar gesundheitliche Folgen haben kann. Diese Fakten wurden den eigenen Aufzeichnungen des Medinetz Essen e.V. entnommen:

Eine etwa Ende 20-jährige Iranerin meldet sich bei Medinetz. Sie klagt über massiven Schwindel, Kopfschmerz und Sehstörungen. Zur Abklärung vereinbart Medinetz einen Termin mit einer Neurologin und Psychiaterin. Es kann hierbei für die beschriebenen Symptome keine medizinische Ursache festgestellt werden. Im Laufe der Zeit werden die Beschwerden so schlimm, dass die Frau sich als Notfall ins Klinikum einliefern lässt. Es wird vermutet, dass es sich um eine stressbedingte psychische Überbelastung handelt, die sich in Form der geschilderten Symptome äußern kann. Als über eine Anschlussbehandlung gesprochen wird, lehnt die Krankenhausverwaltung die Kostenübernahme der weiteren Maßnahmen mit der Begründung ab, dass es sich um keinen Notfall handelt. Die Frau hatte bereits vor einiger Zeit einen Antrag auf Asyl eingereicht, da sie in ihrem Heimatland politisch verfolgt wurde. Dieser wurde im Verlauf der Therapie bewilligt. Medinetz verweist die Iranerin daraufhin an das zuständige Sozialamt, das einen Krankenschein ausstellt. Als die Frau daraufhin zur Psychiaterin geht, haben sich die Symptome durch die Bewilligung des Asylantrages bereits deutlich gebessert. Die Angst vor Ablehnung und Abschiebung hatte die Beschwerden größtenteils ausgelöst. Die restlichen Symptome konnten in einer anschließenden psychiatrischen Behandlung weiterhin deutlich gemindert werden.

Dies ist nur ein mögliches Beispiel dafür, wie groß die Angst dieser Menschen ist, in ihr Heimatland abgeschoben zu werden. Durch Einrichtungen wie Medinetz kann diesen Menschen häufig schon dadurch geholfen werden, dass sie mit ihren Problemen nicht mehr auf sich allein gestellt sind. Hier finden Sie Unterstützung durch die Mitarbeiter und freiwillig engagierten Ärzte, die sich bereit erklärt haben, sie zu gesonderten Konditionen und ohne die Notwendigkeit eine Behörde einzuschalten, zu behandeln. Medinetz Essen

e.V. wird im weiteren Verlauf noch näher erläutert.

Bereiche mit einem hohen Anteil illegaler Beschäftigung sind Landwirtschaft, (häusliche) Pflege, Bau, Handwerksbereiche oder Landschaftsbetriebe. Wie bereits beschrieben, besteht durch die körperbetonten Tätigkeiten ein erhöhtes Erkrankungsrisiko. Die Betroffenen sind aufgrund ihrer illegalen Beschäftigung nicht bei Sozialleistungsträgern verzeichnet, haben damit keinen Anspruch auf eine Krankenversicherung und können sich diese aufgrund ihrer finanziellen Situation auch nicht leisten. Somit liegt bei diesem Personenkreis in der Regel eine medizinische Unterversorgung vor.²⁰

4.2. Meldepflicht vs. Schweigepflicht

Sobald eine öffentliche Behörde wie das Sozialamt Kenntnis über den Aufenthalt einer Person ohne gültige Papiere hat, ist sie gemäß § 87 Absatz 2 AufenthG dazu verpflichtet, die Ausländerbehörde darüber zu unterrichten und die Daten der Person zur Verfügung zu stellen. Die Ausländerbehörde setzt daraufhin den Abschiebungsprozess in Gang. Diese Form der Übermittlungspflichten von Daten Illegaler im Rahmen einer medizinischen Versorgung ist europaweit einzigartig. Sie stellt die „zentrale Zugangsbarriere zur gesundheitlichen Versorgung“²¹ von Papierlosen dar. Um einer drohenden Abschiebung zu entgehen, nehmen Illegale also ihr zugesichertes Recht auf bestimmte medizinische Leistungen erst in Notfällen in Anspruch.²²

Generell gilt für alle Ärzte und andere anerkannte Heilberufe die Schweigepflicht. Darunter fallen auch Informationen, die während des Behandlungsverhältnisses bekannt wurden, wie z. B. der aufenthaltsrechtliche Status. Daher dürfen diese Daten nicht der Ausländerbehörde mitgeteilt werden, da sie sich sonst gemäß §203 StGB wegen der Verletzung des Privatgeheimnisses strafbar machen würden. Einige Krankheiten müssen jedoch nach Infektionsschutzgesetz dem Gesundheitsamt gemeldet werden. Es wird nach nament-

²⁰

(2007) S. 24 ff.

²¹ Deutsches Institut für Menschenrechte (2008), S. 10.

²² Vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte (2008), S. 10 f.

licher und nichtnamentlicher Meldepflicht unterschieden. Die persönlichen und damit auch aufenthaltsrechtlichen Daten werden somit nur in bestimmten Fällen an das Gesundheitsamt gemeldet. Jedoch muss das Gesundheitsamt diese Daten an die zuständige Ausländerbehörde melden, wenn z. B. Drogen konsumiert werden oder es sich um eine öffentliche Gesundheitsgefährdung handelt. Eine öffentliche Gesundheitsgefährdung liegt dann vor, wenn erforderliche Schutzmaßnahmen nicht eingehalten werden, Betroffene sich nicht behandeln lassen oder die Krankheitsübertragung ohne einzugreifen nicht gestoppt werden kann.²³

Der Mitteilungspflicht unterliegen jedoch nur öffentliche Stellen. Krankenhäuser in privater Trägerschaft und Arztpraxen sind zunächst nicht meldepflichtig. Sie können selbst entscheiden, ob sie die Daten an die Ausländerbehörden weiterleiten oder nicht. Begibt sich der Patient als Selbstzahler in eine ambulante Behandlung, dürfen die Daten nicht an die Ausländerbehörde weitergeleitet werden. Beabsichtigt ein Patient jedoch das Sozialamt mit den Kosten zu belasten, ist dies mit einer Offenlegung des aufenthaltsrechtlichen Status durch den behandelnden Arzt verbunden. Das gleiche Prinzip gilt auch für reguläre stationäre Behandlungen. Aufgrund der Angst vor Aufdeckung ihres Status bleibt den Papierlosen der Zugang zu medizinischen Leistungen in diesen Fällen faktisch weiter versperrt.

Bei Notfällen wird der direkte Weg zum Krankenhaus, ob privat oder staatlich, aufgrund der Dringlichkeit der Behandlung unumgänglich. Wird eine erkrankte Person ohne gültige Papiere als Notfall in ein öffentliches Krankenhaus eingewiesen, ist das Krankenhaus dazu verpflichtet, die Behandlung des Patienten zu übernehmen. Eine Ablehnung kommt einer unterlassenen Hilfeleistung gemäß §323c StGB gleich. Zudem ist das gesamte medizinische Personal des Krankenhauses an die Schweigepflicht gebunden. Wird diese verletzt, drohen auch hier strafrechtliche Konsequenzen gemäß §203 StGB. Das Krankenhaus hat nach erbrachter Behandlung die Möglichkeit, einen Antrag beim zuständigen Sozialamt zu stellen und eine Kostenrückerstattung für die Therapie zu fordern. Die Datenübermittlung unterliegt in die-

²³ Vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte (2008), S. 14 f.

sen Fällen dem verlängerten Geheimnisschutz. Dieser besagt, dass die Ärzte bei einem Notfall keine Daten an Dritte, also auch Behörden wie das Sozialamt und die Polizei, weitergeben dürfen und die Daten, selbst wenn diese an Behörden gelangen, nicht an die Ausländerbehörde gemeldet werden dürfen.

Begeben sich die Betroffenen jedoch selbst zum Sozialamt, um z. B. die Kostenübernahme abzuklären, müssen die Daten, die im Zuge dieses Gespräches preisgegeben werden, an die Ausländerbehörde weitergegeben werden, da es sich bei dem Sozialamt um eine Behörde handelt.²⁴

4.3. Unionsbürger

Die Situation der EU-Bürger soll im Folgenden anhand eines beispielhaften Schicksals von Medinetz Essen dargestellt werden:

Sie stammte ursprünglich aus Rumänien und gehört zur Gruppe der Roma. In ihrem Heimatland hatten sie aufgrund ihrer ethnischen Zugehörigkeit einen schweren gesellschaftlichen und daher auch wirtschaftlichen Stand. Sie war Mitte 20 und hochschwanger. Ihr Mann, der 5-jährige Sohn und sie kamen nach Deutschland, um Arbeit zu finden und ihre wirtschaftliche Lage zu verbessern. Stattdessen lebten sie zunächst auf der Straße, bis sich ein Imbissbesitzer bereit erklärte, sie in seinem Keller wohnen zu lassen und sie so gut wie möglich mit Nahrung zu versorgen. Es gab keine Schlaf- oder Kochstelle, nur kaltes Wasser und eine kleine Toilette. Die Schwangerschaft verlief problematisch. Aufgrund der widrigen hygienischen Bedingungen und der unausgewogenen, unzureichenden Ernährung hatte sich eine Infektion gebildet. Daher meldete sich die Frau bei Medinetz und gelangte so an einen Termin mit einem Gynäkologen. Dieser führte kostenlos eine Untersuchung durch, ein Mutterschaftspass wurde ausgestellt und die nötigsten Medikamente sowie Vitaminpräparate zur Verfügung gestellt. Zusammen mit Medinetz und anderen sozialen Stellen

²⁴

Vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte (2008), S. 14 f.

wurde eine neue Unterkunft gefunden. Die Frau entband schließlich ein gesundes Kind.

Problematisch ist in solchen Fällen, dass die Menschen in ihren Herkunftsländern oft nicht versichert sind, da dort kein Kontrahierungszwang wie in Deutschland gilt und sich auch ansonsten das Krankenversicherungssystem sehr von dem deutschen unterscheidet. Liegt jedoch eine Krankenversicherung vor, wird die Problematik insoweit entschärft, als in Deutschland die europäische Gesundheitskarte (European Health Insurance Card-EHIC) gilt. Die EHIC ist europaweit anerkannt. Sie ermöglicht den Patienten nach Vorlage der Karte bei Unfällen und akuten Erkrankungen behandelt werden zu können. Darunter fallen alle Leistungen, die während eines Aufenthaltes in einem EU-Land vom behandelnden Arzt als medizinisch notwendig erachtet werden. Die Krankenversicherung des Heimatlandes übernimmt im Anschluss an die Therapie die entstandenen Kosten der Behandlung. Vorsicht ist jedoch dann geboten, wenn sich der Betroffene bewusst für eine Behandlung im Ausland entscheidet. Hier sollte vorher mit der jeweiligen Krankenkasse geklärt werden, ob die Kostenübernahme auch tatsächlich stattfindet.²⁵

Weiterhin ist festzuhalten, dass vor allem die gesetzliche Nichtanpassung, besonders nach der EU-Osterweiterung, eine große Zugangsbarriere für EU-Bürger ohne Krankenversicherung darstellt. Es lässt sich der Trend feststellen, dass vor allem diejenigen durch das deutsche Krankenversicherungssystem medizinisch unterversorgt sind, deren Heimatländer 2004 und besonders 2007 zur Europäischen Union dazugekommen sind, wie beispielsweise Bulgaren oder Rumänen. Das deutsche Gesetz befindet sich hier in einem Übergangsstadium. Es gestattet den Unionsbürgern, deren Heimatländer seit 2004 beigetreten sind, erst seit dem 01.01.2011 den freien Zugang zum Arbeitsmarkt und damit zu einer gesetzlichen Krankenversicherung. Bulgaren und Rumänen wird dieses Recht voraussichtlich erst ab 2014 zugesprochen.

Für Staatsangehörige der EU-Mitgliedsstaaten Rumänien und Bulgarien ist

²⁵ Vgl. Krappitz (2010) S. 74 f.

zudem eine Arbeitserlaubnis, die durch die Agentur für Arbeit ausgestellt wird, bei einem Aufenthalt über einen längeren Zeitraum als drei Monate in Deutschland verpflichtend. Die Agentur für Arbeit prüft, ob es inländische oder weitere „zur Arbeitsaufnahme berechnigte EU-Bürger gibt, die mindestens so gut oder besser“²⁶ diese Stelle bekleiden können. Ist dies der Fall, werden diese Personen gegenüber Rumänen und Bulgaren vorgezogen. Dies verschärft weiterhin die Arbeitsproblematik der Betroffenen.²⁷

Eine private Krankenversicherung wird in Hinblick auf die finanzielle Situation nicht angestrebt. Zudem könnte der Abschluss einer solchen Versicherung zur Offenlegung des illegalen arbeitsrechtlichen Status entdeckt und zur Anzeige gebracht werden. Bei dem derzeitigen Trend der anhaltenden EU-Erweiterung werden diese Schwierigkeiten für die neuen Beitrittsländer bei der aktuellen gesetzlichen Lage ohne Reformen langfristig weiterhin bestehen.

4.4. Zuständige Behörden

Rechtlich gibt es in Deutschland die Möglichkeit, dass Patienten, ob versichert oder nicht, staatliche Behörden aufsuchen, damit diese die Kosten von medizinischen Leistungen übernehmen, wenn den Betroffenen nicht ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung stehen. Vorrangig ist hier das Sozialamt zuständig. Patienten können unter diesen Umständen einen Krankenschein beantragen und sich mit diesem von Ärzten behandeln lassen. Das Sozialamt sichert den Betroffenen mittels Krankenschein zu, dass die Kosten der medizinischen Versorgung übernommen werden. Der Leistungserbringer rechnet die entstandenen Behandlungskosten im Anschluss an die Behandlung mit dem Sozialamt ab. Dieser Ablauf der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen stellt den „üblichen“ Weg der Versorgung dar. Das Sozialamt ist jedoch meldepflichtig, sodass diese Behörde vor allem von Papierlosen nicht aufgesucht wird.

Außerdem wurden 1998 im Zuge der Gesetzesreformen der Ausländerbe-

²⁶ Sächsisches Staatsministerium des Innern (2012).

²⁷ Vgl. Wolf et al. (2011), S. 6 ff.

hörde gemäß § 11 AsylbLG weitere Rechte für die Aufdeckung von illegalen Aufenthalten in Deutschland eingeräumt. Demnach ist die Ausländerbehörde dazu verpflichtet, ihre Daten mit denen des Sozialamtes zu vergleichen. Das Sozialamt ist zwar in einigen Fällen nicht gezwungen, die Daten über einen illegalen Status der Ausländerbehörde direkt zu melden, die Ausländerbehörde erhält dennoch im Zuge des Abgleichs die Daten über Menschen mit illegalem Aufenthaltsstatus, sobald sie sich in irgendeiner Form im System des Sozialamtes befinden. Somit ist das Ergebnis im Endeffekt identisch. Damit ist die Gefahr der Statusaufdeckung unabhängig davon, in welcher Weise die Betroffenen ihre rechtlich zugesicherten Leistungen in Anspruch nehmen. Daher bietet dieser Weg meist nur die letztmögliche Alternative, um versorgt zu werden.²⁸

Bei EU-Bürgern besteht diese Barriere der Meldepflicht in der Regel nicht. Das zuständige Sozialamt prüft jedoch die Notwendigkeit einer Behandlung und kann die Kostenübernahme einer Behandlung ablehnen, wenn sie der Meinung ist, dass diese nicht nötig sei. In den überwiegenden Fällen wissen die Erkrankten jedoch nicht, welche Rechte sie haben und wo sie diese einfordern können. Organisationen wie Medinetz können in diesen Fällen bei Fragen über die medizinische Versorgung hilfreich sein.

4.5. Medizinische Dienstleister

Wie bereits beschrieben, zögert sich die Kontaktaufnahme zu medizinischem Personal wegen der Angst vor Aufdeckung des illegalen Aufenthaltsstatus stark heraus, bis sich den Erkrankten aufgrund ihrer Beschwerden keine weiteren Alternativen mehr stellen, als einen Arzt aufzusuchen. In diesen Fällen stellen sich den Ärzten durch die Verschleppung der Therapie oftmals schwere akute oder chronifizierte Leiden, deren Behandlung langwierig und/oder kostenintensiv sein kann.²⁹ Zusätzlich präferieren die Erkrankten vor allem lediglich eine Behandlung der Akutleiden, um möglichst schnell wieder untertauchen zu können. Somit kann aus ärztlicher Sicht meist keine

²⁸ Vgl. Wolf et al. (2011) S. 5.

²⁹ Vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte (2008), S. 10 ff.

nachhaltige und adäquate Versorgung der Patienten erfolgen.

Hilfeleistende, wie Ärzte oder Krankenhäuser, können sich nach dem sogenannten „Schlepperparagrafen“, §96 Zuwanderungsgesetz, bei beratenden und helfenden Tätigkeiten für Illegale strafbar machen. Der Paragraph kommt dann zum Tragen, wenn Ärzte und andere Unterstützerkreise wiederholt zu Gunsten mehrerer Ausländer Hilfe bei irregulärem Aufenthalt leisten. Die angeführten Tätigkeiten können als Begünstigung eines Illegalen z.B. durch Verschweigen von wichtigen Daten oder Falschaussagen bezüglich des Aufenthaltsstatus gegenüber den zuständigen Behörden gemäß §95 Aufenthaltsgesetz eingestuft werden und der Leistungserbringer strafbar gemacht werden. Zudem kann er für die Kosten der Abschiebung persönlich haftbar gemacht werden. So befinden sich Ärzte hier in einer rechtlichen Grauzone, da sie zum einen der Schweigepflicht unterliegen und Hilfe leisten müssen, andererseits Menschen ohne Papiere nicht bei der Fortführung ihrer Illegalität helfen dürfen. In der Praxis wurde bisher jedoch kein Fall vermeldet, bei dem ein Arzt wegen dieser Straftat verurteilt worden ist. Der Weltärztebund hat sich aufgrund dessen 1998 gegen die deutsche Gesetzgebung ausgesprochen und die Pflicht der Ärzte, alle Menschen unabhängig ihres Status medizinisch zu versorgen, hervorgehoben.³⁰

4.6. Wirtschaftlicher Aspekt

Des Weiteren ist die Finanzierung der Behandlung ein weiteres heikles Thema. Da keine Krankenversicherung vorliegt, müssen die Patienten die Leistungen als Selbstzahler übernehmen. Regelmäßig übersteigt dies jedoch die finanziellen Mittel der Betroffenen, so dass die Frage aufgeworfen wird, wer die Behandlungskosten übernimmt. Organisationen wie Medinetz sind darauf angewiesen, dass Ärzte, die eine Behandlung durchführen, zumindest einen Teil der Behandlungskosten selbst tragen.³¹

³⁰ Vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte (2008), S. 16.

³¹ Vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte (2008), S. 16 f.

5. Rechtliche Aspekte der Gesundheitsversorgung der Migranten mit illegalem Aufenthaltsstatus

Die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere ist ein bislang gering untersuchtes Gebiet der Gesundheitswissenschaften. Die Integration von Migranten, insbesondere Illegalen, stellt besondere Anforderungen an das Gesundheitssystem. Sie sind häufig belastenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt (schwere körperliche Arbeit, unsichere Beschäftigungsverhältnisse o. ä.), andererseits wird ihnen der Zugang zum deutschen Gesundheitssystem erschwert bzw. verhindert, da sie im System nicht vorgesehen sind.

In diesem Kapitel werden daher spezifische, insbesondere rechtliche Probleme beim Zugang zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus herausgearbeitet.

5.1. Gesundheitsprobleme irregulärer Migranten

Die Hauptprobleme der irregulären Migranten sind nach Expertenmeinung vor allem die fortwährende Angst vor Unfällen und gesundheitlichen Problemen, einhergehend mit der damit ggf. verbundenen Aufdeckung ihres aufenthaltsrechtlichen Status. Des Weiteren werden die häufig prekären Lebens- und Arbeitsumstände in Armut und die Ausbeutung genannt.

Waller definiert die Gesundheitssituation von irregulären Migranten folgendermaßen:

„...the health record of a new immigrant is rapidly damaged owing to a series of „risk factors“ such as disease present in the host country, psychological problems, no income for lack of job, housing difficulties, absence of family, change of climate and eating habits....“³²

Wie bereits oben ausgeführt, wird beobachtet, dass irreguläre Migranten erst bei akut ernsthaften Beschwerden medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Notwendige Vorsorgeuntersuchungen können infolgedessen nicht durchge-

führt werden. Aus Angst vor Aufdeckung des illegalen Aufenthaltes und einer damit verbundenen Abschiebung resultieren ein schlechter Gesundheitszustand und eine Verschlimmerung von Krankheitsverläufen³³, was nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die Gesamtbevölkerung zu einer Gefahr werden kann.³⁴ Migranten allgemein zeigen einen Gesundheitszustand, der die Lebensumstände aus der heimischen Situation widerspiegelt, sich aber im weiteren zeitlichen Verlauf zunehmend der im Zuzugsland anpasst. Dies bedeutet, dass die diversen vorhandenen Erkrankungen der Zuwanderer denen der Deutschen weitgehend ähneln.³⁵

Einige Experten vertreten die Meinung, dass es sich in der Regel nicht um eine besonders von Krankheit betroffene Untersuchungsgruppe handelt, da es überwiegend um junge Erwachsene mit entsprechend wenig gesundheitlichen Problemen geht.

Somit ist festzuhalten, dass keine systematischen Erkenntnisse über die tatsächliche gesundheitliche Situation dieser Gruppe existieren, obwohl umfangreiche Literatur sowohl zu Migration und Gesundheit im Allgemeinen³⁶ als auch zu Armut und Gesundheit³⁷ vorliegt.³⁸

5.2. Rechtliche Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung

Wie bereits erwähnt, kann konstatiert werden, dass Migranten ohne gültige Papiere grundsätzlich von der deutschen Krankenversicherung nicht berücksichtigt werden. Somit sind sie de facto von der medizinischen Versorgung ausgeschlossen.³⁹

Allerdings ist Deutschland ein Wohlfahrtsstaat mit dem Prinzip der Sozialversicherung. Daraus begründet sich ein Rechtsanspruch, der nicht nur auf

³³ Vgl. Hey/Borde (2010), S. 23.

³⁴ Vgl. Koch (2006), S. 11.

³⁵ Vgl. Sauer (2010), S. 30 f.

³⁶ Siehe dazu Marschalck/Wiedl (2001).

³⁷ Vertiefend dazu Mielck (2000).

³⁸ Dieser Abschnitt basiert auf Schönwälder/Vogel/Sciortino (2004), S. 67.

³⁹ Vgl. Huschke (2010), S. 1620.

deutsche Staatsbürger beschränkt ist. Laut § 120 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) haben Ausländer, die keine Asylbewerber sind und sich in Deutschland aufhalten, Anspruch auf bestimmte Sozialleistungen. Im Sozialgesetzbuch XII § 23 heißt es dazu:

„Ausländern, die sich im Inland tatsächlich aufhalten, ist Hilfe zum Lebensunterhalt, Hilfe bei Krankheit, Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie Hilfe zur Pflege nach diesem Buch zu leisten. (...). Im Übrigen kann Sozialhilfe geleistet werden, soweit dies im Einzelfall gerechtfertigt ist.“

Ausländer, die ausschließlich zur Erlangung von Sozialleistungen eingereist sind, erhalten diese nach § 23 Absatz 2 SGB XII nicht. Wer „vollziehbar ausreisepflichtig“ ist, darf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beziehen, jedoch nicht von der Sozialhilfe gemäß § 23 Abs. 2 SGB XII.

Nach allgemeiner Auffassung sind Illegale, die in einem unselbständigen Arbeitsverhältnis (nicht geringfügige Beschäftigung) stehen, Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. §§ 5 Abs. 1 Nr. 1, 10 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, § 7 Abs. 1 Satz 1 IV). Sie besitzen daher Leistungsansprüche aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 1 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Diese Kostenregelung spielt allerdings mangels Realisierung in der Praxis keine Rolle.

Eine Rahmenbedingung stellt auch die Struktur des Kontrollsystems und der Durchsetzung der Rechtsnormen dar. Typisch für Deutschland ist, dass Kontrollen über Aufenthalts- und Arbeitserlaubnisse erfolgen. Zudem besitzt Deutschland ein hoch entwickeltes System der Registrierung und Überwachung mit einer Meldepflicht nach § 87 AufenthG, wechselseitigen Zugriffsmöglichkeiten verschiedenster Institutionen auf Daten und einem Ausländerzentralregister. Die Bewegungsspielräume von Menschen ohne Papiere sind daher stark eingeschränkt.⁴⁰

⁴⁰ In Anlehnung an Schönwälder/Vogel/Sciortino (2004), S. 39.

5.1. Rechtsanspruch nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) regelt seit dem 1. November 1993 Leistungsansprüche für materiell hilfebedürftige Asylbewerber, Geduldete und vollziehbar zur Ausreise Verpflichtete in Deutschland. Infolgedessen gehören Migranten ohne Aufenthaltsstatus und ohne Duldung zum Personenkreis des Asylbewerberleistungsgesetz (§ 1 Abs. 1 Nr. 5 AsylbLG). Gemäß § 3 Absatz 1 AsylbLG wird *„der notwendige Bedarf an Ernährung, Unterkunft, Heizung, Kleidung, Gesundheits- und Körperpflege und Gebrauchs- und Verbrauchsgütern des Haushalts durch Sachleistungen gedeckt.“* Erstmalig werden die Leistungen, im Vergleich zu denen der Sozialhilfe, erheblich verringert, um einen Missbrauch des Asylrechts zu reduzieren und dem Zuwandererstrom Einhalt zu gebieten. So ist beispielsweise der rechtliche Anspruch auf medizinische Leistungen gemäß § 4 AsylbLG⁴¹ gegenüber Mitgliedern der Gesetzlichen Krankenversicherungen auf das niedrigste Niveau gemindert. Bei gesundheitlichen Problemen ohne akuten Behandlungsbedarf wurden sie auf Ermessensleistungen reduziert. Ohne Einschränkung hingegen sind medizinische Leistungen bei Schwangerschaft und Vorsorge sowie Impfungen.

Die Behandlung chronischer Erkrankungen und Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sind im Regelfall nach § 6 AsylbLG zu gewähren. Erfasst werden hier alle Leistungen, die nicht zur Behandlung akuter Erkrankungen erforderlich sind. Einzelfallbezogen können zum Beispiel Arzneimittel zur Heilung chronischer Erkrankungen gewährt werden. Bei Verdacht auf rechtsmissbräuchliches Verhalten eines Erkrankten kann das zuständige Sozialamt nach § 1a AsylbLG die Leistung weiter kürzen.

Das Sozialamt hat zwar die Möglichkeit einen Behandlungsschein für eine ambulante Behandlung auszustellen, wird der Ausländerbehörde jedoch melden, dass es Kenntnis über einen illegalen Aufenthalt hat. Dies führt in

⁴¹ § 4 Absatz 1 AsylbLG: *„Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung 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.“*

der Regel zur Ausweisung des Betroffenen oder seiner ganzen Familie.⁴²

So sind Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes für Asylbewerber oder Geduldete eine gute Möglichkeit, um medizinische Behandlungen zu erhalten. Menschen ohne Aufenthaltsstatus werden hingegen durch die behördliche Übermittlungspflicht⁴³ der Sozialämter gegenüber der Ausländerbehörde, gemäß § 87 Absatz 2 Aufenthaltsgesetz (AufenthG), an der Inanspruchnahme gehindert. Eine derartige Meldepflicht gibt es in anderen europäischen Ländern nicht und ist somit einzigartig.⁴⁴

5.2. Ausgewählte Problemfelder der medizinischen Versorgung

Im Folgenden wird auf spezielle Problemfelder bei der medizinischen Versorgung, insbesondere auf die rechtlichen Besonderheiten, eingegangen.

Im Allgemeinen werden irreguläre Migranten als gesellschaftliche Randgruppe durch gebräuchliche Gesundheitsinformations- und Präventionskampagnen ungenügend bis gar nicht erreicht. Daher ist eine Chancengleichheit nicht gegeben.⁴⁵

Mehrere Barrieren behindern den Zugang zu Diagnosen und Therapien. Neben speziellen rechtlichen Hindernissen bestehen vor allem sprachliche und soziokulturelle.⁴⁶

Vor allem die unzureichenden Sprachkenntnisse führen auch bei Informationsmaterial über medizinische Leistungserbringer zu Problemen. Sie gestalten die Verständigung zwischen Patient und Arzt schwierig. Vor allem werden Fachbegriffe bei der Beschreibung von Körper und Seele, Gesundheit und Krankheit benötigt, die Migranten nicht kennen. Es treten schnell Missverständnisse im Bereich der Anamnese, Diagnose und Therapie auf. Eine angemessene medizinische Versorgung wird hierdurch erschwert. Folglich

⁴² Vgl. Franz (2010), S. 21.

⁴³ Siehe dazu vertiefend Punkt 4.2 dieser Seminararbeit.

⁴⁴ Vgl. Menzler (2009), S. 1875.

⁴⁵ Vgl. Bundesamt für Gesundheit (2009), S. 148.

⁴⁶ Vgl. Bundesamt für Gesundheit (2009), S. 148.

kann daraus eine Unter- und Fehlversorgung oder Durchführungen überflüssiger Untersuchungen⁴⁷ resultieren, die zu finanziellen Schäden des deutschen Gesundheitssystems führen können.

5.2.1. Schwangerschaft, Geburt und Pädiatrie

Eine besonders schwierige Situation in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität stellt die gesundheitliche Betreuung einer Schwangerschaft dar. Sie bedarf einer regelmäßigen medizinischen Versorgung, wie frühzeitige Vorsorgeuntersuchungen, Aufklärung der Schwangeren, sowie die Entbindung und eine notwendige Erstversorgung des Neugeborenen.

Oftmals werden ärztliche Kontrolluntersuchungen in der Schwangerschaft von den irregulären Migrantinnen aus finanziellen Gründen nicht wahrgenommen. So entstehen gesundheitliche Risiken sowohl für die Mutter als auch für das ungeborene Kind.⁴⁸ Der Malteser Migranten Medizin (MMM) nach haben circa 60 Prozent der schwangeren irregulären Migrantinnen, die ihr Kind gebären wollen, keine finanzielle Möglichkeit die Entbindung und Erstversorgung zu tragen.⁴⁹ Dabei stellt die Schwangerenbetreuung einen vergleichsweise geringen finanziellen Aufwand dar, da die Entbindungskosten relativ niedrig sind. Demgegenüber sind Kosten bei Komplikationen mit eventuellen Folgeschäden sehr viel höher, zum Beispiel bei einer Frühgeburt oder Geburtsschäden beim Kind.⁵⁰ Bei Ergebnissen einer Untersuchung wird auf qualitative und quantitative Versorgungsdefizite bei der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaft und Geburt als Folge des irregulären Status hingewiesen.⁵¹

Ähnlich wie bei der bereits erwähnten medizinischen Versorgung, existieren verschiedene Wege für Schwangere in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität, die notwendige Versorgung und Kostendeckung zu gewähren. Zunächst ist es möglich, als Selbstzahler die erforderlichen Leistungen zu finanzieren.

⁴⁷ Dieser Abschnitt basiert auf Schönwälder/Vogel/Sciortino (2004), S. 67.

⁴⁸ Vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte (2008), S. 17.

⁴⁹ Vgl. Koch (2006), S. 13.

⁵⁰ Vgl. Koch (2006), S. 13.

⁵¹ Vgl. Hey/Borde (2010), S. 23.

Dies stellt aufgrund der finanziellen Situation der irregulären Migranten in den meisten Fällen keine Alternative dar.

Des Weiteren stehen Schwangeren in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität Leistungen nach § 1 Absatz 1 Nr. 5, § 4 Absatz 2 und § 6 Asylbewerberleistungsgesetz zu, wenn sie ihre materielle Bedürftigkeit beim Sozialamt nachweisen können. Eine Berechtigung hierzu erhalten werdende Mütter und Wöchnerinnen. Das bedeutet, dass der Rechtsanspruch mit dem Abschluss der Nidation bis maximal sechs Tage nach der Entbindung endet.

Gemäß § 4 Absatz 2 Asylbewerberleistungsgesetz gelten im Falle einer Schwangerschaft im Gegensatz zu Leistungen im Krankheitsfall keine Einschränkungen. Die Betroffenen besitzen einen rechtlichen Anspruch auf ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verbands- und Heilmittel.

Laut § 10 Absatz 1 Satz 2 Asylbewerberleistungsgesetz ist für einen entsprechenden Leistungsantrag das Sozialamt zuständig in dessen örtlichen Zuständigkeitsbereich sich die Schwangere aufhält. Bei Antragstellung müssen jedoch persönliche Daten offenbart werden, was mit dem Risiko einer späteren Abschiebung einhergeht. Handelt es sich allerdings um eine stationäre Notfallbehandlung der Schwangeren, so kann das Krankenhaus mit dem Sozialamt ohne Datenübermittlung an die Ausländerbehörde abrechnen.

Des Weiteren besteht gemäß § 6 Asylbewerberleistungsgesetz in Einzelfällen Rechtsanspruch auf Leistungen, die unerlässlich zur Sicherung der Gesundheit oder des Lebensunterhalts, speziell zur Deckung der Bedürfnisse der Kinder dienen. Darunter fallen etwa eine Erstlingsausstattung, Umstandskleidung und schwangerschaftsbedingter Mehrbedarf an Ernährung. Die Gewährung solcher Leistungen liegt im Ermessen des jeweiligen Sozialamtes und kann daher regional sehr unterschiedlich sein.

Bei der Thematik des Schwangerschaftsabbruchs wird ebenfalls sowohl regional als auch von Einrichtung zu Einrichtung unterschiedlich verfahren. So werden Schwangerschaftsabbrüche kategorisch bei humanitären Einrichtungen abgelehnt, die sich in einer religiösen Trägerschaft befinden und sich

nicht mit ihren spirituellen Überzeugungen vereinbaren lassen. Bei katholischen und caritativen Einrichtungen ist dies zum Beispiel der Fall, da jedes Wesen, ob geboren oder nicht, schützenswert ist. Solange ein Schwangerschaftsabbruch nicht absolut medizinisch indiziert ist und allein dem Zweck dient, entweder das Leben der Mutter oder des Kindes zu schützen, werden solche Eingriffe dort nicht durchgeführt.⁵²

5.2.1.1. Legalisierung des Aufenthaltes

Eine Legalisierung des Aufenthaltes einer schwangeren irregulären Migrantin kann vorübergehend, das heißt für den Zeitraum der Mutterschutzfrist, in Form einer Duldung nach § 60a Absatz 2 Aufenthaltsgesetz gewährt werden. Dabei gilt die Schwangerschaft als tatsächlicher Grund gegen eine Abschiebung auch im Hinblick auf das Wohl des Kindes. Die Mutterschutzfrist gilt über einen Zeitraum von sechs Wochen vor der Geburt sowie acht Wochen nach der Geburt. Handelt es sich um eine vom Arzt attestierte Risikoschwangerschaft, kann dies zu einer Legalisierung des Aufenthaltes führen, die bereits vor dem Einsetzen der Mutterschutzfrist zum Tragen kommt. Es handelt sich demnach um eine temporäre Übergangsform des legalen Status. Nach dem Ablauf der Mutterschutzfrist entfällt der Duldungsgrund und die Mutter muss einen anderen aufenthaltsberechtigten Grund vorweisen, um legal in Deutschland bleiben zu können.

Eine weitere Legalisierungsmöglichkeit sowohl der Schwangeren als auch des Kindes stellt der rechtliche Weg über einen deutschen Partner der Mutter dar. Sind beide Elternteile unverheiratet, muss der Vater seine Vaterschaft anerkennen und eintragen lassen. Ist der eingetragene Vater des Kindes Deutscher oder Ausländer mit dauerhaftem Aufenthaltsstatus, kann die Versorgung über seine Krankenversicherung abgerechnet werden. Im Zuge dessen wird das Kind aufenthaltsberechtigt und gleichbedeutend damit auch die Mutter.

⁵² Vgl. Kößler et al. (2011), S. 52.

5.2.1.2. Ausstellung der Geburtsurkunde

Ein weiteres Problemfeld zeigt sich nach der Entbindung in der Ausstellung einer Geburtsurkunde, auf die jedes Kind einen grundsätzlichen Anspruch hat. Sie ist ein amtliches Dokument über die Geburt eines Kindes, enthält den Namen, Ort und Datum der Geburt und das Geschlecht. Gleichzeitig werden dort die rechtlich geltenden Eltern eingetragen. Dabei muss es sich nicht zwangsläufig um die leiblichen Eltern handeln. Sie wird in Deutschland durch das Standesamt ausgestellt. Nach gegenwärtiger Rechtspraxis liegt die Ausstellung der Urkunde in einer rechtlichen Grauzone, sodass das Vorgehen der jeweiligen Standesämter unterschiedlich ist.⁵³ Die Mutter benötigt eine Geburtsurkunde unter anderem als dokumentarischen Beleg. Bei einer möglichen Kontrolle kann sie hiermit nachweisen, dass es sich bei dem Kind um ihres handelt.⁵⁴ Des Weiteren ist eine weitere Dokumentenbeschaffung, Anmeldung in Kindergarten und Schule sowie eine spätere Legalisierung des Status des Kindes ohne Geburtsurkunde nicht möglich.

Die Kernproblematik liegt in diesem Fall wiederum in der Übermittlungspflicht des Standesamtes. Es handelt sich hierbei um eine öffentliche Stelle, die, wie das Sozialamt, alle Daten über einen illegalen Aufenthaltsstatus an die zuständige Ausländerbehörde gemäß § 87 Absatz 2 Aufenthaltsgesetz melden muss.⁵⁵

5.2.1.3. Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen stellt ein weiteres Spannungsfeld dar. Hierbei handelt es sich, wie bei Schwangeren und Neugeborenen, um eine besonders vulnerable Gruppe. Bei diesen Personen besteht der dominierende Bereich der medizinischen Versorgung aus Vorsorgeuntersuchungen und notwendigen Impfungen, wie beispielsweise gegen Mumps, Masern, Röteln oder auch Polio.

1992 unterzeichnete Deutschland die Kinderrechtskonvention der Vereinten

⁵³ Vgl. Menschenrechtskonvention, S. 17.

⁵⁴ Vgl. Bauer/Thomas/Föllner (2005), S. 25.

⁵⁵ Vgl. Kößler et al. (2011), S. 43 ff.

Nationen (KRK). Darin enthalten sind Grundrechte für Kinder und Jugendliche, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben und ihrem Schutz dienen. Nach dem Übereinkommen über die Rechte des Kindes besitzen Flüchtlingskinder und unbegleitete minderjährige Jugendliche umfassende Rechtsansprüche, wie beispielsweise Schutz vor sexuellem Missbrauch, Schutz von behinderten Kindern und Flüchtlingskindern. Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention stellt die Gesundheitsversorgung von Kindern sicher.⁵⁶ Allerdings greift die KRK nur, solange sie kein vorrangiges Recht der Bundesrepublik Deutschland beschränkt. Dies erklärte die Bundesregierung bei der Hinterlegung der Ratifikationsurkunde in Genf. Nach Punkt IV. der Vorbehaltserklärung können aufgrund der übergeordneten deutschen Asyl- und Ausländergesetze daher sowohl zwingende Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches, des Kinder- und Jugendhilfegesetzes als auch des Haager Minderjährigenschutzabkommens kaum angewendet werden.⁵⁷

Der Vergleich zu anderen Ländern zeigt, dass eine Meldepflicht, wie in Deutschland, dort nicht besteht. In diesen Ländern werden für Kinder bzw. Jugendliche ohne legalen Aufenthaltsstatus Maßnahmen getroffen, um ihnen einen erleichterten Zugang zu Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.⁵⁸

5.2.2. Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung

Die Unfallversicherung trägt als eine der Sozialversicherungen in Deutschland ebenfalls für die Rechte der Menschen in illegalen Aufenthalten und Arbeitsverhältnissen bei. Sie dient der Verhütung von Berufskrankheiten, Arbeits- und arbeitsbedingten Unfällen. Zudem wird durch diesen Versicherungszweig sichergestellt, dass beim Eintritt der genannten Versicherungsfelder die Leistungsfähigkeit der Betroffenen wiederhergestellt wird. Geset-

⁵⁶ Artikel 24 Absatz 1 UN-Kinderrechtskonvention: *„Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit. Die Vertragsstaaten bemühen sich sicherzustellen, daß keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird“.*

⁵⁷ Vgl. Wirtgen (2009), S. 2464.

⁵⁸ Vgl. Koch (2006), S. 15.

zesgrundlage ist hier das SGB VII.

Die Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist, dass der Arbeitgeber die Beiträge an die Unfallversicherung ordnungsgemäß entrichtet. Auch eine spätere Begleichung ist möglich, wobei der Arbeitgeber in diesen Fällen das Arbeitsverhältnis nachträglich anerkennen muss. Durch die nachträgliche Anerkennung muss der Arbeitgeber z. B. aufgrund des zusätzlichen bürokratischen Aufwands ein Bußgeld für den Arbeitgeber leisten, was dazu führen könnte, dass er die nachträgliche Anerkennung ablehnt. Theoretisch könnte der illegale Arbeitnehmer diese gerichtlich geltend machen. In der Regel wird er jedoch hiervon absehen, da es sich bei dem Gericht wiederum um eine öffentliche Stelle handelt, die der Meldepflicht unterliegt.⁵⁹

Träger der Unfallversicherung sind regelmäßig die jeweiligen Berufsgenossenschaften. Als öffentliche Stelle sind auch sie gesetzlich verpflichtet, die relevanten Daten eines irregulären Migranten an die Ausländerbehörde weiterzugeben.

5.2.3. Opferentschädigung

Wenn eine Krankheit oder Verletzung auf einer erlittenen Gewalttat beruht, die als Straftat bewertet wurde, können irreguläre Migranten eine Kostenerstattung nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) in Anspruch nehmen. Das OEG gilt als besonderer Bestandteil des Sozialgesetzbuches. Sie soll gewährleisten, dass Geschädigte eine Aufwandsentschädigung für die durch die Gewalttat entstandenen Nachteile erhalten. Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist hierbei, dass die Gewalttat als ein rechtswidriger und vorsätzlicher tätlicher Angriff auf den Betroffenen gewertet wurde, oder die Schädigung der Person bewusst in Kauf genommen wurde. Kostenträger ist allerdings nicht das Sozialamt, sondern der Bund. Hier greift das Sozialstaatsprinzip mit seiner Schutzfunktion. Für eine Kostenerstattung nach dem Opferentschädigungsgesetz können sich die Betroffenen in der Regel an die Landesversorgungsämter wenden. Zu beachten ist dabei, dass mit der Er-

⁵⁹

Dieser Abschnitt basiert auf Bauer/Thomas/Föllner (2005), S. 25.

stattung die Offenlegung des Aufenthaltsstatus verbunden ist.⁶⁰

5.2.4. Umgang mit meldepflichtigen Erkrankungen und sonstigen Infektionen

Der Umgang mit meldepflichtigen Erkrankungen stellt irreguläre Migranten und die Akteure im Gesundheitswesen vor eine weitere Barriere der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen. Dabei handelt es sich um bestimmte übertragbare Infektionen gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG), die dem zuständigen Gesundheitsamt bei Vorliegen der Erkrankung gemeldet werden müssen. Dieses leitet die Daten an die entsprechende Landesbehörde weiter, woraufhin das Robert-Koch-Institut informiert wird.

Das Meldewesen ist im dritten Abschnitt des genannten Bundesgesetzes geregelt. In § 6 Infektionsschutzgesetz sind die meldepflichtigen Infektionserkrankungen aufgelistet. Zu unterscheiden ist dabei eine namentliche Meldung gemäß § 9 IfSG und eine anonyme nach § 10 IfSG. Bei einer namentlichen Meldung werden Angaben unter anderem über den vollständigen Namen des Erkrankten, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift der Hauptwohnung bzw. des derzeitigen Aufenthaltsortes, Diagnose und die wahrscheinliche Infektionsquelle erhoben. Auch Daten über den Aufenthaltsstatus werden weitergeleitet. Dies erfolgt beispielsweise nach § 6 Absatz 1 IfSG bei Cholera, Diphtherie, Masern und Tollwut. Gemäß § 9 Absatz 3 IfSG muss die namentliche Meldung unverzüglich, also innerhalb von 24 Stunden nach erlangter Kenntnis, gegenüber dem für den Aufenthalt des Betroffenen zuständigen Gesundheitsamt vollzogen werden. Dieser Meldezeitraum gilt auch bei fehlenden Angaben, da eine Nachmeldung beziehungsweise Korrektur der Daten zulässig ist. Bei nichtnamentlich meldepflichtigen Krankheiten wird lediglich das Vorliegen einer bestimmten Krankheit gemeldet, nicht aber persönliche Daten, sodass der Status nicht bekannt wird.

Das Gesundheitsamt ist als bereits erwähnte öffentliche Stelle zur Meldung eines bekannten irregulären Aufenthaltes verpflichtet, daher meiden die Er-

⁶⁰ Dieser Abschnitt basiert auf Kößler et al. (2011), S. 45 f.

kranken in der Regel diesen Kontakt. Die Nichtbehandlung von Infektionskrankheiten stellt infolgedessen für die Betroffenen selbst, aber auch für die Allgemeinheit eine Gefahr dar.

Auch die geringe Kenntnis über die Themen der Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten und die verschiedenen Übertragungswege von Infektionskrankheiten, die bei Studienergebnissen⁶¹ von irregulären Migranten festgestellt worden sind, führen dazu, dass die Gefahrenlage durch die Ansteckungsgefahr mit Infektionskrankheiten zusätzlich verschärft wird.

Die zunehmende Verbreitung von Infektionskrankheiten erfordern einen freien Zugang zur medizinischen Grund- und Regelversorgung, damit alle Menschen unabhängig vom Aufenthaltsstatus geschützt werden können. Dies wird jedoch durch die Meldepflicht des Gesundheitsamtes unterbunden und steht so dem Zweck des Infektionsschutzgesetzes entgegen.⁶²

Um diesem Szenario entgegenzuwirken, besteht für irreguläre Migranten in einigen Städten die Möglichkeit sich gemäß § 19 des Infektionsschutzgesetzes anonym und kostenfrei behandeln zu lassen. Untersucht und behandelt werden sexuell übertragbare Krankheiten, beispielsweise Syphilis, Gonorrhöe oder Infektionserkrankungen wie Tuberkulose. Außerdem ist die Durchführung kostenloser und anonymer HIV-Tests möglich. Das Leistungsspektrum ist je nach Kommune unterschiedlich ausgestaltet. In besonderen Fällen werden vom Gesundheitsamt nach § 19 Absatz 2 Nr. 2 IfSG auch die Behandlungskosten bei ansteckenden Erkrankungen übernommen, wenn sonst keine Behandlung möglich wäre.

5.2.5. Psychische Gesundheit

Es handelt sich um eine allgemein anerkannte Tatsache, dass eine Migration

⁶¹ Vgl. Hey/Borde (2010), S. 23.

⁶² § 1 Absatz 1 IfSG: „Zweck des Gesetzes ist es, übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern.“

psychische Belastungen verursachen kann.⁶³ Sie können beispielsweise durch die Trennung von Familie und Freunden oder durch Erfahrung des Fremdseins im Zuge einer eventuellen Diskriminierung ausgelöst werden. Studien belegen, dass zum Beispiel chronische Schmerzzustände, unkontrollierbare panische Erinnerungen, Schlafstörungen mit Alpträumen, psychosomatische Beschwerden, Überwachsbarkeit, Bedrohtheitsgefühl, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie schwere Depressionen aufgrund traumatischer Erlebnisse entstehen können.⁶⁴ Auch das bereits erwähnte Beispiel des Medinetz Essen belegt die erwähnten psychischen Folgen.⁶⁵

Schätzungen zufolge sind etwa 25 Prozent aller in Deutschland lebenden Flüchtlinge traumatisiert. Erfahrungen mit Krieg, Folter und anderen Formen, wie beispielsweise verbaler Gewalt, können hier als Ursachen genannt werden. Irreguläre traumatisierte Migranten leiden oft an einer behandlungsbedürftigen reaktiven psychischen Störung, der so genannten posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1). Sie ist gekennzeichnet durch einzelne oder mehrere Ereignisse von besonderer Bedrohung oder einem katastrophenartigem Ausmaß, die nicht zwangsläufig selbst, sondern auch durch andere Personen erlebt werden können. Dabei ist eine psychologische und psychotherapeutische Behandlung, sowie die Unterstützung und Betreuung durch einen Sozialarbeiter notwendig.⁶⁶ Oft liegt bereits eine Chronifizierung der Störung in Form einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) vor.⁶⁷

Zur Verdeutlichung kann der Anteil der von einer posttraumatischen Störung Betroffenen genannt werden. Dieser liegt nach einer Vergewaltigung bei mehr als 50 Prozent, bei Folteropfern sogar bei 87 Prozent. So stellt die posttraumatische Belastungsstörung vor allem bei gefolterten Menschen, die unter den oben erwähnten Personenkreis der Flüchtlinge fallen, eine große

⁶³ Schönwälder/Vogel/Sciortino (2004), S. 67.

⁶⁴ Vgl. Koch (2006), S. 15;
Vgl. Synatschke (2006), S. 18.

⁶⁵ Siehe dazu auch S. 13 f. dieser Arbeit.

⁶⁶ Dieser Abschnitt basiert auf Möhr (2001), S. 15.

⁶⁷ Vgl. Synatschke (2006), S. 18.

Problematik dar. Zudem besteht bei diesen Menschen ein erhöhtes Suizidrisiko, dass eine langwierige und fortwährende Betreuung notwendig macht. Nach § 4 Absatz 3 Asylbewerberleistungsgesetz ist es möglich, eine psychotherapeutische Behandlung für den leistungsberechtigten Personenkreis anzubieten.⁶⁸

Aus Angst vor Abschiebung meiden irreguläre Migranten notwendige Arztkontakte. Gerade im Rahmen psychologischer Gesundheitsprobleme treten sie oft erst als Notfallbehandlung in einer Klinik oder bei Kriseninterventionen aufgrund akuter Suizidalität oder Zusammenbrüchen in Erscheinung.⁶⁹

Traumatisierungen werden im Asylverfahren kaum berücksichtigt, sodass die Beurteilung für einen legalen Aufenthalt in Deutschland oft verzerrt ist. Wird jedoch ein legaler Aufenthaltstitel ausgestellt, ist die Zeit der Eingliederung ein wichtiger und auch für den weiteren Lebenslauf ausschlaggebender Abschnitt für Migranten. Unzureichende und ergebnislose Eingliederungsbedingungen und -maßnahmen können den Krankheitsverlauf verschlechtern. Dies äußert sich oft in den beschriebenen Symptomen der psychischen Überbelastung durch die vorliegende Situation. Infolgedessen treten häufig Depressionen, Zermürbung, Zusammenbrüche und Ängste auf.⁷⁰

Die therapeutische Bearbeitung dieser Probleme wird zusätzlich durch kulturelle und sprachliche Kommunikationshürden erschwert.

Somit ist eine fachgerechte medizinische Betreuung für die Betroffenen essenziell und wirkt sich auch auf den weiteren Verlauf ihres Lebens aus. Problematisch sind in diesen Fällen neben der Finanzierbarkeit der langwierigen Behandlung auch die sprachlichen Defizite der Migranten. Zum einen muss geklärt werden, wer für die Behandlungskosten aufkommt, wobei für Illegale besonders die Meldepflicht von öffentlichen Behörden eine Rolle spielt. Einrichtungen wie Medinetz stützen sich in diesen Fällen vorrangig auf Ärzte, die ihre Leistungen unentgeltlich oder kostengünstig anbieten. Für diese Ärzte

⁶⁸ Vgl. Wirtgen (2009), S. 2463.

⁶⁹ Vgl. Wirtgen (2009), S. 2464.

⁷⁰ Vgl. Wirtgen (2009), S. 2464.

steht der humanitäre Gedanke im Vordergrund, die Bezahlung wird von ihnen eher nachrangig bewertet. Zum anderen muss ein Weg gefunden werden, um sprachliche Defizite auszuräumen. Sie stellen eine große Barriere bei Diagnostik und Therapie dar. Problematisch ist jedoch, dass ein Sprachkurs mit Kosten verbunden ist, die meistens von den Betroffenen aufgrund ihrer tendenziell schwachen finanziellen Lage nicht aufgebracht werden können.

6. Akteure im Ruhrgebiet

Im Folgenden wird die Frage behandelt, wie und über welche Angebote Migranten ohne Krankenversicherung in Essen und dem Ruhrgebiet eine für sie notwendige medizinische Versorgung sicherstellen bzw. an welche Stellen sie sich wenden können, um Hilfe bei gesundheitlichen Problemen zu erhalten. In diesem Kontext werden exemplarisch Akteure vorgestellt, die in der genannten Region Angebote zur gesundheitlichen Versorgung von Migranten bereitstellen.

6.1. Methodik

Um einen Einblick in die migrantenspezifische Gesundheitsversorgung im Ruhrgebiet zu ermöglichen, wurden Interviews mit Leitern und Verantwortlichen verschiedener Anlaufstellen geführt. Die Auswahl umfasst das

1. **Gesundheitsamt Essen**, als Repräsentant der Stadt bzw. Kommune, den
2. Sozialdienst afrikanischer Migranten **SAM**, um die Perspektive einer Migrantenselbstorganisation einzubeziehen,
3. **Luthers Waschsalon** der Diakonie Mark-Ruhr, als kirchlichen Vertreter sowie
4. **Medinetz Essen e.V.**, stellvertretend für die im Ruhrgebiet ansässigen medizinischen Flüchtlingshilfen.⁷²

Für die Durchführung wurde die Methode des problemzentrierten Interviews

⁷² Eine tabellarische Übersicht findet sich in Anhang b

gewählt (offen, halbstrukturiert, qualitativ). Der Interviewer stellt Fragen, die er zuvor im Hinblick auf ein von ihm erkanntes Problem⁷³ formuliert und in einem Leitfaden festgehalten hat. Der Befragte beschreibt daraufhin mit eigenen Worten seine persönlichen Eindrücke und Erfahrungen⁷⁴.

Der zugrunde liegende Interviewleitfaden⁷⁵ enthält Fragen, die einerseits die alltägliche Arbeit der Befragten fokussieren und somit der Deskription der Angebote und des Klientels der einzelnen Institutionen dienen. Auf der anderen Seite verfolgen die Fragen das Ziel, Problem- bzw. Spannungsfelder zu identifizieren und persönlichen Eindrücken zu vergangenen und zukünftigen Entwicklungen Raum zu lassen.

6.2. Interviewergebnisse

6.2.1. Gesundheitsamt Essen

Als Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes unterliegt das Gesundheitsamt Essen dem „Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen“ (ÖGDG NRW). Im Wesentlichen umfassen seine Aufgaben den Gesundheitsschutz der Bevölkerung, Beratungs- und Präventionsleistungen, Umweltmedizin, amtsärztliche Tätigkeiten, Berichterstattung sowie Koordinations- und Überwachungsaufgaben (§§ 6 ff. ÖGDG NRW).

Demnach bietet das Essener Gesundheitsamt der Bevölkerung diverse Einzelleistungen an, die im Prinzip auch von Migranten genutzt werden können. Als Beispiele sollen an dieser Stelle ein anonymer HIV-Test, Impfungen und Beratung zu Demenz, Sucht sowie Gesundheit und Migration dienen. Da dem Gesundheitsamt in seiner Funktion als Behörde neben den eigenen Dienstleistungen auch die Koordination und Verwaltung vieler Versorgungsangebote obliegt, dient es den Bürgern oftmals als erste Anlaufstelle bei gesundheitsbezogenen Anliegen.

Im Gespräch mit Dr. Rainer Kundt⁷⁶, dem ärztlichen Leiter des Gesundheits-

73 siehe vorherige Kapitel

74 Vgl. Mayring (2002), S.67ff.

75 siehe Anhang a

76 Alle sinngemäßen und wörtlichen Äußerungen in diesem Kapitel entstammen dem

amt Essen, wurde deutlich, dass genannte Leistungen zwar prinzipiell allen zur Verfügung stehen, die Nutzung jedoch nicht für alle Bevölkerungsgruppen problemlos möglich ist. Gemeint sind hier Personen ohne gültige Papiere, zu deren Denunziation das Gesundheitsamt rechtlich verpflichtet ist⁷⁷. Herr Dr. Kundt beschreibt, dass sich papierlose Menschen vor diesen Konsequenzen fürchteten. Sie wüssten sehr gut über die Meldepflicht des Amtes und die möglichen Risiken für sich und ihre Angehörigen Bescheid, sodass der Kontakt zum Gesundheitsamt grundlegend gemieden würde:

„Die kommen gar nicht erst hier hin, weil die Angst haben. Wir sind eine zu hohe Hürde.“

Tatsächlich sei es nach Dr. Kundts Angaben beim Essener Gesundheitsamt noch nie zu einer Meldung von Papierlosen an die Ausländerbehörde gekommen. Trotzdem wird durch diese „Hürde“, also die aktuelle Gesetzeslage, einer nicht zu vernachlässigenden Anzahl von Menschen der Zugang zu Leistungen verwehrt, die ihrer Bestimmung nach allen offen stehen sollten. Infolgedessen käme es häufig dazu, dass im Krankheitsfall keine Behandlung stattfände, da die Leute „resignieren“. Seitens des Gesundheitsamtes wird dies sowohl für Einzelpersonen als auch im Sinne des Allgemeinwohls als Missstand erkannt:

„Es wäre natürlich schön, wenn da gesetzliche Änderungen wären, dass wir diese Menschen mit... zumindest angucken können, beraten können, behandeln können. Aber im Moment sind uns da die Hände gebunden.“

In diesem Zusammenhang nennt der Leiter des Gesundheitsamtes *Medinetz Essen* als bedeutende Anlaufstelle für Menschen ohne Papiere:

„Und deswegen verweisen wir immer auf Medinetz. Wir haben mit denen relativ engen Kontakt.“

Interview mit Herrn Dr. Rainer Kundt vom Gesundheitsamt Essen (Anhang b. Interview 1)
siehe Kapitel 4

Weiterhin erklärt Dr. Kundt, dass, um der beschriebenen Versorgungsproblematik zu begegnen, ein Pilotprojekt bezüglich eines anonymen Krankenscheines für den Raum Essen im Gespräch sei, an dem sich auch das Gesundheitsamt beteilige. Als größte Hürde für die Umsetzung empfindet er in diesem Kontext den Status der Illegalität der Betroffenen, der rechtlich schwierig zu handhaben sei.

Auch wenn sich Migranten ohne Krankenversicherung nach Angaben von Dr. Kundt nur selten und im Falle der Illegalität nie persönlich beim Gesundheitsamt Essen vorstellen, so kommt dieses doch indirekt über das Sozialamt mit ihnen in Kontakt: Sofern Anträge im Bereich der medizinischen Versorgung beim Sozialamt eingehen, wird das Gesundheitsamt als Gutachter in den Genehmigungsprozess involviert. Die Entscheidung über die medizinische Notwendigkeit und zugleich über die Kostenerstattung obliegt demnach den zuständigen Mitarbeitern des Gesundheitsamts. Abgelehnt werden Anträge, falls die zugrunde liegende Erkrankung nicht akut und die Behandlung in diesem Sinne nicht notwendig war. Laut Dr. Kundt kommen Ablehnungen jedoch selten vor.

Im Zuge dieses Aufgabenfeldes lässt sich für Dr. Kundt eine zweite problematische Personengruppe identifizieren: Personen, die sich legal aber unversichert in Deutschland aufhalten. Im Ruhrgebiet sind momentan verstärkt Einreisetätigkeiten von Menschen aus Bulgarien und Rumänien sowie der Bevölkerungsgruppe der Sinti und Roma zu verzeichnen. Dementsprechend häufen sich auch die Anträge beim Sozial- bzw. Gesundheitsamt. Dr. Kundt macht an dieser Stelle deutlich, dass dies insbesondere deshalb eine hochgradig problematische Situation darstelle, weil es sich um Personen handle, die legal in Deutschland einreisen dürften, jedoch momentan über keine Arbeitserlaubnis verfügten und deshalb in den meisten Fällen keine Krankenversicherung vorweisen könnten.

Abschließend betont Dr. Kundt erneut, dass eine adäquate Lösung gefunden werden müsse, was jedoch ohne das Zutun der Politik nicht möglich sei, so dass auch auf nationaler und internationaler Ebene gehandelt werden müsse:

„Da müssen der Staat und die EU helfen. Wir als Kommune können dieses Problem allein nicht lösen.“

6.2.2. Sozialdienst afrikanischer Migranten SAM

M. Clément Matweta⁷⁸, der 2010 den Sozialdienst für afrikanische Migranten „SAM“ gründete, ist Ansprechpartner für Menschen mit afrikanischer Herkunft im Raum Essen. Matweta, der selbst aus dem Kongo stammt und als Flüchtling nach Deutschland kam, hat sich eigeninitiativ im Bereich der Sprach- und Kulturvermittlung sowie der Gesundheitsförderung angesiedelt. SAM wird nicht durch Drittgelder gefördert, sondern refinanziert sich allein durch Matwetas Dienstleistungen. Er arbeitet mit der Caritas, dem Jugendamt und dem Gesundheitsamt in Essen zusammen und ist als Sprach- und Kulturvermittler für die RAA⁷⁹ tätig, in deren Auftrag er afrikanische Familien in ihrem sozialrechtlichen Beratungsprozess begleitet. Außerdem bietet er als ausgebildeter Gesundheitsmediator im Projekt „MiMi – Mit Migranten für Migranten“ Schulungen über das deutsche Gesundheitssystem und Themen zu Prävention und Gesundheitsförderung in verschiedenen Sprachen an.

Die Menschen, die Matweta betreut, stammen aus allen Teilen Afrikas und bewegen sich in der Altersgruppe von 20-50 Jahren (Kinder ausgenommen). Pro Monat kommen etwa 150-200 Fälle zustande. Die meisten seiner Klienten sind Frauen, was seiner Meinung nach mit einem besonderen Verantwortungsgefühl für deren Kinder und Familien zusammenhängt. Er macht deutlich, dass im Vergleich zu deutschen Familien hohe Informationsdefizite im Gesundheitsbereich vorliegen. Besonderen Bedarf sieht er in den Themen HIV- und STD-Prävention, Frauengesundheit, Ernährung, Kindergesundheit, Vorsorge und Impfung, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Depressionen.

Er selbst sucht afrikanische Communities auf, geht in Afroshops, Vereine oder Kirchengemeinden, führt Informationsveranstaltungen und Themen-

⁷⁸ Alle sinngemäßen und wörtlichen Äußerungen in diesem Kapitel entstammen dem Interview mit M. Clément Matweta, Gründer und Leiter von SAM (Anhang b. Interview 2)

⁷⁹ Regionale Arbeitsstellen zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus Zuwandererfamilien

abende auf verschiedenen Sprachen durch. Seiner Meinung nach ist es wichtig, den Menschen Wissen an die Hand zu geben und ihre Eigenverantwortlichkeit zu fördern. Neben den sprachlichen sieht er auch soziokulturelle Barrieren, die er mit seiner Arbeit zu überwinden versucht.

Sein Ziel ist nicht nur, zur kulturellen Integration von Menschen afrikanischer Herkunft beizutragen, sondern ihnen auch zu gesundheitlicher Chancengleichheit zu verhelfen. Deshalb begleitet er seine Klienten auf Wunsch auch zu Arztbesuchen und notwendigen Behördengängen – auch zum Sozialamt. Dort sind in erster Linie seine Kompetenzen als Dolmetscher und sozialrechtlicher Berater gefragt. Aus diesem Grund weiß Matweta genau über die rechtliche Situation seiner Klienten und deren Aufenthaltsstatus bescheid. Er stellt jedoch klar, dass er bei einem Menschen ohne Papiere, der medizinisch versorgt werden muss, kaum Handlungsspielraum für sich sieht:

„Ich kann ihm nicht helfen. Aber ich würde ProAsyl anrufen und ich weiß, dass es Medinetz gibt. Da würde ich anrufen und das Problem schildern. Aber ich persönlich kann nichts machen. Da mach ich mich vielleicht auch strafbar.“

Matweta vertritt die Ansicht, dass langfristige und vor allem ganzheitliche Lösungsansätze von Nöten sind. Es reiche nicht aus, in den Dimensionen eines einzelnen Integrationskurses oder eines einzelnen Arztbesuches zu denken. Der Verwaltungsapparat stelle ein großes Hindernis, einen „*Dschungel*“ dar, der für Migranten schwer zu durchqueren sei. Besonders für Menschen ohne Papiere hänge viel von Einzellösungen und oft auch von persönlichen Kontakten ab. Die Relevanz der Problematik schätzt er als steigend ein, denn die Zahl afrikanischer Migranten im Ruhrgebiet ist laut Matweta in den letzten Jahren gestiegen und zumeist mit dauerhaften Existenzgründungen verbunden:

„Es sind mehr geworden und sie haben hier Familien gegründet.“

6.2.3. Luthers Waschsalon der Diakonie Mark-Ruhr

Die Räume von Luthers Waschsalon in Hagen sind Anlaufstelle und Treffpunkt für Wohnungslose⁸⁰, von Wohnungslosigkeit Bedrohte, Menschen mit geringem Einkommen und solche, die sich in einer unzumutbaren Wohnsituation befinden. Die Klienten finden dort niedrigschwellige Angebote vor, haben die Möglichkeit zu frühstücken und sich mit den Mitarbeitern und anderen Betroffenen auszutauschen. Außerdem sind Duschen, Waschmaschinen und eine Kleiderkammer vorhanden⁸¹.

Neben diesen Basisangeboten wird zu festen Terminen eine zahnmedizinische Sprechstunde, eine allgemeinmedizinische Ambulanz in den eigenen Räumen, eine Ambulanz im Hagener Männerasyl sowie mobile Versorgung mittels eines Arztmobiles an mehreren Standorten im Raum Hagen bereitgestellt⁸².

Heike Spielmann⁸³, Leiterin von Luthers Waschsalon, beschreibt, mit welchen Mitteln die medizinischen Angebote von Luthers Waschsalon (Ambulanz und Arztmobil) finanziert und gestützt werden. Zum einen stehen Eigenmittel des diakonischen Werkes in Form eines Etats zur Verfügung. Weiterhin spielen Sachspenden, Geldspenden und ehrenamtliche Kräfte eine tragende Rolle. In den Sprechstunden sind Ärzte, Krankenpfleger und Arzthelferinnen auf ehrenamtlicher Basis tätig. Außerdem können Medizinstudenten der Universität Witten-Herdecke ihre Mithilfe bei Luthers Waschsalon als Studienleistung in Form eines Praktikums anerkennen lassen.

Seit 2009 wird Luthers Waschsalon zusätzlich durch Projektmittel des Konzeptes zur "Medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in NRW" gefördert, welches finanziell von den Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung, der KV Westfalen-Lippe, der KV Nordrhein sowie den teil-

⁸⁰ Wohnungslos sind Menschen, die über keine mietvertraglich geregelte Wohnsituation verfügen. Genaue Definition siehe Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.

⁸¹ Diakonie Mark-Ruhr a.

⁸² Diakonie Mark-Ruhr b.

⁸³ Alle sinngemäßen und wörtlichen Äußerungen in diesem Kapitel (sofern nicht anders gekennzeichnet) entstammen dem Interview mit Heike Spielmann, Leiterin von Luthers Waschsalon (Anhang b. Interview 3)

nehmenden Städten und Landkreisen getragen wird⁸⁴. Durch das Modellprojekt entstand die Möglichkeit, krankenversicherte Personen ohne die Zuzahlung von Praxisgebühren zu behandeln. Darüber hinaus können Medikamente verschrieben und Überweisungen ausgestellt werden, wodurch ein Zugang zum medizinischen Regelsystem geschaffen wurde.

Heike Spielmann erläutert, dass diese finanziell „gesicherte Basis“ ermöglicht, auch vereinzelt Patienten ohne Krankenversicherung in die Versorgung einzubeziehen. Für die Bedürftigen entstehen dabei keine Kosten. Überweisungen oder Krankenhauseinweisungen seien in diesen Fällen jedoch nicht durchführbar. Die Ambulanz verfügt zudem über ein bestimmtes Kontingent von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten, darunter beispielsweise Schmerz- oder Blutdruckmedikamente, Verbandsmittel oder Nitrospray, von denen auch mittellose Patienten profitieren können.

Anschließend kommt die Frage auf, wie viele Personen die medizinischen Angebote nutzen und wie sich die Nutzergruppe zusammensetzt. Frau Spielmann kann in diesem Zusammenhang konkrete Zahlen nennen: Im Jahr 2011 kamen 248 Behandlungen im Arztmobil und 870 in der Ambulanz zustande. Insgesamt wurden 262 Personen behandelt, davon waren 74 weiblichen und 188 männlichen Geschlechts; 37 Personen waren jünger als 40 Jahre, 178 Personen entstammen der Altersgruppe von über 40 bis 70 Jahren und 35 Personen waren älter als 70. Diagnostische Schwerpunkte bildeten im vergangenen Jahr äußere Verletzungen, Sucht und Suchtfolgen sowie Erkrankungen der Haut (siehe Abbildung 3).

Den größten Teil der Behandelten machten 2011 deutsche Staatsbürger mit 212 Personen aus. Von den übrigen Personen gehörten 22 zur Gruppe der EU-Bürger und 15 zur Gruppe der Nicht-EU-Bürger. Weitere 12 Personen machten keine Angabe bzw. wurden in dieser Hinsicht nicht erfasst (siehe Abbildung 2). Migranten nehmen demnach einen Teil von etwa 14% der Gesamtheit ein. Ausländer, die aus Staaten außerhalb der EU kommen, ma-

⁸⁴ Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (o.J.), S.5.

chen rund 6% aller behandelten Personen aus. Wie viele dieser Personen sich zum Zeitpunkt ihrer Behandlung in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität befanden, wurde nicht erfasst. Laut Frau Spielmann gäbe es jedoch solche Fälle, wenn auch vergleichsweise selten.

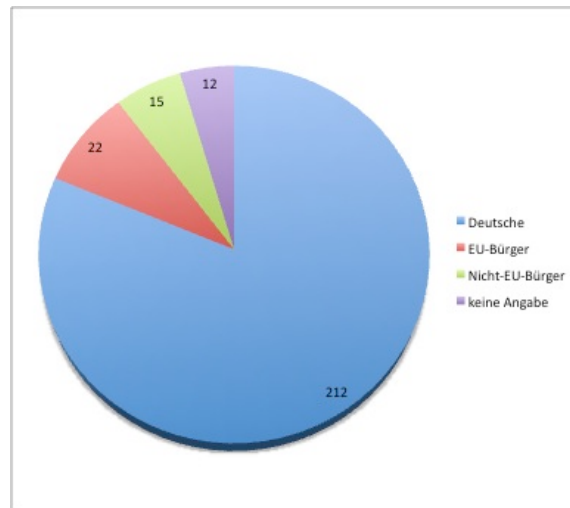


ABB. 2: VERTEILUNG DER KLIENTEN VON LUTHERS WASCHSALON NACH STAATSANGEHÖRIGKEIT
(OHNE ZAHNMEDIZIN)

(Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben von Heike Spielmann)

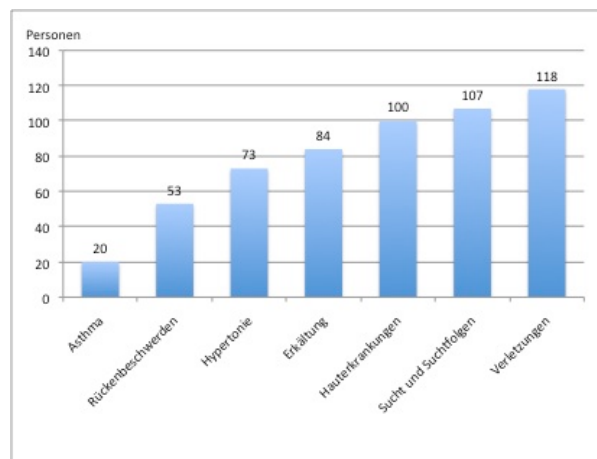


ABB. 3: VERTEILUNG DER KLIENTEN VON LUTHERS WASCHSALON NACH ERKRANKUNGEN
(OHNE ZAHNMEDIZIN)

(Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben von Heike Spielmann)

Die Nutzerzahlen sind in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Kamen

2011 im Mittel 120-145 Fälle pro Quartal zustande, waren es im ersten Quartal des Jahres 2012 bereits 163 und im zweiten Quartal 165 Fälle. Als einen Grund nennt Frau Spielmann die inzwischen etablierte Kontinuität der Angebote: Durch den Einsatz von Ambulanz und Arztmobil an mehreren Tagen der Woche stehen verlässliche und regelmäßige Sprechstunden zur Verfügung. Weiterhin wurde durch das Arztmobil der Radius erweitert und die Leistungen seien bekannter geworden. Dazu kommt, „*dass die Menschen eher an die finanzielle Schmerzgrenze kommen*“. Die durch das oben erwähnte Modellprojekt entstandene Befreiung von der Praxisgebühr und die Möglichkeiten zu Verschreibungen und Überweisungen erhöhten außerdem die Attraktivität des Angebots.

Neben den medizinischen Sprechstunden, bietet Luthers Waschsalon auch zahnmedizinische Versorgung an, die jedoch auf einem abweichenden Konzept fußt. Finanziert wird sie in erster Linie über Spenden und Sponsoring. Durch die Unterstützung eines ehrenamtlich tätigen Zahnarztes und einer Assistentin kann an zwei Terminen pro Woche zahnmedizinische Basisversorgung angeboten werden. Auch hier können Studenten der Zahnmedizin der Universität Witten-Herdecke ihre Mitarbeit als Studienleistung anerkannt bekommen.

Die Finanzierung läuft in diesem Modell unabhängig von den Krankenkassen. Aus diesem Grund ist es ohne Umwege möglich, auch unversicherten Personen zumindest Notfallversorgung zukommen zu lassen. Im Vordergrund der Arbeit steht immer die Bemühung, die Klienten (soweit möglich) in das medizinische Regelsystem zu reintegrieren. Dazu vermitteln und begleiten die Mitarbeiter von Luthers Waschsalon bei Bedarf auch Personen zu niedergelassenen Arztpraxen. Darüber hinaus wird prothetische Versorgung angeboten und durch die Abgabe von kostenlosen Zahnpflegemitteln zur Förderung von Hygiene und Gesundheit beigetragen⁸⁵.

Bis Juli diesen Jahres wurden 152 Behandlungen in der zahnmedizinischen Ambulanz von Luthers Waschsalon durchgeführt. Es entfielen durchschnitt-

85

Diakonie Mark-Ruhr c. Online unter www.diakonie-mark-ruhr.de

lich 3,8 Behandlungen auf einen Klienten. Die Nationalitäten wurden hier nicht erfasst.

Als allgemeine Tendenz lässt sich seitens Frau Spielmann festhalten, dass die Zahl von Klienten mit Migrationshintergrund in Luthers Waschsalon zunimmt, vornehmlich durch Menschen aus Bulgarien und Rumänien. Es bestünde ein großer Bedarf, sich in der Rechtslage bezüglich dieser Menschen weiterzubilden. Solche und ähnliche Dienste, wie sie Luthers Waschsalon anbietet, werden auch in Zukunft von Nöten sein, vielleicht sogar in höherem Maß als heute: Die „*Verwahrlosung*“ der Menschen nimmt zu und die „*Armut bekommt eine neue Qualität*“.

Frau Spielmann wünscht sich daher mehr Klarheit in der rechtlichen Situation von Migranten und einen „*gesicherten Zugang zum Gesundheitssystem, so dass nicht für jeden Einzelfall neue Lösungen gesucht werden müssen*“. Weiterhin schreibt sie der Vernetzung zwischen Medizin und Sozialarbeit große Bedeutung zu. Es sei wichtig, dass die Akteure mehr „*voneinander lernen und profitieren. Zum Besten der Leute, um die es geht*“.

6.2.4. Medinetz Essen e.V.

Seit 2009 betreut Medinetz Essen e.V. Menschen, die über einen unsicheren Aufenthaltsstatus verfügen, als Flüchtlinge nach Deutschland gekommen sind oder aus anderen Gründen keinen Zugang zu regulärer medizinischer Versorgung haben. Darüber hinaus ist der Verein auf politischer Ebene aktiv und engagiert sich für die Realisation eines Modellprojektes zur anonymen Krankenversorgung von Migranten im Ruhrgebiet. Auch die Fort- und Weiterbildung von Medizinern in Bezug auf die Behandlung aufenthaltsrechtlich Illegalisierter ist Teil ihres Aufgabenspektrums. Finanziert wird Medinetz durch Mitgliederbeiträge, Spenden und Fördergelder. Die Klienten werden durch ehrenamtlich tätige Ärzte und Mitarbeiter betreut⁸⁶.

Meldet sich ein Klient bei Medinetz, wird zunächst im Beratungsgespräch seine Situation erfasst und ermittelt, welcher Facharzt konsultiert werden

⁸⁶

Medinetz Essen e.V. b.

sollte. Medinetz arbeitet mit einem Netzwerk aus etwa 50 Ärzten und Psychotherapeuten zusammen, die besagtem Personenkreis anonyme und kostenfreie bzw. kostengünstige Behandlung zuteil werden lassen. Der Weg über das Sozialamt und das damit einhergehende Risiko einer Abschiebung werden somit umgangen. In der ersten Hälfte dieses Jahres wurden 32 Klienten betreut, was in etwa drei bis fünf Kontaktaufnahmen pro Woche bedeutet. Die Tendenz ist seit Vereinsgründung steigend: Jedes Jahr verdoppelte sich die Anzahl betreuter Klienten. Die Fälle wurden dabei komplexer und Mehrfachkonsultationen häufiger. Auch die Aufwendungen für Medikamente weisen eine steigende Tendenz auf⁸⁷. Barbara Friedmann⁸⁸ von Medinetz Essen erklärt sich diese Entwicklung damit, dass die Patienten Medinetz erst in Fällen akuter Behandlungsbedürftigkeit aufsuchten – *„Sie kommen nur in höchster Not.“* Zu diesem Zeitpunkt liegen meist schon schwerwiegende Erkrankungszustände vor, die mehrere Behandlungsschritte erfordern oder sogar dauerhafte Folgen nach sich ziehen können. Was die Dauer der Behandlungen betrifft, so zeigt sich, dass Papierlose aus Angst eher zu Akutbehandlungen tendieren, um dringliche, sie beeinträchtigende Schmerzzustände zu beseitigen. Häufig bleibt es deshalb bei einmaligen Arztbesuchen, Folgetermine werden nur selten vereinbart.

Die betreuten Klienten sind zumeist afrikanischer, südost- oder osteuropäischer Herkunft (siehe Kapitel 8). In letzter Zeit häuften sich Fälle von EU-Bürgern ohne Krankenversicherung, vornehmlich aus den Ländern Bulgarien und Rumänien. Neben dem medizinischen Behandlungsbedarf ergeben sich zunehmend sozial-rechtliche Fragen, weshalb Medinetz regelmäßig Klienten an die Beratungsstelle ProAsyl vermittelt. Dort werden die Klienten zu ihrer rechtlichen Situation und ihren Handlungsmöglichkeiten beraten, außerdem können sie Unterstützung beim Beantragen von Asyl bekommen. Mit der Weiterleitung an ProAsyl wird beabsichtigt, die Probleme der Klienten ganzheitlich anzugehen und eine Lösung zu finden, die ein dauerhaftes Bleibe-

⁸⁷ Medinetz Essen e.V. a. (2012), S.1f.

⁸⁸ Alle sinngemäßen und wörtlichen Äußerungen in diesem Kapitel (sofern nicht anders gekennzeichnet) entstammen dem Interview mit Barbara Friedmann von Medinetz Essen e.V. (Anhang b. Interview 4)

recht und einen beständigen Zugang zur Regelversorgung umfasst. Ein Asylantrag ist jedoch an Bedingungen geknüpft, die viele Papierlose fürchten: Zunächst müssen sie sich bei einer Behörde melden und damit ihre Anonymität aufgeben. Außerdem werden sie im Zuge des Asylverfahrens an eine Residenzpflicht gebunden, die sie unter Umständen von ihren Bezugspersonen trennt. Als wichtigstes Gegenargument bleibt die mögliche Ablehnung des Asylantrages und die damit einhergehende Ausreisepflicht. Das Handeln der Menschen ist durch ihre Angst bedingt, entdeckt und ausgewiesen zu werden, sodass sie nicht immer bereit sind, dieses Verfahren auf sich zu nehmen, erklärt Frau Friedmann.

Da Medinetz parallel zum regulären Gesundheitssystem arbeitet, kann dem Umstand entsprechend keine lückenlose medizinische Versorgung gewährleistet werden. Durch die Kontakte zu niedergelassenen Ärzten kann ein Großteil des Behandlungsbedarfes anonym und kostengünstig bewältigt werden; schwieriger sind jedoch Fälle, die beispielsweise Krankenhauseinweisungen oder dauerhafte Therapien erfordern. Eine langfristige Behandlung

„bei chronisch Erkrankten, mit hohem Einsatz an Medikamenten und aufwendigen Untersuchungen ist problematisch und kann, wenn überhaupt, nur bei Einzelnen durchgeführt werden“.

Als Beispiel nennt sie hier eine Rheuma-Patientin, die eine dauerhafte und kostenintensive medikamentöse Behandlung benötigte, die für sie finanziell nicht tragbar war. Durch eine mit Medinetz kooperierende Ärztin konnten Medikamentenmuster bei einer Pharmafirma bestellt und der Klientin zur Verfügung gestellt werden. Doch auch diese Lösung könne nur vorübergehend Abhilfe leisten. Ähnliches gilt für die Versorgung von Schwangeren, die im Rahmen von Medinetz den Umständen entsprechend zuverlässig und regelmäßig erfolgen kann. Die beteiligten Gynäkologen seien sehr bemüht und arbeiteten gewissenhaft. Doch sobald die Entbindung anstünde und die Schwangere ein Krankenhaus aufsuchen müsse, ende der Einfluss von Medinetz:

„Der Behandlungsablauf kann nicht vollständig mit beeinflusst

werden und man macht sich dann Sorgen“.

Frau Friedmann betont die Notwendigkeit einer gesicherten Regelung für die Versorgung von Migranten ohne Krankenversicherung. Krankheiten ließen sich nicht vermeiden, unabhängig davon, ob eine Versicherung vorhanden sei oder nicht. Folglich entstünden auch Behandlungskosten, für die aufkommen werden muss. Bei der aktuellen Gesetzeslage bliebe diese Frage häufig ungeklärt. Wenn zum Beispiel jemand notfallmäßig in ein Krankenhaus eingewiesen und dann abgeschoben wird, weil er sich unerlaubt in Deutschland aufhält, gehen die Kosten seiner Behandlung zu Lasten des Krankenhauses. Im Moment sind medizinische Flüchtlingshilfen, kirchliche Unterstützer und wenige weitere gemeinnützige Organisationen die einzigen, die sich solcher Fälle annehmen. Die Handlungsspielräume sind deshalb begrenzt:

„Alles was wir machen, sind Tropfen auf dem heißen Stein. Das sind Akutbehandlungen. Aber die Leute kommen wieder...die werden älter, die Frauen werden schwanger. Das Ziel wäre, dass diese Lage anerkannt wird und eine dauerhafte Lösung bekommt, zum Beispiel der anonyme Krankenschein.“

7. Nationale Lösungsansätze zur medizinischen Versorgung von Papierlosen und daraus resultierende Perspektiven für die Metropolregion Ruhr

Wie mit Papierlosen ohne Krankenversicherung in Deutschland zu verfahren ist, wurde auf nationaler Ebene noch nicht geklärt. Obwohl es sich bei einer geschätzten Anzahl Betroffener zwischen 500.000 und einer Millionen⁸⁹ handelt und daher ein einheitlicher Lösungsansatz von Nöten wäre, gibt es keine bundesweite Gesetzgebung, wie in solchen Fällen zu verfahren ist. Auf lokaler Ebene existieren jedoch verschiedene Projekte, die sich genau diesem Problemfeld widmen. Teilweise sind diese Konzepte nur Gedankenmodelle, in anderen Fällen handelt es sich bereits um praxiserprobte Projekte, deren erfolgreiche Umsetzung auch als Leitfaden für die Metropolregion Ruhr die-

⁸⁹ Vgl. Wolter (2010), S. 4.

nen könnte. Im folgenden Kapitel sollen daher drei der bekanntesten Modellprojekte vorgestellt werden, um in den darauffolgenden Kapiteln zu überprüfen, inwieweit eine Übertragung auch für die Metropolregion Ruhr möglich wäre und welche Voraussetzungen hierfür erfüllt sein müssen.

7.1. Modellprojekte innerhalb Deutschlands

Bei den folgenden Modellprojekten handelt es sich um verschiedene Lösungskonzepte, zur Verbesserung der Versorgung von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus. Dabei unterscheiden sich die Modelle hauptsächlich in den anders gewichteten Rollen der beteiligten Akteure, sowie in der Finanzierungsart. Während die Humanitäre Sprechstunde und das Münchner Modell bereits praxiserprobte Projekte sind, handelt es sich bei dem Anonymen Krankenschein um ein noch nicht umgesetztes, jedoch deutschlandweit diskutiertes Konzept. Neben den im Folgenden vorgestellten Modellen gibt es noch weitere. Diese ähneln sich jedoch in Art und Umsetzung. Die hier herausgegriffenen Modelle sind die bekanntesten und meist diskutierten Konzepte innerhalb der Bundesrepublik Deutschland. Sie geben daher einen guten Überblick über die aktuelle Versorgungslage von Migranten ohne Aufenthaltsstatus in den verschiedensten Regionen Deutschlands.

7.1.1. Die Humanitäre Sprechstunde

Die Humanitäre Sprechstunde gibt es in verschiedenen Städten wie Wiesbaden, Bremen oder auch Frankfurt. Während Sprechstunden für Migranten ohne Aufenthaltsstatus durch gemeinnützige Vereine wie beispielsweise Medinetz faktisch deutschlandweit existieren, ist das Besondere an der Humanitären Sprechstunde, dass sie über das Gesundheitsamt der jeweiligen Stadt getragen wird. Wie es unter anderem im ÖGDW NRW in §4 nachzulesen ist, haben Gesundheitsämter den gesetzlichen Auftrag, die medizinisch-soziale Versorgung im Rahmen eigener Dienste und Einrichtungen zu erbringen. Dieser Versorgungsauftrag gilt für alle Menschengruppen, unabhängig von

sozialen, religiösen oder kulturellen Hintergründen⁹⁰.

Insbesondere aus diesem Grund sieht Dr. Hans Wolter (Amt für Gesundheit, Frankfurt am Main) die Gesundheitsämter in der besonderen Pflicht, auch Leistungen für Randgruppen zu erbringen, die ansonsten im Gesundheitssystem keinerlei Berücksichtigung finden. Das Gesundheitsamt in Frankfurt hat daher die Humanitäre Sprechstunde eingeführt, deren Konzept im Folgenden näher erläutert werden soll. Die Internationale Humanitäre Sprechstunde (IHS) wurde 2009 gegründet; bereits 1997 gab es ähnliche Projekte, wie die „Rumänischsprachige Sprechstunde“ oder die 2001 gegründete „Afrika-Sprechstunde“. Beide Projekte existieren noch heute, die Internationale Humanitäre Sprechstunde ist lediglich eine Weiterführung dieser Konzepte. Dreimal wöchentlich können sich Betroffene in der IHS kostenlos und anonym behandeln und beraten lassen. Hierzu stellt das Gesundheitsamt einen nicht einsehbaren Warteraum, sowie zwei Behandlungsräume und einen Beratungsraum zur Verfügung.

Die erste Kontaktaufnahme erfolgt durch eine Sozialarbeiterin mit Migrationshintergrund und einer Präventionsfachkraft – beide Angestellte des Gesundheitsamtes⁹¹. Ausschließlich für die ärztliche Dokumentation werden bei der Erstaufnahme Geburtsdatum und Name der Patienten aufgenommen. Für die medizinische Versorgung stehen eine Kinderärztin, eine Allgemeinmedizinerin sowie zwei ärztliche Honorarkräfte des Gesundheitsamtes zur Verfügung. Falls Bedarf besteht, können Patienten auch in andere Abteilungen innerhalb des Gesundheitsamtes zu Fachärzten weitergeleitet werden⁹².

⁹⁰ Vgl. Wolter (2010), S. 4.

⁹¹ Vgl. Wolter (2010), S. 5.

⁹² Vgl. Wolter (2010), S. 5.



ABB.4: INTERNATIONALE HUMANITÄRE SPRECHSTUNDE

Quelle: Wolter (2010), S.5)

In 8% der Fälle (siehe Abbildung 4) kann eine ausreichende Versorgung durch das Gesundheitsamt nicht gewährleistet werden, sodass es zu einer externen medizinischen Versorgung kommen muss (Entbindungen ausgenommen). Betroffene Patienten erhalten in diesem Fall ein Anschreiben für niedergelassene Ärzte, müssen die Kosten für eine externe Behandlung jedoch selber zahlen. Sollte dies in Einzelfällen nicht möglich sein, kooperiert das Gesundheitsamt mit gemeinnützigen Vereinen. Diese versuchen dann über Spendengelder eine medizinische Behandlung zu ermöglichen. Für schwangere Frauen gibt es ein Abkommen zwischen Gesundheitsamt und den Frankfurter Geburtskliniken. Für einen Pauschalpreis von 600€ wird Patientinnen so eine ambulante Entbindung ermöglicht⁹³. Die Abrechnung der Kosten erfolgt ausschließlich über das Gesundheitsamt. Auch hier müssen die Kosten durch den Patienten selbst übernommen oder durch Spendengelder der kirchlichen und zivilen Akteure beglichen werden.

Die Humanitäre Sprechstunde selbst finanziert sich nicht ausschließlich über den Etat des Gesundheitsamtes, sondern wird von anderen Teilen der Stadtverwaltung mitgetragen. Das Frauenreferat trägt einen Teil der Personalkosten, das Amt für multikulturelle Angelegenheiten beteiligt sich an den Sach-

⁹³ Vgl. Wolter (2010), S. 5.

kosten und das Sozialamt übernimmt Kosten für Medikamente, Impfstoffe und Praxisausstattung⁹⁴. Während die meisten Projekte zur medizinischen Versorgung von Personen ohne Aufenthaltsstatus ihre Problempunkte in den nicht vorhandenen rechtlich geregelten Rahmenbedingungen oder der unsicheren Finanzierung sehen, besteht für die Internationale Humanitäre Sprechstunde die größte Herausforderung darin, ihre Zielgruppe zu erreichen und ein Vertrauensverhältnis zu den Patienten aufzubauen⁹⁵. Hierzu bedarf es der Kooperation mit gemeinnützigen Vereinen und Organisationen, die als Vermittler zwischen Gesundheitsamt und Patienten agieren.

Die Stadt Frankfurt ist Gründungsmitglied des *Gesunde-Städte-Netzwerkes* und hat aufgrund ihrer multikulturellen Bevölkerung ein besonderes Interesse daran, die medizinische Versorgung von Migranten sicherzustellen. In der Stadtverwaltung wurde daher eine Stabstelle für Migration und Gesundheit eingerichtet. Basierend auf diesem Hintergrund entstand auch die Idee und Verwirklichung der internationalen Humanitären Sprechstunde. Die Stadt Frankfurt versucht hierdurch die defizitäre Versorgung von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus zu verbessern.

7.1.2. Der Anonyme Krankenschein

Das Grundprinzip des Anonymen Krankenscheins ist es, Papierlose in die Regelversorgung des Staates zu integrieren⁹⁶. So soll der Rechtsanspruch auf Gesundheitsversorgung auch für Papierlose gewährleistet sein. Solange öffentliche Behörden, wie Sozialämter, nach dem AufenthG §87 an die Übermittlungspflicht von illegalen Einwanderern gebunden sind, ist es nicht möglich den Anonymen Krankenschein direkt über die Sozialämter zu beziehen. Die Idee des Anonymen Krankenscheins ist es daher, eine ärztlich geleitete Anlaufstelle für Papierlose anzubieten. Aufgrund der Schweigepflicht der Ärzte, die sich sowohl auf krankheitsbezogene Daten als auch auf persönliche Lebensumstände der Patienten bezieht, laufen Papierlose somit keine Gefahr, an die Ausländerbehörde übermittelt zu werden. Auch müssen

⁹⁴ Vgl. Wolter (2010), S. 5.

⁹⁵ Vgl. Wolter (2010), S. 5.

⁹⁶ Vgl. Bartholome et al. (2009), S.1.

behandelnde Ärzte nicht befürchten, sich durch den Schlepperparagrafen aus dem Zuwanderungsgesetz §96 strafbar zu machen. Solange Behandlungen von Krankheiten und die Vermittlung bzw. Beratung von gesundheitsbezogenen Leistungen zu einem menschenwürdigen Leben verhelfen und nicht dem Zwecke dienen, den Aufenthalt in Deutschland zu verlängern, haben Ärzte, Psychiater und weitere Berufsgruppen, die unter die Schweigepflicht fallen, laut der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz (in Vorbemerkung 95.1.4) nicht mit rechtlichen Konsequenzen zu rechnen.

Das Konzept des Anonymen Krankenscheins besteht nun darin, dass Papierlose eine Anlaufstelle haben, bei der sie neben sozialer Beratung und rechtlicher Hilfe in allererster Linie einen Krankenschein ausgestellt bekommen. Die Abrechnung der Gesundheitsleistungen kann dann über das Sozialamt erfolgen, jedoch anonym. So können Papierlose eine Krankenbehandlung in Anspruch nehmen, ohne eine Abschiebung durch die Ausländerbehörde befürchten zu müssen.

Ein bedeutender Unterschied des Anonymen Krankenscheins zu anderen Modellen besteht in der Finanzierung. So könnte der Anonyme Krankenschein ausschließlich über das AsylbLG abgerechnet werden. Öffentliche Gelder würden so die Grundversorgung der Papierlosen gewährleisten. Die Problematik, dass nach diesem Leistungskatalog nur eine Minimalversorgung der Betroffenen ermöglicht wird – der Leistungsumfang schließt beispielsweise keine Behandlung chronischer Krankheiten mit ein – sei hier aufgrund des Umfangs der Arbeit nur am Rande erwähnt.

Obwohl der Anonyme Krankenschein in der Praxis noch nicht umgesetzt ist, gibt es zahlreiche Organisationen in Deutschland, die bereits konkrete und detaillierte Konzeptentwürfe für ein gangbares Modell des Anonymen Krankenscheins erarbeitet haben. Hierzu gehört auch das Medibüro Berlin. Es handelt sich hierbei um einen Verein, der medizinische Flüchtlingshilfe für Menschen ohne Aufenthaltsstatus anbietet. Das vom Medibüro Berlin entworfene Konzept zum Anonymen Krankenschein soll nun im Folgenden kurz erläutert werden. Das Medibüro Berlin gibt es seit sechs Jahren. Eine in die-

ser Zeit gewonnene Erfahrung ist, dass Papierlose aus Angst vor Entdeckung erst in äußersten Notfällen eine medizinische Behandlung in Anspruch nehmen und Hilfe suchen. Eine frühzeitige Behandlung könnte in vielen Situationen Notfälle verhindern und würde somit auch eine Kostenersparnis für die Sozialämter bedeuten, da beispielsweise Krankenhausaufenthalte durch frühzeitiges Eingreifen vermieden werden könnten. Hierzu müsste es eine Anlaufstelle geben, bei der Papierlose ohne Angst vor Abschiebung eine Krankenbehandlung rechtzeitig in Anspruch nehmen könnten. Das Konzept des Anonymen Krankenscheins soll dies ermöglichen. Wie bereits am Anfang des Kapitels erwähnt, müsste es sich bei der Vergabestelle des Krankenscheins um eine öffentliche Stelle des Gesundheitswesens handeln, die unter ärztlicher Leitung steht, um so eine Weitergabe von Patientendaten zu unterbinden. Mit im Team müssten neben Ärzten auch Sozialarbeiter und Dolmetscher sein, um eine ganzheitliche Betreuung zu gewährleisten. In einem ersten Schritt würde dann eine Bedürftigkeitsprüfung durch Gespräche mit Betroffenen über deren finanzielle Lage und die persönliche Lebenssituation erfolgen. Wichtig hierbei ist, dass die Bedürftigkeit im Einzelfall geprüft wird, um so Missbrauch auszuschließen. Jedem bedürftigen Patienten sollte mit möglichst wenig bürokratischem Aufwand eine medizinische Behandlung ermöglicht werden. Durch einen Kooperationsvertrag mit dem Sozialamt könnte dann im zweiten Schritt ein anonymer Krankenschein (Gültigkeit für ein Quartal) ausgegeben werden. So könnten Ärzte, Krankenhäuser und Praxen anhand anonymisierter Strichcodes ihre Leistungen nach AsylbLG mit dem Sozialamt abrechnen. Um eine Rechnungsprüfung der Leistungen zu gewährleisten, wären Geburtsdatum und Geschlecht des Patienten notwendig, jedoch keine weiteren Daten wie Name oder Anschrift. Neben der Vergabe des anonymen Krankenscheins könnte durch die Vergabestelle auch eine rechtliche Beratung erfolgen. Durch eine Kooperation mit der Ausländerbehörde könnten Einzelfälle anonym besprochen werden, um eventuelle Legalisierungsmöglichkeiten der Betroffenen aufzuzeigen. Über die entstehenden Kosten eines solchen Projektes können nur grobe Schätzungen gemacht werden, die jedoch in einem eigenen Kapitel behandelt werden sollen.

Die Konzeptumsetzung des Anonymen Krankenscheins vom Medibüro Berlin und weiterer Organisationen in anderen Städten scheitert momentan an politischen Debatten. In Berlin wurde 2010 ein Runder Tisch zur gesundheitlichen Versorgung für Migranten und Migrantinnen in besonderen Notlagen gegründet. Im August 2010 wurde in diesem Rahmen der Anonyme Krankenschein ausführlich diskutiert, jedoch durch die Senatsverwaltung für Inneres und Sport abgelehnt. Gründe hierfür waren die Bedenken, Gesundheitsleistungen staatlich zu finanzieren, ohne dass Betroffene hierzu ihre Identität preisgeben müssen⁹⁷.

Auch in Düsseldorf und weiteren Städten wird der Anonyme Krankenschein politisch diskutiert⁹⁸, jedoch ist eine konkrete Umsetzung des Konzeptes aktuell noch in keiner Region erfolgt.

7.1.3. Das Münchener Modell

Das Besondere am Münchener Modell besteht darin, dass es sich nicht um ein Modell einzelner Vereine oder Organisationen handelt, sondern um ein städtisches Konzept, welches aus dem Zusammenspiel politischer, ziviler und öffentlicher Akteure entsteht. Ziel des Münchener Modells ist es, Menschen ohne Versicherungsschutz eine medizinische und soziale Beratung zu ermöglichen⁹⁹. Die Anfänge lagen im Jahr 2000. Seither hat sich das Konzept kontinuierlich weiterentwickelt. Initiatoren des Projektes sahen sich zunächst mit dem Problem konfrontiert, dass das politische Interesse für Migranten ohne Aufenthaltsstatus praktisch nicht vorhanden war. So war es zunächst das vorrangige Ziel der Initiatoren, die Öffentlichkeit für dieses Thema zu sensibilisieren. Die Partei der GRÜNEN stellte im Jahr 2000 einen Antrag, das Problemfeld von illegalen Migranten wissenschaftlich für die Stadt München zu untersuchen. Der Sozialausschuss stimmte dem Antrag zu, sodass der Migrationsforscher Dr. Philip Anderson eine qualitative Studie mit konkreten Handlungsempfehlungen für die Stadt München erstellte¹⁰⁰.

⁹⁷ Vgl. o. V. (2011), S. 3.

⁹⁸ Vgl. Strauß, Zepuntke (2010), S. 1f.

⁹⁹ Vgl. Anderson et. al. (2010), S.9.

¹⁰⁰ Vgl. Anderson et. al. (2010), S.10.

Nach intensiven Diskussionen und Beratschlagungen wurde – angelehnt an die Empfehlungen von Dr. Philip Anderson – der Stadtverwaltung durch den Sozialausschuss 2004 ein Beschluss mit zwölf konkreten Punkten vorgelegt, wie eine soziale und medizinische Versorgung für Migranten ohne Aufenthaltsstatus in Zukunft geregelt werden könnte. In diesen Forderungen ging es beispielsweise darum, Rechtssicherheit für medizinisches Personal und andere Personen im Umgang mit Papierlosen zu schaffen. Außerdem wurde die Gründung eines Fonds für Nichtversicherte vorgeschlagen, sowie die Empfehlung, Helfernetze aktiv durch das Referat für Gesundheit und Umwelt zu unterstützen. Neben diesen gesundheitlichen Aspekten ging es in weiteren Punkten darum, Kindern ohne Aufenthaltsstatus eine Schulbildung zu ermöglichen. Auch eine bundesgesetzliche Regelung zur Legalisierung von Papierlosen (unter bestimmten Voraussetzungen) wurde hierbei gefordert¹⁰¹. Durch den Beschluss entstanden in den letzten Jahren viele Aktivitäten und Veränderungen. So konnte ein in Deutschland bisher einmaliges Modellprojekt im Umgang mit Papierlosen entstehen. Der wesentliche Meilenstein bestand darin, das Migrationsthema öffentlich und politisch zu diskutieren, was durch die wissenschaftliche Studie von Dr. Philip Anderson gelang.

Aktuell ist am Münchener Modell eine rege Anzahl von Akteuren beteiligt, die sich auf unterschiedliche Art und Weise mit der aktuellen Problemlage auseinandersetzen. Die wichtigsten Akteure und deren Aufgaben sollen nun im Folgenden kurz erläutert werden (siehe Tabelle 1).

¹⁰¹ Vgl. Anderson et. al. (2010), S. 12.

Aufgaben	Akteure			
Stelle für interkulturelle Arbeit, Sozialreferat	Ausländerbehörde	Referat für Gesundheit und Umwelt	Schul- und Kulturreferat	Malteser Migranten Medizin/ Café 104/ Ärzte der Welt
- für die Stadtverwaltung zuständig	- Zusammenarbeit mit Sozialreferat/Hilfsorganisationen und Anlaufstellen für Menschen ohne Krankenversicherung	- Gesprächsrunden/bundesweite Diskussionen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Aufenthaltsstatus	- Rechtliche Regelung zum Schulrecht für Kinder ohne Aufenthaltsstatus	- Soziale Beratung (Aufenthaltsrechtliche, psychologische etc.)
- Integrationsberichte	- Ansprechpartner zur anonymen Beratung von Migrationseinzelfällen	- Ermöglichung eines freien Zugangs zu sämtlichen Gesundheitsangeboten		- Zugang zur medizinischen Versorgung ermöglichen
- Öffentlichkeitsarbeit		- Bundesweiter Arbeitskreis zum Thema „Migration und öffentliche Gesundheit“		- Prävention und Gesundheitsaufklärung
- Kooperation mit Wissenschaft				- Sprechstunde für Migranten
- Fortbildungen, Dialog, Beratung zur Öffnung der Verwaltung				- private Spendengelder durch Werbekampagnen gewinnen
- Fondsverwaltung für medizinische Notfallversorgung von Menschen ohne Versicherungsschutz				- Zusammenarbeit mit Behörden
				- Aufklärung/Öffentlichkeitsarbeit

TAB. 1: AUFGABEN UND AKTEURE DES MÜNCHENER MODELLS

Quelle: Eigene Darstellung

7.1.3.1. Stelle für interkulturelle Arbeit, Sozialreferat

Ohne die Stelle für interkulturelle Arbeit würde das Münchener Modell vermutlich nicht existieren. Durch das Sozialreferat wurden die politischen Beschlüsse verfasst und bekanntgegeben. Die Umsetzung dieser Beschlüsse findet sich im gesamten Konzept des Münchener Modells. Daher lässt sich die Stelle für interkulturelle Arbeit auch als „federführend“¹⁰² bezeichnen. Alle drei Jahre wird hier ein Integrationsbericht erstellt. Durch Öffentlichkeitsarbeit, Kooperationen mit wissenschaftlichen Instituten, Fortbildungen und Vorträgen trägt die Stelle für interkulturelle Arbeit stetig dazu bei, die Aufklärung und Akzeptanz von Personen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus stetig voranzutreiben. Seit dem Jahr 2009 verwaltet das Sozialreferat außerdem einen Fonds in Höhe von 100000€ zur Sicherung der Notfallversorgung von Migranten ohne Aufenthaltsstatus¹⁰³. Dieser wurde nach der Kommunalwahl 2008 in den Koalitionsvereinbarungen zwischen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der SPD festgelegt. Spezielle Anlaufstellen wie das Café 104 oder die

¹⁰² Vgl. Anderson et. al. (2010), S. 26.

¹⁰³ Vgl. Graffe, Strobl (2009), S. 2.

Malteser Migranten Medizin können unter gewissen Voraussetzungen auf diesen Etat zugreifen¹⁰⁴.

7.1.3.2. Ausländerbehörde

Die Ausländerbehörde kooperiert seit einigen Jahren sowohl mit dem Sozialreferat der Stadt, als auch mit sozialen Organisationen wie dem Café 104. Durch die Vernetzung wurde ein Vertrauensverhältnis geschaffen, woraus neue Handlungsspielräume für Betroffene entstehen konnten. Es wurden Ansprechpartner benannt, die mit Vermittlern aus sozialen Organisationen Einzelfälle besprechen können, um eventuelle Legalisierungswege aufzuzeigen oder bei einer freiwilligen Ausreise von Migranten behilflich zu sein. Auch kam es in den letzten Jahren seitens der Ausländerbehörde zu rechtlichen Stellungnahmen bezüglich des Umgangs mit Schwangeren, Zwangsprostituierten oder auch Kranken, die so mehr Rechtssicherheit für Betroffene und ehrenamtliche Helfern schaffen konnten¹⁰⁵.

7.1.3.3. Ärzte der Welt / Café 104

Ärzte der Welt und Café 104 sind neben der Malteser Migranten Medizin (MMM), zwei der größten Anlaufstellen für Migranten ohne Aufenthaltsstatus in München. Das Café 104 wurde 1998 gegründet. Unter der Devise „*Ohne Lebensperspektive kein Gesundwerden*“¹⁰⁶ bietet diese Anlaufstelle Beratung, Hilfe für Schwangere, sowie die Vermittlung medizinischer Hilfe an. Während es in den ersten Jahren hauptsächlich darum ging, Schwangeren Unterstützung bzw. Beratung anzubieten, wurden die medizinischen Fälle im Laufe der Jahre immer komplexer. Seit 2004 kooperiert das Café 104 mit der Organisation Ärzte der Welt. Gemeinsam bieten die beiden Organisationen zweimal wöchentlich eine Sprechstunde an, in der Betroffene neben Gesundheitsaufklärung und Prävention auch medizinisch versorgt werden. Seit der Zusammenarbeit beider Organisationen war es möglich, Schwerpunkte differenzierter zu setzen. Der Bereich der medizinischen Versorgung wird

¹⁰⁴ Vgl. Graffe, Strobl (2009), S. 2 f.

¹⁰⁵ Vgl. Anderson et. al. (2010), S. 32.

¹⁰⁶ Anderson et. al. (2010), S. 37.

durch Ärzte der Welt abgedeckt, während das Café 104 sich dadurch weitgehend auf die soziale Beratung (auch in Zusammenarbeit mit Behörden) spezialisieren konnte. Gemeinsam wollen beide Einrichtungen ihr Umfeld für ihre Arbeit sensibilisieren und die Gesellschaft auf ihre soziale Verantwortung in diesem Tätigkeitsfeld hinweisen. Daher besteht eine rege Zusammenarbeit mit öffentlichen Medien. Auch das Halten von Vorträgen auf Seminaren und Podiumsdiskussionen sind ein Teil des Konzeptes. Langfristiges Ziel der beiden Organisationen ist es, sich selbst überflüssig zu machen¹⁰⁷. Die aktuellen jährlich steigenden Patientenzahlen lassen jedoch einen anderen Trend verzeichnen. Setzt sich dieser Trend fort, werden das Café 104 und Ärzte der Welt auf Dauer an eine Kapazitätsgrenze gelangen, da ein so großer Aufwand durch ehrenamtliche Mitarbeiter nicht mehr zu leisten ist. Auch aktuell gibt es bereits Probleme bei der Behandlung chronisch Erkrankter oder bei komplexeren Notfallbehandlungen, die ohne Operationen nicht auskommen. Daher setzen sich beide Organisationen für eine landesweite staatliche Regelung ein. Solange diese jedoch nicht in Sicht ist, engagieren sich beide Organisationen weiterhin für ihre Patienten, auch wenn durch die wachsende Patientenzahl und den begrenzten Möglichkeiten nicht immer eine zufriedenstellende Lösung gefunden werden kann¹⁰⁸.

Zusammenfassend ist das Münchener Modell ein Netzwerk aus kirchlichen Einrichtungen, Wohlfahrtsverbänden, freien Trägern, Behörden und den unterschiedlichen Referaten der Landeshauptstadt¹⁰⁹. Nur in enger Kooperation können so die verschiedenen Dimensionen im Umgang mit Migranten ohne Aufenthaltsstatus erreicht werden. Neben den Hauptaktivitäten wie sozialer Beratung und medizinischer Versorgung von Papierlosen wird zusätzlich Aufklärungsarbeit und Öffentlichkeitsarbeit betrieben. Es finden regelmäßige wissenschaftliche Untersuchungen und politische Diskussionen sowie Vorträge statt. All diese Teilbereiche sind von einer einzigen Organisation wie beispielsweise Medinetz in dieser Form gar nicht oder nur unzureichend realisierbar. Auch die Initiatoren des Münchener Modells, wie Prof. Dr. Philip

¹⁰⁷ Vgl. Anderson et. al. (2010), S. 45.

¹⁰⁸ Vgl. Zurmühl (2011).

¹⁰⁹ Vgl. Anderson et. al. (2010), S. 26.

Anderson wissen, dass sie mit ihrem Modell noch am Anfang eines langen Weges stehen. Insbesondere die Finanzierung der medizinischen Versorgung bleibt ein weites Problemfeld, an dem weiterhin gearbeitet werden muss. Nichtsdestotrotz findet sich im Münchener Modell ein beispielhafter Ansatz, der auch für andere Regionen in Deutschland ein Vorbild sein kann.

7.2. Voraussetzungen für die Metropolregion Ruhr

Die diskutierten Modellprojekte der verschiedenen Städte versuchen die Versorgungsstrukturen für Papierlose zu verbessern. Ihre Gemeinsamkeit besteht in dem Versuch, die Versorgung von Papierlosen nicht mehr durch ein Parallelsystem, sondern durch eine Integrierung in die staatliche Regelversorgung zu gewährleisten. Dabei unterscheiden sich die Konzepte jedoch in ihrer Theorie und Umsetzung. Trotz einiger Kritikpunkte oder teilweise noch nicht ganz ausgereifter Konzepte liegen allen Ansätzen Ideen zugrunde, deren Übertragung auch für die Metropolregion Ruhr sinnvoll erscheint. Jede Region ist jedoch speziellen Restriktionen unterworfen (Haushaltsetat, Infrastruktur, Migrationspolitik etc.). Es kann daher nicht Ziel sein, eines der vorgestellten Projekte ohne Modifizierung auf die Metropolregion Ruhr zu übertragen.

Vielmehr gilt es, ein eigenes Modell zu entwerfen, welches den regionsspezifischen Eigenschaften entspricht. Die zuvor vorgestellten Projekte können hierzu als Hilfestellung und Inspiration dienen. Aus allen bereits existierenden Modellprojekten innerhalb Deutschlands lassen sich gemeinsame Vorgehensweisen ableiten, die auch für die Metropolregion Ruhr anwendbar sind und zur Entwicklung eines eigenen Modellprojektes notwendig sind. Diese sollen im Folgenden aufgezeigt werden.

7.2.1. Politische/ städtische Entwicklungen

Die Eingliederung von Migranten ohne Papiere in das reguläre Gesundheitssystem ist auf Bundesebene vorerst nicht zu erwarten¹¹⁰. Daher muss es Aufgabe der kommunalen Politik werden, sich diesem Thema zu widmen.

¹¹⁰ Vgl. Wolf (2011), S. 14 ff.

Das Münchener Modell basiert auf Initiative der Stadtverwaltung. Sie gab eine wissenschaftliche Studie zur aktuellen Situation von Migranten ohne Aufenthaltsstatus in Auftrag und zog nach Beendigung der Studie Konsequenzen aus der aktuellen Situation. Zwar wurden Migranten ohne Papiere nicht in die Regelversorgung integriert, doch zumindest wurden ihre Probleme auf politischer Ebene angegangen. So existiert weiterhin ein paralleles Versorgungssystem, welches aber zumindest finanziell und politisch durch die Stadtverwaltung unterstützt wird.

Verglichen mit Städten wie München oder Frankfurt befindet sich die Metropolregion Ruhr politisch noch am Anfang eines langen Prozesses. Auch die Stadt Essen setzt sich politisch mit dem Thema Gesundheit und Migration auseinander. Das Gesundheitsamt brachte in Zusammenarbeit mit dem Büro für interkulturelle Arbeit und mit dem Projekt „Gesunde Stadt Essen“ 2010 einen Gesundheitsbericht mit dem Titel „Gesundheit und Migration – Prozess und Dialog“ heraus. In einem darin enthaltenden Beitrag von Pro Asyl/Flüchtlingsrat Essen wird die Forderung an die Stadt Essen gestellt, Hilfe beim Aufbau eines Netzwerkes zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung zu leisten¹¹¹. In der Stadt Essen – sowie auch in anderen Städten des Ruhrgebiets – findet zwischen Politikern, Stadtverwaltung, humanitären Vereinen, kirchlichen Trägern ein reger Austausch statt. Es besteht also durchaus die Möglichkeit, in absehbarer Zeit ein eigenes Modell zur Versorgung von Migranten ohne Aufenthaltsstatus zu entwickeln. Es ist Aufgabe der Städte und der kommunalen Politik, die gesundheitliche Versorgung auch für Papierlose zu gewährleisten. Ein hierfür zu entwickelndes Konzept sollte in Zusammenarbeit mit Verbänden, Vereinen und Organisationen entstehen. Diese können durch ihre Praxiserfahrungen maßgeblich zum Gelingen eines solchen Projektes beitragen. Eine wichtige Aufgabe der privaten Akteure muss es also sein, die städtischen und politischen Stellen auf Problemfelder hinzuweisen, um im nächsten Schritt gemeinsame Lösungsstrategien zu entwickeln.

¹¹¹ Vgl. Jatta (2010), S. 119.

7.2.2. Öffentlichkeitsarbeit

Öffentlichkeitsarbeit ist eine der wichtigsten Voraussetzungen, um Veränderungsprozesse voranzutreiben.

Akteure, die sich für eine verbesserte Versorgung von Papierlosen engagieren, haben im Wesentlichen drei Dimensionen der Öffentlichkeitsarbeit zu erfüllen:

- Politische und öffentliche Diskussionen entfachen und vorantreiben
- Patienten aufklären und informieren
- Neue Akteure und Mitarbeiter werben

Je nach aktueller Lage einer Region können sich die Schwerpunkte der Öffentlichkeitsarbeit verschieben. In der Stadt Frankfurt richtet sich das Hauptmerkmal der Öffentlichkeitsarbeit auf den Patienten¹¹². Zum einen sollen Betroffene auf das Angebot der Humanitären Sprechstunde aufmerksam gemacht werden sowie Vertrauen zum Gesundheitsamt aufbauen, zum anderen sollen Betroffene durch Mediatoren zum Thema Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention geschult werden. Die Stadt München hingegen ist momentan dabei, ihr Projekt auf nationaler Ebene durch Vorträge und Podiumsdiskussionen bekannt zu machen. Auch die Kirchengemeinden, Vereine und Bürgerinitiativen der Metropolregion Ruhr müssen sich überlegen, für welchen Schwerpunkt der Öffentlichkeitsarbeit sie ihre begrenzten Ressourcen einsetzen möchten. Die Akquisition neuer Patienten ist ein Teil der Öffentlichkeitsarbeit, der aktuell nicht weiter ausgebaut werden muss. Kontinuierlich steigende Patientenzahlen¹¹³ der sozialen Organisationen lassen diesen Schluss zu. Vielmehr sollte es darum gehen, politische und öffentliche Diskussionen in der eigenen Region voranzutreiben, um langfristig die Versorgung von Migranten ohne Krankenversicherung zu verbessern. Ziel der Öffentlichkeitsarbeit sollte es daher sein, die defizitäre Versorgung von Mi-

¹¹² Vgl. Wolter (2010), S. 4.

¹¹³ Zu entnehmen aus Plenumsitzungen von Medinetz e.V.

granten ohne Aufenthaltsstatus in einem größeren Ausmaß öffentlich und politisch bekannter zu machen als es momentan der Fall ist. Dadurch wäre es in erster Linie möglich, neue Akteure (politische/private/städtische) zu gewinnen, die einen Veränderungsprozess voranbringen könnten. Für einzelne Organisationen ist es jedoch schwer, eine so starke öffentliche Präsenz zu erlangen, um gewünschte Debatten und Diskussionen auszulösen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist daher die Vernetzung ziviler Akteure, um in politischen und öffentlichen Belangen effizienter voran zu kommen.

7.2.3. Vernetzung

Ein großer Vorteil der Metropolregion Ruhr besteht darin, dass sie sich in einem Ballungszentrum befindet. Nirgendwo sonst in Deutschland sind Großstädte derart nah miteinander verbunden.

Hierdurch entsteht ein großes Potenzial – auch im Umgang mit Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus – Veränderungen zu bewirken. In nahezu jeder Stadt des Ruhrgebiets gibt es zivile Akteure und kirchliche Träger, die sich in ihrer Arbeit der Flüchtlingsproblematik annehmen. Auch in den Räten der jeweiligen Städte wird dieses Thema diskutiert. Punktuell sind verschiedenste Akteure in der gesamten Metropolregion Ruhr vertreten. Diese Akteure sind jedoch größtenteils nur in ihrem eigenen Wirkungskreis (Stadtteil, Stadt) aktiv. So werden an vielen Stellen des Ruhrgebiets im Kleinen Veränderungen bewirkt.

Würden sich Städtevertreter der betroffenen Arbeitskreise, kirchliche Träger, soziale Netzwerke, Gesundheitsämter etc. der Metropolregion Ruhr zusammenschließen wäre ein größeres Wirkungspotenzial möglich. Zum einen könnte so ein Austausch über Erfahrungen und aktuelle Veränderungen stattfinden, so dass sich die Akteure untereinander über bewährte Aktionen und aktuelle Problemlagen informieren könnten. Zum anderen wäre ein Zusammenschluss sinnvoll, um ein einheitliches, städteübergreifendes Konzept zu entwickeln, wie die Versorgung von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus optimiert werden kann. Durch die Gründung eines Runden Tisches mit Vertretern aus allen Städten könnte ein solcher Zusammenschluss und Austausch entstehen.

Aufgrund der hohen Einwohnerzahl im Ruhrgebiet hätten hier entstehende Entschlüsse eine enorme Reichweite und große Auswirkungen.

Eine Herausforderung besteht darin, ein gemeinsames Konzept zu entwickeln, welches den Vorstellungen der verschiedenen Akteure und den politischen Konzepten der unterschiedlichen Städte entspricht. Als gemeinsame Grundlage könnte beispielsweise eine wissenschaftliche Studie zur aktuellen Situation von Migranten ohne Aufenthaltsstatus in der Metropolregion Ruhr dienen. Wie in München könnten daraus gemeinsame Problemfelder aufgezeigt, aber auch Handlungsempfehlungen gegeben werden, um so im Interesse der verschiedenen Städte und Akteure ein gemeinsames Modellprojekt zu entwickeln.

7.2.4. Wissenschaftliche Studien

Der Metropolregion Ruhr fehlt – sowie anderen Regionen auch – eine wissenschaftliche Studie zur aktuellen Situation von Papierlosen. Deutschlandweit wurde im August 2008 vom Deutschen Institut für Menschenrechte ein Bericht zur aktuellen Lage von Personen ohne Papiere herausgegeben¹¹⁴. Ansonsten gibt es nur einzelne Städte wie bspw. Köln, die für ihre eigene Region wissenschaftliche Studien in Auftrag gegeben haben¹¹⁵. Auch für die Metropolregion Ruhr wäre eine solche Studie von großem Vorteil. Zurzeit kann es nur grobe Schätzungen geben, wie viele Papierlose im Ruhrgebiet leben. Dies erschwert eine Kostenkalkulation zur Versorgung dieser Menschen. Unklar ist auch, wo die Hauptversorgungsprobleme der Migranten liegen. Neben der medizinischen Versorgung sollte auch die Schulbildung von Kindern oder die soziale Versorgung dieser Personengruppe Beachtung finden. Gerade weil viele dieser Menschen aus Angst vor Abschiebung im Untergrund leben, handelt es sich um ein großes Problemfeld, das jedoch in den letzten Jahren politisch zu wenig Beachtung gefunden hat. Eine wissenschaftliche Studie würde die momentan unklare Situation der Migranten näher beleuchten können. So wäre es möglich – die gesamte Metropolregion

¹¹⁴ Vgl. Bundesarbeitsgruppe Gesundheit / Illegalität (2008).

¹¹⁵ Vgl. Bommers, Wilmes (2007).

Ruhr betreffend – konkrete Handlungsempfehlungen herauszuarbeiten. Ähnlich wie in Frankfurt und München könnten so für die verschiedenen Problemfelder Konzepte entwickelt werden, die sich an einer wissenschaftlichen Studie orientieren. Die Studie könnte als Grundlage dienen, um für die gesamte Metropolregion Ruhr ein funktionierendes Modellprojekt zu entwerfen.

7.3. Übertragungsmöglichkeiten für die Metropolregion Ruhr

Anhand der aufgezeigten Modellprojekte innerhalb Deutschlands gibt es für die Metropolregion Ruhr bei der Entwicklung eines eigenen Modells die Chance, sich an den Stärken und Schwächen der anderen Städte zu orientieren. Die Stadt München hat sehr viele Akteure, die sich an einer verbesserten Versorgung für Migranten ohne Aufenthaltsstatus beteiligen. Auch die Zusammenarbeit zwischen kirchlichen, zivilen und städtischen Akteuren ist vorbildlich. Trotz dieses umfassenden Modells, gelingt es in München nicht, die betroffenen Migranten in die Regelversorgung zu integrieren. Es besteht weiterhin ein Parallelsystem, welches von der Stadt mit einem Fond für Nichtversichert ein Höhe von 100.000€ jährlich unterstützt wird. Auch die Stadt Hamburg hat sich – wie München – für ein Fondsmodell entschieden. So existiert eine von der Stadtverwaltung eingerichtete Clearingstelle mit einem einmalig eingerichteten Fond in Höhe von 500.000€. Für Mitarbeiter von sozialen Netzwerken, wie bspw. Sitha Schwarzer vom Medibüro Hamburg, können Fondsmodelle nur als Übergangslösung dienen. Sie seien weder nachhaltig noch ein politisches Bekenntnis der Stadt zur Lösung der Probleme von Migranten ohne Krankenversicherung¹¹⁶.

Fraglich ist auch, ob die Zugangshürden für diesen Fond nicht zu hoch angesetzt sind. Frau Hämmerling, die Projektleiterin der Malteser Migranten Medizin äußerte sich hierzu wie folgt:

„Seit Juli 2009 unterstützt auch die Landeshauptstadt München das Projekt mit einem Notfallfonds für nicht versicherte Menschen in München. Einige Fälle der Malteser Migranten Medizin

¹¹⁶ Vgl. Burchhardt (2012), S. 23:20 ff.

konnten darüber finanziert werden. Diese Mittel sind aber nur in Anspruch zu nehmen, wenn alle erdenklichen rechtlichen Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Dies scheitert in der Regel aber immer wieder an den hohen Hürden wie z.B. fehlenden Papieren aus dem Ausland.¹¹⁷“

Sollte sich die Metropolregion Ruhr für ein Fondsmodell entscheiden, müssten Höhe, Laufzeit und Zugangsvoraussetzungen zur Inanspruchnahme dieses Fonds vorab geregelt werden. In München wird ein Teil des Fonds zur Deckung der Miete für die Behandlungsräume des gemeinsamen Projektes von Café 104 und Ärzte der Welt verwendet. Über die weitere Verwendung des Fonds wird dann in Einzelfällen entschieden. Dies jedoch stellt aus oben genannten Gründen für zivile und kirchliche Akteure, denen das Geld zugeteilt wird, ein Problem dar. Um dieser Problematik zu entgehen, müsste eine neue Regelung zur Vergabe des Fonds gefunden werden. Eine denkbare Möglichkeit für die Metropolregion Ruhr bestünde beispielsweise auch darin, die Gelder des Fonds an die beteiligten Verbände, Vereine, Organisationen in Abhängigkeit der durchschnittlichen Patientenzahlen zu vergeben. Diese hätten dann mehr Möglichkeiten bei der Verwendung der Gelder und wären nicht an starre und zu strikte Rahmenbedingungen gebunden, die sich in München als Nachteil bei der Versorgung von Migranten erwiesen haben.

Wenn die Metropolregion Ruhr in einem eigenen Modell von der Parallelversorgung der Papierlosen Abstand nehmen möchte, kämen anstelle des Münchener Modells die Internationale Humanitäre Sprechstunde oder der Anonyme Krankenschein infrage.

Durch die Internationale Humanitäre Sprechstunde können Migranten ohne Krankenversicherung innerhalb der Grenzen des Gesundheitsamtes eine Regelversorgung in Anspruch nehmen. Alle Leistungen, die das Gesundheitsamt selbst zur Verfügung stellen kann, können auch von Migranten kostenfrei in Anspruch genommen werden. Hiermit können jedoch längst nicht

¹¹⁷ Anderson et. al. (2010), S. 48.

alle Fälle abgedeckt werden. Schwangerschaften, Krankenhausaufenthalte, spezielle Facharztleistungen (Augenarzt etc.) fallen nicht in das Raster der Grundversorgung. Zwar hilft das Gesundheitsamt Frankfurt bei der Vermittlung an weitere Fachärzte oder auch Krankenhäuser; die Finanzierung ist jedoch ab diesem Zeitpunkt nicht mehr gesetzlich geregelt. Patienten müssen entweder in Eigenleistung treten oder ein Netzwerk von Vereinen, Organisationen, kirchlichen Trägern muss die Finanzierungen ermöglichen. Durch die begrenzten finanziellen Mittel der Akteure gelangt das Modell der Humanitären Sprechstunde an diesem Punkt an seine Grenzen. Denkbar für die Metropolregion Ruhr wäre daher ein Modell, welches die Humanitäre Sprechstunde mit einem Fondsmodell verknüpft. Alle Leistungen, die durch das Gesundheitsamt nicht abgedeckt werden, könnten dann durch einen Fonds der Stadt finanziert werden. Ein solches Modell muss sich im Vorfeld mit den Zugangsvoraussetzungen und der Größe des Fonds befassen, um eine zufriedenstellende Versorgung aller Bedürftigen zu gewährleisten.

Das Modell des Anonymen Krankenscheins leistet als einziges Konzept eine volle Eingliederung von Migranten ohne Krankenversicherung in die Grundversorgung des Staates. Daher handelt es sich auch um das Konzept mit der größten finanziellen Belastung für die Kommunen. Es ist aber gleichzeitig auch das einzige Konzept, um das Menschenrecht auf höchstmögliche Gesundheit und Zugang zur medizinischen Versorgung für alle Menschen zu gewährleisten. Durch den Anonymen Krankenschein könnten Papierlose in die gesicherte Versorgung durch das Asylbewerberleistungsgesetz aufgenommen werden, ohne dabei um ihre eigene Existenz durch Abschiebung fürchten zu müssen. Damit einher gehen jedoch Befürchtungen seitens der Politik, dass diese umfassende Versorgung den Anreiz für Papierlose schmälern würde, eigene Legalisierungsbemühungen zu betreiben¹¹⁸. Viele Migranten ohne Aufenthaltsgenehmigung wissen jedoch nichts von ihren eigenen Rechten und Möglichkeiten. Ein wichtiger Bestandteil der Anlaufstelle des Anonymen Krankenscheins ist daher auch die soziale und rechtliche Beratung. Zusätzlich zur medizinischen Versorgung könnten so für Betroffene Le-

¹¹⁸ Vgl. Hoff (2012), S. 17.

galisierungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, von denen die Betroffenen ohne Beratung vermutlich niemals erfahren würden. In der Metropolregion könnte mit Einführung des Anonymen Krankenscheins ein bisher deutschlandweites einzigartiges Modellprojekt entstehen. Umfassende Konzepte zur Umsetzung eines solchen Modells liegen bereits vor. Zusätzlich kann die Metropolregion Ruhr von den Erfahrungen aus anderen Regionen profitieren und diese in ihr eigenes Modell integrieren. Die gute Zusammenarbeit aller Beteiligten im Münchener Modell ist ein vorbildlicher Ansatz, der auch für die Metropolregion Ruhr wünschenswert wäre.

Im Frankfurter Gesundheitsamt stehen neben Ärzten auch Sozialberater und Dolmetscher zur Verfügung. Es wird so neben der medizinischen Versorgung ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt, der es Betroffenen ermöglicht, in ihren spezifischen Lebenssituationen umfassende Hilfe zu erhalten. Auch dies sollte im Modell der Metropolregion Ruhr unbedingt Berücksichtigung finden. Mit dem Konzept des Anonymen Krankenscheins unter Berücksichtigung der anderen vorgestellten Modellprojekte könnten die Akteure der Metropolregion Ruhr ein eigenes Modell entwerfen, welches es in Deutschland lebenden Migranten ohne Krankenversicherung ermöglicht, menschenwürdig versorgt zu werden.

8. Finanzierung: Kostenkalkulation am Beispiel des Modellprojektes „anonymer Krankenschein“

Wie bereits unter Punkt 7 beschrieben, zielt das Projekt des anonymen Krankenscheins auf die Gruppe der Menschen ab, die keinen legalen Aufenthaltsstatus aufweisen. Die Kostenübernahme für die medizinische Versorgung dieser Gruppe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) ist mit großen Hindernissen verbunden. Sein Schwerpunkt liegt auf der Eingliederung in das gängige Gesundheitssystem und richtet sich nach der Notwendigkeit der Behandlungen. Die Vergabe eines solchen Krankenscheins erfolgt anonym durch eine eigens legitimierte Beratungsstelle. Lediglich die Daten, die eine Notwendigkeit des Krankenscheines belegen, werden aufgenommen. Hierzu zählen das Einkommen, der Wohnsitz sowie das Alter. Mithilfe dieser Daten erfolgt eine Anforderung des anonymen Krankenscheins

bei dem jeweilig zuständigen Sozialamt nach AsylbLG. Im weiteren Verlauf wird dieser an die Beratungsstelle übergeben, an die bedürftige Person ausgehändigt und ermöglicht somit eine Inanspruchnahme medizinischer Versorgung im regulären Gesundheitssystem. Die erbrachte ärztliche Behandlung kann durch den Mediziner analog zu den Leistungen für Asylbewerber mit dem Sozialamt abgerechnet werden.¹¹⁹

Der anonyme Krankenschein wurde bis zum derzeitigen Zeitpunkt noch nicht innerhalb Deutschlands eingeführt, sodass eine Kalkulation der Kosten nur auf Basis einer Schätzung vorgenommen werden kann. Im weiteren Verlauf dieses Kapitels erfolgt zunächst die Darstellung der Problematik der Schätzung der Behandlungskosten. Unter diesen Punkt fällt demnach die Anzahl der Bedürftigen. Darüber hinaus werden an einem konkreten Beispiel die Schätzung und eine Berechnung der durchschnittlichen Behandlungskosten pro Fall gestellt. Der anschließende Punkt befasst sich mit den Personal- und Sachkosten, die bei der Problematik der Kostenkalkulation jedoch eine eher untergeordnete Rolle spielen, da diese nahezu genau taxiert werden können. Um die Ergebnisse vergleichbar zu machen, erfolgt der Vergleich zu den Leistungsausgaben nach AsylbLG. Abschließend werden die Daten der Fälle von Medinetz Essen e.V. für das erste Halbjahr 2012 analysiert.

Zusammenfassend soll dieser Teil der Arbeit die Frage beantworten, welche Kosten durch das Modellprojekt „anonymer Krankenschein“ entstehen, wie diese mit den Leistungsausgaben nach AsylbLG verglichen werden können und welche annähernden, tatsächlichen Kosten für die Behandlung von Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus in der ersten Hälfte von 2012 durch die Fälle von Medinetz e.V. generiert werden.

8.1. Problemstellung: Taxieren der Behandlungskosten

Die Behandlungskosten, die im Falle der Notwendigkeit einer medizinischen Versorgung anfallen, können nur schwer bewertet werden. Wie der vorangegangene Teil der Arbeit zeigt, suchen Menschen ohne Papiere Einrichtun-

¹¹⁹ Vgl. Brandstätter (2006)

gen, die medizinische Versorgung sichern, nur auf, wenn die Erkrankungen weit fortgeschritten sind. Demnach äußert sich ein recht komplexes Behandlungsbild. Des Weiteren ist nicht bekannt, wie viele Bedürftige konkret in der Bundesrepublik Deutschland, oder im Ruhrgebiet leben und eine entsprechende medizinische Behandlung nutzen. Die nachgestellten Punkte befassen sich mit dieser Problematik und versuchen einen Überblick über Bedürftige zu generieren.

8.1.1. Zahl Bedürftige und ihre Kosten

Um eine Schätzung der Kosten für den anonymen Krankenschein durchzuführen, muss zuvor die Anzahl der Bedürftigen festgestellt werden. Aufgrund der schmalen Datenlage kann dieser Wert nur geschätzt werden.

Nach Schätzungen belaufen sich die Zahlen der Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland auf rund 500.000 bis 1.000.000.¹²⁰ Dem statistischen Bundesamt zufolge lebten am 31.12.2011 6.930.896 Ausländer in Deutschland. Die Definition Ausländer/innen folgt dem Artikel 116 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG). Demnach sind diese Personen, die nicht Deutsche nach Artikel 116 Abs. 1 des GG sind. Hierzu zählen Personen mit nicht geklärt Staatsangehörigkeit sowie Staatenlose.¹²¹

Folgt man diesen Zahlen, so ergibt sich ein Anteil zwischen *7 und 14 %* Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus an der allen Ausländerinnen und Ausländern in Deutschland.¹²²

Um nun eine Übertragung auf das Ruhrgebiet vorzunehmen, wird die Rechnung zunächst auf NRW bezogen. Die Zahl der ausländischen Bevölkerung für Nordrhein-Westfalen beläuft sich für das Jahr 2011 auf rund 1.825.059.¹²³ Die Berechnung gestaltet sich wie folgt: Da speziell das Ruhrgebiet eine Häufung von Ballungszentren aufweist, soll an dieser Stelle der höhere Wert von 14 % angenommen werden. Somit ergibt sich für NRW eine Anzahl von

¹²⁰ Vgl. Brandstätter (2006)

¹²¹ Vgl. Statista(2012 a)

¹²² Vgl. Brandstätter (2006)

¹²³ Vgl. Statista (2012 b)

Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus unter den Ausländern von $14,43 \cdot 1.825.059 / 100 \approx 263.356$. Um nun eine weitere Näherung an das Ruhrgebiet zu stellen, erfolgt die Betrachtung der Städte Bochum, Dortmund, Duisburg und Essen als Repräsentanten dieses Gebiets. Dies erfolgt aufgrund ihrer Größe. Bochum führt laut Statistik im Jahr 2011 eine Anzahl von Ausländern in Höhe von 33.197¹²⁴ Personen. Für Dortmund ergeben sich im Jahr 2011 74.282¹²⁵ Ausländer. In Duisburg beläuft sich die Zahl auf 75.608¹²⁶ und in Essen auf 60.683¹²⁷ Personen aus dem Ausland. Dementsprechend zeigen sich für die betrachteten Städte folgende Werte der annähernden Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus:

- Bochum: *zwischen 2.500 und 5.000 Pers.*
- Dortmund: *zwischen 5.000 und 10.000 Pers.*
- Duisburg: *zwischen 5.500 und 11.000 Pers.*
- Essen: *zwischen 4.500 und 9.000 Pers.*

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Zahlen der Menschen, die keinen legalen Aufenthaltsstatus besitzen und nachweislich grundsätzlich Bedürftige des anonymen Krankenscheins wären, nur schwer taxieren lassen. Des Weiteren muss in diesem Zusammenhang auf die prozentuale Krankenquote Bezug genommen werden. Auch hier ist ein Vergleich mit der Quote der regulären Bevölkerung in Deutschland nicht zu stellen, da sich die Krankheiten unter den Menschen ohne Papiere gegensätzlicher und schwerwiegender ausprägen. Der Vollständigkeit halber wird hier die Krankenquote in Deutschland für das Jahr 2009 angeführt, um eine ungefähre Annäherung und Abschätzung zu erhalten. Laut Statistischem Bundesamt betrug die Krankenquote in 2009 für Deutschland 14%.¹²⁸ Eine Übertragung ergibt einen Wert von $14,0 \cdot 263.356 / 100 \approx 36.869$, sowie $14,0 \cdot 131.587 / 100 \approx 18.422$. Für die betrachteten Städte ergeben sich, bei einer Berücksichtigung der Krankenquote die Werte von:

124 Vgl. Stadt Bochum(2012)
 125 Vgl. o.V. b
 126 Vgl. Stadt Duisburg (2012)
 127 Vgl. Stadt Essen (2012)
 128 Vgl. Statistisches Bundesamt(2012a)

- Bochum: *zwischen 350 und 700 Pers.*
- Dortmund: *zwischen 750 und 1.500 Pers.*
- Duisburg: *zwischen 750 und 1.000 Pers.*
- Essen: *zwischen 600 und 1.200 Pers.*

Beachtet werden muss an dieser Stelle, dass die Zahlen keine realistische Abbildung bieten, da eine Kontaktaufnahme mit der entsprechenden Beratungs-/Vergabestelle zumeist erst bei schwerwiegenden Erkrankungen oder langanhaltenden Schmerzen erfolgt.

Wie bereits thematisiert, liegt das Alter der Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland unter dem der primären Bevölkerung. Die durchschnittlichen Krankheitskosten der Altersgruppe unter 65 Jahren auf Basis der GKV-Daten betragen etwa 1.847,5 Euro pro Person und Jahr.¹²⁹ Bei diesem speziellen Personenkreis muss von niedrigeren durchschnittlichen Krankheitskosten ausgegangen werden, da sich die Kosten im weiteren Fortschritt des Alters deutlich nach oben verteilen. Beachtet man dies, kann man von GKV-Ausgaben von rund 1.095 Euro pro Person und Jahr ausgehen, wenn die Altersgrenze bei etwa 45 Jahren gesetzt wird.¹³⁰ Auch das Frankfurter Modell, die „humanitäre Sprechstunde“ geht von der Betrachtung der reduzierten durchschnittlichen Krankheitskosten aus und dient somit als Basis der weiteren Betrachtung.¹³¹

Um nun eine Annäherung an die tatsächlichen medizinischen Ausgaben für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus zu erhalten, muss die Anzahl der Papierlosen in NRW aufgegriffen werden. Für Nordrhein-Westfalen ergab sich demzufolge eine Zahl zwischen 260.000 und 130.000 Menschen ohne Papiere. Wird dieser Wert nun mit den durchschnittlichen Krankheitskosten der GKV multipliziert ergeben sich Ausgaben für medizinische Leistungen in Höhe zwischen 280.000.000 und $(131.587 * 1.095)$ 140.000.000 Euro pro Jahr für Nordrhein-Westfalen. Berücksichtigt man des Weiteren die betrachtete Krankenquote von 14,0%, ergeben sich, wie bereits anfänglich beschrieben,

¹²⁹ Vgl. Nöthen(2011), S.666.

¹³⁰ Vgl. Nöthen (2011), S.666.

¹³¹ Vgl. Wolter (2010), S.4.

die Werte zwischen knapp 37.000 und 18.500. Zieht man lediglich diese Werte in die Betrachtung der Kosten ein, so ergeben sich Ausgaben für medizinische Leistungen in Höhe von $(36.869 \cdot 1.095)$ 40.371.555 Euro und bei der Betrachtung des niedrigeren Schätzwertes eine Höhe von $(18.422 \cdot 1.095)$ 20.172.090 Euro. Die Einzelbetrachtung der Städte Bochum, Dortmund, Duisburg und Essen ergibt die Werte (bei der Annahme des höheren Schätzwertes):

- Ohne Berücksichtigung der Krankenquote:
 - o Bochum: *bis zu 5.000.000 Euro*
 - o Dortmund: *bis zu 12.000.000 Euro*
 - o Duisburg: *bis zu 12.000.000 Euro*
 - o Essen: *bis zu 9.600.000 Euro*
- Einschließlich der Berücksichtigung der Krankenquote:
 - o Bochum: *bis zu 750.000 Euro*
 - o Dortmund: *bis zu 1.600.000 Euro*
 - o Duisburg: *1.600.000 Euro*
 - o Essen: *1.300.000 Euro*

Das Frankfurter Modell erhält in diesem Falle einen Wert von ca. 22,5 Mio. Euro für die Stadt Frankfurt, gemessen an der Einwohnerzahl von 670.000.¹³²

1.1.1. Personal- und Sachkosten

Wie eingangs erwähnt, dient die Darstellung der Sach- und Personalkosten lediglich der Vollständigkeit. Diese lassen sich einfach berechnen, da hier mit einer aussagekräftigen Datenbasis gearbeitet wird. Demzufolge ergibt sich für eine Stelle innerhalb der Beratungsstelle ein Betrag i.H.v. 35.000€ pro Jahr, gemäß dem Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes. Diese Zahl lässt sich je nach Anzahl der teilnehmenden Städte addieren und bietet somit eine valide Basis. Die notwendigen Sachkosten, die insbesondere für das Inventar des Standortes und der Verwaltung anfallen belaufen sich auf 10.000€ p.a. Darüber hinaus kalkulieren die Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum e.V.,

¹³² Vgl. Wolter(2010), S.4.

die Düsseldorfer Flüchtlingsinitiative STAY! e.V. sowie Medinetz Bonn e.V. mit Druck- und Entwicklungskosten und notwendigem Informationsmaterial, mit Ausgaben von einmalig etwa 3.300€. In diesem Betrag sind des Weiteren Kosten für Abrechnungs- sowie Dokumentationssoftware enthalten.¹³³

Kostenzusammenführung:

Eine zusammenführende Kostendarstellung soll zeigen, in welchem Umfang Kosten für den anonymen Krankenschein pro betrachtete Stadt generiert werden. Wie in den vorangegangenen Analysen deutlich wird, setzen sich die Kosten aus den Aufwendungen für die Behandlung der jeweiligen Leistungsausgaben pro Kopf sowie den weniger bedeutsamen Sach-, Personal- und Druck-/Entwicklungskosten zusammen.

Jährliche Kosten des anonymen Krankenscheins, bei einer Annahme des höheren Schätzwertes¹³⁴:

Bochum:

Medizinische Leistungsausgaben pro Jahr	ca. 750.000 Euro
Personalkosten	+ 35.000 Euro
Sachkosten	+ 10.000 Euro
Druck- und Entwicklungskosten, Infomaterial+ (einmalig)	3.300 Euro
	<u>= ca. 800.000 Euro</u>

Dortmund:

Medizinische Leistungsausgaben pro Jahr	1.600.000 Euro
Personalkosten	+ 35.000 Euro
Sachkosten	+ 10.000 Euro
Druck- und Entwicklungskosten, Infomaterial+ (einmalig)	3.300 Euro

¹³³ Vgl. Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum et.al. (2012), S.3.

¹³⁴ Es wird jeweils einschließlich der Berücksichtigung der Krankenquote gerechnet

= ca. 1.650.000 Euro

Duisburg:

Medizinische Leistungsausgaben pro Jahr = 1.700.000 Euro

Personalkosten + 35.000 Euro

Sachkosten + 10.000 Euro

Druck- und Entwicklungskosten, Infomaterial+ (einmalig) 3.300 Euro

= ca. 1.750.000 Euro

Essen:

Medizinische Leistungsausgaben pro Jahr 1.300.000 Euro

Personalkosten + 35.000 Euro

Sachkosten + 10.000 Euro

Druck- und Entwicklungskosten, Infomaterial+ (einmalig) 3.300 Euro

= 1.350.000 Euro

Legt man den niedrigeren Schätzwert zu Grunde, halbieren sich die zu erwartenden Kosten für den anonymen Krankenschein.¹³⁵

8.2. Ausgaben für medizinische Leistung nach §§ 4,6 und 2 AsylbLG

Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) nimmt eine Unterscheidung der unterschiedlichen Anspruchsgruppen vor. Diese erfolgt nach dem Status des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG). Es erfolgt eine Differenzierung folgender Anspruchsgruppen:

- *Flüchtlinge mit Aufenthaltserlaubnis nach §25 Abs. 1 oder Abs. 2 AufenthG (Aufenthalt aus humanitären Gründen)*
- *Flüchtlinge mit Aufenthaltserlaubnis nach §25 Abs. 3 AufenthG (subsidiärer Schutz)*

¹³⁵

Vgl. Wolter (2010), S. 4.

- *Flüchtlinge mit Aufenthaltserlaubnis nach § 23 Abs. 1 und § 23 a (§23 Abs. 1 AufenthG nach einer Altfall- oder Bleiberechtsregelung)*
- *Flüchtlinge mit Aufenthaltserlaubnis nach §23 a AufenthG nach der Härtefallregelung.*

Der Aufenthalt wird hier durch humanitäre Gründe gestattet. Ein Anspruch auf medizinische Leistungen erfolgt bei dieser Anspruchsgruppe entsprechend dem Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung, die auch für deutsche Staatsbürger gelten. Für die Praxisgebühr beim Zahnarzt oder Arzt entstehen Zuzahlungen, die durch die Flüchtlinge getragen werden müssen. Gleiches gilt für Medikamente sowie bei anderen Leistungen, bspw. spezielle Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft oder auch bei Krankenhausaufenthalten. Die Höchstgrenze dieser Zuzahlungen liegt bei 2% des Bruttojahreseinkommens und reduziert sich entsprechend der Freibeträge für Kinder und Ehepartner.¹³⁶

Neben der vorangegangenen Beschreibung der Flüchtlinge nach § 23 oder § 25 AufenthG erfolgt nun die Betrachtung folgender Anspruchsgruppen:

- *Flüchtlinge mit Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs.4 Satz 1 (dringende humanitäre oder persönliche Gründe oder erhebliches öffentliches Interesse an der Anwesenheit) und Abs.5 (unverschuldetes Hindernis an der Ausreise) AufenthG*
- *Flüchtlinge mit „Duldung“*
- *Flüchtlinge mit „Aufenthaltsgestattung“*

Zunächst muss erwähnt werden, dass das AsylbLG die Krankenversorgung durch zwei Paragraphen regelt. §4 AsylbLG bestimmt die Notwendigkeit der medizinischen Versorgung. Demzufolge muss die medizinische Behandlung bei akuten Schmerzzuständen und Erkrankungen erfolgen. Hierbei ist die Leistung von Verband- sowie Arzneimitteln, sonstige erforderlichen Maßnahmen zur Besserung, Genesung oder auch Linderung der Krankheit oder ihrer Folgen eingeschlossen. In Bezug auf die zahnärztliche Versorgung muss festgehalten werden, dass diese nur erfolgt, insbesondere der Zahnersatz, wenn die Behandlung unaufschiebbar ist. §4 Abs. 2 AsylbLG regelt

¹³⁶ Vgl. Flüchtlingsrat Niedersachsen (2012a)

darüber hinaus die Versorgung von Wöchnerinnen sowie werdender Mütter. Wie anfänglich erwähnt, konkretisiert §6 Abs.1 AsylbLG, durch sonstige Leistungen, die zur Sicherung der Gesundheit notwendigen medizinischen Maßnahmen. Es erfolgt eine 100%ige Übernahme dieser Kosten durch das Sozialamt.

Des Weiteren existiert eine Sonderregelung, die es nach 4 Jahren möglich machen kann, der entsprechenden Person unter speziellen Voraussetzungen Leistungen nach § 2 AsylbLG zu gewähren. Diese Sonderregelung hat insbesondere Auswirkungen auf die medizinischen Leistungen. Demnach kann dieser Personenkreis Leistungen erhalten, die entsprechend ein gesetzlich Versicherter beziehen würde. Die Abrechnung der Krankenkasse folgt nach durchgeführter Behandlung mit dem Sozialamt. Wichtig zu erwähnen ist an dieser Stelle, dass diese Personen genau genommen nicht als krankenversichert gelten, die Leistungen jedoch diesem Status entsprechen. Auch in diesem Sonderfalle herrscht die Pflicht zu Zuzahlungen bei Medikamenten, Praxisgebühren oder anderen Leistungen. Darüber hinaus existiert auch hier der Höchstsatz der Zuzahlung von 2% des Regelsatzes.¹³⁷

Um nun eine genaue Vorstellung der Aufwendungen nach AsylbLG zu generieren, werden die Empfänger der Regelleistungen nach dem AsylbLG sowie die entsprechenden Ausgaben für das Bundesland Nordrhein-Westfalen (um eine Annäherung an das Ruhrgebiet zu erhalten) aufgezeigt.

Ausgaben nach AsylbLG für NRW 2011

Nettoausgaben nach AsylbLG ¹³⁸	Bruttoausgaben nach Leistungen nach AsylbLG ¹³⁹	Empfänger von Regelleistungen nach AsylbLG ^{140,141}	Ausgaben Person/Jahr in Euro
Angaben in 1.000 Euro			

¹³⁷ Vgl. Flüchtlingsrat Niedersachsen (2012b)

¹³⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt (2012b)

¹³⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2012c)

¹⁴⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt (2012d)

¹⁴¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2012e)

gesamt	244.851	252.271	
Ausgaben § 4 AsylbLG		49.564	40.814 1.214,39
Ausgaben § 6 AsylbLG		3.490	40.814 85,51
Ausgaben §§4, §6 gesamt		53.054	40.814 1.299,90
Ausgaben §2 AsylbLG für 5. bis 9. Kapitel SGB XII		20.680	207.726 ¹⁴² 99,55
Gesamtausgaben nach §§ 4, 6 und 2 AsylbLG		73.734	1.399,45

TAB. 2: AUSGABEN NACH ASYLBLG FÜR NRW 2011

(Quelle: in Anlehnung an Classen (2011), S.45)

Wie in Tabelle 2 deutlich wird, belaufen sich die Nettoausgaben für Leistungen der beschriebenen Anspruchsgruppen nach §§ 4, 6 und 2 AsylbLG auf rund 244.851.000 Euro. Brutto macht das einen Betrag von 252.271.000 Euro aus. Dieser beinhaltet die Ausgaben nach § 2 AsylbLG Leistungen in besonderen Fällen, § 3 AsylbLG Grundleistungen, § 4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt, § 5 AsylbLG Arbeitsangelegenheiten sowie § 6 Sonstige Leistungen. Wie vorangegangene Kostenaufstellung zeigt, werden nur die Bruttoausgaben nach §§ 2,4 und 6 AsylbLG in die Betrachtung einbezogen, da diese für medizinische Aufwendungen bestimmt sind. Demnach ergeben sich insgesamt Kosten in Höhe von 49.564.000 Euro nach § 4 AsylbLG. Pro Person verursacht das somit, bei Leistungsberechtigten von 40.814 Personen in 2011, einen Wert von 1.214,39 Euro/ Jahr. Für den § 6 fallen, lt. Statistischem Bundesamt Leistungsausgaben in Höhe von 3.490.000 Euro an. Beachtet man die Zahlen der Leistungsberechtigten von 40.814, so ergibt sich für diesen Bereich ein Wert von 85,51 Euro pro Person. Zusammengefasst ergibt sich ein Betrag von 53.054.000 Mio. Euro, für die Ausgaben nach §§4 und 6 AsylbLG. Pro Person entsteht ein Ausgaben-

¹⁴² Vgl. Statistisches Bundesamt (2012e)

volumen von 1.299,90 Euro/ Jahr.

Des Weiteren stehen der anfangs beschriebenen Gruppe Leistungen nach §2 AsylbLG zu. Diese ergeben sich aus den Kapiteln 5.-9. SGB XII. Folgende Leistungen sind in diesen enthalten: Hilfe zur Gesundheit (5. Kapitel SGB XII), Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (6. Kapitel des SGB XII), Hilfe zur Pflege (7. Kapitel SGB XII), Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (8. Kapitel SGB XII) sowie Hilfe in anderen Lebenslagen (9. Kapitel SGB XII) bieten. Wie deutlich wird, entstehen in diesem Bereich medizinische Kosten in Höhe von 20.680.000 Euro. Die Einzelbetrachtung der Leistungsberechtigten je Kapitel nach SGB XII ist in vorangestellter Tabelle 2, aufgrund der Übersichtlichkeit, nicht enthalten. Der Vollständigkeit halber werden diese im Folgenden aufgeführt. Kapitel 5 SGB XII berechtigt 1.906 Personen und Kapitel 6 SGB XII 122.377 Personen zum Empfang von Leistungen in 2010. 80.464 Berechtigte empfangen im betrachteten Zeitraum Leistungen nach Kapitel 7 SGB XII. Nach Kapitel 8 und 9 SGB XII erhielten 4.394 Berechtigte medizinische Leistungen. Demzufolge ergibt sich ein Wert von 99,55 Euro bei einer Gesamtkostenbetrachtung nach § 2 AsylbLG.

Insgesamt wurden nach AsylbLG Bruttoausgaben in Höhe von 73.734.000 Euro generiert. Bezogen auf den Kreis der Leistungsberechtigten von 289.354 ergeben sich Ausgaben für Asylbewerberleistungen von 254,82 Euro pro Jahr. Werden die Leistungen nach § 2 AsylbLG herausgenommen, da dies eine Sonderregelung darstellt, ergibt sich ein Wert von 53.045.000 und somit einen pro-Person/Jahr-Anteil von 1.299,90 Euro.

8.3. Vergleich der Kostenkalkulation des anonymen Krankenschein mit den Leistungsausgaben nach AsylbLG

Wichtig, um die Kosten für einen anonymen Krankenschein zu interpretieren und diese vergleichbar zu machen, ist die Gegenüberstellung mit den Leistungsausgaben nach §§ 2,4 und 6 AsylbLG.

Die kalkulierten Kosten für das Projekt „anonymer Krankenschein“ betragen,

bei der Annahme von 36.869 Bedürftige in NRW, 40.416.00 Euro¹⁴³, sowie 20.217.000 Euro pro Jahr, wenn von dem niedrigeren Wert von 18.422 Bedürftiger ausgegangen wird. Stellt man diesen Zahlen die Leistungsausgaben nach AsylbLG von 73.734.000 Euro gegenüber, wird deutlich, dass die taxierten Kosten des anonymen Krankenscheins, unter denen der Kosten nach AsylbLG liegen. Auch wird in der Literatur beschrieben, dass die Einführung eines anonymen Krankenscheins nicht zu einer Abwandlung der bereits bestehenden Kosten nach AsylbLG führt. Die Kosten werden nicht mehr rein über die humanitäre Hilfe getragen, sondern über die Integration in die Regelversorgung. Ferner muss beachtet werden, dass die Häufung von Notfällen, die durch §§ 4 und 6 AsylbLG, entstehen, da der Bedarf akut, infektiös oder chronisch sein muss, durch diese Integration vermieden werden könnte. Entstehende Kosten würden sich so reduzieren, da Krankenhauskosten, die unter bestehenden Bedingungen bereits durch das Sozialamt getragen werden, entfallen würden.¹⁴⁴

8.4. Schätzung/ Berechnung der Behandlungskosten pro Fall am konkreten Beispiel Medinetz Essen e.V.

Dieser Abschnitt thematisiert die Schätzung und annähernde Berechnung der durchschnittlichen Behandlungskosten pro Fall am konkreten Beispiel Medinetz Essen e.V.

An den Anfang wird eine Übersicht der Fälle gestellt, die eine Kontaktaufnahme in 2012 zu Medinetz Essen e.V. erzeugt haben. Im weiteren Verlauf dieses Abschnittes werden eine Charakterisierung der Zielgruppe, eine Häufigkeitsanalyse der Krankheiten sowie eine Herkunftslandverteilung gestellt. Anschließend erfolgt ein Versuch der Klassifizierung der Kosten nach GOÄ bzw. GOZ. Diese ist als Annäherung zu verstehen, da für eine genaue Kalkulation nicht ausreichend detaillierte Information zur Verfügung stehen.

¹⁴³ In die Kostenbetrachtung an dieser Stelle werden die einmaligen Druck- und Entwicklungskosten nicht eingerechnet, da ein jährlicher Kostenvergleich gestellt werden soll.

¹⁴⁴ Vgl. Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e.V. (2011), S.9.

Abbildung 5 zeigt zunächst die Herkunftslandverteilung der Fälle. Als Grundgesamtheit wird in den folgenden Tabellen $n=24$ angenommen. Die detaillierte und ausführliche Tabelle, die als Basis der weiteren Betrachtung dient, befindet sich im Anhang (Anhang C: Fälle Medinetz Essen e.V. aus 2012).

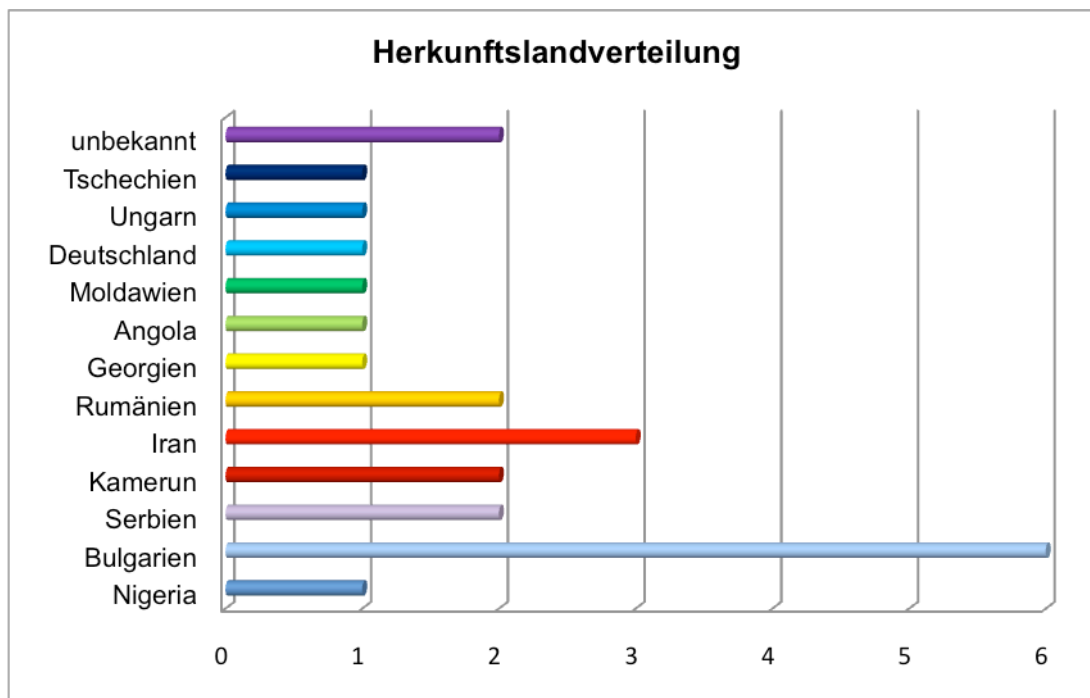


ABB. 5: HERKUNFTSLÄNDER DER FÄLLE

(Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten von Medinetz Essen e.V.)

Wie deutlich zu erkennen ist, liegt eine Häufung in dem Herkunftsland Bulgarien, mit sechs der betrachteten 24 Fälle aus 2012. Aus dem Iran suchten drei Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus Medinetz Essen e.V. auf. Weitere Herkunftsländer sind Tschechien, Ungarn, Deutschland, Moldawien, Angola, Georgien, Rumänien, Kamerun, Serbien sowie Nigeria. Wie die Abbildung zeigt, suchen insbesondere Personen aus Ost-/Mitteleuropa, Vorderasien sowie dem afrikanischen Raum den Verein Medinetz auf.

Nachfolgende Abbildung 6 verdeutlicht die Altersstruktur der Fälle aus 2012. Wie bereits im Verlauf der Arbeit erwähnt, liegt die Altersstruktur unter dem Durchschnitt der Bevölkerung in Deutschland. Unverkennbar wird, dass ins-

besondere die Altersgruppe der unter 40 Jährigen den Verein aufsuchte. In 2012 waren das in dieser Gruppe 13 der 25 betrachteten Fälle.

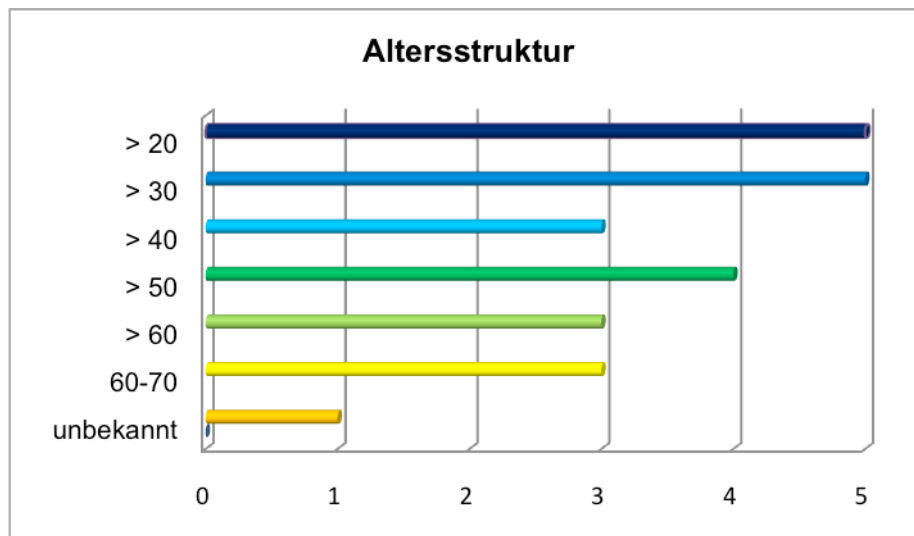


ABB. 6: ALTERSSTRUKTUR DER FÄLLE

(Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis der Daten von Medinetz Essen e.V.)

Wie bereits in der einschlägigen Literatur und auch vorangestellt erläutert, ist der weibliche Anteil auffällig höher als der männliche. Auch das konkrete Beispiel an Medinetz Essen e.V. zeigt, dass dies insbesondere durch Schwangerschaften und deren Betreuung bedingt ist (siehe Abbildung 8).

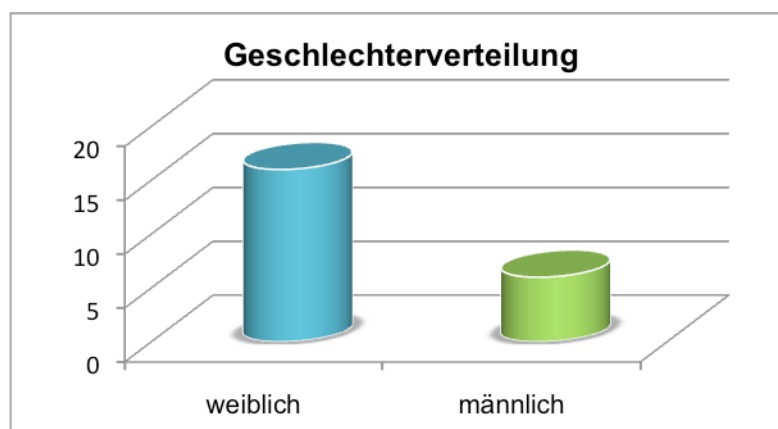


ABB.7: GESCHLECHTERVERTEILUNG DER FÄLLE

(Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten von Medinetz Essen e.V.)

Abbildung 9 befasst sich mit den Fachrichtungen der Überweisungen, die im Anschluss an die Kontaktaufnahme mit Medinetz erfolgen. Um einen besseren Einblick in die differenzierten Erkrankungsbilder zu erhalten, soll eine Erläuterung erfolgen: Für acht der Fälle aus 2012 erfolgte zunächst eine Überweisung an einen Allgemeinmediziner, durch diese resultierte in einigen Fällen eine spezielle Facharztkonsultation. Ein direkter Verweis an einen speziellen Facharzt erfolgte bei fünf Personen. Hierbei handelt es sich um die Fachrichtungen Nephrologie, Neurologie sowie Kardiologie. Vier der Fälle erhielten eine Betreuung während der Schwangerschaft oder eine gynäkologische Untersuchung. Weitere Kontaktaufnahmen erfolgten aufgrund von Zahnbeschwerden oder augenärztlichen Problemen.

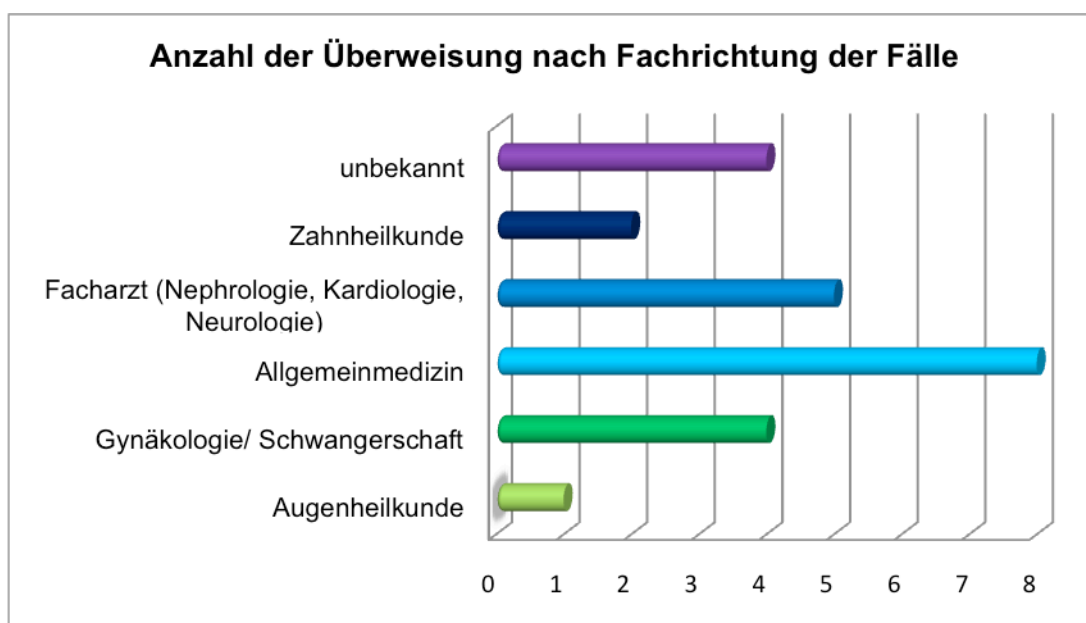


ABB.8: ANZAHL DER ÜBERWEISUNG NACH FACHRICHTUNG DER FÄLLE

(Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten von Medinetz Essen e.V.)

Dies dient zunächst der detaillierten Darstellung der Fälle. Im Folgenden soll auf eine Annäherung der Kostenkalkulation eingegangen werden. Dies wird in Zusammenhang mit dem Pilotprojekt des anonymen Krankenscheins erfolgen, um eine Schätzung der aufkommenden Kosten für diesen zu generieren. Bereits im vorangestellten Teil der Arbeit wurde dieser erläutert.

Um das Taxieren der Kosten für die medizinische Behandlung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in NRW zu ermöglichen, erfolgt zunächst eine Klassifikation nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ). Diese rechnen medizinische Leistungen ab. Im Folgenden wird mit dem 1,0 fachen Satz der Gebührenordnungen gerechnet. In der GOÄ beträgt dieser einfache Satz 0,0582873 Euro. Dieser wird mit den Punktwerten, die für die entsprechenden medizinischen Leistungen angesetzt werden können, multipliziert.¹⁴⁵ Der einfache Gebührensatz für Zahnärzte beläuft sich auf 0,0562421 Euro pro Punktwert.¹⁴⁶ Die detaillierte Aufstellung der Berechnungen befindet sich im Anhang (Anhang D: Beispielhafte Klassifikation nach GOÄ/ bzw. GOZ der Fälle Medinetz Essen e.V. aus 2012).

Ergebnis der Kostenbetrachtung:

Eine Analyse der annähernden Kosten zeigt, dass insgesamt Ausgaben in Höhe von 1.082,53 Euro in dem zugrunde gelegten Jahr verursacht wurden. Die genaue Betrachtung ergibt eine prozentuale Häufung in den Kosten für den gynäkologischen Bereich. In diesem wurden 687,89 Euro aufgewendet. Dies entspricht in etwa 63,54% der Ausgaben. An folgender Stelle sind allgemeinmedizinische Aufwendungen anzuführen. 224,39 Euro wurden für diese Disziplin generiert, was etwa 20,73% der Gesamtausgaben entspricht. Die dritthöchsten Ausgaben befinden sich im Bereich der Facharztkonsultationen mit 102,81 Euro, entsprechend ca. 9,5%. Abschließend sind Ausgaben im zahnärztlichen sowie augenärztlichen Bereich zu nennen. Diese belaufen sich auf 52,29 Euro sowie 15,15 Euro, bzw. 4,83% und 1,4%. Abbildung 10 verdeutlicht diese Kostenverteilung.

¹⁴⁵ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung (2012)

¹⁴⁶ Vgl. o.V. a.

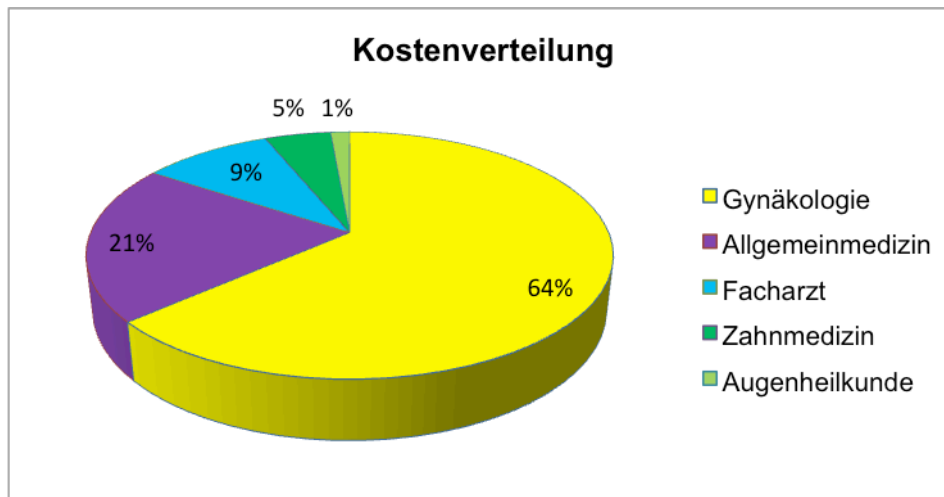


ABB. 9: KOSTENVERTEILUNG IN % ENTSPRECHEND DER BEREICHE

(Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten von Medinetz Essen e.V.)

Als Ergebnis kann festgehalten werden, dass die höchsten Kosten im Bereich der Gynäkologie generiert werden. Dies ist insbesondere durch die Vielzahl der betreuten Schwangerschaften begründet. Wie die Kostenanalyse im Anhang zeigt, erzeugt diese Disziplin hohe Kosten.

9. Diskussion und Fazit

Die Defizite in der medizinischen Versorgung sowohl von Papierlosen als auch EU-Bürgern ohne Krankenversicherung sind größtenteils strukturell bedingt. Die Zugangsbarrieren sind hoch und rechtlich komplex. Dazu kommen Ängste vor Denunziation und Abschiebung, da der Weg zum Arzt unweigerlich über eine Behörde führt. Als einzige Möglichkeit bliebe, medizinische Leistungen auf Selbstzahlerbasis in Anspruch zu nehmen, was jedoch entsprechende finanzielle Mittel voraussetzt. Insgesamt führen die vorherrschenden strukturellen und wirtschaftlichen Gegebenheiten dazu, dass Migranten ohne Krankenversicherung der Zugang zu regelgerechter medizinischer Versorgung verwehrt wird.

Momentan fehlen systematische Erkenntnisse über die gesundheitliche Situation von illegalisierten Menschen in Deutschland. Grund dafür ist, dass sie keine Berücksichtigung im deutschen System finden und somit nicht erfasst werden. Sofern es zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

kommt, geschieht dies im Akutfall und ist sehr kostenintensiv. Die Situation ist somit schwierig einzuschätzen und zu bewerten und birgt Risiken für das deutsche Gesundheitswesen. Irreguläre Migranten könnten auf verschiedene Rechtswege Ansprüche auf medizinische Leistungen geltend machen, jedoch sieht die Praxis aufgrund der Angst vor Aufdeckung des illegalen Aufenthaltsstatus anders aus.

Es wurde dargelegt, dass die verschiedenen medizinische Problemfelder, wie beispielsweise Schwangerschaft oder meldepflichtige Erkrankungen, mit jeweils speziellen rechtlichen Regelungen und Konsequenzen einhergehen, sodass sich die Rechtslage insgesamt komplex und teilweise sehr unsicher gestaltet ist.

In den Gesprächen zum Thema „Akteure im Ruhrgebiet“ wurde einvernehmlich der Bedarf an Versorgungsangeboten für versicherungslose Migranten geäußert: Alle Gesprächspartner wissen um die Existenz solcher Menschen und haben im Kontext ihres Aufgabenbereiches mit ihnen zu tun. Speziell der Umgang mit Papierlosen wird von den Gesprächspartnern als problembehaftet und rechtlich verzweigt dargestellt, sodass ein adäquater Umgang mit medizinischen Belangen erschwert wird. Auch von städtischer Seite, hier vertreten durch den Leiter des Gesundheitsamtes, wurde eingeräumt, dass diese Problematik besteht.

Die Tatsache, dass das Gesundheitsamt von Papierlosen aus Gründen der Angst bewusst gemieden wird, zeigt drastisch, welchen Zugangsbarrieren diese Personengruppe ausgesetzt ist. Der Denunziationsparagraf (§ 87 AufenthG), an den Behörden wie das Gesundheitsamt Essen rechtlich gebunden sind, steht im Zentrum eines weitreichenden Problemkomplexes, der sich durch alle Versorgungsbereiche zieht und auch die anderen betrachteten Akteure regelmäßig an die Grenzen ihrer Handlungsfähigkeit stoßen lässt. Aus diesem Grund müssen im Erkrankungsfall stets Einzellösungen gefunden werden, die am Rande des Regelsystems von statten gehen. Im besonderen Maße problematisch sind dauerhafte Behandlungen (z.B. bei chronisch erkrankten Personen) oder solche, die einen erhöhten Bedarf an Sachmitteln oder Medikamenten erfordern. Einmalige Behandlungen sind

einfacher zu realisieren.

Medinetz Essen wird von mehreren Befragten als wichtige Anlaufstelle für unversicherte Migranten genannt – und zwar explizit dann, wenn diese selbst an ihre Grenzen stoßen.

Im Gespräch mit Medinetz werden analog dazu steigende Klientenzahlen und eine zunehmende Komplexität der Fälle geäußert, die häufig nicht durch einmalige Behandlungen zu bewältigen ist. In nächster Konsequenz steigt auch die Notwendigkeit für politische Veränderungen und ein adäquates Modellprojekt für den Raum Essen und das Ruhrgebiet.

Derzeit existiert, im Gegensatz zu anderen Städten Deutschlands, noch kein Modellprojekt für die Metropolregion Ruhr, mit dem zukünftig die Versorgung von Migranten ohne Krankenversicherung sichergestellt werden kann.

Insbesondere in einer Großraumregion wie dem Ruhrgebiet, mit einer hohen Bevölkerungsdichte und vielen Einwohnern mit Migrationshintergrund, ist es notwendig, die Versorgung Papierloser auf politischer und städtischer Ebene anzugehen. Außerdem erscheint es sinnvoll, keine Einzellösungen auf Basis der jeweiligen Städte zu entwerfen, sondern ein einheitliches, für die gesamte Region anwendbares Konzept zu etablieren. Hierzu ist überregionale Vernetzung und ein gemeinsamer Diskurs von Nöten. Idealerweise würden sich daran sowohl politische, städtische, kirchliche als auch private Akteure beteiligen und ihre Ressourcen bündeln.

Hierzu können die bereits existierenden Konzepte als Orientierung dienen und die in Kapitel fünf durchgeführten Kalkulationen zugrunde gelegt werden. Bei Fondslösungen, wie in Hamburg und München handelt es sich um die kostengünstigste Variante, da Leistungen nicht über die Ämter abgerechnet werden, sondern ein paralleles Versorgungssystem bestehen bleibt. Die privaten Akteure und kirchlichen Träger würden weiterhin die Versorgung von Migranten ohne Krankenversicherung übernehmen, lediglich der finanzielle Spielraum der Vereine und Organisationen würde sich erweitern. Fraglich ist daher, ob es sich bei einem Fondsmodell nicht eher um eine Problemverschiebung, als um eine Problemlösung handelt, da die humanitäre Hilfe wei-

terhin delegiert und nicht durch eine entsprechende rechtliche Basis gesichert wird.

Ähnlich ist es mit der Humanitären Sprechstunde in Frankfurt. Hier wird im Rahmen der Möglichkeiten innerhalb des Gesundheitsamtes eine medizinische und soziale Betreuung der Betroffenen gewährleistet. Einige fachärztliche Behandlungen, Krankenhausbehandlungen sowie Entbindungen entfallen jedoch aus der dafür vorgesehenen Grundversorgung, sodass es auch in diesen Fällen wieder zu einer Parallelversorgung kommen muss.

Der anonyme Krankenschein würde es Papierlosen ermöglichen, erhaltene Leistungen über das AsylbLG abzurechnen. Die Grundversorgung wäre nach diesem Konzept ohne ein paralleles Versorgungssystem gesichert. Problematisch gestaltet sich bei dieser Variante jedoch die Frage nach den Zugangsvoraussetzungen zu medizinischen Leistungen. Es müsste eine Bedürftigkeitsprüfung stattfinden, mit derer potentielle Patienten ihre Berechtigung zu medizinischen Leistungen nachweisen, sodass keine Personen betreut werden, deren Bedürftigkeit nicht gegeben ist. Auf der anderen Seite darf der bürokratische Aufwand und damit die Zugangsbarrieren nicht zu hoch angelegt werden.

Bei der Entwicklung eines eigenen Konzeptes für die Metropolregion Ruhr sollten alle Vor- und Nachteile der verschiedenen Modelle sorgfältig verglichen und im Hinblick auf den gegebenen Bedarf und der ermittelten Kosten ein „Best Practice“ entwickelt werden.

Als ein Element kann die in Kapitel sechs vorgenommene Modellrechnung hinzugezogen werden. Die Kostenkalkulation wurde zum anonymen Krankenschein auf Basis beispielhafter Fälle von Medinetz Essen durchgeführt. Die Rechnung wurde durch die schwierig zu überblickende Anzahl Bedürftiger und die insgesamt unsichere Datenlage erschwert. Doch es zeigte sich, dass im Ruhrgebiet ein Ballungsgebiet von Migranten vorherrscht und der Bedarf für die Einführung eines anonymen Krankenscheins in Relation zum Rest des Landes hoch ist. Die errechneten Kosten, die für diesen Ansatz der medizinischen Versorgung von Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus entstehen, würden die bestehenden Kosten nicht übersteigen. Viele Lei-

stungsausgaben werden bereits nach AsylbLG und somit durch das Sozialamt abgedeckt, der Zugang muss jedoch vereinfacht und barrierefreier gestaltet werden. Akute oder chronische Erkrankungen, als Folge des problematischen Zugangs, tragen zu höheren medizinischen Ausgaben bei. Wird diese Barriere reduziert oder genommen, könnten sich die Ausgaben reduzieren.

Die Betrachtung der einzelnen Fälle von MediNetz Essen e.V. zeichnet nur ein ungefähres Bild der Behandlungskosten pro Fall ab, sodass eine weitreichendere Untersuchung von Nöten gewesen wäre.

Literaturverzeichnis

Anderson, P./ Gavranidou, M./ Hämmerling, C./ Knichenberg, G./ Monat, M./ Poppert, B./ Vollmer C./ Spohn, M.: „Wir haben Sie nicht vergessen“ – 10 Jahre Umgang mit Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus in der Landeshauptstadt München. Sozialreferat der Landeshauptstadt München (Hrsg.), München, 2010.

Bartholome, B/ Maeffert, J./ Groß, J./ Grube, M.: Anonymer Krankenschein und Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere – Ein Vergleich lokaler Lösungsansätze im ethischen Dilemma zwischen Rechtsanspruch und Ausgrenzung. Im Internet unter: http://www.gesundheitberlin.de/download/Bartholome,Maeffert,Gro%DF,Grube_medibuero_neu!bearb.10-02-16.pdf (Zugriff am 20.09.12).

Bauer, M.-L./Thomas, K./Föllner, T.: (K)ein Recht auf Behandlung? Medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. In: Dr. med. Mabuse, 2005, Heft 156, S. 24-26.

Bommes, M./ Wilmes, M.: Menschen ohne Papiere in Köln: Eine Studie im Auftrag des Rates der Stadt Köln: Eine Studie zur Lebenssituation irregulärer Migranten, Eigenverlag des Instituts für Migrationsforschung und interkulturelle Studien, Köln, 2007.

Brandstätter, J.: Anregungen erwünscht: Wer greift in einem Modellprojekt den anonymen Krankenschein für Menschen ohne Aufenthaltspapiere auf? Im Internet unter: <http://fachinformationen.diakonie-wissen.de/node/2086> (Zugriff: 04.09.2012).

Bümlein Rechtsanwaltskanzlei: Familienzusammenführung und Aufenthalt nach dem Zuwanderungsgesetz. Im Internet unter: <http://www.buema.net/auslr1.htm> (Zugriff: 10.10.2012).

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.: Schätzung und Prognose des Umfangs der Wohnungsnotfälle 2009-2010. Im Internet unter: <http://www.bag-wohnungslosenhilfe.de/index2.html> (Zugriff: 07.10.12)

Bundesverband Ausländischer Studierende: Aufenthaltsgesetz: AufenthG. Im Internet unter: http://www.auslaenderstudium.de/cms/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=43 (Zugriff: 17.09.2012).

Bundeszentrale für politische Bildung: 16 Millionen Migranten in Deutschland. (2010), Im Internet unter: <http://www.bpb.de/politik/hintergrund-aktuell/69050/16-millionen-migranten-in-deutschland-16-07-2010> (Zugriff: 17.09.2012).

Burchhardt, E.: Krank, keine Papiere – Alltag im Hamburger MediBüro. Im Internet unter: <http://www.ndr.de/info/programm/sendungen/lokaltermin/audio120269.html> (Zugriff am 02.10.2012).

Classen, G.: Das Asylbewerberleistungsgesetz und das Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum – Stellungnahme zur Anhörung am 07.02.2011. Im Internet unter: http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Classen_AsyblLG_Verfassung.pdf (Zugriff: 04.09.2012).

Cyrus, N.: Aufenthaltsrechtliche Illegalität in Deutschland: Sozialstruktur-Wechselwirkungen-Politische Optionen. Im Internet unter: http://www.forum-illegalitaet.de/mediapool/99/993476/data/04_Expertise_Sachverstaendigenrat_Cyrus.pdf (Zugriff: 15.09.2012).

Deutsches Institut für Menschenrechte: Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland- Ihr Recht auf Gesundheit: Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/ Illegalität, 2. Auflage, Eigenverlag Deutsches Institut für Menschenrechte, Berlin, 2008.

Diakonie Mark-Ruhr gemeinnützige GmbH a:Luthers Waschsalon - Wir über uns. Im Internet unter: <http://www.diakonie-mark-ruhr.de/soziale-dienste/luthers-waschsalon/ueber-uns/> (Zugriff: 8.10.12)

Diakonie Mark-Ruhr gemeinnützige GmbH b:Luthers Waschsalon – Medizinische Versorgung – Ambulanz und Arztmobil. Im Internet unter: <http://www.diakonie-mark-ruhr.de/soziale-dienste/luthers-waschsalon/inhalte/1/> (Zugriff: 8.10.12)

Diakonie Mark-Ruhr gemeinnützige GmbH c:Luthers Waschsalon – Zahnmedizinische Ambulanz. Im Internet unter: <http://www.diakonie-mark-ruhr.de/soziale-dienste/luthers-waschsalon/inhalte/3/> (Zugriff: 8.10.12)

Flüchtlingsrat Niedersachsen a: Leitfaden Asylverfahren. Im Internet unter: <http://www.nds-fluerat.org/leitfaden/10-fluechtlinge-mit-aufenthaltsurlaub-nach-25-abs-1-oder-abs-2-aufenthg/85-medizinische-versorgung/> (Zugriff: 04.09.2012).

Franz, A.: Gesundheit in der Illegalität. In: Berliner Ärzte, 2010, Heft 1, S. 21.

Geis, M.: Migration in Deutschland: Interregionale Migrationsmotivatoren. Deutscher Universitäts-Verlag (DUV), Wiesbaden, 2005.

Genfer Flüchtlingskonvention: Protokoll über die Rechtsstellung der Flüchtlinge von 1967, 1951, Im Internet unter: <http://www.aufenthaltstitel.de/genferkonvention.html> (Zugriff: 17.09.2012).

Graffe, F./ Strobl, C.: Medizinische Notfallversorgung für nicht krankenversicherte Menschen in München. Im Internet unter: http://www.gruene-muenchen-stadtrat.de/seiten/themen/migration/illeg_medizin.pdf (Zugriff am 22.09.2012).

Hämmerling, C.: Malteser Migranten Medizinische- Medizinische Hilfe für Menschen ohne Krankenversicherung. In: „Wir haben Sie nicht vergessen“ – 10 Jahre Umgang mit Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus in der Landeshauptstadt München. 2010.

- Heuer, S.: Illegale Migration: Eine Herausforderung für die soziale Arbeit. Grin-Verlag, o.O., 2009.
- Hey, M./Borde, T.: Gesundheitsprobleme und medizinische Versorgung Illegalisierter. In: Berliner Ärzte, 2010, Heft 1, S. 23.
- Hoff, B.: Eine Stadt für alle? – Probleme der gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus bzw. ohne ausreichende Krankenversicherung. In: Medizinische Versorgung von Flüchtlingen – Was können wir tun? , Thema in NrW (Hrsg.), 2012, Heft 4, S. 11-19.
- Höning, A./Dick, C. : 4,2 Millionen Migranten in NRW. RP-Online, 2010, Im Internet unter: <http://www.rp-online.de/politik/deutschland/42-millionen-migranten-in-nrw-1.480608> (Zugriff: 20.09.2012).
- Huschke, S.: Menschen ohne Papiere: Es hängt entscheidend vom Krankenhauspersonal ab, ob „Illegale“ angemessen versorgt werden. In: Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 107, 2010, Heft 34-35, S. 1620-1624.
- Jatta, I.: Stellungnahme von ProAsyl/Flüchtlingsrat Essen. In: Gesundheitsamt Essen (Hrsg.): Gesundheit und Migration – Prozess und Dialog, Essen, 2010, S. 117-119.
- Koch, U.: Illegal leben in Deutschland. In: Neue Caritas, 2006, Heft 12, S. 10-18.
- Kößler, M./Mohr, T./Fodor, R./Peter, E.: Aufenthaltsrechtliche Illegalität Beratungshandbuch 2010, 2. Auflage, 2011. Im Internet unter: <https://www.drk-wb.de/download-na.php?dokid=19382> (Zugriff zuletzt am 14.10.2012).
- Krappitz, N.: Handbuch Reisemedizinische Gesundheitsberatung: Reiserisiken, Prophylaxe, Geomedizin, deutscher Ärzteverlag, Köln, 2010.
- Marschalck, P./ Wiedl, K. H. (Hrsg.): Migration und Krankheit, IMIS-Schriften 10, Universitätsverlag Rasch, Osnabrück, 2001. In: Schönwälder, K./Vogel, D./Sciortino, G.: Migration und Illegalität in Deutschland: Die AKI-Forschungsbilanz 1 2004. Im Internet unter: <http://skylla.wz-berlin.de/pdf/2004/iv04-akibilanz1a.pdf> (Zugriff zuletzt 14.10.2012).
- Medinetz Essen e.V. a. (2012): Protokoll Jahresmitgliederversammlung 2012. Im Internet unter: <http://www.medinetz-essen.de/docs/120903%20Protokoll%20Jahresmitgliederversammlung.pdf> (Zugriff: 12.10.2012)
- Medinetz Essen e.V. b.:Wir über uns. Im Internet unter <http://www.medinetz-essen.de/ueb.html> (Zugriff: 12.10.12)
- Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum e.V., Düsseldorfer Flüchtlingshilfe STAY! e.V., MediNetz Bonn e.V.: Pilotprojekt – Medizinische Versorgung von Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus in NRW, 2012.
- Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e.V.: Konzept „Anonymisierter Krankenschein“. Im Internet unter: <http://www.gesundheitsversorgung-fuer->

alle.de/Konzept%20Anonymisierter%20Krankenschein.pdf (Zugriff: 03.09.2012).

Menzler, L.: Illegale in Deutschland: Ihre medizinische Versorgung findet in einer rechtlichen Grauzone statt. In: Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 106, 2009, Heft 39, S. 1874-1875.

Mielck, A.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Verlag Hans Huber, Bern u. a., 2000. In: Schönwälder, K./Vogel, D./Sciortino, G.: Migration und Illegalität in Deutschland: Die AKI-Forschungsbilanz 1 2004. Im Internet unter: <http://skylla.wz-berlin.de/pdf/2004/iv04-akibilanz1a.pdf> (Zugriff zuletzt 14.10.2012).

Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in NRW. Im Internet unter: www.mags.nrw.de/08_PDF/002/konzept-und-zielsetzung.pdf (Zugriff: 7.10.12).

Möhr, M.: EU-Projekt für traumatisierte Flüchtlinge. In: Rotes Kreuz, 2001, Heft 4, S. 15.

Neuber, H.: Flüchtlingsrechte: Politik ohne Würde. In: Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 105, 2008, Heft 6, S. 252-254.

Nöthen, M.: Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters? Im Internet unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/FrageAlter.pdf?blob=publicationFile> (Zugriff: 10.09.2012).

o. V. : Runder Tisch zur gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in besonderen Notlagen in Berlin – Zwischenbericht. Im Internet unter: http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-gesundheit/gesundheitspolitik/fluechtlingsmedizin/zwischenbilanz_runder_tisch_16te_wahlperiode.pdf?start&ts=1314962782&file=zwischenbilanz_runder_tisch_16te_wahlperiode.pdf (Zugriff am 17.09.2012).

o.V. a: Gebührenordnung für Zahnärzte. Im Internet unter: <http://www.e-bis.de/goz/defaultFrame.htm> (Zugriff: 10.09.2012).

o.V. b: Ausländer nach Staatsangehörigkeit am 31.12. Im Internet unter: http://www.dortmund.de/media/downloads/pdf/statistik/bevoelkerung/Auslaender_n_staatsangehoerigkeit.pdf (Zugriff: 10.10.2012).

Sächsisches Staatsministerium des Innern: Das deutsche Aufenthaltsrecht. (2012), Im Internet unter: http://amt24.sachsen.de/ZFinder/lebenslagen.do;jsessionid=0ED7CD1A8692016705ECFDEDC2489588.zufi2_2?action=showdetail&modul=LL&id=4265410#A (Zugriff: 20.09.2012).

Sauer, B.: Migranten: Neuland für die Gesundheit. In: Pharmazeutische Zei-

tung, Jahrgang 155, 2010, Heft 29, S. 30-32.

Schönwälder, K./Vogel, D./Sciortino, G.: Migration und Illegalität in Deutschland: Die AKI-Forschungsbilanz 1 2004. Im Internet unter: <http://skylla.wz-berlin.de/pdf/2004/iv04-akibilanz1a.pdf> (Zugriff zuletzt 14.10.2012).

Stadt Bochum: Ausländer und Staatenlose insgesamt. Im Internet unter: <http://www.bochum.de/C125708500379A31/CurrentBaseLink/W28XFFNJ266BOCMDE> (Zugriff: 10.10.2012).

Stadt Duisburg: Stadt- und Einwohnerentwicklung – Stadt im Wandel durch demografische Entwicklung. Im Internet unter: http://www.duisburgweb.de/stadtentwicklung%20Projekte/einwohner_nrw.htm (Zugriff: 10.10.2012).

Stadt Essen: Bevölkerung – Bevölkerungsstand. Im Internet unter: http://www.essen.de/de/Rathaus/Statistik/Statistik_Bevoelkerung.html (Zugriff: 10.10.2012).

Statista a: Anzahl der Ausländer in Deutschland nach Herkunftsland (Stand: 31. Dezember 2011). Im Internet unter: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/1221/umfrage/anzahl-der-auslaender-in-deutschland-nach-herkunftsland/> (Zugriff: 20.09.2012).

Statista b: Zahl der Ausländer in den Bundesländern laut Ausländerzentralregister 2011. Im Internet unter: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/71210/umfrage/auslaender-pro-bundesland/> (Zugriff: 20.09.2012).

Statistisches Bundesamt a: Kranke und Unfallverletzte nach Altersgruppen – Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Im Internet unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/GesundheitszustandRelevantesVerhalten/Tabellen/KrankeUnfallverletzte.html> (Zugriff: 13.09.2012).

Statistisches Bundesamt b: Einnahmen und Ausgaben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz 2011. Im Internet unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/SozialeLeistungen/Asylbewerberleistungen/Tabellen/EinnahmenLaender.html> (Zugriff: 08.10.2012).

Statistisches Bundesamt c: Bruttoausgaben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz 2011. Im Internet unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/SozialeLeistungen/Asylbewerberleistungen/Tabellen/AusgabenLeistungenLaender.html> (Zugriff: 08.10.2012).

Statistisches Bundesamt d: Empfängerinnen und Empfänger von Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Im Internet unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/SozialeLeistungen/>

gen/Asylbewerberleistungen/Tabellen/RegelleistungenEmpfaenger.html
(Zugriff: 10.10.2012).

Statistisches Bundesamt e: Sozialleistungen – Besondere Leistungen der Sozialhilfe – Kapitel 5 bis 9 SGB XII – Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch. Im Internet unter:
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Sozialhilfe/BesondereLeistungen/Tabellen/LaenderInsgesamt.html>
(Zugriff: 08.10.2012).

Statistisches Bundesamt: Ausländische Bevölkerung: Ausländische Bevölkerung am 31.12.2011 nach aufenthaltsrechtlichem Status. Im Internet unter:
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/AuslaendischeBevolkerung/Tabellen/AufenthaltsrechtlicherStatus.html>
(Zugriff: 15.09.2012).

Statistisches Bundesamt: Ein Fünftel der Bevölkerung in Deutschland hatte 2010 einen Migrationshintergrund. 2010, Im Internet unter:
https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2011/09/PD11_355_122.html?nn=50750 (Zugriff: 20.09.2012).

Strauß, R./ Zepunkte, K.: Vorlage 50/ 69/2010, Anfrage der SPD Ratsfraktion – Anonymer Krankenschein. Im Internet unter:
<http://www.duesseldorf.de/ratsinfo/duesseldorf/44383/Vm9ybGFnZW5kb2t1bWVudF8oT2UpLTUwLTU5LjIwMTA=/14/n/146779.doc> (Zugriff am 18.09.2012).

Synatschke, V.: Netzwerk soll Psychotherapie für Flüchtlinge sicherstellen. In: Westfälisches Ärzteblatt, 2006, Heft 3, S. 18-19.

Verband der privaten Krankenversicherung: Gebührenordnung für Ärzte. Im Internet unter:
<http://www.derprivatpatient.de/fileadmin/Mediendaten/Dokumente/GOAE.pdf>
(Zugriff: 10.09.2012).

Waller, H.: Gesundheitsprobleme und Gesundheitsversorgung von Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität: Deutschland und Italien im Vergleich. In: Das Gesundheitswesen, 2008, Heft 1, S. 4-8.

Weltärztebund: Deklaration von Genf. 1994, Im Internet unter:
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Genf.pdf> (Zugriff: 05.09.2012).

Wirtgen, W.: Traumatisierte Flüchtlinge: Psychische Probleme bleiben meist unerkannt. In: Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 106, 2009, Heft 49, S. 2463-2465.

Wolf, F./ Blum, C.; Gather, J./ Schwienhorst, E./ Windeln, H.: Staatliche medizinische Versorgung von Migranten ohne Krankenversicherung in Deutschland und die Rolle zivilgesellschaftlichen Engagements. Mainz, 2011.

Wolter, H.: Medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere – das Frankfurter Modell. In: Blickpunkt öffentliche Gesundheit, Jahrgang 26, 2010, Heft 1, S. 4-5.

Zurmühl, U.: Open.med: Fünf Jahre medizinische Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus oder Krankenversicherung in München. Im Internet unter: <http://www.aerztewelt.org/home/news-details/article/openmed-fuenf-jahre-medizinische-versorgung-von-menschen-ohne-aufenthaltsstatus-oder-krankenversic.html> (Zugriff am 24.09.2012).

Rechtsnormenverzeichnis

AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AufenthG	Aufenthaltsgesetz
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
IfSG	Infektionsschutzgesetz
OEG	Opferentschädigungsgesetz
ÖGDW NRW	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen
SGB IV	Sozialgesetzbuch IV
SGB V	Sozialgesetzbuch V
SGB XII	Sozialgesetzbuch XII
SGB XII	Sozialgesetzbuch XII
StGB	Strafgesetzbuch

Anhang

Anhang A: Interviewleitfaden

1. Seit wann existiert die Einrichtung?
2. Patienten:
 - a. Wie viele Patienten werden pro Jahr betreut?
 - b. Wie hat sich diese Zahl in der Vergangenheit (bzw. seit der Gründung) verändert?
 - c. Wie ist die Zusammensetzung der Patienten (Geschlecht/ Alter/ Herkunft)? Gibt es Auffälligkeiten?
 - d. Wie hat sich die Zusammensetzung der Patienten in der Vergangenheit entwickelt?
 - e. Kennen Sie den Aufenthaltsstatus Ihrer Klienten/ Patienten?
 - f. Haben Sie mit papierlosen Menschen zu tun?
 - g. Ist Ihrer Meinung nach die Anzahl an papierlosen Patienten gestiegen?
3. Angebote:
 - a. Welche Leistungen werden angeboten?
 - b. Welche Angebote werden besonders genutzt?
 - c. Nutzen Papierlose bestimmte Angebote öfter als andere? Wie ist Ihrer Meinung nach der Bedarf?
 - d. Wird selbst medizinische Versorgung angeboten oder liegt der Fokus auf Beratung und/ oder Vermittlung?
 - e. Benötigen Sie bestimmte Qualifikationen?
4. Welche Ziele verfolgen Sie mit Ihrer Arbeit?
5. Wo sehen Sie persönlich die größten Hindernisse?
6. Was kann man Ihrer Meinung nach verbessern?
7. Sind Veränderungen oder neue Angebote geplant?
8. Gibt es andere Institutionen mit denen sie zusammenarbeiten?
9. Wie funktioniert die Finanzierung? Gibt es eine spezielle Trägerschaft?
10. Wie funktioniert die Finanzierung? Gibt es eine spezielle Trägerschaft?

Anhang B: Tabellarische Übersicht über die Interviews zu „Akteure im Ruhrgebiet“

Übersicht Interviews "Akteure im Ruhrgebiet"		
	Datum	Dauer
1 Dr. Rainer Kundt Ärztlicher Leiter des Gesundheitsamt Essen Hindenburgstraße 29, 45127 Essen	17.09.12	14:17 Min.
2 M. Clément Matweta Sozialdienst für afrikanische Migranten SAM Rellinghauser Str. 10, 45128 Essen	19.09.12	40:15 Min.
3 Heike Spielmann Leiterin von Luthers Waschsalon der Diakonie Mark Ruhr Körner Str. 75, 58095 Hagen	20.09.12	48:29 Min.
4 Barbara Friedmann Medinetz Essen e.V. medizinische Flüchtlingshilfe Friedrich-Ebert-Str.30, 45127 Essen	08.10.12	61:13 Min.

Anhang C Fälle Mednietz Essen e.V. aus 1/2012

Nr.	Datum	Alter	Geschlecht	Her-kunft	Anzahl der Kontakte	Grund der Kontaktaufnahme	Vorbefund/-behandlung	Behandlung	GOÄ/GOZ	Punkte nach GOÄ/GOZ	einfacher Gebührensatz z* €	Anmerkungen
1	09.01.12	63	männlich	Nigeria	1	Schmerzen im rechten Auge, starke Kopfschmerzen	2001: Katarakt-OP beidseitig in Nigeria	augenärztliche Behandlung	1 Beratung (Anamnese)	80	4,66	
									5 symptombezogene Untersuchung	80	4,66	
									6 vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems (Augen, HNO-Bereich, Mund-Rieler, Nieren und ableitenden Harnwege, Gefäßstatus); bei den Augen: beidseitige Inspektion des äußeren Auges; beidseitige Untersuchung der vorderen und mittleren Augenabschnitte sowie des Augenhintergrunds	100	5,83	GOÄ
2	16.01.12	22	weiblich	Bulgarien	1	Schwangerschaft	keine	gesamte Schwangerschaftsbereuerung	22 eingehende Beratung einer Schwangeren	300	17,49	GOÄ
									23 erste Vorsorgeuntersuchung Schwangerschaft	300	17,49	GOÄ
									24 Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf	200	11,66	GOÄ
									250 Blutentnahme, Vene	40	2,33	GOÄ
									415 Ultraschalluntersuchung, Mutterschaftsvorsorge (3x in der Schwangerschaft)	300	17,49	GOÄ
									424 Zweidimensionale Doppler-Echokardiographie - einschließlich Nr. 423	700	40,8	GOÄ
									3517 Hämoglobin (je Messgröße)	70	4,08	GOÄ
									3550 Blutbild/ Blutbildbestandteile	60	3,5	GOÄ
									3980 ABO-Merkmale	100	5,83	GOÄ
									3985 Bestimmung weiterer Blütgruppenmerkmale im indirekten Coombsstest (cw/Kell/Du/Duffy), je Merkmal	200	11,66	GOÄ
									4232 Qualitativer Antikörper-Nachweis, Agglutinations-/Fällungsreaktion, Treponema pallidum (TPHA, VDRL-Test) oder	90	5,25	GOÄ
									4248 Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion, Treponema pallidum (TPHA, VDRL-Test)	230	13,41	GOÄ
									4301 Qualitativer Antikörper-Nachweis, Agglutinationsreaktion, Röteln-Virus	90	5,25	GOÄ
									oder			
									4306 Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinationsreaktion, Röteln-Virus	240	13,99	GOÄ
									4380 Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay, Habes-Antigen	240	13,99	GOÄ
									4395 Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay, HIV	300	17,49	GOÄ
									4541 Untersuchung zum Nachweis und zur Charakterisierung von Bakterien, Nachweis von Chlamydien auf Gewebekultur, je Ansatz	350	20,4	GOÄ
									es wird jeweils mit dem höheren Wert gerechnet		211,61	

6	15.03.12	58	weiblich	Bulgarien	1	Hypertonie, Blasenentzündung, Depressionen	medikamentös auf Hochdruck eingestellt, sowie abends Präparat zur Beruhigung	Vorstellung Nephrologe	650 EKG, zur Kontrolle Rhythmusstörung/ Verlauf/ Notfall	152	8,86	GOÄ
									1. Beratung (Anamnese)	80	4,66	
									5 symptombezogene Untersuchung	80	4,66	
									7 vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems (Hautorgan, Stütz- und Bewegungsorgane, Brustorgane, Bauchorgane, weiblicher Genitaltrakt); bei den Brustorganen: Auskultation und Perkussion von Herz und Lunge sowie Blutdruckmessung	160	9,33	GOÄ
									3520 Untersuchung je Messgröße, Kreatinin	70	4,08	GOÄ
									3550 Blutbild/ Blutbildbestandteile	60	3,5	GOÄ
									250 Blutentnahme, Vene	40	2,33	
											37,42	
7		58	weiblich	Bulgarien	2 3 4	siehe oben	siehe oben	nephrologische Folgeuntersuchung	659 Langzeit-EKG, mindestens achtzehn Stunden	400	23,31	GOÄ
									3 eingehende Beratung	150	8,74	GOÄ
									Klinikaufenthalt über Nacht			GOÄ
8	10.04.12	70	weiblich	Kamerun	1	Rückenschmerzen	keine	keine Behandlung, Weiterleitung an Medizinisch Bochim			32,05	GOÄ
9	16.04.12	31	weiblich	Iran	1	Kopfschmerzen, Sehstörungen, Erbrechen, Schwindel, psychische Störungen	notfallmäßiger KH- Aufenthalt	Überweisung an Neurologe; Absage des Termins (Frau befand sich im Asylverfahren und sagte den Termin ab, nachdem bekannt wurde, dass sie nun Aufenthaltsrecht hat)				GOÄ

10	21.04.12	17	weiblich	Rumänien	1	Schwangerschaft	keine	1. gynäkologische Untersuchung (eingeschränkt)	250 Blutentnahme, Vene	40	2,33	Übernahme der Kosten durch das Sozialamt, da Ehemann deutsche Staatsbürger	GOÄ
									415 Ultraschalluntersuchung, Mutterschaftsvorsorge 3517 Hämoglobin (je Messgröße) 3550 Blutbild/ Blutbildbestandteile 3980 ABC-Merkmale	300 70 60 100	17,49 4,08 3,5 5,83		GOÄ GOÄ GOÄ GOÄ
11	23.04.12	31	männlich	Georgien	1	stärkste Rückenschmerzen	keine	allgemeinmedizinische Untersuchung	7 vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems (Hautorgan, Stütz- und Bewegungsorgane, Brustorgane, Bauchorgane, weiblicher Genitaltrakt); bei den Stütz- und Bewegungsorganen: Inspektion, Palpation und orientierende Funktionsprüfung der Gelenke und der Wirbelsäule einschließlich Prüfung der Reflexe	160	9,33		GOÄ
									253 Injektion, intravenös (Muskeltoleranz) 1 Beratung (Anamnese) 5 symptombezogene Untersuchung	70 80 80	4,08 4,66 4,66		GOÄ
12	23.04.12	31	männlich	Georgien	2	siehe oben	siehe oben; 2. Termin zur intravenösen Injektion		253 Injektion, intravenös (Muskeltoleranz)	70	4,08		GOÄ
13	21.05.12	43	männlich	Ungarn	1	starke Unterbauchschmerzen	keine	allgemeinmedizinische Untersuchung	7 vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems (Hautorgan, Stütz- und Bewegungsorgane, Brustorgane, Bauchorgane, weiblicher Genitaltrakt); bei den Bauchorganen: Palpation, Perkussion und Auskultation der Bauchorgane einschließlich palpatorischer Prüfung der Bruchpforten und der Nierenlager	160	4,08 9,33		GOÄ
									1 Beratung (Anamnese) 5 symptombezogene Untersuchung 3550 Blutbild/ Blutbildbestandteile 250 Blutentnahme, Vene 5190 Röntgen, Bauchübersicht, eine Ebene 3520 Untersuchung je Messgröße, Kreatinin	80 80 60 40 300 70	4,66 4,66 3,5 2,33 17,49 4,08		GOÄ GOÄ GOÄ GOÄ GOÄ GOÄ
											46,05		

14	12.06.12	45	männlich	Kamerun	1	Kopf-, Bauch- und Gelenkschmerzen; Schläfrigkeit	vor 1-2 Jahren Lues Behandlung; Heilung	Überweisung an Gesundheitsamt	4232 qualitativer Antikörper-Nachweis: Agglutinations-/Fällungsreaktion; Treponema pallidum (TPHA, VDRL-Test) 4248 quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion; Treponema pallidum (TPHA, VDRL-Test) 4259 qualitativer Antikörper-Nachweis, Immunfluoreszenz; Treponema pallidum (FTA-Abs-Test) 4260 qualitativer Antikörper-Nachweis, Immunfluoreszenz; Treponema pallidum (IgM-FTA-Abs-Test) 4270 quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz; Treponema pallidum (FTA-Abs-Test) 4271 quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz; Treponema pallidum (IgM-FTA-Abs-Test) 4273 quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz; Treponema pallidum (19S-IgM-FTA-Abs-Test) 4283 quantitative Antikörper-Bestimmung, Komplementbindungsreaktion (KBR); Treponema pallidum	90	5,25	GOÄ
15	12.06.12	29	männlich	Tschechien	1	Lumbago	keine	allgemeinmedizinische Untersuchung	7 vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems (Hautorgan, Stütz- und Bewegungsorgane, Brustorgane, Bauchorgane, weiblicher Genitaltrakt); bei den Stütz- und Bewegungsorganen: Inspektion, Palpation und orientierende Funktionsprüfung der Gelenke und der Wirbelsäule einschließlich Prüfung der Reflexe	160	9,33	GOÄ
16	09.07.12	32	weiblich	Bulgarien	1	gynäkologische Untersuchung	keine	gynäkologische Untersuchung	1 Beratung (Anamnese) 5 symptombezogene Untersuchung 7 vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems (Hautorgan, Stütz- und Bewegungsorgane, Brustorgane, Bauchorgane, weiblicher Genitaltrakt); bei dem weiblichen Genitaltrakt: bimanuelle Untersuchung der Gebärmutter und der Adhärenz, Inspektion des äußeren Genitals, der Vagina und der Perto uteri, Digitaluntersuchung des Enddarms, gegebenenfalls Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs	80 80	4,66 4,66	GOÄ
17	11.06.12	5	weiblich		1	U-Untersuchung für Kindergarten	keine	allgemeinmedizinische Untersuchung	1 Beratung (Anamnese) 5 symptombezogene Untersuchung	80 80	4,66 4,66	GOÄ
18	22.06.12	2.1/2.3	weiblich		1	U-Untersuchung	keine	allgemeinmedizinische Untersuchung			18,65	GOÄ

19	02.08.12	44	weiblich	Iran	1	starke Depressionen	Verschreibung von Antidepressiva bereits im Iran	allgemeinmedizinische Untersuchung	801 eingehende psychiatrische Untersuchung	250	14,57	GOÄ
									804 psychiatrische Behandlung, eingehendes therapeutisches Gespräch	150	8,74	GOÄ
									1 Beratung (Anamnese) 5 symptombezogene Untersuchung	80 80	4,66 4,66	Verweis an W/SE e.V. (Selbsthilfegruppe für iranische Frauen mit psychischen Problemen)
20	Januar/Februar	24-25	weiblich	Rumänien	1	Schwangerschaft (7. Monat)	keine	gynäkologische Untersuchung	250 Blutentnahme, Vene	40	2,33	GOÄ
									24 Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf	200	11,66	GOÄ
									415 Ultraschalluntersuchung, Mutterschaftsvorsorge	300	17,49	GOÄ
									3517 Hämoglobin (je Messgröße)	70	4,08	GOÄ
									3550 Blutbild/ Blutbildbestandteile	60	3,5	GOÄ
									3980 ABC-Merkmale	100	5,83	GOÄ
									3985 Bestimmung weiterer Blutgruppenmerkmale im indirekten Coombstest (Cw/Kell/Duffy), je Merkmal	200	11,66	GOÄ
									4232 Qualitativer Antikörper-Nachweis, Agglutinations-/Fällungsreaktion, Treponema pallidum (TPHA, VDRL-Test) oder	90	5,25	GOÄ
									4248 Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion, Treponema pallidum (TPHA, VDRL-Test)	230	13,41	GOÄ
									4301 Qualitativer Antikörper-Nachweis, Agglutinationsreaktion, Röteln-Virus oder	90	5,25	GOÄ
									4306 Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinationsreaktion, Röteln-Virus	240	13,99	GOÄ
									4380 Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay, Haptan-Antigen	240	13,99	GOÄ
									4395 Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay, HIV	300	17,49	GOÄ
									4541 Untersuchung zum Nachweis und zur Charakterisierung von Bakterien, Nachweis von Chlamydien auf Gewebekultur, je Ansatz	350	20,4	GOÄ
									20,4 voraussichtlich Kaiserschmitt; Kosten der Entbindung trägt Sozialamt			
									es wird jeweils mit dem höheren Wert gerechnet		135,83	

21	14.08.12	70	weiblich	Serbien	1	Diabetes, Athma, starke Oberbauchschmerzen	Behandlung der Diabetes und des Asthma	allgemeinmedizinische Untersuchung	7 vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems (Hautorgan, Stütz- und Bewegungsorgane, Brustorgane, Bauchorgane, weiblicher Genitaltrakt); bei den Bauchorganen: Palpation, Perkussion und Auskultation der Bauchorgane einschließlich palpatrischer Prüfung der Bruchforten und der Nierenlager	160	9,33	GOÄ
									1 Beratung (Anamnese) 5 symptombezogene Untersuchung 3611 Blutzuckertagesprofil	80 80 160	4,66 4,66 18,65	GOÄ
22	20.08.12	58	männlich	Deutschland	1	Zahnschmerzen	keine	zahnärztliche Untersuchung: Extraktion zweier Zähne	001 eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes	100	5,62	GOZ
									007 Vitalitätsprüfung eines Zahnes oder mehrerer Zähne einschließlich Vergleichstest 009 Infiltrationsanästhesie (buccal und palatinal)	50 60	2,81 3,37	GOZ GOZ
									009 Infiltrationsanästhesie (buccal und palatinal)	60	3,37	GOZ
									009 Infiltrationsanästhesie (buccal und palatinal)	60	3,37	GOZ
									009 Infiltrationsanästhesie (buccal und palatinal)	60	3,37	GOZ
									302 Entfernung eines tief frakturierten oder tief zerstörten Zahnes	270	15,19	GOZ
									302 Entfernung eines tief frakturierten oder tief zerstörten Zahnes BEMA???	270	15,19	GOZ
23	27.08.12	42	weiblich		1	starke Zahnschmerzen	keine	zahnärztliche Untersuchung			52,29	

24	27.08.12	23	männlich	Moldawien	1	Anstieg der Hepatitis B Antikörper trotz strenger Diät	bekannte, behandelte Hepatitis B	Überweisung an Gesundheitsamt	4643 Hepatitis B-Viren (HBs-Antigen) Lingandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve, zum Nachweis von viralen Antigenen im Nahmaterial, je Untersuchung; 4642 Hepatitis B-Viren (HBe-Antigen); Lingandenassay 4232 Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion; Treponema pallidum (TPHA, Cardioplasmimikroflocculationstest, VDRL-Test) 4248 Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion; Treponema pallidum (TPHA, Cardioplasmimikroflocculationstest, VDRL-Test)	150	14,57	
								Überweisung an Allgemeinmediziner		250	14,57	
								Überweisung an Lebersprechstunde		90	5,25	
25	10.09.12	57	weiblich	Angola	1	starke Schmerzen in der linken Brust und linker Arm	keine	Überweisung an Kardiologe	7 vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems (Hautorgan, Stütz- und Bewegungsorgane, Brustorgane, Bauchorgane, weiblicher Genitaltrakt); bei den Brustorganen: Auskultation und Perkussion von Herz und Lunge sowie Blutdruckmessung	160	47,8	9,33
										80	4,66	
										80	4,66	
										152	8,86	
										60	3,5	
										40	2,33	
											33,34	

* der einfache Gebührensatz der Gebührenordnung Ärzte (GOÄ) errechnet sich aus Punkte x 0,0582873; der einfache Gebührensatz der Gebührenordnung Zahnärzte (GOZ) errechnet sich aus Punkte x 0,0562421

*1 der zulässige Gebührensatz: ist der um den ohne Begründung zulässigen Faktor gesteigerte einfache Gebührensatz (Schwellenwert)

Anhang D: Beispielhafte Klassifikation nach GOÄ/ GOZ der Fälle Medinetz Essen e.V. aus 1/2012

Beispiel 1: Augenärztliche Behandlung:

- | | | |
|--|---------------|--------------|
| - Nr. 1 Beratung (Anamnese): | Punktwert 80 | 4,66 Euro |
| - Nr. 5 symptombezogene Untersuchung: | Punktwert 80 | 4,66 Euro |
| - Nr. 6: vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organ-
systems (Augen, HNO-Bereich, Mund-Kiefer, Nieren und die ableiten-
den Harnwege sowie den Gefäßstatus, bei den Augen: beidseitige In-
spektion des äußeren Auge, Inspektion der mittleren und äußeren Au-
genabschnitte und des Augenhintergrunds): | Punktwert 100 | 5,83 Euro |
| | <hr/> | |
| | | = 15,15 Euro |

Beispiel 2: gesamte Schwangerschaftsbetreuung (ohne Entbindungskosten, da diese durch das Sozialamt getragen werden):

- | | | |
|---|---------------|--------------------------|
| - Nr. 22: eingehende Beratung einer Schwangeren: | Punktwert 300 | 17,49 Euro |
| - Nr. 23: erste Vorsorgeuntersuchung: | Punktwert 300 | 17,49 Euro |
| - Nr. 24: Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf: | Punktwert 200 | 11,66 Euro |
| - Nr. 250: Blutentnahme Vene: | Punktwert 200 | 11,66 Euro |
| - Nr. 415: Ultraschalluntersuchung, Mutterschaftsvorsorge (3x während
der Schwangerschaft) | Punktwert 300 | 17,49 Euro |
| | | 3x17,49 Euro= 52,47 Euro |
| - Nr. 424 (Zweidimensionale Doppler-Echokardiographie – einschließ- | | |

lich Nr. 423):

	Punktwert 700	40,8 Euro
- Nr. 3517 (Hämoglobin):		
	Punktwert 70	4,08 Euro
- Nr. 3550 Blutbild/ Blutbildbestandteile:		
	Punktwert 60	3,50 Euro
- Nr. 3980 AB0-Merkmale:		
	Punktwert 100	5,83 Euro
- Nr. 3985 Bestimmung weiterer Blutgruppenmerkmale im indirekten Coombstest (Cw/Kell/Du/Duffy), je Merkmal:		
	Punktwert 200	11,66 Euro
- Nr. 4248 Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fälligungsreaktion, Treponemapallidum (TPHA, VDRL-Test):		
	Punktwert 230	13,41 Euro
- Nr. 4306 Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinationsreaktion, Röteln-Virus:		
	Punktwert 240	13,99 Euro
- Nr. 4380 Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay, Habe-Antigen:		
	Punktwert 240	13,99 Euro
- Nr. 4395 Antikörper-Bestimmung:		
	Punktwert 300	17,49 Euro
- Nr. 4541 Untersuchung zum Nachweis und zur Charakterisierung von Bakterien, Nachweis von Chlamydien auf Gewebekultur, je Ansatz:		
	Punktwert 350	20,40 Euro

= 255,92 Euro

Beispiel 3: 2. gynäkologische Untersuchung während der Schwangerschaft:

- Nr. 250 Blutentnahme Vene:	Punktwert 40	2,33 Euro
- Nr. 415 Ultraschalluntersuchung, Mutterschaftsvorsorge (3x während der Schwangerschaft):	Punktwert 300	17,49 Euro
		3x 17,49= 52,47 Euro
- Nr. 3517 Hämoglobin:	Punktwert 70	4,08 Euro
- Nr. 3550 Blutbild/ Blutbildbestandteile:	Punktwert 60	3,50 Euro
- Nr. 3980 AB0-Merkmale:	Punktwert 100	5,83 Euro
- Nr. 3985 Bestimmung weiterer Blutgruppenmerkmale im indirekten Coombstest (Cw/Kel/Du/Duffy), je Merkmal:	Punktwert 200	11,66 Euro
- Nr. 4248 Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion, Treponemapallidum (TPHA, VDRL-Test):	Punktwert 230	13,41 Euro
- Nr. 4306 Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinationsreaktion, Röteln-Virus:	Punktwert 240	13,99 Euro
- Nr. 4380 Antikörper-Bestimmung, Lingandenassay, Habe-Antigen:	Punktwert 240	13,99 Euro
- Nr. 4395 Antikörper-Bestimmung:	Punktwert 300	17,49 Euro
- Nr. 4541 Untersuchung zum Nachweis und zur Charakterisierung von Bakterien, Nachweis von Chlamydien auf Gewebekultur, je Ansatz:	Punktwert 350	20,40 Euro
		<hr/>
		159, 15 Euro

Beispiel 4: allgemeinmedizinische Behandlung:

- Nr. 1 Beratung (Anamnese):

Punktwert 80	4,66 Euro
--------------	-----------
 - Nr. 5 symptombezogene Untersuchung:

Punktwert 80	4,66 Euro
--------------	-----------
 - Nr. 6 vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organ-systems (Augen, HNO-Bereich, Mund-Kiefer, Nieren und ableitende Harnwege; bei dem HNO-Bereich: Inspektion der Nase, des Nasenin-nern, des Rachens, beider Ohren, beider äußerer Gehörgänge und beider Trommelfelle, Spiegelung des Kehlkopfes):

Punktwert 100	5,83 Euro
---------------	-----------
-
- = 15,15 Euro

Beispiel 6: Facharztuntersuchung durch Nephrologe:

- Nr. 1 Beratung (Anamnese):

Punktwert 80	4,66 Euro
--------------	-----------
- Nr. 5 symptombezogene Untersuchung:

Punktwert 80	4,66 Euro
--------------	-----------
- Nr. 7 vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organ-systems (Hautorgan, Stütz- und Bewegungsorgan, Brustorgane, Bauchorgane, weiblicher Genitaltrakt; bei den Brustorganen: Auskulta-tion und Perkussion von Herz und Lunge sowie Blutdruckmessung):

Punktwert 160	9,33 Euro
---------------	-----------
- Nr. 250 Blutentnahme Vene:

Punktwert 40	2,33 Euro
--------------	-----------
- Nr. 650 EKG, zur Kontrolle Rhythmusstörung/ Verlauf/ Notfall:

Punktwert 152	8,86 Euro
---------------	-----------
- Nr. 3520 Untersuchung je Messgröße, Kreatinin:

Punktwert 70	4,08 Euro
--------------	-----------

- Nr. 3550 Blutbild/ Blutbildbestandteile:

Punktwert 60	3,50 Euro
--------------	-----------

= 37,42 Euro

Beispiel 7: nephrologische Folgeuntersuchung:

- Nr. 3 eingehende Beratung

Punktwert 150	8,74 Euro
---------------	-----------

- Nr. 659 Langzeit-EKG, mindestens achtzehn Stunden

Punktwert 400	23,31 Euro
---------------	------------

= 32, 05 Euro

Beispiel 10: 1. gynäkologische Untersuchung während der Schwangerschaft (eingeschränkt):

- Nr. 250 Blutentnahme Vene:

Punktwert 40	2,33 Euro
--------------	-----------

- Nr. 415 Ultraschalluntersuchung, Mutterschaftsvorsorge:

Punktwert 300	17,49 Euro
---------------	------------

- Nr. 3517 Hämoglobin:

Punktwert 70	4,08 Euro
--------------	-----------

- Nr. 3550 Blutbild/Blutbestandteile:

Punktwert 60	3,50 Euro
--------------	-----------

- Nr. 3980 AB0-Merkmale:

Punktwert 100	5,83 Euro
---------------	-----------

= 33,23 Euro

Beispiel 11: allgemeinmedizinische Untersuchung:

- Nr. 1 Beratung (Anamnese):
Punktwert 80 4,66 Euro
 - Nr. 5 symptombezogene Untersuchung:
Punktwert 80 4,66 Euro
 - Nr. 7 vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organ-
systems (Hautorgan, Stütz- und Bewegungsorgane, Brustorgane,
Bauchorgane, weiblicher Genitaltrakt; bei den Stütz- und Bewegungs-
organen: Inspektion, Palpation und orientierende Funktionsprüfung
der Gelenke und der Wirbelsäule einschließlich Prüfung der Reflexe):
Punktwert 160 9,33 Euro
 - Nr. 253 Injektion, intravenös:
Punktwert 70 4,08 Euro
-
- = 22,73 Euro

Beispiel 12: Folgebehandlung Beispiel 11:

- Nr. 253 Injektion, intravenös
Punktwert 70 4,08 Euro
-
- = 4,08 Euro

Beispiel 13: allgemeinmedizinische Untersuchung:

- Nr. 1 Beratung (Anamnese):
Punktwert 80 4,66 Euro
- Nr. 5 symptombezogene Beratung:
Punktwert 80 4,66 Euro
- Nr. 7 vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organ-
systems (Hautorgan, Stütz- und Bewegungsorgan, Brustorgane,
Bauchorgane, weiblicher Genitaltrakt; bei den Bauchorganen: Palpati-
on, Perkussion und Auskultation der Bauchorgane einschließlich pal-

atorischer Prüfung der Bruchforten und der Nierenlager):

	Punktwert 160	9,33 Euro
- Nr. 250 Blutentnahme, Vene		
	Punktwert 40	2,33 Euro
- Nr. 3520 Untersuchung je Messgröße, Kreatinin:		
	Punktwert 70	4,08 Euro
- Nr. 3550 Blutbild/ Blutbildbestandteile:		
	Punktwert 60	3,50 Euro
- Nr. 5190 Röntgen, Bauchübersicht, eine Ebene:		
	Punktwert 300	17,49 Euro
		<hr/>
		= 46,05 Euro

Beispiel 15: allgemeinmedizinische Untersuchung:

- Nr. 1 Beratung (Anamnese):		
	Punktwert 80	4,66 Euro
- Nr. 5 symptombezogene Untersuchung:		
	Punktwert 80	4,66 Euro
- Nr. 7 vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organ- systems (Hautorgan, Stütz- und Bewegungsorgane, Brustorgane, Bauchorgane, weiblicher Genitaltrakt; bei den Stütz- und Bewegungs- organen: Inspektion, Palpation und orientierende Funktionsprüfung der Gelenke und der Wirbelsäule einschließlich Prüfung der Reflexe):		
	Punktwert 160	9,33 Euro
		<hr/>
		= 18,65 Euro

Beispiel 16: gynäkologische Untersuchung:

- Nr. 1 Beratung (Anamnese):

Punktwert 80	4,66 Euro
--------------	-----------
 - Nr. 5 symptombezogene Untersuchung:

Punktwert 80	4,66 Euro
--------------	-----------
 - Nr. 7 vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organ-
systems (Hautorgan, Stütz- und Bewegungsorgane, Brustorgane,
Bauchorgane, weiblicher Genitaltrakt; bei dem weiblichen Genitaltrakt:
bimanuelle Untersuchung der Gebärmutter und der Adnexe, Inspekti-
on des äußeren Genitals, der Vagina und der Potio uteri, Digitalunter-
suchung des Enddarms, ggf. Palpation der Nierenlager und des Un-
terbauchs):

Punktwert 160	9,33 Euro
---------------	-----------
-
- = 18,65 Euro

Beispiel 19: allgemeinmedizinische Untersuchung:

- Nr. 1 Beratung (Anamnese):

Punktwert 80	4,66 Euro
--------------	-----------
 - Nr. 5 symptombezogene Untersuchung:

Punktwert 80	4,66 Euro
--------------	-----------
 - Nr. 801 eingehende psychiatrische Untersuchung:

Punktwert 250	14,57 Euro
---------------	------------
 - Nr. 804 psychiatrische Behandlung, eingehendes therapeutisches Ge-
spräch:

Punktwert 150	8,74 Euro
---------------	-----------
-
- = 32,63 Euro

Beispiel 20: gynäkologische Untersuchung während der Schwangerschaft:

- Nr. 24: Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf:
Punktwert 200 11,66 Euro
- Nr. 250: Blutentnahme Vene:
Punktwert 200 11,66 Euro
- Nr. 415: Ultraschalluntersuchung, Mutterschaftsvorsorge (3x während der Schwangerschaft)
Punktwert 300 17,49 Euro
3x17,49 Euro= 52,47 Euro
- Nr. 424 (Zweidimensionale Doppler-Echokardiographie – einschließlich Nr. 423):
Punktwert 700 40,8 Euro
- Nr. 3517 (Hämoglobin):
Punktwert 70 4,08 Euro
- Nr. 3550 Blutbild/ Blutbildbestandteile:
Punktwert 60 3,50 Euro
- Nr. 3980 AB0-Merkmale:
Punktwert 100 5,83 Euro
- Nr. 3985 Bestimmung weiterer Blutgruppenmerkmale im indirekten Coombstest (Cw/Kell/Du/Duffy), je Merkmal:
Punktwert 200 11,66 Euro
- Nr. 4248 Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fälligungsreaktion, Treponemapallidum (TPHA, VDRL-Test):
Punktwert 230 13,41 Euro
- Nr. 4306 Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinationsreaktion, Röteln-Virus:
Punktwert 240 13,99 Euro
- Nr. 4380 Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay, Habe-Antigen:
Punktwert 240 13,99 Euro
- Nr. 4395 Antikörper-Bestimmung:
Punktwert 300 17,49 Euro
- Nr. 4541 Untersuchung zum Nachweis und zur Charakterisierung von

Bakterien, Nachweis von Chlamydien auf Gewebekultur, je Ansatz:

Punktwert 350 20,40 Euro

= 220,94 Euro

Beispiel 21: allgemeinmedizinische Untersuchung:

- Nr. 1 Beratung (Anamnese):

Punktwert 80 4,66 Euro

- Nr. 5 symptombezogene Untersuchung:

Punktwert 80 4,66 Euro

- Nr. 7 vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organ-systems (Hautorgan, Stütz- und Bewegungsorgane, Brustorgane, Bauchorgane, weiblicher Genitaltrakt; bei den Bauchorganen: Palpation, Perkussion und Auskultation der Bauchorgane einschließlich palpatorischer Prüfung der Bruchpforten und der Nierenlager):

Punktwert 160 9,33 Euro

- Nr. 3611 Blutzuckertagesprofil:

Punktwert 160 18,65 Euro

= 37,30 Euro

Beispiel 22: zahnärztliche Untersuchung (Extraktion zweier Zähne):

- Nr. 001 eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes:

Punktwert 100 5,62 Euro

- Nr. 007 Vitalitätsprüfung eines Zahnes oder mehrerer Zähne einschließlich Vergleichstest:

Punktwert 50 2,81 Euro

- Nr. 009 Infiltrationsanästhesie (buccal und palatinal; 4x anrechenbar bei 2 Zähnen):

Punktwert 60 3,37 Euro

4x 3,37 Euro= 13,48 Euro

- Nr. 302 Entfernung eines tief frakturierten oder tief zerstörten Zahnes (2 Zähne):

Punktwert 270 15,19 Euro

2x 15,19 Euro= 30,38 Euro

52,29 Euro

Beispiel 24: umfangreiche Hepatitis-Tests:

- Nr. 4232 Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion; Treponemapallidum (TPHA, Cardirolipinmikro-flockungstest, VDRL-Test):

Punktwert 90 5,25 Euro

- 4248 Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion; Treponemapallidum (TPHA, Cardirolipinmikro-flockungstest, VDRL-Test):

Punktwert 230 13,41 Euro

- Nr. 4642 Hepatitis B-Viren (HBe-Antigen): Ligandenassay:

Punktwert 250 14,57 Euro

- Nr. 4643 Hepatitis B-Viren (HBs-Antigen) Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunassay) ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktuelle Bezugskurve, zum Nachweis von viralen Antigenen im Nativmaterial, je Untersuchung:

Punktwert 150 14,57 Euro

= 47,80 Euro

Beispiel 25: kardiologische Untersuchung:

- Nr. 1 Beratung (Anamnese):	Punktwert 80	4,66 Euro
- Nr. 5 symptombezogene Untersuchung:	Punktwert 80	4,66 Euro
- Nr. 7 vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organ- systems (Hautorgan, Stütz- und Bewegungsorgane, Brustorgane, Bauchorgane, weiblicher Genitaltrakt; bei den Brustorganen: Auskulta- tion und Perkussion von Herz und Lunge sowie Blutdruckmessung):	Punktwert 160	9,33 Euro
- Nr. 250 Blutentnahme, Vene:	Punktwert 40	2,33 Euro
- Nr. 650 EKG, zur Kontrolle Rhythmusstörung/ Verlauf/ Notfall:	Punktwert 152	8,86 Euro
- Nr. 3550 Blutbild/ Blutbildbestandteile ¹⁴⁷ :	Punktwert 60	3,50 Euro
		<hr/>
		= 33,34 Euro
		<hr/>
		= 1.082,53 Euro

¹⁴⁷ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Gebührenordnung für Ärzte,
URL: <http://www.derprivatpatient.de/fileadmin/Mediendaten/Dokumente/GOAE.pdf>, Aufruf:
1 9.09.2012.