

Tanja Braun, Petra Brzank, Wiebke Würflinger

Gesundheitsversorgung illegalisierter Migrantinnen und Migranten – ein europäischer Vergleich

Bei der Beschäftigung mit dem Thema Migration und Gesundheit findet die Gesundheitsversorgung von illegalisierten Migrantinnen und Migranten meist kaum Berücksichtigung. Diesem Defizit entspricht die Versorgungsrealität: alle in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Illegalisierten sind de facto von einer medizinischen Versorgung ausgeschlossen. Diese Situation widerspricht einerseits den formulierten Zielen der WHO, die in ihrer Ottawa Charta (WHO 1986) ausdrücklich eine Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert wünscht und in ihrer Jakarta Deklaration (WHO 1997), die partizipierenden Staaten auffordert, die Gesundheitsversorgung und -förderung besonders marginalisierter Gruppen zu berücksichtigen. Gleichzeitig verstößt die Bundesrepublik Deutschland mit ihrer Praxis gegen die von ihr 1973 unterzeichnete „Internationale UN-Konvention über ökonomische, soziale und kulturelle Rechte“. Dort wird im Art. 12, Abs. 2 das Recht aller Menschen auf den höchsten erreichbaren Gesundheitszustand formuliert (UNHCR 1966).

In unserem Beitrag wollen wir die momentane gesundheitlichen Versorgungssituation hierzulande mit ausgewählten europäischen Ländern vergleichen und unterschiedliche Lösungsmodelle diskutieren. Aufgrund des Forschungsdefizits zu diesem Thema basieren die folgenden Ausführungen auf der herrschenden Rechtslage und den Informationen aus der Praxis von Beratungsstellen oder Unterstützungsorganisationen. Unsere Erfahrungen als Mitbegründer/innen und langjährige Mitarbeiter/innen des „Büros für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin“ (Seefeld 1996; Löhmann 1999), das seit über sechs Jahren anonym und unbürokratisch eine medizinische Versorgung für illegalisierte Migrantinnen und Migranten organisiert, bilden unseren Hintergrund.

Illegalisierte Migrantinnen und Migranten in der Bundesrepublik Deutschland

Definition

In der Deutschland leben nach Schätzungen von Politik und Wohlfahrtsverbänden zwischen 500.000 und einer Million illegalisierte Migranten/innen. Allein in Berlin sollen sich über 100.000 aufhalten. Während in Frankreich, Italien, den Niederlanden, Belgien, Großbritannien und Spanien die fehlenden Aufenthaltspapiere zur Definition dieser Migranten/innen als *sans papiers* oder *undocumented migrants* etc. dienen, werden sie in Deutschland diskriminierend „Illegale“ genannt. Im öffentlichen Diskurs und insbesondere in den Massenmedien wird verallgemeinernd „illegal“ mit „kriminell“ gleich gesetzt und somit ein gesellschaftlicher Ausschluss produziert.¹

Die Ursachen für ein Leben in der Illegalität sind so vielschichtig wie die Herkunftsländer der Migranten/innen. Einige sollen hier aufgezählt werden:

- abgelehnte und somit ausreisepflichtige Asylbewerber und Bürgerkriegsflüchtlinge,
- Migranten/innen, die nach einer Ehescheidung kein eigenes Aufenthaltsrecht erhalten und nicht in ihr Herkunftsland zurückkehren können oder wollen,
- Angehörige von in Deutschland lebenden Migranten/innen, die nach der Einreise keinen eigenen Aufenthaltsstatus beantragen, wie z. B. (Groß)-eltern oder Verwandte von Arbeitsmigranten/innen,
- Opfer von Zwangsprostitution und Menschenhandel,
- Migranten/innen, die trotz abgelaufenem Touristen-, Studenten- oder Vertragsarbeitervisum nicht ausreisen,
- Migranten/innen, die ohne gültige Papiere oder Visa einreisen.

Die geplante Aufenthaltsdauer variiert je nach Einreisemotivation: Einige wollen nur für kurze Zeit arbeiten und dann zurück. Anderen ist eine Rückkehr in ihr Heimatland verwehrt und sie suchen eine neue Lebensperspektive. Niemand jedoch plant von vornherein ein Leben in der Illegalität. Menschenrechtsverletzung, Verfolgung, Krieg, und Armut treiben zur Migration (*Push*-Faktoren). Der Bedarf an entrechtlichten Billigstarbeitskräften im Baugewerbe, Gastronomie, Reinigung, Haushalt und Pflege übt eine große Anziehungskraft (*Pull*-Faktor) für Arbeitsmigranten/innen aus. Die geltenden Gesetze, das „Schengener Abkommen“ und insbesondere die Änderung bzw. faktische Abschaffung des Grundrechts auf Asyl im Jahr 1993 verhindern andere, legale Formen des Aufenthalts in der Bundesrepublik Deutschland. Auch die jahrelange Weigerung der politischen Entscheidungsträger, die Bundesrepublik Deutschland als Einwanderungsland anzuerkennen und entsprechende gesetzliche Änderungen einzuleiten, zählen zu diesen Faktoren.

Aufgrund ihres semilegalen Status sind in Deutschland weitere Gruppen ebenfalls von der gesundheitlichen Versorgung ausgeschlossen:

- Asylbewerber, die sich nicht im zugewiesenen Landkreis aufhalten.²
- Asylbewerber und geduldete Flüchtlinge, denen ein Krankenschein vom Sozialamt vorenthalten wird mit der Begründung, es handele sich nicht um eine akute oder schmerzhaft Erkrankung.
- Abgelehnte, ausreisepflichtige Asylbewerber mit einem Ausreisestempel im Pass, die keine Sozialleistungen mehr empfangen.
- Sogenannte „*Eins-A-Asylbewerber*“, denen nach § 1a Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) alle Sozialleistungen einschließlich der Übernahme der Kosten für Krankenbehandlung entzogen werden, da ihnen unterstellt wird, sie wären eingereist, um Sozialleistungen zu „erschleichen“.

Lebensbedingungen und gesundheitliche Belastungen

Die Lebensbedingungen in der Illegalität sind von der entrechtlichten gesetzlichen Lage gekennzeichnet (Gaserow 1998; Alt 1999; Erzbischöfliches Ordinariat Berlin 1999; AutorInnenkollektiv 2000; Hernández 2000; Kömür 2000; Brzank/Groß et al. 2002). Erwachsene arbeiten als Billigstarbeitskräfte und ohne soziale Absicherung in Baugewerbe, Gastronomie, Gebäudereinigung, Haushalten, Pflege und Prostitution. Selten gelten für sie Arbeitsschutzbestimmungen, Arbeitszeitregelungen und Arbeitsrechte. Löhne werden oft nicht ausbezahlt. Kinder haben keinen Anspruch auf Kindergarten-, Schul- und Ausbildungsplätze. Die Wohnverhältnisse sind beengt, inoffiziell und unsicher. Die Mietverträge sind meist über dritte Personen vermittelt, so dass ein Abhängigkeitsverhältnis besteht. Aufgrund der niedrigen Löhne und dem Wunsch oder auch moralischen Druck, die restliche Familie im Heimatland finanziell zu unterstützen, wird oft auf eine gesunde Ernährung verzichtet. Soziale und kulturelle Unterstützung fehlen, da das Leben in der Illegalität die Menschen zum sozialen Rückzug drängt. Hinzu kommt die tägliche Furcht, entdeckt und denunziert zu werden. Sei es durch Nachbarn, Vermieter, am Arbeitsplatz oder in der U-Bahn bei einer Fahrscheinkontrolle. Jeder Schritt in der Öffentlichkeit bedeutet prinzipiell die Gefahr einer Entdeckung und Abschiebung.

Ein Leben in der Illegalität birgt aufgrund der besonderen Lebensbedingungen zum einen größere gesundheitliche Risiken zum anderen stellt eine Erkrankung in dieser Situation eine große Belastung dar. Der Arbeitsplatz wird gefährdet, es gibt keine soziale Unterstützung und keinen sicheren Zugang zur medizinischen Versorgung. Über den Gesundheitszustand von illegalisierten Migrantinnen und Migranten liegen keine epidemiologischen Studien vor. Erfahrungen aus bundesrepublikanischen Beratungsstellen zeigen, dass das Krankheitsspektrum dem der einheimischen Bevölkerung entspricht und Tropen-, Infektions- oder andere exotische Krankheiten eher die Ausnahme bilden. Die Statistik von „*De Witte Jas*“³ in Amsterdam und dem Behandlungszentrum von „*Médecins sans frontières*“ in Brüssel kommen zu dem gleichen Ergebnis (PICUM 2001).

Es kann davon ausgegangen werden, dass die bei angeworbenen Arbeitsmigranten/innen zu beobachtenden Probleme sowohl mit der eigenen

Gesundheit als auch innerhalb des Gesundheitssystem bei Illegalisierten gleichfalls anzutreffen sind (Brzank/Groß et al. 2002). Das Leben in einer fremden Kultur (Akkulturationsstress) potenziert durch die ungünstigen Lebensbedingungen der Illegalität sowie den mangelnden Zugang zum öffentlichen Gesundheitssystem stellen besondere Belastungsfaktoren dar (Collatz 1998, 1999) und führen zusammen mit der alltäglichen sozialen Marginalisierung letztlich zu einer größeren gesundheitlichen Benachteiligung und perspektivischen Ungleichheit.

Besonders zu berücksichtigen sind jene Flüchtlinge, die unter den Folgen von Krieg und Folter leiden (Schedlich 1999). Eine Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) ist unter den Lebensbedingungen der Illegalität schon mangels eines adäquaten therapeutischen Settings kaum möglich. Vielmehr besteht die Gefahr der Retraumatisierung oder Aggravierung der Erkrankung durch die ständig drohende Abschiebung (Refugio München 1997; Brzank/Groß et al. 2002).

Rechtliche Grundlagen für Illegalisierte in der Bundesrepublik

De facto besitzen illegalisierte Migranten/innen keine legalen und sozialen Rechte und haben daher keinen Anspruch auf Sozialleistungen oder medizinische Versorgung, wie beispielsweise eine medizinische Behandlung oder eine (Schul-)Ausbildung (Alt 1999; Bührle 2000; Cyrus 2000).

Juristischer Status

Im juristischen Sinne gelten Illegalisierte als ausreisepflichtige Personen, die sich aufgrund ihrer Nichtausreise gem. § 92 Ausländergesetz (AusLG) zwar strafbar machen, deren Anspruch auf Sozialleistungen gemäß des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) jedoch rechtlich gesehen, mit denjenigen, die im Besitz einer Duldung sind, gleichgestellt sind. Sie könnten folglich Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz empfangen.

Generell soll eine medizinische Versorgung von Asylbewerbern nach § 4 AsylbLG⁴ nur im Fall von akuter Erkrankungen oder Schmerzzuständen, sowie bei werdenden Müttern erfolgen (Classen 2000). Die Auslegung des

Begriffs der akuten Erkrankung obliegt den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und den Sozialämtern, die als Kostenträger die Krankenscheine ausgeben. Classen (2000b) belegt, dass die Problematik der Definition akuter Erkrankungen und Schmerzzustände gegenwärtig in vielen Fällen zu einer Verweigerung von Krankenscheinen durch die ausstellenden Behörden führt.

Krankenkassenmitgliedschaft

Auch wenn juristisch mit jedem Arbeitsverhältnis eine Versicherungspflicht durch den Arbeitgeber (Alt 1999; Alt/Fjodor 2001) besteht, können illegalisierte Migranten/innen die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse (reguläres eigenes Beschäftigungsverhältnis oder eines Familienangehörigen, Studium oder eine Ausbildung) in der Regel nicht nachweisen, so dass diese Form der Krankenversicherung für sie entfällt. Private Krankenkassen verlangen eine gültige Aufenthaltsgenehmigung. Reisekrankenversicherungen müssen während der ersten Woche des Aufenthalts hierzulande oder bereits im Heimatland abgeschlossen werden. Sie sind einerseits überteuert und kommen andererseits nur in akuten Krankheitsfällen und Unfällen für Behandlungskosten auf. Die Kosten bei chronischen Erkrankungen, medizinischer Rehabilitation sowie Schwangerschaft und Geburt werden nicht erstattet.

Unfallversicherung

Die Unfallversicherung übernimmt nach Arbeitsunfällen die Kosten für Behandlung, Rehabilitation und Rente und ist weder an Nationalität noch an den Aufenthaltsstatus gebunden. Aus nachvollziehbaren Gründen wird sie jedoch nicht in Anspruch genommen, denn zum einen hat kein Arbeitgeber Interesse daran, illegale Beschäftigungsverhältnisse offen zu legen und zum anderen sind Illegalisierte in der Regel nicht ausreichend informiert und / oder haben Angst vor einer Abschiebung. Generell können diese Leistungen jedoch über Dritte, wie z.B. Beratungsstellen, eingeklagt werden (Alt/Fjodor 2001).

Schwangerschaft und Mutterschutz

Innerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfrist⁵ haben alle in Deutschland lebenden Frauen und ihr Neugeborenes (Alt/Fjodor 2001) Anspruch auf Leistungen nach Bundessozialhilfegesetz (BSHG) § 120, Abs.1. Nach § 53 Ausländergesetz (AuslG) ist für diese Zeit eine temporäre Legalisierung von illegalisierten Migranten/innen möglich. Die Frauen erhalten den Status einer „Duldung aus humanitären Gründen“ und können Leistungen nach AsylbLG erhalten, die eine Schwangerschaftsvorsorge und –nachbetreuung sowie Geburtshilfe enthalten. Das Kind erhält eine Geburtsurkunde. Nach Ablauf des Mutterschutzes sind Mutter und Kind den Ausländerbehörden namentlich bekannt und ausreisepflichtig.

Im Fall einer unerwünschten Schwangerschaft haben alle Frauen mit niedrigem Einkommen nach Sozialgesetzbuch I (SGB I) § 21 und § 30, die Möglichkeit die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch bei einer beliebigen gesetzlichen Krankenkasse zu beantragen, die wiederum die Kosten vom Land erstattet bekommt. Eine Mitgliedschaft in der Krankenkasse wird dabei nicht vorausgesetzt.

Duldung aus humanitären Gründen

Nach AuslG § 53, Abs. 3 sowie § 54 können schwer erkrankte illegalisierte Migranten//innen mit Hilfe eines ärztlichen Attests eine Duldung aus humanitären Gründen erwirken. Juristisch wird zwischen der reinen Reiseunfähigkeit und der im Heimatland drohenden Gefahr für Leib, Leben und Gesundheit aufgrund dortiger unzureichender medizinischer Behandlungsmöglichkeiten unterschieden. Die Duldung wird meist für drei oder sechs Monate ausgesprochen und muss bei Verlängerungsbedarf erneut begründet werden. Die Anfertigung der entsprechenden Atteste nach den Richtlinien der Ausländerbehörde setzt nicht nur medizinische sondern auch ausländerrechtliche Kenntnisse voraus (Flüchtlingsrat Berlin/Ärztekammer Berlin/Pro Asyl 1998).

Die Erteilung einer Duldung aus humanitären Gründen erfolgt im Falle einer Erkrankung von illegalisierten Migranten/innen in der Regel sehr restriktiv. Erfahrungen zeigen, dass im Fall von HIV-positiven Migran-

ten/innen zumeist eine temporäre Duldung ausgesprochen wird. Nach einer Veröffentlichung von Fluchtpunkt (2000) findet nur bei einer weit fortgeschrittenen AIDS-Erkrankung eine Einzelfallprüfung mit dem Ziel der Erteilung einer Aufenthaltsbefugnis statt. Generell werden Anträge auf eine Aufenthaltsbefugnis mit dem Hinweis auf vorhandene „Durchseuchungsraten“ im Herkunftsland, d.h. einem kollektiven Schicksal, dagegen abgelehnt.

Trotz dieser gesetzlichen Möglichkeiten wird eine wenn auch begrenzte medizinische Versorgung illegalisierter Migranten/innen anhand von zwei Paragraphen des Ausländergesetzes erschwert.

AuslG § 76 – der sogenannte „Denunziationsparagraph“

Der Paragraph 76 des Ausländergesetzes⁶ verpflichtet öffentliche Institutionen wie Sozial- und Gesundheitsämter, aber auch öffentliche Krankenhäuser sich unverzüglich an die Ausländerbehörden oder die Polizei zu wenden, wenn der Verdacht eines illegalen Aufenthalts besteht. In Berlin liegt zusätzlich eine entsprechende Dienstanweisung für Verwaltung und öffentlichen Dienst vor. Werden beim Sozialamt Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) beantragt, kann dies zu einer baldigen Abschiebung führen, denn versuchen private oder konfessionelle Krankenhäuser die Behandlungskosten für nicht versicherte Migranten/innen beim Sozialamt geltend zu machen, müssen sie die Patientendaten angeben. Das Sozialamt verständigt die Ausländerbehörde, die dann die Patienten/innen, sobald sie entlassungsfähig sind, in Abschiebegewahrsam nimmt.

AuslG § 92a – der sogenannte „Schlepperparagraph“

Private oder konfessionelle Krankenhäuser sowie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind nicht zu einer Meldung nach AuslG § 76 verpflichtet. Nach dem sogenannten Schlepperparagraph⁷ könnten sie sich dennoch strafbar machen. Dieser Paragraph besagt, dass die wiederholte und zu Gunsten mehrerer Ausländer erfolgte Hilfe zum illegalen Aufenthalt mit bis zu fünf Jahren Haft bestraft werden kann. Eine Strafbarkeit ist im Ein-

zelfall zu prüfen. Behandelnde Ärztinnen und Ärzte stehen so im Widerspruch zu ihrem einerseits geleisteten Hippokratischen Eid, der sie zur Hilfe verpflichtet und einer strafrechtlichen Ahndung ihrer Hilfeleistung andererseits. Bisläng ist allerdings noch kein Fall einer strafrechtlichen Ahndung bekannt geworden (vgl. Alt/Fjodor 2001).

Medizinische Versorgung

Die Gesundheitsversorgung von illegalisierten Migranten/innen kann nicht isoliert von den genannten rechtlichen und ökonomischen Zugangsbarrieren betrachtet werden. Illegalisierte Migranten/innen versuchen in der Regel gesundheitliche Probleme durch Selbstmedikation oder innerhalb der Community im Laiensystem zu lösen. Führt dies nicht zum Erfolg wird häufig erst spät, mit erheblichen Komplikationen und gesundheitlichen Risiken professionelle Hilfe gesucht (Alt 1999; Vorbrodt 2000). Nur eine kleine Anzahl von illegalisierten Migranten/innen hat Kontakt zu Unterstützer/innen und Ärzte-Netzwerken, die einen einfacheren und sicheren Zugang zu professioneller, medizinischer Hilfe gewähren.

Bundesrepublik Deutschland

Es kann festgestellt werden, dass das deutsche Gesundheitssystem generell nicht angemessen auf die Gesundheitsversorgung von Migranten/innen eingerichtet ist. Die Angebote sind monokulturell und deutschsprachig ausgerichtet, interkulturelle Kompetenz wird in der Aus- und Weiterbildung des medizinischen Personals nicht vermittelt. So sind Migranten/innen und Behandelnde mit vielschichtigen Problemen, wie z.B. auf sprachlicher und kultureller Ebene, konfrontiert (Hellbernd 1996; Collatz 1998).

Im medizinischen Notfall⁸ soll laut Gesetz eine Behandlung unabhängig von Aufenthaltsstatus und Krankenversicherung durch die Rettungsstellen der Krankenhäuser und andere Notdienste gewährleistet sein. Darauf wird von öffentlich-politischer Seite wiederholt verwiesen und die These vertreten, dass eine ausreichende medizinische Versorgung von Migran-

ten/innen ohne Krankenversicherung gegeben sei (Bühning 2001). Die Realität sieht jedoch anders aus. Noch vor der eigentlichen Behandlung versuchen die Krankenhäuser nachdrücklich die Kostenübernahme zu klären. Liegt keine Krankenkassenmitgliedschaft oder Versicherung über das Sozialamt vor, sind die Mitarbeiter/innen der Krankenhausverwaltungen insbesondere im Fall eines stationären Aufenthaltes oder einer Operation angehalten, vom Patient/innen oder von Begleitpersonen eine private Kostenübernahmeerklärung zu erlangen. In dieser Notsituation bleibt den Patienten/innen oft nichts anderes übrig, als sich als Selbstzahler/in und Privatpatient/in zu deklarieren und entsprechende Papiere zu unterschreiben. Eine hohe Privatrechnung zum 2,3-fachen Abrechnungssatz - dem üblichen Satz für Privatrechnungen -, die auch mit Hilfe von Inkassobüros eingetrieben wird, folgt. In einigen Fällen behielten Krankenhäuser die Dokumente der Migranten/innen als Pfand ein. Nach Erfahrung des Büros für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin rufen einige Häuser bei unklaren Aufenthalts- und Versicherungsstatus die Polizei. Den Kranken droht damit die Entlassung aus dem Krankenhaus in die Abschiebehafte. Die Presse berichtete von Fällen, bei der Patient/innen aus Osteuropa mit dem Krankentransport aus der Charité direkt in ihre Heimat abgeschoben wurden (Naumann 1997). Ein Arzt und Mitglied des Ausschusses „Gesundheit und Soziales“ des Berliner Abgeordnetenhauses erklärte im Dezember 2000 bei einer Ausschusssitzung, dass in seiner Klinik Abstriche bei den Behandlungsstandards gemacht werden. Sei eine Kostenübernahme unsicher, so würde bei einer Fraktur statt einer Operation eher ein Gips angelegt werden.

Krankenhäuser können rechtlich gesehen im Fall einer fehlenden Kostenübernahme die ausstehenden Behandlungskosten von Nichtversicherten bei den zuständigen Sozialämtern einfordern. Eine Zahlung erfolgt erst ab Datum der Antragsstellung (Mehlem 1998). Da es sich um ein aufwendiges Antragsverfahren handelt und nur wenige Sozialarbeiter/innen über diese Möglichkeiten informiert sind, wird es in der Regel ebenso wenig in Anspruch genommen wie die Beantragung einer Duldung aus humanitären Gründen. Überdies lehnen die meisten Sozialämter die Kostenübernahme mit dem Hinweis ab, dass die/der Patient/in nicht gemeldet sei (Alt/Fjodor 2001). Aus Angst vor einer Entdeckung und den hohen Krankenhausrech-

nungen verlassen illegalisierte Patient/innen das Krankenhaus häufig noch vor dem ärztlich festgelegten Entlassungstermin. Die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken werden in Kauf genommen.

Entgegen der weitverbreiteten Vermutung über immense Kosten, die durch die stationäre Behandlung von illegalisierten Migranten/innen verursacht werden, ergab eine Umfrage des Berliner Flüchtlingsrates, dass die Verluste für die Berliner Krankenhäuser wirtschaftlich nicht relevant seien (Vorbrot 1998).

Generell ist die Inanspruchnahme einer ambulanten medizinischen Versorgung durch niedergelassene Ärzt/innen als Selbstzahler/in möglich. Einige Ärztinnen und Ärzte behandeln illegalisierte Migranten/innen ohne dafür ein Honorar zu berechnen. Die finanziellen Grenzen ihres sozialen Engagements sind schnell erreicht, wenn eine weiterführende Diagnostik oder Behandlung notwendig wird. Der öffentliche Gesundheitsdienst diagnostiziert und behandelt im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes einige Infektions- und sexuell übertragbaren Krankheiten (Tuberkulose, Syphilis, Gonorrhoe, etc.) anonym und kostenlos. Bei einer AIDS-Erkrankung ist eine Kostenübernahme der aufwendigen Behandlung durch das Sozialamt nur bei einer Duldung aus humanitären Gründen möglich.

Jede Schwangerschaft in der Illegalität ist aufgrund der belastenden psychosozialen Lebensbedingungen nach den Kriterien des Mutterschaftskatalogs als Risikoschwangerschaft zu bewerten. Die Gefahr eines Aborts oder einer Frühgeburt ist in hohem Maß gegeben. Die schwangeren Frauen benötigen daher eine intensive Vor- und Nachsorge sowie medizinische Betreuung während der Geburt (Bell 1999). Sollte sich eine Schwangere gegen eine temporäre Legalisierung während des Mutterschutzes entscheiden (s.o.), so stellt sich ihr nach der Entbindung das Problem der Geburtsbeurkundung des Kindes, denn diese wird von den Standesämtern nur gegen Vorlage der Ausweispapiere und eines gültigen Aufenthaltsstatus ausgehändigt. Erhält eine Mutter die Geburtsurkunde ihres Kindes nicht, kann sie im Fall einer Abschiebung ihre Mutterschaft nicht beweisen. Fälle von Mutter-Kind-Trennungen wurden berichtet (Bell 1999). Die Daten von Mutter und Neugeborenen werden von den Krankenhäusern automatisch an

das Standesamt übermittelt. Sollten sich die Eltern nicht innerhalb von vier Wochen beim Standesamt melden, wird dem Fall von Seiten der Behörden nachgegangen. Standesämter sind nach § 76 AuslG zur Meldung an die Ausländerbehörden verpflichtet.

Entscheidet sich eine Frau für einen Schwangerschaftsabbruch, so steht sie vor der schwierigen Frage, wie sie einen medizinisch einwandfreien Abort vornehmen lassen kann. Allein die bundesrepublikanische Gesetzeslage zur Schwangerschaftsunterbrechung nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) ist illegalisierten in der Regel unbekannt. Jede Ärztin und jeder Arzt benötigt vor dem medizinischen Eingriff aus rechtlichen Gründen den im § 218 SchKG vorgeschriebenen Nachweis über ein mindestens drei Tage zurückliegendes Beratungsgespräch bei einer autorisierten Stelle.

Eine psychologische oder psychiatrische Versorgung ist nur im Fall einer Notfall-Zwangseinweisung in Krankenhäuser oder auf privater Ebene möglich. Bestehende Beratungs- und Therapiezentren behandeln unabhängig von gültigen Aufenthaltspapieren. Es stehen jedoch nur begrenzte finanzielle und personelle Kapazitäten zur Verfügung und die Wartezeiten betragen meist Monate.

Frankreich

In Frankreich regte sich - insbesondere initiiert von der Selbstorganisation der *sans papiers* - nach den Verschärfungen des Asylrechts durch Pasqua im Jahr 1993 starker Protest. Für kranke Migranten/innen wurde 1997 erst ein Abschiebestopp eingeführt und dann folgte daraus als Konsequenz eine Aufenthaltsgenehmigung. Gleichzeitig wurde die Eingliederung der *sans papiers* in die öffentliche Gesundheitsversorgung thematisiert. Eine der Sozialversicherung ähnliche Institution (AME) wurde geschaffen, die einen aufenthaltsrechtlich gefahrenfreien Zugang zur öffentlichen Gesundheitsversorgung und deren komplette Kostenübernahme sichert. Die AME ist der Gesundheitsbehörde unterstellt und übernimmt die Behandlungskosten für stationäre wie ambulante Betreuung. Sie arbeitet weder mit der Auslän-

derbehörde noch der Polizei zusammen und gibt keine Daten weiter. Für die Beantragung eines AME-Krankenscheins reichen ein Reisepass, eine Einkommenserklärung und der Nachweis eines Wohnsitzes in Frankreich. Fehlen diese Dokumente, wird eine Erklärung an Eidesstatt über die Richtigkeit der Angaben anerkannt.

Seit den 70er Jahren gibt es darüber hinaus ein starkes Engagement von Nichtregierungsorganisationen (NGOs) im Bereich der Gesundheitsversorgung von Menschen mit ungeklärtem Aufenthalt. So richteten *Médecins sans frontières* (Ärzte ohne Grenzen) und *Médecins du monde* (Ärzte der Welt) Ambulanzen und Krankenhäuser für französische und nicht-französische Migranten/innen ohne Krankenversicherung oder Aufenthaltspapiere ein (Franke 2001; MSF 2001).

Italien

1998 wurde in Italien eine „Nationale Strategie zur Migration“ diskutiert, um für die Bereiche Schul- und Berufsausbildung, Wohnung, Wohlfahrt und Gesundheitsversorgung ein Recht auf gleiche Zugangschancen zu ermöglichen. Eine multikulturelle Ausrichtung sowie die Integration von illegalisierten Migranten/innen war das formulierte Ziel dieser Strategie. Flüchtlinge mit Aufenthaltsstatus oder -erlaubnis wie Asylbewerber/innen, Bürgerkriegsflüchtlinge etc. müssen sich über eine Eintragung im staatlichen Gesundheitssystem registrieren lassen und sind damit zumindest auf gesetzlicher Ebene den italienischen Staatsbürger/innen gleichgestellt.

Seit 1998/99 können sich auch illegalisierte Migranten/innen freiwillig im Gesundheitssystem einschreiben lassen. Im Fall einer Erkrankung wenden sie sich an die *Agenzie Sanitarie Locale* (ASL). Die ASLs sind staatliche Gemeindegesundheitszentren, in denen jede/r behandelt wird. Hier erhalten sie für ein halbes Jahr einen anonymisierten sogen. *temporary presence code*. Die registrierten Personen erhalten somit ein Recht auf vollständige und gleichwertige medizinische Grundversorgung. Eine Meldung der Illegalisierten an Behörden oder Polizei ist ausdrücklich ausgeschlossen. Es ist zwar vorgesehen, dass Migranten/innen für die Leistungen selbst aufkommen müssen; aber die Kosten werden für diejenigen Migran-

ten/innen von staatlicher Seite übernommen, die nach eigenen Angaben über keine ausreichenden finanziellen Mittel verfügen. In diesen Fällen kommt das italienischen Innenministerium für die Kosten der Krankenhausbehandlung auf und das staatliche Gesundheitssystem übernimmt die ambulanten Behandlungskosten. 1999 wurden für die Gesundheitsversorgung von illegalisierten Migranten/innen insgesamt umgerechnet ca. 30 Mio. Euro ausgegeben (Costa 2000).

Einschränkend muss jedoch gesagt werden, dass diese Regelung aufgrund von Unkenntnis seitens der hilfeschenden Migranten/innen oder der ASL-Mitarbeiter/innen nicht immer und in allen Regionen zur Anwendung kommt. Darüber hinaus ist die Berlusconi-Regierung bestrebt, diese Regelung abzuschaffen.

Niederlande

Jahrelang lag die medizinische und gesundheitliche Versorgung illegalisierter Migranten/innen allein in der Verantwortung von NGOs und Projekten, wie z. B. der „*De Witte Jas*“, die in Amsterdam eine Poliklinik betrieb. 1998 wurde der § 8b des niederländischen Ausländergesetzes verändert. Zuvor gab es zwar keine gesetzliche Einschränkung der medizinischen Versorgung illegalisierter Migranten/innen allerdings auch keine Kostenübernahme. Seit 1998 besteht für illegalisierte Migranten/innen nur noch ein Recht auf eine dringende medizinische Versorgung. Per Definition liegt eine dringende medizinische Versorgungslage vor bei:

1. Einer lebensbedrohlichen Situation oder dem drohenden permanenten Verlust essentieller Funktionen; darunter fällt auch die Prävention dieser Situationen
2. Wenn Gefahr für eine dritte Person besteht, z. B. bei bestimmten Infektionskrankheiten (TBC) oder bei psychischen Störungen mit aggressivem Verhalten
3. Schwangerschaftsvorsorge und Geburtshilfe
4. Vorsorgeuntersuchungen und Impfprogramm für Kinder

Diese Vorgaben lassen eine großzügige Interpretation durch die behandelnden Ärzt/innen zu. Gleichzeitig wurden Vorkehrungen für eine Kostenübernahme getroffen. Für die ambulante Versorgung wurde der staatliche „*Koppelingsfond*“ mit ca. 5 Mio. Euro gegründet. Die Regierung stellte nötigenfalls eine Aufstockung des Fonds in Aussicht. Die Antragsformalitäten für eine Finanzierung aus diesem Fond sind jedoch so zeitaufwendig, dass kommunale Gesundheitsbehörden die Antragstellung stellvertretend für die behandelnden Ärzte übernehmen müssen.

Für die stationäre Versorgung existiert kein Budget. Es bestehen Vereinbarungen zwischen Krankenhäuser und Krankenkassen über eine Teilkostenübernahme. Weiterhin versuchen die Krankenhäuser, Behandlungskosten von den Patient/innen zu erhalten. Kann er oder sie nicht zahlen, so wird nur in lebensbedrohlichen Situationen behandelt. Letztendlich besteht für die Krankenhäuser aber eine Abschreibungsmöglichkeit für offene Rechnungen (PICUM 2001).

Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, eine Aufenthaltsgenehmigung aus medizinischen Gründen entweder bei akuten Erkrankungen oder für die Zeit einer medizinischen Behandlung zu erteilen bzw. zu erhalten. Sollte die Behandlung langwierig sein oder eine ernste Krankheit vorliegen, kann eine dauerhafte Aufenthaltsgenehmigung aus humanitären Gründen beantragt und erteilt werden. Die Situation im Herkunftsland wird bei der Bewilligung berücksichtigt: Besteht dort keine Behandlungsmöglichkeit oder kann sich der/die Patient/in eine Behandlung im Herkunftsland aus finanziellen Gründen nicht leisten, wird ebenfalls eine Aufenthaltsgenehmigung erteilt (PICUM 1999).

Belgien

In Belgien haben die *sans papiers* oder *mensen zonder papieren* theoretisch einen unbegrenzten Zugang zum Gesundheitssystem, wenn sie für die Kosten selbst aufkommen können. Eine Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung ist nur im Ausnahmefall, z.B. wenn ein Visum erst vor kur-

zem ausgelaufen ist, möglich. Im Fall einer Notfallversorgung kann nach Einreichung einer schriftliche Begründung des Notfalls durch die Behandelnden eine Kostenübernahme durch die Sozialbehörde (OCMW/ CPAS) erfolgen. Eine Notfallversorgung wird im Königlichen Dekret vom 12.12.1996 definiert als „Medizinische Hilfe, präventiver oder kurativer Natur, welche ambulant oder stationär erfolgen kann“. Die Sozialbehörde prüft vorab die Bedürftigkeit des/der Patienten/in. Die Antragsformalitäten sind jedoch aufwendig, kompliziert und nicht allen praktizierenden Ärzt/innen und Krankenhäusern bekannt.

Bei Kindern werden in der Regel alle Kosten übernommen. Gegen eine Kostenübernahme entscheiden sich die Sozialbehörden im Einzelfall relativ willkürlich. Eine Weitergabe der Daten an die Ausländerbehörde erfolgt nicht (PICUM 2001). Um illegalisierte Migranten/innen über die Möglichkeiten einer medizinischen Behandlung zu informieren und Ärztinnen und Ärzte auf die Kostenerstattung aufmerksam zu machen, eröffneten *Médecins sans frontières* und *Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren* (Medizinische Beratungsstelle für Menschen ohne Papiere) entsprechende Beratungsstellen (Kagné/Martiniello 2000).

Großbritannien

Dank eines staatlichen Gesundheitssystems ist die Gesundheitsversorgung von *undocumented migrants* weitgehend gesichert. Denn Gäste aus Übersee, die nicht Asyl beantragt haben und länger als sechs Monate in Großbritannien leben, oder mit deren Heimatländern ein Abkommen über eine Gesundheitsversorgung besteht, haben die Möglichkeit sich bei einem Allgemeinarzt (GP) des National Health Systems (NHS) registrieren und behandeln zu lassen.

Die Mindestaufenthaltsdauer von sechs Monaten, die nicht nachgewiesen werden muss, wurde willkürlich festgelegt und entbehrt einer gesetzlichen Grundlage. Die Allgemeinärzte vertrauen in der Regel den Angaben der Patienten/innen und stellen keine weiteren Nachforschungen über deren Aufenthaltsstatus oder –dauer an. Damit ist in den meisten Fällen ein

gleichberechtigter Zugang zur ambulanten Versorgung, zumindest im Notfall, gewährleistet.

Ein Klinikaufenthalt ist mit einer Registriernummer des NHS generell möglich. Allen Migranten/innen, die seit mindestens zwölf Monaten im Land leben, wird eine kostenlose Versorgung gewährt. Krankenhausnotaufnahmen und Hebammen behandeln in der Regel ohne einen NHS-Nachweis. Psychiatrische Behandlung wird Illegalisierten nur aufgrund einer Zwangseinweisung erteilt, was tendenziell einen Anstieg derselben zur Folge hat. Infektionskrankheiten insbesondere TBC und sexuell übertragbare Krankheiten werden von *Genito-Urinary Medicine Departments* kostenlos und z.T. anonym behandelt. Bei einer HIV- bzw. AIDS-Erkrankung ist aufgrund der hohen Kosten eine Behandlung nicht immer gewährleistet. Ist im Heimatland keine adäquate Behandlung gegeben, kann im Einzelfall eine Aufenthaltsgenehmigung aus medizinischen Gründen gewährt werden (PICUM 2001).

Spanien

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist für die *sin papeles* je nach politischem Klima einem ständigen Wandel unterworfen. Die konservative Regierung erhöhte nach einer Legalisierungskampagne deutlich den polizeilichen Druck auf Migranten/innen ohne gültige Aufenthaltspapiere. In einigen Provinzen können sich nach wie vor illegalisierte, arbeitende Migranten/innen kommunal registrieren lassen und erhalten so einen Zugang zum staatlichen Gesundheitssystem.

Die Notfallbehandlung in Krankenhäuser, eine Schwangerschaftsvorsorge und Geburtshilfe und die Versorgung von Kindern ist in der Regel gewährleistet (Chosta 2000). In anderen Fällen helfen kirchliche Organisationen oder NGOs, wie z.B. die *Caritas*, die verbreiteten *Acoge*-Projekte oder *Medicos sin fronteras* (Ärzte ohne Grenzen) in Beratungs- und Behandlungszentren (Domingo/Kaplan et al. 2000). Eine Evaluation über die generellen perspektivischen Kosten einer Gesundheitsversorgung der *sin papeles* wurde vom Gesundheitsministerium in Auftrag gegeben und im

März 2000 auf umgerechnet ca. 40 Mio. Euro geschätzt (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2000).

Die Länder im Vergleich

Beim Vergleich der verschiedenen europaweiten Lösungsansätze zur medizinischen Versorgung von Migranten/innen ohne Papiere wird deutlich, dass sie weniger auf ökonomischen Gründen oder den spezifischen Gegebenheiten des jeweiligen Gesundheitssystems basieren als auf einer eindeutigen politischen Entscheidung.

Während Italien mit einer hauptsächlich staatlichen Gesundheitsversorgung eine anonymisierte Registrierung in Gesundheitszentren einführt, gründete Frankreich eine neue Gesundheitsbehörde und Holland einen Armutsfonds. Die einzelnen Regelungen haben Schwachstellen und gewähren nicht immer einen gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung. Ein generelles Problem aller Länder mit einem Versorgungsangebot scheint der mangelnde Bekanntheitsgrad desselben sowohl unter den betroffenen Migranten/innen als auch den Professionellen des Gesundheitswesens zu sein. Selbst wenn Daten nicht weitergegeben werden dürfen oder eine anonyme Behandlung garantiert wird, bleibt die Furcht vor den Behörden und einer drohenden Abschiebung. Frankreich gründete deshalb neue Anlaufstellen der Gesundheitsämter, um Migranten/innen und Obdachlosen einen niedrighschwellig, angstfreien Zugang zu garantieren, in Belgien unternahmen NGOs Kampagnen zur Information von Migranten/innen und Behandelnden.

Der Umfang der garantierten medizinischen Leistungen ist zumeist weit von einer gleichberechtigten, umfassenden Gesundheitsversorgung entfernt. Ein Zugang zur Notfallversorgung existiert in allen Ländern, wobei den Ärztinnen und Ärzten häufig ein Entscheidungsspielraum in der Definition eines Notfalls offen steht. In den Niederlanden und in Belgien wird ein Zugang zu einer erweiterten Notfallversorgung gewährt. Trotzdem gibt es Lücken bei der Versorgung von psychisch und chronisch Kranken, HIV und AIDS-Kranken, in der Rehabilitation, der Pflege sowie bei Medika-

menten und Hilfsmitteln. Allein in Frankreich und Italien wird eine vollständige Gesundheitsversorgung garantiert. In Großbritannien existiert de facto ein unbeschränkter Zugang, der aber von staatlicher Seite nicht garantiert ist.

Die Kosten werden unterschiedlich verteilt und geschätzt. In Frankreich und Belgien werden sie von den Sozialversicherungen übernommen, in Italien teilen sich Innen- und Gesundheitsministerium den finanziellen Aufwand (30 Mio. Euro für 1999), Holland hat einen Fonds (5 Mio. Euro für 2000) eingerichtet, in Spanien kommt zumindest teilweise das staatliche bzw. kommunale Gesundheitssystem für die Kosten auf. In Deutschland sind die Sozialämter theoretisch in der Pflicht, in der Praxis existieren aber, etliche Hindernisse hinsichtlich der Beantragung und der Bewilligung der Kostenübernahme. 1998 erklärte ein Vertreter der Allgemeinen Ortskrankenkasse bei der Podiumsdiskussion des Kongresses „Armut und Gesundheit“ in Berlin, dass die Behandlungskosten für illegalisierte Migranten/innen gemessen am Gesamtbudget des deutschen Gesundheitswesens und der Krankenkassen zu vernachlässigen seien.

Insgesamt muss festgestellt werden, dass sich die Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich wenig für das durch die UN-Konvention über ökonomische, soziale und kulturelle Rechte ausgesprochene Recht auf Gesundheit aller - also auch von Illegalisierten einsetzt. Konzepte zur Legalisierung des Aufenthaltsstatus und damit der Sicherung sozialer Grundrechte für Illegalisierte, die in Frankreich, Belgien, Italien und Spanien immer wieder in begrenztem Maße durchgeführt wurden, gibt es in Deutschland nicht.

Perspektiven für die Bundesrepublik Deutschland

In den Jahren 1999 und 2000 fand das Thema der gesundheitlichen Versorgung von Illegalisierten Eingang in gesellschafts- und gesundheitspolitische Diskussionen (Monzel 1999), Fachtagungen des Bundestages (Böselager von 2000) und Kongresse (z.B. Armut und Gesundheit, Berlin 2000). Im Bundesministerium für Gesundheit beschäftigte sich die Arbeits-

gruppe „Armut und Gesundheit“ unter anderem mit diesem Thema, das Berliner Abgeordnetenhaus lud im Herbst 2000 zu einer Anhörung zur sozialen und gesundheitlichen Lage von Menschen mit ungeklärten Aufenthaltsstatus ein. Bei den Diskussionen um Lösungsansätze wurden die im folgenden näher beschriebenen Vorschläge eingebracht.

Integrierte Obdachlosenambulanzen

Von eher konservativen Kräften, wird eine Integration von illegalisierten Migrantinnen/innen in die etablierten Obdachlosenambulanzen favorisiert. Diese informell bereits bestehende Option wäre ohne erbitterte Grundsatzdiskussionen politisch durchführbar. Dabei muss allerdings bedacht werden, dass diese Ambulanzen nur eine allerdingendste Notfallversorgung durchführen, über sehr begrenzte finanzielle wie personelle Ressourcen verfügen. Zwar sind sie ein praktisches Hilfeangebot, bedeuten aber gleichermaßen die Einführung und Etablierung einer Drei-Klassen-Medizin. Die Ambulanzen sind außerdem kaum auf Kinder oder die Versorgung von Schwangeren eingerichtet. Eine stationäre Versorgung ist damit ebenfalls nicht abgedeckt.

Armutsfond

Wiederholt wurde die Einführung eines Armutsfonds vorgeschlagen (Naumann 1997). Es besteht jedoch einerseits Unklarheit über die finanzielle Grundlage des Fonds und andererseits die Tendenz einer Unterfinanzierung. Eine Anpassung an die steigende Zahl von Illegalisierten angesichts zunehmend restriktiver Umsetzung der Ausländergesetze ist nicht zu erwarten. Wie in den Niederlanden soll damit nur eine Notfallversorgung nicht aber eine stationäre Behandlung, Nachsorge, Rehabilitation oder psychiatrische Behandlung abgedeckt werden. Nur wenige Ärztinnen und Ärzte kennen dort diesen Fond und seine Antragsformalitäten (Reijneveld/Van Herten 2000). Wenn die Antragstellung einen großen administrativen Aufwand darstellt und Behandlung die zu einem finanziellen Risiko für Ärztinnen und Ärzte oder behandelnde Institutionen wird, ergeben sich zwangsläufig Nachteile für die Patienten/innen. Es stellt sich die

Frage, ob die Einrichtung eines Parallelsystems nicht eine zu aufwendige, unbefriedigende und teure Lösung ist.

Kontingentbetten

Die Diskussion um Kontingentbetten in bestimmten Krankenhäusern wird immer wieder aufgegriffen. Bei näherer Betrachtung wird schnell deutlich, dass eine adäquate und flächendeckende Versorgung mit diesem karitativen Ansatz nicht gewährleistet werden kann.

Anonymisierte Krankenscheine und Registrierung

In Italien wurden eine anonymisierte Registrierung in Gesundheitszentren eingeführt, in Frankreich spezielle Krankenscheine. Zwar müssen Migranten/innen dort den Umweg über eine öffentliche Stelle gehen, werden jedoch im Gesundheitswesen gleichberechtigt und adäquat behandelt, da die Behandelnden kein finanzielles Risiko fürchten müssen. Mit dem Zugang zum öffentlichen, solidarisch finanzierten Gesundheitssystem wird eine Mehrklassenmedizin verhindert. Die Ausgabe der Registrierung und Krankenscheine darf jedoch nicht der selben Willkür unterliegen, mit der die Sozialämter heute regelmäßig Asylbewerber/innen ihre beantragten Krankenscheine vorenthalten.

Resümee

In der vergleichenden Betrachtung der europäischen Lösungsansätze scheint die anonymisierte, nicht besonders gekennzeichnete Chipkarte oder ein vergleichbarer Krankenschein den Zugang zu einer adäquaten, gleichberechtigten Gesundheitsversorgung für illegalisierte Migrantinnen und Migranten zu gewährleisten, ohne sie dabei den genannten Risiken der Ausweisung auszusetzen. Grundlegend muss garantiert sein, dass Patientendaten weder an Ausländerbehörden noch an die Polizei weitergegeben werden und dass die Rechtssicherheit für die Behandelnden gewährleistet ist.

Nach Auffassung von Rechtsexperten/innen besteht als erster Schritt die dringende Notwendigkeit, die § 76 („Denunziationsparagrah“) und § 92a („Schlepperparagrah“) des deutschen Ausländergesetzes ersatzlos zu streichen (Petition 2001).

Das Problem der Gesundheitsversorgung illegalisierter Migranten/innen ist nicht allein auf der Ebene des Gesundheitssystems zu bewältigen sondern verlangt nach politischen Lösungen. Ob die Kosten der Behandlung und Versorgung allein von Sozial- oder Gesundheitsbehörden getragen werden müssen, bleibt zu diskutieren. Fraglos ist die Wirtschaft des Landes bzw. sind die Arbeitgeber letztlich die Nutznießer der illegalisierten Arbeitskraft. Vorstellbar wäre hier eine finanzielle Pflichtbeteiligung von Arbeitgeber- und Wirtschaftsverbänden an einem Chipkartensystem. Ebenso könnte durch die Entkoppelung der Arbeitserlaubnis vom Aufenthaltsstatus und eine liberale Einwanderungspolitik eine verstärkte Integration bisher illegalisierter Arbeitsmigranten/innen in die gesetzliche Sozialversicherung erreicht und ein Leben in Illegalität verhindert werden.

Literatur

Alt J. (1999): *Illegal in Deutschland - Forschungsprojekt zur Lebenssituation "illegaler" Migranten in Leipzig*. Karlsruhe.

Alt J./Fjodor J. (2001): *Rechtlos? - Menschen ohne Papiere, Anregungen für eine Positionsbestimmung*. Karlsruhe.

AutorInnenkollektiv (2000): *Ohne Papiere in Europa - Illegalisierung der Migration, Selbstorganisation und Unterstützungsprojekte in Europa*. Berlin, Hamburg.

Bell U. (1999): *Erfahrungen bei der Versorgung schwangerer Frauen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus*. in: *Armut und Gesundheit. Materialien zur Gesundheitsförderung Bd. 1*. Franke M., Geene R. und Luber E. (Hg.). Berlin.

Böselager von W. (2000): *Und wenn der Blinddarm bricht? Gesundheitliche Versorgung der illegal in Deutschland lebenden Menschen*. in: *Menschsein auch ohne Aufenthaltsstatus. Dokumentation des öffent-*

- lichen Fachgesprächs am 3.7.2000 in Berlin. Bündnis 90/Die Grünen (Hg.). Berlin.
- Brzank P./Groß J. et al. (2002): Ungeklärter Aufenthalt und psychosoziale Belastung. in: Armut und Gesundheit, Gesundheitsziele gegen Armut, Netzwerke für Menschen in schwierigen Lebenslagen. Materialien zur Gesundheitsförderung Bd. 10. Geene R., Gold C. und Hans C. (Hg.). Berlin.
- Bühning P. (2001): "Menschenrechte - Das Problem wird einfach ausgeblendet." Deutsches Ärzteblatt 9/98.
- Bührle C. (2000): Juristische Fragestellungen rund um die Statuslosigkeit in den Bereichen "Gesundheit", "Beschulung" und "Lohngerechtigkeit". in: Menschsein auch ohne Aufenthaltsstatus. Dokumentation des öffentlichen Fachgesprächs am 3.7.2000 in Berlin. Bündnis 90/Die Grünen (Hg.). Berlin.
- Chosta M. (2000): Die gesundheitliche Situation von illegalisierten Flüchtlingen in Spanien. in: Gesundheit für alle. Materialien zur Gesundheitsförderung Bd. 4. Geene R. und Gold C. (Hg.). Berlin.
- Classen G. (2000): "Krankenhilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz." Asylmagazin 11.
- Collatz J. (1998): Kernprobleme des Krankseins in der Migration: Versorgungsstruktur und ethnozentristische Fixiertheit im Gesundheitswesen. in: Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsperspektiven. David M., Borde T. und Kentenich H. (Hg.). Frankfurt/M.
- Costa G. (2000): Rechtliche Situation von Flüchtlingen in Italien. in: Gesundheit für alle. Materialien zur Gesundheitsförderung Bd. 4. Geene R. und Gold C. (Hg.). Berlin.
- Cyrus N. (2000): Können illegal beschäftigte ausländische Arbeitnehmer Lohn einklagen? in: Menschsein auch ohne Aufenthaltsstatus. Dokumentation des öffentlichen Fachgesprächs am 3.7.2000 in Berlin. Bündnis 90/ Die Grünen (Hg.). Berlin.

- Domingo A./Kaplan A. et al. (2000): Country Report Spain. in: Easy Scapegoats - Sans Papiers Immigrants in Europe, State Strategies and Intervention Strategies for the Civil Society. Jurado Guerro T. (Hg.). Barcelona, Alicante, Weinheim.
- illegal in Berlin: Momentaufnahmen aus der Bundeshauptstadt. Betrifft: migration. Erzbischöfliches Ordinariat Berlin (Hg.) (1999). Berlin.
- Gefesselte Medizin: Ärztliches Handeln - abhängig von Aufenthaltsrechten? Eine Handreichung. Flüchtlingsrat Berlin/Ärztekammer Berlin/Pro Asyl (Hg.) (1998). Berlin.
- Franke U. (2001): Ohne Papiere und krank in Frankreich, unveröffentlichtes Manuskript. Berlin.
- Gaserow V. (1998): "Heimlich in Deutschland." in: Die Zeit. vom 25.6.1998.
- Hellbernd H. (1996): Zum Umgang mit Verständigungsproblemen in der stationären Versorgung von Migranten und Migrantinnen. Magisterarbeit im Studiengang Public Health der TU-Berlin. Berlin.
- Hernández B. (2000): Lateinamerikanische Migrantinnen in Deutschland: Presencia e Invisibilidad. Berlin.
- Kagné B./Martiniello M. (2000): Belgian Report. in: Easy Scapegoats: Sans Papiers Immigrants in Europe. State Strategies and Intervention Strategies for the Civil Society. Jurado Guerro T. (Hg.). Liège.
- Kömür C. (2000): Sans Papiers in Deutschland: Vorschläge für ihre Legalisierung. Eine Studie für die AG Innen- und Rechtspolitik der PDS-Bundestagsfraktion zur Situation der "illegal" in der BRD lebenden Menschen und zum Umgang mit ihnen in anderen EU-Ländern. Berlin,
- Löhmann C. (1999): Die medizinische Versorgung illegalisierter Menschen: Eine Untersuchung zur Situation in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung des Büros für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin. Oldenburg, Hannover, Carl von Ossietzky Universität, Studiengang Interkulturelle Pädagogik.
- Mehlem U. (1998): "Wer zahlt bei Krankheit?" Berliner Ärzte 1998/4.

- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicio Sociales - (2000): Coste Adicional de la extensión de la cobertura de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social a los extranjeros. Madrid,
- Monzel J. (1999): Gesundheitliche Versorgung von Illegalen. Die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen/Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis R.G. (Hg.). Berlin, Heidelberg.
- MSF - Médecins sans frontières (2001): Fiche préparatoire sur la France, unveröffentlichtes Manuskript. Paris,
- Naumann J. (1997): "Rücktransport billiger als Behandlung: Kritik an Charité wegen "Abschiebung" kranker Illegaler." in: taz. vom 20.2.1997.
- Petition (2001): Problemkomplex "Illegalität": Sicherung von Menschen und Grundrechten. Aktenzeichen Pet 1-14-06-26-029691. Berlin.
- PICUM - Platform for International Corporation on Undocumented Migrants (1999): PICUM document on Basic Social Rights unveröffentlichtes Manuskript. Brüssel,
- PICUM - Platform for International Corporation on Undocumented Migrants (2001): Access to Health care for Undocumented Migrants, Seminar. Brüssel,
- Refugio München (1997): Report einer Abschiebung. in: Schnelle Eingreiftruppe "Seele" - auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft 20(Hg.). München, medico report.
- Reijneveld S./Van Herten L. (2000): Accesibility of health care for illegal immigrants. in: Prevention and Health. TNO (Hg.). Leiden NL.
- Schedlich B. (1999): Traumatisierung: ein Ausnahmezustand? in: Armut und Gesundheit Bd.1. Franke M., Geene R. und Luber E. (Hg.). Berlin.
- Seefeld K. (1996): "Medizinische Hilfe auch für Illegale." in: taz. vom 12.4.1996.

UNHCR - United Nations High Commissioner for Refugees (1966): Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte.
www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm.

Vorbrodt E. (1998): "Kosten in Millionenhöhe?" Berliner Ärzte 1998/4.

Vorbrodt E. (2000): Gesundheitliche Versorgung von Ausländern ohne Aufenthaltsrecht. in: Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen 2000;3. Flüchtlingsrat (Hg.).

WHO - World Health Organisation (1986): Ottawa Charta.
www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html.

WHO - World Health Organisation (1997): Jakarta Declaration.
www.who.int/hpr/backgroundhp/jakarta/jakartadeclaration.htm.

Anmerkungen

¹ Solidarische Unterstützer/innen in der BRD sprechen von *Illegalisierten*, um den Prozess der administrativen Entrechtlichung deutlich zu machen.

² Die sog. Residenzpflicht untersagt jedem Asylbewerber, sich in einem anderen Landkreis als dem ihm zugewiesenen aufzuhalten.

³ *De Witte Jas* (deutsch: der weiße Kittel) ist ein Behandlungszentrum für nicht versicherte Niederländer/innen und Migrantinnen/innen.

⁴ AsylbLG § 4 Abs. 1-3: „zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände (...) [sind] die erforderlichen ärztlichen und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlicher Leistungen zu gewähren.“ Wobei „eine Versorgung mit Zahnersatz (...) erfolgt, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist. (...) werdenden Müttern und Wöchnerinnen (...) [sind] ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.“

⁵ Mutterschutz: sechs Wochen vor und acht Wochen (12 Wochen bei einer Frühgeburt oder Mehrlingen) nach der Geburt.

⁶ AuslG § 76 Übermittlungen an Ausländerbehörden: Öffentliche Stellen haben unverzüglich die zuständige Ausländerbehörde zu unterrichten, wenn sie Kenntnis erlangen von a.) dem Aufenthalt eines Ausländers, der weder eine erforderliche Aufenthaltsgenehmigung noch eine Duldung besitzt, b.) dem Verstoß gegen eine räumliche Be-

schränkung oder c.) einem sonstigen Ausweisungsgrund. In den Fällen der Nummern 1 und 2 und sonstiger nach diesem Gesetz strafbarer Handlungen kann statt der Ausländerbehörde die zuständige Polizeibehörde unterrichtet werden, wenn eine der in § 63, Abs.6 bezeichneten Maßnahmen in Betracht kommt; die Polizeibehörde unterrichtet unverzüglich die Ausländerbehörde. Das Bundesministerium des Innern bestimmt durch die Rechtsordnung mit Zustimmung des Bundesrates, dass die

- | | |
|-------------------------------------|--|
| A. Meldebehörden | E. Justiz-, Polizei- u. Ordnungsbehörden |
| B. Staatsangehörigkeitsbehörden | F. Arbeitsämter |
| C. Pass- u. Personalausweisbehörden | G. Finanz- und Hauptzollämter |
| D. Sozial- und Jugendämter | H. Gewerbebehörden |

ohne Ersuchen den Ausländerbehörden personenbezogene Daten von Ausländern, Amtshandlungen und sonstige Maßnahmen gegenüber Ausländern und sonstige Erkenntnisse über Ausländer mitzuteilen haben, soweit diese Angaben zur Erfüllung der Aufgaben der Ausländerbehörden nach diesem Gesetz und nach ausländerrechtlichen Bestimmungen in anderen Gesetzen erforderlich sind. Die Rechtsverordnungen bestimmen Art und Umfang der Daten, die Maßnahmen und die sonstigen Erkenntnisse, die zu übermitteln sind.

⁷ AuslG § 92a (1) Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer einen anderen zu einer der in §92, Abs.1, Nr.1, 2 oder 6 oder Abs.2 bezeichneten Handlungen anstiftet oder ihm dazu Hilfe leistet und (...) (2) Wiederholt und zugunsten von mehreren Ausländern handelt.

⁸ Notfall: akuter, lebensbedrohlicher Zustand oder Gefahr irreversibler Organschädigung infolge Trauma, akuter Erkrankung oder Vergiftung.