

Gesundheitssituation von Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus

Mit einem Beitrag von Anna Kühne:
Gesundheit, Umgang mit Erkrankungen und Zugang zum Gesundheits-
system bei MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Hamburg

Autorin: Emilija Mitrović
Projektbüro
Besenbinderhof 60
20097 Hamburg
Tel. 0049-40-28584161
e-mail: emilija.mitrovic@verdi.de



Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-------|
| 1. Einleitung | S. 3 |
| 2. Methodisches Vorgehen | S. 5 |
| 3. Internationale Abkommen und Recht auf Gesundheit | S. 10 |
| 4. Zur aktuellen Situation in Deutschland und Hamburg | S. 13 |
| 5. Ergebnisse und Befunde aus den Interviews mit betroffenen MigrantInnen und ExpertInnen | S. 18 |
| 6. Lösungsansätze und Resümee für Hamburg | S. 21 |
| 7. Literaturliste | S. 25 |
| 8. Anhang: Interviewauszüge mit MigrantInnen und Expertinnen | S. 27 |
| 9. Anna Kühne Gesundheit, Umgang mit Erkrankungen und Zugang zum Gesundheitssystem bei MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Hamburg | S. 39 |

1. Einleitung:

Irreguläre Migration ist in vielen europäischen Ländern zu einem brisanten politischen Thema geworden. In fast allen europäischen Staaten ist der Zugang zu öffentlichen Sozialleistungen – dazu gehört die staatliche Gesundheitsversorgung – an den legalen Aufenthaltsstatus gekoppelt. Dennoch sind regionale und lokale Unterschiede im politischen Umgang mit der Problematik erkennbar. So gilt beispielsweise in den Niederlanden das Gesetz von 1988, das irreguläre Migrantinnen und Migranten von öffentlichen Gütern ausschließt, dennoch hat die Stadt Den Haag einen Notfallfond für abgelehnte Asylbewerber eingerichtet, um diese zeitweise unterstützen zu können (Forum Wissenschaft (2009) S.29)

Diese widersprüchliche Situation führt dazu, dass der Kommunalpolitik im Zweifel die Aufgabe zufällt die repressive staatliche Politik gegen irreguläre Migrantinnen und Migranten durch lokale Maßnahmen abzufedern.

In den deutschen Metropolen stellt sich seit Jahren die Frage eines veränderten Umgangs mit Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus. Die Stadt München gab 2001 eine Studie in Auftrag, die einen Einblick in die Lebenswirklichkeit von Migranten und Migrantinnen ohne Aufenthaltsstatus geben sollte. Der Schwerpunkt der Zielvorgaben lag auf dem sozialen Auftrag der Kommune.

Auch andere Studien wie die in Köln und Frankfurt legten den Schwerpunkt ihrer Untersuchungen auf die konkrete Lebenslage der Betroffenen und verfolgten damit eher das Ziel einer integrativen Kommunalpolitik als der staatlich vorgegebenen Exklusionspolitik.

Die Studie „Lebenssituation von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere in Hamburg“ wird im Auftrag des Diakonischen Werkes Hamburg in Kooperation mit der Nordelbischen Kirche, der vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di und der Stiftung Do durchgeführt. Ziel des Auftraggebers ist es, die rechtliche und soziale Problematik des Lebens in illegalisierten Lebensumständen aus Sicht der betroffenen Menschen zu untersuchen, die bestehenden Hilfsangebote von verschiedenen Beratungsstellen und Initiativen zu erfassen und Optionen alternativer Umgangsweisen zu spezifischen Fragestellungen und Problemen zu entwickeln.

In allen bisherigen Studien zur Lebenssituation von Menschen ohne legalen Aufenthaltstitel ist die Gesundheitsversorgung bzw. der Zugang zu den Institutionen des Gesundheitswesens als zentrales Problemfeld identifiziert worden (Anderson 2003, Bommes 2007, Krieger 2008) Entsprechend ist dieser Aspekt auch in der Hamburger Untersuchung von besonderer Bedeutung. Mit diesem Arbeitspapier werden erste Ergebnisse zur Situation in Hamburg präsentiert.

Für das vorliegende Arbeitspapier für den Bereich Gesundheit sind neben Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitsbereich auch betroffene Migrantinnen und Migranten interviewt worden, die mit ihren subjektiven Schilderungen der eigenen Situation und ihrer Wahrnehmung zwischen restriktiver Migrationskontrolle und basisorganisierter Solidarität wertvolle Einsichten in die soziale und alltägliche Realität dieser Bevölkerungsgruppe ohne regulären Aufenthaltsstatus gestatten.

Als wertvolle Ergänzung zu unserer Studie veröffentlichen wir die Auswertung von Anna Kühne von einer Untersuchung, die sie im Rahmen ihrer Dissertation 2007 durchgeführt hat. Bei dieser Untersuchung handelt es sich um die Betrachtung von Häufigkeit und Verteilung der Erkrankungen in der Population der Migrantinnen und Migranten ohne Aufenthaltsstatus in Hamburg, den Umgang mit gesundheitlichen Beschwerden und Problemen bei der Behandlung in der Illegalität. Sie basiert auf der Routinedokumentation der medizinischen Vermittlungs- und Beratungsstelle in Altona und zwei kleinen quantitativen Studien.

2. Methodisches Vorgehen

Die allgemeinen Grundlagen für das methodische Vorgehen sind in dem **Arbeitspapier 3: Schulbesuch von Kindern illegalisierter MigrantInnen in Hamburg, Kapitel 2** dargestellt. (Mitrovic 2009 S.4ff)

Als Literatur sind zum einen aktuelle Studien aus München, Köln, Bremen und Bochum sowie aktuelle Diskussionspapiere und Berichte einschlägiger ExpertInnengruppen, wie der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität beim Deutschen Institut für Menschenrechte herangezogen worden als auch aktuelle Informationen aus der Presse und dem Internet.

Der Schwerpunkt der qualitativen Untersuchung jedoch liegt auf der Befragung von Personen, die entweder als Expertinnen oder Experten oder aber als betroffene Migrantinnen und Migranten mit der Problemlage befasst sind und über ihre subjektiven Erfahrungen berichten können.

Interviews mit Expertinnen und Experten

Die ExpertInnen sollten das Kriterium erfüllen, Menschen ohne Papiere in Gesundheitsfragen zu beraten, an Ärzte oder Krankenhäuser zu vermitteln oder medizinisch zu behandeln. Weitere ExpertInnen sind MitarbeiterInnen in der Gesundheitsbehörde und in Flüchtlingsberatungsstellen. Die Interviews mit den ExpertInnen vermitteln einen Einblick in die Praxis der medizinischen Versorgung bzw. Unterversorgung dieser Bevölkerungsgruppe, sie zeigen Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsversorgung unter den momentanen Rahmenbedingungen auf. Viele der interviewten ExpertInnen arbeiten aus solidarischen Motiven, sie arbeiten ehrenamtlich in der Beratung oder Vermittlung bzw. behandeln die Patientinnen und Patienten ohne Honorar.

Die Auswahl der ExpertInnen erfolgte nach folgenden Kriterien:

- a. Sie können einen allgemeinen Überblick über das Feld geben.
(Medizinisches Beratungsbüro, Beratungsstelle)

- b. Sie können zu einer Vertiefung der Einblicke in die Praxis und zur Klärung bestimmter Fragestellungen im Besonderen beitragen.
(Ärzte)
- c. Sie können konkrete Fallbeispiele beschreiben.
(Beratungsstellen, NGO, Sozialarbeiterinnen)
- d. Sie können Handlungsansätze aufzeigen.
(Mitarbeiter der Gesundheitsbehörde, Fachberatungsstellen, Netzwerke)

Die Interviews wurden in der Regel am Arbeitsort der Expertinnen und Experten (Gesundheitsbehörde, Beratungsstellen, Arztpraxis) durchgeführt. Alternativ stand dafür das Projektbüro der Studienleiterin im DGB Haus zu Verfügung.

Die Befragungen fanden anhand des folgenden Interviewleitfades für ExpertInnen statt:

Leitfragen für Experteninterviews

Einführung: Kurze Vorstellung des Projekts, der Anlage und Durchführung

Die InterviewpartnerInnen bleiben auf Wunsch anonym!

- ***Bitte um kurze Vorstellung des Gesprächspartners und der Institution, der Tätigkeitsbereiche im Allgemeinen***
- ***Bitte um Darstellung des Bezugs der eigenen Organisation/Tätigkeit zu illegaler Migration in HH***
- ***Bitte um Darstellung der konkreten Bedeutung / Relevanz des Themas/Problems illegale Migration für die eigene Tätigkeit***
- ***Bitte um Darstellung eines selbst erlebten Falles, der besonders berührt/empört hat (Erzählung: Was ist passiert, was wurde erwartet, was konnte ich tun? Warum ist der Fall so berührend? Warum war keine andere Lösung möglich?)***
- ***Ein konkreter Fall, der aus ihrer Sicht erfolgreich bearbeitet werden konnte (Warum konnte dieser Fall erfolgreich bearbeitet werden?)***
- ***Zusammenarbeit mit anderen Akteuren, Institutionen, Netzwerken***
- ***Allgemeine Einschätzung der Situation***
- ***Problembereiche (Schule, Gesundheit, Arbeit, Rechtsschutz, Wohnung***
- ***Besondere Thematiken einzelner Betroffenenengruppen***
- ***Bedeutung und Rolle von organisierter Kriminalität***
- ***Eigene Handlungsmöglichkeiten***
- ***Welche Erwartungen bestehen ihnen gegenüber bei der Bearbeitung von Fällen irregulärer Migration?***
- ***Wie gehen sie konkrete mit diesen Erwartungen um? Was können sie konkret tun?***
- ***Was tun sie konkret?***
- ***Welche Vorschläge haben sie für eine Verbesserung der Situation?***
- ***Allgemeine quantitative Schätzungen (Größenordnungen)***
- ***Mit welchen nationalen/ethnischen Gruppen haben sie zu tun?***

- **Wie groß sind diese Gruppen?**
- **Wie ist die Zusammensetzung dieser Gruppen (Geschlecht, Alter/Kinder)**
- **Wo sind diese Gruppen beschäftigt? Wie groß ist der Anteil?**

- **Abschlussfrage: Wenn Sie regierender Bürgermeister wären, welche Maßnahmen würden sie ergreifen zur Verbesserung/Entschärfung der Situation**
- **Gibt es etwas, was wir noch wissen müssten, was bisher im Gespräch noch nicht angesprochen wurde?**
- **Danke. Ankündigung der Zusendung des Protokolls mit der Bitte um Rückmeldung. Bitte um schriftliche Materialien und Statistiken.**

Die Interviews mit den ExpertInnen dauerten zwischen 45 Minuten und 2 Stunden. Sie wurden nur zum Teil auf Tonband aufgenommen und transkribiert.

Interviews mit betroffenen Migrantinnen und Migranten

Zu betroffenen Migranten und Migrantinnen ist es je nach Themenfeldern sehr schwierig Kontakt zu finden. Wir haben den Zugang zu ihnen gefunden über:

- a. Vertrauenspersonen, die ihnen geholfen haben
- b. Personen mit gemeinsamer Sprache
- c. Personen mit gemeinsamen Migrationshintergrund
- d. Informationsveranstaltungen bei Beratungsstellen für MigrantInnen
- e. Menschen aus der Nachbarschaft

Alle Interviews wurden anonym durchgeführt. Die Interviews fanden - bis auf eine Ausnahme- auf Wunsch der Befragten nie in ihrem persönlichen Umfeld also an ihrem Arbeitsplatz oder in ihrer Wohnung statt. Sie wurden in der Regel im Projektbüro oder in der Wohnung der Studienleiterin durchgeführt.

Die Interviews orientierten sich an dem Leitfaden für betroffene Migrantinnen und Migranten:

Leitfragen für Betroffeneninterviews (MigrantInnen)

Einführung: Wir möchten kennen lernen, wie Menschen ohne Aufenthaltsstatus in HH leben, wie sie zurecht kommen, welche Erfahrungen sie machen, welche Probleme sie haben, welche Wünsche und Hoffnungen sie haben, kurz: wie das Leben in der Illegalität aussieht.

Wir möchten dazu ihre/deine Sicht der Dinge kennen lernen. Ich werde deshalb nur wenige Fragen stellen und vor allem zuhören.

Erster Erzählimpuls: Fangen wir an. Vielleicht erzählen sie zuerst einmal, wie es eigentlich dazu gekommen ist, dass sie jetzt/früher in Hamburg ohne Aufenthaltsstatus leben.

(Hinweis: Nach der erste Erzählpause bitte nicht sofort reagieren, kommentieren, Frage oder neues Thema einführen, sondern Hörbereitschaft signalisieren (Kopfnicken, mmh sagen, oder auch: Ja, ich höre ihnen weiter zu). Dann besteht die Hoffnung, dass die Frage nach Erfahrungen oder Problemen eigensinnig aufgenommen wird).

Zweiter Erzählimpuls: Wie sehen ihre Erfahrungen mit dem Leben in der Illegalität in Hamburg aus. Was erleben sie?

Dritter Erzählimpuls: Können Sie mir etwas über die Probleme erzählen, mit denen sie hier zu tun haben? (Bitte um konkrete Beispiele, eigenerlebte Geschichten).

Vierter Erzählimpuls: Wenn sie Probleme haben, an wen wenden sie sich? (konkrete Beispiele)

Internes Nachfragen: Aufnehmen von Beispielen und Themen, Bitte um Vertiefung, um konkrete Beispiele

- Wie finden sie Arbeit, Gesundheitsversorgung

Externes Nachfragen zu Problembereiche: Sie haben jetzt erzählt über...

Uns würde auch interessieren, ob sie schon mal Probleme gehabt haben mit

- Kindern, Schule (Was haben sie da gemacht? Was könnte man in ihrer Situation noch machen? Woher haben sie ihre Informationen? Was haben andere gemacht?)
- Gesundheit, Unfall (Was haben sie da gemacht? Was könnte man in ihrer Situation noch machen? Woher haben sie ihre Informationen? Was haben andere gemacht?)
- Arbeit, Arbeitsausbeutung (Was haben sie da gemacht? Was könnte man in ihrer Situation noch machen? Woher haben sie ihre Informationen? Was haben andere gemacht? Wie viel kann man eigentlich verdienen in welchem Job)
- Wohnung (Was haben sie da gemacht? Was könnte man in ihrer Situation noch machen? Woher haben sie ihre Informationen? Was haben andere gemacht?)
- Kriminalität (Als Opfer: Was haben sie da gemacht? Was könnte man in ihrer Situation noch machen? Woher haben sie ihre Informationen? Was haben andere gemacht? Würden sie zur Polizei gehen? Zu Gerichten, oder zu deutschen Beratungsstellen? Warum nicht?)
- Unterstützungsangebote: An welche Stellen können/würden sie sich wenden? (Was ist mit Konsulat!?) An welche Stellen können sie sich nicht wenden?

Expertenwissen: Vielleicht können sie uns helfen, einen Überblick zu bekommen über die Menschen, die irregulär in HH leben.

- Wenn Sie an ihre eigene Gruppe/Nationalität denken: Was meinen sie, wie groß ist die Gruppe der illegal hier Lebenden? Männer/Frauen; Alter; Kinder? Wo arbeiten sie überall? Was kann man arbeiten? Was haben sie gehört? Wird die Gruppe größer, kleiner oder bleibt sie seit wann gleich? Warum gibt es diese Entwicklung??
- Wenn Sie ihre Erfahrungen berücksichtigen, welche anderen nationalen Gruppen leben in HH? Sind sie größer oder kleiner wie ihre eigene? (Zahlen?) Gibt es Besonderheiten über diese Gruppen zu sagen (professionelle Spezialisierung, besondere Überlebensstrategien, Netzwerke, eventuelle Spezialisierungen, Ausbeutungsnetzwerke etc).

Erste Abschlussfrage: Gibt es sonst noch etwas wichtiges, was wir über die Situation in HH wissen sollten?

Erste projektive Frage: Vielleicht hatten sie die Situation ja schon: Wenn ein sehr guter Freund sie anruft und sagt, er/sie möchte auch nach HH kommen und hier illegal leben. Was würden

sie ihm sagen? Welche Ratschläge würden sie ihm geben wollen? (Als Kontrollfrage unbedingt stellen!)

Zweite projektive Frage: Wir haben jetzt eine neue Regierung in Hamburg: Gibt es etwas, was sie der mitteilen möchten?

Es wurden insgesamt 6 Interviews mit Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitsbereich durchgeführt und 8 Interviews mit betroffenen Migrantinnen und Migranten. Die Interviews dauerten zwischen 30 Minuten und 2 Stunden. Teilweise war die Anwesenheit einer Übersetzerin notwendig. Die Interviews wurden nur mit Erlaubnis der Befragten (daher auch nur zum Teil) auf Tonbänder aufgenommen und für die Auswertung teilweise transkribiert. Gleichzeitig wurden während des Interviews Notizen gemacht, die für die Auswertung und Dokumentation der Ergebnisse relevant sind.

Die Auswertung orientierte sich an den Fragestellungen, wie sie zum Thema Gesundheit in den Leitfaden nachzulesen sind. Sie bezieht sich auf den Vergleich von Aussagen zu verschiedenen Gesichtspunkten zum Thema Gesundheitsversorgung. Bei den Interviews mit den betroffenen Migrantinnen und Migranten ging es uns vor allem um die Erfassung der individuellen und subjektiven Einschätzung und ihren Erfahrungen im Umgang mit Krankheit und Gesundheitssystem in Deutschland.

3. Internationale Abkommen und das Recht auf Gesundheit

Das Recht auf Gesundheit ist auf internationaler Ebene durch den UN-Sozialpakt geschützt, den internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, der 1976 von der deutschen Bundesregierung unterzeichnet wurde. Das Recht auf Gesundheit ist in Artikel 12 ausdrücklich dargestellt: „(1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn und sie erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.“ (BGBl. 1973 II S.1569)

Ein weiteres internationales Übereinkommen, das das Thema Gesundheitsversorgung aller Menschen betrifft, ist das UN-Übereinkommen zur Beseitigung jeglicher Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW). In diesem verpflichten sich die Staaten zusätzlich zu einem besonderen Schutz der Frauen in Zeiten vor und nach der Geburt eines Kindes. In Artikel 12 des Übereinkommens wird ausgeführt: „(1) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau im Bereich des Gesundheitswesens, um der Frau gleichberechtigt mit dem Mann Zugang zu den Gesundheitsdiensten, einschließlich derjenigen im Zusammenhang mit der Familienplanung, zu gewährleisten. (2) Unbeschadet des Absatzes 1 sorgen die Vertragsstaaten für angemessene und erforderlichenfalls unentgeltliche Betreuung der Frau während der Schwangerschaft sowie während und nach der Entbindung und für eine ausreichende Ernährung während der Schwangerschaft und Stillzeit.“ (zitiert nach: Deutsches Institut für Menschenrechte, 2007: 49)

In der UN-Kinderrechtskonvention ist darüber hinaus in Artikel 24 deutlich die Verpflichtung der Vertragsstaaten festgelegt, das Recht des Kindes auf „das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit und die Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und Wiederherstellung der Gesundheit“ zu gewährleisten. Weiterhin ist nach Artikel 7 festgelegt: „Das Kind ist unverzüglich nach seiner Geburt in ein Register einzutragen und hat das Recht auf einen Namen von Geburt an und das Recht, eine Staatsangehörigkeit zu erwerben.“ (zitiert nach: Deutsches Institut für Menschenrechte 2007: 50)

Gesetzliche Bestimmungen in Deutschland, die für die gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen sowie Ausländern ohne sicheren Aufenthaltsstatus gelten, sind im

Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt. Die Personengruppen, die Leistungen nach diesem Gesetz beziehen können, werden in § 1 AsylbLG definiert. Nach gängiger Kommentierung sind dabei auch Papierlose erfasst: „Zu den Personengruppen im Gültigkeitsrahmen dieses Gesetzes gehören u.a.: Asylbewerber, Menschen mit einer Duldung, andere ausreisepflichtige Personen wie Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus (§ 1 AsylbLG).“ (Schmitt 2007: 25)

Die Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt sind in § 4 AsylbLG definiert:

„(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder 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.

(2) Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.

(3) Die zuständige Behörde stellt die ärztliche und zahnärztliche Versorgung einschließlich der amtlich empfohlenen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen sicher.“ (Asylbewerberleistungsgesetz 2008)

Hiermit wird deutlich, dass Flüchtlingen in Deutschland generell nur eine geringe und nicht ausreichende Akutversorgung bzw. Schmerzbehandlung und Hilfen während der Schwangerschaft zugestanden werden.

Um in den Genuss dieser Leistungen zu kommen, müssen die leistungsberechtigten Menschen ohne Aufenthaltsstatus dem Sozialamt gemeldet sein. Das Sozialamt wiederum ist nach § 87 AufenthG verpflichtet Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus der Ausländerbehörde oder der Polizei zu melden. Damit laufen die betroffenen Patienten – insbesondere bei stationärer Versorgung und Behandlung in einem Krankenhaus Gefahr inhaftiert und abgeschoben zu werden.

Deshalb wird diese Option von illegalisierten Personen kaum in Anspruch genommen. Nur in äußersten Notfällen kontaktieren Menschen ohne Papiere Krankenhäuser. Gesundheitliche Probleme bleiben deshalb häufig unbehandelt.

Nach § 2 SGB Buch 7 haben irreguläre MigrantInnen, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen einen gesetzlichen Anspruch auf gesundheitliche Notversorgung bei einem Arbeitsunfall. Sie können in der Notaufnahme eines Krankenhauses oder beim Notdienst eine Versorgung im akuten Falle erhalten. Hier wird nicht die Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse geprüft. Sofern keine vorhanden ist, werden die Kosten von der Unfallversicherung beim Arbeitgeber eingeholt. (SGB, 2008: § 2) Personen mit illegalem Aufenthalt verzichten jedoch häufig auf die ärztliche Behandlung, weil sie Angst vor Entdeckung ihres irregulären Status haben. Noch häufiger weigern sie die Arbeitgeber einen Notarzt zum Unfallort kommen zu lassen, weil sie fürchten, dann in eine Kontrolle bezüglich der irregulären Beschäftigung des beschäftigten zu geraten.

"Jeder Arzt/jede Ärztin ist an den Hippokratischen Eid gebunden. Das beinhaltet die Selbstverpflichtungen des Mediziners, sein Leben in den Dienst der Menschheit zu stellen, ihm anvertraute Geheimnisse zu wahren, die Patienten auf Grund ihrer Religion, Nationalität, Rasse oder Parteizugehörigkeit nicht unterschiedlich zu behandeln. Diese berufsethische Verpflichtung der Ärzteschaft kollidiert in der Praxis mit dem ökonomischen Druck, der auf den Krankenhäusern und der Ärzteschaft lastet. (vgl. Thomas: 2005). In Verbindung mit der rechtlichen Situation führt dies regelhaft dazu, dass den einzelnen Menschen, insbesondere, wenn sie keinen regulären Aufenthaltsstatus nachweisen können, nicht die mögliche Bandbreite der medizinischen Versorgung zukommt. Der Konflikt zwischen Berufsethos und Refinanzierungserfordernissen tritt in besonders in den dramatischen Fällen zu Tage, in denen Patienten auch in Notfällen abgewiesen werden, weil eine Refinanzierung der Behandlung im Krankenhaus oder in der Arztpraxis über die Sozialämter nicht gesichert ist."

4. Zur aktuellen Situation in Deutschland und Hamburg

Der Deutsche Ärztetag hat in den vergangenen Jahren zum wiederholten Male den Sachverhalt unterstrichen, dass Ärzte dazu verpflichtet sind, Menschen unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus zu behandeln. Dennoch herrscht eine weitverbreitete Verunsicherung innerhalb der Gruppe der Illegalisierten wie auch bei den MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen bezüglich dieser Übermittlungspflicht.

Der Berliner Staatssekretär für Gesundheit Benjamin Hoff hat mit seinem Schreiben an die Berliner Krankenhäuser vom 21.11.2008 deutlich darauf hingewiesen, dass seiner Ansicht nach niedergelassene Ärzte, private Krankenhäuser, Ärztenetzwerke und kirchliche Anlaufstellen für Migranten nicht unter die Übermittlungspflicht nach § 87 Abs. 2 AufenthG fallen. Sie sind durch ihren medizinischen Eid zur Hilfe verpflichtet und dürfen persönliche Daten aus Datenschutzgründen nicht weitergeben.

Hoff führt aus, dass

1. „Die gesundheitliche Versorgung eines sich unerlaubt im Bundesgebiet aufhaltenden Ausländers bzw. Ausländerin fällt unter keinerlei ausländerrechtliche Strafbestimmungen....“
2. „Auch eine Rechtspflicht der Ärztinnen und Ärzte, ihnen bekannt gewordene Daten von sich illegal im Bundesgebiet aufhaltenden ausländischen Patientinnen und Patienten an die Ausländerbehörde zu übermitteln, sehe ich nicht.“ (Benjamin Hoff, 21.11.2008)

Darüberhinaus ergriff Hoff die Initiative zur Einführung des anonymen Krankenscheines für Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Im Falle einer Krankheit oder Schwangerschaft würden Menschen ohne Aufenthaltsstatus einen nummerierten Krankenschein bekommen. Sie können damit zu einem Arzt oder in ein Krankenhaus gehen und sich behandeln lassen können. Das Krankenhaus oder der Arzt würde dann die entstandenen Kosten beim Sozialamt abrechnen und erstattet bekommen. Hoff geht davon aus, dass der anonyme Krankenschein das Land Berlin fünf Millionen Euro kosten würde. (<http://www.benjaminhoff.de/article/3324.krank-und-ohne-papiere.html>)

Die Ärztekammer Hamburg begrüßte die Berliner Initiative für den geschützten Krankenschein für illegal Eingewanderte mit einer Presseerklärung: „Berlin macht es vor: Das Land Berlin will im Bundesrat eine Gesetzesinitiative initiieren, die die Gesundheitsversorgung von Migranten ohne gesicherten Aufenthaltsstatus sichert. „Der Hamburger Senat sollte sich der Initiative anschließen“, fordert Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Ärztekammer Hamburg. „Im Moment ruht sich die Politik auf der Hilfsbereitschaft der Ärzte aus, deshalb wäre es nur menschlich, hier endlich klare Regelungen zu schaffen.“ (Pressestelle der Ärztekammer Hamburg: 26.2.2009) Die Ärztekammer Hamburg hat in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass Krankheit in der Illegalität zu erheblichen Problemen führen kann und eine politische Lösung für diese Problematik gefordert.

Im Unterschied zu anderen europäischen Ländern wie Großbritannien und den Niederlanden ist das Interesse an wissenschaftlichen Studien zur Lebenssituation von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland erst seit Mitte der 90er Jahre ein Thema. (Cyrus 2004: 13f). Seitdem ist in verschiedenen Städten (etwa München, Köln, Frankfurt) mit Studien, Praxisberichten und wissenschaftlichen Untersuchungen auf die Thematik eingegangen worden. Die Untersuchungen sind alle auf die spezifische Situation in der jeweiligen Untersuchungsregion abgestellt und können nicht für allgemeingültige Aussagen stehen. Inzwischen liegen auch Untersuchungen zur Gesundheitssituation Papierloser aus Bremen, Bochum und Niedersachsen vor, die zum Teil als Diplomarbeiten an Universitäten und Fachhochschulen verfasst worden sind. Allgemein wurde beklagt wie schwierig der Zugang zu der Bevölkerungsgruppe der Illegalisierten ist, um authentische Aussagen über ihre Situation und Interessenslage zu bekommen (vgl. Anderson 2003, Schmitt 2007). So wurden in erster Linie Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitsbereich und den solidarischen Netzwerke befragt.

Die Angst der betroffenen Migrantinnen und Migranten sich in Interviews zu äußern – selbst wenn Anonymität zugesichert ist – ist auf den Hintergrund ihrer objektiven Lage und subjektiven Empfindung einer allgemeinen Rechtlosigkeit nachzuvollziehen. Sie empfinden ihre Lebenssituation als Statuslose in einem rechtsfreien Raum. Sie haben kein Recht auf Sozialleistungen und gehen davon aus,

dass sie weder ein Recht auf Gesundheitsversorgung, Bildung, Arbeitsschutz noch auf angemessenen Lohn haben.

Eine strafrechtliche Verfolgung wegen illegalen Aufenthalts und die drohende Abschiebung sind für sie selbst und ihre Familienmitglieder existenzbedrohlich.

Selbst bei der Verletzung ihrer elementaren Menschenrechte und in akuter Krankheitssituation (Unfallopfer, Infarkt, eventueller Notwendigkeit einer Operation) wenden sie sich nicht an staatliche Stellen. „Hilfesuchende sehen möglicherweise die Gefahr, dass ihre Daten auch von Krankenhäusern oder anderen Versorgungseinrichtungen direkt an die Ausländerbehörde weitergeleitet werden, weil diese glauben, dazu verpflichtet zu sein und sich davon die Absicherung der Behandlungskosten versprechen.“ (Wiesner 2007:5) Bei Problemen gehen sie zu ihrer Kirchengemeinde oder wenden sich an andere Hilfsorganisationen, die ihnen häufig von Landsleuten oder anderen Flüchtlingen empfohlen wurden.

In vielen Großstädten haben sich als Nichtregierungsorganisationen Beratungsstellen und Netzwerke gebildet, die durch Vermittlung an Ärztinnen und Ärzte die minimale Grundversorgung für einen Teil der illegalisierten Menschen gewährleisten.

In Hamburg entstand 1994 die erste medizinische Flüchtlingshilfe, die auf selbstorganisierter Basis arbeitet und Menschen ohne Papiere in ein Netzwerk von Ärztinnen und Ärzten weiter vermittelt. Ihr folgten in den nächsten zehn Jahren Initiativen in Berlin, Bielefeld, Bochum, Bremen, Göttingen, München, Köln, Hannover, Nürnberg, Oldenburg nach. (Wiesner 2007:23) Ziel der Initiativen war zum einen die konkrete Versorgung der Patientinnen und Patienten zum anderen aber auch die öffentliche politische Diskussion zu entfachen. Die Hilfe wurde in in großen Maßstab angenommen, was oft den Rahmen der selbstorganisierten Initiativen, die auf Spendenbasis arbeiten zu sprengen drohte.

In Berlin errichtete 2001 die Malteser Migranten Medizin die erste niedrigschwellige allgemeinmedizinische Anlaufstelle für Nichtversicherte in Berlin. 2008 eröffnete die Malteser Migranten Medizin auch eine Anlaufstelle in Hamburg, die einmal

wöchentlich für 4 Stunden ärztliche Beratung und Behandlung anbietet.
(www.malteser-hamburg.de)

Trotz der inzwischen langjährigen Angebote in Bereich der Gesundheitsversorgung und –vermittlung berichten sowohl die Mitarbeiterinnen der medizinische Beratungsstelle in Altona sowie Ärztinnen und Ärzte aus ihrer Praxis, dass Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus – aus Angst vor Entdeckung durch die Kontrollbehörden - erst zu spät medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Somit wird in vielen Fällen die Chance einer frühzeitigen Diagnose und Behandlung vertan. Der Krankheitsverlauf droht schwerer zu werden, vermeidbare stationäre Aufenthalte und die Gefahr eines chronischen Krankheitsverlaufes können die Folge sein. Besondere Schwierigkeiten bestehen bei Schwangerschaften und bei der Geburt von Kindern. Aber auch die Betroffenen berichten in den Interviews von großen Hemmschwellen einen Arzt aufzusuchen und nehmen stattdessen z.B. in Folge von Arbeitsunfällen bleibende gesundheitliche Schäden in Kauf.

Die fehlende Gesundheitsversorgung und die Zugangsbarrieren zu den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen bringen illegalisierte Frauen im Besonderen bei Schwangerschaft und Geburt in eine existenzbedrohende Situation. Nur bei einem intakten und starken sozialen Netz sowie mit psychischer und materieller Unterstützung ist eine illegalisierte schwangere Frau in der Lage, das Kind unter annehmbaren Konditionen auszutragen. Eine große Anzahl der Frauen sieht sich jedoch gezwungen, die Schwangerschaft zu beenden.

Sie haben Angst ins Krankenhaus zu gehen, weil sie die Gefahr sehen, denunziert zu werden. Deshalb scheuen sich schwangere Frauen ohne legalen Aufenthalt, Krankenhäuser aufzusuchen. Sie gebären ihre Kinder oft im privaten Rahmen. Die Gefahr der Komplikationen bei der Geburt müssen zwangsläufig in Kauf genommen werden.

Um eine Gesundheitsversorgung während der Schwangerschaft und Geburt in Anspruch nehmen zu können, entscheiden sich einige der schwangeren Frauen eine Duldung für die Zeit des Mutterschutzes zu beantragen. Allerdings sind sie damit den Behörden bekannt. Sofern sie in den zwei Monaten nach der Geburt nicht wieder „untertauchen“ laufen sie damit Gefahr - wie die Mitarbeiterin einer Frauenberatungsstelle zu bedenken gibt - nach zwei Monaten abgeschoben zu

werden, sobald die Mutter und das Kind reisefähig sind, sofern keine anderen zwingenden Gründe zum Verbleib in Deutschland vorliegen. In Berlin wurde die Schutzfrist für schwangere Frauen auf drei Monate vor und drei Monate nach der Geburt verlängert. (www.benjamin-hoff.de)

Diese Regelung wird auch von Beratungsstellen in Hamburg gefordert.

5. Ergebnisse und Befunde aus den Interviews mit betroffenen MigrantInnen und ExpertInnen

Die im Anhang dargestellten Fallbeispiele verdeutlichen wie vielfältig die Situationen sind, in denen illegalisierte Migrantinnen medizinischer Hilfe bedürfen, jedoch aus unterschiedlichen Gründen nicht bekommen. Es wird deutlich, dass zum einen große Unsicherheit und großes Unwissen über die Rechtslage und über bestehende Angebote herrscht. In Fallbeispiel 1 nimmt der Migrant bleibende gesundheitliche Schäden in Kauf, weil sein Arbeitgeber ihm nach einem Arbeitsunfall die medizinische Versorgung verweigert. Er weiß auch nicht dass er ein Recht auf Notfallversorgung hat, die von Unfallversicherung des Arbeitgebers – unabhängig vom Aufenthaltsstatus des Beschäftigten - getragen wird.

Das Fallbeispiel 2 zeigt welche Angst die illegalisierten MigrantInnen vor Krankenhausaufenthalten haben. Diese Frau befürchtet nicht nur ohne Versicherungskarte nicht versorgt zu werden, sondern darüber hinaus an die Ausländerbehörde verraten zu werden.

Eine ältere Frau wie in Fallbeispiel 3, die hier schon seit 9 Jahren arbeitet, nimmt lieber schwerwiegende und inzwischen chronische Schmerzen im Kniegelenk in Kauf, als zum Arzt zu gehen, schon weil sie nicht weiß, wie viel eine Behandlung kosten würde. Auch, wenn eine Frau sich inzwischen legalisiert hat (Fallbeispiel 4), aber noch dringend auf ein festes Arbeitsverhältnis angewiesen ist, bis sie einen regulären Aufenthaltsstatus bekommt, geht sie wie viele Frauen ohne Papiere trotz massiver Rücken- und Gelenkschmerzen zur Arbeit, weil sie Angst hat, diese sonst durch Willkür der Vorgesetzten zu verlieren.

Eine ganz andere Sichtweise auf die Gesundheitsversorgung in Hamburg wird in Fallbeispiel 5 deutlich: Sebastian ist als Jugendlicher illegal nach Hamburg eingereist und hat als Stricher eine besondere Betreuung erfahren. Nach dem Infektionsschutzgesetz wird Personengruppen, die häufiger an sexuell übertragbaren Erkrankungen leiden (wie Prostituierte und Stricher) eine besondere Behandlung zuteil. Sie können sich unabhängig vom Aufenthaltsstatus im CASA blanca, der zentralen Beratungsstelle der Gesundheitsbehörde anonym und kostenlos beraten und behandeln lassen. Dazu gehören auch Vorsorgeuntersuchungen. Hinzu kommt, dass die Beratungsstellen in diesen Bereichen - häufig durch Spenden - noch relativ

gut personell und materiell ausgestattet sind, so dass die Gesundheitsversorgung als ausreichend empfunden wird, auch wenn z.B. keine Therapien für Krankheiten stattfinden, die außerhalb der sexuelle übertragbaren Erkrankungen auftreten. Im Fallbeispiel 6 beklagt ein Migrant, der sich auf Grund eines Verstoßes gegen die Residenzpflicht illegal in Hamburg aufhielt, weil er jahrelang nur eine örtlich gebundene Duldung in Brandenburg hatte, die prekäre medizinische Versorgung der Illegalisierten. Er benennt die Medizinische Beratungsstelle in Altona (Medibüro) als „einziges soziales Projekt“, das einmal in der Woche geöffnet hat. Er hat sich eine eher resignierte Haltung zugelegt. In seiner Wahrnehmung sind gesundheitliche Standards wie Gesundheitsvorsorge, Krebsvorsorge, zahnärztliche Untersuchungen einfach nicht möglich. Fallbeispiel 8 macht noch einmal deutlich wie im Fall des Bruders des Interviewten die ganze Familie in große Not geriet, als der eine Blinddarmoperation benötigte, die 1500 Euro kostete. Aus Angst vor Entdeckung haben sie die Summe selber aufgebracht, wobei ihnen Familienangehörige und Freunde zur Seite standen.

Die Ergebnisse und Befunde aus den ExpertInneninterviews verdeutlichen zum einen wie groß das ehrenamtliche und politische Engagement gerade in diesem Bereich der gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Hamburg ist. Es ist aber auch aus allen Interviews eindeutig herauszulesen, dass diese Angebote bei weitem nicht ausreichen und zudem auf einer sehr prekären Grundlage geleistet werden. Im Wesentlichen beruhen sie auf ehrenamtlichem Engagement Einzelner in Verbindung mit einem freiwilligen Verzicht auf (kostendeckende) Vergütungen. Selbst bei einer Vermittlung von 600 Patienten im Jahr an private Ärzte in Hamburg betonen die Mitarbeiterinnen der Medizinischen Beratungsstelle, dass sie längst nicht alle Bedürftigen erreichen. Wie aus den Betroffeneninterviews deutlich wurde, ist zudem selbst diese alteingesessene und gut vernetzte Einrichtung vielen MigrantInnen nicht bekannt. Das ehrenamtliche Engagement von 45 bis 50 Ärzten, die PatientInnen umsonst behandeln, soweit keine Laborkosten und Medikamente anfallen, ist nach Ansicht aller Befragten ein Tropfen auf den heißen Stein. Ganz besonders schwierig wird es bei notwendigen Krankenhausaufenthalten. Nach den Beobachtungen der Beraterinnen und ÄrztInnen vermeiden es die Menschen so lange wie möglich in ein Krankenhaus zu gehen.

Zudem ist es sehr mühsam und nur für den Einzelfall möglich ein Krankenhaus zu finden, das bereit ist, entstehende Kosten selbst zu übernehmen oder sich auf informelle Lösungen einzulassen. In aller Regel werden im Zuge der Sicherstellung der Kostenübernahme die Sozialdienststellen eingeschaltet, was zur Folge hat, dass eine Meldung an die Ausländerbehörde droht.

Allen Mitarbeiterinnen in den Beratungsstellen sind Fälle bekannt, in denen es zu inhumanen Vorgehensweisen gegenüber den betroffenen PatientInnen kommt. Sehr häufig betroffen sind Frauen während der Schwangerschaft und bei der Geburt, deren besondere Schutzbedürftigkeit nicht berücksichtigt wird.

Entgegen der prekären Hilfe im Einzelfall wird ein erheblicher Bedarf an einer allgemeinen, strukturellen Integration von irregulären MigrantInnen in die Versorgungsstrukturen des Gesundheitssystems deutlich. Das scheint nach den bisherigen Erkenntnissen weniger eine Frage der aufenthaltsrechtlichen Rahmenbedingungen und der Meldeverpflichtung, sondern vor allem eine Frage der Refinanzierungsregelungen zu sein.

Selbst wenn die Krankenhäuser von der Meldepflicht befreit sind und (niedergelassene) ÄrztInnen sich sowieso auf ihre Schweigepflicht berufen können, ist die Übernahme der Kosten, die bei der Behandlung von Menschen ohne Papiere entstehen, zu regeln, zumal der Ökonomisierungsdruck insbesondere in Krankenhäusern diese immer wieder in das Dilemma zwingt, medizinische Entscheidungen auch unter Kostengesichtspunkten fällen zu müssen. Im Interview mit dem Hausarzt, der gleichzeitig als Anästhesist in Krankenhäusern tätig ist, wird so auch klar, dass es immer weniger ÄrztInnen und Leiter von Krankenhäusern sind, die mal einen Fall mit einschieben können. Die Kosten sind einfach in einem Einzelfall schon sehr viel höher als wenn ein Praxisbesuch stattfindet.

6. Lösungsansätze und Resümee für Hamburg

Die bisherigen Ergebnisse und Befunde zeigen die Dringlichkeit, die gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere sicherzustellen und vorhandene Zugangsbarrieren zu den Institutionen des Gesundheitssystems abzubauen. (Selbst-)Hilfeaktivitäten wie die der bestehenden Beratungsstellen können dem Bedarf bei weitem nicht gerecht werden. Sie können eine fachgerechte Gesundheitsversorgung mit Vorsorge und Nachsorgebehandlung in Hamburg nicht garantieren.

Lösungsansätze für die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne regulären Aufenthalt sind vielfältig und können auf unterschiedlichen politischen wie finanziellen Ebenen ansetzen:

1. Runde Tische auf Länder- und kommunaler Ebene:

Ein wichtiger Schritt für die Sensibilisierung der betroffenen Akteure ist die Entwicklung einer Kommunikationsstruktur auf kommunaler Ebene. In Freiburg, Hannover, Göttingen und Bonn werden inzwischen runde Tische erprobt. Dabei kommt es vor allem darauf an, dass alle relevanten Akteure beteiligt sind: Gesundheitsämter, weitere involvierte Verwaltungseinheiten, Polizei, medizinische Beratungsstellen, frei-gemeinnützige und kirchliche Einrichtungen, VertreterInnen der Ärzteschaft, Krankenhäuser etc.

Sinn eines runden Tisches ist es, die Problemlagen zusammen zu tragen, gemeinsam zu erörtern, nach Möglichkeiten zu einem gemeinsamen Problemverständnis auf der konkreten Ebene zu kommen und pragmatische Lösungswege im Interesse der Migrantinnen und Migranten ohne Aufenthaltsstatus zu entwickeln.

In Hamburg könnte der Aufbau des Runden Tisch Prostitution, der aus der Gesundheitsbehörde einberufen wird und alle relevanten Ämter, Beratungsstellen und die Gewerkschaft beteiligt als Vorbild dienen.

2. Humanitäre Sprechstunde

In Frankfurt unterhält das Gesundheitsamt die „humanitäre Sprechstunde“, die sich ausdrücklich auch an die Bevölkerungsgruppe der Papierlosen richtet. Es werden Impfungen für Kinder angeboten und akute Erkrankungen versorgt. Hier ist der Aufbau von Kooperationsbezügen zu Krankenhäusern und Fachärzten erforderlich, um sowohl eine fachgerechte Diagnostik als auch Behandlung zu gewährleisten, die über die hausärztliche Versorgung hinaus gehen muss.

Das Konzept zur hausärztlichen Versorgung von Asylbewerbern, das vom Gesundheitsamt des Bezirkes Altona schon im Jahre 2007 entwickelt wurde, könnte eine geeignete Grundlage für eine humanitäre Sprechstunde in Hamburg sein. Dieses „Fachkonzept für eine bedarfsbezogene allgemeinmedizinische Praxis beinhaltet als zentrale Komponente die medizinische Basisversorgung von AsylbewerberInnen in einem organisatorischen personellen Bezugsrahmen, der zielgruppengemäß ist und der Verantwortlichkeit des ÖGD entspricht. Oberziel ist die im Einzelfall notwendige und geeignete medizinische Behandlung zur Abwendung von Gesundheitsschäden.“ Als Aufgaben dieser Allgemeinmedizinischen Praxis werden genannt:

- Anamnese erheben
- Diagnose stellen
- Beratungen durchführen
- Behandlungen anwenden
- Dokumentationen niederlegen

(vgl. Konzeption zur hausärztlichen Versorgung von Asylbewerbern, A/GA-L vom 14.02.07)

Zu überprüfen wäre auch inwieweit das Konzept der zentralen Beratungsstelle für sexuell übertragbare Erkrankungen der Gesundheitsbehörde casa blanca, in Verbindung mit dem Konzept der humanitäreren Sprechstunde eine geeignete Form bieten könnte als anonyme und kostenlose Anlaufstelle für Menschen ohne Papiere zu dienen, wo deren gesundheitliche Versorgung sichergestellt werden könnte.

3. Anonymer Krankenschein

Der Ansatz des „anonymen“ oder „geschützten“ Krankenscheins zielt darauf auch Menschen ohne Papiere in das reguläre Gesundheitssystem zu integrieren. Vorstellbar ist eine anerkannte Beratungsstelle in einem Gesundheitsamt unter ärztlicher Leitung, die den Bedarf überprüft ohne der behördlichen Übermittlungspflicht zu unterliegen und den Krankenschein im Auftrag des Sozialamtes an die Bedürftigen ausstellt womit diese zu einem niedergelassenen Arzt oder Krankenhaus gehen können.

4. Gesundheitsfonds

Fondmodelle können sowohl auf Bundesebene wie auch auf kommunaler Ebene realisiert werden. Es ist im Grunde kein Gesamtkonzept zum Umgang mit der Gesundheitsversorgung papierloser Menschen, sondern eher ein Finanzierungsmodell.

Sie können wie in den Niederlanden staatlich finanziert werden oder auch wie in München mit privaten Geldern aufgestockt werden. Als Nachteile der Gesundheitsfonds werden gesehen:

- Ein Fond hat eine festgelegte Höhe und ist dadurch schwerfällig und nicht auf den eigentlichen bedarf ausgerichtet (Wiesner: 24)
- Für die Betreuung des Fonds müssten neue aufwendige Verwaltungsstrukturen aufgebaut werden und es wird bezweifelt, dass diese zu den gewünschten und gerechten Entlastung von Leistungserbringern führt (Deutsches Institut für Menschenrechte 2007: 24)

Resümee:

Wie die Auswertung der Untersuchung von Anna Kühne zeigt wird der Gesundheitszustand der Illegalisierten von 76% der ÄrztInnen schlechter eingeschätzt, als der Ihrer übrigen PatientInnen (die vermutlich im Durchschnitt deutlich älter sind). Mehr als ein Drittel der MigrantInnen gibt eine Verschlechterung der Gesundheit während der Illegalität an. Sie stellt fest: „Insgesamt wird der Zugang zu Vorsorgeuntersuchungen und medizinischer Behandlung durch MigrantInnen und ÄrztInnen als unzureichend und hindernisreich beschrieben, eine kontinuierliche Behandlung ist nicht gewährleistet.“ (Kühne, 2009:49)

In Hamburg wäre für die Sicherung einer gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne Papiere eine Kombination verschiedener Maßnahmen vorstellbar, die unterschiedliche Ebenen berücksichtigen:

Über die Etablierung eines Runden Tisches „ Gesundheitsversorgung Papierloser“ mit Vertretern von Behörden, Ärztekammer, Ärztinnen und Ärzte, Nichtregierungsorganisationen (wie Medibüro, Familienplanungszentrum , Malteser Migrantinnen Medizin) ehemalige papierlose Migrantinnen und Migranten, Flüchtlingszentrum u.a. kann zunächst einmal die Grundlage für eine sachliche Kommunikation hergestellt werden. Basierend auf dem Konzeptpapier des Gesundheitsamtes Altona von 2007 könnte eine Humanitäre Sprechstunde als Modellprojekt für 3 bis 5 Jahre im Gesundheitsamt Altona erprobt werden. Darüberhinaus wäre die Erprobung eines geschützten anonymen Krankenscheins mit Ausgabestellen in der humanitären Sprechstunde und ärztlich geleiteten Beratungsstellen wie dem Medibüro, Familienplanungszentrum, Pro Familia ein wesentlicher Schritt, um die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere wesentlich zu verbessern.

7. Literaturliste:

Alt, Jörg, 1999. Illegal in Deutschland. Forschungsprojekt zur Lebenssituation "illegaler" Migranten in Leipzig. Herausgegeben im Auftrag des Jesuit Refugee Service Europe. Karlsruhe: von Loeper.

Alt, Jörg, 2003. Leben in der Schattenwelt. Problemkomplex "illegale" Migration. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag.

Anderson, Philip, 2003: "Dass sie uns nicht vergessen." Menschen in der Illegalität in München. Eine empirische Studie im Auftrag der Landeshauptstadt München, München: Sozialreferat der Stadt München.

Asylbewerberleistungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997 (BGBl. I S. 2022), zuletzt geändert durch Artikel 2e des Gesetzes vom 24. September 2008 (BGBl. I S. 1856)

Bertram, Hans, 2006: Zur Lage der Kinder in Deutschland: Politik für Kinder als Zukunftsgestaltung, in: Innocenti Working Paper, UNICEF 2006

Bommes, Michael; Wilmes, Maren, 2007: Menschen ohne Papiere in Köln. Eine Studie zur Lebenssituation irregulärer Migranten - im Auftrag des Rates der Stadt Köln, Köln: Stadt Köln.

Buckel, Simone 2009: Ohne Papiere in der Stadt in: Forum Wissenschaft 1/2009: Wo leben wir eigentlich? Städte: Planung, Entwicklung, Innenleben, Marburg

Bundesministerium des Innern, 2007: Bericht des Bundesministeriums des Innern zum Prüfauftrag "Illegalität": Illegal aufhältige Migranten in Deutschland - Datenlage, Rechtslage, Handlungsoptionen, Februar 2007, Ausschussdrucksache 16(4)306 des Innenausschusses des Deutschen Bundestages, Berlin.

Cyrus, Norbert, 2004: Aufenthaltsrechtliche Illegalität in Deutschland. Sozialstrukturbildung - Wechselwirkungen - Politische Optionen. Bericht für den Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration, Nürnberg: BAMF.

Dethloff, Fanny (Hg.); Neumann, Ursula (Hg.), 2004: Dokumentation des Kindersymposiums "Kinder auf der Flucht" am 27.11.2004, Universität Hamburg

Deutscher Gewerkschaftsbund, 2009: Diskussionspapier zur Situation von menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus in Deutschland, Berlin

Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg.) 2007: Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland – ihr Recht auf Gesundheit, Berlin

Figatowski, Bartholomäus u.a. (HG.), 2007: Migration – The Making Of Migration, Repräsentationen, Erfahrungen, Analysen. Münster

Fischer-Lescano, Andreas; Tillmann Löhr, Tillmann, 2008: Menschenrecht auf Bildung. Mitteilungsverbote von Schulen in aufenthaltsrechtlichen Angelegenheiten. *Informationsbrief Ausländerrecht*, 29, S. 54-59.

Fodor, Ralf, 2001: Rechtsgutachten zum Problemkomplex des Aufenthaltes von ausländischen Staatsangehörigen ohne Aufenthaltsrechte und Duldung in Deutschland. in: Alt, Jörg; Fodor, Ralf (Hg.) *Rechtlos? Menschen ohne Papiere*. Karlsruhe: von Loeper Verlag.

Forum Menschenrechte, 2008: Menschenrechte für Menschen ohne Papiere realisieren! Forderungen des Forum Menschenrechte zur Durchsetzung der Menschenrechte von Migrantinnen und Migranten ohne Aufenthaltsstatus bzw. ohne Duldung, 30. Mai 2008, Berlin Berlin (http://forum-menschenrechte.de/cms/upload/PDF/ab_05-2008/FMR_menschenrechte_fuer_menschen-ohne-papiere.pdf).

Hoff, Benjamin , 2009: <http://benjamin-hoff.de/article/3324.krank-und-ohne-papiere.html>

IWBF (Institut für Weiterbildung, Beratung und Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Ludwigshafen), 2006: Lebenslage "illegal". Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Frankfurt am Main. Notlagen und Lebensbewältigung - Wege der Unterstützung. Ergebniszusammenfassung, Karlsruhe: von Loeper.

Krieger, Wolfgang, 2008: Statuslose in Frankfurt, Lebenslagen, Hilfebedarfe, Unterstützungssysteme. In: Hamburger Forum für soziale Arbeit und Gesundheit, standpunkt : sozial 1+2/2008

Kühne, Anna, 2009: Gesundheit, Umgang mit Erkrankungen und Zugang zum Gesundheitssystem bei MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Hamburg. In: Mitrovic, Emilija: Gesundheitssituation von Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus, Hamburg, 2009

Lamnek, Siegfried, 1998: Gruppendiskussion. Theorie und Praxis, Weinheim

Lamnek Sigfried, 1989: Qualitative Sozialforschung, München,

Mayring, Philipp, 1996: Einführung in die qualitative Sozialforschung; 3., ü. a.Auflage (Psychologische Verlags Union), Weinheim

Schmitt, Ellen, 2007: Gesundheitsversorgung und Gesundheitsbedarf von menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in: Flüchtlingsrat, Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Sonderheft 120

Sozialgesetzbuch (SGB), 2008: Siebtes Buch- Gesetzliche Unfallversicherung vom 7. August 1996 § 2

Thomas, Hans (Hg.), 2005: Ärztliche Freiheit und Berufsethos, Verlag H.J. Röll

Wiesner, Andreas u.a. 2008, Gesundheitsversorgung von papierlosen menschen in Bremen, MediNetz Bremen

8. Anhang:

Interviewauszüge mit MigrantInnen ohne Aufenthaltsstatus und ExpertInnen

Fallbeispiel 1: Zoran G. ist 48 Jahre alt, verheiratet, 2 Töchter, stammt aus einer Kleinstadt in Serbien, Uzice. Die Ehefrau von Zoran G. hat keine Arbeit und pflegte in den letzten Jahren ihre bettlägerige Mutter. Die beiden Töchter sind noch in Ausbildung. Die eine studiert in Belgrad, die andere besucht noch die Schule in Uzice. Um den Lebensunterhalt der Familie, sowie das Studium der Tochter in Belgrad finanzieren zu können musste Zoran G. eine Arbeit im Ausland finden. Im August 2001 fuhr er mit verschiedenen Zügen von Uzice über Belgrad, Zagreb, Slowenien, Österreich nach Hamburg. Er reiste ohne Visum ein. Seine Anlaufstelle in Hamburg war die orthodoxe Kirche. Dort lernte er den Besitzer einer Leiharbeitsfirma kennen. Er wurde in einer Firma in der Nähe von Hamburg eingestellt. Als gelernter Schlosser hat er bei der Firma auch als solcher gearbeitet. Die Arbeit mit dem Schweißgerät hat bei ihm zu gesundheitlichen Schäden geführt: Kopfschmerzen, Augenentzündungen, Beeinträchtigung des Sehvermögens waren die Folge. Bei einem Arbeitsunfall mit der Bohrmaschine wurde ihm die rechte Hand durchbohrt. Eine ärztliche Versorgung gab es nicht, da der Chef vor Entdeckung des illegalen Arbeitsverhältnisses Sorge hatte. Zoran besorgte sich privat auf eigene Kosten eine Salbe und Mullbinden aus der Apotheke und ließ sich die Hand von einer Nachbarin verbinden. Von diesem Unfall ist ihm ein Finger steif geblieben.

Fallbeispiel 2: Amelia kam 2002 aus Ecuador nach Deutschland. Sie sagte, es sei wie bei allen, man geht immer, weil man Probleme hat, meistens finanzielle. Sie hatte aber auch persönliche Probleme, nach ihrer gescheiterten Ehe. Sie kam 2002 direkt in Hamburg an, hier hatte sie bereits eine Freundin. Diese hatte ihr auch schon einen Job besorgt, in einem Privathaushalt. Sie ist mit einem Touristenvisum eingereist und dann geblieben.

Von Anlaufstellen und Hilfsorganisationen hatte sie zwar schon gehört, hatte sie aber nie in Anspruch genommen.

Amelia hat von dem politischen Geschehen in Hamburg wenige Kenntnisse. Sie meinte, sie hätte da keine Zeit dafür. Aber für sie ist ein besonderes Anliegen die Gesundheitsvorsorge:

„Denn was macht man denn wenn man krank ist? Verrecken, am Straßenrand! Man kann ja nirgends hin bevor es schlimmer wird... ich weiß auch dass sie bei einer Freundin im Krankenhaus die Versichertenkarte wollten, und als die keine hatte, haben sie bei der Ausländerbehörde angerufen!“

Fallbeispiel 3: Corinna ist 54 Jahre alt. Sie kam vor 9 Jahren aus Honduras ohne gültige Papiere nach Hamburg. Sie hat vier Kinder, die sie in Honduras gelassen hat.

Sie putzt nun in einem Restaurant und arbeitet an sechs verschiedenen Stellen als Reinigungskraft in privaten Haushalten. Sie erzählt davon, dass sie einige Male nicht bezahlt wurde, aber sie fühle sich zu alt dagegen was zu machen. Sie empfindet ihre Arbeit als zu anstrengend, und hat seit einem Jahr schwerwiegende Probleme mit dem Knie. Auf die Frage, was sie in solchen Situationen macht, antwortete sie mit: *„aushalten eben ... was bleibt mir anderes übrig, ich weiß ja nicht mal, wie viel so was kosten kann“*

Sie hat vor einigen Tagen von der spanischen Gemeinde gehört, die helfen soll. Ihre Freundin sagte ihr, da kann jemand mit ihr zum Arzt gehen. In den letzten 9 Jahren hatte sie aber nie was von den Anlaufstellen gewusst.

Ihr Hauptproblem ist ihr Alter, sie merkt dass ihr Körper nicht mehr mit macht. Das bereitet ihr große Sorgen, weil sie ja kein Geld verdient, wenn sie krank wird.

Fallbeispiel 4: Andrea, 38 Jahre alt, verheiratet, keine Kinder, kam 1999 nach dem Erdbeben aus Kolumbien nach Deutschland. Ihre Schwester lebte in Hamburg und war mit einem Deutschen verheiratet. Andrea kam mit einem 3 Monats-Visum und blieb dann vier Jahre ohne Papiere nach Hamburg. Gemeinsam mit ihrer Schwester putzte sie zunächst in privaten Haushalten. Sie arbeitete auch als Babysitterin. Später, nachdem sie sich über eine Heirat legalisiert hatte, fand sie Arbeit in einem Hotel. Dort verdient sie offiziell den tariflich festgelegten Stundenlohn von 8 Euro 15 / Stunde. In der Realität bekommt sie für ein gereinigtes Zimmer entweder 80 Cent, wenn der Gast bleibt, oder 1 Euro 70, wenn der Gast abreist. Zu der geringen Entlohnung kommt ein immenser Druck durch die Vorgesetzte. Sie macht den

Reinigungskräften viel Stress. *„Wenn du krank bist, brauchst du morgen gar nicht wieder zu kommen!“*. Da alle Angst haben wegen ihrer Aufenthaltspapiere, die an das Arbeitsverhältnis gekoppelt sind, meldet sich kaum jemand krank. Auch wenn sie, wie Andrea, massive Rücken- oder Gelenkschmerzen haben. Neben der Arbeit im Hotel, wo sich nicht mehr als 800 Euro im Monat verdient, geht sie noch schwarz in Privathaushalten putzen.

Andrea hat typische berufsbedingte Krankheiten vom vielen Heben, Bücken und schwerem Tragen: Bandscheibenbeschwerden, Rücken- und Gelenkschmerzen. Sie hat jedoch weder die Zeit noch das Geld sich in eine Behandlung durch Fachärzte zu begeben.

Fallbeispiel 5: Sebastian, 28 Jahre, verheiratet, ein Kind, kam vor 13 Jahren aus Polen nach Hamburg. Er schaffte als Stricher am Hauptbahnhof und in St. Georg an. Er sah keine Probleme seine Gesundheitsversorgung in der ganzen Zeit ohne Papiere regeln: *„Ich hatte eine Möglichkeit über Basis. Bei der zentralen Beratungsstelle an der Holstenstraße. Ganz früher waren die auch in der Danziger Strasse. Das war kein Problem mit Ärzten. Ich hatte auch im Zentrum einen polnischen Arzt. Der Arzt hat jedesmal 20, 30 Euro bekommen. Das geht doch.“*

Für sich persönlich sieht er gar kein Problem in der Gesundheitsversorgung, er fühlt sich bei Basis gut aufgehoben: *Gerade habe ich gesehen, in der Küche gibt es Essen um 12 Uhr. Die geben Essen, Klamotten, etc. Dann kommen noch zwei Ärzte von der mobilen Hilfe... das ist überhaupt kein Problem“*.

Aber er schildert ein anderes Problem, als er auf dem Bau gearbeitet hat: *„Ich hab‘ z.B. ein Problem gehabt, damals 2000 in Flensburg war das. Da haben wir einen Unfall gehabt. Und ich war schwarz angestellt. Da bin ich mit dem Bagger gefahren und da ist die ganze Wand runtergekommen. Und einer war ganz, ganz schwer verletzt. Und da hab ich auch bisschen Schiss gehabt. Aber da hab ich auch gesagt: Scheiße, ich muss ihm helfen, hab den Krankenwagen angerufen, die Polizei kam und dies und das. Ich fragte den Polizisten willst du meine Papiere haben. Er sagte nein, du hast mit der Sache nichts zu tun, ich spreche mit deinem Chef.“*

Fallbeispiel 6: Antonio kam 1999 ohne Visum als Asylbewerber von Kolumbien nach Deutschland. Er hat sein Land aus politischen Gründen verlassen, wurde nicht als politischer Flüchtling anerkannt, sondern bekam eine Duldung. Antonio hat zwei Kinder im Alter von 12 und 15 Jahren, die nicht in Deutschland leben. Er schickt kleine Summen zur Unterstützung. Er war gut drei Jahre in Brandenburg in einem Asylbewerberheim. Häufig hielt er sich nicht an das Verbot den Landkreis zu verlassen (Residenzpflicht). Er geriet immer wieder in Kontrollen und musste zum Teil hohe Geldstrafen zahlen oder Sozialstunden ableisten.

Die gesundheitliche Versorgung der Illegalisierten hält er für sehr schwierig. Es gäbe kaum ärztliche Versorgung, nur einmal die Woche eine Möglichkeit der Betreuung in einem sozialen Projekt. Das einzige in Hamburg. Bei Krankheiten oder Unfällen ist Hilfe schwer zu bekommen. Medikamente in Apotheken müssen schon frei verkäuflich sein, um sie zu erhalten.

Gesundheitsvorsorge, Krebsvorsorge, Zahnärztliche Untersuchungen sind einfach nicht möglich. Alle Behandlungen müssen selber getragen werden, sind teuer. Das Geld reicht hierfür nicht. Makaber wird die Situation wenn jemand verstirbt, nicht nur die gesundheitliche Versorgung kostet Geld: und auch die Überführung ins Heimatland wird ein finanzielles Fiasko. So sollte die Überführung einer illegalisierten Frau, die im Krankenhaus verstarb, 15.000 € kosten.

Fallbeispiel 7: Juan kam 2001 mit einem Touristenvisum für drei Monate aus Ecuador nach Madrid und reiste dann nach Deutschland weiter. Sein Bruder und dessen Frau lebten dort und so konnte er bei ihnen unter kommen, hatte gleich Kontakte und eine Unterkunft. Insgesamt lebte er zwei Jahre ohne Papiere bei seinem Bruder. Obwohl er nur wenig verdiente, schickt er bis heute Geld zu seiner Familie nach Ecuador.

Aufgrund eines Unfalls bei dem die Polizei geholt werden musste, wurde Juans illegaler Aufenthalt aufgedeckt. Die Ausländerbehörde wurde informiert und Juan kam zuerst ins Untersuchungsgefängnis, dann nach Fuhlsbüttel, wo er auf seine Abschiebung wartete.

Da er einen Anwalt hatte, konnte zumindest die Abschiebung beschleunigt werden. Nach gut zwei Monaten flog Juan zurück nach Ecuador. Für den Gefängnisaufenthalt musste er zahlen: 60 € pro Tag, insgesamt rund 4.500 €. Juan litt besonders unter

der Kriminalisierung: *“ Klar, es ist eben so, dass du wie ein Krimineller behandelt wirst. Weil (...) obwohl keine Straftat begangen hast, behandelt man dich wie einen Kriminellen(...). Ich denke, dass die einzige Straftat die ich begangen haben kann(-) ist (-) illegal gewesen zu sein und (---) im Gefängnis musst du mit den anderen Kriminellen zusammen leben als ob du einer von denen wärst.man unterscheidet nicht nach dem was du getan hast. Für mich ist das sehr entwürdigend gewesen.”*

Aus seiner Sicht ist die medizinische Versorgungslage für Illegalisierte in Hamburg prekär. Es gibt nur wenige Ärzte und ein “Versorgungszentrum “für Illegale in Hamburg. Viele kennen diese Einrichtung nicht. Alle Behandlungen müssen aus eigener Tasche bezahlt werden. Besonders schwierig wird es bei medizinischen Eingriffen, die einen Krankenhausaufenthalt erfordern. Sein Bruder, der eine Blinddarmentzündung hatte, die operiert werden musste, musste 1.500.- Euro für drei Tage im Krankenhaus bezahlen. Das Geld wurde von Freunden und Bekannten gesammelt. Glücklicherweise kannte er Leute in einer Klinik, so dass er ohne Versicherten-Karte behandelt werden konnte. Die medizinische Behandlung werde von Illegalen selbst - aus Angst vor Entdeckung und wegen der Kosten - auf das wirklich Allernotwendigste beschränkt.

Interviews mit ExpertInnen

Gespräch mit zwei Mitarbeiterinnen der Medizinischen Beratungsstelle für Flüchtlinge (Medibüro) , die 1994 in Altona gegründet wurde:

„Das Medibüro ist entstanden aus einer Gruppe engagierter Ärzte und Medizinstudenten: Ärzte die sich bereit erklärt haben weitestgehend kostenlos medizinisch zu untersuchen und wenn es geht zu versorgen. Und die Studenten, die die Vermittlungsarbeit leisten, Menschen ohne Papiere die Möglichkeit zu geben einen Arzttermin wahrzunehmen. Das heißt letztendlich, dass es in der Beratungsstelle selbst, die leider nur einmal die Woche auf hat, nicht zur Untersuchung kommt, sondern lediglich zur Vermittlung von Arztterminen in unser Ärztenetzwerk. Inzwischen sind die Leute, die jetzt Beratung machen, nicht alle ausschließlich Medizinstudenten, sondern eben auch andere Leute die sich engagieren wollen und die diese Arbeit wichtig finden.“

Insgesamt hat das Medibüro Kontakt zu einem Netzwerk von 45 bis 50 Ärztinnen und Ärzten, die bereit sind Menschen ohne Papiere zu behandeln.

„Allerdings gibt es natürlich Schwerpunkte. Wir haben viele Allgemeinmediziner, wir haben eine Handvoll Gynäkologen, bei anderen Fachdisziplinen wird es natürlich enger. Also, wir haben super wenig Kinderärzte, zwei Hautärzte vielleicht, zwei Urologen vielleicht. Zahnärzte sind auch nie genug da, eigentlich bräuchte man ja fast die gleiche Menge.“

Und dann wird schon gleich eine der großen Schwierigkeiten angesprochen: „ Wir vermitteln halt wirklich nur Termine, wenn irgendwas wirklich akut da ist, wir können keine Vorsorge leisten.“ Und auch im akuten Bedarf kommt es immer wieder zu Engpässen, zum Beispiel in bestimmten Disziplinen wie Orthopädie. Oder was noch schwieriger erscheint ist die psychische Versorgung von Patientinnen und Patienten zu vermitteln. „Also, eine Psychotherapie dauert natürlich lange und dann kommt dazu noch die Sprachbarriere. Wir haben es dann schon häufiger mal gemacht, dass man dann halt einen Dolmetscher bezahlt und sich ein Psychologe bereit erklärt die Behandlung zu übernehmen, aber wir wissen jetzt eigentlich nicht von irgendwelchen wirklichen Langzeitbetreuungen, die dann auch geklappt haben.“

Inzwischen kann das Medibüro etwa 600 Patienten im Jahr vermitteln. Dennoch wissen die Mitarbeiterinnen, dass diese Hilfen auf keinen Fall zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Papiere ausreichen: *„Wir ja wissen, dass zu uns nicht alle kommen. Also, wir haben ganz klar bestimmte Gruppen die zu uns kommen. Zu uns kommen viele lateinamerikanische Frauen, hauptsächlich Ecuadorianerinnen und ein paar AfrikanerInnen. Aber die afrikanische Community, die ist garantiert größer als die Menschen, die wir zu Gesicht bekommen. Und ich denke mal, dass die sich anders versorgen. Und wenn man rum telefoniert auf der Suche nach Ärzten, stellt man gelegentlich auch mal fest, das es dann Ärzte gibt, die gar nicht in so einem Netzwerk sind und trotzdem in der Richtung arbeiten. Einfach selbst organisiert und über Mundpropaganda landen dann die Leute bei diesen Ärzten, das heißt, da gibt es noch andere Leute, die diese Arbeit machen ohne dass sich mit uns etwas zu tun haben, also ohne dass die Zahlen dann bei uns auflaufen und ich denke mal, dass in den Communities auch einige Leute sich anders organisieren, also das es da eigene Ärzte gibt.“*

Das Medibüro finanziert sich aus Spenden. Es spenden *„Leute aus unserem Freundeskreis, unserem erweiterten Freundes- und Bekanntenkreis. Leute, die man auf die Situation aufmerksam gemacht hat...Es gibt tatsächlich auch Ärzte die spenden, nicht nur ihre Arbeitszeit...Und viele Leute, die sich mit dem Thema auskennen, die früher mal bei uns mitgearbeitet haben und jetzt im Berufsleben stehen. Es gibt auch Unternehmen, bestimmte Buchläden, die eine Spendendose haben.“*

Die Mitarbeiterin des Medibüros schildert einen besonders krassen Fall aus ihrer Praxis: *„Ich hatte mal eine Frau aus Afrika in der Sprechstunde, die einen kleinen Sohn hatte und von ihrem Mann davongelaufen war, weil er sie misshandelt hatte. Sie war dann ganz allein, wusste nicht wie sie das Kind ernähren sollte und hat sich dann prostituiert. Die Frau wurde schwanger – vermutlich weil sie ungeschützt in der Prostitution gearbeitet hat – und wollte dann einen Abbruch. Also das lief auf jeder Ebene schlecht: kein richtiges Zuhause, konnte das Kind nicht richtig versorgen und setzte sich dann so einer Gefahr aus, weil sie keine andere Möglichkeit sah, Geld zu verdienen oder anderswo Rechte für sich einzufordern. Das fand ich dann schon sehr hart.“*

Die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern empfinden die Mitarbeiterinnen des Medibüros in der Regel als nicht befriedigend. Es gibt viele Krankenhäuser, die es ganz ablehnen Patientinnen ohne Papiere aufzunehmen. Bis auf ein Krankenhaus, mit dem es eine Vereinbarung gibt, wo sie eine bestimmte Anzahl von Fällen hinbringen können, will sich niemand auf eine generelle Regelung einlassen. „Es ist jedes Mal ein Einzelfall, bei dem man versuchen muss das beste herauszuholen...Das heißt man muss immer wieder auf die Suche gehen nach dem richtigen Arzt und der muss eine gute Verständigung mit seinem Verwaltungschef haben.“ Sie berichten, dass es oft vorkommt, dass die PatientInnen in der Aufnahmesituation unter Druck gesetzt werden, etwas zu unterschreiben, dass sie die Kosten selbst übernehmen.

Besonders bei Frauen, die Krebs haben, nehmen sie häufig wahr, dass diese aus Angst jahrelang warten, bis es dann viel schlimmer ist.

Für sie wäre die Lösung“ die Abschaffung der Übermittlungspflicht.“ Gut fänden sie auch einen Fond zu schaffen oder eine anonyme Anlaufstelle für Gesundheitsfragen und darüber hinaus eine anonyme Krankenkasse.

Interview mit einem Hausarzt und Facharzt für Anästhesie und ergänzenden Informationen durch die Sprechstundenhilfe:

Der Arzt ist seit 1989 mit seiner Praxis in St. Georg. Zuvor war er lange Zeit in einer Gemeinschaftspraxis in St. Pauli tätig. Schon damals behandelten die Ärzte und Ärztinnen viele Flüchtlinge, zumeist politische Flüchtlinge und Folteropfer, kostenlos. Die Praxis arbeitet mit dem Medibüro zusammen. Flüchtlinge ohne Papiere werden auch jetzt kostenlos behandelt. Nach seiner Erfahrung sind die Zahlen in den letzten Jahren zurückgegangen.

In der Praxis werden im Moment nicht mehr als zwei bis drei Patienten pro Monat behandelt. Also etwa 50 Patienten im Jahr, Männer und Frauen in etwa gleicher Anzahl. Die meisten kommen aus Lateinamerika, was daran liegt, dass seine Kollegin spanisch spricht und es von daher keine sprachlichen Probleme gibt.

Die Praxis behandelt im Quartal durchschnittlich 1000 bis 1200 Patienten. Bei diesem Volumen können sie 10 bis 20 Patienten pro Quartal kostenlos mit

behandeln, ohne dass es im Ablauf irgendwelche Probleme gibt. Die Medizin können sie meist kostenlos aus Pharmaprogen mitgeben.

Sollten Laborkosten für Blutuntersuchungen u.a. entstehen, werden diese in Höhe von 50 bis 70 Euro von der medizinischen Beratungsstelle getragen.

Bei schwerwiegendere Erkrankungen, die in der Praxis nicht behandelt werden können, wird eine Überweisung an einen Facharzt oder eine Einweisung ins Krankenhaus ausgestellt. Damit gehen die Patienten wieder in die medizinische Beratungsstelle. Dort werden sie dann an die entsprechenden Ärzte oder Krankenhäuser, in den Ärzte zur kostenlosen Behandlung und Hilfe bereit sind, weitervermittelt. In Zusammenarbeit mit einer Fachklinik, wo der Hausarzt auch als Anästhesist praktiziert, können auch Operationen durchgeführt werden. Er berichtet über den Fall einer illegalisierten Türkin, die aus dem Frauenhaus heraus von ihm in die geschlossene Psychiatrie eingewiesen wurde, um sie wirksam vor häuslicher Gewalt zu schützen.

Häufige Krankheiten sind bei Frauen: Blutungen, Anämie, Gastritiden, Magenerkrankungen und Infektionskrankheiten. Bei Männer stechen in seiner Praxis hervor: HIV und Knochentuberkulose.

Es gibt keine wirklichen Netzwerke unter den Ärzten, die Menschen ohne Papiere behandeln. Der praktische Ablauf ist: Eine Mitarbeiterin der medizinischen Beratungsstelle ruft an, nennt die Beschwerden und den Vornamen des Patienten und vereinbart einen Termin. Wenn der Patient kommt, werden seine Daten aufgenommen, damit in der weiteren Behandlung die Identität gesichert ist, es wird eine normale Karteikarte ausgefüllt. Die Patienten ohne Aufenthaltsstatus werden genauso behandelt wie alle anderen.

„Das läuft gut so bei uns!“ sagt Sprechstundenhilfe Simone. „ Die Patienten fühlen sich bei uns gut angenommen und werden nicht wie Menschen 2. Klasse behandelt.“

Politisch gesehen wünscht sich der Arzt, dass das Gesundheitswesen einen sozialen Ansatz verfolgen muss, der Patienten unabhängig davon, ob sie Papiere haben oder nicht, eine vernünftige Diagnostik zu stellen.

Interview mit zwei Mitarbeiterinnen einer Beratungsstelle zur Prävention und medizinischen Versorgung zum Thema Sexualität, Verhütung, Schwangerschaft:

Die Einrichtung besteht schon seit mehr als 10 Jahre in Hamburg. Sie wird jährlich von etwa 4000 Menschen – überwiegend Frauen – aufgesucht. Wovon etwa die Hälfte MigrantInnen sind. Welchen Aufenthaltsstatus die Patientinnen haben, wird bei der Anmeldung und dem Erstgespräch nicht abgefragt. Erst wenn es um konkrete medizinische Maßnahmen geht wird danach gefragt, ob eine Krankenversicherung vorliegt. Dann wird auch oft deutlich, das die Hilfesuchenden keinen regulären Aufenthaltsstatus haben.

Die Beratungsstelle betreut im Moment 17 schwangere Frauen im Alter zwischen 18 und 40 Jahren, die nach eigenen Angaben keine Krankenversicherung und auch keinen regulären Aufenthaltstatus in Hamburg haben. Die Betreuung während der Schwangerschaft ist für die Einrichtung unproblematisch. Schwierig wird es wenn die Geburt des Kindes oder in Schwangerschaftsabbruch anstehen, weil sich dann auch die Kostenfrage stellt.

Ein Schwangerschaftsabbruch kostet laut Aussage der Ärztin zwischen 300 und 350 Euro und mit Vollnarkose zwischen 400 und 450 Euro.

Eine normale Geburt ohne Kaiserschnitt beläuft sich auch etwa 1400 Euro, eine summe, die die Frauen selten aus eigener Kraft aufbringen können.

In der Beratungsstelle arbeiten Ärztinnen und professionelle Beraterinnen, die mehrere Sprachen beherrschen, sollten sie Unterstützung durch Dolmetscherinnen brauchen, so können sie die aus anderen Einrichtungen, mit denen sie vernetzt sind, problemlos anfordern. Darüberhinaus gibt es zwei Krankenhäuser in Hamburg, mit denen die Beratungsstelle gut zusammenarbeiten kann.

Die Ärztin und eine pädagogische Mitarbeiterin aus der Einrichtung berichten über ihre Erfahrungen im Umgang mit papierlosen Menschen an zwei Fallbeispielen, wie schwierig sich die gesundheitliche Versorgung vor allem papierloser Frauen gestaltet, wenn diese schwanger sind und für die Geburt – oder auch schon während der Schwangerschaft - in einem Krankenhaus stationär behandelt werden müssen:

Fallbeispiel 1:

Eine Frau aus Kamerun, die als Asylbewerberin eine örtliche Duldung für Berlin hatte und sich von daher illegal in Hamburg aufhielt, kam in die Hamburger Beratungsstelle. Sie hatte in der 22. Schwangerschaftswoche einen Blasensprung bekommen und brauchte dringend krankenhausesärztliche Hilfe. Die Frau war in ihrer Angst und Panik vor Entdeckung ihres fehlenden Aufenthaltsstatus für Hamburg nur mit Mühe zu überzeugen, dass sie ein Krankenhaus aufsuchen müsse. Erst nach langen Gesprächen und viel gutem Zureden – die Wehen setzten zwischenzeitlich schon ein – war sie überzeugt.

Der gerufene Notarzt fragte dann gleich als erstes nach ihren Papieren und weigerte sich sie zunächst in ein Krankenhaus zu fahren, wenn er nicht ihre Krankenversicherung und ihren Personalausweis einsehen könne. Das weckte die Panik bei der Patientin erneut. Erst nach längeren Debatten transportierte er sie dann in ein Hamburger Krankenhaus, wo sie nach Ansicht der Beraterin und der Ärztin sowohl ärztlich als auch medizinisch sehr gut versorgt wurde.

Auch die Kostenfrage konnte ohne aufenthaltsrechtliche Konsequenzen gelöst werden, weil das Krankenhaus die Behandlung der Frau und ihren Aufenthalt in Hamburg nachträglich gerechtfertigt hat. Insofern war dies ein Fall, der in großen und ganzen aus Sicht der Beratungsstelle positiv verlaufen ist.

Fallbeispiel 2:

„Es war eine Frau aus Ghana, die schon über mehrere Jahre in Hamburg lebte und als Babysitterin gearbeitet hat. Sie kam in die Beratungsstelle als sie schwanger war. Und hat hier die Schwangerenvorsorge in Anspruch genommen. In begrenztem Umfang – soweit wir das leisten konnten – ging es darum finanzielle Hilfen zu finden. Aufgrund von Komplikationen in der Schwangerschaft konnte sie ihren Job nicht weiter ausüben und war von einem Tag auf den anderen mittellos, sie hatte dann praktisch von heute auf morgen gar kein Geld mehr. Der Mann von dem sie schwanger war, war Deutscher und sie hatte sich in ihn verliebt. Dann, während der Schwangerschaft, stellte sich heraus, dass er nicht wollte dass sie die Schwangerschaft fortsetzte. Er hat ihr dann gestanden, dass er noch eine andere Frau hat, eine Deutsche die auch ein Kind von ihm erwartet und hat von ihr erwartet, dass sie die Schwangerschaft abbricht. Im Schwangerschaftskonfliktgespräch war

aber ziemlich schnell deutlich, dass sie die Schwangerschaft austragen wollte. Obwohl eben alles schwierig war, die finanziell, Wohnsituation, eigentlich das komplette Programm. Alles war kompliziert. Sie konnte vorübergehend bei einer Freundin wohnen, aber da war es auch ganz eng. Also sie brauchte richtig auch Hilfe. Sie hat also keinen gesicherten Aufenthaltsstatus. Aufgrund der Tatsache dass sie aber Mutter eines deutschen Kindes wurde, konnte dann ab Geburt der Aufenthalt legalisiert werden. Wobei dramatisch war, dass im Vorwege, also 6 Wochen vor bis 8 Wochen nach der Geburt versuchten wir die Frau dahin gehend zu unterstützen das sie eine Duldung bekommt. Also ab 32er Schwangerschaftswoche ist die Frau aufgrund der fortgeschrittenen Schwangerschaft nicht mehr reisefähig und von da an hat sie dann die Möglichkeit der Duldung. Aber in diesem Fall war es so, dass die Behörden nicht akzeptiert haben die Vaterschaftsanerkennung, die der Mann tatsächlich auch geleistet hat, im Vorwege anzuerkennen. Sondern die Frau musste in der fortgeschrittenen Schwangerschaft aus Hamburg weg, erst nach Horst, in das zentrale Aufnahmelager und dann noch in einen weiteren Ort. In diesem zweiten Ort hat sie entbunden, und erst dann wurde die Vaterschaft anerkannt und dann durfte sie nach Hamburg und dann konnten wir von hier aus wirklich ihren Aufenthalt auch länger sicher stellen.“

In diesem Fall erhielt die Frau auch finanzielle Unterstützung durch die Mutter-Kind-Stiftung und die Gretchen Tietje Stiftung. Allerdings nur, weil klar war, dass die Vaterschaft von einem Deutschen anerkannt wurde.

10. Gesundheit, Umgang mit Erkrankungen und Zugang zum Gesundheitssystem bei MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Hamburg

Anna Kühne, Cand. Med. and Studentin MSc Public Health (London School of Hygiene and Tropical Medicine)

[Zitierweise dieses Beitrags: Kühne, Anna: Gesundheit, Umgang mit Erkrankungen und Zugang zum Gesundheitssystem bei MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Hamburg. In: Mitrovic, Emilija: Gesundheitssituation von Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus, Hamburg, 2009, S.]

INHALTSVERZEICHNIS:

| | |
|--|----|
| 1. Bemerkung zu Methodik und Datengrundlage | 39 |
| 2. Epidemiologie der Erkrankungen..... | 41 |
| 2.1 Erkrankungverteilung bei PatientInnen des Medibüros | 41 |
| 2.2 Ergänzung und Bemerkung zur Erkrankungverteilung basierend auf der Befragung der ÄrztInnen im Netzwerk des Medibüros | 42 |
| 3. Einschätzung des Gesundheitszustandes durch MigrantInnen und ÄrztInnen | 43 |
| 4. Umgang mit Erkrankungen in der Illegalität..... | 44 |
| 4.1 Ängste und Barrieren beim Zugang zum Gesundheitssystem..... | 44 |
| 4.2 Versuche von Laienbehandlung zur Vermeidung des Kontaktes mit dem Gesundheitssystem | 45 |
| 4.3 Generelle Strategien im Umgang mit Erkrankung | 45 |
| 5. Probleme und Diskontinuität in der Behandlung | 46 |
| 5.1 Problemstellungen während der Behandlung | 46 |
| 5.2 Diskontinuitäten in der Behandlung | 46 |
| 6. Schwangerschaften | 47 |
| 7. Fazit..... | 48 |
| 8. Anhang..... | 49 |

1. Bemerkung zu Methodik und Datengrundlage

Die nachfolgende Betrachtung von Häufigkeit und Verteilung der Erkrankungen in der Population der MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Hamburg basiert auf der Routinedokumentation der medizinischen Vermittlungs- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und MigrantInnen in Altona (kurz: Medibüro).¹ Das Medibüro setzt sich politisch für den gleichberechtigten Zugang von MigrantInnen zu medizinischer

¹ Die Arbeitsdokumentation des Medibüros orientiert sich in ihrer Form an den Bedürfnissen der praktischen Arbeit des Medibüros. Ziel ist es die Kontinuität der Behandlung sicherzustellen. Als gesundheitliche Beschwerden sind nur die Erkrankungen vermerkt, die der Hauptanlass für die Arzttermine sind. In der Regel eine Beschwerde pro Arzttermin. Wurden zwei oder mehr Diagnosen vermerkt, war jede Diagnose für sich genommen, Grund für einen Arzttermin

Versorgung ein und vermittelt anonyme, kostenfreie medizinische Hilfe (Arzttermine, Operationen, Geburten, Beratung) für MigrantInnen unabhängig vom Krankenversicherungs- oder Aufenthaltsstatus.² Das Medibüro greift dafür auf ein Netzwerk niedergelassener ÄrztInnen zurück, die kostengünstig oder kostenfrei PatientInnen des Medibüros behandeln. Im Rahmen der Routinedokumentation werden die Selbstauskünfte der PatientInnen über ihre Beschwerden aufgezeichnet. Diese Dokumentation konnte für den Zeitraum Januar 2006 bis Juni 2008 ausgewertet werden. Die Beschwerden der MigrantInnen sind in Krankheitskategorien eingeteilt, die sich an den 21 Kategorien des ICD-10 in der deutschen Version von 2008 orientieren.³ ⁴ Es wurden während dieses Zeitraumes 975 Erkrankungen bzw. Schwangerschaften bei 875 PatientInnen dokumentiert. Das Medibüro wird nur von MigrantInnen mit einem medizinischen Anliegen konsultiert, es liegt insofern in der Natur der Untersuchung, dass sie keinen Aufschluss über Krankheitsprävalenzen oder den Gesundheitszustand der gesamten Population der Illegalisierten in Hamburg liefern kann.

Die Daten des Medibüros, die in Abbildung 1 dargestellt sind, werden durch zwei kleine quantitative Untersuchungen ergänzt, die nicht repräsentativ sein können aber eine Idee der Problemlagen vermitteln:

Untersuchung 1: Mit 24 PatientInnen des Medibüros wurde ein ausführlicher Fragebogen in Form eines strukturierten Interviews bearbeitet. Von Februar bis Juli 2007 wurde jede Patientin/ jeder Patient des Medibüros (n=147) gefragt, ob sie/ er zur Teilnahme an einer ausführlichen Befragung bereit wären. Die befragten PatientInnen wurden nicht speziell ausgewählt. Das Interview umfasste die Themenkomplexe Gesundheit, Umgang mit Krankheit sowie Inanspruchnahme medizinischer Versorgung und Barrieren zum Gesundheitssystem. Die 24 befragten MigrantInnen bilden eine Teilmenge der 875 PatientInnen des Medibüros, deren Erkrankungen in Abbildung 1 dargestellt sind. Neben der quantitativen Auswertung der Befragung, sind die individuellen Problemlagen der PatientInnen in Form von Fallschilderungen in den Kästen 2 – 4 dargestellt. Die Auswahl der Fallbeispiele strebt eine möglichst große Kontrastierung an.

Untersuchung 2: Im Januar 2007 wurden die ÄrztInnen im Netzwerk des Medibüros postalisch zu Gesundheit von Illegalisierten und Problemen bei der Versorgung selbiger gefragt. 25 von 71 Ärztinnen im Netzwerk beteiligten sich an der Befragung. Neben der deskriptiven statistischen Darstellung einer Auswahl der Ergebnisse, werden Fallschilderungen der ÄrztInnen im Rahmen der Befragung im Kasten 1 zitiert.⁵

² Zu soziodemographischen Merkmalen und Aufenthaltsstatus der PatientInnen s. Anlage 1

³ Vgl. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2008/fr-icd.htm>

⁴ Abweichend von den Kategorien des ICD-10 wurden aufgrund der Häufigkeit folgende Beschwerden als eigene Kategorien aufgeführt: Zahnmedizinische Erkrankungen (K00 – K08), unspezifische Symptome Abdomen (R10 – R19) und Schmerzen/ Störungen des Allgemeinen Befindens (R50 – R53)

⁵ Publikation der Zwischenergebnisse der Befragung unter: <http://www.aerztekammer-hamburg.de/funktionen/aebonline/pdfs/1202909653.pdf>

2. Epidemiologie der Erkrankungen

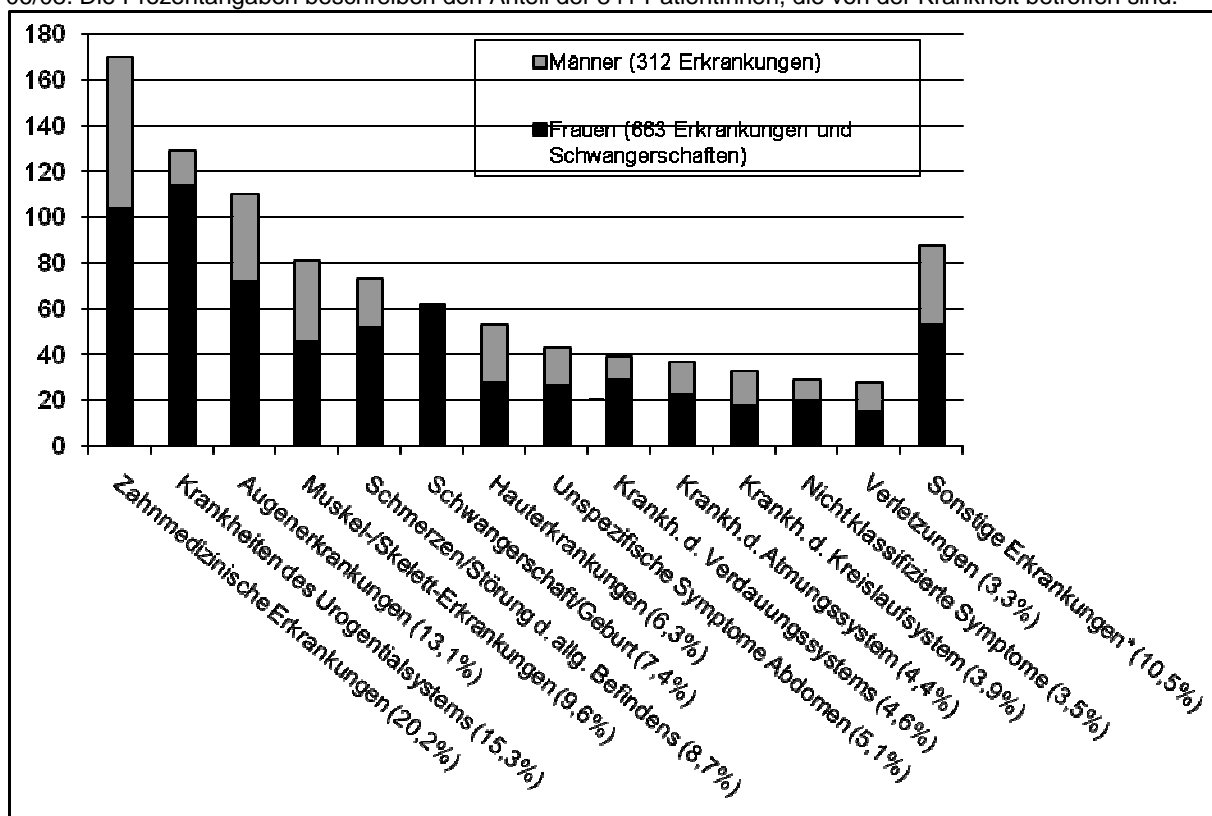
2.1 Erkrankungsverteilung bei PatientInnen des Medibüros

Die Anzahl PatientInnen, die vom Medibüro betreut wird, nahm im Verlauf von Januar 2006 bis Juni 2008 von 136 auf 231 pro Halbjahr zu. Diese Tendenz spiegelt sich auch in der Anzahl der vermittelten Arzttermine, der Anzahl der finanziellen Unterstützung, der Anzahl Beratungen, sowie der Anzahl Operationen und Dienstleistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaften.

Von 875 PatientInnen zwischen Januar 2006 und Juni 2008 waren 31 PatientInnen gesund. Sie hatten lediglich den Wunsch einen Arzttermin für Vorsorgeuntersuchungen zu erhalten und hatten keine Beschwerden, sie finden im nachstehenden Diagramm keine Berücksichtigung.

Von den verbleibenden 844 erkrankten MigrantInnen haben 17,5% mehr als eine behandlungsbedürftige Erkrankung. Für 841 PatientInnen mit 975 Erkrankungen ist eine Angabe zum Geschlecht verfügbar, diese sind Datengrundlage der nachstehenden Abbildung.

Abbildung 1: Erkrankungen und Schwangerschaften (n=975) bei PatientInnen des Medibüros zwischen 01/06 und 06/08. Die Prozentangaben beschreiben den Anteil der 841 PatientInnen, die von der Krankheit betroffen sind.



* Kategorie „Sonstige“ enthält in absteigender Häufigkeit: Endokrine- bzw. Stoffwechselerkrankungen, Infektionserkrankungen, Psychische und Verhaltensstörungen, Erkrankungen von Blut oder Immunsystem, Ohrenerkrankungen, Krankheiten des Nervensystems, Angeborenes, Neubildungen, äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität

Das Erkrankungsmuster spiegelt sich im Bedarf an Facharztkontakt wieder: Internisten und Allgemeinmediziner (zusammen 295 Termine), Zahnmediziner (190 Termine), Gynäkologen (179 Termine) sowie Augenärzte (107 Termine) wurden mit der höchsten Frequenz konsultiert.⁶

2.2 Ergänzung und Bemerkung zur Erkrankungsverteilung basierend auf der Befragung der ÄrztInnen im Netzwerk des Medibüros

Die ÄrztInnen wurden im Rahmen der postalischen Befragung gebeten, die drei häufigsten Erkrankungen bei Illegalisierten in ihrer Praxis darzustellen. Insgesamt wurden 63 Krankheitsbilder genannt.⁷ Entgegen der Epidemiologie der Erkrankungen, wie sie sich entsprechend der Beschwerdeschilderung durch die MigrantInnen des Medibüros darstellt, gaben die befragten ÄrztInnen als häufigste Erkrankung Psychische und Verhaltensstörungen an (13 Nennungen entsprechend 20,6%), gefolgt von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit 8 Nennungen (12,7%). Bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen bildeten mit 7 Nennungen (11,1%) die dritthäufigste Krankheitsgruppe. Diese drei Diagnosegruppen wurden von den behandelnden Ärztinnen im Verhältnis häufiger angegeben als von den MigrantInnen. Alle anderen Erkrankungsgruppen wurden weniger häufig durch die ÄrztInnen angegeben. Dafür kommen unterschiedliche Erklärungen in Betracht. Die Stichprobe der befragten ÄrztInnen ist nicht repräsentativ, PsychiaterInnen sind im Verhältnis zum Anteil, den psychiatrische Arzttermine in der Vermittlung des Medibüros ausmachen, überrepräsentiert (2/25 befragten ÄrztInnen im Vergleich zu 7/1058 der durch das Medibüro vermittelten Arzttermine), während Zahnärzte unterrepräsentiert sind (1/25 befragten ÄrztInnen aber 190/1058 der durch das Medibüro vermittelten Arzttermine), dadurch stellt sich das Ergebnis verzerrt dar. Sollten die Ergebnisse trotz der Verzerrung eine richtige Tendenz zeigen, könnte dies zwei Ursachen haben:

I. Aus unterschiedlichen Gründen wird in der Literatur eine höhere Prävalenz psychischer Erkrankungen und Infektionserkrankungen bei Illegalisierten angenommen⁸. Es ist nicht ausgeschlossen, dass die ÄrztInnen dieser Annahme bei der Angabe der häufigsten Erkrankungen bewusst oder unbewusst gefolgt sind.

II. Sowohl psychische als auch Infektionserkrankungen können Beschwerden verursachen, die nicht spezifisch für die Erkrankung sind und von den PatientInnen als körperliche Beschwerden geschildert werden, von den Ärzten jedoch als Infektionskrankheit oder psychische Erkrankung diagnostiziert werden. Dies könnte unter Umständen ein Hinweis darauf sein, dass die Prävalenz psychischer

⁶ Datengrundlage für den Bedarf an Facharztterminen sind durch das Medibüro vermittelten Arzttermine zwischen Januar 2006 und Juni 2008 einschließlich (n= 1058).

⁷ Die Krankheitskategorieinteilung erfolgt wie an anderer Stelle beschrieben in Orientierung am ICD-10.

⁸ Vgl. Alt, Jörg: Leben in der Schattenwelt. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag, 2003: S. 155ff. und Krämer, Alexander; Prüfer-Krämer, Luise: Infektionskrankheiten bei MigrantInnen und Migranten. In: Krämer, Alexander; Prüfer-Krämer, Luise: Gesundheit von Migranten. Internationale Bestandsaufnahme und Perspektiven. München: Juventa Verlag, 2004 und Krieger, Wolfgang/ Ludwig, Monika/ Schupp, Patrick/Will, Annegret: Lebenslage „illegal“. Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Frankfurt am Main. Karlsruhe: von Loeper, 2006, S. 113ff.

Erkrankungen und Infektionserkrankungen tatsächlich höher ist, als von den MigrantInnen wahrgenommen. Auch schwangere PatientInnen könnten im Medibüro zunächst mit gynäkologischen Beschwerden vorstellig werden.

Die exemplarischen Schilderungen der ÄrztInnen ihrer letzten Patientin/ ihres letzten Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus illustriert die Bandbreite der PatientInnen und ihrer gesundheitlichen Beschwerden. Diese umfasst banale Erkältungen genauso wie lebensbedrohliche Erkrankungen und veranschaulicht Grenzen der Behandlungsmöglichkeiten (siehe Kasten 1).

Kasten 1: Fallbeschreibungen basierend auf der Befragung der ÄrztInnen

Dr. J: „Infekt mit Husten und Fieber“

Dr. A: „Junge (29jährige) ghanaische Patientin mit ausgeprägter arterieller Hypertonie. Einstellung erfolgt hier mit medizinischen Mustern“

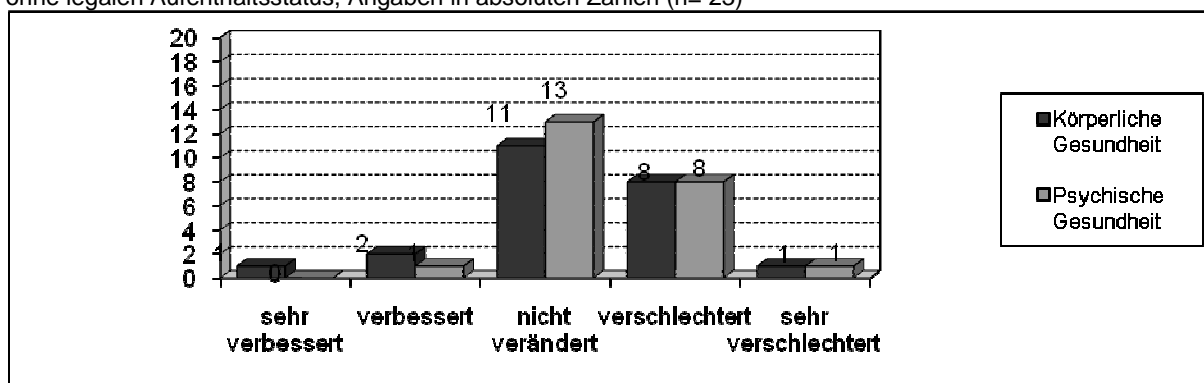
Dr. X: „Eine junge Frau (unter 20 Jahre), hatte Ängste und Depressionen bis hin zur Psychose, hatte Probleme mit strengem Vater. Sie selbst bzw. Teile der Familie waren „illegal“ hier. Abschiebung drohte, meine Schreiben dagegen haben nichts genützt, nächtlicher Polizeieinsatz, die Patientin flüchtete über Balkon... Sie war einmal im Krankenhaus (Psychiatrie) über die Versichertenkarte einer Verwandten, was ich erst danach erfuhr...“

Dr. L: „Schwangere Patientin mit HIV-Infektion aus Osteuropa. Insgesamt äußerst schwierige Organisation der Schwangerschaftsbetreuung zur Vermeidung der vertikalen Transmission, nur möglich durch unentgeltliche Behandlung durch Praxis, Klinik und Labor“

3. Einschätzung des Gesundheitszustandes durch MigrantInnen und ÄrztInnen

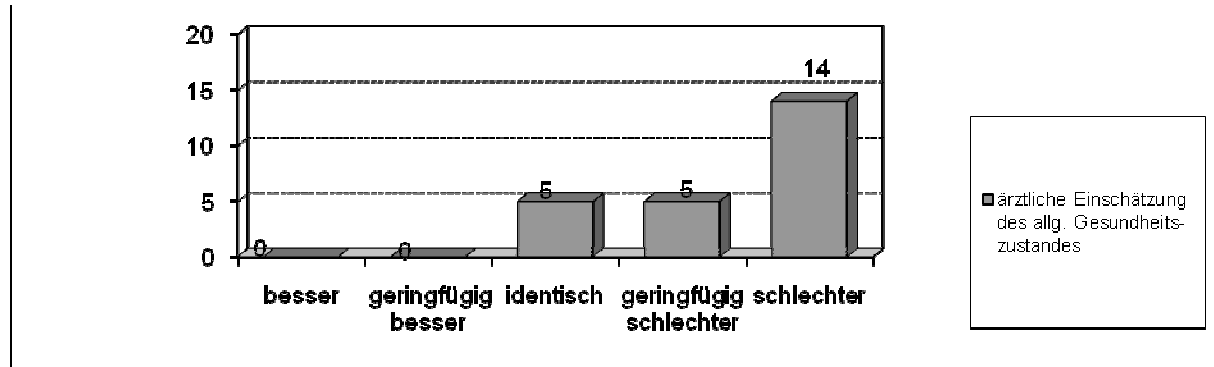
Die Veränderung des körperlichen und psychischen Gesundheitszustandes über den Zeitraum ohne legalen Aufenthaltstitel bewerteten neun von 23 MigrantInnen negativ, eine Patientin enthielt sich der Einschätzung. Nur drei PatientInnen stellten eine Verbesserung der körperlichen Gesundheit fest. Lediglich ein Patient gab eine Verbesserung der psychischen Verfassung an (Abb. 2).

Abbildung 2: Selbsteinschätzungen der MigrantInnen: Veränderung des Gesundheitszustandes während der Zeit ohne legalen Aufenthaltsstatus, Angaben in absoluten Zahlen (n= 23)



Ein schlechter Gesundheitszustand wurde den Illegalisierten durch die ÄrztInnen zugesprochen. Der Gesundheitszustand der Illegalisierten im Vergleich zum ihrem durchschnittlichen Praxisklientel wird von 19 der ÄrztInnen (76%) geringfügig schlechter oder schlechter eingeschätzt. Ein Arzt/ eine Ärztin enthält sich der Beurteilung des Gesundheitszustandes.

Abbildung 3: Ärztliche Einschätzung des Gesundheitszustandes von MigrantInnen ohne Aufenthaltsstatus im Vergleich zum durchschnittlichen Hausarztclientel, Angaben in absoluten Zahlen (n=24)



Alle ÄrztInnen gaben an, die von Ihnen betreuten Illegalisierten seien unter 60 Jahre. Anzunehmen ist, dass diese Alterszusammensetzung zumindest bei den Internisten und Allgemeinärzten (zusammen 13 von 25) nicht auf ihr durchschnittliches Praxisklientel zutrifft. Das würde bedeuten, dass die Illegalisierten nicht nur im Durchschnitt kränker sondern auch noch jünger sind.

4. Umgang mit Erkrankungen in der Illegalität

Die Interviews mit den MigrantInnen zeigten auf, dass gesundheitliche Beschwerden zum Teil über Jahre verschleppt wurden. Die Dauer, die Beschwerden ohne ärztliche Behandlung ertragen wurden, erstreckte sich von Behandlung unmittelbar nach Auftreten der Beschwerden, bis zu etwa 4 Jahren und 11,5 Monaten. Im Mittel blieben Erkrankungen etwa 9,9 Monate unbehandelt.⁹

4.1 Ängste und Barrieren beim Zugang zum Gesundheitssystem

Bei gefahrlosem Zugang zu medizinischer Versorgung wären 17 von 23 PatientInnen bereits zu einem früheren Zeitpunkt zum Arzt gegangen. Sechs PatientInnen hätten zum gleichen Zeitpunkt medizinische Hilfe in Anspruch genommen und sahen sich durch die Illegalität nicht behindert.¹⁰

Neun von 13 PatientInnen, die zum Zeitpunkt des Interviews erstmalig medizinische Hilfe in Anspruch nahmen, machten weitere Angaben zu den Ursachen der bisherigen Nicht-Behandlung. Sieben PatientInnen nannten Kosten als größtes Hindernis. Zwei PatientInnen nannten außerdem Sprachprobleme. Zwei PatientInnen sagten, die Behandlung wäre bisher unnötig gewesen.

⁹ Werte basieren auf Angaben v. 23 MigrantInnen im Rahmen der Interviews, 1 Patientin machte keine Angaben

¹⁰ Werte basieren auf Angaben v. 23 MigrantInnen im Rahmen der Interviews, 1 Patientin machte keine Angaben

4.2 Versuche von Laienbehandlung zur Vermeidung des Kontaktes mit dem Gesundheitssystem

Dreizehn PatientInnen gaben an vor der Konsultation eines Arztes in Deutschland bereits eine oder mehrere andere Möglichkeiten der Behandlung erprobt zu haben. Zwölf PatientInnen hatten die Therapie zunächst mit Selbstmedikation versucht. Eine Patientin hatte sich dabei telefonisch von einem Arzt im Heimatland beraten lassen. Eine Patientin war nach erfolgloser Selbstmedikation ins Heimatland gereist, um sich dort behandeln zu lassen. Eine Patientin war sofort nach Hause gereist.¹¹

4.3 Generelle Strategien im Umgang mit Erkrankung

Neben einer Zahl individueller Strategien im Umgang mit Erkrankungen sind zwei Verhaltensmuster differenzierbar, die sich in sehr ähnlicher Form bei mehreren MigrantInnen finden lassen.

I. Es gibt MigrantInnen, die unmittelbar nach Beginn der Beschwerden zum Arzt gehen und auch bei vergangenen medizinischen Problemen medizinische Hilfe relativ unkompliziert erreichen konnten. Sie äußern keine Ängste betreffend der Behandlung, sehen für sich keine Hindernisse beim Zugang zum Gesundheitssystem und keinen Anlass sich selbst zu behandeln, z. B. Migrant A (siehe Kasten 2).

II. Es gibt MigrantInnen, die sich über lange Zeit nicht in Behandlung begeben aus Angst vor Entdeckung, vor Kosten und vor Verständigungsproblemen und meist zunächst Selbstmedikation ausprobieren. Finden diese dann, z. B. über das Medibüro, Zugang zu medizinischer Versorgung bei der Ihre Befürchtungen sich nicht bewahrheiten, wird die Behandlung relativ kontinuierlich fortgesetzt, z. B. Migrantin B (siehe Kasten 2).

Kasten 2: Ausschnitte aus Fallbeschreibungen basierend auf den Interviews mit MigrantInnen, die beispielhaft die Heterogenität der Strategien im Umgang mit Krankheit in der Illegalität beschreiben

Migrant A: 40 Jahre, aus Mazedonien, seit einem Jahr illegalisiert in Deutschland

A hat seit zehn Monaten Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein. Er ist damit sofort zum Arzt gegangen. Er hatte keine Probleme ärztliche Hilfe zu bekommen, die Behandlung mit vier Terminen führte der Arzt umsonst durch. Da der Arzt nach Einschätzung des Patienten „nicht gut“ war, suchte der Patient jetzt das Medibüro auf, um einen Termin bei einem anderen Arzt zu erhalten. Wegen eines alten Sprunggelenkbruchs braucht der Patient orthopädische Einlagen, die er problemlos während des illegalen Aufenthalts besorgen konnte. Er sieht insgesamt keine Schwierigkeiten medizinische Hilfe in der Illegalität zu erhalten.

Migrantin B: 31 Jahre, aus Ecuador, seit vier Jahren illegalisiert in Deutschland

B hat Gallensteine und Schulterschmerzen seit fünf Jahren. Die Beschwerden nehmen zu. Sie hat über lange Zeit versucht die Beschwerden mit Selbstmedikation zu heilen. Vor einem Monat hat sie erstmals medizinische Hilfe in Anspruch genommen und hat eine Internistin mit Hilfe des Medibüros konsultiert. Dort ist sie seitdem in kontinuierlicher Behandlung. Sie hatte Angst vor Entdeckung und spricht schlecht deutsch, deshalb

¹¹ Werte basieren auf der Befragung von 22 MigrantInnen. Die zwei schwangeren Patientinnen wurden nicht befragt. Neun PatientInnen hatten keine Selbstbehandlung vorgenommen.

bereiteten ihr Verständigungsprobleme Sorgen. Sie wäre gerne früher zum Arzt gegangen, wäre das gefahrlos möglich.

5. Probleme und Diskontinuität in der Behandlung

5.1 Problemstellungen während der Behandlung

Betrachtet man die Probleme, die sich im Rahmen der Behandlung ergeben, erweist sich ein Teil der Sorgen, die sich einige MigrantInnen schon im Vorfeld der Behandlung machen, als berechtigt.¹²

Elf MigrantInnen waren bereits in ärztlicher Behandlung bevor sie an der vorliegenden Befragung teilnahmen. Vier dieser PatientInnen hatten keine Probleme die Behandlung zu organisieren. Sechs PatientInnen sahen sich durch die Kosten der Behandlung behindert¹³. Die Kostenübernahme stellte auch aus Sicht der Ärzte ein Problem dar. Sieben ÄrztInnen forderten eine Sicherung des Zugangs zu medizinischer Versorgung und deren Entlohnung. Neun ÄrztInnen wünschten sich zumindest die Kostenübernahme für bestimmte medizinische Leistungen bzw. für bestimmte PatientInnengruppen.¹⁴

Für eine Patientin stellten Verständigungsprobleme die entscheidende Barriere dar. Die Sorge um Verständigungsprobleme wird von der Mehrheit der ÄrztInnen geteilt. „Wäre die Anwesenheit eines Dolmetschers wünschenswert?“ bejahten 18 von 24 ÄrztInnen. Fünf ÄrztInnen verneinten, eine Ärztin/ein Arzt wünschte sich manchmal einen Dolmetscher. Eine Ärztin/ein Arzt machte keine Angaben.

5.2 Diskontinuitäten in der Behandlung

Vier PatientInnen gaben an, die Behandlung mindestens einmal abgebrochen zu haben bevor sie genesen waren. Jede/r dieser PatientInnen hat bei vergangener oder jetziger Wiederaufnahme der Behandlung die Ärztin/den Arzt einmal oder mehrfach gewechselt. In einem Fall waren es die Kosten der Behandlung, die zum Abbruch führten, in einem anderen Fall hat die Therapie aus Sicht des MigrantIn nicht geholfen. Zweimal war Unzufriedenheit mit dem Arzt/der Ärztin der Grund für den Behandlungsabbruch.

Diskontinuitäten im Rahmen der Behandlung von Illegalisierten konnten auch 72% der Ärzte feststellen: 18 von 25 ÄrztInnen steht die vorangegangene Diagnostik ärztlicher Kollegen nicht zur Verfügung. Nur sechs ÄrztInnen geben an auf erfolgte

¹² Ob die Angst vor Aufdeckung der Illegalität und die damit verbundene Abschiebung ihre Berechtigung hat, lässt sich in dieser Befragung nicht verfolgen, da die Befragten eine Auswahl der MigrantInnen darstellt, die bisher nicht abgeschoben wurden.

¹³ Für die Kosten von neun dieser Behandlungen kamen zumindest teilweise karitative Organisationen auf, in fünf Fällen trugen die PatientInnen einen Teil der Kosten oder alle Kosten privat. Offizielle Stellen zahlten nie.

¹⁴ Basierend auf Angaben von 22 ÄrztInnen zu Problemen bei der Behandlung von Illegalisierten, für die sie eine zeitnahe Lösung wünschen

Diagnostik Zugriff zu haben. Für eine Ärztin/einen Arzt ist die erfolgte Diagnostik manchmal abrufbar.

Kasten 3: Ausschnitte aus Fallbeschreibungen basierend auf den Interviews mit MigrantInnen, die beispielhaft Probleme und Diskontinuität der Behandlung illustrieren

Migrantin C: 31 Jahre aus Georgien, seit 9 Jahren in Deutschland, seit 3 Jahren illegalisiert

Die Migrantin sucht jetzt das Medibüro wegen einem abgebrochenen Zahn und Karies auf. Sie hat diese Beschwerden schon seit einem Jahr und hat bereits versucht sie selbst zu behandeln. Zunächst durch Selbstmedikation dann durch Heimreise und dortige Behandlung. Da sie noch immer Zahnschmerzen hat, hat sie vor einem Monat das Medibüro aufgesucht und ist seitdem in kontinuierlicher Behandlung bei einem Zahnarzt aus dem Ärztenetzwerk des Medibüros. Sie wäre bei gefahrlosem Zugang zum Gesundheitssystem früher zum Arzt gegangen. Vor allem die Kosten der Behandlung haben sie von einem Zahnarztbesuch abgehalten. Die Kosten für ihre derzeitige Behandlung werden teilweise vom Medibüro getragen, einen Teil zahlt sie privat. Sie war im vergangenen Jahr einmal beim Hausarzt wegen Augenschmerzen durch trockene Augen und Bläschen an den Händen, die bei Reizung auftreten. Sie hat diese Beschwerden noch immer, hat aber aus Angst vor Entdeckung die Behandlung abgebrochen

Migrant D: 41 Jahre, aus Afrika, seit fünf Jahren in Deutschland, seit 2,5 Jahren illegalisiert

D hat seit vier Monaten Beschwerden, er hat jetzt einen HIV-Test gemacht, der positiv ausfiel. Wie lange die Infektion schon besteht, weiß er nicht. Die Kosten der Behandlung sind für ihn das größte Hindernis bei der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung. Wäre der Zugang zu medizinischer Versorgung gefahrlos und gesetzlich geregelt möglich, wäre er schon früher zum Arzt gegangen. Insgesamt hat sich sein gesundheitlicher Zustand, sowohl körperlich als auch psychisch, sehr verschlechtert während der Illegalität. Medikamente nimmt er nicht, weil diese ihm nicht zugänglich sind. Er hat sich jetzt an das Medibüro gewandt, da er ärztliche Betreuung wegen der HIV-Infektion sucht.

Bei allen Problemen, die sich bei der Behandlung Illegalisierter ergeben, verneinten jedoch alle Ärzte juristische Probleme. Kein Arzt schilderte juristische Verfolgung wegen Beihilfe zum illegalen Aufenthalt nach § 96 Abs. 1 Nr. 2 Aufenthaltsgesetz.

6. Schwangerschaften

Schwangerschaften stellen 7,4 % der gesundheitlichen Konsultationsanlässe dar, mit denen MigrantInnen das Medibüro besuchen. Insgesamt hat das Medibüro in zweieinhalb Jahren 62 Schwangerschaften betreut.

Vier der interviewten MigrantInnen berichteten, dass sie schwanger seien oder dies in der Illegalität waren. Eine Patientin hatte ihr Kind bereits geboren und war dabei in medizinischer Betreuung. Eine Patientin hatte die Schwangerschaft medizinisch betreut abbrechen lassen.

Vier der ÄrztInnen formulieren die Möglichkeit der legalen Entbindung als explizite Forderung.

Kasten 4: Schwangerschaft in der Illegalität

Migrantin E: 28 Jahre, aus Gambia. Seit einem Jahr in Deutschland, seit neun Monaten

illegalisiert

E hat ein Kind, das im Heimatland lebt und ist jetzt wieder schwanger in der 28. Woche. Während der 17. Schwangerschaftswoche hat sie sich erstmals an das Medibüro gewandt, um einen Arzttermin bei einer Gynäkologin zu erhalten. Zu dieser Gynäkologin geht sie regelmäßig. Wäre der Zugang zu medizinischer Versorgung gefahrlos möglich, wäre sie schon früher zum Arzt gegangen. Sie kam heute in die Beratung, weil sie ein Krankenhaus für die Entbindung sucht.

Migrantin F: 39 Jahr, aus Asien. Seit sieben Jahren illegalisiert in Deutschland.

F ist schwanger im neunten Monat und besucht das Medibüro mit ihrem Lebensgefährten, weil sie Hilfe bei der Geburtsorganisation benötigen. Sie war während der Schwangerschaft ab dem dritten Monat regelmäßig bei den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen. Sie wäre gerne schon etwas früher zum Arzt gegangen, wäre medizinische Versorgung gefahrlos erreichbar. Die Untersuchungen hat das Paar privat gezahlt. Auch die Geburt können sie privat zahlen, bei der Organisation unterstützt sie das Medibüro.

7. Fazit

Die Zahl der Illegalisierten, die sich mit gesundheitlichen Problemen an das Medibüro wenden nimmt zu. Die dominierenden gesundheitlichen Probleme sind zahnmedizinische und gynäkologische Beschwerden bzw. Schwangerschaften, außerdem Augenerkrankungen, orthopädische Beschwerden und unspezifische Symptome, die eine medizinische Abklärung erfordern. Die Befragung der ÄrztInnen gibt zudem Hinweise, dass möglicherweise eine hohe Prävalenz von psychologisch/psychiatrischen Erkrankungen sowie Infektionserkrankungen besteht. Insgesamt umfassen die geschilderten Erkrankungen das gesamte Spektrum der allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Versorgung.

Der Gesundheitszustand der Illegalisierten wird von 76% der ÄrztInnen schlechter eingeschätzt, als der Ihrer übrigen PatientInnen (die vermutlich im Durchschnitt deutlich älter sind). Mehr als ein Drittel der MigrantInnen gibt eine Verschlechterung der Gesundheit während der Illegalität an.

Über 70% der befragten MigrantInnen wären gerne schon früher zum Arzt gegangen, wäre der Zugang zum Gesundheitssystem gefahrlos möglich. Notwendige medizinische Behandlungen werden den Migrantinnen zufolge vor allem aus Angst vor den Kosten zum Teil über Jahre verschleppt und zunächst selbst behandelt. Die Behandlungskosten stellen aus Sicht der Betroffenen auch ein entscheidendes Hindernis für eine kontinuierliche Behandlung dar. Zweidrittel der ÄrztInnen bestätigen dies im Rahmen ihrer Forderung nach voller oder zumindest teilweiser Kostenübernahme der medizinischen Versorgung staatlicherseits. Die große Zahl Schwangerschaften, die durch das Medibüro betreut werden, bergen jeweils zahlreiche medizinische und soziale Problemstellungen - erwähnt werden von den befragten MigrantInnen und ÄrztInnen, der unzureichende Zugang zu Vorsorgeuntersuchungen, die Schwierigkeit ein Krankenhaus zur Entbindung zu finden, die Kosten der Geburt und das Fehlen von Geburtsurkunden für die Kinder.

Insgesamt wird der Zugang zu Vorsorgeuntersuchungen und medizinischer Behandlung durch MigrantInnen und ÄrztInnen als unzureichend und hindernisreich beschrieben, eine kontinuierliche Behandlung ist nicht gewährleistet.

8. Anhang

Anlage 1: Soziodemographie und Aufenthaltsstatus der MigrantInnen

Tabelle 1: Soziodemographie der MigrantInnen

| Zeitraum 01.2006 – 06.2007 | Total |
|--------------------------------|----------------|
| PatientInnen insgesamt | 875 (100%) |
| Anteil Frauen | 580 (66,3%) |
| Anteil Schwangere | 62 (7,1%) |
| Anteil Kinder | 33 (3,8%) |
| Anteil neue EU- BürgerInnen | 108 (12,3%) |

Etwa 60 MigrantInnen pro Halbjahr kommen aus Lateinamerika. Zwischen 32 und 47 MigrantInnen pro Halbjahr kommen aus Afrika. Die Anzahl Südost- und Osteuropäer sowie MigrantInnen aus der ehemaligen Sowjetunion ist von 24 (1. Halbjahr 2006) auf 51 (1. Halbjahr 2008) gestiegen. Der Anteil neuer EU-BürgerInnen, die das Medibüro aufsuchen ist im gleichen Zeitraum von 12% auf 16% gestiegen.

Die MigrantInnen, die das Medibüro erreichen, sind vor allem aber nicht ausschließlich Illegalisierte. Ein Teil der MigrantInnen des Medibüros hat den Status eines Asylbewerbers oder eine Duldung. Gemein ist ihnen der unzureichende oder nicht existente Zugang zu medizinischer Versorgung. 1,2 % der PatientInnen des Medibüros sind MigrantInnen aus alten EU-Ländern. Im Durchschnitt 12% der MigrantInnen sind MigrantInnen aus neuen EU-Ländern. In der Praxis dürfte ihre Lebenssituation in vielen Charakteristika der von Illegalisierten ähneln.

Von den verbleibenden 757 MigrantInnen (86,5% der MedibüropatientInnen) ist der Aufenthaltsstatus unbekannt. Die MigrantInnen, die das Medibüro aufsuchen werden nach ihrem Herkunftsland jedoch nicht nach ihrem Aufenthaltstitel gefragt, das verbietet das Schutzbedürfnis der Betroffenen. Es ist nicht auszuschließen, dass unter den MigrantInnen, die das Medibüro besuchen nicht nur Illegalisierte, sondern auch Touristen, Geduldete und Asylbewerber sind. Aufgrund der Aufwendigkeit der Inanspruchnahme und der Eingeschränktheit der medizinischen Möglichkeiten, ist jedoch anzunehmen, dass MigrantInnen, die über einen anderen Zugang zu medizinischer Versorgung verfügen, nicht das Medibüro nutzen.¹⁵

Die Stichprobe von 24 MigrantInnen, mit denen das ausführliche Interview durchgeführt wurde, umfasst ausschließlich Illegalisierte. Die Stichprobe wurde nicht speziell ausgewählt. Diese Tatsache stützt die Theorie, dass Illegalisierte eine bedeutende Gruppe unter den MigrantInnen des Medibüros ausmachen.

¹⁵ Medizinische Versorgung über das Medibüro in Anspruch zu nehmen bedeutet nur einmal die Woche drei Stunden lang Zugang zu medizinischer Versorgung zu haben. Da keine Termine vereinbart werden, kommt es vor das PatientInnen drei Stunden warten, bis sie im Medibüro an der Reihe sind. Auf Grund der begrenzten Facharztliche ist es möglich, dass den PatientInnen Termine vermittelt werden, die mehrere Wochen in der Zukunft liegen oder die benötigte Fachrichtung im Ärztenetzwerk des Medibüros gar nicht vertreten ist.