

Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere

**Aktuelle
Herausforderungen
und Lösungsansätze**



Inhaltsverzeichnis

- | | | | | | |
|---|---|---|----|---|--|
| 3 | 1. Einleitung: | Dringlicher Handlungsbedarf für Menschen ohne Papiere | 6 | 4. Überblick Lösungsansätze: | Bundesweite Lösung oder lokale „Flickenteppiche“? |
| 4 | 2. Rechtliche Ausgangslage: | Faktische Einschränkungen des Rechts auf Gesundheit | 10 | 5. Resümee und Ausblick: | Bundesweite Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung für Menschen ohne Papiere |
| 5 | 3. Humanitäre Problembeschreibung: | Strukturell bedingte medizinische Unterversorgung | 11 | Literatur und weiterführende Links | |

Unterzeichnende Organisationen und Personen

Ärzte der Welt e.V. – Doctors of the World Germany

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Deutsches Institut für Menschenrechte

Diakonie Deutschland

Gesundheit für Geflüchtete, Kampagne von Medibüros/
Medinetzen

IBIS Interkulturelle Arbeitsstelle e.V.,
Medizinische Flüchtlingshilfe Oldenburg

Jesuiten-Flüchtlingsdienst Deutschland

Katholisches Forum Leben in der Illegalität

Medibüro Berlin – Netzwerk für das Recht auf
Gesundheitsversorgung aller Migrant*innen

MediNetz Bremen

Medinetz Essen e.V.

Medinetz Hannover e.V.

Medinetz Hamburg e.V.

Medinetz Mainz e.V.

Medinetz Marburg e.V.

MediNetzBonn e.V.

Medinetz Rostock e.V.

Medinetz Ulm e.V.

Medizinische Flüchtlingshilfe* bzw. das
MediNetz Bielefeld

Dr. Thomas Buhk, Facharzt für Innere Medizin, Infektiologe, ICH Hamburg

Dr. med. Ulrich Clever, Menschenrechtsbeauftragter der Bundesärztekammer

Prof. Dr. Christoph Heintze M.A., MPH, Charite – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin

Dr. Gerd Pflaumer

Peggy Ziethen

Dieses Papier wurde für die BAG Gesundheit/Illegalität von folgenden Mitgliedern im Rahmen einer Arbeitsgruppe erstellt und in der Gesamtgruppe abgestimmt:

Mirjam Schülle, M. Sc. PH,
MediNetz Bielefeld/Kampagne Gesundheit für Geflüchtete

Dr. med. Anna Kühne, MPH,
Medibüro Berlin – Netzwerk für das Recht auf Gesundheitsversorgung aller Migrant*innen

Dr. med. Thea Jordan

Marleen Jacobs,
Kampagne Gesundheit für Geflüchtete

Dr. med. Anja Dieterich, MPH,
Diakonie Deutschland

Ich werde mich bei der Erfüllung meiner ärztlichen Pflichten meiner Patientin oder meinem Patienten gegenüber nicht durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung, soziale Stellung oder durch andere Faktoren beeinflussen lassen. Genfer Gelöbnis – in Anlehnung an den Hippokratischen Eid vom Weltärztebund 1948 beschlossene Neufassung der ärztliche Berufspflichten

1. Einleitung: Dringlicher Handlungsbedarf für Menschen ohne Papiere

Auch in Deutschland leben Menschen, die keinen oder einen erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem haben. Betroffen sind Menschen ohne Papiere, aber auch Deutsche ohne Krankenversicherung, Asylsuchende und in zunehmendem Maße EU-Bürger*innen, die keinen Krankenversicherungsschutz nachweisen können. Diese Menschen werden im Moment unvollständig – und meist unentgeltlich – in humanitären Parallelstrukturen zum Gesundheitssystem versorgt, obwohl sie über rechtliche Leistungsansprüche verfügen. Die BAG Gesundheit/Illegalität konzentriert sich in diesem Arbeitspapier insbesondere auf die Problemstellungen und Lösungsansätze für Menschen ohne Papiere. Von den vorgeschlagenen Maßnahmen würden alle genannten Personengruppen profitieren. Ziel muss es sein, den Zugang zur medizinischen Versorgung für alle Menschen in Deutschland zu verbessern – ohne Rücksicht auf ihren Aufenthaltsstatus oder ihr Einkommen.

Das deutsche Grundgesetz mit seinem Bekenntnis zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten verpflichtet Staat und Gesellschaft, einen ungehinderten Zugang zu einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung sicherzustellen, einschließlich sozialer Gruppen in besonders prekären Lebenslagen.

Für Menschen ohne Papiere ist dieser ungehinderte Zugang zu medizinischer Versorgung de facto nicht gewährleistet. Insbesondere ist die Finanzierung ihrer Gesundheitsversorgung ungesichert. Bei Inanspruchnahme von Sozialleistungen drohen die Meldung an die Ausländerbehörde und die Abschiebung. Der Staat wird diesen Personen gegenüber seiner Pflicht nicht gerecht, mit aktiven Maßnahmen sicherzustellen, dass alle Menschen sanktionslos von ihren grundlegenden Rechten, insbesondere dem Menschenrecht auf Gesundheit, Gebrauch machen können.

Vor diesem Hintergrund ist im März 2006 die Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität (BAG) ins Leben gerufen worden. In ihr haben sich Sachverständige aus der Wissenschaft, der medizinischen Praxis, aus Kirchen, Wohlfahrtsverbänden, Kommunen und nichtstaatlichen Organisationen zusammengefunden. Die BAG hat sich zur Aufgabe gemacht, in der Öffentlichkeit und in der politischen Diskussion für einen diskriminierungsfreien Zugang zum Gesundheitssystem im Umfang des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) für Menschen ohne Papiere einzutreten.

Dieses Anliegen und das zugrundeliegende humanitäre Problem sind nicht neu. Bereits vor zehn Jahren hat die BAG Gesundheit/Illegalität hier dringlichen Handlungsbedarf gesehen und im Jahr 2007 in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Institut für Menschenrechte mit dem Bericht „Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland – Ihr Recht auf Gesundheit“ eine Problembeschreibung und mögliche Lösungsansätze formuliert und öffentlich diskutiert.¹

Seither sind in einigen wenigen Lebensbereichen der Betroffenen rechtliche und strukturelle Änderungen vorgenommen worden, die es Menschen ohne Papiere etwas erleichtern, ihr Recht auf Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu verwirklichen. In einigen Regionen gab es erste positive Veränderungen in Bezug auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung. Im Bildungsbereich führte die Aufhebung der Übermittlungspflicht für Schulen und Erziehungseinrichtungen zu einer substantiellen Verbesserung der Lebenssituation von Menschen ohne Papiere. Letzteres lässt hoffen, dass perspektivisch auch im Gesundheitsbereich Ähnliches erreicht werden kann. Insgesamt hat der gesellschaftspolitische Diskurs um Menschen ohne Papiere in den letzten Jahren zugenommen, nicht zuletzt, weil sich zivilgesellschaftliche Initiativen, Wohlfahrts- und Fachverbände, die Politik, die Wissenschaft und die Medien des Themas verstärkt angenommen haben.

Trotz dieser partiell positiven Entwicklungen ist es für Menschen ohne Papiere in Deutschland weiterhin schwierig, ihren Rechtsanspruch auf Zugang zur Gesundheitsversorgung umzusetzen. Die faktischen Einschränkungen des Rechts reichen dabei von eklatanten Defiziten in der ambulanten Versorgung bis zur Verweigerung von stationärer und Notfallversorgung aus Kostengründen. Die in 2007 identifizierte „strukturell bedingte medizinische Unterversorgung“ hat also nach wie vor Bestand. In der Fachöffentlichkeit wird weiterhin dringlicher Handlungsbedarf gesehen. Die aktuell vorgenommenen Restriktionen der Asylgesetze werden aller Voraussicht nach zu einer weiteren Zunahme von Menschen ohne Papiere in Deutschland führen.

Vor diesem Hintergrund nimmt die BAG Gesundheit/Illegalität mit dem vorliegenden Arbeitspapier eine aktualisierte Bestandsaufnahme der rechtlichen Ausgangslage (Kap. 2), des vorliegenden humanitären Problems (Kap. 3) und möglicher Lösungsansätze (Kap. 4) vor.

¹ <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/publikationen/show/frauen-maenner-und-kinder-ohne-papiere-in-deutschland-ihr-recht-auf-gesundheit/>

Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an. Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Maßnahmen (...) zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.

Artikel 12, UN-Sozialpakt

2. Rechtliche Ausgangslage: Faktische Einschränkungen des Rechts auf Gesundheit

Die Bundesrepublik Deutschland hat eine Vielzahl internationaler Abkommen unterzeichnet, mit denen die Sicherstellung des Rechts auf Gesundheit und des Zugangs zum Gesundheitssystem für alle Menschen – unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus – anerkannt wird. Zu nennen sind u. a. der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (sog. UN-Sozialpakt), die Kinderrechtskonvention, die UN-Frauenrechtskonvention sowie die UN-Behindertenrechtskonvention. Nicht zuletzt ergibt sich ein Anspruch auf eine medizinische Grundversorgung aus der Verfassung mit der Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums und dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Diese rechtlichen Verankerungen gelten für alle Menschen; keine enthält eine Einschränkung der Personengruppe z. B. nach Status, Aufenthaltsgenehmigung oder Migrationshintergrund.

In Deutschland ist die Versorgung für Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus dennoch beschränkt auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie die Versorgung bei Schwangerschaft (§ 1 Abs. 1 Nr. 5 i. V. m. §§ 1a und 4 AsylbLG²). Für die Inanspruchnahme der Leistung ist ein Antrag auf Ausgabe eines Krankenscheines bei der zuständigen Sozialbehörde zu stellen.

Eine weitere zentrale Hürde in dem Verfahren ist die sog. Bedürftigkeitsprüfung durch die Sozialämter. Es müssen umfangreiche Papiere aufgebracht werden, was für Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus meist nicht möglich ist, bspw. Kontoauszüge, Mietvertragskopien, Kopien des Passes. Zudem ist mit dem Verfahren ein hoher Verwaltungsaufwand für die Krankenhausverwaltung, Sozial- und Ausländerbehörde verbunden, der mit einer hohen erforderlichen Sachkenntnis einhergeht. Aus den humanitären Parallelstrukturen zum Gesundheitssystem ist bekannt, dass die Umsetzung dieses Anspruchs sehr schwerfällig ist. Es bestehen rechtliche Unsicherheiten.

² Grundsätzlich ist kritisch zu hinterfragen, inwiefern die Minimalversorgung laut den §§ 4 und 6 des AsylbLG dem verfassungsrechtlichen Schutzstandard generell entspricht. Eine im Wesentlichen auf medizinische Versorgung von Notfällen reduzierte Krankenversorgung steht nicht im Einklang mit der vom Bundesverfassungsgericht benannten Pflicht, sich schützend und fördernd vor die Rechtsgüter auf Leben und körperliche Unversehrtheit eines jeden Menschen (Art. 1 I, Art. 2 II 1 GG) zu stellen. Die Forderung des BVerfG (vom 18.07.2012, Az.: 1 BVerfG 10/10) besagt, dass geringere Leistungen nur durch einen geringeren Bedarf zu rechtfertigen sind. Es ist empirisch nicht begründbar, weshalb Menschen, die Asyl suchen, und die ihnen gleichgestellten Menschen ohne Papiere per se geringerer gesundheitlicher Versorgung bedürfen sollten als andere Menschen.

Erfährt das Sozialamt in dem Zusammenhang, dass kein erforderlicher Aufenthaltstitel besteht, ist es nach § 87 Abs. 2 Nr. 1 AufenthG verpflichtet, die Ausländerbehörde zu informieren. Dies verhindert insbesondere eine ambulante Versorgung. Im medizinischen Eilfall soll die Versorgung sichergestellt sein, ohne das zuvor ein Krankenschein beantragt werden muss. Die Kosten werden vom Sozialamt an das Krankenhaus nach § 6 a AsylbLG rückwirkend erstattet. In diesem Fall gilt ein „verlängerter Geheimnisschutz“ über die ärztliche Schweigepflicht hinaus nicht nur für medizinisches Personal, sondern auch für Verwaltungsmitarbeitende im Krankenhaus und für Angestellte der Sozialämter. Es dürfen keine Informationen über die Person an die Ausländerbehörde oder Polizei gemeldet werden. Was als medizinischer Eilfall definiert wird, ist jedoch je nach Bundesland und Kommune sehr unterschiedlich. Hinzu kommt, dass die zugehörige Verwaltungsvorschrift, die die Übermittlungspflichtigen eingrenzt (Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum AufenthG, GMBL Nr. 42–61 vom 30.10.2009), unzureichend bekannt ist. Die Durchsetzung des Anspruchs der Krankenhäuser auf Rückerstattung der Kosten gelingt häufig nicht. Krankenhausverwaltungen üben daher teilweise Druck auf die Patient*innen und Angehörigen aus, die Behandlungskosten privat zu tragen.

Es bleibt festzuhalten, dass lediglich derjenige Anspruch auf Krankenbehandlung als medizinisch geboten gelten kann, der notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (vgl. § 27 SGB V). Entsprechend ist auch für Menschen ohne Papiere ein ungehinderter Leistungsanspruch im Umfang des das medizinisch Notwendige definierenden Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten.

Quellen und weiterführende Literatur:

Eichenhofer, Eberhard (2013): Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge. In: Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik 33 (5/6), 169–174

Frerichs, Konrad (2014): § 4 AsylbLG Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt. In: Coseriu, Pablo; Eicher, Wolfgang; Schlegel, Rainer; Voelzke, Thomas (Hg.): Juris Praxis Kommentar SGB XII. Sozialhilfe/mit AsylbLG. 2. Auflage. Saarbrücken: Juris Saarbrücken

Gerdsmeier, Katrin (2011): Gesundheitsversorgung statusloser Ausländer. In: Barwig, Klaus; Beichel-Benedetti, Stephan; Brinkmann, Gisbert (Hg.): Hohenheimer Tage zum Ausländerrecht 2010. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 163–186

Kaltenborn, Markus (2015): Die Neufassung des Asylbewerberleistungsgesetzes und das Recht auf Gesundheit. Neue Zeitschrift für Sozialrecht 24 (5), 161–165

Schülle, Mirjam (2014): (K)eine gesundheitlich-medizinische Versorgung für Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus? In: Soziale Sicherheit 2014 (10), 363–367

Wahrendorf, Volker (2014): § 4 AsylbLG. In: Grube, Christian et al. (Hg.): SGB XII. Sozialhilfe mit Asylbewerberleistungsgesetz, Kommentar. München: Beck

Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können.

Musterberufsordnung der Bundesärztekammer

3. Humanitäre Problembeschreibung: Strukturell bedingte medizinische Unterversorgung

Aufgrund ihres fehlenden Aufenthaltsrechtlichen Status leben Menschen ohne Papiere in meist prekären Situationen: Die Schwierigkeit, Rechte in Anspruch zu nehmen, bedeutet einen Ausschluss von gesellschaftlicher Teilhabe und hat Auswirkungen auf alle Bereiche des Lebens. Leben ohne Rechte heißt, Arbeitsbedingungen und -löhne können schlecht verhandelt, Wohnraum kann nicht offiziell gemietet, Kinder nicht einfach in der Schule angemeldet und Gewalttaten nicht angezeigt werden. Hinzu kommt der eingeschränkte Zugang zur Gesundheitsversorgung:

Gesundheitsleistungen können nur im Notfall und mit Hindernissen in Anspruch genommen werden. Der Kontakt zum professionellen Gesundheitswesen wird nach Möglichkeit vermieden. Ärztliche Behandlung wird erst dann in Betracht gezogen, wenn die Arbeitsfähigkeit gravierend eingeschränkt ist oder die Erkrankung lebensbedrohliche Ausmaße annimmt. Das Auftreten gesundheitlicher Probleme bedeutet für Menschen ohne Papiere eine existenzbedrohende Situation, in der es abzuwägen gilt, ob die gesundheitlichen Problemlagen es notwendig machen, das Risiko der Statusaufdeckung und damit der Abschiebung einzugehen. Kosten der Behandlung, Unsicherheit darüber, wo die notwendige Behandlung zu finden ist und Sprachbarrieren sind weitere Gründe, warum Hilfe nicht oder häufig zu spät in Anspruch genommen wird. Die Chronifizierung einer rechtzeitig heilbaren Behandlung wird damit in Kauf genommen.

Findet eine medizinische Behandlung statt, berichten Betroffene, Ärzt*innen und Unterstützungs-Organisationen von Problemen in der Kontinuität durch das Fehlen von Vorbefunden und unzureichende Überweisungsmöglichkeiten. Die Schwierigkeiten, Krankheiten adäquat auszukurieren, etwa durch ungeordnete Arbeitsverhältnisse, erschweren die Behandlung zusätz-

lich. Nicht zuletzt ist die Versorgung von Spenden und ehrenamtlicher Tätigkeit abhängig. Oft bleibt eine medizinische Versorgung ganz aus, insbesondere notwendige langfristige Behandlungen bei chronischen Erkrankungen. Auch Strukturprobleme wie Unsicherheiten hinsichtlich der Kostenübernahme von Behandlungen, etwa im Krankenhaus, wirken sich negativ auf die Betroffenen aus.

Im Überblick ist davon auszugehen, dass die Gruppe der Menschen ohne Papiere im Prinzip das gleiche Krankheitsspektrum aufweist wie die Gesamtbevölkerung in Deutschland – jedoch bei einer signifikant schlechteren Lebenslage, schlechteren Versorgung und entsprechenden gesundheitlichen Konsequenzen. Quantitative und qualitative Forschungsergebnisse legen eine Verschlechterung der Gesundheit durch ein Zusammenspiel von negativen sozialen Determinanten, unsicherer Lebenssituation und schwierigem Zugang zur Gesundheitsversorgung nahe.

Quellen und weiterführende Literatur:

Bommes, Michael; Wilmes, Maren (2007): Menschen ohne Papiere in Köln. <http://www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf5620/2.pdf>. Köln

Borde, Theda; David, Matthias; Papiers-Winkler, Ingrid (Hg.) (2009): Lebenslage und gesellschaftliche Versorgung von Menschen ohne Papiere. Frankfurt am Main: Mabuse

Castañeda, Heide (2009): Illegality as risk factor. A survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. In: Social Science & Medicine 2009 (68), 1552–1560

Cavazos-Regh, Patricia A; Zayas, Luis H; Spitznagel, Edward L (2007): Legal Status, Emotional Well-Being and Subjective Health Status of Latino Immigrants. Journal of the National Medical Association 2007 99, 1126–1131

Huschke, Susann (2013): Kranksein in der Illegalität. Bielefeld: Transcript-Verlag

Kuehne, Anna (2014): Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Migranten ohne Aufenthaltsstatus. Dissertation. <http://d-nb.info/1060484552/34>. Hamburg

Kuehne, Anna; Huschke, Susann (2015): Subjective health of undocumented migrants in Germany – a mixed methods approach. BMC Public Health 2015 15, 926

Mylius, Maren; Bornschlegl, Wiebke; Frewer, Andreas (Hg.) (2011): Medizin für „Menschen ohne Papiere“ – Menschenrechte in der Praxis des Gesundheitssystems. Göttingen: V+R unipress

Die medizinische Versorgung der Menschen ohne Papiere muss ohne das Risiko einer Meldung an die Ausländerbehörde möglich gemacht werden. **Entschließung des 119. Deutschen Ärztetages, Mai 2016**

4. Überblick Lösungsansätze: Bundesweite Lösung oder lokale „Flickenteppiche“?

Die gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere findet derzeit zu großen Teilen kompensatorisch im Bereich des freiwilligen Engagements statt. Konkrete Hilfeleistungen erfolgen meist unentgeltlich, innerhalb von Parallelstrukturen zum regulären Gesundheitssystem. Teils erfolgt medizinische Hilfe direkt in humanitären Sprechstunden und Ambulanzen, meist auf Spendenbasis, oft ehrenamtlich oder durch Verbände bzw. Kommunen organisiert (z. B. Malteser Migranten Medizin, Ärzte der Welt, Praxis ohne Grenzen). Teils werden Patient*innen informell in ein lokal aufgebautes Netzwerk engagierter Praxen, Krankenhäuser etc. vermittelt, welche bereit sind, unentgeltlich zu behandeln (z. B. durch Medibüros/Medinetze).

Diese jeweils lokal initiierten Parallelstrukturen sind überregional weitgehend unkoordiniert und konzeptionell unterschiedlich. Sie können weder eine flächendeckende noch eine gesicherte Versorgung im Umfang des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung anbieten und stellen somit keine strukturellen Lösungsansätze dar. Es ist davon auszugehen, dass ein Großteil der Betroffenen in Deutschland weitgehend unversorgt ist.

Mittel- und langfristiges Ziel muss es daher sein, rechtlich, konzeptionell, strukturell und organisatorisch dafür zu sorgen, dass Menschen ohne Papiere einen ungehinderten und diskriminierungsfreien Zugang zum Gesundheitssystem erhalten. Sie sollten im Umfang des GKV-Leistungskatalogs möglichst niedrigschwellig und wohnortnah versorgt werden. Dazu ist es neben der Aufhebung von Zugangsbarrieren fachlich notwendig, dass sich das Gesundheitswesen insgesamt auf die Herausforderungen der Migration einstellt, z. B. durch Maßnahmen der interkulturellen Organisationsentwicklung (Antirassismustrainings in den Einrichtungen etc.). Spezialisierte Zentren können im Einzelfall sinnvoll sein, z. B. für die Traumabehandlung, sollten aber v. a. ebenfalls die Funktion haben, ins Regelsystem zu vermitteln. Der Aufbau paralleler Sonderstrukturen ist zu vermeiden. Ergänzende soziale und rechtliche Beratungsangebote sollten verbindlich zur Verfügung stehen.

Im Folgenden stellt die BAG das Spektrum gegenwärtig diskutierter und umgesetzter Lösungsansätze vor. Zunächst wird erörtert, was auf rechtlicher Ebene möglich ist. Anschließend werden in der Praxis bereits bestehende regionale Ansätze portraitiert und deren Vor- und Nachteile dargestellt.

a) Rechtliche Möglichkeiten

Der Gesetzgeber hat im Leistungsrecht (AsylbLG) den Rahmen der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten für Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus festgelegt. Eine entschei-

dende rechtliche Hürde des Zugangs zur Behandlung ist jedoch die behördliche Übermittlungspflicht personenbezogener Daten des Sozialamtes an die Ausländerbehörde (§ 87 AufenthG). Damit eine humanitär vertretbare Inanspruchnahme der Versorgung sichergestellt wird, ist eine grundsätzliche Einschränkung dieser Übermittlungspflichten geboten.

Rechtlich werden dafür zwei Möglichkeiten diskutiert: Entweder werden einzelne Behörden (u. a. Sozialbehörden) aus der Übermittlungspflicht herausgenommen – so der Gesetzentwurf aus dem Jahr 2006 von Bündnis 90/Die Grünen. Oder der § 87 wird grundlegend neu gefasst und die Übermittlungspflicht auf solche Behörden beschränkt, die die Aufgabe der Gefahrenabwehr, Strafverfolgung oder Strafvollstreckung wahrnehmen – so der Gesetzesentwurf der SPD-Bundestagsfraktion aus dem Jahr 2009.

Zusätzlich dazu ist eine praxistaugliche und diskriminierungsfreie Lösung zur Verwirklichung des Menschenrechts auf Gesundheit für alle Menschen zu suchen, die gegenwärtig eingeschränkte Leistungen nach dem AsylbLG erhalten. Eine Regelversorgung im vollen Umfang des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung ist sicherzustellen. Denn dieser definiert die medizinisch notwendigen Leistungen. Das auch für Menschen ohne Papiere geltende Sondergesetz für Asylsuchende, Geflüchtete und Geduldete erfüllt diese Bedingung nicht. Die vielfachen Verpflichtungen aus dem Sozialpakt und weiteren UN-Konventionen sind ins innerdeutsche Recht zu verankern.

b) Regionale Ansätze

Im Folgenden werden einige in der Praxis vorzufindende regionale Ansätze für eine verbesserte Gesundheitsversorgung skizziert (Ziel, Konzept, Umsetzungsstand, Finanzierung) und jeweils daraufhin bewertet,

- ob sie konzeptionell darauf abzielen, einen Zugang zum regulären Gesundheitssystem herzustellen bzw. dies erreichen oder eine Sondersversorgung darstellen,
- ob sie das fachlich wünschenswerte Kriterium eines flankierenden sozialen und rechtlichen Beratungsangebots, im Sinne einer freiwilligen und klientenorientierten Unterstützungsleistung im geschützten Rahmen, erfüllen,
- inwieweit sie einen bedarfsgerechten Leistungsumfang nach dem GKV-Leistungskatalog ermöglichen und
- ob sie langfristig und stabil etabliert sind.

Die folgenden unterschiedlichen Ansätze existieren in der Praxis teils in Kombination bzw. ergänzen sich.

Der Anonymisierte Krankenschein (AK)

Ziel: Ziel des Konzepts Anonymisierter Krankenschein ist es, Menschen ohne Papiere ohne Angst vor Datenweitergabe an die Ausländerbehörde den regulären Zugang zum Gesundheitssystem zu ermöglichen, so dass sie zu frei wählbaren Ärzt*innen gehen können.

Konzept: Die derzeitige Praxis einer Krankenschein-Vergabe durch Mitarbeiter*innen des Sozialamts wird ersetzt. Durch eine Vergabestelle, die einen geschützten Rahmen der Krankenschein-Ausgabe ermöglicht, d. h. vertraulich aufgesucht werden kann, wird die Weitergabe der Daten unterbunden. Zusätzlich erhalten die Betroffenen die Möglichkeit zur Sozial- und Rechtsberatung, um etwaige Legalisierungswege aufzuzeigen. Nach diesem persönlichen Erstkontakt erhalten die hilfesuchenden Menschen, wenn sie keinen rechtlichen Aufenthaltstitel haben und mittellos sind, einen sogenannten Anonymisierten Krankenschein, mit dem sie freien Zugang zu Arztpraxen des regulären Gesundheitssystems erhalten.

Umsetzungsstand: Eine Umsetzung dieses Ansatzes findet in Göttingen/Hannover seit Anfang 2016 statt, in Thüringen ist dies in Planung. Hier sollen die Anonymisierten Krankenscheine evtl. nicht nur von einer Vergabestelle ausgehändigt werden können, sondern auch von Ärzt*innen vor Ort, um eine flächendeckende Versorgung zu erreichen. In beiden Regionen handelt es sich um zeitlich befristete Modellprojekte, die in Abhängigkeit von den aktuellen Haushaltsplänen auf ein bis drei Jahre angesetzt sind und wissenschaftlich begleitet werden. Initiator und Verhandlungspartner der jeweiligen Landesregierungen und lokalen Akteure (u. a. Kassenärztliche Vereinigungen) sind die lokalen NGOs, die hier bisher unentgeltlich kompensatorisch tätig sind und die nötige Fachkompetenz aufweisen (Medinetzte Göttingen/Hannover bzw. Jena). Auch in Berlin ist im aktuellen Koalitionsvertrag der Landesregierung die Absichtserklärung verankert, einen Anonymisierten Krankenschein einzuführen.

In Hannover können zurzeit über den Anonymisierten Krankenschein nur Behandlungen nach § 4 AsylbLG abgerechnet werden. In Thüringen wurde gerade der Leistungskatalog für die elektronische Gesundheitskarte festgelegt. Der mit der elektronischen Gesundheitskarte abgerechnete Leistungsumfang für Leistungsempfänger*innen nach AsylbLG soll hier weitgehend dem Leistungskatalog der GKV entsprechen. Ob dies auch für den Anonymisierten Krankenschein gelten soll, bleibt abzuwarten.

Finanzierung: Es sind grundsätzlich verschiedene Finanzierungsmöglichkeiten dieses Konzepts denkbar. In den beiden genannten Regionen erfolgt sie gegenwärtig durch einen Fonds (500.000 Euro/Jahr in Göttingen/Hannover; 250.000 Euro/Jahr in Thüringen), der vom jeweiligen Bundesland bereitgestellt und

durch die Vergabestelle verwaltet wird. Ebenso möglich und wünschenswerter wäre eine dauerhafte Finanzierung über einen festen Etat ohne Deckelung.

Vor- und Nachteile:

Zusammenfassend erscheint das Modell des Anonymisierten Krankenscheins unter den regionalen Ansätzen als bisher weitreichendste Möglichkeit, Menschen ohne Papiere den regulären Zugang zur medizinischen Versorgung in Deutschland zu ermöglichen.

Zugang zum regulären Gesundheitssystem?

Das Konzept sieht die direkte Vermittlung in das reguläre Gesundheitssystem zu niedergelassenen Ärzt*innen und dortiger Behandlung vor.

Begleitende soziale und rechtliche Beratung?

Das fachlich unstrittige Kriterium, flankierend zur medizinischen Behandlung routinemäßig eine soziale und rechtliche Beratung anzubieten, ist gegeben.

Leistungsumfang?

In der Praxis bestehen Begrenzungen des Anonymisierten Krankenscheins. Die Modellprojekte sind auf begrenzte Personengruppen ausgerichtet; sie bieten keinen umfassenden Zugang für alle vor Ort unterversorgten, nicht versicherten Personengruppen (z. B. EU-Bürger*innen). Zusätzlich bestehen bei einigen Modellprojekten Leistungseinschränkungen im Sinne des § 4 AsylbLG und aufgrund der gewählten Fondsfinanzierung, deren Mittel beschränkt sind.

Quellen:

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/73069/Modellprojekt-zur-medizinischen-Versorgung-fuer-Menschen-ohne-Papiere>

<http://www.medinetz-hannover.de/index.php/newsarchiv/anonymer-krankenschein-ein-erster-schritt.html>

<http://mfh.blogsport.de/projekte/anonymisierter-krankenschein/>

Humanitäre Sprechstunden

Ziel: Humanitäre Sprechstunden werden in mehreren Städten angeboten (Bremen, Bremerhaven, Frankfurt a. M., Oldenburg, Wiesbaden), um Menschen ohne Papiere Zugang zur Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Diese Sprechstunden sind Anlaufstellen, die meist selbst eingeschränkte medizinische Versorgung anbieten und an andere (Fach)ärzt*innen weitervermitteln.

Konzept: Die anonyme und unentgeltliche allgemeinärztliche Basisversorgung wird im örtlichen Gesundheitsamt angeboten. Zusätzlich kann an kooperierende Fachärzt*innen und in die stationäre Versorgung unentgeltlich oder kostengünstig vermittelt werden. In Bremen kooperiert die Humanitäre Sprechstunde mit einer Clearingstelle der Inneren Mission, die soziale aufenthaltsrechtliche Beratung anbietet. In Frankfurt übernimmt diese Aufgabe ein gemeinnütziger Verein.

Umsetzungsstand: Die Humanitären Sprechstunden als direkte medizinische Versorgung und Vermittlung nichtversicherter Migrant*innen im Gesundheitsamt existieren seit 2001 in Frankfurt a. M. und seit 2009 in Bremen, wo das Konzept übernommen und weiterentwickelt wurde.

Es existieren außerdem in Wiesbaden und Oldenburg Humanitäre Sprechstunden, die vorrangig Vermittlung zur medizinischen Behandlung anbieten und nicht in öffentlicher Trägerschaft sind. In Wiesbaden wird sie von pro familia, der Diakonie und der Stadt Wiesbaden getragen, wobei die Kosten in einem gewissen Umfang von Spenden finanziert werden und die Ärzt*innen entweder ehrenamtlich oder zu einem geringeren Honorar arbeiten. In Oldenburg kooperiert ein freigemeinnütziger Träger mit dem örtlichen Klinikum, einer Apotheke und ehrenamtlichen Ärzt*innen, Pfleger*innen und Unterstützer*innen.

Finanzierung: Die Humanitären Sprechstunden werden teilweise oder vollständig mit öffentlichen Mitteln finanziert. Für die in diesen Sprechstunden arbeitenden Ärzt*innen ist in der Regel eine Behandlungskostenabrechnung der Basisversorgung möglich, wobei die Konzepte unterschiedlich sind. Es steht jeweils ein gedeckelter Betrag für die Medikamentenversorgung und Krankenbehandlung außerhalb der Sprechstunde zur Verfügung, z. B. in Krankenhäusern.

Vor- und Nachteile:

Zugang zum regulären Gesundheitssystem?

Humanitäre Sprechstunden ermöglichen für Menschen ohne Papiere einen niedrigschwelligen Zugang zu einer gesundheitlichen Grundversorgung im Sinne einer Sonderversorgung. Nicht zuletzt wird mit von öffentlicher Hand geförderten Einrichtungen dieser Art von Seiten der Politik anerkannt, dass es einen dringlichen Versorgungsbedarf gibt, der eigentlich über die Regelversorgung gedeckt werden muss. Ein Zugang zum regulären Gesundheitssystem kann mit diesen Sprechstunden nicht eröffnet werden.

Begleitende soziale und rechtliche Beratung?

Der fachliche Standard einer flankierenden sozialrechtlichen Beratung wird teilweise erfüllt.

Leistungsumfang und Langfristigkeit?

Es findet eine medizinisch eingeschränkte Sonderversorgung statt. Chronische Erkrankungen lassen sich oft nicht behandeln. Damit bleibt auch die Arbeit von ehrenamtlich kompensierenden Parallelstrukturen weiter notwendig.

Es existieren in der Praxis finanzielle und personelle Einschränkungen, so dass die Humanitären Sprechstunden gegenwärtig nur als Einstieg in eine zu entwickelnde Versorgungsstruktur aufgefasst werden können.

Exkurs: Perspektiven des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)

Die in die jeweiligen Gesundheitsämter eingegliederten Humanitären Sprechstunden in Bremen und Frankfurt a. M. sind derzeit kommunale Ausnahmen. Sie verweisen auf die Rolle, die der ÖGD bei der Versorgung von Menschen ohne Papiere angesichts seines gesetzlichen Auftrags flächendeckend zu übernehmen hat. Neben dem GKV- und dem privatärztlich finanzierten ambulanten und stationären Versorgungssystem werden dem ÖGD über die entsprechenden Bundes- und Landesgesetze spezifische Aufgaben zugewiesen, insbesondere die Zuständigkeit für die Gesundheit, schlecht- bzw. nichtversorgter Menschen.³

Bereits jetzt ist der ÖGD komplementär tätig: Durch das Infektionsschutzgesetz sind die Gesundheitsämter nach § 19 IfSG mit der Beratung, Diagnostik und ambulanten Therapie bei sexuell übertragbaren Krankheiten sowie Tuberkulose beauftragt. Dies kann auch von Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltstitel in Anspruch genommen werden. Zusätzlich können nach § 20 Abs. 5 IfSG die obersten Landesgesundheitsbehörden bestimmen, „dass die Gesundheitsämter unentgeltlich Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe gegen bestimmte übertragbare Krankheiten durchführen“. In der Praxis existieren in einigen Gesundheitsämtern Angebote bspw. zur Schwangerenvorsorge oder Vorsorgeuntersuchungen von Kindern (z. B. Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung in den bezirklichen Gesundheitsämtern in Berlin).

Als Möglichkeit einer bundesweiten Lösung könnte ein Ausbau dieser schon vorhandenen Strukturen gesehen werden, indem die Gesundheitsämter ihre Aufgaben systematisch auf die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere ausweiten. Im Rahmen einer dafür notwendigen umfassenden Strukturreform ist der ÖGD als zentraler kommunaler Akteur für die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere zu stärken. Er braucht Ressourcen und neue Kompetenzen, um einen aktuellen Überblick über lokal vorhandene, ungedeckte Versorgungsbedarfe (systematische regionale Gesundheitsberichterstattung) und direkte Versorgung für de facto unversorgte Personen, ggf. auch aufsuchend, bereitstellen zu können. Vor allem kann der ÖGD seiner Verantwortung durch die Koordination der lokalen Versorgung und die Vermittlung unversicherter Personen ins reguläre Gesundheitssystem nachkommen.

³ Exemplarisch sei das ÖGD-Gesetz NRW zitiert (§ 4 Allgemeine Grundsätze der Leistungserbringung): „(1) Soweit und solange die medizinisch-soziale Versorgung erforderlich, jedoch nicht oder nicht rechtzeitig gewährleistet ist, kann sie die untere Gesundheitsbehörde im Benehmen mit primär zuständigen Handlungsträgern im Rahmen eigener Dienste und Einrichtungen erbringen. Dies gilt insbesondere, wenn Personen wegen ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes oder aufgrund sozialer Umstände besonderer gesundheitlicher Fürsorge bedürfen und diesem Bedarf nicht im Rahmen der üblichen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung entsprochen wird.“

Quellen:

Tiarks-Jungk, Petra (o.J.): Humanitäre Sprechstunde, Medizinische Versorgung von Menschen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus. https://www.jura.uni-frankfurt.de/48622522/Tjarks-Jungk_Humanitaere-Sprech-stunde-Mai-2013-1.pdf
http://www.gesundheitsamt.bremen.de/humanaere_sprechstunde-3655
http://www.inneremission-bremen.de/migration_und_fluechtlingshilfe/humanaere_sprechstunde_clearing/
[https://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2996&_ffmpar\[_id_inhalt\]=6327770](https://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2996&_ffmpar[_id_inhalt]=6327770)

Clearingstellen

Ziel: In verschiedenen Regionen existieren sogenannte Clearingstellen, die offene Rechtsanspruchsfragen klären und wenn möglich, bei einer Vermittlung in das reguläre Gesundheitssystem helfen. Dazu gehören auch Fragen einer aufenthaltsrechtlichen Legalisierung in Deutschland und der Sicherung der Finanzierung etwaiger Gesundheitsleistungen. Sollte eine Einbindung nicht möglich sein, wird an Stellen vermittelt, die für Menschen ohne Papiere medizinische Versorgung unentgeltlich anbieten können.

Konzept: Die Clearingstellen stellen eine Kooperation zwischen Gesundheitsämtern und unterschiedlichen freien Trägern dar. Sie unterliegen der Schweigepflicht, sodass eine Weitergabe der Daten nicht befürchtet werden muss.

Umsetzungsstand: Bereits seit 1998 besteht in München eine Clearingstelle in enger Zusammenarbeit zwischen Stadt und freien Trägern (Malteser Migrantenmedizin, Café 104 und Ärzte der Welt). Diese bereits längerfristige Kooperation ermöglicht vor Ort bspw. eine unkomplizierte Duldung schwangerer Frauen drei Monate vor und nach Geburt, sodass neben der Versorgung auch die Ausstellung der Geburtsurkunden für Kinder problemlos durchgeführt werden kann. In Hamburg wird seit 2015 eine Clearingstelle als dauerhaftes Projekt durch die Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration gefördert. In Düsseldorf wurde ebenfalls 2015 von der Stadt ein für drei Jahre finanziertes Modellprojekt bei einer lokalen NGO (MediNetz Stay! Düsseldorfer Flüchtlingsinitiative) eingerichtet. In Nordrhein-Westfalen wurden seit Mitte 2016 fünf Clearingstellen eröffnet (Köln, Duisburg, Dortmund, Münster, Gelsenkirchen), die als Modellprojekte über drei Jahre laufen und mit 2,5 Millionen Euro vom Land gefördert werden.

Finanzierung: Die Finanzierung der Clearingstellen erfolgt über regional unterschiedliche (Notfalls-)Fonds, teils (z. B. in Düssel-

dorf und München) werden weiterhin ehrenamtliche Leistungen von Ärzt*innen erbracht. Der von den Clearingstellen übernommene Leistungsumfang bezieht sich in der Regel auf ärztliche und zahnärztliche Leistungen gemäß §§ 4 und 6 AsylbLG. Teils, z. B. in Hamburg, werden Notfälle entsprechend der möglichen Finanzierung nach § 25 SGB XII nicht übernommen.

Vor- und Nachteile:

Zugang zum regulären Gesundheitssystem und begleitende soziale und rechtliche Beratung?

Die Stärke regionaler Clearingstellen liegt in der umfassenden sozialen und rechtlichen Beratung und dem Bemühen, einen Zugang zum regulären Gesundheitssystem herzustellen. Dies ist einer kompensatorischen Sonderversorgung für Menschen ohne Papiere systematisch vorgeschaltet.

Leistungsumfang?

Der Erfolg des Clearings ist jedoch daran zu messen, ob für alle aufsuchenden Menschen eine adäquate Versorgung sichergestellt werden kann. Dies ist jedoch in der Praxis z. T. nicht gegeben. Für Menschen, die nicht in die Regelversorgung eingegliedert werden können, kann im Rahmen von Notfallfonds oft eine Basisversorgung zur Verfügung gestellt werden, doch die Einschränkungen nach AsylbLG bleiben bestehen. Aufgrund der gedeckelten Fondsfinanzierung gelingt die Finanzierung kostspieliger Leistungen nur im Ausnahmefall. Der Aufgabenbereich ehrenamtlicher Arbeit in und mit Parallelstrukturen bleibt deshalb von großer Bedeutung.

Langfristigkeit?

Auch die Clearingstellen sind oft Modellprojekte, ihr Bestand ist nicht auf mehrere Jahre zugesichert. Auch dieser Lösungsansatz erscheint gegenwärtig eher als zögerlich und instabil und stellt keine umfassende Problemlösung für die jeweilige Region dar.

Quellen:

Anderson, Philip et al. (2010): „Wir haben Sie nicht vergessen ...“ 10 Jahre Umgang mit Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus in der Landeshauptstadt München. Das Münchner Modell. http://www.forum-illegalitaet.de/mediapool/99/993476/data/Muenchen_Ergebnisse_2010.pdf
 Flüchtlingszentrum Hamburg (2015): Evaluationsbericht, Clearingstelle, Gesundheitsversorgung Ausländer. http://www.fz-hh.de/download/clearingstelle-mv/Clearingstelle_2015_Evaluationsbericht_Web_neu.pdf
<http://www.stadt-koeln.de/leben-in-koeln/gesundheit/migration-und-gesundheit-clearingstelle>

5. Resümee und Ausblick: Bundesweite Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung für Menschen ohne Papiere

Die vorgestellten rechtlichen Optionen und regionalen Ansätze zeigen verschiedene mögliche Interventionen auf, um die Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere zu verbessern. Seit der Bestandsaufnahme der BAG vor gut 10 Jahren hat sich weder die rechtliche Ausgangslage noch das humanitäre Problem wesentlich geändert. Ansätze zur verbesserten Gesundheitsversorgung sind insbesondere auf regionaler Ebene mit entsprechend begrenzter Reichweite entstanden. Nach wie vor ist ein Großteil der Betroffenen gänzlich unversorgt.

Aus Sicht der BAG Gesundheit/Illegalität bedarf es einer bundesweiten Lösung, mit der umfassend die bedarfsgerechte Versorgung von Menschen ohne Papiere sichergestellt wird. Ohne eine rechtliche Nachjustierung und Aufhebung bundesrechtlicher Restriktionen auf Bundesebene können die regionalen Interventionen nur Ausgleichsversuche darstellen. Andererseits obliegt in Deutschland die konkrete Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung, d. h. die Feststellung ungedeckter Bedarfe, die Identifizierung von unversorgten Personengruppen und von Versorgungslücken im Gesundheitssystem sowie eine entsprechende integrierte Planung auch den regionalen politischen und fachlichen Akteuren auf Kommunen- und Länderebene. Diese sind durch den Verweis auf – im Sinne der Betroffenen – sicher notwendige Gesetzesänderungen nicht aus ihrer Verantwortung zu entlassen. Gegenseitige Zuständigkeitsverweise sind inakzeptabel.

In der Übersicht des ‚Flickenteppichs‘ gegenwärtiger regionaler Ansätze sieht die BAG Gesundheit/Illegalität vielversprechendes Potential für zukünftige flächendeckende Lösungen. Fachlich sinnvoll – und gegenwärtig bereits fachöffentlich diskutiert – scheint die Einführung eines krankheitsunabhängigen Anonymisierten Krankenscheins oder auch einer Anonymisierten Gesundheitskarte. Wünschenswert wären ebenfalls bundesweit flächendeckend lokale Anlaufstellen, durch den ÖGD oder freie Träger organisiert, die diese Krankenscheine bzw. Karten ausgeben, vermittelnd ins reguläre Gesundheitssystem tätig sind und flankierend sozial und rechtlich beraten.

Abschließend weist die BAG darauf hin, dass die skizzierte kompensierende Versorgung in Parallelstrukturen längst nicht mehr nur die Menschen ohne Papiere betrifft. Viele im Feld tätige Initiativen berichten seit Jahren, dass ihre lokalen Anlaufstellen auch von anderen Personengruppen wachsenden Zulauf erhalten, wie etwa von jenen EU-Bürger*innen, die trotz Freizügigkeitsberechtigung keinen Krankenversicherungsschutz nachweisen können, von Asylsuchenden im Zeitraum der Leistungsrestriktion der ersten 15 Monate des Aufenthalts und auch von Nicht-Versicherten ohne Migrationshintergrund. Auch für diese Gruppen besteht dringender Handlungsbedarf. Es gilt, ein breites Spektrum unterschiedlicher Rechtslagen im Hinblick auf bestehende und nicht umgesetzte Leistungsansprüche in den Blick zu nehmen und ebenfalls durch bundesweite Lösungen zu verbessern – um das für alle Menschen gleichermaßen geltende Recht auf eine reguläre Gesundheitsversorgung endlich umzusetzen.

Literatur und weiterführende Links

Bundesärztekammer (2013): Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Faltblatt_Patienten-ohne-Aufenthaltsstatus_30112013.pdf. 3. aktualisierte Auflage 11/2013. Berlin

Bundesärztekammer (2016): Entschließungen „Flüchtlinge in der medizinischen Versorgung“. In: 119. Deutscher Ärztetag 2016. Berlin, 15–33

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2015): Hinweise zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Krankenhäusern, Stand November 2015, http://www.dkgev.de/media/file/22105.RS463-2015_Anlage_Gesundheitsversorgung_von_Fluechtlingen_und_Asylsuchenden.pdf

Falge, Christine; Fischer-Lescano, Andreas; Sieveking, Klaus (Hg.) (2009): Gesundheit in der Illegalität. Baden-Baden: Nomos

Flüchtlingsrat Berlin (o.J.): Medizinische Versorgung. <http://www.fluechtlingsrat-berlin.de/gesetzgebung.php#Med>

Führer, Amand; Eichner, Friederike (2015): Verloren im Räderwerk. Eine interdisziplinäre Studie zur Gesundheit und medizinischer Versorgung von Asylsuchenden in Halle (Saale). <http://web.uk-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Veranstaltungen/2016/Verloren-im-Räderwerk-1.pdf>

Katholisches Forum Leben in der Illegalität (2017): Positionspapier. Forderung der Gewährleistung der Gesundheitsversorgung für Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität in Deutschland

Kößler, Melanie; Mohr, Tobias; Habbe, Heiko (2013): Aufenthaltsrechtliche Illegalität, Beratungshandbuch 2013. 3. aktualisierte und vollständig überarbeitete Auflage. Berlin/Freiburg

Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e. V. (o.J.): Gesundheit für Geflüchtete, Informationsportal von Medibüros/ Medinetzen. <http://gesundheit-gefluechtete.info/>

Mylius, Maren (2016): Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland. Studien zur Praxis in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern. Bielefeld: Transcript

UN-Behindertenrechtskonvention: <https://www.behindertenrechtskonvention.info/>

UN-Frauenrechtskonvention: <https://www.frauenrechtskonvention.de/>

UN-Kinderrechtskonvention: <https://www.kinderrechtskonvention.info/>

alle Internetquellen: Stand 30.03.2017



Kontakt:

Die Koordination der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität liegt derzeit bei der Diakonie Deutschland.

Ansprechperson:

Dr. med. Anja Dieterich, MPH
Grundsatzfragen der gesundheitlichen Versorgung
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
Telefon: +49 (0)30 65211 1664
E-Mail: anja.dieterich@diakonie.de

Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Str.1
10115 Berlin
www.diakonie.de

Das vorliegende Arbeitspapier ist elektronisch abrufbar unter: info.diakonie.de/gesundheitsversorgung-fuer-Menschen-ohne-Papiere