



KRANK ALS MIGRANT OHNE KRANKENVERSICHERUNG – WO GIBT ES HILFE?

Gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen
und Migranten mit unterschiedlichem
Aufenthaltsstatus

13. November 2007
München



In Kooperation mit der Petra-Kelly-Stiftung, Bayerisches Bildungswerk für Ökologie und Demokratie in der Heinrich-Böll-Stiftung e.V.



INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT.....	3
PROGRAMM DES FACHTAGES	5
I. STATEMENTS ZUR LAGE DER GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNG VON MIGRANTEN OHNE KRANKENVERSICHERUNG IN MÜNCHEN	6
A. Dr. Maria Gavranidou, Dipl.-Psych., Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München, Abteilung Gesundheitsvorsorge, Fachstelle Migration und Gesundheit.....	6
B. Dr. med. Maria Heinzlmann, Internistin, Tropenmedizinerin, aktive Mitarbeit im Projekt <i>open.med</i> von <i>Ärzte der Welt</i> seit der Planungsphase.....	8
C. Thomas Kerner, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Referat Soziale Versorgung von Zuwanderern und Rückkehrhilfe	10
D. Birgit Poppert, Mitbegründerin des Café 104	12
E. Dr. med. Bettina Schlemmer, Ärztin, Malteser Migranten Medizin München.....	14
F. Elisabeth Wesselman, Städtisches Klinikum München GmbH, Fachreferentin Interkulturelle Versorgung	16
II. BEISPIELE GUTER LÖSUNGEN IN DER GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNG VON MIGRANTEN OHNE KRANKENVERSICHERUNG AUS EUROPÄISCHEN LÄNDERN.....	19
Nathalie Simonnot, Paris, <i>Ärzte der Welt</i> /Médecins du Monde, Kordinatorin aller sozialmedizinischen Projekte in Frankreich	19

VORWORT

Unzufriedenheit über Kürzungen bei den Kassenleistungen und über Beitragserhöhungen prägen die aktuelle Diskussion zur medizinischen Versorgung in Deutschland. Kontinuierlich steigt die Zahl derer, die sich keine Krankenversicherung mehr leisten können. Ist man zudem Migrant mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus, ist die Situation im Krankheitsfall besonders schwierig. Dazu gehören Flüchtlinge, die hier als Asylsuchende oder Geduldete leben, EU-Bürger aus den neuen EU-Staaten im Osten Europas und Menschen ohne Aufenthaltsstatus.

Ärzte der Welt und Refugio München sind in ihrer Arbeit täglich mit dieser Problematik konfrontiert. 2007 entstand die Idee, einen Fachtag zu diesem Thema zu organisieren und Vertreter von Hilfsorganisationen sowie von städtischen und staatlichen Stellen (Amt für Wohnen und Migration, Sozialamt, Referat für Gesundheit und Umwelt, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung) zu einem Gedankenaustausch einzuladen. Der erste Fachtag **„Krank als Migrant ohne Krankenversicherung – wo gibt es Hilfe?“** hatte zum Ziel:

- Situationsanalyse der gesundheitlichen Versorgung von Migranten mit unterschiedlichem Aufenthaltsstatus und Klärung offener Fragen bezüglich der Rechte und Unterstützungsmöglichkeiten für diese Personengruppe im Krankheitsfall
- Austausch zwischen NGOs und staatlichen Stellen über Grenzen und Möglichkeiten der Behandlung sowie Lösungsansätze.



Stadtrat Siegfried Benker eröffnete im Namen von Oberbürgermeister Christian Ude und betonte, dass eine Veranstaltung zu diesem Thema vor fünf Jahren in München unvorstellbar gewesen wäre. Getragen von einem Stadtratsbeschluss aus dem Jahre 2004 hat sich die Landeshauptstadt München aber entschieden, die gesundheitliche Versorgung von Migranten ohne Papiere offen zu thematisieren und zu verbessern. Siegfried Benker hob hervor, dass nach Überzeugung der Landeshauptstadt diese Menschen nicht rechtlos sind, sondern medizinische Versorgung ein unverzichtbares Menschenrecht ist.

Mitarbeiter von *Ärzte der Welt*, Café 104 und Malteser Migranten Medizin – Organisationen, die medizinische Behandlung für Menschen ohne Krankenversicherung und Migranten ohne Aufenthaltsstatus in München anbieten – berichteten, dass nur dank des ehrenamtlichen Engagements von Ärzten diesen Menschen eine medizinische Gesundheitsversorgung geboten werden kann. Die stationäre Behandlung bleibt jedoch problematisch, wie Elisabeth Wesselmann vom Städtischen Klinikum München GmbH betonte. Die Frage der Kostenübernahme ist nach wie vor ungeklärt. Hierzu appellierten Experten an die Stadt, Regelungen und tragbare Lösungen zu finden.

Nathalie Simonnot von *Ärzte der Welt* in Paris berichtete, dass in anderen Ländern der EU wie Frankreich, Spanien oder Belgien eine Krankenversicherung für alle Menschen bereits existiert. Wirtschaftswissenschaftler ermittelten in Frankreich, dass die Kosten für den Staat, alle Menschen zu versichern und dadurch Prävention zu leisten, bedeutend niedriger sind, als Notfälle im letzten Moment auffangen zu müssen. Diese Ansätze und mögliche Umsetzungen in Deutschland wurden mit den Teilnehmern diskutiert. Die zentrale Frage des Fachtags, ob der politische Wille besteht, eine derartige Versicherung auch in Deutschland einzuführen, blieb offen.

Anlässlich der Veröffentlichung des Berichts der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität im November 2007 zur Gesundheitssituation von Menschen ohne Papiere forderte das Deutsche Institut für Menschenrechte menschenwürdige Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltspapiere.

Medizinische Versorgung für alle Menschen ist ein Menschenrecht – darüber waren sich auch viele Experten einig, die *Ärzte der Welt* und Refugio München zum Fachtag am 13. November 2007 eingeladen hatten.

Das internationale Netzwerk von *Ärzte der Welt* und Refugio München fordern:

1. Gleicher Zugang zu medizinischer Versorgung für alle in der EU Ansässigen; entsprechende rechtliche Regelungen sind europaweit zu treffen.
2. Stopp der Abschiebung und Legalisierung des Aufenthaltsstatus zur Behandlung von schwer erkrankten Ausländern, die in ihrem Heimatland keinen Zugang zu medizinischer Versorgung haben.

Die Erfahrung zeigt: Selbst wenn der Zugang zu medizinischer Versorgung für Migranten in einem EU-Land geregelt ist, kommen Kranke nicht zur Behandlung nach Europa; sie verkraften die Strapazen einer Migration nicht.

Der Zugang zu medizinischer Behandlung und Gesundheitsversorgung ist ein bedeutender erster Schritt auf dem Weg zur Verwirklichung der Werte der Europäischen Gemeinschaft.

PROGRAMM DES FACHTAGES

10:00 Uhr:

Begrüßung

Siegfried Benker, Stadtrat, Fraktionsvorsitzender der Grünen

10:15 Uhr:

Statements zur Lage der gesundheitlichen Versorgung von Migranten ohne Krankenversicherung in München

Ärzte der Welt/Café 104:

Dr. med. Maria Heinzlmann, Birgit Poppert

Malteser Hilfsdienst:

Dr. med. Bettina Schlemmer, Ärztin, Malteser Migranten Medizin

Städt. Klinikum München GmbH:

Elisabeth Wesselman, Fachreferentin Interkulturelle Versorgung

Fragen und kurze Diskussion



Referat für Gesundheit und Umwelt:

Dr. Maria Gavranidou

Amt für Wohnen und Migration:

Rudolf Stummvoll, Leitung
Interkulturelle Arbeit und
Migration

*Bayer. Staatsministerium für
Arbeit und Sozialordnung:*

Thomas Kerner, Referat Soziale
Versorgung von Zuwanderern und
Rückkehrhilfe

Fragen und kurze Diskussion

13:15 Uhr

Beispiele guter Lösungen in der gesundheitlichen Versorgung von Migranten ohne Krankenversicherung aus europäischen Ländern

Ärzte der Welt/Médecins du Monde:

Nathalie Simonnot, Paris, Koordinatorin aller sozialmedizinischen Projekte in Frankreich

Diskussion über diese Ansätze und mögliche Umsetzung in Deutschland.

Moderation des Fachtages:

Holger Kiesel, Bayerischer Rundfunk, freier Journalist

I. STATEMENTS ZUR LAGE DER GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNG VON MIGRANTEN OHNE KRANKENVERSICHERUNG IN MÜNCHEN

A. Dr. Maria Gavranidou, Dipl.-Psych., Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München, Abteilung Gesundheitsvorsorge, Fachstelle Migration und Gesundheit

Wie ist die Versorgungslage?

Die LH München hat durch die von ihr in Auftrag gegebene Studie „Dass Sie uns nicht vergessen...Menschen in der Illegalität in München“ auf die besondere Lebenslage von Menschen ohne Aufenthaltsstatus aufmerksam gemacht. Der Münchner Stadtrat hat mit Beschlüssen im Gesundheits- und Sozialausschuss sowie in der Vollversammlung für die Verbesserung der Lebenssituation, insbesondere auch der gesundheitlichen Versorgung dieser Menschen gestimmt.



Zur Versorgungslage von Migranten ohne Aufenthaltsstatus liegen keine empirisch gut abgesicherten Daten vor. Versorgungsstudien und Bedarfsanalysen sind bei dieser Menschengruppe nicht möglich - das liegt in der Natur der Sache. Die Aussagen der Studie von Dr. Anderson sowie die Berichte der Anlaufstellen für die medizinische Versorgung dieser Zielgruppe in München (*Ärzte der Welt*, Café 104 und Malteser Migranten Medizin sowie die

fremdsprachigen Missionen der Katholischen Kirche) deuten auf eine Unterversorgung dieser Menschen hin. Die gesundheitliche Situation der Menschen ohne Aufenthaltsstatus ist maßgeblich dadurch bestimmt, dass **keine Krankenversicherung** besteht. D.h. die Versorgungslage ist schlecht bei denjenigen Menschen ohne Aufenthaltsstatus, die als Selbstzahler keine medizinischen Leistungen einkaufen können.

Die Kostenübernahme?

Die Kosten für medizinische und psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen werden in der Regel von den betroffenen Personen übernommen. Wenn dies nicht möglich ist, wenden sie sich nach Aussagen von Herrn Dr. Anderson an diverse ethnische und andere Helfernetze. In München gibt es ja mittlerweile drei humanitär tätige Einrichtungen bzw. Organisationen – zwei davon sind Mitveranstalter der heutigen Tagung – und sehr viele Mediziner/innen, die ehrenamtlich die Versorgung bei akuten gesundheitlichen Problemen kostenlos oder spendenfinanziert übernehmen.

Was läuft gut?

Die Helfernetze sind in München effektiv und können u.E. einen Teil des Bedarfs mit großem ehrenamtlichem Engagement decken (Arbeit der o.g. Anlaufstellen). Außerdem können alle Beratungsangebote des Referats für Gesundheit und Umwelt, die kostenlos und anonym sind, in Anspruch genommen werden, wie z.B. Schwangerenberatung, Hausbesuchsdienst der Kinderkrankenschwestern, Schulärztliche Sprechstunden, Beratungsstelle für sexuell übertragbare Erkrankungen oder auch die gynäkologische und Gesundheitsberatungssprechstunde für Menschen ohne Versicherungsschutz seit Anfang des Jahres 2007.

Wo gibt es noch Verbesserungsbedarf?

Ein wichtiger Bereich wäre die Finanzierung von kostenintensiven Behandlungen und stationären Aufenthalten. Die aktuelle Rechtslage begrenzt die Handlungsmöglichkeiten öffentlicher Stellen auch auf kommunaler Ebene. Daher wurde in München die Einrichtung eines Vereins zur Akquirierung von Spendengeldern für einen Fond beschlossen. Der Fond soll kostenintensive Diagnostik und Behandlung finanzieren. Ich möchte jedoch darauf hinweisen, dass selbst der Fond nicht alle Probleme lösen kann. Er ist nur ein weiterer Schritt zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Manche Probleme werden bei der aktuellen Rechtslage ungelöst bleiben oder aber auf kreative Lösungsmöglichkeiten (und eben nicht auf abgesicherte und planbare) angewiesen bleiben.

Es muss außerdem bundesweit über weitere Lösungsmöglichkeiten nachgedacht werden bzw. auf bereits vorhandene Empfehlungen eingegangen werden, wie z.B. Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus den Zugang zur privaten Krankenversicherung zu ermöglichen. Realisierungsmöglichkeiten sowie die rechtliche Grundlage eines solchen Zugangs wären zu prüfen. Weiterhin wäre die Ausgabe von Krankenscheinen anzudenken – ähnlich wie bei den Asylbewerbern/innen. Im Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität, herausgegeben vom Deutschen Institut für Menschenrechte, werden diese Vorschläge detailliert behandelt und Handlungsempfehlungen generiert (www.institut-fuer-menschenrechte.de).

B. Dr. med. Maria Heinzlmann, Internistin, Tropenmedizinerin; aktive Mitarbeit im Projekt *open.med* von *Ärzte der Welt* seit der Planungsphase

*Wie sind die Versorgungsmöglichkeiten im Projekt *open.med* von *Ärzte der Welt*?*

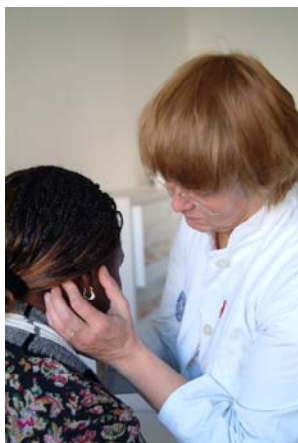
Das Projekt *open.med* wurde 2006 von *Ärzte der Welt* ins Leben gerufen, nachdem Studiendaten einen dringenden Bedarf an medizinischer Hilfe für Menschen mit unsicherem Aufenthaltsstatus in München aufzeigten und die Stadt München in einer Gesprächsrunde am runden Tisch den Handlungsbedarf bestätigte.

Ärzte der Welt, die deutsche Organisation der weltweit in Krisen- und Kriegsregionen operierenden NGO Médecins du Monde, setzt mit *open.med* in München ihre über 20-jährige Tradition in der medizinischen Versorgung von Menschen ohne sicheren Aufenthaltsstatus in vielen europäischen Staaten fort.

Die Hilfsangebote richten sich an Alle ohne Krankenversicherung mit akuten und chronischen medizinischen Problemen. Dabei zeigt sich, dass die größte Gruppe, neun von zehn, Migranten sind. Zunehmend ist die Zahl der Hilfesuchenden aus osteuropäischen EU-Mitgliedsstaaten.

Unter der Projektleiterin Marion Chenevas arbeiten derzeit zehn Ärzte im Wechsel in einem Team bestehend aus mindestens drei Personen mit Helfern von *Ärzte der Welt* und Café 104. Zweimal wöchentlich - dienstags und freitags – können Patienten unsere Ambulanz um medizinische und psychosoziale Hilfe aufsuchen.

Die Konsultationen finden in den Räumen des Bayerischen Flüchtlingsrates in der Augsburg Str. 13 in der Nähe des Sendlinger Tors statt. Zusätzlich wird ein Telefonservice Mo. bis Fr. von 09:30 bis 17:00 Uhr gewährleistet.



Unsere Hilfe umfasst die Konsultation mit einem Arzt der Allgemeinmedizin, Inneren Medizin oder Chirurgie und – wenn nötig – die Vermittlung an Fachärzte einschließlich Zahnärzte zur weiterführender Diagnostik und Therapie; ggf. kann der Patient durch Mitarbeiter von *Ärzte der Welt* begleitet werden. Durch unser Netzwerk von derzeit 50 Fachärzten können wir eine umfassende, rasche, ambulante medizinische Versorgung unserer Patienten auf hohem, europäischem Niveau sicherstellen. Dies im Unterschied zu meiner Arbeit im Ausland, wo oftmals nur eine Basisversorgung möglich ist.

Alle Ärzte stellen ihre Dienste kostenlos zur Verfügung; gelegentlich werden Materialkosten berechnet. Brillen konnten wir bisher mehrmals mit Hilfe anderer Hilfsorganisationen organisieren. Ein Labor und eine Apotheke in unserer Nähe stehen unseren Patienten nach Absprache kostenfrei zur Verfügung; wir können mit ihnen zum Selbstkostenpreis abrechnen. Ein Psychiater stellt seine Konsultationsdienste zur Verfügung. Psychotherapien sind derzeit nur im Sinne von Kriseninterventionen möglich.

Sprachbarrieren mit unseren Patienten konnten bisher durch die Größe unseres Teams bzw. dadurch, dass Patienten Angehörige als Übersetzer mitbringen, überwunden werden, so dass bisher kein Bedarf an einem externen Dolmetscher entstand. Mit dem Vertrauen in uns und unsere Arbeit erleben wir immer wieder, wie auch die Sprache dieser Menschen „kommt“. Die Wahrung der Anonymität der Person in Wort und Schrift und die Sicherheit, dass Personendaten nicht weitergegeben werden, ist das Refugium unserer Patienten.

Durch die verschiedenen medizinischen und psychosozialen Hilfsangebote, getragen von vielen freiwilligen Fachkräften, können wir die ambulante Versorgung von Migranten derzeit gut abdecken. Die Bedeutung der Vernetzung aller zur Verfügung stehenden Kräfte darf nicht gering eingeschätzt werden. Unsere Erfahrungen bei *open.med* zeigen, wie wichtig die zusätzlichen psychosozialen Hilfestellungen für unsere Patienten sind. Mehr darüber werden wir im Anschluss von Frau Birgit Poppert, einer sehr engagierten und versierten Kollegin von Café 104, erfahren.

Was sind die Grenzen von dem Hilfsangebot? Wo gibt es noch Verbesserungsbedarf?

Ganz klar sind derzeit die Grenzen unseres Projektes – wie bereits oben genannt – die Psychotherapieangebote und die stationäre Versorgung inkl. Operationen oder Entbindungen.

Die Erprobung der anonymen Geburt an städtischen Krankenhäusern, wovon Dr. Philip Anderson, Migrationsforscher, diesen Monat in seinem Plädoyer berichtete, lässt mich gespannt sein auf die weiteren Referate dieses Tages und auf eine Ausweitung der medizinischen Angebote für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz hoffen.

Das Projekt *open.med* wird unterstützt von:



BÜRGERSTIFTUNG
ZUKUNFTSFÄHIGES
MÜNCHEN



Landeshauptstadt
München
Referat für Gesundheit
und Umwelt



MÜNCHNER AGENDA 21

C. Thomas Kerner, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Referat Soziale Versorgung von Zuwanderern und Rückkehrhilfe

Leistungsberechtigte nach § 1 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)



Der Name des Gesetzes („Asylbewerberleistungsgesetz“) ist ausschließlich historisch begründet; er gibt die heute betroffenen Personenkreise nicht mehr korrekt wieder, da neben den Asylbewerbern weitere Gruppen von Leistungsberechtigten in das Gesetz einbezogen wurden.

Leistungsberechtigt nach dem AsylbLG sind Ausländer mit einem in § 1 Abs. 1 Ziffern 1 bis 5 und 7 AsylbLG bestimmten asyl- oder ausländerrechtlichen Status (asyl- bzw. ausländerrechtliche Akzesorietät der Leistungsberechtigung), leistungsberechtigt sind ferner gemäß § 1 Abs. 1 Ziffer 6 AsylbLG die Ehegatten, Lebenspartner und minderjährigen Kinder der in den Ziffern 1 bis 5 definierten Personengruppen, ohne dass sie selbst die dort genannten Voraussetzungen erfüllen.

Inhalt und Umfang der gesundheitlichen Versorgung im Rahmen des AsylbLG

Leistungsberechtigte nach § 1 Abs. 1 AsylbLG haben einen Rechtsanspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 AsylbLG. Leistungen werden gemäß § 4 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG nur zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände gewährt.

Nach § 4 Abs. 1 Satz 2 AsylbLG wird Zahnersatz nur ausnahmsweise aus unaufschiebbaren medizinischen Gründen gewährt.

Im Gegensatz zu § 4 Abs. 1 AsylbLG schränkt § 4 Abs. 2 AsylbLG den Leistungsanspruch nicht durch die Tatbestandsmerkmale „akut“, „erforderlich“ oder „unaufschiebbar“ ein, so dass die Schwangeren und die Wöchnerinnen eine umfassende und wirksame Hilfe erhalten.

Weitere Leistungen können in Anspruch genommen werden, wenn sie zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind (§ 6 Abs. 1 Satz 1 Alt. 2 AsylbLG).

Die Berechtigungsscheine zur Krankenbehandlung (Krankenscheine) können grundsätzlich nur von dem Leistungsberechtigten angefordert werden. Die zuständige Behörde hat den Krankenschein dem Leistungsberechtigten zuzuleiten. Die Anforderung durch den behandelnden Hausarzt ist nur in Notfällen möglich.

Einzelfälle, Beispiele:

Ob und welche (zahn-)ärztliche Behandlung im Einzelfall zur Behandlung einer akuten Erkrankung oder eines Schmerzzustandes erforderlich ist, ist unter medizinischen Gesichtspunkten zu entscheiden. Langwierige Behandlungen, die wegen der absehbar kurzen Dauer des weiteren Aufenthaltes voraussichtlich nicht abgeschlossen werden können, begründen keine Leistungsverpflichtung.

Ausländer ohne Aufenthaltsstatus

Diese Gruppe von Ausländern ist im Regelfall nach dem AsylbLG leistungsberechtigt.

D. Birgit Poppert, Mitbegründerin des Café 104

Warum haben Menschen keine Krankenversicherung und wer sind sie?



- a) Etwa 400 000 Deutsche leben ohne Krankenversicherung. Seit dem 1. April 2007 besteht die Pflicht, einer Krankenversicherung beizutreten, aber nur 43 000 haben bisher davon Gebrauch gemacht.
- b) Eu-Bürger/innen aus den neuen EU-Ländern dürfen nicht abhängig arbeiten, machen sich daher selbstständig und bringen dann kein Geld für eine private Krankenversicherung auf.
- c) Illegalisierte haben keine Arbeitserlaubnis und somit keinen Zugang zur öffentlichen Gesundheitsversorgung.

Was ist die Tätigkeit von Café 104?

1998 wurde das Café 104 gegründet, um für Menschen in der Illegalität eine medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Das Motto des Café 104 ist „Kein Gesundwerden ohne Lebensperspektive“.

Daher werden psychosoziale Beratung in schwierigen Lebenslagen, Suche nach Unterbringungsmöglichkeiten, Begleitung zu Ämtern und Kontakt zu Behörden angeboten, um möglicherweise auch Wege zurück in die Legalität zu finden.

Wie ist die Regelung für den Aufenthalt von Schwangeren?

Ab dem 7. Monat können Schwangere aus der Illegalität auftauchen und dann für drei Monate vor, sowie drei Monate nach der Geburt eine Duldung erhalten.

Dieses halbe Jahr gibt die Möglichkeit, Voraussetzungen für einen legalen Aufenthalt zu prüfen und voranzutreiben.

Was sind die Schwierigkeiten und die Grenzen des Hilfsangebotes?

- a) Die Patienten kommen in einem sehr fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung.
- b) Die Finanzierung von stationären Aufenthalten ist nicht geklärt.
- c) Die Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt ist u. U. nicht gewährleistet.
- d) Es existieren für psychisch Kranke keine therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten
- e) Wir sind in unserer Arbeit mit Traumatisierung, sexualisierter Gewalt oder Selbstmordversuchen konfrontiert, ohne therapeutische Behandlung erhalten oder anbieten zu können.

Vorschläge:

- a) Die Abschaffung der Meldepflicht für Berufstätige im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich (in der Landeshauptstadt München ist es bereits geschehen, aber nicht bei staatlichen Einrichtungen);
- b) Möglichkeit einer anonymen Krankenversicherung oder
- c) Möglichkeit eines anonymen Krankenscheins mit Nummer statt Namen, wie es schon in Italien praktiziert wird;
- d) Ein Abkommen mit den Kliniken für zumindest eine bezahlbare Geburt.

E. Dr. Bettina Schlemmer, Ärztin, Malteser Migranten Medizin München

Im Juli haben die Malteser nach dem Vorbild einer im Februar 2001 gegründeten Anlaufstelle in Berlin die Malteser Migranten Medizin in München eröffnet. Dort werden Menschen ohne Krankenversicherung behandelt, die sich auf Grund einer sozialen Notlage eine medizinische Versorgung nicht leisten können.

Einmal pro Woche bieten wir eine Sprechstunde an, in der mit mir als Allgemeinmedizinerin, einer Sprechstundenhilfe und seit März einer Sozialpädagogin die Patientenbetreuung stattfindet.



Wichtig für unsere Patienten, die sich zum großen Teil nicht nur in einer medizinischen sondern auch in einer sozialen Notlage befinden, ist die enge Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen wie z.B. der Caritas, dem SKF, verschiedenen Schwangerschaftsberatungsstellen und der Diakonie, sowie dem Cafe 104, um nur einige zu nennen. Wir haben auch Kontakt zum Sozialreferat, der Ausländerbehörde, dem Amt für Wohnen und Migration und den Sozialbürgerhäusern.

Die Patienten, die nicht vor Ort behandelt werden können, werden zu verschiedenen niedergelassenen Fachärzten geschickt.

Welche Patienten suchen die Anlaufstelle auf?

Selbstständige, deren Einkommen nicht ausreicht um die Krankenversicherung zu bezahlen. Viele von Ihnen leiden unter schlecht laufenden Geschäften oder sind nach einer Insolvenz nicht mehr in der Lage ihre private Krankenversicherung zu bezahlen. In diese Gruppe fallen auch Rentner.

EU-Bürger, die überwiegend aus Osteuropa kommen und in Deutschland ein Gewerbe anmelden, sind nicht verpflichtet eine Krankenversicherung abzuschließen. Andere arbeiten ohne Arbeitserlaubnis. In beiden Fällen können die Menschen in medizinische Notlagen kommen, in denen es unmöglich ist, sie in ihr Heimatland zurückzuschicken.

Menschen **„Sans-Papiers“** suchen ebenfalls unsere Anlaufstelle auf, wobei die Prozentzahlen rückläufig sind. Vermutlich besteht ein Zusammenhang mit der EU-Osterweiterung.

Bezüglich der Krankheitsbilder ist erwähnenswert, dass mehr als ein Drittel unserer Patienten schwanger sind. Wobei es sich überwiegend um legal in Deutschland lebende Frauen handelt. Teilweise kommen sie erst im 8. oder 9. Monat, einige von ihnen ohne jegliche Voruntersuchung.

Eine weitere relativ große Gruppe machen Patienten mit internistischen Krankheitsbildern aus, die nächste Gruppe stellen Patienten mit akuten Zahnschmerzen dar.

Ein großes Problem für uns liegt in der Organisation von Geburtsplätzen. Viele Frauen haben große Schwierigkeiten die Kosten für die Geburt aufzubringen. Da durch Geburtskomplikationen z.B. Kaiserschnitt, einer Erkrankung des Neugeborenen oder einer Frühgeburt durch eine intensiv medizinische Behandlung sehr hohe Kosten entstehen können, ist eine Kostenübernahmeerklärung zur Risikoabsicherung durch die Malteser nicht möglich.

Schwierigkeiten ergeben sich für viele Patienten auch nach der im April 06 in Kraft getretenen Gesundheitsreform. Einige unserer Patienten sind relativ schnell nach Inkrafttreten der des Gesetzes wieder in einer gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen worden. Für Patienten, die zuletzt privat versichert waren und deren Einkommen unter dem Existenzminimum liegt, ist es viel schwieriger.

Da davon auszugehen ist, dass die Ärzte der *open.med* Praxis ähnliche Probleme haben, wäre es unseres Erachtens sinnvoll diese gemeinsam anzugehen und zu lösen. Besonders die Organisation von Geburtsplätzen und eventuell auch ein Gespräch mit Vertretern der Krankenkassen wären sehr hilfreich.

F. Elisabeth Wesselman, Städtisches Klinikum München GmbH, Fachreferentin Interkulturelle Versorgung

Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus gibt es schon seit langer Zeit in München und immer wieder sind diese auch darauf angewiesen, Leistungen von Krankenhäusern in Anspruch zu nehmen.



Fragt man uns danach, können wir nur antworten, dass darüber keine Kenntnisse vorliegen, die aus der praktischen Erfahrung im Krankenhausalltag gewonnen wurden. Denn jeder Patient wird bei uns gleich behandelt. Kann ein Patient keinen Versicherungsnachweis vorweisen, wird er als Selbstzahler zu einer Vorschusszahlung gebeten. In aller Regel zahlen die Betroffenen sofort und sind damit ohne besondere Aufmerksamkeit in den Bereich der Selbstzahler aufgenommen. Besteht keine Versicherungsregelung und geht es nicht um eine geplante Maßnahme, sondern um eine Akutversorgung, entscheiden die Ärzte, ob es sich um eine medizinisch dringliche Maßnahme handelt, die sofort zu erfolgen hat.

Es hat also noch nie eine besondere Regelung für Menschen ohne legalen Aufenthalt gegeben und es gibt sie immer noch nicht. Warum?

Auf der Ebene der Geschäftsführung beschäftigt sich das Städtische Klinikum München seit Bestehen der Münchener Organisationen zur Unterstützung von Nichtversicherten, also der Malteser Migranten Medizin und *open.med* im Verbund mit Café 104, mit der Frage, welchen unterstützenden Beitrag das Städtische Klinikum zur Umsetzung des Beschlusses „Dass Sie uns nicht vergessen...Menschen in der Illegalität in München“ (Sitzungsvorlage Sozialreferat Nr. 02-08) leisten kann.

Uns war schnell klar, dass wir zwar in der Lage waren, in einzelnen Fällen Hilfestellungen zu leisten, aber vom Umfang wie von der Anzahl her entsprach dies den Erfordernissen der versorgenden Institutionen keineswegs. Gleichzeitig zeigten die praktischen Erfahrungen, dass damit ein ungeheurer Aufwand an organisatorischer Leistung verbunden war, den man nicht in großem Umfang auf die Dauer leisten kann.

Alle Bemühungen, eine für Klinik- wie auch für die Versorgerseite befriedigende Regelung zur Zusammenarbeit zu finden, scheiterten bisher an der finanziellen Frage. Das Städtische Klinikum war und ist jederzeit bereit, mit der Malteser Migranten Medizin, mit *open.med* und mit Café 104 einen Kooperationsvertrag einzugehen, in dem die versorgenden Organisationen alle Leistungen des Klinikums in Anspruch nehmen können – allerdings unter der Bedingung, dass erbrachte Leistungen zeitnah und von den Organisationen gemäß den Erlösen nach DRG vergütet werden. Zusätzlich bedarf es für die Klinik einer Risikoabsicherung, um etwaige nicht im vornherein absehbare zusätzliche Kosten, wie z.B. bei einer operativen Entbindung eine intensivmedizinische Versorgung von Mutter und/oder Kind, abzusichern.

Vor allem zwei Fragen machen eine langfristige strukturierte Zusammenarbeit bisher unmöglich:

- Sind die versorgenden Organisationen in der Lage, die Kosten für medizinische Maßnahmen zu übernehmen, nachdem bis heute entgegen der geplanten Vorgehensweise in München kein Fond gegründet wurde (siehe Bekanntgabe an den Sozialausschuss vom 01.12.2005) und somit keine Geldspenden verfügbar sind?
- Wie kann eine Risikoabsicherung von Folgekosten gesichert werden, wenn die versorgenden Institutionen selber über keine relevanten Geldbeträge verfügen, es aber hier durchaus um sehr hohe Summen gehen kann?

Das Städtische Klinikum sieht sich weder in der Pflicht noch in der Lage diese Fragen zu klären - und es ist aufgrund seiner wirtschaftlichen Lage und seiner Möglichkeiten gezwungen, auf einer Vergütung von Leistungen wie auch auf einer Risikoabsicherung zu bestehen.

Vor einigen Wochen wurde die Problematik mit dem Geschäftsführer Strategie und Planung, Herrn Fuß, Vertretern der genannten Organisationen und mir nochmals eingehend besprochen.

Wir kamen zu folgendem Ergebnis:

Die Risikoabsicherung bei einer Leistungserbringung durch das Städtische Klinikum muss unbedingt in der Stadt München diskutiert und geklärt werden.

Dann kann das Städtische Klinikum München mit den versorgenden Einrichtungen einen Kooperationsvertrag machen, in dem

- die versorgenden Einrichtungen gewünschte Leistungen für ihre Klienten anfordern
- sie die Rechnung gemäß den DRG-Erlösen bezahlen, wobei drei aufeinanderfolgende Monatsraten möglich sind
- für die in höherer Anzahl benötigten Geburten das Angebot eines reduzierten Pauschalpreises angeboten wird.

Welchen Vorteil hätte dieses Verfahren für die versorgenden Institutionen?

- Es gibt einen freien Zugriff auf alle Leistungen des Städtischen Klinikums München
- Die Rechnung kann in drei Monatsraten von den Institutionen beglichen werden
- Der Patient/die Patientin – ausgestattet mit einem entsprechenden Schreiben der Organisation und der geforderten Leistung – kann unbürokratisch und auf Wunsch völlig anonym (keine Recherche bezüglich der Angaben der Versorgerorganisation) aufgenommen werden. Er erhält keine Rechnung, sondern klärt mit der versorgenden Organisation die Kostenfrage.

Welchen Vorteil hätte dieses Verfahren für das Städtische Klinikum München?

- Patienten können unbürokratisch aufgenommen und rasch behandelt werden
- Es ist gesichert, dass die entstandenen Kosten spätestens nach drei Monaten durch die versorgende Organisation beglichen sind
- Es gibt keinen zusätzlichen organisatorischen Aufwand, der Klient ist ein Patient wie jeder andere
- Die Medizin kann sich voll dem Patienten widmen

Wir halten dies für einen sehr fairen und unterstützenden Beitrag, der eine humane Behandlung von Patienten und eine geregelte und professionelle Beziehung mit deren Versorgern ermöglicht.

Insofern appelliere ich an die Politik und die Kommune, Regelungen zu treffen, die das finanzielle Risiko von Krankenhausbehandlungen absichern und die Sammlung von Spenden für ärztliche Behandlung Nichtversicherter erfolgreich in Angriff nehmen.

II. BEISPIELE GUTER LÖSUNGEN IN DER GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNG VON MIGRANTEN OHNE KRANKENVERSICHERUNG AUS EUROPÄISCHEN LÄNDERN

Nathalie Simonnot, Paris, *Ärzte der Welt/Médecins du Monde*, Koordinatorin aller sozialmedizinischen Projekte in Frankreich

Im Jahr 2005 hat das europäische Netzwerk von Médecins du Monde (MDM) eine Untersuchung über den Zugang zu medizinischer Versorgung in Europa initiiert. Sie sollte den Zugang zu medizinischer Versorgung für hilfsbedürftige Menschen bzw. Menschen ohne Papiere in verschiedenen Ländern Europas objektiv abbilden. Ziel war es, die wirksamsten Maßnahmen für eine umfassende Gesundheitspolitik zu identifizieren und Europa einen Schritt weiter zu bringen.

Warum Menschen ohne Aufenthaltsstatus?

- Die Umgangsweise der „normalen“ Bevölkerung mit dem hilfsdürftigsten und meist diskriminierten Teil der Bevölkerung spiegelt die allgemeine Situation im Land am eindrucklichsten wieder.
- Alle *Ärzte der Welt*-Teams in Europa arbeiten mit diesen Menschen.
- Krankheiten achten nicht auf gültige Papiere.
- Wir glauben an Menschenrechte, die für alle gelten, und an das Recht auf Gesundheit für alle.

Wir fordern die Achtung europäischer Grundbestimmungen:



a) Die Europäische Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten hat einen universalen Zweck: Sie gilt für alle Menschen, die in Europa leben, ohne Benachteiligung aufgrund von Staatsangehörigkeit oder von Papieren (Artikel 14: Verbot der Benachteiligung).

b) Die europäische Sozialcharta bietet Schutz in vielen Bereichen, insbesondere Schutz auf sozialer

Ebene. Ein allgemeines Verbot der Benachteiligung bestimmt, dass alle Anspruch auf diesen Schutz haben:

- [Artikel 11](#): Jedermann hat das Recht, alle Maßnahmen in Anspruch zu nehmen, die es ihm ermöglichen, sich des besten Gesundheitszustands zu erfreuen, den er erreichen kann.
- [Artikel 13](#): Jedermann hat das Recht auf Fürsorge, wenn er keine ausreichenden Mittel hat.

- [Artikel 17](#): Kinder und Jugendliche haben das Recht auf angemessenen sozialen, gesetzlichen und wirtschaftlichen Schutz.
- [Artikel 30](#): Jedermann hat das Recht auf Schutz gegen Armut und soziale Ausgrenzung.

Der Europäische Ausschuss für soziale Rechte hat angegeben, dass die Charta auch für Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus gelten soll. Deutschland hat die Charta 1965 und seine geänderte Version 2007 unterschrieben. Deutschland hat sich mehrmals durch die Benachteiligung von Ausländern negativ hervorgehoben.

Ärzte der Welt in Deutschland arbeitet daran, allen Menschen den gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Beispiele guter Lösungen für die gesundheitliche Versorgung von Migranten ohne Krankenversicherung in europäischen Ländern

Zugang zur Krankenversicherung:

- Spanien** hat die beste und einfachste Lösung in der gesundheitlichen Versorgung von Migranten ohne Krankenversicherung: Jede Person, die in Spanien lebt, hat Anspruch auf eine Krankenversicherungskarte, die Zugang zum gesamten Gesundheitssystem gewährleistet. Die einzige Voraussetzung ist, bei der Stadt registriert zu sein. Menschen ohne Aufenthaltserlaubnis haben den gleichen Zugang wie Staatsangehörige. Diese Regelung ist in der spanischen Verfassung verankert. Bei der gesundheitlichen Versorgung werden Ausländer im Vergleich zu Staatsangehörigen nicht benachteiligt. Wir arbeiten in Spanien, um die Menschen über ihre Rechte zu informieren, und sie davon zu überzeugen, dass bei der Registrierung kein Risiko einer Anzeige besteht.
- Frankreich** und **Belgien** haben eine spezielle Versicherung für arme Menschen ohne Papiere: Auch dies ist eine gute Lösung, aber das administrative Verfahren ist sehr kompliziert und viele Migranten haben Schwierigkeiten damit. Sobald sie diese Versicherung haben, ist allerdings ein kostenloser Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährleistet. In **Frankreich** gibt es einen universalen Krankenversicherungsschutz, damit der Zugang zum Gesundheitssystem unabhängig von einem Arbeitsplatz oder bestimmten Status ist.
- In **Portugal** besteht die Möglichkeit, eine Krankenversicherungskarte zu bekommen, wenn zwei Zeugen beweisen, dass man schon seit 90 Tagen im Land ist. Das System jedoch ist überfüllt und arme Menschen, besonders Obdachlose, müssen oft Stunden warten, bevor sich jemand um sie kümmert.

Zugang zu HIV-Tests:

Kostenlose Testmöglichkeiten gibt es überall. Viele Menschen sind darüber allerdings nicht informiert und wissen nicht, wo sie sich testen lassen können. Für eine gute Lösung steht Paris: Die Stadt zog eine Werbekampagne zu den kostenlosen und anonymen Testmöglichkeiten der letzten fünf Jahre auf. 68,8% der Menschen in Paris wissen inzwischen, dass es eine kostenlose Testmöglichkeit gibt. Dagegen wissen nur 45,8% der restlichen Bevölkerung davon.

Mutter-Kind-Schutz:

Kinderimpfung:

In allen untersuchten Ländern besteht die Möglichkeit, sich kostenlos impfen zu lassen (Pflichtimpfungen). Doch das Informationsdefizit ist groß: Nur eine knappe Mehrheit (53,5%) der Menschen, die betroffen sind, sind darüber informiert und wissen, wohin sie sich wenden können (51,5%).

Mutterschutz:



In manchen Ländern haben schwangere Frauen ohne Papiere die gleichen Rechte wie Staatsangehörige: In **Spanien, Frankreich, Belgien, Italien und in Portugal** etwa haben sie Anspruch auf vorgeburtliche Betreuung und Nachsorge. In **Großbritannien** haben Schwangere keinen Anspruch auf vorgeburtliche Betreuung und Nachsorge. Der ehemalige Gesundheitsminister John Hutton erklärte allerdings in einem Schreiben, dass die

Versorgung von Schwangeren aufgrund der besonderen Bedürfnisse während der Schwangerschaft immer als notwendig angesehen werden sollte. Das bedeutet, man kann Schwangeren theoretisch die Versorgung nicht verweigern, auch wenn sie keine Mittel haben, dafür zu bezahlen. Praktisch allerdings müssen sie für diese Versorgung bezahlen. Frauen ohne Zugang zum National Health Service müssen für eine Geburt über €3.000 bezahlen.

In **Griechenland** werden nur die Kosten der Geburt übernommen, da sie als Notfall betrachtet wird. Medizinische Untersuchungen sind nicht kostenlos, es sei denn, Komplikationen treten auf.

In **Schweden** haben schwangere Frauen ohne Aufenthaltserlaubnis keinen Zugang zur Versorgung. Wenn die Frauen in den Wehen liegen, kann sie aber kein Krankenhaus ablehnen, da dies ein Notfall ist. Die Frauen müssen allerdings selber für die Kosten aufkommen, außer ein Arzt „sieht weg“, was manchmal vorkommt.

Erste Untersuchung über den Zugang zu medizinischer Versorgung in Europa

Die nachfolgende Information ist einzigartig. Keine andere nationale oder internationale Untersuchung hat bisher je Informationen über Menschen ohne Papiere gesammelt. Die Untersuchung wurde hauptsächlich in sieben Ländern durchgeführt: Belgien, Spanien, Griechenland, Frankreich, Italien, Portugal und Großbritannien. Deutschland war nicht Teil der Untersuchung, da die Arbeit dort zu Beginn der Studie noch nicht begonnen hatte.

Die nächste Studie wird auch in Deutschland durchgeführt werden und in den nächsten Monaten beginnen.

Die **Herkunft der Befragten** ist sehr unterschiedlich (85 verschiedene Staatsangehörigkeiten). Ein Drittel der Patientinnen und Patienten kommt aus Afrika südlich der Sahara, ein Viertel aus Lateinamerika, 22% aus europäischen Ländern außerhalb der EU und 13,5% aus Maghreb.

Nahezu die Hälfte der Befragten haben Kinder, doch fast drei Viertel der Eltern wohnen nicht mit ihren Kindern zusammen.

Die **Lebensumstände** der befragten Personen sind schwierig: 40% betrachten ihre Wohnsituation als prekär, 11% sind obdachlos. Alle leben unterhalb der Armutsgrenze.

Nur ein Drittel der Befragten, die eine **chronische Erkrankung** haben, ist in medizinischer Behandlung. Nahezu die Hälfte der Befragten, die erkrankt sind, müssten zeitliche Verzögerungen hinnehmen, bis sie medizinische Hilfe erhalten. Im Krankheitsfall wurde 10% der Befragten gesundheitliche Versorgung von medizinischem Personal verweigert.

Aufgrund der bestehenden Gesetzgebung hatten 78% der Befragten theoretisch **Zugang zu einem Krankenversicherungsschutz** oder zu medizinischer Versorgung. Die Situation schwankt allerdings von Land zu Land stark hinsichtlich des Zugangs zur Versorgung sowie des Niveaus der angebotenen Behandlung. In Spanien beispielsweise haben Menschen ohne Papiere den gleichen Zugang zu medizinischer Versorgung wie der Rest der Bevölkerung, wenn sie im städtischen Register aufgeführt sind. Dagegen haben Menschen ohne Aufenthaltsgenehmigung in Griechenland fast gar kein Recht auf Gesundheitsversorgung.

Insgesamt haben nur 24% der Befragten **Zugang zu medizinischer Versorgung**. In Frankreich konnten nur 7% davon ihr Recht auf Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen, in Belgien nur 14%.

Die Befragten sind generell **nicht über ihre Rechte informiert**: Ein Drittel ist nicht über das Recht auf Gesundheitsversorgung informiert. Die meisten Befragten wissen zum Beispiel nicht, dass sie Anspruch auf kostenlose HIV-Tests haben. Der Anteil der HIV-infizierten Befragten ist mit 2,3% sehr hoch. Der Prozentsatz an HIV-Infizierten der allgemeinen Bevölkerung in der EU liegt bei 1%¹. Befragte aus Afrika südlich der Sahara sind besonders betroffen (14%).

Der Bericht zeigt, dass ein Teil der Bevölkerung in der EU weder Zugang zur Mindestversorgung noch zur Grundversorgung hat und dies, obwohl die Lebensumstände dieser Menschen besonders gesundheitsschädlich sind. Dies steuert einer kohärenten öffentlichen Gesundheitspolitik gegen.

Zweites Ziel der Studie ist der Stopp der Abschiebung und eine Legalisierung des Aufenthaltsstatus zur Behandlung von schwer erkrankten Ausländern, die in ihrem Heimatland keinen Zugang zu medizinischer Versorgung haben. Das *Ärzte der Welt*-Netzwerk kennt aufgrund internationaler Erfahrungen die mangelnde medizinische Versorgung in den Ländern, aus denen die Migranten nach Europa kommen.

¹ EuroHIV, Institut de Veille Sanitaire, 2006

Unsere Erfahrung in den EU-Ländern, in denen der Zugang zu medizinischer Versorgung für Migranten sowie die Legalisierung des Aufenthaltsstatus zur Behandlung von schwer erkrankten Ausländern geregelt sind, zeigt, dass Kranke nicht zur Behandlung nach Europa kommen: Sie verkraften die Strapazen einer Migration nicht. Außerdem entdecken die meisten erst, dass sie krank sind, wenn sie schon in Europa sind.

Die hilfsbedürftigste Bevölkerungsgruppe aus dem Gesundheitssystem auszugrenzen, wäre in menschlicher, gesundheitspolitischer und wirtschaftlicher Sicht ein großer Fehler.

Der Zugang zu medizinischer Behandlung und Gesundheitsversorgung ist ein bedeutender erster Schritt auf dem Weg zur Verwirklichung der Werte der Europäischen Gemeinschaft.