



ZWEITE UNTERSUCHUNG DES
„EUROPEAN OBSERVATORY
ON ACCESS TO HEALTHCARE“

ZUSAMMENFASSUNG
MÉDECINS DU MONDE
SEPTEMBER 2009

DAS RECHT AUF MEDIZINISCHE VERSORGUNG – INTERNATIONAL VERBRIEFT UND DENNOCH MISSACHTET

Ginette stammt aus Kamerun. Die Teams von *Médecins du Monde* in Bordeaux lernten sie kennen, als sie bereits schwanger war. Ohne Aufenthaltsgenehmigung erhielt sie keine Schwangerenfürsorge und lebte mit ihrer ersten Tochter in Hinterzimmern von Läden, in überbelegten Häusern, manchmal in einer Unterkunft für Obdachlose. Ihr Baby wurde im November 2008 geboren.

1. EINLEITUNG

DIE ARBEIT VON MÉDECINS DU MONDE – ÄRZTE DER WELT

Médecins du Monde – Ärzte der Welt ist eine internationale humanitäre Hilfsorganisation mit 14 Vereinen weltweit, 11 davon in europäischen Staaten. Mit insgesamt 165 internationalen Gesundheitsprogrammen leistet *Médecins du Monde* Wiederaufbau-, Präventions- und Entwicklungsarbeit in ca. 68 Ländern der Welt. Vordringliche Aufgaben sind die Gesundheitsversorgung von Menschen, die von medizinischer Hilfe abgeschnitten sind, sowie die Dokumentation von Menschenrechtsverletzungen und gesellschafts-, speziell einwanderungspolitischen Entwicklungen.

Neben den internationalen Projekten betreiben die Vereine von *Médecins du Monde – Ärzte der Welt* außerdem insgesamt 194 Gesundheitsprogramme im eigenen Land. Zielgruppe bilden auch hier die Menschen, die keinen Zugang zu medizinischer Versorgung haben – dazu gehören Menschen ohne Aufenthaltstitel, Roma, Drogenkonsumenten, Sexarbeiter und Wohnungslose. Die Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit von *Médecins du Monde* will auf die Lebensbedingungen vulnerabler Bevölkerungsgruppen aufmerksam machen und dient u.a. der Durchsetzung ihrer Rechtsansprüche auf medizinische Versorgung.

Mangel an Informationen über die Lebensbedingungen von Menschen ohne Aufenthaltstitel

Menschen ohne Aufenthaltsstatus stellen 10 bis 15% aller Einwanderer¹ bzw. 0,5 bis 2% der europäischen Bevölkerung dar. Trotz unbestrittener Existenz dieser gesellschaftlich oft ausgegrenzten Gruppe herrscht in der allgemeinen Öffentlichkeit weitestgehend **Unkenntnis über die Lebenssituation der Betroffenen**. Die Tatsache, dass Einwanderer ohne Aufenthaltsstatus in nationalen Umfragen und Studien in der Regel nicht einbezogen werden, ist einer der Gründe für dieses Phänomen. Bis heute besteht ein beachtlicher **Mangel an wissenschaftlichen Erkenntnissen** über die Lebensbedingungen dieser Bevölkerungsgruppe, insbesondere über ihre Zugangsmöglichkeiten zu medizinischer Versorgung.

Zugang zu medizinischer Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltstitel in Europa

In allen Ländern, in denen die vorliegende Untersuchung durchgeführt wurde, ist der Zugang zur medizinischen Versorgung von Personen ohne Aufenthaltsgenehmigung theoretisch vorgesehen. In der Regel wird jedoch vorausgesetzt, dass die Betroffenen im Krankheitsfall für die Kosten ihrer Behandlungen selbst aufkommen. Dies erweist sich in der Praxis angesichts ihrer meist nur geringen finanziellen Mittel oft als unmöglich.

In Belgien, Spanien, Frankreich, Italien, in den Niederlanden und in Portugal sind per Gesetz Systeme für Menschen ohne Papiere vorgesehen, in denen – sollte der Patient nicht zahlen können – die gesamten oder ein Teil der Kosten für medizinische Leistungen übernommen werden. Dagegen ist der **Zugang zu medizinischer Versorgung** in Deutschland, Griechenland, Schweden und in der Schweiz **auf Notfälle beschränkt** und bietet keine oder nur wenige Möglichkeiten einer adäquaten Behandlung. In Großbritannien ist es den Allgemeinärzten überlassen zu entscheiden, ob sie Menschen ohne Aufenthaltstitel in ihrer Praxis aufnehmen, um ihnen damit einen kostenlosen Zugang zur Basisversorgung zu ermöglichen. Das System sieht jedoch **keine Kostenübernahme für weiterführende Behandlungen** vor.

Erfordernis und Ziel der vorliegenden Untersuchung

Vor dem Hintergrund der restriktiven Gesetzgebung einiger europäischer Länder und aufgrund des dringenden Informationsbedarfs bezüglich der Lebensbedingungen von Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Europa gründete *Médecins du Monde* die Initiative „**European Observatory on Access to Health Care**“.

Die Organisation konzentrierte sich damit in seiner internationalen politischen Lobbyarbeit auf eine der hilfsbedürftigsten Bevölkerungsgruppen in Europa. Die Initiative stellt sich in ihrer praktischen Umsetzung als breit angelegte Untersuchung bzw. Umfrage dar, deren Ergebnisse auf den **Erfahrungsberichten von knapp 1220 Betroffenen** aufbauen. Die Befragung erfolgte im Rahmen der Programme von *Médecins du Monde* sowie innerhalb der Projekte einiger Partnerverbände.

Die vorliegende Untersuchung stellt mit ihrer größeren Fallzahl und vollständigeren Datenerhebung eine Erweiterung der vorhergehenden Studie von *Médecins du Monde* aus den Jahren 2005 und 2006² dar. Sie dient der objektiven Erfassung und **Evaluation der Zugangsmöglichkeiten zur medizinischen Versorgung** von Menschen ohne Aufenthaltstitel in Europa sowie der **Identifikation von Defiziten und wirksamen Lösungsstrategien gerechter Gesundheitspolitiken**.

Dieser Bericht will anhand fundierter Erkenntnisse auf Rechtsverletzungen von Seiten der Behörden und die defizitäre Versorgungslage der Betroffenen aufmerksam machen – jener Menschen, deren Lebensbedingungen in Europa verglichen mit anderen Bevölkerungsgruppen am stärksten durch Armut, Ausgrenzung und Diskriminierung geprägt sind. Die Einzelschicksale, die sich hinter den Statistiken verbergen und von denen einige Beispiele im vorliegenden Text aufgeführt sind, bilden den Hintergrund für das Engagement der Mitarbeiter und für die politische Lobbyarbeit von *Médecins du Monde*.

1. Bericht der Global Commission on International Migration [GCIM], in „Access to health care for undocumented migrants in Europe“, PICUM, Brussels, 2007.
Huber M., Stanciole A., Bremner J., Wahlbeck K. eds., „Quality in and equality of access to healthcare services“, Brussels, European Commission, DG Employment, Social Affairs & Equal Opportunities, March 2008, pp. 196-201

2. <http://www.MdM-international.org>

2. AUFBAU UND METHODIK

Fallzahlen

Insgesamt wurden **1218 erwachsene Personen** befragt: 216 in Spanien, 199 in Frankreich, 118 in Griechenland, 112 in Belgien, 108 im Vereinigten Königreich, 103 in den Niederlanden und Schweden, 99 in Italien, 32 in Portugal, 24 in Deutschland und 11 in der Schweiz.

Inhalte der Studie

Die vorliegende Untersuchung beinhaltet zwei unterschiedliche Teile: Zum einen handelt es sich um eine **quantitative [statistisch deskriptive] Befragung**, die sich auf **Erwachsene ohne Aufenthaltstitel** bezieht. Die Daten wurden systematisch anhand von Fragebögen erhoben und beschreiben hauptsächlich den Einfluss sozialer Faktoren auf das Leben der Betroffenen, ihren Gesundheitszustand, die Art und das Ausmaß von Gewalterfahrungen, das Niveau der Rechtsansprüche auf medizinische Versorgung und deren tatsächlicher Durchsetzung sowie Probleme der Behandlungsverweigerungen von Seiten des medizinischen Personals.

Die zweite Umfrage ist **qualitativer** Art und wurde im Rahmen von Gesprächen mit 32 Eltern ohne Aufenthaltstitel in 8 verschiedenen Ländern [Frankreich, Griechenland, Schweden, Belgien, Niederlande, Großbritannien, Schweiz, Spanien] vorgenommen. In der qualitativen Umfrage lag das Augenmerk auf dem **Zugang zur medizinischen Versorgung von Kindern**.

Fragebogen und Interviewer

Der im Interview angewandte Fragebogen bestand aus 77 Fragen, von denen 73 an die Befragten gerichtet waren; 10 Fragen waren rein medizinischer Art, bei den meisten Fragen waren Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Die Struktur des Fragebogens war in allen Ländern identisch und wurde nur den jeweiligen nationalen Gesetzen und Gesundheitssystemen angepasst.

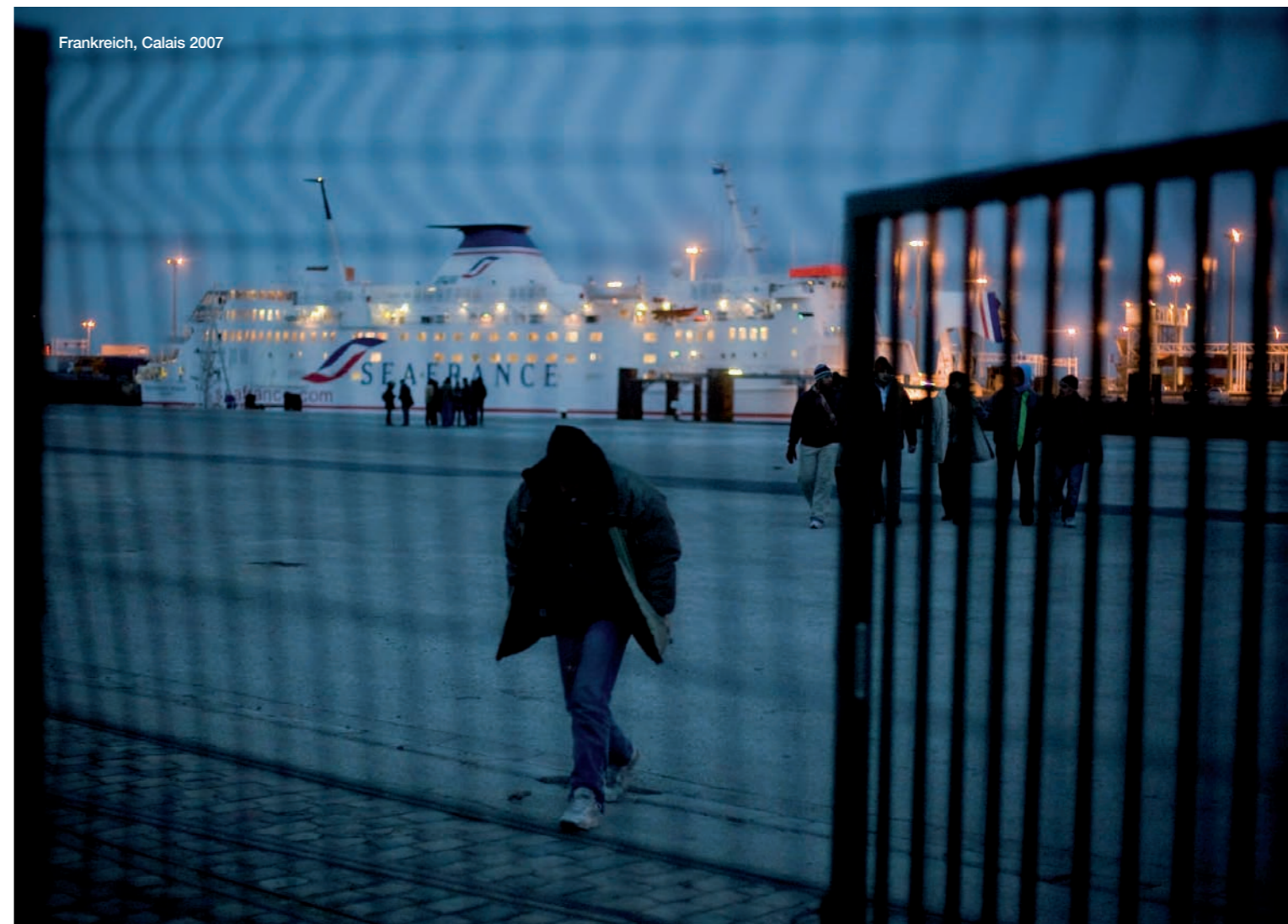
Die Befragung der Betroffenen erfolgte überwiegend durch ehrenamtliche Mitarbeiter der beteiligten Programme. Sie wurden vorher für diese Aufgabe geschult. Der medizinische Teil wurde von entsprechendem Fachpersonal [Arzt, Krankenschwester o.ä.] übernommen. 17 % der Fragebögen konnten nur mithilfe eines Dolmetschers ausgefüllt werden.

Ergebnisanalyse

Die Analyse der Ergebnisse wurde von zwei Wissenschaftlern übernommen: Dr. Pierre Chauvin, Epidemiologe, Forscher am **Nationalen Institut für Gesundheitswesen und medizinische Forschung [Inserm, Frankreich]**, und Isabelle Parizot, Soziologin, Forscherin am **Nationalen Zentrum für wissenschaftliche Forschung [CNRS, Frankreich]**. Beide sind Teil des Forschungsteams am Inserm. Für die vorliegende Untersuchung arbeiteten sie im ständigen Austausch mit der Arbeitsgruppe des „European Observatory on Access to HealthCare“ von *Médecins du Monde*. Diese wurde geleitet von Nathalie Simonnot. Die Ergebnisse wurden mithilfe der Statistiksoftware SPSS am Inserm analysiert und sind in vollständiger Fassung im Pariser Hauptsitz von *Médecins du Monde* Frankreich erhältlich.



Griechenland, Patras 2008



Frankreich, Calais 2007

3. ERGEBNISSE

UMFRAGEN ÜBER DIE LEBENSBEDINGUNGEN VON MENSCHEN OHNE AUFENTHALTSTITEL

QUANTITATIVE UMFRAGE

Alter, Geschlecht und Herkunft der Befragten

Unter den befragten Personen sind ebenso viele Frauen wie Männer. **55% von ihnen sind jünger als 35 Jahre.** Im Durchschnitt haben sie ihr Heimatland vor viereinhalb Jahren verlassen und haben drei Jahre lang ohne Aufenthaltstitel gelebt. Die befragten Personen stammen aus insgesamt 97 verschiedenen Nationen bzw. 7 verschiedenen geographisch zusammengefassten Regionen [in absteigender Reihenfolge]: Afrika südlich der Sahara, Mittel- und Südamerika/Karibik, Maghreb, Europa außerhalb der EU, Asien, Naher und Mittlerer Osten und die Europäischen Union. Die meisten Männer kommen aus Marokko, Algerien, Ägypten, dem Senegal, Brasilien und Bangladesch. Die meisten Frauen kommen aus Brasilien, Bolivien, Kamerun, von den Philippinen, aus Nigeria, Albanien und Rumänien³.

Migrationsgründe

56% der Befragten gaben an, ihr Heimatland **aus wirtschaftlichen Gründen** verlassen zu haben, bzw. um hierzulande ihren Lebensunterhalt verdienen zu können. **26%** sind nach eigenen Angaben aus **politischen, religiösen, ethnischen Gründen, aufgrund der sexuellen Ausrichtung oder aus Flucht vor Krieg** emigriert – Gründe, die ihnen theoretisch das Recht auf politisches Asyl einräumen.

Lediglich 6% der befragten Personen haben bei der Beantwortung der Frage nach den Motiven für ihre Einwanderung **gesundheitliche Gründe** angegeben. 15,7%⁴ der Befragten litten zum Zeitpunkt der Umfrage an einem chronischen Gesundheitsproblem, von dem sie laut eigener Aussage schon vor der Einwanderung wussten [zum größten Teil Personen aus der Europäischen Union und aus dem Maghreb].

Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen nicht das in politischen Diskursen oft beklagte Phänomen des Medizintourismus, d.h. **die Wirkung unserer gut ausgestatteten Versorgungssysteme als „pull factor“** auf die Immigrationsbewegung. Darüber hinaus ist der kausale Zusammenhang zwischen Migration aus gesundheitlichen Gründen und günstigen Bedingungen hinsichtlich des Zugangs zu medizinischer Versorgung für Menschen ohne Aufenthaltstitel im jeweiligen Aufnahmeland zu bezweifeln: Die Länder, in denen die befragten Personen am häufigsten gesundheitliche Gründe für das Verlassen ihres Heimatlandes angaben, waren neben Frankreich [wo eine relativ günstige Gesetzgebung besteht] u.a. Griechenland und Schweden – zwei Länder, in denen es für Menschen ohne Papiere kaum Möglichkeiten des Zugangs zur medizinischen Versorgung gibt.

Lediglich **6%**
geben die Gesundheit als
Grund ihrer Migration an.
Gesundheitliche Probleme
sind kein Migrationsgrund.

3. Siehe „Bürger der Europäischen Union ohne Krankenversicherung“

4. Dieser Anteil ist wahrscheinlich bei den Personen, die von den Teams von *Médecins du Monde* angesprochen wurden höher, da sie gerade aus der Sprechstunde mit einem Angehörigen eines Gesundheitsberufes kamen.

ERFAHRUNGSBERICHTE

P., VON DEN PHILIPPINEN

„Ich bin vor eineinhalb Jahren aus den Philippinen in das Vereinigte Königreich gekommen. Ich habe in meinem Land eine Nierentransplantation erhalten wegen der ich £10.500 [11.549 Euro] Schulden habe. Nach der Operation gab mir mein Arzt notwendige immunsuppressive Medikamente, welche jedoch sehr teuer waren. Meine Schulden waren zu hoch und ich sagte mir, dass die einzige Möglichkeit darin bestehe wegzugehen, um woanders eine Arbeit zu finden, die besser bezahlt ist. Jetzt lebe ich in London. Bis vor Kurzem habe ich gearbeitet. Doch jetzt habe ich starke Rückenschmerzen bekommen. Mein Arbeitgeber hat deshalb unsere Vereinbarung beendet, da ich nicht mehr gut als Reinigungskraft und Gärtner arbeiten konnte. Ich bin nicht in das Vereinigte Königreich gekommen, um mich behandeln zu lassen. Bis heute habe ich nicht einmal versucht, mich behandeln zu lassen. Jetzt mache ich mir große Sorgen, da es schon zu lange her ist, dass ich meine Medikamente genommen habe. Ich hoffe, dass ich mit Hilfe von Project: London „Projekt von MdM“ einen Allgemeinarzt finden werde. Ich möchte hier noch ein Jahr arbeiten und danach, wenn ich genug Geld verdient habe, um meine Schulden zu begleichen, in mein Land zurückkehren.“

L., UKRAINERIN, 58 JAHRE ALT

lebt seit acht Jahren in Deutschland und hat häufig zwölf bis vierzehn Stunden pro Tag gearbeitet. Sie musste mehrmals darum kämpfen, die versprochene Summe zu erhalten [150 Euro pro Monat]. Die Leute setzten sie unter Druck, indem sie ihr drohten, sie bei den Behörden zu melden, wenn sie ihre Bedingungen nicht akzeptieren würde. Zurzeit arbeitet sie bei mehreren Privatpersonen als Reinigungskraft, putzt Fenster und übernimmt Gartenarbeit.

J., NICARAGUANER, 53 JAHRE ALT

lebt in Deutschland. Er hatte einen Arbeitsunfall und brach sich den Fuß. Ein Freund brachte ihn zu einem spanischen Arzt, der ihm sagte, dass er sofort operiert werden müsse. Sie versuchten es bei mehreren Krankenhäusern, wo man von ihm verlangte, bei der Unfallaufnahme zu zahlen, da er keine Krankenversicherung hat. Da er sieht, wie J. leidet, leiht ihm sein Freund schließlich seine Versichertenkarte und J. wird in einer Klinik aufgenommen, wo er am nächsten Tag operiert werden soll. J. verlässt die Klinik in der Nacht vor der Operation, da er Angst hat, verhaftet zu werden und seinem Freund zu schaden.

A., IRANER, LEBT IN GROSSBRITANNIEN

A. kam vor sechs Jahren aus dem Iran nach England, um Asyl zu beantragen. Er ist Künstler und wurde in der Heimat für drei Monate eingesperrt und gefoltert, da er politikkritische Zeichnungen und Karikaturen veröffentlicht hatte. Sein Körper trug tiefe Narben. Nachdem er entlassen wurde, lebte er zehn Jahre unter ständiger Beobachtung, telefonischer Abhörung, ohne Ausweisdokumente [konfisziert] und würde permanent verfolgt. Als er es schaffte, wieder einen Pass zu bekommen, flüchtete er aus dem Iran, wo die Todesdrohungen gegen ihn und seine Familie wiederholt worden waren. Drei seiner Cousins wurden getötet.

Ungesunde Unterkünfte, Nachtarbeit und Arbeit unter schlechten Bedingungen gefährden die Gesundheit der Menschen ohne Aufenthaltstitel.

Die Hälfte der befragten Personen arbeitet.

37%

von ihnen mehr als 10 Stunden am Tag.

Die Mehrheit der befragten Personen hat Gewalt erfahren. Dies änderte sich kaum nach ihrer Ankunft in Europa.

Wohn- und Arbeitsbedingungen

Die Wohnbedingungen sind meist inakzeptabel. Mehr als die Hälfte [52%] der befragten Personen waren zum Zeitpunkt der Umfrage nach eigenen Angaben wohnungslos, lebten in einer unsicheren Unterkunft oder kurz- bis mittelfristig in einer Unterkunft für Obdachlose. **Ein Drittel der Personen [34%]** waren der Ansicht, **dass ihre Wohnbedingungen gefährlich oder schädlich für die eigene Gesundheit und die ihrer Kinder** seien.

Die Hälfte der befragten Personen [51,3%] ging zum Zeitpunkt der Untersuchung einer regelmäßigen oder unregelmäßigen Beschäftigung nach, um ihren Lebensunterhalt zu verdienen. An dieser Stelle sollte erwähnt werden, dass es Menschen ohne Aufenthaltstitel nicht möglich ist, legal zu arbeiten. Sie sind insbesondere in Reinigungsbetrieben, der Bauindustrie, im Hotelgewerbe oder in der Gastronomie tätig.

37% der Befragten gaben an, **mehr als zehn Stunden am Tag** zu arbeiten, **22% mehrmals pro Woche nachts**. Laut der vorliegenden Ergebnisse betrifft diese Situation am häufigsten Frauen [26% gegenüber 14,7% bei den Männern]. 8% der Befragten hatten nach eigenen Angaben bereits einen Arbeitsunfall erlitten.

Soziale Isolation

Mehr als die Hälfte [52%] der Befragten gaben an, sich einsam oder sogar sehr einsam zu fühlen. Dies ist offensichtlich insbesondere bei Männern der Fall, die aufgrund der Migration häufiger von ihrer Ehefrau und ihren Kindern getrennt sind. Im Übrigen lebten zum Zeitpunkt der Umfrage **59% der befragten Eltern von minderjährigen Kindern mit keinem ihrer Kinder zusammen**.

Lediglich 47% der interviewten Personen konnten von jemandem berichten, der sie „oft“ oder „sehr oft“ emotional unterstützt und tröstet. Frauen erhalten diese potenzielle emotionale Unterstützung häufiger als Männer, sie sind eher in der Lage, diese auch einzufordern.

Gewalterfahrungen

Zu den im Interview erfragten Formen von Gewalt zählten: Hunger leiden oder nicht genügend zu essen haben, in einem Land gelebt zu haben, in dem Krieg herrscht, physische Gewalt [in der Familie oder anderswo], daran gehindert worden zu sein, Geld zu verdienen oder verdientes Geld nicht erhalten zu haben. Weitere Antwortmöglichkeiten waren: Gewalt durch Ordnungskräfte, unter Beobachtung gestanden oder Verboten unterlegen zu haben, körperlich bedroht oder aufgrund der Einstellung verhaftet worden zu sein, Folter, sexuelle Gewalt oder sonstige.

Zahlreiche der befragten Personen erfuhren zum Zeitpunkt der Umfrage Gewalt oder haben Gewalt vor, während oder nach ihrer Migration erlebt: **59% berichteten, dass sie mindestens eine Form von Gewalt erfahren haben**. 40% haben laut eigener Angaben mehrere Formen von Gewalt erlebt. Erschreckend ist auch, dass ein Viertel der befragten Personen [24%] angab, seit der Ankunft in Europa Formen von Gewalt erfahren zu haben.

ERFAHRUNGSGESBERICHTE

HERR B., 35 JAHRE ALT

flüchtete von der Elfenbeinküste und kam 2004 nach Malta, wo er für eineinhalb Jahre in einem Abschiebezentrum eingesperrt und von Polizeibeamten mit Schlagstöcken malträtiert wurde. Er hat davon Folgeschäden in den Schulter und Knien. 2006 wurde er freigelassen und ging in die Niederlande, wo er häufig auf der Straße schlafen musste. Sein soziales Netz und seine Mittel waren sehr begrenzt. Drei Monate nach seiner Ankunft sieht Herr B. zwei Polizisten, die in einer Metrostation auf ihn zugehen. Voller Angst rennt er weg, stürzt die Treppe hinunter und bricht sich beide Fußknöchel. Die Polizei ruft eine Ambulanz, die ihn in die Notaufnahme fährt. Nach zwei Wochen im Krankenhaus wird er gebeten, das Krankenhaus zu verlassen. Nichts wird für die Zeit nach seiner Entlassung organisiert, weder ein Rollstuhl noch eine Anlaufstelle. Der Arzt sagt ihm jedoch, dass er zwei Monate lang nicht gehen darf. Er verlässt das Krankenhaus auf allen Vieren. Es gelingt ihm, ein Taxi anzuhalten, das ihn zu einem Bekannten bringt, der damit einverstanden ist, ihn aufzunehmen. Eine Woche nach dem Verlassen des Krankenhauses fängt die Knöchelverletzung an zu nässen: es handelt sich um eine Infektion, die mit Antibiotika behandelt werden muss, außerdem ist eine weitere Operation notwendig.“

M., PERUANERIN, 44 JAHRE ALT, LEBT SEIT DREIZEHN JAHREN IN DEUTSCHLAND

Sie wartet, versteckt im Schatten einer Straßenecke, und man muss sie überzeugen, dass keine Gefahr besteht, damit sie den Mut aufbringt, in unsere Einrichtung zu kommen... Sie hat eine Zystitis, benötigt eine Brille und leidet an erhöhtem Augendruck. Sie hat einen hohen Blutzuckerwert, Bluthochdruck und benötigt eine gynäkologische Untersuchung. Als wir sie fragen, wie sie es bisher mit ihrem Gesundheitsprobleme ausgehalten hat, antwortet sie: „Ich habe mir ganz allein geholfen.“ Sie lebt versteckt, indem sie ständig den Wohnsitz wechselt. Aus Angst vor der Polizei traut sie sich nicht, ins Stadtzentrum zu gehen.

FRAU Z., ARMENIERIN, 32 JAHRE ALT, LEBT SEIT VIER JAHREN IN DEN NIEDERLANDEN

Im Oktober 2007 leidet Frau Z. an starken Magenschmerzen. Der behandelnde Arzt vermutet Nierensteine und schickt sie für Untersuchungen in ein Krankenhaus. Als sie dort hinget, werden ihr die Untersuchungen jedoch verweigert, da sie nicht versichert ist und da sie die Kosten nicht zahlen kann. Der behandelnde Arzt verschreibt ihr starke Schmerzmittel, die Schmerzen bestehen jedoch fort. Eineinhalb Monate später schickt der Arzt Frau Z. erneut ins Krankenhaus, nachdem er mit dem Personal in der Urologie telefoniert hat. Am Empfang der Urologie wird Frau Z. erneut mitgeteilt, dass diese Untersuchungen nicht durchgeführt werden können, wenn sie sie nicht bezahlt. Zehn Monate später hat sie immer noch Schmerzen und keinen Zugang zu medizinischer Versorgung.

80%

der befragten Personen erhielten laut eigener Angaben aufgrund einer restriktiven Gesetzgebung, aufgrund von Informationsmangel, administrativen Zwängen oder aufgrund diskriminierender Praktiken im Gesundheitssystem während ihrer letzten Erkrankung keinerlei Absicherung ihrer medizinischen Versorgung.

60%

der befragten Menschen ohne Papiere gaben an, ihre Bewegungsfreiheit und Aktivitäten aus Angst vor einer Verhaftung einzuschränken.

Hürden beim Zugang zu medizinischer Versorgung

Etwa 70 % der befragten Bevölkerungsgruppe sah sich mit diversen Hürden konfrontiert, die den Zugang zu einer medizinischen Behandlung erschweren. Einige Beispiele:

68,9 % gaben die **Komplexität des Gesundheitssystems und administrative Schwierigkeiten** an, die es ihnen erschwerten, ihre Rechte geltend zu machen [zu erbringende Nachweise, verschiedene Zuständigkeiten der Behörden, ungünstige Öffnungszeiten etc.]. In Belgien, in Großbritannien und in Schweden wurden diese Schwierigkeiten am häufigsten genannt.

59,4 % nannten die **Kosten für Sprechstunden und Behandlungen**. In Belgien und in Frankreich wurden als Hürde des Zugangs finanzielle Gründe am häufigsten genannt.

Die Angst vor einer Verhaftung oder vor der Übermittlung personenbezogener Daten an die Ausländerbehörde hält Menschen ohne Papiere von der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen offensichtlich fern: **60 %** aller Befragten gaben an, ihre Bewegungsfreiheit oder ihre Aktivitäten **aus Angst vor einer Verhaftung** einzuschränken.

Selbst in den Ländern, in denen der Zugang zur medizinischen Versorgung für alle Menschen vorgesehen ist, sind den Untersuchungsergebnissen zufolge administrative Komplexität sowie die Unkenntnis über Rechtsansprüche auf medizinische Versorgung – sowohl auf Seiten der Menschen ohne Papiere, als auch auf Seiten der Sachbearbeiter und des medizinischen Personals – für eine unzureichende Versorgung im Krankheitsfall verantwortlich.

70 % der befragten Personen hatten theoretisch Anspruch auf eine Kostenübernahme ihrer medizinischen Behandlungen [von 3 % in Griechenland bis 98 % in Belgien], **ein Viertel von ihnen wusste zum Zeitpunkt der Umfrage von diesen Rechtsansprüchen jedoch nichts** [von 52 % in Großbritannien bis 6 % in Spanien]. Diese Ergebnisse belegen, dass neben den oben genannten Gründen **Informationsdefizite** eine gravierende Hürde beim Zugang zu medizinischer Versorgung darstellen können.

Behandlungsverweigerungen

14 % der befragten Personen berichten, während ihrer letzten Erkrankung mit einer Behandlungsverweigerung von Seiten der im Gesundheitswesen tätigen Personen konfrontiert gewesen zu sein. In den Niederlanden, wo keine speziellen Einrichtungen für Personen ohne Aufenthaltstitel existieren, ist diese Quote am höchsten [ein Drittel der Befragten]; ebenso in Schweden [ein Viertel]; dann folgen Spanien und Belgien [etwa 15 %]. In anderen Ländern ist sie niedriger oder gleich null. Die Mitarbeiter von *Médecins du Monde* Griechenland weisen jedoch darauf hin, dass manche Betroffene öffentliche Einrichtungen erst gar nicht aufsuchten, da sie wüssten, dass sie dort nicht behandelt würden. Dieses Verhalten der Patienten könnte demzufolge ein Grund für die geringe Anzahl von Nennungen von Behandlungsverweigerungen in Griechenland sein.

Diskriminierungen

Von Diskriminierung im täglichen Leben und in den medizinischen Einrichtungen wurde von den Betroffenen wiederholt berichtet: **36 %** der befragten Personen wurden laut eigener Angaben im Laufe des vergangenen Jahres Opfer von Rassismus [Diskriminierung wegen Hautfarbe, geographischer Herkunft, etc.], ein Fünftel davon in einer medizinischen Einrichtung [insbesondere in Schweden, in Großbritannien und in Griechenland]. Von allen Befragten wurden Menschen aus dem subsaharischen Afrika und Maghrebiner offensichtlich am häufigsten diskriminiert.

Späte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Verzicht auf Behandlung

41 % der befragten Personen haben im Laufe der letzten zwölf Monate **auf medizinische Leistungen für sich verzichtet** [68 % in Schweden]. **29 %** hätten sogar auf medizinische Versorgung **für ihre Kinder** verzichten müssen, meistens im Feld primärärztlicher Beratungen und Impfungen. Personen, bei denen die Kostenübernahme für medizinische Behandlungen unsicher war, haben dreimal häufiger auf Gesundheitsversorgung verzichtet als diejenigen, bei denen klar war, dass die Kosten übernommen werden.

25 % der befragten Personen haben im Aufnahmeland mindestens einmal ihre gesundheitlichen Probleme **zu spät behandeln lassen**. Dies betrifft offensichtlich vor allem jene Patienten, die an schweren Erkrankungen wie Diabetes, kompliziertem Bluthochdruck, posttraumatischem Syndrom, Unterfunktion der Schilddrüse, Herzleiden und Krebs leiden.

Die vorliegenden Ergebnisse stehen im Gegensatz zu jenen Vorurteilen, nach denen Einwanderer ohne Aufenthaltstitel die europäischen Gesundheitssysteme übermäßig „missbrauchen“ würden. Darüber hinaus kann festgestellt werden, dass die von *Médecins du Monde* befragte Bevölkerungsgruppe der Menschen ohne Papiere angab, bei harmlosen gesundheitlichen Problemen das Versorgungssystem nur selten in Anspruch zu nehmen.

Gesundheitszustand der Befragten

Ein Drittel der befragten Männer [34 %] und ein Viertel der Frauen [23 %] **schätzten ihre Gesundheit** zum Zeitpunkt der Umfrage als **schlecht oder sehr schlecht ein**. Dieser Anteil ist dreimal höher als bei Umfragen in der Allgemeinbevölkerung der 27 Länder der Europäischen Union⁵. Lediglich 20 % der befragten Personen gaben keine gesundheitlichen Beschwerden an.

Die am häufigsten genannten Krankheiten waren Erkrankungen des Bewegungsapparates, psychologische Erkrankungen [Stress, Schlafstörungen, Depressionen etc.] sowie Erkrankungen des Verdauungssystems. 32 % der Personen waren laut eigener Angabe mindestens von einem chronischen Gesundheitsproblem betroffen [Männer häufiger als Frauen].

5. Eurostat-Umfrage aus dem Jahre 2004, 2007 veröffentlicht. Darüber hinaus muss daran erinnert werden, dass sich die Umfrage von *Médecins du Monde* hauptsächlich auf medizinische Programme erstreckte.

Insgesamt wissen
38%
 der Bevölkerungsgruppe
 mindestens ein nicht betreutes
 Gesundheitsproblem auf.

Unzureichende Behandlung und Betreuung

Laut Einschätzung des medizinischen Fachpersonals, welches die Befragungen durchführte, hatten **65 % der befragten Personen** zum Zeitpunkt der Untersuchung **mindestens ein Gesundheitsproblem, dessen Behandlung wünschenswert, sogar notwendig [29 %] oder zwingend notwendig gewesen wäre [2 %]**.

24% wiesen mindestens zwei gesundheitliche Probleme auf, deren Behandlung als wünschenswert eingestuft wurde – auch dies könnte ein Zeichen des insgesamt erschwerten Zugangs zu medizinischer Versorgung einer eigentlich jungen und nur selten erkrankenden Bevölkerungsgruppe sein.

Von den 1371 bei der befragten Bevölkerungsgruppe festgestellten Gesundheitsproblemen wurde zum Zeitpunkt der Untersuchung lediglich ein Viertel behandelt oder vollständig betreut; ein Viertel wurde nur teilweise und etwa die Hälfte [45%] wurde zum Zeitpunkt der Umfrage überhaupt nicht behandelt oder betreut.

Von den **Gesundheitsproblemen**, die als **schwerwiegend** erachtet wurden und einer dringenden Therapie bedurften, wurden **34 % gar nicht betreut**, 21 % nur teilweise.

Von den Gesundheitsproblemen, deren Behandlung als zwingend notwendig galt, wurden zum Zeitpunkt der Umfrage lediglich 43% behandelt und/oder betreut. **Nur 13%** der weniger schwerwiegenden Gesundheitsprobleme, deren Behandlung jedoch wünschenswert gewesen wäre, **wurden vollständig betreut**.

QUALITATIVE UMFRAGE

Zugang zu medizinischer Versorgung von Kindern

In vielen Ländern besteht für Kinder keine gesetzliche Verpflichtung, im Besitz einer Aufenthaltsgenehmigung sein zu müssen. Einige Länder stellen jedoch keinen besonderen Schutz für Kinder von Eltern ohne Aufenthaltstitel zur Verfügung. Wie ihre Eltern können auch sie der Datenübermittlungspflicht an die Ausländerbehörde nach Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zum Opfer fallen. Der Kinderschutz ist eine Pflicht in allen Ländern, die an der Umfrage teilgenommen haben. Er ist im **Internationalen Übereinkommen über die Rechte des Kindes** **verbrieft** [1989]⁶. Artikel 24 formuliert, dass „die Vertragsstaaten das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit anerkennen. Sie bemühen sich, sicherzustellen, dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird“.

⁶ <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>

Risikofaktoren für die Gesundheit der Kinder

Viele der befragten Familien [86%] sind aufgrund ihres Status als Menschen ohne Aufenthaltstitel und ihres geringen Einkommens gezwungen, mit ihren Kindern in einer überbelegten, **gesundheitsschädigenden Unterkunft** zu leben. Diese Situation kann jedoch verhängnisvolle Folgen für die Entwicklung der Kinder haben: Mangel an Privatsphäre, Schwierigkeiten, einen ruhigen Platz des Rückzugs, z. B. für Schularbeiten zu finden etc. In Schweden betreute das MdM-Team eine Gruppe von Babys, die gezielt überfüttert wurden, damit sie andere Bewohner der Unterkunft nicht störten.

Umzüge aufgrund von Zwangsräumungen und vorübergehende Unterbringungen erzeugen **Stress** sowie den schwierigen Umstand, sich immer wieder an die neue Umgebung gewöhnen und anzupassen zu müssen. Manche Eltern weisen auf Unterbrechungen der medizinischen Betreuung nach Zwangsumzügen hin. Die latente Gefahr einer Verhaftung der Eltern, die Angst vor einer Familientrennung sowie vor Diskriminierungen, die von der einheimischen Bevölkerung ausgehen, können sich ebenfalls negativ auf die Gesundheit der Kinder auswirken.

Belastung der Eltern-Kind-Beziehung

Der Gesundheitszustand der Erwachsenen und der der Kinder stehen häufig in einer wechselseitigen Beziehung miteinander. Welche Bemühungen die Eltern auch immer aufwenden, um ihre Kinder zu schützen, ihre persönlichen Sorgen nehmen oft **Einfluss auf die Psyche und die Entwicklung der Kinder**. Ihre Unsicherheit und ihre Verzweiflung sind teilweise so stark, dass ihre eigene seelische Gesundheit angegriffen wird, was wiederum die Kinder spüren und sie beeinträchtigt. Der schlechte Gesundheitszustand der Kinder kann die Familiensituation belasten, z.B. indem die Krankheit des Kindes das häusliche Zusammenleben bei Angehörigen verkompliziert.

Kinder müssen häufig die Pflichten von Erwachsenen übernehmen. Sie spielen eine Übersetzer- und Vermittlerrolle zwischen ihren Eltern und der Gesellschaft, wenn diese nicht die Sprache des Aufenthaltslandes beherrschen oder sozial isoliert sind. Manche Kinder stellen so eine wahre Stütze für ihre Eltern dar. Mehrere Eltern gaben an, dass sie gegenüber ihren Kindern Unsicherheit empfinden, ja sogar ein Schuldgefühl hätten.

Frauen ohne Aufenthaltstitel erhalten in Europa keine angemessene Schwangerenfürsorge, die einen Schutz für sie und ihr Ungeborenes ermöglicht.

Zugang zur medizinischen Versorgung der Kinder

Der Kenntnisstand der Eltern hinsichtlich des Gesundheitssystems im Aufnahmeland und ihrer Rechtsansprüche, ist oft mangelhaft. Informationen sind häufig widersprüchlich und hinsichtlich der speziellen Bedarfe von Kindern ungeeignet – unabhängig davon, ob sie von Personen aus dem Gesundheitswesen, von öffentlichen Einrichtungen oder Wohlfahrtsverbänden stammen. **Fachpersonal und Ehrenamtliche sind nicht immer [eher sogar selten] über die Rechtsansprüche auf medizinische Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltstitel informiert.**

Behandlungsverweigerungen, administrative Hindernisse und Fehlinformation ziehen Verzögerungen oder den Verzicht auf medizinische Versorgung nach sich. Darüber hinaus beeinträchtigt das Gefühl, Opfer von Diskriminierung zu sein oder nur „Anspruch auf Minimalbehandlung“ zu haben – ob es sie selbst oder ihre Kinder betrifft – das Vertrauen in das Gesundheitssystem im Allgemeinen und in die Kompetenz des behandelnden Fachpersonals.

Trotzdem gelingt es einigen Eltern, sich nach einer Phase der Orientierungslosigkeit im Gesundheitssystem zurechtzufinden und die Rechte auf die Behandlung ihrer Kinder geltend zu machen. Somit ist der Zugang zu medizinischer Versorgung im öffentlichen Gesundheitssystem nicht zwingend problematisch, er ist jedoch stark **abhängig von der Kompetenz der jeweiligen Sachbearbeiter und Berater.** Die Eltern verlassen sich daher eher auf Einrichtungen von Nichtregierungsorganisationen. Diese werden als weniger diskriminierend wahrgenommen und bieten mehr Sicherheit als die öffentlichen Einrichtungen. Angebote wie die von *Médecins du Monde* und anderen Verbänden spielen eine wichtige Rolle in Bezug auf die Information und Beratung, die es den Menschen ermöglichen, sich eigenständig im Gesundheitssystem zu orientieren.

Zugang zur Schwangerenfürsorge

Behandlungsverweigerung, psychischer Druck, Bedrohungen und Diskriminierungen haben oft ein Ausbleiben der Schwangerenfürsorge, Entbindungen in der Notaufnahme und vorzeitiges Verlassen des Krankenhauses zur Folge. Dies ist die Realität vieler schwangerer Frauen, die ohne Aufenthaltstitel in Europa leben.

Schwangere Frauen sind normalerweise durch **Artikel 24 des Internationalen Übereinkommens über die Rechte des Kindes** geschützt, welches festlegt, dass „die Staaten Maßnahmen ergreifen, um die Gesundheitsfürsorge der Mütter vor und nach der Entbindung sicherzustellen“ [Artikel 24, Absatz D]. **Dennoch gaben im Rahmen der Befragung weniger als die Hälfte der schwangeren Frauen [48%] an, Schwangerenfürsorge erhalten zu haben.** Gewiss sind diese Zahlen angesichts von nur 62 an der Umfrage beteiligten schwangeren Frauen unter Vorbehalt zu interpretieren. Die große Anzahl der zusammengetragenen eindrucksvollen Berichte weist jedoch tendenziell auf ein Defizit hin: Frauen ohne Aufenthaltstitel erhalten in Europa keine angemessene Schwangerenfürsorge, die einen umfassenden Schutz für sie und ihr ungeborenes Kind ermöglicht.

ERFAHRUNGSBERICHTE

E., KROATIN, 38 JAHRE ALT, LEBT SEIT EINIGEN JAHREN IN DEUTSCHLAND [MIT UNTERBRECHUNGEN]

Das erste Mal, als sie zu *Ärzte der Welt* kam, litt E. seit Wochen an Schmerzen im Bauchraum, traute sich jedoch nicht, jemanden um Hilfe zu bitten. Es war das erste Mal seit ihrer Ankunft in Deutschland, dass sie krank war. Als sie ein Jahr zuvor nach Kroatien gefahren war, hatte man bei ihr eine Unterleibsentzündung diagnostiziert und bei ihrer Rückkehr nach Deutschland hatte sie sich aufgrund des Mangels an finanziellen Mitteln nicht behandeln lassen. Darüber hinaus sagt sie, dass sie sehr schlecht deutsch spricht und sich nicht dazu in der Lage gefühlt habe, zu einem deutschen Arzt zu gehen. Der Schmerz war jedoch unerträglich geworden. Sie bat dann eine Freundin um Hilfe, die sie zu Äd begleitete. Der Arzt von Äd diagnostizierte einen Ovarialtumor und empfahl eine Notoperation. Wir haben eine OP für sie organisiert und die Kosten übernommen – das Krankenhaus war bereit, die Kosten zu reduzieren.

M., SIMBABWER, 32 JAHRE ALT, LEBT IN DEN NIEDERLANDEN

M. verbrachte vier Jahre im Gefängnis in Simbabwe. Aus dieser Zeit hat er physische und psychische Folgeschäden davongetragen. Er wurde aufgrund seiner Homosexualität gefoltert. Er hat davon schreckliche Schmerzen in den Beinen und Knien. „Diese Schmerzen treten ganz plötzlich während der Nacht auf und quälen mich regelrecht“, sagt er. In den Niederlanden verschrieb ihm der Arzt der Gemeinschaftsunterkunft zunächst Schmerzmittel, deren Ergebnis mittelmäßig ist. Die Folgeschäden der Folter in Simbabwe sitzen tief. Er erzählt, dass er schon überlegt hat, sich das Leben zu nehmen. „Ich habe gedacht, dass es mehr wert wäre zu sterben, als mit solchen Schmerzen, der Qual und ohne Hoffnung für die Zukunft zu leben.“

FRAU S., ALBANERIN, 30 JAHRE ALT, LEBT SEIT ZWÖLF JAHREN ZUSAMMEN MIT IHREM EINJÄHRIGEN SOHN, DREI NEFFEN UND IHRER 65-JÄHRIGEN MUTTER IN GRIECHENLAND

Alle sechs Bewohner leben in einer 2-Zimmer-Wohnung, die sie als sehr alt, dunkel, feucht und sehr kalt im Winter beschreibt. Sie ist der Ansicht, dass der Zustand dieser Unterkunft der Gesundheit ihrer Kinder schade. Sie lebt jedoch seit sieben Jahren hier, da die Miete sehr niedrig ist: Die Kinder werden immer krank, sogar im Sommer. Die Feuchtigkeit und der Schimmel sind für Kinder wie ein Krebs: er isst sie ganz langsam auf ... Ich habe aber nicht die Mittel für etwas Besseres ...“

FRAU SD., LEBT SEIT NEUN JAHREN MIT IHREM 15JÄHRIGEN SOHN IN DER SCHWEIZ

Die Magenstörungen und die Probleme mit dem Übergewicht, an dem er leidet, sowie ihre eigenen Herzprobleme sind mit dem Stress verbunden, der durch das Fehlen einer Aufenthaltsgenehmigung hervorgerufen wird: „Mein Sohn wurde bei einer anderen Ausweisung von drei Polizisten in Zivil angehalten. Also sage ich ihm, dass er nichts sagen soll, für den Fall, dass dies noch einmal passiert ... Er darf nicht sagen, wo wir wohnen, auch um die Personen zu schützen, die uns die Wohnung untervermieten. [...] Mein Sohn steht außerdem unter Stress, und um diesen Stress auszugleichen, isst er [...] Ich bin immer auf der Hut. Jedes Mal, wenn ich eine Autotür klappen höre, stürze ich ans Fenster, um zu sehen, wer es ist. Ich bin sehr nervös, was bei mir Herzbeschwerden verursacht hat.“

Bürger der Europäischen Union ohne Krankenversicherung

Laut einer **europäischen Richtlinie aus dem Jahre 2004⁶ über die Freizügigkeit innerhalb der Union** verlieren europäische Bürger ohne ausreichende finanzielle Mittel und ohne Krankenversicherung in den meisten Ländern der Europäischen Union ihre Aufenthaltserlaubnis.

Tatsächlich legt Artikel 7 dieser Richtlinie, die seitdem in zahlreichen Ländern umgesetzt wurde, Folgendes klar fest: *„Jeder Unionsbürger hat das Recht auf Aufenthalt im Hoheitsgebiet eines anderen Mitgliedstaats für einen Zeitraum von über drei Monaten [...], wenn er für sich und seine Familienangehörigen über ausreichende Existenzmittel verfügt, so dass sie während ihres Aufenthalts keine Sozialhilfeleistungen des Aufnahmemitgliedstaats in Anspruch nehmen müssen, und er und seine Familienangehörigen über einen umfassenden Krankenversicherungsschutz im Aufnahmemitgliedstaat verfügen“.*

Dies ist eine **Einschränkung der Freizügigkeit** durch die EU-Zuwanderungspolitik, wie sie bereits im Rahmen der restriktiven Gesetze für Asylbewerber vorgenommen wurde. Heute sind es europäische Staatsbürger [die sich keine Krankenversicherung leisten können, die auf Arbeitssuche sind], die das Aufenthaltsrecht verlieren. Sie befinden sich in der gleichen Situation wie Menschen ohne Aufenthaltstitel aus Ländern außerhalb der Europäischen Union. Belgien und Frankreich haben deshalb ihr System der „aide médicale“ [medizinische Hilfe], das Menschen ohne Aufenthaltstitel vorbehalten war, für Europäer ohne Aufenthaltserlaubnis erweitert.

Es sind die Teams von *Médecins du Monde*, die vor allem durch ihren Einsatz für Roma-Angehörige [in Spanien, Frankreich, Griechenland, Portugal, in den Niederlanden] diese neue Schwachstelle beim Zugang zu Gesundheitsleistungen aufgedeckt haben. Nach dem Beitritt von Rumänien und Bulgarien in die Europäische Union, hat *Médecins du Monde* versucht, zahlreiche schwangere Frauen und Kinder in das öffentliche Gesundheitssystem zu bringen. Dies erwies sich in den meisten Fällen jedoch als unmöglich.

Dieser neue Ausschluss aus der medizinischen Versorgung betrifft aller Voraussicht nach alle Europäer, die sich aus welchem Grund auch immer in einem Land der Union, in dem sie nicht Staatsbürger sind, in einer unsicheren finanziellen Lage befinden.

⁶ Richtlinie 2004/38/EG vom 29. April 2004 über das Recht der Unionsbürger und ihrer Familienangehörigen, sich im Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten frei zu bewegen und aufzuhalten.

ERFAHRUNGSBERICHTE

FRAU S.B., ARMENIERIN, SEIT SECHS JAHREN IN SCHWEDEN, LEBT MIT IHREM EHEMANN, IHREN ZWEI KINDERN IM ALTER VON 6 UND 9 JAHREN UND ANGEHÖRIGEN ZUSAMMEN

Ihr 9-jähriges Kind, das im Alter von 3 Jahren nach Schweden kam, leidet an ernsthaften gesundheitlichen Problemen, die mit der unsicheren Situation seiner Familie und ihren ständigen Umzügen zusammenhängen. Sie haben in mehreren Städten in Schweden gelebt, dann in Finnland, und sind aufgrund des Dubliner Übereinkommens, wieder nach Schweden zurückkehrt. Mehrere Jahre lang hat der Junge nicht gesprochen und es sind bei ihm Anzeichen einer Depression zu erkennen. Seine Probleme können auf mehrere Faktoren zurückgeführt werden, man muss jedoch davon ausgehen, dass die schwere Depression, an der seine Mutter leidet [sie hat mehrere Suizidversuche unternommen] seine Gesundheit beeinträchtigt. Derzeit geht er zur Schule und wird durch eine Beratung zusammen mit seinen Eltern betreut. Seine Schwester hat ein chronisches Nierenproblem

D., ECUADORIANERIN, STUDENTIN, LEBT IN GROSSBRITANNIEN

„Als ich zum Project London kam [*Médecins du Monde*], war ich bereits im sechsten Monat. Ich hatte keinerlei Schwangerenfürsorge. Im dritten Monat der Schwangerschaft hatte ich versucht, in eine medizinische Einrichtung zu gehen, sie wollten jedoch meinen Pass. Später bin ich in ein Krankenhaus gegangen, um mich für die Entbindung anzumelden: Ich brauchte einen Kaiserschnitt. Das Personal verhielt sich mir gegenüber extrem aggressiv und unfreundlich. Sie sagten mir, dass, wenn ich kein Geld hätte und wenn ich nicht zahlen könne, dann müsste ich gehen. Auf einmal fing eine der Verantwortlichen der Buchhaltung an, mich anzubrüllen: „Setz dich hin, sprich über Geld!“. Ich konnte dieses Gebrüll nicht mehr aushalten und brach zusammen. Ich versuchte, ihnen zu erklären, dass ich einfach kein Geld für die Entbindung habe, dass ich keine Arbeit und hier keine Familie habe. Ich sagte ihnen, dass ich nur mithilfe von Bezugsschreibern von 28 Euro in der Woche lebe, die ich von einer gemeinnützigen Organisation erhalte. Sie sagten mir, ich solle die Bezugsscheine verkaufen und das Geld dem Krankenhaus geben.“

F., UGANDERIN, SEIT ZWEI JAHREN IN GROSSBRITANNIEN [GEKOMMEN, UM IHRE STERBENDE SCHWESTER ZU SEHEN]

„Es war praktisch unmöglich, während meiner Schwangerschaft medizinische Leistungen zu erhalten. Die Leute, die ich kenne, haben mir Angst gemacht: „Wenn du ins Krankenhaus gehst, dann werden sie dich ausweisen!“ Eines Tages fühlte ich mich wirklich schlecht und ich ging zur Kontrolle in eine Ambulanz mit freiem Zugang. Sie sagten mir, dass sie mir nicht helfen könnten und dass ich, wenn es sich verschlechterte, in die Notaufnahme gehen müsse. Ich habe dann versucht, in die Praxis eines Allgemeinarztes zu gehen – ich war bereits im fünften Monat schwanger – wo man es ablehnte, mich anzumelden. Eine Frau erwähnte sogar, dass wenn ich wiederkäme, sie nicht die Kosten für mich übernehmen müssten. Ich bin direkt ins Krankenhaus gegangen. Leider war es dort nicht besser. Die für die Eintreibung der Kosten bei Ausländern zuständige Person sagte mir, dass ich 2800 Euro zahlen müsse und wenn nicht, dann würde ich abgeschoben werden. Als ich versuchte, zu erklären, dass ich so viel Geld nicht hätte, sagten sie nur: „Dann musst du bei dir zuhause entbinden.“ Das ist der Grund, warum ich keine Schwangerenfürsorge hatte.“

4. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die vorliegende Untersuchung beleuchtet die Barrieren und Widerstände, mit denen Menschen ohne Aufenthaltstitel in Europa konfrontiert sind.

- Die befragten Menschen ohne Aufenthaltstitel flüchteten laut eigener Aussage vor allem vor **Armut, Bedrohungen und Freiheitsentzug** und emigrierten mit dem Ziel, ihren Kindern eine Zukunft zu sichern.
- Die **Gewalt**, die sie vor, während und nach ihrer Migration erfahren haben sowie ihre Lebens- und Arbeitsbedingungen beeinträchtigen ihren Gesundheitszustand offensichtlich erheblich.
- Die Betroffenen sind mit **zahlreichen Hindernissen** konfrontiert, um Zugang zu einer Krankenversicherung, zur Vorsorge sowie zu medizinischen Leistungen zu erhalten.
- Die medizinische Betreuung der Betroffenen ist unzureichend: **45% der Gesundheitsprobleme wurden überhaupt nicht behandelt.**
- Selbst die schutzbedürftigsten unter ihnen – schwangere Frauen und minderjährige Kinder – erhielten keinen speziellen Schutz. **Lediglich 48% der schwangeren Frauen wurden während ihrer Schwangerschaft betreut.**
- Diese Versorgungsmängel sind aller Voraussicht nach Folge einer **restriktiven Gesetzgebung sowie von Informationsmängeln, administrativen Hindernissen und Diskriminierungen.**

Die Lebensbedingungen von Menschen ohne Aufenthaltstitel in Europa können zweifelsohne als **krankheitserregend** bezeichnet werden. Auch Kinder und schwangere Frauen, deren Schutz durch das Internationale Übereinkommen über die Rechte des Kindes gewährleistet sein sollte, sind betroffen. Eine Vielzahl von Hindernissen beim Zugang zur präventiven und kurativen Gesundheitsversorgung sowie inakzeptable Arbeits- und Wohnbedingungen erschweren den Betroffenen den Integrationsprozess sowie den [Wieder-]Aufbau einer Lebensgrundlage. Die derzeitigen Versorgungsdefizite lassen sich weder mit den Menschenrechten noch mit dem ärztlichen Berufsethos vereinen.

ERFAHRUNGSBERICHTE

T., NIGERIANERIN, 22 JAHRE ALT, LEBT SEIT SECHS JAHREN IM VEREINTEN KÖNIGREICH

„Ich war damals 16 Jahre alt und bin ganz allein aus Nigeria gekommen. Als ich in London ankam, habe ich Asyl beantragt. Sechs Monate später erhielt ich einen Brief der Regierung, der mir die Ablehnung mitteilte. Ich habe dann dauernd den Ort gewechselt, bei Leuten, die ich kannte. Ich hatte während dieser ganzen Zeit keine medizinische Betreuung. Wenn ich krank war und wenn ich ein bisschen Geld hatte, bin ich zu einem Laden an der Ecke gegangen, um Medikamente zu kaufen. Meistens jedoch hatte ich kein Geld, also blieb ich zuhause. Ich habe die Zähne zusammengebissen und es ertragen. Kein Allgemeinarzt meldete mich an, da sie immer nach einem Pass fragten und ich keinen vorweisen konnte.“

DIE GESCHICHTE VON H., BIS ZUM TODE WEDER GESUNDHEITSVERSORGUNG NOCH EINE UNTERKUNFT

H., Venezolaner, wurde 56 Jahre alt und lebte bereits seit zwanzig Jahren in den Niederlanden, ohne Aufenthaltsgenehmigung und ohne Krankenversicherung. Er hat keinen Kontakt zu seiner Familie in Venezuela. Er arbeitet als Künstler und als Reinigungskraft, jedoch hat er kein festes Einkommen. Im Jahr 2006 wird bei ihm Lungenkrebs diagnostiziert. H. wird in ein Krankenhaus eingewiesen und operiert: Man entfernt ihm den größten Teil eines Lungenflügels; er bekommt Strahlentherapie. Nach diesem medizinischen Eingriff geht es H. für einige Zeit besser, bis zum Beginn des Jahres 2008, wo er wieder beginnt, sich sehr schlecht zu fühlen. Er wird im Krankenhaus untersucht. Die Ergebnisse deuten auf einen Krebs-Rückfall hin: Der Rest der Lungenflügel, die Lenden und die Leber sind betroffen. Die Ärzte können nichts mehr für H. tun, der sich von da an im Endstadium befindet und nur noch wenige Monate zu leben hat. H. kann nicht im Krankenhaus bleiben. Er muss nach Hause zurück und sich mit Schmerzmitteln behandeln.

H. hat jedoch keinen festen Wohnsitz, er ist obdachlos. Er will an einem ruhigen und friedlichen Ort sterben, er denkt an ein Hospiz. Es existiert eine Vielzahl von Hospizen im Viertel, es ist jedoch sehr schwierig, dort einen Platz zu bekommen, da er keine Krankenversicherung hat und da er selbst die Kosten nicht zahlen kann. Das Krankenhaus schickt H. zu einem gemeinnützigen Verband für Obdachlose, der sehr weit von der Stadt entfernt ist, in der H. lebt. Der Verband erklärt sich einverstanden, ihn während des Endstadiums aufzunehmen. H. ist entsetzt darüber, dass er die letzten Tage seines Lebens weit weg von seiner Stadt und von seinen Freunden verbringen soll. Aus diesem Grund entschließt er sich, dort nicht hinzugehen. Dank des Einsatzes von Freunden und den Organisationen zur Unterstützung erklärt sich ein Hospiz in der Stadt, in der H. lebt, dazu bereit, ihn aufzunehmen, obwohl er nicht versichert ist. Dank des Netzwerks von *Médecins du Monde* wird er palliativ versorgt und es wird ein Rechtsverfahren aufgenommen, um dem Hospiz und anderen Mitarbeitern die Kosten für die geleisteten Versorgungen zurückzuerstatten. Einige Tage nach seiner Ankunft im Hospiz verstirbt H.

Während seiner letzten Lebenstage hat sich H. gewünscht, dass seine Erfahrungen dazu dienen können, palliative Versorgungen für Menschen ohne Aufenthaltstitel in den Niederlanden zu verbessern. Er wollte außerdem, dass das Krankenhaus erkennt, dass er nicht auf die Straße hätte gesetzt werden sollen und dass es sich bemüht, nie wieder so zu handeln. „Man kann Menschen so nicht behandeln, noch weniger, wenn sie schwer erkrankt sind und ihnen nicht mehr viel Zeit zum Leben bleibt.“

5. FORDERUNGEN

Die Mitglieder des Netzwerkes von MdM in Europa fordern Gleichberechtigung beim Zugang zur Vorsorge und zu medizinischen Leistungen für alle in Europa lebenden Menschen – unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus oder ihren finanziellen Möglichkeiten. Eine strenge Trennung zwischen Gesundheits- und Einwanderungspolitik ist nach unserer Auffassung unabdingbar.

Wir fordern insbesondere

- Den Schutz der ärztlichen Schweigepflicht und das **ausdrückliche Verbot jeglicher Übermittlung personenbezogener Daten an die Ausländerbehörden**. Die Verhaftung von Menschen ohne Aufenthaltstitel während der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen ist inakzeptabel.
- Kohärente und effektive Maßnahmen in allen europäischen Staaten, die besonders **minderjährigen Kindern und schwangeren Frauen** einen umfassenden Gesundheitsschutz garantieren und einen freien Zugang zur Vorsorge sowie zu medizinischen und rehabilitativen Leistungen ermöglichen.
- Den Schutz von schwer erkrankten Einwanderern, für die nach realistischer Einschätzung kein Zugang zur medizinischen Versorgung in ihrem Herkunftsland besteht. Diese Menschen dürfen nicht abgeschoben werden. Stattdessen sollte ihnen mithilfe einer Aufenthaltsgenehmigung die Chance auf Genesung gegeben werden. Über diese Maßnahme war im Übrigen vom vorherigen Europäischen Parlament auf Vorschlag von MdM abgestimmt worden, sie wurde danach jedoch von den Staaten abgelehnt.
- Einen Beschluss des neu gewählten Europäischen Parlaments, der den gleichberechtigten barrierefreien Zugang zur medizinischen Versorgung aller, einschließlich der Menschen ohne Aufenthaltstitel und der Asylbewerber, mit Nachdruck erneut bestätigt.



Griechenland, Athen 2008



Frankreich, Sangatte 2002

6. UNSERE WEITEREN AKTIVITÄTEN

Médecins du Monde startet eine gemeinsame Kampagne für den freien Zugang zu medizinischer Versorgung für Menschen ohne Aufenthaltstitel in Europa. Die Ergebnisse der 2. Untersuchung des „European Observatory on Access to Health Care“ liegen vor und stehen europaweit in 8 Sprachen zur Verfügung. Wir hoffen, dass diese Ergebnisse uns, sowie allen engagierten Gruppierungen, NGOs und Gesundheitseinrichtungen eine Hilfe sind, vor Ort eine ausreichende medizinische Basisversorgung für alle Menschen ohne Versicherungsschutz durchzusetzen. Eine aktuelle ländervergleichende Studie über die gesetzlichen Strukturen hinsichtlich des Zugangs zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltstitel und Asylbewerbern in der Europäischen Union wird im September 2009 für 10 Länder und im März 2010 für insgesamt 19 Länder veröffentlicht. Sie wird die nationalen und europäischen Handlungs- und Entscheidungsbedarfe aufzeigen. Bereits jetzt ist ein von Médecins du Monde erstellter Überblick auf der Seite des Netzwerks HUMA [www.huma-network.org] einsehbar.

Wir danken der großzügigen Unterstützung der DGS [Generaldirektion für Gesundheit – Frankreich], der DGAS [Generaldirektion für Sozialmaßnahmen – Frankreich], der DG Sanco [Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz – Europäische Kommission] und des EPIM [European Program for Integration and Migration].



Martin kam vor 12 Jahren aus Mali. Er lebt mit seiner Ehefrau und seinen zwei Kindern in einem Pariser Vorort. Beide Kinder leiden an einer Bleivergiftung. Sie ist Folge der gesundheitsschädlichen Unterkünfte, in denen die Familie in den vergangenen Jahren gewohnt hat.



V.i.S.d.P Prof. Dr. Heinz-Jochen Zenker
Präsident Ärzte der Welt e.V.
Übersetzung des Originaltextes: Milena Münch
Unter Mitarbeit von: Dr. Merle Becker
Layout: Gestaltungsbüro Schultes
Fotos: ©Jobard/SIPA
Druck: CLUMIC Arts Graphiques
Stand: August 2009