

Gesundheitsversorgung von papierlosen Menschen in Bremen

Ergebnisse einer Umfrage bei Arztpraxen im Land Bremen

Vorschläge und Lösungsansätze

Verfasserinnen und Verfasser: Andreas Wiesner
 Sandra Schmidt
 Vera Bergmeyer
 Ute Bruckermann

Redaktion: Thomas Hilbert
 Christiane Alisch

MediNetz Bremen, 2008

in Zusammenarbeit mit
Gesundheitsamt Bremen



Unterstützt von der Bremischen Evangelischen Kirche



Inhalt

Teil 1: Gesundheitsversorgung von papierlosen Menschen in Bremen – Ergebnisse einer Umfrage bei Arztpraxen im Land Bremen	S. 4
1. Einleitung	S. 4
2. Ausgangspunkt, Forschungsinteresse und Ziele der Bremer MediNetz- Studie	S. 6
3. Methode, Durchführung und Rücklauf	S. 8
3.1. Methode und Durchführung	
3.2. Rücklauf	
4. Ergebnisse	S. 13
4.1 Patientinnen und Patienten ohne Versicherung	S. 13
4.1.1 „Behandeln Sie Patienten ohne jede Versicherung?“	
4.1.2 „Wie viele Männer, Frauen oder Kinder ohne jegliche Versicherung behandeln Sie ungefähr im Jahr?“	
4.1.3 „Wie bezahlen diese Patientengruppen?“	
4.2 Papierlose	S. 15
4.2.1 Behandlung von Papierlosen	
4.2.2 „Wie viele Behandlungen von papierlosen Patienten haben Sie im Jahr?“	
4.2.3 „Wie hoch beziffern Sie den jährlichen „Verlust“ durch unentgeltliche Behandlungen?“	
4.2.4 „Wie gelangen papierlose Menschen zu Ihnen?“	
5. Diskussion und Zusammenfassung der Ergebnisse	S. 18
Teil 2: Vorschläge und Lösungsansätze	S. 22
1. Einbettung der Studienergebnisse in den deutschen und internationalen Kontext	
2. Lösungsansätze in den neunziger Jahren	
3. Vorstellung der bundesweit diskutierten Lösungsansätze heute	
3.1 Fondsmodell	
3.2 Niedrigschwellige medizinische Behandlungseinrichtungen	
3.3 Anonymer Krankenschein	
3.4 Private Krankenversicherungen	
4. Lösungsansätze für Bremen	
Anhang: Fallbeispiele	S. 27
Literatur	S. 29

Teil 1: Gesundheitsversorgung von papierlosen Menschen in Bremen Ergebnisse einer Umfrage bei Arztpraxen im Land Bremen 2007

1. Einleitung

Globale Schätzungen gehen heute davon aus, dass weltweit ca. 40 Millionen Menschen ihre Heimat verlassen haben auf der Suche nach einem in verschiedener Hinsicht sicheren Lebensort. De facto wird ein Teil dieser Menschen aus unterschiedlichen bürokratischen und aufenthaltsrechtlichen Gründen nicht offiziell registriert sein. Für Deutschland kann man Zahlen zwischen 0,5 bis 1,5 Millionen nicht offiziell gemeldeter Menschen annehmen (Alt 1999) ¹. Anderson (2003) benennt für München eine Anzahl von 30.000 bis 50.000 so genannter „Papierloser“ oder Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus – einschließlich mehrerer Hundert Kinder.

In Bremen kann man nach gängigen Schätzungen von mindestens 4.000 Personen ausgehen ².

Solche Zahlen machen deutlich, dass diese soziale Gruppe trotz aller nationalen und europäischen Abgrenzungsbemühungen existiert (Sciortino 2004). Deshalb muss ihre gesundheitliche Versorgung im Rahmen einer existenziellen sozialen Sicherung diskutiert werden.

Die von der Uno 1948 erklärten Menschenrechte räumen jedem Menschen einen Anspruch auf ärztliche Versorgung ein. Die Bundesrepublik Deutschland hat sich in ihrem Grundgesetz zu diesen unverletzlichen und unveräußerlichen Rechten bekannt. De facto ist der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung für Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland jedoch erschwert: Formal gehören auch sie zum Personenkreis, der Anspruch auf Leistungen des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) und damit auch auf gesundheitliche Versorgung hat ³.

Das tatsächliche Einlösen dieses Anspruchs bedeutet allerdings, dass die behandelnde Einrichtung (niedergelassene Ärzte und Ärztinnen oder Krankenhaus) sich zur Kostenerstattung an das Sozialamt wenden muss. Behörden wie das Sozialamt sind jedoch gemäß § 87 (2) Ausländergesetz im Prinzip zur Datenübermittlung an die zuständige Ausländer-

1 Auf der NISCHE- Fachtagung am 6.12.2006 nannte Dr. D. Vogel für Deutschland folgende Schätzungen für die Anzahl der in Deutschland lebenden Illegalisierten: absolute Untergrenze 100.000, häufigste Werte zwischen 500.000 und 1.000.000 (BAMF), Obergrenze 1.500.000.

2 Schätzungen aus anderen europäischen Großstädten legen für die Gruppe der Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus einen Anteil zwischen 5 und 15 Prozent der ausländischen Bevölkerung fest. In Bremen liegt der Ausländeranteil bei 12,9 Prozent (siehe beispielsweise Engbersen, Godfried/Leun, Jan v.d./Staring, R. 2002).

3 Leistungen gewährt dieses Gesetz in Fällen akuter Erkrankungen, von Schmerzzuständen und Schwangerschaft, bei Impfungen und – begrenzt – in der Bereitstellung von Heil- und Hilfsmitteln. Chronische Erkrankungen und Behinderungen werden nur behandelt, wenn akute Schmerzzustände hinzukommen (beispielsweise Classen 2008).

behörde verpflichtet (BMI 2007). Die Meldung führt bei dieser Gruppe unter Umständen zu Inhaftierung und Abschiebung, sofern nicht gleichzeitig nachgewiesen wird, dass die zu behandelnde Erkrankung ein Abschiebehindernis darstellt. Hilfesuchende sehen möglicherweise die Gefahr, dass ihre Daten auch von Krankenhäusern oder anderen Versorgungseinrichtungen direkt an die Ausländerbehörde weitergeleitet werden, weil diese glauben, dazu verpflichtet zu sein oder sich davon die Absicherung der Behandlungskosten versprechen⁴. Ob und in welchem Umfang tatsächlich an Ausländerbehörden gemeldet wird, ist unbekannt und dürfte kaum thematisiert werden, weil es einen Bruch der ärztlichen Schweigepflicht voraussetzt, der auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Praxen und Kliniken unterliegen.

Niedergelassene Praxen und Krankenhäuser, die diese Menschen trotzdem versorgen, müssen entstehende Kosten selbst tragen, wollen sie ihre Patientinnen und Patienten vor einer Weiterleitung der Daten durch das Sozialamt schützen. Sie stoßen schnell an die Grenzen des Finanzierbaren wie auch des Erlaubten: Die Behandlung erfolgt in einer rechtlichen Grauzone. Dies steht im Gegensatz zur ärztlichen Ethik⁵.

Die Angst vor Aufdeckung des fehlenden ausländerrechtlichen Status und den daraus folgenden Konsequenzen hält Betroffene auch dann von der Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienste ab, wenn sie medizinisch dringend geboten wären.

Aktuelle Forschungen und Praxisberichte der letzten Jahre zeigen in diesem Zusammenhang die strukturellen oder fallspezifischen Defizite medizinischer Versorgung auf⁶. Strukturelle Defizite einer adäquaten Gesundheitsversorgung für diese Menschen betreffen insbesondere die Vorsorge, periodisch stattfindende Untersuchungen, längerfristige Hilfen (wie etwa bei Schwangerschaften) und chronische Erkrankungen. Betrachtet man die Problembeschreibungen von Ärzten und Ärztinnen, fällt auf, dass sich das Spektrum der Erkrankungen nicht wesentlich von dem der „Einheimischen“ unterscheidet. Krankheiten, die im Zusammenhang mit den Herkunftsländern stehen, treten eher selten auf. Papierlose sind hier auf Arztpraxen angewiesen, die sie manchmal gegen Barzahlung, manchmal auch ohne Bezahlung behandeln.

Ärztinnen und Ärzte berichten, dass Menschen ohne Papiere – wenn überhaupt – erst sehr spät medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Wie der Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität feststellt, wird dabei oft nicht nur die Chance einer frühzeitigen Diagnose und Behandlung vertan, auch drohen die Krankheitsverläufe dadurch schwerer oder chronisch zu werden.

-
- 4 Wird eine kranke Person ohne Papiere als Notfall in ein Krankenhaus eingewiesen, ist dieses zur Behandlung verpflichtet. Allerdings bestehen unterschiedliche Rechtsauffassungen darüber, ob die Einschränkung der Übermittlungspflicht nicht nur für die ÄrztInnen, sondern auch für die Verwaltung öffentlicher Krankenhäuser gilt (DifM 2007: 15).
 - 5 Der Weltärztebund hat 1998 in einer „Resolution on Medical Care for Refugees“ unter anderem beschlossen, dass Ärzte die Pflicht haben, Flüchtlinge unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus zu behandeln, und daran nicht durch staatliche Maßnahmen gehindert werden dürfen. Gleichzeitig ist rechtlich ungeklärt, ob ÄrztInnen, die Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus behandeln, sich nach § 92 (1) Nr. 1 AuslG strafbar machen.
 - 6 Zum Stand der Forschung siehe insbesondere den Anhang des Berichts der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität, S. 39 ff.

Neben der auf Eigeninitiative Einzelner beruhenden Versorgung im ambulanten und stationären Bereich haben sich in Deutschland parallele nichtstaatliche Strukturen medizinischer Hilfe entwickelt. Zu erwähnen sind hier insbesondere die Büros der medizinischen Flüchtlingshilfe (so genannte MediNetze in 11 Städten) sowie die Anlaufstellen der Malteser Migranten- Medizin (in 10 deutschen Städten). Obwohl die Bedeutung dieser Organisationen außerordentlich wichtig ist, muss davon ausgegangen werden, dass nur ein Bruchteil der Zielgruppe tatsächlich über diese Hilfsangebote erreicht wird.

MediNetz Bremen ist eine Beratungs- und Vermittlungsstelle und verfügt über eine Kartei mit ca. 36 Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen, mehreren Hebammen und zwei medizinischen Labors, die alle ehrenamtlich arbeiten. Anfallende Kosten für Medikamente oder weiterführende Diagnostik werden über vom MediNetz akquirierte private Spendenmittel finanziert. Die finanzielle Situation des MediNetz ist und bleibt stets unzureichend und unsicher. Zu den Zielen und einer Positionierung der Arbeit des MediNetz Bremen und anderer Einrichtungen der medizinischen Flüchtlingshilfe siehe Abschnitt „Lösungsansätze in den neunziger Jahren“.

Zusammenfassend muss konstatiert werden, dass die gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsgenehmigung extrem erschwert ist und in einer rechtlichen Grauzone stattfindet. Arztpraxen und andere Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung müssen auf eine Kostenerstattung verzichten, wollen sie eine Datenweiterleitung verhindern. Damit ist die Gruppe der „Menschen ohne Papiere“ abhängig vom „goodwill“ einzelner Personen. Nichtstaatliche Einrichtungen zur medizinischen Versorgung dieser Gruppe können keine verlässliche und ausreichende Versorgungsstruktur bieten, da sie größtenteils auf ehrenamtlicher Basis und mittels privater Spendenfinanzierung operieren. Der auf diese Weise erschwerte Zugang zu Sozialleistungen wie der gesundheitlichen Versorgung stellt eine „unnötige soziale Härte“ dar (Cyrus 2000) und unter ethischen Gesichtspunkten wird zu Recht gefordert, dass mit der sozialen Realität in adäquater Weise umgegangen werden muss. Insofern hat die Frage der Gesundheitsversorgung „Illegaler“ neben der ausländerrechtlichen auch eine soziale Dimension.

2. Ausgangspunkt, Forschungsinteresse und Ziele der Bremer MediNetz-Studie

Öffentliche, kirchliche und privat organisierte Stellen der sozialen Beratung und gesundheitlichen Versorgung in Bremen haben in den vergangenen Jahren vermehrt die Frage der Gesundheitsversorgung von so genannten 'illegalen Ausländern' thematisiert. Da allgemein angenommen wird, dass die Zahl der ausländerrechtlich illegalen Personen seit Beginn der neunziger Jahre stark angestiegen ist⁷, ist das größere Problembewusstsein eine logische Folge.

7 Vgl. Bundesnachrichtendienst 2000.

Dies deckt sich mit Beobachtungen des MediNetz Bremen. Im Rahmen der im Jahr 2000 begonnenen Arbeit sind bislang rund 600 Ausländer und Ausländerinnen, überwiegend ohne legalen Aufenthaltsstatus und mehrheitlich Frauen, vom MediNetz beraten und an ärztliche Praxen sowie Hebammen weitervermittelt worden. Die Erfahrungen des MediNetz, von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie einer Reihe öffentlicher Einrichtungen weisen auf die auch in Bremen vorhandene, aber noch wenig beachtete Problematik hin.

Die vorliegende Studie ist ein erster Schritt auf der Suche nach nachhaltigen Problemlösungsstrategien und eruiert bisherige Lösungsversuche.

Dabei wird zunächst erstmalig ein quantitativer Ansatz verfolgt, um erste Anhaltspunkte über das Ausmaß des Bedarfs an gesundheitlicher Versorgung auf Seiten der Papierlosen sowie die Leistung der aus eigenen Mitteln behandelnden Ärztinnen und Ärzte liefern zu können. Bisherige empirische Studien (beispielsweise aus München) haben qualitative Ansätze gewählt und die gesamte Lebenssituation dieser Gruppe beleuchtet, weniger die konkrete gesundheitliche Versorgung (Anderson 2003). Insbesondere die Zahl der Behandlungen, die benötigten Fachrichtungen und die entstehenden Kosten sind von Interesse, um eine Diskussionsgrundlage für die zukünftige, möglichst öffentliche Versorgung zu schaffen.

In einem zweiten Teil (Abschnitt 3) werden verschiedene bisher existierende Modelle zur Gesundheitsversorgung der Zielgruppe erörtert.

Die Studie soll Anlass bieten, in den Dialog mit Institutionen des Bremer Gesundheitswesens zu treten. Ziel ist gleichzeitig, Problembewusstsein zu entwickeln, Erfahrungen auszutauschen und die gemeinsame Suche nach einer lokalen Lösung zu initiieren. Bedeutsam sind hier vor allem das Sozial- und Innenressort, das Gesundheitsamt, die Ärztekammer sowie Kirchen, Krankenhäuser und Wohlfahrtsverbände.

Ein Zwischenziel ist dabei, das Netzwerk der Versorgung zu erweitern und die Versorgungsaufgabe in einen öffentlichen Rahmen zu verschieben.

Die Münchner Studie hat gezeigt, dass ein Prozess der Problemlösung zwischen Nichtregierungsorganisationen und staatlichen Einrichtungen möglich ist. Ein eigener Lösungsansatz für Bremen kann in der Nachfolge ein weiteres Modell für andere deutsche Städte bieten.

Der vorliegende Bericht ist damit als Arbeitspapier zu begreifen. Der Erhebung liegen einige Thesen zugrunde. Sie sind aus den bisherigen Erfahrungen des MediNetz Bremen erwachsen, lassen sich aus den oben beschriebenen Zusammenhängen ableiten und lauten:

1. Nur ein Teil der Zielgruppe wird durch die Hilfsangebote des MediNetz Bremen erreicht.
2. Die Gesundheitsversorgung Papierloser ist über die Ärzteschaft in Bremen und Bremerhaven ungleich verteilt: Viele Papierlose kommen in einige wenige Praxen. D.h. wenige Ärzte und Ärztinnen sind an der Behandlung von Papierlosen beteiligt.

3. Es existiert unter den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Bremen und Bremerhaven kein ausgeprägtes Problembewusstsein für die Gesundheitsversorgung Papierloser.

Daraus leiten sich für die Studie folgende Fragestellungen ab:

1. In welcher Größenordnung nehmen Papierlose die reguläre Gesundheitsversorgung in Bremen wahr?
2. Wie viele Ärztinnen und Ärzte in Bremen haben mit Papierlosen zu tun?
3. Über welche Wege (der Vermittlung) wird die Gesundheitsversorgung von Papierlosen in Bremen gesteuert?
4. In welchen Fachrichtungen kommen Papierlose häufiger vor?
5. Welche Kosten entstehen den Praxen bzw. in welcher Größenordnung entgehen den Praxen Einnahmen?

3. Methode, Durchführung und Rücklauf

3.1 Methode und Durchführung

Methodisch sollte ein möglichst einfacher Fragebogen mit quantitativen und qualitativen Fragestellungen verwendet werden.

Zur Entwicklung haben wir im Vorfeld explorative und qualitative Interviews mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, einer Hebamme, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des MediNetz Bremen sowie Verwaltungsangestellten aus Bremer Krankenhäusern und dem Bremer Gesundheitsamt geführt. Aus diesen Interviews ergaben sich einige Punkte, die bei der Durchführung der Untersuchung zu beachten waren:

1. Die Arbeitsbelastung in Praxen ist groß; der Fragebogen sollte entsprechend kurz und prägnant gestaltet sein, um einen möglichst hohen Rücklauf zu gewährleisten.
2. Die Form der Zustellung sowie des Rücklaufs per Fax hat sich bei vergangenen Studien bewährt und gewährleistet am ehesten die Möglichkeit der unkomplizierten und zügigen Bearbeitung.
3. Die offene Zustellung per Fax begünstigt Beiträge des im Praxisalltag oft „vorgeschalteten“ Praxispersonals, das teilweise über mehr Wissen über den Status der Patienten verfügt als die behandelnden Ärztinnen und Ärzte selbst.
4. Über die Vermittlungsarbeit des MediNetz Bremen wird deutlich, dass ähnlich der Regelversorgung den großen medizinischen Fachrichtungen (beispielsweise Allgemeinmedizin) eine stärkere Bedeutung zukommt. Da sich bei den kleineren bzw. speziellen Fachgebieten (beispielsweise HNO) zudem kleine Fallzahlen ergeben, wurden diese nicht in die Befragung einbezogen.

-
5. Dank des Ärztenavigators der Kassenärztlichen Vereinigung im Internet konnten nahezu alle Ärztinnen und Ärzte aus den ausgewählten Fachgruppen aus Bremen und Bremerhaven angeschrieben werden.
 6. In Krankenhäusern ist die Frage von Patientinnen und Patienten ohne Papiere kein zentrales Problem der Ärztinnen und Ärzte, sondern eher der Verwaltung und des Sozialdienstes. Eine Befragung in Krankenhäusern benötigt eine grundsätzlich andere Struktur als in ärztlichen Praxen und müsste deshalb in einem anderen Studienrahmen vorgenommen werden. Interessant könnte vor allem die Befragung der Notfallambulanzen sein.
 7. Aufgrund des Studiendesigns konnten Hebammen nicht in die Studie einbezogen werden. Es wird aber deutlich, dass auch in diesem Bereich Papierlose auftauchen.
 8. Es kann davon ausgegangen werden, dass ein Teil der papierlosen Patientinnen und Patienten mit einer fremden Krankenkassenkarte den Praxisbetrieb durchläuft oder als „Touristen“ auftaucht. Diese Gruppen sind als Papierlose durch Befragungen nicht zu erfassen. Auch andere nicht versicherte ausländische Patientinnen und Patienten geben sich in ärztlichen Praxen nicht unbedingt als papierlos zu erkennen. Es muss deshalb von einer großen Grauzone ausgegangen werden.
 9. Viele Migrantinnen und Migranten ohne Versicherung kommen nach Erfahrung des MediNetz aus dem europäischen Raum. Sie haben das Recht sich in Deutschland aufzuhalten, besitzen aber keine Krankenversicherung, solange sie keine versicherungspflichtige Arbeit aufnehmen können. Es ist nicht klar, inwieweit Ärztinnen und Ärzten die Unterscheidung von Papierlosen und Nichtversicherten mit Aufenthaltsrecht nach den Richtlinien der Europäischen Union gegenwärtig ist.
 10. Der Status der Patientinnen und Patienten ist nicht per Computer abfragbar. Größenordnungen müssen deshalb auf Schätzwerten in den Praxen beruhen.

Es wurde ein zweiseitiger Fragebogen entwickelt, der neben sechs quantitativen auch drei offene, qualitative Fragen enthält. Letztere spielen für die vorliegende Auswertung keine Rolle, da die Bedarfsanalyse im Vordergrund steht. Die Antworten auf die qualitativen Fragen können als Grundlage für weitere Untersuchungen dienen und im Rahmen von praktischen Fragen bei der Umsetzung von Lösungsansätzen interessant sein.

Der Fragebogen wurde in Kooperation mit dem Gesundheitsamt und der Ärztekammer Bremen verschickt.

Fragebogen

Wir schreiben Ihnen, weil wir um Ihre Mitwirkung bei einer Studie des MediNetz Bremen zur Gesundheitsversorgung Papierloser (die sog. "Illegalen") bitten. Die Studie wird durch Mittel der evangelischen Kirche finanziert, durch das Gesundheitsamt Bremen gefördert und durch die Ärztekammer Bremen unterstützt.

Die gesundheitliche Versorgung von Papierlosen verteilt sich bislang auf wenige Praxen in Bremen. Sie sollte aber als Versorgungsaufgabe und mit Blick auf die entstehenden Kosten breiter angelegt sein. Die Befragung dient dazu, die Art und die Verteilung der **Gesundheitsversorgung nichtversicherter Papierloser** in Bremen besser kennenzulernen. Wir wollen damit den Bedarf verstehen und die Versorgung auf eine breitere Basis stellen.

Wir bitten Sie deshalb um Ihre Mitarbeit bei der Beantwortung folgender Fragen.

Ihre Daten werden anonym behandelt. Rücksendung per Fax (0421 361 15554) oder per Post. Wenn Sie Erfahrung mit der Behandlung Papierloser haben, bitte beantworten Sie auch die Fragen auf der Rückseite.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Behandeln Sie Personen ohne jegliche Versicherung? Ja Nein

Wie viele Männer, Frauen oder Kinder ohne jegliche Versicherung behandeln Sie ungefähr pro Jahr?	<i>Deutsche Nichtversicherte</i>		<i>Ausländische Nichtversicherte</i>	
	<i>Per Rechnung</i>	<i>Bar</i>	<i>Unentgeltlich im Bedarfsfall</i>	
	<input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie	

Rückseite des Fragebogens

Wie viele Behandlungen von papierlosen Patienten haben Sie im Jahr?	<i>Nie</i>	<i>1 bis 3 Besuche</i>	<i>4 bis 9 Besuche</i>	<i>10 und mehr Besuche</i>
Allgemeinmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynäkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie/Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrie/Nervenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Über welche Wege gelangen diese Menschen zu Ihnen?	<i>Vermittlungsstellen (Medi-Netz u.a.)</i>	<i>Durch anderen Arzt</i>	<i>Durch Verwandte und Freunde</i>
	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> häufig

Mit welchen Beschwerden kommen diese Menschen zu Ihnen?	<i>Akute Krankheiten</i>	<i>Notfälle</i>	<i>Schwangerschaft</i>	<i>Vorsorge</i>
	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> häufig			

Welches sind die häufigsten Krankheiten? 1. _____ 2. _____ 3. _____

Wie hoch beziffern Sie den jährlichen Verlust durch unentgeltliche Behandlungen?

Was ist Ihre Erfahrung mit der gesundheitlichen Versorgung von Patienten ohne jegliche Versicherung?

3.2 Rücklauf

Die Studie basiert auf der Befragung von 936 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten der Fachgebiete Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Frauenheilkunde, Kinderheilkunde, Chirurgie/Orthopädie, Psychiatrie/Nervenheilkunde sowie Zahnheilkunde in Bremen und Bremerhaven. Laut Gesamtübersicht der Bundesärztekammer lag am 31.12.2006 die Gesamtzahl der zugelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte aller Fachgebiete im Land Bremen bei 1.283. Zum gleichen Stichtag betrug die Zahl der Zahnärzte 438. Es wurden demnach knapp 70% der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte angeschrieben und 9,1% der niedergelassenen Zahnärzte. Chirurgie und Orthopädie sowie Psychiatrie und Nervenheilkunde werden im Folgenden aus Gründen der Vereinfachung in der Darstellung zusammengezogen.

Mit 143 Antworten haben sich 15,3% der angeschriebenen Ärztinnen und Ärzte an der Befragung beteiligt. Das erscheint auf den ersten Blick gering, im Vergleich zu vergleichbaren Befragungen innerhalb der Ärzteschaft ist die Rücklaufquote jedoch erfreulich hoch (Tabelle 1).

Tabelle 1: Anzahl der antwortenden Arztpraxen im jeweiligen Fachgebiet

		alle angeschriebenen im Fachgebiet
Allgemeinmedizin	41	282
	-	222
Frauenheilkunde	20	96
Chirurgie/Orthopädie		86
Kinderheilkunde	15	68
		142
Zahnheilkunde	7	40
Summe		936

Bei den Fachgebieten Allgemeinmedizin und Innere Medizin findet sich eine gute Übereinstimmung zwischen dem Rücklauf und der „normalen“ Verteilung der Fachgebiete in der Ärzteschaft. Kinderheilkunde und Frauenheilkunde sind stärker vertreten, Chirurgie/Orthopädie und Nervenheilkunde/Psychiatrie etwas geringer. (Abb. 1)

In Bremerhaven arbeiten 16,3% der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte des Landes Bremen. Der Anteil der Bremerhavener Ärztinnen und Ärzte im Rücklauf unserer Befragung liegt mit 15,4% (22) in ähnlicher Höhe.

Es haben 9 von 36 Ärztinnen und Ärzten geantwortet, die mit dem Bremer MediNetz zusammenarbeiten.

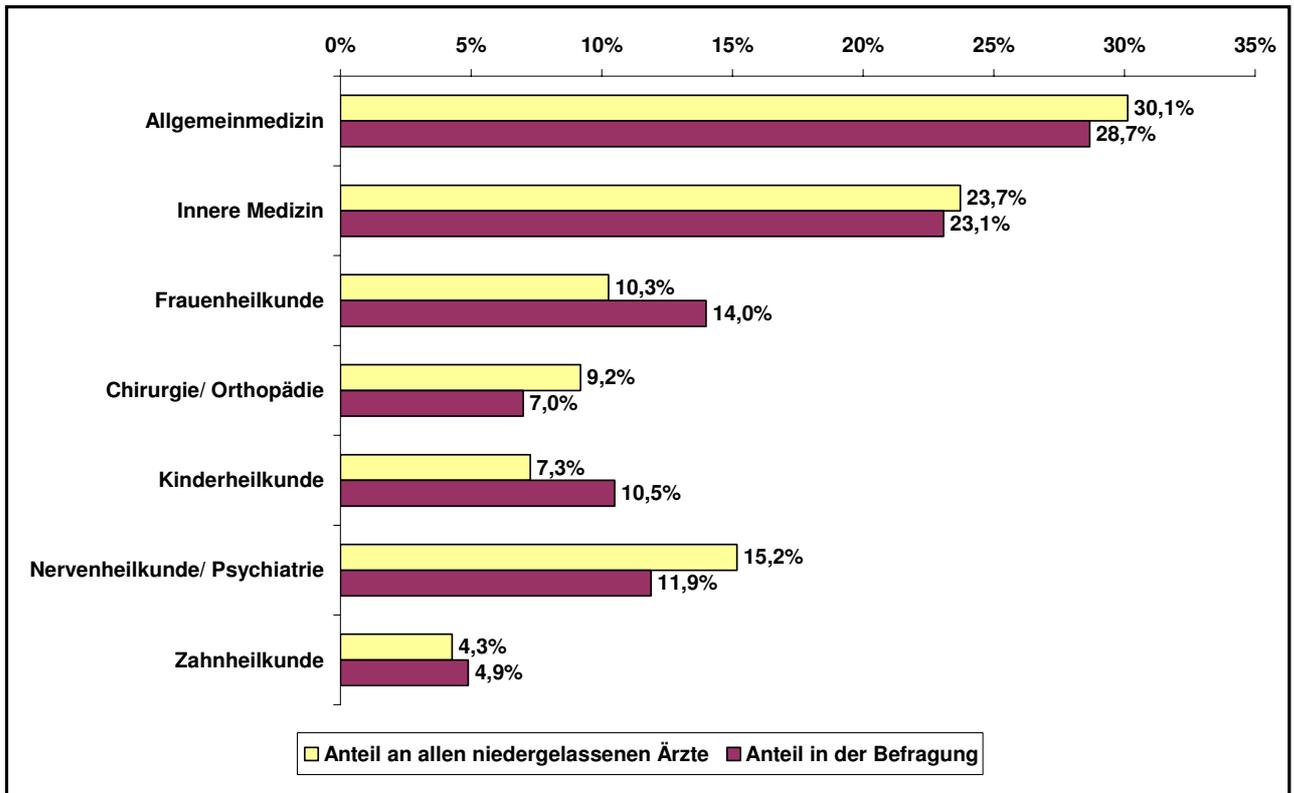


Abb. 1: Prozentuale Verteilung der Fachgebiete in der Grundgesamtheit (N = 936) und im Rücklauf der Befragung (N = 143)

In den meisten Fachgebieten liegen eine ausreichende Anzahl und ein ausreichender Anteil am jeweiligen Fachgebiet vor, so dass die Darstellung der einzelnen Fachgebiete von Interesse sein kann.

Dagegen sind die Zahnärztinnen und Zahnärzte mit 7 Antworten, die zusammengezogene Gruppe von Orthopädie und Chirurgie mit 10 Antworten bei zugleich lediglich 9,2 % Anteil an der Fachgruppe nicht ausreichend aussagekräftig.

4. Ergebnisse

Es wurden nicht immer alle Fragen von allen Ärztinnen und Ärzten beantwortet. Die jeweiligen Antwortquoten sind bei der jeweiligen Darstellung mit angegeben.

4.1 Behandlung von Patientinnen und Patienten ohne Versicherung

4.1.1 „Behandeln Sie Patienten ohne jede Versicherung?“

90 Arztpraxen geben in den 143 zurückgesandten Fragebögen an, Erfahrung mit der Behandlung nicht versicherter Patientinnen und Patienten zu besitzen (62,9%). Keine Erfahrung mit nicht versicherten Patientinnen und Patienten geben 53 Arztpraxen an (37,1%).

4.1.2 „Wie viele Männer, Frauen oder Kinder ohne jegliche Versicherung behandeln Sie ungefähr pro Jahr?“

Bei dieser Frage sollten die Arztpraxen zwischen deutschen und ausländischen Nichtversicherten unterscheiden. Die Praxen waren in der Lage, die Anzahl der behandelten Nichtversicherten relativ differenziert anzugeben oder zu schätzen. Dies stützt die Aussage einer Allgemeinmedizinerin, die in einem qualitativen Interview betonte, dass die meisten Kolleginnen und Kollegen schon Erfahrung mit nicht versicherten Patientinnen und Patienten und papierlosen Menschen gemacht hätten.

Vergleicht man die Frage nach den jährlichen Behandlungen deutscher und ausländischer Nichtversicherter mit den Detailangaben zur Behandlung papierloser Patientinnen und Patienten (Abschnitt 4.4), zeigt sich, dass hier manchmal ähnliche Schätzungen zu Stande kommen. Dies legt den Schluss nahe, dass die Angaben über ausländische Nichtversicherte sich teilweise auf papierlose Menschen beziehen. Daran zeigt sich, dass diese Trennung im Alltag einer Arztpraxis oft schwierig ist.

Interessant ist auch der Umstand, dass in vielen Praxen mehr deutsche als ausländische Nichtversicherte behandelt werden. Unsere Studie wurde kurz nach der gesetzlichen Einführung der Versicherungspflicht durchgeführt⁸. Die Daten beziehen sich damit auf einen Zeitraum, in dem nicht versicherte Deutsche in anderer Größenordnung als gegenwärtig eine Rolle spielten.

Die Gesamtzahl der nicht versicherten Patienten in den 90 Praxen mit positiver Antwort beträgt immerhin 921 Patienten im Jahr, von denen 502 als „ausländisch“ und 419 als „deutsch“ angegeben werden (Tabelle 2). Durchschnittlich werden in diesen 90 Praxen 6 ausländische Nichtversicherte und 5 deutsche Nichtversicherte behandelt. Der Höchstwert in einer einzelnen Praxis lag bei 125 ausländischen Nichtversicherten im Jahr.

8 Ab dem 1. 4. 2007 wurde die Pflicht zur Versicherung für den der gesetzlichen Krankenversicherung zugeordneten Personenkreis eingeführt. In der privaten Krankenversicherung gibt es seit dem 1. 7. 2007 ein Beitrittsrecht in den Standardtarif für die Personen, die der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind.

Tabelle 2: Anzahl nicht versicherter Patientinnen und Patienten (N = 90 Praxen)

	Häufigkeit	Anteil in %
ausländische Nichtversicherte	502	54,5%
deutsche Nichtversicherte	419	45,5%
Summe	921	100 %

4.1.3 „Wie bezahlen diese Patientengruppen?“

Die Antwortdaten gelten für die Gesamtgruppe der Nichtversicherten. Um ein differenziertes Bild der Abrechnungspraktiken im Umgang mit Patientinnen und Patienten zu gewinnen, waren Mehrfachnennungen möglich. 16 der 90 Praxen gaben leider überhaupt keine Informationen über ihre Abrechnungspraxis. Die Ergebnisse sind in Abbildung 2 dargestellt.

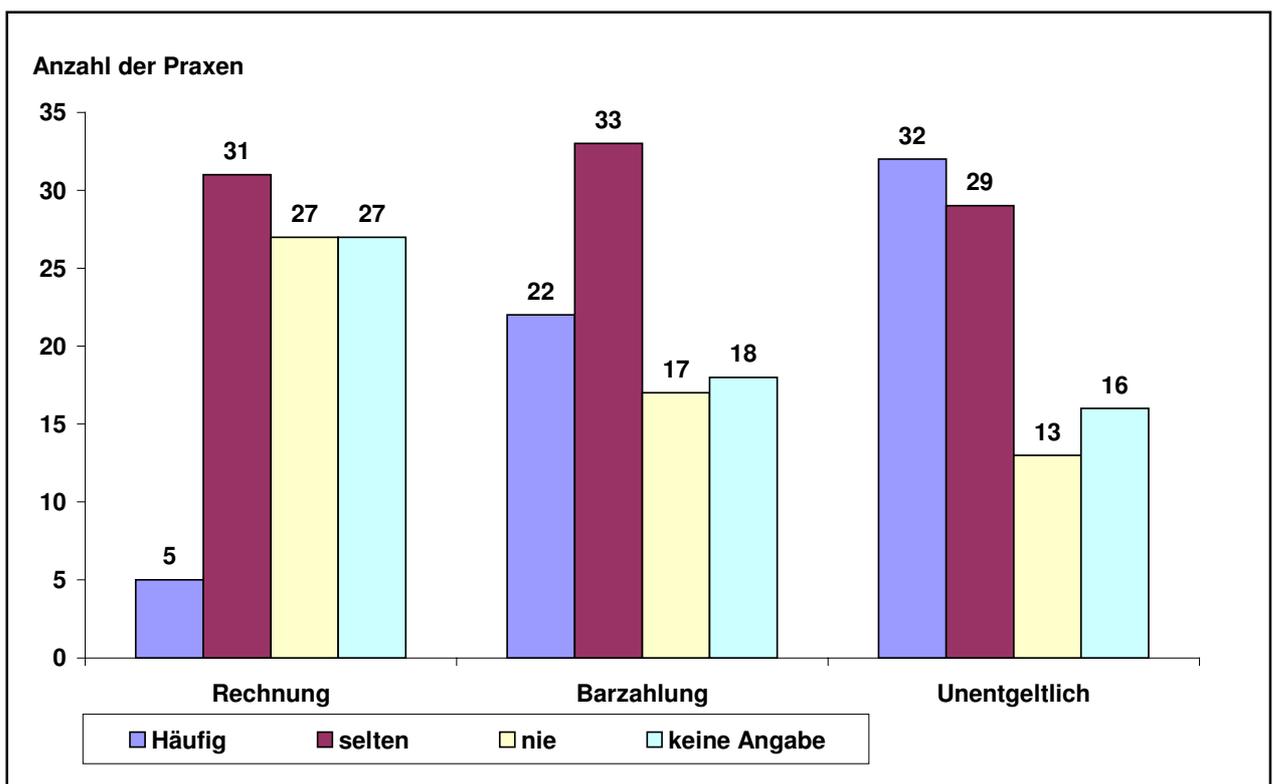


Abb. 2: Art der Bezahlung bei nicht versicherten Patientinnen und Patienten in niedergelassenen Praxen, absolute Angaben der niedergelassenen Ärzte (N = 90).

Auffallend ist die Häufigkeit der unentgeltlichen Behandlung. 32 Arztpraxen geben dies als häufig an. Aber auch Barzahlung der Behandlung spielt keine geringe Rolle. Sie wird für 22 Praxen als häufig angegeben. Die Differenzierung nach Fachrichtungen ergibt, dass in den Praxen für Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Kinderheilkunde am häufigsten unentgeltlich behandelt wird; in gynäkologischen Praxen wird häufiger gegen Barzahlung behandelt.

4.2 Papierlose

4.2.1 Behandlung von Papierlosen

74 Arztpraxen geben explizit Erfahrungen mit papierlosen Migrantinnen und Migranten an. Das sind knapp 52 % der antwortenden 143 Praxen. Die Verteilung auf die Fachgebiete findet sich in Tabelle 3.

		Tabelle 3: Fachgebiete
Allgemeinmedizin	23	
Innere Medizin (haus- und fachärztliche Versorgung)	17	
Frauenheilkunde	14	
Kinderheilkunde	10	
Zahnheilkunde	4	
Chirurgie / Orthopädie	4	
Nervenheilkunde/ Psychiatrie	2	
Summe	74	

Es zeigt sich, dass in allen Fachrichtungen Papierlose vorkommen. Dabei sind die Erfahrungen allerdings ungleich über die Fachgebiete verteilt. Deutlich wird, dass die Papierlosen im Gebiet der Nervenheilkunde/ Psychiatrie nicht ankommen. Nur 2 der 17 antwortenden Arztpraxen haben Erfahrung mit Papierlosen. Die meiste Erfahrung haben hausärztlich tätige Praxen, Kinderarztpraxen und gynäkologische Praxen.

4.2.2 „Wie viele Behandlungen von papierlosen Patienten haben Sie im Jahr?“

Bei dieser Frage sollte die jährliche Frequenz von Behandlungen eingeschätzt werden. Vorgegeben waren zur Vereinfachung drei Antwortoptionen. Zu dieser Frage haben drei Arztpraxen leider keine Angaben gemacht. Insgesamt wurden 334 Behandlungen papierloser Migrantinnen und Migranten aus den antwortenden 71 Praxen berichtet (Abbildung 3).

Bei der Anzahl „größer/gleich 10“ wurde eine Zahl von 10 angenommen. Es handelt sich deshalb hier um eine Untergrenze. Geht man davon aus, dass bei den 11 Ärztinnen und Ärzten aus dieser Kategorie die Behandlungszahlen überwiegend höher liegen, bleibt offen, ob tatsächlich nicht deutlich höhere Behandlungszahlen erreicht werden.

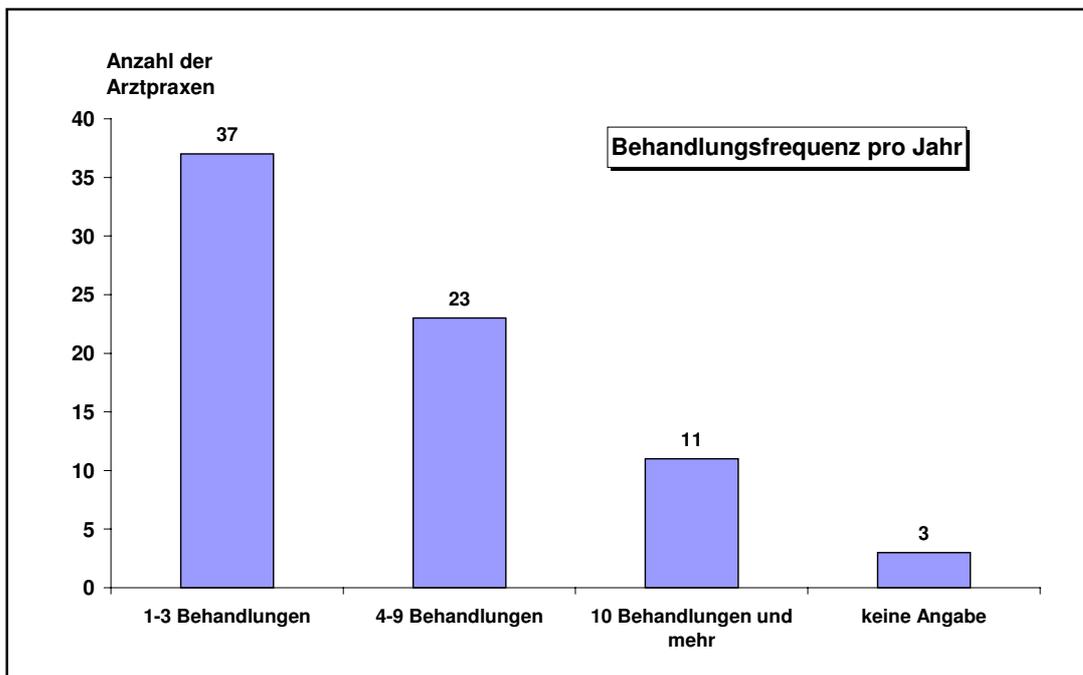


Abb. 3: Behandlungsfrequenz im Kalenderjahr (N = 74)

Die Häufigkeit von Behandlungen Papierloser unterscheidet sich zwischen den Fachgebieten deutlich. Die größte Anzahl an Behandlungen gibt es in der Inneren Medizin. Obwohl die Fallzahl von 10 Ärztinnen und Ärzten keine generelle Aussage zulässt, ist der Befund interessant und wirft Fragen auf. Das Ergebnis aus dem Bereich Nervenheilkunde/ Psychiatrie ist wegen geringer Fallzahl von 2 nicht aussagekräftig (Abbildung 4).

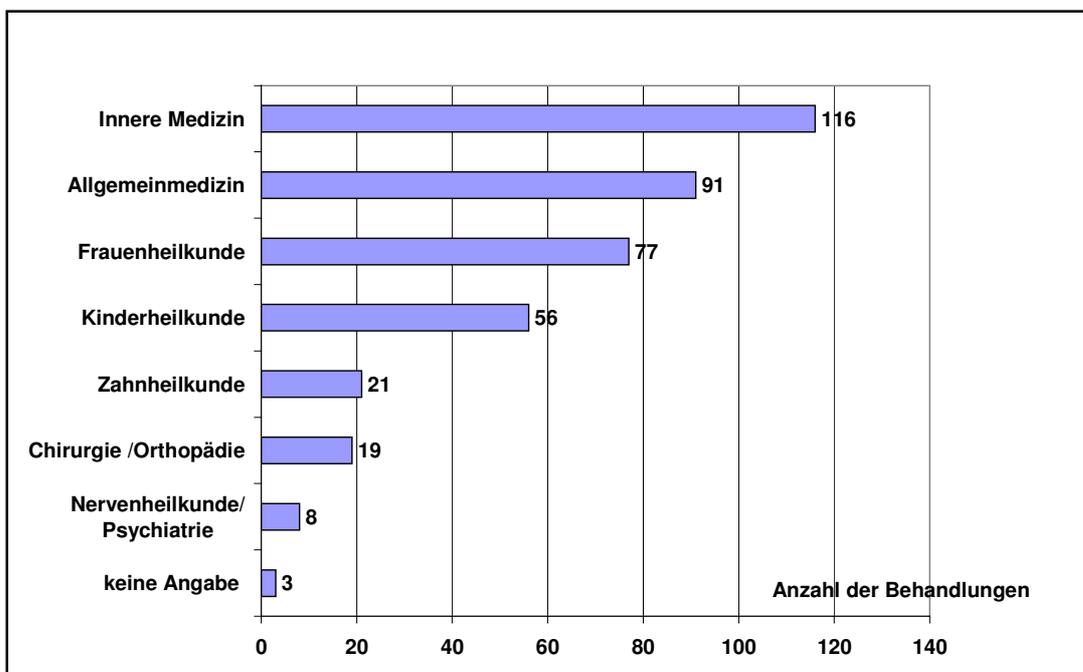


Abb. 4: Mittelwerte der Behandlungen papierloser Patientinnen und Patienten pro Jahr nach Fachgebieten (N = 74)

4.2.3 „Wie hoch beziffern Sie den jährlichen „Verlust“ durch unentgeltliche Behandlungen?“

Diese offene Frage wurde von 25 Arztpraxen nicht beantwortet. Viele haben offensichtlich geschätzt oder die Kategorien „wenig“ oder „geringfügig“ benutzt. Trotzdem gab es einige konkrete Schätzungen, die meisten in der Größenordnung bis 500 €. Der Mittelwert liegt bei 795 €, bedingt durch Ausnahmen mit Nennungen von 2.000 – 4.000 € und sogar 10.000 € (Tabelle 4).

Es handelt sich nicht um tatsächliche Verluste, sondern streng genommen um entgangene Einnahmen. Die Beträge scheinen nicht bedeutend, passend zu der Annahme, dass die ärztliche Versorgung Papierloser in Arztpraxen nicht dem normalen Niveau von Leistungen nach dem SGB V entspricht, sondern sich am unmittelbar und dringend Notwendigen orientiert.

	Anzahl der Nennungen
"wenig", "geringfügig"	9
weniger als 500 €	28
500 - 1000 €	7
	5
Keine Angabe	25
Summe	74

Tabelle 4: Angaben zu den entgangenen Einnahmen durch unentgeltliche Behandlung von Papierlosen in Prozent (N = 74)

4.2.4 „Wie gelangen papierlose Menschen zu Ihnen?“

Die Verteilung der Antworten gibt einen Eindruck davon, auf welchen Wegen papierlose Menschen Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen. Darüber hinaus verdeutlichen die Antworten auch den Grad der Vernetzung der Bremer Ärztinnen und Ärzte, die Papierlose behandeln, und machen den Stellenwert von Vermittlungsstellen wie des MediNetz Bremen sichtbar. Leider fehlen auch bei dieser Frage häufig die Angaben. Es kann vermutet werden, dass der Zugangsweg in der konkreten Behandlungssituation nicht erfragt wird (Abbildung 5).

Die bei weitem häufigste Vermittlung von Menschen ohne Papiere läuft über Verwandte und Bekannte, also informell. Weiter bemerkenswert ist, dass Vermittlungen nur selten durch andere Ärztinnen und Ärzte geschehen. Das ist nicht überraschend, da angesichts der fehlenden Kostenübernahmen und der anzunehmenden Einnahmeverluste Zurückhaltung zu erwarten ist. Bei den einzelnen Fachrichtungen sieht die Verteilung der Antworten ähnlich aus. In den Bereichen Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Kinderheilkunde und Innere Medizin stehen Verwandtschafts- und Freundesnetzwerke als „Vermittler“ an erster Stelle.

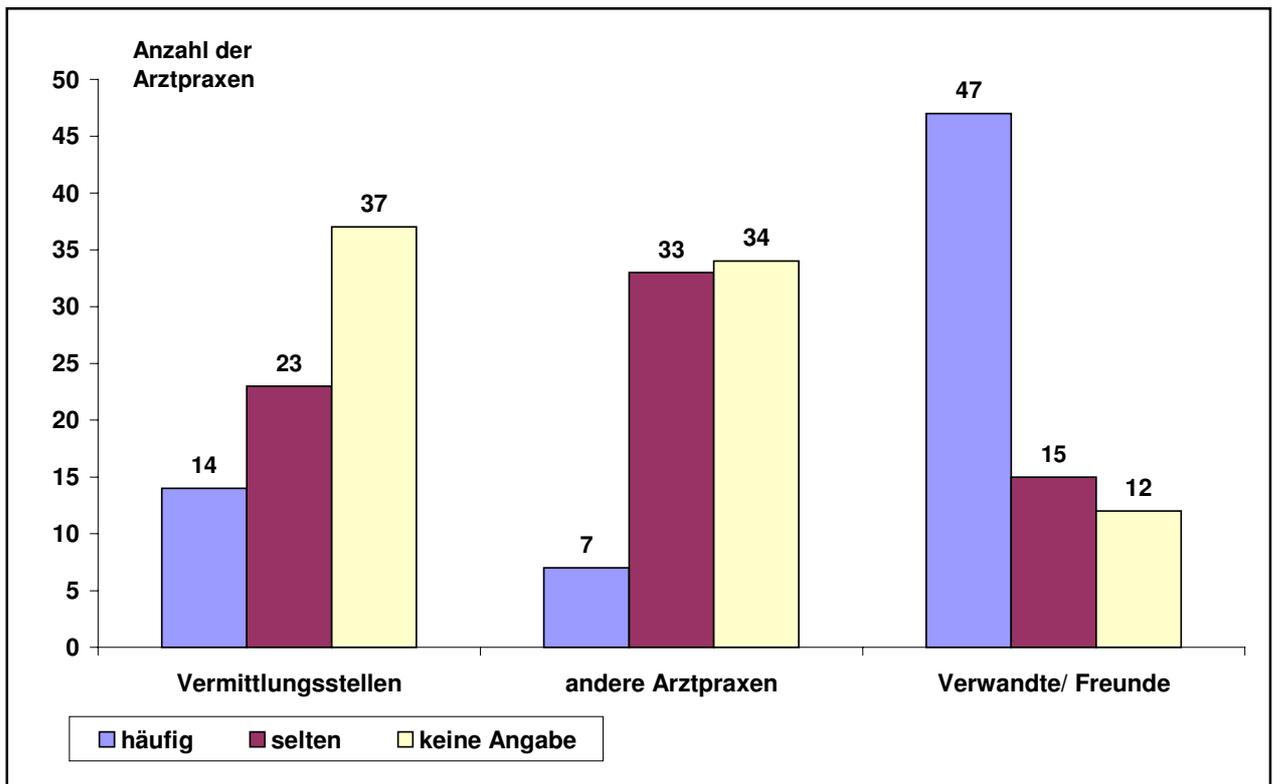


Abb. 5: Angegebene Zugangswege Papierloser zu den Arztpraxen (N = 74)

5. Diskussion und Zusammenfassung der Ergebnisse

Mit der Studie wird der erste Versuch unternommen, einen Eindruck von der Größenordnung medizinischer Versorgung Papierloser in Bremen zu gewinnen. Anhand der Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte aus 8 großen Fachgebieten konnte ein wesentlicher Teil derjenigen, die die medizinische Versorgung Papierloser in Bremen leisten, in die Befragung einbezogen werden. 15,3% von 936 befragte Ärztinnen und Ärzten im Land Bremen haben auf die Befragung geantwortet.

Die im Vergleich zu anderen Untersuchungen in der Bremer Ärzteschaft akzeptable Antwortquote macht sichtbar, dass das Thema für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Aktualität besitzt.

Knapp 63 % von ihnen geben an, nicht versicherte deutsche und ausländische Patienten zu behandeln. Knapp 52 % haben Erfahrung in der Behandlung mit der speziellen Gruppe der nicht versicherten Papierlosen. Die Mehrzahl dieser Ärztinnen und Ärzte leistet 1-3 Behandlungen im Jahr, ein Drittel 4-9, und jeder siebte von ihnen kommt auf 10 oder mehr Behandlungen Papierloser. Insgesamt kommt man auf 334 Behandlungen im Jahr, die die antwortenden Arztpraxen geleistet haben. Zur Schätzung der tatsächlichen Größenordnung müssten folgende Parameter mit einbezogen werden:

1. Hochrechnung dieser Angaben auf die Grundgesamtheit
2. Behandlungen in Krankenhäusern (Notfallambulanz und stationär)
3. Papierlose, die sich als „Touristen“ ausgeben
4. Papierlose, die sich mit fremder Krankenkassenkarte behandeln lassen

Zu 1.: 52 % der antwortenden Praxen haben Erfahrung mit Papierlosen und führen 334 Behandlungen im Jahr durch. Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit von 936 Arztpraxen der erfassten Fachgebiete ergäben sich rein rechnerisch 484 Ärztinnen und Ärzte mit 2.277 Behandlungen. Diese Hochschätzung ist mit Vorsicht zu genießen, weil unklar bleibt, ob Ärztinnen und Ärzte mit Erfahrung seltener oder öfter geantwortet haben.

Zu 2.: Für Papierlose ist die Gefahr der Weiterleitung der Daten und damit der drohenden Abschiebung zu groß, um offen im Krankenhaus aufzutreten. Es ist davon auszugehen, dass Krankenhäuser nur im absoluten Notfall oder bei Geburten aufgesucht werden. Einschätzungen der Größenordnung liegen dazu nicht vor.

Zu 3.: Sich als Touristin oder Tourist auszugeben oder einfach als solche interpretiert zu werden, liegt in der Möglichkeit derjenigen, die sich das finanziell erlauben können. Für einfache Arztbesuche ohne hohe Zusatzkosten kommt dies nach Erfahrungen des MediNetz Bremen durchaus häufig vor. Sobald es kompliziert und teuer wird, wird dieser Weg vermutlich nicht mehr eingeschlagen.

Zu 4.: Es ist davon auszugehen, dass es durch Benutzung fremder Krankenkassenkarten eine hohe Dunkelziffer gibt, die sich logischerweise nicht quantitativ erfassen lässt und ohne die die genannten Zahlen deutlich höher ausfielen. Mit der geplanten Einführung der neuen Krankenkassenkarten, die die Fremdbenutzung erschweren wird, wird vermutlich ein höherer Bedarf sichtbar werden.

Die Behandlung Papierloser ist ungleich auf die Praxen verteilt. Etwa die Hälfte der antwortenden Ärztinnen und Ärzte haben nichts mit der Versorgung von Papierlosen zu tun. Auch innerhalb derer, die die Behandlungen vornehmen, variiert die Anzahl pro Jahr deutlich. Viele Behandlungen werden unentgeltlich vorgenommen.

Trotz des ausgeprägten Bewusstseins für die Problematik ist der Vernetzungsgrad unter den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Bremen und Bremerhaven relativ gering.

Zur Höhe entgangener Einnahmen kann die Befragung nur einen groben Eindruck geben. Der deutlich größte Teil der Ärztinnen und Ärzte benennt einen Verlust von bis zu 500,- € jährlich. Nur ein kleinerer Teil von ihnen gibt einen höheren Verlust von Einnahmen an.

Betrachtet man die Vermittlungswege der Papierlosen zu den Ärztinnen und Ärzten, zeigt sich, dass ein wesentlich größerer Teil der Vermittlung über Freundschafts- und Verwandtschaftsnetzwerke läuft als über Vermittlungsstellen wie das MediNetz oder über andere Arztpraxen. Zusammen mit dem offensichtlich geringen Vernetzungsgrad der Ärzteschaft führt dies zu der Frage, inwieweit auf solchen informellen Wegen eine ausreichende medi-

zinische Versorgung gesichert werden kann – eine Frage, die diese Studie aber nicht beantwortet.

Es ist zu vermuten, dass vorangegangene Diagnostik oft nicht abrufbar ist und weiterführende nicht eingefordert wird. Dies deckt sich mit Ergebnissen einer Hamburger Studie, nach der die derzeitige Kooperation unter den behandelnden Ärztinnen und Ärzten ebenfalls ausbaufähig ist (Kühne 2008)⁹.

In der Forschung wird insbesondere auf das gesundheitliche Risikoprofil hingewiesen, das für papierlose Migrantinnen und Migranten durch ihre unsichere Lebenssituation entsteht. Dazu gehören u.a. hohe Hemmschwellen beim Arztbesuch, verschleppte Krankheiten, Sprachprobleme, verzögerte Diagnostik und Therapie und ungenügende Versorgung. Dies wird von Erfahrungsberichten vieler Ärztinnen und Ärzte sowie vom MediNetz bestätigt.

Zusammenfassung

- Knapp 52% der Ärztinnen und Ärzte, die an der Befragung teilnahmen, haben Erfahrung mit Papierlosen und führen im Jahr im Minimum 334 Behandlungen durch. Der Bedarf an Gesundheitsversorgung von Papierlosen in Bremen und Bremerhaven ist weitaus höher als erwartet und nicht von MediNetz zu bewältigen.
- Die Gesundheitsversorgung Papierloser ist zwar ungleich, aber doch auf wesentlich mehr Arztpraxen verteilt, als die Vermittlungsquote durch das MediNetz annehmen lässt. Es existiert in Bremen also ein größerer Kreis von Ärztinnen und Ärzten, die papierlose Menschen behandeln, als angenommen.
- Der Rücklauf der Fragebögen, insbesondere aber die konkreten Angaben, machen deutlich, dass in der Bremer Ärzteschaft durchaus ein ausgeprägtes Bewusstsein für die Problematik der Gesundheitsversorgung papierloser Patienten besteht.

Fazit

Vor dem Hintergrund unserer Ergebnisse sind die absoluten Behandlungszahlen mit 334 im Kalenderjahr 2006 im Rücklauf mit vorsichtiger Hochrechnung auf die Grundgesamtheit durchaus als interessant anzusehen. Hinzu kommen Behandlungen in Krankenhäusern, unter dem Deckmantel von „Touristen“ sowie mit fremder Krankenkassenkarte. Mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in den nächsten 2 Jahren wird letztere Möglichkeit minimiert werden.

9 In einer von der medizinischen Vermittlungs- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrantinnen und Migranten und der Ärztekammer in Hamburg durchgeführten Studie geben etwa 73 % der befragten Ärztinnen und Ärzte an, dass der Gesundheitszustand nicht versicherter Migrantinnen und Migranten geringfügig schlechter oder schlechter als der ihrer versicherten Patientinnen und Patienten ist (vgl. Kühne 2008)

Die Vermittlungswege über Freundschafts- und Verwandtschaftsnetzwerke machen die Zugangsbarrieren ins Gesundheitssystem deutlich. Nur ein kleiner Teil wird über das MediNetz vermittelt. Die reale Zahl würde die ehrenamtliche Struktur des MediNetz deutlich überfordern. Es ergibt sich die Frage, auf welchem Niveau die Behandlungen, die häufig unentgeltlich verlaufen oder bar bezahlt werden, bei gleichzeitig geringem Vernetzungsgrad der Ärztinnen und Ärzte stattfinden und stattfinden können. Der als gering angegebene finanzielle Verlust der Arztpraxen vermittelt den Eindruck, dass die Behandlungen in der Regel innerhalb eines eingeschränkten Rahmens verbleiben.

Aus dem Genannten ergibt sich die Notwendigkeit der Einbindung von papierlosen Patientinnen und Patienten in ein reguläres System, damit

- Papierlose auf gleichem Niveau wie andere Patienten behandelt werden können,
- unabhängig vom Vernetzungsgrad der Praxen papierlosen Personen der Zugang zu medizinischer Versorgung ermöglicht werden kann,
- die Papierlosen unabhängig von Kontakten durch Freunde und Verwandte in dem Fachgebiet behandelt werden können, das ihrer Erkrankung entspricht,
- Diagnostik und Therapie unter solchen Bedingungen durchgeführt werden, dass Informationsaustausch zwischen Arztpraxen möglich ist,
- die finanzielle Last nicht einem Teil der Ärzteschaft aufgebürdet wird.

Teil 2: Vorschläge und Lösungsansätze

1. Einbettung der Studienergebnisse in den deutschen und internationalen Kontext

Auch Erfahrungen aus anderen bundesdeutschen Städten zeigen, dass es einen dringenden Bedarf an gesundheitlicher Versorgung für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus gibt.

Die deutsche Rechtsprechung steht internationalen Vereinbarungen teilweise entgegen: Sowohl die Deklaration der Menschenrechte als auch das Komitee für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte der Vereinten Nationen sichern Personen unabhängig von ihrem aufenthaltsrechtlichen Status ein grundsätzliches Recht auf Gesundheit zu¹⁰. Deutschland hat dieses Sozialabkommen im Jahre 2000 unterzeichnet. Mit der besonderen Meldepflicht der öffentlichen Behörden, persönliche Daten an die Ausländerbehörde weiterleiten zu müssen, stellt Deutschland im europäischen Vergleich einen Sonderfall dar.

Ein von der Europäischen Kommission finanziertes Projekt zur gesundheitlichen Versorgung von Papierlosen beschäftigte sich in den Jahren 2005 -2007 mit der Aufnahme von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus als Zielgruppe in die „soziale Integrations-Strategie“ (social inclusion strategy) (PICUM 2007). Damit wird das Problem der Sicherung basaler Rechte von der europäischen Ebene zumindest partiell anerkannt. Europäische Staaten wären demnach angehalten, in Zukunft in ihren zweijährlichen Nationalen Aktionsplänen darzulegen, wie auch Papierlose, neben anderen sozial benachteiligten Gruppen, effektiver sozial zu integrieren wären und diese Bemühungen auch zu evaluieren.

Humanitärer Bedarf wie auch Bemühungen auf regionaler und europäischer Ebene von NGOs und Institutionen zeigen eine Anerkennung der Dringlichkeit der gesundheitlichen Versorgung von Papierlosen. Die Stadt Bremen könnte sich hier innerhalb Deutschlands in einer Vorreiter-Rolle profilieren.

Humanitärer Bedarf wie auch Bemühungen auf regionaler und europäischer Ebene von NGO's und anderen Institutionen zeigen, dass die Dringlichkeit von gesundheitlicher Versorgung Papierloser zunehmend wahrgenommen und anerkannt wird. Die Stadt Bremen könnte sich hier innerhalb Deutschlands in einer Vorreiter-Rolle profilieren.

Um die Diskussion über mögliche Lösungsstrategien voranzubringen, werden im Anschluss die bisherigen Ansätze überblickartig dargestellt und diskutiert.

10 Komitee für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, Vereinte Nationen, General Comment No. 14, 2000: The right to the highest attainable standard of health, siehe auch [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf(symbol)/E.C.12.2000.4.En?OpenDocument).

2. Lösungsansätze in den neunziger Jahren

Mit der Einführung des Asylbewerberleistungsgesetzes Anfang der 90er Jahre, der Grundgesetzänderung des § 16 Grundgesetz und der damit verbundenen Einschränkung des Rechtes auf Asyl sowie der Unterzeichnung des Schengener Abkommens wurde eine Abschottungspolitik gegenüber Flüchtlingen zementiert. In den selbstorganisierten oder an Kirche bzw. NGO's angebotenen Kreisen, die sich gegen diese Politik zur Wehr setzten, entwickelte sich in der Folge die Einschätzung, dass Flüchtlinge andere Lösungen suchen und vermehrt ohne legalen Aufenthalt in Deutschland verbleiben würden. Aus diesen Diskussionen entstand 1994 in Hamburg die erste medizinische Flüchtlingshilfe, arbeitend auf selbstorganisierter Basis; ihr folgten in den nächsten Jahren ca. 10 weitere Initiativen in anderen Städten nach ¹¹. Gemeinsam ist ihnen, auf der Grundlage von unentgeltlicher Arbeit über eine Vermittlungssprechstunde Papierlose an einen Kreis von mitarbeitenden Praxen und Hebammen zu vermitteln. Ziel war und ist es, die Papierlosen in das reguläre System einbinden zu können und die ehrenamtliche Arbeit damit überflüssig zu machen. Der ehrenamtliche Ansatz wurde gewählt, um die stillschweigende Verschiebung der Verantwortung in die Zivilgesellschaft zu vermeiden. Gleichzeitig sollte auf die Problematik der gesundheitlichen Versorgung von Papierlosen auch politisch aufmerksam gemacht werden ¹².

Die Einschätzung der Notwendigkeit solche medizinischen Flüchtlingshilfen einzurichten, erwies sich als richtig. Menschen kamen in den Großstädten wie Berlin und Hamburg zu Hunderten pro Jahr in die Sprechstunden, um die Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Mit weiterer Verschärfung der Asylgesetzgebung und Ende der neunziger Jahre auch dank zunehmender Öffentlichkeit für das Thema nahmen sich auch andere gesellschaftliche Gruppen der Thematik an. 2001 eröffnete die Malteser Migranten Medizin ihre erste Anlaufstelle im Rahmen einer niedrigschwelligen allgemeinmedizinischen Grundversorgungspraxis für Nichtversicherte in Berlin. Im Laufe der nächsten Jahre wurden weitere 8 Anlaufstellen in anderen Städten eröffnet ¹³. Bei diesem Modell werden alle Nichtversicherten in eigens dafür eingerichteten Räumlichkeiten durch Ärztinnen und Ärzte behandelt und im Bedarfsfall an einen Kreis von Fachärztinnen und -ärzten und Krankenhäusern weitergeleitet, die unentgeltlich oder zu niedrigen Kosten die Behandlung übernehmen.

3. Bundesweit diskutierte Lösungsansätze heute

Versuche, sich vom rein karitativen Ansatz zu lösen, wurden vor allem angeregt durch sehr verschiedene Verfahrensweisen in anderen europäischen Ländern.

Die wesentlichen Ansätze sollen im Folgenden vorgestellt werden:

11 Berlin, Bielefeld, Bochum, Bremen, Göttingen, München, Köln, Hannover, Nürnberg, Oldenburg.

12 Siehe auch Büro für medizinische Flüchtlingshilfe 2007.

13 Köln, München, Darmstadt, Frankfurt, Hannover, Münster, Hamburg, Osnabrück, siehe auch www.malteser.de/73.Malteser_Migranten_Medizin/default.htm.

3.1 Fondsmodell

Das Fondsmodell ist eher als Finanzierungsvorschlag denn als Gesamtmodell zu sehen. Gelder werden in einem Fonds festgelegt und stehen dann für die Behandlungskosten zur Verfügung. Das Geld kann aus staatlichen (s. Beispiel Niederlande) oder/und privaten Händen (s. Beispiel München) kommen. Nachteil: Ein Fonds hat eine festgelegte Höhe und ist dadurch schwerfällig oder ggf. gar nicht ausgerichtet auf den eigentlichen Bedarf.

Über die Form der Versorgung, beispielsweise innerhalb des bestehenden Gesundheitssystems auf Kostenerstattungsbasis oder in speziellen Behandlungseinrichtungen, ist hiermit noch nichts ausgesagt.

Beispiel Niederlande:

Auch wenn die gesetzliche Grundlage in den Niederlanden eine andere ist ¹⁴, wollen wir hieran kurz eine Möglichkeit des Fondsmodells erläutern.

In den Niederlanden gibt es eine Fondsstiftung, die sich aus Geldern der niederländischen Regierung (Steuergelder und Gelder aus Krankenkassenbeiträgen) finanziert. Regulär arbeitende Praxen und Hebammen können nach Behandlung eines Papierlosen einen Antrag beim Fonds stellen und die Kosten im Nachhinein erstattet bekommen. Die Erfahrungen zeigen, dass das Erstattungsverfahren mit einem hohen Verwaltungsaufwand auf beiden Seiten verbunden ist und lange Zeiträume in Anspruch nimmt.

Beispiel München:

In München wurde ein Modell diskutiert, in dem über einen privat finanzierten Vereinsfonds Gelder zur Verfügung gestellt werden.

An den Vereinsfonds sollten die Kostenforderungen für eine „unabdingbare medizinische Notfallversorgung“ gerichtet werden. Der Fonds richtet sich an Menschen ohne Krankenversicherung, darunter auch Papierlose. Ausreichend Spenden aus privaten Mitteln zu erhalten, gestaltet sich dabei schwierig.

3.2 Niedrigschwellige medizinische Behandlungseinrichtungen

Diese Einrichtungen bieten Akut- und Notversorgung in der Regel im Rahmen allgemeinmedizinischer Grundversorgung für Papierlose. Durch Zusammenarbeit mit Facharztpraxen und Krankenhäusern können Patientinnen und Patienten bei Bedarf weitervermittelt werden.

14 Die abweichenden Rahmenbedingungen betreffen: Keine Datenübermittlungspflicht der Behörden, kein gesetzlicher Anspruch von Papierlosen auf medizinische Basisversorgung, keine strafrechtliche Bedrohung für humanitäre Helferinnen und Helfer.

Solche Behandlungseinrichtungen können ihre Ausrichtung auf Papierlose beschränken oder insgesamt auf Nichtversicherte ausweiten wie bei der Malteser Migranten Medizin. Ansätze wie die Malteser Migranten Medizin beruhen auf dem Engagement der behandelnden Ärztinnen und Ärzte oder Krankenhäuser und auf die Bereitschaft weitgehend auf Entgelt zu verzichten.

Dieses Modell bedeutet, parallele Strukturen anzulegen. Die regulären Wege des kurativen Gesundheitssektors werden nur eingeschränkt genutzt. Zwar hat der Öffentliche Gesundheitsdienst – die Gesundheitsämter – das Problem der mangelhaften oder fehlenden Gesundheitsversorgung Papierloser zunehmend erkannt und als notwendigen Bestandteil kommunaler Gesundheitssicherung verstanden, aber konkrete Angebote sind noch selten oder müssen erst entwickelt werden.

Aus anderen Bereichen wie der medizinischen Versorgung von Obdachlosen sind niedrigschwellige Versorgungseinrichtungen schon länger bekannt¹⁵. Neben der Akut- und Notversorgung besteht hier das Ziel der Wiedereingliederung in die reguläre Gesundheitsversorgung. Es kann davon ausgegangen werden, dass in solchen Einrichtungen manchmal auch Papierlose behandelt werden. Papierlose können aber von solchen Stellen im Gegensatz zu Obdachlosen mit Krankenversicherung nicht weiter überwiesen werden.

Beispiel Frankfurt:

In Frankfurt unterhält das Gesundheitsamt seit mehreren Jahren Sprechstunden für bestimmte Bevölkerungsgruppen (Afrikasprechstunde, Roma- Sprechstunde) (Stark 2007). Entsprechend der jeweiligen Erfordernisse werden Impfungen für die Kinder zur Verfügung gestellt und akute Erkrankungen versorgt. Das Angebot wurde inzwischen ausdrücklich auf die Gruppe Papierloser unter dem Namen „Humanitäre Sprechstunde“ ausgeweitet. Es bestehen zum Teil vertragsähnliche Kooperationsbezüge mit regulären Leistungserbringern wie Kliniken einschließlich zahnärztlicher Versorgung.

Beispiel Schweiz:

Die Universitätsklinik Genf in der Schweiz bietet seit ca. 10 Jahren unterschiedlich leicht erreichbare medizinische Versorgung für Papierlose an (Wolff 2005). Durch aufsuchende Hilfe, Praxis und universitäre Poliklinik ist das Angebot sehr breit ausgerichtet. Die Kosten für Personal und medizinische Leistungen werden von der Universitätsklinik (Kanton) getragen.

3.3 „Anonymer Krankenschein“

Das Modell des anonymen Krankenscheins legt den Schwerpunkt auf die Eingliederung in das reguläre Gesundheitssystem und die Ausrichtung am Bedarf der Behandlungen. Der Papierlose erhält in diesem Modell einen Krankenschein, mit dem er im regulären System

15 vgl. z.B. MVO Bremen, Friedrich- Rauers- Str. 30, Bremen

medizinische Versorgung in Anspruch nehmen kann. Diese wird über das Sozialamt finanziert, ohne dass seine Daten an die Ausländerbehörde weitergeleitet werden. Das setzt voraus, dass die medizinische Versorgung von der ausländerrechtlichen Frage abgekoppelt wird.

Konkrete Vorschläge zur Umsetzung (Ort der Ausgabe, Bedarfsprüfung ohne Weiterleitungspflicht an andere Behörden) analysiert am konkretesten der Bericht des Instituts für Menschenrechte vom November 2007. Im Punkt „Geschützte Vermittlung von Krankenscheinen“ wird ein mögliches Szenario dargestellt:

„In den Krankenschein würde die Beratungsstelle personenbezogene Daten eintragen, die regelmäßig für die ordentliche Abrechnung durch das Sozialamt erforderlich sind. Mit dem Krankenschein würde nun die betreffende Person die erforderliche Behandlung bei einem niedergelassenen Arzt oder Ärztin erhalten, welcher anschließend mit dem Sozialamt auf der Grundlage des Scheins abrechnen könnte. Das Sozialamt erhielte zwar anschließend die personenbezogenen Daten, es dürfte jedoch, folgt man der Rechtsauffassung des „verlängerten Geheimnisschutzes“, die Daten an die Ausländerbehörde nicht weitergeben, weil es diese Daten von einem Arzt oder einer Ärztin erhalten hat ...“

Bisher wurde das Modell des anonymen Krankenscheins in keinem Land umgesetzt. Es bleiben auch noch rechtliche Fragen offen.

3.4 Private Krankenversicherungen

Der Eintritt in die gesetzliche Krankenkassen ist für Papierlose aufgrund ihres „inoffiziellen“ Status nur theoretisch möglich. Ob das bei privaten Krankenkassen anders sein könnte, wird sich mit der Einführung des Basistarifs zum 01.01.2009 zeigen. Das Leistungsangebot wird dem der gesetzlichen Krankenkassen entsprechen, Risikoausschlüsse gibt es nicht, der Höchstbetrag wird beim durchschnittlichen Höchstbetrag der GKV liegen. Die monatlichen Versicherungskosten werden trotzdem für die meisten Papierlosen nicht aufzubringen sein. Für die Menschen, die diese Summen zahlen können, könnte das eine Lösung sein, vorausgesetzt die Leistungserbringer arbeiten nicht mit der Ausländerbehörde zusammen.

4. Lösungsvorschläge für Bremen

Das Gesundheitsamt Bremen erarbeitet zur Zeit in Abstimmung mit der Senatorischen Behörde ein Konzept zur Medizinischen Versorgung Papierloser, das sich in Grundzügen an der Frankfurter Humanitären Sprechstunde orientiert.

Anhang:

Fallbeispiele: Besondere Situationen in der Schwangerschaft

Frauen ohne rechtlich legalen Aufenthaltsstatus befinden sich im Fall einer Schwangerschaft sehr schnell in einer besonders schwierigen Lebenslage.

Das MediNetz betreut im Jahr viele Schwangere, bis zu 30% aller Patienten und Patientinnen. Es wird versucht, sie in eine angemessene Gesundheitsversorgung einzugliedern. Während die Vermittlung zur Vorsorge und Nachsorge an Ärztinnen und Ärzte und Hebammen meistens noch gewährleistet werden kann, gestaltet sich die Organisation der Geburt aufgrund der hohen anfallenden Kosten sehr schwierig. Um die Situation der Frauen besser vorstellbar zu machen, seien hier einige Beispiele genannt.

- Eine 32-jährige Frau aus Westafrika mit sehr starkem Kinderwunsch meldet sich bereits in der Frühschwangerschaft beim MediNetz. Sie ist illegal eingereist und hat zu dem Vater des Kindes keinen Kontakt mehr. Sie hatte bereits eine Totgeburt und freut sich über diese Schwangerschaft. Die Schwangere lebt derzeit bei Freunden. In der 18. Schwangerschaftswoche spürt sie starkes Ziehen und geht zu ihrer Gynäkologin. Aufgrund des vollständig eröffneten Muttermundes und der somit einsetzenden Geburt ohne derzeitige Wehentätigkeit mit positiven kindlichen Herzaktionen überweist die Ärztin sie mit dem Rettungswagen in eine konfessionelle Klinik. Dort bleibt die Schwangere 4 Tage stationär. Als keine Herzaktivität des Kindes mehr festgestellt werden kann, wird sie in eine städtische Klinik überwiesen. Sie erhält eine Ausschabung in Vollnarkose und verlässt die Klinik bereits am nächsten Tag ohne jegliche Nachbehandlung mit noch starken Schmerzzuständen und großer Traurigkeit über den Verlust des Kindes. Einer MediNetz- Mitarbeiterin berichtet die Patientin, dass seitens der Sozialarbeiterin sehr viel Druck aufgebaut wurde, um zu klären, wer für die entstandenen Kosten aufkommen soll. Die Frau hatte eine so starke Angst vor Informationsweitergabe an die Ausländerbehörde, dass sie es vorzog, trotz starker Schmerzen die Klinik zu verlassen und eine intravenöse Antibiotikatherapie abzubrechen. Die weitere Versorgung erfolgt dann wieder bei der niedergelassenen Gynäkologin sowie ihrer Hebamme.
- Frau A. aus der Türkei hat sich als junge Frau der gemeinsamen Abschiebung mit ihrer Familie entzogen. Wegen einer von der Familie unerwünschten Partnerschaft und einem Kind kann sie nicht länger bei ihrer Familie leben. Sie lebt seit Jahren hier ohne legalen Aufenthaltsstatus. In der zweiten Schwangerschaft hatte sie eine unzureichende Schwangerschaftsvorsorge und das Kind war verstorben. Nach der Totgeburt dieses Kindes hat sie den notwendigen Krankenhausaufenthalt aus Angst vor den entstehenden Kosten vorzeitig abgebrochen und blieb ohne weitere fachliche Unterstützung. Bei der dritten Schwangerschaft wird die Vor- und Nachbetreuung von uns organisiert. Inzwischen war sie auf Grund der psychischen Belastung so schwer erkrankt, dass ihr eine Duldung gewährt werden musste. Die Geburtskosten müssen deshalb nach langen Verhandlungen vom Amt für Soziale Dienste übernommen werden.

-
- Frau C. aus Osteuropa lebt seit Jahren hier ohne ausländerrechtlich legalen Aufenthaltsstatus. Ihr Partner ist gewalttätig und unterstützt sie nicht. Frau C. geht trotz drohender Frühgeburt noch arbeiten. Vor- und Nachsorgen werden durch das MediNetz geleistet. Zur Geburt per Kaiserschnitt ist jedoch ein Krankenhausaufenthalt nötig, den Frau C. wegen der ungeklärten Kostenübernahme frühzeitig abbricht.
 - Frau F. aus Osteuropa lebt seit Jahren mit ihrem hochverschuldeten Lebenspartner in Deutschland ohne legalen Aufenthaltsstatus. Als sie schwanger wird, reicht das Geld nicht mehr für die Vorsorgen, geschweige denn für eine Geburt. Somit wendet sich das Paar an uns. Die Vor- und Nachbetreuung können wir organisieren. Frau F. bekommt das Kind per Kaiserschnitt. Nach Abschluss der Behandlung verweigert das Krankenhaus die Ausstellung einer Geburtsbescheinigung und verlangt die Unterzeichnung eines Ratenvertrags zur Begleichung der Kosten. Weder die Schwangere noch ihr Partner sind in der Lage, die Kosten zu zahlen. Schließlich unterzeichnet eine entfernte Verwandte, die jedoch auch nicht zahlen kann. Ein möglicher Leistungsanspruch gegenüber dem Sozialamt wird nicht geprüft.

Die Beispiele verdeutlichen, wie schnell Einrichtungen wie das MediNetz Bremen oder ähnliche Einrichtungen in anderen Städten an ihre Grenzen stoßen. Trotz der prekären Lebenslage entscheiden sich viele Frauen ohne legalen Aufenthaltsstatus für die Schwangerschaft. Die meisten wenden sich erst spät an die medizinischen Vermittlungsstellen, wenn sie die Kosten der Vorsorge nicht mehr privat zahlen können oder nicht wissen, wo sie zur Geburt hingehen sollen. Manche Schwangeren haben vor der Geburt überhaupt keine Vorsorgeuntersuchung erhalten.

Angesichts der medizinischen und psychischen Folgen der beschriebenen Mangelversorgung wäre es wünschenswert, zumindest für die Schwangerschaft, Geburtssituation und Wochenbettzeit eine für alle Frauen gleiche Unterstützung unabhängig vom Aufenthaltsstatus zu gewährleisten. Das Ziel sollte es sein, eine Situation herzustellen, in der eine Mutter ohne Angst vor einer Abschiebung ihr Kind behütet gebären kann und auch bei der Geburtsanmeldung ihres Kindes keine direkte Weiterleitung der Daten an die Ausländerbehörde befürchten muss. Dies betrifft insbesondere die Ausstellung der Geburtsurkunde, ohne die sie niemals beweisen kann, dass es sich um ihr eigenes Kind handelt.

Literatur:

Alt, Jörg (1999): Illegal in Deutschland, Karlsruhe

Anderson, Phillip (2003): „Dass sie uns nicht vergessen...“ Menschen in der Illegalität in München, Landeshauptstadt München, Sozialreferat, verfügbar unter: <http://www.gruene-muenchen-stadtrat.de/seiten/themen/migration.html>

BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2008): Ausländerzahlen 2007, verfügbar unter: <http://www.bamf.de/>

Bundesministerium des Inneren (2007): Bericht des Bundesministeriums des Inneren zum Prüfauftrag „Illegalität“ aus der Koalitionsvereinbarung vom 11. November 2005, Kapitel VIII 1.2, verfügbar unter: http://www.emhosting.de/kunden/fluechtlingsrat-nrw.de/system/upload/download_1232.pdf

Bundesnachrichtendienst (2000): Illegale Migration, Bonn

Büro für medizinische Flüchtlingshilfe (2007): 10 Jahre Büro für medizinische Flüchtlingshilfe. Eine Erfolgsgeschichte?, verfügbar unter: [www.medibuero.de/ attachment/](http://www.medibuero.de/attachment/)

Classen, Georg, Pro Asyl (Hrsg., 2008): Sozialeleistungen für MigrantInnen und Flüchtlinge. Handbuch für die Praxis, Karlsruhe

Cyrus, Norbert (2000): Stellungnahme zur Anhörung „Über die soziale und gesundheitliche Situation von aufenthaltsrechtlich statuslosen Menschen in Berlin“, Abgeordnetenhaus Berlin, 23. November 2000

Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg., 2007): Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland – Ihr Recht auf Gesundheit. Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität, verfügbar unter: <http://files-institut-fuer-menschenrechte.de/>

Engbersen, Godfried, Leun, Joanne v.d., Staring, Richard (2002): Illegal immigrants in the Netherlands. Sopemi-Report 2002, Paris: OECD

Fodor, Ralf/Alt, Jörg (2000): Rechtlos? Menschen ohne Papiere, Karlsruhe, S. 178-181

Greß, Stefan, Walendzik, Anke, Wasem, Jürgen (2005): Nichtversicherte Personen im Krankenversicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland – Bestandaufnahme und Lösungsmöglichkeiten, Expertise für die Hans- Böckler- Stiftung Essen

Kühne, Anna (2008): Jünger, kränker und nicht krankenversichert, Hamburger Ärzteblatt 2:30

Müller, Johannes (1997): Migration und Flucht als globale Herausforderung, in: Sikora, Joachim/Nitsche, Hans/Huett, Udo (Hrsg.): Migration und Lösungsstrategien, Bad Honnef, S. 105-130

PICUM (2007). Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe. PICUM
Brüssel (unter: www.picum.org Pfad: publications)

Sciortino, Guiseppe (2004): „Between phantoms and necessary evils. Some critical points
in the study of irregular migrations to Western Europe“, in: IMIS Beiträge 23, S. 17-44

Stark, Sonja, Wangare-Greiner, Virginia, Wolter, Hans (2007): Frankfurter Afrikasprech-
stunde – Gesundheitsberatung für Menschen mit Migrationshintergrund im Regeldienst; in
Gesundheit und Integration, hrsg. von der Beauftragten der Bundesregierung für Migration,
Flüchtlinge und Integration, 2. überarbeitete Auflage

Ver.di (Hrsg., 2007): Medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen
Aufenthaltsstatus, [http://gesundheitspolitik.verdi.de/gesundheit_von_a-z/migration/medi-
zinische_versorgung_von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus](http://gesundheitspolitik.verdi.de/gesundheit_von_a-z/migration/medizinische_versorgung_von_Menschen_ohne_legalen_Aufenthaltsstatus)

Wolff, Hans (2005): "Gesundheitsversorgung für „Sans-Papiers“ in der Schweiz: Das
Beispiel der „Unité mobile de soins communautaires“ in Genf, in: Departement Migration
Schweizerisches Rotes Kreuz (Hg.) Sans-Papiers in der Schweiz: unsichtbar -
unverzichtbar, Zürich, S. 116-130