

1. Einleitung

1.1 EINFÜHRUNG IN DAS THEMENFELD

»Wir waren in Dunkelheit, wir konnten nichts,
jede Hilfe war für uns fremd. Wir mussten nur
eins sehen, wie wir überstehen konnten.«
S. aus Westafrika im August 2011¹

Wanderungsbewegungen sind fester Bestandteil menschlicher Gesellschaften. Im Jahr 2014 sind über 630.000 Menschen aus EU-Mitgliedsstaaten wie Italien, Rumänien und Bulgarien nach Deutschland migriert, über 475.000 Menschen befanden sich 2015 im Asylverfahren.² Und die letzte verfügbare Schätzung beziffert für das Jahr 2014 bis zu 520.000 Migrantinnen und Migranten ohne Papiere in Deutschland. Ihr Anteil ist damit in den letzten Jahren vermutlich wieder angestiegen.³ Migration als Einflussfaktor für Gesundheit und Krankheit gewinnt in der wissenschaftlichen Diskussion zunehmend an Bedeutung. Ebenso die Versorgungsstrukturen im Gesundheitssystem, die sich neuen Anforderungen gegenüber sehen. Studien zum Gesundheitszustand finden allerdings in ihrer Aussagekraft Limitationen in der starken Heterogenität der Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund, so dass generalisierende Annahmen zu migrationsspezifischen pathogenen bzw. gesundheitsfördernden Faktoren erschwert werden. Neben Alter, Geschlecht und

1 | S. aus Westafrika schilderte dies im Interview im August 2011 auf die Frage der Autorin nach Kenntnissen über medizinische Unterstützungsangebote während seines unerlaubten Aufenthalts in Deutschland. Siehe auch Kap. 3.3.

2 | Zu Wanderungsbewegungen in der EU siehe Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2015b), S. 76. Zur Zahl der Asylsuchenden siehe Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe Dezember 2015: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/statistik-anlage-teil-4-aktuelle-zahlen-zu-asyl.pdf?__blob=publicationFile [26.01.2016].

3 | Vgl. Vogel (2015), S. 4.

sozioökonomischer Lage müssen unterschiedliche Herkunftsländer ebenso berücksichtigt werden wie Aufenthaltsdauer, Migrationserlebnis, Sprachkenntnisse, Religion und Aufenthaltsstatus. Ein legaler Aufenthalt ist in manchen Ländern Voraussetzung für den Zugang zum Gesundheitssystem.⁴ Die Möglichkeit der Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung stellt einen wichtigen Faktor für eine gesunde Bevölkerung dar. In Deutschland sind Migrantinnen und Migranten, die über keinen legalen Aufenthaltsstatus verfügen – Papierlose – faktisch vom Gesundheitssystem ausgeschlossen. Zwar ist der diskriminierungsfreie Zugang zur medizinischen Versorgung als nicht entziehbares Menschenrecht unbestritten. Dennoch steht in Deutschland in der staatlichen Auseinandersetzung um irreguläre Migration nach wie vor die strafrechtliche Verfolgung im Vordergrund.⁵ Ungeachtet dessen halten sich weiterhin Migrantinnen und Migranten ohne Papiere in Deutschland auf. Krieg, Vertreibung, Diskriminierung oder wirtschaftliche Zwänge lassen Menschen ihr Herkunftsland verlassen. Da es in Deutschland nur wenige Möglichkeiten gibt, eine Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis zu bekommen, verbleiben Migrierte in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität und sind von einem Krankenversicherungsschutz ausgeschlossen. Ihr Asylantrag wurde abgelehnt, das Touristenvisum ist abgelaufen, sie sind beispielsweise Opfer von Menschenhandel oder verlieren ihre Aufenthaltserlaubnis nach einer Ehescheidung. Es gibt internationale Konventionen wie den UN-Sozialpakt, die von den meisten Staaten der Welt ratifiziert worden sind. Darin bekennen sich die Unterzeichnerstaaten zu dem Menschenrecht auf Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Menschen unabhängig von Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, Religion und eben Aufenthaltsstatus. Auch auf europäischer Ebene wurde bereits in den 1960er Jahren die Bedeutung von Gesundheit in der Sozialcharta benannt. Mit dem Lissaboner Vertrag ist das »Menschenrecht auf Gesundheit« seit 2009 in der EU-Charta rechtsverbindlich. In den letzten Jahren findet eine zunehmende öffentliche Thematisierung menschenrechtlicher Defizite in der Gewährleistung von Rechten Papierloser in Deutschland statt. Diese betreffen insbesondere Hürden im Zugang zu Bildung und zur Gesundheitsversorgung sowie prekäre Arbeitsverhältnisse. Wissenschaftliche Forschungsarbeiten setzen sich ebenfalls vermehrt mit diesen Aspekten auseinander. Irreguläre Migration zu untersuchen scheint auf den ersten Blick paradox: In der Natur des Gegenstandes liegt die schwere Erreichbarkeit und damit Messbarkeit. Sie entzieht sich – bedingt durch die potenziell schweren Sanktionen für betroffene Menschen – validen und repräsentativen Ergebnissen, die die Lebenssituation

4 | Siehe z.B. Ärzte der Welt e.V. (2012), Cuadra (2012), European Union Agency for Fundamental Rights (2011), Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) (2007), Suess et al. (2014).

5 | Nähere Ausführungen hierzu s. Kapitel 2.2.

der Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität unverzerrt abbilden. Der schwierige Zugang zu Migrantinnen und Migranten ohne Papiere macht undokumentierte Migration allerdings nicht unergründbar. Die in den letzten beiden Jahrzehnten zunehmende Anzahl wissenschaftlicher Untersuchungen hat durch verschiedene Zugänge zu den Menschen Lebenssituationen aufgezeigt und wesentlich zur Problemexploration beigetragen.

Die Prozesshaftigkeit der Rahmenbedingungen von Migration wie auch der Lebensumstände von Menschen ohne Papiere in Deutschland zeigen sich in der Geschichte zur »Ausländergesetzgebung«. Die rechtliche Lage hat Auswirkungen auf Morbidität und Mortalität der migrierten Personen, die irgendwann ihren unerlaubten Aufenthalt auf die eine oder andere Art verlassen werden. Ohne ausreichende finanzielle Mittel um als Selbstzahler im Gesundheitssystem aufzutreten und ohne eine Krankenversicherungskarte eine medizinische Versorgung zu erhalten, ist im deutschen Gesundheitssystem nicht vorgesehen. Es gibt allerdings zwei Ausnahmen: Zum einen gilt im »Notfall«, dass eine Behandlung erfolgen muss, sonst drohen strafrechtliche Konsequenzen wegen unterlassener Hilfeleistungen. Der medizinische Notfall, der eine unmittelbare ärztliche Behandlung erfordert, gehört in den Aufgabenbereich der Krankenhäuser. Doch wie wird mit der ärztlichen Schweigepflicht umgegangen und wer übernimmt die Kosten der Behandlung? Und was ist genau ein »Notfall«?

Zum anderen wurde als ein Ergebnis aus den Erfahrungen mit der HIV/AIDS-Epidemie in den 1980er und 90er Jahren die herausragende Bedeutung eines niederschweligen Versorgungssystems für vulnerable Bevölkerungsgruppen erkannt. Diese Erkenntnis fand im Infektionsschutzgesetz 2001 ihren Niederschlag. Mit Verweis auf die sozialkompensatorische Funktion des öffentlichen Gesundheitsdienstes gelten bei sexuell übertragbaren Erkrankungen und Tuberkulose Regelungen, die neben Beratung und Diagnostik ambulante Therapien für vulnerable Gruppen ermöglichen. Für Migrantinnen und Migranten ohne Papiere ist dabei entscheidend, dass diese Option von allen kommunalen Gesundheitseinrichtungen anonym und kostenlos angeboten werden soll. Jene seit 2001 verankerte Regelung müsste Menschen ohne Papiere bei den genannten spezifischen Erkrankungen eine Behandlungsoption eröffnen. Zudem können die empfohlenen Schutzimpfungen unentgeltlich durchgeführt werden. Wissen allerdings die Betroffenen von diesem Angebot? Und wie setzen die Gesundheitsämter diese Regelung in die Praxis um? In der vorliegenden Arbeit stehen diese gesetzlich vorgesehenen niederschweligen Versorgungsaufträge im Fokus. Die Erkenntnisse zur gegenwärtigen Situation der *tatsächlichen* medizinischen Versorgung, der *tatsächlichen* Angebotsstruktur an den Gesundheitsämtern⁶ und der Situation im medizinischen Notfall

6 | In dieser Arbeit wird mit dem Begriff Gesundheitsamt die unterste Ebene der Gesundheitsbehörden bezeichnet und bezieht sich damit auch auf die entsprechenden

im Krankenhaus können für Problemkonstellationen sensibilisieren. Sie sind die Basis für Handlungsempfehlungen und strukturelle Änderungen. Die beschriebenen Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes suggerieren im Bereich spezifischer Erkrankungen wie Tuberkulose und sexuell übertragbare Erkrankungen bzw. HIV/AIDS eine niederschwellige Versorgung für vulnerable Gruppen. Auch die gesetzlichen Regelungen für den »Notfall« sehen eine ungehinderte medizinische Versorgung vor; im Folgenden sollen diese erklärten Anliegen einer kritischen Analyse unterzogen werden.

1.2 AUFBAU UND ZIELE DER ARBEIT

In dieser Arbeit soll mit Hilfe zu diesem Zweck erhobener Daten folgende Frage beantwortet werden: Welche Zugänge zur medizinischen Versorgung bestehen tatsächlich für undokumentierte Migrantinnen und Migranten?

Aufgrund der besonderen gesetzlichen Regelungen im Infektionsschutz und für die medizinische Versorgung im »Notfall« stehen die Zugänge zum Gesundheitssystem in diesen Bereichen im Fokus.

Die Arbeit gliedert sich in fünf Hauptkapitel, die von der Einführung in das Themenfeld »undokumentierte Migration und Gesundheit« und der Diskussion umrahmt werden:

- 2. Undokumentierte Migration und Zugang zur medizinischen Versorgung

Im zweiten Kapitel wird der aktuelle Kenntnisstand zu Ursachen und Wegen in die aufenthaltsrechtliche Illegalität sowie zur Alters- und Geschlechtsstruktur der Migrierten beschrieben. Es werden die relevante Gesetzeslage im Zugang zum Gesundheitssystem skizziert und welche Wege *de facto* im Krankheitsfall von Menschen ohne Papiere besritten werden.

- 3. Gesundheit und Krankheit bei undokumentierten Migrantinnen und Migranten

Im Mittelpunkt des Kapitels steht neben theoretischen Überlegungen zum Gesundheitszustand eine Übersicht vorhandener Daten zu Patientinnen und Patienten von Anlaufstellen im Hilfesystem. Außerdem berichten einige Menschen von ihren Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung, die sie in der Zeit machten, als sie ohne Papiere in Deutschland lebten. Auf der anderen Seite schildern Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitssystem Problemlagen und Lösungsansätze in der medizinischen Versorgung Papierloser.

Behörden, die in den verschiedenen Regionen bzw. Kreisen etc. unterschiedliche Bezeichnungen erhalten haben (z.B. Fachbereich Gesundheit, Amt für Gesundheit).

- 4. Der Öffentliche Gesundheitsdienst und spezifische Herausforderungen bei Tuberkulose und HIV/AIDS

Im vierten Kapitel wird eingangs die Verwaltungsstruktur des Öffentlichen Gesundheitswesens in Deutschland beschrieben. Dies ermöglicht ein besseres Verständnis von Zuständigkeiten und Handlungsoptionen auf Ebene der Gesundheitsämter. Der historische Exkurs verdeutlicht die Entwicklung öffentlicher »Fürsorge« und ihre Wechselbeziehungen zur rechtlichen Gestaltung. Anschließend werden die zwei Infektionskrankheiten Tuberkulose und HIV/AIDS mit ihren spezifischen Herausforderungen und Anforderungen in der Behandlung diskutiert. Hintergrund ist dabei, dass das kostenlose und anonyme Angebot zu Tuberkulose und der HIV-Infektion bzw. AIDS zentrales Aufgabengebiet der Gesundheitsämter darstellt. Im Zentrum stehen die besonderen Herausforderungen dieser Erkrankungen für die Betroffenen und das Gesundheitswesen sowie die Bedeutung des frühen Zugangs zu Prävention und Therapie.

- 5. Zur Rolle der Gesundheitsämter in der medizinischen Versorgung
Das fünfte Kapitel steht im Fokus dieser Arbeit. Es stellt die Vollerhebung an den Gesundheitsämtern in Deutschland dar, die mittels eines standardisierten Fragebogens durchgeführt worden ist. Es folgen Datenauswertung und Analyse der Ergebnisse. Im Zentrum stehen die Fragen, inwieweit die Gesundheitsämter bisher Kontakt zu Migrantinnen und Migranten ohne Papiere hatten, ihn gesucht und befördert haben und ob in der Vergangenheit Behandlungen im Gesundheitsamt für diese vulnerable Gruppe erfolgt sind. Analysiert werden Ursachen und Hintergründe der vorliegenden Befunde und welche Konsequenzen sich daraus im Krankheitsfall, aber auch bei der Prävention der spezifischen Infektionskrankheiten ergeben. Einzelne Fallschilderungen aus den Ämtern verdeutlichen exemplarisch die Situationen vor Ort.
- 6. Die Versorgung im medizinischen Notfall an den Krankenhäusern
Im sechsten Kapitel wird die Studie zur Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung an den Krankenhäusern in Berlin, Hamburg und Niedersachsen vorgestellt. Ziel ist die Identifizierung von Hemmnissen. Zudem soll beurteilt werden, inwiefern die stationäre Versorgung von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung und ohne Papiere für die Krankenhäuser von Relevanz ist. Dies betrifft aufgrund des Finanzierungssystems der Häuser vorwiegend die Frage der Kostenträgerschaft von Krankenhausbehandlungen.

In der zusammenfassenden Darstellung werden schließlich die verschiedenen Aspekte der einzelnen Kapitel zusammengeführt und in Hinblick auf die Forschungsfrage diskutiert. Die Arbeit soll zum einen umfassend die Rahmenbedingungen einer medizinischen Versorgung in der aufenthaltsrechtlichen

Illegalität darstellen und bewerten. Zum anderen werden die Auswirkungen auf die vom Gesetzgeber als explizit niederschwellig formulierten Zugänge untersucht und diskutiert. Im Fokus steht dabei die Bedeutung der Gesundheitsämter und der Krankenhäuser für diese vulnerable Bevölkerungsgruppe.

1.3 DER FORSCHUNGSSTAND

Zur Gesundheitsversorgung von undokumentierten Migrantinnen und Migranten in Deutschland gab es in jüngster Zeit eine Reihe von wissenschaftlichen Veröffentlichungen. Bei den meisten Arbeiten handelt es sich um qualitative Untersuchungen zur Lebenssituation Undokumentierter,⁷ um Darstellungen der Gesetzeslage und zu Implikationen des Völkerrechts.⁸ Als einer der Pionierforscher gilt der Jesuitenpfarrer Jörg Alt, der bereits Ende der 1990er Jahre mit seiner Studie zu Leipzig einen Einblick in die Lebenswelten undokumentierter Migrantinnen und Migranten ermöglichte.⁹ Weitere Publikationen zur Lebenssituation der Betroffenen in verschiedenen Großstädten wie Berlin, Köln, Frankfurt a.M., Hamburg und München folgten.¹⁰ Mittels Interviews wird der Alltag mit den Herausforderungen und Problemlagen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität geschildert. Gesundheit ist dabei ein Aspekt unter anderen wie Arbeit, Wohnsituation und Zugang zu Bildung. Die Autoren und Autorinnen widmen sich spezifischen Fragestellungen wie dem Leben von Kindern in aufenthaltsrechtlicher Illegalität¹¹ oder der Situation lateinamerikanischer Migrantinnen und Migranten ohne Papiere in Berlin.¹² 1997 unternahm Harald Lederer den Versuch, unerlaubte Beschäftigung von Ausländern quantitativ zu schätzen.¹³ Auf die neueren Arbeiten zur Schätzung des Umfangs der Menschen ohne Papiere in Deutschland von Dita Vogel und Manuel Aßner wird in Kapitel 2.2 näher eingegangen. Vereinzelt quantitative Arbeiten untersuchen die Daten der Patientinnen und Patienten von *Non-Governmental-Organisations* (NGOs), die eine medizinische Versorgung von Men-

7 | Vgl. Falge et al. (2009), Heinrich-Böll-Stiftung (2008), Huschke (2013), Klug (2014).

8 | Siehe z.B. Aichele (2009), Ärztekammer Berlin (2013), Bielefeldt (2011), Cuadra (2012), European Union Agency for Fundamental Rights (2011), Gerdsmeyer (2010), Ruiz-Casares et al. (2010), Suess et al. (2014), Woodward et al. (2014).

9 | Siehe Alt (1999).

10 | Beispielsweise Alscher et al. (2001) zu Berlin, Alt (2003) und Anderson (2003) zu München, Krieger et al. (2006) zu Frankfurt a.M., Bommers/Wilmes (2007) zu Köln, Diakonie Hamburg/Landesverband der Inneren Mission e.V. (2009) zu Hamburg.

11 | Siehe Vogel/Aßner (2010).

12 | Vgl. Huschke (2013).

13 | Siehe Lederer (1997).

schen ohne Krankenversicherung ermöglichen.¹⁴ Zur Situation an den Gesundheitsämtern finden sich lediglich vereinzelte Untersuchungen. Vor allem zur Arbeit der Beratungsstelle für sexuell übertragbare Erkrankungen (STD) am Gesundheitsamt Köln existieren Veröffentlichungen.¹⁵ Darin werden die Daten der Patientinnen und Patienten, die die Sprechstunde aufsuchten, hinsichtlich verschiedener Variablen wie Herkunftsland und Erkrankung ausgewertet. Es zeigt sich eine Abnahme des Anteils der Menschen ohne Papiere und eine Zunahme an Bürgerinnen und Bürgern der EU, die das Angebot in Köln zwischen 2002 und 2010 wahrnahmen. Die Anzahl der Konsultationen lag zwischen 1.400 und 2.200 pro Jahr.¹⁶ Die Daten der Behandelten der »Humanitären Sprechstunde« am Gesundheitsamt in Frankfurt a.M. wurden ebenfalls ausgewertet und 2015 in einer Studie publiziert. Hier zeigt sich eine Zunahme der Konsultationen von 673 im Jahr 2008 auf 1.911 im 2013.¹⁷ Der Anteil der Menschen ohne Papiere ist nicht angegeben, es wird lediglich über eine Zunahme von Personen aus Bulgarien, Rumänien und Ost-/Südosteuropäischen Ländern berichtet. Zu den häufigen Diagnosen gehören neben Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen die Schwangerschaften.¹⁸ Eckhard Lotze, Mitarbeiter am Gesundheitsamt Bremen, berichtet 2009 in einem Beitrag über die Implementierung der dortigen »Humanitären Sprechstunde«. Über die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) insgesamt in der Gesundheitsversorgung von undokumentierten Migrantinnen und Migranten ist wenig bekannt. Eine bundesweite Darstellung der Angebote der Gesundheitsämter für diese vulnerable Gruppe fehlte bisher. Die Gründe dafür sind vielschichtig. Das föderale System in Deutschland ermöglicht es den Bundesländern, eigene Gesetze für den ÖGD zu erlassen und die Gesundheitsämter auf kommunaler Ebene weisen – aufgrund des finanziellen Rahmens und bestimmt durch das Engagement der Angestellten – eine große Diversität in ihrer Ausgestaltung auf. Dies führt zu regional sehr unterschiedlichen Angeboten. Hinzu kommt eine oftmals fehlende Dokumentation zum Aufenthaltsstatus in den Ämtern. Quantitative Studien zur Zahl von »Undokumentierten« unter den Patientinnen und Patienten werden dadurch erschwert. Auch zur Struktur des ÖGD sind nur wenige quantitative Studien vorhanden. Das Robert Koch-Institut (RKI) befragte 2002 alle Gesundheitsämter zum Meldewesen nach dem damals noch neuen Infektionsschutzgesetz (IfSG) und erfasste die Per-

14 | Siehe dazu beispielsweise Castañeda (2009), Kühne (2009), Ärzte der Welt e.V. (2012), Lotty et al. (2015).

15 | Vgl. Nitschke et al. (2011) und Nitschke (2005).

16 | Vgl. Nitschke et al. (2011), S. 751.

17 | Siehe Schade et al. (2015), S. 466.

18 | Vgl. ebd., S. 469.

sonalausstattung der Ämter mit.¹⁹ Eine 2001, kurz nach Einführung des IfSG und gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit, durchgeführte bundesweite Befragung aller Gesundheitsämter zur Arbeit der Beratungsstellen für STD und HIV/AIDS bildet nur die Kategorie Migrantinnen und Migranten mit unklarem Aufenthaltsstatus ab, ohne eine weitergehende Differenzierung vorzunehmen.²⁰ Die Dokumentation der Ämter bezüglich des Aufenthaltsstatus bleibt unklar und eine Begriffsbestimmung findet nicht statt. Nach dem EU-Beitritt osteuropäischer Länder wie Polen, Bulgarien, Rumänien und anderer hat sich der Aufenthaltsstatus der Menschen aus diesen Ländern in Deutschland geändert und damit die Zusammensetzung nach Herkunftsregion der undokumentierten Migrantinnen und Migranten. Dies ist bei quantitativen Untersuchungen vor 2007 zu berücksichtigen. So haben Steffan et al. 2004 eine nicht repräsentative Befragung zur Nutzung der HIV-Testung in Berlin und Brandenburg durchgeführt. Dabei wurde auch die Einstellung von Menschen mit vermutlich fehlender Aufenthaltserlaubnis erfragt.²¹

Zur medizinischen Notfall- und stationären Versorgung von Migrantinnen und Migranten ohne Papiere sind lediglich Fallberichte verfügbar.²² Aus Berlin berichtet z.B. die Ethnologin Susann Huschke im Rahmen ihrer qualitativen Forschungsarbeit von den Erfahrungen ihrer Interviewpartnerinnen und -partner (Migrantinnen und Migranten ohne Papiere, Personen aus dem Sozialdienst, der Pflege, ärztliches Personal in Krankenhäusern) in der Notaufnahme.²³ Sie berichten über Hürden in der medizinischen Versorgung durch die zuallererst geforderte Krankenversicherungskarte, dem Vorzeigen des Personalausweises und Baranzahlungen. Außerdem wird von willkürlichem Prozedere in Abhängigkeit der Einstellung des Krankenhauspersonals berichtet, Unwissenheit beim Verwaltungspersonal führe zu schwerwiegenden Konsequenzen für die Betroffenen in Form der drohenden Abschiebung.²⁴ Shirin Simo und Heribert Kentenich berichten aus ärztlicher Sicht von Fällen aus den DRK Kliniken Westend in Berlin. Sie schildern gesundheitliche Risiken von Betroffenen und hohe Kosten für das Krankenhaus.²⁵ Für die DRK Kliniken Westend geben Simo und Kentenich an, dass dort durchschnittlich 24 Geburten pro Jahr bei Migrantinnen ohne Papiere gegen eine geringe Pauscha-

19 | Siehe Robert Koch-Institut (o.J.).

20 | Vgl. Steffan et al. (2002), S. 82 und S. 84.

21 | Vgl. Steffan et al. (2005), S. 74.

22 | U.a. Bommes/Wilmes (2007), S. 66, S. 76, S. 80-82, Huschke (2013), S. 228-229, Huschke/Twarowska (2011), S. 57, Klug (2014), S. 47-48, Sozialreferat der Landeshauptstadt München (2010), S. 7, S. 18 sowie die zuvor in diesem Kapitel zitierten Quellen.

23 | Vgl. Huschke (2013), S. 228.

24 | Huschke (2013), S. 229.

25 | Vgl. Simo/Kentenich (2011), S. 239.

le von 355,53 € – unabhängig von Verlauf und Komplikationen – durchgeführt werden und zusätzlich etwa fünf Operationen in der Gynäkologie. Die Pauschale wurde – zumindest für den beschriebenen Zeitraum vor 2011 – von den dortigen zwei medizinischen Flüchtlingsorganisationen übernommen, und die Anzahl der Geburten zuvor zwischen Klinik und Organisationen vereinbart.²⁶ Aus Berlin stammt auch die Schilderung von Jessica Groß und Majken Bieniok, Mitarbeiterinnen einer medizinischen Flüchtlingsorganisation (Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin), über einen jungen Patienten mit einer fortgeschrittenen AIDS-Erkrankung. Erst in einer lebensbedrohlichen Situation habe er die Flüchtlingshilfe aufgesucht und sei nach einigen Tagen im Krankenhaus gestorben, was vermeidbar gewesen wäre.²⁷ Groß und Bieniok weisen auf Grundlage ihrer Erfahrungen auf die verspätete Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und ihre Konsequenzen für die Betroffenen hin. Die Interviewpartnerinnen und -partner von Dominik Klug in Hamburg, die im Rahmen einer Forschungsarbeit zwischen 05/2011 und 05/2012 zur medizinischen Versorgung befragt worden sind, gaben unterschiedliche Erfahrungen mit stationären Behandlungen und Situationen in Notaufnahmen an. Die befragten Personen, die sich eine Zeitlang ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland aufhielten, schilderten, dass sie mit Krankenkassenkarten Bekannter Leistungen erhielten oder Rechnungen im Nachhinein nicht beglichen. Ein Arzt mit Erfahrungen in der humanitären Hilfe für Menschen ohne Papiere gab folgende Einschätzung wieder:

»Wenn einer auf der Straße umfällt, wird er selbstverständlich ins Krankenhaus gebracht und behandelt. Und dann muss das Sozialamt eintreten dafür, auch wenn er illegal ist. Aber sonst, Leute, die also einen elektiven Eingriff oder einen dringlichen, aber eben nicht notfälligen Eingriff brauchen, das ist ganz schwer.«²⁸

In Hannover haben im April 2014 die Umstände des Todes eines Neugeborenen breite mediale Aufmerksamkeit auf das Thema gelenkt. Durch die Berichte regionaler und überregionaler Tageszeitungen ist bisher nur bekannt, dass die Mutter, eine Asylbewerberin aus Ghana, mit ihrem kranken Säugling die Notaufnahme eines Kinderkrankenhauses in Hannover aufgesucht und aus bisher nicht geklärten Umständen nach kurzer Zeit wieder verlassen hat, ohne dass das Kind ärztlich untersucht worden wäre. Kurz darauf starb das Kind (s. hierzu Kapitel 2.5). In der Folge wurde in den Medien mögliche Hürden in der Krankenhausversorgung für Migrantinnen und Migranten, die nicht regulär versichert sind, thematisiert.

26 | Vgl. Simo/Kentenich (2011), S. 242.

27 | Vgl. Groß/Bieniok (2011), S. 227.

28 | Klug (2014), S. 47.

Auf Diskrepanzen zwischen gesetzlichen Ansprüchen und tatsächlichen Zugangswegen in verschiedenen Ländern weisen auch eine Reihe von qualitativen Studien und Übersichtsarbeiten hin.²⁹ Die Agentur der Europäischen Union für Grundrechte z.B. macht in einer Untersuchung von zehn EU-Mitgliedsstaaten auf finanzielle, rechtliche und diskriminierende Hürden in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufmerksam. In allen untersuchten Ländern gibt es ein Anrecht auf eine Notfallversorgung, doch finden sich in unterschiedlichem Ausmaß Barrieren in Form hoher Kosten, Meldungen an die Polizei und fehlende Kenntnisse der Betroffenen und der Anbieter.³⁰ Eine quantitative Untersuchung liegt weder für andere europäische Länder noch für Deutschland vor.

Die vorliegende Arbeit unternimmt zum ersten Mal den Versuch, bundesweit die Situation an den Gesundheitsämtern in Beziehung zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten darzustellen sowie den Zugang zur Krankenhausversorgung im medizinischen Notfall – am Beispiel dreier Bundesländer – zu untersuchen. Damit soll die Situation für Menschen ohne Papiere über den Einzelfall hinaus erfasst werden.

1.4 QUERSCHNITTSBEREICH MEDIZIN, PUBLIC HEALTH UND VERSORGUNGSFORSCHUNG

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit einem Thema im Querschnittsbereich von (Sozial-)Medizin, Public Health und Versorgungsforschung. Die Wahrung eines (Menschen-)Rechts unter Alltagsbedingungen für undokumentierte Migrantinnen und Migranten berührt Fragen von Verantwortlichkeit der verschiedenen Akteure auf Ebene des Nationalstaats bis zur kommunalen Ebene. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung steht in engem Zusammenhang zu Faktoren gesundheitlicher Ungleichheit, die auf die Gesundheit einer Bevölkerung Einfluss nehmen. In Zusammenhang mit den Leistungen der Gesundheitsämter und der Krankenhäuser ist die quantitative Messung des »Outputs« ein Segment der Versorgungsforschung. Im Folgenden werden die nähere Verortung der vorliegenden Studie in den Querschnittsbereich und die der Arbeit zugrunde liegenden Annahmen dargestellt.

Versorgungsforschung gilt als Teilgebiet der Gesundheitssystemforschung und »Gesundheitssystemforschung als Teilbereich von Public Health«.³¹ Die umfassenden Inhalte der einzelnen Elemente gehen ineinander über und

29 | Vgl. u.a. Cuadra (2012), European Union Agency for Fundamental Rights (2011), Ruiz-Casares et al. (2010), Suess et al. (2014), Woodward et al. (2014).

30 | Vgl. European Union Agency for Fundamental Rights (2011), S. 18-21.

31 | Bitzer (2008), S. 1.

weisen Überschneidungen auf. Dennoch können nach den Definitionen der Deutschen Gesellschaft für Public Health,³² der Deutschen Forschungsgemeinschaft³³ und internationaler Institutionen³⁴ Schwerpunkte ausgemacht werden. Befasst sich Public Health-Forschung vorwiegend mit der Gesundheit einer Bevölkerung und Determinanten von Erkrankungen sowie den Wechselbeziehungen zum Gesundheitswesen, wird die Versorgungsforschung wie von Pfaff als ein Forschungsgebiet verstanden,

»das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt, zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt, die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend erforscht und die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert.«³⁵

Die Versorgungsforschung fokussiert auf die vorzufindende Versorgungswirklichkeit, also die tatsächlichen Alltagsbedingungen, und nimmt die Mikroebene in den Blick.³⁶ Ausgehend von den vorgefundenen Strukturen soll gezielt die gesundheitliche Versorgung verbessert werden. Das »Throughput-Modell« ist ein Systematisierungsansatz für Untersuchungsfelder von Versorgungsforschung. Die vier Säulen des Modells werden aus *Input* (Ressourcen, Gesundheitsdienstleister), *Throughput* (Gesundheitsdienstleistung und Kontext), *Output* (Versorgungsleistung) und *Outcome* (Gesundheits- und Lebensqualität) gebildet.³⁷ Arbeiten im Bereich Versorgungsforschung beschäftigen sich häufig mit krankenversicherten Patientinnen/Patienten und der Inanspruchnahme von definierten Leistungen wie stationären Krankenhausaufenthalten, Rehabilitationsmaßnahmen u.ä. Dazu werden z.B. Routinedaten der Krankenkassen genutzt sowie Patientinnen und Patienten befragt. Zentraler Gesichtspunkt ist zumeist die Ergebnisqualität aus Patientinnen- und Patientensicht. Die vor-

32 | Darstellung der Deutschen Gesellschaft für Public Health auf ihrer Homepage: www.deutsche-gesellschaft-public-health.de/informationen/public-health/ [01.12.2015].

33 | Deutsche Forschungsgemeinschaft (2010), S. 26.

34 | Beispielsweise seien genannt: die US-amerikanische *Agency for Health Care Policy and Research*, die an der *London School of Hygiene and Tropical Medicine* gegründete *Health Services Research Unit* oder das niederländische *Advisory Council on Health Research*. Vgl. z.B. Pfaff et al. (2011), S. 2.

35 | Pfaff (2003), S. 13.

36 | Vgl. Schwartz et al. (2003), S. 553. Es geht somit nicht um klinische Studien, die unter Idealbedingungen stattfinden und die *efficacy* untersuchen, sondern um die Qualität gesundheitlicher Versorgung von Patientinnen und Patienten unter alltäglichen Bedingungen (*effectiveness*).

37 | Darstellung nach Pfaff et al. (2011), S. 4.

liegende Arbeit untersucht Bedingungen für eine Subgruppe der Bevölkerung, die weder über eine Krankenversicherung noch über einen Aufenthaltsstatus verfügt und somit nur eine Minderheit der hier lebenden Menschen betrifft. Die Daten werden – einmal durch eine Vollerhebung bundesweit, das andere Mal in drei Bundesländern – erst generiert, bevor eine Analyse erfolgen kann. Bisher vorliegende Studien zum Thema Gesundheitsversorgung von Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität in Deutschland haben andere methodische Ansätze und Fragestellungen verfolgt. Durch qualitative Interviews von Betroffenen in verschiedenen Städten wurden Lebenssituationen und individuelle Erfahrungen beleuchtet sowie ein Einblick in Lebenswelten, Strategien und Problemstellungen eröffnet. Sekundäranalysen in jüngerer Zeit haben vor allem quantitative Erfassungen der Alters- bzw. Geschlechterstruktur sowie Erkrankungen der Patientinnen und Patienten von Hilfseinrichtungen wie die Malteser Migranten Medizin oder medizinische Flüchtlingsbüros zum Gegenstand. Dabei werden von Vorneherein nur die Menschen ohne Papiere eingeschlossen, die die Hilfestrukturen der medizinischen Versorgung nutzen.³⁸ Die vorliegende Arbeit soll trotz einiger Einschränkungen eine Datenlage zur Versorgungssituation schaffen und eine Analyse als Teilaufgabe der Versorgungsforschung ermöglichen.³⁹ Behandelt diese Untersuchung die Versorgungsrealität auf der Mikroebene des Gesundheitssystems mit Betrachtung der Institution Gesundheitsamt bzw. Krankenhaus, so ist dennoch die Makroebene mit ihren gesetzlichen Rahmenbedingungen in Form von Bundesgesetzen von elementarer Bedeutung. Durch die Ausländergesetzgebung gibt es eine direkte Beziehung zum Versorgungssystem und -konzept der Gesundheitsämter und der Regelungen im medizinischen Notfall, so dass diese einer näheren Betrachtung unterzogen werden. Die Auswirkung politischer Entscheidungen auf Anforderungen an das Versorgungssystem lassen sich z.B. anhand der Entwicklungen auf europäischer Ebene mittelbar nachzeichnen. So hat der Beitritt der osteuropäischen Staaten 2004 und 2007, mit der Entscheidung der deutschen Regierung zum Vorbehalt zur Arbeitnehmerfreizügigkeit, die Patientenstruktur der Hilfsorganisationen, die eine medizinische Betreuung vermitteln oder anbieten, nachhaltig verändert und einen Bedarf aufgezeigt, auf welchen auch Gesundheitsämter hinweisen.⁴⁰ Der Ablauf der Übergangsfrist für die Beitrittsstaaten von 2004 und 2007 wird daher vermutlich mit einer erneuten Änderung des Patientinnen- bzw. Patientenpools

38 | Vgl. beispielsweise Castañeda (2009).

39 | Vgl. Janßen et al. (2007), S. 8.

40 | Vgl. Nitschke et al. (2011), S. 752; Vortrag von Holger Dieckmann vom Verein für Innere Mission in Bremen, am 12. Dezember 2013 in Berlin anlässlich einer Fachtagung des Deutschen Roten Kreuzes. Der Verein stellt in Kooperation mit dem Gesundheitsamt Bremen die Clearingstelle der »Humanitären Sprechstunde«.

und mit einer Modellierung der Anforderungen an das Versorgungssystem einhergehen.

Aufgrund der schwer zugänglichen Gruppe der undokumentierten Migrantinnen und Migranten können viele Fragen nicht abschließend geklärt werden. Die Beurteilung des *Outcomes* als entscheidendes Maß für den Nutzen einer gesundheitlichen Versorgung ist aufgrund der Besonderheiten der untersuchten Bevölkerungsgruppe mit der fehlenden Datenlage nicht möglich. Über die Gründe für eine unterschiedliche Inanspruchnahme medizinischer Versorgung kann nur spekuliert und allenfalls können anhand von Literaturanalysen und Einzelberichten Hypothesen aufgestellt werden. Im Fokus der Datenerhebung bleiben daher die Bereiche der Organisation und Gestaltung von Gesundheitsdienstleistungen sowie – mit vielen Einschränkungen versehen – die quantitative Inanspruchnahme.

Theoretische Erklärungsansätze und Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheitsdefiziten bilden eine Grundlage für die Einordnung der Ergebnisse.⁴¹

1.5 ANMERKUNGEN ZU BEGRIFFSVERWENDUNGEN

1.5.1 Undokumentiert, papierlos, illegal?

In der wissenschaftlichen Literatur sowie im öffentlichen Diskurs existieren viele verschiedene Begriffe für eine Person, die sich ohne eine Aufenthaltserlaubnis in einem Land aufhält, bei den Behörden nicht gemeldet und nicht registriert ist. Wird in Stellungnahmen der Bundesministerien und in Zeitungsberichten sowie im Fernsehen meist der Ausdruck »Illegale« verwendet,⁴² sind im angloamerikanischen Sprachgebrauch die Begriffe *undocumented migrants* und *irregular migrants* gebräuchlich.⁴³ Aus der französischen *Sans-Papier*-Bewegung stammt der Ausdruck »Menschen ohne Papiere«. Im spanischsprachigen Raum findet neben *Sin-Papeles* auch der Begriff *Clandestino* (»Heimliche«) Verwendung. Die unterschiedliche Wortwahl ist eng mit politischen Implikationen verbunden. Von Nichtregierungsorganisationen sowie kirchlich-karitativen Verbänden werden insbesondere die Würde des Menschen betont und dass »kein Mensch illegal« bzw. »kriminell« an sich sei. In Deutschland begehen undokumentierte Migrantinnen und Migranten nach deutschem Recht

⁴¹ | Vgl. Borgetto et al. (2007), S. 67.

⁴² | Vgl. Kovacheva (2010a), S. 22.

⁴³ | Siehe beispielsweise Aichele/Bielefeldt (2007), Bundesministerium des Innern (2007), Castañeda (2009), Deutsches Institut für Menschenrechte (2007), Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) (2012) u.v.a.

eine Straftat.⁴⁴ So wird mit dem Begriff »Illegale« das Verbotene in den Vordergrund gestellt, das Menschsein mit den ihm innewohnenden Menschenrechten gerät in den Hintergrund. In der vorliegenden Arbeit wird dieser Ausdruck daher nicht genutzt, sondern vorwiegend der Begriff aus dem angloamerikanischen Raum, *undocumented migrants*, undokumentierte Migrantinnen und Migranten oder die kürzere Variante »Menschen ohne Papiere« verwendet. Im Zusammenhang mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung werden »Menschen ohne Papiere« von »Menschen ohne Krankenversicherung« abgegrenzt. Durch ihre fehlende behördliche Meldung und nicht definierten Aufenthaltsstatus ist ihre Situation besonders verletzlich und unterscheidet sich von den Zugewanderten, die sich legal in Deutschland aufhalten, wie es in Kapitel 2.4 ausführlich dargestellt wird. Nichtsdestotrotz handelt es sich dabei um eine Verkürzung, die in dieser Arbeit zur Verdeutlichung verwendet wird. Denn »Menschen ohne Papiere« verfügen ebenfalls nicht über eine Krankenversicherung, ihnen fehlt allerdings zusätzlich die Erlaubnis, sich gerade dort aufzuhalten, zu wohnen und zu leben, wo sie es gerade tun.

1.5.2 Gesundheit und Krankheit

Die Studie widmet sich der Frage einer »Gesundheitsversorgung«. Dies schließt die Frage nach der Definition des Begriffs Gesundheit ein. Die Schwierigkeiten einer umfassenden, allgemein gültigen Definition von Gesundheit werden breit diskutiert. Die Definition der Weltgesundheitsorganisation (*World Health Organization*, WHO) von 1948 ist dabei sicherlich die geläufigste: »Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.«⁴⁵ In den folgenden Jahrzehnten wurde in der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion das Prozesshafte von Gesundheitsempfinden im Gegensatz zum *state* betont. Die Vorstellung von Gesundheit und Krankheit unterliegt gesellschaftlichen Veränderungen: »Gesundheit ist ein gesellschaftlicher Konstitutionsbegriff: Wer im öffentlichen Raum von ihr spricht, bewegt sich in Bezugssystemen [...]« Gesundheit lässt sich nur begreifen und deuten als Wechselspiel zwischen Faktoren, die im individuellen Organismus (Körper und Bewusstsein) wirksam sind, der Interaktion dieses Organismus mit seinem Umfeld sowie den veränderlichen Herausforderun-

44 | Daher verwenden viele Unterstützerorganisationen in Deutschland auch den Begriff der »Illegalisierten«.

45 | Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

gen durch diese soziale und ökologische Umwelt.«⁴⁶ Ergänzend zu den vom Gesundheitswissenschaftler Rainer Steen genannten Faktoren wird in der vorliegenden Arbeit der politisch-rechtliche Sachverhalt in der gesundheitlichen Bedeutung näher betrachtet. Die Gewichtung der bezeichneten Faktoren für die Bedeutung des individuellen Gesundheitsempfindens verschiebt sich in Abhängigkeit des Ausprägungsgrades.

Im Zusammenhang mit dem Tätigkeitsfeld der Gesundheitsämter und der Krankenhäuser wird in der vorliegenden Arbeit der Begriff »Gesundheitsversorgung« im Sinne der sozialrechtlichen Handhabung (Sozialgesetzbuch, SGB), ausgelegt an der ärztlichen Heilbehandlung, verwendet. Der Gesundheitsbegriff und ein »Menschenrecht auf Gesundheit« sind allerdings vielschichtig; die Problematik einer Verengung auf Diagnostik und (medikamentöse) Therapie einer Erkrankung wird daher in dieser Arbeit mit einbezogen.⁴⁷

46 | Steen (2005), S. 14.

47 | Siehe Band 1 der Reihe Frewer/Bielefeldt (2016).

