

## 7. Diskussion und Fazit

---

### 7.1 ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG UND DISKUSSION

Die vorliegenden Ergebnisse belegen die defizitäre medizinische Versorgungssituation undokumentierter Migrantinnen und Migranten in Deutschland: Selbst bei den sexuell übertragbaren Erkrankungen und Tuberkulose, für die im IfSG ein niederschwelliger Zugang zu Beratung, Testung und im Einzelfall einer ambulanten Behandlung vorgesehen ist, wird bundesweit in nur wenigen Gesundheitsämtern eine medizinische Versorgung ermöglicht. In der medizinischen Akutsituation bestehen Hürden in der Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung. Denn ungeachtet der ärztlichen Schweigepflicht besteht das Risiko fort, im Krankenhaus der Polizei gemeldet zu werden. Die mangelnde Kostenübernahme bei Mittellosigkeit erschwert den Zugang zu einer Krankenhausbehandlung. Die Analyse des aktuellen Forschungsstandes, die Auswertung der Daten von Hilfsorganisationen und die erstmaligen quantitativen Erhebungen der Versorgungssituation an den Gesundheitsämtern und Krankenhäusern lassen folgende Schlussfolgerung zur faktischen Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere zu:

1. Es gibt tatsächlich einen großen Bedarf an einer niederschweligen Gesundheitsversorgung. Bundesweit ist ein starker Anstieg der Nachfrage bei Hilfsorganisationen zu verzeichnen, die ein Behandlungsangebot implementiert haben. Infektionserkrankungen spielen als Beratungsanlass eine untergeordnete Rolle. Eine medizinische Versorgung bei komplexen chronischen Erkrankungen wie z.B. HIV/AIDS, stationärer Behandlung sowie psychischen Krankheiten können die überwiegend durch Spenden finanzierten Einrichtungen nicht gewährleisten. Wenn umfassendere Gesundheitsleistungen durchgeführt oder finanziert werden, sind es »Kann«-Leistungen. Es besteht jedoch ein Unterschied zwischen der Gewährung von »Gesundheitshilfe« als humanitärem Akt und einem Rechtsanspruch auf Gesundheitsversorgung, der vorbehaltlos sowie unabhängig vom Willen der Dienstleistenden gilt.

2. Die laut IfSG exklusive Regelung für sexuell übertragbare Erkrankungen und Tuberkulose führt nur in einer Minderheit der Gesundheitsämter zur Schaffung eines niederschweligen Angebots, das auch von Menschen ohne Papiere vorbehaltlos genutzt werden kann. Eine Behandlung nach §19 IfSG wird allenfalls bei Tuberkulose oder STD unter Ausschluss von HIV/AIDS durchgeführt. Die immensen Herausforderungen einer HIV-Dauerbehandlung und einer (komplizierten) Tuberkulose lässt eine amtsärztliche Behandlung mehr als unwahrscheinlich erscheinen.
3. Im medizinischen Notfall besteht für Migrantinnen und Migranten ohne Papiere die Unsicherheit fort, trotz ärztlicher Schweigepflicht der Polizei gemeldet zu werden und in der Folge mit der Abschiebung rechnen zu müssen. Dies begünstigt sogar bei einer akuten und schwerwiegenden Erkrankung einen weiteren Aufschub der Behandlung mit der Gefahr gravierender Folgen für den Gesundheitszustand der Betroffenen. Denn der Zugang zur notfälligen Krankenhausbehandlung ist mit einem *unübersehbar* ernsten Krankheitszustand hürdenfreier. Die Notwendigkeit eines direkten ärztlichen Kontaktes ist dann unmittelbar offensichtlich, versicherungsrechtliche Fragen müssen zudem zweitrangig behandelt werden. Aus Sicht der Erkrankten ist die unmittelbare Gefahr der Abschiebung minimiert und für das Krankenhaus eine Kostenübernahme durch das Sozialamt wahrscheinlicher.
4. Die berufsethischen Leitlinien gebieten eine medizinische Versorgung ohne Ansehen des Aufenthaltsstatus, wie auch die internationalen Verträge einen diskriminierungsfreien Zugang zu einer Gesundheitsversorgung vorsehen. Ärztliche Behandlungen nicht nach Indikation, sondern nach Versicherungsstatus durchzuführen, ist aus berufsethischer Sicht schwer vorstellbar. Gegenwärtig wird die Gewährleistungspflicht des Staates den Angehörigen der Heilberufe übertragen, die im Spannungsfeld zwischen berufsethischer Pflicht und ausreichenden finanziellen Ressourcen handeln müssen.
5. Daher erleidet eine möglicherweise statistisch gesündere Migrationsbevölkerung tatsächlich negative gesundheitliche Konsequenzen. Vermutlich sind die Menschen kränker, wenn sie ihren Aufenthaltsstatus beispielsweise durch Rückkehr oder eine Aufenthaltslegalisierung verändern, im Vergleich zur von Anfang an legal in Deutschland lebenden Migrationspopulation.
6. Offensichtlich wird auch, welche Bedeutung innerhalb der Handlungsspielräume der einzelnen Akteure den individuellen Handlungsentscheidungen im Einzelfall zukommt: Das »Genfer Gelöbnis« zeigt den Weg, die politisch-gesellschaftlichen Bedingungen bestimmen die Bedeutung der Handlungsmacht der Akteure. Und ist es vom »goodwill« der Angehörigen der Profession abhängig, so bekommt die Entscheidungsmacht des ärzt-

lichen Personals in der Praxis, im Krankenhaus und im Gesundheitsamt eine besonders große Bedeutung.

Migration ist fester Bestandteil menschlicher Gesellschaften. Die Geschichte der Migrationspolitiken zeigt Auswirkungen staatlichen Handelns auf Umfang und Qualität unerlaubter Migration. Sie verdeutlicht auch, dass »illegale Migration« ein wandelbares Konstrukt ist und die Grenze zwischen erlaubt und unerlaubt fließend sein kann. Die internationalen Abkommen sehen die Verwirklichung sozialer Menschenrechte bereits seit über vier Jahrzehnten als Aufgabe der Staaten vor. Die tatsächliche Versorgungslage auf Basis der rechtlichen Möglichkeiten mit ihren Volten, Einschränkungen und Hindernissen macht den Unterschied von Anspruch und Wirklichkeit deutlich. De facto steht die gegenwärtig bestehende Übermittlungspflicht öffentlicher Stellen der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung undokumentierter Migrantinnen und Migranten entgegen. Dies betrifft ebenfalls die besonders vulnerablen Gruppen wie Kinder und Schwangere. Die drohende Abschiebung erschwert jeglichen Kontakt von Menschen ohne Papiere zu den Behörden. Die komplexe Gesetzeslage macht es sowohl für medizinische Dienstleister schwer, adäquate niederschwellige Angebote zu konzipieren, als auch für die Zugewanderten, diese dann zu erkennen. Die Präsenz der Nichtregierungsorganisationen in einigen Städten kann nicht die Diskrepanz zwischen humanitären, willkürlichen Leistungszuweisungen und einer regulären Gesundheitsversorgung mit einem *Anspruch* auf einen freien Zugang verdecken. Neben Ausprägung und Zahl vorhandener Alternativstrukturen in einer Stadt sind »Informationskanäle« entscheidend, um überhaupt über Einrichtungen Kenntnisse zu erlangen. Der humanitären Hilfe sind u.a. durch Spendenfluktuation, geringen finanziellen Rahmen und begrenzte Verbindlichkeit ehrenamtlicher Tätigkeit enge Grenzen dafür gesetzt, in welchem Umfang medizinische Versorgung ermöglicht werden kann. Bei sexuell übertragbaren Erkrankungen und Tuberkulose sollten aus zunächst bevölkerungsmedizinischen Überlegungen heraus Einschränkungen in der medizinischen Versorgung mit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes 2001 beseitigt werden. Die Erfahrungen der HIV/AIDS-Epidemie in den 1980er und 90er Jahren zeigten, dass neben Diagnostik und Beratung ein niederschwelliges Behandlungsangebot notwendig sein könnte. Offensichtlich war bekannt, dass Menschen die reguläre Gesundheitsversorgung nicht wahrnehmen können. Aus menschenrechtlichen Erwägungen und medizin-ethischer Perspektive ist es nicht begründbar, bei einer Person eine Erkrankung zu diagnostizieren, aber aus politischen Gründen keine Behandlungsoption aufzuzeigen. Es findet sich also im Zusammenhang mit der Behandlungsoption in der amtlichen Gesetzesbegründung auch der Verweis auf die sozialkompensatorische Funktion des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Zudem weist die »Fürsorge« in den Großstädten eine lange Tra-

dition auf, was sich durch die explizite Erwähnung »sozialkompensatorischer« Funktionen auch in den dortigen Landesgesundheitsdienste-Gesetzen niedergeschlagen hat. Die verfügbaren Zahlen der NGOs weisen darauf hin, dass es mit einem niederschweligen Behandlungsangebot bei Tuberkulose und sexuell übertragbaren Erkrankungen für diese Bevölkerungsgruppe weniger um einen epidemiologischen Aspekt gehen kann. Aufgrund der Lebensumstände sowie der höheren Prävalenz in einigen Herkunftsstaaten ist möglicherweise dennoch die Zahl der Erkrankten bei Migrantinnen und Migranten ohne Papiere höher als bei der einheimischen Bevölkerung. Die wichtige Funktion aktiver Fallsuche sowie vor allem der potenziell größeren Niederschwelligkeit zeigen, wie wichtig die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Bereich der Infektionskrankheiten sein kann. Eine Infektion mit dem HI-Virus hat gravierende Auswirkungen auf das weitere Leben der Betroffenen, und auch komplizierte Verläufe der Tuberkulose, Resistenzentwicklungen und Komorbiditäten können weitreichende Folgen für das Individuum wie auch die Gesellschaft haben. Eine Aufgabe der Gesundheitsämter besteht in der Verbreitung von Informationen zu Symptomen sowie Behandlung der Tuberkulose und STD bzw. HIV/AIDS, insbesondere bei vulnerablen Gruppen. In dieser Arbeit sind eingehend die spezifischen Herausforderungen einer HIV-Therapie geschildert worden. Das immense Fachwissen, welches für eine Therapie erforderlich ist, verdeutlicht die komplexen Anforderungen an das behandelnde medizinische Personal. Unter diesem Gesichtspunkt ist beispielsweise eine einleitende Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten nach §19 IfSG durch eine Amtsärztin oder einen Amtsarzt in einem Gesundheitsamt unrealistisch und nicht empfehlenswert. Auch das – immer zufällige – Hilfesystem in den verschiedenen Städten konnte bisher in keinem der Autorin dieser Arbeit bekannten Fall eine dauerhafte Therapie in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität gewährleisten. Nicht nur die sich summierenden Kosten für Laborleistungen, sondern auch die zeitlichen Herausforderungen für Schwerpunktambulanzen bzw. -praxen stellen auf Dauer ohne gesicherte Kostenträgerschaft eine große Herausforderung dar. Hinzu kommen die in Deutschland enormen Kosten für die antiretroviralen Medikamente. Aus medizinethischen und aus menschenrechtlichen wie auch aus »sozialkompensatorischen« Überlegungen heraus hat die Art der Erkrankung wenig Bedeutung. Dennoch haben Tuberkulose und STD bzw. HIV/AIDS im IfSG in der Aufgabenzuschreibung der Gesundheitsämter eine besondere Rolle. Die Bundesregierung sieht allerdings eben mit Verweis auf die gesetzlich herausragende Stellung im IfSG keine Handlungsnotwendigkeit. Die Ergebnisse aus der bundesweiten Befragung zeigen hingegen deutlich, dass große Defizite bezüglich eines flächendeckenden niederschweligen Angebots bestehen – trotz der Regelungen im IfSG. Wenn es auch vereinzelt in Deutschland möglich ist, die Behandlung einer Tuberkulose ohne Übermittlung aufenthaltsrechtlicher Daten durch öffentliche Mittel zu

bestreiten, bleibt doch zum jetzigen Zeitpunkt eine bundesweite Versorgung eine Illusion. Noch eklatanter erweist sich die Situation im Bereich HIV/AIDS. Doch auch für Migrantinnen und Migranten ohne Papiere sind eine frühzeitige Diagnosestellung sowie ein rechtzeitiger Therapiebeginn elementar. Der Finanzierungsrahmen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst scheint in den meisten Fällen nicht die Möglichkeit zu eröffnen, die Kosten einer Behandlung für Erkrankte ohne Krankenversicherung dauerhaft zu übernehmen. Das Beratungsangebot bei STD, HIV/AIDS und Tuberkulose ist gesetzlich verankert. Und doch gibt nicht einmal jedes vierte Gesundheitsamt an, jemals Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten gehabt zu haben; diese Angabe bezieht die vermuteten Kontakte mit ein. Mit angegeben sind zusätzlich vermutlich auch Migrierte, die nicht unter die gegebene Definition fallen. Zudem haben die Gesundheitsämter mit Sitz in einer großen Stadt verhältnismäßig häufiger den Fragebogen zurückgesandt. Es kann also davon ausgegangen werden, dass der Anteil kontakthabender Gesundheitsämter im Rücklauf höher ist als er bundesweit tatsächlich anzutreffen wäre. Betrachtet man die NGO-Landschaft in Deutschland, die tatsächlich Menschen ohne Papiere beraten, behandeln oder in ärztliche Behandlung vermitteln, ist offensichtlich, dass sich undokumentierte Migrantinnen und Migranten nicht nur in Großstädten und Metropolen befinden. Die karitativen Organisationen haben in vielen Städten Kontakte zu Menschen ohne Papiere, die Gesundheitsämter allerdings in weit weniger Fällen.

Die Landesgesetze zum Öffentlichen Gesundheitsdienst fallen entsprechend der föderalen Struktur vielgestaltig aus. Zudem sind sie in vielen Bundesländern unscharf formuliert und belassen den Kommunen einen großen Interpretationsspielraum. Für eine ausreichende Handlungsfähigkeit ist aber neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen eine ausreichende Ausstattung mit personellen, infrastrukturellen und finanziellen Ressourcen Voraussetzung. Durch die vielfältigen Aufgaben, die durch die Gesundheitsämter zu erfüllen sind, wird jede zusätzliche Aufgabe von einem Teil des Personals als übergroße Belastung empfunden. Nichtsdestotrotz gehört die Zuwendung zu vulnerablen Gruppen zum Aufgabenspektrum der Gesundheitsämter. In manchen Ämtern – gerade in den Diensten, die sich bereits länger für Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung engagieren – stellen sich viele Problemlagen ein, die auch in der Befragung in Fallschilderungen zum Ausdruck kommen. Es sind insbesondere die Krankheiten, die mit einer stationären Aufnahme einhergehen und für die sich damit erneut die Kostenfrage stellt, ebenso chronische Erkrankungen wie HIV/AIDS. Medizinische Versorgung berührt viele andere Bereiche von Gesundheit und Lebensführung, so dass sich Fragen zur Unterkunft, Ernährung und Weiterem stellen. Begrenzte Ressourcen engen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihren Handlungsoptionen ein. So verwundert es nicht, dass es gerade die Gesundheitsämter sind,

die bereits Kontakte zu Menschen ohne Papiere angeben, die die Versorgungslage im eigenen Amt negativ beurteilen. Die Konfrontation mit den Schwierigkeiten medizinischer Versorgung für undokumentierte Migrantinnen und Migranten macht die vielen Problemlagen evident. In den Gesundheitsämtern wird eine Zunahme der zu versorgenden Menschen wahrgenommen. Zwar sind dann vermutlich Zugewanderte nicht immer unerlaubt in Deutschland, verfügen allerdings über keine Krankenversicherung. Der rechtliche Unterschied ist in der unmittelbaren Versorgung auf kommunaler Ebene zunächst einmal irrelevant. Allerdings ergibt sich hierdurch ein abweichender Handlungsbedarf.

Deutschland hat sich mit der Ratifizierung internationaler Abkommen festgelegt, alle entsprechenden Anstrengungen für einen freien Zugang zu einer medizinischen Versorgung zu unternehmen. Die Rücknahme des Vorbehalts zur UN-Kinderrechtskonvention 2010 unterstreicht noch einmal die Schutzbedürftigkeit von Kindern. Solange allerdings bundesweite gesetzliche Regelungen den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung für bestimmte Gruppen verwehren, besteht für den Öffentlichen Gesundheitsdienst die Herausforderung nach § 20 IfSG tätig zu werden. Die Gesundheitsämter könnten zumindest die Vorsorgeuntersuchungen allen Kindern unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus anbieten. Migrantinnen und Migranten ohne Papiere müssen wissen, dass sie sich anonym und kostenlos in einem Gesundheitsamt testen lassen können. Auch sie sollten hierzu ausreichend beraten werden. Das schließt im Falle eines positiven Testergebnisses Therapieoptionen mit ein. In diesem Kontext wäre eine nähere Abstimmung mit dem Bundesministerium des Innern im Sinne einer kohärenten Politik wünschenswert und zielorientiert.

Die bestimmende Ressourcenfrage führte dazu, dass das Thema vom Deutschen Städtetag angesprochen worden und somit also auch für die Dachorganisation der kommunalen Selbstverwaltung als Handlungsbereich gegenwärtig ist. Dem Öffentlichen Gesundheitsdienst verbleibt trotz vieler Widrigkeiten ein Handlungsspielraum. Die Thematisierung der Notwendigkeit einer Versorgungsrealität – insbesondere von jenen Gesundheitsämtern, die bereits Erfahrungen mit unversicherten und undokumentierten Menschen gesammelt haben –, sollte verstärkt von den Dachverbänden kommunaler Selbstverwaltung auf Landes- und Bundesebene aufgegriffen werden. Über die Entwicklungen und Veränderungen an den Gesundheitsämtern in den letzten Jahren sowie zur finanziellen und personellen Ausstattung besteht weiterer Forschungsbedarf. Eine Problem- und Defizitanalyse kann die Grundlage für notwendige Maßnahmen bilden. Zudem sollte der Deutsche Städtetag Forschungsbemühungen unterstützen und Handlungsnotwendigkeiten benennen, um dem Öffentlichen Gesundheitsdienst die Aufgabenerfüllung zu ermöglichen. Viele weitere Ansätze, wie z.B. eine verbesserte Kommunikationsstruktur der Gesundheitsämter untereinander, sind denk-

bar. Dazu könnte auch gehören, Möglichkeiten des Ausbaus der kommunalen Angebote, wie z.B. eine Impfsprechstunde für Kinder, zu diskutieren und Informationen zum Umgang mit undokumentierter Migration auszutauschen. Der politisch-ideologisierte Diskurs und die mögliche Ablehnung irregulärer Migration sollte für die Aufgabenerfüllung des ÖGD keine Relevanz besitzen. Das Menschenrecht auf einen faktischen Zugang zur Gesundheitsversorgung verändert sich nicht aufgrund ordnungsrechtlicher Überlegungen. Der »kompensatorische« Auftrag der Gesundheitsämter für vulnerable Gruppen der Gesellschaft ist gesetzlich im IfSG festgeschrieben. Zudem ist die Prävention übertragbarer Erkrankungen eine elementare Aufgabe der Gesundheitsämter. Mit der noch relativ neuen Behandlungsoption im IfSG soll genau dem Rechnung getragen, dass Teile der Wohnbevölkerung die reguläre Gesundheitsversorgung nicht wahrnehmen können. Bundesländer und Kommunen müssen sich den Herausforderungen erlaubter und unerlaubter Migration mit ihren Konsequenzen stellen und die Gesundheitsämter in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben unterstützen.

In der notfälligen Krankenhausversorgung – ambulant und stationär – zeigt sich im Umgang mit Patientinnen und Patienten ohne Papiere ebenfalls ein heterogenes Bild. Verallgemeinernde Aussagen zur Vorgehensweise der Häuser sowie zum Umfang der stationären Versorgung undokumentierter Migrantinnen und Migranten lassen sich kaum treffen. Das impliziert allerdings auch mehrere Problemlagen. Insbesondere für Menschen ohne Papiere besteht trotz ärztlicher Schweigepflicht die Unsicherheit fort, der Polizei gemeldet zu werden, wenn sie ein Krankenhaus aufsuchen. Das bedeutet also, dass die Entscheidung zur notfälligen medizinischen Behandlungen die Unsicherheit einer folgenden Abschiebung beinhaltet. Aus ordnungsrechtlicher Argumentation ist dieses Vorgehen adäquat, da im Sinne einer einheitlichen Rechtsordnung die Straftat des irregulären Aufenthalts nicht durch einen Zugang zur Gesundheitsversorgung »belohnt« wird. Eine mögliche Besserstellung gegenüber regulär Zugewanderten wäre nach dieser Auffassung widersprüchlich. Diese Widersprüchlichkeit wird allerdings an anderer Stelle ausgehalten: In der Hierarchie der Rechte zeichnen sich die Menschenrechte durch ihre Voraussetzungslosigkeit und Unveräußerlichkeit aus, das Menschenrecht auf Zugang zur Gesundheitsversorgung steht jedem Mensch allein aufgrund seines Menschseins ohne Handel gegen Preisgabe anderer Rechtsgüter zu. Aus Public Health-Perspektive mit dem Ziel der Verbesserung der Gesundheit von (Sub-)Populationen liegen die notwendigen Maßnahmen zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit im Abbau struktureller Hindernisse für eine Inanspruchnahme von Versorgungsstrukturen. Es betrifft noch weitere Gruppen der Wohnbevölkerung, die ebenfalls über keine Krankenversicherung verfügen oder bei denen die Kostenträgerschaft unklar ist. Wenn auch Zugewanderte aus anderen Ländern der EU, Migrantinnen und Migran-

ten mit einer aufenthaltsrechtlichen »Duldung«, Flüchtlinge mit einer »Verpflichtungserklärung« und Asylsuchende nicht unmittelbar den Kontakt zu Behörden fürchten müssen, so führt doch ihre systemische Schlechterstellung gegenüber hilfebedürftigen Personen, die gesundheitliche Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch beziehen – die »zweckmäßig« und »notwendig« sein müssen – zu einer systematischen Ungleichheit. Dies betrifft Männer, Frauen und Kinder gleichermaßen. Die vorliegende Studie zeigt Unsicherheiten des Krankenhauspersonals im Umgang mit nicht versicherten Migrantinnen und Migranten auf. Es werden die Schwierigkeiten deutlich, eine Kostenübernahme durch das Sozialamt zu erreichen. Die Breite der Erlösausfälle weist auf finanzielle Problemlagen der Häuser im Zusammenhang mit der stationären Versorgung nicht Krankenversicherter hin, die möglicherweise zum Nachteil der betroffenen Menschen in der Krankenhausversorgung führen. Nach gegenwärtiger Gesetzeslage tragen die Krankenhäuser die finanzielle Ausfallspflicht als Nothelfer bei Behandlungspflicht im medizinischen Notfall. Die rechtlichen Rahmenbedingungen begünstigen damit sogar im medizinischen Notfall einen weiteren Aufschub der Behandlung mit der Gefahr schwerwiegender Folgen für den Gesundheitszustand der Betroffenen. Zur Beseitigung der Hürden gehört demnach nicht nur die unbedingte Beachtung der Schweigepflicht. Die Kommunen haben eine Erstattungspflicht; die Haltungen der Sozialämter lassen allerdings den Eindruck entstehen, dass die nachträgliche Kostenübernahme im Eilfall nicht tatsächlich erfolgen soll.

Die derzeitige unsichere Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten ohne Papiere auch im Notfall ist aus menschenrechtlicher, berufsethischer sowie ärztlicher Perspektive unannehmbar. Die Bundesregierung und die WHO, als zwei wesentliche Akteure gesundheitspolitischer Maßnahmen, weisen darauf, dass die Schaffung faktischer Zugänge frühzeitige Diagnose ermöglichen und die Weiterverbreitung von Erkrankungen verhindern kann. Somit sind sie elementar in einem Gesundheitssystem. Die Sicherstellung einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung ist zudem zentraler Baustein, um falsche oder unzureichende medikamentöse Therapien zu verhindern und damit der Entwicklung resistenter Keime vorzubeugen.

## 7.2 FAZIT

Wichtige Prämisse zur Beseitigung gesundheitlicher Ungleichheit ist das Menschenrecht auf einen Zugang zu einer Gesundheitsversorgung. Dabei muss eine medizinische Versorgung *de facto* von allen Menschen wahrgenommen werden können. Dies beinhaltet, dass finanzielle Hürden zu bewältigen sein müssen, dass das Alter, die ethnische Herkunft oder das Geschlecht den

Erhalt medizinischer Leistungen nicht beeinflussen dürfen – und eben auch nicht der Aufenthaltsstatus.

Der menschenrechtsbasierte und völkerrechtlich legitimierte Ansatz ist von Deutschland in verschiedenen Abkommen ratifiziert worden. Es sieht die staatliche Verantwortung für alle auf dessen Territorium lebende Menschen vor. Die ordnungsrechtlichen Einschränkungen für Menschen ohne Papiere sind ein offener Widerspruch kohärenter Gesundheitspolitik. Auch besonders vulnerable Personen wie Schwangere und Kinder sind damit besonderen Gefährdungen ausgesetzt. Exklusive Regelungen bei Infektionskrankheiten, Impfungen und beim medizinischen Notfall im komplexen Geflecht der relevanten Gesetze ermöglichen selbst in diesen Bereichen keinen flächendeckenden niederschweligen Zugang zur medizinischen Versorgung. Sowohl Anbieter als auch Nachfrager verfügen dabei vermutlich nicht über ausreichende Kenntnisse der Rechtslage. Die defizitäre finanzielle sowie personelle Ausstattung der Gesundheitsämter lässt allerdings die Vermutung aufkommen, dass auch bei diesen Erkrankungen und vulnerablen Personen die sozialkompensatorische Funktion der Gesundheitsämter nicht erfüllt werden soll. Auf der anderen Seite zeigt die Tätigkeit mancher Ämter, dass trotz defizitärer Strukturen Handlungsspielräume bestehen und genutzt werden können. Die Hürden einer Kostenerstattung durch das Sozialamt für stationäre Behandlungen legen wiederum den Verdacht nahe, dass die Kommunen nicht die Absicht haben, eine niederschwellige Gesundheitsversorgung im medizinischen Notfall sicherzustellen. Die Hilfsorganisationen können zumeist nur eine sehr eingeschränkte medizinische Versorgung in einigen Städten anbieten. So stellt das Ordnungsrecht über seine lebenselementaren Auswirkungen auf die Betroffenen eine faktisch unüberbrückbare Hürde dar, die mit den hohen finanziellen Zugangsbarrieren in sich entwickelnden Ländern vergleichbar sind. Dies besiegelt den Ausschluss von Teilen der Bevölkerung von einer gesundheitlichen Basisversorgung. Im developmentpolitischen Diskurs wird dies durchaus angemahnt.

Hinzu kommt die Notwendigkeit zwischenstaatlicher Lösungen, die sich durch das deutsche Konstrukt des Aufschubs der Arbeitnehmerfreizügigkeit innerhalb der Europäischen Union ergibt. Ein politischer Diskurs auf europäischer Ebene ist hierfür dringend notwendig.

