

3. Gesundheit und Krankheit bei undokumentierten Migrantinnen und Migranten

Die kriegerischen Konflikte in verschiedenen Regionen der Welt und die erschwerten Immigrationswege beeinflussen den Krankheitszustand der Migrierten. Die massive Sanktion der Menschen ohne Papiere, die in der Folge einer Erkrankung das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen müssen, bestimmen Krankheitsschwere, -dauer und Sterblichkeit. Auch die alternativen Behandlungswege sowie Zugänge zu Versorgungseinrichtungen außerhalb der regulären Versorgung sind relevante Faktoren für Gesundheit und Krankheit nicht versicherter Migrantinnen und Migranten. Die Morbidität und Mortalität migrierter Bevölkerungsgruppen in den zunehmend heterogenen Gesellschaften sind daher seit einigen Jahren vermehrt in den Blickpunkt gesundheitswissenschaftlicher Forschung gekommen. Epidemiologische Studien – nationale und internationale – kommen dabei zu unterschiedlichen Ergebnissen. Die Ursachen hierfür sind breit gestreut: In Deutschland wurde in amtlichen Statistiken bis 1970 die Staatsangehörigkeit nicht berücksichtigt; Erst seit 2005 findet sich eine Differenzierung der Bevölkerung nach Migrationshintergrund¹ in den Daten des Statistischen Bundesamtes. Aufgrund der großen Heterogenität von Migrantinnen und Migranten sowie der Folgegenerationen bezüglich Herkunft, Aufenthaltsdauer, Staatsangehörigkeit und soziodemografischem Status sind allgemeine Aussagen zum Gesundheitszustand kaum möglich. Studienergebnisse sind aufgrund der Vielzahl zu berücksichtigender Faktoren nur schwer vergleichbar. So zeigte etwa der vom

1 | Das Statistische Bundesamt erfasst seit 2005 im jährlichen Mikrozensus nun auch die Kategorie »Menschen mit Migrationshintergrund«. Es wird abhängig vom Zeitpunkt des Migrationsereignisses zwischen Menschen mit Migrationshintergrund im engeren und weiteren Sinn unterschieden. Siehe hierzu im Internet auf den Seiten des Statistischen Bundesamtes: www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/Aktuell.html [18.07.2013].

Robert Koch-Institut im Zeitraum von 2003-2006 durchgeführte Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS-Studie) keine Unterschiede in der Auftretenshäufigkeit von Schmerzen zwischen Jugendlichen mit Eltern deutscher Staatsangehörigkeit und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund, während in einer 2002 von der WHO publizierten Gesundheitsstudie für Deutschland Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund häufiger über Schmerzen klagten.² Auch bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die Kategorie der Haupttodesursachen in der Europäischen Union, finden sich keine eindeutigen Resultate. In der systematischen Sekundäranalyse von Knipper und Bilgin aus dem Jahr 2009 werden einige der widersprüchlichen Ergebnisse dargestellt.³ Sie kommen zu dem Schluss: »Der Gesundheitszustand der in Deutschland lebenden Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist nicht grundsätzlich besser oder schlechter als derjenige der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.«⁴ In einigen Studien wird die Morbidität und Mortalität von Zugewanderten als geringer im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung beschrieben.⁵ Noch schwieriger ist eine Analyse der Gesundheitssituation der undokumentierten Migrantinnen und Migranten. Da es keinerlei statistische Erfassung der gesamten, sich ohne Aufenthaltserlaubnis in Deutschland befindenden Menschen gibt, können keine repräsentativen Aussagen für diese Bevölkerungsgruppe getroffen werden. Hinzu kommt, dass die Feststellungen bezüglich der Heterogenität der Migrierten, die sich aufenthaltsrechtlich legal in Deutschland befinden, gleichermaßen für Menschen ohne Papiere zutreffen und allgemeine Aussagen erschweren. Allerdings hat diese Bevölkerungsgruppe Eines gemeinsam: Migrantinnen und Migranten ohne Papiere haben keinen oder doch nur einen sehr beschränkten Zugang zu medizinischen Diensten. Daher bleibt trotz der Heterogenität der Gruppe die Frage relevant, welche Auswirkungen ein veränderter Zugang zur regulären medizinischen

2 | Vgl. Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (2008c), S. 87-93 und Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (2008a), S. 83-84.

3 | Vgl. Knipper/Bilgin (2009). Wird beispielsweise für die türkischstämmige Bevölkerung in Deutschland in Bezug auf Diabetes mellitus Typ II, Hepatitis B und Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhte Morbiditätsraten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung berichtet, weisen andere Studien gerade für diese Gruppe auf einen *Healthy-Migrant-Effect* hin. Deutliche Morbiditätsunterschiede zur Gesamtbevölkerung zeigen sich zudem in weiteren Subpopulationen. Eine geringere Mortalität ergab sich etwa bei Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion in einer 2007 publizierten Studie insbesondere in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und den meisten Krebserkrankungen. Bei Kindern mit Migrationshintergrund ist laut KiGGS-Studie die Morbidität von Allergien, Asthma und einiger Infektionserkrankungen wie Bronchitis oder Otitis media erniedrigt.

4 | Knipper/Bilgin (2009), S. 34.

5 | Ebd., S. 34.

Versorgung auf die Morbidität hat. Theorien zu Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit und zum Gesundheitszustand von Migranten in Deutschland finden auch in diesem Kontext Verwendung. Dazu können empirische Untersuchungen zu den Erfahrungen von Expertinnen und Experten sowie der Betroffenen Hinweise auf die Situation und besondere gesundheitliche Gefährdungen geben. In Kapitel 3 sollen Kenntnisse zu den bestimmenden Faktoren von Gesundheit und Krankheit auf die Situation Papierloser angewandt und weiter entwickelt werden. Die Darstellung quantitativer Daten diagnostizierter Erkrankungen bzw. Zustände (Beispiel Schwangerschaft) bei Menschen ohne Papiere verdeutlicht Tendenzen und mögliche Problemlagen der Versorgungssituation.

3.1 HEALTHY-MIGRANT- VERSUS UNHEALTHY-UNDOKUMENTED-EFFECT

Gesundheit und Krankheit einer Population wird unter anderem bestimmt durch demografische Gegebenheiten wie Alter, Geschlecht sowie durch sozioökonomische Faktoren. In der epidemiologischen Forschung zu sozialer Ungleichheit zeigen viele Studien deutliche Unterschiede im Risikoverhalten, in der Morbidität und Mortalität abhängig vom (Haushaltsnetto-)Einkommen, dem Bildungsniveau oder dem Berufsstatus.⁶ Internationale Studien und Untersuchungen aus Deutschland weisen ein signifikantes sozioökonomisches Gefälle aus: Verhaltensbezogene Risikofaktoren wie Rauchen, sportliche Inaktivität, Übergewicht und Hypertonie finden sich beispielsweise deutlich häufiger bei Menschen mit niedrigerem Bildungsniveau, geringem Einkommen und niedrigerem Berufsstatus bzw. Arbeitslosigkeit (*Healthy-Worker-Effect*).⁷ Auch das Risiko für Erkrankungen wie Rückenschmerzen, chronische Bronchitis, Schlaganfall und Depression bei Männern sowie Herzinfarkt, Diabetes mellitus (Typ II) und Depression bei Frauen ist bei sozial benachteiligten Menschen deutlich erhöht.⁸ Migrantinnen und Migranten in Deutschland haben überdurchschnittlich häufiger einen niedrigeren Bildungsabschluss und sind öfter von Arbeitslosigkeit betroffen.⁹ Doch obwohl sie häufiger einen niedrigeren sozioökonomischen Status aufweisen als deutsche Staatsangehörige ohne Migrationshintergrund zeigt sich in Studien hinsichtlich einiger

6 | Vgl. Robert Koch-Institut (2005c).

7 | Siehe beispielsweise Robert Koch-Institut (1999), Robert Koch-Institut (2005c), Wilkinson (1996), Marmot (2004), Whitehead/Dahlgren (2006) u.v.a.

8 | Vgl. Robert Koch-Institut (2006c), S. 83-84.

9 | Vgl. Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (2008a), S. 17 und S. 19.

Erkrankungen eine geringere Morbidität.¹⁰ Den zunehmenden wissenschaftlichen Untersuchungen zu Herkunft und räumlichen Wanderungsbewegungen als Determinanten von Gesundheit und Krankheit liegen die Vorstellung zugrunde, dass Migration einen Selektionsprozess auf verschiedenen Ebenen darstellt, der dazu führt, dass Zugewanderte ein von der einheimischen Population divergierendes Morbiditäts- und Mortalitätsprofil aufweisen. Der Begriff der »Migranten« bezieht sich dabei auf eine sehr heterogene Gruppe. Sie umfasst sowohl Personen, in deren Biografie sich die (transnationale) Migration vollzogen hat, ob auf aufenthaltsrechtlich legalem oder illegalem Weg, sowie Menschen, die hier bereits in der zweiten oder folgenden Generation leben, also selber das Ereignis Migration nicht erlebt haben. Verschiedene Faktoren, die spezifisch die Morbidität und Mortalität von Immigrierten beeinflussen, werden diskutiert. Strukturen und Verhältnisse des Herkunfts- und Ziellandes zählen dazu. Gesellschaftliche Werte und Normen, Gesundheitsverständnis und Erklärungsmuster von Krankheit aus dem Herkunfts- und im Zielland spielen eine unterschiedlich starke Rolle sowie auch die im jeweiligen Land verbrachte Zeit. Im Zielland gehören der aufenthaltsrechtliche Status, der Zugang zu Gesundheitsversorgung und Informationen, gesellschaftliche Teilhabe, das soziale Netz sowie Arbeits- und Wohnverhältnisse zu den Einflussgrößen, die migrationsspezifische Aspekte aufweisen können. Zunehmende Aufenthaltszeit im Zielland dürfte zu weiteren Änderungen in der Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit führen. Verschiedene Modelle beschreiben den Einfluss von »biografischen Entwicklungsdimensionen«¹¹ auf den Krankheitszustand. Die Vorstellung einer »positiven Selbstauswahl« der Menschen, die die Vielzahl der Unwägbarkeiten der Migration auf sich nehmen mit dem Ziel einer Arbeitstätigkeit, die Gesundheit und ein nicht zu hohes Alter voraussetzen, begründen das Modell des *Healthy-Migrant-Effects*.¹² Diese Selektion könnte zu einer durch die Verzerrungsfaktoren bedingten, im Durchschnitt niedrigeren Morbidität gegenüber der »einheimischen« Bevölkerung im Zielland führen. Dabei handelt es sich auf der einen Seite um einen statistischen Effekt durch eine selektive Erfassung von Menschen aus einem Herkunftsland und nicht um eine per se gesündere Gesamtpopulation; auf der anderen Seite kann es durch spezifische Faktoren zu einer realen Veränderung von Morbidität und Mortalität der migrierten Menschen kommen. Wie stark verändern die sozialen Bedingungen und die Barrieren im Zugang zu Präventionsmaßnahmen und zur medizinischen Versorgung einen möglichen positiven – bzw.

10 | Siehe hierzu beispielsweise die Übersichtsarbeit von Knipper/Bilgin (2009) und die Schwerpunktberichterstattung des Robert Koch-Instituts/Statistisches Bundesamt (2008a).

11 | Vgl. Borgetto et al. (2007), S. 70.

12 | Vgl. Spallek/Razum (2008), S. 277 und Kohls (2008), S. 17.

durch Selektionsprozesse bedingten positiven – Gesundheitszustand bei Migration?¹³ Valide Studien zur Gesundheit von Menschen ohne Papiere sind geradezu unmöglich. Es lassen sich allerdings auf Grundlage theoretischer Überlegungen zu Migrationsprozessen und Determinanten gesundheitlicher Unterschiede sowie Erkenntnissen aus qualitativen und wenigen quantitativen Untersuchungen Hypothesen zum *Healthy-Migrant-Effect* bei dieser »Gruppe« entwickeln. Die hierfür entscheidenden Erklärungsansätze, die für mögliche Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit gegenüber der Population im Herkunfts- und im Zielland von Bedeutung sind bzw. sein könnten, werden im Folgenden vorgestellt. Gewichtungen der Erklärungsansätze geschehen auf Basis qualitativer Untersuchungen¹⁴ und der Ergebnisse aus der Datenanalyse der NGOs.¹⁵

Die zwei entscheidenden Argumente für die Erklärung eines *Healthy-Migrant-Effects* im Sinne einer Selektion der gesünderen Menschen einer Bevölkerung, die dann migrieren, sind folgende zwei:¹⁶

1. Gesundheit als Prämisse für Migration: Mit der Einschränkung des Rechts auf Asyl nach §16 GG und dem Konzept der »sicheren Drittstaaten« sind die Hürden, in Deutschland einen Asylantrag zu stellen und gestattet zu bekommen, wesentlich höher geworden.¹⁷ Auch der Zuzug von Familienangehörigen aus dem Ausland ist mit der Regelung von 2007 verschärft worden.¹⁸ Gegenwärtig (Januar 2016) wird sogar die Aussetzung des Familiennachzugs für bestimmte Gruppen diskutiert. Hinzu kommen die massiven Abschottungsmaßnahmen an den EU-Außengrenzen. Mit dem Beitritt weiterer Staaten zur EU sind die Distanzen größer geworden, die Migrantinnen und Migranten zurücklegen müssen, um sich irregulär in Deutschland aufhalten zu

13 | Vgl. Spallek/Razum (2008), S. 276. Beispiele für systematische Übersichtsstudien zum Gesundheitszustand, Morbidität und/oder Mortalität von Migrierten in Deutschland sind: Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (2008a) und (2008c), Knipper/Bilgin (2009) sowie Kohls (2008) und (2011). Es existiert darüber hinaus eine Vielzahl an Einzelpublikationen zu verschiedenen Aspekten von Gesundheit bei Migrantinnen und Migranten im nationalen und internationalen Raum.

14 | Folgende empirische Studien wurden u. a. für die Gewichtung und die Zusammenstellung berücksichtigt: Alt (1999), Anderson (2003), Stobbe (2004), Krieger et al. (2006), Bommers/Wilmes (2007), Fleischer (2007), Castañeda (2009), Huschke (2013).

15 | Vertiefend zu den Statistiken der NGOs siehe das Kapitel 3.3.

16 | Vgl. Kohls (2008), S. 17-32.

17 | Die Möglichkeiten z.B. eine sogenannte »Green Card« zu erhalten sind durch hohe bürokratische und inhaltliche Anforderungen an die Bewerberinnen und Bewerber gering. Es ist nicht mit der Phase der »Gastarbeiter-Anwerbung« zu vergleichen, die durch den Anwerbestopp bereits 1973 beendet worden ist.

18 | Siehe hierzu Kapitel 2.5.

können. Auch wenn die Zahl der Flüchtlinge im Jahr 2015 stark zugenommen und vermutlich 2016 weiter ansteigen wird, sind es nicht vereinfachte Migrationswege, die den Anstieg bedingen.¹⁹ Es sind vermutlich vor allem gesunde Menschen, die sich zu einer Auswanderung entschließen und in der Lage sind, den enorm hürdenreichen Migrationsprozess auf sich zu nehmen.

2. Demografischer Faktor: Vorwiegend junge Menschen sind fähig und bereit für den schwierigen Migrationsprozess (s.o.). In jüngeren Jahren besteht meist noch keine eigene Familie als an das Herkunftsland bindender Faktor.²⁰ In vielen Ländern ist zudem im Vergleich zu Deutschland die Bevölkerung wesentlich jünger, es gibt also mehr Menschen in jüngeren Jahren, die migrieren können.²¹ Es ist zudem unklar, inwieweit Migrantinnen und Migranten wieder in ihr Heimatland zurückkehren bzw. dies eher tun, wenn sie erkranken oder ins höhere Lebensalter eintreten und nicht mehr zur berufstätigen Bevölkerung gehören. Dies hätte einen doppelten Effekt: Zum einen »verjüngt« es die migrierte Bevölkerung, zum anderen stellt sie sich statistisch gesünder dar, wenn die »Alten« und Kranken in ihr Heimatland zurückkehren.

In der Forschung zum *Healthy-Migrant-Effect* wird als ein weiterer Faktor ein *Late-Entry-Bias* diskutiert. Dem zugrunde liegt die Überlegung, dass Zugewanderte erst einige Zeit nach ihrer Migration in Studien eingeschlossen werden, in der Zwischenzeit aber Kranke und Migrantinnen/Migranten, die erfolglos eine Arbeitsstelle gesucht haben, remigriert sind und daher nur die »Erfolgreicheren« im Zielland verbleiben.²² Bezüglich einer tatsächlichen Ver-

19 | Vermutlich bedingen verschiedene Faktoren den Anstieg der Flüchtlingszahlen weltweit: Das UN-Flüchtlingshilfswerk UNHCR verzeichnete bereits 2014 so viele Flüchtlinge wie noch nie und sieht die Gründe v.a. im Bürgerkrieg in Syrien, neue Konflikte in verschiedenen Staaten der Welt sowie dem ungebrochenem Druck auf die Aufnahmeländer. Zudem ist die humanitäre Hilfe unterfinanziert und die Situation der syrischen Flüchtlinge in den angrenzenden Aufnahmeländern hat sich weiter verschärft. Vgl. UNHCR (2015) sowie im Internet: <https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/fluechtlinge/zahlen-fakten.html>, www.unhcr.de/archiv/nachrichten/artikel/be170c36ad381019e5f0f71941cd9543/warum-fluechtlinge-nach-europa-kommen.html [24.01.2016].

20 | Vgl. Knipper/Bilgin (2008), S. 35 und Han (2005), S. 15. Allerdings weisen Befragungen von illegal Beschäftigten darauf hin, dass Migrantinnen und Migranten nach Deutschland kommen, um das nötige Geld verdienen zu können, die Familie ausreichend zu unterstützen und den eigenen Kindern eine Ausbildung zu ermöglichen. Aber auch diese Zugewanderten sind meist noch im jüngeren Alter, da sie ihre Aufgabe darin sehen, ihren Kindern mit einer guten Ausbildung Aufstiegschancen zu ermöglichen.

21 | Vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2011): www.bib-demografie.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Download/Bevoelkerungsforschung_Aktuell/bev_aktuell_0611.pdf?__blob=publicationFile [19.07.2013].

22 | Vgl. Razum/Rohrmann (2002).

änderung des Gesundheits- bzw. Krankheitszustands der Migrierten ohne Papiere im Zielland lassen sich mit dem Modell des Epidemiologen Razum²³ theoretisch folgende Komponenten beschreiben:

- Infektionsepidemische Komponente: Die Morbidität und Mortalität nimmt im Zielland ab, da weniger Menschen an Infektionskrankheiten erkrankt sind und es eine höhere Durchimpfung der Bevölkerung im Vergleich zum Herkunftsland gibt.
- Therapeutische Komponente: Zwar ist der Zugang zur medizinischen Versorgung stark eingeschränkt, aber in einigen Großstädten durch Gesundheitsämter und NGOs ermöglicht. Das könnte in dem Fall eine Verbesserung der Gesundheit herbeiführen, wenn im Herkunftsland der Zugang zu medizinischen Einrichtungen nicht möglich war.
- Risikofaktorenkomponenten: Durch bessere Umweltbedingungen nehmen einige Risiken ab, während andere Risiken durch die Veränderung von Ernährungs- und Bewegungsweisen zunehmen.
- Barrieren: Sprachliche Schwierigkeiten, unterschiedliche kulturelle Vorstellungen sowie durch den Aufenthaltsstatus bedingter mangelhafter Zugang zu Prävention und medizinischer Versorgung heben das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko. Auch fehlende Kenntnisse zum deutschen Gesundheitssystem können relevant sein, so dass bestehende Angebote nicht wahrgenommen werden.
- Belastungserfahrungen in frühen Lebensphasen bedingen späte gesundheitliche Folgen, die kumulativ auftreten sowie eine geringere Ausbildung von Ressourcen zur Krankheitsbewältigung.²⁴
- Stressfaktoren: Der Migrationsvorgang, ein unsicherer Aufenthalt, die Trennung von Familie und Freunden sowie die unbekannt neue Lebenswelt können erheblichen Stress für das Individuum bedeuten.

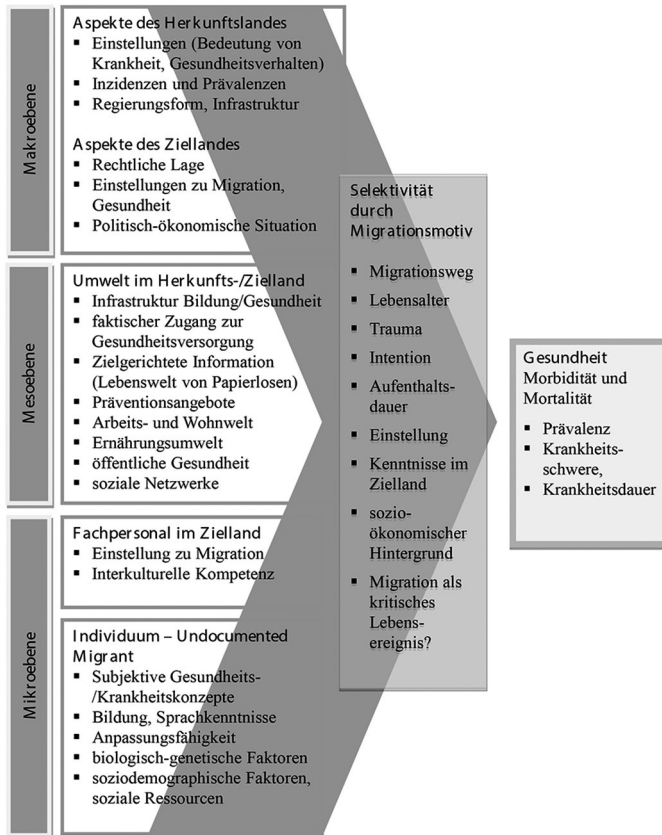
Im Vergleich zur Bevölkerung im Zielland spielen außerdem die genetische Komponente und Bedingungen im Herkunftsland eine Rolle: Unveränderliche genetische Dispositionen und differierende Umwelteinwirkungen in der Zeit des Aufenthaltes im Herkunftsland beeinflussen die Gesundheit der Migrierten. Mit dem Konzept des »gesundheitlichen Übergangs« wird eine Veränderung der Ursachen für Sterblichkeit als auch der Mortalitätsrate in Ländern dargestellt. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich abhängig vom »Entwicklungsstand« des Landes der Prozess des Übergangs fortentwickelt von einer hohen Sterblichkeit – vorwiegend bedingt durch Infektionserkrankungen – zu

23 | Vgl. Spallek/Razum (2008), S. 278.

24 | Vgl. Borgetto et al. (2007), S. 70.

einer niedrigen aufgrund v. a. nichtübertragbarer Erkrankungen.²⁵ Abb. 1 stellt die verschiedenen Determinanten und ihre strukturellen Ebenen dar.

Abbildung 1: Einflussfaktoren des Gesundheitszustandes von Migrantinnen und Migranten ohne Papiere



Quelle: Eigene Darstellung auf der Grundlage von Han (2010), Klemperer (2010) und Kohls (2008).

Aus Deutschland gibt es viele Berichte von Interessensverbänden und wissenschaftliche Publikationen, die auf Interviews basieren, welche mit Menschen ohne Papiere, mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Wohlfahrtsverbänden, NGOs und Gesundheitsämtern durchgeführt worden sind. Sie schildern zahlreiche Einzelschicksale und individuelle Wahrnehmungen. So wird etwa immer wieder darauf hingewiesen, dass Erkrankte häufig sehr spät kommen,

wenn Krankheiten bereits weit fortgeschritten oder in ein gefährliches akutes Stadium getreten sind.²⁶ Die folgenden beiden Schilderungen aus Köln und Mainz sind zwei von vielen Beispielen:

»Sie war schwanger und gleichzeitig krank. Sie hat ganz lange Zeit Tabletten gegen die Schmerzen im Magen eingenommen, kurz bevor das Kind geboren werden sollte haben die Ärzte dann einen Tumor festgestellt, der herausoperiert werden musste. Was sollten sie machen? Die Kosten wären sehr hoch gewesen, und die Familie konnte das nicht bezahlen. Keiner wollte die Kosten hier übernehmen, keine Organisation, deswegen war die Hoffnung in Spanien [...]. Da wurde sie dann auch behandelt, aber leider war es zu spät, sie ist gestorben und hat ein gesundes Kind zurückgelassen.«²⁷

»Die Erkrankungen ähneln denen einer deutschen Allgemeinpraxis, häufig jedoch deutlich schwerer ausgeprägt. Defekte Zähne sind nur noch als Stummel vorhanden, die Blinddarmentzündung ist bereits durchgebrochen und muss sofort operiert werden, die Schwangere trifft am Tag der Entbindung erstmals einen Frauenarzt und der Patient mit monatelangem Husten hat ein so weit fortgeschrittenes Bronchialkarzinom, dass er nur noch palliativ behandelt werden kann.«²⁸

Bezüglich der Krankenhauseinweisungen gibt z.B. die MMM-Köln an, dass nur bei ernsten klinischen Symptomen eine stationäre Überweisung von der MMM in Anspruch genommen wird. Sie stellt fest:

»Die Einweisungsdiagnosen wurden mit den Entlassungsdiagnosen der Kliniken abgeglichen und statistisch erfasst. Besonders bei den bösartigen Tumorerkrankungen fiel auf, dass sich alle Patienten beim ersten Arztbesuch schon in einem weit fortgeschrittenen Tumorstadium befanden, die eine Diagnose bereits beim Erstkontakt durch eine einfache klinische Untersuchung ermöglichte [sic!].«²⁹

Auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Open.med in München berichten in ihrer Publikation aus dem Jahr 2009:

26 | Vgl. Krieger et al. (2006), S. 18; Castañeda (2009), S. 1557; Diakonie Hamburg/Landesverband der Inneren Mission e.V. (2009), S. 202-203; Groß/Bieniok (2011), S. 227; Ärzte der Welt e.V. (2011), S. 12-13; Bommers/Wilmes (2007), S. 66 und S. 72-74; Malteser Hilfsdienst e.V. Berlin (2011), S. 4; auch die MMM aus z.B. Frankfurt a.M. (2011), Darmstadt (2010) und München (2011) berichten von Patientinnen und Patienten, die erst sehr spät die Praxis aufsuchen. Auch in vielen älteren Publikationen finden sich entsprechende Befunde, beispielsweise bei Anderson (2003), S. 34.

27 | Bommers/Wilmes (2007), S. 73.

28 | Malteser Hilfsdienst e.V. Mainz (2010), S. 4.

29 | Malteser Hilfsdienst e.V. (2009), S. 9.

»Als ein Problem stellt sich allerdings die verspätete Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe dar. Gerade innerhalb der besonders ängstlichen Gruppe der Menschen ohne Aufenthaltsstatus zögert ein nicht unwesentlicher Teil bis zum letzten Moment, bevor sie auf unser Hilfsangebot zurückgreifen – und das obwohl ihr Gesundheitszustand ein wesentlich früheres ärztliches Eingreifen erforderte. Folge davon sind Chronifizierung von Erkrankungen und Schmerzen.«³⁰

Inwiefern es objektiv zu einer verspäteten Inanspruchnahme medizinischer Versorgung kommt, bleibt spekulativ, insbesondere für die Städte, die inzwischen ein relativ umfassendes »Hilfesystem« aufweisen. Allerdings weist bereits die Aussage der MMM-Köln auf auch dort bestehende Problemsituationen hin. Dass der restriktive und oft unklare Zugang zu einer medizinischen Einrichtung ausschlaggebend für den Zeitpunkt der Inanspruchnahme von Diagnostik und Behandlung ist (und nicht beispielsweise lediglich individuelle Entscheidungsmuster), darauf weisen u.a. Studienergebnisse aus Spanien hin. Seit 2002 haben alle sich in Spanien aufhaltende Menschen unabhängig ihres Aufenthaltsstatus' ein Recht auf eine *medical card* und damit auf eine kostenlose medizinische Versorgung.³¹ Im Jahr 2005 wurden in einer Studie Migrantinnen und Migranten ohne Papiere nach Erkrankungen in der Vergangenheit und der Nutzung gesundheitlicher Versorgungseinrichtungen befragt. Die Studie zeigt im Gegensatz zu einer Untersuchung, die vor Einführung der Gesetzesänderung durchgeführt worden ist nun keinen Unterschied mehr in der Wahrnehmung gesundheitlicher Dienste zwischen Zugewanderten mit und ohne legalen Aufenthaltsstatus.³² Die Autoren betonen die Bedeutung von politischen Entscheidungen:

»Nonetheless, the finding that illegal migrants use health services when ill with similar frequency than other migrants is encouraging, as it suggests that significantly positive improvements can be made once legal barriers are removed, and therefore, public health policies may have a positive impact in reducing health inequalities.«³³

30 | Ärzte der Welt e.V. (2009), S. 12.

31 | Laut Zeitungsmeldungen trat zum 1. September 2012 das »Real Decreto Ley 16/2012« in Kraft, wonach nur noch Notfälle, Schwangere und Kinder kostenlosen Zugang zum regulären Gesundheitssystem in Spanien haben. Alle anderen Menschen ohne Papiere müssen dann eine private Krankenversicherung abschließen, die monatlich 59,20 € für unter 65-Jährige und 155,40 € für die Älteren kosten soll. Vgl. Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) (2012).

32 | Vgl. Torres-Cantero et al. (2007) und Torres/Sanz (2000).

33 | Torres-Cantero et al. (2007), S. 485.

Entscheidende Unterschiede in der Wahrnehmung von Gesundheitsdiensten konnten in dieser Studie hinsichtlich des Bildungsgrades und der Aufenthaltsdauer in Spanien für Zugewanderte mit und ohne Papiere gleichermaßen festgestellt werden.³⁴ Eine Befragung von 100 undokumentierten Migrantinnen in den Niederlanden ergibt ganz ähnliche Ergebnisse. Der restriktive Zugang zur Gesundheitsversorgung führt zu einer wesentlich geringeren medizinischen Versorgung: »Undocumented female immigrants have unmet health care needs (56 %) and low health care utilisation. Sixty-nine per cent of the women reported obstacles in accessing health care facilities.«³⁵ Die Hürden beinhalten sowohl institutionelle Hindernisse wie Abweisung durch das Personal, Diskriminierungen und finanzielle Forderungen als auch persönliche Ängste vor Kosten und vor der Polizei. Häufig fehlte allerdings zudem das Wissen um die Möglichkeiten medizinischer Betreuung in den Niederlanden.³⁶ Der Gesundheitszustand bzw. das Outcome der Subpopulationen bleibt weiterhin unbekannt. Studien aus anderen Ländern³⁷ betonen allerdings ebenfalls die Bedeutung restriktiver Gesetze für die Gesundheitssituation undokumentierter Migrantinnen und Migranten: »There was also a consensus among the participants about the high levels of morbidity associated with the problem of access to care.« Die befragten *health care professionals* dieser Studie aus Kanada berichten von den Folgen des auch dort behinderten Zugangs zu medizinischen Einrichtungen für Migrierte mit prekärem Status im Sinne eines *Unhealthy-Undocumented-Effects*. Sie schildern übereinstimmend vom verspäteten Therapiebeginn bei akuten und chronischen Erkrankungen:

»[...] poor follow-up for chronic conditions like hypertension and diabetes, problems of access to treatment for tuberculosis and HIV, and worsening of mental health problems. Perinatal care was reported as an area of numerous difficulties ranging from absence of any prenatal care, to: serious complications of eclampsia and ectopic pregnancy, complicated labours and an increased rate of C-sections, aggravated by the refusal of anesthesiologists to proceed with an epidural on the basis that it is an »unnecessary« measure. In the case of children and youth, problems included delayed surgical

34 | Vgl. ebd., S. 484.

35 | Schoevers et al. (2010), S. 421.

36 | Vgl. ebd., S. 425-426.

37 | Siehe beispielsweise Caulford/Vali (2006) aus Kanada, Larchanché (2012) aus Frankreich, Torres-Cantero et al. (2007) aus Spanien, Wolff et al. (2008) und Sebo et al. (2011) aus der Schweiz, Delvaux et al. (2001) und Dauvrin et al. (2012) aus verschiedenen europäischen Staaten. Die meisten publizierten Untersuchungen werteten Interviews medizinischer Expertinnen und Experten oder Angaben von medizinischen Versorgungseinrichtungen aus, die Erfahrungen in der Versorgung undokumentierter Migrantinnen und Migranten haben.

interventions, prolonged absence of adequate care for acute mental health conditions (post-traumatic stress disorder and depression), and unavailability of rehabilitation services for children with autism and other developmental problems. Although mortality data are not available, one coroner we interviewed reported that in the last year he had identified four cases of wrongful death that he considered directly related to migration status concerns.«³⁸

Informations- und Präventionskampagnen in Deutschland haben zum Ziel, die Bevölkerung zu sensibilisieren, um eine frühe Diagnostik zu ermöglichen. Neben dem Zugang zum Gesundheitssystem ist für undokumentierte Migrantinnen und Migranten auch die Erreichbarkeit durch Aufklärung und Information stark eingeschränkt. Von präventiven Maßnahmen wie z.B. die Untersuchungen U3-U10 für Kinder und Jugendliche, Schwangerschaftsvorsorge- oder Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bleiben Menschen ohne Papiere zudem häufig faktisch ausgeschlossen. Hinsichtlich der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen kann die KiGGS-Studie³⁹ des Robert Koch-Instituts einen Hinweis auf die Bedeutung des Aufenthaltsstatus für die Wahrnehmung der empfohlenen präventiven Untersuchungen geben. Bei dieser ersten bundesweiten, repräsentativen Langzeitstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland wurde die Stichprobe zwar aus dem Einwohnermelderegister gezogen, allerdings wurden dabei Menschen, die einen unsicheren Aufenthaltsstatus angaben, miterfasst. Bei der Wahrnehmung der U3-U9, die in der Altersspanne 4. Lebenswoche bis 6. Lebensjahr durchgeführt werden, zeigt sich die signifikant verminderte Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen von Menschen mit nur unsicherem Aufenthaltsstatus.⁴⁰ Mit zunehmendem Alter der Kinder nimmt die Durchführung mit Ausnahme der U6 weiter ab. Die U9 wurde schließlich nur noch bei 44,6 % der befragten Migrantinnen und Migranten mit unsicherem Aufenthalt durchgeführt im Vergleich zu 86,6 % in der Gruppe der Kinder ohne Migrationshintergrund⁴¹ und 62,3 % bei beidseitigem Migrationshintergrund. Neben den möglichen Gründen für die geringe Inanspruchnahme bei Mig-

38 | Rousseau et al. (2008), S. 291.

39 | KiGGS: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: www.kiggs.de/ [25.01.2016].

40 | RKI/Statistisches Bundesamt (2008b), S. 109.

41 | Zur Definition von »Migrationshintergrund«: Beim Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) wird der Terminus »Kinder mit Migrationshintergrund« für Kinder verwendet, die unter 18 Jahre alt sind und entweder selbst aus einem anderen Land nach Deutschland zugewandert sind und von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland, zugewandert oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit ist. Als beidseitiger Migrationshintergrund wird erstere Variante definiert. Vgl. Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (2008c), S. 14-15.

rantinnen und Migranten mit nur unsicherem Aufenthaltsstatus, wie z.B. Asylsuchende und Kriegsflüchtlingen, ist bei Menschen ohne Papiere aufgrund des zusätzlich erschwerten Zugangs zur Gesundheitsversorgung davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme noch wesentlich geringer ausfällt. Auch werden in nur wenigen Städten, soweit es öffentlich bekannt gemacht wird, Kindersprechstunden und Früherkennungsuntersuchungen anonym und kostenlos angeboten.⁴² Die Untersuchung des Robert Koch-Instituts zeigt die unterschiedliche Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder in den Populationen abhängig vom Herkunftsland, der Aufenthaltsdauer in Deutschland und dem Grad der Integration.⁴³ Insgesamt finden sich vermutlich sehr viele junge Menschen unter den Menschen ohne Papiere in Deutschland. Die Berechnungen des HWWI und die Daten der Hilfsorganisationen weisen auf einen demografischen Faktor im Sinne eines *Healthy-Migrant-Effect*-Argumentes hin (s. auch Kapitel 2.2).⁴⁴ Das HWWI schätzt den Anteil der 20- bis 40-Jährigen auf etwa 70 %. Es lassen sich für die These, dass insgesamt gesündere Menschen migrieren und in der Gesellschaft verbleiben, für Menschen ohne Papiere in Deutschland keine Studien heranziehen, allerdings sprechen einige Überlegungen dafür. Kohls stellt in seiner Studie zum *Healthy-Migrant-Effect* folgende Überlegung zur unerlaubten Migration an:

»Dabei treten enorme Unsicherheitsaspekte bei einem illegalen Aufenthalt im Zielland der Migration auf (Sinn et al. 2006), die dazu führen, dass, im Sinne des *Healthy-Migrant-Effects*, nur die Gesündesten und Motiviertesten eine illegale Zuwanderung wagen. Daher dürfte die Selektivität der Migranten hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes überdurchschnittlich sein, die dann, zumindest in der ersten Zeit nach der Zuwanderung, in einer niedrigeren Mortalität als bei der Bevölkerung des Ziellandes ihren Ausdruck findet.«⁴⁵

42 | Seit 2011 bietet beispielsweise der Fachbereich Jugend der Region Hannover eine »Kindersprechstunde« an, in der bei Bedürftigkeit die Früherkennungsuntersuchungen kostenlos durchgeführt werden: www.medinetz-hannover.de [25.01.2016].

43 | Zur Definition: Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (2008b), S. 2: »Dreistufiger Index, der sich auf die gesellschaftliche Teilhabe in bestimmten Bereichen bezieht. Es gehen ein: Informationen zum Grad der Deutschkenntnisse, Berufsstatus der Eltern, schulischer Erfolg der Kinder, soziale Einbindung und Aufenthaltsstatus.«

44 | Auch die Analyse von Castañeda aus Berlin (2009), die den Zeitraum 2004 bis 2006 ausgewertet hat, und die Studie von Boetel (2011), die Daten von Open.med in München und einer Anlaufstelle in Zürich von 2007 bis Juni 2008 analysiert hat, zeigen ein insgesamt junges Patientinnen- bzw. Patienten-Kollektiv.

45 | Kohls (2008), S. 19-20.

Die übrigen – als möglicherweise im Zielland gesundheitsfördernd geltenden Faktoren wie die therapeutische und die Risikofaktorenkomponente – kommen für undokumentierte Migrantinnen und Migranten vermutlich nicht zum Tragen. Denn möglicherweise sind es häufig gerade die höheren Bildungsschichten bzw. besser Ausgebildeten eines Landes, die die Migration über weite Distanzen auf sich nehmen und bezahlen können.⁴⁶ Daher hatten sie in ihrem Herkunftsland vermutlich eher Anschluss an medizinische Dienste und entstammen einem höheren sozioökonomischen Status mit besseren Wohn- und Arbeitsverhältnissen. Mit der unerlaubten Migration ist wahrscheinlich eher ein sozialer Abstieg verbunden, der trotzdem auf sich genommen wird, um beispielsweise durch den Geldtransfer in das Herkunftsland Familienmitgliedern eine bessere Ausbildung zu ermöglichen.⁴⁷ Die Arbeitssituation variiert individuell stark. Es ist denkbar, dass sich mit der EU-Erweiterung die Dauer des Aufenthalts in der rechtlichen Illegalität verlängert hat, was die Bedeutung des restriktiven Versorgungssystems für den Gesundheitszustand noch größer werden lässt.⁴⁸ Größere Distanzen zu Herkunftsländern und enorme Hürden einer Wiedereinreise müssen überwunden werden. Ebenso wird die mangelnde Präventionsarbeit für diese Zielgruppe so zu einem entscheidenderen Faktor. Beengte Wohn- und Lebenssituationen stehen Faktoren wie beispielsweise der insgesamt meist höhere Lebensstandard und eine geringere Prävalenz von einigen Infektionserkrankungen in Deutschland entgegen: Eine Studie des Bremer Gesundheitsamtes geht auf epidemiologische Überlegungen zur Verbreitung von Krankheiten ein. Die Ergebnisse legen nahe, dass Infektionskrankheiten bei den untersuchten Asylsuchenden und Flüchtlingen nur eine untergeordnete Rolle spielen und daher epidemiologisch für die hiesige Bevölkerung keine Bedeutung haben.⁴⁹ Es handelt sich dabei um absolut niedrige Fallzahlen. Das Robert Koch-Institut weist hingegen

46 | Vgl. Huschke (2013), S. 102; Sebo et al. (2010), S. 510; Fleischer (2007), S. 11; Steffan et al. (2005), S. 24.

47 | Interviewte Kameruner Migrantinnen und Migranten in Berlin gaben im Rahmen einer Studie auch an, dass die Perspektivlosigkeit im Herkunftsland zur Migration motiviert, da trotz einer guten Ausbildung kaum Aussichten auf einen angemessenen Arbeitsplatz bestehen: »In Cameroon corruption destroys the country [...] many young educated men don't find work and if they do so, the working conditions are too bad.« Vgl. Fleischer (2007), S. 9. Auch die von Susann Huschke interviewten Lateinamerikanerinnen und -amerikaner berichten von der Perspektivlosigkeit als Migrationsursache. Vgl. Huschke (2013), S. 102.

48 | Vgl. beispielsweise Fleischer (2007), S. 12.

49 | »Außerdem führten auch die beengten Wohnverhältnisse mit teilweise gravierenden hygienischen Mängeln und die ungewohnte Gemeinschaftsernährung zu Erkrankungen oder zu zusätzlichem psychischen Stress, der sich auch in körperlichen Symptomen äußern konnte.« Gesundheitsamt Bremen (2011), S. 18-19.

auf die insgesamt höhere Inzidenz von beispielsweise Tuberkulose bei Menschen mit einer anderen Staatsangehörigkeit hin bzw. auf eine ebenfalls vermutlich höhere Inzidenz neudiagnostizierter HIV-Infektionen bei Menschen, die die meiste Zeit ihres Lebens in einem anderen Land verbracht haben.⁵⁰ Psychiatrische Erkrankungen stellen für die Hilfsorganisationen ebenfalls eine besondere Problemlage dar. In einer Studie aus Berlin, in der die Daten der Patientinnen und Patienten eines Wohlfahrtsverbandes über einen Zeitraum von zwei Jahren ausgewertet und durch Interviews ergänzt worden sind, wird der Gesamtkontext der Lebenssituation »Illegalität« angesprochen.⁵¹ Die Kosten einer umfassenden psychiatrischen Betreuung können durch spendenfinanzierte Einrichtungen häufig nicht getragen werden. Die Bremer Studie zur Gesundheitssituation von Asylsuchenden und Flüchtlingen weist für diese Gruppe darauf hin, dass psychische Erkrankungen zu wenig Beachtung finden und häufig »Somatisierungen« als Form des Ausdrucks der Erkrankungen nicht hinlänglich berücksichtigt werden.⁵² Die Untersuchung verdeutlicht neben den für diese Gruppe bestehenden Defiziten in den gesetzlichen Ansprüchen außerdem die Notwendigkeit ausreichend geschulten Personals.⁵³ Die Überlegungen zur Unterdiagnostik lassen sich auch auf Einrichtungen zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung beziehen, da dort psychische Erkrankungen als Diagnose eher selten sind und wenige (oder keine) Kapazitäten bestehen, eine langdauernde psychische oder psychiatrische Behandlung zu finanzieren.⁵⁴

Die große Diversität der Migrantinnen und Migranten ohne Papiere hinsichtlich Herkunft, Alter, Migrationsgrund etc. und die Vielzahl der Einflussgrößen erschweren eine allgemeine Einschätzung, in welchem Maße von einem *Healthy-Migrant-Effect* in dieser Gruppe gesprochen werden kann. Einige der zuvor genannten Faktoren könnten allerdings eine (Gruppen-) übergreifende Bedeutung für die Morbiditätsentwicklung haben, so dass sich zusammenfassend aus vorgenannten Überlegungen folgende Hypothese ergibt: Bei Menschen ohne Papiere gibt es einen statistischen *Healthy-Migrant-Effect*. Die gesundheitlichen Konsequenzen für Zugewanderte, die sich einst ohne Papiere in Deutschland aufgehalten haben, sind tatsächlich negativ im Sinne eines *Unhealthy-Undocumented-Effect*. Ein vermutlich negativer Effekt ergibt sich im Vergleich zur relativen Morbiditätsentwicklung der Bevölkerung im Zielland. Zusammenfassend ist erster Teil der Annahme das Ergebnis folgender Überlegungen:

50 | Siehe hierzu Kapitel 4.2.2 und 4.3.2.

51 | Vgl. Castañeda (2009), S. 1558.

52 | Vgl. Mohammadzadeh (1993).

53 | Vgl. Gesundheitsamt Bremen (2011), S. 9.

54 | Siehe dazu Kapitel 3.3.2.

1. Undokumentierte Migrantinnen und Migranten sind insgesamt jüngere Menschen (bis zu 70 % sind zwischen 20 und 40 Jahren),
2. es sind vermutlich die besser ausgebildeten, einkommensstärkeren und gesünderen Menschen, die über weite Distanzen migrieren können,
3. schwer Erkrankte erhalten eher eine Duldung oder einen Aufenthaltsstatus und fallen damit nicht mehr unter »undokumentiert«,
4. schwer Erkrankte remigrieren oder werden nach unumgänglicher Behandlung abgeschoben,
5. mit Zunahme der Aufenthaltsdauer steigt das Risiko für lebensalterbezogene Erkrankungen und die Wahrscheinlichkeit, freiwillig oder unter Zwang, zu remigrieren oder aber einen Aufenthaltsstatus zu erlangen,
6. (Risiko-)Geburten finden meist mit dem Status einer Duldung statt.

Der zweite Teil der Annahme ergibt sich aus Folgendem:

1. Durch die Barrieren werden Einrichtungen des Gesundheitssystems (regulär oder parallel) verspätet aufgesucht mit negativen Folgen für den Gesundheitsstatus,
2. es besteht ein mangelhafter Zugang zu präventiven Angeboten,
3. beengte Wohnverhältnisse begünstigen Infektionserkrankungen,
4. ein unsicheres Lebensgefühl führt vermehrt zu psychischen Erkrankungen,
5. bei Erkrankten liegt ein Abschiebehindernis vor oder/und sie remigrieren.

Razum hat weitere Faktoren angeführt, die Auswirkungen auf die Gesundheit und die statistische Erfassung der Mortalität haben können. Das »gängige« Modell eines *Healthy-Migrant-Effect* wird von ihm weiter entwickelt, insbesondere unter Berücksichtigung des »gesundheitlichen Übergangs«, einer zunehmenden Öffnung im Zugang zu Gesundheitsdiensten und einer »logischen Inkonsistenz«, die er im bisherigen Modell ausmacht.⁵⁵ Nach dem »alten« Modell müssten also durch den selektiven Prozess Gesundere gegenüber der Herkunftsbevölkerung nach einiger Zeit im Zielland durch die dortigen Benachteiligungen ihren *Healthy-Effect* verlieren. Doch Gesundheit und Krankheit bzw. Mortalität sollten relativ zur Herkunftsbevölkerung beurteilt werden. Auch sei die Haltung bzw. Einstellung der Migrierten in bisherigen empirischen Studien nicht berücksichtigt. In Hinblick auf undokumentierte Migrantinnen und Migranten sind wie ausgeführt zusätzliche Faktoren zu berücksichtigen. In der Argumentation wird hier mit der Gesundheitsentwicklung der Bevölkerung im Zielland verglichen. Zwar könnte die genetische Disposition eher zum Vergleich zur Herkunftsbevölkerung verweisen, die sozioökono-

55 | Vgl. Razum (2009), S. 271.

mischen, gesellschaftlichen, ökologischen und politischen Bedingungen des Ziellandes sind allerdings ebenfalls entscheidende Einflussgrößen. Das Modell des *Healthy-Migrant-Effect* und die weiterführenden Überlegungen sind in Hinblick auf mehrere Aspekte relevant: Es sind keine spezifischen Maßnahmen bezüglich eines vermuteten höheren Krankheitsstandes bei undokumentierten Migrantinnen und Migranten notwendig. Gerade mit Blick auf bestehende Zwangsuntersuchungen, wie sie beispielsweise mit der Testung auf HIV bei Asylsuchenden in Bayern bestehen, sind auch unter einem infektionsepidemiologischen Gesichtspunkt solcherlei Maßnahmen bei Menschen ohne Papiere nicht begründbar. Einen wesentlichen Aspekt erwähnt Razum in Hinblick auf egalitaristische Ansätze. Eine

»niedrigere Mortalität der Migranten (aus egalitaristischer Sicht eine Erfüllung von Gleichheit) bedeutet nicht die Anwesenheit von Gerechtigkeit; und sie bedeutet auch nicht, dass die Prävalenz von Risikofaktoren niedrig ist und daher keine präventiven Interventionen erforderlich sind.«⁵⁶

Ein vermuteter *Healthy-Migrant-Effect* sollte eben nicht darüber hinwegtäuschen, dass bei Defiziten in der Gesundheitsversorgung eine Handlungsnotwendigkeit bestehen kann.

3.2 BEHANDLUNGSWEGE IN DER AUFENTHALTS-RECHTLICHEN ILLEGALITÄT

Der Ausschluss aus dem regulären Gesundheitssystem lässt Betroffene im Krankheitsfall nach Alternativen suchen. Er führte in den letzten Jahrzehnten zur Ausbildung eines Sektors der humanitären Hilfe in Deutschland, der eine ärztliche Behandlung undokumentierter Migrantinnen und Migranten in engen Grenzen ermöglicht. Hierzu gehören die Malteser Migranten Medizin (MMM) und die Medizinischen Flüchtlingshilfen (Medibüros/-netze/Medizinische Flüchtlingsberatung; hier kurz: Medibüro), die in mittlerweile 39 Städten einen Standort haben. Davon sind 17 Großstädte mit über 300.000 Einwohnerinnen und Einwohnern (EW), weitere 17 Städte haben 100.000 bis 300.000 EW und schließlich vier Städte unter 100.000 EW.⁵⁷ Neben den Medibüros und der MMM existieren noch weitere Anlaufstellen wie Open.med von Ärzte der

56 | Ebd., S. 272.

57 | Es sind gegenwärtig (Stand: März 2015) 32 Medibüros, Medinetze bzw. Flüchtlingshilfen und 14 MMM in insgesamt 39 Städten: www.medibueros.org und www.malteser-migranten-medizin.de/mmm-vor-ort.html?type= [09.03.2015]. Hinzu kommt noch die Stadt Wiesbaden, die eine »Humanitäre Sprechstunde« anbietet.

Welt in München, aber auch Gesundheitsämter, die gemäß ihres gesetzlichen Auftrags »sozialkompensatorisch« die Versorgungslücke bei sexuell übertragbaren Erkrankungen, Tuberkulose und auch anderen Erkrankungen für vulnerable Gruppen schließen. Es gibt Straßenambulanzen, das MedMobil in Stuttgart und verschiedene Formen von Betreuungsstationen für Obdachlose.⁵⁸ In Hamburg wurde im Februar 2012 ein Fondsmodell eingeführt, das die Behandlung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte teilfinanziert.⁵⁹ Dabei unterscheiden sich Struktur, Umfang des Angebots, die Entstehungsgeschichten und das Selbstverständnis der einzelnen Einrichtungen mitunter grundlegend voneinander: Das erste »Medibüro« wurde 1994 in Hamburg gegründet. Es folgten bis zum Jahr 2015 in 31 weiteren Städten Gründungen in unterschiedlicher Größe, Zusammensetzung und Anbindung. Gemeinsam ist den Medizinischen Flüchtlingshilfen die vermittelnde Tätigkeit als Teil ihrer praktischen Arbeit, um Menschen ohne Krankenversicherung eine medizinische Versorgung zu ermöglichen. Hierzu gibt es eine Sprechstunde und die telefonische Erreichbarkeit bzw. einen Anrufbeantworter an den übrigen Tagen. Nach Symptomeinordnung wird je nach Bedarf an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, Hebammen etc. weitervermittelt. Diese hatten sich zuvor bereit erklärt, Erkrankte unentgeltlich oder zu einem geringen Satz nach GOÄ zu versorgen. Manche »medizinischen Anbieter« legen dazu eine Anzahl an Patientinnen und Patienten im Monat fest, die sie bereit sind unentgeltlich zu behandeln. Mit entstehenden Kosten für Laborleistungen, apparativer Diagnostik oder Medikamentengaben gehen die Ärztinnen und Ärzte unterschiedlich um. Manchmal übernimmt eine Praxis die Kosten, in anderen Fällen finanzieren die Medibüros die Kosten aus ihrem Spendenpool bzw. ihrem Vermögen. In vielen Städten gibt es darüber hinaus noch Absprachen mit einzelnen Krankenhäusern, um ggf. eine stationäre Behandlung zu ermöglichen. Häufig werden dafür pauschale Sätze ausgemacht, insbesondere im Bereich der Geburten. Damit wird den Krankenhäusern zu meist nur ein Bruchteil der entstehenden Kosten erstattet.⁶⁰ Oft sind dies die konfessionellen Häuser, die sich aufgrund ihres humanitären Verständnisses zur Hilfe bereit erklären.⁶¹ Die Medibüros werden häufig von ehrenamtlich

58 | Siehe beispielsweise im Internet: www.caritas-frankfurt.de/57617.html und zum MedMobil in Stuttgart: www.ambulantehilfestuttgart.de/MedMobil.html [01.04.2015].

59 | Siehe hierzu im Internet: www.landtag.ltsh.de/infotehk/wahl17/umdrucke/3800/umdruck-17-3890.pdf [25.01.2016].

60 | Darstellung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verschiedener Medibüros im Kontakt zur Autorin. Auch in (Selbst-)darstellungen der Einrichtungen wird hiervon berichtet. Siehe beispielsweise Groß/Bieniok (2011), S. 6.

61 | Zudem wurde vor Inkrafttreten der AVV zum AufenthG im September 2009 Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft (z.B. der Kommune oder des Bundeslandes) als »öf-

Tätigen unterschiedlicher Professionen, Studierenden bzw. Auszubildenden geführt. Auch wenn sich hinter den Einrichtungen trotz der weitestgehend einheitlichen oder zumindest ähnlichen Namensgebung kein einheitliches Konzept verbirgt, verstehen viele Medibüros ihre Arbeit dreiteilig. Jessica Groß vom Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin stellte es in einem Vortrag im Rahmen der Tagung »Gesundheit/Illegalität« des Katholischen Forums »Leben in der Illegalität« 2012⁶² wie folgt dar: Der kurzfristige Ansatz besteht in der praktischen Hilfe in Form der Vermittlung, die mittelfristige Arbeit versucht Veränderungen auf kommunaler Ebene⁶³ zu erreichen, trotz weiterbestehender Begrenzungen durch die bundesweit geltenden Gesetze. Der langfristige Ansatz zielt darauf ab, dass eben diese Gesetze, die eine Wahrnehmung der Menschenrechte von Menschen ohne Papiere verhindern, abgeschafft werden. Aus diesem Selbstverständnis heraus, sehen viele Medibüros ihre Auflösung als Teil ihres Ziels.⁶⁴ In der Broschüre zum zehnjährigen Bestehen formuliert das Medibüro Berlin den Spagat zwischen politischen Forderungen und alltäglicher Unterstützung:

»Ein Widerspruch, der unserem Ansatz immanent ist, ist das Spannungsverhältnis zwischen Forderungen an den Staat und realer Nischenpolitik, die die angeprangerten Probleme so gut wie möglich autonom zu lösen versucht. Wir fordern die staatlich finanzierte medizinische Versorgung für alle – unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus. Gleichzeitig bieten wir eine auf Umwegen organisierte medizinische Versorgung an. [...] Eine Professionalisierung im Sinne von bezahlten Stellen haben wir nie gewollt, da wir keinen Ausbau von Parallelstrukturen mit reduziertem Leistungsumfang wollen, sondern die Integration in die Regelversorgung mit einklagbarem Rechtsanspruch für

fentliche Stelle« verstanden, die als solche der »Übermittlungspflicht« nach § 87 AufenthG unterliege.

62 | Zur jährlich stattfindenden Tagung des Katholischen Forums »Leben in der Illegalität« siehe: www.forum-illegalitaet.de/tagung-illegalitaet-1.html [01.12.2015].

63 | Bemühungen zur Verbesserung der Situation sind sehr vielfältig. Dazu gehört das Konzept des »Anonymisierten Krankenscheins«, ein Fondsmodell wie es beispielsweise in Hamburg eingeführt worden ist, Einrichtungen am Gesundheitsamt, Projektgelder der Kommunen, Absprachen zu Duldungszeiten bei Schwangerschaft usw. Einen, wenn auch inzwischen etwas veralteten, Überblick zu verschiedenen kommunalen Konzepten bietet die Veröffentlichung des Deutschen Instituts für Menschenrechte (2007). Ein ausführliches Konzept zum »Anonymisierten Krankenschein« hat beispielsweise die Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e.V. (2012) entworfen.

64 | Siehe hierzu die Selbstdarstellungen der Medibüros im Internet: www.medibueros.org [26.01.2016]. In den Pressemitteilungen der Bundestreffen wurden gemeinsame Forderungen formuliert: http://medibueros.m-bient.com/fileadmin/user_upload/PMFrankfurt2011.PDF [25.01.2016].

Illegalisierte. Die Selbstorganisation ist einerseits autonom und unabhängig und gerät andererseits immer wieder an ihre Grenzen. Daraus ergibt sich unser eigentliches Ziel: unsere Arbeit überflüssig machen.«⁶⁵

Die Mittel und Wege dahin werden allerdings sehr unterschiedlich eingeschätzt, was unter anderem bei den jährlich stattfindenden bundesweiten Treffen deutlich wird. Die ersten Medibüros gründeten sich oftmals aus »antiras-sistischen Initiativen« heraus, die politische Arbeit betrieben. Andere Gruppen entwickelten sich aus studentischer Initiative, vor allem bedingt durch fachliche Nähe zur Medizin und dem Wunsch nach praktischer Hilfe.⁶⁶ Mitte bzw. Ende der 1990er Jahre, als sich die ersten Medibüros gründeten, waren die Initiativen von der Angst begleitet, dass Menschen ohne Papiere im Umfeld der Anlaufstelle von den Behörden aufgegriffen werden könnten.⁶⁷ Darüber hinaus war bis zum Beschluss der AVV zum AufenthG im September 2009 unklar, inwieweit »humanitär motivierte Hilfe« nach dem AufenthG strafbar

65 | Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin (2006), S. 4-5.

66 | Dazu sei z.B. auf die Selbstdarstellungen aus Berlin und aus Mainz verwiesen. Vgl. Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin (2006), Gather/Schwienhorst (2009) sowie Mylius et al. (2011).

67 | Siehe beispielsweise Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin (2006), S. 12. Inzwischen hat sich allerdings gezeigt, dass die karitative Tätigkeit auf kommunaler Ebene durchaus gewünscht wird und polizeiliche Verfolgung im Umfeld der Einrichtungen nicht stattfindet. Susann Huschke berichtet allerdings von einem Fall aus dem Jahr 2009, wo eine Patientin direkt aus einem Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung eines Gesundheitsamtes in Berlin verhaftet worden war. Vgl. Huschke (2013), S. 212-213. Weitere Fälle von Verhaftungen oder Verfolgungen sind der Autorin aus eigener Tätigkeit und Berichten anderer Anlaufstellen aus den letzten Jahren nicht bekannt. Fälle von Abschiebungen nach dem Besuch medizinischer Behandlungs- bzw. Beratungseinrichtungen würden vermutlich schnell publik werden und mediale Aufmerksamkeit auf sich ziehen. In einigen Orten unterstützen die Städte Projekte finanziell, viele Einrichtungen sind mit Preisen öffentlich ausgezeichnet worden. Darunter beispielsweise die Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum e.V. Ihr wurde 2005 der Preis des von den Bundesministerien des Innern und der Justiz gegründeten Bündnisses für Demokratie und Toleranz verliehen; 2008 erhielt die Medizinische Flüchtlingsolidarität Hannover (Umbenennung in Medizinische Flüchtlingsberatung Hannover e.V. 2012) den »Julius-Rumpf-Preis« der Martin-Niemöller-Stiftung und 2014 zusammen mit der Flüchtlingshilfe Göttingen den Niedersächsischen Integrationspreis; das Medinetz Essen wurde im Jahr 2009 von der Universität Duisburg-Essen mit dem UniAktiv Preis ausgezeichnet; für das Jahr 2011 erhielt die AG Medizin und Menschenrechte an der FAU-Erlangen-Nürnberg den Preis des Bündnisses für Demokratie und Toleranz u.v.a.

ist.⁶⁸ Hinsichtlich der Dokumentation von Patientinnen- und Patienten-Daten findet sich bei den Organisationen ebenfalls ein heterogenes Vorgehen. Während einige Gruppen die Anamnese und bestimmte Personenmerkmale wie Geschlecht und Alter dokumentieren, lehnen andere Medibüros jegliche Form der Dokumentation aus politischen Gründen ab.⁶⁹ Die Struktur der Gruppen führt zu einer mitunter hohen Fluktuation der Mitglieder mit den damit einhergehenden Vor- und Nachteilen. Auch die Einrichtung von *Ärzte der Welt*, *Open.med* in München, verfolgt neben der humanitären Hilfe eine politische Agenda.⁷⁰ Die Malteser Migranten Medizin versteht sich hingegen als genuin humanitäre Hilfsorganisation. Die MMM ist Teil des Malteser Hilfsdienstes, einer karitativen, katholischen Hilfsorganisation, die vom Malteserorden gegründet worden ist. In ihrem Selbstverständnis bezieht sie sich auf die Werte der katholischen Kirche im Sinne der »Bezeugung des Glaubens und Hilfe den Bedürftigen; Tätige Nächstenliebe ohne Ansehen von Personen und Glaube; Ehrenamtliches Engagement; Professionelle Hilfe durch ein qualifiziertes Team.«⁷¹ So unterscheidet sich die Zusammensetzung der Mitarbeitenden oftmals grundlegend von denen der Medibüros. In einigen Einrichtungen der MMM haben Ärztinnen oder Ärzte im Ruhestand die Leitung der Einrichtungen inne.⁷² Die primäre Motivation steht mitunter damit in engem Zusammenhang wie es z.B. der Leiter der MMM in Köln ausdrückt: »Ich könnte nach

68 | So heißt es noch im Prüfauftrag »Illegalität« von 2007: »Eine Handlung kann grundsätzlich auch dann, wenn ihr humanitäre Motive zu Grunde liegen, als Hilfe zum illegalen Aufenthalt im Sinne des § 96 Abs. 1 Nr. 2 AufenthG strafbar sein. Medizinische (Notfall-) Hilfe erfüllt den Tatbestand des § 96 Abs. 1 Nr. 2 AufenthG jedoch nicht. Im Übrigen kommt es nach der Rechtsprechung darauf an, ob der Illegale zur Fortsetzung seines illegalen Aufenthalts bereits fest entschlossen ist. Sofern dies zu bejahen ist, kann keine Förderung der Haupttat mehr erfolgen. Ob dies zutrifft, muss im Einzelfall ermittelt werden. Für die Fälle humanitär motivierter Hilfe ist § 96 Abs. 1 Nr. 2 AufenthG in der Praxis nicht von Bedeutung.« Bundesministerium des Innern (2007), S. 5 und vertiefend S. 30-34. Inzwischen hat der Gesetzgeber mit der AVV zum AufenthG im September 2009 festgestellt, dass das AufenthG in diesem Sinne nicht auszulegen ist. Mit Nr. 95.1.4 AVV zum AufenthG wird auch zur Strafbarkeit der Beihilfe klargestellt, »dass Personen, die im Rahmen ihrer berufs-/ehrenamtsspezifischen Aufgaben illegal aufhältigen Ausländern Hilfestellung leisten, schon den Tatbestand der Beihilfe zum unerlaubten Aufenthalt nicht erfüllen.« Katholisches Forum ›Leben in der Illegalität‹ (2009), S. 4.

69 | Hintergrund ist die zugesicherte absolute Anonymität für Ratsuchende. Außerdem wird die Bekanntgabe der Daten als ambivalent betrachtet, da sie eine Repräsentativität vorspiegeln und Stigmatisierungen Vorschub leisten könnten.

70 | Vgl. *Ärzte der Welt e.V.* (2009), S. 22.

71 | Malteser Hilfsdienst e.V. Frankfurt (2011), S. 11.

72 | Zum Beispiel bei der MMM-Köln, MMM-Hannover.

meiner Pensionierung auch den ganzen Tag auf dem Tennisplatz stehen, [...] aber der Beruf hat mir ein Leben lang so viel geschenkt, warum sollte ich jetzt aufhören, wo ich noch so viel Kraft habe?»⁷³ Haben sich in den ersten Medibüros Menschen vorwiegend aus politischer Motivation zusammengeschlossen, gründen sich die MMMs in vielen Städten aus dem karitativen Ansatz heraus um allein humanitäre Hilfe anzubieten. So zielt die Arbeit der MMM in vielen Städten auf einen Ausbau des Angebots, um die humanitäre Hilfe dauerhaft zu etablieren: »Im Jahr 2010 hat sich die Tätigkeit der Malteser Migranten Medizin in Köln weiterhin erfreulich entwickelt. Die Gesamtzahl der behandelten Patienten ist mit 856 Patienten deutlich angestiegen im Vergleich zum Vorjahr [...].«⁷⁴ In der Außendarstellung der MMM steht die praktische, medizinische Versorgung im Mittelpunkt.⁷⁵ Anders stellt sich die Situation im Katholischen Forum »Leben in der Illegalität« dar, das sich 2004 als Zusammenschluss des Deutschen Caritasverbandes, der Malteser u.a. auf Initiative der Migrationskommission der Deutschen Bischofskonferenz gegründet hat. Im »Manifest Illegale Zuwanderung« von 2005, das von einer Vielzahl zivilgesellschaftlicher Akteure unterzeichnet worden ist, werden eine öffentliche Debatte und praktische Lösungswege für die Wahrung grundlegender Menschenrechte eingefordert.⁷⁶ Auch bei der jährlich stattfindenden Tagung »Illegalität« des Katholischen Forums werden seit 2005 verschiedene Aspekte irregulärer Migration thematisiert.⁷⁷ Die MMMs und Medibüros arbeiten häufig rein spendenbasiert. Sie können nur einen bestimmten Umfang an Leistungen ermöglichen und auch diesen nicht dauerhaft garantieren, da der Eingang von Spenden naturgemäß fluktuiert. Stationäre Versorgung ist, wenn überhaupt, nur sehr eingeschränkt möglich. Das Netz beteiligter Fachärztinnen und Fachärzte ist in den einzelnen Städten sehr unterschiedlich dicht gestreut: Einzelne Disziplinen bleiben mitunter außen vor; psychotherapeutische Behandlungen können sich beispielsweise als sehr schwierig erweisen, da sie langwierig sind und bei (kriegs-)traumatischen Erlebnissen zusätzliche Kenntnisse erfordern. Sind Praxen wegen Urlaub oder Krankheit geschlossen, entstehen zudem Probleme, diese Fachrichtungen in der Zeit zu »ersetzen«. Einige Einrichtungen sind nur zur Sprechstunde erreichbar. Entstehen Beschwerden außerhalb dieses Zeitraums wird es für die Betroffenen sehr schwierig, medizinische Unter-

73 | Malteser Hilfsdienst e.V. (2010), S. 2.

74 | Malteser Hilfsdienst e.V. Köln (2011), S. 3.

75 | Siehe hierzu die Jahresberichte der MMM: www.malteser-migranten-medizin.de/downloads/jahresberichte.html [26.01.2016].

76 | Vgl. Katholisches Forum »Leben in der Illegalität« (2005).

77 | Vgl. die Internetseite des Katholischen Forums »Leben in der Illegalität«: www.forum-illegalitaet.de/tagung-illegalitaet.html [26.01.2016]. Siehe auch den bundesweiten Jahresbericht der MMM, Malteser Hilfsdienst e.V. (2010), S. 7-8.

stützung zu erhalten. Dauerbehandlungen bei chronischen Erkrankungen stellen je nach Konstellation eine finanziell und personell kaum zu bewältigende Aufgabe für die Hilfsorganisationen dar. Zahnerhaltende Maßnahmen beispielsweise sind ebenfalls für spendenbasiert arbeitende Gruppen schwer zu finanzieren. Darüber hinaus entfällt die freie Arztwahl, was bei deutlichen Dissonanzen zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient zu einer schwierigen Situation führen kann.⁷⁸ Bei den Mitarbeitenden der Hilfsorganisationen und im Netz der Niedergelassenen, an die ggf. vermittelt wird, kann spezifisches Wissen um Migration und Gesundheit fehlen. Stereotypenbildung steht dann möglicherweise einer adäquaten Behandlung im Wege. In einer Studie des Gesundheitsamts Bremen zum Gesundheitsprogramm zur medizinischen Betreuung von Asylsuchenden wird die Bedeutung von Kommunikationskompetenz beschrieben:

»Ein wesentlicher Teil der Arbeit der Ärzte im Gesundheitsprogramm ist, mit den Patient/innen ein gemeinsames Verständnis über Symptome und Beschwerden herzustellen. Dies gelingt nicht immer in einem einmaligen Kontakt, oft benötigt dies Zeit. Das Verständnis von Gesundheit, Krankheit und von Genesung ist kulturell geprägt, ebenso wie die Beschreibung von Krankheitssymptomen. [...] Sofern nicht eindeutige körperliche Symptome eine Beschreibung erübrigen – dies ist eher selten der Fall, entscheidet die Verständigung über Symptome und deren kulturelle Prägung über die weitere Behandlung und sie beeinflusst nicht selten auch deren Erfolg.«⁷⁹

Eine humanitäre Betreuung erschwert eine migrationssensible Gesundheitsversorgung. Die Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und Erkrankten im Sinne eines »*Shared-decision-making*«⁸⁰ lässt »die Kontrolle über die Erkrankung, die Lebensqualität und die adherence deutlich ansteigen.«⁸¹ Voraussetzung ist die Behandlungsalternative. Gerade bei Patientinnen und Patienten mit HIV/AIDS, aber auch bei anderen chronischen oder schweren Erkrankungen sollten die Werte und Vorstellungen der Betroffenen ausreichend miteinbezogen werden (s. auch Kap. 4.3.3). Die Stellen in Gesundheitsämtern, die Angebote für Menschen ohne Krankenversicherung geschaffen haben, unterscheiden sich

78 | Siehe hierzu beispielsweise Deutsches Institut für Menschenrechte (2007), die Beiträge von Wilmes, Franz und Bartholome et al. in Borde et al. (2009), sowie Gather et al. und Groß/Bieniok in Mylius et al. (2011).

79 | Gesundheitsamt Bremen (2011), S. 29.

80 | »*Shared-decision-making*« beschreibt ein Konzept der Arzt-Patienten-Interaktion, bei der alle Entscheidungen zum ärztlichen Vorgehen gemeinsam und partnerschaftlich von informierter Patientin/vom informierten Patienten und der Ärztin/dem Arzt getroffen werden. Vgl. Scheibler et al. (2003), S. 12.

81 | Scheibler et al. (2003), S. 18.

von den beiden bisher vorgestellten Typen von Einrichtungen. Die Angebote umfassen unterschiedliche Spektren der Gesundheitsversorgung: In Frankfurt a.M. und in Bremen⁸² gibt es eine »(Internationale) Humanitäre Sprechstunde«, die eine medizinische Versorgung ähnlich einer allgemeinmedizinischen Praxis vor Ort anbietet; Städte wie Bremerhaven und Berlin haben bei sexuell übertragbaren Erkrankungen und Schwangerschaftsvorsorge ein weitreichendes Betreuungsangebot, das sich aber vorwiegend auf diese Bereiche beschränkt. In einigen Städten werden Schutzimpfungen und die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder (U₂ bis U₉ oder U₁₀⁸³) angeboten. Der Fachbereich Tuberkulose ist je nach Stadtgröße und Ausstattung des Gesundheitsamtes eigenständig oder bildet mit dem Bereich sexuell übertragbare Erkrankungen ein Sachgebiet. Er richtet sich allerdings im Gegensatz zu vorgenannten Beispielen nicht ausdrücklich an Menschen ohne Krankenversicherung. Die »Humanitären Sprechstunden« an den Gesundheitsämtern in bisher drei Städten bilden insofern noch einmal eine Ausnahme, da sie sich explizit an diejenigen Menschen richten, welche von der regulären Gesundheitsversorgung ausgeschlossen sind.⁸⁴ Im Gegensatz zu den bereits vorgestellten NGOs wird die Versorgung seitens der Ämter überwiegend durch öffentliche Mittel finanziert.⁸⁵ Diese unterliegen allerdings Beschränkungen. In Berlin beispielsweise vergibt der Senat an jeden Bezirk ein Gesamtbudget, dessen Verteilung in die verschiedenen Sparten in der Entscheidung des jeweiligen Bezirks liegt.⁸⁶ Ein Mehrbe-

82 | Im Juni 2011 wurde in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt in Wiesbaden ebenfalls eine »Humanitäre Sprechstunde« eingerichtet: http://medibueros.m-bient.com/fileadmin/user_upload/PMFrankfurt2011.PDF [16.07.2015].

83 | Es gibt zehn Früherkennungsuntersuchungen (die von den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKVen) getragen werden), die U1-U9 und die J1 bzw. U10, beginnend unmittelbar nach Geburt bis zum Alter von zwölf bis 14 Jahren. Diese beinhalten: 1. Primäre Prävention mit der Vermeidung perinataler Risikofaktoren, z.B. Anweisungen zum Schutz vor dem plötzlichen Säuglingstod, die Rachitis- und Kariesprophylaxe mit der Vitamin D- und Fluorid-Gabe sowie die von der STIKO empfohlenen Impfungen; 2. Sekundäre Prävention, indem bestehende Krankheiten möglichst früh entdeckt werden, dazu gehören Screening-Untersuchungen auf angeborene Stoffwechselstörungen wie z.B. auf Hypothyreose, PKU, Galaktosämie etc., die Untersuchung auf Hörstörungen sowie angeborene Fehlbildungen (z.B. des Herzens) und allgemeine Entwicklungsverzögerungen. Die U1 und U2 werden zu meist noch im Krankenhaus nach der Entbindung durchgeführt.

84 | In Kapitel 4.1 werden die Strukturen an den Gesundheitsämtern vertiefend dargestellt.

85 | Einige nicht staatliche Organisationen erhalten ebenfalls öffentliche Förderungen, beispielsweise als Projektförderung (z.B. die Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen).

86 | Vgl. www.berlin.de/sen/finanzen/haushalt/haushaltsplan/artikel.5697.php [25.01.2016].

darf kann zwar gemeldet werden und im Folgejahr zu einer Korrektur des Etats führen, doch sind hierfür enge Grenzen gesetzt. Fachärztliche Betreuung und stationäre Aufnahmen sind ebenfalls nur schwer zu vermitteln, da öffentliche Mittel hierfür nicht vorgesehen sind. Die Ämter in Bremen und Frankfurt a.M. z.B. arbeiten analog der Medibüros und MMMs mit niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten zusammen, die sich zu einer Betreuung bereit erklärt haben. Sie werden nach dem einfachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vergütet. Wie sich undokumentierte Migrantinnen und Migranten in den übrigen Gebieten medizinisch versorgen, in denen es kein Angebot durch eine NGO oder kommunale Einrichtung gibt, kann nur anhand einiger Veröffentlichungen gemutmaßt werden. Aus einer Bremer Studie zur Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung⁸⁷ kann geschlossen werden, dass ein Teil der Menschen auch direkt niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aufsucht. In welcher Häufigkeit dies geschieht, ist unbekannt. In der Bremer Studie wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten überwiegend über Freunde und Bekannte sowie Verwandte zu den Praxen gelangten. Hilfsorganisationen, Institutionen oder Überweisungen spielten bei der Vermittlung keine Rolle. Die Untersuchung, die zwar aufgrund ihrer durch den geringen Rücklauf bedingten mangelnden Repräsentativität nur eine eingeschränkte Aussage für den Raum Bremen zulässt, macht aber zweierlei deutlich: Menschen ohne Papiere suchen direkt niedergelassene Ärztinnen und Ärzte auf. Zudem können soziale Netzwerke eine wichtige Bedeutung für den Zugang zu einer medizinischen Versorgung haben. Ähnliches schildert Gisela Penteker, die als niedergelassene Allgemeinärztin im ländlichen Raum Niedersachsens von häufigen Kontakten zu Menschen ohne Papiere berichtet.⁸⁸ Aufgrund akuter Erkrankungen begäben sich gehäuft »Landarbeiter« ohne Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis in ihre Praxis, häufig in Begleitung der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers. Insgesamt suchten sie etwa acht bis zwölf nicht versicherte Patientinnen und Patienten im Jahr auf. Jenen Menschen allerdings, die keinen oder wenig Kontakt zu anderen »Menschen ohne Papiere« bzw. zur »Community« haben, könnten Informationen fehlen, welche Versorgungsoptionen und Unterstützungsmöglichkeiten bestehen. Die Ethnologin Susann Huschke berichtet von einer

87 | Im Rahmen der Studie wurden 936 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen im Raum Bremen angeschrieben. Davon beantworteten 15,3 % den zugesendeten Fragebogen. Von diesen gaben 62,9 % an, Erfahrungen mit Patientinnen und Patienten ohne Krankenversicherung zu haben. Wie viele unter diesen Menschen ohne Papiere waren, konnte seitens der Niedergelassenen nicht beantwortet werden. Da aber der Anteil der ausländischen Erkrankten unter den Nichtversicherten über 50 % darstellte, ist davon auszugehen, dass sich darunter auch Menschen ohne Papiere befanden. Vgl. Wiesner et al. (2008), S. 11 und S. 13.

88 | Siehe dazu Penteker (2011).

Frau aus einem der Interviews mit undokumentierten Latinas in Berlin: »Vom medibüro, der Malteser Migranten Medizin oder anderen medizinischen Versorgungsstellen hatte sie in den vier Jahren ihres Aufenthalts noch nichts gehört«. ⁸⁹ Zwei der Befragten aus Hannover gaben ebenfalls an, in den Jahren ihres Aufenthalts und inklusive der Zeit ihrer aufenthaltsrechtlichen Illegalität nichts von einer Hilfsorganisation in Hannover gehört zu haben. ⁹⁰ Neben der privaten Zahlung wurden in der Vergangenheit von Betroffenen sowie »Expertinnen und Experten« ⁹¹ weitere Wege geschildert, die Menschen ohne Papiere nutzten, um zu Diagnostik und Behandlung zu gelangen: Beispielsweise wurde die Krankenkassenkarte eines Bekannten genutzt, um Leistungen in Anspruch zu nehmen. ⁹² Dies wurde auch von einem, im Rahmen dieser Studie, Interviewten geschildert: ⁹³ Es sei die äußere Erscheinung entscheidend: meist würden Deutsche Zentralafrikanerinnen und -afrikaner nach ihrem äußeren Erscheinungsbild nicht voneinander unterscheiden können, so wie auch die Deutschen für ihn als Westafrikaner in ihrem Äußeren schwer zu unterscheiden seien. Ein anderer Interviewte berichtete über ein ähnliches Prinzip. Freunde oder Bekannte gäben den Schein, den sie als Asylbewerber vom Sozialamt erhalten hätten, weiter:

»[...] die sind immer noch Asyl, die können sogar vielleicht zum Sozialamt gehen und austricksen und sagen, dass sie selber krank sind und so, dass sie diesen Schein bekommen und ja, geben das weiter zu dieser kranken Person und diese kranke Person nimmt diesen Schein mit Ausweis von diesem Freund und ja, geht es dann mit diese[m] Name[n].« [Herr S. aus Westafrika im Interview, August 2011] ⁹⁴

Außerdem nehmen Verwandte nicht krankenversicherte Familienangehörige mit zu »ihrer Arztpraxis« und bitten um Behandlungen, die z.T. unentgelt-

89 | Huschke (2009), S. 54.

90 | Siehe Kapitel 3.4.2.

91 | Mit dem Begriff der »Expertinnen und Experten« sind hier Frauen und Männer gemeint, die als Mitarbeitende von Unterstützerorganisationen, die rechtliche und soziale Beratung oder medizinische Versorgung anbieten, Erfahrungen mit Problemlagen von Menschen ohne Krankenversicherung gewonnen haben.

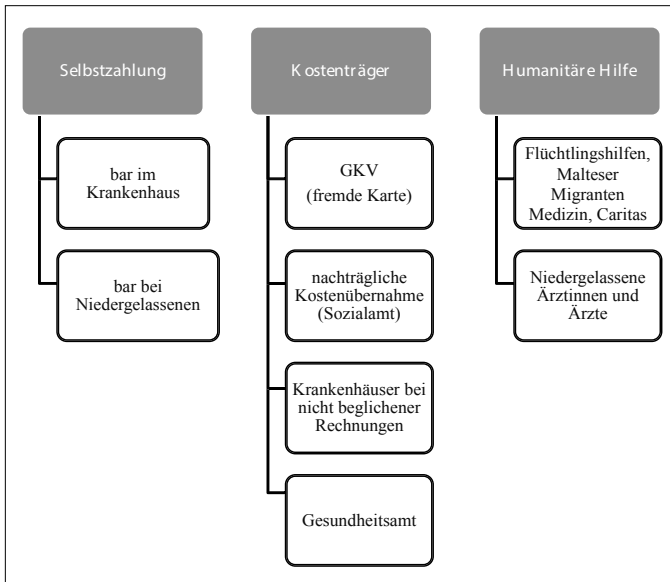
92 | Vgl. Bommers/Wilmes (2007), S. 78-79 und Anderson (2003), S. 35.

93 | Näheres zu den Umständen und den Interviewpartnerinnen und -partnern siehe Kapitel 3.4.

94 | Die Autorin führte insgesamt fünf Interviews mit Migrantinnen und Migranten durch, die sich mindestens ein halbes Jahr ohne Aufenthaltserlaubnis in Deutschland aufhielten. Die Interviews wurden zwischen August und Oktober 2011 durchgeführt. In der Verschriftlichung wurden kleine Korrekturen durchgeführt zugunsten einer leichteren Lesbarkeit. Näheres zu den Interviews siehe Kapitel 3.4.

lich geleistet werden.⁹⁵ Aus qualitativen Studien zur Lebenssituation in Städten wie Köln, Frankfurt a.M. und Berlin wird allerdings berichtet, dass Betroffene in der Regel lange warten, bis sie sich zu einem Vorgehen entschließen und professionelle Hilfe aufsuchen.⁹⁶ Dies deckt sich mit der Wahrnehmung von Mitarbeitenden der MMM und der Medibüros. Außerdem stellt Selbstmedikation für Menschen, die aus der regulären medizinischen Versorgung ausgeschlossen sind, einen Versuch dar, Symptome zu lindern, in der Hoffnung, den teuren – im Falle der Selbstzahlung – und unsicheren Gang zur ärztlichen Praxis zu verhindern.⁹⁷ Welche Zugänge bestehen ist abhängig vom regionalen Angebot und dem Informationsstand der Betroffenen. Abb. 2 fasst die verschiedenen Zugänge zur Gesundheitsversorgung zusammen.

Abbildung 2: Zugänge zur Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von u.a. Castañeda (2009), Huschke (2013), Mylius (2014c), Penteker (2011), Wiesner et al. (2008).

95 | Dies berichtete eine niedergelassene Gynäkologin in Niedersachsen im Januar 2011 der Autorin. Auch laut einer Bremer Studie geben Niedergelassene an, dass Verwandte und Freunde die wichtigste Rolle spielen, wenn sie von Menschen ohne Papiere aufgesucht werden. Vgl. Wiesner et al. (2008), S. 17.

96 | Vgl. beispielsweise Huschke (2013), S. 246, Bommers/Wilmes (2007), S. 72.

97 | Vgl. auch Huschke (2013), S. 249.

In Niedersachsen soll ein neues Modell implementiert werden, das einen niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung für undokumentierte Migrantinnen und Migranten ermöglicht. Der Landtag hat am 18.12.2014⁹⁸ mit einem Entschließungsantrag die Landesregierung aufgefordert, in Kooperation mit den Medizinischen Flüchtlingshilfen Göttingen und Hannover sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) Vergabestellen einzurichten. Im Rahmen dieses Pilotprojektes sollen zunächst in Göttingen und Hannover Menschen »ohne definierten Aufenthaltsstatus« einen »anonymen Krankenschein« erhalten. Mit diesem Krankenschein können niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aufgesucht werden. Die Kosten für die ärztliche Betreuung wird aus den Projektmitteln in Höhe von 500.000 € jährlich bestritten. Der Leistungsumfang umfasst die medizinisch notwendige Versorgung auf Basis des §4 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Der Starttermin für die Ausgabe der Krankenscheine ist für Ende Januar 2016 geplant. Für Asylsuchende soll analog des »Bremer Modells« (s. Kapitel 2.5) die Einführung einer Gesundheitskarte erfolgen. Bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt (Stand: Januar 2016) sind seitens der Landesregierung noch keine Schritte in diese Richtung unternommen worden. Wie die medizinische Versorgung von Unionsbürgerinnen und -bürgern verbessert werden soll, ist im erwähnten Entschließungsantrag nicht genannt, auch wenn die Situation als »problematisch« erkannt wird.

3.3 HILFSORGANISATIONEN FÜR MENSCHEN OHNE KRANKENVERSICHERUNG IN DEUTSCHLAND

Einen Einblick in Krankheitsdiagnosen, Alters- und Geschlechterstruktur der Menschen ohne Papiere bzw. ohne Krankenversicherung ermöglichen die Dokumentationen einiger Hilfsorganisationen. In den letzten Jahren wurden zunehmend Patientinnen- und Patienten-Daten systematisch ausgewertet und veröffentlicht.⁹⁹ Gleichzeitig nahm die Zahl der Einrichtungen zu, die vor Ort medizinische Hilfe für Menschen ohne Krankenversicherung anbieten oder

98 | Entschließungsantrag des Niedersächsischen Landtags vom 18.12.2014, Drucksache 17/2621

99 | Siehe dazu zum Beispiel die Übersichtsarbeiten von Schlöpker et al. (2009), Castañeda (2009) und Tolsdorf (2008); die jährlichen Veröffentlichungen der Berichte der Malteser Migranten Medizin Berlin, Köln, München, Hannover u.a.; Gather/Schwiehorst (2009) und (2011) zum Medinetz Mainz; Haentjes-Börgers (2009) zur MMM in Berlin; Bommes/Wilmes (2007) zur MMM in Köln; Krieger et al. (2006) zur Situation in Köln und die unveröffentlichte Dissertation von Friederike Boetel mit einer Auswertung der Daten von Beratungsstellen in München und Zürich.

vermittelnd tätig werden.¹⁰⁰ Es sind hier insbesondere die Stellen, die direkt vor Ort eine medizinische Versorgung ähnlich einer ärztlichen Praxis anbieten, die die Daten dokumentieren. Dies ermöglicht eine Exploration der Krankheitsverteilung nichtversicherter Migrantinnen und Migranten, die eine Einrichtung aufsuchen. Aufgrund fehlender Dokumentation bleiben viele andere Formen der gesundheitlichen Versorgung ausgespart. Über Menschen, die NGOs wie die Medibüros aufsuchen, gibt es keine ausreichenden Daten, da hier zumeist auf eine Dokumentation verzichtet wird. Es bleibt auch ungewiss, inwieweit und welche Personen z.B. direkt niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte aufsuchen und entweder selbst zahlen oder unentgeltlich behandelt werden oder aber sich über die Versichertenkarte eines anderen eine medizinische Versorgung erschließen. Auch Personen, die Unterstützungen durch weitere Einrichtungen wie MedMobil,¹⁰¹ Straßenambulanzen, Zahnmobile¹⁰² u.a. erhalten, bleiben unerfasst. Zudem hat der geografische Raum Einfluss auf die Zusammensetzung der Migrantinnen und Migranten nach Alter, Geschlecht und Herkunftsland.¹⁰³ In einer Stadt finden sich Menschen, die aus einer bestimmten Region migriert sind, gehäuft zusammen, während in einer anderen Stadt mehr Menschen aus anderen Weltregionen anzutreffen sind. Nichtsdestotrotz geben die vorhandenen Daten zumindest einen Überblick über die Entwicklungen im Zeitverlauf hinsichtlich der Alters-, Geschlechtsstruktur, der Herkunftsländer sowie Krankheitsbilder der Patientinnen und Patienten einiger Hilfsorganisationen. Es gibt zwar kein repräsentatives Bild der Erkrankungen und des Gesundheitszustandes der Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland, die Ergebnisse vermitteln allerdings eine Vorstellung von Problembereichen und Entwicklungstendenzen in den verschiedenen Städten.

100 | Allein zwischen 2005 und 2010 haben sich neun weitere Einrichtungen der Malteser Migrantinnen Medizin (in Köln, München, Darmstadt, Frankfurt, Münster, Hannover, Hamburg, Stuttgart, Osnabrück und Augsburg) sowie weitere Medibüros gegründet.

101 | MedMobil wurde beispielsweise 2009 in Stuttgart als Projekt gestartet, in Form eines kostenlosen mobilen medizinischen Angebots.

102 | In Hamburg ist beispielsweise 2006 eine mobile Praxis initiiert worden, die soziale Unterstützungseinrichtungen stundenweise anfährt und Menschen niederschwellig eine zahnärztliche Versorgung anbietet. In Hannover startete ein ähnliches Projekt als »Zahnmobil« im April 2012. Es wurde privat initiiert und von verschiedenen Einrichtungen wie beispielsweise der Diakonie mit unterstützt.

103 | Vgl. beispielsweise Cyrus (2007), S. 21; Diakonie Hamburg/Landesverband der Inneren Mission e.V. (2009), S. 135; Huschke (2013), S. 24.

3.3.1 Die Daten der Organisationen

Für die folgende Übersichtsdarstellung sind die Jahresberichte der einzelnen Organisationen zusammengestellt und bewertet worden. Ergänzt wurden diese Angaben durch Anmerkungen von Mitarbeitenden vor Ort, die zu einzelnen Aspekten der statistischen Darstellung telefonisch oder per E-Mail befragt worden sind. Die Jahresberichte der Einrichtungen als solche stellten sich nämlich oftmals als zu unpräzise heraus, um die Situation ausreichend beschreiben zu können. Beispielsweise ist häufig von der Anzahl der Patientinnen bzw. Patienten oder Fallzahlen die Rede, ohne dass dabei deutlich wird, worauf sich die Angabe bezieht. Manche Einrichtungen zählen jeden einzelnen Besuch unabhängig von der Person, andere meinen die Anzahl der Patientinnen und Patienten unabhängig von der Behandlungshäufigkeit. Durch Nachfragen konnten offene Fragen weitestgehend geklärt werden. Weitere Schwierigkeiten entstanden durch die Variabilität der Auswertung. Es zeigten sich deutliche Unterschiede in der Kategorisierung, nicht nur zwischen den Organisationen in den verschiedenen Städten, sondern auch innerhalb derselben Einrichtung, so dass Kategorien in den Berichten teilweise von Jahr zu Jahr wechselten. Sind z.B. in einem Jahr vier Altersklassen gebildet worden, erschienen im Folgejahr sieben Unterteilungen, die nicht in Deckung gebracht werden konnten. Auch werden nicht zu jedem Berichtsjahr die gleichen Variablen erfasst. Wurde in einem Jahr beispielsweise beim Herkunftsland »EU« näher differenziert, unterblieb dies im folgenden Jahr, was allerdings für den Status und die Perspektive der Menschen relevant ist. Zudem ist gerade die Migration aus diesem Herkunftsraum einem großen Wandel unterlegen. Die Wahl der Organisationen für die folgende Übersicht erfolgte danach, ob Dokumentationen überhaupt bzw. in ausreichendem Umfang vorhanden sind. Damit erstreckt sich die Übersicht mit einer Ausnahme – Open.med von Ärzte der Welt in München – auf die Einrichtungen der Malteser Migranten Medizin. Dargestellt werden vor allem die Veränderungen der Patientinnen- und Patientenstruktur innerhalb einer Organisation in den letzten Jahren. Es wurden Berichte für die Jahre 2006 bis 2014, soweit sie jeweils vorhanden waren, eingeschlossen. Die Auswahl der gegenübergestellten Variablen bedingt sich durch die in den Jahresberichten angebotenen Daten. Dies trifft ebenfalls auf die Kategorisierung, beispielsweise der Altersgruppen, Herkunftsländer und Erkrankungen, zu. Um eine übersichtliche Darstellung der verschiedenen Städte zu ermöglichen, wurde eine gewisse Unschärfe in der Abgrenzung einzelner Kategorien in Kauf genommen, da sie für die Aussagekraft der Daten – die aufgrund der zuvor genannten Limitationen sowieso gering ist – nicht wesentlich sind und in diesem Zusammenhang vor allem Trends beobachtet werden sollen. So ist

z.B. für einen Überblick zur Alterszusammensetzung nicht von erheblicher Relevanz, ob der Anteil der 19- bis 29-Jährigen in einer vergleichenden Tabelle in die Kategorie 19 bis 30 Jahre einfließt und dieser Anteil somit leicht unterschätzt wird. Es müssten dann prozentual schon sehr viele 30-Jährige in der Folgegruppe vertreten sein, um zu einer Verzerrung zu führen. Im jeweiligen Zusammenhang wird auf die einzelnen Unschärfen in der Darstellung hingewiesen. In den jährlichen Berichten der MMM findet auch keine Aufschlüsselung der Krankheitsverteilung nach Aufenthaltsstatus statt. Daher folgt anschließend eine separate Betrachtung einer Organisation zu speziell den Erkrankten ohne Papiere. Die Angebote der einzelnen Hilfsorganisationen sind in ihrer Bandbreite, Häufigkeit der Sprechstunde, Zahl des ärztlichen Personals etc. sehr unterschiedlich aufgebaut. In Berlin ist 2001 als erster Standort eine Praxis der MMM des Malteserordens eingerichtet worden. Dreimal pro Woche bieten Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen eine Sprechstunde für Menschen ohne Krankenversicherung an; hinzu kommen Sprechstunden bei speziellen Fragestellungen bzw. Symptomen. In Köln gibt es das Angebot der MMM seit 2005 einmal in der Woche und seit Dezember 2008 zusätzlich eine spezielle Sprechstunde für Kinder und Jugendliche. MMM-München hat sich im Juli 2006 gegründet. Inzwischen (Stand: Januar 2016) gibt es zweimal die Woche eine Sprechstunde, die jeweils für vier Stunden geöffnet ist. Zusätzlich werden zweimal im Monat abwechselnd eine pädiatrische und eine »Frauen«-Sprechstunde angeboten. In Hannover wird die Sprechstundenzeit seit der dortigen Gründung der MMM im Juni 2007 mit zwei Stunden einmal die Woche aufrechterhalten (Stand: Januar 2016). In Frankfurt wird einmal die Woche für vier Stunden eine Sprechstunde der MMM angeboten. Die Münchner Anlaufstelle Open.med von Ärzten der Welt¹⁰⁴ bietet seit 2006 zweimal wöchentlich für jeweils drei Stunden eine medizinische Grundversorgung vor Ort an, sowie ggf. eine Weitervermittlung an Fachärzte und eine soziale wie rechtliche Beratung. Für Kinder und Jugendliche wurde eine eigene Sprechstunde eingerichtet. Die Städte, in denen sich die MMM befinden, haben entsprechend ihrer Größe, Bevölkerungsstruktur und Zahl an Unterstützungsangeboten eine sehr heterogene Struktur. Als Beispiel sei hier Köln genannt, wo das Gesundheitsamt in der Vergangenheit schwangere Frauen unabhängig von ihrem Krankenversicherungsstatus betreut hat.¹⁰⁵ Dadurch ist ihr Anteil

104 | »Ärzte der Welt« ist die seit dem Jahr 2000 existierende deutsche Sektion von »Médecins du Monde«, einer Nichtregierungsorganisation, die humanitäre Hilfe in Krisensituationen anbietet. Neben der Akuthilfe engagiert sich »Médecins du Monde« auch in langfristigen Projekten der Entwicklungszusammenarbeit. Zum Selbstverständnis der Organisation siehe: www.aerztederwelt.org/ueber-uns.html [25.01.2016].

105 | Vgl. Malteser Hilfsdienst e.V. (2011), S. 4 und Nitschke (2011), S. 13.

an den Behandelten der MMM-Köln sehr gering. Die Stadt München weist z.B. zwei Einrichtungen mit direkter medizinischer Versorgung auf. In den übrigen Städten – Hannover, Köln, Frankfurt a.M. und Berlin – gibt es ein breites Spektrum an Unterstützungsangeboten. In Berlin vermittelt das Medibüro an Fachärztinnen und Fachärzte sowie an Krankenhäuser oder andere Versorgungseinrichtungen. Außerdem werden in manchen (Bezirks-) Gesundheitsämtern Impfungen für Kinder angeboten sowie Behandlungen bei sexuell übertragbaren Erkrankungen und Vorsorgeangebote für Schwangere wie in Köln. In anderen Städten gibt es dieses Angebot wiederum nicht. In Frankfurt a.M. wird in der »Internationalen Humanitären Sprechstunde« des dortigen Gesundheitsamtes direkte medizinische Versorgung für Menschen ohne Krankenversicherung angeboten. In Hannover vermittelt die Medizinische Flüchtlingsberatung e.V. an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Das Gesundheitsamt hat dort 2011 eine Sprechstunde für Kinder eingerichtet, in der die Vorsorgeuntersuchungen U1-U9 durchgeführt werden können.

3.3.2 Alter, Geschlecht und Erkrankungen der Behandelten

Tab. 4 gibt eine Übersicht der hier vorgestellten sechs Einrichtungen bezüglich Gründungsjahr, Fall- bzw. Zahl der Behandelten, deren Betrachtung vor allem im Zeitverlauf interessant ist.¹⁰⁶ Außerdem werden die Geschlechterverteilung sowie der Anteil undokumentierter Migrantinnen und Migranten dargestellt.

106 | Die Darstellung basiert auf Grundlage der Jahresberichte der Organisationen: vgl. Malteser Hilfsdienst e.V. Berlin (2007), (2009), (2010), (2011) und (2013); Malteser Hilfsdienst e.V. Frankfurt (2009), (2010) und (2011); Malteser Hilfsdienst e.V. Hannover (2009) und (2010); Malteser Hilfsdienst e.V. Köln (2007), (2009), (2010), (2011) und (2013); Malteser Hilfsdienst e.V. München (2010), (2011) und (2012); Ärzte der Welt e.V. (2010) und (2011). Die Angaben von Open.med beziehen sich nur auf einen Teil der Behandelten, da nicht alle bereit waren, Auskünfte zu geben. Für die Jahre 2011, 2012, 2013 und 2014 gibt es bisher (Stand: Januar 2016) nur aus einigen Städten für unterschiedliche Jahre Berichte, die nur einen Teil der früheren Angaben zu Patientinnen und Patienten wieder aufführen. Daher wurden keine aktuelleren Daten miteinbezogen. MMM-Frankfurt macht keine näheren Angaben zu den Erkrankungen, daher ist diese Organisation nicht bei den Erkrankungsgruppen in der entsprechenden Tabelle gelistet.

Tabelle 4: Übersicht der Einrichtungen »Malteser Migranten Medizin« in Berlin, Hannover, Frankfurt a.M., Köln und München sowie »Open.med«

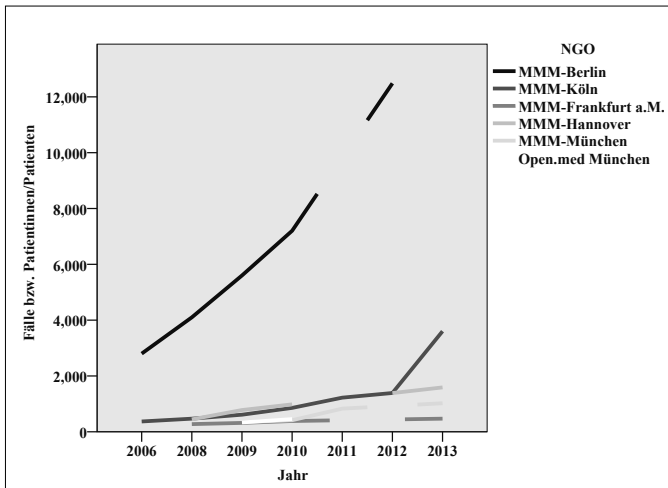
	Beginn	Jahr	Fälle/ Personen ¹⁰⁷	Geschlecht		Anteil Papier- lose in %
				Anteil Frauen in %	Anteil Männer in %	
MMM- Berlin	02/2001	2006	2800 Pers.	k.A.	k.A.	76
		2008	4100 Pers.	k.A.	k.A.	70
		2009	5600 Pers.	k.A.	k.A.	69
		2010	7202 Pers.	66	34	54
		2012	11195 Pers.	64	36	36
MMM- Köln ¹⁰⁸	05/2005	2006	370 Pers.	k.A.	k.A.	70,9
		2008	470 Pers.	46,8	53,2	34,8
		2009	612 Pers.	53,3	46,7	21
		2010	856 Pers.	61,2	38,8	16
		2012	1301 Pers.	51,7	49,3	13
MMM- Frankfurt	11/2006	2008	275 Fälle	69	31	82
		2009	318 Fälle	64	36	42
		2010	386 Fälle	61	39	~39
MMM- Hannover	06/2007	2008	445 Fälle	67	33	~45
		2009	780 Fälle	60	40	35
MMM- München	07/2006	2009	345 Fälle	52,5	47,5	13,6
		2010	415 Fälle	k.A.	k.A.	k.A.
		2011	830 Fälle	k.A.	k.A.	k.A.
Open.med (München)	09/2006	2009	335 Pers.	62	38	15
		2010	455 Pers.	55	45	k.A.

107 | Bei den Angaben mancher Organisationen handelt es sich um Fallzahlen. Das bedeutet, dass jeder Besuch als Fall gewertet wird und nicht die Anzahl der PatientInnen. Aus einigen Berichten geht allerdings nicht explizit die Zählweise hervor.

108 | Die MMM-Köln bietet seit Dezember 2008 eine Kindersprechstunde an. Diese Daten sind mit einbezogen. Im September 2012 wurde zudem eine zahnärztliche Sprechstunde eingerichtet. Die PatientInnen, die die letztgenannte aufsuchten, wurden für die Anzahl der PatientInnen 2012 nicht berücksichtigt.

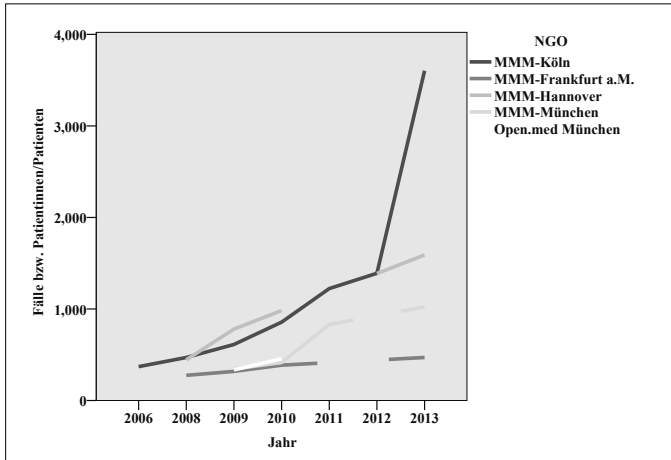
Für den Umfang der maximal zu erbringenden Leistungen ist neben der Dauer der Sprechstunde und der Häufigkeit des Angebots die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte vor Ort sowie weiterem medizinischem Personal relevant. Dies wird im Folgenden nicht mit aufgeführt, da außer starker Fluktuation und mangelnder Informationen auch weitere Faktoren den Umfang an Dienstleistungen beeinflussen: Dazu gehören die Anzahl der Räume und ihre diagnostische Ausstattung wie beispielsweise ein Ultraschallgerät oder ein Röntgenapparat. Zu einem interstädtischen Vergleich bieten sich die Zahlen der Behandelten aus in Kapitel 3.3.1 genannten Gründen, wie Stadtgröße, -struktur, Angebote weiterer Einrichtungen etc., nicht an. Die Zahlen der Einrichtungen zeigen deutlich, dass die Anzahl der Besuche sowie die Patientinnen- und Patientenzahl von Jahr zu Jahr zunehmen. Bei der MMM-München, -Frankfurt und -Berlin sind Zuwächse von 2009 zu 2010 um 20 % bis rund 30 %, bei Open.med in München und MMM-Köln um etwa 35 % bis 40 % und in Hannover gab es von 2008 auf 2009 sogar eine Zunahme um rund 75 % (Abb. 3a und 3b). Dies entspricht auch den Berichten anderer Einrichtungen wie Gesundheitsämtern und Medibüros zu den Entwicklungen der letzten Jahre.

Abbildung 3a: Entwicklung der Fallzahlen in den Einrichtungen zwischen 2006 und 2013



Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben der Einrichtungen.

Abbildung 3b: Entwicklung der Fallzahlen in den Einrichtungen zwischen 2006 und 2013; ohne MMM-Berlin

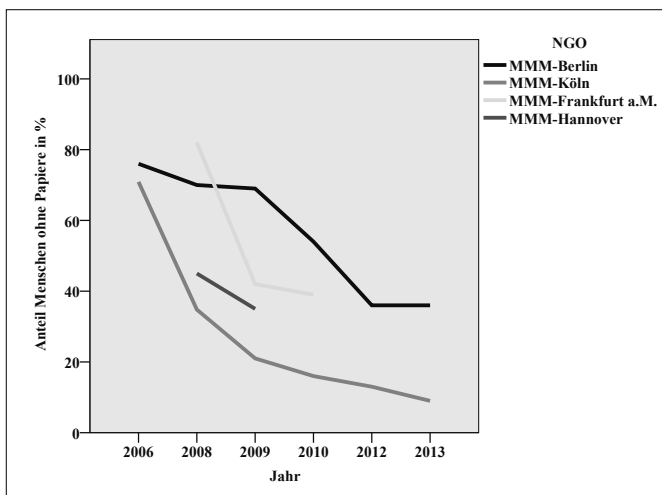


Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben der Einrichtungen.

Bei allen NGOs findet sich in der Geschlechterverteilung ein Frauenüberschuss, wobei es in vier der sechs Einrichtungen zu einem Angleich des Geschlechterverhältnisses im Zeitverlauf gekommen ist. Köln bildet hier mit einem fast ausgeglichenen Verhältnis jeweils in 2008, 2009 und 2012 die Ausnahme, die Entwicklung in Berlin ist durch fehlende Angaben vor 2010 unbekannt. Die Menschen ohne Papiere machen unter den Behandelten einen abnehmenden Anteil aus. Auch in Berlin zeigt sich eine deutliche Abnahme von 76 % im Jahr 2006 auf nur noch 36 % in 2012 (s. Abb. 4). In München spielt diese Gruppe in beiden aufgeführten Einrichtungen nur noch eine untergeordnete Rolle. Das hat sich auch im Jahr 2010 nicht wesentlich verändert.¹⁰⁹

109 | Vgl. Malteser Hilfsdienst e.V. München (2011), S. 10. Für MMM-München wird im Jahresbericht 2010 eine leichte Zunahme des Anteils irregulärer Zuwanderer angegeben. Für Open.med gab eine Mitarbeiterin auf Anfrage im Rahmen eines Arbeitsgruppentreffens in Berlin am 15.08.2011 an, dass die Entwicklung im Jahr 2010 unverändert angehalten habe.

Abbildung 4: Anteil Papierloser unter den Patientinnen und Patienten in den Einrichtungen zwischen 2006 und 2013



Anmerkung: Die Anteile bei MMM-München und Open.med sind wegen fehlender Angaben nicht abgebildet. Auch MMM-Frankfurt und MMM-Hannover machen keine Angaben mehr für die Folgejahre nach 2009.

Ein Vergleich der Altersverteilung gestaltet sich sowohl zwischen den Einrichtungen als auch im Jahresvergleich derselben Einrichtung schwierig, da die Kategorisierung der Altersklassen wie bereits ausgeführt unterschiedlich erfolgt. Tabelle 5 gibt die Angaben der Einrichtungen wieder.

Auffallend ist der hohe Anteil der unter 18- bzw. 19-Jährigen bei der MMM-Berlin, MMM-Köln und bei Open.med in München. In diesen Einrichtungen sind im Jahr 2009 zusätzlich pädiatrische Sprechstunden eingerichtet worden, was sicherlich zu einem weiteren Anwachsen dieser Altersgruppe unter den Patientinnen und Patienten führen wird. In Hannover gibt es seit dem Frühjahr 2011 eine Kindersprechstunde am Gesundheitsamt, die Vorsorgeuntersuchungen inklusive der Impfungen anbietet. Diese zusätzlichen Angebote haben Einfluss auf die Altersverteilung in den Einrichtungen. Die Daten demonstrieren, dass ein nicht unbeträchtlicher Anteil von Kindern ohne ausreichende Krankenversicherung in Deutschland lebt.

Tabelle 5: Altersverteilung der Patientinnen und Patienten in den verschiedenen Altersklassen (nach Jahren) in Prozent

	MMM-Berlin					MMM-Köln ¹¹⁰	MMM-Hannover ¹¹¹	MMM-München ¹¹²		
	2006	2008	2009	2010	2012	2008	2008	2009	2010	
<18	k.A.	11	15	15	22	2,3	~4	~7,5	~8	
19-30	k.A.	40	36	33	33	17,4	~32	~29	~27	
31-50	k.A.	38	37	28	28	55,7	40	38,9	30,8	
>50	18	11	12	17	17	24,4	22	24,6	34,2	
	Open.med ¹¹³		MMM-Köln ¹¹⁴				MMM-Frankfurt ¹¹⁵			
	2009	2010	2006		2009	2010	2012	2008	2009	2010
0-18	17,5	~18,9	~2,2		~20	~34,5	~43,7	~7	~8,5	~3,1
19-29	22,6	~29,9			~16					~13,1
30-39	19,8	15,7			22					42,7
40-49	17,1	14,5	~34		20			36	43,7	
50-59	10	16			10		40,4			
60-69		9	~18,6		9			13	21,7	40,4
>70	10				3		~8,1			
unbekannt	3	—	—			—	—	—	2,2	

110 | MMM-Köln hat in den jeweiligen Jahren unterschiedliche Kategorien für die Altersklassifizierung genutzt, daher finden sich die Angaben für 2006, 2009, 2010 und 2012 in der Folgetabelle.

111 | MMM-Hannover unterteilt das Alter in folgenden Gruppen: 0-17 J., 18-30 J., 31-50 J. und >50 Jahre. Für das Jahr 2009 liegen keine Angaben vor.

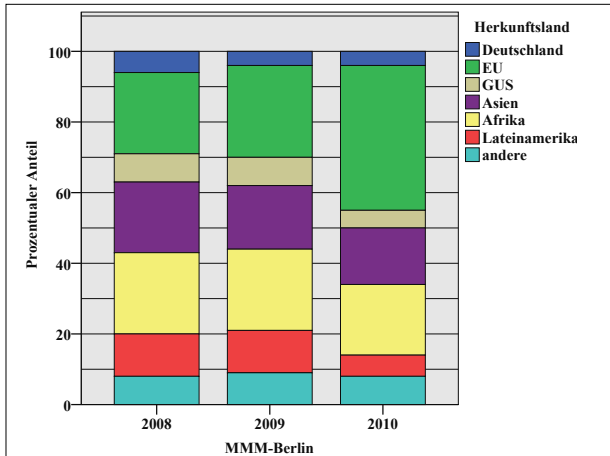
112 | MMM-München unterteilt die Altersklassen leicht abweichend: 0-17 J., 18-30 J., 31-50 J. und >50 J. Für das Berichtsjahr 2011 gibt es zur Altersverteilung keine Angaben.

113 | Open.med hat für das Berichtsjahr 2010 folgende Gruppen gebildet: 0-17 J., 18-29 J., 30-39 J., 40-49 J., 50-59 J. und ≥ 60 Jahre. Daher ist die Angabe in dieser Tabelle nur eine ungefähre Angabe.

114 | Die Kölner MMM gibt für die Jahre 2010 und 2012 Altersabstände von 0-19 J., 20-40 J., 40-65 J. und >65 J. an.

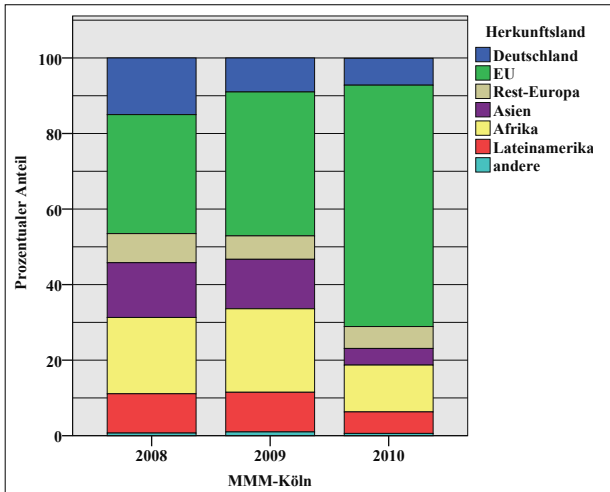
115 | Die Altersklassifizierung erfolgt bei der MMM-Frankfurt a.M. in folgenden Abständen: 0-9 J., 10-19 J., 20-39 J., 40-59 J. und ≥ 60 Jahre.

Abbildung 5: Prozentualer Anteil der Herkunftsländer von Patientinnen und Patienten der MMM-Berlin



Anmerkung: »EU« umfasst alle EU-Mitgliedsländer im Jahr 2011 mit Ausnahme Deutschlands, was separat aufgeführt ist. Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten in den Jahresberichten der MMM-Berlin. Das Berichtsjahr 2012 ist nicht mitaufgeführt.

Abbildung 6: Prozentualer Anteil der Herkunftsländer von Patientinnen und Patienten der MMM-Köln



Anmerkung: »EU« umfasst alle EU-Mitgliedsländer im Jahr 2011 mit Ausnahme Deutschlands, was separat aufgeführt ist. Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten in den Jahresberichten der MMM-Köln. Das Berichtsjahr 2012 ist nicht mitaufgeführt.

Die Herkunftsländer der Behandelten in den aufgeführten Einrichtungen sind breit gestreut und sehr variabel. Abb. 5 und Abb. 6 stellen exemplarisch bei zwei Hilfsorganisationen die unterschiedlichen Herkunftsländer dar, die anteilig unter den Patientinnen und Patienten vertreten sind. Allerdings zeigt sich sowohl in den hier verglichenen Organisationen als auch nach den Berichten weiterer NGOs eine Gemeinsamkeit:¹¹⁶ Es suchen vermehrt Menschen aus dem EU-Raum Institutionen außerhalb der gesundheitlichen Regelversorgung auf. Hierbei werden insbesondere die Länder Bulgarien und Rumänien genannt.¹¹⁷ Da insgesamt die Zahl der Behandelten zunimmt, nimmt in absoluten Zahlen nicht unbedingt die Zahl der Menschen aus Ländern außerhalb der EU ab. Aber die Anteile verschieben sich. Auch Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit können aus unterschiedlichen Gründen aus der Regelversorgung herausfallen oder diese in der Form nicht in Anspruch nehmen wollen. Trotz der Gesundheitsreform von 2007 mit der Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht zum 1. Januar 2009 war nach wie vor ein Teil der deutschen Bevölkerung nicht krankenversichert.¹¹⁸ Dies konnte beispielsweise Selbstständige mit zu geringem Einkommen betreffen oder Privatversicherte, die ihren Beitrag nicht mehr zahlen und z.B. aus Altersgründen nicht mehr in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln konnten. Sie machen in den hier untersuchten NGOs zwischen 4 % und sogar 22,4 % aller Patientinnen und Patienten im Jahr 2010 aus. Bei den übrigen Herkunftsländern können – insbesondere wenn man die Entwicklung in den Jahren 2008 bis 2010 betrachtet – keine deutlichen Schwerpunkte ausgemacht werden. Und

116 | Auch z.B. aus Bremen wird von den Mitgliedern des Medibüros berichtet, dass es in den letzten Jahren zu einem Anstieg von Menschen aus den neuen EU-Beitrittsländern kommt, so dass diese Gruppe inzwischen etwa die Hälfte der Aufsuchenden ausmacht. Vgl. Schmidt (2009), S. 69-70.

117 | Vgl. z.B. Ärzte der Welt e.V. (2011), S. 11, Malteser Hilfsdienst e.V. Hannover (2010), S. 1, Malteser Hilfsdienst e.V. Köln (2009), S. 7.

118 | Die Anzahl nicht krankenversicherter Deutscher ist vermutlich durch die Änderungen in den Rückzahlbedingungen 2013 in ihrem Umfang seither rückläufig. Wie z.B. die Verbraucherzentrale BW ausführt, hat »die Versicherungspflicht und auch der Grundgedanke, dass es keine Menschen mehr ohne Versicherungsschutz geben soll«, dazu geführt, »dass Versicherte ihren Versicherungsschutz nicht mehr verlieren können, wenn sie ihre Beiträge nicht bezahlen. Eine Kündigung einer so genannten Pflichtversicherung ist nunmehr selbst bei der privaten Krankenversicherung ausgeschlossen. [...] Werden die Beiträge nicht mehr bezahlt, ruhen die Leistungen. Der Versicherte erhält – egal ob gesetzlich oder privat versichert – nur noch unaufschiebbare Leistungen, beispielsweise bei akuten Erkrankungen oder Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft.« Siehe Verbraucherzentrale Baden-Württemberg: www.vz-bawue.de/Rueckkehr-in-die-Krankenversicherung-1 [14.05.2015].

auch in dieser Hinsicht gelten die bereits beschriebenen Einschränkungen zur Aussagekraft der Daten. Hinsichtlich des Erkrankungsspektrums ist die Dokumentation von Einrichtung zu Einrichtung ebenfalls unterschiedlich differenziert. Wird an einzelnen Standorten nur nach den übergeordneten medizinischen Fachbereichen Innere, Chirurgie, Zahnmedizin etc. dokumentiert bzw. in den veröffentlichten Statistiken unterschieden, wird in anderen Einrichtungen entsprechend der Internationalen Klassifikation von Erkrankungen (ICD-10-Katalog¹¹⁹) weiter ausdifferenziert. Tab. 6a und Tab. 6b zeigen das Erkrankungsspektrum in den verschiedenen Einrichtungen soweit es öffentlich zugänglich ist. Wie auch in allgemeinärztlicher Praxis überwiegen Krankheitsbilder aus dem internistischen Bereich. Sie begründen zwischen einem Fünftel bis über die Hälfte aller Einrichtungsbesuche in den aufgeführten Zeiträumen (mit Ausnahme der MMM-München). Allerdings kann man davon ausgehen, dass die Einteilung in die verschiedenen Kategorien bei der Dokumentation sowohl zwischen den Behandelnden als auch bei dem- oder derselben Behandelnden variiert.

119 | ICD-10: »International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems«; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Die Klassifikation wurde von der Weltgesundheitsorganisation erstellt. Die Ziffer 10 steht für die 10. Revision der Klassifikation. In der ambulanten und stationären Versorgung wird die ICD-10 zur Verschlüsselung der Diagnosen angewandt: www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/index.htm [02.10.2013].

Tabelle 6a: Erkrankungsspektrum (anteilig in %) der Patientinnen und Patienten in den Einrichtungen der MMM in Berlin, Hannover und Köln¹²⁰

	MMM-Berlin ¹²¹				MMM-Hannover	MMM-Köln ¹²²		
	2006	2008	2009	2010	2008	2008	2009	2010
Innere	25	26	17	23	43	33,3	37,8	40,6
Chirurgie	3	—	—	—	—	11	3,8	2,3
Zähne	10	5	9	11	5	7,7	4,6	—
Orthopädie	6	7	—	9	5	10,2	13,9	10,2
Gynäkologie	6	—	10	10	—	—	—	—
Neurologie/Psychiatrie	4	6	5	8	2	4,7	5,2	5,1
HNO	13	1	—	—	4	3,2	3,8	2,3
Auge	3	1	—	—	2			
Urologie	3	13	—	—	—	7	3,1	3,9
Haut	6	—	—	—	7	7,9	5,6	6,7

120 | MMM-Frankfurt a.M. gibt in ihren Jahresberichten keine genaueren Auskünfte zum Erkrankungsspektrum. Für 2009 gibt es von der MMM-Hannover keine Zahlen zu den Erkrankungen. Die Berichtsjahre 2006 und 2012 der MMM-Köln sowie 2012 der MMM-Berlin sind nicht mitaufgeführt, da die Daten (Berichtsjahre 2012) keine wesentlichen Veränderungen aufweisen.

121 | Für 2007 ist die Klassifikation der Erkrankungen erneut im Vergleich zu den Vorjahren verändert. »Innere« wird nicht mehr aufgeführt, stattdessen erfolgt eine Unterscheidung nach »Atmungsorgane«, »Verdauungssystem« und »Kreislaufsystem« was durch die Autorin zwecks Übersichtlichkeit unter »Innere« subsummiert wurde. Allerdings ist der Anteil der Kategorie »Andere« für das Jahr 2009 wesentlich höher als in den vorausgegangenen Jahren, so dass davon auszugehen ist, dass noch einige Erkrankungen unter »Andere« aufgeführt sind, die u. U. noch dem Bereich der Inneren Medizin zuzuordnen wären.

122 | MMM-Köln differenziert das Erkrankungsspektrum weiter auf. Zur Übersicht werden hier verschiedene Kategorien zusammengeführt. Zu »Innere« wurden Infektionskrankheiten, Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herz-/Kreislaufsystems und des Verdauungssystems gezählt. In den Bereich Chirurgie wurden Tumoren und Verletzungen aufgenommen. Eine gewisse Unschärfe ist damit nicht zu vermeiden. In Köln spielt bei der MMM Schwangerschaft keine oder nur eine sehr untergeordnete Rolle, da Schwangere vom Kölner Gesundheitsamt betreut werden. Im Jahr 2010 wurden im Bericht für Kinder und Erwachsene getrennte Angaben veröffentlicht. Für die Tabelle sind sie wieder zusammengeführt worden. Zudem ist im Jahr 2010 der Bereich Zahnmedizin nicht separat aufgeführt.

Stoffwechsel ¹²³	—	5	5	5	—	6	6	5,7
Schwangerschaft	17	22	18	15	32	1,7	—	1,4
Kinder	4	—	—	10 ¹²⁴	—	—	—	—
Anderes	—	8	36	9	—	7,4 ¹²⁵	20,2	13

Trotz der Ungenauigkeiten bleiben einige Punkte beachtenswert: Es fällt der große Anteil der Personen auf, die im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft eine gesundheitliche Versorgung in Anspruch nehmen. Dies ist in allen Institutionen der Fall mit Ausnahme der MMM-Köln aus bereits genannten Gründen. Schwangere machten 2010 in den Einrichtungen zwischen 15 % und etwa 23 % aller Behandelten aus. Zwei Einrichtungen geben in ihren Jahresberichten Häufigkeiten von Infektionskrankheiten an. Sie machen mit etwa 3 %-8,5 % im Jahr 2010 (MMM-München) nur einen geringen Anteil unter allen diagnostizierten Erkrankungen aus. Hierunter summieren sich verschiedene Krankheiten: Von häufigen Darm- und Streptokokken-Infektionen bis hin zu den meldepflichtigen Erkrankungen. Ansonsten finden sich noch gehäuft orthopädische Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie gynäkologische Beschwerden. In den beiden Einrichtungen in München fällt zudem der höhere Anteil an neurologischen und psychiatrischen Beratungsanlässen auf. Allerdings wird in diesen beiden Institutionen eine Mehrfachnennung berücksichtigt, während in den übrigen Einrichtungen nach der Hauptbeschwerde klassifiziert wird. Keine Auskunft geben die Berichte über Unterscheidungen im Krankheitsbild und Herkunft nach Geschlecht, Aufenthaltsstatus oder Altersgruppe.

3.3.3 Patientinnen und Patienten ohne Papiere der Malteser Migranten Medizin in Hannover

Im Folgenden werden einige Ergebnisse einer retrospektiven Auswertung der Patientinnen- und Patientendaten der MMM in Hannover über jeweils einen Zeitraum von einem Jahr dargestellt. Bei der MMM-Hannover findet eine Dokumentation des Aufenthaltsstatus und eine Verschlüsselung der Erkrankungen nach ICD-10 statt. Außerdem werden soziodemografische Merkmale wie Geschlecht, Alter und Herkunft erfasst. Der Zugang zu diesen Daten ermöglicht eine genauere und selektive Darstellung der Behandelten, die über keine Papiere verfügen. Die Daten wurden vom medizinischen Personal der

123 | Für das Jahr 2010 wird angegeben, dass Impfungen und Beratungen 28 % aller Behandlungsanlässe ausmachten.

Anlaufstelle im Rahmen der Anamnese und körperlichen Untersuchung erhoben und dokumentiert.

Tabelle 6b: Erkrankungsspektrum (anteilig in %) der Patientinnen und Patienten in den Einrichtungen der MMM-München und bei Open.med in München

	Open.med		MMM-München	
	2009	2010 ¹²⁷	2009	2010
Innere	26,3	74,9	16,3	11,6
Chirurgie	—	—	11,5	8,6
Zähne	5,9	—	2,3	6,7
Orthopädie	14,1	34,4	6,7	6,7
Gynäkologie	—	—	—	18,3 ¹²⁸
Neuro/ Psych	11,5	16,1	12,2	16,6
HNO	1,6	—	2,3	10,8
Auge	2,6	—		1,9
Urologie	2,8	—	5,8	—
Haut	8,3	—	5,8	3,4
Stoffwechsel	1,6	13	13	8,7
Schwanger- schaft	9,1	22,7	10,1	—
Kinder	—	—	—	—
Anderes	7,6	13,8	13,3	36,4 ¹²⁹

Zum Einblick in die Strukturen und Arbeitsweise wurde die Einrichtung wiederholt von der Autorin im Jahr 2010, 2011 sowie 2014 aufgesucht und Gesprä-

124 | Die Unterscheidung »Stoffwechsel« erfolgt erst nach dem Jahr 2006 in der Statistik der MMM-Berlin. Es ist denkbar, dass diesem Bereich zugeordnete Erkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus oder Schilddrüsenerkrankungen zuvor zur Kategorie »Innere« gezählt worden sind.

125 | Im Jahresbericht der MMM-Berlin für 2010 werden Untersuchungen, Beratungen und Impfungen unter einem Punkt zusammengefasst. Es betrifft also nicht nur Kinder.

126 | Im Jahresbericht der MMM-Köln sind Impfungen/Beratungen in »Anderes« enthalten.

127 | Open.med und MMM-München geben Mehrfachnennungen von Erkrankungen an, daher geben die Prozentzahlen die relative Häufigkeit der Erkrankungsgruppe als genannter Behandlungsgrund an.

128 | Im Jahr 2010 ist der Bereich Zahnmedizin nicht separat aufgeführt.

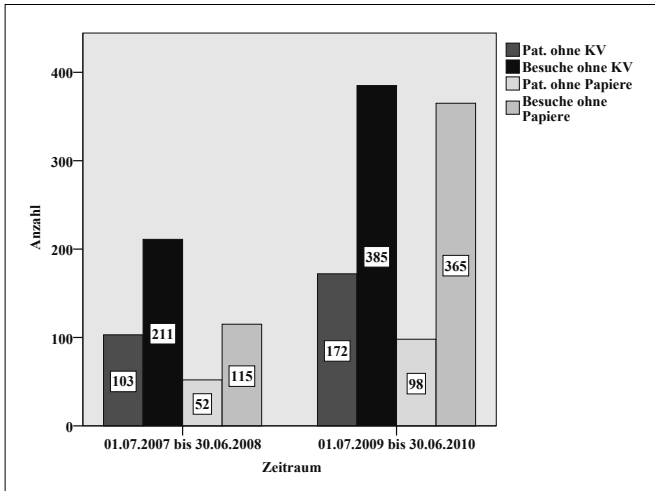
129 | 2010 sind Schwangerschaften als Behandlungsanlass in der Kategorie »Gynäkologie« inbegriffen.

che mit den Beteiligten vor Ort geführt. Die MMM in Hannover wurde Mitte Juni 2007 gegründet und bietet seitdem einmal in der Woche eine Sprechstunde von 10 bis 12 Uhr an. Im Sommer ist die Einrichtung für zwei Wochen geschlossen (Stand: Februar 2014). Es arbeiten in den Räumlichkeiten vier bis fünf Ärztinnen und Ärzte aus unterschiedlichen Fachrichtungen sowie eine Hebamme.¹³⁰ Außerdem ist eine Person für administrative Vorgänge zuständig und eine weitere Person bietet Beratung zu Fragen des Aufenthaltsrechts und potenzieller Kostenträgerschaft an. In der ärztlichen Konsultation wird die (Verdachts-)Diagnose gestellt und in einer Akte handschriftlich dokumentiert. Weitere Untersuchungen wie Sonografie oder Blutabnahmen können durch eine Ärztin oder einen Arzt vor Ort erfolgen. Medikamente werden in einem geringen Umfang aus einem Spendenpool abgegeben. Falls erforderlich kann auf ein Netzwerk von Fachärztinnen und Fachärzten zur Weitervermittlung im Bedarfsfall zurückgegriffen werden, die nach dem einfachen Satz GOÄ entlohnt werden. Ebenso besteht eine Absprache mit einer gynäkologischen Abteilung eines Krankenhauses, falls eine Einweisung nötig werden sollte. Bis 2014 einschließlich übernahmen die MMM die Kosten für Geburten. Im Folgenden werden zwei Zeiträume miteinander verglichen: 1. Juli 2007 bis zum 30. Juni 2008, der erste Zeitraum unmittelbar nach Öffnung der Anlaufstelle, und der äquivalente Zeitraum von 2009 bis 2010. In die Datenauswertung wurden alle Behandelten und Kontakte (also jeder Besuch) aufgenommen, die im genannten Zeitraum dokumentiert wurden. Die Dokumentation erfolgt in zwei Schritten: Zu jeder Patientin/zu jedem Patienten gibt es eine Akte, in der die handschriftliche Dokumentation der basalen Angaben bei Erstkontakt und im Weiteren der Beschwerden erfolgt. Anschließend, nach der Konsultation, findet eine Übertragung in eine Microsoft-Excel-Datei statt. Es werden kategoriale Variablen wie Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Herkunft und Aufenthalts- bzw. Versicherungsstatus festgehalten. Außerdem werden die Erkrankungen nach dem ICD-10-Schlüssel dokumentiert sowie das weitere Vorgehen, eingeteilt in Überweisung, Therapie und Empfehlung zur Wiedervorstellung. Die Daten sind zum großen Teil vollständig, in wenigen Fällen fehlen Angaben zu Herkunft und Alter. Einige offensichtliche Eingabefehler (z.B. Schwangerschaft als Konsultationsgrund bei einer über 55-jährigen Patientin, die ansonsten die Einrichtung aus anderen Gründen aufsucht) wurden nicht berücksichtigt. Die in Abb. 10 vorgenommene Einteilung der Herkunftsstaaten orientiert sich am Zuordnungssystem der UN-Institutionen, differenziert allerdings zusätzlich die EU-Beitrittsstaaten aufgrund der spezifischen Lage mit einer bis zum 31.12.2013 gegoltenen Einschränkung der Arbeitnehmerfreizügigkeit in

130 | Die Ärztinnen und Ärzte, die bei der MMM arbeiten, fluktuieren und damit auch die dort vertretenen Fachrichtungen. Im Sommer 2011 waren folgende Fachrichtungen vertreten: Allgemeinmedizin, Gynäkologie und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.

Deutschland. Das Säulendiagramm (Abb. 7) verdeutlicht, dass sowohl die Zahl der Patientinnen und Patienten mit und ohne Papiere als auch die Zahl der Behandlungen im jüngsten untersuchten Zeitraum zugenommen haben.

Abbildung 7: Anzahl Patientinnen/Patienten und Besuche von Menschen ohne Krankenversicherung (KV) sowie ohne Papiere der MMM-Hannover in 2007/08 und 2009/10¹³¹



Entgegen der Eigenwahrnehmung des Personals der MMM¹³² und der Darstellung im Jahresbericht bleibt der relative Anteil der Behandelten ohne Papiere bei etwa gut einem Drittel (33,5 % versus 36,3 % im Jahr 2009/10) konstant.¹³³ Der relative Anteil an Besuchen von undokumentierten Migranten steigt von etwa einem Drittel auf fast die Hälfte an. Im Zeitraum 2009/10 kommen also mehr Behandlungen auf eine Patientin bzw. auf einen Patienten ohne Papiere

131 | Zur Vereinfachung sind Behandelte nach Krankenversicherungs- und Aufenthaltsstatus getrennt aufgeführt. Entscheidend ist der Aufenthaltsstatus, auch wenn die Patientinnen und Patienten ohne Papiere ebenfalls über keine Krankenversicherung verfügen.

132 | Wiederholt haben Mitarbeitende der MMM-Hannover bei Besuchen 2010 als auch 2011 und 2014 gegenüber der Autorin ihren Eindruck geschildert, dass der Anteil der Menschen ohne Papiere abnehmen würde. Auch im Jahresbericht wird eine Abnahme angegeben (siehe Kapitel 3.3.2).

133 | Der Anteil wird stets zur gesamten Zahl der Patientinnen und Patienten ins Verhältnis gesetzt, beinhaltet also sowohl jene ohne Krankenversicherung als auch jene, die zusätzlich über keine Papiere verfügen.

als im Vergleichszeitraum (2,2 in 2007/08 versus 3,7 Besuche pro Person im Jahr 2009/10). Die Geschlechterverteilung ist in Tab. 7 dargestellt.

Tabelle 7: Geschlechterverteilung bei Patientinnen und Patienten ohne Krankenversicherung (KV) bzw. zusätzlich ohne Papiere in zwei Zeiträumen, MMM-Hannover

	Migrierte ohne Papiere		Migrierte ohne KV	
	Anteil Frauen in %	Anteil Männer in %	Anteil Frauen in %	Anteil Männer in %
Personen 07/08	71,2	28,8	52,4	47,6
	n=52		n=103	
Personen 09/10	76,5	23,5	59,3	40,7
	n=98		n=172	
Besuche 07/08	73,9	26,1	45,5	54,5
	n=115		n=211	
Besuche 09/10	81,9	18,1	60,3	39,7
	n=365		n=385	

Der Vergleich der Altersverteilungen zwischen den Behandelten ohne Krankenversicherung und jenen, die zudem keine Papiere haben zeigt deutlich eine Häufung in der Altersklasse der 20- bis 40-Jährigen bei den Menschen ohne Papiere (Abb. 8a und 8b, Abb. 9a und 9b).

Abbildung 8a: Altersverteilung der Patientinnen/Patienten ohne Krankenversicherung im Zeitraum 07/08, MMM-Hannover

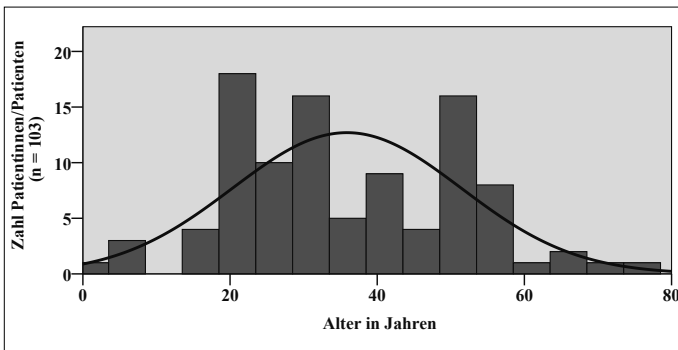


Abbildung 8b: Altersverteilung der Patientinnen/Patienten ohne Papiere im Zeitraum 07/08, MMM-Hannover

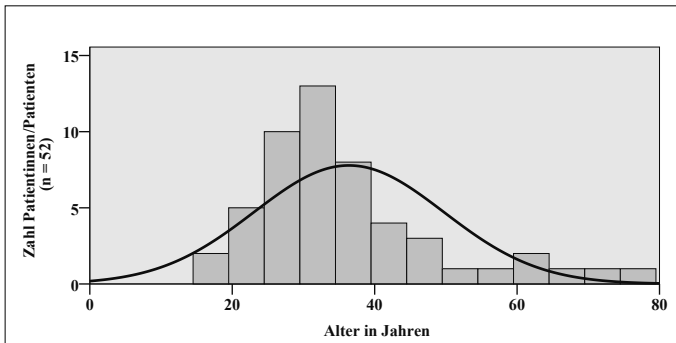


Abbildung 9a: Altersverteilung der Patientinnen/Patienten ohne Krankenversicherung im Zeitraum 09/10, MMM-Hannover

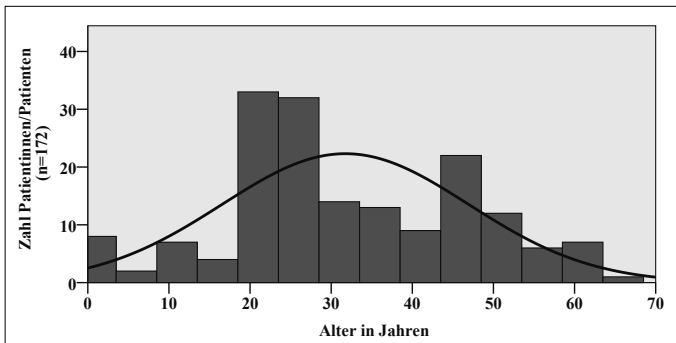
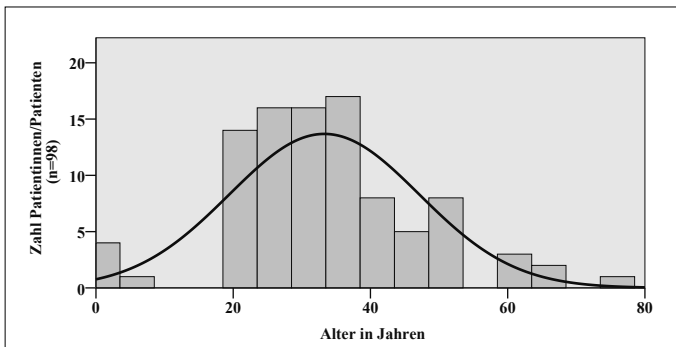


Abbildung 9b: Altersverteilung der Patientinnen/Patienten ohne Papiere im Zeitraum 09/10, MMM-Hannover



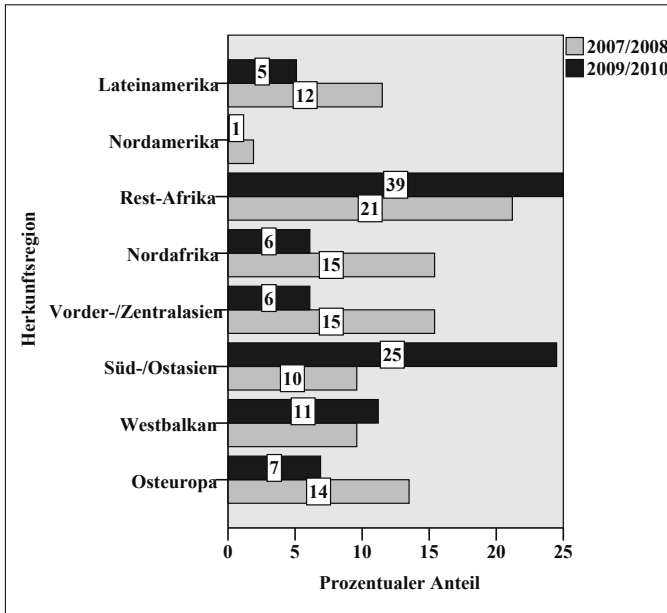
Die Geschlechterverteilung zeigt bei undokumentierten Migrierten ein ausgeprägtes Ungleichgewicht. 2009/2010 machten Frauen fast 82 % der Behandelten bei der MMM-Hannover aus. Dieser Überschuss findet sich nicht bei den Patientinnen und Patienten ohne Krankenversicherung. Ein Grund für das Geschlechterverhältnis bei Menschen ohne Papiere findet sich in der Übersicht zum Erkrankungsspektrum bzw. Beratungsanlass (s. Tab. 8). 2009/2010 waren über die Hälfte der Behandelten ohne Papiere schwanger.

Tabelle 8: Erkrankungsgruppen bei Migrierten ohne Papiere in zwei Zeiträumen im Vergleich

Erkrankungsgruppe (Beispielkrankung) bzw. Schwangerschaft	07/08 Anteil in % bei Besuchen	09/10 Anteil in % bei Besuchen
	n=115	n=365 (Besuche), 719 Diagnosen
Infektiöse Erkrankungen (HIV, Hepatitis)	3,5	4,1
Bösartige Neubildungen (Tumoren versch. Organsysteme)	1,7	0,3
Gutartige Neubildungen	0,9	5,5
Bluterkrankung (Eisenmangel)	5,2	11,2
Stoffwechsel (Diabetes mell.)	0,9	10,4
Psychische Erkrankungen (Alkohol/ Nikotinabhängigkeit, Depression)	5,2	6,3
Neurologie (Epilepsie)	0	1,1
Auge (Bindehautentzündung)	1,7	6
HNO (Mittelohrentzündung)	0,9	2,5
Kreislauf (Koronare Herzkrankheit, Bluthochdruck)	10,4	14
Atmung (grippaler Infekt, Bronchitis)	7,8	12,6
Verdauung (Karies, Gastritis)	14,8	17,8
Haut (Dermatitis, Entzündungen)	4,3	2,5
Muskel (Rückenschmerzen)	9,6	11
Urogenital (Zystitis)	0	19,7
Schwangerschaftsassozierte Krankheiten (Diab. mell, übermäßiges Erbrechen)	2,6	1,6
Fehlbildungen, Deformitäten des Neugeborenen	0,9	3,6
Auffällige Laborbefunde, Allgemeinsymptome (Fieber)	4,3	11
Verletzungen	2,6	6,6
Schwangerschaften	35,7	52,1
Diagnosestellungen	–	719

Auch die Herkunftsregionen können für Patientinnen und Patienten ohne Papiere aufgeschlüsselt werden (s. Abb. 10). Die aufgeführten Länder bzw. Regionen sind allerdings unterschiedlich groß hinsichtlich ihrer Ausdehnung und ihrer Bevölkerungszahl, zudem könnten sie auch in anderer Weise zusammengefasst werden.

Abbildung 10: Herkunftsregionen der Patientinnen/Patienten ohne Papiere in 07/08 und 09/10, MMM-Hannover



3.4 INTERVIEWS: DIE BEFRAGUNG BETROFFENER – ACHT SICHTWEISEN

Fragestellungen der vorliegenden Arbeit werden quantitativ mittels standardisierter Verfahren untersucht, das repräsentative Aussagen zur Versorgungssituation an den Gesundheitsämtern in Deutschland und eingeschränkt zur Versorgung im medizinischen Notfall ermöglichen sollen. Ein wichtiger Vorteil einer solchen Herangehensweise ist damit deutlich, die Repräsentativität. Ein qualitativer Untersuchungsansatz bietet diesen Vorteil zwar nicht, kann allerdings helfen, komplexe Lebenssituationen und Handlungsweisen zu erkennen. Aufgrund der gefährdeten Lebenssituation von Zugewanderten ohne Papiere in Deutschland sind repräsentative Studien zu Informationsbeschaffung über Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung und Handlungsweisen

im Krankheitsfall nicht möglich. In explorativen Studien – z.B. durchgeführt in Berlin und Brandenburg, Hamburg und anderen Großstädten¹³⁴ – sind zu unterschiedlichen Zeitpunkten Migrantinnen und Migranten ohne Papiere zu verschiedenen Aspekten von Gesundheit und Krankheit befragt worden. Die Interviewten im Rahmen dieser Studie, die zeitweise ohne Papiere in Deutschland lebten, sind im Verlauf der Interviews explizit auf ihre Kenntnisse zum Angebot der Gesundheitsämter befragt worden. Sowohl diese Interviews als auch die Gespräche mit der Angebotsseite können Problemkonstellation in der medizinischen Versorgung veranschaulichen. Es werden die Erfahrungen von fünf Menschen wiedergegeben, die sich zeitweise ohne Papiere in Deutschland aufgehalten haben sowie die Expertise dreier Personen aus dem Gesundheitswesen mit häufigem Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten. Die Darstellung im Folgenden beschränkt sich auf die wesentlichen Aussagen der Interviewten zur medizinischen Versorgung und führt keine Analyse im Sinne einer qualitativen Datenanalyse durch, da dies für die Fragestellungen der vorliegenden Studie nicht notwendig ist. Die Interviewauszüge haben lediglich ergänzenden Charakter.

3.4.1 Auswahl und Methodik der Interviews

Die Interviews wurden zwischen August und Oktober 2011 durchgeführt. Die befragten Frauen und Männer, die sich vorübergehend ohne Papiere in Deutschland aufgehalten hatten, wurden unsystematisch durch ein »Schneeballsystem« ermittelt: Bekannte kennen Menschen, die migriert sind, diese kennen wiederum weitere Personen. Die Auswahl erfolgte anhand einiger weniger Kriterien. Die geringe Exklusion ist bedingt durch die schwierige Lage der Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität und einer insgesamt eingeschränkten Redebereitschaft, auch bereits legalisierter Migrantinnen und Migranten. Folgende Kriterien wurden berücksichtigt:

1. Aufenthaltsstatus: In den letzten fünf Jahren sollten die Interviewten ohne Papiere in Deutschland gelebt haben, über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten. Die Zeit in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität sollte nicht zu lange her sein, da sich zum einen die Umstände des Lebens ohne Papiere in Deutschland verändert haben und zum anderen die Zeit ausreichend gut erinnert werden sollte.
2. Sprachkenntnisse: Ausreichende Kenntnisse der deutschen oder englischen Sprache stellten eine Voraussetzung dar, um das Interview direkt, ohne Sprachvermittlung, durchführen zu können.

134 | Siehe beispielsweise die Studie von Huschke (2013), Mitrović (2009), Krieger et al. (2006), Steffan et al. (2005) u. a.

3. Wohnort: Der Wohnort zum Zeitpunkt der fehlenden Aufenthaltserlaubnis sollte bei allen Personen übereinstimmen, da die Angebotsstruktur vor Ort der Interviewerin weitgehend bekannt ist und daher gezielte Fragen zur Wahrnehmung dieses Angebots möglich waren.

Der sozioökonomische Status stellte kein Auswahlkriterium dar, ebenso wenig wie das Herkunftsland. Die drei genannten Kriterien sind Minimalkriterien, um überhaupt einen Zugang zu Menschen zu erhalten, die bereit sind, über ihre Zeit in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität zu sprechen. Die Interviewpartnerinnen und -partner wurden zu Beginn über ihr Einverständnis zum Interview und zur Aufnahme desselben befragt. Der Ablauf sowie Inhalt der Befragung wurde zuvor grob skizziert. Es wurde mitgeteilt, dass die Zeit des fehlenden Aufenthaltsstatus im Fokus des Interviews sowie der Studie liege und über Erfahrungen in diesem Zusammenhang befragt werden würde. Die zu Interviewenden wurden zudem informiert, dass die Beantwortung der einzelnen Fragen freiwillig erfolge und sie jederzeit das Interview abbrechen könnten. Die Vertraulichkeit und Anonymität wurden zugesichert. Es wurde eine gemischte Interviewform gewählt mit zunächst wenigen offenen Fragen, um der subjektiven Gewichtung und der eigenen Sprache ausreichend Raum zu geben. Während des offenen Erzählens wurden Verständnisfragen gestellt. Im zweiten Teil folgten überwiegend geschlossene Fragen, um das zuvor Gesagte einzuordnen und für die Fragestellung besonders relevante Themengebiete zu erörtern. Die geschlossenen Fragen stammen überwiegend aus einem bestehenden Fragebogen einer internationalen, quantitativen Studie zu »HIV/AIDS und Migranten/innen – Gesundheitsrisiken, soziale Lage und Angebote einschlägiger Dienste«. Die Fragen wurden der Publikation der nationalen Ergebnisse, Steffan et al. (2005), entnommen und aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt bzw. einige Fragen ergänzt.

Die drei Expertinnen/Experten aus verschiedenen Institutionen des Gesundheitssystems wurden gezielt ausgewählt. Eine Mitarbeiterin eines Gesundheitsamtes hatte ein neues Angebot für nichtversicherte Kinder implementiert, eine Mitarbeiterin in einer »Humanitären Sprechstunde« eines Gesundheitsamtes schildert die Grenzen der Versorgung vor Ort und ein niedergelassener Facharzt beschreibt seine Erfahrungen in der medizinischen Versorgung undokumentierter Migrantinnen und Migranten mit einer HIV-Infektion. Diese drei spezifischen Situationen entziehen sich einer quantitativen Erhebung, können aber individuelle Erfahrungen zum Thema der Arbeit beisteuern. Die Interviews wurden zu verschiedenen Zeitpunkten 2011 und 2012 durchgeführt. Die zu Befragenden wurden über die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit informiert. Entsprechend ihrer Aufgabengebiete waren zuvor Fragen ausgearbeitet. Die Kontakte wurden über Besuche an verschiedenen

Gesundheitsämtern und direkter Anfrage nach der Literaturrecherche hergestellt.

3.4.2 Interviews I: Gesundheit und medizinische Versorgung in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität

Die Interviews wurden mit vier Männern und einer Frau durchgeführt, die sich zeitweise ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland aufgehalten hatten. Ein Mann (A-S) befand sich zum Zeitpunkt des Interviews noch in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität. Zum Schutz seiner Identität werden keine näheren Angaben zum Alter oder zum Herkunftsland gegeben. Drei Männer kamen aus Westafrika (WA-S, WA-L, WA-B) und eine Frau aus Südamerika (SÜ-J). Die Männer aus Westafrika kannten sich untereinander. Einige biografische Daten werden im Folgenden genannt:

- A-S war zum Zeitpunkt des Interviews durch eine schlecht behandelte HIV-Infektion in deutlich reduziertem Allgemeinzustand und konnte viele Fragen nicht adäquat (im medizinischen Verständnis) beantworten. A-S hielt sich seit einigen Monaten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland auf. Der rechtliche Status konnte aufgrund eines bereits gestellten Asylanspruchs in einem anderen EU-Land unmittelbar nicht geändert werden. A-S gab an, dass er sich lediglich für einige Monate in der Stadt aufhalte. Zum Zeitpunkt des Gesprächs suchte er bereits nach Optionen, weiterreisen zu können. A-S war bereit, einige Angaben in einem nicht aufgezeichneten Gespräch zu geben.
- WA-S, 38 Jahre alt, hatte sein Herkunftsland verlassen, um eine bessere Ausbildung erhalten zu können. Die erste Zeit hielt er sich in Europa mit einem Studentenvisum auf, war dann einige Monate ohne Aufenthaltserlaubnis in Deutschland und hatte im Anschluss Asyl beantragt. Nach über eineinhalb Jahren heiratete er seine deutsche Frau.
- WA-L, 35 Jahre alt, stellte einen Asylantrag in einem anderen Land des Schengen-Raums, ist ausgewiesen worden und hielt sich dann etwa eineinhalb Jahre ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland auf. Eine Legalisierung erfolgte über die Heirat seiner Frau, die eine deutsche Staatsangehörigkeit besitzt.
- WA-B, 36 Jahre alt, kam wegen eines Familienmitglieds mit Visum nach Europa und ist dann nach Deutschland gegangen. Er hatte einen Asylantrag gestellt, der schließlich abgelehnt worden ist und lebte dann einige Monate ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland. Mit der Heirat seiner Frau erhielt er eine Aufenthaltserlaubnis. WA-B lehnte die Aufnahme des Interviews ab, mit einer Mitschrift war er einverstanden.

- SÜ-J, 32 Jahre alt, kam ebenfalls mit einem Touristenvisum nach Europa und blieb nach Ablauf des Visums in Deutschland, wo sie etwa zwei Jahre ohne Aufenthaltserlaubnis lebte.

Die fünf Interviewten hatten alle mindestens einen High-School-Abschluss. Die Interviews dauerten zwischen einer und drei Stunden. Zwei Interviews wurden bei der Autorin zuhause, zwei bei den Interviewten und eines im öffentlichen Raum durchgeführt. Den Ort zur Befragung konnten die Betroffenen wählen. In den Interviews kamen viele Aspekte der Lebenssituation in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität zur Sprache. Im Hinblick auf den Fokus der vorliegenden Arbeit stehen im Folgenden die Aussagen der Interviewten zum Zugang zur medizinischen Versorgung in dieser Zeit im Zentrum. Die Interviewten wurden zum Krankheitserleben in der Zeit des unerlaubten Aufenthalts befragt und zu Kenntnissen über Anlaufstellen, um eine medizinische Versorgung zu erhalten. Dieser Aspekt nahm für die fünf Interviewten einen unterschiedlich großen Raum in der Beantwortung ein, abhängig davon, ob sie in dieser Zeit nach eigener Einschätzung eine medizinische Versorgung benötigt hatten oder nicht. Die Transkription erfolgte wortwörtlich, zur besseren Lesbarkeit sind lediglich einige Füllwörter wie »äh« herausgenommen worden.

SÜ-J beschreibt folgende Erfahrung, als in der Zeit der aufenthaltsrechtlichen Illegalität Zahnschmerzen auftraten:

SÜ-J: »Ich hasse Zahnarzt. Ich hasse, und [lacht] ich hatte irgendwann, ne, ich hatte Karies, ne. Aber ich hatte einfach gelassen, ja. Und irgendwann, das hatte mir schon wehgetan. Eine Bekannte von mir hatte auch so eine Bekannte, ist Zahnarzt. Aber er, und keine Ahnung, in einer anderen Stadt und hatte diese Gefall für sie gemacht und andere, von anderer Stadt hierhergekommen. Nicht hier, es war noch außerhalb, hat mit einem Freund von ihm gesprochen, ob er mit meinem Zahn was machen könnte und er seine Praxis. Es war echt so, weil sie hat gesagt, sie kann nicht, sie ist illegal hier und tut sehr weh und so was und er hat das dann gemacht. Das fand ich sehr schön, hat ein Ding hier drin gemacht [zeigt auf Wange und lacht] und ich sollten Bescheid sagen, ich sollte noch mal so ihn besuchen oder so was. Aber habe ich wieder gelassen. Und irgendwann, könnte ich nicht mehr. Richtig so [zeigt eine dicke Wange mit der Hand]. Ja. Und es war auch ein [Pause].«

Interviewerin (I.): »Angeschwollen?«

SÜ-J: »Inflammation.«

I.: »Entzündung?«

SÜ-J: »Entzündung. Ja [lacht]. Dann habe ich so mit de Leute, Brasilianer, darüber gesprochen und dann hat jemand gesagt, oh, gibt's

[...] ¹³⁵ so eine Brasilianerin, ne eine Zahnärztin. Dann habe ich gesagt, Ok, ich ruf sie an [lacht]. Und mein Glück war, dass mein Freund mich unterstützt hat. Weil er hat das alles in seine Namen gemacht, ne?»

I.: »In seiner?«

SÜ-J: »In seine Namen. So hat privat gemacht, aber, hat so seine Daten gegeben. Dann hat sie, ja, äh, wie heißt das? Äh [Pause].«

I.: »Sie hat ihn gezogen?«

SÜ-J: »Doch.«

I.: »Sie hat den Zahn gezogen?«

SÜ-J: »Ja.«

I.: »Au«

SÜ-J: »Ja [lacht], das war auch schade, weil ja [Pause].«

I.: »Ja normalerweise kann man die ja erhalten.«

SÜ-J: »Ja.«

I.: »War das schon so weit fortgeschritten?«

SÜ-J: »Ja, ich weiß das nicht [lacht]. Ich weiß nur, ich war so total, ah, ich könnte nicht mehr, ich hab mir gedacht, ok, mach weg oder nicht, das ist egal. Hauptsache tut nicht mehr weh. Dann hat sie das gemacht und ok, mein Freund hat Rechnung bekommen und er hat auch so unterschrieben und das war mein Glück, weil ich glaube, wenn andere Person wäre, die auch illegal wäre, ne? Hätte ich gar keine Chance.«

I.: »Und wie habt ihr das dann bezahlt? Hat dein Freund das dann alles bezahlt?«

SÜ-J: »Ich habe auch gearbeitet. Ich habe auch so Putz-Jobs gemacht und so. Und so was, damals. Aber er hat mir auch geholfen.«

Für WA-L war der Zugang insoweit unproblematisch, als dass er auf die Krankenversicherungskarte seines in Deutschland lebenden Bruders zurückgreifen konnte, der über eine dauerhafte Aufenthaltserlaubnis verfügte:

»Die schwerste Dinge war, ja dies, wenn du krank bist, kannst du nicht zum Arzt, normal so. Zum Glück war ich nicht krank in der Zeit. Aber ich kenne einen Kumpel. Der war in der gleichen Lage und so. [...] Du läufst ja so ohne Identität. Hier, ich konnte seine [des Bruders, Anm. der Autorin] Karte nehmen, weil wir sehen ähnlich aus.«

135 | Nähere Angaben zu Adressen, Namen, Institutionen wurden zur Wahrung der Anonymität entfernt.

WA-S war in der Zeit des irregulären Aufenthalts nicht so krank, dass er eine medizinische Versorgung benötigt hätte. Zu Krankheit und Gesundheit sagte er im Gespräch folgendes:

I.: »Hättest du dich in der Zeit da mal krank gefühlt? Oder dass du mal einen Arzt gebraucht hast?«

WA-S: »In dieser Zeit zum Glück nicht. Dass ich krank, dass ich meckern könnt, nee. Ja, mal so kleine Kopfschmerzen oder so, aber das kommt immer wieder.«

I.: »Und hättest du denn gewusst, wo du hättest hingehen können?«

WA-S: »Nein, also wenn ich krank wär, wenn ich [Pause].«

I.: »Krank geworden wärst?«

WA-S: »Krank geworden wäre, ja, hatte ich nicht.«

I.: »Spricht man darüber, also innerhalb deiner Community, spricht man darüber, ok, der hat jetzt vielleicht keinen Aufenthaltsstatus oder die hat jetzt keine Aufenthaltserlaubnis. Weiß man das oder weiß man das nicht so? Spricht man darüber?«

WA-S: »Ja, das reden wir offen. Dass der andere auch weiß, dass man Bescheid weiß. Dass man aufeinander aufpassen kann, you know?«

I.: »Dass man sich helfen kann?«

WA-S: »Ja.«

I.: »Spielt da Krankheitsversorgung auch eine Rolle?«

WA-S: »Was Versorgung?«

I.: »Also Versorgung mit Medizin. Dass es da Leute gibt, die keinen Aufenthaltsstatus haben und sagen, dass sie krank sind, sie brauchen jetzt einen Arzt. Gibt's das, wird darüber geredet?«

WA-S: »Ja, aber, das gibt's, das gabs. Mehrmals sogar, dass die anderen hier sein dürfen, verheiratet sind z.B., oder nicht verheiratet, die sind immer noch Asyl, die können sogar vielleicht zum Sozialamt gehen und austricksen und sagen, dass sie selber krank sind und so, dass sie diesen Schein bekommen und ja, geben das weiter zu dieser kranken Person und diese kranke Person nimmt diese Schein mit Ausweis von diese Freund und ja, geht's dann mit diese Name.«

I.: »Oder mit der Karte dann wahrscheinlich?«

WA-S: »Ja, ja.«

I.: »Wird denn auch über Hilfsorganisationen gesprochen? Also es gibt ja einige Hilfsorganisationen, die speziell für Leute ohne legalen Aufenthaltsstatus medizinische Hilfe anbieten. Wird darüber auch geredet oder ist das nicht bekannt?«

WA-S: »Nee, das ist einfach unbekannt. Das ist unbekannt. Wir waren in Dunkelheit, wir konnten nichts, jede Hilfe war für uns fremd, you know? Wir mussten nur eins sehen, wie wir überstehen konnten.«

SÜ-J schildert die Umstände, an eine »Antibabypille« zu gelangen:

I.: »Wenn du jetzt irgendwelche Medikamente gebraucht hast, was hast du dann gemacht? Also gabs diese Situation mal?«

SÜ-J: »Jemals?«

I.: »Also, als du keine Aufenthaltserlaubnis hattest?«

SÜ-J: »Ähm [Pause].«

I.: »Also hast du dann mal Medikamente gebraucht oder irgendetwas?«

SÜ-J: »Ah, ja. Das ist schwierig hier in Deutschland, weil man brauch immer Rezept, ne?«

I.: »Ja, genau. Und in Brasilien geht man wahrscheinlich in den Supermarkt oder?«

SÜ-J: »Genau. Z.B. ich hab auch, ich wollte Pille nehmen, und geht auch nicht. Dann hat eine Freundin von mir, sie hat in, in, wo hat sie gewohnt, in England? Weiß ich nicht ganz genau jetzt. Dann hat sie gesagt, sie hat auch Pille im Supermarkt oder Kiosk gekauft, ne? Dann hat sie halt Pille mir gegeben, so dass man keine Pause macht, so Cerazette oder so was ähnliches. Dann habe ich das genommen und es war überhaupt nicht gut. Und ja, dann habe ich mir gedacht, das ist schade, weil ich wollte auch einmal zum Arzt gehen. Das weiß ich jetzt wieder, kommt wieder. Dann hat, es ist der Arzt einer Freundin von mir, dann hat sie ihn gefragt, ob er mich untersuchen könnte, aber mit ihrem Namen. Dann hat er gesagt, das machen wir hier nicht, das ist in Deutschland schlimmer als wenn du jemanden tot machst [lacht]. Wir haben so, oh äh, tut mir Leid, Entschuldigung, ne? Das wollte ich nicht, ne? [lacht] Nur weil ich Pille nehmen wollte. Ich wollte gucken, was für eine Pille und eine Rezept, ne? Dann hat er so gemacht, ne, dann, ich habe jetzt diese Begriff vergessen, aber es war so, häh [abwehrende Geste].«

I.: »Ganz schlimm?«

SÜ-J: »Ja, und das ist schlimm. Wenn man gar keine, man muss zum Arzt gehen, damit man was kaufen kann.«

I.: »Und wie hast du das dann gelöst?«

SÜ-J: »Ich habe nur das Ding, Antibiotikum genutzt, davor hat meine Freundin mir Voltaren gegeben, dann habe ich ganz viel Voltaren benutzt, weil es hat nicht gewirkt, ne? Nicht so richtig. Ok, dann haben sie auch was verschrieben, aber habe ich auch außer Pille, habe ich nicht so ganz [Pause].«

I.: »Nichts gebraucht?«

SÜ-J: »Nichts gebraucht. Aber jetzt weiß ich auch wieder. Habe ich doch, habe ich Pille danach einmal genutzt, aber dann hat auch eine Freundin von mir für sich genommen, sozusagen.«

WA-B gab an, in der Zeit der aufenthaltsrechtlichen Illegalität nicht krank gewesen zu sein, »zum Glück«, wie er im Interview sagte. Befragt nach den Kenntnissen zu Angeboten des Gesundheitsamtes, sagte WA-S:

I.: »Hast du da vorher schon mal was von gehört, dass man sich da testen lassen kann, auf Tuberkulose, auf ansteckende Erkrankungen, auf HIV z.B. auch. Hast du da schon mal vorher von gehört?«

WA-S: »Nein.«

I.: »Dass man das da machen kann?«

WA-S: »Nee.«

Die anderen Interviewten kannten das Angebot ebenfalls nicht. Auch A-S, für den als Patient mit einer HIV-Infektion das Testangebot bzw. eine Beratung unmittelbar Relevanz gehabt hätte, hatte keine Kenntnisse von dieser Möglichkeit. A-S sagte im Gespräch, er könne im Regelfall seine im Herkunftsland wesentlich günstiger zu erhaltenden Medikamente selber bezahlen und über Bekannte, die hin- und herreisten, beziehen. Aktuell stehe für ihn diese Möglichkeit allerdings nicht zur Verfügung und die Medikamente seien aufgebraucht. Außerdem seien schon seit längerem keine Laboruntersuchung durchgeführt worden, so dass Viruslast etc. unbekannt seien. Im Krankenhaus, welches der Patient aufgesucht hatte, sei er abgewiesen worden. Zuerst müsse die Kostenübernahme gesichert sein.

3.4.3 Interviews II: Medizinische Versorgung von Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität

Es berichtet ein Facharzt für Innere Medizin über seine Erfahrungen im Kontakt zu nicht krankenversicherten Migrantinnen und Migranten, bei welchen eine HIV-Infektion vorliegt. Das insgesamt 40-minütige Interview fand im September 2011 per Telefon statt. Es wurden noch weitere Aspekte einer ausreichenden Gesundheitsversorgung angesprochen; im Folgenden wird ein Auszug zum Thema Kontakt und Behandlung wiedergegeben:

I.: »Wie hat sich das entwickelt, dass Sie Kontakt zu MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus bekommen haben?«

Facharzt (F-Arzt): »Das hat sich dadurch entwickelt, dass Menschen ohne Aufenthaltsstatus und ohne Versicherung in meine Sprechstunde [...] gekommen sind. Und da eben auffiel, dass sie zwar eine Erkrankung

haben, sie hatten alle eine HIV-Infektion, aber dass ich sie hätte gar nicht behandeln dürfen. [...]«

I.: »Und wissen Sie, wie es kam, dass die Migranten dann zu Ihnen kamen, also wie Sie den Weg gefunden haben?«

F-Arzt: »Genau, es geht ja über die HIV-Infektionen. Und es gibt ja [...] gar nicht so viele Anlaufstellen und sie sind jetzt nicht speziell zu mir gekommen, zumindest nicht am Anfang, später natürlich dann ja, weil es sich rumgesprochen hat, dass ich mich da engagiere, aber am Anfang war das ja nicht bekannt und dann sind aber mal ein paar so zufällig zu mir gekommen und auch dadurch, dass ich portugiesisch kann. Dadurch sind dann auch insbesondere Menschen aus dem portugiesischen und aber auch aus dem spanischen Kulturkreis zu mir gekommen, sprich Brasilien, aber auch Venezuela, Kolumbien, Ecuador, Mittelamerika, auch Mexikaner. Die kamen dann eben zu mir, weil ich deren Sprache kann, bzw. zumindest verstehen kann. [...] Und, dann muss man aber auch sagen, dann hat sich auch etwas verändert. Durch diese Auslandsgesetzgebung, die verschiedenen Reformen, auch der EU, gibt es ja doch deutlich weniger Einwanderung, oder sagen wir mal, illegale Einwanderung. Es ist wohl doch deutlich schwieriger geworden, d.h., dass Aufkommen von Menschen mit einer HIV-Infektion, die keinen Aufenthaltsstatus und keine Versicherung haben, dass es sich heute anders darstellt, als vor zehn oder 20 Jahren.«

I.: »Und was würden Sie sagen, wie sich das verändert hat, wenn Sie das von heute beschreiben würden?«

F-Arzt: »Also das Problem, dass jemand zu mir kommt, eben wie damals, war das üblich, also illegal in Deutschland, keine Krankenversicherung, eben keine Papiere, keine Krankenversicherung, das war das Übliche. Ich würde sagen, heute ist das Übliche, dass jemand sich legal in Deutschland aufhält, entweder aus Südosteuropa kommt, insbesondere Bulgarien oder Rumänien oder aus einem afrikanischen Land, Ghana, Togo, aber eben auch sich legal in Deutschland aufhält, und z.B. als Student [...] und dann aber keine Krankenversicherung hat. Und d.h., dass Problem ist damit ja nochmal wieder ein anderes geworden. [...] Und insofern ist meine Erfahrung heute, dass es immer darum geht, den Zugang zur Krankenversicherung zu organisieren, über einen Rechtsanwalt oder über eine andere Beratungsgruppe. Und das funktioniert auch meistens. Es ist eine Frage der Zeit. Also es funktioniert nicht von heute auf morgen und auch vielleicht nicht von heute auf in einem Vierteljahr, aber ich würde mal so sagen, innerhalb eines Jahres, habe ich die Erfahrung gemacht, ist es doch dann immer möglich. Auch gerade wenn die Person einen großen Druck hat, dass ja eine Erkrankung da ist, die Behandlung ist teuer und

ich kann dann auch erst mal improvisieren. So, man kann dann ja auch erst mal Sachen hinkriegen, wenn jetzt der Druck sehr groß ist, weil die Helferzellzahl so sehr niedrig ist und die Menschen krank sind, dann geht es natürlich auch noch schneller. Und, die Situation, dass jemand kommt und illegal hier ist, ist etwas seltener geworden. Es gibt sie immer noch, aber sie ist seltener geworden. Dann sind es meistens Menschen aus afrikanischen Ländern, die auch schon viele Jahre in Deutschland leben und teilweise auch schon viele Jahre wissen von ihrer HIV-Infektion, aber niemanden aufgesucht hatten und dann aber doch vielleicht von mir gehört haben und dann deshalb zu mir gekommen sind und sie haben auch immer Angst, natürlich, weil sie ja nicht wissen, wie ich reagiere. Als Arzt gehöre ich erst mal zu so einem Establishment dazu, zu einer offiziellen Riege, so dass sie auch vielleicht aus Erfahrungen aus ihren eigenen Ländern Angst haben, dass ich sie bei der Polizei verpfeife und sie ausgewiesen werden. Also es ist eine große Anlaufschwelle da, was ja eben auch das Problem mit darstellt. Und da habe ich dann aber auch die Erfahrung gemacht, wenn jetzt die Helferzellen niedrig sind und ein Handlungsbedarf da ist und meistens, dass man dann da ne Duldung hinbekommt. Dass sie in dieses Netz reinkommen und meine Erfahrung ist, dass auch eine Duldung nach ein paar Jahren ein Aufenthaltsstatus, eine Aufenthaltsberechtigung wird.«

I.: »Haben Sie den Fall schon mal gehabt, dass Sie eine Person hatten, die in der Illegalität war und dort auch bleiben musste, wollte, wie auch immer und die HIV-Infektion therapiert werden musste oder ist diese Variante eine Rarität bzw. kommt nicht vor?«

F-Arzt: »Es ist, also, etwas früher sicher häufiger, es kommt aber immer noch vor. Und dann würde ich auch ne HIV-Therapie erst mal so beginnen können. Also ich hab schon noch Medikamente, die ich so weggeben kann, das wäre die eine Möglichkeit, was aber ja nicht legal ist, aber wo ich das rechtfertige, dass ich in einer Notlage bin und dass die Notlage, diese Gesetzesverletzung für mich jedenfalls rechtfertigt, auch moralisch. Und die zweite Möglichkeit ist, es gibt ja so Studien für naive Patienten, die man da durchführt, wo es eben darum geht, neue Medikamente zuzulassen. Was ich auch für ethisch halte, dass man ihnen das anbietet. [...] eben mit der Studie, das ist zwar irgendwo ne Notlösung, aber auch da fühle ich ein gewisses Unwohlsein, weil da eben diese Freiheit in der Entscheidung da fehlt.«

I.: »Was meinen Sie, wie lange Sie durch Medikamentenabgabe, welchen Zeitraum Sie damit überbrücken könnten?«

F-Arzt: »Dieser Fall mit der Studie, die laufen meistens zwei Jahre. Es gibt auch mal Studien, die drei oder vier Jahre laufen. Diesen

Zeitraum würde man dann damit überbrücken können. Wenn es jetzt Sachen sind, die ich so verteile, dann geht es ein halbes Jahr, vielleicht auch mal ein Jahr, im Ausnahmefall. Ich würde aber dann, wenn ich das so mache in der Situation immer parallel darauf drängen, dass ein Rechtsanwalt aufgesucht wird. Ich sage immer, das ist jetzt improvisiert, das ist ne Notsituation. Ich kann nicht garantieren, dass ich dann immer Medikamente habe und insofern muss immer parallel der Gang zum Rechtsanwalt getan werden. So dass ein Aufenthaltsstatus erwirkt wird und ich bin auch immer sehr zuversichtlich und sicher, dass das auch funktioniert. Dass ich jetzt also nicht mit diesem Drängen riskiere, dass sie abgeschoben werden, dass wäre ja für mich auch ne Katastrophe, wenn ich dazu beigetragen hätte, dass jemand abgeschoben wird. Insofern, dass in einer Situation, wo Menschen nur 50 Helferzellen haben oder vielleicht auch 100, wo eine medizinische Notsituation da ist, da habe ich jedenfalls [...] noch nicht erlebt, dass jemand abgeschoben wurde.«

Eine Ärztin, in der öffentlichen Verwaltung einer Großstadt tätig, berichtete, wie eine Sprechstunde für Kinder eingerichtet wurde, in der bei Bedürftigkeit kostenlos Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen durchgeführt werden. Das Interview wurde im August 2012 durchgeführt und dauert etwa 1:30 h. Das Gespräch fand zu dritt in den Räumen der Ärztin statt und wurde schriftlich aufgezeichnet. Bei der dritten anwesenden Person handelte es sich um eine Sozialwissenschaftlerin, die sich ebenfalls zur Entstehungsgeschichte der Sprechstunde informierte. Nach den Gründen für die Einrichtung der Kindersprechstunde befragt, schilderte die Ärztin, dass im Jahr 2010 ein niedergelassener Pädiater an sie herangetreten sei mit der Idee eines kostenlosen Impfangebots für Kinder. Sie hat dies für sinnvoll und gut erachtet und diese Idee ihren Vorgesetzten vorgestellt. Die Impfsprechstunde wurde problemlos genehmigt. Grundsätzlich sei die Sprechstunde aufgrund ihrer Initiative entstanden und bestehe deshalb fort. Zur Finanzierung erläuterte sie, das »Gesundheitsamt« habe seit Jahren einen Impf-Etat. Dieser wurde vor vielen Jahren eingerichtet, um »kompensatorische« Impfungen zu zahlen. Impfen sei insgesamt sehr teuer (ca. 6 € bis 40 € pro Impfung) und würden Mittel des »Gesundheitsamtes« verbrauchen. Da dieser Etat zur Verfügung stand, sei es dann folgerichtig gewesen, dass aus diesem nun die Impfungen für die Sprechstunde bezahlt werden würden. Damit entstanden keine zusätzlichen Kosten, sondern es konnten ausschließlich Gelder verwendet werden, die bereits zugeteilt waren. Lediglich die Personalkosten bzw. eine Aufgabenumverteilung würden zusätzlich nötig sein. Zurzeit werde der Impf-Etat fast ausschließlich über die Sprechstunde verbraucht. Ende des Jahres 2012 werde geprüft, inwieweit es notwendig sein wird, den Etat zu erhöhen, denn die Patientenzahlen würden steigen. Zum

Impfen und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst schilderte die Ärztin, dass die allgemeine Impfbereitschaft in der Bevölkerung nachgelassen habe, aber gerade im Öffentlichen Gesundheitsdienst müsse der »Impfgedanke weiter gepflegt werden«. So könne über eine Impfsprechstunde für Kinder der Auftrag auch auf diese Art und Weise erfüllt werden. Auch der sozialkompensatorische Ansatz stehe im Öffentlichen Gesundheitsdienst im Vordergrund, so dass das Konzept der Sprechstunde gut hinein passe. Das hiesige Gesetz zum ÖGD beschreibe den allgemeinen Auftrag, sei aber sehr breit angelegt. Angebote »dürfen besser nichts kosten«. Auf Nachfrage zur Bedeutung des Infektionsschutzgesetzes erläuterte die Ärztin, dass es in der »Argumentation gegenüber Vorgesetzten« zur Implementierung einer solchen Sprechstunde möglich sei, sich auf das Infektionsschutzgesetz zu beziehen, jedoch sei der Rahmen des Gesetzes sehr breit. Für die Sprechstunde werde kaum Werbung gemacht, und auch im Internet ist sie nicht direkt zu finden. Die Ärztin meinte »vielleicht liegt es auch an mir, denn wenn ich es zu sehr pusche und breit streue, kann es sein, dass dann auf irgendeiner Ebene jemand dagegen ist« und dass das Angebot dann wieder eingestampft werden müsse. Aber eigentlich sei das mit der fehlenden Werbung keine grundsätzliche Entscheidung, sondern sie habe es einfach nicht weiter verfolgt. Hauptsächlich werden in der Sprechstunde Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen durchgeführt, in Ausnahmen auch die erste Notfallversorgung. Patienten werden aber dann auch an niedergelassene Kinderärzte weiterverwiesen. Die Kinder kommen meistens nur bis zum schulpflichtigen Alter, nur sehr wenige Kinder seien darunter, die bereits schulpflichtig sind. Die »klassischen Illegalisierten« habe sie »nie gehabt« oder nicht identifizieren können. Alle haben bisher eigentlich immer auch ihre Adresse angegeben. Hauptherkunftsländer seien derzeit Rumänien und Bulgarien; die Patientinnen und Patienten kommen oftmals mit mehreren Familienmitgliedern in die Sprechstunde. Im Unterschied dazu kämen die Mütter aus afrikanischen Ländern mit ihren Kindern meistens allein. Sollte ein Kind neben der üblichen Vorsorge auch Krankheitssymptome zeigen, haben die Ärztinnen und Ärzte eigentlich keine Therapieoption. Die sei im ÖGD nicht vorgesehen, so dass im Rahmen der Sprechstunde keine Behandlung möglich sei. In diesem Fall verweisen sie an Niedergelassene mit der Bitte um akute Nothilfe. Zur institutionellen Einbindung sagte die Ärztin: »Wenn wir sagen, wir haben keine Lust mehr [die Sprechstunde anzubieten; Anm. der Autorin], würde es keinen stören«.

Mit einer Sozialarbeiterin (Soz-W) eines Gesundheitsamtes mit einer »Humanitären Sprechstunde« wurde im August 2011 ein etwa 30-minütiges Gespräch geführt. Im Mittelpunkt des Gesprächs standen die Erfahrung von Soz-W mit der Sprechstunde und die Grenzen der medizinischen Versorgung:

I.: »Gibt es eine Dokumentation?«

Sozialarbeiterin (Soz-W): »Ja, wir dokumentieren. Aber nicht viel. Wir fragen nicht viel nach. Und wenn einer ohne Papiere ist, dann kann er von überall kommen. Das schauen wir nicht. Die gehen durch die Clearing-Stelle und alle die hier sind, da geht's nur um Behandlung. Wir fragen nicht mehr nach. Viele wohnen ja nirgendwo. Die schlafen draußen, im Park. Ja, Schwangere hatten wir, die im Park draußen schlafen.«

I.: »Gibt es für die Schwangeren mit der Duldungsregelung während des Mutterschutzes andere Möglichkeiten?«

Soz-W: »Ja, die stellen sich das einfach vor. Es gibt aber kein Gesetz, deswegen hast du eine da geht das, die hat dann eine Duldung. Aber bei einer anderen wird's wieder ganz anders. Wir hatten schon eine, die war zwei Wochen vor Entbindung, die mussten wir wieder rausholen. Die sollte abgeschoben werden. Ärzte haben bescheinigt, aus einem Krankenhaus, bei dem wir eigentlich sicher waren, mit dem wir immer gut zusammengearbeitet hatten, die haben bescheinigt, dass sie keine Risikoschwangerschaft hat und mit einem Arzt fliegen kann. Mit Staatsanwalt und Anwalt haben wir sie dann eine Stunde vor Flug rausgeholt. [Unterbrechung] Das ist nicht so einfach. Weil das kein Gesetz gibt. So ist das Willkür, die Entscheidung hängt vom Amt, von den einzelnen Leuten ab. Da kann man sich nicht drauf ausruhen. Das ist ein großes Problem.«

I.: »Wie gestaltet sich die Beratung zum HIV-Test?«

Soz-W: »Natürlich beraten wir zum HIV-Test. Aber die Leute sind schnell weg. Viele tauchen nicht mehr auf, die sind dann weg. Die wollen das nicht wissen. Das ist sehr tabu-besetzt. Das soll auch die Familie, die Verwandten sollen das nicht wissen. Das ist so: du erzählst ihnen HIV und es ist so, als hätten sie es nicht gehört. Sie reden so weiter, machen, als wäre es nicht gewesen. Und dann kommen sie nicht wieder, kehren in ihr Land zurück und versuchen dort eine Therapie oder tauchen unter, kommen aber nicht wieder her. [...] Wenn sie sich dann wieder verlieben und das nicht sagen, ist das ja auch sehr gefährlich.«

I.: »Welche Möglichkeiten zur Therapie gibt es?«

Soz-W: »Wir haben da Möglichkeiten. Wir arbeiten mit der Uni-Klinik zusammen. Die haben eine Spezialabteilung, die sich um die Leute kümmert. Die hatten schon Patienten von uns. [...] Das ist nur vereinzelt. Das sind Einzelfälle.«

I.: »Wer trägt dann die Finanzierung?«

Soz-W: »Das macht dann die Uni-Klinik. Die machen das schon. Es ist natürlich sehr teuer, die HIV-Therapie kostet viel Geld.«

I.: »Welche Verbesserungen zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus würden Ihnen noch einfallen, schlagen Sie vor?«

Soz-W: »Verbesserungen? Wir sind hier schon verbessert, verstehst du? Das ist hier schon ganz gut verbessert. Es gibt ja in einigen Städten so medizinische Hilfe für Flüchtlinge oder so wie hier. Aber das ist immer sehr medizinisch. Es ist ein klassisches Verständnis von Medizin. Man hat die Krankheit und die muss medizinisch geheilt werden. Aber wir sehen hier immer mehr psychische Probleme. Dass die Leute psychische Probleme haben und Hilfe brauchen. Das passiert aber nicht, da gibt es keine Hilfe. Damit stehen die Leute allein da. Es wird dann etwas therapiert und wieder etwas anderes. Aber die Leute haben vielleicht ganz andere Probleme. Wie sie arbeiten, der Druck oder wie sie wohnen. Das müsste ganzheitlicher sein. Wir müssen das ganzheitlich machen, sonst gibt's dafür eine Pille und dann gewöhnt man sich dran und kommt wieder, aber eigentlich liegt das Problem ganz woanders. Oder jetzt mit den Kindern. Ja sie können jetzt zur Schule gehen. Wie kann ein Kind zur Schule gehen, wenn es immerzu Angst hat, dass die Polizei kommt. Das ist für die ganze Familie, nur weil das Kind zur Schule geht. Wer schickt da sein Kind zur Schule? Auch wenn jetzt die Schulleiter diese Kinder nicht mehr melden müssen, aber es kann jederzeit passieren. Wenn das Kind aus der Schule kommt. Und viele Leute wohnen gar nicht so lange an einem Ort. Dann ist die Schule da, in dem Ortsteil, aber die Familie muss vielleicht wieder umziehen. Die hängen ja oft von Leuten ab. Sie werden vielleicht heute hier rausgeschmissen und müssen dann in eine andere Stadt. [...] Wer bringt da seine Kinder zur Schule? Das muss auch geregelt sein. Nur der Schulbesuch allein reicht nicht, da bringt doch keiner sein Kind zur Schule. [Unterbrechung] So sind das immer viele Probleme. Aber das macht keiner.«

I.: »Das ist auch schwieriger, als eine einfache klassische medizinische Untersuchung und Behandlung.«

Soz-W: »Ja, genau. Es ist viel schwieriger und deswegen macht es keiner. Aber ohne geht es nicht. Wir müssen das ganzheitlich machen.«

3.5 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Dokumentationen der Hilfsorganisationen verdeutlichen das tatsächliche Anwachsen der Nachfrage bei einem Angebot niedrigschwelliger medizinischer Versorgung. Der Bedarf ist also vorhanden und zeigt sich in allen hier untersuchten Einrichtungen. Das betrifft nicht nur Erwachsene, sondern auch Kinder, Jugendliche und Schwangere, die besonderer Unterstützung bedürfen. Die Daten der Hilfsorganisationen demonstrieren zudem, dass neben Migrantinnen und Migranten ohne Papiere weitere nicht krankenversicherte Menschen auf eine Unterstützung angewiesen sind. Ein niedrigschwelliger Zugang zu einer medizinischen Betreuung ist offensichtlich notwendig. In allen Einrichtungen gibt es einen erheblichen Anteil an Schwangerschaften unter den Konsultationsgründen. Insbesondere bei der MMM-Hannover wird die immense Bedeutung unter den Behandlungsanlässen deutlich. In weiteren Quellen wird ebenfalls ein relativ hoher Anteil an Schwangeren unter den Behandelten beschrieben: Aus einer explorativen Befragung der Medibüros im Jahr 2009 geht hervor, dass Schwangerschaft auch bei diesen Einrichtungen einen sehr häufigen Beratungsanlass darstellt.¹³⁶ So bilden beispielsweise Frauen mit rund 70 % die deutliche Mehrheit unter den Behandelten des Bremer Medibüros. Insgesamt gut ein Drittel aller Vermittlungen erfolgte aufgrund einer Schwangerschaft. Auch in der bereits genannten Bremer Studie zur Situation bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten stellten die Fachrichtungen Innere Medizin und Frauenheilkunde die Mehrheit unter den aufgesuchten Arztpraxen dar.¹³⁷ Neben einer regulären medizinischen Betreuung für Erkrankte muss also insbesondere die Situation der Schwangeren in den Blickpunkt genommen werden. Vermutlich ist der Beratungsdruck bei Schwangeren höher als bei Erkrankten, so dass in diesem Fall eher Ängste überwunden werden, um eine medizinische Anbindung zu erhalten. Bei Schwangeren entfallen eher alternative Versorgungskonzepte. Möglicherweise kommen also die Hilfsorganisationen auch regelmäßig *nicht* mit erkrankten Menschen ohne Papiere in Berührung. Die Auswertung der Daten offenbaren zudem die breite Varianz der Behandlungsanlässe, der Geschlechterstruktur und vor allem der Herkunftsländer zwischen den Hilfsorganisationen. Die singuläre Darstellung der Daten einer Organisation soll-

136 | Im Oktober 2009 wurden 24 Medibüros und MMM mittels eines standardisierten Fragebogens zu Sprechzeiten, Zahl der Behandelten, zu Herkunftsländern, Geschlecht und Alter der Patientinnen und Patienten befragt. 14 Organisationen sendeten den Fragebogen ausgefüllt zurück, davon zehn Medibüros. Die Befragung wurde von Wiebke Bornschlegl und der Autorin, Mitarbeiterinnen des Instituts für Geschichte und Ethik in der Medizin, FAU-Erlangen-Nürnberg, durchgeführt. Siehe auch Bornschlegl (2011) und Mylius (2011).

137 | Vgl. Wiesner et al. (2008), S. 12.

ten daher nicht die Basis verallgemeinernde Aussagen zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten in Deutschland bilden. Nichtsdestotrotz lassen sich einige Schlüsse aus den Gemeinsamkeiten in den Angaben aus so unterschiedlichen Städten ziehen. Neben dem hohen Anteil an Schwangeren findet sich eine Verschiebung im relativen Anteil der Herkunftsländer unter den Patientinnen und Patienten. Bürgerinnen und Bürger aus den osteuropäischen EU-Beitrittsstaaten von 2007 suchen vermehrt Einrichtungen außerhalb der medizinischen Regelversorgung auf. Die Problemstellung im Zusammenhang mit Sozialversicherungen und Krankenversorgung unterscheidet sich deutlich zwischen Personen mit einer Unionsbürgerschaft und Menschen, die sich ohne Papiere in Deutschland befinden.¹³⁸ Die Zunahme der Behandelten, die aus EU-Ländern stammen, zeigt die Notwendigkeit, durch europäische Rechtsprechung Klarheit in die Frage der Sozialleistung für Unionsbürgerinnen und -bürger zu bringen.¹³⁹ Die restriktive deutsche Haltung im Hinblick auf die Arbeitnehmerfreizügigkeit in der EU für nun noch Bürgerinnen und Bürger aus Kroatien verschärft zusätzlich das Problem des unzureichenden Zugangs zu einer medizinischen Versorgung. Das Erfordernis einer gerichtlichen und politischen Entscheidung wird von vielen NGOs verstärkt artikuliert. Vielleicht ist dies auch ein Grund für die Differenz in der Wahrnehmung der MMM-Hannover und der Auswertung der Autorin bezüglich des Anteils Papierloser. Nach wie vor nehmen bei den genannten Organisationen Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit das niederschwellige Angebot ebenfalls in Anspruch. Der Anteil der 20- bis 40-Jährigen ist innerhalb der Behandelten relativ hoch. Insbesondere in den detaillierteren Daten der MMM-Hannover zeigt es sich deutlich, hier auch bedingt durch den hohen Anteil an Schwangeren. Bei der MMM-Köln könnte der Hintergrund der relativ hohe Anteil der Kinder unter den Patientinnen und Patienten sein. Möglicherweise nutzen die Eltern gleichzeitig mit ihrem Kind die medizinische Versorgung. Und vermutlich ist es ebenfalls Ausdruck der demografischen Komponente von Migration, dass vorwiegend die jungen Erwachsenen bereit und physisch fähig sind, die Migration auf sich zu nehmen. In einigen Einrichtungen ist der Anteil an Kindern unter den Behandelten hoch. Es sind die Organisationen, die zusätzlich eine pädiatrische Sprechstunde anbieten. Es gibt keinen Anhalt dafür, dass in den übrigen Städten ein geringerer Bedarf bzw. im Verhältnis weniger Kinder leben könnten. Zumindest die empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen für Kinder sollten einen gewissen Anteil dieser Gruppe unter den Patientinnen und Patienten erwarten lassen. Auffallend sind die niedrigen Zahlen junger Menschen bei der MMM-Hannover. Die Daten beziehen sich auf einen Zeitraum vor der Einrichtung einer

138 | Siehe hierzu die Ausführungen zur Gesetzeslage in Kapitel 2.4.

139 | Näheres hierzu siehe Frings (2010).

Sprechstunde im Fachbereich Jugend der Region Hannover, der die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder seit 2011 kostenlos anbietet. Dieses Angebot der Region wird in steigendem Umfang wahrgenommen. Sicherlich entstand der Bedarf nicht erst ab 2011; warum nicht krankenversicherte Zugewanderte ihre Kinder nicht bereits bei der MMM vorgestellt und ob diese Kinder andere Zugangswege zu einer medizinischen Versorgung hatten, kann nicht beantwortet werden. Allerdings kann man aufgrund der seit 2011 zunehmenden Inanspruchnahme davon ausgehen, dass der Bedarf vorhanden ist. Die oberen Landesgesundheitsbehörden sollten daher verstärkt vom IfSG »Gebrauch machen«, um ein kostenloses und niederschwelliges Angebot im Bereich der Vorsorge zu schaffen. Die Ausbildung der Hilfsstrukturen für Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung bringt in den Städten, wo sie zur Verfügung stehen, Erleichterung und Lösungsoptionen. Geburtsurkunden für Neugeborene können erhalten, mitunter können Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen und bei Beschwerden eine fachärztliche Versorgung ermöglicht werden. Die karitativen Einrichtungen bieten Hilfe in dem Maße an, wie sie es für richtig halten oder ermöglichen können. Das bedeutet auch: Wenn Maßnahmen nicht erbracht werden wollen, dann können sie verwehrt bleiben. Ärztliche Versorgung beruht also auf dem Wohlwollen der Beteiligten. Zudem wird bei dem Konzept der humanitären Hilfe schnell übersehen, dass es sich für einen Teil der Menschen ohne Papiere nicht um einen zeitlich eng begrenzten Lebensabschnitt handelt, sondern dass der irreguläre Aufenthalt über Jahre fortauern kann.¹⁴⁰ Ob eine Person medizinisch betreut wird oder nicht, bleibt unter den gegebenen gesetzlichen Bedingungen für die Betroffenen uneinklagbar wie es eigentlich ein »Recht auf Gesundheit« implizieren würde. Und es bleibt abhängig vom Willen und den Handlungsspielräumen der Mitarbeitenden von Versorgungsstrukturen außerhalb des regulären Gesundheitssystems. Susann Huschke schildert aus Berliner Gesundheitsdiensten Folgendes:

»Im ersten KJGD [Kinder- und Jugendgesundheitsdienst; Anmerkung der Autorin], den ich kontaktierte, erhielt ich telefonisch von einer Mitarbeiterin folgende Auskunft: Nicht-Versicherte Kinder könnten nur bis zum Alter von 4 Monaten (also U2-U4) untersucht werden. Die bei diesen Untersuchungen anstehenden Impfungen würden allerdings nur

140 | Die Daten der MMM-Hannover von Juli 2007 bis Juni 2010 zeigen eine hohe Zahl von wiederkehrenden Patientinnen und Patienten, die sich nach wie vor in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität befinden. Auch das Bundesverfassungsgericht stellt in seiner Pressemitteilung zum Urteil zu den Regelleistungen nach AsylbLG fest: »[...] sie halten sich überwiegend bereits länger als sechs Jahre in Deutschland auf.« Es bezieht sich auf alle Menschen, die Anspruch auf Leistungen nach dem AsylbLG haben. Siehe im Internet: www.bundesverfassungsgericht.de/pressemitteilungen/bvg12-056.html [25.01.2016].

durchgeführt, wenn der Impfstoff von den Eltern bezahlt wird. [...] Weiterhin teilte mir die Mitarbeiterin mit, dass Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen »bei Osteuropäern gar nicht gemacht« werden. In einem anderen KJGD erfuhr ich telefonisch, dass Impfungen zwar umsonst seien, aber nur, wenn die Mutter eine Meldebescheinigung vorlegen kann, aus der hervor geht, dass sie in diesem Bezirk gemeldet sei. Auf meine Nachfrage, ob für MigrantInnen ohne Aufenthaltsstatus, die solch eine Bescheinigung nicht vorlegen können und die als Adresse dann nur die des Medibüros in Kreuzberg angeben würden, eine Ausnahme gemacht werden könne, hielt die Mitarbeiterin Rücksprache mit dem Leiter des KJGD. Dieser entschied sich dagegen, Kinder von undokumentierten MigrantInnen auch ohne Meldebescheinigung zu impfen.«¹⁴¹

Die verschiedenen Akteure im Gesundheitssystem haben Handlungsspielräume, die sie unterschiedlich nutzen. Aus folgender Fallschilderung, beschrieben im Rahmen der Befragung der Gesundheitsämter, wird der Handlungsspielraum ebenfalls deutlich:¹⁴²

»In der [...] Sprechstunde beschließen wir aber, ihm [einen unversicherten Patienten nach einem Schlaganfall; Anmerkung der Autorin] wenigstens krankengymnastische Übungen zu finanzieren, außerdem vermitteln wir einen kooperierenden Hausarzt. Er kann mittlerweile wieder besser gehen.«

Interviewpartner A-S berichtete, dass er sich bereits seit einigen Jahren regelmäßig von einem Freund die im Herkunftsland wesentlich günstiger zu erhaltenden Medikamente mitbringen lässt und damit seine HIV-Infektion behandelt. In dieser Zeit hat er allerdings weder ärztliche Beratung noch Laborkontrollen erhalten und durch unregelmäßige Reiseabstände seiner Freunde Zwischenzeiten in Kauf genommen, in denen er keine Tabletten einnehmen konnte. Eine Unterbrechung der Medikamenteneinnahme kann insbesondere bei der HIV-Infektion schwerwiegende Konsequenzen haben aufgrund möglicher Resistenzentwicklung und der eingeschränkten Auswahl an Medikamentenklassen.¹⁴³ Selbstmedikation im Sinne einer Medikamenteneinnahme ohne professionelle Beratung kann sehr problematisch bis (lebens-)gefährlich sein. Es fehlt an Aufklärung über Nebenwirkungen und über Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. Das Indikationsspektrum und vor allem die Kontraindikationen können auf diese Weise unbekannt bleiben. Abgesehen von der Beratung zur richtigen Einnahme kann die Selbstmedikation zudem zur Behandlung von Symptomen führen, die einer

141 | Huschke (2013), S. 217-218.

142 | Näheres hierzu sowie weitere Beispiele siehe Kapitel 5.2.10.

143 | Siehe Kapitel 4.2.3. und 4.3.3. zum Problem der Resistenzbildungen bei Tuberkulose und HIV/AIDS.

ärztlichen Abklärung bedürfen. Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung sind besonders gefährdet, eine Medikamenteneinnahme ohne professionelle Begleitung über längere Zeiträume fortzuführen. M'bayo von der Beratungsstelle »Afrikaherz« in Berlin¹⁴⁴ schildert außerdem ein Problem im Zusammenhang mit der »kulturellen Identität« ihrer Klientinnen und Klienten:

»Meine KlientInnen wenden traditionelle Medizin, soweit es ihnen möglich ist, auch in Deutschland an, bevor sie einen Arzt aufsuchen. Auch führt Unwissen und Leichtgläubigkeit dazu, zu glauben, dass schwere Krankheiten wie HIV/AIDS mit traditionellen Mitteln heilbar seien.«¹⁴⁵

Dies steht nicht in einem spezifischen Zusammenhang mit dem Aufenthaltsstatus. Daher soll hier nicht weiter darauf eingegangen werden. Es ist in diesem Kontext nur insoweit von Bedeutung, dass neben der Selbstmedikation auch vermehrt auf traditionelle Heilungsmethoden zurückgegriffen werden könnte, wenn ein Zugang zum regulären Versorgungssystem nicht möglich ist. Es kann die Gefahr schwerwiegender Krankheitsverläufe mit sich bringen, die durch den Zugang zu Informationen und zu regulären Leistungen der Krankenkassen vermeidbar gewesen wären. Die individuellen und finanziellen Vorteile der rechtzeitigen bzw. frühzeitigen Diagnostik betreffen viele Erkrankungen wie etwa Diabetes mellitus Typ II, koronare Herzerkrankung, arterieller Hypertonus, Brustkrebs oder Prostatakarzinom, um nur einige häufige Erkrankungen zu erwähnen. Krebserkrankungen können bei verspäteter Diagnose zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität führen. Chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ II oder essentieller Bluthochdruck, die unbehandelt bleiben, führen häufig zu schwerwiegenden Folgeschäden an anderen Organen wie z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, periphere Störungen der nervalen Versorgung, Nierenschädigungen usw. Alle Einrichtungen geben an, dass Erkrankte häufig erst sehr spät das ärztliche Angebot in Anspruch nehmen.¹⁴⁶ Welche Folgen dies insbesondere bei den Infektionskrankheiten HIV/AIDS und Tuberkulose haben kann, wird

144 | »Afrikaherz« ist ein Projekt des Verbandes für interkulturelle Arbeit Berlin/Brandenburg e.V., das afrikanischen Migrantinnen und Migranten umfassende Beratung zu rechtlichen, sozialen und gesundheitlichen Fragestellungen anbietet. Im Internet: www.via-in-berlin.de/projekte/projekt-afrikaherz/ [16.07.2015].

145 | Mbayo (2009b), S. 23.

146 | Vgl. Ärzte der Welt e.V. (2011), S. 12, Malteser Hilfsdienst e.V. München (2011), S. 10, Malteser Hilfsdienst e.V. Köln (2011), S. 4. MMM-Köln gibt zwar an, dass der überwiegende Teil der Patientinnen und Patienten mit leichten Beschwerden die Sprechstunde aufsucht. Allerdings hätten die Erkrankten, die notwendigerweise stationär auf-

in den Kapiteln 4.2 und 4.3 näher dargestellt. Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass das karitative Konzept von der Anbieterseite elektiv ist im Sinne eines »*goodwill*«, deutlich eingeschränkt im Umfang gesundheitlicher Leistungen und durch die ehrenamtliche Tätigkeit einem paternalistischem Verhältnis zum Kranken Vorschub leistet. Die Ethnologin Susann Huschke hat es in ihrer Dissertation prägnant zusammengefasst: »Mitleid statt Menschenrecht«. ¹⁴⁷

genommen werden müssen, z.T. weit fortgeschrittene Tumoren. Außerdem vgl. Malteser Hilfsdienst e.V. Berlin (2011), S. 3.

147 | Huschke (2013), S. 206.

