

5. Die Versorgungssituation an den Gesundheitsämtern – eine Vollerhebung

5.1 KONZEPTION UND METHODE

Die Erhebung soll die bundesweite Versorgungssituation an Gesundheitsämtern für undokumentierte Migrantinnen und Migranten erfassen. Die praktische Umsetzung gesetzlicher Grundlagen bzw. das tatsächliche Versorgungsangebot für einen besonders vulnerablen Teil der Bevölkerung soll dargestellt sowie Empfehlungen zur Versorgung undokumentierter Migrantinnen und Migranten im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) entwickelt werden. Zur Datenerhebung an den Gesundheitsämtern wurde ein Fragebogen neu konzipiert. Die Durchführung der quantitativen Studie fand zwischen Januar und März 2011 statt.

5.1.1 Studiendesign und Studienpopulation

Für die Erhebung wurde ein Fragebogen per E-Mail an die Gesundheitsämter versendet. Gegenstand der Studie sind Häufigkeiten an Kontakten und Behandlungen in Gesundheitsämtern, da die Ämter die ausführende Behörde des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) darstellen. Die Studienpopulation umfasste bei der anonymisierten Befragung bundesweit alle Gesundheitsämter ($n=384$).¹ Gesundheitsämter, die lediglich eine postalische Adresse veröffentlichten, wurden nicht angeschrieben ($n=2$). War lediglich ein online auszufüllendes Kontaktformular auf der Internetseite vorhanden, wurde über das Formular um die Möglichkeit gebeten, den Fragebogen zuzusenden ($n=3$). Da

1 | In einer durch das RKI 2002 durchgeführten bundesweiten Befragung wurden 425 Gesundheitsämter angeschrieben. Die Diskrepanz in der Anzahl ist zum einen durch den Einbezug von Zweig- und Außenstellen zu erklären, zum anderen sind möglicherweise Gesundheitsämter zusammengelegt worden. Der Unterschied ist vor allem in Sachsen (29 versus aktuell 13) und Sachsen-Anhalt (24 versus 14) zu finden. Vgl. Robert Koch-Institut (o.J.), S. 23.

das Schreiben an die Leitung der Ämter gerichtet war, wurden Außen- bzw. Zweigstellen nicht direkt mit einbezogen.

5.1.2 Entwicklung des Erhebungsinstrumentes

Der Fragebogen wurde für diese Untersuchung neu konzipiert. Die Entwicklung des Erhebungsinstrumentes und das Vorgehen bei der bundesweiten Befragung erfolgten gemäß der von dem Soziologen Dillman entwickelten und modifizierten »Tailored Design Method« sowie nach den Empfehlungen von Geyer zu schriftlichen Befragungen.² Um Fehler im Fragebogen zu minimieren, wurde vor dem Einsatz ein *Pretest* mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von fünf Gesundheitsämtern durchgeführt. In anschließenden Telefongesprächen formulierten die Testenden im Sinne eines »*Retrospective-Think-Aloud*«³ ihre Gedanken bei der Beantwortung des Fragebogens und schilderten Anmerkungen sowie Eindrücke zu den Fragen. In diesen Gesprächen wurde die Empfehlung ausgesprochen, den Fragebogen per E-Mail und nicht auf einem anderen Wege (postalisch oder per Fax) zu versenden, da so nach entsprechender Erfahrung die Teilnahmebereitschaft in den Ämtern höher sei. Die Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge wurden aufgenommen und der Fragebogen modifiziert. Die korrigierte Version enthält insgesamt 20 Fragen mit folgenden Themenschwerpunkten:

1. Kontakt, Behandlungen und Dokumentation,
2. Umgang mit Patientinnen und Patienten ohne Papiere,
3. Aktivitäten des Gesundheitsamtes, die Zielgruppe zu erreichen,
4. Einschätzungen und Anmerkungen zur Behandlung der Betroffenen im eigenen Amt.

Bei den Fragen handelt es sich überwiegend um geschlossene Fragen mit kategorialen Antworten. Zusätzlich gibt es bei fast allen Fragen die Möglichkeit unter »Sonstiges« individuelle Angaben zu machen. Sogenannte »Listenfragen« werden nicht verwendet. In Frage 19 wird um die freie Angabe der persönlichen Stellung im Amt gebeten. Frage 20 ist ebenfalls offen gestellt und fragt nach Verbesserungsmöglichkeiten im eigenen Amt. Im Anhang wird um eine Fallschilderung gebeten, sofern bisher ein Kontakt zu Menschen ohne Papiere bestand. In der Entwicklung der einzelnen Items musste die Balance zwischen einfacher Fragestellung für noch nicht mit dem Thema vertraute Per-

2 | Vgl. Dillman et al. (2009) und Geyer (2003).

3 | »*Retrospective-Think-Aloud*« ist eine übliche Methode der empirischen Sozialforschung, in der die Nutzerin/der Nutzer z.B. nach der Beantwortung eines Fragebogens ihre Gedanken verbalisieren.

sonen und einer ausreichenden Differenzierung zur hinreichenden Abbildung der Thematik gefunden werden. Aufgrund der spezifischen Fragestellung – zu einer aus der Sicht der meisten Ämter kleinen Gruppe von Migrierten – sind gewisse Kenntnisse aufenthaltsrechtlicher Bestimmungen unerlässlich, um die nötige Differenzierung zwischen Asylsuchenden, Migrantinnen und Migranten mit einer Duldung, Bürgerinnen und Bürgern der Europäischen Union mit Aufenthaltserlaubnis, aber ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz usw. vornehmen zu können. Dabei hat sich im Pretest und im Gespräch mit Akteuren im Gesundheitssystem gezeigt, dass für Menschen, die sich bisher mit dem Thema nicht beschäftigt haben, der Terminus des »illegalen Migranten« am geläufigsten und darunter auch die Gruppe derer ohne Papiere und ohne eine Duldung verstanden wird. Daher wird trotz inhaltlicher Bedenken der Begriff in den Unterlagen verwendet. Der Fragebogen ist wie folgt aufgebaut: Deckblatt, Anschreiben, Fragebogen und der Anhang mit optionaler Fallschilderung. Das Deckblatt beinhaltet die Überschrift: »Fragebogen. Gesundheitsversorgung von »illegalen Migranten« in den Gesundheitsämtern«, außerdem eine Institutsangabe und zwei themenbezogene Fotos, um den Fragebogen ansprechend zu gestalten. Das Anschreiben erläutert das Ziel der Befragung und definiert die Begriffsverwendung. Als Anreiz zur Teilnahme wird in der E-Mail auf die Möglichkeit verwiesen, die Ergebnisse der Erhebung auf Wunsch mitgeteilt zu bekommen. Die Option einer monetären Aufwandsentschädigung für die Teilnahme bestand nicht. Im Anschreiben ist explizit die Bitte formuliert, auch bei fehlendem Kontakt zu Migrantinnen und Migranten ohne Papiere den Fragebogen auszufüllen. Es handelt sich bei der Befragung um eine Vollerhebung. Daher musste ein gemeinsamer Fragebogen für so unterschiedliche Orte wie beispielsweise die Insel Rügen, die Großstadt Essen oder das ländliche Straubing in Bayern konzipiert werden: Orte mit unterschiedlicher Sozial- und Infrastruktur. Allerdings handelt es sich bei der Befragung um eine quantitative Untersuchung, die vorwiegend etwas über Häufigkeiten in Erfahrung bringen möchte, so dass sich trotz dieser Heterogenität ein standardisierter Fragebogen empfiehlt. Der Arbeitsaufwand zum Ausfüllen gestaltet sich je nach Angebotsstruktur und Kontakt unterschiedlich. Hatte ein Gesundheitsamt keinen Kontakt zu Menschen ohne Papiere, nimmt die Beantwortung etwa fünf bis zehn Minuten in Anspruch; bei vorhandenem Kontakt werden etwa 15 bis 20 Minuten benötigt, wenn zusätzlich im Anhang ein Fall geschildert wird. Die Fragebögen wurden anonymisiert ausgewertet, da dies den Gesundheitsämtern zugesichert worden ist. Dadurch können die Antworten weder einem einzelnen Gesundheitsamt zugeordnet noch eine inhaltliche Zuordnung nach Bundesland vorgenommen werden. Die Fragebögen sind nicht nummeriert, eine Auswertung erfolgt lediglich nach Größe der Stadt des Amtssitzes. Lediglich die Rücklaufquote wird nach Bundesland getrennt dargestellt.

5.1.3 Durchführung der Befragung

Es wurden 384 Gesundheitsämter in Deutschland angeschrieben. Die Anschreiben waren an die Amtsleitung gerichtet mit der Aufforderung, den Fragebogen an die Person im Amt zu leiten, die am ehesten Kontakt zu Migrantinnen und Migranten ohne Papiere haben könnte. Die Fachgebiete für Tuberkulose, HIV/AIDS bzw. sexuell übertragbare Erkrankungen (STD) wurden nicht direkt angeschrieben, da sich aus Gesprächen mit verschiedenen Personen aus dem ÖGD im Vorfeld herauskristallisiert hatte, dass Kontakte zu Menschen ohne Papiere auch in anderen Fachabteilungen stattfinden können. Die Namen und Adressen der Amtsleitungen wurden anhand der jeweiligen Internetseite der Bundesländer bzw. der Gesundheitsämter ermittelt; der zehnteilige Fragebogen wurde mit persönlichem Anschreiben per E-Mail versendet. Die Unterlagen befanden sich als pdf-Datei und als doc-Datei im Anhang, um je nach Präferenz ein Ausfüllen des ausgedruckten Bogens oder digital zu ermöglichen. Die Rücksendung konnte per Post, per Fax oder per E-Mail erfolgen. Im Anschreiben wird darauf hingewiesen, dass bei Fragen jederzeit telefonisch oder per E-Mail Kontakt aufgenommen werden könnte. Der Fragebogen wurde Mitte Januar 2011 versendet mit der Bitte um Antwort zu einem festgesetzten Datum sechs Wochen später. Nach weiteren zwei Wochen wurde ein persönliches Erinnerungsschreiben zusammen mit dem Fragebogen erneut versendet, mit der Bitte um Rückantwort innerhalb von drei Wochen. Bedingt durch die geringe Erhöhung der Responserate nach der ersten Erinnerung und aufgrund des enormen zeitlichen Aufwandes für das persönliche Anschreiben wurde auf weitere Erinnerungsschreiben verzichtet. Zeitgleich mit der Versendung der Fragebögen wurde eine Anfrage mit der Bitte um Unterstützung an den Deutschen Städtetag geschickt. Trotz Nachfrage hat der Deutsche Städtetag das Gesuch nicht beantwortet. Nach Informationen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einiger Gesundheitsämter wurde allerdings an die Behörden die schriftliche Empfehlung ausgegeben, sich nicht an der Befragung zu beteiligen, da die Zielsetzung der Untersuchung nicht bekannt sei. Des Weiteren wurden Landesministerien für Gesundheit, der Deutsche Landkreistag und Landkreistage der Bundesländer um ihr Einverständnis gebeten. Zwei Landesministerien unterstützten in ihrem Bundesland die Befragung. Die Haltung der Landkreistage ist ablehnend bis unklar. Auch hier wurde die Anfrage nicht direkt beantwortet. Die Antworten aus den Gesundheitsämtern bezogen sich z.T. auf eine ablehnende Haltung der Landkreistage. Die Haltung der Landkreistage scheint in einigen Bundesländern eine größere Rolle für die Gesundheitsämter zu spielen als in anderen, da aus einigen Ländern trotz der Ablehnung im Vergleich relativ viele Fragebögen zurück gesendet wurden.

Für die Gestaltung des Fragebogens (Layout, Umfang und Aufbau des Fragebogens) wurden Experten der empirischen Sozialforschung einbezogen.

5.1.4 Datenrücklauf

Eine Übersicht zur Anzahl der angeschriebenen Gesundheitsämter und zum Rücklauf des Fragebogens sind in Tab. 9 und Tab. 10 dargestellt. Für die Bewertung der Daten ist zuvor zu klären, ob die Gesundheitsämter im Rücklauf hinreichend repräsentiert sind. Dabei ist nicht nur die Verteilung nach Bundesland relevant, sondern auch die Größe der Stadt, in der das Amt seinen Sitz hat. Die Angaben entsprechen allerdings nicht dem Versorgungsgebiet der Gesundheitsämter, sondern sie kategorisieren nach Einwohnerzahl der Stadt. Die Summierung der EW in einem ländlichen Gebiet kann zwar ein großes Versorgungsgebiet eines Amtes ergeben, doch die Struktur der Bevölkerung unterscheidet sich maßgeblich von der einer größeren Stadt bzw. einer Großstadt. In den größeren Städten ist der Anteil der Migrantinnen und Migranten höher sowie vermutlich auch der Anteil der Menschen, die über keine Aufenthaltserlaubnis verfügen. Ein Kontakt zu Menschen ohne Papiere ist auch davon abhängig, ob und wie viele im Einzugsbereich eines Amtes leben. Daher ist die tatsächliche Stadtgröße für die vorliegende Untersuchung relevant. Die Einteilung der Städte in Größenkategorien anhand der EW ist in amtlichen Publikationen nicht einheitlich. Das Statistische Bundesamt hat in seinem Gemeindeverzeichnis sieben Kategorien gebildet und dabei vor allem kleinere Einheiten für Städte mit weniger als 50.000 EW.⁴ Um nicht unübersichtlich viele Kategorien zu konstruieren und die Unterscheidung von Klein- und Großstädten aus dem Fokus zu verlieren, orientiert sich die angewandte Klassifikation an der Einteilung des Statistischen Jahrbuchs Deutscher Gemeinden und bildet keine weiteren Kategorien unter 50.000 EW.

4 | Vgl. Statistisches Bundesamt (2010b).

Tabelle 9: Zahl der angeschriebenen Gesundheitsämter und Rücksendung der Fragebögen nach Bundesland

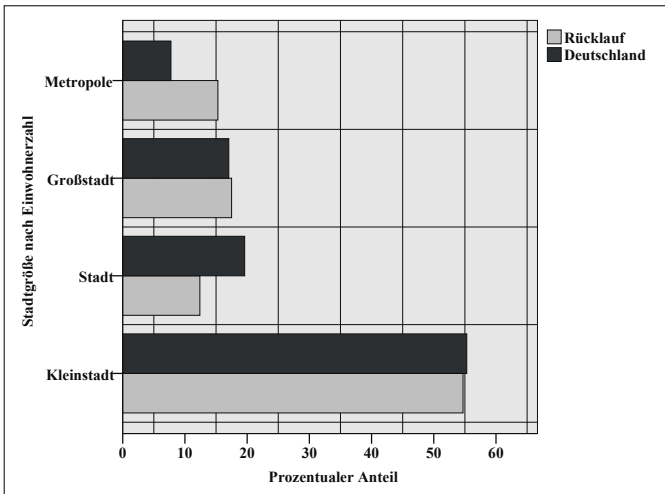
	Einwohner/ -innen in Mio.	Anzahl Gesundheits- ämter	Responderate nach Bundes- land und Gesamt in %	Anteil aus- ländische Bevölkerung in % ⁵
Baden-Württemberg	10,8	38	23,7	12,1
Bayern	12,6	76	59,2	9,9
Berlin	3,5	11	72,7	14,1
Brandenburg	2,5	18	33,3	2,8
Bremen	0,7	2	100	12,7
Hamburg	1,8	7	71,4	13,8
Hessen	6,1	24	33,3	11,5
Mecklenburg- Vorpommern	1,6	17	29,4	2,5
Niedersachsen	7,9	45	22,2	6,9
Nordrhein-Westfalen	17,8	52	17,3	10,7
Rheinland-Pfalz	4,0	24	16,7	7,9
Saarland	1,0	6	0	8,7
Sachsen	4,1	13	30,8	2,9
Sachsen-Anhalt	2,3	14	35,7	1,9
Schleswig-Holstein	2,8	15	33,3	5,3
Thüringen	2,2	22	63,7	2,3
Gesamt	81,8	384	36,2	9,1

Tabelle 10: Zahl der angeschriebenen Gesundheitsämter und Rücksendung der Fragebögen nach Stadtgröße

		Anteil in % Einwohner /-innen 2009	Angeschriebene Gesundheitsämter (Anteil in %)	Anzahl im Rücklauf (Anteil in %)
Stadtgröße	Metropole	7,8	30 (7,8 %)	21 (15,3 %)
	Großstadt	17,1	66 (17,2 %)	24 (17,5 %)
	Stadt	19,7	75 (19,5 %)	18 (12,4 %)
	Kleinstadt	55,4	213 (55,5 %)	74 (54,7 %)
	unbekannt			2 Fragebögen
Gesamt		100	384 (100 %)	139 (100 %)
Alte Bundesländer (ohne Berlin)		80 %	289	(33,6 %)
Neue Bundesländer (ohne Berlin)		20 %	84	(39,3 %)

Als Kleinstädte werden hier Städte mit unter 50.000 EW bezeichnet, Städte haben 50.000 bis unter 100.000 EW, Großstädte 100.000 bis unter 500.000 EW und Metropolen ≥ 500.000 EW. Im Jahr 2009 gab es laut dem Gemeindeverzeichnis⁶ 80 Städte ≥ 100.000 EW mit insgesamt 97 Gesundheitsämtern. Im Rücklauf entspricht die Anzahl der Ämter in Städten mit unter 50.000 EW und mit 100.000 bis unter 500.000 EW in etwa der Verteilung der Sitze von Gesundheitsämtern in Deutschland (Kleinstädte: beobachtetes $n=75$ gegenüber erwartetes $n=76$; Großstadt: beobachtetes $n=24$ versus erwartetes $n=23,4$).⁷ Die Übersicht zeigt, dass Gesundheitsämter in Städten ≥ 500.000 EW im Verhältnis häufiger den Fragebogen beantwortet haben, als Ämter in kleineren Städten. Abb. 17 veranschaulicht die überdurchschnittliche Beantwortung durch Ämter in Großstädten (beobachtetes $n=21$ gegenüber erwartetes $n=10$).

Abbildung 17: Prozentuale Verteilung der Gesundheitsämter nach Stadtgröße des Amtssitzes in Deutschland und im Rücklauf ($n=137$)



6 | Vgl. Statistisches Bundesamt: www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/LaenderRegionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/AdministrativeUebersicht.html [04.10.2013].

7 | Die erwarteten Häufigkeiten werden wie folgt berechnet: Der Gesamtanteil der Stadtgrößen mit Sitz eines Gesundheitsamtes wird mit der Rücklaufanzahl multipliziert. Wenn also die Anzahl der Kleinstädte im Rücklauf repräsentativ für die Anzahl in ganz Deutschland wäre, müssten $139 \times 0,553 = 76,867$ befragte Ämter in Kleinstädten den Fragebogen beantwortet haben.

Nach der Stadtgröße des Amtssitzes ist die Verteilung im Rücklauf also nicht repräsentativ (s. Tab. 11).⁸

Tabelle 11: Übersicht der Anzahl an Gesundheitsämtern nach Stadtkategorie und der jeweilige prozentuale Rücklauf

	Angeschriebene Gesundheitsämter	Anzahl Antworten	Response rate
Kleinstädte	213	74	35,2 %
Städte	75	18	22,7 %
Großstädte	66	24	36,4 %
Metropolen	30	21	70 %
unbekannt ⁹		2	
Summe gesamt	384	139	36,2 %

Die Gesundheitsämter in den Großstädten, die eine Bevölkerung von etwa 11 Millionen Menschen einschließen, sind mit einer Rücklaufquote von 70% überrepräsentiert. Großstädte haben vermutlich durch das größere Potenzial an Wohnungs- und Arbeitsstätten für undokumentierte Migrantinnen und Migranten als Lebensraum eine größere Bedeutung. Die Auswirkungen auf die Interpretation der Ergebnisse werden im letzten Abschnitt des Kapitels 5 diskutiert. Ein Ost/West-Gegensatz ist nicht systematisch als Einflussfaktor in der Rücklaufquote zu beobachten. Allerdings zeigt sich ein deutlicher Unterschied im Rücklauf nach Bundesland. Einige Amtsleitungen lehnen in ihrer Antwort eine Teilnahme an der Befragung mit dem Verweis auf die ablehnende Haltung des Deutschen Städtetages bzw. des Landkreistages ab. Die Stadtstaaten sowie Bayern und Thüringen beteiligten sich überdurchschnittlich oft an der Befragung, in anderen Bundesländern wird die Situation gar nicht (z.B. Saarland) bzw. nur eingeschränkt beschrieben (s. Tab. 9). Aus sieben Ämtern kamen jeweils zwei Fragebögen, separat vom Fachreferat für Tuberkulose und vom Referat STD/AIDS ausgefüllt, zurück, so dass die absolute Anzahl der Fragebögen höher liegt als in der Tabelle angegeben. In der Auswertung wird, soweit nicht anders angegeben bzw. keine Diskrepanzen in der Beantwortung bestehen, nur ein Fragebogen pro Gesundheitsamt

8 | Der Chi-Quadrat-Test, der die Annahme überprüft, ob ein Unterschied zwischen den Anteilen der Stadtgröße-Kategorien im Rücklauf und jenen in Deutschland besteht, zeigt bei einer angenommenen Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < 0,05$ ein signifikantes Ergebnis ($\chi^2 = 13,8$, $df = 3$).

9 | In zwei Fragebögen wurde nicht angegeben, aus welchem Gesundheitsamt der beantwortete Bogen stammt.

berücksichtigt. 94 der 139 Gesundheitsämter haben den Fragebogen vollständig ausgefüllt. Zum Hauptstudieninteresse, dem Kontakt zu Migrantinnen und Migranten ohne Papiere sowie durchgeführten Behandlungen nach § 19 IfSG, liegen insgesamt 138 Antworten vor. Die statistischen Daten werden mit Hilfe von IBM SPSS-Statistics, Version 19, ausgewertet. Im Sinne des explorativen Charakters der Studie erfolgt eine deskriptive Auswertung. Bedingt durch die vorwiegend kategorialen Variablen wird für Fragen nach Unterschieden der relativen Häufigkeiten von Merkmalen der Chi-Quadrat-Test nach Pearson verwendet. Die beobachteten Häufigkeiten werden dabei mit den aufgrund der Randsummen erwarteten Häufigkeiten verglichen. Der Wert der Irrtumswahrscheinlichkeit p wird auf $p < 0,05$ festgelegt. Die Antworten auf offene Fragen werden zunächst in Kategorien unterteilt. Anschließend findet eine quantitativ-deskriptive Auswertung statt. In der Untersuchung werden weder klinische noch personenbezogene Daten erhoben.

5.2 ERGEBNISSE

Mit dem Auftreten von HIV/AIDS in Deutschland in den 1980er Jahren wurden Beratungsangebote und kostenlose, anonyme Testmöglichkeiten an den Gesundheitsämtern geschaffen (s. Kapitel 4.1). Das IfSG bildete ab 2001 die gesetzliche Grundlage für Beratung und Untersuchung bei Tuberkulose und STD. In der Mehrheit der Ämter gibt es Fachbereiche für HIV/AIDS und STD sowie einen Fachbereich Tuberkulose. Es stellt sich daher die zentrale Frage, inwieweit Migrantinnen und Migranten ohne Papiere als eine vulnerable Gruppe Leistungen des Gesundheitsamts in Anspruch nehmen (s. Frage 1 im Fragebogen).

5.2.1 Kontakte zu »illegalen« Migrantinnen und Migranten

138 Gesundheitsämter beantworten die Frage: »Haben Sie in Ihrem Gesundheitsamt Kontakt mit Migranten, die keinen legalen Aufenthaltsstatus besitzen und daher nicht die reguläre medizinische Versorgung in Anspruch nehmen können?« Etwa ein Viertel (24,6 %, $n=34$) gibt an, Kontakt zu Migrantinnen und Migranten ohne Papiere zu haben, drei Viertel verneint dies (75,4 %, $n=104$). Persönliche Gespräche mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Ämter sowie die Literaturrecherche legten nahe, dass der Aufenthaltsstatus primär keine Rolle spiele und daher auch nicht dokumentiert würde. Entscheidend könnte er bei Vorliegen von behandlungsbedürftigen Erkrankungen oder für eine stationäre Behandlung werden, wenn sich die Frage der Kostenträgerschaft stellt. In einem Beratungsgespräch könnte der fehlende Aufenthaltsstatus thematisiert und bei Diagnosestellung Behandlungs-

optionen und deren Bezahlung erörtert werden. Auch wäre es denkbar, dass die Zusammenarbeit mit NGOs dazu führt, dass Menschen ohne Papiere das Amt aufsuchen und deren Aufenthaltsstatus daher bekannt ist. In dem Fragebogen wird erhoben, ob die Beantwortung der Frage nach den Kontakten zu Menschen ohne Papiere auf Grundlage einer Dokumentation oder einer Einschätzung erfolgt. Etwa 81 % der Ämter machen hierzu eine Angabe. Die Mehrheit (81 %) beantwortet die Frage nach ihrer persönlichen Einschätzung, 19 % dokumentieren den Aufenthaltsstatus. Es gibt keinen Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen Basis der Kontaktangabe (Einschätzung bzw. Dokumentation) und Antwortverhalten hinsichtlich stattgefundener Kontakte zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten.¹⁰ In den Ämtern, die die Frage zur Dokumentation nicht beantworten, finden bis auf eine Ausnahme keine Kontakte zu Migrierten ohne Papiere statt. In Tabelle 12 ist die Anzahl an Kontakten nach Stadtgröße des Amtssitzes dargestellt.

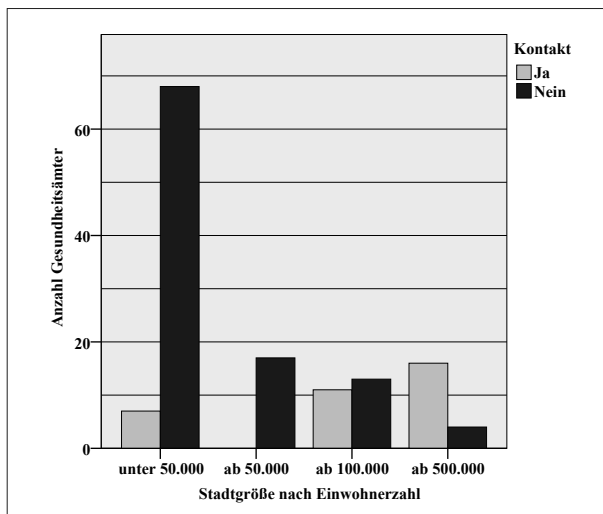
10 | Der Kontingenzkoeffizient Φ für die Vierfeldertafel, der den Zusammenhang zwischen zwei Variablen beschreibt, nimmt einen Wert von $\Phi=0,60$ an.

Tabelle 12: Anzahl an Kontakten zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten nach Stadtgröße-Kategorie (n=136)

			Kontakt		Gesamt
			Ja	Nein	
Stadtgröße nach EW	unter 50.000	Anzahl	7	68	75
		% innerhalb von Stadt- größe	9,3 %	90,7 %	100 %
		% innerhalb von Kontakt	20,6 %	66,7 %	55,1 %
		Standardisier- te Residuen	-2,7	1,6	–
	ab 50.000	Anzahl	0	17	17
		% innerhalb von Stadt- größe	–	100 %	100 %
		% innerhalb von Kontakt	–	16,7 %	12,5 %
		Standardisier- te Residuen	-2,1	1,2	–
	ab 100.000	Anzahl	11	13	24
		% innerhalb von Stadt- größe	45,8 %	54,2 %	100 %
		% innerhalb von Kontakt	32,4 %	12,7 %	17,6 %
		Standardisier- te Residuen	2,0	-1,2	–
	ab 500.000	Anzahl	16	4	20
		% innerhalb von Stadt- größe	80 %	20 %	100 %
		% innerhalb von Kontakt	47,1 %	3,9 %	14,7 %
		Standardisier- te Residuen	4,9	-2,8	–
Gesamt	Anzahl	34	102	136	
	% innerhalb von Stadt- größe	25 %	75 %	100 %	
	% innerhalb von Kontakt	100 %	100 %	100 %	

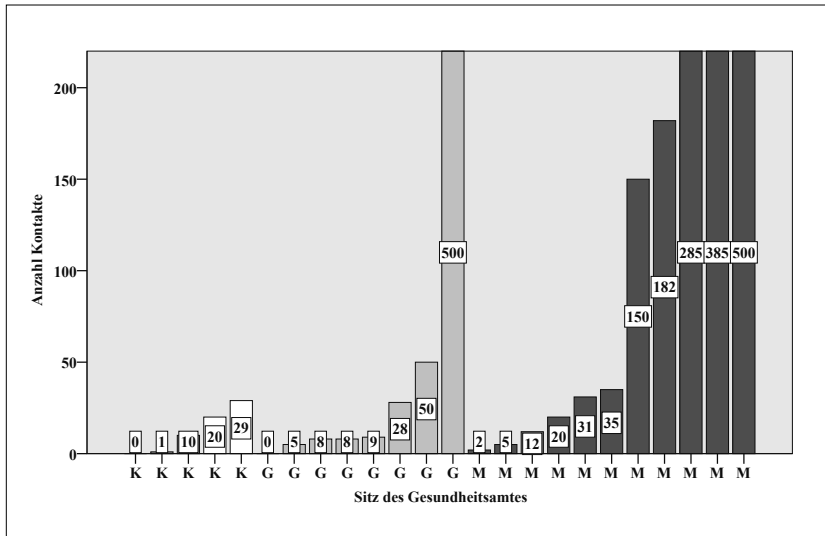
80 % der Ämter in Städten ab 500.000 EW bejahen die Frage nach Kontakten zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten. Allerdings haben mit 21 % der Gesundheitsämter mit Kontakten auch die Kleinstädte einen gewissen Anteil. Bezogen auf die 75 Gesundheitsämter der Stadtkategorie »Kleinstadt« macht dies aber mit 9 % nur einen geringen Anteil aus. Der Chi-Quadrat-Test ist zum Unterschied in Stadtgröße und Kontakten mit $p < 0,05$ signifikant ($X^2=53,307$; $df=3$). Betrachtet man die standardisierten Residuen, die standardisierte Differenz zwischen beobachteten und erwarteten Häufigkeiten, wird deutlich, dass Ämter in Städten mit unter 100.000 EW unterdurchschnittlich Kontakte zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten haben. Ämter in Städten ab 100.000 EW haben hingegen häufiger Kontakte als der Durchschnitt. In Metropolen ab 500.000 EW sind »keine Kontakte« selten anzutreffen (s. Abb. 18).

Abbildung 18: Anzahl an Gesundheitsämtern nach Stadtgröße und Kontakten zu »illegalen Migranten« (n=136)



Von den 34 Behörden mit Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten konnten 24 angeben, wie viele Personen ohne Papiere im Jahr 2009 das Gesundheitsamt aufgesucht haben. Es sind allerdings so geringe Fallzahlen, dass dies eher die Situation in den einzelnen Ämtern beschreibt und nur wenig weitere Schlüsse zulässt. Die Angaben beruhen in 20 Fällen auf Schätzungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, nur in vier Fällen auf einer Dokumentation vor Ort. Erkennbar ist ein großer Sprung zwischen Gesundheitsämtern mit Kontakten zu unter 50 Personen und jenen mit über 150 Kontakten sowie eine tendenziell höhere Personenanzahl bei Gesundheitsämtern mit Sitz in einer Metropole (s. Abb. 19).

Abbildung 19: Geschätzte Anzahl an Kontakten zu Menschen ohne Papiere im Jahr 2009 von Gesundheitsämtern (n=24) in Kleinstädten (K), Großstädten (G) und Metropolen (M)



Anmerkung: Gesundheitsämter mit Sitz in der Größe-Kategorie Stadt geben keine Kontakte zu Menschen ohne Papiere an.

Von den 34 Gesundheitsämtern mit Kontakten zu Menschen ohne Papiere stufen sechs Ämter (17,6 %) diese ausschließlich oder überwiegend als »Sexarbeiterinnen« und »Sexarbeiter« ein. 13 Gesundheitsämter (38,2 %) geben an, sei es nur z.T., zwölf Ämter mit Kontakt verneinen dies (35,3 %). Die übrigen drei ergänzen den Fragebogen um eine weitere Kategorie mit »weiß nicht«.

5.2.2 Angebotsbewerbung der Gesundheitsämter

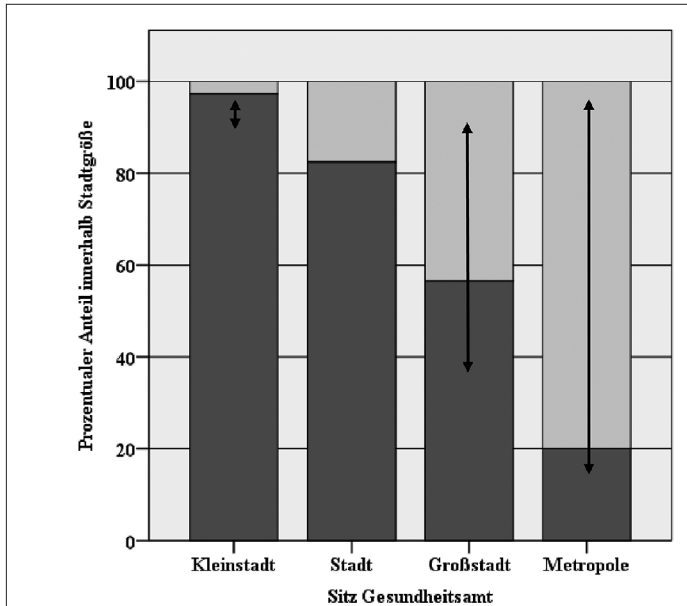
Die Frage nach Bemühungen, Migrantinnen und Migranten ohne Papiere für Beratung und Diagnostik zu erreichen, beantworten 137 Gesundheitsämter. Etwa 31 (22,6 %) Ämter bemühen sich nach eigenen Angaben, »illegale Migranten« auf ihr Angebot von Beratung und Diagnostik aufmerksam zu machen. Von diesen Ämtern hat über zwei Drittel (71 %) auch Kontakte zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten. Die überwältigende Mehrheit von 94 Ämtern (91 %) ohne Kontakte bemühte sich auch nicht, diese Gruppe zu erreichen (s. Tab. 13).

Tabelle 13: Kontakte der Gesundheitsämter zu Migrantinnen und Migranten ohne Papiere nach Bewerbung von Beratung und Diagnostik (n=137)

Stadtgröße				Kontakt		Gesamt
				Ja	Nein	
<100.000 EW	Gezielte Bewer- bung	Ja	Anzahl	0	5	5
			% inner- halb Kontakt	0 %	5,9 %	5,4 %
		Nein	Anzahl	7	80	87
			% inner- halb Kontakt	100 %	94,1 %	94,6 %
	Gesamt		Anzahl	7	85	92
			% inner- halb Kontakt	100 %	100 %	100 %
≥100.000 EW	Gezielte Bewer- bung	Ja	Anzahl	22	4	26
			% inner- halb Kontakt	81,5 %	25 %	60,5 %
		Nein	Anzahl	5	12	17
			% inner- halb Kontakt	18,5 %	75 %	39,5 %
	Gesamt		Anzahl	27	16	43
			% inner- halb Kontakt	100 %	100 %	100 %

Durch den Unterschied nach Kontakten und Stadtgröße, in der ein Gesundheitsamt seinen Sitz hat, ergibt sich entsprechend ein Unterschied nach Ämtern mit gezielten Bemühungen. Demnach sind gezielte Bemühungen der Ämter sowohl mit der Stadtgröße des Amtssitzes als auch – in der Konsequenz – mit Kontakten zu Menschen ohne Papiere assoziiert (s. Tab. 13 und Abb. 20).

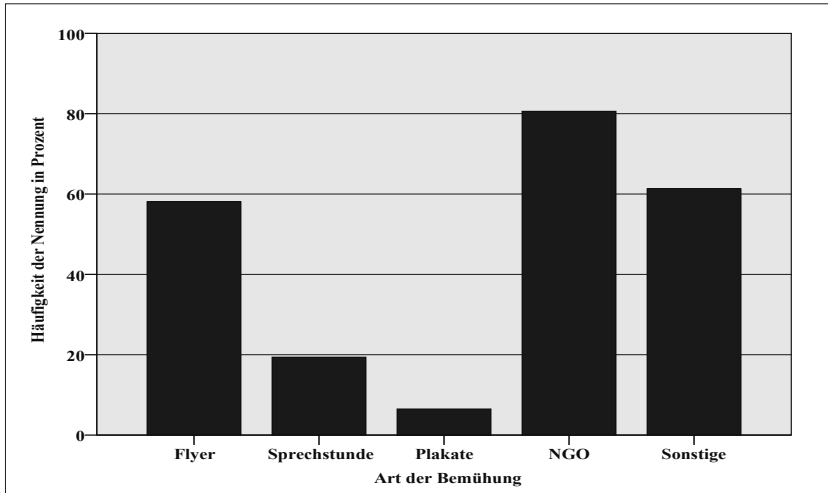
Abbildung 20: Anteil (in %) der Gesundheitsämter mit gezielter Angebotsbewerbung und Kontakten zu Menschen ohne Papiere, dargestellt nach Stadtgröße des Amtssitzes (n=135)



Anmerkung: Der schwarze Pfeil stellt den Anteil in Prozent innerhalb der Stadtgröße-Kategorie dar, der Kontakte zu »illegalen Migranten« angab (n=34). In der Kategorie »Stadt« wird kein Kontakt angegeben, daher entfällt hier der schwarze Pfeil.

Entsprechend der Stadtgröße nach Amtssitz gibt es auch eher Verbindungen zu weiteren Einrichtungen (z.B. rechtliche Beratungsstellen), die – bei entsprechenden Problemlagen ihrer Klientinnen und Klienten – auf das Angebot des Gesundheitsamtes hinweisen können. Die Art der gezielterten Bewerbung des Angebots des Gesundheitsamtes wird bei möglicher Mehrfachnennung mit den Antworten »Flyer«, »Plakate«, »spezielle Sprechstunde« und »Hinweis an lokale Hilfsorganisationen« erhoben. Unter »Sonstige« können freie Antworten gegeben werden. 21 der 31 Ämter, die Bemühungen angeben, nennen mehr als eine Form der Angebotsbewerbung (67,7 %). Eine Mehrheit von 18 der 31 Institutionen nutzt Flyer (58 %), die große Mehrheit von 25 Ämtern (80,6 %) weist lokale Hilfsorganisationen auf ihr Angebot hin. Sechs Ämter geben an, eine spezielle Sprechstunde eingerichtet zu haben. Zwei Ämter nutzen Plakate zur Bekanntmachung. Fast 64 % (21 Ämter) machen unter »Sonstige« weitere Angaben, zusätzlich zwei Ämter, die Bemühungen verneint und daher eigentlich die Frage sechs nicht zu beantworten haben (Abb. 21).

Abbildung 21: Form der Angebotsbewerbung (n=31); Mehrfachnennungen



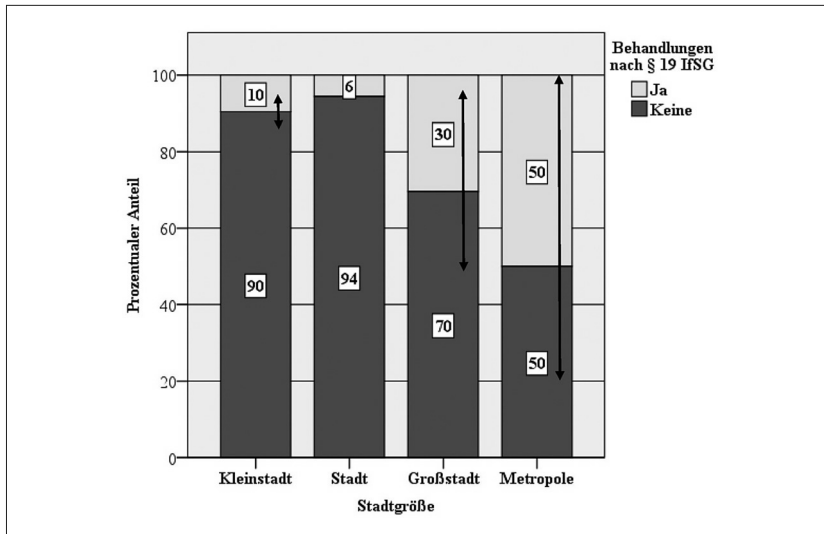
Der Eintrag »Streetwork« bzw. »aufsuchende Arbeit« gehört mit elfmal zu der häufigsten Angabe unter »Sonstige«. Diese Form der aktiven Tätigkeit findet nach Angabe z.T. spezifisch in der »Sexarbeiterszene« (n=4) statt. Acht Gesundheitsämter weisen unter »Sonstige« auf die enge Zusammenarbeit mit »NGOs«, »Beratungsstellen für Flüchtlinge«, »lokale Hilfsorganisationen« bzw. »Migrantenvereine« hin. Gesundheitsämter mit Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten geben überwiegend mehrere Arten von Bemühungen an, Menschen ohne Papiere für das Angebot vor Ort zu erreichen (n=20). Angebotsbewerbung mit Flyern wird relativ häufiger genannt bei Ämtern mit Kontakten (77 % versus 11,1 %). Die Ämter mit Kontakten nutzen zudem Plakate und eine Sprechstunde. Ohne Kontakte wird nur in einem von neun Fällen mehr als eine Art der Bemühung genannt. Bei Gesundheitsämtern ohne Kontakt wird der Verweis an eine andere Organisation als gezielte Bemühung beschrieben.

5.2.3 Behandlungen nach § 19 IfSG

Der »Behandlungsparagraf« im Infektionsschutzgesetz richtet sich zunächst an alle Menschen, die aus den unterschiedlichsten Gründen von der regulären Gesundheitsversorgung nicht erfasst werden. Da erfahrungsgemäß aufgrund der Dokumentationsart in Ämtern eine Aussage über Behandlungen nach dem IfSG eher möglich ist als über eine Behandlung von Menschen mit oder ohne Papiere, wird im Fragebogen zunächst grundsätzlich nach Behandlungen gefragt. Bei dieser Frage wird, wie auch in der Frage zum Kontakt, auf eine zeitliche Dimension verzichtet. Von den insgesamt 139 antwortenden Gesund-

heitsämtern geben 25 (18,4 %¹¹) an, Behandlungen nach §19 IfSG bereits durchgeführt zu haben; die große Mehrheit von 111 Ämtern (81,6 %) verneint dies. Von den drei Ämtern, die hier keine Angabe machen, haben zwei Kontakte zu Migrantinnen und Migranten ohne Papiere verneint, das dritte Amt auch zum Kontakt keine Angabe gemacht. Von den 25 Ämtern, die Behandlungen durchgeführt haben, geben 14 für 2009 Behandlungen von Menschen ohne Papiere an, fünf machen hierzu keine Angabe und sechs verneinen dies. Die Gesundheitsämter mit Kontakten zu Menschen ohne Papiere führen auch zu fast 53 % Behandlungen nach §19 IfSG durch. Wiederum geben 75 % der Ämter, die Behandlungen durchführen an, Kontakte zu dieser Gruppe zu haben. Auch in Hinblick auf §19 IfSG behandeln die Gesundheitsämter in Metropolen deutlich häufiger als solche in Gegenden mit unter 100.000 EW (s. Tab. 14 und Abb. 22), was vor allem im Zusammenhang mit angegebenen Kontakten stehen dürfte.

Abbildung 22: Anteil (in %) der Gesundheitsämter mit durchgeführten Behandlungen und Kontakten zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten, dargestellt nach Stadtgröße des Amtssitzes (n=135)



Anmerkung: Der schwarze Pfeil stellt den Anteil in Prozent innerhalb der Stadtgröße-Kategorie dar, der Kontakte zu »illegalen Migranten« angab (n=34).¹² In der Kategorie »Stadt« wird kein Kontakt angegeben, daher entfällt hier der schwarze Pfeil.

11 | Die Prozentangaben sind gültige Prozente, die fehlenden Werte werden also nicht berücksichtigt.

12 | Die Angaben der Kontakte zu undokumentierten Migranten und Migrantinnen stellen den relativen Anteil in Prozent in der jeweiligen Kategorie dar (beispielsweise führen

Tabelle 14: Behandlung nach §19 IfSG abhängig von Kontakten zu Migrantinnen und Migranten ohne Papiere, nach Stadtgröße des Amtssitzes (n=134)¹³

Stadtgröße	Ja Nein		Behandlungen nach §19 IfSG		Gesamt	
			Ja	Nein		
<100.000 EW	Kontakt	Ja	Anzahl	3	4	7
			% innerhalb Behandlungen	37,5 %	4,8 %	7,7 %
		Nein	Anzahl	5	79	84
			% innerhalb Behandlungen	62,5 %	95,2 %	92,3 %
	Gesamt		Anzahl	8	83	91
			% innerhalb Behandlungen	100 %	100 %	100 %
≥100.000 EW	Kontakt	Ja	Anzahl	16	11	27
			% innerhalb Behandlungen	94,1 %	42,3 %	62,8 %
		Nein	Anzahl	1	15	16
			% innerhalb Behandlungen	5,9 %	57,7 %	37,2 %
	Gesamt		Anzahl	17	26	43
			% innerhalb Behandlungen	100 %	100 %	100 %

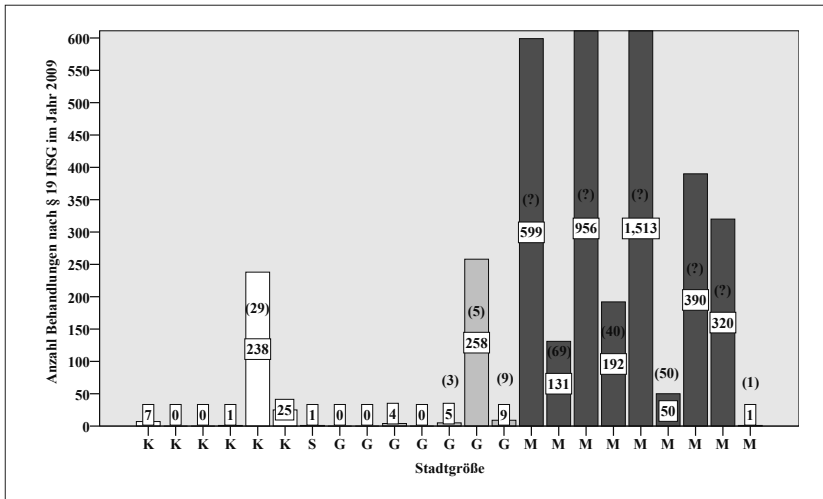
sieben Ämter mit Sitz in einer Kleinstadt Behandlungen nach § 19 IfSG durch, dies entspricht in der Kategorie 9,5 % bei insgesamt 74 Ämtern. Von diesen sieben gaben drei auch Kontakte zu undokumentierten Migranten und Migrantinnen an. Dies entspricht etwa 4,1 % unter den Kleinstädten.)

13 | Es sind n=134, da drei Ämter keine Angabe zu Behandlungen gaben und bei zwei Fragebögen die Herkunft unklar war.

Tab. 14 zeigt die Verteilung der Behandlungen nach §19 IfSG in Abhängigkeit der Stadtgröße des Amtssitzes und der angegebenen Kontakte. Neun Ämter können für das Bezugsjahr 2009 die Zahl der Menschen ohne Papiere unter den Patientinnen und Patienten angeben. Sie liegen zwischen null und 69 Personen. Lediglich zwei der neun Angaben beruhen dabei auf einer Dokumentation, die übrigen sieben Ämter schätzen die Zahlen lediglich. Zahlen von 50 oder mehr Patientinnen und Patienten werden – mit zwei Ausnahmen – vorwiegend von Gesundheitsämtern (n=10) mit Sitz in einer Metropole angegeben. Das Amt mit Sitz in einer Kleinstadt führt nach eigenen Angaben so viele Behandlungen nach §19 IfSG durch, da es mit einer Erstaufnahmestelle für Asylsuchende zusammenarbeitet. Der Anteil der Behandelten ohne Papiere variiert deutlich unter den zehn Ämtern.

Aufgrund der wenigen Ämter, die Angaben zur Anzahl von Patientinnen und Patienten machen, eignen sich diese Daten ebenfalls nicht zu über den Einzelfall hinausgehenden Beschreibungen. Für die Zahl der Behandlungen nach §19 IfSG insgesamt – unabhängig von ihrem Hintergrund – machen 23 Ämter für das Jahr 2009 Angaben zwischen null und 1513 (s. Abb. 23).

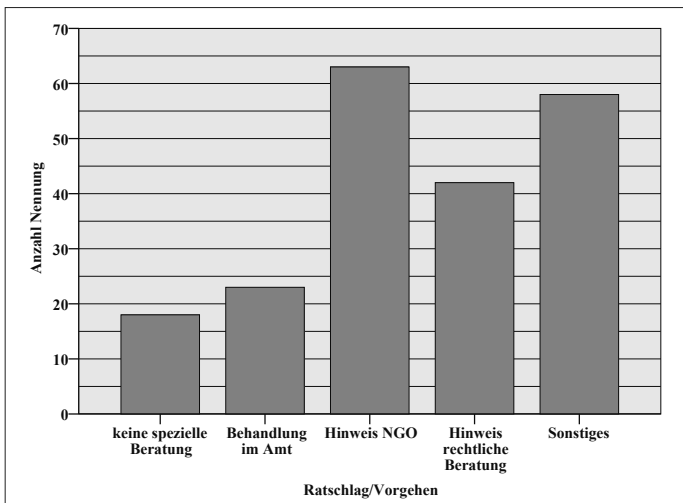
Abbildung 23: Anzahl Behandlungen nach §19 IfSG im Jahr 2009 in Gesundheitsämtern in Kleinstädten (K), Großstädten (G) und Metropolen (M), die eine Durchführung von entsprechenden Behandlungen grundsätzlich bejaht haben (n=23)



5.2.4 Beratung undokumentierter Migrantinnen und Migranten

Die Gesundheitsämter sollen im Fragebogen beantworten, was sie den Betroffenen raten würden, wenn ihre Behörde zur Untersuchung und Beratung bei STD, HIV/AIDS oder Tuberkulose aufgesucht wird bzw. werden würde. Zum Bereich STD und HIV/AIDS beantworten 113 Ämter die Frage. Mehr als die Hälfte ($n=58$; 51,3 %) der Ämter gibt mehr als eine Antwortmöglichkeit an. In Bezug zur Gesamtzahl der Fälle ($n=113$) verweisen 55,8 % aller befragten Gesundheitsämter an eine Hilfsorganisation und 37,2 % ($n=42$) an eine andere Stelle zur rechtlichen Beratung. Immerhin ein Fünftel ($n=23$) gibt an, dass ihr Amt eine Behandlung anbietet (20,4 %) oder anbieten würde (s. Abb. 24). Dabei haben 15 dieser 23 Gesundheitsämter ebenfalls angegeben, bereits Behandlungen nach §19 IfSG durchgeführt zu haben. Betrachtet man die freien Einträge unter »Sonstiges« ($n=58$), fallen einige wiederkehrende Antworttypen auf.

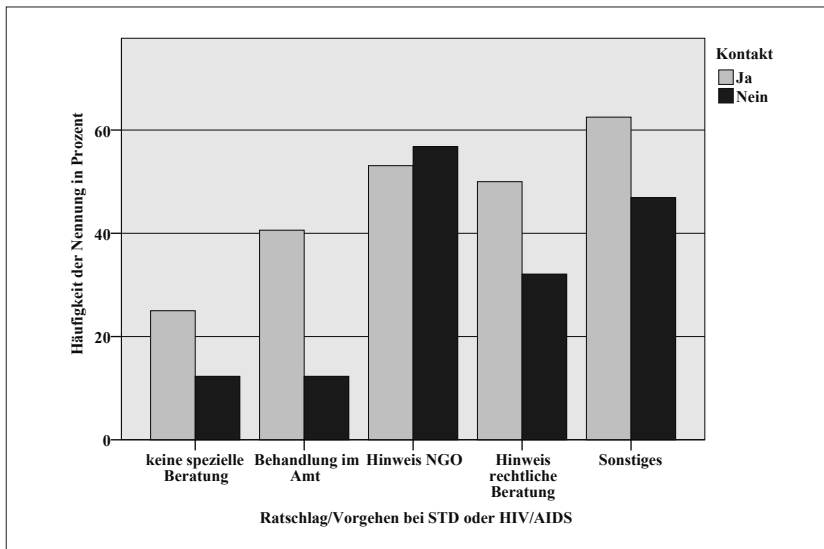
Abbildung 24: Empfehlung/Ratschlag an Migrantinnen und Migranten ohne Papiere, die zur Untersuchung von STD und/oder HIV/AIDS das Amt aufsuchen ($n=113$); Mehrfachantworten



So heißt es gehäuft »Vermittlung zu spezialisierten niedergelassenen Ärzten bzw. Kliniken« ($n=20$), wobei in einem Fall noch Folgendes angemerkt worden ist: »Potenzieller Behandler bekannt. Dazu ist zu sagen, dass wir im Kreis innerhalb der letzten 4-5 Jahre INSGESAMT lediglich 2 positive Testergebnisse auf HIV hatten. Beide waren keine Migranten und wurden an ein Zentrum

[...]¹⁴ verwiesen.« Neunmal wird auf den Einzelfall verwiesen: »Hierfür haben wir keine Festlegung; das weitere Vorgehen würde sich am Einzelfall orientieren«. Bei Ämtern mit Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten heißt es z.B.: »Wir sehen uns den Einzelfall genau an und entscheiden dann über das Vorgehen. Bei HIV keine Behandlung im Amt. Verweis an kompetente Stellen.« Sechsmal wird angeführt, dass eine Beratung und ein »kostenloser, anonymer HIV-Test« angeboten werden. Fünfmal wird die Einschaltung des Sozialamts angegeben: »Wir vermitteln eine ärztliche Behandlung unter Einschaltung des Sozialamtes«. Und viermal wird schließlich explizit auf die Problemstellung einer HIV-Behandlung im Amt verwiesen, z.B. wie in dieser Anmerkung: »Behandlung kann im Amt nicht erfolgen bei HIV wegen der hohen Kosten«. Dabei zeigen sich Unterschiede nach bestehenden Kontakten zu Migrantinnen und Migranten ohne Papiere (s. Abb. 25).

Abbildung 25: Ratschlag/Vorgehen bei Migrantinnen und Migranten ohne Papiere, die zur Untersuchung von STD und/oder HIV/AIDS das Amt aufsuchen; nach Kontakt des Amtes (n=113); Mehrfachantworten



Die Unterschiede sind nach dem Chi-Quadrat-Test einzig in Hinblick auf das Angebot einer Behandlung im Amt signifikant. Dies bezieht sich sowohl auf den Vergleich der Gesundheitsämter nach Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten ($X^2=11,316$, $p<0,05$) als auch auf bereits durchgeführ-

14 | Wegen Zusage der Anonymität wurde der Ort von der Autorin aus dem Zitat ausgeklammert.

te Behandlungen im Amt ($X^2=30,716$, $p<0,05$). Das bedeutet, ein signifikanter Unterschied in den Empfehlungen an Menschen ohne Papiere, die wegen STD bzw. HIV/AIDS ein Gesundheitsamt aufsuchen, findet sich lediglich in Hinblick auf das Angebot einer Behandlung im Amt. Die Gesundheitsämter, die bereits Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten gehabt oder Behandlungen nach §19 IfSG durchgeführt haben, bieten auch häufiger eine Behandlung vor Ort an. Abb. 26 stellt die Unterschiede in der Vorgehensweise bzw. im Ratschlag der Ämter abhängig davon dar, ob Menschen ohne Papiere zur Beratung und Diagnostik von STD bzw. HIV/AIDS oder von Tuberkulose kommen. Ein Behandlungsangebot im Amt ist im Fall von Tuberkulose häufiger. Dabei zeigen sich strukturelle Unterschiede: Hat bei Tuberkulose die Hälfte der Ämter, die eine Behandlung im eigenen Amt anbietet ($n=32$), ihren Sitz in einer Stadt mit unter 100.000 EW, sind es bei STD bzw. HIV/AIDS ($n=23$) lediglich 21,7 %. Der Verweis an eine Hilfsorganisation oder an eine andere Stelle zur rechtlichen Beratung erfolgt häufiger bei STD bzw. HIV/AIDS. Mehrfachnennungen sind bei Tuberkulose mit 43,2 % der 111 antwortenden Ämter seltener als bei STD bzw. HIV/AIDS.

Abbildung 26: Ratschlag/Vorgehen bei Migrantinnen und Migranten ohne Papiere, die zur Untersuchung von STD und/oder HIV/AIDS ($n=113$) oder bei Tuberkulose ($n=111$) das Amt aufsuchen; Mehrfachantworten

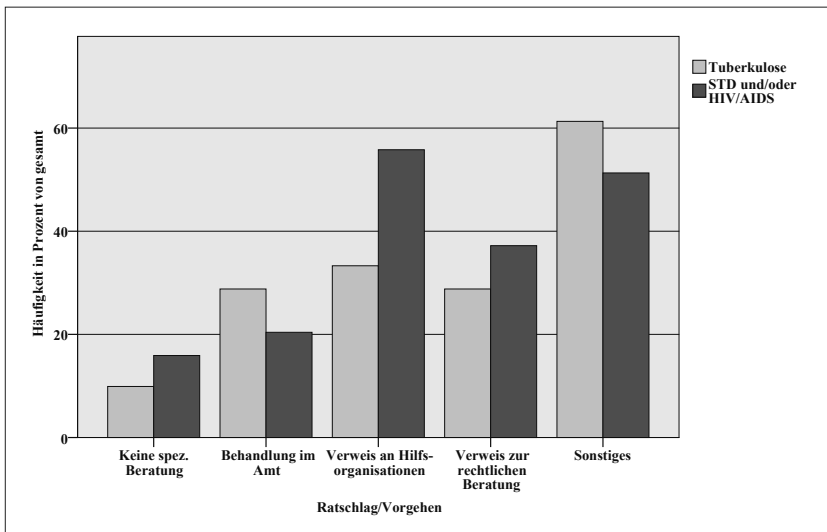
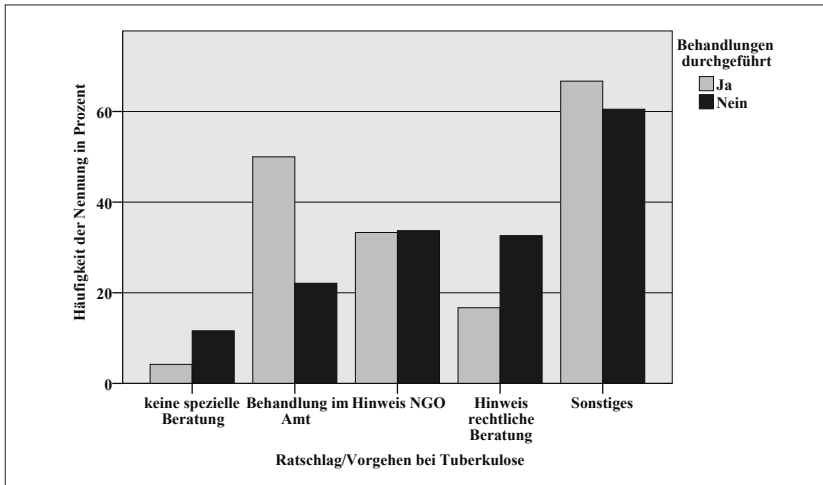


Abbildung 27: Empfehlung/Vorgehen bei Migrantinnen und Migranten ohne Papiere, die zur Untersuchung auf Tuberkulose das Amt aufsuchen; nach bereits durchgeführten Behandlungen (n=111); Mehrfachantworten



Wie bei STD bzw. HIV/AIDS lässt sich auch bei Verdacht auf Tuberkulose kein signifikanter Unterschied im Vorgehen bzw. in den Empfehlungen zwischen den Ämtern mit bzw. ohne Kontakte zu Menschen ohne Papiere ausmachen. Dies gilt gleichfalls für den Vergleich der Ämter, die bereits Behandlungen nach §19 IfSG durchgeführt bzw. nicht durchgeführt haben. Nur für das Behandlungsangebot im eigenen Amt lassen sich bei der Diagnose Tuberkulose signifikante Unterschiede zwischen den Ämtern mit und ohne bereits durchgeführte Behandlungen feststellen ($X^2=7,22$; $p<0,05$) (s. Abb. 27). Waren in der Vergangenheit bereits Behandlungen nach §19 IfSG im Amt durchgeführt worden, wird signifikant häufiger angeboten, eine Behandlung bei Tuberkulose im eigenen Amt durchzuführen (korrigierte standardisierte Residuen: 2,7). 56 Ämter geben unter »Sonstiges« Anmerkungen an. Tab. 15 gibt das Ranking wieder.

Tabelle 15: Ranking-Liste der Anmerkungen unter »Sonstiges« im Bereich Tuberkulose (n=56) und STD bzw. HIV/AIDS (n=53)¹⁵

	Gültige Prozent Tuberkulose	Gültige Prozent STD bzw. HIV
Verweis an Klinik oder Niedergelassene	28,6	39,6
Beratung und Diagnostik im Amt	21,4	17,0
Einzelfalllösung	12,5	11,3
nicht zuständig	12,5	5,7
Behandlung im Amt	10,7	7,5
bisher keine Menschen ohne Papiere	5,4	5,7
Sozialamt einschalten	5,4	5,7
bisher kein Vorgehen	1,8	3,8
Status nicht erhoben	1,8	3,8

Die Gesundheitsämter waren im Fragebogen aufgefordert, ihr geplantes Vorgehen auch dann anzugeben, falls sie bisher noch keine entsprechenden Patientinnen und Patienten hatten. Die häufigste Anmerkung lautet: »Wir suchen den Kontakt zum Facharzt« bzw. »würden an niedergelassene Ärzte verweisen«. Wie auch bei STD bzw. HIV/AIDS wird gehäuft auf eine Einzelfalllösung verwiesen: »Im Falle einer tuberkulostatischen Behandlung wäre die Kostenübernahme im Einzelfall zu klären« oder: »Hierfür haben wir keine Festlegung; das weitere Vorgehen würde sich am Einzelfall orientieren.« Aufgrund der unterschiedlichen Organisationsstrukturen gibt es, insbesondere in den Metropolen mit mehreren Gesundheitsämtern, in einigen Bezirken keine Anlaufstelle für Tuberkulose, STD und HIV/AIDS bzw. eine Zentralisierung der Angebote. Daher erklären sich einige Ämter als nicht zuständig. In Abb. 26 zeigt sich bereits ein leichter Unterschied im Behandlungsangebot zwischen STD bzw. HIV/AIDS und Tuberkulose. So weisen bei Tuberkulose auch mehr Gesundheitsämter als bei STD bzw. HIV/AIDS noch einmal explizit auf eine Behandlungsoption oder eine Kostenübernahme hin: »Die Behandlung wird von niedergelassenen Fachkollegen nach Kostenübernahme durch TBC-Fürsorge durchgeführt, der Aufenthaltsstatus ist unerheblich.« Oder: »Ggf. käme auch eine Behandlung im Amt in Betracht.« Zwei der sechs Ämter, die eine

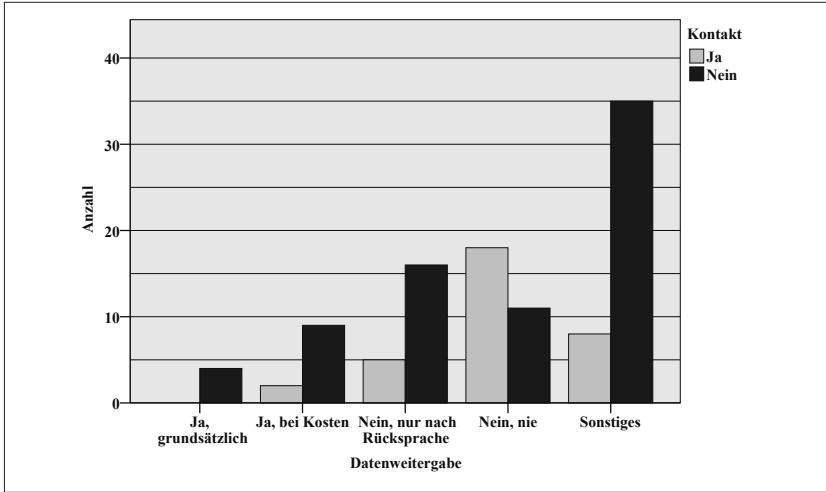
15 | Die Kategorisierung wurde nur vorgenommen, wenn der Wortlaut in der Anmerkung fast identisch war. In zwölf Fällen kam daher keine Einteilung in eine Kategorie der Liste in Betracht.

Behandlungsoption anmerken, hatten die entsprechende Antwortkategorie zuvor nicht angekreuzt. Drei Ämter würden das Sozialamt einschalten: »Wir vermitteln eine ärztliche Behandlung unter Einschaltung des Sozialamtes.« Vier weitere Stellen würden eine Legalisierung während der Behandlung erreichen wollen: »Wir bieten spezielle rechtliche und soziale Beratung, Legalisierung während der Therapiedauer, Kostenübernahme der Behandlung, organisieren Krankenhauseinweisungen.« Ein anderes Amt gibt an: »Wir legalisieren den Status für die Dauer der Behandlung unter Aussetzung der anstehenden Abschiebungsandrohung unter dem infektionsschutzrechtlichen Vorrang.« Ein weiteres Amt nennt folgendes Konzept: »Kontaktaufnahme mit dem Sozialamt zur finanziellen Sicherung einer ambulanten oder stationären Behandlung. Grundlage ist ein entsprechendes Abkommen mit dem Sozialamt. Die Ausländerbehörde wird in diesen Fällen nicht informiert.« Das Beratungs- und Untersuchungsangebot bei sexuell übertragbaren Erkrankungen und Tuberkulose steht allen Menschen offen. Die Möglichkeit, sich in einem Gesundheitsamt nicht nur beraten, sondern auch testen lassen zu können, soll die Hemmschwelle zur Diagnostik senken. Im Rücklauf der Fragebogenerhebung zeigt sich eine weite Verbreitung des anonymen Angebots der Testung auf eine HIV-Infektion. Die große Mehrheit von 120 (91,6 %) Ämtern gibt an, »kostenlose und anonyme Tests auf eine HIV-Infektion« anzubieten. Lediglich elf Ämter im Rücklauf verneinen dies. Die Gründe hierfür werden in vier Fällen angegeben: Entweder sind die HIV-Antikörpertests kostenpflichtig (n=3) oder die Testung wurde zentralisiert und damit nicht mehr in jedem Gesundheitsamt angeboten (n=1).

5.2.5 Umgang mit der Datenübermittlungspflicht

108 der befragten Gesundheitsämter beantworten die Frage nach der Datenweitergabe an die Ausländerbehörde bei Verdacht auf »illegalen Aufenthalt«. 15 Ämter bejahen eine Datenübermittlung (13,9 %), 50 Stellen (46,3 %) verneinen dies oder würden zumindest die Daten nur nach Rücksprache mit den Betroffenen weiterleiten. Schließlich machen 43 Ämter unter »Sonstiges« eine freie Angabe (39,8 %). 42 dieser Angaben lassen sich einer von drei Kategorien (keine Erfahrung mit Menschen ohne Papiere, Einzelfallentscheidung oder Angabe, dass es sich um ein anonymes Test- und Beratungsangebot handelt, weshalb sich nicht auf den Status schließen ließe) zuordnen (Abb. 28).

Abbildung 28: Angaben zur Datenweitergabe nach Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten (n=108)



Folgende Aussagen sind Beispiele für die freien Angaben und Zuordnungen in die gebildeten Kategorien: »Keine Erfahrung« beinhaltet Einträge wie »bisher hat sich kein ›Illegaler‹ an unser Amt gewandt« oder »bisher kein Fall«. Der Verweis auf die Anonymität von Test- und Beratungsangebot erfolgt bei acht Ämtern mit der Angabe »anonymer HIV-Test«. Aussagen wie »Einzelfallentscheidung in Abhängigkeit von Gefährdung Dritter und Compliance« oder »müsste im Einzelfall geklärt werden« wurden der dritten Kategorie zugeordnet (Tab. 16).

Tabelle 16: Zuordnung der freien Angaben zur Datenweitergabe an die Ausländerbehörde bei Verdacht auf einen unerlaubten Aufenthalt

	N	Gültige Prozent
Keine Erfahrung	26	61,9
Anonymes Angebot	8	19,05
Einzelfallentscheidung	8	19,05
Gesamt	42	100

Tab. 17 macht den signifikanten Unterschied ($X^2=10,612$; $p<0,05$) im Umgang mit der Datenweitergabe in Abhängigkeit von Kontakten zu Menschen ohne Papiere deutlich. Der Anteil der Gesundheitsämter, die die Informationen zum Aufenthalt an die Ausländerbehörde weitergeben (würden), ist gering. Bei der Datenweitergabe nach Angaben zu durchgeführten Behandlungen er-

gibt sich ein ähnliches Bild: Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Ämtern, die Behandlungen durchgeführt haben, und solchen, die dies bisher nicht tun. So geben die behandelnden Ämter seltener die Daten weiter ($X^2=13,199$; $p<0,05$). Insgesamt beantworten die Gesundheitsämter mit Sitz in einer Kleinstadt, die bisher keine Behandlungen nach §19 IfSG durchgeführt haben und keinen Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten angeben, die Frage nach der Übermittlungspflicht seltener. 61,3 % der 31 »Nicht-Antworte« kommen aus einer Kleinstadt, 96,8 % haben keinen Kontakt und 100 % noch keine Behandlungen durchgeführt.

Tabelle 17: Datenweitergabe nach Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten (n=108)

			Datenweitergabe			Gesamt
			Sonstges	Ja	Nein	
Kontakt	Ja	Anzahl	2	23	8	33
		% innerhalb von Datenweitergabe	13,3 %	46 %	18,6 %	30,6 %
		Korrigierte Residuen	-1.6	3.2	-2.2	
	Nein	Anzahl	13	27	35	75
		% innerhalb von Datenweitergabe	86,7 %	54 %	81,4 %	69,4 %
		Korrigierte Residuen	1.6	-3.2	2.2	
Gesamt	Anzahl	15	50	43	108	
	% innerhalb von Datenweitergabe	100 %	100 %	100 %	100 %	

5.2.6 Humanitäre Sprechstunde

44 von 117 Gesundheitsämtern (37,6 %) geben an, dass ihnen das Modell der »Humanitären Sprechstunde« bekannt sei. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Kenntnis und der Angabe, ob Kontakte zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten bestehen ($\Phi=0,203$, $p<0,05$). Haben 18 der 44 um die spezifische Sprechstunde wissenden Ämter (41 %) auch

Kontakte zu Menschen ohne Papiere angegeben, so verneinen 57 der 73 Stellen ohne diese Kenntnisse Kontakte (78 %). Innerhalb der Ämter mit Kontakten weiß über die Hälfte um solch eine Sprechstunde, während es in der Gruppe ohne Kontakte knapp unter einem Drittel war. Folgerichtig haben ebenfalls die Gesundheitsämter öfter Kenntnisse zur »Humanitären Sprechstunde«, die häufiger gezielte Angebotsbewerbung unternehmen und Behandlungen nach §19 IfSG bereits durchgeführt haben. Diese Gesundheitsämter haben auch öfter Kontakte angegeben. Die Frage zur Implementierung einer eigenen Sprechstunde wird von fast allen Gesundheitsämtern im Rücklauf beantwortet und verneint. Von 137 Ämtern geben acht Ämter an, eine solche Sprechstunde einrichten zu wollen. Diese Gesundheitsämter haben ihren Sitz in einer Stadt mit mindestens 100.000 EW, haben bereits Kontakte und bemühen sich, diese Gruppe der Bevölkerung für das Angebot im Gesundheitsamt zu erreichen.

5.2.7 Behandlung von nicht im IfSG aufgeführten Erkrankungen

Im Infektionsschutzgesetz sind 53 Krankheitserreger genannt, die bei ihrem Nachweis namentlich gemeldet werden müssen. Hinzu kommen neben dem HI-Virus fünf weitere Erreger, deren Nachweis nichtnamentlich zu melden ist. In Gesprächen wurde von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Gesundheitsämtern berichtet, dass sie – obwohl in ihren Ämtern keine »Humanitäre Sprechstunde« angeboten wird – Behandlungen von nicht im IfSG genannten Erkrankungen durchführen. Dabei handele es sich um Behandlungen eher einfach zu therapierender Krankheiten, im Sinne einer zeitlich begrenzten, ambulanten Intervention. Die Gesundheitsämter werden daher in der Vollerhebung gefragt, ob sie Erkrankungen behandeln, die nicht im IfSG aufgeführt sind. Das Ergebnis ist in Abb. 29 dargestellt.

Insgesamt bieten 16 der 120 Gesundheitsämter (13,3 %) eine Therapie auch bei nicht im IfSG aufgeführten Krankheiten an. Die immerhin 56 Ämter, die primär an eine andere Stelle zur Behandlung verweisen, geben zur Hälfte jeweils Vermittlungen an Hilfsorganisationen (NGOs) und niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte an. Das unterschiedliche Vorgehen der Gesundheitsämter bei nicht im IfSG genannten Erkrankungen – abhängig von der Stadtgröße des Amtssitzes – ist in Abb. 30 dargestellt.

Entsprechend des Zusammenhanges von Stadtgröße und Behandlung anderer Erkrankungen zeigt sich für die Ämter, die bereits Behandlungen nach §19 IfSG durchgeführt haben, die signifikant häufigere Angabe, auch andere, nicht im IfSG erwähnte, Erkrankungen zu behandeln ($X^2=20,89$; $p<0,05$). Da bereits durchgeführte Behandlungen fast nur Gesundheitsämter in Städten ab 100.000 EW betrifft, kann ein Zusammenhang von bereits durchgeführten Behandlungen und der Behandlung anderer Erkrankungen für diese Kategorie überprüft werden. Nach der Stärke des Zusammenhanges untersucht, er-

gibt sich für Cramers' $V=0,563$ ($p<0,05$). Ein ähnliches Bild ergibt sich für den Zusammenhang zu bisher stattgefundenen Kontakten ($V=0,609$; $p<0,05$) (s. auch Abb. 31).

Abbildung 29: Angaben zu Behandlungen nicht im IfSG genannter Erkrankungen (n=139)

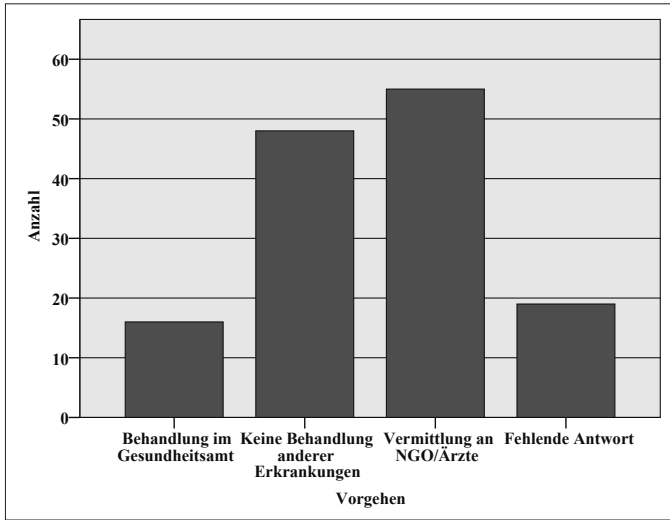


Abbildung 30: Angaben zu Behandlungen nicht im IfSG genannter Erkrankungen nach Stadtgröße des Amtssitzes (n=136)

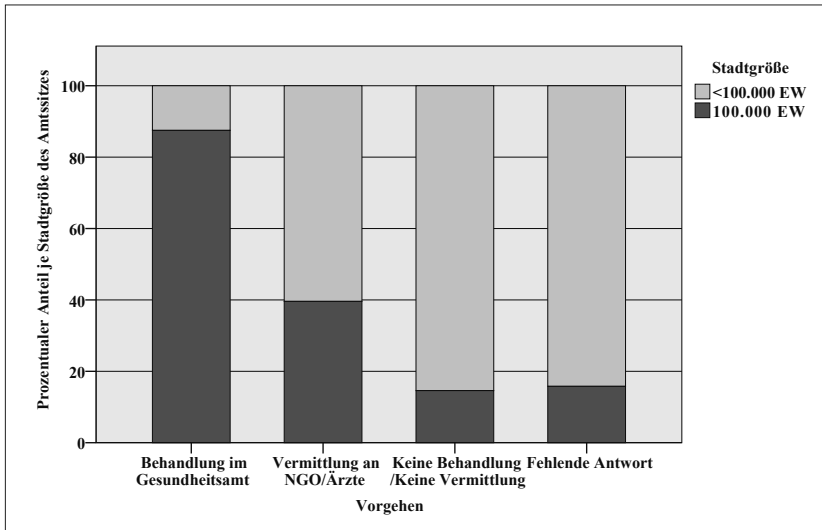
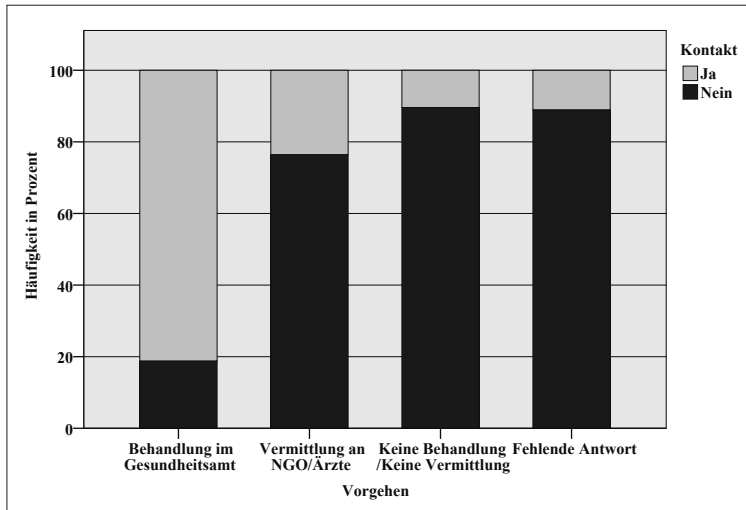


Abbildung 31: Angaben der Gesundheitsämter (in %) zur Behandlung nicht im IfSG genannter Erkrankungen, dargestellt nach Kontakten zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten (n=137)



5.2.8 Berufliche Position im Amt und Einschätzung

Der Fragebogen ist an die Amtsleitung adressiert mit der Bitte um Weiterleitung an die Person im Amt, die am ehesten Kontakt zu Migrierten haben könnte. So haben Personen mit verschiedenen beruflichen Positionen im Gesundheitsamt die Fragen beantwortet (s. Abb. 32). Es sind keine Antwortkategorien vorgegeben.

Es zeigen sich nach Stadtgröße und den Angaben zum Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten deutliche Unterschiede, aus welcher beruflichen Position heraus der Fragebogen ausgefüllt wurde. Wurde der Fragebogen durch die Amtsleitung beantwortet, verneint eine Mehrheit von über 77 % einen Kontakt zu Menschen ohne Papiere. Innerhalb des ärztlichen und nichtärztlichen Personals zeigt sich eine fast gleichmäßige Verteilung zwischen jenen mit und jenen, die keinen Kontakt angeben. Aus den kleineren Städten mit unter 100.000 EW wurde die Mehrzahl der Fragebögen von der Amtsleitung ausgefüllt (80 %, n=74). Aus den großen Städten füllten vor allem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachreferate die Fragebögen aus (52 %, n=23). Nach der persönlichen Bewertung der Versorgung undokumentierter Migrantinnen und Migranten am eigenen Gesundheitsamt befragt, beantworten 45 Ämter die Frage nicht; eine Mehrheit von 41,5 % der noch 94 antwortenden Ämter gibt an, dass sie keine Angabe dazu machen könne (s. Abb. 33).

Abbildung 32: Berufliche Position der Person im Gesundheitsamt, die den Fragebogen ausgefüllt hat (n=137)

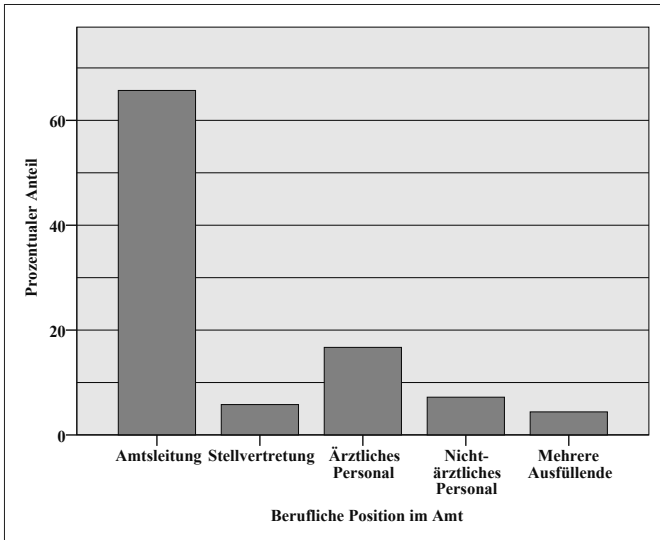
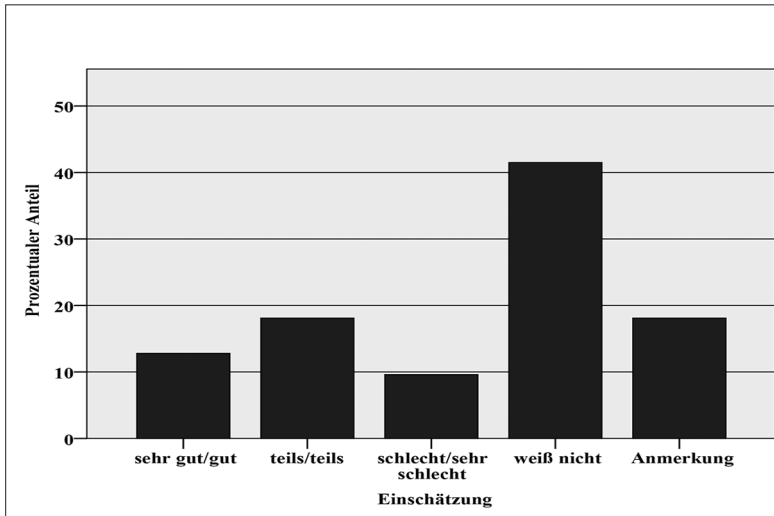


Abbildung 33: Einschätzung zur gesundheitlichen Versorgung undokumentierter Migrantinnen und Migranten am eigenen Gesundheitsamt (n=94)



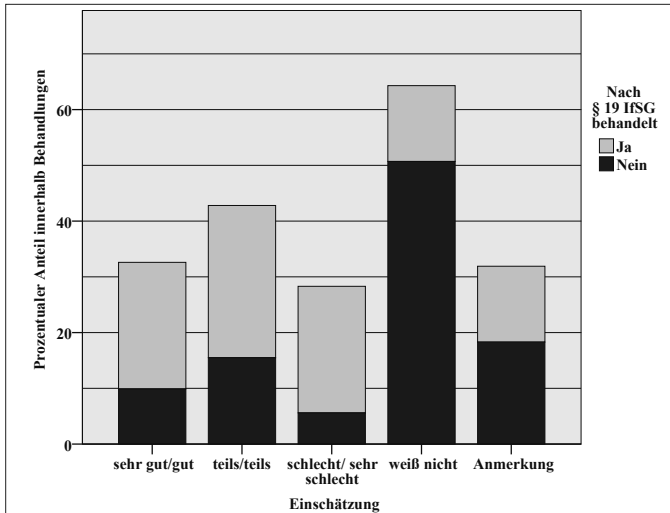
Anmerkung: In der Darstellung sind aufgrund der wenigen Fallzahlen die Antwortmöglichkeit »sehr gut« und »gut« sowie »schlecht« und »sehr schlecht« zusammengefasst. Die Kategorie »sehr schlecht« wählte keines der Ämter.

17 weitere Gesundheitsämter beantworten die Frage zur persönlichen Einschätzung nicht in den vorgegebenen Antwortkategorien, merken aber der Frage unmittelbar etwas an. 13 der 17 Ämter schreiben dazu, dass die Frage »entfällt, da bislang keine »illegalen Migranten« zu versorgen waren,« oder dass »keine Einschätzung möglich [sei], da keine Behandlung« durchgeführt werde. Ein Amt notiert:

»Wir sind ein sehr ländlicher Kreis. Aus meiner Sicht war der Bedarf bisher nicht gegeben oder zumindest kaum. Innerhalb von drei Jahren wurde nicht einmal nachgefragt. Wäre ein großer Bedarf da, hätte ich als Ärztin durchaus Interesse an einem Angebot. Es ist aber fraglich, ob dies auch von der Politik so gewollt wäre.«

Und zwei andere Gesundheitsämter schreiben hierzu: »gut bezüglich STD, schlecht bezüglich anderer allgemeiner Erkrankungen inklusive HIV« und »unterschiedlich nach Abteilung, im Bereich HIV/STD sehr gut«. Die persönliche Einschätzung, die medizinische Versorgung für undokumentierte Migrantinnen und Migranten am eigenen Gesundheitsamt sei schlecht, erfolgt signifikant häufiger von Ämtern, die Behandlungen nach §19 IfSG anbieten und somit auch relativ häufiger Kontakte zu Undokumentierten angeben (Exakter Test nach Fisher=14,942, $p<0,05$; Cramer-V=0,393, $p<0,05$). Innerhalb der Ämter, die Behandlungen nach §19 IfSG durchgeführt haben ($n=22$), geben 50 % an, dass sie die Versorgung vor Ort als »teils/teils« oder als schlecht einschätzten. Immerhin 22,7 % dieser Ämter finden ihre Versorgung gut oder sehr gut. Bei den Gesundheitsämtern ohne bisher durchgeführte Behandlungen ($n=71$) finden nur 9,8 % die Versorgung für undokumentierte Migrantinnen und Migranten an ihrem Amt gut oder sehr gut. 50,7 % wissen nicht, wie sie es einschätzen sollten. Mit 21,1 % beurteilt etwas mehr als ein Fünftel dieser Ämter die Versorgung vor Ort als »teils/teils« oder als schlecht. Die Gesundheitsämter ohne durchgeführte Behandlungen nehmen in der großen Mehrheit keine persönliche Einschätzung vor (»weiß nicht«) (s. Abb. 34). Unter den nicht antwortenden Gesundheitsämtern ($n=45$) befinden sich drei Ämter (6,7 %) mit Kontakten zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten. In der Mehrheit (60 %) handelte es sich um Ämter mit Sitz in einer Kleinstadt.

Abbildung 34: Einschätzung zur Versorgung von Menschen ohne Papiere am eigenen Gesundheitsamt ($n=93$) mit Anteil (in %) der Ämter, die eine Behandlung nach § 19 IfSG durchgeführt haben



5.2.9 Verbesserungsmöglichkeiten und Anmerkungen

Von 139 Gesundheitsämtern im Rücklauf geben 21 (15,1 %) unter Frage 20 konkrete Vorschläge an, um die Versorgung »illegaler Migranten« im eigenen Amt zu verbessern. Dies sind überwiegend Ämter mit Sitz in einer Großstadt oder Metropole (85,7 %), die bereits Kontakte zu Migrantinnen und Migranten ohne Papiere haben (76,2 %) und Bemühungen unternehmen, diese Gruppe für das Angebot des Amtes zu erreichen (85,7 %). Über die Hälfte dieser Gesundheitsämter hatte außerdem bereits Behandlungen nach § 19 IfSG durchgeführt (52,4 %). Unter den Verbesserungsmöglichkeiten werden vor allem eine bessere finanzielle und personelle Ausstattung genannt ($n=13$), insbesondere »Sprachmittler« werden erwähnt. So heißt es z.B. aus einem Amt: »mehr personelle Ressourcen für die Zielgruppe »illegale Migranten«, spezifische Sprachmittler, bessere Vernetzung« und aus einem anderen: »es fehlen Sprachmittler«, und auch »finanzielle Mittel für Impfstoff«. Zwei Ämter wünschen sich bessere Kenntnisse der rechtlichen Rahmenbedingungen: »Es bestünde Interesse an einer Fortbildung über die aktuelle rechtliche Situation bzgl. Aufenthaltsrecht etc., da hier sowohl ärztlicherseits als auch auf Seite der Betroffenen noch viele Unsicherheiten bestehen.« In fünf Fragebögen werden Verbesserungsmöglichkeiten gesehen, die Angebote bei den Betroffenen bekannt zu machen, z.B. in Form von Broschüren, Flyern oder *Streetwork*. 54 Gesundheitsämter (38,8 %) beantworten die Frage nach möglichen Ver-

besserungen im eigenen Amt nicht. Unter Berücksichtigung von Stadtgröße, Kontakten, Behandlungen und Bemühungen, die Gruppe der Migrantinnen und Migranten ohne Papiere zu erreichen, ergibt sich zu der zuvor genannten Ämtergruppe ein inverses Bild (s. Tab. 18). Drei Ämter schreiben, dass sie keine Verbesserungsoptionen sähen. Diese drei Ämter haben ihren Sitz in einer Kleinstadt, haben bisher weder Kontakt zu Menschen ohne Papiere, noch hatten sie bisher Behandlungen nach § 19 IfSG durchgeführt oder Bemühungen unternommen, diese Gruppe zu erreichen.

Tabelle 18: Charakteristika der vier Beantwortungstypen nach Verbesserungsmöglichkeiten im eigenen Amt (Frage 20)

	Konkrete Vorschläge	Frage nicht beantwortet	Keine Vorschläge	Anmerkung
Anzahl (n)	21	54	3	61
≥100.000 EW	85,7 %	18,6 %	0 %	29,5 %
Kontakt zu Papierlosen	76,2 %	9,3 %	0 %	21,3 %
Behandlungen nach § 19 IfSG	52,4 %	5,7 %	0 %	18,6 %
Bemühungen	85,7 %	7,4 %	0 %	14,8 %

61 Gesundheitsämter nutzen die Frage zu Anmerkungen (43,9 %). Es finden sich unter den Eintragungen zu Frage 20 wiederkehrende Anmerkungen in ähnlichem oder identischem Duktus. Der Hinweis auf nicht vorhandenen Bedarf und nicht bestehenden Kontakt zu Migrantinnen und Migranten ohne Papiere ist die häufigste Anmerkung (62,3 %, n=38): »Bisher besteht kein Bedarf in unserer eher ländlichen Region.« Und: »Wir sind ein ländlich strukturierter Landkreis, sind mit dem Problem bisher nicht konfrontiert worden. Falls diese Menschen beim Gesundheitsamt vorstellig würden, würden wir im Rahmen unserer Möglichkeiten diese Hilfe anbieten bzw. sozialpsychologisch betreuen.« Zehn Gesundheitsämter merken an, dass sie sich bei gegebenem Fall um eine Lösung bzw. Therapie bemühen würden. So heißt es beispielsweise: »Das würde ich mit meinem Team besprechen, wenn der Fall mal eintreten sollte.« Personelle Unterbesetzung bzw. knappe Ressourcen werden achtmal in ähnlicher Form angemerkt:

»Die Ärzte der Gesundheitsämter sind mit ihren dienstlichen Pflichtaufgaben mehr als ausgelastet. Sie sind – ihrem Auftrag gemäß – nicht therapeutisch tätig und verfügen daher meist nicht über ausreichende praktische Erfahrungen in der Behandlung komplizierter Erkrankungen. Die Gesundheitsämter sind räumlich und technisch nicht für apparative diagnostische und therapeutische Maßnahmen ausgestattet. Die Ärzte der

Gesundheitsämter können also zu speziellen Fragestellungen (z.B. bei Infektionskrankheiten) die Helfer der Hilfsorganisationen fachlich beraten, selbstverständlich auch anonym, sie können aber die Behandlung und Versorgung nicht selbst übernehmen.«

In einer anderen Anmerkung heißt es: »Das Gesundheitsamt bietet mehrere fachliche Beratungen wie z.B. Sucht- oder Schwangerenkonfliktberatung sowie eine anonyme STD-Sprechstunde an, darüber hinaus gehende Angebote wären aber aufgrund der knappen Personal-Ausstattung nicht realisierbar!«

Aus einem Amt wird die personelle Struktur wie folgt geschildert:

»Struktur der Gesundheitsämter [...] erlaubt die o.g. Personalstruktur nicht. Das hier befragte GA [Gesundheitsamt; Anm. der Autorin] versorgt ca. 140.000 Einwohner mit (falls vollständig besetzt) 3 Ärzten, 2 sozialmed. Assistentinnen, 2 Hygieneinspektoren, 4 Verwaltungskräften. Sozialpädagogen gehören [...]»¹⁶ nicht mehr zum Gesundheitsamt. O.g. Fragen sind für das befragte GA völlig unrealistisch.«

Im Übrigen verweisen sechs Ämter in ihren Anmerkungen auf die Anonymität beim HIV-Test bzw. dem Beratungsangebot:

»Bei den Tuberkulosefällen und den Umgebungsuntersuchungen haben wir zwar viele Personen mit Migrationshintergrund, aber die, die uns bekannt sind, halten sich alle legal hier auf. HIV unterliegt nicht der namentlichen Meldepflicht, insofern gibt es dazu sowieso keine Erkenntnisse. Die HIV Diagnostik im Gesundheitsamt wird anonym und kostenlos angeboten. Auch für die sexuell übertragbaren Krankheiten gibt es ja keine namentliche Meldepflicht mehr. Behandlungen nach § 19 IfSG werden in unserem Gesundheitsamt nicht angeboten.«

In fünf Anmerkungen wird herausgestellt, dass das Gesundheitsamt keine Behandlungen übernehme: »An unserem Gesundheitsamt finden keine Behandlungen statt (unabhängig vom Status legaler – illegaler Aufenthalt).« In anderen Anmerkungen (n=4) wird zudem auf das Problem eines niederschweligen Zugangs und in diesem Kontext auf die Bedeutung des Hilfesystems verwiesen:

»Bislang besteht kein Konzept zum Umgang mit der Problematik. Neben personellen Ressourcen bestehen noch rechtliche Unsicherheiten, außerdem ist die Frage der Kostenübernahme zu klären. Das Gesundheitsamt ist als Teil des Landratsamtes, als ›Behörde‹ nicht niederschwellig erreichbar, Vertrauen muss zunächst aufgebaut werden. Daher sind Strukturen außerhalb des Amtes eine Alternative, um niederschwellig Hilfe

16 | Im Zitat sind die Hinweise zum Bundesland entfernt, um die zugesagte Anonymität zu gewährleisten.

anbieten zu können. Eine Vernetzung mit den maßgeblichen Akteuren (AK-Asyl, Diakonie, Sozialamt, ärztliche Vertreter aus Klinik und ambulanter Versorgung, Gesundheitsamt) wurde bereits etabliert. Das Gesundheitsamt nimmt eher Steuerungsaufgaben wahr.«

Aus einem Gesundheitsamt wird von der veränderten rechtlichen Lage der Patientinnen und Patienten berichtet. Auch wird – wie in einigen Fallbeispielen – auf notwendige Gesundheitsvorsorgeleistungen verwiesen, die über die in § 19 und § 20 Abs. 5 IfSG genannten Erkrankungen hinausgingen:

»Wir sprechen [...] hier für die fachspezifischen Angebote im Bereich Gynäkologie und Dermatologie/Venerologie. Die Zahl der Menschen ohne legalen Aufenthalt nimmt bei uns deutlich ab, da ehemals »Illegale« jetzt aufgrund der neuen EU Länder sich zwar legal [...] aufhalten, aber nicht krankenversichert sind und große gesundheitliche Probleme haben, schwanger werden, und nicht wissen wer die Endbindungskosten übernimmt usw.«

In den übrigen Hinweisen zu Frage 20 wird einmal ein in Planung stehendes Konzept für ein weiter reichendes Angebot angesprochen; in drei Fällen wird darauf verwiesen, dass dies nicht Aufgabe der Gesundheitsämter bzw. staatlicher Strukturen sei und in einem Fall spekuliert, »wäre ein großer Bedarf da, hätte ich als Ärztin durchaus Interesse an einem Angebot. Es ist aber fraglich, ob dies auch von der Politik so gewollt wäre.« Eine Übersicht der Anmerkungen gibt Tab. 19 wieder.

Table 19: Ranking der Anmerkungen zur Frage nach Verbesserungsmöglichkeiten im eigenen Amt (Frage 20, n=61); Mehrfachzählungen in den Antworten

	Anzahl
Kein Bedarf/Kein Kontakt zu Papierlosen	38
Lösung im Einzelfall	10
Knappe Ressourcen	8
Anonymität	6
Keine Behandlungen	5
Fehlende Niederschwelligkeit	4
Nicht Aufgabe des Gesundheitsamtes	3

5.2.10 Die Fallbeispiele

22 der 139 Gesundheitsämter schildern im Anhang des Fragebogens Kontakte zu Patientinnen und Patienten ohne Papiere bzw. ohne Krankenversicherung

(15,8 %). Im Folgenden werden die Fallbeispiele quantifiziert und einige Fallschilderungen exemplarisch dargestellt. Drei der 22 Ämter hatten im Fragebogen einen Kontakt zu »illegalen Migranten« verneint. In einem dieser drei Fälle ist das Gesundheitsamt nur durch den Leichenschauschein über die fehlenden Papiere informiert worden. Die Situation wird wie folgt geschildert:

»Der einzige in dieser Zeit (letzten 4 Jahre) bekannt gewordene Fall eines hier illegal lebenden Migranten war ein Todesfall eines männlichen Patienten aus einem Land östlich von Polen [sic!], der Ende Dezember 2009 an der Neuen Influenza erkrankte, unter falscher Krankenversicherungskarte eine Krankenhausaufnahme verweigerte und von dem dieses Amt erst über den Leichenschauschein erfuhr – die Umgebungsuntersuchung ergab, dass dieser sich schon Jahre ohne Papiere hier aufhielt.«

Ein Leiter eines weiteren Gesundheitsamtes schildert ein Hilfsangebot, das ihm aus einer anderen Stadt bei einem Amt bekannt sei. Im dritten Fall wird ein Kontakt zu einer Schwangeren ohne Krankenversicherung und ohne Aufenthaltsstatus erwähnt, ohne die Situation näher auszuführen. Dies wird als singulärer Fall beschrieben, darüber hinaus hätten noch keine Kontakte bestanden. In neun der übrigen 19 Fallschilderungen wird von Patientinnen und Patienten berichtet, die ohne Papiere das Gesundheitsamt aufgesucht hatten. Dabei handelt es sich in vier von insgesamt zehn geschilderten Fällen aus neun Gesundheitsämtern um Komplikationen im Rahmen einer Schwangerschaft. In einem Beispiel heißt es:

»Eine 16-jährige Vietnamesin stellt sich in der 27. Schwangerschaftswoche in unserer Dienststelle vor. Ihr Aufenthaltsstatus ist ungeklärt. Wie sie nach Deutschland kam, lässt sich nicht ermitteln. Sie verfügt über keinerlei Deutschkenntnisse und lebt angeblich bei Bekannten. Vorgehen: Hinzuziehen des Gemeindedolmetschers (Honorarkraft), medizinische und sozialpädagogische Betreuung in der Schwangerschaft. Bereits während der Schwangerschaft Einbeziehung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes des Gesundheitsamtes. Erfolgreiche Suche nach einer Klinik, in der die Entbindung stattfinden kann (besonders bei med. Risiken). Probleme: Minderjährige Schwangere, unklare Situation, fraglich, wie das Wohl des Kindes am ehesten sichergestellt werden kann, weitere Betreuung.«

In drei der zehn geschilderten Fälle handelt es sich um Personen mit einer Tuberkulose. In einer Fallschilderung wird berichtet:

»Im Februar 2009 stellte sich ein 31-jähriger Mann aus Mazedonien schwerkrank in unserer Sprechstunde vor. Er war in reduziertem Allgemeinzustand, kachektisch und hustete fortlaufend. Es stellte sich heraus, dass der ihn begleitende Verwandte vorher mit ihm bei einem Lungenfacharzt gewesen war und dieser ihn nach Kenntnisnahme des

Röntgenbefundes an das Gesundheitsamt verwiesen hatte. Die mitgebrachten Papierausdrucke der Röntgenaufnahmen zeigten beidseitige ausgedehnte Infiltrationen mit großbullösen Destruktionen wie bei einer fortgeschrittenen Lungentuberkulose. Anamnestisch bestand Husten und Gewichtsverlust seit einem Jahr, Heiserkeit seit mehreren Wochen. Der Patient gab an, sich seit einiger Zeit bei seinem Verwandten hier [...]¹⁷ aufzuhalten. Er wurde von uns umgehend mit einem Krankentransport in eine Spezialklinik gebracht, wo sich die Tuberkulose bestätigte und außerdem ein Befall des Kehlkopfes und des Darmes festgestellt wurde. Trotz voller Sensibilität des Erregers war eine mehr als dreimonatige stationäre Behandlung erforderlich, nach deren Abschluss noch ein ausgedehntes Hohlraumsystem in einer Lunge bestand, so dass eine chirurgische Sanierung erwogen wurde. Da Aufenthaltsstatus und Versicherungssituation zum Entlassungszeitpunkt immer noch nicht geklärt waren, wurde der Patient zunächst nach § 19 IfSG von uns weiterbehandelt, auch die erforderlichen Kontrolluntersuchungen wurden hier durchgeführt. Schließlich erhielt der Patient eine befristete Duldung und die Behandlung wurde bei einem niedergelassenen Lungenfacharzt zu Ende geführt. Es ist nach den unvollständigen und z.T. widersprüchlichen Angaben davon auszugehen, dass der Patient sich schon länger oder wiederholt illegal in Deutschland bei seinem Verwandten aufgehalten hat, seine Deutschkenntnisse waren gut. Wahrscheinlich handelt es sich bei diesem um den Bruder, dieser besitzt eine Aufenthaltsgenehmigung und arbeitet in einem Schlüssel- und Schuhdienst. Ein Arztbesuch bzw. eine Behandlung war für beide nicht finanzierbar und wurde so bis zur Lebensbedrohlichkeit hinausgeschoben.«

In drei anderen Schilderungen wird von Patientinnen mit STD berichtet, einer Frau mit einem fortgeschrittenen Zervixkarzinom und einer Patientin in der Prostitution mit verschiedenen Problemlagen. In sieben der 19 Schilderungen werden Fällen geschildert, in denen Personen keine Krankenversicherung haben und aus unterschiedlichen Gründen das Gesundheitsamt aufgesucht hatten:

»In die [...] Sprechstunde kommt ein älterer Mann aus Rumänien (also offiziell seit 2007 kein ›Papierloser‹), der sich nur mittels einfachem Gehstock schwer auf den Beinen halten kann. Er lebt seit fast 20 Jahren in Deutschland. Vor kurzem hat er [...] einen Schlaganfall erlitten und eine Halbseitenlähmung behalten. Das [...] Sozialamt lehnt auch auf unsere Nachfrage jede Kostenübernahme ab. Die Kosten der akuten Notfallbehandlung im Krankenhaus werden ebenso nicht bezahlt wie jegliche Hilfen zur Wiederherstellung eines besseren Gesundheitszustandes. Der Mann kann nicht arbeiten, er verliert seine Wohnung, er hat kein Geld, um sich Lebensmittel zu kaufen etc. Vielen Problemen dieses Mannes können wir nicht abhelfen. In der [...] Sprechstunde beschließen wir aber,

17 | Im Zitat sind Hinweise zur Stadt entfernt, um die zugesagte Anonymität zu gewährleisten.

ihm wenigstens krankengymnastische Übungen zu finanzieren, außerdem vermitteln wir einen kooperierenden Hausarzt. Er kann mittlerweile wieder besser gehen. Wir zahlen weiterhin Medikamente und momentan die komplette Zahnsanierung für ihn wg. langjähriger Schmerzen bei desolatem Zahnstatus. Mittlerweile war der Patient ca. 20 Mal bei uns. Die beschränkten Hilfemöglichkeiten insbesondere für unversicherte Neu-EU-Bürger (haben keinerlei gesetzlichen Anspruch auf Sozialleistungen in D [sic!] laut Sozialamt [...]¹⁸) sind sehr belastend für die behandelnden und beratenden Personen.«

Aus einem anderen Gesundheitsamt wird die Problematik nach Schwangerschaft und Geburt geschildert:

»1) Wir betreuen ein Frühgeborenes der 31. SSW mit 1300g Gewicht; dieser Säugling bedarf aufgrund der Komplikationen bei Frühgeburtlichkeit neben unserer Betreuung weiterer Untersuchungen + Diagnostik. Diese können nicht erfolgen, da die Familie sich keine Krankenversicherung leisten kann. 2) Da wir z.Zt. eine erhebliche Zunahme von Migranten aus Rumänien und Bulgarien zu verzeichnen haben, wird es in absehbarer Zeit nicht mehr möglich sein alle Kinder durchzuimpfen. Da der Impfstoff sehr teuer ist, werden die meisten Eltern sich diesen privat nicht besorgen können – die Kinder bleiben ungeimpft.«

In den anderen beiden Fällen werden Situationen ohne konkreten Patientenbesuch allgemein geschildert wie z.B. folgendermaßen: »Mehrere Zuweisungen von Patienten aus der Sprechstunde der ›Maltenser Migranten Medizin‹ wurden nach einem interkollegialen Austausch an das Gesundheitsamt ›Impfsprechstunde‹ insbesondere für Kinder umgesetzt [sic!].«

5.3 DISKUSSION DER ERGEBNISSE IM EINZELNEN

5.3.1 Rücklauf

Je nach Sichtweise sandten nur – oder immerhin – 139 der 384 befragten Gesundheitsämter den Fragebogen zurück. Es gibt keinen einheitlichen Richtwert zur Beurteilung der Höhe des Rücklaufs einer Befragung. Die Response rate hängt von Zielgruppe, Thema und Aufbau der Befragung ab. Auch wer fragt, der Absender, kann die Anzahl der Rücksendungen beeinflussen.¹⁹ So hat der Deutsche Städtetag eine mit der vorliegenden Umfrage gleichzeitig stattfindende Befragung der Gesundheitsämter durch das RKI als unterstützens-

18 | Im Zitat sind Hinweise zur Stadt entfernt, um die zugesagte Anonymität zu gewährleisten.

19 | Vgl. beispielsweise Geyer (2003), S. 57-58.

wert eingestuft, ohne dass das RKI den Deutschen Städtetag um Zustimmung seiner Studie gebeten hätte.²⁰ Eine Vollerhebung zur Umsetzung des Meldewesens an den Gesundheitsämtern, vom RKI 2002 durchgeführt, hatte bereits einen sehr hohen Rücklauf von 94 % erzielt.²¹ Die Befragung von 2001 durch Steffan et al. von »SPI Forschung« mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit erzielte hingegen einen Rücklauf von 44 %.²² Der institutionelle Rahmen einer Universität könnte bei der vorliegenden Studie möglicherweise mit Praxisferne assoziiert und damit eine Abwehrhaltung bei den Leitungen der Gesundheitsämter hervorgerufen haben. Diese Überlegung beruht auf Eindrücken aus Einzelgesprächen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Ebenso ist es denkbar, dass das Thema der nichtversicherten sowie papierlosen Migrantinnen und Migranten im Kontext der Tätigkeit der Gesundheitsämter mit einer politischen Haltung verbunden und abgelehnt worden ist. Vor dem Hintergrund defizitärer Verhältnisse könnte die Befragung als Angriff auf bestehende Strukturen interpretiert worden sein; die Nichtteilnahme könnte die Konsequenz sein. Die Antworten aus einigen Gesundheitsämtern weisen in diese Richtung. So hieß es beispielsweise aus einem Gesundheitsamt, dass es nichts mit Menschen ohne Papiere zu tun hätte und der Fragebogen suggestiv sei. Andere schrieben per E-Mail, dass Gesundheitsämter hierfür nicht zuständig und sie mit ihrer Arbeit bereits mehr als ausgelastet seien. Auch wiesen einige in E-Mails darauf hin, dass sie weder »Zeit noch personelle Ressourcen« zur Beantwortung hätten. In einem Fall wird für die Beantwortung eine Forderung von 50 € erhoben. Die Haltung der Landkreistage, des Deutschen Landkreistages und des Deutschen Städtetages wird ebenfalls die Rücklaufquote gesenkt haben. Schwierig war die Entscheidung, ob der Deutsche Städtetag zuvor um sein Einverständnis befragt werden sollte. Bei der Vollerhebung von Steffan et al. 2001²³ hatte sich der Deutsche Städtetag vor Beginn der Studie gegen eine Teilnahme ausgesprochen. Daher konnte auch bei dieser Erhebung mit einem negativen Bescheid des Deutschen Städtetages gerechnet werden. Es war unklar, wie sich eine vorausgehende Mitteilung an die Ämter auswirken und inwieweit Gesundheitsämter überhaupt in ihrer Entscheidung zum Ausfüllen Bezug auf den Städtetag nehmen würden. Ob eine zeitlich weitaus frühere Anfrage beim Deutschen Städtetag zu einem positiven Bescheid geführt hätte, ist unklar. Allerdings wäre es vermutlich empfehlenswerter gewesen, alle zuständigen Landesbehörden der 16 Bundesländer vorab um Unter-

20 | Dies ergibt sich aus einem Schreiben des Deutschen Städtetages an die Gesundheitsämter, welches der Autorin von einem Mitarbeiter eines Amtes im März 2011 weitergeleitet worden war.

21 | Vgl. Robert Koch-Institut (o.J.), S. 3.

22 | Vgl. Steffan et al. (2002), S. 13.

23 | Ebd., S. 13.

stützung zu bitten. Es sind mit wenigen Ausnahmen (zwei aus Niedersachsen, eines jeweils aus Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein) fast nur die Gesundheitsämter in Hessen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz, die eine Teilnahme mit Verweis auf den Deutschen Städtetag, den Deutschen Landkreistag oder den jeweiligen Landkreistag des Bundeslandes verweigern. Aus den sechs Gesundheitsämtern des Saarlandes erfolgte auch nach Erinnerung keine Reaktion. Es ist nicht bekannt, warum die Ämter des Saarlandes in ihrer Gesamtheit eine Teilnahme verweigerten und eine Rückmeldung unterließen. Somit kann zwar die Situation im Saarland nicht abgebildet werden, es gibt allerdings aus Gesprächen mit Expertinnen und Experten sowie aus der Literatur keinerlei Hinweise, dass sich die dortige Situation anders als im Rest des Landes darstellen würde. Mit seinen lediglich etwa eine Million EW repräsentiert das Saarland auch nur einen kleinen Teil der Bevölkerung, so dass es für eine Gesamteinschätzung der Lage in Deutschland vermutlich zu vernachlässigen ist. Eine höhere Responserate hätte wahrscheinlich die Ergebnisse nicht wesentlich verändert. Denn vermutlich hätten eher die Ämter geantwortet, die mit den Problemlagen unversicherter sowie undokumentierter Migrantinnen und Migranten konfrontiert sind; sie würden sich durch den Fragebogen eher angesprochen fühlen. Die Gesundheitsämter ohne Kontakte sind mit $n=104$ in ihrem Antwortschema bereits gut abgebildet.

5.3.2 Kontakte zu »illegalen Migranten«

Es sind vor allem die Ämter in den Großstädten, die Kontakte mit Migrantinnen und Migranten ohne Papiere angeben. 80 % der Ämter in Städten ab 500.000 EW bejahen die Frage. Der Befund überrascht nicht, erwartet man doch, dass sich Menschen ohne Papiere vor allem in den größeren Städten bzw. Metropolen aufhalten und arbeiten. Die Sozialstruktur in den Großstädten und Metropolen, insbesondere in den Stadtstaaten, begünstigen vermutlich den Zuzug von undokumentierten Migrantinnen und Migranten. Der Anteil an Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit ist größer und bildet damit ein potenzielles Netzwerk. Auch bestehen mehr Möglichkeiten, eine Arbeit zu finden und eine Unterkunft, die unentdeckt bleiben kann; beim Arbeitsangebot muss einschränkend auf den vermehrten Bedarf in der Landwirtschaft zu Stoßzeiten verwiesen werden. Bei zur einheimischen (Mehrheits-)Bevölkerung offensichtlich divergierendem körperlichem Erscheinungsbild ist das Auftreten im öffentlichen Raum in der Großstadt mit einem höheren Anteil Migrierter gefahrloser. Die vermehrte Konfrontation mit undokumentierten Migrantinnen und Migranten, die eine medizinische Versorgung benötigen, erhöht sicherlich entscheidend den Handlungsdruck öffentlicher Stellen. Doch auch in kleineren Städten wächst das Angebot an medizinischer Unterstützung durch NGOs und deren Inanspruchnahme. Daher fällt der sehr ge-

ringe Anteil an Gesundheitsämtern mit Standorten in kleineren Städten mit unter 100.000 EW auf, die Kontakte angeben. Ein weiterer Grund könnte die lange Tradition der Gesundheitsfürsorge in den Großstädten und insbesondere in den Stadtstaaten darstellen: Die höhere Bevölkerungsdichte, die Wohnverhältnisse, Arbeitsbedingungen etc. und das damit einhergehende epidemische Auftreten von Infektionskrankheiten sowie vorhandene Infrastrukturen ließen bereits vor über 100 Jahren erste »Fürsorge«-Stellen für Bedürftige entstehen. Die Gesundheitshilfe ist hier traditionell verankert. Zudem weist das Ergebnis der RKI-Befragung von 2001 auf die unterschiedliche und komfortablere Personalausstattung in den Stadtstaaten hin. Dieser großzügigere Personalschlüssel erweist sich als vorteilhaft im Ausbau weiterer Angebotsstrukturen. Gesundheitsämter mit Sitz in einer Stadt ab 100.000 EW, die den Fragebogen beantwortet haben und einen Kontakt zu Menschen ohne Papiere verneinen, finden sich zumeist in der Nähe eines Gesundheitsamtes, das Kontakte bejaht. So ergibt sich der Eindruck, dass sich in einer großen Stadt ein Gesundheitsamt finden lässt, das zumindest in Beziehung zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten getreten ist. Weitere Überlegungen zur geografischen Verteilung der verschiedenen Kategorien von Ämtern können zur Wahrung der Anonymität nicht angestellt werden.

Durch die insgesamt stärkere Vertretung von Metropolen im Rücklauf ist wahrscheinlich der Anteil der Kontakte mit Migrantinnen und Migranten ohne Papiere im Rücklauf höher, als er tatsächlich in Deutschland zu finden wäre. Würde man im Rücklauf eine für Deutschland repräsentative Verteilung der Stadtgröße-Kategorien vorfinden und könnte man davon ausgehen, dass der Anteil an Kontakten zu Menschen ohne Papiere der Ämter mit Sitz in der jeweiligen Stadtgröße repräsentativ wäre, so müssten insgesamt etwa 19,1 % aller Gesundheitsämter Kontakte zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten bejahen. Bei bundesweit 384 Gesundheitsämtern würde das in etwa 73 Ämtern entsprechen. In der vorliegenden Befragung gaben 34 Ämter Kontakte an (24,6 %). Die absoluten Zahlen sind zu gering, als dass allgemeine Aussagen zu Patientinnen und Patienten in den Städte kategorien von Metropole bis Kleinstadt möglich wären.

Ein anderer Umstand könnte zu einer Unterschätzung des Verhaltens kommunaler Dienste führen: Es ist unklar, inwieweit andere Fachbereiche von kommunalen Behörden, die durchaus auch Menschen ohne Papiere gesundheitsrelevante Unterstützung anbieten,²⁴ mit in die Befragung einbezogen wurden. Es ist denkbar, dass Gesundheitsämter oft nicht darüber in Kenntnis gesetzt sind, wie andere Bereiche der Kommune handeln. So könnte der An-

24 | So ist beispielsweise aus der Region Hannover bekannt, dass dort im Fachbereich Jugend bzw. seit 2012 im Fachbereich Soziales eine kostenlose Impfsprechstunde angeboten wird.

teil an Kontakten wiederum höher liegen als angenommen. Allerdings hätte dies sicherlich nur eine marginale Verschiebung zur Folge: Angesichts der Größe der Verwaltungen ist dies vor allem für Großstädte bzw. Metropolen denkbar, von deren Ämtern bereits relativ häufig Kontakte, Bemühungen und Behandlungen angegeben werden. Zudem sind erfahrungsgemäß Akteure, die wiederholt in Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten stehen und mit ihren vielfältigen Problemlagen in Berührung kommen, mit weiteren lokalen Akteuren gut vernetzt. Viele Gesundheitsämter verweisen auf den Umstand der Anonymität in der Diagnostik von STD und HIV-Infektionen. Möglicherweise suchen Menschen ohne Papiere das Gesundheitsamt auf, um sich anonym und kostenlos testen zu lassen. Allerdings weisen sowohl die Befragung von Migrantinnen und Migranten zu HIV/AIDS in der Studie von Steffan et al. von 2005 als auch die Ergebnisse aus anderen qualitativen Studien (s.u.) darauf hin, dass nur sehr begrenzt Kenntnisse vom kostenlosen und anonymen Angebot an den Gesundheitsämtern bestehen. So schreiben Steffan et al. hierzu:

»Diese Angebote [der Gesundheitsämter; Anm. der Autorin] werden allerdings öffentlich kaum beworben. So verwundert es denn auch nicht sehr, dass nur 24 % der Befragten wussten, dass ein HIV-Test kostenlos und anonym möglich ist. 14,6 % sind der Meinung, man benötige auf jeden Fall einen Aufenthaltstitel oder eine Krankenversicherung [...]. 3,7 % sind der Meinung, dass der Test kostenpflichtig ist und 43,1 % wussten darauf keine Antwort zu geben.«²⁵

Auch Mbayo von »Afrikaherz« gibt hierauf einen indirekten Hinweis: »Oftmals nehmen MigrantInnen mit HIV-Infektion aus Angst vor Abschiebung erst im akuten Krankheitsfall Kontakt zu medizinischen Institutionen auf.«²⁶ In der Bremer Studie zur Nutzung des HIV-Antikörpertests zeigte sich ein geringerer Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zum Anteil in der Bevölkerung.²⁷ Es wurde darüber hinaus in diversen Untersuchungen beschrieben, dass vor allem die Kommunikation innerhalb einer Community die Anlaufstellen bei den Betroffenen bekanntmacht.²⁸ Aufgrund der mangelnden Bewerbung des Angebots durch die Ämter selbst bleibt dieses vermutlich in vielen Städten und Kleinstädten vulnerablen Gruppen unbekannt. Eine Verzerrung der Ergebnisse könnte weiter durch die fehlende Zeitdimension der Fragen zu Kontakt und zur Behandlung im Amt bedingt sein. Vorstellbar

25 | Vgl. Steffan et al. (2005b), S. 71.

26 | Mbayo (2009), S. 25.

27 | Gesundheitsamt Bremen (2010), S. 14.

28 | Vgl. Bommers/Wilmes (2007), S. 76, Gesundheitsamt Bremen (2010), S. 19, Krieger et al. (2006), S. 18, Steffan et al. (2005), S. 38.

wäre eine Unterschätzung der Anzahl, wenn diese Fragen durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beantwortet wurden, die erst eine relativ kurze Zeit im Gesundheitsamt tätig sind. Sollten bereits umfangreichere Kontakte über Einzelfälle hinaus bestanden haben, wäre es allerdings unwahrscheinlich, dass sich diese mit einem Personal-Wechsel einstellen. Insgesamt kann man – unter Berücksichtigung genannter Argumente – durch die stärkere Präsenz der Metropolen im Rücklauf und ihre prominentere Rolle in der Versorgung von Migrantinnen und Migranten ohne Papiere vermutlich eher von einer Überschätzung der Kontakte von Gesundheitsämtern zu dieser Gruppe der Bevölkerung ausgehen. Der Effekt wird durch die bereits erwähnte Unsicherheit zur aufenthaltsrechtlichen Gesetzeslage sicherlich zusätzlich verstärkt. Dies zeigt sich u.a. darin, dass die Frage zum Kontakt in einigen Fällen bejaht wurde, in denen die Fallschilderungen im Anhang darauf hinwiesen, dass Menschen mit unsicherem Aufenthaltsstatus (z.B. mit einer »Duldung«) und nicht ohne Papiere gemeint waren.

Nur noch 80 % der Gesundheitsämter beantworten die Frage 2 zur Dokumentation des Aufenthaltsstatus. Zur Bewertung, warum gerade die Ämter ohne Kontakt keine Angabe machten, ist eine Darstellung der Kategorien von Stadtgrößen hilfreich. Es war vor der Befragung vor allem aus einigen Großstädten bzw. Metropolen bekannt, dass eine Auseinandersetzung mit der Problemlage undokumentierter Migrantinnen und Migranten stattgefunden hatte. Viele Befragte merken im Rücklauf an, dass ihr Amt sich in einem ländlichen Kreis befände und sich das Problem gar nicht stelle. Vermutlich wurde die Frage zur Dokumentation des Aufenthaltsstatus von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dieser Ämter als überflüssig betrachtet. So zeigt sich dementsprechend, dass die Ämter, die Frage 2 nicht beantworten und also mit einer Ausnahme auch keinen Kontakt zu Menschen ohne Papiere angeben, zu 78 % in Städten mit unter 50.000 und nur zu 11 % (n=3) in großen Großstädten ab 500.000 EW liegen.

5.3.3 Anteil Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter

Die gesetzliche Grundlage zur Bekämpfung sexuell übertragbarer Krankheiten wie Syphilis, Gonorrhoe und Ulcus molle bildete vor Inkrafttreten des IfSG das Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten. Es setzte auf Kontrolle und Zwangsmaßnahmen, was fast ausschließlich auf Prostituierte angewandt wurde – in Form der Pflicht zur Vorlage von Gesundheitszeugnissen und regelmäßigen Untersuchungen.²⁹ Der Kontakt zu Prostituierten ist also im Gesundheitsamt präsent (s. Kapitel 4.1.1). Es ist für die Ämter eine

29 | Steffan et al. (2002), S. 1-2. In anderen Staaten wird als Gegenmodell den »Freiern« Strafe angedroht (Beispiel Schweden).

gewohnte Aufgabe, in der Sexarbeit Tätige in eine medizinische Versorgung einzubinden – insbesondere unter bevölkerungsmedizinischer Sicht. Die Fokussierung auf die Anbieterseite hat dabei ebenso Tradition. Im Zuge der Erkenntnisse in Zusammenhang mit der HIV/AIDS-Epidemie in den 1980er und 90er Jahren und der Schaffung anonymer und kostenloser Angebote wurde in einigen Bundesländern zunehmend auch im Bereich der STD Abstand vom kontrollierenden Element im ÖGD genommen. 2001 war bereits ein Drittel der Beratungsstellen STD und HIV/AIDS zu einer gemeinsamen Anlaufstelle zusammengefasst.³⁰ Mit dem IfSG wurde die Zusicherung der Anonymität auch im Bereich der STD festgeschrieben (§19 IfSG). Sexarbeitsrinnen und Sexarbeiter gehören weiterhin zu den Zielgruppen des anonymen Beratungs- und Untersuchungsangebot es der Gesundheitsämter. In ihrer Studie von 2002 stellen Steffan et al. fest:

»Für Beobachter/innen der Entwicklung dieses Bereiches in den letzten zehn Jahren ist es nicht verwunderlich, dass Prostituierte mit deutschem Pass und Migrantinnen zu fast gleichen Teilen als größte Gruppen von allen hier antwortenden AIDS/STD-Beratungsstellen erreicht wurden. Der Anteil der Migrantinnen in der Prostitution hat sich stetig erhöht. Waren es Anfang der 90er Jahre je nach Region geschätzte 25 %-50 %, so liegen heute die Schätzungen bei 50 %-75 % Migrantinnen in den jeweiligen Prostitutionsszenen. Migrantinnen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus wurden vorzugsweise von Beratungsstellen erreicht, die auch vor Einführung des IfSG bereits anonym wahrzunehmende Angebote für diese Zielgruppe eingerichtet hatten.«³¹

Heidrun Nitschke von der STD-Sprechstunde im Gesundheitsamt Köln beschreibt ebenfalls einen Anstieg von Menschen mit Migrationshintergrund im Untersuchungszeitraum 2001 bis 2010. In der Sexarbeit jemals tätig waren davon 47 %.³² In der vorliegenden Befragung gaben nur sechs (17,6 %) von 34 Ämtern mit Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten an, dass diese ausschließlich oder überwiegend in der Sexarbeit tätig seien. Gesundheitsämter begegnen Menschen ohne Papiere also auch außerhalb der Sexarbeiterszene.

30 | Steffan et al. (2002), S. 16.

31 | Ebd., S. 13.

32 | Nitschke et al. (2011), S. 751.

5.3.4 Angebotsbewerbung der Gesundheitsämter

Werden keine Bemühungen unternommen, Migrantinnen und Migranten ohne Papiere auf das Angebot im Gesundheitsamt aufmerksam zu machen, besteht auch eher kein Kontakt zu dieser Gruppe – im Unterschied zu den Ämtern, die auf ihr Angebot verweisen. Dieser Zusammenhang erscheint trivial; allerdings war ebenfalls denkbar, dass einerseits in manchen Regionen Bemühungen unternommen werden, aber wegen fehlender Nachfrage keine Kontakte zustande kommen und andererseits durch die lange Tradition der »Fürsorge« in den Metropolen Kontakte gepflegt werden, ohne dass explizit Bemühungen für diese Zielgruppe unternommen werden müssten. Das scheint aber nach den vorliegenden Daten nicht der Fall zu sein. Der Unterschied zwischen den Ämtern sagt noch nichts darüber aus, ob Gesundheitsämter mit Kontakt zu Menschen ohne Papiere auch eher auf Diagnostik und Beratung hinweisen, oder ob die Bemühungen seitens des Amtes eher zu Kontakten mit undokumentierten Migrantinnen und Migranten führen. Denkbar sind beide Richtungen. Es sind fast nur die Gesundheitsämter in Großstädten und Metropolen, die überhaupt gezielte Angebotsbewerbung unternehmen. Hier lassen sich gleichfalls verschiedene Faktoren vermuten. Denkbar ist ein Handlungsdruck durch eine insgesamt stärkere öffentliche Thematisierung der fehlenden Gesundheitsversorgung für die Betroffenen. Vielleicht kommt hier die bereits erwähnte Tradition einer »Gesundheitsfürsorge« zum Tragen, die sich beispielsweise in den Landesgesetzen zum Öffentlichen Gesundheitsdienst in den Stadtstaaten widerspiegelt. Möglicherweise ist auch die stärkere Personal Ausstattung förderlich. Die Ämter mit häufigen Kontakten zu Migrierten ohne Krankenversicherung haben ihr Angebot eher professionalisiert, was sich z.B. in speziellem Informationsmaterial (Flyer, Homepage) zeigt. Vorstellbar ist zudem, dass sensibilisierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter Bemühungen unternehmen, Menschen ohne Papiere speziell auf das Angebot öffentlicher Einrichtungen hinzuweisen und dass daraufhin Migrantinnen und Migranten die Ämter aufsuchen bzw. Kontakte zustande kommen.

5.3.5 Behandlungen nach § 19 IfSG

Von den insgesamt 139 antwortenden Gesundheitsämtern geben 25 (18,4 %³³) an, Behandlungen nach §19 IfSG bereits durchgeführt zu haben, die große Mehrheit von 111 Ämtern (81,6 %) verneint dies. Vermutlich decken sich häufig die Ämter, die sowohl im Bereich STD als auch bei Tuberkulose Behandlungen nach §19 IfSG durchführen. Bei der vorliegenden Studie teilen zwar

33 | Die Prozentangaben sind gültige Prozente, die fehlenden Werte werden also nicht berücksichtigt.

zwölf von 32 Gesundheitsämtern³⁴ mit, dass sie nur bei Tuberkulose Behandlungen anbieten bzw. anbieten würden. Diese zwölf Ämter haben mit einer Ausnahme keine Kontakte zu Papierlosen und haben bisher keine Behandlungen nach §19 IfSG durchgeführt. So handelt es sich möglicherweise um ein sehr hypothetisches Angebot bzw. bleibt das Angebot bei den betroffenen Menschen unbekannt. Steffan et al. gaben an, dass im Rahmen ihrer Vollerhebung von 174 antwortenden Ämtern mit 96 Beratungsstellen für STD bis zu 38 Stellen (21,8 %) Behandlungen im Jahr 2000 durchgeführt hatten. Hierunter fallen auch Behandlungen, deren Kosten durch die Patientinnen und Patienten getragen wurden. Hinsichtlich der Verteilung nach Stadtgröße zeigte sich bei Steffan et al. – zumindest hinsichtlich durchgeführter Behandlungen – ein ähnliches Bild wie in dieser Studie: eine Dominanz der Metropolen und eine absolut geringe Anzahl in Gegenden mit unter 100.000 EW.³⁵ Die Befragung von Steffan et al. bezieht sich allerdings auf einen Zeitraum vor Einführung des IfSG, in dem es auf Grundlage einiger Landesgesetze möglich war, Behandlungen an den Ämtern durchzuführen. Es überrascht nicht, dass die Ämter ohne Kontakt auch eher noch keine Behandlungen nach §19 IfSG anbieten. Primär wäre aber auch eine andere Konstellation denkbar. §19 IfSG kann bei allen bedürftigen Patientinnen und Patienten angewendet werden. Im Fragebogen wurde zuerst allgemein, unabhängig vom Aufenthaltsstatus, nach Anzahl der Behandlungen nach §19 IfSG gefragt. Es wäre auch denkbar, dass z.B. Bedürftige mit deutscher Staatsangehörigkeit bzw. mit Unionsbürgerschaft behandelt werden und keinerlei Kontakte zu Menschen ohne Papiere bestehen. Die wenigen Angaben zur Anzahl der Patientinnen und Patienten sowie dem Anteil der Papierlosen weisen zumindest darauf hin, dass bei behandelnden Gesundheitsämtern Menschen ohne Papiere – ähnlich der Entwicklung bei den NGOs – nur einen Teil der aus der Regelversorgung Ausgeschlossenen ausmachen. Die Anmerkungen zu den Fragen 11 und 12, was Menschen ohne Papiere mit Verdacht auf eine der Erkrankungen geraten würde, Anmerkungen zu Frage 20 und die Fallbeispiele im Anhang benennen Tuberkulose und sexuell übertragbare Erkrankungen außer HIV/AIDS als Krankheiten, die vor Ort behandelt werden würden. Es wird dabei mehrfach ausdrücklich darauf hingewiesen (von 14 der 25 Ämter), dass eine HIV-Infektion bzw. eine AIDS-Erkrankung nicht behandelt werden könnte. In vier Anmerkungen zu Frage 11 wird zudem auf die mindestens problematische Situation bei Betroffenen mit einer HIV-Infektion verwiesen. Auffällig ist die große Spanne in den Patientinnen- und Patientenzahlen. Gerade in den Metropolen suchen sehr viele Menschen die Ämter auf. In den großen Städten

34 | Bei den 32 Gesundheitsämtern handelt es sich um die Anzahl der Ämter, die bei den Fragen 11 und 12 angeben, grundsätzlich eine Behandlung im Amt anzubieten.

35 | Vgl. Steffan et al. (2002), S. 56.

scheint der Bedarf besonders vorhanden zu sein. Das deckt sich mit der o.g. Vermutung, dass sich Migrantinnen und Migranten ohne Papiere zumeist in den größeren Städten aufhalten. Die etablierten Strukturen der Metropole mit ihrer langen Tradition der »Gesundheitsfürsorge« könnten wie bei der Anzahl der Kontakte auch bei den Behandlungen eine weitere Ursache hierfür sein. Die Stadtstaaten haben in ihren Landesgesundheitsdienstgesetzen einen sozialkompensatorischen Auftrag verankert und z.T. ihr Angebot auf Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen sowie Weiteres erweitert. Es handelt sich wie ausgeführt um vermutlich geringe absolute Zahlen an Papierlosen, die an Tuberkulose erkrankt und/oder mit HIV infiziert sind. Betrachtet man nur diese beiden Krankheiten, könnte zudem die geringe Prävalenz die seltenen Kontakte bzw. Behandlungen in kleineren Städten erklären. Die enormen Herausforderungen, die mit einer Therapie dieser Erkrankungen einhergehen (können), schließen außerdem eine ambulante Behandlung in einem Gesundheitsamt in vielen Fällen vermutlich aus. Allerdings sind beispielsweise die STD (ohne HIV/AIDS), die ebenfalls unter § 19 IfSG fallen, deutlich häufiger zumindest in der Allgemeinbevölkerung verbreitet. Präventionsarbeit sollte zudem bereits in Hinblick auf Primärprävention alle Menschen ansprechen und Kontakte herstellen. Die Gründungen von NGOs auch in kleineren Städten und die Inanspruchnahme von medizinischen Angeboten sind ein deutlicher Hinweis, dass sich die betreffenden Menschen nicht nur in größeren Städten aufhalten und Bedarf auch in anderen Regionen besteht. Das IfSG bzw. dessen amtliche Begründung weist auf einen sozialkompensatorischen Auftrag hin, auch wenn sich § 19 IfSG lediglich auf einige bestimmte Krankheiten bezieht. § 20 Abs. 5 offenbart weitere Angebotsmöglichkeiten seitens des ÖGD. Gerade bei Impfungen und mit Blick auf die Versorgung der vielen Schwangeren und ihrer (zukünftigen) Kinder, würde ein Angebot für unversicherte Kinder möglicherweise mit einer entsprechenden Nachfrage einhergehen.

5.3.6 HIV-Testung und Beratung undokumentierter Migrantinnen und Migranten

HIV-Tests werden in den Gesundheitsämtern mit nur wenigen Ausnahmen flächendeckend angeboten. Das Ergebnis deckt sich mit der Vollerhebung von Steffan et al. aus dem Jahr 2001, in der 196 von 202 antwortenden Gesundheitsämtern ein Testangebot angaben.³⁶ In der Befragung zur Arbeit der STD- und HIV/AIDS-Beratungsstellen gaben allerdings 2001 noch 90 Ämter an, den Test nicht anonym durchzuführen. Hintergrund sei der eigene Wunsch der Getesteten, aber auch, um

36 | Vgl. Steffan et al. (2002), S. 37.

»sozialrechtliche Ansprüche geltend zu machen, für Stiftungsanträge sowie bei Überweisungen zur ärztlichen Behandlung oder Weiterbetreuung. Zwei Beratungsstellen führen Beratung und Tests für Asylbewerber durch. Auch diese geschehen aufgrund von Verordnungen[,] und die Anonymität wird nicht gewahrt.«³⁷

Das flächendeckende Angebot des HIV-Antikörpertests in den Gesundheitsämtern erzeugt die Frage nach der Art der in diesem Zusammenhang stattfindenden Beratung. Insbesondere in der Beratungssituation könnte die Bedürftigkeit offensichtlich werden; bei einer notwendigen Behandlung könnte der verhinderte Zugang zur medizinischen Regelversorgung auf die fehlende Aufenthaltserlaubnis hinweisen. Mitunter bestehen für undokumentierte Migrantinnen und Migranten rechtliche Möglichkeiten, einen legalen Aufenthaltsstatus zu erlangen. Hierfür sind sehr gute Kenntnisse der einschlägigen Gesetze notwendig. Eine soziale und rechtliche Beratung wird in vielen Städten von unterschiedlichen Vereinen und Organisationen angeboten. Um die richtige Anlaufstelle zu finden, können entsprechende Hinweise hilfreich sein. Denn die singuläre therapeutische Intervention kann bei vielen Erkrankungen zu kurz greifen, ebenso bei Vorsorgemaßnahmen für Schwangere und Kinder. Zusätzlich bestehende Krankheiten und Lebensumstände müssen in Beratung und Behandlung mit einbezogen werden. In Erwartung eines niedrigen Anteils an Gesundheitsämtern mit bereits bestehendem Kontakt zu Menschen ohne Papiere wurden die Ämter auch zu einem hypothetischem Vorgehen befragt. Es sollte beantwortet werden, ob bereits Strukturen bzw. Kenntnisse bestehen, welche Optionen Menschen angeboten werden könnten, die das reguläre Gesundheitssystem nicht in Anspruch nehmen können (Fragen 11 und 12). Sowohl beim Verdacht auf eine Tuberkulose-Erkrankung als auch bei STD wird der Verweis an Hilfsorganisationen am häufigsten genannt. Unter den Anmerkungen steht der Verweis an andere Einrichtungen ebenfalls an erster Stelle. Genannt werden dabei Kliniken und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Es finden sich keine signifikanten Unterschiede danach, ob die Gesundheitsämter bereits Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten angegeben hatten oder nur ein geplantes Vorgehen angaben. Für die Therapie erkrankter Menschen ohne Papiere scheinen also auch für die Ämter andere Institutionen eine wichtige Funktion zu haben. Unterschiede zwischen den Gesundheitsämtern zeigen sich in den Angaben zur Behandlung im eigenen Amt. Bei STD bzw. HIV/AIDS sind es überwiegend die Ämter mit Kontakten zu Migrierten ohne Papiere und Sitz in einer Großstadt oder Metropole, die Behandlungen im eigenen Amt anbieten. Erklärungsansätze für diesen signifikanten Unterschied sind vermutlich die bereits genannte traditionelle Sozialarbeit im städ-

37 | Vgl. Steffan et al. (2002), S. 40.

tischen Raum und die traditionellen Familienstrukturen in ländlichen Gebieten. Der Unterschied zwischen den Ämtern mit und ohne Kontakte zeigt sich bei der Tuberkulose nicht. Die unterschiedlichen Anforderungen an die Therapie könnten ein weiterer Grund sein: Die Vorgehensweise kann bei (unkomplizierter) Tuberkulose wesentlich übersichtlicher und zeitlich begrenzter sein als manche STD und daher der Aufenthaltsstatus (in Bezug zur Finanzierung/Kostenübernahme) eine untergeordnete Rolle spielen. Von Bedeutung könnte ebenfalls sein, dass die Fürsorge Tuberkulose-Erkrankter über das städtische Gebiet hinaus bereits seit fast einem Jahrhundert essenzieller Teil des Aufgabenspektrums des Öffentlichen Gesundheitsdienstes war.³⁸ Die Hälfte der Ämter, die bei einer Tuberkulose-Erkrankung eine Behandlung im eigenen Amt anbieten würden, hat ihren Sitz in einer Stadt mit unter 100.000 EW. Über Finanzierungsoptionen wurden von den Gesundheitsämtern allerdings überwiegend keine Angaben gemacht. Häufig gibt es die Anmerkung »Beratung und Diagnostik würde im Gesundheitsamt durchgeführt bzw. vom GA [GA=Gesundheitsamt; Anm. der Autorin] gemanagt werden«. Das Vorgehen hinsichtlich einer Behandlung erschließt sich hieraus nicht.

5.3.7 Anmerkung zum Stadium der Erkrankung

Im Pretest wurde bereits darauf verwiesen, dass Frage 13 zur Einschätzung hinsichtlich des Erkrankungsstadiums bei Menschen ohne Papiere nicht sinnvoll sei, da sie suggestiv wirke und von vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sicher nicht beantwortet werden könne. Die Fallzahlen seien zu niedrig, und eine Dokumentation finde nicht ausreichend statt. Die Frage wurde trotzdem im Fragebogen belassen, da gerade das Erkrankungsstadium bei Menschen ohne Papiere in die öffentliche und wissenschaftliche Debatte eingebracht wird, ohne dass es bisher quantifizierbare Untersuchungen dazu gäbe. Es hat sich allerdings gezeigt, dass – entsprechend der Bedenken – über die Hälfte der Antwortenden »Keine Aussage möglich« ankreuzte. Es ist außerdem die Frage mit den meisten fehlenden Werten. Da diese Frage zudem z.T. aus Ämtern beantwortet wurde, die angeben, keinerlei Erfahrungen mit Menschen ohne Papiere zu haben, wurde die Frage zum Erkrankungsstadium nicht ausgewertet.

5.3.8 Umgang mit der Übermittlungspflicht

Im Aufenthaltsgesetz ist festgelegt, dass die ärztliche Schweigepflicht die Übermittlungspflicht für öffentliche Behörden einschränkt (§ 88 AufenthG). Die ärztliche Schweigepflicht darf nur eingeschränkt werden, wenn die

38 | Vgl. Sachße/Tennstedt (2012), S. 158.

öffentliche Sicherheit gefährdet oder eine Straftat begangen wird (§ 88 Abs. 2 Nr. 1 AufenthG). Für die Gesundheitsämter bedeutet die Gesetzeslage, dass sie als öffentliche Behörden den unerlaubten Aufenthalt nicht an die Ausländerbehörde melden dürfen. Sicher kann nicht davon ausgegangen werden, dass das Ausländerrecht den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Gesundheitsämter im Detail bekannt ist. Im behördlichen Vorgehen könnten ordnungsrechtliche Bedenken dominieren, die zu einer Meldung an die Ausländerbehörde führen. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die Vermutung nicht ganz unbegründet ist. Zwar verneint immerhin fast die Hälfte der Gesundheitsämter eine Datenweitergabe, doch bejahen 15 Ämter ohne Einschränkung die Weitergabe der Daten an die Ausländerbehörde (13,9 %). Der unterschiedliche Grad der Sensibilisierung wird beim Blick auf angegebene Kontakte zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten deutlich. Der Kontakt zu dieser Bevölkerungsgruppe führt oder steht zumindest in signifikanten Zusammenhang mit einer Rückstellung ordnungspolitischer Bedenken. Der häufige Hinweis der Ämter ohne Kontakt auf fehlende Kenntnisse zur Rechtslage bzw. mangelnde Erfahrung verdeutlicht einen Klärungsbedarf. Gerade die Gesundheitsämter ohne Kontakte und ohne bisher durchgeführte Behandlungen nach § 19 IfSG beantworten allerdings die Frage zur Übermittlungspflicht nicht. Vermutlich bestehen hier größere rechtliche Unsicherheiten.

5.3.9 Kenntnisse zur »Humanitären Sprechstunde« und Bedarfe im eigenen Amt

In Frankfurt a.M., Bremen und in Wiesbaden gibt es an den Gesundheitsämtern »Humanitäre Sprechstunden«, die ähnlich einer allgemeinmedizinischen Praxis eine zumindest eingeschränkte medizinische Versorgung direkt im Amt für Menschen ohne Krankenversicherung ermöglichen. In weiteren Gesundheitsämtern ist ein Angebot bei bestimmten Erkrankungen, zur Schwangerschaftsvorsorge oder den Vorsorgeuntersuchungen für Kinder vorhanden. Durch die Befragung sollte herausgefunden werden, inwieweit dies bei anderen Gesundheitsämtern bekannt ist. Die Ämter könnten eine Art Vorbildfunktion haben bzw. Projektideen anstoßen oder zumindest für spezifische Problemlagen sensibilisieren. Die Ergebnisse zeigen, dass Kenntnisse über jenes Modell der »Humanitären Sprechstunde« damit zusammenhängen, ob Kontakte zu Menschen ohne Papiere bestehen, eine Angebotsbewerbung stattfindet oder bereits Behandlungen durchgeführt wurden. Ob die Kenntnis um die Sprechstunde eher Ursache eigener Kontakte bzw. Bemühungen, eine Koinzidenz oder die Folge der eigenen Beziehung zu Menschen ohne Papiere darstellt, erschließt sich hieraus noch nicht. Es zeigt sich aber, dass viele Gesundheitsämter über das Modell noch nicht informiert sind. Der Aufbau einer eigenen speziellen Sprechstunde für Menschen,

die das reguläre Gesundheitssystem nicht wahrnehmen können, erfordert ein gewisses Maß an personellen und strukturellen Ressourcen. Es ist zumindest an ein Mindestmaß an personeller Ausstattung geknüpft, so dass wenig überrascht, dass die fünf Gesundheitsämter, die über die bereits genannten hinaus eine Sprechstunde einrichten wollen, ihren Sitz in einer Großstadt bzw. Metropole haben. Der öffentliche Diskurs, wie z.B. in Berlin, beschäftigt sich oftmals intensiver mit dem Thema Migration; außerdem üben die absoluten Patientinnen- und Patientenzahlen einen höheren Handlungsdruck auf öffentliche Institutionen aus. Für die Mehrzahl der Ämter würden Anstrengungen in dieser Richtung aufgrund der Bevölkerungsstruktur und des vermutlich in Großstädten bzw. Metropolen konzentrierten Aufenthalts undokumentierter Migrantinnen und Migranten nicht effektiv sein. Allerdings geben von Ämtern mit Sitz in einer Stadt ab 100.000 EW lediglich acht von 34 antwortenden Ämtern an, eine Sprechstunde für Menschen ohne Papiere eingerichtet zu haben oder eine einrichten zu wollen. Hinzu kommt, dass aus den insgesamt 80 Städten³⁹ ab 100.000 EW sicherlich eher diejenigen Ämter den Fragebogen beantwortet haben, die sich mit der Problemkonstellation der Unversicherten beschäftigen, was tendenziell zu einer Überschätzung bezogen auf die Grundgesamtheit führt. Einschränkend ist aber anzumerken, dass die Fragestellung mit dem Bezug zu »Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus« sehr eng gewählt worden war. Sinnvoller hätte sich die Frage allgemein auf Menschen ohne Krankenversicherung beziehen sollen; denn unter diesen stellen Migrantinnen und Migranten ohne Papiere oftmals nur einen Teil der Betroffenen dar. In der bestehenden Form der Fragestellung ist es möglich, wenn auch nicht unbedingt wahrscheinlich, dass Ämter die Frage nur bejaht haben, wenn sie ihr Angebot auf die Gruppe der undokumentierten Migrantinnen und Migranten fokussiert haben.

5.3.10 Einschätzungen und Verbesserungsvorschläge

Überwiegend werden die Fragebögen von den Amtsleitungen beantwortet. Überwiegend wird auch der Kontakt zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten verneint. In den größeren Städten mit Kontakten wurde der Fragebogen meistens weitergereicht, denn er sollte von der Person ausgefüllt werden, die am ehesten Kontakt zu dieser Gruppe habe. Die Frage nach ihrer persönlichen Einschätzung ließen viele Gesundheitsämter unbeantwortet. Vermutlich haben sich viele Befragte nicht befähigt gesehen – oder es als nicht notwendig erachtet – eine persönliche Einschätzung zur Versorgungslage am

39 | Es geht hierbei lediglich um die Anzahl der Großstädte und nicht die der Gesundheitsämter. In einer Stadt mit mehreren Ämtern ist es nicht unbedingt notwendig, an jedem Standort ein spezifisches Angebot einzurichten.

eigenen Gesundheitsamt zu geben, so lange keine Kontakte zu Menschen ohne Papiere bestehen. Offenbar wird bei subjektiv empfundener mangelnder Nachfrage die Versorgungslage nicht als defizitär empfunden. So lauten die meisten der 18 Anmerkungen aus den Ämtern ohne Kontakte zu dieser Frage in etwa wie folgendes Beispiel: »entfällt, da bislang keine »illegalen Migranten« zu versorgen waren«. Ebenso verhält es sich mit der Frage nach Verbesserungsoptionen. Auch hier sind es gerade die Ämter ohne Kontakte, die diese Frage nicht beantworten. Möglicherweise hat die berufliche Stellung im Amt Einfluss auf die Beurteilung der Versorgungslage im eigenen Amt und möglicher Verbesserungen. Aufgrund ihrer Stellung könnte die Amtsleitung das eigene Gesundheitsamt nicht negativ darstellen wollen – im Sinne defizitärer Strukturen, die zu beseitigen wären. Die Ämter ohne Kontakte, die diese Frage beantworten, weisen dann auch in ihrer Mehrheit auf den fehlenden Bedarf im Sinne einer mangelnden Nachfrage hin. Immerhin zeigt sich bei einigen Ämtern bzw. bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die den Fragebogen beantworten, die grundsätzliche Bereitschaft, eine entsprechende Unterstützung zu ermöglichen, sollte ein solcher »Fall« und die Notwendigkeit eintreten. Bei den Gesundheitsämtern mit Kontakten zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten gibt es auch viele konkrete Vorschläge für Verbesserungen, die gewünscht werden und vor allem die finanziellen sowie personellen Ressourcen betreffen. In der tatsächlichen Auseinandersetzung mit den Problemlagen werden die Lücken in der Versorgungsstruktur offensichtlich.

5.4 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Die Gesundheitsämter lassen sich hinsichtlich ihres Umgangs mit Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung sowie ohne Papiere in drei Gruppen einteilen. Tab. 20 gibt die Kategorien und ihre Dimensionen wieder. Die Cluster-Bildung soll helfen, die Tätigkeit der Gesundheitsämter in diesem Bereich einzuordnen, zu bewerten und zu quantifizieren.

Tabelle 20: Gesundheitsämterkategorien nach ihrem Umgang mit undokumentierten Migrantinnen und Migranten in der Gesundheitsversorgung

Kategorie/ Titel	I Kein Kontakt, kein Problem- bewusstsein	II Selten Kontakt, keine Kenntnisse	III Häufig Kontakt, Behandlungen
Beschreibung	noch nie Kontakt gehabt, noch nie Gedanken über die Problematik gemacht, ergo: keine Angebotsstruktur	selten Kontakt zu Migranten, genaues Wissen um besondere Problemstellung nicht vorhanden, im Einzelfall Vorgehen zu klären	häufig Kontakt mit Menschen ohne Krankenversicherung, Papierlose stellen dabei nur eine kleine Gruppe unter anderen dar
a) Ein- schlusskriterien	<ol style="list-style-type: none"> 1. ländlich 2. kein Kontakt 3. keine gezielten Bemühungen 4. keine Behandlung nach §19 IfSG 5. Übermittlung eher bejaht 6. keine eigene Sprechstunde 7. keine Behandlung von Erkrankungen außerhalb des IfSG 8. keine Verbesserungen, bzw. Anmerkung mit Hinweis auf anonyme Diagnostik oder fehlende Problematik aufgrund ländlicher Struktur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. beliebige Stadtgröße 2. selten Kontakt oder Behandlungen 3. keine gezielte Angebotsbewerbung 4. Hinweis auf Einzelfalllösungen 5. keine konkreten Verbesserungsvorschläge 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Großstadt oder Metropole 2. häufiger Kontakt 3. gezielte Angebotsbewerbung 4. Behandlung unterschiedlich 5. Übermittlungspflicht eher verneint (nicht bejaht) 6. auch Krankheiten außerhalb IfSG relevant 7. konkrete Verbesserungen oder Anmerkungen
Dimensionen von a)	<ol style="list-style-type: none"> 1. <100.000 EW 2. kein Kontakt zu undokumentierten MigrantInnen 3. keine Bemühungen 4. keine Behandlungen nach §19 IfSG 5. keine eigene Sprechstunde 6. keine Behandlung anderer Erkrankungen 7. keine Angabe von Verbesserungen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. je nach Stadtgröße <5 bis 10 Kontakte bzw. Behandlungen im Jahr 2. in den Anmerkungen Hinweis auf Einzelfalllösung oder anonyme Diagnostik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ≥100.000 EW 2. Kontakt ≥fünf Menschen ohne Papiere im Jahr 2009 3. Bemühungen: Ja 4. Datenweitergabe wird nicht bejaht 5. konkrete Verbesserungen oder Anmerkungen

40 | Es sind nicht n=139, da bei einem Fragebogen unbekannt ist, aus welcher Stadt er stammt. Daher wird dieser für die angegebenen (gültigen) Prozente nicht berücksichtigt.

Kategorie/ Titel	I Kein Kontakt, kein Problembewusstsein	II Selten Kontakt, keine Kenntnisse	III Häufig Kontakt, Behandlungen
zusätzliche Häufungen ⁴⁰	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kleinstadt (80,6 %) 2. bei STD keine Behandlung im Amt (96,2 %) 3. bei Tuberkulose keine Behandlung im Amt (82,7 %) 4. Amtsleitung (85,9 %) 5. kein Verweis an andere Stellen bei HIV und Tuberkulose zur Behandlung 6. Modell »Humanitäre Sprechstunde« ist unbekannt (74,1 %) 7. Datenweitergabe oder »Sonstiges« (77,1 %) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. kleinere Stadt bzw. ländliche Gegend 2. Menschen ohne Papiere im Zusammenhang mit anonymer Diagnostik 3. keine Behandlung anderer Erkrankungen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Metropole (68,2 %) 2. Behandlungen (59,1 %) 3. auch Behandlung anderer Erkrankungen 4. Datenweitergabe verneint (76,2 %) 5. bessere Beurteilung der Situation am Amt (mindestens teils/teils) (80 %) 6. konkrete Verbesserungen genannt
Häufigkeiten (n=138) ⁹	72	18	22
Prozentual	52,2 %	13 %	15,9 %
Anmerkung	zusätzlich elf Städte mit ≥ 100.000 EW, die die übrigen Kategorien erfüllen (8 %)		I.Ü. gibt es 13 Großstädte ohne Kontakt zu Menschen ohne Papiere (9,4 %), davon vier Metropolen. Die Mehrzahl gibt an, keinen Kontakt zu haben bzw. dass es keinen Bedarf gäbe.

Die Tabelle verdeutlicht, dass die Mehrheit der Ämter bisher keinen Kontakt zu Menschen ohne Papiere hat und auch Behandlungen nach dem §19 IfSG bundesweit keine Bedeutung haben. Es sind vor allem die Ämter mit Sitz in einer Kleinstadt, die darüber hinaus in vielfältigen Anmerkungen darauf hinweisen, dass sie weder personelle und finanzielle Ressourcen für weitere Aufgaben hätten noch eine entsprechende Nachfrage sähen. Sie vermuten Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung allein in den großen Städten und sehen daher zumeist auch keine Notwendigkeit, tätig zu werden. Die Erhebung des RKI von 2002, die zwar inzwischen veraltet, aber sicher-

lich hinsichtlich der Personalverteilung weiterhin wegweisend ist, zeigt die deutliche Spannweite der Personalausstattung in den Ämtern. Sie reicht von acht bis 340 Personen.⁴¹ Insbesondere die Gesundheitsämter in den Bundesländern mit insgesamt vielen Ämtern haben signifikant weniger Personal. So sind die Gesundheitsämter in den Stadtstaaten personell besser ausgestattet, haben allerdings häufiger auch größere Einzugsgebiete.⁴² Die Gesundheitsämter in den Metropolen mit sehr vielen Kontakten und Behandlungen im Jahr weisen in den Anmerkungen wie in den Fallbeispielen darauf hin, welche zunehmende Bedeutung Patientinnen und Patienten ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz für sie haben. Bereits in der Studie von Steffan et al. von 2002 wurde festgestellt: »Migrantinnen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus wurden vorzugsweise von Beratungsstellen erreicht, die auch vor Einführung des IfSG bereits anonym wahrzunehmende Angebote für diese Zielgruppe eingerichtet hatten.«⁴³ Sowohl die Vielzahl an Verbesserungswünschen und -vorschlägen als auch die geschilderten Fälle zeigen die vielen Lücken in der Versorgung. Dies schlägt sich selbst in den Ämtern mit einer großen Angebotsstruktur in einer verhältnismäßig schlechten Beurteilung der Versorgungsstruktur im eigenen Amt nieder. In der häufig fehlenden Beantwortung der Frage zur Datenweitergabe wie auch in den Anmerkungen zeigt sich darüber hinaus eine gewisse Abwehrhaltung oder Unsicherheit. Die eigene Zuständigkeit wird in Frage gestellt.

5.5 LIMITATIONEN DER STUDIE

Der Begriff »illegale Migranten« bzw. die Beschreibung »Migranten, die keinen legalen Aufenthaltsstatus besitzen« im Fragebogen klärte bei einigen antwortenden Ämtern nicht ausreichend, wer damit *nicht* gemeint ist. So zeigt sich in Anmerkungen und Fallbeispielen eine Ausdehnung des Begriffs auf Menschen, die sich im Asylverfahren befinden oder beispielsweise über eine Duldung verfügen und damit bei den Behörden gemeldet sind. Hier ergibt sich durch die Gesetzeslage allerdings eine divergierende Situation. Eine ausführlichere Darlegung, als sie bereits im Anschreiben erfolgte, wäre zu Lasten eines übersichtlichen einführenden Textes gegangen und hätte damit möglicherweise zu einer geringeren Bereitschaft geführt, ihn zu lesen oder den Fragebogen auszufüllen. Eine weitere Limitation der Aussagekraft besteht hinsichtlich der Unterscheidung zwischen einem geplanten Vorgehen bei Kontakten zu erkrankten Menschen ohne Papiere und tatsächlich bereits

41 | Vgl. Robert Koch-Institut (o.J.), S. 29.

42 | Ebd., S. 25.

43 | Steffan et al. (2002), S. 31.

bestehenden Strukturen; dies ist nicht eindeutig möglich. Weitere Fragen bleiben offen und zeigen zusätzlichen Forschungsbedarf: Die Erkrankungen, die von einigen Gesundheitsämtern nach §19 IfSG behandelt worden sind, ergeben sich nur indirekt durch Anmerkungen. Auch bleiben Finanzierungsoptionen unklar. Um den Fragebogen nicht zu umfangreich zu gestalten und durch allzu detaillierte Fragen abzuschrecken, wurde die Befragung in der vorliegenden Form vorgenommen. Es ist damit ein Kompromiss zwischen Forschungsinteresse und der vermuteten Bereitschaft zur Beantwortung. Eine umfangreichere Erhebung wäre bei Unterstützung durch die Interessensvertretungen der Kreise und kreisfreien Städte oder durch ein Ministerium bzw. untergeordnete Behörden wie das RKI vorstellbar. Die geografische Verteilung der antwortenden Ämter kann aufgrund der zugesagten Anonymität nicht detaillierter diskutiert werden. Das Antwortverhalten könnte mit Blick auf die Lage anderer Gesundheitsbehörden beeinflusst worden sein bzw. die Angebotsstruktur könnte sich daher unterscheiden: Wenn z.B. im näheren Umkreis oder in der nächsten größeren Stadt bereits ein relativ umfangreiches Angebot eines Gesundheitsamtes vorliegt, beeinflusst dies möglicherweise die eigene Angebotsstruktur.

