

*Positionspapier des Netzwerks Asyl Migration Flucht – Entwurf***Gesundheit ist nicht verhandelbar: Anforderungen an eine bessere medizinische Versorgung von Asylsuchenden sowie illegalisierten MigrantInnen in Dresden und Sachsen****1. Für eine verbesserte Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden und Geduldeten****Das Problem**

Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden und Geduldeten ist prekär. Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) schränkt die Versorgung auf „[die] Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ ein, wenn sie „erforderlich“ ist. Zahnärztliche Behandlungen, insbesondere der Zahnersatz, erfolgen nur „soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist“¹. Was heißt das konkret für den Alltag der Betroffenen in Dresden?

- **Das System der Krankenscheine: Institutionelle Diskriminierung, Bürokratie und weitere Wege**

LeistungsbezieherInnen sind durch diese Sondergesetzgebung aus der normalen Krankenversicherung ausgenommen. Sie müssen sich – nicht nur in Dresden – vom zuständigen Sozialamt sogenannte Krankenscheine abholen, die entweder auf dem Amt durch SachbearbeiterInnen oder durch SozialarbeiterInnen in den Heimen ausgegeben werden. Das bedeutet zusätzliche Wege und die Abhängigkeit von Öffnungszeiten oder Ausgabezeiten durch die Ämter. Bei einer Überweisung muss erneut ein Krankenschein beantragt werden. Spätestens die Erlaubnis, eine Behandlung durch FachärztInnen vornehmen zu lassen, wird vom Amt häufig restriktiv gehandhabt. Betroffene sind dadurch abhängig von sachunkundigen (nichtmedizinischen) BehördenmitarbeiterInnen, die über die Notwendigkeit einer Behandlung entscheiden. Dies wird nicht zuletzt in einer Stellungnahme der Bundesärztekammer (2013) scharf kritisiert². Teilweise wird AntragstellerInnen (auch in Dresden) seitens der SozialamtsmitarbeiterInnen vorgeworfen, dass sie durch nicht-notwendige Behandlungen zusätzliche Kosten verursachen würden, die ihnen nicht zustünden³. Insbesondere BewohnerInnen ländlicher Heime werden aufgrund der räumlichen Distanzen zwischen Unterkunft, Sozialamt und (Fach-)Ärzten häufig von einer adäquaten und zeitlich sowie medizinisch angemessenen Versorgung ausgeschlossen.

- **Behandlungsverzögerung, Behandlungsmangel und Chronifizierung**

Nicht nur bei der Differenzierung zwischen akuten und chronischen Erkrankungen, sondern auch bezüglich der Verordnung medizinisch notwendiger Heil- und Hilfsmittel und Medikamente kommt es zu Behördenentscheidungen, die notwendige Behandlungen verzögern und eine Chronifizierung von Erkrankungen fördern⁴. Bei der Behandlung von Zahnproblemen kommt es immer wieder dazu, dass eine Behandlung als aufschiebbar betrachtet wird und die Personen erst behandelt werden,

1 § 4 Abs. 1 Asylbewerberleistungsgesetz

2 Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer „Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund“, Mai 2013, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110, Heft 18, S. A 900

3 So geschehen auf dem Dresdner Sozialamt. Konkrete Beispiele und Fälle sind dokumentiert und können bei Bedarf und nach Erlaubnis der Betroffenen erfragt werden.

4 Siehe auch: Sächsischer Ausländerbeauftragter (2013): Jahresbericht des Sächsischen Ausländerbeauftragter 2012. S. 47

(http://www.landtag.sachsen.de/dokumente/sab/SAB_Jahresbericht_2012.pdf; Zugriff am 24.6.2013)

wenn es sehr ernst oder zu spät ist. In einigen extremen Fällen wurden Betroffenen fast alle Zähne (des Oberkiefers) gezogen, ohne dass entsprechender Zahnersatz gewährt wurde⁵.

- **Zusätzliche Kosten für alle Beteiligten**

Neben der gesundheitlichen Folgen entstehen durch die behördliche Praxis auch zusätzliche Kosten für alle Beteiligten. Die Abrechnung medizinischer Leistungen in Deutschland erfolgt heute flächendeckend elektronisch über Krankenversicherungsschickkarten. Die Verwendung der Krankenscheine im Falle von Asylsuchenden bedeutet für alle Beteiligten ein Mehraufwand und zusätzliche Kosten, etwa durch die notwendige Behandlung von Folgeerkrankungen, zusätzlichen Medikamenten oder anfallende Fahrtkosten durch weite Wege⁶.

- **Sprachliche und „interkulturelle“ Verständigung**

Sprach- und Verständigungsprobleme können sowohl bei der Ausgabe der Krankenscheine als auch bei den ÄrztInnen auftreten. Die Ämter stellen trotz Rechtsanspruch⁷ der Betroffenen keine oder nicht ausreichend DolmetscherInnen zur Verfügung. Dies erschwert häufig eine angemessene Behandlung. Stattdessen übernehmen dann Ehrenamtliche diese Aufgabe, weil entsprechende Kosten (beispielsweise für den Gemeindedolmetscherdienst) im Rahmen der Regelleistungen für Asylsuchende nicht vorgesehen sind und somit von den Betroffenen nicht getragen werden können.

- **Unsicherheit bei Ärzten bezüglich der Erstattung von Kosten für medizinische Behandlungen**

Eine klare medizinische Differenzierung zwischen akuten und chronischen Erkrankungen kann nicht in jedem individuellen Fall zweifelsfrei vorgenommen werden. Sollten ÄrztInnen eine Behandlung trotz Unsicherheit bezüglich der späteren Kostenerstattung durchführen, bleiben sie im Falle der Weigerung des Sozialamtes darauf sitzen⁸. Für ÄrztInnen ergeben sich dadurch Hürden, die bei einer sichergestellten Finanzierung entfallen würden.

- **Erkennen und Behandeln von Traumata**

Das Erkennen und die Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS), an denen nicht wenige Geflüchtete leiden, sind erheblich erschwert. Einerseits sind BehördenmitarbeiterInnen kaum dafür sensibilisiert, solche Störungen zu erkennen. Andererseits werden die Ausgaben für eine psychotherapeutische Behandlung selten übernommen. Eher kommen Psychopharmaka zum Einsatz, die vielleicht die akute Phase abmildern, aber nicht das Problem lösen. Verständigungsschwierigkeiten und die fehlende Kostenübernahme für einen psychotherapeutischen Dolmetscher sind zusätzliche Hürden für eine adäquate psychologische Versorgung der Betroffenen. Nicht nur die Fluchtursache, sondern auch die Flucht sowie die Bedingungen in Deutschland können Traumatisierungen/Retraumatisierungen zur Folge haben. So

5 Newsletter des Sächsischen Ausländerbeauftragten (Nr. 16, 26.4.2013): Mit Herz gesehen: Merkwürdige medizinische Versorgung.

http://www.landtag.sachsen.de/de/integration_migration/aktuelles_presse/newsletter/detail.do/1240#news-1

(Zugriff am 24.6.2013)

6 Siehe auch: Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer „Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund“, Mai 2013, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110, Heft 18, S. A899

7 Laut Rechtsprechung sind dann die Kosten zu übernehmen, wenn und soweit der Anspruch auf Krankenhilfe oder sprachliche Hilfestellung ohne Dolmetscher nicht erfüllt werden kann. U.a. BVerwG, Urteil vom 25.1.1996 – 5 C 20.95; VG Saarland, Urteil vom 29.12.2000 – 4 K 66/99. Die Kosten sind dann als Kosten im Rahmen des § 4 AsylbLG zu übernehmen, wie das UNHCR in einer Stellungnahme zur Umsetzung der Aufnahmeleitlinie der EU schreibt.

8 Den AutorInnen dieses Papiers wurden in Gesprächen mit ÄrztInnen aus Dresden entsprechende Fälle berichtet.

wirken sich die Heimunterbringung, Abschiebeandrohungen, soziale Isolation und das Arbeitsverbot fast immer sehr negativ auf die Gesundheit der Menschen aus (fehlender Rückzugsraum, wenig Möglichkeiten der selbstständigen Lebensgestaltung, kaum Geld zur Verfügung, etc.)⁹.

Unsere Forderungen

Dieser Status quo ist nicht länger hinnehmbar. Aus unserer Perspektive müssen mindestens folgende Verbesserungen der medizinischen Versorgung angestrebt werden. Die Stadt Dresden bzw. das Land Sachsen haben dazu die rechtlichen Möglichkeiten:

- Asylsuchende müssen Zugang zu einer selbstbestimmten medizinischen Versorgung erhalten. Dies kann zum Beispiel durch die **Abschaffung des Krankenscheinsystems** geschehen. Stattdessen wäre die Einführung eines **Chipkartensystems** nach dem Vorbild des Bremer Modells denkbar (ebenfalls eingeführt in Hamburg im Jahr 2012). Dies kann zudem durchaus preiswerter sein, da Krankheiten früher erkannt und behandelt werden können¹⁰.
- **In den Gemeinschaftsunterkünften** könnte es nach dem Beispiel des Bremer Modells regelmäßig (wöchentlich) eine **medizinische Sprechstunde** geben, bei der BewohnerInnen die Möglichkeit haben, sich Überweisungen zu holen oder gleich vor Ort eine niederschwellige medizinische Versorgung zu erhalten. Entsprechende DolmetscherInnen-dienste sollten beachtet und zur Verfügung gestellt werden.
- Das Dresdner Gesundheitsamt sollte gemeinsam mit dem Sozialamt **Informationsbroschüren** in den Sprachen der Leistungsempfänger zur Verfügung stellen. Außerdem sollte es **AnsprechpartnerInnen in den Ämtern** geben, die nicht identisch mit den SachbearbeiterInnen sind. Diese sollten entsprechend der Bedürfnisse geschult sein.
- Die MitarbeiterInnen der zuständigen Ämter müssen die **Belange der Betroffenen** im Blick haben und empathisch auf diese eingehen können. Die Asylsuchenden befinden sich in einer besonders verletzlichen Situation, dies muss unbedingt beachtet werden. Da Gesundheits- bzw. Krankheitsvorstellungen auch kulturell variieren, bedarf es zudem einer **interkulturellen Kompetenz** der Mitarbeiter in Sozial- und Gesundheitsamt, die durch Schulungen in interkultureller Kompetenz und/oder die Einstellung von migrantischen BehördenmitarbeiterInnen anzustreben ist.
- Die medikamentöse und psychotherapeutische **Behandlung psychischer Erkrankungen** bei Flüchtlingen muss gewährleistet werden. Und das nicht erst im Akutfall, der vielleicht einen Klinikaufenthalt notwendig macht. Sinnvoll wäre die Einrichtung einer **niederschweligen Beratungsstelle für traumatisierte Flüchtlinge** auch in Dresden nach dem Beispiel des „Refugio Thüringen“. Auch in Leipzig gibt es mit dem Verein Cactus e.V. bereits entsprechende Erfahrungen, die hier genutzt werden können.
- Bessere **finanzielle Ausstattung der Kommunen**: Das Land Sachsen zahlt der Stadt Dresden 500€ monatlich pro LeistungsbezieherIn, wovon neben der Unterbringung und den Leistungen auch die medizinische Versorgung bezahlt werden muss. Dieser Betrag muss dringend erhöht werden. Der Freistaat handelt aus unserer Perspektive fahrlässig und nimmt

9 Siehe auch: Sächsischer Ausländerbeauftragter (2011): Mitmenschen im Schatten. Heim-TÜV 2011. Über das Leben in sächsischen Gemeinschaftsunterkünften. S. 12

(http://www.landtag.sachsen.de/de/integration_migration/aktuelles_presse/pressemitteilungen/6844_8121.aspx/ verlinkt. Zugriff am 24.6.2013)

10 Dazu Classen, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/classen_asylblg_verfassung.pdf (S. 42 – 45) und Zusammenstellung unter dem Titel „Das Bremer Modellprojekt Krankenversicherten-Chipkarte zur medizinischen Versorgung nach §§ 4 und 6 AsylbLG“ (ebenfalls online abrufbar unter www.fluechtlingsrat-berlin.de)

die unzureichende medizinische Versorgung billigend in Kauf, wenn er die Kommunen nicht ausreichend ausstattet.

2. Gesundheitsversorgung von illegalisierten Menschen

Eine andere große und in sich heterogene Personengruppe, deren adäquate medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist, sind Menschen ohne Krankenversicherung aufgrund eines ungesicherten Aufenthaltsstatus. Das betrifft MigrantInnen, die zum Beispiel irregulär nach Deutschland eingereist sind oder aber auch solche, deren vorab gesicherter Aufenthaltsstatus (Tourist, Student oder Arbeitnehmer) „erloschen“ ist. In Deutschland leben ca. 200.000 bis 600.000 Menschen aus unterschiedlichsten Gründen ohne einen legalen Status.

Das Problem

Illegalisierte Menschen sind in einem noch stärkerem Maße als Asylsuchende von der medizinischen Versorgung ausgeschlossen. Illegalisierte Personen stehen hohen Hürden gegenüber, die ihnen eine medizinische Versorgung im Allgemeinen erschweren. Erkrankungen haben dadurch für die Betroffenen teilweise gravierende Folgen, die letztendlich zu lebensbedrohlichen Situationen führen können.

- **Keine Gewährleistung von Anonymität**

Grundsätzlich sind auch Menschen ohne Aufenthaltsstatus nach dem Asylbewerberleistungsgesetz berechtigt, eine medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen. Wie Asylsuchende müssen sie aber eine Behandlung durch das Sozialamt „erlauben“ lassen. Gemäß § 87 Abs. 2 sind öffentliche Stellen, die im Zusammenhang mit ihrer Aufgabenerfüllung Kenntnis von der Illegalität einer Person erhalten, aber verpflichtet, die Ausländerbehörde zu informieren. Dies erhöht die Chancen einer Abschiebung und schreckt Personen ab, zum Arzt zu gehen.

- **Meldepflicht und Angst vor Abschiebung**

Zwar gilt bei Ärzten oder in Krankenhäusern die gesetzliche Schweigepflicht; beim Sozialamt jedoch nur, wenn ein Arzt oder ein Krankenhaus die Kostenübernahme beantragt (sog. „verlängerter Geheimnisschutz“)¹¹. Wenn sich Personen selbstständig beim Sozialamt melden, wird diese im Normalfall den aufenthaltsrechtlichen Status prüfen und entsprechende Daten bei der Ausländerbehörde abfragen. Diese Praxis führt zur Vermeidung von Amts- und Arztbesuchen.

- **Bürokratischer Aufwand und unsichere Finanzierung**

Ist, wie in einem Notfall, eine vorherige Meldung beim Sozialamt nicht mehr möglich und auch nicht nötig, besteht seitens des Krankenhauses oder der ÄrztInnen eigentlich ein Kostenerstattungsanspruch gegenüber dem Sozialamt. Daraus ergeben sich aber besondere, verwaltungsintensive, Anforderungen für die Kliniken und Ärzte¹². Regelmäßig lehnen Sozialämter auch entsprechende Anträge auch ab.

- **Ablehnung der Behandlung, wenn kein Notfall vorliegt**

Wenn es sich nicht um einen Notfall handelt, können Ärzte und Krankenhäuser eine Behandlung

11 Siehe Allgemeine Verwaltungsvorschrift der Bundesregierung zum Aufenthaltsgesetz vom 18. September 2009 (BR-Drs. 669/09), S. 509.

12 Sascha Kellmann, „Sozialrechtliche Rahmenbedingungen besonders Schutzbedürftiger – Anspruch und Rechtsschutz während des Asylverfahrens“, S. 187. In: Asylmagazin 6/2013, S. 186-195.

auch ablehnen. Diese Praxis hat zur Folge, dass eine medizinische Betreuung und Behandlung nur unter erschwerten Umständen genutzt werden kann. In Deutschland (und auch in Dresden und Leipzig) gibt es deshalb bereits seit Jahren Ärzte, die illegalisierte Menschen behandeln und dabei häufig mit den Medinetzen¹³ zusammenarbeiten.

Unsere Forderungen

Wir finden, dass auch Menschen ohne einen gesicherten Aufenthaltsstatus ein Recht auf eine medizinische Versorgung haben sollten und dass es bei der Versorgung dieser Personen eine Handlungssicherheit für ÄrztInnen und PatientInnen geben sollte. Handlungssicherheit meint hierbei, dass Ärzte eine übliche Vergütung für ihre Leistung erhalten müssen und dass bei der Abrechnung die Aufrechterhaltung der ärztlichen Schweigepflicht permanent gewährleistet bleibt. Illegalisierte Patienten sollen ohne Angst vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen einen Arzt aufsuchen können. Die Bundesärztekammer schließt sich diesbezüglich an die Forderung des Weltärztebundes an, dass „[...] alle Patienten das Recht haben [sollten], eine adäquate, nicht diskriminierende medizinische Behandlung zu erhalten, unabhängig von ihrem rechtlichen Status“¹⁴. Eine Lösung für dieses Dilemma könnte das Modell „**anonymisierter Krankenscheine**“¹⁵ darstellen. Der Migrantenbeirat der Stadt Leipzig hat diesen Vorschlag bereits aufgegriffen und im Frühjahr 2013 angeregt, dass die Stadtverwaltung die Einführung der anonymisierten Krankenscheine für illegalisierte Menschen in Leipzig prüfen möge¹⁶. Wir wollen entsprechendes in Dresden durchsetzen.

Wir sind ebenso wie das Bundesverfassungsgericht der Meinung, dass die Würde des Menschen migrationspolitisch nicht zu relativieren ist¹⁷. Dazu gehört unserer Ansicht nach neben dem niederschweligen Zugang zu medizinischer Versorgung und ein selbstbestimmtes Leben in eigenen Wohnungen oder kleinen Wohngemeinschaften mit einer angemessenen sozialen Begleitung und Betreuung.

Netzwerk Asyl Migration Flucht Dresden

Dresden, 26. Oktober 2013

www.namf.blogspot.de

Kontakt unter namf@notraces.net

13 Für eine Übersicht: <http://medibueros.m-bient.com/>

14 Siehe auch: Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer „Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund“, Mai 2013, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110, Heft 18, S. 902

15 Deutsches Ärzteblatt (6.10.2011): Anonymisierte Krankenscheine für Menschen ohne Papiere gefordert. (<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/47587/Anonymisierte-Krankenscheine-fuer-Menschen-ohne-Papiere-gefordert>, Zugriff am 24.6.2013)

16 Protokoll der Sitzung des Migrantenbeirates der Stadt Leipzig vom 8.3.2013, S. 3

(http://www.leipzig.de/imperia/md/content/18_referat_fuer_migration_und_integration/migrantenbeirat/protokoll_migrantenbeirat_2013-03-08.pdf, Zugriff am 24.6.2013)

17 Siehe das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu personenbezogenen Differenzierungen bei Sozialleistungen im Juli 2012. BVerfG, 1 BvL 10/10 vom 18.7.2012, Absatz-Nr. (1 - 140), http://www.bverfg.de/entscheidungen/1s20120718_1bvl001010.html.