

Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland – Ihr Recht auf Gesundheit

Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit / Illegalität

Impressum

HERAUSGEBER

Deutsches Institut für Menschenrechte
German Institute for Human Rights
Zimmerstraße 26/27
D-10969 Berlin
Phone (+49) (0)30 – 259 359 0
Fax (+49) (0)30 – 259 359 59
info@institut-fuer-menschenrechte.de
www.institut-fuer-menschenrechte.de

GESTALTUNG

iserundschmidt
Kreativagentur für PublicRelations GmbH
Bonn – Berlin

November 2007

ISBN

978-3-937714-49-3 (PDF-Version)

KONTAKTSTELLEN DER BUNDESARBEITSGRUPPE GESUNDHEIT / ILLEGALITÄT:

Deutsches Institut für Menschenrechte
Zimmerstraße 26/27, 10969 Berlin
info@institut-fuer-menschenrechte.de

Katholisches Forum Leben in der Illegalität
Reinhardstraße 13, 10117 Berlin
forum-illegalitaet@web.de

Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland – Ihr Recht auf Gesundheit

Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit / Illegalität

Vorwort

Die medizinische Versorgung der gesamten Bevölkerung ist eine Verpflichtung für Staat und Gesellschaft. Der Staat hat die Aufgabe, auch für soziale Gruppen in besonders prekären Lebenslagen barrierefreien Zugang zu einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung zu gewährleisten. Diese Verpflichtung lässt sich direkt aus dem Grundgesetz mit seinem Bekenntnis zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten ableiten. Daraus folgt, dass der Staat auch aktive Maßnahmen ergreifen muss, damit Menschen von ihren grundlegenden Rechten wirksam Gebrauch machen können.¹

In Deutschland haben „Menschen ohne Papiere“ de facto keinen ungehinderten Zugang zur medizinischen Versorgung.² Aktuelle Erfahrungsberichte sowie Dokumentationen und empirische Untersuchungen der letzten Jahre legen die strukturellen Defizite medizinischer Versorgung dieser Personengruppe offen.³

Aus diesem Grund haben das Deutsche Institut für Menschenrechte und das Katholische Forum „Leben in der Illegalität“ im März 2006 gemeinsam eine bundesweite Arbeitsgruppe ins Leben gerufen. In der „Bundesarbeitsgruppe Gesundheit / Illegalität“ (im Folgenden „Bundesarbeitsgruppe“) haben Sachverständige aus der Wissenschaft, der kommunalen Verwaltung, der medizinischen Praxis, der Kirchen, Wohlfahrtsverbänden und verschiedenen nichtstaatlichen Organisationen zusammengefunden. Die Bundesarbeitsgruppe hat sich zum Ziel gesetzt, konkrete Konzepte zu erarbeiten, wie der Zugang zu Gesundheitsversorgungsleistungen für Menschen ohne Krankenversicherung und ohne Aufenthaltsstatus verbessert werden kann. Im Vordergrund steht hierbei die Suche nach einer praktikablen Lösung, die eine strukturelle Verbesserung der Versorgungssituation der Betroffenen und eine adäquate Finanzierung der Gesundheitsleistungen verspricht.

Der vorliegende Bericht fasst zentrale Ergebnisse des Diskussionsprozesses innerhalb der Bundesarbeitsgruppe zusammen. Er widmet sich schwerpunktmäßig der Bestandsaufnahme und Analyse verschiedener Ansätze zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Papiere, welche in der Vergangenheit in unterschiedlichen Kontexten immer wieder angesprochen und von unterschiedlichen Akteuren als Vorschläge eingebracht worden sind. Um die verschiedenen Ansätze zu entwickeln und zu prüfen, organisierte die Bundesarbeitsgruppe Anfang 2007 einen Workshop mit Expertinnen

1 Siehe Artikel 1 Grundgesetz „(1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt. (2) Das Deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.“

2 Als „Menschen ohne Papiere“ wird die Gruppe von Personen genannt, die sich in Deutschland in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität befinden. Der Begriff der aufenthaltsrechtlichen Illegalität ist im deutschen Recht nicht positiv definiert. Die Definition ergibt sich vielmehr aus den Regelungen zur Einreise und Aufenthalt im Aufenthaltsgesetz (AufenthG). In Abgrenzung von Personen mit Duldung sowie ausreisepflichtigen Ausländern, die den Behörden bekannt sind und keine Duldung besitzen, geht es in diesem Bericht um eine Personengruppe, nämlich Ausländer und Ausländerinnen ohne Aufenthaltstitel und Duldung, die von keiner Behörde erfasst sind. Sie werden synonym als „Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität“, „Menschen ohne Aufenthaltsstatus“ oder als „Menschen ohne Papiere“ bezeichnet.

3 Zum Stand der Forschung siehe Anhang 2.

und Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen. Die Ergebnisse des Workshops vom Januar 2007 sind in diesen Bericht integriert.⁴

Dass elementare soziale Fragen beziehungsweise humanitäre Belange als menschenrechtliche Aufgaben in Angriff genommen werden, hat in Deutschland noch keine lange Tradition. Daher stößt ein solcher Ansatz gelegentlich immer noch auf Unsicherheit, Skepsis oder Vorbehalte. Dabei ist das Menschenrecht auf Gesundheit von der Bundesrepublik Deutschland schon seit langem anerkannt. Defizite und Aufgabenstellung bei der Verwirklichung dieses Rechts zu identifizieren, ist nicht gleichbedeutend mit dem Vorwurf, der Staat begehe Menschenrechtsverletzungen – dies sei gegen mögliche Missverständnisse klargestellt.

Die öffentliche Diskussion über den Umgang mit Menschen ohne Papiere hat in Deutschland in der letzten Zeit eine politische Dynamik erhalten. Dazu hat beispielsweise auch der in der Koalitionsvereinbarung vom 11. November 2005 enthaltene Prüfauftrag „Illegalität“ beigetragen. Die Bundesarbeitsgruppe versteht das vorliegende Dokument als eigenständigen konstruktiven Beitrag in der gesamtgesellschaftlichen Debatte. Ihrem Verständnis nach setzt sie damit einen zusätzlichen Impuls gegenüber Politik und Gesellschaft, die drängende Frage nach einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere bald in Form struktureller Lösungen zu beantworten. An Politik und Gesellschaft richtet sich dieser Bericht gleichermaßen.

Berlin, November 2007

Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität

4 Der Bericht bildet den breiten Konsens und Dissens in Details der an sich heterogen zusammen gesetzten Bundesarbeitsgruppe ab. Es ist nicht ausgeschlossen, dass an diesem Projekt beteiligte Einzelpersonen und Organisationen im Detail andere Auffassungen oder auch weiterreichende Positionen vertreten.

Organisationen und Einzelpersonen, die im Rahmen des Projekts der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit / Illegalität mitgearbeitet haben

Dr. Valentin Aichele, **Deutsches Institut für Menschenrechte, Berlin**

Nele Allenberg, **juristische Referentin beim Bevollmächtigten des Rates der EKD, Berlin**

Stephan Arndt, **Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V.**

Dr. Peter Bartmann, **Arbeitsfeld Grundsatzfragen der gesundheitlichen Versorgung, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland, Berlin**

Prof. Dr. Theda Borde, MPH, **Alice Salomon Fachhochschule Berlin**

Vera Borgards, **Deutscher Caritasverband, Freiburg im Breisgau**

Johannes Brandstätter, **Arbeitsfeld migrationspolitische Grundsatzfragen, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland, Berlin**

Elène Misbach, **Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin**

Dr. med. Thomas Buhk, **Infektionsmedizinisches Centrum Hamburg (ICH)**

Georg Classen, **Flüchtlingsrat Berlin**

Pastorin Fanny Dethloff, **Flüchtlingsbeauftragte der Nordelbischen Evangelisch-Lutherischen Kirche, Hamburg**

Dr. med. Adelheid Franz, **MalteserMigrantenMedizin Berlin**

Heiko Habbe, **Rechtsanwalt, Hamburg**

Angelika Haentjes-Börger, **Malteser Migration, Köln**

Dr. med. Christoph Heintze, **Charité, Universitätsmedizin Berlin**

Dr. med. Jürgen Hölzinger, **IPPNW Deutschland, Berlin**

Prof. Dr. H. Kentenich und Dr. med. B. Kothé, **Frauenklinik der DRK Kliniken Berlin Westend, Berlin**

Stefan Keßler, **Jesuiten-Flüchtlingsdienst Deutschland, Berlin**

Dr. Ute Koch, **Katholisches Forum „Leben in der Illegalität“, Berlin**

Dr. Frank Ulrich Montgomery, **Vizepräsident und Menschenrechtsbeauftragter der Bundesärztekammer, Präsident der Ärztekammer Hamburg**

Dr. Wolfgang Neitzel, **Netzwerk für Illegalisierte in Schleswig-Holstein (NISCHÉ)**

Verena Mittermaier, **Ökumenische BAG Asyl in der Kirche, Berlin**

Dr. med. Gisela Penteker, **Otterndorf (PICUM, Flüchtlingsrat Niedersachsen)**

Dr. Gerd Pflaumer, **Organisation Aktion Courage e.V. - SOS Rassismus, Bonn**

Sanela Sabanovic, **Team Migration und Integration, DRK-Generalsekretariat, Berlin**

Karin Schubert, **Bürgermeisterin von Berlin und Senatorin für Justiz a.D., Berlin**

Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiko Waller M.Sc. (London), **Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (AG Gesundheitsversorgung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen), Lüneburg**

Prof. Dr. med. H.-Jochen Zenker MPH, **Leiter des Gesundheitsamtes Bremen**

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland, Berlin als Organisation

Inhalt

Zusammenfassung	10
Empfehlungen.....	12
Einleitung.....	13
I. Bestandsaufnahme/Problemaufriss.....	14
II. Notwendigkeit einer Problemlösung: Das Recht auf Gesundheit.....	19
III. Ansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere	22
IV. Diskussion der Ansätze	29
V. „Aufenthaltsrechtliche Illegalität“ in der politischen Diskussion.....	31
Literatur	35
Anhang 1: Fälle zur Veranschaulichung	37
Anhang 2: Dokumente zum Thema Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere seit 1997	39
Anhang 3: Zitierte Rechtsdokumente	48

Zusammenfassung

Die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland ist defizitär. Dieser Befund geht klar aus Praxisberichten und wissenschaftlichen Untersuchungen hervor. Insbesondere Ärztinnen und Ärzte berichten, dass Menschen ohne Papiere, wenn überhaupt, erst zu spät medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. In vielen Fällen wird die Chance einer frühzeitigen Diagnose und Behandlung vertan. Der Krankheitsverlauf droht schwerer zu werden, vermeidbare stationäre Aufenthalte und die Gefahr einer Chronifizierung der Beschwerden können die Folge sein. Besondere Schwierigkeiten bestehen bei Schwangerschaft und Geburt von Kindern im Status der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“.

Der zentrale Rechtsanspruch auf ärztliche Behandlung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, der deutlich unter dem Anspruch der Gesetzlichen Krankenversicherung liegt, wird von Menschen ohne Papiere selten eingelöst. Aus Furcht vor der Statusaufdeckung nehmen die Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere ihr Recht auf medizinische Behandlung nicht oder nur eingeschränkt wahr. Neben dieser Versorgung sind in Folge nichtstaatliche Strukturen der Hilfe und Unterstützung entstanden. Diese Parallelstrukturen sind nicht hinreichend qualifiziert ausgestattet und finanziert. Sie können somit im Ergebnis eine adäquate und nachhaltige Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere nicht sicherstellen.

Maßgeblicher Grund für die strukturell bedingte medizinische Unterversorgung von Menschen ohne Papiere sind die behördlichen Übermittlungspflichten des Aufenthaltsgesetzes. Danach haben öffentliche Stellen (etwa die Sozialämter) die *Ausländerbehörden* zu unterrichten, wenn sie Kenntnis vom illegalen Aufenthalt eines Ausländers oder einer Ausländerin erlangen. Übermittlungspflichten im elementaren Bereich der gesundheitlichen Versorgung sind in dieser Form unter den anderen europäischen Staaten einmalig. Aus der Sicht der Menschen ohne Papiere bilden die Übermittlungspflichten die *zentrale Zugangsbarriere zur gesundheitlichen Versorgung*. Sie nehmen deshalb ihr gesetzlich zugesprochenes Recht auf ärztliche Behandlung nur im äußersten Notfall wahr. Ein zweiter Faktor, der die Gesundheitssicherung erschwert, ist die überwiegende Bedürftigkeit dieser Personengruppe. Eine Behandlung auf Selbstzahlerbasis übersteigt meist die finanziellen Möglichkeiten. Menschen ohne Papiere sind deshalb im Bereich der gesundheitlichen Versorgung nahezu immer auf Unterstützung angewiesen.

Der Umgang mit Menschen ohne Papiere ist eine menschenrechtlich begründete Verantwortung des Staates. Für die Sicherung der Menschenrechte darf der Aufenthaltsstatus nicht ausschlaggebend sein. Denn Menschenrechte haben einen höheren Rang als die staatlichen Rechtsregeln zur Migrationskontrolle. Aus der menschenrechtlichen Gewährleistungsfunktion des Staates leitet sich deshalb die Aufgabe ab, das Problem der defizitären Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere einer strukturellen Lösung zuzuführen.

Außerdem stellt sich die Frage, ob die behördlichen Übermittlungspflichten überhaupt ein geeignetes Instrument zur Migrationskontrolle sind. Zahlreiche empirisch angelegte Untersuchungen zeigen jedenfalls, dass Migrationsentscheidungen von Faktoren wie Sprache, soziale Anschlussfähigkeit und

Arbeitsmöglichkeiten getragen sind. Dabei spielt meist die Frage der sozialrechtlichen, etwa der gesundheitlichen Sicherung, faktisch eine mit Abstand untergeordnete Rolle. Es ist daher sehr zweifelhaft, ob eine Abkehr vom Ansatz der behördlichen Übermittlungspflichten einen *Pull*-Effekt hätte. Auch die Praxis zeigt, dass die Übermittlungspflichten ihr Ziel nicht erreichen. Sie basieren auf der Erwartung, dass sich Menschen ohne Papiere im Krankheitsfalle an die Behörden wenden, ihre Identität und Status preisgeben. *Diese Sichtweise geht an der Realität vorbei*, denn die Aufdeckungsgefahr hält der Erfahrung nach die von Krankheit betroffenen Personen in den allermeisten Fällen davon ab, mit den staatlichen Behörden in Kontakt zu treten. Die Übermittlungspflichten als Kontrollinstrument laufen damit fehl. Das Ergebnis, dass Menschen ohne Papiere ihr soziales Recht auf medizinische Versorgung de facto nicht wahrnehmen, kann jedenfalls nicht Sinn und Zweck der Übermittlungspflichten sein. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, warum den behördlichen Übermittlungspflichten seitens der Kirchen, Wohlfahrts- und Menschenrechtsorganisationen ein besonderer Stellenwert zugemessen wird.

Die Bundesarbeitsgruppe hat Ansätze zu folgender Fragestellung diskutiert: Wie kann die Versorgungssituation von Menschen ohne Papiere strukturell verbessert und die Finanzierung entsprechender Gesundheitsversorgungsleistungen dauerhaft gesichert werden? Dieser Bericht stellt die verschiedenen Vorschläge vor: die Einrichtung eines Fonds auf Bundesebene, der Zugang zur privaten Krankenversicherung, die geschützte Vermittlung von Krankenscheinen, der Ausbau örtlicher Gesundheitsämter und die Rolle lokaler Initiativen und Runder Tische.

Aufgrund unterschiedlicher – zum Beispiel finanzieller – Beschränkungen können die hier vorgestellten Ansätze freilich allenfalls lokale oder sonst wie begrenzte und insofern provisorische Teilverbesserungen bieten. Sie stellen keine Alternativen zu der breit getragenen Forderung nach einer Einschränkung der staatlichen Meldepflichten nach dem Aufenthaltsgesetz dar. In der Praxis dürften auch die Erfolgchancen der im Folgenden dargestellten provisorischen Modelle wesentlich davon abhängen, dass die Meldepflichten eingeschränkt werden. Schon deshalb wäre es ein Missverständnis, eines oder mehrere der Modelle als echte Alternative zur Neuregelung der Meldepflichten zu sehen.

Empfehlungen

Empfehlung 1: Menschenrechtskonforme Lösung erarbeiten

Die Bundesarbeitsgruppe empfiehlt, dass Gesellschaft und Politik eine menschenrechtskonforme Lösung für Menschen ohne Papiere entwickeln.

In Deutschland lebt eine hohe, nicht genau feststellbare Anzahl von Frauen, Männern und Kindern ohne Papiere. Diese Menschen halten sich teilweise über lange Zeiträume in Deutschland auf und arbeiten hier. Mit diesem Phänomen ist in einer differenzierten und lösungsorientierten Weise umzugehen. Es steht außer Frage, dass die Bundesrepublik Deutschland als Staat sowohl Einreise, Aufenthalt als auch Ausreise von Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit regeln kann. Dennoch bedarf es für die Menschen ohne Papiere in Deutschland besonderer menschenrechtskonformer Regelungen, insbesondere bezüglich ihres Rechts auf Gesundheit, dem als einem Menschenrecht ein vorrangiger Stellenwert zukommt.

Empfehlung 2: Übermittlungspflichten einschränken

Die Bundesarbeitsgruppe empfiehlt, die gesetzlichen Übermittlungspflichten des Aufenthaltsgesetzes in Recht und Rechtspraxis soweit einzuschränken, wie es für die Wahrnehmung der sozialen Rechte im Bereich der Gesundheitsversorgung notwendig ist.

Die Erfahrung aus der Praxis zeigt, dass Menschen ohne Papiere die ihnen gesetzlich garantierten Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz in vielen Fällen nicht in Anspruch nehmen. Eine zentrale Rolle spielen die behördlichen Übermittlungspflichten öffentlicher Stellen. Diese bilden aus der Sicht der Betroffenen die entscheidende Barriere für den Zugang zur medizinischen Versorgung.

Empfehlung 3: Straffreiheit klarstellen

Die Bundesarbeitsgruppe empfiehlt klar zu stellen, dass die berufsspezifische Hilfe zur Wahrnehmung sozialer Rechte (humanitäre Hilfe) nicht als Beihilfe nach dem Strafgesetzbuch bewertet wird.

Innerhalb der im sozialen Bereich tätigen Berufsgruppen (zum Beispiel Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter), die im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit Kontakt mit Menschen ohne Papiere haben und ihnen Hilfe zur Wahrnehmung sozialer Rechte leisten, besteht die Unsicherheit, ob diese Handlungen unter Strafe gestellt sind.⁵ Diese Tätigkeiten wie Gewähr von Notunterkunft oder das Verschicken warmer Kleidung im Winter kann keine strafrechtliche Beihilfe zum illegalen Aufenthalt sein. Die Bundesarbeitsgruppe hält es für erforderlich – über die diesbezüglich bereits erfolgte Klarstellung für Ärztinnen und Ärzte und medizinisches Personal hinaus – Rechtssicherheit für die im sozialen Bereich tätigen Berufsgruppen herzustellen, dass Hilfe zur Wahrnehmung sozialer Rechte keiner Strafe ausgesetzt sein kann. Die Klarstellung kann auf gesetzgeberischem Wege oder über verordnungstechnische Änderungen erreicht werden.

⁵ Für Ärztinnen und Ärzte sowie alle anderen im medizinischen und psychosozialen Sektor tätigen Personen stellte das Bundesministerium des Innern fest, dass deren Tätigkeiten nicht als Beihilfe zum illegalen Aufenthalt bewertet werden kann.

Einleitung

Irreguläre Migration ist das Resultat komplexer Ursachen, zu denen neben dem Mangel an Perspektiven in den Herkunftsländern auch eine Nachfrage nach billigen und flexiblen Arbeitskräften in den Zielländern gehört (vgl. Global Commission on International Migration 2005). Deutschland und Europa eröffnen nur wenige Möglichkeiten einer regulären Zuwanderung. Während also auf der einen Seite in einer von Krisen gekennzeichneten Welt immer mehr Anlässe und Möglichkeiten für Migration entstanden sind, haben sich Staaten, insbesondere die Staaten der Europäischen Union entschieden, Migration effektiver zu kontrollieren und zu begrenzen (Bade 2001). Der Erfolg dieser staatlichen Maßnahmen ist jedoch überall begrenzt. Das zeigt die hohe Zahl irregulärer Migrantinnen und Migranten weltweit. Es wird geschätzt, dass global ungefähr 40 Millionen Menschen ohne Aufenthaltsstatus in verschiedenen Ländern leben. Für die Europäische Union gibt es Schätzungen von 4,5 bis 6 Millionen Menschen.

Die zentrale Frage für Deutschland ist: Wie gehen Staat und Gesellschaft mit der Tatsache um, dass sich hierzulande eine kaum schätzbare Zahl von Frauen, Männern und Kindern – und zwar viele über längere Zeiträume – illegal aufhalten? Besondere Bedeutung hat dabei die Fragestellung, inwieweit es den Menschen ohne Papiere möglich ist, ihre Menschenrechte – darunter das Recht auf Gesundheit – wirksam auszuüben.

Diese Herausforderung haben gesellschaftliche Akteure, inbegriffen die beiden großen Kirchen, Wohlfahrtsorganisationen und Menschenrechtsgruppen, schon vor einiger Zeit angenommen und Formen der humanitären Unterstützung von Betroffenen entwickelt. Zunehmend drängen Stimmen aus verschiedenen Aktionsfeldern auf eine politische Lösung, die dem humanitären Anspruch der Gesellschaft und den verbrieften Menschenrechten der Menschen ohne Papiere gerecht wird.⁶ An dieser Stelle soll exemplarisch nur das „Manifest Illegale Zuwanderung“ aus dem Jahre 2005 genannt werden, mit dem sich bisher über 400 Persönlichkeiten aus Politik, Justiz, Wirtschaft, Kirchen, Medien, Medizin, Hochschulen, Gewerkschaften und Berufsverbänden mit der Zielsetzung, eine „differenzierte und lösungsorientierte Diskussion“ herbeizuführen, stark gemacht haben.⁷

6 Für eine Übersicht über die Publikationen der Kirchen, Monographien, Stellungnahmen, Forderungspapiere, Dokumente aus dem politischen Zusammenhang siehe den Anhang 2 zu diesem Bericht.

7 Siehe <http://www.forum-illegalitaet.de/ManifestUnterzeichnerPublikation.pdf>.

I.

Bestandsaufnahme/Problemaufriss

Menschen ohne Papiere in Deutschland haben – auch auf der Ebene des einfachen Gesetzes ausformulierte – sozialrechtliche Ansprüche.⁸ Als Ausländerinnen und Ausländer ohne Aufenthaltsstatus und ohne Duldung gehören Menschen ohne Papiere zum Personenkreis des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG).⁹ Leistungen gewährt dieses Gesetz in den Fällen von akuten Erkrankungen, Schmerzzuständen und Schwangerschaft sowie bei Impfungen und im begrenzten Umfang in der Bereitstellung von Heil- und Hilfsmitteln.¹⁰ Die Kosten werden von den örtlichen Behörden der jeweiligen Region getragen, in der sich die anspruchsberechtigten Personen aufhalten.¹¹

Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass Menschen ohne Papiere die ihnen gesetzlich garantierten Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz häufig nicht in Anspruch nehmen. Ein zentrales Hindernis stellen die behördlichen Übermittlungspflichten öffentlicher Stellen gemäß § 87 Abs. 2 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) dar.¹² Diese schreiben den öffentlichen Stellen von Bund, Ländern und Kommunen vor, dass sie unverzüglich die Ausländerbehörden zu unterrichten haben, wenn sie Kenntnis vom illegalen Aufenthalt einer Person erlangen. In der Praxis findet diese rechtliche Vorgabe jedoch kaum Anwendung.

Stationäre und ambulante medizinische Versorgung

Wird eine kranke Person ohne Papiere *als Notfall* in ein Krankenhaus eingewiesen, dann ist dieses zur Aufnahme und Behandlung verpflichtet. Es drohen strafrechtliche Konsequenzen bei unterlassener Hilfeleistung.¹³ Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie alle anderen Angehörige von Heilberufsgruppen¹⁴ unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht und dürfen nicht einmal auf Nachfrage Dritter Daten ihrer Patientinnen und Patienten übermitteln (siehe dazu § 203 Strafgesetzbuch). Grundsätzlich wird vor dem Hintergrund der gesetzlichen Vorgabe der Schweigepflicht gegenüber den Übermittlungspflichten des AufenthG Priorität eingeräumt. Die Übermittlung der Daten vom zuständigen Gesundheitsamt an die Ortspolizei beziehungsweise die Ausländerbehörde

8 Frauen und Männer ohne Papiere, die in einem unselbständigen Arbeitsverhältnis (nicht geringfügige Beschäftigung) arbeiten, sind Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. §§ 5 Abs. 1 Nr. 1, 10 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, § 7 Abs. 1 Satz 1 IV). Sie haben deshalb nach allgemeiner Auffassung Ansprüche auf Leistungen auch aus der gesetzlichen Krankenversicherung (siehe § 1 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Einbezogen in den Versicherungsschutz sind neben diesen Personen ihre Ehepartner, Lebenspartner und Kinder (§ 10 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Diese Kostenregelung spielt aber in der Praxis mangels Realisierung nach allgemeiner Auffassung praktisch keine Rolle.

9 Siehe § 1 Abs. 1 Nr. 5 AsylbLG.

10 Siehe § 4 und 6 AsylbLG. Für den Wortlaut der Vorschriften siehe Anhang 3. Vgl. auch Classen 2007.

11 Die Gesundheitsleistungen des AsylbLG sind äußerst eingeschränkt und bieten gesundheitliche Versorgung nur auf niedrigstem Niveau. Dieser Zustand ist für Menschen, die geduldet oder im Asylverfahren in Deutschland sind, kaum tragbar. Für Menschen ohne Papiere wäre es dennoch eine deutliche Verbesserung ihrer Situation, wenn sie zumindest diese geringen Leistungen ohne Furcht in Anspruch nehmen könnten.

12 Für den Wortlaut der Vorschrift siehe Anhang 3.

13 Die unterlassene Hilfeleistung in Notfällen ist gemäß § 323c StGB mit Strafe bedroht.

14 Dazu zu zählen sind Krankenschwestern, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwestern, Hebammen und Entbindungspfleger, Ergotherapeuten, medizinisch-technische Assistenten, Rettungsassistenten und psychologische Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche.

kann vorgenommen werden, wenn sich die Patienten einer notwendigen Therapie (zum Beispiel bei einer ansteckenden Tuberkulose oder einem unkontrollierten Missbrauch illegaler Drogen) und Rehabilitation entziehen.¹⁵ Zwangsmaßnahmen können bei gleicher Problematik auch bei Deutschen eingeleitet werden. Bei Migrantinnen und Migranten, insbesondere Menschen ohne Papiere, kommt allerdings die drohende Ausweisung hinzu.

Unterschiedliche Rechtsauffassungen bestehen hinsichtlich der Frage, ob die Einschränkung der Übermittlungspflicht auch für die Verwaltung öffentlicher Krankenhäuser gilt. Grundsätzlich erstreckt sich die ärztliche Schweigepflicht auch auf berufsmäßig tätigen Gehilfen innerhalb einer Organisation, wenn ein *innerer Zusammenhang* zwischen der unterstützenden Tätigkeit des Gehilfen und der berufsspezifischen, durch die Schweigepflicht erfasste medizinischen Handlung besteht.¹⁶ Von staatlicher Seite wird teilweise vertreten, die Krankenhausverwaltung unterliege nicht der Schweigepflicht, wenn sie *im Rahmen* der Kostenabrechnung gemäß AsylbLG vom fehlenden Aufenthaltsstatus eines Patienten erfahre. Dieser Ansatz verkennt den inneren Zusammenhang zwischen der arbeitsteiligen Tätigkeit der Krankenhausverwaltung und den Dienstleistungen an den Patienten der Organisationseinheit, insbesondere der ärztlichen Handlung. Erst die *Arbeitsteilung innerhalb der Krankenhausorganisation, deren Aufgabe mit die Abrechnung von ärztlichen Leistungen ist, ermöglicht es der beschäftigten Ärzteschaft, die stationären ärztlichen Aufgaben zu erfüllen*.¹⁷ Dies gilt auch für den Fall, dass das Krankenhaus nach der Behandlung Nachforschungen über die Abrechnungsvoraussetzungen betreibt.

Hinzu tritt der in der Diskussion noch zu wenig beachtete Ansatz des „verlängerten Geheimnisschutzes“.¹⁸ Danach erstreckt sich die Schweigepflicht auf eine öffentliche Stelle, wenn diese personenbezogene Daten von einer Person erhält, die ihrerseits der *Schweigepflicht* unterliegt. Dies dient dem Schutz der Betroffenen, kommt aber auch den geheimhaltungspflichtigen Personen oder Stellen zugute, indem sie die Vertraulichkeitserwartung stabilisiert. Mit anderen Worten ist das Sozialamt in diesem Fall nicht meldepflichtig, weil sich der Geheimnisschutz in Bezug auf diese Daten in seinen Zuständigkeitsbereich *hineinverlängert*. Eine Weitergabe der personenbezogenen Daten durch das Sozialamt, das diese zum Beispiel vom Krankenhaus zur Abrechnung nach AsylbLG erhält, ist nach dieser Auffassung deshalb nicht zulässig. Dieser Ansatz des verlängerten Geheimnisschutzes spielt außer für die Abrechnung stationärer Leistungen öffentlicher Krankenhäuser auch für die im Folgenden unter III. dargestellten Ansätze eine Rolle.

Jenseits von Notfällen haben Krankenhäuser das Recht, die Behandlung bis zur Klärung der Kostenfrage zu verweigern. Das zuständige Sozialamt benötigt für die Entscheidung über die Kostenerstattung alle personenbezogenen Daten und damit auch den Aufenthaltsstatus. Selbstzahlende Patientinnen oder Patienten, unabhängig vom ausländerrechtlichen Status, sind von dieser Regel nicht betroffen. Dies gilt insbesondere für nichtöffentliche Krankenhäuser. Wegen der begrenzten materiellen Ressourcen der meisten Menschen ohne Papiere stellen Selbstzahler in dieser Zielgruppe die absolute Ausnahme dar.

¹⁵ Siehe insbesondere § 88 Abs. 2 AufenthG und § 55 Abs. 4 Nr. 2 AufenthG.

¹⁶ Vgl. § 203 Abs. 3 StGB; insbesondere die Kommentierung in Tröndle/Fischer (2007): Strafgesetzbuch und Nebengesetze, 54. Aufl., § 203, Rdnr. 21.

¹⁷ So OLG Oldenburg, Beschluss vom 10.06.1982 (Az. 2 Ws 204/82).

¹⁸ Zum „verlängerten Geheimnisschutz“ gemäß § 39 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz siehe Ulrich Dammann (2003), in: Spiros Simitis (Hrsg.): Kommentar zum Bundesdatenschutzgesetz, 5. Auflage, Baden-Baden, § 39, Rdnr. 1 ff.

Bei der *ambulanten Behandlung* ist der normale Weg, dass eine Person beim Sozialamt einen Krankenschein beantragt, um sich dann bei einem niedergelassenen Arzt behandeln zu lassen. In diesem Fall würde das Sozialamt die Daten über den Aufenthaltsstatus nicht von einer schweigepflichtigen Stelle erhalten, sondern von dem Patienten oder der Patientin selbst. Das Sozialamt würde damit unstrittig der Meldepflicht unterliegen und müsste unverzüglich die zuständigen Ausländerbehörden informieren. Dieser Weg wird daher von Menschen ohne Papiere, soweit möglich, gemieden.¹⁹

Wirkung der behördlichen Übermittlungspflichten

Ärztinnen und Ärzte berichten, dass die Betroffenen in der Regel – wenn überhaupt – erst viel zu spät zu einem Arzt gehen. In vielen Fällen entfällt damit die Möglichkeit, frühzeitig die notwendigen präventiven und therapeutischen Maßnahmen einzuleiten. Stattdessen zögern die Betroffenen die Behandlung einer Krankheit so lange heraus, bis ihnen nichts anderes bleibt, als zum Arzt zu gehen. Dadurch drohen ein schwerer und langer Krankheitsverlauf sowie eine Chronifizierung der Beschwerden. Die Folge kann ein längerer stationärer Aufenthalt, vielleicht sogar mit Intensivtherapie sein. Als Folge der Verschleppung von Krankheiten können die Behandlungskosten steigen. Eine weitere Folge dieser Situation ist, dass die Kostenregelung des AsylbLG nicht in allen vom Gesetz vorgesehenen Fällen vollzogen wird. Zwar hat die Kostenregelung bei der Notfallversorgung oder Behandlung lebensbedrohlicher Erkrankungen durchaus praktische Relevanz. Jedoch im Fall der ambulanten medizinischen Versorgung von Menschen ohne Papiere ist zu erkennen, dass die abschreckende Wirkung der behördlichen Übermittlungspflichten dazu führt, dass von Seiten der Berechtigten erst gar kein Antrag gestellt wird.

Fälle von „Kranksein in der Illegalität“

Die Ärztinnen und Ärzte der Bundesarbeitsgruppe haben ihre Erfahrungen mit Patientinnen und Patienten ohne Papiere in einer *nicht veröffentlichten Sammlung* zusammengestellt.²⁰ Sie bestätigen die oben gemachten Ausführungen zur Problembeschreibung. Sie beleuchten zwar nur einen Ausschnitt aus der bundesrepublikanischen Wirklichkeit; dieser zeigt aber, dass sich das Spektrum der Erkrankungen nicht wesentlich von dem der Einheimischen unterscheidet. Besondere Krankheiten, die im Zusammenhang mit den Herkunftsländern stehen wie Tropenkrankheiten und spezifische Infektionen, kommen entgegen der manchmal geäußerten Vermutung nur sehr selten vor. Wichtiger ist die Feststellung, dass Menschen ohne Papiere aufgrund ihrer schwierigen und belasteten Lebens- und Arbeitssituation sowie der Nichtinanspruchnahme medizinischer Behandlungen zusätzlich gefährdet sind:

Krebserkrankungen von Erwachsenen und Kindern werden zu spät erkannt und behandelt; Diabetiker werden inadäquat behandelt und damit dem Risiko der frühzeitigen Folgeschäden, bleibende Schäden an Augen und Nieren ausgesetzt; Tuberkulosepatienten, die erst sehr spät behandelt werden und

¹⁹ In der Situation, in der die Abschiebung aus gesundheitlichen Gründen nicht in Betracht kommt, zum Beispiel bei hoher Schwangerschaft, ist es in der Praxis möglich, für vorübergehende Zeit eine Duldung für die Person zu erhalten.

²⁰ Da die Fallsammlung „Kranksein in der Illegalität“ Informationen enthält, die unter die ärztliche Schweigepflicht fallen, wurde die Fallsammlung der Öffentlichkeit nicht zugänglich gemacht.

dadurch auch andere Menschen in Gefahr bringen, sich anzustecken; Kinder, die nicht geimpft werden, und Schwangere, die an den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen nicht teilnehmen und darüber potentiell die Gesundheit des Kindes gefährden, weil beispielsweise der Übertragung der nicht bekannten HIV-Infektion der Mutter auf das Kind bei der Geburt nicht verhindert wird. Die Beispiele zeigen, dass sogar eine banale Zahnentzündung lebensbedrohliche Konsequenzen nach sich ziehen kann, wenn sie nicht rechtzeitig behandelt wird.

Schwangerschaft und Geburt

Besondere Probleme ergeben sich bei einer Schwangerschaft und Geburt eines Kindes. Ärztliche Kontrolluntersuchungen im Rahmen einer Schwangerschaft werden von den betroffenen Frauen aus Kostengründen unterlassen, wodurch wiederum gesundheitliche Gefahren für Mutter und Kind entstehen können. Wird ein Kind in die aufenthaltsrechtliche Illegalität hinein geboren, ist nach gegenwärtiger Rechtspraxis nicht sicher, dass das Kind eine *Geburtsurkunde* erhält. Das Vorgehen des jeweils zuständigen Standesamtes der Länderverwaltungen ist in Bezug auf die Ausstellung von Geburtsurkunden nicht einheitlich. In jedem Fall ist die Beantragung einer Geburtsurkunde von einer Frau oder einem Mann ohne Papiere in Deutschland nach wie vor mit einem *hohen Risiko der Statusaufdeckung* verbunden, weil die Standesämter als öffentliche Stellen einzustufen sind. Erhält ein Kind keine Geburtsurkunde, zieht dies eine ganze Reihe von schwerwiegenden Problemen nach sich (siehe Franz 2003: 187 f.).

Die Grenzen nichtstaatlicher Strukturen der Hilfe und Versorgung

Neben der oben beschriebenen Versorgung im ambulanten und stationären Bereich haben sich in Deutschland parallele *nichtstaatliche Strukturen* der medizinischen Hilfe herausgebildet, die versuchen, die Defizite bei der Versorgung von Menschen ohne Papiere zu beheben. Hervorzuheben sind hier die Beratungsstellen der MalteserMigrantenMedizin in bislang sieben Städten und die Büros der medizinischen Flüchtlingshilfe oder Medinetze in zirka fünfzehn Städten Deutschlands. Letztere vermitteln Betroffene anonym an Ärztinnen und Ärzte ihres Netzwerks. Der Stellenwert dieser wichtigen humanitären und solidarischen Arbeit dieser Organisationen kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Festzustellen ist gleichzeitig jedoch, dass der durch die zivilgesellschaftlichen Strukturen geleisteten medizinischen Hilfe *klare Grenzen* gesetzt sind. Die Anlaufstellen sind auf wenige deutsche Städte begrenzt. Ihre Angebote sind also nicht bundesweit zugänglich. Es muss davon ausgegangen werden, dass nur ein Bruchteil der Zielgruppe über diese Hilfsangebote erreicht wird.

Klare Grenzen sind den Organisationen durch die *unzureichende Finanzierung* gesetzt. Nicht alle notwendigen Behandlungen können durchgeführt werden, da die Mittel dazu nicht zur Verfügung stehen. Die Grenzen der Möglichkeiten sind bei kostspieligen Maßnahmen schnell erreicht, wenn stationäre Behandlung, teure Gerätemedizin oder kostenintensive Arzneimitteltherapie notwendig sind. Im Bericht des Büros für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin aus dem Jahr 2006 wird ausgeführt: „Die hohen stationären Behandlungskosten können meist nur zu einem geringen Teil von den beteiligten Einrichtungen übernommen werden. Dadurch werden oft indizierte Operationen und Behandlungen verspätet oder gar nicht durchgeführt, teilweise erfolgt die Behandlung erst, wenn bereits ein medizinischer Notfall eingetreten ist.“ (Büro für medizinische Flüchtlingshilfe 2006: 20). Dadurch wird deutlich,

dass Spendenmittel und freiwilliges Engagement im Ergebnis keine Basis darstellen, auf der eine dauerhaft gesicherte und medizinisch hinreichende Versorgungsstruktur aufgebaut werden könnte.

Insgesamt können diese Strukturen nur funktionieren, weil Privatpersonen Geld spenden und weil zahlreiche Ärztinnen und Ärzte, humanitäre Helferinnen und Helfer auf eine angemessene Entlohnung ihrer Arbeit teilweise oder gänzlich verzichten. Die langjährige Praxis zeigt, dass auf Spendengelder und unentgeltliche Arbeit angewiesene Parallelstrukturen eine *adäquate und kontinuierliche Gesundheitsversorgung nicht sicherstellen können*. Deshalb können diese Parallelstrukturen selbst bei einer etwaigen Ausweitung nicht als Lösung des Gesamtproblems gesehen werden.

Zwischenfazit

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es sich bei der defizitären Versorgung von Menschen ohne Papiere nicht um eine randständige, zu vernachlässigende gesellschaftliche Problematik handelt. Im Gegenteil zeigt die Erfahrung, dass die Defizite der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere strukturell bedingt sind. Sozialmedizinisch handelt es sich um einen Sektor der Unter- und teilweisen Fehlversorgung. Grund für dieses Problem ist nicht das Fehlen von Rechtsansprüchen für Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere. Denn nach dem AsylbLG besteht ein rechtlicher Anspruch auf eine ärztliche Grundversorgung mit einer damit verbundenen Kostenregelung. Diese Regelungen werden aber in der Praxis sehr selten genutzt, weil die betroffenen Frauen, Männer und Kinder wegen der behördlichen Übermittlungspflichten aus Furcht vor Statusaufdeckung und Abschiebung von der Inanspruchnahme ihres Rechts absehen. Die Übermittlungspflichten stellen aus der Sicht der Betroffenen das *zentrale Zugangshindernis* dar. So erklärt es sich, warum in vielen Fällen keine rechtzeitige und angemessene ärztliche Behandlung von Menschen ohne Papiere erfolgt.

II. Notwendigkeit einer Problemlösung: Das Recht auf Gesundheit

Der menschenwürdige Umgang mit den Menschen ohne Papiere ist eine menschenrechtlich begründete Verantwortung des Staates.²¹ Den Menschenrechten kommt in der Rechtsordnung ein höherer Stellenwert als den einfach gesetzlichen Regelungen zu der auch gegenüber den legitimen Interessen des Staates an der Migrationskontrolle vorrangig zur Anwendung kommen muss. Von daher ergibt sich die Aufgabe, das Problem der defizitären Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere einer strukturellen Lösung zuzuführen.

Recht auf Gesundheit als Menschenrecht

Das Recht auf Gesundheit *als Menschenrecht* hat in den letzten Jahrzehnten weltweit Anerkennung gefunden (vgl. Marks 2006: 80 ff.; van Krieken 2003: 289 ff.). Auch Deutschland hat das Recht auf Gesundheit in mehreren menschenrechtlichen Übereinkommen anerkannt.²² Es wird im Wesentlichen durch den Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UN-Sozialpakt) geschützt.²³ Neben den UN-Sozialpakt tritt das UN-Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW).²⁴ Mit der Zielrichtung, die Gleichberechtigung von Mann und Frau zu erreichen, verbietet CEDAW nicht nur Diskriminierung von Frauen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung, sondern begründet auch positive Pflichten des Staates zum Schutz von Frauen in Zeiten vor und nach der Geburt eines Kindes.²⁵ Ausdrücklich geschützt wird das Recht auf öffentliche Gesundheitsfürsorge durch das Internationale Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung.²⁶ Auch in den Kontexten des Europarates und der Europäischen Union hat das Recht auf Gesundheit eine entsprechende Verankerung gefunden, so beispielsweise in der Europäischen Sozialcharta von 1961²⁷ und der EU-Grundrechte-Charta²⁸.

21 Neben die menschenrechtliche Begründung, wie der Staat in Fragen der gesundheitlichen Versorgung mit Menschen ohne Papiere umgehen sollte, treten zusätzlich weitere Argumente zur Begründung staatlicher Verantwortung, wie beispielsweise sozialetische, politische oder pragmatische Begründungsansätze, die aber an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden. Vgl. dazu beispielsweise Bommes 2006; Fisch 2007.

22 Diese zuvor genannten völkerrechtlichen Normen zum Schutz des Rechts auf Gesundheit sind in Deutschland im Anschluss an die Ratifikation zu geltendem Gesetzesrecht geworden. Die vollziehende Gewalt und die Rechtssprechung sind an diese in die deutsche Rechtsordnung überführten Normen wie an jedes andere Gesetz gebunden (Artikel 20 Absatz 3 Grundgesetz).

23 BGBl. 1973 II S. 1569. Deutschland ist seit 1976 an den UN-Sozialpakt gebunden und hat sich damit zum Schutz der darin niedergelegten Menschenrechte verpflichtet. Das Recht auf Gesundheit ist in Artikel 12 niedergelegt „(1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn und sie erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.“

24 BGBl. 1985 II S. 648.

25 Siehe Artikel 11 Absatz 1 (f) und Artikel 12 Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW). Für den Wortlaut der Norm siehe Anhang 3.

26 BGBl. 1969 II S. 961. Siehe Artikel 5 e) Internationales Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung (CERD). Für den Wortlaut der Norm siehe Anhang 3.

27 Siehe Artikel 11 Europäische Sozialcharta. Für den Wortlaut siehe Anhang 3.

28 Siehe Artikel 35 Charta der Grundrechte der Europäischen Union. Für den Wortlaut siehe Anhang 3.

Die spezifische Lebenssituation von Kindern, die ohne Papiere in Deutschland leben, ist ebenfalls durch menschenrechtliche Schutzbestimmungen erfasst, insbesondere durch die Normen des Übereinkommens über die Rechte des Kindes.²⁹ Dort erfährt das Recht auf Gesundheit eine erneute Anerkennung und außerdem eine hinreichende Konkretisierung in Bezug auf die besondere Lebenslage von Mädchen und Jungen.³⁰ Wird ein Kind geboren, so legt die Kinderrechtskonvention darüber hinaus fest, dass das Kind ein Recht auf eine Geburtsurkunde hat.³¹

Normativer Inhalt des Rechts auf Gesundheit

Das Recht auf Gesundheit meint nicht etwa das Recht, gesund zu sein (dazu Toebes 1999: 243 ff.),³² sondern eröffnet einen Anspruch auf Zugang zur gesellschaftlichen Infrastruktur der Gesundheitsversorgung. Dem Umfang nach bietet es Schutz, der weit über die Notfallbehandlung hinaus reicht. Das Recht auf Gesundheit umfasst denn auch prophylaktische, diagnostische und therapeutische Maßnahmen der gesundheitlichen Versorgung.³³ Das Recht auf Gesundheit beinhaltet außerdem das Recht auf einen diskriminierungsfreien Zugang zu den bestehenden medizinischen Einrichtungen und zu ärztlicher Betreuung für jeden Menschen innerhalb des Hoheitsgebietes eines Vertragsstaates.³⁴ Zugang in diesem Sinne besteht nur, wenn es sich um Leistungen handelt, die für die betroffene Person bezahlbar sind.³⁵ Die bestehenden Einrichtungen und Betreuung gleich welcher Trägerschaft müssen überdies für alle, insbesondere für Schutzbedürftige und an den Rand der Gesellschaft gedrängte Gruppen der Bevölkerung gleichermaßen zugänglich sein. Zu den Gruppen in vulnerablen Situationen zählen auch Menschen ohne Papiere. Die staatliche Verantwortung beinhaltet nicht allein, dass der Zugang rein rechtlich gesehen zugesprochen wird, sondern der Zugang muss auch *faktisch* gewährleistet sein.³⁶ Faktische Gewährleistung bedeutet, dass der Staat Verantwortung für die Bedingungen der Inanspruchnahme des Rechts auf Gesundheit trägt. Schafft er Bedingungen, die in Bezug auf einzelne Gruppen dazu führt, dass beispielsweise ein Aufsuchen von medizinischen Einrichtungen frei von Furcht nicht möglich ist, ist dies aus menschenrechtlicher Perspektive problematisch.³⁷

Zu berücksichtigen sind bei der Inhaltsbestimmung des Rechts auf Gesundheit außerdem die biologisch begründeten und *gender*-bedingten Unterschiede zwischen Frauen und Männern, Mädchen und Jungen in Bezug auf Gesundheit und Umgang mit Krankheit und die daraus entstehenden Besonderheiten für Diagnostik und Therapie.³⁸ Nicht zuletzt begründet das Recht auf Gesundheit außerdem Informationsrechte von Betroffenen gegenüber dem Staat, die sich auf die in der Situation notwendigen Maßnahmen beziehen, die für die praktische Inanspruchnahme des Rechts auf Gesundheit erforderlich sind.

²⁹ BGBl. 1992 II S. 121.

³⁰ Siehe Artikel 24 Übereinkommen über die Rechte des Kindes. Für den Wortlaut siehe Anhang 3.

³¹ Siehe Artikel 7 Absatz 1 Übereinkommen über die Rechte des Kindes. Für den Wortlaut siehe Anhang 3.

³² CESCR (2000): General Comment Nr. 14: Das Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit (Artikel 12), UN Doc. CESCR E/C.12/2000/4 vom 11. August 2000, Ziffer 8 ff., abgedruckt in: Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.) (2005): Die „General Comments“ zu den VN-Menschenrechtsverträgen. Deutsche Übersetzung und Kurzeinführungen. Baden-Baden, S. 285 ff.

³³ CESCR (2000): General Comment Nr. 14, Ziffer 11, 33 ff.

³⁴ CESCR (2000): General Comment Nr. 14, Ziffer 12.

³⁵ CESCR (2000): General Comment Nr. 14, Ziffer 12 (b) (iii).

³⁶ CESCR (2000): General Comment Nr. 14, Ziffer 12 und 43 (a).

³⁷ CESCR (2000): General Comment Nr. 14, Ziffer 12 (d).

³⁸ CEDAW (1999): General Recommendation No. 24: Frauen und Gesundheit (Artikel 12), UN Doc. CEDAW A/54/38/Rev.1 vom 2. Februar 1999, Ziffern 6, 12 ff., 22, abgedruckt in: Deutsches Institut für Menschenrechte 2005: 491 ff.; CESCR (2000): General Comment Nr. 14, Ziffer 20.

Verpflichtung zur Lösung des Problems

Die menschenrechtliche Verantwortung Deutschlands, das Problem der defizitären Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere einer Lösung zuzuführen, ergibt sich unter anderem aus dem UN-Sozialpakt. Gemäß dem UN-Sozialpakt unterliegt jeder Vertragsstaat der Verpflichtung, die Verwirklichung der im Abkommen anerkannten Rechte im Rahmen seiner Möglichkeiten schrittweise voranzutreiben.³⁹ Hierzu hat jeder Vertragsstaat anerkanntermaßen ein weites Umsetzungsermessen. Das Ziel ist die volle Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit. Die von ihm zu ergreifenden gesetzlichen und praktischen Maßnahmen müssen allerdings zielgerichtet und geeignet sein. Sie sind außerdem so deutlich wie möglich auf die Erfüllung der Paktverpflichtungen auszurichten.⁴⁰

Für die in diesem Zusammenhang angesprochene Problemlage gibt der UN-Sozialpakt keine bestimmte Lösung vor, weil konkrete Maßnahmen oder spezifische Lösungen aus dem UN-Sozialpakt nicht abgeleitet werden können. Er begründet aber die Verpflichtung, eine Lösung des Problems der defizitären Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere herbeizuführen. Die Rahmenbedingungen sind dabei so auszugestalten, dass das Recht auf Gesundheit für alle gleichermaßen faktisch gewährleistet ist. Daraus folgt nicht zwingend, dass der Staat verpflichtet ist, die behördlichen Meldepflichten einzuschränken; es steht dem Staat frei, auch andere effektive Wege zur faktischen Gewährleistung des Rechts auf Gesundheit zu beschreiten. Obwohl eine Neuregelung der Meldepflichten insofern nicht unmittelbar eine menschenrechtliche Verpflichtung darstellt, wäre dies jedoch nach Überzeugung vieler Sachverständiger der Weg, der zur Erfüllung des menschenrechtlich gebotenen Ziels am besten geeignet ist.

³⁹ Gemeint ist die so genannte „Pflicht zur progressiven Verwirklichung“ nach Artikel 2 Absatz 1 UN-Sozialpakt, siehe dazu Klee 2000.

⁴⁰ Siehe hierzu CESCR (1990): Die Rechtsnatur der Verpflichtungen der Vertragsstaaten (Artikel 2 Absatz 1), UN Doc. E/1991/23 vom 14. Dezember 1990.

III.

Ansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere

Die Bundesarbeitsgruppe hat sich mit Ansätzen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere beschäftigt. Diese Ansätze werden im Folgenden dargestellt und diskutiert. Es wurde insbesondere den Fragen nachgegangen, ob und inwieweit gegebenenfalls diese Ansätze für sich genommen oder in ihrer Kombination eine strukturelle Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere leisten und inwieweit diese Ansätze eine Verbesserung in Bezug auf die Finanzierung darstellen könnten.

In der Bewertung dieser unterschiedlichen Ansätze gingen die Meinungen innerhalb der Bundesarbeitsgruppe auseinander. Einigkeit bestand indes darin, dass die strukturelle Aufgabe, den faktischen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, mit keinem dieser Ansätze (oder auch einer Kombination von Ansätzen) eingelöst werden kann. Es handelt sich allenfalls um mögliche Teillösungen, deren Potential und rechtliche wie faktische Voraussetzungen außerdem unterschiedlich eingeschätzt wurden. Die im Folgenden dargelegten Ansätze stellen deshalb keine Alternative zur von der Bundesarbeitsgemeinschaft einhellig vertretenen Empfehlung einer Neuregelung der Meldepflichten des AufenthG dar.

(1) Fonds auf Bundesebene⁴¹

Bei dem Ansatz „Fonds auf Bundesebene“ stand innerhalb der Bundesarbeitsgruppe im Mittelpunkt der Diskussion, einen Bundesfonds für *nichtversicherte* Personen zu schaffen.⁴² Ziel eines solchen Fonds wäre es, Finanzierungslücken auszugleichen, die im Bereich der medizinischen Versorgung in Form *unbezahlter und nicht erstattungsfähiger* Rechnungen wegen der medizinischen Versorgung von

41 Ist von einem Fonds für Nichtversicherte die Rede, werden immer wieder die Niederlande als Modell herangezogen. In Bezug auf die konkrete Ausgestaltung der Fondslösung kann der Blick in die Niederlande nicht wirklich helfen, denn eine Vergleichbarkeit ist nicht einfach gegeben: Es bestehen in den Niederlanden keine behördlichen Übermittlungspflichten und Menschen ohne Papiere haben keinen gesetzlichen Anspruch auf medizinische Basisversorgung. Der Aufenthalt ohne Papiere ist dort nicht strafrechtlich sanktioniert. Im Übrigen besteht auch keine strafrechtliche Bedrohung für humanitäre Helferinnen und Helfer.

42 Die Ausweitung der Fragestellung auf den Kreis der Nichtversicherten fußt auf der Erkenntnis, dass viele Menschen ohne Papiere keinen Versicherungsschutz haben oder erhalten können und sich insoweit ihre Situation in den weiteren Problemkreis der nichtversicherten Personen in Deutschland einfügt. Hier stellt sich die Frage der rechtlichen und praktischen Gleichbehandlung aller Personen ohne Versicherungsschutz.

Menschen ohne Papiere entstehen.⁴³ Mit anderen Worten, es ginge hier um eine Erstattung von Kosten für einen sehr engen Kreis der bedürftigen Nichtversicherten, die zwar sozialrechtlich begründete Ansprüche gegenüber Sozialbehörden haben, bei denen aber eine Erstattung auf dem vorgesehenen Wege nicht erreicht werden kann.

Als Träger des Fonds käme die rechtsfähige Stiftung des Bürgerlichen Rechts in Betracht.⁴⁴ Wesentlich für die Schaffung eines Bundesfonds wäre, den Staat, das heißt Bund und Länder von Anfang an in das Projekt einzubinden. Deren Verantwortung läge in der staatlich veranlassten Gründung der Stiftung. Als Veranlassung könnten beispielsweise ein ministerieller Verwaltungsakt, ein Beschluss oder ein Gesetz des Deutschen Bundestags gelten. Zur Erfüllung der Stiftungszwecke sollte die Stiftung einen jährlichen Betrag in ausreichender Höhe aus dem Haushalt des Bundes und der Länder nach Maßgabe des jeweiligen Haushaltsgesetzes erhalten. Zustiftungen wären nicht ausgeschlossen.⁴⁵ Es scheint – in Kenntnis der Spendenpraxis in Deutschland in diesem humanitären Bereich – völlig ausgeschlossen, einen Fonds ausschließlich über private Spendenmittel adäquat mit Finanzmitteln auszustatten. Der einzige gangbare Weg der Finanzierung ist deshalb über öffentliche Mittel aus Bund und Ländern.

Die Hauptaufgabe der Stiftung in Deutschland bestünde darin, den finanziellen Ausgleich unbezahlter Rechnungen von lokalen Krankenhäusern, Ärztinnen und Ärzten, Hebammen und anderen Berufsgruppen zu gewährleisten, die Gesundheitsversorgungsleistungen zugunsten von Nichtversicherten ohne anderweitige Kostenerstattung erbringen. Die Anträge würden die Leistungserbringer, nicht die Empfänger von Gesundheitsdiensten stellen. Die Antragsteller selbst hätten gemäß der Satzung einen Anspruch darauf, dass die Stiftung über den Antrag nach ordentlich ausgeübtem Ermessen entscheidet. Erstattet würden Leistungen im Umfang einer menschenwürdigen Gesundheitsversorgung. Der Umfang müsste in einer Formel etwa der Formulierung der „medizinisch notwendigen Behandlung“ weiter konkretisiert werden. Die Erstattung würde immer nur dann erfolgen, wenn andere Wege der Kostenerstattung erfolglos waren. Beispielsweise würde die formale Ablehnungsentscheidung der zuständigen Sozialbehörde (welche die Erstattung mangels Angaben wie dem Fehlen personenbezogener Daten ablehnt) ausreichen.⁴⁶

Dieser Ansatz würde in der Umsetzung sicherlich auf große Schwierigkeiten treffen. So müsste – mit Blick auf einen Fonds, der aus öffentlichen Mitteln gespeist werden soll – die Ansicht überwunden

43 Jedes Jahr bleiben Rechnungen im stationären und ambulanten Bereich in nicht bestimmbarer Höhe für Gesundheitsleistungen offen. Unbezahlte Rechnungen sind ein grundsätzliches Problem, das sehr verschiedene Ursachen hat. Nach der Auskunft von Krankenhausverbänden entstehen beispielsweise offene Rechnungen, weil Privatpatienten nicht bezahlen oder Krankenkassen die Kostenübernahme von Kassenpatienten ablehnen oder für Leistungen gegenüber Touristen keine Erstattungsmöglichkeit besteht. Es wird aber davon ausgegangen, dass ein Teil der nicht bezahlten Rechnungen deshalb entsteht, weil Personen ohne jeglichen Krankenversicherungsschutz und damit auch Menschen ohne Papiere Leistungen erhalten, für die die Leistungserbringer keine Erstattung erhalten. Zwar wird der Gesundheitsreform 2007 in diesem Punkt „offene Rechnungen“ ein gewisses Potential zur Verbesserung zugeschrieben. Die Reform zielt darauf, den Kreis der Versicherungsnehmer zu erweitern und damit auch Versicherer für Leistungen in die Pflicht zu nehmen, die heute noch unbezahlt bleiben. Das Problem der offenen Rechnungen jedoch wird grundsätzlich bestehen bleiben.

44 Andere Trägerformen zum Beispiel in Form der Körperschaft des öffentlichen Rechts wären wegen der behördlichen Übermittlungspflichten nicht anzuraten.

45 Für bestimmte Krankheiten wie etwa für die Therapie von HIV/AIDS kommen insbesondere Zustiftungen von Seiten der Pharmafirmen in Betracht. Diesen Firmen sind den Betroffenen gegenüber gemachte direkte Zuwendungen nicht zulässig; möglich ist aber die vermittelte Spende über Institutionen wie einem Fonds.

46 Für die Ausgestaltung des Verfahrens könnte man sich am Verfahren der Deutschen AIDS-Stiftung orientieren.

werden, wonach finanzielle staatliche Leistungen für Menschen ohne Papiere nicht zulässig seien (vgl. Berliner Senat 2007: 88). Eine solche Ansicht verkennt, dass die heute schon bestehenden Rechtsansprüche auf eine staatliche Kostenregelung aufbauen, ohne dass diese als unzulässig verworfen wird. Die Erfahrungen in den Niederlanden legen außerdem nahe, dass das Erstattungsverfahren für den Antragsteller mit einem hohen Verwaltungsaufwand verbunden ist und Zweifel bestehen, ob der Fonds zu der gewünschten und gerechten Entlastung von Leistungserbringern geführt hat. Problematisch am Fonds ist weiterhin, dass für seine Errichtung institutionelle Vorkehrungen in einem beträchtlichen Umfang zu treffen und diese dauerhaft zu unterhalten wären, die nur deshalb notwendig wären, weil bereits bestehende Rechtsansprüche in der Praxis nicht eingelöst werden.

(2) Zugang zur privaten Krankenversicherung

Ein Großteil der Frauen, Männer und Kinder, die in Deutschland ohne Papiere leben, besitzt keinen wirksamen Krankenversicherungsschutz. Zwar haben die Personen, die sich in *unselbständigen* Beschäftigungsverhältnissen befinden, formal gesehen Ansprüche aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ihre Mitgliedschaft in der GKV spielt jedoch in der Praxis keine Rolle, weil die *faktische* Beschäftigung wohl kaum nachgewiesen und damit die mit der Mitgliedschaft verbundenen Ansprüche keiner Realisierung zugeführt werden. Mangels einer anderweitigen Versicherung muss deshalb die große Mehrheit der Menschen ohne Papiere in Deutschland als „*quasi-nichtversichert*“ eingestuft werden (vgl. auch Greß, Stefan/Anke Walendik/Jürgen Wasem 2005). Die Überlegungen der Bundesarbeitsgruppe gehen dahin, die Verbesserung für einzelne Menschen ohne Papiere darin zu suchen, ihnen Zugang zu einer *privaten* Krankenversicherung zu ermöglichen.⁴⁷ Diese Überlegung bleibt auch nach Einführung der Gesundheitsreform 2007 aller Wahrscheinlichkeit relevant. Denn die Reform sieht zwar eine Verbesserung für nichtversicherte Personen vor; diese wird jedoch letzten Endes nicht zum Tragen kommen.

Die Reform schafft zwar die Versicherungsberechtigung gegen Krankheitsrisiko für die gesamte Wohnbevölkerung. Wenn der Zugang zur GKV im Einzelfall noch nicht besteht, haben Frauen und Männer das Recht, sich ab 2007 bei einem privaten Versicherer zum so genannten „Standardtarif“, ab 2009 zum so genannten „Basistarif“ zu versichern. Die Leistungen des Basistarifs müssen dem Leistungsumfang der GKV entsprechen. Private Krankenversicherer können niemanden zurückweisen. Werden die Prämien nicht entrichtet, ruht der Versicherungsvertrag. Das bedeutet, dass die betreffende Person zwar versichert bleibt, der Umfang der Versicherung aber bis zur Nachzahlung sehr stark reduziert wird.

Grundsätzlich scheint nicht ausgeschlossen, dass Frauen und Männer ohne Papiere vom Kontrahierungszwang der privaten Krankenversicherer profitieren, da sie auch zur „Wohnbevölkerung“ in Deutschland gehören. Dem könnte aber entgegenstehen, dass der Kontrahierungszwang der privaten Krankenversicherung von Gesetzes wegen auf eine kurze Frist beschränkt ist und überdies nur besteht, wenn keine Versicherungsmöglichkeit in der GKV besteht. Frauen und Männer ohne Papiere sind bei abhängiger Beschäftigung in die GKV bereits einbezogen. Schon deshalb könnten sie aus der Sicht der pri-

⁴⁷ Die Versicherung innerhalb einer privaten Krankenversicherung wäre gegenüber der gesetzlichen deshalb von Bedeutung, weil die Gesetzliche Krankenversicherung als Körperschaft des öffentlichen Rechts organisiert den behördlichen Übermittlungspflichten unterliegt.

vaten Krankenversicherer abgelehnt werden. Ein praktisches Problem stellt darüber hinaus zunächst die Höhe der Versicherungsprämien dar. Ihre Obergrenze entspricht grundsätzlich der Obergrenze für die gesetzliche Krankenversicherung von derzeit monatlich zirka € 500. Prämien in dieser Größenordnung liegen der Erfahrung nach weit über der Leistungsfähigkeit von Menschen ohne Papiere. Die Prämie kann im Einzelfall aufgrund mangelnder finanzieller Mittel reduziert werden. Die Reduzierung der Prämien bringt letzten Endes die Kontaktaufnahme mit den Sozialbehörden mit sich, die als öffentliche Stellen meldepflichtig sind.

Die Bundesarbeitsgruppe ist der Auffassung, dass Vorkehrungen getroffen werden könnten, um Menschen ohne Papiere zu ermöglichen, sich aus eigener Kraft wirksam zu versichern und den Versicherungsschutz im Krankheitsfall oder bei Schwangerschaft in Anspruch nehmen zu können. Dies würde eine gesetzliche Regelung erforderlich machen. Zwar würde dieser Ansatz wegen der hohen individuellen Kosten nur für eine Minderheit dieser Gruppe in Betracht kommen, dies wäre aber immerhin eine Teilverbesserung. Im Übrigen würde sich die Situation für Menschen ohne Papiere, die Mitglied in der GKV sind, schon dadurch erheblich verbessern, wenn die Gesetzlichen Krankenkassen aus dem Anwendungsbereich der Übermittlungspflichten herausgenommen würden.

(3) Geschützte Vermittlung von Krankenscheinen

Im Mittelpunkt dieses Ansatzes „Krankenschein“ steht die geschützte Vermittlung eines Krankenscheins durch eine Stelle, die nicht der behördlichen Übermittlungspflicht unterliegt.⁴⁸ In Betracht kämen *nichtstaatliche* örtliche Beratungsstellen oder Anlaufstellen der örtlichen Verwaltung *unter ärztlicher Leitung*, die beim Umgang mit personenbezogenen Daten der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und deshalb nicht meldepflichtig sind.

Das Umsetzungsszenario könnte wie folgt aussehen: Menschen ohne Papiere suchen eine örtliche Beratungsstelle auf. Die Stelle prüft die örtliche Zuständigkeit, die Bedürftigkeit, gegebenenfalls sonstige Anspruchsvoraussetzungen sowie Art und Umfang der „Behandlungsnotwendigkeit“.⁴⁹ Wenn die Voraussetzungen vorliegen, ist die Einrichtung befugt, den Krankenschein im Auftrag des Sozialamtes auszugeben.

a) In den Krankenschein würde die Beratungsstelle personenbezogene Daten eintragen, die regelmäßig für die ordentliche Abrechnung durch das Sozialamt erforderlich sind. Mit dem Krankenschein würde nun die betreffende Person die erforderliche Behandlung bei einem niedergelassenen Arzt oder Ärztin erhalten, welcher anschließend mit dem Sozialamt auf der Grundlage des Scheins abrechnen könnte. Das Sozialamt erhielte zwar anschließend die personenbezogene Daten, es dürfte jedoch, folgt man der Rechtsauffassung des „verlängerten Geheimnisschutzes“, die Daten an die Ausländerbehörde nicht weitergeben, weil es diese Daten von einem Arzt oder einer Ärztin erhalten hat (siehe dazu die Ausführungen oben unter I.). Im Übrigen entspricht der hier vorgeschlagene Abrechnungsmodus dem des Asylbewerberleistungsgesetzes. Die Behörde entscheidet letzten Endes über die Leistungsgewährung.

⁴⁸ Dieser Ansatz wurde im Anwendungsbereich des Asylbewerberleistungsgesetzes entwickelt.

⁴⁹ Die Beratungsstelle könnte unter Umständen auch die Möglichkeit einer aufenthaltsrechtlichen Legalisierung prüfen wie zum Beispiel bei hochschwangeren Frauen.

Fraglich ist, ob die private Stelle selbst den Übermittlungspflichten unterliegen würde. Denn auch nicht-öffentliche Stellen sind wie öffentliche Stellen im Sinne des AufenthG zu behandeln, wenn sie hoheitliche Aufgaben erfüllen.⁵⁰ Bei der Ausgabe von Krankenscheinen liegt das nahe. In der praktischen Handhabung müsste deshalb sichergestellt werden, dass die Stelle der Übermittlungspflicht nicht unterliegt.

- b) Neben den nichtstaatlichen Beratungsstellen auf kommunaler Ebene kämen für die Ausgabe eines Krankenscheins alle *ärztlich geleiteten Institutionen* wie der öffentliche Gesundheitsdienst (Gesundheitsämter), die medizinischen Einrichtungen anerkannter Wohlfahrtsorganisationen oder auch beauftragte niedergelassene Ärzte (die besonders in ländlichen Regionen anzutreffen sind) in Betracht. Diese zwischengeschaltete Stelle, welche *die Aufgaben des Sozialamtes im Auftrag des Sozialamtes* wahrnimmt, wäre zwar insoweit auch öffentliche Stelle und damit grundsätzlich meldepflichtig, sie könnte aber – *weil ärztlich geleitet* – die Daten der anspruchserhebenden Person unter die Schweigepflicht stellen und damit gegenüber dem jeweiligen Sozialversicherungsträger beziehungsweise Sozialamt Anonymität garantieren. Voraussetzung für die Umsetzung dieses Ansatzes wäre im Fall des Gesundheitsamtes oder eines anderen Teils der öffentlichen Verwaltung ein direkter Kooperationsvertrag mit dem Sozialamt, in den anderen Fällen im Wege der Beleihung.⁵¹

Bei diesem Vorschlag ist ebenfalls fraglich, ob eine etwaige Beleihung dazu führt, dass die beliehene Person gemäß AufenthG zur Übermittlung der Daten an die Ausländerbehörde verpflichtet wäre. Hiergegen spricht, dass sich die Behörde oder die Person mit samt ihren Gehilfen, die in der Leistungsbewilligung die Daten verarbeiten auf die ärztliche Schweigepflicht berufen können. Die Schweigepflicht selbst leitet sich aus Bundesrecht ab und geht nach allgemeiner Auffassung einer Datenübermittlungspflicht vor.

Mit diesem Ansatz der geschützten Vergabe von Krankenscheinen gibt es allerdings bisher nur wenig praktische Erfahrungen. Lediglich in einer Kommune wurden über zehn Jahre derartige Krankenscheine einer Behörde von einer Beratungsstelle für spezifische medizinische Leistungen erfolgreich ausgestellt. Diese Praxis wurde jedoch aus politischen Gründen eingestellt. In Schleswig-Holstein gab es 2006 die Überlegung, den oben unter a) beschriebenen Ansatz über einen bestimmten Zeitraum zu erproben. Dazu sollte aus öffentlichen Mitteln ein bestimmter Geldbetrag für die Testphase zur Verfügung gestellt werden. Geplant war eine wissenschaftliche Begleitung des Projekts. Vorgespräche mit Vertretern der zuständigen Ministerien des Landes Schleswig-Holstein ergaben aber, dass aus politischen Gründen eine Durchführung des Projektes derzeit nicht möglich ist. Zu beiden Alternativen ist abschließend zu bemerken, dass auch hier die Übermittlungspflichten das zentrale Zugangshindernis und als Hürde für die Ausgestaltung dieses Ansatzes erkannt werden können. In Bezug auf die Schweigepflicht der relevanten Akteure bestehen offene Rechtsfragen, insbesondere die Definition des berufsmäßigen Gehilfen ist rechtlich umstritten (siehe oben unter I.).

⁵⁰ Vgl. § 2 Abs. 4 Satz 2 Bundesdatenschutzgesetz.

⁵¹ Beleihung heißt die förmliche Beauftragung einer privaten Person mit hoheitlichen Aufgaben, was nur durch oder auf Grund eines Gesetzes erfolgen kann.

(4) Ausbau örtlicher Gesundheitsämter oder der mit dem Schutz der Gesundheit beauftragten Behörden

Die Grundlage der örtlichen Gesundheitsämter oder anderer mit dem Schutz der Gesundheit beauftragten Behörden bilden eine Vielzahl von Bundes- und Landesgesetzen, wie beispielsweise das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen. Die behördliche Aufgabe besteht unter anderem darin, übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern. In besonderen Fällen kann die ambulante Behandlung durch einen Arzt erfolgen. Die örtlichen Gesundheitsämter oder andere mit dem Schutz der Gesundheit beauftragten Behörden sind in einigen Bundesländern in die medizinische Versorgung der örtlichen Wohnbevölkerung und so auch in Bezug auf Menschen ohne Papiere einbezogen. Hier stellt sich deshalb die Frage, ob über die Ausweitung ihrer Zuständigkeit eine Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Papiere erreicht werden kann. Ausgehend vom gesetzlichen Präventionsgedanken könnte zum Beispiel überlegt werden, die Regelung für Verhütung von sexuell übertragbaren Krankheiten und Tuberkulose auf andere Infektionskrankheiten auszuweiten und damit eine gesetzliche Grundlage für die anonyme und kostenfreie Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere zu schaffen. Der Ansatz über den Ausbau der Gesundheitsämter ist gegenläufig zur Tendenz der letzten Jahre, wonach die Gesundheitsämter in den Bundesländern teilweise ausgedünnt oder gänzlich abgeschafft werden.

(5) Lokale Initiativen/Kommunale Runde Tische

Ein wichtiger Schritt auf dem Weg der notwendigen Sensibilisierung für die Problematik im kommunalen Bereich ist die Einrichtung so genannter thematischer kommunaler Runder Tische. In Freiburg, Bonn, Hannover und Göttingen werden derzeit derartige lokale Initiativen beziehungsweise die Gründung Runder Tische erprobt. An solchen Runden Tischen sollten nach Möglichkeit alle relevanten Akteure der Kommune beteiligt sein, wie beispielsweise die zuständigen Ämter der Kommunalverwaltung, die Polizei, Unterstützerguppen, insbesondere Kirchen und Medibüros, Vertreter der Ärzteschaft und anderer Heilberufe, Krankenhäuser etc. Runde Tische können sehr unterschiedliche, auf die lokalen Bedürfnisse abgestimmte Funktionen haben, wie etwa der gegenseitige Austausch von Erfahrung und Information. Denkbare erste Aktivitäten können die Initiierung einer Bestandsaufnahme in Bezug auf die regionale Situation von Menschen ohne Papiere und ihre Versorgung und das gemeinsame Erarbeiten einer auf die lokale Situation zugeschnittenen Lösung sein.⁵²

⁵² Zum Beispiel die Stadt Köln hat – ähnlich wie zuvor die Stadt München – eine Studie zur Situation der Menschen ohne Papiere in Auftrag gegeben.

Ein Beispiel: München

In München hat bereits eine ähnliche Entwicklung stattgefunden. Diese hat auch im Ergebnis zur Errichtung eines lokalen Fonds für nichtversicherte Personen geführt. Als Träger des Münchner-Fonds ist ein gemeinnütziger Verein gegründet worden, dessen Vereinszweck es unter anderem ist, für „bedürftige Personen im Sinne dieser Satzung die Finanzierung von medizinischen Maßnahmen und Therapien zu übernehmen und dadurch auch die notwendige, kostenintensive medizinische Behandlung zu ermöglichen.“⁵³ Die Finanzierung des Fonds soll dort ausschließlich über private Spendenmittel erfolgen, da die Stadt München wie die Landesregierung des Freistaates Bayern wohl auf dem Standpunkt stehen, dass eine Zuwendung öffentlicher Gelder nicht zulässig sei. Exemplarischen Charakter am Projekt in München haben in jedem Falle die kommunalen, auf eine Verbesserung hin gerichteten gemeinsamen Prozesse (vgl. dazu Anderson 2003).

53 Vgl. § 2 Satzung Vereinsatzung (Entwurf).

IV. Diskussion der Ansätze

Die oben unter III. dargestellten Ansätze würden im Zuge ihrer Umsetzung an die rechtlichen Grenzen stoßen, die ihnen insbesondere die im Bundesrecht geregelten behördlichen Übermittlungspflichten setzen. Sie bieten keine unpolitischen, rein technischen Lösungen. Ihre Realisierung hängt überdies nicht weniger von politischem Veränderungswillen ab als die Einschränkung der behördlichen Übermittlungspflichten. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, warum die Bundesarbeitsgruppe für eine Einschränkung der behördlichen Übermittlungspflichten zur verbesserten Wahrnehmung der sozialen Rechte plädiert. Die verschiedenen Ansätze sind deshalb nicht als Alternative zur Beschränkung der behördlichen Übermittlungspflichten zu sehen.

Anforderungen an eine Lösung

Alle vorgestellten Ansätze bleiben in dem einen oder anderen Punkt hinter den Kriterien für eine geeignete Lösung zurück. Für die Bewertung des jeweiligen Ansatzes, seine mögliche Umsetzung, aber auch für darüber hinaus gehende politische Bestrebungen sind folgende Kriterien wichtig:

- (1) Die angestrebte Regelung sollte auf einen Rechtsanspruch aufbauen, der eine menschenwürdige gesundheitliche Versorgung von Frauen, Männern und Kindern ohne Papiere gewährleistet;
- (2) er sollte allen Betroffenen bundesweit einen für alle bezahlbaren und niedrigschwelligen Zugang zum allgemeinen System der gesundheitlichen Versorgung bieten;
- (3) der Ansatz sollte sicherstellen, dass die bestehenden gesetzlichen Kostenregelungen ohne weiteres von den Behörden vollzogen werden können oder alternativ eine öffentliche Finanzierungsform realisiert wird; und
- (4) er sollte eine Praxis etablieren, die sicherstellt, dass Menschen ohne Papiere hinreichend über ihre Rechte informiert sind.

Verhältnis der einzelnen Ansätze zueinander

Die vorgestellten Ansätze sind konzeptionell nicht alternativ zu sehen, sondern können in einem Ergänzungsverhältnis verstanden werden. Im Übrigen bestehen Unterschiede, die im Folgenden kurz skizziert werden sollen:

Die Ansätze unterscheiden sich zunächst bezüglich ihrer geographischen Reichweite. Während die Ansätze „Fonds“ und „Krankenversicherung“ die Zugangserleichterung bundesweit anstreben, stehen die Ansätze „Krankenschein“ und „Gesundheitsämter“ für lokale Zugangserleichterung. Entscheidend an dieser Stelle ist aber, dass theoretisch die Ansätze auf Bundes- und Kommunalebene nebeneinander bestehen und sich sinnvoll ergänzen könnten. Würde zum Beispiel eine Gemeinde die geschützte Vermittlung von Krankenscheinen etablieren, machte es immer noch Sinn, gleichzeitig einen Fonds auf Bundesebene zu haben; dies würde insbesondere für die Gebiete gelten, in denen die Kommunen keinen Krankenschein eingeführt haben.

Unterscheiden lassen sich die Ansätze überdies im Punkt der Kostenregelung. Wie bereits dargestellt, gibt es im geltenden Recht für Menschen ohne Papiere anwendbare Kostenregelungen, welche eine Kostenabwicklung für Gesundheitsversorgungsleistungen vorsehen. Das Problem besteht in der Praxis jedoch darin, dass diese Regelungen – wenn überhaupt – nur in bestimmten Fallkonstellationen vollzogen werden, wie beispielsweise bei der Notfallhilfe. Im Unterschied zu den anderen Überlegungen baut der Ansatz „Krankenschein“ auf der bestehenden Kostenregelung des Asylbewerberleistungsgesetzes auf. Dabei geht es im Kern darum, die praktischen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Rechts auf medizinische Behandlung zu schaffen. Auch der Ansatz „Krankenversicherung“ nimmt auf eine bereits bestehende Kostenregelung im Bereich der privaten Krankenversicherung Bezug. Der „Fonds“ dagegen, insbesondere der Fonds auf Bundesebene, schlägt dagegen ein über die bestehenden Kostenregelungen hinaus gehendes Kostenerstattungsverfahren vor, ohne jedoch bestehende gesetzliche Kostenregelungen und die Notwendigkeit ihres Vollzugs zu ersetzen.

V. „Aufenthaltsrechtliche Illegalität“ in der politischen Diskussion

In der politischen Öffentlichkeit wird die Frage nach der Verbesserung der sozialen Situation von Menschen ohne Papiere immer wieder kontrovers diskutiert. Im Folgenden werden einige Positionen dargestellt. Erörtert werden insbesondere die Einwände, die gegen eine Beschränkung der geltenden Übermittlungspflichten vorgebracht werden.

Einwand: Postulat von der Widerspruchsfreiheit der Rechtsordnung

Aus dem Anspruch des Staates, dass Menschen ohne Papiere das Bundesgebiet wieder verlassen, wird in der politischen Diskussion abgeleitet, Erschwernisse – wie die behördlichen Übermittlungspflichten – seien bei der Inanspruchnahme sozialer Rechte unbedingt erforderlich, um die Rechtsordnung aufrechtzuerhalten und ihre Widerspruchsfreiheit zu gewährleisten. Dieser Argumentation kann nicht gefolgt werden.

Es ist nicht zu erkennen, warum der Staat seinen Anspruch auf Ausreise gegenüber Menschen ohne Papiere aufgäbe, wenn er Lebensbedingungen gewährleistet, in denen Menschen ihre fundamentalen Rechte – wie das Recht auf Gesundheit – wahrnehmen. Vielmehr käme er dem verfassungsrechtlich verankerten Anspruch nach, den Menschenrechten zur praktischen Wirksamkeit zu verhelfen (Bielefeldt 2007: 2 ff.). Warum die Aufrechterhaltung der deutschen Rechtsordnung ohne behördliche Übermittlungspflichten gefährdet wäre, ist überdies nicht nachvollziehbar. Andere Staaten Europas – wie Deutschland vor 1990 – kennen beispielsweise diese Übermittlungspflichten nicht. Nach deren Staatsverständnis besteht kein zwingendes Erfordernis, den Zugang zu Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere mit der Durchsetzung des Ausreiseanspruchs zu koppeln (siehe auch Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages 2001).⁵⁴

Einwand: Unverzichtbarkeit von Übermittlungspflichten zur Migrationskontrolle

Von Seiten des Staates wird vorgetragen, die behördlichen Übermittlungspflichten seien ein unverzichtbares Instrument der Migrationskontrolle. Die Praxis jedoch zeigt, dass die Übermittlungspflichten verhindern, das ihnen zugesprochene Ziel zu erreichen. Die Vorstellung ihrer migrationskontrollierenden Wirkung geht nämlich davon aus, dass sich Menschen ohne Papiere im jeweiligen Krankheitsfalle an die Behörden wenden und ihre Identität und Aufenthaltssituation preisgeben, um anschließend nach einer Gesundung oder hinreichenden Genesung auszureisen. Diese Sichtweise geht an der Realität vorbei, denn die Betroffenen schrecken vor dem Behördenkontakt zurück und verzichten in diesem Zuge auf die Wahrnehmung ihrer sozialen Rechte – mit allen bereits dargelegten Konsequenzen.

⁵⁴ In Großbritannien zum Beispiel besteht eine klare Trennung zwischen Sozial- und Polizeibehörden. Das italienische System kennt für den Bereich der gesundheitlichen Versorgung sogar ein Meldeverbot.

Einwand: Gegensatz von Ordnungsrecht und Menschenrechten

Ordnungspolitik und Menschenrechte werden in der Diskussion immer wieder gegenüber gestellt und ansatzweise gegeneinander ausgespielt. In extremer Form kommt diese Auffassung zum Ausdruck, dass Ordnungsrecht und Menschenrechte zwei sich gegenseitig ausschließende Zielvorgaben hätten, zwischen denen keine Übereinstimmung erzielt werden könne. Jedoch auch die moderate Form, welche ebenfalls auf der Trennung von Ordnungsrecht und Menschenrechten fußt, ist nicht vertretbar. Denn Ordnungspolitik ist ohne die Sicherung menschenrechtlicher Gewährleistungen nicht denkbar, geschweige denn kann sie menschenrechtliche Vorgaben außer Acht lassen. Zwar ist staatliche Ordnungspolitik, die auch in den gesetzlichen Regelungen über Einreise, Aufenthalt und Ausreise ihren Ausdruck findet, grundsätzlich ein rechtstaatliches Anliegen. Aus dem Vorrang der Menschenrechte gegenüber dem meist einfachgesetzlichen oder untergesetzlichen Ordnungsrecht ergibt sich aber, dass Ordnungspolitik und Ordnungsrecht nicht unabhängig von menschenrechtlichen Vorgaben gedacht und umgesetzt werden können, ohne an Legitimität einzubüßen. Eine von den Menschenrechten entkoppelte Zielsetzung des Ordnungsrechts kann es deshalb nicht geben. Dagegen sollte Ordnungsrecht der Sicherung menschenrechtlicher Gewährleistungen dienen. Gerade darin sollte das Ziel und die Aufgabe für die deutsche Ordnungspolitik liegen.

Einwand: Selbstverschuldeter Rechtsverzicht

Immer wieder wird vorgetragen, die defizitäre medizinische Versorgung sei von den betroffenen Frauen, Männern und Kindern selbst verschuldet. Insbesondere das Bundesministerium des Innern steht auf dem Standpunkt, die Problemlösung sei bei den Betroffenen zu suchen, die sich im Krankheitsfalle einfach „den staatlichen Behörden anvertrauen“ sollten.⁵⁵ Das Argument des selbst gewollten Rechtsverzichts ist problematisch, denn es handelt sich bei der medizinischen Grundversorgung um einen Lebensbereich, dessen menschenrechtlicher Schutz jedem Menschen als „unveräußerlich“ zuerkannt wird.

Einwand: Schaffung von Pull-Effekten/Stabilisierung eines illegalen Zustandes

Gegen die Durchsetzung des Rechts auf Gesundheit wird darüber hinaus eingewandt, dass „Illegalität“ als Faktum gefördert würde, wenn der Zugang zu Leistungen der Gesundheitsversorgung ohne Gefahr der Abschiebung ermöglicht würde. Würde der Zugang zu Gesundheitsleistungen ohne Risiko eröffnet, stabilisiere der Staat nicht nur faktisch einen an sich unrechtmäßigen Zustand, sondern setze damit darüber hinaus einen Anreiz für weitere ungewollte Migration nach Deutschland (immer wieder angesprochen unter dem Schlagwort „Gesundheitstourismus“).

Dass die gesundheitliche Grundversorgung ein zentrales Motiv für die Migration gerade in ein bestimmtes Land oder sogar einen Grund für den Aufenthalt ist, steht im Widerspruch zu empirischen Befunden. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass die Ursachen für irreguläre Migration und auch die Entscheidung für ein Leben in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität sehr komplex sind (Hanson 2006). Es gibt sehr unterschiedliche Gründe, warum sich Menschen auf den Weg nach

⁵⁵ So der BMI-Vertreter am 07.03.2007 in der Anhörung im Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe.

Europa machen und in Deutschland ein Leben ohne Papiere führen. Viele Ursachen für irreguläre Migration sind in den Herkunfts- und Zielstaaten zu suchen. Ein wesentlicher *pull*-Faktor aber ist die tatsächliche Arbeits- und Verdienstmöglichkeit im Zielstaat, also die Nachfrage des informellen Arbeitsmarkts und die soziale Anschlussfähigkeit. Dagegen scheint die Vorstellung, potentielle Migrantinnen und Migranten nähmen vor der Emigrationsentscheidung einen Vergleich der sozialen Systeme europäischer Zielländer vor, wenig wahrscheinlich. Es ist dagegen erkennbar, dass die Frage der gesundheitlichen Versorgung für die Migrationsentscheidung eine untergeordnete Rolle spielt: Heute schon halten sich zahlreiche Personen in Deutschland ohne Papiere auf, obwohl medizinische Grundversorgung nur unter äußerst schwierigen Umständen zu erhalten ist. Diese Tatsache unterstreicht, dass es andere Gründe und Faktoren als die Gesundheitsversorgung hierzulande sind, welche die Menschen zur Migration nach Deutschland motivieren.

Einwand: Staatliche Gelder zur Finanzierung nicht zulässig

Geht es um die Bestimmung der staatlichen Verantwortung, wird immer wieder der Einwand gebracht, dass es nicht zulässig sei, staatliche Gelder zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen einzusetzen. Diese Sichtweise verkennt, dass es sich nicht um die staatliche Förderung „aufenthaltsrechtlicher Illegalität“, sondern um die Umsetzung eines menschenrechtlichen Anspruchs auf Zugang zu Gesundheitsversorgungsleistungen handelt. Weiterhin sind schon im heutigen System staatlich finanzierte Hilfeleistungen vorgesehen. Die bestehenden Regelungen sind allerdings in diesem Punkte nie in Frage gestellt worden.

Einwand: Kein Recht im Unrecht

Selten, aber immer noch zu hören ist die Auffassung, wer sich selbst ins Unrecht begeben, könne in Deutschland keine Rechte haben. Diese Auffassung ist mit dem Verständnis eines modernen Rechtsstaats nicht in Übereinstimmung zu bringen. Zwar ist richtig, dass Menschen ohne Papiere gegen das geltende Aufenthaltsrecht verstoßen; diese geltende Rechtsordnung stellt diese Personen aber dennoch nicht rechtlos. Zunächst kann kein Rechtsverstoß rechtfertigen, Personen ihre „unveräußerlichen“ Rechte zu entziehen. Die Gewährleistung dieser fundamentalen Rechte ist völlig unabhängig davon, ob die Person einen rechtlichen Aufenthaltsstatus hat oder nicht, beziehungsweise ob mit dem Aufenthalt ein Rechtsverstoß verbunden ist.

Abschließend noch zwei Argumente, die in der Diskussion verwandt werden, um die Notwendigkeit für politisches Handeln zu unterstreichen:

Argument: Schutz der öffentlichen Gesundheit

Immer wieder wird der Schutz der öffentlichen Gesundheit als Argument *für* die Notwendigkeit gesetzgeberischen Handelns in die Diskussion eingebracht. Das Argument hat sicherlich seine sachliche Berechtigung. Es läuft aber Gefahr, in der Diskussion überbewertet zu werden und ist überdies, weil es die Gefahr einer Stigmatisierung mit sich bringt, verhänglich.

Richtig daran ist, dass auch Menschen ohne Papiere wie alle anderen Teile der Bevölkerung in Deutschland an ansteckenden Krankheiten erkranken, welche aus Gründen der öffentlichen Gesundheit besser rechtzeitig behandelt werden sollten. Vor dem Hintergrund der Lebensbedingungen – insbesondere der so genannten „verdichteten Nutzung“ von Wohnraum – besteht auch die erhöhte Gefahr, dass zum Beispiel in dieser Personengruppe die Neuerkrankungsrate von Tuberkulose deutlich höher ist als beim Rest der Bevölkerung, der wiederum wegen der verspäteten Inanspruchnahme des Gesundheitssystems nicht rechtzeitig begegnet werden kann. Mit dem „illegalen Aufenthalt“ gedanklich eine erhöhte Gefahr für die Allgemeinheit zu verknüpfen, wäre sachlich eher falsch und bedeutet deshalb auch eine diskriminierende Stigmatisierung dieser Personengruppe.

Argument: Kostenersparnis

Für den Zugang zur medizinischen Basisversorgung wird das Argument der Kostenersparnis vorgebracht. Denn eine Notfallversorgung akuter schwerer Krankheitszustände sowie die Therapie einer schweren fortgeschrittenen chronischen Erkrankung sind auf Dauer gesehen für ein Gesundheitssystem teurer als eine Präventiv- und Früherkennungsmedizin. Durch die frühzeitige und damit auch die weniger aufwendige Behandlung von Krankheitsfällen könnten Kosten eingespart werden. Diese Aussage deckt sich mit der Erfahrung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte der Bundesarbeitsgruppe. Doch auch mit diesem ökonomischen Argument ist ein differenzierter Umgang notwendig.

Literatur

Anderson, Philip (2003): „Dass sie uns nicht vergessen...“ Menschen in der Illegalität in München. Landeshauptstadt München.

Bade, Klaus J. (2001): Die „Festung Europa“ und die illegale Migration. in: Klaus J. Bade (Hrsg.): Integration und Illegalität in Deutschland. Bad Iburg: Rat für Migration, S. 65-75.

Berliner Senat (2007): Vielfalt fördern – Zusammenhalt stärken. Das Berliner Integrationskonzept. Handlungsfelder, Ziele, Leitprojekte. Berlin.

Bielefeldt, Heiner (2007): Die faktische Gewährleistung des Rechts auf Gesundheit für irreguläre Migrantinnen und Migranten. Stellungnahme zur Anhörung im Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe des Deutschen Bundestages, 7. März 2007.

Bommes, Michael (2006): Illegale Migration in der modernen Gesellschaft – Resultat und Problem der Migrationspolitik europäischer Nationalstaaten, in: Jörg Alt/Michael Bommes (Hrsg.): Illegalität. Grenzen und Möglichkeiten der Migrationspolitik. Wiesbaden, S. 95-116.

Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin (2006): 10 Jahre Büro für medizinische Flüchtlingshilfe. Eine Erfolgsgeschichte? Berlin.

Classen, Georg (2007): Eckpunkte zur Krankenhilfe nach §§ 4 und 6 AsylbLG, mit Rechtsprechungsübersicht, Aktualisierte Fassung 2007 (Internetquelle).

Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.) (2005): Die „General Comments“ zu den VN-Menschenrechtsverträgen. Deutsche Übersetzung und Kurzeinführungen, Baden-Baden.

Fisch, Andreas (2007): Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität. Reformvorschläge und Folgenabwägungen aus sozialetischer Perspektive. Berlin.

Franz, Adelheid (2003): Medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung. In: Theda Borde/Matthias David (Hrsg.): Gut Versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main, S. 143-151.

Global Commission on International Migration (GCIM) (2005): Migration in einer interdependenten Welt: Neue Handlungsprinzipien: Bericht der Weltkommission für internationale Migration.

Greß, Stefan/Anke Walendik/Jürgen Wasem (2005): Nichtversicherte Personen im Krankenversicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland. Bestandsaufnahme und Lösungsmöglichkeiten. Expertise für die Hans-Böckler-Stiftung, Essen: Lehrstuhl für Medizinmanagement/Universität Duisburg-Essen.

Hanson, Gordon H. (2006): Illegal migration from Mexico to the United States. In: Journal of Economic Literature 12, S. 869-924.

Klee, Kristina (2000): Die progressive Verwirklichung wirtschaftlicher, sozialer und kultureller Menschenrechte: eine Interpretation von Art. 2 Abs. 1 des internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte. Stuttgart.

Marks, Stephen P. (Hrsg.) (2006): Health and human rights. Basic international documents. Cambridge. S. 80 ff.

Simitis, Spiros (Hrsg.) (2003): Kommentar zum Bundesdatenschutzgesetz, 5. Auflage. Baden-Baden.

Tröndle/Fischer (2007): Strafgesetzbuch und Nebengesetze, 54. Auflage. München.

Van Krieken, Peter (2003): Health and migration: the human rights and legal context, in: Alexander Aleinikoff/Vincent Chetail (Hrsg.): Migration and international legal norms. The Hague. S. 289-302.

Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (2001): Zur Datenübermittlungspflicht an Ausländerbehörden bei illegalem Aufenthalt und deren strafrechtliche Durchsetzbarkeit in ausgewählten Staaten der Europäischen Union (WF III – 093/01).

Anhang 1: Fälle zur Veranschaulichung

Unzureichende Behandlung

PATIENT, 45 JAHRE, stellt sich mit akuten Bauchschmerzen im Krankenhaus vor. Bei der Aufnahme wird eine prall gefüllte Harnblase als Ursache der Schmerzen vorgefunden. Auf Nachfrage berichtet der Mann über zunehmende Probleme beim Wasserlassen in den letzten zwei Jahren. Letztlich liegt ein bereits fortgeschrittener bösartiger Tumor der Prostata vor. Die Operation und Folgebehandlung gestaltet sich deutlich aufwendiger und teurer als bei frühzeitig diagnostizierter Erkrankung.

PATIENT, ANFANG 40, hat seit zwei Monaten immer wiederkehrende Magenschmerzen. Seit einigen Tagen sind die Schmerzen so stark, dass er nicht mehr essen und nicht mehr schlafen kann. Er wird in einer internistischen Praxis untersucht und unter dem Verdacht einer starken Gastritis (Entzündung der Magenschleimhaut) medikamentös versorgt. Zwei Tage später bricht er auf der Straße zusammen und wird mit dem Rettungswagen in die Notaufnahme einer Klinik gebracht. Dort diagnostizieren die Ärzte eine obere gastrointestinale Blutung (Blutung im Bereich des Magen-Darm-Trakts) und führen sofort eine Operation durch. Die frühzeitige Behandlung einer Magenschleimhautentzündung ist wenig aufwendig und nicht kostenintensiv, eine Magen-Darm-Blutung ist bei Nichtbehandlung lebensbedrohlich.

PATIENT, 40 JAHRE, sucht die Notfallambulanz auf wegen Durchfall, Erbrechen und Kopfschmerzen. Er wird mit der Diagnose „Milde Blutarmut, Brechdurchfall, Kopfschmerzen sowie erhöhte Entzündungszeichen“ wieder nach Hause geschickt. Ein Arzt weist ihn eine Woche später mit der Diagnose „Cerebrales Anfallsleiden“ (epileptischer Anfall) in das gleiche Krankenhaus ein. Weder dort noch in einem weiteren Krankenhaus wird diese Diagnose bestätigt. Eine Behandlung erfolgt nicht. Drei Tage später wird der Mann in seiner Wohnung leblos aufgefunden. Eine Obduktion ergibt einen Pilzbefall des Gehirns bei fortgeschrittener HIV-Infektion. Vermutlich war er bei einem Krampfanfall erstickt. Bei rechtzeitiger Diagnose wäre diese Pilzerkrankung behandelbar gewesen. Die HIV-Infektion war nicht erkannt worden.

Schutzimpfungen/Kinder

KIND, 2 JAHRE, wird mit ausgeprägter hochfieberhafter Maserninfektion notfallmäßig stationär aufgenommen. Bei regulärer Durchführung der in der BRD üblichen Schutzimpfungen für alle Kinder, wie es von der Ständigen Impfkommission empfohlen wird, wäre eine solch schwerwiegende Infektion mit Notwendigkeit einer stationären Behandlung voraussichtlich nicht aufgetreten.

Schwangerschaft

35 JÄHRIGE MUTTER VON 2 KINDERN, in der 24. Schwangerschaftswoche, hat seit drei Wochen zunehmenden Scheidenausfluss. Plötzlich treten Bauchschmerzen auf, die nach einiger Zeit so stark werden, dass die Frau die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsucht. Bei Ankunft im Krankenhaus treten

bereits Blutungen mit Abgang von Wasser auf. Die Frau erleidet eine Totgeburt und eine hochfieberhafte Infektion tritt auf. Eine Schwangerschaftsvorsorge erfolgte nicht aus Mangel an finanziellen Ressourcen und Angst vor Statusaufdeckung. Bei regulärer medizinischer Grundversorgung hätte die für die Totgeburt ursächliche zunächst leichte Scheideninfektion im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen frühzeitig erkannt und behandelt werden können; bei geringfügigen Kosten von zirka zehn Euro für eine ambulante antibiotische Tablettentherapie.

30 JÄHRIGE MUTTER EINES ZWEIJÄHRIGEN KINDES stellt sich wegen Unwohlsein in der Notaufnahme eines Krankenhauses vor. Dort wird mittels Urintest festgestellt, dass die Frau sich in der Frühschwangerschaft befinden muss, im Ultraschall kann jedoch keine reguläre Schwangerschaft in der Gebärmutter nachgewiesen werden. Weil die Frau die Kosten nicht bezahlen kann, findet die Laboruntersuchung nicht statt. Vier Wochen später wird die Frau mit starken Bauchschmerzen in einer anderen Klinik operiert, wo eine geplatzte Eileiterschwangerschaft mit hohem Blutverlust notfallmäßig operiert werden muss.

PATIENTIN, 35 JAHRE, ist im 3. Monat schwanger. Sie lebt seit Jahren in Deutschland, ihr Visum ist lange abgelaufen. Sie hat keine Krankenversicherung und lebt versteckt in Berlin. Bei der stark übergewichtigen Patientin besteht ein latenter Diabetes mellitus, der sich in der Schwangerschaft erneut manifestieren kann. Bei der Vorsorgeuntersuchung werden erhöhte Blutzuckerwerte festgestellt. Beim Diabetes in der Schwangerschaft ist es wichtig, schnell eine Therapie mit Insulin zu beginnen, da sonst schwere Schäden beim Neugeborenen und Geburtskomplikationen möglich sind. Die Behandlung ist teuer und erfordert eine kontinuierliche Überwachung durch spezialisierte Ärzte. Nach einigen organisatorischen Hürden beginnt die Therapie erst im 6. Monat der Schwangerschaft. Glücklicherweise verläuft die Geburt später komplikationslos und der Säugling weist keine Zeichen einer schweren Schädigung auf. Er ist jedoch viel zu groß und zu schwer, ein Zeichen für zu viel Blutzucker im mütterlichen Blut während der Schwangerschaft. Bei regulär versicherten Patientinnen wird die Versorgung schnell gesichert und gut überwacht, bei Komplikationen kann die Versorgung für Nicht-Versicherte ohne Aufenthaltsstatus schnell unzureichend werden.

Anhang 2: Dokumente zum Thema Gesundheits- versorgung für Menschen ohne Papiere seit 1997

Dokumente der Kirchen:

Erzbischöfliches Ordinariat Berlin (1997): Rechtlos in Deutschland. Eine Handreichung und Einladung zum Gespräch über die Lage von Menschen ohne Aufenthaltsrecht. Migration Nr. 3, November 1997.

Erzbischöfliches Ordinariat Berlin (Hrsg.) (2000): Illegal in Berlin. Momentaufnahmen aus der Bundeshauptstadt. Betrifft: Migration, S. 4.

Evangelische Kirche von Westfalen (Hrsg.) (2000): Ohne Recht auf Aufenthalt-illegal. Eine Handreichung und Einladung zum Gespräch über die Lage von Flüchtlingen ohne legalen Aufenthaltstatus. Bielefeld.

Sekretariat der deutschen Bischofskonferenz (2001): Leben in der Illegalität und Deutschland – eine humanitäre und pastorale Herausforderung. Bonn.

Sextro, Ulrich (2002): „Illegalität“. Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Bericht. Diakonisches Werk der Kirche im Rheinland. (<http://www.ekir.de/ekir/dokumente/ekir2003illegalitaet-auswertung.pdf>).

Evangelisches Missionswerk in Deutschland (2004): Bloß nicht auffallen. Illegale in Deutschland. Hamburg.

Wissenschaftliche Arbeitsgruppe für weltkirchliche Aufgaben der Deutschen Bischofskonferenz (Hrsg.) (2005): Ökonomisch motivierte Migration zwischen nationalen Eigeninteressen und weltweiter Gerechtigkeit. Eine Studie der Arbeitsgruppe Weltwirtschaft und Sozialethik.

Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.) (2006): Zum Umgang mit Menschen ohne Aufenthaltspapiere. Eine Orientierungshilfe des Kirchenamtes der EKD. Hannover.

Ökumenische BAG Asyl in der Kirche (2006): Solidarität mit den Entwurzelten, 2. Aufl. http://www.kirchenasyl.de/6_publication/6_1_unsere/download/Brosch%FCre%20Solidarit%E4t%202-Auflage.pdf.

Erklärungen/Resolutionen/Stellungnahmen:

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (1999): Zur rechtlichen und sozialen Situation der Ausländer ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland.

Rat für Migration (2001): Resolution des Rates für Migration (RFM) zum Problem der aufenthaltsrechtlichen Illegalität verabschiedet am 27. Juni 2001, abgedruckt in: Klaus J. Bade (Hrsg.): Integration und Illegalität. Bad Iburg: Rat für Migration, S. 101-102.

Arbeitsgruppe „Armut und Gesundheit“ (2001): Empfehlung „Migration und gesundheitliche Versorgung“. <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/genderreport/01-Redaktion/PDF-Anlagen/lit-bvgesundheit.de,property=pdf,bereich=genderreport,rwb=true.pdf> (Stand: 03.08.2007).

Deutscher Ärztetag (2005): Beschluss des 108. Deutschen Ärztetages „Medizinische Behandlung von Menschen in Armut ohne legalen Aufenthaltsstatus“ (Drucksache IV-04).

Bundesweiter Arbeitskreis „Migration und öffentliche Gesundheit“ (2005): Positionspapier <http://www.tirol.gv.at/fileadmin/www.tirol.gv.at/themen/gesellschaft-und-soziales/integration/downloads/Leitbild/uebergreifend/positionspapier.pdf> (Stand: 03.08.2007).

Manifest Illegale Zuwanderung – für eine differenzierte und lösungsorientierte Diskussion <http://www.forum-illegalitaet.de/ManifestUnterzeichnerPublikation.pdf> (Stand: 23.04.2007).

Bonner Aufruf (2005): Solidarität mit Kindern ohne Aufenthaltsstatus.

Deutscher Ärztetag (2006): Beschluss des 109. Deutschen Ärztetages „Unzureichende medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus (Drucksache V-14).

Deutscher Ärztetag (2007): Beschluss des 110. Deutschen Ärztetages „1. Entwurf eines Gesetzes zur Umsetzung aufenthalts- und asylrechtlicher Richtlinien der Europäischen Union in der Fassung vom 8. Februar 2007“ (Drucksache V-14).

Artikel und Monographien:

Alt, Jörg (1999): Illegal in Deutschland. Forschungsprojekt zur Lebenssituation ‚illegaler Immigranten‘ ausgehend von Situationen in Leipzig. Karlsruhe: von Loeper.

Alt, Jörg (1999): Leben in der Illegalität. Krankheitsbilder und Probleme bei der Behandlung. Erkenntnisse aus dem Forschungsprojekt zur Lebenssituation ‚illegaler‘ Migranten in Leipzig, Vortrag im Hygiene Museum Dresden, Unveröffentlichtes Manuskript, Berlin.

Alt, Jörg (2001): Die Verantwortung von Staat und Gesellschaft gegenüber ‚illegalen‘ Migranten, in: Jörg Alt/Ralf Fodor: Rechtlos? Menschen ohne Papiere: Anregungen für eine Positionsbestimmung, Karlsruhe, 1. Aufl., Karlsruhe, S. 15-124.

Alt, Jörg (2003): Leben in der Schattenwelt – Problemkomplex illegale Migration. Neue Erkenntnisse zur Lebenssituation ‚illegaler Migranten in München, Leipzig und anderen Städten. Karlsruhe.

Alt, Jörg/Michael Bommers (Hrsg.) (2006): Illegalität. Grenzen und Möglichkeiten der Migrationspolitik. Wiesbaden.

Alt, Jörg/Fodor, Ralf (2001): Rechtlos? Menschen ohne Papiere. Anregungen für eine Positionsbestimmung. Karlsruhe.

Alscher, St./Münz, R./Özcan, V. (2001): Illegal anwesende und illegal beschäftigte Ausländerinnen und Ausländer in Berlin. Demographie aktuell Nr. 17 (<http://www.demographie.de/demographieaktuell/index.htm>).

Anderson, Philip (2003): „Dass sie uns nicht vergessen...“ Menschen in der Illegalität in München. Landeshauptstadt München, Sozialreferat (<http://www.gruene-muenchen-stadtrat.de/seiten/themen/migration.html>).

Anderson, Philip (2006): Ein zivilgesellschaftliches Lehrstück: Die Wahrung der sozialen Rechte von Menschen in der Illegalität als Aufgabe der Kommune. Das Beispiel München. Vortrag auf der Tagung „Soziale Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus“, Evangelische Akademie Arnoldshain, 27. bis 28. März 2006.

Bade, Klaus J. (Hrsg.) (2001): Integration und Illegalität in Deutschland. Osnabrück: Rat für Migration.

Bade, Klaus J. (2001): Die „Festung Europa“ und die illegale Migration. in: Klaus J. Bade (Hrsg.): Integration und Illegalität in Deutschland. Bad Iburg: Rat für Migration.

Baumann, Nerma/Franziska Eigenmann (2002): Migration und Leben in der Illegalität. Was kann die Soziale Arbeit zur Veränderung der Lebenssituation von sans-papiers beitragen? Bern.

Beisbart, A. (2002): Zur Situation von Papierlosen in Deutschland und die Möglichkeiten sozialpädagogischer Intervention. Magazin Verlag.

Bell, Urte (1999): Erfahrungen bei der Versorgung schwangerer Frauen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus. In: Martin Franke/Raimund Geene/Eva Luber (Hrsg.): Armut und Gesundheit. Materialien zur Gesundheitsförderung, Band 1. Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung. Berlin.

Book of Solidarity (2004): Unterstützung für Menschen ohne Papiere in Deutschland, Belgien, den Niederlanden und Großbritannien, hrsg. von Picum/Pro Asyl/der Freudenberg Stiftung. Karlsruhe.

Braun, Tanja/Petra Brzank/Wiebke Würflinger (2003): Gesundheitsversorgung illegalisierter Migrantinnen und Migranten- ein europäischer Vergleich, in: Theda Borde/Matthias David (Hrsg.): Gut Versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main, S. 119-141.

Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin (2006): 10 Jahre Büro für medizinische Flüchtlingshilfe. Eine Erfolgsgeschichte? Berlin.

Cyrus, Norbert (2003): Aufenthaltsrechtliche Illegalität in Deutschland. Sozialstrukturbildung- Wechselwirkung- Politische Optionen. Bericht für den Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration. Internetpublikation: http://www.forum-illegalitaet.de/Materialien/04_Expertise_Sachverst_ndigenrat_Cyrus.pdf

Cyrus, Norbert (2005): Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Ansätze für eine menschenrechtsorientierte Migrationspolitik. In: Migration und Soziale Arbeit 2, S. 132-140.

Domenig, Dagmar (2003): Transkulturelle Kompetenz: eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung. In: Theda Borde/Matthias David (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main, S. 86-103.

Düvell, Franck (2006): Auch „Illegale“ haben Rechte. Schutz von sans papiers im europäischen Vergleich. Vortrag auf der Tagung „Soziale Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus“, Evangelische Akademie Arnoldsheim, 27. bis 28. März 2006.

Eichenhofer, Eberhard (Hg.) (1999): Migration und Illegalität. IMIS-Schriften. Bd. 7. Osnabrück.

FIAN Deutschland (2001). Social human rights in the Republic of Germany: Parallel report concerning the rights of undocumented migrants with focus on the right to health. Herne.

Fisch, Andreas (2007): Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität. Reformvorschläge und Folgenabwägungen aus sozialetischer Perspektive. Berlin.

Flüchtlingsrat Berlin/Ärzttekammer Berlin/Pro Asyl (1998): Gefesselte Medizin: Ärztliches Handeln – unabhängig von Aufenthaltsrechten? Eine Handreichung.

Fodor, Ralf (2001): Rechtsgutachten zum Problemkomplex des Aufenthalts von ausländischen Staatsangehörigen ohne Aufenthaltsrecht und ohne Duldung in Deutschland, in: Jörg Alt/Ralf Fodor: Rechtlos? Menschen ohne Papiere: Anregungen für eine Positionsbestimmung, Karlsruhe, S. 125-218.

Fodor, Ralf/Erich Peter (2005): Das Recht des statuslosen Kindes auf Bildung. Rechtsgutachten im Auftrag der Max-Traeger-Stiftung der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft. Frankfurt am Main.

Franz, Adelheid (2003): Medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung. In: Theda Borde/Matthias David (Hrsg.): Gut Versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main, S. 143-151.

Groß, Jessica (2005): Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Versorgung von Patienten und Patientinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin (http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Medizin_fuer_Statuslose.pdf.)

Hanson, Gordon H. (2006): Illegal migration from Mexico to the United States. In: Journal of Economic Literature 12, S. 869-924.

Hellbernd, Hildegard (1999): Menschenrechtsverletzung, gesundheitliche Belastungen und Gesundheitsversorgung von Frauen in der Migration, in: Martin Franke/Raimund Greene/Eva Luber (Hrsg.): Armut und Gesundheit. Materialien zur Gesundheitsförderung, Band 1. Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung. Berlin.

Hildebrand, Andrea (1998): Sozialer Schutz für Migranten in irregulären Situationen unter Berücksichtigung internationaler Rechtsinstrumente, in: epd Dokumentation Nr.8/98.

IPPNW (2004): achten statt verachten: Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere (IPPNWforum 12).

Jünschke, Klaus/Bettina Paul (2005) (Hrsg.): Wer bestimmt denn unser Leben? Beiträge zur Entkriminalisierung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Karlsruhe.

Krieger, Heike (2007): Der grundrechtliche Anspruch von Kindern irregulärer Migranten auf chancengleiche Bildung: Ein Vergleich zwischen Deutschland und den USA, in: Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht, S. 165-170.

Krieger, Wolfgang/Monika Ludwig/Patrick Schupp/Annegret Will (2006): Lebenslage „illegal“. Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Frankfurt am Main. Karlsruhe.

Langenfeld, Christine (2001): Integration und kulturelle Identität zugewanderter Minderheiten. Eine Untersuchung am Beispiel des allgemeinbildenden Schulwesens in der Bundesrepublik Deutschland, Tübingen.

Lederer, Harald W.: Typologie und Statistik illegaler Zuwanderung nach Deutschland. In: Eichenhofer, Eberhard (Hg.): Migration und Illegalität. Schriften des Instituts für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien der Universität Osnabrück, Bd.7. Osnabrück, 1999.

Malteser Migranten Medizin (2006): Erfahrungsberichte der medizinischen Betreuung ohne Krankenversicherung (www.malteser.de)

Médecins sans Frontières (2006): Experiences of Gömda in Sweden: Exclusion for health care for immigrants living without legal status. Results from a survey, Stockholm: Médcins Sans Frontières (Internetpublikation).

Monzel, Joachim (1999): Gesundheitliche Versorgung von Illegalen, in: Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Dokumentation eines Expertenworkshops. Berlin.

Müller, Doreen (2004): Recht auf Gesundheit? Medizinische Versorgung illegalisierter Migrantinnen und Migranten zwischen exklusiven Staatsbürgerrechten und universellen Menschenrechten, in: Niedersächsischer Flüchtlingsrat: Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Sonderheft 1.

Münz, Rainer/Stefan Alscher/Veyssel Özcan (2001): Leben in der Illegalität. In: Bade, Klaus J. (Hg.): Integration und Illegalität in Deutschland. Rat für Migration e.v. (RfM). Bad Iburg.

Pflaumer, Gerd (2006): Schattenmenschen. Von der Schwierigkeit, ohne Papiere leben zu müssen, in: nah und fern 33, S. 38-40.

PICUM (2001): Health Care for Undocumented Migrants: Germany, Belgium, The Netherlands, The United Kingdom. Antwerpen.

PICUM (2007): PICUM's main concerns about the fundamental rights of undocumented migrants in Europe in 2006. Brüssel (Internetpublikation).

Romero-Ortuno, Román (2004): Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned? In: European Journal for Health Law, 11. S. 245-272.

Scott, Penelope (2004): Undocumented migrants in Germany and Britain: The human „rights“ and „wrongs“ regarding accesss to health, in: Electronic Journal of Scociology, S. 1-52.

Sinn, Annette/Axel Kreienbrink/Hans Dietrich von Loeffelholz (2005): Illegally resident third-country nationals in Germany: Policy approaches, profile and social situation. Research study 2005 within the framework of the European Migration Network. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Schönwalder, Karen/Guiseppo Sciortino/Dita Vogel (2005): Migration und Illegalität in Deutschland. AKI-Forschungsbilanz 1. Berlin: Wissenschaftszentrum (http://www.wz-berlin.de/zkd/aki/files/AKI-Forschungsbilanz_1_Migration_Illegalitaet.pdf).

Schwanger, Beate (2006): Die Sans-Papiers-illegalisiert, aber nicht rechtlos. In: Widerspruch, S. 37-43.

Schwenken, Helen (2006): Rechtlos, aber nicht ohne Stimme. Politische Mobilisierungen um irreguläre Migration in die Europäische Union. Münster.

Stobbe, H. (2004): Undokumentierte Migration in Deutschland und den Vereinigten Staaten. Göttingen.

Vogel, Dita (1999): Illegale Zuwanderung nach Deutschland und soziales Sicherungssystem. In: Eichenhofer, Eberhard (Hg.): Migration und Illegalität. Schriften des Instituts für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien der Universität Osnabrück. Osnabrück.

Vogel, Dita (2003): Illegaler Aufenthalt. Konzepte, Forschungsansätze, Realitäten, Optionen. In: Dietrich Thränhardt et al. (Hrsg.): Migration im Spannungsfeld von Globalisierung und Nationalstaat. Leviathan Sonderheft 22/2003.

Vorbrodt, Eberhard (1999): Medizinische Versorgung von Migranten mit ungesichertem Aufenthaltsstatus, in: Martin Franke/Raimund Geene/Eva Luber (Hrsg.): Armut und Gesundheit. Materialien zur Gesundheitsförderung, Band 1. Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, Berlin.

Vorbrodt, Eberhardt (1999): Gesundheitliche Versorgung von Ausländern ohne Aufenthaltsrecht. Erfahrungen, Defizite, Lösungswege. Vortrag im Rahmen der Fachanhörung zur gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten am 22. September 1999 in Frankfurt am Main. Amt für Multikulturelle Angelegenheiten. Unveröffentlichtes Manuskript Berlin.

Tagungsdokumentationen:

Bündnis 90/Die Grünen (2000), Menschsein auch ohne Aufenthaltsstatus. Dokumentation des öffentlichen Fachgesprächs am 2. Juli 2000 in Berlin.

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2003): Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin.

Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (2003): Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin, Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.

Sikore, Joachim/Hermann Uihlein/Hans Nitsche (Hrsg.) (2003): Menschen in der Illegalität. Sozialarbeit in Grenzsituationen. 8. Honnefer Migrationstage, Katholisch-Soziales Institut, Bad Honnef.

Deutsches Rotes Kreuz (2004): Migrantinnen und Migranten ohne legalen Aufenthaltstitel. Dokumentation einer Fachtagung.

Alt, Jörg/Michael Bommers (Hrsg.) (2006): Illegalität. Grenzen und Möglichkeiten der Migrationspolitik. Wiesbaden (Dokumentation 1. Jahrestagung Illegalität, veranstaltet vom 2. bis 4. März 2005 in Berlin).

IPPNW (2006): Menschenrechte für Migranten ohne Papiere. Text zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Tagungsdokumentation, Berlin.

Ellen Ueberschär/Lidwina Meyer (Hrsg.) (2007): Ein Jahr Zuwanderungsgesetz. Flüchtlingsschutz, humanitärer Aufenthalt und die Rechte irregulärer Migranten; Loccumer Protokoll Nr. 11/06, Rehburg-Loccum.

NISCHE (Hrsg.) (2007): Hergekommen und geblieben. Dokumentation der Fachkonferenz vom 6. Dezember 2006 in Kiel, in: Gegenwind (Sonderheft), April 2007.

Kommissionsberichte:

Unabhängige Kommission „Zuwanderung“ (2001): Zuwanderung gestalten – Integration fördern. Berlin.

Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration (2004): Migration und Integration – Erfahrungen nutzen, Neues wagen. Jahresgutachten des Sachverständigenrates für Zuwanderung und Integration, Berlin, S. 109 ff.

Politik:

Arbeitsgruppe Armut und Gesundheit des Bundesministeriums für Gesundheit (2001): Empfehlung der Arbeitsgruppe „Armut und Gesundheit“ zu „Migration und gesundheitliche Versorgung“, Unveröffentlichtes Manuskript. Bonn.

Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (2002): Über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2004): Studie über die Zusammenhänge zwischen legaler und illegaler Migration. Kom(2004) 412 endgültig vom 04.06.2004.

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2005): Bericht 2005.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.) (2005): Illegalität von Migranten in Deutschland. Working-Paper 2/2005, Nürnberg.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2006): Illegal aufhältige Drittstaatsangehörige in Deutschland. Staatliche Ansätze, Profil und soziale Situation. Forschungsstudie 2005 im Rahmen des Europäischen Migrationsnetzwerks. Forschungsbericht, Nürnberg.

Erste Beratung des von den Abgeordneten Josef Philip Winkler, Volker Beck (Köln), Wolfgang Wieland, weiteren Abgeordneten und der Fraktion des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN eingebrachten Entwurfs eines „Gesetzes zur Verbesserung der sozialen Situation von Ausländerinnen und Ausländern, die ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland leben“ in der 16. Sitzung des Deutschen Bundestages am 9. Februar 2006 – Plenarprotokoll 16/16: <http://dip.bundestag.de/btp/16/16016.pdf> (Stand: 23.04.2007).

Öffentliche Anhörung von Sachverständigen im Innenausschuss am 26. Juni 2006. Deutscher Bundestag, 16. Wahlperiode, Innenausschussprotokoll, 15. Sitzung, Protokoll Nr. 16/15: http://www.bundestag.de/ausschuesse/a04/anhoerungen/Anhoerung_1/index.html (Stand: 23.04.2007).

Wissenschaftlicher Dienst:

Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (2005): Legalisierungsprogramme für illegal eingewanderte Migranten in verschiedenen EU-Ländern. Reg. Nr. WF III G – 292/04 vom 7.2.2005.

Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (2004): Maßnahmen des Sekundärrechts gegen illegale Einwanderung nach Europa. Reg.-Nr. WF XII - 050/04.

Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (2004): Informationen zu toten und verletzten illegalen Einwanderern an den EU Außengrenzen in Deutschland. Reg.-Nr. WF III G-107/04.

Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (2004): Illegale Einwanderung in die EU – Regelungen und Maßnahmen in Deutschland. Reg.-Nr. WF III G - 101/04.

Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (2004): Übersicht über Einrichtungen und Institutionen, die sich mit Fragen der Migration und der illegalen Einwanderung nach Europa befassen. Reg. Nr. WF XII - 051/04.

Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (2002): Einklagbarkeit von Lohn durch illegale in Kanada und den USA. 2. Reg. Nr. WF VI - 120/01 vom 22.1.2002.

Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (2002) Möglichkeiten und Grenzen für illegal in ausgewählte Staaten der EU, die USA und Kanada Eingewanderte, ihren Status zu legalisieren bzw. einzuwandern. WF III - 150/01.151/01 vom 31.1.2002.

Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (2001): Ansprüche illegaler Zuwanderer auf Krankenbehandlung in den Ländern der EU. Reg. Nr. WF VI - 49/01 vom 26.7.2001.

Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (2001): Können illegal Beschäftigte (Ausländer) ihren Lohn einklagen? Reg. Nr. WF VI - 48/01 vom 1.8.2001.

Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (2001): Zur Datenübermittlungspflicht an Ausländerbehörden bei illegalem Aufenthalt und deren strafrechtliche Durchsetzbarkeit in ausgewählten Staaten der Europäischen Union. Reg.-Nr. WF III - 093/01 vom 28.8.2001.

Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (2001): Zum Aufenthaltsstatus von ‚illegalen‘ Ausländern in ausgewählten Mitgliedsstaaten der EU. Reg.-Nr. WF III - 56/01 vom 29.8.2001.

Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (2001): Die Übermittlung ausländer- bzw. melderechtlich relevanter Daten an die Ausländerbehörden in der Bundesrepublik Deutschland, in Staaten der EU und den USA bei der Einschulung von Schulpflichtigen. Reg.-Nr. WF III - 225/00 vom 8.10.2001.

Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (2000): Krankenhilfe für Ausländer ohne Aufenthaltsgenehmigung. Reg.-Nr. WF VI - 71/00 vom 7.6.2000.

Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (2000): Anspruch auf Arbeitsentgelt bei Beschäftigung ohne Aufenthaltsgenehmigung. Reg.-Nr. WF VI - 70/00 vom 8.6.2000.

Land/Kommune:

Rechtsamt der Stadt Freiburg im Breisgau (2003): Hearing zur Situation der „Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Freiburg“. Stellungnahme vom 27. Oktober 2003. Anlage 2 zur Drucksache G 03267.

Stadt München: Beschluss des Sozialausschusses vom 29.04.2004 (SB).

Berliner Senat (2007): Vielfalt fördern – Zusammenhalt stärken. Das Berliner Integrationskonzept. Handlungsfelder, Ziele, Leitprojekte. Berlin.

Anhang 3: Zitierte Rechtsdokumente

Asylbewerberleistungsgesetz

§ 4 (1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist. (2) werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren. (3) Die zuständige Behörde stellt die ärztliche und zahnärztliche Versorgung einschließlich der amtlich empfohlenen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen sicher. Soweit die Leistungen durch niedergelassene Ärzte oder Zahnärzte erfolgen, richtet sich die Vergütung nach den am Ort der Niederlassung des Arztes oder Zahnarztes geltenden Verträgen nach § 72 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die zuständige Behörde bestimmt, welcher Vertrag Anwendung findet.

§ 6 (1) Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind. Die Leistungen sind als Sachleistungen, bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren. (2) Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, soll die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt werden.

Aufenthaltsgesetz

§ 87 (1) Öffentliche Stellen haben ihnen bekannt gewordene Umstände den in § 86 Satz 1 genannten Stellen auf Ersuchen mitzuteilen, soweit dies für die dort genannten Zwecke erforderlich ist. (2) Öffentliche Stellen haben unverzüglich die zuständige Ausländerbehörde zu unterrichten, wenn sie Kenntnis erlangen von 1. dem Aufenthalt eines Ausländers, der keinen erforderlichen Aufenthaltstitel besitzt und dessen Abschiebung nicht ausgesetzt ist, 2. dem Verstoß gegen eine räumliche Beschränkung oder 3. einem sonstigen Ausweisungsgrund; in den Fällen der Nummern 1 und 2 und sonstiger nach diesem Gesetz strafbarer Handlungen kann statt der Ausländerbehörde die zuständige Polizeibehörde unterrichtet werden, wenn eine der in § 71 Abs. 5 bezeichneten Maßnahmen in Betracht kommt; die Polizeibehörde unterrichtet unverzüglich die Ausländerbehörde.

§ 88 (1) Eine Übermittlung personenbezogener Daten und sonstiger Angaben nach § 87 unterbleibt, soweit besondere gesetzliche Verwendungsregelungen entgegenstehen. (2) Personenbezogene Daten, die von einem Arzt oder anderen in § 203 Abs. 1 Nr. 1, 2, 4 bis 6 und Abs. 3 des Strafgesetzbuches genannten Personen einer öffentlichen Stelle zugänglich gemacht worden sind, dürfen von dieser

übermittelt werden, 1. wenn der Ausländer die öffentliche Gesundheit gefährdet und besondere Schutzmaßnahmen zum Ausschluss der Gefährdung nicht möglich sind oder von dem Ausländer nicht eingehalten werden oder 2. soweit die Daten für die Feststellung erforderlich sind, ob die in § 55 Abs. 2 Nr. 4 bezeichneten Voraussetzungen vorliegen. (3) Personenbezogene Daten, die nach § 30 der Abgabenordnung dem Steuergeheimnis unterliegen, dürfen übermittelt werden, wenn der Ausländer gegen eine Vorschrift des Steuerrechts einschließlich des Zollrechts und des Monopolrechts oder des Außenwirtschaftsrechts oder gegen Einfuhr-, Ausfuhr-, Durchfuhr- oder Verbringungsverbote oder -beschränkungen verstoßen hat und wegen dieses Verstoßes ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren eingeleitet oder eine Geldbuße von mindestens fünfhundert Euro verhängt worden ist. In den Fällen des Satzes 1 dürfen auch die mit der polizeilichen Kontrolle des grenzüberschreitenden Verkehrs beauftragten Behörden unterrichtet werden, wenn ein Ausreiseverbot nach § 46 Abs. 2 erlassen werden soll. (4) Auf die Übermittlung durch die mit der Ausführung dieses Gesetzes betrauten Behörden und durch nicht öffentliche Stellen finden die Absätze 1 bis 3 entsprechende Anwendung.

Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau

Artikel 11 Absatz 1 (f) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau im Berufsleben, um ihr auf der Grundlage der Gleichberechtigung von Mann und Frau gleiche Rechte zu gewährleisten, insbesondere (...) f) das Recht auf Schutz der Gesundheit.

Artikel 12 (1) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau im Bereich des Gesundheitswesens, um der Frau gleichberechtigt mit dem Mann Zugang zu den Gesundheitsdiensten, einschließlich derjenigen im Zusammenhang mit der Familienplanung, zu gewährleisten. (2) Unbeschadet des Absatzes 1 sorgen die Vertragsstaaten für angemessene und erforderlichenfalls unentgeltliche Betreuung der Frau während der Schwangerschaft sowie während und nach der Entbindung und für eine ausreichende Ernährung während der Schwangerschaft und Stillzeit.

Internationales Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung

Artikel 5 e) Im Einklang mit den in Artikel 2 niedergelegten grundsätzlichen Verpflichtungen werden die Vertragsstaaten die Rassendiskriminierung in jeder Form verbieten und beseitigen und das Recht jedes einzelnen, ohne Unterschied der Rasse, der Hautfarbe, des nationalen Ursprungs oder des Volkstums, auf Gleichheit vor dem Gesetz gewährleisten; dies gilt insbesondere für folgende Rechte (...) e) wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, insbesondere (...) iv) das Recht auf öffentliche Gesundheitsfürsorge, ärztliche Betreuung.

Übereinkommen über die Rechte des Kindes

Artikel 24 Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit. Die Vertragsstaaten bemühen sich sicherzustellen, dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird.

Artikel 7 Das Kind ist unverzüglich nach seiner Geburt in ein Register einzutragen und hat das Recht auf einen Namen von Geburt an, das Recht, eine Staatsangehörigkeit zu erwerben.

Europäische Sozialcharta

Artikel 12 Um die wirksame Ausübung des Rechtes auf Schutz der Gesundheit zu gewährleisten, verpflichten sich die Vertragsparteien, entweder unmittelbar oder in Zusammenarbeit mit öffentlichen oder privaten Organisationen geeignete Maßnahmen zu ergreifen.

Charta der Grundrechte der Europäischen Union

Artikel 35 Jede Person hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten.

Deutsches Institut für Menschenrechte
German Institute for Human Rights

Zimmerstraße 26/27
D-10969 Berlin

Phone (+49) (0)30 – 259 359 0
Fax (+49) (0)30 – 259 359 59
info@institut-fuer-menschenrechte.de
www.institut-fuer-menschenrechte.de

www.institut-fuer-menschenrechte.de