

Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin

Gneisenaustr. 2a | 10961 Berlin | Tel.: 030 6946746 | info@medibuero.de
www.medibuero.de | Bürozeiten: Montag + Donnerstag 16.30 - 18.30 Uhr



Konzeptpapier Anonymer Krankenschein

Einleitung/Problemaufriss

„Die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland ist defizitär“ – so lautet das zusammenfassende Urteil der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität¹, in der sich auf Einladung des Deutschen Instituts für Menschenrechte und des Katholischen Forums Leben in der Illegalität bundesweit Fachleute aus Wissenschaft, Praxis, kommunaler Verwaltung, Kirchen, Wohlfahrtsverbänden und nichtstaatlichen Organisationen ausführlich mit dem Problem der medizinischen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus beschäftigt haben. Laut Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) steht dieser Personengruppe medizinische Versorgung zu: Bei akuten und schmerzhaften Erkrankungen (§4) und wenn es zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich ist (§6). Die Sozialämter als Leistungsträger sind allerdings durch den § 87 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) verpflichtet, die Ausländerbehörde zu unterrichten, wenn sie Kenntnis vom unerlaubten Aufenthalt einer Person erlangen. Da den Betroffenen dadurch Abschiebehaft und Abschiebung droht, nehmen sie die Leistungen nach dem AsylbLG faktisch kaum in Anspruch. Da ihnen der Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung versagt ist, werden bei gesundheitlichen Problemen Ärztinnen und Ärzte meist erst aufgesucht, wenn dies unvermeidlich ist. Dadurch wird die Chance für eine frühzeitige Diagnose und Therapie vertan. „Der Krankheitsverlauf droht schwerer zu werden, vermeidbare stationäre Aufenthalte und die Gefahr einer Chronifizierung der Beschwerden“ (ebd. S.10) sind die Folge. Diese Einschätzung der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität deckt sich mit den Erfahrungen des Büros für medizinische Flüchtlingshilfe seit über zwölf Jahren: Krebserkrankungen werden zu spät erkannt, bei chronischen Leiden entstehen Folgeschäden an anderen Organen, Infektionskrankheiten werden nicht ausreichend therapiert und Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen nicht durchgeführt, so dass zum Beispiel in der Schwangerschaft Gesundheitsschäden für Mutter und Kind entstehen können².

In der neuen Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum AufenthG hat sich der Gesetzgeber die Rechtsauffassung des verlängerten Geheimnisschutzes zu Eigen gemacht (88.2.3. der Bundesrat Drucksache 669/09 vom 27.7.09). Es wird klar gestellt, dass auch das Personal der Krankenhausverwaltungen zu den berufsmäßigen ärztlichen Gehilfen zählt und somit der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt. Darüber hinaus verlängert sich der Geheimnisschutz in die Sozialämter hinein, wenn Daten von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus zum Zwecke der Leistungsabrechnung übermittelt werden. In diesen Fällen dürfen die Sozialämter die Daten nicht an die Ausländerbehörde weitergeben. Ob dann eine Kostenübernahme erfolgt, ist jedoch weiterhin unsicher. Der Identitäts- und Bedürftigkeitsnachweis wird für Menschen ohne Papiere sicher problematisch werden. Ob in Zukunft hier ein unbürokratisches Vorgehen zwischen Krankenhäusern und Sozialämtern möglich wird, ist Frage des politischen Willens. Darüber hinaus ist der Zugang zur ambulanten medizinischen Versorgung faktisch weiterhin versperrt, da die Patientinnen und Patienten sich in diesen Fällen

¹ Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland – Ihr Recht auf Gesundheit. Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität, hrsg. vom Deutschen Institut für Menschenrechte, Berlin 2007

² Zehn Jahre Büro für medizinische Flüchtlingshilfe – Eine Erfolgsgeschichte? Berlin 2006, http://www.medibuero.de/de/Materialien/Broschuere_2006.html

vorher direkt beim Sozialamt um einen Krankenschein bemühen müssen. Dadurch entsteht eine absurde Situation: Eine Vorstellung beim niedergelassenen Arzt kann nicht gefahrlos erfolgen, entstehen durch die fehlende Versorgung jedoch Komplikationen, ist die Behandlung im Krankenhaus möglich. *Genau an dieser Stelle setzt das Konzept der geschützten Vermittlung von Krankenscheinen an.*

Die Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität diskutiert in ihrem Bericht verschiedene Lösungsansätze und Empfehlungen. Die Empfehlung, die Übermittlungspflicht nach §87 AufenthG einzuschränken, ist auf Ebene der einzelnen Bundesländer nicht umsetzbar. Auf Länderebene wäre ein Fondsmodell oder die geschützte Vermittlung von Krankenscheinen realisierbar. Beide Modelle haben Vor- und Nachteile.

Ein **Fondsmodell** baut auf die bestehenden Hilfsstrukturen wie den Büros für medizinische Flüchtlingshilfe, MediNetzen und der Malteser Migranten Medizin auf und erscheint daher zunächst einfacher umsetzbar. Es weist jedoch nicht über die bestehenden Parallelsysteme hinaus. Es kann keine dem Regelsystem gleichwertige medizinische Versorgung leisten und stößt schnell an fachliche und finanzielle Grenzen. Woher kommen die Gelder? Wer würde die Gelder an wen nach welchen Kriterien verteilen? Was passiert, wenn die Mittel aufgebraucht sind? Dies muss definiert und dann durch eine zusätzlich aufzubauende Bürokratie umgesetzt werden. Die Erfahrung zeigt, dass ein auf Spendenmitteln und unentgeltlicher ärztlicher Arbeit basierendes Parallelsystem komplexe medizinische Probleme nicht adäquat lösen kann. Aus menschenrechtlicher Sicht ist es nicht vertretbar, die Gesundheitsversorgung von freiwilligem Engagement und Spendenbereitschaft abhängig zu machen. Vielmehr muss ein individueller Rechtsanspruch auf reguläre Gesundheitsversorgung das Ziel sein.

Durch die **geschützte Vermittlung von Krankenscheinen** (anonymer Krankenschein) kann die Integration von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in die medizinische Regelversorgung erreicht werden.

Ein vergleichbares Modell wurde seit Jahren erfolgreich in Italien umgesetzt. Über einen in staatlichen Gemeindegesundheitszentren (Agenzia Sanitarie Locale) vergebenen Code erhielten Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung (Braun, Brzank, Würflinger 2003)³. Dass die Berlusconi Regierung diese Zugangsmöglichkeit 2009 beendet hat, zeigt einmal mehr, dass es bei der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere um eine Frage des politischen Willens geht.

Durch das Projekt Anonymer Krankenschein kann die medizinische Versorgung von AusländerInnen ohne Krankenversicherung jedoch nicht zufriedenstellend gewährleistet werden. MigrantInnen aus den neuen EU-Ländern beispielsweise halten sich in der Regel nicht illegal in Deutschland auf, sind aber häufig weder hier noch in ihrem Herkunftsland krankenversichert. Ihnen stehen keine Leistungen nach dem AsylbLG zu. In Notfällen ist eine Versorgung nach SGB XII möglich. Die reguläre Gesundheitsversorgung dieser Personengruppen bleibt aber ein ungelöstes Problem. Die Erfahrungen verschiedener Beratungsstellen zeigen, dass diese Problematik in Berlin in den letzten Jahren erheblich zugenommen hat. Die Ursache dafür ist das Auseinanderklaffen von Reisefreiheit und sozialen Sicherungssystemen im Rahmen der europäischen Integration.

Konzept

Ziel

Ziel ist es, Menschen ohne Aufenthaltsstatus die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen nach dem AsylbLG zu ermöglichen, ohne sie durch die Datenweitergabe zu gefährden. Die grundsätzliche Kritik am AsylbLG sowie die Forderung nach Eingliederung aller Be-

³ Braun, Brzank, Würflinger: Medizinische Versorgung von illegalisierten Migrantinnen und Migranten – ein europäischer Vergleich. In: Borde, David (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen, S. 119-142, Frankfurt/Main 2003

dürftigen in das Sozialrecht unabhängig vom Aufenthaltsstatus bleibt davon selbstverständlich unberührt. Die reduzierten medizinischen Leistungen nach AsylbLG §4 und §6 (vgl. oben) sind wiederholt von der Bundesärztekammer kritisiert und als dem ärztlichen Gleichbehandlungsauftrag zuwiderlaufend abgelehnt worden.

Die reduzierten Leistungen bei Unterbringung und Verpflegung führen darüber hinaus zu weiteren gesundheitlichen Belastungen. Doch: zumindest diese unter dem Sozialhilfeniveau liegenden gesetzlich definierten Leistungen sollten auch Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus ohne Angst vor Abschiebung in Anspruch nehmen können.

Verfahren

Anlaufstelle zur Vergabe des anonymen Krankenscheins sollten Gesundheitsämter bzw. Stellen des öffentlichen Gesundheitswesens unter ärztlicher Leitung sein. Zum Team sollte eine SozialarbeiterIn mit guten Kenntnissen im Ausländerrecht gehören. Hier erfolgt die Datenerhebung und Bedürftigkeitsprüfung unter Schweigepflicht. Die **Bedürftigkeitsprüfung** erfolgt analog §4 und §6 des AsylbLG. Im Anschluss werden die anonymen Krankenscheine ausgegeben. Für die Bedürftigkeitsprüfung ist ein Kooperationsvertrag mit dem Sozialamt erforderlich, da die Anlaufstelle die Aufgaben des Sozialamtes in dessen Auftrag wahrnimmt. Aufgrund der ärztlichen Leitung steht die Anlaufstelle unter Schweigepflicht. Die ernsthafte Bedürftigkeitsprüfung muss dort analog zum Vorgehen im Sozialamt stattfinden. Dabei liegt es in der Natur der Sache, dass die Bedürftigkeitsprüfung sich weniger auf schriftliche Dokumente (Mietvertrag, Arbeitsvertrag, Kontoauszüge etc.) stützen kann, vielmehr muss die Vergabestelle eine „gate keeper“-Funktion erfüllen. Dazu gehört ein ausführliches Interview mit den Betroffenen über deren Lebenssituation und finanziellen Verhältnisse. Dies muss dokumentiert werden, die Dokumentation verbleibt bei der Vergabestelle. Alle erhobenen Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wenn irgendwie möglich, sollte ein Personaldokument vorgelegt werden. Bei schweren Erkrankungen und/oder Reiseunfähigkeit kann oft eine Duldung beantragt werden. Durch die Integration einer Rechtsberatung können die Möglichkeiten einer Legalisierung erörtert werden. Eine „Hotline“ zur Ausländerbehörde, mit der Fälle auch anonym vorab besprochen werden könnten, würde der Beratungsstelle das Ausloten verschiedener Handlungsoptionen gemeinsam mit den Betroffenen ermöglichen. Dadurch könnten Menschen für eine Aufenthaltslegalisierung erreicht werden, die bisher eine Offenbarung bei der Ausländerbehörde gescheut haben und Illegalität insgesamt könnte verringert werden.

Die Vergabestelle erfüllt auch eine „case-manager“-Funktion. Sie kann für die PatientInnen Termine in Arztpraxen ausmachen bzw. für die Beschwerden spezialisierte ÄrztInnen / medizinische Einrichtungen empfehlen. Mit dem nummerierten anonymen Krankenschein kann der oder die Betroffene dann jeden Arzt / jede Ärztin, jede Praxis oder jedes Krankenhaus aufsuchen. Der Krankenschein gilt für ein Quartal. Bei einer späteren Wiedervorstellung kann auf die ursprüngliche Dokumentation zurückgegriffen werden, und nur noch Veränderungen der Lebenssituation müssen erfragt werden.

Abrechnung

Die Abrechnung der ambulanten Behandlung mit dem anonymen Krankenschein erfolgt analog zur Abrechnung der Sozialämter nach dem AsylbLG. Alternativ wäre auch denkbar, dass die Vergabestelle abrechnet und die Kosten dann insgesamt dem Sozialamt in Rechnung stellt. Dieses Vorgehen wäre für die Vergabestelle jedoch aufwendiger.

Auf den Einweisungsscheinen und Rechnungen stehen keine Namen, sondern anonymisierte Codes. Um eine adäquate Rechnungsprüfung der erbrachten Leistungen zu ermöglichen, müssen Geschlecht und Geburtsjahr des/der PatientIn ersichtlich sein.

Vergabestelle

Als Vergabestellen sind Gesundheitsämter bzw. Stellen des öffentlichen Gesundheitswesens unter ärztlicher Leitung geeignet, die bereits Erfahrung mit der Arbeit mit MigrantInnen haben und bei diesen als vertrauenswürdig bekannt sind.

Das Personal verfügt über sozialpädagogisches Know-how, und die Ratsuchenden können gleichzeitig mit Präventionsangeboten erreicht werden. Dadurch können wiederum langfristig Kosten gesenkt werden. Um den oben skizzierten Aufgaben der Bedürftigkeitsprüfung, der gate-keeper-Funktion und des Case Managements gerecht zu werden, müssen zusätzliche Sozialarbeiterstellen eingerichtet werden.

Sowohl in der Anlaufstelle als auch zur Begleitung der PatientInnen während der medizinischen Behandlung ist in manchen Fällen Sprachmittlung erforderlich.

Kosten

Die Kostenplanung des Modellprojektes ist nur bedingt möglich, da unbekannt ist, wie viele Menschen sich ohne Aufenthaltsstatus hier aufhalten und wie viele das Projekt in welchem Umfang in Anspruch nehmen werden.

Da die Betroffenen einen Anspruch auf Leistungen nach dem AsylbLG haben, den sie bisher nur wegen der Gefahr der Datenweitergabe nicht in Anspruch nehmen, geht es nicht um freiwillige Leistungen der Kommune, sondern um gesetzlich abgesicherte Verpflichtungen.

Für eine annähernde Kostenschätzung kann auf die Zahlen der bisherigen Hilfsstrukturen zurückgegriffen werden. Für Berlin z.B. werden durch das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe jährlich rund 1000 PatientInnen vermittelt. Die Malteser Migranten Medizin hat im Jahr 2007 3100 Menschen versorgt⁴. Die bisherigen Ergebnisse einer Erhebung des Diakonischen Werks gehen von 6000-22 000 Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Hamburg aus⁵. Unter Kenntnis der durchschnittlichen lokalen Krankheitskosten nach AsylbLG können auf dieser Basis Modellrechnungen angestellt werden. Wie viele Personen tatsächlich eine geschützte Vermittlung von Krankenscheinen in Anspruch nehmen würden, bleibt letztendlich jedoch nicht berechenbar. Aufgrund der Schwellenangst kann die Inanspruchnahme sogar geringer sein als bei den bereits bekannten Hilfsangeboten. Für eine valide Kostenplanung sind noch zu viele Daten unbekannt. Gerade darin liegt auch eine Funktion des Projektes: Über einen definierten Zeitraum kann evaluiert werden, wie hoch der tatsächliche Bedarf und der benötigte Finanzrahmen ist. Dies ermöglicht den politischen Verantwortungsträgern, eine verlässliche Bedarfsplanung von Gesundheitsleistungen für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus vorzunehmen.

Durch eine zeitgerechte und adäquate medizinische Versorgung können chronische Verläufe und daraus resultierende Notfälle vermieden werden – das spart Krankenhauskosten, die bereits jetzt von den Sozialämtern übernommen werden müssen.

Evaluation

Darüber hinaus ist eine wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Modellprojektes sinnvoll. An dieser Stelle kann eine Kooperation mit WissenschaftlerInnen z.B. aus dem Public Health Bereich erfolgen.

Aktualisierter Konzeptentwurf Oktober 2009

⁴www.malteser.de/73.Malteser_Migranten_Medizin/73.04.Links_Materialien/Erfahrungsbericht2007_final.pdf

⁵ Süddeutsche Zeitung 29./28.8.09, Seite 6