

# 10 Jahre Büro für medizinische Flüchtlingshilfe



## Eine Erfolgsgeschichte?



## Wer wir sind

Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe existiert seit 1996 als selbstorganisiertes und nichtstaatliches Projekt.

Seit der Gründung verfolgen wir als antirassistische Initiative das Ziel, die Gesundheitsversorgung von illegalisierten\* Flüchtlingen und MigrantInnen auf politischem und pragmatischem Wege zu verbessern.

Da der faktische Ausschluss von Illegalisierten aus dem regulären Gesundheitssystem vor allem politisch begründet ist, wollen wir durch Öffentlichkeitsarbeit Bewusstsein schaffen für diese Problematik und fordern politische Lösungen.

Alle MitarbeiterInnen arbeiten unentgeltlich in dem Projekt.

\* Wir sprechen von Menschen ohne Papiere oder Illegalisierten, da der häufig verwendete Begriff »Illegale« nicht geeignet ist, die Lebenssituation dieser Menschen zu beschreiben. Illegal impliziert, jemand habe sich eines Verbrechens schuldig gemacht und sei kriminell. Tatsächlich aber besteht der einzige Gesetzesbruch im Übertreten der ausländerrechtlichen Aufenthaltsbestimmungen. In anderen Sprachen gibt es weniger diskriminierende Begriffe (undocumented migrants, sans papiers, sin papeles etc.).

**»Jeder Mensch hat das Recht, selbst zu entscheiden, wo und wie er leben will. Der Regulierung von Migration und der systematischen Verweigerung von Rechten steht die Forderung nach Gleichheit in allen sozialen und politischen Belangen entgegen, nach Respektierung der Menschenrechte jeder Person unabhängig von Herkunft und Papieren. Deshalb rufen wir dazu auf, MigrantInnen bei der Ein- und Weiterreise zu unterstützen. Wir rufen dazu auf, MigrantInnen medizinische Versorgung, Schule und Ausbildung, Unterkunft und materielles Überleben zu gewährleisten.**

**Denn: kein Mensch ist illegal.»**

*aus: kein mensch ist illegal – ein Handbuch zu einer Kampagne, 1999, S. 5*



**Wir danken allen die durch ihre praktische, materielle und politische Unterstützung die Arbeit des Projektes ermöglichen.**

## Inhalt

### Impressum

Herausgegeben von Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin  
Berlin im September 2006

Redaktion | Kontakt | ViSdP Büro für medizinische Flüchtlingshilfe  
Mehringhof | Gneisenaustraße 2 a | 10961 Berlin

info@medibuero.de  
www.medibuero.de

**Copyright** Verbreitung und Vervielfältigung dieser Broschüre sind ausdrücklich erwünscht  
**Bildnachweis** Umbruch Bildarchiv, Berlin bzw. MediBüro Berlin  
**Satz** Dirk Braunheim

**Spendenkonto**  
Flüchtlingsrat Berlin e. V. | Stichwort: Medizinische Hilfe  
Bank für Sozialwirtschaft  
Kto-Nr.: 3 260 302  
BLZ: 100 205 00

Wir stellen Spendenquittungen aus.  
Hierfür bitte vollständigen Namen und Adresse auf dem Überweisungsträger angeben.

	4	Unser Ziel ist es uns überflüssig zu machen – ein Vorwort
<b>Chronik wichtiger Daten</b>	4	
<b>Rechtliche Grundlagen</b>	5	
	6	Die Anfänge
	14	Organisationsform des Medibüros
<b>»Festung Europa«</b>	15	
	18	Praktische Arbeit
	20	Ungenügende Versorgung
	24	Politische Arbeit
<b>Papierlos in Europa – Anrecht auf medizinische Versorgung?</b>	25	
	38	Veränderungen und Entwicklungen
<b>Ansätze für »Lösungsmodelle« – ein Überblick</b>	39	
	42	Fazit
	44	Link-Liste

## Unser Ziel ist es, uns überflüssig zu machen – ein Vorwort

Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe feiert dieses Jahr seinen zehnten Geburtstag. Wir nehmen diesen Geburtstag zum Anlass, Bilanz zu ziehen: Was haben wir eigentlich in den letzten zehn Jahren gemacht und wofür war das gut? Was ist die Perspektive?

Wir wollen die Diskussionen, Brüche und Konflikte eines linken antirassistischen Projekts nachzeichnen, die andere Gruppen und Projekte möglicherweise ebenfalls beschäftigen. Das heißt nicht, wir hätten diese Konflikte gelöst oder die Diskussionen zu Ende geführt. Mit dem vorliegenden Versuch einer selbstkritischen Reflexion möchten wir einen Beitrag zur Weiterentwicklung unserer und anderer antirassistischer Praxis leisten. Wir knüpfen damit auch an die Thematik des im Sommer 2005 veröffentlichten Buches »WiderstandsBewegungen. Antirassismus zwischen Alltag & Aktion« an: »Für das Buchpro-

jekt haben wir Einzel- und Gruppenmeinungen gesucht, die eigene *WiderstandsBewegungen* erklären, Widerstandsformen diskutieren, Kontroversen und Debatten aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchten oder Konflikte noch einmal transparent machen. Im Mittelpunkt steht die Sicht aus und in die Bewegungen. Wir fragen nicht (nur) nach guten Analysen und dichten Beschreibungen, sondern vor allem nach Widerstandserfahrungen, nach Bewertungen von Niederlagen und natürlich auch von Erfolgen, sowie zukünftige Perspektiven und Utopien.«<sup>1</sup>

Beginnen wir mit den Widersprüchen und führen wir die Debatten zu Perspektiven und Utopien gemeinsam fort.

Ein Widerspruch, der unserem Ansatz immanent ist, ist das Spannungsverhältnis zwischen Forderungen an den Staat und realer Nischenpolitik, die die angeprangerten Probleme so gut wie möglich autonom zu lösen versucht. Wir fordern die staatlich finanzierte medizinische Versorgung für alle – unabhängig vom Aufenthaltsstatus. Gleichzeitig bieten wir eine auf Umwegen organisierte medizinische Versorgung an.

In unserem »Büroalltag« bewegen wir uns dementsprechend zwischen politischer Öffentlichkeitsarbeit und sozialarbeiterischer Unterstützung Einzelner.

Beides erfordert eine gewisse Professionalisierung. Um überzeugend in der Öffentlichkeit Forderungen erheben zu können, müssen wir die gesetzlichen Grundlagen ebenso kennen wie die realen Probleme; und um Kranke ohne Auf-

enthaltsstatus unterstützen zu können, sind medizinische Kenntnisse genauso nötig wie Wissen über Krankenversicherungen und die Paragraphen des Asylbewerberleistungsgesetzes. Eine Professionalisierung im Sinne von bezahlten Stellen haben wir nie gewollt, da wir keinen Ausbau von Parallelstrukturen mit reduziertem Leistungsumfang wollen, sondern die Integration in die Regelversorgung mit einklagbarem Rechtsanspruch für Illegalisierte. Die Selbstorganisation ist einerseits autonom und unabhängig und gerät andererseits immer wieder an ihre Grenzen. Daraus ergibt sich unser eigentliches Ziel: unsere Arbeit überflüssig machen.

Wir haben als weiße Deutsche vor zehn Jahren das Büro für medizinische Flüchtlings»hilfe« gegründet und befanden uns damit von Anfang an im Spannungsfeld zwischen der Hilfe für Bedürftige und dem Anspruch an eine gleichberechtigte Zusammenarbeit mit MigrantInnen. Die Diskussionen über dieses Spannungsfeld und die Versuche MigrantInnen als aktiv Mitarbeitende einzubeziehen haben unsere Geschichte begleitet.

Welche Erwartungen haben sich bewahrt? Wie haben sich die Diskussionen und die Probleme verändert?

<sup>1</sup> interface (Hg.): *WiderstandsBewegungen. Antirassismus zwischen Alltag & Aktion*. Assoziation A, 2005, S. 16f.

### Rechtliche Grundlagen

Formal fallen Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus (ausreisepflichtige Ausländer) unter das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylLG) und haben damit Zugang zur medizinischen Versorgung bei akuten oder schmerzhaften Krankheiten (§ 4) oder zu Leistungen, die zur Aufrechterhaltung der Gesundheit unerlässlich sind (§ 6). Dazu müssen sie sich jedoch an das Sozialamt wenden, das gesetzlich zur Meldung an die Ausländerbehörde verpflichtet ist (§ 87 AufenthaltG), womit die Abschiebung droht.

Medizinisches Personal ist zu dieser Meldung nicht verpflichtet, ob Verwaltungen öffentlicher Krankenhäuser zu einer Datenweitergabe an die Ausländerbehörde verpflichtet sind, ist unter JuristInnen umstritten.

Ausführlich nachzulesen unter:

- >>> [www.medibuero.de](http://www.medibuero.de)
- >>> [www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Medizin\\_fuer\\_Statuslose.pdf](http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Medizin_fuer_Statuslose.pdf)

## Die Anfänge

### Gesellschaftliche Ausgangssituation und die Linke

Anfang der 90er Jahre war das gesellschaftliche Klima geprägt vom weltweiten Zusammenbruch des Sozialismus und von rassistischer Ausgrenzung. Der Fall der Mauer 1989 stand für die Diskreditierung des (real existierenden) Sozialismus. Die Unterzeichnung des Schengener Durchführungsübereinkommens 1990 markierte das Konzept der »Festung Europa« mit Grenzsicherung und Abschottung gegenüber den so genannten Drittstaaten zur Flüchtlingsabwehr. Die zunehmende rassistische Stimmung im Inneren manifestierte sich Anfang der neunziger Jahre in den Anschlägen in Hoyerswerda, Rostock-Lichtenhagen, Mölln und Solingen sowie weiterer massiver Übergriffe der Rechten gegen Flüchtlinge, Asyl-

suchende, ehemalige VertragsarbeiterInnen und MigrantInnen.<sup>2</sup>

Die Grundgesetzänderung (§ 16 – Recht auf Asyl) und die Einführung des Asylbewerberleistungsgesetzes 1993 erschienen als Zäsur und als offizielle staatliche Zementierung der territorialen Ausgrenzungspolitik<sup>3</sup>; und stellten zudem die gesetzliche Verankerung des allgemeinen öffentlichen Ausgrenzungsdiskurses dar. Mit dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) wurde die staatlich institutionalisierte soziale Ausgrenzung eingeführt – es gab das erste Mal zweierlei Existenzminima, neben der normalen Sozialhilfe einen abgesenkten Satz mit reduzierten medizinischen Leistungen für »AusländerInnen«, deren Integration nicht angestrebt war.

Es kam zur Verschiebung der gesellschaftlichen Kräfteverhältnisse. Die gewalttätigen Anschläge galten in der allgemeinen Öffentlichkeit zwar als verabscheuungswürdig, aber es dominierte eine allgemeine Stimmung gegen Flüchtlinge, die vom Vormarsch der Rechten begleitet wurde. Die antirassistische Gegenwehr reichte zwar bis in Teile der Kirchen, aber insgesamt stand die Linke auf verlorenem Posten.

Gleichzeitig scheiterten die mit vielen Hoffnungen begleiteten linken internationalistischen Befreiungsbewegungen in Zentralamerika (Wahlniederlage der Sandinisten in Nicaragua 1990, Scheitern der militärischen Offensive in El Salvador 1989).

In linken Gruppen herrschte Orientierungslosigkeit. Inmitten der eigenen gescheiterten

Projekte und der mit erstauntem Widerwillen zur Kenntnis genommenen nationalistischen Deutschlandbegeisterung war Antirassismus zugleich eine Notwendigkeit und eine rettende neue Orientierung.

Im Zusammenhang mit der Grundgesetzänderung herrschte die Einschätzung, die Zahl derjenigen, die in Deutschland ohne regulären Aufenthaltsstatus leben, werde zunehmen und »Illegalität« werde in der Zukunft ein größeres Problem werden. Für diese Menschen Unterstützung zu organisieren war praktische Solidarität und widerständige Politik in einem. Die medizinische Versorgung erschien dabei als ein vordringlicher Bereich, da sie von den Flüchtlingen und Communities schwieriger selbst zu organisieren ist als zum Beispiel Arbeit und Wohnung.

Die Zielforderung »Gleiche Rechte für alle« transportierte die alte internationalistische Idee von globaler Gerechtigkeit genauso wie den Anspruch auf soziale Teilhabe und bot die Möglichkeit, den formalen Egalitätsanspruch des bürgerlichen Staates hier im zentralen Bereich der Gesundheit an seinen eigenen Maßstäben zu messen und mit der faktischen Ausgrenzungspolitik zu konfrontieren.

Vor diesem Hintergrund entstand die Idee eines antirassistischen Projektes mit praktischer Verankerung und für viele der InitiatorInnen mit einem Bezug zum eigenen Beruf: Medizinische Versorgung für Flüchtlinge, die aufgrund der Einschränkungen des AsylbLG nur eine reduzierte Gesundheitsversorgung zugestanden bekom-

men und für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus, die keinen Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung haben.

»»



6

1973

Der »Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte« wird in Deutschland als Bundesgesetz anerkannt. Dadurch verpflichten sich die Vertragsstaa-

ten »zu gewährleisten, dass die in diesem Pakt verkündeten Rechte ohne Diskriminierung hinsichtlich der Rasse, der Hautfarbe, des Geschlechts, der Sprache, der Religion,

der politischen oder sonstigen Anschauung, der nationalen oder sozialen Herkunft, des Vermögens, der Geburt oder des sonstigen Status ausgeübt werden.« (Artikel 2).

1973

Eines der in dem »UN-Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte« verankerten Rechte ist das Recht eines jeden auf das »für ihn erreichbare Höchstmaß an körperli-

cher und geistiger Gesundheit«. Deutschland verpflichtet sich also damit vertraglich, die Voraussetzungen zu schaffen, »die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss

medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.« (Artikel 12)

7



## Zusammensetzung der Gruppe – Erste Diskussionen und Schritte

Welche konkreten Gruppen waren es nun, die damals im Jahre 1996 die Diskussion für ein linkes politisches Projekt zur praktischen Unterstützung illegalisierter Flüchtlinge in einem eingegrenzten Teilbereich, der medizinischen Versorgung, eröffnet hatten? Die InitiatorInnen waren antirassistische Gruppen, die sowohl die Eingrenzung als auch die Re-Politisierung der Flüchtlingsunterstützungsarbeit mit diesem Projekt verfolgten.

Die Berliner Linke – und so auch die antirassistische Szene – reagierte auf den rechten militanten Vormarsch Anfang der 90er Jahre, der für Flüchtlinge lebensbedrohlich war. Dies geschah durch Kontaktaufnahme mit den zumeist Asylsuchenden und konkrete Unterstützung ihrer pragmatischen Forderung, ihr laufendes Asylverfahren in Berlin fortsetzen zu können. Die Flüchtlinge entschieden sich für eine Kirchenbesetzung in Berlin, der die Besetzung von Räumen an der Technischen Universität folgte. Das Ergebnis der Monate langen, für alle Beteiligten aufreibenden Besetzungen war niederschmetternd: Die von Seiten des Senats angebotenen Einzelfalllösungen spalteten die Gruppe in einige wenige, die mit legalem Aufenthalt ihr Asylverfahren in Berlin fortsetzen konnten und diejenigen, die in die Illegalität gedrängt wurden oder nach Hoyerswerda zurückkehrten.

## Gratwanderung zwischen Unterstützung und Bevormundung

Parallel dazu klinkten sich in dieser Zeit Gruppen aus dem antirassistischen Spektrum in die von *SOS-Rassismus* initiierten Schutzwachen ein. Über Monate hinweg wurden aus diesem breiten Bündnis heraus Schutzwachen für die Asylbewerberheime im Umland von Berlin organisiert. Positives Ergebnis all dieser Aktionen war der enge Kontakt, der zu Flüchtlingen und den Communities entstanden war und die Erfahrung der gemeinsamen politischen Aktion. Grundlegende Diskussionen sind in dieser Zeit geführt worden, beispielsweise zur Frage der politischen Egalität zwischen Flüchtlingen und weißen UnterstützerInnen. Theoretisch als selbstverständlich deklariert, taten sich gerade in diesem Punkt gravierende Konflikte in zweierlei Richtungen auf: Einerseits in Form übermäßiger UnterstützerInnenallüren, die »den Flüchtling« schlechthin zum besseren Menschen erhoben, was in der Folge jede politische Diskussion untereinander negierte. Forderungen wurden nicht mehr diskutiert, sondern schlicht abgenickt. In diesen Fällen hatte offensichtlich das weit von sich gewiesene »Helfersyndrom« so manche UnterstützerInnengruppe eingeholt. Andererseits wurden nicht selten pragmatische Forderungen seitens der Flüchtlinge von den weißen Unterstützergruppen schlicht als unpolitisch abgetan. Die Forderungen zielten auf eine persönliche, existentielle Verbesserung ihrer Lebenslage, welche von Entrechtung und Ausgrenzung geprägt war. Im

Rückblick lässt sich festhalten, dass sich dennoch in diesen Jahren tragfähige Widerstandsformen und Strukturen sowohl unter Flüchtlingen als auch in der antirassistischen Szene herausbildeten.

## Notwendigkeit und Grenzen der Unterstützungsarbeit

Jahr um Jahr verschärfte sich bundesweit die Lebensbedingungen für Flüchtlinge und Asylsuchende in regional unterschiedlichem Tempo. Die antirassistische Szene bewegte sich im permanenten Abwehrkampf und agierte auf zwei Ebenen. Einerseits durch konkrete Unterstützung von Flüchtlingen, um individuell zu versuchen die sich verschlechternden Lebensbedingungen auszugleichen. Andererseits auf politischer Ebene, was sich im Wesentlichen auf öffentlichkeitswirksame Aktionen beschränkte, um die Zustände anzuprangern und ihre Abschaffung zu fordern.

Der Höhepunkt der realpolitischen Niederlagen, der für die antirassistische Linke die politische Weichenstellung der nächsten Jahre bestimmte, war mit der einschneidenden Asylrechtsänderung 1993 und der Einführung des Asylbewerberleistungsgesetzes erreicht. Die Grundgesetzänderung griff sofort, noch im selben Jahr sank die Zahl der Asylsuchenden um mehr als ein Drittel, was bekanntermaßen zum Ansteigen der selbstorganisierten, also »illegalen« Einreise von Flüchtlingen führte, die nun »»

## 1982

Seit 1982 unterliegen Asylsuchende, deren Anträge noch bearbeitet werden, einer Aufenthaltsbeschränkung nach dem Asylverfahrensgesetz § 56 – der sogenannten Re-

sidenzpflicht. AsylbewerberInnen begehen danach eine Straftat, wenn sie sich weiter von dem ihnen zugeteilten Aufenthaltsort fortbewegen, als ihnen gestattet ist. Dies

schränkt auf drastische Art und Weise die Bewegungsfreiheit und Persönlichkeitsrechte tausender AsylbewerberInnen ein.

## 14. Juni 1985

Das Schengener Abkommen, in dem der schrittweise Abbau der Binnengrenzen und die Intensivierung der Kontrollen an den Außengrenzen der Vertragsstaaten festgelegt

wird, wird von den Regierungen Frankreichs, der Benelux-Staaten und der Bundesrepublik Deutschland beschlossen und legt somit den Grundstein für die systematische Abriegelung

der EU-Außengrenzen, welche 1990 durch das Schengener-Durchführungsabkommen ausgeweitet und umgesetzt wird. (Siehe hierzu »Festung Europa«, Seite 15)

ohne jeglichen Aufenthaltsstatus und ohne jedes verbriefte Recht in der Bundesrepublik leben.

Für die antirassistische Bewegung stand von nun an umso drängender die Unterstützungsarbeit der in die Illegalität gedrängten Flüchtlinge im Vordergrund. Klandestine Netzwerke wurden gebildet, um eine Unterstützungsstruktur zu schaffen: Mit der Bereitstellung von Wohnungen und Jobs wurde versucht, eine einigermaßen akzeptable Lebensgrundlage zu organisieren. Von nun an blieb als einzige Legalisierungsmöglichkeit die extrem individualisierte Form der Unterstützung, die Schutzzehe. In den folgenden Jahren kristallisierten sich allzu deutlich die Grenzen einer Politik heraus, die sich im Wesentlichen auf die Unterstützungsarbeit konzentrierte. Zermürend wurde die Frage, wer individuelle Unterstützung überhaupt erhalten sollte. Lediglich die Unterstützung von Frauen war unumstritten. Der unabdingbare Schutz der klandestinen Strukturen hatte den Preis, dass sich jegliche nach außen gerichtete politische Aktion verbot. Als öffentlicher politischer Ausdruck blieb einzig und allein, auf gesellschaftlicher Ebene zu propagieren, die menschenverachtende Gesetzgebung zu unterlaufen, ähnliche Netzwerke aufzubauen oder sich nach den jeweiligen Möglichkeiten einzuklinken. Nicht zuletzt gerieten die antirassistischen UnterstützerInnengruppen an ihre eigenen Belastungsgrenzen.

Vor diesem Hintergrund sind die Überlegungen zu einer eingegrenzten Unterstützungs-

arbeit im Rahmen einer öffentlichen Struktur, die für möglichst viele Flüchtlinge zugänglich ist und politische Forderungen nach außen formuliert, entstanden. Die Entscheidung für den Teilbereich der medizinischen Versorgung entwickelte sich aus Interviews mit illegalisierten Flüchtlingen, die hier den dringendsten Bedarf anmeldeten. Bis dato existierte in der Bundesrepublik die einzige Initiative, die sich auf die medizinische Versorgung spezialisiert hatte, in Hamburg. In diesem Fall arbeitete die Gruppe jedoch in einem halböffentlichen Rahmen. Noch einmal mehr wurde durch deren Erfahrungen deutlich, dass eine offensive öffentliche UnterstützerInnenstruktur nur durch eine breite Einbindung in der Stadt geschützt werden und arbeiten kann.

#### Erste Schritte

1995 wurde dann von zwei Berliner antirassistischen Gruppen ein Treffen einberufen, um die Gründung eines Büros für medizinische Flüchtlingshilfe zu debattieren. Sie stellten das mögliche Projekt als folgerichtige Konsequenz aus den geschilderten Erfahrungen vor. Die Resonanz auf die Einladung war erstaunlich groß. Das Spektrum bestand überwiegend aus Gruppen der links-autonomen und antirassistischen Szene, sowie aus Gruppen des medizinischen Bereichs und einer Reihe interessierter Einzelpersonen.

Die ersten Treffen waren von scharfen Kontroversen geprägt. Im Wesentlichen wurde harsche Kritik in zweierlei Hinsicht an dem geplanten Pro-

jekt aus links-autonomer Perspektive formuliert: Das öffentliche Auftreten einer linken UnterstützerInnenstruktur für illegalisierte Flüchtlinge mit Namen und Adresse gefährde allem voran die Flüchtlinge, aber auch das medizinische Versorgungsnetzwerk, sprich die konkreten Arztpraxen. Zu befürchten sei außerdem, dass bereits bestehende UnterstützerInnenstrukturen aufgedeckt würden, da das Büro anfangs sicherlich auf bekannte Adressen zurückgreifen werde. Als zweiter Punkt wurde nicht minder schwerwiegend kritisiert, dass gerade in Berlin die medizinische Versorgung von illegalisierten Flüchtlingen innerhalb der jeweiligen MigrantInnen-Communities gut funktioniere, was schlicht ignoriert werde. Das geplante Projekt drücke im Kern nichts Anderes aus, als dass die weiße deutsche Linke versuche, die bestehende Organisation unter MigrantInnen und Illegalisierten zu dominieren.

Im Laufe der Diskussion, die sich über mehrere Treffen hinzog, setzte sich zum letztgenannten Punkt die Einschätzung durch, dass eine außerordentlich gut funktionierende MigrantInnenstruktur in puncto medizinischer Versorgung – aber auch weit darüber hinaus – im Wesentlichen in der türkischen und kurdischen Community existierte. Diese Netzwerke waren jedoch für Gruppen oder Flüchtlinge aus anderen Herkunftsländern kaum zugänglich. Seit der Asylrechtsänderung waren dagegen vor allem Flüchtlinge aus Afrika, Lateinamerika und Osteuropa »illegal« eingereist, die nicht auf bestehende Community-Strukturen zurückgreifen konnten. Von Domi-

nanzbestrebungen könne daher nicht die Rede sein, vielmehr verstehe sich das Projekt als notwendige Ergänzung, die bestehende UnterstützerInnenstrukturen nicht tangiere.

»»



In der Charta der ersten internationalen WHO-Konferenz zur Gesundheitsförderung (Ottawa, Kanada) heißt es: »Gesundheitsförderung ist auf Chancengleichheit auf

dem Gebiet der Gesundheit gerichtet. Gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie

gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmöglichstes Gesundheitspotential zu verwirklichen.«

Nach dem Schengener Abkommen, läutet nun das ausgeweitete Schengener Durchführungsabkommen den endgültigen Beginn der europäischen Grenzoﬀensive ein,

ein Versuch der völligen Abriegelung der »Festung Europa«. Flüchtlinge sollen erst gar nicht mehr nach Europa gelangen können und das Problem damit vor die Außengren-

zen verschoben werden. (siehe hierzu auch Kapitel »Festung Europa«, Seite 15)



Weit komplizierter und ausdauernder gestaltete sich die Debatte um die Frage der Sicherheit der Flüchtlinge, die vom »worst case« geprägt und bestimmt war: Illegalisierte könnten direkt vor bzw. im Büro verhaftet werden. Von entscheidender Bedeutung war daher der Sitz des Büros. Schlussendlich ergaben die Diskussionen, dass ein ausgewiesener linker Ort wie der Mehringhof den zuverlässigsten Schutz versprach, da hier auf Strukturen gebaut werden konnte, die in der Lage waren, im Falle eines Zugriffs der Polizei zu reagieren. Es ist heute wohl kaum mehr vorstellbar mit welcher Akribie umfangreiche Sicherheitsvorkehrungen für das Büro ausgetüfelt und später dann tatsächlich umgesetzt wurden.

Als noch wesentlicher, so das Resümee der Anfangsdiskussionen, galt jedoch die Einbindung des Projekts in eine breite links-liberale bis humanistische Öffentlichkeit. Bei einschlägigen Institutionen wie MigrantInnenorganisationen, dem Flüchtlingsrat, der Ärztekammer sowie Wohlfahrtsverbänden sollte das Projekt vorgestellt und um Unterstützung geworben werden. Eine Pressekonferenz mit möglichst unterschiedlichen VertreterInnen dieser Organisationen sollte die Einbindung nach außen hin kenntlich machen. Die Einschätzung war, je größer die Öffentlichkeit und je breiter die Unterstützung, um so höher würde die moralische Hürde für exekutive bzw. strafrechtliche Maßnahmen sein, d.h. für einen polizeilichen Zugriff auf die Flüchtlinge und die Kriminalisierung des Projekts.

Trotz der aufreibenden Debatten hatte sich nach wenigen Wochen die Gründungszusammensetzung des Büros für medizinische Flüchtlingshilfe herauskristallisiert: Zahlreich und engagiert vertreten war eine Gruppe von MedizinstudentInnen, die sich aus ihren Diskussionen im Rahmen eines Projektstudiums für eine aktive Beteiligung an dem Projekt entschieden hatten. Zwei weitere tragende Gruppen mit langjähriger politischer Erfahrung kamen aus dem Spektrum der Lateinamerikasolidarität und last but not least die beiden antirassistischen Gruppen, die das Treffen initiiert hatten. Die anfängliche Arbeit konzentrierte sich zum einen auf die bereits erwähnte Kontaktaufnahme mit einschlägigen Organisationen und Institutionen in den Bereichen Medizin und Flüchtlingsarbeit. Weitaus zeitaufwändiger war die Anwerbung von Arztpraxen. Als besonders hilfreich erwiesen sich hier Kontakte, die noch aus der Zeit des Gesundheitsladens<sup>4</sup> bestanden, sowie der Verbindungen, die die Gruppe der MedizinerInnen mit einbrachten. Ebenso mussten DolmetscherInnen für das Projekt geworben werden. Ihre jahrelange Mitarbeit hat das Projekt wesentlich mitgetragen.

Trotz oder gerade wegen der unterschiedlichen Hintergründe und Motive der neu entstandenen Runde, gelang wenige Monate später ein enthusiastischer Start des Projekts mit einer Pressekonferenz. Dennoch standen die ersten Wochen des laufenden Bürodienstes ganz unter dem Zeichen der Sicherheit. Kein Bürodienst fand in dieser Zeit ohne einen Wachposten an

der Einfahrt des Mehringhofs statt. Eine aufwändige Alarmanlage wurde im Büro installiert, die im Notfall zumindest einige Leute mobilisiert hätte. All diese Vorkehrungen mögen von heute aus noch einmal annähernd die Sorge und die Unsicherheit verdeutlichen, wie auf den Versuch, ein öffentliches Unterstützungsprojekt für Illegalisierte zu etablieren, reagiert werden würde.

<sup>2</sup> Vor allem die Anschläge auf die Unterkünfte von Asylsuchenden in Hoyerswerda (Sachsen) und Rostock-Lichtenhagen (Mecklenburg-Vorpommern) wurden von weiten Teilen der Bevölkerung aktiv mitgetragen.

<sup>3</sup> Die Änderung des § 16 GG symbolisierte so nachhaltig die Ausgrenzungspolitik, dass der Bezug darauf bald inflationär strapaziert wurde: Im Editorial des Antirassismomagazins ZAG hieß es seinerzeit: Artikel, die mit dem Satz »Seit der faktischen Abschaffung des Grundrechts auf Asyl« beginnen, werden nicht mehr angenommen.

<sup>4</sup> 1978 gründeten kritische Beschäftigte des Berliner Gesundheitswesens und MedizinstudentInnen eine Initiative, um Alternativen im Gesundheits- und Sozialbereich zu diskutieren, zu planen und durchzusetzen. Daraus entwickelte sich der als gemeinnützig anerkannte Gesundheitsladen Berlin e.V.: [www.gesundheitsladen-berlin.de](http://www.gesundheitsladen-berlin.de)

## 1990 – 1993

Die scharfen innenpolitischen Auseinandersetzungen zwischen SPD und den christlichen Parteien um die Änderung des Asylrechts, wofür eine Grundgesetzänderung

benötigt würde, wird zu einer polemischen Kampagne von Politikern und Medien gegen Flüchtlinge und »AusländerInnen« missbraucht.

Die Stimmung in Deutschland ist so aufgeheizt, dass es in ihrem Verlauf zu zahlreichen rassistischen Übergriffen, bis hin zu Totschlag, Mord und Pogromen kommt.

## 1. Januar 1991

Eine Neufassung des Ausländergesetzes (AuslG) von 1990 tritt in Kraft. Erstmals werden öffentliche Stellen dazu verpflichtet, »Illegale« an die Ausländerbehörde zu

melden. Dieser sogenannte »Denunziationsparagraf« (§ 76 AuslG) ist in dieser Form einmalig in Europa und gerade vor dem

Hintergrund der deutschen Geschichte ein Zeichen größter Ignoranz.

## Organisationsform des Medibüros

Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe – kurz Medibüro – ist ein selbstorganisiertes Projekt; zentrales Entscheidungsgremium ist das regelmäßig stattfindende Plenum. Ursprünglich war es eher ein Delegiertenplenum, zu dem die einzelnen konstituierenden Gruppen Abgesandte schickten. Im Laufe der Zeit wurde das Medibüro aber zunehmend zu einer eigenständigen Gruppe. Neu hinzukommende Mitglieder sind oft nicht mehr in anderen Gruppen organisiert; Umfang und Spezifität der Arbeit erfordern große fachliche und zeitliche Ressourcen, wodurch eine anderweitige Organisation strukturell erschwert wird.

### Professionalisierung?

Alle Mitglieder arbeiten unentgeltlich. Trotz des für die Arbeit notwendigen spezifischen Wissens ist eine Professionalisierung immer abgelehnt worden. Dies hängt mit dem Hauptwiderspruch zusammen, mit dem sich das Medibüro seit seiner Gründung auseinandersetzen muss:

Einerseits eine notwendige, weil von staatlicher Seite verweigerte, Arbeit zu leisten, die für die betroffenen Menschen existentiell ist (Gesundheitsversorgung). Andererseits die staatlichen Organe nicht aus ihrer Verantwortung entlassen zu wollen und keine sich perpetuierende Parallelstruktur aufzubauen. Da die MitarbeiterInnen des Medibüros eben keine professionellen RechtsberaterInnen sind, wird auch das Einfordern von Rechtsansprüchen in Fällen, in denen z. B. eine Kostenübernahme durch das Sozialamt möglicherweise durchsetzbar wäre, erschwert. Das Thema Professionalisierung ist auch in jüngster Zeit hochaktuell angesichts der seit einigen Jahren entstehenden kirchlichen Anlaufstellen, die in der Praxis eine vergleichbare Arbeit leisten und weniger an einer Selbstaflösung interessiert sind.

Die praktische Arbeit legt eine Professionalisierung regelmäßig nahe, da hierdurch das für die Vermittlung notwendige Wissen unter Umständen besser gebündelt und weitergegeben werden könnte. Gerade die oftmals als unzureichend empfundene medizinische Versorgung, »

### »Festung Europa«<sup>1</sup>

Die Bekämpfung der illegalen Migration ist zu einer Priorität der europäischen Politik geworden, die seit den 90er Jahren zunehmend mit einer restriktiven Einwanderungspolitik durchgeführt wird. Seit dem Schengen-Abkommen und dem Vertrag von Maastricht (1993) vollzog sich die Etablierung eines supranationalen Migrationsregimes. Die EU übt hinsichtlich der osteuropäischen und Balkan-Staaten über die EU-Mitgliedschaftsbedingungen und EU-Visabestimmungen Druck aus, mit dem Ziel umfassendere Maßnahmen zum Grenzschutz der jeweiligen Länder durchzusetzen. Zum anderen wird die Migrationskontrolle seitdem oft mit »Entwicklungszusammenarbeit als Prävention gegen Konflikte und Migration« verknüpft. Schon 1995 wurde mit den Nicht-EU-Mittelmeeranrainern, also Maghrebstaaten, Syrien, Ägypten, Israel, Libanon u. a., in der Erklärung von Barcelona ein Vertrag geschlossen, der eine Eindämmung und die Rückführung von irregulären MigrantInnen vorsieht. Im Haager Programm von 2004 zur »Stärkung der Freiheit, der Sicherheit und des Rechts« wird die neue EU-»Nachbarschaftspolitik« und »Sicherheitsdoktrin« definiert. Hierbei sollen »feindstaatliche Frontbildungen« an den EU-Außengrenzen verhindert und sozialpolitische Unruhepotentiale militärpolitisch erkannt werden.

Die neue EU-Grenzschutzagentur Frontex wurde im Mai 2005 eröffnet. Zur Aufrüstung der Außengrenzen hat diese einen EU-Fonds mit einem Budget von 2,1 Milliarden Euro. Auf EU-Ebene sollen ab 2009 einheitliche Asylregelungen eingeführt werden, die es Flüchtlingen so schwer wie möglich machen, überhaupt einen Asylantrag zu stellen. Dabei soll eine Liste mit »sicheren Drittstaaten«, von denen einige nicht einmal die Genfer Flüchtlingskonvention unterschrieben haben, dazu dienen, dass Flüchtlinge abgeschoben werden können. Hierzu gehören

die afrikanischen Mittelmeerländer. Die EU-Finanzierung von außereuropäischen Flüchtlingslagern hat längst begonnen, die Kontrollen im Mittelmeer wurden drastisch verschärft. Das spanische Überwachungssystem SIVE gilt als so erfolgreich, dass es auf andere Mittelmeerländer ausgeweitet wird. Jedoch steigt die Zahl der Todesfälle mit der Überwachung: 2005 gab es mehr Leichenfunde als je zuvor. Eine Auflistung der Organisation *Unite* zählt 6 366 Todesfälle von Flüchtlingen von 1993 bis April 2005, der Großteil auf See. Von der Schätzung ausgehend, dass nur jede dritte Leiche gefunden wird, sind ca. 20 000 MigrantInnen in den letzten zehn Jahren gestorben. Die Dunkelzahl liegt vermutlich noch höher. Es wird geschätzt, dass etwa 500 000 Flüchtlinge jedes Jahr unter Lebensgefahr versuchen die Grenze des Mittelmeers zu überwinden. Der Plan der »Regionalen Schutzzonen« wird die Anzahl der MigrantInnen weiter reduzieren, er wird jedoch unmöglich die Migration insgesamt stoppen können und einen »Stau« an den Festungsgrenzen verursachen. Die Migration wird sich weiter »professionalisieren«, gleichzeitig wird die Durchsetzung der europäischen Vorstöße zur menschenrechtswidrigen Errichtung von Lagern vorangetrieben.

<sup>1</sup> Die innerhalb antirassistischer Gruppen andauernde (politikwissenschaftliche und bewegungspraktische) Kontroverse um die Konzepte »Festung Europa« versus »Autonomie der Migration« kann an dieser Stelle nicht näher skizziert werden. Näheres für Interessierte zum Nach- oder Reinlesen: (1) Martina Benz, Helen Schwenken: Jenseits von Autonomie und Kontrolle: Migration als eigensinnige Praxis, in: PROKLA 140, September 2005, 363-377. (2) Tobias Pieper: Weder Gespenst noch autonom. Eine kritische Auseinandersetzung mit der »Autonomie der Migration«, in: ak analyse & kritik 485 (Juni 2004, S. 23) sowie (3) Marx' Gespenster in der Debatte um die »Autonomie der Migration«. Eine Erwiderung auf Tobias Pieper in ak 485, erschienen in ak 487 (September 2004, S. 34); online unter: [www.kanak-attak.de/ka/text/gespenster.html](http://www.kanak-attak.de/ka/text/gespenster.html)

### 1992/1993

Die Gewalt bricht sich Bahn. In Hoyerswerda werden die tagelange Belagerung und Anschläge auf die Bewohner eines Wohnheim von tausenden explizit sympathisierenden

BürgerInnen begrüßt. Rechtsextrem motivierte Übergriffe (von Januar bis November 17 Tote und 452 Verletzte) finden ihre Höhepunkte in den menschenverachtenden

Ausschreitungen von Rostock (22. Juli bis 25. August 1992) und den Brandanschlägen von Mölln (23. November 1992) und Solingen (29. Mai 1993).

### 1993

Die Bundesregierung unter Helmut Kohl demontiert mit großer parlamentarischer und medialer Unterstützung nach und nach das Asylrecht bis hin zur Grundgesetzänderung

am 28. Juni 1993. Damit wird de facto das geltende Asylrecht (Art. 16, Abs. 2 Satz 2 GG) abgeschafft. Diese breit angelegte Kampagne schließt mit der Verabschiedung ganzer

neuer Gesetzespakete zum Asyl-, Arbeitsförderungs-, Sozial- und Ausländerrecht.



die durch die Vermittlung über das Medibüro gewährleistet wird, befördert den Wunsch nach einer Ausweitung und Professionalisierung der Arbeit.<sup>5</sup> Neben der Verfestigung der Parallelstruktur spricht aber auch die noch stärkere Abhängigkeit von Geldern – die je nach staatlicher Förderlage mehr oder weniger fließen – sowie die verstärkte Ausbildung interner Hierarchien gegen eine weitere Professionalisierung.

Das Medibüro hatte in den 10 Jahren seines Bestehens meist eine hohe Fluktuation an Mitgliedern. Dennoch ist es gelungen, das Projekt aufrecht zu erhalten, und es ist aus der Praxis kein Fall bekannt, in dem einer der zwei Mal pro Woche stattfindenden Bürodienste ausgefallen wäre. Die Verbindung von einer unterstützenden praktischen Arbeit mit einer von dieser ausgehenden politischen Interventionsmöglichkeit ist für viele eine attraktive Form des politisch-sozialen Engagements. Dabei hat sich die politische Ausrichtung stets in dem Spannungsfeld zwischen humanitär begründetem Interesse und linker antirassistischer Politik bewegt. Ein strukturelles Problem ist, dass die praktische Arbeit regelmäßig wenig Raum für politisches Engagement lässt.<sup>6</sup>

### Das Medibüro sind viele

Das Medibüro besteht aber nicht nur aus den Mitgliedern der Gruppe, sondern auch aus dem Netzwerk der medizinischen und sozialen Ein-

richtungen, die mit ihm zusammen arbeiten, sowie aus den antirassistischen Zusammenhängen, aus denen es ursprünglich entstanden ist.

Ohne die mit dem Medibüro kooperierenden sozialen und medizinischen Einrichtungen wäre unsere Arbeit nicht möglich. Die Arbeit dieses Netzwerks ist nicht nur verbunden mit der Vermittlung über das Büro, vielmehr ist eine eigenständige Weitervermittlung und -versorgung eher die Regel als die Ausnahme, wodurch die Vermittlungsarbeit sehr erleichtert wird.

Die direkte Kommunikation mit den kooperierenden Einrichtungen ist punktuell und v.a. geprägt durch die konkrete Vermittlungsarbeit. In jährlichen Rundschreiben werden sie darüber hinaus über die aktuelle Arbeit des Büros informiert. Dadurch gibt es viele »MitwiserInnen« und »-täterInnen«<sup>7</sup>, die über politische Grenzen hinweg Teil des Projekts sind.

Letztlich werden sie auch in die politischen Ziele eingebunden, die nicht notwendigerweise von allen geteilt werden müssen. Es ist nicht auszuschließen, dass einige Einrichtungen durch den Kontakt zu uns erstmals mit Forderungen wie *Bewegungsfreiheit* und *gleiche Rechte für alle* konfrontiert werden. Andererseits sorgen manche Praxen durch ihr Engagement und ihr Know-How auch für eine theoretische und praktische Weiterentwicklung des Büros. Durch die regelmäßige Zusammenarbeit wird im Kontakt mit den MigrantInnen auf beiden Seiten der Blick für die spezifische Problematik sensibilisiert. Über

den Vermittlungskontakt hinaus bestehen allerdings meist wenig Kapazitäten für eine weitergehende Netzwerkarbeit.

Zu den »MitwiserInnen« und »-täterInnen« gehören schließlich auch öffentliche kommunale Einrichtungen wie Gesundheitsämter oder sozialmedizinische Dienste in einigen Bezirken, die von sozial-politisch engagierten Menschen getragen werden.

<sup>5</sup> Diese Benennung der eigenen strukturellen Grenzen ist keine Kritik an den am Netzwerk beteiligten ÄrztInnen. Auch diese formulieren zum Teil ebenfalls eine Unzufriedenheit über die oftmals beschränkten Versorgungsmöglichkeiten, die je nach Diagnose und Behandlung mehr oder weniger von der »regulären« Versorgung abweichen. So wird beispielsweise bei einer sehr unsicheren Prognose auf eine (nur eventuell heilende oder Beschwerden mildernde) kostspielige Operation bei Illegalisierten eher verzichtet als bei zahlenden (Kassen)PatientInnen. Von diesen Unzulänglichkeiten und Ungleichbehandlungen zu schweigen, hieße aus unserer Perspektive Schönfärberei zu betreiben und sich einmal mehr als Feigenblatt für versäumte staatliche Verantwortlichkeit herzugeben.

<sup>6</sup> Dieses Dilemma wurde im März diesen Jahres im Rahmen eines internationalen BesucherInnenprogrammes des Projekts »Der Süden der Städte« mit dem Schwerpunkt *neoliberaler Vereinnahmungstendenzen so genannter ehrenamtlicher Arbeit* diskutiert. Mehr Informationen über das – inzwischen abgeschlossene – Projekt sowie über den Besuch beim Berliner Medibüro gibt es im Internet unter: <http://dersuedenderstaedte.org/de-archiv/>

<sup>7</sup> Bis heute bewegt sich die Arbeit des Medibüros in einer rechtlichen Grauzone. Nach § 96 AufenthG kann die Unterstützung zum illegalen Aufenthalt mit bis zu 10 Jahren Freiheitsstrafe geahndet werden. Ob die Arbeit des Medibüros darunter fällt, ist jedoch juristische Auslegungssache und somit umstritten. Bisher sind keine Fälle medizinischer Unterstützungsarbeit gerichtlich verfolgt worden.

### 1993

Eines der in diesem Jahr neu verabschiedeten rassistischen Sondergesetze ist das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Darin werden die finanziellen und materi-

ellen Leistungen festgelegt, die AsylbewerberInnen künftig in Deutschland erhalten sollen. Erstmals wird damit in der Geschichte der Bundesrepublik einer gesellschaftlichen

Gruppe der gesetzliche Anspruch auf Hilfe versagt, die zumindest das Existenzminimum garantiert (Sozialhilfe).

### 1993

Die im Asylbewerberleistungsgesetz festgelegten reduzierten Sozialleistungen gelten zunächst »nur« für das erste Jahr des Aufenthalts in Deutschland.

Die Paragraphen 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes lassen nur eingeschränkten Zugang zu medizinischen Leistungen zu und zementieren somit weitreichende

Mängel in der medizinischen Versorgung für Asylsuchende und Flüchtlinge.

## Praktische Arbeit

Das pragmatische Ziel, MigrantInnen den Zugang zu qualifizierter medizinischer und zahnmedizinischer Behandlung zu ermöglichen, wird in Zusammenarbeit mit gut 120 medizinischen Fachkräften und -einrichtungen verfolgt und – im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten – umgesetzt. Dabei leistet das Medibüro selbst keine medizinische Hilfe. Die MitarbeiterInnen verstehen sich als VermittlerInnen: Sie erfragen die Beschwerden der Ratsuchenden und vermitteln sie während der Bürozeiten an eine geeignete Fachpraxis. Dazu gehören ÄrztInnen, Hebammen, KrankengymnastInnen, HeilpraktikerInnen und andere medizinische Einrichtungen. Die Behandlung erfolgt anonym, kostenlos und unbürokratisch. Im Bedarfsfall begleiten DolmetscherInnen die PatientInnen in die Praxis. Grundsätzlich wird in Kooperation mit verschiedenen Beratungsstellen und im Ausländerrecht spezialisierten RechtsanwältInnen versucht, Perspektiven für einen gesicherten Aufenthaltsstatus zu entwickeln – was leider nur in Einzelfällen möglich ist.

Die Einrichtungen behandeln die PatientInnen grundsätzlich kostenlos in ihren Sprechstunden. Medikamente werden ebenfalls häufig umsonst abgegeben. Falls dies nicht möglich ist, kann u.U. das entsprechende Medikament vergünstigt beschafft und aus den Spendengeldern des Büros bezuschusst werden. Auch gibt es Zugriff auf eine Berlin weite Medikamentensammlung<sup>8</sup>. Ebenfalls aus Spendengeldern werden Hilfsmittel wie Brillen bezahlt, v.a. aber Geburten und Schwangerschaftsabbrüche in den mit dem Medibüro zusammenarbeitenden Kliniken, Praxen und Frauenzentren. Hierfür werden ebenfalls vergünstigte Honorare bzw. lediglich die Materialkosten in Rechnung gestellt. Klinikaufenthalte und Operationen stellen regelmäßig besondere Problemfälle dar, da hierbei schnell hohe Kosten anfallen. Im Einzelfall wird dann versucht, mit »Kliniken des Vertrauens« einen für beide Seiten noch vertretbaren Preis auszuhandeln. Viele andere Kliniken behandeln die PatientInnen nicht, wenn kein Notfall vorliegt; oder die PatientInnen werden dem Sozialamt oder gar direkt den Ausländerbehörden gemeldet, was die Abschiebung zur Folge haben kann. In der Vergangenheit ist sogar eine eigenständige Abschiebung eines Krankenhauses über die polnische Grenze bekannt geworden. Hierdurch wollte man sich der weiter anfallenden ungedeckten Kosten entledigen (siehe Abschnitt »Weitere Aktionen«, S. 36). Das größte Hindernis bei der Kostenübernahme, die theoretisch über das Sozialamt gewährleistet sein soll (AsylbLG), ist der § 87 AufenthG (sog.

Denunziationsparagraph), der öffentliche Stellen zur Weitergabe der bekannt gewordenen Daten von Papierlosen verpflichtet. Sobald also die Kliniken die Kostenübernahme beim Sozialamt beantragen, verpflichtet dieses Anfang der 90er Jahre verabschiedete Gesetz, die Daten an die Ausländerbehörden weiter zu leiten. Die mit uns zusammen arbeitenden »sicheren« Kliniken sind überwiegend konfessionelle Häuser, für die die Behandlung von Menschen ohne Papiere zu ihrem Selbstverständnis zählt.

Die Zahl der Vermittlungen wie auch die der kooperierenden Einrichtungen stieg in den ersten Jahren des Bestehens des Medibüros stetig an. In den letzten Jahren ist sie stabil auf einem Niveau von 800–1 000 Vermittlungen pro Jahr. In diese Statistik geht, wie bereits angedeutet, nicht die Zahl der Nachfolgebehandlungen ein, die die Praxen mit den PatientInnen ohne Vermittlung über das Büro vereinbaren.

<sup>8</sup> Die Medikamentensammlung für Nichtversicherte wurde initiiert von Migration und Frauengesundheit, Gesunde-Städte-Netzwerk – Plan- und Leitstelle Friedrichshain-Kreuzberg, Gesundheit Berlin e.V., AKARSU e.V. – Gesundheitsetage, Deutscher Ärztinnenbund e.V. Mehr Informationen in der Dokumentation der Fachtagung »Migration, Integration und Gesundheit« vom Bezirkssamt Friedrichshain-Kreuzberg im März 2006, an der sich auch das Medibüro mit einem Beitrag beteiligt hat, unter: [www.friedrichshain-kreuzberg.de/media/de/Doku\\_Fachtagung\\_Migration.pdf](http://www.friedrichshain-kreuzberg.de/media/de/Doku_Fachtagung_Migration.pdf)



**Ob Borg oder Klingone, ob mit Papieren oder ohne, ist mir bohne ...**

Dr. med Pille (Leiter der medizinischen Abteilung im Raumschiff Enterprise)

### 1994

Die Strafandrohungen für das illegale Einschleusen von MigrantInnen und für die Beihilfe zum illegalen Aufenthalt werden auf bis zu 10 Jahren Freiheitsstrafe ange-

hoben (sogenannter »Schlepperparagraph« § 92 AuslG). Damit werden auch Menschen, die z.B. in Deutschland lebende MigrantInnen ohne Papiere bei Wohnungs- und

Arbeitssuche unterstützen in eine rechtliche Grauzone gedrängt und müssen Repressionen befürchten.

### 1994

In Hamburg gründet sich die erste medizinische Beratungsstelle für illegalisierte Flüchtlinge und MigrantInnen, denen von

staatlicher Seite der Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung verwehrt wird. Seit 1994 sind The Voice Refugee Forum, eine Gruppe von MenschenrechtsaktivistIn-

nen, aktiv engagiert, in der Öffentlichkeit die inhumane Situation von Flüchtlingen in Thüringen und ganz Deutschland anzuprangern.

## Ungenügende Versorgung

Trotz der Bemühungen in den vergangenen zehn Jahren, die Behandlungsmöglichkeiten für die uns aufsuchenden Menschen zu verbessern, stoßen wir regelmäßig an strukturelle Probleme, die auch durch einen weiteren Ausbau derartiger Beratungs- und Vermittlungseinrichtungen nicht grundsätzlich gelöst werden können. Möglicherweise könnten wir durch eine Professionalisierung unsere Arbeit effektiver gestalten, wir würden uns damit aber weiter von einer unserer zentralen Forderungen, der Eingliederung aller in Deutschland lebenden Menschen in die Regelversorgung, entfernen. Die Betonung des temporären Charakters unserer Arbeit ist uns daher wichtig. In folgenden Bereichen treten die größten Probleme auf:

### Krankenhausbehandlung/ Operationen

Hier stoßen wir, wie bereits erwähnt, regelmäßig an die Grenzen unserer Möglichkeiten. 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. Und selbst dann besteht die Gefahr der ungenügenden Behandlung bzw. die Meldung der Person bei den Ausländerbehörden mit der Konsequenz der Abschiebung.

### Schwangerschaft

Prinzipiell gibt es während des gesetzlich geregelten Mutterschutzes (6 Wochen vor bis 8 Wochen nach der Geburt) die Möglichkeit, eine Duldung zu erlangen. Dies ist jedoch kein Rechtsanspruch und liegt im Ermessen der Ausländerbehörde. Nach Ablauf der Duldung droht die Abschiebung der nun den Behörden bekannten Frau. Dennoch ist diese temporäre Legalisierung eine Möglichkeit, eine »legale Geburt« zu durchlaufen, was v. a. bei evtl. auftretenden Komplikationen mit weiteren Krankenhausaufenthalten relevant sein kann. »»



20

1996

Das »Büro für medizinische Flüchtlingshilfe« in Berlin nimmt nach längerer Planungszeit seine Arbeit in den Räumen des Mehring-

hofs auf. (Siehe hierzu auch Kapitel »Erste Schritte«, Seite 10)

21

1997

Die Gründung des bundesweiten Netzwerks »Kein Mensch ist illegal« soll durch antirassistische Aktionen Widerstand gegen die rechte Politik leisten. Dem Appell Flüchtlinge

und MigrantInnen unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus zu unterstützen, schließen sich innerhalb weniger Wochen mehr als 200 Gruppen und Organisationen, sowie

tausende von Einzelpersonen an. (Siehe auch Kapitel »Netzwerke, Bündnisse und Aktionen«, Seite 30)



Auch die Erlangung einer Geburtsurkunde für das Kind ist dadurch einfacher. Trotz der internationalen Verpflichtungen<sup>9</sup> Deutschlands und der Forderung verschiedener nationaler und internationaler Menschenrechtsorganisationen, jedem geborenen Kind eine Geburtsurkunde auszustel-

len<sup>10</sup>, weigern sich die Berliner Behörden dies zu tun, wenn nicht bestimmte Dokumente vorgelegt werden.<sup>11</sup> Eine fehlende Geburtsurkunde ist für das Kind ein dauerhaftes Handicap, weil es dadurch in die Illegalität geboren wird. Ohne standesamtliche Registrierung, sprich Geburtsurkunde, erhält das Kind keine (nachweisbare) Identität und keinen Rechtsstatus, womit der spätere Kindergarten- und Schulbesuch auf offiziellem, legal abgesichertem Wege verschlossen ist. Falls Mutter und Kind aufgegriffen werden, kann es auch zu deren Trennung führen, da die Mutter nicht beweisen kann, dass es sich wirklich um ihr Kind handelt.

Bei Schwangerschaftsabbrüchen führen die Unwissenheit über rechtliche Grundlagen und medizinische Möglichkeiten oft dazu, unsichere Angebote zum Schwangerschaftsabbruch in Anspruch nehmen zu müssen.

### Chronische und psychische Erkrankungen

Es kommt zu Schwierigkeiten bei der Langzeitbetreuung bei gleichzeitig bestehender Unklarheit über die Dauer des Aufenthaltes und der Angst vor Entdeckung und Abschiebung. Die Finanzierung teils immenser Kosten kann von den unterstützenden Stellen oft nicht geleistet werden.

Bei psychischen Erkrankungen fehlen erforderliche Schutzräume und Kapazitäten.

### Leben in der Illegalität macht krank

Die Lebensumstände in der Illegalität und der nicht garantierte oder unsichere Zugang zu medizinischer Versorgung fördern die Chronifizierung und Verschleppung akuter Erkrankungen. So kann ein nicht behandeltes Magengeschwür zu Blutungen im Magen-Darm-Trakt führen, ein nicht behandelter Bluthochdruck zu einem Schlaganfall und eine nicht behandelte Bronchitis zu einer Lungenentzündung.

<sup>9</sup> »Every child shall be registered immediately after birth and shall have a name.« Art. 24 Abs. 2 des Internationalen Paktes über bürgerliche und politische Rechte vom 19. Dezember 1966 »(1) The child shall be registered immediately after birth, and shall have the right from birth to a name, the right to acquire a nationality...« ; »(2) States Parties shall ensure the implementation of these rights in accordance with their national law and their obligations under the relevant international instruments in this field, in particular where the child would otherwise be stateless.« Art. 7 des Übereinkommens über die Rechte des Kindes vom 20. November 1989

<sup>10</sup> »Keinesfalls kann jedoch die Weigerung der Eltern, die geforderten Dokumente vorzulegen, mit der Nichtregistrierung oder unzureichenden Registrierung der Kinder sanktioniert werden.« aus: Verpflichtung zur Registrierung von neugeborenen Kindern Asylsuchender und Flüchtlinge, UNHCR, Berlin 2003

<sup>11</sup> Hierzu gehören ein gültiger Ausweis, die eigene Geburtsurkunde sowie ggf. eine Heiratsurkunde.



Auch auf offizieller Seite wird versucht durch Aktionen wie das »Europäische Jahr gegen Rassismus« die gesellschaftliche Stimmung abzdämpfen. Hochrangige PolitikerInnen

des Bundesinnenministeriums formulieren dazu den hehren Anspruch, »die Bürger verstärkt auf das Problem rassistischer, fremdenfeindlicher und antisemitischer

Erscheinungen aufmerksam zu machen.« Dies erscheint angesichts der politischen Realität als Farce.

In diesem Jahr werden 170 801 Asylanträge in der Bundesrepublik bearbeitet, positive Entscheidungen werden nur bei 4,9 % der Anträge getroffen.

Viele Flüchtlinge und MigrantInnen streben das Asylverfahren gar nicht mehr an, da ihnen dadurch ein Lagerleben mit zahlreichen Entbehrungen und Schikanen

sowie – nach Ablehnung eines als »offensichtlich unbegründet« eingestuften Asylantrags – die Abschiebung drohen würde.

## Politische Arbeit

Von Beginn an ging es in dem Projekt nicht nur um die konkrete Unterstützung von Menschen ohne Papiere. Vielmehr sollte die Arbeit auch dazu genutzt werden, auf die Missstände im repressiven und rassistischen deutschen Ausländerrecht aufmerksam zu machen. Ziel war und ist, durch politische Intervention dazu beizutragen, dass die praktische Arbeit des Medibüros überflüssig wird. Wie bereits dargelegt, können wir für die »Klientel« des Medibüros trotz aller Anstrengungen bei weitem nicht eine gleichwertige Gesundheitsversorgung wie für die dokumentierte Bevölkerung (Menschen mit Papieren) gewährleisten. Dies wird auch nicht durch eine weitere Ausweitung der Parallelstrukturen möglich sein.

### Zwischen Parallelstruktur und Selbstabschaffung – Von Lückenbüßern und Feigenblättern

Zu Beginn bestand die Vorstellung, dass durch den Aufbau einer Parallelstruktur eine Änderung des gesellschaftlichen Klimas möglich wäre, die letztlich eine Eingliederung in die Regelversorgung ermöglichen würde. Durch eine stetige Erweiterung des Netzes sollte ein Dominoeffekt erreicht werden. Wenn sehr viele Einrichtungen an dem Netzwerk teilnehmen würden, würde auch der Druck für eine staatliche Lösung des Problems zunehmen.

Es zeigte sich allerdings, dass die staatlichen Stellen mit der Einrichtung der diversen Büros für medizinische Flüchtlingshilfe recht zufrieden schienen. Die anfangs befürchtete Repression und Kontrolle fand nicht statt<sup>12</sup>, nach und nach verwiesen immer mehr öffentliche Stellen auf die Möglichkeit der medizinischen Versorgung durch die Medibüros. Zuletzt wurde das Berliner Medibüro beispielsweise in einer Studie des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge erwähnt<sup>13</sup>. Von der ehemaligen Berliner Ausländerbeauftragten Barbara John (CDU) gab es Weihnachtsgrüßkarten. Das sozialpolitische Problem der fehlenden Gesundheitsversorgung von ca. einer Million in Deutschland lebenden Menschen, deren Existenz vom Staat bis vor kurzem offiziell geleugnet wurde, konnte mit Hilfe der antirassistischen und kirchlichen Einrichtungen abgemildert werden.

»»

### Papierlos in Europa – Anrecht auf medizinische Versorgung?

#### Ein Vergleich der Situation in sechs europäischen Ländern<sup>1</sup>

Die rechtlichen Grundlagen, die den Zugang zum Gesundheitswesen und die Sicherheit von papierlosen MigrantInnen während der ärztlichen Behandlung betreffen, sind in den Ländern der EU sehr unterschiedlich. Prinzipiell ermöglichen sie auf dem Papier den Zugang zu einer eingeschränkten Gesundheitsversorgung. Für diesen beschränkten Zugang werden aber in den meisten Ländern noch Barrieren aufgebaut, die unterschiedlich schwer zu überwinden sind. Die deutschen Barrieren sind aufgrund der Meldepflicht und der damit verbundenen Gefahr der Abschiebung besonders hoch.<sup>2</sup>

Untersuchungen haben ergeben<sup>3</sup>, dass es selbst bei einem möglichen legalen Zugang zur ärztlichen Behandlung Faktoren gibt, die davon abhalten, diese in Anspruch zu nehmen. Ein wesentlicher Faktor ist die Angst bei den Erkrankten, als Illegalisierte entdeckt zu werden, wenn sie einen Arzt aufsuchen. Diese Angst ist in der realen rechtlichen Situation begründet. Angst entsteht auch durch die zum Teil feindliche Stimmung in der Bevölkerung gegenüber MigrantInnen. Darüber hinaus führt die mangelnde Information des Personals im Gesundheitswesen über die rechtlichen Grundlagen zu Unsicherheit. Mangelnde Information auf Seiten der MigrantInnen führt andererseits dazu, dass die eingeschränkten rechtlichen Möglichkeiten nicht in Anspruch genommen werden. Hinzu kommt noch die Befürchtung, eventuell entstehende Kosten nicht begleichen zu können.

Papierlos in Europa – Anrecht auf medizinische Versorgung?

#### Belgien

Ein Dekret<sup>4</sup> vom 12.12.1996 schreibt vor, dass auch Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus eine ärztliche Behandlung im Notfall erhalten können. Eine Ergänzung des Dekrets erfolgte am 13.1.2003 und sieht eine Behandlung von Infektionskrankheiten, die die nationale Gesundheit gefährden können, vor.

**Kosten:** Die Kosten für eine ärztliche Behandlung im Notfall sind vom Sozialamt zu erstatten. Viele andere Behandlungen (ambulant oder stationär, präventiv oder therapeutisch) können erstattet werden, wenn der betreffende Arzt vor oder nach der Behandlung ein Papier ausstellt, auf dem vermerkt ist, dass die Behandlung dringend und die papierlose Person mittellos ist. Das beitragsfinanzierte belgische Gesundheitssystem wird durch einen steuerfinanzierten medizinischen Notdienst (Erste Hilfe, Transport, Krankenhausaufnahme) für all jene ergänzt, die in eine gesundheitliche Notsituation geraten. Dabei wird vor der Hilfeleistung nicht danach gefragt, ob die betreffende Person versichert ist oder nicht.

**Sicherheit:** In Artikel 4 des o. g. Dekrets vom 12.12.1996 wird garantiert, dass alle Angaben zur Person vertraulich behandelt werden und nur zum Zwecke der Kostenerstattung verwendet werden dürfen.

#### Niederlande

Das Ausländergesetz von 2000 (Paragraph 10, Absatz 1) bestimmt, dass Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus

»»

### 1. Juni 1997

Inkrafttreten der 1. Novellierung des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) (BGB 1. I S. 1130): Leistungen unterhalb des Existenzminimums erhalten AsylbewerberIn-

nen künftig nicht mehr nur für das erste Jahr ihres Aufenthaltes in Deutschland, sondern für die ersten 3 Jahre. Auch Menschen, die eine »Duldung« haben, müssen von nun an

von den Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz leben.

### 4./5. Dezember 1997

Die Innen- und Justizministerien der EU beschließen die Heiratsmöglichkeiten binationaler Paare einzuschränken, in der

ein Partner oder eine Partnerin aus einem Nicht-EU-Land kommt.

Auf der anderen Seite stellte sich der »Dominoeffekt« und die Änderung des gesellschaftspolitischen Klimas nicht so schnell ein. Als soziale Projekte sind die Medibüros noch immer marginal.

Daher drohten wir schnell zu dem zu werden, was wir nie sein wollten: *ein Lückenbüßer für die vom Staat erzeugten sozialen und rassistischen Ausgrenzungen und gleichzeitig das Feigenblatt, hinter dem er sich verstecken kann, wenn ihm diese Ausgrenzungen vorgeworfen werden.*

### Zwischen Unterstützungsarbeit und Politik

Unsere praktische Arbeit bot aber auch den politischen Zugang zu bürgerlichen und kirchlichen Kreisen, der verschiedene Bündnisse ermöglichte. Da das Thema der medizinischen Versorgung von Menschen eine breite Anerkennung in den humanitär orientierten Bereichen unserer Gesellschaft erfährt, wurden wir als antirassistische linke Gruppe zu vielen Gelegenheiten interviewt, befragt, eingeladen. Inwiefern dies immer positiv ist und wo auch die Gefahren einer solchen Politik liegen (Stichwort Vereinnahmung), wurde oft diskutiert.<sup>14</sup>

Das Verhältnis zwischen praktischer Unterstützungsarbeit und politischer Intervention ist seit der Gründung des Büros ein ständiges Thema. Da die Vermittlungsarbeit meist viel Raum ein-

nimmt, bedarf es regelmäßig zusätzlicher Anstrengung, die politische Arbeit wieder auf die Tagesordnung zu holen. Die kritische Frage, die von den MitarbeiterInnen des Büros von Zeit zu Zeit gestellt wird, ist, ob sich unsere Arbeit noch von der rein humanitärer Einrichtungen unterscheidet. Hiermit verbunden ist wiederum die Befürchtung, Parallelstrukturen zu zementieren ohne eine wirkliche gesellschaftliche Veränderung zu erreichen.

### Zwischen Paternalismus und migrantischer Selbstorganisation

Seit Gründung des Büros ist wie eingangs bereits erwähnt, auch die Beteiligung von MigrantInnen ein Thema gewesen. Für kurze Zeit wurde am Anfang zu einem offenen Kaffeetrinken eingeladen. Die Vorstellung war, damit einen Beitrag zur Förderung der Selbstorganisation von MigrantInnen zu leisten. Wegen geringer Nachfrage wurde die Initiative aber bald wieder beendet. Diese Idee, migrantische Selbstorganisation organisieren zu wollen, erscheint vom heutigen Standpunkt her paradox. Fakt ist, dass es in Deutschland zu diesem Zeitpunkt nicht annähernd eine migrantische Bewegung gab, wie dies in anderen europäischen Ländern (z. B. Sans Papiers in Frankreich) der Fall war. Die letzten zehn Jahre haben aber auch gezeigt, dass die Selbstorganisation »»

keine Leistungen aus der Sozialversicherung erhalten. Zwei Ausnahmen sind jedoch in Absatz 2 festgeschrieben: Lebensbedrohliche Situationen und Prävention von Krankheiten, die die öffentliche Gesundheit bedrohen. Laut dem niederländischen Gesundheitsministerium beinhaltet dies:

- a) Prävention und Behandlung von lebensbedrohlichen Situationen oder bei chronischen Erkrankungen, bei deren Verlauf die Gefahr bleibender Schäden besteht;
- b) Diagnose und Behandlung von übertragbaren Krankheiten (Tuberkulose, HIV/AIDS);
- c) Schwangerschaft und Mutterschaftsfürsorge;
- d) Untersuchungen zur Früherkennung bei Jugendlichen, speziell Impfungen von Kindern entsprechend dem nationalen Impfplan;
- e) Medizinisch notwendige psychiatrische Behandlung.

**Kosten:** Ein besonderer Aspekt des niederländischen Gesundheitssystems ist das Bestehen eines Fonds für »außergewöhnliche medizinische Ausgaben«, der aus Steuergeldern finanziert wird.

Krankenhäuser zahlen die Behandlungen aus ihrem Budget, können aber einen festen Betrag für nicht bezahlte Rechnungen beantragen. Praktische ÄrztInnen, Hebammen, ZahnärztInnen, PhysiotherapeutInnen etc. können die Erstattung aus dem »Linkage Fund« (Koppelingsfonds) beantragen (s. auch Kapitel Ansätze für »Lösungsmodelle« – ein Überblick, S. 39).

**Sicherheit:** Laut Ausländergesetz wird die Sicherheit der Papierlosen während der Behandlung garantiert. Dies bedeutet aber keinen Zugang zu einem legalen Aufenthalt.

### Großbritannien

Wer sich nicht regulär im Land aufhält und im Krankenhaus behandelt werden will, fällt unter die Vorschriften des nationalen Gesundheitssystems aus dem Jahr 1989<sup>5</sup>. Laut diesen Vorschriften muss vor der Behandlung der Aufenthaltsstatus aller PatientInnen ermittelt werden. Personen ohne Aufenthaltsstatus müssen für fast alle Behandlungen eine Gebühr bezahlen.

Kostenlos sind Erste Hilfe, einschließlich einer Nacht im Krankenhaus zur Beobachtung. Wird aber von ÄrztInnen die Behandlung als Notfall oder als dringend betrachtet, dann ist die Behandlung bis zu einem Zeitraum von 14 Tagen kostenlos. Kostenfrei ist auch die Behandlung einer Reihe von übertragbaren Krankheiten.

Frei praktizierende ÄrztInnen können PatientInnen behandeln ohne ihre Identität zu überprüfen oder nach ihrem Aufenthaltsstatus zu fragen.

### Spanien

Um in Spanien ärztlich behandelt zu werden, muss seit 1991 jedeR Versicherte eine Versicherungskarte vorlegen. Im Jahre 2000 wurde das Gesetz Nr. 4 über Rechte und Freiheiten von AusländerInnen und ihre soziale Integration in Spanien durch einen neuen Artikel 12 ergänzt<sup>6</sup>. Laut diesem Paragraphen, hat jedeR, der oder die sich bei der örtlichen Verwaltung anmeldet, das Recht wie alle SpanierInnen auf medizinische Versorgung, d. h. die Person kann sich ganz offiziell versichern. Die amtliche Registrierung bedeutet aber noch keine

»»

### 1998

Das Asylbewerberleistungsgesetz wird zum zweiten Mal verschärft: Selbst die minimalen Ansprüche nach AsylbLG werden ab jetzt Menschen nicht mehr gewährt, denen vorge-

worfen wird, sie seien nach Deutschland eingereist, um Leistungen in Anspruch zu nehmen oder sie seien selber dafür verantwortlich, dass sie nicht abgeschoben werden

können. Die unzureichenden Möglichkeiten der medizinischen Versorgung durch das AsylbLG werden vom Deutschen Ärztetag deutlich abgelehnt.

### 2000

Die »Unabhängige Kommission Zuwanderung« unter Vorsitz von Rita Süßmuth zur Vorbereitung des neuen Zuwanderungsgesetzes wird vom Bundestag ins Leben geru-

fen. Erstmals (!) wird im »Ausländerbericht« der Integrationsbeauftragten überhaupt erwähnt, dass es »illegale« MigrantInnen in Deutschland gibt.

eben von den migrantischen Gruppen ausgehen muss (wie der Name schon sagt), wenn sie eine Basis haben und dauerhaft sein soll.

Zu der Rolle, die die überwiegend deutschen UnterstützerInnengruppen dabei spielen, gab es



ebenfalls viele Diskussionen in den letzten zehn Jahren.

Letztlich gründete eine solche »deutsche UnterstützerInnengruppe« das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe.<sup>15</sup> Es gab einige Versuche, »Betroffene« zu »integrieren«. Dies geschah meist über persönliche Kontakte, und es gelang, dass zumindest die Bürodienste auch von MigrantInnen besetzt wurden. Die Plenumsbeteiligung gestaltete sich hier schwieriger, was sicherlich auch mit der fehlenden Bereitschaft der deutschen Mehrheit zu tun hatte, sich auf die Bedürfnisse und Anforderungen der »Minderheit« einzustellen (z. B. in Hinblick auf Sprache, Thematik, Kontakt). Die zu Anfang beschriebenen paternalistischen Positionen, in denen legitime migrantische Forderungen nach Verbesserung der Lebenssituation (z. B. nach Legalisierung) als unpolitisch abgetan wurden, kamen erschwerend hinzu. Auch waren in den MigrantInnen-Communities die Verschlechterung der Aufenthaltsbestimmungen drängender als die Thematik der Illegalität. Darüber hinaus waren aber wohl auch andere Gründe, die mit den persönlichen Lebensumständen der Einzelnen oder auch mit dem Umstand der unbezahlten Unterstützungsarbeit zusammen hingen, relevant dafür, dass das Medibüro nach wie vor überwiegend ein deutsches Projekt ist.

Immerhin wird diese Ausrichtung in der Bündnisarbeit mit MigrantInnengruppen der letzten Jahre etwas relativiert.

»»

Krankenversicherung, sondern nur die Möglichkeit, sich zu versichern, d. h. eine Versicherungskarte zu beantragen.

**Kosten:** Bei der Beantragung der Versicherungskarte wird die Zahlungsfähigkeit überprüft.

Nicht registrierte Personen ohne Aufenthaltsstatus erhalten kostenlose ärztliche Hilfe bis zum Alter von 18 Jahren, Frauen während der Schwangerschaft und im Mutterschutz. Ansonsten wird diesem Personenkreis nur Hilfe in Notfällen einschließlich einer Nachbehandlung gewährt. In diesem Paragraphen gibt es keinen Hinweis auf Behandlungsmöglichkeiten bei übertragbaren Krankheiten.

**Sicherheit:** Laut einem Gesetz vom Jahre 1996<sup>7</sup> ist der Austausch von Informationen zwischen den lokalen Behörden (Meldestellen) und der Ausländerbehörde ungesetzlich, womit die Registrierung für MigrantInnen keine Gefährdung bedeutet. Die Kompetenzen von lokaler Behörde und Innenministerium sind voneinander getrennt.<sup>8</sup>

#### Italien

Im Gesetz Nr. 286 vom 25.7.1998<sup>9</sup> werden bereits bestehende Vorschriften bezüglich des Verfahrens bei der ärztlichen Versorgung von Personen ohne Aufenthaltsstatus zusammengefasst. Darunter fällt:

- eine dringende Behandlung in Notfällen, ohne die das Leben der betreffenden Person gefährdet ist;
- Behandlung bei Krankheiten, ohne deren Diagnose und Therapie zwar nicht unmittelbar oder kurzfristig Lebensgefahr droht, bei Nichtbehandlung jedoch der Gesundheit der betreffenden Person größerer Schaden zugefügt wird (Komplikati-

onen, chronischer Verlauf, Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes etc.);

- Schwangerschaft und Mutterschaft;
- vollständige ärztliche Versorgung aller Personen unter 18 Jahren;
- Impfungen entsprechend dem regionalen Impfplan;
- Einhaltung internationaler Früherkennungsprogramme;
- Prophylaxe, Diagnose und Behandlung von Infektionskrankheiten;
- Prävention, Behandlung und Rehabilitation bei Drogenabhängigkeit.

Um diese Rechte in Anspruch zu nehmen, muss die Person ohne legalen Aufenthaltsstatus ein Formular ausfüllen, auf welchem erklärt wird, nicht über die notwendigen finanziellen Mittel zu verfügen. Daraufhin wird ein anonymisierter Krankenschein ausgestellt, der sechs Monate gültig ist und der Person erlaubt, alle oben angegebenen Leistungen wie ein/e italienische/r BürgerIn zu beanspruchen.

**Kosten:** Die entstehenden Kosten sind von der regionalen Gesundheitsbehörde zu erstatten.

**Sicherheit:** Der Zugang zum Gesundheitssystem darf laut Paragraph 35, Absatz 5 des Dekrets Nr. 286, nicht den Behörden gemeldet werden, außer bei meldepflichtigen Erkrankungen.

#### Frankreich

Die staatlich finanzierte medizinische Hilfe (L'Aide Médicale d'Etat, AME) wird solchen Personen gewährt, die nach-

»»

#### 2001

Der UN-Flüchtlingskommissar kritisiert den uneinheitlichen Umgang mit MigrantInnen in den verschiedenen europäischen Ländern

und fordert eine europäische Harmonisierung des Asylrechts.

Die Bundesregierung legt den ersten Entwurf für das neue Zuwanderungsgesetz vor.

Geschlechtsspezifische und nichtstaatliche Verfolgung als Gründe für eine Asylanerkennung finden dort keine Berücksichtigung.

#### 2002

Ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts stoppt wegen Verfahrensfehlern die Einführung des neuen Zuwanderungsgesetzes.

Gleichzeitig gerät die Notwendigkeit eines gemeinsamen Europäischen Asylrechts verstärkt in die Diskussion. Deutschland gehört

innerhalb der europäischen Ländern zu den Vertretern einer restriktiven Politik.

kein  
mensch  
ist  
illegal

## Netzwerke, Bündnisse und Aktionen

In einer Reihe von Aktionen, punktuellen und dauerhafteren Netzwerken und Bündnissen haben wir in den 10 Jahren des Bestehens des Medibüros versucht, unsere politischen Positionen und Forderungen nach außen zu tragen. Die Bündnisarbeit ging und geht dabei von linken antirassistischen und antifaschistischen Gruppen bis weit in das bürgerliche Spektrum hinein zu traditionellen Parteien und Kirchengruppen. Im folgenden sollen einige dieser politischen Aktivitäten kurz dargestellt werden:

### KMII – Kein Mensch ist illegal

Die Kampagne »Kein Mensch ist illegal« wurde bei der Documenta 1997 an die Öffentlichkeit getragen. »Ziel war ein Netzwerk, das Gruppen miteinander in Bezug setzen sollte, die illegalisierte Flüchtlinge und MigrantInnen unterstützen. (...) Es ging darum, zu propagieren und auch tatsächlich anzubieten, was die Gesellschaft immer mehr Menschen prinzipiell verweigert: juristische Beratung, medizinische Versorgung, Arbeit, Wohnung, Grenzübertritte und viele andere Formen von Unterstützung.«<sup>16</sup> Von Beginn an waren Mitglieder des Medibüros in den Zusammenschluss involviert. Die Thematik der medizinischen Versorgung Illegalisierter wurde u. a. vom Medibüro in den Zusammenhang getragen. Im Verlauf etablierte sich ein Treffen der bundesweiten Medibüros auf den KMII-Treffen, wo die spezifischen in

der Praxis auftretenden Probleme neben der politischen Ausrichtung diskutiert wurden.

Die Koppelung der Medibüros an die KMII-Treffen ließ sich allerdings nicht dauerhaft aufrecht erhalten. 2001 kam es aus dem KMII-Zusammenhang zu der Organisation des Kongresses »Jeder Mensch ist ein Experte« (<http://www.expertbase.net/>). Die Grenzcampmobilisierungen sowie die Deportation-Class-Kampagne 2000 und 2001 waren der aktionistische Höhepunkt dieses Netzwerks. Der Slogan und das Logo von KMII hat einen hohen Bekanntheitsgrad erreicht und dient vielen lokal arbeitenden Gruppen nach wie vor als Bezugspunkt für ihre politischen Forderungen.

### gfl – Gesellschaft für Legalisierung

Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe organisierte mit dem Frauen- / Lesbenbündnis »Papiere für alle«, Respect, SollLatina, Mujeres sin Rostro, elixir-A, dem Polnischen Sozialrat und Kanak Attak einen Aktionstag am 24.10.2003, der auf die Lebensbedingungen illegalisierter Menschen in Deutschland aufmerksam machen sollte. Im Zuge einer von Kanak Attak und der Flüchtlingsinitiative Brandenburg initiierten Kampagne für eine dauerhafte Legalisierung illegalisierter Menschen wurde mit den Berliner und einigen Hamburger Gruppen die »Gesellschaft für Legalisierung« gegründet, die als »Dachverband« jeglicher Gruppen und Menschen dienen sollte (und soll), die die Lebensbedingungen von Menschen ohne Pa-  
»»

weislich mindestens drei Monate<sup>10</sup> in Frankreich leben, die keinerlei Sozialversicherung haben und deren Einkommen unterhalb des Sozialhilfesatzes liegt. Personen, die diese Bedingungen nicht erfüllen, werden nicht zur AME zugelassen.

Die Berechtigung zur Inanspruchnahme der AME erlaubt den Zugang zu folgenden Leistungen:

- ärztliche Beratung,
- notwendige Untersuchungen,
- Behandlung durch ÄrztInnen und Krankenpflegepersonal,
- Zahnbehandlung,
- Krankenhausbehandlung.

Nicht eingeschlossen sind Brillen, Prothesen und medizinisches Gerät.

**Kosten:** Die Kosten werden teilweise durch das Sozialamt erstattet, die Selbstbeteiligung reicht von 10 % bis 65 %, die vom / von der PatientIn aufgebracht werden muss<sup>11</sup>. Es gibt eine Reihe von Ausnahmestimmungen, bei denen PatientInnen den Restbetrag nicht bezahlen müssen. Papierlose Nichtversicherte sind dort nicht genannt<sup>12</sup>.

Mit der Gesundheitsreform von Dezember 2003 wurde ein Fonds geschaffen, über den Kosten finanziert werden, die durch die Behandlung von Nicht-AME-Berechtigten entstanden sind<sup>13</sup>. Es handelt sich dabei um Fälle, deren Nichtbehandlung das Leben der Person aufs Spiel setzen oder zu schweren und bleibenden gesundheitlichen Schäden der Person oder des zu gebärenden Kindes führen würde. Die Kostenübernahme führt nicht zur Zulassung der Person zur AME.

## EU-Forschungsprojekt »Access to Health Care for Undocumented Migrants«

Diese vergleichende Übersicht wurde anlässlich der Erstellung der vorliegenden Broschüre recherchiert. Derzeit wird ein Forschungsprojekt von PICUM – Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants unter Beteiligung der Arbeits- und Sozialabteilung des Europarates (Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities) durchgeführt, das einen europäischen Vergleich verbunden mit Empfehlungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung Illegalisierter zum Gegenstand hat. Das Projekt »Access to Health Care for Undocumented Migrants« wird größtenteils durch Mittel der Europäischen Kommission gefördert. Beteiligte »NGOs« aus Deutschland sind u. a. IPPNW, der Niedersächsische Flüchtlingsrat und das MediNetz Bremen.<sup>14</sup> Das Projekt ist zunächst bis September 2007 befristet, im Laufe des Jahres 2007 sollen die Rechercheergebnisse veröffentlicht sowie Richtlinien erarbeitet werden.

### 1 Quellen:

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

(2) Médecins Sans Frontières (Ärzte ohne Grenzen): <http://www.msf.es/proyectos/index.asp>; <http://www.msf.fr/site/actu.nsf/complements/france080604c1?OpenDocument&loc=>;

(3) <http://www.ameli.fr/229/DOC/1498/article.html>

2 Die Pflicht für öffentliche Stellen zur Übermittlung personenbezogener Daten Illegalisierter an die Ausländerbehörde (§ 87 AufenthG) besteht EU-weit einzigartig nur in der BRD. Dies ist ein Grund für die schwierige Übertragbarkeit von Modellen zur Gesundheitsversorgung für Illegalisierte aus anderen europäischen Ländern auf die BRD (siehe auch Kapitel »Ansätze für Lösungsmodelle – ein Überblick«, S. 39).

»»

Deutschland nimmt – wie Westeuropa insgesamt – immer weniger Flüchtlinge auf, die Zahl der Asylanträge sinkt auf 35 607. Damit ist in absoluten Zahlen der niedrigste

Stand seit 1984 erreicht. Als Asylberechtigte wurden gerade einmal 960 Personen (1,5 %) anerkannt. 1 107 Personen (1,8 %) erhielten den Flüchtlingsstatus nach der

Genfer Flüchtlingskonvention. (Zahlen aus der Geschäftsstatistik des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge)

Selbst bei der kleinen Anzahl von Asylberechtigten wird nochmals nach Ablauf von drei Jahren überprüft, ob die Voraussetzungen für einen Widerruf oder eine Rücknahme

der positiven Entscheidung vorliegen. Nur wenn dies nicht der Fall ist, wird den Betroffenen dann eine Niederlassungserlaubnis erteilt. Neben den nur 960 Asylanerkennun-

gen im Jahre 2004 laufen gleichzeitig 18 307 Widerrufsverfahren gegen anerkannte Flüchtlinge.



piere in den unterschiedlichen Lebensbereichen und -bedingungen verbessern wollen. Es war ein erneuter Versuch, die zersplittert und vereinzelt arbeitenden antirassistischen Gruppen und selbstorganisierte MigrantInnen politisch zusammen zu führen. Auf dem Ver.di-Bundeskongress wurde das Rederecht erstritten und für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen Illegalisierter eingetreten sowie die Öffnung der Gewerkschaft für Papierlose gefordert. Auf einer Baustelle am Alexanderplatz wurden die von der Baufirma geprellten papierlosen ArbeiterInnen unterstützt, ein Hochzeitskorso machte Werbung für die Erlangung eines Aufenthaltsrechts durch Eheschließung, eine Kundgebung vor der Ausländerbehörde denunzierte die repressiven Praktiken selbiger und vor der Charité wurde für die umfassende medizinische Versorgung für Illegalisierte eingetreten.

Ähnlich wie KMII ist die gfl ein Label, unter den sich die verschiedenen auf dem Feld agierenden Gruppen subsumieren können, ein Netzwerk, das sich von Zeit zu Zeit zusammen findet und gemeinsam Aktionen durchführt oder Publikationen herausgibt. Im Gegensatz zur KMII-Gründung waren bei der Gründung der gfl auch selbstorganisierte MigrantInnengruppen beteiligt. »» [www.rechtauflegalisierung.de](http://www.rechtauflegalisierung.de)

#### Flüchtlingsrat Berlin

Mit dem Flüchtlingsrat Berlin verbindet das Medibüro seit Jahren eine intensive Zusammenarbeit. Jahrelang bot die AG Medizin des Flüchtlingsrats

die Möglichkeit zum fachlichen und politischen Austausch. Der Flüchtlingsrat beteiligte sich 2001 an der Pressekonferenz »Wir sind das Boot« (siehe S. 36) und das Medibüro nahm an verschiedenen Veranstaltungen und Demonstrationen des Flüchtlingsrats teil. Seit 2005 ist das Medibüro mit seinen Publikationen auf der Homepage vertreten. Auch in anderen organisatorischen Dingen profitieren wir von der Infrastruktur des Flüchtlingsrats.

Gemeinsam mit Pro Asyl und dem Flüchtlingsrat Berlin wurde die Broschüre »Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Versorgung ohne legalen Aufenthaltsstatus« herausgegeben (download: [www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr-arbeitshilfen/Medizin\\_fuer\\_Statuslose.pdf](http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr-arbeitshilfen/Medizin_fuer_Statuslose.pdf)).

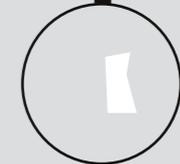
»» [www.fluechtlingsrat-berlin.de](http://www.fluechtlingsrat-berlin.de)

#### PICUM - Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants

Das Medibüro ist Mitglied von PICUM, die zum Ziel hat, die sozialen Grundrechte »undokumentierter MigrantInnen« in Europa zu stärken und zu schützen. Im März 2001 veranstaltete PICUM ein Expertenseminar in Brüssel zum »Zugang medizinischer Versorgung so genannter undocumented people«, an dem das Medibüro wesentlich beteiligt war. Aktuell arbeitet PICUM an einem Forschungsprojekt zum europäischen Vergleich der u. a. medizinischen Versorgung Illegalisierter mit. (siehe auch Kapitel »Papierlos in Europa – Ein Anrecht auf medizinische Versorgung?«, S. 31)

»» [www.picum.org](http://www.picum.org) »»

- 3 [www.msf.es/proyectos/europa/italia/Italia.asp](http://www.msf.es/proyectos/europa/italia/Italia.asp); Internetseite von Ärzten ohne Grenzen aus Spanien
- 4 Arrêté royal relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'aide social aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume, am 10.1.1997 in Kraft getreten
- 5 Charges to Oversea visitors, NHS Regulations, Statutory Instrument No. 306
- 6 Ley Orgánica N° 4 del 11 /01/2000
- 7 Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local N° 4 del 10/01/1996
- 8 Im Zuge der jüngsten Legalisierungskampagne in Spanien von 2005 sollen allerdings auch die Kontrolle auf die weiterhin Illegalisierten ausgeweitet sowie der zunehmende Datenaustausch zwischen den Behörden ermöglicht werden. Mit dem eingangs erwähnten Forschungsprojekt von PICUM wird hoffentlich auch eine Sammlung und v.a. Aktualisierung der jeweiligen gesetzlichen Grundlagen und ihrer Anwendungspraxis systematisch erstellt und zugänglich gemacht werden, so dass wirksame Strategien zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung Illegalisierter entwickelt werden können bzw. auch die in der Regel isolierten Kämpfe gegen nationale und regionale Verschlechterungen schlagkräftiger organisiert und zusammengeführt werden können.
- 9 Artikel 35, Absatz 3 der Verordnung Nr. 286 vom 25.7.1998. Vorschriften dazu werden in der Verordnung des Präsidenten der Republik Nr. 394, Artikel 43 vom 31.8.1999 und im Rundschreiben Nr.5 des Gesundheitsministeriums vom 24.3.2000 detailliert ausgeführt.
- 10 Der Nachweis des dreimonatigen Aufenthalts wurde von vielen Seiten stark kritisiert, bringt doch diese Bestimmung mittellose chronisch Kranke in Lebensgefahr. siehe: [www.msf.fr/site/actu.nsf/actus/ame080604](http://www.msf.fr/site/actu.nsf/actus/ame080604)
- 11 Vor der Reform von 2003 wurden 100 % der Kosten übernommen.
- 12 siehe: <http://www.ameli.fr/229/DOC/1498/article.html> und <http://www.msf.fr/site/actu.nsf/complements/france080604c1?OpenDocument&loc=>
- 13 Vor der Reform von 2003 wurden alle Personen in einer medizinischen Notsituation sofort – ohne Nachweis eines dreimonatigen Aufenthalts in Frankreich – zu AME zugelassen.
- 14 Mehr Informationen unter: [www.picum.org](http://www.picum.org)



Bundesinnenminister Otto Schily fordert die Einrichtung von europäisch verwalteten Flüchtlingslagern in Nordafrika.

Die öffentliche Entwicklungshilfe für das Jahr 2004 betrug weltweit 54 Milliarden Dollar, es flossen jedoch 436 Milliarden Dollar aus den Entwicklungsländern zurück in den

reichen Norden. (Zahlen der United Nations Conference on Trade and Development UNCTAD: Development and Globalization. Facts and Figures, 2005.)

EU-Beitritt von zehn mittel- und osteuropäischen Ländern. Trotz der wirtschaftlichen Öffnung und der damit verbundenen Reisefreiheit (für Arbeitskräfte), kommt es aber

zu keiner bürgerrechtlichen Gleichstellung für die neuen EU-Staatsangehörigen. Dies bedeutet in vielen Fällen, dass neben Illegalisierten und Menschen, die auf Leistungen

nach dem AsylbLG angewiesen sind, eine neue Gruppe von Menschen entsteht, die in Deutschland keine ausreichende medizinische Versorgung erhalten.



### Armut und Gesundheit

Bei den jährlich in Berlin stattfindenden Tagungen »Armut und Gesundheit« war das Medibüro regelmäßig mit Veranstaltungen oder Infotischen vertreten. Die Problematik der gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus wurde in verschiedenen Workshops thematisiert, die das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe ausrichtete. Zuletzt 2001 unter dem Titel »Ungeklärter Aufenthalt und psychosoziale Belastungen«.

»» [www.verein-armut-gesundheit.de](http://www.verein-armut-gesundheit.de)

### IPPNW – Internationale Ärzte zur Verhütung des Atomkriegs

Mit der Studierendengruppe des IPPNW besteht seit längerem eine Zusammenarbeit. Gemeinsam wurde eine kleine Ausstellung konzipiert, die Standardsituationen der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus mit verschiedenen Ausgangsmöglichkeiten durchspielt. Im letzten Jahr startete IPPNW die Kampagne »Achten statt verachten« und nahm sich damit der Problematik an. VertreterInnen des Medibüros waren auf dem Auftaktgespräch im Mai 2006 vertreten und haben auf der von IPPNW ausgerichteten Tagung im Dezember 2005 gemeinsam mit der Malteser Migranten Medizin einen Workshop gestaltet.

»» [www.ippnw.de/Soziale\\_Verantwortung/](http://www.ippnw.de/Soziale_Verantwortung/)  
 »» [www.ippnw.org](http://www.ippnw.org)  
 »» [www.ippnw-students.org/berlin/](http://www.ippnw-students.org/berlin/)

### Ärztekammer Berlin

Mit der Ärztekammer Berlin konnte eine punktuelle Zusammenarbeit und eine zunehmende Sensibilisierung für das Thema Gesundheitsversorgung von PatientInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus erreicht werden. Im Jahr 2001 konnten wir als Teil der AG Medizin des Flüchtlingsrates dem Vorstand der Ärztekammer die Probleme aus unserer Sicht schildern. In der Folge veröffentlichten wir im Kammerblatt »Berliner Ärzte« mehrere Artikel zu unserer Arbeit. Gemeinsam mit der Malteser Migranten Medizin und der Ärztekammer Berlin veröffentlichten wir das Faltblatt »Patienten und Patientinnen ohne Aufenthaltsstatus und ohne Krankenversicherung im Krankenhaus – Rechtliche Situation und Möglichkeiten der Kostenerstattung«, das als Information für Klinikpersonal konzipiert wurde. (download: <http://www.medibuero.de/de/Materialien/Faltblatt.pdf>)

»» alternativ über: [www.medibuero.de](http://www.medibuero.de)

### Medibüros bundesweit

Inzwischen haben sich weitere Medibüros in anderen Städten gegründet. Ansätze zur bundesweiten Vernetzung der Medibüros, wie sie zeitweise im Rahmen von KMII und den Aktionstagen des Hamburger Medibüros zur »Transkontinentalen Krankenkasse« (Oktober 2005) existierten, sind aufgrund der Beanspruchung durch lokale Arbeit und strukturelle Gegebenheiten immer wieder schwer zu realisieren.

### Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheit

Im Anschluss an die 2. Jahrestagung Illegalität<sup>17</sup> wurde im März 2006 auf Einladung des Deutschen Instituts für Menschenrechte und dem Katholischen Forum »Leben in der Illegalität« eine informelle Bundesarbeitsgruppe gegründet mit dem (provisorischen) Namen *Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheit – Zugang zu und Finanzierung von Gesundheitsversorgungsleistungen für Menschen ohne Krankenversicherung, insbesondere Menschen in der Illegalität* (kurz »BAG Gesundheit«)<sup>18</sup>. Anlässlich der im Koalitionsvertrag der großen Koalition enthaltenen »Prüfklausel Illegalität« (Herbst 2005), mit der erstmals offiziell die Existenz von irregulärer Migration anerkannt wird, sollen Konzepte für den verbesserten Zugang zum Recht auf Gesundheit sowie entsprechender Finanzierungsmodelle entwickelt werden (als Ausgangsbasis dienen die bisher in Europa existierenden Modelle »Anonymisierter Krankenschein« und »Fondsmodell«). Diese Vorschläge sollen als Grundlage für mögliche Gesetzesänderungen im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung Illegalisierter dienen.

Das Medibüro Berlin ist seit Beginn eingebunden in die strukturellen und inhaltlichen Ziele der BAG. Zusammengesetzt ist die BAG neben den InitiatorInnen aus verschiedenen VertreterInnen der katholischen und evangelischen Kirche Deutschlands, engagierten Krankenhaus-ÄrztInnen, sozialmedizinischen Einrichtungen, MitarbeiterInnen einzelner Berliner Sozial- und Bezirksämter, der Deutschen Sektion der IPPNW

sowie sporadisch einzelnen gesundheits- und/oder migrationspolitischen ReferentInnen der Bundestagsfraktionen.

Zentrales bisheriges Arbeitsergebnis ist eine (anonymisierte) Fallsammlung, welche die zentralen Problemlagen der mangelnden Gesundheitsversorgung Illegalisierter verdeutlicht. Diese Fallsammlung wurde im Juli 2006 zusammen mit Forderungen/Empfehlungen mit Blick auf das Verfahren »Prüfauftrag Illegalität« an das Bundesinnenministerium sowie den Fachleuten der Bundestagsausschüsse für Gesundheit, Inneres und Menschenrechte gesendet. (download der Empfehlungen: [www.institut-fuer-menschenrechte.de/sl.php?id=149](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/sl.php?id=149))

»»



## 2005

Das neue Zuwanderungsgesetz wird eingeführt, welches – obwohl ohnehin schon viel restriktiver als es durch die EU-Vorgaben

sein müsste – nach seiner Einführung noch weiter verschärft wird (Änderungsgesetz).

Ab jetzt erhalten auch Flüchtlinge, die aus humanitären Gründen nicht abgeschoben werden, nur die unzureichende Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

## 2005

Niedrigste Zahl von Asylerstanträgen (28 914, Antragsquote bezogen auf Einwohnerzahl 0,03 %) in Deutschland seit 1983. Davon werden 57 % »ohne Begründung«

oder als »offensichtlich unbegründet« abgelehnt. 36 % werden aus formellen Gründen abgelehnt. Insgesamt werden im Jahr 2005 nur 411 Asylanträge, also 0,9 % positiv

entschieden. (Zahlen aus der Geschäftsstatistik des Jahres 2005 des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge)

Die weitere Arbeitsplanung umfasst die vertiefte Diskussion von möglichen Lösungsansätzen im Rahmen eines Workshops im Januar 2007 (anonyme Vermittlung von Krankenscheinen sowie Eckpunkte einer Fondslösung).



## Weitere Aktionen

### Charité

Die Charité war gleich zwei Mal Adressatin einer Aktion des Medibüros. Zum einen, weil 1999 bekannt wurde, dass sich die Klinik eines nicht versicherten Patienten aus Osteuropa »entledigte«, indem sie ihn auf eigene Kosten über die polnische Grenze transportierte. Dies war offensichtlich günstiger, als weiterhin die Behandlungskosten tragen zu müssen. In einer öffentlichkeitswirksamen Aktion wurden Flugblätter vor der Klinik verteilt und Transparente aufgehängt.

In einer vergleichbaren Aktion wurde die Forschung im gerichtsmedizinischen Institut der Charité kritisiert, die die »objektive« Altersbestimmung von Heranwachsenden Flüchtlingen verbessern soll. Von der Polizei angezweifelte Altersangaben sollen durch medizinische Diagnostik überprüft werden. Ziel ist, Altersangaben von jugendlichen Flüchtlingen »objektiv« überprüfen zu können, damit ggf. ein abschiebefähiges Alter festgestellt werden kann. Diese Methode ist allenfalls statistisch anwendbar, im individuellen Fall ist eine exakte Abschätzung des Alters nicht möglich. Kritisiert wurde zudem, dass sich medizinische Forschung in den Dienst der staatlichen Verfolgungsbehörden stellt.

### »Wir sind das Boot« - 2001

Im August 2001 wurde eine Pressekonferenz auf einem Boot auf der Spree organisiert. Zusammen

mit dem Frauen-/Lesbenbündnis »Papiere für alle«, dem Polnischen Sozialrat und VertreterInnen des Flüchtlingsrats sowie der GEW wurde der Bericht der »Süßmuth-Kommission« kritisiert, der als Grundlage für das Zuwanderungsgesetz fungieren sollte. Gegenstand der Kritik waren die in diesem Bericht bereits vorhandenen (im Gesetz letztlich noch verschärften) weiteren Einschränkungen im Asylrecht, mit denen noch mehr Menschen in die Illegalität gedrängt werden, sowie die ökonomische Verwertungs- und Nützlichkeitslogik, die in diesem Bericht in neuer Offenheit formuliert wurde. Das Motto »Wir sind das Boot« war eine Mischung aus »Wir sind das Volk« und »Das Boot ist voll«, das die völkisch-chauvinistische Aussage dieser Slogans umdrehte.

14 Zuletzt anlässlich eines Besuchs von dem bereits erwähnten Projekt »Der Süden der Städte«, siehe: [www.dersuedenderstaedte.org](http://www.dersuedenderstaedte.org)

15 Dies zeigte sich auch in den politischen Forderungen, die vom Medibüro vertreten wurden. So wurden Legalisierungskampagnen – wie von den meisten anderen UnterstützerInnengruppen auch – abgelehnt, da sie nur einigen Menschen zugute kommen und für nachfolgende MigrantInnen eher noch mit höheren Hürden verbunden sind. Diese Position wurde im Verlauf von migrantischen Gruppen als elitär kritisiert, da die »Deutschen« von ihrem sicheren Standpunkt leicht die ganze Revolution fordern konnten. Bei der Gründung der »Gesellschaft für Legalisierung« wurde daher der Versuch unternommen, die verschiedenen Kämpfe wieder zu vereinen, indem auch das Einsetzen für kleine alltägliche Verbesserungen für MigrantInnen als legitime politische Aktion anerkannt und unterstützt werden sollte.

16 aus: kein mensch ist illegal – ein Handbuch zu einer Kampagne, Berlin 1999

17 Die Jahrestagung – mit dem diesjährigen Thema »Soziale Rechte und sozialstaatliche Ordnung« – wird veranstaltet von der Katholischen Akademie in Berlin e.V., dem Rat für Migration (RfM) und dem Katholischen Forum »Leben in der Illegalität« und »will den offenen Dialog zwischen Wissenschaft, Politik, Kirchen und Zivilgesellschaft fortführen, in dem humanitäre, rechtliche und pragmatische Aspekte des Umgangs mit den grundlegenden sozialen Bedürfnissen der illegal in Deutschland lebenden Menschen erörtert werden können.« (aus dem Tagungsprogramm 2006).

18 Im Namen ist zwar die Zielstellung formuliert, sich nicht auf die Belange von Menschen in der Illegalität zu beschränken. Im laufenden Arbeitsprozess wird dieser Anspruch allerdings kontrovers diskutiert: Einerseits wird es als politisch notwendig betrachtet, Konzepte zu entwickeln, in denen auch die Vielzahl der Personengruppen berücksichtigt wird, die aus verschiedenen Gründen aus dem gesetzlichen sowie privaten Krankenversicherungssystem herausfallen. Andererseits unterliegt jedoch die Gruppe der Illegalisierten aufgrund der Meldepflicht (§ 87 AufenthG) besonderen (ausländerrechtlichen) Restriktionen mit der Konsequenz, dass hier spezifische politische Forderungen und Gesetzesänderungen im Vordergrund stehen. Hinzu kommt die Problematik, als informelle BAG nicht den großen Wurf einer alle Probleme lösenden Gesundheitsreform auf den Tisch legen zu können – und zu wollen.

12 Bislang sind keine Fälle von polizeilichen Maßnahmen gegen Arztpraxen und das Medibüro aufsuchende MigrantInnen in Zusammenhang mit der Vermittlungsarbeit bekannt.

13 Illegally resident third-country nationals in Germany – Policy approaches, profile and social situation – Research Study 2005 within the framework of the European Migration Network; S. 65, 100; Hg.: Federal Office for Migration and Refugees – Migration and Integration Research Department, 90343 Nürnberg; September 2005

## 1. Dezember 2005

Ohne Aussprache beschließen die EU-Innenministerien die so genannte Asylverfahrensrichtlinie. Diese EU-Richtlinie ermöglicht eine weitgehende Auslagerung des

Flüchtlingsschutzes in Herkunftsregionen oder Transitstaaten. Selbst Staaten, die die Genfer Flüchtlingskonvention nicht ratifiziert haben, dürfen als »sicher« qualifiziert wer-

den. Die EU umgibt sich nun mit einem Ring angeblich »sichere Drittstaaten«.

## 2006

Erstmals wird im Bundestag ein Entwurf eines »Gesetzes zur Verbesserung der sozialen Situation von AusländerInnen, die

ohne Aufenthaltstitel in Deutschland leben« zumindest diskutiert.

## Veränderungen und Entwicklungen

### Öffentliche Wahrnehmung des Themas Illegalität und EU-Osterweiterung

Die Gesetzeslage hat sich in den letzten zehn Jahren verschärft. Vor allem die Einführung des § 1a AsylbLG (zusätzliche Anspruchsbeschränkungen für Personen, die eingereist sind »um Leistungen nach diesem Gesetz zu erlangen« oder die »aus von ihnen zu vertretenden Gründen« nicht abgeschoben werden können) führt auch zur Einschränkung und Verweigerung von medizinischen Leistungen für Menschen mit Duldung. Durch das Zuwanderungsgesetz ist die Möglichkeit zur legalen Migration nach Deutschland erschwert worden.

Die gesellschaftliche und politische Stimmung gegenüber Flüchtlingen ist noch restriktiver geworden. Das Thema Illegalität hat in den letzten zehn Jahren jedoch an Aufmerksamkeit gewonnen. Während wir zu Beginn unserer Arbeit oft auf Unverständnis stießen, erreichen uns heute immer mehr Anfragen von JournalistInnen zum Thema »Illegale«. Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus kommen inzwischen in den vorausblickenden Fernsehserien vor.

Auch in der Politik kann das Thema inzwischen nicht mehr ignoriert werden. Im Bericht der Süßmuth Kommission wurde die Problematik aufgenommen, im Koalitionsvertrag der CDU/SPD Regierung ist ein Prüfauftrag dazu formuliert, und Anfang 2006 haben die Bündnisgrünen einen Gesetzesentwurf eingebracht, der u. a. eine medizinische Versorgung ohne Meldung an die Ausländerbehörde vorsieht. Leider haben die Grünen einen derartigen Gesetzesentwurf nicht in der Zeit ihrer eigenen Regierungsverantwortung eingebracht, vielmehr gab es auch in diesen sieben Jahren deutliche Verschärfungen im Ausländerrecht. Es konnten also keine Verbesserungen erreicht werden – aber eine veränderte Wahrnehmung des Themas »Illegalität«. Dies ist neben den Bemühungen linker Gruppen in der Öffentlichkeitsarbeit vor allem der Lobbyarbeit der Kirchen (z. B. Katholisches Forum Illegalität) zu verdanken. Renommierete NGOs wie IPPNW greifen das Thema auf (Kampagne »Achten statt verachten«), und öffentliche Diskussionsveranstaltungen sowie Bündnisse wie die Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheit (siehe Kapitel »Netzwerke, Bündnisse und Aktionen«, S. 30) eröffnen Foren, wo die politischen Forderungen des Medibüros immer wieder eingebracht werden können.

Aber nicht nur die öffentliche Wahrnehmung unserer Arbeit, sondern auch unsere »Klientel« hat sich verändert.

Zu Beginn wurde die Existenz des Büros für medizinische Flüchtlingshilfe zunächst in der lateinamerikanischen Community bekannt. Dementsprechend kamen viele Latinos und Latinas in die Sprechstunden. Inzwischen ist die »Klientel« sehr gemischt, und es kommen auch viele Menschen aus Osteuropa, womit sich eine neue Problematik ergibt:

Seit Mai 2004 hat sich mit dem Beitritt der zehn neuen EU-Staaten und den in Deutschland bis 2012 bestehenden Einschränkungen der Arbeitnehmerfreizügigkeit eine neue Grauzone der Halblegalität aufgetan.

»»

### Ansätze für »Lösungsmodelle« – ein Überblick

Bei der Diskussion über verschiedene Modelle zur Gesundheitsversorgung illegalisierter Menschen geht es vorrangig um die Finanzierung von und um den sicheren Zugang zu Versorgungsleistungen. Die Frage nach der Eingliederung in die Regelversorgung ist ein weiteres zentrales Kriterium, nach dem mögliche Modelle bewertet werden müssen.

Die Rede von »Lösungsmodellen« legt allerdings nahe, dass die in der Diskussion befindlichen Ansätze tatsächlich eine Lösung darstellen<sup>1</sup>. Dies trifft aus unserer Perspektive weder auf einzelne praktizierte Ansätze in anderen EU-Staaten (z. B. in Großbritannien, Niederlande, Frankreich, Italien oder Spanien) zu, noch auf die derzeit in der bundesdeutschen Debatte zirkulierenden Ideen, die sich meist an den europäischen »Vorbildern« orientieren. Fakt ist, dass die Möglichkeiten des Zugangs zu medizinischer Versorgung für Illegalisierte in keinem anderen Land so restriktiv sind, wie in Deutschland (s. dazu Kapiel Papierlos in Europa – Anrecht auf medizinische Versorgung?, S. 25). Daher können auch Ansätze, die noch keine Lösung im Sinne eines uneingeschränkten, sicheren und staatlich finanzierten Zugangs für Illegalisierte in die Regelversorgung darstellen, dennoch einen Schritt in die richtige Richtung bedeuten. Bewertungsmaßstab für uns bleibt, der Zielsetzung, uns selbst überflüssig zu machen, schrittweise näher zu kommen. Es soll nicht an Ansätzen gebastelt werden, die eine Parallelstruktur oder so genannte »ehrenamtliche« Projekte analog zu den Büros für medizinische Flüchtlingshilfe sowie kirchlich-karitativen Einrichtungen wie die *Malteser Migranten Medizin* (bisher in Berlin, Köln und München) flächendeckend implementieren. Ein Spagat, der in der realpolitischen (Lobby-)Arbeit nicht ganz einfach zu leisten ist.

Im Folgenden geben wir eine skizzenhafte Übersicht der zentralen Modelle, welche die Basis für alle Debatten zu diesem Thema darstellen.<sup>2</sup>

### Integration in die staatliche Gesundheitsversorgung

#### Beispiel Frankreich

Es erfolgt eine Eingliederung in die landesübliche Gesundheitsversorgung, d. h. für Frankreich Rückerstattung von 35 bis 90 % der Behandlungskosten für alle Menschen, die mindestens drei Monate nachweislich in Frankreich leben.<sup>3</sup>

#### Vorteil:

- staatliche Finanzierung
  - keine Übermittlung an die Ausländerbehörde
  - keine Parallelstrukturen
- Für die BRD würde dies bedeuten:
- Kostenübernahme durch das Sozialamt bei Bedürftigen sowie freier Zugang zum Krankenversicherungssystem unabhängig vom Aufenthaltsstatus.
  - Verbot der Übermittlung von Daten an die Ausländerbehörde, sprich: Abschaffung des § 87 AufenthG.
  - Keine Kriminalisierung von MitarbeiterInnen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens, sprich: Abschaffung des § 96 AufenthG.
  - Volle Entlohnung für geleistete Arbeit.<sup>4</sup>

Diese Forderungen spiegeln sich aktuell in den Empfehlungen der »Bundesarbeitsgruppe Gesundheit«<sup>5</sup> wider. An der Erstellung dieser Empfehlungen zum »Prüfauftrag Illegalität« der Bundesregierung haben wir uns als Medibüro maßgeblich beteiligt.

#### Anonymisierter Krankenschein

#### Modellprojekt über drei Jahre in Schleswig-Holstein, in Planung ab Ende 2006; orientiert am Modell anonymisierter Krankenscheine in Italien

Die Daten von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus werden bei medizinischen Beratungsstellen aufgenommen, die vom Sozialamt dazu beauftragt wurden. Die Bedürftigkeit wird überprüft, die PatientInnen können mit dem ausgestellten anonymen Krankenschein medizinische Hilfe suchen, die Behandelnden regeln die Kosten dann mit dem Sozialamt.

#### Vorteil:

- keine Datenübermittlung an die Ausländerbehörde<sup>6</sup>
- staatliche Finanzierung

»»

Zwar sind Menschen aus den neuen EU-Ländern nicht von Abschiebung im klassischen Sinn bedroht. Zugang zum Sozial- und Krankenversicherungssystem haben sie aber in der Regel weder in der BRD, wo sie oft bereits seit Jahren leben und arbeiten, noch in den Herkunftsstaaten, wo sie inzwischen nicht mehr gemeldet sind und daher keine Versicherungsansprüche haben. Sozialversicherungsabkommen der EU-Staaten mit einem Anspruchsausgleich der Staaten untereinander gibt es häufig nicht.

Diese in Deutschland bestehenden Einschränkungen des Zugangs zum Arbeitsmarkt hat es in anderen EU Altstaaten (Schweden, Großbritannien, Irland) nie gegeben, oder sie wurden in diesem Jahr abgeschafft (Spanien, Finnland, Portugal, Griechenland, Italien). Frankreich plant die Aufhebung der Beschränkung 2009.

Insgesamt kommen ins Medibüro mehr und andere »Grenzfälle« als vor 10 Jahren. Neben den Menschen aus den neuen EU Staaten, die hier nicht »illegal« aber auch nicht krankenversichert sind, gibt es zunehmend Fälle von so genanntem »Krankheitstourismus«. Mitunter schwer kranke Menschen, die hoffen hier eine bessere Gesundheitsversorgung als in ihrem Heimatland zu bekommen, reisen als TouristInnen oder BesucherInnen nach Deutschland ein. Da sie hier nicht krankenversichert sind, und niemand die hohen Kosten der teilweise anspruchsvollen Behandlung übernimmt, ist es oft schwierig, Hilfe zu organisieren. Genauso wie weltweite soziale und ökonomische Ungerechtigkeit Migration bedingt, verursachen qualitativ unterschiedliche Medizinsysteme Gesundheitsmigration. Solche Fälle können nur im Einzelfall diskutiert und nie wirklich »gelöst« werden.

Da zum Beispiel weder Menschen aus Polen, die hier »illegal« arbeiten, noch Menschen aus Afrika, die in der Hoffnung auf eine lebensrettende Operation eingereist sind, zu klassischen Flüchtlingen zählen, lösen diese Entwicklungen immer wieder kontroverse Diskussionen sowohl im Plenum als auch im Kontakt mit unseren un-

terstützenden ÄrztInnen aus: Ist es einer schwangeren Ukrainerin zuzumuten für die Entbindung in ihr Heimatland auszureisen? Beteiligen wir uns an den Kosten für eine ausgedehnte Krebsoperation, die in Ghana nicht möglich ist, deren Erfolg aber auch im deutschen Universitätskrankenhaus nicht garantiert ist? Unterstützen wir eine Patientin, hier eine Behandlung zu bekommen, die in Polen qualitativ nicht gleichwertig wäre? Finanzieren wir die notwendigen Medikamente für die Mutter einer hier lebenden Irakerin? Grundsätzlich ist es Teil unseres Selbstverständnisses, dass wir nicht nach Papieren fragen<sup>19</sup> und die Bedürftigkeit nicht durch den Blick in den Geldbeutel der Hilfesuchenden prüfen.

Vor dem Hintergrund der knappen Spendengelder kommen wir aber doch häufiger in die Situation, nach Status und Herkunft fragen zu müssen, um nach anderen Finanzierungsmöglichkeiten suchen zu können. Wir wissen, dass es in diesen Fällen keine politisch oder ethisch richtigen Entscheidungen geben kann, und müssen damit umgehen, in die Rolle eines »alternativen Sozialamtes« gedrängt zu werden und über die Gewährung von Geld für Gesundheitsversorgung angesichts von Einzelschicksalen entscheiden zu müssen.

<sup>19</sup> Schließlich wollen wir Menschen nicht in verwaltungstechnische, nationale Kategorien der Herkunft pressen, die letztlich rassistischen Kriterien folgen.

## Spendenfinanziertes Fondsmodell

Derzeit im Aufbau in München: »Verein für die medizinische Hilfe für nicht versicherte Menschen« in Zusammenarbeit mit »Café 104«<sup>7</sup> und der »Malteser Migranten Medizin«

Hier werden private Spendengelder, Mitgliedsbeiträge und Gelder der katholischen Kirche in einen privat finanzierten Vereinsfonds eingezahlt, zum Teil werden eigens für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus Behandlungseinrichtungen aufgebaut. An den Vereinsfonds können dann die Kostenforderungen gerichtet werden für »unabhängbare medizinische Notfallversorgung«. Der Fonds richtet sich an Menschen ohne Krankenversicherung, darunter auch Illegalisierte.

### Nachteil:

- Aufbau einer Parallelstruktur statt Integration in bestehende Gesundheitsstrukturen
- Fonds ist abhängig von der Höhe der zur Verfügung stehenden Spendengelder
- Private Spendengelder statt staatliche Finanzierung

### Vorteil:

- Keine Meldepflicht staatlicher Stellen nach § 87 Aufenthaltsgesetz, da staatliche Stellen nicht beteiligt sind (rechtlich besteht in diesem Punkt kein Unterschied zum Modell der Medibüros)

## Staatliches Fondsmodell

z. B. Niederlande »Linkage Fund«, »Koppelingsfonds«  
Fondsstiftung der niederländischen Regierung (Steuergelder in Kombination mit Geldern aus Krankenkassenbeiträgen), bei der ambulante LeistungserbringerInnen (ÄrztInnen, ApothekerInnen, Hebammen etc.) einen Antrag auf Kostenerstattung stellen können. Dies wird in den Regionen in Zusammenarbeit mit den städtischen Gesundheitsämtern, den Krankenversicherungen, Kirchen und Solidaritätsgruppen organisiert. Krankenhäuser verfügen über einen Haushaltsposten für nicht bezahlte Rechnungen, der jährlich zwischen den Krankenhäusern und den Gesundheitsversicherungsunternehmen ausgehandelt und aus den Beitragszahlungen gespeist wird (z. Zt. 35 Millionen Euro). Der eigentliche Fonds

wird von der Regierung finanziert und beträgt z. Zt. ca. sieben Millionen Euro.

### Vorteil:

- (teilweise) staatlich finanziert
- keine Datenübermittlung an Ausländerbehörde

### Nachteil:

- Fondshöhe ist Verhandlungssache
- Abrechnung ist mit hohem bürokratischem Aufwand verbunden, daher machen viele LeistungserbringerInnen die Kosten nicht geltend

<sup>1</sup> Ausführliche Übersichten zu Ansätzen in Europa und Fragen der Übertragbarkeit auf die BRD geben: (1) Braun, T., Brzank, P., Würflinger, W. (2003): Medizinische Versorgung von illegalisierter Migrantinnen und Migrantinnen – ein europäischer Vergleich. In: Borde, T., David, M (Hrsg.): *Wer versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*, Bonn 2003, S. 119-141; (2) Norbert Cyrus (2004): *Aufenthaltsrechtliche Illegalität in Deutschland. Strukturbildung – Wechselwirkungen – Politische Optionen*. Bericht für den Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration, insbesondere S. 47-62.

<sup>2</sup> Nicht berücksichtigt werden hier aktuelle Überlegungen einer Forschungsgruppe des Lehrstuhls für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen, die eine Öffnung der Krankenversicherungssysteme vorschlagen, in der sowohl die zahlreichen neuen Nichtversicherten durch Hartz IV als auch (implizit) die Illegalisierten eine Berücksichtigung finden könnten. Diese Überlegungen wurden im Rahmen der bereits erwähnten »Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheit« vorgestellt und basieren auf der Studie: »Nichtversicherte Personen im Krankenversicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland – Bestandaufnahme und Lösungsmöglichkeiten«: <http://www.uni-essen.de/medizin-management/Lehrstuhl/Forschung/dlGesundheitssystem.htm>

<sup>3</sup> Vor der Gesundheitsreform in Frankreich von 2003 wurden 100% der Kosten übernommen.

<sup>4</sup> Derzeit müssen die Behandelnden die Kosten einer Notfallversorgung selbst tragen, falls die PatientInnen dies nicht können. Wird ein Antrag auf Kostenübernahme an das Sozialamt gestellt, muss diese Kostenübernahme ab Antragstellung gewährt werden, kann jedoch unmittelbar die Datenübermittlung an die Ausländerbehörde und somit eine spätere Abschiebung nach sich ziehen.

<sup>5</sup> Siehe auch Kapitel »Netzwerke, Bündnisse und Aktionen« (S. 30)

<sup>6</sup> Vorausgesetzt dieser Teil der Modellvorstellungen besteht die juristische Prüfung: strittig ist, inwiefern die Schaffung unabhängiger Beratungsstellen zur Umgehung der Datenübermittlungspflicht juristisch möglich und v.a. politisch gewollt ist.

<sup>7</sup> Das Café 104 ist sozusagen das Medibüro in München.

## Fazit

Zu Beginn unserer Arbeit hatten wir 1996 noch mehr die Einschränkungen des AsylbLG im Blick. Praktisch kommen zu uns heute sicher weiterhin Menschen, die Anspruch auf Leistungen nach AsylbLG hätten, diesen aber nicht durchsetzen können oder bestimmte Leistungen nicht zugestanden bekommen. Wir thematisieren das heute nicht in dem Maße, in dem wir damals die Problematik des AsylbLG skandalisiert haben. Auf der einen Seite nehmen wir Leistungen nach AsylbLG inzwischen fast dankbar zur Kenntnis – es sind immerhin überhaupt welche. Auf der anderen Seite fehlt uns die Kontinuität und Professionalität, um Fälle von Leistungsverweigerung durch die Sozialämter zu recherchieren und in Einzelfällen mit dem notwendigen Hintergrundwissen entsprechende Forderungen durchzusetzen.

Der damals heftig diskutierte Punkt der Gefährdung der Flüchtlinge durch unser Projekt, hat sich nicht bewahrheitet. Die Einschätzung, dass unsere Arbeit eher wohlwollend zur Kenntnis genommen und nicht kriminalisiert werde, war richtig. In den letzten zehn Jahren ist uns kein Fall von Repression im Zusammenhang mit der Arbeit des Medibüros bekannt geworden. Stattdessen erstaunte uns das Ausmaß, in dem sich öffentliche Stellen auf das Projekt beziehen und sogar PatientInnen an uns verweisen.

Vor dem Hintergrund einer möglichen Gefährdung wurde auch die Trennung von Öffentlichkeits- und Vermittlungsarbeit diskutiert. Es war richtig, beide Teile nicht zu trennen, da wir in unserem öffentlichen Auftreten Respekt und Glaubwürdigkeit durch die praktischen Erfahrungen gewinnen und durch die öffentliche Verankerung eher vor Repression geschützt werden. Wir haben also Bündnispartner und Gehör in der bürgerlichen Öffentlichkeit gefunden.

Darin liegt eine Gefahr und eine Chance. Unsere Forderungen können im Chor der kirchlichen und karitativen Bündnispartner »untergehen«. Wir können unsere Forderungen nach gleichen Rechten aber auch in Bündnissen verankern, die vielleicht sonst nur die »Rechtssicherheit für humanitäre Helfer« gefordert hätten. Insgesamt ist es uns bisher gelungen, unsere Positionen einzubringen, in Bündnissen politisch erkennbar zu bleiben und in Zusammenarbeit mit anderen Gruppen erfolgreich zu wirken.

Wir waren nach dem Hamburger Projekt die zweiten in Deutschland und haben inzwischen reichlich Nachahmer gefunden: Über zehn Büros für medizinische Flüchtlingshilfe in bundesdeutschen Großstädten sowie bald drei Projekte der *Malteser Migranten Medizin* (MMM). Das spricht dafür, dass es sich um ein relevantes Problem und ein in mancher Hinsicht überzeugendes Konzept handelt.

### Ist das ein Erfolg auf den wir stolz sein können?

Wir haben uns nicht wie ursprünglich angestrebt selbst überflüssig gemacht. Wir haben uns nicht überflüssig machen können, obwohl Modelle für die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus denkbar sind, die auch in anderen europäischen Ländern praktiziert werden. Die Beispiele von Spanien und Italien zeigen, dass Verbesserungen für Illegalisierte sogar Partei übergreifend und z.T. auf dem Verwaltungsweg unaufgeregt erreicht werden können. Vor dem Hintergrund der allgemeinen Kürzungen von Sozialleistungen und der Zuzahlungen im Gesundheitssystem will keine der politischen Parteien in Deutschland Gesundheitsleistungen für Statuslose propagieren. Bei einer Veranstaltung des Flüchtlingsrats im August 2006 anlässlich des Berliner Wahlkampfes, bei der die flüchtlingspolitischen Konzepte der Parteien mit denen des Flüchtlingsrats diskutiert wurden, sah sich

keine Partei in der Lage, sich für die Situation Illegalisierter einzusetzen, weil es an gesellschaftlichem Interesse und Druck aus der Gesellschaft mangelte. Es gilt also, weiterhin am Aufbau dieses öffentlichen Drucks zu arbeiten.

Die Lückenbüßer-Falle steht weiterhin offen. Wir haben das Problem kontinuierlich im Kopf gehabt und immer wieder auch öffentlich diskutiert. Wir haben in der Öffentlichkeit konsequent versucht deutlich zu machen, dass unsere Arbeit keine Lösung sein kann, weil Menschen ohne Aufenthaltsstatus wie alle anderen PatientInnen eine reguläre Versorgung brauchen, die nicht aus begrenzten Spenden finanziert wird, auf der Basis unentgeltlicher Arbeit und der Bereitschaft »humanitärer Helfer« oder bereitwilliger ÄrztInnen geleistet wird. Trotzdem birgt alleine unsere Existenz und unsere praktische Arbeit die Gefahr, dass das Problem der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus als mehr oder weniger gelöst wahrgenommen wird. Das bleibt ein zentrales Problem.

Was machen wir eigentlich? Provokant formuliert und negativ gesehen: So tun als könnten wir Probleme lösen, die wir sowohl strukturell als auch oft de facto nicht lösen können. Damit reduzieren wir den Druck auf Sozialämter und politisch Verantwortliche und nähren die Illusion, dass Problem der Gesundheitsversorgung für Illegalisierte sei in Parallelstrukturen grundsätzlich lösbar.

Darüber hinaus haben wir ein Modell für Projekte wie die Malteser Migranten Medizin geliefert, die ihre Arbeit weniger politisch einbetten als wir und ihre Rolle als Parallelstruktur weniger problematisieren.

### Welche Konsequenzen ziehen wir?

#### Zehn Jahre Medibüro sind genug!

Nehmen wir diesen Text als Abschiedserklärung, schließen die Pforten möglichst mit einem lauten Knall und überlassen das Elend allen anderen? Lust dazu hätten wir oft...



#### Genug ist nie genug!

Machen wir weiter mit der Gratwanderung zwischen unseren Widersprüchen, reiben uns auf zwischen Anspruch und Wirklichkeit, diskutieren sowohl die ewig gleichen als auch die immer neuen Probleme mit alt frustrierten und frisch naiven MitstreiterInnen, schmieden neue Bündnisse und beleben alte Koalitionen... und haben auch immer wieder viel Spaß, wie beim Schreiben dieser Broschüre, die unter dem Einfluss von gekühltem Weißwein<sup>20</sup> in der Sommerabendsonne begonnen wurde und bei heißem Tee unter grauem Himmel endlich fertig wurde.

## Link-Liste

### Antirassistische Initiativen & Projekte gegen Abschiebung

#### Antirassistische Initiative ARI Berlin

>>> [www.anti-rar.de](http://www.anti-rar.de)

#### Antirassistisch-Interkulturelles Informationszentrum Berlin e. V.

>>> [www.aric.de/aric/aktuelles/index.htm](http://www.aric.de/aric/aktuelles/index.htm)

#### Initiative gegen das Chipkartensystem

>>> [www.chipkartenini.squat.net](http://www.chipkartenini.squat.net)

#### Forschungsstelle Flucht und Migration

>>> [www.ffmpeg-berlin.de](http://www.ffmpeg-berlin.de)

#### Gesellschaft für Legalisierung

>>> [www.rechtauflegalisierung.de](http://www.rechtauflegalisierung.de)

#### Kanak Attak

>>> [www.kanak-attak.de](http://www.kanak-attak.de)

#### Überblick über aktuelle Geschehnisse und Kampagnen

>>> [www.no-racism.net](http://www.no-racism.net)

#### Kampagne Proteste zur Innenministerkonferenz 2006

>>> [www.papiere-fuer-alle.org](http://www.papiere-fuer-alle.org)

### Projekte gegen Lager und Abschiebung & für Bleiberecht

#### Bleiberechtskampagne

>>> [www.hier.geblieben.net](http://www.hier.geblieben.net)

#### Noborder Network

>>> [www.noborder.org](http://www.noborder.org)

#### Kampagne gegen Abschiebelager

>>> [www.nolager.de](http://www.nolager.de)

### Selbstorganisation Flüchtlinge und MigrantInnen

#### Flüchtlingsinitiative Brandenburg

>>> [www.fi-b.net](http://www.fi-b.net)

#### Karawane für die Rechte der Flüchtlinge und MigrantInnen

>>> [www.thecaravan.org](http://www.thecaravan.org)

#### The Voice Refugee Forum Germany

>>> [www.thevoiceforum.org](http://www.thevoiceforum.org)

#### Plataforma der MigrantInnen und Flüchtlinge

>>> [www.plataforma-berlin.de](http://www.plataforma-berlin.de)

### Informationen zu Asyl & Flüchtlingsarbeit

#### Informationsverbund Asyl e. V.

>>> [www.asyl.net](http://www.asyl.net)

#### Juristische Informationen zu den verschiedenen Aufenthaltstiteln

>>> [www.aufenthaltstitel.de](http://www.aufenthaltstitel.de)

#### European Council on Refugees and Exiles

>>> [www.ecre.org](http://www.ecre.org)

#### Flüchtlingsrat Berlin e. V.

>>> [www.fluechtlingsrat-berlin.de](http://www.fluechtlingsrat-berlin.de)

#### Informationsseite für die Arbeit mit Flüchtlingen

>>> [www.fluechtlingsinfo-berlin.de](http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de)

#### Pro Asyl e. V.

>>> [www.pro-asyl.de](http://www.pro-asyl.de)

### Illegalität

#### Brettspiel zum Thema Illegalität

>>> [www.keinpasskeinspass.de](http://www.keinpasskeinspass.de)

#### Katholisches Forum Leben in der Illegalität

>>> [www.forum-illegalitaet.de](http://www.forum-illegalitaet.de)

#### Informationsseite des Jesuitenpaters Jörg Alt

>>> [www.joerg-alt.de](http://www.joerg-alt.de)

#### Plattform for International Cooperation on undocumented Migrants

>>> [www.picum.org](http://www.picum.org)

#### Sichtbar werden – Fünf Menschen und das Recht auf Aufenthalt

>>> [www.sichtbar-werden.de](http://www.sichtbar-werden.de)

### Medibüros bundesweit

#### Berlin

>>> [www.medibuero.de](http://www.medibuero.de)

#### Bochum

>>> [www.bo-alternativ.de/mfh/index.html](http://www.bo-alternativ.de/mfh/index.html)

#### Bonn

>>> [www.medinetzbonn.de](http://www.medinetzbonn.de)

#### Bremen

>>> <http://www.nord-com.net/fluechtlingsinitiative.bremen/medinetz.html>

#### Freiburg

>>> <http://www.medinetz.rasthaus-freiburg.org>

#### Göttingen

>>> [med.fluechtlingshilfe.goe@gmx.de](mailto:med.fluechtlingshilfe.goe@gmx.de)

#### Halle

>>> [www.ludwigstrasse37.de/seiten/mediflue.htm](http://www.ludwigstrasse37.de/seiten/mediflue.htm)

#### Hamburg

>>> Haus Drei, Hospitalstr. 109, 22767 Hamburg

#### Hannover

>>> [mfs-hannover@yahoo.de](mailto:mfs-hannover@yahoo.de)

#### Köln

>>> [www.medicamondiale.de](http://www.medicamondiale.de)

#### München

>>> [bfr@ibu.de](mailto:bfr@ibu.de)

## Gesundheitsversorgung muss unabhängig vom Aufenthaltsstatus jedem / jeder zugänglich sein!

- Keine Schaffung und Ausweitung von Parallelversorgungssystemen: Zugang aller Illegalisierten zu medizinischer Regelversorgung – ohne Einschränkungen und sicher vor Denunziation!
- Keine Melde- und Datenübermittlungspflichten an die Ausländerbehörde: Abschaffung des Denunziationsparagrafen § 87 AufenthG!
- Keine strafrechtliche Verfolgung von UnterstützerInnen Illegalisierter: Abschaffung des § 96 AufenthG (Hilfe zum illegalen Aufenthalt, sog. »Schlepperparagrah«)!
- AuslG, AufenthaltsgG und AsylbLG stellen die Basis für Ungleichbehandlung und Ausgrenzung dar: Abschaffung aller rassistischen Sondergesetze für »AusländerInnen« und »Flüchtlinge«!
- Bewegungsfreiheit und Gleiche Rechte für Alle!

