

**20 Jahre  
Medibüro  
Berlin**

A white line-art graphic of a stethoscope, with the tubing curving around the text and ending in a star.

Toleranz.



## ► Inhalt

<b>2</b>	<b>Wer wir sind</b>
3	Altes Büro – neuer Name
<b>4</b>	<b>Unser Ziel ist es, uns überflüssig zu machen – ein Vorwort</b>
4	Chronik wichtiger Daten
7	Rechtliche Grundlagen
<b>8</b>	<b>Die Anfänge</b>
11	»Festung Europa« – Europäisches Grenzregime
15	Das Prinzip der sicheren Drittstaaten und Herkunftsstaaten
<b>20</b>	<b>Organisationsform</b>
21	O-Platz, LAGeSo und der »Sommer der Migration«
<b>24</b>	<b>Praktische Arbeit</b>
25	Grenzenlos ausgegrenzt
<b>28</b>	<b>Ungenügende Versorgung</b>
29	»Lösungsmodelle« in verschiedenen Bundesländern
33	Lösungsmodelle – zwischen Ideal und Realität
<b>36</b>	<b>Politische Arbeit</b>
37	»Flüchtlingshilfe« revisited. Über Fallstricke des Helfens und die Arbeit des Medibüros
41	Asylbewerberleistungsgesetz abschaffen! Oder erstmal nur eine Gesundheitskarte einführen? – Kampagnenansätze einiger Medibüros
45	Runder Tisch Flüchtlingsmedizin Berlin
53	Papierlos in Europa – Anrecht auf medizinische Versorgung?
<b>58</b>	<b>Statt eines Nachwortes: »Selbstkritischer Rückblick«</b>
	<b>Impressum</b>

## ➤ Wer wir sind

Das Medibüro Berlin wurde 1996 als selbstorganisiertes und nichtstaatliches Projekt gegründet. Seitdem verfolgen wir als antirassistische Initiative das Ziel, die Gesundheitsversorgung von illegalisierten\* Geflüchteten und Migrant\*innen 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 Mitwirkenden 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.)

## Altes Medibüro – neuer Name

Vor inzwischen über zwanzig Jahren haben wir uns 1996 als »Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin« gegründet. Seitdem hat sich viel verändert. Die Grenzen innerhalb Europas sind offener, die nach außen undurchdringlicher geworden. Mit den Migrationsentwicklungen haben sich auch unsere »Klientel« und unsere Arbeit verändert.

Der Begriff »Flüchtling« hat schon immer nur einen Teil der Menschen beschrieben, die zu uns gekommen sind. Menschen, die als Tourist\*innen eingereist und danach geblieben sind, Familienangehörige von legal hier lebenden Migrant\*innen und andere ohne reguläre Krankenversicherung haben neben Geflüchteten, deren Duldung oder Aufenthaltsgestattung ausgelaufen ist, seit Gründung des Medibüros unsere Unterstützung gesucht.

Sowohl intern als auch mit unseren Kooperationspartner\*innen haben wir oft diskutiert, für wen wir uns »zuständig« fühlen oder nicht. Sind Geflüchtete, deren Asylverfahren negativ beschieden worden ist, berechtigter, unsere Hilfe in Anspruch zu nehmen als Migrant\*innen, deren Visum abgelaufen ist und die in ihrem Herkunftsland keine Perspektive mehr sehen? Was ist mit Menschen aus Rumänien und Bulgarien, die sich jetzt hier legal aufhalten können, aber in vielen Fällen nicht krankenversichert sind? Und mit Menschen, die im Rahmen der Dublin-Regelung nur in einem anderen EU-Land einen Asylantrag stellen können, sich aber in Deutschland aufhalten? Menschen kommen aus einer Vielzahl von Gründen ins Medibüro.

»Hilfe« bzw. Unterstützung wollen wir natürlich weiterhin im Rahmen unserer Möglichkeiten leisten. Diese waren jedoch schon immer limitiert. Oft können wir aufgrund begrenzter Spendengelder teure Operationen und Behandlungen nicht übernehmen. Der Begriff »Flüchtlingshilfe« hat oft zu Missverständnissen und Frustrationen geführt, sowohl von Seiten der Patient\*innen als auch verschiedener Kooperationspartner\*innen. Er suggerierte offensichtlich die Existenz einer offiziellen Institution, die über Gelder und Stellen verfügt. Wir sind weiterhin eine Gruppe unentgeltlich und nebenberuflich engagierter Personen, die ohne das Netzwerk von ebenfalls unentgeltlich engagierten Ärzt\*innen und anderen Kooperationspartner\*innen praktisch nichts ausrichten kann.

Darüber hinaus ist Hilfe etwas, um das man bitten muss. Gesundheitsversorgung gehört aber zu den Menschenrechten und sollte unabhängig vom Aufenthaltsstatus für jede Person zugänglich sein. Dafür engagieren wir uns politisch. Medizinische Versorgung darf nicht aufgrund von Wohltätigkeit oder ehrenamtlicher Hilfe gewährt werden, sondern gehört zu den existenzsichernden Aufgaben, die der Staat übernehmen muss. Dass wir diese Arbeit tun müssen, ist ein Skandal und keine Ehre. Bis die Gesundheitsversorgung für alle umgesetzt ist, wollen wir durch unseren neuen Namen unser Selbstverständnis und unsere Arbeit deutlicher machen. **Seit 2015 sind wir das Medibüro Berlin – Netzwerk für das Recht auf Gesundheitsversorgung aller Migrant\*innen**

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

Das Medibüro Berlin hat dieses Jahr (2016) seinen zwanzigsten Geburtstag begangen. Wir nehmen dieses Jubiläum zum Anlass, Bilanz zu ziehen: Was haben wir eigentlich in den letzten zwanzig 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.

Ein Widerspruch, der unserem Ansatz immanent ist, ist das Spannungsverhältnis zwischen Forderungen an den Staat und pragmatischer Unterstützungsarbeit, 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 unserer Arbeit 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 Aufenthaltsstatus unterstützen zu können, sind medizinische Kenntnisse genauso nötig wie Wissen über Krankenversicherungen und die Paragraphen des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG). Eine Professionalisierung im Sinne von bezahlten Stellen haben wir nie angestrebt, ▼

## Chronik wichtiger Daten





1949

Vor dem Hintergrund des Nationalsozialismus und des Zweiten Weltkrieges wird das Recht auf Asyl in Deutschland im Grundgesetz gesetzlich ver-

ankert: Art. 16 Abs. 2 Satz 2 »Politisch Verfolgte genießen Asylrecht«.



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 Ziel, unsere Arbeit überflüssig zu machen. Das ist uns bisher nicht gelungen.

In den letzten zwanzig Jahren hat sich politisch viel verändert. Die Probleme der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus sind – trotz weniger kleiner Schritte in die richtige Richtung – nahezu unverändert geblieben. Das öffentliche und mediale Interesse an dem Thema ist gestiegen, was leider nicht heißt, dass es eine öffentliche Akzeptanz für die Wahrnehmung von Grundrechten unabhängig vom Aufenthaltsstatus gibt. Die politischen Rahmenbedingungen haben sich geändert, vor allem durch die EU-Erweiterung, die Dublin Regelung, die Definition von sicheren Herkunftsländern und Verschärfungen im Aufenthaltsrecht. Durch Letztere haben viele Menschen hier faktisch keine legale Aufenthaltsperspektive mehr und werden in die Illegalität gedrängt. Dagegen sind Bürger\*innen aus den neuen EU-Ländern und Geflüchtete, die primär in anderen EU-Ländern registriert worden sind (Dublin-Fälle) hier aufenthaltsrechtlich legal, haben aber kaum Zugang zu sozialen Rechten und meist auch keine Krankenversicherung.

Zu diesen Veränderungen mussten wir uns immer wieder verhalten. Wir haben intern diskutiert, politische Forderungen auf verschiedenen Ebenen gestellt und uns mit Medien, Unterstützer\*innen, Kooperationspartner\*innen, Kranken-

häusern, der Berliner Verwaltung und Politiker\*innen auseinandergesetzt. Dabei haben wir viel gelernt und leider weniger verändert.

Von all dem ist im Folgenden die Rede. Wir hoffen auf Interesse, Zuspruch, Kritik und Auseinandersetzungen.

9



## 1954

Die Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) tritt in Kraft (erweitert 1967 durch das »Protokoll über die Rechtsstellung der Flüchtlinge«) und verankert

international, wer sich als »Flüchtling« auf ihren Schutz berufen darf.



## Rechtliche Grundlagen

Auch Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus (»ausreisepflichtige Ausländer\*innen«) fallen unter das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) und haben damit Zugang zur medizinischen Versorgung bei akuten oder schmerzhaften Krankheiten (§ 4), zu Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und zu Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt sowie 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 Aufenthaltsgesetz – AufenthG), womit die Abschiebung droht.

Medizinisches Personal fällt unter die ärztliche Schweigepflicht und ist zu dieser Meldung nicht verpflichtet. Krankenhausverwaltungen gelten nach der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum AufenthG von 2009 als »ärztliche Gehilfen« und unterliegen somit ebenfalls der Schweigepflicht. Diese verlängert sich bis in die Sozialämter, da die Daten, die einmal unter ärztlicher Schweigepflicht erhoben worden sind, nicht weitergegeben werden dürfen (»verlängerter Geheimnisschutz«). Dies bedeutet, dass Daten von Personen, die sich akut im Krankenhaus vorstellen, **nicht** an die Ausländerbehörden **weitergeleitet werden dürfen**.

Für einen geplanten Krankenhausaufenthalt oder eine reguläre ambulante Vorstellung in einer Arztpraxis ist jedoch ein Krankenschein vom Sozialamt erforderlich, das

dann zur Datenweitergabe verpflichtet ist. Darüber hinaus ist die Umsetzung des verlängerten Geheimnisschutzes in den Städten und Bundesländern unterschiedlich. Manche Kommunen argumentieren mit dem Datenabgleich nach § 11 AsylbLG, um trotzdem Daten weiterzugeben. Eine gerichtliche oder gesetzgeberische Klärung ist bisher nicht erfolgt.

In Berlin ist kein Fall von Datenweitergabe an die Ausländerbehörde bei akuter Vorstellung im Krankenhaus bekannt geworden. Das bedeutet jedoch leider nicht automatisch, dass die Kosten für die Krankenhausbehandlung übernommen werden. Um in einem Nothilfefall (§ 25 SGB XII) die Kosten erstattet zu bekommen, muss das Krankenhaus dem Sozialamt gegenüber die Mittellosigkeit der Patientin / des Patienten nachweisen. Der Aufwand hierfür ist hoch und bei Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus ohne Papiere und ohne Nachweise schwer zu erbringen. Hierzu müssen die Patient\*innen mitwirken und für die weitere Behandlung den Anspruch auch selbst gegenüber dem Sozialamt geltend machen.

Wenn aufgrund der Erkrankung Reiseunfähigkeit vorliegt oder Gefahr für Leib und Leben besteht, kann ggfs. auch eine Duldung (Aussetzung der Abschiebung) oder ein Aufenthaltstitel gewährt werden.

→ <http://www.fluechtlingsrat-berlin.de/gesetzgebung.php#Med>

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

## 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).

## ► 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 Grundgesetzänderung (Art. 16 – Recht auf Asyl) und die Einführung des Asylbewerberleistungsgesetzes 1993 erschienen als Zäsur, als offizielle staatliche Zementierung der territorialen Ausgrenzungspolitik<sup>1</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 u. a. reduzierten medizinischen Leistungen für »Ausländer\*innen«, deren Integration nicht angestrebt war.

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 Geflüchtete, Asylsuchende, ehemalige Vertragsarbeiter\*innen und Migrant\*innen.<sup>2</sup> Die gewalttätigen Anschläge galten in der allgemeinen Öffentlichkeit zwar als verabscheuungswürdig, aber es dominierte eine allgemeine Stimmung gegen Geflüchtete, die vom Vormarsch der Rechten begleitet wurde. Die antirassistische Gegenwehr

## 1973

► Deutschland verpflichtet sich damit, die Voraussetzungen zu schaffen, »die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher

Betreuung sicherstellen« (Artikel 12).





## 1982

Seit 1982 unterliegen Asylsuchende einer Aufenthaltsbeschränkung nach dem Asylverfahrensgesetz § 56. Die sogenannte Residenzpflicht schränkt die Bewe-

gungsfreiheit und Persönlichkeitsrechte tausender Asylsuchender ein und war Teil mehrerer restriktiver Gesetzesänderungen zur »Verhinderung des Asylmissbrauchs«

der sozial-liberalen Koalition unter Helmut Schmidt und Schwerpunktthema der neuen CDU-FDP Regierung unter Helmut Kohl. ►

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.

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 Geflüchteten 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 Initiator\*innen mit einem Bezug zum eigenen Beruf: Medizinische Versorgung für Geflüchtete, die aufgrund der Einschränkungen des AsylbLG nur eine reduzierte Gesundheitsversorgung zugestanden bekommen und für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus, die keinen Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung haben.

### ► **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 Menschen in einem eingegrenzten Teilbereich, der medizinischen Versorgung, eröffnet hatten? Die Initiator\*innen waren antirassistische Gruppen, die sowohl die Eingrenzung als auch die Re-Politisierung der Unterstützungsarbeit für Geflüchtete mit diesem Projekt verfolgten.

Die Berliner Linke – und so auch die antirassistische Szene – reagierten auf den rechten militanten Vormarsch Anfang der 90er Jahre, der für Geflüchtete lebensbedrohlich war. Dies geschah durch Kontaktaufnahme mit den zumeist Asylsuchenden und konkrete Unterstützung ihrer pragmatischen Forderung, ihr laufendes Asylverfahren in Berlin fortsetzen zu können.

### ► **Gratwanderung zwischen Unterstützung und Bevormundung**

Parallel dazu klinkten sich in dieser Zeit Gruppen aus dem antirassistischen Spektrum in die von SOS-Rassismus

## 1985

14.6.1985: Das Schengener Abkommen, in dem der schrittweise Abbau der Binnengrenzen und die Intensivierung der Kontrollen an den Außengrenzen

der Vertragsstaaten festgelegt werden, wird von den Regierungen Frankreichs, der Benelux-Staaten und der Bundesrepublik Deutschland beschlossen.



### »Festung Europa« – Europäisches Grenzregime

Die Bekämpfung der illegalen Einwanderung und Steuerung der Migration ist seit den 90er Jahren zu einer Priorität der EU-Politik geworden. Seit dem Schengen-Abkommen und dem Vertrag von Maastricht (1993) vollzog sich eine zunehmende Europäisierung nationaler Migrationspolitiken und die Etablierung eines supranationalen Migrationsregimes, das seinen Handlungsbereich weit über das Gebiet der europäischen Union hinaus ausgeweitet hat.

Die Migrationskontrolle wurde vor allem nach dem 11. September 2001 mehr und mehr mit einem Sicherheitsdiskurs verknüpft, was zu einer Militarisierung migrationspolitischer Maßnahmen führte. Dies zeigt sich am deutlichsten in der Etablierung der Grenzschutzagentur »Frontex«, die seit 2005 mit einem stetig steigenden Budget die Überwachung der EU-Außengrenzen und Abschiebungen koordiniert und ausführt.

Für Steuerung und Kontrolle der Migrationsbewegungen sind bilaterale und multilaterale Abkommen mit Nicht-EU-Mittelmeeranrainerstaaten sowie die Errichtung von Lagern in Transitländern von wachsender Bedeutung. Vertragspartner werden u. a. dazu verpflichtet, eigene Staatsbürger\*innen, die ohne gültige Papiere innerhalb der EU aufgegriffen werden, wieder aufzunehmen.

Mit der Bekämpfung der klandestinen Migration haben sich im Laufe der Zeit neue Fluchtrouten entwickelt. Die Zahl der Todesfälle stieg dabei erheblich. Neue Schätzungen gehen von 23.000 Toten seit 2000<sup>1</sup> aus, wovon die meisten im Mittelmeer ums Leben kamen. Während des »Sommers der Migration« 2015 etablierte sich eine Balkanroute über Mazedonien, Ungarn und Serbien. Die starke Migrationsbewegung forderte das europäische Grenzregime und das Schengen-System heraus. Die Weigerung vieler Staaten zur Durchführung der Asylverfahren und Versuche der Abschottung durch die Errichtung von Grenzzäunen führten zu Transitzonen, in denen Geflüchtete unter humanitär katastrophalen Bedingungen festsetzen, und in denen zunehmend Lager errichtet werden. Seit dem EU-Türkei-Deal, der festlegt, dass illegal aus der Türkei eingereiste Geflüchtete wieder dorthin zurück geschoben und dafür ausgewählte syrische Geflüchtete aufgenommen werden, sitzen tausende in zunehmend von der Öffentlichkeit abgeschotteten Lagern in Griechenland fest.

zungen gehen von 23.000 Toten seit 2000<sup>1</sup> aus, wovon die meisten im Mittelmeer ums Leben kamen. Während des »Sommers der Migration« 2015 etablierte sich eine Balkanroute über Mazedonien, Ungarn und Serbien. Die starke Migrationsbewegung forderte das europäische Grenzregime und das Schengen-System heraus. Die Weigerung vieler Staaten zur Durchführung der Asylverfahren und Versuche der Abschottung durch die Errichtung von Grenzzäunen führten zu Transitzonen, in denen Geflüchtete unter humanitär katastrophalen Bedingungen festsetzen, und in denen zunehmend Lager errichtet werden. Seit dem EU-Türkei-Deal, der festlegt, dass illegal aus der Türkei eingereiste Geflüchtete wieder dorthin zurück geschoben und dafür ausgewählte syrische Geflüchtete aufgenommen werden, sitzen tausende in zunehmend von der Öffentlichkeit abgeschotteten Lagern in Griechenland fest.

1 <https://www.proasyl.de/news/neue-schaetzung-mindestens-23-000-tote-fluechtlinge-seit-dem-jahr-2000/>

## 1986

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung wird im Rahmen der 1. internationalen WHO-Konferenz veröffentlicht: »Gesundheitsförderung ist auf Chancengleichheit

auf dem Gebiet der Gesundheit gerichtet. (...) bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten

und Voraussetzungen zu schaffen ...«

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 Geflüchteten 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 Geflüchteten und weißen Unterstützer\*innen. Theoretisch als selbstverständlich deklariert, taten sich gerade in diesem Punkt gravierende Konflikte in zweierlei Richtungen auf: Einerseits in Form übermäßiger Unterstützer\*innen-Allüren, die »den Geflüchteten« schlechthin zum besseren Menschen erhoben, was in der Folge jede politische Diskussion untereinander verhinderte. Andererseits wurden nicht selten pragmatische Forderungen seitens der Geflüchteten von den weißen Unterstützer\*innengruppen 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 Geflüchteten als auch in der antirassistischen Szene herausbildeten.

#### ► **Notwendigkeit und Grenzen der Unterstützungsarbeit**

Jahr um Jahr verschärften sich in Deutschland die Lebensbedingungen für Geflüchtete und Asylsuchende in regional unterschiedlichem Tempo.

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 AsylbLG erreicht. Die Grundgesetzänderung griff sofort, noch im selben Jahr sank die Zahl der Asylsuchenden um mehr als ein Drittel, was zum Ansteigen der selbstorganisierten, also »illegalen« Einreise von Geflüchteten führte, die nun ohne jeglichen Aufenthaltsstatus und ohne Rechte in der Bundesrepublik lebten.

Vor dem Hintergrund einer aufreibenden und individualisierten sowie klandestinen Unterstützungsarbeit durch die antirassistischen Gruppen sind Überlegungen zu einem eingegrenzten Support entstanden, der im Rahmen einer öffentlichen Struktur geleistet würde, für möglichst viele Geflüchtete zugänglich wäre und politische Forderungen nach außen formulierte. Die Entscheidung für den Teilbereich der medizinischen Versorgung entwickelte sich aus Interviews mit illegalisierten Geflüchteten, die hier den dringendsten Bedarf anmeldeten. Bis dato existierten in der Bundesrepublik zwei Initiativen, die sich auf die medizinische Versorgung spezialisiert hatten – in Hamburg und Frankfurt am Main. In beiden Fällen arbeiteten die Gruppen jedoch in einem halböffentlichen Rahmen. Noch einmal mehr wurde durch deren Erfahrungen deutlich, dass eine offensive öffentliche Unterstützer\*innenstruktur 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

## 1990

Das Schengener Durchführungsabkommen läutet den endgültigen Beginn der europäischen Abschottungspolitik und Bekämpfung »irregulärer Migration« ein

[→ siehe hierzu auch S. 11 »Festung Europa« – Europäisches Grenzregime«].



/// Der Friedensnobelpreis ging an die EU  
/// für den Tod unzähliger Menschen vor den Grenzen Europas  
/// für die militärische Aufrüstung an den europäischen Außengrenzen /// für die faktische Abschaffung des Rechts auf Asyl in vielen Mitgliedsstaaten /// für die Kriminalisierung von Flüchtlingen sowie ihre Unterbringung in Lagern /// dafür, dass Menschen innerhalb der EU in die Illegalität gezwungen werden /// dafür, dass Flüchtlingen und Migrant\*innen soziale und politische Rechte verwehrt werden /// Schluss mit Abschottung und Illegalisierung! /// Nein zu rassistischen Sondergesetzen! /// Gleiche Rechte für alle! /// [www.medibuero.de](http://www.medibuero.de)

## FRIEDEN STATT FRONTEX!

EINE KAMPAGNE VOM BÜRO FÜR MEDIZINISCHE FLÜCHTLINGSHILFE BERLIN. M.BHR INFOS UNTER [WWW.MEDIBUERO.DE](http://WWW.MEDIBUERO.DE) /// FOTO YAN HAN SEN SXC ///  
HICKETHIER, ROMANA GRAFICDESIGN-BAR-NA.DE  
MediBüro BERLIN  
NETZWERK der politischen Zeitgenossen  
STIFTUNG

### 1990 - 1992

Die scharfe innenpolitische Auseinandersetzung zwischen SPD und der CDU / CSU wird zu einer polemischen Kampagne von Politiker\*innen und Medien gegen Ge-

flüchtete und Migrant\*innen missbraucht. Der rassistisch aufgeladene Diskurs über »Überfremdung« schlägt sich in Wahlerfolgen rechtsextremer Parteien auf Lände-

rebene Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre sowie in zunehmenden rassistischen Übergriffen, bis hin zu Totschlag, Mord und Pogromen nieder. Die ersten



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 Einzelpersonen.

Die ersten Treffen waren von scharfen Kontroversen geprägt. Im Wesentlichen wurde Kritik in zweierlei Hin-

sicht an dem geplanten Projekt aus links-autonomer Perspektive formuliert: Das öffentliche Auftreten einer linken Unterstützer\*innenstruktur für illegalisierte Geflüchtete mit Namen und Adresse gefährde allem voran die Geflüchteten, aber auch das medizinische Versorgungsnetzwerk. Zu befürchten sei außerdem, dass bereits bestehende Unterstützer\*innenstrukturen aufgedeckt würden, da das Büro anfangs sicherlich auf bekannte Adressen zurückgreifen werde. Als zweiter Punkt wurde kritisiert, dass gerade

## 1990 - 1992

► gesamtdeutschen Wahlen 1990 werden dominiert durch eine »Anti-Asyl-Kampagne« der Unionsparteien, die eine Grundgesetzänderung zum Asylrecht anstreben.



### Das »Prinzip der sicheren Drittstaaten und Herkunftsstaaten«

In der BRD wurde bereits 1993 als Bestandteil des sogenannten »Asylkompromisses« das »Prinzip der sicheren Dritt- und Herkunftsstaaten« eingeführt. Für diese Regelung musste der Artikel 16 a des Grundgesetzes geändert werden. Die für die Verfassungsänderung notwendige Zweidrittelmehrheit im Bundestag kam letztendlich durch die Zustimmung der SPD als Oppositionspartei im CDU-/CSU-/FDP-Kabinett unter Helmut Kohl zustande. Als sichere Länder gelten solche, von denen der Gesetzgeber annimmt, es finde dort keine politische Verfolgung statt. Menschen, die über ein als sicher klassifiziertes Land einreisen oder aus einem als sicher klassifizierten Herkunftsstaat kommen, können sich in Deutschland nicht mehr auf das Recht auf Asyl berufen. Ihre Asylanträge werden in der Regel als offensichtlich unbegründet abgelehnt. Gegen derartige Entscheide sind die Möglichkeiten des Rechtsschutzes auf ein Minimum reduziert. Deutschland klassifizierte 1993 alle Länder der europäischen Union – sowie Ghana und den Senegal – als sicher und ist somit umgeben von »sicheren Drittstaaten«. Die Verantwortung für ankommende Geflüchtete wurde auf die Staaten an den europäischen Außengrenzen abgewälzt, in denen größtenteils das Asylsystem und die Versorgungsstrukturen schlecht ausgebaut sind. In Deutschland sanken in der Folge die Asylantragszahlen. Die Zahl derer, die in die Illegalität gedrängt wurden, stieg hingegen. Dar-

unter Menschen, die aus antizipierter Aussichtslosigkeit nie einen Asylantrag gestellt haben, deren Asylantrag abgelehnt wurde oder die nach Ablauf eines Visums in Deutschland geblieben sind.

Deutschland war in den darauf folgenden Jahren treibende Kraft bei der Ausweitung des »Prinzips der sicheren Dritt- und Herkunftsstaaten« auf europäischer Ebene. Mit der Dublin II-Verordnung 2003 (seit 2013 ersetzt durch die Dublin III-Verordnung), welche als Teil der Harmonisierung des europäischen Asylrechts die Zuständigkeiten der EU-Staaten regelt, wird es seither von allen EU-Staaten sowie Norwegen, Finnland und seit 2008 der Schweiz ausgeführt.

2014 erklärte die große Koalition unter Angela Merkel Serbien, Bosnien-Herzegowina und Mazedonien zu »sicheren Herkunftstasten«. Im Herbst 2015 folgten Kosovo, Montenegro und Albanien im Rahmen von weiteren Asylgesetzesverschärfungen (Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz »Asylpaket I«). Die Entscheidung passierte – mit der Zustimmung des grün-rot-regierten Baden-Württembergs – den Bundesrat. Die Regierung argumentierte, dass Anträge aus jenen Ländern ohnehin schon geringe Anerkennungsquoten hätten. Der europäische Vergleich zeigt hingegen, dass die Anerkennungsquoten weit auseinander gehen. Systematische und alle Lebensbereiche umfassende Diskriminierung

## 1991

1.1.1991: Die Neufassung des Ausländergesetzes (1990) tritt in Kraft. Öffentliche Stellen (Sozialämter, Standesämter etc.) sind seither dazu verpflichtet, Illegalisier-

te an die Ausländerbehörde zu melden (sogenannter Denunziationsparagraf § 76 AusG, heute § 87 AufenthG).



in Berlin die medizinische Versorgung von illegalisierten Geflüchteten innerhalb der jeweiligen Migrant\*innen-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 Migrant\*innen und Illegalisierten zu dominieren.

Im Laufe der Diskussion setzte sich zum letztgenannten Punkt die Einschätzung durch, dass eine gut funktionierende Migrant\*innenstruktur in puncto medizinischer Versorgung – aber auch weit darüber hinaus – im Wesentlichen in der türkischen und kurdischen Community existierte. Seit der Asylrechtsänderung waren dagegen vor allem Geflüchtete aus Afrika, Lateinamerika und Osteuropa »illegal« eingereist, die nicht auf bestehende Community-Strukturen zurückgreifen konnten.

Weit komplizierter und ausdauernder gestaltete sich die Debatte um die Frage der Sicherheit der Geflüchteten, 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. Ein ausgewiesener linker Ort wie der Mehringhof versprach letztlich den zuverlässigsten Schutz, da hier auf Strukturen gebaut werden konnte, die in der Lage waren, im Falle eines Zugriffs der Polizei zu reagieren. Es ist heute kaum mehr vorstellbar mit welcher Akribie umfangreiche Sicherheitsvorkehrungen für das Büro ausgetüftelt wurden.

Als noch wesentlicher galt jedoch die Einbindung des Projekts in eine breite links-liberale bis humanistische Öffent-

lichkeit. Bei einschlägigen Institutionen wie Migrant\*innen-organisationen, dem Flüchtlingsrat, der Ärztekammer sowie Wohlfahrtsverbänden sollte das Projekt vorgestellt und um Unterstützung geworben werden. Eine Pressekonferenz mit möglichst unterschiedlichen Vertreter\*innen dieser Organisationen kennzeichnete die Einbindung nach außen hin. Die Hürde für einen polizeilichen Zugriff würde durch eine breite Öffentlichkeit erhöht werden.

Trotz der aufreibenden Debatten hatte sich nach wenigen Wochen die Gründungszusammensetzung des Büros für medizinische Flüchtlingshilfe herauskristallisiert: Zahlreich vertreten war eine Gruppe von Medizinstudent\*innen. Außerdem gab es zwei Gruppen aus dem Spektrum der Lateinamerika-Solidarität und die beiden antirassistischen Gruppen, die das Treffen initiiert hatten.



- 1 Die Änderung des Art. 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.
- 2 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.

## 1991 - 1993

In Hoyerswerda werden die tagelange Belagerung und Anschläge auf die Bewohner\*innen eines Wohnheims von tausenden sympathisierenden

Bürger\*innen begrüßt. Rassistisch motivierte Übergriffe (von Januar bis November 17 Tote und 452 Verletzte) finden ihre Höhepunkte in den Ausschrei-

tungen von Rostock (22.7. bis 25.8.1992) und den Brandanschlägen von Mölln (23.11.1992) und Solingen (29.5.1993).

### Das »Prinzip der sicheren Drittstaaten und Herkunftsstaaten«

► kann durchaus als kumulative Verfolgung und damit als Asylgrund anerkannt werden. Durch die Einstufung als »sichere Herkunftsländer« findet jedoch eine pauschale Ablehnung statt, das Verfahren wird beschleunigt und Abschiebungen (Sammelabschiebungen) können schneller umgesetzt werden. Menschenrechtsorganisationen betonen immer wieder die umfassende Entrechtung und systematische Diskriminierung v. a. der Roma Minderheiten in den Balkanstaaten. Ihre Situation verdeutlicht, wie sehr das Prinzip, Staaten per se als sicher zu deklarieren, an der Realität vorbeigeht und vor allem als politisches Instrument der Steuerung von Migration dient. Nach Doreen Müller ist die Konstruktion von Kategorien ein einflussreiches migrationspolitisches Instrument zur Hierarchisierung von Migrant\*innen und Geflüchteten (2010: 38). Anhand unterschiedlicher Migrant\*innenkategorien wird ein System geschaffen, das Rechte in Bezug auf Einreise und Aufenthalt entlang kultureller und ökonomischer Kriterien reguliert. Die Gewährung politischer und sozialer Rechte erfolgt entlang der konstruierten Kategorien, welche die Entrechtung der einen gegenüber den anderen wiederum zu legitimieren versucht. In Bezug auf die Diskussion um die Fluchtmigration aus den Balkanstaaten setzten sich diskursiv zwei Kategorien von Geflüchteten durch. Die der »Wirtschafts- oder Armutsflüchtlinge«, die »nur« aus ökonomischen Gründen ihr Land verlassen und

die der »wahren Flüchtlinge«. Mit der Konstruktion von »Wirtschaftsflüchtlingen« in Abgrenzung zu den »wahren Flüchtlingen« wird eine scheinbar eindeutige Trennung zwischen Flucht und Migration vollzogen, werden bestimmte Beweggründe pauschal angenommen und delegitimiert und Menschen z. B. aus den Balkanstaaten diskreditiert. Die Debatte wurde vor allem zum Zeitpunkt der Gesetzesverschärfung rechts-populistisch aufgeheizt und genährt durch Vorurteile und Rassismen insbesondere gegen Roma geführt. Gegen Geflüchtete aus den Balkanstaaten wurde ein Missbrauchsvorwurf erhoben und ihnen die Ausnutzung des deutschen Sozialsystems unterstellt.

Im Sommer 2016 stimmte die Bundesregierung auch der Einstufung der Maghreb-Staaten Algerien, Marokko und Tunesien als »sichere Herkunftsstaaten« zu. Die Entscheidung im Bundesrat wurde aufgrund einiger ablehnender Stimmen der Grünen vertagt. Die Ausweitung der sicheren Herkunftsstaaten über die europäische Union hinaus ist Teil einer Exterritorialisierung des europäischen Grenzraumes. Spätestens seit 2004 sind für die Steuerung und Kontrolle von Flucht- und Migrationsbewegungen bilaterale und multilaterale Rückführungsabkommen mit Nicht-EU-Staaten bedeutsam, indem sie Vertragspartnerstaaten dazu verpflichten, eigene Staatsbürger\*innen, die ohne gültige Aufenthaltspapiere aufgegriffen wurden, wieder aufzunehmen. Die europäische Migrations-

## 1993

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

am 28.6.1993. Durch die Einführung der »Drittstaatenregelung« und des »Prinzips der sicheren Herkunftsländer« wird das geltende Asylrecht faktisch

abgeschafft (Art. 16 Abs. 2 Satz 2 GG) [→ vgl. S. 15 »Das »Prinzip der sicheren Drittstaaten und Herkunftsstaaten«].





## 1993

---

► Neue Gesetzespakete zum Asyl, Arbeitsförderungs-, Sozial- und Ausländerrecht führen Restriktionen ein. Mit dem Asylbewerberleistungsgesetz

werden rassistische Sondergesetze wie Lagerunterbringung, Arbeitsverbot und Residenzpflicht verankert. Erstmals in der Geschichte der Bundesrepublik wird einer

gesellschaftlichen Gruppe der gesetzliche Anspruch auf Hilfe versagt, die zumindest das Existenzminimum garantiert.



### Das »Prinzip der sicheren Drittstaaten und Herkunftsstaaten«

► politik weitet ihren Einfluss- und Handlungsbereich somit weit über das Territorium der europäischen Union hinaus aus.

#### Quellen:

- <https://www.proasyl.de/thema/fakten-zahlen-argumente/fakten-gegen-vorurteile/>
- Müller, D. (2010). Flucht und Asyl in europäischen Migrationsregimen: Metamorphosen einer umkämpften Kategorie am Beispiel der EU, Deutschlands und Polens. Göttingen: Universitätsverlag. Verfügbar unter: <http://www.oopen.org/download?type=document&docid=610262> .
- Pieper, T. (2008). Das Lager als Struktur bundesdeutscher Flüchtlingspolitik. Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Philosophie. Verfügbar unter: <http://www.diss.fu-berlin.de/2008/194/> .
- Schuh, H. (2016). Engagiert und ungehorsam. Aus: Hart an der Grenze. Luxemburg 1/2016 [https://www.rosalux.de/fileadmin/rls\\_uploads/pdfs/LUXEMBURG/LUX\\_1601\\_E-Paper.pdf](https://www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/LUXEMBURG/LUX_1601_E-Paper.pdf)
- <https://www.proasyl.de/news/sichere-herkunftslander-im-zweifel-gegen-den-schutzsuchenden/>

## 1993

§ 4 und § 6 des AsylbLG zementieren weitreichende Mängel in der medizinischen Versorgung für Asylsuchende und Geflüchtete.

## ➤ Organisationsform

Das Medibüro versteht sich als selbstorganisiertes Kollektiv, 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 waren oft nur im Medibüro organisiert, die Arbeit verlangt große fachliche und zeitliche Ressourcen, wodurch anderweitige Organisation erschwert wird.

### ➤ Professionalisierung?

Alle Mitwirkenden arbeiten unentgeltlich. Trotz des für die Arbeit notwendigen spezifischen Wissens wurde eine Professionalisierung, wie die Einrichtung bezahlter Stellen oder eine staatliche Finanzierung immer abgelehnt. Dies hängt mit dem zentralen Widerspruch zusammen, mit dem sich das Medibüro seit seiner Gründung auseinandersetzen musste:

Einerseits eine notwendige, weil von staatlicher Seite verweigerte Arbeit zu tun, 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. Die Diskussion um professionalisierte Strukturen wurde im Zuge des staatlichen Versagens bei der Versorgung Geflüchteter im »Sommer der Migration« 2015 aktueller denn je. Wir blieben bei unserer grundsätzlichen Position, dass strukturell ungenügende medizinische Versorgung im Parallelsystem durch ehrenamtliche Arbeit nicht grundsätzlich zu verbessern ist. ♡

## 1994

Seit 1994 sind The Voice Refugee Forum, eine Gruppe von Menschenrechtsaktivist\*innen, aktiv engagiert, in der Öffentlichkeit die inhumane Situation

von Geflüchteten in Thüringen und ganz Deutschland anzuprangern.

### O-Platz, LAGeSo und der »Sommer der Migration«

Mit der Errichtung des Protestcamps am Kreuzberger Oranienplatz im Spätsommer 2012 erreichten die Forderungen Geflüchteter nach einem Ende des Arbeitsverbots, der Residenzpflicht und der Lagerunterbringung, nach menschenwürdiger Existenzsicherung und nach Bewegungsfreiheit bundesweite Aufmerksamkeit. Mehrfach wurde an uns als Medibüro der Wunsch herangetragen, das Protestcamp durch eine medizinische Vermittlungssprechstunde vor Ort zu unterstützen. Wir lehnten dies ab – begründet mit knappen Kapazitäten, die es teilweise schon schwierig machten, die beiden wöchentlichen Vermittlungssprechstunden zu besetzen, und weil wir es für praktikabler hielten, Termine über unsere bestehenden Strukturen zu vermitteln, anstatt vor Ort eine weitere Sprechstunde einzurichten.

Im »Sommer der Migration« 2015 wurde das Landesamt für Gesundheit und Soziales in Berlin (LAGeSo) deutschlandweit zum Synonym für staatliches Versagen. Geflüchtete warteten über Wochen Tag und Nacht im Freien auf eine Registrierung, Krankenscheine wurden Nicht-Registrierten verweigert, was rechtswidrig war und zu einer medizinisch, humanitär und menschenrechtlich inakzeptablen Situation führte. Freiwillige Unterstützer\*innen organisierten Verpflegung, Kleidung, Unterkünfte und medizinische Versorgung und sorgten so für eine Grundversorgung, die die öffentliche Verwaltung

den Geflüchteten verweigerte. Wir wurden am LAGeSo nicht aktiv – aufgrund mangelnder Kapazitäten, aber auch, weil wir nicht als Lückenfüller einspringen wollten, wo ein rechtlicher Anspruch auf Gesundheitsversorgung bestand.

Beide Entscheidungen zeigen, wie sehr wir uns in 20 Jahren mit unserer Vermittlungsarbeit – in einem gewissen Rahmen – professionalisiert haben. Wir wollten unseren wöchentlichen Betrieb aufrechterhalten und verlässlich sein in unserem Angebot – sind aber dadurch auch unflexibel geworden und haben Chancen auf neue Bündnisse und Solidarisierung mit Geflüchteten-Selbstorganisationen vertan. Wir haben daran festgehalten, unsere Zuständigkeit dort zu sehen, wo Menschen strukturell vom Zugang zur Gesundheitsversorgung ausgeschlossen sind – und dabei praktisch nicht interveniert, als am LAGeSo ein völlig insuffizientes System Menschen ebenfalls ihrer Rechte beraubte.

## 1994

Die Strafandrohung für das illegale Einschleusen von »Ausländern« wird auf bis zu 10 Jahren Freiheitsstrafe angehoben (sogenannter Schlepperparagraf

§ 92 AuslG, aktuell § 96 AufenthG).

In Hamburg gründet sich die erste medizinische Beratungsstelle für Flüchtlinge

und Migrant\*innen, denen von staatlicher Seite der Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung verwehrt wird.



Andererseits legt die praktische Arbeit eine Professionalisierung nahe, da hierdurch das für die Vermittlung notwendige Wissen besser gebündelt und weitergegeben werden kann. Der Wunsch nach Professionalisierung wurde auch von außen an uns herangetragen. Trotzdem entschieden wir uns dagegen. Neben der Verfestigung der Parallelstruktur sprachen die Abhängigkeit von Geldern sowie die verstärkte Ausbildung interner Hierarchien gegen bezahlte Stellen.

Das Medibüro hatte in den 20 Jahren seines Bestehens eine hohe Fluktuation an Mitwirkenden. Dennoch ist es gelungen, das Projekt aufrecht zu erhalten, und eine hohe Kontinuität der praktischen Vermittlungsarbeit zu gewährleisten. Die Bürodienste haben eine hohe Priorität, die manchmal auf Kosten anderer Aktivitäten gehen, bspw. im Zuge der Besetzung des Oranienplatzes medizinische Unterstützung vor Ort zu leisten. Trotzdem ist die Verbindung von praktischer Unterstützung und politischer Arbeit für viele eine sinnvolle Form des politisch-sozialen Engagements. Die praktische Arbeit führt die Unzulänglichkeiten der medizinischen Versorgung und die rassistische Ausgrenzung vor Augen und verdeutlicht die Notwendigkeit des politischen Handelns. Dabei bewegt sich die politische Ausrichtung in dem Spannungsfeld zwischen humanitär begründetem Interesse und linker antirassistischer Politik.

### ► Das Medibüro sind viele

Das Medibüro besteht aber nicht nur aus den Mitwirkenden der Gruppe, sondern auch aus dem Netzwerk der medizinischen und sozialen Einrichtungen, die mit uns zusammen

arbeiten. Und auch aus den antirassistischen Zusammenhängen, aus denen das Medibüro ursprünglich entstanden ist, und in denen wir uns in Form von Bündnissen oder Kampagnen engagieren.

Ohne die mit dem Medibüro kooperierenden sozialen und medizinischen Einrichtungen wäre unsere Arbeit nicht möglich.

Die direkte Kommunikation mit diesen Einrichtungen ist punktuell und v. a. geprägt durch die konkrete Vermittlungsarbeit. In jährlichen Rundschreiben werden sie darüber hinaus über die aktuelle politische und praktische Arbeit des Medibüros informiert.

Letztlich werden sie auch in die politischen Ziele eingebunden, die nicht notwendigerweise von allen geteilt werden. So ist die Motivation mancher Arztpraxen eher humanitärer Art, eine Forderung nach Bewegungsfreiheit oder gleichen Rechten wird nicht von allen geteilt. Über den Vermittlungskontakt hinaus bestehen allerdings meist wenige Kapazitäten für eine weitergehende Netzwerkarbeit.

Regelmäßig arbeiten wir auch mit Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitswesens, wie z. B. den Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung zusammen, die in einigen Bezirken von sozial-politisch engagierten Menschen getragen werden. Zudem haben sich Arbeitskreise gegründet, in denen wir bspw. mit engagierten Ärzt\*innen, Psychotherapeut\*innen und Anwält\*innen zusammenarbeiten.



## 1996

Das »Büro für medizinische Flüchtlingshilfe« in Berlin gründet sich, heute »Medibüro Berlin – Netzwerk für das Recht auf Gesundheits-

versorgung aller Migrant\*innen«.





## 1997

Nach der Gründung des bundesweiten Netzwerks »Kein Mensch ist illegal« auf der documenta X in Kassel schließen sich in kürzester Zeit mehr als 200 Gruppen

und Organisationen, sowie tausende von Einzelpersonen einem Appell an, um durch antirassistische Aktionen Widerstand gegen die rechte Politik zu leisten und Geflüch-

tete und Migrant\*innen zu unterstützen.

Die Asylanträge in der Bundesrepublik sind von 438.191 im Jahr 1992 auf 170.801



## ► **Praktische Arbeit**

Das pragmatische Ziel, Migrant\*innen den Zugang zu qualifizierter (zahn-)medizinischer und psychotherapeutischer Behandlung zu ermöglichen, wird in Zusammenarbeit mit gut 130 medizinischen und psychosozialen Fachkräften und Einrichtungen verfolgt und – im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten – umgesetzt. Dabei leistet das Medibüro selbst keine medizinische Hilfe. Die Mitwirkenden verstehen sich als Vermittler\*innen, sie erfragen die Beschwerden der Ratsuchenden und vermitteln sie während der Bürozeiten an eine geeignete Fachpraxis. Dazu gehören Ärzt\*innen, Hebammen, Zahnärzt\*innen, Psychotherapeut\*innen und andere medizinische Einrichtungen, die in diesen Fällen unentgeltlich tätig werden und nicht nach dem Ausweis fragen. Im Bedarfsfall begleiten Dolmetscher\*innen die Patient\*innen in die Praxis. Grundsätzlich wird in Kooperation mit verschiedenen Beratungsstellen und im Ausländerrecht spezialisierten Rechtsanwält\*innen versucht, Perspektiven für einen gesicherten Aufenthaltsstatus zu entwickeln – was leider nur in Einzelfällen möglich ist. Hier ist die KuB (Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant\_innen e.V.) eine unverzichtbare Partnerin geworden.

Die medizinischen Einrichtungen behandeln die Patient\*innen in der Regel kostenlos in ihren Sprechstunden. Medikamente werden ebenfalls nach Möglichkeit umsonst abgegeben. Falls dies nicht möglich ist, kann oft das entsprechende Medikament vergünstigt beschafft und aus den Spendengeldern des Büros bezuschusst werden. Ebenfalls aus Spendengeldern werden Hilfsmittel wie Brillen bezahlt, v. a. aber Geburten und Schwangerschaftsabbrüche in den mit dem

### 1997

► zurückgegangen. Positive Entscheidungen werden nur in 4,9 % getroffen.

1. 6.1997: Inkrafttreten der 1. Novellierung des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) (BGBl. I S.1130): Asylbewerber\*innen und Menschen mit

einer Duldung müssen ab jetzt für drei Jahre, anstelle von einem Jahr, mit Leistungen unterhalb des Existenzminimums leben.



### Grenzenlos ausgegrenzt

Bürger\*innen der EU-Staaten haben ein bedingungsloses Recht auf Freizügigkeit, das ihnen erlaubt, sich in allen EU-Ländern aufzuhalten und niederzulassen. Durch den EU-Beitritt mehrerer Länder im Jahr 2004 (Estland, Lettland, Litauen, Polen, Tschechien, Slowakei, Ungarn, Slowenien, Malta und Zypern) sowie 2007 (Rumänien und Bulgarien) wurden viele Menschen in Deutschland aufenthaltsrechtlich legalisiert. Viele der vormals Illegalisierten kommen jedoch weiterhin ins Medibüro, da sie häufig keinen Zugang zum Gesundheitssystem haben, auch wenn sie sich in Deutschland legal aufhalten dürfen. Daher haben wir uns in den letzten zehn Jahren viel mit der rechtlichen Lage auseinandergesetzt, mit Beratungsstellen vernetzt und diese neuen Aspekte in unserer politischen Arbeit aufgenommen.

### Rechtliche Bedingungen

Insgesamt gibt es viele Gründe, warum Menschen aus anderen EU-Ländern oft keinen Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung in Deutschland haben. Eine Krankenversicherung ist in Deutschland nur durch eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung oder als Arbeitssuchende\*r über Hartz IV (Arbeitslosengeld II) zu erlangen. In den ersten Jahren nach dem Beitritt neuer EU-Länder war es durch die eingeschränkte Arbeitnehmerfreizügigkeit für viele Menschen kaum möglich, in Deutsch-

land in eine gesetzliche Krankenversicherung zu kommen. Auch nach Aufhebung der beschränkten Freizügigkeit gelten keine gleichen Rechte für EU-Bürger\*innen. Nach dem Urteil des Europäischen Gerichtshofs von September 2015 dürfen Staatsangehörigen anderer Mitgliedsstaaten und ihren Kindern während der ersten drei Monate ihres Aufenthalts bestimmte Sozialleistungen versagt werden. Wer arbeitssuchend ist, wird gesetzlich von Hartz IV ausgeschlossen, wenn die Freizügigkeit allein auf arbeitssuchenden Maßnahmen beruht. Auch nach Ablauf von drei Monaten gibt es für viele »neue« EU-Bürger\*innen keinen Zugang zum Sozialsystem, denn nach § 7 SGB II sind »Ausländerinnen und Ausländer, deren Aufenthaltsrecht sich allein aus dem Zweck der Arbeitssuche ergibt, und ihre Familienangehörigen« von ALG II-Leistungen ausgenommen.<sup>1</sup> Zudem müssen Vorversicherungszeiten, welche eine regelmäßige Beitragszahlung im Herkunftsland voraussetzen, vorhanden sein, um in Deutschland versichert werden zu können.

Dies ist auch beim Beantragen der europäischen Krankenversicherungskarte (European Health Insurance Card – EHIC) im Herkunftsland ein Problem. Außerdem gilt sie nur für einen begrenzten Zeitraum und deckt lediglich die medizinische Versorgung in Notfällen ab.

Unter den nicht versicherten EU-Bürger\*innen befinden sich auch viele Sinti und Roma, die in ihren Herkunfts-

## 1997

4./5.12.1997: Die Innen- und Justizminister der EU beschließen, die Heiratsmöglichkeiten binationaler Paare einzuschränken, in der ein Partner oder eine Partnerin aus einem Nicht-EU-Land kommt.



Büro zusammenarbeitenden Kliniken, Praxen und Frauenzentren. Hierfür werden vergünstigte Honorare bzw. lediglich die Materialkosten in Rechnung gestellt. Klinikaufenthalte und Operationen stellen regelmäßig besondere Problemfälle dar, da hierbei schnell hohe Kosten anfallen. Die Kooperation mit einigen Krankenhäusern, die Menschen ohne Status und ohne Krankenversicherung anonym und zu reduzierten Sätzen behandeln, ermöglicht in einigen Fällen auch stationäre Behandlungen. Allerdings gibt es regelmäßig finanzielle Grenzen bspw. bei Krebsbehandlungen oder Gelenkersatz [→ vgl. S.7 »Rechtliche Grundlagen«]

Die Zahl der Vermittlungen wie auch die der kooperierenden Einrichtungen stieg in den ersten Jahren des Medibüros stetig an. 2015 und 2016 erfolgten über 1.000 Vermittlungen pro Jahr. In diese Statistik geht die Zahl der Nachfolgebehandlungen nicht ein, die die Praxen mit den Patient\*innen ohne Vermittlung über das Büro vereinbaren. Inzwischen besteht die Klientel des Medibüros zu etwa einem Drittel aus EU Bürger\*innen, die sich seit der EU-Osterweiterung zwar legal in Deutschland aufhalten können, aber häufig weder im Herkunftsland noch in Deutschland krankenversichert sind [→ vgl. S.25 »Grenzenlos ausgegrenzt«].



## 1998

Das AsylbLG wird zum 2. Mal geändert: Selbst die minimalen Ansprüche nach AsylbLG werden jetzt Menschen nicht mehr gewährt, denen vorgeworfen 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 eingeschränkte medizinische Versorgung nach §§4 und 6 AsylbLG wird vom Deutschen Ärztetag eindeutig abgelehnt.

### Grenzenlos ausgegrenzt

► ländern häufig extremer Armut, rassistischer Diskriminierung und gewalttätigen Übergriffen ausgesetzt waren. Diese Ausgrenzung setzt sich auch in Deutschland fort.

### Polit- und Vernetzungsarbeit

Sowohl in unserer praktischen als auch politischen Arbeit waren diese neuen Aspekte ein wichtiges Thema. Wir bildeten uns selbst fort und gaben Fortbildungen und Vorträge. Dabei vernetzten wir uns insbesondere mit der Beratungsstelle Amaro Foro e.V., welche Migrant\*innen auf Rumänisch, Bulgarisch und Romanes beraten und wichtige politische Öffentlichkeitsarbeit leisten. Außerdem bildete sich eine Arbeitsgruppe »Gesundheitliche Versorgung von EU-Bürger\*innen« des Runden Tisches der Senatsverwaltung für Gesundheit [→ vgl. S. 45 »Runder Tisch Flüchtlingsmedizin Berlin«]. Im Mai 2015 startete nach jahrelanger Verzögerung der vom Senat beschlossene »Notfallfonds zur Finanzierung von Entbindungen bei nicht krankenversicherten Unionsbürger\*innen in prekären Verhältnissen«. Wir standen einer Fonds-basierten Finanzierung kritisch gegenüber, da es keinen gleichen und regulären Zugang zum Gesundheitssystem darstellt. Allerdings konnten wir zumindest erreichen, dass im Rahmen des Fonds Beratungsstellen finanziert werden, welche – in der Praxis auch mit Erfolg – die Schwangeren dabei unterstützen, eine Krankenversicherung in Deutschland zu

erlangen. Auch in unserer Plakatkampagne 2013 machten wir mit dem Slogan »Grenzenlos ausgegrenzt« auf die Situation von »neuen« EU-Bürger\*innen und insbesondere Roma aufmerksam.

Intern haben wir immer wieder darüber diskutiert, ob wir Migrant\*innen aus den neuen EU-Ländern in gleicher Form wie Illegalisierte unterstützen, auch wenn sie immerhin nicht von Abschiebung bedroht sind. Letztlich wurde mehrmals in Zeiten knapper Ressourcen die Entscheidung getroffen, Entbindungsplätze über einen bestimmten Zeitraum nur für illegalisierte Schwangere zur Verfügung zu stellen. Die Umbenennung des Medibüros hing auch mit der EU-Thematik zusammen.

1 <http://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2015-09/cp150101de.pdf>

## 2000

Die »Unabhängige Kommission Zuwanderung« zur Vorbereitung des neuen Zuwanderungsgesetzes wird vom Bundestag ins Leben gerufen.

Erstmalig (!) wird das Thema »illegale« Migrant\*innen im Ausländerbericht der Integrationsbeauftragten erwähnt.



## ► Ungenügende Versorgung

Unsere Arbeit in den vergangenen 20 Jahren bleibt trotz stetiger Verbesserung unzureichend. Eine adäquate Gesundheitsversorgung kann nur durch Eingliederung in die Regelversorgung gewährleistet werden. Möglicherweise könnten wir die Vermittlung durch eine Professionalisierung unserer 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.

Im Folgenden die Bereiche, in denen die größten Probleme auftreten:

### **Krankenhausbehandlung / Operationen**

Hier stoßen wir regelmäßig an die Grenzen unserer finanziellen Möglichkeiten. Die hohen stationären Behandlungskosten können meist nur zu einem geringen Teil von den beteiligten Einrichtungen übernommen werden. Dadurch werden notwendige 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 Weiterbehandlung.

### **Schwangerschaft**

Prinzipiell gibt es während des gesetzlich geregelten Mutterschutzes (6 Wochen vor bis 8 Wochen nach der Geburt) die Möglichkeit, eine Duldung zu erlangen. In Berlin ist diese Frist auf drei Monate vor bis drei Monate

## 2002

Die europäische Harmonisierung des Asylrechts wird verstärkt gefordert und folgend tritt die Dublin-II-Verordnung in Kraft. Diese regelt die Zuständigkeiten

der EU-Staaten für die Asylverfahren. Geflüchtete müssen fortan in dem europäischen Staat, den sie als erstes betreten haben, ihren Asylantrag stellen.



### »Lösungsmodelle« in verschiedenen Bundesländern

Der öffentliche Gesundheitsdienst hat sich in verschiedenen Städten unterschiedlich dem Problem von Migrant\*innen ohne Krankenversicherung geöffnet. In Berlin existieren in den bezirklichen Gesundheitsämtern die Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung, die kostenlose Schwangerenvorsorge, gynäkologische Untersuchungen und Verhütungsmittel anbieten. In Frankfurt / Main gibt es am Gesundheitsamt die »Humanitäre Sprechstunde«, die zweimal wöchentlich für Erwachsene und einmal wöchentlich für Kinder geöffnet ist. Die »Humanitäre Sprechstunde« am Gesundheitsamt Bremen bietet zweimal in der Woche ärztliche Sprechstunden an und vermittelt ggf. zu Fachärzt\*innen und zur Sozialberatung. Darüber hinaus gibt es in einigen Städten lokale öffentlich finanzierte Modelle, die eine anonymisierte Finanzierung von Gesundheitsleistungen ermöglichen. Alle funktionieren nach ähnlichen Prinzipien und basieren auf dem Fondsmodell, d. h. es gibt ein vorgegebenes Finanzvolumen. Das Konzept des anonymen Krankenscheins (→ vgl. S. 33 »Lösungsmodelle – zwischen Ideal und Realität«) mit einer bedarfsorientierten und nicht gedeckelten Finanzierung durch die Sozialämter ist bisher nicht umgesetzt worden.

### Clearingstelle Hamburg

Im Flüchtlingszentrum Hamburg besteht seit 2012 eine Anlaufstelle für Menschen mit gesundheitlichen Problemen ohne Aufenthaltsstatus. Das Flüchtlingszentrum stellt das Personal, aus Landesmitteln wird ein Fonds mit 250.000 Euro / Jahr zur Finanzierung der medizinischen Behandlung bereitgestellt. Im Jahr 2015 sind knapp 500 Klient\*innen vermittelt worden. Im Flüchtlingszentrum wird geklärt, ob doch ein Zugang zur Regelversorgung möglich ist, Mittellosigkeit besteht und die Menschen in Hamburg wohnen. Dann kann eine Kostenübernahme für die Behandlung entsprechend AsylbLG für ambulante und stationäre Versorgung ermöglicht werden. Notfälle werden nicht übernommen, da hier von der Möglichkeit der Finanzierung nach § 25 SGB XII ausgegangen wird. Unionsbürger\*innen werden an Stellen beim Sozialamt weitergeleitet, um eine Finanzierung nach § 23 SGB XII zu ermöglichen.

### Modellprojekt »Anonymer Krankenschein« in Göttingen und Hannover

Das Projekt ist im Januar 2016 gestartet und auf drei Jahre angelegt. Es wird mit 500.000 Euro pro Jahr durch das Land Niedersachsen finanziert. Davon werden zwei halbe Stellen in den Clearingstellen in Hannover und Göttingen getragen, die den dortigen Medibüros angegliedert sind. In den Clearingstellen findet die Bedürftigkeitsprüfung

## 2004

Die EU-Innenminister verabschieden die Verordnung zur Schaffung der Grenzschutzagentur »Frontex«, zur Koordination der operativen Zusammenarbeit der

EU-Staaten im Bereich der Überwachung der Außengrenzen und der Durchführung von Abschiebungen sowie zur Bekämpfung irregulärer Einwanderung.

Bei Asylberechtigten wird nach Ablauf von drei Jahren nochmals überprüft, ob die Voraussetzungen für einen Widerruf oder eine Rücknahme der positiven

/// Warum ist OKV gefährlich? /// Menschen ohne Krankenversicherung haben keinen Zugang zu regulärer medizinischer Versorgung. Wer die Kosten nicht selber bezahlen kann, wird nicht behandelt. Wer vom Asylbewerberleistungs-

**OHNE KRANKEN-VERSICHERUNG IST TÖDLICH!** - gesetz leben muss, hat einen Anspruch auf eingeschränkten Hilfe. Illegalisierte riskieren ihre Abschiebung, wenn sie ihren Rechtsanspruch auf medizinische Versorgung wahrnehmen. So werden akute und chronische Erkrankungen nicht diagnostiziert und behandelt, heilbare Krankheiten werden zur Lebensbedrohung. /// Wer ist von OKV betroffen? /// Menschen ohne (sicheren) Aufenthaltsstatus, viele Migrant\*innen aus neuen EU-Ländern. /// Wie ist OKV zu bekämpfen? Abschaffung der Meldepflicht nach § 87 Aufenthaltsgesetz! Gleicher Zugang zu medizinischer Versorgung für alle! /// [www.medibuero.de](http://www.medibuero.de)

EINE KAMPAGNE VOM BÜRO FÜR MEDIZINISCHE FLÜCHTLINGSHILFE BERLIN. MEHR INFOS UNTER [WWW.MEDIBÜRO.DE](http://WWW.MEDIBÜRO.DE) /// GESTALTUNG UND FOTO: HICKETHIER, ROMANA GRAF/DESIGN-BAR-M.DE

Medibüro BERLIN

NETZWERK der politischen Sozialisten

LEITUNG

## 2004

► Entscheidung vorliegen. Nur wenn dies nicht der Fall ist, wird den Betroffenen eine Niederlassungserlaubnis erteilt.

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

### »Lösungsmodelle« in verschiedenen Bundesländern

► unter ärztlicher Leitung und ärztlicher Schweigepflicht statt. Die Beschwerden müssen in das Versorgungsspektrum von § 4 AsylbLG fallen. Da davon ausgegangen wird, dass es sich um vollziehbar ausreisepflichtige Personen handelt, soll eine Behandlung nach § 6 AsylbLG nicht übernommen werden. Bei kostenintensiven und nicht eindeutig unter § 4 AsylbLG fallenden Erkrankungen kann der Beirat hinzugezogen werden. Die Abrechnung der dann ausgegebenen »Krankenscheine« erfolgt anonymisiert durch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen.

#### Clearingstelle und Notfallfonds in Düsseldorf

Am 1.7.2015 startete das dreijährige von der Stadt finanzierte Modellprojekt »Versorgungskonzept für papierlose Menschen in akuten medizinischen Notlagen in Düsseldorf«. Eine Clearingstelle mit 40 Std. / Woche ist bei STAY! Medinetz eingerichtet. Hier erfolgt die Klärung einer möglichen Legalisierung des Aufenthaltsstatus, der Zugangsvoraussetzungen (Nicht-EU-Bürger\*innen ohne regulären Aufenthalt, die seit mindestens 6 Monaten in Düsseldorf leben und in einer akuten medizinischen Notlage sind) und ggf. die Vermittlung an Fachärzt\*innen oder Krankenhäuser. Es gibt einen Fonds in Höhe von 100.000 Euro jährlich zur Finanzierung von ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen gemäß §§ 4 und 6 AsylbLG, die nicht über die ehrenamtliche Mitarbeit der Ärzt\*innen,

die dem STAY!-MediNetz angeschlossen sind, erbracht werden. Krankenhausbehandlungen, Medikamente, Heil- und Hilfsmittel sowie Laborkosten werden über den Notfallfonds abgerechnet. Die Stadt bekommt einen anonymisierten Abrechnungsnachweis, der zugleich der Evaluation dient.

#### Thüringen

Unter dem Namen Anonymer Krankenschein Thüringen (AKST) ist ein Fondsmodell mit einer Finanzierung von 250.000 Euro jährlich (Kosten für Räume, Personal, Übersetzungsleistungen und medizinische Behandlung) in Planung. Die Gesundheitsversorgung ist primär durch beim Medinetz Jena angestellte Ärzt\*innen geplant, die ggf. weitervermitteln.

## 2004

1.5.2004: EU-Beitritt von zehn mittel- und osteuropäischen Ländern (Estland, Lettland, Litauen, Polen, Tschechien, Slowakei, Ungarn, Slowenien, Malta und Zypern).

Trotz der wirtschaftlichen Öffnung und der damit verbundenen Reisefreiheit kommt es zu keiner sozialrechtlichen Gleichstellung für die neuen EU-Staatsangehörigen

nach der Geburt verlängert worden [Duldungsregelung, → vgl. S.45 »Runder Tisch Flüchtlingsmedizin Berlin«]. Nach Ablauf der Duldung droht die Abschiebung der nun den Behörden bekannten Frau, wenn keine andere Bleibeperspektive besteht. Dennoch ist diese temporäre Legalisierung eine Möglichkeit, eine »legale Geburt« zu durchlaufen, was v. a. bei evtl. auftretenden Komplikationen relevant sein kann. Auch die Erlangung einer Geburtsurkunde für das Kind ist dadurch einfacher. Trotz der internationalen Verpflichtungen Deutschlands und der Forderung verschiedener nationaler und internationaler Menschenrechtsorganisationen, jedem geborenen Kind eine Geburtsurkunde auszustellen, weigern sich die Berliner Behörden dies zu tun, wenn nicht bestimmte Dokumente vorgelegt werden.

32

### Chronische und psychische Erkrankungen

Hier ist die Langzeitbetreuung schwierig zu finanzieren. Die Angst vor Entdeckung und Abschiebung stellt einen zusätzlichen psychosozialen Risikofaktor dar. Die Finanzierung teils immenser Kosten kann von den unterstützenden Stellen oft nicht geleistet werden.

Bei psychischen Erkrankungen fehlen erforderliche Schutzräume und Kapazitäten. Hinzu kommt, dass psychotherapeutische Behandlungen in der Muttersprache durchgeführt werden sollten, wozu entweder Psychotherapeut\*innen in der jeweiligen Sprache oder qualifizierte Dolmetscher\*innen gebraucht werden. An beidem mangelt es im Regelsystem wie auch in unserem Netzwerk.

## 2005

Das neue Zuwanderungsgesetz tritt in Kraft, welches nach seiner Einführung weiter verschärft wird (Änderungsgesetz). Auch Geflüchtete, welche ab jetzt

aus humanitären Gründen nicht abgeschoben werden, erhalten nur die unzureichende Versorgung nach AsylbLG. Nichtstaatliche und geschlechtsspezifische

Verfolgung wird als Asylgrund anerkannt. Niedrigste Zahl von Asylbeantragenden (28.914, Antragsquote bezogen auf Einwohnerzahl: 0,03 %) in Deutschland



### Leben in der Illegalität macht krank

Die Lebensumstände in der Illegalität mit dem unsicheren Zugang zu medizinischer Versorgung fördern die Chronifizierung und Verschleppung von 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.

Darüber hinaus stellt die psychosoziale Belastung mit unsicherer Lebensperspektive und unter ungesicherten Lebensumständen einen zusätzlichen Risikofaktor für die Gesundheit dar.



### Lösungsmodelle – zwischen Ideal und Realität

Wir fordern die Eingliederung aller Menschen in die medizinische Regelversorgung. Wie gehen wir damit um, wenn es öffentliche Gelder für die Gesundheitsversorgung Papierloser, Asylsuchender oder auch von EU-Bürger\*innen gibt, die aber bei weitem nicht einer umfassenden und gleichwertigen Versorgung entsprechen? Wie an anderer Stelle beschrieben, haben wir unseren Hang zu kompromisslosen Maximalforderungen im Laufe der Zeit revidiert, v. a. weil wir von den Betroffenen lernten, dass auch kleine Verbesserungen deutliche Erleichterungen im täglichen Leben der Menschen mit sich bringen können. Bei der Arbeit an Lösungsmodellen jenseits des Zugangs zur normalen Regelversorgung wurde das Konzept des »Anonymen Krankenscheins« entwickelt. Dabei geht es darum, für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus zumindest die ihnen rechtlich zustehenden Leistungen nach AsylbLG [→ vgl. S. 7 »Rechtliche Grundlagen«] auch faktisch zugänglich zu machen, ohne eine Meldung an die Ausländerbehörde zu riskieren. Um dies zu ermöglichen, müsste bereits die Datenerhebung unter ärztlicher Schweigepflicht erfolgen, und die Sozialämter müssten die anonymisierten Rechnungen für Gesundheitsleistungen übernehmen. In Berlin und in Hamburg sind konkrete Konzepte zur Umsetzung entwickelt worden, die sich jedoch politisch nicht durchsetzen ließen [→ vgl. S. 45 »Runder Tisch Flüchtlingsmedizin Berlin«]. In Berlin wird sich

zeigen, ob mit einer neuen Landesregierung nachhaltigere Lösungen möglich sein werden als mit vergangenen, seien sie nun rot-rot oder rot-schwarz gewesen – Skepsis bleibt hier angebracht.

Die konkreten Modelle in Niedersachsen, Düsseldorf und das geplante Konzept in Thüringen basieren auf Fondslösungen mit begrenzten Geldern ohne einen Rechtsanspruch der Patient\*innen auf Leistungen [→ vgl. S. 29 »Lösungsmodelle in verschiedenen Bundesländern«]. Zusätzlich wird der Umfang der medizinischen Versorgung meist deutlich eingeschränkt. Im Falle des Modellprojekts »anonymer Krankenschein« in Niedersachsen sogar über die Limitierungen des AsylbLG hinaus. Schließlich ist auch der Zugang zu diesen Versorgungsmodellen bürokratisch erschwert und nicht allen Bedürftigen der Zielgruppe möglich.

Immer wieder stehen wir vor der Frage, welche Kompromisse wir einzugehen bereit sind, wenn sich im Gegenzug die öffentliche / kommunale / staatliche Seite durch kleine Zugeständnisse vollständig aus der Verantwortung verabschieden kann.

Angesichts dieser Restriktionen muss daher stets weiter diskutiert werden, inwiefern die Unterstützung solcher Projekte sinnvoll ist, zumal die Verhandlungen darüber einen erheblichen personellen Ressourcenaufwand für die beteiligten Medinetze / Medibüros bedeuten.

## 2005

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 (Geschäftsstatistik 2005 des BaMF).





---

## 2005

Bremen führt die Gesundheitskarte für alle registrierten Asylsuchenden ein. Geflüchtete müssen keine Krankenscheine mehr beantragen.





### Lösungsmodelle - zwischen Ideal und Realität

► Die Mitgestaltung stellt manche Gruppe vor eine Zerreißprobe, auch weil hierdurch die Kritik an den Kompromissen wesentlich schwieriger transportiert werden kann, während sich die jeweilige staatliche Seite mit der erreichten »Lösung« für die strukturelle Ausgrenzung von der Verantwortung frei sprechen kann.

## 2005

1.12.2005: Die EU-Innenminister beschließen die so genannte Asylverfahrensrichtlinie. Die EU-Richtlinie ermöglicht eine weitgehende Exterritorialisierung des Flücht-

lingsschutzes in Herkunftsregionen oder Transitstaaten. Zunehmend werden so genannte Rückübernahmeabkommen auf bilateraler und multilateraler Ebe-

ne abgeschlossen, um »Drittstaaten« zu verpflichten, eigene Staatsbürger, die ohne gültige Aufenthaltspapiere aufgegriffen werden, wieder aufzunehmen. ►

## ► Politische Arbeit

Von Beginn an ging es 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. Eine Ausweitung der Parallelstrukturen wird niemals zu einer gleichwertigen Gesundheitsversorgung führen.

### ► Zwischen Parallelstruktur und Selbstabschaffung

Bei Gründung des Medibüros bestand die Vorstellung, dass durch den Aufbau einer Parallelstruktur eine Änderung des gesellschaftlichen Klimas zur Eingliederung in die Regelversorgung führen würde. Mit der Teilnahme vieler Einrichtungen an dem Netzwerk, würde sich auch der Druck für eine staatliche Lösung des Problems erhöhen.

Es zeigte sich allerdings, dass die staatlichen Stellen mit der Einrichtung des Medibüros recht zufrieden schienen. Die anfangs befürchtete Repression und Kontrolle fand nicht statt, inzwischen verweisen immer mehr öffentliche Stellen, wie z. B. Gesundheitsämter bis hin zum Berliner Senat, auf die Möglichkeit der medizinischen Versorgung durch die Medibüros.

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. ♣

## 2006

Erstmals wird im Bundestag ein »Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der sozialen Situation von Ausländerinnen und Ausländern, die ohne Aufenthaltsstatus in

Deutschland leben« zumindest diskutiert.

### »Flüchtlingshilfe« revisited.

#### Über Fallstricke des Helfens und die Arbeit des Medibüros

Das Lob des Ehrenamts und des zivilgesellschaftlichen Engagements hat schon seit geraumer Zeit Konjunktur. Nichts scheint im wahrsten Sinne des Wortes »ehrenwerter« und unanfechtbarer als freiwillig erbrachte soziale Aktivitäten. Seit im Sommer und Herbst 2015 die weitgehend von Ehrenamtlichen und Engagierten getragene »Willkommenskultur« in Deutschland gefeiert wurde, erhält das Thema zudem eine neue Brisanz: Helfen war plötzlich das Gebot der Stunde – zumindest für alle jene, die nicht auf Pegida-Demos ihren häufig als Besorgnis verharmlosten Rassismus in die Welt trugen. Auch wenn die öffentliche Euphorie des »Wir helfen« schnell wieder nachgelassen hat, und spätestens seit den Sylvester-Ereignissen von Köln die rassistische Problematisierung von Geflüchteten (wieder) überhand nimmt, leisten weiterhin zahllose Menschen tagtäglich konkrete Unterstützung jeglicher Art: Von der Unterstützung bei Behördengängen und Übersetzungshilfen, der Versorgung mit Lebensmitteln, dem Angebot von Deutschkursen, der Beratung bei der Suche nach Kita- und Schulplätzen, der Vermittlung von Wohnraum bis hin zu medizinischer Betreuung – in all diesen Feldern sorgen Engagierte für das Lebensnotwendige. Als praktische Hilfe ist dieses Engagement unter den gegebenen Bedingungen in humanitärer Hinsicht alternativlos, von seiner antirassistischen Symbolkraft ganz zu schweigen.

Zugleich legt das Engagement aber auch zentrale Probleme offen. Problematisch ist nicht die Unterstützung durch die vielen Freiwilligen; problematisch sind die gegebenen Bedingungen der akuten Alternativlosigkeit ihres Engagements: Es sind Bedingungen, die zur Folge haben, dass Helfende nicht nur punktuell unterstützen, sondern existenzsichernde Aufgaben übernehmen, die in Zeiten proklamierter knapper Staatskassen auf sie abgewälzt werden. Tatsächlich gehen Einschnitte in sozialstaatliche Sicherungssysteme sowie die zunehmende Unterfinanzierung der öffentlichen Verwaltung und Infrastruktur bereits seit den 1990er Jahren mit einer periodischen (Wieder-) Entdeckung der Zivilgesellschaft einher, die weit über die akute Bearbeitung der Flüchtlingssituation durch Ehrenamtliche hinausweist: Im Zentrum des wohlfahrtsstaatlichen Strukturwandels steht der partielle Übergang von der staatlichen Versorgung zur Selbstsorge sowie von der öffentlichen zur privaten Sicherheitsverantwortung. Im Zuge dieser Restrukturierung gewinnt das sorgende Potenzial unbezahlter oder geringfügig aufwandsentschädigter Arbeit – auch und gerade jenseits der Familie – (sozial-)politisch an Bedeutung: Die ideologisch motivierte Abmagerungskur für den Sozialstaat soll in Zeiten, da immer weniger Frauen ganztätig und unbezahlt als soziale Ressource zur Verfügung stehen, durch ein

## 2007

EU-Beitritt von Rumänien und Bulgarien. Trotz Freizügigkeit werden in der Praxis nicht die gleichen sozialen und politischen Rechte gewährt. Vor allem bulgarische

und rumänische Angehörige der Roma-Minderheit werden in der EU diskriminiert.



### ► **Zwischen Unterstützungsarbeit und Politik**

Da das Thema der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung eine breite Anerkennung in den humanitär orientierten Bereichen unserer Gesellschaft erfährt, kamen wir als antirassistische linke Gruppe mit verschiedenen (zivil)gesellschaftlichen und bürgerlich-politischen Akteur\*innen in Kontakt [z.B. Runder Tisch, → siehe S.45 »Runder Tisch Flüchtlingsmedizin Berlin«]. Auch in der Öffentlichkeitsarbeit bewegen wir uns in einem spezifischen Spannungsfeld. Wir werden als Expert\*innen für Gesundheitsversorgung von Geflüchteten gesehen und sollen als überwiegend weiße Gruppe für Menschen sprechen, die wir selbst gar nicht repräsentieren. Bei vielen Gelegenheiten werden wir interviewt, befragt, eingeladen. Inwiefern unsere Teilnahme immer politisch sinnvoll ist, und wo die Gefahr einer Vereinnahmung liegt, wird im Kollektiv oft diskutiert.

Das Verhältnis zwischen praktischer Unterstützungsarbeit und politischer Intervention ist seit der Gründung des Medibüros ein ständiges Thema. Da die Vermittlungsarbeit meist viel Raum einnimmt, fällt es oft schwer, die politische Arbeit aktiver zu gestalten. Wir fragen uns immer wieder, was das Medibüro noch von rein humanitären Einrichtungen unterscheidet – auch weil wir von Patient\*innen und Bündnispartner\*innen häufig primär als eine solche gesehen werden.

In den letzten 20 Jahren haben wir durch unsere praktische Arbeit eine Parallelstruktur aufgebaut. Unsere Forderung bleibt aber der Zugang zur Gesundheitsversorgung

für alle. Helfen wir dem Staat aktiv dabei, nichts zu verändern? Und würden wir unserem politischen Ziel vielleicht am nächsten kommen, wenn wir das Medibüro schließen würden?

### ► **Zwischen Paternalismus und migrantischer Selbstorganisation**

Gegründet wurde das Medibüro von einer Unterstützer\*innengruppe. Seither ist auch die Beteiligung von Migrant\*innen ein Thema. Die Strukturen, die sich gebildet und festgefahren haben, schaffen für alle Neuen Schwierigkeiten, die Anfangsphase im Medibüro durchzuhalten: Abkürzungen werden oft benutzt, Gesetze nur kurz angesprochen und von Deutsch als Plenumsprache abzuweichen, hat bis jetzt nicht durchgehend funktioniert – auch aufgrund unterschiedlicher Sprachkenntnisse innerhalb des Kollektivs und der oftmals langen und auch anstrengenden Plena.

Es gab einige Versuche, »Betroffene« für die Mitarbeit zu gewinnen. Dies geschah meist über persönliche Kontakte, und es gelang zeitweise, dass zumindest die Bürodienste auch von Migrant\*innen besetzt wurden. Jedoch war in den Migrant\*innen-Communities die Verschlechterung der Aufenthaltsbestimmungen drängender als die Thematik der Illegalität. Darüber hinaus waren sicherlich auch andere Gründe relevant, die mit den persönlichen Lebensumständen der Einzelnen oder auch mit dem Umstand der unbezahlten Unterstützungsarbeit zusammen hingen, so dass das Medibüro nach wie vor ein überwiegend weißes Projekt ist. ♣

## 2012

18.7.2012: Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Asylbewerberleistungsgesetz: Das Leistungsniveau (zu niedrig), die Anwendungsdauer (zu lange) und

den Personenkreis (zu weit gefasst) sind demnach verfassungswidrig. »Die in Art. 1 Abs.1 GG garantierte Menschenwürde ist migrationspolitisch nicht zu relativieren.«



## »Flüchtlingshilfe« revisited.

## Über Fallstricke des Helfens und die Arbeit des Medibüros

► »Fitnessstraining der Zivilgesellschaft kompensiert werden« (Hermann Kocyba). Wir haben es mit einer Neuinterpretation des Sozialstaatsgebots zu tun: Sozial ist, wenn sich die Gesellschaftsmitglieder selbst – ohne staatliche Leistungsgarantie – um diejenigen kümmern, die z. B. in der Konkurrenz gescheitert sind oder neu in diesem Land ankommen.

Das, was auf den ersten Blick mitunter so schön klingt – nachbarschaftliche Sozialpolitik, neues Miteinander, Kultur des Helfens – basiert tatsächlich auf dem Abbau sozialer Rechte und revitalisiert anti-emanzipatorische Formen des caritativen Helfens, die durch persönliche Abhängigkeit, Ungewissheit und Hierarchien zwischen vermeintlichen Wohltäter\*innen und Hilfsbedürftigen geprägt sind. Was nach Nähe, Wärme und Entbürokratisierung klingt, ist tatsächlich die Preisgabe einer wesentlichen Errungenschaft im modernen Wohlfahrtsstaat (die gleichwohl nie für alle galt, als Prinzip aber begrüßenswert ist): die Entkoppelung von sozialer Sicherung und sozialer Beziehung in Gestalt eines verlässlichen, anonymen Ausgleichsmechanismus. Damit ist nicht gesagt, dass alle Formen von Selbstorganisation defizitär sind, geschweige denn, dass der Staat die einzige mögliche Alternative zum Markt darstellt. Es geht vielmehr darum, die um sich greifende Idee und Praxis zu kritisieren, dass Gefühle des

Mitleids und caritative Hilfe eine Lösung für strukturelle Fragen sozialer Ungleichheit sein können.

Was aber heißt dies für die Engagierten, wenn ihr Engagement doch faktisch unverzichtbar ist? Und was ist, wenn das Engagement Gefahr läuft, durch seine Existenz die bestehenden Verhältnisse zu zementieren, die die bearbeiteten sozialen Problemlagen erst hervorbringen? Tatsächlich ist gerade im Feld der Flüchtlingshilfe eine Politisierung des Engagements zu beobachten, die dieses Dilemma problematisiert und auch für andere Engagementfelder wegweisend sein könnte: So ist die Arbeit des Medibüros Berlin seit 20 Jahren ein Beispiel dafür, wie nicht nur staatliche Versorgungslücken geschlossen werden, sondern wie auch dieses Engagement politisch genutzt wird, um eben diesen Umstand zu skandalisieren.

Mit diesen Fragen und einer umfassende Analyse der »politischen Ökonomie des Helfens« beschäftigen sich die folgenden beiden Publikationen:

- Silke van Dyk, Emma Dowling & Tine Haubner (2016): Für ein rebellisches Engagement, in: Blätter für deutsche und international Politik, Jg. 61, H. 2, S. 37–40
- Silke van Dyk & Elène Misbach (2016): Zur politischen Ökonomie des Helfens. Flüchtlingspolitik und Engagement im flexiblen Kapitalismus, in: Prokla 183, 46 (2), S. 205–227

## 2012

Im September errichten Geflüchtete ein Protestcamp am Oranienplatz in Kreuzberg, dem Endpunkt eines selbstorganisierten Protestmarsches von Würzburg

nach Berlin. Sie fordern u. a. das Ende des Arbeitsverbots, der Residenzpflicht und der Lagerunterbringung, menschenwürdige Existenzsicherung und Bewegungsfreiheit.

Ausdruck ihrer Entschlossenheit und Verzweiflung sind Hungerstreiks am Brandenburger Tor im Oktober / November 2012 und im Oktober 2013. Im Dezember

## ► Netzwerke, Bündnisse und Aktionen

In einer Reihe von Aktionen, punktuellen und dauerhafteren Netzwerken und Bündnissen haben wir in den 20 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. Im Folgenden werden einige dieser politischen Aktivitäten kurz dargestellt (in alphabetischer Reihenfolge):

04



### ► Amaro Foro e.V.

Die Beratungsstelle von Amaro Foro berät auf Rumänisch, Bulgarisch und Romanes zu sozialrechtlichen Fragen und begleitet Ratsuchende in vielen praktischen Dingen. Im Zuge der EU-Osterweiterung sind viele neue theoretische und praktische Fragen aufgetaucht, über die wir uns oft ausgetauscht haben [→ siehe S.25 »Grenzenlos ausgegrenzt«]. Wir vermitteln Menschen aus dem Bürodienst oft in die dortige sozialrechtliche Beratung.



## ÄRZTEKAMMER BERLIN

### ► Ärztekammer Berlin und Bundesärztekammer

Mit der Ärztekammer Berlin konnte eine punktuelle Zusammenarbeit und eine zunehmende Sensibilisierung für das Thema Gesundheitsversorgung von Patient\*innen ohne legalen Aufenthaltsstatus erreicht werden. Im Jahr 2001 konnten wir 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.

Dieses Faltblatt wurde in überarbeiteter Form auch von der Bundesärztekammer übernommen:

→ <http://kurzlink.de/aerztekammer>

Im Mai 2013 gab die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) eine Stellungnahme zur »Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund« heraus, für die wir zuvor als Sachverständige gehört worden waren:

→ [http://kurzlink.de/ZEKO\\_Stellungnahme](http://kurzlink.de/ZEKO_Stellungnahme)

## 2012

► besetzen weitere Geflüchtete Gebäude der leerstehenden Gerhart-Hauptmann-Schule in der Ohlauer Straße in Kreuzberg.



## Asylbewerberleistungsgesetz abschaffen! Oder erstmal nur eine Gesundheitskarte einführen? – Kampagnenansätze einiger Medibüros

In den §§ 4 und 6 AsylbLG ist der Leistungsumfang der Gesundheitsversorgung für Asylsuchende geregelt, der eingeschränkt ist im Vergleich zu gesetzlich Versicherten. Diese Einschränkungen führen in der Praxis immer wieder zu nicht gewährten Behandlungen bis hin zu Todesfällen, wie vom Flüchtlingsrat Berlin eindrucksvoll dokumentiert.<sup>1</sup> Nachdem das Bundesverfassungsgericht 2012 verfassungswidrige Aspekte des AsylbLG aufzeigte und in seinem Urteil der Satz »Die in Art 1. Abs. 1 GG garantierte Menschenwürde ist migrationspolitisch nicht zu relativieren«<sup>2</sup> zu finden war, schien der Zeitpunkt richtig, im Vorfeld der nun notwendig gewordenen Novellierung des AsylbLG im Herbst 2014 eine StopAsylbLG Kampagne zu initiieren. Die Idee hierzu entstand auf dem Bundestreffen der Medibüros / Medinetze 2014 in Göttingen und wurde von einer Kampagnengruppe mit Teilnehmer\*innen aus verschiedenen Medibüros / Medinetzen umgesetzt. Aufgrund der politischen Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat bestand die Hoffnung, dass die rot-rot und rot-grün-regierten Bundesländer eine Abschaffung des AsylbLG beschließen könnten. Die Kampagne »Gesundheit für alle – AsylbLG abschaffen!« wurde von Wohlfahrtsverbänden, Flüchtlingsräten und -initiativen sowie weiteren Organisationen unterstützt. Statt der Abschaffung des diskriminierenden Sondergesetzes verabschiedete der

Bundesrat jedoch lediglich eine Novellierung des AsylbLG zum 1.3.2015, die zwar einige Verbesserungen der Sozialleistungen brachte, die Gesundheitsversorgung allerdings weiterhin eingeschränkt.

Nach der Enttäuschung über die Bundesratsentscheidung initiierte die Kampagnengruppe daraufhin im Sommer 2015 als nächste Aktion einen politischen Aufruf zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden, welcher zusammen mit medico international und dem Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää) veröffentlicht wurde. Hier standen lediglich die §§ 4 und 6 des AsylbLG (Gesundheitsversorgung) im Mittelpunkt der Forderungen – und nicht mehr das gesamte AsylbLG. Strategisch explizit aus ärztlicher Perspektive argumentierend, war der Aufruf an die zuständigen Abgeordneten des Bundestages gerichtet.

Parallel zu dem Aufruf begannen – finanziell unterstützt durch medico international – die konzeptionellen Arbeiten an einer Kampagne zur bundesweiten Einführung einer Gesundheitskarte für Asylsuchende. Die Möglichkeit, einen Teil der Kampagnenarbeit als bezahlte Tätigkeit umzusetzen, löste kontroverse Diskussionen im Berliner Kollektiv aus.

Statt der erhofften und politisch durchaus diskutierten Änderungen wurde nach dem »Sommer der

## 2013

April 2013: Die »Alternative für Deutschland (AfD)« gründet sich.





### ► Armut und Gesundheit

Bei der jährlich in Berlin stattfindenden bundesweiten Tagung »Armut und Gesundheit« ist das Medibüro regelmäßig vertreten. Das Medibüro hat mehrere Workshops ausgerichtet, die sich mit der gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus beschäftigen.

→ [www.armut-und-gesundheit.de](http://www.armut-und-gesundheit.de)

42

### ► »Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheit / Illegalität«

2006 wurde auf Einladung des Deutschen Instituts für Menschenrechte und dem Katholischen Forum »Leben in der Illegalität« die informelle Bundesarbeitsgruppe »Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheit – Zugang zu und Finanzierung von Gesundheitsversorgungsleistungen für Menschen ohne Krankenversicherung, insbesondere Menschen in der Illegalität« (BAG) gegründet. Anlässlich der im Koalitionsvertrag der großen Koalition enthaltenen »Prüfklausel Illegalität« (2005), mit der erstmals offiziell die Existenz irregulärer Migration anerkannt wurde, sollten Lösungskonzepte entwickelt werden.

Das Medibüro Berlin ist seit Beginn eingebunden in die Arbeit der BAG. Die Besonderheit der BAG liegt in der breiten Zusammensetzung. Neben Unterstützungsgruppen und

politischen Initiativen wie den Medibüros und dem Flüchtlingsrat sind zahlreiche andere Organisationen vertreten. Außer den Initiator\*innen nehmen Vertreter\*innen der Kirchen und Wohlfahrtsverbände, engagierte Ärzt\*innen und Wissenschaftler\*innen, Mitarbeiter\*innen des öffentlichen Gesundheitswesens, IPPNW, Ärzte der Welt sowie sporadisch Politiker\*innen und Vertreter\*innen der Bundesärztekammer teil.

2007 erschien nach intensiver Arbeit und teilweise kontroverser Diskussion der Bericht »Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland – Ihr Recht auf Gesundheit«, hrsg. vom Deutschen Institut für Menschenrechte, [→ <http://kurzlink.de/rechtaufgesundheit>]. Der Bericht wurde breit in der Politik verteilt und bekam viel Anerkennung und Aufmerksamkeit. Seitdem arbeitet die BAG als informelles Bündnis in wechselnder Besetzung zum Austausch von Informationen und Aktivitäten weiter. Aktuell liegt die Koordination bei der Diakonie, eine formale Selbstverständniserklärung und öffentlichkeitswirksame Aktivitäten sind geplant.

## 2014

8.4.2014: Der Oranienplatz wird gegen den Willen der Mehrzahl der Geflüchteten polizeilich geräumt.

Juni 2014: Nach tagelanger polizeilicher Belagerung und Einkesselung der Gerhart-Hauptmann-Schule verlässt die Mehrzahl der Geflüchteten das Gebäude.

Gegen das Vorgehen des Senats und der Polizei richtet sich ein breiter Protest von Geflüchteten und Unterstützer\*innen.



## Asylbewerberleistungsgesetz abschaffen! Oder erstmal nur eine Gesundheitskarte einführen? – Kampagnenansätze einiger Medibüros

► Willkommenskultur« das Asylpaket I verabschiedet, und damit erhebliche Verschärfungen im Asylrecht verankert.

Damit schien auf Bundesebene für die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden erst einmal nicht mehr viel zu holen. Aber vielleicht lokal? Während in Bremen seit 2005 im Rahmen des »Bremer Modells« für alle Asylsuchenden und Geduldeten eine Gesundheitskarte ausgestellt wird, erhalten sie in vielen anderen Bundesländern einen Krankenschein, der quartalsweise oder vor jedem Ärzt\*innenbesuch bei der Sozialbehörde beantragt werden muss. Durch die Gesundheitskarte kann in unseren Augen ein diskriminierungsfreier Besuch in der Praxis ermöglicht werden, und mancherorts geht die Einführung der Gesundheitskarte auch mit einer weniger restriktiven Auslegung der §§ 4 und 6 AsylbLG einher, die sich dann weitestgehend an dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung orientiert. Die Gesundheitskarte für Asylsuchende befand sich in den meisten Bundesländern schon seit einigen Jahren in der politischen Diskussion. Auch wenn eine bundesweite Einführung wünschenswerter gewesen wäre, hielten wir auch die lokale Umsetzung für sinnvoll. Als bundesweite Kampagnengruppe entschieden wir uns deshalb dafür, ein Informationsportal im Internet (→ [gesundheit-gefluechtete.info](http://gesundheit-gefluechtete.info)) einzurichten,

um den Stand der Einführung und unsere Argumente in möglichst sachlicher Form an die Öffentlichkeit zu bringen. Bis Mitte 2016 haben sich bereits einige Bundesländer wie Berlin, Brandenburg oder Schleswig-Holstein für die Einführung der Gesundheitskarte entschieden. Die Flächenländer verabschieden im Allgemeinen nur Rahmenverträge, welchen die einzelnen Kommunen dann beitreten können. In Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz sind der Großteil der Kommunen den Rahmenverträgen nicht beigetreten mit dem Hinweis auf die zu hohe Verwaltungskostenpauschale, welche sie an die Krankenkassen für den administrativen Aufwand bezahlen müssen.

Von dem politischen Ziel, das AsylbLG abzuschaffen, sind wir inzwischen bei der Argumentation um die Verwaltungskosten bei der lokalen Umsetzung der Gesundheitskarte gelandet. Ob auf diesem Weg eine verbesserte Gesundheitsversorgung für alle Geflüchteten gleichermaßen hergestellt werden kann, bleibt fragwürdig.

1 [http://http://kurzlink.de/Classen\\_08062016](http://http://kurzlink.de/Classen_08062016)

2 [http://kurzlink.de/BVerfG\\_AsybLG](http://kurzlink.de/BVerfG_AsybLG)

## 2014

September 2014: Serbien, Bosnien-Herzegowina und Mazedonien werden zu »sicheren Herkunftsstaaten« erklärt. Asylanträge von Menschen aus diesen

Ländern werden in Folge als »offensichtlich unbegründet« abgelehnt.



### ► Corasol - Contre le racisme - Show Solidarity

Corasol ist eine Initiative von Menschen mit und ohne Flucht- / Migrationserfahrung, die strukturell-politische Arbeit und konkrete Unterstützungsarbeit leistet. Wir waren mehrmals gemeinsam Gäste bei Podiumsdiskussionen und zusammen beteiligt an Aktionen und Veranstaltungen.

die Rechte von Migrant\*innen verletzt werden, in organisatorischer Hinsicht, als Ansprechpartner bei sozial- und aufenthaltsrechtlichen Fragen sowie in der Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit und gemeinsam getragenen Kampagnen.

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



### ► gfl - Gesellschaft für Legalisierung

Gemeinsam mit dem Frauen- / Lesbenbündnis »Papiere für alle«, Respect, SolLatina, Mujeres sin Rostro, elixir-A, dem Polnischen Sozialrat und Kanak Attak organisierte das Medibüro 2003 einen Aktionstag, 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« von Gruppen und Menschen dienen sollte, die die Lebensbedingungen von Illegalisierten verbessern wollen. Es war damals ein erneuter Versuch, die zersplittert und vereinzelt arbeitenden antirassistischen Gruppen und selbstorganisierte Migrant\*innen politisch zusammen zu führen. Auf dem Ver.di-Bundeskongress wurde das Rederecht erstritten

77



### ► Flüchtlingsrat Berlin

Der Flüchtlingsrat Berlin setzt sich für die Verbesserung der Lebensbedingungen von geflüchteten Menschen ein. Er ist eine Vernetzungsplattform für Initiativen und Einzelpersonen, die in Berlin mit Geflüchteten arbeiten. Mit dem Flüchtlingsrat Berlin verbindet das Medibüro seit Jahren eine intensive Zusammenarbeit, die über ein Spendenkonto unter der Verantwortung des Flüchtlingsrats weit hinausgeht: Beispielsweise in der Dokumentation von Fällen, in denen

## 2015

1.3.2015: Die Bundesregierung kommt erst jetzt der Verpflichtung aus dem Bundesverfassungsgerichtsurteil nach und novelliert das AsylbLG: Der Grund-

betrag wird auf Hartz IV Niveau angehoben. Asylsuchende erhalten nach 15 Monaten eine Gesundheitskarte einer Krankenkasse. Die Möglichkeiten der

Leistungskürzungen für »ausreisepflichtige« Asylsuchende werden erweitert. Am Prinzip diskriminierender Sondergesetze für Asylsuchende wird festgehalten. ►

### Runder Tisch Flüchtlingsmedizin Berlin

Seit 2008 fanden Gespräche zwischen dem Medibüro Berlin und der Senatsverwaltung für Gesundheit der rot-roten Koalition statt. In diesem Rahmen gab es auch das Angebot einer finanziellen Unterstützung seitens der Senatsverwaltung. Von Seiten des Medibüros wurde jedoch stattdessen das Modell des anonymen Krankenscheins [→ vgl. S. 33 »Lösungsmodelle – zwischen Ideal und Realität«] für Berlin favorisiert und ein konkretes Konzept zur Umsetzung erarbeitet. Auf Einladung des Staatssekretärs für Gesundheit wurde die Arbeitsgruppe Anonymer Krankenschein gegründet. Im Verlauf dieser Gespräche wurde klar, dass auch Akteure aus der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales sowie der Senatsverwaltung für Inneres verbindlich einbezogen werden müssen. Die Idee war, ein Gremium zu installieren, in dem sich die einzelnen Akteure aus der Verwaltung und aus den Initiativen auf gleicher Augenhöhe mit Verbindlichkeit begegnen. Der Runde Tisch zur gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in besonderen Notlagen in Berlin (kurz: Runder Tisch Flüchtlingsmedizin) konstituierte sich am 9. März 2010. Seitdem erfolgt die kooperative Leitung durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und das Medibüro Berlin. Neben den Senatsverwaltungen sind der öffentliche Gesundheitsdienst, die Ärztekammer Berlin, der Flüchtlingsrat, die Berliner Krankenhausgesellschaft, andere NGOs und Wohlfahrtsverbände wie die Aidshilfe

und die Malteser Migranten Medizin beteiligt. Die Zusammensetzung hat sich über die Jahre immer wieder bedarfs- und interessengeleitet verändert. Die Arbeit des Runden Tisches ist auch nach den Abgeordnetenhauswahlen mit der schwarz-roten Koalition unter der CDU-geführten Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales fortgesetzt worden.

Ziele des Runden Tisches Flüchtlingsmedizin sind konkrete Verbesserungen, die Diskussion strategisch-politischer Fragestellungen, für die es Regelungen auf Bundesebene bedarf, sowie Lösungen, die die größtmögliche medizinische Versorgung für Menschen ohne Aufenthaltsstatus auf Berliner Ebene ermöglichen. Während zunächst die gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus im Mittelpunkt der Diskussion stand, wurden im weiteren Verlauf das Problem nicht versicherter EU Bürger\*innen thematisiert und eine entsprechende Unterarbeitsgruppe gegründet.

Bisherige konkrete Arbeitsergebnisse des Runden Tisches:

#### Duldungsregelung für Schwangere

Schon im Rahmen der Vorgespräche 2008 konnte auf Vorschlag des Medibüros in Absprache zwischen den Senatsverwaltungen für Gesundheit und für Inneres die Berliner Duldungsregelung, nach der Schwangere ohne

## 2015

442.000 Erstasylanträge werden in Deutschland gestellt – so viele wie nie zuvor. Ein Drittel der Antragsteller\*innen kommt aus Syrien,

gefolgt von Albanien, Kosovo (bis Mitte des Jahres), Afghanistan und Irak.



und für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen Illegalisierter eingetreten sowie die Öffnung der Gewerkschaft für Papierlose gefordert. In der Folge gründete sich der Arbeitskreis undokumentierte Arbeit bei ver.di, der mittlerweile zum DGB verlegt wurde. Auf einer Baustelle am Alexanderplatz wurden die von der Baufirma geprellten papierlosen Arbeiter\*innen unterstützt, ein Hochzeitskorso machte Werbung für die Erlangung eines Aufenthaltsrechts durch Eheschließung, eine Kundgebung vor der Ausländerbehörde denunzierte deren repressive Praktiken, und vor der Charité wurde für die umfassende medizinische Versorgung für Illegalisierte demonstriert.



**IPPNW**

► **IPPNW – Internationale Ärzte zur Verhütung des Atomkriegs – Ärzte in sozialer Verantwortung e.V.**

Mit der IPPNW besteht seit längerem eine punktuelle Zusammenarbeit. Gemeinsam mit einer Studierendengruppe wurde eine Ausstellung konzipiert, die Situationen der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus mit verschiedenen Ausgangsmöglichkeiten durchspielte.

An der Kampagne »Achten statt verachten« (2004) beteiligte sich auch das Medibüro. Seither gibt es immer wieder anlassbezogene gemeinsame Aktivitäten.

→ [www.ippnw.de](http://www.ippnw.de)



► **KMII – Kein Mensch ist illegal**

Die Kampagne »Kein Mensch ist illegal« (kmii) wurde bei der Documenta 1997 an die Öffentlichkeit getragen. »Ziel war ein Netzwerk, das Gruppen miteinander in Bezug setzen sollte, die illegalisierte Flüchtlinge und Migrant\*innen 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>1</sup>

Die Koppelung der Medibüros an die kmii-Treffen ließ sich allerdings nicht dauerhaft aufrechterhalten. Die Grenzcampmobilisierungen sowie die Deportation-Class-Kampagne 2000 und 2001 waren der aktionistische Höhepunkt dieses Netzwerks. Der Slogan und das Logo von kmii haben einen hohen Bekanntheitsgrad erreicht und dienen vielen lokal arbeitenden Gruppen nach wie vor als Bezugspunkt für ihre politischen Forderungen.

→ <http://www.kmii-koeln.de>

→ <http://kmii-hanau.antira.info>

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

## 2015

»Sommer der Migration«: Seit Mitte des Jahres 2015 wird von der »Flüchtlingskrise« in Bezug auf die überlasteten Kapazitäten der Aufnahmestaaten angesichts einer

gestiegenen Zahl an Geflüchteten gesprochen. Viele Linke sprechen von einem Scheitern des europäischen Migrations- und Grenzregimes. Fluchtrouten über das

Mittelmeer werden immer gefährlicher. Tödliche Bootskatastrophen häufen sich. Tausende Geflüchtete nutzen Routen über den Balkan. Europäische Staaten schließen

### Runder Tisch Flüchtlingsmedizin Berlin

► Aufenthaltsstatus in dem Zeitraum von 3 Monaten vor und nach der Geburt eine Duldung erhalten sollen, erreicht werden. Die Probleme liegen jedoch in der Umsetzung im Detail. Zunächst konnten durch diese Regelung nur Frauen berücksichtigt werden, für die bereits eine Zuständigkeit der Berliner Ausländerbehörde besteht, nicht aber solche, die erstmals aus der Illegalität auftauchen und dem bundesweiten Verteilverfahren nach § 15 a AufenthG unterliegen. In weiteren Gesprächen konnte dann erreicht werden, dass die Durchsetzung der Verteilentscheidung für den Zeitraum der Duldungsregelung ausgesetzt wird. Die Umsetzung der komplexen ausländer- und sozialrechtlichen Regelungen, die jeweils auszustellenden Bescheinigungen (Passeinzugsbescheinigung, Bescheinigung über die Meldung eines illegalen Aufenthalts) und die häufigen Vorsprachen mit oft stundenlangen Wartezeiten auch von hochschwangeren Frauen und Wöchnerinnen, sowie das konkrete Vorgehen in der Ausländerbehörde und in den Sozialämtern, die immer wieder an die entsprechenden Regelungen erinnert und gemahnt werden müssen, beschäftigt alle Beteiligten bis heute.

Die Standesämter wurden angehalten, auch bei Frauen, die diese Regelung nicht in Anspruch nehmen, die Daten nach § 87 AufenthG an die Ausländerbehörde auf dem Postweg weiter zu leiten, anstatt die Polizei bei Abholung der Geburtsurkunde zu verständigen.

### Datenweitergabe an die Ausländerbehörde / Information der Polizei durch Krankenhäuser

Durch ein Schreiben der Senatsverwaltungen für Gesundheit und Soziales an Krankenhäuser und Sozialämter im Dezember 2009 wurde über die Einschränkung der Übermittlungspflichten der Sozialbehörden gegenüber der Ausländerbehörde im Rahmen des § 87 AufenthG aufgeklärt. Nach Diskussion am Runden Tisch und einem konkreten Fall in einem Berliner Krankenhaus erfolgte 2013 ein Schreiben der Staatssekretärin für Gesundheit an die Krankenhäuser mit Verweis auf eine Stellungnahme der Berliner Ärztekammer zur Problematik der Hinzuziehung der Polizei bei Patient\*innen mit ungeklärter Identität. Hier wurden die Bedeutung der ärztlichen Schweigepflicht herausgearbeitet und straf- und berufsrechtliche Risiken bei Information der Polizei dargelegt.

### Krankenscheine nach AsylbLG

Im November 2010 erfolgte ein Schreiben der Senatsverwaltung für Soziales, dass Krankenscheine gemäß AsylbLG quartalsweise auszustellen sind. Damit konnte die bisherige Praxis vereinfacht werden. Zuvor mussten Menschen, die Gesundheitsversorgung nach dem AsylbLG bekommen, jeden Krankenschein einzeln beim Sozialamt abholen. Auch an diesem Punkt ist die praktische Umsetzung immer wieder schwierig. Vor allem in der zweiten Jahreshälfte

## 2015

ihre Grenzen und errichten Zäune. Die Entscheidung von Bundeskanzlerin Merkel im September 2015, mehreren Tausend Geflüchteten, die in Ungarn festsaßen, die

Einreise nach Deutschland zu erlauben, wird im Folgenden politisch sehr kontrovers diskutiert. Trotz restriktiver flüchtlingspolitischer Maßnahmen (Asylpaket I und II)

erscheint Kanzlerin Merkel in der öffentlichen Diskussion als »Flüchtlingsfreundin«.





► **KuB – Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant\_innen e.V**

Die KuB in der Oranienstraße in Kreuzberg berät und begleitet Menschen in aufenthaltsrechtlichen Fragen. Uns verbindet eine langjährige Zusammenarbeit sowohl in der praktischen als auch in der politischen Arbeit.

→ [www.kub-berlin.org](http://www.kub-berlin.org)

87

► **Medibüros und Medinetze bundesweit**

Mittlerweile gibt es in über 30 Städten in Deutschland Medibüros und Medinetze. Die Zusammensetzung und Arbeitsweise sind teilweise unterschiedlich. Einmal jährlich findet ein bundesweites Vernetzungstreffen statt. 2016 richtete das Medibüro Berlin den Bundeskongress unter dem Motto »Es ist uns keine Ehre!« aus.

Eine aktuelle Kampagne vieler Medibüros und Medinetze ist ein Informationsportal für Ärzt\*innen, die Öffentlichkeit und Akteur\*innen, unterstützt von medico international und dem Flüchtlingsrat Berlin. [→ S. 41 »Asylbewerberleistungsgesetz abschaffen! Oder erstmal nur eine Gesundheitskarte einführen? – Kampagnenansätze einiger Medibüros«]

→ [www.gesundheit-gefluechtete.info](http://www.gesundheit-gefluechtete.info)

→ [www.medibueros.org](http://www.medibueros.org)



**medico international**

► **medico international**

medico international arbeitet an der Beseitigung der strukturellen Ursachen von Armut und Ausgrenzung und unterstützt Projektpartner\*innen in verschiedenen Ländern. Die Kampagne zur Gesundheitskarte, die Erstellung des Informationsportals »Gesundheit für Geflüchtete« (s. o.) und das Bundestreffen 2016 hat medico international finanziell unterstützt und in der Öffentlichkeitsarbeit begleitet.

→ [www.medico.de](http://www.medico.de)

**2015**

Der »Sommer der Migration« bringt breite solidarische Unterstützung und freiwillige Hilfe angesichts versagender staatlicher Strukturen und katastro-

phaler humanitärer Bedingungen, aber auch ein weiteres Ansteigen rechter, rassistischer und völkisch-nationalistischer Hetze gegen Geflüchtete und

Migrant\*innen in neuem Ausmaß hervor. [→ siehe S. 21 »O-Platz, LAGeSo und der »Sommer der Migration«]



### Runder Tisch Flüchtlingsmedizin Berlin

► 2015 konnten durch das Versagen des Landesamtes für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) teilweise gar keine Krankenscheine ausgestellt werden. Dieses Problem wurde, neben der katastrophalen Situation in den Notunterkünften immer wieder am Runden Tisch diskutiert. Die lange von Medibüro und Flüchtlingsrat eingeforderte Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte wurde bis 2015 von der Senatsverwaltung für Soziales als nicht umsetzbar abgelehnt. Im Rahmen der bundesweiten Diskussion des Asylpakets I ist die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte schließlich in Berlin für das Jahr 2016 beschlossen worden.

#### Kinder und Jugendliche

Vorsorgemaßnahmen und Impfungen durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) sind immer wieder problematisch. Es konnten zusätzliche Haushaltsmittel bereitgestellt werden, um die gesetzlich empfohlenen Impfungen von Kindern zu ermöglichen.

#### Was wurde nicht erreicht?

Der Anonyme Krankenschein als Modellprojekt zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Berlin wurde durch die Senatsverwaltung für Inneres aus grundsätzlichen Bedenken gegen eine staatliche Finanzierung von Leistungen ohne Offenbarung der Identität abgelehnt.

Auf einer Klausursitzung im August 2010 wurde diese Position mit allen Beteiligten des Runden Tisches kontrovers diskutiert. Auch ein anderes nachhaltiges Modellprojekt für die Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus sowie Nichtversicherter mit Papieren ist derzeit nicht absehbar.

Die Kostenerstattung nach § 25 SGB XII (Nothelferregelung) durch die Sozialämter ist weiterhin sehr problematisch und für die Krankenhäuser – wenn überhaupt – nur mittels Widersprüchen und gerichtlichen Auseinandersetzungen zu erreichen. Gespräche zwischen der Berliner Krankenhausgesellschaft, Vertreter\*innen der Sozialämter und der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales zu einem einheitlichen Antragsverfahrens haben zu keiner verlässlichen Regelung geführt.

#### Medizinische Versorgung von EU Bürger\*innen ohne Krankenversicherung

Das vom Medibüro mit konzipierte Kompetenzzentrum »Gesundheit und soziale Absicherung für Zuwander\*innen aus der EU«, das sozialrechtliches Know-how sammeln und soziale Rechte im Gewirr der europäischen Sozialgesetzgebung durchsetzen sollte, wurde vom Berliner Senat im Rahmen des »Aktionsplan Rom« nicht finanziert. Stattdessen wurde ein Geburtenfonds aufgelegt, um Krankenhausgeburten für schwangere EU-Bürgerinnen, 

## 2015

Oktober 2015: Das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz (»Asylpaket I«) tritt in Kraft: Die Zeit in Erstaufnahmeeinrichtungen wird verlängert, Rechtsschutzfristen verkürzt,

Sachleistungen in Gemeinschaftsunterkünften wieder ermöglicht, Abschiebungen dürfen nach Ablauf der Frist der freiwilligen Ausreise nicht mehr angekündigt werden.

Die Bundesländer können eine Gesundheitskarte auch schon innerhalb der ersten 15 Monate einführen, die den Krankenschein ersetzt. Der Leistungsumfang 



PLATFORM FOR INTERNATIONAL COOPERATION ON  
UNDOCUMENTED MIGRANTS

► **PICUM – Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants**

Das Medibüro ist Mitglied von PICUM, einer NGO, die zum Ziel hat, die Rechte undokumentierter Migrant\*innen in Europa zu stärken und zu schützen. Im März 2001 veranstaltete PICUM ein Expertenseminar in Brüssel zum Zugang zu medizinischer Versorgung von undokumentierten Migrant\*innen, an dem das Medibüro wesentlich beteiligt war.

PICUM bietet verschiedene Online-Newsletter an, die über die Situation in den europäischen Ländern und die aktuelle Gesetzeslage informieren.

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

► **Respect Berlin**

Respect ist aus einem 1998 gegründeten europaweiten Netzwerk entstanden, das sich zum Ziel setzt, Migrantinnen in der bezahlten Hausarbeit zu organisieren und ihre Rechte zu verteidigen – unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus. In Berlin ist Respect ein ehrenamtlich arbeitender freier Zusammenschluss von Frauen verschiedener Herkunft. Sie thematisieren die Arbeitsverhältnisse in privaten Haushalten und erinnern die deutsche Öffentlichkeit daran, dass Arbeits- und

Menschenrechte unabhängig vom Aufenthaltsstatus gelten. Wir haben in mehreren Aktionen und Veranstaltungen mit Respect Berlin zusammengearbeitet.

→ <http://www.respectberlin.org/wordpress/>

► **Solidarity City Berlin**

Solidarity City wurde Ende 2015 gegründet und ist ein Netzwerk von Migrant\*innen, Geflüchteten und illegalisierten Menschen, Gruppen, die Menschen in entsprechenden Situationen helfen, sowie weiteren Einzelpersonen. Aus Berlin eine Solidarische Stadt zu machen heißt, Menschen mit eingeschränktem oder undokumentiertem Rechtsstatus Zugang zu städtischen Dienstleistungen wie Wohnen, Arbeit, Gesundheit, Bildung, Rechtssystem u. a. zu gewähren. Das Netzwerk widmet sich derzeit dem Thema Gesundheit und fordert die Einführung einer anonymen Gesundheitskarte für Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus auf Berliner Ebene. Das Medibüro ist seit der Gründung von Solidarity City Berlin Teil des Bündnisses.

► **Women in Exile**

Women in Exile ist eine Initiative von Flüchtlingsfrauen, die sich aus der Erfahrung der Ausgrenzung durch rassistische Gesetze und der Diskriminierung als Frauen\* gegründet hat. Women in Exile waren Teil des Podiums beim Bundestreffen in Berlin 2016.

→ [www.women-in-exile.net](http://www.women-in-exile.net)



**2015**

► bleibt hingegen eingeschränkt entsprechend §§ 4 und 6 AsylbLG. Entgegen Forderungen von flüchtlingspolitischen Initiativen und u. a. den Medibüros und

Medinetzen wird die Gesundheitskarte nicht flächendeckend eingeführt. In der Konsequenz ergeben sich bundesweit erhebliche Unterschiede in der medizi-

nischen Versorgung Asylsuchender.

Kosovo, Montenegro und Albanien werden zu »sicheren Herkunftsstaaten« erklärt.

### Runder Tisch Flüchtlingsmedizin Berlin

► denen keine anderen Mittel zur Verfügung stehen, aus Senatsgeldern zu finanzieren. Nach langer Vorbereitung aufgrund von Vertragsverfahren konnte der Fonds 2015 seine Arbeit aufnehmen.

#### Fazit

Durch den Runden Tisch ist erstmals Handlungsbedarf durch die Berliner Politik anerkannt worden. Darüber hinaus haben wir von Seiten des Medibüros viel über Landespolitik und öffentliche Verwaltung gelernt: Dass Verwaltungen eigenständig und schwerfällig agieren, teilweise unabhängig vom Willen der politischen Mandatsträger\*innen, dass Verwaltungsangestellte vielfach keinerlei Idee oder Motivation haben, Handlungsspielräume zu erweitern und dass das Verhältnis zwischen Landes- und Bezirksebene mit der Existenz von zwölf Berliner Bezirken, die teilweise unabhängig voneinander und von der Landesebene agieren, komplex ist. Die meisten Arbeitsergebnisse konnten in der Anfangszeit mit der von der Linken geführten Senatsverwaltung für Gesundheit erreicht werden. Eine grundsätzliche Veränderung ließ sich jedoch auf der Basis der geltenden Rechtslage, der Vorbehalte des Koalitionspartners und verwaltungstechnischer Probleme nicht erreichen. Bis heute müssen die Details und die Umsetzung der bisherigen Verbesserungen immer wieder verteidigt werden. Dafür ist es jedoch hilfreich,

persönliche Ansprechpartner\*innen zu kennen, kürzere Wege zu haben und durch die regelmäßigen Termine eine gewisse Verbindlichkeit einfordern zu können. Es bleibt ein zähes Geschäft, im Ringen um Probleme und Lösungen nicht locker zu lassen.

## 2015

364.664 noch nicht entschiedene Asylverfahren stapeln sich Ende des Jahres beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BaMF).

Das Dublin-Verfahren wird zwischenzeitlich für Geflüchtete aus Syrien ausgesetzt.



## ► Ausgewählte Aktionen

### ► »Wir sind das Boot« – 2001

Im August 2001 wurde eine Pressekonferenz auf einem Boot auf der Spree organisiert. Zusammen mit verschiedenen Berliner Bündnispartner\*innen 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 und im Gesetz letztlich noch verschärften Einschränkungen im Asylrecht, mit denen noch mehr Menschen in die Illegalität gedrängt werden. 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.

### ► Fachtag zum Thema »EU-Bürger\*innen im deutschen Gesundheitssystem – aktuelle Rechtslage und Perspektiven für die Beratung« – August 2008

Gemeinsamer Fachtag zu den spezifischen Ausschlüssen der »neuen« EU-Bürger\*innen im deutschen Sozialrechts- und Gesundheitssystem mit dem Diakonischen Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz, der Landesarmutskonferenz Berlin und dem Flüchtlingsrat Berlin. Rund 80 interessierte Vertreter\*innen von Wohlfahrtsverbänden, öffentlichen Gesundheitsdiensten, Krankenhäusern, Beratungseinrichtungen, NGOs, politischen Initiativen, der ärztlichen Selbstverwaltung und Gewerkschaften nahmen teil.

### ► Kampagne gegen Abschottung und Illegalisierung, für gleiche soziale Rechte und medizinische Versorgung für alle! – 2013

Mit vier verschiedenen Plakaten und Hintergrundinformationen thematisierten wir unterschiedliche Aspekte der rassistischen Ausgrenzung aus der Gesundheitsversorgung. Eröffnet wurde die Kampagne durch einen Flashmob auf dem Alexanderplatz zu »Ich krieg mein Kind, wo ich will« mit einer Performance der »Bösen Tanten« und unterstützt von verschiedenen Frauengruppen. Dieser Teil der Kampagne machte auf die besonders prekäre Situation für Schwangere ohne Krankenversicherung und ihr Recht, frei zu entscheiden, an welchem Ort sie ihr Kind bekommen möchten, aufmerksam. »Frieden statt Frontex« stellte die Verleihung des Friedensnobelpreises an die EU der tödlichen Abschottungspolitik der EU gegenüber. Die paradoxe Situation der Freizügigkeit und gleichzeitiger sozialrechtlicher Ausgrenzung von Osteuropäer\*innen in der EU wurde mit »Grenzenlos ausgegrenzt« beschrieben. Mit der fiktiven Abkürzung OKV für »ohne Krankenversicherung« wurden durch »OKV ist tödlich« die Ursachen für fehlenden Zugang zu Gesundheitsversorgung und die Folgen daraus skandalisiert.

### ► Bundesweiter Aufruf »Für eine reguläre Gesundheitsversorgung aller Menschen – unabhängig vom Aufenthaltsstatus!« – 2014

Als Teil der Kampagne gegen Abschottung und Illegalisierung, für gleiche soziale Rechte und medizinische Versorgung für alle! wurde der Aufruf von über 80 Organisa- ▼

## 2015 / 2016

Sylvester 2015/2016: Am Kölner Hauptbahnhof kommt es zu sexistischen Übergriffen auf Frauen, vor allem durch Täter nordafrikanischer Herkunft. In

der öffentlichen Debatte nimmt in der Folge die Problematisierung und rassistische Ablehnung Geflüchteter zu.

## Papierlos in Europa – Anrecht auf medizinische Versorgung?

### Ein Vergleich der Situation in drei europäischen Ländern

Mehrere von der EU unterzeichnete Konventionen beinhalten das Recht auf Gesundheitsversorgung unabhängig vom Aufenthaltsstatus. Die einzelnen EU-Mitgliedsstaaten sind demnach verpflichtet, das Recht auf Gesundheitsversorgung in ihren nationalen Gesetzen zu verankern. Welche Leistungen letztendlich erbracht werden, hängt jedoch von der Auslegung des Rechts durch die jeweiligen Staaten ab. Die meisten Länder beschränken den Zugang für undokumentierte Migrant\*innen auf Notfallversorgung, in einigen Ländern muss selbst dafür noch bezahlt werden. Zusätzlich zur Beschränkung des Zugangs durch konträre Gesetze gibt es oftmals praktische Barrieren, die unterschiedlich schwer zu überwinden sind. Dies führt dazu, dass es selbst bei einem möglichen legalen Zugang zur Gesundheitsversorgung Faktoren gibt, die die Patient\*innen davon abhalten, diese in Anspruch zu nehmen. Ein wesentlicher Faktor ist die Angst, dass der Aufenthaltsstatus beim Arztbesuch herausgefunden und den Behörden gemeldet wird. Das Personal im Gesundheitswesen ist nicht immer mit den rechtlichen Grundlagen vertraut und schaltet deswegen manchmal die Behörden ein. Unterschiedliche Auslegungen der Rechtslage durch Krankenhäuser und Arztpraxen und fehlende Informationen über die Gesetzeslage führen dazu, dass

Migrant\*innen selbst die eingeschränkten rechtlichen Möglichkeiten oft nicht in Anspruch nehmen. Hinzu kommt noch die Befürchtung, eventuell entstehende Kosten nicht begleichen zu können.

Die deutschen Barrieren sind aufgrund der Meldepflicht und der damit verbundenen Gefahr der Abschiebung besonders hoch.

### Italien

Das italienische Gesundheitssystem basiert auf den Prinzipien der Universalität und dem allgemein gültigen »Recht auf Gesundheit«, das von der italienischen Verfassung geschützt wird. Das System (Sistema Sanitario Nazionale) ist ein staatliches, öffentliches, steuerbasiertes System, das teilweise dezentral funktioniert, indem die Implementierung der gesundheitlichen Versorgung auf regionaler Ebene stattfindet. Alle italienischen Bürger\*innen und Migrant\*innen mit regulärem Aufenthaltsstatus sind Mitglieder im öffentlichen System und haben Zugang zu den medizinischen Behandlungen durch eine Gesundheitskarte (Tessera Sanitaria).

Mit dem 1998 in Kraft getretenen Migrationsgesetz (Legge Turco-Napolitano) wurden wichtige Hürden für den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung für undokumentierte Migrant\*innen abgebaut. Es wurde insbesondere

## 2016

Januar 2016: In Hannover und Göttingen wird als Modellversuch der »Anonymisierte Krankenschein« eingeführt [→ siehe auch S. 29 »Lösungsmodelle

in verschiedenen Bundesländern«].

Zweistellige Erfolge der AfD Landtagswahlen in Baden-Württemberg,

Rheinland Pfalz, Sachsen-Anhalt, Mecklenburg Vorpommern und Berlin Angesichts der sinkenden Antragszahlen werden Einzelfallprü-



**ICH KRIEG  
MEIN KIND  
WO ICH WILL!**

/// Für die meisten Schwangeren ist es selbstverständlich, den Ort der Entbindung sorgfältig auszuwählen. /// Migrantinnen ohne Krankenversicherung können dies nicht: Sie haben keinen regulären Zugang zu professioneller Geburtshilfe und müssen unter sehr unsicheren Bedingungen entbinden. Für Eltern ohne Aufenthaltstatus ist auch das Abholen der Geburtsurkunde mit Angst vor Abschiebung verbunden. /// Medizinische Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett für alle! ///  
/// Abschaffung der Meldepflicht nach § 87 Aufenthaltsgesetz! /// Geburtsurkunden und Pässe für alle Kinder! ///  
[www.medibuero.de](http://www.medibuero.de)

EINE KAMPAGNE VOM BÜRO FÜR MEDIZINISCHE  
FLÜCHTLINGSHILFE BERLIN. MEHR INFOS UNTER  
[WWW.MEDIBUERO.DE](http://WWW.MEDIBUERO.DE) /// GESTALTUNG UND FOTO  
VON TILDE ROMANS GRAPFLOSSCH-BÄR-PAUL



## 2016

► fungen für Asylsuchende aus Syrien, dem Irak und Eritrea wieder eingeführt. Auch das Dublin-Verfahren für Syrer\*innen wird wieder umgesetzt.

17.3.2016: Das Gesetz zur Einführung beschleunigter Asylverfahren (Asylpaket II) tritt in Kraft: Asylentscheide sollen beschleunigt werden, der Familiennachzug für

subsidiär Schutzberechtigte wird für zwei Jahre ausgesetzt, Abschiebungen kranker Geflüchteter werden erleichtert, indem die Berücksichtigung ärztlicher und psycho-

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

► klargestellt, dass die Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung keine Anzeige an die Migrationsbehörden zur Folge hat. Obwohl Migrant\*innen ohne legalen Aufenthaltsstatus sich nicht in dem SSN registrieren dürfen, haben sie Anspruch auf eine anonyme und kostenlose Karte (STP), die sechs Monate lang gültig ist und erneuert werden kann.

Durch die STP Karte – die in vielerlei Hinsicht dem Konzept des anonymen Krankenscheins ähnelt – wird undokumentierten Migrant\*innen Zugang zu einer breiten Reihe an medizinische Behandlungen ermöglicht, meistens komplett kostenlos. Die wichtigsten Behandlungen sind: kostenlose Notfallbehandlungen (cure urgente), Grundversorgung (Primärversorgung, stationären Behandlungen, Behandlung von ansteckenden und chronischen Krankheiten, z. B. Tuberkulose und HIV/AIDS), Behandlungen in der Schwangerschaft und bei der Geburt, jede medizinische Behandlung für Menschen über 64 Jahre und für Kinder unter 6 Jahre.

Auf der praktischen Ebene gibt es große Unterschiede in der Anwendung und dem Zugang zu der STP innerhalb des Landes. Das hat zur Folge, dass der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung nicht gleichmäßig und manchmal sogar gar nicht gewährleistet werden kann. Große Unterschiede sind zwischen Nord- und Süditalien sowie Stadt

und Land zu verzeichnen. Trotzdem beinhaltet das italienische Modell einige Elemente, vor allem den Anspruch auf gesundheitliche Versorgung als Menschenrecht, die als Best Practice für Deutschland dienen könnten.

#### Frankreich

Die staatlich finanzierte medizinische Hilfe (L'Aide Médicale de l'Etat, AME) wird den Personen gewährt, die nachweislich mindestens drei Monate in Frankreich leben, 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 weitreichenden Leistungen. Ausgeschlossen sind Kur und Kinderwunschbehandlung.

Nichtregierungsorganisationen wie Médecins du Monde kritisieren, dass die AME aufgrund der komplizierten Antragstellung nicht immer in Anspruch genommen werden kann. Des Weiteren muss der Antrag einmal jährlich gestellt werden, was zu Problemen in der Kontinuität der Gesundheitsversorgung führt.

Die Kosten werden in der gleichen Höhe wie für gesetzlich Versicherte erstattet und beinhalten eine Selbstbeteiligung. Diese reicht von 10 % bis 70 % und muss

## 2016

logischer Atteste eingeschränkt wird.

März 2016: Die EU schließt einen »Deal« mit der Türkei, der vorsieht, illegal in die

EU eingereiste Geflüchtete (vorwiegend aus Griechenland) wieder in die Türkei abzuschicken und dafür ausgewählte syrische Geflüchtete aufzunehmen.

April 2016: Das Medibüro Berlin besteht seit 20 Jahren. Mittlerweile existieren über 30 Medibüros und Medinetze in Deutschland. ►

20 Jahre  
MediBüro Berlin  
1996-2016

**Es ist uns  
keine Ehre!**



Kontroversen um das  
Ehrenamt in Zeiten  
flüchtlingspolitischen  
Versagens

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

tionen und 600 Einzelpersonen aus dem Gesundheitswesen unterzeichnet. Am Weltgesundheitstag wurde er im Rahmen einer öffentlichen Pressekonferenz an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übergeben. In der Folge kam es zu einem Gespräch mit dem Arbeitsgruppenleiter Migration und Gesundheit im BMG. Weitere Reaktionen blieben aus.

► **»Es ist uns keine Ehre! Kontroversen ums Ehrenamt in Zeiten flüchtlingspolitischen Versagens - 20 Jahre Medibüro Berlin« - April 2016**

Anlässlich unseres 20jährigen Bestehens begingen wir unser Jubiläum mit einer öffentlichen Diskussionsveranstaltung mit, Gruppen aus dem flüchtlingspolitischen Bereich, Refugee-Selbstorganisationen, Wissenschaftlerinnen - und einer großen Party.

## 2016

Zwischen Januar 2015 und Juni 2016 wurden in Deutschland 1.245 Angriffe auf Asylsuchende und Unterkünfte verübt, darunter waren 179 tätliche Übergriffe auf Personen.

April / Juni 2016: Die Bundesregierung stimmt der Einstufung der Maghreb-Staaten Algerien, Marokko und Tunesien als »sichere Herkunftsstaaten« zu.

Die Entscheidung im Bundesrat wird auf Druck der Grünen hin vertagt.



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

► vom Patienten / von der Patientin aufgebracht werden. Es gibt eine Reihe von Ausnahmestimmungen, bei denen Patient\*innen den Restbetrag nicht bezahlen müssen. Papierlose Nichtversicherte sind dort nicht genannt.

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. 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.

#### Spanien

Um in Spanien ärztlich behandelt zu werden, muss seit 1991 jede\*r Versicherte eine Versichertenkarte vorlegen. Im Jahre 2000 wurde das Gesetz Nr. 4 über Rechte und Freiheiten von Ausländer\*innen und ihre soziale Integration in Spanien durch einen neuen Artikel 12 ergänzt<sup>1</sup>. Laut diesem Paragraphen hat jede\*r, der oder die sich bei der örtlichen Verwaltung anmeldet, wie alle Spanier\*innen das Recht auf medizinische Versorgung, d. h. die Person kann sich ganz offiziell versichern. Die amtliche Registrierung bedeutete aber noch keine Krankenversicherung,

sondern nur die Möglichkeit, sich zu versichern, d. h. eine Versicherungskarte zu beantragen. 2012 wurde durch ein Gesetz der konservativen Regierung die Erlangung einer Versichertenkarte an eine versicherungspflichtige Arbeit gekoppelt. Da diese für Illegalisierte quasi nicht zu realisieren ist, bekommt u. a. diese Personengruppe keine Versichertenkarte mehr. Notfallbehandlungen sowie Versorgung Schwangerer und Minderjähriger sind zwar prinzipiell immer noch möglich, in der Praxis ohne Versicherungsnachweis aber oft schwer durchzusetzen.

→ <http://yosisanidaduniversal.net/portada.php>

→ <https://espaciodelinmigrante.wordpress.com/>

1 Ley Orgánica N° 4 del 11 /01/2000

## 2016

18.9.2016: Abgeordnetenhauswahlen in Berlin: Die AfD zieht mit 14,2 % in den Berliner Senat ein. SPD, Grüne und Linke bilden

die neue Landesregierung.

## ► Statt eines Nachwortes: »Selbstkritischer Rückblick«

Gekürzter Redebeitrag zur Veranstaltung zum 20jährigen Jubiläum April 2016:

Wir begehen unser 20jähriges Jubiläum – Waren wir in den letzten 20 Jahren erfolgreich? Jein: Wir haben einerseits 20 Jahre lang kontinuierlich Patient\*innen vermittelt, Ärzt\*innen geworben und einige Spenden gesammelt, andererseits politisch wenig erreicht – zumindest keine grundlegenden Verbesserungen – und die Menschen oft nur unzureichend im Rahmen unserer Möglichkeiten versorgt.

Zu Beginn unserer Arbeit 1996 haben wir uns einem Thema gewidmet, das in der Öffentlichkeit damals kaum verstanden worden ist. Das hat sich geändert. Wir bekommen öffentliche Aufmerksamkeit, müssen oft Journalist\*innen enttäuschen, die in unserer Sprechstunde mit »echten Illegalen« sprechen möchten, haben Preise und Auszeichnungen bekommen. Das Interesse an dem Thema ist gut, aber wir müssen betonen, dass durch Freiwilligenarbeit keine vernünftige medizinische Versorgung zu leisten ist, und dass wir keinesfalls die Lösung sind, sondern Teil des Problems. Es bleibt eine Gratwanderung, öffentlich wirksam sein zu wollen, ohne entlastende Bilder unserer »wunderbaren« Arbeit zu produzieren.

Wer oder was sind wir eigentlich? Ein humanitäres Projekt mit politischem Anspruch? Eine antirassistische Initiative, die praktischen Support leistet?

Als praktisches Unterstützungsprojekt streben wir eine Gesundheitsversorgung auf fachärztlichem Niveau an und lehnen improvisierte Untersuchungen und Behandlungen ab.

Aber unser Vermittlungssystem ist und bleibt lückenhaft, und oft können wir teure Therapien nicht ermöglichen. Das ist tragisch für die Betroffenen – und auch für uns schwer auszuhalten. Welche Operation sollen wir finanzieren, welcher Schwangeren sagen, dass wir ihre Geburtskosten nicht übernehmen? Die strukturell ungenügende medizinische Versorgung im Parallelsystem ist durch professionelleres Spendensammeln nicht grundsätzlich zu verbessern. Je besser wir als praktisches Projekt sind, umso mehr verringern wir den Druck auf die Politik, für eine grundsätzliche Lösung zu sorgen und nähren die Illusion, eine angemessene Gesundheitsversorgung sei im »ehrenamtlichen« Parallelsystem machbar. Funktionalisieren wir mit dieser Entscheidung die Patient\*innen in der politischen Auseinandersetzung? Oder funktionalisiert die Politik uns ohnehin als Lückenbüßer unabhängig davon, wie wenig professionell wir sind?

In der Orientierung auf eine strukturelle Lösung anstatt auf eine (Pseudo-)Professionalisierung der Parallelstruktur haben wir vor einigen Jahren das Angebot des Senats abgelehnt, unsere Arbeit mit 50.000 Euro zu finanzieren. Wir





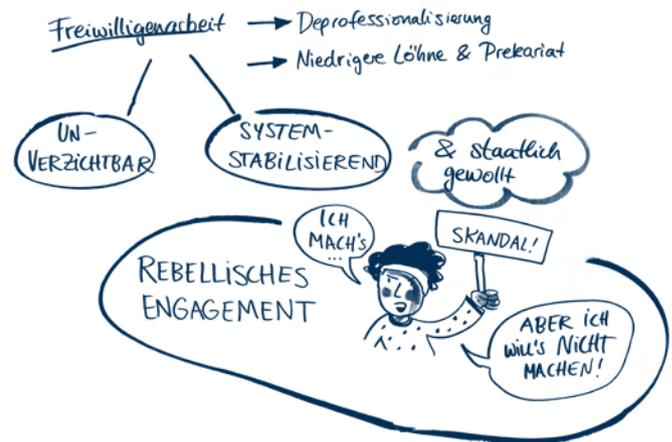
wollten stattdessen die Einführung eines anonymen Krankenscheins in Berlin erreichen. Die Diskussion wurde geführt, jedoch ohne Erfolg – am Ende gab es also weder Geld für unsere Arbeit noch den anonymen Krankenschein. War das eine kluge Entscheidung?

Um politische Spielräume zu erweitern, braucht es sowohl die Aktion auf der Straße als auch die Arbeit in Gremien. Das dortige Ringen um die Durchsetzung von kleinen Verbesserungen war lange Zeit umstritten. In Diskussionen mit migrantischen Communities, die Alles-oder-Nichts-Forderungen aus dem Mund weißer Mittelklasse-Aktivist\*innen als elitär und paternalistisch entlarvten, hat sich diese Position verändert. So entwickelten sich die Ziele von gleichen Rechten für alle über die Abschaffung der Datenweitergabe an die Ausländerbehörde, das Konzept des anonymen Krankenscheins, die Vereinfachung der Bedürftigkeitsprüfung für Krankenhäuser bei Nothilfe bis zur verlängerten Duldung in der Schwangerschaft. So haben wir mit Senatsverwaltungen zäh und letztlich erfolgreich um die Aussetzung der Umver-

teilung Schwangerer gerungen, die in Berlin nun verlängert geduldet werden. Ist das ein kleiner Erfolg oder das Einlassen auf bürokratischen Irrsinn während wir die Forderung »Gleiche Rechte für Alle« weiter hochhalten?

Die Kontinuität unserer Vermittlungsarbeit hat Priorität gegenüber der Reaktion auf aktuelle Ereignisse. Das ist wichtig für die Verlässlichkeit unseres Angebotes, es hat uns aber auch unflexibel gemacht. Sowohl bei der Besetzung des Oranienplatzes durch Geflüchtete als auch im »Sommer der Migration« und während der schrecklichen Zustände am LAGeSo haben wir vor Ort keine medizinische Versorgung organisiert. Neben unseren zweifellos begrenzten Kapazitäten gab es auch andere Gründe für diese Entscheidungen.

Am Oranienplatz nicht vor Ort als Medibüro aktiv zu sein war eine verpasste Chance zur Solidarisierung mit dem selbstorganisierten Protest von Geflüchteten. Lag dies auch an unserer fehlenden Bereitschaft, mit sprachlichen Barrieren und in einer weniger homogenen Struktur zu arbeiten? Als überwiegend »weiße« Unterstüützungsgruppe verstehen wir uns aber nicht als Sprachrohr der Interessen Geflüchteter, sondern als politische Subjekte, die eine eigene Utopie von einer Gesellschaft haben, die niemanden ausgrenzt. Und schon gar nicht aus der Gesundheitsversorgung.





Vor dem LAGeSo und in den Notunterkünften wollten wir nicht auch noch als Lückenfüller einspringen. Bisher hatten wir es zu tun mit Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus und mit nicht krankenversicherten EU Bürger\*innen. Jetzt ging es um Menschen, die den Kontakt zur Behörde herstellen wollten, um die ihnen rechtmäßig zustehende Versorgung zu bekommen – und damit wochenlang scheiterten. Es ging uns immer darum, auf die rechtlichen Ansprüche zu beharren und so die offiziellen Strukturen in die Pflicht zu nehmen. Aber haben Menschen, die strukturell aus dem System ausgeschlossen sind, mehr »Anspruch« auf unsere Unterstützung als Menschen, die wegen Insuffizienz des Systems nicht versorgt werden? Einen Anspruch auf »ehrenamtliche« Unterstützung gibt es ohnehin nicht – und das ist ja gerade das Problem des Ehrenamtes. Und trotzdem müssen wir immer wieder diskutieren, für wen wir uns »zuständig« fühlen,

an wen wir unsere begrenzten Ressourcen verteilen – und wer auch bei uns leer ausgeht.

Bei vielen Vermittlungen fragen wir uns, ob wir zu leichtfertig eine Versorgung im Parallelsystem organisieren, bevor die sozialrechtlichen Möglichkeiten im System konsequent ausgeschöpft sind. Das schwächt den Kampf um das Recht auf Rechte und macht die Betroffenen abhängig vom Goodwill und von der »Wohltätigkeit« des unentgeltlichen Engagements. Andererseits ist der Weg durch die Instanzen des Sozial- und Ausländerrechts so langwierig und komplex, dass viele ihn nicht gehen wollen oder können. Sind wir paternalistisch, wenn wir den Weg durch die Instanzen ins reguläre System quasi »verordnen«? Wir finden das politisch und langfristig richtig. Aber ist das auch das Interesse derjenigen, die im Hier und Jetzt medizinisch versorgt sein wollen? Oder sind wir paternalistisch, wenn wir pragmatisch die Versorgung mit unseren eingeschränkten Mitteln organisieren – und womöglich nicht ausreichend über Rechtsansprüche und den Weg durch den Behördenschwungel informieren? Müssten wir dann aber auch akzeptieren, wenn dieser nicht gegangen wird, und Menschen es vorziehen, stundenlang bei uns auf dem Flur zu warten – statt beim Sozialamt oder der Ausländerbehörde?

Nach 20 Jahren haben wir uns noch immer nicht überflüssig gemacht und haben mehr Fragen als Antworten. Welche Konsequenzen ziehen wir? 20 Jahre Medibüro sind genug? Wir schließen die Pforten mit einem lauten Knall und überlassen die Probleme allen anderen? Lust dazu hätten wir oft. Oder machen wir weiter mit der Gratwanderung inmitten von Widersprüchen, reiben uns auf zwischen Anspruch und Wirklichkeit, diskutieren sowohl die ewig gleichen als auch immer neue Probleme mit alt frustrierten und frisch naiven, motivierten Mitstreiter\*innen, schmieden neue Bündnisse und beleben alte Koalitionen. Bisher machen wir weiter so – trotz aller Zweifel

## ➤ Impressum

Herausgegeben von  
**Medibüro Berlin - Netzwerk für das Recht auf  
Gesundheitsversorgung aller Migrant\*innen**  
im Dezember 2016

Redaktion | Kontakt | V. i. S. d. P.  
**Medibüro Berlin - Netzwerk für das Recht auf  
Gesundheitsversorgung aller Migrant\*innen**  
Mehringhof | Gneisenaustraße 2a | 10961 Berlin  
→ [info@medibuero.de](mailto:info@medibuero.de)  
→ [www.medibuero.de](http://www.medibuero.de)

### **Copyleft**

Verbreitung und Vervielfältigung dieser  
Broschüre sind ausdrücklich erwünscht

### **Bildnachweis**

S. 5, 9, 14, 18/19, 23, 34/35: Nacho Goytre Samaniego  
S. 13, 26, 30, 32, 54, 56: Medibüro Berlin & Agentur  
für Grafikdesign BAR M  
S. 58-60: Graphic recording während der Veranstaltung  
»Es ist uns keine Ehre« am 22.4.2016 zum 20jährigen  
Jubiläum des Medibüros: Ka Schmitz

### **Gestaltung**

Dirk Braunheim

### **Druck**

hinkelsteindruck | sozialistische GmbH

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

### **Spendenkonto**

Flüchtlingsrat Berlin e. V.  
Stichwort: Medizinische Hilfe  
Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN: DE93 1002 0500 0003 2603 02  
BIC: BFSWDE33BER

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



**»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

**Medibüro Berlin – Netzwerk für das Recht auf  
Gesundheitsversorgung aller Migrant\*innen**  
Mehringhof | Gneisenaustraße 2a | 10961 Berlin

→ [info@medibuero.de](mailto:info@medibuero.de)  
→ [www.medibuero.de](http://www.medibuero.de)

