Medizin für Menschen ohne Papiere

Neue Konzepte gegen die Angst vor dem Arztbesuch

Ärzte und Helfer bieten Netzwerke zur medizinischen Erstversorgung von Menschen, die ohne Papiere „illegal“ hier leben. Nicht nur der Deutsche Ärztetag will mehr: Einen Zugang in die Regelversorgung auch für diese Gruppe. Neue Gerichtsurteile und politische Konzepte versprechen Bewegung im Thema.

Auch Menschen, die ohne Papiere „illegal“ leben, werden krank oder erleiden einen Verkehrsunfall. Oder, viel erfreulicher, sie bekommen Kinder. Der Besuch beim Arzt wirft dann aber immer besondere Probleme auf: „Das ist nicht einfach, wenn Sie womöglich erst mal Sprachprobleme überwinden müssen und dann klar wird, dass da jemand ohne Versichertenkarte ist, ohne Aufenthaltspapiere, und unbedingt auch noch möchte, dass die ganze Angelegenheit bitte geheim bleibt“, erzählt Dr. Ulrich Clever. Nicht nur der Menschenrechtsbeauftragte der Bundesärztekammer rührt seit vielen Jahren die Trommel, dass die Versorgung dieser Menschen besser werden muss. Immerhin, seit kurzem registriert Clever etwas, was er bis vor kurzem kaum noch für möglich hielt: „Da kommt Bewegung in das Thema.“

In der Tat: Der Bundestag und Bundesrat müssen aufgrund mehrerer Gerichtsurteile das so genannte Asylbewerberleistungsgesetz reformieren. Viele Gruppen und vor allem Ärzte sehen Chancen, damit auch eine bessere Versorgungslage für diese Menschen insgesamt zu erreichen. Nichts Geringeres als den Zugang zur Regelversorgung, forderte der diesjährige Deutsche Ärztetag für Asylbewerber und – auch für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Davon ist vor allem letztere Gruppe bislang meilenweit entfernt.

Wie viele Menschen hierzulande ohne gültige Aufenthaltspapiere leben, weiß keiner. Eine Abschätzung von 2011 für das Bundesamt für Flüchtlinge und Migrationswesen (BAMF) nennt die Zahl von 100 000 bis 400 000 (1). Manche Autoren setzen die Ziffer mit einer Million an.

Kontakt haben am ehesten Menschen, die ehrenamtlich vor Ort Hilfe offerieren: „Das sind oft Akademiker, Menschen, die zum Teil ganz hervorragend angepasst hier leben“, berichtet Dr. Herbert Breker, der bei der Malteser Migranten Medizin (MMM) in Köln arbeitet (s. Interview Breker, S. 299). Vielleicht 10 % der jährlich etwa 1500 Erwachsenen Rat- und Hilfesuchenden bei MMM in Köln, zählten zur Gruppe der „Sans Papiers“ schätzt Breker (2).

Neue Flüchtlingsströme

Fest steht, das Problem dürfte noch zunehmen: Weltweit sind nach Schätzungen der EU-Kommission an die 51 Millionen Menschen auf der Flucht. Auch in Deutschland wächst die Zahl der Asylsuchenden – 109 580 Erstanträge auf Asyl registrierte das BAMF in 2013. Mitte 2014 kalkulierte die Behörde bereits mit 175 000 Anträgen für das laufende Jahr.

Dabei sind die Anerkennungsquoten nicht hoch. Knapp 81 000 Anträge auf Asyl entschied das BAMF 2013. 919 Menschen (1,1 %) erhielt tatsächlich politisches Asyl nach Artikel 16 Grundgesetz, knapp 10 000 (12,3 %) wurden als Flüchtlinge nach der Genfer Konvention anerkannt, weitere 11,4 % ergatterten Abschiebeverbot. Das Amt spricht von einer Schutzquote von 24,9 %. Die anderen müssen meist zurück.

Mancher entzieht sich dann durch Untertauchen einem Ausreisegesuch, andere bleiben womöglich nach Einreise mit einem Touristenvisum gleich für länger, wieder andere kommen unerkannt über die grüne Grenze.

Der Aufenthalt ohne Papiere ist „illegal“, wie auch die Rechtsanwältin Silke Rumpel im Gespräch mit der ZFOU gleich zu Beginn klarmacht (s. Interview Rumpel, S. 297). Und dennoch bietet der Staat selbst dieser Gruppe eine – zumindest theoretische – Chance auf eine gewisse medizinische Basisversorgung. Zwei widersprüchliche Grundprinzipien sind am Werk. Hier das Recht eines Staates, zu entscheiden, wer auf seinem Territorium leben darf und wer nicht. Und dort das Recht auf Gesundheit – für jeden.

Die Bundesrepublik Deutschland hat ein Menschenrecht auf Gesundheit in etlichen Internationalen Verträgen und Konventionen anerkannt. Ein „Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ für jeden fordert Artikel 12 des UN-Sozialpakts- von Deutschland seit 1976 unterschrieben. Schutz von Frauen vor und nach der Geburt eines Kindes sieht das UN-Übereinkommen zur Beseitigung von Diskriminierung der Frau, sehen die Europäische Sozialcharta von 1961, die EU-Grundrechtecharta, das Internationale Übereinkommen zum Schutz des Kindes

Zugang zur Regelversorgung über die Gesundheitskarte. Kann sich das Bremer Modell langfristig durchsetzen? Bild: Fotolia; Fotograf: Zerbor.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

vor – alle von Deutschland unterschrieben. Nachzulesen ist die Synopse etwa in einem Bericht einer Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität beim Deutschen Institut für Menschenrechte aus dem Jahre 2008 (3). Zusammen genommen bedeutet das: „aktiven Zugang zur gesellschaftlichen Infrastruktur der Gesundheitsversorgung“, wie der Bericht weiter festhält.

Deutschland bietet eher ein Minimum. 1993 verschärften Bundestag und Länderkammer mit dem Asylbewerberleistungsgesetz Standards für Unterkunft, Materielle Versorgung, wie auch medizinische Versorgung von Asylbewerbern und anderen Gruppen mit einem Duldungsstatus. Und auch die Gruppe derer, die ganz ohne Papiere hierzulande lebt, findet sich im Gesetz: Menschen, die sich im Bundesgebiet aufhalten, aber „vollziehbar ausreisepflichtig“ sind, haben Ansprüche auf eine medizinische Versorgung nach diesen Regeln. Geboten wird allerdings ein Versorgungsgrad, der unter dem von Sozialhilfeempfängern liegt.

Unter „Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt hält §4 des Gesetzes fest: „Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung … zu gewähren.“ Werdende Mütter haben ein Recht auf Versorgung, Betreuung, Hebammenhilfe, Arzneien, Verband und Heilmittel. Ein wenig später stellt außerdem §6, fest, dass „Sonstige Leistungen“ der Medizin gewährt werden können, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich sind.

Das heißt im Alltag: Schmerztherapie ja, eine Übernahme der Behandlung vieler chronischer Erkrankungen eher nicht – wobei die Grenzen in Wahrheit kaum absteckbar sind, wie Praxisbeispiele in den folgenden Interviews zeigen. In der Praxis bleibt dieser gesetzlich verbriefte Minimalanspruch für Menschen ohne Papiere allerdings zumeist graue Theorie.

Wer seinen gesetzlichen Anspruch auf diese medizinische Versorgung einlösen will, muss sich bei allem, was nicht Notfall ist, erst beim Sozialamt melden. Selbst wenn sie wollten, Ärzte können für ihre Patienten Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz nicht beim Sozialamt beantragen (s. Interview Rumpel, S. 297).

Beim Sozialamt aber bleiben die Daten nicht offline auf der lokalen Festplatte. Sowohl §11 Asylbewerberleistungsgesetz, Absatz 3, wie auch der §87 des Aufenthaltsgesetzes legen fest, dass ein Sozialamt Hinweise über einen Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus an die Ausländerbehörde weitergeben muss. Auch ein automatischer Datenabgleich kann vorgenommen werden.

Auf eine Kurzformel gebracht: Arztbehandlung nur gegen Outing gegenüber einem Amt und damit hohes Risiko einer dann erfolgenden Abschiebung. Nur wenige Menschen wählen im Notfall diesen Weg, wie die Interviews auf den folgenden Seiten belegen. Diese Dichotomie der Gesetze und Paragraphen blockiert nach Ansicht vieler Experten das Recht auf Kostenübernahme einer ohnehin schon deutlich abgespeckten medizinischen Versorgung, die den Betroffenen eigentlich zusteht.

Angebote kostenloser Hilfe

Bundesweit ist daher parallel in vielen Städten ein Hilfsangebot entstanden, das niederschwellig ohne Gang zu Ämtern und Behörden eine Notversorgung sicherstellen möchte – für die Betroffenen möglichst kostenfrei.

Malteser Migranten Medizin

2001 entstand in Berlin auf Initiative der Ärztin Dr. Adelheid Franz die erste Anlaufstelle der Malteser für Obdachlose, Menschen ohne Krankenversicherung, einschließlich derer ohne Aufenthaltspapiere. Mittlerweile bietet die „Malteser Migranten Medizin“ in 12 Städten im Bundesgebiet die Chance auf einen Arzttermin für Jedermann – im Zweifel auch ganz anonym. 90000x Hilfe für Kranke, 1300x Hilfe bei Geburten seit Gründung – bilanziert MMM. Manch Basisdiagnostik und Behandlung wird aus einem Spendentopf gestemmt, bei akuten Notfällen werden Betroffene in Krankenhäuser überwiesen, wie Dr. Helmut Breker berichtet, der in Köln bei MMM Sprechstunden anbietet (s. Interview Breker, S. 299).

Medinetze

Bonn, Berlin, Köln, Mainz, Düsseldorf oder Tübingen: Unter den Namen Medibüro oder Medinetz bieten weitere rund 30 Stellen im Bundesgebiet Betroffenen eine erste – strikt anonyme – Anlaufstelle bei Erkrankung und vermitteln ärztliche Hilfe. Das älteste Medibüro entstand 1994 in Hamburg, 1996 folgte das in Berlin. Auch diese Stellen bieten nur eine Notversorgung, wie David Saiger, Mitarbeiter beim Medibüro Berlin schildert. Zum Selbstverständnis gerade der Medibüros gehörten daher klare Forderungen an den Gesetzgeber, den Betroffenen einen Zugang zur Regelversorgung zu geben (s. Interview Saiger, S. 302). Mancherorts sind auch Ärztekammern in solche Netzwerke eingebunden. In Hannover etwa führt die Landesärztekammer eine Liste von Ärzten, die Menschen ohne Papiere kostenlos behandeln.

Ärztliches Ethos klar definiert

Die Rolle der Ärzte ist jenseits aller Gesetze glasklar – Hilfe und nochmals Hilfe hat absoluten Vorrang. „Ärzte haben die Pflicht, einem Patienten unabhängig von seinem zivilen oder politischen Status angemessene medizinische Versorgung zukommen zu lassen, und Regierungen dürfen...das Recht...nicht einschränken“, setzt die Bundesärztekammer eine Resolution der Generalversammlung des Weltärztebundes als Präambel einer Broschüre zum Thema "Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis" (BÄK Auflage 11/2013), (4).

Mehr noch: Auch Ärztetage und –kammern fordern seit vielen Jahren gegenüber der Politik Verbesserungen ein. Die medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland entspricht nicht den erforderlichen medizinischen Standards und wird durch gesetzliche Regelungen behindert, formulierte bereits 2005 der 108. Deutsche Ärztetag. Die gesetzlich festgelegte Kostenübernahme durch die Sozialämter, die dann aber die Abschiebung zur Folge habe, sei keine realistische Lösung.

Juristische Klimmzüge für Verlängerten Geheimnisschutz

Besonders über einen Dreh- und Angelpunkt ärztlicher Tätigkeit ist 2009 doch eine Chance auf eine anonyme Behandlung der Betroffenen in die Vorschriften gelangt: Die ärztliche Schweigepflicht hat über juristische Klimmzüge für einige Jahre zumindest bei Notfällen eine anonyme Behandlungsmöglichkeit

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

eröffnet. In der Notfallambulanz nimmt eben kein Gesetz, kein Sachbearbeiter einem Arzt die Pflicht ab, sofort bestmögliche Behandlung zu starten. Die Kosten versuchten Krankenhäuser bislang im Anschluss bei den Sozialämtern zu reklamieren – unter dem wiederum juristisch komplizierten Verweis auf einen § 25 des Sozialgesetzbuches XII (s. Interview Rumpel, S. 297).

Auch auf vielfachen Druck der Ärzteschaft hin stellte die Bundesregierung dann 2009 in einer Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz (Drucksache 669/09) klar, dass Sozialämter Daten über den Aufenthaltsstatus eines Menschen dann nicht an die Ausländerbehörde weiterleiten dürfen, wenn sie diese von Ärzten, Krankenhäusern, medizinisch-technischen Assistenten, Hebammen, oder auch „berufsmäßig tätigen Gehilfen dieser Berufsgruppen“ bekommen. Dieser so genannte „verlängerte Geheimnisschutz“ erlaubte in Ausnahmefällen eben doch die Kostenübernahme einer Behandlung durch den Staat ohne dass jemand seine Identität aufdecken musste. Völlige juristische Klarheit herrscht allerdings selbst dabei bis heute nicht, wie Dr. Ulrich Clever erläutert (s. Interview Clever, S. 304). Und seit Oktober 2013 kommt es noch dicker. Das feinziselierte und reichlich gewundene Labyrinth an Vorschriften, die mitunter eine gewisse Versorgung auf Kosten des Steuerzahlers sicherte, ist nun Makulatur.

Vakuum bei Kostenerstattung

Denn im Oktober 2013 hat das Bundessozialgericht in einem Urteil geklärt, dass Krankenhäuser ihre Kosten bei Menschen ohne Papiere auch bei diesen Notfällen gar nicht im Nachgang bei den Sozialämtern abrechnen können. Ein Vakuum ist entstanden, das dazu führt, dass Krankenhäuser im Zweifel auf den Kosten sitzen bleiben.

Und doch öffnet just diese Blockade bei Kosten und Abrechnungen jetzt womöglich eine Chance. Denn der Gesetzgeber muss nun das Asylbewerberleistungsgesetz aufgrund dieses und eines zweiten Gerichtsurteils novellieren. Ende 2012 hatte auch schon das Bundesverfassungsgericht die Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem Gesetz als zu gering kassiert – sie müssten zumindest auf das Niveau der Sozialhilfe angehoben werden.

Nicht nur die Ärzteschaft reklamiert da mit neuem Schwung ihre Positionen:

- Ende der Datenübermittlung von Sozial- zu Ausländerbehörden. Viele europäische Nachbarländer kennen den Datenabgleich zwischen Sozial- und Gesundheitsämtern zu den Ausländerbehörden nicht. Der Datenabgleich zwischen Sozialamt und Ausländerbehörde gehöre auch hierzulande abgeschafft, fordern die Medibüros im Gleichklang mit Ärztetagen.
- Zugang zur Regelversorgung. Unter TOP VII, Drucksache VII-66 steht im Protokoll des letzten Deutschen Ärztetages ein Beschluss, der Sprengkraft hat: „Der 117. Deutsche Ärztetag fordert den Bundesgesetzgeber auf, Asylbewerberinnen und Asylbewerbern sowie ihnen gleichgestellte Ausländerinnen und Ausländer (zum Beispiel Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus) die gleichen Rechte bei der Gesundheitsversorgung zukommen zu lassen wie regulär Krankenversicherten.“ Auch der Caritasverband Deutschland schließt sich da bereits an. Das Gesetz habe so „hochschwellige Barrieren“ in der gesundheitlichen Versorgung gesetzt, dass Krankheitsverläufe eher verschleppt und dann umso schwerer behandelt werden könnten, erklärte Frank J. Hensel Direktor des Diözesan Caritasverbandes für das Erzbistum Köln gegenüber dem Deutschen Ärzteblatt Ende März 2014.

Vor Ort bröckeln seit einigen Jahren ohnehin die vielleicht früher starren Fronten. Hannover, Freiburg, Bonn … viele Kommunen haben Runde Tische, in denen auch Mitarbeiter der Kommunen regionale Hilfsnetze koordinieren. In einigen Städten fließen zumindest einige Euro an Steuergeldern in eine medizinische Hilfe, die Betroffene nicht zwingt, ihren Status und Identität aufzudecken.

So finanziert München seit 2008 die Arbeit von Beratungsstellen mit, die darüber eine gewisse medizinische Versorgung kostenlos anbieten können. Eine eigene Stelle für interkulturelle Arbeit im Rathaus koordiniert die Aktivitäten, bei der auch die Gesundheitsämter gezielt Migranten ohne Papiere Zugang zu Impfungen bis hin zu HIV-Therapie anbieten (5).

Wichtig sei dabei, analysiert der Migrationsforscher Philip Anderson, dass auch das Ausländeramt etwa beim Umgang mit Schwangeren ohne Papiere sein Verfolgungsinteresse. „vorsichtig formuliert“, nicht an erste Stelle setze (6). Das Konzept für das „Münchner Modell“ geht auf Empfehlungen einer 2003 von Andersen im Auftrag der Stadt erstellten Studie zurück.

Auch Frankfurt hat im Gesundheitsamt eine Koordinierungsstelle „Migration und Gesundheit“, die Ärztliche Erstversorgung im Rahmen von „Internationalen Humanitäre Sprechstunden“ anbietet – dezidiert unter dem Signum „anonym“ und „verschwiegen“ (7).

Chipkarte für Asylbewerber und Menschen ohne Papiere

Das Land Bremen geht noch weiter. Für illegal eingereiste oder in Deutschland gebliebene Ausländer ohne Aufenthaltsstatus gibt es seit 2009 eine einfache Basisversorgung, schreibt das dortige Gesundheitsamt zu seinem Arbeitsbereich Migration und Gesundheit (8, 9). Obendrein erhalten in Bremen Asylbewerber seit 2005 eine Chipkarte der AOK, mit der sie Zugang zur Regelversorgung (!) mit Ausnahme von Psychotherapie erhalten. Das Land trägt die Kosten der Behandlung. Mittlerweile haben auch Hamburg und die Stadt Rostock dieses Modell übernommen.

Eine derartige Karte forderte nun auch der letzte Ärztetag für alle Asylbewerber bundesweit. Und für Menschen ohne Papiere könnte sie als "Anonymer Krankenschein" funktionieren. „Mit dem würden endlich Ärzte auch bei dieser Gruppe entscheiden können, welche Behandlung nötig ist und diese dann auch ohne großen Aufwand abrechnen können“, hofft Ulrich Clever (s. Interview Clever, S. 304).

Mit Niedersachsen befasst sich seit kurzem auch erstmals ein Landtag in einem Flächenstaat mit diesem Thema. Am 25. Juni 2014 hat der Landtag in Hannover in erster Lesung einen Antrag von SPD und Bündnis 90/Die Grünen beraten – „Medizinische Versorgung für Flüchtlinge in Niedersachsen sicherstellen“ (Drucksache 17/1619). Danach soll die Landesregierung prüfen, ob alle Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz im Land Niedersachsen eine elektronische Gesundheitskarte nach dem Bremer Modell erhalten. Und in zwei Modellprojekten soll das Land die Einführung eines Anonymen Krankenscheins in Göttingen und Hannover erproben.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Zumindest die erste Lesung im Hannoveraner Landtag signalisierte vorsichtige parteiübergreifende Zustimmung für das Vorhaben.

In der Tat, es kommt Bewegung in das Thema – Bessere Medizin für Menschen ohne Papiere.

Berhard Epping (BE)

Weitere Informationen zu den Beiträgen Orthopädie und Unfallchirurgie aktuell finden Sie unter www.thieme-connect.de/products. Zahlen, zum Beispiel (1), verweisen auf weiterführende Links, die Sie ebenfalls im Internet finden.

Weiterführende Literatur

1 1http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Expertisen/emn-wp-41-expertise.html; jsessionid=A8E9816EA4F1B9A6045B457B53A69680. 1_cid368?nn=1663574
2 http://www.malteser-migranten-medizin.de/
3 http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/themen/migrationintegration/menschen-ohne-papiere.html
4 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Faltblatt_Patienten-ohne-Aufenthaltsstatus_30112013.pdf
5 http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Gesundheit-und-Umwelt/Gesundheitsfoerderung/Migration_und_Gesundheit.html
6 Siehe: September 2010 „Die Wahrung der sozialen und Menschenrechte von Menschen in der Illegalität. Hat man sie vergessen?“ In: *„Wir haben sie nicht vergessen“ 10 Jahre Umgang mit Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus in der Landeshauptstadt München. Das Münchner Modell.* LHS München. S. 50–62.)
7 http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2884&_ffmpar[_id_inhalt]=54522#
8 http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen125.c.4091.de
9 http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen125.c.1599.de

Buchbesprechung

Schwierige Diagnosen in der Skelettradiologie

Jürgen Freyschmidt
1. Auflage 2013
400 Seiten, 1444 Abb., geb., EUR [D]199,99
ISBN 9783131674210

In dem Buch „Schwierige Diagnosen in der Skelettradiologie“ werden komplexe radiologische Befunde anhand von ausgesuchten Fällen aufgearbeitet. Hierbei ist es dem Autor ein Anliegen, durch die Kombination von klinischen Angaben und den vorliegenden Bildern eine Diagnose zu stellen. Als ein ausgewiesener Experte in der Interpretation skelettradiologischer Veränderungen hat sich der Autor bereits in einer Vielzahl von radiologischen Standardwerken um die Vermittlung dieses Wissens verdient gemacht.

In dem vorliegenden Werk wählt der Autor hierbei den didaktischen Weg über Fallbeschreibungen. Zunächst wird der Leser mit allgemeingültigen Überlegungen an das Thema der Skelettradiologie herangeführt. Anschließend enthält das Buch 158 einzelne Fälle. Die Gliederung erfolgt anhand von topographischen Fallzuordnung vom Schädel beginnend bis zur unteren Extremität. Jeder Fall wird mit einer kurzen Fallbeschreibung erläutert, anschließend werden die radiologischen Befunde erläutert und schließlich hieraus eine Synopse zur definitiven radiologischen Diagnosestellung entwickelt.

Die Erläuterung der Befunde und Herleitung der Diagnose ist klar strukturiert. Die Bildauswahl zu den einzelnen Fällen ist eindrücklich und repräsentativ. In der Herleitung der Diagnose werden auch Differentialdiagnosen angesprochen und zu dem vorliegenden Fall abgegrenzt. Zum Teil werden diese nochmals mit explizitem Bildmaterial erläutert.

So eignet sich das Buch hervorragend, um radiologisches Arbeiten und Wissen zu schulen und schwierige Fälle in der Skelettradiologie zu lösen. Mit Hilfe der Stichwortsuche kann jedoch auch gezielt nach einzelnen Erkrankungen gesucht werden, um die entsprechenden radiologischen Fallkonstellationen nachzuschlagen.

Das Buch „Schwierige Diagnosen in der Skelettradiologie“ ist auf den ersten Blick etwas gewohnheitsbedürftig, sobalt der Leser jedoch begonnen hat, die Fälle zu lösen wird er es kaum aus der Hand legen wollen.

Dieses Werk ist für alle Kollegen, die sich vermehrt mit der Skelettradiologie beschäftigen, uneingeschränkt zu empfehlen.

Martin Weßling

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Medizin für Menschen ohne Papiere

„Der Gesetzgeber muss die Kostenübernahme bei Notfällen neu regeln“

Fachanwältin Silke Rumpel erläutert die Vorschriften zur medizinischen Versorgung für Menschen ohne Aufenthaltspapiere und erklärt, warum Krankenhäuser und Ärzte derzeit bei deren Notfallversorgungen das volle finanzielle Risiko tragen.

Rechtsanwältin Silke Rumpel (Jahrgang 1975) arbeitet als Fachanwältin für Sozialrecht in der Kanzlei Zimmer und Bregenhorn-Wendland in Bochum. Ein Schwerpunkt ihrer Tätigkeit sind Kosten- und Abrechnungsfragen im Sozialrecht.

? Auch Menschen, die hierzulande ohne gültige Papiere zu-leben, brauchen mitunter einen Arzt. Welche Ansprüche auf Kostenübernahme haben sie?

Für die Beurteilung, welche Ansprüche auf Kostenübernahme bestehen, ist es zunächst erforderlich, den Begriff der aufenthaltsrechtlichen Illegalität näher zu erläutern.

? Bitte …

Die aufenthaltsrechtliche Illegalität ist in §95 Aufenthaltsgesetz als Straftat geregelt. Und dafür ist eine Freiheitsstrafe von bis zu einem Jahr oder eine Geldstrafe vorgesehen.

Zu erwähnen bleibt auch, dass es die Möglichkeit der Beihilfe zu dieser Tat gibt. Nach §96 Aufenthaltsgesetz ist vor allem strafbar, wenn man kontinuierlich Hilfe dazu leistet, dass Menschen ohne aufenthaltsrechtlichen Titel hier leben.

? Schafft das für Ärzte ein Problem, wenn sie solche Patienten behandeln?

Nein. Ärzte sind aufgrund ihres Berufsethos verpflichtet, notleidenden Menschen zu helfen. Das ist heute in der juristischen Praxis keine Frage mehr.

? Welche Rechte auf Kostenübernahme medizinischer Behandlung haben diese Menschen?

Auch diese Personen sind gemäß §1 Absatz 1 Nummer 5 Asylbewerberleistungsgesetz leistungsberechtigt. Dort ist festgelegt, dass Personen, die nicht gemeldet sind und die gleichzeitig „vollziehbar ausreisepflichtig“ sind, einen Anspruch auf Leistungen haben.

? Und was wird bezahlt?

Das ist in §4 und §6 AsylbLG festgelegt. §4 erklärt ein Recht auf Versorgung bei akuten Erkrankungen, und bei Schmerzzuständen. Laut Definition ist von einer akuten Erkrankung auszugehen bei einem plötzlichen Auftreten, bei einem heftigen und kurzfristigen Krankheitsverlauf. Langfristige Behandlungen, die chronischen Erkrankungen, fallen aus §4 heraus. Anders ist das wiederum, wenn jemand aufgrund einer chronischen Erkrankung unter Schmerzen leidet.

? Ein Beispiel? Nehmen wir an, ein Patient kommt mit einem massiven, akuten Bandscheibenvorfall und Schmerzen in die Praxis – hätte er dann ein Recht auf Behandlung und Kostenübernahme?

Hat er. Da muss man dennoch schauen, dass zunächst einmal nur der akute Schmerz vorrangig behandelt werden muss. Es kann sein, dass der Patient generell nur ein Recht hat auf diese Schmerzbehandlung hat.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

? Im Asylbewerberleistungsgesetz steht auch, dass die „zuständige Behörde“, das Sozialamt, darüber entscheidet, welche Behandlung übernommen wird. Wie rechnet der Arzt ab, wenn er so einen Patienten behandelt?

Das ist ganz schwierig, besonders bei der aktuellen Rechtsprechung. In diesem Fall muss geprüft werden, ob der Arzt gegenüber dem Sozialhilfeträger einen eigenen Anspruch auf die Vergütung hat. Und da gilt, dass die Ansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz höchstpersönlicher Natur sind.

? Was heißt das?

Die Ansprüche sind nicht übertragbar, die muss ein Betroffener schon selber beim Amt geltend machen. Es empfiehlt sich daher für die Ärzte und Krankenhäuser darauf hinzuwirken, dass die Patienten ihre Ansprüche nach § 4 und § 6 an das Amt stellen.

? Ein Arzt kann sich nicht selber an das Telefon hängen und das Sozialamt fragen, ob die Kosten der Behandlung übernommen werden?

Nein. Der Betroffene muss selber zum Sozialamt gehen.

? Damit aber reden wir hier wohl über graue Theorie. Viele Experten einschließlich der Bundesärztekammer kritisieren das als quasi unüberwindbare Hürde, die in der Praxis eine medizinische Behandlung verhindert, weil die Betroffenen aus Furcht vor Entdeckung kaum zu einem Amt gehen dürften.

Genau, deshalb sind die Ansprüche in der Praxis kaum umsetzbar.

? Kennen Sie überhaupt Fälle, dass jemand zum Sozialamt geht, sich dort outet, zumal das Amt ja dann die Ausländerbehörde informieren muss?

In Ausnahmen ja. Da hatten wir aktuell ein Verfahren, eine Notfallbehandlung. Der Patient war so schwer verletzt worden, dass er gar nicht mehr für sich selber sprechen konnte. In seinem Fall gab es zugleich einen klaren Grund gegen eine drohende Abschiebung – er war und ist dafür schlicht nicht transportfähig. Für den Patienten war es daher von großem Vorteil, ihn der Legalität zuzuführen. So konnten am Ende auch die Behandlungskosten in erheblicher Höhe über das Sozialamt laufen.

? Bei solch einem Notfall ist aber ohnehin kaum Zeit, für lange Wege zum Sozialamt für einen Behandlungsschein …

Das ist richtig. Bei akuten Notfällen muss ein Krankenhaus sofort behandeln. In diesen Fällen muss der Arzt oder das Krankenhaus dann hinterher schon den Patienten auffordern, seinen höchstpersönlichen Leistungsanspruch gegenüber dem Sozialamt geltend zu machen.

? Es gibt doch den so genannten Verlängerten Geheimnisschutz, der Betroffenen zumindest eine Notfallbehandlung im Schutz der Anonymität ermöglicht, weil in diesen Fällen Krankenhäuser im Nachhinein direkt bei den Ämtern abgerechnet haben?

Das war bis vor kurzem so möglich, ja. Bis zum 30.10.2013 haben Krankenhäuser und Ärzte über den so genannten Nothelferparagraph nach § 25 SGB XII die Behandlungskosten bei Vorliegen der Voraussetzungen vom Sozialamt erstattet bekommen. Das SGB XII regelt die Sozialhilfe. Dieser Paragraph legt fest, dass jemand, der in einem Eilfall einem Anderen Leistungen erbringt, die Aufwendungen vom Sozialamt erstattet bekommt. Analog wurde damit auch bei Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Notfällen argumentiert, so dass Ärzte und Krankenhäuser die Kosten aus einem eigenen Anspruch gegenüber den Sozialhilfeträgern geltend machen konnten. Und so lange Sozialämter die Daten über den Aufenthaltsstatus eines Patienten von Ärzten und Krankenhäusern erhalten, dürfen sie diese Kenntnis in der Tat eben nicht an die Ausländerbehörde weiter reichen – der verlängerte Geheimnisschutz.

? Klappt das in der Praxis?

Meiner Erfahrung nach klappt das.

? Also geht doch – eine Nische, über die solche Patienten in schweren Fällen eine für sie kostenlose Behandlung erfahren, ohne dass die Ausländerbehörde von ihnen erfährt?

Das geht heute eben nicht mehr. Diese Sicht wurde mit Urteil des Bundessozialgerichts vom 30.10.2013 geändert. Das Bundessozialgericht hat in diesem Urteil klargestellt, dass es im Asylbewerberleistungsgesetz keine Regelungslücke gebe. Und deswegen brauche man auch nicht die Analogie zum Sozialhilfegesetz (Anm. Red. Az.: B 7 AY 2/12 R).

? Was bedeutet das jetzt für die Praxis?

Krankenhäuser, die notfallmäßig Patienten aufnehmen, die ohne legalen aufenthaltsrechtlichen Status hier sind, haben keine eigene Anspruchgrundlage, um finanzielle Forderungen geltend zu machen. Nur die Patienten haben ihn.

Anders formuliert: Derzeit tragen Ärzte und Krankenhäuser bei allen Notfallbehandlungen solcher Menschen das ganze ökonomische Risiko. Aus diesem Grund können wir unseren Mandanten, den Krankenhäusern, auch generell nicht mehr dazu raten, über diesen § 25 SGB XII eine Kostenerstattung zu erwirken.

Was bleibt, ist dem Patienten eine Rechnung in die Hand zu geben und zu hoffen, dass der Gesetzgeber tätig wird und eine dem § 25 SGB XII entsprechende Vorschrift in das AsylbLG aufnimmt.

? Was meinen Sie damit?

Es ist wünschenswert, dass der Gesetzgeber dieses Problem möglichst bald klärt. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist an dem Thema dran und hat sich bereits an die Bundesregierung gewandt. Der Gesetzgeber wird tätig werden. Was kommt und wann etwas kommt, kann ich allerdings nicht sagen. In der Zwischenzeit halten wir es für eine Überlegung wert, an die Sozialhilfeträger heranzutreten und mit ihnen Verträge für solche Notfallversorgungen zu schließen.

? Das müsste jedes Haus mit jedem Sozialamt dann machen, das gibt Tausende von Verträgen..

Nein, man könnte das so gestalten, dass die Krankenhausgesellschaften Verträge abschließen.

? Noch ein anderer Aspekt: angenommen, ein Asylbewerber, also jemand mit legalem Aufenthaltsstatus, hat eine so massive Hüftarthrose, dass jetzt eigentlich eine künstliche Hüfte ansteht. Hat er eine Chance auf Kostenübernahme für solch eine Versorgung?

Schwierig, ich kenne keinen Fall und wir haben auch keinen in unserer Datenbank. Da wird geprüft, ist die künstliche Hüfte wirklich erforderlich, oder reicht nicht doch eine schmerztherapeutische Behandlung aus?

Zu dem Thema gibt es auch zahlreiche Gerichtsurteile. So hatte zum Beispiel das Verwaltungsgericht Gera 2003 über den Fall eines Patienten zu urteilen, der eine Hüftkopfnekrose mit weitgehend zerstör-

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

ten Hüftköpfen hatte. Das Gericht hat geurteilt, dass es nach § 4 Asylbewerberleistungsgesetz nur die Kostenübernahme für eine Schmerzbehandlung gibt.
Dennoch muss man sagen, der §6 Asylbewerberleistungsgesetz eröffnet durchaus noch weitere Behandlungsmöglichkeiten.

? Welche?
Wenn eine Behandlung unerlässlich ist, dann gelingt die Kostenerstattung über den § 6. Bei Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus wird es schwierig, die Kosten für eine künstliche Hüfte zu realisieren.

? Da setzt genau eine Kritik aus den Reihen der Ärzte an, die eine Gleichbehandlung fordern. Am Ende möglichst eine Regelversorgung für alle nach SGB V …

In der Tat ist der Leistungsumfang im Asylbewerberleistungsgesetz deutlich geringer als im SGB V und ich finde, hier kann man eine Parallele zu dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 18.07.2012 ziehen. Jenes Urteil, in dem das Bundesverfassungsgericht erklärt hat, dass Asylbewerber Anspruch auf die gleichen Leistungen zur Existenzsicherung haben wie Sozialhilfebedürftige (1).

? Welche Parallele wollen Sie ziehen?
Das Gericht hat sich da zwar nicht zu den medizinischen Leistungen geäußert, wohl aber einen für unsere Frage wichtigen Hinweis gegeben. Es hat erklärt, dass migrationspolitische Erwägungen bei der Sicherung des menschenwürdigen Existenzminimums keine Rolle spielen dürfen. Hier könnte man jetzt die Parallele ziehen.

Ich finde es sehr wünschenswert, wenn die Ungleichbehandlung auch bei den medizinischen Leistungen aufgehoben wird.

? Medizinische Leistungen, wie im SGBV definiert, auch für alle Asylbewerber und für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus?
Ich wünsche mir zumindest, dass der Leistungsumfang deutlich erweitert wird. Insbesondere auch für Kinder und Jugendliche. Dass Kinder beispielsweise generell geimpft werden können…

Das Interview führte BE

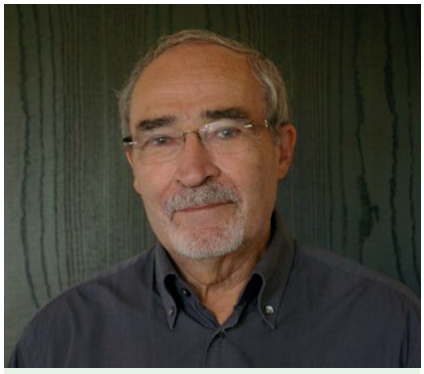
Weitere Informationen

1 https://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/ls20120718_1bvl001010.html)

Medizin für Menschen ohne Papiere

„Notfallambulanzen für jeden öffnen.“

Obdachlose, Menschen ohne Versicherung oder gar ohne legalen Aufenthaltsstatus – Stützpunkte der Malteser Migranten Medizin (MMM) in 12 Städten bieten diesen Gruppen heute eine erste medizinische Versorgung. Ein Arzt berichtet vom Alltag der Notversorgung in Köln.



Der Internist Dr. Herbert Breker arbeitet seit seiner Pensionierung ehrenamtlich für die Malteser Migranten Medizin (MMM) in Köln. Breker, geboren 1939, war nach eigenen Aussagen selber mal „Migrant“, arbeitete nach seinem Medizinstudium 7 Jahre in den USA, bevor er in verschiedenen deutschen Krankenhäusern tätig war. 2006 bekam er für seine Arbeit bei MMM den Ehrenamtspreis des Landes Nordrhein-Westfalen. Bild: R. Breker.

Breker: Wir hatten heute einen lebensbedrohlichen Notfall. Ein Bürger aus einem anderen EU-Land kam mit einer nekrotisierenden Faszitis. Er hat vermutlich keine Chance, wenn sein Bein nicht amputiert wird. Stellen Sie sich das einmal vor.

? Wie kam es dazu?
Das ist eine Wundinfektion, die vermutlich verschleppt wurde. Der Mann hat keine Krankenversicherung, er lebt hier bei uns auf der Straße und ist Alkoholiker. Ich habe ihn als Notfall in ein Krankenhaus überwiesen. Zum Glück sehen wir solch schwere Fälle nicht alle Tage.

? In Köln gibt es die MMM seit 2005. Was bieten Sie an?
Wir sind angeschlossen an ein Malteser-Krankenhaus, das St. Hildegardis-Krankenhaus hier in Köln, wo wir eine Ambulanz auf dem Klinikgelände angemietet haben. Wir bieten drei Behandlungstage in der Woche an, am Donnerstag ist der traditionelle Erwachsenensprechtag. Dienstags und freitags haben wir Sprechstunden für Kinder und auch eine zahnärztliche Behandlung wird angeboten.

? Behandlungstage, was heißt das?
Dass zu den festgelegten Zeiten immer Ärzte da sind, die jeder ohne Anmeldung kontaktieren kann. 12 Ärzte arbeiten ehrenamtlich mit, die sich abwechseln. Wir haben außerdem ein Netz aus Fachärzten und einigen Kliniken. Sie können an Stelle einer Bezahlung von den Maltesern eine Spendenquittung erhalten. Der Betrag ist dann voll steuerlich absetzbar.

? Und wie viele Menschen kommen in etwa?
Heute hatten wir 30 Patienten hier. 2013 haben wir über 3600 Patienten behandelt, davon 1132 Erwachsene. Meistens geht es um Schmerzzustände leichter Art, Hautproblemen oder auch Infektionen oder Karies. Oft Bagatellen, aber mitunter erleben wir auch echte Dramen wie heute.

? Wie groß ist die Gruppe der Menschen ohne Papiere bei Ihnen?

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Das waren letztes Jahr weniger als 150, etwa 10 bis 15 %. Die Zahl ist über die Jahre etwa konstant geblieben, prozentual sogar gesunken, weil eine andere Gruppe deutlich zunimmt. Es sind die EU-Bürger ohne Krankenversicherung.

? Wie viele Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus leben hierzulande?

Man geht so von 400 000 bis 500 000 aus. In Köln schätzt man die Zahl auf 10 000 bis 20 000.

? Wer ist das?

Das sind keine Leute, die auf der Straße leben, sondern vielmehr Menschen, die oft ganz hervorragend integriert sind, relativ viele Akademiker.

? Und die Arbeit haben?

Ja, es gibt so viele Grauzonen. In Restaurants, handwerklichen Betrieben, Selbstständigkeit. Ich denke an Jemanden, der Pharmazie studiert hat und 3 Sprachen spricht und der hier für eine Gebäudereinigung arbeitet – es geht ihm selbst in der Illegalität viel besser als in seinem Heimatland.

? Ihre Adresse und Öffnungszeiten sind im Internet zu lesen. Die Polizei müsste ja nur bei Ihnen vor der Türe stehen, wenn sie nach Menschen ohne Papiere fahndet?

Nein, das gab es noch nie. Als wir angefangen haben, hatten wir eine Sitzung mit dem Bürgermeister der Stadt Köln. Wir hatten noch nie irgendwelche Probleme mit der Polizei.

? Angenommen ich habe eine Knie-Arthrose, lebe ohne Papiere, komme bei Ihnen vorbei. Was können Sie mir helfen?

Wir werden immer versuchen, die Patienten symptomatisch zu behandeln, eine Salbe geben, eine Kniebandage und Anweisungen zur Gymnastik.

? Kostenlos?

Ja, bei erkennbarer Mittellosigkeit des Patienten. Über Spenden haben wir einen gewissen Etat für Medikamente und Verbandstoffe. Für die Patienten ist solch eine erste Behandlung kostenlos, es sei denn, es geht um Medikamente, die wir nicht vorrätig haben. Dann muss ich sagen, hört mal, ihr müsst die Medikamente kaufen, ich kann hier nur ein Privatrezept ausstellen. Das wird dann auch meistens akzeptiert.

Wir haben außerdem eine Kooperation bezüglich Laboruntersuchungen, nichtinvasiver Diagnostik wie EKG oder Echokardiographie, ebenso die akute Wundversorgung, was einen Qualitätsstandard unserer Einrichtung gewährleistet.

Andererseits muss ich klar sagen, sobald es um planbare medizinische Leistungen geht, sind unsere Möglichkeiten sehr begrenzt. Sonst wäre unser Budget innerhalb von 2 Wochen am Ende. Im Zweifel müssen wir überlegen, ob jemand nicht doch zum Sozialamt gehen kann, um einen Krankenschein zu holen.

? Und genau da steckt ja ein Haupthindernis dafür, dass solche Menschen die ihnen nach Asylbewerberleistungsgesetz zustehende Versorgung erst gar nicht in Anspruch nehmen. Sie haben Angst vor der Aufdeckung …

Prinzipiell ist das so, ja. Aber es gibt auch Gegenbeispiele. Ich habe vor ein paar Monaten einen Syrer behandelt, einen hochintelligenten Mann, der in Deutschland zunächst mit einem befristeten Aufenthaltstitel Sprachen studiert hat und danach ohne Papiere hier blieb. Er lebt seit 18 Jahren hier, finanziert als Dolmetscher sein Leben. Er kam mit einem diabetischen Fuß. Wir konnten ihn dazu bewegen, sich bei den Behörden zu melden.

Dass er sich gemeldet hat, lag auch daran, dass ihn die Behörde derzeit nicht in ein Bürgerkriegsland abschieben kann. Er hat neben einem Duldungsstatus ein Anrecht auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz bekommen und konnte in einer diabetischen Fußambulanz behandelt werden. Er hat so seinen Fuß behalten, den er sonst sicher verloren hätte.

? Sollte sich die Lage in Syrien je stabilisieren, würde er womöglich eine Ausweisung erhalten?

Ja, das ist denkbar, aber das muss man als Preis dann zahlen, es geht ja hier um bedrohliche Situationen.

? Das Asylbewerberleistungsgesetz bietet andererseits nur sehr eingeschränkte medizinische Leistungen, vor allem eine „Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“… Wieso hat das Sozialamt hier dennoch der Behandlung einer chronischen Erkrankung zugestimmt, eines Diabetes?

Aber es wäre ja unsinnig, einen Patienten mit einem diabetischen Fuß nicht zu behandeln mit dem Argument, das sei eine chronische Erkrankung. Wenn ein diabetischer Fuß nicht behandelt wird, bleibt nur die Amputation. Nein, die Versorgung in solchen Fällen, ist auch nach Asylbewerberleistungsgesetz abgedeckt.

? Die Grenzen zwischen akut und chronisch sind fließend, da helfen juristische Spitzfindigkeiten nicht weiter?

So ist es. Auch bei einem Diabetiker, der insulinpflichtig ist, kann ein Amt nicht sagen, da zahlen wir das Insulin nicht. Dann fällt der Betroffene nach ein paar Wochen vielleicht ins Koma. Das wäre unterlassene Hilfeleistung.

? Angenommen ich habe eine so starke Arthrose, dass Ärzte einem deutschen Versicherten ein künstliches Kniegelenk empfehlen würden … Und bei einer Versorgung nach Asylbewerberleistungsgesetz?

Schwierig, das geht nicht. Da kann man nichts machen.

? Wie bewerten Sie diese Einschränkung? Der letzte Deutsche Ärztetag fordert eine Gleichbehandlung, die Regelversorgung für alle.

Der genaue Wortlaut dieser Forderung ist mir nicht bekannt. Es sollte in unserem Interesse sein, dass eine Akut- und Notfallbehandlung für jeden hier Lebenden ermöglicht wird. Ich glaube allerdings nicht, dass eine allumfassende Behandlung für alle, auch die, die keine Krankenversicherung haben, möglich ist, da unser Krankenversicherungssystem auf dem Solidaritätsprinzip basiert, was nur funktioniert, wenn alle, Gesunde und Kranke ohne Unterbrechung einzahlen.

? Sagt jemand, der solchen Menschen in seiner Freizeit hilft …

Praktische Hilfe, ja.

? Das Setting Notfall, ein Verkehrsunfall, womöglich ein Herzinfarkt?

Wenn solche Patienten zu mir kämen, würde ich sie als Notfall sofort einweisen. Denn es gibt im SGBXII einen § 25, in dem steht, dass ein medizinischer Notfall ein Recht, einen Anspruch auf sofortige ärztliche Versorgung begründet. Wenn ein Patient lebensbedrohlich erkrankt ist, muss er stationär behandelt werden. Ich versuche dann oft, ein Krankenhaus in der Nähe des Wohnorts zu kontaktieren.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

? Und die Krankenhäuser nehmen die Leute auch an?

Sie müssen einen bedrohlichen Notfall aufnehmen. Andernfalls wäre dies ein Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung. Dass die Kostenerstattung mühsam werden kann, ist bekannt.

? Bislang gingen die Klinikleitungen meist im Nachhinein an die Sozialämter und versuchten dort, das Geld zu erhalten. Dabei gilt der verlängerte Geheimnisschutz. Das Sozialamt darf die Daten dann nicht an die Ausländerbehörde geben.

Das ist richtig, ja.

? Funktioniert das?

Ich habe zumindest noch von keinem Fall gehört, wo plötzlich die Polizei in der Klinik stand und Leute verhörte.

? Kennen Sie Fälle, wo Leute in der Not zum Sozialamt gegangen sind, die medizinische Behandlung vielleicht bekamen, dann aber abgeschoben wurden?

Da kenne ich keinen Fall. Im Gegenteil, ich bin immer wieder überrascht, wie flexibel im Einzelfall agiert wird, und wie sehr humanitäre Faktoren eine Rolle spielen. Wir hatten hier vor einigen Jahren einen Indonesier ohne Papiere, der lebensbedrohlich mit einem Bauchaortenaneurysma erkrankt war. Der Fall ist dem Ausländeramt gemeldet worden, auch weil der Patient hier völlig ohne Angehörige und nicht mehr reisefähig war. Der Patient hat einen Duldungsstatus bekommen und sogar eine kleine finanzielle Unterstützung erhalten. Er verstarb wenige Monate später. Aber natürlich gehen viele aus Angst vor Entdeckung eben nicht zum Ausländeramt und verschleppen womöglich eine Erkrankung. Das ist nicht nur ein gesundheitliches Risiko für die Betroffenen, das ist für uns alle auch ein finanzielles Risiko, weil so am Ende die Notfallbehandlung viel teurer werden kann.

? Unter anderem aus der Bundesärztekammer gibt es die Forderung nach einem anonymen Krankenschein. Ist das eine Lösung?

Es wäre eine Möglichkeit, aber ich bin skeptisch, weil dies neue Bürokratien schaffen würde. Ich könnte mir eine andere Lösung vorstellen.

? Als da wäre?

Alle Notfall- und Akutbehandlungen sollten meiner Meinung auch bei uns barrierefrei sein – in den Ambulanzen der Krankenhäuser auch für Menschen ohne Krankenversicherung und ohne legalen Aufenthaltsstatus.

? Wer soll zahlen?

Zum Beispiel ein staatlicher Fond. Das könnte man ja so regeln, wie es in Spanien praktiziert wird, in den Niederlanden, in England und auch in Italien. Dort gibt es überall ein nationales Gesundheitssystem, das in dieser Form für uns nicht unbedingt erstrebenswert ist. Aber die Notfalleinrichtungen in Krankenhäusern, die rund um die Uhr besetzt sind, stehen dort grundsätzlich jedem offen. Ob versichert oder nicht. Damit würden auch Menschen, die Angst vor Entdeckung haben, dort leichter hinfinden. Wir sollten dafür sorgen, dass Menschen nicht Angst haben müssen, einen Arzt zu sehen.

Das Interview führte BE

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Medizin für Menschen ohne Papiere

Medibüro - Nicht mehr als eine Notversorgung

Am liebsten wäre ihm, seine Arbeit wäre nicht nötig. David Saiger (Jahrgang 1987) spricht für das Medibüro Berlin und berichtet vom Hilfsangebot für Asylbewerber, Flüchtlinge und Menschen ohne Aufenthaltspapiere für Deutschland.

? Als Adresse des Medibüros Berlin findet man im Internet Gneisenauerstraße 2a, dort findet auch Ihre Beratung statt?

Genau. Ich bin seit ein paar Jahren mit dabei. Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus sind sozusagen unser erstes Klientel. Wir bieten allerdings keine medizinische Diagnostik oder Behandlung, vermitteln diese Menschen vielmehr bei Bedarf an Ärzte aus unserem Netzwerk, oder an andere Beratungsstellen.

? Wie finden die Leute Sie?

Das meiste spricht sich wohl herum. Einige kommen, weil sie es im Internet gelesen haben, manche werden auch wiederum von anderen Beratungsstellen zu uns geschickt.

? Wie viele Menschen kommen zu Ihnen?

Es sind ungefähr 20 pro Termin. Wir erheben kaum Daten, gerade weil es ein niederschwelliges Projekt sein soll. Wir sehen als groben Überblick so 1000 bis 1500 Vermittlungen pro Jahr. Etwa zwei Drittel sind Leute ohne gültige Aufenthaltspapiere, ein Drittel sind Leute aus neuen EU-Ländern, die keinen Zugang zum Sozialsystem haben, etwa aus Rumänien oder Bulgarien.

? Wie viele Leute arbeiten beim Medibüro Berlin mit?

Das sind einige Dutzend. Hinzu kommen über 100 Ärzte, Hebammen und Therapeuten in unserem Netzwerk. Wir haben auch Kooperationen mit Kliniken, etwa für Geburten.

? Geburten?

Die Geburtsvorsorge ist heute in Berlin anonym und kostenlos möglich über die Gesundheitsämter. Die Entbindung wird aber nur finanziert, wenn eine Duldung beantragt wurde, so dass wir hier oft einspringen müssen. Wir haben Absprachen mit einigen Kliniken, in denen wir Entbindungen zu vergünstigten Tarifen durchführen können. Ich muss aber gleich dazu sagen, dass wir das nicht in dem Umfang machen können, wie es Bedarf gibt.

? Hatten Sie nie Kontakt mit der Polizei? Im Prinzip müsste die ja nur in der Gneisenauerstraße vor der Türe stehen und die Pässe kontrollieren, wenn sie Menschen ohne Papiere überführen wollte.

Es gab die Angst, dass so etwas passieren würde, als das Medibüro Berlin 1996 entstanden ist. Das ist bisher aber nicht passiert.

? Ärzte laufen kein Risiko, dass sie wegen der Behandlung von Patienten ohne Papiere Probleme wegen möglicher Beihilfe zum unerlaubten Aufenthalt bekommen. Aber Sie sind erst Student. Kein Thema für Sie?

Nein, das ist kein Thema – und auch rechtlich klar geregelt, nicht nur für Berufstätige, sondern auch für das sogenannte ‚Ehrenamt'.

? Es gibt an die 30 solcher Medibüros im Bundesgebiet. Wie gut sind Sie vernetzt?

Wir sind mit den anderen im Kontakt, es gibt aber keinen Dachverband. Es gibt einen Austausch und ein jährliches Treffen.

? Und wie stark sind Sie mit Einrichtungen wie den Maltesern oder der Ärztekammer Berlin vernetzt?

Da gibt es einzelne Kontakte. Manchmal kommen Patienten, die bei den Maltesern waren, zu uns. Etwa wenn sie dort ein Medikament verschrieben bekommen haben, dass sie aber selber nicht bezahlen können.

? Dann bezahlen Sie?

Wir können die Kosten für manche Medikamente und Untersuchungen übernehmen. Wir haben dafür einen Topf aus Spendengeldern, der, das darf ich hinzufügen, immer mal wieder leer ist.

? Angenommen, jemand kommt mit heftiger Arthrose im Kniegelenk. Erleben Sie solche Fälle?

Ja. Was wir dann vermitteln, sind zunächst Allgemeinarzttermine. Prinzipiell vermitteln wir meist erst zum Allgemeinarzt und dann bei Bedarf weiter zu einem Spezialisten.

? Was ist mit den Kosten?

Die Ärzte, die bei uns mitmachen, stellen ihre Arbeitszeit unentgeltlich zur Verfügung. Klar ist, dass viele uns nur bestimmte Termine und Zeitfenster zur Verfügung stellen. Was wir direkt finanzieren sind manche Laborkosten oder auch bildgebende Verfahren.

? Auch mal ein MRT?

Unsere Möglichkeiten nehmen leider ab, je teurer und aufwändiger die Untersuchung wird. Bei allem, was wir machen, kann man auf jeden Fall sagen, dass es keine gleichwertige Versorgung zur Regelversorgung ist.

Wenn es etwa um Orthopädie geht, wird es eher knapp. Eine MRT-Aufnahme wäre vielleicht mal finanzierbar, aber die Frage ist, was danach mit den Konsequenzen aus dem Befund der Aufnahme sein wird. Wenn das eine OP ist, dann ist leider schnell ein Punkt erreicht, wo wir nicht mehr finanzieren können.

? Und dann? Kennen Sie einen Fall, wo sie die Implantation eines künstlichen Hüftgelenks in einem Berliner Krankenhaus vermittelt haben?

Nein, solch große Operationen können wir nicht finanzieren.

? Was bleibt dann?

Physiotherapie können wir teilweise noch vermitteln, auch Schmerzmedikamente. Darüber hinaus aber vieles nicht, was eigentlich indiziert wäre. Es ist Teil unseres Selbstverständnisses, dass wir es ablehnen, für Fehler im System gerade zu stehen – und man sieht an diesem Beispiel sehr gut, dass wir auch gar nicht die Möglichkeiten dazu haben.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

? Laut Asylbewerberleistungsgesetz, bekommen Betroffene vor allem die Versorgung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen erstattet.

Ja, und prinzipiell auch Dinge, die für die Aufrechterhaltung der Gesundheit unbedingt notwendig sind. Wir reden hier aber jetzt von Leuten im Asylverfahren, die den Weg zum Sozialamt überhaupt gehen können, und die dann genau dort diese Leistungseinschränkungen erfahren. Für die Illegalisierten kommt dieser Schritt ohnehin nicht in Frage. Aber auch für Menschen im Asylverfahren muss man sagen, dass sie eben nur drittklassige Medizin erhalten, weil viele Dinge ausgespart sind.

? Zurück zur Gruppe der Menschen ohne Papiere. Was ist bei einem Notfall?

Im Notfall müssen diese Menschen im Krankenhaus behandelt werden, was nach meinem Eindruck meist auch geschieht.

Ein Problem ist, dass die Finanzierung nicht geklärt ist und dass bislang die Krankenhäuser häufig auf den Kosten sitzen blieben. Es gibt bisher die Möglichkeit hinterher, nach dem Nothilfeparagraphen (SGBXII, §25) beim Sozialamt abzurechnen. Das wurde nach meiner Kenntnis aber von den Kliniken ohnehin eher selten versucht, weil das sehr aufwändig ist bzw. die Sozialhilfeämter meist primär ablehnen. Ein Gerichtsverfahren wurde meist nur bei hohen Kosten angestrebt.

Mittlerweile gibt es zu dem Notfallparagraphen obendrein ein neues Urteil des Bundessozialgerichts vom letzten Herbst, das diese Möglichkeit weiter einschränkt.

? Und jetzt?

Bis zur Bundesregierung ist durchgedrungen, dass es hier eine gesetzliche Lücke gibt. Sie soll im Rahmen der anstehenden Novelle des AsylbLG behoben werden, wobei die bisherigen Entwürfe nicht sehr vielversprechend sind.

? Wenn das Krankenhaus notfallmäßig behandelt und, zumindest bis Ende letzten Jahres, versucht hat, sich die Kosten vom Sozialamt zu holen, dann galt und gilt der verlängerte Geheimnisschutz. Klappt das?

Mir sind zumindest keine Fälle bekannt, wo das nicht geklappt hat, dass etwa doch Daten an eine Ausländerbehörde gereicht worden wären.

? Bei planbaren Leistungen war es hingegen bislang so, dass Betroffene erst selber zum Sozialamt müssen, um sich dort einen Behandlungsschein zu holen.

Ja, und unsere Erfahrung ist, dass das Leute eben überhaupt nicht machen. Weil die Daten weiter gegeben werden, somit ist dieser Weg blockiert, bevor man ihn überhaupt beschreiten kann.

? Sehen Sie medizinische Folgen?

Man muss sagen, dass die Leute im Allgemeinen erst in einem späteren Krankheitsstadium zu uns kommen. Im Notfall funktioniert eine gewisse Behandlung in der Anonymität zumindest noch halbwegs über das Krankenhaus. Aber die Behandlung davor wird eben nicht ermöglicht.

Das ist ja einer der Gründe, warum die Medibüros überhaupt entstanden sind. Weil die eigentlich gesetzlich vorgeschriebenen Wege nicht funktionieren. Allerdings ist das Medibüro Berlin eben auch mit der Idee entstanden, dass es uns eines Tages nicht mehr geben muss, weil man eine politische Lösung für das Problem auf die Wege bringt. Das ist bislang nicht gelungen, uns gibt es nach 18 Jahren immer noch.

? Was möchten Sie?

Da wäre 1. unsere Forderung nach Abschaffung des §87 im Aufenthaltsgesetz. Dieser Übermittlungsparagraph, der Sozialämter verpflichtet, Daten eines Menschen ohne Papiere an die Ausländerbehörde zu geben. Wenn das nicht mehr gegeben wäre, könnten die Betroffenen zum Sozialamt gehen und dort die Kostenübernahme zumindest für die Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz überhaupt erst mal beantragen. Zugleich muss die entsprechende Regelung auch aus dem Asylbewerberleistungsgesetz heraus.

? Wie praxisrelevant ist diese Furcht eigentlich? Kennen Sie Fälle, wo Menschen ihre Identität gegenüber dem Sozialamt aufgedeckt haben und danach tatsächlich abgeschoben wurden?

Nein, kenne ich nicht, aber ich glaube, das liegt daran, dass dieser Weg überhaupt nicht in Anspruch genommen wird. Manche Betroffene haben ja schon Angst, nur zu uns zu kommen.

? Gibt es vielleicht auch mal Sachbearbeiter auf einem Sozialamt, die sagen, naja, jetzt drücke ich mal beide Augen zu und melde das nicht an die Ausländerbehörde?

Darauf würde ich mich nicht verlassen.

? Welche Forderungen haben Sie noch?

Wir fordern, dass das Asylbewerberleistungsgesetz mit seinen Einschränkungen abgeschafft wird. Wir wünschen eine reguläre medizinische Versorgung aller hier lebenden Menschen unabhängig vom Aufenthaltsstatus und ihrem Herkunftsland.

? Der letzte Deutsche Ärztetag und die Bundesärztekammer haben am Ende ähnliche Forderung und schlagen einen anonymen Krankenschein vor ...

Dieses Konzept ist auch immer wieder bei den Medibüros diskutiert worden. Das wäre auf jeden Fall eine starke Verbesserung der Situation, wenngleich es trotzdem nicht die Gleichsetzung mit allen anderen Versicherten bedeutet. Der Anonyme Krankenschein wurde in Berlin vor Jahren auch mit dem früheren Senat diskutiert. Im Moment ist das wieder in weite Ferne gerückt.

? Ein Punkt, den Sie noch ansprechen möchten?

Dass wir wenige Orthopäden haben im Netzwerk und gerne einige mehr hätten. Eine Gruppe, die auch schwierig ist, sind Zahnärzte. Wir freuen uns sehr über engagierte Ärzte, die zu uns stoßen.

Das Interview führte BE

Weitere Informationen

http://www.medibuero.de/
http://medibueros.org

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Medizin für Menschen ohne Papiere

„Da kommt endlich Bewegung rein“

Der Menschenrechtsbeauftragte der Bundesärztekammer (BÄK) erklärt, warum er seit kurzem wieder optimistischer ist, dass der Gesetzgeber die Medizinische Versorgung für Asylbewerber und auch für Menschen ohne Aufenthaltspapiere verbessern könnte.

Der Facharzt für Frauenheilkunde Dr. Ulrich Clever (Jahrgang 1953) ist seit 2011 Menschenrechtsbeauftragter der Bundesärztekammer und Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg. Bild: Landesärztekammer Baden-Württemberg.

? Die Bundesärztekammer wie auch der letzte Deutsche Ärztetag fordern die Einführung eines anonymen Krankenscheins.

Ja, und das fordern wir seit vielen Jahren. Wir hatten da zwischendurch so eine Phase, dass wir dachten, das wird wohl nichts werden. Jetzt aber haben wir da neue Signale, das ist ein bisschen anders in der letzten Zeit.

? Signale von wem und woher?

Wir haben positive Entwicklungen auf mehreren Ebenen. Zum einen von Bremen ausgehend, mittlerweile auch in Hamburg, dass Asylbewerber eine Versichertenkarte in die Hand gedrückt bekommen. Allein das ist schon ein Fortschritt, den der Deutsche Ärztetag in diesem Jahr für ganz Deutschland als nachahmenswert bewertet hat.

? Was ist das für eine Karte?

Eine Chipkarte, die es den Ärzten und Krankenhäusern in Bremen und Hamburg erlaubt, die Behandlung dieser Patienten mit der AOK abzurechnen.

? Damit wird deren Versorgung über die Beiträge aller Versicherten mitbezahlt?

Nein. Das Geld wird in diesen Fällen am Ende vom Land bezahlt.

? Das gilt für Asylbewerber. Es gibt Menschen, die keinen legalen Aufenthaltsstatus haben, die theoretisch aber dennoch ebenfalls Anspruch auf medizinische Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben. Für diese Gruppe wollen sie eine Versorgung über einen anonymen Krankenschein?

Richtig. Und die könnte am Ende eben auch über solch eine Karte aufgesattelt werden.

? Und wer soll dieser Patientengruppe den anonymen Schein, alias eine anonyme Chipkarte ausstellen?

Es muss eine amtliche Stelle sein, die auf jeden Fall völlig unabhängig vom Ausländeramt der jeweiligen Kommune ist, und daher auch keinen Datenübertrag mit dem Ausländeramt hat.

? Datenübertrag?

Das Asylbewerberleistungsgesetz fordert ja im §11 einen Datenabgleich zwischen Sozialamt und Ausländerbehörde. Asylbewerber haben damit keine Probleme. Für Menschen ohne Papiere aber steckt hier das Problem, denn sie fürchten ja gerade, von den Ausländerbehörden entdeckt zu werden. Sie würden daher von einem Anonymen Krankenschein enorm profitieren

? Welche positiven Signale sehen Sie in jüngster Zeit noch?

Im Hannoveraner Landtag ist derzeit ein Antrag der dortigen Regierungsfraktionen im Beratungsverfahren, nach dem das Konzept "anonymer Krankenschein" modellhaft in Göttingen und Hannover erprobt werden soll.

? Wer macht da mit?

Es ist noch in der Planungsphase. Die Hannoveraner Obdachlosenbetreuung ist zum Beispiel dabei, die ja von der dortigen Krankenversicherung mit organisiert wird, vor allem auch von Frau Dr. Cornelia Goesmann, der ehemaligen Vizepräsidentin der BÄK.

? Und wer wird für die medizinische Versorgung dieser Menschen bezahlen? Für, wohlgemerkt, eine Versorgung im Schutze der Anonymität? Bislang gibt es eine Kostenübernahme ja nur, wenn diese Menschen sich outen, vor dem Arztbesuch zum Sozialamt gehen.

Nach meiner Kenntnis sind diese Fragen auch in Hannover noch nicht völlig geklärt. Wahrscheinlich wird das eine Mischung werden, Geld des Steuerzahlers plus Spenden. Beiträge sollen vielleicht auch von Caritas, Maltesern, und ähnlichen Einrichtungen kommen, über einen Fond. Am Ende müsste dann aber das Land den Ärzten und Krankenhäusern die Bezahlung garantieren, sonst wäre so eine Ausgabe von einem Behandlungsschein ja ein leeres Versprechen.

? Wer soll entscheiden, dass jemand den anonymen Krankenschein bekommt, der ja dann konkret vermerken würde, welche Behandlung gebilligt wird? Das Sozialamt, wie es das Asylbewerberleistungesetz festlegt?

Nein, genau das wollen wir nicht, da wollen wir eine grundlegende Änderung. Bislang entscheiden ja vorrangig Sachbearbeiter bei den Sozialämtern darüber, welche medizinische Leistung ein Asylbewerber.

Die Chipkarte für Asylbewerber in Bremen und Hamburg und auch das Konzept eines anonymen Krankenscheins für Menschen ohne Papiere sollen ja vielmehr erreichen, dass jeder ungehinderten Zutritt zum Arzt hat. Und erst der Arzt, und nicht ein Mitarbeiter im Sozialamt, soll dann das letzte Wort darüber haben, welche Behandlung nötig ist und welche vielleicht nicht.

Das gilt noch mehr im Notfall. Es ist in den letzten Monaten häufiger vorgekommen,

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

dass vom diensthabenden Personal in Asylbewerberheimen kein Notarzt gerufen wurde.

? Das wäre aber wenn, dann der schlimme Fehler eines Wachmannes oder Sachbearbeiters im Asylbewerberheim gewesen, nicht der eines Sozialamtes.

Die Verunsicherung ist bei den Mitarbeitern der Asylbewerberheime sehr groß, über das Vorliegen eines medizinischen Notfalls zu entscheiden. Die Hauptkritik am heutigen Verfahren bleibt somit bestehen, nämlich dass mit diesen Regeln Nichtexperten über medizinische Behandlungen entscheiden. In § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes wird die Entscheidung über die Behandlungsnotwendigkeit für Asylsuchende auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt. Bremen oder Hamburg haben ja bereits eine grundlegende Änderung eingeführt, Baden-Württemberg könnte meiner Meinung nach gerne folgen.

? Zumindest bei Notfällen gab es bislang die Möglichkeit zu einer Behandlung im Schutz der Anonymität – wenn Krankenhäuser direkt mit dem Sozialamt abrechneten.

Korrekt. Die Daten dürfen dann, da auch hier noch die ärztliche Schweigepflicht gilt, nicht weitergereicht werden. Für diesen so genannten verlängerten Geheimnisschutz hat die Ärzteschaft sich besonders engagiert.

? Waren das wirklich allein die Ärzte? Die Medibüros haben da wahrscheinlich auch mitgefochten?

Wir sehen das nicht als Gegeneinander. Wir ziehen da an einem Strang. Wirklich sicher können wir aber ja leider immer noch nicht sein, dass die Sache auch funktioniert.

? Was meinen Sie?

Wir haben da immer noch einen Widerspruch in den Vorschriften. Zwar haben wir seit 2009 eine Verwaltungsvorschrift, die klar sagt, dass Sozialämter alle Informationen, die sie von Ärzten, Krankenhäusern und Angestellten erhalten, nicht an die Ausländerbehörden geben dürfen.

Auf der anderen Seite steckt im Asylbewerberleistungsgesetz immer noch der § 11, Absatz 3, der dezidiert weiterhin den Datenabgleich zwischen Sozial- und Ausländerbehörde fordert. Der wird von der Verwaltungsvorschrift nicht erreicht, blieb da unabhängig stehen. Wir wollen daher auch die Abschaffung dieses § 11, Absatz 3.

? Und, wie sind die Chancen?

Naja, ich kann Ihnen sagen, in dem Fall geht der Menschenrechtsbeauftragte der Bundesärztekammer von Pontius zu Pilatus. Die Zuständigkeiten werden zwischen Ministerien hin und her geschoben. Ein besseres Zusammenspiel der Ministerien wäre wünschenswert.

? Also keine Gewähr, dass ein Sozialamt die Daten über einen Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus nicht weiter reicht, selbst dann, wenn es sie von Krankenhaus oder Arztpraxis erfährt?

So ist es. Und wenn Sie bei den Sachbearbeitern auf den Ämtern nachfragen, wissen die oft gar nichts von einer Verwaltungsvorschrift und dem Verlängerten Geheimnisschutz.

Am Ende muss ich sagen, all das dreht sich viel zu sehr um unsere Sicht und die der Behörden. Die Menschen, die Angst vor Entdeckung haben, denen ist wahrscheinlich egal, ob wir verlängerten Geheimnisschutz haben oder nicht, die trauen der Sache sowieso nicht. Wenn, dann gelangen sie eher über Stellen wie die Medinetze an Ärzte, die zumindest eine gewisse kostenlose Versorgung anbieten unter Geheimhaltung.

? Obendrein hat das Bundessozialgericht im Oktober 2013 diesen Weg der Abrechnung versperrt. Das Krankenhaus kann bei Notfällen gar nicht mehr im Nachgang abrechnen. Die ganze Schiene greift nicht mehr. Der Einsatz für den Verlängerten Geheimnisschutz war am Ende vielleicht umsonst?

Es ist tatsächlich so, dass seit diesem Urteil die Krankenhäuser auf ihren Kosten sitzen bleiben. Behandeln müssen sie im Notfall, das steht außer Frage. Sie können aber im Nachhinein den Anspruch nicht realisieren. Andererseits ist es genau diese Situation, die jetzt zusätzlich dafür sorgt, dass endlich Bewegung in die Geschichte reinkommt.

? Wie das?

Die Situation kann ja nicht so bleiben. Und die Krankenhäuser werden zu dem Thema Kostenübernahme bei der Behandlung von Menschen ohne Papiere seit kurzem lauter. Das kann ich mir nur so erklären, dass das etwas mit dem erwähnten Gerichtsurteil zu tun hat. Die Häuser haben ein Interesse daran, dass sich hier die Vorschriftenlage wieder klärt und verbessert.

? Mithin auch von dieser Seite mehr Druck für eine Novellierung der Gesetze?

Ich denke ja. Und es gibt noch einen Punkt: Das Asylbewerberleistungsgesetz muss ja auch aufgrund eines weiteren Gerichtsurteils geändert werden. Weil das Bundesverfassungsgericht schon 2012 gesagt hat, dass die Leistungen zum Lebensunterhalt nicht ausreichen, die dort festgelegt sind.

Wir sagen der Politik natürlich, wenn ihr jetzt schon novellieren müsst, dann macht es doch bitte gleich richtig. Wenn schon, dann muss der verlängerte Geheimnisschutz umfassend hinein. Und wenn schon, dann sollte gleich auch ein Anonymer Krankenschein neu eingeführt werden.

? Geht es nicht noch um mehr? Der Deutsche Ärztetag hat in diesem Jahr gefordert, Asylbewerbern und Menschen ohne Papiere die Regelversorgung zukommen zu lassen und eben nicht mehr nur die eingeschränkten Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz. Wie sehen Sie das?

Wir haben als Menschenrechtsbeauftragte zunächst mal die § 11-Streichung als Minimumforderung formuliert. Uns stört allein schon wegen unseres Berufsrechts die Vorstellung, ärztliche Geheimnisse werden von Ämtern weiter geleitet. Wir haben als Ärzte die Pflicht jeden zu behandeln, unabhängig von seinem Status – und das geht mit der derzeitigen Regelung zur Kostenübernahme eben in der Praxis nicht. Und ich kann Ihnen versichern, wir werden den uns störenden Teil der Weitergabe der Daten des Patienten auf jeden Fall weiter kritisieren.

Das Interview führte BE

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.