

# ALLGEMEINES MENSCHENRECHT AUF GESUNDHEIT

## MANGELHAFTE MEDIZINISCHE VERSORGUNG VON MENSCHEN OHNE PAPIERE

**W**ährend in Deutschland über eine „Zwei-Klassen-Medizin“ gesprochen wird, stellte das „Deutsche Ärzteblatt“ fest, dass Flüchtlinge „Patienten dritter Klasse“ seien.<sup>1</sup> Diese Umschreibung beschönigt jedoch die medizinische Versorgung von Menschen ohne geklärten Aufenthaltsstatus. Fraglich ist zudem, warum diese Aufgabe, trotz einer Verpflichtung aus völkerrechtlichen Verträgen, von nichtstaatlichen Institutionen getragen wird.

Menschen ohne geklärten Aufenthaltsstatus wird der Zugang zu medizinischer Versorgung in Deutschland erschwert oder unmöglich gemacht. Medizinische Versorgung ist ein Menschenrecht, das nach Art. 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948 und dem von der BRD ratifizierten UN-Sozialpakt<sup>2</sup> jedem Menschen zukommt. Im Sozialpakt heißt es, dass der Staat ein angstfreies Aufsuchen von medizinischen Einrichtungen allen Menschen, ungeachtet Ihres Status, ermöglichen muss. Zudem sind Ärztinnen/Ärzte qua ihres Standesrechts und nach den Vorschriften des Strafgesetzbuches verpflichtet, hilfebedürftigen Menschen ihre medizinische Hilfe zukommen zu lassen.<sup>3</sup> Auch die Menschen, die über keinen gesicherten Aufenthaltsstatus in Deutschland verfügen oder illegal und ohne Papiere eingereist sind, genießen unveräußerliche Rechte und sind somit keine Rechtlosen.

### Die Ansprüche aus dem Asylbewerberleistungsgesetz

Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) gilt nicht nur für Menschen, die eine Aufenthaltsgestattung nach dem Asylverfahrensgesetz besitzen oder deren Asylberechtigung anerkannt wurde. Es regelt auch die Leistungsansprüche der Menschen, deren Einreise (noch) nicht gestattet ist, die geduldet sind, die eine Aufenthaltserlaubnis besitzen oder nicht mehr besitzen und abgeschoben werden sollen, sowie deren Ehepartnerinnen/Ehepartnern, Lebenspartnerinnen/Lebenspartnern oder minderjährige Kinder dieser Personengruppen. § 4 des AsylbLG garantiert Menschen ohne geklärten Aufenthaltsstatus eine medizinische Grundversorgung im Notfall. Dazu zählen akute Erkrankungen und Schmerzen, Impfungen, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie „unaufschiebbare“ zahnärztliche Behandlung mit Zahnersatz.

Nach § 6 können Leistungen zur Sicherung der Gesundheit gewährt werden, wenn die Patientin oder der Patient mit Aufenthaltserlaubnis „Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten hat“. Wie eng dieser Leistungsrahmen gefasst ist, zeigen die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung, Kinder oder alte Menschen. Menschen auf der Flucht sind zudem aufgrund von Erfahrungen mit

Krieg, Folter, Gewalt, sexualisierter Gewalt, Missbrauch und erlebter Todesangst überproportional häufig psychisch und/oder physisch krank. Besonders Kinder und Jugendliche sind von psychischen und/oder physischen und somatischen Erkrankungen und Traumata als Folgen einer Flucht besonders stark betroffen. Vor allem die Einschränkung der Leistungsgewährung nur nach Ermessen und ausschließlich für Menschen mit Aufenthaltserlaubnis erschwert die Leistungsgewährung in der Praxis.

In einer besonders prekären Situation befinden sich daher Menschen, die ohne gültige Papiere in Deutschland sind. Das Leben in der Illegalität erfordert eine kräftezehrende Organisation von Ressourcen, da verschärfte Arbeitsausbeutung sowie Angst vor Aufdeckung des fehlenden Status drohen, und wird zusätzlich erschwert, wenn der illegalisierte Mensch erkrankt und auf Hilfe angewiesen ist. Eine Regelversorgung scheidet meist schon an den finanziellen Voraussetzungen, da die betroffenen Personen in der Regel nicht krankenversichert sind und sich aufgrund ihres Lebens in der Illegalität nur schwer auf einen Leistungsanspruch nach dem AsylbLG berufen können.

### Der verlängerte Geheimnisschutz

Um wenigstens Notfälle abzusichern, wurde 2009 in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift (AVV) zum Aufenthaltsgesetz ein „verlängerter Geheimnisschutz“ für Sozialbehörde und Krankenhausverwaltung zur Kostenregulierung eingeführt. Diese besagt, dass Angestellte von Krankenhausverwaltungen als „berufsmäßige Gehilfen“ von im Nothilfe-fall behandelnden Ärztinnen/Ärzten gelten und somit auch unter deren Schweigepflicht fallen. Für Ärztinnen/Ärzte galt schon länger, dass sie sich bei der Behandlung von illegalisierten Personen nicht wegen Beihilfe zum unerlaubten Aufenthalt strafbar machen können.<sup>4</sup> Der Geheimnisschutz reicht bei Meldung der Behandlung über undokumentierte oder illegalisierte Menschen bis in das Sozialamt, so dass dort die Daten der Menschen ohne Papiere nicht an die Ausländerbehörde weitergeleitet werden dürfen. Nach dieser Regelung müssen sich die behandlungsbedürftigen Menschen nicht selbst um eine Begleichung ihrer Kosten im Krankheitsfall kümmern. Vielmehr hat sich die Krankenhausverwaltung als Nothelferin nach § 25 Sozialgesetzbuch (SGB) XII mit dem Sozialamt in Verbindung zu setzen und einen Antrag auf Kostenerstattung unter Wahrung der Schweigepflicht in Bezug auf die Daten der Patientinnen/Patienten zu stellen.

In der Praxis kümmern sich mit den Medibüros oft nichtstaatliche Netzwerke von ehrenamtlich Arbeitenden um die Vermittlung von me-

<sup>1</sup> Deutsches Ärzteblatt, 28.03.2014, 446-449.

<sup>2</sup> Bundesgesetzblatt 1973 II, 1569; Deutsches Institut für Menschenrechte, Die „General Comments“ zu den VN-Menschenrechtsverträgen, 2005, 285 ff.

<sup>3</sup> § 323c Strafgesetzbuch (StGB) sowie die Berufsordnungen der jeweiligen Landesärztekammern und der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer.

dizinischer Versorgung für Menschen mit unklarem Aufenthaltsstatus. Dabei hat sich das Vorgehen nach der AVV laut Erfahrungswerten von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern oft nicht bewährt, weil sich das Personal der Sozialämter und Ausländerbehörden entweder nicht mit dem Geheimnisschutz der AVV auskennt oder absichtlich die von den Krankenhäusern übermittelten Daten abgleicht, was im schlimmsten Fall zur Abschiebung der illegalisierten Menschen geführt hat.

Zudem ist die rechtliche Grundlage der Anwendbarkeit der AVV unklar. Wenn die AVV im Rahmen des § 11 Abs. 3 AsylbLG, der den Datenabgleich zwischen Sozialamt und Ausländerbehörde regelt, nicht anwendbar ist, wäre der Datenabgleich mit der Ausländerbehörde weiterhin zulässig, um eine Kostenübernahme über das AsylbLG zu prüfen.<sup>5</sup> Auch wurde in vielen Fällen die Bedürftigkeit der zu versorgenden illegalisierten Personen nach dem AsylbLG abgelehnt, weil sie die hierfür notwendigen Papiere aus Angst vor Abschiebung nicht aufbringen konnten oder wollten.

### Nothelferparagraph

Das Bundessozialgericht (BSG) entschied in einem als Präzedenzfall geltenden Rechtsstreit, dass die praktizierte analoge Anwendung des § 25 SGB XII, der die Aufwendungsersatzansprüche für Nothelfer begründete, auf das AsylbLG nicht anzuwenden sei.<sup>6</sup> In diesem Fall hatte der Nothelfer, ein Krankenhaus, auf Kostenerstattung geklagt. Es hatte einen nicht-EU-Bürger medizinisch versorgt, nachdem der spätere Patient auf der Flucht – er versuchte, seiner drohenden Abschiebung zu entgehen – aus dem Fenster gesprungen war und sich schwer verletzt hatte. Der Urteilspruch verneint somit den bisherigen Weg, die durch Menschen ohne Krankenversicherung bzw. ohne Papiere verursachten Kosten einer Notfallversorgung von den Sozialämtern erstatten zu lassen, weil die Hilfebedürftigen ihren Anspruch auf Kostenübernahme für die Notfallbehandlung quasi an das Krankenhaus abgetreten haben.

In der Urteilsbegründung heißt es, dass die Regelung des Sozialhilferechts über den Anspruch eines Nothelfers auf Erstattung seiner Auf-

wendungen keine analoge Anwendung im Asylbewerberleistungsrecht erfährt. Das Gericht erklärt, dass der Hilfebedürftige zum Zeitpunkt seiner Behandlung von den Leistungen des SGB XII ausgeschlossen war. Zudem erkennt das Gericht keinen Nothelferanspruch analog aus § 25 SGB XII als Leistungsanspruch nach § 4 AsylbLG an. Dies, weil nach Ansicht des BSG eine Übertragung von § 25 SGB XII auf das AsylbLG aufgrund der strukturellen Unterschiede zwischen SGB XII und AsylbLG nicht möglich sei. Außerdem ist nach dem AsylbLG die Abtretung eines Freistellungsanspruchs, der an die Stelle eines vorgesehenen Sachleistungsanspruchs gerückt ist, nur auf bereits festgestellte Ansprüche beschränkt. Das Krankenhaus, also der Nothelfer, könne sich hier auch deshalb nicht auf eine Abtretung berufen, weil diesem sowohl das Abtretungsverbot in § 17 Abs. 1 S. 2 SGB XII entgegenstehe und es sich auch um höchstpersönliche Sachleistungen handle, die nach § 399 des Bürgerlichen Gesetzbuches nicht abgetreten werden können. Tenor der Entscheidung ist, dass nur der Hilfebedürftige selbst, nicht aber der Nothelfer, nach Eintritt der Notsituation die Kostenerstattung beantragen kann.

### Probleme in der Praxis

Diese Regelung ist in der Praxis kaum umsetzbar. Das BSG hat im gleichen Urteil festgestellt, dass die Kostenübernahme nicht vor Beginn der Behandlung genehmigt werden muss, sondern dass es lediglich der höchstpersönliche Anspruch der Patientin/des Patienten auf Kostenübernahme nach § 4 oder 6 AsylbLG geben muss. Die Hilfebedürftigen Personen sollen demnach selbst ihren Anspruch auf Kostenübernahme gegen das Sozialamt geltend machen, auch wenn sie sich diese Notfallbehandlung vorher nicht haben genehmigen lassen können, was eigentlich der normkonforme Hergang wäre.

Für die Krankenhäuser bedeutet diese Regelung, dass sie nicht mehr selbst nachträglich die Notfallbehandlungen beim Sozialamt abrechnen können, sondern sich darauf verlassen müssen, dass die Hilfebedürftige

<b>Berlin</b> <a href="http://www.medibuero.de">http://www.medibuero.de</a>	<b>Kiel</b> <a href="http://www.medibuero-kiel.de">http://www.medibuero-kiel.de</a>
<b>Bielefeld</b> <a href="http://www.ak-asyl.info/mfh">http://www.ak-asyl.info/mfh</a>	<b>Köln</b> <a href="http://www.kmii-koeln.de">http://www.kmii-koeln.de</a>
<b>Bochum</b> <a href="http://www.mfh-bochum.de">http://www.mfh-bochum.de</a>	<b>Leipzig</b> <a href="http://www.medinetz-leipzig.de">http://www.medinetz-leipzig.de</a>
<b>Bonn</b> <a href="http://www.medinetzbonn.de">http://www.medinetzbonn.de</a>	<b>Lübeck</b> <a href="http://www.medibuero-bl.de">www.medibuero-bl.de</a>
<b>Bremen</b> <a href="http://www.fluechtlingsinitiative-bremen.de/medinetz.html">http://www.fluechtlingsinitiative-bremen.de/medinetz.html</a>	<b>Magdeburg</b> <a href="http://www.medinetz-magdeburg.org">http://www.medinetz-magdeburg.org</a>
<b>Dortmund</b> <a href="http://www.medinetz-dortmund.de">www.medinetz-dortmund.de</a>	<b>Mainz</b> <a href="http://www.medinetzmainz.de">http://www.medinetzmainz.de</a>
<b>Dresden</b> <a href="http://www.medinetz-dresden.de">http://www.medinetz-dresden.de</a>	<b>Marburg</b> <a href="http://www.medinetz-marburg.de">http://www.medinetz-marburg.de</a>
<b>Düsseldorf</b> <a href="http://www.stay-duesseldorf.de">http://www.stay-duesseldorf.de</a>	<b>München</b> <a href="http://www.cafe104.de">http://www.cafe104.de</a> <a href="http://www.aerztederwelt.org/projekte/openmed-muenchen.html">http://www.aerztederwelt.org/projekte/openmed-muenchen.html</a>
<b>Erlangen</b> <a href="mailto:medizinundmensenrechte@yahoo.de">medizinundmensenrechte@yahoo.de</a>	<b>Münster</b> <a href="mailto:studies-muenster@ppnw.de">studies-muenster@ppnw.de</a>
<b>Essen</b> <a href="http://www.medinetz-essen.de">www.medinetz-essen.de</a>	<b>Nürnberg</b> <a href="mailto:renate.scheunemann@gmx.de">renate.scheunemann@gmx.de</a>
<b>Freiburg</b> <a href="http://www.medinetz.rasthaus-freiburg.org">http://www.medinetz.rasthaus-freiburg.org</a>	<b>Oldenburg</b> <a href="mailto:asyl@ibis-ev.de">asyl@ibis-ev.de</a>
<b>Gießen</b> <a href="http://www.medinetz-giessen.de">http://www.medinetz-giessen.de</a>	<b>Rostock</b> <a href="http://www.medinetz-rostock.de">http://www.medinetz-rostock.de</a>
<b>Göttingen</b> <a href="http://www.mfh-ggc.org">http://www.mfh-ggc.org</a>	<b>Tübingen</b> <a href="http://www.medinetz-tuebingen.de">http://www.medinetz-tuebingen.de</a>
<b>Hamburg</b> <a href="http://www.medibuero-hamburg.org">http://www.medibuero-hamburg.org</a>	<b>Ulm</b> <a href="http://www.medinetz-ulm.de">http://www.medinetz-ulm.de</a>
<b>Hannover</b> <a href="http://www.medinetz-hannover.de">http://www.medinetz-hannover.de</a>	
<b>Heidelberg / Mannheim</b> <a href="http://www.medinetz-rhein-neckar.de">http://www.medinetz-rhein-neckar.de</a>	
<b>Jena</b> <a href="http://www.fachschft.uniklinikum-jena.de/ProjektMedinetz.html">http://www.fachschft.uniklinikum-jena.de/ProjektMedinetz.html</a>	
<b>Karlsruhe</b> <a href="mailto:mrz.medinetz@web.de">mrz.medinetz@web.de</a>	

oder der Hilfebedürftige die Ansprüche gegen das Amt geltend macht. In Notsituationen ist dies kaum vorstellbar, aber Krankenhausverwaltungen könnten verstärkt – so auch der Eindruck der Medibüros – vor Beginn der Behandlung die Klärung der Kostenübernahme verlangen. Dies bedeutet bei Menschen, die in der Illegalität leben, zwangsläufig die Aufdeckung ihrer Identität und damit die Abschiebung, da diese sich zur Kostenübernahme beim Sozialamt melden müssen. Das Krankenhaus könnte seine Kostenforderung gegen die Patientinnen/Patienten durch einen Mahnbescheid bzw. Vollstreckungsbescheid oder im weiteren Verfahrensgang durch eine Klage feststellen lassen und einen Titel gegen die Patientinnen/Patienten erwerben. Diesen Anspruch auf Kostenerstattung könnte sich das Krankenhaus dann von der behandelten Person abtreten lassen und selbst die Vergütung vom Sozialhilfeträger einfordern. Für diesen Verfahrensgang muss die behandelte Person aber ihre Daten offenlegen und erreichbar sein, was praktisch meisten zu einer Abschiebung führen würde.<sup>7</sup>

Das Urteil des BSG verschärft somit die prekäre Lage der Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen keine Krankenversicherungsmitglieder sind und/oder ohne geklärten Aufenthaltsstatus in Deutschland leben. Es führt dazu, dass ein bisher in vielen Städten sowieso fragiles System der medizinischen Flüchtlingshilfen noch instabiler wird, und Ärztinnen und Ärzte, die helfen wollen und müssen, zwischen die Fronten der Krankenhausverwaltung und des Gesetzgebers geraten.

#### Zivilgesellschaftliche Strukturen der Hilfe

Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, haben sich in den letzten 16 Jahren neben den Medibüros immer mehr nichtstaatliche Netzwerke zur Unterstützung hilfebedürftiger Menschen gegründet, wie die medizinische Flüchtlingshilfe, Malteser Migrantenmedizin oder Medinetze, welche sich über Spenden oder kommunale Zuschüsse finanzieren.<sup>8</sup> Über diese Flüchtlingshilfen werden Kontakte zu Ärztinnen/Ärzten, Entbindungspflegerinnen/Entbindungspflegern, Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten sowie Psychologinnen/Psychologen geknüpft und ausgebaut, die ehrenamtlich arbeiten und ohne Honorar behandeln. Lotsinnen/Lotsen für das Gesundheitssystem sind deshalb in den momentanen rechtlichen Strukturen unerlässlich, und so versuchen die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der Medibüros, Patientinnen/Patienten zu medizinischer Versorgung ohne Gefahren der staatlichen Repression zu verhelfen. Entstehende Kosten durch Medikamente, bildgebende Diagnostik oder Laborleistungen werden entweder durch Spenden gedeckt oder von angeschlossenen Fachärztinnen und Fachärzten und Apothekerinnen und Apothekern getragen. Auch mit Krankenhäusern gibt es in vielen Städten Kooperationen, so dass größere Eingriffe oder invasive Behandlungen teilweise kostenfrei dort vorgenommen werden können. Sehr problematisch ist nach wie vor aber die psychotherapeutische Versorgung von Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus, weil diese Behandlungen oft längere Zeit benötigen. Die Arbeit der ehrenamtlichen Einrichtungen ist aber problematisch: Der Staat entzieht sich seiner Pflicht zur Hilfe, so dass diese von der Zivilgesellschaft gestellt wird. Die Hilfsangebote professionalisieren sich und laufen so gut, dass Sozialämter mit den Flüchtlingshilfen zusammenarbeiten und in manchen Städten Migrantinnen/Migranten nach Berichten der Medibüros direkt an sie vermittelt werden.

#### Der anonymisierte Krankenschein

Ein Vorschlag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung ist der „anonymisierte Krankenschein“, der von Gesundheitsämtern unter ärztlicher Leitung in Zusammenarbeit mit dem Sozialamt ausgestellt wird.

Die ärztliche Leitung ist hierbei notwendig, um die absolute Schweigepflicht auch gegenüber der Behörde zu gewährleisten und weil es unsinnig ist, medizinische Bedürftigkeitsprüfungen ohne die Beteiligung von Fachpersonal vorzunehmen. Die Bedürftigkeitsprüfung erfolgt dann, wie bisher, nach den Vorgaben der §§ 4 und 6 AsylbLG. Idealerweise sollten mit den Gesundheitsämtern auch Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Dolmetscherinnen/Dolmetscher und eine Rechtsberatung mit dem Fokus auf das Ausländerrecht und die spezifischen Probleme von Illegalisierten assoziiert sein. Mit einem nummerierten Krankenschein könnte die/der Patientin/Patient, wenn nötig unter der Hilfe der Beratungsstelle, Termine in Praxen oder Krankenhäusern wahrnehmen und sich dort behandeln lassen, ohne ihre/seine persönlichen Daten für die Abrechnung herausgeben zu müssen. Die Abrechnung der anonymisierten Krankenscheine könnte nach den Vorgaben des AsylbLG erfolgen. Durch derartige Strukturen können aus volkswirtschaftlicher Sicht und zum Vorteil der Krankenkassen – bei guter Akzeptanz der Hilfebedürftigen – langfristig hohe Kosten im Gesundheitssystem vermieden werden, wenn Krankheiten frühzeitig behandelt werden und sich nicht chronifizieren können oder im weiteren Verlauf erst zu Notfällen werden.

In Bremen bietet man in Kooperation mit der AOK eine elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende und Geduldete, jedoch nicht für Menschen ohne Papiere an. Dabei sind die Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus nicht regulär bei der AOK versichert, sie erhalten nur eingeschränkte Leistungen, welche weiterhin nach dem AsylbLG abgerechnet werden. Dieses Modell befreit Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus ein Stück von der Hilflosigkeit und stigmatisierenden Isolation, der sie ausgesetzt sind, und schafft einen vereinfachten und sicheren Abrechnungsweg für die behandelnden Krankenhäuser. Es wäre wünschenswert, wenn dieses System auch auf Illegalisierte ausgeweitet würde und nicht vor Landesgrenzen Halt machte, sondern sich über das Bundesgebiet erstrecken würde, um die Situation dieser Menschen zu verbessern. Dies wäre immerhin ein kleiner Schritt auf dem Weg zur Umsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit, welches derzeit in Deutschland nicht existiert.

#### Ruth Sandforth arbeitet in Göttingen am Lehrstuhl für Rechts- und Sozialphilosophie und war davor drei Jahre wissenschaftliche Mitarbeiterin in einer Kanzlei für Medizinrecht.

Ganz herzlich möchte ich an dieser Stelle Caroline Kurz und Lea Hermann von der Medizinischen Flüchtlingshilfe Göttingen danken, ebenso wie Mirjam Schülle, Gesundheitswissenschaftlerin an der Uni Bielefeld.

<sup>4</sup> Ausnahme für Ärztinnen und Ärzte und die medizinische Behandlung von § 96 Abs. 1 Nr. 2 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) gem. Bericht des Bundesministeriums des Inneren zum Prüfauftrag „Illegalität“ v. 02.2007, Kap. VIII 1.2, 48.

<sup>5</sup> Broschüre der Bundesärztekammer „Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis“, 3. Auflage, 11/2013.

<sup>6</sup> BSG, Urteil vom 30.10.2013, Az. B 7 AY 2/12 R.

<sup>7</sup> Kyrill Makoski, Kostenerstattung für eine stationäre Krankenhausbehandlung für Personen, die dem AsylbLG unterfallen, jurisPR-MedizinR, 4/2014, Anm. 2.

<sup>8</sup> Weiterführende Informationen zur Arbeit der Hilfsorganisationen <http://medibueros.m-bient.com/> (Stand: 26.09.2014).