

Kathrin Weber

Recht auf medizinische Behandlung?

Gesundheit und die Versorgung im Fall von Krankheit nimmt für alle Menschen einen zentralen Stellenwert im Leben ein, so auch für Flüchtlinge. Doch gerade Flüchtlinge unterliegen in diesem Bereich besonderen Schwierigkeiten. Diese ergeben sich einerseits aufgrund einer diskriminierenden und restriktiven Gesetzeslage bezüglich der Versorgungsleistungen und andererseits aufgrund der Komplexität der Thematik Gesundheit bzw. Krankheit generell. Durch die herabwürdigenden und unsicheren Lebensumstände, denen Flüchtlinge hier ausgesetzt sind, werden ihre gesundheitlichen Beschwerden in der Regel verstärkt oder gar erst ausgelöst. Teilweise verhindern diese Lebensumstände sogar eine Behandlung. Wie zu sehen sein wird, kann Krankheit auch aufenthaltsrechtliche Auswirkungen haben.

Krankheit und Behandlung im interkulturellen Kontext

Viele Menschen, die als Flüchtlinge in die BRD kommen, haben furchtbare Erfahrungen an ihrem Körper und ihrer Psyche gemacht, wie Folter, sexualisierte Gewalt, anderweitige physische und psychische Gewalteinwirkung und das Erleben der Schrecken von Kriegen. Schmerz auszudrücken ist schon in der Muttersprache schwierig. Sich darüber in befriedigender Weise in einer anderen Sprache mitzuteilen, scheint schier unmöglich. Je nach kulturellem Hintergrund bestehen außerdem oft unterschiedliche Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit, und daraus resultieren wiederum Ursachenzuschreibungen, Behandlungsmethoden und Vorstellungen von Heilungsprozessen, für die es in der BRD oft kein Verständnis gibt.

Das Feld der körperlichen und psychischen Gesundheit bzw. Krankheit ist mit Intimität und Tabus besetzt. So ist es beispielsweise vielen Frauen unmöglich, sich vor einem männlichen Arzt auszuziehen oder mit ihm über sexualisierte Gewalterfahrungen zu sprechen. Es mangelt noch immer an erfahrenen ÄrztInnen und PsychologInnen mit der nötigen Sensibilität und Kompetenz, an die sich diese Menschen wenden könnten. Und Einrichtungen, die sich bereits auf diese Klientel spezialisiert haben, sind völlig überlaufen.

Zugang zu medizinischer Versorgung nach Asylbewerberleistungsgesetz

So wie in den meisten Bereichen eine Schlechterstellung von Flüchtlingen ohne gesicherten Aufenthalt im Vergleich zu all denjenigen mit verfestigtem Aufenthalt besteht, ist auch das Gesundheitssystem ein Mehr-Klassen-System, in dem die Ansprüche von Flüchtlingen ohne festes Aufenthaltsrecht auf der untersten Stufe angesiedelt werden. Die rechtlichen Ansprüche dieser Menschen ergeben sich aus dem Asylverfahrensgesetz und dem Asylbewerberleistungsgesetz. Die darin verankerten Regelungen und daraus resultierenden minimalen Versorgungsleistungen bedeuten massive Eingriffe in die Lebensqualität bzw. verhindern, dass sich diese verbessert. Flüchtlinge werden existenzieller Rechte beraubt, die für die meisten Deutschen als selbstverständlich gelten. Das Recht auf körperliche Unversehrtheit scheint für sie nicht zu gelten.

Die rassistische Diskriminierung beginnt schon bei der in § 62 AsylVfG „Gesundheitsuntersuchung“ vorgeschriebenen Erstuntersuchung für AsylbewerberInnen. Demnach sind sie verpflichtet, sich einer „ärztlichen Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane“ (Tuberkuloseverdacht) zu unterziehen.¹ Darin wird auch geregelt, dass die Ergebnisse der Untersuchung der für die Unterbringung zuständigen Behörde mitzuteilen sind. Grundwerte des Persönlichkeitsschutzes im Bereich der medizinischen Versorgung, wie etwa medizinische Schweigepflicht und freie Arztwahl, zählen für Flüchtlinge besonders während ihres Aufenthaltes in Erstaufnahmeeinrichtungen nicht.

Wer über keine Krankenversicherung verfügt, hat normalerweise Anspruch auf medizinische Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG). Da Flüchtlinge ohne gefestigten Aufenthaltsstatus in der Regel einem faktischen (aufgrund des Inländerprimats) oder absoluten Arbeitsverbot unterliegen, haben sie keinen Anspruch auf eine Mitgliedschaft in einer Krankenkasse und müssten somit eigentlich wie Deutsche den Bestimmungen der Sozialhilfe unterliegen. In § 120 des BSHG werden jedoch Einschränkungen der Sozialhilfe für Flüchtlinge geregelt. Je nach Status gelten unterschiedliche sozialrechtliche Bestimmungen. Dabei werden unterschiedliche Gruppen von Berechtigten differenziert: Berechtigte und eingeschränkt Berechtigte nach AsylbLG und Berechtigte entsprechend BSHG. Für mindestens drei Jahre

¹ Dem zugrunde liegt ein epidemiologisch kaum begründbares Seuchenschutzprinzip (vgl. Zenker 2002:157).

erhalten Flüchtlinge zunächst Leistungen nach AsylbLG. Menschen, die dem Asylbewerberleistungsgesetz obliegen, sind im Vergleich zur Krankenhilfe bei Sozialhilfeempfängern wesentlich schlechter gestellt.

Die Ausführungsvorschriften der einzelnen Bundesländer zu den beiden Gesetzen fallen unterschiedlich aus. Von 1993-1996 gab es in Berlin gemäß der Ausführungsvorschrift keine Einschränkungen bei der ambulanten medizinischen Behandlung (Flüchtlingsrat Berlin/Ärztammer Berlin/Pro Asyl 1998:23). Die jetzigen Regelungen in Berlin sind dagegen sehr restriktiv.

Auswirkungen der Um-Zu-Regelungen

Im 3. Absatz des § 120 BSHG ist die „Um-zu-Regelung“ festgelegt:

„Ausländer, die sich in die Bundesrepublik Deutschland begeben haben, um Sozialhilfe zu erlangen, haben keinen Anspruch. Haben sie sich zum Zwecke der Behandlung oder Linderung einer Krankheit in die Bundesrepublik begeben, soll Krankenhilfe insoweit nur zur Behandlung eines akuten lebensbedrohlichen Zustands oder für eine unaufschiebbare und unabweisbare Behandlung einer schweren oder ansteckenden Erkrankung geleistet werden.“

1998 wurden zusätzliche Anspruchseinschränkungen im § 1a AsylbLG vorgenommen. Die Um-Zu-Regelung wurde auch in das Asylbewerberleistungsgesetz aufgenommen. Sie bezieht sich generell auf Versorgungsleistungen, so auch auf die medizinische Versorgung. Nach dem Wortlaut des § 1a werden die Leistungen noch einmal erheblich eingeschränkt, nämlich lediglich auf das, was „im Einzelfall nach den Umständen unabweisbar geboten ist“.

Diese Regelung ist von BehördenmitarbeiterInnen fast beliebig dehnbar, wenn es darum geht, medizinische Leistungen einzuschränken bzw. zu verweigern. In Berlin wird regelmäßig, wenn die Leistungen nach § 1a gestrichen werden, auch die Krankenbehandlung verweigert und die Flüchtlinge verbleiben ohne jegliche Versorgung, auch ohne medizinische.

Nur akute Erkrankungen und Schmerzzustände zählen

Das Asylbewerberleistungsgesetz regelt in § 4 Abs. 1 „Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt“. Hier wird festgelegt, dass lediglich bei „akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen“ die erforderliche ärztliche oder zahnärztliche Behandlung zu gewähren ist. Das bedeutet, dass Mensch erst zum Arzt gehen kann bzw. das Sozialamt die Kosten erst dann übernimmt, wenn er/sie tatsächlich akut krank ist. Die medizinische Versorgung chronischer Krankheiten oder der Folgen von Folter werden so vom Gesetzgeber erheblich erschwert.

Die vom Gesetzgeber vorgeschriebene Differenzierung nach „akut“ und „chronisch“, „unaufschiebbar“ und „nicht dringlich“ bzw. „zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich“ und „nicht unbedingt notwendig“ „entspricht nicht den Entscheidungs- und Handlungsmustern unseres Versorgungssystems, da bei vielen Krankheitsbildern und Verläufen (Diabetes, Epilepsie) diese Unterscheidung nicht möglich ist“ (Zenker 2002:158). Dabei ist insbesondere die Abgrenzung chronischer und akuter Erkrankungen sehr umstritten; oft droht gerade bei Nichtbehandlung chronischer Krankheiten ein akuter Krankheitszustand. An diesen Regelungen wird deutlich, dass ein langfristiger Verbleib der Flüchtlinge in der BRD nicht vorgesehen ist.

Für die Ausstellung von Krankenscheinen für AsylbewerberInnen in Wohnheimen ist das Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LAGeSO) zuständig,² für die anderen Flüchtlingsgruppen die jeweiligen Bezirksamter.³ Auch sind die Bedingungen für den Erhalt eines Krankenscheins in den einzelnen Sozialämtern unterschiedlich und oft mit bürokratischen Hürden verbunden.⁴ Medizinisch nicht qualifizierte SachbearbeiterInnen haben die Möglichkeit, Einschränkungen des Behandlungsanspruchs vorzunehmen, wenn sie etwa, wie in Berlin schon vorgekommen, die behaupteten Schmerzzustände als unglaubwürdig abtun. Flüchtlinge sind somit regelmäßig der Willkür der einzelnen SachbearbeiterInnen ausgeliefert.

Behörden sehen oft keine Behandlungsnotwendigkeit, wenn es z.B. um die Kostenübernahme für bestimmte Behandlungsformen, wie etwa Lebertransplantationen, oder die Gewährung von Hilfsmitteln, wie Rollstühle für spastisch gelähmte Kinder, geht. Auch Brillen oder Prothesen können im Regelfall nicht erlangt werden, Zahnersatz laut § 4 AsylbLG „nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist“.

Sonstige Leistungen können nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 6 genehmigt werden, wenn sie „im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhaltes oder der Gesundheit unerlässlich sind“. Leistungen nach § 6 werden

2 Minderjährige unbegleitete Flüchtlinge sind von diesen Regelungen ausgenommen und erhalten Krankenscheine von der Clearingstelle.

3 Die Zuständigkeiten zwischen den Bezirksamtern werden durch die „Ausführungsvorschriften über die örtliche Zuständigkeit auf dem Gebiet der Sozialhilfe“ geregelt.

4 Lange wurde in Berlin Datenmissbrauch auf Krankenscheinen betrieben. Dort wurden sowohl der Aufenthaltsstatus als auch Verweise auf räumlich begrenzte Gültigkeit des Krankenscheines festgehalten.

jedoch nur in seltenen Fällen genehmigt. Hierzu könnten auch ambulante Psychotherapien gehören.

Für Asylsuchende besteht zu Beginn des Verfahrens kein Rechtsanspruch auf Leistungen zur Schwangerschaftsverhütung und zum Schwangerschaftsabbruch. Und die Pille ist in Apotheken nur auf Rezept zu bekommen.⁵

Medizinische Versorgung im Abschiebegewahrsam

Bei Menschen in Abschiebehaft verschärft sich die Situation der medizinischen Versorgung noch einmal drastisch. Für sie sind lediglich PolizeiarztInnen zuständig, deren Unabhängigkeit mehr als fraglich ist. Eine Konsultation von unabhängigen externen ÄrztInnen oder PsychologInnen ist nur in sehr seltenen Ausnahmefällen und auf eigene Kosten möglich.

In vielen Fällen findet eine unzureichende medizinische Versorgung statt. Ohne SprachmittlerInnen werden die Menschen mit immer ähnlichen Tabletten und Salben abgespeist, ohne auf ihre individuellen Beschwerden einzugehen oder sie diesbezüglich aufzuklären. Oft werden Notfälle nicht als solche erkannt. Auch kommt es vor, dass Menschen, die sich aus Protest gegen ihre geplante Abschiebung bereits längere Zeit im Hungerstreik befinden und in einem entsprechend schlechten körperlichen Zustand sind, zwangsweise abgeschoben werden (vgl. Initiative gegen Abschiebehaft 2003).

Im Krankenwagen abgeschoben ...

1997 wurde bekannt, dass das Berliner Klinikum Charité illegalisierte PatientInnen ohne Krankenversicherung, in einigen Fällen frisch operiert, in Krankenwagen nach Polen oder in die Ukraine abgeschoben hat. Diese Praxis wurde von leitenden Stellen des Krankenhauses gemeinsam entwickelt. Jeder Tag in der Charité sei teurer als eine krankenhauseigene Abschiebung über die Grenze, war damals die Argumentation (vgl. www.contrast.org/borders/kein/hintergrund/medizin.html). Der Verwaltungsleiter lobte diese Praxis als innovativen Beitrag zur Kostenreduzierung im Gesundheitswesen (ebd.).

Wie sehr sich auch im Denken der Menschen eine unterschiedliche Bewertung der Menschen je nach ihrer Herkunft festgesetzt hat, lässt sich hieran

⁵ Diese Regelung folgt vielleicht der sarkastischen Logik, dass in den Mehrbettzimmern der Heime sowieso keine Sexualität möglich ist.

leicht erkennen. Außerdem wird daran deutlich, dass der Mensch in unserem Gesundheitssystem nur noch auf einen Kostenfaktor reduziert wird. Das betrifft alle gleichermaßen, auch Deutsche, wirkt sich aber auf die Flüchtlinge, angesichts der fehlenden Krankenversicherung bzw. Abrechenbarkeit der Behandlungskosten sehr viel verschärfter aus.

Aufenthaltsrechtrechtliche Auswirkungen von Krankheit

Krankheit kann Flüchtlingen auch zu Ansprüchen bezüglich eines (weiteren) Aufenthaltes in der BRD bzw. einer Aussetzung der Abschiebung verhelfen. In den letzten Jahren wurden von Flüchtlingen vermehrt gesundheitliche Abschiebungshindernisse geltend gemacht, insbesondere für psychische Erkrankungen. „Krankheit scheint in Europa eine neue Hintertür des Ausländerrechts geworden zu sein“ folgert Dr. van Krieken (van Krieken 2000:518), und diese Auffassung entspricht wohl der Meinung vieler für die Zuwanderungskontrolle Verantwortlicher. Seinen Schätzungen nach führte Krankheit im Jahr 2000 in Europa in mehr als 20.000 Fällen zu einem Recht auf medizinische Behandlung und damit zu einer Duldung, d.h. einem befristeten Bleiberecht bzw. einer zeitlich begrenzten Aussetzung der Abschiebung oder zu einer Aufhebung der Ausreisepflicht.

Nach den §§ 53 Abs. 6 und 55 Abs. 2 AuslG ist von einer Abschiebung abzu-
sehen und eine Duldung zu erteilen, wenn in dem anderen Staat eine „erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht“, so z.B. keine ausreichenden Behandlungsmöglichkeiten gegeben sind. Diese zielstaatsbezogenen Abschiebehindernisse müssen in der Regel vom Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BAFl, siehe Glossar) geprüft werden. Zusätzlich müssen von den Ausländerbehörden so genannte inlandsbezogene Vollstreckungshindernisse berücksichtigt werden, wie etwa eine drohende Selbstmordgefahr, Reiseunfähigkeit (die sich im Grunde auf die Frage der Transportfähigkeit reduziert) oder eine akute schwere Erkrankung, die einer Abschiebung im Wege steht. Der Polizeiärztliche Dienst hat bei diesen diagnostischen Entscheidungen jedoch oft das letzte Wort (s.u.).

Besonderer Stellenwert von Traumatisierung

Psychosoziale Einrichtungen, die auf Flüchtlinge spezialisiert sind, und internationale Statistiken sprechen davon, dass zwischen fünf und dreißig Prozent der Flüchtlinge, die in der BRD nach Schutz suchen, aufgrund von Folter, sexualisierter Gewalt, Misshandlung, Verfolgung und Erlebnissen in Kriegen

traumatisiert sind. Gerade im Asylverfahren wurden sie bisher oft abgelehnt, da sie aufgrund ihrer Symptomatik beispielsweise nur bruchstückhaft und detailarm von ihren Erlebnissen berichten können, was dann als unglaubwürdig eingestuft wurde.

In diesem Bereich findet seit einiger Zeit jedoch ansatzweise eine Sensibilisierung bzw. ein Umdenken statt. Die verstärkte Bedeutung, die inzwischen asyl- bzw. ausländerrechtlich Traumatisierung beigemessen wird, drückt sich u.a. darin aus, dass im Jahr 2000 erstmals in der BRD eine bundesweite Sonderregelung für traumatisierte bosnische Bürgerkriegsflüchtlinge eingeführt wurde. Nachdem diese zunächst über viele Jahre hinweg nur Duldungen bekamen, die alle paar Monate verlängert werden mussten, soll nach der Sonderregelung bei Erfüllung bestimmter Kriterien, wie etwa, dass sich die Personen bereits seit einem bestimmten Stichtag in psychotherapeutischer oder fachärztlicher Behandlung befinden, eine Aufenthaltsbefugnis erteilt werden, die eine Verfestigung des Aufenthaltes bedeuten würde.⁶ Nach dieser Logik ist jedoch der Aufenthalt an den Fortbestand der Krankheit gebunden. Würden die Flüchtlinge gesund, so wäre dies Grund genug, sie abzuschieben. Dies impliziert ein „nicht gesund werden dürfen“, das sich als völlig absurde Konstruktion erweist.

Primat ordnungspolitischer oder humanitärer Aspekte?

Es stellt sich die Frage, ob aufgrund der Tatsache, dass aus krankheitsbedingten Gründen jedes Jahr mehr Menschen eine Duldung erhalten und es eine Sonderregelung für traumatisierte bosnische Bürgerkriegsflüchtlinge gibt, auch davon ausgegangen werden kann, dass Krankheit und Genesung in ausländerrechtlichen Belangen aus humanitären Gründen ein immer höherer Stellenwert beigemessen wird. Besonders in Berlin zeigte sich, dass Krankheit von Flüchtlingen von Behörden unter ordnungspolitischen Aspekten vornehmlich als Risiko gesehen wird.

Die Geltendmachung einer Krankheit ist für Flüchtlinge immer an einen Nachweis geknüpft, etwa in Form ärztlicher bzw. psychologischer Stellungnahmen der entsprechenden BehandlerInnen oder indem ein Gutachten bei einem unabhängigen Sachverständigen in Auftrag gegeben wird. Es liegt

6 Speziell Berlin hat sich aufgrund der restriktiven Gesetzesauslegung in den Weisungen an die Ausländerbehörde und durch deren eigenwillige Interpretation, in den letzten zehn Jahren nicht mit Ruhm bekleckert und noch immer nicht alle Anträge auf Aufenthaltsbefugnis, die zu einem verfestigten Aufenthalt führen könnten, bearbeitet.

originär nicht im Kompetenzbereich der Behörden, medizinische und psychologische Fragestellungen zu beurteilen. Damit entzieht sich der Behörde zunächst der Einfluss bezüglich der Steuerung und Beschränkung von Aufenthalt. Letztendlich entscheidet jedoch immer die Behörde über das Vorliegen eines Abschiebungshindernisses und nicht die begutachtenden ÄrztInnen oder PsychologInnen.

Besonders in Berlin wird seitens der Behörde auf ganz spezielle Strategien rekuriert, um größtmöglichen Einfluss zu wahren. So wurden insbesondere bei den bosnischen traumatisierten Flüchtlingen von Seiten der Ausländerbehörde Gefälligkeitsgutachten unterstellt und Schlüssigkeitszweifel in den Stellungnahmen der BehandlerInnen angemeldet bzw. eine akribische Suche nach sich widersprechenden Angaben in den Stellungnahmen und den Akten der Personen betrieben, um ihnen Unglaubwürdigkeit unterstellen zu können. Mittels dieser Strategien ist es ein Leichtes für die BehördenmitarbeiterInnen, trotz bestehender Krankheitsdiagnosen eine Abschiebung anzuordnen.

Von 1999 bis 2000 wurde dem Polizeiärztlichen Dienst in Berlin die Zuständigkeit für eine routinemäßige Zweitbegutachtung der bosnischen Bürgerkriegsflüchtlinge übertragen, die eine Traumatisierung geltend gemacht hatten. Dieser handelte ganz offensichtlich nicht nach fachlichen, sondern politischen Gründen, nämlich zum Zweck der Durchsetzung der Abschiebung. Die Untersuchungen des Polizeiärztlichen Dienstes wurden von einer Psychologin vorgenommen, die fast allen bosnischen Flüchtlingen die in Attesten bescheinigte Traumatisierung wieder aberkannte und so den Weg für Abschiebungen frei machte. Diese Strategie ging auf, bis sich der Skandal derart verschärfte, dass diese Praxis geändert werden musste und unabhängige niedergelassene FachärztInnen bzw. PsychotherapeutInnen die von der Ausländerbehörde angeordneten Zweitbegutachtungen übernahmen.

Dass bei den aufenthaltsrechtlichen Regelungen ordnungspolitische Erwägungen bezüglich der Begrenzung von Zuwanderung gegenüber tatsächlichen humanitären Beweggründen im Vordergrund stehen, lässt sich außerdem an den ins Ausländergesetz eingebauten Sperrwirkungen nach § 53 Abs. 6 S. 2 und § 54 erkennen. Mit Hilfe dieser Paragraphen kann die Erteilung einer Duldung aufgrund eines krankheitsbedingten Abschiebehindernisses gesperrt werden, wenn die entsprechende Gefahr für Leib und Leben einer ganzen Bevölkerungsgruppe, also einer großen Zahl der im Heimatland lebenden Personen, gleichermaßen droht. Über deren Aufnahme wird dann nicht mehr im Einzelfall entschieden, sondern sie obliegt der Entscheidung der jeweiligen Landesinnenministerien. Dieser Schritt wurde zum Beispiel im Fall von HIV-infizierten Menschen aus Afrika unternommen.

Der Einzelfall zählt also nicht mehr angesichts der Möglichkeit, dass Krankheit potentiell einer größeren Anzahl von Menschen zu einem Aufenthalt in der BRD verhelfen würde. Und diese Tatsache gilt auch für den generellen Umgang mit Krankheit im Zusammenhang mit ausländerrechtlichen Fragestellungen: Trotz bedingten Eingehens auf humanitäre Verpflichtungen haben immer noch so genannte vermeintlich „nationale Interessen“ Vorrang vor den Schicksalen von Menschen nichtdeutscher Herkunft.

Literatur

- Flüchtlingsrat Berlin/Ärzttekammer Berlin/Pro Asyl 1998, Gefesselte Medizin, Berlin.
- Franke, M./Geene, R./Luber, E. 1999, Armut und Gesundheit.
- Initiative gegen Abschiebehaft 2003, Abschiebehaft abschaffen! Einblicke in die Realität der Abschiebehaft in Berlin, Berlin.
- Internationale Liga für Menschenrechte e.V. 2002, Skandalöser Behördenumgang mit kriegstraumatisierten Flüchtlingen unter Rot-Rot. Fluchtpunkt Sonderausgabe, Berlin.
- Van Krieken, P. 2000, Ausreisepflichtung und Krankheit, in: InfAuslR 11-12, S. 518-520.
- Zenker, H.-J. 2002, Psychotherapie und Medizin im Rahmen des Ausländerrechts, in: Asylpraxis. Schriftenreihe des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge, Band 9, S. 157-166.