

Dr. Jessica Groß

# Gesundheitsversorgung ohne Aufenthaltsstatus

## - Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe

Herr und Frau M. kamen an einem Donnerstag Nachmittag. Beide waren sehr besorgt, Frau M. weinte und berichtete in gebrochenem Deutsch, ihr Mann klagte seit Tagen über starke Magenschmerzen, er könne nicht mehr essen und nicht mehr schlafen. Herr M. sah sehr blass aus und krümmte sich. Die Mitarbeiterin im Büro für medizinische Flüchtlingshilfe organisierte daher noch am gleichen Tag einen Termin in einer internistischen Praxis. Dort wurde er untersucht und unter dem Verdacht einer starken Gastritis medikamentös versorgt. Zwei Tage später wurde Herr M., nachdem er auf der Straße zusammengebrochen war, mit dem Rettungswagen in die Notaufnahme einer Berliner Klinik gebracht. Die Ärzte diagnostizierten eine obere Gastrointestinalblutung und führten sofort eine Operation durch. Aufgrund von Nachblutungen wurde zweimal eine operative Revision nötig, dabei musste letztendlich eine Magenteilresektion durchgeführt werden. Herr M. wurde einige Tage auf der Intensivstation versorgt.

Herr und Frau M. kommen aus der Ukraine, sie waren mit einem Touristenvisum nach Deutschland eingereist. In der Ukraine leben ihre zwei Töchter, die jüngere Tochter ist chronisch nierenkrank und daher dialysepflichtig. Die Familie wusste zuletzt nicht mehr, wie sie die medizinische Behandlung ihrer Tochter bezahlen sollte. Das Ehepaar nahm daher einen Kredit auf, um nach Deutschland zu reisen. Beide arbeiteten hier ohne Papiere und Herr M. wurde zweimal um seinen Lohn betrogen. Das Geld, das Frau M. verdiente, reichte kaum um die Miete ihres Zimmers in einer Souterrainwohnung zu bezahlen. Bis zur Erkrankung von Herrn M. war es ihnen nicht gelungen, Geld nach Hause zu schicken, obwohl der Kredit dringend zurück gezahlt werden muss. Als sich das Paar im Büro vorstellte, waren beide vollkommen verzweifelt und hoffnungslos. Sie sollten demnächst aus ihrem Souterrainzimmer ausziehen, da sie mit der Miete im Rückstand waren. Von der Idee, Geld für die Behandlung der Tochter nach Hause zu schicken, waren sie weiter denn je entfernt. In dieser Situation wurde Herr M. krank.

Erschwert wurde die Betreuung und Behandlung von Herrn M. durch die schlechten Deutschkenntnisse des Ehepaares. Es entstanden erhebliche Kommunikationsprobleme und Missverständnisse. Beide waren über Tage hinweg der Überzeugung, Herr M. leide an einer bösartigen Erkrankung und müsse sterben. Außerdem plagte sie die Sorge, die Polizei könne plötzlich

vor dem Bett stehen und Herrn M. festnehmen. Erst am vierten postoperativen Tag konnte dem Paar durch eine adäquate Übersetzung die Krankheit verständlich erklärt werden. Durch die Verwaltung des Krankenhauses wurden Personalien und Adresse von Herrn M. festgestellt. Mit Unterstützung einer Beratungsstelle wurde durch MitarbeiterInnen des Büros versucht eine Duldung für den Patienten zu erlangen. Da Herr M. nach Abschluss der Behandlung wieder reisefähig sein würde, gelang dies jedoch nicht. Nach Abschluss der operativen Therapie und der Helicobacterbehandlung wurde Herr M. aus dem Krankenhaus entlassen. Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe organisierte die ambulante Nachbetreuung. Frau M. war durch die Erkrankung ihres Mannes psychisch so labil geworden, dass für sie eine russischsprachige psychologische Betreuung gesucht werden musste. Ein Bekannter wollte den beiden helfen, eine neue Unterkunft zu finden, in der sich Herr M. wieder erholen kann. Dies ist kein Einzelschicksal.

## **Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe – Geschichte und politische Rahmenbedingungen**

Seit 1996 hat das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe rund 4000 Menschen betreut, die ohne Aufenthaltsstatus in Berlin leben und daher keinen Zugang zu regulären Gesundheitsleistungen haben. Dabei leistet das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe selbst keine medizinische Hilfe. Die MitarbeiterInnen verstehen sich als Vermittler, sie erfragen die Beschwerden der Ratsuchenden und vermitteln sie an eine geeignete Fachpraxis. Dazu gehören Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, Krankengymnastinnen, Heilpraktiker und andere medizinische Einrichtungen.

Die Arbeit des Büros wird von Medizinstudenten und Studentinnen, Ärzten, Psychologinnen, Pfleger und Menschen aus anderen Berufsgruppen getragen. Vor sechs Jahren wurde das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe mit dem Ziel gegründet, der rassistischen Ausgrenzung von Flüchtlingen aus der Sozialgesetzgebung und der regulären Gesundheitsversorgung ein praktisches Projekt und eine politische Initiative entgegenzusetzen. Seit 1993 werden durch die faktischen Abschaffung des Asylrechts immer mehr Flüchtlinge in die Illegalität gedrängt. Die MitarbeiterInnen des Büros arbeiten ehrenamtlich und verstehen sich explizit nicht als Lückenbüßer im Gesundheitswesen. Vielmehr wollen sie mit ihrer Arbeit deutlich machen, dass die Ausgrenzung von Menschen aufgrund ihres Aufenthaltsstatus aus grundlegenden Menschenrechten, wie der Gesundheitsversorgung, nicht hinnehmbar ist. Das langfristige Ziel ist die Integration aller Patienten und Patientinnen in das

reguläre Gesundheitssystem unter Wahrung der üblichen medizinischen Standards.

Das Büro wird vor allem von Menschen ohne Aufenthaltsstatus aufgesucht. Sie sind von Abschiebung bedroht, sobald sie sich an Krankenhäuser oder Arztpraxen wenden und diese entweder ihre Daten zwecks Abrechnung an das Sozialamt weitergeben oder gar selbst die Ausländerbehörden informieren. Darüber hinaus wenden sich aber auch Flüchtlinge, die unter das seit 1993 existierende Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) fallen, an das Büro. Sie erhalten laut Gesetz nur eine eingeschränkte medizinische Versorgung. Selbst diese wurde den Flüchtlingen in Berlin mit Berufung auf den 1998 eingefügten § 1a AsylbLG zeitweilig verweigert. So entstand in der Stadt über Jahre hinweg eine besonders zugespitzte Situation. Während in vielen anderen Bundesländern nach § 1a AsylbLG lediglich das Taschengeld gestrichen wurde, versagten die Sozialämter in Berlin den Flüchtlingen vielfach jegliche Versorgung durch Sachleistungen, die Heimunterbringung und auch die medizinische Versorgung. Erst im Februar 2001 wurde durch Ausführungsvorschriften zum § 1a AsylbLG auch in Berlin festgestellt, dass die medizinische Versorgung grundsätzlich sichergestellt werden muss. Dennoch ist es für Flüchtlinge in Einzelfällen trotz Vorliegen einer Duldung weiterhin schwierig, die Kostenübernahme gegenüber dem Sozialamt durchzusetzen.

## Büroalltag

Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe hat zweimal die Woche geöffnet. Es sind in der Regel eine Mann und eine Frau anwesend, wovon mindestens eine Person über medizinische Grundkenntnisse verfügt. Die Ärzte und Ärztinnen, die mit dem Büro zusammenarbeiten, behandeln die Flüchtlinge kostenlos und verzichten auf die Identifikation der Betroffenen. Im Bedarfsfall vermittelt das Büro Dolmetscher, die die Patienten in die Praxis begleiten. Sind weitere Diagnostik, Medikamente, die nicht in der Praxis vorrätig sind, oder medizinische Hilfsmittel, wie zum Beispiel Brillen notwendig, versucht das Büro dies zu organisieren. Hierfür bestehen Kontakte zu kooperierenden Einrichtungen, die bestimmte Leistungen zum Selbstkostenpreis anbieten. Das Büro erstattet keine Rechnungen. Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe finanziert sich ausschließlich aus Spenden und arbeitet meist am Rande seiner finanziellen Möglichkeiten. Nur in begründeten Einzelfällen können nach Absprache Kosten übernommen werden.

Inzwischen betreut das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe pro Monat rund 100 Patientinnen und Patienten aus unterschiedlichen Herkunftsländern. Ein Schwerpunkt bilden Menschen aus Lateinamerika und Osteuropa. Dar-

unter sind Männer und Frauen, Kinder sowie ältere Menschen. Die Hilfesuchenden kommen mit einfachen Erkältungskrankheiten genauso wie mit Schwangerschaften und Geburten, Sehstörungen, schweren Infektionserkrankungen, Schwerhörigkeit, bösartigen Tumoren, chronischen Gelenkproblemen, psychischen Problemen oder komplizierten Frakturen. Fast täglich gelangen die MitarbeiterInnen des Büros an die Grenzen ihrer Handlungsfähigkeit. Sie stoßen an Kapazitätsgrenzen oder sind mit medizinisch anspruchsvollen oder langwierigeren Behandlungen konfrontiert, die sie überfordern.

## **Gefahr der Abschiebung bei stationärer Behandlung durch Denunziation**

Besonders schwierig ist die Situation, wenn eine stationäre Behandlung notwendig wird. Rechtlich gesehen haben auch Personen ohne regulären Aufenthaltsstatus einen Anspruch auf Leistungen nach dem AsylbLG. Nur können sie diesen nicht durchsetzen. Sobald Ansprüche dem Sozialamt gegenüber geltend gemacht werden, erfolgt die Weitergabe der Daten an die Ausländerbehörde. Im schlimmsten Fall droht die Abschiebung direkt aus dem Krankenhaus. Zum Beispiel wurde in der Abteilung für Gynäkologie der Charité (Standort Mitte) im Juni letzten Jahres eine im fünften Monat schwangere Vietnamesin, die aufgrund eines sehr schmerzhaften Vulvahämatoms stationär aufgenommen worden war, nach zwei Tagen von der Polizei in Handschellen von der Station abgeführt. In einem anderen Fall wurde im Januar letzten Jahres von der Ersten Hilfe der Charité (Standort Wedding) die Polizei informiert, da Zweifel an der Identität einer nigerianischen Patientin bestanden, die sich dort mit Schwindel und Kopfschmerzen vorstellte. Die Patientin berichtete, die Polizei habe sie auf eine nahe gelegene Wache gebracht. Als sie dort protestierte und sagte, sie brauche eine medizinische Behandlung, sei ihr der linke Arm auf den Rücken verdreht worden, bis sie einen Schlag verspürte und den Arm nicht mehr bewegen konnte. Von der Polizei wurde die Nigerianerin daraufhin in das Jüdische Krankenhaus gebracht. Dort diagnostizierten die Ärzte eine Spiralfaktur des linken Oberarms, die konservativ versorgt wurde. Die Patientin wartete den Abschluss der Therapie im Krankenhaus jedoch nicht ab, sondern verließ die Station aus Angst vor der Polizei am nächsten Tag.

Um eine Weitergabe der Daten zu verhindern, können die PatientInnen im Krankenhaus als "Selbstzahler" aufgenommen werden. Im Unterschied zu den Sozialämtern sind die Krankenhäuser nicht zur Weitergabe von Daten an die Ausländerbehörde verpflichtet. In der Regel aber haben Flüchtlinge ohne Aufenthaltsstatus nicht genug Geld, um die Rechnung zu begleichen. In

Einzelfällen kann das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Absprachen mit den Krankenhäusern treffen, um die Kosten zu reduzieren. Der Chefarzt der DRK Frauenklinik Professor Kentenich, der sehr kooperativ mit dem Büro zusammenarbeitet, sieht das Problem so:

“Dass eine Stadt wie Berlin mit über 3 Millionen Einwohnern als Metropole ein Anziehungspunkt für MigrantInnen ist, bleibt eine Banalität. Ebenfalls ist es evident, dass dann viele MigrantInnen eine gesundheitliche Versorgung benötigen. Man wird sagen können, dass sie aus freien Stücken hierhin gekommen sind und daher Konsequenzen von Krankheiten auch selbst zu tragen haben. Das ist zum Teil richtig. Wenn Frauen aber hochschwanger sind und die Geburt ansteht, dann verliert der Inhalt einer solchen Argumentation jede Grundlage. Es ist ein Skandal, dass Hilfsorganisationen wie das „Büro für medizinische Flüchtlingshilfe“, die Malteser, vielerlei FrauenärztInnen und Hebammen sich im „halblegalen“ Bereich um diese Patientinnen kümmern müssen, ohne dass es dafür auch nur einen Hauch einer Bezahlungsmöglichkeit gibt. Selbst wenn sie es freiwillig tun, bleibt doch die Frage: Wie reagiert unsere Gesellschaft auf den Notstand dieser hochschwangeren Frauen? Für die DRK Frauenklinik gehört es zu einer Selbstverständlichkeit, diesen Frauen zur Verfügung zu stehen und mit den Sozialarbeitern, Ärzten und Hebammen zu sehen, wie finanzielle, juristische, insbesondere aber medizinische Lösungen zu finden sind. Insbesondere für schwangere Frauen muss es eine Lösung geben, ohne dass sie mit ihren neugeborenen Kindern Gefahr laufen, untertauchen zu müssen in der Befürchtung, abgeschoben zu werden. Eine Gesellschaft wird ihre Humanität daran messen müssen, wie sie mit den Schwächsten umgeht. Die illegalen MigrantInnen gehören dazu. Neben der privaten Abhilfe sind politische Lösungen notwendig!“

## Schwangerschaft und Geburt

Ein weiteres schwieriges Problem ist die Betreuung bei Schwangerschaft und Geburt. Während der Mutterschutzfrist, d.h. sechs Wochen vor bis acht Wochen nach der Geburt, kann aufgrund von faktischen Abschiebehindernissen eine Duldung erteilt werden. Wenn die Frauen sich allerdings durch einen Antrag auf Duldung der Ausländerbehörde offenbaren, ist ihr Schicksal nach Ablauf der Schutzfrist unsicher. Ihre Adresse ist nun bekannt, sie müssen ihr bisheriges Lebensumfeld verlassen und eine andere Unterkunft suchen. Dass eine Duldung während der Mutterschutzfrist nicht in jedem Fall gewährt wird, zeigt folgendes Beispiel: Im Dezember 2000 ist eine alleinerziehende Albanerin mit ihren drei Kindern, darunter ein fünf Wochen alter Säugling, in den Kosovo abgeschoben wurden. Aufgrund der winterlichen Wetterverhältnisse mit Glatteis gab es erstens keine Verkehrsverbindung zwischen dem Flughafen und der Stadt Pristina. Zweitens hatte die Mutter dort keine Unterkunft. Der Flüchtlingsrat fordert daher die Ausführungsvorschriften zum Ausländergesetz in Berlin dahingehend zu ändern, dass schwangeren Frauen

drei Monate vor bis drei Monate nach der Geburt eine Duldung erteilt werden muss. Von 1988 bis 1991 war eine solche Regelung im Rahmen des Ausländererlasses in Berlin schon einmal möglich.

Wegen des unsicheren Aufenthaltsstatus ist in der Regel eine normale Schwangerenvorsorge gar nicht möglich. Medizinische Risiken und Gefahrensituationen für Mutter und Kind können daher nicht diagnostiziert und behandelt werden. Dazu kommt die psychosoziale Belastung durch die Unsicherheit, die Angst vor Abschiebung und die materiell schwierige Lebenssituation. Schwangerschaften in der Illegalität sind daher als Risikoschwangerschaften anzusehen und bedürfen einer besonders sorgfältigen Betreuung durch Ärzte und Hebammen.

Erhebliche Probleme bereitet im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt die Ausstellung einer Geburtsurkunde. Erstens prüfen die Standesämter den Aufenthaltsstatus nach und könnten sofort die Polizei informieren. Dann endet das Abholen der Geburtsurkunde im schlimmsten Fall im Abschiebegefängnis. Zweitens erfolgt routinemäßig die Weitergabe der Daten an das Einwohnermeldeamt, was wiederum eine Verfolgung nach sich zieht. Das Leben ohne Geburtsurkunde ist jedoch nicht nur ein dauerndes Handicap für das Kind. Falls Mutter und Kind aufgegriffen werden, kann es auch zu deren Trennung führen, da die Mutter nicht beweisen kann, dass es sich wirklich um ihr Kind handelt.

## **Gesundheitliche Risiken**

Die Unsicherheit und Unberechenbarkeit des Lebens stellt eine große Bürde dar, unter der viele leiden, die ohne oder mit unsicherem Aufenthaltsstatus hier leben. Die Angst vor Entdeckung führt oft dazu, sich gar nicht in die Öffentlichkeit zu wagen. Reale Gefahren können von Phobien manchmal gar nicht klar getrennt werden. Nicht nur die Polizei sondern auch Mitarbeiter von Behörden werden als Bedrohung wahrgenommen. Viele können dabei gar nicht einschätzen, wer ihnen als Vertreter der Staatsmacht oder als Angestellter einer unabhängigen Beratungseinrichtung gegenübertritt. Diese dauernde Bedrohungssituation kann Depressionen und andere psychische Störungen hervorrufen. Psychosomatische Ursachen können zu Klagen über diffuse körperliche Symptome führen. Darüber hinaus führen die realen Lebensbedingungen, die schlechten Wohnverhältnissen und gefährliche Arbeitsbedingungen zu gesundheitlichen Belastungen. Da der Zugang zu medizinischer Versorgung schwierig ist, wird oft erst bei ernststen Beschwerden medizinische Hilfe gesucht und es kommt zu Chronifizierungen. Wenn dann eine ambulante Therapie eingeleitet wird, ist es manchmal nicht möglich,

diese konsequent zu Ende zu führen. Vielfach fehlt das Geld für notwendige Medikamente. Wegen den schikanösen Arbeitszeiten, gegen die sich die Betroffenen ohne Papiere in der Regel nicht zur Wehr setzen können, werden Folgetermine manchmal nicht eingehalten. Da sie sich nicht krankmelden können und für sie der Erhalt ihres Arbeitsplatzes existentiell wichtig ist, verzögert sich häufig die Behandlung. Gerade in der Unsicherheit der Lebenssituation entsteht auf der anderen Seite bei einigen auch der Wunsch, "etwas für sich zu tun", präventive Behandlungen oder Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch zu nehmen.

Gegenüber den MitarbeiterInnen des Büros wird von den Behandelnden manchmal Unverständnis oder auch Ärger geäußert, wenn Absprachen von den Patienten nicht eingehalten werden, die Arbeit wichtiger erscheint als der Termin in der Arztpraxis oder die gute Kleidung scheinbar nicht zur materiellen Not passt. Das Wissen um die Lebensumstände erleichtert dann das Verstehen.

## Was tun!?

Die Berliner Wohlfahrtsverbände haben im Juli 2000 in einer Stellungnahme die Einhaltung von Mindeststandards für Menschen ohne Aufenthaltsstatus gefordert. „Alle Menschen müssen die Möglichkeit haben, sich medizinisch behandeln zu lassen, ohne Angst zu haben, wegen ihres fehlenden Aufenthaltsstatus angezeigt zu werden. Dies gilt insbesondere für Schwangere“. Bereits 1998 hat der Welt-Ärztbund in Ottawa die Pflicht von Ärzten und Ärztinnen bekräftigt, Menschen unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus medizinisch zu behandeln.

Wie kann das aussehen? Von Politikern und Experten wird als Lösungen für die medizinische Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus immer wieder die Einrichtung eines Armutsfonds, von Kontingentbetten oder von Obdachlosenambulanzen vorgeschlagen. Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe hält diese Ansätze jedoch für nicht ausreichend und daher für ungeeignet. Aus ihrer Praxis wissen die MitarbeiterInnen, dass die Gesundheitsprobleme eben nicht durch eine punktuelle Minimalversorgung gelöst werden können. Kontingente oder Fonds werden mit ihrer unverbindlichen und begrenzten Finanzierung stets im Widerspruch zu den Erfordernissen üblicher Therapiestandards stehen. Darüber hinaus stellt sich die Frage, wer nach welchen Kriterien über die Vergabe von Fondsmitteln entscheiden soll.

Flüchtlinge, die ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland leben, müssen vielmehr in die medizinische Regelversorgung integriert werden. Dass das möglich ist, zeigen Beispiele aus anderen europäischen Ländern. In Frankreich

zum Beispiel erfolgt die medizinische Versorgung von Ausländern mit irregulärem Aufenthaltsstatus durch den AME (aide medical de l'état), einer Organisation des Gesundheitsministeriums, zu den Bedingungen der regulären Versorgung in öffentlichen Krankenhäusern oder Arztpraxen und ohne Weitergabe von Daten an Polizei oder Innenministerium. Auch in Großbritannien ist die Versorgung durch das öffentliche Gesundheitswesen unter unproblematischeren Bedingungen möglich.

Ein erster Schritt wäre die Abschaffung der §§ 76 und 92 AuslG. Eine Entkriminalisierung und die Abrechnung über das Sozialamt wäre dann möglich, ohne ausländerrechtliche Sanktionen und Abschiebung durch die Ausländerbehörde befürchten zu müssen.

Solange Flüchtlinge nicht in die reguläre Gesundheitsversorgung integriert sind, wird das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe seine Arbeit fortsetzen müssen. Hierfür ist es dringend auf die Unterstützung durch die Ärzteschaft, auf weitere kooperierende Praxen sowie auf Spenden angewiesen.

*Dieser Text ist eine gekürzte Fassung eines in der Zeitschrift Berliner Ärzte 2/2002 erschienen Artikels. Wir danken der Autorin, dass Sie diesen Artikel für die Veröffentlichung zur Verfügung gestellt hat.*