



STÄDTE DES RECHTS: GESUNDHEITSVERSORGUNG FÜR UNDOCUMENTIERTE MIGRANT*INNEN

APRIL 2017

● PICUM

PLATFORM FOR INTERNATIONAL COOPERATION ON
UNDOCUMENTED MIGRANTS

Die Plattform für Internationale Zusammenarbeit zu undokumentierten Migrant*innen (PICUM) wurde 2001 als eine Initiative von an der Basis arbeitenden Organisationen gegründet. Heute repräsentiert PICUM ein Netzwerk von 155 Organisationen, die in 30 Ländern mit Migrant*innen ohne Aufenthaltsstatus arbeiten – vor allem in Europa, aber auch in anderen Regionen der Welt. PICUM hat eine Vielzahl an Fakten über die Kluft zwischen internationalen Menschenrechtsnormen und Politiken und Praktiken auf nationaler Ebene zusammengetragen. Mit 15 Jahren an Wissen und Erfahrung zu undokumentierten Migrant*innen, fördert PICUM die Anerkennung ihrer Grundrechte, indem eine wichtige Verbindung zwischen den Alltagssituationen vor Ort und politischen Debatten hergestellt wird.

Bericht verfasst von Alyna C. Smith, Advocacy Officer, und Michele LeVoy, Direktorin.

PICUM dankt allen Mitgliedern von PICUM, die zu diesem Bericht beigetragen haben, sowie Marta Llonch Valsells für ihre wertvolle Unterstützung bei der Recherche.

Dieser Bericht basiert auf einer Veröffentlichung aus dem Jahr 2014, die von Lilana Keith, Advocacy Officer von PICUM, mit Unterstützung von Mitgliedern und Partnern von PICUM erstellt wurde. Ihnen allen sei herzlich gedankt.

Dieser Bericht wurde ermöglicht mit der Unterstützung von:



Dieser Bericht entstand mit finanzieller Unterstützung des EU-Programms für Beschäftigung und soziale Innovation „EaSI“ (2014–2020). Für nähere Informationen, siehe: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1081&langId=de>. Die in dieser Veröffentlichung enthaltene Information gibt nicht zwangsläufig die offizielle Position der Europäischen Kommission wieder.

SIGRID RAUSING TRUST



**OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS**

Mit Unterstützung des Foundation Open Society Institute in Zusammenarbeit mit der Open Society Initiative for Europe der Open Society Foundations.

PICUM

Plattform für Internationale Zusammenarbeit zu undokumentierten Migrant*innen

Rue du Congres / Congresstraat 37-41, post box 5

1000 Brüssel

Belgien

Tel: +32/2/210 17 80

Fax: +32/2/210 17 89

info@picum.org

www.picum.org

TITELBILD: ©Bente Stachowske, Sprechstunde für Kinder der Migrantenmedizin Westend der Hoffnungsorte Hamburg, die in Kooperation mit Ärzten der Welt undokumentierten Migrant*innen und Menschen ohne Krankenversicherung kostenlose medizinische Hilfe bietet.

STADTBILDER: Kiel: © Livingsee | Dreamstime.com • Warschau: © Niserin | Dreamstime.com • Helsinki: © Scanrail | Dreamstime.com
Düsseldorf: © Swinnerr | Dreamstime.com • Madrid: © Sandy_maya | Dreamstime.com • Barcelona: © Fazon1 | Dreamstime.com

INHALT

VORWORT Anna Lisa Boni, Generalsekretärin, Eurocities.....	3
VORWORT Michele LeVoy, Direktorin, PICUM.....	5
ÜBERBLICK: (Re)aktionen der Städte in Europa.....	6
EINLEITUNG.....	8
BELGIEN.....	14
Gemeinde Molenbeek (Brüssel).....	15
Gent.....	15
FINNLAND.....	16
Helsinki.....	17
DEUTSCHLAND.....	18
Frankfurt.....	19
Kiel.....	20
Düsseldorf.....	20
SCHWERPUNKT.....	21
Schweden: Gesetzesreform führt zu besserem Versicherungsschutz aber mehr Unsicherheit bei der Anwendung.....	21
Italien: Ein starker nationaler Rahmen ergänzt um regionale Aktionen.....	22
NIEDERLANDE.....	24
Eindhoven, Amsterdam, Nijmegen und Utrecht.....	25
POLEN.....	26
Warschau.....	27
SPANIEN.....	28
Madrid.....	29
Barcelona.....	30
SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN.....	31



VORWORT



Integration bedeutet für uns, dass alle Einwohner*innen einer Stadt ihr volles Potenzial entfalten und in Sicherheit und Würde leben können. Städte diskriminieren nicht auf Grundlage von Aufenthaltsstatus oder Migrationshintergrund, viele entscheiden sich vielmehr, ihre Dienste auch undokumentierten Migrant*innen zugänglich zu machen.

Die Gründe hierfür sind sowohl ethischer als auch pragmatischer Natur. Für Städte ist eine universelle Dienstleistung eine gute Investition in Sachen Integration, sozialer Zusammenhalt und öffentliche Gesundheit. Wir können es uns nicht leisten, die immer größer werdende Anzahl undokumentierter Migrant*innen in unseren Städten zu ignorieren oder uns mit ihnen gar nur im Zusammenhang mit Abschiebehaft und Rückführung zu beschäftigen, wie es in EU-Mitgliedstaaten oft der Fall ist. Wenn Menschen ohne Papiere von Leistungen ausgeschlossen werden, geschieht dies auf Kosten des Zusammenhalts der Gesellschaft, der öffentlichen Gesundheit und des Schutzes grundlegender Menschenrechte, einschließlich der Rechte von Kindern.

Führende Vertreter von 37 europäischen Großstädten haben unsere *Integrating Cities Charta* unterzeichnet, womit sie sich zur Integration von Migrant*innen und zur Förderung einer gut gesteuerten Migration verpflichten. Angesichts unserer von wachsender Vielfalt geprägten Gesellschaften haben viele unserer Mitglieder ihre eigenen Maßnahmen und Praktiken entwickelt, um undokumentierten Migrant*innen gleichen Zugang zu städtischen Diensten zu sichern. Manchmal werden sie als „zukünftige Bürger*innen“ behandelt, die entsprechenden Bedarf an Integration, Bildung, Gesundheitsversorgung und Maßnahmen zur Eingliederung in den Arbeitsmarkt haben. Im Rahmen unserer Zusammenarbeit mit PICUM wurden viele unserer Mitglieder von Expert*innen beraten. So haben sie von den Erfahrungen anderer gelernt, wie man die notwendigen Kapazitäten aufbauen kann, um Leistungen für undokumentierte Migrant*innen zu erbringen.

Durch die Kooperation von PICUM und unserer Arbeitsgruppe Migration und Integration konnten wir auf politischer Ebene besser verdeutlichen, welche große Bedeutung dieses Thema hat. Daraufhin wurde eine Untergruppe aus acht Städten eingerichtet, die sich verstärkt mit dem Thema der irregulären Migration auseinandersetzt. Ab 2017 wird diese Gruppe unter der Führung von Utrecht und mit Unterstützung von PICUM, der Universität Oxford und der *Open Society Foundations* dieses Thema zwei

Jahre lang vertiefend bearbeiten. Hauptziel dieser Übung ist es, politische Maßnahmen und Praktiken auszumachen, die europaweit von Städten und Gemeinden mit unterschiedlich großen Gruppen irregulärer Migrant*innen aufgegriffen werden können.

Dieses Pilotprojekt läuft zu einem für europäische Städte entscheidenden Zeitpunkt an. Die Herausforderung, Leistungen für undokumentierte Migrant*innen zu erbringen, wird immer größer, da viele der in unseren Städten angekommenen Asylbewerber*innen schlussendlich nicht als Flüchtlinge anerkannt werden.

Die Reformen des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems gehen in eine besorgniserregende Richtung, da Anreize für Sekundärmigration von Asylbewerber*innen abgeschafft und die Rechte derer, die versuchen das System auszunutzen, eingeschränkt werden sollen. Durch diese neuen Vorschläge laufen einige Gefahr, ohne jegliche Unterstützung auskommen zu müssen, während sie auf ihre freiwillige oder Zwangsabschiebung in ihren „ersten Asylstaat“ oder ein „sicheres Drittland“ warten. Asylbewerber*innen, die sich ohne Aufenthaltsgenehmigung in einem Mitgliedstaat aufhalten, könnten in großen Städten verarmen, ohne Zugang zu materiellen Leistungen, Arbeit oder Bildung für ihre Kinder. Auch wenn Asylbewerber*innen den ihnen zugewiesenen Mitgliedstaat verlassen, stoßen sie so zu den Tausenden undokumentierten Migrant*innen, die ohne Rechte und Perspektive in Europas Großstädten leben und internationalen Schutz benötigen.

Egal ob einzelne Stadtbewohner*innen eine Aufenthaltsgenehmigung haben oder nicht – angesichts all dieser Menschen haben die Städte keine Wahl. Sie müssen handeln, weil es sonst niemand tut. Durch die Zusammenarbeit mit Organisationen der Zivilgesellschaft und Expert*innennetzwerken wie PICUM können wir unsere Städte offener und inklusiver gestalten und die grundlegenden Prinzipien der EU wahren – Solidarität, Menschlichkeit und Würde.

Anna Lisa Boni
Generalsekretärin, EUROCITIES



VORWORT



In Gesprächen über Migration verliert man sich allzu oft in Fragen, die einen scheinbar nicht betreffen. Man denkt an Menschen und Probleme, die uns weit weg erscheinen und mit unserer Lebensrealität zunächst einmal nicht viel zu tun haben.

Migration hat aber ganz konkrete Auswirkungen, auch in unserer unmittelbaren Umgebung. Jeder von uns kann bei diesem Thema mitreden, da entweder wir selber oder Verwandte, Freund*innen, Nachbar*innen oder Kolleg*innen von uns ursprünglich aus einem anderen Land kommen. Gerade in Städten kommen Menschen unterschiedlichster Herkunft und Nationalitäten zusammen und interagieren tagtäglich miteinander.

Insofern erstaunt es nicht, dass Städte oftmals die ersten sind, die mit entsprechenden Regeln und Maßnahmen auf die Bedürfnisse ihrer Einwohner*innen eingehen, denn sie haben den Mehrwert der Vielfalt erkannt und gehen die Belange der unterschiedlichen Gemeinschaften ganz pragmatisch an. Im Gegensatz zu oftmals restriktiven nationalen Gesetzen, denen eher politische Überlegungen und weniger die gesellschaftliche Realität zugrunde liegen, haben Städte ihre eigenen Mittel und Wege gefunden, um die Grundrechte ihrer Einwohner*innen ungeachtet deren Aufenthaltsstatus zu achten und zu schützen.

Gerade vom nationalen Gesundheitssystem werden Menschen ohne Papiere oft ausgeschlossen, weshalb sie auf Freiwillige und humanitäre Organisationen angewiesen sind. Dieser Bericht baut auf Arbeiten PICUMs aus dem Jahr 2014 auf. Damals hatten wir bereits untersucht, wie Städte sich für eine bessere Gesundheitsversorgung ihrer undokumentierten Einwohner*innen einsetzen. In diesem aktualisierten Bericht möchten wir mit einigen Beispielen zeigen, wie Städte – oftmals in enger Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft – die Auswirkungen restriktiver nationaler Gesundheitspolitik, die den Zugang zu Leistungen an einen Aufenthaltsstatus knüpft, mindern.

Bemühungen im Gesundheitsbereich bilden zwar den Schwerpunkt dieses Berichts, darüber hinaus werden jedoch auch andere städtische Initiativen vorgestellt, die allen Personen ungeachtet ihres Aufenthaltsstatus offenstehen. Zum Beispiel Notunterkünfte, Sicherheit beim Erstaten polizeilicher Anzeigen und Zugang zu Bildung.

In einem politischen Umfeld, das all zu oft geprägt ist von spaltender Rhetorik und Gesetzen, die den Zugang zu grundlegenden Leistungen als Instrument der Einwanderungskontrolle missbrauchen, zeugen diese Ansätze davon, dass die Städte Menschenrechte und Menschenwürde als hohes Gut ansehen. So zeigen diese leuchtenden Beispiele in einer ansonsten eher düsteren Umgebung, was man mit entsprechender Weitsicht und politischem Willen erreichen kann.

Nichtsdestoweniger ist nach wie vor eine Reform nationaler Gesetze und ausgrenzender Systeme das Wichtigste, um die Situation undokumentierter Einwohner*innen zu verbessern und wir dürfen in unseren Anstrengungen nicht nachlassen, bis das nicht erreicht ist. Wir müssen auch weiterhin Staaten ihre völkerrechtlichen Verpflichtungen deutlich vor Augen halten. In der Zwischenzeit freuen wir uns über jede Stadt, die sich dafür einsetzt, dass alle Einwohner*innen ihre Rechte ausüben können, und unterstützen die Forderung, dass Städte bei der Gestaltung nationaler Migrationspolitik eine größere Rolle spielen sollten.

Michele LeVoy
Direktorin, PICUM

ÜBERBLICK:

(Re)aktionen der Städte in Europa

Europaweit haben Menschen ohne Aufenthaltsstatus große Probleme, Zugang zur Gesundheitsversorgung zu bekommen. Dies liegt teilweise an zu hohen Kosten oder daran, dass die Leistungen schlecht an die Bedürfnisse der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen angepasst sind. Teilweise wurden aber auch politische Maßnahmen ergriffen, mit denen der Zugang zu öffentlichen Diensten für Migrant*innen eingeschränkt wird. Trotz eines sehr restriktiven Rechtsrahmens auf nationaler Ebene setzt sich eine immer größere Anzahl Städte aus Prinzip und aus Pragmatismus dafür ein, die Kluft zwischen dem Ziel einer universellen Gesundheitsversorgung und einer Realität, in der Millionen Menschen aufgrund ihres Migrationsstatus von ebendieser ausgeschlossen werden, zu überbrücken. Sie nutzen sämtliche Gesetzgebungs- und anderweitigen Kompetenzen für die Gestaltung, Durchführung und Finanzierung von Gesundheitsleistungen. Damit unterstützen sie Initiativen, mit denen Menschen ohne Papiere einen besseren Zugang zur medizinischen Grundversorgung erhalten.

Die **Brüsseler** Gemeinde Molenbeek setzt bei den administrativen Hindernissen beim Zugang zur Versorgung an, indem sie die medizinische Erstkonsultation organisiert und bezahlt. Denn ohne ärztliche Bescheinigung, dass eine Behandlung dringend erforderlich ist, können dort keine Leistungen des staatlichen Gesundheitssystems in Anspruch genommen werden.

Die Stadt **Gent** geht über das in Belgien geforderte gesetzliche Minimum hinaus, indem sie undokumentierten Patient*innen eine vom Antragszeitpunkt ab drei Monate gültige Gesundheitskarte ausstellt und sich hinsichtlich der Dokumente, die als Wohnsitznachweise anerkannt werden, flexibel zeigt.

Helsinki verfolgt offiziell eine Politik für einen verbesserten Schutz der Grundrechte undokumentierter Einwohner*innen der Stadt und bietet ihnen in öffentlichen Gesundheitszentren und Krankenhäusern Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Die Stadt **Frankfurt** arbeitet direkt mit einer Nichtregierungsorganisation zusammen, um Einwohner*innen ohne Krankenversicherung ungeachtet ihres Migrationsstatus unentgeltlich und vertraulich Zugang zur Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.

Kiel kooperiert mit einem Netzwerk ehrenamtlich tätiger Ärzt*innen, um undokumentierten Kindern Zugang zu Schutzimpfungen und Schwangeren allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.

Düsseldorf finanziert medizinische Leistungen für undokumentierte Migrant*innen, damit diese sich für die Übernahme der Kosten nicht mehr an die Verwaltung des Bundes wenden müssen. Dadurch würden sie nämlich Gefahr laufen, dass sie, wie im Gesetz vorgesehen, den Ausländerbehörden gemeldet werden.

Amsterdam, Utrecht, Eindhoven und **Nijmegen** leisten finanzielle Unterstützung an lokale Organisationen, die sich für undokumentierte Migrant*innen einsetzen. Dabei werden auch Kosten für Leistungen und Arzneimittel übernommen, die laut niederländischen Gesetz nicht erstattet werden.

Warschau finanziert eine Organisation ehrenamtlich tätiger Ärzt*innen, die Einwohner*innen ohne Krankenversicherung ungeachtet ihres Aufenthaltsstatus behandeln.

In **Madrid** läuft eine Kampagne, mit der einerseits undokumentierte Migrant*innen über ihr Recht zur Inanspruchnahme öffentlicher Gesundheitsleistungen aufgeklärt und andererseits Gesundheitsfachkräfte darüber informiert werden, dass sie keinen Patient*innen aufgrund deren Aufenthaltsstatus die Behandlung verweigern dürfen. Im Oktober 2016 hat der Stadtrat für die Einführung eines Ausweises für undokumentierte Einwohner*innen gestimmt, mit dem ihnen der Zugang zu städtischen Leistungen wie u.a. Gesundheitsversorgung gesichert wird.

Barcelona hat eine aktive Maßnahme zur Anmeldung eingeführt, die alle Migrant*innen ohne Aufenthaltsstatus ermutigt, sich bei der Stadt anzumelden und ihnen Zugang zum öffentlichen Gesundheitswesen bietet.



EINLEITUNG

Wer ist undokumentiert?

Eine Person wird als undokumentiert bezeichnet, wenn sie für das Land, in dem sie lebt, keine gültige Aufenthaltsgenehmigung hat. Oftmals werden Personen auch erst nach gewisser Zeit undokumentiert, weil sie eine oder mehrere Voraussetzungen für ihr Visum nicht mehr erfüllen. Dies kann unter anderem zurückzuführen sein auf einen Verlust des Arbeitsplatzes, administrative Verzögerungen bei der Bearbeitung eines Einreiseantrags, abgelaufene Dokumente, Ehescheidung, Ablehnung des Asylantrags oder eine strafrechtliche Verurteilung. Auch Kinder, die in eine undokumentierte Familie geboren werden, haben oft keine Aufenthaltsgenehmigung. In den meisten Ländern der Europäischen Union ist es keine Straftat, sich ohne Papiere im Land aufzuhalten oder ein- und auszureisen.¹ Und in allen Ländern, die den Großteil der wichtigsten internationalen Menschenrechtsabkommen unterzeichnet haben (wozu auch alle 28 EU-Mitgliedstaaten gehören), haben auch undokumentierte Personen die Möglichkeit, Staaten für die Achtung und den Schutz ihrer grundlegenden Menschenrechte zur Verantwortung zu ziehen. Diese umfassen auch die Rechte auf Gesundheit, Schutz der Privatsphäre und Leben.²

Es gibt keine genauen Angaben zur Anzahl der Personen, die ohne Aufenthaltsstatus in Europa leben. Es deutet manches darauf hin, dass die meisten von ihnen in den letzten Jahrzehnten regulär in die EU eingereist sind – mit einem gültigen Studenten- oder Arbeitsvisum, im Rahmen einer Familienzusammenführung oder mit Asyl – und diesen Status zu einem späteren Zeitpunkt verloren haben.³ In den letzten Jahren ist jedoch die Zahl der irregulären Grenzübertritte in Europa stark angestiegen, wie beispielsweise 2011 infolge der instabilen Lage im

SPRACHGEBRAUCH

Warum „undokumentiert“ und nicht „illegal“?

In vorliegenden Text werden Menschen ohne gültige Aufenthaltsgenehmigung stets als „undokumentiert“ (alternativ: „irregulär“, „ohne Aufenthaltsstatus“ oder „ohne Papiere“) bezeichnet und nicht als „illegal“. Der Begriff „illegal“ ist diskriminierend und impliziert Kriminalität. Ein Mensch kann nicht „illegal“ sein. Migration ist kein Verbrechen. Das Konzept „illegal“ zu sein, wird nur für Migrant*innen angewendet und genutzt, um ihnen ihre Rechte zu verwehren. Es hat dabei auch ganz reale Auswirkungen auf politische Maßnahmen und die öffentliche Wahrnehmung, denn diese ungenaue Wortwahl führt dazu, dass Teile der Gesellschaft die Verfolgung und Bestrafung dieser Personengruppe akzeptieren.

PICUMs Faltblatt zum Sprachgebrauch finden Sie unter: www.picum.org

Nahen Osten und Nordafrika und erneut 2015 aufgrund der andauernden Konflikte in Syrien und anderen Ländern sowie aufgrund der wirtschaftlichen Ungleichgewichte in der Welt.⁴ Viele dieser Neuankömmlinge beantragen zwar Asyl, aber bei weitem nicht alle. Auch gibt es viele Asylbewerber*innen, die trotz einer Ablehnung ihres Antrags im Land bleiben und fortan zur wachsenden Gruppe derer zählen, die ohne Aufenthaltsstatus in Europa leben, arbeiten und ihre Kinder großziehen.

- 1 Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2014), *Criminalisation of Migrants in an Irregular Situation and of Persons Engaging with Them*.
- 2 Mehrere internationale Menschenrechtsabkommen umfassen das Recht auf Gesundheit und verpflichten Staaten, dieses Recht ohne jegliche Diskriminierung, also auch nicht auf Grundlage des Migrationsstatus, zu achten und zu schützen. Hierzu zählen unter anderem der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR), das Internationale Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung (ICERD), die UN-Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW) und das Übereinkommen über die Rechte des Kindes (KRK). Für weitere Informationen, vgl. Fußnote 5 sowie PICUM (2016), *Sexual & Reproductive Health Rights of Undocumented Migrants: Narrowing the Gap Between their Rights and the Reality in the EU*, S. 9-11.
- 3 Es gibt keine verlässlichen Zahlen zur Anzahl der undokumentierten Migrant*innen in der EU, da es in der EU keine Mechanismen zur systematischen Datenerhebung für irreguläre Migration gibt. Schätzungen auf Grundlage bestehender Daten gehen davon aus, dass 2008 zwischen 1,9 und 3,8 Mio. undokumentierte Migrant*innen in der EU-27 lebten und damit zwischen 0,39 und 0,77 % der damaligen Bevölkerung ausmachten. Vgl. A. Triandafyllidou, *CLANDESTINO Project Final Report*, November 2009, S. 11-12.
- 4 B. Milanovic, „*Global Inequality: From Class to Location, from Proletarians to Migrants*“, *Global Policy*, Vol. 3 Ausgabe 2 (Mai 2012).

IM FOKUS:**Aktionen von Städten aus aller Welt**

Im Rahmen der vom Ausbildungs- und Forschungsinstitut der Vereinten Nationen (UNITAR) und anderen Partnern geförderten Initiative **Globales Städteforum zu Mobilität, Migration und Entwicklung** kommen Vertreter*innen von Städten aus aller Welt zusammen, um angesichts zunehmender Diversität Fragen des Stadtmanagements zu diskutieren. Das Forum geht von dem Grundsatz aus, dass Migration als überwiegend positives Phänomen zu sehen ist und der Entwicklung zugutekommt. Beim ersten Forum im Juni 2014 nahmen die Bürgermeister*innen die Erklärung von Barcelona an, in der Behörden dazu aufgefordert werden, „allen auf ihrem Gebiet lebenden Personen die gleichen Rechte, Pflichten und Chancen zukommen zu lassen“ und den Ausschluss von irregulären Migrant*innen so weit wie möglich zu reduzieren. Es wird auch hervorgehoben, dass bei der Gestaltung der Migrationspolitik die „Stimme und Rolle“ der Städte stärker berücksichtigt werden muss. Im Rahmen des zweiten Forums im November 2015 in Quito wurde die Lokale Agenda für Migration und Entwicklung angenommen. Darin wird hervorgehoben, dass Städte bei Integration und der Erbringung von Dienstleistungen für eine immer buntere Gesellschaft eine entscheidende Rolle spielen, und gefordert, dass durch entsprechende Maßnahmen allen, ungeachtet ihres Aufenthaltsstatus, Zugang zur Gesundheitsversorgung garantiert wird.

Die **UN-Konferenz zu Wohnen und nachhaltiger Stadtentwicklung (Habitat)** hat im Oktober 2016 die sogenannte *New Urban Agenda* der Vereinten Nationen angenommen, in der dargelegt wird, welche zahlreichen Formen von Diskriminierung Migrant*innen ausgesetzt sind. Sie umfasst ferner die Verpflichtung, allen Flüchtlingen, Binnenvertriebenen und Migrant*innen ungeachtet ihres Status eine umfassende Achtung der Menschenrechte und menschenwürdige Behandlung zuzusichern sowie ohne Diskriminierung allen einen fairen und bezahlbaren Zugang zur Gesundheitsversorgung und Familienplanung zu ermöglichen.

Das **Gesunde Städte-Netzwerk der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO)** umfasst rund 100 Städte in 30 Ländern, die sich mit den Themen Gesundheit und nachhaltige Entwicklung befassen. Das Netzwerk legt alle fünf Jahre ein neues Schwerpunktthema fest, zu dem dann eine politische Erklärung und damit einhergehende strategische Ziele ausgearbeitet werden. Die übergeordneten Ziele für die Phase VI (2014-2018) sind eine bessere Gesundheit für alle sowie ein Abbau der Ungleichheiten im System. Schwerpunkt des nationalen Treffens des italienischen Gesunde Städte-Netzwerks im Mai 2016 in Palermo (Sizilien) war das Thema Migration.

Im November 2016 hat die **UNESCO** (Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur) zusammen mit der Marianna V. Vardinoyannis Stiftung und der Europäischen Städtekoalition gegen Rassismus (ECCAR) in der griechischen Hauptstadt Athen eine Konferenz mit dem Titel „Aufnahme von Flüchtlingen: Inklusion fördern und Rechte schützen“ ausgerichtet. Die Bürgermeister*innen und ihre Stellvertreter*innen von Athen, Amaroussion, Lesbos, Piräus und Thessaloniki haben sich zusammen mit politischen Vertreter*innen aus Albanien und Zypern sowie mit Vertreter*innen der Zivilgesellschaft über bewährte Praktiken ausgetauscht, mit denen man eine bessere Integration sowie einen besseren Schutz der Rechte erreichen kann. Im Rahmen dieser Konferenz wurde auch eine Publikation über die Förderung wirksamer Städtepolitik im Zeitalter der Migration veröffentlicht. Darin heißt es, dass die „Regierung auf allen Ebenen sicherstellen muss, dass die Menschenrechte aller Migrant*innen und Flüchtlinge ungeachtet ihres Status geschützt und geachtet werden.“ In einer Checkliste für eine „städtische Agenda für die Empfangspolitik“ in dieser Publikation ist unter anderem auch ein Punkt zum universellen Zugang zum Sozialwesen für alle, ohne jegliche Form von Diskriminierung, aufgeführt.

Quellen:

- › UNITAR, <https://www.unitar.org/dcp/human-mobility-programme/facilitating-policy-dialogue>.
- › Lokale Agenda von Quito für Migration und Entwicklung (2015), https://www.unitar.org/dcp/sites/unitar.org/dcp/files/uploads/quito_outcome_document_en_0.pdf.
- › Erklärung von Barcelona (2014), <http://www.bcn.cat/novaciudadania/pdf/ca/home/DeclaracioBcn.en.pdf>.
- › New Urban Agenda, <https://www2.habitat3.org/bitcache/97ced11dcecef85d41f74043195e5472836f6291?vid=588897&disposition=inline&op=view>.
- › Gesunde Städte-Netzwerk der Europäischen Region der WHO, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities/who-european-healthy-cities-network>.
- › UNESCO (2016), [Cities Welcoming Refugees and Migrants: Enhancing Effective Urban Governance in an Age of Migration](#).

Ist das Recht auf Gesundheit für alle in Europa geschützt?

Das Recht auf Gesundheit ist ein universelles Recht, das von keinerlei Status abhängig ist. Es wurde in zahlreichen internationalen und regionalen Menschenrechtsverträgen und in vielen einzelstaatlichen Verfassungen als universelles Recht für alle verankert.⁵ Die Ratifizierung dieser Instrumente durch alle EU-Mitgliedstaaten verpflichtet diese (auf allen Regierungsebenen), allen Personen ohne Diskriminierung und ungeachtet deren Aufenthaltsstatus Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Die Realität sieht jedoch ganz anders aus. Gesetze, Politik und Praxis weichen in allen EU-Mitgliedstaaten in unterschiedlichem Maße von diesen Verpflichtungen ab.⁶ Expert*innengremien, die überprüfen, inwieweit einzelne Staaten das in internationalen Menschenrechtsabkommen verankerte Recht auf Gesundheit einhalten, haben wiederholt ernsthafte Bedenken geäußert. Sie beklagen rechtliche wie auch praktische Hindernisse beim Zugang zur Gesundheitsversorgung, sowohl zu Arzneimitteln und Medizinprodukten wie auch zu Gesundheitsleistungen, die Menschen ohne Aufenthaltsstatus teilweise oder vollständig hindern, ihr Recht auf Gesundheit auszuüben. Tatsächlich haben Menschen ohne Papiere in den meisten EU-Mitgliedstaaten lediglich Zugang zur Notfallversorgung und in manchen Staaten müssen sie sogar diese Behandlung im Anschluss bezahlen.⁷ In anderen Staaten wird zwar per Gesetz der Zugang zu weitergehenden Gesundheitsdienstleistungen prinzipiell ermöglicht, undokumentierte Migrant*innen haben dann aber de facto keinen Zugang, da öffentliche Bedienstete aufgrund sich widersprechender gesetzlicher Vorschriften verpflichtet sind, Personen ohne Aufenthaltsstatus den Einwanderungsbehörden zu melden. Darüber hinaus bestehen teilweise auch weitere finanzielle, administrative oder andere praktische Hürden.⁸

Was für Auswirkungen hat dieser Ausschluss vom Gesundheitssystem?

Der eingeschränkte Zugang zum Gesundheitssystem wirkt sich nicht nur auf die betroffenen Menschen ohne Papiere negativ aus, sondern schadet auch der Gesellschaft im Allgemeinen. Es liegt auf der Hand, dass ein eingeschränkter Zugang zur Gesundheitsversorgung der psychischen und körperlichen Gesundheit der Betroffenen schadet, da bestehende Erkrankungen nicht angemessen behandelt werden können. Vom Gesundheitssystem ausgeschlossen zu werden, bedeutet darüber hinaus aber auch, weder Zugang zu Informationen über Risikofaktoren, Vorbeugung und gesundheitsfördernde Maßnahmen noch zu routinemäßigen Untersuchungen in der Schwangerschaft oder zum Aufspüren übertragbarer Krankheiten oder chronischer Erkrankungen zu bekommen. Keinerlei Diagnose oder Behandlung psychischer Erkrankungen, bis es zu kritischen Vorfällen kommt, sowie keine angemessene Vorbeugung und Behandlung von physischen oder kognitiven Behinderungen. In manchen Fällen bedeutet dies auch keine Schwangerschaftsbetreuung und -nachsorge, keine Kinderimpfungen und keine Routineuntersuchungen durch Kinderärzt*innen.⁹

Wenn einem ganzen Bevölkerungsteil jedoch der Zugang zum öffentlichen Gesundheitssystem verwehrt wird, kann dies auch negative Auswirkungen auf Programme zur Förderung der öffentlichen Gesundheit haben und die Bemühungen zur Verringerung der Kinder- und Müttersterblichkeit, zur Behandlung chronischer Erkrankungen und zur Prävention und Kontrolle übertragbarer Krankheiten untergraben. Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) hat darauf hingewiesen, vor welchen großen Hindernissen Menschen ohne Papiere stehen, wenn sie Zugang zu HIV-Leistungen benötigen, und alle Staaten dringend dazu aufgefordert, diese anzugehen.¹⁰

5 Vgl. Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (Artikel 25); Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR) (Artikel 12); Internationales Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung (Artikel 5), UN-Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW) (Artikel 12); Übereinkommen über die Rechte des Kindes (KRK) (Artikel 24); Charta der Grundrechte der Europäischen Union (Artikel 35); Europäische Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten (Artikel 3, in der Auslegung durch den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte in der Rechtssache *Pretty v. UK*, in der der Gerichtshof befand, dass „das Leiden infolge einer natürlich auftretenden – körperlichen oder mentalen – Erkrankung [...] durch Artikel 3 abgedeckt sein [kann], wenn es durch eine Behandlung verschlimmert wird oder werden könnte [...], für die die Behörden verantwortlich gemacht werden können.“) und die Europäische Sozialcharta (Artikel 13). Nach jüngster Rechtsprechung kann die dynamische Auslegung der Charta undokumentierte Migrant*innen nicht ausschließen, wenn ihre Menschenwürde als direkt betroffen gilt. Vgl. z. B. International Federation of Human Rights League (FIDH) v. Frankreich (Beschwerde Nr. 14/2003); Defence for Children International (DCI) v. die Niederlande (Beschwerde Nr. 47/2008); Defence for Children International (DCI) v. Belgien (Beschwerde Nr. 69/2011); Médecins du Monde – International v. Frankreich (Beschwerde Nr. 67/2011).

6 Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2015), [Healthcare entitlements of migrants in an irregular situation in the EU-28](#).

7 Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2011), [Fundamental Rights of Migrants in an Irregular Situation in the European Union](#); Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2012), [Migrants in an Irregular Situation: Access to healthcare in 10 European Union Member States](#); vgl. auch Agentur der Europäischen Union für Grundrechte, [Healthcare entitlements of migrants in an irregular situation in the EU-28](#).

8 Vgl. S. Spencer, V. Hughes (2015), [Outside and In: Legal Entitlements to Health Care and Education for Migrants with Irregular Status in Europe](#).

9 Ärzte der Welt (2016), [Legal Report on Access to Healthcare in 17 Countries](#).

10 ECDC (2013), [Evidence Brief – Migration: Monitoring Implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2012 Progress Report](#).

WAS IST „UNIVERSELLE“ GESUNDHEITSVERSORGUNG?

Die nationalen Gesundheitssysteme der EU-Mitgliedstaaten weisen zwar große Unterschiede auf, basieren jedoch alle auf denselben Grundwerten: Universalität, Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung, Gleichheit und Solidarität.

Im November 2016 hat die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) in einem gemeinsam mit der Europäischen Union verfassten Bericht zu Gesundheitssystemen in der EU vermerkt, dass „die meisten EU-Staaten für zentrale Grundleistungen eine (beinahe) universelle Deckung der Gesundheitskosten erreicht haben“. Diese Aussage, die auf der Analyse von Daten der Mitgliedstaaten fußt, steht in krassem Kontrast zu der Tatsache, dass die meisten EU-Mitgliedstaaten Menschen mit irregulärem Aufenthaltsstatus systematisch von ihrem Gesundheitssystem ausschließen. Die Datenlage zur Alltagsrealität von Menschen ohne Papiere ist eher schlecht, aber es gibt genaue Informationen zu den – stark eingeschränkten – Leistungen, auf die sie laut nationalem Gesetz Anspruch haben. Wenn trotz dieser Tatsache behauptet wird, dass die Staaten eine „universelle Deckung“ erreicht hätten, muss man in diesem Zusammenhang wohl die Bedeutung von „universell“ in Frage stellen.

Wer unter die Bezeichnung „universell“ fällt, ist dabei nicht nur eine semantische Spitzfindigkeit oder ein Politikum. Die Reduzierung der Ungleichheit zwischen den am besten und den am schlechtesten gestellten wird als wichtiger Indikator der Leistung eines Gesundheitssystems anerkannt. Wenn Staaten also effizientere, belastbarere und zugänglichere Gesundheitssysteme möchten, können sie es sich nicht erlauben, diese nur gewissen Bevölkerungsgruppen zugänglich zu machen. Ebenso wenig können sie weiterhin darüber hinwegsehen, was für eine finanzielle Belastung dieser Ausschluss an sich sowie auch seine Umsetzung mit sich bringt. Im Jahr 2016 sprach eine Gruppe von Gesundheitsexpert*innen im Rahmen einer Veranstaltung der Internationalen Organisation für Migration (IOM) die Empfehlung aus, dass das „Prinzip der universellen und gleichen Gesundheitsversorgung für alle de facto in einem Land lebenden Menschen gelten sollte, unabhängig von deren Aufenthaltsstatus.“

Quellen:

- Mitteilung der Europäischen Kommission (2014), http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_de.pdf.
- OECD (2016), http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en.
- WHO (2013), http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/244836/Health-System-Performance-Comparison.pdf.
- IOM (2016), [Recommendation on Access to Health Services for Migrants in an Irregular Situation: An Expert Consensus](#).

Auch ist die Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen durch Notaufnahmen in Krankenhäusern, die für Menschen ohne Aufenthaltsstatus häufig die einzige Anlaufstelle sind, für die Gesundheitssysteme äußerst kostenintensiv.¹¹ So können beispielsweise, wenn bei Schwangeren ohne Aufenthaltsstatus aufgrund ausbleibender Vorsorgeuntersuchungen Erkrankungen nicht festgestellt oder nicht behandelt wurden, zu einem späteren Zeitpunkt komplexe Interventionen nötig werden. Wenn per Gesetz ihr Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen eingeschränkt wird oder sie durch hohe Kosten davon abgehalten werden, werden einerseits die Frauen und

ihre Kinder einem inakzeptablen Risiko ausgesetzt und andererseits die Gesundheitssysteme mit beträchtlichen und eben vermeidbaren Kosten belastet.¹² Eine aktuelle, von der Europäischen Kommission finanzierte Studie zeigt, dass wenn Patient*innen, die ansonsten nur Anspruch auf Notfallbehandlung haben, rechtzeitig in einer primären Gesundheitseinrichtung behandelt werden, 49 bis 100 % der direkten medizinischen Kosten (direkt von Patient*innen und Gesundheitssystem zu tragen) sowie nicht-medizinischen Kosten (von Patient*innen oder der Gesellschaft infolge einer Behinderung oder anderweitiger Gesundheitsprobleme zu tragen) eingespart werden können.¹³

11 Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2015), [Cost of Exclusion from Healthcare: The Case of Migrants in an Irregular Situation](#); Kayvan Bozorgmehr, Oliver Razum, „Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013“, 22. Juli 2015.

12 R. Feldman, „Maternity Care for Undocumented Women: The Impact of Charging for Care“, *British Journal of Midwifery*, Januar 2016, 24:1.

13 Zentrum für Gesundheit und Migration, Zusammenfassung der Ergebnisse (2016), [Infografik zu den Kosten eines Ausschlusses aus der Gesundheitsversorgung](#).

Ferner hat die mangelnde Gesundheitsversorgung Einzelner auch weitere menschliche und gesellschaftliche Kosten, die von den Familien und der Gemeinschaft zu tragen sind.¹⁴ Und ein schlechter Gesundheitszustand beeinträchtigt zwangsläufig die Arbeitsfähigkeit des/der Betroffenen.¹⁵ Auch Gesundheitsfachkräfte leiden unter

restriktiver Gesundheitspolitik, da die Vorgabe, von ihren Patient*innen auf Grundlage komplexer Einwanderungsregeln die auszusortieren, die keinen Anspruch auf Behandlung haben, in krassem Widerspruch mit ihrem Verständnis der medizinischen Ethik steht.¹⁶ In manchen Fällen haben Gesundheitsfachkräfte und andere Dienstleister aus

IM FOKUS:

Regionale und kommunale Initiativen in Nordamerika zur Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere

In den **Vereinigten Staaten** verwaltet das Gesundheitsamt (*Department of Public Health*) der Stadt **San Francisco** das Programm **Gesundes San Francisco** (*Healthy San Francisco*), mit dem die medizinische Versorgung für nicht versicherte Einwohner*innen der Stadt subventioniert wird. Ziel des Programms ist es, die Gesundheitsversorgung für alle nicht versicherten Einwohner*innen der Stadt, unabhängig von ihrem Einwanderungsstatus, zugänglich und bezahlbar zu machen.

In **New York** sind undokumentierte Einwohner*innen ohne Versicherung ebenso wie andere New Yorker*innen ohne Krankenversicherung auf ein Auffangnetz von lokalen Gesundheitsdienstleistern angewiesen. Der Verbund Gesundheit und Krankenhäuser (*Health and Hospitals Corporation* (HHC)) der Stadt New York ist das landesweit größte System öffentlicher Krankenhäuser und erhält Finanzmittel von der Stadt. 2014 kündigte der Bürgermeister von New York, Bill de Blasio, eine Initiative zur Schaffung eines städtischen Ausweises an, den Einwohner*innen unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus beantragen können. Kaum ein Jahr später gab er den Startschuss zum größten Programm kommunaler Ausweise in den USA. Alle Einwohner*innen der Stadt New York können ab Vollendung ihres 14. Lebensjahrs ungeachtet ihres Einwanderungsstatus einen solchen städtischen Ausweis (IDNYC) bekommen, mit dem sie Zugang zu allen städtischen Diensten haben. Im April 2016 begann eine Kooperation mit dem Verbund Gesundheit und Krankenhäuser der Stadt New York, in deren Rahmen die städtischen Ausweise als Registrierungskarten verwendet werden können. So werden die Patient*innenerfahrungen verbessert, indem Anmeldeprozesse vereinfacht, Wartezeiten verkürzt und die Registrierung bei medizinischen Versorgungsstellen des Gesundheitssystems erleichtert werden.

Das Gesundheitsgesetz **Kanadas** schließt undokumentierte Migrant*innen von der öffentlichen Gesundheitsversorgung aus. Nichtsdestoweniger finanziert die Provinz **Ontario** Gemeinschaftliche Gesundheitszentren (*Community Health Centres* (CHC)). Dies sind gemeinnützige Organisationen, die Einzelnen, Familien und Bevölkerungsgruppen ungeachtet ihres Einwanderungsstatus Zugang zu medizinischer Grundversorgung sowie zu Gesundheitsförderungsprogrammen bieten. 2013 hat der Stadtrat von **Toronto** für undokumentierte Einwohner*innen der Stadt das Programm *Access T.O.* ins Leben gerufen. Damit soll sichergestellt werden, dass alle Einwohner*innen der Stadt unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus Zugang zu städtischen Diensten bekommen, ohne fürchten zu müssen, nach einem Aufenthaltstitel gefragt zu werden. Die Stadt Toronto erhebt in diesem Rahmen personenbezogene Daten nur dann, wenn ein rechtlicher oder operationeller Grund hierfür besteht.

Quellen:

- Offizielle Website der Stadt New York, <http://www1.nyc.gov/office-of-the-mayor/news/379-16/city-additional-benefits-idnyc-cardholders-new-integrations-nyc-health->
- Gesundes San Francisco, <http://healthysanfrancisco.org/>.
- Stadt Toronto, „Access T.O.“, <http://www1.toronto.ca/wps/portal/contentonly?vgnextoid=9dfc33501bac7410VgnVCM10000071d60f89RCRD>.

14 National Latina Institut für reproduktive Gesundheit (2013), *Nuestra voz, nuestra salud, nuestro Texas: The Fight for Women's Reproductive Health in the Rio Grande Valley*.

15 OECD (2016), *Health at a Glance: Europe 2016*.

16 Vgl. Weltärztebund (WMA) (April 2016), *WMA Council Resolution on Refugees and Migrants*; American Nurses Association (2010), „Nursing Beyond Borders: Access to Health Care for Documented and Undocumented Immigrants Living in the US“, ANA Issue Brief; European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (2014), „Standards of Care for Women's Health in Europe: Gynaecology Services“.

Protest gegen solche diskriminierenden Regeln demonstriert¹⁷ und sich entschieden, ausgegrenzten Bevölkerungsgruppen grundlegende medizinische Versorgung zu bieten, wobei sie jedoch oftmals unter schwierigen Voraussetzungen arbeiten müssen.

Wie reagieren die Städte?

Gesetze zum Gesundheitssystem, einschließlich Regelungen zu den Fragen, wer unter welchen Bedingungen Zugang zur Gesundheitsversorgung hat, werden oft zentralisiert von der nationalen Regierung erlassen. In vielen Ländern sind jedoch auch Regierungsstellen auf lokaler Ebene in gewissem Maße für gesundheitspolitische Entscheidungen zuständig.¹⁸ In manchen europäischen Ländern haben Regionalregierungen und Stadträte die Kompetenz, Gesetze zum Sozialwesen, einschließlich Gesundheitswesen, zu erlassen oder deren Umsetzung zu organisieren. Dabei wird einerseits ihr Handlungsspielraum teilweise durch Vorgaben für die öffentlichen Finanzen eingeschränkt, während sie andererseits aber auch an weltweite, europäische und nationale Menschenrechtsstandards gebunden sind.

Im Gegensatz zur nationalen Ebene sind Städte und Gemeinden tagtäglich mit den Problemen und Erwartungen ihrer Einwohner*innen konfrontiert. „Lokale Regierungen sind angesichts ihrer Nähe zur Bevölkerung am direktesten gefordert, um die Einhaltung der Menschenrechte zu garantieren und in den Bereichen Wohnen, Ernährung, Gesundheit, Bildung, Wasser und Sanitäreinrichtungen die notwendigen öffentlichen Dienstleistungen zu erbringen [...]“¹⁹

Viele Beispiele aus ganz Europa sowie auch aus anderen Teilen der Welt zeigen, wie Städte im Rahmen ihrer Autonomie Maßnahmen ergriffen haben, um Einwohner*innen ohne Aufenthaltsstatus Zugang zur Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. In den folgenden Kapiteln werden einige Ansätze aus unterschiedlichen Teilen Europas und mit sehr unterschiedlichen nationalen Hintergründen vorgestellt. Diese Initiativen aus Belgien, Finnland, Deutschland, Italien, den Niederlanden, Polen, Spanien und Schweden zeigen, was einige Schlüsselpartner erreichen können, wenn sie sich im Bottom-up-Ansatz für inklusivere Gesundheitssysteme einsetzen.

17 Vgl. im Vereinigten Königreich, Docs not Cops, <http://www.docsnocops.co.uk/>; in Italien, 8. Januar 2009, Corriere della Sera, „Niente Cure Mediche ai Clandestini in Friuli“ – E I Medici Insorgono“; in Kanada, OHIP for All – Healthier Together, <http://ohipforall.ca/>.

18 Für detaillierte Informationen zur Aufteilung der Kompetenzen zwischen nationalen, regionalen und lokalen Behörden vgl. Ausschuss der Regionen, zu finden unter: http://cor.europa.eu/en/documentation/studies/Documents/division_of_powers/division_of_powers.pdf.

19 UNESCO (2016), *Cities Welcoming Refugees and Migrants: Enhancing Effective Urban Governance in an Age of Migration*.

BELGIEN

Welche Kompetenzen haben Städte im Bereich Gesundheitsversorgung?

Belgien ist ein Föderalstaat mit drei (in Provinzen und Gemeinden unterteilten) Regionen und drei (Sprach-) Gemeinschaften. Die öffentliche Gesundheit fällt sowohl in den Zuständigkeitsbereich der Föderalregierung als auch der Gemeinschaften. Dabei sind die Gemeinschaften für die ‚personenbezogenen Angelegenheiten‘ zuständig, worunter auch präventive Gesundheitspolitik und Sozialfürsorge zu zählen sind. Die Föderalregierung wie auch die Gemeinschaften verfügen über Gesetzgebungskompetenz im Gesundheitsbereich.

Die Gemeinden ihrerseits sind für die Verwaltung der Sozialfürsorge zuständig. Darunter fällt auch die Prüfung, ob undokumentierte Migrant*innen gemäß den nationalen Vorschriften über Sozialhilfzentren ein Anrecht auf Zugang zur Gesundheitsversorgung haben.

Auf nationaler Ebene

Menschen ohne Aufenthaltsgenehmigung – sowohl Erwachsenen als auch Kindern – ist der Zugang zum belgischen Krankenversicherungssystem untersagt. Ihnen steht jedoch ein separates System offen, die sogenannte ‚Dringende medizinische Hilfe‘ (*Aide médicale urgente* (AMU) / *Dringende Medische Hulpverlening* (DMH)).²⁰ Trotz dieser Bezeichnung sieht der Rechtsrahmen für ‚Dringende medizinische Hilfe‘ explizit sowohl den Zugang zur Gesundheitsvorsorge als auch zur Heilbehandlung vor. Es fallen alle medizinischen Behandlungen darunter, die auch durch die gesetzliche Krankengrundversicherung gedeckt sind. Der Verweis auf ‚dringend‘ kann jedoch viele Ärzt*innen verunsichern, deren Ansicht nach nur Behandlungen gedeckt sind, die ziemlich dringend sind, auch wenn der Zustand nicht lebensbedrohlich sein muss. Im Allgemei-

nen sowie auch in der Rechtsprechung wird ‚Dringende medizinische Hilfe‘ jedoch wesentlich weiter gefasst als reine Notfallbehandlungen. ‚Dringende medizinische Hilfe‘ bietet für bis zu drei Monate Versicherungsschutz.

‚Dringende medizinische Hilfe‘ wird von den lokalen Sozialhilfzentren (*Centre Public d’Action Sociale* (CPAS) / *Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn* (OCMW)) verwaltet.²¹ Um ‚Dringende medizinische Hilfe‘ zu erhalten, müssen sich Menschen ohne Papiere beim lokalen Sozialhilfzentrum anmelden, von dem sie, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt sind, ein Dokument oder eine Gesundheitskarte ausgehändigt bekommen, die den Zugang zur erforderlichen Gesundheitsversorgung ermöglicht. So muss zunächst geprüft werden, ob der/die Patient*in ohne Papiere in der jeweiligen Gemeinde lebt und ‚mittellos‘ ist (eine bestimmte Einkommensgrenze nicht überschreitet), und es muss eine ärztliche Bescheinigung vorliegen, dass eine Behandlung dringend erforderlich ist.²²

Dieses administrative Verfahren schafft für Menschen ohne Papiere zahlreiche praktische Hürden. So können sie häufig schwer ihren gewöhnlichen Wohnort nachweisen, wenn sie obdachlos sind oder keine feste Unterkunft haben. Um zu bestimmen, ob jemand mittellos ist, wird standardmäßig von Sozialarbeiter*innen ein Hausbesuch abgestattet. Wenn der/die Betreffende jedoch bei Freunden oder Verwandten wohnt, verwehren diese häufig den Besuch aus Angst, dass die Unterbringung einer Person ohne Papiere negative Konsequenzen für sie haben könnte. Diese soziale Überprüfung kann laut Gesetz bis zu einem Monat in Anspruch nehmen und es liegt im Ermessen jedes Sozialhilfzentrums, was sie als Nachweis für den Wohnsitz akzeptieren. Auch die notwendige ärztliche Bescheinigung der Dringlichkeit der Behandlung wirkt sich verzögernd auf ebendiese Behandlung aus und bringt darüber hinaus die für manche unerschwinglichen Kosten eines ersten Arztbesuches mit sich.

20 Königlicher Erlass über ‚Dringende medizinische Hilfe‘, 12. Dezember 1996.

21 Vgl. Grundlagengesetz über die öffentlichen Sozialhilfzentren vom 8. Juli 1976.

22 Das CPAS/OCMW muss innerhalb von 30 Tagen entscheiden, ob es der Zahlung einer medizinischen Leistung zustimmt.

Im Dezember 2015 hat das Belgische Zentrum für Informationen zur Gesundheitsversorgung (*Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé / Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg* (KCE)) aufbauend auf früheren Arbeiten des Landesinstituts für Kranken- und Invalidenversicherung ((LIKIV); *Institut national d'assurance maladie-invalidité* (INAMI) / *Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering* (RIZIV)) sowie der Ärzte der Welt einen Bericht veröffentlicht, der auf dem Input von über 300 Stakeholdern des belgischen Gesundheits- und Wohlfahrtssektors basiert. In diesem Bericht kommen sie zu dem Schluss, dass die Komplexität des Systems für alle Beteiligten problematisch ist. Sie führt für undokumentierte Migrant*innen zu einem unvorhersehbaren Zugang zum Gesundheitssystem, belastet Gemeinden mit umständlichen und teuren Verfahren, bringt Gesundheitsfachkräfte in Schwierigkeiten und erschwert den öffentlichen Behörden das Monitoring der Gesundheitsversorgung und der damit einhergehenden Kosten. Deshalb werden mehrere Änderungen der ‚Dringenden medizinischen Hilfe‘ vorgeschlagen, um Verwaltungsverfahren sowie den Zugang zu Gesundheitsversorgung und Information einfacher und einheitlicher zu gestalten. So sollten beispielsweise keine ärztlichen Bescheinigungen mehr notwendig sein, um ‚Dringende medizinische Hilfe‘ in Anspruch nehmen zu dürfen, und die von den Gemeinden angewendeten Kriterien zur Bestimmung der Mittellosigkeit sollten vereinheitlicht werden.²³

(Re)aktionen der Städte

Jedes lokale Sozialhilfezentrum kann seine eigenen Verfahren für ‚Dringende medizinische Hilfe‘ festlegen. So sind die Verfahren oft komplex und unterscheiden sich von Zentrum zu Zentrum, da jedes Sozialhilfezentrum seine eigene von den Ärzt*innen auszufüllende Bescheinigung für ‚Dringende medizinische Hilfe‘ hat sowie unterschiedliche Entscheidungskriterien anwendet, ob jemand einen Behandlungsanspruch hat, mittellos ist und sich sein/ihr gewöhnlicher Wohnort in der Gemeinde befindet.²⁴ Die Unterschiede auf lokaler Ebene führen dazu, dass bei Gesundheitsdienstleistern wie auch Menschen ohne Papieren noch mehr Verwirrung aufkommt, wie das System der ‚Dringenden medizinischen Hilfe‘ eigentlich funktioniert und wie lange der Anspruch auf Gesundheitsversorgung besteht.

Gleichzeitig haben manche Gemeinden ihre Autonomie in diesem Bereich genutzt, um die durch das nationale System errichteten praktischen Hürden zu überwinden und Einwohner*innen ohne Papieren besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verschaffen.

- Anstatt für jede notwendige Behandlung eine neue Bescheinigung anzufordern, geben manche Sozialhilfezentren Gesundheitskarten für längere Zeiträume aus.
- Immer mehr Sozialhilfezentren haben zudem Vereinbarungen mit Ärzt*innen und Zentren für die Primärversorgung, für sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie für psychische Gesundheit geschlossen, um Behandlungsverweigerungen aufgrund mangelnder Kenntnis des Systems der ‚Dringenden medizinischen Hilfe‘ zu beschränken.
- Mehrere Initiativen setzen beim Problem der ärztlichen Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit an, die für einen Anspruch auf Gesundheitsversorgung im Rahmen der ‚Dringenden medizinischen Hilfe‘ notwendig ist.

Gemeinde Molenbeek (Brüssel)

Seit vielen Jahren organisiert und bezahlt das lokale Sozialhilfezentrum von Molenbeek, einer der 19 Gemeinden der Region Brüssel-Hauptstadt, den ersten Arztbesuch, sobald eine undokumentierte Person sich anmeldet und medizinische Hilfe anfordert. Das Sozialhilfezentrum begleicht die Rechnung für die Erstkonsultation, ohne die Erfüllung der administrativen Bedingungen für den Zugang zu ‚Dringender medizinischer Hilfe‘ zu verlangen. Dies baut administrative Hürden ab und ermöglicht eine erheblich raschere Diagnose schwerer Erkrankungen.

Gent

Das lokale Sozialhilfezentrum von Gent händigt undokumentierten Patient*innen eine für drei Monate gültige Gesundheitskarte aus, auch wenn die Person zu diesem Zeitpunkt nicht krank ist. Wenn keine offizielle Adresse angegeben werden kann, können die Antragsteller*innen auch andere Nachweise für ihren Wohnsitz in der Stadt vorbringen, wie beispielsweise Bestätigungen von Organisationen oder Aussagen von Ortsansässigen.

23 KCE, <https://kce.fgov.be/publication/report/what-health-care-for-undocumented-migrants-in-belgium#WHjd41MrKUm>.

24 Für weitere Informationen, vgl. Ärzte der Welt (2016), *International Network 2016 Observatory Report: Access to Healthcare for People Facing Multiple Vulnerability in Health in 31 Cities in 12 Countries*.

FINNLAND

Welche Kompetenzen haben Städte im Bereich Gesundheitsversorgung?

Das Ministerium für Soziales und Gesundheit (*Sosiaali- ja terveystieteistö*) ist im Namen der Zentralregierung zuständig für Planung, Rechtsetzung und Organisation der Umsetzung der Sozial- und Gesundheitspolitik in Finnland.²⁵

Die Umsetzung der Gesetze in den Bereichen Soziales und Gesundheit obliegt den Gemeinden. Auf regionaler Ebene leiten und überwachen Verwaltungsagenturen der Regionen (*maakunta*) die Arbeit der gemeindlichen oder privaten Einrichtungen der Sozialfürsorge und achten auf die Einhaltung der nationalen Gesetze. Diese Agenturen sind sowohl für die Registrierung und Vergabe von Lizenzen an private Anbieter von Sozialdiensten als auch für die Abwicklung eventueller Beschwerden zuständig.

Auf nationaler Ebene

Die finnische Verfassung besagt: „Jeder, der nicht in der Lage ist, sich den für ein menschenwürdiges Leben erforderlichen Unterhalt zu verdienen, hat das Recht auf notwendiges Auskommen und notwendige Fürsorge.“²⁶

Das finnische System der sozialen Sicherheit ist ein zentralisiertes aber wohnortsbasiertes System, das auf dem

Konzept der „Wohnsitzgemeinde“ gründet. Sobald sich eine Person offiziell in einer Gemeinde angemeldet hat und ihr somit eine Wohnsitzgemeinde zugewiesen wurde, hat sie Zugang zu einer Vielzahl an Sozialleistungen, einschließlich Gesundheitsversorgung. Menschen ohne Papiere erfüllen jedoch nicht die notwendigen Voraussetzungen des Gesetzes zur Wohnsitzgemeinde, weshalb ihnen kein Aufenthaltsrecht zusteht und sie somit auch keiner Wohnsitzgemeinde zugewiesen werden können. So besteht für undokumentierte Migrant*innen laut dem finnischen Gesetz über Gesundheitsversorgung und dem Gesetz über spezialisierte medizinische Versorgung nur in dringenden Fällen ein Anspruch auf Behandlung. Diese werden im Gesetz über Gesundheitsversorgung definiert als Fälle, in denen ein „unmittelbarer Eingriff notwendig ist oder die Behandlung nicht verschoben werden kann, ohne eine Verschlechterung des Zustandes oder weitere Verletzungen zu riskieren.“

Das bedeutet, dass abgesehen von diesen „dringenden“ Fällen Patient*innen ohne geregelten Aufenthaltsstatus die vollen Behandlungskosten in Rechnung gestellt werden können. In der Praxis schwanken solche Rechnungen zwischen ein paar hundert Euro (für unkomplizierte Behandlungen in der Notfallambulanz) bis hin zu tausenden oder zigtausenden Euro (für jeglichen Krankenhausaufenthalt). Undokumentierte Migrant*innen müssen auch für alle verschriebenen Arzneimittel in voller Höhe aufkommen.

25 Ministerium für Soziales und Gesundheit Finnlands, <http://stm.fi/en/ministry/task-and-objectives>.

26 Finnische Verfassung, Kapitel 2, Paragraph 19, Satz 1.

Das Nationale Institut für Gesundheit und Wohlfahrt (*Terveyden ja hyvinvoinnin laitos* (THL)) veröffentlichte 2014 einen Bericht mit mehreren Empfehlungen für eine bessere Organisation der Gesundheitsversorgung für undokumentierte Migrant*innen. Daraufhin wurde noch im gleichen Jahr von der Regierung ein Gesetzentwurf über die Organisation der Gesundheitsversorgung für undokumentierte Migrant*innen auf den Weg gebracht, welcher 2015 jedoch nicht weiterverfolgt wurde.

(Re)aktionen der Städte

Helsinki

Als Reaktion auf die Ungleichheiten, die durch die restriktive nationale Gesetzeslage entstehen, haben Vertreter*innen mehrerer Nichtregierungsorganisationen ein Netzwerk eingerichtet, in dessen Rahmen Gesundheitsleistungen für undokumentierte Mitglieder der Gesellschaft angeboten und gefördert werden. Im April 2011 wurde in Helsinki nach dem Vorbild entsprechender Kliniken in Schweden eine *Global Clinic* eingerichtet, die undokumentierten Migrant*innen eine medizinische Grundversorgung bietet. Die Klinik, die auf den Grundprinzipien der Nichtdiskriminierung und Anonymität beruht, wird überwiegend auf ehrenamtlicher Basis betrieben. Freiwillige Ärzt*innen, Pflegekräfte, Hebammen, Psycholog*innen und Medizinstudent*innen bieten dort wöchentlich eine medizinische Grundversorgung. Um die Anonymität

zu sichern, werden bei der Registrierung der Patient*innen Pseudonyme verwendet. Die öffentliche Stiftung Helsinki Diakoninnen Institut (*Helsingin Diakonissalaitos*),²⁷ die eine ganze Vielzahl an Diensten anbietet, stellt der Klinik Räumlichkeiten und Material zur Verfügung. Arzneimittel und Laboruntersuchungen werden mithilfe von privaten Spenden finanziert.

2013 hat der Stadtrat von Helsinki entschieden, dass in der Stadt lebende undokumentierte Migrant*innen, insbesondere Kinder unter 18 und Schwangere, Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen können. Damit war Helsinki die erste Stadt Finnlands, die eine politische Zusage für eine Verbesserung der Grundrechte undokumentierter Migrant*innen gemacht hat. Seitdem wurden in Turku und Espoo ähnliche Programme angestoßen. Die Umsetzung der politischen Entscheidung dauerte über ein Jahr und erforderte viel Einsatz einzelner Gesundheitsfachkräfte und NGOs, die in der gesamten Stadt die für Gesundheit und Verwaltung zuständigen Personen darüber informierten. Als Ergänzung der neuen politischen Ausrichtung haben die *Global Clinic* und die Stadt Helsinki gemeinsam auch neue Behandlungsprotokolle ausgearbeitet. Öffentliche Gesundheitsleistungen für undokumentierte Migrant*innen werden nun von öffentlichen Gesundheitszentren und Krankenhäusern sichergestellt. Die *Global Clinic* bietet Dienste für all jene, die keinen Zugang zu öffentlichen Gesundheitsleistungen haben. Man versucht jedoch, Patient*innen möglichst zur Nutzung öffentlicher Leistungen zu bewegen.

27 Helsinki Diakoninnen Institut, <https://www.hdl.fi/en/>.

DEUTSCHLAND

Welche Kompetenzen haben Städte im Bereich Gesundheitsversorgung?

In Deutschland teilen sich der Bund und die 16 Bundesländer die gesetzgeberische Kompetenz. Innerhalb des geltenden Rechtsrahmens haben Länder und Kommunen weitreichende Spielräume bei der Ausgestaltung ihrer Gesundheitssysteme. Dies führt bei der Umsetzung der Gesundheitsversorgung zu großen Unterschieden, wobei man gleichzeitig bemüht ist, einheitliche Standards zu erreichen. Deutschland hat eine auf nationaler Ebene geregelte gesetzliche Krankenversicherung.

Die Landesministerien ihrerseits sind zuständig für die Verabschiedung ihrer eigenen Vorschriften, die Aufsicht über nachgeordnete Behörden und die Finanzierung von Investitionen im Krankenhaussektor. Die Länder sind in Regierungsbezirke und lokale Behörden unterteilt (Städte, Gemeinden, Landkreise), die alle zahlreiche Kompetenzen im Gesundheitssystem haben, von der Gesundheitsförderung bis hin zur Krankenhausplanung.

Auf nationaler Ebene

In Deutschland gibt es über 100 gesetzliche Krankenkassen sowie zahlreiche private Anbieter. Wer Anspruch auf Krankenversicherung hat und wer nicht, ist gesetzlich geregelt. Ebenso ist auch festgelegt, welche Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen zu erbringen sind und welche medizinischen Basisleistungen von den Sozialämtern zu finanzieren sind, falls jemand nicht versichert ist.

Gemäß dem deutschen Asylbewerberleistungsgesetz²⁸ haben Menschen ohne Papiere in Deutschland ebenso wie Asylbewerber*innen Anspruch auf Gesundheitsleistungen im Falle akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie auf Leistungen für werdende Mütter und Wöchnerinnen. Der Zugang zur ihnen zustehenden medizinischen Behandlung wird jedoch erheblich erschwert, da sie für die Übernahme der Kosten Verwaltungsverfahren durchlaufen müssen, aufgrund derer sie den Einwanderungsbehörden gemeldet werden könnten. Gemäß

dem deutschen Aufenthaltsgesetz sind alle öffentlichen Einrichtungen mit Ausnahme der Bildungseinrichtungen verpflichtet, die Einwanderungs- oder zuständigen Polizeibehörden zu unterrichten, wenn sie Kenntnis von einer Person ohne gültige Aufenthaltsgenehmigung erlangen.²⁹ Diese Verpflichtung gilt jedoch aufgrund des „verlängerten Geheimnisschutzes“ weder für Gesundheitsdienstleister noch für das Verwaltungspersonal in Gesundheitseinrichtungen.³⁰

Im Falle von Behandlungen durch Notaufnahmen in einem Krankenhaus muss der Gesundheitsdienstleister nach der Behandlung beim Sozialamt eine Rückerstattung beantragen. Hierdurch „verlängert“ sich der Geheimnisschutz in das Sozialamt.³¹ Jede nicht von einer Notaufnahme durchgeführte Behandlung bedarf jedoch zunächst einer Genehmigung seitens des Sozialamts. So müssen sich

IM FOKUS:

Medibüros und Medinetze

Deutschlandweit wurde ein Netzwerk aus 32 ehrenamtlich betriebenen Medibüros und Medinetzen eingerichtet, das undokumentierten Migrant*innen in ihrem jeweiligen lokalen oder regionalen Rahmen den Zugang zur Gesundheitsversorgung erleichtert. Einige Medibüros, die prinzipiell weitgehend unabhängig voneinander arbeiten, kooperieren mit ihren lokalen und regionalen Behörden, um sowohl die unmittelbaren medizinischen Bedürfnisse undokumentierter Migrant*innen zu erfüllen als auch langfristig darauf hinzuwirken, dass die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere in das öffentliche Gesundheitswesen integriert wird. Die meisten Medibüros bieten einmal wöchentlich eine Sprechstunde für undokumentierte Migrant*innen an, vermitteln Termine an ehrenamtlich tätige Ärzt*innen und geben weitere Informationen, wie Patient*innen einen geregelten Aufenthaltsstatus bekommen können.

28 Vgl. Asylbewerberleistungsgesetz, § 1.5, § 4 und § 6.

29 Vgl. Aufenthaltsgesetz, § 87.

30 Vgl. Aufenthaltsgesetz in seiner durch die Allgemeine Verwaltungsvorschrift des Bundesinnenministeriums zum Aufenthaltsgesetz (2009), § 88.2, geänderten Fassung.

31 Vgl. Bundesärztekammer (2013): *Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis*, veröffentlicht mit dem Medibüro Berlin und Maltser Migranten Medizin, November 2013, zu finden unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.6.37.8822>.

undokumentierte Patient*innen auch für die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände oder für mutterschaftsbezogene Leistungen vom Sozialamt eine Krankenversicherungsbescheinigung einholen, damit die Leistungen gedeckt werden. Krankenhäuser sind ferner verpflichtet, das Sozialamt über einen geplanten operativen Eingriff zu informieren. In all diesen Fällen ist wiederum das Sozialamt verpflichtet, die Daten undokumentierter Patient*innen an die zuständigen Behörden weiterzuleiten, wodurch der Anspruch undokumentierter Migrant*innen auf Zugang zu Nicht-Notfallbehandlungen eigentlich jeden Sinn verliert.

Diese widersprüchlichen Gesetze und Vorschriften bedeuten in der Praxis, dass undokumentierte Migrant*innen nur Zugang zu einer kostenlosen Notfallbehandlung haben, im Falle einer Nutzung aller anderen Gesundheitsleistungen jedoch Gefahr laufen, gemeldet und abgeschoben zu werden, da das Sozialamt verpflichtet ist, undokumentierte Migrant*innen im Falle einer Nicht-Notfallbehandlung zu melden. Infolgedessen behandeln viele Gesundheitsdienstleister undokumentierte Patient*innen unter Verwendung eigener Ressourcen, um ihnen unter gleichzeitiger Einhaltung ihrer berufsethischen Verpflichtungen die Leistungen zu bieten, auf die Menschen ohne Papiere gemäß Asylbewerberleistungsgesetz Anspruch haben.³²

(Re)aktionen der Städte

Einige Städte in Deutschland haben erkannt, wie wichtig es ist, dass auch undokumentierte Mitglieder der Gesellschaft Zugang zur Gesundheitsversorgung haben und ergreifen nun in Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft Maßnahmen zur Bereitstellung von Gesundheitsleistungen. So richten sie beispielsweise Anlaufstellen ein und erbringen spezielle Dienstleistungen wie Impfungen für Kinder und die Versorgung von Schwangeren.

Darüber hinaus haben unabhängige Initiativen und in der Wohlfahrtspflege tätige Ehrenamtliche Strategien entwickelt, wie Personen ohne Papiere medizinische Versorgung in Anspruch nehmen können, ohne Angst vor Abschiebung haben zu müssen. Viele dieser Projekte sind rein spendenfinanziert, manche erhalten jedoch auch Mittel vom Bund oder der Gemeinde.

Frankfurt

Im Jahr 2001 hat sich das Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt einverstanden erklärt, mit der Organisation Maisha³³, einer Nichtregierungsorganisation afrikanischer Frauen, zusammenzuarbeiten, um undokumentierten Migrant*innen medizinische Beratung und Behandlung zu bieten. Die Initiative wird von zahlreichen Ämtern unterstützt: das Gesundheitsamt stellt Ärzt*innen, das Sozialamt Arzneimittel und das Frauenreferat einen Teil der Finanzmittel für die Arbeit von Maisha. Auch das Amt für multikulturelle Angelegenheiten ist ein Partner der NGO. Die Gesundheitsleistungen werden anonym angeboten, um den Migrant*innen die Angst zu nehmen, gemeldet oder auf andere Weise durch die Inanspruchnahme von Leistungen aufgespürt zu werden. Es gibt gezielte Dienste für Frauen, z. B. spezifische Sprechstunden und Informationen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Das Zentrum bietet auch soziale Beratungen mit Unterstützung von Kulturmittler*innen an.

Diese Initiative ist mittlerweile Maßstab für bewährte Praktiken in Deutschland geworden und die Verwaltungen verschiedener anderer Großstädte haben ähnliche Anlaufstellen mit Humanitären Sprechstunden eingerichtet, die undokumentierten Migrant*innen medizinische Beratungen und grundlegende Behandlungen bieten. Die Beratungen sind kostenlos und die Beteiligung an den Kosten medizinischer Behandlungen wird unter Berücksichtigung der finanziellen Mittel der Patient*innen festgelegt. Die Anlaufstellen arbeiten mit Netzwerken von Fachärzt*innen zusammen, an die sie Patient*innen mit schwereren gesundheitlichen Problemen überweisen können. Das Frankfurter Modell ist in Deutschland weiterhin ein einzigartiges Beispiel einer echten Partnerschaft zwischen städtischen Behörden und Zivilgesellschaft. Es ermöglicht gemeindebasierte, integrierte Gesundheitsleistungen und stärkt das Vertrauen der Migrant*innen-Gemeinschaften der Stadt, da sie als aktive Partner Teil der Initiative sind.

32 Vgl. Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO), Mai 2013, zu finden unter: <http://www.aerzteblatt.de/download/files/2013/04/down49039045.pdf>.

33 Vgl. <http://www.maisha.org/>.

Kiel

Das Gesundheitsamt der Stadt Kiel bietet in Kooperation mit dem Medibüro Kiel Impfungen für Kinder und medizinische Leistungen für Schwangere. Das Medibüro Kiel hat es auch geschafft, dass die Landesregierung von Schleswig-Holstein seit 2014 jährlich Mittel in Höhe von 200.000 EUR für die Unterstützung humanitärer Projekte zur Verfügung stellt, die Personen ohne Krankenversicherung im Fall eines medizinischen Notfalls Unterstützung bieten. Dies ist somit gleichermaßen ein Mechanismus zur finanziellen Stützung undokumentierter Migrant*innen. Die zugewiesenen Mittel können jedoch nur für Gemeinkosten wie Gehälter, Miete und Büromaterial verwendet werden und nicht für Arzneimittel oder medizinische Eingriffe an sich. Daher wird nur ein Bruchteil der zur Verfügung stehenden Mittel tatsächlich verwendet. Langfristig möchte das Medibüro Kiel mit Pseudonymen versehene Krankenversicherungskarten einführen, damit undokumentierte Migrant*innen zum Arzt gehen können, ohne befürchten zu müssen, dass ihre Daten an staatliche Stellen weitergeleitet werden.

Düsseldorf

Die Düsseldorfer Flüchtlingsinitiative STAY! informiert und berät Migrant*innen und Flüchtlinge. Seit 2008 organisiert STAY! zusammen mit MediNetz eine Sprechstunde, in der Menschen ohne Aufenthaltsgenehmigung medizinische Hilfe vermittelt wird.

Bis 2014 erfolgte dies auf rein freiwilliger Basis. Im Dezember 2014 stimmte der Düsseldorfer Stadtrat dann zu, für Menschen ohne Aufenthaltsgenehmigung einen anonymen Krankenversicherungsschein einzuführen sowie eine Abrechnungsstelle bei STAY!/MediNetz einzurichten. Gemeinsam haben die Stadtverwaltung und STAY! ein tragfähiges Konzept erarbeitet, das dann vom

Ausschuss für Gesundheit und Soziales in Form des dreijährigen Pilotprojekts „Versorgungskonzept für papierlose Menschen in akuten medizinischen Notlagen in Düsseldorf“ genehmigt wurde und am 1. Juli 2015 anlieft. Darüber hinaus wurden STAY! zwei hauptberufliche Sozialarbeiter*innen sowie ein Notfallfonds von jährlich 100.000 EUR zugewiesen, um undokumentierten Patient*innen medizinische Versorgung bieten zu können.

Anspruch auf Leistungen aus diesem Fonds (ärztliche Versorgung gemäß dem Asylbewerberleistungsgesetz) haben Patient*innen, die keinen Aufenthaltstitel haben, seit mindestens sechs Monaten in Düsseldorf leben, bei keinem anderen öffentlichen Gesundheitsdienstleister anspruchsberechtigt sind und für die Behandlungskosten nicht selber aufkommen können. Abgesehen davon, dass die Abrechnungsstelle darüber entscheidet, wer angesichts dieser Kriterien anspruchsberechtigt ist, und den entsprechenden Personen direkt medizinische Versorgung bietet, informiert sie auch darüber, wie Patient*innen einen geregelten Aufenthaltsstatus bekommen können. Kund*innen werden kostenlos beraten und entweder direkt bei einer der zweimal wöchentlich von Freiwilligen organisierten Sprechstunden behandelt oder an niedergelassene Ärzt*innen oder Krankenhäuser weitergeleitet. Die genannten Ärzt*innen rechnen dann nach dem geringsten Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder für Zahnärzte (GOZ) ab und die Krankenhäuser stellen ihre Kosten direkt bei STAY! in Rechnung. Eingehende Rechnungen werden aus dem Notfallfonds beglichen. Die niedergelassenen sowie die bei den Sprechstunden anwesenden Ärzt*innen leisten nichtsdestoweniger einen bedeutenden Teil der Arbeit auf ehrenamtlicher Basis.

SCHWERPUNKT

Schweden: Gesetzesreform führt zu besserem Versicherungsschutz aber auch Unsicherheit bei der Anwendung

In Schweden hat die Zentralregierung die alleinige Gesetzgebungskompetenz. Regionen (*landstinget*) und Gemeinden können keine eigenen Gesetze verabschieden, verfügen jedoch über weitreichende Besteuerungsbefugnisse. Für die öffentliche Gesundheit, einschließlich Organisation der Gesundheitsversorgung und medizinischer Dienstleistungen, werden Provinzen und Regionen als zuständig erachtet. Die Gemeinden haben im Bereich Gesundheitsschutz Verwaltungskompetenzen.

Bis 2013 wurden undokumentierte Migrant*innen über 18 Jahren nicht im 2008 verabschiedeten schwedischen Gesetz über Gesundheits- und medizinische Versorgung für Asylbewerber*innen und Andere erwähnt. Daher hatten sie nur Anspruch auf eine Minimalversorgung, sprich nur Notfallbehandlungen, und mussten die gesamten Behandlungskosten (nach erfolgter Behandlung) bezahlen. Beispielsweise wurden von einer undokumentierten Schwangeren für eine Entbindung in einem öffentlichen Krankenhaus ca. 5.000 EUR verlangt.

Mit der Verabschiedung eines Gesetzes über Gesundheits- und medizinische Versorgung für ohne notwendige Erlaubnis in Schweden lebende Ausländer*innen, das am 1. Juli 2013 in Kraft trat, reformierte die schwedische Regierung das Gesundheitssystem grundlegend. Diesem Gesetz entsprechend haben undokumentierte Erwachsene gegen geringes Entgelt (5 EUR) Anspruch auf Zugang zu Notfallversorgung und „unaufschiebbarer“ Gesundheitsversorgung, einschließlich zahnärztlicher Behandlung, medizinischer Versorgung Schwangerer, Verhütungsberatung, Abtreibung und verwandten medizinischen Leistungen. Dies entspricht der medizinischen Versorgung für Asylbewerber*innen. Das neue

Gesetz garantiert allen undokumentierten Kindern (einschließlich solchen, die keinen Asylantrag gestellt haben) Zugang zur Gesundheitsversorgung im selben Maße wie Kindern mit regulärem Aufenthaltsstatus oder schwedischer Staatsbürgerschaft. Das Konzept der „unaufschiebbaren“ Gesundheitsversorgung ist jedoch umstritten, da somit die einzelnen Gesundheitsfachkräfte entscheiden müssen, wer Anspruch auf Gesundheitsversorgung hat. Das Nationale Gesundheits- und Wohlfahrtsamt kam zu dem Schluss, dass dieses Konzept nicht mit dem Stand der Wissenschaft, ärztlicher Ethik und den Menschenrechten im Einklang steht. Das Gesetz aus dem Jahr 2013 sieht darüber hinaus jedoch vor, dass die Regionen undokumentierten Migrant*innen auch eine weitreichende medizinische Versorgung gewähren können, die sogar der von Staatsbürger*innen gleichgestellt sein kann. Dies wird derzeit von den sechs Regionen Sörmland, Västmanland, Östergötland, Västerbotten, Västernorrland und Gävleborg so gehandhabt.

Das schwedische Gesetz bietet somit einen Rahmen für die Erbringung subventionierter Gesundheitsversorgung für schwedische Staatsbürger*innen, Asylbewerber*innen und undokumentierte Migrant*innen aus Nicht-EU-Ländern. Staatsbürger*innen anderer EU-Staaten, egal ob mit oder ohne gültigem Aufenthaltstitel, fallen jedoch aus diesem Rahmen heraus. Im Dezember 2014 hat das Nationale Gesundheits- und Wohlfahrtsamt öffentlich mitgeteilt, dass EU-Bürger*innen bei Fragen des Zugangs zur Gesundheitsversorgung wie Menschen ohne Papiere gehandhabt werden sollten. Diese Haltung wurde im April 2015 noch einmal bekräftigt. In der Praxis wird von ihnen in den meisten Krankenhäusern und Gesundheitszentren jedoch erwartet, alle Leistungen zu bezahlen.

Quellen:

- › Statskontoret (2016), Vård Till Papperslösa: Slutrapport av uppdraget att följa upp lagem om vård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd.
- › Ärzte der Welt (2016), Legal Report on Access to Healthcare in 17 Countries.

SCHWERPUNKT

Italien: Ein starker nationaler Rahmen ergänzt durch regionale Aktionen

Das italienische Gesundheitssystem erfuhr 2001 im Rahmen einer Verfassungsänderung, die den Regionen eine größere Autonomie bei der Organisation der Gesundheitsversorgung übertrug, eine Dezentralisierung. Die Zentralregierung ist für die Verabschiedung allgemeiner Rechtsvorschriften über das notwendige Versorgungsniveau und Grundbedürfnisse zuständig und legt somit die allgemeinen Grundsätze für den Gesundheitsschutz im Land fest. Abgesehen von der Definitionen dieser Grundprinzipien sind die Regionen jedoch befugt, konkurrierende Gesetze und Vorschriften für den Gesundheitsbereich zu erlassen.

Das nationale Einwanderungsgesetz (Gesetzesverordnung Nr. 286/1998, *Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero* (25. Juli 1998)) garantiert allen Migrant*innen ungeachtet ihres Aufenthaltsstatus Zugang zur Gesundheitsversorgung. So haben undokumentierte Migrant*innen einen Rechtsanspruch auf „dringende“ Leistungen (solche, die nicht hinausgezögert werden können, ohne dass das Leben der Patient*innen bedroht ist oder deren Gesundheit Schaden nimmt) sowie „notwendige“ Leistungen (diagnostische sowie therapeutische Gesundheitsleistungen, die im Zusammenhang mit Erkrankungen stehen, welche weder unmittelbar noch kurzfristig gefährlich sind, jedoch langfristig zu schwerwiegenden gesundheitlichen Schäden führen oder das Leben der Patient*innen bedrohen könnten). Diese Leistungen können sowohl präventiv als auch heilend sein. Undokumentierte Migrant*innen erhalten bei Bedarf solche dringenden oder notwendigen Leistungen, bis die gesamte Behandlungs- und Genesungsphase abgeschlossen ist. Sie haben aber nicht das Recht, sich bei Allgemeinmediziner*innen anzumelden. Dies ist in der Praxis eine der größten Hürden für den Zugang zur Primär- und Sekundärversorgung, da die in Krankenhäusern geleistete Sekundärversorgung eine Überweisung erfordert. Alle Gesundheitsdienstleistungen für Kinder bis 14 Jahre sind gedeckt.

Die Situationen sind allerdings je nach Region sehr unterschiedlich, versuchen doch manche Regionen, den Zugang zur Gesundheitsversorgung durch rechtliche, administrative und praktische Hürden zu begrenzen. In einigen Regionen ist die Versorgung nur durch Notaufnahmen in Krankenhäusern gewährleistet. Das Anrecht undokumentierter Kinder auf eine umfassende Gesundheitsversorgung, einschließlich regelmäßiger Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungen durch Fachärzt*innen, war landesweit de facto beschränkt, da die meisten Regionen bis vor kurzem keinen Zugang zu Kinderärzt*innen boten. Vor 2013 haben manche Regionalregierungen die auf nationaler Ebene festgelegten Standards noch übererfüllt, indem sie allen Bewohner*innen unabhängig vom Status zusätzliche Gesundheitsleistungen gewährten. Einige Jahre lang haben die Regionen Apulien und Toskana sowie die Autonome Provinz Trient undokumentierten Kindern den Zugang zu Kinderärzt*innen ermöglicht. Die Regionen Umbrien und Apulien haben undokumentierten Erwachsenen zudem den Zugang zu Allgemeinmediziner*innen ermöglicht. In einigen Regionen wurden diese ausgeweiteten Rechte für undokumentierte Migrant*innen in regionalen Gesetzen verankert.

In dem Bewusstsein, dass es sich bei vielen Arbeiter*innen im Landwirtschaftssektor in **Apulien** um undokumentierte Personen handelt, hat die regionale Regierung Maßnahmen für eine inklusive Gesundheitsversorgung ergriffen, unter anderem durch mobile Kliniken. 2009 verabschiedete die

Regionalregierung von Apulien ein Gesetz, das undokumentierten Migrant*innen uneingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährt und ihnen das Recht gibt, Allgemeinmediziner*innen für sich und Kinderärzt*innen für ihre Kinder zu wählen (Regionales Gesetz 32/2009). Im Februar 2010 focht die italienische Regierung dieses Gesetz als verfassungswidrig an mit der Begründung, dass es nicht in die Zuständigkeit der Region Apulien falle, Migrant*innen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewähren. Das Verfassungsgericht befand jedoch, dass die Beschwerde nicht zulässig sei. In der Praxis bleiben einige Probleme in puncto Umsetzung bestehen. Darüber hinaus wurde 2015 durch regionale Vorschriften der Zugang zur Gesundheitsversorgung für undokumentierte Migrant*innen wieder eingeschränkt.

2009 verabschiedete die regionale Regierung der **Toskana** ein Gesetz, dass das Menschenrecht für alle, ungeachtet ihres Status, unterstreicht und undokumentierten Migrant*innen gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung und anderen Formen sozialer Hilfeleistungen, z. B. den Zugang zu Obdachloseneinrichtungen und Mahlzeiten in Gemeinde-Cafeterien, gestattet (Regionales Gesetz 29/2009). Auch bei diesem Gesetz wurde die Verfassungsmäßigkeit von der italienischen Regierung angefochten mit der Begründung, dass es die in der italienischen Verfassung verankerten Rechte und Freiheiten übersteige und italienische Staatsbürger*innen diskriminiere. Doch erneut erklärte das italienische Verfassungsgericht die Beschwerde der italienischen Regierung für unzulässig und unbegründet. Trotz dieses inklusiven Rechtsrahmens kommt es auch in der Toskana bei der praktischen Umsetzung noch zu Problemen.

In dem Bestreben, die Ansätze der einzelnen Regionen zu harmonisieren, erzielte die **Ständige Konferenz von Staat und Regionen** am 20. Dezember 2012 eine Vereinbarung für die Umsetzung guter Standards für den Zugang von Ausländer*innen zur Gesundheitsversorgung. Gemäß dieser Vereinbarung haben undokumentierte Kinder über das nationale Krankenversicherungssystem – und nicht über das separate Verwaltungssystem für undokumentierte Migrant*innen – uneingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung. So werden sie bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahrs Kinderärzt*innen zugeteilt und können bis zur Vollendung des 14. Lebensjahrs weiterhin Kinderärzt*innen aufsuchen oder sich bei Allgemeinmediziner*innen anmelden. Ab 14 Jahren können sie sich wie auch italienische Kinder bei Allgemeinmediziner*innen anmelden. In der Vereinbarung wird auch bekräftigt, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung für undokumentierte Migrant*innen nicht mit der Verpflichtung verbunden sein darf, öffentliche Behörden über deren Aufenthaltsstatus zu unterrichten. Die Vereinbarung der Ständigen Konferenz von Staat und Regionen wurde formell von 13 der 20 italienischen Regionen sowie von der Autonomen Provinz Trient angenommen. Zwei weitere Regionen – Emilia-Romagna und Lombardei – haben die Vereinbarung nicht formell angenommen, aber zugestimmt, undokumentierten Kindern den Zugang zu Kinderärzt*innen zu ermöglichen.

Quellen:

- NAGA-Mailand, SIMM (Juni 2016), Die geltenden italienischen Gesetze zur Gesundheitsversorgung irregulärer Migrant*innen und deren derzeitige Umsetzung auf regionaler Ebene.
- PICUM (2012), [Building Strategies to Protect Children in an Irregular Migration Situation. Country Brief: Italy.](#)

NIEDERLANDE

Welche Kompetenzen haben Städte im Bereich Gesundheitsversorgung?

Das niederländische Gesundheitssystem ist stark zentralisiert. Die Zentralregierung hat die alleinige Gesetzgebungskompetenz im Bereich Gesundheit und ist für die Organisation der Gesundheitsversorgung sowie die Erstattung durch das nationale Versicherungssystem zuständig.

Regionen und Gemeinden haben keinerlei Kompetenz, im Bereich der Gesundheitsversorgung legislativ tätig zu werden, und spielen auch bei der Erbringung der Leistungen keine Rolle. Sie haben jedoch einen gewissen Ermessensspielraum bei der Aufteilung ihrer Mittel auf Nichtregierungsorganisationen, die unterversorgten Bevölkerungsteilen Unterstützung bieten, u.a. indem sie ihnen den Zugang zu gewissen Diensten und Arzneimitteln ermöglichen.

Auf nationaler Ebene

Im niederländischen Recht kann man nur dann staatlich krankenversichert sein, wenn man eine Aufenthaltsgenehmigung hat. Menschen ohne Papiere können somit keine Krankenversicherung abschließen.³⁴ Laut Gesetz haben sie zwar Anspruch auf „medizinisch notwendige“ Versorgung (jegliche Behandlung versteht, die von Gesundheitsfachkräften als „verantwortlich und angemessen“ eingestuft wird),³⁵ müssen die Kosten hierfür jedoch selber tragen. Patient*innen, die dafür nicht aufkommen können,

bekommen diese von CAK (früher *Zorginstituut Nederland*) erstattet, unter der Voraussetzung, dass die Leistung prinzipiell im Rahmen der staatlichen Grundversicherung rück erstattungsfähig ist und dass die Gesundheitseinrichtung einen Vertrag mit CAK abgeschlossen hat. CAK ist eine öffentliche Einrichtung, die für die Ausführung gewisser Aufgaben im Bereich Gesundheitsversorgung zuständig ist, einschließlich der Bezahlung von Gesundheitsdienstleistern für deren Leistungen für unversicherbare Migrant*innen. Apotheken und Krankenhäuser müssen außer in Notfällen und bei der Versorgung Schwangerer einen Vertrag mit CAK abgeschlossen haben, um ihre Kosten erstattet zu bekommen. Allgemeinmediziner*innen sind von dieser Anforderung ausgenommen.

Die nationale Grundversicherung deckt zwar zahlreiche Leistungen ab, insbesondere für Kinder, hat jedoch ihre Grenzen. So können beispielsweise keine Kosten für Zahnbehandlungen Erwachsener rückerstattet werden und auch nur ein kleiner Teil der Kosten für Physiotherapie. In Apotheken müssen Patient*innen je Rezept 5 EUR zuzahlen, was manchen mittellosen Patient*innen nicht möglich ist, insbesondere wenn sie an chronischen Erkrankungen leiden, die eine langfristige Behandlung erfordern. EU-Bürger*innen ohne Versicherung werden von diesem System nicht abgedeckt.

Bis zur Vollendung des vierten Lebensjahrs haben alle Kinder freien Zugang zu Impfungen. Undokumentierte Kinder in Begleitung ihrer Familien oder anderen Betreuer*innen haben den gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung wie undokumentierte Erwachsene.

34 Laut Artikel 5 Absatz 2 des Allgemeinen Gesetzes über besondere Krankheitskosten (*Algemene Wet bijzondere Ziektekosten* (AWBZ)) werden Personen ohne rechtmäßigen Aufenthalt von der Versicherung des AWBZ ausgenommen (vollständiger Text online: <http://www.st-ab.nl/wetawbz.htm>) und nur wer gemäß dem AWBZ versichert ist, hat Zugang zur Grundversicherung gemäß dem Krankenversicherungsgesetz (vollständiger Text online: <http://www.st-ab.nl/wetzvworbz.htm>). Undokumentierte Kinder haben jedoch Zugang zu im AWBZ geregelten Leistungen (z. B. zu Behandlungen durch Fachärzt*innen), wenn dies als notwendig erachtet wird.

35 Commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen, „Arts en Vreemdeling“, zu finden unter: http://www.pharos.nl/documents/doc/webshop/arts_en_vreemdeling-rapport.pdf.

In der Praxis können Gesundheitsfachkräfte manchmal nur schwer ermitteln, wer Anspruch auf Rückerstattung durch CAK hat. Gesundheitsfachkräfte und Krankenhäuser verlassen sich daher weitgehend auf lokale NGOs zur Unterstützung von Migrant*innen, die den jeweiligen Patient*innen ein Dokument mitgeben, welches besagt, dass sie anspruchsberechtigt sind. Undokumentierte Migrant*innen, die kaum mit entsprechenden Organisationen in Kontakt stehen, haben somit große Probleme ihre Anspruchsberechtigung nachzuweisen und werden womöglich abgewiesen.

Die komplexen und bürokratischen Rückerstattungssysteme führen dazu, dass manche Ärzt*innen und Krankenhäuser Patient*innen ohne Aufenthaltsstatus ungerne behandeln. Allgemeinmediziner*innen zögern manchmal mit der Erbringung von Leistungen, da nur 80 % der nicht gezahlten Kosten erstattet werden, oder fordern von den Patient*innen, 20 % der Kosten vorab zu zahlen, was allerdings so im Gesetz nicht vorgesehen ist. Manche Gesundheitsfachkräfte und Krankenhausmitarbeiter*innen kennen die Rechte undokumentierter Patient*innen und ihre Pflichten ihnen gegenüber nicht. So werden Patient*innen, wenn sie keine Versicherung nachweisen oder nicht selber zahlen können, manchmal Behandlungen verweigert, auf die sie eigentlich Anspruch hätten. Mit Ausnahme von Notfällen benötigt man für eine

Behandlung im Krankenhaus eine Überweisung von Allgemeinmediziner*innen. Die Behandlung undokumentierter Migrant*innen im Krankenhaus wird wesentlich erleichtert, wenn Allgemeinmediziner*innen der Überweisung einen Hinweis beifügen, dass der/die Patient*in Anspruch auf Erstattungen des CAK hat.

Gesundheitsfachkräfte müssen Patient*innen ohne Aufenthaltsstatus nicht an die Einwanderungsbehörden melden.³⁶

(Re)aktionen der Städte

Mehrere Gemeinden in den Niederlanden unterstützen lokale NGOs, die undokumentierten Migrant*innen helfen, insbesondere all jenen, deren Asylantrag abgelehnt wurde. In **Eindhoven, Amsterdam, Nijmegen** und **Utrecht** haben die Stadträte entschieden, dass die Stadt einen Teil der Kosten für Gesundheitsleistungen wie zahnärztliche Versorgung oder Physiotherapie zahlt, die nicht unter die Grundversicherung fallen. Auch werden dort die 5 EUR Rezeptgebühr erstattet, wenn Patient*innen sich diese nicht leisten können. In manchen Fällen erleichtern lokale Organisationen den Zugang zur zahnärztlichen Versorgung indem sie Patient*innen an Zahnärzt*innen vermitteln, die sie zu einem günstigeren Satz behandeln.

36 Laut Artikel 107 des Ausländergesetzes aus dem Jahr 2000 sind Verwaltungsbehörden verpflichtet, dem Einwanderungs- und Einbürgerungsdienst Informationen über Ausländer*innen mitzuteilen, insofern dies vom Ausländergesetz gefordert wird. Der Minister für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport hat jedoch geklärt, dass Gesundheitsdienstleister und Gesundheitseinrichtungen beim Aufspüren und Melden undokumentierter Migrant*innen keine Rolle spielen (Antwort auf die parlamentarische Anfrage (Kamervraag) 840, 7.12.2007; Text online: <http://ilegaalkind.nl/data/2007nr840.pdf>).

POLEN

Welche Kompetenzen haben Städte im Bereich Gesundheitsversorgung?

Die Zuständigkeit für das Gesundheitssystem teilen sich die Zentralregierung und die lokalen Gemeinden. Polen hat eine auf nationaler Ebene geregelte gesetzliche Krankenversicherung. Von öffentlichen und privaten Gesundheitsdienstleistern wie Krankenhäusern und Kliniken erbrachte Leistungen werden vom Nationalen Gesundheitsfonds finanziert. Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung durch den Nationalen Gesundheitsfonds wird auf Ebene der Provinzen (*voivodship*) gelenkt.

Jede Gemeinde (*gmina*) ist für die Gesundheitsversorgung ihrer Einwohner*innen zuständig und kann gegebenenfalls einen Teil der Behandlungskosten aus Eigenmitteln finanzieren. Der Großteil der Leistungen wird jedoch von kommunalen Gesundheitseinrichtungen mit den Mitteln des Nationalen Gesundheitsfonds erbracht.

Auf nationaler Ebene

In der polnischen Verfassung heißt es, dass „jedermann das Recht auf Schutz der Gesundheit hat“.³⁷ Im Gesetz über aus öffentlichen Mitteln finanzierte Gesundheitsversorgung vom 27. August 2004³⁸ ist festgelegt, wer Anspruch auf Leistungen des nationalen Gesundheitssystems hat, welches als solches auf einem gesetzlichen Versicherungssystem basiert.³⁹ Undokumentierte Migrant*innen

sind hiervon ausgenommen. Infolgedessen haben sie nur Rechtsanspruch auf Notfallbehandlungen, welche definiert werden als „Leistungen, die einer Person im Fall einer unmittelbaren Gefahr für Leben oder Gesundheit nicht verweigert werden können.“⁴⁰

In Polen gibt es Rettungsteams, die in einem separaten System agieren, welches direkt aus dem Haushalt der Zentralregierung finanziert und von den Provinzen verwaltet wird. Solche Teams setzen sich aus 2-3 Personen zusammen, die Patient*innen außerhalb eines Krankenhauses bei unmittelbarer Gefahr für das Leben medizinische Nothilfe leisten. Von solchen Rettungsteams erbrachte Notfallleistungen sind für alle kostenfrei. Es ist jedoch nicht klar, ob von Krankenhäusern erbrachte Notfallleistungen ebenfalls kostenfrei sind, da rechtlich nicht geregelt ist, wer die Kosten hierfür tragen würde.⁴¹ Dies bedeutet, dass von undokumentierten Patient*innen erwartet werden könnte, nach Erbringung solcher Notfallleistungen im Krankenhaus die gesamten Kosten hierfür zu zahlen. Ebenso kann zwar auch keiner Frau die medizinische Betreuung der Entbindung verwehrt werden, aber es kann sein, dass undokumentierten Frauen die gesamten Kosten dafür in Rechnung gestellt werden. Ausnahmen gibt es für Screening und Behandlung von HIV sowie für die Behandlung bestimmter Infektionskrankheiten,⁴² die für alle kostenlos zugänglich sind.⁴³ Für undokumentierte Kinder gelten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung prinzipiell die gleichen Regeln wie für undokumentierte Erwachsene. Ausgenommen hiervon sind Medizinpro-

37 Verfassung der Republik Polen 1997, Artikel 68(1), vollständiger Text online: <http://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/angielski/kon1.htm>.

38 Vollständiger Text online: http://www.pup-olkusz.pl/dokumenty/ustawa_20040827.pdf.

39 Für einen Großteil der Bevölkerung besteht Versicherungspflicht. Die Beiträge sind vom Einkommen abhängig (9 % des Gehalts oder der Sozialleistungen). Alle anderen können sich freiwillig versichern lassen. Nicht versicherten Personen können Leistungen verwehrt werden, wenn keine „unmittelbare Gefahr für Leben oder Gesundheit“ besteht. Kinder und Schwangere mit polnischer Staatsbürgerschaft haben unabhängig ihres Versicherungsstatus Anspruch auf zusätzliche Leistungen. Bestimmte Gesundheitsleistungen sind immer kostenlos. Flüchtlinge und Personen mit subsidiärem Schutzstatus haben gleichen Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung wie polnische Staatsbürger*innen. Asylbewerber*innen und unbegleitete Minderjährige haben kostenlos Zugang zu „Gesundheitsdiensten“, wobei in diesem Fall die Kosten von spezifischen Trägern mit öffentlichen Mitteln getragen werden (vgl. auch Gesetz vom 13. Juni 2003 über den Schutz für Ausländer, vollständiger Text online: <http://lex.pl/serwis/du/2003/1176.htm>). Für weitere Informationen, vgl. HUMA Network (2011), [Access to Health Care and Living Conditions of Asylum Seekers and Undocumented Migrants in Cyprus, Malta, Poland and Romania](#), S. 99-106.

40 *Ebenda*, S. 101 mit Verweisen auf mehrere Gesetze zur Durchführung der Gesundheitsversorgung.

41 *Ebenda*, S. 101.

42 *Ebenda*, S. 104-105 mit Verweisen auf das Gesetz über Infektionskrankheiten.

43 Für HIV Behandlungen gibt es keine Bedingungen, aber nur Postexpositionsprophylaxe ist kostenlos.

dukte und Dentalgeräte sowie vorgeschriebene Impfungen, Kontrolluntersuchungen und Screening, die kostenlos sind, solange die Kinder eine staatliche Schule besuchen.⁴⁴ In der Praxis hat jedoch nicht jede Schule eine*n Krankenpfleger*in, der/die diese Versorgung durchführt. Üblicherweise versichern Schulen ihre Schüler*innen bei der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei Kindern ohne Papieren ist dies jedoch nicht möglich, obwohl diese, wenn sie zur Schule gehen, theoretisch Anspruch auf Leistungen aus dem staatlichen Gesundheitssystem haben. Und auch wenn Kontrolluntersuchungen und Screenings an sich (falls überhaupt verfügbar) unentgeltlich sind, so ist die eigentliche Behandlung oft unerschwinglich (insbesondere bei fachärztlicher, zahn- oder augenmedizinischer Versorgung). Somit erhalten undokumentierte Kinder keine kontinuierliche Versorgung.

Undokumentierte Migrant*innen meiden, außer in Notfällen, zumeist öffentliche Gesundheitseinrichtungen und Krankenhäuser, da sie Angst haben, den Ausländerbehörden gemeldet zu werden. Darüber hinaus wirken die hohen Behandlungskosten (für nicht kostenfreie Leistungen) abschreckend und teilweise werden sie auch direkt abgewiesen, da oftmals bei der Anmeldung gültige Papiere vorgezeigt werden müssen.⁴⁵ Aus Kostengründen entlassen Krankenhäuser nicht versicherte Patient*innen, die wegen eines Notfalls aufgenommen wurden, oftmals so bald wie möglich, ohne ihrem Gesundheitszustand und möglichen Gesundheitsrisiken gebührend Rechnung zu tragen. Diese Patient*innen sind dann auf sich selbst gestellt oder auf nicht professionelle medizinische Betreuung angewiesen.⁴⁶ Alternativ können sie sich an Privatkliniken⁴⁷ wenden, wo sie ohne Vorweis von Papieren behandelt werden können, dann allerdings Behandlung und Arzneimittel vollumfassend selber bezahlen müssen.⁴⁸

(Re)aktionen der Städte

Warschau

Die Organisation Ärzte der Hoffnung, die aus dem polnischen Zweig der Ärzte der Welt hervorging, betreibt seit 1991 in Warschau eine Klinik für Menschen ohne Krankenversicherung. 2016 arbeiteten dort 25 ehrenamtliche Ärzt*innen, die ungeachtet des Aufenthaltsstatus allen bedürftigen polnischen Staatsbürger*innen, EU-Bürger*innen und Menschen aus Nicht-EU-Ländern ihre Dienste anboten. Im Jahr 2015 behandelten sie rund 8.000 Patient*innen.

Seit ungefähr 1996 bekommen die Ärzte der Hoffnung öffentliche Gelder für ihre Arbeit, nachdem sie sich erfolgreich auf von der Stadt Warschau ausgeschriebene Fördermittel beworben hatten, die den Obdachlosen der Stadt zugutekommen sollen. Alle drei Jahre muss erneut ein Antrag auf Unterstützung gestellt werden. Abgesehen von dieser Klinik der Ärzte der Hoffnung in Warschau gibt es in ganz Polen nur eine andere Klinik dieser Art. 2016 kamen 40 % der Finanzmittel von der Stadt Warschau und der Provinz (*voivodship*) und weitere 40 % von privaten Spender*innen.

Ärzte der Hoffnung setzt sich gegenüber den staatlichen Ministerien und der Stadt aktiv dafür ein, dass Menschen ohne Krankenversicherung ungeachtet ihres Status einen besseren Zugang zur öffentlichen Gesundheitsversorgung bekommen. Die Organisation arbeitet eng mit dem polnischen Ombudsmann zusammen und hat einen Sitz in einem zivilgesellschaftlichen Beirat, der den Stadtrat bei Fragen rund um das Thema Obdachlosigkeit berät.

44 *Ebenda*, S. 101 mit Verweisen auf Artikel 92 (1)(2) des Gesetzes über das Bildungssystem vom 7. September 1991 und den Erlass des Gesundheitsministers über die Organisation prophylaktischer Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche vom 28. August 2009.

45 *Ebenda*, S. 125.

46 *Ebenda*, S. 125.

47 Der Nationale Gesundheitsfonds kooperiert auch mit mehreren ambulanten Kliniken, bei denen man keine Papiere vorlegen muss, wenn man die Behandlung direkt bezahlt (*ebenda*, S. 131).

48 *Ebenda*, S. 126-127.

SPANIEN

Welche Kompetenzen haben Städte im Bereich Gesundheitsversorgung?

Die Zentralregierung ist zuständig für die Schaffung der Rahmenbedingungen und die allgemeine Koordination von Gesundheitsfragen. Gemäß der spanischen Verfassung haben die Autonomen Gemeinschaften (*Comunidades Autónomas*) Gesetzgebungs- und Durchführungskompetenzen in den Bereichen Gesundheit, Hygiene und Soziales. So erlassen sie die Rechtsvorschriften in den Bereichen Gesundheit und Hygiene und sind im Rahmen der durch das nationale Gesetz festgelegten grundlegenden Standards für die Gesundheitsversorgung zuständig. In manchen Regionen haben die Städte ein gewisses Maß an Selbständigkeit in den Bereichen Gesundheitspflege, Umwelthygiene und öffentliche Gesundheit.⁴⁹ Der Ausschluss undokumentierter Migrant*innen aus dem öffentlichen Gesundheitswesen 2012 hat landesweit zu Diskrepanzen zwischen der Politik der nationalen Regierung und der Gesundheitsversorgung in den Autonomen Gemeinschaften geführt.

Auf nationaler Ebene

Bis zum 1. September 2012 wurde im Einklang mit internationalen Menschenrechtsstandards sowohl spanischen Bürger*innen als auch anderen Personen im Land, unabhängig vom jeweiligen Aufenthaltsstatus, das Recht auf Zugang zur kostenlosen öffentlichen Gesundheitsversorgung in Spanien gewährt. Mit einem Königlichen Erlass⁵⁰, der am 20. April 2012 angenommen wurde und am 1. September 2012 in Kraft trat, wurde das Gesundheitssystem erheblich umstrukturiert. Das Recht auf Zugang zur Gesundheitsver-

sorgung wurde an die Bedingung der spanischen Staatsbürgerschaft oder der Registrierung bei der Sozialversicherung geknüpft – eine Anforderung, die von Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus nicht erfüllt werden kann. Diese Reform bedeutete eigentlich das Ende des in Spanien seit über zehn Jahren bestehenden, universellen Gesundheitssystems zugunsten eines versicherungsbasierten Gesundheitssystems. Dieses sieht mehrere Kategorien von zugangsberechtigten Patienten vor und verschiedene Prozeduren für jede dieser Kategorien und führt so zu bedeutendem bürokratischem Aufwand. Laut der Reform „wird die medizinische Versorgung in Spanien, für die öffentliche Gelder in Anspruch genommen werden, denjenigen garantiert, die ordnungsgemäß versichert sind“,⁵¹ während es zuvor ausreichte, im Gemeinderegister (*padrón*) verzeichnet zu sein, um Zugang zur Gesundheitsversorgung zu haben.⁵²

Laut dem nationalen Gesetz haben undokumentierte Migrant*innen jetzt nur noch Anspruch auf kostenlose Behandlung in Notfällen sowie während der Schwangerschaft, Geburt und nach der Entbindung. Undokumentierte Kinder haben nach wie vor denselben Anspruch auf medizinische Versorgung wie spanische Kinder. Allerdings wurde in der Praxis von Schwierigkeiten beim Zugang zu diesen Leistungen berichtet.⁵³ Das Gesetz von 2012 beinhaltet auch Lücken für Personen mit regulärem Aufenthaltsstatus. Dazu gehören EU-Bürger und Spanier, die arbeitslos sind, keinen Sozialversicherungsanspruch haben und deren finanzielle Situation ihnen keinen Anspruch auf Gesundheitsversorgung gibt.

Die Reform des Gesundheitssystems von 2012 hat bei den verschiedenen Autonomen Gemeinschaften starke Reaktionen ausgelöst. Das Baskenland hat als erstes reagiert

49 S. Garcia-Armesto et al., *Spain: Health System Review*, *Health Systems in Transition*, Vol. 12 No. 4 (2010).

50 Königlicher Erlass 16/2012 vom 20. April 2012 über Dringlichkeitsmaßnahmen zur Sicherung der Nachhaltigkeit des nationalen Gesundheitssystems und zur Verbesserung der Qualität seiner Dienstleistungen.

51 Artikel 1 des Königlichen Erlasses ändert den Inhalt von Artikel 3 des Gesetzes über die Kohäsion und Qualität des Gesundheitssystems 16/2003, welcher vorsah, dass „alle Staatsbürger und Ausländer, die gemäß Artikel 12 des Gesetzes 4/2000 im Land leben“ (d. h. diejenigen, die ordnungsgemäß als Einwohner*in bei der örtlichen Gemeinde registriert sind) das Recht auf Zugang zur Gesundheitsversorgung haben. Laut der neuen Bestimmung „wird die medizinische Versorgung in Spanien, für die öffentliche Gelder in Anspruch genommen werden, denjenigen garantiert, die ordnungsgemäß versichert sind“. Vgl. auch Königlicher Erlass 1192/2012, in dem festgelegt wird, wer als gesetzlich Versicherte*r oder Anspruchsberechtigte*r des nationalen Gesundheitssystems gilt.

52 In Spanien können undokumentierte Migrant*innen unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus in einem Melderegister (*padrón*) erfasst werden.

53 *Médicos del Mundo España* beobachtete landesweit Fälle von Migrant*innen, denen infolge der Umsetzung des Königlichen Erlasses 16/2012 der Zugang zur Gesundheitsversorgung fortgesetzt verwehrt wurde. Vgl. *Médicos del Mundo España (2014), „Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo“*.

und Maßnahmen ergriffen, die universelle Gesundheitsversorgung sicherstellen. Katalonien hat Gesetze verabschiedet, um Hindernisse für ausgeschlossene Gruppen zu überwinden. Andere haben durch ergänzende Maßnahmen den Zugang zur öffentlichen Gesundheitsversorgung erweitert, indem Spezialprogramme eingerichtet wurden, die über das nationale Gesetz hinausgehend Zugang zu weiteren Gesundheitsdienstleistungen bieten.

Zwei Autonome Gemeinschaften, Andalusien und Asturien, gewähren undokumentierten Migrant*innen und spanischen Staatsbürger*innen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsleistungen. In der Autonomen Gemeinschaft Castilla-La Mancha, der einzigen, die den Königlichen Erlass vollständig umgesetzt hatte, kam es 2015 zu einem Regierungswechsel. Daraufhin wurde im März 2016 mit der Einführung einer Gesundheitskarte (*tarjeta para la atención sanitaria*) der Versicherungsschutz auf undokumentierte Migrant*innen ausgeweitet. Die Karte wird für zwölf Monate ausgestellt und ermöglicht den Zugang zur Gesundheitsversorgung innerhalb der Region. Somit bieten nun alle Autonomen Gemeinschaften Menschen ohne Aufenthaltsstatus einen gewissen Zugang zu unentgeltlicher Gesundheitsversorgung.

Auch wenn diese Entwicklung insgesamt positiv zu bewerten ist, führt der entstandene Flickenteppich der unterschiedlichen Regelungen in der Praxis zu großer Verwirrung. Die Regionen bieten unterschiedliche Leistungen an und auch die Verfahren, um diese Leistungen in Anspruch zu nehmen, unterscheiden sich voneinander.⁵⁴

(Re)aktionen der Städte

Madrid

Der Stadtrat von Madrid hat im Dezember 2015 die Kampagne „Madrid kümmert sich“ (*Madrid sí cuida*) angestoßen, mit der alle undokumentierten Einwohner*innen darüber informiert werden, dass sie ungeachtet ihres Status ein Recht auf die Nutzung öffentlicher Gesundheitsleistungen haben. Die Kampagne ermutigt alle, sich bei einem Gesundheitszentrum anzumelden, und gibt ihnen Informationen an die Hand, wohin sie sich wenden können, wenn ihnen fälschlicherweise der Zugang zu Gesundheitsleistungen verwehrt wird. Sie ist eine Reaktion auf besagten Königlichen Erlass von 2012, der undokumentierten Migrant*innen den Zugang zu öffentlich subventionierter Gesundheitsversorgung verwehrt. Um den Folgen dieser Regelung entgegenzuwirken, hat die Autonome Gemeinschaft Madrid ein internes Rundschreiben an alle städtischen Gesundheitsfachkräfte herausgegeben, in dem diese aufgefordert werden, alle Patient*innen unabhängig von deren Aufenthaltsstatus zu behandeln. Mit der Kampagne *Madrid sí cuida* sollen Migrant*innen über diese kommunale Entscheidung informiert werden, damit ihnen klar wird, dass sie in dieser Region nicht vom öffentlichen Gesundheitssystem ausgeschlossen sind.⁵⁵

Der Stadtrat ist auch dabei, einen Menschenrechtsplan auszuarbeiten, der allen weiteren Maßnahmen der Stadt zugrunde liegen soll. Dieser Plan befasst sich unter anderem damit, dass Migrant*innen ohne jegliche Diskriminierung Zugang zur Gesundheitsversorgung garantiert werden soll.⁵⁶ Im Oktober 2016 hat der Stadtrat von Madrid für die Einführung eines Stadtausweises für undokumentierte Migrant*innen gestimmt. Damit soll ihnen der Zugang zu allen städtischen Leistungen gesichert werden, insbesondere zu Gesundheitsversorgung, Bildung, Sozialleistungen und Arbeitsvermittlung. Alle, die in der Stadt gemeldet sind und kein gültiges Ausweisdokument haben, können einen solchen Stadtausweis beantragen.⁵⁷

54 Sechs Autonome Gemeinschaften haben sowohl in Bezug auf die Form als auch auf den Inhalt des Königlichen Erlasses von 2012 Beschwerde eingelegt. Die Regionalregierungen Andalusiens, Asturiens, des Baskenlandes, der Kanarischen Inseln, Kataloniens und Navarras machten geltend, dass die Bestimmungen des Königlichen Erlasses gegen die regionalen Zuständigkeiten sowie gegen die in der spanischen Verfassung verankerten Grundrechte verstoßen. Im Juli 2016 hat das Verfassungsgericht zugunsten der Zentralregierung entschieden. Es befand, dass der Königliche Erlass im Einklang mit der spanischen Verfassung steht und dass in Zeiten der Wirtschaftskrise ein Beschneiden sozialer Rechte gerechtfertigt gewesen sei.

55 Madrid sí cuida, <https://si-cuida.madrid.es/>.

56 Decide Madrid, Plan de Derechos Humanos, <https://decide.madrid.es/derechos-humanos>.

57 El Mundo (2016), „El Ayuntamiento de la capital crea un 'DNI municipal' para inmigrantes 'sin papeles'“.

Barcelona

Im Jahr 2015 hat die Stadt Barcelona eine Maßnahme zur Registrierung eingeführt, genannt 'padrón', die alle undokumentierten Migrant*innen ermutigt, sich bei der Stadt anzumelden. Auch Einwohner*innen, die keinen Wohnsitz nachweisen können oder keine feste Adresse haben, können sich so anmelden.

Die Anmeldung ermöglicht allen Einwohner*innen, ungeachtet ihres Aufenthaltsstatus, Zugang zu lokalen Dienstleistungen und zum öffentlichen Gesundheitssystem der Region Katalonien. Durch ein Angebot von Bezirksberater*innen werden allen Migrant*innen, einschließlich undokumentierter Einwohner*innen und Personen aus anderen EU-Ländern, über die Gesundheitskarte und wie sie diese erhalten, informiert. Ein lokaler Ausschuss wurde eingerichtet, um spezielle Fälle zu begutachten, bei denen von Personen für Leistungen unangemessene Beträge gefordert wurden. Die Stadt Barcelona hat Poster gestaltet und in die Notaufnahme aller Krankenhäuser gehängt, um die Öffentlichkeit darüber zu informieren, dass jeder das Recht auf kostenlose Notfallversorgung hat und niemand für Leistungen zahlen muss.

Der Stadtrat von Barcelona hat im Jahr 2010 eine Kampagne gegen Gerüchte und Vorurteile (Estratègia BCN Antirumors) eingeführt. Die Kampagne basiert auf dem Grundsatz, dass Unwissenheit über die Hintergründe und Erfahrungen anderer das größte Hindernis für ein Zusammenleben in gemischten Gesellschaften ist. Diese Unwissenheit kann Angst oder Ablehnung hervorrufen

und sich in Mythen und Falschvorstellungen zeigen. Zum Beispiel 'Migrant*innen nehmen unsere Arbeit weg', 'sie zahlen keine Steuern' oder 'sie nutzen das Gesundheitssystem aus'. Die Kampagne zielt darauf ab, Mittel und Beschreibungen zu gestalten, die diese Stereotypen widerlegen und den Zusammenhalt einer interkulturellen Gesellschaft zu fördern. Zu den Mitteln gehören Comicbücher, Handbücher, Faltblätter, sowie Workshops über Multikulturalismus für Individuen, Institutionen und Dienstleister in verschiedenen Nachbarschaften von Barcelona.



Quellen:

<http://ajuntament.barcelona.cat/bcnacciointercultural/ca/blanca-rosita-barcelona>

SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

In fast allen europäischen Ländern wird der Zugang zum öffentlichen Gesundheitssystem vom Aufenthaltsstatus abhängig gemacht und dadurch strikt begrenzt. Dabei gibt es immer mehr Belege sowie einen zunehmenden Konsens dafür,⁵⁸ dass dies nicht nur der Gesundheit Einzelner schadet, sondern auch die Ziele der öffentlichen Gesundheit untergräbt. Denn eine universelle Gesundheitsfürsorge sowie die Reduzierung von gesundheitlicher Ungleichheit können so nicht erreicht werden. Solche Beschränkungen stehen auch in klarem Widerspruch zu medizinethischen Prinzipien und staatlichen Verpflichtungen im Bereich Menschenrechte.

Immer mehr Städte und Regionen setzen jedoch andere Modelle um, da sie realisiert haben, wie kontraproduktiv es ist, einen Teil der Bevölkerung von präventiver und primärer Gesundheitsversorgung auszuschließen. Europaweit ergreifen lokale und regionale Entscheidungsträger*innen Maßnahmen, häufig in Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft, um undokumentierten Männern, Frauen und Kindern in ihren Gemeinden bessere Leistungen zu bieten und praktische Hürden zu deren Zugang abzubauen.

Städte setzen sich, teils als Einzelkämpfer teils im Rahmen weltweiter oder regionaler Netzwerke, für inklusivere Ansätze der Leistungserbringung ein. Sie fordern, verstärkt in nationale Entscheidungen zur Migrationspolitik einbezogen zu werden, da sie dank ihres direkten Kontakts zur Bevölkerung sehr genau wissen, worauf es ankommt. Sie plädieren auch dafür, weniger auf Abschreckung und mehr auf Integration zu setzen. Angesichts der Tatsache, dass der Gesundheitszustand und andere soziale Faktoren sich gegenseitig beeinflussen, setzen Städte sich nicht nur für einen besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung ein. Sie fordern vielmehr für alle Einwohner*innen, ungeachtet ihres Aufenthaltsstatus, einen besseren Zugang zum Arbeitsmarkt, zu Bildung, Unterbringung und sozialen Unterstützungsstrukturen, um so den negativen Auswirkungen von Armut und sozialer Ausgrenzung entgegenzuwirken.⁵⁹

Die hier vorgestellten Beispiele veranschaulichen die Vielfalt an Strategien, mit denen Städte den Zugang zur Gesundheitsversorgung verbessern. So werden in Helsinki und Warschau **lokale Kliniken finanziert**. Die Stadt Frankfurt **arbeitet mit einer lokalen NGO zusammen, um gemeindebasierte, integrierte Versorgung zu ermöglichen**. Gent setzt auf eine **einfachere Verwaltung**. In Madrid werden **Informationskampagnen zum Recht auf Gesundheitsversorgung** durchgeführt. Und Eindhoven, Amsterdam, Nijmegen und Utrecht **kommen für Leistungen auf, die vom nationalen System nicht erstattet werden**.

Trotz all ihrer Einschränkungen zeugen diese Initiativen von der pragmatischen und menschlichen Reaktion der Städte auf die Bedürfnisse ihrer Einwohner*innen. Auch wenn sie kein Ersatz für eine Reform nationaler Gesetze sind, die Einzelnen aufgrund ihres Aufenthaltsstatus den Zugang zu medizinischer Grundversorgung versagen, so geben die Vor- und Nachteile dieser Initiativen doch zahlreiche Anhaltspunkte, wie politische Maßnahmen und Gesetze auf nationaler Ebene verbessert werden können. Ziel sollte es sein, in allen Städten und Regionen gleichermaßen effiziente Leistungen zu erbringen und ein geeignetes finanzielles und administratives Umfeld zu schaffen, in dem alle Einwohner*innen, ohne Diskriminierung, Zugang zu qualitativ hochwertigen Leistungen haben.

Fairere Gesundheitssysteme erfordern politische Entschlossenheit und Mut von Seiten aller, die von diesem Thema direkt betroffen sind – NGOs, Gesundheitsfachkräfte, Verwaltungspersonal des Gesundheitssektors und Mitarbeiter*innen der städtischen Behörden – wenn es darum geht, auf die negativen Auswirkungen der bestehenden nationalen Systeme hinzuweisen und sich für inklusivere, evidenzbasierte Maßnahmen zum Wohle aller einzusetzen.

58 Internationale Organisation für Migration (2016), Recommendation on Access to Health Services for Migrants in an Irregular Situation: An Expert Consensus.

59 Vgl. *Im Fokus: Aktionen von Städten aus aller Welt*, obenstehend, S. 13. [Seitenzahl muss in der Endversion überprüft werden]

Gesetzgeber auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene

› Reform von Gesetzen und Politiken, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung auf der Grundlage des Aufenthaltsstatus verwehren oder beschränken.

Gesundheitsversorgung sollte allen gewährt werden, die diese benötigen, und nicht an einen Aufenthaltsstatus geknüpft oder von diesem abhängig gemacht werden. Es sind proaktive Ansätze gefordert, um administrative Hemmnisse beim Zugang zu Gesundheitsleistungen aufzuheben. So sollten Einwohner*innen mit irregulärem Aufenthaltsstatus keine Behandlungen diskriminierend vorenthalten werden und von ihnen keine Dokumente verlangt werden, welche sie nicht erbringen können.

› Klare Trennung der Erbringung medizinischer Leistungen von der Einwanderungskontrolle.

In Übereinstimmung mit den Richtlinien der Europäischen Kommission gegen Rassismus und Intoleranz (ECRI) zum Schutz irregulärer Migrant*innen vor Diskriminierung⁶⁰ sowie den Empfehlungen der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA)⁶¹ sollten Regierungen und die Verwaltungen des Gesundheitswesens eine klare Trennung zwischen Gesundheitsdienstleistungen einerseits und der Einwanderungskontrolle andererseits einführen, um Schutz und Achtung der Grundrechte sicherzustellen zu können. Das bedeutet, dass sie Gesundheitsfachkräften, Krankenhäusern, Verwaltungsstellen des Gesundheitssektors und öffentlichen Behörden nicht die Pflicht auferlegen sollten, undokumentierte Patient*innen zu melden oder ihre Informationen anderweitig an die Einwanderungsbehörden weiterzuleiten. Mithilfe von Regeln zum Schutz des Patient*innenrechts auf Vertraulichkeit sollte gewährleistet werden, dass im Rahmen von medizinischen Behandlungen erhobene Daten ausschließlich für medizinische Zwecke und nie ohne Zustimmung der Patient*innen verwendet werden.

› Umsetzung proaktiver Maßnahmen – in Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft – für eine Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für undokumentierte Migrant*innen in der Region oder Gemeinde.

Behörden der Städte, Bezirke und Regionen sollten in Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft auf lokaler Ebene relevante Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für alle Einwohner*innen ausarbeiten und umsetzen. Sie sollten sich auch über die zahlreichen Beispiele bereits bestehender bewährter Praktiken informieren und diese wenn möglich an ihre lokalen Rahmenbedingungen angepasst umsetzen oder neue Konzepte entwickeln, die ihren lokalen Bedürfnissen besser gerecht werden. Um die Einheitlichkeit der Ansätze sowie deren Qualität zu fördern, sollten lokale und regionale Behörden ermutigt werden, zusammenzuarbeiten und sich für geeignete Reformen des gesetzlichen und finanziellen Rahmens auf nationaler Ebene einzusetzen, damit für alle, in allen Gemeinden oder Regionen, angemessene und einheitliche Gesundheitsleistungen sichergestellt werden.

Die Europäische Union

› Gewährleistung, dass bei allen Bemühungen der EU zur Messung und Verbesserung der Leistung der Gesundheitssysteme in den Mitgliedstaaten, gesundheitliche Ungleichheit angegangen wird, und dass dabei berücksichtigt wird, welchen Zugang zu Leistungen die schutzbedürftigsten Gruppen haben, einschließlich Personen ohne Papiere oder mit unsicherem Aufenthaltsstatus.

Ein System der Gesundheitsversorgung kann nicht universell sein, wenn bestimmte Teile der Bevölkerung systematisch ausgeschlossen werden. Es kann auch nicht effizient und wirksam sein, wenn Patient*innen sich gezwungen sehen, nur Notfallleistungen zu nutzen, da sie keinen Zugang zu Primärversorgung haben. Die EU sollte sicherstellen, dass bei Initiativen zur Messung und Verbesserung der Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten, den Bedürfnissen schutzbedürftiger Gruppen Rechnung getragen wird, die teilweise aufgrund ihres Aufenthaltsstatus vor strukturellen Hindernissen beim Zugang zur Versorgung stehen. So sollten angesichts der Tatsache, dass die Regierungen kaum Informationen zu diesen Bevölkerungsgruppen zusammengetragen haben, Beiträge relevanter Akteure (z. B. Zivilgesellschaft oder Wissenschaft) eingeholt werden. Denn nur dann kann gewährleistet werden, dass bei entsprechenden Ansätzen alle Bevölkerungsgruppen berücksichtigt werden, sowohl inhaltlich wie auch bei der konkreten Ausarbeitung.

60 ECRI (2016), General Recommendation No. 16 on safeguarding irregularly present migrants from discrimination.

61 Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2012), Apprehension of Migrants in an Irregular Situation – Fundamental Rights Considerations.

➤ **Förderung eines evidenzbasierten politischen Dialogs und eines Austauschs bewährter Praktiken sowie Gewährleistung, dass alle für undokumentierte Migrant*innen relevanten EU-Politiken mit den Gesundheitszielen im Einklang stehen.**

In allen EU-Mitgliedstaaten eine inklusive und effiziente Gesundheitsversorgung für alle bereitzustellen, ohne Diskriminierung aufgrund von Migration oder Aufenthaltsstatus, ist ein erklärtes Ziel der EU, auf das von den Institutionen der EU auf unterschiedlichste Art und Weise hingearbeitet werden kann.

- Der Europäische Rat hat mehrfach die Notwendigkeit eines allgemeinen Zugangs zu Gesundheitsleistungen thematisiert.⁶² Er sollte dafür ein Forum für den Austausch vielversprechender Praktiken und einen evidenzbasierten politischen Dialog über die Auswirkungen und Modalitäten der Entwicklung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung bereitstellen. Hierzu zählen insbesondere Maßnahmen, mit denen die Inklusion von Menschen ohne Papiere und anderen nicht versicherten Gruppen angemessen gewährleistet werden kann.
- Die Europäische Kommission sollte sicherstellen, dass Menschen ohne Papiere in der Arbeit der Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (GD SANTE) explizit thematisiert werden. Sie sollte auch die Auswirkungen von Politiken in für die Gesundheit von Migrant*innen relevanten Bereichen systematisch auswerten und korrigieren, wobei undokumentierte Migrant*innen explizit einzuschließen sind.⁶³ Angesichts der in internationalen und EU-Gesetzen verankerten Grundsätze, sollte die Europäische Kommission auch klar die Position vertreten, dass der Zugang zu Gesundheitsleistungen niemals für Zwecke der Einwanderungskontrolle instrumentalisiert werden darf.
- Die Europäische Kommission sollte Studien finanzieren, die sich mit zweierlei Fragen beschäftigen: In welcher Art und welchem Ausmaß werden Personen aufgrund ihres Aufenthaltsstatus systematisch vom Gesundheitssystem ausgeschlossen und was für Auswirkungen hat dies auf die Einzelnen, ihre Familien und die Gesundheitssysteme? Welche Auswirkungen haben andererseits inklusive, nichtdiskriminierende Maßnahmen auf Einzelne, die Bevölkerung insgesamt sowie auf Indikatoren zum Gesundheitssystem?
- Das Europäische Parlament sollte, auf bereits verabschiedeten Beschlüssen⁶⁴ aufbauend, die gesundheitlichen Belange der Migrant*innen in die legislativen und nicht-legislativen Maßnahmen des Parlaments einbeziehen, um für Menschen ohne Aufenthaltsgenehmigung den Zugang zu öffentlichen Gesundheitssystemen weiter zu fördern. Das Europäische Parlament kann zudem einen wichtigen Beitrag zu einem evidenzbasierten politischen Dialog leisten, indem es eine Beweisgrundlage zu den Auswirkungen des Ein- oder Ausschlusses undokumentierter Migrant*innen und anderer schutzbedürftiger Gruppen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung erstellt und vielversprechende Praktiken entwickelt.

62 Informelles Treffen des EPSCO-Rates, Athen, 28.-29. April 2014 (vgl. Pressemitteilung der griechischen EU-Ratspräsidentschaft vom 30. April 2014); Erklärung von Vilnius: Call for Action. Nachhaltige Gesundheitssysteme für eine nachhaltige Entwicklung Europas. Litauische Ratspräsidentschaft der Europäischen Union, 20. November 2013; Schlussfolgerungen des Europäischen Rates „Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit in allen Politikbereichen: Solidarität im Gesundheitswesen“, 8. Juni 2010; Schlussfolgerungen des Europäischen Rates zum Thema „Gemeinsame Werte und Prinzipien in den Europäischen Union-Gesundheitssystemen“, 22. Juni 2006.

63 Der Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union besagt: „Bei der Festlegung und Durchführung aller Unionspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.“ (Artikel 168). Das bedeutet, dass Auswirkungen auf die Gesundheit in der Entwicklung und Umsetzung der EU-Politiken in anderen Bereichen einzubeziehen und zu berücksichtigen sind.

64 Entschließung des Europäischen Parlaments vom 4. Februar 2014 zu Migrantinnen ohne Ausweispapiere in der Europäischen Union; Entschließung des Europäischen Parlaments vom 4. Juli 2013 zu den Auswirkungen der Krise auf den Zugang von schutzbedürftigen Bevölkerungsgruppen zu Leistungen der Fürsorge; Entschließung des Europäischen Parlaments vom 8. März 2011 zu dem Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU.



PLATFORM FOR INTERNATIONAL COOPERATION ON
UNDOCUMENTED MIGRANTS

www.picum.org