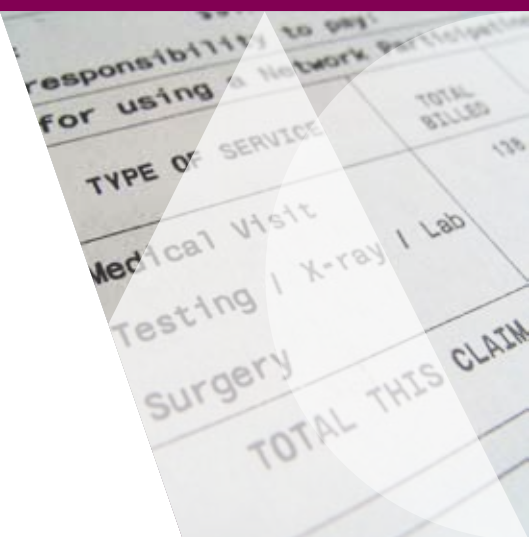


SOLIDARITÄT



responsibility to pay:
for using a Network Participant

TYPE OF SERVICE	TOTAL BILLED
Medical Visit	138
Testing / X-ray / Lab	
Surgery	
TOTAL THIS CLAIM	



Migranten in einer irregulären Situation: Zugang zu medizinischer Versorgung in zehn Mitgliedstaaten der Europäischen Union



FRA

EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS



Der vorliegende Bericht befasst sich mit Fragen im Zusammenhang mit der Würde des Menschen (Artikel 1) und mit Gesundheitsschutz (Artikel 35), die unter die Kapitel I – „Würde des Menschen“ und Kapitel IV – „Solidarität“ der Charta der Grundrechte der Europäischen Union fallen.

**Europe Direct soll Ihnen helfen, Antworten auf Ihre Fragen
zur Europäischen Union zu finden**

Gebührenfreie Telefonnummer *
00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Einige Mobilfunkanbieter gewähren keinen Zugang zu 00 800-Nummern oder berechnen eine Gebühr.

Foto (Umschlag & Innenseiten): © iStockphoto

Zahlreiche weitere Informationen zur Europäischen Union sind verfügbar über Internet, Server Europa (<http://europa.eu>).

FRA – Agentur der Europäischen Union für Grundrechte
Schwarzenbergplatz 11 – 1040 Wien – Österreich
Tel.: +43 (1) 580 30-0 – Fax: +43 (1) 580 30-699
E-Mail: info@fra.europa.eu – fra.europa.eu

Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2012

ISBN: 978-92-9192-708-1
doi: 10.2811/32308

© Agentur der Europäischen Union für Grundrechte, 2011
Nachdruck – ausgenommen zu kommerziellen Zwecken – mit Quellenangabe gestattet.

Printed in Luxembourg

GEDRUCKT AUF ELEMENTAR CHLORFREI GEBLEICHTEM PAPIER (ECF)



Migranten in einer irregulären Situation: Zugang zu medizinischer Versorgung in zehn Mitgliedstaaten der Europäischen Union

Vorwort

Das Recht auf Gesundheit ist in verschiedenen Menschenrechtsvereinbarungen verankert, dennoch können Migrantinnen und Migranten in einer irregulären Situation – unter ihnen vor allem schutzbedürftige Gruppen wie Schwangere und Kinder – in der Europäischen Union (EU) in unterschiedlichem Ausmaß von diesem Recht Gebrauch machen. Die meisten europäischen Länder stellen Migrantinnen und Migranten in einer irregulären Situation lediglich eine medizinische Notfallversorgung zur Verfügung – und selbst diese ist nicht immer kostenlos. So müssen schwangere Migrantinnen in einer irregulären Situation in einigen europäischen Ländern unter Umständen sehr viel Geld für eine Entbindung bezahlen.

Europäische Gesundheitssysteme stehen der schwierigen Herausforderung gegenüber, die Kosten für eine Gesundheitsversorgung und die öffentlichen Gesundheitsinteressen in Einklang zu bringen. Aufgrund der Wirtschaftskrise und einer immer älter werdenden Bevölkerung sehen sich viele europäische Länder gezwungen, öffentliche Ausgaben im Gesundheitsbereich zu kürzen. Dabei sollte das Recht auf Gesundheit für alle – ungeachtet des rechtlichen Status – stets ein zentrales Anliegen bleiben.

Der vorliegende Bericht untersucht den Zugang von Migrantinnen und Migranten in einer irregulären Situation zu medizinischer Versorgung in zehn EU-Mitgliedstaaten. Der Schwerpunkt liegt dabei auf jenen Migrantinnen und Migranten, die die Einreise-, Aufenthalts- oder Niederlassungsbedingungen im jeweiligen Land nicht erfüllen. Mittels Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher Institutionen, wie beispielsweise öffentlichen Einrichtungen auf nationaler und regionaler Ebene, Expertinnen und Experten sowie Nichtregierungsorganisationen (NRO) aus dem Bereich des Gesundheitswesens sowie Migrantinnen und Migranten in einer irregulären Situation selbst, dokumentiert dieser Bericht die rechtlichen, wirtschaftlichen und praktischen Hindernisse, die den Zugang von Migrantinnen und Migranten in einer irregulären Situation zu medizinischer Versorgung behindern.

Obwohl in einigen Ländern auch andere Gruppen, wie beispielsweise in Armut lebende oder nicht versicherte Menschen, vom uneingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung ausgeschlossen sein können, sind Migrantinnen und Migranten in einer irregulären Situation aufgrund ihrer besonderen Situation spezifischen Gesundheitsrisiken ausgesetzt. Diese Migrantinnen und Migranten können Opfer von rassistisch motivierten Straftaten und lebensbedrohlicher Gewalt werden; außerdem arbeiten sie oft unter gesundheitsschädlichen oder lebensbedrohlichen Bedingungen. Sie sind vermehrt im Baugewerbe und als Hausangestellte und damit in Sektoren tätig, in denen Arbeitsunfälle vermehrt auftreten. Zudem sind sie eher gefährdet, unter ausbeuterischen Arbeitsbedingungen beschäftigt zu sein und in prekären Verhältnissen zu leben, wodurch ihre körperliche und mentale Gesundheit beeinträchtigt wird.

Die Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA) stellt insbesondere fest, dass vor allem das Risiko, entdeckt und abgeschoben zu werden, Migrantinnen und Migranten in einer irregulären Situation – selbst in jenen Ländern, in denen eine medizinische Versorgung rechtlich verfügbar wäre – davon abhält, Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen.

Basierend auf Feld- und Sekundärforschung werden in diesem Bericht einige der Hindernisse und Herausforderungen aufgezeigt, denen Migrantinnen und Migranten in einer irregulären Situation bei der Inanspruchnahme des Rechts auf medizinische Grundversorgung gegenüberstehen.

Morten Kjaerum

Direktor

Inhalt

ZUSAMMENFASSUNG	7
GUTACHTEN	9
EINLEITUNG.....	11
1 NATIONALE RECHTSRAHMEN	17
1.1. Allgemeine Ansprüche auf medizinische Versorgung.....	17
1.2. Ansprüche bei bestimmten Krankheiten.....	25
1.3. Ansprüche bestimmter Gruppen	26
2 REGIONALE UND LOKALE GESUNDHEITSPOLITIK	39
3 FOLGEN EINES AUSSCHLUSSES AUS DEM GESUNDHEITSWESEN	45
4 PRAKTISCHE HINDERNISSE UND HERAUSFORDERUNGEN.....	49
4.1. Kosten und Kostenerstattung	49
4.2. Fehlende Kenntnisse über gesetzliche Ansprüche	52
4.3. Das Melden von Migranten an die Polizei.....	54
4.4. Ermessensspielraum von öffentlichen Behörden und Behörden des Gesundheitswesens	57
4.5. Qualität und Kontinuität in der medizinischen Versorgung	58
SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	61
ANHÄNGE	63
TABELLEN	
Tabelle 1: Gesetzlich gesicherter Zugang zu medizinischer Versorgung von Migranten in einer irregulären Situation, zehn EU Mitgliedstaaten.....	18
Tabelle 2: Voraussetzungen für den Erhalt von medizinischer Versorgung, vier EU-Mitgliedstaaten	21
Tabelle 3: Zugang zu Medikamenten für volljährige Migranten in einer irregulären Situation, zehn EU-Mitgliedstaaten.....	22
Tabelle 4: Zugang zu kostenloser Versorgung vor und nach der Entbindung, zehn EU-Mitgliedstaaten.....	27
Tabelle 5: Ansprüche auf kostenlose medizinische Versorgung für minderjährige Migranten in einer irregulären Situation, zehn EU-Mitgliedstaaten	30
Tabelle 6: Zugang von Migranten in einer irregulären Situation zu psychischer Gesundheitsversorgung, zehn EU-Mitgliedstaaten	33
Tabelle A1: Begriffserklärungen, nach EU-Mitgliedstaaten	63
Tabelle A2: Untersuchte Städte und Anzahl der durchgeführten Interviews, nach EU-Mitgliedstaaten	64

Zusammenfassung

Dieser Bericht behandelt Rechtsvorschriften und Verfahren im Zusammenhang mit dem Zugang von Migranten¹ in einer irregulären Situation zu medizinischer Versorgung in zehn EU-Mitgliedstaaten (Belgien, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Polen, Schweden, Spanien und Ungarn).

Die europäischen Gesundheitssysteme haben Schwierigkeiten damit, die Kosten des Gesundheitswesens mit den öffentlichen Gesundheitsinteressen auf eine Weise in Einklang zu bringen, die die bestehenden Menschenrechtsstandards angemessen berücksichtigt. Zwar sollten all jene, die sich in einem Land aufhalten, Zugang zu bestimmten Leistungen einer medizinischen Grundversorgung haben – wie etwa die Behandlung in Notfällen; die Möglichkeit, im Falle einer schweren Erkrankung einen Arzt aufzusuchen; oder die Untersuchung durch einen Gynäkologen während einer Schwangerschaft – in der Praxis jedoch ist dieser Zugang nicht immer garantiert.

Häufig wird die Befürchtung geäußert, dass ein ausgeweiteter Anspruch für Migranten in einer irregulären Situation auf medizinische Leistungen mehr Menschen dazu veranlassen könnte, irregulär in ein Land einzureisen oder dort zu bleiben. Laut einer kürzlich durchgeführten Erhebung der schwedischen Regierung zeigt die Erfahrung jedoch – ungeachtet gewisser Unsicherheiten –, dass die Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen und medizinischer Versorgung keinen Einfluss auf die Entscheidung von Migranten hat, in ein bestimmtes Land einzureisen oder es wieder zu verlassen.

Im Großen und Ganzen und ohne Berücksichtigung der Ansprüche bestimmter Personengruppen auf medizinische Versorgung, z. B. Kinder, oder im Falle bestimmter Krankheiten wie Tuberkulose, haben mittellose Migranten in einer irregulären Situation in sechs der zehn untersuchten Länder keinen kostenlosen Zugang zu einer öffentlichen Gesundheitsversorgung, die über eine Notfallversorgung hinausgeht. In einigen Ländern haben Migranten in einer irregulären Situation lediglich Anspruch auf eine medizinische Notfallversorgung bzw. müssen sie für einige Leistungen (z. B. Laboruntersuchungen) bezahlen. Das bedeutet, dass ihnen Rechnungen ausgestellt werden und Gesundheitsdienstleister außerdem vor der Behandlung eine Bestätigung ihrer Zahlungsfähigkeit fordern können.

In den übrigen vier Ländern (Belgien, Frankreich, Italien und Spanien) haben Migranten in einer irregulären Situation Anspruch auf medizinische Versorgung, die über eine Notfallversorgung hinausgeht, wenn sie bestimmte Kriterien erfüllen. In Belgien, Frankreich und Spanien haben sie Anspruch auf Primär- und Sekundärversorgung, Behandlung durch Fachärzte und stationäre Behandlung. In Italien haben Migranten Anspruch auf Versorgung durch Fachärzte; Anspruch auf einen Allgemeinmediziner wird hingegen nicht gewährt.

Der vorliegende Bericht behandelt außerdem vier konkrete Aspekte der Gesundheitsversorgung – die medizinische Versorgung von Müttern, die medizinische Versorgung von Kindern (insbesondere Impfungen), psychische Gesundheitsversorgung sowie medizinische Versorgung bei chronischen Erkrankungen – und bietet einen Überblick der Situation in den zehn ausgewählten EU-Mitgliedstaaten. Diese stellt sich unterschiedlich dar – zuweilen finden sich sogar Hürden beim Zugang zu den grundlegendsten Leistungen wie beispielsweise Impfungen für Kinder oder Schwangerenvorsorge. Der Zugang zu psychischer Gesundheitsversorgung ist für Migranten in einer irregulären Situation generell stark eingeschränkt.

Aus der Sekundärforschung sowie 221 Interviews, die mit Migranten in einer irregulären Situation, Gesundheitsdienstleistern, Vertretern öffentlicher Institutionen sowie der Zivilgesellschaft in den zehn untersuchten Ländern durchgeführt wurden, ging hervor, dass nationale Rechtsvorschriften und deren Umsetzung in der Praxis oft voneinander abweichen. In Ländern mit umfassender medizinischer Versorgung können praktische Hindernisse dazu führen, dass ein bestimmter Anteil von Migranten in einer irregulären Situation medizinische Leistungen nicht in Anspruch nimmt, während die Situation in Ländern, in denen der Zugang zu medizinischer Versorgung stärker eingeschränkt ist, durch lokale Initiativen – oftmals von nicht staatlichen Organisationen durchgeführt – erleichtert werden kann.

Es wurden fünf Hauptprobleme identifiziert, die den Zugang zu sowie die Bereitstellung von medizinischen Leistungen für diese Gruppe von Migranten beschränken: Kosten der Versorgung sowie aufwendige Verfahren zur Kostenerstattung; mangelnde Kenntnis über Anspruchsberechtigungen seitens Anbietern und

¹ Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird in diesem Bericht auf die durchgehende Nennung der männlichen und weiblichen Form verzichtet, obwohl selbstverständlich beide Geschlechter gemeint sind.

Beziehen von Gesundheitsleistungen; die Angst, durch an die Polizei weitergegebene Informationen entdeckt zu werden; Ermessensspielraum von öffentlichen Behörden und Gesundheitsinstitutionen; sowie Qualität und Kontinuität der Versorgung. Einige dieser Hürden betreffen oft auch die Notfallversorgung.

Migranten in einer irregulären Situation von der Gesundheitsversorgung auszuschließen gefährdet deren Leben und Wohlergehen, führt zu höheren Kosten durch eine später eventuell nötige Notfallbehandlung und stellt unter Umständen ein Gesundheitsrisiko für weitere Teile der Gesellschaft dar.



Gutachten

Die Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA) hat auf Basis der Ergebnisse und vergleichenden Analysen dieser Studie folgende Gutachten formuliert, die sich ausschließlich auf den Gegenstand dieser Studie beziehen.

Gesetzlicher Anspruch auf medizinische Versorgung

Migranten in einer irregulären Situation sollten zumindest gesetzlichen Anspruch auf eine notwendige medizinische Versorgung haben. Dabei sollte die Gesundheitsversorgung nicht auf eine Notfallversorgung beschränkt sein, sondern auch andere Formen grundlegender medizinischer Versorgung einschließen, wie etwa die Möglichkeit, einen Arzt aufzusuchen oder notwendige Medikamente zu erhalten.

Zugangsvoraussetzungen wie der Nachweis eines festen Wohnsitzes bzw. längeren Aufenthalts über einen bestimmten Zeitraum hinweg sollten überarbeitet und überprüft werden um sicherzustellen, dass sie nicht zum Ausschluss von Personen führen, die medizinische Versorgung benötigen.

Für Migranten in einer irregulären Situation sollten bei der Bezahlung von Gebühren dieselben Regeln und Ausnahmen gelten wie für Staatsangehörige. Zur Kostendeckung sollten staatliche Krankenversicherungen auf Migranten in einer irregulären Situation ausgeweitet oder eigene Fonds geschaffen werden.

Schwangerschaftsbetreuung, Geburtshilfe und postnatale Versorgung

Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention und Artikel 12 Absatz 2 des Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women, CEDAW) fordern die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen vor und nach einer Entbindung. Allerdings unterscheiden sich die gesetzlichen Ansprüche von Schwangeren und Müttern auf medizinische Versorgung in den verschiedenen EU-Mitgliedstaaten.

Frauen in einer irregulären Situation sollten im Fall einer Entbindung Zugang zu einer notwendigen primären und sekundären Gesundheitsversorgung zu denselben Bedingungen wie Staatsangehörige erhalten. Außerdem sollten sie denselben Zugang wie Staatsangehörige zu Fürsorge im Bereich der reproduktiven Gesundheit und Gesundheitsfürsorge für Mütter haben. Diese Leistungen sollten allgemein- und fachärztliche prä- und postnatale Versorgung umfassen, wie beispielsweise die Möglichkeit, einen Gynäkologen

aufzusuchen. Zudem sollten sie auch den Zugang zu wichtigen Untersuchungen im Rahmen der Schwangerenvorsorge und -beratung sowie Unterstützung auf dem Gebiet der Familienplanung einschließen.

Medizinische Versorgung von Kindern

Kinder in einer irregulären Situation sehen sich nach wie vor rechtlichen und praktischen Hindernissen beim Zugang zu medizinischer Versorgung gegenüber.

Nach Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention hat jedes Kind, das sich im Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaates aufhält, Anspruch auf dieselben medizinischen Leistungen wie Staatsangehörige. Diese sollten auch Schutzimpfungen einschließen, die eine wichtige Präventivmaßnahme darstellen.

Psychische Gesundheitsversorgung

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen gilt auch für Migranten in einer irregulären Situation.

Sie sollten daher in die laufenden europäischen Initiativen für psychische Gesundheit, einschließlich der Folgemaßnahmen zum Europäischen Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden, eingebunden werden.

Chronische Erkrankungen

Chronische Erkrankungen rücken aufgrund allgemeiner öffentlicher Gesundheitsinteressen, der Folgen für die Betroffenen sowie der hohen Behandlungskosten zunehmend in den Fokus der europäischen Gesundheitssysteme.

Was im Einzelnen unter medizinische Not- und Grundversorgung fällt, sollte dabei flexibel gehandhabt werden können, um sicherzustellen, dass die Gesundheitsbedürfnisse aller Personen mit ernststen chronischen Erkrankungen berücksichtigt werden. Dies schließt auch Migranten in einer irregulären Situation ein.

Verfahren zur staatlichen Kostenerstattung

Die Kosten einer medizinischen Versorgung von Migranten in einer irregulären Situation durch öffentliche Mittel zu erstatten, ist laut medizinischem Personal mit einem aufwendigen und komplizierten Verfahren verbunden.

EU-Mitgliedstaaten sollten einfache und effektive Verfahren zur Kostenerstattung entwickeln. Anträge zur Erstattung der Kosten sollten rasch bearbeitet werden.

Sensibilisierung

Behörden, die mit Migranten in einer irregulären Situation arbeiten, Gesundheitsdienstleister, zivilgesellschaftliche Akteure und Migranten selbst wissen nicht notwendigerweise über die Regelungen und gesetzlichen Ansprüche im Zusammenhang mit medizinischer Versorgung von Migranten in einer irregulären Situation Bescheid. Migranten fürchten, dass die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen das Risiko mit sich bringt, abgeschoben zu werden, selbst wenn diese Gefahr tatsächlich gar nicht besteht.

Die Mitgliedstaaten der EU sollten daher geeignete Wege finden, den Mangel an Information unter Migranten, Gesundheitsdienstleistern und öffentlichen Behörden zu beheben – beispielsweise durch verstärkte Finanzierung von Schulungsmaßnahmen, Informationskampagnen und gezielte Aktivitäten, um Migrantengemeinschaften besser zu erreichen, sowie durch die Förderung von Partnerschaften zwischen Gesundheitsdienstleistern und zivilgesellschaftlichen Einrichtungen.

Gesundheitsdienstleister und Migranten sollten detailliert darüber informiert werden, welche Daten an Einwanderungsbehörden weitergegeben werden dürfen und welche nicht.

Das Melden von Migranten an Einwanderungsbehörden

Die Angst, durch den Austausch von Daten zwischen Gesundheitsdienstleistern und Einwanderungsbehörden entdeckt zu werden bzw. die Vermutung, dass ein derartiger Informationsaustausch stattfindet, führt oft dazu, dass Migranten in einer irregulären Situation eine medizinische Versorgung verspätet oder erst im Notfall in Anspruch nehmen. Das hat negative Auswirkungen auf ihre Gesundheit, und hohe Behandlungskosten sind die Folge.

EU-Mitgliedstaaten sollten medizinische Versorgung und Einwanderungspolitik voneinander trennen. Gesundheitsdienstleister bzw. Behörden im Gesundheitswesen sollten nicht verpflichtet sein, Migranten in einer irregulären Situation zu melden.

Kontinuität in der Gesundheitsversorgung

Migranten in einer irregulären Situation werden oft informell behandelt und es werden keine Aufzeichnungen über medizinische Behandlungen geführt.

Gesundheitssysteme müssen geeignete Wege finden, die grundlegenden Herausforderungen in der Bereitstellung einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung zu bewältigen. Darüber hinaus sollten Maßnahmen wie die Schaffung eines EU-weiten Referenzsystems für Tuberkulosepatienten ergriffen werden, um die Kontinuität der Versorgung bei übertragbaren Krankheiten sicherzustellen.

Einleitung

Das Recht auf Gesundheit

Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte Artikel 12 (1)

Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.

Das Recht auf Gesundheit ist ein grundlegendes soziales Recht. Die umfassendste Definition des Rechts auf Gesundheit findet sich in Artikel 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, ICESCR) der Vereinten Nationen (UN) aus dem Jahr 1966, welcher von allen 27 EU-Mitgliedstaaten ratifiziert wurde (siehe Kasten oben).

In Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention aus dem Jahr 1989 wird betont, dass sich „die Vertragsstaaten bemühen [...] sicherzustellen, dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird“. Darüber hinaus verpflichtet er die Staaten, angemessene Maßnahmen zu ergreifen, um „eine angemessene Gesundheitsfürsorge für Mütter vor und nach der Entbindung sicherzustellen“.

Die Bereitstellung von medizinischer Versorgung in Notfällen ist zudem Teil des Rechts auf Leben und des Verbots von unmenschlicher Behandlung gemäß der europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK).²

² Vgl. Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR), *Gagiu gegen Rumänien*, Nr. 63258/00, 24. Februar 2009, Absatz 57; *Tais gegen Frankreich*, Nr. 39922/03, 1. Juni 2006, Absatz 98; beide Fälle beziehen sich auf inhaftierte Personen.

Darüber hinaus verpflichten sich die Vertragsstaaten gemäß Artikel 13 Absatz 1 der Europäischen Sozialcharta (ESC) bzw. der Revidierten Europäischen Sozialcharta (RevESC), für eine angemessene medizinische Versorgung in Krankheitsfällen Sorge zu tragen, wobei ausdrücklich auf die Verpflichtung, Personen ohne entsprechende finanzielle Ressourcen angemessene Hilfe zu gewähren, hingewiesen wird.

Im Jahr 2008 wurde im Rahmen der 61. Weltgesundheitsversammlung in Genf die Resolution WHA61.17 über die Gesundheit von Migranten verabschiedet, in welcher die Mitgliedstaaten dazu aufgefordert werden, „Instrumente auszuarbeiten um die Gesundheit der Bürger einschließlich Migranten zu verbessern, indem vor allem die Lücken in der Bereitstellung von medizinischen Leistungen identifiziert und beseitigt werden“.

In Artikel 168 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union wird hervorgehoben, dass „bei der Festlegung und Durchführung aller Unionspolitiken und -maßnahmen [...] ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt“ wird. Die Tätigkeit der EU „ergänzt die Politik der Mitgliedstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der körperlichen und geistigen Gesundheit gerichtet“.

Das Recht auf medizinische Versorgung ist auch in der Charta der Grundrechte der Europäischen Union verankert. Gemäß Artikel 35 beinhaltet das Recht auf medizinische Versorgung das Recht jedes Menschen auf Zugang „zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten“. Gemäß Artikel 51 müssen EU-Institutionen und Mitgliedstaaten die Charta bei der Umsetzung des Unionsrechts anwenden.

Im Juni 2006 nahm der Rat der Europäischen Union eine Erklärung über gemeinsame Werte in den Gesundheitssystemen in der EU an, die Universalität, Zugang zu einer Gesundheitsversorgung von guter Qualität, Gleichbehandlung und Solidarität einschließen.³ In den Schlussfolgerungen des Rates aus dem Jahr 2007 zu Gesundheit und Migration in der EU⁴ wurde hervorgehoben, „dass es von grundlegender Bedeutung ist, sich mit der Gesundheit von Migranten auseinanderzusetzen, um das höchste Gesundheitsschutzniveau und Wohlergehen für jede in der EU lebende Person zu erreichen“.

Das Recht auf Gesundheit von Migranten in einer irregulären Situation

Artikel 12 Absatz 1 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR) zum Recht auf Gesundheit gilt auch für Migranten in einer irregulären Situation.⁵ Im Jahr 1985 wurde die Anwendung sozialer Rechte durch die Erklärung der Vereinten Nationen über die Menschenrechte von Personen, die nicht Staatsangehörige des Landes sind, in dem sie leben, insofern beschränkt, als diese nur für Migranten, die sich **rechtmäßig** im Hoheitsgebiet eines Staates aufhalten, gelten. Allerdings legte der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (*Committee on Economic, Social and Cultural Rights*, CESCR) später in zwei seiner Allgemeinen Bemerkungen (*General Comments*) fest, dass Migranten in einer irregulären Situation das Recht auf medizinische Versorgung haben, und betonte, dass Staaten der Verpflichtung unterliegen, das Recht auf Gesundheit zu achten, indem sie es unter anderem unterlassen, den gleichberechtigten Zugang zu präventiven, kurativen und palliativen Gesundheitsleistungen für alle Menschen – einschließlich Häftlingen, Angehörigen von Minderheiten, Asylbewerbern und Migranten mit illegalem Aufenthalt – gleichermaßen weder zu verweigern noch zu beschränken.⁶ Die sich aus diesem Recht

ableitenden wesentlichen Verpflichtungen zu bestimmen, gestaltet sich schwierig. Laut Ausschuss „haben alle Personen, ungeachtet ihrer Nationalität, ihres Aufenthalts- oder Einwanderungsstatus das Recht auf Primär- und Notfallversorgung.“⁷ Die Allgemeinen Bemerkungen enthalten unverbindliche Empfehlungen für die Mitgliedstaaten, wie das Recht auf Gesundheit gemäß ICESCR auszulegen ist.

Europäische Menschenrechtsverordnungen erlauben bei der Bereitstellung von medizinischer Versorgung eine Unterscheidung zwischen Migranten mit regulärem und Migranten mit irregulärem Status. Die ESC-Verordnung zum Recht auf soziale und medizinische Betreuung ist, wie in ihrem Anhang vermerkt, auf sich rechtmäßig aufhaltende Personen beschränkt. Allerdings war der Europäische Ausschuss für soziale Rechte in den Jahren 2004 und 2006 in zwei Fällen der Auffassung, dass Migranten in einer irregulären Situation das Recht auf medizinische Notfallversorgung gemäß Artikel 13 Absatz 4 ESC/RevESC zusteht.⁸ In der Sache *FIDH gegen Frankreich* folgerte der Ausschuss, dass jede Rechtsvorschrift bzw. deren Anwendung in der Praxis, die einen Anspruch auf medizinische Betreuung verweigert, ungeachtet des rechtlichen Status von Migranten im jeweiligen Land, gegen Artikel 13 Absatz 4 der ESC verstößt.⁹ Im Besonderen ging es dabei um die medizinische Versorgung von Kindern ohne gültige Aufenthaltspapiere, wobei der Ausschuss einen direkten Zusammenhang „mit dem Recht auf Leben und [...] der Würde des Menschen“ herstellte. Acht EU-Mitgliedstaaten (Bulgarien, Estland, Litauen, Polen, Rumänien, die Slowakei, Slowenien und Zypern) haben Artikel 13 Absatz 4 der ESC/RevESC jedoch nicht unterzeichnet.

Folglich bleibt als einziges Instrument des Europarats zur Gewährleistung des Zugangs zu medizinischer Versorgung, das auf Migranten in einer irregulären Situation anwendbar und für alle EU-Mitgliedstaaten verbindlich ist, die aus dem Recht auf Leben und dem Verbot unmenschlicher Behandlung gemäß der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) abgeleitete Verpflichtung der Staaten zur Bereitstellung von medizinischer Notfallversorgung.

3 Rat der Europäischen Union (2006), *Schlussfolgerungen des Rates zum Thema „Gemeinsame Werte und Prinzipien in den Europäischen Union-Gesundheitssystemen“*, ABl. C 146 vom 22.6.2006, S. 1.

4 Rat der Europäischen Union (2007), Rat für Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz (BeSoGeKo), *Gesundheit und Migration in der EU*, Schlussfolgerungen des Rates, angewendet beim Treffen des BeSoGeKo im Dezember 2007, abrufbar unter: <http://register.consilium.europa.eu/pdf/de/07/st15/st15609.de07.pdf>. (Alle Websites wurden vor dem 29. Juni 2011 aufgerufen).

5 Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR), *General Comment Nr. 14: the right to the highest attainable standard of health* (Art. 12), E/C.12/2000/4, Absatz 34; CESCR, *General Comment Nr. 19: the right to social security* (Art. 9), E.C.12/GC19, Absatz 37. Die Allgemeinen Bemerkungen (*General Comments*) präzisieren Inhalt und Auslegung der Paktrechte durch den Ausschuss.

6 CESCR (2000), *General Comment Nr. 14: the right to the highest attainable standard of health*, Absatz 34.

7 CESCR (2008), *General Comment Nr. 19: the right to social security*, 4. Februar 2008, E/C.12/GC/19, Absatz 37.

8 Beschwerde Nr. 14/2003, *International Federation for Human Rights (FIDH) gegen Frankreich* (Entscheidung in der Sache vom 8. September 2004, Schlussfolgerungen XVIII-1 und 2006, Einleitung, Art. 13 (4)).

9 Europäischer Ausschuss für soziale Rechte, *International Federation for Human Rights (FIDH) gegen Frankreich*, Gemeinsame Beschwerde Nr. 14/2003, Entscheidung in der Sache vom 8. September 2004, abrufbar unter: www.coe.int/t/tghl/monitoring/socialcharter/Complaints/CC14Merits_en.pdf.

Internationale Menschenrechtsinstrumente erkennen ebenfalls die Notwendigkeit an, Gruppen mit spezifischen Bedürfnissen, insbesondere Kinder, Schwangere und Mütter, zu schützen.¹⁰ Wie oben erwähnt, verpflichtet Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention die Staaten dazu, den Zugang zu medizinischer Versorgung für Kinder sowie eine angemessene Gesundheitsfürsorge für Mütter vor und nach der Entbindung sicherzustellen. Die UN-Kinderrechtskonvention wurde von allen EU-Mitgliedstaaten ratifiziert und gilt für alle Kinder innerhalb ihrer Zuständigkeitsbereiche.

Artikel 12 Absatz 2 des Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW) aus dem Jahr 1979 verpflichtet die Staaten insbesondere für eine „angemessene Betreuung während der Schwangerschaft sowie während und nach der Entbindung, wobei diese Betreuung Frauen erforderlichenfalls unentgeltlich zur Verfügung steht, sowie für eine angemessene Ernährung der Frau während der Schwangerschaft und der Stillzeit“ zu sorgen. Solche Rechte können als Teil jener grundlegenden Menschenrechte angesehen werden, die laut des im Zuge des CEDAW eingerichteten Ausschusses für alle Menschen garantiert sein müssen. Dies schließt auch Migranten ohne gültige Aufenthaltspapiere ein.¹¹

Die eingeschränkte Durchsetzbarkeit rechtsverbindlicher internationaler Bestimmungen zum Recht auf Gesundheit sowie vage Formulierungen (z. B. „angemessene Versorgung“) in Verbindung mit der Notwendigkeit, internationale und europäische Standards in Ländern mit sehr unterschiedlichen Gesundheitssystemen einzuführen, haben zu einem abweichenden Verständnis bzw. einer uneinheitlichen Anwendung des bestehenden rechtlichen Rahmens innerhalb der EU geführt. Dies hat wiederum unterschiedliche Angebote an Gesundheitsleistungen für Migranten in einer irregulären Situation zur Folge.

Das Sekundärrecht der EU verweist auf die medizinische Versorgung von Migranten in einer irregulären Situation. Die Umsetzung dieses Rechts muss in Übereinstimmung mit der Charta der Grundrechte der Europäischen Union erfolgen. Artikel 14 der EU-Rückführungsrichtlinie sieht ausdrücklich vor, dass Migranten in einer irregulären Situation innerhalb des für eine freiwillige Ausreise eingeräumten Zeitraums sowie bei Aufschub einer Abschiebung eine „medizinische Notfallversorgung und unbedingt erforderliche Behand-

lung von Krankheiten“ zu gewähren ist.¹² Angesichts der Bemühungen, die Rechtsvorschriften entsprechend der Rückführungsrichtlinie zu harmonisieren, fordern die Ergebnisse dieses Berichts dazu auf, sich kritisch mit den derzeit voneinander abweichenden einzelstaatlichen Maßnahmen auseinanderzusetzen.

Im März 2011 befasste sich das Europäische Parlament erstmals mit dem Grundrecht auf Gesundheit von Migranten in einer irregulären Situation. In einer Entschließung zu gesundheitlicher Ungleichheit wird anerkannt, dass die medizinische Versorgung für Migranten ohne gültige Aufenthaltspapiere weder in der Praxis noch rechtlich garantiert ist. Die EU-Mitgliedstaaten werden darin aufgefordert zu prüfen, inwieweit eine Unterstützung der Gesundheitsleistungen für Migranten in einer irregulären Situation möglich ist, indem sie basierend auf gemeinsamen Prinzipien eine Definition der Grundelemente einer Gesundheitsversorgung gemäß ihres nationalen Rechts zur Verfügung stellen. Darüber hinaus wurden die Mitgliedstaaten aufgefordert sicherzustellen, „dass alle Schwangeren und Kinder, ungeachtet ihrer Rechtsstellung, das Recht auf sozialen Schutz haben und diesen auch tatsächlich erhalten, wie dies in ihrem nationalen Recht vorgesehen ist.“¹³

In ihrer Mitteilung zu *Solidarität im Gesundheitswesen: Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU*¹⁴ sieht die Europäische Kommission eine mögliche Rolle der FRA in der Sammlung von Informationen zum Ausmaß an Ungleichheiten im Gesundheitsbereich bei schutzbedürftigen Gruppen in der EU vor. Der vorliegende Bericht zeigt die spezifischen Herausforderungen für Migranten in einer irregulären Situation auf und soll helfen Wege zu ermitteln, wie den gesundheitlichen Bedürfnissen jener Personen gerecht zu werden ist, die ein erhöhtes Risiko haben, vom Zugang zu Gesundheitsleistungen ausgeschlossen zu sein.

Migranten in einer irregulären Situation von der Gesundheitsversorgung auszuschließen, gefährdet deren Leben und Wohlergehen, führt zu höheren Kosten durch eine später eventuell nötige Notfallbehandlung und stellt unter Umständen ein Gesundheitsrisiko für weitere Teile der Bevölkerung dar.

10 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, 10. Dezember 1948, Art. 25.

11 Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau, Empfehlung Nr. 26 zu Wanderarbeitnehmerinnen, 5. Dezember 2008, CEDAW/C/2009/WP.1/R.

12 Richtlinie 2008/115/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 2008 über gemeinsame Normen und Verfahren in den Mitgliedstaaten zur Rückführung illegal aufhältiger Drittstaatsangehöriger, Amtsblatt 2008 L 98/98, Art. 14 (1) (b) und Art. 16 (3).

13 Europäisches Parlament (2011), *Entschließung zu dem Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU*, P7_TA(2011)0081, Brüssel, 8. März 2011, Absätze 5 und 22.

14 Europäische Kommission (2009), *Solidarität im Gesundheitswesen: Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU*, KOM(2009) 567 endgültig, Brüssel, S. 8.

Forschungsarbeiten der FRA

Bestimmte Aspekte des Rechts auf Gesundheit gelten für alle Menschen, also auch für jene, die sich irregulär im Hoheitsgebiet eines Staates aufhalten, dennoch stellt die Umsetzung internationaler und europäischer Menschenrechtsstandards nach wie vor einen komplexen Bereich dar, der große Unterschiede aufweist.¹⁵

Dieser thematische Bericht befasst sich mit den Grundrechten von Migranten in einer irregulären Situation in Theorie und Praxis in folgenden zehn EU-Mitgliedstaaten: Belgien, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Polen, Schweden, Spanien und Ungarn. Die Auswahl dieser Länder beruht einerseits auf der Absicht, unterschiedliche geographische Regionen der EU sowie verschiedene Gesundheitssysteme zu erfassen. Andererseits ließ sich anhand dieser Länder auch ein weiterer thematischer Bericht zu grundrechtlichen Herausforderungen für Migranten in einer irregulären Situation erarbeiten, der sich mit Arbeitsverhältnissen im Hausarbeitssektor befasst.

Wenngleich der vorliegende Bericht Erkenntnisse aus Interviews in lediglich zehn Mitgliedstaaten aufzeigt, so weisen die Ergebnisse doch auf grundrechtliche Herausforderungen hin, die vermutlich auch für andere Mitgliedstaaten zutreffen. Nicht behandelt wird hier der Zugang von inhaftierten Personen zu Gesundheitsleistungen.

Der Bericht konzentriert sich auf die rechtlichen und praktischen Hindernisse beim Zugang zu medizinischer Versorgung von Migranten in einer irregulären Situation. Andere Aspekte, die durchaus Einfluss darauf haben können, wie medizinische Versorgung in Anspruch genommen werden kann oder auf bessere Weise angeboten werden könnte – beispielsweise kulturelle bzw. sprachliche Barrieren oder die Auswirkungen von geschlechtsspezifischen Werten und Normen – werden in diesem Bericht nicht berücksichtigt. Einige der beschriebenen Zugangsbarrieren betreffen typischerweise Migranten in einer irregulären Situation, andere hingegen sind auch für andere benachteiligte Gruppen relevant.

Der vorliegende thematische Bericht ist Teil eines umfassenden FRA-Projekts zu Grundrechten von Migranten in einer irregulären Situation in den 27 EU-Mitgliedstaaten. Ein erster thematischer Bericht über Migranten in einer irregulären Situation, die im Hausarbeitssektor beschäftigt sind, wurde im Juli 2011 ver-

öffentlicht.¹⁶ Beide thematischen Berichte ergänzen einen umfassenderen, EU-weiten Überblick der Grundrechtssituation von Migranten in einer irregulären Situation, der Ende 2011 veröffentlicht wurde.

Die vorliegende Untersuchung basiert in erster Linie auf Interviews mit Migranten, öffentlichen Behörden, Mitarbeitern im Gesundheitswesen und Vertretern der Zivilgesellschaft. Im Rahmen der Feldforschung wurden insgesamt 221 halbstrukturierte qualitative Interviews geführt, davon 36 mit Vertretern öffentlicher Behörden, 43 mit Vertretern der Zivilgesellschaft, 67 mit Mitarbeitern im Gesundheitswesen und 75 mit Migranten in einer irregulären Situation. Die Auswertung der so gewonnenen Daten erfolgte unter Berücksichtigung des durch Sekundärforschung sowie mittels Fragebögen gesammelten Materials. Die Fragebögen waren im Rahmen des umfassenderen, EU-weiten Projekts zur Situation irregulärer Migranten an nationale und lokale Behörden sowie Vertreter der Zivilgesellschaft in den 27 EU-Mitgliedstaaten versandt worden. Dieser Bericht enthält keine statistischen Angaben darüber, wie oft Migranten öffentliche Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen können oder wie oft ihnen dies verwehrt ist. Stattdessen beschreibt er – basierend auf den Interviews – die unterschiedlichen Herausforderungen, mit denen Migranten und Mitarbeiter im Gesundheitswesen konfrontiert sind, und legt dar, wie sie mit diesen umgehen.

Insgesamt wurden 21 Städte in den zehn Mitgliedstaaten ausgewählt, um dort mittels empirischer Forschung Beispiele für interessante Praktiken zu sammeln. Die Interviews wurden in folgenden Städten durchgeführt: Antwerpen, Brüssel und Gent (Belgien); Bochum, Bissendorf, Bremen, Köln, Dortmund und Wuppertal (Deutschland); Paris und umliegende Außenbezirke (Frankreich); Athen (Griechenland); Dublin und Lacken (Irland); Brescia, Mailand und Legnano (Italien); Warschau und Piastów (Polen); Stockholm (Schweden); Barcelona (Spanien) und Budapest (Ungarn). Die Schilderungen in diesem Bericht zielen weder darauf ab, ein vollständiges Bild der Situation in den jeweiligen Staaten wiederzugeben, noch stellen sie die Situation in der gesamten EU dar. Vielmehr sollen die Herausforderungen aufgezeigt werden, denen sich Migranten wie auch Mitarbeiter im Gesundheitswesen typischerweise gegenübersehen.

Die Forschungsarbeit für diesen Bericht führten nationale Experten durch, deren Arbeit vom Internationalen Zentrum für Migrationspolitikentwicklung (International Centre for Migration Policy Development, ICMPD)

¹⁵ Zum Grundsatz der Nicht-Diskriminierung, wie er in den Menschenrechtsverträgen niedergelegt ist, siehe PICUM (2007), *Undocumented Migrants have Rights! An Overview of the International Human Rights Framework*, S. 10-11, abrufbar unter: http://picum.org/picum.org/uploads/file_/Undocumented_Migrants_Have_Rights_1.pdf.

¹⁶ FRA (2011), *MigrantInnen in einer irregulären Situation, die als Hausangestellte arbeiten: Grundrechtliche Herausforderungen für die Europäische Union und ihre Mitgliedstaaten*, Luxemburg, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.

und der Plattform für Internationale Kooperation zu Migranten ohne legalen Status (Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants, PICUM) koordiniert wurde. Der Entwurf des Berichts wurde Behörden in den zehn untersuchten EU-Mitgliedstaaten sowie ausgewählten Interessengruppen, darunter die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Internationale Organisation für Migration (IOM), das Amt des Hohen Kommissars der Vereinten Nationen für Menschenrechte (OHCHR) und die Europäische Kommission, zur Stellungnahme vorgelegt. Rückmeldungen gab es von allen Organisationen sowie einigen nationalen Behörden.

Dieser Bericht baut auf den Erkenntnissen anderer Forschungsprojekte zum Thema medizinische Versorgung von Migranten in einer irregulären Situation auf, darunter das Projekt NowHereland,¹⁷ die Arbeit der PICUM,¹⁸ das Netzwerk Health for Undocumented Migrants and Asylum Seekers (HUMA)¹⁹ sowie die von Médecins du Monde durchgeführte europäischen Erhebung zum Zugang von Migranten ohne Aufenthaltstitel zu medizinischer Versorgung.²⁰ Der FRA-Bericht untersucht eine Reihe ganz unterschiedlicher Länder und legt dabei den Schwerpunkt auf rechtliche Ansprüche sowie Zugangsbarrieren im Zusammenhang mit besonders schutzbedürftigen Gruppen unter Migranten in einer irregulären Situation, wie Frauen und Kinder. Zudem bietet er den derzeit aktuellsten Vergleich zum Recht auf Gesundheit von Migranten in einer irregulären Situation in Europa.

Der Bericht gliedert sich in vier Abschnitte. Kapitel 1 beschreibt zunächst die jeweiligen nationalen Rechtsrahmen. In Kapitel 2 folgt ein Blick darauf, wie regionale und lokale Politiken den Zugang von Migranten in einer irregulären Situation zu medizinischer Versorgung regeln. Kapitel 3 und 4 behandeln die Auswirkungen des Ausschlusses von medizinischer Versorgung sowie praktische Hindernisse und Herausforderungen. Dieser Bericht basiert nicht auf gemeinsam vereinbarten Indikatoren; die FRA wird aber die dargelegten Überlegungen sowie die Ergebnisse ihres Projekts zu Mehrfachdiskriminierung im Bereich medizinischer Versorgung in ihre Arbeit zur Entwicklung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren im Bereich der Gesundheitsversorgung einbeziehen.²¹

17 Healthcare in NowHereland, „Improving services for undocumented migrants in the EU“, abrufbar unter: www.nowhereland.info.

18 PICUM (2007), *Access to health care for undocumented migrants in Europe*, abrufbar unter: picum.org/picum.org/uploads/file_/Access_to_Health_Care_for_Undocumented_Migrants.pdf.

19 Siehe von Médecins du Monde initiierte Webseite des HUMA-Netzwerks, abrufbar unter: www.huma-network.org.

20 Médecins du Monde (2009), Erhebung über den Zugang zu medizinischer Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltstitel in 11 europäischen Ländern, abrufbar unter: www.aerztderwelt.org/fileadmin/pdf/2.Untersuchung_EuropeanObservatory_240909.pdf.

21 Siehe: http://fra.europa.eu/fraWebsite/research/projects/proj_multiplerediscriminationhealthcare_en.htm.

1

Nationale Rechtsrahmen

1.1. Allgemeine Ansprüche auf medizinische Versorgung

1.1.1. Zugang zu Behandlungen

Die nationalen Rechtsrahmen der zehn Mitgliedstaaten weisen hinsichtlich des Zugangs zu medizinischer Versorgung für Migranten in einer irregulären Situation erhebliche Unterschiede auf.

Je nach Art des Gesundheitssystems unterscheiden sich die Anforderungen für den Zugang zu öffentlichen Gesundheitsdiensten (z. B. Staatsangehörigkeit, Wohnsitz, Mitgliedschaft bei einer Versicherung) sowie die Bandbreite der für die Begünstigten verfügbaren kostenlosen bzw. kostenpflichtigen Gesundheitsleistungen.²² Fünf der zehn untersuchten Staaten betreiben versicherungsbasierte Systeme (Belgien, Deutschland, Frankreich, Polen, Ungarn), vier wenden steuerfinanzierte Systeme an (Irland, Italien, Schweden, Spanien), und in Griechenland ist das Gesundheitssystem eine Kombination aus beidem.²³

In sechs der zehn untersuchten Staaten (Belgien, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Italien, Spanien) existieren ausdrückliche gesetzliche Regelungen zum Zugang zu medizinischer Versorgung von Migran-

ten in einer irregulären Situation.²⁴ In Schweden gibt es Sonderregelungen für abgelehnte Asylbewerber, die in der Verfügungsgewalt der Behörden stehen, sowie für Kinder, deren Antrag auf Asyl abgelehnt wurde.²⁵ Zwar hängt der Umfang, in dem Migranten in einer irregulären Situation Zugang zu Gesundheitsleistungen haben, nicht zwingend davon ab, ob entsprechende explizite Rechtsvorschriften bestehen, solche können jedoch zur Rechtsklarheit beitragen.

Die FRA unterscheidet drei Formen der medizinischen Versorgung beim Vergleich des Zugangs zu medizinischer Versorgung von Migranten in einer irregulären Situation: Notfallversorgung, Primärversorgung und Sekundärversorgung (sowie darüber hinausgehende Versorgung). Die Notfallversorgung umfasst lebensrettende Maßnahmen sowie Behandlungen zur Verhinderung schwerwiegender gesundheitlicher Schäden. Medizinische Primärversorgung umfasst die Grundversorgung von relativ häufig vorkommenden, weniger schwerwiegenden Erkrankungen, die ambulant oder auf lokaler Ebene zur Verfügung gestellt wird (z. B. durch Hausärzte und Allgemeinmediziner).

22 Mossialos, E., Allin, S., Figueras, J. (Hrsg.) (2006), *Health Systems in Transition Template, European Systems of Health Systems and Policy*, abrufbar unter: www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2006.publications/2006.allin_HS.pdf.

23 European Observatory on Health Systems and Policies, *Health System in Transition – HiT country profiles*, abrufbar unter: www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series/hit-summaries.

24 Deutschland, Asylbewerberleistungsgesetz, BGBl. I S. 2022 (5. August 1997), § 1; Griechenland, Gesetz zu Einreise, Aufenthalt und sozialer Integration von Drittstaatsangehörigen, Nr. 3386/2005 (23. August 2005), Art. 84 (1); Italien, Gesetzesverordnung 1998/286 (*Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286*), in geänderter Fassung, Art. 35.3; Frankreich, *Code de l'action sociale et des familles*, Art. L251-1, L254-1; Spanien, *Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social* (11. Januar 2000) Art. 12; Belgien, *Loi organique des CPAS* (8. Juli 1976) Art. 57.

25 Schweden, Gesetz für Gesundheit und medizinische Leistungen für Asylbewerber und andere Personen (*Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.*) 2008:344, Art. 4, letzter Absatz, abrufbar unter: www.notisum.se/rnp/sls/lag/20080344.htm.

Medizinische Sekundärversorgung beinhaltet die medizinische Versorgung durch Fachärzte sowie manche Formen der stationären Behandlung.²⁶

Basierend auf dieser Einteilung und je nachdem, ob, und wenn ja, für welche Leistungen Migranten in einer irregulären Situation bezahlen müssen, hat die FRA die untersuchten EUMitgliedstaaten in drei Kategorien eingeteilt (siehe Tabelle 1). Ausnahmen, die den Zugang zu medizinischer Versorgung für einzelne Gruppen (z. B. Kinder) oder bei bestimmten Krankheiten (z. B. Tuberkulose) betreffen, sowie Initiativen auf lokaler Ebene werden hier nicht berücksichtigt, sondern im Folgenden gesondert behandelt.

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich, haben mittellose Migranten in einer irregulären Situation in fünf der zehn untersuchten Länder lediglich Anspruch auf Notfallversorgung, wengleich andere öffentliche Gesundheitsleistungen gegen volle Bezahlung zugänglich sein können.²⁷

In Deutschland werden Migranten in einer irregulären Situation laut Gesetz die gleichen Rechte beim Zugang zu medizinischer Versorgung gewährt wie Asylbewerber. Grundsätzlich haben sie dadurch Anspruch auf weiterführende Versorgung.²⁸ In der Praxis ist die Versorgung jedoch auf Notfälle beschränkt, da Verfahren zur Erstattung der Kosten für eine Notfallversorgung vertraulich behandelt werden, für eine weiterführende Versorgung hingegen nicht. Im Falle der Kostenerstattung für eine Notfallversorgung beantragt der Gesundheitsdienstleister die Kostenübernahme nach erfolgter Leistung beim Sozialamt – ein Verfahren, bei dem die ärztliche Schweigepflicht auf das Sozialamt ausgedehnt wird.²⁹ Handelt es sich nicht um einen Notfall, müssen sich Migranten in einer irregulären Situation für eine Erstattung der Kosten selbst an das Sozialamt wenden, dessen Angestellte der Übermittlungspflicht unterstehen und verpflichtet sind, Migranten in einer irregulären Situation der Polizei zu melden. Aufgrund dieses Risikos wird der grundsätzlich vorhandene

Tabelle 1: Gesetzlich gesicherter Zugang zu medizinischer Versorgung von Migranten in einer irregulären Situation, zehn EU Mitgliedstaaten

	Zugang zu Notfallversorgung (teilweise gegen Bezahlung)	Zugang zu über Notfallversorgung hinausgehende Versorgung (kostenlos, aber Meldepflicht)	Zugang zu über Notfallversorgung hinausgehende Versorgung (kostenlos)
Belgien			X
Deutschland		X	
Frankreich			X
Griechenland	X		
Irland	X		
Italien			X
Polen	X		
Schweden	X		
Spanien			X
Ungarn	X		

Anmerkung: Der Begriff „kostenlos“ schließt eine Bedürftigkeitsprüfung oder Zahlungen zu einem symbolischen oder reduzierten Preis nicht aus. Quelle: FRA, auf Grundlage von nationalen Rechtsvorschriften

26 WHO (2009), Glossar zur Gesundheitsförderung, abrufbar unter: www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en; Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, Allgemeine Bemerkung Nr. 14 (2000), Fußnote 9. Bei anderen Projekten werden andere Kategorisierungen anhand einer etwas anderen Grundlage herangezogen, siehe z. B. HUMA-Netzwerk (2009), oder das *NowHereland*-Projekt unter: www.nowhereland.info/?i_ca_id=368.

27 Deutschland, Asylbewerberleistungsgesetz, BGBl. I S. 2022 (5. August 1997), § 1 und § 4; Griechenland, Gesetz zu Einreise, Aufenthalt und sozialer Integration von Drittstaatsangehörigen Nr. 3386/2005 (23. August 2005), Art. 84 (1); Ungarn, Gesundheitsgesetz, Gesetz CLIV 1997 (23. Dezember 1997), Art. 94 (1) und 142 (2), siehe auch Verordnung 52/2006, die eine Liste von 31 Situation enthält, die als Notfälle angesehen werden; Irland, Gesetzentwurf über Immigration, Aufenthalt und Schutz, Gesetz Nr. 2, 2008 (14. Januar 2008); Polen, Gesetz über öffentlich finanzierte Gesundheitsleistungen (27. August 2004), *Ustawa z 27 sierpnia 2004 r.o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Dz. U. 2004, poz.2135.

28 Deutschland, Asylbewerberleistungsgesetz, BGBl. I S. 2022 (5. August 1997), § 1.

29 Deutschland, Aufenthaltsgesetz, BGBl. I S. 162 (30. Juli 2004), Art. 88 (2) und Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz, VwV-AufenthG, GMBI. I S. 878 (26. Oktober 2009), Art. 87.1.5 und 88.2.3.

Zugang zu einer über die Notfallversorgung hinausgehenden medizinischen Versorgung bedeutungslos. Das Sozialamt unterliegt der Pflicht, Migranten in einer irregulären Situation der Polizei zu melden, wenn diese Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, die nicht als Notfallversorgung angesehen werden können.³⁰

In jenen Ländern, in denen der Anspruch auf eine Notfallversorgung beschränkt ist, werden selbst diese Behandlungen unter Umständen nur gegen **Bezahlung** durchgeführt. Das bedeutet nicht nur, dass Migranten in einer irregulären Situation die Behandlung in Rechnung gestellt wird, sondern auch, dass Gesundheitsdienstleister vor Behandlungsbeginn eine Bestätigung ihrer Zahlungsfähigkeit einholen können.

Zwar sind Ärzte in Schweden zur Bereitstellung einer Notfallversorgung verpflichtet, diese Leistung ist für Patienten ohne gültige Aufenthaltspapiere jedoch kostenpflichtig. Migranten in einer irregulären Situation wird daher nach einer Notfallbehandlung eine Rechnung ausgestellt. In Griechenland müssen Migranten in einer irregulären Situation die vollen Kosten für Laboruntersuchungen übernehmen.³¹ In Irland ist der Zugang zur Notfallversorgung zwar nicht kostenlos, die Höhe der Zahlung liegt jedoch im Ermessen des Gesundheitsdienstleisters.³² In Ungarn haben Migranten ohne gültige Aufenthaltspapiere keinen Anspruch auf eine Pflichtversicherung³³ – sie müssen die Kosten im Grunde selbst tragen. Können sie für die Kosten der Notfallversorgung jedoch nicht aufkommen, wird die Rechnung als uneinbringlich eingestuft, und der Gesundheitsdienstleister hat das Recht auf eine staatliche Entschädigung.³⁴ In Polen sind Leistungen, die von einem medizinischen Notfalldienst außerhalb des Krankenhauses erbracht werden, kostenlos – die Zahlungsverpflichtung bei anderen Notfallbehandlungen ist nicht eindeutig geregelt. Laut des polnischen Obersten Gerichtshofes können Krankenhäuser auch für die Behandlung von Notfällen eine Kostendeckung

beantragen. Allerdings bleibt unklar, ob und wie diese bei Migranten anzuwenden ist.³⁵

In Schweden hatte die Beschränkung der Gesundheitsleistungen auf eine Notfallversorgung einige Fragen aufgeworfen, wodurch sich die Regierung veranlasst sah zu untersuchen, wie die medizinische Versorgung von Asylbewerbern und Migranten in einer irregulären Situation wirksamer geregelt werden könnte. Ein Untersuchungsausschuss sollte die Optionen der Regierung prüfen, dabei aber ausschließlich Vorschläge ausarbeiten, die die irreguläre Migration nicht fördern würden. Der Ausschuss präsentierte seine Empfehlungen Ende Mai 2011 in einem Bericht, der in der Reihe der offiziellen Berichte der schwedischen Regierung (*Statens Offentliga Utredningar*, SOU) veröffentlicht wurde.³⁶ Der Bericht besagte, dass Asylbewerber und Migranten ohne gültige Aufenthaltspapiere, ungeachtet ihres Alters, geförderte Gesundheitsleistungen und medizinische Versorgung von den Provinziallandtagen, in deren Zuständigkeitsbereich sie wohnen oder sich aufhalten, erhalten sollten. Die Versorgung solle im gleichen Umfang und zu den gleichen Bedingungen wie für dauerhaft Aufenthaltsberechtigte bereitgestellt werden. Die Regierung prüft derzeit die Empfehlungen des Untersuchungsausschusses.

In Belgien, Frankreich, Italien und Spanien haben Migranten in einer irregulären Situation unter bestimmten Voraussetzungen neben Anspruch auf eine Notfallversorgung generell auch ein Recht auf primäre und sekundäre Versorgung. Diese ist teils kostenlos, teils kostenpflichtig, wobei in diesen Fällen in der Regel nicht der volle Betrag zu entrichten ist. Die staatlichen Gesetzgebungen Belgiens und Italiens sprechen von „unbedingt erforderlicher“ oder „akuter“ Behandlung. Diese Begriffe können jedoch irreführend sein, da sie üblicherweise ein breites Spektrum an vorbeugenden, primären und sogar sekundären Gesundheitsleistungen sowie Schwangerschaftsbetreuung und die Bereitstellung von Grundarzneimitteln umfassen können. In Belgien hat das staatliche Institut für Kranken- und Invaliditätsversicherung (*Institut national d'assurance maladie-invalidite*, INAMI; *Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering*, RIZIV) eine Liste jener medizinischer Leistungen verfasst, für die eine Kostenerstattung vorgesehen ist. In Italien haben Migranten in einer irregulären Situation Anspruch auf vorbeugende, akute und unbedingt erforderliche Behandlungen von Krank-

30 Deutschland, Aufenthaltsgesetz, BGBl. I S. 162 (30. Juli 2004), Art. 87 (2) und Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz, VwV-AufenthG, GMBI. I S. 878 (26. Oktober 2009), Art. 87.o.4.

31 NowHereland (2010), Länderbericht Griechenland, *Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27*, S. 12.

32 Björngren-Cuandra, C. (2010), Länderbericht Irland, in: *Health Care in NowHereland, Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27*, S. 11.

33 Ungarn, Verordnung 87/2004 (X.4.) ESZCSM über die Bestimmungen zu medizinischer Versorgung für Personen, die sich in Ungarn aufhalten. Die Verordnung enthält eine Auflistung von Personengruppen, die Anspruch auf eine Pflichtversicherung haben.

34 Diese Information wurde der FRA im Juni 2011 von der Abteilung für öffentliche Gesundheit des ungarischen Ministeriums für Nationale Ressourcen zur Verfügung gestellt.

35 Siehe HUMA-Netzwerk (2011), *Access to healthcare and living conditions of asylum seekers and undocumented migrants in Cyprus, Malta, Poland and Romania*, S. 100-101. Siehe Oberster Gerichtshof, 8. August 2007, I CSK 125/07, abrufbar unter: LexPolonica, Serwis Prawniczy LexisNexis, <http://lexpolonica.lexisnexis.pl>.

36 Für die Ergebnisse des Untersuchungsausschusses siehe SOU (2011), *Vård efter behov och på lika villkor – en mänsklig rättighet*, Stockholm, abrufbar unter: www.regeringen.se/content/1/c6/16/98/15/1ce2f996.pdf. Der SOU-Bericht enthält eine ausführliche Zusammenfassung auf Englisch.

heiten sowie auf eine Versorgung, die im Interesse der öffentlichen Gesundheit als notwendig erachtet wird (z. B. Schwangerenvorsorge oder die Behandlung von Infektionskrankheiten).³⁷

In Belgien können Migranten in einer irregulären Situation vorbeugende, primäre und sekundäre Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, indem sie bei den öffentlichen Sozialhilfezentren (*Centre public d'aide sociale, CPAS/Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn, OCMW*) um medizinische Notfallhilfe ansuchen (*Aide Medicale Urgente, AMU*). Im Zuge dessen müssen sie nachweisen, dass sie in dem Bezirk wohnen, in dem sie die Hilfe beantragen, und dass sie nicht über ausreichende finanzielle Mittel verfügen, um selbst für die medizinische Versorgung aufzukommen. Zusätzlich muss medizinisches Fachpersonal die „Notwendigkeit“ der medizinischen Versorgung bestätigen. Nach Überprüfung dieser Voraussetzungen stellt das Sozialhilfezentrum eine für drei Monate gültige, verlängerbare Gesundheitskarte aus.

In ähnlicher Weise haben Migranten in einer irregulären Situation in Frankreich Zugang zu medizinischer Grundversorgung im Rahmen eines Systems staatlich finanzierter medizinischer Beihilfe (*Aide médicale d'État, AME*). Um AME beantragen zu können, müssen sie nachweislich seit mindestens drei Monaten in Frankreich leben, einen Identitätsnachweis vorlegen, eine Wohnadresse angeben und zudem nachweisen, dass sie nicht über ausreichende finanzielle Mittel verfügen. Wer die Voraussetzungen für AME nicht erfüllt oder bisher noch keine AME erhalten hat, hat Zugang zu dringend benötigter Behandlung und medizinischer Grundversorgung bei einem Bereitschaftsdienst des Gesundheitswesens (*Permanences d'Accès aux Soins de Santé, PASS*), zu dessen Einrichtung jedes Krankenhaus – zumindest theoretisch – verpflichtet ist.³⁸ Bis vor kurzem wurde der Zugang zu medizinischer Versorgung unter dem AME-System für Personen, die weniger als 634 Euro pro Monat verdienen, kostenlos zur Verfügung gestellt. Nun wurde jedoch eine jährliche Gebühr von 30 Euro eingeführt, was auf großen Widerstand von in diesem Bereich tätigen NRO traf.³⁹ Darüber hinaus kann eine Person, die im nationalen Sozialversicherungssystem registriert war, die Sozialleistungen für weitere 12 Monate⁴⁰ beziehen, auch

wenn sie die für den Bezug notwendigen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt (beispielsweise nach Ablauf der Aufenthaltsgenehmigung).

In Italien müssen Migranten in einer irregulären Situation schriftlich erklären, dass sie sich die Kosten für eine Behandlung nicht leisten können, um „akute“ oder „notwendige“ Versorgung kostenlos zu erhalten. Dies umfasst von Institutionen bereitgestellte primäre und sekundäre Versorgung, jedoch nicht das Recht, einen Allgemeinarzt aufzusuchen.⁴¹ Um grundlegende Versorgung dieser Art in Anspruch nehmen zu können, müssen Migranten in einer irregulären Situation eine befristete STP-Karte (*Stranieri Temporaneamente Presenti, STP*)⁴² mit einer persönlichen Kennzahl beantragen. Diese Chipkarte wird vom medizinischen Fachpersonal oder der Verwaltung ausgestellt und dient der Dokumentation, um die Kontinuität der medizinischen Versorgung sicherzustellen. Sie ist sechs Monate gültig, kann verlängert werden und deckt auch vorbeugende Behandlungen ab. Migranten können auch eine „Bedürftigkeitserklärung“ unterschreiben, die ihnen einen kostenlosen Zugang zu medizinischer Versorgung gewährt (mit Ausnahme jener Selbstbehalte, die von allen Bürgern verlangt werden). In einigen Fällen sind Migranten gänzlich von den Selbsthalten ausgenommen. Zusätzlich zur STP-Karte für grundlegende Versorgung gibt es in einigen Regionen spezifische Rechtsvorschriften, die Migranten in einer irregulären Situation einen umfassenderen Zugang zu medizinischer Versorgung ermöglichen.⁴³

In Spanien haben Migranten in einer irregulären Situation vollen Zugang zu allen Leistungen des nationalen Gesundheitssystems unter denselben Bedingungen wie Staatsangehörige.⁴⁴ Um medizinische Leistungen in Anspruch nehmen zu können, müssen Migranten in einer irregulären Situation eine persönliche Gesundheitskarte beantragen, wobei hier die gleichen Voraussetzungen wie für Personen mit regulärem Status gelten: Registration beim lokalen Meldeamt, wofür ein gültiger Identitätsnachweis und ein Nachweis des Wohnsitzes erforderlich ist; Kinder und Schwangere sind von dieser Regelung ausgenommen. Die Gesundheitskarte wird dann für zwei Jahre ausgestellt.

Jedes dieser vier Länder (Belgien, Frankreich, Italien und Spanien) sieht unterschiedliche Verfahren zur Beantragung eines Zugangs zum Gesundheitssystem

37 Italien, Gesetzesverordnung 1998/286, in geänderter Fassung, Art. 35 (3).

38 Frankreich, *Loi n° 98-657* vom 29. Juli 1998 (Gesetz gegen soziale Ausgrenzung), Art. 76; Behördeninterview, Frankreich.

39 Siehe Diskussion dazu in der französischen Parlamentsversammlung vom 2. November 2010: www.assemblee-nationale.fr/13/cri/2010-2011/20110036.asp; siehe auch gemeinsamer Kommentar französischer zivilgesellschaftlicher Organisationen zur Gesetzesnovelle: www.ldh-france.org/IMG/pdf/Dossier_parlementaire_AME_octobre_2010.pdf.

40 PICUM (2007), *Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe*, S. 28.

41 Italien, Gesetzesverordnung 1998/286, in geänderter Fassung, Art. 35 (3). Siehe auch: www.stranieriinitalia.it/guida_alla_salute_in_otto_lingue-guida_alla_salute_in_italiano_1794.html.

42 Ausländische Staatsbürger, die sich vorübergehend im Land aufhalten.

43 Italien, Gesetzesverordnung 1998/286, in geänderter Fassung, Art. 35 (3).

44 Spanien, *Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social* (11. Januar 2000).

Tabelle 2: Voraussetzungen für den Erhalt von medizinischer Versorgung, vier EU-Mitgliedstaaten

	Nachweis der Mittellosigkeit	Identitätsnachweis	feste Wohnadresse (Bezirk oder Land)
Belgien	✓		✓
Frankreich	✓	✓	✓
Italien	✓		
Spanien		✓	✓

Quelle: Informationen basieren auf PICUM (2007), Access to healthcare for undocumented migrants in Europe; HUMA-Netzwerk (2009), Access to healthcare for undocumented migrants and asylum seekers in 10 EU Countries

vor, wobei jeweils bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden müssen. Diese entsprechen meist jenen für mittellose Personen. Wie in Tabelle 2 ersichtlich, sind typischerweise das nachgewiesene Fehlen ausreichender finanzieller Mittel, eine feste Wohnadresse und ein Identitätsnachweis erforderlich.

Um sich für Gesundheitsleistungen zu registrieren, müssen Migranten in einer irregulären Situation in drei dieser Länder nachweisen, dass sie über keine ausreichenden finanziellen Mittel verfügen, um für die Gesundheitsversorgung selbst aufzukommen. Außerdem müssen sie belegen, dass sie unter einer bestimmten Einkommens- und Vermögensgrenze leben. In Italien reicht es, wenn Migranten zu diesem Zweck lediglich eine Erklärung unterschreiben. In Belgien hingegen müssen sie nachweisen, dass sie keine ausreichenden finanziellen Mittel besitzen, wie ein Vertreter des Sozialamtes bemerkte. Eine Migrantin in einer irregulären Situation in Brüssel berichtete beispielsweise, dass ein Angestellter des Sozialamtes in ihr Haus kam, um sich ein Bild über ihre wirtschaftliche Situation zu machen. Dabei überprüfte er die Anzahl der Zimmer und Fernsehgeräte und warf einen Blick auf die Strom- bzw. Gasrechnungen. Ein Vertreter der Zivilgesellschaft führte die Notwendigkeit, die wirtschaftliche Situation zu überprüfen und auch einige Anträge zu blockieren, darauf zurück, dass manche Personen, die im Rahmen der AMU krankenversichert sind (darunter auch Migranten in einer irregulären Situation), durchaus über ausreichende finanzielle Mittel verfügen können, um für ihre Gesundheitsversorgung selbst aufzukommen, da sie oft informellen Tätigkeiten nachgehen. Andererseits kann der Zugang zu medizinischer Versorgung auch dann verweigert werden, wenn eine Person mit jemandem zusammen lebt (z. B. einem Familienmitglied), der seinerseits über ausreichend finanzielle Mittel für eine Gesundheitsversorgung verfügt. Die Bedingung, einen Nachweis über fehlende finanzielle Mittel zu erbringen, ist an sich widersprüchlich: Obwohl es Migranten in einer irregulären Situation nicht erlaubt ist, zu arbeiten, müssen sie dennoch ein (sehr geringes) Einkommen vorweisen, das sie von Rechts wegen eigentlich gar nicht haben dürften.

In Frankreich und Spanien ist ein Identitätsnachweis (Reisepass) erforderlich. Ein in Barcelona lebender Mig-

rant, dessen Abschiebung ausgesetzt wurde, erklärte, dass keinen Pass zu besitzen ein großes Hindernis darstellte. Er konnte sich auf Grund dessen eigentlich auch nicht bei der lokalen Meldebehörde registrieren lassen. Die Spanische Kommission für Flüchtlingshilfe (*Comisión Española de Ayuda al Refugiado*, CEAR), eine Nichtregierungsorganisation, unterstützte ihn schlussendlich bei der Registrierung. Nachdem der Migrant in eine andere Stadt in Spanien umzogen war, war dort wiederum eine Registrierung ohne Pass nicht möglich.

In einigen Ländern ist es notwendig, einen Nachweis des tatsächlichen Aufenthalts in einem Land oder einer bestimmten Stadt über eine gewisse Anzahl von Tagen oder Monaten vorzulegen. In Frankreich beispielsweise müssen Migranten in einer irregulären Situation nachweisen, dass sie seit mindestens drei Monaten über einen „ständigen Wohnsitz“ (*résidence habituelle*) verfügen. Eine Sozialarbeiterin in einem Pariser Gesundheitszentrum berichtete, dass viele Menschen diese Bedingung nicht erfüllen könnten, weil sie entweder gerade in Frankreich angekommen wären oder keine Unterlagen vorweisen könnten, die ihren dreimonatigen Aufenthalt bestätigen würden, wie etwa einen Pass mit einem Stempel, ein abgelaufenes Visum oder eine Strom-/Gasrechnung. Wird ein derartiger Nachweis nicht erbracht, können die staatlichen Behörden unter der Annahme, dass die Person nicht dauerhaft in Frankreich lebt, das Ansuchen um staatliche medizinische Beihilfe (AME) möglicherweise ablehnen. In den Interviews befragte Angestellte des Gesundheitswesens erwähnten, dass es vor 2004 nicht notwendig gewesen war, einen dreimonatigen Aufenthalt nachzuweisen, die Regierung die Bedingungen jedoch geändert habe, um den Zugang zu medizinischer Versorgung zu erschweren. Ein Vertreter der Zivilgesellschaft merkte an, dass das Fehlen einer rechtlichen Definition von „ständiger Wohnsitz“ problematisch sei. Zwar beinhalte ein Urteilsspruch des Staatsrates eine klare Definition, jedoch werde diese von den Behörden nicht anerkannt. Sie würden stattdessen eine restriktivere Definition verwenden, so der Befragte.

Hat eine Person keinen festen Wohnsitz, so ist dies eine weitere Hürde beim Zugang zu medizinischer Betreuung. Migranten in einer irregulären Situation müssen in einigen Ländern ihren tatsächlichen Wohn-

sitz in der jeweiligen Region haben, um dort um medizinische Versorgung ansuchen zu können. In Belgien und Spanien haben viele Migranten in einer irregulären Situation Probleme damit, ihren „tatsächlichen Wohnsitz“ nachzuweisen, vor allem, wenn sie sich bei Freunden, in Kirchen oder anderen Zufluchtsorten aufhalten bzw. obdachlos sind. Auf lokaler Ebene gibt es oft einen erheblichen Ermessensspielraum bei der Entscheidung darüber, wodurch ein tatsächlicher Wohnsitz ausreichend nachgewiesen ist.

Zur Veranschaulichung kann das Beispiel einer Gruppe von Migranten in einer irregulären Situation dienen, die im April 2008 in einer Kirche im Brüsseler Bezirk Ixelles in einen Hungerstreik getreten waren. Sie protestierten, weil die Regierung ihr Versprechen vom März 2008, Legalisierungskriterien aufzustellen, nicht gehalten hatte. Einer der Protestierenden hielt sich seit seiner Ankunft einige Wochen zuvor in der Kirche auf. Während des Streiks erlitt er starke Magenschmerzen, hatte aber keine Krankenversicherungskarte, die ihn zu kostenloser Behandlung im Krankenhaus berechtigt hätte. Einige der anderen Hungerstreikenden begleiteten ihn zum Sozialamt von Ixelles, um einen Antrag auf dringende medizinische Versorgung (AMU) zu stellen. Das Sozialamt von Ixelles wies das Gesuch jedoch mit dem Argument zurück, dass die Kirche kein Wohnsitz sei. Der Antragsteller lebe demnach nicht im Zuständigkeitsbereich von Ixelles und müsse andere Möglichkeiten finden, medizinische Betreuung zu erhalten.⁴⁵

1.1.2. Zugang zu Medikamenten

Die Wirksamkeit von medizinischen Behandlungen hängt auch vom Zugang zu Medikamenten ab. In einigen Ländern können Migranten in einer irregulären Situation bestimmte Medikamente zu einem reduzierten Preis oder kostenlos erhalten, falls sie zum Zugang zu medizinischer Versorgung berechtigt sind. In anderen Ländern jedoch müssen sie denselben Preis wie Staatsangehörige bzw. noch mehr bezahlen. Dieser Abschnitt bietet einen kurzen Überblick über den Zugang zu Medikamenten. Er behandelt dabei allerdings keine gesonderten Regelungen, beispielsweise für Kinder oder im Falle spezieller Krankheiten (z. B. bei Tuberkulose oder antiretroviralen Therapien).

Wie in Tabelle 3 ersichtlich, können volljährige Migranten in einer irregulären Situation in Belgien, Deutschland, Frankreich, Italien und Spanien ausgewählte Medikamente kostenlos bzw. zu einem reduzierten Preis beziehen. In Belgien und Frankreich erhalten Migranten in einer irregulären Situation, die Zugang zum staatlichen Krankenversicherungssystem haben, auch bestimmte Medikamente kostenlos. In Italien müssen Inhaber einer STP-Karte genauso wie Staatsbürger einen bestimmten Teil der Kosten selbst übernehmen, dessen Höhe von der Art des Medikaments abhängig ist. In Spanien erhalten Migranten in einer irregulären Situation, die in Besitz einer persönlichen Gesundheitskarte sind, Medikamente zum gleichen Selbstbehalt

Tabelle 3: Zugang zu Medikamenten für volljährige Migranten in einer irregulären Situation, zehn EU-Mitgliedstaaten

	Kosten für Medikamente werden teilweise oder gänzlich übernommen	Kosten für Medikamente werden üblicherweise von den Migranten selbst getragen
Belgien	✓	
Deutschland	✓	
Frankreich	✓	
Griechenland		✓
Irland		✓
Italien	✓	
Polen		✓
Schweden		✓
Spanien	✓	
Ungarn		✓

Quelle: HUMA (2009), Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries. Die Daten von HUMA wurden mit Ergebnissen aus Interviews der FRA zusammengeführt

45 Während der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) im Fall *Cisse gegen Frankreich* (9. April 2002, Nr. 51346/99) anerkannt hat, dass die Sicherung der öffentlichen Gesundheit das Eingreifen rechtfertigt, eine Versammlung dieser Art in einer Kirche aufzulösen, sollte dies nicht das Recht auf medizinische Versorgung von Migranten beeinflussen.

wie Staatsbürger (40 %, Arzneien für bestimmte chronische Krankheiten ausgenommen). Um in Deutschland kostenlose Medikamente zu erhalten, müssen Migranten in einer irregulären Situation beim Sozialamt einen Krankenschein beantragen. Die Angestellten müssen Migranten in einer irregulären Situation allerdings der Polizei melden, was den Zugang zu kostenlosen Medikamenten in der Praxis verhindert. Daher haben nur Migranten mit einer Duldung tatsächlich Zugang zu kostenlosen Medikamenten.⁴⁶

In den übrigen Ländern müssen Migranten für die Medikamente selbst aufkommen. Angestellte des Gesundheitswesens in Griechenland, Polen und Ungarn gaben an, dass Migranten in einer irregulären Situation normalerweise keinen Zugang zu kostenlosen Medikamenten haben bzw. den vollen Preis bezahlen müssen, es sei denn, die Medikamente werden von NRO zur Verfügung gestellt. In Griechenland bestätigten öffentliche Behörden, dass Personen, die nicht arbeiten und keine Sozialversicherungsnummer (IKA) haben, keine medizinische und medikamentöse Versorgung erhalten, außer wenn diese Leistungen von NRO angeboten werden. Laut medizinischem Personal in Ungarn informieren Ärzte die Patienten darüber, dass sie ihnen die Medikamente nicht zu dem reduzierten Preis (bei dem die Versicherung einen Teil der Kosten trägt) verschreiben könnten und dass die Patienten den vollen Preis bezahlen müssten. Medizinisches Personal in Polen gab an, dass Personen ohne Dokumente für erbrachte Leistungen wie Vorsorgeuntersuchungen, Behandlungen und Medikamente aufkommen müssen. In Irland haben Migranten in einer irregulären Situation keinen Anspruch auf eine Krankenversicherungskarte, die zu kostenlosen medizinischen Leistungen berechtigt. In Schweden müssen sie für Medikamente und medizinische Behandlungen sogar mehr bezahlen als schwedische Staatsangehörige, da eine „Touristengebühr“ aufgeschlagen wird, die Touristen offenbar für eine medizinische Versorgung während ihres Aufenthalts entrichten müssen.⁴⁷

1.1.3. Umsetzung nationalen Rechts auf regionaler und lokaler Ebene

Regionale und lokale Ebenen setzen die nationalen Rechtsvorschriften oft in sehr unterschiedlicher Weise um, wodurch Migranten in einer irregulären Situation Gesundheitsleistungen innerhalb eines Landes möglicherweise nicht überall in gleicher Art in Anspruch nehmen können. Dieser Abschnitt zeigt die unterschiedlichen Ansätze der regionalen und lokalen Regierungen sowohl bei der Auslegung des nationalen Rechts als auch bei der Einbindung bestimmter Personengrup-

pen ins Gesundheitssystem, welche auch Migranten in einer irregulären Situation einschließen. Es wird dargestellt, welche Arten von öffentlichen Gesundheitsleistungen für Migranten in einer irregulären Situation in den erfassten Städten verfügbar sind, ohne jedoch einen umfassenden Überblick aller für sie vorhandenen öffentlichen Gesundheitsleistungen zu liefern.

Die lokalen Behörden der deutschen Städte Bremen, Köln und Frankfurt am Main sowie der schwedischen Stadt Stockholm entschieden sich für eine – verglichen mit der gesamtstaatlichen Situation in Deutschland und Schweden – wohlwollendere Gesundheitspolitik gegenüber Migranten in einer irregulären Situation.

Vielversprechende Praktik

Förderung des Zugangs zu medizinischer Versorgung auf lokaler Ebene

Im Januar 2009 veröffentlichte der Stockholmer Stadtrat Richtlinien zur Behandlung von Personen ohne gültige Aufenthaltspapiere in Gesundheitseinrichtungen in Stockholm. Gesundheitsdienstleistern wird darin empfohlen, eine Notfallversorgung sowie unverzüglich erforderliche Behandlungen – beispielsweise in lebensbedrohlichen Situationen, bei Krebs-erkrankungen oder anderen systemischen Erkrankungen sowie bei schwerwiegenden psychischen Erkrankungen – für Migranten in einer irregulären Situation bereitzustellen. Um Notfälle während der Geburt oder Komplikationen in der Schwangerschaft zu vermeiden, sollen darüber hinaus Migrantinnen in einer irregulären Situation eine Schwangerschaftsbetreuung zu denselben Bedingungen wie alle anderen Frauen erhalten. Die Frage der Bezahlung wird in den Richtlinien allerdings nicht näher behandelt. Diese kann jedoch als eines der größten Hindernisse beim Zugang zu medizinischer Versorgung für Migranten in einer irregulären Situation in Schweden angesehen werden.

Siehe: Richtlinienpapier der Stadtverwaltung Stockholm vom 1. Januar 2009, www.rosengrenska.org/pdfs/CheflakVerstallighetBeslutGomda.pdf.
CheflakVerstallighetBeslutGomda.pdf

In Schweden haben Migranten in einer irregulären Situation Zugang zu einer Notfallversorgung, müssen aber dafür bezahlen. Einige Bezirksverwaltungen entschieden allerdings, eine Gesundheitsversorgung für abgelehnte Asylbewerber und/oder alle Migranten in einer irregulären Situation bereitzustellen, und einige dehnten den Anwendungsbereich der Notfallversorgung für Migranten in einer irregulären Situation aus, um auch „unverzüglich erforderliche Behandlungen“ mit einzubeziehen.⁴⁸

46 HUMA-Netzwerk (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries. Law and Practice*, S. 68.

47 Anmerkung eines Sozialarbeiters in Schweden.

48 Sigvardsdotter, E. (2009), *Vård för papperslösa i Sveriges landsting – lokala riktlinjer och Tillämpningsamvisningar*, abrufbar unter: <http://erikasigvardsdotter.files.wordpress.com/2009/11/vard-for-papperslosa-i-sverige2.pdf>.

Auch in Ländern wie Italien, Belgien oder Spanien, in denen Migranten in einer irregulären Situation Anspruch auf primäre und sekundäre Versorgung haben, gibt es regionale und lokale Unterschiede in der Umsetzung von nationalem Recht. Obwohl Migranten in einer irregulären Situation in Italien Anspruch auf alle präventiven, akuten und grundlegenden Behandlungen von Krankheiten sowie auf Gesundheitsversorgung haben, die zum Schutz der öffentlichen Gesundheit als notwendig angesehen wird, sind einige Regionen (z. B. die Lombardei) bekannt dafür, die Gesetze sehr restriktiv auszulegen und den Anspruch von Migranten in einer irregulären Situation auf Notfallbehandlungen zu beschränken. In anderen Regionen hingegen (z. B. Latium) werden die Rechtsvorschriften großzügiger ausgelegt und so der Zugang zu einer weitaus größeren Bandbreite an öffentlichen Gesundheitsleistungen gewährt.⁴⁹

„Das Problem in Italien ist nicht das Recht, sondern wie das Recht organisiert werden soll, und hier liegt die Verantwortung bei den Regionen. Im Piemont geht man davon aus, dass dieses Recht auf die Art A organisiert werden soll, in der Lombardei glaubt man, dass jenes Recht auf die Art C zu organisieren ist, und so weiter. Einige Regionen haben ambulante Gesundheitszentren für Migranten in einer irregulären Situation eingerichtet, in manchen Regionen sind die Hausärzte zuständig, andere Regionen wiederum haben Kooperationen mit Freiwilligenverbänden und wohltätigen Organisationen vereinbart. Das ist nicht durch das Gesetz festgelegt – jede Region hat es so organisiert, wie sie es für angemessen hielt.“

Vertreter einer regionalen Behörde, Italien

Auch wenn einige lokale Regierungen den Handlungsbedarf erkannt haben, sind ihnen möglicherweise aufgrund restriktiverer nationaler Vorschriften die Hände gebunden. Ein irischer Gesundheitsbeamter führte ein Beispiel an: Irland sei unfähig, Programme für Migranten in einer irregulären Situation zu entwickeln, da diese nach irischem Recht lediglich Anspruch auf eine Notfallversorgung haben. Demnach sei die Bereitstellung von medizinischer Versorgung für Migranten in einer irregulären Situation in Irland in erster Linie von „konkreten Maßnahmen“ der Gesundheitsdienstleister abhängig, die mit den Migranten Kontakt haben. Diese Ansicht wurde von Behörden in Athen geteilt.

In Städten, die wie z. B. in Italien, Frankreich oder Belgien in einen günstigeren nationalen Kontext eingebunden sind, sieht es nicht jede Stadtverwaltung als ihre Aufgabe an, ergänzende Maßnahmen für einen erleichterten Zugang zu medizinischer Versorgung in der Praxis einzuführen. In der Lombardei in Italien beispielsweise vertritt man bezüglich medizinischer Versorgung für Migranten in einer irregulären Situation die offizielle Ansicht, dass es keiner speziellen Leistungen für diese Personengruppe bedarf, da die Notaufnahmen die von der nationalen Gesetzgebung vorgesehene Betreuung bereits zufriedenstellend gewährleisten. In Brüssel haben den befragten Behörden zufolge nur einige der öffentlichen Sozialhilfezentren (CPAS/OCMW), die für den Zugang von Migranten in einer irregulären Situation zum Gesundheitssystem im Rahmen der medizinischen Notfallhilfe (AMU) zuständig sind, eigene Arbeitsgruppen eingerichtet, um sich mit den Schwierigkeiten von Migranten in einer irregulären Situation beim Zugang zum Gesundheitssystem zu befassen.

Vielversprechende Praktik

Einrichtung eines Wohlfahrtskompetenzzentrums zur Unterstützung von Migranten in einer irregulären Situation

Das öffentliche Sozialhilfezentrum (CPAS/OCMW) von Molenbeek, einem Brüsseler Bezirk, hat eigens eine Einheit innerhalb des Sozialhilfezentrums eingerichtet, die zur Unterstützung von Migranten in einer irregulären Situation bei Gesundheitsfragen zuständig ist. Die Einheit wird als gute Ausgangsbasis für eine bessere Umsetzung des nationalen belgischen Gesetzes zu Migranten in einer irregulären Situation und medizinischer Versorgung gesehen. Die Gründung der Einheit wurde vom Bezirksbürgermeister politisch unterstützt. Diese Unterstützung trägt zu einer besseren Zusammenarbeit der Einheit mit den Behörden und Leistungsempfängern wie z. B. Migranten in einer irregulären Situation bei, und hilft ihr somit, ihr Ziel zu erreichen, Menschen jedes sozialen und rechtlichen Status ein Leben in Würde zu ermöglichen.

⁴⁹ Siehe: [www.stranieriinitalia.it/guida_alla_salute_in_otto_lingue-und_Assistenza_Sanitaria - Scheda a cura di Giulia Perin](http://www.stranieriinitalia.it/guida_alla_salute_in_otto_lingue-und_Assistenza_Sanitaria_-_Scheda_a_cura_di_Giulia_Perin), sowie PICUM (2010), *Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries*. Länderbericht Italien, abrufbar unter: www.nowhereland.info/?i_ca_id=389, S. 10.

Behörden in Schweden erklärten, dass informelle Lösungen auf ad-hoc-Basis gefunden werden müssen, wenn Behörden auf nationaler, regionaler oder lokaler Ebene keine Verantwortung für den Schutz des Rechts auf medizinische Versorgung von Migranten in einer irregulären Situation übernehmen. Diese Lösungen hingen ausschließlich vom Wohlwollen jener Personen ab, die als erste mit den Migranten in einer irregulären Situation, die medizinische Versorgung benötigen, in Kontakt kommen. Dabei handelt es sich üblicherweise um Krankenhausverwaltungspersonal, Krankenpfleger oder Ärzte.

Es ist entscheidend, dass Gesundheitsdienstleister und medizinisches Personal ein Bewusstsein für die Situation und die Rechte von Migranten in einer irregulären Situation haben, damit diese in der Praxis von öffentlichen Gesundheitsleistungen profitieren können. Geringes Bewusstsein der Behörden für die besondere Situation von irregulären Migranten und deren Zugang zu medizinischer Versorgung verhindert in der Praxis eine wirksame Umsetzung des Rechts auf medizinische Versorgung. Beispielsweise waren die befragten Behörden in Polen und Ungarn nicht in der Lage, Herangehensweisen oder Programme der Regierung zu nennen, die sich mit dem Zugang zu medizinischer Versorgung von Migranten in einer irregulären Situation beschäftigen. Sie maßten diesem Problem auch keine besondere Bedeutung bei. Vielmehr vertraten sie die Ansicht, dass nicht versicherte Personen im Allgemeinen eine viel größere Herausforderung für das Gesundheitssystem darstellen als die Gruppe von Migranten in einer irregulären Situation.

Die Umsetzung von Richtlinien im Gesundheitswesen wird manchmal durch die Annahme beeinflusst, dass eine Ausweitung der Leistungen für Migranten in einer irregulären Situation mehr Personen dazu anregen würde, irregulär in ein Land einzureisen oder sich irregulär in einem Land aufzuhalten. Die FRA konnte jedoch keine Belege finden, die diese Annahme bestätigen würden. In Belgien erwähnte ein Vertreter eines Sozialamtes zwar, dass spezifische Gesundheitsprogramme oder -leistungen für Migranten in einer irregulären Situation einen Anziehungseffekt haben könnten. In einer Stadt aber erklärte eine befragte Person, dass Anträge dort gründlicher geprüft würden als anderswo in Belgien, um sicherzustellen, dass nur bereits in der Stadt lebende Personen eine AMU-Gesundheitskarte erhalten. Ein Beamter eines Bezirksgesundheitsamtes in Brüssel wies auf einen weiteren Widerspruch hin. Aufgrund der Anforderung, dass Migranten in einer irregulären Situation selbst für die medizinische Versorgung aufkommen müssen, wenn sie über ausreichende finanzielle Mittel verfügen, fördere das Sozialamt informelle Tätigkeiten, anstatt diesen entgegenzuwirken.

In anderen Fällen kann es zu einem direkten Widerspruch der Interessen von Einwanderungs- und Gesundheitsbehörden kommen, wie die Erfahrungen von Médecins du Monde veranschaulichen. Laut der NRO kann es vorkommen, dass das Gesundheitsministerium eines Landes ihre Arbeit unterstützt, das Innenministerium diese jedoch ablehnt. In Frankreich beispielsweise druckte das Gesundheitsministerium sein Logo auf von der NRO verteilte Nadeltausch-Sets, um zu verhindern, dass diese im Zuge einer Polizeikontrolle von Beamten zerstört werden. In einem ähnlichen Fall in Spanien berichtete eine zivilgesellschaftliche Organisation, dass Mitarbeiter einer HIV-Präventionsstelle für Prostituierte herausfanden, dass Patienten deshalb ausblieben, weil sie von der Polizei auf dem Weg in die Einrichtung verhaftet wurden.

1.2. Ansprüche bei bestimmten Krankheiten

Spezifische Ansprüche auf medizinische Versorgung können für Personen bestehen, die an Infektionskrankheiten wie HIV/Aids, Tuberkulose oder Hepatitis leiden. Diese Ansprüche sind oft auf Interessen der öffentlichen Gesundheit zurückzuführen.

Migranten in einer irregulären Situation können in allen zehn Ländern ein **Screening** auf bestimmte Infektionskrankheiten durchführen lassen. In Ungarn beispielsweise sind Behandlungen kostenlos und für alle zugänglich. Laut befragten Behörden in Irland sind Untersuchungen auf HIV, Hepatitis und sexuell übertragbare Krankheiten über staatlich geförderte Dienste im Bereich der sexuellen Gesundheit, wie etwa das Projekt für Frauengesundheit, möglich. Im Rahmen dieses Projekts werden Prostituierte, darunter auch Opfer von Menschenhandel, betreut. Diese Leistungen werden grundsätzlich kostenlos angeboten. HIV-Tests beispielsweise werden in allen zehn Ländern unentgeltlich und anonym durchgeführt.⁵⁰

In Frankreich sind Behandlungen von HIV-Infektionen an keine bestimmten Bedingungen gebunden und können in speziellen Einrichtungen⁵¹ in Anspruch genommen werden. In Belgien, Spanien und Italien können Migranten in einer irregulären Situation, vorausgesetzt sie erfüllen die Bedingungen für einen Krankenversicherungsschutz, ebenfalls derartige Behandlungen erhalten.⁵² In Schweden hingegen müssen Migranten in einer irregulären Situation die vollen Kosten einer

⁵⁰ Mounir-Jack, S., Nielson, S., Coker, R.J. (2008), *HIV testing strategies across European countries*, British HIV Association, *HIV Medicine*, 9 (Anhang 2), S. 13-19.

⁵¹ Zentren für übertragbare Krankheiten (CIDAG).

⁵² HUMA-Netzwerk (2009), *Access to Healthcare for undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries. Law and Practice*.

HIV/Aids-Behandlung übernehmen, und Ärzte sind nicht dazu verpflichtet, eine solche Behandlung zur Verfügung zu stellen.

Laut Angaben des HUMA-Netzwerkes kann eine HIV-Behandlung in Belgien, Frankreich, Italien und Spanien über die verschiedenen Systeme bezogen werden, die Migranten in einer irregulären Situation den Zugang zu einer medizinischen Versorgung ermöglichen. In Schweden hingegen wird keine Behandlung gewährt. In Deutschland wird zwar theoretisch eine HIV-Behandlung bereitgestellt, in der Praxis wird diese aber durch die bestehende Meldungspflicht verhindert.⁵³ Da in Deutschland in Fällen, in denen sich eine Kostenerstattung nicht auf eine Notfallversorgung bezieht, die Pflicht zur Meldung bei der Polizei existiert (siehe Abschnitt 2.1.1), sind es hauptsächlich Migranten mit einer Duldung, die also weder befürchten müssen, der Polizei gemeldet noch abgeschoben zu werden, die von ihrem Recht Gebrauch machen, Behandlungen für HIV-Infektionen oder andere übertragbare Krankheiten zu erhalten. In der deutschen Stadt Köln jedoch wurde von den Behörden beispielsweise bekannt gegeben, dass das Gesundheitsamt eine eigene Beratungsstelle zu sexuell übertragbaren Krankheiten eingerichtet hat, die allen Menschen zugänglich ist, unabhängig von ihrem rechtlichen Status oder ihrer Versicherungssituation.

1.3. Ansprüche bestimmter Gruppen

Dieses Kapitel befasst sich mit vier unterschiedlichen Gruppen von Migranten in einer irregulären Situation mit spezifischen Gesundheitsbedürfnissen: Kinder; Frauen, die Schwangerschaftsbetreuung oder Fürsorge im Bereich der reproduktiven Gesundheit benötigen; Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen und Personen, die an chronischen Krankheiten leiden. Alle vier Gruppen haben spezifische Gesundheitsbedürfnisse; die beiden ersten Gruppen haben laut internationalem Menschenrecht besondere Ansprüche in Hinblick auf medizinische Versorgung.

Im ersten Kapitel dieses Berichts wurde hervorgehoben, dass die medizinische Versorgung für Migranten in einer irregulären Situation in vier Ländern (Belgien, Frankreich, Italien, Spanien) primäre und/oder sekundäre Versorgung umfasst. In den sechs übrigen Staaten wird üblicherweise lediglich der Zugang zu Notfallversorgung gewährt. Einige dieser Länder haben jedoch spezielle Maßnahmen vor allem in den Bereichen Schwangerschaft, Mutterschaft und Gesundheitsversorgung für Kinder verabschiedet.

1.3.1. Betreuung von Müttern und Fürsorge im Bereich der reproduktiven Gesundheit

Frauen benötigen spezifische Gesundheitsleitungen, vor allem in Verbindung mit Schwangerschaft und Fürsorge im Bereich der reproduktiven Gesundheit. Diese umfassen eine Reihe an Leistungen während der Schwangerschaft sowie Geburtshilfe und postnatale Betreuung. Die UN-Kinderrechtskonvention sowie das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW) erkennen diese spezifischen Bedürfnisse in Form von besonderen Bestimmungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit und Betreuung von Schwangeren und Müttern an. Laut Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention sind die Staaten verpflichtet, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um „eine angemessene Gesundheitsfürsorge für Mütter vor und nach der Entbindung sicherzustellen“. Gemäß Artikel 12 (2) der CEDAW müssen Staaten für eine „angemessene und erforderlichenfalls unentgeltliche Betreuung der Frau während der Schwangerschaft sowie während und nach der Entbindung und für eine ausreichende Ernährung während der Schwangerschaft und der Stillzeit“ sorgen.

Die Art der Versorgung kann von Land zu Land variieren und hängt von den Leistungen ab, die Schwangeren und Müttern im Rahmen des Gesundheitssystems allgemein gewährt werden. Tabelle 4 bietet einen Überblick über den Zugang zu Gesundheitsleistungen vor und nach der Entbindung für Migrantinnen in einer irregulären Situation. In der Regel umfassen diese Gesundheitsleistungen neben Beratungen vor und nach der Geburt den Zugang zu Untersuchungen (z. B. Ultraschall, Urin- und Bluttests), regelmäßige gynäkologische Untersuchungen sowie Geburtshilfe.

Die für diesen Bericht gesammelten Daten zeigen, dass eine **Entbindung** in allen untersuchten Ländern als Notfall betrachtet wird. Daher kann medizinisches Personal die Behandlung einer Migrantin in einer irregulären Situation, die in den Wehen liegt, auch nicht verweigern.

Das Erfordernis, für die bereitgestellte Versorgung bezahlen zu müssen, stellt eine große Hürde dar, da die Kosten für eine Geburt unerschwinglich werden können. In Schweden beispielsweise kann eine Entbindung bis zu 2 684 Euro kosten,⁵⁴ und Migrantinnen in einer irregulären Situation erhalten dort üblicherweise eine Rechnung über die Krankenhauskosten. In Irland hängt dies vom Leistungserbringer ab. In Polen und Ungarn ist die Situation in Bezug auf die Kosten nach wie vor unklar, wobei in Ungarn die Geburt auf der Liste jener 31 Situationen steht, die als Notfälle zu behandeln

⁵³ *Ibid.*

⁵⁴ Behördeninterview, Schweden.

sind.⁵⁵ Die im Rahmen der Interviews mit Migrantinnen gesammelten Daten deuten darauf hin, dass von Migrantinnen in einer irregulären Situation erwartet wird, die Kosten für die Entbindung zu übernehmen. Wenn eine Patientin diese Kosten jedoch nicht aufbringen kann, wird die Rechnung als uneinbringlich eingestuft, wodurch der Leistungserbringer Anspruch auf eine Kostenerstattung durch den Staat hat. In einigen Ländern, in denen Migrantinnen Rechnungen gestellt werden, gibt es Systeme für eine Abschreibung der Kosten im Falle der Zahlungsunfähigkeit.

Tabelle 4 gibt einen Überblick der politischen Strategien der zehn EU-Mitgliedstaaten bezüglich einer **medizinischen Versorgung vor und nach der Entbindung**. Die Tabelle basiert auf einer groben Kategorisierung.

Tabelle 4: Zugang zu kostenloser Versorgung vor und nach der Entbindung, zehn EU-Mitgliedstaaten

Land	Zugang und Bedingungen
Belgien	wenn AMU-berechtigt
Deutschland	Versorgung gewährleistet, aber mit dem Risiko, gemeldet zu werden
Frankreich	über AME oder PASS
Griechenland	über eine Notfallambulanz; Tests/Untersuchungen jedoch in der Regel nicht kostenlos
Irland	nein
Italien	Inhaber einer STP-Karte
Polen	nein
Schweden	nein
Spanien	ja
Ungarn	nein

Anmerkung: Die Notfallversorgung sowie regionale oder lokale Vorgehensweisen, die von den nationalen Regelungen abweichen, sind in dieser Tabelle nicht enthalten.

Quelle: FRA, Interviews mit Gesundheitspersonal; und HUMA-Netzwerk (2009), Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries: Law and Practice

Uneingeschränkter Zugang zu einer Versorgung vor und nach der Entbindung stellen nur vier der zehn in dieser Studie untersuchten Länder bereit – Belgien, Frankreich, Italien und Spanien. In Griechenland ist der Zugang zu ambulanter Versorgung möglich, eine stationäre Behandlung beschränkt sich jedoch auf Notfälle. In Deutschland führen die Pflicht zur Meldung im Fall von Kostenerstattungen für Nicht-Notfälle und das damit verbundene Risiko, den Einwanderungsbehörden gemeldet zu werden, in der Praxis dazu, dass die Notfallversorgung die einzige kostenlose medizinische Versorgung von Schwangeren und Müttern bleibt.⁵⁶

In Spanien erhalten Migrantinnen in einer irregulären Situation uneingeschränkter und kostenloser Zugang zu Schwangerschaftsbetreuung und Fürsorge im Bereich der reproduktiven Gesundheit unter denselben Bedingungen wie Staatsangehörige. In Italien wird ihnen bei Erhalt einer STP-Karte kostenlose prä- und postnatale Versorgung gewährt. In Frankreich haben Migrantinnen in einer irregulären Situation, die keinen Anspruch auf staatliche medizinische Hilfe (AME) haben, unabhängig von ihrem Einkommen oder der Dauer ihres Aufenthalts, Zugang zu Untersuchungen im Rahmen der Schwangerenvorsorge sowie zur Geburtshilfe in PASS-Einrichtungen.⁵⁷ In ähnlicher Weise haben Migranten in einer irregulären Situation in Belgien, die für einen Versicherungsschutz im Rahmen des AMU-Systems berechtigt sind, Anspruch auf Fürsorge im Bereich der reproduktiven Gesundheit. Darüber hinaus bietet das Amt für Geburten und Kindheit (*Office de la Naissance et de l'Enfance/Kind en Gezin*) unabhängig von Nationalität, Herkunft oder sozialem Hintergrund kostenlose medizinische Versorgung (Beratung, Nachuntersuchungen, Impfungen) für schwangere Frauen und Familien mit Säuglingen an.⁵⁸ Ein Chirurg einer Notfallklinik in Griechenland berichtete, dass Ärzte in diesen Kliniken eine kostengünstige ambulante Versorgung von Schwangeren offerieren können, obwohl Migranten laut nationaler Gesetzgebung lediglich Anspruch auf eine Notversorgung haben. Ärzte können also regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen während einer Schwangerschaft anbieten, dabei aber keine Tests (z. B. Urintests) durchführen, da lediglich die ambulante Versorgung abgedeckt ist.

In den verbleibenden vier Ländern (Irland, Polen, Schweden und Ungarn) werden Migrantinnen in einer irregulären Situation während der Schwangerschaft nur in Notfällen behandelt.

⁵⁶ Deutschland, Asylbewerberleistungsgesetz, § 4 (2).

⁵⁷ PICUM (2010), *Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries*. Länderbericht Frankreich, abrufbar unter: www.nowhereland.info/?i_ca_id=389.

⁵⁸ Siehe: www.one.be/index.php?id=5 und HUMA-Netzwerk (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries. Law and Practice*, S. 27.

⁵⁵ Ungarn, Verordnung 52/2006.

„Nicht akute Fälle werden nicht behandelt [...]. Das bedeutet, dass nichtzahlenden, nicht versicherten Personen beispielsweise keine pränatale Versorgung zur Verfügung gestellt wird.“

Medizinische Fachkraft, Ungarn

„Notfall“ ist ein nicht klar definierter Begriff, den Ärzte von Fall zu Fall neu beurteilen müssen. Im Allgemeinen werden Migrantinnen in einer irregulären Situation nur bei Komplikationen (z. B. Blutungen) während der Schwangerschaft kostenlos behandelt. Andere Formen von prä- oder postnataler Versorgung werden üblicherweise nicht als Notfälle angesehen und daher nur gegen Bezahlung bereitgestellt. Einige Städte in Schweden, beispielsweise Stockholm, verfolgen einen großzügigeren Ansatz. Ein Richtlinienpapier der Stockholmer Stadtverwaltung legt dar, dass medizinisches Personal Migrantinnen in einer irregulären Situation, die prä- oder postnatale medizinische Versorgung benötigen, betreuen soll; allerdings wird die Frage der Kosten nicht explizit behandelt.⁵⁹

Einige Länder (z. B. Deutschland, Griechenland, Italien) sehen die Möglichkeit vor, **die Abschiebung** einer Migrantin in einer irregulären Situation **während einer Schwangerschaft auszusetzen**.⁶⁰ Dadurch ergibt sich jedoch nicht in allen diesen Ländern ein automatischer Anspruch auf medizinische Versorgung. In Griechenland kann zum Beispiel die Abschiebung von Schwangeren für einen bestimmten Zeitraum vor und nach der Entbindung ausgesetzt werden; während dieser Zeit besteht jedoch kein Anspruch auf kostenlose Schwangerschaftsbetreuung.⁶¹ Aufgrund der Pflicht zur Meldung im Fall von Kostenerstattungen, die sich nicht auf Notfälle beziehen, können in Deutschland nur Migrantinnen mit einer Duldung ohne Angst, gemeldet zu werden, medizinische Versorgung während und nach der Schwangerschaft in Anspruch nehmen. NRO unterstützen daher Migrantinnen in einer irregulären Situation, die Betreuung während der Schwangerschaft benötigen, dabei, eine solche Duldung zu erlangen. Dieser Status wird allerdings nur für jenen begrenzten Zeitraum (in der Regel sechs Wochen vor und acht

Wochen nach der Entbindung) gewährt, in dem die Frau als „reiseunfähig“ eingestuft wird.⁶²

Opfer von Menschenhandel stellen eine besonders schutzbedürftige Gruppe dar. Im Rahmen der durch Artikel 11 der neuen Richtlinie zur Verhütung und Bekämpfung des Menschenhandels und zum Schutz seiner Opfer⁶³ festgelegten unterstützenden Maßnahmen für Opfer von Menschenhandel werden die Mitgliedstaaten dazu aufgefordert, „die notwendigen medizinischen Behandlungen einschließlich psychologischer Hilfe, Beratung und Information, sowie bei Bedarf Übersetzungs- und Dolmetschleistungen“ zur Verfügung zu stellen. Unterstützende Maßnahmen sollen auch jenen Opfern garantiert werden, die nicht bereit sind, in einer strafrechtlichen Ermittlung, einer strafrechtlichen Verfolgung oder einem Gerichtsverfahren zu kooperieren (Artikel 11).

Vielversprechende Praktik

Auf die Gesundheitsbedürfnisse von Migrantinnen spezialisierte Gesundheitszentren

Das Gesundheits- und Beratungszentrum für Migrantinnen (*Centro di salute e ascolto per le donne immigrate*) bietet medizinische Hilfe für schwangere Migrantinnen mit regulärem oder irregulärem Status an. Das Zentrum, eine Abteilung des San Carlo Borromeo Krankenhauses in Mailand, entstand aus einer Zusammenarbeit zwischen der sozialen Kooperative Crinali (www.crinali.org) und des öffentlichen Gesundheitssektors und wurde ursprünglich von der Region Lombardei finanziert. Das medizinische Personal des Zentrums (Gynäkologinnen, Geburtshelferinnen, Kinderärztinnen) ist mehrsprachig, ausnahmslos weiblich und über das Krankenhaus angestellt. Außerdem arbeiten im Zentrum Kulturvermittlerinnen, die über Crinali angestellt sind. Beim ersten Besuch müssen die Patientinnen Angaben zu ihrer Identität machen, sodass eine korrekte Krankengeschichte geführt werden kann. Nach einer Erstuntersuchung durch eine Ärztin und eine Psychologin sowie einem Gespräch mit einer Mediatorin bekommen die Frauen einen Termin und erhalten außerdem ein Rezept für alle benötigten Medikamente. Diese Informationen berechtigen sie zu einer STP-Karte.⁶⁴ Ein ähnliches Zentrum gibt es auch im San Paolo Krankenhaus in Mailand.

59 Richtlinienpapier der Stadtverwaltung Stockholms vom 1. Januar 2009, abrufbar unter: www.rosengrenska.org/pdfs/CheflakVerstallighetBeslutGomda.pdf.

60 Deutschland, Aufenthaltsgesetz, Paragraph 60a (2), dritter Satz (eine Schwangerschaft wird – je nach Ermessen – als ein dringender persönlicher Grund angesehen); Griechenland, Gesetz 3386/2005 (in geänderter Fassung), Art. 79 (1) e, zweiter Satz; Italien, Gesetzesverordnung 286/1998 (in geänderter Fassung), Art. 19 (2) d. Für einen besseren Überblick zum nationalen Schutzstatus aus medizinischen Gründen siehe European Migration Network (2010), *The different national practices concerning granting of non-EU harmonised protection statuses*, S. 28.

61 Behördenfragebogen, Griechenland.

Zivilgesellschaftliche Akteure bieten – oftmals mit Unterstützung der nationalen Regierungen – besondere Gesundheitsleistungen für Opfer von Menschen-

62 PICUM (2007), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants*, S. 38.

63 Richtlinie 2011/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. April 2011.

64 Interview mit medizinischem Personal, Italien.

handel an. Solche Leistungen können auch Migrantinnen in einer irregulären Situation zugutkommen. In Irland beispielsweise erstellt eine im Jahr 2010 eigens eingerichtete Einheit der Verwaltung des Gesundheitsdienstes (*Health Service Executive, HSE*) individuelle Betreuungspläne für potenzielle sowie mutmaßliche Opfer von Menschenhandel (männlich und weiblich), ungeachtet ihres rechtlichen Status. Je nach den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen beinhalten diese Pläne allgemeine Gesundheitsuntersuchungen, Leistungen im Bereich der sexuellen oder der psychischen Gesundheit sowie psychologische Beratungen, Beziehungs- und Familienberatung, Unterstützung bei sozialen und spirituellen Fragen (z. B. Voodoo und Juju), Hilfestellung bei finanziellen Angelegenheiten, Unterstützung und Beratung bei Fragen zur Aus- und Weiterbildung und zum Einwanderungsstatus, sowie Erläuterungen zum strafrechtlichen Ermittlungsprozess und die Bereitstellung einer Begleitperson bei polizeilichen Vernehmungen. Darüber hinaus bietet das HSE-Projekt für Frauengesundheit, das als staatlich geförderte NRO aufgesetzt ist, Tests für sexuell übertragbare Krankheiten sowie Impfungen, Beratungen, Schwangerschaftsverhütung, Schwangerschaftstests und -beratung, und soziale Unterstützung für Frauen, die eventuell Opfer von Menschenhandel sind, an.⁶⁵ Auf ähnliche Weise bietet die Stiftung La Strada in Polen nach eigenen Angaben unter anderem Gesundheitsleistungen für von Menschenhandel betroffene Frauen an.

Nichtregierungsorganisationen erfüllen laut Migranten eine ganze Reihe von Funktionen: von der Bereitstellung von Informationen über die Rolle als alternativer Anbieter von Gesundheitsleistungen bis hin zur Mediation zwischen Migranten in einer irregulären Situation und Gesundheitsdienstleistern. Eine Migrantin in einer irregulären Situation in Warschau sagte, dass sie ohne die Hilfe einer auf die Unterstützung von Frauen spezialisierten NRO keine ärztliche Hilfe erhalten hätte:

„Als ich schwanger war, hatte ich keine Dokumente, keine Versicherung, nichts. Mein Kind kam im Februar 2006 zur Welt. Ich ging zum Arzt ins Krankenhaus in Praga Północ oder Południe. Telefonnummer und Adresse hatte ich von einer Freundin bekommen, die im Sexgeschäft arbeitet und ein Schützling der La Strada-Stiftung ist. Dort kümmert man sich um Prostituierte und stellt ihnen alles kostenlos zur Verfügung: Gynäkologen, Medikamente. Ich fragte meine Freundin, ob [...] sie mir dort helfen würden, und sie versprach, bei der Stiftung nachzufragen. Und diese Stiftung gab mir die Telefonnummer eines Arztes. Ich ging zum Arzt und beim ersten Besuch wurde eine Blutuntersuchung, ein Ultraschallbild gemacht, alles kostenlos.“

31-40 Jahre, Polen

⁶⁵ Irland, Interview mit Gesundheitspersonal; siehe *Women's Health Project*: www.hse.ie/eng/services/Find_a_Service/Sexualhealth/Women's_Health_Project.

In manchen Ländern haben Migrantinnen in einer irregulären Situation auch im Rahmen von Programmen für die Allgemeinbevölkerung oder über bestimmte Einrichtungen Zugang zu medizinischer Versorgung. In Frankreich beispielsweise werden für Frauen und Kinder bis 21 Jahre kostenlose medizinische Versorgung, Beratungen im Bereich der Familienplanung, Versorgung während und nach der Schwangerschaft, Impfungen für Kinder sowie Geburtshilfe in speziellen Mutter-Kind-Zentren (*Service de protection maternelle et infantile, PMI*) angeboten. In Köln können Migrantinnen in einer irregulären Situation Schwangerschaftsberatung sowie regelmäßige Kontrolluntersuchungen im Rahmen einer „humanitären Sprechstunde“ des städtischen Gesundheitsamtes in Anspruch nehmen, wobei sie allerdings einen Teil der Kosten selbst tragen müssen. Das Gesundheitsamt in Bremen organisiert eine medizinische Versorgung während der Schwangerschaft über ein Netzwerk von Gynäkologen, die ihre Hilfe ehrenamtlich anbieten.⁶⁶

FRA-Gutachten

Schwangerschaftsbetreuung, Geburtshilfe und postnatale Versorgung

Artikel 24 der UN-Kinderechtskonvention und Artikel 12 Absatz 2 des Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW) fordern die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen vor und nach einer Entbindung. Allerdings unterscheiden sich die gesetzlichen Ansprüche von Schwangeren und Müttern auf medizinische Versorgung in den verschiedenen EU-Mitgliedstaaten.

Frauen in einer irregulären Situation sollten im Fall einer Entbindung Zugang zu einer notwendigen primären und sekundären Gesundheitsversorgung zu denselben Bedingungen wie Staatsangehörige erhalten. Außerdem sollten sie denselben Zugang wie Staatsangehörige zu Fürsorge im Bereich der reproduktiven Gesundheit und Gesundheitsfürsorge für Mütter haben. Diese Leistungen sollten allgemein- und fachärztliche prä- und postnatale Versorgung umfassen, wie beispielsweise die Möglichkeit, einen Gynäkologen aufzusuchen. Zudem sollten sie auch den Zugang zu wichtigen Untersuchungen im Rahmen der Schwangerenvorsorge und -beratung sowie Unterstützung auf dem Gebiet der Familienplanung einschließen.

⁶⁶ Behördeninterview, Deutschland.

1.3.2. Medizinische Versorgung für minderjährige Migranten in einer irregulären Situation

Kinder stellen eine der am meisten gefährdeten Gruppen der Gesellschaft dar, die besonders schutzbedürftig ist. Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention anerkennt „das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit“. Darüber hinaus bemühen sich „die Vertragsstaaten [...] sicherzustellen, dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird“.

Tatsächlich ist medizinische Versorgung für minderjährige Migranten in einer irregulären Situation aber nicht systematisch zugänglich.⁶⁷ Tabelle 5 bietet einen Überblick über nationale Politiken.

In lediglich zwei der zehn untersuchten Länder, Spanien und Griechenland, haben minderjährige Migranten in einer irregulären Situation (zumindest bis zu einem bestimmten Alter) im selben Ausmaß und zu denselben Bedingungen wie Staatsangehörige gesetzliche Ansprüche auf medizinische Versorgung. In Spanien werden Kinder vom Tag ihrer Geburt an einer Kinderärztin oder einem Kinderarzt zugewiesen.⁶⁸ In Griechenland erhalten alle Kinder bis zum Alter von 14 Jahren Zugang zu medizinischer Versorgung in Kinderkliniken, die unabhängig vom Aufenthaltsstatus zugänglich sind.⁶⁹ In Athen gibt es rund 20 solcher Kliniken. Laut dem befragten medizinischen Personal werden diese hauptsächlich von Migranten in Anspruch genommen.

In drei Ländern (Belgien, Frankreich und Italien) wird zwischen unbegleiteten minderjährigen Migranten in einer irregulären Situation und jenen, die bei ihren Familien leben, unterschieden. Für Erstere ist ein breiterer Zugang zu medizinischer Versorgung vorgesehen, der mit dem von Staatsangehörigen vergleichbar ist.⁷⁰

Tabelle 5: Ansprüche auf kostenlose medizinische Versorgung für minderjährige Migranten in einer irregulären Situation, zehn EU-Mitgliedstaaten

	Gleicher Zugang wie Staatsangehörige	Gleicher Zugang wie Staatsangehörige bei einigen Leistungen	Ähnlicher Zugang wie Staatsangehörige für unbegleitete Minderjährige	Für einige Kategorien ein über eine Notfallversorgung hinausgehender Anspruch	Nur Notfallversorgung
Belgien		–	✓		
Deutschland		–		Minderjährige mit einer Duldung*	
Frankreich		–	✓		
Griechenland	✓	–			
Irland		–			✓
Italien		–	✓		
Polen		–		Kinder, die eine Schule besuchen	
Schweden		–		Abgelehnte Asylbewerber	
Spanien	✓	–			
Ungarn		–			✓

Anmerkung: *Trotz des rechtlichen Anspruchs auf medizinische Versorgung besteht für unentdeckte Kinder das Risiko, an die Einwanderungsbehörden gemeldet zu werden.

Quelle: FRA, zusammengestellt aus Björngren-Cuadra, C. (2010), Policies on healthcare for Undocumented Migrants in EU27. Country report, Lithuania, verfügbar unter: www.nowhereland.info/?i_ca_id=369; PICUM (2009), Undocumented Children in Europe: Invisible Victims of Immigration Restrictions, Brüssel, PICUM; HUMA-Netzwerk (2009), Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries. Law and Practice; Interviews mit medizinischem Personal

67 Zur Situation von unbegleiteten Kindern, die um Asyl ansuchen, siehe FRA (2010), *Separated asylum-seeking children in European Union Member States – Comparative Report*, S. 45-49.

68 Spanien, *Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social* (11. Januar 2000) Art. 12 (3) und Interviews mit Gesundheitspersonal.

69 Griechenland, Kodifizierung der Gesetzgebung zu Einreise, Aufenthalt und sozialer Integration von Drittstaatsangehörigen, Gesetz Nr. 3386/2005 (Amtsblatt der Regierung GG A 212), Art. 84 (1).

70 FRA (2010), *Separated, asylum-seeking children in European Member States – Comparative Report*.

In Frankreich haben unbegleitete minderjährige Migranten in einer irregulären Situation prinzipiell Anspruch auf allgemeinen Krankenversicherungsschutz (CMU),⁷¹ während jene, die bei ihren Familien leben, die Voraussetzungen für die staatliche medizinische Beihilfe (AME) erfüllen müssen.⁷² Sie sind jedoch ab dem ersten Tag ihres Aufenthalts abgesichert und müssen nicht, wie dies bei Erwachsenen der Fall ist, nachweisen, dass sie sich bereits drei Monate in Frankreich aufhalten. In Belgien sind unbegleitete minderjährige Migranten in einer irregulären Situation krankenversichert, wenn sie in Aufnahme- oder Wohlfahrtszentren untergebracht sind. Falls sie außerhalb eines Zentrums dieser Art wohnen, sind sie krankenversichert, wenn sie seit mindestens drei Monate eine Schule in Belgien besuchen.⁷³ Minderjährige Migranten in einer irregulären Situation, die bei ihren Eltern leben, werden wie erwachsene Migranten in einer irregulären Situation behandelt und müssen, um medizinische Versorgung zu erhalten, eine AMU-Gesundheitskarte beantragen.⁷⁴ Laut einem Sozialarbeiter in einem Krankenhaus erhalten minderjährige Migranten, die bei ihren Familien leben, in Italien grundlegende Behandlungen und Impfungen, können aber keinen Kinderarzt konsultieren. Demgegenüber werden unbegleiteten minderjährigen Migranten in einer irregulären Situation dieselben Rechte wie italienischen Kindern gewährt.

In Deutschland wird Migranten in einer irregulären Situation derselbe Zugang zu medizinischer Versorgung wie Asylbewerbern gewährt.⁷⁵ Dies schließt auch die medizinische Versorgung von Kindern ein. Aufgrund der Pflicht zur Meldung bei der Polizei in Fällen, in denen sich eine Kostenerstattung nicht auf eine Notfallversorgung bezieht, werden diese jedoch häufig davon abgehalten, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen. In Schweden wird nur Migranten in einer irregulären Situation unter 18 Jahren, deren Antrag auf Asyl abgelehnt wurde, Anspruch auf medizinische Versorgung im Rahmen des staatlichen Gesundheitssystems gewährt. In Polen haben minderjährige Migranten in einer irregulären Situation

nur, solange sie eine öffentliche Schule besuchen, Anspruch auf eine medizinische Versorgung.⁷⁶

In Ungarn und Irland konnten keine spezifischen Schutzmechanismen beim Zugang zu medizinischer Versorgung von minderjährigen Migranten in einer irregulären Situation ermittelt werden. In diesen Ländern haben Kinder wie Erwachsenen lediglich Zugang zu einer Notfallversorgung.

Schutzimpfungen im frühen Kindesalter sind in vielen Ländern Teil eines medizinischen Grundversorgungspakets für Kinder. Die Untersuchungen der FRA haben gezeigt, dass Schutzimpfungen in acht der zehn Länder (Belgien, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Schweden, Spanien und Ungarn) kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Da in Irland keine spezifischen Bestimmungen zu Schutzimpfungen gefunden werden konnten, wird hier auf Basis der Pflicht zur Bereitstellung dringend benötigter Hilfe davon ausgegangen, dass Kinder jene Impfstoffe erhalten, die von Gesundheitsdienstleistern als dringend benötigte Hilfe angesehen werden. In Deutschland werden Schutzimpfungen gemäß dem Asylbewerberleistungsgesetz minderjährigen Migranten in einer irregulären Situation kostenlos zur Verfügung gestellt. Allerdings birgt auch hier die Pflicht zur Meldung bei der Polizei in Fällen, bei denen sich eine Kostenerstattung nicht auf eine Notfallversorgung bezieht, für Kinder das Risiko, den Einwanderungsbehörden gemeldet zu werden.⁷⁷ In Polen sind Schutzimpfungen nur erhältlich, wenn die Eltern dafür bezahlen; allerdings haben minderjährige Migranten in einer irregulären Situation im Rahmen von Bestimmungen, die allgemein für Schulkinder gelten, Zugang zu vorgeschriebenen Impfungen.⁷⁸

Werden Impfungen nicht über das öffentliche Gesundheitssystem bereitgestellt, sind Kinder auf informellen Tätigkeiten von Ärzten oder auf spezielle Einrichtungen angewiesen, die eine medizinische Versorgung ohne Zugangsbedingungen bereitstellen. Die Malteser Migranten Medizin in Deutschland beispielsweise – eine religiöse und nicht staatliche Organisation in Köln –, bietet anonym und kostenlos Impfungen an. In einem allgemeinen Krankenhaus in Warschau werden laut medizinischem Personal Kinder immer mit Impfungen

71 Frankreich, *Code de l'action sociale et des familles*, Art. L111-2.

72 Frankreich, *Code de l'action sociale et des familles*, Art. L254-1; HUMA-Netzwerk (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries. Law and Practice*, S. 51.

73 Belgien, *Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités* (14. Juli 1994), Art. 32 erster Absatz Nr. 22; für unbegleitete Minderjährige in Wallonien siehe zum Beispiel: *circulaire OA Nr. 2008/198* (9. Mai 2008).

74 Belgien, *Loi organique des CPAS* (8. Juli 1976), Art. 57 (2); PICUM (2009), *Undocumented children in Europe: Invisible Victims of Immigration Restrictions*, abrufbar unter: <http://picum.org/article/reports>, S. 50-51.

75 Deutschland, *Asylbewerberleistungsgesetz*, § 1 und § 4.

76 HUMA-Netzwerk (2011), *Access to Healthcare and Living Conditions of Asylum Seekers and Undocumented Migrants in Cyprus, Malta, Poland and Romania*, S. 101; Gesetz zum Bildungssystem (7. September 1991), Art. 92 (1) und (2) und die Anordnung des Gesundheitsministers zur Organisation der Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche vom 28. August 2009.

77 Deutschland, *Asylbewerberleistungsgesetz*, Art. 4 (3).

78 Siehe HUMA-Netzwerk (2011), *Access to Healthcare and Living Conditions of Asylum Seekers and Undocumented Migrants in Cyprus, Malta, Poland and Romania*, S. 101; Gesetz zum Bildungssystem (7. September 1991), Art. 92 (1) und (2) und die Anordnung des Gesundheitsministers zur Organisation der Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche vom 28. August 2009.

versorgt, obwohl der Staat keinen kostenlosen Zugang zu dieser Art der medizinischen Versorgung vorsieht. Zivilgesellschaftliche Organisationen in Polen berichteten jedoch, dass es regelmäßig Diskussionen mit medizinischem Personal über das Recht von Kindern auf kostenlose Schutzimpfungen gegeben hatte. In Polen erhalten nur Kinder ohne gültige Aufenthaltspapiere im Schulalter präventive medizinische Versorgung, einschließlich der in Schulen zur Verfügung gestellten Schutzimpfungen.⁷⁹

Selbst wenn ein gesetzlicher Anspruch auf den Zugang zu medizinischer Versorgung besteht, kann ein anderes Hindernis für den Zugang zur medizinischen Versorgung in der Praxis **mangelnde Kenntnis** über die Bezugsrechte sein.⁸⁰ Beispielsweise haben Kinder und junge Erwachsene bis zum Alter von 21 Jahren in Frankreich in speziellen Mutter-Kind-Zentren (PMI), die auf die Bedürfnisse der Allgemeinbevölkerung ausgerichtet sind, Zugang zu kostenloser medizinischer Versorgung und Schutzimpfungen. Allerdings sind Migranten in einer irregulären Situation oft nicht ausreichend über diese und ähnliche Leistungen informiert, wie ein für Kindergesundheit zuständiger Beamter in Paris erklärte. Laut Interviews mit medizinischem Personal in Schweden haben minderjährige Migranten, die sich in einer irregulären Situation befinden, ein Anrecht auf Schutzimpfungen; Gesundheitsdienstleister sowie Migranten selbst sind sich dessen jedoch oft nicht bewusst. In Stockholm gibt es ein Impfprogramm gegen H1N1 („Schweinegrippe“), das speziell auf Kinder von irregulären Migranten ausgerichtet wurde.⁸¹ Kinder von Migranten in einer irregulären Situation können auch von allgemeinen Kürzungen der Gesundheitsausgaben betroffen sein, die also nicht speziell auf Migranten abzielen. In Griechenland zum Beispiel beendete das Gesundheitsministerium Anfang 2010 die Versorgung von Kinderkliniken mit Impfstoffen, wodurch es für die Krankenhäuser generell schwierig wurde, Kinder mit grundlegenden Impfungen zu versorgen. Stattdessen versuchen die Kliniken nun, kostenlose Impfstoffe über NRO wie die Caritas oder das Rote Kreuz zu organisieren.

FRA-Gutachten

Medizinische Versorgung von Kindern

Kinder in einer irregulären Situation sehen sich nach wie vor rechtlichen und praktischen Hürden beim Zugang zu medizinischer Versorgung gegenüber.

Nach Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention hat jedes Kind, das sich im Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaates aufhält, Anspruch auf dieselben medizinischen Leistungen wie Staatsangehörige. Diese sollten auch Schutzimpfungen einschließen, die eine wichtige Präventivmaßnahme darstellen.

1.3.3. Psychische Gesundheitsversorgung

Psychische, physische und soziale Probleme stehen in engem Zusammenhang.⁸² Psychische Gesundheitsprobleme bei Migranten in einer irregulären Situation sind häufig auf Gewalterfahrungen und Verfolgung im Heimatland zurückzuführen. Auch Probleme im Aufnahmeland wie prekäre Lebensbedingungen, Hafterfahrungen, fehlende Perspektiven, Stigmatisierung und Isolation oder die ständige Angst vor einer Festnahme, können eine große Belastung darstellen. Migranten in einer irregulären Situation nannten eine Vielzahl an Gründen und Umständen, die ihr psychisches Wohlbefinden belasten, unter anderem Druck seitens der im Herkunftsland lebenden Familie, die finanzielle Unterstützung benötigt; Angst und Stress, verursacht durch das Warten auf einen Asylbescheid; oder Depressionen, die durch die schwierigen Lebensbedingungen oder den fehlenden Rechtsstatus ausgelöst wurden.

„Meine derzeitigen ärmlichen Lebensverhältnisse machen mich sehr traurig und ich bin oft nervös. Und auch wenn ich kostenlos medizinisch behandelt werde, wie soll man gesund leben, wenn man kein Geld hat, um Essen oder normale Dinge zu kaufen?“

21-30 Jahre, Belgien, aus Westafrika

79 Die Schulpflicht gilt für alle in Polen lebenden Kinder zwischen sieben und 18 Jahren, siehe: www.migrant.info.pl/pl/edukacja_przedzskolna_i_szkolna.

80 Zu psychischer Gesundheitsversorgung siehe auch FRA (2010), *Separated, asylum-seeking children in European Union Member States – Comparative Report*, S. 47.

81 Hintergrundbericht zur Verfügung gestellt von Patricia de Palma und Lena Karlsson, die die Recherche für die schwedische Fallstudie durchführten.

82 Wahlbeck, K., Huber, M. (2009), *Access to Healthcare for People with Mental Disorders in Europe*. Stellungnahme, European Centre.

Laut befragtem medizinischen Personal reichen psychische Gesundheitsprobleme von Migranten in einer irregulären Situation von psychosomatischen Problemen wie Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit oder Angstzuständen über psychische Probleme im Zusammenhang mit Drogen- oder Alkoholkonsum bis hin zu ernstesten Zuständen wie post-traumatischen Belastungssyndromen, Psychosen oder Depressionen.⁸³

Laut Angaben von Gesundheitsdienstleistern und NRO bleiben psychische Gesundheitsprobleme häufig unbehandelt.

„Es gibt keinerlei psychologische Betreuung für Migranten ohne gültige Aufenthaltspapiere. Psychologische Betreuung wird aber dringend benötigt. Manchmal, wenn Menschen mit psychischen oder emotionalen Problemen zu uns kommen, wissen wir nicht, was wir tun sollen. Da kommen oft rechtlichen Fragen ins Spiel, [...] ohne Personalausweis gibt es keine Möglichkeit, den Personen zu helfen. Außerdem gibt es keine Ärzte, die solche Patienten behandeln würden, obwohl wir auch welche kennen, die sensibler mit Problemen von irregulären vietnamesischen Migranten umgehen.“

Zivilgesellschaftliche Organisation, Polen

Tabelle 6 bietet einen Überblick über die Vorgehensweise der einzelnen Staaten im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung. Im Allgemeinen ist der Zugang zu psychischer Gesundheitsversorgung für Migranten in einer irregulären Situation stark eingeschränkt. Nur in vier der zehn untersuchten Länder (Belgien, Frankreich, Italien und Spanien) wird ihnen zumindest formell Zugang zu psychischen Gesundheitsleistungen gewährt, etwa zu Medikation und Behandlungen von Depressionen, Stress, Psychosen und Angstzuständen. In den übrigen Ländern werden Migranten in einer irregulären Situation nur in Notfällen behandelt, wie beispielsweise bei Suizidgefahr oder wenn angenommen wird, dass sie eine Gefahr für sich oder andere darstellen (z. B. bei Psychosen). Laut medizinischem Personal in Ungarn bedeutet dies, dass ein Patient in einer irregulären Situation keine weitere Behandlung erhält, sobald sich sein Zustand stabilisiert hat.

Tabelle 6: Zugang von Migranten in einer irregulären Situation zu psychischer Gesundheitsversorgung, zehn EU-Mitgliedstaaten

Land	Zugang und Bedingungen
Belgien	JA, wenn AMU-berechtigt
Deutschland	NEIN
Frankreich	JA, wenn AME-berechtigt; bei keinem Anspruch auf AME, Zugang über PASS-Einrichtungen
Griechenland	NEIN, aber: Untersuchungen möglich über Gemeindekliniken und Ersthilfezentren
Irland	NEIN
Italien	JA, mit STP-Karte
Polen	NEIN
Schweden	NEIN
Spanien	JA, mit Gesundheitskarte
Ungarn	NEIN

Quelle: FRA (Interviews mit Gesundheitsdienstleistern und Behörden)

Selbst wenn der Anspruch auf medizinische Versorgung auch Behandlungen im Bereich der psychischen Gesundheit umfasst, können praktische Hürden den Zugang beschränken. Diese können allgemeiner Natur sein und somit die gesamte Bevölkerung betreffen oder aber speziell für Migranten in einer irregulären Situation relevant sein.

Das befragte medizinische Personal erkannte einen grundsätzlichen **Mangel an Leistungen in der psychischen Gesundheitsversorgung, von dem auch die Allgemeinbevölkerung betroffen ist**. Mögen solche Schwierigkeiten in der Versorgung auch die breite Bevölkerung betreffen, so wirken sie sich oft noch verschärft auf Migranten mit irregulärem Status aus. So sagte etwa ein Arzt in Budapest, dass die Behandlung psychischer Gesundheitsprobleme eine der größten Schwächen des ungarischen Gesundheitssystems sei; für nicht versicherte Personen sei die Chance, im Fall von psychischen Gesundheitsproblemen behandelt zu werden, sogar noch geringer. In Deutschland teilten Interviewpartner aus der Zivilgesellschaft eine ähnliche Ansicht über die psychische Gesundheitsversorgung und merkten an, dass versicherte Personen für

⁸³ PICUM (2010), *Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries*. Länderbericht im Rahmen des Projektes *Healthcare in NowHereland*, abrufbar unter: www.nowhereland.info/?i_ca_id=389.

eine Behandlung Wartezeiten von bis zu sechs Monaten in Kauf nehmen müssten, während die Wartezeit für Migranten in einer irregulären Situation oder Personen mit einer Duldung bis zu einem Jahr betragen könne. Medizinisches Personal in Spanien wies auf Probleme hin, die Migranten allgemein betreffen, wie etwa die mangelnde Bereitschaft von Ärzten, solche Patienten anzunehmen, befürchtete Sprachschwierigkeiten oder Bedenken, dass die Anwesenheit eines Dolmetschers Therapie und Behandlungssetting beeinflussen könnte.

Laut medizinischem Personal in Spanien ist das Bewusstsein für die spezifischen psychischen Gesundheitsprobleme von Migranten in einer irregulären Situation unter medizinischen Fachkräften eher gering. Psychische Erkrankungen werden oft nur im Rahmen der Behandlung anderer, damit zusammenhängender körperlicher Probleme diagnostiziert. Um Zugang zu medizinischer Versorgung zu erhalten, benötigen Migranten in einer irregulären Situation eine Überweisung von einem Allgemeinarzt oder einem Krankenhaus. Eine medizinische Fachkraft in Frankreich sah darin ein mögliches zusätzliches Hindernis für Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen. In Belgien berichtete medizinisches Personal, dass eine Überweisung dann ausgestellt werde, wenn der Arzt bei der Erstuntersuchung die Behandlung als „notwendig“ erachte; gleichermaßen werde eine Langzeitbehandlung gewährt, wenn sie von medizinischem Fachpersonal als medizinisch erforderlich eingeschätzt werde.

Die Kontinuität der medizinischen Versorgung stellt eine weitere Herausforderung dar. In Paris wird psychische Gesundheitsversorgung laut befragtem medizinischem Personal in psychologischen Betreuungszentren (*Centre Médico Psychologiques, CMP*) angeboten; Personen, deren Zustand nicht stabil ist, werden von einem mobilen Team (*L'Équipe mobile psychiatrie et précarité*) betreut. Ein Arzt in einem Pariser Krankenhaus hob die Schwierigkeiten einer kontinuierlichen Versorgung für Migranten in einer irregulären Situation mit psychischen Gesundheitsproblemen hervor und betonte, dass viele psychologische Betreuungszentren nicht angemessen auf Personen reagierten, die sich in einer prekären Situation befinden. Darüber hinaus ändere sich die Zusammensetzung medizinischer Teams häufig, was ungeeignet für Personen sei, die Stabilität benötigten. Zusätzlich müssten die Patienten eine feste Wohnadresse angeben, um Leistungen in Anspruch nehmen zu können, was sich oft als problematisch herausstelle:

„Die Situation in der psychischen Gesundheitsversorgung ist ein Albtraum, den nicht nur Migranten in einer irregulären Situation durchleben – auch Obdachlose befinden sich in einer vergleichbaren Situation.“

Gesundheitsexperte, Frankreich

Obwohl die vorliegende Untersuchung zeigt, dass es für Migranten in einer irregulären Situation im Allgemeinen sehr schwierig ist, psychische Gesundheitsversorgung zu erhalten, gibt es Strukturen, die den Zugang erleichtern. In Belgien hat die Stadt Gent Gemeindezentren für psychische Gesundheit eingerichtet, in denen psychologische Betreuung angeboten wird, deren Bezahlung sich nach der jeweiligen individuellen finanziellen Situation einer Person richtet. Aufgrund der hohen Nachfrage beträgt die Wartezeit allerdings bis zu sechs Monate.

Vielversprechende Praktik

Innovative Möglichkeiten finden, die psychischen Gesundheitsanliegen von Migranten in einer irregulären Situation anzusprechen

Im Oktober 2010 startete das Ostflämische Diversitätszentrum (Oost-Vlaamse diversiteitscentrum) ein einjähriges Pilotprojekt mit einem speziellen Programm, das der psychischen Gesundheitsversorgung (Psychoedukation) von Flüchtlingen, Asylbewerbern und Migranten in einer irregulären Situation gewidmet wurde. Das Zentrum, das an die öffentlichen Verwaltungen der Region Ostflandern in Gent und der Provinz Limburg angebunden ist, beabsichtigt den Zugang dieser Gruppe zu psychologischer Gesundheitsversorgung zu verbessern und die angebotenen Leistungen um interkulturelle Präventionsberatung und Therapie zu erweitern. In Flandern lebende, anerkannte Flüchtlinge, die akademische oder berufliche Erfahrungen im Bereich der Psychologie haben, werden ausgebildet, um mit Flüchtlingen, Asylbewerbern und Personen ohne Aufenthaltspapiere zu interagieren, die grundlegende psychologische Gesundheitsversorgung benötigen, und um diese zu unterstützen. Es sollen Selbsthilfegruppen gebildet werden, in denen sich Flüchtlinge, Asylbewerber und Migranten in einer irregulären Situation treffen können, um sich über ihre psychischen Gesundheitsprobleme auszutauschen. Auf diese Weise erhalten sie die Möglichkeit, von einer für sie besonders nachvollziehbaren psychologischen Unterstützung durch Menschen zu profitieren, die die gleiche Sprache sprechen, aus derselben Kultur kommen und vielleicht ebenfalls Erfahrungen mit Einsamkeit und Arbeitslosigkeit haben.⁸³ Diese Treffen werden professionell betreut und koordiniert.

Neben Behandlung von Notfällen bieten in Griechenland ambulante Ersthilfekliniken von Krankenhäusern, die für alle zugänglich sind, Migranten in einer irregulären Situation an, gegen eine Gebühr von etwa drei Euro einen Facharzt für Psychiatrie zu konsultieren. Medizinisches Personal merkte jedoch an, dass eine

84 Siehe: www.odice.be/page.php?id=1.

kontinuierliche Behandlung von psychischen Gesundheitsproblemen in der Regel nicht möglich sei, da die Patienten die verschriebenen Medikamente nur zum vollen Preis kaufen könnten.

Darüber hinaus kann psychische Gesundheitsversorgung über Dienstleistungen in Anspruch genommen werden, die auf bestimmte Gruppen, wie etwa Migrantinnen, ausgerichtet sind. Solche zielgerichtete Leistungen eignen sich besser dazu, die unterschiedlichen gesundheitlichen Bedürfnisse und Probleme (auch in Hinblick auf die psychische Gesundheit) von Männern und Frauen abzudecken. In Barcelona entwickelte beispielsweise die NRO Gesundheit und Familie (*Salud y Familia*) ein Programm, in dessen Rahmen rechtliche Beratung und psychologische Betreuung speziell für Frauen angeboten werden. Das Zentrum beabsichtigt, Beratung bei psychischen Gesundheitsproblemen zur Verfügung zu stellen, die durch schwierige Lebenssituationen oder Familienkonflikte verursacht werden. In Italien bietet das Zentrum für Gesundheit und Beratung für Migrantinnen – eine eigens eingerichtete Krankenhausabteilung in Mailand (siehe auch Kasten „Auf die Gesundheitsbedürfnisse von Migranten spezialisierte Gesundheitszentren“) – eine begrenzte Beratung bei psychischen Problemen im Zusammenhang mit Schwangerschaft oder Abtreibung an, kann aber keine Behandlungen für schwerwiegende Erkrankungen bereitstellen.

Psychische Gesundheitsdienste für Migranten in einer irregulären Situation sind stark auf **Freiwilligeninitiativen oder NRO** angewiesen. Medizinisches Personal in Frankreich berichtete, dass Migranten in einer irregulären Situation ohne das Eingreifen von NRO oder das Engagement einiger Ärzte Schwierigkeiten hätten, Termine bei spezialisierten Anbietern von psychischer Gesundheitsversorgung zu bekommen.

NRO sind oft die einzigen Anbieter von spezialisierter Behandlung für Migranten in einer irregulären Situation, die nicht an Bedingungen gebunden sind. Das Angebot der italienischen NRO Opera San Francesco stellt ein gutes Beispiel in dieser Hinsicht dar. Diese zur Gänze privat finanzierte NRO bietet eine große Bandbreite an Leistungen, unter anderem auch psychische Gesundheitsversorgung, über ein Netzwerk von ehrenamtlich tätigen Ärzten. Das Personal der NRO wird in transkultureller Psychotherapie ausgebildet, um auf die besondere Situationen von Migranten vorbereitet zu sein. Viele der befragten öffentlichen Gesundheitsdienstleister gaben an, dass sie Migranten in einer irregulären Situation, die keinen Zugang zum Gesundheitssystem haben, zu NRO wie etwa Médecins du Monde verwiesen, die ohne Bedingungen Behandlungen anbieten (z. B. in Belgien, Frankreich und Griechenland). Allerdings verfügen freiwillige oder private Initiativen in der Regel über begrenzte Ressourcen und

können keine Sonder- oder Langzeitbehandlung leisten. Dies wurde vorrangig von privaten Gesundheitsdienstleistern in Deutschland, Schweden und Ungarn beobachtet.⁸⁵ Während Behandlungen für weniger schwerwiegende gesundheitliche Probleme angeboten werden können, sind Beratungen oder Therapien, die auf eine längerfristige Linderung eines Problems abzielen, nicht zugänglich.⁸⁶

FRA-Gutachten

Psychische Gesundheitsversorgung

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen gilt auch für Migranten in einer irregulären Situation.

Sie sollten daher in die laufenden europäischen Initiativen für psychische Gesundheit, einschließlich der Folgemaßnahmen zum Europäischen Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden, eingebunden werden.

1.3.4. Gesundheitsversorgung bei chronischen Erkrankungen

Chronische Erkrankungen und Zustände wie Diabetes, Atemwegserkrankungen, hoher Blutdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Gesundheitsprobleme, die durch erschwerte Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie eine ungesunde Lebensweise hervorgerufen werden, sind ernste Gesundheitsanliegen von Migranten in einer irregulären Situation und treten häufig auf. Darüber hinaus können schwere chronische Erkrankungen durch den mangelnden Zugang zu geeigneten Präventionsmaßnahmen entstehen.⁸⁷ Laut einer Studie von Médecins du Monde sagt ein Drittel der Migranten in einer irregulären Situation, die einen Arzt aufsuchen, dass sie unter einer oder mehreren chronischen Erkrankungen leiden.⁸⁸ Chronische Krankheiten nehmen tendenziell mit höherem Alter zu. Dieselbe Studie besagt, dass 20 % der Männer und 31 % der Frauen über 55 Jahren ihren Gesundheitszustand als sehr schlecht empfinden.⁸⁹ Daten zu Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) aus dem Jahr 2009 zei-

85 Siehe auch PICUM (2010), *Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries*. Länderbericht im Rahmen des Projektes *Healthcare in NowHereland*, abrufbar unter: www.nowhereland.info/?i_ca_id=389.

86 Interviews mit Vertretern der Zivilgesellschaft in Belgien und Deutschland.

87 Siehe Belege aus Österreich und Schweden in PICUM (2010), *Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries*. Länderbericht im Rahmen des Projektes *Healthcare in NowHereland*, abrufbar unter: www.nowhereland.info/?i_ca_id=389.

88 European Observatory on Access to Healthcare von Médecins du Monde (2009), *Access to healthcare for undocumented migrants in 11 European countries*, S. 11. Insgesamt wurden 1 125 Menschen befragt, wovon 8 % über 55 Jahre alt waren.

89 *Ibid.*, S. 74.

gen, dass fünf Prozent der Männer und sechs Prozent der Frauen der europäischen Gesamtbevölkerung über 55 Jahren ihren Gesundheitszustand als sehr schlecht einstufen.⁹⁰ Demzufolge geben ältere, arbeitende Migranten in einer irregulären Situation, insbesondere Frauen, einen schlechteren Gesundheitszustand als die Gesamtbevölkerung an.

Im Grunde haben Migranten in einer irregulären Situation, die an chronischen Erkrankungen leiden, nur in jenen Ländern Zugang zu Behandlungen, in denen sie zumindest Anspruch auf primäre medizinische Versorgung haben (Belgien, Frankreich, Italien, Spanien). Wenn sich Migranten in einer irregulären Situation, die an chronischen Erkrankungen leiden, in diesen Ländern an öffentliche Gesundheitsdienstleister wenden, versuchen sie oft, sich beim jeweiligen öffentlichen Gesundheitssystem registrieren zu lassen (Ansuchen um AME in Frankreich, um AMU in Belgien, um eine STP-Karte in Italien, oder sie fragen um Rat, wie man eine Gesundheitskarte in Spanien erhält). In Frankreich haben Personen ohne Krankenversicherung Zugang zu Behandlungen in den PASS-Einrichtungen der Krankenhäuser.

Die Kontinuität der medizinischen Versorgung zu sichern, ist für Migranten in einer irregulären Situation, die an chronischen Krankheiten leiden, mit großen Herausforderungen verbunden. Chronische Krankheiten erfordern eine durchgängige, oft kostenintensive Langzeitmedikation. Der Mangel an Rechtsansprüchen wie auch die begrenzten finanziellen Mittel und die unsicheren Lebensverhältnisse von Migranten in einer irregulären Situation machen eine durchgehende Behandlung über einen längeren Zeitraum hinweg schwierig oder unerschwinglich. Auch die oft zeitlich beschränkte Gültigkeit der Gesundheitskarten oder ähnlicher Dokumente stellt hier ein großes Problem dar. In Belgien oder Frankreich beispielsweise kann es zu einer Unterbrechung der Behandlung von chronischen Erkrankungen kommen, wenn die Ansprüche im Rahmen des staatlichen Gesundheitssystems auslaufen und dann erneut ein Antrag gestellt werden muss.⁹¹

Wenn Migranten in einer irregulären Situation nur in Notfällen Zugang zu medizinischer Versorgung haben, kann es sein, dass chronische Krankheiten nur dann behandelt werden, wenn der chronische Zustand eine akute oder lebensbedrohende Situation zur Folge hat oder vom medizinischen Personal als solche erachtet wird. Dies ist in Griechenland, Irland, Polen, Schweden

und Ungarn der Fall.⁹² In Griechenland werden Migranten in einer irregulären Situation in öffentlichen Ersthilfekliniken und Gemeindecliniken allerdings nicht nur in Notfällen untersucht (z. B. Unter-/Überzuckerung bei Diabetikern, hoher Blutdruck mit dem Risiko eines Gehirnschlags), sondern können Ärzte auch in Nicht-Notfällen konsultieren und Folgebehandlungen für Diabetes erhalten. Ärzte können wie im Falle der psychischen Gesundheitsversorgung Medikamente verschreiben, Migranten in einer irregulären Situation müssen diese jedoch selbst bezahlen. Folglich, so medizinisches Personal in Griechenland, würden Migranten in einer irregulären Situation, die Medikamente benötigen, zu Médecins du Monde verwiesen, da diese, soweit möglich, Medikamente kostenlos anbieten.

Informelle Tätigkeiten von Gesundheitsdienstleistern sowie Leistungen, die von regierungsunabhängigen Akteuren angeboten werden, sind für Migranten in einer irregulären Situation, die Behandlungen für chronische Gesundheitsprobleme benötigen, essentiell. Um grundlegende Behandlungen oder Medikamente für chronische Krankheiten zu erhalten, sind sie oft gänzlich vom Wohlwollen der Ärzte und der Unterstützung von NRO abhängig. Allerdings stellt die regelmäßige Bereitstellung grundlegender Medikamente und Heilmittel, wie beispielsweise Teststreifen zur Messung des Blutzuckers für Diabetiker, eine große Herausforderung für NRO dar. NRO in Deutschland berichteten beispielsweise, dass sie angesichts der praktischen Hürden für Migranten in einer irregulären Situation beim Zugang zu medizinischer Versorgung von der Kooperation mit Fachärzten und Apotheken abhängig seien, die von anderen Patienten übrig gebliebene Medikamente sammeln. Solche und ähnliche Kooperationsmodelle sind höchst informell und fragil und erlauben keine systematische und regelmäßige Behandlung; dennoch sind sie oft die einzige Möglichkeit, eine Behandlung zu erhalten.⁹³

Auch Gesundheitsdienstleister in Stockholm informieren über ein Kooperationsmodell dieser Art: Patienten mit Diabetes beispielsweise werden von Ärzten außerhalb ihrer Dienstzeiten in einem allgemeinen Krankenhaus untersucht. Um sicherzustellen, dass es keine belastenden Unterlagen gibt, werden die Rezepte nur auf Papier ausgefertigt und nicht elektronisch gespeichert; die Ärzte dokumentieren die Fälle lediglich mit handschriftlichen Notizen. Für regelmäßige Kontrolluntersuchungen oder die Bereitstellung von Nadeln für Insulinspritzen arbeiten die Ärzte eng mit dem Roten Kreuz zusammen, das einen privat finanzierten und diesen

90 Eine genauere Darstellung der FRA zu der Befragung zu Einkommen und Lebensbedingungen (2009) ist auf der Eurostat-Webseite abrufbar: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database.

91 PICUM (2010), *Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries*. Länderbericht im Rahmen des Projektes *Healthcare in NowHereland*, abrufbar unter: www.nowhereland.info/?i_ca_id=389.

92 Siehe Tabelle 1.

93 PICUM (2010), *Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries*. Länderbericht im Rahmen des Projektes *Healthcare in NowHereland*, abrufbar unter: www.nowhereland.info/?i_ca_id=389.



Anliegen gewidmeten Gesundheitsdienst in Stockholm betreibt. Solche informellen Tätigkeiten sind bei chronischen Krankheiten allerdings nur bedingt anwendbar, wie ein Arzt in einem allgemeinen Krankenhaus in Deutschland hervorhob. Eine Dialyse könne beispielsweise nicht durchgeführt werden, ohne dass diese vom Krankenhaus registriert werde, und es entstünden darüber hinaus Kosten von 100 Euro pro Sitzung.

FRA-Gutachten

Chronische Erkrankungen

Chronische Erkrankungen rücken aufgrund allgemeiner öffentlicher Gesundheitsinteressen, der Folgen für die Betroffenen sowie der hohen Behandlungskosten zunehmend in den Fokus der europäischen Gesundheitssysteme.

Was im Einzelnen unter medizinische Not- und Grundversorgung fällt, sollte dabei flexibel gehandhabt werden können, um sicherzustellen, dass die Gesundheitsbedürfnisse aller Personen mit ernsthaften chronischen Erkrankungen berücksichtigt werden. Dies schließt auch Migranten in einer irregulären Situation ein.

2

Regionale und lokale Gesundheitspolitik



Das Vorhandensein eines Rechtsanspruchs auf medizinische Versorgung für Migranten in einer irregulären Situation ist eine wesentliche Voraussetzung für den Schutz des Rechts auf Gesundheit – in der Praxis ist dies jedoch unzureichend. Ergänzende Maßnahmen wie etwa nationale Strategien für Migration und Gesundheit oder die Ausbildung von Gesundheitspersonal sind entscheidend, um den Zugang zu medizinischer Versorgung für Migranten in einer irregulären Situation zu erleichtern. Die Umsetzung solcher Maßnahmen findet auf regionaler oder lokaler Ebene statt und wird letztendlich vom Gesundheitspersonal durchgeführt.

Daher spielen regionale und lokale Regierungen bei der Durchsetzung des Rechts auf Gesundheit für Migranten in einer irregulären Situation eine entscheidende Rolle. Regionale und lokale Regierungen haben oft erheblichen Spielraum innerhalb der durch die nationalen Regelungen gesteckten Rahmenbedingungen. Als Reaktion auf die dringlichsten Gesundheitsanliegen der lokalen Bevölkerung erarbeiten Regionen und Städte Strategien und Programme und leiten Maßnahmen ein, die die Eingliederung der schutzbedürftigsten Gruppen in das Gesundheitssystem erleichtern sollen. Solche Strategien können direkt oder indirekt auch auf Migranten in einer irregulären Situation abzielen.

Einige der untersuchten Städte (z. B. Barcelona, Bremen, Köln, Paris) haben sich dazu entschieden, sich mit der Situation von Migranten in einer irregulären Situation zu befassen; üblicherweise geschieht dies im breiteren Kontext der Förderung der Gesundheit von Migranten. In Barcelona beispielsweise wird der Zugang von Migranten in einer irregulären Situation zu medizinischer Versorgung im „Einwanderungsplan im Bereich

der Gesundheit“ aus dem Jahr 2006 thematisiert.⁹⁴ In ähnlicher Weise hat das Referat für Migration und Gesundheit in Bremen im Jahr 2008 damit begonnen, sich mit der Situation von Migranten in einer irregulären Situation und anderen schutzbedürftigen Gruppen wie Asylbewerbern, Personen mit sexuell übertragbaren Krankheiten oder Schwangeren zu befassen. Mit dem Ziel, die Gesundheit von Migranten im Allgemeinen zu fördern, wurden zehn Arbeitsgruppen eingerichtet. Um einen „Mindeststandard an Fürsorge für jede Person“ zu garantieren, entschied sich Brüssel beispielsweise zur Gründung einer eigenen Abteilung innerhalb des örtlichen Gesundheitsamtes in einem der ärmsten Viertel der Stadt, die sich mit Migranten in einer irregulären Situation befasst. Diese Initiative lenkt die Aufmerksamkeit auf die Schnittpunkte von Armut und rechtlichem Status, die Hindernisse bei der Eingliederung von Migranten in einer irregulären Situation in das Gesundheitssystem darstellen können.

Die für diesen Bericht befragten Beamten nannten vielfältige Argumente, warum die Städte den Zugang von Migranten in einer irregulären Situation zu medizinischer Versorgung aktiv unterstützen sollten. Die drei in diesem Zusammenhang wichtigsten Argumente waren öffentliche Gesundheitserwägungen, Kosteneffektivität und Menschenrechte.

Eines der stärksten Argumente, das die Förderung der Gesundheit von Migranten in einer irregulären Situation befürwortet und von Beamten in fast allen untersuchten Ländern vorgebracht wurde, war die Prävention von Krankheiten. Es bestehe für Migranten im Allgemeinen, und für Migranten aus den afrikanischen Ländern südlich der Sahara im Besonderen,

⁹⁴ Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2006), *Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut*, abrufbar unter: www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/immidefinizoo6.pdf.

ein erhöhtes Risiko, an bestimmten Krankheiten wie beispielsweise HIV/Aids, Tuberkulose oder Hepatitis zu erkranken. Aus Sicht der öffentlichen Gesundheit **reduzieren Präventionsprogramme für Migranten in einer irregulären Situation auch Gesundheitsrisiken für die Gesamtbevölkerung.**

Ein weiteres Argument dafür, Migranten in einer irregulären Situation den Zugang zu Gesundheitsleistungen zu gewähren, steht in Zusammenhang mit den **Behandlungskosten**. Beamte in Frankreich und Irland erläuterten beispielsweise, dass Vorsorgemaßnahmen günstiger seien als teure Notfallbehandlungen. In Ländern, in denen für Migranten in einer irregulären Situation lediglich der Zugang zu Notfallbehandlungen kostenlos ist, müssen diese Migranten oft warten, bis ein gesundheitliches Problem zu einem Notfall wird, um dann medizinische Versorgung in Anspruch nehmen zu können. In Zeiten der Ausgabenkürzungen im Sozialbereich werden tendenziell zuerst die Leistungen für soziale und wirtschaftliche Randgruppen eingeschränkt. Ein wiederkehrendes Problem, das Beamte in Deutschland, Frankreich und Griechenland im Zusammenhang mit der Erstellung von Gesundheitsprogrammen für Migranten in einer irregulären Situation sowie für andere schutzbedürftige Gruppen erwähnten, waren die damit verbundenen Kosten. In Griechenland beispielsweise erachtete ein Beamter der Sozialhilfe in Athen die grundlegende Gesundheitsversorgung von Personen ohne Aufenthaltsgenehmigung als nicht durchführbar. Angestellte im Gesundheitswesen merkten an, dass die Regierung Anfang 2010 die Verteilung von Impfstoffen an staatliche Kinderkliniken reduziert hatte.

Die Verpflichtung der Staaten, das Recht auf Gesundheit im Rahmen der Menschenrechtsvereinbarungen⁹⁵ zu sichern, ist ein weiteres Argument für die Bereitstellung von medizinischer Versorgung für Migranten in einer irregulären Situation (auch auf lokaler Ebene), das Beamte in Deutschland, Griechenland und Spanien anführten. Ein Beamter in Spanien betonte, dass sich lokale Regierungen angesichts ihrer **Menschenrechtsverpflichtungen** nicht um den rechtlichen Status von Personen kümmern sollten, wenn es um den Zugang zu grundlegender medizinischer Versorgung gehe. Migranten in einer irregulären Situation den Zugang zu medizinischer Versorgung zu gewähren, ist auch Teil der Strategien zur sozialen Eingliederung mancher Stadtverwaltungen:

„Die Philosophie der Gemeindevertretung ist, die Menschen nicht in verschiedene Gruppen einzuteilen, also Programme für einige Migranten anzubieten und für andere nicht. Wenn man sich beim örtlichen Meldeamt registriert, bekommt man die Gesundheitskarte. Die Frage, ob man sich regulär oder irregulär aufhält, ist unwichtig. [...] Glücklicherweise [...] gibt es in diesem Land ein sehr starkes Bewusstsein für die Grundrechte der Menschen.“

Lokale Behörde, Spanien

Jene untersuchten Städte in Deutschland, Frankreich und Italien, die einen grundlegenden Zugang zu medizinischer Versorgung für Migranten in einer irregulären Situation aktiv unterstützen, verwiesen oft auf eine Vielzahl von Gründen hierfür, unter anderem humanitäre Erwägungen, öffentliche Gesundheitsinteressen oder wirtschaftliche Überlegungen. Beispielsweise stützte die deutsche Stadt Bremen ihre Richtlinien zu Migranten in einer irregulären Situation auf verschiedene Argumente: neben einer Minderung des Risikos für die öffentliche Gesundheit spielen die Menschenrechte der Einwohner eine wesentliche Rolle, denn die Stadt habe eine „gesundheitspolitische Verantwortung gegenüber den dort lebenden Menschen“. Oberste Priorität der städtischen Gesundheitspolitik sei es, auf die dringlichsten Anliegen auf lokaler Ebene zu reagieren. Die Stadtverwaltung könne Migranten in einer irregulären Situation nicht einfach ignorieren, die schließlich ebenfalls Teil der lokalen Bevölkerung seien. Das Ziel, die Gesundheit der Gesamtbevölkerung zu verbessern, hänge stark mit der Förderung eines gleichberechtigten Zugangs zum Gesundheitssystem für alle Mitglieder der lokalen Bevölkerung zusammen; diese Ansicht wurde von verschiedenen Stadtverwaltungen in Belgien, Deutschland, Frankreich und Spanien geteilt.

Trotz der Vielzahl an vorgebrachten Argumenten, den Zugang zu medizinischer Versorgung für Migranten in einer irregulären Situation zu erleichtern, stehen konkreten Maßnahmen auf lokaler Ebene einige Hindernisse im Weg. Grundsätzlich werden ein nationaler Rahmen, der Minimumstandards und Richtlinien im Bereich der medizinische Versorgung festlegt, sowie ein integrativer Ansatz in der lokalen Gesundheitspolitik und eine aktive Zivilgesellschaft einen positiven Einfluss auf die Maßnahmen der Stadtverwaltungen in diesem Bereich haben. Der Zugang von Migranten in einer irregulären Situation zu medizinischer Versorgung bleibt dennoch ein umstrittenes Thema.

95 Siehe Allgemeine Bemerkung Nr. 14, 2000.

2.1.1. Gesundheitseinrichtungen auf Gemeindeebene

Neben diesen allgemeinen Richtlinien gibt es in einigen Ländern öffentliche, Gesundheitseinrichtungen auf Gemeindeebene, die für alle Menschen zugänglich sind. Diese Einrichtungen können Teil nationaler Strategien sein, die Umsetzung auf regionaler Ebene fällt jedoch oft unterschiedlich aus.

In Frankreich und Griechenland gibt es niedrigschwellige Angebote, die dringende oder grundlegende Gesundheitsbedürfnisse der Allgemeinbevölkerung abdecken. Leistungen dieser Art können Migranten in einer irregulären Situation zugutekommen, auch wenn sie keine ausgewiesene Zielgruppe darstellen. Der Zugang zu diesen Gesundheitseinrichtungen ist in der Regel an keine oder nur wenige Bedingungen gebunden. Dokumente oder ein Versicherungsschutz sind nicht erforderlich, und Behandlungen werden entweder kostenlos oder zu einem sehr günstigen Preis angeboten.

Die Stadt Athen beispielsweise betreibt sieben öffentliche, Gesundheitszentren auf Gemeindeebene, die Patienten aus den Einzugsgebieten betreuen, wobei nicht nach rechtlichem Status unterschieden wird. Diese Kliniken bieten vorbeugende Maßnahmen sowie grundlegende Untersuchungen an. Sie wurden hauptsächlich zur Prävention von Krankheiten eingerichtet, aber auch zur Förderung der Menschenrechte und Senkung der öffentlichen Gesundheitsausgaben. Außerdem erhalten PatientInnen in ambulanten Ersthilfzentren in Notfällen dringende medizinische Versorgung sowie eine allgemeine Grundversorgung (z. B. Verschreibung von Medikamenten, Behandlung von Bluthochdruck und Diabetes). Im Zuge der Untersuchung durch Ärzte in Ersthilfzentren werden Name, Alter, Adresse und Telefonnummern aufgenommen. Sollte der Patient nicht versichert sein, wird die Behandlung kostenlos angeboten.

In Frankreich ist jedes Krankenhaus dazu verpflichtet, ein PASS-Zentrum (*Permanences d'Accès aux Soins de Santé*) einzurichten. Dort erhalten Personen, die sich in einer prekären Lage befinden, sofort die notwendige medizinische Versorgung oder werden bei der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung unterstützt. Auch Sozialberatung wird in diesen Zentren angeboten.⁹⁶ Laut medizinischem Personal hat jedoch nicht jedes Krankenhaus ein derartiges Zentrum eingerichtet. Die existierenden Zentren sind aufgrund fehlender Ressourcen und mangelnder Finanzierung oft nicht besonders effizient.⁹⁷ Die Stadt Paris betreibt ebenfalls Gesundheits- und Sozialzentren (*Centres*

Médico-Sociaux, CMS), in denen kostenlose präventive Versorgung, Tuberkulose- und HIV-Tests sowie grundlegende Untersuchungen für die Allgemeinbevölkerung wie auch für Migranten in einer irregulären Situation angeboten werden.

2.1.2. Programme für Gruppen mit spezifischen Bedürfnissen

Lokale oder regionale Behörden können spezielle Programme einführen, die direkt oder indirekt auch Migranten in einer irregulären Situation zugutekommen können.

In einigen Ländern zum Beispiel werden Gesundheitsleistungen speziell für **sozial schwache Gruppen** angeboten. Derartige Leistungen beispielsweise für Obdachlose umfassen meist niedrigschwellige, mobile Gesundheitsdienste, die auch Migranten in einer irregulären Situation ohne festen Wohnsitz in Anspruch nehmen können. Ein Beamter in Paris merkte an, dass obdachlose Personen bei Bedarf in niedrigschwelligen Anlaufstellen (*Espace solidarité insertion*, ESI) Zugang zu medizinischer Grundversorgung und Rechtsberatung haben. Ähnliche Leistungen für Obdachlose, wie beispielsweise mobile medizinische Teams oder niedrigschwellige Anlaufstellen, wurden auch von Beamten in Brüssel, Köln, Stockholm und Warschau erwähnt.

Die Befragten merkten allerdings an, dass diese Angebote Migranten in einer irregulären Situation nur in Einzelfällen erreichten, da sie oft nicht darüber informiert seien, dass solche Angebote existieren bzw. für sie zugänglich sind. In Budapest ist ein Krankenhaus für obdachlose und mittellose Personen, das von einer NRO geleitet und vom Staat mitfinanziert wird, der einzige Ort, an dem auch Migranten in einer irregulären Situation kostenlos und ohne Zugangsbedingungen betreut werden. Der Leiter des Krankenhauses erwähnte allerdings, dass der Anteil an Migranten in einer irregulären Situation unter den Patienten eher gering sei.

Andernorts wurden – oft in Zusammenarbeit mit NRO – spezielle Angebote für **Migranten** entwickelt, z. B. in Belgien (Brüssel), Deutschland (Bremen, Köln, Frankfurt am Main), Frankreich (Paris), Griechenland, Irland, Italien (Mailand) und Spanien (Barcelona). Vertreter von Behörden in Athen, Brüssel, Dublin und Paris bestätigten beispielsweise, dass sie Aktivitäten von NRO (z. B. Médecins du Monde), die mit schutzbedürftigen Gruppen wie Migranten in einer irregulären Situation arbeiten, finanziell unterstützen. Diese Einrichtungen werden hauptsächlich wegen ihrer allgemeinen Tätigkeit gefördert – die Stadt ist jedoch nicht notwendigerweise daran interessiert, ob diese Angebote auch auf Migranten in einer irregulären Situation ausgerichtet

⁹⁶ Frankreich, *Loi n° 98-657* (29. Juli 1998) (Gesetz gegen soziale Ausgrenzung).

⁹⁷ Interviews mit Gesundheitspersonal, Frankreich.

sind.⁹⁸ Auf ähnliche Weise unterstützt die Verwaltung des Gesundheitsdienstes in Irland (*Irish Health Service Executive*) Angebote wie zum Beispiel das Projekt für Frauengesundheit, das für weibliche Opfer von Menschenhandel mit oder ohne gültige Aufenthaltspapiere eingerichtet wurde, oder die Organisation Spirasi, die ihre Arbeit Asylbewerbern, Flüchtlingen und anderen benachteiligten Migrantengruppen widmet, sowie die Organisation Cairde, die sich mit Ungleichheiten im Gesundheitsbereich unter ethnischen Minderheitengruppen befasst und medizinische Versorgung für schutzbedürftige Migranten (unter anderem Migranten in einer irregulären Situation) anbietet. Die Irische Interkulturelle Gesundheitsstrategie 2007–2012 (*Irish National Intercultural Health Strategy 2007–2012*) kommt auch Migranten in einer irregulären Situation zugute, wenngleich diese in der Gesundheitsstrategie nicht explizit als Zielgruppe genannt werden. Die Strategie unterstützt Leistungen für Personen unterschiedlicher ethnischer und kultureller Herkunft und versucht vor allem, Informationen für Migranten bereitzustellen und Ausbildungsprogramme zur Förderung der interkulturellen Kompetenz anzubieten.

Manchmal wurden Leistungen speziell auf die Bedürfnisse von **Migranten in einer irregulären Situation** zugeschnitten. Der Stadtrat von Barcelona hat ein Übereinkommen mit einer in den Bereichen Migration und Gesundheit tätigen lokalen NRO unterzeichnet. Die NGO leitet ein Programm für Migranten in einer irregulären Situation, die keinen Zugang zum spanischen Gesundheitssystem haben, weil sie keine staatliche Gesundheitskarte besitzen. Dem Abkommen gemäß versucht die Stadt laut einem Vertreter der Zivilgesellschaft, jene Leistungen bereitzustellen, die die NRO nicht anbieten kann.

Spezielle Leistungen für Migranten in einer irregulären Situation können auch direkt von den örtlichen Gesundheitsbehörden angeboten werden, wie es zum Beispiel bei einem in Deutschland entwickelten Modell der Fall ist. Die örtlichen Gesundheitsämter bieten in speziellen Einrichtungen ärztliche Beratung und medizinische Grundversorgung für Migranten in einer irregulären Situation an. Diese Leistungen werden von Ärzten erbracht, die beim Gesundheitsamt angestellt sind (siehe Kasten). Dies ermöglicht gezielte und systematische Maßnahmen, um den Gesundheitsbedürfnissen von Migranten in einer irregulären Situation gerecht zu werden. Ebenso erlauben derartige Maßnahmen lokalen Regierungen, die Situation von Migranten in einer irregulären Situation vor Ort einzuschätzen und Lücken in der medizinischen Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe zu erkennen.

Vielversprechende Praktik

Proaktive städtische Gesundheitsinitiativen in einem grundsätzlich restriktiven Umfeld

Die Gesundheitsämter der drei deutschen Städte Köln, Bremen und Frankfurt am Main haben in eigenen Anlaufstellen sogenannte „Humanitäre Sprechstunden“ eingerichtet, in deren Rahmen ärztliche Beratung und medizinische Grundversorgung für Migranten in einer irregulären Situation angeboten werden. Die Beratungen sind kostenlos, wobei von den Patienten erwartet wird, je nach ihren finanziellen Möglichkeiten etwas zu den Behandlungskosten beizusteuern. In ernsten Fällen überweisen die Zentren die Patienten entweder an ein mit ihnen zusammenarbeitendes Netzwerk von Fachärzten und/oder überprüfen, ob eine Legalisierung aus medizinischen Gründen möglich ist. Die Einrichtungen arbeiten auch eng mit lokalen NRO zusammen, die versuchen, ergänzend zum Angebot der Gesundheitsämter eigene Leistungen anzubieten. Diese Leistungen sind zwar nicht repräsentativ für Gesamtdeutschland, liefern aber positive Beispiele für proaktive Initiativen von lokalen Gesundheitsämtern.

Quelle: Interviews mit Behörden und medizinischem Personal in Deutschland

2.1.3. Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Organisationen

Neben nationalen und lokalen Regierungen sind zivilgesellschaftliche Akteure in der Praxis äußerst wichtig, um den Zugang zu medizinischer Versorgung für Migranten in einer irregulären Situation zu gewährleisten. NRO bieten vor Ort Unterstützung für Migranten in einer irregulären Situation an, wenn die Regierung dieser Aufgabe nicht gerecht wird. Ihre Fürsprache stellt zudem einen wichtigen Impuls für politische Veränderungen dar.

In den meisten Ländern erkannten die befragten Behörden die Bedeutung von zivilgesellschaftlichen Akteuren weitgehend an, was zuweilen auch in Kooperationsmodellen resultierte. **NRO werden als Experten für die dringlichsten Anliegen vor Ort sowie entscheidendes Instrument für das Erreichen der Migranten in einer irregulären Situation erachtet**, da sie für vertrauenswürdiger gehalten werden als öffentliche Einrichtungen. Wissen Städte diese Vorteile zu nutzen, kann sich dies als sehr fruchtbar erweisen.

98 Behördeninterviews, Frankreich und Irland.

„Was den NRO ihre Arbeit ermöglicht, ist die Tatsache, dass sie keine Behörden sind und von den Migranten in einer irregulären Situation eher akzeptiert werden. Das ist ein Vorteil, den sie haben und wir nicht. [...] Sie sind in einer besonders privilegierten Position, was ihnen erlaubt, die wesentlichen Probleme zu erkennen.“

Lokale Behörde, Spanien

Eine gut funktionierende Zusammenarbeit zwischen Behörden und NRO ermöglicht es auch, die Umsetzung nationaler Vorschriften zu überwachen und zu verbessern. Eine lokale NRO in Barcelona gab an, dass sie den regionalen Gesundheitsdienst davon in Kenntnis setze, wenn ein Migrant in einer irregulären Situation Schwierigkeiten dabei habe, eine Gesundheitskarte zu erhalten. Der Gesundheitsdienst werde dann tätig und überprüfe, „welcher Mechanismus nicht funktioniert hat“. Lokale Behörden können auch direkt von den Erfahrungen der NRO profitieren: In Bremen hat ein Gesundheitsamt eine lokale NRO bei der Einführung eines Programms zur Bereitstellung von medizinischer Beratung und Grundversorgung für Migranten in einer irregulären Situation mit einbezogen. Ein Beamter stellte klar, dass die Stadt auf die Erfahrung der NRO angewiesen sei, um die Hauptanliegen und Bedürfnisse vor Ort zu identifizieren. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Stadtverwaltungen und NRO ermögliche den Behörden außerdem die Einrichtung ergänzender Dienste.

Obwohl NRO besonders wichtige Akteure in der Bereitstellung von Leistungen für Migranten in einer irregulären Situation und für andere schutzbedürftige Gruppen sind, herrscht häufig ein eher gespanntes Verhältnis zwischen NRO und Behörden. NRO sehen ihren Auftrag üblicherweise in der Bereitstellung von Leistungen, die der Staat nicht anbietet, und verstehen sich daher als Ergänzung zum Staat. Dabei nehmen sie durchaus auch eine kritische Haltung gegenüber nationalen Strategien und lokalen politischen Entscheidungsträgern ein. Gleichzeitig besteht das Risiko, dass Behörden die Verantwortung auf zivilgesellschaftliche Organisationen abwälzen. NRO sind in vielerlei Hinsicht von staatlicher Finanzierung abhängig und müssen kooperieren, um ihren Auftrag erfüllen zu können.

3

Folgen eines Ausschlusses aus dem Gesundheitswesen



Die Auswertung der Interviews hat gezeigt, dass Migranten in einer irregulären Situation wie auch medizinisches Personal zu einer Reihe von Strategien greifen, um den Ausschluss von Migranten aus dem Gesundheitssystem zu umgehen. Migranten verwenden beispielsweise die Gesundheitskarte von Freunden oder verlassen heimlich das Krankenhaus, um sich der Bezahlung der entstandenen Kosten zu entziehen. Medizinische Fachkräfte verweisen Migranten in einer irregulären Situation möglicherweise an andere Gesundheitsdienstleister oder stellen medizinische Versorgung kostenlos bereit.

Die Anwendung solcher Bewältigungsstrategien konnte in allen untersuchten Ländern festgestellt werden. Vorrangig kamen Strategien dieser Art dort zum Einsatz, wo Migranten in einer irregulären Situation vom Zugang zum öffentlichen Gesundheitssystem ausgeschlossen waren, oder in Fällen, in denen sie die Kosten der Versorgung nicht übernehmen konnten. Konnten Migranten in einer irregulären Situation die für einen Zugang zu medizinischer Versorgung erforderlichen Dokumente nicht vorweisen, kamen solche Strategien auch in jenen Ländern zum Einsatz, die eigentlich Zugang zu über die Notfallversorgung hinausgehender Behandlung gewähren – ein Beispiel für die bürokratischen Hürden beim Zugang zu medizinischer Versorgung.

Haben Migranten in einer irregulären Situation keinen Zugang zu subventionierten Gesundheitsleistungen und können sie für die Leistungen auch nicht selbst aufkommen, könnte sie dies dazu veranlassen, das **Krankenhaus heimlich zu verlassen, um der Bezahlung zu entgehen:**

„Manchmal treffe ich Menschen, die kein Geld und keine Papiere haben; und ihr einziger Ausweg ist, das Krankenhaus heimlich zu verlassen, um nicht bezahlen zu müssen... Und hinterher werden [die Krankenhäuser] sagen, dass sie Diebe sind. Das ist nicht richtig.“

21-30 Jahre, Griechenland, aus dem mittleren Osten

Ein Vertreter einer NRO in Athen merkte an, dass Frauen nach der Entbindung das Krankenhaus mit ihren Babys in der Nacht verließen, um der Bezahlung der entstandenen Kosten zu entgehen. In einem Fall, der eine öffentliche Diskussion hervorrief, behielten die Krankenpfleger ein Kind in der Entbindungsstation und waren nicht bereit, es der Mutter zu geben, solange diese nicht für die Behandlung bezahlt hatte. Üblicherweise, so der Vertreter der NRO, habe sich aber immer jemand gefunden, der bereit gewesen sei, der Mutter das Kind doch zu überlassen. Interviewpartner aus der Zivilgesellschaft meinten, dass es in griechischen Krankenhäusern üblich sei, die Mutter mit ihrem Kind so rasch wie möglich dazu zu bewegen, nach Hause zu gehen, um die Kosten für den Krankenhausaufenthalt möglichst gering zu halten.

In Ländern, in denen der Zugang zum staatlichen Gesundheitssystem davon abhängt, ob man krankenversichert ist oder nicht, könnten Migranten in einer irregulären Situation die **Gesundheitskarte von Freunden oder Verwandten** verwenden. Zur Veranschaulichung kann das Beispiel eines Migranten in Warschau herangezogen werden, dem es aufgrund seines irregulären Status unmöglich war, das öffentliche Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen. Er sagte, dass er bei Bedarf den Personalausweis seines Bruders nehmen und damit zum Arzt gehen würde. Würde ihm ein Rezept ausgestellt, würde dieses auf den Namen seines Bruders lauten. Ein anderer Migrant

in einer irregulären Situation, ebenfalls in Warschau, ging bei seinem Kind auf die gleiche Weise vor:

„Mein Sohn war krank, er hatte die Pocken und war nicht versichert. Meine Freundin hatte einen [zwei Jahre] älteren Sohn, und sie ging mit meinem Sohn zum Arzt. Und mein Sohn [...] gab sich als ihr Sohn aus. Der Arzt empfing ihn, untersuchte ihn, alles ganz normal. Aber er dachte, dass er den Sohn meiner Freundin untersuchte. Die Leistung wurde unter einem anderen Namen bezogen, das ist alles. So ist das eben, wenn man sich irgendwie durchschlagen muss.“

31-40 Jahre, Polen, aus Osteuropa/Zentralasien

Medizinisches Personal und Vertreter von NRO in Deutschland wiesen besonders auf die Gefahren hin, die das Ausleihen von Gesundheitskarten und die Verwendung fremder Identitäten bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen mit sich bringen. Ein Arzt in Deutschland sagte, dass vor der Behandlung anzugeben sei, wer für die anfallenden Kosten aufkommen werde (z. B. eine Krankenversicherung). Seiner Erfahrung nach wiesen Menschen mit einer Aufenthaltsgenehmigung die Kostenübernahmeerklärung des Sozialamtes vor, während Migranten in einer irregulären Situation oft mit der Krankenversicherungskarte einer anderen Person kämen. Weil entweder Wohnort, Alter oder Blutgruppe nicht übereinstimmten, bemerkte er oft, dass eine Krankenversicherungskarte nicht dem jeweiligen Patienten gehöre. Er sagte, dass eine derartige Vorgehensweise aufgrund der widersprüchlichen Angaben sehr gefährlich sei, wenn während der Behandlung Komplikationen auftreten.

Risiken eines Ausschlusses aus dem Gesundheitswesen

Migranten in einer irregulären Situation wenden manchmal sehr riskante Strategien an, um den Ausschluss aus dem Gesundheitssystem zu umgehen. Ein Krankenhausleiter in Brüssel erinnerte sich an den Fall einer Migrantin in einer irregulären Situation, die oft ins Krankenhaus kam und die Gesundheitskarte einer Freundin verwendete. Es ist nicht bekannt, warum die Frau nicht um ihre eigene AMU-Gesundheitskarte ansuchte; möglicherweise war sie über ihre Ansprüche im Unklaren oder dachte, die Karte ihrer Freundin zu verwenden sei weniger zeitaufwendig als sich selbst registrieren zu lassen. Die Frau war später in einen Autounfall verwickelt und wurde mit der Gesundheitskarte ihrer Freundin ins Krankenhaus eingeliefert. Das Personal verwechselte sie mit ihrer Freundin, für die bereits eine Krankenakte angelegt worden war. Sie erhielt daher eine Bluttransfusion, die nicht mit ihrer Blutgruppe übereinstimmte. Die Frau starb einige Stunden später.

Ein Teil des befragten medizinischen Personals hob hervor, dass Migranten in einer irregulären Situation ohne gültige Dokumente zu anderen Gesundheitsdienstleistern verwiesen würden. Ein Arzt in Athen, der in einem Krankenhaus arbeitet, das nur Personen mit staatlichem Versicherungsschutz (IKA) behandelt, merkte an, die alternativen Anbietern seien in den

meisten Fällen Krankenhäuser mit einer Notfallambulanz, die nicht versicherte Personen gegen eine Gebühr von etwa 3 Euro pro Besuch behandeln, städtische Gesundheitskliniken oder NRO. Die IKA ist für Arbeitnehmer verpflichtend, die Arbeitgeber müssen dafür bezahlen. Da es Migranten in einer irregulären Situation ohne geeignete Dokumente nicht erlaubt ist zu arbeiten, haben sie keinen Anspruch auf die IKA. Vergleichbares wurde von Ärzten in Brüssel berichtet. Ein Arzt sagte beispielsweise, dass Personen, die nicht für die Behandlungskosten aufkommen könnten, und Personen die weder durch eine private Krankenversicherung noch durch AMU abgesichert seien, sowie Personen deren Behandlung nicht als dringend notwendig erachtet werde, höchstwahrscheinlich an andere Einrichtungen, wie etwa Médecins du Monde, für eine kostenlose Behandlung verwiesen würden. Ein anderer Arzt merkte an, dass er Migranten in einer irregulären Situation drei oder vier Mal behandle, sie in weiterer Folge jedoch zur Bezahlung auffordere oder an Médecins du Monde verweise. In Polen berichtete ein Migrant, dass er seinen Bruder zu vier verschiedenen öffentlichen Krankenhäusern habe bringen müssen, bevor eines davon bereit gewesen sei, dessen gebrochenes Bein zu behandeln (21-30 Jahre, Polen, aus Südostasien).

In Frankreich werden Migranten in einer irregulären Situation, die die Anspruchsvoraussetzungen für AME nicht erfüllen, in der Regel an ein Krankenhaus mit PASS-Dienst verwiesen, in dessen Rahmen medizinische Versorgung für nicht versicherte Personen angeboten wird. Obwohl es gesetzlich vorgeschrieben ist, einen derartigen Dienst anzubieten, wurde er nicht in allen Krankenhäusern eingerichtet. Medizinisches Personal merkte an, dass einige Krankenhäuser den PASS-Dienst als Priorität ansehen, während andere dies nicht tun. Jedes Krankenhaus kann selbst entscheiden, welches Versorgungsniveau es zur Verfügung stellt. Fehlende finanzielle Mittel stellen oft ein Problem dar und viele PASS-Dienste waren aufgrund eines Mangels an verfügbaren Ressourcen nicht effizient.

Medizinisches Personal sowie Vertreter der Zivilgesellschaft merkten an, dass eine **informelle medizinische Versorgung** von Migranten in einer irregulären Situation und anderen nicht versicherten Personen eine Alternative zur Abweisung solcher Personen darstelle. Solche Praktiken wurden angewandt, um entweder das komplizierte staatliche Kostenerstattungssystem zu umgehen (siehe Abschnitt 5.1.) oder dienen als Übergangslösungen, wenn kein Programm für die medizinische Versorgung von Migranten in einer irregulären Situation vorhanden war. Die informelle Bereitstellung von medizinischer Versorgung kann etwa bedeuten, dass Leistungen unentgeltlich erbracht oder unter einer Bezahlungskategorie eingegeben werden, in der sich nicht einzufordernde Gebühren

verbuchen lassen (wie beispielsweise die Notfallversorgung in Krankenhäusern).

Ein Vertreter einer NRO in Athen erklärte, dass Migranten in einer irregulären Situation in Griechenland lediglich Zugang zu einer Notfallversorgung hätten, weshalb einige Krankenhäuser die Gebühren nicht aktiv einforderten. Mitunter verbuchten Ärzte die Behandlung unter einem Konto des Krankenhauses, das für Rechnungen verwendet werde, die nicht einzubringen sind. Da es in Griechenland etwa zwei Millionen nicht versicherte Menschen gebe, sei der Zugang zu medizinischer Versorgung auch für Griechen ein Problem, so die Athener NRO. Medizinisches Personal und NRO in Polen machten ähnliche Angaben bezüglich der Anzahl an dokumentierten und nicht versicherten Personen. Eine Vertreterin einer öffentlichen Behörde in Dublin gab an, dass ihr eine Reihe von Allgemeinmedizinern bekannt sei, die Migranten in einer irregulären Situation außerhalb des regulären Systems behandelten. Sie fügte hinzu, dass Ärzte, die selbst aus bestimmten Migrantengruppen stammten, ebenfalls medizinische Leistungen anböten.

Eine Migrantin in einer irregulären Situation, die in Warschau lebt, litt an einem Geschwür und musste eine Gastroenterologin aufsuchen. Sie beschreibt, wie sie zu einer Behandlung kam:

„Als ich am Telefon mit der Ärztin sprach, erklärte ich ihr, dass ich Ausländerin war und fragte, ob ich vorbeikommen könnte oder nicht. Sie sagte: Ja, Sie können kommen, aber Sie müssen für die Untersuchung bezahlen. Und das war alles. Ich gab ihr 100 PLN [bar] auf die Hand. Sie schrieb ein Rezept und verwendete einen anderen Namen, damit ich die Medikamente günstiger bekam. Angenommen, sie kosten 700 PLN, dann habe ich 300 PLN dafür bezahlt. Niemand schrieb meine Krankengeschichte auf. Meine persönlichen Daten wurden nicht aufgezeichnet.“

31-40 Jahre, Polen, aus Osteuropa

Ein Arzt in Deutschland vermutete, dass die meisten Ärzte auch dann eine Behandlung anbieten, wenn sie bemerken, dass ein Patient die falsche Krankenversicherungskarte verwendet, um bürokratische Schreibarbeit zu vermeiden. Er sagte auch, dass es in großen öffentlichen Krankenhäusern normalerweise einfacher wäre, Patienten „unter dem Tisch“ und nach eigener Absprache zu behandeln. Ähnliches merkte auch ein Gesundheitsdienstleister in Schweden an:

„Die Krankenhausleitung weiß davon und akzeptiert, dass wir in unserer Freizeit Migranten in einer irregulären Situation behandeln.“

Medizinische Fachkraft, Schweden

Medizinisches Personal, das mit irregulären Migranten zu tun hat, sieht sich nicht nur heiklen finanziellen Situationen gegenüber, sondern auch solchen, die gefährlich für das Leben der Patienten sein können. Ein Arzt in Deutschland hatte eine Migrantin in einer irregulären Situation als Patientin, die an einer seltenen Krankheit und unter großen Schmerzen litt. Sie benötigte schmerzstillende Medikamente, hatte aber wegen ihres irregulären Status keinen Anspruch auf die entsprechende Medikation und bekam stattdessen weniger wirkungsvolle Medikamente. Später kam sie für eine Folgebehandlung mit der Krankenversicherungskarte einer anderen Person ins Krankenhaus zurück. Während der Behandlung kam es jedoch zu Komplikationen, da die Gesundheitskarte Informationen einer anderen Person enthielt. Eine Ärztin in Budapest erzählte von einer ähnlichen Erfahrung: ein Freund bzw. anderer Arzt habe sie kontaktiert, damit sie einem Migranten in einer irregulären Situation dabei helfe, Medikamente unter dem Namen und der Sozialversicherungsnummer eines ungarischen Freundes zu erhalten. Sie räumte ein, dass dies ein gewisses Risiko mit sich bringe, in Ausnahmefällen jedoch nötig sei.

FRA-Gutachten

Gesetzlicher Anspruch auf medizinische Versorgung

Migranten in einer irregulären Situation sollten zumindest gesetzlichen Anspruch auf eine notwendige medizinische Versorgung haben. Dabei sollte die Gesundheitsversorgung nicht auf eine Notfallversorgung beschränkt sein, sondern auch andere Formen grundlegender medizinischer Versorgung einschließen, wie etwa die Möglichkeit, einen Arzt aufzusuchen oder notwendige Medikamente zu erhalten.

Zugangsvoraussetzungen wie der Nachweis eines festen Wohnsitzes bzw. längeren Aufenthalts über einen bestimmten Zeitraum hinweg sollten überarbeitet und überprüft werden um sicherzustellen, dass sie nicht zum Ausschluss von Personen führen, die medizinische Versorgung benötigen.

Für Migranten in einer irregulären Situation sollten bei der Bezahlung von Gebühren dieselben Regeln und Ausnahmen gelten wie für Staatsangehörige. Zur Kostendeckung sollten staatliche Krankenversicherungen auf Migranten in einer irregulären Situation ausgeweitet oder eigene Fonds geschaffen werden.

4

Praktische Hindernisse und Herausforderungen

In Interviews mit Migranten, NRO und Gesundheitsdienstleistern wurde eine Reihe von Hindernissen ermittelt, die selbst dann, wenn Migranten in einer irregulären Situation anspruchsberechtigt sind, den Zugang zu medizinischer Versorgung behindern können. Beispiele aus den Interviews zeigen einerseits die Diskrepanzen zwischen nationaler Gesetzgebung und dem Geschehen in der Praxis auf und veranschaulichen andererseits die Faktoren, die die Bereitstellung von medizinischer Versorgung behindern.

Aus den Interviews gingen fünf zentrale Herausforderungen hervor, die sich bei der Inanspruchnahme bzw. Bereitstellung von medizinischer Versorgung stellen. Diese Bereiche sowie die rechtlichen und praktischen Hindernisse, die für Migranten in einer irregulären Situation beim Zugang zu medizinischer Versorgung existieren, wurden in früheren Studien untersucht.⁹⁹ Einige dieser Hindernisse stellen sowohl für Migranten als auch für Gesundheitsdienstleister ein praktisches Problem dar (Kosten und Kostenerstattung; fehlende Kenntnisse von Anspruchsberechtigungen); andere betreffen insbesondere Migranten in einer irregulären Situation (Angst aufgrund der Datenübermittlung an die Polizei); und wieder andere betreffen medizinische Fachkräfte und/oder lokale Behörden (Ermessensspielraum, Qualität und Kontinuität der medizinischen Versorgung). Diese Themenbereiche werden in den folgenden Abschnitten im Detail behandelt.

4.1. Kosten und Kostenerstattung

Die Kosten von medizinischen Leistungen können ein relevantes Hindernis beim Zugang zu medizinischer Versorgung darstellen. Die Kosten für einen Krankenhausaufenthalt oder Laborkosten sowie die Kosten für Fachärzte und besonders für Medikamente können relativ hoch sein und von einigen hundert bis mehrere tausend Euro betragen, was für viele Menschen finanziell nicht zu bewältigen ist.

Auch für medizinische Fachkräfte und öffentliche Behörden, die Gesundheitsleistungen anbieten, kann die Kostenfrage zu einer großen Herausforderung werden. Haben Migranten in einer irregulären Situation Anspruch auf kostenlose primäre und sekundäre medizinische Versorgung, muss jemand für die entstehenden Kosten aufkommen, sei es der Staat, ein Versicherungsträger oder der Patient selbst.

„Ein Krankenhaus ist ein Unternehmen, und wie in jedem anderen Unternehmen auch, muss jemand für die erbrachte Leistung bezahlen. Wenn es also Patienten gibt, die nicht versichert sind, dann muss das Krankenhaus von ihnen die Zahlung einfordern. [...] Wenn jemand in ein Geschäft geht und kein Geld hat, wird ihm niemand Brot geben. So ist es auch in einem Krankenhaus. Wenn allerdings eine lebensbedrohliche Situation vorliegt, muss das Krankenhaus entsprechend reagieren; die Patienten müssen, wie alle anderen Patienten auch, aufgenommen und versorgt werden.“

Medizinische Fachkraft, Polen

⁹⁹ Siehe PICUM (2007), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants in Europe*; HUMA-Netzwerk (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries: Law and Practice*; und European Observatory on Access to Healthcare of Médecins du Monde (2009), *Access to healthcare for undocumented migrants in 11 European countries*.

Eine in elf Ländern durchgeführte Studie von Médecins du Monde zeigt, dass in Ländern, in denen es keine klaren Regelungen in Bezug auf die Kostenübernahme für Leistungen für Migranten in einer irregulären Situation gibt, die Betroffenen sogar in Notfällen auf massive Hindernisse beim Zugang zu medizinischen Leistungen treffen.¹⁰⁰

Die Kosten für eine medizinische Versorgung stellen eher für Migranten in einer irregulären Situation eine Belastung dar als für andere Personengruppen. Wenn sie arbeiten, ist ihr Gehalt unsicherer als das von Beschäftigten in einer regulären Situation, da sie leichter gekündigt werden können, zudem liegt ihr Gehalt mitunter unter dem gesetzlich vorgeschriebenen Mindestlohn. Sie arbeiten oft unter gefährlichen und anstrengenden Bedingungen, die sowohl physisch als auch psychisch herausfordernd sind, wie beispielsweise in der Baubranche, in der Landwirtschaft oder im Hausarbeitssektor.

Ein Migrant berichtete in diesem Zusammenhang beispielsweise von einem Bauarbeiter ohne gültige Aufenthaltspapiere, der sich mit einer Kreissäge schwere Verletzungen an der Hand zuzog. Ein anderer bekam während der Arbeit in einer Gießerei starke Bauchschmerzen und ein dritter erlitt Verletzungen an Knöchel und Bein, als er während der Arbeit auf einem Bauernhof vom Pferd stürzte. Eine Migrantin zog sich eine Gehirnerschütterung zu, als sie beim Saubermachen ausrutschte und mit dem Kopf aufschlug.¹⁰¹ In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass die Richtlinie zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer bei der Arbeit aus dem Jahr 1989 die Arbeitgeber dazu verpflichtet, eine Reihe an Maßnahmen zum Schutz der Arbeitnehmer zu treffen (Erste-Hilfe-Kurse, Überwachung der Gesundheit der Arbeitnehmer, etc.). Die Richtlinie definiert „Arbeitnehmer“ als „jede Person, die von einem Arbeitgeber beschäftigt wird“ und ist daher auf alle Arbeitnehmer anzuwenden, und nicht nur auf jene in einer regulären Situation.¹⁰²

Einige Gesundheitsdienstleister erwähnten, dass Migranten in einer irregulären Situation, die die für den Zugang zu medizinischen Leistungen erforderlichen Dokumente nicht vorweisen können, die Behandlung zwar erhielten, aber gemäß der institutionellen Praxis

eine **Garantie für die Bezahlung der Leistung** abgeben müssten. Ein Arzt eines allgemeinen Krankenhauses in Deutschland merkte an, dass eine Behandlung erst dann erfolge, wenn sich jemand zur Übernahme der Kosten verpflichtete.

„Wenn Sie nicht bezahlen können, erhalten Sie keine Leistungen. Wenn jemand für die Kostenübernahmen garantiert, werden Sie auch medizinisch versorgt – dabei könnte es sich um eine NRO handeln, oder es könnte eine spezielle Regelung zur Kostenübernahme vereinbart werden. Natürlich nur, wenn es sich um einen ernststen Fall handelt – darüber entscheidet das Krankenhaus oder das Gesundheitsministerium. Dann würden die Kosten der Behandlung übernommen werden.“

Medizinische Fachkraft, Griechenland

Ähnliche Garantien zur „Kostenabsicherung“ wurden auch von anderen medizinischen Fachkräften erwähnt. Ein Arzt in Budapest beispielsweise sagte, er würde gelegentlich Patienten ohne Überweisung empfangen. Er merkte aber an, dass dies nicht nur gegen die Regeln verstoße, sondern auch sehr riskant sei, denn wenn er die Behandlung nicht dokumentiere oder ihm ein Behandlungsfehler unterlaufe, könnten das Krankenhaus und dessen Versicherung den Fall nicht abdecken.

Andere Gesundheitsdienstleister in Deutschland, Griechenland, Irland, Schweden und Ungarn sagten, dass Behandlungen zwar durchgeführt würden, jedoch die **Ausstellung einer Rechnung** erforderlich sei. Ein Empfangsmitarbeiter in einem Krankenhaus in Dublin erklärte zum Beispiel, dass das Krankenhaus dazu verpflichtet sei, persönliche Daten für die Ausstellung einer Rechnung aufzunehmen, wenn Migranten in einer irregulären Situation ohne Gesundheitskarte oder Schreiben eines Allgemeinmediziners ins Krankenhaus kämen.

Krankenhausrechnungen: Behandlung erhalten, ohne bezahlen zu können

Ein Migrant in Dublin, dessen Abschiebung ausgesetzt wurde, litt an Diabetes, Hepatitis B und C und hatte zudem Tuberkulose gehabt. Er ging vier bis fünf Mal pro Monat zum Arzt bzw. ins Krankenhaus (vor allem wegen des Diabetes). Das Krankenhaus unterstützte ihn beim Ansuchen um eine Gesundheitskarte, aber sein rechtlicher Status und die Tatsache, dass er keiner legalen Beschäftigung nachgehen konnte, machten es ihm unmöglich, die Rechnungen zu bezahlen. Er hatte bereits einige Briefe von Schuldeneintreibern aufgrund der unbezahlten Krankenhausrechnungen erhalten. Er sagte, er könne es sich nicht leisten, die Rechnungen zu bezahlen, wodurch er unter großem Druck stehe – was eine zusätzliche Belastung für seine Gesundheit darstelle.

Quelle: Interview, Irland

¹⁰⁰ Siehe Médecins du Monde (2009), *Access to healthcare for undocumented migrants in 11 European countries*. Darunter befinden sich 10 EU-Mitgliedstaaten (Belgien, Frankreich, Italien, die Niederlande, Portugal, Spanien, Deutschland, Griechenland, Schweden und das Vereinigte Königreich) sowie die Schweiz.

¹⁰¹ Siehe auch Médecins du Monde (2009), *Access to healthcare for undocumented migrants in 10 European countries*, abrufbar unter: www.doctorsoftheworld.org.uk/lib/docs/121111-europeanobservatoryfullreportseptember2009.pdf.

¹⁰² Richtlinie 89/391/EWG des Rates vom 12. Juni 1989 über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit, ABl. Nr. L 183 vom 29.6.1989.

Verfahren zur Erstattung der Kosten an Gesundheitsdienstleister durch den Staat betreffen zum einen die Gesundheitsdienstleister und -einrichtungen, letztendlich aber auch die Migranten in einer irregulären Situation. Gesundheitsdienstleister aus Belgien, Frankreich, Griechenland, Italien und Ungarn sprachen von komplizierten und zeitaufwendigen Verfahren zur Kostenerstattung, die der Staat für eine medizinische Versorgung von Migranten in einer irregulären Situation vorsieht. Die Modalitäten unterscheiden sich von Land zu Land; je nach Land sind spezielle Unterlagen erforderlich und die Erstattung der Kosten findet oft verzögert statt. Den Gesundheitsdienstleistern geht es in erster Linie darum, die Kosten für die erbrachte Leistung vom Staat erstattet zu bekommen; Hauptanliegen des Staates ist es, keine Kostenerstattungen für Personen zu gewähren, die nicht in die vordefinierten Kategorien der Hilfeleistung fallen.

Der hohe Verwaltungsaufwand, fehlende Kenntnisse der Anspruchsberechtigungen sowie die Modalitäten für die Kostenübernahme stellen Hindernisse dar, denen viele Gesundheitsdienstleister lieber aus dem Weg gehen. Folglich werden **Migranten in einer irregulären Situation zuweilen abgewiesen oder es wird ihnen die Behandlung verweigert**. Der Aspekt der Behandlungsverweigerung wurde auch in einem elf Länder umfassenden Bericht von Médecins du Monde untersucht. In ihm gaben 14 % der Befragten an, dass ihnen eine Behandlung verweigert wurde, als sie das letzte Mal krank waren.¹⁰³ Eine NRO in Paris merkte an, dass eine besonders hohe Quote der Behandlungsverweigerung bei AME-Empfängern festgestellt wurde.¹⁰⁴

„Das Zahlungssystem in Frankreich ist sehr kompliziert. Selbst ich als praktischer Arzt kenne mich mit den unterschiedlichen Gebühren nicht wirklich aus. Wie muss es da erst Migranten in einer irregulären Situation gehen! Einige Fachärzte verweigern die Behandlung von AME-Empfängern, weil sie Probleme bei der Kostenerstattung haben. Zusätzlich zur Erstattung der Kosten werden die Sondergebühren, die manche Fachärzte einheben dürfen, durch die AME oft nicht abgedeckt.“

Allgemeinmediziner, Frankreich

Die Behandlung von Beziehern des allgemeinen Krankenversicherungsschutzes (CMU) oder AME-Empfängern zu verweigern, ist gesetzlich verboten.¹⁰⁵ Die Hohe Behörde zur Bekämpfung von Diskriminierung und Förderung der Gleichheit (*Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité*, HALDE) kam im Jahr 2006 in einer Klage in Verbindung mit sechs Ortschaften in Val-de-Marne, die von der französischen Vereinigung der Allgemeinmediziner (*Collectif des medecins generalistes pour l'accès aux soins*, Comegas) eingebracht worden war, zum dem Schluss, dass die Verweigerung der Behandlung eine Diskriminierung darstellt.¹⁰⁶ Laut einer Studie über sechs Ortschaften in Val-de-Marne, wird 4,8 % der CMU-Bezieher der Zugang zu medizinischer Versorgung durch Allgemeinmediziner und 41 % durch Fachärzte, die sekundäre Versorgung anbieten, verwehrt. Dies stellt laut Gesetz eine Diskriminierung dar.

Einige Gesundheitsdienstleister setzen auf kostenreduzierende Maßnahmen, um die Ausgaben zu senken. Eine NRO in Paris beispielsweise berichtete von Fällen, in denen Patienten aufgefordert wurden, das Krankenhaus früher als für die Behandlung eigentlich vorgesehen zu verlassen. Man befürchtete, dass die Patienten die Behandlung nicht bezahlen könnten. Ein Arzt in einem allgemeinen Krankenhaus in Deutschland meinte, dass grundlegende Diagnoseleistungen wie etwa Blutuntersuchungen durchgeführt würden; kostenintensivere Untersuchungen, wie eine Computertomographie (die zum Beispiel bei einer Krebsuntersuchung zum Einsatz kommt), würden jedoch angesichts der hohen Kosten und der Frage der Erstattung dieser vermieden werden.

Weil Migranten in einer irregulären Situation, denen eine medizinische Notfallhilfe (AMU) bewilligt wurde, in Belgien für Behandlungen nicht bezahlen müssen, sind Geldleistungen von öffentlichen Sozialhilfzentren (CPAS/OCMW) die einzige Möglichkeit für Gesundheitsdienstleister, die entstandenen Kosten erstattet zu bekommen. **Gesundheitsdienstleister befürchten allerdings oft, dass ihnen der Staat die Kosten nicht erstattet**. Laut einem Gesundheitsdienstleister in Brüssel ist die Entscheidung darüber, einen Migranten in einer irregulären Situation mit einer Gesundheitskarte eines CPAS/OCMW aus einer anderen Region zu behandeln oder nicht, schwierig, da das regionale Zentrum die Behandlungskosten möglicherweise nicht übernehme. Ein Arzt in Deutschland sagte, dass bei der Bereitstellung von medizinischer Versorgung für Personen mit einer Duldung oft eine vorherige Absprache mit dem

¹⁰³ Médecins du Monde (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants in 11 European Countries*, abrufbar unter: www.doctorsoftheworld.org.uk/lib/docs/121111-europeanobservatoryfullreportseptember2009.pdf.

¹⁰⁴ Eine im Jahr 2005 in zehn französischen Städten unter 700 im Gesundheitsbereich tätigen Personen durchgeführte Studie von Médecins du Monde zeigte, dass 37 % des medizinischen Fachpersonal die Behandlung von AME-Empfängern verweigerten, während 10 % die Behandlung von CMU-Empfängern verweigerten. Siehe Médecins du Monde (2006), *Testing sur les refus de soins des medecins generalistes pour les beneficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Medicale d'Etat dans 10 villes de France*.

¹⁰⁵ Art. L1110-3 des *Code de la Santé publique*.

¹⁰⁶ *Délibération relative au refus d'accès à la prévention ou aux soins opposé par un professionnel de santé aux bénéficiaires de la CMU n 2006-232du 06/11/2006*, abrufbar unter: www.halde.fr/Deliberation-relative-au-refus-d,12889.html.

Sozialamt notwendig sei, um eine Kostenübernahme sicherzustellen. Für die Gesundheitsdienstleister ist dies auch mit zusätzlicher Schreibearbeit verbunden. Ein Arzt in Budapest erklärte, dass die Bereitstellung von medizinischer Versorgung nicht so sehr eine Frage des Aufenthaltsstatus sondern des Versicherungsschutzes sei, da der nationale Gesundheitsfonds die Behandlungsansprüche genauestens überprüfe.

Eine anderer Arzt in Budapest wie auch ein Angestellter im Gesundheitswesen in Deutschland meinten, dass es aufgrund der rechtlichen und bürokratischen Hürden in der Praxis einfacher sei, Migranten in einer irregulären Situation als nicht versicherte Personen einzustufen, als die Erstattung der Kosten einzufordern. Dies wurde von einigen Gesundheitsdienstleistern in Budapest als zweckmäßige Lösung erachtet, da die vom nationalen Gesundheitsfonds bezahlten Beträge für eine Untersuchung so gering seien, dass sich die Schreibearbeit für die Beantragung der Kostenerstattung nicht lohne. Außerdem war die Anzahl der Migranten in einer irregulären Situation in diesem einen Krankenhaus so gering, dass sich daraus noch kein Problem ergeben hatte.

FRA-Gutachten

Verfahren zur staatlichen Kostenerstattung

Die Kosten einer medizinischen Versorgung von Migranten in einer irregulären Situation durch öffentliche Mittel zu erstatten, ist laut medizinischem Personal mit einem aufwendigen und komplizierten Verfahren verbunden.

EU-Mitgliedstaaten sollten einfache und effektive Verfahren zur Kostenerstattung entwickeln. Anträge zur Erstattung der Kosten sollten rasch bearbeitet werden.

4.2. Fehlende Kenntnisse über gesetzliche Ansprüche

Der Mangel an Information über die Gesundheitsrechte von Migranten in einer irregulären Situation aufseiten der Empfänger wie auch der Anbieter von medizinischen Leistungen stellt ein großes Hindernis beim Zugang zu medizinischer Versorgung dar.

„Die Menschen wissen nicht, was sie tun sollen, wohin sie gehen sollen, oder wie das System funktioniert [...]“

Zivilgesellschaftliche Organisation, Griechenland

In diesem Abschnitt werden die fehlenden Kenntnisse von Migranten in einer irregulären Situation sowie vonseiten des medizinischen Personals und der Behörden über die gesetzlichen Ansprüche auf medizinische Versorgung behandelt.

Oftmals ist unklar, zu welche Leistungen ein gesetzlicher Anspruch eigentlich berechtigt. Ein **Migrant in einer irregulären Situation** in Brüssel beispielsweise wurde in einem Krankenhaus zwar medizinisch versorgt, jedoch informierte man ihn nicht darüber, dass er im Rahmen der medizinischen Notfallhilfe (AMU) nicht nur Anspruch auf medizinische Versorgung und Notfallversorgung hatte, sondern auch bestimmte Medikamente kostenlos erhalten würde und Zugang zu präventiver Behandlung hatte.

Außer im Fall von Migranten mit einer Duldung in Deutschland, die über die Sozialhilfezentren Informationen erhalten, sind nach Angaben von Migranten in einer irregulären Situation die gängigsten Arten, sich über den Zugang zu medizinischer Versorgung zu informieren, der direkte Informationsaustausch mit anderen Betroffenen oder die Bereitstellung von Informationen durch NRO. Viele Migranten in einer irregulären Situation haben Bedenken, sich an öffentliche Behörden zu wenden (siehe Abschnitt 3.2.1) – die mündliche Weitergabe von Informationen zwischen den einzelnen Migrantengemeinschaften wird als relativ sicherer Weg angesehen, sich über seine Rechte zu informieren. Migranten erfahren so beispielsweise, in welchen Krankenhäusern die Behandlung von Migranten in einer irregulären Situation unkompliziert verläuft, welche NRO medizinische Hilfe anbietet oder bei welcher Behörde man ein bestimmtes Formular bekommt. Allerdings hat diese Art der Informationsweitergabe ihre Grenzen, da es schutzbedürftige Gruppen gibt, die schwieriger erreichbar sind, wie etwa Migranten in einer irregulären Situation, die als Hausangestellte in

Privathaushalten tätig sind und daher wenig bis keinen Kontakt zu anderen Migranten haben.¹⁰⁷

Mündlich übermittelte Informationen müssen nicht immer richtig sein. Migranten in einer irregulären Situation wissen großteils nicht über ihre Rechte Bescheid, und so bleibt viel Raum für Gerüchte und Spekulationen. In Italien beispielsweise hatten viele Migranten in einer irregulären Situation zu große Angst, ins Krankenhaus zu gehen – sie hatten von Freunden gehört, dass die Ärzte sie möglicherweise der Polizei melden würden. Diese Ängste wären durch intensivere Informationsmaßnahmen von NRO und vor allem auch öffentlichen Behörden zu vermeiden gewesen.

Auch das **medizinische Personal** weiß mitunter nicht immer über die gesetzlichen Ansprüche Bescheid und befindet die Zugangsregelungen als zu komplex. Eine NRO in Paris berichtete von Fällen, in denen Migranten in einer irregulären Situation im Zuge einer Behandlung im Krankenhaus von den Sozialarbeitern vor Ort nicht angemessen über ihre Rechte informiert wurden. Dies hatte zur Folge, dass das Krankenhaus Gebühren für Leistungen einforderte, für die Migranten in einer irregulären Situation eigentlich nicht bezahlen hätten müssen (vorausgesetzt sie waren AME-Empfänger). Ähnliche Erfahrungen wurden von MigrantInnen in Schweden geschildert, wo Kinder von abgewiesenen Asylbewerbern gesetzlichen Anspruch auf eine kostenlose medizinische Versorgung haben.¹⁰⁸ Ein Vertreter einer anderen NRO in Paris erklärte, dass die meisten Allgemeinmediziner nicht über die Gesetzgebung im Zusammenhang mit Migranten in einer irregulären Situation Bescheid wüssten, weil nur wenige ihrer Patienten Migranten und die Rechtsvorschriften zudem kompliziert seien:

„Die Situation ist total verrückt: ein kompliziertes, ungewöhnliches, sich ständig änderndes Gesetz, das einen sehr kleinen Personenkreis betrifft.“

Zivilgesellschaftliche Organisation, Frankreich

Krankenhauspersonal weiß nicht über gesetzliche Ansprüche Bescheid

In Schweden brachte eine Frau, deren Asylantrag abgewiesen wurde, ihren zehn Jahre alten Sohn mit hohem Fieber und einem Hautausschlag auf dem Arm ins Krankenhaus. Obwohl Kinder von abgewiesenen Asylbewerbern unter 18 Jahren in Schweden ein Recht auf kostenlose medizinische Versorgung haben, wurde der Frau mitgeteilt, dass sie den vollen Betrag zahlen müsse, bevor ihr Sohn behandelt würde. Der Gesamtbetrag belief sich auf etwa 1 700 SEK (183 Euro). Sie konnte die Rechnung nicht bezahlen und ein Verwaltungsbeamter schlug daher vor, dass sie mit einer der Krankenpflegerinnen sprechen sollte, um zu sehen, ob diese Mitleid haben und einen Blick auf ihren Sohn werfen würde. Die Krankenpflegerin sagte, dass immer noch die Hälfte des Betrages zu zahlen sei und Medikamente nicht inkludiert seien. Die Frau konnte auch die Hälfte des Betrags nicht bezahlen, woraufhin die Krankenpflegerin einwilligte, sich das Kind „inoffiziell“ anzusehen – es wurden keine Formulare ausgefüllt. Die Krankenpflegerin riet der Frau, den Zustand ihres Sohnes zu beobachten und einen Arzt zu konsultieren, falls die Temperatur in drei Tagen nicht zurückgehen würde. Von der Frau wurde allerdings nach wie vor erwartet, den vollen Betrag für die Behandlung ihres Sohnes zu bezahlen, wenn auch innerhalb von 30 Tagen.

Ein Beamter in Barcelona meinte, dass es nur schwer möglich sei sicherzustellen, dass alle Beschäftigten im Gesundheitswesen in gleichem Maße über die gesetzlichen Ansprüche auf medizinische Versorgung von Migranten in einer irregulären Situation Bescheid wissen. In Barcelona beispielsweise gebe es mehr als 30 Krankenhäuser mit vielen Mitarbeitern und einer hohen Personalfuktuation. Der Beamte sagte, dass es alleine aufgrund der großen Anzahl an Mitarbeitern im Gesundheitswesen immer jemanden geben werde, der sagen werde: „Darauf haben Sie keinen Recht“. Am wichtigsten sei, dass die Behörden solche Mängel erkennen und beheben, „aber es ist nicht möglich zu verhindern, dass so etwas vorkommt“.

Eine NRO in Barcelona berichtete, dass sie, wenn sie in Kenntnis darüber gesetzt werde, dass ein Migrant in einer irregulären Situation Schwierigkeiten beim Zugang zu medizinischer Versorgung habe, unverzüglich den Kundenservice des katalanischen Gesundheitsdienstes kontaktiere, um gemeinsam herauszufinden, wo der Fehler im System liege. Ein Arzt, der seine Wertschätzung gegenüber dem Ministerium und dem katalanischen Gesundheitsamt zum Ausdruck brachte, bietet Fachkräfteschulungen zu den verschiedenen Abläufen im Gesundheitssystem sowie Kurse zu kultureller Kompetenz und Mediation an. Weiterbildung sei äußerst wichtig, um Fachkräfte mit verschiedenen kulturellen Hintergründen zu sensibilisieren.

¹⁰⁷ Für zusätzliche Informationen zu Migranten in einer irregulären Situation, die im Hausarbeitssektor tätig sind, siehe FRA (2011), *MigrantInnen in einer irregulären Situation, die als Hausangestellte arbeiten: Grundrechtliche Herausforderungen für die Europäische Union und ihre Mitgliedstaaten*.

¹⁰⁸ Schweden, Gesetz für Gesundheit und medizinische Leistungen für Asylbewerber und andere Personen 2008:344, Art. 4, letzter Absatz, abrufbar unter: www.notisum.se/rnp/sls/lag/20080344.htm.

Der Wissensstand der Behörden über gesetzliche Ansprüche und Zugangsberechtigungen war von Land zu Land verschieden. Ein Beamter in Paris behauptete im Interview für diese Studie sogar, dass AME nur für Migranten mit regulärem Aufenthalt und für Staatsangehörige zugänglich sei und dass für Migranten in einer irregulären Situation in Frankreich kein Angebot an Gesundheitsleistungen zur Verfügung stehe. In einer Behörde in Warschau hieß es, dass dort der Zugang zu medizinischer Versorgung für Migranten in einer irregulären Situation nie diskutiert wurde – dabei fiel medizinische Versorgung in den Zuständigkeitsbereich der befragten Abteilung. Der Interviewpartner wusste nicht darüber Bescheid, dass Migrantinnen in einer irregulären Situation für eine Entbindung im Krankenhaus bezahlen müssen.

Vielversprechende Praktik

Schulung von Sozialarbeitern über die Rechte von Migranten in einer irregulären Situation

Der irische Zuwanderungsrat (Immigrant Council of Ireland) in Dublin ist eine landesweit tätige, unabhängige NRO, die als Interessengruppe auftritt und die Rechte von Migranten durch eine Anwaltschaft sowie Forschungstätigkeit fördert. Zusätzlich zur direkten Arbeit mit Migranten in einer irregulären Situation bietet sie Schulungen von Sozialarbeitern in Krankenhäusern zu Einwanderungsfragen und gesetzlichen Ansprüchen an. Das Schulungsprogramm wurde als Antwort auf eine Reihe von Anfragen seitens verschiedener Krankenhäuser – beispielsweise bezüglich der rechtlichen Ansprüche von Migranten in einer irregulären Situation mit chronischen Erkrankungen – entwickelt. Die Schulungsmaßnahmen sowie die guten Beziehungen zu den Sozialarbeitern in einigen Krankenhäusern haben zu einer Verbesserung des Zugangs von Migranten in einer irregulären Situation zu medizinischer Versorgung beigetragen.

Quelle: Immigrant Council of Ireland, siehe: www.immigrantcouncil.ie/services/education-and-training

FRA-Gutachten

Sensibilisierung

Behörden, die mit Migranten in einer irregulären Situation arbeiten, Gesundheitsdienstleister, zivilgesellschaftliche Akteure und Migranten selbst wissen nicht notwendigerweise über die Regelungen und gesetzlichen Ansprüche im Zusammenhang mit medizinischer Versorgung von Migranten in einer irregulären Situation Bescheid. Migranten fürchten, dass die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen das Risiko mit sich bringt, abgeschoben zu werden, selbst wenn diese Gefahr tatsächlich gar nicht besteht.

Die Mitgliedstaaten der EU sollten daher geeignete Wege finden, den Mangel an Information unter Migranten, Gesundheitsdienstleistern und öffentlichen Behörden zu beheben – beispielsweise durch verstärkte Finanzierung von Schulungsmaßnahmen, Informationskampagnen und gezielte Aktivitäten, um Migrantengemeinschaften besser zu erreichen, sowie durch die Förderung von Partnerschaften zwischen Gesundheitsdienstleistern und zivilgesellschaftlichen Einrichtungen.

Gesundheitsdienstleister und Migranten sollten detailliert darüber informiert werden, welche Daten an Einwanderungsbehörden weitergegeben werden dürfen und welche nicht.

4.3. Das Melden von Migranten an die Polizei

EU-Mitgliedstaaten sollten medizinische Versorgung und Einwanderungspolitik voneinander trennen um sicherzustellen, dass Gesundheitsdienstleister bzw. Behörden im Gesundheitswesen nicht zur Meldung von Migranten in einer irregulären Situation verpflichtet sind. Verursacht durch den – wenn auch zum Teil nur vermuteten – Informationsaustausch zwischen Gesundheitsdienstleistern und Einwanderungsbehörden, führt die Angst entdeckt zu werden dazu, dass Migranten in einer irregulären Situation eine medizinische Versorgung verspätet und erst im Notfall in Anspruch nehmen. Das schadet zum einen ihrer Gesundheit und erhöht zum anderen die öffentlichen Gesundheitsausgaben.

Die Angst davor, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen, spielte in allen Interviews eine entscheidende Rolle und stellt ein maßgebliches Hindernis beim Zugang sowie der Bereitstellung von medizinischer Versorgung für Migranten in einer irregulären Situation dar. Migranten in Belgien, Deutschland, Italien und Polen nannten Angst als einen der Gründe, sich nur im äußersten Notfall an öffentliche Versorgungseinrichtungen oder Gesundheitsdienstleister zu wenden. Auch Gesundheitsdienstleister und Vertreter der Zivil-

gesellschaft sehen Angst als Grund dafür, warum Migranten in einer irregulären Situation falsche Angaben machen oder das Angebot von NRO jenen öffentlicher Einrichtungen vorziehen. In manchen Ländern wird Angst öfter genannt als in anderen, vor allem in jenen, in denen öffentliche Debatten über Ergänzungen und/oder Änderungen der Gesetzgebung für Migranten in einer irregulären Situation geführt wurden.

Angestellte des Gesundheitswesens in Deutschland sowie zivilgesellschaftliche Akteure in Frankreich und Polen sagten, dass ihnen Fälle bekannt seien, in denen Migranten in einer irregulären Situation, die für eine Behandlung ins Krankenhaus gingen, den Behörden gemeldet wurden.

Viele Migranten in einer irregulären Situation versuchen um jeden Preis zu vermeiden, Gesundheitsdienstleister aufzusuchen, oder verzögern eine Behandlung, bis gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen auftreten. Das ist nicht nur ihrer Gesundheit abträglich, sondern führt auch zu einer stärkeren Frequentierung von Notaufnahmen und höheren Gesamtkosten für Gesundheitsdienstleister.

Ein in Stockholm lebender Migrant in einer irregulären Situation meinte, dass er Angst davor habe, der Polizei gemeldet zu werden, und deshalb alles tun würde, um eine Notaufnahme zu vermeiden. Vertreter der Zivilgesellschaft in Irland wiesen darauf hin, dass Migranten in einer irregulären Situation den Kontakt mit sämtlichen Behörden (Gesundheitswesen, Sozialeinrichtungen) mit dem Risiko assoziieren, den Einwanderungsbehörden gemeldet zu werden. Eine Sozialarbeiterin in einem Pariser Gesundheitszentrum meinte, dass Migranten in einer irregulären Situation manchmal nur sehr ungern ins Zentrum kämen, aus Angst vor dem medizinischen Fachpersonal. Als Beispiel nannte sie Tuberkulose: Der einzige Weg für einen Mediziner einen an Tuberkulose erkrankten Migrant in einer irregulären Situation zu erreichen, sei über einen Verwandten, der mit Symptomen ins Zentrum kommt. Im Zuge ihrer Arbeit stellte sie fest, dass Migranten oft davon ausgehen, dass Gesundheitsdienstleister und die Polizei zusammengehören. Dabei betonte sie den tatsächlichen Berufskodex, der von Gesundheitsdienstleistern eingehalten werde.

Selbst wenn Migranten in einer irregulären Situation das Recht auf medizinische Versorgung eingeräumt wird, gibt es immer noch viele, die Angst davor haben, sie in Anspruch zu nehmen. Ein Migrant in einer irregulären Situation in Brüssel, dessen Abschiebung ausgesetzt wurde, leidet beispielsweise an einer Magenkrankheit, die regelmäßige Arztbesuche erfordert. Obwohl er AMU-Empfänger ist, hat er Angst davor, zu oft ins Krankenhaus zu gehen, weil er fürchtet, entdeckt und verhaftet zu werden.

In Deutschland wurde im September 2009 eine neue Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz erlassen,¹⁰⁹ die den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit in der Übermittlung von Daten betont, welche den irregulären Status von Migranten aufdecken könnten.¹¹⁰ Das impliziert, dass Behörden wie das Jugendamt oder das Sozialamt, wenn sie die Kosten für eine medizinische Versorgung übernehmen, davon absehen können, Daten von Migranten ohne gültige Aufenthaltspapiere an Einwanderungsbehörden zu übermitteln, falls dies gerechtfertigt ist. Die Vorschrift stellt klar, dass die Schweigepflicht von Ärzten und medizinischem Personal in Notfällen auf das Sozialamt erweitert wird.¹¹¹ Eine NRO merkte allerdings an, dass die Interpretation dessen, was als Notfall gelte, von der diensthabenden Person abhängig sei und ein gewisser Ermessensspielraum bestehen bleibe. Handelt es sich nicht um einen Notfall, müssen Migranten in einer irregulären Situation selbst einen Antrag zur Kostenübernahme beim Sozialamt stellen. In diesem Fall sind die Beamten des Sozialamtes an die Übermittlungspflicht gebunden.¹¹²

Laut der deutschen Bundesärztekammer führt dieses Hindernis dazu, dass viele Patienten eine Behandlung lange hinauszögerten, wodurch sich ihr Gesundheitszustand verschlechtern bzw. chronisch werden könne. Daher setzt sich die Kammer für eine Änderung der Übermittlungspflicht bei Migranten in einer irregulären Situation ein, die primäre oder sekundäre medizinische Versorgung benötigen. Im Mai 2010 stimmte die Plenarversammlung der Kammer dafür, dem Gesetzgeber einen Antrag zur Einführung eines anonymen Krankenscheins vorzulegen.¹¹³

Artikel 8 des irischen Einwanderungsgesetzes aus dem Jahr 2003 (*Immigration Act 2003*) enthält die Verpflichtung von Behörden, Informationen über Personen, die keine Staatsbürger sind, zum Zweck der Durchführung des Gesetzes über die Einreise und Rückführung weiterzuleiten. Im Oktober 2003 wurde eine Schnittstelle zwischen den Informationssystemen der Ministerial-

¹⁰⁹ Deutschland, Aufenthaltsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. Februar 2008 (BGBl. I S. 162), das zuletzt durch Art. 1 des Gesetzes vom 12. April 2011 (BGBl. I S. 610) geändert worden ist, Art. 87 (2).

¹¹⁰ Deutschland, Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz (VwV-AufenthG) vom 26.10.2009, GMBL. I S. 878, Abschnitt 87.o.4.

¹¹¹ *Ibid.*, Abschnitt 88.2.4.o.

¹¹² Katholisches Forum „Leben in der Illegalität“ (2010), *Erläuterung zu ausgewählten Vorschriften aus der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz vom 18.09.2009 (Drucksache 669/09)*, Berlin. Für weitere Informationen zu diesem Gesetz und seinen Auswirkungen auf den Zugang zu medizinischer Versorgung für Migranten in einer irregulären Situation in Deutschland siehe PICUM (2010), *NowHereLand*, Länderbericht Deutschland, <http://files.nowhereland.info/709.pdf>.

¹¹³ Entschließung der Bundesärztekammer, abrufbar unter: www.bundesaeztekammer.de/page.asp?his=0.2.6578.8260.8265.8506.8507.

abteilung für Soziales und Familie und den Einwanderungsbehörden eingerichtet.¹¹⁴

Im Rahmen der Diskussionen über das Sicherheitspaket in Italien im Juli 2009 wurde vorgeschlagen, medizinisches Fachpersonal zu verpflichten, Migranten in einer irregulären Situation an die Einwanderungsbehörden zu melden. Mehrere zivilgesellschaftliche Organisationen und medizinische Fachorganisationen verurteilten den Vorschlag. Sie erklärten, dass die Verpflichtung zur Meldung ein Hindernis für die Bereitstellung medizinischer Versorgung für Migranten in einer irregulären Situation bedeuten würde. Sie starteten die Kampagne „Meldeverbot: Wir sind Ärzte und Krankenpfleger, keine Spione!“ (*Divieto di segnalazione: Siamo medici ed infermieri, non siamo spie!*).¹¹⁵ In der endgültigen Fassung des Gesetzes war die Mitteilungspflicht nicht enthalten.

Diese Beispiele zeigen, in welchem Maß Gesetze und deren Umsetzung den Zugang zu medizinischer Versorgung von Migranten in einer irregulären Situation beeinflussen können. In Deutschland brachte die Gesetzgebung einige Verbesserungen für Migranten in einer irregulären Situation. So wurde die Mitteilungspflicht für medizinisches Fachpersonal aufgehoben; jene für Behörden, die mit Migranten in einer irregulären Situation arbeiten, die primäre oder sekundäre Versorgung benötigen, bleibt jedoch bestehen. Im Zuge der Diskussion über derartige gesetzgebende Maßnahmen in Italien war es unter Migranten in einer irregulären Situation aus Angst gemeldet zu werden üblich, den Kontakt mit Behörden und Institutionen des Gesundheitswesens zu vermeiden. Eine solche Angst von Migranten in einer irregulären Situation war in Italien besonders evident. Der für diese Studie zuständige Mitarbeiter vor Ort sagte, dass es sehr schwierig gewesen wäre, mit Migranten in einer irregulären Situation Interviews durchzuführen, da sie sogar den Kontakt zu NRO vermieden. Eine Migrantin, deren Aufenthaltsstatus kürzlich legalisiert wurde, sprach über ihre Angst und die Rechtsvorschriften des Sicherheitspakets:

„Ich kam am 12. November 2006 hierher und war irregulär. Ich hatte immer Angst und bin nie ins Krankenhaus gegangen. [In letzter Zeit], nach dem Sicherheitspaket, sagten die Leute, dass man von den Ärzten gemeldet werden kann, wenn man ins Krankenhaus geht.“

21-30 Jahre, Italien, aus Osteuropa

Eine Migrantin in einer irregulären Situation äußerte ihre Angst, mit Gesundheitsdienstleistern in Kontakt zu treten:

„Ich habe immer schwarz gearbeitet und hatte immer Angst [...] Ich hatte auch Angst davor, krank zu werden. [...] Ich hatte Angst davor, untersucht zu werden, und dass sich jemand um mich kümmert. Eine Migrantin in einer irregulären Situation zu sein, ist wie ein Verbrechen, aber das ist nicht richtig! Wir sind alle Menschen!“

41-50 Jahre, Italien, aus Lateinamerika

Während des Gesetzgebungsverfahrens vermieden Migranten in einer irregulären Situation den Kontakt zu Behörden und riskierten dadurch ihre Gesundheit und Sicherheit. Gesundheitsdienstleister registrierten einen Rückgang an Patienten. Laut Einschätzungen einer Ärztin in Brescia hielt das Sicherheitspaket in etwa die Hälfte ihrer Patienten, die Migranten in einer irregulären Situation waren, davon ab, Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen. Die Patienten hätten aus Angst, der Polizei gemeldet zu werden, Behandlungen vermieden. Ein Mediator in einem Gesundheitszentrum in Mailand stellte fest, dass nach der Einführung des Sicherheitspakets die Zahl der Migranten in einer irregulären Situation zurückging, die Leistungen im Gesundheitszentrum in Anspruch nahmen. Als Reaktion darauf organisierte das Zentrum eine Kampagne, die die Menschen darüber informierte, dass das Zentrum das Sicherheitspaket ablehne. Ein Arzt einer NRO, die in Mailand medizinische Versorgung für Migranten in einer irregulären Situation anbietet, sagte, dass viele Migranten in einer irregulären Situation während der Behandlung über die Angst vor einer Festnahme sprachen. Seiner Meinung nach sind „unsere Patienten über die italienische Gesetzgebung informiert!“

Auch Gesundheitsdienstleister in Deutschland und Irland bemerkten die Angst von Migranten in einer irregulären Situation, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen. Ein Vertreter einer NRO sagte im Zusammenhang mit einer vorgeschlagenen Änderung der irischen Gesetzgebung:

„Als der Gesetzesentwurf das erste Mal veröffentlicht wurde, erhielten wir viele Anrufe [von Migranten in einer irregulären Situation], die darüber besorgt waren, was er bedeutete. [...] Ich bin mir sicher, dass wir die Menschen beruhigen und dazu ermutigen werden müssen, weiterhin Krankenhäuser aufzusuchen.“

NRO, Irland

¹¹⁴ Siehe Quinn und Hughes, *Illegally Resident Third-Country Nationals in Ireland: State Approaches Towards Their Situation*, Dublin: ESRI, 2005, S. 20, abrufbar unter: www.esri.ie/pdf/BKMNEXT073.pdf.

¹¹⁵ Für zusätzliche Informationen über die beteiligten Organisationen und die Kampagne siehe Italienische Gesellschaft für die Gesundheit von MigrantInnen (*Società italiana di Medicina delle Migrazioni*, S.I.M.M.), unter: www.simmweb.it/index.php?id=358.



Eine Vertreterin einer deutschen NRO hatte den Eindruck, dass die Anwendung der deutschen Gesetzgebung weitgehend von den involvierten Personen und Behörden abhängig sei. Sie sagte, dass es den meisten Gesundheitsdienstleistern um die Frage der Kostenübernahme gehe. Nur wenn die Gesundheitsdienstleister den Behörden die von ihnen erbrachten Leistungen zum Zwecke der Kostenerstattung melden, würden die Kosten von den Behörden übernommen. Eine in Dortmund lebende Migrantin in einer irregulären Situation aus Westafrika sagte, dass sie aus Angst davor, von der Polizei und den Einwanderungsbehörden entdeckt und festgenommen zu werden, nicht ins Krankenhaus gehen würde, solange sie bei Bewusstsein sei.

FRA-Gutachten

Das Melden von Migranten an Einwanderungsbehörden

Die Angst, durch den Austausch von Daten zwischen Gesundheitsdienstleistern und Einwanderungsbehörden entdeckt zu werden bzw. die Vermutung, dass ein derartiger Informationsaustausch stattfinden könnte, führt oft dazu, dass Migranten in einer irregulären Situation eine medizinische Versorgung verspätet oder erst im Notfall in Anspruch nehmen. Das hat negative Auswirkungen auf ihre Gesundheit, und hohe Behandlungskosten sind die Folge.

EU-Mitgliedstaaten sollten medizinische Versorgung und Einwanderungspolitik voneinander trennen und Gesundheitsdienstleister bzw. Behörden im Gesundheitswesen nicht dazu verpflichten, Migranten in einer irregulären Situation zu melden.

4.4. Ermessensspielraum von öffentlichen Behörden und Behörden des Gesundheitswesens

In den untersuchten Ländern wurde eine Vielzahl an Fällen geschildert, die den Ermessensspielraum öffentlicher Behörden oder Gesundheitsbehörden aufzeigten. Dies betraf nicht nur primäre und sekundäre Versorgung, sondern auch die Notfallversorgung. Die Anforderungen für die Antragstellung werden von Behörden und Gesundheitsdienstleistern, bei denen Migranten in einer irregulären Situation die Leistungen in Anspruch nehmen, regional unterschiedlich streng gehandhabt.

Das **Ermessen der öffentlichen Behörden** stellt einen sehr wichtigen Aspekt in der Bereitstellung von medizinischer Versorgung für Migranten in einer irregulären

ren Situation dar. Aus den Interviews ging hervor, dass einige Behörden dafür bekannt waren, im Umgang mit Migranten in einer irregulären Situation ausschließende Praktiken anzuwenden. So würden zusätzliche Dokumente verlangt, oder Migranten müssten länger auf Termine mit einem Sozialarbeiter warten. Ein Vertreter der Zivilgesellschaft in Barcelona berichtete beispielsweise, dass in Situationen interveniert worden sei, in denen ein Angestellter einer lokalen Verwaltungsbehörde sich geweigert habe, einen Migranten in einer irregulären Situation für eine Gesundheitskarte zu registrieren, und zusätzliche, nicht erforderliche Unterlagen, wie etwa einen Nachweis über die finanziellen Mittel, verlangt habe. Der Befragte war der Meinung, dass „der Großteil dieser Fälle mit dem Mangel an Information unter den Beamten und dem Verwaltungspersonal zusammenhängt“. In ähnlicher Weise merkte ein Vertreter einer NRO in Paris an, dass jede lokale Krankenkasse (*Caisse Primaire d'Assurance Maladie*, CPAM) die Länge des Aufenthalts und das Einkommensniveau von Migranten unterschiedlich bewerte. Ein Mitarbeiter einer CPAS/OCMW in Belgien beschrieb den aufwendigen Prozess, den die belgische Regierung für AMU-Anträge vorsieht und sprach von einer hohen Geldstrafe für CPAS/OCMW-Einrichtungen, wenn diese AMU-Gesundheitskarten an Personen ausstellen, die die Anforderungen nicht erfüllen. Ein Arzt in Paris erwähnte ebenfalls regionale Unterschiede: die Wartezeit für eine AME-Bewilligung hänge davon ab, in welchem Stadtbezirk das jeweilige Sozialhilfenzentrum liege. Im Stadtzentrum beispielsweise habe die Wartezeit ein bis eineinhalb Monate, in einem der Außenbezirke jedoch drei Monate betragen. Wartezeiten beim Zugang zum Gesundheitssystem wurden auch für AMU in Belgien gemeldet.

Wenn sich eine Person mit einer Duldung in Deutschland an ein Sozialamt wendet, das „akute Versorgung“ streng interpretiert, besteht das Risiko, dass die Kosten für die medizinische Versorgung nicht übernommen werden. Ein Vertreter einer NRO in Bochum war sogar davon überzeugt, dass die Chancen, angenommen zu werden, gering seien und „die jeweilige Beurteilung sich von einem Angestellten zum anderen unterscheidet“. Der NRO-Vertreter berichtete von einer Frau, die seit sechs Jahren (vier davon mit einer Duldung) in Deutschland gelebt hatte. Die Frau habe an Zahn- und Kieferproblemen gelitten, die starke Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit verursacht und nach Meinung der Fachärzte eine Operation erforderlich gemacht hätten. Obwohl Personen mit einer Duldung per Gesetz Anspruch auf notwendige und dringende Versorgung haben, habe das Sozialamt dennoch die Kostenübernahme verweigert. Die Frau sei nur „geduldet“ und ihre Abschiebung theoretisch jederzeit möglich. Der Vertreter der NRO sagte, dass sich das Sozialamt auch in einem anderen Fall – in dem der Betroffene Hepatitis B hatte – geweigert habe, die Kosten zu überneh-

men, obwohl deutlich gemacht worden sei, dass es sich um eine schwerwiegende Krankheit handele. Der Fall wurde vor Gericht gebracht und nach 14 Monaten wurde beschlossen, dass das Sozialamt die Kosten übernehmen muss.

Das **Ermessen des medizinischen Personals** (Ärzte, Krankenpfleger, Empfangsmitarbeiter, Rettungsanitäter oder Notfallmediziner) ist ein weiterer wichtiger Aspekt beim Zugang von Migranten in einer irregulären Situation zu medizinischer Versorgung. Es sind die Gesundheitsdienstleister, die beurteilen, ob ein Zustand als „Notfall“ eingestuft wird bzw. was als „akut“ oder „dringend“ gilt. Diese Beurteilung entscheidet in manchen Ländern darüber, ob Migranten in einer irregulären Situation behandelt werden und ob sie für die Behandlung bezahlen müssen. Ein Vertreter einer NRO in Athen erklärte, dass ein Arzt darüber entscheide, ob ein „Notfall“ vorliege. Die Frage laute beispielsweise, ob dies ausschließlich bei Opfern von Autounfällen der Fall sei oder auch bei Personen, die HIV-positiv sind oder Tuberkulose haben, aber keinen Zugang zu Medikamenten erhalten. Besitzen Migranten in einer irregulären Situation keine Aufenthaltspapiere, haben sie auch keinen rechtlichen Anspruch auf eine Weiterbehandlung. Befragte aus der Zivilgesellschaft in Deutschland, Frankreich, Schweden und Ungarn stellten fest, dass die Begriffe „Notfall“ bzw. „akute“ oder „dringende“ Versorgung unterschiedlich ausgelegt würden. Laut einer NRO in Budapest stuften Ärzte eine „dringende“ Versorgung anders ein als Sozialarbeiter, die ein Problem oft erst dann als „dringend“ bewerteten, wenn die betroffene Person blute. Somit könne der Zugang zu einer Notfallversorgung für Migranten ohne Dokumente, die keine äußerlichen Anzeichen eines „dringenden“ Behandlungsbedarfs aufwiesen, vom Ermessen des jeweiligen Arztes abhängen.

Als Teil des Antragsverfahrens für medizinische Notfallhilfe (AMU) in Belgien benötigen Migranten in einer irregulären Situation ein Dokument von einem Arzt, in dem darauf hingewiesen wird, dass die medizinische Hilfe „dringend“ benötigt werde. Laut einem Gesundheitsdienstleister in einem Krankenhaus in Brüssel sowie einem Befragten der Zivilgesellschaft in Belgien sei es sogar trotz Gesundheitskarte möglich, dass Ärzte in anerkannten Gesundheitseinrichtungen die Behandlung von Migranten in einer irregulären Situation verweigern, da sie nicht wüssten, ob die Kosten für die bereitgestellten Leistungen erstattet würden. Folglich könne es für Migranten in einer irregulären Situation schwierig sein, einen Arzt zu finden. Auch ein in einem Gesundheitszentrum tätiger Kulturmediator in Mailand wies auf den Ermessensspielraum des medizinischen Personals hin:

„...[D]ie Regelungen für die STP-Karte können unterschiedlich verstanden werden und die Umsetzung der Richtlinien durch die Gesundheitsdienstleister beeinflusst sowohl Vergabe als auch Verwendung der STP-Karten. Die Vergabe einer STP-Kennzahl ist eine Ermessensfrage und von einzelnen Ärzten, dem Krankenhaus (und seinen Richtlinien) oder dem Verwaltungspersonal abhängig.“

Kulturmediator, Italien

Schlussendlich wäre es sinnvoll, Kriterien zur Bewilligung bzw. Ablehnung verschiedener Arten von Gesundheitsleistungen (z. B. Notfälle, grundlegende, akute, dringende, unbedingt erforderliche Versorgung) festzulegen, um die Versorgung innerhalb eines Landes vorhersehbarer und gerecht zu machen. Solche Kriterien würden die verschiedenen Ansprüche klarstellen und den Ermessensspielraum von Beamten einschränken. Auch Unsicherheiten über die Anwendung der Gesetze seitens des medizinischen Personals könnten verringert werden, ohne dabei die Rolle einer fachlichen Beurteilung zu übernehmen.

4.5. Qualität und Kontinuität in der medizinischen Versorgung

Fehlende Rechtsansprüche auf öffentliche Gesundheitsversorgung und Angst davor, die Kosten der medizinischen Versorgung nicht bezahlen zu können, verursachen große Probleme bei der Gewährleistung von Qualität und Kontinuität in der Versorgung. Dieser Abschnitt behandelt die damit im Zusammenhang stehenden Schwierigkeiten, wobei der Schwerpunkt auf den besonderen Herausforderungen liegt, mit denen das medizinische Personal konfrontiert ist: dem Erstellen von Krankenakten und der Bereitstellung einer adäquaten Behandlung für Migranten in einer irregulären Situation, die keinen Zugang zu bestimmten ärztlichen Untersuchungen und Medikamenten haben.

Die Schwierigkeiten, denen Migranten in einer irregulären Situation beim Bezug qualitativ hochwertiger Versorgung gegenüberstehen, ähneln oft jenen anderer ausländischer Staatsbürger – zum Beispiel sprachliche oder kulturelle Barrieren, die verhindern, dass Migranten Gesundheitsleistungen eines bestimmten Standards und einer bestimmten Qualität erhalten. Aus den Interviews mit medizinischem Personal in Deutschland, Irland, Italien, Spanien und Ungarn ging hervor, dass Probleme auftreten können, wenn Patienten die Diagnose nicht verstehen bzw. kein professioneller Dolmetscher verfügbar ist. Wenn eine dritte Person – wie Reinigungs- oder Sicherheitspersonal des Krankenhauses – für eine Übersetzung hinzugezogen werde, könnten die Patienten sich in ihrer Privatsphäre verletzt fühlen.



Andere Schwierigkeiten betreffen jedoch speziell Migranten in einer irregulären Situation. Laut medizinischem Fachpersonal in fast allen untersuchten Ländern gibt es Probleme vor allem in Bezug auf die Kontinuität der Versorgung – also die Möglichkeit, einen Gesundheitsdienstleister über einen längeren Zeitraum regelmäßig aufzusuchen. In jenen Ländern, in denen Migranten in einer irregulären Situation lediglich Zugang zu einer medizinischen Notfallversorgung haben, müssen sie für die Kosten anderer Behandlungen selbst aufkommen. Selbst in Ländern, in denen Migranten in einer irregulären Situation bei Erfüllen der entsprechenden Voraussetzungen eine medizinische Grundversorgung erhalten, können Kosten entstehen (z. B. für Medikamente), die das Versorgungsniveau beeinflussen können und die ebenfalls berücksichtigt werden müssen. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass solche Kosten für Migranten in einer irregulären Situation sehr belastend sein können.

Wie im FRA-Bericht über unbegleitete Minderjährige dokumentiert, stellen die Schwierigkeit, eine Krankengeschichte von Kindern zu erhalten, sowie das Fehlen von **Krankenakten** zusätzliche Hindernisse dar.¹¹⁶ Laut medizinischem Personal in Belgien erweist sich das Führen einer Krankenakte als besonders problematisch, da dies in öffentlichen Krankenhäusern mit den gesetzlichen Ansprüchen auf primäre und sekundäre medizinische Versorgung von Migranten in einer irregulären Situation im jeweiligen Land zusammenhänge. Medizinisches Personal in Belgien, Deutschland, Griechenland und Italien gab an, dass, wenn Migranten in einer irregulären Situation im Rahmen von speziellen Programmen Zugang zu medizinischer Versorgung hätten und die Kosten dafür übernommen würden, eine Krankenakte geführt werde. Allerdings merkte medizinisches Personal in Griechenland an, dass Migranten, die keinen gesetzlichen Anspruch auf eine Versorgung hätten bzw. nicht dafür bezahlen könnten, entweder eine Rechnung gestellt bekommen (und dann auch eine Krankenakte geführt werde) oder dass der Arzt eine informelle Behandlung vorschlage – in diesem Fall würden keine Aufzeichnungen über die Behandlung gemacht.

Medizinisches Personal in Irland erwähnte Schwierigkeiten bei der Führung von Krankenakten, da Migranten in einer irregulären Situation häufig falsche Angaben zu Telefonnummern und Adressen machten oder Versicherungskarten von anderen Personen vorwiesen. Viele Migranten in einer irregulären Situation täten dies aus Angst, ihre Kontaktinformationen – selbst für medizinische Zwecke – an Behörden weiterzugeben. Dies mache es für Gesundheitsdienstleister

beispielsweise schwierig, Terminänderungen bekanntzugeben. Ein Arzt aus Dublin merkte an, wie einfach es sei, die Notaufnahme des Krankenhauses unter einem falschen Namen zu betreten und so im Gesundheitssystem anonym zu bleiben. In diesem Fall bestehe bei einer Nachbehandlung allerdings ein großes Verwechslungsrisiko. Blutgruppen könnten vertauscht werden oder Behandlungen zu allergischen Reaktionen führen, was schwerwiegende Konsequenzen haben kann (siehe Kapitel 4).

Die prekären Lebensumstände von Migranten in einer irregulären Situation stellen ein weiteres Hindernis bei der Bereitstellung von fortlaufenden Behandlungen dar. Aufgrund ihrer Angst entdeckt zu werden, können Gesundheitsdienste für Migranten in einer irregulären Situation teilweise nur schwer erreichbar sein. Gesundheitsdienstleister, die für NRO in Frankreich, Italien und Schweden tätig waren, bestätigten, dass Krankenakten für Migranten in einer irregulären Situation geführt würden. Es gebe allerdings auch derartige Bemühungen seitens öffentlicher Dienstleister, wie eine medizinische Fachkraft in Italien betonte:

„Als Krankenhaus ist es unser Ziel, eine medizinische Versorgung kontinuierlich bereitzustellen, selbst wenn der behandelnde Arzt nicht immer derselbe ist. Viele Patienten, die seit Jahren irregulär sind, kommen immer wieder hierher.“

Medizinische Fachkraft, Italien

Die Kontinuität in der Gesundheitsversorgung wird auch durch zusätzliche Kosten für Medikamente eingeschränkt, die die Behandlungsmöglichkeiten von Gesundheitsdienstleistern für bestimmte Krankheiten schmälern können. Letztendlich kann es in Ländern, in denen Migranten in einer irregulären Situation lediglich Anspruch auf Notfallbehandlungen haben, sehr schwierig sein, ergänzende Untersuchungen oder Leistungen zu veranlassen, da von den Migranten erwartet wird, diese zu bezahlen.

Der Zugang zu Zusatzuntersuchungen bzw. ergänzenden Leistungen stellt nicht nur Migranten in einer irregulären Situation sondern auch Gesundheitsdienstleister vor Herausforderungen. Ein Arzt in Deutschland merkte an, dass für Personen mit einer Duldung nicht immer alle Behandlungskosten (beispielsweise Rehabilitation, Medikamente, Bereitstellung von Insulin) übernommen würden. Medizinisches Personal in Ungarn erwähnte eine ähnliche Situation für Dialysepatienten. Ein Arzt in Deutschland sagte auch, dass eine Rehabilitation oder vergleichbare Behandlungen weder vom Sozialamt abgedeckt würden, noch – aufgrund der Kosten – durch Gesundheitsdienstleister finanziert werden könnten, und Patienten daher nicht die am besten geeignete Therapie erhielten. Ein Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in Warschau

¹¹⁶ FRA (2010), *Separated, asylum-seeking children in European Union Member States – Comparative Report*, S. 46.

bestätigte, dass Patienten für (nicht im Zusammenhang mit Notfällen stehende) Nachfolgebehandlungen bezahlen müssten. Ein Vertreter einer Behörde in Stockholm stellte fest, dass von Migranten in einer irregulären Situation mit chronischen Erkrankungen (z. B. Diabetes) erwartet werde, für Laboruntersuchungen zu bezahlen.

Eine wichtige Überlegung betrifft die Schwierigkeit, eine kontinuierliche Behandlung bei übertragbaren Krankheiten (vor allem Tuberkulose) sicherzustellen. Migranten überqueren Staatsgrenzen, aber es existiert kein staatenübergreifendes medizinisches Überweisungssystem. Wenn Migranten in andere Länder umziehen, kann dies leicht zu Behandlungsunterbrechungen führen, was das Risiko der Entwicklung einer Medikamentenresistenz mit sich bringt.

FRA-Gutachten

Kontinuität in der Gesundheitsversorgung

Migranten in einer irregulären Situation werden oft informell behandelt und es werden keine Aufzeichnungen über medizinische Behandlungen geführt.

Gesundheitssysteme müssen geeignete Wege finden, die grundlegenden Herausforderungen in der Bereitstellung einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung zu bewältigen. Darüber hinaus sollten Maßnahmen wie die Schaffung eines EU-weiten Referenzsystems für Tuberkulosepatienten ergriffen werden, um die Kontinuität der Versorgung bei übertragbaren Krankheiten sicherzustellen.





Schlussfolgerungen

Der Zugang zu bestimmten Formen medizinischer Grundversorgung darf nicht vom rechtlichen Status einer Person abhängen. Wenn bestimmte Bevölkerungsgruppen eines Landes aufgrund Kostenüberlegungen oder aus anderen Gründen, wie etwa dem Wunsch, nicht entdeckt zu werden, von medizinischer Versorgung ausgeschlossen sind, betrifft dies auch die öffentliche Gesundheit. Wenn der Zugang zu primärer oder präventiver medizinischer Versorgung eingeschränkt oder eine bestimmte Gruppe vom Zugang ausgeschlossen ist, führt dies voraussichtlich zu steigenden Kosten in der medizinischen Notfallversorgung.

Die in dieser Studie untersuchten Länder unterscheiden sich stark hinsichtlich des Zugangsniveaus, das sie Migranten in einer irregulären Situation gewähren. Ohne die Berechtigungen spezieller Gruppen (wie beispielsweise Kinder) oder bei speziellen Krankheiten (wie beispielsweise Tuberkulose) zu berücksichtigen, haben Migranten in einer irregulären Situation in sechs der zehn untersuchten Länder nur in Notfällen Anspruch auf eine öffentliche Gesundheitsversorgung.

In den restlichen vier Ländern (Belgien, Frankreich, Italien und Spanien) haben sie Zugang zu medizinischer Versorgung, die über eine Notfallversorgung hinausgeht, wenn bestimmte Zugangsbedingungen – wie zum Beispiel tatsächlicher Wohnsitz im Aufnahme-

land oder in einer bestimmten Region, Vorlage von Ausweisdokumenten, Nachweis fehlender finanzieller Mittel – erfüllt werden.

Die meisten in dieser Studie erfassten Länder bemühen sich, den geeignetsten Umgang mit den Gesundheitsbedürfnissen von Migranten in einer irregulären Situation zu finden. Kosten, öffentliche Gesundheitsinteressen und Achtung der Menschenrechte, aber auch migrationspolitische Erwägungen, beeinflussen die nationalen politischen Entscheidungen.

Die Tatsache, dass rechtsverbindliche internationale Vorschriften zum Recht auf Gesundheit nur eingeschränkt durchgesetzt werden können, führt in Verbindung mit der ungenauen Sprachverwendung (z. B. „angemessene medizinische Versorgung“) und der Anforderung, internationale und europäische Standards in Ländern mit sehr unterschiedlichen Gesundheitssystemen einzuführen, zu einem abweichenden Verständnis und unterschiedlichen Anwendungen des bestehenden gesetzlichen Rahmens in den EU-Mitgliedstaaten. Die Folge ist, dass verschiedene medizinische Leistungen für Migranten in einer irregulären Situation angeboten werden, die nicht alle den bestehenden Standards entsprechen.

Anhänge

Anhang 1: Verwendete Begriffe

Tabelle A1: Begriffserklärungen, nach EU-Mitgliedstaaten

Abkürzung	Bedeutung	Land
AME	<i>Aide Médicale d'Etat</i> (staatliche medizinische Beihilfe)	Frankreich
AMU	<i>Aide Médicale Urgente</i> (medizinische Notfallhilfe)	Belgien
CMP	<i>Centre Médico-Psychologique</i> (Psychologisch-medizinisches Zentrum)	Frankreich
CMS	<i>Centres Médico-Sociaux</i> (Sozialmedizinisches Zentrum)	Frankreich
CMU	<i>Couverture maladie universelle</i> (allgemeiner Krankenversicherungsschutz)	Frankreich
CPAM	<i>Caisse Primaire d'Assurance Maladie</i> (lokale Krankenkasse)	Frankreich
CPAS	<i>Centre public d'aide sociale</i> (öffentliches Sozialhilfzentrum)	Belgien
Duldung	Aufenthaltsgenehmigung für Personen, deren Abschiebung ausgesetzt wurde	Deutschland
ESI	<i>Espace solidarité insertion</i> (Zentrum für Solidarität und Integration)	Frankreich
IKA	Gesetzlicher Sozialversicherungsträger	Griechenland
INAMI	<i>Institut national d'assurance maladie-invalidité</i> (Staatliches Institut für Gesundheits- und Invaliditätsversicherung)	Belgien
LEA	<i>Livelli Essenziali di Assistenza</i> (Grundlegende Betreuungsebenen)	Italien
OCMW	<i>Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn</i> (öffentliches Sozialhilfzentrum)	Belgien
PASS	<i>Permanences d'Accès aux Soins de Santé</i> (Kostenlose Gesundheitszentren in Krankenhäusern)	Frankreich
RIZIV	<i>Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering</i> (Staatliches Institut für Gesundheits- und Invaliditätsversicherung)	Belgien
STP-Code	<i>Stranieri Temporaneamente Presenti</i> (Kennzahl für ausländische Staatsbürger, die sich vorübergehend im Land aufhalten)	Italien

Anhang 2: Forschungsdesign und -methode

Die Daten für diesen Bericht stammen größtenteils aus drei Quellen: Erstens, Sekundärforschung zu den jüngsten und relevantesten Studien über den Zugang zu Gesundheitsversorgung von Migranten in einer irregulären Situation im europäischen Kontext sowie zur Situation in den einzelnen Ländern; zweitens, eine Befragung für das umfassendere Projekt über die Grundrechte von Migranten in einer irregulären Situation, die auch Fragen über den Zugang zu medizinischer Versorgung beinhaltete – die Fragebögen wurden im Frühjahr 2010 an nationale und lokale Behörden sowie zivilgesellschaftliche Organisationen in den 27 EU-Mitgliedstaaten verteilt; und drittens, empirische Feldforschung in zehn Ländern.

Die Feldforschung ist die wichtigste Quelle für diesen Bericht. Die empirische Forschung umfasste qualitative Interviews mit vier Gruppen: Migranten in einer irregulären Situation, medizinisches Personal, Akteure der Zivilgesellschaft und öffentliche Behörden. Die Forschung wurde von PICUM und ICMPD koordiniert und von zehn Sozialwissenschaftlern durchgeführt, die entsprechend ihrer Fachkenntnisse und Arbeitserfahrungen in den Bereichen irreguläre Migration und/oder Gesundheit ausgewählt wurden. Pro Land waren zwischen 17 und 32 Interviews vorgesehen (fünf bis zehn mit Migranten in einer irregulären Situation, fünf bis zehn mit medizinischem Personal, zwei bis fünf mit Vertretern der Zivilgesellschaft und zwei bis drei mit öffentlichen Behörden). Die genaue Anzahl hing

davon ab, zu welchem Zeitpunkt die Forscher vor Ort die jeweilige Stichprobe als gesättigt eingeschätzt hatten. Die Interviews wurden hauptsächlich zwischen April und Juni 2010 durchgeführt.

Die Feldforschung umfasste insgesamt 221 halbstrukturierte qualitative Interviews in zehn EU-Mitgliedstaaten: 36 mit öffentlichen Behörden, 43 mit Vertretern der Zivilgesellschaft, 67 mit Mitarbeitern im Gesundheitswesen und 75 mit Migranten in einer irregulären Situation. Die Gesamtanzahl der Interviewpartner, die an der Studie teilgenommen haben, ist etwas höher, da einige Interviews mehr als einen Befragten einschlossen. Die vier Interviewkategorien ließen sich nicht immer klar trennen, da Behörden oder zivilgesellschaftliche Organisationen in manchen Fällen gleichzeitig auch Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen waren. Die empirische Forschung wurde in 21 Städten (siehe Tabelle A1) durchgeführt. Es wurden bevorzugt Hauptstädte oder Städte, die interessante Praktiken aufweisen könnten, ausgewählt.

Die Interviews mit Behörden zielten darauf ab, unterschiedliche nationale, regionale und lokale Politiken hinsichtlich des Zugangs zu medizinischer Versorgung von Migranten in einer irregulären Situation sowie deren Begründungen zusammenzufassen. Sie dienten auch dazu, Informationen über die Kenntnisse der Beamten über initiierte Programme und die von lokalem Verwaltungspersonal und Entscheidungsträgern

Tabelle A2: Untersuchte Städte und Anzahl der durchgeführten Interviews, nach EU-Mitgliedstaaten

Land	Stadt	Anzahl der Interviews				
		Behörden	Zivilgesellschaft	Medizinisches Personal	Migranten	Gesamt
BE	Brüssel, Antwerpen, Gent	5	3	5	7	20
DE	Bremen, Köln, Bochum, Dortmund, Wuppertal, Bissendorf	2	7	6	8	23
EL	Athen	4	5	6	10	25
ES	Barcelona	5	4	6	9	24
FR	Paris	5	6	7	8	26
HU	Budapest	2	3	5	2	12
IE	Dublin, Lacken	4	5	5	7	21
IT	Mailand, Brescia, Legnano	3	3	8	10	24
PL	Warschau, Piastow	3	5	11	10	29
SE	Stockholm	3	2	6	6	19
	n=21	36	43	65	77	221

identifizierten Herausforderungen zu erfassen. Die Stichprobe umfasste für Gesundheitsanliegen, Sozialhilfe und/oder Migration zuständige lokale (19), nationale (neun) und regionale (acht) Behörden.

Mittels der Interviews mit Vertretern der Zivilgesellschaft soll ein Überblick über die Umsetzung nationaler sowie lokaler Maßnahmen und Strategien gegeben werden. Außerdem sollen Informationen über die Rolle der verschiedenen Interessenvertreter gesammelt und die maßgeblichen Herausforderungen in der Praxis identifiziert werden. Der Großteil der befragten Vertreter der Zivilgesellschaft stellte Migranten in einer irregulären Situation oder anderen schutzbedürftigen Gruppen aktiv medizinische Versorgung zur Verfügung. Für mehr als die Hälfte der Organisationen stellten Migranten im Allgemeinen, und für ein Drittel Migranten in einer irregulären Situation, die Zielgruppe dar.

Die Interviews mit medizinischem Personal dienten dazu aufzuzeigen, wie der Zugang zu medizinischer Versorgung in der Praxis funktioniert, welche Zugangsbedingungen den Zugang verhindern können, wie Gesundheitsdienstleister zu Patienten mit irregulärem Aufenthalt kommen (z. B. Bestehen institutioneller Richtlinien) und welche Herausforderungen sie identifizieren. Das interviewte medizinische Fachpersonal umfasste Ärzte, Krankenpfleger, Verwaltungspersonal und Sozialarbeiter. Der Schwerpunkt dieser Interviews lag auf: Gesundheitsdienstleistern im etablierten System (wie beispielsweise Personen, die in allgemeinen Krankenhäusern arbeiten); Fachabteilungen in Krankenhäusern oder Spezialkliniken; medizinische Gemeindezentren oder Allgemeinmediziner, die in eigenen oder Gemeinschaftspraxen arbeiten. Lediglich fünf der befragten Einrichtungen (neun Interviews) richteten ihr Angebot speziell an Migranten in einer irregulären Situation. Sie unterschieden sich hinsichtlich ihrer Organisationsform (nichtstaatlich, staatlich, staatlich gefördert, etc.) und hinsichtlich der angebotenen Leistungen (von grundlegender Beratung bis hin zu allen Arten von Gesundheitsdienstleistungen).

In den Interviews mit Migranten in einer irregulären Situation wurde versucht herauszufinden, welche Strategien Migranten in einer irregulären Situation anwenden, um im Bedarfsfall Zugang zu medizinischer Versorgung zu erhalten. Des Weiteren sollten sie die Erreichbarkeit und Qualität der von öffentlichen Gesundheitsdiensten einschätzen und die maßgeblichen Herausforderungen in Bezug auf rechtliche Leistungsansprüche und damit verbundene Kosten darlegen. Unter den interviewten Migranten befanden sich auch Drittstaatsangehörige, die sich irregulär in einem der untersuchten Länder aufhielten. Die Mehrheit davon lebte zum Zeitpunkt der Interviews unentdeckt im jeweiligen Land (68 % der Interviews). Manche Migranten in einer irregulären Situation waren den Behörden jedoch bekannt, da ihre

Rückführung ausgesetzt oder verschoben wurde. Dies umfasste Personen, die sich in einem Legalisierungsverfahren befanden, Frauen, deren Abschiebung aufgrund einer Schwangerschaft oder aus anderen gesundheitlichen Gründen aufgeschoben wurde, oder abgewiesene Asylbewerber, die aufgrund fehlender Identitätsnachweise oder aus anderen Gründen nicht abgeschoben werden konnten.

Herkunftsländer der Befragten: 35 % kamen aus einem afrikanischen Land, 23 % aus einem asiatischen Land, 21 % aus einem europäischen Land und 20 % aus Lateinamerika und der Karibik.

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten waren Männer; über die Hälfte der Interviewten waren zwischen 30 und 49 Jahre alt. Die Mehrheit der interviewten Migranten in einer irregulären Situation (50 Personen) gingen einer Beschäftigung nach – meist ohne Anmeldung. 40 % der befragten Personen waren alleinstehend und/oder hatten keine Kinder, 36 % hatten mit ihnen im Aufenthaltsland lebende Kinder, und 13 % hatten eine Familie (Ehepartner/Ehepartnerin und/oder Kinder) im Herkunftsland.

Darüber hinaus zielte die Auswahl der Interviewpartner darauf ab, Informationen zu fünf spezifischen Gesundheitsszenarien für die Fallstudie zu sammeln (Unfälle, prä- und postnatale Versorgung, Schutzimpfungen für Kinder, chronische Erkrankungen, psychische Gesundheitsprobleme). Daher versuchten die Forscher Interviewpartner zu finden, die entweder selbst Erfahrungen mit einem der angeführten Gesundheitsprobleme hatten oder eine solche Person kannten. Unfälle wurden im endgültigen Bericht nicht gesondert behandelt, da sie weitgehend unter medizinischer Notfallversorgung zusammengefasst sind.

Die im Anhang angeführten Interviewleitfäden wurden entwickelt, um ein einheitliches Vorgehen sicherzustellen. Die Interviewer erhielten am 8. und 9. April 2010 in Brüssel eine Einschulung zu diesen Leitfäden. Die Feldforschung wurde im April und Juni 2010 durchgeführt.

Die meisten Interviews wurden in der jeweiligen Landessprache geführt. Einige Interviews wurden jedoch in englischer Sprache oder mit Unterstützung von Dolmetschern in der Muttersprache der Interviewpartner durchgeführt.

Eine der größten Herausforderungen während des Forschungsprojektes war der Zugang zu den Interviewpartnern. In einigen Ländern hatten die Forscher große Probleme dabei, die Behörden zu kontaktieren, während es beispielsweise in Ungarn und Polen schwierig war herauszufinden, welche Abteilung bzw. Person für das Forschungsthema zuständig war.

Auch der Zugang zu Migranten in einer irregulären Situation stellte ein großes Problem dar. Abgesehen von persönlichen Kontakten oder nach dem Schneeballprinzip wurde der Zugang zu Migranten in einer irregulären Situation über NRO gesucht. Interviews fanden oft in den Räumlichkeiten von NRO statt, da die Migranten diese bereits kannten und sich dort wohler fühlten. Die Interviews wurden allerdings immer wieder vom Tagesgeschäft der NRO (hereinkommende Personen, der Raum wurde für einen Kurs benötigt, etc.) oder aufgrund der begrenzten Zeit der Interviewpartner unterbrochen.

Mit dem Einverständnis der Interviewpartner wurden die Interviews aufgezeichnet oder während der Unterhaltung Notizen gemacht. Für die Auswertung der Interviews wurde das Konzept des thematischen Kodierens – unterstützt durch eine Software für die Analyse von qualitativen Interviews (Maxqda) – verwendet. Basierend auf der vorläufigen Analyse einiger

Interviews und der Leitfragen für das gesamte Forschungsprojekt wurde eine Liste mit Codes für jede der vier Interviewgruppen entwickelt, die anschließend auf die Interviews der jeweiligen Kategorie angewandt wurden.

Das ICMPD (Veronika Bilger und Christina Hollomey) und PICUM (Devin Cahill) stellten der FRA eine Fallstudie gemeinsam mit dem Datensatz, auf dessen Basis die FRA diesen Bericht vorbereitete, zur Verfügung.



Interviewleitfaden für Migranten

I. Informationen zum Interview

Interviewer: NAME

Datum (TT/MM/JJJJ):

Uhrzeit (9:00 oder 21:00):

Dauer des Interviews:

Kontaktiert über (z. B. NRO, privater Kontakt, etc.):

Sprache, in der das Interview geführt wurde:

Ort, an dem das Interview geführt wurde (z. B. NRO, Lokal, bei der Person zuhause, etc.):

Protokollierung (z. B. Tonaufnahme, handschriftliche Notizen):

Interviewsituation (kurze Beschreibung der Atmosphäre, Umgebung, Besonderheiten, etc.):

II. Angaben zur befragten Person

Befragte Person (nicht der richtige Name, für interne Zwecke):

Geschlecht:

Alter:

Nationalität/Herkunftsland/oder ethnische Zugehörigkeit:

Derzeitiger rechtlicher Status (z. B. ohne gültige Ausweispapiere, in rechtlichem Schwebestadium, etc.):

Früherer rechtlicher Status:

Sonstige Angaben zur befragten Person:

III. Persönliche Informationen zur befragten Person

1. Was ist Ihre Wohnsituation (z. B. alleine, in einer Partnerschaft, bei Verwandten, Freunden, mit Kindern)?
2. Haben Sie Kinder (unter 18 Jahren)?
3. Wie lange leben Sie bereits in Ihrer derzeitigen rechtlichen Situation? Wie kam es dazu?
4. Sind Sie berufstätig?
5. Falls JA, welche Art der Tätigkeit üben Sie aus (z. B. Baugewerbe, Reinigung, Landschaftspflege, etc.)?
6. Wo wohnen Sie (z. B. soziale Unterkunft, private Wohnung mit/ohne Freunde, keine Wohnmöglichkeit)? Wie sind Ihre Wohnbedingungen (z. B. in gutem Zustand, sauber, schmutzig, sicher, etc.)?

Interviewprotokoll (Fragen und Text)

IV. Persönliche Erfahrungen der Interviewpartner mit dem Zugang zu medizinischer Versorgung

7. Waren Sie jemals krank und benötigten professionelle Hilfe? Was haben sie unternommen?
8. Sind Sie jemals wegen eines gesundheitlichen Anliegens ins Krankenhaus gegangen (z. B. Notfall, Schwangerschaftsbetreuung, chronische Erkrankungen, Behandlung psychischer Erkrankungen, etc.)?
9. Falls NEIN, warum nicht?
10. Falls NEIN, würden Sie versuchen, in einer anderen Einrichtung in Ihrer Stadt Hilfe zu finden (z. B. Beratungsstelle, etc.)?
11. Falls NEIN, was haben Sie getan? Haben Sie die Verletzung noch/oder sind Sie noch durch das gesundheitliche Problem beeinträchtigt?
12. Falls NEIN (hat kein Krankenhaus aufgesucht), kennen Sie Migranten in einer irregulären Situation, die in ein Krankenhaus gegangen sind? Was war deren Erfahrung?
13. Falls JA, unter welchen Bedingung haben Sie Zugang (z. B. Vorzeigen von Dokumenten, etc.)?
14. Falls JA, was wäre die Zahlungsart für die medizinische Versorgung (z. B. kostenloser Zugang, Zahlung des vollen Betrags, etc.)?
15. Falls JA, können Sie beschreiben, wie es für Sie persönlich war, medizinische Versorgung zu erhalten (z. B. Hindernisse, Schwierigkeiten, Erfolg, Behandlung durch das Personal, etc.)?
16. Haben Sie jemals während einer Konsultation einen Übersetzer gebraucht?
17. Falls JA, konnte das Krankenhaus einen Übersetzer bereitstellen? Falls nicht, was ist passiert?
18. Was ist die größte Barriere beim Zugang zu Gesundheitsversorgung?
19. Gibt es ihrer Meinung nach wesentliche Gesundheitsanliegen in Ihrer Gemeinde, die unbeachtet bleiben?
20. Kennen Sie ein Beispiel von irregulären Migranten mit einem Kind/Kindern (Kindern), die versuchten, medizinische Leistungen für Ihre Kinder zu beziehen? Wie ist der Ablauf?
21. Was würde eine schwangere Migrantin bei der Geburt tun? Waren Sie bereits in so einer Situation?
22. Wenn Migranten psychische Gesundheitsprobleme haben (z. B. Depression, Angstzustände, etc.), was würden sie tun? Waren Sie bereits mit so einer Situation konfrontiert?
23. Wenn Migranten in einer irregulären Situation an einer chronischen Krankheit leiden (z. B. Diabetes), was würden sie tun? Waren Sie bereits mit so einer Situation konfrontiert?
24. Was würde passieren, wenn Sie einen Arbeitsunfall hätten? Würde der Arbeitgeber eine medizinische Versorgung organisieren? Waren Sie bereits mit so einer Situation konfrontiert?
25. Fühlen Sie sich in diesem Land im Krankheitsfall gut betreut?



Interviewleitfaden für Behörden

I. Informationen zum Interview

Interviewer: NAME

Datum (TT/MM/JJJJ):

Uhrzeit (9:00 oder 21:00):

Dauer des Interviews:

Kontaktiert über (z. B. Fragebogen, privater Kontakt, etc.):

Sprache, in der das Interview geführt wurde:

Ort, an dem das Interview geführt wurde (z. B. Büro, etc.):

Protokollierung (z. B. Tonaufnahme, handschriftliche Notizen):

Interviewsituation (kurze Beschreibung der Atmosphäre, Umgebung, Besonderheiten, etc.):

II. Kontaktinformationen der befragten Person

Name der Organisation:

Regierungsebene (z. B. Stadt, nationale Ebene, regionale Ebene, etc.):

Adresse:

Kontaktperson:

Tel.:

E-Mail:

III. Herangehensweise und Bewusstsein auf politischer und administrativer Ebene

1. Welche besonderen nach medizinischer Hilfe suchenden Migrantengruppen wurden in Ihrer Stadt grundsätzlich ermittelt (z. B. Mütter, Schwangere, Kinder, etc.)?
2. Wie wird dieses Wissen, abhängig von den Gruppen, auf städtischer Ebene in der öffentlichen Gesundheitspolitik umgesetzt (z. B. spezielle Programme für die jeweiligen Gruppen, Aktionsplan, etc.)?
3. Gibt es spezielle öffentliche Gesundheitsstrategien, -programme, oder -maßnahmen für Migranten in einer irregulären Situation/Personen in einem rechtlichen Schwebezustand auf städtischer Ebene (z. B. abgewiesene Asylbewerber)?
 - Falls ja, welche Überlegungen liegen den Maßnahmen zugrunde (z. B. Menschenrechte, Kostenreduktion, Prävention, Verbesserung der Gesundheit, etc.)?
 - Falls nicht, warum nicht?

4. Gibt es spezielle Gesundheitsprogramme für Personen mit besonderen Gesundheitsbedürfnissen? Haben Migranten in einer irregulären Situation (Personen ohne gültige Ausweispapiere, unentdeckte Personen) Zugang zu diesen Programmen?
5. Haben Personen in einem rechtlichen Schwebestadium Zugang zu diesen Programmen?
6. Welches Programm erachten Sie als besonders erfolgreich in Ihrer Stadt und warum?
7. In jeder Stadt ist eine Reihe von NRO an der Bereitstellung von medizinischer Versorgung für Migranten in einer irregulären Situation beteiligt.
 - Wie ist die Kooperation mit NRO organisiert (z. B. aktive finanzielle Unterstützung; keine Beachtung, Anerkennung ihres Vorhandenseins, aber nicht mehr, etc.)?
8. Wie gehen Sie mit dem Zugang von Migranten in einer irregulären Situation zu medizinischer Versorgung um? (z. B. Schwerpunkt auf ihre Einbeziehung ins allgemeine Gesundheitssystem oder auf die Unterstützung von irregulären Migranten durch die Erweiterung der Kapazitäten von NRO)
9. Bewerten Sie die Herangehensweise Ihrer Stadt als erfolgreich? Warum/warum nicht?
10. In vielen Ländern/Städten gibt es ein widersprüchliches Interesse der Einwanderungskontrolle auf der einen und der Gesundheitsversorgung auf der anderen Seite. Wie gehen Sie damit um?
11. Ist es für Gesundheitsdienstleister oder Beamte in Ihrer Stadt üblich, Migranten in einer irregulären Situation den Behörden zu melden?
12. Was sollte geändert werden, um den Zugang zu medizinischer Versorgung für Migranten in einer irregulären Situation/Personen im rechtlichen Schwebestadium zu verbessern (z. B. nationale Maßnahmen, lokale Maßnahmen, Veränderungen in der Verwaltung, Programme, Leistungen, etc.)?
13. Zählen Sie die 3 bis 5 wichtigsten Veränderungen auf, die Ihrer Meinung nach notwendig wären.
 - Wie ist der genaue Ablauf für Migranten in einer irregulären Situation, die medizinische Versorgung benötigen, in den folgenden Situationen (Behandlung, Kosten, Meldung, etc.)?
 - Eine Person, die einen Arbeitsunfall hatte und Notfallversorgung benötigt.
 - Eine schwangere Frau (Zugang zu pränataler Versorgung, Entbindung und postnatale Versorgung)
 - Eine Person mit einer chronischen Erkrankung (Diabetes oder Asthma), die einer Behandlung bedarf.
 - Eine Person mit psychischen Gesundheitsproblemen (z. B. traumatisiert, Psychose, (drogen)abhängig, Alkoholismus), die einer Behandlung bedarf.



Interviewleitfaden für medizinisches Personal

Grundsätzlich gilt zu beachten, dass es Unterschiede im Zugang zu medizinischer Versorgung von „unentdeckten“ Migranten in einer irregulären Situation und Personen in einem rechtlichen Schwebzustand geben kann.

I. Informationen zum Interview

Name:

Tätigkeit:

Name der Organisation/Institution:

Stadt:

Kontaktdaten der des Interviewpartners (falls zutreffend):

II. Informationen zum Gesundheitsdienstleister

1. Art des Angebots
 - Allgemeines Krankenhaus
 - Bestimmte Abteilung des Krankenhauses: (z. B. Notaufnahme, Gynäkologie, etc.)
 - Spezielle Leistungen für Migranten in einer irregulären Situation innerhalb eines Krankenhauses
 - Spezielle Leistungen für Migranten in einer irregulären Situation außerhalb eines Krankenhauses
 - Spezialisierte Versorgung außerhalb des Krankenhauses
 - Allgemeinmediziner
 - Netzwerk von praktischen Ärzten (inklusive Fachärzten)
 - Sonstiges
2. Art der Finanzierung
 - staatlich finanziert
 - nichtstaatlich/privat finanziert
 - nichtstaatlich/staatlich subventioniert
 - Privat/gewinnorientiert
 - Sonstige
3. Zielgruppen der Leistung
 - Keine spezielle Zielgruppe
 - Frauen
 - Kinder
 - Personen mit chronischen Erkrankungen
 - Personen mit psychischen Erkrankungen
 - Migranten
 - Migranten in einer irregulären Situation
 - Asylbewerber
 - Sonstige

III. Zugang von irregulären Migranten zu medizinischer Versorgung

4. Welche administrativen Schritte sind erforderlich, Migranten in einer irregulären Situation medizinische Versorgung in Anspruch nehmen wollen?
5. Welche Dokumente sind für den Zugang zu medizinischer Versorgung erforderlich?
 - Identitätsausweis
 - Krankenkarte (Versicherung)
 - Bestätigung der Wohnadresse
 - Dokument zum Einwanderungsstatus
 - Kontonummer
 - Sonstige
6. Müssen Migranten in einer irregulären Situation für medizinische Versorgung bezahlen?
7. Wer übernimmt die Kosten der Behandlung, wenn Patienten nicht bezahlen können?
 - Versicherung
 - Stadt
 - Krankenhaus
 - Sonstige
8. Was passiert, wenn eine Person die Behandlung nicht bezahlen kann? Z. B.
 - Im Voraus überprüft – keine Behandlung ohne Bezahlung
 - Meldung an Vorgesetzte/Außenstehende (z. B. Polizei, Einwanderungsbehörde, etc.)
9. Gibt es in Ihrer Organisation/Abteilung offizielle Richtlinien für die Behandlung von Migranten in einer irregulären Situation?
10. Erhalten Migranten in einer irregulären Situation im ganzen Land/in der ganzen Stadt zu denselben Bedingungen medizinische Versorgung, oder ist die Art, auf die Ihre Organisation medizinische Versorgung anbietet besonders?
11. Falls Ihre Organisation keine medizinische Versorgung für Migranten in einer irregulären Situation anbietet, können Sie sie an andere Einrichtungen verweisen, wo sie die erforderliche Behandlung erhalten?

IV. Qualität der Leistungen

12. Welche Leistungen erhalten Migranten in einer irregulären Situation?
 - Präventive Versorgung, Untersuchungen/Screenings
 - Diagnostische Leistungen
 - Notfallversorgung
 - Allgemeine medizinische Versorgung
 - Chirurgische Leistungen
 - Stationäre Behandlung
 - Ambulante Versorgung
 - Sonstige



13. Gibt es Unterschiede bei der Behandlung von Migranten in einer irregulären Situation im Vergleich zu anderen PatientInnen? (Auch hinsichtlich Personen in einem rechtlichen Schwebestand!)
 - Sie erhalten nur eingeschränkte medizinische Leistungen
 - Sie werden von speziellem Personal behandelt
 - Sie werden in einer speziellen Abteilung behandelt
 - Sonstige
14. Sprache: Werden Migranten in einer irregulären Situation im Allgemeinen Übersetzungsdienste angeboten?
15. Gibt es speziell für Migranten in einer irregulären Situation angepasste Strukturen vor Ort? Z. B.
 - Eine Ansprechperson für Migranten in einer irregulären Situation
 - Speziell für den Umgang mit Migranten in einer irregulären Situation ausgebildete Personen
 - Übersetzungsdienste
 - Spezielle Bezahlungsvereinbarungen
 - Sozialarbeiter
 - Sonstige

V. Kontinuität in der Versorgung

16. Erfassen Sie die Krankengeschichte von Migranten in einer irregulären Situation?
17. Ist es für Migranten in einer irregulären Situation möglich, Nachbehandlungen zu erhalten?
18. Haben Migranten in einer irregulären Situation die Möglichkeit, denselben Arzt mehrere Male aufzusuchen?

VI. Informationen zu Migranten in einer irregulären Situation, wenn diese Patienten sind

19. Erfassen Sie Verwaltungsinformationen (z. B. Aufenthaltstitel, Adresse, Name, etc.) von Migranten in einer irregulären Situation?
20. Werden Verwaltungsinformationen mit Außenstehenden geteilt/an Außenstehende weitergegeben?
21. Wissen Sie, wie viele Migranten in einer irregulären Situation Ihre Leistungen im letzten Jahr in Anspruch genommen haben?
 - Genaue Anzahl:
 - Schätzung: % der Patienten

VII. Besondere Situationen von Migranten in einer irregulären Situation, die medizinische Versorgung benötigen

22. Wie ist der genaue Ablauf für Migranten in einer irregulären Situation, die medizinische Versorgung benötigen, in den folgenden Situationen (Behandlung, Kosten, Meldung, etc.)?
- Eine Person, die einen Arbeitsunfall hatte und Notfallversorgung benötigt.
 - Eine schwangere Frau (Zugang zu pränataler Versorgung, Geburtshilfe und postnataler Versorgung).
 - Eine Person mit einer chronischen Erkrankung (Diabetes oder Asthma), die einer Behandlung bedarf.
 - Eine Person mit psychischen Gesundheitsproblemen (z. B. traumatisiert, Psychose, (drogen)abhängig, Alkoholismus), die einer Behandlung bedarf.



Interviewleitfaden für Vertreter der Zivilgesellschaft

I. Informationen zum Interview

Interviewer: NAME

Datum (TT/MM/JJJJ):

Uhrzeit (9:00 oder 21:00):

Dauer des Interviews:

Kontaktiert über (z. B. Fragebogen, privater Kontakt, etc.):

Sprache, in der das Interview geführt wurde:

Ort, an dem das Interview geführt wurde (z. B. Büro, etc.):

Protokollierung (z. B. Tonaufnahme, handschriftliche Notizen):

Interviewsituation (kurze Beschreibung der Atmosphäre, Umgebung, Besonderheiten, etc.):

II. Kontaktinformationen der befragten Person

Name der Organisation:

Adresse:

Kontaktperson:

Tel.:

E-Mail:

III. Informationen zur Zivilgesellschaft

1. In welchem geographischen Gebiet ist Ihre NRO tätig (Stadt, landesweit, etc.)?
2. Welche Arten von Leistungen werden Migranten in einer irregulären Situation von Ihrer NRO angeboten?
3. In welcher Situation/in welchem Status befinden sich die werden Migranten in einer irregulären Situation, mit denen Sie arbeiten, hauptsächlich (undokumentiert, Personen in einem rechtlichen Schwebezustand, etc.)?
4. Aus welchen Ländern kommt die Mehrheit der mit Ihnen in Kontakt stehenden werden Migranten in einer irregulären Situation?
5. Fühlen Sie sich bei Ihrer Arbeit durch die lokale/regionale/nationale Regierung unterstützt?

6. Je nach Land, ist hier zu unterscheiden zwischen:

Länder mit Rechtsvorschriften hinsichtlich des Zugangs von Migranten in einer irregulären Situation zu medizinischer Versorgung – stellen Sie sicher, eine Kopie der Rechtsvorschrift dabei zu haben!	Länder ohne Rechtsvorschriften hinsichtlich des Zugangs von Migranten in einer irregulären Situation zu medizinischer Versorgung
Frage: In Ihrem Land gibt es Rechtsvorschriften hinsichtlich des Zugangs zu medizinischer Versorgung von Migranten in einer irregulären Situation. Glauben Sie, dass es Probleme bei ihrer Interpretation gibt (z. B. deutlich, missverständlich, etc.)? Wie werden die Rechtsvorschriften in Ihrer Stadt ausgelegt (weit, streng)?	Frage: In Ihrem Land gibt es keine Rechtsvorschriften hinsichtlich des Zugangs von Migranten in einer irregulären Situation zu medizinischer Versorgung. Wurde in der Regierung bereits darüber diskutiert, das zu ändern? Glauben Sie persönlich, dass diese Veränderung stattfinden wird? Warum/warum nicht?

7. Ist es für Gesundheitsdienstleister oder Beamte in Ihrer Stadt üblich, Migranten in einer irregulären Situation den Behörden zu melden?

IV. Medizinische Situationen

Abhängig von den Fachkenntnissen der des Interviewpartners werden Sie einen Abschnitt der Situationen 1-4 abfragen. Im Idealfall sollte in Ihren Interviews eine Mischung der abgefragten Situationen entstehen (z. B. sollte der Schwerpunkt nicht in allen Interviews auf nur einer Notfallsituation liegen).

8. Wie ist der genaue Ablauf für Migranten in einer irregulären Situation, die medizinische Versorgung benötigen, in den folgenden Situationen (Behandlung, Kosten, Meldung, etc.)?
- Eine Person, die einen Arbeitsunfall hatte und Notfallversorgung benötigt.
 - Eine schwangere Frau (Zugang zu pränataler Versorgung, Geburtshilfe und postnataler Versorgung).
 - Eine Person mit einer chronischen Erkrankung (Diabetes oder Asthma), die einer Behandlung bedarf.
 - Eine Person mit psychischen Gesundheitsproblemen (z. B. traumatisiert, Psychose, (drogen)abhängig, Alkoholismus), die einer Behandlung bedarf.



Agentur der Europäischen Union für Grundrechte

**Migranten in einer irregulären Situation: Zugang zu medizinischer Versorgung
in zehn Mitgliedstaaten der Europäischen Union**

2012 – 76 S. – 21 × 29,7 cm

ISBN: 978-92-9192-708-1

doi: 10.2811/32308

Zahlreiche Informationen über die Agentur der Europäischen Union für Grundrechte finden Sie im Internet.
Die Informationen können über die FRA-Website (fra.europa.eu) abgerufen werden.

WO ERHALTE ICH EU-VERÖFFENTLICHUNGEN?

Kostenlose Veröffentlichungen:

- über den EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- bei den Vertretungen und Delegationen der Europäischen Union.
Die entsprechenden Kontaktdaten finden sich unter <http://ec.europa.eu> oder können per Fax unter der Nummer +352 2929-42758 angefragt werden.

Kostenpflichtige Veröffentlichungen:

- über den EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Kostenpflichtige Abonnements (wie z. B. das *Amtsblatt der Europäischen Union* oder die *Sammlungen der Rechtsprechung des Gerichtshofes der Europäischen Union*):

- über eine Vertriebsstelle des Amtes für Veröffentlichungen der Europäischen Union (http://publications.europa.eu/eu_bookshop/index_de.htm).

HELPING TO MAKE FUNDAMENTAL RIGHTS A REALITY FOR EVERYONE IN THE EUROPEAN UNION

Migrantinnen und Migranten in einer irregulären Situation in der Europäischen Union (EU), die die Einreise- oder Aufenthaltsbedingungen nicht erfüllen, sind als Folge von ausbeuterischen Arbeitsbedingungen oder prekären Wohnverhältnissen oft besonderen Gesundheitsrisiken ausgesetzt. Trotz der Bemühungen der EU-Mitgliedstaaten, die öffentlichen Gesundheitsausgaben angesichts der zunehmend älter werdenden Bevölkerung und der Auswirkungen der Wirtschaftskrise zu begrenzen, muss das Recht auf Gesundheit für alle ungeachtet des rechtlichen Status ein zentrales Anliegen bleiben. Dieser Bericht der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA) dokumentiert die rechtlichen, ökonomischen und praktischen Hindernisse beim Zugang zu medizinischer Versorgung für Migrantinnen und Migranten in einer irregulären Situation in zehn EU-Mitgliedstaaten und enthält eine Reihe an Vorschlägen, wie dieser Zugang erleichtert werden kann. Die FRA stellte vor allem fest, dass das Risiko, entdeckt oder abgeschoben zu werden, Migrantinnen und Migranten in einer irregulären Situation davon abhält, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen – auch in jenen Ländern, in denen diese eigentlich rechtlich verfügbar wäre – und schlägt neben anderen Verbesserungen auch die Trennung von medizinischer Versorgung und Einwanderungspolitik vor.



Amt für Veröffentlichungen

FRA – AGENTUR DER EUROPÄISCHEN UNION FÜR GRUNDRECHTE

Schwarzenbergplatz 11 – 1040 Wien – Österreich
Tel.: +43 (1) 580 30-0 – Fax: +43 (1) 580 30-699
fra.europa.eu – info@fra.europa.eu
facebook.com/fundamentalrights
twitter.com/EURightsAgency

ISBN 978-92-9192-708-1



9 789291 927081