



JRS, Witzlebenstraße 30a, 14507 Berlin

Kath. Forum Leben in der Illegalität
z. Hd. Herrn J. Knickenberg
Reinhardtstr. 13

10117 Berlin

Der Jesuiten-Flüchtlingsdienst Deutschland
ist ein Werk der Deutschen Provinz der
Jesuiten K.d.ö.R.

Heiko Habbe

Policy Officer

Witzlebenstr. 30a, D-14507 Berlin

Nähe S-Bahnhof Charlottenburg /

U 2 Sophie-Charlotte-Platz

Spendenkonto: 6000 401 020

Pax-Bank Berlin BLZ 370 601 93

Telefon (030) 3260-2590

Telefax (030) 3260-2592

E-Mail [heiko.habbe@jesuiten-
fluechtlingsdienst.de](mailto:heiko.habbe@jesuiten-fluechtlingsdienst.de)

Internet [www.jesuiten-
fluechtlingsdienst.de](http://www.jesuiten-fluechtlingsdienst.de)

Datum **4.3.2011**

Bericht aus dem Forum Gesundheitsversorgung Jahrestagung Illegalität, Berlin 2.-4. März 2011

Sehr geehrter Herr Knickenberg,

wie gewünscht, übersende ich Ihnen den o. g. Bericht, verbunden mit dem Dank für die anregende Gestaltung und sorgfältige Vorbereitung (auch) der diesjährigen Tagung.

Inhaltlich gestaltet wurde der Workshop durch Katrin Gerdsmeier vom Katholischen Büro Berlin und Susann Huschke, Ethnologin an der FU Berlin, verbunden mit dem Berliner Medibüro, und moderiert von Maren Wilmes von der Universität Osnabrück.

Frau Gerdsmeier stellte in einem sehr dichten und faktenreichen Referat den rechtlichen Rahmen dar, der die gesundheitliche Versorgung von Personen ohne Aufenthaltsstatus bestimmt, und stellte dabei einerseits auf die verschiedenen Leistungsansprüche, andererseits auf die aufenthalts- und sozialrechtlichen Übermittlungspflichten ab.

Im Bereich der Leistungsansprüche stellte sie heraus, dass zumindest diejenigen statuslosen Migranten, die einer abhängigen Beschäftigung nachgehen, versicherungspflichtig in der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Pflegeversicherung sind – unabhängig von Aufenthaltsstatus, tatsächlicher Anmeldung oder Beitragsentrichtung - und damit bei einer Erkrankung oder einem Unfall auch die entsprechenden Leistungen beanspruchen können. Ggf. seien in einem solchen Fall allerdings Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung nachzuentrichten.

Schlechter sieht es für die Familienangehörigen aus, die selbst keiner Arbeit nachgehen. Mangels einer legalen Bleibeperspektive begründen sie i. d. R. keinen gewöhnlichen Aufenthalt, was aber Voraussetzung für eine Mitversicherung in der Familienversicherung wäre.

Frau Gerdsmeier ging dann über zu den Ansprüchen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, das zur Zeit dem Bundesverfassungsgericht zur Prüfung vorliegt. Hier bestehen die Ansprüche auf Leistungen der medizinischen Hilfe nach § 4 bei akuten Erkrankungen, Schmerzzuständen sowie im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt; ferner nach § 6, soweit zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich.

Bei der Geltendmachung dieser Ansprüche ist zu unterscheiden nach dem Regelfall, in dem zunächst beim Sozialamt eine Kostenübernahmezusage eingeholt werden muss, was regelmäßig eine Meldepflicht auslöst und daher von den Betroffenen vermieden wird, und einer Notfallbehandlung im Eilfall. Frau Gerdsmeier hat hier herausgestrichen, dass ein Eilfall neben einem dringenden medizinischen Behandlungsbedarf auch voraussetzt, dass eine rechtzeitige Information des Sozialamts nicht möglich ist. Liegt ein solcher Eilfall vor, muss zunächst behandelt werden; das Krankenhaus kann dann die Erstattung der Behandlungskosten analog § 25 SGB XII beim Sozialamt beantragen.

„Beantragen“ heißt allerdings hier nicht auch „bekommen“.

Als Sonderfall wurde noch die Möglichkeit angesprochen, bei sexuell übertragbaren Erkrankungen eine anonyme Behandlung durch das Gesundheitsamt nach § 19 Infektionsschutzgesetz in Anspruch zu nehmen.

Was die Geltendmachung eines Behandlungsanspruchs oft be-, wenn nicht verhindert, sind die Übermittlungspflichten.

Zu diesem Thema erinnerte Frau Gerdsmeier daran, dass das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung grundsätzlich jedem das Recht gibt, autonom über seine Daten zu verfügen, und dass jede Datenerhebung und –verwendung durch die öffentliche Hand rechtfertigungsbedürftig ist und einem legitimen Zweck dienen muss.

Solche Zwecke lassen sich vor allem mit zweierlei Zielrichtung ausmachen, nämlich aufenthaltsrechtlich – Verhinderung bzw. Beendigung eines irregulären Aufenthalts – sowie sozialrechtlich – Verhinderung ungerechtfertigten Leistungsbezuges.

Über die aufenthaltsrechtliche Übermittlungspflicht des § 87 Abs. 2 AufenthG und ihre Einschränkung durch besondere Regeln wie die ärztliche Schweigepflicht ist im Rahmen der früheren Jahrestagungen oft gesprochen worden; durch die Allg. VwV zum AufenthG vom Herbst 2009 ist hierzu nun auch klargestellt worden, dass der verlängerte Geheimnisschutz neben dem behandelnden Krankenhauspersonal auch das der Verwaltung und der Sozialämter umfasst. Allerdings immer begrenzt auf Nothelfer-Fälle, da andernfalls erst der Gang zum Sozialamt zu erfolgen hätte, mit der Folge, dass hier noch keine Schweigepflicht greift.

Als sozialrechtliche Übermittlungsvorschrift stellte Frau Gerdsmeier exemplarisch den § 11 Abs. 3 AsylbLG vor. Eine Norm, die die Sozialbehörden ermächtigt, zur Verhinderung von Leistungsmissbrauch Daten zur Person an die Ausländerbehörde zu übermitteln, die dort abgeglichen werden sollen. § 11 enthält aber keine Einschränkungen dahingehend, dass die Ausländerbehörde die so erlangten Daten nicht weiterverwenden dürfte oder gar löschen müsste.

Dadurch ergibt sich hier eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Daten weitergehend benutzt werden, um bei Vorliegen entsprechender Anhaltspunkte einen illegalen Aufenthalt aufzudecken und zu beenden. Dies steht aber nicht mehr in Verbindung mit der ursprünglichen Zwecksetzung der Datenübermittlung – und damit ihrer verfassungsrechtlichen Legitimation.

Dass der Gesetzgeber es auch anders regeln kann, zeigt die Parallelvorschrift des § 118 SGB XII. Auch hier ist das Ziel die Verhinderung von Leistungsmissbrauch, auch hier dürfen automatisierte Datenabgleiche durchgeführt werden – aber hier müssen nach dem Abgleich die nicht mehr benötigten Daten gelöscht werden.

Als ein Fazit regte Frau Gerdsmeier hinsichtlich der Übermittlungspflichten zum einen eine Bestandsaufnahme an; zum anderen sollte, unterschieden nach dem Zweck der jeweiligen Übermittlungsnorm in aufenthalts- oder sozialrechtliche Aspekte, eine klare Zweckbegrenzung der Datenverwendung und –übermittlung erfolgen. Dabei kann man als Faustregel sagen: Geht es um eine sozialrechtliche Übermittlungspflicht, sollten die Übermittlungsvorschriften durch klare Verwendungs- und Lösungsregeln ergänzt werden.

Es ist allerdings nur schwer eine Ausländerbehörde vorstellbar, die nicht wenigstens gelegentlich der Versuchung erliegt, die erhaltenen Daten doch zu behalten. Und schon der Umstand, dass Daten zwischen öffentlichen Stellen hin- und hergereicht werden, hat ja schon ein abschreckendes Potential. Insofern wäre hier möglicherweise ein Abgleichsverfahren anzuregen, das entweder vollständig in der Sphäre des – ja zum Geheimnisschutz verpflichteten – Sozialamts verbleibt oder aber derart automatisiert ist, dass es keine unzulässigen Datenspuren hinterlässt.

Beim § 87 AufenthG ist dagegen Migrationskontrolle gerade der Zweck der Datenübermittlung. Man wird aber nicht außer Acht lassen können, dass die Norm letztlich kaum effektiv ist, da sie lediglich ein Ausweichverhalten der Betroffenen auslöst. Sie vermeiden schlicht jeden Kontakt zu Behörden. Jedenfalls im Bereich der Gesundheitsversorgung ist aber angesichts der damit verbundenen erheblichen Nachteile für die Betroffenen zu fragen, ob nicht die tatsächliche Wahrnehmbarkeit von Rechten den Vorzug bekommen sollte. Es liegen Gesetzentwürfe vor, die die Sozialämter hier ganz aus der Übermittlungspflicht herausnehmen würden.

In der Diskussion wurde dann noch auf einige wichtige Punkte hingewiesen. So zum Beispiel, dass in der Praxis zumindest ab einer bestimmten Schwere der Erkrankung das Entdeckungsrisiko doch bis auf weiteres in den Hintergrund tritt gegenüber der benötigten Behandlung. Erörtert wurde auch, ob die sozialrechtliche Übermittlungspflicht des Sozialamts nach § 11 AsylbLG nicht im Widerspruch steht zum verlängerten Geheimnisschutz nach § 88 AufenthG, wobei letzterer aber systematisch wohl nur zur Beschränkung der Übermittlungspflicht aus § 87 geeignet ist.

Die von Frau Gerdsmeier bereits eingangs angesprochene Kluft zwischen Theorie und Praxis wurde dann im folgenden Referat deutlich.

Frau Huschke übernahm die Aufgabe, detailliert und kenntnisreich darzustellen, welchen Hürden die tatsächliche Geltendmachung von medizinischen Versorgungsansprüchen in der Praxis begegnet. Sie nahm die Teilnehmenden des Forums gleichsam mit auf einen Rundgang durch ein Krankenhaus, begonnen von der Patientenaufnahme bis hin zur Abrechnung über erbrachte Behandlungsleistungen.

Sagt die Theorie, dass Notfälle im Krankenhaus behandelt werden und die Entscheidung der Arzt trifft, ist doch oft bereits die Aufnahmesituation so, dass Menschen ohne Aufenthaltsstatus abgeschreckt werden. Frau Huschke brachte dazu dieses Foto eines Schilds aus einem Berliner Krankenhaus mit, auf dem Patienten ausdrücklich aufgefordert werden ihren Personalausweis und die Krankenkassenkarte bereitzuhalten. Werden dann noch Anzahlungen von mutmaßlichen Selbstzahlern verlangt, im Einzelfall bis zu 1.000 Euro, dürfte die abschreckende Wirkung erheblich sein.

Hinzu kommt, dass nicht jeder medizinische Behandlungsbedarf einen Notfall darstellt – chronische Leiden etwa oder die Schwangerschaftsvorsorge fallen nicht darunter. Hier darf das Krankenhaus darauf bestehen, zunächst eine Kostenübernahme vom Sozialamt zu bekommen; teils wird auch an den Haus- oder Facharzt verwiesen.

Frau Huschke ging dann auf die Details der Finanzierung medizinischer Behandlung ein. Kleinere ambulante Behandlungen bis zu Kosten von rund 50 Euro zahlt entweder der Patient selbst, oder die Klinik bleibt darauf sitzen; ein Erstattungsverfahren mit dem Sozialamt wäre hier schlicht zu aufwendig.

Schwieriger wird es bei einer stationären Aufnahme. Kann eine – mindestens vorübergehende – Legalisierung der betroffenen Person erreicht werden, etwa über die Feststellung mangelnder Reisefähigkeit, ist i. d. R. eine Kostendeckung über das AsylbLG möglich. Ansonsten scheidet eine Abrechnung mit dem Sozialamt als Nothilfe in der Regel an der dann erforderlichen Bedürftigkeitsprüfung. Hierzu stellte Frau Huschke einen aktuellen Fragebogen vor, der den Berliner Krankenhäusern vom Senat zur Verfügung gestellt wurde. Darin werden detaillierte Fragen nicht nur zur Aufenthaltshistorie gestellt, sondern auch zu einer möglichen Krankenversicherung, eigenem Einkommen, Einkommen des Partners, Einkommen weiterer Personen in der Wohnung. Die praktische Anwendbarkeit dieses Bogens schätzte die Referentin eher gering ein. Ohne Nachprüfbarkeit

der Bedürftigkeit aber wird das Sozialamt eine Kostenübernahme in der Tendenz eher ablehnen. Und selbst mit ausgefülltem Fragebogen, so ein Zitat einer Mitarbeiterin eines Berliner Sozialamts, ist die Bedürftigkeit letztlich noch nicht nachgewiesen, bleibt alles immer eine Einzelfallentscheidung.

Randnote: In Bremen wird ein Fragebogen zu einem vergleichbaren Zweck ausgegeben. Er enthält genau vier Fragen: Aufenthaltsdauer, ist eine Krankenversicherung vorhanden, liegt z. B. bei einem Unfall Fremdverschulden vor, und wie steht es um das Einkommen und Vermögen. Erfahrungen damit konnten aber noch nicht berichtet werden.

Unter dem Strich bleibt: Die Kosten einer medizinischen Notfallversorgung von Irregulären trägt entgegen aller Hinweise auf das AsylbLG faktisch eigentlich nie der Staat. Belastet wird entweder der Patient, sei es als Selbstzahler oder durch den Verzicht auf die Behandlung, oder das Krankenhaus oder eine nichtstaatliche Stelle, die sich in der Regel aus Spenden refinanzieren müssen.

Auch die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz hat hier leider wenig geändert – sie regelt allerdings die Frage der Finanzierung auch gar nicht. Aber auch die Angst vor einer Aufdeckung bleibt bei den Betroffenen offenbar bestehen; dazu tragen auch Berichte bei über Krankenhäuser, die in Zweifelsfällen die Identität von Patienten bei den Meldebehörden überprüfen, wodurch bei diesen wiederum eine Meldepflicht entstehen kann.

Letztlich, so ein Fazit von Frau Huschke, muss es darum gehen, praktikable Lösungen zu entwickeln, die den Betroffenen die Angst nehmen und ihnen ermöglichen, ihre vorhandenen Rechte tatsächlich wahrzunehmen. Dazu gehört auch eine praktikable Handhabung der Bedürftigkeitsprüfung, die dann auch von der Rechnungsprüfung akzeptiert wird.

In der anschließenden Diskussion stellte sich schnell heraus, dass die Erfahrungen mit der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz auch knapp anderthalb Jahre nach ihrer Bekanntmachung noch eher ernüchternd sind. Es gab Erfahrungsberichte aus mehreren deutschen Städten, die überwiegend „bad“, um nicht zu sagen „worse practice“-Beispiele waren.

Am positivsten noch die Darstellung aus München, wo offenbar der Dialog zwischen medizinischen Helferinnen und Helfern und den Behörden auf der anderen Seite offenbar vertrauensvoll genug ist, um z. B. im Einzelfall vorab anonym auszuloten, ob eine – mindestens zeitweise – Legalisierung eines statuslosen Menschen aussichtsreich genug ist, um ihm oder ihr eine medizinische Behandlung zu den Konditionen des AsylbLG zu ermöglichen.

Das andere Ende des Spektrums markierten Berichte wie der aus Frankfurt, wo eine Anfrage beim örtlichen Sozialamt ergab, nicht nur kenne man den verlängerten Geheimnisschutz nach § 88 AufenthG nicht, man wolle ihn auch gar nicht kennenlernen und werde im übrigen selbstverständlich bei Anträgen auf medizinische Leistungen einen Datenabgleich mit der Ausländerbehörde durchführen.

Festgestellt wurde allerdings auch, dass in der Diskussion die Vertreter von Medibüros und anderen Unterstützungseinrichtungen weitgehend unter sich waren; vielleicht wäre es eine Anregung für künftige Tagungen, zu versuchen, auch Vertreter von Sozialämtern wieder verstärkt einzubinden.

Mit freundlichen Grüßen

Heiko Habbe
Policy Officer