

# GESUNDHEIT braucht POLITIK

verein  
demokratischer  
ärztinnen und  
ärzte



ZEITSCHRIFT FÜR EINE SOZIALE MEDIZIN Nr. 3/2015 | Solibeitrag: 5 Euro | ISSN 2194-0258



Mitten in Europa: »Infrastruktur« an der griechisch-makedonischen Grenze in Idomeni, Anfang Juli 2015

## Willkommen heißen

Flucht – Migration – Medizinische Versorgung

Thomas Gebauer: »Hoffen und Sterben« – Flucht und Abschottung in Zeiten globaler Krisen S. 4

Elène Misbach: »Sich für Gesundheit stark machen«. Solidarische Flüchtlingsarbeit als gemeinsamer sozialer Kampf um Rechte S. 12

Thomas Nowotny: »Drin bist du noch lange nicht – sag mir erst, wie alt du bist...« – Die Kontroverse um die radiologische Altersdiagnostik bei jungen Flüchtlingen S. 16

---

## In dieser Ausgabe

---

- 3 Thomas Kunkel: **»Die Flüchtlingskrise ist die Krise der deutschen Asylpolitik«**
- 4 Thomas Gebauer: **Hoffen und Sterben – Flucht und Abschottung in Zeiten globaler Krisen**
- 7 Anna Kühne: **Kein Recht auf Gesundheit? Die Versorgung von MigrantInnen ohne Aufenthaltsstatus**
- 9 Pressemitteilung: **Medizinische Minderversorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen beenden**
- 10 Aufruf an die Bundestagsabgeordneten: **Bundesweite Kampagne der Medibüros und Medinetze zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden**
- 12 Elène Misbach: **»Sich für Gesundheit stark machen« Solidarische Flüchtlingsarbeit als gemeinsamer sozialer Kampf um Rechte**
- 15 Michael Janßen und Jürgen Hölzinger: **Flüchtlinge welcome. Ein Faktencheck aus Berlin**
- 16 Thomas Nowotny: **»Drin bist du noch lange nicht – sag mir erst, wie alt du bist...« Kontroverse um die radiologische Altersdiagnostik bei jungen Flüchtlingen**
- 18 Gisela Penteker: **Migrationspolitisches Netzwerk. PICUM, die Plattform für Internationale Zusammenarbeit zu Migranten ohne Aufenthaltsstatus**
- 20 Benjamin Wachtler: **»Non-Citizens on Hungerstrike!« Medizinische Begleitung von Hungerstreiks von Geflüchteten durch solidarische ÄrztInnen**
- 24 Elène Misbach: **Bevormundung und Ehrenamt. Widersprüche und Fallstricke der solidarischen Unterstützung**
- 25 **Einladung zur Mitgliederversammlung des vdää**
- 27 **Anträge des Deutschen Ärztetags 2015**
- 28 Nadja Rakowitz: **Die höchsten Mauern werden sie nicht aufhalten... Der Aufschrei aus Idomeni von Anfang Juli**
- 29 Stellungnahme des vdää zur Anhörung zum Krankenhaus-Struktur-Gesetz: **So wird die Misere der Krankenhäuser weiter verschärft**

---

## Termine

---

### Vorstandssitzungen des vdää

(offen für alle Mitglieder)  
am: 6. November 2015  
um: 15.00 – 18.00 Uhr  
in: Leipzig

### Nächstes Treffen des Bündnis

**»Krankenhaus statt Fabrik«**  
am: 28. November 2015  
um: 11.00 – 17.00 Uhr  
in: Frankfurt

### Jahreshauptversammlung des vdää zum Thema »Flucht und Migration«

am: 6.-8. November 2015  
in: Leipzig im Zentrum für Frauenkultur  
in der Kulturfabrik

verein  
demokratischer  
ärztinnen und  
ärzte



### Der vdää

ist bundesweit organisiert; er setzt sich für die Demokratisierung der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein und versucht, Einfluss zu nehmen auf die Gesundheitspolitik.

Sollten Sie von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Gerne können Sie sich auch online über den neuen vdää-Newsletter auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist die Vereinszeitung, die viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

### Redaktion

Phil Dickel, Wulf Dietrich,  
Thomas Kunkel, Nadja Rakowitz,  
Bernhard Winter

### Impressum

Gesundheit braucht Politik 3/2015  
ISSN 2194-0258

Hrsg. vom Verein demokratischer  
Ärztinnen und Ärzte  
V.i.S.d.P. Wulf Dietrich

### Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal  
Telefon 0 61 81 – 43 23 48  
Mobil 01 72 – 1 85 80 23  
Fax 0 61 81 – 49 19 35  
Email [info@vdaae.de](mailto:info@vdaae.de)  
Internet [www.vdaae.de](http://www.vdaae.de)

Bankverbindung: Kto.-Nr. 137 476 03,  
Postbank Frankfurt, BLZ: 500 100 60  
IBAN: DE97500100600013747603  
BIC: PBNKDEFF

Satz/Layout: Birgit Letsch

Druck: Druckerei Grube

### Bilder dieser Ausgabe

von Michael Janßen, Nadja Rakowitz,  
Vasilis Tsartsanis und von den  
Facebookseiten von Vasilis Tsartsanis  
und von Eva Babalona



## Editorial

# »Die Flüchtlingskrise ist die Krise der deutschen Asylpolitik«

Es sind ereignisreiche Wochen, in denen die vorliegende Ausgabe zum Thema Flucht und Migration erscheint. Als wir vor über einem halben Jahr entschieden, diesem Thema eine Ausgabe unserer Zeitschrift zu widmen, haben wir nicht geahnt, dass die politische Situation und v.a. die Lage der Geflüchteten sich in so kurzer Zeit so dramatisch zuspitzen würde.

Mit Zuspitzung ist nicht die schiere Zahl der Geflüchteten gemeint, an der das Ausmaß der so genannten Flüchtlingskrise oft von offizieller Seite festgemacht wird. Ein näherer Blick auf die verfügbaren Daten wirft Fragen auf, ob die von Regierungsseite und SPD geschätzte Zahl von 800 000 bzw. einer Million Geflüchteten alleine in Deutschland realistisch ist. Die weit niedrigeren Daten des UNHCR (siehe Seite 5) lassen daran zweifeln und legen nahe, dass mit diesen Zahlen das Szenario einer »Flüchtlingsflut« bzw. »Flüchtlingschwemme« dramatisiert werden soll.

Unstrittig ist, dass die Zahl der Geflüchteten ebenso wie der Toten an den EU Außengrenzen in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen ist und in den Sommermonaten dieses Jahres ihren (vorläufigen) Höhepunkt erreicht hat.

Dieser Umstand führt innerhalb Deutschlands zu einer ambivalenten Situation: Eine beeindruckende Zahl von Bürgerinnen und Bürgern zeigt sich solidarisch und unterstützt in vielfältiger Weise die Geflüchteten. Während Teile der Leitmedien und Politiker sich auf humanistisch-demokratische Werte berufen, erstarkt aber gleichzeitig die häufig rassistisch konnotierte Position, nach der die Menschen in »gute« Kriegsflüchtlinge versus

»asylmissbrauchende Armutswanderer« eingeteilt werden.

Die praktische Konsequenz aus dem menschenfeindlichen Sprachgebrauch ist der massive Anstieg der rechtsterroristischen An- und Übergriffe, verübt und beklatscht von so genannten »besorgten Bürgern«. Bundesweit gab es seit Beginn dieses Jahres 61 Brandanschläge auf Unterkünfte von Geflüchteten.

Trotz aller Solidarität und beschwörter Willkommenskultur – die Maßnahmen, die die Regierung mit Unterstützung der grün regierten Länder zur »Lösung« der Situation beschlossen hat sprechen eine ganz andere Sprache: Fortführung der militärischen Abschottung der Europäischen Union im Rahmen der Mission EUNAVFOR, weitere Verschärfung des Asylrechts, Reduktion von Leistungen für Geflüchtete aus sicheren Drittstaaten unter das Existenzminimum bei gleichzeitiger Ausweitung der sicheren Drittstaaten und Beschleunigung der Abschiebepflichten.

Ein Paradigmenwechsel in der deutschen und europäischen Flüchtlingspolitik weg von Abschottung und Ausgrenzung wäre dabei längst überfällig. Seit mehr als zehn Jahren erreichen uns regelmäßig Bilder und Nachrichten von Menschen, die auf der Flucht in die EU ihr Leben lassen. Schätzungen gehen von mehr als 25 000 Menschen aus, die seit dem Jahr 2000 beim Versuch, in die EU zu migrieren, gewaltsam zu Tode kamen. Längst haben die Bundesregierung und die Europäische Union den Zeitpunkt verpasst, auf diese Situation in angemessener – d.h. in allererster Linie menschenwürdiger – Weise zu reagieren und sichere Fluchtrouten nach Europa einzurichten.

Zwar beteuern quer durch das Parteienspektrum alle Politiker einhellig, dass die »Bekämpfung der Fluchtursachen« höchste Priorität genießen sollte, wie genau das angegangen werden soll, wird aber nicht konkret formuliert.

Der Beitrag von Thomas Gebauer in dieser Ausgabe zeigt auf, dass sich – bei aller Komplexität der Fluchtursachen – diese häufig aus Umständen ableiten, die durch die Außen- und Wirtschaftspolitik der G7/G8-Staaten, der EU und internationalen Einrichtungen wie dem IWF mit verursacht werden.

Die eingangs erwähnte beschleunigte Migrationsdynamik stellt die etablierten Verfahrensweisen in der EU und der BRD auf die Probe. Das Dublin-Abkommen steht seit Jahren in der Kritik und auch die legale Situation in Deutschland ist in vielen Bereichen nicht geeignet, praktische Bedürfnisse zum Umgang mit der Situation einerseits und humanistischen Ansprüche andererseits zu genügen.

Ein umstrittener Aspekt ist schon seit längerem der Zugang zu medizinischer Versorgung für Asylsuchende. Der Beitrag von Anna Kühne stellt die politischen und rechtlichen Hintergründe dar, die zur bundesweiten Kampagne der Medibüros und Medinetze in Deutschland zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden geführt haben. Das verstärkte ehrenamtliche Engagement vieler Bürgerinnen und Bürger, auch aus dem vdää heraus, substituiert vielerorts sozialstaatliche Kernaufgaben und wirft neue Fragen nach dem Selbstverständnis dieser Hilfe auf. Der Text von Elène Misbach zeichnet diese Problematik ebenfalls vor dem Hintergrund des Zugangs zu me-

dizinischer Versorgung für Menschen ohne Aufenthaltsstatus nach.

Im öffentlichen Diskurs in Deutschland werden Geflüchtete häufig als passive Manövrier-masse der Asylpolitik gefasst.

Der Beitrag von Benjamin Wachtler zeigt auf, wie Geflüchtete sich als politisch handelnde Subjekte gegen ihre Situation als »non-citizens« organisiert und mit mehreren umstrittenen Hungerstreikaktionen ihrem Protest Ausdruck verliehen haben.

Die Asylpolitik auf EU- und nationaler Ebene eröffnet in den meisten europäischen Ländern ein Raster, durch das viele Menschen fallen, um schließlich als »sans papiers« illegalisiert zu sein. Gisela Penteker stellt in ihrem Beitrag die Plattform für Internationale Zusammenarbeit zu Migranten ohne Aufenthaltsstatus vor.

Griechenland ist weiterhin der Haupteintrittsort für Geflüchtete in die EU. Wie es die Menschen vor Ort schaffen, trotz ökonomischer Krise solidarische Strukturen zur Unterstützung und Versorgung der Geflüchteten zu organisieren, erzählt der Beitrag von Nadja Rakowitz.

Bei aller gegenwärtigen Präsenz des Themas Migration und Flucht wollen wir in dieser Ausgabe unser gesundheitspolitisches Kerngeschäft nicht außer Acht lassen. Das Bundesministerium für Gesundheit arbeitet unter Minister Gröhe konsequent den Koalitionsvertrag ab und hat – wie angekündigt – einen Entwurf für ein Krankenhaus-Struktur-Gesetz vorgelegt. Der vdää hat sich dazu im Rahmen einer Presseerklärung und der öffentlichen Anhörung im Bundestag kritisch positioniert. Peter Hoffmann hat die Kernpunkte der Argumentation zusammengefasst.

Im Namen der Redaktion bleibt mir nun, Ihnen eine interessante, anregende und kontroverse Lektüre der vorliegenden Ausgabe zu wünschen.

**Thomas Kunkel**  
*Mitglied im erweiterten Vorstand*



## Hoffen und Sterben

Flucht und Abschottung in Zeiten globaler Krisen – Von Thomas Gebauer\*

**Erst eine Politik, die sozialen Zusammenhalt wieder fördert, schafft die Voraussetzungen, dass allen »das Recht, Rechte zu haben« wieder zuteilwerden kann. Flüchtlinge sind Betroffene einer destruktiven »Globalisierung von oben«. Für deren Konsequenzen trägt nicht zuletzt Europa Verantwortung. Migration ist »Globalisierung von unten«, so Thomas Gebauer, Geschäftsführer von medico international.**

Angespülte Leichen an den Stränden des Mittelmeeres; Flüchtlinge, die an europäischen Bahnhöfen stranden; Stacheldraht und provisorische Lager an den Außengrenzen der Europäischen Union; große Menschengruppen, die zu Fuß über europäische Autobahnen ziehen: Das sind die Bilder des Sommers 2015. Mit den verstörenden Nachrichten kehrt ein Problem zurück ins öffentliche Bewusstsein, das lange verdrängt wurde: das millionenfache Elend von Menschen, die vor Krieg und Gewalt fliehen oder durch Klimaveränderungen und den Verlust ihrer Lebensgrundlagen zur Migration gezwungen werden.

Von den 200 bis 300 Millionen Menschen, die gegenwärtig fern ihrer Heimat leben, sind 16,7 Millionen Kriegs- und politische Flüchtlinge im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention, weitere 33 Millionen sogenannte Binnenvertriebene.<sup>1</sup> Letztere fallen zwar nicht offiziell unter das Mandat des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen (UNHCR), im Rahmen bilateraler Übereinkünfte kann die UN-Behörde dennoch auch Binnenvertriebenen zur Seite stehen.

Keinen Rechtsanspruch auf Unterstützung haben dagegen jene

Flüchtlinge, die aufgrund ökologischer Krisen wie Dürrekatastrophen oder Überschwemmungen ihrer Lebensgrundlagen beraubt werden. Seit der Jahrtausendwende soll sich die Zahl der Klima- und Umweltflüchtlinge der *International Organization for Migration* (IOM) zufolge von 25 auf 50 Millionen verdoppelt haben; für das Jahr 2050 werden bereits 200 Millionen Umweltflüchtlinge prognostiziert.<sup>2</sup> Problematisch ist das auch deshalb, weil der völkerrechtliche Status dieser Gruppe von Flüchtlingen völlig ungeklärt ist. Die Genfer Flüchtlingskonvention aus dem Jahre 1951 regelt nur die Rechtsstellung von Menschen, die aufgrund von Verfolgung und Krieg in die Flucht getrieben werden, nicht aber jener Menschen, die infolge von Umweltveränderungen heimatlos werden.

Den größten Anteil an der gegenwärtigen globalen Migration aber haben Menschen, die ein Mix aus Armut, Ausbeutung, Gewalt, Umweltkatastrophen und Chancenlosigkeit zur Flucht bewegt. Auf der Suche nach einem besseren Leben drängen sie auf Teilhabe. Sie wollen sich mit aufgezwungener Bedeutungslosigkeit und sozialem Aus-

schluss nicht abfinden. 2013 fanden 86 Prozent aller Menschen, die vor Krieg und Verfolgung geflohen sind, Zuflucht in den Ländern des Südens; 2003 waren es 70 Prozent. Auch die meisten der Armut- und Klimaflüchtlinge suchen meist nicht weit von ihren Herkunftsorten nach angemessenen Lebensumständen. Nur die wenigsten kommen nach Europa.

### Fluchtursache Globalisierung

Die Welt ist mit der Globalisierung fraglos näher zusammengerückt und zeigt sich heute dennoch gespaltenere denn je. Lässt man das euphemistische Gerede vom *global village* mal beiseite, entpuppt sich die Globalisierung – so wie sie bislang betrieben wurde – zuallererst als eine ökonomische Strategie. Um die Länder des Südens in die Weltwirtschaft einbinden zu können, mussten diese massive wirtschaftliche Strukturanpassungsprogramme über sich ergehen lassen. Weltbank und Internationaler Währungsfonds drängten auf soziale Einschnitte, in deren Folge die Institutionen öffentlicher Daseinsvorsorge oft bis zur Unkenntlichkeit ausgehöhlt wurden. In nicht wenigen Ländern

ist es schließlich zu einem vollständigen Zusammenbruch staatlicher Strukturen gekommen. An die Stelle rechtsstaatlich legitimer Staatlichkeit trat die Willkürherrschaft von Warlords, Rebellen, weltweit operierenden mafiosen Strukturen und/oder multinationalen Konzernen. Von der Erosion der politischen Verhältnisse begünstigt, entstand eine globale Schattenwirtschaft, die sich mehr und mehr aller gesellschaftlichen Sphären bemächtigte. In Teilen Lateinamerikas und Asiens ist es heute vor allem die Drogenökonomie, die die Geschicke der Länder bestimmt; in Afrika der illegale Raubbau an Bodenschätzen.

Aber auch ganz offen und vertraglich gesichert nutzt der globale Norden seine Dominanz, um sich den Zugriff auf wichtige Ressourcen zu sichern. Für die betroffenen Länder sind die Folgen solcher »Extraktionswirtschaft« immens. Mali beispielsweise ist zwar der drittgrößte Goldproduzent Afrikas, doch zugleich eines der ärmsten Länder der Welt. Die Erlöse aus dem Goldgeschäft gehen komplett an der maliischen Bevölkerung vorbei ins Ausland.

Wie wenig das Liberalisierungsdogma gilt, wenn es darum geht, den eigenen Vorteil zu sichern, machen die Exportsubventionen deutlich, mit denen sich die Industrieländer in den zurückliegenden Jahren massive Wettbewerbsvorteile verschafft haben. So absurd es klingt: Auf vielen Märkten Afrikas ist das Gemüse, das in Europa gezogen wurde, um durchschnittlich ein Drittel günstiger als Produkte aus heimischem Anbau. Das hat weitreichende Konsequenzen für die Landwirtschaft Afrikas: Viele lokale Produzenten, die dem europäischen Agrardumping nichts entgegenzusetzen haben, müssen aufgeben.

Auch die G7/G8-Staaten sind dafür verantwortlich, traditionelle Lebensgrundlagen zu vernichten. Zu nennen ist etwa der auf dem Gipfel 2012 getroffene Beschluss, weltweit einer industrialisierten Landwirtschaft zum Durchbruch zu verhelfen – angeblich, um die Ernährungssicherheit der Menschen zu fördern. Allerdings haben die größten Industrienationen der Welt dabei nicht die Interessen der

Hungernden im Blick, sondern die Expansionsbedürfnisse der längst transnational agierenden Agrarindustrie. Hedgefonds, zahlungskräftige Golfstaaten und Agromultis sind schon seit langem dabei, sich weltweit die fruchtbarsten Agrarflächen unter den Nagel zu reisen.

Besonderes Augenmerk verdienen die Fischereiabkommen, die die EU beispielsweise mit Ländern entlang der westafrikanischen Küste geschlossen hat. Jenseits jeglicher Kontrolle verkaufen westafrikanische Regierungsvertreter Fangrechte, um sich selbst zu bereichern, den eigenen Wahlkampf zu finanzieren oder das Patronagesystem zu bedienen. Den westafrikanischen Kleinfischern aber brachten die schwimmenden Fischfabriken aus Europa und Asien das Aus.

### Fluchtursachenbekämpfung

Bemerkenswert ist, dass man sich in Brüssel der Gefahren, die aus der voranschreitenden Vernichtung von Lebensgrundlagen resultieren, durchaus bewusst ist, aber sie – wenn überhaupt – nur am Rande mit der eigenen Politik in Beziehung setzt. Nicht die ungerechten wirtschaftlichen Austauschverhältnisse, nicht die Spekulation mit

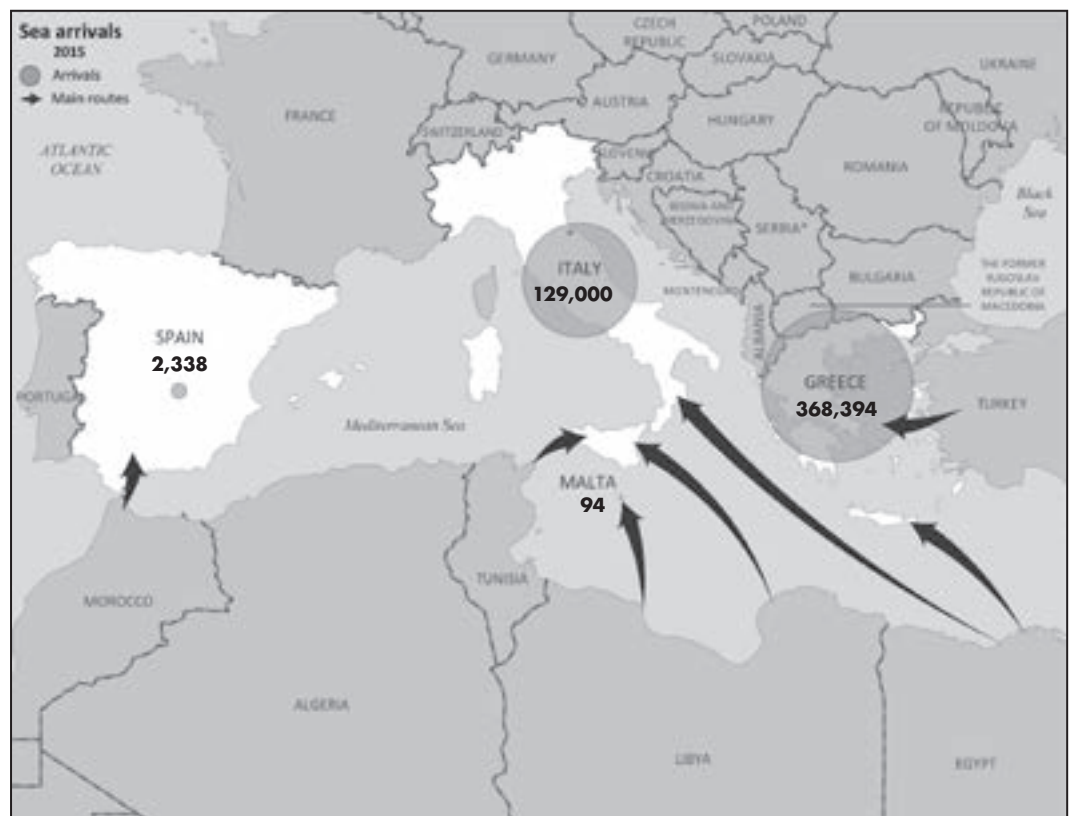
Nahrungsmitteln und auch nicht das neoliberale Austeritätsdiktat gelten als Gefahren für die globalen Verhältnisse, sondern das, was daraus resultiert: der Staatszerfall, der Bevölkerungsdruck, die Verstädterung, die Migration, die Piraterie. Da die Ursachen für die Bedrohungen allesamt im Süden selbst ausgemacht werden, konzentrieren sich die Überlegungen, wie ihnen zu begegnen sei, auch nur darauf: Mit dem Ausbau der Entwicklungshilfe sollen Flucht und Migration ebenso verhindert werden wie mit Maßnahmen zur Bekämpfung von Schleuserbanden; und mit der Errichtung von Auffangslagern weit vor den europäischen Außengrenzen. Selbst ein »Pakt mit Despoten« in Ländern wie Eritrea, Sudan oder Südsudan ist europäischen Politikerinnen und Politikern recht, wenn es darum geht, Flüchtlinge in Herkunftsregionen zurückzuhalten.<sup>3</sup>

Deutlich wird, dass all das Bemühen der wohlhabenden Länder um Fluchtursachenbekämpfung und Migrationsmanagement von einer ganz einfachen Frage angetrieben wird: Wie kann man die volkswirtschaftlich gut verwertbaren Menschen ins Land holen und sich gleichzeitig jene vom Leib halten, für die es in den profitablen Zonen

---

»Allerdings haben die größten Industrienationen der Welt dabei nicht die Interessen der Hungernden im Blick, sondern die Expansionsbedürfnisse der längst transnational agierenden Agrarindustrie.«

---



Quelle: UNHCR, 2015 – 499,826 arrivals, 2,980 dead/missing



Wasserquelle in Idomeni,  
an der griechisch-makedonischen Grenze

der Welt keinen Platz zu geben scheint?

### Vorboten kommender Barbarei

Menschen, die fliehen, haben nichts mehr als das »nackte Le-

ben«. Sie sind zurückgeworfen auf das, was in der politischen Theorie mit Naturzustand, mit Barbarei gemeint ist: eine Existenz bar von Rechten, bar von Schutz durch Staaten. Ihnen ist das fundamentalste aller Menschenrechte genommen: das Recht, Rechte zu haben, wie Hannah Arendt sagt.

Ob Flüchtlinge nun in Lagern sitzen oder sich frei bewegen können, welche Behandlung ihnen auch immer zuteil wird, sie haben mit dem Verlust ihrer Rechte den Bezug zu der von Menschen errichteten Welt verloren. Flüchtlinge, so Arendt, sind natürlich keine Barbaren, sie erscheinen aber inmitten einer Gesellschaft, die die Barbarei, den Naturzustand beseitigt zu haben glaubt, als Vorboten kommender Barbarei.

### Das Recht zu gehen – und zu bleiben

Menschen, die bei uns nach Schutz suchen, mit Solidarität zu begegnen, ist ein ethischer Grundsatz. Voraussetzung dafür aber ist, den anderen überhaupt erst wieder als Menschen mit Bedürfnissen und Rechten zu erkennen. Ohne Zurückdrängung der neoliberalen Ideologie wird das nicht gehen. Wo nur Nützlichkeitsabwägungen herrschen, geht der Respekt vor der Würde der anderen verloren.

Konkrete Alternativen zur ge-

genwärtigen Abschottungspolitik gibt es. Wer wirklich etwas gegen den Menschenhandel unternehmen will, sollte nicht mit militärischen Mitteln die Boote der Schleuser bekämpfen, sondern legale und sichere Migrationswege öffnen. Statt vorgelagerter Auffangzentren, die bei näherer Betrachtung nicht mehr sind als rechtsfreie Räume zur Unsichtbarmachung von Flucht und Migration, muss die rechtstaatliche Prüfung von Asylgründen gewährleistet sein. Zur Verrechtlichung der Lage von Flüchtlingen könnte – ganz im Sinne von Hannah Arendt – die Fortschreibung des Völkerrechts beitragen. Überfällig sind internationale Abkommen, die etwa den Schutz von Klima- und Umweltflüchtlingen oder die Migration von Fachkräften regeln.

Dazu aber braucht es mehr als wohlfeile Sonntagsreden. Es geht um die Schaffung der normativen und materiellen Voraussetzungen für ein gemeinwohlorientiertes Zusammenleben auf globaler Ebene: um die internationale Angleichung von Arbeitsstandards, eine effektive Regulierung umweltschädigender Produktion, die Kontrolle der Extraktionsökonomie und nicht zuletzt auch die Gewährleistung von sozialen Sicherungssystemen für alle Menschen an allen Orten der Welt, beispielsweise einen solidarisch finanzierten Internationalen Fonds für Gesundheit. Erst dann wäre das doppelte Recht verwirklicht: das Recht zu gehen und das Recht zu bleiben – ohne dafür das eigene Leben aufs Spiel zu setzen.

\* Thomas Gebauer ist Geschäftsführer von medico international in Frankfurt/Main.

(Es handelt bei diesem Text um die gekürzte und überarbeitete Fassung eines Aufsatzes aus: *Blätter für deutsche und internationale Politik* 6/2015)



Quelle: UNHCR, August 2015

- 1 Vgl. die aktuellen Zahlen der UNO und des UNHCR: UN-DESA 2013, Population Facts, 2013/2, in: [www.un.org](http://www.un.org); UNHCR-Report 2014, Weltflüchtlingenzahlen 2013, in: [www.uno-fluechtlingshilfe.de](http://www.uno-fluechtlingshilfe.de)
- 2 Vgl. International Organization for Migration, Migration and Climate Change, Genf 2008, [www.iom.cz](http://www.iom.cz)
- 3 »Grenzen dicht: Europas Pakt mit Despoten«, ein Beitrag von Nikolaus Steiner und Charlotte Wiedl für Monitor, ARD, 23. Juli 2015



*Soli-Komitee Kilkis in Idomeni, September 2015*

## Kein Recht auf Gesundheit?

**Anna Kühne\* über die Versorgung von MigrantInnen ohne Aufenthaltsstatus**

Der Zugang zum Gesundheitssystem ist für Migranten ohne Aufenthaltsstatus oder ohne Krankenversicherung schwierig. Häufig warten die Migranten aus Angst vor Kosten oder vor Abschiebung deshalb sehr lange, bevor ein Arzt aufgesucht wird. Medinetze und Medibüros sind ein Netzwerk aus Gesundheitsarbeitern, die den Zugang zu medizinischer Versorgung für Menschen ohne Aufenthaltsstatus verbessern wollen. Dafür benötigen sie dringend Ärztinnen und Ärzte, die sich eine Kooperation vorstellen können.

### **Aus der Praxis eines Medinetzes**

Frau Y. hat im Frühjahr ein Kind zur Welt gebracht. Sie kommt aus einem anderen Land und ist nicht krankenversichert. Das Kind musste als Frühgeborenes nach der Geburt einige Wochen in einer Klinik der Maximalversorgung versorgt werden. Bei der Entlassung wurde den Eltern die engmaschige pädiatrische Betreuung des Säuglings ans Herz gelegt. Familie Y. wendete sich kurz darauf an ein Medibüro mit einer Krankenhausrechnung über mehrere tausend Euro.

Um sie bei der Durchsetzung ihres Rechtes auf die Kostenübernahme zu unterstützen, vermittelte das Medibüro den Eltern einen Anwalt. Die Vermittlung eines Termins in der Pädiatrie gestaltete sich deutlich schwieriger, da sich über Monate kein Termin bei einem Pädiater vereinbaren ließ, der bereit war, seine Arbeitszeit umsonst und Sachmittel ermäßigt zur Verfügung zu stellen. Drei Monate nach Entlassung des Säuglings aus dem Krankenhaus ist es dem Medibüro schließlich gelungen, einen Termin bei einer Ärztin zu vereinbaren, die sich bereit erklärte, einmalig überfällige U-Untersuchungen und Impfungen durchzuführen. Anfallende Kosten für Impfungen und Medikamente übernahm das Medibüro.

Dies ist ein typischer Fall für Medinetze bzw. Medibüros.

### **Praktische Hilfe und politische Initiative**

Deutschlandweit existieren über 30 Medinetze und Medibüros. Zusammen versorgen diese jährlich mehrere tausend Menschen ohne Aufenthaltsstatus ehrenamtlich und anonym. Medinetze organisieren medizinische Versorgung durch

Niedergelassene und Krankenhäuser, die Arbeitszeit und zum Teil Arbeitsmittel kostenfrei erbringen. Anfallende Rechnungen werden durch Spenden bezahlt. Zudem setzen sich die Medinetze für einen verbesserten Zugang von Migranten zum Gesundheitssystem ein. Das Recht auf körperliche Unversehrtheit, das im Grundgesetz festgeschrieben ist, gilt auch für Migranten.

In der Sprechstunde der Medinetze oder Medibüros werden Migranten ohne Krankenversicherung Arzttermine im Ärztenetzwerk vermittelt oder Operationen und Geburten durch kooperierende Krankenhäuser ermöglicht. Neben der Vermittlung in Einrichtungen der medizinischen Versorgung, die anonym und kostenfrei behandeln, kooperieren Medinetze oder Medibüros oft eng mit anderen Beratungseinrichtungen, Dolmetschern und Anwälten.

Häufig bleibt die medizinische Versorgung jedoch provisorisch und unzureichend, wenn sich kein passender Facharzt finden lässt, wenn die Summe für die Operation aus Spenden nicht aufzubringen ist oder wenn notwendige Diagnostik nicht organisiert werden kann. Ei-

**Noch werden Asylbewerber, wenn es um ihre gesundheitliche Versorgung geht, wie Menschen zweiter Klasse behandelt. Anna Kühne erklärt uns die Details und stellt die Arbeit der Medibüros bzw. Medinetze vor, die sich um die medizinische Versorgung von Unversicherten kümmern.**



*Geflüchtete bei einer  
Ruhepause in Idomeni,  
August 2015*

ne adäquate medizinische Versorgung kann in diesem System, das auf zivilgesellschaftlichem Engagement und Spenden basiert, nicht gewährleistet werden. Die Vermittlung in ein ehrenamtlich arbeitendes Netzwerk von Ärzten und Therapeuten verstehen die Medinetze oder Medibüros nicht als Lösung, sondern als Notbehelf für Menschen, die anderenfalls von Gesundheitsversorgung gänzlich ausgeschlossen wären.

### Hintergrund

Migranten ohne Aufenthaltsstatus sind abgelehnte Asylbewerber, Studenten oder Touristen, die nach Ablauf des Visums geblieben sind, Menschen die illegal eingereist sind, um in Deutschland zu arbeiten, oder Familienangehörige, die selber kein Aufenthaltsrecht erhalten haben (Schönwälder, Vogel, Sciortino; 2004). Nach offiziellen Schätzungen leben in Deutschland 100 000 bis 1 Million Menschen ohne Aufenthaltsstatus, für Sachsen gibt es keine Zahlenschätzungen (BAMF; 2006).

Dazu kommt eine große Zahl Migranten aus neuen EU-Ländern, die eingeschränkte Rechte genießen und häufig nicht krankenversichert sind. Oft weist ihr Leben Parallelen zu dem illegalisierter Migranten auf (Frings; 2004). Diese sind in aller Regel ausgeschlossen von gesellschaftlicher Teilhabe und von der Einlösung ihrer Grundrechte. Leben ohne Rechte bedeutet Arbeitsbedingung und -löhne können schlecht verhandelt werden, Kinder nicht in der Schule an-

gemeldet werden, Gewalttaten nicht angezeigt werden und Gesundheitsleistungen nicht in Anspruch genommen werden (Schönwälder, Vogel, Sciortino; 2004). Weil jede offizielle Stelle in Deutschland eine Meldepflicht nach § 87 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) an die Polizei hat, wenn sie von dem illegalen Aufenthalt eines Ausländers erfährt, sind Rechte für illegalisierte Migranten nicht umsetzbar und nicht einklagbar (DIMR; 2007). Im europäischen Vergleich weist Deutschland eine der höchsten Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus auf (MdM; 2007). Mehrfach hat der Deutsche Ärztetag in der Vergangenheit die Meldepflicht sowie den eingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem kritisiert.

### Migranten ohne Aufenthaltsstatus im Gesundheitssystem – die Rechtslage

Ärzte und Krankenhauspersonal haben keine Meldepflicht. Eine Meldung an Polizei oder Ausländerbehörde verletzt vielmehr die Schweigepflicht (§ 203 StGB, § 88 AufenthG). Ärzte machen sich nicht strafbar, wenn sie Menschen ohne Aufenthaltsstatus versorgen, eine Verweigerung der Behandlung kann hingegen strafbar sein (§ 323c StGB, § 95 AufenthG). Kommt ein Patient ohne Aufenthaltsstatus oder ohne Krankenversicherung in ein Krankenhaus oder eine Praxis, sollte zunächst die notwendige Diagnostik durchgeführt werden. In einem Gespräch sollten Behandlungs- und Abrechnungsmöglichkeiten geklärt werden. Die medizinische Behandlung sollte sich nicht von der Behandlung anderer Patienten unterscheiden. Für die Migranten ist es zudem wichtig zu wissen, dass nicht die Polizei gerufen wird, sondern gemeinsam Möglichkeiten der Behandlung gesucht werden. Es sollte nicht der Vordruck zur Kostenübernahme als Privatzahler ausgehändigt werden, sondern gegebenenfalls mit Unterstützung des Sozialdienstes oder Beratungseinrichtungen eine der folgenden Abrechnungsmöglichkeiten genutzt werden (ÄK Hamburg; 2008).

Migranten ohne Aufenthaltsstatus sind theoretisch durch das Asyl-

bewerberleistungsgesetz (AsylbLG) versorgt, welches nicht nur die Versorgung von Asylsuchenden regelt, sondern auch von Menschen ohne Aufenthaltsrecht (§ 1 Abs. 1 Nr. 5 AsylbLG). Eine Abrechnung medizinischer Leistungen über das Sozialamt nach § 4 und § 6 AsylbLG ist möglich bei akuter Erkrankung, Schmerzzuständen, bei Schwangerschaft und Geburt, bei zur Sicherung der Gesundheit unerlässlicher Behandlungen sowie amtlich empfohlenen Impfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen. Nur in Notfällen kann die Kostenübernahme erst nach erfolgter Behandlung beantragt werden. Für illegalisierte Migranten bedeutet dies, dass sie von Behandlung, die nicht notfallmäßig erfolgt, offiziell ausgeschlossen sind, da die Beantragung eines Krankenscheines beim Sozialamt im Vorfeld einer Behandlung die Weiterleitung der Daten an die Ausländerbehörde und damit die Abschiebung bedeutet (§ 87 AufenthG). Im Falle einer Behandlung im Notfall kann der Antrag auf Kostenübernahme ans Sozialamt nach der Behandlung stattfinden und auch durch Dritte geschehen (Arzt oder Sozialdienst). In diesem Fall gilt eine Ausnahme der Meldepflicht (§ 88 AufenthG), die mit der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz 2010 (AVV) bestätigt wurde: Für Daten, die im Rahmen der medizinischen Behandlung aufgenommen wurden, gilt die verlängerte Schweigepflicht. Das bedeutet, dass weder medizinisches Personal noch das mit der Abrechnung medizinischer Behandlung befasste Personal noch die Sozialbehörde im Falle eines Patienten ohne Aufenthaltsstatus die Polizei informieren darf, wenn diese Daten im Rahmen einer medizinischen Behandlung aufgenommen wurden (§ 88 AufenthG sowie AVV zum AufenthG Nr 88.2.1 – 88.2.3 und 88.2.4.0). Suchen Migranten ohne Aufenthaltsstatus Krankenhaus oder Praxis zur Notfallversorgung auf, kann die Kostenübernahme nachträglich durch die Behandelnden vom Sozialamt eingefordert werden. Zum Schutz der Patienten ist es empfehlenswert bei der Weiterleitung an das Sozialamt, dieses darauf hinzuweisen, dass diese Daten dem verlängerten Geheimnisschutz nach §

---

**»Die Vermittlung in ein ehrenamtlich arbeitendes Netzwerk von Ärzten und Therapeuten verstehen die Medinetze oder Medibüros nicht als Lösung, sondern als Notbehelf für Menschen, die anderenfalls von Gesundheitsversorgung gänzlich ausgeschlossen wären.«**

---



88 AufenthG unterliegen und nicht der Ausländerbehörde zur Verfügung gestellt werden dürfen. Das Sozialamt ist im Falle von mittello- sen illegalisierten Migranten zur Kostenübernahme verpflichtet, die Datenweiterleitung ist untersagt (Katholisches Forum; 2009). In der Praxis meiden viele Migranten wei- terhin auch in Notfällen das Ge- sundheitssystem, weil Meldungen an Polizei und Ausländerbehörde durch Ärzte oder das Sozialamt rechtswidrig vorkommen (Classen; 2012).

Bei Migranten, die im Heimat- land versichert sind, kann die Kran- kenkasse im Heimatland der zu- ständige Kostenträger sein (Frings; 2004).

Kommt keine der Abrechnungs- möglichkeiten in Betracht, sollte er- wogen werden, ob die Klinik oder die Praxis dem Patienten eine Be- handlung zu einem reduzierten Preis oder in Ratenzahlung anbie- ten kann (ÄK Hamburg; 2008).

Es gibt weitere Möglichkeiten, die in seltenen Fällen, zum Beispiel bei Arbeitsunfällen oder Gewalttat- ten, eine Finanzierung ermögli- chen. Weitere Informationen fin- den sich in der Broschüren der Bundesärztekammer (BÄK; 2012). In den meisten Fällen bleibt Mig- ranten ohne Aufenthaltsstatus je- doch für die nicht notfallmäßige

Versorgung nur die Option der Be- zahlung als Privatpatient oder die Versorgung in zivilgesellschaftli- chen Netzwerken wie dem Medi- netz.

### **Lokale und bundesweite Lösungsansätze**

Seit vielen Jahren fordern die Medi- netze bundesweit die Abschaffung diskriminierender Gesetze, wie das Asylbewerberleistungsgesetz und die Meldepflicht, um den gleichbe- rechtigten Zugang zu medizini- scher Versorgung für Migranten zu ermöglichen. Zusammen mit dem vdää und medico international ha- ben die Medibüros und Medinetze vor kurzem eine Kampagne gestar- tet für eine Eingliederung in die Gesetzlichen Krankenkassen. Da notwendige Gesetzesänderungen mittelfristig nicht realisierbar sein werden, sind lokale Konzepte, wie der anonyme Krankenschein, not- wendig. Ziel ist es, Menschen ohne Aufenthaltsstatus die Inanspruch- nahme von medizinischen Leistun- gen zu ermöglichen, ohne sie durch eine Datenweitergabe an die Aus- länderbehörde zu gefährden. Die Migranten sollen mit einem anony- misierten Krankenschein, der durch eine spezielle Vergabestelle ausgehändigt werden kann und nicht ihren Namen preisgibt, die In-

stitutionen der Regelversorgung in Anspruch nehmen können. Die Ab- rechnung soll über das Sozialamt erfolgen.

### **Ärzte dringend gesucht**

Sie können die Medinetze und Medibüros durch Ihr Engagement unterstützen. Der Umfang des En- gagements kann individuell abge- sprochen werden. Die Bereitschaft einmal pro Woche oder pro Monat bei einem Kind eine U-Untersu- chung durchzuführen oder eine gy- näkologische Untersuchung anzu- bieten, ermöglicht wertvollen Zugang zu medizinischer Versor- gung.

*\* Dr. Anna Kühne, Ärztin, MPH ist im MediBüro Berlin aktiv.*



*Flüchtlinge an der griechisch-makedonischen Grenze, Juli 2015*

## **Medizinische Minderversorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen beenden**

**Pressemitteilung vom 19. August 2015**

***33 Medibüros und Medinetze in Deutschland richten zusammen mit dem Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte und medico international an den Bundestag den Aufruf, die medizini- sche Minderversorgung von Asylsu- chenden und Flüchtlingen zu beenden.***

Dies schreibt das Asylbewerberleistungsgesetz vor, das eine Vielzahl von Gesundheitsleistungen unterbindet. Die Folge sind Elend, Gesundheitsschäden und manchmal Todesfälle. Diese Minderversorgung ist zudem noch teurer als die Regelversorgung von Kas- senpatienten. Mehrkosten entstehen durch das aufwändige behördliche Verfahren, das überwiegend in der Hand von Verwaltungs-

mitarbeiterInnen ohne medizinischen Sach- verstand liegt, und durch Nichtbehandlung oder Verschleppung von Krankheiten, die sich zu teuren Notfällen auswachsen. Dies soll offensichtlich von Zuwanderung nach Deutschland abschrecken. Dabei gibt es keinerlei Belege dafür, dass eine bessere Gesundheitsversorgung zu erhöhter Zuwan- derung führte. Die gesundheitliche Minder- versorgung muss zudem als verfassungswid- rig gewertet werden, denn »die in Art. 1 Abs. 1 GG garantierte Menschenwürde ist migrationspolitisch nicht zu relativieren« (Bundesverfassungsgericht 2012).

Wir fordern die Streichung des § 4 des AsylbLG und eine medizinisch bestimmte Krankenversorgung aller Asylsuchenden,

Flüchtlinge, Geduldeten und Papierlosen durch Integration in gesetzliche Krankenkas- sen, denn ausreichende Gesundheitsversor- gung ist ein Menschenrecht.

Die 33 Medibüros und Medinetze in Deutschland sind zusammen mit kooperati- onswilligen ÄrztInnen, Krankenhäusern und Hebammen aktiv, um im ständigen Kontakt mit den Betroffenen wenigstens örtlich eine ausreichende menschenrechtlich basierte Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

***Es ist Zeit, dies überflüssig zu machen!***

***Dr. Anna Kühne,  
Prof. Dr. Wulf Dietrich  
(Mitglieder des Vorstands des vdää)***



*Eindrücke von der Situation  
im Landesamt für Gesund-  
heit und Soziales (LAGeSo)  
in Berlin, Sommer 2015*

# Aufruf an die Bundestagsabgeordneten

## Bundesweite Kampagne der Medibüros und Medinetze in Deutschland zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden

**Gemeinsamer Aufruf der Medibüros und Medinetze in Deutschland, medico international und dem Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden**

Wir möchten Sie bitten, sich aktiv einzusetzen für die bundesweite Realisierung einer ausreichenden medizinischen Versorgung von Asylsuchenden und anderen Gruppen, welche unter § 1 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) fallen. Konkret umzusetzen ist dies durch die Eingliederung in die gesetzliche Krankenversicherung und somit durch medizinische Versorgung gemäß § 27 Sozialgesetzbuch V (SGBV) anstelle von §§ 4 und 6 des AsylbLG.

**Eine Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes ist notwendig zur Anpassung an die EU Richtlinie 2013/33/EU und an internationale Abkommen.**

In der Richtlinie des europäischen Parlaments und Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (RL2013/33/EU) heißt es, die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge »den Schutz der psychischen und physischen Gesundheit der Antragsteller« zu gewährleisten (Art. 17 Abs. 2). Diese Versorgung entspricht in Deutschland dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gemäß § 27 SGB V.

Menschenrechte müssen Sache des Bundes sein, offen kommuniziert werden und für alle Menschen gelten. Die aktuell praktizierte Minimalmedizin nach §§ 4 und 6 des AsylbLG, und die durch diese Paragraphen entstehende Verunsicherung auf Seiten der (medizinischen) Versorger, sind mit dem Menschenrecht auf Gesundheit nicht vereinbar.

Die Beschränkung auf Behandlung nur bei »akuter Erkrankung und Schmerzzuständen« (§ 4 AsylbLG) und der Gewährung sonstiger Leistungen, wenn sie »zur Sicherung ... der Gesundheit unerlässlich ... sind« (§ 6 AsylbLG), sind weder mit Art. 2 II GG (Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit) noch mit der Europäischen Sozialcharta (Art. 11) vereinbar [1]. Ebenso verstößen diese Paragraphen gegen Artikel 12 des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, kulturelle und soziale Rechte (IPwskR), gemäß dem die Vertragsstaaten »das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit« anerkennen. Dies beinhaltet gemäß Artikel 12, Abs. 2 IPwskR »die erforderlichen Maßnahmen zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.«

Das BVerfG urteilte am 18. Juli 2012: »Die Art. 1 Abs. 1 GG garantierte Menschenwürde ist migrationspolitisch nicht zu relati-

vieren.« (BVerfG 18.7.2012, 1 BvL 10/10 und 1 BvL 2/11, Rn 121). Die Ablehnung einer angemessenen medizinischen Versorgung von Asylsuchenden aus Sorge, diese könne eine Zunahme von Asylanträgen zur Folge haben, muss folglich als verfassungswidrig gelten. Zudem ist diese Annahme wissenschaftlich nicht haltbar. Einschlägige Untersuchungen belegen: Migration orientiert sich an Netzwerken, medizinische Versorgung ist selten die Ursache der Migration und noch seltener die Grundlage für die Auswahl des Ziellandes.

**Das derzeitige Gesetz garantiert auch in Notfällen keine ausreichende medizinische Versorgung – willkürliche Auslegungen und Umsetzungen mit gravierenden gesundheitlichen Folgen für die Betroffenen sind die Praxis.**

Die Umsetzung des AsylbLG funktioniert nicht und hat katastrophale Folgen wie aggravierte Krankheitsverläufe, Chronifizierungen und Todesfälle. Die Versorgung nach AsylbLG über Krankenscheine, die von den Sozialämtern ausgestellt werden, legt die Entscheidung über medizinische Versorgung in die Hände von VerwaltungsmitarbeiterInnen. Für die Betroffenen bedeutet dies Angst und das Gefühl des Ausgeliefertseins. Aus Furcht werden ÄrztInnen nicht oder nur nach gravierender Verschlechterung des Gesundheitszustands aufgesucht. Die behandelnden ÄrztInnen sind häufig verunsichert, kennen Verfahrenswege nicht und lassen sich nicht

selten von hinreichenden Behandlungen abschrecken [2].

Die Beispiele hierfür sind so zahlreich wie alarmierend: Ein 30-jähriger Asylsuchender verstarb 1997 im Main-Taunus Kreis, nachdem ein Frankfurter Gericht die Kostenübernahme für eine lebensnotwendige Lebertransplantation im Rahmen der Behandlung eines chronischen Leberversagens verweigerte, da es sich hierbei weder um eine schmerzhaft, noch eine akute Erkrankung handelte und somit nach AsylbLG auf Seite des Patienten kein Anspruch auf Behandlung bestünde [2].

2010 wurde einer schwangeren Frau, die kurz vor dem Geburtstermin stand und Fruchtwasser verlor, in ihrem Heim medizinische Versorgung vorenthalten, da sie keine Schmerzen litt. Am nächsten Tag starb das ungeborene Kind an einer bakteriellen Infektion, ins Krankenhaus kam die Betroffene erst einen weiteren Tag später [3].

#### **Das Menschenrecht auf Gesundheitsversorgung ist keine Ländersache!**

Um die medizinische Versorgung von Asylsuchenden in der gesamten Bundesrepublik sicher zu stellen, bedarf es einer verbindlichen gesetzlichen Regelung für *alle* Bundesländer. Von den Ministerpräsidenten und der Kanzlerin werden derzeit eine Erleichterung des Abschlusses von optionalen Länderspezifischen Krankenkassenverträgen gemäß § 264 Abs. 1 SGB V diskutiert [4]. Angemessene gesundheitliche Versorgung entsprechend menschenrechtlicher Standards darf jedoch keine Ländersache sein. Wir fordern daher die Einbindung aller Asylsuchenden in die GKV gemäß § 264 Abs. 2 SGB V, so wie sie bereits jetzt für alle Asylsuchenden nach 15 Monaten Asylverfahren besteht (§ 2 AsylbLG).

Dies ermöglicht eine angemessene Versorgung im »notwendigen Umfang« § 2 Abs. 4 SGB V und verhindert Aggravierung von unbehandelten Krankheiten durch Unter- und Fehlversorgung. Ein Fortbestehen der §§ 4 und 6 AsylbLG behindert ÄrztInnen systematisch in der Ausübung ihrer ärztlichen Pflicht. Durch die Einbindung aller Asylsuchenden in die GKV würde die Bewertung der medizinischen Notwendigkeit von Diagnostik und Behandlung in die Verantwortung der behandelnden ÄrztInnen, bzw. bei Unklarheiten in diejenige des medizinischen Dienstes der Krankenkassen gelegt werden. Damit würden Sozialämter entlastet und medizinische Entscheidungen künftig von qualifizierten LeistungserbringerInnen getroffen.

Für die geforderte Einbeziehung aller Asylsuchenden in die GKV bedarf es lediglich der Ausweitung eines schon bestehenden Systems. Unnötige Schnittstellenproblematiken werden abgebaut, da Bundes-

land-spezifische Verträge und Abrechnungssysteme überflüssig würden. Eine gesetzliche Einbindung in die GKV verringert den Administrationsaufwand in den zuständigen Behörden und spart Geld, Personal und Räumlichkeiten [5].

Die medizinische Versorgung aller Asylsuchenden gemäß § 1 AsylbLG in einer gesetzlichen Krankenkasse ist nachweislich nicht teurer als die derzeitige Versorgung mit Krankenscheinen vom Sozialamt [5][6].

Besonders schutzbedürftige Personengruppen benötigen über die gewöhnlichen Leistungen der GKV hinaus besondere Hilfestellungen [4]. Notwendige medizinische Versorgung gemäß § 2 Abs. 4 SGB V muss jedoch aus o.g. Gründen für alle Asylsuchenden verfügbar sein und darf nicht an die besondere Schutzbedürftigkeit gebunden sein [7].

**Die Einbindung aller Asylsuchenden gemäß § 264 Abs. 2 SGB V in die GKV gewährleistet eine praktikable, bürokratiearme Umsetzung durch bereits existierende Strukturen, verursacht keine zusätzlichen Kosten und schafft ein einheitliches, menschenrechtskonformes System der Gesundheitsversorgung ohne Diskriminierungen – dies erfordert die Streichung des § 4 AsylbLG.**

Mit vielen Grüßen  
Medibüros und Medinetze  
in Deutschland  
kampagne@stopasylblg.de  
c/o Medibüro Berlin  
Gneisenaustraße 2A, 10961 Berlin

#### **Literaturverzeichnis**

- 1) Eberhard Eichenhofer: »Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge«, in: Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik, 5-6/2013, S. 169-175; unter: [www.zar.nomos.de/fileadmin/zar/doc/Aufsatz\\_ZAR\\_13\\_5-6.pdf](http://www.zar.nomos.de/fileadmin/zar/doc/Aufsatz_ZAR_13_5-6.pdf) (abgerufen am 28. Juli 2015)
- 2) Flüchtlingsrat Berlin: Stellungnahme zur Anhörung des AS-Ausschusses des Deutschen Bundestages zum »Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des AsylbLG und des SGB«, BT-Drs. 18/2592 vom 22. September 2014, Oktober 2014, S. 39 ff.; unter: [www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Classes\\_Asyblg\\_2014\\_AS-Ausschuss.pdf](http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Classes_Asyblg_2014_AS-Ausschuss.pdf) (abgerufen am 25. Juli 2015)
- 3) Lena Leebucari: »Im Flüchtlingsheim Kind verloren. Auf der Suche nach Verantwortlichen«, taz nord vom 6. Januar 2015; unter: [www.taz.de/15024583/](http://www.taz.de/15024583/) (abgerufen am 28. Juli 2015)
- 4) Die Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland: »Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 18. Juni 2015«, unter: [www.bundesregierung.de/Content/DE/\\_Anlagen/2015/06/2015-06-19-besprechung-regierungschefs-merkel.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2015/06/2015-06-19-besprechung-regierungschefs-merkel.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (abgerufen am 25. Juli 2015)
- 5) F. Burmester: »Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse«, in: Nachrichtendienst



*Medizinische Versorgung im LAGeSo, Berlin, Sommer 2015*

d. Dtsch. Vereins f. öff. u. priv. Fürsorge (NDV), 2015, S. 109-114

- 6) Kayvan Bozorgmehr / Oliver Razum: »Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures Among Asylum Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany 1994-2013«, unter: [www.plosone.org/article/responseObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pone.0131483&representation=PDF](http://www.plosone.org/article/responseObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pone.0131483&representation=PDF) (abgerufen am 25. Juli 2015)
- 7) BaFF – Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer: »Gefährdung der psychotherapeutischen Versorgung Geflüchteter durch die Konsequenzen der AsylbLG-Novelle«, unter: [www.baFF-zentren.org/wp-content/uploads/2008/05/Gefährdung-der-psychotherapeutischen-Versorgung-Geflüchteter-durch-AsylbLG-Novelle.pdf](http://www.baFF-zentren.org/wp-content/uploads/2008/05/Gefährdung-der-psychotherapeutischen-Versorgung-Geflüchteter-durch-AsylbLG-Novelle.pdf) (abgerufen am 25. Juli 2015)



medico international

verein  
demokratischer  
ärztinnen und  
ärzte





Photo By: Martezza Jahari

SoLi-Komitee Kilkis in Idomeni, September 2015

## »Sich für Gesundheit stark machen«

**Solidarische Flüchtlingsarbeit als gemeinsamer sozialer Kampf um Rechte**  
**Von Elène Misbach\***

**Der hier vorliegende Beitrag von Elène Misbach vom März 2015 legt den Fokus auf strukturelle Mängel der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden, Geflüchteten und MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Die hier ebenfalls angesprochene Debatte über eine Gesundheitskarte ist inzwischen weitergegangen in Richtung auf eine Gesundheitskarte zweiter Klasse für Asylsuchende.**

Mit dem Anstieg der weltweiten Flüchtlingsbewegungen in einer Größenordnung wie seit Jahrzehnten nicht mehr ist die deutsche ebenso wie die europäische Flüchtlingspolitik vor neue Herausforderungen gestellt. Bundesregierung sowie Landesregierungen haben jedoch viel zu spät und vor allem improvisierend darauf reagiert. So wurden beispielsweise aufgrund der bis zum Jahr 2007 sinkenden Zahlen der Anträge auf Asyl Unterkünfte für Asylsuchende abgebaut, die nun dringend benötigt werden. Insgesamt ist ein Mangel an grundsätzlichen Strukturen des Asylsystems zu konstatieren und spätestens seit 2013 zunehmend zu einem öffentlichen Thema geworden. Staatliche Strukturen sind überlastet, und nicht selten springen ehrenamtlich Engagierte und solidarische UnterstützerInnen ein, um die Versorgungslücken zu stopfen sowie Geflüchteten das Ankommen und Einleben zu erleichtern (vgl. Serhat Karakayali/Olaf Kleist 2015: 9). Das gilt für Fragen der Unterbringung ebenso wie für den Zugang zu Bildung, Arbeit und Gesundheit.

Grundsätzlich basieren viele der

Versorgungslücken zum einen auf einer zunehmenden Unterfinanzierung öffentlicher Infrastruktur als Folge des Paradigmenwechsels vom keynesianischen Wohlfahrtsstaates hin zum »aktivierenden Sozialstaat« mit umfassenden Einschnitten in die sozialen Sicherungssysteme seit Ende der 1990er Jahre (vgl. Silke van Dyk 2014:2). Zum anderen gehen sie einher mit dem Vorrang restriktiver migrationspolitischer Erwägungen gegenüber gesundheitspolitischer Fragen. Und dies nicht erst seit den aktuellen Migrations- und Flüchtlingsbewegungen. Neu ist, dass durch die derzeitigen Verschärfungen das Thema Gesundheitsversorgung für Asylsuchende und Geflüchtete prominenter als bisher auf der medialen und politischen Tagesordnung steht. Somit wird sichtbar, was seit vielen Jahren nur in (engagierten) Fachkreisen für Empörung sorgte und nahezu gebetsmühlenartig rauf und runter dekliniert wurde, um gesetzliche Änderungen zu erzielen. Inzwischen werden immer häufiger Vorwürfe laut, »dass die Ämter oft nur eine gesetzlich vorgegebene Minimalmedizin ermöglichen, was dazu führe, dass Arztpra-

ren hinterherren müssen, Kliniken auf Kosten sitzen bleiben, Behandlungen nicht genehmigt würden und ohne ehrenamtliches Engagement viele Migranten gar keine medizinische Versorgung bekämen« (Julia Frisch 2015: 14).

### **Umfassende medizinische Versorgung?**

»Asylbewerber sind ordentlich medizinisch versorgt«, so der CDU-Vizechef Thomas Strobl im März dieses Jahres anlässlich der Beratungen von Bund und Ländern über ein Gesamtkonzept zur Reform der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden, das auch die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte nach Bremer Modell in Erwägung zieht. »Es kommt für uns nicht infrage, die Erbringung von Gesundheitsleistungen für Asylbewerber durch Gesetz zu erleichtern oder sogar zu verbessern. Es gibt in der Unionsfraktion keine Bereitschaft, entsprechende Gesetze zu verabschieden« (*Die Welt*, 19. März 2015), so Strobl weiter. Diese Aussagen werden anlässlich der Debatte im Deutschen

Bundestags vom 2. Juli 2015 über den Antrag »Medizinische Versorgung für Asylsuchende und Geduldete diskriminierungsfrei sichern« von Andrea Lindholz, CDU/CSU-Fraktion, bekräftigt: »Wenn man Ihrem Antrag folgen würde und bundesweit eine Gesundheitskarte einführen und jedem Asylbewerber den vollen Zugang zum deutschen Gesundheitssystem schon nach drei Monaten ermöglichen würde, dann würden die sowieso schon extrem hohen Asylzahlen weiter ansteigen, und zwar in erheblichem Umfang. Die flächendeckende Einführung einer Gesundheitskarte wäre eine Einladung für jeden, sich in Deutschland umsonst behandeln zu lassen. (...) Asylbewerber werden heute schon umfassend medizinisch versorgt.« Lindholz argumentiert vorrangig vor dem Hintergrund einer restriktiven Flüchtlingspolitik und stellt somit erneut klar, dass es ihrer Fraktion offenbar nicht um eine sachliche Auseinandersetzung in Bezug auf eine angemessene Gesundheitsversorgung geht. Dabei ist die hier vorgebrachte Annahme, durch eine menschenrechtskonforme Gesundheitsversorgung würden MigrantInnen einreisen, um Gesundheitsleistungen zu beziehen, wissenschaftlich nicht haltbar.

»Viele Menschen sind lebensbedrohlich unterversorgt« (*Neues Deutschland*, 7. April 2014), lautet die entgegengesetzte Einschätzung aus der Praxis. Illegalisierte Menschen meiden oftmals den Arztbesuch aus Furcht vor Aufdeckung und Abschiebung. Theoretisch haben sie Anspruch auf medizinische Versorgung nach AsylbLG. Praktisch können sie diesen Anspruch jedoch nur um den Preis der Inhaftnahme und einer wahrscheinlichen Abschiebung geltend machen. Rechtlicher Hintergrund sind die behördlichen Übermittlungspflichten von Daten an die Ausländerbehörde, geregelt in § 87 Absatz 2 Aufenthaltsgesetz. Lassen sich die Menschen aus den genannten Gründen nicht rechtzeitig medizinisch untersuchen und behandeln, kann das schwerwiegende Folgen haben. Für Menschen im Asylverfahren besteht zwar keine unmittelbare Abschiebeandrohung. Jedoch ist auch ihnen der diskriminierungsfreie offene Zugang zur Versorgung oftmals bürokratisch versperrt.

Nach AsylbLG ist lediglich eine reduzierte Versorgung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, bei Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett, hinsichtlich amtlich empfohlener Schutzimpfungen und medizinisch gebotener Vorsorgeuntersuchungen (§ 4) vorgesehen. Darüber hinaus werden Leistungen gewährt, die zur Aufrechterhaltung der Gesundheit unerlässlich sind (§ 6). Die Bundesregierung ist der Auffassung, das bestehende AsylbLG sei geeignet, die Versorgung der Leistungsberechtigten mit existenznotwendigen Gesundheitsleistungen sicherzustellen.

Dem steht gegenüber, was u.a. die ÄrztInnenschaft bereits seit Inkrafttreten des AsylbLG 1993 regelmäßig feststellt: Die medizinische Versorgung nach dem AsylbLG funktioniert in der Praxis nicht. Auf Bundesärztetagen wird daher immer wieder die Gleichstellung AsylbLG-Berechtigter mit regulär Krankenversicherten gefordert.

#### **AsylbLG verstößt gegen das Recht auf Gesundheit**

Zahlreiche KritikerInnen weisen zudem darauf hin, dass die im AsylbLG formulierten weitreichenden Beschränkungen der Gesundheitsversorgung das Menschenrecht auf Gesundheit verletzen. Sie sind weder mit dem Grundgesetz (Art. 2 Abs. 2 GG: Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit) noch mit der Europäischen Sozialcharta (Art. 11) vereinbar und verstoßen gegen den Internationalen Pakt über wirtschaftliche, kulturelle und soziale Rechte. Im UN-Sozialpakt erkennen die Vertragsstaaten »das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit« an. Dies umfasst »die erforderlichen Maßnahmen zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.«

Mit anderen Worten: Die staatlichen Achtungs- und Gewährleistungspflichten werden verletzt. Weder die rechtlichen noch die praktischen Voraussetzungen für einen diskriminierungsfreien und barrierearmen Zugang zu Einrich-

tungen der Gesundheitsversorgung werden geschaffen. Im Gegenteil: durch die Restriktionen im AsylbLG wird der Zugang verhindert.

Dies gilt auch für medizinische Notfälle. Denn auch hier garantiert das AsylbLG keine ausreichende medizinische Versorgung. Willkürliche Auslegungen und Umsetzungen mit gravierenden gesundheitlichen Folgen für die Betroffenen sind die Praxis. Dabei wird die Ausstellung eines Krankenscheins, einer Facharzt- oder Krankenhausüberweisung und somit die Entscheidung für oder gegen eine medizinische Behandlung von VerwaltungsmitarbeiterInnen der Sozialämter ohne medizinische Fachkenntnisse getroffen.

#### **Reduzierte Minimalmedizin mit tödlichen Folgen**

Es kann also nicht davon die Rede sein, dass hier durch aktives staatliches Handeln die möglichst umfassende Ausübung des Menschenrechts auf Gesundheit ermöglicht wird. Dies belegen zahlreiche alarmierende Beispiele:

In Hannover (Niedersachsen) wurde 2014 eine Asylsuchende mit ihrem vier Wochen alten Frühchen an der Pforte eines Kinderkrankenhauses abgewiesen. Die Behandlung für den unter akuter Atemnot leidenden Säugling wurde verweigert, da sie für das Kind keinen Krankenschein vorweisen konnte.

---

**»Die Annahme, durch eine menschenrechtskonforme Gesundheitsversorgung würden MigrantInnen einreisen, um Gesundheitsleistungen zu beziehen, ist wissenschaftlich nicht haltbar.«**

---



*Bahnstrecke von Griechenland nach Makedonien, August 2015*

---

»Die bisherige Praxis nach § 4 AsylbLG behindert eine patientengerechte Versorgung.«

---

Eine Stunde später war der Säugling bereits tot. Mit Versichertenkarte wäre das Kind regulär aufgenommen worden.

In Plauen (Sachsen) verstarb im Februar 2014 ein Asylsuchender an einer Lungenembolie. Aufgrund seiner starken Schmerzen hatten Mitbewohner den Wachschatz der Unterkunft mehrfach gebeten, einen Notarzt zu rufen. Dies verweigerte der Wachmann über mehrere Stunden hinweg.

In Zirndorf (Bayern) weigerten sich im Dezember 2011 zunächst die Pförtner und später die Verwaltung der Asylaufnahmestelle über mehrere Stunden hinweg, einen Notarzt für ein 15 Monate altes Kind zu rufen. Das Kind hatte hohes Fieber, auf der Haut bildeten sich schwarze Flecken. Die Familie wird zu Fuß zum Kinderarzt geschickt, Passanten brachten sie ins Krankenhaus. Aufgrund einer lebensbedrohlichen bakteriellen Hirnhautentzündung lag das Kind monatelang im Koma, zwei Mal pro Woche transplantierten Ärzte ihm Haut. Das Kind überlebt mit schwerster Behinderung

Ein 30jähriger Asylsuchender verstarb 1997 im Mainz-Taunus Kreis, nachdem ein Frankfurter Gericht die Kostenübernahme für eine lebensnotwendige Lebertransplantation im Rahmen der Behandlung eines chronischen Leberversagens verweigerte. Begründung: Es handle sich hierbei weder um eine schmerzhaft, noch eine akute Er-

krankung und somit bestünde nach AsylbLG auf Seite des Patienten kein Anspruch auf Behandlung.

### Durchsetzung von Rechtsansprüchen mit medialer Unterstützung

Selten können Rechtsansprüche und der Zugang zu medizinisch notwendigen Behandlungen und Hilfsmitteln auf juristischen Wegen erstritten werden, da diese den Betroffenen oftmals versperrt und in der Regel zu langwierig sind. Menschenrechtliches Empowerment bedeutet daher auch, über öffentlichen Druck die Menschen darin zu unterstützen, zu ihrem Recht zu kommen – wie der folgende Fall zeigt: Das Sozialamt Berlin-Charlottenburg verweigerte schwerst spastisch gelähmten geduldeten bosnischen Zwillingen Rollstühle, obwohl die 13jährigen Jungen keinen Schritt selbständig gehen konnten und auf die Toilette getragen werden mussten. Die Ablehnung erfolgte mit der Begründung, die Rollstühle seien nicht lebensnotwendig. Im Ablehnungsbescheid steht, dass »bei Nichtgewährung dieser Leistungen Gefahr für Leib und Leben nicht besteht.« Die Betroffenen legten Widerspruch ein, woraufhin ein Amtsarzt ein ablehnendes »landesärztliches Gutachten« erstellt – ohne die Kinder je untersucht zu haben. Hätte der Arzt die Kinder untersucht, wäre ihm aufgefallen, dass es sich um zwei Kinder han-

delt. Denn auch das übersieht sein Gutachten. Der Sozialstadtrat unterstellte, die Rollstühle seien »aus Bequemlichkeit« beantragt worden. Nachdem das ARD-Magazin *Monitor* über den Fall berichtet, werden die Rollstühle sofort bewilligt.

### Elektronische Gesundheitskarte und Zugang zu regulären Sicherungssystemen

Zunehmend werden Forderungen laut nach Abschaffung des AsylbLG, alternativ nach Streichung der §§ 4 und 6 bei gleichzeitiger Eingliederung der Anspruchsberechtigten in die gesetzliche Krankenversicherung und in die regulären sozialen Sicherungssysteme. Neben anderen AkteurInnen fordert auch der Deutsche Ärztetag im Mai diesen Jahres »die Länder und den Bund auf, die Einführung einer Versichertenkarte für Flüchtlinge auch in den Flächenländern zu veranlassen.«

Die Argumente liegen auf der Hand: Die bisherige Praxis nach § 4 AsylbLG behindert eine patientengerechte Versorgung. Es muss stets eine zeitaufwändige Einzelbeantragung eines Behandlungsscheins erfolgen, was zu unnötigen zeitlichen Verzögerungen sowie zu unnötigen Kosten durch den erhöhten Verwaltungsaufwand führt. Für die Leistungsberechtigten bedeutet eine solche Karte den unkomplizierten sowie stigmatisierungs- und diskriminierungsfreien Zugang zu Leistungen nach AsylbLG. Im Hinblick auf die Kostenfrage zeigen die Erfahrungen aus Bremen und Hamburg, dass es hier aufgrund des verringerten Verwaltungsaufwandes sogar zu Kostensenkungen kommt.

*\* Elène Misbach ist Diplom-Psychologin und setzt sich seit gut zehn Jahren im Berliner Medibüro – Netzwerk für das Recht auf Gesundheit aller MigrantInnen praktisch und politisch für das Recht auf Gesundheit für Menschen ohne Papiere und/oder ohne Krankenversicherung ein. Hauptberuflich ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Alice Salomon Hochschule Berlin tätig.*

(Der Text wurde von der Redaktion gekürzt; er wird in Kürze in der der Zeitschrift für Menschenrechte in der Langfassung und mit einem umfangreichen Fußnotenapparat versehen erscheinen.)



Eindrücke von der Situation im LAGeSo, Berlin, Sommer 2015

# Flüchtlinge welcome

Ein Faktencheck aus Berlin – von Michael Janßen und Jürgen Hölzinger\*

Bei Naturkatastrophen in abgelegenen Regionen der Welt erstellen Rotes Kreuz oder THW in kürzester Zeit eine funktionierende Basisversorgung. Mitten in Berlin sind staatliche Stellen jetzt schon seit Wochen vom Andrang der Flüchtlinge völlig überfordert.

Auf dem Gelände des zuständigen Landesamtes für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) – einem ehemaligen Krankenhausgelände (!) – halten sich seit dem Frühjahr 2015 werktäglich bis zu 2000 Menschen auf. Die neu ankommenden Flüchtlinge und ihre Familien bekommen zunächst eine Wartenummer und müssen bis zu einer Woche (sic!) auf ihre Registrierung als Asylsuchende warten. Sie stehen täglich im Freien ohne Schutz vor Sonne oder Regen in langen Reihen und warten darauf, aufgerufen zu werden. Dann erst bekommen sie mit ihrer Registrierung Unterkunft, Geld und Krankenscheine. Ehrenamtliche Helfer vom Verein *Moabit hilft*, unterstützt von Geld- und Sachspenden der Bevölkerung, sorgen während dieser tagelangen Wartezeit für Essen, Müllbeseitigung, Information, ärztliche Notversorgung und Suche nach Unterkunft.

Erst nach einer Medienoffensive der UnterstützerInnen während der Zuspitzung in der sommerlichen Hitzeperiode reagierten die Behörden der CDU-geführten Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales und übernahmen einen Teil ihrer eigentlichen Aufgaben. Bis dahin hatten sie sich eher durch Behinderung der HelferInnen bemerkbar gemacht: So wurde die Verteilung von Lebensmitteln unter Verweis auf Hygienestandards zeitweilig untersagt.

Im August noch arbeiteten ehrenamtliche Ärztinnen und Ärzte im Dritte-Welt-Standard im offenen, bodenlosen Zelt mitten auf der Wiese, notdürftig mit Flatterband und Planen vor neugierigen Besuchern geschützt. Eine Sommerliege, drei Stühle, ein Tisch mit einem Sammelsurium gespendeter Medikamente, alles musste abends in abschließbare Räume zurückgebracht werden. Behandelt wurden die

Flüchtlinge, die eine Wartemarke hatten, aber noch nicht registriert waren. Über eine Apotheke konnten auf Privatrezept Medikamente bestellt werden. Diese wurden von den ausstellenden Ärzten oder aus Spenden von *Moabit hilft* bezahlt. Erst nach dem Umzug in einen Raum ohne fließendes Wasser und abschließbaren Medikamentschrank, aber wenigstens mit einer Behandlungsliege und einem Schreibtisch besserten sich die äußeren Bedingungen geringfügig. Medikamente werden allerdings immer noch nicht regelmäßig von behördlicher Seite bereitgestellt. Die nötige professionelle, bezahlte ärztliche Versorgung mit einem Allgemein- und Kinderarzt, statt ständig wechselnden ehrenamtlichen Ärzten, wurde nicht eingerichtet.

Flüchtlinge, die laut EU-Richtlinien 2013/33 unter den Begriff der *besonders schutzbedürftigen Personen* fallen, die bei ihrem Eintreffen identifiziert und einer entsprechenden Behandlung und Betreuung zuzuführen sind, sollen nach einer Absprache als *Härtefälle* eigentlich an der normalen Warteschlange vorbei direkt zur Registrierung gebracht werden. Die Praxis sieht allerdings anders aus; wegen Personalüberlastung gelten auch für diese Personen Wartezeiten bis zu zwei Tagen, am Wochenende entsprechend länger. Neben vielen psychisch Traumatisierten gibt es auch Querschnittsgelähmte, Herzoperierte, Hochschwangere, alte Menschen und Menschen mit Behinderungen.

Das Chaos mit den Warteschlangen, fehlende muttersprachliche Informationstafeln, unhaltbare hygienische Zustände, ärztliche Notversorgung auf der Wiese in einem Zelt mehrere Tage lang: Warum bekommt eine Senatsverwaltung das alles nicht in den Griff? Zwar sind Verbesserungen durch staatliche Stellen inzwischen in Minischritten erfolgt, von einem menschenwürdigen, professionellen Betrieb kann allerdings immer noch nicht die Rede sein.

Es drängt sich der Eindruck auf, dass die Zögerlichkeit der Abschre-

ckung dienen soll, damit *nicht alle Flüchtlinge nach Berlin kommen*. Ein gängiges politisches Motiv. Die Effekte stellen sich dramatisch dar. Fluchtbewegungen lassen sich durch menschenunwürdige Aufnahmebedingungen nur selten steuern, dienen allerdings der gesellschaftlichen Stimmungsmache nach dem Motto: *»Das sind einfach zu viele, die da anstürmen, das müssen wir begrenzen und unattraktiv gestalten*.

Wenn das Chaos aber *nur* Folge des Personalmangels der Behörden ist, dann zeigt sich hier massiv, was wir anderswo von Krankenhäusern, Bürgerämtern, öffentlichem Nahverkehr, von Polizei und Feuerwehr etc. kennen: Personalabbau hilft der Rendite, der schwarzen Null und der Schuldenbremse, nicht aber den Menschen.

Wenn eine Behörde überfordert ist, sollte sie sich Hilfe holen. Mitarbeiter, deren Aufgabe die Bearbeitung von Asylanträgen ist, sind nicht trainiert, ein Platzmanagement dieser Dimension zu organisieren. Naheliegender wäre es, Organisationen wie Rotes Kreuz, THW oder Bundeswehr mit der Logistik zu beauftragen. Nötigenfalls muss, wie in München geschehen, der Katastrophenfall ausgerufen werden, um effektivere Maßnahmen zu ermöglichen und den ankommenden Flüchtlingen schnell zu ihren Rechten zu verhelfen. *Flüchtlinge welcome?* In Berlin gibt es noch viel zu tun!

\* Dr. Jürgen Hölzinger ist Urologe und Mitglied der Fraktion Gesundheit Berlin, Michael Janßen ist Allgemeinarzt und Mitglied des erweiterten Vorstands des vdää.

Oft wurde in den letzten Wochen die *»Willkommenskultur«* in Deutschland gelobt und ohne Zweifel ist es für die Flüchtlinge angenehmer, so freundlich empfangen zu werden. Was dann kommt, wenn die Stadt bzw. die Kommune zuständig ist, beschreiben die beiden Ärzte Michael Janßen und Jürgen Hölzinger konkret am Beispiel der Situation vor dem Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) in Berlin.



Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) in Berlin

Idomeni, August 2015: Wer noch fliehen kann, flieht...



## »Drin bist du noch lange nicht – sag mir erst, wie alt du bist...«

Thomas Nowotny\* über die Kontroverse um die radiologische Altersdiagnostik bei jungen Flüchtlingen

Wenn junge Flüchtlinge ihr Alter nicht durch entsprechende Dokumente nachweisen können, nimmt das zuständige Jugendamt eine Altersschätzung vor. Welche Rolle dabei die Medizin und ÄrztInnen spielen, diskutiert Thomas Nowotny.

### Hintergrund

Immer mehr Kinder und Jugendliche sind gezwungen, ohne ihre Eltern nach Europa zu fliehen. UN-Kinderrechtskonvention und nationales Recht verpflichten die Verantwortlichen zu einem besonderen Schutz von Minderjährigen. Diese Kinder und Jugendlichen aus unterschiedlichen Regionen und Kulturkreisen brauchen Beratungs- und Hilfsangebote, die ihnen die Integration in den neuen Lebensraum erleichtern. Auch wenn die Angebote im Rahmen der Jugendhilfe nicht immer optimal sind, bieten sie den Betroffenen doch ungleich mehr Chancen als die Massenunterkünfte ohne adäquate Sozialbetreuung, in denen erwachsene Asylsuchende oft für lange Zeit leben müssen.

Können junge Flüchtlinge ihr Alter nicht durch entsprechende Dokumente nachweisen, muss das zuständige Jugendamt eine Altersschätzung vornehmen. Meist wissen die Betroffenen ihr Geburtsdatum; oft glauben ihnen die Behörden aber nicht. Erklärt das

Jugendamt den Flüchtling für volljährig und ist dieser damit nicht einverstanden, wird nach gegenwärtiger Rechtsprechung eine ärztliche Untersuchung angefordert.

### Strittiges Alter – strittige Altersdiagnostik

So heißt ein Artikel, den ich vergangenes Jahr gemeinsam mit meinen Kinderarzt-Kollegen Winfrid Eisenberg und Klaus Mohnike im *Deutschen Ärzteblatt* (DÄB) veröffentlichte. Darin kritisierten wir die häufige Praxis, für Altersgutachten Röntgenaufnahmen der linken Hand und des Gebisses sowie Computertomographien (CT) der Schlüsselbeine anzufertigen. Unser Fazit: »Radiologische Verfahren zur Altersdiagnostik bei unbegleiteten jungen Flüchtlingen sind obsolet, weil sie nach der aktuellen Studienlage keine gesicherten Aussagen zur Klärung der Volljährigkeit ermöglichen. MRT-Untersuchungen sind aufgrund ihres experimentellen Charakters und der Gefahr der Retraumatisierung abzulehnen. Röntgen und CT verursachen eine

nicht verantwortbare Strahlenbelastung ohne Vorliegen einer rechtfertigenden Indikation. Sie sind daher aus medizinethischer und juristischer Sicht nicht zulässig.«

Diese Thesen haben wir durch zahlreiche Studien aus den letzten Jahren belegt. Wir zeigten, dass durch Handröntgen die Volljährigkeit eines Probanden nicht beweisbar ist, weil die Diskrepanz zwischen Lebensalter und Knochenalter gerade im relevanten Bereich von 16-20 Jahren zu hoch ist; trotzdem wird Handröntgen immer noch dazu missbraucht, Flüchtlinge für volljährig zu erklären. Wir zeigten weiter, dass die Referenzstudie für CT-Untersuchungen der Sternoclaviculargelenke im entscheidenden Altersbereich keine valide statistische Grundlage hat; trotzdem wird sie in jedem Altersgutachten aufgeführt, das sich dieser Methode bedient. Wir zitierten aktuelle Studien zum erhöhten Tumorrisiko nach CT im Kindes- und Jugendalter.

BVKJ und DAKJ lehnen Röntgen und CT zur Altersdiagnostik ebenso ab wie 1995-2014 die Delegierten



des 98., 110., 111., 113. und 117. Deutschen Ärztetages. Auf unsere Bitte beschäftigt sich jetzt auch die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer mit dem Thema.

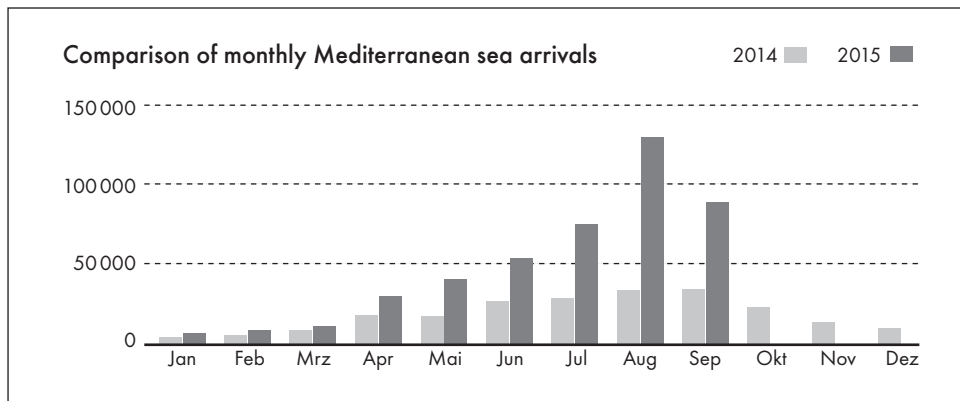
### Streitbare Rechtsmediziner

Die Reaktion auf unseren Artikel ließ nicht lange auf sich warten: Fünf Professoren der Rechtsmedizin – darunter der Sekretär der »Arbeitsgemeinschaft für Forensische Altersdiagnostik« (AGFAD), Prof. Andreas Schmeling aus Münster – veröffentlichten im DÄB drei Leserbriefe mit den Überschriften »Einseitig«, »Sinnentstellend« und »Korrekte Rechtslage«. Zahlreiche falsche Behauptungen darin veranlassten uns im Juni 2014 zu einer Erwiderung, die im DÄB gekürzt abgedruckt, aber von den Rechtsmedizinern bisher nicht beantwortet wurde.

Unser kleiner Beitrag im DÄB scheint allerdings eine Reihe von Artikeln ausgelöst zu haben, die kürzlich in zwei Ausgaben der Zeitschrift »Rechtsmedizin« (6/2014 und 1/2015) erschienen. Soweit sie sich auf unsere Thesen beziehen, wollen wir sie im Folgenden kurz kommentieren.

### Wissenschaftlich?

Schmeling et al stellen sehr ausführlich die »Studienlage zum zeitlichen Verlauf der Schlüsselbeinossifikation« dar mit dem Fazit, das Dünnschicht-CT sei aktuell die Methode der Wahl und in der Altersschätzungspraxis seien modalitätenspezifische Referenzstudien zu verwenden. Als einzige Referenzstudie für Dünnschicht-CT an Lebenden wird aber die von uns kritisierte Arbeit von Kellinghaus et al genannt, ohne auf deren gravierende statistische Mängel einzugehen. Womöglich genügt es den Autoren, ein mit heterogenen Literaturstellen unterlegtes subjektives Expertenurteil zu fällen, nicht unbedingt evidenzbasiert, aber gewissermaßen »eminenzbasiert«. Anwälte berichten, es sei praktisch unmöglich, ein Gutachten anzufechten, das von drei Professoren der Medizin unterzeichnet ist, auch wenn diese den Rechtsgrundsatz »im Zweifel für Minderjährigkeit« nicht berücksichtigt haben.



Quelle: UNHCR

### Korrekte Rechtslage?

Der Jurist und Rechtsmediziner Markus Parzeller legte auf acht Seiten »Juristische Aspekte der forensischen Altersdiagnostik« dar. Darin findet die UN-Kinderrechtskonvention (KRK) gerade in einer Fußnote Erwähnung. Umso ausführlicher wird die wissenschaftliche und juristische Grauzone dargestellt, in der die Altersbegutachtung stattfindet. Im Fall des häufig bemühten § 49 Absatz 6 Aufenthaltsgesetz sind ärztliche Maßnahmen »zum Zweck der Feststellung des Alters« u.a. nur dann erlaubt, »wenn kein Nachteil für die Gesundheit des Ausländers zu befürchten ist.« Aber ist das der Fall?

### Tatort Münster

Ebenso wie im Fernseh-»Tatort« spielt auch in der Realität das Institut für Rechtsmedizin Münster eine wichtige Rolle: Von Mai 2013-15 wird dort eine Referenzstudie zur Altersschätzung mittels Magnetresonanztomographie (MRT) durchgeführt, die mit je 400 000 Euro vom Europäischen Flüchtlingsfonds und aus deutschen Steuermitteln finanziert wird. Diese Verwendung von Geldern, die eigentlich für die Flüchtlingshilfe bestimmt sind, lässt jugendliche Asylbewerber wahrlich alt aussehen – sie schauen im übertragenen und im Wortsinn in die Röhre.

### Jugendliche Flüchtlinge nicht auf ihr Knochenalter reduzieren

Selbst wenn ein bildgebendes Verfahren entwickelt würde, das vollkommen sicher und exakt wä-

re – es könnte doch nur das Knochenalter als Maß für die biologische Reife abbilden. Damit lässt sich wenig über das kalendarische Alter und gar nichts über Entwicklungsstand und Hilfebedarf der Jugendlichen aussagen. Wie diese psychosozialen Aspekte am besten erfasst und gewürdigt werden können, war Thema der internationalen Konferenz »Best Practice for Young Refugees« vom 6.-7. Juni 2015 in Berlin. Hier entstand die nachstehende Erklärung, zu deren UnterzeichnerInnen Bundesärztekammerpräsident Frank Ulrich Montgomery und die Vorsitzenden der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer, Dieter Birnbacher, und des Deutschen Ethikrates, Christiane Woopen zählen.

Weitere UnterstützerInnen können sich unter [www.kurzlink.de/young-refugees](http://www.kurzlink.de/young-refugees) eintragen.

*\* Dr. Thomas Nowotny ist Kinder- und Jugendarzt und arbeitet in Stephanskirchen.*

*(Eine längere Version dieses Artikels erschien in der Zeitschrift »Kinder- und Jugendmedizin«, 6/2015)*



Griechisch-makedonische Grenze Juli 2015

---

»Diese Verwendung von Geldern, die eigentlich für die Flüchtlingshilfe bestimmt sind, lässt jugendliche Asylbewerber wahrlich alt aussehen.«

---

Flüchtlingstreck zwischen Griechenland  
und Makedonien, Juli 2015



# Migrationspolitisches Netzwerk

Von Gisela Penteker\* über PICUM, die Plattform für Internationale Zusammenarbeit  
zu Migranten ohne Aufenthaltsstaus

**Durch verschiedene Gründe können Menschen in allen europäischen Staaten durch das asylrechtliche Raster fallen. Ihr legaler Status ist meist ungeklärt, praktisch sind sie jedoch illegalisiert von gesellschaftlicher Teilhabe und Zugang zu gesundheitlicher Versorgung ausgeschlossen. In vielen Ländern gibt es zivilgesellschaftliche Organisationen, die um eine Durchsetzung der Rechte der "sans papiers" kämpfen. Die europäische Plattform PICUM wurde gegründet, um die Akteure in diesem Bereich zu vernetzen.**

PICUM (*Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants*) wurde im Jahr 2000 von Menschenrechtsaktivisten aus Belgien, den Niederlanden und Deutschland gegründet, um die zivilgesellschaftliche Unterstützung für undokumentierte MigrantInnen zu mobilisieren. Die Plattform hat ihren Sitz in Brüssel.

Undokumentierte Migranten, Menschen ohne Papiere, Menschen in der ausländerrechtlichen Illegalität, holprige Begriffe im Deutschen, aber wichtig, denn illegale Menschen gibt es nicht. »Die Wege, undokumentiert zu werden, sind komplex und oft das Ergebnis willkürlicher Politik und von Verfahren, die der Migrant/die Migrantin wenig oder nicht beeinflussen kann. Einmal in einem unregulierten Status sind Migrantinnen und Migranten von grundlegenden Sozialdiensten ausgeschlossen, die dazu beitragen, in den Bereichen medizinische Versorgung, Unterkunft und Bildung einen angemessenen Lebensstandard zu halten. Die wachsende Verknüpfung von Migrationskontrolle und Bereitstellung sozialer Dienste bedeutet, dass ein hoher Prozentsatz undokumentierter Migrantinnen

und Migranten seine Rechte nicht wahrnimmt, auch wenn ein Anspruch besteht«, sagt die PICUM-Direktorin Michele LeVoy.

Während es in vielen europäischen Ländern immer wieder Legalisierungskampagnen gab, wurde in der Bundesrepublik Deutschland das Problem der undokumentierten Migranten geleugnet und Migranten und Helfer kriminalisiert. Erst durch soziologische Untersuchungen in einigen Großstädten und Kampagnen von NGOs (Nichtregierungsorganisationen) wie z.B. »kein mensch ist illegal« hat hier langsam ein Umdenken begonnen.

Auf politischer Ebene wird in der EU eine Harmonisierung des Asylrechts angestrebt und eine gerechte Verteilung der Aufgaben. Einig ist man sich bisher meist nur bei Restriktionen, wie der Einrichtung der Grenzschutzbehörde Frontex und der Dublin-Regelung, nach der ein Flüchtling sein Asylverfahren in dem Land durchführen muss, in dem er zuerst EU-Boden betreten hat.

Die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sind verpflichtet, bestimmte regionale und internationale Menschenrechtsstandards einzuhalten. PICUM achtet darauf,

dass die EU-Politik hinsichtlich des Migrationsmanagements diesen Verpflichtungen nachkommt oder legt zumindest den Finger in die Wunde, wo das nicht geschieht. In der politischen Diskussion in Brüssel und auch bei den Vereinten Nationen ist PICUM inzwischen ein gefragter Gesprächspartner.

Inzwischen gehören Menschen und Organisationen aus 31 nicht nur EU-Ländern zu PICUM. In vier Arbeitsgruppen zu den Themen Gesundheit, Frauen, Kinder, Arbeit werden vergleichende Untersuchungen gemacht und Berichte erstellt. Es werden gute Beispiele aus verschiedenen Ländern zusammengetragen. Es gibt Treffen mit politischen Entscheidungsträgern auf europäischer, nationaler und kommunaler Ebene. PICUM gibt einen monatlichen Rundbrief zu den Entwicklungen im Migrationsbereich heraus, der einmal im Quartal auch als Zusammenfassung in deutscher Übersetzung erscheint und auch Quellen zu Studien und anderen Veröffentlichungen nennt.

Europa macht zur Zeit keinen guten Eindruck. Überbordende Bürokratie und der Vorrang für nationale Interessen, fehlende Solidarität und scheinheilige Berufung auf

längst nicht mehr respektierte Werte drohen das Projekt Europa scheitern zu lassen. Ein Netzwerk wie PICUM gibt einen Funken Hoffnung.

Ich arbeite mit in der Arbeitsgruppe Gesundheitsversorgung. Wenn ich in Brüssel bin, freue ich mich über die tüchtigen jungen Leute aus ganz Europa, die sich sicher und engagiert in all den Sprachen und Kulturen bewegen, die sich auskennen mit den komplizierten Rechtsvorschriften, die sich klar für universale Menschenrechte positionieren. Wenn wir heute in Deutschland über einen anonymen Krankenschein für undokumentierte Menschen diskutieren, dann ist das auch ein Verdienst der unermüdlichen Arbeit von PICUM.

In den meisten deutschen Universitätsstädten in Deutschland organisieren StudentInnen sogenannte Medinetze oder medizinische Flüchtlingshilfen, die medizinische Versorgung für Menschen ohne Papiere vermitteln. Beim diesjährigen Treffen in Jena waren Vertreterinnen von PICUM dabei und warben für eine engere Zusammenarbeit. Notwendig ist die Arbeit auch nach 15 Jahren. Kirchen, Wohlfahrtsverbände, das *Deutsche Institut für Menschenrechte*, die *Zentrale Ethikkommission der deutschen Ärzteschaft* und viele mehr haben sich zur Situation der Menschen ohne Papiere in Deutschland zu

Wort gemeldet. Insbesondere der Zugang zur Gesundheitsversorgung steht dabei im Fokus.

Die Politik argumentiert, es sei alles in Ordnung. Jeder Mensch in Deutschland mit oder ohne Papiere habe das Recht auf Krankenbehandlung bei akuten und schmerzhaften Krankheiten. Kostenträger ist das jeweilige Sozialamt. Der Haken ist nur, dass das Sozialamt die Daten an die Ausländerbehörde melden muss und somit dem Patienten die Ausweisung droht. Das hindert viele undokumentierte Menschen daran, rechtzeitig einen Arzt aufzusuchen. Auch Vorsorgeuntersuchungen, besonders bei Kindern, und Impfungen unterbleiben. Schwangerenvorsorge und Geburtsurkunden für Kinder sind weitere Probleme. Viele Medinetze haben ein funktionierendes Netz von niedergelassenen ÄrztInnen aufgebaut, die im Notfall Behandlungen übernehmen. Notwendige Krankenhausbehandlung und Operationen können manchmal durch Spenden finanziert werden. Als erster Erfolg konnte erreicht werden, dass Notfallbehandlungen im Krankenhaus ohne Weitergabe von Personalien mit dem Sozialamt abgerechnet werden können, die Kliniken also nicht privat liquidieren müssen oder auf ihren Kosten sitzen bleiben. Von einem ungehinderten Zugang undokumentierter Migranten zur Gesundheitsversor-

gung sind wir jedoch weit entfernt. In Bremen, Hamburg, München und Berlin gibt es Modellversuche mit anonymen Krankenscheinen oder einem Fonds für stationäre Behandlung. In Hannover und Göttingen sind solche Modellversuche in der Planung.

Anfang Oktober trifft sich die PICUM Arbeitsgruppe Gesundheit in Frankfurt/Main. Am 2. Oktober findet dort auf Einladung der Stadt ein Kongress statt mit dem Titel: *Ensuring health services for undocumented migrants: International, national & local perspectives*. Auf dem Abschlusspodium sind Vertreter des Gesundheitsministeriums, der Menschenrechtsagentur FRA, von UNICEF, Caritas und der Bundesärztekammer.

Wir erhoffen uns von dort starke Impulse für den ungehinderten Zugang zur Gesundheitsversorgung für undokumentierte Migranten in Deutschland.

Zum Weiterlesen:  
[www.picum.org](http://www.picum.org)

*\* Dr. med. Gisela Penteker ist Allgemeinärztin im Ruhestand. Sie ist in der Arbeitsgruppe Flüchtlinge und Asyl der IPPNW, ist Vorsitzende des Flüchtlingsrats Niedersachsen und arbeitet im Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen (NTFN) Sie lebt in Ooterdorf an der Niederelbe.*

---

»Während es in vielen europäischen Ländern immer wieder Legalisierungskampagnen gab, wurde in der Bundesrepublik Deutschland das Problem der undokumentierten Migranten geleugnet und Migranten und Helfer kriminalisiert.«

---



Ehrenamtliche Helfer im LAGeSo, Berlin, Sommer 2015

Lebensmittel für Flüchtlinge  
an der griechisch-makedonischen Grenze,  
August 2015



Photo By: Morteza Jafari

## »Non-Citizens on Hungerstrike!«

Benjamin Wachtler\* über die medizinische Begleitung  
von Hungerstreiks von Geflüchteten durch solidarische ÄrztInnen

Hungerstreik ist oft eines der letzten Kampfmittel, mit dem Inhaftierte und Menschen in aussichtslosen Situationen sich zur Wehr setzen. Benjamin Wachtler zeigt, wie kompliziert die medizinische Unterstützung im Falle von hungerstreikenden u.U. obdachlosen oder im Freien campierenden Flüchtlingen ist.

### Times have changed...

In den letzten Jahren haben die Kämpfe der Geflüchteten in Deutschland sich quantitativ und qualitativ deutlich verändert. Seit Anfang der 2000er Jahre entwickelte sich zunehmend eine Bewegung migrantischer Selbstorganisation, die sich unabhängig von Parteien, Gewerkschaften und traditionellen politischen Strukturen herausbildete und diese Autonomie häufig als wichtigen Punkt ihres politischen Selbstverständnisses begreift. In ihr entwickelten sich darüber hinaus Aktions- und Kampfformen, die in den letzten Jahren zu einer breiteren medialen Öffentlichkeit führten. Seit 2012 sind dabei Geflüchtete immer wieder in unterschiedlichen Kontexten und an verschiedenen Orten in der gesamten Bundesrepublik in den Hungerstreik getreten. Sie wählten dabei häufig bewusst das letzte Mittel, um politischen Druck zu erzeugen – ihre Gesundheit. In mehrere dieser Hungerstreiks waren aktive ÄrztInnen des vdaä in der einen oder anderen Weise involviert. Sie sahen sich dabei mit einer häufig kompli-

zierten und vielschichtigen Situation konfrontiert, die sie vor einige Herausforderungen stellte und die eine Diskussion entfachte, die 2014 zur Veröffentlichung eines Readers über praktische Fragen in der Betreuung von Hungerstreikenden führte.<sup>1</sup> Einige der zentralen Probleme und Fragen, die sich solidarischen ÄrztInnen dabei stellten, sollen hier skizziert werden.

### »Wir gehen nicht zurück ins Flüchtlingsheim. Wir haben den Hungerstreik gewählt.« – Orte des Protestes

Nach dem Suizid eines iranischen Geflüchteten in der Würzburger Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber im Januar 2012, begannen am 19. März 2012 ca. zehn meist iranische Geflüchtete, oder wie sie sich selbst bezeichneten: Non-Citizens<sup>2</sup>, einen unbefristeten Hungerstreik in der Würzburger Innenstadt. Sie protestierten damit gegen die inhumanen Unterbringungsverhältnisse in Gemeinschaftsunterkünften und die oft viele Monate bis Jahre dauernden Wartezeiten bis zum Abschluss ih-

res Asylverfahrens, die sie in einer Situation der Entrechtung und Passivität verbringen müssen – ohne das Recht auf Arbeit oder auch nur Bewegungsfreiheit. Die Stadt Würzburg versuchte, sowohl das Protestcamp als auch die Aktionsform des Hungerstreiks gerichtlich verbieten zu lassen, scheiterte damit aber beide Male. Der Hungerstreik wurde am 4. April nach Gesprächen mit Vertretern des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) ausgesetzt. Sechs der zehn Hungerstreikenden wurden als Asylsuchende anerkannt. Das Protestcamp wurde weitergeführt. Nachdem es keine weitere Verhandlungsbereitschaft seitens der Stadt und des BAMF gab, nähten sich im Juni 2012 mehrere Geflüchtete ihre Münder zu und traten erneut in den Hungerstreik. Wieder versuchte die Stadt Würzburg gerichtlich gegen diese Protestform vorzugehen – und scheiterte erneut. Allerdings sei es legitim Geflüchtete, die nicht im Raum Würzburg registriert seien und der Residenzpflicht unterlägen, von den Protesten auszuschließen. Am 7. Juli 2012 beendeten die Ak-

tivistInnen ihren Protest, nachdem ihnen in Gesprächen eine erneute Prüfung ihrer Asylverfahren zugesichert worden war.

Die Proteste hatten sich mittlerweile unter dem Label »Refugee Tent Action«<sup>3</sup> auf verschiedene süddeutsche Städte ausgeweitet – auch als Reaktion vieler AktivistInnen auf die Entscheidung der Stadt Würzburg, die Proteste von der Residenzpflicht betroffener Geflüchteter in ihrer Stadt nicht zuzulassen. Am 8. September 2012 begannen gut 50 Geflüchtete und UnterstützerInnen einen Protestmarsch nach Berlin. Dort beteiligten sie sich am Protestcamp auf dem Oranienplatz, wo bis zur Räumung des Camps im April 2014 teilweise über 100 Geflüchtete in einer selbstorganisierten Zeltstadt lebten.

Am 24. Oktober 2012 traten ca. 25 Geflüchtete am Pariser Platz in Berlin in den Hungerstreik. Die Protestierenden wurden an diesem zentralen Ort direkt vor dem Brandenburger Tor tagelang von der Polizei schikaniert. Trotz der extremen Witterungsverhältnisse wurden zum Teil Isomatten und Schlafsäcke durch die Repressionsorgane entfernt. Nachdem der Hungerstreik aufgrund anvisierter Gespräche und des Zugeständnisses von Wärmebussen zunächst ausgesetzt worden war, traten die AktivistInnen nach dem unbefriedigenden Verlauf dieser Gespräche erneut in den Hungerstreik. Dieser wurde durch die Polizei durch das Entfernen des Wärmebusses am 1. Dezember 2012 unmöglich gemacht. Die Proteste mussten dem aufgestellten Weihnachtsbaum weichen. Sie sollten die beschauliche Vorweihnachtsstimmung vor dem Brandenburger Tor nicht weiter stören.

Auch in anderen deutschen Großstädten und in der (ostdeutschen) Provinz kam es zu weiteren Hungerstreiks und Protestcamps. Medial viel Aufmerksamkeit erhielten z.B. die Proteste auf dem Rindermarkt in München. Dort traten am 22. Juni 2013 95 Geflüchtete in den Hungerstreik. Drei Tage später folgte auch die Verweigerung von Flüssigkeit durch ca. 50 AktivistInnen. In den nächsten Tagen kollabierten Dutzende der Geflüchteten und wurden in Krankenhäusern notfallversorgt. Nach der angebli-

chen Weigerung, amtlich bestellten ÄrztInnen den Zugang zu den Hungerstreikenden zu gewähren, wurde das Camp am 30. Juni 2013 durch die Polizei unter Anwendung direkten Zwangs geräumt und die AktivistInnen in verschiedene Kliniken gebracht, wo sie medizinisch versorgt wurden. Die Räumung des Camps wurde ordnungspolitisch mit der unmittelbaren Lebensgefahr für die Beteiligten begründet und medial als »humanitäre Notwendigkeit« dargestellt, wohingegen den UnterstützerInnen vor Ort die inhumane Inkaufnahme sogar des Todes von Kindern und Schwangeren aufgrund ihrer radikal politischen Verblendung unterstellt wurde.

Diese Liste ließe sich ohne weiteres noch über mehrere Seiten fortführen. Im Folgenden seien nur wenige weitere Beispiele genannt, in die Aktive des vdäa involviert waren: In Bitterfeld begannen im August 2013 Geflüchtete in einem genehmigten Protestcamp einen Hungerstreik gegen die Lebensbedingungen in der Unterkunft in Friedersdorf und für ein allgemeines Bleiberecht. Die Protestierenden stellten den Protest ein, nachdem ihnen ab September 2013 eine dezentrale Unterbringung in Privatwohnungen in Aussicht gestellt wurde. Wenige Wochen nach den Protesten wurde einer der drei AktivistInnen im Zentrum von Bitterfeld nach dem Einkaufen überfallen, zusammengeschlagen und seiner Einkäufe beraubt.

In Berlin kam es im Oktober 2013 erneut zu einem Hungerstreik durch ca. 30 AktivistInnen auf dem Pariser Platz. Nach fünf Tagen ohne Verhandlungen traten sie in den trockenen Hungerstreik. Erneut wurden Zelte verboten und die Anzahl der Isomatten und Schlafsäcke durch die Polizei vorgegeben. Die Berliner Feuerwehr zeichnete insgesamt ca. 40 Rettungseinsätze, einmal wurde ein Massenansturm von Verletzten (MANV 1) ausgerufen. Die AktivistInnen ließen sich meist mit intravenöser Flüssigkeitssubstitution in verschiedenen Krankenhäusern behandeln und kehrten wenige Stunden später zum Ort ihres Protestes zurück. Nach Gesprächen mit der Integrationsministerin, Dilek Kolat, sowie Vertretern der Bundes-SPD

und des BAMF brachen die Geflüchteten ihren Protest ohne konkrete Zugeständnisse seitens der Behörden ab.

Im Mai 2014 wählte eine Gruppe von AktivistInnen aus Sachsen-Anhalt erneut den Hungerstreik. An einer befahrenen Kreuzung in der Nähe des Alexanderplatzes in Berlin wurden sie unter strengen Auflagen (keine Zelte, wenige Isomatten, etc.) zunächst von der Polizei geduldet. Auch sie begaben sich nach ca. einer Woche in den trockenen Hungerstreik, brachen diesen jedoch wenige Tage später ab und zogen in ein Protestcamp vor die Kaiser-Wilhelm-Gedächtniskirche, deren VertreterInnen ihnen zuvor Kirchenasyl verwehrt hatten. Wenige Tage später wurde das Camp durch die Polizei geräumt und alle elf verbliebenen AktivistInnen aufgrund von Verstößen gegen die Residenzpflicht inhaftiert. Ein Aktivist wurde sofort in Abschiebehaf genommen. Eine Abschiebung nach dem Dublin II-Abkommen konnte jedoch durch AktivistInnen verhindert werden. Ein zweiter Versuch scheiterte aufgrund seines Gesundheitszustandes. Er sitzt weiter in Abschiebehaf und soll nach Spanien und dann wahrscheinlich Burkina Faso abgeschoben werden.

### And the problem is...

Einige der Probleme, die sich uns bei der solidarischen medizinischen Betreuung von Hungerstreiks im Rahmen der aktuellen Geflüchtetenproteste stellen, lassen sich durch die hier skizzierten Szenarien unschwer erkennen. Andere werden erst bei tieferer und verantwortungsbewusster Auseinandersetzung mit dem Thema deutlich.

Gemeinsam ist den migrantischen Hungerstreiks der letzten Jahre, dass sie ausschließlich in der Öffentlichkeit unter meist mehr als prekären räumlichen Bedingungen stattfanden. Mit dem Gang in die Öffentlichkeit konnte eine bessere Medienöffentlichkeit geschaffen werden, die als Druckmittel elementar für den Erfolg der Forderungen scheint. Es führt aber auch zu äußeren Bedingungen, die eine medizinische Betreuung erschweren oder sogar unmöglich machen. Wenn nicht einmal eine rudimentäre Infrastruktur, wie z.B. Zelte zu-

---

**»Die Flüchtlinge wählten dabei häufig bewusst das letzte Mittel, um politischen Druck zu erzeugen – ihre Gesundheit.«**

---

---

**»Gemeinsam ist den migrantischen Hungerstreiks der letzten Jahre, dass sie ausschließlich in der Öffentlichkeit unter meist mehr als prekären räumlichen Bedingungen stattfanden.«**

---



*Flüchtlinge helfen  
sich gegenseitig im  
LAGeSo, Berlin,  
Sommer 2015*

---

**»Wer von uns hat  
sich schon einmal  
mit der Pathophy-  
siologie, klinischem  
Erscheinungsbild  
und Therapie des  
sogenannten  
Refeeding Syn-  
droms auseinander-  
gesetzt?«**

---

gelassen werden, ist eine angemessene medizinische Betreuung sehr schwer oder vielleicht auch gar nicht zu bewerkstelligen. Außerdem stellt sich das Problem, dass solche Proteste im staatlich überwachten öffentlichen Raum stattfinden, was einige verwaltungsrechtliche Implikationen, wie z.B. die Zuständigkeiten und Hoheitsrechte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit sich bringt. Hier nimmt man als solidarische Ärztin / solidarischer Arzt zwangsläufig eine Mittlerfunktion zwischen den AktivistInnen und den öffentlichen Organen, hier v.a. dem Rettungsdienst und dem amtsärztlichen Dienst ein, die je nach Verlauf der Proteste und den äußeren Umständen durchaus problematisch sein kann.

Gleichzeitig stellt sich die Frage, welche vorhandenen Unterstützungsstrukturen wir vorfinden. Dies ist zum einen für die Evaluierung der möglichen zu leistenden medizinischen Unterstützung (Anzahl der Personen mit medizinischer Vorbildung, Kontakt zum professionellen Gesundheitssystem, Labor- und Behandlungsressourcen etc.) relevant. Zum anderen aber auch für die Möglichkeit des per-

sönlichen und politischen Austausches mit den Hungerstreikenden. Häufig waren es zahlenmäßig kleine, wenig organisierte, politisch nicht ausreichend vernetzte, meist aber sehr engagierte Strukturen, die wir vorgefunden haben und die zum Teil durch die Entscheidungen der Geflüchteten zum Hungerstreik oder sogar Durststreik überfordert wirkten.

Neben diesen situationsbedingt wahrscheinlich immer unterschiedlichen Rahmenbedingungen wird das Thema Hungerstreik die meisten ÄrztInnen, die nicht gerade täglich mit der Behandlung schwer anorektischer PatientInnen zu tun haben, vor einige fachliche Herausforderungen stellen. Oder: Wer von uns hat sich schon einmal mit der Pathophysiologie, klinischem Erscheinungsbild und Therapie des sogenannten Refeeding Syndroms auseinandergesetzt? Aus meiner Tätigkeit als Arzt in einer Berliner Rettungsstelle weiß ich seit dem letzten Jahr allerdings um die Relevanz dieses Themas. Aus der unkontrollierten Nahrungsaufnahme nach Hungerstreiks können durchaus lebensgefährliche Situationen entstehen. In diesem Fall wurde ein Geflüchteter mit dem Rettungs-

dienst mit dem klinischen Bild eines akuten Abdomens gebracht, er hatte zuvor zwei Wochen Hungerstreik hinter sich. Es folgten mehrere Tage intensivmedizinische Behandlung mit anschließender Unterbringung nach dem *Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG)* bei fehlender Distanzierung von Suizidgedanken. Eine Situation, die man vielleicht hätte verhindern können.

Wie kann man sich also den Anforderungen der Betreuung eines Hungerstreiks nähern? Das ist – wie zu erwarten – gar nicht so einfach, denn die wenige Literatur, die zur Verfügung steht bezieht sich meist auf Hungerstreiks innerhalb von Haftsituationen. Diese unterscheiden sich natürlich deutlich von den Settings, die wir bei Geflüchteten und politischen AktivistInnen vorfinden und auch unsere Rolle als solidarische ÄrztInnen ist eine andere als die von GefängnismedizinerInnen. Allerdings lassen sich auch einige Dinge übertragen. Essentiell erscheint eine tiefer gehende ethische und auch juristische Auseinandersetzung mit der Problematik des verfügteten Patientenwillens und möglicher künstlicher Ernährung und dies besonders

beim nicht einwilligungsfähigen Patienten. Als Leitlinie kann uns dabei die *Malta Deklaration der World Medical Association (WMA)*<sup>4</sup> helfen: Diese folgt den ethischen Grundlagen des »informed consent«. Demnach ist es oberstes Gebot, dem aufgeklärten und freien Willen des Patienten zu folgen. Jegliche Handlung gegen diesen erklärten Willen wird als unethisch abgelehnt. Auch wenn es in den hier aufgezählten Hungerstreiks bisher nicht soweit gekommen ist, so sollte man sich doch immer fragen, was im Falle einer Ablehnung aller weiterer medizinischen Maßnahmen auch nach dem Verlust der Einwilligung- bzw. Ablehnungsfähigkeit geschehen soll und ob diese Ablehnung bis zur letzten Konsequenz von uns mitgetragen und verteidigt werden könnte. Damit sind wir an zwei Punkten, die zentrale Wichtigkeit in der solidarischen Betreuung von hungerstreikenden Geflüchteten haben und die wahrscheinlich auch die meiste Zeit und Energie benötigen: nämlich die umfangreiche medizinische Aufklärung und die Dokumentation des Patientenwillens. Diese sind in der Praxis meist deutlich relevanter als medizinische Interventionen, die wir als ehrenamtliche MedizinerInnen realistisch ohne professionelle Organisationen auf der Straße meist nicht wirklich leisten können.

Es sollte möglichst vor Beginn der geplanten Aktion ein erstes Treffen geben, bei dem den Geflüchteten und UnterstützerInnen medizinische Informationen über das Hungerstreiken und die möglichen gesundheitlichen Folgen gegeben werden sollten. Anschließend sollte evaluiert werden, ob eine wirklich verantwortungsvolle Betreuung der Geflüchteten gewährleistet werden kann. Dazu würden gehören: Individuelles (!) Aufklärungsgespräch, ausführliche Anamnese insbesondere unter Beachtung der Eigenanamnese zum Erkennen zusätzlicher Risikofaktoren, körperlicher Status mit Körpergewicht und Ermittlung des BMI, Ausschluss des Vorliegens einer psychischen Erkrankung, umfangreiches Aufklärungsgespräch über mögliche Folgen des Hungerstreiks und medizinische Interventionsmöglichkeiten (bis hin zu Formen der künstli-

chen Ernährung, Reanimation und intensivmedizinischen Behandlung), Dokumentation des schriftlichen Patientenwillens für die Situation nach Verlust des Bewusstseins oder andere Situationen, die eine Einwilligung- oder Ablehnungsfähigkeit beeinträchtigen. Diese Befunde sollten in einer individuellen Patientenakte festgehalten werden, die der Patient bei sich behält und über deren mögliche Herausgabe er schriftliche Anweisungen hinterlegen sollte. Im Verlauf sollten regelmäßig Re-Evaluationen stattfinden, insbesondere Veränderungen in Bezug auf den festgelegten Patientenwillen sollten regelmäßig erfragt werden. Es wird klar, dass diese Maßnahmen einen Großteil unserer Aufmerksamkeit erfordern werden und dass dabei einige mögliche Probleme im Raum stehen, allen voran die mögliche Sprachbarriere und fehlende personelle Möglichkeiten. Sollte man zu dem Ergebnis kommen, dass eine so umfangreiche Betreuung (die im Idealfall auch tägliche Reevaluationen und Laborverlaufskontrollen beinhaltet) in der vorhandenen Situation unmöglich erscheint, so muss dies mit den Geflüchteten und den UnterstützerInnen diskutiert werden und ihnen ein Angebot möglicher, weniger umfassender Unterstützung gemacht werden. Es sollte aber in diesem Fall klar gestellt werden, dass man sich nicht in der Lage sieht, umfangreich und mit allen möglichen Konsequenzen als AnwältIn der Hungerstreikenden aufzutreten.

### Perspektiven?

Angesichts der humanitären Katastrophe der Geflüchteten in Europa und an seinen Grenzen und dem bisher fehlenden politischen Willen zu tiefgreifenden Veränderungen zur Verbesserung der Lage von MigrantInnen in Deutschland, werden wir weiterhin als solidarische ÄrztInnen mit Hungerstreiks konfrontiert sein. Aus den bisherigen Erfahrungen zeigt sich, dass wir häufig sehr spät in die Aktionen involviert werden und dann wichtige Zeit zur Organisation angesichts der sich uns stellenden vielschichtigen Probleme fehlt. Auch sind viele Fragen im Umgang mit Hungerstreiks noch nicht befriedigend diskutiert. Ein

kontinuierlicher Austausch zwischen ÄrztInnen und AktivistInnen wäre daher äußerst wünschenswert, um in Zukunft eine möglichst gute Betreuung organisieren zu können. Ein dankbarer Anfang wurde mit dem Reader des vdää zur Medizinischen Betreuung von Hungerstreikenden gemacht.

Über die Maßen wichtig ist es allerdings, dass wir uns als ÄrztInnen politisch zunehmend antirassistisch engagieren und permanenten Druck gegenüber der menschenverachtenden Flüchtlingspolitik der Bundesregierung aufbauen. Nur so werden wir eine Verbesserung der Situation erreichen können – und uns bleiben als ÄrztInnen andere Mittel als der Hungerstreik.

\* Dr. Benjamin Wachtler ist Arzt und arbeitet in Berlin.

- 1 »Praktische Fragen in der medizinischen Betreuung von Hungerstreikenden«, hg. vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte, 2014, in: [www.vdaee.de/images/stories/fotos2/vdaee\\_Hungerstreik\\_Reader\\_2014.pdf](http://www.vdaee.de/images/stories/fotos2/vdaee_Hungerstreik_Reader_2014.pdf)
- 2 Die Selbstbezeichnung als Non-Citizens wurde von vielen der Protestierenden verwendet um auf ihre besondere Situation der Entrechtung hinzuweisen. Sie kritisieren damit die Situation, dass sogenannte bürgerliche Grundrechte, wie z.B. das Recht auf Arbeit, Bildung, Bewegungsfreiheit, politische Partizipation und umfassende Gesundheitsversorgung, für sie nicht existieren. Die für sie unerträgliche Situation der gesellschaftlichen Exklusion und Entrechtung wird so in den Vordergrund gestellt.
- 3 [www.refugeentaction.net](http://www.refugeentaction.net)
- 4 [www.wma.net/en/30publications/10policies/h31/](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/h31/)

---

»Sollte man zu dem Ergebnis kommen, dass eine solch umfangreiche Betreuung in der vorhandenen Situation unmöglich erscheint, so muss dies mit den Geflüchteten und den UnterstützerInnen diskutiert werden und ihnen ein Angebot möglicher, weniger umfassender Unterstützung gemacht werden.«

---





## Bevormundung und Ehrenamt

Elène Misbach\* über die Widersprüche und Fallstricke der solidarischen Unterstützung

Am Beispiel eines prominent besetzten »Empfangs zur Würdigung ehrenamtlicher Initiativen bei der Unterstützung von Flüchtlingen« im Dezember 2014 diskutiert Elène Misbach im Folgenden, wie im dominanten Diskurs um ehrenamtliches Engagement dieses widersprüchliche Spannungsfeld einseitig verkürzt gefeiert wird als Hommage an die Hilfsbereitschaft der UnterstützerInnen. Flüchtlingen wird dabei meist eine spezifische Rolle zugewiesen, die kritisch hinterfragt werden muss.

### Paternalistische Bevormundung – bei gleichzeitigem Abwälzen staatlicher Aufgaben auf ehrenamtliches Engagement

Hinsichtlich der medizinischen Versorgung von Menschen in der Aufenthaltsrechtlichen Illegalität besteht schon seit Mitte der 1990er Jahre das Problem, dass in einem nicht unerheblichen Umfang unentgeltlich tätige Unterstützungsnetzwerke die vom Gesetzgeber verursachten Lücken füllen. So vermitteln bereits seit zwanzig Jahren in vielen Städten die Medinetze/Medibüros eine anonyme und kostenlose Gesundheitsversorgung für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus durch medizinisches Fachpersonal. Auch die Arbeit der in diesen Netzwerken beteiligten Ärztinnen und Ärzte, PsychotherapeutInnen, Hebammen und anderen erfolgt dabei unentgeltlich.<sup>1</sup>

Dabei leisten solche Initiativen einen ständigen Spagat zwischen praktischer Unterstützungsarbeit und gleichzeitigem Ausüben von politischem Druck: Missstände werden öffentlich gemacht und die

Ursachen benannt. Mit Blick auf die Gesundheitsversorgung besteht das Spannungsverhältnis darin einerseits darin, den Staat aufzufordern, seinen Achtungs- und Gewährleistungspflichten nachzukommen und den diskriminierungsfreien sowie barrierearmen Zugang zu einer ausreichenden und fachlich qualifizierten Gesundheitsversorgung zu schaffen. Andererseits wird gleichzeitig eine reale Nischenpolitik betrieben, die versucht, die strukturellen Probleme so gut wie möglich autonom zu lösen, indem pragmatisch eine auf Umwegen organisierte medizinische Versorgung für MigrantInnen ohne Krankenversicherung organisiert wird. Damit wird jedoch eine Parallelstruktur etabliert, die explizit nicht gewollt ist. So wollen die Medibüros dezidiert nicht als »Lückenfüller« im deutschen Sozialsystem fungieren und den Anschein erwecken, politische Lösungen seien nicht mehr von Nöten. Dafür steht das Ziel, sich selbst überflüssig zu machen. Gleichzeitig werden jedoch auf freiwilliger und unentgeltlicher Basis Aufgaben übernommen, die in staatlicher Verantwort-

ung liegen. Paradoxe Weise wird somit der politische Handlungsdruck geschwächt. Dabei zeigt die Praxis eklatant: Eine ausreichende gesundheitliche Versorgung von Teilen der Bevölkerung ist durch freiwillige, aus Spendengeldern finanzierte Projekte strukturell nicht möglich. Ein politischer Skandal.

Staatliche Pflichtaufgaben werden so auf das »ehrenamtliche Engagement« abgewälzt. Gleichzeitig tauchen bei so manch offizieller Würdigung von ehrenamtlichem Engagement die Asylsuchenden und Geflüchteten in keiner Weise als aktive (Rechts)Subjekte auf, die sich selbstorganisiert, öffentlich und lautstark für ihre Rechte und ihre Interessen nach einem selbstbestimmten, freien und menschenwürdigem Leben einsetzen.

An dem prominent besetzten »Empfang zur Würdigung ehrenamtlicher Initiativen bei der Unterstützung von Flüchtlingen« im Dezember 2014 wird im Folgenden exemplarisch diskutiert, wie im dominanten Diskurs um ehrenamtliches Engagement dieses widersprüchliche Spannungsfeld einseitig verkürzt gefeiert wird als Hom-



mage an die Hilfsbereitschaft und Wohltätigkeit der UnterstützerInnen. Asylsuchenden und Geflüchteten bleibt innerhalb dieses Diskurses nur noch die Position der dankbaren Bittsteller – abhängig vom »Goodwill« der Helfenden.

### Solidarische Unterstützungsarbeit ist keine Wohltätigkeitsveranstaltung

Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Aydan Özoğuz, hat am 18. Dezember 2014, dem Internationalen Tag der MigrantInnen, zu einem Empfang ins Auswärtige Amt nach Berlin eingeladen. Sie dankte den rund 600 ausgewählten BürgerInnen für ihr Engagement und sprach ihnen »große Anerkennung« für ihren Einsatz »für die soziale Integration von Flüchtlingen« aus. Während der gesamten Veranstaltung ist jedoch in keiner einzigen Rede auch nur ein Wort der Würdigung gefallen hinsichtlich der monate- und jahrelangen Proteste der Flüchtlinge. Bundes- und berlinweit machen sie unter widrigsten Umständen und Witterungen auf die restriktiven und unwürdigen Lebensbedingungen als Flüchtlinge und Asylsuchende aufmerksam und treten für ihre Rechte ein. Ohne diese Proteste wäre die öffentliche Debatte über Fluchtgründe, Residenzpflicht und Abschiebealltag bei weitem nicht auf dem jetzigen Stand. Viel weniger wäre bekannt über die vollkommen unzureichende medizinische Versorgung und die menschenunwürdige Unterbringung in größtenteils maroden Sammellagern, die oftmals Gefängnissen gleichen und am Rande jeglicher Zivilisation ohne Zugang zu alltäglicher Infrastruktur gelegen sind.

Während das zivilgesellschaftliche Engagement für Geflüchtete und MigrantInnen im Auswärtigen Amt gefeiert wird, werden Gesetzgebungen für MigrantInnen und Asylsuchende verschärft: So wurden im November 2014 gegen öffentlichen Protest die drei Westbalkanstaaten Serbien, Bosnien-Herzegowina und Mazedonien als »sichere Herkunftsstaaten« eingestuft. Eine Ausweitung auf weitere Balkanstaaten ist aktuell in der politischen Diskussion.<sup>2</sup> Asylanträge aus »si-

cheren Herkunftsstaaten« werden pauschal als offensichtlich unbegründet abgelehnt. Die Asylsuchenden werden in Sammelabschiebungen in ihre Herkunftsländer »zurückgeführt« – wie es in der Behördensprache euphemistisch heißt. Das inzwischen verabschiedete Gesetz zum Bleiberecht enthält eine Ausweitung der Abschiebehaft und eine Erleichterung der Erlassung von Wieder-Einreiseperrn sowie eine Verschärfung des Ausweisungsrechts. Das im November 2014 novellierte und seit März 2015 gültige Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) bleibt ein diskriminierendes Sondergesetz.

Am Beispiel der Gesundheitsversorgung lässt sich mit Verweis auf die oben dargestellten Vorteile einer elektronischen Gesundheitskarte zeigen, dass es selbst im Rahmen der bestehenden Gesetze durchaus kommunale, länder- sowie bundesweite Handlungsspielräume gibt.

All dies bleibt bei den Feierlichkeiten im Auswärtigen Amt unerwähnt. Dabei bringen genau diese Gesetze, Gesetzesverschärfungen und Nichtwahrnehmung von bestehenden Handlungsspielräumen weiteren Bedarf und die Notwendigkeiten nach »ehrenamtlicher Hilfe und Unterstützung« hervor.

Sich für entsprechende gesetzliche Änderungen einzusetzen, wäre durchaus im Sinne menschenrechtlichen Empowerments – und im Einklang mit den staatlichen Achtungs- und Gewährleistungspflichten. Solidarische Unterstützungs-

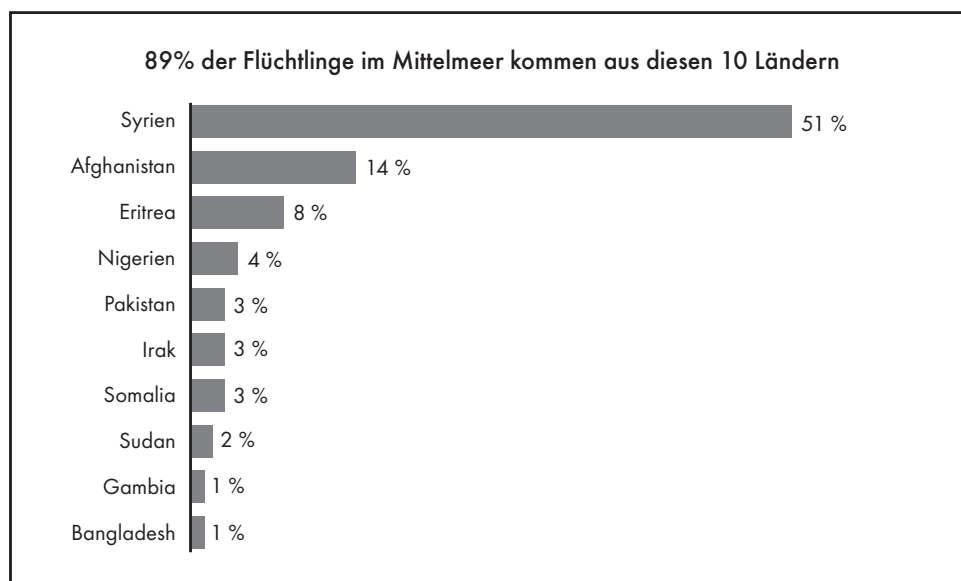
## Einladung zur Mitgliederversammlung des vdä

am 8. November 2015 9-12:30 Uhr  
im Soziokulturellen Zentrum Frauenkultur Leipzig  
(Windscheidstraße 51, 04277 Leipzig)

### Tagesordnung

1. Rechenschaftsbericht des Vorstands
2. Kassenbericht
3. Entlastung des Vorstands
4. Entlastung des Kassenwarts
5. Wahl des Vorstands
6. Wahl der Kassenprüfer
7. Anträge
8. Sonstiges

beit ist der gemeinsame soziale Kampf um Rechte – und eben keine Wohltätigkeitsveranstaltung. Eine solidarisch verstandene und an den Rechtsansprüchen der Menschen orientierte Unterstützung bedeutet immer auch, auf dem politischen Weg die Umsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit einzufordern und zu befördern: Durch Bewusstseinsbildung, Protest, Lobbyarbeit und Kampagnen. Dazu gehört stets, das »eigene Engagement dabei zur Skandalisierung der gesellschaftlichen Zustände zu nutzen, die es notwendig werden lassen. Substitutionskraft und Gegenmacht müssen sich nicht ausschließen« (vgl. van Dyk 2015: 8). Bleibt diese Ebene diskursiv und praktisch ausgespart, spart sich ehrenamtliches Engagement sein kriti-



Quelle: UNHCR, 2015



sches Potential und beschränkt sich auf geschmeidige Wohltätigkeit.

#### Paternalistischer Helfediskurs und koloniale Denkfiguren

Das zitierte Beispiel zeigt auch, wie die öffentliche und politische Aufmerksamkeit häufig reduziert ist auf das humanitäre Engagement von »ehrenamtlichen« Initiativen oder den etablierten großen (spendenbasierten) Hilfsorganisationen.

Gesamtgesellschaftliche Bedingungen und die notwendigen gemeinsamen, solidarischen sozialen Kämpfe um gleiche Rechte für alle geraten dabei aus dem Blick oder sollen gar nicht erst sichtbar (gemacht) werden. Dies entlässt nicht nur die Politik aus der Verantwortung, sondern verlagert auch politische Themen in einen vermeintlich unpolitischen zivilgesellschaftlichen Raum. Humanitäres, »ehrenamtliches« Engagement ist dabei nicht selten einem paternalistischen Helfediskurs verschrieben, der zum einen über die Dichotomisierung der Helfenden und der Bedürftigen funktioniert und zum anderen oftmals koloniale Bilder und Denkfiguren reproduziert. Ein Verständnis von Unterstützung als wohltätige Hilfe verlangt, dass die Bedürftigkeit zumindest diskursiv immer wieder bewiesen werden muss und versetzt die (eigentlich) Anspruchsberechtigten in eine Position als BittstellerInnen, die ihnen

unter Umständen auch noch unterwürfige Dankbarkeit abverlangt. Die Macht der Helfenden wird dabei verschleiert. Die bewusste oder unbewusste Ignoranz gegenüber gesellschaftlich ausgrenzenden Bedingungen und die fehlende Analyse ihrer Ursachen erlaubt eine Erhöhung der Helfenden gegenüber den Hilfe-Bedürftigen. Dieser unkritische Ehrenamtsdiskurs ist gesellschaftlich dominant und weist Überschneidungen mit kolonial geprägten Traditionen auf: Die »ehrenamtlich« (»weißen«) Helfenden werden als aktiv handelnde Subjekte konstruiert und erfahren Anerkennung und »Ehre«, während ihre (»schwarzen«) Gegenüber als defizitär, arm, minderwertig, hilfs- und entwicklungsbedürftig sowie passiv konstruiert werden. In der zugeschriebenen Position als Opfer, Objekte oder AdressatInnen von Hilfsangeboten erfahren sie Mitleid statt Anerkennung.

Eine auf diese Weise verkürzte »humanitäre« Perspektive auf »Ehrenamt« verharrt ein einem ahistorischen und entpolitizierenden Blick und verschleiert so gesellschaftliche Herrschafts- und Ausbeutungsverhältnisse. In dieser Logik bleibt jedoch der Fokus »Recht auf Rechte« ausgeklammert.

*\* Elène Misbach ist Diplom-Psychologin und setzt sich seit gut zehn Jahren im Berliner Medibüro – Netzwerk für das Recht auf Gesundheit aller MigrantInnen praktisch und politisch für das*

*Recht auf Gesundheit für Menschen ohne Papiere und/oder ohne Krankenversicherung ein. Hauptberuflich ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Alice Salomon Hochschule Berlin tätig.*

(Der Text wurde von der Redaktion gekürzt; er wird in Kürze in der der Zeitschrift für Menschenrechte in der Langfassung und mit einem umfangreichen Fußnotenapparat versehen erscheinen.)

- 1 Siehe ausführlicher über die Arbeit des Medibüro Berlin [www.medibuero.de](http://www.medibuero.de) sowie bundesweit [www.medibueros.org](http://www.medibueros.org)
- 2 Zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses hatte die Bundesregierung nach ihrer Sitzung am 24. September verkündet, dass Albanien, Kosovo und Montenegro ab 1. November auch zu den »sicheren Drittstaaten« gehören sollen (die Red.).

#### »Praktische Fragen in der medizinischen Betreuung von Hungerstreikenden«

hg. vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte, 2014, steht zum Download bereit in:

[www.vdaeae.de/images/stories/fotos2/vdaeae\\_Hungerstreik\\_Reader\\_2014.pdf](http://www.vdaeae.de/images/stories/fotos2/vdaeae_Hungerstreik_Reader_2014.pdf)

---

»Eine auf diese Weise verkürzte »humanitäre« Perspektive auf »Ehrenamt« verharrt ein einem ahistorischen und entpolitizierenden Blick und verschleiert so gesellschaftliche Herrschafts- und Ausbeutungsverhältnisse.«

---

# Anträge des Deutschen Ärztetags 2015

## 1. Antrag

Der Deutsche Ärztetag schließt sich den folgenden Forderungen der bundesweiten Arbeitsgemeinschaft für Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BaFF) an:

- Früherkennung in den Erstaufnahmeeinrichtungen von Vulnerabilität
- Einleitung von geeigneter Unterstützung und Behandlung
- Diagnostik und Indikationsstellung mit Hilfe von Dolmetschern
- schnelle ärztliche, psychotherapeutische und soziale Hilfen
- Übernahme von Fahrtkosten zur Behandlung.

### Begründung:

Menschen, die durch Folter, Verfolgung oder Misshandlung oft große Qualen erlitten haben, sind häufig psychisch traumatisiert und bedürfen spezieller Behandlung. Der deutsche Staat weigert sich weiter, konsequent seiner humanitären und mittlerweile auch rechtlichen Verantwortung nachzukommen und erkrankten Flüchtlingen ausreichende medizinische und psychosoziale Hilfe zukommen zu las-

sen obwohl Deutschland bis Mitte 2015 die EU-Richtlinie 2004/83/EG umsetzen muss, die besagt, dass der Aufnahmestaat verpflichtet ist, besonders schutzbedürftige Flüchtlinge und ihren Hilfsbedarf zu erkennen und entsprechende Unterstützung bereit zu stellen. Als besonders schutzbedürftige Personen gelten u.a. Traumatisierte, psychisch Kranke, Gefolterte und Opfer von Gewalt

## 2. Antrag

Der Deutsche Ärztetag fasst den Beschluss, die Behindertenbeauftragten der Länder und die Behindertenbeauftragte der Bundesregierung aufzufordern, sich für die umfassenden Belange von behinderten Flüchtlingen einzusetzen.

Insbesondere müssen hier genannt werden:

- eine geeignete Unterbringung auch in den Erstaufnahmen, die einen Zugang zu Toiletten und Duschen ermöglichen um zusätzliche Verletzungsgefahren auszuschließen
- ein sofortiger Zugang zu ausreichender medizinischer und psychosozialer Versorgung,

- eine sofortige Bemühung um Familienzusammenführung, da behinderte Flüchtlinge ganz besonders auf die Hilfe ihrer Angehörigen angewiesen sind.

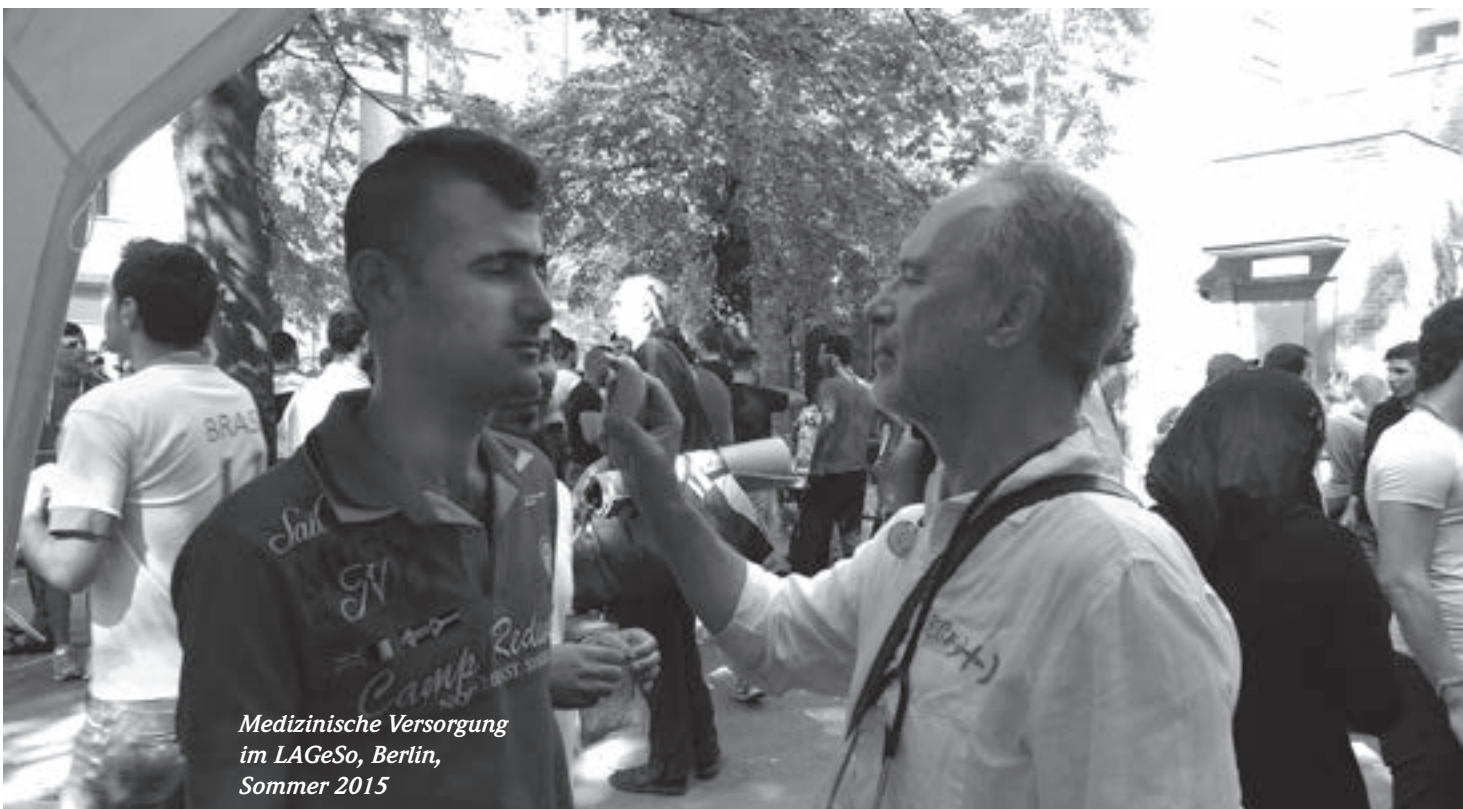
### Begründung

Es kommt immer wieder vor, dass behinderte Flüchtlinge in Erstaufnahmeeinrichtungen kommen, in denen weder die Sanitäreinrichtungen noch die sonstige Umgebung für sie geeignet sind. Behinderte Menschen gelten gemäß der EU-Richtlinie 2004/83/EG als besonders schutzbedürftig und müssen daher gemäß der Richtlinie Behandlung erfahren.

## 3. Antrag

Der Deutsche Ärztetag fasst den Beschluss, die zuständigen Behörden darüber zu informieren, dass die Befundweitergabe aus den Erstuntersuchungen von Asylsuchenden nicht operationalisiert stattfindet und oftmals die Befunde nach einem Transfer gar nicht mehr aufzufinden sind. Die zuständigen Behörden werden aufgefordert, hier ein sicheres System aufzubauen, das einen sicheren Zugang zu den

Auch wenn die deutsche Ärzteschaft mehrheitlich ziemlich konservativ und wenig fortschrittlich ist, gibt es seit Jahren gute Beschlüsse zum Thema Flucht und Migration. Das fällt ihr dann besonders leicht, wenn es die Ärzteschaft nichts kostet. Wir dokumentieren ein paar Beschlüsse von 2015.



Medizinische Versorgung  
im LAGeSo, Berlin,  
Sommer 2015



*Medizinische Versorgung  
im LAGeSo, Berlin,  
Sommer 2015*

Befunden besonders für die Flüchtlinge selbst und Betreuer und Behandler gewährleistet.

#### **Begründung**

Die Erstuntersuchungen nach §62 Asylverfahrensgesetz soll ansteckende Krankheiten erkennen und den Flüchtling, seine Mitbewohner, Betreuer und Behandler diesen schützen. Die Mitteilung der Befunde funktioniert oftmals nur lückenhaft oder findet gar nicht statt, sodass hier eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann.

#### **4. Antrag**

Der Deutsche Ärztetag beschließt, die Bundesregierung aufzufordern, eine gültige Auslegung für §6 des Asylbewerberleistungsgesetzes auszuarbeiten.

#### **Begründung**

Gerade in Bereichen der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung wird die Notwendigkeit von Überweisungsscheinen von Seiten der damit erheblich überforderten Sachbearbeiter über-

prüft und genehmigt. So kommt es bei

- psychiatrischen Behandlungen in Kliniken oft zu Wiederaufnahmen, da nur der akute Notfall behandelt wird und die Weiterbehandlung nicht möglich wird, weil der Bedarf eines Überweisungsscheines erst überprüft werden muss;
- psychotherapeutischen Behandlungen zu einem langwierigen Verfahren, in dem die Behandler, die sich überhaupt in der Lage fühlen, Psychotherapien für traumatisierte Flüchtlinge anzubieten (Sprachschwierigkeiten, Dolmetschernotwendigkeit, modifizierte Verfahren), oftmals weit in Vorleistung gehen müssen, da erst ab einer Genehmigung durch den Amtsarzt die Sitzungen bezahlt werden. Der Behandler muss auf alle Fälle die erste Sitzung, Probesitzungen und den Bericht für das Amt auf eigene Rechnung schreiben, ohne zu wissen, ob dies je bezahlt wird und genehmigt wird.

## **Die höchsten Mauern werden sie nicht aufhalten...**

### **Der Aufschrei aus Idomeni von Anfang Juli**

Noch bevor die breite Öffentlichkeit die Augen aufmachen wollte, um der Situation der tausenden von – vorrangig aus Syrien – Geflüchteten an den Rändern der EU z.B. in Griechenland Gewähr zu werden, machte der vdä am 9. Juli 2015 eine Presseerklärung zu der dramatischen Situation an der griechisch-makedonischen Grenze in Idomeni. Die KollegInnen und FreundInnen von der Solidarischen Praxis in Thessaloniki hatten die Geschäftsführerin des vdä mitgenommen an die Grenze, wo sie den Geflüchteten das zum Überleben Nötigste bringen mussten: Wasser, Lebensmittel, Toilettenartikel und rudimentäre medizinische Versorgung, um das schlimmste zu verhindern. In der Presseerklärung appellierte der vdä an die politisch Verantwortlichen in der EU, diese menschenwürdige Situation umgehend zu beenden

und die Griechinnen und Griechen damit nicht alleine zu lassen. Was der vdä »damals« feststellte, ist heute fast Gemeingut: »Die Menschen aus Syrien und anderen kriegsgebeutelten Ländern werden nach Europa kommen und die höchsten Mauern werden sie nicht aufhalten. Dieser Realität muss sich die EU stellen«; dass die EU gewährleisten muss, wie es dann bei uns weiter hieß, »dass Flüchtlinge sich frei in Europa bewegen können und sichere Wege in die Länder finden, in denen sie wirklich ankommen wollen und können«, ist nach wie vor höchst umstritten. Es war die PE des vdä, die dann die ARD in Gestalt der Tagesthemen am 22. Juli dorthin fahren ließ und der deutschen Öffentlichkeit über die unsägliche Situation informierte. Tatsächlich wurde sogar der linke Journalist Vasilis Tsartanis aus Polykastro interviewt, der den »Aufschrei

von Idomeni« initiierte, den er zusammen mit Dorothee Vakalis und Katerina Notopoulou aus Thessaloniki, Gerhard Lanzerstorfer aus Wien und Nadja Rakowitz vom vdä unterschrieben hatte. Leider wurde damals wie heute den Menschen aus den Solidaritätsgruppen in den grenznahen Kleinstädten Kilkis und Polykastro, die sich seit Monaten um die Nöte der Geflüchteten kümmern, für dieses Essen kochen und keine Kosten und Mühen scheuen, obwohl sie zum großen Teil selbst arbeitslos und arm sind, kaum Aufmerksamkeit gewidmet. Was hierzulande als »Willkommenskultur« gefeiert wird, wird in Griechenland tausendfach seit Monaten praktiziert. Wir vom vdä wollen auch diesen Menschen Aufmerksamkeit schenken. Sie sehen sie auf einigen Bildern dieser Ausgabe.



*Soli-Komitee Kilkis in Idomeni,  
September 2015*

# So wird die Misere der Krankenhäuser weiter verschärft

## Stellungnahme des vdäa zur Anhörung zum Krankenhaus-Struktur-Gesetz

Im »Eckpunktepapier« der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vom Dezember 2014 war ein »Einstieg in den bedarfsgerechten Umbau der Krankenhausversorgung, der von der Versorgung der Patientinnen und Patienten her gedacht ist«, angekündigt worden. Der Entwurf für ein Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) folgt dieser Maxime nicht. Die Paradigmen des Gesetzentwurfes sind mit den Begriffen Ökonomisierung, Kommerzialisierung und Privatisierung zu beschreiben. Mit diesem Gesetzentwurf wird sich weder eine bedarfsgerechtere Versorgung der Patientinnen und Patienten erreichen lassen noch attraktivere Arbeitsbedingungen für die Krankenhausbeschäftigten. Sicher ist aus Sicht des vdäa: Ohne eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen ist zukünftig eine flächendeckende Versorgung in hoher Qualität nicht mehr sicher zu stellen.

Der Entwurf für ein KHSG lässt nur einen Schluss zu: Die große Re-

gierungskoalition, Bund und Länder stehlen sich im Krankenhaussektor aus ihrer originären gesundheitspolitischen Verantwortung. Dem Rückzug des Staates aus dem Gesundheitssystem wird ein weiterer Vormarsch profitorientierter Kapitalinvestoren in den »Gesundheitsmarkt« folgen.

### Qualitätsorientierte Planung und Steuerung des Gesundheitswesens

Eine sachgerechte Daseinsvorsorge im stationären Bereich erfordert eine wissenschaftlich unterstützte, integrierte Bedarfsplanung auf lokaler, regionaler und überregionaler Ebene. Das KHSG beschreitet stattdessen den Weg, ein zunehmend unregelmäßiges Marktgeschehen lediglich zu beeinflussen, z.B. mit Preismanipulationen. Auch die Herangehensweise an Qualität als Mittel zur Selektion statt als Zweck einer Behandlung folgt diesem Muster:

»Qualität« wird zum trojanischen Pferd, mit dem Selektivverträge mit frei (nach unten) verhandelbaren Preisen eingeschmuggelt und das bislang gültige Festpreissystem der G-DRGs aufgebrochen werden soll. Die geplanten finanziellen Sanktionen für Krankenhäuser mit schlechter Behandlungsqualität gehen im Falle versorgungsnotwendiger Krankenhausabteilungen am Bedarf vorbei. Hier sind statt finanzieller Abschlüsse externe Aufsicht, Anleitung und ggf. auch finanzielle Unterstützung sinnvoll und notwendig.

Als ärztliche Vereinigung warnen wir dringend davor, die Problematik der Messung von Behandlungsqualität zu unterschätzen. In den Dimensionen Prozess- und Ergebnisqualität lauern unzählige Fallstricke, beispielsweise die Adjustierung von Behandlungsergebnissen und Komplikationen auf das vorbestehende Risikoprofil der Patientinnen und Patienten. Andernfalls werden bei einer Qualitätsbe-

Am 7. September fand die Anhörung zum KHSG statt. Der vdäa hat dorthin auf Einladung der Partei Die LINKE einen Experten schicken können. Peter Hoffmann war dort und hat die hier dokumentierte Position vertreten – eine Minderheitenposition, aber dennoch richtig.



wertung Äpfel mit Birnen verglichen.

Die Auswertung von Pay-for-Performance-Modellen andernorts ist bislang ernüchternd: Sie haben verstärkt Manipulationen bei der Datenerfassung, insbesondere von Komplikationen provoziert, sowie Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Komplikationsrisiko den Zugang zur Versorgung erschwert, was die logische Kehrseite des bekannten »Rosinenpickens« ist. Ein kürzlich in der Zeitschrift JAMA veröffentlichter Beitrag<sup>1</sup> zeigt erneut, wie schwierig die Festlegung sinnvoller Qualitätsindikatoren ist. Ungeeignete Parameter führen in den USA im Rahmen des Hospital-Acquired Condition Reduction Program zu dem grotesken Ergebnis, dass die Centers for Medicare & Medicaid Services offenbar vor allem größere Krankenhäuser als »low-performing hospitals« finanziell abstrafen, die kränkere Patienten behandeln, ein breiteres Behandlungsspektrum anbieten, Komplikationen besser erfassen und dokumentieren, aber in Wirklichkeit, bei Anwendung anderer, validierter Indikatoren bessere Behandlungsergebnisse erzielen. Der vdää bleibt skeptisch, ob der Auftrag an den G-BA zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren eine zufriedenstellend lösbare Aufgabe ist.

#### **Qualität bedingt auskömmliche Erlöse für Krankenhausbehandlungen**

Seit Jahren geht die Schere zwischen Kosten und Erlösen immer weiter auf, so dass rund die Hälfte der Krankenhäuser unter Defiziten leiden. »Eine nachhaltige Sicherung der Betriebskosten der Krankenhäuser« wurde für das KHSG neuerlich versprochen, aber nicht verwirklicht. Die Preise im DRG-System sind über Jahre nicht angemessen gesteigert worden. Wenn den Krankenhäusern die notwendigen Betriebsmittel weiterhin vorzuenthalten werden, werden auch die im KHSG angekündigten verschärften Qualitätskontrollen und finanziellen Sanktionen für schlechte Leistungen nichts bewirken können.

Im Gegenteil: Kliniken müssen, um als Wirtschaftsbetriebe im DRG-System zu überleben, Behandlungen

zu geringstmöglichen Selbstkosten erbringen. Outsourcing und Dumpinglöhne verschlechtern Arbeits- und Einkommensverhältnisse für die Beschäftigten in den Krankenhäusern. Zunehmend werden Stellen in der Pflege und in den therapeutischen Bereichen gestrichen, die für eine fachlich gute und menschlich anständige Versorgung unverzichtbar sind. Abnehmend lassen sich Stellen mit qualifizierten und motivierten Fachkräften besetzen, weil angesichts unzumutbarer Arbeitsbedingungen weniger Bewerbungen eingehen.

Der vdää fordert eine Beschränkung medizinischer Maßnahmen auf das medizinisch statt ökonomisch Notwendige und Sinnvolle, dafür aber finanzielle Spielräume für ein mehr an Qualität und Humanität.

#### **G-DRG-System abschaffen**

Mit dem G-DRG-System hat sich der Gesetzgeber in eine Sackgasse begeben, die von einer bedarfsgerechten Versorgung wegführt. Die geplante verschärfte Verbetriebswirtschaftlichung der Abläufe in den Krankenhäusern positioniert trotz aller öffentlich bekannt gewordenen Fehlentwicklungen unverändert das Geld im Mittelpunkt der Strukturentwicklung und Steuerung von Krankenhäusern anstatt das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten. Notwendig für eine bedarfsgerechte Finanzierung der Krankenhausbetriebskosten ist nicht weniger als die Abschaffung des G-DRG-Systems als durchgängiges Preissystem und Entwicklung sinnvoller Alternativen wie zu verhandelnder Budgets für definierte Versorgungsaufträge!

Auch mit dem geplanten KHSG sollen den Krankenhäusern notwendige Vorhaltekosten nicht erstattet werden. Wenn das ökonomische Zwangsgesetz bestehen bleibt, wonach Geld im DRG-System nur über Fallpauschalen erwirtschaftet werden kann, dann bleibt der Fehlanreiz bestehen, immer mehr »Fälle« zu behandeln und lukrative Operationen und andere invasive Prozeduren immer weiter zu steigern – selbst wenn sie medizinisch fragwürdig oder gar überflüssig, also Körperverletzung sind.

Diese vielfach und völlig zu

Recht kritisierten Mengenausweitungen sind nicht Auswüchse sondern unvermeidliche Konsequenz eines ökonomischen Zwangsgesetzes, nämlich der deutschen Ausprägung des DRG-Systems als durchgängiges Preissystem. Um mehr und höhere Fallpauschalen zu erwirtschaften, um fehlende Investitionsmittel und das unzureichende Preisniveau im DRG-System zu kompensieren, wird objektiv auch mit unnötigen Maßnahmen Körperverletzung an Patientinnen und Patienten begangen und Geld im Gesundheitswesen verschwendet. Den grundlegenden Fehlanreiz zur Mengensteigerung des G-DRG-Systems wird der Gesetzgeber auch durch Abschlüsse bei sog. »mengenanfälligen« Leistungen nicht unter Kontrolle bringen. Zudem wird sich kein Weg finden lassen, um mit technokratischen Mitteln und von aussen notwendige medizinische Eingriffe von überflüssigen treffsicher zu unterscheiden.

So kommt das Geld nicht dorthin, wo es am dringendsten gebraucht wird. Auch die Bundesärztekammer fordert einen »Wandel des G-DRG-Fallpauschalensystems von einem unmittelbaren Preissystem in ein Krankenhauserlösbeziehungsinstrument«, auch um »künftig ausreichende Ermessensspielräume für die regionale / lokale Vereinbarung von Vergütungen<sup>2</sup>« zu bekommen.

#### **Gesetzliche Personalbemessung**

Das im KHSG angekündigte Pflegeförderprogramm ist falsch angelegt und unterdimensioniert: Bei großzügiger Kalkulation wird es höchstens drei zusätzliche Pflegestellen pro Klinik bringen. Wer wirklich mehr Qualität will muss den Konkurrenzkampf der Krankenhäuser um die niedrigsten Behandlungskosten und den ungezügeltsten Stellenabbau beenden und in der Perspektive mehr Fachkräfte in die Krankenhäuser bringen. Strukturqualität im Personalbereich ist wesentlich für die Qualität der gesamten Behandlung und deren Ergebnis. Es ist nachgewiesen, dass die Qualität in Krankenhäusern wesentlich von der Personalbesetzung abhängt: Ein Patient mehr pro Pflegekraft (von 6 auf 7 Patienten) er-

---

**»Notwendig für eine bedarfsgerechte Finanzierung der Krankenhausbetriebskosten ist nicht weniger als die Abschaffung des G-DRG-Systems als durchgängiges Preissystem und Entwicklung sinnvoller Alternativen.«**

---

höht die Rate der Todesfälle im Krankenhaus und bis 30 Tage nach Entlassung um 7%.<sup>3</sup> Zielführend ist eine allgemeinverbindliche, an den jeweiligen Versorgungsbedarf definierter Bereiche adjustierte Personalbemessung, zunächst im Pflegebereich, mittelfristig für weitere Berufsgruppen

## Investitionen

Das InEK (Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus gGmbH) veranschlagt das notwendige Jahresinvestitionsvolumen für die Kliniken in Deutschland auf sechs Mrd. Euro. Nach dem Prinzip der dualen Finanzierung sind die Bundesländer gesetzlich verpflichtet, eine bedarfsgerechte und flächendeckende Krankenhausversorgung sicherzustellen und den Krankenhäusern die erforderlichen Investitionsmittel zur Verfügung stellen. Tatsächlich sind die bereitgestellten Mittel jedes Jahr rückläufig und liegen mittlerweile unter drei Mrd. Euro jährlich.

Daran ändert der vorliegende Referentenentwurf nichts. Die Länder haben im Gesetzgebungsprozess lediglich zugesagt, die Investitionsmittel für bestehende Krankenhäuser nicht noch weiter zu kürzen. Die Hoffnung, der Bund werde in die Investitionskostenfi-

nanzierung der Kliniken einsteigen, hat sich nicht erfüllt. Also müssen die Krankenhäuser für selbstfinanzierte Investitionen weiterhin Krankenkassengelder aus ihren DRG-Erlösen zweckentfremden, die aber gesetzlich für den laufenden Betrieb bestimmt sind und dort fehlen. Nach Angaben des WIDO (*Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen*) waren das in 2013 rund zwei Mrd. Euro. Eine weitere Privatisierungsrunde derjenigen öffentlichen und freigemeinnützigen Kliniken ist absehbar und offensichtlich bezweckt, deren Träger fehlende öffentliche Investitionskostenzuschüsse nicht aus eigener Kraft substituieren können.

## Strukturfonds

Das KHSG soll Gesundheitsfonds und Bundesländer verpflichten, bis zu insgesamt eine Mrd. Euro für einen Strukturfonds aufzubringen, »zur Verbesserung der Versorgungsstruktur insbesondere den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten, sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen (z. B. Gesundheits- oder Pflegezentren, stationäre Hospize) zu fördern.«

Werden damit Klinikbetten ab-

gebaut, für die kein Bedarf in der Versorgung besteht, oder solche, die nicht kostendeckend oder profitabel zu »bewirtschaften« sind? Werden die Bundesländer Bedarf und die Sicherstellung der Versorgungsplanen oder die Ergebnisse der Ökonomisierung des Krankenhauses, also das Marktgeschehen primär beobachten und anhand der geplanten, vom G-BA zu definierenden Qualitätsindikatoren selektionieren?

Was geschieht, wenn Notwendiges schlecht und Überflüssiges in guter Qualität erbracht wird?

Genießen medizinischer Bedarf oder ökonomischer Erfolg Priorität?

**Dr. Peter Hoffmann**  
(Stellvertretender Vorsitzender des vää)

- 1 R. Rajaram/J.Chung: »Hospital Characteristics Associated With Penalties in the Centers for Medicare & Medicaid Services Hospital-Acquired Condition Reduction Program«, JAMA 2015; 314(4): 375-383
- 2 B. Rochell/M.Rudolphi: »Positionen der Bundesärztekammer zur Reform der Krankenhausversorgung und -finanzierung«, G+S (Gesundheits- und Sozialpolitik), 4-5/2014, S. 85
- 3 L. H. Aiken et al: »Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries«, The Lancet, Mai 2014

---

»Was geschieht, wenn Notwendiges schlecht und Überflüssiges in guter Qualität erbracht wird? Genießen medizinischer Bedarf oder ökonomischer Erfolg Priorität?«

---



*Soli-Komitee an der griechisch-makedonischen Grenze, September 2015*

Jahreshauptversammlung und Gesundheitspolitisches Forum des vdää

**6. – 8. November 2015**

im Soziokulturellen Zentrum Frauenkultur Leipzig, Windscheidstraße 51, 04277 Leipzig

# Willkommen heißen

## Flucht – Migration – Medizinische Versorgung

### PROGRAMM

#### Freitag, 6. November 2015

20:00 – 22:00 Uhr Medinetz Leipzig / medico international / Frauenkultur e.V. Leipzig / vdää

Thema: **Der lange Schatten der Festung Europa. Fluchtursachen – Fluchtwege – Leben zweiter Klasse**

Dr. Andreas Wulf (medico international), Christoph Arndt (Watch the Med-Alarmphone), Prof. Dr. Gerhard Trabert (SeaWatch), Janne Joost-Krüger (Medinetz Leipzig)

### Gesundheitspolitisches Forum des vdää

#### Samstag, 7. November 2015

#### »Aktuelle Gesundheitspolitik«

09:00 – 11:15 Uhr Dr. Thomas Kunkel: Vers.Stärk.Gesetz, Anti-Korruptionsgesetz, Präventionsgesetz  
Dr. Peter Hoffmann: KH-Finanzierung, KHSG und DRG-Kampagne

#### **Pause**

11:45 – 12:30 Uhr Dr. Anna Kühne: Gesetzliche Grundlagen der medizinischen Versorgung von Migranten

#### »Migration und medizinische Versorgung«

14:00 – 16:00 Uhr **Strukturelle Herausforderungen in der medizinischen Versorgung von MigrantInnen**

Dr. Kayvan Bozorghmer (Uni Heidelberg): Medizinische Versorgung von Asylsuchenden

Dr. Heidrun Nitschke (Köln ÖGD): Medizinische Versorgung von MigrantInnen durch den ÖGD und NGOs

Dr. Vera Bergmeyer (Medibüro Bremen): Verbesserung der medizinischen Versorgung von MigrantInnen

16:30 – 18:30 Uhr **Wie gehen wir in unserer Praxis mit MigrantInnen um?**

Prof. Dr. Matthias David (Charité): »Betreuung und Versorgung von Migrantinnen am Beispiel Frauenheilkunde

Elisabeth Wesselman (AK Migration und Gesundheit): Migrationssensible Versorgung

Eben Louw (ARIBA e.V. Berlin): Umgang mit Menschen mit Rassismuserfahrung in der Arztpraxis

20:30 Uhr Dr. Rudi Schwab: NSU-Prozess in München: Beobachtungen – Überlegungen – Konsequenzen von einem Prozessbeobachter

#### Sonntag (Gäste sind willkommen)

Mitgliederversammlung des vdää (offen für alle)

Ergänzung des vdää-Programms um ein Kapitel »Flucht und Migration«

#### Information

Geschäftsstelle des vdää | Nadja Rakowitz | [www.vdaee.de](http://www.vdaee.de) | [www.facebook.com/vdaee](https://www.facebook.com/vdaee)