

DAS RECHT AUF UMFASSENDE MEDIZINISCHE VERSORGUNG GARANTIEREN

6



Der Zugang zu einer guten Gesundheitsversorgung ist ein Menschenrecht und muss unabhängig von der Herkunft, der Sprache oder dem ausländerrechtlichen Status für alle Bewohner_innen Deutschlands möglich sein.

Die Aussage „Die Gesundheit ist zwar nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“ (Arthur Schopenhauer) lässt sich zwar hinterfragen. Doch für viele Menschen ist ihr Gesundheitszustand definitiv ein wichtiges Thema. Und nicht erst seit Corona ist erkennbar, dass Gesundheit nicht nur eine individuelle Angelegenheit und der Zugang zu Gesundheitsversorgung essenziell ist. Der UN-Sozialpakt von 1966 formuliert in Art. 12 ein Recht

auf den „höchsten erreichbaren Stand an körperlicher und geistiger Gesundheit“. Dieses „Menschenrecht auf Gesundheit“ bedeutet, dass die Staaten die Gesundheit der Menschen nicht beeinträchtigen dürfen, sie vor unverhältnismäßigen Eingriffen schützen und den Zugang zu Gesundheitsversorgung umfassend ermöglichen müssen. Letzteres ist in Deutschland für Menschen mit Migrationshintergrund¹ bislang nicht immer der Fall. Trotz

¹ Zur kritischen Diskussion des Begriffs Migrationshintergrund und zur seiner Verwendung, sofern eine Kategorisierung notwendig ist etwa um durch Bezugnahme auf statistische Werte Unterschiede, Benachteiligungen und Herausforderungen aufzuzeigen: Kapitel 1, S. 24 f.

relativ dünner Datenlage lassen sich diverse Hindernisse beim Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung, zu denen neben rechtli-

chen Beschränkungen beispielsweise sprachliche Hürden gehören, feststellen.²

6.1 Rechtliche Hürden abbauen

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung darf nicht durch Regelungen erschwert werden, die vorrangig der Durchsetzung migrationspolitischer Erwägungen dienen. Er muss unabhängig vom ausländerrechtlichen Status ermöglicht werden. Schutzsuchende und Geduldete müssen von Anfang an die gleichen Gesundheitsleistungen erhalten wie in der Gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte.

Die rechtliche Situation stellt sich bei Ausländer_innen komplex dar. Gehen sie in Deutschland einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit nach, sind sie in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert und ihre Angehörigen gegebenenfalls mitversichert. Selbständig Erwerbstätige, ob mit deutscher oder ausländischer Staatsangehörigkeit, sind in der Regel in einer privaten Krankenversicherung versichert. Sind Ausländer_innen nicht erwerbstätig, sind sie teilweise wegen ihres ausländerrechtlichen Status aus der Krankenversicherung ausgeschlossen wie beispielsweise Leistungsberechtigte nach Asylberberleistungsgesetz. Teilweise unterfallen sie zwar der Versicherungspflicht, können aber ihre Beiträge nicht aufbringen, weil ihr Einkommen nicht reicht und sie vom Bezug von Leistungen nach SGB II oder SGB XII ausgeschlossen

sind. Dann geht zwar der Versichertenstatus nicht automatisch verloren, aber es entstehen Beitragsschulden.

Der Versichertenstatus (nicht nur) von Ausländer_innen ist teilweise strittig und dann nur schwer feststellbar. In einigen Bundesländern wurden deshalb sogenannte Claeringstellen zur Klärung solcher Fragen geschaffen. Der Deutsche Caritasverband fordert seit langem, dass solche Stellen bundesweit flächendeckend zur Verfügung stehen. Es ist zu hoffen, dass das Vorhaben, bei einem ungeklärtem Versicherungsstatus den Zugang zur Krankenversicherung und zur Versorgung im Sinne der Betroffenen zu klären,³ zügig umgesetzt wird, damit möglichst viele Personen ihren eigentlich bestehenden Zugang zum regulären Gesundheitssystem verwirklichen können.

2 Ärzte der Welt, Gesundheitsreport 2020 und Inlandsbroschüre 2020, München 2020, <https://www.aerztederwelt.org/presse-und-publikationen/publikationen>; Lewicki, Aleksandra, Gesundheit, in: Stiftung Mercator (Hg.), Diskriminierungsrisiken und Handlungspotenziale im Umgang mit kultureller, sozioökonomischer und religiöser Diversität, Juli 2021, S. 68 ff.; Diskriminierung in Deutschland – Erfahrungen, Risiken und Fallkonstellationen, Vierter Gemeinsamer Bericht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes und der in ihrem Zuständigkeitsbereich betroffenen Beauftragten der Bundesregierung und des Deutschen Bundestage, Berlin September 2021, S. 144 ff.; S. 261 ff.; Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 12. Integrationsbericht, Stand Dezember 2019, S. 261 ff.

3 Mehr Fortschritt wagen, Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP, S. 88

6.1.1 Umfassende Versorgung von Schutzsuchenden gewährleisten

Asylbewerber_innen, Geduldete und weitere Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten erst nach mehreren Monaten des Aufenthalts (derzeit 18 Monate) Gesundheitsleistungen analog dem SGB XII. Zuvor sind diese Leistungen beschränkt auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie auf Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen. Darüber hinaus können sonstige Leistungen gewährt werden, wenn dies zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich ist. Diese einschränkenden Regelungen erschweren den Zugang zur Gesundheitsversorgung, Da es sich hier um ein Menschenrecht handelt, muss für alle der volle Zugang gewährleistet werden⁴. Deshalb spricht sich der Deutsche Caritasverband für die Abschaffung des Asylbewerberleistungsgesetzes und die Überführung der betroffenen Personengruppen in die Hilfesysteme des SGB II und SGB XII aus.

Traumatisierte Menschen brauchen regelmäßig therapeutische bzw. psychiatrische Behandlung. Schutzsuchende und Flüchtlinge sind überdurchschnittlich oft von Traumata betroffen und haben gleichzeitig einen besonders schlechten Zugang zu adäquater Unterstützung und Versorgung.⁵ In den sozialen und medizinischen Regeldiensten mangelt es oftmals an Kapazitäten, kulturellem und spezifischem Fachwissen sowie muttersprachlichen Angeboten. Neben einer Abschaffung des Asylbewerberleistungsgesetzes sind daher der

bedarfsgerechte Ausbau und die finanzielle Absicherung Psychosozialer Zentren dringend erforderlich. Diese leisten mit multiprofessionellen Teams einen unverzichtbaren Beitrag zur Versorgung traumatisierter Schutzsuchender und qualifizieren darüber hinaus Kooperationspartner_innen innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems zur Versorgung und Begleitung dieser Personengruppe.

6.1.2 Übermittlungspflichten abschaffen

Eine medizinische Grundversorgung ist nach dem Asylbewerberleistungsgesetz auch für Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität grundsätzlich gewährleistet. Um dies zu nutzen, wäre aber ein Kontakt mit den Sozialbehörden nötig. Diese wiederum sind dazu verpflichtet, den Ausländerbehörden zu melden, wenn sie Kenntnis von einem illegalen Aufenthalt erlangen (siehe unten Kapitel 8). Daher nehmen Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität die reguläre Gesundheitsversorgung kaum in Anspruch. In der Theorie ist zumindest eine anonymisierte Behandlung medizinischer Notfälle mit anschließender Kostenübernahme durch das Sozialamt möglich, weil Ärzte und in der Folge das Personal in Arztpraxen oder Krankenhäusern wegen der ärztlichen Schweigepflicht nicht übermittlungspflichtig sind. Die Leistungserbringer müssen aber gegenüber den Sozialämtern sowohl den Notfall wie auch die Bedürftigkeit der Patient_innen belegen. Daher versuchen sie oft derartige Behandlungen zu vermeiden.⁶ In den vergangenen Jah-

4 Der Koalitionsvertrag 2021 – 2025 (Kapitel 6 Fn. 3) sieht nur vor, Minderjährige von Leistungseinschränkungen auszunehmen, S. 140.

5 Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hg.), Gesundheitsförderung bei Geflüchteten, Berlin 2021, S. 13 ff.

6 Marie von Manteuffel: Papierlos und unterversorgt – Die notwendige Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 64 (2018), S. 33-41, hier S. 35.

ren sind mancherorts Vergabestellen für anonyme Krankenscheine entstanden. Im Übrigen bleibt die medizinische Versorgung als Selbstzahler_in, welche aber meist die finanziellen Möglichkeiten übersteigt, oder die Hilfe durch Netzwerke, die medizinische Hilfe vermitteln oder anbieten wie etwa die Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung⁷. Diese finanzieren sich über Spenden und arbeiten überwiegend ehrenamtlich. Der Bedarf übersteigt die Leistungsfähigkeit der Angebote bei weitem.

Als Folge der erschwerten Zugänge zur Gesundheitsversorgung werden Arztbesuche bis zum letzten Moment herausgezögert, wodurch sich Krankheiten bisweilen lebensbedrohlich verschlimmern oder chronifizieren.⁸ Gesundheitliche Folgen von nicht erfolgter medizinischer Behandlung betreffen auch die Gesellschaft als Ganze. So trägt die Gesellschaft in der Regel die – verglichen mit einer frühzeitigen Behandlung – höheren Kosten für eine Notfallbehandlung.

Der Deutsche Caritasverband fordert, dass alle mit der Gesundheitsversorgung und deren Abrechnung befassten öffentlichen Stellen von der Übermittlungspflicht entbunden werden, damit den Betroffenen zumindest eine medizinische Grundversorgung offensteht.⁹ Wenn es zur Umsetzung dieser Forderung käme¹⁰, muss darauf geachtet werden, dass die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung nicht trotzdem an bürokratischen Hürden scheitert.

6.1.3 Gesundheitsversorgung von EU-Bürger_innen sichern

Die meisten EU-Bürger_innen sind wie Deutsche auch Mitglied in einer gesetzlichen oder einer privaten Krankenversicherung. Das gilt aber nicht für alle und nicht alle können ihre Rechte aus einer bestehenden Versicherung ungehindert wahrnehmen.

EU-Bürger_innen, die in Deutschland nicht erwerbstätig sind oder waren, keine Arbeit suchen und auch keine Angehörigen von (ehemaligen) Erwerbstätigen sind, gelten als wirtschaftlich nicht aktiv und können sich „nur“ auf das allgemeine Freizügigkeitsrecht berufen. Wenn sie sich länger als 3 Monate in Deutschland aufhalten, müssen sie ihre Existenz aus eigenen Mitteln sichern können und über eine Krankenversicherung verfügen. Nach der in Deutschland geltenden Rechtslage sind sie vom Zugang zu einer deutschen Krankenversicherung ausgeschlossen. Das führt dazu, dass sie unversichert sind, wenn sie keine Versicherung „mitbringen“. Dieser Ausschluss ist aller Wahrscheinlichkeit nach europarechtswidrig¹¹ und sollte dringend beseitigt werden.

Problematisch ist auch die Situation von EU-Bürger_innen, die ein Freizügigkeitsrecht allein zum Zweck der Arbeitssuche innehaben. Sie fallen mit Wohnsitznahme in Deutschland in aller Regel unter die Pflichtversicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Häufig wissen die Betroffenen nichts davon oder können sich die Beiträge nicht leisten

7 <https://www.malteser.de/menschen-ohne-krankenversicherung.html>

8 Vgl. Marie von Manteuffel (Kapitel 6 Anm. 6), S. 37.; Ärzte der Welt, Inlandsbroschüre (Kapitel 6 Fn. 2), S. 10.

9 Katholisches Forum Leben in der Illegalität: Forderung der Gewährleistung der Gesundheitsversorgung für Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität, Februar 2017.

10 Koalitionsvertrag 2021 – 2025 (Kapitel 6 Fn. 3), S. 139.

11 vgl. EuGH vom 15. Juli 2021 - Az. C 535/19

und häufen so als Selbstzahler_innen hohe Beitragsschulden an. Eine Kostenübernahme durch das SGB II scheidet aus, da diese Gruppe dort von Leistungen ausgeschlossen ist. Auch bei Beitragsschulden bleibt ein Anspruch auf Versorgung bei akuten Erkrankungen, Notfällen, Schwangerschaft und Geburt. Einige melden sich aber wegen dieser Schulden selbst in Notsituationen nicht bei der Krankenversicherung. Melden sie sich doch, wird der Anspruch von den Krankenkassen aber häufig rechtswidrig verneint. Im Ergebnis erhalten diese Personen nicht die notwendige Versorgung, werden Krankheiten verschleppt und Vorsorgemaßnahmen wie Impfungen unterbleiben.

Die gesetzlichen Krankenversicherungen haben die Möglichkeit ihre Mitgliedsbestände zu bereinigen, wenn Personen, die sich in einer sogenannten obligatorischen Anschlussversicherung befinden, ihre Beiträge nicht zahlen und nicht auffindbar sind. Bei EU-Bürger_innen, die auf diese Weise aus der Versicherung herausfallen, kann das dazu führen, dass sie dauerhaft ausgeschlossen sind, weil sie als wirtschaftlich nicht aktiv gelten. Um den Kran-

kenversicherungsschutz auch bei Verlust des Arbeitnehmerstatus, fehlenden Beitragszahlungen und Wohnungslosigkeit wenigstens als Versorgung im Akut- und Schmerzensfall zu erhalten, müssen die Regelungen so geändert werden, dass die jeweiligen Mitgliedschaften auch bei Unauffindbarkeit nicht enden. Sie sollten stattdessen ruhend gestellt werden. Sie leben dann wieder auf, wenn die Betroffenen sich bei der Krankenversicherung melden.

Um den Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung bei bestehendem Krankenversicherungsschutz tatsächlich sicherzustellen, benötigen Betroffene Beratung, die flächendeckend in ausreichendem Maß zur Verfügung stehen muss. Das könnten die oben angesprochenen Clearingstellen zur Klärung des Krankenversicherungsschutzes sein, sofern sie flächendeckend eingerichtet würden. Die Versorgung bei Schwangerschaft und Geburt muss generell und umfassend gesichert werden, auch wenn kein Krankenversicherungsschutz feststellbar ist. Um eine angemessene Versorgung in Notfällen sicher zu stellen, muss eine entsprechende Klausel (wieder) ins SGB XII aufgenommen werden.

6.2 Vielfaltskompetenz und diskriminierungssensible Gesundheitsversorgung sicherstellen

Eine gute Gesundheitsversorgung muss die unterschiedlichen Bedarfe der heterogenen Bewohnerschaft erkennen und befriedigen können. Dafür müssen Aus- und Weiterbildung für medizinisches Personal die Themen Vielfaltskompetenz und Diskriminierungssensibilität umfassen. Um eine gute Kommunikation zwischen Patient_innen und medizinischem Personal zu gewährleisten, muss Sprachmittlung zur Verfügung stehen und finanziert werden.

Menschen mit Migrationshintergrund sind auch bezüglich ihres gesundheitlichen Zustandes sehr heterogen. Neu Zugewanderte sind

oftmals jung und bei guter Gesundheit. Andere sind durch den Migrationsprozess oder die Flucht gesundheitlich belastet. Auch die im

Durchschnitt überproportionale Armutsquote, beengteres Wohnen und ungünstige Arbeitsbedingungen führen zu schlechteren Gesundheitsdaten.¹² Die negativen Folgen eines niedrigen sozioökonomischen Status sind unabhängig von der Herkunft. Menschen mit Migrationshintergrund stehen aber auch vor spezifischen Problemen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung. Neben den rechtlichen Hürden gehören hierzu u.a. fehlende Vielfaltskompetenz und Sensibilität beim medizinischen Personal aber auch in der Sachbearbeitung von Krankenversicherungen.

Für eine gute Gesundheitsversorgung ist die Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Patient_innen essenziell. Aufgrund unterschiedlicher Vorstellungen und Traditionen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, aber auch kulturalistischer Zuschreibungen oder fehlender Vielfaltskompetenz bei medizinischem Personal kommt es zu Missverständnissen. Solche Missverständnisse, Kommunikationsbarrieren und Stereotypisierungen können Fehldiagnosen und Ungleichbehandlung zur Folge haben.¹³ Daher sollten diese Themen als qualitätsrelevant wahrgenommen und in den jeweiligen Ausbildungsgängen in die Curricula integriert werden. Entsprechende Fortbildungen müssen zur Verfügung stehen und sollten öffentlich finanziert werden. In

größeren Einheiten, wie insbesondere in Krankenhäusern, kann eine Gesamtstrategie entwickelt werden, in die verschiedene Aspekte wie Koordinierung der Aktivitäten, Fortbildung oder Sprachmittlung verbindlich gestaltet und institutionell verankert werden.¹⁴

Sprachbarrieren im Rahmen der medizinischen Versorgung können zu Fehl-, Über- bzw. Unterversorgung führen. Fehlende oder unzureichende Deutschkenntnisse, um zielführend über Prävention, Krankheit oder Therapie zu sprechen, können bei allen Menschen mit Migrationshintergrund gegeben sein – auch bei Deutschen. Da es eine staatliche Pflicht gibt, einen diskriminierungsfreien Zugang zur Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, ist es eine staatliche Aufgabe hier Abhilfe zu schaffen. Im Rahmen der Gesundheitsversorgung gibt es aber bislang keinen Anspruch auf Übernahme von notwendigen Sprachmittlungskosten. Die Sprachbarrieren gehen deshalb derzeit vorrangig zu Lasten der Patient_innen: Sie müssen die Kosten für Sprachmittlung selbst übernehmen, auf unqualifizierte Übersetzung ausweichen und/oder erhalten Gesundheitsleistungen nicht in der bestmöglichen Qualität. Es bedarf daher einer gesetzlichen Regelung mit Rechtsanspruch etwa im SGB I, die die Kostenübernahme von Sprachmittlung durch die Krankenkassen vorsieht.

12 Lewicki (Kapitel 6 Fn. 2), S. 68 ff.; 12. Integrationsbericht (Kapitel 6 Fn. 2), S. 261 ff.

13 Lewicki (Kapitel 6 Fn. 2), S. 73.; vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hg.), Das kultursensible Krankenhaus, Juni 2021, <https://www.integrationsbeauftragte.de/resource/blob/1864184/1964342/5eff367ae1b09a9a499123636dffe8c/kultursensibles-kh-data.pdf?download=1>; Zu weit verbreiteten Klischees: <https://www.spiegel.de/politik/morbus-mediterraneus-das-rassistische-klischee-von-wehleidigen-migranten-a-7eced19d-851a-406e-aeb8-bea60ae28873>

14 vgl. Das kultursensible Krankenhaus (Kapitel 6 Fn. 13)

6.3 Was macht die Caritas?

Alle Einrichtungen des Gesundheitswesens in katholischer Trägerschaft stehen allen Menschen offen. Sie sind seit Jahren auf dem Weg, sich vielfaltsorientiert weiter zu entwickeln.¹⁵ Der Abbau ausgrenzender Mechanismen und Strukturen ist ein wichtiges Ziel.

Betroffene, die Angebote der Gesundheitsversorgung oder Beratungseinrichtungen des DCV aufsuchen, erhalten dort Unterstützung insbesondere zur Klärung ihres Versicherungsstatus und Zugang zu Hilfsangeboten. Die Beratung umfasst Fragen von ggf. vorhandenen Leistungsansprüchen und, soweit möglich, auch den Umgang mit Ämtern und Leistungsbehörden. Insbesondere die Wohnungslosenhilfe hält auch niedrigschwellige Angebote zur Gesundheitsversorgung bereit.

Der Deutsche Caritasverband setzt sich dafür ein, dass niedrigschwellige Angebote der medizinischen Hilfen finanziell und sachlich abgesichert werden. Diese Hilfen müssen, auch wenn sie aus öffentlichen Geldern finanziert werden, Menschen unabhängig vom Status oder von Ansprüchen auf Sozialleistungen zur Verfügung stehen.



¹⁵ <https://www.caritas.de/fuerprofis/fachthemen/gesundheit/kultursensible-beratung>