



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Gesundheitswissenschaften

**GESUNDHEITSVERSORGUNG VON
MENSCHEN OHNE RECHTLICHEN
AUFENTHALTSSTATUS**

UNTER BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG DER
STATIONÄREN NOTFALLVERSORGUNG

- eine rechtliche Betrachtung -

B a c h e l o r a r b e i t

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science (B.Sc.)

Vorgelegt von: Mirjam Schülle

Betreuerin: Dr. Judith Brockmann

Betreuer: Prof. Dr. Thomas Elkeles

Tag der Einreichung: 28.11.2011

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2011-0456-2

Abstract

Charakteristisch für den Kenntnisstand über die Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und die medizinisch-gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus (M.o.r.A.) ist, dass dieser signifikant bei nichtstaatlichen sowie nichtwissenschaftlichen Expertinnen und Experten konzentriert ist. Die vorliegende Arbeit leistet einen Beitrag in der Diskussion um die rechtliche Situation der Versorgungslage für M.o.r.A. im Sonderfall der stationären Notfallversorgung. Die Präzisierungen durch die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz (2009) wurden aufgearbeitet. Die Abweichungen zwischen den rechtlich zugesprochen Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz und der Versorgungslage ergeben sich bei der stationären Notfallversorgung aus den unklaren rechtlichen Regelungen. Aufgrund dessen sind die Umsetzungen in den Verwaltungen der Sozialbehörden und Krankenhäuser uneinheitlich. Der Gesetzgeber ist gefordert die rechtlichen Divergenzen zu beseitigen.

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	2
Abkürzungsverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	7
Anhangsverzeichnis	8
1 Hinführung zur Thematik.....	9
2 Gesundheitliche und soziale Situation von Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus.....	11
2.1 Betroffene Personengruppe.....	11
2.2 Gesundheitsstatus von Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus	13
2.3 Lebenssituation von Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus.....	15
3 Gesundheitsversorgung: rechtliche Ansprüche und deren Durchsetzung.....	18
3.1 Leistungen nach dem Sozialversicherungsrecht	18
3.2 Leistungen nach dem Infektionsschutzgesetz.....	19
3.3 Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.....	20
3.3.1 Leistungsberechtigter Personenkreis	20
3.3.2 Leistungen bei Krankheit § 4 AsylbLG.....	21
3.3.3 Sonstige Leistungen nach § 6 AsylbLG	24
3.4 Rolle der Sozialhilfeträger	25
3.5 Datenübermittlungspflichten.....	27
3.5.1 Gesetzliche Einschränkung der Übermittlungspflicht.....	27
3.5.2 Datenübermittlung der einzelnen öffentlichen Stellen und Akteurinnen	29
3.6 Gesundheitsversorgung de facto	32
3.7 Rechtskonsequenzen zur Veränderung der Regelversorgung.....	35
3.8 Zwischenfazit Regelversorgung und Ausblick medizinische Notfallversorgung	36
4 Sonderfall stationäre Notfallversorgung.....	39
4.1 Kostenerstattungsmöglichkeit der Krankenhäuser.....	39
4.2 Konkretisierungen der AVV zum AufenthG für die stationäre Notfallversorgung	41
4.5 Weitere Datenübermittlungspflichten und daraus folgende Umsetzungshürden.....	43

4.5.1	Datenübermittlung nach dem Sozialgesetzbuch.....	44
4.5.3	Datenübermittlung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.....	44
4.6	Rechtsinterpretation und Weisungen einzelner Bundesländer.....	46
4.6.1	Beispiel 1: Stadtstaat Berlin	47
4.6.2	Beispiel 2: Bundesland Niedersachsen.....	48
4.6.3	Beispiel 3: Stadtstaat Hamburg	49
4.7	Stationäre Notfallversorgung de facto	51
4.8	Rechtskonsequenzen zur Veränderung der stationären Notfallbehandlung.....	52
5	Fazit und Ausblick	54
	Quellenverzeichnis.....	57
	Weiterführende Literatur	63
	Anhang.....	67

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AMG	Arzneimittelgesetz
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
Art.	Artikel
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylVfG	Asylverfahrensgesetz
AufenthG	Aufenthaltsgesetz
AuslR	Ausländerrecht
AVV	Allgemeine Verwaltungsvorschrift
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
Beschl.	Beschluss
BGH	Bundesgerichtshof
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Innern
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BSG	Bundeseseuchengesetz
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
BT-Prot.	Bundestagsprotokoll
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
EU	Europäische Union
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
h.L.	herrschende Lehre
HWWI	Hamburgisches WeltWirtschafts Institut
IfSG	Infektionsschutzgesetz
LSG	Landessozialgericht
M.o.r.A.	Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus
NGO/NRO	Non-Governmental Organisation / Nichtregierungsorganisation
Nr.	Nummer (Aufzählung in Gesetzestexten)
OLG	Oberlandesgericht
OVG	Oberverwaltungsgericht
Rn.	Randnummer
S.	Satz

SchwarzArbG	Schwarzarbeitsgesetz
SG	Sozialgericht
SGB	Sozialgesetzbuch
SHTr.	Sozialhilfeträger
SozVersR	Sozialversicherungsrecht
StGB	Strafgesetzbuch
Urt.	Urteil
VG	Verwaltungsgericht
VGH	Verwaltungsgerichtshof
VwV	Verwaltungsvorschrift
VwVfG	Verwaltungsverfahrensgesetz
WHO	World Health Organisation / Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesundheitsversorgung von Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus..... 38

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: CD-Rom mit digitalisierter Version der vorliegenden Arbeit.....	67
---	----

1 Hinführung zur Thematik

Die Gesundheitswissenschaft beschäftigt sich unter anderem mit der Frage der sozialen Ungleichheit der Gesundheit innerhalb verschiedener Bevölkerungsgruppen.¹ Neben den Verbesserungen der gesundheitlichen Verhältnisse, in denen Menschen leben, ist es das Ziel, eine bestmögliche und gleichberechtigte medizinisch-gesundheitliche Versorgung für alle Menschen sicherzustellen.² Menschen, die ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus leben, bilden aufgrund der rechtlichen Lage einen Teil der gesellschaftlichen sozialen Unterschicht,³ welche eine besonders benachteiligte und hilfebedürftige Gruppe im Bereich der Gesundheitsversorgung darstellt.⁴

Als Mitarbeiterin eines ehrenamtlichen Projektes,⁵ das angesichts der problematischen medizinischen Versorgungslage für Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus (M.o.r.A.) eine Ermöglichung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen für diese Personengruppe zum Ziel hat, habe ich wichtige Einblicke in deren Versorgungsrealität erhalten.

Angesichts der sich in dem Zusammenhang manifestierenden Unsicherheiten der betreffenden Akteurinnen⁶ – auf Seiten der Verwaltungen wie auch seitens der Anspruchstellerinnen – drängte sich der Verfasserin die Frage auf, inwieweit diesbezüglich überhaupt gesetzliche Klarheit besteht. Besonders in der Diskussion stehen die neusten ‚Klarstellungen‘ durch die Allgemeine Verwaltungsvorschrift (AVV⁷) zum Aufenthaltsgesetz (AufenthG) 2009, die für den Bereich der stationären Notfallversorgung relevant sind.

Daran anknüpfend liegt der Arbeit die genauere Betrachtung der gesundheitlichen Versorgung für M.o.r.A. in der Bundesrepublik Deutschland zugrunde. Einführend werden die Grundlagen

¹ Einen einführenden Überblick bietet Mielck/Helmert über die Soziale Ungleichheit und Gesundheit. (Mielck/Helmert 2006, S. 603-623). Ein erstes Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit verfassten Elkeles/Mielck (Elkeles/Mielck 1997, S. 137-143).

² Die WHO hat 1998 in dem Grundlagenpapier „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ die Chancengleichheit beim Zugang zum Versorgungssystem als ein Grundziel formuliert. Um dem Ziel der Gleichheit in der Gesundheitsversorgung gerecht zu werden, konstatieren Whitehead/Dahlgren für die WHO: „The end goal of equity in health care, however, would be to closely match services to the level of need, which may very well result in large differences in access and use of services between different socioeconomic groups, favouring the more disadvantaged groups in greatest need“ (Whitehead/Dahlgren 2006, S. 12).

³ Cyrus 2004, S. 3

⁴ Die WHO ist sich bewusst, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung von M.o.r.A. maßgeblich von der nationalen Gesetzgebung bestimmt ist. „One of the most important determining factors of whether migrants face barriers to accessing health services is the question of their legal status in the country“ (WHO 2003, S. 19).

⁵ Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe ist ein aus Spenden finanziertes antirassistisches Projekt. Dieses setzt sich politisch für Menschen ein, die keinen Zugang zum deutschen Gesundheitssystem haben. Zudem wird praktisch versucht mit Hilfe von kooperierenden Leistungserbringenden eine Versorgung für diese Menschen zu ermöglichen. Deutschlandweit gibt es ca. 30 ehrenamtlich organisierte Einrichtungen, die sich der gesundheitlich-medizinischen Versorgung für M.o.r.A. annehmen. Näheres dazu siehe: <http://medibueros.m-bient.com/startseite.html>, zuletzt geprüft am 20.11.2011.

⁶ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in Fortfolgendem die weibliche Personenbezeichnung benutzt. Diese schließt die männliche und Zwischenstufen mit ein.

⁷ In der Literatur findet sich eine Vielzahl von Abkürzungen für die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz (das BAMF z.B. AVwV). Eine Verwaltungsvorschrift wird grundsätzlich gerne mit VwV abgekürzt. Zur Abgrenzung dieser (welche ihre Anwendung in dieser Arbeit auch findet) wird hier die Abkürzung AVV genutzt.

zur betreffenden Personengruppe, deren Gesundheitsstatus und Lebenslage beschrieben. Nachfolgend werden einerseits die rechtlichen Rahmenbedingungen dargestellt und andererseits die Hindernisse, die bei der medizinischen Inanspruchnahme und praktischen Versorgung bestehen. Abschließend wird aufgezeigt, inwiefern die Gesetzeslage klar ist und inwiefern weiterhin Rechtsunsicherheiten bestehen. Bezüglich Letzterem wird daraus folgend ein Handlungsauftrag an die Legislative formuliert.

Gegliedert ist die vorliegende Arbeit in zwei Hauptteile. Zuerst werden die gesetzlichen Ansprüche und deren Implementierung in der medizinischen Regelversorgung als Grundlage jeglicher medizinischer Versorgung der betreffenden Personengruppe behandelt. M.o.r.A. haben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) einen Rechtsanspruch auf eine eingeschränkte medizinische Grundversorgung. Allerdings kann diese nur genutzt werden, wenn der rechtliche Aufenthaltsstatus dabei aufgedeckt wird. Die darin zum Ausdruck kommenden Übermittlungspflichten stellen ein prägendes Merkmal der medizinischen Versorgung nach dem AsylbLG dar, weshalb auf deren Bedeutung und Auswirkung näher eingegangen wird. Hinsichtlich der Übermittlungspflichten bei der Regelversorgung sind die gesetzlichen Regelungen eindeutig und die entsprechende Vollzugspraxis vom Gesetzgeber beabsichtigt.⁸ Dies führt jedoch faktisch dazu, dass die Leistungsanspruchnahme tatsächlich nicht stattfindet.

Eine Besonderheit ergibt sich im Bereich der stationären Notfallversorgung (Teil II): Durch die Einführung der AVV zum AufenthG 2009 und deren Gesetzespräzisierung scheint für die stationäre Notfallversorgung erstmalig eine Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung ermöglicht zu werden, die eine Aufdeckung des Aufenthaltsstatus nicht voraussetzt. Aus der Praxis wird berichtet, dass es – zwei Jahre nach Einführung der AVV – allerdings immer noch erhebliche Umsetzungshürden gibt.⁹ Da vom Gesetzgeber hier ausnahmsweise eine medizinische Notfallversorgung jedoch scheinbar gewollt ist, bedarf es diesbezüglich einer näheren Untersuchung.

Es stellt sich die Frage, ob die aus bestehenden Hindernissen resultierende Divergenz zwischen gesetzlich zugesprochenen Leistungen und der Versorgungslage

1. auf eine - gewollte oder ungewollte - rechtlich unklare Gesetzeslage zurück zu führen ist, oder, falls dies zu verneinen ist,
2. die Vollzugsprobleme ausschließlich auf praktischen Umsetzungshürden basieren.

Die Autorin hat sich bewusst dazu entschlossen¹⁰ der ersten Frage mit einer rein juristischen Analyse nachzugehen. Die zweite Frage kann auf diese aufbauend mit einer empirischen Untersuchung zu einem späteren Zeitpunkt beantwortet werden.

⁸ BMI 2007, S. 4

⁹ Groß/Bieniok 2011, S. 231

¹⁰ Der Grund dafür ist sowohl der gegebene beschränkte Zeitrahmen für diese Arbeit als auch das unzureichende Datenmaterial für die Bearbeitung der zweiten Fragestellung. Eine eigenständige Erhebung der benötigten empirischen Materialien bedarf einer größer angelegten Arbeit und wird für eine vermutlich folgende Masterthesis von der Autorin nicht ausgeschlossen.

2 **Gesundheitliche und soziale Situation von Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus**

Bedingt durch die Zurückgezogenheit der betroffenen Personengruppe ist es nur begrenzt möglich, einen Zugang zu Informationen, Daten und Einblicke in ihre Lebenswelt zu bekommen. Dennoch gibt es Ansatzpunkte, wie vereinzelte regionale Studien, Berichte oder auch Schätzungen, die eine Annäherung an die Realität und die Lebensumstände von Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus zulassen.

2.1 **Betroffene Personengruppe**

Um welche Personengruppe handelt es sich, wenn von M.o.r.A. gesprochen wird? Eine Vielzahl von unterschiedlichen Begrifflichkeiten wird, sowohl in der Öffentlichkeit als auch in der Literatur verwendet. Es ist die Rede von Menschen ohne legale oder gültige Aufenthaltsgenehmigung, Menschen ohne regulären Aufenthaltstitel, Menschen ohne Papiere (oder den französischen Begriff ‚Sans Papiers‘¹¹), Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität, undokumentierte Migrantinnen (aus dem Englischen: ‚undocumented Migrants‘) oder irreguläre Migrantinnen, um nur einige der vielen Begriffe zu nennen.¹² Außerdem werden Worte wie ‚Illegale‘, ‚Illegalisierte‘, ‚Papierlose‘ oder ‚Statuslose‘, für gleiche oder teilweise gleiche Personengruppen benutzt.¹³ Genauso vielfältig wie die Begriffe ist auch die zum Teil kontrovers geführte ethisch-politische Diskussion.¹⁴

Mit den unterschiedlichen Begrifflichkeiten gehen unterschiedliche Definitionen für die jeweilige Personengruppe einher. Die meisten Definitionen gehen von Personen aus, die nicht über die erforderlichen Papiere des legalen Aufenthalts verfügen, sich dementsprechend rechtlich gesehen unerlaubterweise innerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland (BRD)¹⁵ aufhalten und folglich laut Gesetz zur Ausreise verpflichtet sind; außerdem von Personen, die nicht (oder falsch) behördlich registriert sind.

Demnach subsumieren die unterschiedlichen Definitionen Menschen, die

- eine unerlaubte Einreise über die Luft-, Land- oder Seegrenze gewählt haben,
- falsche oder manipulierte Aufenthaltspapiere verwenden,
- echte Aufenthaltsdokumente für eine falsche Identität nutzen,
- Aufenthaltspapiere verwenden, die unter Angaben von unehrlichen Gründen ausgestellt wurden,

¹¹ Der Begriff der ‚Sans Papiers‘ findet seine Verwendung mit einer bewussten Anlehnung an die menschenrechtsorientierte Bewegung der ‚Sans Papiers‘ in Frankreich.

¹² CLANDESTINO Forschungsprojekt 2009, S. 1; Vogel et al. 2009, S. 12; Alt 1999, S. 25f.

¹³ Vogel et al. 2009, S. 12

¹⁴ Die Begrifflichkeiten werden u.a. kontrovers diskutiert in: Dauvergne 2008, S. 871-876. Weiteres zur Begriffsbestimmung siehe: Tolsdorf 2008, S. 39ff.

¹⁵ Wenn in Fortfolgendem von M.o.r.A. gesprochen wird, so bezieht sich das nur auf diejenigen in der territorialen Grenze der BRD.

- absichtlich oder unabsichtlich gegen die Auflagen verstoßen, die mit dem Erhalt eines Visums verbunden sind (z.B. Arbeitsaufnahme mit einem Touristenvisum) oder
- zwar über erlaubte Aufenthaltsdokumente (durch Ablauf der Gültigkeit des Passes, des Visums oder der Asylgewährungsdokumente („Overstaying’)) verfügten, diese aber verfallen sind, wobei dies bewusst oder unbemerkt geschehen sein kann.¹⁶

Das entscheidende Kriterium für die Definition der Personengruppe ist, dass diese Menschen zu befürchten haben, des Landes verwiesen zu werden, wenn sie von staatlichen Behörden entdeckt werden.¹⁷

Wie viele M.o.r.A.¹⁸ sich in Deutschland aufhalten, ist statistisch nicht erfasst. Demgemäß liegen keine verlässlichen Zahlenangaben über die absolute Größe der Population vor. In Deutschland besteht zudem keine Forschungstradition bezüglich der quantitativen Schätzung, der betreffenden Personengruppe.¹⁹ Die vorhandenen Zahlen, die aus verschiedensten Schätzverfahren²⁰ entstanden sind, kommen aufgrund der unterschiedlichen Definitionen der Personengruppe zu unterschiedlichen Ergebnissen.²¹ Die Schätzungen für Deutschland variieren zwischen 100.000 (lt. polizeilicher Kriminalstatistik) bis zu einer Millionen (lt. Nichtregierungsorganisationen) Menschen, die sich ohne rechtliche Aufenthaltsgenehmigung in Deutschland aufhalten.²² Als höchst ungenauer Richtwert wird darauf verwiesen, dass von 1% der allgemeinen Bevölkerungszahl, ausgegangen werden könne. Für die Bundesrepublik Deutschland liegt danach die Zahl der Menschen, die ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus hier leben, bei 840.000 Personen.²³ Aktuelle Schätzungen des Hamburgischen WeltWirtschafts Instituts (HWWI) gehen im Jahr 2009 allerdings nur von 138.000 bis 330.000 Menschen aus.²⁴

Für Europa wird insgesamt ein Rückgang der irregulären Migration angenommen. Den verfügbaren Informationen ist zu entnehmen, dass bis Mitte der neunziger Jahre die Zahl der Menschen, die sich ohne rechtliche Aufenthaltsgenehmigung in Deutschland wie insgesamt in der Europäischen Union (EU) aufhielten, kontinuierlich anstieg, dann stagnierte und derzeit zurück-

¹⁶ Dauvergne 2008, S. 29

¹⁷ Vogel et al. 2009, S. 2

¹⁸ In Fortfolgendem wird vorwiegend der Ausdruck Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus (M.o.r.A.) benutzt, wenn aus stilistischen Gründen andere Formulierungen genutzt werden, wird dennoch von der hier definierten Personengruppe ausgegangen.

¹⁹ BAMF 2005, S. 7

²⁰ Die vorhandenen Schätzungen sind weder klar nachvollziehbar noch zuverlässig. Es ist ihnen nicht zu entnehmen, auf welchen Annahmen sie basieren und wie sie zustande gekommen sind. Ferner besteht die Tendenz, bereits veröffentlichte Schätzungen als Quellen darzustellen, wobei sie dadurch nicht an Substanz gewinnen. Die große Spannweite kann als ein Indiz dafür gesehen werden, wie groß die vorherrschende Unklarheit in diesem Bereich noch ist.

Allerdings bestehen deutliche direkte und indirekte empirische Evidenzen für die Anwesenheit undokumentierter Menschen. Empirische Hinweise ergeben sich aus amtlich dokumentierten Kontakten zwischen deutschen Behörden und Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltstitel, beispielsweise aus den Akten der Ausländerbehörden, Statistiken des Bundesgrenzschutzes oder der Bundesanstalt für Arbeit sowie der Kriminalstatistik der Polizei (Alscher et al. 2001, S. 2ff.; CLANDESTINO Forschungsprojekt 2009, S. 2ff.).

²¹ Cyrus 2011, S. 64

²² Cyrus 2011, S. 63; BAMF 2005, S. 7

²³ Waller 2008, S. 5

²⁴ Vogel/Gelbrich 2010, S. 5; neueste Zahlen des HWWI sind laut Informationen auf der Website im Erscheinen.

geht.²⁵ Vermutlich haben neben anderen Faktoren die EU-Erweiterungen 2004 und 2007 zu diesem Rückgang auf EU-Ebene beigetragen, da durch das europäische Recht auf Freizügigkeit viele bisher als irreguläre Migrantinnen registrierte Menschen nicht mehr als solche klassifiziert werden.²⁶

Es ist davon auszugehen, dass es sich um eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe handelt. Entsprechend der regulären Migration sind die Menschen, die sich rechtlich irregulär in Deutschland aufhalten, aus unterschiedlichsten Ländern eingewandert,²⁷ kommen aus verschiedenen Verhältnissen, weisen unterschiedlichste Bildungshintergründe auf und sind verschiedenartig sozialisiert.²⁸ Die Beweggründe der irregulären Migration sowie die Motive, rechtlich unerlaubterweise in der BRD zu leben, sind gleichermaßen vielfältig. Die Altersstruktur konzentriert sich auf Menschen zwischen 20 und 40 Jahren.²⁹ Es wird vermutet, dass die Zahl der Kinder, die in Deutschland geboren werden oder leben und keine erforderlichen rechtliche Papiere haben, wesentlich höher ist als bisher angenommen.³⁰ M.o.r.A. leben im gesamten Bundesgebiet; in suburbanen Gegenden wie auch in städtischen Gebieten, konzentrieren sich jedoch besonders auf die Großstädte.³¹

Inwiefern der Zustand des Lebens ohne rechtliche Aufenthaltsgenehmigung für die betroffenen Personen andauert, ist ungewiss. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass im Regelfall der Zustand nicht von Dauer ist.³² Lokalstudien ergeben jedoch, dass Menschen teilweise viele Jahre ohne Aufenthaltspapiere leben.³³

2.2 Gesundheitsstatus von Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus

Datenlage und regionale Studien

Sozialmedizinische Untersuchungen zur Gesundheit³⁴ und Gesundheitsversorgung von M.o.r.A. liegen kaum vor.³⁵ Die Thematik wird vereinzelt von den Sozialwissenschaften, der Ethnologie oder der Gesundheitswissenschaft aufgegriffen.³⁶

Diejenigen regionalen Untersuchungen, vorwiegend Städtestudien³⁷, die spezifischer auf

²⁵ Cyrus 2010, S. 317; Zahlen für die BRD: im Jahr 2005 wurde von 279.000 – 675.000 Personen ausgegangen, diese Schätzwerte nehmen jährlich ab, bis zum Niedrigstand im Jahr 2009 (138.000 – 330.000 Personen).

²⁶ Cyrus 2011, S. 63; Cyrus 2009, S. 64; BAMF 2005, S. 7

²⁷ Es wird vermutet, dass ein hohes Maß an Kongruenz zwischen den Herkunftsländern bzw. Staatsangehörigkeiten von Asylbewerberinnen zu Menschen, die ohne rechtliche Aufenthaltsgenehmigung in der BRD leben, besteht (BAMF 2005, S. 8).

²⁸ Kuss 2009, S. 138

²⁹ CLANDESTINO Forschungsprojekt 2009, S. 2

³⁰ Cyrus 2004, S. 3

³¹ Cyrus 2004, S. 3; BAMF 2005, S. 10f.

³² Alscher et al. 2001, S. 17; BAMF 2005, S. 6

³³ Cyrus 2010, S. 317

³⁴ Der Begriff der Gesundheit wird hier (in Anlehnung an das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky) als ein dynamischer Prozess verstanden. Die Gesundheit ist von Ressourcen und Risiken beeinflusst, welche sowohl individuellen als auch systemischen Einflüssen unterliegen. Die Einflussfaktoren sind vielfältig, wobei überwiegend die Verhältnisse im Gegensatz zu dem individuellen Verhalten im Zentrum der Betrachtung liegen.

³⁵ Karl-Tummer et al. 2009, S. 377; Waller 2008, S. 5; Braun et al. 2003, S. 122; Junghans 1998, S. 12

³⁶ Tolsdorf 2011, S. 134

³⁷ Alt 1999; Leipzig; Alscher 2001: Berlin; Anderson 2003 und Folgestudie 2010: München; Krieger et al. 2006: Frankfurt; Bommes/Wilmes 2007: Köln; Vogel et al. 2008: Hamburg.

M.o.r.A. eingehen, beschreiben deren Lebenssituation und Aspekte der Gesundheit als auch der Gesundheitsversorgung. Die Studien sind allerdings sowohl im Umfang als in ihrer Repräsentativität sehr begrenzt.³⁸ Berichte und Aufzeichnungen aus Beratungsstellen und von Nichtregierungsorganisationen (NGO)³⁹, geben einige Hinweise auf den Gesundheitsstatus und die Krankheitsbilder der Betroffenen.⁴⁰ Charakteristisch für den Kenntnisstand über Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung von M.o.r.A. ist, dass dieser signifikant bei nichtstaatlichen und nichtwissenschaftlichen Expertinnen konzentriert ist.⁴¹

Krankheitsspektrum von Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus

Das Krankheitsspektrum von M.o.r.A. ist nicht auffällig abweichend gegenüber dem der Allgemeinbevölkerung.⁴² Aus den Hilfsnetzwerken wird dies bestätigt. „Die Hilfesuchenden kommen mit einfachen Erkältungskrankheiten genauso wie mit Schwangerschaften, Zahnproblemen, Sehstörungen, schweren Infektionskrankheiten, bösartigen Tumoren, chronischen Gelenkproblemen, psychischen Störungen oder Frakturen – die Erkrankungen umfassen also das gesamte Spektrum der Medizin“.⁴³ Die Ergebnisse der Stadtstudie Hamburgs beschreiben den Gesundheitszustand von M.o.r.A. jedoch als grundsätzlich schlechter im Vergleich zur autochthonen Bevölkerung.⁴⁴ Eine größere Prävalenz lässt sich laut Waller ausschließlich für ‚armutsbezogene Erkrankungen‘ wie Infektionserkrankungen⁴⁵ annehmen.⁴⁶ Geprägt durch die Erlebnisse der Migration und gegebenenfalls der Flucht, ist ein erhöhtes Risiko für posttraumatische Belastungsstörungen sowie psychische Erkrankungen wahrscheinlich.⁴⁷ Über die Lebens- und Gesundheitssituation von Kindern, die ohne rechtliche Aufenthaltsgenehmigung leben, liegen nur sehr vereinzelt Informationen vor.⁴⁸

Psychische Belastungen

Die Migration im Allgemeinen ist als ein kritisches Lebensereignis zu interpretieren und erfordert eine spezifische physische wie psychische Belastungsfähigkeit. Insbesondere bei ungeplanter Migration (z.B. Flucht) kann dies von den Betroffenen als brutaler Einschnitt erlebt werden. Ein Migrationsvorgang erfordert eine ganz individuelle Anpassungsleistung. Eigene Normen und Konzepte werden in Frage gestellt, zudem kommen Belastungen wie Entfremdung, das Leben als Teil einer Minorität, Isolation, die Herausforderung der Eingewöhnung in die neue Um-

³⁸ Waller 2008, S. 5

³⁹ Neben den Medibüros und der MalteserMigrantenMedizin ist die europaweite Plattform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) zu erwähnen, welche europaweit von NGO's Daten sammelt und diese publiziert.

⁴⁰ Waller 2008, S. 4

⁴¹ In den letzten 5-10 Jahren wird die Thematik in vereinzelt wissenschaftlichen Publikationen (bspw. Mylius 2011, Falge 2009, Tolsdorf 2008) und von den genannten Städtstudien aufgegriffen.

⁴² Ebd.; Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität 2008, S. 16; Braun et al. 2003, S. 122

⁴³ Groß/Bieniok 2011, S. 225

⁴⁴ Vogel et al. 2009, S. 273

⁴⁵ Vertiefend zu Infektionskrankheiten am Bsp. von HIV/AIDS und Tuberkulose siehe Mylius 2011, S. 113 ff.

⁴⁶ Waller 2008, S. 4

⁴⁷ Binder-Fritz 2009, S. 29f.; Vogel 2009, S. 273

⁴⁸ Broschlegl 2011, S. 137f.; Bommes/Wilmers 2007, S. 9ff.; Anderson 2004, S. 11ff. Einen einführenden Beitrag zu Kindern, die ohne rechtlichen Aufenthaltstatus leben bietet Broschlegl (Broschlegl 2011, S. 137-155).

gebung und Sprache sowie möglicherweise Diskriminierungserfahrungen hinzu.⁴⁹ Geflüchtete und Asylbewerberinnen waren in ihren Herkunftsländern häufig Opfer von sogenannten ‚man-made disasters‘⁵⁰ worunter u.a. Verfolgung, Haft und Folter zählen.⁵¹ Zudem können der Verlust des kulturellen Kontextes, des familiären Rahmens sowie die fremde Umwelt zu einer großen Verunsicherung und psychischen Auffälligkeiten wie etwa depressiven Störungen oder ebenfalls Traumatisierung führen.⁵² Fluchterfahrungen im Allgemeinen haben ein besonders hohes Potential für eine Entwicklung zu posttraumatischen Belastungsstörungen.⁵³

Grundsätzlich kann ein kausaler Zusammenhang zwischen Zuwanderung und psychischen Erkrankungen nicht nachgewiesen werden.⁵⁴ Die Ursachen für psychische Belastungen können in der Lebensgeschichte begründet sein, in der momentanen Lebenssituation, endogen sein oder einen psycho-kulturellen Hintergrund haben.⁵⁵ Abgesehen von den Erfahrungen während der Migration und den Auswirkungen, die diese auf das Leben der M.o.r.A. hat, birgt die Lebenssituation vor Ort selbst ein erhöhtes Potential für psychische Erkrankungen.⁵⁶ Die Menschen leben meist in dauernder Anspannung und mit der permanenten Angst, dass ihr rechtswidriger Aufenthalt von Seiten der Behörden entdeckt wird.⁵⁷ Laut Jörg ist ein von Angst geprägtes Verhalten, welches langfristig auch zu psychischen Erkrankungen führen kann, bei M.o.r.A. im Vergleich zu Asylbewerberinnen besonders stark ausgeprägt. Eine Angststörung kann auch als eine posttraumatische Belastungsreaktion angesehen werden.⁵⁸

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Migration wie auch die Lebenswelt von Migrantinnen von einem erhöhten Vulnerabilitätsrisiko geprägt ist, jedoch insbesondere Menschen, die ohne gültige Aufenthaltspapiere in der BRD leben, starken psychischen und sozialen Belastungen ausgesetzt sind.⁵⁹

2.3 Lebenssituation von Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus

Besondere Beachtung finden in allen erstellten Städtestudien die Bereiche der Wohnsituation, die alltäglichen Arbeits- und Lebensbedingungen, der Bildungszugang für Kinder und Jugendliche, der Zugang zum Gesundheitswesen und der Umgang mit den Behörden.⁶⁰

Wohnsituation

Nach den Erkenntnissen der in Bezug genommenen Studien zeichnet sich die Wohnsituation von M.o.r.A. durch einen häufigen Wohnungswechsel und kreative Vielfältigkeit aus. Es wird

⁴⁹ Broschlegl 2011, S. 141; Binder-Fritz 2009, S. 29f.

⁵⁰ Wirtgen 2003, S. 126

⁵¹ Geiger/Razum 2006, S. 729

⁵² Broschlegl 2011, S. 141; Binder-Fritz 2009, S. 30

⁵³ Geiger/Razum 2006, S. 729

⁵⁴ Ebd.

⁵⁵ Borde 2007b, S. 22

⁵⁶ Binder-Fritz 2009, S. 29 f.

⁵⁷ Waller, 2008, S. 5

⁵⁸ Alt 1999, S. 177

⁵⁹ Borde 2007a, S. 208

⁶⁰ Alt 1999; Alscher 2001, Anderson 2004; Krieger et al 2006; Bommes/Wilmes 2006; Vogel 2009

versucht, so versteckt und unauffällig wie möglich zu wohnen. Das wichtigste Wohnungskriterium für M.o.r.A. ist die Sicherheit vor den Behörden. Aufgrund der Meldepflicht der Vermieterin – in Form der Anmeldung beim Einwohnermeldeamt – wird ein direktes Mietverhältnis vermieden. Ein weiteres bedeutendes Kriterium für die Unterkunft ist der Mietpreis; dem Lebensstandard wird eine nachrangige Bedeutung zugemessen.

Dies hat meist ein Wohnverhältnis zur Untermiete und/oder in Wohnungen von Freundinnen und Bekannten zur Folge. Ferner wird von Quartieren in Autos, Wohnwägen, leerstehenden Häusern, Wohncontainern, Ein-Nacht-Quartieren sowie Wohngemeinschaften berichtet.

Gekennzeichnet sind die Wohnverhältnisse im Regelfall von sehr beengtem Wohnraum, woraus sich ein Mangel an Privatsphäre und – verstärkt durch die unterschiedlichen ‚Wohnkulturen‘ – ein erhöhtes Konfliktpotential ergibt.

Die Wohnsituation ist durch eine Abhängigkeit zu vertrauenswürdigen Personen gekennzeichnet. Die Befürchtung, den Behörden gemeldet zu werden, prägt die Beziehungen zum gesamten Umfeld. In Verbindung mit dem zuvor genannten Abhängigkeitsverhältnis wird von extrem hohen Mieten, Erpressungen, Schutzgeldzahlungen sowie sexueller Belästigungen berichtet. Schließlich folgt aus alledem für M.o.r.A. eine erhöhte Gefahr der Obdachlosigkeit. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer soll sich die Wohnsituation jedoch angeblich stabilisieren und verbessern.⁶¹

Einkommenssicherung und Arbeitssituation

Die Sicherung des Lebensunterhalts ist eines der ersten Grundbedürfnisse. Weshalb der Lebensalltag von M.o.r.A. in besonderem Maße rund um die Einkommenssicherung organisiert wird. Aufgrund des Aufenthalts ist eine Beschäftigung auf dem regulären Arbeitsmarkt nicht möglich, der Arbeitszugang ist auf die informelle Ökonomie begrenzt. Die Arbeitsanforderungen sind hinsichtlich der erforderlichen Qualifikationen eher gering, bezüglich der körperlichen Beanspruchung hingegen übermäßig hoch; oft ist die Beschäftigung zeitlich begrenzt. Die Arbeitsmöglichkeiten des informellen Sektors konzentrieren sich auf die Branchen der Bauwirtschaft und des Handwerks, der Gebäude- und Industriereinigung, der Gastronomie, der Landwirtschaft, der Prostitution sowie auf den privaten Dienstleistungssektor (vor allem Haushalts- und Pflegetätigkeiten). Eine andere Möglichkeit ist die selbständige Tätigkeit im Bereich des Handels, der Straßenmusik oder des ‚professionellen Bettelns‘. Auch wenn der informelle Arbeitsmarkt nicht generell als Niedriglohnsektor qualifiziert werden kann, ist eine dahingehende Tendenz jedoch evident.⁶²

Die Arbeitsverhältnisse sind ähnlich wie bei der Wohnsituation von einer existenziellen Abhängigkeit zur Arbeitsgeberin geprägt. Durch dieses regelmäßig sehr einseitige Machtverhältnis sind M.o.r.A. ausbeuterischen Arbeitsbeziehungen ausgesetzt, was sich nicht zuletzt in der

⁶¹ Gesamter Abschnitt zur Wohnsituation: Bommers/Wilmes 2007, S. 50; Krieger et al. 2006, S. 97; Alscher et al. 2001, S. 36ff.; Jörg 1999, S. 165ff.

⁶² Gesamter Abschnitt zur Einkommenssicherung und Arbeitssituation Bommers/Wilmes 2007, S. 48f.; Alt 1999, S. 146-154

mangelnden Durchsetzbarkeit der Lohnauszahlung manifestiert.⁶³

Die Arbeitsbedingungen werden oft als besonders hart und offensichtlich gesundheitsgefährdend oder risikoreich beschrieben. Der Einsatzort wird des Öfteren gewechselt, die Arbeitszeit ist überdurchschnittlich lang, Arbeitspausen werden nicht eingehalten oder stark verkürzt. Ein verstärkter Kontakt mit besonders schmutzigen und toxischen Substanzen im Rahmen der Beschäftigung kann festgestellt werden. Die Einhaltung von Arbeitsschutzmaßnahmen scheint ebenso problematisch wie die gesundheitsgerechte Arbeitsplatzgestaltung.⁶⁴

Zusammenfassend lassen die Arbeitsbedingungen den Schluss auf eine erhöhte gesundheitlichen Belastung oder gar ein erhebliches Gesundheitsrisiko für M.o.r.A. zu.

Soziale Ungleichheit und Gesundheit

M.o.r.A. sind – wie oben dargelegt – erhöhten gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind. Welche Bewältigungsressourcen⁶⁵ und Potentiale diese Menschen aufweisen sowie deren Gesundheitsverhalten hat bisher kaum Beachtung in lokalen Studien noch in der Literatur gefunden.⁶⁶ Aus der beschriebenen Lebenssituation von M.o.r.A. ist ersichtlich, dass die Gesundheitsrisiken die Gesundheitsressourcen wesentlich übertreffen und die gesundheitshemmenden Faktoren als besonders hoch einzustufen sind.

In dem Modell von Elkeles/Mielck⁶⁷, das den Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit beschreibt, wird hervorgehoben, dass

- nicht die gesundheitliche Belastung per se wichtig ist, sondern die Bilanz aus der gesundheitlichen Belastung und der Bewältigungsressource, und
- das Gesundheitsverhalten aus der Bilanz zwischen gesundheitlichen Belastungen und den Bewältigungsressourcen beeinflusst wird sowie durch die Art der gesundheitlichen Versorgung.⁶⁸

Der Zugang zur medizinisch-gesundheitlichen Versorgung kann als eine Gesundheitsressource aufgefasst werden. Die Verfügbarkeit der Versorgung – die in Deutschland vorwiegend mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gedeckt ist – soll die soziale Ungleichheit der Gesundheit verringern.⁶⁹

Formal ergeben sich für die BRD kaum Belege für eine sozial bedingte Unterversorgung.⁷⁰ Eine Ausnahme dazu bildet allerdings die medizinisch-gesundheitliche Versorgung von M.o.r.A.

⁶³ Alt 1999, S. 146-154

⁶⁴ Ebd.

⁶⁵ Bewältigungsressourcen werden in soziale und individuelle Ressourcen unterschieden. Wichtige individuelle Ressourcen sind z.B. die ‚interne Kontrollüberzeugung‘ (internal Local of Control) oder der ‚Kohärenz-Sinn‘ (Sense of Coherence). Zu den sozialen Ressourcen sind z.B. die soziale Unterstützung zu zählen (Mielck/Helmert 2006, S. 620). Bei M.o.r.A. ist eine soziale Ressource vorwiegend die Familie und die Community (Geiger/Razum 2006, S. 727).

⁶⁶ Borde bemängelt dies bei Menschen mit Migrationserfahrung grundsätzlich (Borde 2007, S. 210).

⁶⁷ Die soziale Ungleichheit der Gesundheit theoretisch hinreichend zu erklären ist bis heute nicht gelungen. Ein erstes Modell mit den grundlegenden Annahmen erstellten Elkeles/Mielck bereits 1993 (parallel zu Steinkamp) (Elkeles, 2008, S. 97ff.).

⁶⁸ Mielck/Helmert 2006, S. 619

⁶⁹ Elkeles 2008, S. 99f.

⁷⁰ Ebd.

3 Gesundheitsversorgung: rechtliche Ansprüche und deren Durchsetzung

Aus sozialmedizinischer Sicht ist die medizinische Versorgung der M.o.r.A. im Bereich der Unter- und teilweisen Fehlversorgung einzuordnen.⁷¹ Personen ohne Aufenthaltsstatus sind nicht grundsätzlich von den Sozial- und Gesundheitsleistungen ausgeschlossen. Gesetzlich besteht für sie ein Anspruch auf Krankenhilfe.⁷² Wie dieser Anspruch ausgestaltet ist, an welche Bedingungen sich dieser knüpft und warum er kaum in Anspruch genommen wird, wird in Fortfolgendem näher betrachtet.

3.1 Leistungen nach dem Sozialversicherungsrecht

Das Sozialversicherungsrecht (SozVersR) gilt für alle Beschäftigten im Inland, unabhängig davon, ob die Beschäftigung⁷³ erlaubt ist oder nicht.⁷⁴ Wie bereits dargestellt wurde, gehen M.o.r.A. fast ausschließlich einer abhängigen Arbeitstätigkeit nach. Alle Arbeitnehmerinnen, die gegen ein Arbeitsentgelt beschäftigt sind, sind gemäß § 5 Absatz (Abs.) 1 Satz (S.) 1 Nummer (Nr.) 1 Sozialgesetzbuches (SGB) V versicherungspflichtig und damit gesetzlich versichert über die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Die Mitgliedschaft der GKV beginnt mit dem Tag des Eintritts in das Beschäftigungsverhältnis, nach § 186 Abs. 1 SGB V, ungeachtet dessen, ob die Arbeitgeberin die Arbeitnehmerin bei der GKV angemeldet hat oder ob die Beiträge entrichtet wurden.⁷⁵

Jedoch hat in der Praxis keine Partei des Beschäftigungsverhältnisses Interesse daran, dass das unerlaubte Arbeitsverhältnis wie auch der unerlaubte Aufenthalt aufgedeckt wird. Folglich werden im Falle einer Erkrankung Ansprüche gegenüber der GKV vermutlich nicht wahrgenommen.⁷⁶

In die soziale Pflegeversicherung (SGB XI) sind laut § 1 Abs. 2 S. 1 SGB XI alle miteinbezogen, die in der GKV versichert sind. Für das Handeln in der Praxis ist demnach der Leistungsbezug der Pflegeversicherung dem der GKV gleichzusetzen.⁷⁷

Im Falle eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit bestehen Leistungsansprüche gegen die Unfallversicherung (UV). Hier gilt analog zur GKV, dass Beschäftigte unabhängig von der Anmeldung nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII versichert sind. Ausdrücklich stellt § 7 Abs. 2 SGB

⁷¹ Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität 2008, S. 18

⁷² Frings 2008, S. 322

⁷³ Nach § 7 SGB IV wird eine Beschäftigung als eine nichtselbständige Arbeit in einem Arbeitsverhältnis definiert. Anhaltspunkte für eine Beschäftigung sind eine Tätigkeit nach Weisung und eine Eingliederung in die Arbeitsorganisation der Weisungsgebenden.

⁷⁴ Frings 2008, S. 322

⁷⁵ Will 2008, Rn. 727- 734; Fodor 2001, S. 169f.

⁷⁶ Gerdsmeyer 2011, S. 166; Frings 2008, S. 332; Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität 2008, S. 14; BMI 2007, S. 22

⁷⁷ Gerdsmeyer 2011, S. 167. Zu M.o.r.A. die pflegebedürftig sind ist wenig bekannt. Einen ersten Beitrag dazu hat Tolsdorf dazu geleistet. Tolsdorf 2011, S. 125- 136.

XII klar, dass ein verbotswidriges Handeln den Versicherungsfall nicht ausschließt.⁷⁸

Dennoch werden in der Praxis die Leistungen der UV aus den auch für die GKV zutreffenden Gründen ebenso wenig in Anspruch genommen.⁷⁹

3.2 Leistungen nach dem Infektionsschutzgesetz

Dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), welches 2001 das Bundesseuchenschutzgesetz (BSG) ablöste, liegt die Idee zugrunde, dass es eine schnelle und effiziente Prävention und Krankheitskontrolle von übertragbaren Erkrankungen ermöglichen soll.⁸⁰ Darunter fallen sexuell übertragbare Erkrankungen (STD: ‚sexually transmitted disease‘, worunter auch die HIV-Infektion und die daraus folgende Immunschwächekrankheit Aids zählt) als auch Tuberkulose. § 19 Abs. 1 IfSG verpflichtet die Gesundheitsämter, die anonyme und kostenlose Beratung und Untersuchung sicherzustellen. Im Einzelfall kann durch eine Ärztin des Gesundheitsamtes eine ambulante Behandlung gewährleistet werden, wenn dies zum Schutz vor Ausbreitung von sexuell übertragbaren Krankheiten oder Tuberkulose dient. Damit wird für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen ein Angebot der Behandlung geschaffen. Abs. 2 S. 2 des § 19 IfSG gestattet, dass die „Kosten für die Behandlung im Übrigen aus öffentlichen Mitteln“ finanziert werden, „falls die Person die Kosten der Untersuchung oder Behandlung nicht selbst tragen kann“. Zudem wird der praktische Zugang durch eine Konkretisierung der Bedingungen für die Kostenerstattung aus öffentlichen Mitteln des Weiteren erleichtert. Wörtlich heißt es: eines „Nachweis[es] des Unvermögens bedarf es nicht, wenn dieses offensichtlich ist oder die Gefahr besteht, dass die Inanspruchnahme anderer Zahlungspflichtiger die Durchführung der Untersuchung oder Behandlung erschweren würde“. Mit diesem niedrigschwelligen Angebot soll es den Gesundheitsämtern ermöglicht werden, vulnerable Gruppen – zu denen auch M.o.r.A. zählen – zu erreichen.⁸¹

Inwiefern diejenigen M.o.r.A., für die das Angebot relevant ist, Kenntnis von diesem Angebot haben und es auch wahrnehmen, ist nicht bekannt. Das Angebot betrifft zum einen nur sehr wenige Personen zu und zum anderen ist es fraglich, ob die Hemmschwelle, eine Behörde aufzusuchen, für die Zielgruppe trotz anonymer und kostenloser Versorgung zu hoch ist.⁸²

Zu diesem Ergebnis kommt jedenfalls eine explorative Untersuchung von Mylius mittels einer deutschlandweiten schriftlichen Befragung von Gesundheitsämtern. Daraus lässt sich entnehmen, dass das Angebot von M.o.r.A. nur sehr selten in Anspruch genommen wird. Die Personen, die die Gesundheitsämter aufsuchen, haben bereits ein „sehr weit fortgeschrittenes Stadium“ der Tuberkulose oder HIV-Infektion erreicht.⁸³

⁷⁸ Gerdsmeyer 2011, S. 167f.

⁷⁹ Classen 2011, S. 2; Braun et al. 2003, S. 123 f.

⁸⁰ Mylius 2011, S. 110

⁸¹ Wenn M.o.r.A. diagnostiziert wird, dass eine Tuberkulose oder eine HIV-Infektion im fortgeschrittenem Stadium vorliegt oder die Immunschwäche Aids schon ausgebrochen ist, besteht nach § 60 Abs. 7, S. 1 AufenthG die Möglichkeit aus humanitären Gründen ein Abschiebeverbot zu erwirken.

⁸² Mylius 2011, S. 104

⁸³ Ebd.

Laut einer anderen im Jahr 2005 durchgeführten Befragung von Migrantinnen in Brandenburg und Berlin⁸⁴ waren nur wenige Betroffene über das Angebot informiert. Ein Großteil der Befragten gab an, den öffentlichen Gesundheitsämtern in Bezug auf die Datenweitergabe nicht zu trauen.⁸⁵ Die Gesundheitsämter hingegen gaben an, dass für sie die Übermittlungspflicht an die Ausländerbehörde zumindest initial keine Rolle spielt. Es wurde auf die ärztliche Schweigepflicht verwiesen, die nach Meinung der befragten Behörden der Übermittlungspflicht übergeordnet ist. Allerdings zeigt sich bei näherer Betrachtung ebenso, dass bei kostenintensiven Behandlungen (beispielsweise bei einer Dauerbehandlung einer HIV-Infektion bzw. Aids) Unsicherheiten bezüglich der Kostendeckung aufkommen. In einem solchen Fall werden teilweise Krankenhäuser zur Behandlung herangezogen, wodurch gleiche Übermittlungsverpflichtungen bzw. -verbote gelten wie nach dem Leistungsbezug über das AsylbLG.⁸⁶

3.3 Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Grundlegend ist die medizinische Versorgung von M.o.r.A. im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt. Dieses wurde 1993 als Sonderrecht für Asylbewerberinnen als ein Bereich des Sozialrechts⁸⁷ verfasst und ist seitdem in Kraft.

3.3.1 Leistungsberechtigter Personenkreis

Leistungsberechtigt nach § 1 Abs. 5 AsylbLG sind „Ausländer, die sich tatsächlich im Bundesgebiet aufhalten und die [...] 5. vollziehbar ausreisepflichtig sind, auch wenn eine Abschiebungsanordnung noch nicht oder nicht mehr vollziehbar ist“. Die Norm definiert den persönlichen Geltungsbereich des AsylbLG. Die Leistungsberechtigung knüpft sowohl an den tatsächlichen Aufenthalt an als auch an die Bindung der spezifischen Personengruppe.⁸⁸ Sich tatsächlich im Bundesgebiet aufzuhalten, bedeutet die physische Anwesenheit der Person, unabhängig von der Kenntnis der Behörden.⁸⁹ „Vollziehbar zur Ausreise verpflichtet“ sind Ausländerinnen, die gemäß § 50 Abs. 1 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) einen „Aufenthaltstitel nicht oder nicht mehr besitzen“. Dies können Personen mit einer Grenzübertrittsbescheinigung, einer Pässeinzugsbescheinigung, einer Ausreiseaufforderung im Pass, Personen in Abschiebehaft, Personen, die keinen Asylantrag gestellt haben oder die ihren Asylantrag zurückgenommen haben, sowie alle Personen, die nicht im Besitz eines erforderlichen Aufenthaltstitels sind sein. Folglich sind auch Menschen, die sich ohne legalen Status in der BRD aufhalten, erfasst.⁹⁰ Die Vorlage eines Ausweispapiers ist keine Voraussetzung für den Leistungsbezug.⁹¹ Eine An-

⁸⁴ Steffan/Sokolowski 2005, S. 77f.

⁸⁵ Ebd., S. 73

⁸⁶ Mylius 2011, S. 118f.

⁸⁷ § 23 Abs. 2 SGB XII schließt explizit einen Leistungsanspruch für Leistungsberechtigte nach dem § 1 AsylbLG aus. Dies unterstreicht ebenfalls § 9 AsylbLG, der besagt, dass Leistungsberechtigte keine Leistungen nach dem SGB XII oder vergleichbaren Landesgesetzen erhalten.

⁸⁸ Birk 2008, § 1 AsylbLG Rn. 1

⁸⁹ Währendorf 2010, § 1 AsylbLG Rn. 6

⁹⁰ Währendorf 2010, § 1 AsylbLG Rn. 30; Fasselt 2009, § 1 AsylbLG Rn. 10; Birk 2008, § 1 AsylbLG Rn. 8

⁹¹ VG Berlin 29.5.97, NVwZ- Beil. 98, zitiert nach Fasselt 2009, § 1 AsylbLG Rn. 10, S. 705

spruchseinschränkung sieht § 1a⁹² AsylbLG für Leistungsberechtigte nach dem § 1 Abs. 5 AsylbLG vor, wenn diese zum Zweck der Leistungsanspruchnahme eingereist sind oder wenn aus von ihnen vertretbaren Gründen die aufenthaltsbeendenden Maßnahmen nicht vollzogen werden können (beispielsweise bei Vernichtung der Papiere, die für die Ausreise notwendig sind).⁹³ Sind diese Voraussetzungen gegeben, besteht nur noch ein Anspruch auf die „unabweisbar gebotene Hilfe“, welche den zum Leben notwendigen Bedarf beinhaltet.⁹⁴

Aus den Gesetzgebungsmaterialien⁹⁵ ist ersichtlich, dass die Sachleistungen nach § 4 AsylbLG bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt stets zu der unabweisbar gebotenen Hilfe zu zählen sind.⁹⁶ Sonstige Leistungen nach § 6 AsylbLG fallen grundsätzlich nicht darunter. Wenn es allerdings um „das hochrangige Schutzgut der menschlichen Gesundheit“⁹⁷ geht, werden auch diese als unabweisbar geboten angesehen.⁹⁸

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass auch Menschen, die sich nicht rechtmäßig im Bundesgebiet aufhalten, de jure die gebotene Hilfe des AsylbLG bei Krankheit zusteht.

3.3.2 Leistungen bei Krankheit § 4 AsylbLG

Die Norm ist eine eigenständige Regelung, die den Umfang der Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt für den Bereich des AsylbLG regelt. Die Norm statuiert eine deutliche leistungsrechtliche Schlechterstellung⁹⁹ der medizinischen Versorgung im Vergleich zu den Leistungen nach dem Zwölften Buch des SGB (Sozialhilfe) oder dem Zweiten Buch des SGB (Grundsicherung für Arbeitssuchende).¹⁰⁰ Vorbild für den Inhalt der Vorschrift war die frühere Regelung des § 37 Bundessozialhilfegesetz (BSHG). Seit der Fassung von 1997 ist der heutige Wortlaut nicht geändert worden. Die in der Norm geregelte Akutversorgung ist als gebundene Entscheidung anzusehen d.h. bei Vorliegen der Tatbestandsvoraussetzungen besteht ein Rechtsanspruch auf diese Leistungen. Die zu erbringenden Hilfen, die sich aus Abs. 1 und 2 ergeben, sind als Sachleistungen zu gewähren.¹⁰¹

⁹² Diese Norm wurde im Zuge des Zweiten Änderungsgesetzes 1998 eingeführt. Die Debatte im Bundestag, welche Personengruppe unter welchen Umständen, welche Leistungen erhält wurde kontrovers geführt (BT-Drs. 691/97, Debatte 1. Lesung; BT-Prot. 13 Wahlp., S. 20 537 ff; 2. und 3. Lesung, BT-Prot. 13 Wahlp., S. 22 831).

⁹³ Die schlichte Nichtausreise trotz bestehender Ausreisepflicht genügt allerdings nicht. Es ist ein gezieltes Vorgehen der Person zur Vermeidung der Aufenthaltsbeendigung notwendig (Will 2008, Rn. 656). Es bedarf einer sorgfältigen Einzelfallprüfung, ob die Abschiebung wegen eines Lebens im Verborgenen nicht möglich ist, oder aber ob ihr ohnehin andere Hindernisse entgegenstünden (Hohm 2010 § 1a Rn. 98). Wenn letzteres der Fall ist, kommt eine Leistungskürzung nicht in Betracht. Selbst wenn eine Leistungskürzung auf die unabweisbar gebotene Hilfe besteht, ist eine sorgfältige Prüfung des Einzelfalls zu tätigen, bei dieser auch „völkerrechtliche Standards und Verpflichtungen“ zu beachten sind, „insbesondere die Genfer Flüchtlingskonvention, die UN Kinderrechtskonvention und die Europäische Menschenrechtskonvention“ (Fasselt 2009, § 1a Rn. 3).

⁹⁴ OVG Niedersachsen Beschl. v. 30.7.99 - 12 M 2997/99 - juris

⁹⁵ Vgl. den Bericht des federführenden Gesundheitsausschusses, BT-Drs. 13/11 172; Seehofer, BT-Prot., Wahlp., 22/831

⁹⁶ Fasselt 2009, § 1a Rn. 18

⁹⁷ Gerdsmeyer 2011, S. 170

⁹⁸ Der gleichen Meinung sind Hohm 2010, § 1a Rn. 218; Birk 2005 § 1a Rn. 8

⁹⁹ Diese Einschränkungen der Leistungen entspricht dem Willen des Gesetzgebers (BT-Drucks. 12/4451), mit dem damaligen Argument, dass von einem kurzen Aufenthalt der Betroffenen in der BRD ausgegangen wird. Dies hat heute allerdings keinen Bezug mehr zur sozialen Wirklichkeit (Wahrendorf 2010, § 4 AsylbLG Rn. 1).

¹⁰⁰ Hohm 2010, § 4 AsylbLG Rn. 1

¹⁰¹ Ebd.

Absatz 1 Leistungsumfang und -voraussetzungen

Der Leistungsumfang beinhaltet laut Abs. 1 S. 1 alle „erforderlichen ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen“, die zur „Genesung, Besserung oder Linderung von Krankheit oder Krankheitsfolgen beitragen, einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln“. Die Vorschrift setzt einen konkreten Hilfebedarf voraus.¹⁰²

Zudem gilt als Leistungsvoraussetzung nach Abs. 1 S. 1, dass Leistungen bei Krankheit nur bei „akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen“ zu gewähren sind. Unter einer akuten Erkrankung werden „unvermittelt auftretende, schnell und heftig verlaufende regelwidrige Körper- und Geisteszustände verstanden, die aus medizinischen Gründen der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung bedürfen“.¹⁰³ Ein Schmerzzustand ist ein Sinnes- und Gefühlszustand, der mit aktuellen oder potentiellen Gewebeschädigungen in Verbindung steht und der aus medizinischen Gründen einer ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung bedarf.¹⁰⁴ Darunter fallen sowohl akute Schmerzen, also plötzlich unvermittelt auftretende Schmerzzustände, als auch chronische Schmerzen, d.h. sich langsam entwickelnde Schmerzzustände (z.B. Migräne, Rheuma). Das Adjektiv akut ist nur auf Erkrankungen bezogen, nicht auf die Schmerzzustände.¹⁰⁵

Die zahlreiche Rechtsprechung zur Auslegung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen in diesem Sinne ist vom Ergebnis her sehr vielfältig. Hauptdiskussionpunkte sind, ob chronischen und/oder psychischen Erkrankungen erfasst sind, da umstritten ist, inwieweit solche Erkrankungen unter den Wortlaut akut fallen können. Laut Rechtsprechung sind chronische mit Schmerzen verbundene Erkrankungen zu behandeln.¹⁰⁶ Chronische Erkrankungen ohne Schmerzen¹⁰⁷ sind in der Regel jedoch nicht zu erfasst,¹⁰⁸ es sei denn, die Krankheit ist in ein lebensbedrohliches Stadium übergetreten.¹⁰⁹ Die Kostenübernahme bei Krankengymnastik und Wärmebehandlung zur Schmerzlinderung wurde zugesprochen.¹¹⁰ Auch Psychotherapie, die zur Linderung der akuten Erkrankung dient, wurde anerkannt.¹¹¹ Chronische Erkrankungen können gegebenenfalls auch über ‚Sonstige Leistungen‘ im Sinne von § 6 AsylbLG behandelt werden.

¹⁰² Wahrendorf 2010, § 4 AsylbLG Rn. 13-25

¹⁰³ Ebd., Rn. 1-32; Hohm 2010, § 4 AsylbLG, Rn. 3

¹⁰⁴ Hohm 2010, § 4 AsylbLG, Rn. 3

¹⁰⁵ Ebd.; Frings 2008, S. 126

¹⁰⁶ Frings 2008, S. 126

¹⁰⁷ Classen gibt zu bedenken, dass es fragwürdig ist, wenn ein Behandlungsanspruch (aufgrund des Wortes ‚akut‘) für chronische Erkrankungen nicht bestehe. Die medizinische sinnvolle Unterscheidung zwischen akuter und chronischer Krankheit ist teilweise unmöglich, da bei Nichtbehandlung einer chronischen Erkrankung ein akuter Krankheitszustand droht. Da eine Ärztin einem über Schmerzen klagenden Patientinnen keine Behandlung oder Diagnose verweigern darf, so konstatiert Classen, kann eine akute Erkrankung nur im Sinne von, ‚akutem Behandlungsbedarf‘ zur Heilung, Linderung oder Verhinderung von Krankheit interpretiert werden (Classen 2011, S. 6;). Laut Hohm ergibt sich auch aus Abs. 1 Satz 1 ein Anspruch auf eine vorausgehende ärztliche oder zahnärztliche Untersuchung vor dem eigentlichen Behandlungsanspruch. Die zuständige Sozialbehörde ist verpflichtet, den Leistungsberechtigten eine Untersuchung einer Ärztin/Zahnärztin zu ermöglichen (Amtsärztin oder niedergelassenen Leistungserbringenden), wenn die Person geltend macht, krank zu sein oder Schmerzen zu haben, „dies folgt nicht zuletzt aus dem Tatbestandsmerkmal Schmerzzustände“ (Hohm 2010, § 4 AsylbLG Rn. 5).

¹⁰⁸ Frings 2008, S. 126

¹⁰⁹ OVG Mecklenburg-Vorpommern, Beschl. v. 28.1.04 – 1 O 5/04 – juris

¹¹⁰ SG Gießen, Beschl. v. 10.8.06 – S 18 AY 6/06 – juris

¹¹¹ OVG Niedersachsen Ur. v. 22.9.99 – 4 M 3551/99 – juris; ebenso OVG Lüneburg, Beschl. v. 22. 9. 1999 – 4 M 3551/99 – juris

Mit der Argumentation, dass eine psychische Erkrankung im Falle einer Depression ein schwerer Leidenszustand ist, der gleichzusetzen ist mit regelmäßig auftretenden erheblichen körperlichen Schmerzen, wurde eine Psychotherapie in Form einer Kurzzeittherapie zugesprochen.¹¹² Allerdings wurde keine Kostenübernahme für eine stationäre psychotherapeutische Behandlung bei einer chronifizierten Depression übernommen.¹¹³ Ebenso wurde bei einer posttraumatischen Belastungsstörung mit der Begründung, dass dies kein Fall der Akutbehandlung sei, die psychotherapeutische Behandlung abgelehnt. Es wurde darauf verwiesen, dass eine medikamentöse Behandlung ausreichend und billiger sei.¹¹⁴

Aufgrund der Formulierung einschließlich werden alle echten und fiktiven Arzneimittel (Definition nach dem Arzneimittelgesetz (AMG)) und alle Mittel, die dazu bestimmt sind, geschädigte Körperteile zu bedecken, zu schützen oder deren Körperflüssigkeiten aufzunehmen (Verbandsmittel), gewährleistet.¹¹⁵

Den sonstigen zur Genesung, Besserung oder Linderung von Krankheit oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen sind alle Maßnahmen und Mittel zuzuordnen, die üblicherweise nicht von einer Ärztin/Zahnärztin erbracht werden. Diese Leistungen beschränken sich aber nur auf die Akutversorgung. Erfasst werden alle Heil- und Hilfsmittel. Unter die Heilmittel fallen auch Dienstleistungen (beispielsweise Massagen und Krankengymnastik). Den Hilfsmitteln sind hingegen Sachleistungen wie Seh- und Hörhilfen sowie Körperersatzstücke zuzuordnen.¹¹⁶

Deutliche Einschränkungen der Versorgungsleistungen gibt es nach Abs. 1, S. 2 beim Zahnersatz. Die Formulierung „erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist“ macht deutlich, dass die Bewilligung von Zahnersatz an noch strengere Voraussetzungen geknüpft ist als an die gemäß Abs. 1 S. 1 zu erbringenden Leistungen. Demnach kann Zahnersatz nur in Ausnahmefällen bewilligt werden.¹¹⁷ Unaufschiebbar ist eine Versorgung, wenn sie ohne schuldhaftes Zögern vollzogen werden muss.¹¹⁸

*Absatz 2 Schwangerschaft und Geburt*¹¹⁹

Abs. 2 zielt auf eine möglichst umfassende und wirksame Hilfe während der Schwangerschaft, sowie bei und nach der Geburt ab. Damit fallen die Einschränkungen im Bereich Schwangerschafts- und Geburtshilfe erheblich geringer aus als die Einschränkungen für allgemeine Krankenhilfe, die sich aus Abs. 1 ergeben. Dem Grundrecht auf Leben und körperliche

¹¹² OVG Niedersachsen, Beschl. v. 22.9.99 – 4 M 3551/99 – juris

¹¹³ LSG Thüringen, Beschl. v. 22.8.2005, – L 8 AY 383/05 ER – juris

¹¹⁴ OVG Niedersachsen Beschl. v. 6.7.2004 – 12 ME 209/04 – juris; LSG Thüringen, Beschl. v. 22.8.05 – L 8 AY 383/05 ER – juris

¹¹⁵ Hohm 2010, § 4 AsylbLG Rn. 10

¹¹⁶ Hohm 2010, § 4 AsylbLG Rn. 14

¹¹⁷ Hohm 2010, § 4 AsylbLG Rn. 16; BT-Drs. 12/4451, S. 9

¹¹⁸ Wahrendorf 2010, § 4 AsylbLG Rn. 26

¹¹⁹ Für den Bereich der Schwangerschaft und Geburt sind Sonderregelungen bezüglich des Aufenthaltsrechtlichen Status vorgesehen. So ist es beispielsweise möglich, eine Duldung für 6 Wochen (in Berlin 12 Wochen) vor und nach der Geburt des Kindes zu erhalten. Weiterführendes zu Schwangerschaft und Geburt siehe u.a.: Simo/Kenntenich 2011, S. 239-249.

Unversehrtheit der schwangeren Leistungsberechtigten, sowie des ungeborenen Kindes wird auf diese Weise Rechnung getragen.¹²⁰

Absatz 3 Sicherstellungspflicht, Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen

§ 4 AsylbLG Abs. 3 regelt in Satz eins die Zuständigkeit für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung. Die zuständige Behörde hat die organisatorischen und verfahrensrechtlichen Vorkehrungen zu treffen, um ihrer gesetzlichen Aufgabe, hier der Sicherstellung der medizinischen Versorgung, nachzukommen. Abs. 3 S. 1 eröffnet laut Hohm zudem eine verfahrensrechtliche Möglichkeit zur Beschränkung der freien Ärztinnenwahl. Der objektivrechtlichen Sicherungspflicht der Sozialbehörden kann durch das Einsetzen von Amtsärztinnen, beauftragten niedergelassenen Ärztinnen oder durch die Aushändigung von Behandlungsscheinen entsprochen werden.¹²¹ In der Praxis werden vorwiegend Krankenscheine (Behandlungsscheine) ausgegeben, sodass die freie Ärztinnenwahl de facto gewährleistet ist.¹²²

Die Vorschrift erweitert zudem die Leistungen auf amtlich empfohlene Schutzimpfungen und medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen. Somit ist sie auch als Leistungsnorm zu sehen. Die von der obersten Gesundheitsbehörde der Länder empfohlenen Impfungen (Diphtherie, Masern, Mumps) sind zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung nach den öffentlichen Impfeempfehlungen nach § 20 Abs. 3 IfSG sicherzustellen.¹²³

Zu den erfassten Vorsorgeuntersuchungen zählen u.a. Krebsvorsorgeuntersuchungen, die für Frauen ab 20 Jahre und für Männer ab 45 Jahre maximal einmal jährlich in Anspruch genommen werden können, Kinderuntersuchungen U1 bis U10, gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen sowie zahnärztliche Untersuchungen für Personen bis zum 18. Geburtstag.¹²⁴

3.3.3 Sonstige Leistungen nach § 6 AsylbLG

Über § 6 AsylbLG ist es möglich, weitere Gesundheitsleistungen als „sonstige Leistungen“ zu erbringen. Die in Abs. 1 Satz 1 genannte Fallgruppe „zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich“ knüpft an die nach § 4 Abs. 1 und 2 AsylbLG zu gewährenden Leistungen an und ergänzt diese. Somit erfüllt sie die Funktion einer Auffang- und Öffnungsklausel.¹²⁵ Es handelt sich um eine Kopplungsvorschrift, da unbestimmten Rechtsbegriffe (Sicherung der Gesundheit unerlässlich) auf der Tatbestandseite mit einem Ermessensspielraum auf der Rechtsfolgenseite verbunden sind.¹²⁶ Grundsätzlich zielt die Norm darauf ab, im Einzelfall bestehenden, besonderen Bedarf zu decken. Der unbestimmte Rechtsbegriff ‚Gesundheit‘ wird hier nicht alleine im biologisch-

¹²⁰ Hohm 2010, § 4 AsylbLG Rn. 1-20

¹²¹ Hohm 2010, § 4 AsylbLG Rn. 35; ebenso VG Lüneburg, Urt. v. 18.8.99 – 6 A 150/97 – juris

¹²² Wahrendorf 2010, § 4 AsylbLG Rn. 30f.

¹²³ Hohm 2010, § 4 AsylbLG Rn. 33

¹²⁴ § 25 Abs. 2 SGB V; § 26 SGB V; Frings 2008, S. 127 Rn. 191

¹²⁵ Ebenso LSG NRW, Urt. v. 10.03.08 – L 20 AY 16/07 – juris

¹²⁶ Wahrendorf 2010, § 6 AsylbLG Rn. 16. Die Leistung wird zu einer Pflichtleistung, wenn die Sozialbehörde eine der Voraussetzungen (unerlässliche, gebotene, erforderliche) bejaht, da dem Einzelfall dann kein Erschließungsermessens mehr zusteht (Hohm 2010, § 6 AsylbLG Rn. 8 mit Verweis auf LSG NRW, Urt. v. 10.2.08 – L 20 AY 16/07 – juris).

physischen Sinne verstanden, sondern schließt auch das psychische Wohlbefinden mit ein.¹²⁷ Die ‚Unerlässlichkeit‘ einer Leistung zur Sicherung der Gesundheit, obliegt der sachverständigen medizinischen Beurteilung (durch eine Ärztin).¹²⁸

Abs. 2 des § 6 AsylbLG¹²⁹ gewährt die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe für Personen, die besondere Bedürfnisse haben. Beispielsweise für Menschen, die „Folter, Vergewaltigung oder sonstige schweren Formen psychischer oder physischer Gewalt erlitten“ haben. Nach dem Wortlaut der Norm wird dies allerdings nur für Menschen gewährt, die eine Aufenthaltsgenehmigung nach § 24 Abs. 1 AufenthG haben. Damit stehen diese Leistungen M.o.r.A. nicht zu.¹³⁰

3.4 Rolle der Sozialhilfeträger

Wie bereits angeführt haben die zuständigen Behörden die ärztliche Versorgung sicherzustellen und die Kosten zu tragen. Gemäß § 10 AsylbLG bestimmen die einzelnen Bundesländer, welche Behörden für die Leistungsabwicklung und als Kostenträger zuständig sind. Dies sind die mittleren Verwaltungsbehörden (kreisfreie Städte und Landkreise) und in den Stadtstaaten das Bundesland selbst. Die zuständige Behörde handelt im übertragenen Wirkungskreis, sie unterliegt also der Rechts- und Fachaufsicht der übergeordneten Behörde.¹³¹ Die örtliche Zuständigkeit der einzelnen Sozialbehörde richtet sich nach § 10a Abs. 1 AsylbLG. Nach Abs. 2 ist bei einer Krankenbehandlung die örtliche Behörde zuständig, in deren Bereich die Leistungsberechtigte ihren „gewöhnlichen Aufenthalt“¹³² zum Zeitpunkt der Aufnahme hat.¹³³

Ist die Zuständigkeit nicht zweifelsfrei zu ermitteln,¹³⁴ wie meist bei M.o.r.A., so ist in der Regel die Behörde des tatsächlichen Aufenthaltsorts zuständig.¹³⁵ Die Zuständigkeit ist deshalb von Relevanz, da bei eben dieser zuständigen Behörde der Antrag auf Krankenbehandlung bzw. im Notfall auf Kostenrückerstattung eingereicht werden muss.

Im Rahmen der Leistungsvoraussetzung ist umstritten,¹³⁶ ob vor der Inanspruchnahme der medizinischen Leistung eine Genehmigung bei der Sozialbehörde eingeholt werden muss. Aus § 4 AsylbLG selbst ergibt sich dazu nichts, weshalb laut Wahrendorf auf ein derartiges Erfordernis

¹²⁷ SG Frankfurt/Main, Beschl. v. 16.1.06 – S 20 AY 1/06 – juris

¹²⁸ Hohm 2010, § 6 AsylbLG Rn. 18

¹²⁹ Dieser Absatz wurde mit dem Gesetz zur Änderung des Aufenthaltsgesetzes vom 14.03.2005 hinzugefügt. Somit setzt der Gesetzgeber Artikel 13 Abs. 4 der Richtlinie 2001/55 EG um (BT-Drs. 15/4173, S. 28).

¹³⁰ Hohm 2010, § 6 AsylbLG Rn. 5,6.

¹³¹ Birk 2005, § 10 AsylbLG Rn. 1-2

¹³² Der gewöhnliche Aufenthaltsort ist lt. § 10a Abs. 3 der Ort, an dem sich jemand unter Umständen aufhält, der erkennen lässt, dass er an diesem Ort oder in diesem Gebiet nicht nur vorübergehend verweilt.

¹³³ Im AsylbLG erfolgt die Zuständigkeiten der Behörden nach der erfolgten ausländerrechtlichen oder asylverfahrensrechtlichen Zuweisung an einem bestimmten Wohnort („Residenzpflicht“).

¹³⁴ Wenn beispielsweise unklar ist, ob noch eine frühere Zuweisung nach dem AufenthG oder AsylVfG fortwirkt.

¹³⁵ § 10a Abs. 1 Satz 2 AsylbLG

¹³⁶ Vertiefend dazu Wahrendorf 2010, § 4 AsylbLG Rn. 1ff.

zu verzichten sei.¹³⁷ Diese Ansicht wird u.a. von Hohm im Wege einer Analogie zu § 18 SGB XII (Einsetzen der Sozialhilfe) bekräftigt. § 18 SGB XII besagt, dass die Sozialhilfe einsetzt, „sobald dem Träger der Sozialhilfe [...] bekannt wird, dass die Voraussetzungen für die Leistung vorliegen“. Bekanntwerden in diesem Sinne setzt eine Antragsstellung nicht voraus.¹³⁸

Dagegen hat das Bundesministerium der Arbeit (BMA) in einem Erlass aus dem Jahr 2002 festgelegt, dass der Antrag im Regelfall vor der Behandlung beim zuständigen Kostenträger gestellt werden müsse.¹³⁹

Zudem können die Leistungserbringenden (Ärztinnen und Krankenhäuser) bis zur Klärung der Kostenfrage die Leistungen verweigern (Ausnahme ist der medizinische Notfall).¹⁴⁰

Daraus ergibt sich im Regelfall, dass ein Antrag vor der Inanspruchnahme der Leistung zu stellen ist.

Die zuständige Behörde hat von Amts wegen zu prüfen, ob zum einen ein Leistungsanspruch besteht und zum anderen, ob eine Hilfsbedürftigkeit vorliegt.¹⁴¹

Für Ersteres ist es für die Sozialbehörde unerlässlich zu wissen, mit welchem Aufenthaltstitel bzw. welcher Aufenthaltsgenehmigung sich die betreffende Person in der BRD aufhält und ob sie danach anspruchsberechtigt gemäß dem AsylbLG ist. Wenn die Behörde ermittelt, dass die Person sich ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus im Bundesgebiet aufhält, weiß sie, dass ein Leistungsanspruch nach § 1 bzw. § 1a AsylbLG besteht.

Zweitens muss die Mittellosigkeit nachgewiesen werden. Konkret wird geprüft, ob die Kosten eigenständig getragen werden können oder ob eine Dritte für diese aufzukommen hat, beispielsweise aufgrund einer Verpflichtungserklärung nach § 68 AufenthG. Dafür führt die Behörde eine sogenannte ‚Bedürftigkeitsprüfung‘ durch. Für diese werden umfangreiche Dokumente und Nachweise benötigt u.a. werden Daten wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Staatsangehörigkeit, Familienangehörige, Einkommen und Vermögen, Wohn- und Lebenssituation sowie die Frage nach einer Krankenversicherung (im In- oder Ausland) erfragt.¹⁴² Nach § 7 Abs. 4 AsylbLG sind die §§ 60 - 67 SGB I, die die Mitwirkungspflichten der Leistungsberechtigten regeln, entsprechend anzuwenden. Von Seiten der Leistungsbeziehenden sind alle Tatsachen anzugeben sowie Beweismittel und -urkunden zu erbringen, die für die Leistungsgewährung erheblich sind. Darüber hinaus kann die Sozialbehörde zur „mündlichen Erörterung des Antrags“ oder der für die „Leistungsentscheidung notwendigen Maßnahmen“ ein persönliches Erscheinen der betreffenden Person verlangen.¹⁴³

¹³⁷ Wahrendorf 2010, § 4 AsylbLG Rn. 2

¹³⁸ Hohm 2010, AsylbLG § 4 Rn. 15; ebenso Fasselt 2009, § 4 AsylbLG Rn. 1; eingehend VG Oldenburg, Urt. v. 5. 4. 2000 - 3 A 2274/98 – juris

¹³⁹ Brühl 2007, Rn. 97; BMA v. 3.8.01 V c 3-3176-1, abgedruckt in Sozialrecht aktuell 2002, S. 35

¹⁴⁰ Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität 2008, S. 15

¹⁴¹ § 7 AsylbLG, § 20 SGB X bzw. § 24 VwVfG.

¹⁴² Ergibt sich aus § 7 AsylbLG auch i.V.m § 99 SGB X

¹⁴³ § 61 SGB I

3.5 Datenübermittlungspflichten

Bei der Leistungsanspruchnahme spielen die behördlichen Übermittlungspflichten der öffentlichen Stellen für die M.o.r.A. eine essentielle Rolle. Auf Grund dessen wird an dieser Stelle vertiefend auf diese eingegangen. Für die spezielle Betrachtung der medizinischen Notfallversorgung sind die folgenden Ausführungen ebenfalls relevant.

Nach § 87 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 AufenthG ist jede öffentliche Stelle dazu verpflichtet „unverzüglich die zuständige Ausländerbehörde zu unterrichten, wenn sie im Zusammenhang mit der Erfüllung ihrer Aufgaben Kenntnis erlangen von dem Aufenthalt eines Ausländers, der keinen erforderlichen Aufenthaltstitel besitzt und dessen Abschiebung nicht ausgesetzt ist“. Laut § 2 des Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) fallen unter öffentliche Stellen u.a Träger der Sozialhilfe, Träger des Sozialversicherungsrechtes (GKV, GPV, UV) sowie alle öffentlichen und kommunalen Krankenhäuser, jedoch nicht diejenigen, die in privater oder karitativer Trägerschaft sind.

3.5.1 Gesetzliche Einschränkung der Übermittlungspflicht

Dabei ist zunächst § 86 Abs. 1 AufenthG in Blick zu nehmen. Dieser besagt, dass personenbezogene Daten von den Behörden, die mit der Ausführung dieses Gesetzes betraut sind, erhoben werden dürfen „soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben [...] erforderlich ist“. Die Datenerhebung ist demnach und nach Datenschutzgesetzen nur erlaubt, wenn dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist. Inwiefern sich die Begrenzung der Mitteilungspflicht auch auf Daten herleiten lässt, wenn eine öffentliche Stelle bei ihrer Aufgabenwahrnehmung über einen unerlaubten Aufenthaltsstatus Kenntnis erlangt, war in der Literatur bisher umstritten. Diskutiert wurde, ob die Daten nur dann übermittelt werden müssen, wenn sie im Zusammenhang mit der Erfüllung ihrer Aufgaben zur Kenntnis gelangt sind oder ob auch die Kenntniserlangung bei Gelegenheit der Aufgabenwahrnehmung für eine Übermittlungspflicht ausreicht.¹⁴⁴ Die AVV zum AufenthG hat dies mit dem eindeutigen Wortlaut, dass Letzteres nicht genügt.¹⁴⁵ Konkretisierend heißt es: „Hat ein Bediensteter der öffentlichen Stelle lediglich bei Gelegenheit der Wahrnehmung seiner Aufgabe Kenntnis von einem Sachverhalt erlangt, ist dieser der öffentlichen Stelle nicht bekannt geworden und es besteht für sie keine Mitteilungspflicht“.¹⁴⁶

Zudem wird die Übermittlungspflicht aus § 87 AufenthG durch § 88 Abs. 1 AufenthG¹⁴⁷ eingeschränkt. Dieser untersagt die Übermittlung, wenn „besondere gesetzliche Verwendungsrege-

¹⁴⁴ Gerdsmeyer 2011, S. 172; Kluth 2008, § 8 Rn. 57; Will 2008, Rn. 985

Die zufällige Kenntniserlangung oder Gelegenheitskenntniserlangung löst laut Gerdsmeyer 2011, S. 172 und Kluth 2008, S. 622 Rn. 77 keine Mitteilungspflicht aus. Will 2008, S. 278 Rn. 985 dagegen nimmt eine Übermittlungspflicht an.

¹⁴⁵ Nr. 87.2.0.4 AVV zum AufenthG

¹⁴⁶ Nr. 87.1.2 AVV zum AufenthG

¹⁴⁷ Nach der Gesetzesbegründung soll mit dieser Norm „umfassend den datenschutzrechtlichen Belangen bei der erforderlichen Übermittlung von Daten an die mit der Ausführung des Ausländerrechts betrauten Behörden Rechnung“ getragen werden (BT-Drs. 11/6321, S. 83).

lungen“ dem entgegenstehen. Dies sind insbesondere die Berufs- und Amtsgeheimnisse, sowie das Sozialgeheimnis¹⁴⁸ und die in § 203 StGB strafrechtlich geschützten Geheimnisse (ärztliche Schweigepflicht). Damit setzt die Übermittlung der Daten von M.o.r.A., die eine ärztliche Leistung in Anspruch nehmen möchten, gemäß § 87 Abs. 2 AufenthG immer eine Übermittlungsbe fugnis voraus, wenn diese nicht gegeben ist, läuft die Mitteilungspflicht leer.¹⁴⁹

Bei der Leistungsgewährung nach dem AsylbLG finden die Regelungen zum Sozialdatenschutz (Sozialgeheimnis im Sozialgesetzbuch), keine Anwendung. Das AsylbLG ist nicht Teil des Sozialgesetzbuches, nur auf ausdrücklichen Verweis (wie beispielsweise durch § 9 Abs. 4 AsylbLG, § 118 SGB XII, § 7 Abs. 4) kann das SGB Anwendung finden. Einen derartigen Verweis zum Sozialdatenschutz nach SGB X enthält das AsylbLG nicht.¹⁵⁰

§ 88 Abs. 1 statuiert einen Vorrang des § 203 StGB gegenüber den ausländerrechtlichen Übermittlungspflichten, demgemäß ist allein die Auslegung des § 203 StGB maßgeblich. Nach § 203 StGB unterliegen die Ärztin und ihre berufsmäßig tätigen Gehilfinnen der ärztlichen Schweigepflicht und sind demnach verpflichtet, still schweigen zu wahren, was ihnen in ihrer beruflichen Eigenschaft anvertraut und bekannt geworden ist.¹⁵¹

Geschütztes Rechtsgut hinter § 203 StGB

Zu den Schutzgütern¹⁵² hinter § 203 StGB ist das Recht auf informelle Selbstbestimmung zu zählen, welches Ausdruck der verfassungsrechtlich garantierten Menschenwürde und des allgemeine Persönlichkeitsrechts ist.¹⁵³ Zudem wird als geschütztes Rechtsgut das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin und Patientin als Grundlage einer effektiven Heilbehandlung angesehen,¹⁵⁴ welche dem Allgemeininteresse einer funktionsfähigen ärztlichen Gesundheitspflege dient.¹⁵⁵ Die Missachtung dieser Schutzgüter (Privatgeheimnis wahren) wird mit Mitteln des Strafrechts – als ultima ratio staatlichen Handelns – geahndet und ist im Strafgesetzbuch geregelt.¹⁵⁶

Unter einem persönlichen Geheimnis im Sinne des § 203 Abs. 1 StGB ist der unerlaubte Aufenthalt einer Patientin zu zählen. Es ist bei dem Geheimnis nicht von Relevanz, wie dessen In-

¹⁴⁸ § 35 SGB I i.V.m. § 67 ff. SGB X und § 65 SGB VIII

¹⁴⁹ Gerdsmeyer 2011, S. 173 f.; Kluth 2008, § 8 Rn. 80

¹⁵⁰ Gerdsmeyer 2011, S. 173f.; Kluth 2008, S. 628 Rn. 105

¹⁵¹ Kluth 2008, S. 624 Rn. 84

¹⁵² Die schutzbedürftigen Rechtsgüter in § 203 werden in der Literatur kontrovers diskutiert. Unstrittig ist das Schutzgut auf informelle Selbstbestimmung. Das Argument des Allgemeininteresses finde eine recht breite Anerkennung wohin gegen die Argumentation der Berufsständischen Interessen kaum Bestätigung findet (beispielhaft: Kargen 2010, § 203 StGB Rn. 2-4 beck-online.)

¹⁵³ Dies ergibt sich aus Art. 1 Abs.1; Art. 2 Abs. 1 GG

¹⁵⁴ Das BVerfG führt im Zusammenhang mit dem Patientengeheimnis aus: „Wer sich in ärztliche Behandlung begibt, muß und darf erwarten, daß alles was die Ärztin im Rahmen seiner Berufsausübung über seine gesundheitliche Verfassung erfährt, geheim bleibt und nicht zur Kenntnis Unberufener gelangt. Nur so kann zwischen Patientin und Ärztin jenes Vertrauen entstehen, das zu den Grundvoraussetzungen ärztlichen Wirkens zählt, weil es die Chance der Heilung vergrößert und damit im Ganzen gesehen der Aufrechterhaltung einer leistungsfähigen Gesundheitsfürsorge dient (BVerfG 1972 in NJW S. 1123).

¹⁵⁵ Kluth 2008, S. 624 Rn. 85; Kargl 2010, § 203 StGB Rn. 2-4

¹⁵⁶ Knickenberg 2011, S. 267

halt rechtlich zu bewerten ist. Die ärztliche Schweigepflicht erstreckt sich nicht ausschließlich auf therapeutisch relevante Informationen sondern schließt sämtliche persönliche, familiäre, berufliche und wirtschaftliche Umstände mit ein.¹⁵⁷ Die Identität und der Aufenthaltsstatus einer Person ist in der Geheimhaltungspflicht enthalten.¹⁵⁸

Der Schweigepflicht unterfallende Personen laut § 203 StGB

Nach § 203 StGB sind von der Schweigepflicht unmittelbar die im Gesetz genannten Personen¹⁵⁹ erfasst, zudem stehen diesen Personen ihren berufsmäßig tätigen Gehilfinnen gleich. Eine berufsmäßig tätige Gehilfin ist, wer in dem Wirkungskreis einer schweigepflichtigen Person für diese unterstützende Tätigkeiten ausübt, welche die Kenntnisse des Geheimnisses mit sich bringt. Es bedarf eines inneren Zusammenhanges zwischen der unterstützenden Tätigkeit der Gehilfin und der berufsspezifischen Tätigkeit der schweigepflichtigen Person.¹⁶⁰ In der Literatur wurde bis zur Klarstellung durch die AVV zum AufenthG angezweifelt, ob Personen, die mit der Organisation, Planung oder allgemeinen Aufsicht medizinischer Leistungserbringung betraut sind, also die Mitarbeitenden in der Krankenhausverwaltung, zu den Gehilfinnen zu zählen sind,¹⁶¹ und somit auch unter die ärztliche Schweigepflicht fallen.¹⁶²

Verlängerter Geheimnisschutz

Abs. 2 des § 88 AufenthG erweitert diesen besonderen Geheimnisschutz in öffentliche Stellen hinein. Eine Übermittlung der personenbezogenen Daten darf nicht stattfinden, wenn diese „von einem Arzt oder anderen in § 203 Abs. 1 Nr. 1, 2, 4 bis 6 und Abs. 3 des Strafgesetzbuches genannten Personen einer öffentlichen Stelle zugänglich gemacht worden sind“. Allerdings findet der verlängerte Geheimnisschutz nach § 88 Abs. 2, S. 1 Nr. 1, 2 AufenthG keine Anwendung, wenn die öffentliche Gesundheit gefährdet ist (beispielsweise bei einer ansteckenden Infektionskrankheit) oder wenn ein Betäubungsmittelmissbrauch (Konsum harter unerlaubter Drogen nach § 55 Abs. 4 Nr. 2 AufenthG) vorliegt.

3.5.2 Datenübermittlung der einzelnen öffentlichen Stellen und Akteurinnen

Wie oben ausgeführt, stellt die Erhebung und Übermittlung der aufenthaltsrelevanten Daten einen Eingriff in das Grundrecht auf informelle Selbstbestimmung dar. Ein solcher Eingriff in ein Grundrecht bedarf einer verfassungsrechtlichen Rechtfertigung. Dies setzt zunächst das Vorliegen eines seinerseits formell und materiell rechtmäßigen Gesetzes voraus, das zum Eingriff in

¹⁵⁷ Kluth 2008, S. 625 Rn. 88

¹⁵⁸ Der BGH geht sogar soweit, dass er die Geheimhaltungspflicht auf jegliche Anhaltspunkte, die auf die Identifizierung der Person schließen lassen, ausweitet (BGH 1985, ArztR S. 218).

¹⁵⁹ Darunter sind zu zählen: Ärztinnen, Zahnärztinnen, Tierärztinnen, Apothekerinnen, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Kinderkrankenpflegerinnen, Hebammen, Ergotherapeutinnen, medizinisch-technische Assistentinnen, Rettungsassistentinnen, Psychotherapeutinnen, Psychologinnen, in Beratungsstellen Mitarbeitende (Sucht-, Familien-, Erziehungsberatungsstellen), Mitarbeitende einer privaten Unfall- oder Krankenversicherung.

¹⁶⁰ Kluth 2008, S. 627 Rn. 98

¹⁶¹ Das OLG Oldenburg hat den Gehilfinnenbegriff für die Verwaltungsmitarbeitenden im Krankenhaus, die mit der Abrechnung beauftragt sind, mit eingeschlossen. Vertiefend dazu und zu der Debatte siehe Kluth S. 627f. Rn. 100-102.

¹⁶² Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität 2008, S. 15

das betreffende Grundrecht ermächtigt.¹⁶³

Kenntniserlangung und Übermittlung durch die Sozialversicherungsträger

Die Träger der gesetzlichen Sozialversicherung sind laut BDSG zu den öffentlichen Stellen zu zählen und demnach gemäß § 87 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 AufenthG gegenüber der Ausländerbehörde übermittlungspflichtig.

Für die Aufgabenerfüllung der Sozialversicherungsträger ist die Information über den unerlaubten Aufenthalt einer Person jedoch nicht relevant, da der Leistungsanspruch bei der GKV und UV nicht an den Aufenthaltsstatus gebunden ist.¹⁶⁴

Da die AVV klarstellt, dass eine Kenntniserlangung bei Gelegenheit der Aufgabenwahrnehmung eine Übermittlungspflicht nicht auslöst, kann festgestellt werden, dass die Sozialversicherungsträger nicht übermittlungspflichtig sind.¹⁶⁵

Aus § 87 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 AufenthG ergibt sich für die gesetzliche Kranken-, Pflege- oder Unfallversicherung mithin keine Ermächtigung, die betreffenden Daten an die Ausländerbehörde zu übermitteln.¹⁶⁶

➤ *Verpflichtung der GKV zur Datenübermittlung nach § 306 SGB V¹⁶⁷*

Gemäß § 306 SGB V sind die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, mit den aufgeführten Behörden zusammenzuarbeiten, wenn dies der Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten dienlich ist. Gibt es konkrete Anhaltspunkte für Verstöße gegen das Aufenthaltsgesetz, so ist dies der Ausländerbehörde mitzuteilen.¹⁶⁸ Allerdings wird diese Pflicht durch § 306 S. 4 SGB V eingeschränkt. Mit Verweis auf §§ 284 bis 302 SGB V ist die Übermittlung von Sozialdaten, die von Versicherten erhoben werden, unzulässig. Eine Übermittlung der Versicherungs- und Leistungsdaten und somit auch des unerlaubten Aufenthalts an die Ausländerbehörde scheidet aus.¹⁶⁹

➤ *Verpflichtung der UV zur Datenübermittlung nach § 211 SGB VII*

Die gesetzliche Unfallversicherung ist entsprechend § 211 SGB VII zur Zusammenarbeit mit den Ausländerbehörden bei Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten verpflichtet. Hingegen ist zu beachten, dass § 211 S. 4 SGB VII anders als § 306 S. 4 SGB V nur die Übermittlung von medizinischen und psychologischen Daten ausschließt. Die Unterrichtungspflicht sämtlicher Versicherungs- und Leistungsdaten, darunter auch der Aufenthaltsstatus, durch die Unfallversicherung an die Ausländerbehörde kann insbesondere bei Arbeitsunfällen zum Tragen kommen. § 211 SGB VII stellt damit eine taugliche Ermächtigungsgrundlage für die Daten-

¹⁶³ Pieroth/Schlink 2009, S. 63ff. Rn. 263ff.

¹⁶⁴ Gerdsmeyer 2011, S. 172; Kluth 2008, § 8 Rn. 65.

¹⁶⁵ Ebd.

¹⁶⁶ Ebd.

¹⁶⁷ Die Realisierung der Rechtsansprüche nach der GKV ist praktisch kaum relevant. Der Vollständigkeit halber werden hier dennoch die gesetzlichen Übermittlungspflichten kurz dargestellt.

¹⁶⁸ Nach § 306 S. 1 Nr. 7 SGB V sind die Ausländerbehörden zu den aufgeführten Behörden zu zählen.

¹⁶⁹ Gerdsmeyer 2011, S. 178

übermittlung seitens der UV an die Ausländerbehörde dar.¹⁷⁰

Kenntniserlangung und Übermittlung der Gesundheitsämter

Die Übermittlungspflicht der Gesundheitsämter wurde im Jahr 2000 mit Einführung des bereits erwähnten § 19 IfSG eingeschränkt, daher ist die Übermittlung der Daten an die Ausländerbehörde unzulässig.

Kenntniserlangung und Übermittlung durch die Träger der Sozialhilfe

M.o.r.A. haben im Krankheitsfalle einen Anspruch auf Krankenhilfe nach den §§ 4, 6 AsylbLG. Dafür muss die Person einen Antrag bei der Sozialbehörde stellen, diese ist wiederum gemäß der Befugnisnorm § 87 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 zur Datenweitergabe an die Ausländerbehörde verpflichtet. Nr. 87.1.1.4 der AVV stellt explizit klar, dass öffentliche Stellen im Sozialbereich (Sozialhilfe) insbesondere auf Ersuchen – d.h. sie müssen die Daten unaufgefordert an die Ausländerbehörde übermitteln – zur Mitteilung verpflichtet sind, „wenn sie über die Gewährung von Leistungen, die Erteilung von Erlaubnissen oder die Aufnahme in soziale und medizinische Einrichtungen entscheiden“. Auch werden ausdrücklich in Nr. 87.1.1.1 der AVV die für die Durchführung des AsylbLG zuständigen Behörden und Kostenträger gesondert genannt. Festzuhalten ist demnach, dass im Regelfall, wenn die Sozialbehörde von der Person selbst Kenntnis über den unerlaubten Aufenthalt erlangt, sie dies an die Ausländerbehörde zu melden hat.

Kenntniserlangung und Übermittlung durch die Leistungserbringenden

Niedergelassene Ärztinnen und deren ärztliche Gehilfinnen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB; § 88 Abs. 1 AufenthG. Die Daten eines M.o.r.A. dürfen nicht an die Ausländerbehörde weiter gegeben werden.

Im Bereich der stationären Versorgung spielen die öffentlichen und kommunalen Krankenhäuser eine entscheidende Rolle bei der Datenübermittlung, da sie als öffentliche Stelle übermittlungspflichtig gegenüber der Ausländerbehörde sind.¹⁷¹ Generell gilt, dass Patientinnendaten vom behandelnden Krankenhaus nur erhoben, gespeichert oder genutzt werden dürfen, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben des Krankenhauses, zur Durchführung der Behandlung oder zur Leistungsabrechnung erforderlich ist.¹⁷² Erforderlich in diesem Sinne sind die Angaben zur Identifizierung (Name und Geburtsdatum), zur Erreichbarkeit (Adresse) und zur Finanzierung der Leistung (Krankenversicherung oder Selbstzahlende).¹⁷³ Die Aufgabe eines Krankenhauses ist es, Leistungen der medizinischen Hilfe zu erbringen. Für die Erfüllung dieser Aufgabe ist der Aufenthaltsstatus einer Patientin unerheblich.¹⁷⁴ Es besteht für die Verwaltungen der Krankenhäuser keine Pflicht, Kenntnisse vom Aufenthaltsstatus einer Patientin zu erlangen, außer im

¹⁷⁰ Gerdmeier 2011, S. 178. Zudem ist eine Datenübermittlung nach § 6 Abs. 1 SchwarzArbG im Falle eines Arbeitsunfalls bei nicht angemeldeter Arbeit gegeben.

¹⁷¹ Wie bereits angeführt gemäß § 2 BDSG.

¹⁷² Kluth 2008, S. 619 Rn. 65

¹⁷³ Ebd.

¹⁷⁴ Dienelt 2011, § 87 AufenthG Rn. 15

Falle der Abrechnung, wenn eine Kostenübernahme gegenüber dem Sozialamt (nach §§ 4, 6 AsylbLG oder selbige §§ i.V.m. § 25 SGB XII medizinischer Notfall) geltend gemacht wird.¹⁷⁵ Wenn die Finanzierung anderweitig gesichert ist, bei privater Kostenübernahme, ist der aufenthaltsrechtliche Status weder für die Behandlung noch für die Kostenabrechnung relevant. Eine Erfragung des Aufenthaltsstatus ist in diesem Falle unzulässig und eine Übermittlungspflicht gegenüber der Ausländerbehörde besteht nicht.¹⁷⁶

Das BMI nimmt an, dass ein öffentliches Krankenhaus, wenn es im Rahmen der Abrechnung den Aufenthaltsstatus ermittelt, übermittlungspflichtig ist. Nach dieser Auffassung erfährt das Krankenhaus den Aufenthaltsstatus im Rahmen seiner Aufgabenwahrnehmung. Gleichwohl entfällt eine Übermittlungspflicht laut BMI, wenn die Verwaltung ihr Wissen über den fehlenden Aufenthaltsstatus aus der Behandlung – etwa über eine zugängliche Krankenakte – erlange. In diesem Falle greife der verlängerte Geheimnisschutz nach § 88 AufenthG, da die Kenntnis dann durch eine behandelnde Ärztin erlangt wurde.¹⁷⁷

Durch die bereits erwähnte Klarstellung des unbestimmten Rechtsbegriffs der ärztlichen Gehilfin durch die AVV zum AufenthG ist diese Ansicht obsolet. Vertiefend wird darauf abermals bei der Betrachtung der stationären Notfallversorgung eingegangen.

3.6 Gesundheitsversorgung de facto

Aufgrund der Übermittlungspflichten und der daraus resultierenden Befürchtung, dass der unrechtmäßige Aufenthalt aufgedeckt und die Ausweisung aus dem Land erfolgt, nehmen M.o.r.A. die ihnen zustehenden Leistungen des Gesundheitssystems nicht wahr.¹⁷⁸ Weder werden die Leistungen der Sozialrechtsträger in Anspruch genommen, noch findet eine Kostenübernahme mittels Krankenscheinen durch die Sozialbehörden, als ausführende Behörde des AsylbLG, statt.¹⁷⁹

Verhalten der Betroffenen

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist für die Betroffenen ein existenzielles Problem. Gewissermaßen findet eine Abwägung zwischen dem Ausmaß der existenziellen Bedrohung durch Ausweisung oder die drohende Abschiebehaft im Vergleich zur Bedrohung durch die Krankheit statt.¹⁸⁰ Alternativ käme die finanzielle Belastung infolge der Behandlung (da diese aus Angst vor Aufdeckung des Aufenthaltstatus auf) Privatrechnung erfolgt. Daher ist die oberste Maxime der Betroffenen, nicht krank zu werden. Einer leichten Erkrankung wird mit Ignoranz, Verdrängung, Negierung sowie Selbstmedikation durch Heilmittel oder rezeptfreie

¹⁷⁵ Ebd.

¹⁷⁶ Dienelt 2011, § 87 AufenthG Rn. 15; Kluth 2008, S. 621f. Rn 65

¹⁷⁷ BMI 2007, S. 29

¹⁷⁸ Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität 2008, S. 14; Krieger 2006, S. 66

¹⁷⁹ Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität 2008, S. 14

¹⁸⁰ Bommers/Wilmes 2007, S. 66; Krieger et al. 2006, S. 66

Medikamente aus der Apotheke abgeholt.¹⁸¹ Teilweise findet auch eine falsche Medikation aus Unwissenheit über die korrekte Anwendung statt.¹⁸² Häufig führt dieses Handeln zu einer Fehlbehandlung oder Verschlimmerung der Erkrankung bis hin zur Chronifizierung.¹⁸³ In der Regel wird erst dann eine Arztpraxis aufgesucht, wenn die krankheitsbedingten Probleme so gravierend sind, dass sie die tägliche Arbeit erschweren oder lebensbedrohliche Ausmaße annehmen.¹⁸⁴

Die tragende Rolle spielt im Krankheitsfalle die soziale Ressource der ‚Community‘¹⁸⁵. Teilweise kann ein unentgeltlicher oder zumindest mit geringen Kosten verbundener Arztbesuch durch diese ermöglicht werden.¹⁸⁶ Es wird eine Krankenversicherungskarte ‚ausgeliehen‘¹⁸⁷ oder es wird auf engagierte Wohlfahrtsverbände und Hilfsnetzwerke¹⁸⁸ verwiesen, die sich bemühen, einen Arztbesuch einzurichten.

Im Unterschied zu dem mit Einschränkungen und Angst verbundenem Aufsuchen von privaten Praxen, gilt es für die Betroffenen als kaum durchführbar, sich stationär in einem Krankenhaus behandeln zu lassen. Dies ist für sie mit dem maximalen Risiko der Entdeckung verbunden.¹⁸⁹ Die durch akuten Behandlungsbedarf und Notfälle unabdingbar gewordenen Krankenhausaufenthalte werden entweder mit falschen Angaben zur Identität gehandhabt oder die Erkrankte flieht vor Beendigung der Behandlung aus dem Krankenhaus.¹⁹⁰

Reaktion der Leistungserbringenden

Die Leistungserbringenden reagieren in ihrer Behandlungspraxis mit zweierlei Strategien auf die gegebene Situation. Entweder verweigern sie die Behandlung (funktionale Ignoranz) oder sie behandeln die Betroffenen kostenfrei oder sehr günstig (informelle Solidarität).¹⁹¹

Die Ärztekammern setzen sich grundsätzlich für die Behandlung von M.o.r.A. ein.¹⁹² Gleichwohl wird auch von „skrupellosen“ niedergelassenen Ärztinnen berichtet, welche die Hilflosigkeit der Betroffenen ausnutzen. Sie verlangen überhöhte Preise und rechnen angeblich zusätzlich mit den gesetzlichen Krankenkassen und/oder dem Sozialamt ab.¹⁹³

Grundsätzlich haben die Leistungserbringenden die Möglichkeit einer Behandlungsverzögerung

¹⁸¹ Anderson 2003 S. 45; Krieger 2006 S. 99; Bommers/Wilmes 2007, S. 76

¹⁸² Bommers/Wilmes 2007, S. 76f; Alt, 1999 S. 172

¹⁸³ Braun et al. 2003, S. 126; Bommers/Wilmes 2007, S. 76f.

¹⁸⁴ Bommers/Wilmes 2007, S. 78; Krieger 2006, S. 94f.

¹⁸⁵ Als Community wird i.d.S. ein familiäres, ethnisches oder religiöses Netzwerke verstanden (Geiger/Razum 2006, S. 727).

¹⁸⁶ Krieger 2006, S. 17f.; Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität 2008, S. 16

¹⁸⁷ Fisch 2011, S. 39

¹⁸⁸ Kostenlose und anonyme Vermittlung zu medizinischer Versorgung gewähren, wie bereits erwähnt, die Medizinischen Flüchtlingshilfen/MediBüros//Medinetze, die MaltaserMigrantenMedizin, vereinzelt in manchen Städten (z.B. Frankfurt, Bremen) wurde eine ‚anonyme Sprechstunde‘ beim Gesundheitsamt eingerichtet.

¹⁸⁹ Bommers/Wilmes 2007, S. 85; Krieger 2006, S. 19; Cyrus 2004, S. 56

¹⁹⁰ Fisch 2011, S. 38

¹⁹¹ Karl-Tummer et al. 2009, S. 381

¹⁹² Penteker 2011, S. 197

¹⁹³ Fisch 2011, S. 37; beobachtete Fälle von Ausbeutung und erhöhten Honoraren siehe auch: Rosner 1999, S. 11. Alt geht davon aus, dass die horrenden Honorare die Ausnahme bilden, da diese Ärztinnen innerhalb der Community nicht weiterempfohlen werden (Alt 1999, S. 137). Nitschke berichtet wiederum von weit häufigeren Fällen (Nitschke 2005, S. 136).

oder -verweigerung bis die Kostenfrage geklärt ist.¹⁹⁴

Besonders problematisch ist die stationäre Versorgung auch auf Seiten der Leistungserbringenden. Die Krankenhäuser befürchten, dass die Behandlungskosten nicht erstattet werden, was für sie ein finanzielles Risiko darstellt. Da ein stationärer Aufenthalt teuer ist, können Krankenhäuser nur in Ausnahmefällen darauf verzichten, die Kosten einzutreiben.¹⁹⁵ Die Verwaltungen der stationären Versorgung reagieren auf die Situation mit der Forderung auf eine private Anzahlung in bar.¹⁹⁶ Ebenso wird von den Krankenhausverwaltungen die Unterzeichnung einer privaten Selbstkostenübernahmeerklärung gefordert (meist zum privaten Abrechnungssatz, dem 2,3-fachen Satz im Vergleich zum einfachen Satz der GKV), welche dann oftmals mittels Inkassobüros durchgesetzt wird. Teilweise werden auch die Dokumente der betreffenden Personen als Pfand einbehalten. Bei einem unklaren Aufenthaltsstatus wird auch die Polizei gerufen.¹⁹⁷

Fazit: Allgemeine Versorgungslage

Die jeweiligen Zugänge zur medizinischen Versorgung stehen nur einem begrenzten Teil von M.o.r.A. zur Verfügung. Teilweise sind diese zeitlich befristet (beispielsweise bieten die Hilfsorganisationen nur ein bis zwei Mal wöchentlich eine anonyme und kostenlose Vermittlung und Beratung an), zu teuer (private Abrechnung der Leistung) oder aber nur für leichte Erkrankungen geeignet (Selbstmedikation).¹⁹⁸ Die Versorgung, die über engagierte Netzwerke (die mit Leistungserbringenden kooperieren) gegeben ist, kann nicht alle erforderlichen Fachrichtungen der Medizin abdecken. Kaum Zugangsmöglichkeiten bestehen in der zahnärztlichen Versorgung, der Neurologie, der Orthopädie sowie grundsätzlich bei der Versorgung komplexer gesundheitlicher Probleme.¹⁹⁹ In vielen Städten, aber insbesondere in ländlichen Gebieten, gibt es diese Art der Hilfe nicht, höchstens sind hier einzelne engagierte Arztpraxen gegebene Anlaufstellen.²⁰⁰

¹⁹⁴ Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität 2008, S. 15

¹⁹⁵ Bommers/Wilmes 2007, S. 56; Cyrus 2004, S. 57

¹⁹⁶ Huschke 2011, S. 167

¹⁹⁷ Braun et al. 2003, S. 126

¹⁹⁸ Fisch 2011, S. 39; Gather et al. 2011, S. 211f.; Braun et al. 2003, S. 126

¹⁹⁹ Groß/Bieniok 2011, S. 226

²⁰⁰ Mylius 2011, S. 120; Penteker 2011, S. 198 ff.

3.7 Rechtskonsequenzen zur Veränderung der Regelversorgung

Für eine faktische Verbesserung der medizinischen Regelversorgung von M.o.r.A. ist eine rechtliche Änderung oder Abschaffung der Übermittlungspflichten vonnöten. Rechtlich gibt es für die Einschränkung der Übermittlungspflichten nach § 87 Abs. 2 S. 1 AufenthG zwei Möglichkeiten: Entweder werden einzelne Behörden (Sozialbehörden) aus der Übermittlungspflicht ausgenommen²⁰¹ oder § 87 wird grundlegend neu verfasst und ausschließlich auf solche Behörden beschränkt, die die Aufgaben der Gefahrenabwehr, Strafverfolgung oder Strafvollstreckung wahrnehmen.²⁰² Weitere denkbare Lösungsansätze bauen weitgehend auf der Abschaffung der Meldepflichten auf. Diskutiert wird

- einen Zugang zur privaten Krankenversicherung zu erschwinglichen Preisen zu ermöglichen,
- einen Ausbau der Leistungen die von den öffentlichen Gesundheitsämtern sicher gestellt werden,
- die geschützte Vermittlung von Krankenscheinen auf lokaler Ebene (bekannt als Modelle des ‚anonymen Krankenscheins‘) zu gewährleisten oder
- einen Fond auf Bundesebene einzurichten, der für M.o.r.A. einen Zugang zur medizinischen Leistungen zulässt.²⁰³

Die detaillierten Ausgestaltungen der einzelnen Ideen sind uneinheitlich, teilweise werden auch Mischlösungen vorgestellt.²⁰⁴

Der Gesetzgeber wird regelmäßig und konsequent von Kirchen, Wohlfahrtsverbänden und Menschenrechtsorganisationen²⁰⁵ als auch von der Bundesärztekammer²⁰⁶ aufgefordert, die rechtlichen Rahmenbedingungen so zu schaffen, dass es jedem Menschen ermöglicht wird sein Recht auf Gesundheit zu verwirklichen (laut dem UN-Sozialpakt von 1966 ist er dazu verpflichtet).²⁰⁷ Mit der gegenwärtigen gesetzlichen Regelung werden für die M.o.r.A. das Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum,²⁰⁸ welches sich aus Art. 1 Abs. 1 GG i.V.m. dem Sozialstaatsgebot des Art. 20 Abs. 1 GG ergibt, auf körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG und auf informelle Selbstbestimmung gemäß Art. 2 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 1 Abs. 1

²⁰¹ So der Gesetzesentwurf der Bundestags-Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (BT-Drs. 16/445).

²⁰² Dies schlägt der Gesetzesentwurf der SPD-Bundestagsfraktion vor (BT-Drs. 17/56).

²⁰³ Fisch 2011, S. 55ff.

²⁰⁴ Ebd.

²⁰⁵ Medibüros/Medinetze kritisieren, dass der Staat seine Verantwortung der medizinischen Versorgung auf die ehrenamtliche Arbeit der NGOs verlagert. Vertiefend dazu: Bartholome 2009, S. 322ff.

²⁰⁶ Mit einem Beschluss beim diesjährigen 114. Deutschen Ärztetag (Mai/Juni 2011) fordern die Ärztinnen vom Bundestag die gesetzlichen Übermittlungspflichten öffentlicher Stellen an die Ausländerbehörde aufzuheben (Bundesärztekammer 2011, VI 94 S. 1).

²⁰⁷ Pressemitteilung aller Medibüros, Mai 2011 abzurufen unter: http://medibueros.m-bient.com/fileadmin/user_upload/PMFrankfurt2011.PDF. Zuletzt geprüft am 20.11.2011.

²⁰⁸ Durch die Entscheidung des BverfG (BverfG 2010, v. 9.2.2010 – 1 BvL 1,3,4/09 – juris) über die Verfassungsmäßigkeit von Grundsicherungsleistungen nach dem SGB II, wird erstmals ein Grundrecht auf die Sicherung des Existenzminimums hergeleitet. Daraus ergab sich eine Folgediskussion in Bezug auf die Leistungen nach dem AsylbLG. Dazu u.a.: Brockmann 2010, S. 310-316; Rothkegel 2010, S. 373-378; Weinzierl 2010, S. 260-270.

GG, missachtet.²⁰⁹ Das politische Argument der Ordnungspolitik²¹⁰ findet ungeachtet der menschenrechtlichen Verpflichtungen des Staates²¹¹ nach wie vor seinen Zuspruch beim Gesetzgeber bzw. den Mehrheiten in den Legislativen.²¹²

In einem Prüfbericht des Bundesministeriums des Innern aus dem Jahr 2007²¹³ wird bestätigt, dass die herrschende Rechtslage gewollt ist. Eine Krankenbehandlung von M.o.r.A. sei mit dem Anspruch auf Leistungen nach dem AsylbLG möglich, sofern die Bereitschaft der Betroffenen besteht, ihren Aufenthaltsstatus offen zu legen.²¹⁴ Die Möglichkeit des anonymen Abschlusses einer Krankenversicherung, die Einführung eines anonymen Krankenscheins sowie die Einrichtung eines Fonds aus öffentlichen Geldern zur Finanzierung der Krankenversorgung für Menschen ohne rechtliche Aufenthaltsgenehmigung werden abgelehnt.²¹⁵

3.8 Zwischenfazit Regelversorgung und Ausblick medizinische Notfallversorgung

M.o.r.A. haben keinen praktikablen Zugang zu einer Krankenversicherung. Theoretisch sind sie als Arbeitnehmende, auch bei unerlaubter Beschäftigung gesetzlich versichert. Die Leistungen werden jedoch aus Angst vor einer Aufdeckung der unerlaubten Beschäftigung nicht wahrgenommen. Bei einem Berufsunfall stehen Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung zu, jedoch gilt hier dasselbe wie bei der GKV, es besteht sowohl von den M.o.r.A., als auch der Arbeitgeberin kein Interesse, die unerlaubte Arbeit offen zu legen. Bei einem Arbeitsunfall stehen zudem die Übermittlungspflichten der UV an die Ausländerbehörde der Inanspruchnahme der Leistungen bei Krankheit entgegen.

Über das IfSG besteht die Möglichkeit, eine kostenlose und anonyme Beratung und teilweise auch Versorgung für Infektionskrankheiten und sexuell übertragbare Erkrankungen in öffentlichen Gesundheitsämtern zu erhalten.

Die gesetzlich vorgesehene Gesundheitsversorgung für M.o.r.A. ist im AsylbLG festgelegt.²¹⁶ Dieses gewährt nach § 4 AsylbLG im Falle von Krankheit eine medizinische Behandlung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen. Zudem können ‚Sonstige Leistungen‘ im Einzelfall, wenn sie zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind, gemäß § 6 AsylbLG bewilligt

²⁰⁹ Gerdsmeyer 2011, S. 179

²¹⁰ Gerdsmeyer gibt kritisch zu Bedenken, dass dieses Argument nicht standhaft ist. Ordnungspolitisch würde dasselbe erreicht werden, wenn eine medizinische Versorgung ohne Übermittlungspflichten und folglich der Aufdeckung des Status gewährleistet würde. Die Offenbarung des Status ist mit der derzeitigen Regelung nicht gegeben und würde sich mit einer medizinischen Versorgung ohne Übermittlungspflicht nicht ändern. Nach Gerdsmeyer lässt sich demnach die humanitäre Härte der Ordnungspolitik nicht rechtfertigen (Gerdsmeyer, 2011, S. 179f). Eine weitere kritische Auseinandersetzung zu den „Einwänden gegen die staatliche Verpflichtung“ bietet Fisch 2011, S. 47-54.

²¹¹ Zu den „Pflichtentrias“ des Staates siehe: Bielefeld 2011, S. 33-62.

²¹² Dies bestätigen die Gesetzesentwürfe einzelner Fraktionen (BT-Drs. 16/445; BT-Drs. 17/56).

²¹³ Dieser ergab sich aus den Koalitionsvereinbarungen vom 11. November 2005.

²¹⁴ BMI 2007, S. 4

²¹⁵ Ebd., S. 5

²¹⁶ § 1 Abs. 1 Nr. 5 AsylbLG

werden. Die zuständige Sozialbehörde hat zu prüfen, ob ein Leistungsanspruch nach § 1 Abs. 5 Nr. 5 AsylbLG besteht und ob eine Hilfebedürftigkeit vorliegt.

Grundsätzlich gilt es in der Praxis zu unterscheiden, ob vor der Inanspruchnahme der Gesundheitsleistung prospektiv ein Antrag auf Krankenbehandlung gestellt wird oder ob nach der Behandlung eine nachträgliche Kostenerstattung bei dem zuständigen Sozialamt beantragt werden kann. In der Regel ist der Antrag bei der ambulanten als auch stationären Grundversorgung vor der Inanspruchnahme der Leistung zu stellen. Lediglich im medizinischen Notfall (Unfall oder unerlässlicher Akutfall) können retrospektiv die Kosten erstattet werden.

Für den Bereich der Regelversorgung erhält die Sozialbehörde über die Antragsstellung der Betroffenen die benötigten Daten, u.a. deren Aufenthaltsstatus. Gemäß § 87 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 AufenthG ist die Sozialbehörde verpflichtet, den unerlaubten Aufenthalt der Ausländerbehörde mitzuteilen. Aus Angst vor der drohenden Aufdeckung des unerlaubten Aufenthalts und der damit verbundenen Ausweisung aus der BRD oder der Einweisung in die Abschiebehaft, nehmen die M.o.r.A. die medizinische Versorgung nach dem AsylbLG nicht wahr. Ohne die Aufdeckung des Status ist die Inanspruchnahme der Versorgung ausgeschlossen. Dies ist vom Gesetzgeber so vorgesehen. Auf der fortfolgenden Seite wird dieser Verlauf in der Abbildung 1 auf der linken Seite zusammenfassend dargestellt.

Mit der Einführung der AVV zum AufenthG 2009 wurde vom Gesetzgeber erstmalig für den Sonderfall des medizinischen Notfalls eine Versorgung ohne Datenübermittlung geklärt. Im medizinischen Notfall ist das Krankenhaus nicht übermittlungspflichtig und kann die entstandenen Kosten nachträglich von der Sozialbehörde nach § 25 SGB XII abrechnen. Die dabei vermittelten Daten fallen unter den verlängerten Geheimnisschutz und dürfen von der Sozialbehörde nicht an die Ausländerbehörde weitergeleitet werden. Dies konkretisiert die AVV zum AufenthG und sichert somit scheinbar eine Notfallversorgung ohne Aufdeckung des Status. Aus der Praxis von Hilfsorganisationen wird allerdings von großen Umsetzungshürden berichtet. Teilweise findet aufgrund von anderen Normen trotz der Klarstellung aus der AVV eine Datenweitergabe an die Ausländerbehörde statt. Die Kostenabrechnung zwischen dem Krankenhaus und der Sozialbehörde sei unklar, die größte Hürde sei die Bedürftigkeitsprüfung.²¹⁷ Ob ein Zugang zur medizinischen Versorgung im Sonderfall Notfall de jure und de facto gegeben ist, ist unklar. Dies veranschaulicht die rechte Spalte der Abbildung 1.

²¹⁷ Groß/Bieniok 2011, S. 231; Bartholome et al. 2010, S. 22

**Gesundheitsversorgung von Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus
de jure und de facto**

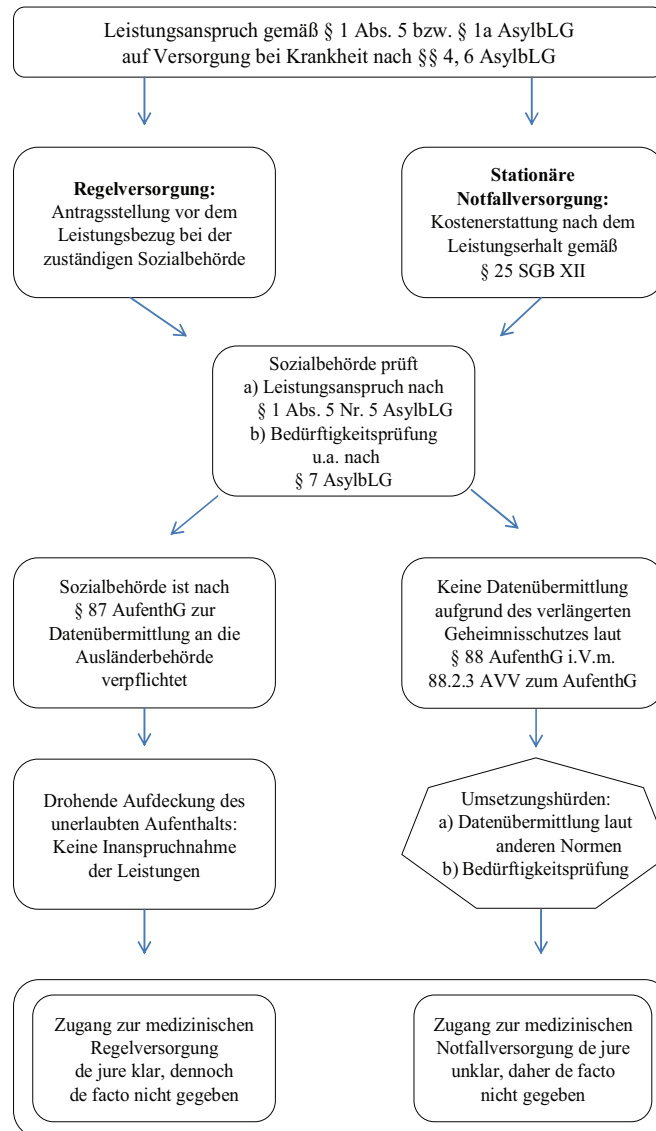


Abbildung 1: Gesundheitsversorgung von Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus de jure und de facto. Quelle: eigene Darstellung

In Fortfolgendem wird die medizinische Notfallversorgung genauer betrachtet. Es wird zuerst auf die Kostenabrechnungsmöglichkeit der Krankenhäuser dargestellt. Daraufhin wird auf die genannte AVV zum AufenthG eingegangen. Zuerst wird deren allgemeine Rechtswirkung aufgezeigt um dann explizit die rechtlichen Präzisierungen, die für die stationäre Notfallbehandlung geschaffen worden sind, zu beleuchten. Weitere Übermittlungspflichten, die sich aus anderen Normen ergeben können, werden anschließend erörtert. Anhand der beispielhaften Darstellung von drei ausgewählten Bundesländern werden die unterschiedlichen Rechtsauffassungen und Anweisungen der stationären Notfallversorgung für M.o.r.A. verdeutlicht. Abschließend werden Konsequenzen für die rechtliche Ebene gezogen und aufgezeigt, was geändert werden muss, um die Notfallversorgung auch de facto sicherzustellen.

4 Sonderfall stationäre Notfallversorgung

Das bereits angesprochene Dilemma, der verzögerten Einleitung medizinischer Versorgung durch die Betroffenen selbst, führt zwangsweise zu einer erhöhten Inanspruchnahme an medizinischen Notfällen in der stationären Versorgung.

4.1 Kostenerstattungsmöglichkeit der Krankenhäuser

Bei einer akuten, sofort behandlungsbedürftigen Erkrankung insbesondere bei einem medizinischen Notfall (u.a. bei Unfallverletzungen) ist jede Ärztin und jedes Krankenhaus zur sofortigen Behandlung verpflichtet. Bei unterlassener Hilfeleistung drohen nach § 323c StGB strafrechtliche Konsequenzen.²¹⁸ Die hilfeleistende Person hat gegenüber dem Sozialamt einen Erstattungsanspruch auf die entstandenen Kosten, vorausgesetzt ein Leistungsanspruch bestand durch das Sozialhilferecht oder AsylbLG.²¹⁹

Über den § 25 „Erstattung von Aufwendungen Anderer“ des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches hat der Leistungserbringende die Möglichkeit, die entstandenen Kosten von dem zuständigen Sozialamt zurückerstattet zu bekommen. Nach dem Wortlaut der Norm muss ein Eilfall vorliegen, indem ein Anderer als der Träger der Sozialhilfe an dessen Stelle die Leistungen erbracht hat, die von dem Träger „bei rechtzeitigem Einsetzen von Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären“.²²⁰ Zweck der Norm ist es, die spontane Hilfsbereitschaft von Dritten (Nothelferinnen) im Interesse der in Not geratenen zu stärken.²²¹ Gleichwohl sich die gesetzliche Regelung auf Leistungen der Sozialhilfe bezieht, ist eine analoge Anwendung für das AsylbLG geboten.²²² Anspruchsberechtigte sind natürliche Personen (z.B. (Zahn-) Ärztin) und juristische Personen (z.B. Kranken- und Rettungstransportunternehmen, Krankenhäuser, auch private und karitative Einrichtungen) oder sonstige Personenmehrheiten, allerdings mit der Einschränkung, dass die Person als Nothelfende gehandelt hat.²²³

Die Voraussetzung für den Erstattungsanspruch ist ein Eilfall, dem unter den Umständen des Einzelfalls sofort geholfen werden muss.²²⁴ Die Notwendigkeit einer sofortigen medizinischen Versorgung besteht also insbesondere bei akuten Erkrankungen oder Verletzungen, die ein sofortiges ärztliches Handeln dringend erfordern.²²⁵ Daran ist die zweite Bedingung geknüpft, dass

²¹⁸ Knickenberg 2011, S. 266; Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität 2008, S. 14

²¹⁹ § 25 SGB XII

²²⁰ Hohm 2010, § 25 SGB XII Rn. 5; Schaefer 2009, § 25 SGB XII Rn. 5

²²¹ Schaefer 2009, § 25 SGB XII Rn. 1

²²² Bay VerwGH Urt. v. 27.4.2006 – 12 BV 04.3020 – juris; OVG Lüneburg Urt., v. 11.6.2003 – 4 LB 583/02 – juris

²²³ Schaefer 2009, § 25 SGB XII Rn. 1

²²⁴ Es liegt beispielsweise kein Eilfall vor, wenn vom medizinischem Standpunkt aus eine Operation aufschiebbar ist (Hohm 2010, § 25 Rn. 5).

²²⁵ Die Definition der Notwendigkeit und des sofortigen medizinischen Handelns obliegt den Ärztinnen.

die Erstattung beim Eilfall nur dann greift, wenn die Unterrichtung des Sozialamtes nicht möglich oder nicht zumutbar ist bzw. das dieses die rechtzeitige Leistung nicht hätte erbringen können. Dies ist insbesondere in der Nacht, an Wochenenden oder an Feiertagen der Fall, oder wenn die Hilfe sofort geleistet werden muss, beispielsweise bei einer schweren Verletzung, bei der Lebensgefahr droht.²²⁶

Den Nothelfenden, in den häufigsten Fällen das Krankenhaus, wird nicht zugemutet, seine Leistungen von der Überprüfung der Vermögensgegenstände, der Staatsangehörigkeit, dem Aufenthaltsstatus oder den Hilfeansprüchen der Patientinnen durch die Sozialhilfe oder des AsylbLG abhängig zu machen.²²⁷ Dennoch hat die Nothelferin die materielle Beweislast, dass ein Eilfall vorgelegen hat²²⁸ und der Sozialhilfeträger die Leistungen gewährt hätte (bei rechtzeitiger Kenntnisnahme).²²⁹ Unterbleibt die rechtzeitige Benachrichtigung des Sozialhilfeträgers durch die Hilfeleistende infolge von Fehleinschätzung der wirtschaftlichen Lage der zu Behandelnden, schließt dies einen Eilfall aus.²³⁰ Das Risiko bei unaufgeklärtem Sachverhalt die Aufwendungen vom zuständigen Sozialhilfeträger nicht erstattet zu bekommen, tragen folglich die Nothelfenden, d.h. das Krankenhaus.²³¹

Der Umfang des Erstattungsanspruchs richtet sich nach den Leistungen, die der Sozialhilfeträger bei rechtzeitiger Kenntnis erstattet hätte.²³² Im Übrigen sind mit § 25 SGB XII alle Formen der Leistungen, also Muss,- Soll,- und Kann-Leistungen, angesprochen.²³³ In angemessener Frist muss ein Antrag auf Erstattung gestellt werden, was ‚angemessen‘ ist, entscheidet sich nach den besonderen Umständen des Einzelfalls.²³⁴ Jedoch ist eine unverzügliche Meldung der Hilfeleistenden an den Leistungserstattenden erforderlich. Erfolgt die Meldung erst nach Abschluss der Behandlung, besteht kein aktueller Bedarf mehr. Schulden werden im Rahmen des AsylbLG nicht übernommen.²³⁵

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass § 25 SGB XII im medizinischen Notfall für die Krankenhäuser – unter der Voraussetzung des Eilfalls, in dem das Sozialamt die rechtzeitige Leistung nicht erbringen kann – eine Möglichkeit der Kostenrückerstattung durch das Sozialamt bietet.

²²⁶ Hohm 2010, § 25 Rn 5; Schoch 2008 in LPK-SGB XII, § 25 Rn 6

²²⁷ Der Umstand, dass zwischen Krankenhaus und Patientin ein Behandlungsvertrag geschlossen worden ist, kann jedenfalls dann nicht als „rechtliche Pflicht (des Krankenhauses), die Aufwendungen selbst zu tragen“ begriffen werden, wenn das Krankenhaus in einem Eilfall einen nicht in Zweifel zu ziehenden sozialhilferechtlich relevanten Bedarf des hilfebedürftigen Patienten befriedigt (Hohm 2010, § 25 Rn 5, Verweis auf: BVerwG abgedruckt in Hohm; 180; LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 30.03.07 – L 23 B 27/06 AY PKh –).

²²⁸ Allerdings hat das BVerwG darauf hingewiesen, dass es den Trägern der Sozialhilfe frei steht, die rückwirkende Erstattung von Kosten auch dann vorzunehmen, wenn kein Eilfall gegeben war (Hohm 2010, § 25 Rn. 6; abgedruckt unter BVerwG 91; Schaefer 2009, § 25 Rn. 5).

²²⁹ Hohm 2010, § 25 Rn. 2, 14

²³⁰ Schaefer 2009, § 25 Rn. 5

²³¹ Hohm 2010, § 25 Rn. 14 SGB XII

²³² Ebd., Rn. 2

²³³ Ebd., Rn. 1

²³⁴ Ebd., Rn. 11. Hamburg geht im Regelfall von einem Monat aus, Berlin von 3 Wochen. Siehe die Arbeitshilfen der Stadtstaaten auf den jeweiligen Internetseiten.

²³⁵ LSG Berlin-Brandenburg, U. v. 30.3.07 – L 23 B 27/06 AY – juris

4.2 Konkretisierungen der AVV zum AufenthG für die stationäre Notfallversorgung

Das Aufenthaltsgesetz ist ein Bundesgesetz, dessen Ausführung in weiten Teilen den Bundesländern unterliegen. Unter deren Aufsicht werden die Dienststellen des Landes oder einer kommunalen Gebietskörperschaft, meist die Ausländerbehörden, mit der Ausführung beauftragt. Damit eine einheitliche Rechtsumsetzung gewährleistet wird, kann die Bundesregierung mit der Zustimmung des Bundesrates laut Artikel 84 Abs. 2 GG eine allgemeine Verwaltungsvorschrift erlassen. Damit wird sichergestellt, dass das geltende Recht so angewandt wird, wie es vom Gesetzgeber gewollt ist.²³⁶

Die AVV zum AufenthG wurde 2009 federführend vom Bundesministerium des Inneren unter Einbeziehung der Innenministerinnen der Bundesländer erstellt. Im Juli 2009 wurde diese von der Bundesregierung beschlossen, woraufhin am 18. September 2009 der Bundesrat der neuen Verwaltungsvorschrift zustimmte. Die AVV löst die ‚Vorläufige Anwendungshinweise zum AufenthG und zum Freizügigkeitsgesetz/EU‘ des Bundesministerium des Inneren ab.²³⁷

Exkurs: Rechtswirkung einer Verwaltungsvorschrift

Eine Verwaltungsvorschrift (VwV) ist neben den Gesetzen und Verordnungen als eine „ungesicherte dritte Kategorie des Rechts“ als eine untergesetzliche Rechtsnorm²³⁸ einzuordnen.²³⁹ Eine VwV ist, wie der Name schon sagt, eine Anordnung, die sich an die Verwaltung richtet, also an die nachgeordneten Behörden und Bediensteten. Bindend ist sie nur für diesen verwaltungsinernen Bereich, das bedeutet, die Verwaltungsmitarbeitenden haben „kraft ihrer dienstrechtlichen Gehorsamspflicht“ die VwVen zu beachten und anzuwenden (sogenannte Innenwirkung).²⁴⁰ Für die Bürgerin selbst begründet die VwV, als interne Regelung, keine Rechte und Pflichten.²⁴¹

Juristisch stellt sich die Frage nach der Reichweite und Intensität der Bindungswirkung von VwVen.²⁴² In einer VwV werden bindende Maßstäbe für die Ausführung unbestimmter Rechtsbegriffe und bestehender Ermessensspielräume festgelegt. Damit erhalten sie für die Bürgerin, also im sogenannten Außenbereich, eine erhebliche Bedeutung. Allgemein ist inzwischen anerkannt, dass die faktische Außenwirkung von VwVen auch rechtliche Relevanz besitzt.²⁴³ Meinungsverschiedenheiten bestehen jedoch noch über die Begründungen und die Art der rechtlichen Außenwirkung. Diskutiert wird nach der herrschenden Lehre (h.L.) die ‚Außenwirkung über die Verwaltungspraxis und den Gleichheitssatz‘ (Art. 3 GG), daneben wird eine mit-

²³⁶ AVV zum AufenthG 2009, S. 2f. BT-Drs. 669/09

²³⁷ AVV zum AufenthG 2009, S. 1ff., BT-Drs. 669/09

²³⁸ Hill spricht zur besseren Abgrenzung stattdessen von Rechtssatz (Hill 2008, S. 988 Rn. 38).

²³⁹ Wahl 2003, S. 578

²⁴⁰ Maurer 2006, S. 633 Rn. 16

²⁴¹ Ebd. Rn. 17

²⁴² Ebd. Rn. 15

²⁴³ Die Rechtsauffassung und Entwicklung ist zusammenfassend dargestellt in: Schuppert, Gunnar Folke 2000, S. 267f.

telbare Außenwirkung mit dem ‚Grundsatz des Vertrauensschutz‘ zu begründen versucht. Teilweise wird in der Literatur den VwVen eine ‚unmittelbare Außenwirkung‘ zugesprochen, begründet durch das originäre Administrativrecht der Exekutiven.²⁴⁴

Über den Gleichheitssatz ist die Verwaltung verpflichtet, sich stets gleich zu verhalten (sogenannte Selbstbindung der Verwaltung). In diesem Falle hat sie eine direkte Rechtswirkung gegenüber der Bürgerin.²⁴⁵

Es ist nur dann sinnvoll eine Außenwirkung der VwVen zu diskutieren, wenn eine tatsächliche Wirkung nach außen vorhanden ist und wenn die Verwaltung einen Gestaltungsraum hat.²⁴⁶ Dafür ist eine differenzierte Betrachtung der einzelnen VwVen vonnöten, womit sich in der Literatur mit Typologien²⁴⁷ beholfen wird. Klassischerweise wird zwischen normeninterpretierenden, normenkonkretisierenden und ermessenslenkenden VwVen unterschieden.²⁴⁸

Klarstellung des Begriffs ärztliche Gehilfin

Für den konkreten Fall der diskutierten Vorschrift Nr. 88.2.3 AVV zum AufenthG ist von einer ‚normeninterpretierenden VwV‘ auszugehen. Bei dieser hat die Behörde keinen eigenen Entscheidungsspielraum. Die normeninterpretierenden VwV sollen die Verwaltungsbehörden zu einer einheitlichen Auslegung unbestimmter Rechtsbegriffe veranlassen. Der materielle Regelungsgehalt des Gesetzes selbst bleibt dabei unberührt.²⁴⁹ Der unbestimmte Rechtsbegriff der berufsmäßig tätigen Gehilfinnen wird in der AVV auf das mit der Abrechnung beauftragte Verwaltungspersonal in Krankenhäusern konkretisiert.

Das Grundrecht auf informelle Selbstbestimmung, welches durch § 203 StGB geschützt wird und in der Verlängerung auf § 88 Abs. 2 AufenthG übertragen wird, wird durch die AVV selbst nicht verändert. Normeninterpretierende VwVen bestimmen, was gesetzlich bereits festgelegt ist. Die Bürgerin kann sich unmittelbar auf das Gesetz berufen, die Bezugnahme auf die VwV ist überflüssig.²⁵⁰

Die Rechtswirkung einer VwV ist für den gegebenen Zusammenhang nicht weiter relevant, da im Falle einer Missachtung des Übermittlungsverbots, bei M.o.r.A. vermutlich nicht zu einer gerichtlichen Überprüfung kommt.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass alle ausführenden Behörden (auch die Sozialbehörde) des AufenthG und AsylbLG an die VwV gebunden sind. Wenn sie diese missachten, machen sie sich strafbar.

²⁴⁴ Maurer 2006, S. 635ff.

²⁴⁵ Maurer 2006, S. 640 Rn. 27

²⁴⁶ Ebd.

²⁴⁷ Die Typologien und die entsprechenden Bezeichnungen werden in der Literatur uneinheitlich verwendet. Eine sehr ausführliche Arbeit dazu Ko 1991, S. 30ff..

²⁴⁸ Maurer 2006, S. 630ff.; Hill 2008, S. 961f.

²⁴⁹ Schweikhardt/Vondung 2010, S. 30 Rn. 80

²⁵⁰ Maurer 2006, S. 641 Rn. 29

Datenweitergabe unter der Berücksichtigung des verlängerten Geheimnisschutzes

War bisher unklar, ob die öffentlichen Krankenhäuser verpflichtet sind, die Kenntnisnahme eines unerlaubten Aufenthalts zu melden, ist dies mit der AVV zum AufenthG ebenso klargestellt worden. Explizit wird in Nr. 88.2.3 AVV zum AufenthG das mit der Abrechnung befasste Verwaltungspersonal öffentlicher Krankenhäuser unter den berufsmäßig tätigen Gehilfinnen aufgeführt. Damit gilt die Geheimhaltungspflicht (ärztliche Schweigepflicht) auch für diese Berufsgruppe. In der Konsequenz unterliegt auch das Krankenhaus dem Übermittlungsverbot und darf die Ausländerbehörde oder Polizei nicht unterrichten, wenn sie Kenntnis über einen unerlaubten Aufenthalt einer Patientin erlangt. Ebenfalls konkretisieren Nr. 88.2.4.0 und Nr. 88.2.4.3 AVV zum AufenthG, dass sich der Geheimnisschutz der Verwaltungsmitarbeitenden des Krankenhauses in das Sozialamt hinein verlängert, wenn die Daten im Zuge der Kostenabrechnung weitergegeben werden.²⁵¹

Zusammenfassung: Verlauf der Datenübermittlung

Im medizinischen Notfall wird die Person ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus stationär behandelt. Das Krankenhaus macht seinen Kostenerstattungsanspruch gegenüber dem Sozialamt geltend. Die Daten, die durch die Verwaltungsmitarbeitenden weitergegeben werden, stehen unter der ärztlichen Schweigepflicht. Die Sozialbehörde darf aufgrund des verlängerten Geheimnisschutzes die Kenntnis des unerlaubten Aufenthalts der Patientin nicht an die Ausländerbehörde weiterleiten. Für die Kostenerstattung gegenüber dem Krankenhaus hat die Sozialbehörde zu überprüfen, ob eine Finanzierung aus eigenem Einkommen und Vermögen möglich ist oder eine vorrangige Leistungsverpflichtung durch Dritte vorliegt.²⁵² Dies kann eine inländische oder ausländische gesetzliche oder private Krankenversicherung sein, ein anderer Träger der Sozialhilfe oder – besonders relevant für M.o.r.A. – ein Dritte, die sich mit einer Verpflichtungserklärung gemäß § 68 AufenthG vorrangig zur Kostenübernahme verpflichtet hat.²⁵³ Diese Informationen; Aufenthaltsstatus der Patientin und die Kostenübernahme durch Dritte, liegen gegebenenfalls bei der Ausländerbehörde vor. Die Sozialbehörde hat diese Daten bei der Ausländerbehörde zu erfragen.²⁵⁴

4.5 Weitere Datenübermittlungspflichten und daraus folgende Umsetzungshürden

Sowohl im SozVersR als auch im SGB XII, SchwarzArbG, AufenthG und AsylbLG sind eine Vielzahl von Normen vorhanden, die eine Datenübermittlung zum Aufdecken eines unerlaubten Aufenthaltsstatus vorsehen. Erstmalig ist die Ausnahme für die stationäre Notfallversorgung konkretisiert worden. Dies kann bei den Behörden zu Unklarheiten über die richtige Auswahl

²⁵¹ Diese Rechtsauffassung wurde auch schon vor der Klarstellung durch die AVV diskutiert in Damman 2003, § 39 Abs. 1.

²⁵² Nach §§ 1 Abs. 5, 7 AsylbLG

²⁵³ Diese Verpflichtungserklärung ist in den meisten Fällen für die Einreise mit einem Touristenvisum nötig.

²⁵⁴ Die Sozialbehörde ist zur Ermittlung des Sachverhalts von Amts wegen verpflichtet (§ 20 SGB X).

gesetzlicher Verpflichtungen führen.

4.5.1 Datenübermittlung nach dem Sozialgesetzbuch

§ 9 Abs. 4 AsylbLG verweist auf die entsprechende Anwendung des § 118 SGB XII sowie auf Grundlage von § 120 BSHG bzw. § 117 SGB XII erlassenen Rechtsverordnungen. In § 118 Abs. 1 SGB XII ist festgelegt, dass ein regelmäßiger Datenabgleich (auch automatisiert) möglich ist, um einen Parallelbezug von Sozialhilfeleistungen und anderen Sozialleistungen auf ihre Richtigkeit hin zu überprüfen, aufzudecken und entgegenwirken zu können.²⁵⁵ Darüber hinaus ermöglicht § 118 SGB XII einen Datenabgleich mit anderen Stellen der Verwaltung, darunter auch den Ausländerbehörden. In § 118 Abs. 4 SGB XII werden die Träger der Sozialhilfe befugt „zur Vermeidung rechtswidriger Inanspruchnahme von Sozialhilfe“ Daten von Personen zu überprüfen und zu übermitteln. Die Daten zum Geburtsdatum und -ort, Personen- und Familienstand, Wohnsitz sowie Angaben zu Mietverhältnissen dürfen übertragen werden.²⁵⁶

Bei allen Datenübermittlungen und -abgleichungen nach § 118 Abs. 1 und 2 SGB XII sind die allgemeinen Vorschriften des Sozialdatenschutzes zu beachten.²⁵⁷ Gemäß § 118 Abs. 1 S. 4, Abs. 2 S. 4 SGB XII sind die Daten, die von den Sozialhilfeträgern (Sozialamt) an die Sozialleistungsträger (in unserem Fall von Relevanz sind die GKV, UV) übermittelt werden, „unverzüglich zurückzugeben, zu löschen oder zu vernichten“. Die zu löschenden Daten unterliegen einem absoluten Verwendungsverbot.²⁵⁸ Damit ist die Übermittlung der Daten durch die Auskunftsstellen (Sozialleistungsträger) an die Ausländerbehörde unzulässig. Hohm gibt zudem zu bedenken, dass die Sozialämter als AsylbLG ausführende Behörden keine generelle Befugnis zum Datenabgleich haben, sondern diese nur bei Verdacht auf Leistungsmissbrauch oder bei länger andauernden Hilfefällen seine Anwendung finden sollte.²⁵⁹

Aufgrund der auferlegten Pflicht des unverzüglichen Löschens der Daten und des Verwendungsverbots besteht durch § 9 Abs. 4 AsylbLG i.V.m § 118 SGB XII bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen für M.o.r.A. keine Gefahr der Datenübermittlung an die Ausländerbehörde.²⁶⁰

4.5.3 Datenübermittlung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Gemäß § 11 Abs. 3 AsylbLG ist die Sozialbehörde zum Datenabgleich mit der jeweils örtlich zuständigen Ausländerbehörde verpflichtet. In S. 2 des § 11 Abs. 3 werden die übermittelbaren und abgleichbaren Daten einzeln aufgeführt. Identitätsbezogene Daten (Name, Geburtsort und -datum, Staatsangehörigkeit, Geschlecht und Familienstand) und aufenthaltsbezogene Daten (Anschrift, Aufenthaltsstatus, Aufenthaltszeiten) sowie drittbezogene Daten, d.h. die von Dritten für Leistungsbezieher eingegangenen Verpflichtungen nach § 68 Abs. 1 AufenthG (Haftung

²⁵⁵ Gerdsmeyer 2011, S. 175; Krahmer 2008, § 118 SGB XII Rn. 1

²⁵⁶ Gerdsmeyer 2011, S. 175

²⁵⁷ Krahmer 2008, § 118 SGB XII Rn. 4

²⁵⁸ Ebd. Rn. 7

²⁵⁹ Hohm 2010, § 118 SGB XII Rn. 14

²⁶⁰ Gerdsmeyer 2011, S. 176

für den Lebensunterhalt²⁶¹), dürfen übermittelt werden.²⁶² Die Sozialbehörde hat nach § 11 Abs. 3 S. 1 eine Prüfpflicht, d.h. sie ist verpflichtet, die Daten des Leistungsbeziehenden mit den vorliegenden Daten der Ausländerbehörde zu überprüfen. Zu diesem Zwecke ist die Befugnis eingeräumt, die Daten zu übermitteln (Übermittlungsbefugnis). Die Ausländerbehörde hat diese Daten abzugleichen (Datenabgleichspflicht) und das Ergebnis der Sozialbehörde mitzuteilen (Ergebnisübermittlungspflicht).²⁶³ Die Norm soll es den leistungsgewährenden Behörden erleichtern, die Angaben der Antragstellenden auf ihre Richtigkeit hin zu überprüfen.²⁶⁴ Zweck der Norm ist es, die Vollzugsprobleme in der Praxis zu beseitigen und somit aufwändigen und zeitintensiven Doppeluntersuchungen entgegen zu wirken. Zudem soll eine rechtsmissbräuchliche Inanspruchnahme von Leistungen nach dem AsylbLG unterbunden werden.²⁶⁵ In der Gesetzesbegründung²⁶⁶ wird diese Auffassung des Normzwecks bestätigt: „Da umfangreiche und zeitintensive Doppelermittlungen den Interessen aller Beteiligten, **insbesondere auch den Interessen der Leistungsberechtigten** [herv. d. Verf.], zuwiderlaufen, wird die Pflicht zur Durchführung eines entsprechenden Datenabgleichs vorgesehen“.²⁶⁷

Der S. 5 der Norm ermöglicht einen automatisierten Datenabgleich. Grundsätzlich beinhaltet die Regelung keine datenschutzrechtlichen Bedenken.²⁶⁸ Eine entsprechende Pflicht der Ausländerbehörde zur Löschung der ihr von der Sozialbehörde übermittelten Daten – wie etwa in § 118 SGB XII – ist in der Norm nicht enthalten. Der Gesetzgeber erklärte dies 1998 folgendermaßen: „Bei richtigen und vollständigen Angaben der betroffenen Personen liegen die Daten, die die Identität und den Aufenthalt betreffen und zum Abgleich kommen, der jeweils anderen Behörde bereits vor. Deshalb ist keine Verpflichtung vorzusehen, nach der die Ausländerbehörde die ihr übermittelten Daten zu löschen hat. Aus dem gleichen Grunde ist es datenschutzrechtlich unbedenklich, die Ausländerbehörde zu verpflichten, Änderungen der zum Abgleich kommenden Daten ohne erneute Anfrage unmittelbar der für die Durchführung des AsylbLG zuständigen Behörde mitzuteilen“.²⁶⁹ Durch die fehlende Löschpflicht ist der Norm auch kein absolutes Verwendungsverbot hinsichtlich der Daten, die an die Ausländerbehörde übermittelt worden sind, zu entnehmen.

Hohm ist der Ansicht, dass allerdings ausreichend „organisations- und verfahrensrechtliche Vorkehrungen zu treffen“ sind, um einer „Verletzung des Persönlichkeitsrechts der Leistungsberechtigten wirksam entgegen wirken zu können“. Damit einhergehend sind „Vorkehrungen

²⁶¹ § 68 Abs. 1 AufenthG besagt: „Wer sich der Ausländerbehörde [...] gegenüber verpflichtet hat, die Kosten für den Lebensunterhalt eines Ausländers zu tragen, hat sämtliche öffentlichen Mittel zu erstatten, die für den Lebensunterhalt des Ausländers einschließlich der Versorgung mit Wohnraum und der Versorgung im Krankheitsfalle und bei Pflegebedürftigkeit aufgewendet werden, auch soweit die Aufwendungen auf einem gesetzlichen Anspruch des Ausländers beruhen“.

²⁶² Hohm 2010, § 11 AsylbLG Rn. 17

²⁶³ Ebd. Rn. 18

²⁶⁴ Birk 2005 § 11 AsylbLG Rn. 3

²⁶⁵ Gerdsmeyer 2011, S. 177; Hohm 2010, § 11 AsylbLG Rn. 14

²⁶⁶ Abs. 3 der Norm wurde 1998 im Zuge des 2. Änderungsgesetzes des AsylbLG der Norm hinzugefügt (BT-Drs. 13/10155).

²⁶⁷ BT-Drs. 13/10155, S. 6

²⁶⁸ Hohm 2010, § 11 AsylbLG Rn. 14

²⁶⁹ BT-Drs. 13/10155, S. 6

gegen eine Zweckentfremdung“ der übermittelten Daten zu treffen sowie die der Löschung von nicht mehr benötigten Daten sicherzustellen.²⁷⁰

Zulässigkeit des Datenabgleichs nach § 11 Abs. 3 i.V.m. der Kostenerstattung im Notfall

Nach dem genauen Wortlaut des § 11 Abs. 3 werden nur die „Personen, die Leistungen nach diesem Gesetz beziehen“, erfasst. Diejenigen, die lediglich den Status der Leistungssuchenden innehaben, also prinzipiell keine Leistungen nach dem AsylbLG beziehen, werden nicht mit eingeschlossen.²⁷¹

Dies trifft für M.o.r.A. zu, woraus der Schluss zu ziehen ist, dass der Datenabgleich laut § 11 Abs. 3 nicht auf sie anwendbar ist. Unterstützt wird diese Annahme durch den bereits aufgeführten Zweck der Norm, der nicht darauf abzielt einen unerlaubten Aufenthalt aufzudecken sondern einen doppelten Leistungsmissbrauch zu unterbinden.

Unabhängig davon findet in dem hier relevanten Fall der stationären Notfallversorgung mit Kostenerstattung unter dem verlängerten Geheimnisschutz der § 11 Abs. 3 keine Berechtigung der Datenweitergabe. Das Sozialamt ist dazu verpflichtet, die Anspruchsberechtigung zu prüfen, wozu sie Informationen der Ausländerbehörde benötigt. Diese muss sie einholen, dabei aber sicherstellen, dass sie die Daten, die unter verlängertem Geheimnisschutz stehen, selbst nicht weiter gibt. Hinter § 88 AufenthG stehen die unter Strafe gestellten Schutzgüter; die informellen Selbstbestimmung, welche sich direkt aus den Grundrechten ergibt, und das Allgemeininteresse der Vertrauensbeziehung zwischen Ärztin und Patientin. Die Konkretisierung ist in der AVV geregelt und stellt explizit auch die Verwaltungsmitarbeitenden unter die ärztliche Schweigepflicht. Die Daten, die an die Sozialbehörde unter diesem verlängerten Geheimnisschutz zum Zwecke der Kostenabrechnung weitergegeben werden, dürfen von dieser nicht übermittelt werden, selbst dann nicht, wenn ein Datenabgleich durch andere Normen (konkret dem § 11 Abs. 3 AsylbLG) vorgesehen ist.

4.6 Rechtsinterpretation und Weisungen einzelner Bundesländer

Sinn der Verwaltungsvorschrift ist die einheitliche Umsetzung der Normen in allen Bundesländern. Durch die eben dargestellten unklaren Datenübermittlungspflichten- bzw. -verbote ist es relevant, die Umsetzung durch die Bundesländer zu betrachten. Exemplarisch werden die Bundesländer Berlin, Niedersachsen und Hamburg vorgestellt. Den Ausführungen liegen nur vereinzelt verfügbare Materialien zugrunde, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder eine Abbildung der Wirklichkeit darstellen. Allenfalls kann eine Tendenz der Umsetzungen in der Praxis daraus hergeleitet werden.

²⁷⁰ Hohm 2010, § 11 AsylbLG Rn. 14

²⁷¹ Gerdsmeyer 2011, S. 177; Hohm 2010, § 11 AsylbLG Rn. 15

4.6.1 Beispiel 1: Stadtstaat Berlin

Laut eigener Aussage vertritt der Senat von Berlin das Ziel, dass in Berlin lebende Personen ohne Aufenthaltsstatus „einen tatsächlichen Zugang zu all den Menschenrechten (erhalten), die als Jedermannsrechte bezeichnet werden. Dies schließt die grundgesetzlichen verankerten Rechte auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit, auf Leben und körperliche Unversehrtheit, [...] ein“.²⁷²

Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz hat sich bereits vor der Präzisierung durch der AVV zum AufenthG mit einem Schreiben (vom 21.11.2008) an die Geschäftsführungen der Berliner Krankenhäuser gewandt und ihre Rechtsauffassung bezüglich der Übermittlungspflicht von Seiten der Krankenhäuser an die Ausländerbehörde dargelegt. Nach dieser Rechtsauffassung sind die öffentlichen Krankenhäuser nicht zur Datenübermittlung an die Ausländerbehörde verpflichtet. Nach dem Inkrafttreten der AVV zum AufenthG 2009 informierte der Senat die öffentlichen Krankenhäuser mit einer schriftlichen Mitteilung (vom 16.12.2009), mit Verweis auf die vorhergegangene, über die klare Benennung der Rechtsauslegung, die sich aus der AVV zum AufenthG ergeben. Schlussfolgernd wird darin dargestellt, dass

- der verlängerte Geheimnisschutz seine Gültigkeit auch für Mitarbeitende der Verwaltung der Krankenhäuser hat und
- sich daraus eine Kostenerstattungsmöglichkeit bei Notfallbehandlungen bei M.o.r.A. ergibt, die die Betroffenen nicht gefährden.²⁷³

Ebenfalls wurden die Bezirksämter Berlins zu Händen der Amtsleitungen Soziales über die Interpretation des Rechtsbegriffs ärztliche Gehilfin nach § 203 Abs. 1 Nr. 1,2,4 und 6, Abs. 3 StGB und dem daraus folgernden verlängerten Geheimnisschutz durch die AVV zum AufenthG informiert. Wörtlich wird abschließend aufgeführt: „Für die Sozialbehörden folgt daraus, dass, soweit weder die öffentliche Gesundheit tangiert noch Drogenmissbrauch vorliegt (vgl. 88 Abs. 2 Nr. 1 und 2 AufenthG), Erkenntnisse über den illegalen Aufenthalt eines Ausländers, die durch die Mitarbeiter eines Krankenhauses im Zuge der Abrechnung einer Notfallbehandlung mitgeteilt worden sind, der Ausländerbehörde nicht übermittelt werden dürfen“.²⁷⁴

Auf der Internetseite des Stadtstaats Berlin sind konkrete „Hinweise zur Umsetzung des § 25 SGB XII Krankenhäuser als Nothelfer“, aufgeführt. Diese richten sich sowohl an die Krankenhäuser als auch an die Träger der Sozialhilfe bzw. die Träger des Asylbewerberleistungsgesetzes, um auf ein einheitliches Vorgehen bei der Prüfung von Anträgen, die nach § 25 SGB XII gestellt werden, hinzuwirken.²⁷⁵

Grundlegend werden die Regelungen zu § 25 – äquivalent zum bereits dargelegten – aufgeführt

²⁷² Senat von Berlin 2008, AGH-Drs. 16/1149, S. 3

²⁷³ Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit Umwelt und Verbraucherschutz: Staatssekretär Hoff 2009, S. 1f.

²⁷⁴ Berliner Senatsverwaltung für Integration Arbeit und Soziales 2009, S. 2; Groß, Bieniok 2011, S. 231

²⁷⁵ Berliner Senatsverwaltung Bereich Gesundheit 2011 online

und genannt. Explizit wird wiederum auf das Übermittlungsverbot nach § 88 Abs. 2 AufenthG i.V.m. Nr. 88.2.4.0 und 88.2.3 hingewiesen. Überdies wird darauf verwiesen, dass der Anspruch abzulehnen sei, wenn die Identität und/oder Mittellosigkeit der Patientin nicht feststellbar (Nichtaufklärbarkeit des Sachverhalts) ist. Um dies zu verhindern werden für den Antrag auf Kostenerstattung zwei beigegefügte Formulare²⁷⁶ empfohlen. Zum einen ein Antrag auf Kostenübernahme im Rahmen des § 25 SGB XII selbst und zum anderen ein Fragebogen für die Bedürftigkeits- und Anspruchsberechtigungsprüfung, der von den betreffenden Patientinnen auszufüllen ist.²⁷⁷

Bemerkenswert bei dem Formblatt ist die Möglichkeit einer Angabe durch das Krankenhaus, ob die Patientin selbst keine weiteren Angaben machen konnte oder dass die Kopie zum Fragebogen nicht angefertigt wird. Beides ist vom Krankenhaus zu begründen.²⁷⁸ Ob diese Begründung in der Praxis angenommen wird ist dabei fraglich. Eine Diskussion um die Datenübermittlung gemäß § 11 Abs. 3 AsylbLG mit dem Ziel die benötigten Informationen zur Anspruchsberechtigungs- und Bedürftigkeitsprüfung zu erhalten, findet in der Rechtsauffassung und den Handlungen des Berliner Senats keine Beachtung.²⁷⁹ Gleichwohl ist auf dem auszufüllenden Fragebogen eine Frage bezüglich einer Verpflichtungserklärung durch Dritte (nach § 68 AufenthG) zu beantworten.²⁸⁰

4.6.2 Beispiel 2: Bundesland Niedersachsen

In der Stadt Göttingen führten die Klarstellungen im Bereich der stationären Notfallversorgung durch die AVV zu einer Anfrage vom 8.12.2009 der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN im Rat der Stadt Göttingen an den Ausschuss für Soziales und Wohnungsbau.²⁸¹

Gefragt wird darin explizit, ob durch die AVV rechtlich eine Möglichkeit geschaffen worden ist, die die Abrechnung mit dem Sozialamt ohne Übermittlung personenbezogener Daten gewährleistet.²⁸² Zudem wurde der Verfahrensweg erfragt, wie die gewährleistet werden kann, dass die sensiblen Daten (die im Rahmen des verlängerten Geheimnisschutzes gewonnen werden) nicht an die Ausländerbehörde übermittelt werden.²⁸³

Die Antworten der Stadträtin für die Stadt Göttingen erfolgt am 16.2.2010 mit einer beigegefügten Rechtsauffassung des Niedersächsischen Ministeriums für Inneres, Sport und Integration.²⁸⁴

In den Ausführungen des Niedersächsischen Ministeriums wird die Rechtsauffassung vertreten, dass die Krankenhausverwaltung selbst keinen Anspruch auf die Erstattung ihrer Kosten hat,

²⁷⁶ Ebd.

²⁷⁷ Ebd.

²⁷⁸ Formblatt I: Antrag auf Kostenübernahme im Rahmen des § 25 SGB XII. online unter Ebd.

²⁷⁹ Dies ergibt sich aus dem Beschriebenen und aus einer Mitteilung an die Verfasserin am 19.9.2011 eines Hilfenetzwerkes.

²⁸⁰ Formblatt II: Fragebogen (Anlage zum Antrag auf Kostenübernahme im Rahmen des § 25 SGB XII), S. 1,

²⁸¹ Bündnis 90/DIE GRÜNEN Ratsfraktion Göttingen 2009, S. 1

²⁸² Ebd. Frage 4, 6

²⁸³ Bündnis 90/DIE GRÜNEN Ratsfraktion Göttingen 2009, S. 1

²⁸⁴ Göttingen Stadt 2010, S. 1

wenn M.o.r.A. behandelt werden. Dabei wird auf den Leistungsanspruch nach § 1 Abs. 1 Nr. 5 AsylbLG i.V.m. § 4 AsylbLG verwiesen, wonach nur ein subjektiver Leistungsanspruch der Leistungsberechtigten besteht.²⁸⁵

Dies ist für den medizinischen Regelfall zutreffend, allerdings wird hier der spezielle Fall der Kostenerstattungsmöglichkeit im medizinischen Notfall nach § 25 SGB XII der Krankenhäuser, wenn sie als Nothelfer agieren, nicht berücksichtigt. Wie bereits ausgeführt, ist unter dieser Voraussetzung eine Kostenerstattung durch das Sozialamt an das Krankenhaus möglich.

Im letzten Abschnitt der Ausführungen des Innenministeriums Niedersachsens wird dargelegt: „Zur Inanspruchnahme der (öffentlichen) Leistungen nach § 4 AsylbLG müssen Ausländer bereit sein, ihre Personalien offen zu legen. Die Leistungsbehörde, die über den Antrag entscheidet, ist dann übermittlungspflichtig“. Weiter wird aufgeführt, dass sich diese Übermittlungspflicht auch aus § 11 Abs. 3 AsylbLG ergibt.²⁸⁶

Zu erstens ist die Aussage auch mit der Rechtslage, die sich bei der regulären Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen ergibt, vereinbar. Wiederum wird hierbei jedoch der Sonderfall des Notfalls, nicht bedacht. Zu zweitens ist der Verweis auf § 11 Abs. 3 AsylbLG grundsätzlich richtig, allerdings nicht in dem Sonderfall der stationären Notfallversorgung, bei dem die Daten unter den besonderen Schutz des verlängerten Geheimnisschutzes fallen und demnach ein Datenabgleich nicht zulässig ist.

4.6.3 Beispiel 3: Stadtstaat Hamburg

Dem Stadtstaat Hamburg ist die Problematik der Präzisierung durch die AVV in der stationären Notfallversorgung bekannt.

Auf der Internetseite des Landes befindet sich eine ausführliche Arbeitshilfe zu § 25 SGB XII mit Stand vom 6.12.2010. Nach den allgemeinen Ausführungen zur Rechtssituation des § 25 SGB XII wird explizit unter Nr. 6. auf die Übermittlungspflicht bzw. das -verbot eingegangen. „Eine **Ausnahme** [zur Übermittlung von Personalien und Daten über den Aufenthalt und die aufenthaltsrechtlichen Verhältnisse an die Ausländerbehörde] gilt allerdings dann, wenn die Dienststellen Kenntnis von Personalien und Daten über die aufenthaltsrechtlichen Verhältnisse direkt durch die Krankenhausverwaltung oder einen Arzt erlangen (**verlängerter Geheimnisschutz**) und damit regelmäßig in den Fällen der Nothilfe nach § 25 SGB XII“.²⁸⁷

Weiter wird ausgeführt, dass der verlängerte Geheimnisschutz „auch nicht einer Prüfung der Leistungsberechtigung entgegen“ steht. „**Bei ausländischen Hilfebedürftigen ist deshalb bei der Ausländerabteilung mittels des als Anlage 2 beigefügten Formblatts [...] zu ermitteln**, ob und ggf. welche Erkenntnisse dort über

➤ deren **Aufenthaltsstatus** (zur Abgrenzung der Leistungsberechtigung nach SGB XII oder

²⁸⁵ Niedersächsisches Ministerium für Inneres, Sport und Integration 2010, S. 1f.

²⁸⁶ Ebd.

²⁸⁷ Hamburg Stadt und Staat 2010, online

AsylbLG)

- das **Vorliegen einer Verpflichtungserklärung** nach § 68 AufenthG [...] bestehen“.²⁸⁸

Verfahrenswegabschnitt: Sozialbehörde – Ausländerbehörde

Mittels des erwähnten Formblatts (Anlage 2 zur Arbeitshilfe zu § 25 SGB XII: Entwurf eines Schreibens in Fällen des verlängerten Geheimnisschutzes) wird die nötige Abfrage zum Aufenthaltsstatus und der Verpflichtungserklärung von Seiten der Sozialbehörden an die Ausländerbehörden im Sinne des verlängerten Geheimnisschutzes gewährleistet. Es findet eine reine Abfrage der benötigten Daten statt, ohne gleichzeitig der Ausländerbehörde die erhobenen Daten zu übermitteln. Angegeben für die Abfrage werden lediglich der Name der Person und das Geburtsdatum. Begründet wird dies bei der Ausländerbehörde folgendermaßen: „**Da wir die oben genannten Daten direkt vom Krankenhaus/Arzt erhalten haben, unterliegen diese dem verlängerten Geheimnisschutz, der aus der ärztlichen Schweigepflicht resultiert**“. Außerdem wird die Ausländerbehörde darauf hingewiesen: „**Diese Daten dürfen nicht anderweitig verwendet werden, sondern nur zum Zwecke der Abrechnung mit dem Krankenhaus/Arzt. Wir bitten Sie ausdrücklich diese Zweckbindung gemäß § 13 Absatz 2 Satz 2 Hamburgisches Datenschutzgesetz zu beachten**“.²⁸⁹

Diese Arbeitshinweise beinhalten einen einwandfreien Umgang der komplizierten Rechtslage. Der Geheimhaltungspflicht der Daten nach § 88 Abs. 2 AufenthG in der Verlängerung mit 88.2.3. AVV zum AufenthG wird dem Datenabgleich gemäß § 11 Abs. 3 AsylbLG Vorrang eingeräumt. Gleichwohl werden ordnungsgemäß die Leistungsanspruchsvoraussetzungen überprüft.

Verfahrenswegabschnitt: Patientin – Krankenhaus – Sozialbehörde

Die korrekte Lösung im Umgang mit dem Datenabgleich mit der Ausländerbehörde steht, damit im gesamten Verlauf eine gewünschte medizinische Notfallversorgung faktisch gewährleistet werden kann, das Formblatt (Anlage 1 „Nachweisübersicht zur Prüfung des § 25 SGB XII“ dies entspricht der Bedürftigkeitsprüfung), entgegen.

Auf diesem werden die benötigten Nachweise zur Überprüfung der Rückerstattung aufgezählt. Dies ist soweit nicht problematisch, bis im letzten Abschnitt darum gebeten wird, dass die Patientin einige Nachweise „**direkt an die zuständige Dienststelle**“ schicken soll. Darunter werden aufgeführt

- „der schriftliche Nachweis zur Hilfebedürftigkeit (ausdrückliche und schlüssige Erklärung der Patientin zu ihren Einkommens- und Vermögensverhältnissen),
- schriftliche Erklärung zum Fehlen einer Verpflichtungserklärung,
- Nachweis zu Familienangehörigen“.²⁹⁰

²⁸⁸ Ebd. Nr. 6. Übermittlungspflichten

²⁸⁹ Hamburg Stadt und Staat 2010, Anlage 2 zur Arbeitshilfe zu § 25 SGB XII

²⁹⁰ Hamburg Stadt und Staat 2010, Anlage 1 zur Arbeitshilfe zu § 25 SGB XII

Begründet wird dieses Verfahren mit dem Verbot an Nothelfende, Daten von Patientinnen ohne deren Einverständniserklärung weiterzugeben.²⁹¹

Ob dieser Verfahrensweg auch für M.o.r.A. vorgesehen ist, ist aus den Ausführungen nicht klar ersichtlich. Wenn dies jedoch der Fall ist, gelangen die Daten direkt von der Betroffenen an das Sozialamt. Somit unterliegen diese Daten nicht mehr der Schweigepflicht und dürften an die Ausländerbehörde weitergegeben werden.

4.7 Stationäre Notfallversorgung de facto

Ungewiss ist, zwei Jahre nach der Einführung der AVV, wie die einzelnen Akteurinnen agieren, also die Krankenhäuser und Sozialbehörden und die M.o.r.A. selbst. Die Kenntnis aller Beteiligten der AVV ist die grundlegende Voraussetzung für eine Umsetzung.²⁹² Es fehlen zu diesen Entwicklungen weitgehend Erfahrungen aus der Praxis, ob die ‚Klarstellungen‘ durch die AVV auf allen Ebenen bekannt sind.²⁹³ Die Bundesärztekammer klärt die Ärztinnen mittels eines Faltblatts über die Kostenerstattungsmöglichkeit und die rechtliche Situation der Behandlung von M.o.r.A. auf.²⁹⁴ Ebenso informiert die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) seit dem 12. Februar 2010 (also ein halbes Jahr nach Inkrafttreten der AVV) auf Bitten der Bundesärztekammer hin, über die krankenhausrelevanten Regelungen, die aus der AVV resultieren.²⁹⁵ Mitarbeitende aus Hilfsnetzwerken bezweifeln jedoch, dass die AVV grundsätzlich bei den Krankenhausverwaltungen, den Sozial-, und Ausländerbehörden und der Polizei bekannt ist. Ebenso wie bei Ärztinnen, Verwaltungsmitarbeiterinnen (des Krankenhauses und der Behörden) und den M.o.r.A. selbst, also denjenigen Akteurinnen, die direkt im Prozess aktiv sind.²⁹⁶

Von Seiten der Hilfsnetzwerke wird zudem kritisch angemerkt, dass unsicher ist, wie die einzelnen Akteurinnen im konkreten Fall handeln und ob dieses auch zu dem gewünschten Ergebnis führt, d.h. dem gesicherten Zugang zur medizinischen Notfallbehandlung für M.o.r.A..²⁹⁷ Die praktische Umsetzung der Kostenerstattung durch die Sozialämter sei ungeklärt und schwerfällig. Die zentrale Hürde für eine reibungslose Umsetzung sei die materielle Bedürftigkeitsprüfung, die das Sozialamt für die Leistungsgewährung benötigt.²⁹⁸ Gefordert und benötigt werden Dokumente wie die Kopie eines gültigen Identitätspapiers und Reisepasses, der Mietvertrag, die Einkommensnachweise und die Kontoauszüge sowie die Meldebescheinigung. Diese Unterlagen können von M.o.r.A. nicht erbracht werden aufgrund dessen, dass sie über derlei

²⁹¹ Ebd.

²⁹² Huschke 2011, S. 167

²⁹³ Fisch 2011, S. 38

²⁹⁴ Bundesärztekammer 2010, S. 1ff.

²⁹⁵ Deutsche Krankenhausgesellschaft 2011, online

²⁹⁶ Tolsdorf 2011, S. 132; Huschke 2011, S. 167; Mylius 201, S. 107

²⁹⁷ Groß/Bieniok 2011, S. 231

²⁹⁸ Bartholome et al. 2010, S. 22

nicht verfügen.²⁹⁹ (Selbst) wenn der notwendige Antrag mit ausreichenden Dokumenten vollständig vom Krankenhaus an die Sozialbehörde gestellt worden sei, so die Erfahrungen aus der Praxis, wird dieser regelmäßig abgelehnt. Lediglich mit Widersprüchen, Beharrlichkeit und Sachkenntnis von Seiten der Krankenhausverwaltungen könne eine Kostenerstattung in Nothilfesituationen vom Sozialamt bewirkt werden.³⁰⁰ Wie sich aus § 25 SGB XII ergibt, tragen die Nothelfenden das Risiko für die Kostenerstattung. De facto müssen die Krankenhäuser für die Kosten der Notfallbehandlung des M.o.r.A. aufkommen.³⁰¹

Die beschriebenen Praxishürden gehen beispielhaft aus einem Interview mit einem Leiter eines Sozialamtes einer deutschen Großstadt hervor: „Persönliche Daten, die ein Ausländer anlässlich seiner Behandlung einem Arzt (ambulant oder im Krankenhaus) oder seinen Helfern (Verwaltung, Abrechnungsstellen...) offenbart hat und durch diese an den SHTr. [Sozialhilfeträger] zwecks Bezahlung weitergeleitet werden, darf der SHTr. nicht mehr (wie bisher) an die Ausländerbehörden im Rahmen von § 87 Abs. 2 AufenthG weitergeben. Denn diese Daten sind im Rahmen von § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB besonders geschützt und dürfen, wenn sie dem SHTr. zur Prüfung des Sozialhilfeanspruchs zugänglich gemacht werden, nicht weitergegeben werden (88.2.1, 88.2.3, 88.2.4.3 AVV). Die Frage, ob wir gegenüber dem Krankenhaus Kosten übernehmen müssen, wird davon nicht berührt. Das Krankenhaus wird nach wie vor den Nachweis führen müssen, dass in der konkreten Person Hilfebedürftigkeit vorgelegen hat. Insoweit sind uns also konkrete Daten zu übermitteln [...]“.³⁰²

Somit zeigt sich de facto, dass die Bedürftigkeitsprüfung für die Kostenerstattung dem gewünschten Endziel, der Sicherstellung einer stationären Notfallbehandlung für M.o.r.A., entgegensteht.

4.8 Rechtskonsequenzen zur Veränderung der stationären Notfallbehandlung

Aus den unterschiedlichen Anweisungen und Rechtsinterpretationen auf lokaler Ebene wird die Rechtsunsicherheit bei der Umsetzung der stationären Notfallbehandlung von M.o.r.A. deutlich. In einem Politikbericht des Jahres 2009 gibt das BAMF an, dass sich M.o.r.A. mit dem in Kraft treten der AVV. im Krankenhaus behandeln lassen können, ohne befürchten zu müssen, entdeckt zu werden. In der Folge wird ausgeführt, dass: „Wenn Ärzte auf dem Weg der Kostenabrechnung personenbezogene Daten illegal aufhältiger Ausländer an die Sozialbehörde melden, ist es diesen nunmehr untersagt, die entsprechenden Daten weiterzuleiten“.³⁰³

In aktuellen internen Stellungnahmen (Sept. 2011) des Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und Bundesministerium für Gesundheit (BMG) werden die Rechtsauffassungen

²⁹⁹ Groß/Bieniok 2011, S. 231; Mylius 2011, S. 107

³⁰⁰ Groß/Bieniok 2011, S. 231

³⁰¹ Huschke 2011, S. 167; Mylius 2011, S. 107

³⁰² Mylius 2011, S. 101

³⁰³ BMI 2009, S. 39

auch von den obersten Ministerien unterschiedlich vertreten.³⁰⁴

Das BMAS gibt die Auskunft, dass zur Klärung der Leistungsberechtigung die zuständige Behörde die von ihr bei den Krankenhäusern und Ärztinnen erhobenen Daten nach § 11 Abs. 3 AsylbLG an die Ausländerbehörde übermitteln und abgleichen lassen darf. Dieses Verfahren sei in dieser Form erforderlich, um die Leistungsberechtigung zu klären. Eine Kostenerstattung sei ansonsten durch die Sozialbehörde an die Leistungserbringenden nicht möglich. Das BMG geht allerdings von einer anderen Sachlage aus. Laut Ministerium unterbindet die AVV die Weitergabe personenbezogener Daten durch öffentliche Einrichtungen, dem stehen auch keine anderen Datenübermittlungen entgegen.³⁰⁵

Der Gesetzgeber hat mit der AVV die Ausnahmeregelung des stationären Notfalls präzisiert, die eine Möglichkeit der Inanspruchnahme der Leistungen bieten soll. Wenn eine faktische Leistungsinanspruchnahme wirklich sein Wille ist, ist eine deutlichere Klarstellung der Rechtsunsicherheit dringend erforderlich. Der Gesetzgeber ist gefordert, die bestehende Regelung ausdrücklich gesetzlich zu formulieren, sodass sich keine Datenübermittlung aus anderen Normen erschließen lässt.

Denkbar wäre ein klarer Verweis, dass andere Datenübermittlungspflichten, wie insbesondere der § 11 Abs. 3 AsylbLG, in diesem Sonderfall keine Anwendung finden dürfen. Dies kann konkretisierend ebenfalls in einer VwV festgelegt werden. Eine andere Lösung wäre eine Entfernung des Abs. 3 des § 11 AsylbLG, welcher im Gesetzgebungsverfahren schwer kritisiert wurde.³⁰⁶ Mit einer derartigen gesetzlichen Veränderung wäre de jure eine tatsächliche Verhinderung der Datenübermittlung geregelt.

Dennoch wäre damit die Kostenübernahme selbst nicht sicher gestellt. Dies bedarf einer anderen Regelung, welche die Datenerhebung für die Leistungsvoraussetzungen einschränken würde oder zumindest einen praktikablen Lösungsweg bieten würde, der die Bedürftigkeitsprüfung für die betreffenden Personen erfüllbar gestaltet.

³⁰⁴ Dies wird in einem Artikel vom 8.9.2011 in der taz.die tageszeitung: „Bei Krankheit droht Abschiebung“ berichtet. (abzurufen unter <http://www.taz.de/!77666/>). Die genannten internen Stellungnahmen liegen der Autorin vor.

³⁰⁵ Ebd.

³⁰⁶ Während des Gesetzgebungsverfahrens 1998 wurde dies vom Gesundheitsausschuss kritisiert; eine einsprechende Regelung des allgemeinen Datenschutzes solle getroffen werden. Die zuständigen Behörden und die Ausländerbehörde wurden dazu aufgefordert einen Zeitpunkt der Löschung, nach Kriterien des allgemeinen Datenschutzes, festzulegen (BT-Drs. 13/11172, S. 7); Vgl. auch Gerdsmeier 2011, S. 177.

5 Fazit und Ausblick

Eine gesundheitlich-medizinische Versorgung bei Krankheit ist für M.o.r.A. nach dem AsylbLG vorgesehen. Die berechtigten Leistungen werden aufgrund der Übermittlungspflichten des Aufenthaltsstatus an die Ausländerbehörde durch öffentliche Stellen von den Betroffenen nicht in Anspruch genommen.

Die AVV zum AufenthG hat die ‚angenommenen‘ Klarstellungen gebracht, dass eine Datenübermittlung im stationären Notfall an die Ausländerbehörde weder über das Krankenhaus selbst, noch über das Sozialamt, dem die Daten für die Kostenerstattung weitergeleitet werden, zulässig ist.

Das Krankenhaus hat im Notfall einen Erstattungsanspruch nach § 25 SGB XII der entstandenen Kosten gegenüber der Sozialbehörde. Das Sozialamt ist von Amts wegen zur Ermittlung des Sachverhalts verpflichtet. Für die Überprüfung der Leistungsvoraussetzung benötigt die Sozialbehörde zum einen Informationen zum Aufenthaltsstatus der Person und zum anderen ob eine Dritte für die Leistung der Person aufzukommen hat. Diese Informationen liegen gegebenenfalls bei der Ausländerbehörde vor.

Ob bei der Datenerfragung der benötigten Informationen von Seiten der Sozialbehörden an die Ausländerbehörden gleichzeitig eine (automatisierte) Datenübermittlung oder -abgleichung stattfinden darf, ist fragwürdig.

Aus § 9 Abs. 4 AsylbLG i.V.m. § 118 SGB XI, ergibt sich aufgrund des Sozialdatenschutzes bei der Inanspruchnahme medizinischer Notfalleistungen für M.o.r.A. keine Gefahr der Datenübermittlung an die Ausländerbehörde.

Inwiefern eine Datenübermittlung gemäß § 11 Abs. 3 AsylbLG an die Ausländerbehörde zulässig ist, ist ungewiss. Dagegen lässt sich dreierlei argumentieren.

Erstens kann der Zweck der Norm aufgeführt werden, welcher die Vollzugsprobleme in der Praxis beseitigen soll und aufwändige und zeitintensive Doppeluntersuchungen sowie ein Leistungsmissbrauch verhindern soll. Sinn der Norm ist nicht die Ermittlung eines unerlaubten Aufenthalts. Zweitens kann angeführt werden, dass der Datenabgleich nach § 11 Abs. 3 AsylbLG nach dem direkten Wortlaut der Norm nur für Personen zulässig ist, die, „Leistungen nach diesem Gesetz“ beziehen, worunter M.o.r.A. grundsätzlich nicht fallen. Drittens grenzt das Übermittlungsverbot in § 88 Abs. 1 und 2 AufenthG i.V.m. § 203 StGB – und in der Verlängerung durch die Präzisierungen in der AVV – eine Datenweitergabe ein. Der Schutz des Privatgeheimnisses, welcher verfassungsrechtlich zugesprochen wird und mit § 203 StGB bei Missachtung unter Strafe gestellt ist, hat Vorrang vor Normen, die eine Datenweitergabe denkbar

machen.

Die Sozialbehörde ist demnach nicht befugt einen Datenabgleich mit der Ausländerbehörde zu vollziehen, sondern hat nur eine Datenerfragung bei der Ausländerbehörde zu tätigen.

Diese Rechtsauffassung wird allerdings nicht von allen ausführenden Behörden und weisenden Bundesländern geteilt, was sich aus den dargestellten Beispielen einzelner Bundesländer ergibt. Entgegen des Zwecks einer VwV resultiert daraus eine uneinheitliche Handhabung der Verwaltungen.

Der Gesetzgeber hat mit den Präzisierungen in der AVV zum AufenthG, dass auch Verwaltungsmitarbeitende im Krankenhaus der Schweigepflicht unterliegen und sich somit die Geheimhaltungspflicht in die Sozialbehörden hinein verlängert, seinen Willen zu einem ungehinderten Zugang zur stationären Notfallversorgung bekundet.

Um diesen de jure zu ermöglichen, muss eine rechtliche Richtigstellung und Verbesserung der jetzigen Regelung erfolgen, sodass keine anderen Normen eine Übermittlungspflicht in diesem Sonderfall denkbar erscheinen lassen.

In der Praxis wird jedoch zu der bisher unklaren rechtlichen Situation das Problem der Bedürftigkeitsprüfung weiterhin bestehen. Um de facto einen Zugang zur medizinischen Notfallversorgung zu ermöglichen, muss ergänzend eine Lösung gefunden werden, sodass von der betroffenen Person die benötigten Daten und Angaben tatsächlich erbracht werden können.

Eine absurde Situation ergibt sich allerdings, wenn im Notfall eine Behandlung tatsächlich ermöglicht wird, eine Regelversorgung aber ausbleibt. Dies führt zu einer unverantwortlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Betroffenen. Geholfen wird erst, wenn eine Erkrankung bereits soweit fortgeschritten ist, dass sie Folgeschäden verursacht.³⁰⁷ Dies steht im Gegensatz zu jeglichem Präventionsgedanken und der Achtung vor der Menschenwürde.

Die medizinisch-gesundheitliche Versorgung für M.o.r.A. ist in Deutschland auch nach der rechtlichen Präzisierung durch der AVV – und der Implementierung einzelner Modellprojekte³⁰⁸ – unverändert problematisch.³⁰⁹ Voraussetzung für die allgemeine Sicherstellung der medizinischen Versorgung von M.o.r.A. ist, auf rechtlicher Ebene eine Lösung zu finden, bei der die Geheimhaltung des Statuts gewährleistet wird. Der Gesetzgeber hat in seinem Leistungsrecht seinen Willen bekundet, die Behandlung von M.o.r.A. sicherzustellen. Wenn eine umfassende Versorgung sichergestellt werden will, ist eine grundsätzliche Einschränkung der Übermitt-

³⁰⁷ Ganz abgesehen von der Kostenfrage, die im medizinischen Notfall um ein vielfaches höher ist.

³⁰⁸ Politisch konnte in München und Bremen eine medizinische Versorgung ermöglicht werden. In beiden Städten sind lokale Lösungen und Modelle entwickelt worden, nach denen gearbeitet wird. Zur Vertiefung siehe für das Müncher-Modell: Anderson 2011, S. 173-196; Spohn 2010, S. 3ff. Zum Bremer Modell siehe Lotze 2009, S. 89-97.

³⁰⁹ Schultz 2011, S. 9

lungspflichten geboten.³¹⁰

Charakteristisch für den Kenntnisstand über die Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsversorgung von M.o.r.A. ist, dass dieser signifikant bei nichtstaatlichen sowie nichtwissenschaftlichen Expertinnen konzentriert ist. Die vorliegende Arbeit hat einen Beitrag in der Diskussion um die rechtliche Situation der Versorgungslage für M.o.r.A. geleistet. Die Präzisierungen durch die AVV zum AufenthG in der stationären Notfallversorgung von M.o.r.A. wurden aufgearbeitet. Die Abweichungen zwischen den rechtlich zugesprochen Leistungen und der Versorgungslage ergeben sich in der stationären Notfallversorgung aus den unklaren rechtlichen Regelungen. Aufgrund dessen ist die Umsetzung in den Verwaltungen uneinheitlich.

Eine aufbauende empirische Untersuchung könnte der Frage nachgehen, wie die Verwaltungen der Sozialbehörden und der Krankenhäuser im Falle einer stationären Notfallversorgung handeln, wenn die gesetzlichen Normen Widersprüche aufzeigen³¹¹ und sich die ausführenden Verwaltungen auf diese Weise – gewollt oder ungewollt – politisch und menschenrechtlich positionieren.

³¹⁰ Gerdsmeyer 2011, S. 185f.

³¹¹ Mylius arbeitet derzeit an einer ähnlichen Fragestellung. Nach einer explorativen Befragung der Gesundheitsämter in 20 Großstädten (2009-2010) folgt in diesem Jahr eine bundesweite quantitative Untersuchung zum Thema: Gesundheitliche Ungleichheit am Beispiel von Infektionskrankheiten. Dabei geht sie auch den Fragen des Geheimnis-schutzes und der Kostenerstattungsmöglichkeiten bei einer stationären Behandlung von Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus nach.

Quellenverzeichnis

Alt, Jörg (2009): Globalisierung, illegale Migration, Armutsbekämpfung. Analyse eines komplexen Systems. Karlsruhe: Loeper.

Alt, Jörg (1999): Illegal in Deutschland. Forschungsprojekt zur Lebenssituation "illegaler" Migranten in Leipzig. Karlsruhe: Loeper.

Alscher, Stefan et al. (2001): Illegal anwesende und illegal beschäftigte Ausländerinnen und Ausländer in Berlin. Lebensverhältnisse, Problemlagen, Empfehlungen. Berlin: Humboldt-Universität zu Berlin.

Anderson, Philip (2003): "Dass sie uns nicht vergessen" Menschen in der Illegalität in München. Eine empirische Studie im Auftrag der Landeshauptstadt München. München. Online verfügbar unter http://www.gruene-muenchen-stadtrat.de/seiten/pdfs/studie_illegalitaet.pdf, zuletzt geprüft am 24.11.2011.

Bartholome, Burkhard et al. (2010): Neue Perspektiven in Berlin. In: Berliner Ärzte, H. 1, S. 22.

Barwig, Klaus et al. (Hg.) (2011): Hohenheimer Tage zum Ausländerrecht 2010. Baden-Baden: Nomos.

Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit Umwelt und Verbraucherschutz (2009): Übermittlungspflichten gegenüber Ausländerbehörde nach §§ 87,88 AufenthG. Anschreiben des Staatssekretärs Hoff an die Berliner Krankenhäuser vom 16.11.2009. Online verfügbar unter: <http://www.berlin.de/sen/gesundheitspolitik/fluechtlingsmedizin/dokumente-und-links/index.html#Duldungsregelung>, zuletzt geprüft am 8.11.2011.

Berliner Senatsverwaltung Bereich Gesundheit (2011): Hinweise zur Umsetzung des § 25 SGB XII Krankenhäuser als Nothelfer. Online verfügbar unter: <http://www.berlin.de/sen/gesundheitspolitik/fluechtlingsmedizin/dokumente-und-links/index.html#Duldungsregelung>, zuletzt geprüft am 22.11.2011.

Berliner Senatsverwaltung für Integration Arbeit und Soziales (2009): Übermittlungspflichten der Sozialbehörde gegenüber der Ausländerbehörde nach §§ 87,88 AufenthG im Rahmen einer stationären Notfallbehandlung; AVV zum AufenthG. Schreiben an die Berliner Bezirksämter Soziales. Online verfügbar unter: <http://www.berlin.de/sen/gesundheitspolitik/fluechtlingsmedizin/dokumente-und-links/index.html#Duldungsregelung>, zuletzt geprüft am 22.11.2011.

Binder-Fritz, Christine (2009): Soziale und kulturelle Matrix von Gesundheit und Krankheit. In: Rásky, Éva (Hg.): Gesundheit hat Bleiberecht: Migration und Gesundheit. Wien: Facultas, S. 28–44.

Birk, Ulrich-Arthur (2008): §§ 1-12 AsylbLG. In: Münder, Johannes et al. (Hg.): Sozialgesetzbuch XII Lehr- und Praxiskommentar. Sozialhilfe. 7. Aufl. Baden-Baden: Nomos, S. 929–955.

Bommes, Michael; Wilmes Maren (2007): Menschen ohne Papiere in Köln. Eine Studie zur Lebenssituation irregulärer Migranten. Universität Osnabrück: Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS). Online verfügbar unter http://www.kam-info-migration.de/pages/nl0802/kamnewsletter_nl0802_3.pdf, zuletzt geprüft am 24.11.2011.

Borde, Theda et al. (2009): Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere. Frankfurt am Main: Mabuse.

Borde, Theda (2007a): Migration und psychische Gesundheit. Frankfurt am Main: Mabuse.

Borde, Theda (2007b): Psychosoziale Potentiale und Belastungen der Migration. globale, insti-

tutionelle und individuelle Perspektiven. In: Borde, Theda; David, Matthias (Hg.): Migration und psychische Gesundheit. Frankfurt am Main: Mabuse.

Borde, Theda (2004): Migrantinnen und Migranten in der deutschen Gesundheitsversorgung. Auch nach 50 Jahren der Zuwanderung ein Problem. Online verfügbar unter http://mighealth.net/de/images/4/46/Migrantinnen_und_Migranten_in_der_Deutschen_Gesundheitsversorgung.pdf, zuletzt geprüft am 20.11.2008.

Borde, Theda; David, Matthias (Hg.) (2003): Gut versorgt. Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Mabuse.

Braun, Tanja et al. (2003): Gesundheitsversorgung illegalisierter Migrantinnen und Migranten - ein europäischer Vergleich. In: Borde, Theda; David, Matthias (Hg.): Gut versorgt. Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 119–141.

Broschlegl, Wiebke (2011): »Kinder gibt es nicht.« Das Recht auf Gesundheit von Kindern in aufenthaltsrechtlicher Illegalität. In: Mylius, Maren et al (Hg.): Medizin für »Menschen ohne Papiere«. Menschenrechte und Ethik in der Praxis des Gesundheitssystems. Göttingen: V&R unipress, S. 137–155.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2005): Illegalität von Migranten in Deutschland. Working Papers 2/2005. Herausgegeben von BAMF. Nürnberg.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2009): Politikbericht 2009 der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN). Februar 2010, Nürnberg: BAMF. Online verfügbar unter http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/EMN/emn-policy-report-2009-germany-de.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 22.11.2011.

Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität (2008): Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland. Ihr Recht auf Gesundheit. Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität. 2. Aufl. Herausgegeben von Deutsches Institut für Menschenrechte. Berlin.

Bundesärztekammer (2011): 114. Deutscher Ärztetag Beschlussprotokoll. Kiel 31. Mai bis 3. Juni 2011. Berlin. Online verfügbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.7535>, zuletzt geprüft am 20.11.2011.

Bundesärztekammer (2010): Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis. Herausgegeben von Bundesärztekammer. Online verfügbar unter http://www.aek-mv.de/upload/file/presse/Flyer_Menschen_ohne_Papiere.pdf, zuletzt geprüft am 22.11.2011.

Bundesministerium des Innern (2007): Illegal aufhältige Migranten in Deutschland. Datenlage, Rechtslage, Handlungsoptionen. Februar 2007. Online verfügbar unter http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/BMI_Pruefauftrag_Illegale.pdf, zuletzt geprüft am 22.11.2011.

Bündnis 90/DIE GRÜNEN Ratsfraktion Göttingen (2009): Medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere. Anfrage Anträge für den Ausschuss für Soziales und Wohnungsbau vom 8.12.2009. Online verfügbar unter <http://www.gruene-goettingen.de/stadtratsfraktion/antraege-anfragen-initiativen/>, zuletzt geprüft am 8.11.2011.

Büro für medizinische Flüchtlingshilfe (2009): Pressemitteilung vom 6.10.2009: Notfallpatienten ohne Papiere dürfen den Ausländerbehörden nicht mehr gemeldet werden // Verwaltungsvorschrift zum AufenthG verabschiedet. Berlin. Online verfügbar unter http://www.medibuero.de/de/Presse/Presseerklaerung09-10-06_zur_VerwV_AufenthG.html, zuletzt geprüft am 20.11.2011.

Brühl, Albrecht et al. (2007): Handbuch Sozialrechtsberatung. Lebenslagen und Problemlagen von Migrantinnen und Migranten, Teil II, Kapitel 11. 2. Aufl., Baden-Baden: Nomos.

CLANDESTINO Forschungsprojekt (2009): Irreguläre Migration in Deutschland. Das Zählen

des Unzählbaren: Daten und Trends in Europa. Online verfügbar unter http://irregular-migrati-on.hwwi.de/typo3_upload/groups/31/4.Background_Information/4.3.Policy_Briefs_NATIONAL/Germany_PolicyBrief_Clandestino_Nov09_2_de.pdf, zuletzt geprüft am 24.11.2011.

Classen, Georg (2011): Krankenhilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Stand Okt. 2011. Herausgegeben von Flüchtlingsrat Berlin. Online verfügbar unter www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/krankenhilfe_asylblg.doc., zuletzt geprüft am 25.10.2011.

Cyrus, Norbert (2011): Migration ohne Grenzen? Politische Optionen zum Umgang mit irregulären Wanderungsbewegungen. In: Mylius, Maren et al (Hg.): Medizin für »Menschen ohne Papiere«. Menschenrechte und Ethik in der Praxis des Gesundheitssystems. Göttingen: V&R unipress, S. 63–76.

Cyrus, Norbert (2010): Irreguläre Migration: Zum Stand der Diskussion menschenrechtlicher Ansätze in der Bundesrepublik Deutschland. In: ZAR, Jg. 30, H. 9, S. 317–321.

Cyrus, Norbert (2004): Aufenthaltsrechtliche Illegalität in Deutschland. Sozialstrukturbildung – Wechselwirkung – Politische Optionen. Bericht für den Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration, Nürnberg. Online verfügbar unter <http://ausdemschatten.antira.info/links/studien-expertisen-und-stellungnahmen/>, zuletzt geprüft am 10.10.2011.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2011): Medizinische Versorgung von Patienten ohne gültigen Aufenthaltsstatus – Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz. Online verfügbar unter http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/133/aid/6887/start/20/title/Medizinische_Versorgung_von_Patienten_ohne_gueltigen_Aufenthaltsstatus_-_Allgemeine_Verwaltungsvorschriften_zum_Aufenthaltsgesetz, zuletzt geprüft am 11.11.2011.

Dienelt, Klaus (2011): §§ 87, 88 AufenthG. In: Renner, Günter (Hg.): Ausländerrecht. Kommentar. 9. Aufl. München: Beck, S. 1210–1232.

Elkeles, Thomas (2008): Zum Zusammenhang zwischen Lebenssituation, gesundheitlicher Ungleichheit und Versorgung bei Kindern. In: Tiesmeyer, Karin et al. (Hg.): Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Bern: Huber, S. 93–108.

Fasselt, Ursula (2009): §§ 1, 4 AsylbLG. In: Fichtner, Otto; Wenzel, Gerd (Hg.): Kommentar zum SGB XII - Sozialhilfe: Asylbewerberleistungsgesetz. 4. Aufl. München: Vahlen, S. 699.

Fehling, Michael; Kastner Berthold (2010): Verwaltungsrecht. 2. Aufl. Baden-Baden: Nomos.

Fichtner, Otto; Wenzel, Gerd (Hg.) (2009): Kommentar zum SGB XII - Sozialhilfe: Asylbewerberleistungsgesetz. 4. Aufl. München: Vahlen.

Fisch, Andreas (2011): Menschenrechte von Sans Papiers verpflichtet - wen? Ethische und politische Reflexion zur medizinischen Grundversorgung. In: Mylius, Maren et al. (Hg.): Medizin für »Menschen ohne Papiere«. Menschenrechte und Ethik in der Praxis des Gesundheitssystems. Göttingen: V&R unipress, S. 33–61.

Folder, Ralf (2001): Rechtsgutachten zum Problemkomplex des Aufenthalts von ausländischen Staatsangehörigen ohne Aufenthaltsrecht und ohne Duldung in Deutschland. In: Alt, Jörg; Folder, Ralf (Hg.): Rechtlos? Menschen ohne Papiere: Anregung für eine Positionsbestimmung. Karlsruhe: Loeper, S. 169ff.

Frings, Dorothee (2008): Sozialrecht für Zuwanderer. Baden-Baden: Nomos.

Gather, Jakov et al. (2011): *Medinetz*. Das Beispiel Mainz. In: Mylius, Maren et al. (Hg.): Medizin für »Menschen ohne Papiere«. Menschenrechte und Ethik in der Praxis des Gesundheitssystems. Göttingen: V&R unipress, S. 211-224.

Geiger, Katharina; Razum, Oliver (2006): Migration: Herausforderung für die Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, Klaus et al. (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. Aufl.

Weinheim, München: Juventa, S. 719–748.

Gerdsmeier, Katrin (2011): Gesundheitsversorgung statusloser Ausländer. In: Barwig, Klaus et al. (Hg.): Hohenheimer Tage zum Ausländerrecht 2010. Baden-Baden: Nomos, S. 163–186.

Groß, Jessica; Bieniok, Majken (2011): Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin. Praktische Erfahrungen und politische Lösungsansätze. In: Mylius, Maren et al. (Hg.): Medizin für »Menschen ohne Papiere«. Menschenrechte und Ethik in der Praxis des Gesundheitssystems. Göttingen: V&R unipress, S. 225–238.

Grube, Christian; Warendorf, Volker (Hg.) (2010): SGB XII Sozialhilfe mit Asylbewerberleistungsgesetz. Kommentar. 3. Aufl. München: Beck.

Göttingen Stadt (2010): Antwort der Verwaltung auf die Anträge der Bündnis 90/DIE GRÜNEN, 2.3.2010. Thema: Medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere. Online verfügbar unter: http://www.gruene-goettingen.de/uploads/media/100119_A_A_Antwort_der_Verwaltung.pdf, zuletzt geprüft am 22.11.2011.

Hamburg Stadt und Staat: Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (2010): Arbeitshilfe zu § 25 SGB XII. Erstattungen von Aufwendungen eines Nothelfers für medizinische Versorgungsleistungen vom 16.6.2010. Stand 6.12.2010. Mit Anlage 1 und 2. Online verfügbar unter <http://www.hamburg.de/ah-sgbxii-kap03-25/2352208/ah-sgbxii-25.html>, zuletzt geprüft am 22.11.2011.

Hill, Hermann (2008): § 34 Normensetzung und andere Formen exekutiver Selbstprogrammierung. In: Hoffmann-Riem, Wolfgang (Hg.): Grundlagen des Verwaltungsrechts Band II. Informationsordnung Verwaltungsverfahren Handlungsformen. München: Beck, S. 959–1029.

Hoffmann-Riem, Wolfgang (Hg.) (2008): Grundlagen des Verwaltungsrechts Band II. Informationsordnung Verwaltungsverfahren Handlungsformen. München: Beck.

Hohm, Karl-Heinz (2010): §§ 1- 12 AsylbLG. In: Schellhorn, Walter (Hg.): SGB XII - Sozialhilfe: ein Kommentar für Ausbildung, Praxis und Wissenschaft. 18. Aufl. Köln: Luchterhand, S. 1144–1148.

Hohm, Karl-Heinz (2010): §§ 25, 118 SGB XII. In: Schellhorn, Walter (Hg.): SGB XII - Sozialhilfe: ein Kommentar für Ausbildung, Praxis und Wissenschaft. 18. Aufl. Köln: Luchterhand, S. 203–207.

Hurrelmann, Klaus et al. (Hg.) (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. Aufl. Weinheim, München: Juventa.

Huschke, Susann (2011): Die Grenzen humanitärer Versorgung. Beispiele aus einer Feldforschung mit illegalisierten Latina/os. In: Mylius, Maren et al. (Hg.): Medizin für »Menschen ohne Papiere«. Menschenrechte und Ethik in der Praxis des Gesundheitssystems. Göttingen: V&R unipress, S. 157–172.

Kargl, Walter (2010), § 203 StGB. In: Kindhäuser, Urs et al. (2010): Strafgesetzbuch Kommentar. 3 Aufl. Baden-Baden: Nomos.

Karl-Tummer, Ursula et al. (2009): Gesundheitservices im Niemandsland: Funktionale Ignoranz und informelle Solidarität. In: Rásky, Éva (Hg.): Gesundheit hat Bleiberecht: Migration und Gesundheit. Wien: Facultas, S. 376–384.

Kindhäuser, Urs et al. (2010): Strafgesetzbuch Kommentar. 3 Aufl. Baden-Baden: Nomos.

Kluth, Winfried (2008): § 8 Verwaltungsverfahren und Mitteilungspflichten. In: Kluth, Winfried et al. (Hg.): Zuwanderungsrecht. Allgemeines Zuwanderungs- und Aufenthaltsrecht ; Aufenthaltsrecht nach europäischem Recht. Baden-Baden: Nomos, S. 608–630.

Kluth, Winfried; et al. (Hg.) (2008): Zuwanderungsrecht. Allgemeines Zuwanderungs- und Aufenthaltsrecht ; Aufenthaltsrecht nach europäischem Recht. Baden-Baden: Nomos.

Knickenberg, Johannes (2011): Katholisches Forum »Leben in der Illegalität« Erläuterungen zu ausgewählten Vorschriften aus der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz vom 18.09.2009. In: Mylius, Maren et al. (Hg.): Medizin für »Menschen ohne Papiere«. Menschenrechte und Ethik in der Praxis des Gesundheitssystems. Göttingen: V&R unipress, S. 265–270.

Krahmer, Utz (2008): § 118 SGB XII. In: Münder, Johannes et al. (Hg.): Sozialgesetzbuch XII Lehr- und Praxiskommentar. Sozialhilfe. 7. Aufl. Baden-Baden: Nomos, S. 895–907.

Krieger, Wolfgang et al. (2006): Vorstellung der Frankfurter Studie "Lebenslage illegal". Vortrag vom 27. März 2006, Tagung Menschen ohne Papiere. Herausgegeben von Evangelische Hochschule Ludwigshafen. Online verfügbar unter http://www.evangelische-akademie.de/admin/projects/akademie/pdf/material/062343_13.pdf, zuletzt geprüft am 22.11.2011.

Kuss, Barbara (2009): „Healthy Inclusion“: Entwicklung von Empfehlungen für einen verbesserten Zugang von MigrantInnen zu Gesundheitsangeboten. In: Rásky, Éva (Hg.): Gesundheit hat Bleiberecht: Migration und Gesundheit. Wien: Facultas, S. 135–151.

Maurer, Hartmut (2006): Allgemeines Verwaltungsrecht. 15. Aufl. München: Beck.

Mielck, Andreas; Helmert, Uwe (2006): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus et al (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. Aufl. Weinheim, München: Juventa, S. 603–623.

Münder, Johannes et al. (Hg.) (2008): Sozialgesetzbuch XII Lehr- und Praxiskommentar. Sozialhilfe (LPK-SGB XII). 7. Aufl. Baden-Baden: Nomos.

Mylius, Maren (2011): Selektives Recht auf Gesundheit? Gesundheitliche Ungleichheit am Beispiel spezifischer Infektionskrankheiten. In: Mylius, Maren et al. (Hg.): Medizin für »Menschen ohne Papiere«. Menschenrechte und Ethik in der Praxis des Gesundheitssystems. Göttingen: V&R unipress, S. 103–124.

Mylius, Maren et al. (Hg.) (2011): Medizin für »Menschen ohne Papiere«. Menschenrechte und Ethik in der Praxis des Gesundheitssystems. Göttingen: V&R unipress.

Niedersächsischer Ministerium für Inneres, Sport und Integration (2010): Antwort vom 3.2.2010 zu der Anfrage per Mail der Stadt Göttingen. Betreff: Krankenbehandlung von Menschen mit illegalem Aufenthalt. Online verfügbar unter http://www.gruene-goettingen.de/uploads/media/100119_A_A_Anlage_zur_Antwort_der_Verwaltung.pdf, zuletzt geprüft am 22.11.2011.

Rásky, Éva (Hg.) (2009): Gesundheit hat Bleiberecht: Migration und Gesundheit. Wien: Facultas.

Renner, Günter (Hg.) (2011): Ausländerrecht. Kommentar. 9. Aufl. München: Beck.

Pieroth, Bode; Schlink, Bernhard (2009): Grundrechte Staatsrecht II. 25. Aufl. Heidelberg: C.F. Müller.

Schaefer, Gundula (2009): § 25 SGB XII, § 118 SGB XII. In: Fichtner, Otto; Wenzel, Gerd (Hg.): Kommentar zum SGB XII - Sozialhilfe: Asylbewerberleistungsgesetz. 4. Aufl. München: Vahlen, S. 84–86.

Scheickhardt; Rudolf; Vondung, Udo (Hg.) (2010): Allgemeines Verwaltungsrecht. 9. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Schellhorn, Walter (Hg.) (2010): SGB XII - Sozialhilfe: ein Kommentar für Ausbildung, Praxis und Wissenschaft. 18. Aufl. Köln: Luchterhand.

Schmidt-Aßmann, Eberhard et al. (Hg.) (2003): Festgabe 50 Jahre Bundesverwaltungsgericht. Köln: Heymanns.

Schoch, Dietrich (2008): § 25 SGB XII. In: Münder, Johannes et al. (Hg.) (2008): Sozialgesetz-

buch XII Lehr- und Praxiskommentar. Sozialhilfe (LPK-SGB XII). 7. Aufl. Baden-Baden: Nomos.

Schultz, Andreas (2011): "Das Recht auf Gesundheit verwirklichen". In: Info_Dienst für Gesundheitsförderung Zeitschrift von Gesundheit Berlin-Brandenburg, Jg. 11, H. 2, S. 9.

Schuppert, Gunnar Folke (2000): Verwaltungswissenschaft. Verwaltung, Verwaltungsrecht, Verwaltungslehre. Baden-Baden: Nomos.

Steffan, Elfriede; Soklowski, Samata (2005): HIV/AIDS und Migrant/innen: Gesundheitsrisiken, soziale Lage und Angebote einschlägiger Dienste; nationale Auswertung für Deutschland. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Tolsdorf, Mareike (2011): Die Rolle der Pflege in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. In: Mylius, Maren et al. (Hg.): Medizin für »Menschen ohne Papiere«. Menschenrechte und Ethik in der Praxis des Gesundheitssystems. Göttingen: V&R unipress, S. 126–136.

Vogel, Dita; Gelbrich, Stephanie (2010): Update report Germany: Estimate on irregular migration for Germany in 2009. HWWI Hamburg: Hamburg.

Vogel, Dita et al. (2009): Leben ohne Papiere. Eine empirische Studie zur Lebenssituation von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere in Hamburg. Herausgegeben vom Diakonischen Werk Hamburg: Hamburg. Online verfügbar unter <http://www2.erzwiss.uni-hamburg.de/personal/neumann/Diakonie-endfassung.pdf>, zuletzt geprüft am 24.11.2011.

Wahl, Rainer (2003): Verwaltungsvorschriften. Die ungesicherte dritte Kategorie des Rechts. In: Schmidt-Aßmann, Eberhard et al. (Hg.) (2003): Festgabe 50 Jahre Bundesverwaltungsgericht. Köln: Heymanns, S. 571ff.

Wahrendorf, Volker (2010): §§ 1-13 AsylbLG. In: Grube, Christian; Wahrendorf, Volker (Hg.): SGB XII Sozialhilfe mit Asylbewerberleistungsgesetz. Kommentar. 3. Aufl. München: Beck.

Waller, Heiko (2008): Gesundheitsprobleme und Gesundheitsversorgung von Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität: Deutschland und Italien im Vergleich. In: Gesundheitswesen, H. 70, S. 4–8.

Will, Annegret (2008): Ausländer ohne Aufenthaltsrecht : aufenthaltsrechtliche Rahmenbedingungen - Arbeitsrecht - Soziale Rechte. Baden-Baden: Nomos.

Wirtgen, Waltraut (2003): Untersuchung und Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge. In: Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (2003): Gesunde Integration. (Hg.) Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Berlin, Bonn 2003, S. 126-129.

Weiterführende Literatur

Aichele, Valentin (2009): Anspruch auf Zugang zu medizinischer Versorgung. Das Recht auf Gesundheit nach dem UN-Sozialpakt. In: Falge, Christiane et al. (Hg.): Gesundheit in der Illegalität. Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Baden-Baden: Nomos, S. 205–223.

Allenberg, Nele; Löhr, Tillmann (2009): Der Prüfbericht Illegalität und alternative Lösungsansätze. In: Falge, Christiane et al. (Hg.): Gesundheit in der Illegalität. Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Baden-Baden: Nomos, S. 125–137.

Alt, Jörg; Bommers, Michael (2006): Illegalität. Grenzen und Möglichkeiten der Migrationspolitik. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Alt, Jörg; Folder, Ralf (Hg.) (2001): Rechtlos? Menschen ohne Papiere: Anregung für eine Positionsbestimmung. Karlsruhe: Loeper.

Anderson, Philip (2011): Die Wahrung der Menschenrechte von MigrantInnen in der Illegalität auf kommunaler Ebene. Das Beispiel München. In: Mylius, Maren et al (Hg.): Medizin für »Menschen ohne Papiere«. Menschenrechte und Ethik in der Praxis des Gesundheitssystems. Göttingen: V&R unipress, S. 173–196.

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt.

Bartholome, Burkhard (2009): Medizinische Versorgung für Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland. Im Spannungsfeld zwischen Best Practise und unzureichendem Parallelsystem. In: Rásky, Éva (Hg.): Gesundheit hat Bleiberecht: Migration und Gesundheit. Wien: Facultas, S. 322–329.

Bielefeldt, Heiner (2011): Menschenrechte "irregulärer" Migrantinnen und Migranten. In: Mylius, Maren et al. (Hg.): Medizin für »Menschen ohne Papiere«. Menschenrechte und Ethik in der Praxis des Gesundheitssystems. Göttingen: V&R unipress, S. 19–32.

Brockmann, Judith (2010): Das Asylbewerberleistungsgesetz und das Grundrecht auf Gewährung eines menschenwürdigen Existenzminimums. Verfassungswidriges Existenzminimum zweiter Klasse. In: Soziale Sicherheit, H. 9, S. 310–317.

Brucks, Ursula; Wahl, Wulf-Bodo (2003): Über-, Unter-, Fehlversorgung. Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten. In: Borde, Theda; David, Matthias (Hg.): Gut versorgt. Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 15–24.

Coseriu, Pablo et al. (2011): juris Praxis Kommentar SGB XII. Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch, Sozialhilfe ; Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Saarbrücken: Juris.

Cyrus, Norbert (2005): Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland. Ansätze für eine menschenrechtsorientierte Migrationspolitik. In: Migration und soziale Arbeit, Jg. 2005, Bd. 2, S. 132-139.

Damman, Ulrich (2003), § 39 BDSG. In: Spiros, Simitis (Hg) (2003): Kommentar zum Bundesdatenschutzgesetz. 5 Aufl., Baden-Baden: Nomos.

David, Matthias (2003): Die Realität der Versorgung von Migranten in der Bundesrepublik Deutschland - notwendige Konsequenzen für die Gesundheitspolitik. In: Borde, Theda; David, Matthias (Hg.): Gut versorgt. Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 275–286.

Domenig, Dagmar (2003): Transkulturelle Kompetenz: eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung. Integration und Gesundheitsförderung. In: Borde, Theda; David, Matthias (Hg.): Gut versorgt. Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt

am Main: Mabuse, S. 86–103.

Dauvergne, Catherine (2008): *Making People Illegal. What Globalization Means for Migration and Law*, Cambridge University Press: Cambridge.

Elkeles, Thomas (2007): *Erwerbslose und Migranten*. In: Deutscher Hausärzteverband e.V. BARMER Ersatzkasse (Hg.): *Hausarzt Handbuch. Prävention*. München: Urban & Vogel GmbH, S. 66–69.

Elkeles, Thomas; Seifert, Wolfgang (1996): *Immigrants and Health: Unemployment and Health-risk of Labour Migrants in the Federal Republic of Germany*. In: *Social Science and Medicine*, Jg. 1996, H. 43, S. 1033–1047.

Falge, Christiane et al. (Hg.) (2009): *Gesundheit in der Illegalität. Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus*. Baden-Baden: Nomos.

Frings, Dorothee (2009): *Der Anspruch nach dem Asylbewerberleistungsgesetz auf eine medizinische Grundversorgung für Menschen ohne Papiere*. In: Falge, Christiane et al (Hg.): *Gesundheit in der Illegalität. Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus*. Baden-Baden: Nomos, S. 143–161.

Geddie, Eve (2009): *The Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants PICUM*. In: Rásky, Éva (Hg.): *Gesundheit hat Bleiberecht: Migration und Gesundheit*. Wien: Facultas, S. 65–71.

Graebisch, Christine (2009): *Strafrechtliche Fragen der medizinischen Behandlung von Papierlosen. Humanitäre Hilfe zwischen ärztlichen Pflichten und ausländerrechtlichem Beihilfeverdacht*. In: Falge, Christiane et al. (Hg.): *Gesundheit in der Illegalität. Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus*. Baden-Baden: Nomos, S. 161–183.

Gulis, Wolfgang (2009): *Titanic-Syndrom*. In: Rásky, Éva (Hg.): *Gesundheit hat Bleiberecht: Migration und Gesundheit*. Wien: Facultas, S. 55–64.

Hoff, Benjamin-Immanuel (2010): *Die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung Illegalisierter im Blick*. In: *Berliner Ärzte*, H. 1 J. 2010, S. 26-27.

Huber, Berthold; Göbel-Zimmermann, Ralph (Hg.) (2007): *Handbuch des Ausländer- und Asylrechts*: beck-online.

Junghanss, Thomas (1998): *Asylsuchende und Flüchtlinge: Gesundheitsversorgung einer komplexen Minderheit*. In: *Sozial- und Präventivmedizin*, H. 43, S. 11–17.

Jüschke, Klaus; Paul, Bettina (Hg.) (2005), *Wer bestimmt denn unser Leben? Beiträge zur Entkriminalisierung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus*, Karlsruhe: Loeper.

Krämer, Alexander et al. (2004): *Migrationen: eine Herausforderung für die Gesundheitswissenschaften und die gesundheitliche Versorgung*. In: Krämer, Alexander et al. (Hg.): *Gesundheit von Migranten. Internationale Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Weinheim: Juventa, S. 9–19.

Krämer, Alexander et al. (Hg.) (2004): *Gesundheit von Migranten. Internationale Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Weinheim: Juventa.

Ko, Young-Hoon (1991): *Verwaltungsvorschriften als Außenrecht. Ihre Außengerichtetheit und Zulässigkeit. Zugleich ein Beitrag zur Systematisierung der Verwaltungsvorschriften*. Baden-Baden: Nomos.

Lindert, Jutta (2004): *Gesundheit auf der Flucht. Gesundheit und Krankheitsprofil von Flüchtlingen in Deutschland - ein Überblick*. In: Krämer, Alexander et al. (Hg.): *Gesundheit von Migranten. Internationale Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Weinheim: Juventa, S. 157–172.

Lotze, Eckhard (2009): *Die Humanitäre Sprechstunde des Gesundheitsamts Bremen. Kommunale Verantwortung für die Gesundheit aller Menschen*. In: Falge, Christiane et al (Hg.): *Ge-*

sundheit in der Illegalität. Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Baden-Baden: Nomos, S. 89–97.

Marks, Stephen (2006): Health and human rights. Basic international documents. 2. Aufl.: Harvard University Press.

Mergler, Otto; Großmann, Eckart (2009): Sozialhilfe - SGB XII. SGB I, II, IX, X, AsylbLG. 41., überarb. Aufl., Rechtsstand: 1. Januar 2009. Stuttgart: Kohlhammer.

Mielck, Andreas (2008): Zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Versorgung. In: Tiesmeyer, Karin et al. (Hg.): Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Bern: Huber, S. 21–38.

Nitschke, Heidrun (2005): Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes – Erfahrungen und Perspektiven, in: Jüschke, Klaus; Paul, Bettina (Hg.) (2005), Wer bestimmt denn unser Leben? Beiträge zur Entkriminalisierung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus, Karlsruhe: Loeper, S. 133-148.

Pammer, Christoph (2009): Soziokulturelle Heterogenität und Akkulturation: neue Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung. In: Rásky, Éva (Hg.): Gesundheit hat Bleiberecht: Migration und Gesundheit. Wien: Facultas, S. 45–54.

Penteker, Gisela (2011): Medizinische Versorgung Papierloser auf dem Land am Beispiel Niedersachen. In: Mylius, Maren et al (Hg.): Medizin für »Menschen ohne Papiere«. Menschenrechte und Ethik in der Praxis des Gesundheitssystems. Göttingen: V&R unipress, S. 197–209.

PICUM - Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (2010): Health Care in NOWHERELAND. Country Report Germany. Word package No. 6: The Voice of Undocumented Migrants. Online verfügbar unter <http://picum.org/en/publications/conference-and-workshop-reports/>, zuletzt geprüft am 22.11.2011.

Rosner, Judith (1999): Frauen im Schatten der Gesellschaft. Undokumentierte in Deutschland, In: agisra – Arbeitsgemeinschaft gegen internationale sexuelle und rassistische Ausbeutung e.V., Rundbrief Nr. 25 von Mai 1999, S. 6-16.

Rothkegel, Ralf (2011): Das Sachleistungsprinzip des Asylbewerberleistungsgesetzes vor dem Bundesverfassungsgericht. In: ZAR, Jg. 31, H. 3, S. 90–94.

Rothkegel, Ralf (2010): Konsequenzen des »Hartz IV«-Urteils des Bundesverfassungsgerichts für die verfassungsrechtliche Beurteilung der Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. In: ZAR, Jg. 30, H. 11, S. 373-378.

Spiros, Simitis (Hg) (2003): Kommentar zum Bundesdatenschutzgesetz. 5 Aufl., Baden-Baden: Nomos.

Spohn, Margret et al. (2010): „Wir haben sie nicht vergessen ...“ 10 Jahre Umgang mit Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus in der Landeshauptstadt München. Das Münchner-Modell. Online verfügbar unter http://www.forum-illegalitaet.de/mediapool/99/993476/data/Muenchen_Ergebnisse_2010.pdf, zuletzt geprüft am 24.11.2011.

Schreiber, Frank (2010): Gesundheitsleistungen im europäischen Flüchtlingssozialrecht. Die mangelhafte Umsetzung der Aufnahme Richtlinie 2003/9/EG in den §§ 4, 6 AsylbLG. In: ZESAR, H. 9, S. 107–112.

Simo, Shirin; Kenntenich, Heribert (2011): Gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere – Praktische Konsequenzen im Bereich der Geburtshilfe und Gynäkologie. In: Mylius, Maren et al. (Hg.): Medizin für »Menschen ohne Papiere«. Menschenrechte und Ethik in der Praxis des Gesundheitssystems. Göttingen: V&R unipress, S. 239–249.

Tiesmeyer, Karin et al (Hg.) (2008): Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Bern: Huber.

Tolsdorf, Mareike (2008): Verborgen. Gesundheitssituation und -versorgung versteckt lebender MigrantInnen in Deutschland und in der Schweiz. Huber: Bern.

Waller, Heiko (2007): Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität in Deutschland und Italien. Lüneburg: Universität ZAG.

Weinzierl, Ruth (2010): Deutsche und europäische Grundrechte im Raum der Freiheit, der Sicherheit und des Rechts. Das Asylrecht als Testfall für den kooperativen Grundrechtsschutz in Europa. In: ZAR Jg.30, H. 8, S. 260-270.

Whitehead, Margaret; Dahlgren, Göran (2006): Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Herausgegeben von University of Liverpool. WHO Regional Office for Europe. Online verfügbar unter http://www.enothe.eu/cop/docs/concepts_and_principles.pdf, zuletzt geprüft am 17.11.2011.

WHO (1998): Gesundheit 21. Eine Einführung zum Rahmenkonzept "Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO. Online verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/109761/EHFA5-G.pdf, zuletzt geprüft am 17.11.2011.

WHO (2003): International Migration, Health & Human Rights. (Health & Human Rights Publication Series). Online verfügbar unter http://www.who.int/hhr/activities/en/intl_migration_hhr.pdf, zuletzt geprüft am 17.11.2011.

Zenker, Heinz-Jochen (2011): Europäische Struktur der Gesundheitsversorgung von irregulären Migrantinnen und Migranten. In: Mylius, Maren et al (Hg.): Medizin für »Menschen ohne Papiere«. Menschenrechte und Ethik in der Praxis des Gesundheitssystems. Göttingen: V&R unipress, S. 83–99.

Anhang

Anhang 1: CD-Rom mit digitalisierter Version der vorliegenden Bachelorarbeit