

Thema: Mehrere Hunderttausend Menschen haben in Deutschland keinen oder nur einen eingeschränkten Zugang zum solidarischen Gesundheitssystem. Dabei stellt Gesundheit die überragend wichtige Ressource für eine selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben dar. Die Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen und die Ärztekammern des Landes machen sich für eine bessere Versorgung von Menschen in prekären Lebenslagen stark. **von Christa Schalk und Jürgen Brenn**

Gemeinsam für eine gute Versorgung von Menschen in prekären Lebenslagen



Die Gesundheitsversorgung hat für jeden Menschen einen herausgehobenen Stellenwert, weil sie die existenziellen Grundvoraussetzungen schaffen kann, um eine selbstbestimmte gesellschaftliche Teilhabe überhaupt zu ermöglichen. Ausgehend vom Grundverständnis einer solidarischen Gesundheitspolitik unterstützt die Landesgesundheitskonferenz NRW, deren Mitglied auch die Ärztekammer Nordrhein ist, in ihrer Entschließung vom 20. November 2014 das Ziel einer bedarfsgerechten und ohne Hürden zugänglichen gesundheitlichen Versorgung für alle Menschen, unabhängig von deren sozialem Status, Alter, Herkunft oder Geschlecht. „Viele Menschen befinden sich am Rande unserer Gesellschaft. Sie sind besonders auf einen schnellen, unbürokratischen und niederschweligen Zugang zum Gesundheitswesen angewiesen“, sagt Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein. „Allen Ärztinnen und Ärzten, die sich im Rheinland für Menschen in prekären Lebenslagen einsetzen, gilt unser herzlicher Dank und unsere Unterstützung. Wir wollen die Situation von Menschen in prekären Lebenslagen, zu denen auch und insbesondere Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus sowie Asylbewerberinnen und Asylbewerber gehören, in den Fokus der Gesellschaft rücken. Und wir wollen auch den behandelnden Ärztinnen und Ärzten ein Sprachrohr sein.“

Nordrhein-Westfalen verfügt zwar über ein solidarisches ausgerichtetes Gesundheitssystem und über eine qualitativ gute gesundheitliche Versorgung, die den Bürgerinnen und Bürgern im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung alle notwendigen

Leistungen zur Verfügung stellt. Gleichwohl leben auch in NRW Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen nicht oder nur sehr eingeschränkt an der gesundheitlichen Versorgung teilhaben können. Zahlreiche Studien belegen eindeutig, dass ein enger Zusammenhang zwischen der sozial-ökonomischen und der gesundheitlichen Lage besteht:

Menschen, die dauerhaft materielle Schwierigkeiten und soziale Ausgrenzung erleben, erkranken signifikant häufiger als Menschen, die diese Erfahrungen nicht machen. Umgekehrt gilt: Wer chronisch krank wird, läuft stärker Gefahr, in prekäre Lebensverhältnisse abzurutschen. Neben der materiellen Armut werden prekäre Lebenslagen durch eine eingeschränkte Teilhabe am ökonomischen, sozialen, kulturellen und politischen Leben einer Gesellschaft gekennzeichnet. Dieser „Teufelskreis“ von verschiedenen Problemen materieller und sozialer Art, verbunden mit einem erhöhten Krankheitsrisiko, ist oftmals nur schwer zu durchbrechen.

Geringes Einkommen, höhere Krankheitslast

Die Gesundheitsberichterstattung für Deutschland zeigt, dass psychische und somatische Erkrankungen wie Depressionen, Suchterkrankungen, koronare Herzkrankheiten, Diabetes mellitus Typ 2, bestimmte Tumore oder chronische Atemwegserkrankungen bei Personen mit geringem Einkommen häufiger vorkommen als bei Menschen mit hohem Einkommen. Steigende Erkrankungszahlen werden auch in Zusammenhang mit einer fehlenden sozialen Teilhabe beobachtet – zum Beispiel bei Menschen, die lange Zeit ohne Arbeit sind.

Diese erhöhten Erkrankungsrisiken gehen mit einer insgesamt verringerten Lebenserwartung einher. Die Daten des Soziökonomischen Panels zeigen Unterschiede in der mittleren Lebenserwartung von bis zu zehn Jahren im Vergleich von Menschen mit Einkommen unterhalb der Armutsgrenze und Menschen aus der einkommensstärksten Bevölkerungsgruppe. Ähnliche Befunde liegen auch zum todesursachenspezifischen Sterblichkeitsgeschehen vor, etwa zu frühzeitigen Sterbefällen durch Herzinfarkt oder auch zur Säuglingssterblichkeit.

Die Diskussion um die sozial ungleiche Verteilung von Krankheiten und Risikofaktoren beschränkt sich nicht nur auf die Anforderungen an Prävention, Ge-

Die Entschließung der Landesgesundheitskonferenz NRW finden Sie als Download auf den Seiten des Ministeriums unter: http://www.mgepa.nrw.de/gesundheitskonferenz/entschlussungen_der_lgk/index.php.

sundheitsförderung und medizinische Versorgung, sondern wird auch über die entsprechende Ausgestaltung der sozialstaatlichen Sicherungssysteme geführt. Menschen in prekären Lebenslagen können Probleme haben

- im bedarfsgerechten Zugang zu den Leistungen des Versorgungssystems,
- in der Inanspruchnahme von angebotenen Leistungen durch die Betroffenen und
- in der Sicherstellung der Wirksamkeit von Versorgungsmaßnahmen.

Die Landesgesundheitskonferenz fokussiert auf vier Gruppen von Menschen in prekären Lebenslagen, die beispielhaft für spezifische Problemlagen stehen und mit verschiedenen Graden von prekären Verhältnissen konfrontiert sind:

- Erwerbslose Menschen
- Menschen mit Behinderungen
- Von Wohnungslosigkeit betroffene Menschen
- Menschen mit Migrationsgeschichte ohne gesicherten oder geklärten Zugang zur Regelversorgung.

Als Ansatzpunkte zur Entwicklung einer übergreifenden Strategie zur verbesserten Versorgung von Menschen in prekären Lebenslagen formulierte die Landesgesundheitskonferenz konkrete Handlungsempfehlungen, um den Schwachen in der Gesellschaft gleichberechtigte Teilhabe am Gesundheitssystem zu ermöglichen:

- die Entwicklung zielgruppenorientierter Präventionsstrategien und Programme zur Gesundheitsförderung,

- den Ausbau und die Weiterentwicklung übergreifender Vernetzungen und Kooperationen sowie
- Maßnahmen zur Stärkung der gesundheitlichen Selbsthilfe und der Patientenvertretung.

Insbesondere setzt sich die Landesgesundheitskonferenz für konstruktive und pragmatische Lösungen ein, um für Menschen mit ungeklärtem Status einen Zugang zur Regelversorgung zu erreichen.

In Deutschland lebt eine hohe, nicht genau feststellbare Anzahl von Frauen, Männern und Kindern ohne gesicherten Aufenthaltsstatus. Diese Menschen halten sich teilweise über lange Zeiträume in Deutschland auf. Erkrankten sie, scheuen sie jedoch aus Angst vor Statusaufdeckung und damit vor einer Abschiebung den Weg zum Arzt.

Menschen ohne Papiere

Um der zum Teil problematischen Unterversorgung entgegenzuwirken, haben sich in städtischen Regionen in den vergangenen Jahren solidarische Netzwerke gebildet, die unter maßgeblichem Einsatz von Ärztinnen und Ärzten und karitativen Einrichtungen unbürokratisch und unentgeltlich gesundheitliche Beratung und medizinische Hilfe organisieren.

„Menschen ohne Papiere“ haben einen gesetzlich verankerten, indes eingeschränkten Anspruch auf medizinische Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz: Sichertgestellt wird die ärztliche und zahnärztliche Grundversorgung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, in der Schwanger-

Menschen ohne Papiere im Praxisalltag

Was tun im Behandlungsfall?

- Ein Arzt gerät durch die Behandlung von Menschen mit ungeklärtem Status mit dem nicht mit dem Gesetz in Konflikt, solange sich sein Handeln objektiv auf die Erfüllung seiner ärztlichen Pflicht dem Patienten gegenüber beschränkt.
- Auch bei Menschen ohne Papieren gilt die ärztliche Schweigepflicht, die ein Schutzrecht für den Patienten ist. Ärztinnen und Ärzte haben **keine Meldepflicht**. Eine Datenweitergabe an Polizei oder Ausländerbehörde verletzt die ärztliche Schweigepflicht. Die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz (AVV) gewährleistet eine durchgängige Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht bei Notfallbehandlungen bis in öffentliche Stellen hinein, den sogenannten **verlängerten Geheimnisschutz**. Dieser erstreckt sich somit auch auf die Krankenhausverwaltungen und die abrechnenden Sozialämter.
- In der Praxis ist dieser verlängerte Geheimnisschutz auch in der Notfallbehandlung allerdings nicht immer gewährleistet. Zudem läuft er ins Leere, wenn ein **Krankenschein für planbare stationäre Behandlungen** beim Sozialamt beantragt wird. Dieses ist verpflichtet, die Ausländerbehörde beziehungsweise die Polizei zu informieren.

Die Kostenübernahme

Auch wenn Leistungen aus humanitären Gründen oftmals unentgeltlich erbracht werden, stellt sich für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und auch für Kliniken im Falle der Behandlung von Menschen ohne Papiere die Frage der Refinanzierung.

- **Abrechnung über das Sozialamt:** Grundsätzlich erstatten Sozialämter die Kosten der Notfallbehandlungen nach § 4 AsylbLG. Nach vorheriger Beantragung erstattet werden auch die Leistungen, die für die Aufrechterhaltung der Gesundheit unerlässlich sind (§ 6 AsylbLG).
- **Weitere Abrechnungsmöglichkeiten** können etwa bei **Arbeitsunfällen** nach dem Sozialgesetzbuch (gesetzliche Unfallversicherung der Berufsgenossenschaften) bestehen oder für
- **Opfer von Gewalttaten** nach dem Opferentschädigungsgesetz. Dabei wird die Offenlegung des ungeklärten Aufenthaltsstatus unvermeidbar sein.
- **Bei Erkrankungen, die im Infektionsschutzgesetz aufgeführt sind**, ist das Gesundheitsamt zur Kostenübernahme verpflichtet, sofern keine andere Abrechnungsmöglichkeit besteht.

Bei Fragen zur Kostenübernahme leisten Medizinische Vermittlungs- und Beratungsstellen für Flüchtlinge, Migrantinnen und Migranten in Nordrhein Hilfe. Die Kontaktdaten und weitere Informationen zur Thematik finden Sie auf der Internetseite www.aekno.de/Patienten_ohne_Papiere. Den Flyer der Bundesärztekammer „Patienten und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis“ finden Sie dort ebenfalls.

Die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, das NRW-Gesundheitsministerium und die Akademie für den öffentlichen Gesundheitsdienst laden zu einer gemeinsamen Veranstaltung am Montag, den 9. Februar 2015 in das Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf ein. Das Programm finden Sie auf der Seite 4. Eine weitere Veranstaltung zum Thema findet am 29. August statt.

schaft sowie mit amtlich empfohlenen Impfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen. In diesen Fällen übernimmt das zuständige Sozialamt die Kosten. Darüber hinaus können nach Einzelfallprüfung sonstige Leistungen, die zur Sicherung der Ge-

sundheit unerlässlich sind, gewährt werden. Dies gilt im Besonderen, wenn die Gesundheit von Kindern, Folter- oder Gewaltopfern betroffen ist. Der Anspruch von Menschen ohne Papiere auf gesundheitliche Versorgung gilt nicht bei chronischen Erkrankungen.

Interview

„Alle Kinder haben ein Recht auf ein friedliches und gesundes Aufwachsen“

Dr. Ursula Kleine-Diepenbruck ist Kinder- und Jugendärztin im Kölner Stadtteil Rondorf. Mit einer weiteren Kollegin versorgt sie Kinder und Jugendliche im Süden der Domstadt, darunter auch aus sozialen Brennpunkten. Die Obfrau der Pädiater in Köln und Bergisch Gladbach setzt sich über das übliche Arbeitspensum hinaus auch für Familien ein, die aus anderen Ländern nach Deutschland geflüchtet sind.

RhÄ: *Frau Dr. Kleine-Diepenbruck, welche Kinder kommen zu Ihnen in die Praxis?*

Kleine-Diepenbruck: Das sind Kinder und Jugendliche aus deutschen und in Deutschland lebenden Familien mit ausländischen Wurzeln, Kontingentflüchtlinge, Familien mit laufenden oder abgeschlossenen Asylverfahren und unerlaubt eingereiste Menschen, also alles bunt gemischt.

RhÄ: *Wie ist der Versichertenstatus von Kindern aus Flüchtlingsfamilien?*

Kleine-Diepenbruck: Anerkannte Flüchtlinge sind in der Regel über die gesetzlichen Krankenkassen versichert. Die meisten neu angekommenen Flüchtlingskinder sind zunächst über das Sozialamt versichert, das geschieht meist auch schnell. Ihnen stehen dann beinahe die gleichen Leistungen zur Verfügung wie allen anderen Kindern.

RhÄ: *Ganz identisch sind die Leistungen also nicht?*

Kleine-Diepenbruck: Wenn ein Kind einen planbaren stationären Aufenthalt oder Heilmittel benötigt, dann muss das zunächst vom Sozialamt genehmigt werden.

RhÄ: *Heilmittelverordnungen sind aber doch nicht so selten bei Kindern. Was passiert dann?*

Kleine-Diepenbruck: Das Sozialamt Köln hat ein großes Interesse an einer guten Versorgung der Kinder und Jugendlichen und unterstützt uns sehr. Ich kann mich nicht erinnern, dass ein Kind wegen seines Versicherungsstatus nicht angemessen behandelt wurde.

RhÄ: *Wie sieht Ihr Alltag im Umgang mit Flüchtlingskindern aus?*

Kleine Diepenbruck: Zunächst klären wir den Versichertenstatus, zum Beispiel ob das Kind über das Sozialamt abgesichert ist. Es gibt aber zum Beispiel auch Familien aus Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, die von ihrem Recht auf Freizügigkeit in Europa Gebrauch machen, aber keine für Deutschland gültige Krankenversicherung haben. Die Behandlung muss dann nach der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden. Wenn das nicht möglich ist, leiten wir diese Familien in die Kindersprechstunden der Malteser-Migranten-Medizin in Köln, auch dort können Vorsorgen und Impfungen angeboten sowie im Einzelfall auch Heilmittel organisiert werden.

RhÄ: *Der Versichertenstatus ist also geklärt, jetzt kommt die Sprache als nächste Hürde. Wie schwierig ist der kommunikative Zugang?*

Kleine-Diepenbruck: Wir haben eine Arabisch sprechende Medizinische Fachangestellte und drei Fachangestellte aus der Türkei. Ich spreche Französisch, Englisch, ein bisschen Italienisch und Spanisch. Italienisch ist zum Beispiel im Kontakt mit rumänischen Familien durchaus hilfreich, Englisch und Französisch bei Familien afrikanischer Herkunft. 60 Prozent unserer Patienten haben einen Migrationshintergrund. So findet sich auch im Wartezimmer oft jemand mit der passenden Sprache oder wir telefonieren mit dem Vater oder einem dolmetschenden Familienangehörigen. Eine Mutter kam anfangs immer mit einem Handy mit Übersetzungsprogramm zu uns. Außerdem haben wir ein deutsch-arabisches Bildwörterbuch. In Meschenich können wir auch die Hilfe von „Stadtteilmüttern“ in Anspruch nehmen. Das ist eine Gruppe von fortgebildeten Migrantinnen. Es gibt vielsprachige Fragebögen und Impfpläne, wir finden also meistens einen Weg.

RhÄ: *Führt das nicht zu Informationsverlusten?*

Kleine-Diepenbruck: Zum Teil stimmt das sicherlich. Bei Erwachsenen spielt das wohl noch eine stärkere Rolle. Aber ich kann ein Kind auch dann untersu-