



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
Hamburg University of Applied Sciences

## Diplomarbeit

Ulrike Rinderer

*„Im Schattendasein“* - Die Gesundheitssituation und die Gesundheitsversorgung von Frauen in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“  
in Deutschland

Fakultät Wirtschaft und Soziales  
Department Soziale Arbeit

Faculty of Business and Social Sciences  
Department of Social Work

**„Im Schattendasein“**

**Die Gesundheitssituation und die Gesundheitsversorgung von Frauen in der  
„aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ in Deutschland**

**Eingereicht von:**

Ulrike Rinderer

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

**Tag der Abgabe:**

10.08.09

**Betreuende Prüferin:**

Prof. Dr. Ute Koch

**Zweitprüferin:**

Prof. Dr. Carmen Gransee

„Der Paß ist der edelste Teil von einem Menschen. Er kommt auch nicht auf so einfache Weise zustande wie ein Mensch. Ein Mensch kann überall zustande kommen, auf die leichtsinnigste Art und ohne gescheiterten Grund, aber der Paß niemals. Dafür wird er auch anerkannt, wenn er gut ist, während ein Mensch noch so gut sein kann und doch nicht anerkannt wird.“

(Bertholt Brecht 1962)

Ich danke allen, die mich auf diesem Weg begleitet und mich dabei unterstützt haben, dass diese Arbeit geschrieben werden konnte, vor allem Prof. Dr. Ute Koch für ihre fachliche Unterstützung.

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	6
1.1	Eine Begriffsbestimmung: „Aufenthaltsrechtliche Illegalität“ .....	9
1.1.1	Stand der Forschung und Datenlage .....	12
1.1.2	Zusammensetzung der „irregulär“ in Deutschland lebenden Menschen.....	14
1.1.3	Verschiede Einreisewege.....	15
2	Migrationsursachen und – formen .....	18
2.1	Globalisierung und Nationalstaatenkonzepte.....	19
2.2	Migrationstheorien/-modelle .....	22
2.2.1	Push- und Pullmodell .....	23
2.2.2	Transnationale Migration.....	24
2.3	Bedeutung von Netzwerken .....	28
2.4	Feminisierung der Migration.....	29
3	Frauenspezifische Problemlagen.....	31
4	Gesundheitliche Belastungen im Leben von „illegalisierten“ Frauen .....	35
4.1	Psychische Belastungen .....	37
4.2	Schwangerschaft als Krise .....	40
4.3	Abtreibung, Geschlechtskrankheiten und HIV.....	46
5	Rechtliche Rahmenbedingungen .....	48
5.1	Menschenrechte.....	48
5.2	Zugang zum Asylbewerberleistungsgesetz.....	49
5.3	Anspruch auf Kranken- und Unfallversicherungsschutz.....	51
5.4	§87 AufenthG– der „Denunziationsparagraph“ .....	52
5.5	§96 AufenthG – der „Schlepperparagraph“ .....	55
6	Gesundheitsversorgung.....	58
6.1	Probleme bei der Gesundheitsversorgung.....	58
6.1.1	Chronifizierung und Verschleppung von Krankheiten .....	59
6.1.2	Schwellenangst und Unkenntnis über Hilfsangebote .....	59
6.1.3	Unzureichende Ressourcen der Hilfsangebote.....	60
6.1.4	Primärprävention.....	61
6.2	Optionen im Krankheitsfall .....	61
6.2.1	Selbstmedikation.....	61

---

6.2.2	„Ausleihen“ der Chipkarte .....	62
6.2.3	Ambulante Versorgung .....	63
6.2.4	Stationäre Behandlung.....	63
6.2.5	Medizinische Versorgung außerhalb Deutschlands.....	64
6.2.6	Gesundheitsämter.....	65
6.3	Gesundheitsversorgung in deutschen Großstädten.....	66
6.3.1	Malteser Migranten Medizin .....	66
6.3.2	Büro für medizinische Flüchtlingshilfe.....	68
7	Ansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung .....	70
7.1	Anonymer Krankenschein .....	71
7.2	Fonds auf Bundesebene .....	73
7.3	Zugang zu privaten Krankenversicherungen.....	74
7.4	Ausbau der Gesundheitsämter.....	74
7.5	Kommunale Runde Tische .....	75
8	Unterstützende Interviews .....	76
8.1	Wahl der Methode .....	76
8.2	Auswahl der Gesprächspartnerinnen .....	77
8.3	Durchführung der Interviews .....	78
8.4	Auswertung der Interviews .....	79
8.5	Darstellung der Fälle .....	80
9	„Statuslose“ in der Sozialen Arbeit.....	91
10	Schlusswort .....	100
A	Anhang .....	103
	Literaturverzeichnis .....	104

# 1 Einleitung

„Ihr, die sogenannten illegalen Ausländer, solltet wissen, dass kein Mensch, illegal ist. Das ist ein Widerspruch in sich. Menschen können schön sein oder noch schöner, sie können gerecht sein oder ungerecht, aber illegal? Wie kann ein Mensch illegal sein?“

Elie Wiesel, Friedensnobelpreisträger und ehemaliger Auschwitz- Häftling

In der Bundesrepublik Deutschland lebt eine nicht zu vernachlässigende Zahl an Menschen ohne legalen Aufenthaltstitel. Dies ist „kein Ausdruck globaler ‚Unordnung‘, sondern eingebettet in weltumspannende ökonomische und politische Strukturen, die erhebliche Unterschiede bezüglich der Lebensverhältnisse aufweisen“ (Cyrus 2004a, 3). Die aus der Not ausgeübte „irreguläre“ räumliche Mobilität dient dazu die eigene Situation zu verbessern, um z.B. Krieg, Armut oder Perspektivlosigkeit zu entfliehen (ebd.). „Irreguläre“ Migration ist dabei als „Teil eines allgemeinen Phänomens der Migration“ (Schönwälder et al 2004, 3) zu betrachten.

„Aufenthaltsrechtliche Illegalität“ kann zu vielseitigen Problemen für die betroffenen Menschen z.B. in den Bereichen Gesundheitsversorgung, Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen führen sowie den Zugang zur Schulbildung für deren Kinder behindern. Der deutsche Staat ist vor eine Herausforderung gestellt. „Irreguläre“ Einwanderung kann auch durch strenge Migrationskontrollen nicht verhindert werden. Daraus ergibt sich eine „Politik der Abwehr, Nichtintegration und Rückführung“<sup>1</sup> gegenüber „irregulären“ Zuwanderern. Das Thema ist politisch brisant: „Von Seiten des Staates erscheint irreguläre Migration (...) als Bedrohung sowohl der inneren als auch teilweise der sozialen Sicherheit“ (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) 2005, 17). Der Staat vertritt mit seiner „ordnungsrechtlichen“ Position, die Auffassung, dass „irreguläre“ Migration in erster Linie eine Missachtung gegen das geltende Recht ist. „Der Staat hat selbstverständlich die Pflicht, Rechtsverstöße zu unterbinden und zu ahnden sowie die Widerspruchsfreiheit der Rechtsordnung zu gewährleisten. Ordnungsrecht dient aber der Sicherung menschenrech-

---

<sup>1</sup> <http://irregular-migration.hwwi.net/Germany.5795.0.html>

tlicher Gewährleistungen, wenn es seine Legitimation nicht in Frage stellen will“ (Katholisches Forum „Leben in der Illegalität“ 2007, 2). Sofern der Staat „irreguläre“ Zuwanderung nicht kontrollieren, einschränken oder verhindern kann, dann liegt die Behebung der daraus entstehenden Folgen (in der Gesundheitsversorgung, der Beschulung der Kinder, u.a.) für die hier lebenden Migrantinnen und Migranten in der Verantwortung des Staates. Von Seiten der Kirche, der Wohlfahrtsverbände und der Menschenrechts- und Flüchtlingsorganisationen wird aus diesem Grund die Sicherung sozialer Mindeststandards gefordert. Sie vertreten eine „menschenrechtliche“ Position (vgl. Cyrus 2004a, 40).

Ungesicherten Schätzungen zufolge wird davon ausgegangen, dass bis zu 1,3 Mio. Menschen in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ leben (vgl. Cyrus 2004a, 8; Krieger et al 2006, 14). Die Annahmen, wieviele Frauen und Männer sich tatsächlich „irregulär“ in Deutschland aufhalten sind unterschiedlich, ebenso die Vermutungen über deren Herkunftsländer. Laut Cyrus (2004a) scheinen mehr Männer als Frauen in der „Illegalität“ zu leben. Anderson (2003) konstatiert, dass die Zahl der Frauen in München deutlich geringer ist als die der Männer aber viel höher als beispielsweise in Leipzig oder Frankfurt am Main. In den meisten Veröffentlichungen zum Thema „aufenthaltsrechtliche Illegalität“ gibt es größtenteils nur kurze Kapitel über das Leben, die gesundheitlichen Belastungen und die besonderen Problemlagen, denen Frauen sich in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ stellen müssen.

Dies scheint nicht der tatsächlichen Relevanz des Themas zu entsprechen. Die Bereiche Schwangerschaft und Gynäkologie gehören mit zu den häufigsten Ursachen für das Aufsuchen nichtstaatlicher Organisationen wie der Malteser Migranten Medizin (MMM), dem Büro für medizinische Flüchtlingshilfe (Medibüro) oder MediNetz, die sich um die gesundheitlichen Belange von „illegalisierten“ Menschen kümmern (vgl. Tolsdorf, S.114-118). Der Autor Jörg Alt, wie auch andere Autoren weisen außerdem darauf hin, dass Frauen besonders häufig Opfer von Gewalt und Frauenhandel werden (vgl. Alt 2003, 206).

Es handelt sich bei dieser Diplomarbeit um eine Literaturarbeit. Die Arbeit stellt sich im theoretischen Teil den Fragen, welchen gesundheitlichen Belastungen und Problemen Frauen in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ ausgesetzt sind und wie sich deren Gesundheitsversorgung gestaltet. Die Diplomarbeit wird durch zwei Interviews mit Frauen, die in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ gelebt haben, erweitert. Die Interviews dienen der Illustration dieser Arbeit (vgl. Helfferich 2005, 152). Sie sollen die subjektive Sicht zweier Frauen und ihrer gesundheitlichen Belastungen und Probleme, sowie ihrer Gesund-

heitsversorgung darstellen. Das Ziel der Befragung kann keine Repräsentativität für den Gesundheitszustand von Frauen in der „Illegalität“ gewährleisten. Sie dienen jedoch dazu auf zwei Einzelschicksale, als Beispiel für die Gesundheitsversorgung und die Probleme, denen sich Frauen in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ stellen müssen, zu veranschaulichen. Viele Forscher weisen auf den Sachverhalt hin, dass es schwierig ist, Interviewpartnerinnen zu gewinnen, da es sich um ein sehr „sensibles“ Thema handelt. Krieger konstatiert, dass die Zugänglichkeit zu diesen Betroffenen durch Entdeckungängste erschwert ist und dies der Bereitschaft einer Befragung oft entgegensteht (vgl. Krieger et al 2006, 18).

Ziel der Diplomarbeit ist es, die Gesundheitssituation, die gesundheitlichen Probleme und die Gesundheitsversorgung von „illegalisierten“ Frauen in Deutschland darzustellen. Die Bereiche Leben, Wohnen und Arbeit können nicht umfassend thematisiert werden, sie sind jedoch sehr zentral und ausschlaggebend für die Gesundheitssituation von „illegalisierten“ Migrantinnen. Ebenso wenig kann die Gesundheitssituation bzw. -versorgung „illegalisierter“ Migrantinnen mit anderen europäischen Ländern verglichen werden. Der Rahmen dieser Arbeit würde überschritten werden.

Es gibt kaum Literatur, die sich allein mit dem Thema „Frauen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ befasst. Dies liegt vermutlich an dem Forschungsgegenstand, der bislang in Deutschland nur wenig untersucht wurde. Cyrus (2004a) stellt fest, dass sich in Deutschland erst seit den neunziger Jahren mit dem Thema „aufenthaltsrechtliche Illegalität“ befasst wird und es sich eher um eine Anzahl an kleinen qualitativen Studien handelt.

In dieser Diplomarbeit werden vor allem die empirischen Studien von Jörg Alt aus München, Phillip Anderson aus München, Wolfgang Krieger, Monika Ludwig, Patrick Schupp und Annegret Will aus Frankfurt am Main, betrachtet. Außerdem wird das Rechtsgutachten von Winfried Kluth, das für das Bundesministerium des Innern erstellt wurde, als Grundlage herangezogen. Das Buch „Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere“ von Theda Borde, Mathias David und Ingrid Papies-Winkler zur Gesundheitssituation und der Gesundheitsversorgung bildet inhaltliche „Stützpfeiler“. Außerdem wird eine gewisse Anzahl „grauer Literatur“ in Form von Internetressourcen und Informationsmaterial einiger Hilfseinrichtungen und Wohlfahrtsverbänden zitiert. Es ist wichtig, ausgenommen von Primärliteratur, ebenfalls auf „graue Literatur“ aus dem Internet zu verweisen, da viele Nichtregierungsorganisationen, Menschenrechtsorganisationen



und Kirchen sich mit dem Thema der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ auseinandersetzen.

Nach der Begriffsbestimmung, der Darstellung des Forschungsstandes und der Datenlage des „Problemkomplexes Illegalität“ (Kapitel 1) wird in Kapitel 2 der Arbeit auf Ursachen und Formen der „irregulären“ Migration eingegangen, wie auch auf die besonderen Problemlagen von Frauen (Kapitel 3) und auf die Gesundheitssituation und -versorgung (Kapitel 4 und 6). Zusätzlich wird in Kapitel 5 der Zugang für „irreguläre“ Migrantinnen zum Asylbewerberleistungsgesetz und die §§ 87 und 96 Aufenthaltsgesetz in den Vordergrund gerückt. Mit dem Fokus auf die unveräußerlichen Menschenrechte soll geprüft werden, ob das Menschenrecht auf Gesundheit für Frauen in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ hinreichend besteht. In Kapitel 7 werden die Ansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung vorgestellt. Anschließend werden in Kapitel 8 die Fallbeispiele dargestellt und dadurch Aspekte aus dem Theorieteil unterstützt.

Es bestehen erhebliche Unsicherheiten bei Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie bei anderen Helfern, ob sie sich strafbar machen, wenn sie humanitäre Hilfe leisten. Dieser Unsicherheit muss Abhilfe geleistet werden. Das Schlusskapitel befasst sich mit der Frage, welchen Beitrag die Soziale Arbeit leisten kann und sollte.

## **1.1 Eine Begriffsbestimmung: „Aufenthaltsrechtliche Illegalität“**

Alle Staaten regulieren aufgrund ihrer souveränen Rechte Einreise und Aufenthalt anderer Staatsangehöriger. Begründet auf historisch gewachsenen nationalen Traditionen und Strukturen sowie politischen Interessen, gestalten sich die Bedingungen für die Einreise und den Aufenthalt und somit wer als „illegal“ definiert wird (vgl. Schönwälder et al 2004, 37). Da es keine völkerrechtliche Norm gibt, sind die Staaten untereinander nicht verpflichtet, Ausländern die Einreise in ihr Hoheitsgebiet zu gestatten (vgl. Ipsen zit. n. Kluth 2006, 7). Es gibt keine eindeutige Definition für den Begriff der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ – weder auf deutscher noch auf europäischer Ebene. Die Rechtssprache bezeichnet den Begriff der „Illegalität“ „allgemein als Abweichung eines Zustandes oder Verhaltens vom rechtlich Gesollten“ (Kluth 2006, 6). Hingegen eindeutig definiert sind im deutschen Gesetz die legale, also rechtmäßige Einreise und der rechtmäßige Aufenthalt (§§ 3-38 AufenthG). Gemäß § 3 Abs.1 AufenthG dürfen ausländische Staatsbürger nur in das Bundesgebiet einreisen, wenn sie einen anerkannten oder gültigen Pass oder Passersatz besitzen, es sei denn, sie sind durch eine Rechtsverordnung befreit. Alle Ausländerinnen und

Ausländer benötigen ferner zur Einreise oder zum Aufenthalt einen Aufenthaltstitel, es sei denn das Recht der Europäischen Union oder eine Rechtsverordnung bestätigt etwas anderes z.B. aufgrund des Assoziationsabkommens der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft (EWG) vom 12. September 1963 mit der Türkei. Gemäß § 4 Abs. 1 AufenthG wird der Aufenthaltstitel als Visum (§ 6 AufenthG), Aufenthaltserlaubnis (§ 7 AufenthG) oder Niederlassungserlaubnis (§ 7 AufenthG) erteilt. Die Einreise in das Bundesgebiet ohne geforderten Pass bzw. Passersatz oder Aufenthaltstitel ist gemäß § 14 AufenthG unerlaubt (vgl. Deutsches Ausländerrecht 2005, 6-24; Kluth 2006, 8). Laut § 50 Abs.1 und 2 AufenthG ist die Ausländerin oder der Ausländer zur Ausreise verpflichtet, wenn sie oder er das Aufenthaltsrecht nicht oder nicht mehr besitzt oder das Assoziationsabkommen EWG/Türkei nicht oder nicht mehr besteht. Die Ausländerin oder der Ausländer muss unverzüglich oder bis zur Ausreisefrist das Bundesgebiet verlassen (vgl. Deutsches Ausländerrecht 2005, 33; Kluth 2006, 9; BAMF 2005, 23f).

Es müssen zwei verschiedene Tatbestandsmerkmale des „nichtrechtmäßigen“ Aufenthalts voneinander abgegrenzt werden.

- 1) Bei der ersten Personengruppe handelt es sich um Personen, die sich unerlaubt in Deutschland aufhalten, aber eine Duldung (vorübergehende Aussetzung der Abschiebung) gemäß §60a Abs.1 Aufenthaltsgesetz besitzen. Diese Gruppe ist den Behörden bekannt und kann aus völkerrechtlichen und humanitären Gründen nicht abgeschoben werden. Die Migrantinnen und Migranten bleiben trotzdem ausreisepflichtig (vgl. Deutsches Ausländerrecht 2005, 42; Cyrus 2004a, 11; Kluth 2006, 9).
- 2) Bei der zweiten Personengruppe handelt es sich um Personen ohne Aufenthaltstitel und ohne Duldung demgemäß um Personen, die weder im Ausländerzentralregister noch an anderer Stelle behördlich verzeichnet sind (vgl. Cyrus 2004a, 11; BAMF 2005, 24).

Es wird somit zwischen einem „nicht rechtmäßigen“ und einem „illegalen“ Aufenthalt unterschieden. Der „nicht rechtmäßige Aufenthalt“ der Personengruppe eins ist nicht strafbar (vgl. Cyrus 2004b, 11). Man könnte auch von einer „offiziell registrierten Illegalität“ sprechen. Der „illegale“ Aufenthalt der zweiten Personengruppe hingegen ist in Deutschland strafbar gemäß §95 Abs. 1 Aufenthaltsgesetz. Er umfasst eine Freiheitsstrafe bis zu

einem Jahr oder alternativ Geldstrafen für Personen, die sich ohne gültigen Pass oder Passersatz in Deutschland aufhalten (vgl. Deutsches Ausländerrecht 2005, 62; Kluth 2006, 9).

Allgemein liegt ein Verstoß gegen das Aufenthaltsrecht bei „illegaler“ Einreise, „illegalem“ Aufenthalt oder der Ausübung einer „illegalen“ Beschäftigung vor. Diese drei Phänomene können sich bedingen oder überlagern. „Aufenthaltsrechtliche Illegalität“ ist somit mehrdimensional (vgl. Cyrus 2004a, 11; BAMF 2005, 25; Kluth 2006, 7f). In dieser Diplomarbeit werden ausschließlich Personen betrachtet, die zur der zweiten Personengruppe gezählt werden.

In Anlehnung an Alt und Anderson sind „statuslose“ Migrantinnen und Migranten ausländische Staatsangehörige ohne Aufenthaltsrecht und ohne Duldung, die unerlaubt nach Deutschland eingereist sind und/oder sich unerlaubt in Deutschland aufhalten und im Falle einer Entdeckung eine strafrechtliche Ahndung, Abschiebung oder Ausweisung befürchten müssen (vgl. Anderson 2003, 6; Alt 1999 zit. n. Fisch 2007, 11).

Die Begriffsbestimmung für Menschen in „aufenthaltsrechtlicher Illegalität“ ist sehr weitreichend. Die umgangssprachliche Bezeichnung „illegale“ Migrantin und „illegaler Migrant“ werden oft als herabwürdigend und stigmatisierend empfunden (im Zusammenhang mit der Kampagne „kein Mensch ist illegal“). Es haben sich alternative Begriffsbestimmungen herausgebildet, die nur auf die rechtliche Lage der Migranten hinweisen. Sie reicht von „illegal aufhältige Drittstaatsangehörige“ „Statuslose“, „Irreguläre“ bis „undokumentierte“ Migrantinnen und Migranten (vgl. BAMF 2005, 27; Schönwälder et al 2004, 6). In Frankreich spricht man hingegen von „Sans papiers“, in Italien von „clandestini“ und in Spanien von „indocumentados“ (vgl. Deutsche Bischofskonferenz 2001, 14f).

Der Begriff der „illegalisierten“ Migrantin und des „illegalisierten“ Migranten soll darauf hinweisen, dass Migrantinnen und Migranten erst durch den Kontakt mit Behörden als „illegal“ eingestuft werden. Ebenso soll durch diesen Begriff darauf hingewiesen werden, dass es sich um ein rechtliches Konstrukt durch staatliche Regelungen handelt, dass angezweifelt werden kann (BAMF 2005, 27).

In dieser Diplomarbeit werden die Begriffe „Illegalisierte“, „Statuslose“, „Undokumentierte“, „Irreguläre“ und Menschen in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ synonym verwendet. Die Begriffe „illegale“ Migrantin und „illegaler“ Migrant werden ausdrücklich nicht gebraucht.

### 1.1.1 Stand der Forschung und Datenlage

#### Stand der Forschung

Erst in den vergangenen Jahren hat sich ein stärkeres Interesse am Forschungsgegenstand „irregulärer“ Migration gebildet. In Deutschland dominieren vorwiegend wissenschaftliche Veröffentlichungen, die soziologisch fundiert sind. Daneben gibt es weitere wissenschaftlich-politische Stellungnahmen. Den Fokus deutscher Forschungsarbeiten bilden die Lebenslagen der Migrantinnen und Migranten ohne Aufenthaltsstatus. Einzelne Studien richten ihren Fokus überdies auf die Themenbereiche Prostitution und Menschenhandel (vgl. Schönwälder et al 2004, 11ff).

Die Forschungsarbeiten von Alt gehören zu den umfangreichsten Arbeiten. Alt hat empirische Untersuchungen zu den Lebenslagen „irregulärer“ Migrantinnen und Migranten in Leipzig, München und Berlin durchgeführt. Diese beinhalten vor allem die Bereiche: Zugang zu Arbeitsmöglichkeiten, Wohnsituation, Gesundheitsversorgung, Zugang zur Schulbildung und Überlebensstrategien (vgl. Vogel/Aßner 2009, 4f). Weitere Städtestudien wurden in München von Anderson (2003), in Frankfurt am Main von Krieger, Ludwig u.a. (2006), in Köln von Bommes und Wilmes (2007) veröffentlicht. Aktuell führt das Diakonische Werk und die Dienstleistungsgesellschaft Ver.di in Hamburg eine Studie zu den Lebenslagen „illegalisierter“ Menschen durch. Die Studien basieren vorwiegend auf qualitativen Erhebungsformen. In den meisten Untersuchungen wurde ein Methodenmix aus Experten- und Betroffeneninterviews durchgeführt. Das Ziel der Forschungsarbeiten weist auf lokale und aktuelle Problemlagen, sowie Bewältigungsformen der Betroffenen hin. Die Herausbildung von Theorien steht nicht im Mittelpunkt (ebd.). Im Gegenzug dazu hat das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge in seiner Forschungsstudie die rechtlichen Rahmenbedingungen und staatlichen Ansätze zum Thema „Illegalität“ zusammengestellt. Einen Überblick über den Forschungsstand bietet die Forschungsbilanz der Arbeitsstelle Interkulturelle Konflikte und gesellschaftliche Integration (vgl. Bundesministerium des Innern (BMI) 2007, 8).

#### Datenlage

Es gibt keine genauen Zahlen, die besagen wie viele Menschen sich „irregulär“ in Deutschland aufhalten. Selbst die Abwägung von Statistiken wie die der Bundespolizei, die Polizeilichen Kriminalstatistiken, Asylstatistiken oder das Multiplikatorenprinzip als Schätzprinzip gestatten keine verlässlichen Aussagen. So geht die Zahl der Schätzungen weit

auseinander, da es in kaum einem anderen Gebiet so schwierig ist, zuverlässige Zahlen zu ermitteln (vgl. Tolsdorf 2008, 45-48). Laut Cyrus reicht die Zahl von 500 000 bis 1,3 Millionen Menschen in Deutschland, die als „irregulär“ eingestuft werden (vgl. Cyrus 2004a, 8). Als absolute Untergrenze benennt das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 100 000 Personen (vgl. BAMF 2005, 8). Alt wird oft zitiert mit einer Schätzung von mehr als einer Million Menschen. Er stützt seine Ergebnisse auf seine Forschungen in München, Leipzig und die Analyse amtlicher Daten sowie Expertenmeinungen (vgl. Alt 1999 zit. n. Schönwälder et al 2004, 29).

Doch ist nach einem „Anstieg in den 1990er Jahren ein Stillstand oder sogar ein Rückgang wahrscheinlich(...)“ (da) seit dem 1. Mai 2004 durch die EU-Osterweiterung Bürger der neuen Mitgliedstaaten nicht mehr zur Gruppe illegal aufhältiger Migranten gezählt werden können“ (BAMF 2005, 8).

Das Hamburgische Weltwirtschaftsinstitut (HWWI) hat im Jahr 2009 eine Datenbank verfasst, die mehr Transparenz zum Ausmaß „irregulärer“ Migration in der europäischen Union hervorbringt. Die Datenbank beinhaltet und kategorisiert Schätzungen aus ausgewählten europäischen Ländern, darunter auch aus Deutschland. Dita Vogel stellte fest, dass die aktuelle Zahl „irregulärer“ Migrantinnen und Migranten sich zwischen 400.000 und 600.000 beläuft (vgl. Vogel 2009, 1f).

Der Grund für die derzeitiger niedrigeren Zahlen stützt sich auf mehrere Hinweise: die Kontrollen der Polizei haben zwischen 2004 und 2006 einen Rückgang von 20% „irregulärer“ Tatverdächtiger verzeichnet und durch die EU-Osterweiterung um Rumänien und Bulgarien, sind viele Menschen, die vormals „irregulär“ in Deutschland lebten, aufenthaltsrechtlich legalisiert worden. Ein weiterer Grund für den Rückgang „irregulärer“ Zuwanderer sind Berechnungen der Finanzkontrolle Schwarzarbeit, die nach Maximalschätzungen von 304.000 beschäftigten Menschen ohne Aufenthaltsrecht in der Privatwirtschaft ausgeht (ebd.).

Für die europäische Union werden aktuell Zahlen „irregulärer“ Migrantinnen und Migranten im Umfang von 2,8 bis 6 Millionen Menschen geschätzt. Die Datenbank wurde aus dem Forschungsprojekt CLANDESTINO „Irregular Migration: Counting the Uncountable. Data and Trends across Europe“ entwickelt, an dem das HWWI beteiligt ist<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> vgl. <http://irregular-migration.hwwi.net/Europe.5248.0.html>

Festzustellen ist, dass es eine Verbindung zwischen der Herkunft von „illegalisierten“ Menschen und den Migrationsbeziehungen der Bundesrepublik Deutschland gibt. Hier sind insbesondere die Türkei, Vietnam, Russland, die Ukraine und das ehemalige Jugoslawien zu nennen, sowie zu politisch und/oder wirtschaftlich unsicheren Herkunftsstaaten mit Visumpflicht z.B. Irak, China, Afghanistan, zum Teil Staaten in Lateinamerika und Afrika (vgl. BAMF 2005, 8f).

### **1.1.2 Zusammensetzung der „irregulär“ in Deutschland lebenden Menschen**

#### **Alters- und Geschlechterzusammensetzung**

Die Zusammensetzung der „irregulär“ in Deutschland lebenden Menschen ist durch Heterogenität gekennzeichnet. Der Sozialreferent der Stadt München Friedrich Graffe stellt fest, dass es „den oder die ‚Illegale‘“ (Friedrich Graffe zit. n. Anderson 2003, 4) nicht gibt. Der Schwerpunkt bei der Altersstruktur liegt nach Angaben von Cyrus zwischen 20 und 40 Jahren. „Illegalisierte“ Menschen leben überwiegend allein stehend. Darüber hinaus halten sich eine nicht zu vernachlässigende Zahl an Kindern und alten Menschen in der „Illegalität“ auf, was auf eine gescheiterte Familienzusammenführung zurückzuführen sein könnte. Zum Teil werden Kinder in die „aufenthaltsrechtliche Illegalität“ hinein geboren, zum Teil werden Kinder und Eltern bzw. andere Verwandte nach Deutschland nachgeholt oder ganze Familien sind nach Ablehnung eines Asylverfahrens in die „Illegalität“ „gerutscht“ (vgl. Cyrus 2004a, 27). Das Geschlechterverhältnis hängt stark mit den Beschäftigungsmöglichkeiten zusammen. In den alten Bundesländern leben vermutlich mehr Frauen, da sie dort Beschäftigungen als Haushaltshilfen, Kindermädchen und Betreuerinnen alter Menschen finden. Da sich der informelle Arbeitsmarkt in Privathaushalten immer weiter ausweitet, spricht einiges dafür, dass die Zahl der Frauen in der „Illegalität“ zunehmen wird. Insgesamt geht man davon aus, dass mehr Männer als Frauen in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ leben (vgl. BAMF 2005, 8f; Cyrus 2004a, 28). Laut Schönwälder sind mindestens ein Viertel der Menschen Frauen, die in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ leben. Sie beruft sich bei ihrer Vermutung auf die Polizeiliche Kriminalstatistik, die im Jahr 2002 24,11% Verstöße gegen das Aufenthaltsgesetz wegen „illegaler“ Einreise und Aufenthalt von Frauen verzeichnete (vgl. Schönwälder et al 2004, 34).

## Räumliche Verteilung

Um die räumliche Verteilung von „illegalisierten“ Migrantinnen und Migranten darzustellen, kann auf die Polizeiliche Kriminalstatistik als Hilfsmittel zurückgegriffen werden. Sie deckt sich mit den Feststellungen qualitativer Städtestudien. Aufgrund von Anschlussmöglichkeiten an den Wohnungs- und Arbeitsmarkt sind „illegalisierte“ Menschen vor allem in westdeutschen Großstädten aber auch in ländlichen Regionen anzutreffen. Hierbei spielen häufig legal ansässige Verwandte oder Menschen der gleichen ethnischen Community eine große Rolle, da sie diverse Unterstützungsleistungen anbieten (vgl. BAMF, 62f).

### 1.1.3 Verschiede Einreisewege

Der ‚Erste Periodische Sicherheitsbericht‘ des Bundesministerium des Inneren (BMI) und des Bundesministerium der Justiz (2001, 333ff) benennt vier unterschiedliche Einreisewege, die zu einem Leben in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ führen können.

#### Missbrauch der visumsfreien Einreise

Die visumsfreie Einreise darf nur zu touristischen und zu Besuchszwecken genutzt werden. Die BRD hat dafür mit über 50 Ländern, so genannten „Positivstaater(n)“ (Krieger et al 2006, 49) eine Vereinbarung zur visumsfreien Einreise getroffen. Pro Jahr werden ca. 500 Millionen Ein- und Ausreisen verzeichnet. Die visumsfreie Einreise wird faktisch auch genutzt, um einer „irregulären“ Beschäftigung nachzugehen (vgl. Cyrus 2004a, 15). Bis im Jahr 2004 war die visumsfreie Einreise für „statuslose“ Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten oft der wichtigste Weg in die „aufenthaltsrechtliche Illegalität“<sup>3,4</sup>.

#### Einreise mit gefälschten Papieren

Für Asylbewerberinnen und Asylbewerber und Flüchtlinge, aber auch für Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten, die aus visumpflichtigen Ländern so genannten „Negativstaater(n)“ (Krieger et al 2006, 50) kommen, ist die Einreise mit gefälschten oder geliehenen Papieren eine Möglichkeit nach Deutschland einzureisen, falls kein Visum erstellt wird oder eine Einreisesperre besteht. Laut BMI werden Papiere von Schleusern gefälscht, es werden Dokumente von im Land lebenden Verwandten genutzt oder ausländische Dokumente, z.B. italienische Papiere zur Einreise benutzt. Im Jahr 2001 gab es nach Angaben

---

<sup>3</sup> vgl. <http://irregular-migration.hwwi.net/Germany.5795.0.html>

<sup>4</sup> Länder ohne Visumpflicht sind z.B. Argentinien, Bolivien, Chile, Costa Rica, Kroatien, Nicaragua, Ungarn, Uruguay, Venezuela, u.a. (vgl. Krieger et al. 2006, 49).

des Bundesgrenzschutzes 11.400 Verdachtsfälle. Die Dunkelziffer liegt vermutlich wesentlich höher, da gut gefälschte oder geliehene Papiere nicht sofort erkannt werden (vgl. Cyrus 2004a, 15).

### **Einreise mit einem durch falsche Angaben erschlichenen Visum**

Die Einreise mittels eines unter falschen Aussagen erhaltenen Visums erfüllt nach deutschem Recht das Tatbestandsmerkmal der „illegalen“ Einreise und des „illegalen“ Aufenthalts. Für eine dritte Person wird die Beantragung eines Visums durch gefälschte Angaben als Beihilfe zum „illegalen“ Aufenthalt verurteilt. Ein erschlichesenes Visum wird oftmals von Briefkastenfirmen, die in Deutschland ansässig sind, organisiert. Dort werden fingierte Einladungsschreiben ausgestellt. Bei diesen Organisationen kann es sich um offizielle Reiseagenturen im Heimatland handeln (vgl. Cyrus 2004a, 15f).

### **Einreise ohne erforderliche Dokumente**

Eine Einreise ohne Dokumente ziehen Asylbewerberinnen und Asylbewerber sowie Flüchtlinge in Betracht, die aus visumspflichtigen Drittstaaten kommen und die aufgrund einer restriktiven Visumserteilung des Herkunftslandes oder aus Angst vor Verfolgung keinen Visumsantrag stellen. Sie nehmen meist die Hilfe von Schleusern in Anspruch, die sie ohne Papiere ins Land „einschleusen“. Diese Gruppe erhält die größte Aufmerksamkeit in den Medien, da es sich hierbei um organisierte Kriminalität handelt. Die Sicherheitsbehörden legen ebenso ein besonderes Augenmerk auf diese Gruppe. Im Jahr 2001 belief sich ihre Zahl auf 28.560 Menschen. Da die Grenzüberwachung an den europäischen Außengrenzen immer strenger wird, steigt sowohl der Preis als auch die Gefahr der Einreise. Dies führt dazu, dass viele Menschen das Geld für die Schleusung nicht zurückbezahlen können und in die Hände von Menschenhändlern fallen oder dass sich die Aufenthaltsdauer in Deutschland ungewollt verlängert (vgl. Cyrus 2004a, 16f).

Seit dem Jahr 2004 haben die Visumsüberziehungen (Menschen, die als so genannte „Visaoverstayer“ in Deutschland bleiben) und die Einreise ohne erforderliche Dokumente gegenüber den anderen Einreiseformen zugenommen<sup>5,6</sup>.

---

<sup>5</sup> vgl. <http://irregular-migration.hwwi.net/Germany.5795.0.html>

<sup>6</sup> Hierbei sei angemerkt, dass der Straftatbestand für das Einschleusen von Migrantinnen und Migranten nach § 96 AufenthG verschärft wurde.



---

Um das Phänomen der „irregulären“ Migration vollständig darzustellen ist es unerlässlich auf die Ursachen „irregulärer“ Migration hinzuweisen. Dies geschieht unter der Berücksichtigung des Phänomens der Globalisierung in Verbindung mit den Nationalstaatenkonzepten. Im nachfolgenden Kapitel werden das Push- und Pullmodell und der Transnationalismusansatz erläutert. In Unterkapiteln wird die Bedeutung von Netzwerken für ein Migrationsprojekt und die Feminisierung der Migration als eigenständiges Phänomen beschrieben.

## 2 Migrationsursachen und – formen

Dieses Kapitel soll einen Theorie- und Verständnisrahmen offerieren, um die Beweggründe und Zwänge darzustellen, denen Menschen ausgesetzt sind, die sich für eine „irreguläre“ Migration entscheiden. Nach neuem Forschungsstand wird von Migration gesprochen, „wenn Menschen ihren Lebensmittelpunkt verlagern oder zum alten Lebensmittelpunkt ein neuer hinzukommt“ (Schöttes et al 2008 zit. n. Bauer et al 2008, 295).

### Ursachen „illegaler“ Migration

Krieger beschreibt die Ursachen „illegaler“ Migration wie folgt: „Illegale Zuwanderung ist wie legale Migration im weltgesellschaftlichen Zusammenhang zu sehen. Der Zuwanderungsdruck auf die Industriestaaten ist grundsätzlich gewachsen: Politische Instabilität wie Verfolgung, Bürgerkrieg, ökologische Katastrophen sowie ökonomische und soziale Not machen Wanderung in einer zusammenwachsenden Welt wahrscheinlicher. Die Ausweitung von Kommunikation, Information und Transportmöglichkeiten in der globalisierten Welt machen Migration zu einer gangbaren Option. Migration ist insgesamt komplexer geworden. Dabei ist illegale Zuwanderung (..) eine Begleiterscheinung regulärer Migration, wenn in einem Zielland bereits ethnische Gemeinschaften existieren“ (Krieger et al 2006, 14).

Anderson und Bommers erklären die Ursache „illegaler“ Migration durch das Zusammenwirken von verschiedenen Beweggründen und Zwängen im Heimatland, in denen Migrantinnen und Migranten keine Anschlusschancen für ihre Aspirationen finden. Ebenso spielen Prozesse der Globalisierung wie auch die gesellschaftliche Nachfrage in Deutschland eine große Rolle. Prinzipiell wandern Menschen aus ärmeren Regionen und Länder in reichere Gebiete, um dort ihren Lebenstraum von besseren Bildungs- und Arbeitsbedingungen zu verwirklichen (vgl. Anderson 2003, 16; Bommers 2006, 99).

Cyrus stellt fest, dass „irreguläre“ Zuwanderung darauf verweist, dass die Nachfrage nach legalen Einwanderungsmöglichkeiten größer ist als das bestehende Angebot. Vor allem fehlen Angebote in den Bereichen der Arbeitsmigration, der Familienzusammenführung

und der Schutzsuche von Flüchtlingen und Asylbewerberinnen und Asylbewerbern (vgl. Cyrus 2004a, 12).

Menschen, die sich für ein Migrationsprojekt entscheiden, haben in der Regel ein oder mehrere Migrationsmotive, wie z.B. ökonomische Motive oder die Vorstellung eines besseren Lebensstandards. Darüber hinaus müssen folglich die Gelegenheiten existieren, diese Ziele zu verwirklichen (vgl. Krieger et al 2006, 40). Die Existenz ethnischer Communities, die Hilfeleistungen bieten können sowie bereits vorhandene Arbeitsmöglichkeiten im Zielland, werden als migrationserleichternde Faktoren gewertet. Es gibt demgegenüber ebenfalls erschwerende Faktoren, wie das Aufbringen eines Grundkapitals für die Reise und die Gestaltung der Anfangszeit im Zielland. Dazu können Kosten für die Bezahlung professioneller Schleuser und der gefälschten Dokumente anfallen (vgl. Krieger et al 2006, 42).

Als mögliche Migrationsformen, die für „irreguläre“ Migration gelten, sind zu nennen: Freiwillige Migration aus Abenteuerlust, Familienmigration, Fluchtmigration und Arbeitsmigration (vgl. Fisch 2006, 24-32).

Das nachfolgende Unterkapitel wird ein Verständnis für die Ursachen „irregulärer“ Migration unter globalen Gesichtspunkten darstellen.

## **2.1 Globalisierung und Nationalstaatenkonzepte**

Der Prozess der Globalisierung wird zunehmend als eine Ursache für „irreguläre“ Migration genannt (vgl. Alt 2003, 347). Die Welt wächst mehr und mehr zu einer Weltgesellschaft zusammen. Diesem Prozess steht der offenkundige Widerspruch entgegen, in dem Nationalstaaten an ihren tradierten Regeln der Staatsangehörigkeit festhalten (vgl. Fijalkowski 1997, 350).

Aufgrund ihrer souveränen Rechte versuchen Nationalstaaten, internationale Zuwanderung zu beschränken. Sie können auf die „Kontrolle über den Zugang und den Aufenthalt auf ihrem jeweiligen Territorium nicht verzichten“ (Bommes 2006, 106).

### **Globalisierung**

Unter dem Schlagwort der Globalisierung versteckt sich ein sehr komplexes Phänomen, das laut Alt international nicht eindeutig definiert ist, sondern in den verschiedenen Forschungsrichtungen unterschiedlich betrachtet wird (vgl. Alt 2003, 348). An dieser Stelle wird dennoch der Versuch unternommen, eine mögliche Definition zu geben. So wird die

Globalisierung von Hillmann (2007, 306) als die Gesamtheit der augenblicklichen „beschleunigten erdumspannenden Prozesse der Kommunikation, Kooperation und Akkulturation, mit der Tendenz zur Herausbildung einer hochgradig dynamischen Weltgesellschaft, die in gesteigertem Maße durch soziokulturelle Komplexität gekennzeichnet ist“ (ebd.), dargestellt. Die Globalisierung verbindet zunehmend die verschiedensten Gesellschaften, Kulturen und Staaten durch neue Errungenschaften. Hierfür sind die Ausweitung der Kommunikationstechniken wie Mobilfunk und Internet, die Kapazitätsausweitung des Transportwesens und somit die Senkung der Transportkosten, die Herausbildung multinationaler bzw. transnationaler Großunternehmen, die weltweit operieren und ihre Unternehmen auf verschiedenen Kontinenten stationieren sowie die wachsende grenzüberschreitende Mobilität von Kapital und Arbeit, zu nennen (ebd. 308).

### **Nationalstaaten**

Ungeachtet dieser globalen Entwicklungen bleiben die souveränen Nationalstaaten bestehen. Der Nationalstaat ist ein politisch souveräner Staat mit vereinheitlichtem Territorium. Die Idee des Nationalstaates war ein Volk mit gemeinsamer Herkunft, Sprache und Kultur, das sich als politische Einheit und Schicksalsgemeinschaft begreift. In Wirklichkeit sind Nationalstaaten jedoch vielfach heterogen (vgl. Fuchs-Heinritz et al 2007, 452). Nationalstaaten bieten ihren Bürgern ein „gesichertes“ Rechts-, Gesundheits- und Wirtschaftssystem sowie die Garantie für den Erhalt ihres Eigentums. Auf der anderen Seite werden durch die Globalisierungsprozesse von einer „Denationalisierung“ oder gar vom Ende des Nationalstaates gesprochen. Ziel des Nationalstaates ist es, sich von anderen Staaten abzugrenzen und seine Bürgerinnen und Bürger nach außen zu schützen (vgl. Klößler 1997, 336).

Die staatlichen Grenzen sind jedoch „immer(..)von Willkür bestimmt(..)Solche Grenzen (sind) niemals ‚natürlich‘(..)im Sinne geographischer Räume oder ethnischer Gemeinschaft(en). Sie sind immer Ergebnisse historischer, d.h. gesellschaftlicher Prozesse“ (Klößler 1997, 338).

Die nationalstaatlichen Grenzen sind in Zeiten der Globalisierung für Kapital-, Güter- und Arbeitsmärkte durchlässiger geworden. Sie müssen sich in der globalen Welt behaupten, denn die Gefahr, ihre Entscheidungskompetenzen an die transnationale dominierende Wirtschaft und an supranationale Organisationen zu verlieren, ist hoch (vgl. Hillmann 2007, 309).

Durch die Globalisierungsschübe hat sich das Nationalstaatenprinzip zwar modifiziert, doch gegenwärtig verschließen sich die Nationalstaaten des Nordens vor internationaler Migration durch strenge Migrations- und Grenzkontrollen. Es besteht eine Spannung zwischen der Neigung zur „Universalisierung der Menschen- und Bürgerrechte“ (Klößler 1997, 335) und den eingegrenzten Inanspruchnahmefähigkeiten in den einzelnen Nationalstaaten. „Der menschenrechtliche Universalismus verlangt keineswegs den Abbau staatlicher Grenzen; er zielt auch nicht auf eine Politik der totalen Grenzöffnung. Vielmehr haben Staatsgrenzen in Zeiten der Globalisierung eine Funktion“ (Bielefeldt 2006, 81). Gemäß Bielefeldt hat der Staat zwar das Recht auf Zuwanderungskontrollen, aber er unterliegt gleichzeitig menschenrechtlichen Bindungen, die vorrangig beachtet werden müssen (ebd.) (Siehe Kapitel 5).

Gerade der Globalisierungsprozess fördert den Marginalisierungseffekt in der „Dritten Welt“, dies führt zu einem massenhaften Migrationsdruck, der durch die Zerstörung der dortigen lokalen Agrarmärkte oder gar dem faktischen Ausschluss einiger Regionen aus dem Weltmarkt ausgelöst wurde (vgl. Klößler 1997, 331).

Parnreiter stellt fest, dass die Mobilität von Gütern und die Mobilität von Menschen untrennbar miteinander verbunden sind. Migration ist dadurch fast ein Symbol für die Globalisierung geworden (vgl. Parnreiter 1999 zit. n. Heck 2008, 17). Folglich wandern Menschen in Länder und Kontinente, in denen sie bessere Arbeits- und Lebensbedingungen vorfinden. Doch gerade hier wird von Seiten der Nationalstaaten politisch und rechtlich interveniert. „Internationale Migrationen stellen die Einteilung der Weltbevölkerung in Staatsbevölkerungen in Frage“ (Bommes, 2006, 96).

### **Die Situation in Deutschland**

„Soziale Integration und Migrationskontrolle(..) (sind) die beiden Kernbausteine gegenwärtiger(..)deutscher Migrations- und Integrationspolitik“ (Bommes 2006, 98). „Irreguläre“ Zuwanderung ist hierbei die Rückseite der gegenwärtigen Migrationspolitik. Die Verschärfung der Migrationspolitik und die starke Einschränkung des Asylrechts (seit 1993) begünstigen den Anstieg „irregulärer“ Migration, da legale Einreisemöglichkeiten stark begrenzt sind (vgl. Hoff 2009, 39). Ebenso verschärfen die Terroranschläge des 11. Sep-

tember 2001 die Diskussion um Zuwanderung – in Form der Gefahrenabwehr und der Sicherheitspolitik<sup>7</sup>.

„Illegale“ Migration ist als Paradoxon der Gesellschaft zu betrachten. Sie ist ein selbst erzeugtes Problem der modernen Gesellschaft, das in der „Verfasstheit ihres politischen Systems“ (Bommes 2006, 100) liegt. Der Staat verzichtet einerseits nicht auf Migrationskontrollen und andererseits gibt es die spezifische Nachfrage nach „illegalisierten“ Arbeitskräften, um sozial- und steuerpolitische Regelungen zu umgehen (ebd.). Somit gibt es für „irreguläre“ Migrantinnen und Migranten Beschäftigungsmöglichkeiten in den verschiedensten Sektoren, die als Anschlussmöglichkeiten an die deutsche Gesellschaft zu bewerten sind (vgl. Alt 2003, 350).

Die Diskussion um „illegale“ Migration ist immer in ein Spannungsfeld eingebettet, dessen Lösung einerseits in dem Ausbau der Kontrollapparate gesehen wird und andererseits auf die soziale Lebenslage bzw. Probleme wie soziale Erpressbarkeit, Probleme bei der Lohnvorenthaltung, die Beschulung der Kinder und den eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung „illegalisierter“ Migrantinnen und Migranten hingewiesen wird. Kirchliche und humanitäre Gruppen fordern die Behebung dieser Probleme durch den Staat. Die Forderungen reichen von Legalisierung „illegalisierter“ Migranten bis hin zu Inanspruchnahmefähigkeiten von Schul- und Gesundheitswesen (vgl. Bommes 2006, 106f). Da sich in dieser Diplomarbeit mit der Gesundheitsversorgung „illegalisierter“ Migrantinnen auseinandergesetzt wird, werden die Inanspruchnahmefähigkeiten von Gesundheitsleistungen in den Kapiteln 5, 6 und 7 genauer geprüft.

Im Unterkapitel 2.2 wird das Phänomen der Migration durch verschiedene Migrationstheorien und Modelle erklärbar gemacht, wobei das Hauptaugenmerk auf dem relativ neuen Ansatz des Transnationalismus liegt.

## 2.2 Migrationstheorien/-modelle

Das Phänomen der Migration war und bleibt ein fester Bestandteil der Kulturgeschichte der Menschheit. Migrationstheorien beziehen sich auf die Ursachen der Auswanderung, auf den Prozess der Migration und die Folgen der Einwanderung. Die Theorien ziehen die Gesamtheit der Aus- und Einwanderungsgesellschaft ein, dabei wird das wandernde Individuum, die wandernde Gruppe oder die Wanderungsbewegung größerer Kollektive be-

---

<sup>7</sup> vgl. [www.forum-illegalitaet.de/Materialien/Joerg-Alt/05-01-29HOhenheim.pdf](http://www.forum-illegalitaet.de/Materialien/Joerg-Alt/05-01-29HOhenheim.pdf)

trachtet (vgl. Hamburger 2005, 1214). In Deutschland lag der Hauptfokus der empirischen Migrationsforschung lange Zeit bei der alleinigen Erforschung der legalen Migration. „Irreguläre“ Migration wurde allenfalls am Rande mit betrachtet (vgl. Alt 2003, 227).

### 2.2.1 Push- und Pullmodell

Als Erklärung für das Phänomen der Migration diente lange Zeit das Push- und Pullmodell. Das Modell wird heute noch teilweise in öffentlichen gesellschaftlichen und politischen Diskussionen verwendet. Das Push- und Pull Modell geht von der Annahme aus, dass Menschen nach einem zweckrational-ökonomischen Kalkül handeln. Fisch erklärt das Modell in seinem Buch für abgelöst und „unterkomplex angewandt“ (Fisch 2006, 16). Ebenso beschreibt Alt dieses Modell als nicht ausreichend zur Erklärung „illegaler“ Migration, da das Phänomen der Migration viel zu komplex ist. Ein Grund dafür ist, dass es den Menschen auf den Homo oeconomicus reduziert (vgl. Alt 2003, 227). Nach wissenschaftlichen Erkenntnissen führen jedoch verschiedene Faktoren zu einer Migration. Da das Modell aktuell immer noch diskutiert wird, soll es in dieser Diplomarbeit aufgeführt werden.

Im Push- und Pullmodell dienen zwei Ursachen zur Erklärung des Phänomens der Migration: Die erste Ursache resultiert aus einem Zwang, das Heimatland zu verlassen (,to push'), wobei das Zielland nur eine untergeordnete Rolle spielt. Pushfaktoren sind häufig wirtschaftliche Gründe wie z.B. Armut. Das Ziel der Migration ist eine Besserstellung im Aufnahmeland zu erreichen.

Die zweite Ursache, die zur Erklärung der Migration dient sind Gründe, die das Zielland erstrebenswert machen (,to pull'), durch die sich Menschen auf die Wanderung begeben. Der Bedarf an Billigstarbeitskräften in verschiedenen Bereichen im Zielland oder die dort vorhandenen Lebensbedingungen werden als Pullfaktoren gewertet.

Das Fundament dieses Modells ist das Abwägen des persönlichen Nutzens der Migration. Ob sich für oder gegen ein Migrationsprojekt entschieden wird, kann in einem Abwägen der Lohnhöhen entschieden werden.

Laut Fisch werden im Push- und Pullmodell entscheidende Migrationsursachen nicht berücksichtigt, die nachfolgend aufgeführt werden.

- a) Die rein ökonomische Erwägung für ein Migrationsprojekt greift zu kurz. Es sind vielfältige Ursachen, die zu einer Migration führen.

- b) Es ist wissenschaftlich nachgewiesen worden, dass nicht die Menschen aus den ärmsten Regionen migrieren.
- c) Die Funktion der ethnischen Communities im Zielland wird in dieser Theorie nicht berücksichtigt.
- d) Die Verbreitung von Informations- und Kommunikationswegen, das Sinken der Transportkosten und die weltweite Individualisierungstendenzen als wichtiger Faktor, um Migration überhaupt möglich zu machen, werden nicht betrachtet (vgl. Fisch 2006, 16; Anderson 2003, 16).

Somit werden entscheidende Ursachen, die zu einer Migration führen können im Push- und Modell nicht berücksichtigt. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass nicht jede „irreguläre“ Migration eine Arbeitsmigration ist. Das Modell greift das Problem der Fluchtmigration nicht auf.

Alt und Fisch beschreiben ein anderes Modell im Rahmen der „Neuen Ökonomie der Migration“, das zur Erklärung des Phänomens der Migration dient. Dieses Modell verbindet migrationsauslösende Faktoren, so genannte Pushfaktoren (dazu gehören materielle Bedürftigkeit und Perspektivlosigkeit oder Abenteuerlust von besser situierten Migrantinnen und Migranten) wie auch migrationslenkende Faktoren, so genannte Pullfaktoren (dazu zählen Faktoren wie die geographische Nähe, die historischen Verbindungen zum Zielland, die ethnischen Verbindungen, die Arbeitnehmeranwerbung von 1953-1973, die Brückenköpfe schuf sowie die Asylmigration) mit migrationsermöglichenden Faktoren zwischen Herkunfts- und Zielland (dazu zählt die Hilfe bzw. das Vorhandensein von Netzwerken). Diese Faktoren beeinflussen sich gegenseitig. Das Modell gilt für Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten wie auch für Flüchtlinge (vgl. Alt 2003, 227; Fisch 2006, 18-20). Die Bedeutung von Netzwerken wird in Kapitel 2.3 genauer erläutert.

### **2.2.2 Transnationale Migration**

Der Ansatz des Transnationalismus wurde in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts von Ludger Pries zu den Wanderungsbewegungen zwischen den USA und Mexiko, den karibischen Ländern und den Philippinen erforscht (vgl. Han 2004, 70; Heck 2008, 24). Diese Länder hatten seit dem 19. Jahrhundert eine enge kolonialgeschichtliche, wirtschaftliche, kulturelle und politische Verbindung zu den USA. Diese Verbindungen wie auch die Globalisierung haben die Herausbildung des Transmigranten begünstigt. Die gängigen Konzepte der Migrationssoziologie schienen nicht mehr geeignet. „Pries begründet neben den



Typen Immigrant, Remigrant und Diaspora-Migranten einen vierten Wandertyp, den Transmigranten“ (Fisch 2006, 21).<sup>8</sup> Die Form der Transmigrantin und des Transmigranten unterscheidet sich grundlegend von den anderen Migrantentypen. Sie impliziert, dass sich Wanderungsprozesse verändert haben. Migrantinnen und Migranten vollzogen nicht mehr nur einen einmaligen unidirektionalen Ortswechsel. Es wurde eine neue soziale Lebenswirklichkeit der Migrantinnen und Migranten beobachtet.

Transnationalismus wird als „Prozess definiert, in dem die Migranten soziale Felder (social fields) erschließen, die ihr Herkunftsland mit ihrem Aufnahmeland verbinden“ (Han 2006, 150f). Migrantinnen und Migranten, die diese „sozialen Felder“ erschließen und dadurch soziale, wirtschaftliche und politische Beziehungen entwickeln und bewahren, die über nationalstaatliche Grenzen hinweg reichen, werden Transmigrantinnen und Transmigranten genannt. Sie treffen Entscheidungen, artikulieren Interessen und bilden Identitäten innerhalb ihrer sozialen Netzwerke, die parallel zwei oder mehrere Gesellschaften miteinander verbinden. Aufgrund von strukturell bedingten Veränderungen der Aktivitäten, Erfahrungen und Lebensentwürfe wurden wissenschaftliche Konstrukte des Transmigranten und Transnationalismus entwickelt (vgl. Han 2005, 69-71; Han 2006, 149-152).

In Anlehnung an Han werden unterschiedliche strukturelle Bedingungen für die Veränderung des neuen Migrantentypus genannt.

- a) Die Globalisierung der Wirtschaft.
- b) Die Entstehung von transnationalen Familien.
- c) Die Politik der Herkunftsländer zur Reintegration ihrer Emigrantinnen und Emigranten in die nationale Kultur und Wirtschaft.
- d) Soziale und rassistische Diskriminierung und Segregation der Migrantinnen und Migranten im Aufnahmeland.
- e) Die Entwicklung der Informations-, Kommunikations- und Transporttechnologien (vgl. Han 2005, 69-71).

Daraus ergibt sich die Schlussfolgerung, dass als Hauptursache für die Entstehung der transnationalen Migration die wirtschaftliche Globalisierung zu nennen ist. Sie fordert eine erhöhte Flexibilität der Migrantinnen und Migranten am modernen Arbeitsmarkt. Auf-

---

<sup>8</sup> Erklärung der einzelnen Migrantentypen: Immigrantinnen und Immigranten sind Einwanderer, Remigrantinnen und Remigranten sind bewusst nur kurze Zeit im Zielland und verlieren den Bezug zum Heimatland nicht, Diaspora-Migrantinnen und -Migranten fühlen sich kulturell dem Heimatland verbunden aber sind aufgrund einer Verfolgungssituation gezwungen im Aufnahmeland zu leben (vgl. Fisch 2006, 21)

grund der kurzfristigen Nachfrage an Arbeitskräften pendeln die Migrantinnen und Migranten zwischen Heimat- und Aufnahmeland. Transnationale Familien sind der Anhaltspunkt und die „Wurzel“ für die Entstehung transnationaler sozialer Netzwerke, die an kein geographisches Territorium gebunden sind. Die Migrantinnen und Migranten halten ihre sozialen Beziehungen im Heimat- wie auch im Aufnahmeland aufrecht. Die transnationalen Migrantinnen und Migranten sind einerseits so stark in die Aufnahmegesellschaft integriert, dass sie eine kulturelle Identität basierend auf der Aufnahmegesellschaft entwickeln und andererseits leben sie ihre ethnisch- kulturelle Identität aus. Die Netzwerke mit gemeinsamen ethnischen Werten und Bräuchen erweitern sich zu grenzüberschreitenden Gemeinden. Die transnationale Gemeinde ist hierbei eine greifbare Form der Vergesellschaftung im weitläufigen transnationalen sozialen Raum, der nicht an nationalstaatliche Grenzen gebunden ist. Der Prozess der Globalisierung löst die Bindung der Menschen an territoriale Räume wie auch an räumlich gebundene Gruppen mit homogener Kultur. Dies würde bedeuten, dass sich eine globale Kultur ergäbe, die die Denationalisierung des Nationalstaates nach sich zöge (vgl. Han 2005, 78-83). Dem steht jedoch das Paradoxon der Globalisierung entgegen, nämlich die Wiederbelebung des „territorial gebundenen Nationalismus“ (Han 2005, 84).

Die Frage kommt auf, ob das Konzept des Transnationalismus auf die „irreguläre“ Einwanderung in Deutschland anwendbar ist. Es sind in der Literatur unterschiedliche Standpunkte vertreten, die nachfolgend näher beschrieben werden. In Alts Dissertation wird eine Definition des Transmigranten von Pries gegeben, die ebenfalls auf „illegalisierte“ Migrantinnen und Migranten in Deutschland zutreffen könnte. „Transmigrants are not the new sovereign cosmopolitans who move freely between locales, spaces and opportunities. Transmigrants adapt themselves to uncertain and unpredictable situations, they learn to manage risks and to live with them, they accumulate cultural and social capital in and between the two countries” (Pries 2001, 67 zit. n. Alt 2003, 382).

Heck beschreibt den Ansatz des Transnationalismus, als sehr hilfreich zur Erklärung des Phänomens der „illegalen“ Migration. Gerade für die polnischen Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten, die an Werktagen in Deutschland arbeiten und am Wochenende in ihrer Heimat sind (vgl. Heck 2008, 24).<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Jedoch zählen diese nicht mehr zu den „irregulären“ Migrantinnen und Migranten in diesem Kontext, da sie nur noch arbeitsrechtlich „illegal“ in Deutschland beschäftigt sind.

Alt äußert sich hierzu wie folgt: Die persönlichen Besuche in das Heimatland von Menschen ohne gültige Papiere ist in größeren Abständen durchaus möglich und dennoch schwierig. Die Finanzierung spielt hier eine große Rolle, denn es müssen gefälschte Visa und Pässe oder die bezahlte Hilfe von „Grenzübertrittshelfern“ in Anspruch genommen werden (vgl. Alt 2003, 381). Fisch konstatiert in seinem Buch, dass der statuslose Pendel- und Statusmigrant die größte Vergleichbarkeit mit dem Transmigranten aufweist (vgl. Fisch 2007, 22).

Hier sieht Alt zwei verschiedene Gruppen von „Statuslosen“. Eine kleine Gruppe könnte als erfolgreiche Transmigranten betrachtet werden. Aus seinen Erfahrungen sind dies z.B. viele ukrainische Familien. Sie können ihr Leben und ihre Beziehungen zwischen den Ländern organisieren. Der größeren Gruppe gelingt dies gemäß Alt jedoch nicht. Er sieht eine wachsende Zahl entwurzelter Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten durch lange Aufenthaltszeiten in Deutschland, vor allem junge Erwachsene, die am Arbeitsmarkt erfolgreich sind, aber nicht im privaten Bereich. Einige „statuslose“ Migrantinnen und Migranten verfügen über kein tragbares Netzwerk in Deutschland, andere können aufgrund mangelnden Einkommens nicht am sozialen Leben in Deutschland teilhaben und verlieren gleichzeitig den Bezug zu ihrem Heimatland.. Als dramatisch bezeichnet Alt die Situation der (oftmals traumatisierten) Flüchtlinge, die „illegal“ eingereist sind, die keine Rückkehroption in ihr Heimatland sehen und doch emotional mit ihrem Heimatland verbunden bleiben, ohne sich in das neue sozio-kulturelle Umfeld integrieren zu können (vgl. Alt 2003, 381-388).

Han weist darauf hin, dass durch die restriktive Migrations- und Arbeitsmarktpolitik in Europa solche Pendelmigrationen für ihn nicht vorstellbar seien. Sie seien nicht auf alle Länder übertragbar. Jedoch hält er den Forschungsansatz nicht für gänzlich irrelevant in Europa, da durch die Freizügigkeit von (regulären) Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten innerhalb der EU durchaus transnationale Lebensformen möglich seien.

Laut Alt gestaltet sich ein Leben in der „Illegalität“ in Deutschland aufgrund der strengeren Grenz- und Inlandkontrollen schwieriger als z.B. in den USA. In den deutschen Debatten um Integration von Migrantinnen und Migranten kommen „illegalisierte“ Migrantinnen und Migranten erst gar nicht vor. Dennoch weist Alt darauf hin, dass Deutschland durch legale wie auch „illegale“ Migration vermehrt in transnationale soziale Räume eingebunden wird. Davon sind einige Menschen in der Aufnahmegesellschaft integriert und andere leben in der „Parallel- oder Unterwelt“ (Alt 2003, 381-388).

### 2.3 Bedeutung von Netzwerken

In fast allen Forschungsarbeiten (unter anderem bei Alt und Gómez-Schlaikier) wird auf die enorme Bedeutung von Netzwerken hingewiesen. Bereits für die Entstehung eines Migrationsmotivs und bei der Wahl des Zielortes sind sie ausschlaggebend. Laut Krieger sind soziale Netzwerke häufig die wichtigste „soziale Bewältigungsressource“ (Krieger et al 2006, 42) für Menschen, die in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ leben. Sie helfen in Problemsituationen, sie bieten einen Ort der kulturellen Sicherheit, sie ermöglichen eine Form der sozialen Solidarisierung und bieten psychische Stabilisierung in Krisensituationen (ebd.). „Netzwerke sind Geflechte sozialer Beziehungen zwischen einer bestimmten Anzahl von Menschen (oder Organisationen)“ (Nestmann 2005, 1684). Sie entstehen durch den Austausch von Ressourcen, Leistungen und Kommunikation, sofern sie nicht von Geburt an bestehen. Von einer ethnischen Community spricht man hierbei, wenn Unterstützungsleistungen innerhalb eines ausgebauten Netzwerkes entlang einer bestimmten ethnischen Identität erfolgen (vgl. Krieger 2006, 43).

Die enorm große Bedeutung von Netzwerken ist für legale Migrationen bereits wissenschaftlich erforscht. Nach Alt ist die Bedeutung von Netzwerken für „irreguläre“ Zuwanderer noch wesentlicher. Netzwerke im Heimat- als auch im Zielland verhelfen dazu, eine „irreguläre“ Migration überhaupt zu ermöglichen (vgl. Alt 2003, 283).

Alt unterteilt vier verschiedene Gruppen von Netzwerken, die von Bedeutung für „irreguläre“ Zuwanderung sind.

1. Es ist erstens die Gruppe der privaten Netzwerke, deren Mitglieder Verwandte, Freunde und Bekannte sind, die Hilfe zum „Unkostenbeitrag“ leisten. Das bedeutet, dass sie sich nicht bereichern wollen.
2. Die zweite Gruppe sind weltanschaulich-ethnische Netzwerke, die ebenfalls weitgehend uneigennützig Hilfe für ideologisch (religiös und politisch) nahe stehende Menschen leisten.
3. Bei der dritten Gruppe handelt es sich um kommerzielle Netzwerke. Sie erbringen Dienstleistungen zu (schwarz-)marktüblichen Preisen.
4. Bei der vierten Gruppe handelt es sich um kriminelle Netzwerke, die sich rücksichtslos bereichern wollen. Sie beuten ihre „Vertragspartner“ aus- durch überhöhte Preise, menschenunwürdige Reisebedingungen bis hin zu sexueller Ausbeutung (vgl. Alt 2003, 284ff; Fisch 2006, 19f).

Zu einer erfolgreichen „irregulären“ Migration werden Migrationsbrückenköpfe, die die Migration organisieren und ausführen, sowie Erstanlaufstellen im Zielland benötigt (vgl. Fisch 2006, 20).

Immer mehr Frauen werden weltweit zu Protagonistinnen der Wanderungsbewegungen. Das nachfolgende Unterkapitel stellt sich dem Thema weshalb sich immer mehr Frauen für eine Migration entscheiden.

## 2.4 Feminisierung der Migration

Lange Zeit wurden Frauen nur als „Anhängsel“ männlicher Migranten betrachtet. Frauen wanderten nach oder gegebenenfalls mit den Ehemännern, Vätern, Brüdern und Cousins. Man nannte diese Form „abhängige Migration“ (Han 2003, 26). Heute wandern weltweit mehr Frauen als Männer. Bei den Migrationsbewegungen insgesamt liegt ihr Anteil bei 50 Prozent, bei den Fluchtbewegungen liegt er noch höher (vgl. Treibel 2008, 305). Sie werden zu Protagonistinnen der Wanderungsbewegungen. Diese Entwicklung wird in der Migrationsforschung unter dem Begriff „Feminisierung der Migration“ betrachtet (vgl. Heck 2008, 23; Schöttes zit n. Pries 1997, 85-86). Diese wird begünstigt durch die Emanzipation und die besseren Bildungschancen für Frauen, sowie die Ausweitung des tertiären Sektors, also des Dienstleistungssektors. Es besteht sowohl ein großes Angebot als auch eine deutliche Nachfrage für Migrantinnen (vgl. Treibel 2008, 305). Hinzu kommt laut Treibel, dass Mütter, Schwestern und Töchter bei den Geldrücküberweisungen in das Heimatland zuverlässiger und gewissenhafter sind als ihre männlichen Verwandten (ebd.).

Die Wanderungsgründe von Frauen sind sehr vielfältig und umfassen beispielsweise folgende Motive:

- Freiwillige Arbeitsmigration aus ökonomischen Gründen
- Zwangsmigration, z.B. Flucht und Vertreibung
- Abenteuersuche
- Ausbildungs- und Studienzwecke
- Frauenspezifische Verfolgung (vgl. Schöttes/Treibel 1997, 86).

Neben geschlechtsneutralen wird das Augenmerk hier auch auf geschlechtsspezifische Ursachen gelegt. Der Armutsanteil von Frauen liegt weltweit bei 70%. Frauen sind in einigen Ländern der Welt von struktureller Diskriminierung und von frauenspezifischer Verfolgung betroffen (ebd.).

Laut Heck ist der Anteil der nicht dokumentierten Frauen höher als jemals zuvor. Die Ursachen liegen in ihren Augen an dem Arbeitskräftebedarf im Dienstleistungssektor. Dazu gehören Hausarbeit, Unterhaltungsindustrie und Prostitution (vgl. Heck 2008, 23). In Deutschland leben „illegalisierte“ Migrantinnen als Arbeitsmigrantinnen, zudem auch als abgelehnte Asylbewerberinnen, die in die „Illegalität“ abtauchen, als „illegal“ gewordene Ehegattinnen (vgl. Anderson 2003, 65). Ebenso gibt es Frauen, die aus persönlichen Motiven migrieren, sei es aus dem Wunsch nach einem Abenteuer. Weiterhin gibt es Frauen, die im Rahmen des Familiennachzugs nach Deutschland einwandern aber kein Aufenthaltsrecht bekommen, da der Familienbegriff in Deutschland rechtlich sehr eng umschrieben ist. Es gibt Frauen, die als Touristinnen einreisen und als „Visaoverstayer“ in Deutschland bleiben. Ebenso gibt es Studentinnen, die in die „Illegalität“ „abtauchen“ weil sie die Regelstudienzeit überschritten haben und der Aufenthaltsstatus nicht verlängert wurde. Außerdem gibt es eine gewisse Anzahl an Frauen, die als Au-pair-Mädchen bei deutschen Familien arbeiten. Ihr Aufenthaltstatus ist abhängig vom Aufenthalt bei der Gastfamilie und somit führt dies zu einer besonderen Abhängigkeit von den Familien. Unter menschenrechtlichen Gesichtspunkten ist die Situation für Frauen, die unter falschen Versprechungen nach Deutschland gelockt werden, um für die Sexindustrie zu arbeiten besonders prekär. In dieser Situation, als „statuslose“ Frau, werden sie sehr oft von ihren Arbeitgebern und Zuhältern schamlos erpresst und ausgenutzt (vgl. Anderson 2003, 25-28). Hier kann nicht von freiwilliger Migration gesprochen werden.

### **Schlussfolgerung**

Dieses Kapitel hat die Ursachen „irregulärer“ Zuwanderung dargestellt. Es konnte aufgezeigt werden, wie durch die Globalisierung internationale Zuwanderung entsteht und gleichzeitig durch die Nationalstaaten begrenzt wird und in „irreguläre“ Migration münden kann. Anhand von Modellen sind die Bedingungen, die entscheidend zu Migrationen beitragen veranschaulicht worden. Da sich die Diplomarbeit mit Frauen in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ befasst, ist speziell auf die Feminisierung der Migration eingegangen worden. Nachfolgend werden frauenspezifische Problemlagen in der „Illegalität“ dargestellt.

### 3 Frauenspezifische Problemlagen

„Illegale Migration ist immer auch mit dem Versuch verbunden, das eigene Handeln rechtsförmiger Beobachtungen zu entziehen. Dies hat für die Betroffenen zur Folge, dass sie sich selbst ihrer rechtsvermittelten Konfliktfähigkeiten berauben und in der Folge in unterschiedlichem Ausmaß sozialer Erpressbarkeit ausgesetzt“ (Bommes 2006, 95) sind. Dies kann vor allem für Frauen zu einer prekären Situation führen.

Frauen in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ müssen sich spezifischen Problemlagen stellen (vgl. Erzbischöfliches Ordinariat Berlin (EOB) 1999, 65). Alt kommt auf der einen Seite aufgrund seiner empirischen Forschungsarbeiten zu der Annahme, dass Frauen fähiger sind, ein „irreguläres“ Migrationsprojekt zu realisieren und durchzusetzen als Männer. Sie sind tendenziell verlässlicher in ihrer Verantwortlichkeit gegenüber ihren Familien beispielsweise in Form der Geldrücküberweisungen. Aus Gesprächen mit „illegalisierten“ Frauen in München und durch Gespräche mit „statuslosen“ Männern in Leipzig hat Alt die Schlussfolgerung gezogen, dass Frauen erfolgreich in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ leben (vgl. Alt 2003, 206f).

Auf der anderen Seite konstatieren Alt wie auch Krieger und Anderson, dass es vor allem Frauen sind, die durch Männer und kriminelle Organisationen ausgebeutet, Opfer von Gewalt und zur Prostitution gezwungen werden (vgl. Alt 2003, 206f; Krieger et al 2006, 151-158; Anderson 2003, 65-69).

Anderson bestätigt, dass Frauen in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ oft nicht selbstbestimmt über ihren eigenen Lebensweg entscheiden können. Gerade wenn sie über kein unterstützendes Netzwerk verfügen, können sie in eine ökonomisch und sozial prekäre Situation versetzt werden (vgl. Anderson 2003, 65).

Krieger beschreibt verschiedene Abhängigkeitsmöglichkeiten, denen vor allem Frauen unterliegen: „die existentielle Abhängigkeit von der Versorgung durch einen Mann, die Abhängigkeit von Partnern und Arbeitgebern durch Gewalt und die Androhung von Gewalt, Verstoßung und Arbeitsplatzverlust, die Abhängigkeit durch Familienbande und Verwandtschaftspflichten, die Abhängigkeit durch Unselbständigkeit in der Lebensführung

und Schutzsuche, (...) die Abhängigkeit vom moralischen Urteil des sozialen Umfeldes in wichtigen Entscheidungen und Fragen der Lebensführung“ (Krieger et al 2006, 151).

Vor allem aus Arbeitsverhältnissen resultiert eine hohe Gefahr der Abhängigkeit. Die Übergänge zwischen normalen und erzwungenen Arbeitsverhältnissen können fließend sein. Gemäß Alt gehen über die Hälfte der Frauen in Deutschland „normalen“ oder mehr oder weniger ausbeutungsfreien Beschäftigungen, z.B. in Privathaushalten und der Gastronomie nach.

Ungefähr 5-10% der Frauen arbeiten in mehr oder weniger selbstbestimmten Sexarbeitsverhältnissen. Ungefähr 25-35% der Frauen stehen in Abhängigkeitsverhältnissen wie der Zwangsprostitution oder Ausbeutungsverhältnissen im privaten Dienstleistungssektor (vgl. Alt 2003, 213f).

Die Zwangsprostitution wird zum „Menschenhandel, wenn Frauen verkauft werden von einem Zuhälter(..), wenn sie kein Geld bekommen für ihre Arbeit, wenn sie gegen ihren Willen festgehalten werden“ (EOB 1999, 65).

Im Jahr 2006 sind laut „Bundeslagebild Menschenhandel“ des Bundeskriminalamts (BKA) 775 Menschen Opfer von Menschenhandel zum Zwecke sexueller Ausbeutung geworden. Davon waren 98,5% Frauen. Die meisten anerkannten Opfer stammen aus mittel- und osteuropäischen Staaten, aber auch aus lateinamerikanischen (vor allem aus Kolumbien), asiatischen und afrikanischen Staaten. Sie kommen aus Ländern in denen gezielter Menschenhandel existiert<sup>10</sup>. Laut BKA „Bundeslagebild Menschenhandel“ für das Jahr 2003 wurden von 1235 weiblichen Opfern 45% der Frauen in ihren Heimatländern über ihren tatsächlichen Einreisegrund getäuscht und mit falschen Versprechungen nach Deutschland gelockt. Bei etwa 9% wurde bereits bei der Anwerbung Gewalt ausgeübt (vgl. Krieger et al 2006, 154). Der Menschenhandel mit Frauen ist die extremste Form der Abhängigkeitsverhältnisse, denen Frauen in der „Illegalität“ ausgesetzt sind.<sup>11</sup> Es wird durch gezielte Einschüchterungen in Form von Gewalt und psychischem Terror versucht sie abhängig und gefügig zu machen (vgl. Krieger et al 2006, 156). Nicht selten verstärkt sich die Anfälligkeit für Krankheiten wie Depressionen, Drogen- und Alkoholabhängigkeit bis hin zu Suizidversu-

---

<sup>10</sup> vgl. <http://www.eurotopics.net/de/magazin/politik-verteilerseite/menschenhandel-06-2008/menschenhandel-aufdeckung>

<sup>11</sup> Es handelt sich nicht ausschließlich um „statuslose“ Frauen. Ebenso werden Frauen mit einer Duldung, Au-Pairs, Touristinnen, ausländische Studentinnen und legalisierte Ehefrauen Opfer von Menschenhandel zum Zwecke sexueller Ausbeutung (vgl. Krieger et al 2006, 111).



chen, die durch die große Abhängigkeit und die Aussichtslosigkeit ihrer Situation entstehen (vgl. Tolsdorf 2008, 82).

Es gibt die Möglichkeit, im Rahmen des Opferschutzprogramms Strafanzeige gemäß §232 StGB zu stellen. Opfer von Menschenhandel zum Zwecke sexueller Ausbeutung können gegen die Verletzung der Menschenrechte vor Gericht zu gehen (vgl. EOB 1999, 66; Krieger et al 2006, 111,158).<sup>12</sup>

Die andere schwerwiegende Form der Ausbeutung ist die im privaten Dienstleistungssektor. Vor allem in der Kinderbetreuung, Altenpflege und als Haushaltshilfe. Laut Müller besteht die Gefahr der neuen „Dienstmädchenhaltung“, vor allem wenn die Frauen mit im Haushalt leben und sie gezwungen werden, nahezu rund um die Uhr arbeiten zu müssen. Dort sind die Frauen zwar vor einer Entdeckung durch die Polizei sicher, aber nicht vor psychischer, physischer oder sexueller Gewalt (vgl. Müller 2004 zit. n. Tolsdorf 2008, 82). Seit 2005 gibt es die Möglichkeit gemäß § 233 StGB, gegen Menschenhandel zum Zwecke der Ausbeutung am Arbeitsplatz vor Gericht zu gehen. Im Jahr 2006 wurden 83 Menschen Opfer von Menschenhandel zum Zwecke der Arbeitsausbeutung, davon waren 22 Opfer Frauen<sup>13 14</sup>.

Krieger und Anderson berichten, dass vor allem Frauen für das Wohl ihrer Familie, besonders für das ihrer Kinder arbeiten, ungeachtet der Belastungen, die aus einem Leben in der „Illegalität“ resultieren und unabhängig von ihrem Aufenthaltstitel (vgl. Krieger et al 2006, 151; Anderson 2003, 72). Um einen Weg aus der prekären Situation der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ zu finden, entscheiden sich viele Frauen für eine Schein- oder Zweckhe. Diese kann ebenfalls zu Abhängigkeiten führen, da die Frauen in den ersten zwei Jahren an den Aufenthaltstitel des Ehemannes gebunden sind (§31 Abs.1 Nr. 1 AufenthG). Es

---

<sup>12</sup> Frauen bekommen in dieser Zeit eine Duldung, es sollten jedoch Räume geschaffen werden, in denen die Frauen sich erholen können von den traumatischen Erfahrungen und auch therapeutische Hilfe bekommen. Aktuell werden sie nach dem Prozess abgeschoben! Die Rückkehr ist für viele bedrohlich, da sie einerseits den Kontakt zu den Menschen fürchten müssen, die den Menschenhandel organisiert haben und andererseits weil sie verzinste Gelder für die Schleusung zurückzahlen müssen (vgl. Alt 2003, 212; Siehe „Bundeslagebild Menschenhandel“ BKA 2003 zit. in Krieger et al 2006 154-157).

<sup>13</sup> vgl. <http://www.eurotopics.net/de/magazin/politik-verteilerseite/menschenhandel-06-2008/menschenhandel-aufdeckung/>

<sup>14</sup> Der Fall Ana S. wurde unter dem Namen „Mit einem Lächeln auf den Lippen“ verfilmt. Die junge Frau aus Peru arbeitete zunächst legal, dann „illegal“ 3 Jahre unterbezahlt in einem Hamburger Haushalt für ca. 1 Euro Stundenlohn, ohne dass man ihr einen freien Tag gewährt hätte. Sie trat bei der Dienstleistungsgesellschaft Ver.di ein, bekam einen Rechtsschutz und klagte auf 47.000 Euro Lohnnachzahlung vor dem Arbeitsgericht. Ana hat eine angemessene Abfindung bekommen (vgl. [http://www.ila-web.de/kulturszene/323film\\_laecheln.htm](http://www.ila-web.de/kulturszene/323film_laecheln.htm)).

wird in der Literatur von Erpressungsversuchen oft unter Gewaltandrohung seitens der Ehemänner berichtet. Falls die Beziehung zerbricht, bevor ein eigenständiger Aufenthaltstitel für die Frauen erlangt wurde, hat das die Folge, dass Frauen wieder in die „aufenthaltsrechtliche Illegalität“ „abrutschen“. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nicht alle Ehen einem reinen Zweck unterliegen, es werden ebenso Ehen aus Liebe, wie auch aus Mischformen durch erotisch-kommerzielle Gründe geschlossen (vgl. Anderson 2003, 69-71; Krieger et al 2006, 153; Deutsches Ausländerrecht 2005, 21).

### **Schlussfolgerung**

In diesem Kapitel wurde versucht darzustellen, dass es sich bei Frauen um eine besonders vulnerable Gruppe in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ handelt.

Aufgrund ihrer Erpressbarkeit sind es vor allem „statuslose“ Frauen, die Opfer sexueller Ausbeutung werden können. Dies ist am Arbeitsplatz im Dienstleistungsgewerbe, innerhalb ihres Netzwerkes oder ihrer Partnerschaft festzustellen. Für den Bereich der Prostitution sind die Arbeitsbedingungen aufgrund der Ausbeutbarkeit für „irregulär“ arbeitende Frauen erheblich schlechter, als die von legal arbeitenden Kolleginnen. Zudem sind es vor allem Frauen, die Opfer von Menschenhandel zum Zwecke sexueller Ausbeutung werden. Nur ein Viertel der Frauen wird Opfer von Menschenhandel zum Zwecke der Arbeitsausbeutung (vgl. Krieger et al 2006, 112, 158).

Demgegenüber steht eine große Anzahl an Frauen, die unter mehr oder weniger normalen Arbeitsbedingungen tätig sind und ein Leben in der „Illegalität“ erfolgreich gestalten können (Alt 2003, 206f, 213f).

Dennoch bleibt festzuhalten, dass die oben genannten Problemlagen, wie auch die ständige Angst vor einer Aufdeckung bei vielen Frauen zu psychischen Belastungen und Problemen führen. Das nachfolgende Kapitel widmet sich dem Thema der gesundheitlichen Belastungen denen Frauen in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ unterliegen sowie dem Thema Schwangerschaft.

## 4 Gesundheitliche Belastungen im Leben von „illegalisierten“ Frauen

Bereits für legal anwesende Migrantinnen in Deutschland wurde ein Zusammenhang zwischen Gesundheit, Krankheit und Migration festgestellt. Es ist nicht die Migration selbst, welche die gesundheitliche Situation von Migrantinnen beeinflusst, sondern komplexe Wechselwirkungsprozesse bestimmter Faktoren. Darunter fallen sowohl kulturspezifische Besonderheiten, ökonomische und soziale Bedingungen als auch die Länge des Aufenthalts sowie mangelnde Sprachkenntnisse (vgl. Arbeitsgruppe Armut und Gesundheit 2001 zit. n. Tolsdorf 2008, 54). Weitere Faktoren beeinflussen die Gesundheit nachhaltig. Darunter werden das soziale Umfeld und das seelische Wohlbefinden subsumiert. Ebenso wirken sich die Ernährung, die Wohnverhältnisse und das Alter auf die Gesundheitserhaltung aus (vgl. Schmitt 2007, 40). Migrantinnen gelten hinsichtlich ihres Gesundheitszustands sowie der Gesundheitsversorgung als doppelt benachteiligte Gruppe. Das zeigt sich darin, dass „Frauen nicht nur durch die Bedingungen der Migration, sondern zudem durch geschlechtsspezifische sozioökonomische Faktoren“ (Eichler 2008, 62) in Bezug auf ihre Gesundheit negativ beeinflusst werden.

Im Unterschied dazu wird in anderen Quellen im Zusammenhang mit Migration und Gesundheit von einem „Healthy migrant effect“ ausgegangen, der eine verminderte Krankheitshäufigkeit und Mortalität bei bestimmten Krankheiten von Migrantinnen, trotz niedrigem sozioökonomischen Status, je nach Abhängigkeit des Lebensstils, auch weiterhin nach einigen Jahren der Migration aufweist. Frei übersetzt bedeutet der „Healthy migrant effect“ das Phänomen der gesunden Migrantinnen und Migranten. Da besonders jüngere und gesündere Migrantinnen migrieren profitieren sie von dem „Healthy migrant effect“ (Schmitt 2007, 63). Ob dieser gesundheitsfördernde Aspekt ebenfalls auf „illegalisierte“ Migrantinnen übertragbar ist, da diese Gruppe oftmals unter erschwerten Bedingungen lebt, geht nicht eindeutig aus der Literatur hervor. Lediglich Lindert spricht von einem „Healthy migrant effect“ in der „Illegalenpopulation“ – gerade da vor allem junge und gesunde Menschen das Risiko der Migration aufnehmen (vgl. Lindert 2004 zit. n. Krieger et al

2006, 103). Dennoch bleibt festzuhalten, dass überwiegend die erschwerten Lebensbedingungen, die gesundheitlichen Risiken bei „Illegalisierten“ erhöhen (vgl. Razum et al 2000 zit. n.Schmitt 2007, 45f).

Statistische Daten zu Gesundheitsrisiken, der Gesundheitssituation und dem Zugang zur Gesundheitsversorgung von Frauen in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ in Deutschland gibt es nicht (vgl. Braun et al 2003, 122; Cyrus 2004a, 50; Schmitt 2007, 39). Um Aussagen über den Gesundheitszustand „illegalisierter“ Frauen machen zu können, wird auf die Erfahrungen von Beratungsstellen sowie von Ärztinnen und Ärzten zurückgegriffen. Diese sind allerdings nicht repräsentativ. Sie ermöglichen nur einen beschränkten Einblick auf die Gesundheitslage (vgl. Krieger et al 2006, 97; Anderson 2003, 34; Schmitt 2007, 39). Es ist davon auszugehen, dass sich zum Teil Vergleiche zwischen legal anwesenden Migrantinnen und „illegalisierten“ Migrantinnen im Bezug auf die gesundheitliche Lage ziehen lassen können, wobei die Situation „statusloser“ Migrantinnen verschärft sein wird (vgl. Schmitt 2007, 39).

Das Thema Gesundheit ist sehr komplex. Es können hier nur einige Aspekte benannt werden, die es in der Literatur zur Situation „illegalisierter“ Menschen und hier vor allem über Frauen gibt. Ferner werden allgemeingültige Aussagen, die in der Literatur zur Gesundheitssituation bzw. -versorgung von Menschen (Männern und Frauen) ohne Aufenthaltsstatus gemacht wurden, ausschließlich auf Frauen übertragen, auch wenn diese nicht die einzige betroffene Gruppe darstellen.

Anna Kühne von der medizinischen Vermittlungs- und Beratungsstelle in Hamburg stellt fest, dass „die Patienten ohne Aufenthaltsstatus (..) eher jünger und kränker als das durchschnittliche Hausarztclientel“ (Kühne 2008, 30) sind. Dabei unterscheidet sich „das Spektrum der Erkrankungen (..) nicht wesentlich von dem der Einheimischen“ (Koch 2007, 2). Tropenkrankheiten und spezifische Infektionen aus den jeweiligen Heimatländern sind in der Regel selten (vgl. Krieger et al 2006, 97; Braun et al 2003, 122; Koch 2007,2).

Die Angst vor Unfällen und gesundheitlichen Problemen wird als ein Hauptproblem für Menschen ohne Aufenthaltstitel dargestellt (vgl. Schönwälder et al 2004, 67). Ebenso lassen sich frauenspezifische Erkrankungen wie hormonelle Störungen, Brustkrankungen und Blutungsstörungen ohne Behandlung nur schwer heilen und auch im Fall einer Schwangerschaft und Geburt sind Frauen in besonderem Maße von medizinischer Hilfe abhängig (vgl. Bommers/Wilmes 2007, 84).

Aus dem Erfahrungsbereich von Ärztinnen und Ärzten sowie von Beratungsstellen geht hervor, dass Krankheiten häufig lange Zeit ignoriert, verschleppt oder gar verleugnet werden (vgl. Krieger et al 2006, 99).

Frauen in der aufenthaltsrechtlichen „Illegalität“ sind infolge ihrer „defizitären Lebensbedingungen, der psychischen Belastung durch eine Vielzahl von Unsicherheiten und Ängsten, häufig gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen und durch die Nichtinanspruchnahme präventiver Maßnahmen besonderen gesundheitlichen Gefährdungen ausgesetzt“ (Krieger et al 2006, 97f). Unter den defizitären Lebensbedingungen „illegalisierter“ Frauen sind mangelhafte Ernährung, mangelhafte Wohnbedingungen sowie schlechte Arbeitsbedingungen und die permanente Stresssituation aus Angst vor der Statusaufdeckung zu verzeichnen (vgl. Krieger et al 2006, 116).

#### **4.1 Psychische Belastungen**

„Danach kam die Zeit, in der ich ‚illegal‘ war. Das ist schlimmer als im Knast zu sein, denn im Knast weiß man, dass man da wieder rauskommt, der andere Zustand allerdings ist unbefristet. Es ist wie ein Leben ohne Kopf, man kann nichts planen und mit nichts rechnen(..)man weiß nicht mehr, wer man ist. Du existierst nicht mehr, weil du nicht sein darfst“ Tidjane aus Guinea Bissau<sup>15</sup>.

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Frage, ob und wie die Lebenssituation in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ zu gesundheitlichen Problemen wie Angst, Dauerstress und sozialer Isolation führen.

Aus der Migration selbst resultieren psychische Sonderbelastungen, die bei Migrantinnen psychosoziale Belastungen hervorrufen können. Je nach Ressourcen und Bewältigungsstrategien des Einzelnen können diese krankmachend sein oder eine Genesung verzögern. Die Trennung von der Familie und des Heimatlands, der unklare Aufenthaltsstatus, das Erleben von Folter und Verfolgung im Herkunftsland und die Erfahrung von Fremdenfeindlichkeit im Aufnahmeland sowie eine unklare Zukunft gehören zu diesen psychischen Belastungsfaktoren (vgl. Schmitt 2007, 43).

Die Arbeitsgruppe Armut und Gesundheit konstatiert, dass das Risiko, psychische Krisen zu erleben oder manifest psychiatrisch zu erkranken, abhängig ist von den Ereignissen im

---

<sup>15</sup> vgl. <http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topic=1095&type=infotext>

Heimatland, den Bedingungen der Ausreise und dem Wechsel in das Zielland. Für die psychische Gesundheit einer Migrantin ist es wichtig, die Möglichkeit zu haben, sich zu integrieren und trotz dessen die eigene kulturelle Identität bewahren zu können (vgl. Arbeitsgruppe Armut und Gesundheit 2001 zit. n. Tolsdorf 2008, 71).

Für Migrantinnen, die ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland leben, kommt zu den migrationsbedingten psychischen Belastungen außerdem noch die ständige Angst der Aufdeckung und Abschiebung durch die Polizei und Ausländerbehörde hinzu. Diese Angst führt bei vielen „irregulären“ Migrantinnen zu erheblichen Belastungssituationen (vgl. Schultze-Sasse 2003 zit. n. Tolsdorf 2008, 71). Desgleichen werden fehlende Legalisierungsoptionen zu einem Teil dieser Belastung (vgl. Anderson 2003, 79).

Hierbei muss gemäß Alt im Hinblick auf die Auswirkungen psychischer Belastungen bei „illegalisierten“ Frauen zwischen Arbeitsmigrantinnen und abgelehnten Asylbewerberinnen unterschieden werden. Der psychische Druck, der auf Arbeitsmigrantinnen liegt, ist oft geringer als der auf Flüchtlingen. Dies liegt daran, dass der Aufenthalt der Arbeitsmigrantinnen meist temporär ist und alleine dem Geldverdienen geschuldet ist. Das Ziel der Arbeitsmigrantinnen liegt in der persönlichen oder der familiären Zukunft im Heimatland. Falls die Anstrengungen der Lebenssituation in Deutschland zu gravierend werden, haben Arbeitsmigrantinnen die Möglichkeit in ihr Heimatland zurückzukehren.

Im Unterschied hierzu sind Flüchtlinge zu nennen, die oft alternativlos einem Leben in Deutschland ausgeliefert sind. Sie verfügen über keine Rückkehroption. Oftmals sind sie infolge von Krieg und Gewalt traumatisiert (vgl. Alt 1999, 13f; Schönwälder et al 2004, 61). Anlässlich dieser Erfahrungen leiden sie mitunter an posttraumatischen Belastungsstörungen (vgl. Tolsdorf 2006, 71f). Die psychische Belastung ist umso höher, je mehr die Vorstellung von einer Rückkehr ins Heimatland mit Ängsten verbunden ist (vgl. BAMF 2005, 111).

Auch die eigene Persönlichkeit ist entscheidend dafür, d.h. wie mit der Situation in der „Illegalität“ umgegangen wird. Hierzu werden unterschiedliche Typologien Alts und Andersons vorgestellt.

Nach Anderson sind es vor allem junge, leistungsorientierte und gesunde Migrantinnen, die ein Leben in der „Irregularität“ gut bewältigen können. Eine Gesprächspartnerin von Anderson stellte fest, das „Leben hier sei schwierig, aber einiges sei für sie schön“ (Ander-

son 2003, 79). Doch auch für diese Gruppe der „Überlebenskünstlerinnen“ kann dieser Lebensentwurf irgendwann zusammenbrechen (ebd.).

Für die andere Gruppe stelle Alt fest, wenn bereits depressiv-melancholische und sensible Grundzüge einer Person vorhanden sind, wird die Angst vor Enttarnung und der Zwang zur Unauffälligkeit zu einer sehr belastenden Situation für die betroffene Person (vgl. Alt 1999, 5).

### **Angst**

Das Gefühl der Angst ist unterschiedlich stark ausgeprägt. Negative Erfahrungen in Form von Folter und Gefängnis durch die Polizei und Behörden im Heimatland sind ein Grund warum die Ängstlichkeit so stark ist. Die Institutionen im Heimatland verkörpern für viele beispielsweise Macht, das Gefühl ausgeliefert zu sein und Demütigungen zu erfahren. Das Gefühl des ausgeliefert Seins hält in Deutschland an – auch wenn die Auslöser hier andere sind (vgl. Alt 1999, 14).

Vermutlich weniger Angst vor Kontrollen haben Frauen, die nicht gleich als Migrantinnen erkannt werden. Ein Gesprächspartner Andersons stellte fest: „es ist für schwarze Menschen prinzipiell schwieriger aufgrund ihres Aussehens, sie werden grundsätzlich mehr kontrolliert“ (Anderson 2003, 40). Frauen, die in unsicheren Wohnverhältnissen leben und Orte frequentieren, die eine hohe Kontrolldichte aufweisen, wie z.B. Hauptbahnhöfe haben vermutlich begründet eher Angst (vgl. BAMF 2005, 111). Die permanente Angst vor Entdeckung und die Unsicherheit, die ein Leben in der „Illegalität“ mit sich bringt ist für viele durch eine ständige Stresssituation gekennzeichnet. Diese kann zu dauerhaften Angstzuständen, Depressionen, Verfolgungswahn, Psychosen bis hin zur Suizidalität führen (vgl. Krieger et al 2006, 116).

### **Isolation**

„Die Angst vor Entdeckung führt oft dazu, sich gar nicht mehr in die Öffentlichkeit zu wagen. Reale Gefahren können von Phobien manchmal gar nicht klar getrennt werden“ (Groß 205, 6). So verfügen manche Frauen kaum über Kontakte. Die Isolation kann auch durch bestehende Arbeitsverhältnisse entstehen. Anderson beschreibt das Handy als einzigen Kontakt zur Außenwelt, ohne dieses Medium wären viele in ihrer Isolation verloren. Es kann soweit kommen, dass die Wohnung selten verlassen wird, ausgenommen zur Arbeitsaufnahme (vgl. Anderson 2003, 41).

Gemäß der deutschen Bischofskonferenz haben Menschen in der „Illegalität“ leben zudem nur vereinzelt engeren Kontakt zu Einheimischen. Die soziale Isolierung kann zu schweren psychischen Belastungen führen (vgl. Deutsche Bischofskonferenz 2001, 21). Außerdem beschreibt Anderson, dass viele Menschen in der „Illegalität“ vereinsamen, da sie kaum Kontakt in ihr Heimatland haben und ihre Perspektivlosigkeit sie „zermürbe“ (vgl. Anderson 2003, 78). Dies gilt in der Regel für Frauen, die über kein tragbares ethnisches Netzwerk verfügen, alleine nach Deutschland kamen oder aufgrund bestimmter Arbeitsverhältnisse isoliert leben.

### **Schlussfolgerung**

Es gibt keine empirischen Forschungsergebnisse über den Gesundheitszustand von Frauen in der „Illegalität“. Es kann lediglich auf die Aussagen von Ärztinnen und Ärzten sowie von Beratungsstellen zurückgegriffen werden. Jedoch hat sich herausgestellt, dass Frauen, die Kontakte zu Beratungs- und Wohlfahrtsorganisationen aufnehmen, öfter krank und massiven Problemen ausgesetzt sind, im Gegensatz zum normalen Hausarztclientel. Das Leben in der „Illegalität“ ist schwierig zu gestalten. Es kann zu psychischen Problemen, Depressionen bis hin zum Verfolgungswahn und zu Suizidgedanken führen. Der Druck in der Ferne erfolgreich zu sein, um die Familie im Heimatland zu versorgen, spielt ebenso eine Rolle, wie eventuelle Traumata, die im Heimatland erlebt wurden. Die Flucht wie auch die Angst, von der Polizei, aufgegriffen und abgeschoben zu werden tragen zu diesen Problemen bei.

Demgegenüber stehen aber auch Frauen, die in einer ethnischen Community gefestigt sind und erfolgreich ein Leben in der „Irregularität“ bewerkstelligen können. Sie begreifen sich nicht als Opfer, sondern als erfolgreiche Akteure, die mit einer schwierigen Lebenssituation umgehen können (vgl. Schönwälder et al 2004, 61). Auch Krieger stellt fest, dass „manche sich mit den Anforderungen arrangiert haben oder Routinen entwickeln, die den Umgang mit Stressoren erträglicher machen“ (Krieger et al 2006, 113).

## **4.2 Schwangerschaft als Krise**

Frauen leben „in dem biographisch und gesundheitlich vulnerablen Alter zwischen 20 und 40 Jahren in einer besonderen Situation (..) (sie haben) spezifische medizinische Bedürfnisse im Hinblick auf das Thema sexueller reproduktiver Gesundheit“ (Bommes/Wilmes



2007, 84). Nachfolgend wird das Thema Schwangerschaft, das einen sehr großen Stellenwert im Leben einer Frau haben kann, beschrieben.

„Mann kann sich unschwer vorstellen was es für eine Frau bedeutet in einem Land schwanger zu sein, in dem sie rechtlich gar nicht sein dürfte“ (Friedrich Graffe zit. n. Anderson 2003, 4). Frauen, die in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ schwanger werden, sind vor die schwerwiegende Entscheidung gestellt, sich für oder gegen ein Kind zu entscheiden. Eine Schwangerschaft kann für Frauen in der „Illegalität“ eine existentielle Krise herbeiführen. Erwartet eine „statuslose“ Frau ein Kind, wird die Beziehung zur Bewährungsprobe, da viele „illegalisierte“ Frauen instabile und wechselnde Partnerschaften haben (vgl. Bommers/Wilmes 2007, 85). Nicht selten wird sich die Frau alleine um ihre Schwangerschaft kümmern müssen (vgl. Anderson 2003, 67).

### **Verhütung**

Es gibt laut Alt und Anderson verschiedene Gründe, warum Frauen in der „Illegalität“ schwanger werden.

- Der erste Grund ist das mangelnde Wissen über Verhütung. Dies trifft häufiger auf Afrikanerinnen, Asiatinnen und Lateinamerikanerinnen zu, weniger auf Frauen aus Osteuropa.
- Der zweite Grund liegt darin, dass im Bereich der Prostitution einige Männer Verhütung ablehnen. Wenn die Frauen trotz dessen auf Verhütungsmittel wie Kondome bestehen, riskieren sie, dass ihre „Kunden“ woanders hingehen.
- Als dritten Grund werden die Kosten für Verhütung, welche lieber gespart oder für andere Zwecke ausgegeben werden, genannt. Die Pille ist zwar eines der sichersten Verhütungsmittel, aber aus zwei Gründen schwierig für die Frauen. Erstens ist sie rezeptpflichtig, was einen Arztbesuch voraussetzt, und zweitens muss sie immer zur gleichen Zeit eingenommen werden, da sie sonst ihre Wirkung verliert. Spiralen werden oft aus kulturellen Gründen abgelehnt (vgl. Alt 2003, 210; Anderson 2003, 67).

### **Schwangerschaft**

Judith Rosner von FIM e.V. (Frauenrecht ist Menschenrecht) aus Frankfurt am Main berichtet aus ihrer Erfahrung mit „illegalisierten“ schwangeren Frauen, dass ein Teil der Frauen ungewollt schwanger wurde, andere Frauen eine Schwangerschaft provozierten in

der Hoffnung dadurch einen legalen Aufenthaltsstatus zu erlangen (vgl. Pregoner 2007, 277). Gleichmaßen stellt Alt dar, dass Frauen mitunter ungewollt schwanger werden aufgrund einer Vergewaltigung im Rahmen der (Zwangs-) Prostitution. Es kann aber auch ein Kinderwunsch von Paaren entstehen, bei dem einer oder beide „irregulär“ in Deutschland leben (vgl. Alt 2003, 211).

In vielen Veröffentlichungen wird die Tatsache dargestellt, dass eine Schwangerschaft, das Durchführen von Vorsorgeuntersuchungen und der Erhalt einer Geburtsurkunde für das Kind, ein großes Problem für die betroffene Frau offenbart (vgl. Kentenich/Simo 2009, 69; Alt 2003, 211; Krieger et al 2006; Groß 2005; Misbach 2007, 42; Mitrovic 2009).

Schwangere Frauen stehen vor einer sehr schwierigen Entscheidung angesichts ihrer Lebenslage, sich für oder gegen ein Kind zu entscheiden (vgl. Anderson 2003, 92). Sofern eine Frau sich für ihr Kind entscheidet, ist es wichtig, dass sie in ein gutes Netzwerk eingebunden ist, das sie psychisch und materiell unterstützt. Ein Leben mit Säugling in der „Illegalität“ ist sehr schwierig zu gestalten (vgl. Pregoner 2007, 279; Mitrovic 2009, 16). Dies bestätigt Adelheid Franz von der Malteser Migranten Medizin: Gemäß ihrer Erfahrung kann eine „illegalisierte“ Frau sich leichter für eine Schwangerschaft entscheiden, wenn sie konkrete Hilfen bekommt, z.B. in Form der Schwangerenbetreuung, einem Entbindungsplatz, der Nachsorge der Mutter durch eine Hebamme, einer Erstausrüstung für das Baby<sup>16</sup>.

„Jede Schwangerschaft in der Illegalität ist aufgrund der belastenden psychosozialen Lebensbedingungen nach den Kriterien des Mutterschaftskatalogs als Risikoschwangerschaft zu bewerten“ (Braun et al 2003, 128). Diese bedürfen einer besonderen Betreuung durch Ärzte und Hebammen.

### **Schwangerenvorsorge**

Eine normale Schwangerenvorsorge ist oft nicht gewährleistet (vgl. Groß 2005, 24). Die Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen mit Entspannungsübungen ist nicht möglich. Häufig kommen die Schwangeren erst sehr spät zu einem Arzt oder einer Beratungsstelle. Sie suchen medizinische Hilfe auf, wenn Schwangerschaftskomplikationen eintreten oder Hilfe für eine medizinisch betreute Geburt gewünscht wird (vgl. Krieger et al 2006, 108). Notwendige Vorsorgeuntersuchungen werden oftmals nicht durchgeführt. Die Frau verfügt

---

<sup>16</sup> vgl. [http://www.ipnw.de/soziale\\_verantwortung/flucht\\_asyl/tagungsdokumentation/](http://www.ipnw.de/soziale_verantwortung/flucht_asyl/tagungsdokumentation/)

über keinen Mutterpass. Gefahrensituationen für Mutter und Kind können somit nicht rechtzeitig diagnostiziert und behandelt werden (vgl. Groß 2005, 24).

In vielen Städten haben sich Netzwerke gebildet, die schwangere Frauen an Gynäkologen weitervermitteln, diese führen kostengünstige oder gar kostenlose Untersuchungen durch. Ein mögliches Problem solcher der Untersuchungen sind notwendige Laboruntersuchungen, die bezahlt werden müssen (vgl. Krieger et al 2006, 109).<sup>17,18</sup>

Die Frauen müssen zudem über die Möglichkeit zur Adoptionsvermittlung beraten werden, wenn sie ihr Kind nicht behalten können (vgl. Schmitt 2007, 87).

## **Geburt**

Zum Thema Geburt hat sich eine Interviewpartnerin Kriegers folgendermaßen geäußert:

„Im Moment beschäftigt mich nur die Frage: Wie werde ich mein Kind auf die Welt bringen? Denn das, was ich bezahlen muss, ist viel. Das macht mir viele Sorgen. Ich wünsche mir, dass ich ein Krankenhaus finde und eine Geburt ohne Probleme haben werde, und dass ich an dem einen Tag eine Hilfe habe, wenn ich das Kind zur Welt bringe. Das ist alles, was ich bräuchte. Das wichtigste ist der Arzt für die Geburt“ (Krieger et al 2006, 108).

Falls es zu einer Entbindung im Krankenhaus kommt, muss die Kostenfrage geklärt werden. Kann die Frau einen Teil selbst oder in Raten bezahlen? Kann die Geburt durch Dritte oder Spendengelder finanziert werden? (vgl. Schmitt 2007, 87). In den DRK-Kliniken in Berlin kostet eine Geburt als Selbstzahlerin bei vaginaler Entbindung gemäß DRG-Fallpauschale 1646,00 Euro und 2703,00 Euro für einen Kaiserschnitt ohne Komplikationen (vgl. Kentenich/Simo 2009, 72)<sup>19</sup>. Die Kosten einer Geburt übersteigen oft das Haushaltseinkommen „irregulärer“ Migrantinnen (vgl. Bommers/Wilmes 2007, 86). Aus der Erfahrung von Franz geht hervor, dass 60 % der Schwangeren nicht in der Lage sind, sich an den Kosten für eine Geburt zu beteiligen (vgl. Franz 2004 zit. n. Cyrus 2004a, 55).

---

<sup>17</sup> Seit 2008 gibt es in Berlin bei der MMM zweimal in der Woche eine Frauen- und Schwangerenberatung. Sie bieten Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft an. Die Zahl der Geburten stieg auf 158 im Jahr 2008 (vgl. Franz 2009, 203).

<sup>18</sup> In Frankfurt am Main und Köln können die Frauen eine gynäkologische Untersuchung bei Beratungsstellen des Gesundheitsamts aufsuchen. In Frankfurt allerdings ohne Ultraschalldiagnostik (vgl. Bommers/Wilmes 2007, 85; Krieger et al 2006, 109).

<sup>19</sup> Die MMM und das Büro der medizinischen Flüchtlingshilfe zahlen jeweils 355,53 Euro. So entsteht je nach Entbindung ein Differenzbetrag von 1300-2300 Euro, den die Klinik selbst trägt (vgl. Kentenich/Simo 2009, 72).

Krieger erwähnt in diesem Zusammenhang zwei betroffene schwangere Frauen, die von einer Benachteiligung während der Geburt durch eine Minimalbehandlung aus Kostengründen sprachen (vgl. Krieger et al 2006, 110).

Eine große Unsicherheit besteht vor allem bei Erstgebärenden, die kaum Informationen haben, wie eine Geburt in einem deutschen Krankenhaus gehandhabt wird. Die Frauen sind oft nicht genügend auf die Geburt vorbereitet und eventuelle Verständigungsprobleme können eine Geburt zu einer Extremsituation werden lassen. Der permanente Stress kann Komplikationen bei der Geburt hervorrufen (vgl. Schmitt 2007, 87).

Wenn keine finanziellen Mittel vorhanden sind, besteht die Möglichkeit, den Status aufzudecken und eine Duldung sechs Wochen vor der Geburt und acht Wochen nach der Geburt zu erlangen, um über das Asylbewerberleistungsgesetz eine Kostenübernahme der Geburt durch das Sozialamt zu erwirken, was aber in einer Abschiebung nach Beendigung der Mutterschutzfrist endet (vgl. Groß 2005, 24).<sup>20</sup>

Wer kein Geld zur Verfügung hat und keine Leistungen über das Asylbewerberleistungsgesetz in Anspruch nehmen möchte, gebärt aus diesen Gründen im privaten Raum (vgl. Mitrovic 2009, 16).

### **Geburtsurkunde**

Falls die Frau sich gegen eine Legalisierung in Form einer Duldung während des Mutterschutzes entscheidet, steht sie vor dem Problem der Beurkundung ihres Kindes. Die Standesämter der jeweiligen Bundesländer handhaben die Ausstellung der Geburtsurkunden nicht einheitlich (vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte (DIMR) 2007, 17).

In den Standesämtern wird die Geburtsurkunde nur gegen gültige Aufenthaltspapiere ausgestellt. Das Standesamt ist verpflichtet, gemäß § 26 Abs.1 und 2 Personenstandesverordnung (PStV) den aufenthaltsrechtlichen Status und den Wohnort der Eltern bei der zuständigen Ausländerbehörde zu überprüfen (vgl. Krieger et al 2006, 68)<sup>21</sup>. Das Leben ohne Geburtsurkunde bedeutet für das Kind als auch für die Mutter schwerwiegende Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben. Es können keine Vorsorgeuntersuchungen und keine Im-

---

<sup>20</sup> Nicht in jedem Fall wurde eine Duldung während der Mutterschutzfrist von der Ausländerbehörde gewährt. Im Dezember 2000 ist eine allein erziehende Albanerin mit ihrem 5 Wochen alten Säugling und zwei weiteren Kindern in den Kosovo abgeschoben worden, wo sie über keine Bleibe verfügten (vgl. Groß 2005, 24). Fußnote: In Berlin verzichtet die Berliner Senatsverwaltung seit 2008 drei Monate vor sowie drei Monate nach der Entbindung auf eine Inhaftnahme oder eine Ausreise (vgl. Hoff 2009, 55).

<sup>21</sup> vgl. [www.forschungsdatenzentrum.de](http://www.forschungsdatenzentrum.de), Dienstanweisung für Standesämter

pfungen in Anspruch genommen werden. Bei eventueller Abschiebung von Mutter und Kind kann die Mutter nicht beweisen, dass es sich um ihr Kind handelt (vgl. Groß 2005, 24).<sup>22</sup> Ferner ist eine weitere Dokumentenbeschaffung nahezu unmöglich. Dies führt zu Problemen, wenn das betroffene Kind in den Kindergarten oder in die Schule gehen soll (vgl. Krieger et al 2006, 111).<sup>23</sup>

Mögliche Auswege aus der Zwangssituation in Anlehnung an Alt und Anderson sind folgende:

- Die Frau lässt sich für die Zeit der Schwangerschaft und Geburt eine Duldung nach § 60a Abs. 2 AufenthG geben und entlässt sich vorzeitig aus dem Krankenhaus, um der Abschiebung zu entkommen.
- Die Frau kehrt zur Entbindung in ihr Heimatland zurück und überlässt das Kind den Eltern oder Verwandten in der Heimat.
- Die Frau versucht privat mit Hilfe einer Hebamme zu gebären<sup>24</sup>
- In einigen Städten können Frauen anonym gebären aber das Kind wird gezwungenermaßen zur Adoption freigegeben. (In München ist dies z.B. im Schwabinger Krankenhaus möglich).
- Die Frau bekommt über Ärzte, Priester und Hebammen Starthilfen in Form von Kleidung und eines Kinderwagens.
- Die Frau bittet einen Mann mit legalem Status um die Vaterschaftsanerkennung, so dass das Kind seinen Namen und eine Geburtsurkunde bekommt und die Mutter nach der Geburt einen Aufenthaltstitel nach § 28 Abs.1 Nr.3 AufenthG erlangen kann (vgl. Deutsches Ausländerrecht 2005, 19, 42).

Alt beschreibt für den zuletzt genannten Punkt die Gefahr, dass die Mutter das Kind an den Mann verlieren könnte. Zudem verurteilt er die „schizophrene“ Haltung der deutschen Ge-

---

<sup>22</sup> Es ist schon zu Fällen von Mutter-Kind-Trennungen gekommen (vgl. Braun et al. 2003, 128).

<sup>23</sup> Der UNCHR besteht auf die Verpflichtung der Staaten gemäß §24 Abs.2 und 3 des internationalen Paktes über bürgerliche und zivile Rechte vom 19.12.1966 sowie des Art. 7 Abs.1 des Übereinkommens über die Rechte der Kinder vom 20.12.1989, dass jedes Kind unverzüglich in ein Register eingetragen wird und einen Namen bekommt sowie jedes Kind das Recht hat, eine Staatsbürgerschaft innezuhaben. Nach Art. 3 Abs. 2 der Kinderrechtskonvention sind die Staaten dazu verpflichtet, bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, das Wohl des Kindes vorrangig zu berücksichtigen. Die Verletzung der Rechtspflichten der Eltern kann nicht dazu führen, dass ihren Kindern Rechte vorenthalten werden (vgl. [www.frsh.de/behoe/UNHCRRegistrierung\\_Neugeborener.pdf](http://www.frsh.de/behoe/UNHCRRegistrierung_Neugeborener.pdf)). Es kommt laut Alt in Deutschland zu einer Rechtsgüterkollision zwischen Ordnungsrecht und Menschenrecht. Die deutschen Behörden sind vorrangig zur Übermittlung verpflichtet gemäß § 87 AufenthG (vgl. Alt 2003, 211).

<sup>24</sup> Eine Hebamme berichtet im persönlichen Gespräch, dass sie und ihre Kolleginnen mit „illegalisierten“ schwangeren Frauen in Kontakt kommen. Auch hier ist die Frage der Kostenübernahme von Bedeutung.

sellschaft, in der die anonyme Geburt über eine Babyklappe akzeptiert würde, aber keine Möglichkeit bestehe für eine Frau ohne Aufenthaltsrecht anonym zu gebären, ohne dass sie ihr Kind verliert (vgl. Alt 2003, 212; Anderson 2003, 67).

### **4.3 Abtreibung, Geschlechtskrankheiten und HIV**

#### **Abtreibung**

Beratungsstellen berichten, dass viele Frauen sich für eine Abtreibung entscheiden, da ein Kind in der „Illegalität“ ihre fragile Lebenssituation gefährdet (vgl. Anderson 2004, 295). Für viele ist es unvorstellbar, ein Kind in der „Illegalität“ zu bekommen, andere sehen sich „durch die harten Fakten gezwungen, sich gegen ein Kind zu entscheiden“ (Anderson 2003, 69).

Falls sich die Frauen für einen Abort entscheiden, so entsteht für sie die Frage, wie sie den Abbruch medizinisch einwandfrei vornehmen lassen können. Jeder Arzt und jede Ärztin benötigt vor dem Abbruch einen mindestens drei Tage alten Nachweis über ein Schwangerschaftskonfliktgespräch (SchKG) nach §218 SchKG von einer berechtigten Stelle (vgl. Braun et al 2003, 128). In München sind laut Anderson „gewisse Adressen“ für Schwangerschaftsabbrüche bekannt (vgl. Anderson 2003, 67). Die Kosten für eine Abtreibung belaufen sich auf ungefähr 250 bis 300 Euro (vgl. Alt 2003, 211).<sup>25</sup>

Falls Frauen nicht über Institutionen informiert sind, in denen sie unter Hilfe von Ärztinnen und Ärzte eine medizinisch korrekte Abtreibung vornehmen lassen können, besteht die Gefahr, dass die Frauen sich einer unprofessionellen Abtreibung unterziehen (vgl. Fisch 2007, 68).

#### **Geschlechtskrankheiten und HIV**

Für Frauen in der „Illegalität“ ist es unter anderem, aus finanziellen Gründen schwieriger einen Zugang zu Verhütungsmitteln zu finden (siehe Kapitel 4.2). Ebenso ist aufgrund sprachlicher und kultureller Gründe ein Zugang zu sexueller Aufklärung oftmals nicht gegeben. Dies bedeutet unter Umständen ein höheres Risiko für Geschlechtskrankheiten (vgl. Anderson 2003, 67).

---

<sup>25</sup> Aus dem Jahresbericht von 2005 der MMM geht hervor, dass aufgrund des christlichen Selbstverständnisses keine Unterstützung bei Schwangerschaftsabbrüchen erfolgt (vgl. [www.forum-illegalitaet.de/04\\_MMM\\_Erfahrungsbericht.pdf](http://www.forum-illegalitaet.de/04_MMM_Erfahrungsbericht.pdf))

Mit Sexarbeit ist ein hohes Risiko verbunden, Krankheiten wie HIV und Hepatitis B zu bekommen. In Frankfurt am Main sind seit zwei Jahren anonyme gynäkologische Untersuchungen im Gesundheitsamt möglich und werden oft von Prostituierten ohne legalen Aufenthaltsstatus, vor allem aus Thailand und Lateinamerika, genutzt (vgl. Krieger et al 2006, 112).

### **Schlussfolgerung**

Für Frauen, die in der „Illegalität“ schwanger werden gibt es Versorgungsnetzwerke. Die Frauen müssen über diese Netze informiert sein, sonst sind sie vor eine schwierige Situation gestellt. Es besteht die Möglichkeit, eine angemessene Behandlung über das Sozialamt finanzieren zu lassen, doch droht der Mutter mit dem Kind die Abschiebung nach Beendigung der Mutterschutzfrist. Somit stehen vermutlich viele Frauen vor der Frage, ob sie sich für eine Statusaufdeckung entscheiden oder ob sie versuchen die Geburt mithilfe einer Hebamme oder eines Arztes oder einer Ärztin bar zu bezahlen. Angesichts der unsicheren Lebenssituation wird ein Leben mit Kind zu einer großen Herausforderung für Mutter und Kind. Die Frauen müssen in ein engmaschiges soziales Netz eingebunden sein, dass sie psychisch und materiell unterstützt. Aufgrund der schwierigen Lebenslage entscheiden sich viele Frauen in der „Illegalität“ gegen ein Kind.

Im Folgenden Kapitel werden die rechtlichen Rahmenbedingungen und ihre Konsequenzen auf die Gesundheitsversorgung „statusloser“ Migrantinnen erläutert.

## 5 Rechtliche Rahmenbedingungen

Bereits vor 200 Jahren äußerte Immanuel Kant die „Idee des Weltbürgerrechts“ (Klößler 1997, 338). Seiner Meinung nach sollten die Menschenrechte nationalstaatlich nicht beschränkt sein. Doch genau diese Beschränkung wird in Deutschland offenbar für die Zielgruppe der „illegalisierten“ Migrantinnen im Bezug auf die eingeschränkten Möglichkeiten medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen, vorgenommen. Das Menschenrecht auf Gesundheit ist von der BRD seit langer Zeit anerkannt und doch gibt es erhebliche Hindernisse für die betroffenen Frauen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung. In diesem Kapitel werden die rechtlichen Rahmenbedingungen genauer dargestellt.

### 5.1 Menschenrechte

Nach Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz ist die „Würde des Menschen (...) unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“ (Bundeszentrale für politische Bildung 2004, 13). Aus der unantastbaren Menschenwürde leiten sich die universellen Menschenrechte ab.

Die Menschenrechte sind Rechtsansprüche, die „Menschen auf Grund ihres puren Menschseins und unangesehen ihrer (...) Staatsangehörigkeit, Rasse, Herkunft, Geschlechtszugehörigkeit, Überzeugung (...) haben. Die Menschenrechte verpflichten jedwede öffentliche Gewalt, den einzelnen Staat mit seinen Organen ebenso wie die internationale Gemeinschaft, die Unverletzlichkeit der Freiheit und der Würde jedes Menschen sichern zu helfen“ (Fijalkowski 1997, 354).

Die Menschenrechte als „unveräußerliche“ Rechte stehen an der Spitze der Rechtsnormen. Sie sind weder abhängig von vorangegangenen Leistungen noch beziehen sie sich auf den Status eines Menschen. Frauen ohne legalen Aufenthaltstitel haben demzufolge einen „Anspruch auf Achtung, Schutz und Gewährleistung ihrer Menschenrechte“ (Bielefeldt 2006, 84). Auch wenn der Staat die Menschenrechte theoretisch anerkennt, können Frauen ohne Papiere sie faktisch nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen durchsetzen (ebd. 85). Der Grund dafür ist, dass es juristisch gesehen keine Instanzen gibt, die die allgemeinen und sozialen Menschenrechte durchsetzen. Menschenrechte sind somit „schwache Rech-



te“, die einen sehr hohen ethischen Stellenwert haben, aber nur durch moralische Appelle einklagbar sind (vgl. Fisch 2007, 193).

Die Bundesrepublik Deutschland hat 1976 durch die Ratifikation des internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (WSK) nach Art. 12 WSK- Pakt (oder UN-Sozialpakt) das Recht auf Gesundheit innerhalb der sozialen Rechte anerkannt. Dieses Recht beansprucht einen diskriminierungsfreien Zugang zu Organisationen der Gesundheitsfürsorge. Im Jahr 2000 hat der Überwachungsausschuss des WSK- Paktes das Abkommen in seinem General Comment Nr. 14 folgendermaßen gedeutet: „Medizinische Einrichtungen und ärztliche Betreuung müssen für alle, insbesondere für die besonders schutzbedürftigen und an den Rand gedrängten Gruppen der Bevölkerung de jure und de facto ohne Verletzungen des Diskriminierungsverbots zugänglich sein“ (DIMR 2005 zit. n. Bielefeldt 2006, 90). In diese Erklärung ist zweifelsohne auch der Schutz von Frauen ohne legalen Aufenthaltstitel inbegriffen. Wichtig hierbei ist, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung „de facto“ gewährleistet sein muss. Daraus folgt die Verantwortung des Staates gegenüber besonders schutzbedürftigen Gruppen der Bevölkerung, einen angstfreien Zugang zu prophylaktischen, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen der Gesundheitsversorgung zu schaffen (vgl. Bielefeldt 2006, 90; DIMR 2007, 20).

Neben dem WSK- Pakt ist das UN-Übereinkommen (CEDAW) zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau im Jahr 1985 in Kraft getreten. Ziel ist es, die Gleichberechtigung von Mann und Frau zu erlangen. Im Bezug auf Gesundheit und Krankheit sind die geschlechtsbedingten und die biologisch bewiesenen Unterschiede zwischen Mann und Frau innerhalb medizinischer Behandlungen zu berücksichtigen. Außerdem ist es die Pflicht des Staates, den Schutz von Frauen während der Mutterschutzfrist sicherzustellen und wenn erforderlich eine unentgeltliche Betreuung während der Schwangerschaft zu gewährleisten (vgl. DIMR 2007, 19, 49).

## 5.2 Zugang zum Asylbewerberleistungsgesetz

„Es besteht ein Grundlegendes Dilemma im Verhältnis des Souveränitätsrechts des Staates, dem Menschenrecht auf Gesundheit und körperliche Unversehrtheit und der Frage der Kostenübernahme bzw. der Verteilung der Kosten für eine erfolgte Behandlung“ (Cyrus 2004a, 47). Da Frauen ohne gesicherten Aufenthalt nicht krankenversichert sind und einen Arztbesuch aufgrund der Statusaufdeckung fürchten, wird ihre gesundheitliche Situation durch diesen Mangel nachhaltig beeinflusst.

Grundsätzlich haben Frauen ohne gültige Aufenthaltspapiere einen Anspruch auf medizinische Behandlungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz § 1 Abs. 1 Nr. 5 AsylbLG.<sup>26</sup> Aus Furcht vor Aufdeckung ihres Status nehmen Frauen ohne Aufenthaltsstatus „ihr Recht auf medizinische Versorgung nicht oder nur eingeschränkt wahr“ (DIMR 2007, 10).

Der Leistungsumfang zur Gesundheitsfürsorge nach dem Asylbewerberleistungsgesetz gemäß § 4 Abs.1 und Abs.2 AsylbLG beinhaltet:

1)Die „Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände (..) die erforderliche(n) ärztliche(n) und zahnärztliche(n) Behandlung(en) einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmaterialien sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen(..). Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit die im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

2)Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren“ (Kluth 2006, 18).

Bezeichnend für das AsylbLG ist die Absenkung des Leistungsniveaus (Kluth 2006, 15). Chronische Erkrankungen und Behinderungen werden nur als behandlungswürdig erachtet, wenn akute Schmerzen hinzukommen (vgl. Groß 2005, 7; Aichele 2009, 26). Im Falle eines Schwangerschaftsabbruches können Frauen keinen Anspruch nach § 4 Abs. 2 AsylbLG geltend machen (vgl. Kluth 2006, 20).

Grundsätzlich kann eine Kostenübernahme von ambulanten und stationären Behandlungen „illegalisierter“ Migrantinnen vom zuständigen Sozialamt erfolgen.

Bei einer ambulanten Behandlung stellt die Patientin einen Antrag auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Dabei muss sie beweisen, dass sie anspruchsberechtigt ist und um das darzulegen, ist sie verpflichtet ihre personenbezogenen Daten vor dem Sozialamt offen gelegt werden (vgl. Koch 2007, 2; Katholisches Forum „Leben in der Illegalität“ 2007, 7). Das zuständige Sozialamt hat die Ausländerbehörde gemäß § 87 Abs.2 AufenthG zu unterrichten (vgl. Cyrus 2004a, 48). Dies kann zu einer Abschiebung der be-

---

<sup>26</sup> Leistungsberechtigte gemäß § 1 Abs. 1 Nr.5 AsylbLG sind „auch Ausländer, die sich mit oder ohne Kenntnis der Behörden tatsächlich im Bundesgebiet aufhalten und vollziehbar ausreisepflichtig sind“ (Kluth 2006, 16).

treffenden Person führen. Aus diesem Grund vermeiden viele Migrantinnen eine medizinische Behandlung über das Sozialamt finanzieren zu lassen.

Auch kann ein Kostenerstattungsantrag von stationären Behandlungen beim Sozialamt nachgeholt werden, wenn aufgrund von Gesundheitsverschlechterung eine Behandlung unverzüglich durchgeführt werden muss. Das Sozialamt ist hierbei verpflichtet die Ausländerbehörde vom fehlenden Aufenthaltstitel zu unterrichten (vgl. Cyrus 2004a, 48). Doch ist davon auszugehen, dass bei schwerwiegenden Krankheiten wie z.B. HIV und Krebs, in denen eine Vollziehung der Ausreise der betroffenen Personen nicht möglich ist, eine begrenzte Aufenthaltserlaubnis aus humanitären Gründen gemäß § 25 AufenthG oder eine Duldung gemäß § 60a Abs.2 Aufenthaltsgesetz erteilt wird (vgl. Bommers/Wilmes 2007, 64).

„Illegalisierte“ Migrantinnen haben keinen Anspruch auf Leistungen nach dem AsylbLG, wenn sie der Mitteilungspflicht gemäß § 60 bis 62, 65 SGB I über ihre Identität und ihren Aufenthalt nicht nachkommen. Es sei „kontraproduktiv, ohne Aufdeckung der Identität die Kosten zu übernehmen und damit die von Staats wegen nicht akzeptable Illegalität zu unterstützen“ (Kluth 2006, 17).

### **5.3 Anspruch auf Kranken- und Unfallversicherungsschutz**

#### **Krankenversicherung**

Dem Rechtsgutachten von Kluth, dass für das Bundesministerium des Innern erstellt wurde ist zu entnehmen, dass „illegal“ aufhältige Personen, die eine Beschäftigung ausüben, in der gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert sind und dort Leistungen erhalten, die sich nicht von den Leistungen deutscher Staatsangehöriger oder legal anwesender Migrantinnen und Migranten unterscheiden. Dabei ist es unerheblich, dass die Beschäftigung nicht erlaubt ist. Dieser Anspruch ist allerdings nur schwer durchzusetzen, da das Bestehen eines Beschäftigungsverhältnisses gemäß § 7 Abs.1 Satz1 SGB IV nachgewiesen werden muss. Dies ist aufgrund des Arbeitgebers nicht möglich, da es sich meist nur um mündliche Absprachen handelt und der Arbeitgeber zudem die „illegale“ Beschäftigung zurückweisen würde (vgl. Kluth 2006, 14, 22). Gemäß dem katholischen Forum „Leben in der Illegalität“ ist zudem problematisch, dass die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber die Arbeitnehmerin bei der Krankenkasse anmelden müsste und diese als Körperschaft des Öffentlichen Rechts

der Übermittlungspflicht unterliegt (vgl. Katholisches Forum „Leben in der Illegalität 2007, 6).<sup>27</sup>

Reisekrankenversicherungen sind in der Regel teuer und tragen nur die Kosten für akute Unfälle und Erkrankungen. Eine chronische Erkrankung oder eine Schwangerschaft würde nicht übernommen werden. Zudem müssen sie bereits im Herkunftsland oder eine Woche nach Einreise abgeschlossen werden (vgl. Schmitt 2007, 35).

### Unfallversicherung

Die Unfallversicherung trägt die Behandlungskosten bei Arbeitsunfällen, Wegeunfällen und Berufskrankheiten. Der Unfallversicherungsschutz ist weder an den Aufenthaltstitel noch an eine Nationalität gebunden. Somit können auch „irregulär“ beschäftigte Arbeitnehmerinnen ihren Anspruch geltend machen. Die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber trägt die Beiträge alleine. Dies setzt voraus, dass die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber die Arbeitnehmerin angemeldet hat.

Daran scheitert aber der Anspruch, denn gewöhnlich wird die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber die Arbeitnehmerin nicht anmelden. Außerdem wissen viele Arbeitnehmerinnen nicht um ihre Rechte und haben Angst vor einer Abschiebung. Die Leistungen können theoretisch durch Dritte, z.B. Beratungsstellen eingeklagt werden. So wurde beispielsweise in einigen Fällen erreicht, dass eine Berufsunfähigkeitsrente ausgezahlt wurde (vgl. Groß 2005, 17; Schmitt 2007, 35f; Alt/Fodor 2001 zit. n. Braun 2003, 123)

## 5.4 §87 AufenthG– der „Denunziationsparagraf“

Ein gravierender Grund für die seltene Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sind die behördlichen Übermittlungspflichten<sup>28</sup>. Diese

---

<sup>27</sup> Ebenso sei angemerkt, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse die Leistungen des AsylbLG in beträchtlichem Umfang überschreiten. Dies hätte zur Folge, dass „statuslose“ Menschen medizinisch besser gestellt würden als Asylbewerberinnen und Asylbewerber und „geduldete“ Migrantinnen und Migranten.

<sup>28</sup> § 87 Abs. 2 AufenthG lautet: „Öffentliche Stellen haben unverzüglich die zuständige Ausländerbehörden zu unterrichten, wenn sie Kenntnis erlangen von

- 1.) dem Aufenthalt eines Ausländers, der keinen erforderlichen Aufenthaltstitel besitzt und dessen Abschiebung nicht ausgesetzt ist
- 2.) dem Verstoß gegen eine räumliche Beschränkung,
- 3.) einem sonstigen Ausweisungsgrund oder
- 4.) konkreten Tatsachen, die die Annahme rechtfertigen, dass die Voraussetzungen für ein behördliches Anfechtungsrecht nach § 1600 Abs.1 Nr. 5 des Bürgerlichen Gesetzbuches vorliegen“ (<http://dejure.org/gesetze/AufenthG/87.html>).

wurden 1991 in Deutschland mit der Einführung des Ausländergesetzes **einmalig** in Europa eingeführt und sollen als „qualifiziertes“ Mittel zur Migrationskontrolle dienen (vgl. Katholisches Forum „Leben in der Illegalität“ 2007, 4).

Die Übermittlungspflichten stellen aber für Frauen ohne Papiere die zentrale Zugangsbarriere zur Gesundheitsversorgung dar (vgl. DIMR 2007, 10). Im Bereich der sozialen Rechte führt § 87 Abs.2 AufenthG zu Nichtinanspruchnahmefähigkeiten von Leistungen, da durch die Kenntniserlangung eines nicht rechtmäßigen Aufenthalts die jeweilige Ausländerbehörde mit einer Abschiebung der betreffenden Person reagiert (vgl. Kluth 2006, 35). „Mit der aus humanitären Gründen gebotenen Gewährung eines Rechts wird also eine ordnungspolitisch motivierte, belastende Folge verbunden“ (Kluth 2006, 35). Laut Kluth ist die Frage, ob aufgrund der ordnungspolitischen Einschränkung menschenrechtliche Standards unterschritten werden, politisch und juristisch sehr umstritten (ebd.). Gemäß dem katholischen Forum „Leben in der Illegalität“ führen die behördlichen Übermittlungspflichten zur Unterschreitung menschenrechtlicher Standards. „Dass Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität ihre sozialen Rechte nicht wahrnehmen, kann kaum im Interesse des Gesetzgebers sein“ (Katholisches Forum „Leben in der Illegalität“ 2007, 6).

### **Die Übermittlungspflicht für Ärztinnen und Ärzte, medizinisches Personal und die Verwaltung im Krankenhaus**

Allgemein gilt, dass Patientendaten von einem Krankenhaus nur für die erforderlichen Aufgaben des Krankenhauses, zur Durchführung der Behandlung, zur Leistungsabrechnung oder zur Erfüllung der klinischen Dokumentationspflicht erhoben werden dürfen. Der Aufenthaltstitel darf folglich nur nachgefragt werden, wenn die Behandlung im Krankenhaus über das AsylbLG abgerechnet werden soll. Falls eine Behandlung als Selbstzahlerin erfolgt, ist der Aufenthaltstitel irrelevant und nicht übermittlungspflichtig (vgl. Kluth 2006, 46).

Öffentliche Krankenhäuser sind generell Anstalten des Öffentlichen Rechts und unterliegen somit der Übermittlungspflicht (vgl. Kluth 2006, 42). Im Gegenzug sind „private Krankenhäuser“ (Kluth 2006, 51), Ärztenetzwerke, Anlaufstellen für Migranten von Wohlfahrtsorganisationen und Kirchen keine öffentlichen Stellen und unterliegen somit nicht der Übermittlungspflicht – auch nicht wenn sie öffentliche Gelder erhalten (vgl. Bomes/Wilmes 2007, 64; BMI 2007, 25, 29).

Ärztinnen und Ärzte sowie das medizinische Personal im Krankenhaus sind ebenfalls nicht übermittlungspflichtig, da hier die Übermittlungssperre des § 88 Abs. 1 AufenthG in Verbindung mit § 203 StGB greift (vgl. BMI 2007, 29). Das Arztgeheimnis ist hier von Bedeutung, denn Ärztinnen und Ärzte unterliegen nach § 203 StGB in Verbindung mit § 3 Musterberufsordnung der Schweigepflicht. Gegenstand der Geheimhaltung sind alle Angaben anlässlich des Arztbesuches, der medizinischen Behandlung oder Beratung (vgl. Hoff 2009, 53). Der Missbrauch der Schweigepflicht ist unter Strafe gestellt gemäß § 203 StGB (vgl. Bommers/Wilmes 2007, 64).

Erlangt jedoch die Verwaltung eines öffentlichen Krankenhauses im Rahmen ihrer Aufgabenwahrnehmung z.B. zur Abrechnung mit dem Sozialamt den fehlenden Aufenthaltsstatus, ist sie übermittlungspflichtig (vgl. BMI 2007, 30). Die „für öffentliche Krankenhäuser grundsätzlich bestehende Übermittlungspflicht kann ausnahmsweise nach § 88 I AufenthG i.V.m § 203 StGB ausgeschlossen sein“ (Kluth 2006, 52), falls der Aufenthaltstitel im Rahmen der Behandlung z.B. über die Krankenakte erlangt wurde (vgl. Bommers/Wilmes 2007, 64). So dürfen z.B. die Krankenhausverwaltungen, die personenbezogenen Daten die Ärztinnen oder Ärzten im Rahmen ihrer Tätigkeit erfahren haben, nicht an die Ausländerbehörde übermitteln (vgl. Katholisches Forum „Leben in der Illegalität“ 2007, 7f).

Aus dem vorangegangenen Sachverhalt fordert die Bundesärztekammer die Streichung der Übermittlungspflichten nach § 87 Abs. 2 AufenthG für die Rechtssicherheit von Ärztinnen Ärzten sowie für medizinisches Personal (vgl. Deutscher Ärztetag 2005 zit n. Bommers/Wilmes 2007, 64).

Der Berliner Staatssekretär für Gesundheit hat in seinem Schreiben vom 21.November 2008 an die Berliner Gesundheitsbehörde Folgendes mitgeteilt: Für öffentliche Krankenhausverwaltung, die innerhalb ihres Tätigkeitsbereichs Patientendaten z.B. zu Abrechnung aufnimmt, stellt sich die Sachlage folgendermaßen dar: „Ob die Übermittlung im Einzelfall zulässig und erforderlich ist, haben die Verwaltungen als übermittelnde Stellen gemäß § 15 Abs.2 Satz 1 des Bundesdatenschutzgesetzes bzw. § 12 des Berliner Datenschutzgesetzes ausschließlich selbst zu entscheiden“ (Hoff 2009, 52). Diese Aussage stellt für die Stadt Berlin eine Neuheit.

## 5.5 §96 AufenthG – der „Schlepperparagraph“

Für Ärztinnen und Ärzte sowie für medizinisches Personal war lange Zeit nicht eindeutig sichergestellt, ob sie sich strafbar gemäß § 96 Abs. 1 AufenthG machen, wenn sie humanitäre Hilfe leisten.<sup>29</sup> Es gab in mehreren Bundesländern strafrechtliche Ermittlungsverfahren gegen Ärztinnen und Ärzte, die „Statuslose“ behandelten. Letztlich wurden die Ermittlungen eingestellt und es kam zu keiner Verurteilung. Die Tatsache dass es in der Ermittlungsverfahren kommen konnte, führte jedoch zu einer abschreckenden Wirkung. Das Resultat war eine zurückhaltende Hilfestellung (vgl. Hoff 2009, 57).

Das BMI (2007) weist in seinem Bericht darauf hin, dass der § 96 Abs. 1 AufenthG hauptsächlich der Bekämpfung der „illegalen“ Einreise und des organisierten und gewerbemäßigen Menschenhandels dient. Laut BMI sind die Fälle humanitär motivierter Hilfe für statuslose Menschen durch Ärztinnen und Ärzte, medizinischem Personal und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Beratungsstellen **nicht** die typischerweise von § 96 Abs.1 AufenthG erfassten Situationen. Medizinische Behandlungen sind unter berufsrechtlichen und -ethischen Gesichtspunkten geboten (vgl. BMI 2007, 30).

Aus diesem Grund zog das Bundesministerium des Innern in Erwägung, die Strafbarkeit zur Beihilfe aufzuheben, wobei die Tatbestandsalternative Nr. 2 „wiederholt und zugunsten mehrerer Ausländer“ abgeschafft werden sollte. Das Tatbestandsmerkmal einen „Vermögensvorteil erhalten oder sich versprechen lassen“ – sollte dennoch beibehalten werden, da nur unentgeltliche, humanitär motivierte Hilfe von der qualifizierten Strafbarkeit ausgeschlossen sein sollte (vgl. BMI 2007 zit. n. Hoff 2009, 58). Der vom BMI gemachte Vorschlag, der zur Aufhebung der qualifizierten Strafbarkeit der Beihilfe zum „illegalen“ Aufenthalt nach § 96 Abs.1 Nr. 2 AufenthG wurde vom Gesetzgeber im Rahmen des Richtlinienumsetzungsgesetzes (BT- Drs 16/5065) bereits umgesetzt (vgl. Katholisches

---

<sup>29</sup> § 96 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2 lautet:

„1) Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer einen anderen anstiftet oder ihm dazu Hilfe leistet, eine Handlung

1. nach § 95 Abs.1 Nr. 3 oder Abs.2 Nr.1 Buchstabe a zu begehen und
  - a. dafür einen Vermögensvorteil erhält oder sich versprechen lässt oder
  - b. wiederholt oder zu Gunsten von mehreren Ausländern handelt oder
2. nach §95 Abs.1 Nr.1 oder Nr.2, Abs. 1a oder Abs.2 Nr. 1 Buchstabe b oder Nr. zu begehen und dafür einen Vermögensvorteil erhält oder sich versprechen lässt“  
([http://bundesrecht.juris.de/aufenthg\\_2004/\\_96.html](http://bundesrecht.juris.de/aufenthg_2004/_96.html)).

Forum „Leben in der Illegalität“ 2007, 14). Mit dieser Änderung machen Ärztinnen und Ärzte sich nicht mehr strafbar machen, wenn sie unentgeltlich humanitäre Hilfe leisten

„Die Strafbarkeit einer Beihilfehandlung nach § 95 Abs.1 Nr. 2 AufenthG i.V.m. § 27 StGB soll aber weiterhin bestehen bleiben“ (Katholisches Forum „Leben in der Illegalität“ 2007, 14).<sup>30</sup>

Nach Auffassung des Bundesgerichtshofs kein Hilfeleisten vor, wenn statuslose Menschen sich ohnehin im Bundesgebiet aufhalten und entschlossen sind, in Deutschland zu bleiben. Danach ist „Beihilfe“ unabhängig der Hilfebehandlung z.B. durch die Ärztin oder den Arzt ausgeschlossen. Dies muss im Einzelfall geprüft werden (vgl. BMI 2007, 5, 32). In Fällen der medizinischen Hilfe wird die Strafbarkeit einer Beihilfehandlung jedoch verneint (vgl. Katholisches Forum „Leben in der Illegalität“ 2007, 14). Ärztinnen und Ärzte sind zu Hilfe in Notlagen verpflichtet, sie machen sie sich strafbar bei unterlassener Hilfeleistung nach § 323c StGB (vgl. Hoff 2009, 56f).

### Schlussfolgerung

Dieses Kapitel machte deutlich, dass Frauen in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ ein Recht auf Gesundheitsversorgung haben. Sie haben die Möglichkeit, eine Behandlung über das zuständige Sozialamt finanzieren zu lassen. Bei der Umsetzung gibt es in Deutschland erhebliche Einschränkungen durch den in Europa einmaligen § 87 Abs.2 AufenthG. Dieser Paragraph begünstigt allein die Nichtinanspruchnahme medizinischer Leistungen und das obwohl statuslosen Frauen medizinische Leistungen aufgrund des Menschenrechts auf Gesundheit und des CEDAW Abkommens zur Beseitigung von Diskriminierung auch im medizinischen Bereich zustehen würden. Die Defizite in der Gesundheitsversorgung sind hauptsächlich strukturell bedingt, denn bestehende Rechtsansprüche über das AsylbLG können nicht realisiert werden. Aus diesem Grund fordert die Bundesärztekammer wie auch die „Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität“, die vom katholischen Forum „Leben in der Illegalität“ und vom Deutschen Institut für Menschenrechte ins Leben gerufen wurde, die Abschaffung des § 87 AufenthG (vgl. [www.forum-illegalitaet.de](http://www.forum-illegalitaet.de), DIMR 2007, 12, 18). Das Argument der erstrebten Migrationskontrolle kann durch den § 87 Abs.2 Auf-

---

<sup>30</sup> § 95 Abs.1 Nr. 2 lautet „1) Mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer ohne erforderlichen Aufenthaltstitel nach § 4 Abs.1 Satz 1 sich im Bundesgebiet aufhält, vollziehbar ausreisepflichtig ist und dessen Abschiebung nicht ausgesetzt ist“ ([http://bundesrecht.juris.de/aufenthg\\_2004/\\_95.html](http://bundesrecht.juris.de/aufenthg_2004/_95.html)). § 27 StGB lautet „1) Als Gehilfe wird bestraft, wer vorsätzlich einem anderen zu dessen vorsätzlich begangener rechtswidriger Tat Hilfe geleistet hat“ (<http://dejure.org/gesetze/StGB/27.html>).



enthG nicht erzielt werden. Dies ist beispielsweise durch ein Rechtsgutachten, von Kluth welches für das BMI erstellt wurde, ersichtlich geworden. Die Bundesländer erhalten nur in wenigen Fällen personenbezogene Daten z.B. durch das Sozialamt (vgl. Kluth 2006, 37). Der Grund dafür ist, dass Frauen in der „Illegalität“ den Kontakt zu öffentlichen Stellen vermeiden. Das Bundesministerium des Innern (2007) stellt jedoch fest, dass der § 87 Abs.2 unverändert beibehalten werden soll, um dem Aufenthaltsgesetz Geltung zu verschaffen. „Eine abschreckende Wirkung ist beabsichtigt“ (BMI 2007, 39).

Die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sind im Gegensatz zu normalen Krankenkassenleistungen auf Akut- und Schmerzzustände verringert und daher kritisch zu betrachten. Somit werden chronische Erkrankungen nur behandelt, wenn akute Schmerzen hinzukommen. Die Versorgung im Bereich Zahnersatz wird nur im Einzelfall gewährt (vgl. Groß 2005, 7; Aichele 2009, 26).

Die Bundesärztekammer sowie die „Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität“ forderten seit längerer Zeit die Einschränkung des §96 Abs.1 AufenthG für humanitär motivierte Hilfe (vgl. [www.forum-illegalitaet.de](http://www.forum-illegalitaet.de), DIMR 2007, 12). Mit der oben aufgeführten Änderung machen sich Ärztinnen und Ärzte sowie medizinisches Personal sich nicht mehr strafbar, wenn sie unentgeltlich humanitäre Hilfe leisten. Diese Änderung führte zu einer Klarstellung im Bereich der humanitären Hilfe für Ärztinnen und Ärzte.

## 6 Gesundheitsversorgung

„In der modernen Gesellschaft wird die Behandlung von Krankheit, das heißt die Zuständigkeit für ‚defekte Körper und Psychen‘ von Organisationen des Gesundheitssystems gewährleistet“ (Bommes 1999 zit. n. Wilmes 2009, 182). Alle Individuen haben zunächst einen Anspruch auf Heilung durch dafür vorgesehene Institutionen wie Arztpraxen und Krankenhäuser (ebd.).

In Deutschland haben Frauen in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ „de facto keinen ungehinderten Zugang zur medizinischen Versorgung“ (DIMR 2007, 5). Ihre Gesundheitsversorgung ist defizitär und beruht auf dem Engagement Einzelner (ebd. 10). „Sozialmedizinisch handelt es sich im Ergebnis um die teilweise Unter- und Fehlversorgung dieser Bevölkerungsgruppe (vgl. Aichele 2009, 25). Bislang wurden Migrantinnen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus in einer Art „Parallelsystem“ behandelt. Einrichtungen wie die Malteser Migranten Medizin, Medinetz oder die Büros für medizinische Flüchtlingshilfe mit ihren jeweils kooperierenden Netzwerken behandeln Frauen ohne Aufenthaltsstatus kostenlos oder kostengünstig. Seit vielen Jahren kann diese Versorgungsstruktur bestehen, da die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Teil ehrenamtlich arbeiten und sich Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser finden, die kostenlos oder zu reduzierten Kosten Behandlungen ermöglichen. Finanziert werden diese Projekte durch private Spenden.

Dieser Sachverhalt kann aus menschenrechtlicher Perspektive langfristig keine Lösung sein. Der Staat kann nicht länger „seine Augen verschließen“ und ehrenamtlich arbeitenden Ärztinnen und Ärzten und Helfern die Gesundheitsversorgung „illegalisierter“ Migrantinnen aufbürden (vgl. Bartholome et al 2009, 208).

### 6.1 Probleme bei der Gesundheitsversorgung

Die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe im stationären wie im ambulanten Bereich, sowie die legale Beschaffung eines verschreibungspflichtigen Medikaments sind für „illegalisierte“ Frauen mit Entdeckungsrisiken verbunden. Neben der Angst vor Entdeckung sind es vor allem die Kosten, die die Frauen abhalten medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen (siehe Kapitel 4). Die unzureichende medizinische Versorgung beginnt bei kleineren

gesundheitlichen Problemen, bei denen Schmerzen auszuhalten sind, sie kann aber zum existentiellen Risiko werden, wenn notwendige lebensrettende Maßnahmen nicht eingeleitet werden. Ein weiteres Problem in der Gesundheitsversorgung ist, dass viele betroffene Frauen nicht genügend über institutionelle Hilfsmöglichkeiten informiert sind (vgl. Krieger et al 2006, 98ff).

### **6.1.1 Chronifizierung und Verschleppung von Krankheiten**

Chronische Erkrankungen können bereits aus dem Heimatland „mitgebracht“ werden oder entstehen durch ein Leben in der „Illegalität“.

Dies geschieht, wenn notwendige medizinische Behandlungen nicht in Anspruch genommen werden oder harmlose Krankheiten nicht genügend auskuriert oder verschleppt werden (vgl. Alt 2003, 154f). Eine nicht behandelte Bronchitis kann folglich zu einer Lungenentzündung, ein Bluthochdruck zu einem Schlaganfall werden (vgl. Misbach 2007, 40). Eine ansteckende Krankheit, die nicht behandelt wird, kann zu einer Gefahr für die Allgemeinheit werden.

Aus der Erfahrung der Malteser Migranten Medizin warten die Patientinnen länger ab bis sie medizinische Hilfsmöglichkeiten für sich suchen. Die Konsequenz ist, dass die Patientinnen häufiger krank sind als die normalen Hausarztpatienten. Akute Erkrankungen sind weiter fortgeschritten, Chronifizierungen haben unter Umständen bereits eingesetzt. Daraus resultiert, dass die Behandlungen aufwändiger, langwieriger und teurer werden (vgl. Franz 2004,189).

Wenn eine Behandlung erfolgt, werden Therapien oft nicht konsequent durchgehalten. Folgetermine werden nicht wahrgenommen aufgrund von Zeitnot, anlässlich nicht absehbarer Arbeitszeiten oder aus Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes. Manchmal fehlt auch schlichtweg das Geld für Medikamente. Die Notwendigkeit, Geld verdienen zu müssen, da ansonsten der Lebensunterhalt nicht gewährleistet ist, bringt die Frauen dazu, während der Krankheit zu arbeiten und sich nicht genügend zu kurieren. Das Immunsystem wird geschwächt und die Gefahr neuer Erkrankungen steigt (vgl. Krieger et al 2006, 100f; Groß 2005, 6).

### **6.1.2 Schwellenangst und Unkenntnis über Hilfsangebote**

Die Schwellenangst entsteht, weil Menschen ohne Aufenthaltsstatus skeptisch öffentlichen Einrichtungen gegenüberstehen. Es ist die immerfort währende Angst vor Statusaufde-

ckung. Sie können nicht unterscheiden, ob es sich um eine staatliche Einrichtung oder um unabhängige Beratungsstellen handelt (vgl. Groß 2005, 6).

Stobbe und Münz stellen fest, dass etliche statuslose Migrantinnen nicht genügend über vorhandene Hilfestrukturen informiert sind, selbst wenn die Angebote sich gezielt an „irreguläre“ Migrantinnen richten und auf die Feststellung des Aufenthaltsstatus verzichten (vgl. Stobbe 2004, 123; Münz et al 2001, 85). Anderson bekräftigt diese Aussage. Seiner Ansicht nach leben viele Menschen ohne Status „so weit weg von dem ‚offiziellen Deutschland‘ (..) dass auch Beratungsstellen und Initiativen, bei denen Flyer für das Gesundheitsnetzwerk ausliegen, für die Illegalen eine andere Welt sind – sie würden nie hingehen“ (Anderson 2003, 35). Diese Menschen sind allein auf ihre Community angewiesen und kommen nicht mit anderen Strukturen in Berührung.

Das Wissen über Hilfeinrichtungen kann in vielen Fällen über „Mund zu Mund-Propaganda“ innerhalb der Community weitergegeben werden. Der erste Kontakt geschieht meist über das Telefon durch eine deutschsprechende Person, die über einen Aufenthaltstitel verfügt, diese „schildert vorsichtig die Lage“. Das Vorhandensein landessprachlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Hilfeinrichtungen erhöht das Vertrauen in die Einrichtung (vgl. Krieger et al 2006, 160).

### **6.1.3 Unzureichende Ressourcen der Hilfsangebote**

Der Bedarf an medizinischer Behandlung ist groß, dies zeigen die wachsenden Zahlen der verschiedenen Beratungs- und Anlaufstellen. Bei der Malteser Migranten Medizin z.B. stiegen die Patientenzahlen (von Frauen und Männern) von 2001 bis 2004 von 215 auf bis zu 2.000 Patienten an (vgl. Franz 2006, 183). Das bisherige Netzwerk ist eine Art Parallelmedizin, konstatiert Franz von der Malteser Migranten Medizin, bei dem aus Kosten- und Kapazitätsgründen immer nur das Allernotwendigste gemacht wird. Die medizinische Versorgung von Patienten ist auf Notfallbehandlungen begrenzt. Franz betont, dass für sie die „statuslosen“ Patienten in der „Parallelmedizin“ zu Patienten dritter Klasse werden (ebd. 189). Parallelsysteme können keine Lösung sein stellte ebenso Bartholome vom Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin fest, denn innerhalb dieser Parallelstrukturen besteht kein persönlicher Rechtsanspruch auf nachhaltige und angemessene Gesundheitsversorgung. Die beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind trotz ihres hohen Engagements „strukturell nicht in der Lage, in allen Fällen eine ausreichende Prävention, Diagnostik und Therapie zu erbringen, da die finanziellen und fachlichen Ressourcen begrenzt

sind“ (Bartholome et al 2009, 208). Das bedeutet, dass die vorhandenen Hilfsmöglichkeiten, wenn man sie der medizinischen Regelversorgung gegenüberstellt, keine gleichwertige Versorgung sicherstellen können.

#### **6.1.4 Primärprävention**

Frauen ohne Aufenthaltsrecht haben „de facto“ keinen ungehinderten Zugang zur Gesundheitsversorgung – somit ist ihnen der Zugang zu präventiven Angeboten ebenfalls versperrt. Durch die fehlenden Möglichkeiten präventive Maßnahmen in Anspruch nehmen zu können, steigen die gesundheitlichen Risiken an. Insbesondere für Frauen kann die fehlende gynäkologische Vorsorge zu schwerwiegenden oder chronischen Krankheiten führen (vgl. Müller 2004 zit. n. Tolsdorf 2008, 154).

Eine Prävention in Form von gynäkologischen Untersuchungen und Krebsvorsorgeuntersuchungen bieten einige Gesundheitsämter an (z.B. in Köln, Frankfurt am Main und Düsseldorf). Diese Angebote werden sehr oft von Prostituierten genutzt (vgl. Bommes/Wilmes 2007, 69; Schönwälder et al 2004, 67; Krieger et al 2006, 109). Für die Mehrzahl der statuslosen Frauen, die in Deutschland leben, gibt es jedoch keinen geregelten Zugang zu präventiven Angeboten.

## **6.2 Optionen im Krankheitsfall**

Die erste Strategie im Krankheitsfall ist die der Verdrängung und Negierung von Krankheiten. „Es ist verboten krank zu werden“ (Krieger et al 2006, 99f), lautet die oberste Maxime. Doch wenn eine Krankheit sich nicht länger verleugnen lässt, müssen Wege, die eine Heilung oder zumindest Hilfe gewährleisten gefunden werden, damit die Lebenskonstruktion „illegalisierter“ Migrantinnen nicht „auffliegt“. Krankheit in der „Illegalität“ ist für die Betroffenen „so etwas wie eine Folie, auf deren Hintergrund sich die bedrohliche Unsicherheit der eigenen Lage auf einmal in überdeutlicher Schärfe abzeichnet“ (Anderson 2003, 34).

### **6.2.1 Selbstmedikation**

Eine Möglichkeit bei kleineren Beschwerden oder leichten Krankheiten ist die Selbstbehandlung mit Kräutern und Medikamenten, die aus der Apotheke oder dem Heimatland erhalten werden. Bei schwerwiegenden Krankheiten jedoch können keine wirksamen Medikamente eingenommen werden, da diese rezeptpflichtig sind. In diesem Fall werden heilkundige Personen aufgesucht. Dabei kann es sich um Personen handeln, die sich in

traditioneller Medizin auskennen oder um Personen, die medizinisch ausgebildet sind, z.B. Krankenschwestern (vgl. Anderson 2003, 34; Cyrus 2004a, 52; Bommers/Wilmes 2007, 72).

Schmitt hat in ihrer empirischen Untersuchung herausgefunden, dass viele Migrantinnen sich mit Antibiotika aus den Heimatländern versorgen, da Antibiotika in einigen Ländern nicht rezeptpflichtig sind. In Teilen Südamerikas sind sie z.B. am Kiosk erhältlich. So „decken“ sich viele Migrantinnen mit einer eigenen Hausapotheke aus mitgebrachten Medikamenten „ein“, die bei Bedarf eingenommen werden, ohne darauf zu achten, ob das Medikament falsch dosiert wird und sich gegebenenfalls Resistenzen bilden können (vgl. Schmitt 2007, 91).

### **6.2.2 „Ausleihen“ der Chipkarte**

Eine häufig genutzte Taktik zur Bewältigung des Entdeckungsproblems ist der Gebrauch der Krankenkassenkarte versicherter Freunde oder von Verwandten.

Mithilfe dieser Option werden die Behandlungskosten bezahlt, es besteht keine Angst vom Arzt gemeldet zu werden. Dennoch kann es zur Aufdeckung kommen, wenn die Ärztin oder der Arzt die eigentliche Karteninhaberin kennt oder die jeweilige Krankenkasse bemerkt, dass die Patientendaten bzw. Befunde verschiedener Personen (z.B. Gebissabdrücke beim Zahnarzt) nicht zueinander passen. Der Chipkartenbetrug muss sorgfältig organisiert werden, wenn er nicht „auffliegen“ soll. Er kann außerdem die Karteninhaberin, wie die Betroffene in eine schwierige Lage bringen, wenn Behandlungen aufgrund der Diagnose des letzten Versicherungskartennutzers erfolgen.

Der Chipkartenmissbrauch würde in der Konsequenz eine Versicherungssperre und eine Anzeige wegen Versicherungsbetrugs für die Karteninhaberin nach sich ziehen und ebenso könnte die weitere „Nutzerin“ der Chipkarte eine Anzeige wegen Versicherungsbetrugs erhalten (vgl. Krieger et al 2006, S. 98f; Anderson 2003, 34f). Wenn eine Frau mit der Krankenkassenkarte einer anderen entbindet, wird das Kind mit den Namen der Versicherungskarteninhaberin gemeldet (vgl. Schmitt 2007, 79).

Bommers und Wilmes sprechen von Fällen in denen ein regelrechter Handel mit der Chipkarte erfolgt, für den ein bestimmter Betrag für die Nutzung an den jeweiligen Eigentümer der Karte bezahlt werden muss (vgl. Bommers/Wilmes 2007, 78). Der Versicherungsbetrug ist ein äußerst riskantes Unterfangen, dass dennoch oft genutzt wird (vgl. Anderson 2003, 35).

### 6.2.3 Ambulante Versorgung

Die Inanspruchnahme einer Ärztin oder eines Arztes als Selbstzahlerin ist generell möglich. Viele Ärztinnen und Ärzte verlangen nicht den vollen Abrechnungssatz der Gebührenordnung für Privatpatienten, sondern behandeln kostengünstiger. Es gibt die Möglichkeit, nach Absprachen mit der Ärztin oder dem Arzt die Rechnung in Raten bar oder über das Konto eines Bekannten zu bezahlen (vgl. Bommers/Wilmes 2007, 77). Doch auch hier sind der Behandlung Grenzen gesetzt, wenn weitere fachärztliche Behandlungen notwendig sind oder teure Untersuchungen durchgeführt werden müssen (vgl. Braun et al 2003, 127). Außerdem können psychosomatische Erkrankungen aufgrund von mangelhaften zeitlichen und finanziellen Ressourcen in der „Illegalität“ nur schwer angemessen behandelt werden. Eine nachhaltige Therapie kann nicht gewährleistet werden, da dies zudem die unsichere Lebenssituation nicht zulässt (vgl. Bommers/Wilmes 2007, 87).

Der Zugang zu Zahnärztinnen und Zahnärzten wird ebenfalls als sehr schwierig beschrieben, da Zahnärzte mit geringerer Bereitschaft Menschen ohne Papiere behandeln. Die Behandlung ist meist relativ teuer. Zahnärztinnen und Zahnärzte arbeiten ehrenamtlich (ebd. 80).

Aufgrund der sprachlichen Barrieren suchen viele Migrantinnen Kontakt zu Ärztinnen und Ärzten, mit denen sie in ihrer Muttersprache kommunizieren können. Diese werden über die ethnische Community oder durch Beratungsstellen vermittelt (vgl. Anderson 2003, 35).

### 6.2.4 Stationäre Behandlung

Im vorherigen Kapitel wurde dargestellt, dass eine ambulante Behandlung in vielen Fällen realisiert werden kann. Schwieriger gestaltet sich die Situation, wenn durch eine schwerwiegende Erkrankung oder einen Unfall ein Krankenhausaufenthalt erforderlich ist. Auch hier sind es die Angst der Statusaufdeckung und die Kostenfrage, die eine Behandlung im Krankenhaus äußerst problematisch gestalten (vgl. Schmitt. 2007, 83). „Krankenhäuser (sind) verpflichtet, Menschen in akuten Notsituationen aufzunehmen und zu behandeln“ (Krieger et al 2006, 196). Neben der Behandlungspflicht eines Krankenhauses besteht umgekehrt die strafrechtliche Sanktion bei unterlassener Hilfeleistung in Notfällen (vgl. Cyrus 2004a, 48). Ausgenommen von Notfällen haben Krankenhäuser, Ärztinnen und Ärzte dennoch das Recht, medizinische Behandlungen bis zur Aufklärung der Kostenübernahme abzulehnen (vgl. Katholisches Forum „Leben in der Illegalität“ 2007, 7).

Die stationäre Behandlung von statuslosen Migrantinnen gestaltet sich äußerst schwierig für die Betroffenen (vgl. Cyrus 2004a, 54). Die Hemmschwelle, ein Krankenhaus aufzusuchen ist niedriger, wenn Patientinnen durch vertraute Ärztinnen und Ärzte oder Beratungsstellen vermittelt werden (vgl. Bommers/Wilmes 2007, 81).

Uli Sextro führte 2002 eine Untersuchung mit migrationsspezifischen Beratungsstellen in kirchlicher Trägerschaft durch. Den Beratungsstellen gelang nur in 14 % der Fälle eine Weitervermittlung in ein Krankenhaus. Diese Behandlungen konnten realisiert werden, wenn Ärztinnen und Ärzte auf Ihre Honorare verzichteten, die Beratungsstellen die Kosten übernahmen, die Abrechnung über eine Spendenbescheinigung erfolgte, eine dritte Person oder ein Spendenpool die Behandlungskosten übernahm oder die oder der Behandelte selbst die Kosten trug (vgl. Sextro 2002, 32ff).

Nach Erfahrungen des Medibüros Berlin werden Behandlungen in Krankenhäusern erschwert, wenn die Kostenübernahme nicht geklärt ist.

In einigen Fällen wurden die Dokumente einbehalten oder auch die Polizei gerufen. Den Kranken drohte somit die Entlassung aus dem Krankenhaus direkt in die Abschiebehaft. Eine weitere Strategie bei ungeklärter Kostenübernahme sind „Abstriche“ bei der Behandlung. Ein Arzt und Mitglied des Ausschusses „Gesundheit und Soziales“ des Berliner Abgeordnetenhauses erklärte bei einer Sitzung des Ausschusses im Jahr 2000, dass in seiner Klinik bei unsicherer Kostenübernahme z.B. „bei einer Fraktur statt einer Operation eher ein Gips angelegt wird“ (Braun et al 2003, 127).

In manchen Fällen bleibt die Finanzierung dem Krankenhaus überlassen, wenn die Patientinnen selbst nicht imstande sind, einen Teil zu übernehmen. Die Krankenhäuser können die fehlenden Kosten rein rechtlich über das zuständige Sozialamt abgleichen (ebd.).

Hier sei angemerkt, dass einer Untersuchung des Berliner Flüchtlingsrats zufolge die Verluste, die durch stationäre Behandlungen „illegalisierter“ Migrantinnen und Migranten für Berliner Krankenhäuser nicht relevant sind (vgl. Vorbrodts 1998 zit. n. Braun et al 2003, 127).

### **6.2.5 Medizinische Versorgung außerhalb Deutschlands**

Statuslose Migrantinnen, aus Ländern, die an Deutschland angrenzen – insbesondere aus Osteuropa kommen – haben die Möglichkeit sich am Wochenende im Heimatland behandeln zu lassen (vgl. Bommers/Wilmes 2007, 62). Diese Möglichkeit wurde vor der EU-



Osterweiterung von Personen aus Tschechien, der Slowakei, Ungarn, Kroatien, Bosnien und Polen genutzt. So konnte ein Arbeitsausfall weitgehend vermieden werden und die mitgebrachten Medikamente aus der Heimat eingenommen werden.

In Notfallsituationen und bei schlechtem Gesundheitszustand ist dieser Weg nicht praktikierbar. Diese Möglichkeit besteht ebensowenig für Frauen aus dem außereuropäischen Ausland, da die Flugkosten und die erneuten Einreisekosten zu hoch wären. Sie sind auf andere Hilfsmöglichkeiten angewiesen (vgl. Alt 2003, 151, Schmitt 2007, 98).

### 6.2.6 Gesundheitsämter

Die Aufgaben der örtlichen Gesundheitsämter oder Gesundheitsdienste sind vielfältig. Übertragbare Krankheiten vorzubeugen, Infektionen rechtzeitig zu erkennen und die Verbreitung zu verhindern, gehört zu ihrem Aufgabenkatalog (vgl. DIMR 2007, 27). „Illegalisierte“ Migrantinnen können sich in einigen Städten nach §19 Infektionsschutzgesetz in den städtischen Gesundheitsämtern anonym und kostenlos behandeln lassen. Die Gesundheitsämter gehören nicht zu den öffentlichen Stellen, die übermittlungspflichtig sind (vgl. Münz et al 2001, 84).

Die Behandlungen umfassen Untersuchungen zu Geschlechtskrankheiten (STI) (u.a. Syphilis, Gonorrhöe) und Infektionskrankheiten wie Tuberkulose. Der Aufenthaltsstatus ist nicht von Bedeutung. Dieses Angebot wird häufig von Prostituierten genutzt (vgl. Schmitt 2007, 67; Braun et al 2003, 128).

Für „statuslose“ Prostituierte führt das Gesundheitsamt Düsseldorf neben der Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten auch gynäkologische Untersuchungen durch und verordnet Verhütungsmittel (vgl. Schönwälder et al 2004, 67). Das Gesundheitsamt Köln führt ebenso neben den üblichen Untersuchungen nach dem Infektionsschutzgesetz auch Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Ultraschalluntersuchungen und Schwangerschaftstests durch. Die Frauen finden dort sowohl Hilfe in der Schwangerschaft wie auch Hilfe bei der Suche nach einem Entbindungsplatz. Die Beratung kann in sechs verschiedenen Sprachen durchgeführt werden. Viele Frauen aus Lateinamerika und Afrika nutzen dieses Angebot. Bommers und Wilmes weisen darauf hin, dass die Beratungsstelle des Gesundheitsamts kaum als städtische Behörde wahrgenommen wird, sie ist viel mehr eine vertrauenswürdige Stelle, die Zugang zu medizinischer Versorgung bietet (vgl. Bommers/Wilmes 2007, 69ff, 89).

In Frankfurt am Main gibt es für ethnisch differenzierte Gruppen die Möglichkeit sich im Gesundheitsamt beraten und behandeln zu lassen. Es gibt eine anonyme Sprechstunde für Roma-Flüchtlinge und eine für Frauen und Familien aus Afrika. Des Weiteren bietet die Straßenambulanz des Gesundheitsamts eine Notversorgung und Kontakte zu Ärzten an (vgl. Krieger et al 2006, 103).

### 6.3 Gesundheitsversorgung in deutschen Großstädten

In Deutschland gibt es in fast allen Großstädten medizinische Versorgungsnetzwerke für „illegalisierte“ Migrantinnen. Fußnote: Mittlerweile haben sich in Deutschland ca. 15 verschiedene Initiativen gebildet, die medizinische Hilfe für Menschen ohne Aufenthaltstitel organisieren (vgl. Krieger et al 2006, 103).<sup>31</sup>

Diese haben sich aus Ärzten, politischen sowie kirchlichen Initiativen zusammengeschlossen. Der Ausgangspunkt für viele dieser Initiativen liegt in der Erkenntnis, dass Flüchtlinge zu einer gesundheitlichen Risikogruppe gehören, da die medizinische Versorgung über das Asylbewerberleistungsgesetz nur in einem absoluten Mindestmaß gewährt wird (vgl. Anderson 2003, 34). Die Malteser Migranten Medizin und das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe sind zwei dieser großen Netzwerke, die Bundesweit agieren. Nachfolgend werden die beiden Einrichtungen genauer dargestellt.

#### 6.3.1 Malteser Migranten Medizin

Die Malteser Migranten Medizin gründete in Berlin 2001 die erste niedrigschwellige Anlaufstelle für Nichtversicherte (vgl. Franz 2003, 143). Mittlerweile gibt es zehn dieser Anlaufstellen in ganz Deutschland. Seit 2005 existiert die MMM in Köln, seit 2006 auch in München, Darmstadt und Frankfurt. Im Jahre 2007 wurde in den Städten Hannover, Münster und Hamburg eine Einrichtung der MMM eröffnet<sup>32</sup>. Ihren Handlungsauftrag sieht die Einrichtung allein aus ihrem christlich-humanitären Menschenbild heraus. Neben EU-Bürgerinnen und -bürgern, Touristinnen und Touristen, Obdachlosen und älteren Studierenden sind es vor allem „illegalisierte“ Menschen, die bei den Maltesern Hilfe suchen und finden.

---

<sup>31</sup> Auf der Seite [www.aktivgegenabschiebung.de/links\\_medizin.html](http://www.aktivgegenabschiebung.de/links_medizin.html) ist eine Liste der medizinischen Anlaufstellen zu finden. Angemerkt sei, dass die verschiedenen Anlaufstellen auf große (vor allem westdeutsche) Städte begrenzt sind. Eine bundesweite Versorgung ist nicht gegeben. Vermutlich wird trotz des großen Engagements nur ein Bruchteil der Zielgruppe in ganz Deutschland erreicht (vgl. DIMR 2007, 17).

<sup>32</sup> vgl. [http://www.malteser.de/73.Malteser\\_Migranten\\_Medizin/default.htm](http://www.malteser.de/73.Malteser_Migranten_Medizin/default.htm)

Die Menschen, die die Einrichtung aufsuchen, müssen ihre Identität nicht preisgeben. Die Migrantinnen können direkt vor Ort behandelt werden (im Gegensatz zu den Büros für medizinische Flüchtlingshilfe) oder an verschiedene ärztliche Fachrichtungen weitervermittelt werden.

Nachfolgend wird sich allein auf die MMM Berlin bezogen. Dort hat sich eine Art Allgemeinarztpraxis und seit 2008 eine Schwangerschaftsberatungsstelle etabliert. In der Praxis stellen sich Frauen mit den unterschiedlichsten Krankheitsbildern vor. Es wird bei akuten und chronischen Erkrankungen geholfen, Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangeren durchgeführt, Impfungen und medizinische Beratung gegeben sowie Medikamente – sofern vorhanden aus dem Medikamentenpool zur Verfügung gestellt. Die Patienten sind jünger und oftmals kränker im Vergleich zu anderen Praxen. 90 % sind unter 50 Jahre alt. Das Verhältnis von Männern und Frauen liegt bei 1:2. Aus dem Erfahrungsbericht der Malteser Migranten Medizin in Berlin von 2007 geht hervor, dass ein Fünftel der nicht versicherten, Hilfe suchenden Frauen Schwangere waren (vgl. Hoff 2009, 47). Die Herkunftsländer der Patientinnen sind auf dem ganzen Globus verteilt.

Seit dem Jahr 2001 wurden in Berlin 16.000 Behandlungen (von Frauen und Männern) durchgeführt und 750 Geburten betreut. Allein im Jahr 2008 waren über 4000 Behandlungen (Frauen und Männer) und 158 Geburten zu verzeichnen. Die Zahl der Geburten steigt seit 2001 ständig an (vgl. Franz 2009, 203).<sup>33</sup> Zu den häufigsten gesundheitlichen Problemen in der Einrichtung sind internistische Probleme, z.B. Herz-Kreislaufkrankungen, gefolgt von chronischen Erkrankungen wie Diabetes Mellitus aufzuführen. Auch Infektionen spielen eine große Rolle. Die meisten Migrantinnen sind nicht gegen Kinderkrankheiten geimpft, so dass sie im höheren Alter schwerer von diesen Krankheiten betroffen sind. Viele Migrantinnen haben Probleme mit den Zähnen. In vielen Heimatländern werden kaum Zahnerhaltende Maßnahmen durchgeführt, deshalb benötigen viele Patienten Zahnersatz; darüber hinaus leiden viele unter Karies, was auf eine schlechte Mundhygiene zurückzuführen ist. Die Malteser sind vor finanzielle Probleme gestellt, denn sie finanzieren sich aus Spendenmitteln ohne öffentliche Förderungen. So ist es nicht möglich, alle notwendigen Behandlungen durchzuführen. Es kann sich nur auf akute Notfallbehandlungen beschränkt werden. Es wird von den Patienten erwünscht, dass sie sich an den Kosten be-

---

<sup>33</sup> Ob die Zahl der Geburten auf den erhöhten Bekanntheitsgrad der Einrichtung zurückzuführen ist oder ob es einen Anstieg von Schwangerschaften der betroffenen Personengruppe gibt, kann nicht eindeutig beurteilt werden.

teiligen, je nach ihren finanziellen Möglichkeiten. Der Eigenbetrag deckt nie die Kosten der gesamten Behandlung ab (vgl. Franz 2006, 180-189).

### **6.3.2 Büro für medizinische Flüchtlingshilfe**

In vielen Städten Deutschlands wurden so genannte Büros für medizinische Flüchtlingshilfe (Medibüro) gegründet. 1996 wurde das erste Büro in Berlin gegründet, es war nach Hamburg (Gründung 1994) die zweite Organisation, die explizit Hilfe für „statuslose“ Migrantinnen und Migranten bot (vgl. Misbach 2007, 4; (vgl. Mitrovic 2009, 15). In den nächsten Jahren entstanden weitere Büros in Bielefeld, Bremen, Göttingen, München, Köln, Hannover, Nürnberg und Oldenburg (vgl. Wiesner 2007 zit. n. Mitrovic 2009, 15). In einigen Bundesländern werden die Büros von der Ärztekammer unterstützt (vgl. Bühring 2001 zit. n. Groß 2005, 20). Die Büros selbst leisten keine medizinische Hilfe. Sie vermitteln an Ärztenetzwerke, bestehend aus verschiedenen Fachärzten, wie auch an Hebammen, Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern und andere medizinische Einrichtungen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten ehrenamtlich (vgl. Misbach 2007, 41). Die Büros wurden gegründet, um der „rassistischen Ausgrenzung von Flüchtlingen aus der Sozialgesetzgebung und der regulären Gesundheitsversorgung ein praktisches Projekt und eine politische Initiative entgegenzusetzen“ (Groß 2005, 20). Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weisen mit ihrer Arbeit ausdrücklich darauf hin, dass die Ausgrenzung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus aus dem Gesundheitssystem aus grundlegenden Menschenrechten nicht akzeptabel ist. Das langfristige Ziel der Medibüros ist die Integration „statusloser“ Migrantinnen und Migranten in das reguläre Gesundheitssystem. Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe ist ein spendenfinanziertes Projekt, das am „Rande seiner finanziellen Möglichkeiten“ arbeitet. In Berlin betreut das Büro monatlich 100 Patientinnen und Patienten vor allem aus Lateinamerika und Osteuropa aber auch aus anderen Ländern (ebd. 21).

In einer Untersuchung des Medibüros in Hamburg von 2006 bis 2008 wurde ein steigender Bedarf der Vermittlungsstelle verzeichnet. In diesem Zeitraum waren 66,3% der Ratsuchenden Frauen. Diese waren von verschiedensten Krankheiten betroffen und in 7,4% der Fälle schwanger. Im Untersuchungszeitraum von 2006 bis 2008 hat das Medibüro 62 Schwangerschaften betreut. Die Frauen waren vor allem von Krankheiten des Urogenitaltrakts, zahnmedizinischen Erkrankungen, Augenerkrankungen und akuten Schmerzen betroffen. Die Erkrankungen decken sich mit den Vermittlungen des Medibüros. Die häufigs-

ten Vermittlungen fanden zu Internisten und Allgemeinmedizinerinnen statt, gefolgt von Zahnmedizinerinnen, Gynäkologinnen und Augenärztinnen. In dieser Untersuchung stellte sich heraus, dass die Patientinnen Krankheiten zum Teil aus Kostengründen über Jahre verschleppt hatten. Sie sind jünger und kränker als das durchschnittliche Hausarztclientel. Viele der schwangeren Frauen machten in der Untersuchung deutlich, dass sie früher Schwangerenvorsorgeuntersuchungen durchführen lassen hätten, wenn der Zugang zu medizinischer Versorgung gefahrlos möglich gewesen wäre (vgl. Kühne 2009, 42ff).

### **Schlussfolgerung**

Die Gesundheitsversorgung von Frauen in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ ist defizitär. Für viele ist der Zugang durch die Angst vor Entdeckung und vor den hohen Kosten versperrt. Andere finden den Zugang zum „offiziellen Deutschland“ (Anderson 2003, 35) nicht und versuchen, sich selbst mithilfe von Landsleuten oder gar im Heimatland medizinisch behandeln zu lassen. Wieder andere nutzen den strafbaren Chipkartenbetrug, um eine medizinische Behandlung zu erhalten oder bezahlen ihre Behandlung selbst. Überdies ist der Zugang zu einer stationären Versorgung beinahe eine unüberwindbare Hürde für die Betroffenen, wenn keine Finanzierungsmöglichkeiten über Spenden, Beratungsstellen oder über das Sozialamt erwirkt werden kann. Es ist somit eine große Hürde in Deutschland, eine medizinische Behandlung zu erhalten, da die Angst vor den behördlichen Meldepflichten nach § 87 Abs.2 AufenthG meist groß ist.

Aus diesem Grund sind in vielen Großstädten Deutschlands Hilfeinrichtungen geschaffen worden, die versuchen eine Grundversorgung zu ermöglichen. Doch in diesen „Parallelstrukturen“ sind nicht dieselben finanziellen Möglichkeiten gegeben, um – wie für Versicherte selbstverständlich – eine adäquate und kontinuierliche Behandlung zu realisieren. „Sozialmedizinisch handelt es sich um einen Sektor der Unter- und teilweisen Fehlversorgung“ (DIMR 2007, 18).

Die Gesundheitsversorgung kann nicht auf den Schultern Einzelner lasten. Aus diesem Grund müsste der Staat Wege und Möglichkeiten finden, wie Frauen in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ einen Zugang zu medizinischer Versorgung erhalten könnten – anonym und mit geregelter Kostenübernahme durch öffentliche Förderungswege, um die Kontinuität medizinischer Behandlungen zu gewährleisten. Das Kapitel 7 wird sich Lösungsvorschlägen für dieses Problem widmen.

## **7 Ansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung**

Die Gesundheitsversorgung „illegalisierter“ Migrantinnen ist nicht nur auf der Ebene des Gesundheitssystems zu lösen. Es verlangt nach politischem Handlungsbedarf (vgl. Braun et al 2003, 136), denn eine medizinische Versorgung, die nur aus Spendenmitteln gewährleistet wird, „kann den Anforderungen auf Dauer nicht gerecht werden“ (Franz 2009, 205). Es gilt, für Migrantinnen ohne gesicherten Aufenthalt soziale Mindeststandards zu schaffen (vgl. Zabel 2001 S. 98).

Die „Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität“, die vom katholischen Forum „Leben in der Illegalität“ und vom deutschen Institut für Menschenrechte 2006 ins Leben gerufen wurde beschäftigte sich eingehend mit Ansätzen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und prüfte verschiedene Möglichkeiten, die einen barrierefreien Zugang zur medizinischen Versorgung gewährleisten können. Es handelt sich hierbei z.B. um die Vergabe eines anonymen Krankenscheins, die Einrichtung eines Fonds auf Bundesebene, den Zugang zu privaten Krankenversicherungen, den Ausbau der Gesundheitsämter sowie die Ausweitung „Runder Tische“ auf kommunaler Ebene. Nachfolgend werden die einzelnen Ansätze genauer dargestellt.

Vorab soll darauf hingewiesen werden, dass mit keiner dieser Lösungsmöglichkeiten das strukturelle Problem der behördlichen Meldepflichten aus dem Weg geräumt werden kann. Es handelt sich bei den Lösungsvorschlägen allein um Teillösungen. Deshalb wird von der Bundesarbeitsgruppe die Einschränkung bzw. Neuregelung der Meldepflichten gefordert (vgl. DIMR 2007, 22).

## 7.1 Anonymer Krankenschein

Das Ziel des anonymen Krankenscheins ist die Integration „statusloser“ Menschen in die medizinische Regelversorgung durch die „geschützte“ Vergabe eines Krankenscheins (vgl. Hoff 2009, 62).<sup>34</sup>

Für die Vergabe des anonymen Krankenscheins kommt nur eine Einrichtung in Frage, eine solche die nicht der behördlichen Übermittlungspflicht unterliegt. Es kommt dementsprechend entweder eine nichtstaatliche Beratungsstelle oder eine Anlaufstelle der örtlichen Verwaltung unter ärztlicher Leitung in Betracht.<sup>35</sup> Wichtig ist hierbei, dass die personenbezogenen Daten von einem Arzt aufgenommen werden, der nicht übermittlungspflichtig ist, sondern dessen Obliegenheiten der Schweigepflicht unterliegen (siehe auch Kapitel 5.4).

In Form eines anonymen Krankenschein könnte eine Kostenübernahme analog zum AsylbLG über das Sozialamt erwirkt werden (vgl. Franz 2009, 204). Die zuständige Beratungsstelle würde die Anspruchsvoraussetzungen prüfen anhand von Bedürftigkeit, Art und Umfang der Behandlungsnotwendigkeit und könnte bei erfolgreichem Anspruch den Krankenschein im Auftrag des Sozialamtes ausgeben.

### Ausgabe in Beratungsstellen

Von der Beratungsstelle werden die erforderlichen Daten in den Krankenschein eingetragen. Die Person kann mit dem Schein einen Arzt oder ein Krankenhaus aufsuchen. Diese rechnen anschließend mit der zuständigen Sozialbehörde ab. Da die Daten von den Ärzten eingegeben werden, erhält zwar das Sozialamt als übermittlungspflichtige Stelle personenbezogene Daten, diese dürften jedoch – aufgrund der Rechtsauffassung des „verlängerten Geheimnisses“ (DIMR 2007, 25) – nicht an die Ausländerbehörde weitergegeben werden.<sup>36</sup>

---

<sup>34</sup> Ein Vorbild des anonymen Krankenscheins ist das italienische Modell, indem seit Jahren von den staatlichen Gemeindegesundheitszentren anonyme Codes vergeben werden, die den Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung gewährleisten (vgl. Bartholome et al. 2009, 210).

<sup>35</sup> Eine niedrighschwellige Einrichtung würde den Zugang für Menschen ohne Papiere vermutlich erleichtern.

<sup>36</sup> Es müsste genauer geprüft werden, ob nichtstaatliche Stellen bei Erfüllung von hoheitlichen Aufgaben übermittlungspflichtig sind, da diese nach dem AufenthG als solche zu behandeln sind (vgl. DIMR 2007, 26).

### **Ausgabe in einer Anlaufstelle der örtlichen Verwaltung unter ärztlicher Leitung oder einer medizinischen Einrichtung anerkannter Wohlfahrtsorganisationen oder bei niedergelassenen Ärzten**

Wenn der Krankenschein über eine Anlaufstelle der örtlichen Verwaltung, z.B. über Gesundheitsämter oder einer medizinischen Einrichtung anerkannter Wohlfahrtsorganisationen ausgegeben wird, sind diese grundsätzlich übermittlungspflichtig, da sie als zwischengeschaltete Einrichtung Aufgaben des Sozialamts wahrnehmen. Die Meldepflicht kann umgangen werden, wenn die personenbezogenen Daten von einer Ärztin oder von einem Arzt aufgenommen werden, da Ärztinnen und Ärzte der Schweigepflicht unterliegen. Dieser Ansatz kann aber nur in der Praxis umgesetzt werden, wenn die Einrichtung mit dem zuständigen Sozialamt kooperiert (vgl. DIMR 2007, 26).<sup>37</sup>

### **Die Stadt Berlin als Vorreiterin**

In Berlin wird derzeit die Vergabe eines anonymen Krankenscheins geprüft. Staatssekretär Dr. Benjamin-Immanuel Hoff aus der Berliner Senatsgesundheitsverwaltung hat eine Arbeitsgruppe gegründet, die gemeinsam mit dem Büro für medizinische Flüchtlingshilfe ein vom Medibüro Berlin vorgelegtes Konzept prüft (vgl. Hoff 2009, 62f; Bartholome et al 2009, 209). Da weder genau ermittelt werden kann, wie viele Menschen sich „illegalisiert“ in Berlin aufhalten, noch in welchem Umfang das Projekt in Anspruch genommen wird, werden die Kosten in einstelliger Millionenhöhe geschätzt (vgl. Bartholome et al 2009, 209f).<sup>38</sup>

Mit dem anonymisierten Krankenschein können Migrantinnen ohne Papiere ihr Recht auf die Gesundheitsversorgung im Umfang des AsylbLG erhalten, ohne die Gefährdung der Datenweitergabe. Die Kosten für medizinisch notwendige Behandlungen werden durch das Sozialamt übernommen.<sup>39</sup>

---

<sup>37</sup> In ländlichen Gebieten könnten niedergelassene Ärzte den anonymen Krankenschein ausgeben im Wege der Beleihung. Beleihung bedeutet, dass eine private Person mit hoheitlichen Aufgaben förmlich beauftragt wird, infolge eines Gesetzes (vgl. DIMR 2007, 26).

<sup>38</sup> Im Juni 2009 gab es ein Treffen von Vertreterinnen und Vertretern der Medibüros in Deutschland, diese beabsichtigen sich bundesweit für eine kommunale und länderübergreifende Einführung des anonymen Krankenscheins einzusetzen (vgl. [http://www.medibuero.de/de/News/Netzwerk\\_der\\_Medibueros.html](http://www.medibuero.de/de/News/Netzwerk_der_Medibueros.html)).

<sup>39</sup> Mit diesem Ansatz hätten Menschen in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“, Asylbewerberinnen und Asylbewerber sowie Menschen, die eine Duldung besitzen den gleichen Anspruch auf medizinische Leistungen nach AsylbLG.



Es bleiben dennoch Kritikpunkte an diesem Modell. Der reduzierte Leistungsumfang nach §§ 4 und 6 des AsylbLG widerspricht dem ärztlichen Gleichbehandlungsauftrag, dies wird wiederholt von der Bundesärztekammer kritisiert. Weiter erhalten nichtversicherte EU-Bürger keine Leistungen über den anonymen Krankenschein, da sie keinen Anspruch nach dem AsylbLG haben (vgl. Bartholome et al 2009, 211). Dies sei nur kurz angemerkt und nicht weiter erläutert, da es sich nicht um die Zielgruppe dieser Arbeit handelt.

## 7.2 Fonds auf Bundesebene

Dieser Ansatz hat zum Ziel, auf Bundesebene einen Fonds für unversicherte Personen einzurichten, die einen sozialrechtlichen Anspruch gegenüber den Sozialbehörden haben, diesen aber nicht geltend machen können (aufgrund der Meldepflichten nach § 87 Abs. 2 AufenthG). Dieser Fonds dient dazu, Finanzierungslücken aufzuheben, die entstanden sind durch nichterstattungsfähige und unbezahlte Rechnungen. Wenn im Falle einer medizinischen Behandlung für „Statuslose“ kein anderer Kostenträger gefunden werden kann. Mit diesem Lösungsvorschlag könnten Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Hebammen und andere medizinische Berufsgruppen einen finanziellen Ausgleich nicht bezahlter Rechnungen erhalten (vgl. DMIR 2007, 22ff).

Vorstellbar wäre beispielsweise eine von staatlicher Seite ins Leben gerufene Stiftung. Der Träger des Fonds müsste eine rechtsfähige Stiftung des Bürgerlichen Rechts sein, die durch öffentliche Gelder von Bund und Ländern (mit)finanziert wird. Ein Fond, der sich allein aus Spendenmitteln realisiert ist ausgeschlossen, da sich dieser nicht ausreichend aus Privatspenden finanzieren ließe.

Krankenhäuser, Ärzte und Hebammen und andere medizinische Berufsgruppen als Leistungserbringer hätten die Möglichkeit, Anträge auf Finanzierung bei der Stiftung für medizinisch notwendige Behandlungen zu stellen. Die Stiftung würde über die Kostenerstattung entscheiden und dieser gegebenenfalls zustimmen, wenn kein anderer Kostenträger gefunden werden konnte (ebd.).<sup>40</sup>

Kritikpunkte an diesem Modell sind einerseits Umsetzungsschwierigkeiten, da die institutionellen Vorkehrungen für den Fond erst getroffen werden müssen und andererseits nicht

---

<sup>40</sup> Für die Lösung des Fonds auf Bundesebene wird auf das Modell der Niederlande verwiesen. Doch kann man die Fondausgestaltung nicht eins zu eins mit dem Nachbarland vergleichen, da es in den Niederlanden § 87 AufenthG nicht gibt, ebenso wenig machen sich Ärzte und medizinisches Personal wegen humanitärer Hilfe strafbar.

sichergestellt ist, ob durch den hohen Verwaltungsaufwand die Leistungserbringer die finanzielle Entschädigung in vollem Maße erhalten würden. Kritische Stimmen, die der öffentlichen Bezuschussung des Fonds entgegenstehen, verkennen, dass Menschen ohne Papiere bereits heute einen Anspruch auf staatliche Leistungen nach dem AsylbLG haben (ebd.).

### **7.3 Zugang zu privaten Krankenversicherungen**

Durch die Gesundheitsreform 2007 haben Menschen ohne Papiere das Recht, sich bei einer Privatversicherung zum „Basistarif“ versichern zu lassen, da sie ebenfalls zur Wohnbevölkerung in Deutschland zählen. Private Krankenversicherungen dürfen keine Personen ablehnen. Der „Basistarif“ umfasst Leistungen analog zur gesetzlichen Krankenkasse. Problematisch hierbei ist, dass Menschen ohne Papiere bei einer abhängigen Beschäftigung „theoretisch“ bereits in die gesetzliche Krankenversicherung miteinbezogen sind (siehe Kapitel 5.3) und dieses Argument eine Ablehnung seitens der privaten Krankenkassen nach sich ziehen könnte. Da die Versicherungsprämien sehr hoch sind (ca. 500 Euro pro Monat), führt dies jedoch ohnehin dazu, dass vermutlich nur ein sehr kleiner Anteil der Menschen ohne Papiere eine private Krankenversicherung in Anspruch nehmen können (vgl. DIMR 2007, 25).

### **7.4 Ausbau der Gesundheitsämter**

Die rechtliche Grundlage der Gesundheitsämter sind Bundes- und Landesgesetze, darunter fällt auch das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten. Theoretisch ist ein Ausbau der Gesundheitsämter denkbar. In einigen Bundesländern sind die Gesundheitsämter auch schon heute mit der medizinischen Betreuung der Wohnbevölkerung betraut (so auch für Menschen ohne Papiere). Eine gesetzliche Grundlage für die kostenlose und anonyme Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere könnte realisiert werden, indem der „Versorgungsbedarf“ ausgeweitet wird. Von der Verhütung von sexuell übertragbaren Krankheiten und Tuberkulose auf andere (Infektions-) Krankheiten. Fraglich bei diesem Ansatz ist die Realisierung, denn schon heute besteht eine Tendenz zur Abschaffung von Gesundheitsämtern (vgl. DIMR 2007, 27).

## 7.5 Kommunale Runde Tische

Bereits in Freiburg, Hannover, Göttingen und Bonn haben sich Runde Tische auf kommunaler Ebene gebildet. Diese dienen zur Sensibilisierung für die Probleme in der Gesundheitsversorgung in Bezug auf Menschen ohne Papiere. An diesen Runden Tischen sollen alle Akteure der Kommunen beteiligt sein, die mit Menschen ohne Papiere in Berührung kommen.<sup>41</sup> Die Runden Tische müssen auf die Bedürfnisse der Kommune abgestimmt sein. Sie dienen dazu Problemlagen zusammenzutragen, zu erörtern und nach möglichen Lösungsvorschlägen für die Belange von Migrantinnen und Migranten ohne Aufenthaltsstatus zu suchen (vgl. DIMR 2007, 27; Mitrovic 2009, 21).

### Schlussfolgerung

Keiner dieser Lösungsvorschläge kann die Meldepflicht nach § 87 Abs.2 AufenthG umgehen. Daran wird deutlich, warum die „Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität“ für die Einschränkung der Meldepflichten plädiert.

Die oben genannten Ansätze stellen Lösungsvorschläge auf Bundesebene (Fondmodell und Krankenversicherung) oder auf lokaler Ebene (anonymer Krankenschein und Ausbau der Gesundheitsämter) dar. Die Ansätze sollen so verstanden werden, dass sie nebeneinander bestehen, damit ein Zugang zu medizinischer Versorgung für Menschen ohne Papiere bundesweit gegeben ist. Die Stadt Berlin prüft konkret die Vergabe des anonymen Krankenscheins. Ein Grund, warum dies möglich war, besteht vermutlich darin, dass die Stadt Berlin in ihrem Integrationskonzept die Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Papiere festgelegt hat (vgl. Franz 2009, 204).

Seitens des BMI (2007) wird die Möglichkeit zum anonymen Abschluss einer Krankenversicherung, die Einführung eines anonymen Krankenscheins sowie die Errichtung eines Fonds aus öffentlichen Geldern zur Finanzierung der Krankenversorgung „Illegalisierter“ dennoch weiterhin abgelehnt (vgl. BMI 2007, 5).

---

<sup>41</sup> So z.B. die Sozialämter, die Polizei und die Ausländerbehörde, die Gesundheitsämter, Einrichtungen der Kirchen und anderer nichtstaatliche Organisationen, medizinische Beratungsstellen, Vertreterinnen und Vertreter der Krankenhäuser und Ärzte.

## 8 Unterstützende Interviews

Ein Vorverständnis für die Interviewgestaltung wurde durch das Einlesen in die Thematik gewonnen, sowie durch die persönlichen Erfahrungen, welche die Verfasserin während des hochschulgelinkten Praktikums in einer Einrichtung für Migranten und Flüchtlinge mit Frauen, die teilweise in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ – mit einer Duldung oder legalisiert – in Hamburg leben, gemacht hat.

### Forschungsfrage

Welchen gesundheitlichen Belastungen z.B. in der Schwangerschaft und Problemen sind die beiden interviewten Frauen in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ ausgesetzt gewesen?

Wie sah die Gesundheitsversorgung während ihrer Zeit in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ aus?

### 8.1 Wahl der Methode

Die folgenden Interviews basieren auf der qualitativen Methode des Leitfaden- Interviews nach Cornelia Helfferich (vgl. Helfferich, Cornelia 2005). Es wurden zwei verschiedene Leitfäden erarbeitet: der erste Leitfaden behandelt das Thema Krankheit, der zweite das Thema Schwangerschaft. Ziel des Leitfaden-Interviews war es, Informationen der beiden Frauen über ihren Gesundheitszustand bzw. ihre Gesundheitsversorgung während ihrer Zeit in der „Illegalität“ zu erhalten. Die Nutzung des Leitfadens diente dazu, in den offenen Erzählraum strukturierend einzugreifen (vgl. Helfferich 2005, 159).

Es wurden zwei Frauen aus lateinamerikanischen Ländern befragt. Die erste Interviewpartnerin lebte vier Jahre und die zweite Interviewpartnerin zwei Jahre in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“. Ziel der Interviews war nicht, eine Theorie zu bilden, sondern eine Situations- bzw. Problembeschreibung der beiden Frauen zu erhalten.

Mithilfe der dargestellten Interviews soll die subjektive Wahrnehmung von zwei ehemals „papierlosen“ Frauen auf ihre Probleme, wie die ihrer Gesundheitssituation bzw. Schwan-

gerschaft und den Zugang zur Gesundheitsversorgung, aufgezeigt werden. Die Interviews beanspruchen keine verallgemeinerbare Aussagekraft für alle Frauen, die in der „Illegalität“ leben. Es handelt sich ausschließlich um Einzelbiographien, die als Beispiele dienen sollen.

### **Begründung der Methode**

Da es sich bei Frauen in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ um eine sehr heterogene Gruppe handelt wurde sich für eine qualitative Methode, die zur Illustration der Diplomarbeit dient entschieden. Die gesundheitlichen Probleme sowie das Wissen um vorhandene Hilfemöglichkeiten und evtl. Coping-Strategien, um mit Krankheiten oder einer Schwangerschaft umzugehen, sind sehr vielfältig. Die Frauen sind beispielsweise unterschiedlichen Alters und haben unterschiedliche Bildungs- und Erfahrungshintergründe.

Eine quantitative Untersuchung über die gesundheitlichen Probleme, denen sich Frauen in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ stellen müssen, sowie eine Aussage über ihre Gesundheitsversorgung wäre evtl. nur in Zusammenarbeit mit einer Einrichtung wie der Malteser Migranten Medizin oder der medizinischen Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migranten möglich gewesen. Ziel war es indessen, die persönliche Gesundheitssituation sowie den Zugang zur individuellen Gesundheitsversorgung herauszufinden.

## **8.2 Auswahl der Gesprächspartnerinnen**

Innerhalb der Vorabsprachen zu dieser Diplomarbeit wurde vereinbart, eine Frau zu interviewen, die derzeit in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ lebt, und eine weitere Frau zu interviewen, die in der „Illegalität“ lebte.

Als weiteres Kriterium sollten die Frauen in irgendeiner Weise schon einmal gesundheitliche Probleme gehabt haben oder in Deutschland in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ schwanger gewesen sein.

Das Thema „aufenthaltsrechtliche Illegalität“ ist ein sehr sensibles Thema, dessen Erforschung äußerst schwierig ist. Der Zugang zu „illegalisierten“ Frauen wird erschwert, da es sich um ein rechtswidriges und stigmatisierendes Phänomen in unserer Gesellschaft handelt. Die Entdeckungsängste stehen der Bereitschaft zu einer Befragung entgegen (vgl. Krieger et al 2006, 18). Es konnten zwei Interviews durchgeführt werden. Jedoch waren beide Frauen zum Interviewzeitpunkt nicht mehr vom Leben in der „aufenthaltsrechtlichen

Illegalität“ betroffen. Es konnte keine Frau interviewt werden, die zum Zeitpunkt der Interviewführung in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ lebte.

### **Kontaktaufnahme**

Die Überlegungen, wie ein Kontakt mit „illegalisierten“ Frauen hergestellt werden könnte, waren verschieden. Doch wurde sehr schnell deutlich, dass dies nur auf informellem Wege geschehen kann (vgl. auch Krieger et al 2006, 30).

Es wurde zu einer Schlüsselperson mit Migrationshintergrund, die in der Beratung für „legale“ und „illegalisierte“ Frauen tätig ist, Kontakt aufgenommen. Zusätzlich wurde ein informeller Kontakt zu einer Frau, die derzeit „illegalisiert“ in Deutschland lebt, wieder aufgenommen. Diese Frau hatte die Verfasserin während ihrer Zeit als Praktikantin im hochschulgelinkten Praktikum in einer diakonischen Einrichtung für Migranten und Flüchtlinge kennengelernt. Mit dieser Frau wurde ein informelles Gespräch an einem vertrauenswürdigen Ort geführt, im Rahmen dessen ihr das Vorhaben der Diplomarbeit genauer geschildert wurde. Aus Entdeckungsangst und vermutlich aufgrund ihrer Sprachschwierigkeiten war sie nicht bereit, ein Interview zu führen. Die südamerikanische Frau, (die nachfolgend Angela genannt wird) hat für die Verfasserin dennoch einen Kontakt zu einer Frau, die vier Jahre in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ gelebt hat, hergestellt. Die Frau, die sich für ein Interview zur Verfügung gestellt, (sie wird im Folgenden Lucero genannt) hatte die Verfasserin ebenfalls flüchtig in ihrer Praktikumszeit kennengelernt.

Das Interview, welches mit der zweiten Frau (die im Folgenden Monica genannt wird) geführt wurde, gelang über die Schlüsselperson mit Migrationshintergrund, die in der Beratung tätig ist. Die Schlüsselperson versuchte ebenfalls, Kontakte für ein Interview zu derzeit „illegalisierten“ Frauen herzustellen, die aber vermutlich aus Entdeckungsangst dieser Frauen nicht zustande kamen.

### **8.3 Durchführung der Interviews**

Zu Beginn der Interviews stellte die Verfasserin sich vor und erklärte das Interesse am Thema „aufenthaltsrechtliche Illegalität“. Die Frauen wurden darauf hingewiesen, dass ihre Daten anonymisiert und streng vertraulich behandelt werden. Es wurde ihnen versichert, dass die persönlichen Daten nach dem Interview und der Auswertung gelöscht und nicht an Dritte weitergegeben werden. Weiter wurde ihnen versichert, dass die gemachten Aussagen allein dieser Diplomarbeit dienen. Die interviewten Frauen konnten sich ein

Pseudonym aussuchen. Sie wurden darauf aufmerksam gemacht, dass die Interviewdauer ungefähr eine Stunde beträgt. Das Einverständnis für die Tonbandaufnahme wurde eingeholt. Des Weiteren wurden die Frauen über das gegenwärtige Forschungsinteresse in Deutschland wie auch über die aktuelle Durchführung der Studie in Hamburg aufgeklärt.

Die Interviewpartnerinnen haben den Ort für die Interviewführung selbst ausgesucht, dies hatte den Vorteil, dass sie einen für sie „geschützten Ort“ wählen konnten. Entscheidend für die Durchführung der Interviews war es eine vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen, da die Interviewthemen möglicherweise schmerzliche Erfahrungen für die Betroffenen bedeuteten.

#### **8.4 Auswertung der Interviews**

Die beiden Interviews wurden vollständig transkribiert. Es wurde mit den für narrative Interviews notwendigen Notationen wie Pausen, Stimmveränderungen und Lachen gekennzeichnet (vgl. Mayring 2002, 92). Aufgrund der schwierigen Lebenssituation, in der sich die Frauen befanden, erschien es wichtig, die Notationen für die Auswertung des Interviews zu berücksichtigen. Die Auswertung beider Interviews wurde an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring angelehnt (vgl. Mayring 2002, 114ff).

Nach der Transkription wurde eine Zusammenfassung jedes einzelnen Textes verfasst. Dabei wurden die wesentlichsten Inhalte beibehalten. Einige sehr relevante Textpassagen wurden beim ersten Interview etwas „bereinigt“ bzw. „eingedeutscht“ dies sollte der besseren Lesbarkeit dienen. Weiterhin wurden Kategorien gebildet. Zusätzliches theoretisches Material wurde herangetragen, um die jeweiligen Textstellen zu erläutern und zu interpretieren (ebd.).

Das zweite Interview fand in spanischer Sprache, mithilfe einer Kommilitonin, die als Dolmetscherin fungieren sollte, statt. Diese übersetzte die von der Verfasserin gestellten Fragen. Bei der Rückübersetzung traten Probleme auf, so dass das Interview nicht „vor Ort“ übersetzt werden konnte. Da die Verfasserin über Grundkenntnisse der spanischen Sprache verfügt, konnte das Interview auch ohne direkte Übersetzung weitergeführt werden. Das Interview wurde mithilfe einer anderen Kommilitonin nach der Interviewführung in die deutsche Sprache übersetzt. Dabei stellte sich heraus, dass zwei Fragen nicht korrekt von der Dolmetscherin in die spanische Sprache übersetzt wurden. Für das zweite Inter-

view wurden zum Teil andere Kategorien gebildet und zum Teil die gleichen wie im ersten Interview verwendet.

## 8.5 Darstellung der Fälle

### Fallbeispiel Lucero

Das erste Interview fand in der Wohnung von Angela, die derzeit ohne Papiere in Deutschland lebt, statt. Wie zu erwarten, stand der Name von Angela nicht auf dem Klingelschild. Nach einem informellen Gespräch zu dritt wurde das Interview durchgeführt. Der Interviewpartnerin Lucero war es sehr wichtig, dass der Interviewinhalt vertraulich und anonym behandelt wird. Die Absicht, das Interview alleine für die vorliegende Diplomarbeit zu nutzen, wurde ihr zugesichert. Auf die Frage, ob Angela sich ebenfalls äußern möchte, verneinte diese, blieb jedoch im Raum. Die Atmosphäre während des Interviews war sehr entspannt.

„Lassen alles, unsere Familia, unser Land, unsre costumbres (Gewohnheiten) alles und kommen hier und dann kann nicht alles machen, weil keine Papiere“ (L 305-307).

Lucero ist 56 Jahre alt und kommt aus Kolumbien. Sie ist gelernte Schneiderin und kam im Jahr 2001 mit ihrem Sohn, der damals 12 Jahre alt war, nach Deutschland. Sie reisten mit einem Transitvisum in die Niederlande und dann weiter „illegal“ nach Deutschland ein. Lucero ist geschieden. Sie hatte in ihrem Heimatland keine Arbeit, kein Geld und konnte sich keine Zukunft für ihren Sohn dort vorstellen, da es in Kolumbien die „Guerilla“ und eine allgemein hohe Kriminalitätsrate („la delincuencia común“) gibt.

Der Bruder von Lucero lebte bereits in Deutschland. Er war es auch, der ihr den Vorschlag machte, nach Deutschland zu kommen. Jedoch ohne ihren Sohn, da ein Leben in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ mit Kind sehr schwer sein würde. Sie verneinte dies vehement. Sie käme nur mit ihrem Sohn. Zu Beginn ihrer Zeit in Deutschland suchte sie eine Wohnung, was sich keineswegs als einfach herausstellte, bis eine Frau ihr anbot, bei ihr zu wohnen – als Gegenleistung müsste sie ihre Wohnung saubermachen. Zu Beginn ihrer Zeit in Deutschland ging ihr Sohn nicht in die Schule, woraufhin Lucero eine Schule für ihren Sohn suchte und auch fand. Falls ihr Sohn in Deutschland die Schule nicht hätte besuchen können, wäre Lucero nach Lateinamerika zurückgekehrt. Lucero fand Arbeit als Putzfrau. Da Lucero längerfristig in Deutschland bleiben wollte, um ihren Sohn eine bessere Zukunft



und mehr Sicherheit zu geben, ging sie zu einem Anwalt sowie zu einer Beratungsstelle für Frauen. Dort stellte sie ihre Situation dar. Sie suchte nach einer Legalisierungsmaßnahme für sich und ihren Sohn. Der Anwalt gab ihr den Rat, zurückzukehren oder einen deutschen Mann bzw. einen Mann, der eine Aufenthaltserlaubnis besitzt zu heiraten, um für sich und ihren Sohn eine Aufenthaltserlaubnis zu bekommen. Nach vier Jahren in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ heiratete Lucero und konnte somit den Aufenthalt für sich und ihren Sohn legalisieren.

Nachfolgend stellt Lucero ihre Sicht auf das Thema Krankheit und Gesundheitsversorgung für sich und ihren Sohn in der Zeit, als sie ohne Papiere in Deutschland lebten, dar:

„Ach schwierig für mich in diese Zeit ist, wenn ich bin krank, auch wann meine Sohn ist krank, weil keine Krankenkasse. Keine Möglichkeit gehen in ein Krankenhaus. Viele Leute von mein Land erzählt mir, dass sie kennen eine Arzt. Der Arzt hat eine große Herz und ist kein Problem und wir einmal, zuerst zu diese Arzt gehen, wann ich krank und bezahlen jede Mal und die Medicina kaufen selber und alles(..) In meine Alter, ich bin meine Tage (Periode) nicht mehr. Ich hatte viele Schwindel und musste in Bett bleiben. 1 Tag, 2 Tag und kann nicht arbeiten. Diese Arzt immer Tropfen oder Spritzen geben. Kann nicht arbeiten. Muss schneller wieder arbeiten, weil ich kann nicht Geld verdienen für Lebensmittel für mein Sohn oder bezahlen Miete, dies ist eine schwierige Zeit“ (L 140-145, 154-158).

Lucero war eindeutig bewusst, dass sie keinen ungehinderten Zugang zur deutschen Krankenversicherung hatte. Die Aussage zeigt deutlich, dass nach einer anderen Möglichkeit gesucht wurde, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Mithilfe von Landsleuten hat sie einen Arzt gefunden, der – wie sie es nannte – „ein großes Herz“ hatte und sie behandelte. Wie bereits in Kapitel 6.2.3 erwähnt wurde nutzen viele „illegalisierte“ Menschen die Möglichkeit als Selbstzahlerin oder Privatpatientin zum Arzt zu gehen (vgl. Krieger et al 2006, 101).

Aus dem oben aufgeführten Beispiel geht hervor, wie schwierig es für Menschen in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ ist, krank zu sein, da sie auf prekäre Beschäftigungsverhältnisse angewiesen sind, in denen zu langes Fernbleiben einen Verlust der Arbeit bedeuten kann, was wiederum zu einer finanziell dramatischen Situation für die betreffende Person führt (vgl. Schmitt 2007, 68).

Wie gestaltete sich die Zugangsmöglichkeit zur Gesundheitsversorgung in Luceros Fall?

„Nur (mit) spanisch (sprechendem Arzt) ist ganz einfach, weil mit eine deutsche Arzt immer schlechte Laune, wann sehen oder hören, dass ich schlecht sprechen Deutsch und keine Geduld mit uns, wann ich krank. Und andere mal, auch krank und jemand gesagt, in die Hospitalstrasse (Medizinische Beratungs- und Vermittlungsstelle für Flüchtlinge und Migranten) gibt es viele Menschen, die hilf ohne Papiere und ich bin gegangen und erzähl was passiert mit mir und bekomme eine Quittung und gehen zu eine Arzt und hilf mir mit meine Krankheit und ich finde diese ganz toll. Auch heute viele Leute brauchen ein bisschen Hilfe und ich sage geh Hospitalstrasse ist eine große Hilfe“ (L 166-173).

Anderson konstatiert, dass es maßgeblich vom ethnischen und sozialen Netz abhängt, ob man eine ausreichende Versorgung bekommt (vgl. Anderson 2003, 87). Mithilfe von evtl. länger in Deutschland lebenden Communitymitgliedern wird an Beratungsstellen, an deutschsprachige Ärzte oder an Ärzte, die in der Muttersprache sprechen, vermittelt. Vor allem wird auf die Wichtigkeit von Ärzten, die die Muttersprache sprechen hingewiesen. Die gemeinsame Sprache erleichtert den Zugang zur Gesundheitsversorgung „illegalisierter“ Migrantinnen (vgl. Krieger et al 2006, 99-101). Lucero als Teil der lateinamerikanischen ethnischen Community bekam Informationen durch die Community und vermittelt heute hilfsbedürftige Menschen weiter an die medizinische Beratungs- und Vermittlungsstelle für Flüchtlinge und Migranten.

Die Angst vor Entdeckung durch die Polizei wird in allen Studien zum Thema „aufenthaltsrechtliche Illegalität“ erwähnt.

„Auch einmal wir (sind) (Lucero und ihr Sohn) in die Haltestelle von Hauptbahnhof und die Polizei kontrollieren Reisepass oder Personalausweis. Ich gesagt zu mein Sohn, kann nicht zurück nur weiter. Kein Problem ganz in Ruhe Richtung die Polizei und wir keine Angst in diese Moment aber unser Herz, aber Gott sei Dank passiert gar nichts. Du musst aufpassen. Immer. Aufpassen und nie schwarzfahren in Zug, in Bus, besser bleiben hier, si (wenn) kein Geld für Fahren bezahlen oder zu Fuß oder in Fahrrad gehen. Und ich ganz Angst. Und ich ganz streng immer. Ich möchte eine ruhige Zeit für mein Sohn und diese ist immer, immer Angst, Angst, Angst, was passiert mit der Polizei“ (L 211-220, 224).

Schmitt berichtet hier von der sehr hohen Anpassungsfähigkeit an die deutsche Gesellschaft. Da „illegalisierte“ Migranten versuchen nicht aufzufallen, werden in der Regel

Fahrkarten gekauft. In nahezu allen Veröffentlichungen werden die immerwährende Angst vor Aufdeckung und die daraus eventuell resultierenden psychischen Folgen beschrieben (vgl. Schmitt 2007, 61). In Luceros Fall ist die Angst vor Aufdeckung sicherlich einerseits ihr selbst gewidmet, andererseits aber auch sehr auf ihren Sohn projiziert. Ob die damalige Angst Folgen bei ihr hinterlassen haben, kann nicht beurteilt werden.

Wie eingangs erwähnt suchte Lucero nach einer Legalisierungsmaßnahmen für sich und ihren Sohn.

„Kann nur heiraten oder nur Asyl, aber für Asyl muss richtig gefährlich in unser Land sein oder viele (Menschen in der Illegalität) lügen, was passiert. Ich kann nicht lügen, nur heiraten. Ich denke immer Oh Gott, was passiert mit mein Sohn, immer. Ich habe immer gedacht, si (wenn) ich bin allein egal, Papier oder ohne Papier, egal aber mit mein Sohn, ich denke es kann gefährlich sein. Keine Visum, keine Geld. Dies ist eine traurige, traurige Zeit für uns“ (L 178-187).

Fehlende Legalisierungsoptionen können zu einer Belastung werden (vgl. Anderson 2003, 79). Hier wird die Sicht einer Mutter auf das Leben in der „Illegalität“ überaus deutlich. Sie suchte nach Legalisierungsmöglichkeiten für sich und ihren Sohn. Es konnte nur eine Ehe für sie in Betracht kommen, da man ihr kein Asyl gewähren würde. Wie bereits in Kapitel 3 erwähnt, arbeiten Frauen oftmals zum Wohl ihrer Familie ungeachtet ihres Aufenthaltsstatus. Dies bestätigte die Aussage Luceros, für sie alleine war es nicht von so großer Bedeutung eine Aufenthaltserlaubnis zu haben. Luceros Angst wegen des fehlenden Aufenthaltstitels galt nicht ihr selbst, sondern ihrem Sohn, sie hat diese Zeit als sehr belastend erfahren (vgl. auch Krieger et al 2006, 151; Anderson 2003, 72).

### **Betrachtung des ersten Interviews mit Lucero**

Durch die relativ offene Gestaltungsmöglichkeit des Leitfadeninterviews hat sich innerhalb des Interviews eher ein Gesamtbild der Situation von Lucero als Frau und alleinerziehende Mutter in der „Illegalität“ herausgestellt und weniger eine detaillierte „Gesundheits-Situations-Beschreibung“. Lucero ist älter als der im Durchschnitt lebende Anteil an illegalisierten Migrantinnen und Migranten. Sie litt unter Klimakteriumsbeschwerden, die für Frauen ihres Alters typisch sind und einer gesundheitlichen Versorgung bedurften und die mithilfe der Arztbesuche und der nötigen Medikation anscheinend behoben werden konnten.

Die Gesundheitsversorgung wurde von ihr ganz deutlich als Problem dargestellt, vor allem die Sorge, wenn sie oder ihr Sohn krank werden würden. Da sie nicht in ein Krankenhaus gehen können, da sie keine Krankenversicherung hatten. Als weiteres Problem wurde von ihr geschildert, dass durch den krankheitsbedingten Arbeitsausfall kein Geld für die Lebensmittel und für das Bezahlen der Miete vorhanden sei. Das ist ein sehr großes Problem, das ein Leben in der „Illegalität“ mit sich bringt. Dies wurde ebenfalls mehrmals in der Literatur geschildert. Man „darf nicht“ krank werden. „Illegalisierte“ Migrantinnen sind im Fall von Krankheit nicht abgesichert – deshalb kann eine Krankheit zu einem persönlichen Fiasko werden.

Lucero hat über die Möglichkeiten ihrer Gesundheitsversorgung berichtet, so wie es im theoretischen Teil aufgeführt wurde. Eine Behandlung durch einen deutschen Arzt wie auch einen, der die Muttersprache spricht war möglich. In Form von Barzahlung der Behandlung und der Medikamente. Sie hat durch die ethnische Community von einem Spanisch sprechenden Arzt erfahren, der ihr weiterhalf. Darüber hinaus hat sie auch die medizinische Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migranten (Medibüro) angesprochen, die sie an einen behandelnden Arzt weitervermittelt hat. Ethnische oder soziale Netzwerke sind oftmals die erste Anlaufstelle, wenn Problem- oder Krisensituationen entstehen. In schwierigen Situationen, z.B. bei Krankheit bekommen sie Hilfe oder Informationen über das Netzwerk (vgl. Krieger et al 2006, 204). Lucero erachtet das Medibüro als sehr wichtig. Über ihren allgemeinen Gesundheitszustand, ließ sich wenig herausfinden. Franz konstatiert, dass der Gesundheitszustand eng mit der Lebenssituation verbunden ist: dies gilt insbesondere für Menschen ohne gültigen Aufenthaltstitel (vgl. Franz In: Borde et al 2003, 148). Die permanente Angst vor der Polizei, von der auch Lucero berichtet, hat sicherlich Auswirkungen auf die Frauen, die in der „Illegalität“ leben. Sehr bezeichnend für Luceros Fall als alleinerziehende Mutter hier in Deutschland war die Sorge um ihren Sohn. Das Hauptaugenmerk lag auf ihrem Sohn: „Hauptsache ihm gehe es gut“.

Für das zweite Interview wurde der Leitfaden leicht vereinfacht.

### **Fallbeispiel Monica**

Das zweite Interview fand in der Wohnung von Monica statt. Es herrschte eine entspannte Interviewatmosphäre.

„Es ist wichtig, dass Frauen geholfen wird aber ich weiß nicht, ob der Moment kommen wird, dass dieses Land, speziell Deutschland weil die Situation hier so

hässlich ist speziell für uns Latinas. Wir haben keine Hilfe nichts. Wir, die wir keine Papiere haben alle Türen schließen sich uns. Sie wollen uns nicht helfen, weil wir keine Dokumente haben. Es wäre gut, wenn dieses Land sich verändern würde, uns helfen würde“ (M 305-310).

Monica ist 31 Jahre alt und kommt aus Ecuador. Sie ist Mutter von 3 Kindern und lebt seit 10 Jahren in Deutschland. Sie reiste mit einem Touristenvisum ein und blieb als „Visaoverstayer“ „illegal“ in Deutschland. Von diesen 10 Jahren lebte sie die ersten beiden Jahre in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“. Sie wurde durch eine Kontrolle am Arbeitsplatz von der Polizei aufgegriffen und für einen Monat und drei Tage in ein Gefängnis gebracht, da sie gefälschte (Arbeits-)Papiere hatte. Nach ihrer Freilassung stellte sie einen Asylantrag und musste Hamburg verlassen. Sie wurde in einem Asylbewerberheim in der Nähe von Brandenburg untergebracht. Sie hatte jedoch bereits ein soziales Netzwerk in Hamburg aufgebaut und kehrte aus diesem Grund nach Hamburg zurück und verletzte somit ihre Residenzpflicht. Das bedeutet, dass ihr Aufenthalt in Hamburg „illegal“ war, da sie kein Recht hatte in Hamburg zu sein (§ 56 AsylVfG). Während dieser Zeit wurde sie schwanger. Sie wollte ihr Kind nicht in dem Krankenhaus, das für sie als Asylbewerberin zuständig gewesen wäre, bekommen. Durch die Hilfe einer landessprachlichen Mitarbeiterin von einer Beratungsstelle für Frauen hatte sie für den Geburtstermin eine Besuchserlaubnis für Hamburg erhalten. So konnte Monica ihr Kind, in einem Hamburger Krankenhaus auf die Welt bringen. Während ihrer Schwangerschaft wurden ihr Mann und ihr Bruder nach Ecuador abgeschoben und sie blieb alleine in Deutschland zurück.

Sie lebte viele Jahre Viele als „geduldete“ Migrantin in Deutschland. Erst seit einem Jahr besitzt sie eine Aufenthaltserlaubnis, diese konnte sie über die Vaterschaftsanerkennung ihres dritten Kindes erhalten.

Die Angst, die „illegalisierte“ Migrantinnen vor einer Entdeckung durch die Polizei haben, ist hoch und kann dazu führen, dass eine ärztliche Behandlung nicht in Anspruch genommen wird.

„Ich lag krank im Bett und mein Bruder gab mir nur noch Aspirin und Aprona (...) Es ist ein grünes Medikament aus Ecuador (...) damit das Fieber sinkt. Mir war ganz schwindelig (...) Mein Bruder gab mir nur Tee und Aprona, weil ich mich sonst erbrochen hätte. Ich kannte zu dieser Zeit niemanden, nicht die Beraterin 1 und auch nicht die Beraterin 2 (Beratungsstelle für Frauen). Ich hatte Angst vor der Polizei,

wenn ich zum Arzt gehe, dass er (der Arzt) die Polizei ruft. Ich litt. Wir leiden hier alle vor lauter Angst, dass sie dich fangen“ (M 356-365).

Dieses Beispiel, dass Monica aufführt, gestaltete sich vermutlich zu Beginn ihrer Zeit als „illegalisierte“ Migrantin in Deutschland. Sie hatte weder Kontakt zu der Beratungsstelle für Frauen noch wusste sie, dass es Stellen gibt, die medizinische Hilfe für Menschen ohne Papiere gewährleisten. In Kapitel 6.1.2. wurde unter dem Stichwort Schwellenangst und Unkenntnis über Hilfeeinrichtung auf diesen Sachverhalt eingegangen.

Monica hat versucht sich mithilfe von Arzneimitteln aus der Apotheke und auch mit einem Medikament aus dem Heimatland selbst zu kurieren (siehe auch Kapitel 6.2.1 Selbstmedikation). Am Beispiel Monicas wird deutlich, dass die Angst vor der Polizei so groß ist, dass sie in diesem Fall keine ärztliche Hilfe in Anspruch genommen hat. Die Angst inhaftiert zu werden war zu hoch. Die Nichtinanspruchnahme von medizinischer Versorgung aus Angst vor Entdeckung hatte für Monica vermutlich keine gesundheitlichen Nachfolgen. Jedoch kann eine Nichtinanspruchnahme medizinischer Hilfen in der Konsequenz zu schwerwiegenden Krankheiten für die Betroffenen führen (vgl. Krieger et al 2006, 98).

Wie Monica ihre Schwangerschaft erlebt hat wird nachfolgend dargestellt.

„Unschön, ich war weit weg, niemand war da, ich war alleine. Ich konnte nur auf die (ecuadorianischen) Mädchen der Reeperbahn zählen und es ist ein beklemmendes Gefühl, besonders weil du deine Mutter nicht hast. Ich ging von einer Seite zur anderen, weil ich dachte, die Polizei würde kommen. Ich fürchtete mich davor, dass sie mich kriegen, weil wenn sie mich bekommen hätten, hätten sie mich wieder ins Asylbewerberheim geschickt“ (M 196-201).

Als Monica schwanger wurde lebte sie bereits in einem Asylbewerberheim, dort hatte sie zwar materielle Unterstützung aber sie fühlte sich ohne familiäre Unterstützung alleine. Aus diesem Grund erlebte ihre Schwangerschaft als „unschöne“ Zeit. Infolgedessen kehrte sie vermutlich nach Hamburg zurück, da sie dort Unterstützung in Form ihres ethnischen Netzwerks gefunden hatte (vgl. Krieger et al 2006, 99f). In Hamburg stellte sich ihre Situation sicherlich belastend für sie dar, denn sie hatte Angst von der Polizei entdeckt und wieder in das Asylbewerberheim gebracht zu werden.

Hilfemöglichkeiten für ihre Schwangerschaft hat Monica folgendermaßen dargestellt.

„Durch die Beraterin 1 habe ich das Familienplanungszentrum kennengelernt. Vorher kannte ich nichts. Ich war schwanger und hatte mich noch nicht durchchecken

lassen (...) Ich war (dann) im Familienplanungszentrum aber mit anderen Daten aber normalerweise existierten mein Originalname und meine Daten in meinem Mutterpass aber mit anderem Namen präsentierte ich mich im Familienplanungszentrum. Ich zahlte für jeden Termin, den ich hatte, für die Blutuntersuchung, die sie mir machten, musste ich zahlen“ (M 170-174, 263-266).

Monica hat in ihrer Schwangerschaft Hilfe durch eine Einrichtung für Frauen bekommen. Durch die Beraterin erfuhr sie vom Familienplanungszentrum. Vor diesem Kontakt kannte Monica keine Hilfemöglichkeiten für sich in Hamburg. Die landessprachliche Beraterin konnte ihr den Zugang vermutlich erleichtern (vgl. Krieger et al 2006, 209). Monica hatte bereits einen Mutterpass – hier kann nur vermutet werden, dass sie diesen mithilfe eines vorherigen Arztkontaktes über das Asylbewerberheim erhalten hat. Weiterhin stellte Monica sich aus Angst vor Entdeckung mit anderem Namen im Familienplanungszentrum vor, da sie ihre Residenzpflicht verletzte. Wie im theoretischen Teil aufgeführt wurde, gibt es in vielen Städten Gynäkologen oder Einrichtungen die kostengünstige oder kostenlose Vorsorgeuntersuchungen durchführen, bei denen innerhalb der Untersuchungen die notwendigen Laboruntersuchungen bezahlt werden müssen (vgl. Krieger et al 2006, 109). Im Familienplanungszentrum konnte Monica Vorsorgeuntersuchungen und Laboruntersuchungen durchführen lassen, die sie privat bezahlte.

Das Problem einer medizinisch betreuten Geburt in einem Krankenhaus für Frauen in der „Illegalität“ stellt Monica anschließend dar:

„Damit Frauen gebären können, müssen sie einen hohen Betrag an Geld zahlen, eine hohe Summe im Krankenhaus zahlen, weil sie nicht ins Asylbewerberheim gehen, weil sie keine Papiere haben. Wenn sie keine Papiere haben gebären sie (...) mit einer anderen (Versicherungs-)Karte und danach haben sie Probleme, wenn sie in ihr Land gehen wollen“ (M 111-115).

Die hohen Kosten für eine Geburt wurden bereits in Kapitel 4 als großes Problem dargestellt, denn die finanziellen Belastungen einer medizinisch betreuten Geburt im Krankenhaus übersteigen oft die Haushaltseinkommen „irregulärer“ Migrantinnen (vgl. Bomes/Wilmes 2007, 86). Monica erwähnt als eine Strategie für die Entbindung in einem Krankenhaus das „Ausleihen“ der Versichertenkarte einer anderen Frau. Diese zieht ihrer Meinung nach schwerwiegende Konsequenzen nach sich, denn das Kind wird mit dem Namen der Versicherungskarteninhaberin gemeldet (vgl. Schmitt 2007, 79). In diesem

Beispiel wird die Ausreise in das Heimatland von Monica als Problem dargestellt, denn die „richtige“ Mutter kann zunächst nicht beweisen, dass es sich um ihr Kind handelt.

Zum Thema Gesundheitsversorgung äußerte sich Monica wie folgt:

„Es wäre gut, das uns der Arzt untersucht aber das können wir nicht machen, wir können in die Apotheke gehen und wissen nicht, ob wir das Richtige kaufen, da uns kein Arzt untersucht hat. Sie verkaufen uns Medikamente, wir haben Fieber z.B. aber es geht uns nicht besser, wir brauchen Ärzte, die uns untersuchen. Es wäre gut, wenn sie (der Staat) uns helfen mit der Gesundheitsversorgung, mit den Ärzten“ (M 344-349).

Hier wird deutlich, dass aus Monicas Sicht die Selbstmedikation mit Medikamenten aus der Apotheke nur bedingt helfen kann. Die medizinische Behandlung eines Arztes wird aus Entdeckungsangst oft nicht in Anspruch genommen (vgl. Tolsforf 2008, 107). Die Schwellenangst ein Hilfeangebot anzunehmen oder das nichtvorhandene Wissen über unabhängige Beratungsstellen führt dazu, dass medizinische Hilfe nicht in Anspruch genommen wird. Monica fordert den Zugang zu medizinischer Versorgung für „irreguläre“ Migrantinnen und Migranten.

### **Betrachtung des zweiten Fallbeispiels mit Monica**

Bevor Monica Kontakt zu zwei landessprachlichen Mitarbeiterinnen einer Beratungsstelle für Frauen herstellte, kannte sie keine vorhandenen Hilfemöglichkeiten. Anderson beschreibt, dass viele Migrantinnen „weit weg“ vom „offiziellen“ Deutschland sind. Sie sind allein auf ihr soziales oder ethnisches Netzwerk angewiesen (vgl. Anderson 2003, 35).

Monica schilderte die Angst vor der Polizei, die sehr bezeichnend ist für Migrantinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Sie schilderte die Angst zum Arzt zu gehen und die mögliche Gefahr durch den Arztbesuch an die Polizei verwiesen zu werden. Weiterhin schilderte Monica die Angst, als sie bereits schwanger war von der Polizei aufgegriffen zu werden und in das Asylbewerberheim zurückgebracht zu werden. Ihre Zeit in Deutschland ist durch das Gefühl der Angst geprägt.

Ferner bezeichnete sie ihre Schwangerschaft als „unschön“, da sie alleine ohne familiäre Unterstützung war. Aus diesem Grund verletzte sie ihre Residenzpflicht und kehrte „illegal“ nach Hamburg zurück, da sie dort ein soziales Netzwerk aufgebaut hatte. Durch die Hilfe der Beratungsstelle für Frauen erfuhr sie vom Familienplanungszentrum, dort gab es



für sie die Möglichkeit Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen und Laboruntersuchungen durchführen zu lassen. Ebenso konnte Monica durch die Hilfe der Beratungsstelle für Frauen eine Besuchserlaubnis für ihren Geburtstermin erhalten und ihr Kind in Hamburg zur Welt bringen. Sie musste keine der oben von ihr aufgeführten Strategien für eine medizinisch betreute Geburt in Anspruch nehmen. Da die Kosten für ihre medizinisch betreute Geburt über das AsylbLG finanziert wurde.

Obwohl Monica seit einem Jahr eine Aufenthaltserlaubnis besitzt schien es, als würde sie sich heute noch von dem unsicheren Status als Migrantin ohne Papiere betroffen fühlen. Vermutlich leidet sie heute noch unter dem, was ihr widerfahren ist. Sie äußerte Forderungen für „illegalisierte“ Lateinamerikanerinnen während des Interviews in der Ich-Form. Sie wünschte sich Legalisierungsmöglichkeiten in Form von „Papieren“, damit sich die Situation für sich und die Lateinamerikanerinnen und Lateinamerikanern verbessert in Deutschland. Sie äußerte den Wunsch einen Zugang zur medizinischen Versorgung zu erhalten – gerade wenn Legalisierungsmaßnahmen in Deutschland nicht möglich sind. Monica lebte zwei Jahre in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“, wie auch viele Jahre als „geduldete“ Migrantin – die Duldung ist kein Aufenthaltstitel, sie „bescheinigt lediglich den zeitlich befristeten Verzicht auf die zwangsweise Durchsetzung der Ausreisepflicht“ (Krieger et al 2006, 58) der Person. Sie vermittelt demzufolge keinen legalen, rechtmäßigen Status, sondern räumt lediglich einen aufenthaltsrechtlichen Minimalstatus ein. Dies könnte ein Grund sein, weswegen der Eindruck entstand, dass Monica sich noch von dem unsicheren Status betroffen fühlte – sie hat jahrelang mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus gelebt.

### **Schlussbetrachtung**

Aus dem ersten Interview konnte herausgefunden werden, dass Lucero an Klimakteriumsbeschwerden litt. Lucero machte ihre Sorge um den fehlenden Krankenversicherungsschutz für sich und ihren Sohn deutlich. Ihr Zugang zur Gesundheitsversorgung über die ethnische Community deckte sich mit den Aussagen des theoretischen Teils dieser Arbeit. Die Angst vor Aufdeckung des Aufenthaltstitels wie auch die Sorge um ihren Sohn war ebenso typisch für sie.

Aus dem zweiten Interview ging hervor, dass Monica zu Beginn ihrer Zeit in Deutschland Angst hatte medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dies führte bei einer leichten Erkrankung dazu, sich selbst mit Medikamenten aus der Apotheke und aus dem Heimatland zu behandeln. Monica reiste als junge, vermutlich gesunde Frau nach Deutschland ein – es

wäre denkbar, dass sie von dem gesundheitsfördernden Aspekt, dem sogenannten „Healthy migrant effect“ profitierte (vgl. Schmitt 2007, 63).

Die Unterstützung durch eine Beratungsstelle für Frauen schien sehr wichtig für Monica. Durch sie erfuhr Monica von Hilfemöglichkeiten für ihre Schwangerschaft. Da Monica zum Zeitpunkt der Geburt ihres Kindes bereits Asylbewerberin war, konnte sie eine Finanzierung über das AsylbLG erhalten. Sie erwähnte Strategien, die Frauen in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ anwenden können, um eine medizinisch betreute Geburt in Deutschland zu bekommen.

Nach den beiden Falldarstellungen scheint es wichtig eine sehr bezeichnende Aussage, die Angela – momentan in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ lebend – in einem informellen Gespräch gemacht hat, darzustellen. Trotz des schwierigen Lebens in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ liebt diese Frau ihr Leben. „Yo amo la vida. Ich liebe das Leben. Meine Probleme vergesse ich oft. Ich versuche, in der Gegenwart zu leben und weder an das Gestern noch an das Morgen zu denken. Ich lebe im Heute. Gott hilft mir dabei.“

## 9 „Statuslose“ in der Sozialen Arbeit

In einer Einwanderungsgesellschaft kommt der Sozialen Arbeit eine überaus wichtige Rolle zu. Sie ist ein Bindeglied zwischen der Bearbeitung von Problemlagen ihrer Klienten und den Rahmenbedingungen, die der Staat vorgibt.

Die Rahmenbedingungen für die Arbeit mit „Statuslosen“ sind durch das Aufenthaltsgesetz stark vorgegeben. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben oft kein ausdrückliches Mandat für ihre Arbeit, was zu Unsicherheiten führt. Ihre Funktion als Helfer in Notlagen, unter oft unsicheren Rahmenbedingungen, führt zu Herausforderungen sowohl für den einzelnen Sozialarbeiter als auch für die Einrichtung. Um aus dieser unsicheren Rolle herauszutreten, muss sich die Soziale Arbeit politisch engagieren und dafür einsetzen, dass die Soziale Arbeit mit „Statuslosen“ sich nicht hinter anderen Zielgruppen verstecken muss – beispielsweise aus Angst vor Kürzungen öffentlicher Gelder. Welchen Beitrag die Soziale Arbeit leisten kann, soll nachfolgend angedeutet werden.

Aus den verschiedenen bereits erwähnten Studien geht hervor, dass Frauen ohne Papiere erst dann Hilfeeinrichtungen aufsuchen, wenn sie Probleme in den verschiedensten Lebensbereichen haben, bei denen die soziale und ethnische Community nicht weiterhelfen kann oder wenn die Person (noch) über keine unterstützende Community verfügt (vgl. Krieger et al 2006, 159ff). In der Arbeit mit „Statuslosen“ liegen konkrete Handlungsfelder in der Beratung bei medizinischen Problemen wie auch in allgemeinen Notlagen (z.B. finanzieller und materieller Art), Hilfen bei der Legalisierung des Aufenthalts, Beratung und Vermittlung bezüglich der Rückkehr und Weiterwanderung (vgl. Deutsche Bischofskonferenz 2001, 50).

### **Probleme in der konkreten Beratungsarbeit**

Durch die fehlende Zuständigkeit in der Arbeit mit „statuslosen“ Migrantinnen und Migranten gibt es kaum Weitervermittlungsmöglichkeiten in andere Einrichtungen. Die Beraterinnen und Berater nehmen eine „Allrounderfunktion“ ein, die sehr zeitaufwändig ist. Durch die rechtlichen Einschränkungen fehlen dauerhafte Perspektiven in der Beratung. Dies kann zu einer resignierenden Haltung seitens der Berater führen. Ebenso fehlt es da-

durch oftmals an finanziellen Ressourcen, denn die Arbeit mit „Statuslosen“ muss häufig hinter der Arbeit mit anderen Zielgruppen versteckt werden. Zugleich fehlt es an Routine innerhalb der Beratung, denn es gibt kaum feste Abläufe. Bei jedem neuen Fall müssen die Ermessensspielräume (z.B. bei der Erteilung einer Duldung, Legalisierungsmöglichkeiten, Krankenhausaufenthalte) mit den Behörden neu ausgelotet werden (vgl. Krieger et al 2006, 163ff).

Cyrus beschreibt, dass die Soziale Arbeit mit „Illegalisierten“ unter erschwerten Bedingungen stattfindet. Neben der organisationellen Unsicherheit besteht eine rechtliche, fachliche und kommunikative Unsicherheit (vgl. Cyrus 2004b, 186).

### **Organisationelle Unsicherheit**

In den einzelnen Organisationen gibt es oft keine direkte Zuständigkeit für die Arbeit mit Menschen ohne Papiere, somit ist für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht eindeutig klar, inwieweit sie vom Träger (aktiv oder passiv) unterstützt werden und ob der Träger finanzielle Einbußen (im Bereich öffentlicher Zuschüsse) erfährt, wenn Menschen ohne Papiere beraten werden und ihnen geholfen wird (ebd.). Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einiger Einrichtungen agieren ohne ausdrückliches Mandat unter ungeklärten Rahmenbedingungen. Dies wird von einzelnen Mitarbeitern als sehr belastend erlebt (vgl. Sextro 2003, 16 zit. n. Cyrus 2004b, 187). Am ehesten wird der Auftrag für die Arbeit mit „Statuslosen“ in der Migrationssozialarbeit (vor allem in der Flüchtlingssozialarbeit) gesehen. Die Beraterinnen und Berater sind zuständig für die „Wahrung der Rechte und bei der Bewältigung von Alltagsproblemen“ (Krieger et al 2006, 162) von Migrantinnen und Migranten.

Bei der Beendigung der organisationellen Unsicherheit spielen die Träger der Wohlfahrtsverbände eine große Rolle. Bereits im Jahr 1999 hat die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände e.V. folgende Stellungnahme vorgelegt: „Die Verbände der freien Wohlfahrtspflege bieten Menschen in Not ihre Hilfe an, ohne Rücksicht auf Geschlecht, Herkunft, Religion oder Aufenthaltsstatus. Allein die Bedürftigkeit ist für sie Kriterium der Hilfeleistung“ (Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände e.V. 1999 zit. n. Cyrus 2004b, 187). Des Weiteren möchten die Wohlfahrtsverbände sicherstellen, dass Mitarbeiterinnen, die „statuslosen“ Migranten bei der Beseitigung ihrer Notlagen

helfen, diesen Dienst ausüben können. Sie wollen gewährleisten, dass die Arbeit nicht kriminalisiert wird (ebd.).

Dessen ungeachtet arbeiten viele Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter ohne ausdrückliches Mandat. Sextro stellte 2002 in seiner Befragung von evangelischen Beratungsstellen fest, dass 68% der Beratungsstellen, die „statuslose“ Migrantinnen und Migranten beraten, ohne ausdrückliches Mandat arbeiten (vgl. Sextro 2003 zit. n. Cyrus 2004b, 187).<sup>42</sup> Alt konstatiert hier, dass vor allem kirchliche Einrichtungen und Beratungsstellen Hilfe für „illegalisierte“ Migrantinnen anbieten können, da die Arbeit mit „Statuslosen“ unter das kirchliche Selbstbestimmungsrecht fällt<sup>43</sup>.

### **Rechtliche Unsicherheit**

Als deutlichster Ausdruck der rechtlichen Unsicherheit ist hier die persönliche Angst der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich wegen Beihilfe zum „illegalen“ Aufenthalt nach § 95 Abs. 1 Nr.2 AufenthG i.V.m. § 27 StGB strafbar zu machen (siehe Kapitel 5.5) Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten in einer rechtlichen Grauzone (vgl. Sextro 2002, 3). Oftmals sind die Mitarbeiter nicht genügend über die Möglichkeiten und Grenzen ihrer Arbeit informiert. Dies führt zu fachlicher Unsicherheit, die in kommunikative Unsicherheit mit den öffentlichen Stellen und in den direkten Begegnungen mit dem Hilfesuchenden münden kann (vgl. Cyrus 2004b, 187). Es hat bislang noch keine Strafverfahren oder Verurteilungen gegen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter wegen Beihilfe zum „illegalen“ Aufenthalt gegeben. Jedoch gab es gemäß der Studie Sextros Strafandrohungen gegenüber einer Einrichtung. Die Anzeige wurde von der Ausländerbehörde zurückgezogen. Die Strafandrohung allein stellt jedoch eine große Verunsicherung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Beratungsstelle dar (vgl. Sextro 2003, 16 zit. n. Cyrus 2004b, 188).

Für Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter ist keine eindeutige Rechtsicherheit gegeben, wenn sie humanitäre Hilfe leisten. Der Gesetzgeber müsste hier ebenfalls wie für Ärztinnen und Ärzte (siehe Kapitel 5.5) sicherstellen, dass Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter im Rahmen ihrer Tätigkeiten keine Beihilfe zum „illegalen“ Aufenthalt gemäß § 95 Abs.1

---

<sup>42</sup> Es geht nicht aus der Literatur hervor, inwieweit sich die Situation heute für Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter verbessert hat.

<sup>43</sup> vgl. [www.joerg-alt.de/Hilfe/Beratung.pdf](http://www.joerg-alt.de/Hilfe/Beratung.pdf)

Nr.2 i.V.m § 27 StGB leisten (vgl. Katholisches Forum „Leben in der Illegalität“ 2007, 15).

### **Fachliche Unsicherheit**

Die fachlichen Unsicherheiten können mitunter behoben werden, wenn die rechtliche Situation für humanitär motivierte Hilfe eindeutig geklärt wird. Des Weiteren muss geklärt werden, welche Formen der Hilfe letztlich möglich sind. Die Vorstellung, dass „statuslose“ Migrantinnen völlig rechtlos und sozial ausgegrenzt sind, ist nicht richtig. Es bestehen durchaus „Rechte, die auch durch die Übermittlungspflicht öffentlicher Stellen nicht unbedingt entwertet werden“ (Hildebrandt 1998 zit. n. Cyrus 2004b, 189). Hier sollte durch Fortbildungen und Workshops den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Beratungsstellen mehr Sicherheit gegeben werden.

### **Kommunikative Unsicherheit**

Um kommunikative Unsicherheiten in Zusammenarbeit mit den Hilfesuchenden selbst zu beheben, sollte in erster Linie Vertrauen geschaffen werden. Die Arbeit mit „Statuslosen“ findet zwischen Bewunderung für die Meisterung der schwerwiegenden Lebenssituation einerseits und Überforderung andererseits statt. Grundlegend besteht das Ziel der Sozialen Arbeit – auch in der Beratung mit „Statuslosen“ – darin, Menschen in Notlagen zu helfen und ihnen dazu zu verhelfen, ihr Leben selbstbestimmt zu leben. Dieser Empowerment-Ansatz unterscheidet sich nicht von anderen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit (vgl. Herriger 1995 zit. n. Cyrus 2004b, 195). Nur liegt hier der Unterschied in der Bewertung der Situation selbst. Kann man davon sprechen, dass ein Leben in der „Illegalität“ selbstbestimmt und eigenständig ist? Auf der einen Seite wird hervorgehoben, dass ein Leben in der „Illegalität“ mit Unsicherheiten und Risiken verbunden ist, auf der anderen Seite aber wird betont, dass ein Leben in der „Illegalität“ in der Regel besser ist als das Leben im Heimatland. Man kann diese Bewertungen nicht gegeneinander „ausspielen“, denn ein Leben in der „Illegalität“, welches zunächst erfolgreich war kann – wie beschrieben beispielsweise bei gesundheitlichen Schwierigkeiten – zu einer ebenso großen Belastung und Herausforderung werden

Aus diesem Grund kann die Beratungsarbeit durch eine phasenorientierte Beratung verbessert werden, die von der Krisenintervention in Phase eins über die Beratung zu möglichen Wegen aus der „Illegalität“ in Phase zwei bis hin zur Realisierung von Zukunftsplänen, die einen Weg aus der „Illegalität“ für die Betroffenen eröffnen, in Phase drei führt (ebd. 195f).

Um die kommunikative Unsicherheit mit den Behörden zu verringern, ist es dienlich, wenn Soziale Arbeit und Behörden sich stärker vernetzen würden.

### **Stärkere Vernetzung und Koordination mit den Behörden und anderen Einrichtungen**

Für die Soziale Arbeit ist die Netzwerkarbeit mit verschiedenen Institutionen wie dem Sozialamt, dem Gesundheitsamt, sowie auch mit der Ausländerbehörde und der Polizei von enormer Bedeutung. Ebenso sollte eine Zusammenarbeit mit den Kirchen, politisch agierenden Flüchtlingsorganisationen und -initiativen, antirassistischen Gruppen und den Vertretern der ethnischen Communities gefördert werden.

Eine Kooperation mit Behörden ist überaus wichtig, da diese einen Ermessensspielraum haben, der zu Gunsten von Migrantinnen genutzt werden kann<sup>44</sup>. Somit können durch eine anonyme Falldarstellung mögliche Legalisierungsmaßnahmen für die Klientin oder den Klienten mit einer Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter der Ausländerbehörde besprochen werden (vgl. Krieger et al 2006, 208ff). Es wird mehr Effektivität innerhalb der Hilfen gewährleistet, wenn Einrichtungen kooperieren und sich vernetzen (ebd.). Auf kommunaler Ebene kann das mit dem Ausbau Runder Tische sein (siehe auch Kapitel 7). Für die Soziale Arbeit wäre es weiterhin dienlich auf ethnische und soziale Netzwerke der „statuslosen“ Migrantinnen und Migranten aufzubauen und diese zu unterstützen (vgl. Nestmann 2000 zit. n. Cyrus 2004b, 198).

Die Wohlfahrtsverbände haben die Legitimation ihrer Arbeit bereits 1999 vor dem Gesetzgeber deutlich gemacht. Dies führte jedoch nicht dazu, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den einzelnen Einrichtungen ein klares Mandat für ihre Arbeit bekommen haben, wie Sextro 2002 in einer Untersuchung feststellte. Hier wäre es förderlich wenn die

---

<sup>44</sup> vgl. [www.joerg-alt.de/HILFE/Beratung.pdf](http://www.joerg-alt.de/HILFE/Beratung.pdf)

Träger intern den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durch ein klares Mandat mehr Sicherheit vermitteln. Ebenso wäre es hilfreich wenn die Träger durch Qualitätsentwicklung, Supervision und Fortbildungen ihren Mitarbeitern die erforderliche rechtliche, fachliche und kommunikative Unterstützung zukommen lassen (vgl. Cyrus 2004b, 188). Krieger fordert zudem eine angemessene Finanzierungsgrundlage, damit eine Kontinuität der Sozialen Arbeit mit „Statuslosen“ gewährleistet werden kann (vgl. Krieger et al 2006, 208).

Der oben genannte Abschnitt beschäftigte sich mit Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeit mit „statuslosen“ Migrantinnen und Migranten innerhalb der Einrichtung, doch welchen Beitrag kann die Soziale Arbeit gesamtgesellschaftlich leisten?

### **Öffentlichkeitsarbeit**

Generell ist eine intensive politische Öffentlichkeitsarbeit wichtig, sie dient der Aufklärung. Die Soziale Arbeit kann durch Aufklärung mehr Verständnis schaffen für die Motive und Hintergründe der „irregulären“ Migration sowie für die Lebenslagen „illegalisierter“ Migranten in Deutschland. Das Bild der Kriminellen und der Schleuser kann somit entgegenwirkt werden. Hilfeleistungen für Menschen in der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ können unter menschenrechtlichen Gesichtspunkten legitimiert werden, z.B. dadurch, dass auf menschliche Grunderfahrungen hingewiesen wird (jeder hatte schon einmal Schmerzen) und auf Vorteile für das Gemeinwesens, z.B. dass Ansteckungsgefahren von Krankheiten durch den Zugang zu medizinischer Versorgung gemindert werden (vgl. Alt 2001, 17)<sup>45</sup>. Ebenso wäre es hilfreich, dass in diesen Kampagnen darauf hingewiesen wird, dass Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus hier in Deutschland Rechte haben und diese einfordern können.<sup>46</sup>

---

<sup>45</sup> vgl. [www.joerg-alt.de/Hilfe/Beratung.pdf](http://www.joerg-alt.de/Hilfe/Beratung.pdf)

<sup>46</sup> Das Manifest „Illegale“ Zuwanderung ist ein Beispiel für Öffentlichkeitsarbeit. Dies haben Akteure der Politik des Bundes und der Länder, der Gemeinden, der Justiz, der Kirchen und Fachverbände, der Medien, der Wissenschaft und der Zivilgesellschaft für eine lösungsorientierte und differenzierte Diskussion in Deutschland zum Thema „illegale“ Zuwanderung unterzeichnet. Das Manifest wurde vom katholischen Forum „Leben in der Illegalität“ im Jahr 2005 vorgestellt. Mehr als 400 Prominente und Organisationen haben sich bereits angeschlossen. Mit dem Manifest soll das Faktum der illegalen Zuwanderung in Deutschland mehr in das Bewusstsein der Öffentlichkeit gebracht werden. (siehe [www.forum-illegalitaet.de/ManifestUnterzeichnerPublikation.pdf](http://www.forum-illegalitaet.de/ManifestUnterzeichnerPublikation.pdf)).



## Politische Arbeit

Die Soziale Arbeit als „Menschenrechtsprofession“ (Stimmer 2000, 626) muss sich in ihrer Arbeit zunächst direkt um ihre Klientinnen und Klienten kümmern, aber über ihre direkte und alltägliche Arbeit hinaus müssen sich Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in sozialpolitische Prozesse einschalten, um dort wichtige Anregungen zu geben und Mitsprachemöglichkeiten wahrzunehmen. Sie sollten politische Lobbyarbeit leisten. Zudem müssen die Träger politisch Stellung beziehen, so dass die Arbeit mit „illegalisierten“ Migrantinnen und Migranten aus der „Nische“, in der sie sich bislang befand, herausgeholt wird.

Vier der sechs Wohlfahrtsverbände beziehen eindeutig Position zum Thema „aufenthaltsrechtliche Illegalität“ oder stellen Forderungen an die Soziale Arbeit oder den Gesetzgeber.

Das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (DW der EKD) fordert, dass „weder die Sozialarbeit noch die Politik (...) die (...) rechtlichen und sozialen Fragestellungen verdrängen (darf)“<sup>47</sup>, die der ungesetzliche Aufenthalt von Migranten aufwirft und die in der Regel zu einer belastenden und schwierigen Lage für die Betroffenen wird.

Nach Ansicht des Diakonischen Werks muss die Bundesregierung die Fluchtursachen bekämpfen. Die Notlage der „Statuslosen“ sollte nicht durch repressive Maßnahmen verschärft werden. In diesem Zusammenhang weist das DW der EKD auf die Bemühungen und positiven Erfahrungen in anderen europäischen Ländern hin, die durch nachträgliche Legalisierungen Lösungen gefunden haben. Das DW der EKD mahnt die Gefahr der Verelendung an, die mit dem Andauern der „Illegalität“ anwächst, dieser muss entgegengewirkt werden. Dabei betont das Diakonische Werk, dass international verankerte Menschenrechtsstandards anzuwenden sind<sup>48</sup>.

Der Deutsche Caritasverband fordert den Gesetzgeber auf, die Übermittlungspflichten für bestimmte öffentliche Stellen, die mit der Gewährung der sozialen Rechte betraut sind, einzuschränken, denn sie erfüllen ihre Aufgabe nicht und tragen zu existentieller Not bei. Im Bereich der Gesundheitsversorgung führt der § 87 Abs.2 AufenthG dazu, dass medizinische Hilfe nicht in Anspruch genommen wird. Ebenso fordert der Verband eine Klarstel-

---

<sup>47</sup> <http://www.diakonie.de/migration-und-flucht-2886.htm>

<sup>48</sup> vgl. <http://www.diakonie.de/migration-und-flucht-2886.htm>

lung auf gesetzlicher Ebene, da berufsspezifische humanitär motivierte Hilfe keine Straftat sein dürfte<sup>49</sup>.

Das Deutsche Rote Kreuz (DRK) teilte in seinem Präsidiumsbeschluss im Jahr 2000 mit, dass der Verband in der Öffentlichkeit mit seinen Grundsätzen und Zielen eine verbundene Integrität aufweisen soll, mit der das Deutsche Rote Kreuz mehr Gewicht und Autorität seine Anwaltsfunktion für Menschen in der „Illegalität“ wahrnehmen kann (vgl. Deutsches Rotes Kreuz 2004, 7-14).

Die Arbeiterwohlfahrt (AWO) engagiert sich traditionell im Bereich Flucht und Schutz von Flüchtlingen und verhilft mit ihren Projekten „Heimatgarten“ und „Saturn“ „illegalisierten“ Migranten und Flüchtlingen bei der freiwilligen Rückkehr und der humanen Reintegration in ihre Heimat.<sup>50</sup>

Das Diakonische Werk sieht einen eindeutigen Handlungsauftrag für die Soziale Arbeit und für die Politik. Der Deutsche Caritasverband und das Deutsche Rote Kreuz nehmen politisch Stellung zum Thema „aufenthaltsrechtliche Illegalität“ und stellen zum Teil Forderungen an den Gesetzgeber oder verweisen auf ihre Anwaltschaftsfunktion für Menschen in der „Illegalität“. Die Arbeiterwohlfahrt engagiert sich mit verschiedenen Projekten für eine humanitäre Reintegration in das Heimatland. Mitunter sind der Deutsche Caritasverband und das Diakonische Werk Auftraggeber für empirische Studien zum Thema „Illegalität“ in Köln, Frankfurt und Hamburg (vgl. Bommers/Wilmes 2007, II; Krieger et al 2006, 9)<sup>51</sup>.

### **Schlussfolgerung**

Der „Gegenstand der Sozialen Arbeit ist die Bearbeitung von gesellschaftlich und professionell als relevant angesehenen Problemlagen“ (Klüsche 1999, 23). Die Probleme „statusloser“ Migranten werden durch die Profession der Sozialen Arbeit aufgegriffen, doch die Möglichkeiten innerhalb der Sozialen Arbeit mit „statuslosen“ Menschen sind aufgrund der restriktiven aufenthaltsrechtlichen Bestimmungen beschränkt. In Deutschland herrscht immer noch die Meinung, dass ordnungsrechtliche und menschenrechtliche Sichtweisen

---

<sup>49</sup> vgl. [www.ippnw.de/commonFiles/pdfs](http://www.ippnw.de/commonFiles/pdfs), Stellungnahme der Caritas

<sup>50</sup> vgl. [http://www.heimatgarten.de/index.php?article\\_id=42&clang=0](http://www.heimatgarten.de/index.php?article_id=42&clang=0)

<sup>51</sup> vgl. <http://www.diakonie-hamburg.de/illegale>

nicht miteinander vereinbar sind. Hier sollte eine Veränderung auf politischer Ebene stattfinden (vgl. Cyrus 2005, 139).

Für „die Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession“ (Stimmer 2000, 626) ist es ausgesprochen wichtig, sich politisch zu engagieren, um Veränderungen für ihre Klienten herbeiführen zu können, denn solange die wirtschaftlichen Unterschiede in einer globalisierten Welt so groß sind und in den Industrieländern eine strenge nationalstaatliche Einwanderungspolitik verfolgt wird, wird das Phänomen der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ weiterhin bestehen bleiben (vgl. Cyrus 2004b, 199). (siehe auch Kapitel 2.1)

Vier von sechs Wohlfahrtsverbänden nehmen entweder eindeutig politische Stellung oder engagieren sich im Bereich „illegalisierter“ Migration. Um auf lokaler und nationaler Ebene die politische und rechtliche Lage für „illegalisierte“ Migranten nachhaltig zu verbessern und die Gesellschaft für die hier vorzufindende Problematik zu sensibilisieren, könnte ein möglicher Schritt sein, dass die bereits engagierten Wohlfahrtsverbände eine gemeinsame Interessenvertretung für „illegalisierte“ Migranten bilden.

## 10 Schlusswort

Durch globale Veränderungen werden internationale Migrationen immer wahrscheinlicher. Industriestaaten wie Deutschland verschließen sich durch strenge Migrationskontrollen vor unerwünschter Zuwanderung. Der Pass als „edelster Teil“ eines Menschen bestimmt, wer sich rechtlich in einem Land aufhalten darf und wer nicht. Dessen ungeachtet ist „irreguläre“ Zuwanderung zu einer gesellschaftlichen Realität in der modernen Gesellschaft geworden. Sie lässt sich auch durch verschärfte Kontrollmaßnahmen nicht gänzlich vermeiden. Die Folge ist, dass eine beträchtliche Zahl „irregulärer“ Migrantinnen in Deutschland leben. Sie verbringen ihr Leben „im Schattendasein“ unserer Gesellschaft, als Arbeitsmigrantinnen, als abgelehnte Asylbewerberinnen oder als Studentinnen deren Visum nicht verlängert wurde. Arbeitsmöglichkeiten in Deutschland liegen für sie in der Kinderbetreuung, im Haushalt, in der Gastronomie oder in der Prostitution – in manchen Fällen unter erzwungenen Bedingungen.

Die Lebensbedingungen „im Schattendasein“ sind durch mangelnde Rechtssicherheit in einigen Bereichen nachhaltig beeinflusst. Im Bereich der Gesundheitsversorgung ist dies durch den eingeschränkten Zugang zur medizinischen Versorgung deutlich geworden. Der fehlende Zugang zur medizinischen Regelversorgung kann zu schwerwiegenden gesundheitlichen Konsequenzen für die betroffenen Frauen führen. Die Folge ist, dass Krankheiten verschleppt und chronifiziert werden. Unter diesem Gesichtspunkt wird die medizinische Behandlung langwieriger und somit kostspieliger. Der fehlende Zugang zu Primärprävention kann im Ergebnis ein erhöhtes Infektionsrisiko für bestimmte Krankheiten wie HIV und Geschlechtskrankheiten nach sich ziehen. Weiterhin ist das Leben von „statuslosen“ Migrantinnen durch permanente Angst vor Statusaufdeckung gekennzeichnet. Die unsicheren Lebens- und Arbeitsbedingungen erhöhen diesen Stressfaktor.

Diese Diplomarbeit hat deutlich gezeigt, wie schwierig es für schwangere Frauen ist, sich angesichts ihrer prekären Lebenslage für ein Kind zu entscheiden. Des Weiteren sind aufgrund einer mangelnden ärztlichen Betreuung und Belastungen, die aus dem Leben in der „Illegalität“ resultieren, eine Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft zu bewerten.

„Illegalisierte“ schwangere Frauen haben dementsprechend einen besonderen Bedarf medizinisch betreut und versorgt zu werden.

In Deutschland ist das Recht auf Gesundheit seit langem anerkannt. Doch gibt es erhebliche Umsetzungsschwierigkeiten bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Es besteht die Möglichkeit eine medizinische Behandlung oder eine medizinisch betreute Geburt über das Asylbewerberleistungsgesetz finanzieren lassen, doch kann dies in einer Abschiebung für die Betroffenen enden, wenn die Daten durch die Sozialämter an die Ausländerbehörden weitervermittelt werden. Von Seiten des Staates dienen die Übermittlungspflichten zur Migrationskontrolle und werden aus diesem Grund nicht abgeschafft oder eingeschränkt – wie es von Kirchen, Wohlfahrtsverbänden und Menschenrechtsorganisationen gefordert wird.

Um dem Problem der fehlenden Gesundheitsversorgung entgegenzuwirken, haben sich in den vergangenen Jahren Unterstützungsnetzwerke gebildet, die medizinische Hilfe leisten oder „Statuslose“ an Ärztenetzwerke vermitteln. Aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen dieser Einrichtungen kann sich die Behandlung „illegalisierter“ Migrantinnen jedoch nur auf das Notwendigste beschränken.

Infolgedessen wurden Lösungsvorschläge erarbeitet, die die Gesundheitsversorgung „illegalisierter“ Migrantinnen weitgehend sicherstellen soll. Die öffentliche Bezuschussung dieser Lösungsmodelle wird dennoch weiterhin vom Gesetzgeber abgelehnt. Somit bleibt die medizinische Versorgung auch künftig auf Nichtstaatlichen Organisationen wie z.B. den Büros für medizinische Flüchtlingshilfe und der Malteser Migranten Medizin haften.

Es bleibt abzuwarten, ob sich der Konzeptvorschlag des anonymisierten Krankenscheins in Berlin durchsetzen lässt – dieser würde eine Finanzierung über das Sozialamt sicherstellen und den Zugang zur medizinischen Versorgung gewährleisten.

Die durchgeführten Interviews konnten die theoretischen Ausführungen in einigen Aspekten der Gesundheitssituation bzw. der -versorgung untermauern. Bezeichnend war in beiden Fällen, die Angst vor einer Statusaufdeckung. Ebenso wurde in beiden Falldarstellungen die enorme Bedeutung von sozialen und ethnischen Netzwerken deutlich. Zugleich konnte die hohe Relevanz von nichtstaatlichen Beratungsstellen für die Bearbeitung von (gesundheitlichen) Problemen dargestellt werden.

Das Thema „aufenthaltsrechtliche Illegalität“ hat Einzug in politische Debatten auf kommunaler wie auch auf Bundesebene genommen. Dies ist zu begrüßen. Es bleibt dennoch darauf zu verweisen, dass eine Veränderung auf politischer Ebene in Deutschland weiterhin wünschenswert wäre.

Die Bundesrepublik Deutschland hat das Recht auf Kontroll- und Zuwanderungsbeschränkungen, doch sollten die universellen Menschenrechte dabei nicht außer Acht gelassen werden. Die gegenwärtig vertretene Meinung, dass ordnungsrechtliche und menschenrechtliche Positionen nicht miteinander vereinbar sind, fordert zum Umdenken in eine Richtung, die die Gewährung der Menschenrechte für „Statuslose“ miteinbezieht. Erstrebenswert wäre eine lösungsorientierte Diskussion auf politischer Ebene. In der Zukunft muss für die Sicherung sozialer Mindeststandards im Bereich der Gesundheitsversorgung (der Beschulung von Kindern, Lohnsicherheiten, u.a.) für die Betroffenen gesorgt werden.

Hier kann die Soziale Arbeit ihren Beitrag leisten. Sie fungiert als Bindeglied zwischen den Bedürfnissen ihrer Klienten und den vorgegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen. Da der Sozialen Arbeit ein politisches Mandat zugeordnet werden kann, vermag sie durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit und politische Lobbyarbeit ihren Anteil zur Verbesserung der Lebenssituation „illegalisierter“ Migrantinnen leisten.

Um die Situation „statusloser“ Migrantinnen jedoch nachhaltig zu verbessern fordert es gleichwohl eine Veränderung der rechtlichen Rahmenbedingungen. Es ist darauf zu verweisen, dass die eng begrenzten Zuwanderungsmöglichkeiten in Deutschland kritisch zu betrachten sind. Sie fordern eine Veränderung auf politischer Ebene. Es müssen mehr legale Einwanderungsmöglichkeiten für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, z.B. in Form von zirkulärer Migration, geschaffen werden. Die restriktiven Bestimmungen im Sinne der Familienzusammenführung könnten gelockert werden. Weiterhin wäre es wünschenswert wenn über Legalisierungsmöglichkeiten von Migrantinnen und Migranten, die schon lange „illegalisiert“ und womöglich integriert in Deutschland leben, nachgedacht würde. Hierfür sollte sich die Soziale Arbeit einsetzen. Andere europäische Länder beweisen, dass es möglich ist, nachträgliche Legalisierungsmaßnahmen für die betroffenen Migrantinnen und Migranten zu eröffnen.

Warum können nicht auch in Deutschland ebensolche Maßnahmen ermöglicht werden?

# A Anhang

Dieser Diplomarbeit ist eine CD- Rom beigelegt. Auf dieser befinden sich:

## A.1.

- Leitfaden Krankheit
- Transkription Interview Lucero

## A.2.

- Leitfaden Schwangerschaft
- Transkription Interview Monica

## Literaturverzeichnis

- Aichele, Valentin 2009: Über den Zugang zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Papiere: Die menschenrechtliche Perspektive In: Borde, Theda/ David, Matthias/ Papies- Winkler, Ingrid (Hrsg.): Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere. Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag. S. 25-34.
- Alt, Jörg 1999: Leben in der Illegalität. Krankheitsbilder und Probleme bei ihrer Behandlung Erkenntnisse aus dem Forschungsprojekt zur Lebenssituation 'illegaler' Migranten in Leipzig (Internetressource unter <http://www.joerg-alt.de/Vortraege/1999-2000/1999-2000.html> Letzte Abfrage 14.07.09).
- Alt, Jörg 2001: Leben in der Illegalität in Deutschland. Eine Herausforderung für Staat und Kirche- auch nach dem 11.09.2001 (Internetressource unter [www.joerg-alt.de/Vortraege/2001-2002/01-11-07Iserlohn.pdf](http://www.joerg-alt.de/Vortraege/2001-2002/01-11-07Iserlohn.pdf) Letzte Abfrage 14.07.09).
- Alt, Jörg 2003: Leben in der Schattenwelt. Problemkomplex „illegale“ Migration. Karlsruhe: Loeper Literaturverlag.
- Alt, Jörg/ Bommers, Michael (Hrsg.) 2006: Illegalität. Grenzen und Möglichkeiten der Migrationspolitik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Anderson, Philip 2003: „Dass Sie uns nicht vergessen...“. Menschen in der Illegalität in München. Eine empirische Studie im Auftrag der Landeshauptstadt München.
- Anderson, Phillip 2004: „Illegale in der Großstadt“ In: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.(Hrsg.) Migration und Soziale Arbeit. Juventa Verlag 26. Jg. 2004.
- Bade, Klaus 2001: Integration und Illegalität in Deutschland (Rat für Migration). Institut für Migrationsforschung und interkulturelle Studien(IMIS). Osnabrück:(Internetressource unter <http://www.imis.uni-osnabrueck.de> Letzte Abfrage 03.07.09).
- Bartholome, Burkhard/ Groß, Jessica/ Misbach, Eléne 2009: Integration in die Regelversorgung statt Entwicklung weiterer Parallelsystem: Eine aktuelle Perspektive für Berlin? In: Borde, Theda/ David, Matthias/ Papies- Winkler, Ingrid (Hrsg.): Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere. Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag, S. 207-215.
- Bauer, Nina/ Korte, Hermann/ Löw, Martina/ Schroer, Markus (Hrsg.) 2008: Handbuch Soziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 295-313.
- Beck-Texte 2005:Deutsches Ausländerrecht: dtv-Verlag.
- Bielefeldt, Heiner 2006: Menschenrechte 'irregulärer' Migrantinnen und Migranten. In: Alt, Jörg/ Bommers, Michael (Hrsg.):Illegalität. Grenzen und Möglichkeiten der Migrationspolitik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 81-93.



- Bommers, Michael 2006: Illegale Migration in der modernen Gesellschaft- Resultat und Problem der Migrationspolitik europäischer Nationalstaaten. In: Alt, Jörg/Bommers Michael (Hrsg.): Illegalität. Grenzen und Möglichkeiten der Migrationspolitik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 95-116.
- Bommers, Michael/ Wilmes, Maren 2007: Menschen ohne Papiere in Köln. Institut für Migrationsforschung und interkulturelle Studien(IMIS). Osnabrück( Internetressource unter <http://www.fluechtlingsrat-nrw.de/2740/> Letzte Abfrage: 03.07.09).
- Borde, Theda/ David, Matthias (Hrsg.) 2003: Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Borde, Theda/ David, Matthias/ Papiers- Winkler, Ingrid (Hrsg.) 2009: Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Braun, Tanja/ Brzank, Petra/ Würflinger, Wiebke 2003: Medizinische Versorgung von illegalisierten Migrantinnen und Migranten im europäischen Vergleich In: Borde, Theda/ David, Matthias (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. S. 119-143.
- Bertolt Brecht 1962: Flüchtlingsgespräche. Berlin und Frankfurt am Main: Suhrkamp-Verlag. S. 7f.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.) 2005: Illegal aufhältige Drittstaatsangehörige in Deutschland, Staatliche Ansätze, Profile und soziale Situationen, Forschungsstudie 2005 im Rahmen des Europäischen Migrationsnetzwerks. Alfter/Bonn.
- Bundesministerium des Innern 2007:Illegal aufhältige Migranten in Deutschland, Datenlage, Rechtslage, Handlungsoptionen, Bericht des Bundesministeriums des Inneren zum Prüfauftrag „Illegalität“ aus der Koalitionsvereinbarung vom 11.11.2005, 2007, Kapitel VIII 1.2 (Internetressource unter <http://www.forum-illegalitaet.de/> Letzte Abfrage 02.08.09).
- Bundeszentrale für politische Bildung 2004: Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Clausen & Bosse.
- Cyrus, Norbert 2004a: Aufenthaltsrechtliche Illegalität in Deutschland. Sozialstruktur- bildung- Wechselwirkung- Politische Optionen. Bericht für den Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration, Nürnberg. Oldenburg (Internetressource unter [www.forumillegalitaet.de/04\\_Expertise\\_Sachverst\\_ndigenrat\\_Cyrus.pdf](http://www.forumillegalitaet.de/04_Expertise_Sachverst_ndigenrat_Cyrus.pdf) Letzte Abfrage 02.08.09).
- Cyrus, Norbert 2004b: Soziale Arbeit mit Menschen ohne Aufenthaltsrecht. In: Treichler, Andreas/ Cyrus, Norbert (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit in der Einwanderungsgesellschaft. Frankfurt am Main: Brandes&Aspel Verlag GmbH.
- Cyrus, Norbert 2005: Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland In: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (Hrsg.) Migration und Soziale Arbeit. Juventa Verlag 27. Jg. 2005

- Deutsche Bischofskonferenz 2001: Leben in der Illegalität in Deutschland- eine humane und pastorale Herausforderung. Bonn(Internetressource unter [www.forum-illegalitaet.de/DBK\\_2001.pdf](http://www.forum-illegalitaet.de/DBK_2001.pdf) Letzte Abfrage 14.07.09).
- Deutsches Institut für Menschenrechte(Hrsg.) 2007: Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland- Ihr Recht auf Gesundheit, Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität(Internetressource unter [www.institut-fuer-menschenrechte.de/.../d72\\_v1\\_file\\_4732d242ba234\\_IUS-041\\_B\\_AG\\_RZ\\_WEB\\_ES.pdf](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/.../d72_v1_file_4732d242ba234_IUS-041_B_AG_RZ_WEB_ES.pdf) Letzte Abfrage 14.07.09).
- Deutsches Rotes Kreuz 2004: Migrantinnen und Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus. Dokumentation einer Fachtagung. Berlin.
- Eichler, Katja Johanna 2008:Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Erzbischöfliches Ordinariat Berlin (Hrsg.) 1999: Illegal in Berlin- Momentaufnahmen aus der Bundeshauptstadt Berlin. Migration Nr. 4, Dez. 1999.
- Fijalkowski, Jürgen 1997: Nationalstaatliche Schranken des Bürgerrechtsstatus und Strategien politischer Inkorporation In: Pries, Ludger (Hrsg.): Transnationale Migration. Baden-Baden: Nomos- Verlag.
- Fisch, Andreas 2007:Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität. Reformvorschläge und Folgeabwägungen aus sozialetischer Perspektive. Berlin: LIT Verlag.
- Franz, Adelheid 2003: Medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung. In: Borde, Theda/ David, Matthias (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Franz, Adelheid 2006: Lebenssituation, soziale Bedingungen, Gesundheit: Menschen ohne Krankenversicherung. In: Alt, Jörg/ Bommers, Michael (Hrsg.): Illegalität. Grenzen und Möglichkeiten der Migrationspolitik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Franz, Adelheid 2009: Gesundheit in der Illegalität In: Borde, Theda/ David, Matthias/ Papies- Winkler, Ingrid (Hrsg.)2009: Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere. Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag, S. 199-207.
- Fuchs- Heinritz, Werner/ Lautmann, Rüdiger/ Rammstedt, Otthein/ Wienold, Hanns 2007:Lexikon zur Soziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gómez- Schlaikier, Sigrid María 2003: „Wir sind hier, weil wir uns gegenseitig brauchen“ Eine empirische Untersuchung zu illegal in Hamburg lebenden EcuadorianerInnen. Studiengang Sozialökonomie. Hamburger Universität für Wirtschaft und Politik: Hamburg.
- Groß, Jessica 2005: Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Versorgung von Patienten und Patientinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus (Hrsg.): Flüchtlingsrat Berlin e.V. Büro für med. Flüchtlingshilfe Berlin, IPPNW Deutschland.

- Hamburger, Franz 2005: Migration. In: Otto, Hans- Uwe/ Thiersch Hans (Hrsg.) 2005: Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag, 1211-1222.
- Han, Petrus 2003: Frauen und Migration. Stuttgart: Lucius& Lucius Verlagsgesellschaft.
- Han, Petrus 2005: Soziologie der Migration. Erklärungsmodelle. Fakten. Politische Konsequenzen. Perspektiven. Stuttgart: Lucius&Lucius Verlagsgesellschaft.
- Han, Petrus 2006: Theorien zur internationalen Migration. Stuttgart: Lucius& Lucius Verlagsgesellschaft.
- Heck, Gerda 2008: Illegale Einwanderung. Eine umkämpfte Konstruktion in Deutschland und den USA. Münster: UNRAST- Verlag.
- Helfferich, Cornelia 2005: Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden: Vs Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hillmann, Karl-Heinz 2007: Wörterbuch der Soziologie. Stuttgart: Alfred Körner Verlag.
- Hoff, Benjamin-Immanuel 2009: Gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Berlin. In: Borde, Theda/ David, Matthias/ Papies- Winkler, Ingrid (Hrsg.): Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere. Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag.
- Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.(Hrsg.): Migration und Soziale Arbeit. Juventa Verlag 26. Jg. 2004.
- Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (Hrsg.) Migration und Soziale Arbeit. Juventa Verlag 27. Jg. 2005
- Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (Hrsg.): Migration und Soziale Arbeit: Juventa Verlag 29. Jg. 2007
- Katholisches Forum „Leben in der Illegalität“ 2007: Stellungnahme zum Bericht des Bundesministeriums des Innern zum Prüfauftrag „Illegalität“ aus den Koalitionsvereinbarungen vom 11.November 2005, Kapitel VIII 1.2 Illegal aufhältige Migranten in Deutschland – Datenlage, Rechtslage, Handlungsoptionen, Februar 2007 (Internetressource unter <http://www.forum-illegalitaet.de/stellungnahmeBMI-Bericht-Forum.pdf> (Letzte Abfrage 01.08.09)
- Kentenich, Heribert/Simo, Shirin 2009: Gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere. Praktische Konsequenzen im Bereich der Geburtshilfe und Gynäkologie In: Borde, Theda/ David, Matthias/Papies- Winkler, Ingrid (Hrsg.): Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S. 69-77.
- Klößler, Reinhart 1997: Globalisierung, internationale Migration und Begrenzungen ziviler Solidarität. Versuch über aktuelle Handlungsformen von Nationalstaaten In: Pries, Ludger (Hrsg.): Transnationale Migration. Baden-Baden: Nomos- Verlag. S. 330-347.

- Klüsche, Wilhelm (Hrsg.) 1999: Ein Stück weiter gedacht. Beiträge zur Theorie- und Wissenschaftsentwicklung der Sozialen Arbeit. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Kluth, Winfried 2006: „Der Rechtsstatus illegal aufhältiger Personen in der deutschen Rechtsordnung und in rechtsvergleichender Betrachtung“. Rechtsgutachten erstellt für das Bundesministerium des Inneren. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg Lehrstuhl für Öffentliches Recht.
- Koch, Ute 2007: Kranksein in der Illegalität (Internetressource unter [http://www.forum-illegalitaet.de/Materialien/Ute\\_Koch/ute\\_koch.html](http://www.forum-illegalitaet.de/Materialien/Ute_Koch/ute_koch.html) (Letzte Abfrage 08.08.09)).
- Krieger, Wolfgang/ Ludwig, Monika/ Schupp, Patrick/ Will, Annegret 2006: Lebenslage „illegal“. Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Frankfurt am Main. Karlsruhe: Loeper Literaturverlag.
- Kühne, Anna 2008: Jünger, kränker, nicht versichert In: Hamburger Ärzteblatt 2/2008 (Internetressource unter [http://www.aerztekammer-hamburg.de/funktionen/aebonline/index\\_aeb.php3](http://www.aerztekammer-hamburg.de/funktionen/aebonline/index_aeb.php3) letzte Abfrage am 01.08.09).
- Kühne, Anna 2009: Gesundheit, Umgang mit Erkrankungen und Zugang zum Gesundheitssystem bei MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Hamburg. In: Mitrovic, Emilija: Gesundheitssituation von Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus. Hamburg. S.39-50.
- Mayring, Phillip 2002: Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Misbach, Eléne 2007: Gesundheitsversorgung für Menschen in der Illegalität In: Heinrich-Böll-Stiftung/Flüchtlingsrat Hessen/Flüchtlingsrat Niedersachsen (Hrsg.): Leben in der Illegalität. Ein Dossier.
- Mitrovic, Emilija 2009: Gesundheitssituation von Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus. Hamburg. 4 Arbeitspapier der Studie zur Situation von Menschen ohne gültige Papiere in Hamburg. (Internetressource unter <http://www.diakoniehamburg.de/illegale> letzte Abfrage 3.07.09).
- Münz, Rainer/ Alscher, Stefan/ Özcan, Veysel 2001: Leben in der Illegalität. In: Bade, Klaus: Integration und Illegalität in Deutschland (Rat für Migration). Institut für Migrationsforschung und interkulturelle Studien (IMIS).
- Nestmann, Frank 2005: Soziale Netzwerke- Soziale Unterstützung. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch (Hrsg.) Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik. München: Reinhardt-Verlag. S.1685-1692.
- Otto, Hans- Uwe/Thiersch, Hans (Hrsg.) 2005: Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Pregoner, Susanne 2007: Schwangerschaft in der Illegalität In: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (Hrsg.): Migration und Soziale Arbeit: Juventa Verlag 29. Jg. 2007
- Pries, Ludger (Hrsg.) 1997: Transnationale Migration. Baden-Baden: Nomos- Verlag.

- Sextro, Uli 2002: „Illegalität“. Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Auswertung der Befragung (Internetressource unter [http://www.ekir.de/ekir/ekir\\_12968\\_15654.asp](http://www.ekir.de/ekir/ekir_12968_15654.asp) Letzte Abfrage 14.07.09)
- Schmitt, Elen 2007: Gesundheitsversorgung und Versorgungsbedarf von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Flüchtlingsrat. Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Sonderheft 120, Oktober 2007.
- Schönwälder, Karin/ Vogel, Dita/ Sciortino, Giuseppe 2004: Migration und Illegalität in Deutschland. AKI- Forschungsbilanz 1. Arbeitsstelle Interkulturelle Konflikte und gesellschaftliche Integration(AKI), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung(WZB).
- Schöttes, Martina/ Treibel, Anette 1997: Frauen-Flucht-Migration. Wanderungsmotive von Frauen In: Pries, Ludger (Hrsg.): Transnationale Migration. Baden-Baden: Nomos-Verlag. S. 85-121.
- Stimmer, Franz 2000: Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Stobbe, Holk 2004: Undokumentierte Migration in Deutschland und den Vereinigten Staaten. Interne Migrationskontrollen und die Handlungsspielräume von Sans Papiers. Göttingen: Universitätsverlag.
- Tolsdorf, Mareike 2008: Verborgenen. Gesundheitssituation und –versorgung versteckt lebender MigrantInnen in Deutschland und in der Schweiz. Bern: Verlag Hans Huber.
- Tolsdorf, Mareike 2009. Gesundheit und Krankheit im Kontext rechtlicher Illegalität: Das Paradox von vermehrter Bedürftigkeit und Ausschluss aus der Regelversorgung. Situation- Konsequenzen- Entwicklungen. In: Borde, Theda/ David, Matthias/Papies-Winkler, Ingrid (Hrsg.): Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere. Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag. S. 77-95.
- Treibel, Anette 2008: Migration. In: Bauer, Nina/ Korte, Hermann/ Löw, Martina/Schroer, Markus (Hrsg.): Handbuch Soziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 295-313.
- Treichler, Andreas/ Cyrus, Norbert (Hrsg.) 2004b: Handbuch Soziale Arbeit in der Einwanderungsgesellschaft. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel Verlag GmbH.
- Vogel, Dita 2009: Illegalität von Kindern in Deutschland-Plausibilitätsüberlegungen und Alternativberechnungen zur Zahl der Kinder ohne Aufenthaltsstatus (Internetressource unter [http://www.irregularmigration.hwwi.net/.../Vogel\\_2009\\_HWWI\\_KinderOhneStatus\\_Alternativrechnungen\\_3003korr.pdf](http://www.irregularmigration.hwwi.net/.../Vogel_2009_HWWI_KinderOhneStatus_Alternativrechnungen_3003korr.pdf) (Letzte Abfrage 02.07.09).
- Vogel, Dita/ Aßner, Manuel 2009: Menschen ohne Papiere- Stand der Forschung und daraus resultierende Ergebnisse für Hamburg. 2 Arbeitspapier zur Studie zur Situation für Menschen ohne Papiere in Hamburg (Internetressource unter [www.diakoniehamburg.de/illegale](http://www.diakoniehamburg.de/illegale) Letzte Abfrage 03.07.09).

- Wilmes, Maren 2009: Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung irregulärer Migranten am Beispiel der Stadt Köln In: Borde, Theda/ David, Matthias/Papies- Winkler, Ingrid (Hrsg.): Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere. Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag. S.181-195.
- Zabel, Ulrika 2001: Aus der Beratungsarbeit mit Zuwanderern ohne Aufenthaltsrecht und Duldung im Caritas- Migrationsdienst Berlin In: Bade, Klaus: Integration und Illegalität in Deutschland (Rat für Migration). Institut für Migrationsforschung und interkulturelle Studien (IMIS). Osnabrück. S. 91-101.

### **Internetressourcen**

- [http://www.aerztekammerhamburg.de/aerzte/broschueren\\_und\\_downloads.htm](http://www.aerztekammerhamburg.de/aerzte/broschueren_und_downloads.htm) (Letzte Abfrage 01.08.09)
- [http://www.aktivgegenabschiebung.de/links\\_illegal.html](http://www.aktivgegenabschiebung.de/links_illegal.html) (Letzte Abfrage 02.07.09)
- <http://dejure.org/gesetze/StGB/27.html> (Letzte Abfrage 06.08.09).
- [http://bundesrecht.juris.de/aufenthg\\_2004/\\_95.html](http://bundesrecht.juris.de/aufenthg_2004/_95.html) (Letzte Abfrage 06.08.09)
- [http://bundesrecht.juris.de/aufenthg\\_2004/\\_96.html](http://bundesrecht.juris.de/aufenthg_2004/_96.html) (Letzte Abfrage 1.08.09)
- <http://dejure.org/gesetze/AufenthG/87.html> (Letzte Abfrage 04.08.09)
- <http://www.diakonie-hamburg.de/illegal> (Letzte Abfrage 04.08.09)
- <http://www.diakonie.de/migration-und-flucht-2886.htm> (Letzte Abfrage 29.07.09).
- <http://www.eurotopics.net/de/magazin/politik-verteilerseite/menschenhandel-06-2008/menschenhandel-aufdeckung/> (Letzte Abfrage 23.06.09)
- [http://www.forschungsdatenzentrum.de/.../fdz\\_geburten\\_2000-2004\\_dienstanweisung.pdf](http://www.forschungsdatenzentrum.de/.../fdz_geburten_2000-2004_dienstanweisung.pdf) (Letzte Abfrage 23.06.09)
- <http://www.forum-illegalitaet.de/index.html> (Letzte Abfrage 04.08.09)
- [http://www.forum-illegalitaet.de/04\\_MMM\\_Erfahrungsbericht.pdf](http://www.forum-illegalitaet.de/04_MMM_Erfahrungsbericht.pdf) (Letzte Abfrage 16.07.09)
- [http://www.forum-illegalitaet.de/Materialien/Joerg\\_Alt/05-01-29Hohenheim.pdf](http://www.forum-illegalitaet.de/Materialien/Joerg_Alt/05-01-29Hohenheim.pdf) (Letzte Abfrage 04.08.09)
- [www.forum-illegalitaet.de/ManifestUnterzeichnerPublikation.pdf](http://www.forum-illegalitaet.de/ManifestUnterzeichnerPublikation.pdf) (Letzte Abfrage 19.07.09)
- <http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topic=1095&type=infotext> (Letzte Abfrage 01.07.09).
- [http://www.heimatgarten.de/index.php?article\\_id=42&clang=0](http://www.heimatgarten.de/index.php?article_id=42&clang=0) (Letzte Abfrage 29.07.09)
- [http://www.hwwi.org/HWWI\\_Update\\_Einzelan.5769.0.html?&tx\\_wilpubdb\\_pi1\[singleView\]=1&tx\\_wilpubdb\\_pi1\[publication\\_id\]=1548&tx\\_wilpubdb\\_pi1\[back\]=5770&cHash=214a9b97d2](http://www.hwwi.org/HWWI_Update_Einzelan.5769.0.html?&tx_wilpubdb_pi1[singleView]=1&tx_wilpubdb_pi1[publication_id]=1548&tx_wilpubdb_pi1[back]=5770&cHash=214a9b97d2) (Letzte Abfrage 21.05.09)
- [http://www.ila-web.de/kulturszene/323film\\_laecheln.htm](http://www.ila-web.de/kulturszene/323film_laecheln.htm) (Letzte Abfrage 17.06.09)

- [http://www.ippnw.de/soziale\\_verantwortung/flucht\\_asyl/tagungsdokumentation/](http://www.ippnw.de/soziale_verantwortung/flucht_asyl/tagungsdokumentation/) (Letzte Abfrage 19.7.09)
- [www.ippnw.de/commonFiles/pdfs/.../Caritas\\_Stellungnahme.pdf](http://www.ippnw.de/commonFiles/pdfs/.../Caritas_Stellungnahme.pdf) (Letzte Abfrage 29.7.09).
- <http://irregular-migration.hwwi.net/Europe.5248.0.html> (Letzte Abfrage 04.05.09)
- <http://irregular-migration.hwwi.net/Germany.5795.0.html>(Letzte Abfrage 21.05.09))
- <http://www.joerg-alt.de/Hilfe/Beratung.pdf> (Letzte Abfrage 15.07.09)
- [http://www.malteser.de/73.Malteser\\_Migranten\\_Medizin/default.htm](http://www.malteser.de/73.Malteser_Migranten_Medizin/default.htm) (Letzte Abfrage 03.07.09)
- [http://www.medibuero.de/de/News/Netzwerk\\_der\\_Medibueros.html](http://www.medibuero.de/de/News/Netzwerk_der_Medibueros.html) (Letzte Abfrage 03.08.09).

**Erklärung nach § 31 Abs.5 Prüfungsordnung**

Ich versichere hiermit, dass ich diese Arbeit eigenständig verfasst habe. Bei der Erstellung der Arbeit sind nur die angegebenen Quellen verwandt worden. Wörtliche oder dem Sinn nach entnommene Textstellen sind als solche von mir gekennzeichnet worden.

Hamburg, den

---

Ulrike Rinderer