



## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Die Menschenrechte garantieren jedem Menschen unabhängig von seinem Aufenthaltsstatus ein Recht auf medizinische Versorgung. In Deutschland haben Menschen ohne legalen Status jedoch nach wie vor keinen ungehinderten Zugang zum Gesundheitssystem. Die Angst einer Meldung an die Ausländerbehörden lässt viele Menschen ohne Papiere nicht zum Arzt gehen. Folge daraus sind Krankheiten, die meist schon in fortgeschrittenem Stadium oder chronifiziert sind. Eine Lösung dieser Problematik scheint auf Bundesebene derzeit nicht absehbar. Aus diesem Grunde sind in Hamburg wie auch in anderen Städten verschiedene Modelle entwickelt worden, die auf lokaler Ebene versuchen, der Unter- bzw. Nichtversorgung zu begegnen.

**Ziel:** Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, Erkenntnisse über Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere für den Standort Hamburg zu ermitteln. Es sollen Lösungsansätze diskutiert werden, die Menschen ohne Papiere einen verbesserten Zugang zu medizinischen Leistungen ermöglichen.

**Methode:** Als Erhebungsmethode dienten zehn Experteninterviews, die nach dem Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet wurden. Die Ergebnisse der Interviews wurden dazu verwendet, die Aussagen der einschlägigen Literatur zu prüfen und Wirkungszusammenhänge zu erkennen.

**Ergebnisse:** Die dargestellten Ergebnisse entsprechen überwiegend dem Stand vergleichbarer Forschung und bestätigen eine defizitäre Gesundheitsversorgung „undokumentierter Migranten“. Auch in Hamburg besteht für Menschen ohne Papiere kein ungehinderter Zugang zu medizinischen Einrichtungen oder ärztlichen Diensten. Besondere Schwierigkeiten entstehen bei Schwangerschaft und der Geburt von Kindern im Status der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“. Problematisch sehen die Befragten auch die Finanzierung erbrachter Leistungen sowie die Tätigkeit der Akteure in einer rechtlichen Grauzone. Zur Verbesserung der Situation werden zurzeit kommunale Modelle, wie die „Humanitäre Sprechstunde“ diskutiert, welche die medizinische Versorgung undokumentierter Migranten verbessern sollen. Ebenso wird eine Einbindung der Menschen in die Regelversorgung gefordert, was durch die Einführung eines „Anonymen Krankenscheins“ gewährleistet würde.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>i</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>ii</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>iv</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>v</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2 Hintergrund</b> .....	<b>4</b>
2.1 <i>Konzeptionelle Grundlagen</i> .....	4
2.1.1 Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus - Eine Begriffsbestimmung .....	4
2.1.2 Wege in einen irregulären Aufenthalt .....	6
2.1.3 Zusammensetzung der Gruppe „Menschen ohne Papiere“ .....	7
2.1.4 Lebenslagen .....	10
2.2 <i>Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere</i> .....	11
2.2.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen.....	11
2.2.2 Gesundheitliche Probleme von Menschen ohne Papiere .....	15
2.2.3 Gesundheitsversorgung.....	15
2.2.4 Probleme und Barrieren der gesundheitlichen Versorgung .....	16
<b>3 Derzeitiger Forschungsstand</b> .....	<b>17</b>
3.1 <i>Überblick bisheriger Studien</i> .....	17
3.2 <i>Diskutierte Lösungsansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung</i> ...	21
<b>4 Methodik</b> .....	<b>24</b>
4.1 <i>Fragestellung</i> .....	24
4.2 <i>Auswahl der Erhebungs- und Auswertungsmethode</i> .....	25
4.3 <i>Auswahl der Experten</i> .....	27
4.4 <i>Durchführung der Interviews</i> .....	28
4.5 <i>Auswertung der Interviews</i> .....	29

<b>5</b>	<b>Ergebnisse</b> .....	<b>31</b>
5.1	<i>Aktueller Handlungsrahmen</i> .....	31
5.1.1	Wahrnehmung der Thematik durch Politik und Gesellschaft .....	31
5.1.2	Versorgungsstrukturen der Stadt Hamburg .....	34
5.1.3	Inanspruchnahme medizinischer Leistungen .....	40
5.2	<i>Probleme und Barrieren</i> .....	41
5.2.1	Politische Rahmenbedingungen .....	41
5.2.2	Personenbezogene Probleme und Barrieren .....	41
5.2.3	Finanzierung .....	41
5.2.4	Strukturelle Barrieren .....	41
5.2.5	Sonstiges .....	41
5.3	<i>Handlungsbedarf</i> .....	41
5.4	<i>Ansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung</i> .....	41
5.4.1	Lösungsansätze .....	41
5.4.2	Konkrete Handlungsmaßnahmen in Hamburg .....	41
5.4.3	Prognosen für Hamburg .....	41
<b>6</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>41</b>
6.1	<i>Methodendiskussion</i> .....	41
6.2	<i>Ergebnisdiskussion</i> .....	41
<b>7</b>	<b>Fazit und Ausblick</b> .....	<b>41</b>
	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>41</b>
	<b>Anhang</b> .....	<b>41</b>
	<b>Eidesstattliche Erklärung</b> .....	<b>41</b>

## Abkürzungsverzeichnis

AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AufenthG	Aufenthaltsgesetz
AuslG	Ausländergesetz
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BKA	Bundeskriminalamt
BMI	Bundesministerium des Innern
DIM	Deutsches Institut für Menschenrechte
GCIM	Global Commission on International Migration
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HWWI	Hamburgisches Weltwirtschaftsinstitut
IOM	Internationale Organisation für Migration
MMM	Malteser Migranten Medizin
NGO	Non Governmental Organisation
PKV	Private Krankenversicherung

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Zu- und Fortzüge über die Grenzen Deutschlands von 1991 bis 2007 .....	9
Tabelle 2: Übersicht exemplarischer Studien .....	20
Tabelle 3: Themenkomplexe und Leitfragen der Experteninterviews .....	26
Tabelle 4: Akteure nach Anzahl ihrer Erwähnung .....	37
Tabelle 5: Probleme und Barrieren der Gesundheitsversorgung .....	41

## 1 Einleitung

Menschen ohne Papiere gibt es auf der ganzen Welt. Illegale Migration ist allen wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge ein globales Phänomen, welches aus komplexen Ursachen wie z. B. einem Mangel an Perspektiven in den Herkunftsländern oder einer Nachfrage nach billigen und flexiblen Arbeitskräften in den Zielländern entsteht (vgl. GCIM 2005, S. 36). Es handelt sich um ein Phänomen, welches als solches erkannt ist und endlich auch anerkannt werden muss, sowie für das humanitäre, menschenrechtswürdige Lösungsansätze gefunden werden müssen, um die rechtliche und soziale Lage dieser Menschen zu verbessern.

Seit ca. drei Jahrzehnten ist die irreguläre Migration bereits Thema der politischen Diskussion in Deutschland. Doch nach einer anfänglichen Debatte, in der es hauptsächlich um die Begrenzung irregulärer Einreisen im Zusammenhang mit der Zuwanderung von Flüchtlingen und Asylbewerbern ging, bewegt sich der Fokus langsam in eine soziale und menschenrechtliche Perspektive (vgl. Sinn et al. 2005, S. 7). Es ist längst deutlich geworden, dass dieses Problem nicht zu ignorieren ist und Lösungen gefunden werden müssen. Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus stehen oft vielfältigen sozialen Benachteiligungen gegenüber, sind in vielen Lebensbereichen rechtlos oder können ihre Rechte aus Angst vor Aufdeckung und Abschiebung nicht wahrnehmen.

So kann auch das Recht auf Gesundheit, wie es in den Menschenrechten verankert ist, in den meisten Fällen nicht, oder nur in unzureichendem Maße in Anspruch genommen werden. Die Angst einer Meldung an die Ausländerbehörden lässt viele Menschen ohne Papiere erst gar nicht oder zu spät zum Arzt gehen. Folge daraus sind Krankheiten, die meist schon im fortgeschrittenen Stadium oder chronisch sind. Auch die Refinanzierung erbrachter medizinischer Leistungen stellt ein zentrales Problem dieses Feldes dar, für das Lösungen gefunden werden müssen (vgl. Razum et al. 2008, S. 62).

Zurzeit gibt es deutschlandweit eine Anzahl engagierter Organisationen – sogenannte Medi-Büros, die Malteser Migranten Medizin, verschiedene Wohlfahrtsverbände, Kirchen und andere zivilgesellschaftliche Einrichtungen – die sich in vielen Städten etabliert haben und sich, finanziert aus Spenden und Fördergeldern, für die gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere engagieren. Doch diese Netzwerke sind längst an die Grenzen ihrer Möglichkeiten gestoßen und fordern – nach jahrelanger ehrenamtlicher Arbeit in einer rechtlichen „Grauzone“ – die Übernahme der medizinischen Versorgung durch den Staat. Durch die Unterzeichnung der Menschenrechte hat sich die Bundesrepublik dazu verpflichtet, allen Menschen einen ungehinderten Zugang zu den Leistungen des Ge-

sundheitssysteme zu gewährleisten – und zwar nicht nur rein rechtlich, sondern auch faktisch.

Hamburg ist als Hafenstadt auf vielfältige Weise mit anderen Ländern dieser Erde verbunden und stellt im Bereich des Arbeitsmarktes eine attraktive Alternative zu vielen anderen deutschen Städten dar. Hier leben etwa 451.000 Menschen mit Migrationshintergrund – das sind ca. 26% der Hamburger Bevölkerung. Damit liegt Hamburg deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 18% (vgl. [www.hamburg.de](http://www.hamburg.de)<sup>1</sup>). Für viele Menschen, die hier arbeiten und leben möchten, ergibt sich jedoch nicht die Möglichkeit, eine Aufenthaltsgenehmigung zu erhalten. Folglich leben viele dieser Menschen auch ohne Papiere und behördliche Registrierung in der Stadt. Nach gängigen Schätzungen geht man in Hamburg von mindestens 30.000 bis zu höchstens 100.000 Personen ohne Papiere aus. Solche Zahlen verdeutlichen, dass diese soziale Gruppe trotz aller nationalen und europäischen Abgrenzungsbemühungen existiert (vgl. Schönwälder 2005, S. 4). Deshalb muss ihre gesundheitliche Versorgung im Rahmen einer existenziellen sozialen Sicherung diskutiert werden.

Nachdem Studien über andere Städte wie München, Frankfurt oder Köln einen klaren Handlungsbedarf an gesundheitlicher Versorgung von Menschen ohne Papiere aufgedeckt haben, können weder der Staat noch die Stadt Hamburg das Problem noch länger ignorieren. Verschiedene Lösungsansätze wurden initiiert, an denen sich auch Hamburg mit der Durchführung einer eigenen Studie zu den Lebenslagen von Migranten ohne Papiere orientieren möchte.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, Erkenntnisse über die Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere in Hamburg zu ermitteln.

Es soll den Fragen nachgegangen werden, ob es einen Bedarf an gesundheitlicher Versorgung von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Hamburg gibt und welche Probleme und Barrieren sich bei der Inanspruchnahme angebotener Leistungen stellen. Darüber hinaus soll untersucht werden, inwiefern das derzeit errichtete Netzwerk diese Versorgung leisten kann oder ob ein Handlungsbedarf besteht. Abschließend werden mögliche Lösungsansätze für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung „Papierloser“ für die Stadt Hamburg erarbeitet.

Als empirische Grundlage dafür wurden im Rahmen einer qualitativen Untersuchung zehn Experten, die in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus tätig sind, befragt. Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind aufgrund ihrer

---

<sup>1</sup> <http://www.hamburg.de/migration/>, letzter Zugriff am 19.08.2009

begrenzten Zahl von zehn Interviews nicht repräsentativ und können nur Tendenzen aufweisen.

Die Arbeit gliedert sich in sieben Kapitel. Nach dem ersten, einleitenden Kapitel, stellt das zweite Kapitel den theoretischen Bezugsrahmen dieser Arbeit her. Dabei wird der Begriff „Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus“ erklärt und eine Beschreibung der Zusammensetzung der Gruppe vorgenommen. Darüber hinaus wird die gesundheitliche Versorgung undokumentierter Menschen im Spannungsfeld von rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen sowie den sich daraus ergebenden Problemen beschrieben. Kapitel drei gibt einen kurzen Überblick über den derzeitigen Forschungsstand und zeigt mögliche Lösungsansätze einer verbesserten Gesundheitsversorgung auf. Das vierte Kapitel greift die Fragestellung methodisch auf und zeigt, wie mithilfe leitfadengestützter Interviews und einer anschließenden Inhaltsanalyse die notwendigen Daten erhoben und ausgewertet wurden. Die Ergebnisse dieser empirischen Untersuchung werden in Kapitel fünf vorgestellt. Die Arbeit endet mit einer Diskussion der Ergebnisse sowie der Methode vor dem Hintergrund des theoretischen Wissens und reflektiert in einem anschließenden Fazit und einem Ausblick die gewonnenen Erkenntnisse.

Auf die Unterscheidung zwischen männlicher und weiblicher Form wurde wegen der besseren Lesbarkeit verzichtet und nur die männliche Form verwendet. Diese impliziert jedoch stets auch die weibliche Form.

## 2 Hintergrund

### 2.1 Konzeptionelle Grundlagen

Um die komplexe Problematik der Lebenslagen von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in ihren Facetten besser verstehen zu können, sollen im folgenden Kapitel einige theoretische Grundlagen dargestellt werden. Eine Begriffsbestimmung der umschriebenen Gruppe soll dazu die Basis bilden, welche durch eine kurze Übersicht exemplarischer Wege in einen „irregulären“ Aufenthalt ergänzt wird. Anschließend folgt eine Beschreibung der Zusammensetzung der Zielgruppe. Der nachfolgende Abschnitt befasst sich mit der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus und erläutert diese im Spannungsfeld rechtlicher Bestimmungen. Das Kapitel schließt mit einer Analyse gesundheitlicher Probleme der Menschen ohne Papiere ab.

#### 2.1.1 Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus - Eine Begriffsbestimmung

Der Titel der vorliegenden Arbeit verwendet den Begriff: „Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus“ für die Gruppe von Zuwanderern, deren legaler Aufenthalt abgelaufen ist oder die sich in Deutschland zu keinem Zeitpunkt legal aufgehalten haben und die ohne Aufenthaltstitel oder Duldung und ohne behördliche Registrierung in Deutschland leben (vgl. Classen 2005, S. 20).

Die Definition der „Illegalität“ bezieht sich hierbei auf die rechtliche Lage, die in den jeweiligen Ländern oder durch länderübergreifende Nationalstaatenmodelle wie das Schengen-Abkommen<sup>2</sup> oder die Europäische Union bestimmt, ob und unter welchen Bedingungen Menschen bestimmter Nationalität einreisen und wie lange sie sich aufhalten dürfen (vgl. Schmitt 2007, S. 15). Unter einem „illegalen“ Aufenthalt wird im weiteren die Tatsache verstanden, dass die betreffenden Personen für den Zeitraum ihres Aufenthalts in Deutschland keine nach deutschem oder internationalem Recht in Deutschland gültigen Papiere besitzen können, die ihnen den Aufenthalt erlauben. Entscheidend ist für die Definition der beschriebenen Gruppe, dass sich die Menschen nach dem Aufenthaltsgesetz strafbar machen und fürchten müssen, aus dem Land gewiesen zu werden, wenn ihre Anwesenheit oder ihre Aktivitäten den Ausländerbehörden bekannt werden (vgl. Alt 2003, S. 20; Vogel 2008, S. 4). Durch diese Umstände besteht, wie in der folgenden Arbeit beschrieben, kein ungehinderter Zugang zu öffentlichen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung, welches das Thema relevant für die Public Health-Forschung macht.

---

<sup>2</sup> Regelungsgegenstand des Abkommens sind Ausgleichsmaßnahmen, die infolge der Abschaffung der Binnengrenzkontrollen einen einheitlichen Raum der Sicherheit und des Rechts gewährleisten sollen (vgl. Auswärtiges Amt 2009a).

Es finden sich vielfältige Begriffe, welche die Gruppe von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus beschreiben. In Deutschland sind die in der Literatur oder in den Medien am häufigsten verwendeten Begriffe Illegalisierte, was deutlich macht, dass Migranten durch sehr restriktive Ausländergesetze in Deutschland oftmals in die Illegalität gedrängt werden, „Illegale“, irreguläre oder undokumentierte Migranten, Papierlose, Zuwanderer ohne Papiere. Alle diese Bezeichnungen können durchaus kritisch hinterfragt werden. In Frankreich wird der Begriff „Sans Papiers“ (Ohne Papiere) verwendet, den sich die Gruppe der Zuwanderer selber gegeben hat. In Italien werden die Menschen ohne Papiere Clandestinos genannt. Dieses heißt so viel wie Versteckte, was im Ansatz die alltäglichen Probleme ihrer Lebenssituation beschreibt (vgl. Vogel 2003, S. 163 f.).

Aus Gründen der Lesbarkeit werden in dieser Arbeit die am häufigsten verwendeten Begriffe wie Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus, Menschen ohne Papiere, undokumentierte Migranten, Papierlose oder Illegalisierte synonym verwendet. Begrifflichkeiten wie illegale Migranten, illegal Aufhältige oder nur Illegale werden in der Wissenschaft zwar häufig verwendet, sind jedoch in so fern problematisch, als dass sie negativ besetzt sind und häufig eine Verbindung zu Kriminalität suggerieren. Der eigentliche Gesetzesbruch besteht jedoch lediglich im Übertreten der ausländerrechtlichen Aufenthaltsbestimmungen (vgl. Cyrus 2004, S. 11).

#### Problem der Abgrenzung

Durch die EU-Osterweiterung, vor allem um Bulgarien und Rumänien, halten sich nun zahlreiche Menschen mit einem legalen Aufenthaltstitel in Deutschland auf, die zuvor ohne Papiere hier gelebt haben. Um einer Arbeit nachgehen zu können, ist zwar eine Arbeitserlaubnis erforderlich und auch eine Krankenversicherung muss entweder im Heimatland oder bei einer privaten Versicherung in Deutschland abgeschlossen werden (vgl. Vogel, 2008 S. 5). Beides liegt bei vielen Personen jedoch häufig nicht vor, weshalb die Lebensumstände dieser Bevölkerungsgruppe denen der Menschen ohne Papiere ähneln. Diese Gruppe wird jedoch in der vorliegenden Arbeit nicht in die Analyse integriert. Zum Zweiten zählt die Verfasserin zu der Zielgruppe ebenso nicht die Personen, die temporär einen Aufenthaltsstatus haben oder die eine Duldung hier in Hamburg besitzen. Auch wenn ihre rechtliche und soziale Lage eine ähnliche Problematik wie die der Menschen ohne Papiere darstellt und ihre Abschiebungsdrohung nur temporär ist, sind die Personen den Ausländerbehörden jedoch bekannt. Die dritte Gruppe, die nicht Bestandteil der folgenden Analyse ist, betrifft Menschen mit gefälschten Papieren und Menschen, die falsche Identitäten mit echten Papieren angenommen haben (vgl. Vogel 2008, S. 6). Durch gute Fälschungen ist es vielen dieser Menschen möglich, sich offiziell in Deutschland an-

zumelden und ein „reguläres“ Leben hier zu führen. Auch diese Gruppe wird hier nicht zu der Gruppe undokumentierter Migranten gefasst.

Wenn in der vorliegenden Arbeit von Menschen ohne Papiere gesprochen wird, umschließt die Verfasserin hiermit vor allem die Altersgruppe von Menschen, die zum Zwecke der Arbeitssuche nach Deutschland gekommen ist. Genauso bedeutend ist jedoch auch die Gruppe von papierlosen Kindern, die z. B. hier geboren werden oder alten Menschen, die zum Zwecke der Familienzusammenführung nach Deutschland nachziehen. Berichten zu Folge stellt auch deren Gruppe eine beträchtlich hohe Anzahl dar und bedarf dringend einer eingehenderen Beleuchtung (vgl. Kreienbrink/Sinn 2006, S. 30). Aufgrund der begrenzten zeitlichen Ressourcen konnte diese Gruppe in dieser Arbeit jedoch keine besondere Beachtung finden.

### 2.1.2 Wege in einen irregulären Aufenthalt

Es gibt unterschiedliche Wege, die dazu führen, dass Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in der Bundesrepublik Deutschland leben. Durch eine fortschreitende Globalisierung gibt es eine immer größer werdende Anzahl an Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen ihre Heimat verlassen. Diese Gründe können z.B. wirtschaftliche Gründe sein. Viele, zum Teil sehr gut ausgebildete Menschen, suchen vor allem in den Großstädten anderer Länder eine Arbeitsmöglichkeit, die ihnen bessere Lebensumstände im Aufnahmeland oder nach einer Rückkehr in ihr Heimatland sichern soll (vgl. Straubhaar 2007, S.4). Auch die Sorge um die eigene Familie treibt viele Menschen in ein anderes Land, um von dort aus ihre Familie im Herkunftsland finanziell unterstützen zu können (vgl. Lederer/Nickel 1997, S. 17). Ebenso kann der Wunsch nach der Erfüllung eigener Lebensvorstellungen und -perspektiven ein ausschlaggebender Faktor für eine Migration sein. Weitere auslösende Faktoren für Migration stellen Fluchtgründe dar. Menschen fliehen aus Kriegs- und Bürgerkriegsregionen oder z. B. vor politischer, sexueller und ethnischer Misshandlung. Sie fliehen vor Verfolgung, vor Verarmung und Verelendung in ihren Herkunftsländern oder sie fliehen nach Naturkatastrophen (vgl. Schmitt 2007, S. 16).

Aus Gründen einer strengen Migrationskontrolle ist es vielen Menschen nicht möglich, eine Aufenthaltsgenehmigung oder eine Duldung in einem ihrer Zielländer zu erhalten und sie übertreten „illegal“ die Grenze. Seit einigen Jahren stellt jedoch eine weitaus größere Anzahl die Gruppe der Menschen dar, die legal in ein Land eingereist sind, z. B. mit einem Touristenvisum, um ihre Verwandten zu besuchen oder Menschen, die eine Aufenthaltsgenehmigung für die Dauer eines Studiums oder eines Arbeitsverhältnisses erhalten (vgl. Lederer/Nickel 1997, S. 17). Viele bleiben jedoch nach Beendigung des gültigen Visums in der Stadt und tauchen unter. Sie werden in Deutschland behördlich nicht mehr

erfasst und fürchten jederzeit, entdeckt und ausgewiesen zu werden. In ihre Heimatländer können oder wollen sie nicht zurückkehren, weil sie dort ihre Perspektiven nicht verwirklichen können oder ihnen ihre Lebensgrundlage entzogen wurde oder sogar Gefahr droht (vgl. Groß 2005, S. 5).

Laut Cyrus wird im Zuge der Globalisierung die „Illegalität“ oftmals nur als eine Phase des Lebens gesehen, die durch Rückkehr, Legalisierung oder anschließende Weiterwanderung abgeschlossen werden kann (vgl. Cyrus 2004, S. 3). Andere Menschen hingegen verbringen viele Jahre ihres Lebens in dieser unsicheren Lebensphase, ständig in der Angst entdeckt und ausgewiesen zu werden. Für Menschen, die diesem Druck nicht mehr standhalten können, gibt es seit einigen Jahren z. B. die Möglichkeit, an sogenannten Rückkehrerprogrammen teilzunehmen. Diese Programme sind als Lösungsansatz der Problematik durchaus kritisch zu bewerten, haben jedoch den Anspruch, Menschen bei einer Rückkehr in das eigene Land finanziell und organisatorisch zu unterstützen (vgl. IOM 2007). Anders als in anderen westlichen Industriestaaten bestehen für illegal aufhältige Migranten in der Bundesrepublik Deutschland keine Aussichten auf Legalisierung ihres Aufenthalts. Im Gegensatz zu Frankreich, den USA oder Italien hat die Bundesrepublik Deutschland bisher keine sogenannte Legalisierungsprogramme<sup>3</sup> durchgeführt (vgl. Lederer/Nickel 1997, S. 13). Faktisch kann nur durch eine Eheschließung mit einem deutschen Ehepartner oder mit einem ausländischen Partner, der einen gesicherten Aufenthaltstitel hat, ein Aufenthaltsrecht erworben werden (§§ 23, 25 AusIG).

### 2.1.3 Zusammensetzung der Gruppe „Menschen ohne Papiere“

#### **Größeneinschätzung**

Die Datenlage zur Quantifizierung der undokumentierten Menschen in Deutschland und so auch in Hamburg, ist unklar und mit zahlreichen Problemen behaftet. Da sich das Phänomen der „illegalen“ Migration seinem Status entsprechend in einer Grauzone abspielt, ist es schwierig, gesicherte Erkenntnisse und Statistiken darüber zu erhalten. Auch die Tatsache, dass der Bestand der Ausländer, der sich ohne Papiere in Deutschland aufhält, nicht stabil ist, da viele der Menschen z. B. nur als Saisonarbeiter hier leben oder ein Aufenthalt ohne Papiere nur einen vorübergehenden Zustand in ihrem Leben darstellt, lässt keine genaue Anzahl ermitteln (vgl. Worbs, Wolf, Schimany 2005, S. 7).

Nur wenige Wissenschaftler haben sich bisher mit der genauen Quantifizierung von irregulärer Migration befasst. Neben den gewonnenen Erkenntnissen qualitativer Studien

---

<sup>3</sup> Auch als Regularisierungsprogramme bezeichnet: Dabei wird illegal im Land lebenden Migrantengruppen (z.B. wenn sie eine bestimmte Dauer im Land leben) formal ein Aufenthaltsrecht zugesprochen.

über die Lebenssituationen von Menschen ohne Papiere fehlt es der deutschen Forschung an validen Größeneinschätzungen. Hierdurch kann auch das Ausmaß des Bedarfs an gesundheitlicher Versorgung nicht genau eingeschätzt werden, wodurch eine bedarfsgerechte Versorgung schwierig zu erstellen ist. Um genaue Zahlen ermitteln zu können, müsste gewährleistet sein, dass sowohl die Flussgrößen der Zu- und Abgänge in die/aus der Illegalität in einem bestimmten Zeitraum bekannt sind, als auch der Bevölkerungsbestand zum Ausgangszeitpunkt (vgl. Lederer 2004, S. 183).

Um Schätzwerte zu ermitteln, werden Statistiken der Kontrollbehörden genutzt wie z.B. Aufgriffe bei unerlaubter Einreise, Tatverdächtige ohne Aufenthaltsstatus, Verfahren wegen illegaler Beschäftigung sowie die Anzahl der Abschiebungen. (vgl. Vogel 1999 S. 74 ff.). Auch Daten von nicht-staatlichen Stellen werden erhoben (z.B. Statistiken der Migranten-Beratungsstellen), bei denen Menschen Hilfe suchen und von denen Anhaltspunkte hinsichtlich der Lebensumstände von Menschen ohne Papiere gewonnen werden könnten. Jedoch stellen diese Zahlen nur einen Teil der Realität dar, denn es können nur Aussagen über die Menschen getroffen werden, die diese Angebote aufsuchen oder die von den Behörden erfasst wurden. Unbekannt bleibt dagegen das sogenannte Dunkelfeld der Illegalität (vgl. Lederer/Nickel 1997, S. 38). Auch die Qualität der vorliegenden Informationen ist gering und oft ungenau. Bisher publizierte Zahlen zur Schätzung der Größenverhältnisse basieren oft auf Schätzungen ohne solide Grundlage. Verwendete Begriffe und Kategorien können oft nicht genau voneinander abgegrenzt oder zugeordnet werden. Auch die Registrierung von Daten mehrerer Behörden kann zu mehrfacher Erfassung führen.

Trotz dieser Schwierigkeiten werden in der Öffentlichkeit immer wieder Zahlen genannt. Nach Expertenschätzungen, auf teilweise unklarer Grundlage, geht man von einer Zahl zwischen 500.000 und einer Million Menschen ohne Aufenthaltsstatus, die vor allem in den Großstädten Deutschlands leben, aus (vgl. Cyrus 2008, S. 39). Eine der am häufigsten zitierten Zahl ist Jörg Alts Äußerung, in der er von „mehr als einer Million illegaler Migranten“ in der Bundesrepublik ausgeht (vgl. Alt 1999, S. 48 ff.). Für die Stadt Hamburg steht seit Jahren eine Zahl von 50.000 bis zu 100.000 Menschen ohne Papiere im Raum. Durch die aktuelle Forschung zu diesem Themenfeld scheinen diese Werte jedoch überholt. Die fortschreitende Globalisierung mag zwar zu einer steigenden Zahl an Migranten und somit auch an irregulären Menschen führen, jedoch stellen Wissenschaftler nach neuesten Schätzungen eindeutig rückläufige Zahlen fest, wie die folgende Tabelle am Beispiel der Migration aufzeigt (vgl. Vogel 2009, S. 1; Cyrus 2008, S. 11).

Jahr	Zuzüge			Fortzüge			Wanderungssaldo Zuzugs-/bzw. Fortzugs- überschuss	
	Gesamt	Dar. Aus- länder	Anteil in %	Gesamt	Dar. Aus- länder	Anteil in %	Gesamt	Dar. Aus- länder
1991	<b>1,198,978</b>	925.345	77.2	<b>596,455</b>	497,540	83.4	<b>+602,523</b>	+427,805
1992	<b>1,502,198</b>	1.211.348	80.6	<b>720,127</b>	614,956	85.4	<b>+782,071</b>	+596,392
1993	<b>1,277,408</b>	989.847	77.5	<b>815,312</b>	710,659	87.2	<b>+462,096</b>	+279,188
1994	<b>1,082,553</b>	777.516	71.8	<b>767,555</b>	629,275	82.0	<b>+314,998</b>	+148,241
1995	<b>1,096,048</b>	792.701	72.3	<b>698,113</b>	567,441	81.3	<b>+397,935</b>	+225,260
1996	<b>959,691</b>	707.954	73.8	<b>677,494</b>	559,064	82.5	<b>+282,197</b>	+148,890
1997	<b>840,633</b>	615.298	73.2	<b>746,969</b>	637,066	85.3	<b>+93,664</b>	-21,768
1998	<b>802,456</b>	605.500	75.5	<b>755,358</b>	638,955	84.6	<b>+47,098</b>	-33,455
1999	<b>874,023</b>	673.873	77.1	<b>672,048</b>	555,638	82.7	<b>+201,975</b>	+118,235
2000	<b>841,158</b>	649.249	77.2	<b>674,038</b>	562,794	83.5	<b>+167,120</b>	+86,455
2001	<b>879,217</b>	685.259	77.9	<b>606,494</b>	496,987	81.9	<b>+272,723</b>	+188,272
2002	<b>842,543</b>	658.341	78.1	<b>623,255</b>	505,572	81.1	<b>+219,288</b>	+152,769
2003	<b>768,975</b>	601.759	78.3	<b>626,330</b>	499,063	79.7	<b>+142,645</b>	+102,696
2004	<b>780,175</b>	602.182	77.2	<b>697,632</b>	546,965	78.4	<b>+82,543</b>	+55,217
2005	<b>707,352</b>	579.301	81.9	<b>628,399</b>	483,584	77.0	<b>+78,953</b>	+95,717
2006	<b>661,855</b>	558.467	84.4	<b>639,064</b>	483,774	75.7	<b>+22,791</b>	+74,693
2007	<b>680,766</b>	574.752	84.4	<b>636,854</b>	475,749	74.7	<b>+43,912</b>	+99,003

**Tabelle 1: Zu- und Fortzüge über die Grenzen Deutschlands von 1991 bis 2007**

Quelle: BAMF 2007, S. 17

Auch die in dieser Arbeit befragten Experten gehen von einem Sinken der Anzahl „Illegalisierter“ für die Stadt Hamburg aus. In Europa sieht das Hamburgische Weltwirtschaftsinstitut (HWWI) einen abnehmenden Umfang der Zahlen. Nach Schätzungen des HWWI gibt es in der Europäischen Union (EU) zwischen 2,8 und 6 Millionen Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus. Diese Zahl liegt deutlich unter der bisher in der EU angenommenen Größenordnung von 4,5 bis 8 Millionen, die für das Jahr 2005 errechnet wurde. Erste Trendanalysen zeigen zudem, dass der Umfang illegalen Aufenthalts seitdem eher abgenommen als zugenommen hat (vgl. HWWI, 2009). Ein Grund hierfür könnte im Rückgang der in der polizeilichen Kriminalstatistik als illegal eingestuftem Tatverdächtigen sein (vgl. BKA 2007, S. 116). Ein weiterer Grund könnte in der EU-Osterweiterung vor allem um Rumänien und Bulgarien liegen. Durch die Erweiterung wurde der Aufenthalt von Staatsangehörigen dieser Länder, die sich vorher illegal in Deutschland aufgehalten haben, in den meisten Fällen aufenthaltsrechtlich legalisiert, auch wenn diese EU-Bürger oftmals ähnlichen Lebensbedingungen wie Menschen ohne Papiere gegenüberstehen (vgl. Vogel 2009, S. 1). Ebenso wird nach Aussage einiger befragter Experten die Weltwirtschaftskrise das Finden einer Arbeitsstelle zur Existenzsicherung in Deutschland und die ehrenamtliche Unterstützung von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus immer schwerer machen. Deutschland ist nach Aussage eines Experten heute für viele nicht

mehr der verlässliche Arbeitsort, um genügend Geld für den eigenen Lebensunterhalt und die Mitfinanzierung anderer Familienmitglieder im Heimatland zu verdienen, was sich in den Zahlen derer, die hier ohne Papiere leben und arbeiten, niederschlägt.

### **Zusammensetzung**

#### Geschlecht

Das Geschlechterverhältnis steht in einem engen Verhältnis mit den Beschäftigungsmöglichkeiten, die sich z. B. in einer Stadt bieten. So sind beispielsweise Frauen auf Grund der hohen Nachfrage nach Haushaltshilfen eher in westdeutschen Städten vertreten. Männer scheinen insgesamt etwas mehr als Frauen in der Illegalität zu leben und gehen vor allem Beschäftigungen im Baugewerbe nach (vgl. Sinn et al. 2005, S. 9). Ein Sonderfall ist die Zwangsprostitution, die hauptsächlich Frauen betrifft.

#### Alter

Bei der Altersstruktur liegt der Schwerpunkt zwischen 20 und 40 Jahren (vgl. Sinn et al. 2005, S. 9). Jedoch befinden sich nach wissenschaftlichen Erkenntnissen auch ältere Menschen, die z. B. zur Familienzusammenführung nach Deutschland gereist sind und eine nicht zu vernachlässigende Anzahl von Kindern ohne Papiere in Deutschland. Dieses Thema wird von einigen Studien aufgegriffen und als eine deutlich wahrzunehmende Problematik beschrieben, da deren Gesundheitszustand oftmals schlechter ist als der junger gesunder Erwachsener im Haupterwerbsalter (vgl. Alt 2003 in Vogel 2009, S. 4).

#### Nationale Zusammensetzung

Die Herkunftsländer der Menschen, die sich zu einem irregulären Aufenthalt in Deutschland entschieden haben, sind sehr unterschiedlich. Doch ein Zusammenhang zwischen der Zusammensetzung der irregulären Migranten nach Herkunftsländern bzw. Staatsangehörigkeit und einer legalen Migration aus den Ländern, die nicht zur EU gehören, ist wahrscheinlich (vgl. Sinn et al. 2005, S. 60). Denn schon in Deutschland lebende Familienangehörige, Freunde oder Bekannte, können die ersten Anlaufstellen von Menschen ohne Papiere werden. Dennoch kann man nicht von einer gleichen Verteilung ausgehen.

### **2.1.4 Lebenslagen**

Der illegale Aufenthaltsstatus prägt das Leben der Menschen ohne Papiere in vielen Alltagssituationen. Die unsichere Lebenssituation und der erschwerte Zugang zur medizinischen Versorgung können z. B. zu einem erhöhten Risikoprofil der Menschen führen (vgl. Razum et al. 2008, S. 62). Oftmals ist die Vorstellung einer Rückkehr in das Heimatland mit großen Ängsten und psychischer Belastung verbunden. Die fehlende oder als unmög-

lich wahrzunehmende Möglichkeit, Rechtsansprüche gegenüber Dritten geltend machen zu können, belastet viele Menschen ohne Papiere. Sie sind erpressbar und werden besonders ausgebeutet. Das führt zu besonders ungünstigen und ungesunden Arbeits- und Wohnverhältnissen. (vgl. Vogel 2008, S. 4). Auch ein Kindergarten- oder Schulbesuch kann sich als eine schwierige Situation erweisen. Als weitere problematische Lebenslagen haben sich Krankheiten, Unfälle, sowie Schwangerschaften und deren Versorgung herausgestellt. Auf die soll im folgenden Kapitel näher eingegangen werden (vgl. Vogel 2008, S. 6).

## **2.2 Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere**

### **2.2.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen**

Zum grundsätzlichen Verständnis der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere sollen im anschließenden Kapitel einige grundlegende Gesetze des Sozialrechts in Abhängigkeit von der aufenthaltsrechtlichen Situation der Personen beschrieben werden.

Lange Zeit wurde das Thema Menschen ohne Papiere und ihre soziale Lage nur aus ordnungspolitischer Sichtweise betrachtet. Von staatlichem Interesse war hierbei die Regulierung einer effektiven Migrationskontrolle. Erst seit den letzten Jahren bildet sich eine verstärkt menschenrechtsorientierte Betrachtung der Lebenslagen von Migranten. Die Frage, wie der staatliche und (zivil-)gesellschaftliche Umgang mit dieser Personengruppe gestaltet werden kann, lässt sich inzwischen nicht mehr ignorieren und wird zwangsläufig in den unterschiedlichsten Politikbereichen gefunden (vgl. Cyrus 2004, S. 8).

#### **UN- Menschenrechte**

Die von der UNO 1948 erklärten Menschenrechte räumen jedem Menschen einen Anspruch auf ärztliche Versorgung ein. Die Bundesrepublik Deutschland hat sich in ihrem Grundgesetz zu diesen Rechten bekannt. Diese haben einen höheren Rang als die staatlichen Rechtsregeln zur Migrationskontrolle. Sie sind grundsätzlich statusunabhängig und gelten daher auch uneingeschränkt für Menschen ohne Papiere in Deutschland (vgl. DIM 2008, S. 6).

Auszug aus dem Grundgesetz:

Artikel 1:

Die Würde des Menschen unantastbar.  
Sie zu achten und zu schützen ist  
Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.

Artikel 2:

Jeder hat das Recht auf Leben  
und körperliche Unversehrtheit.

Artikel 3:

Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich.

### **UN-Sozialpakt**

Ebenso besagt Artikel 12 Absatz 1 des UN-Sozialpaktes, an den Deutschland seit 1973 gebunden ist, „*dass die Staaten das Recht auf Gesundheit als das Recht eines jeden Menschen auf das für ihn bzw. sie erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit anerkennen*“. Dieses verpflichtet den Staat, die Voraussetzungen zu schaffen und die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, die für eine Person „*im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen*“ (vgl. Auswärtiges Amt 2009b).

### **Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)**

Anspruchsberechtigt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) sind „*Asylbewerber sowie Ausländer mit einer Duldung, aber auch sonstige ,ausreisepflichtige Ausländer, die sich mit oder ohne Kenntnis der Behörden, mit abgelaufenem Aufenthaltstitel, Grenzübertrittbescheinigung usw. oder ganz ohne Papiere ,illegal‘ hier aufhalten*“ (§1 Abs. 1 Nr. 5 AsylbLG). Diesem Gesetz zur Folge haben auch Menschen ohne Papiere einen zentralen Rechtsanspruch auf medizinische Versorgung. Dieser ist jedoch eingeschränkt auf eine Versorgung bei akuten und schmerzhaften Erkrankungen, bei Schwangerschaft, Impfungen und im begrenzten Umfang in der Bereitstellung von Heil- und Hilfsmitteln Chronische Erkrankungen und Behinderungen werden nur behandelt, wenn akute Schmerzzustände hinzukommen. Die Zahnversorgung ist ebenso eingeschränkt (vgl. AsylbLG, §§ 4 und 6). Die Einbindung in eine gesundheitliche Regelversorgung steht den Betroffenen nicht zur Verfügung, geschweige denn gesundheitliche Präventionsangebote oder Vorsorgeleistungen.

### **Übermittlungspflichten gemäß § 87 Abs. 2 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) / § 76 Ausländergesetz (AuslG): Denunziationsparagraf**

Auch wenn rechtlich der Anspruch auf Gesundheitsversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz für Menschen ohne Papiere besteht, zeigt die Realität jedoch, dass die Betroffenen diesen Rechtsanspruch nicht ungehindert wahrnehmen können, da damit die Gefahr einer Offenlegung ihrer persönlichen Daten und des Aufenthaltsstatus verbunden ist (vgl. DIM 2008, S. 10). Denn um die Leistungen des Gesetzes im Krankheitsfall in Anspruch nehmen zu können, bedarf es zur Kostenübernahme der erbrachten Leistung

durch einen Arzt der Einschaltung des Sozialamtes. Gemäß § 87 Abs. 2 des seit 1.1.2005 geltenden, das frühere Ausländergesetz ersetzenden Aufenthaltsgesetzes, sind jedoch öffentliche Stellen wie das Sozialamt zur Datenübermittlung an die zuständige Ausländerbehörde verpflichtet, wenn ihnen bekannt wird, dass eine behandelte Person keinen legalen Aufenthaltsstatus hat (vgl. BMI 2007, S. 25; Fodor 2001, S. 173). Durch diese Meldung droht den Betroffenen jedoch in der Regel die Abschiebung, sofern nicht gleichzeitig nachgewiesen wird, dass die zu behandelnde Erkrankung ein Abschiebehindernis darstellt (z. B. das Herkunftsland verweigert eine Rücknahme, fehlende Verkehrsverbindung, Abschiebestopp für das betreffende Land, Mutterschutzfrist, etc.), oder *„wenn eine schwere akute oder chronische Erkrankung eine unabweisbare stationäre medizinische Akutversorgung erforderlich macht und deshalb ärztlicherseits Reiseunfähigkeit bescheinigt werden muss“* (vgl. Classen 2009, S. 10).

Auch sehen Hilfesuchende möglicherweise die Gefahr, dass ihre Daten auch von Ärzten, Krankenhäusern oder anderen Versorgungseinrichtungen direkt an die Ausländerbehörde weitergeleitet werden, weil diese glauben, dazu verpflichtet zu sein oder sich davon die Absicherung der Behandlungskosten versprechen. Menschen ohne Papiere scheuen dadurch den Gang zum Arzt oder ins Krankenhaus, bis eine Behandlung oftmals unumgänglich ist. § 88 Abs. 1 AufenthG legt jedoch fest, dass eine *„Übermittlung personenbezogener Daten und sonstiger Angaben nach § 87 unterbleibt, soweit besondere gesetzliche Verwendungsregelungen dem entgegenstehen“* (Deutsches Ausländerrecht, 2005, S.56). Dies trifft auch für die ärztliche Schweigepflicht nach § 9 der (Muster)-Berufsordnung für die deutschen Ärzte zu (Bundesärztekammer 2006, S.11), auf die sich Ärzte oder z.B. auch Krankenhausverwaltungen berufen können, *„wenn der Schweigeverpflichtete das Geheimnis nach § 203 Abs. 1 StGB in seiner beruflichen Funktion erfahren hat“* (Groß 2005, S. 10). Niedergelassene Praxen und Krankenhäuser, die diese Menschen trotzdem versorgen, müssen entstehende Kosten selbst tragen, wollen sie ihre Patienten vor einer Weiterleitung der Daten durch das Sozialamt schützen. Bei schwerwiegenderen Erkrankungen stoßen sie jedoch damit schnell an die Grenzen des Finanzierbaren wie auch des Erlaubten (vgl. Anderson 2003, S. 36).

Das größte Hindernis in der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Papiere stellt nach Erfahrung der Fachleute vor allem die behördliche Übermittlungspflicht öffentlicher Stellen dar. Menschenrechtsorganisationen sowie andere engagierte Organisationen fordern deshalb die Abschaffung der Übermittlungspflichten, welche im Bereich der gesundheitlichen Versorgung in dieser Form unter den anderen europäischen Staaten einmalig ist<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Im italienischen Senat wird die Einführung eines Artikels zur Wiedereinführung der Meldepflicht diskutiert (vgl. DiePresse.com 2009).

### § 96 AufenthG bzw. § 92a AuslG: Schlepperparagraph

Aus ärztlicher und behördlicher Sicht besteht eine Unsicherheit hinsichtlich der Strafbarkeit für die Behandlung oder Beratung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Sie befürchten, dass sie mit dem Gesetz in Konflikt geraten, wenn sie Menschen ohne legalen Aufenthaltstatus beraten oder behandeln. Relevant ist hier § 96 AufenthG („Schlepperparagraph“). Ihm zufolge wird mit einer Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft,

*„wer einen anderen zu einer der in § 95 AufenthG (illegaler Aufenthalt) bezeichneten Handlungen anstiftet oder ihm dazu Hilfe leistet und*

- 1. dafür einen Vermögensvorteil erhält oder sich versprechen lässt oder*
- 2. wiederholt oder zugunsten von mehreren Ausländern handelt.“*

„Anstiftung“ läge vor, wenn Ärzte ihre Patienten vorsätzlich dazu veranlassen würden, sich illegal in Deutschland aufzuhalten. „Beihilfe“, wenn es Zweck der medizinischen Behandlung wäre, den illegalen Aufenthalt zu ermöglichen, zu erleichtern, zu intensivieren oder abzusichern (vgl. Deutsches Ausländerrecht 2005, S. 63).

Vielfach ist jedoch schon herausgestellt worden, dass Ärzte sowie alle anderen im medizinischen und psychosozialen Sektor tätigen Personen nicht wegen Beihilfe zum illegalen Aufenthalt belangt werden können (vgl. Groß 2005, S. 12). Der Deutsche Ärztetag hat in den vergangenen Jahren zum wiederholten Male den Sachverhalt unterstrichen, dass Ärzte dazu verpflichtet sind, Menschen unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus zu behandeln (vgl. Mitrovic 2009, S. 13).

Die Hamburger Ärztekammer hat nach Berliner Vorbild ein Faltblatt herausgegeben, das über die Rechtslage von Ärzten informiert. Darin wird festgehalten, dass sie keine Meldepflicht haben und dass die Weitergabe von Daten an die Polizei oder die Ausländerbehörde die ärztliche Schweigepflicht verletzt (vgl. Ludwig 2008). Verpflichtet zur Datenübermittlung sind ausschließlich öffentliche Stellen. Außerdem widerlegt die Ärztekammer die Auffassung, dass Ärzte sich strafbar machen, wenn sie Menschen ohne Aufenthaltsstatus behandeln. Dazu zitiert sie den Bericht des Bundesministeriums des Innern zum Prüfauftrag „Illegalität“: *„Medizinische Hilfe zugunsten von Illegalen wird nicht vom Tatbestand des § 96 Abs. 1 Nr. 2 Aufenthaltsgesetz erfasst. Ärzte und sonstiges Personal, das medizinische Hilfe leistet, machen sich nicht strafbar“* (BMI 2007, S.45).

## 2.2.2 Gesundheitliche Probleme von Menschen ohne Papiere

Betrachtet man Aussagen von Ärzten bisher durchgeführter Studien, fällt auf, dass sich das Spektrum der Erkrankungen nicht wesentlich von dem der „Einheimischen“ unterscheidet. Zum Zeitpunkt der Einreise in ein Land wird angenommen, dass der Gesundheitszustand von Migranten ohne Papiere sogar, ähnlich wie bei Migranten mit gültigen Aufenthaltspapieren, vergleichsweise gut ist, da dieses Phänomen eine erfolgreiche Migration unterstützt<sup>5</sup> (vgl. Razum et al. 2008, S. 62). Dennoch gehen Wissenschaftler davon aus, dass die unsichere Lebenslage, oftmals beengende Wohnverhältnisse, hohe Arbeitsbelastungen und der erschwerte Zugang zur Gesundheitsversorgung ein erhöhtes Krankheitsrisiko für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus darstellen (vgl. Razum et al. 2008, S. 62). Ärzte berichten, dass Menschen ohne Papiere, wenn überhaupt, erst sehr spät ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Wie der Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität feststellt, *„wird dabei oft nicht nur die Chance einer frühzeitigen Diagnose und Behandlung vertan. Auch drohen durch Hinauszögern eines Arztbesuchs, die Krankheitsverläufe schwerer und chronisch zu werden“* (DIM 2008, S. 10). Ebenso werden strukturelle Defizite einer adäquaten Gesundheitsversorgung für diese Menschen festgestellt. Dies betrifft insbesondere die Vorsorge, periodisch stattfindende Untersuchungen, längerfristige Hilfen (wie etwa bei Schwangerschaften) und chronische Erkrankungen (vgl. DIM 2008, S. 13).

## 2.2.3 Gesundheitsversorgung

Neben der auf Eigeninitiative Einzelner beruhenden Versorgung im ambulanten und stationären Bereich haben sich in Deutschland, vor allem in Großstädten, parallele nichtstaatliche Strukturen medizinischer Hilfe und Beratung entwickelt. Sie vermitteln Papierlose an Ärzte aller Fachrichtungen, Zahnärzte, Hebammen oder Krankengymnasten, die sie kostenfrei behandeln (vgl. Heck 2008, S. 112). Zu erwähnen sind hier insbesondere die Büros der medizinischen Flüchtlingshilfe sowie die Anlaufstellen der Malteser Migranten Medizin, die mittlerweile in zahlreichen Städten ihre Leistungen anbieten. Und obwohl die Bedeutung dieser Organisationen außerordentlich wichtig ist, gehen Experten davon aus, dass nur ein Bruchteil der Zielgruppe tatsächlich über diese Hilfsangebote erreicht und abgedeckt wird (vgl. Wiesner et al. 2008, S. 6). Aus dem im November 2007 veröffentlichten Bericht: *Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland - Ihr Recht auf Gesundheit*, geht hervor, dass immer noch ein großer Anteil der Menschen ohne Papiere aus Angst vor Aufdeckung und Ausweisung Hilfen aus eigenen Communitys in Anspruch

---

<sup>5</sup> Healthy migrant effect: „Phänomen des gesunden Migranten“. Es migrieren oft besonders gesunde Menschen. Der Vorteil zeigt sich meist noch Jahre nach der Migration trotz der ungünstigen sozioökonomischen Bedingungen, unter denen Migranten oft leben. (vgl. Razum 2006, S. 255).

nehmen, bevor sie öffentliche Angebote annehmen. Dieses umfasst häufig Möglichkeiten wie z. B. das Konsultieren eines persönlich bekannten, umsonst helfenden Arztes, oder z. B. über das Ausleihen der Krankenkassenkarte einer anderen Person, ärztliche Behandlung erhalten zu können (vgl. Münz et al. 2001, S. 84).

#### 2.2.4 Probleme und Barrieren der gesundheitlichen Versorgung

Die tatsächliche Nutzung von medizinischen Diensten und Einrichtungen des Gesundheitswesens zählt für viele Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus zu den am schwierigsten zu lösenden Problemen. Denn die Angst vor einer anschließende Meldung ihrer Person durch öffentliche Stellen (§ 76 AuslG) und gar einer folgenden Abschiebung lässt sie vor einer Inanspruchnahme zurückschrecken (vgl. Münz et al. 2001, S. 83).

Probleme und Barrieren lassen sich ebenso durch bisher durchgeführte Studien im Bereich der Kostenerstattung sehen. Arztpraxen und andere Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung müssen auf eine Kostenerstattung verzichten, wollen sie eine Datenweiterleitung der Menschen ohne Papiere verhindern. Es besteht somit eine gewisse Abhängigkeit vom Wohlwollen agierender Ärzte, um medizinische Behandlung zu einem vergünstigten Preis oder unentgeltlich in Anspruch nehmen zu können (vgl. Krieger/Ludwig 2006, S. 30). Da die errichteten Netzwerke zur medizinischen Versorgung „irregulärer“ Migranten größtenteils auf ehrenamtlicher Basis und mittels privater Spendenfinanzierung agieren, kann Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus hier keine verlässliche und ausreichende Versorgungsstruktur geboten werden (vgl. Wiesner et al. 2008, S. 6).

Genauso wird die Arbeit der agierenden Akteure in einer rechtlichen Grauzone als problematisch empfunden, welche eine adäquate Hilfe der Betroffenen oftmals durch Unwissenheit oder Unsicherheit über Rechte oder Pflichten erschwert (vgl. Wiesner et al. 2008, S. 6). Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass die gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsgenehmigung extrem erschwert ist. Die Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität fordert deshalb in ihrem Bericht, dass mit der sozialen Realität in adäquater Weise umgegangen werden muss und nicht nur rein rechtlich, sondern auch faktisch ein Zugang zur gesundheitlichen Versorgung durch Menschen ohne Papiere in Form einer Einbindung in die Regelversorgung gewährleistet werden muss (vgl. DIM 2008, S. 20).

## 3 Derzeitiger Forschungsstand

### 3.1 Überblick bisheriger Studien

Die Forschungstradition im Bereich der Migration ist in Deutschland noch jung. Im Unterschied zu anderen europäischen Ländern wie Großbritannien und den Niederlanden ist das Interesse an wissenschaftlichen Studien über die Lebenslagen von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland erst seit Mitte der 90er Jahre aufgekommen (vgl. Mitrovic 2009, S. 14). Unser empirisches Wissen über die Situation irregulärer Migranten in Deutschland beruht vor allem auf Studien anderer Städte. Die Arbeiten von Jörg Alt bieten bisher noch immer die umfassendste Analyse zur Situation von Menschen ohne Papiere in Deutschland und geben einen ausführlichen Überblick über deren Lebenslage, über Probleme und Barrieren, die sich in diesem Kontext ergeben, sowie politische Lösungsstrategien zum Thema Illegalität.<sup>6</sup> Durch Arbeiten wie diese ist die sozial-ethische Dimension in der Migrationsarbeit überhaupt ins Blickfeld gerückt worden, sowie eine Grundlage für engagierte, menschenrechtsorientierte Arbeit vieler kirchlicher, sozialer und politischer Gruppen und Initiativen geschaffen worden (vgl. Anderson 2003, S. 11).

Auch die Studien anderer Städte wie Köln, Frankfurt, München oder Bremen beschreiben und analysieren die Umstände, in denen sich Migranten ohne Papiere bewegen und tragen somit zu einer erhöhten Aufmerksamkeit der Thematik in der öffentlichen Diskussion der Bundesrepublik bei. Exemplarisch sind hier die Studien von Alscher/Münz et al. (2001) zu Berlin, Anderson (2003) zu München, Krieger/Ludwig et al. (2006) zu Frankfurt, Bommers/Wilmes (2007) zu Köln und Wiesner et al. (2008) zu Bremen zu nennen. Die Situation größerer Städte ist nach Aussagen der AKI-Forschungsbilanz<sup>7</sup> besser untersucht als die in kleineren Städten oder auf dem Land (vgl. Schönwälder et al. 2004, S. 17).

Schwerpunkte dieser Arbeiten bilden meist die Themen Wohnsituation, Arbeitssituation, Gesundheitslage und Situation von Kindern (vgl. Vogel/ Aßner 2009, S. 4). Je nach Studie variiert der Fokus, der auf der jeweiligen wissenschaftlichen Arbeit liegt. Das Themenfeld Gesundheit bildet hingegen in jeder dieser Arbeiten einen relevanten Schwerpunkt. Die Bremer Studie aus dem Jahre 2008<sup>8</sup> oder z. B. der Bericht der Arbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität aus dem Jahre 2008<sup>9</sup>, widmen sich ausschließlich der bedeutsamen Fragestellung der Gesundheitsversorgung papierloser Menschen.

---

<sup>6</sup> z. B. Alt 1999, 2003

<sup>7</sup> AKI: Arbeitsstelle Interkulturelle Konflikte und Gesellschaftliche Integration

<sup>8</sup> Wiesner et al. 2008

<sup>9</sup> Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität 2007

Auch in Hamburg wird voraussichtlich im September 2009 eine Studie zur Situation von Menschen ohne gültige Papiere vorgestellt. Das Diakonische Werk Hamburg hat in Kooperation mit der Nordelbischen Kirche und der Dienstleistungsgewerkschaft Ver.di eine Studie in Auftrag gegeben, mit der die Lebenssituation von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere in Hamburg untersucht werden soll. Im Rahmen der Studie werden seriöse Schätzzahlen zur Zahl der „Illegalen“ in Hamburg erarbeitet, spezifische Problemlagen in den Bereichen Gesundheitsversorgung, Kinder / Schule / Kitas und Arbeit untersucht, sowie Handlungsbedarfe identifiziert und Handlungsvorschläge entwickelt (vgl. Diakonisches Werk 2009). Auch in dieser Studie wird der Bereich der Gesundheitsversorgung eine bedeutende Stellung einnehmen. Die vorliegende Arbeit bildet eine wertvolle Ergänzung hierzu.

Neben den erwähnten „Städtestudien“ beleuchten weitere wissenschaftlichen Untersuchungen und Praxisberichte der letzten Jahre soziale Situationen von Menschen ohne Papiere, rechtliche und politische Rahmenbedingungen, sowie staatliche Ansätze im Umgang mit „Illegalität“. Wichtige Arbeiten stellen in diesem Zusammenhang beispielsweise die Studien von Norbert Cyrus, Dita Vogel, Ralf Fodor oder Klaus Bade dar.<sup>10</sup> Auch von Seiten der Regierung wird das Thema aufgegriffen, was z. B. in einem Bericht des Bundesministeriums des Innern über „Illegal aufhältige Migranten in Deutschland“ Niederschlag findet.<sup>11</sup> Weiterhin sind Studien zu finden, die sich mit einem staatlichen Interesse an Kontrolle und Begrenzung der Migrationsströme befassen (vgl. Schönwälder et al. 2004, S. 17). Eigene politische Überzeugungen bei der Themenwahl spielen in diesem Zusammenhang eine durchaus mögliche Rolle. Dabei versuchen einige Wissenschaftler, möglichst einen Beitrag zu einer restriktiven Migrationsarbeit zu vermeiden, indem sie in ihrer Forschungsarbeit unter Umständen bestimmte Tatbestände (Migrationswege, Strategien zur Vermeidung von Entdeckung) nicht, oder nicht vollständig veröffentlichen (vgl. Schönwälder et al. 2004, S. 17).

Es liegen keine gesonderten wissenschaftlichen Studien über die gesundheitliche Lage und den Versorgungsbedarf undokumentierter Frauen vor. Diese stellen in vielen Bereichen eine besondere Situation dar (vgl. Boos-Nünning 2004, S. 5). Die fehlende Gesundheitsversorgung und die Zugangsbarrieren zu öffentlichen Gesundheitseinrichtungen können undokumentierte Frauen, im Besonderen bei Schwangerschaft und Geburt, in eine existenzbedrohende Situation bringen. Die meisten bisherigen empirischen Arbeiten erwähnen die Lage der Frauen ohne Papiere – insbesondere die der schwangeren Frauen – nur im Rahmen einer allgemeinen Beschreibung der Gesundheitsversorgung undoku-

---

<sup>10</sup> Diese Autoren sollen nur exemplarisch genannt werden. Zu einer differenzierteren Betrachtung des derzeitigen Standes der Forschung siehe das Literaturverzeichnis der vorliegenden Arbeit und den Anhang des Berichtes der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität, S. 39, ff.

<sup>11</sup> Bundesministerium des Innern 2007

mentierter Migranten. Zusätzlich befassen sich einige Studien mit dem Aspekt der Prostitution (vgl. Anderson 2003; Alt 2003; Krieger et al. 2006).

### **Ergebnisse der Studien**

Ergebnisse, wie die Beschreibung der Gruppe von Migranten ohne Aufenthaltsstatus, deren Anzahl, Gesundheitsproblematiken und -versorgung, welche schon im theoretischen Teil dieser Arbeit durch wissenschaftliche Erkenntnisse aufgeführt wurden, sollen hier nicht wiederholt werden und sind in Kapitel 2.2 nachzulesen.

Die Schwerpunkte der „Städte-Studien“ werden wie folgt in einer tabellarischen Zusammenfassung aufgezeigt.

Quelle	Leipzig (Alt 1999)	Berlin (Alscher, Münz et al. 2001)	München (Anderson 2003)	Bonn (Pater 2006)	Frankfurt (Krieger, Ludwig et al. 2006)	Köln (Bommers, Wilmes 2007)	Bremen (Wiesner, Schmidt, Bergmeyer, Bruckermann, 2008)
Empirische Grundlagen	Qualitative Studie: Interviews, Einzel-fallanalysen, Behördendaten, eigene Beobachtungen	Qualitative Studie: Interviews, Behördendaten	Qualitative Studie: Interviews und Diskussionsrunden	Interviews Kein wissenschaftlicher Anspruch	Qualitative Studie: Interviews, Fragebogenumfrage bei Organisationen	Qualitative Studie: Interviews, graue Literatur	Qualitative Interviews, Fragebögen mit qualitativen und quantitativen Fragen
Fokus	Probleme der Illegalität aus Sicht der Betroffenen und aus Sicht der aufnehmenden Gesellschaft	Erfassung der Lebenslagen, ausformulierte Politikempfehlungen	Erfassung der Lebenslagen, Entwicklung von Politikempfehlungen	Veranschaulichung von Lebenslagen	Erfassung der Lebenslagen, Erfassung des institutionellen Umgangs mit Illegalität, Handlungsempfehlungen	Erfassung der Lebenslagen, Entwicklung von Politikempfehlungen	Gesundheitsversorgung, Lösungsmöglichkeiten
Bereiche	Arbeit, Gesundheit, Wohnen, Verhaltensstrategien (Wohnen, Freizeit, Ehe)	Arbeit und Sexarbeit, Gesundheit, Wohnen, Schulbesuch	Gesundheit, Arbeit, Wohnen, Behörden	Arbeit, Gesundheit, Wohnen, Erziehung	Gesundheit, Arbeit, Wohnen, Erziehung, Behörden	Gesundheit, Arbeit, Wohnen, Erziehung, Behörden	Gesundheit
Anzahl der Interviews	273, dar. 196 Experten/Innen und 77 Betroffene	11, dar. 6 Experten/Innen, 5 Betroffene	84, dar. 39 Experten/Innen, 22 Betroffene	13 Betroffene	68, dar. 46 Experten/Innen, 22 Betroffene	28, dar. 15 Experten/Innen, 13 Betroffene	Rücklauf: 143 niedergelassene Ärzte/Innen

**Tabelle 2: Übersicht exemplarischer Studien**

Quelle: Vogel/ Aßner 2009, S. 5; Eigene Abänderung und Ergänzung

### 3.2 Diskutierte Lösungsansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung

Die meisten wissenschaftlichen Arbeiten über die Lebenslagen von Migranten in Städten wie Köln, München, Frankfurt oder Berlin zeigen einen deutlichen Handlungsbedarf im Feld der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Momentan wird dieser Bedarf von engagierten Ärzten, im begrenzten Maße auch vom Öffentlichen Gesundheitsdienst, sowie von Mitarbeitern der Wohlfahrtsverbände und Initiativen auf ehrenamtlicher Basis getragen. Das zumeist ehrenamtliche Engagement dieser Initiativen und Organisationen zeigt jedoch deutliche Grenzen in der Behandlung „Papierloser“. Zum Zweck einer verbesserten gesundheitlichen Versorgungsstruktur werden in verschiedenen Städten und Bundesländern jeweils mögliche Lösungsansätze diskutiert, oftmals angeregt durch Modelle anderer Länder. Diese Möglichkeiten werden im folgenden Kapitel exemplarisch dargestellt und anschließend in Kapitel sechs zusammen mit den Lösungsansätzen Hamburgs diskutiert.

#### Fondsmodell

Eine Möglichkeit, Menschen ohne Papiere eine verbesserte medizinische Versorgung gewährleisten zu können besteht in einem sogenannten Fondsmodell. Gelder werden hierzu in einem Fonds angelegt und stehen dann für entstehende Behandlungskosten zur Verfügung, die ein Arzt nach erfolgter Behandlung hier beantragen kann. Das Geld kann aus staatlichen (s. Niederlande<sup>12</sup>) oder/und privaten Mitteln (s. München<sup>13</sup>) zugeführt werden (vgl. Wiesner et al. 2008, S. 22). Wiesner (Wiesner et al. 2008, S. 22) stellt in seiner Arbeit fest, dass das Fondsmodell *„eher als Finanzierungsvorschlag denn als Gesamtmodell zu sehen“* ist.

Nachteil dieses Fondsmodells ist, dass die Finanzierung von Behandlungen in Abhängigkeit von Spenden und dem Wohlwollen anderer Menschen stehen würde. Ein aus steuerlichen Mitteln finanzierter Fonds würde ebenso immer nur eine sehr begrenzte Möglichkeit der Finanzierung von Behandlungen „Papierloser“ bedeuten. Eine sichere Finanzierung wäre nicht gewährleistet, ebenso keine Einbindung der Menschen in eine reguläre Versorgung.

---

<sup>12</sup> In den Niederlanden gibt es eine Fondsstiftung, die sich aus Geldern der niederländischen Regierung (Steuergelder und Gelder aus Krankenkassenbeiträgen) finanziert. Behandelnde Ärzte, Therapeuten oder Krankenhäuser können nach einer Behandlung eines „Papierlosen“ einen Antrag bei diesem Fonds stellen und die Kosten im Nachhinein erstattet bekommen.

<sup>13</sup> In München gibt es einen privat finanzierten Vereinsfonds, der Gelder für Behandlungen „Papierloser“ zur Verfügung stellt. Ausreichend Mittel aus privaten Spenden zu erhalten, erweist sich hier als schwierig.

### **Anonymer Krankenschein**

Die Lösungsmöglichkeit eines „Anonymen Krankenscheins“ zur Finanzierung der Behandlung „Papierloser“ legt den Schwerpunkt auf die Eingliederung der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Papiere in die Regelversorgung (vgl. Wiesner et al. 2008, S. 25). Im Behandlungsfall erhält ein Mensch ohne legalen Aufenthaltsstatus die geschützte Vermittlung eines Krankenscheins durch eine Stelle, die nicht der behördlichen Übermittlungspflicht unterliegt (vgl. DIM 2008, S. 25). Nichtstaatliche örtliche Beratungsstellen oder Anlaufstellen der öffentlichen Verwaltung unter ärztlicher Leitung, die beim Umgang mit personenbezogenen Daten der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und deshalb nicht meldepflichtig sind, könnten diese Aufgabe übernehmen. Mit diesem Krankenschein kann die Person im regulären System medizinische Versorgung in Anspruch nehmen. Bei Bedarf können Menschen ohne Papiere hierzu eine örtliche Beratungsstelle aufsuchen, welche die örtliche Zuständigkeit, die Bedürftigkeit, gegebenenfalls sonstige Anspruchsvoraussetzungen sowie Art und Umfang der „Behandlungsnotwendigkeiten“ prüft und anschließend einen Krankenschein ausstellt. Die darauf erfolgte Behandlung wird über das Sozialamt finanziert und anonymisiert an die Ausländerbehörde weitergeleitet (vgl. DIM 2008, S. 25). Bisher gibt es zu diesem Modell des „Anonymen Krankenscheins“ jedoch nur wenig praktische Erfahrungen. Viele Städte, so auch Hamburg, haben jedoch schon ein Konzept hierzu erstellt, in der Hoffnung, dass es politisch angenommen und realisiert werden kann. In Berlin ist eine Diskussion hierzu schon weiter vorangeschritten. Der Berliner Senat prüft zur Zeit die Einführung des „Anonymen Krankenscheins“ (vgl. von Bullion 2009).

### **Ausbau örtlicher Gesundheitsämter am Beispiel des Konzeptes der „(Internationalen) Humanitären Sprechstunde“ der Städte Frankfurt und Bremen**

In Frankfurt werden derzeit Konzepte umgesetzt, die von jeweiligen Einzelfalllösungen wegführen. Bereits seit dem Jahr 2001 finden im Gesundheitsamt anonyme Sprechstunden für Menschen aus afrikanischen Ländern statt. Im Jahr 2007 wurde die sogenannte „Internationale Humanitäre Sprechstunde“ für Menschen aller Länder ohne Papiere geöffnet. Im Gesundheitsamt sind mittlerweile drei Ärzte für die Patienten tätig. Was vor Ort behandelt werden kann, wird dort kostenlos getan. Darüber hinaus besteht ein Netzwerk zu anderen Fachärzten. Das Gesundheitsamt handelt mit Krankenhäusern und z.B. Zahn- und Kieferärzten gesonderte Tarife zur günstigen Finanzierung von Behandlungen aus. Die Finanzierung wird über die Stadt Frankfurt gewährleistet. Das Gesundheitsamt stellt die Räumlichkeiten, die Ärzte stellen das Material zur Verfügung. Für die Durchführung einer solchen Sprechstunde bedarf es jedoch nach Aussage eines Mitarbeiters des Gesundheitsamtes einer vorgeschalteten Klärungsstelle, die zunächst klärt, ob jemand aus

Frankfurt kommt und ob eine medizinische Behandlung erforderlich ist<sup>14</sup>. Das Gesundheitsamt Bremen führt seit August 2009 eine an das „Frankfurter Modell“ angelehnte „Humanitäre Sprechstunde“ durch.

### **Anonyme Krankenversicherung**

Rein theoretisch könnten Menschen ohne Papiere, insofern keine Datenweiterleitung der Krankenkassen an die Behörden stattfände, eine private Krankenversicherung (PKV) abschließen. Jedoch ist dies aufgrund ihres „inoffiziellen“ Status nur theoretisch möglich. Auch wenn seit dem 1.1.2009 der Höchstbetrag des Basistarifs der PKV den Höchstbedarf der GKV (Gesetzlichen Krankenversicherung) nicht überschreiten darf, käme eine anonyme Krankenversicherung aus Kostengründen sicherlich nur für einen kleinen Teil der Betroffenen in Betracht. Dennoch ist ein solches Angebot zu überlegen. Schwierigkeiten ergäben sich vermutlich in der Realisierung. Denn es bleibt fraglich, welche Krankenversicherung die Verwaltung und das Risiko dieses Angebotes übernehmen würde (vgl. Schmitt 2007, S. 107).

---

<sup>14</sup> Angaben durch ein geführtes Telefonat mit einem Mitarbeiter des Gesundheitsamtes Frankfurt.

## 4 Methodik

Das nächste Kapitel befasst sich mit den methodischen Grundlagen der vorliegenden Arbeit. Zu Beginn wird die Forschungsfrage formuliert und der Forschungsbereich beschrieben. Daran schließt sich eine Darstellung der angewandten Erhebungsinstrumente an. Hierzu werden der Interviewleitfaden und das Experteninterview in seiner Konzeption und Durchführung beschrieben. Abschließend folgt die Beschreibung der Analyse gewonnener Informationen nach der qualitativen Inhaltsanalyse.

### 4.1 Fragestellung

Ausgehend von der Tatsache, dass auch in Hamburg, als attraktive Arbeits- und Lebensstätte, eine beträchtliche Anzahl von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus leben, stellt sich die Frage, wie die humanitäre Hilfe statusloser Menschen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung dort geregelt ist. Mehrere Institutionen, Beratungsstellen, kirchliche Einrichtungen sowie Wohlfahrtsverbände, Ärzte oder Privatpersonen engagieren sich meist ehrenamtlich in diesem Sektor. Sie versuchen so, neben dem gesetzlichen System der Gesundheitsversorgung, zu welchem Menschen ohne Papiere keinen Zugang haben, unterstützende Strukturen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation dieser Personen bereitzustellen. Viele engagieren sich aus humanitären, andere aus politischen Beweggründen. Jedoch ist das gemeinsame Ziel aller Akteure, zu einer Verbesserung der Lebenslagen von Menschen ohne Papiere beitragen zu können.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, wie die gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Hamburg aufgebaut ist. Was sind die Möglichkeiten des hauptsächlich ehrenamtlich getragenen Netzwerks und wo sind dessen Grenzen? Können die medizinischen Bedürfnisse von Menschen ohne Papiere ausreichend und umfassend abgedeckt werden und welche Probleme und Barrieren ergeben sich hierbei? Eine weitere Frage beschäftigt sich damit, ob das errichtete Hilfsnetzwerk in zu erwartendem Ausmaß von Menschen ohne Papiere in Anspruch genommen wird, oder ob es Veränderungen bedarf, um die Versorgungslage der Menschen ohne Papiere zu verbessern. Welche Lösungsansätze werden hierzu gefordert und diskutiert? Wie stellen sich diese im Spannungsfeld zwischen der Wahrung der Menschenrechte und dem Versuch der Finanzierung der Angebote dar?

## 4.2 Auswahl der Erhebungs- und Auswertungsmethode

Um möglichst umfassende Informationen über den gesundheitlichen Versorgungsbedarf, die aktuelle Situation der Versorgungsstrukturen, sowie zukünftige Perspektiven der gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne Papiere in Hamburg zu erlangen, wurden auf der Basis der theoretischen Grundlagen und anderer Studien mit Methoden der qualitativen Sozialforschung zehn Experteninterviews durchgeführt. Diese hatten zum Ziel, ein möglichst breitgefächertes Bild verschiedener Versorgungsstrukturen in Hamburg aus Sicht möglichst unterschiedlicher Experten zu erlangen. Durch deren persönliche Einschätzungen soll ein Abbild der Möglichkeiten, aber auch der Grenzen der Arbeit mit Migrant\*innen ohne legalen Aufenthaltsstatus erzielt werden. Bewusst wurde zu dieser Art der Informationsgewinnung das Experteninterview ausgewählt, da es das notwendige Wissen durch Generierung von Erfahrungen, Wahrnehmungen und besonderes Wissen über die sozialen Kontexte, in denen die Beteiligten dieses Bereichs agieren, erschließt (vgl. Gläser/Laudel 2009, S. 12). Weiterhin ergänzen Gläser und Laudel:

*„Experte“ beschreibt die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte. Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen (Gläser/Laudel, 2009, S. 12).*

Anfänglich wurde die Überlegung gemacht, ebenso betroffene Menschen ohne Papiere aus dem Feld zu befragen. Doch aufgrund der zeitlichen Begrenzung der vorliegenden Diplomarbeit musste auf Gespräche mit diesen Personen verzichtet werden, da die mühsame, vorsichtige und zeitintensive Erschließung dieses Feldes, einen erheblich längeren Rahmen erfordert. In diesem Zusammenhang soll auf die noch nicht veröffentlichte Studie des Diakonischen Werkes verwiesen werden, die ebenso Betroffenen-Interviews durchgeführt hat<sup>15</sup>. Die Arbeiten stellen somit eine sinnvolle Ergänzung im Feld der Forschung von Lebenslagen undokumentierter Menschen in Hamburg dar.

Zur Bearbeitung der Forschungsfrage wurden auf der Grundlage eines Leitfadens zehn Experteninterviews durchgeführt. Zur Konzipierung des Leitfadens wurden zunächst fünf offene Themenkomplexe gebildet, welche die Thematik strukturieren und in ihrem vollen Umfang beleuchten sollten. Sie dienen ebenfalls dazu, eine gewisse Vergleichbarkeit der Ergebnisse verschiedener Interviews gewährleisten zu können (vgl. Friebertshäuser 1997, S. 375). Jedes Interview beinhaltet somit die Frage nach der persönlichen sowie der institutionellen Motivation zur Tätigkeit im Feld der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Ebenso wurden die Befragten aufgefordert, eine Einschätzung über die derzeitige Situation der gesundheitlichen Versorgung „Illegalisierter“ Menschen in Hamburg zu geben. Die Beurteilung des Bedarfs, der Bedarfsdeckung sowie

---

<sup>15</sup> Vgl. Diakonisches Werk 2009

möglicher Probleme und Barrieren in der medizinischen Versorgung waren dabei von Bedeutung. Diesem Themenkomplex schloss sich die Frage nach einem Handlungsbedarf an, um abschließend, falls dieser gesehen wurde, mögliche Lösungsansätze für eine verbesserte medizinische Versorgungslage von Menschen ohne Papiere in Hamburg finden und umsetzen zu können. Nur bei den Experten, die in direktem Kontakt zu undokumentierten Menschen stehen, konnte der Interview-Leitfaden um gesonderte Angaben zu der Zielgruppe ergänzt werden, wie z. B. Informationen über die Zusammensetzung der Gruppe, das Alter und Geschlecht oder deren Krankheitsspektrum. Die umfassendsten Aussagen konnten die zwei medizinischen Anlaufstellen hierüber geben.

<b>Relevante Themenkomplexe</b>	<b>Leitfragen</b>
<b>Motivation</b>	Was ist Ihre persönliche Motivation oder die Ihrer Institution, sich im Feld der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere zu engagieren?
<b>Aktuelle Lage der Gesundheitsversorgung</b>	Wie schätzen Sie die aktuelle Lage der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere in Hamburg ein? Wie ist der Bedarf? Wie ist die Bedarfsdeckung?
<b>Probleme/Barrieren</b>	Welche Probleme und Barrieren sehen Sie in der aktuellen Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere?
<b>Lösungsansätze</b>	Wenn Sie einen Handlungsbedarf sehen, was für Lösungsansätze halten Sie für Hamburg möglich und realisierbar? Wie sehen Sie die Perspektive einer umfassenden Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere in Hamburg?

**Tabelle 3: Themenkomplexe und Leitfragen der Experteninterviews**

Quelle: Eigene Darstellung

Um ein gutes Gelingen der Interviews gewährleisten zu können, hat sich eine flexible, unbürokratische Handhabung des Leitfadens im Sinne der Anpassung an Befragungssituationen und Antworten herausgestellt (vgl. Meuser/Nagel 1997, S. 487).

Auch durch die Problematik, sich mit diesem Thema und damit verbundener Aussagen zuweilen in einer rechtlichen Grauzone zu bewegen, galt es, eine möglichst freiwillige und offene Erzählsituation zu schaffen, die keinerlei Druck auf die Befragten ausüben sollte. Es wurde darauf geachtet, dass im möglichst narrativen Gesprächsverlauf alle wichtig erscheinenden Themenkomplexe durch die Befragten abgedeckt wurden. Die Forschende war ebenso offen für neu auftauchende Aspekte und unerwartete Gesichtspunkte während der Interviewphase, die den Forschungsablauf, die angewendete Methode und sogar die Forschungsfrage umstrukturieren können (vgl. Lamnek 1995, S. 17 ff.). So wurde der Interviewleitfaden nach den ersten zwei Interviews leicht modifiziert. Durch Erkenntnisge-

winn der geführten Gespräche wurden neue Gesichtspunkte aufgenommen, andere wiederum gekürzt, in ihrer Formulierung geändert oder herausgenommen.

### 4.3 Auswahl der Experten

Ausgehend von der Frage, welche Personengruppen qualifizierte Aussagen über den Bedarf statusloser Menschen an humanitärer Hilfe tätigen können, wurden zehn Gesprächspartner möglichst unterschiedlicher Positionen und Handlungsfelder identifiziert.

Eine Person erweist sich nach Meuser und Nagel (2003, S. 73) als ein Experte, wenn er

*[...] „in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung oder [...] über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse verfügt“.*

Fünf der Experten wurden bereits nach eingehender Literaturrecherche erfasst. Diese Personen wurden in der fortschreitenden Arbeit durch andere Akteure ergänzt, die sich nach dem „Schneeballverfahren“ (erste Interviewpartner nennen weitere) generierten und für ihre Erfahrungen und Einschätzungen als wertvoll angesehen wurden. Der erste Kontakt wurde in den meisten Fällen durch ein Telefonat hergestellt. Dabei wurde das Thema der Diplomarbeit und deren gesonderte Fragestellung verdeutlicht und Gesprächstermine mit einer Länge von 30 - 45 Minuten vereinbart. Zwei Gespräche wurden per Email arrangiert, in denen ebenso eine kurze Erläuterung des Forschungsinteresses mit der Bitte um ein Gespräch verfasst wurde.

Zu Beginn wurden die zwei in Hamburg agierenden medizinischen Einrichtungen zu ihrer Tätigkeit und ihren Einschätzungen befragt. Daran schlossen sich mehrere Gespräche mit Experten beratender Funktionen der Befragung an. Diese wurden so ausgewählt, dass möglichst ein facettenreiches Abbild der Arbeit in der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere entstehen konnte. Möglichst viele und unterschiedliche Sicht- und Handlungsweisen sollten dargestellt werden, welche sich in der Befragung eines Vertreters einer behördlichen Einrichtung, eines Vertreters der Ärzteschaft, dreier Vertreterinnen und Vertreter kirchlicher Organisationen, zweier Mitarbeiterinnen der örtlichen Flüchtlingsarbeit, sowie eines Vertreters einer Gewerkschaft, die alle über langjährige Erfahrung in ihrem Tätigkeitsfeld verfügen, widerspiegeln. Ebenso wurde auf eine möglichst ausgewogene Geschlechterverteilung geachtet. Diese wurde durch die Befragung von vier weiblichen und sechs männlichen Experten annähernd erreicht, da neben diesem Kriterium der Anspruch auf ein möglichst umfassendes Expertenwissen bestand. Vier der zehn Experten hatten selber einen Migrationshintergrund.

Kriterien für die Auswahl der Experten waren:

- Tätigkeit der befragten Personen im Handlungsfeld der Versorgung oder Beratung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Hamburg – möglichst mit dem Tätigkeitsschwerpunkt der Gesundheitsversorgung der betroffenen Gruppe.
- Umfangreiches allgemeines oder spezifisches Wissen im Bereich „Lebenssituation von Menschen ohne Papiere“, um zu einer Vertiefung der Einblicke in die Praxis und zur Klärung bestimmter Fragestellungen im Besonderen beitragen zu können.

Durch die Anzahl von zehn Befragten kann kein repräsentatives Bild der Situation dargestellt werden. Jedoch besteht der Anspruch dieser Arbeit, durch die durchgeführten Befragungen einen Überblick über das Handlungsfeld in Hamburg erlangen zu können, um mögliche Lösungs- und Diskussionsansätze aufzeigen zu können.

#### **4.4 Durchführung der Interviews**

Die Interviews fanden in dem Zeitraum von April bis Juni 2009 statt und wurden alle in Hamburg durchgeführt. Um eine angenehme Interviewatmosphäre sowie eine positive Bereitschaft und Öffnung der Befragten zu dem Thema herzustellen, wurden sämtliche Gespräche an den von ihnen vorgeschlagenen Orten vereinbart und durchgeführt. Alle Gespräche wurden digital aufgezeichnet. Zu Anfang erfolgte eine erneute kurze Vorstellung und Beschreibung des vorliegenden Forschungsinteresses. Das Einverständnis einer Aufzeichnung des Gespräches wurde eingeholt und den Experten Anonymität zugesichert, so dass sich einzelne Aussagen nicht auf den Interviewpartner zurückverfolgen lassen. Da sich die Tätigkeit der Experten in einer oftmals rechtlichen Grauzone bewegt, erforderte es einen sensiblen Umgang mit der gesamten Situation und den erlangten Informationen. Aus diesem Grund wird in der Ergebnisdarstellung keine Angabe über die jeweilige Interview-Fundstelle gemacht, sowie auf eine geschlechtsneutrale Darstellung der Zitate geachtet, damit auch faktisch keine Rückschlüsse auf die interviewten Personen gezogen werden können.

Nach Aufzeichnungsbeginn wurde um eine kurze Beschreibung der Person und ihrer Tätigkeit sowie ihrer Motivation des Engagements in diesem Bereich gebeten. Darauf folgten, dem Gesprächsverlauf angepasst, die durch den Leitfaden vorgefertigten Themenkomplexe. Um einen möglichst flüssigen Verlauf des Gespräches zu garantieren, wurden Fragen flexibel während des Gesprächs ergänzt oder in ihrer Reihenfolge dynamisch umgestellt. Abschließend wurde Freiraum für Ergänzungen und Zusätze zu dem bisher Gesagten gegeben. Das Interview endete jeweils mit der Zusage der Zusendung des Transkribierten. Die Durchführung der Interviews wurde nach Beendigung mit der Fertigstellung

kurzer Gedächtnisprotokolle ergänzt, um wichtige Informationen, die oftmals nach Beendigung der Tonbandaufnahme gegeben wurden, mit in die Analyse einfließen zu lassen.

#### 4.5 Auswertung der Interviews

Alle durchgeführten Interviews wurden anschließend wörtlich transkribiert (vgl. Meuser/Nagel 1997, S. 488). Da der Inhalt des Gesagten im Vordergrund stand, wurde, anders als beim biographischen oder narrativen Interview, hierbei auf die Verwendung von Notationssystemen zur Dokumentation von Stimmlagen, nonverbalen und parasprachlichen Elementen verzichtet. Denn von Bedeutung war die Erlangung eines umfassenden Bildes und tiefergehender Erkenntnisse über die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus (vgl. Meuser/Nagel 2002, S. 83). Das Gesagte wurde im Text nur gering gesäubert und wenige Textpassagen aus Gründen der Unverständlichkeit oder Irrelevanz für die Analyse nicht mit in die Transkription übernommen und durch Punkte in Klammern gekennzeichnet. Anschließend wurden die Transkripte zur Durchsicht an die Experten zurückgesandt. Diesem Arbeitsschritt folgte eine Anonymisierung des in der Arbeit zu untersuchenden Materials. Diese erfolgte nicht nach einer bestimmten Methode. Angaben zu Personen oder Aussagen, die auf die interviewte Person schließen könnten, wurden durch „XXX“ entfremdet. Auch wurden genannte Einrichtungen, in denen die Befragten tätig sind, durch Synonyme wie „meine oder unsere Einrichtung“ ersetzt. Erwähnte Institutionen wurden zu den Komplexen „kirchliche Einrichtung“, „behördliche Einrichtung“ oder „beratende“ Einrichtung“ umgewandelt. Zur strukturierteren Auswertung des Materials wurden alle transkribierten Gespräche mit Zeilennummern versehen, um eine Nachvollziehbarkeit des Gesagten herstellen zu können.

Zur Auswertung der Experteninterviews wurde die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse, angelehnt an Philipp Mayring, angewandt. Nach Mayring stellt die qualitative Inhaltsanalyse

*[...] „einen Ansatz empirischer, methodisch kontrollierter Auswertung auch größerer Textcorpora dar, wobei das Material, in seinen Kommunikationszusammenhang eingebettet, nach inhaltsanalytischen Regeln ausgewertet wird, ohne dabei in vorschnelle Quantifizierungen zu verfallen.“ (Mayring 2000)*

Die Analyse orientiert sich an dem Herausfiltern von thematischen Einheiten und dem Konstruieren von Zusammenhängen zum Zweck der Interpretation einer Hypothesen- und Theoriebildung (vgl. Meuser/Nagel 1997, S. 488). Die Auswertungsmethode zielt darauf, das Wissen der Experten nach mehrmaligem Abstrahieren des Gesagten, nach relevan-

ten Themen und Aspekten durchzusehen und zu sortieren, um ihre Antworten zu allgemeinen Aussagen zusammenfassen zu können.

Nach Mayring kann die Analyse des Textes mittels dreier verschiedener Methoden erfolgen. Möglich ist dies durch die „Zusammenfassung“, die „Explikation“ oder durch die „Strukturierung“ möglich (vgl. Flick 2007, S. 414 f.). In der vorliegenden Arbeit wurde die Methode der „Zusammenfassung“ nach Mayring (unter Zuhilfenahme der Strukturierung) als Hauptinstrument der Analyse angewandt. Auf eine Explikation zur weiterführenden Interpretation des Textmaterials wurde verzichtet.

Zunächst wurden die vorliegenden Einzelinterviews nach mehrmaligem Lesen durch Paraphrasieren<sup>16</sup> zusammengefasst und um unnötige Sequenzen gekürzt. Anschließend wurde das Material nach relevanten Themen und Aspekten durchgesehen und sortiert. Die hieraus identifizierten Themen wurden anschließend thematischen Auswertungskategorien zugewiesen (vgl. Meuser/Nagel 1997, S. 488). Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die so entstandenen Auswertungskategorien nicht ausschließlich durch den vorher angefertigten Interviewleitfaden bestimmt wurden, sondern zusätzlich aus dem erhobenen Material heraus entwickelt wurden, um den Forschungsbereich möglichst vollständig zu erschließen (vgl. Lamnek 1995, S. 17 ff.). Um die Komplexität der Auswertungskategorien zu strukturieren, wurden Subkategorien gebildet, die die Inhalte differenzieren. Es erfolgten drei Materialdurchgänge, in denen aus dem Inhalt der Subkategorien Aussagen (Ausprägungen) gebildet wurden, die einen Vergleich der Aussagen zulassen. Diese wurden in Form angefügter Zitate zur Verdeutlichung ergänzt.

Die angefertigte Tabelle befindet sich im Anhang des Dokumentes auf Seite 85.

---

<sup>16</sup> Paraphrasierung: Weniger relevante Textpassagen und bedeutungsgleiche Paraphrasen werden gebündelt und zusammengefasst (vgl. Flick 2007, S. 410)

## 5 Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung ist an die Fragestellung des Interviewleitfadens angelehnt und wird in den folgenden Kapiteln anhand von vier Themenschwerpunkten dargestellt.

Um zunächst einen Eindruck über die Handlungsmotive der befragten Personen zu erlangen, war die Frage nach der persönlichen Motivation bzw. der Motivation ihrer Institution, zum Engagement in diesem Tätigkeitsfeld von Bedeutung. Deutlich mehr Experten (n=7) geben an, dass für sie oder ihre Institution Beweggründe rechtlicher Natur im Vordergrund stehen. Die politische Forderung einer Verwirklichung der Menschenrechte durch den Staat ist für sie eine wichtige Grundlage ihrer Tätigkeit. Für einige (n=3) dieser Personen bilden ebenso humanitäre Beweggründe eine zusätzliche Grundlage. Die drei anderen Experten engagieren sich aus rein humanitären Gründen in diesem Tätigkeitsfeld und lehnen eine politische Positionierung ab.

### 5.1 Aktueller Handlungsrahmen

In einer durch die Globalisierung zunehmend zusammenwachsenden Welt gibt es zahlreiche Möglichkeiten einer illegalen Migration. Wie dieses Phänomen von Politik und Gesellschaft wahrgenommen und beantwortet wird, soll im nächsten Kapitel aus der Perspektive der Experten veranschaulicht werden. Dem schließt sich eine Beschreibung sowie Einschätzung des zur Zeit agierenden Netzwerks zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne Papiere durch die befragten Personen an. Das Kapitel endet mit einer Beurteilung der Experten über den Bedarf an gesundheitlicher Versorgung, sowie der derzeitigen Inanspruchnahme durch die betroffenen Migranten.

#### 5.1.1 Wahrnehmung der Thematik durch Politik und Gesellschaft

Auch wenn die meisten Befragten (n=7) in dem Thema „irreguläre Migration“ ein sehr aktuelles Problem der heutigen Zeit sehen, scheint dieses nach Aussagen mehrerer Experten (n=5) von der Politik eher tabuisiert und wenig wahrgenommen zu werden.

*Das Thema Illegalität, oder menschliche Illegalität ist ein hochvirulentes Thema. Von Politik oder Verwaltung eher tabuisiert und im öffentlichen Diskurs eher stigmatisiert.<sup>17</sup>*

Ein Experte merkt hierzu an, dass auch der Hamburger Senat das Phänomen der irregulären Migration „*nicht in seiner vollen Dimension wahrnimmt*“. Durch die Einrichtung meh-

---

<sup>17</sup> Da sich das vorliegende Thema und damit die getätigten Aussagen der Experten in einer rechtlichen Grauzone bewegen, werden die zitierten Interview-Fundstellen aus Gründen der Anonymisierung nicht angegeben.

rerer ehrenamtlicher Institutionen, die sich in den letzten Jahren im Bereich der gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Hamburg engagieren, scheint sich nach Aussage einiger Befragter (n=3), eine wohlwollende Duldung und ein Abladen von Verantwortlichkeiten seitens der Politik eingestellt zu haben.

*Es hat sich scheinbar, und das ist mein oberflächlicher Eindruck, von außen ein Stück Gewöhnung an die Leistung dieses Netzwerkes eingestellt. Das sozusagen mit wohlwollender Duldung auch von Politik und Verwaltung aktiv ist.*

Verstärkt wird die Angelegenheit dadurch, dass in der Öffentlichkeit die Problemlage um das Phänomen irregulärer Migration wenig wahrgenommen, geschweige denn in seinen Facetten diskutiert wird (n=4).

Migranten ohne Aufenthaltsstatus werden in der Gesellschaft fast ausschließlich als eine Gefährdung für Arbeitsplätze und die innere Sicherheit wahrgenommen. Diese Angst wird nach Aussage eines Experten durch die Weltwirtschaftskrise weiter verstärkt, in der dieser eine zusätzliche Erschwerung der Hilfestellung für „bedürftige“ Gruppen wie die der Menschen ohne Papiere sieht.

*Bisher hat doch die Wirtschaftskrise uns noch gar nicht erreicht. Viele Menschen haben noch gar nicht begriffen, dass wir den größten Einbruch von wirtschaftlicher Kapazität und Leistung gehabt haben, seit es Aufzeichnungen gegeben hat. [...] wenn wir 5 Millionen Arbeitslose hier haben und ein auf niedrigem Niveau stabiles Bruttoinlandsprodukt haben, dann wird es noch schwerer sein, für diese Menschen was raus zu bekommen. Wenn dann der Gesundheitsfonds, der für den Rest der Bevölkerung die Leistungen finanziert, nicht funktioniert, wenn der Staat andauernd Steuergelder reinbuttern muss [...] da wird es dann sehr schwer sein, zusätzliche Gelder für Menschen, für „Illegale“ aufzutreiben.*

Doch obwohl die Problematik der oftmals prekären Lebenslagen von Menschen ohne Papiere bisher in der Politik wenig Beachtung gefunden hat, lassen die meisten der durchgeführten Interviews einen langsamen Fortschritt sowohl der öffentlichen als auch politischen Debatte erkennen.

Die meisten Befragten (n=6) geben eine aktuell steigende Wahrnehmung der Thematik durch die Öffentlichkeit an, auch wenn die gleiche Situation nach Aussage eines Experten eigentlich schon seit vielen Jahren besteht und nicht neu ist.

*Wir haben in Deutschland schon seit 20 Jahren das Problem, dass wir im Rahmen der Ausländergesetze Menschen haben, die in den Status eines Illegalen gekommen sind oder die sich nicht rechtens hier aufhalten und die nicht unter die Leistungen des Asylbewerberleistungsgesetzes fallen, deswegen formal sag ich mal keinen Anspruch haben.*

Und auch von Politik und Regierung wird von mehreren Experten (n=4) seit einigen Jahren eine Öffnungstendenz hinsichtlich der Angelegenheit wahrgenommen. Ein Interviewpartner merkt hierzu an:

*Aus meiner, aus einer ganz pragmatischen Ebene, sind doch Öffnungstendenzen, sag ich mal, aus eher konservativen Ecken gegeben. Z.B. ist es mittlerweile vollkommen unstrittig bis in die CDU hinein, dass natürlich auch Kinder ohne Papiere ein Recht auf Schule haben. Da gibt es Erklärungen der Bundestagsfraktion der CDU, die vor einigen Jahren noch gar nicht denkbar gewesen wären. Ich glaube, dass es genauso einen relativ großen, einen relativ breiten Konsens geben wird, dass natürlich eine medizinische Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere notwendig ist.*

Nach Ansicht eines Befragten ist „in Hamburg jedoch dazu noch nicht viel passiert.“ Ein Überschwappen der bisher erfolgten bundesweiten Aktivitäten in diesem Bereich auf die Stadt wird jedoch als möglich und wünschenswert erachtet. Auch aus behördlicher Sicht merkt ein anderer positiv an:

*Als erfreulich aus meiner Sicht werte ich, dass hier auch CDU und GAL aus der Bezirksversammlung Altona deutlich gemacht haben: Wir sehen das Problem, wir sehen die Handlungsbedarfe. Wir als Bezirkspolitik treten an Verwaltung und Akteure heran, um hier auch eine Lösung zu suchen. Es gibt da ja entsprechende Anfragen und Aufträge hier entsprechend tätig zu werden, die auch zur Zeit abgearbeitet werden.*

Eine ebenso positive Tendenz und Öffnung sieht ein weiterer Befragter, wozu seiner Meinung nach besonders die vom Diakonischen Werk in Auftrag gegebene Studie zur Lebenslage von Menschen ohne Papiere beiträgt.

*Ich glaube, dass durch diese Studie ganz vieles vorangebracht worden ist. Das Ergebnis ist zwar noch nicht da, aber es ist zumindest schon mal passiert, dass man um diese öffentliche Diskussion eigentlich nicht mehr herumkommt. Das ist glaube ich schon ein ganz guter Fortschritt. Ich glaube, es sind Fakten da, die man auch nicht mehr übersehen kann. Es gibt Menschen hier, die werden hier auch sein, ob man das möchte oder nicht. Es geraten Menschen halt in Situationen, in denen sie sich nicht mehr selber helfen können. Und dann muss auf jeden Fall irgend etwas geschehen. Es wäre auch im Interesse der Stadt oder des Staates, eine Verelendung nicht zuzulassen. Da denke ich auch, dass da vielleicht ein Umdenken jetzt auch stattfindet, oder eine Bereitschaft, sich überhaupt mal damit zu beschäftigen.*

Eine klärende Aussage des Bundesinnenministers hinsichtlich der Rechtssicherheit handelnder Ärzte, habe zu einem Fortschritt der rechtlichen Problematik dieses Themas beigetragen:

*Da ist es zum ersten sehr hilfreich gewesen, dass vor etwa zwei Jahren immerhin der Bundesinnenminister in einem Schreiben zugestanden hat, dass Ärzte für die Behandlung von Illegalen nicht verpflichtet sind, die Identität derselben preiszugeben. Das ist ein großer Fortschritt. Vor allem ein Fortschritt deswegen, weil auch viele Ärzte Angst hatten, diese zu behandeln.*

Auch wenn es nach Angaben der meisten Befragten (n=6) noch ein weiter Weg zu einer besseren Versorgungslage von Menschen ohne Papiere ist und viele der Experten einer wohlwollenden Politik bezüglich der Wahrung der Menschenrechte skeptisch gegenüber

stehen, so lassen sich doch immerhin Tendenzen einer zunehmenden Wahrnehmung und Auseinandersetzung durch Politik und Öffentlichkeit mit dieser Problematik erkennen.

### 5.1.2 Versorgungsstrukturen der Stadt Hamburg

Im folgenden Abschnitt werden die wichtigsten Versorgungsstrukturen, die in Hamburg zur medizinischen Hilfe von Menschen ohne Papiere angeboten werden, beschrieben, sowie das agierende Netzwerk von den Experten beurteilt. Zugleich wird die Frage nach der Einschätzung einer Bedarfsdeckung durch die derzeitigen Akteure und ihr Vernetzungsgrad erörtert.

#### **Akteure der Gesundheitsversorgung**

Verschiedene Projekte in Hamburg reagieren auf die Beobachtung der medizinischen Unterversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Vor allem koordinieren sie die Beratung und Weitervermittlung von hilfebedürftigen Menschen an zumeist kostenlos behandelnde Ärzte oder stationäre Einrichtungen. Das medizinische Angebot wird durch unterschiedliche Angebote von Beratungsstellen ergänzt, die primär Beratung zu Legalisierungs- und Rückkehrmöglichkeiten, aber auch zu arbeitsrechtlichen oder sozialrechtlichen Fragen anbieten. Diese Beratungsstellen haben ebenso Kontakt zu Ärzten, an die sie Betroffene weitervermitteln, oder zu den Anlaufstellen der medizinischen Versorgung. Die Akteure arbeiten in einem meist ehrenamtlichen „Parallelsystem“. Dort bemüht man sich, entstehende Lücken in der medizinischen Versorgung zu schließen, ohne dass damit drohende soziale oder rechtliche Folgen der Aufdeckung oder Abschiebung für die betroffenen Menschen verbunden sind (vgl. Bommers, 2007, S. 74). Eine perspektivisch längerfristig ausgerichtete medizinische Anlaufstelle mit stabiler Finanzierung gibt es in Hamburg noch nicht.

Um einen Überblick der derzeitigen Versorgungsstruktur der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Papiere zu geben, sollen an dieser Stelle vorangehend die zwei hauptsächlich betroffenen Einrichtungen der medizinischen Hilfe von Menschen ohne Papiere exemplarisch beschrieben werden.

#### **Medizinische Beratungs- und Vermittlungsstelle für Flüchtlinge und Migranten (Medi-Büro)**

Das Medi-Büro wurde 1994 in Hamburg gegründet. Es hat sich zum Ziel gesetzt, den Zugang zur medizinischen Versorgung für Flüchtlinge und Migranten unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus zu verbessern. Einerseits leistet es praktische Hilfe, indem es anonym medizinische Behandlungen vermittelt, andererseits arbeiten die Mitarbeiter politisch mit Flüchtlings- und Migrantenorganisationen, Beratungsstellen und antirassistischen Grup-

pen in Hamburg zusammen. Die Mitarbeiter des Büros wollen mit ihrer Arbeit deutlich machen, dass die Ausgrenzung von Menschen aufgrund ihres Aufenthaltsstatus aus grundlegenden Menschenrechten wie der Gesundheitsversorgung nicht hinnehmbar ist (Medi-Büro, 2009). Die Beratungsstelle funktioniert ehrenamtlich und unentgeltlich. Sie finanziert sich durch Spenden. Eine offene Sprechstunde wird regelmäßig montags und donnerstags von 15 bis 18 Uhr angeboten. In dieser sind zwei Personen anwesend, von denen mindestens eine medizinische Kenntnisse besitzt. Dabei leistet das Medi-Büro selbst keine medizinische Hilfe, sondern vermittelt auf Basis der Beratungsgespräche eine Weiterleitung an niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Heilpraktiker, Krankengymnasten oder Hebammen, die mit der Institution zusammenarbeiten. Bei Bedarf werden Kontakte zu anderen Beratungsstellen vermittelt.

Die positiven Äußerungen mehrerer Experten (n=5) zeigen die Bedeutsamkeit, die das Medi-Büro in der medizinischen Versorgung Papierloser in Hamburg einnimmt. Ein Gesprächspartner äußert sich dazu folgendermaßen:

*Das eine ist angedockt bei Verikom in der Hospitalstraße, diese Beratungsstelle Medi-Büro, die wie ich finde, eine hervorragende Arbeit machen. Die machen letztlich im Grunde schon das, was ich mir wünschen würde, wenn es offiziell wäre. Also, dass sie im Grunde im Hintergrund Ärzte haben, die bereit sind, aus ihrem geringen Etat noch etwas abzuzweigen, Krankenhäuser, die besondere Preise, die Spendengelder einsammeln, damit die Arbeit geleistet werden kann.*

Laut Aussage eines anderen Befragten vermittelt die Institution mittlerweile an circa 150 Ärzte in Hamburg, die die Behandlung von Menschen ohne Papiere ehrenamtlich oder für ein nur sehr geringes Entgelt machen. Ein weiterer stellt fest, dass das Medi-Büro „*wahrhaftig ausgelastet ist mit den 600 Kontakten, die da im Jahr stattfinden.*“ Nach eigener Aussage der Institution bildet die größte Anzahl der Aufsuchenden die Gruppe der schwangeren Frauen. Einige erhalten die Möglichkeit, ohne Aufdeckung des Aufenthaltsstatus, Geburten zu einem vergünstigten Preis in einer Klinik durchzuführen. Diese und andere Finanzierungsmöglichkeiten werden von zwei der Interviewten als ein wichtiges Kriterium für den Zulauf einer Organisation gewertet.

*Wo ja auch bei den anderen z. T. gesammelt wird, dass man im Notfall Operationen übernehmen kann usw. Das ist etwas, das wirkungsvoll ist, was sich dann auch unter den Leuten herumspricht.*

Damit die Zielgruppe erreicht wird, betreibt die Institution Öffentlichkeitsarbeit, indem sie gezielt Flyer austeilte und auch in verschiedenen Gremien tätig ist, um einen Einfluss auch auf politischer Ebene zu erhalten. Es finden regelmäßige Treffen mit anderen Institutionen statt, hauptsächlich mit denen, die gleiche politische Ansichten vertreten.

### **Malteser Migranten Medizin (MMM)**

Seit November 2008 gibt es in Hamburg die Malteser Migranten Medizin. Sie bietet Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus und Menschen ohne Krankenversicherung die Möglichkeit einer Erstuntersuchung und Notfallversorgung bei plötzlicher Erkrankung, Verletzung oder einer Schwangerschaft. Da viele Patienten aus Angst vor Aufdeckung weder eine Praxis noch ein Krankenhaus aufsuchen wollen oder können, helfen die Malteser unter Wahrung der Anonymität (Malteser Migranten Medizin 2009). Zwei Ärzte beraten einmal in der Woche für vier Stunden die hilfeschuchenden Menschen. Sie arbeiten mit niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern zusammen, die ehrenamtlich die Behandlung der Patienten übernehmen. Bezüglich ihrer Handlungsmotivation ist der eigenen Internetseite die folgende Äußerung zu entnehmen:

*Die Malteser handeln nicht aus politischer Überzeugung oder mit dem Willen, die Abschiebep Praxis in Deutschland zu bewerten oder gar zu verändern. MMM will einfach nur Menschen in Not helfen! Die Malteser handeln daher aus christlichem Selbstverständnis und nach ihrem Leitsatz „Bezeugung des Glaubens und Hilfe den Bedürftigen“.*

Auch wenn nach eigenen Angaben der Vorteil der Sprechstunde der MMM ist, dass es vor Ort einen Arzt gibt, der erste Diagnosen stellen oder auch einmal ein Rezept ausstellen kann, wird nach Ansicht eines Befragten, das Angebot durch die gewünschte Zielgruppe von Menschen ohne Papiere in Hamburg jedoch als noch immer zu gering wahrgenommen.

*[...] dass noch viel zu viele Patienten, die nicht zur Zielgruppe gehören, hierher kommen. Und zweitens, dass von der Zielgruppe viel zu wenig da sind.*

Mehrere Befragte (n=3) sehen eine Antwort dieses Phänomens in einem noch geringen Bekanntheitsgrad der Einrichtung und ihrer angebotenen Hilfen nach erst 20 Monaten Laufzeit. Ein Netzwerk zu anderen Ärzten sowie ein Vertrauensverhältnis zu den Migranten müsse erst aufgebaut werden, wozu Effekte wie erfolgreiche Behandlungen und deren Finanzierung maßgeblich beitragen. Zwei der Experten fügen dem hinzu, dass sie sich darüber hinaus mehr Möglichkeiten der medizinischen Leistung – wie z. B. die eines Gynäkologen oder Kinderarztes – vor Ort wünschen.

*Bei der MMM ist es ja eine etwas andere Struktur, weil das sind ja zwei, oder manchmal auch drei Ärzte, die vor Ort in diesem Moment diese Untersuchung dann anbieten. Die aber für manche Probleme vielleicht nicht die richtige Hilfestellung geben können. Z.B. ist da keine Gynäkologin dabei, oder es gibt eben nicht die Möglichkeit, da richtige Untersuchungen zu machen. Ultraschalluntersuchungen, Laboruntersuchungen.*

*Der Malteser Migrantendienst hat jetzt als letztes vor einem Jahr aufgemacht. Die haben ein Büro im Marienkrankenhaus. Leider können die in dem Sinne nicht behandeln. Die können eigentlich auch nur versuchen, weiterzuvermitteln.*

### Andere exemplarische Institutionen in Hamburg

Aus den Befragungen ergaben sich weitere wertvolle Hinweise auf nützliche Organisationen und Akteure, die Hilfe in der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Papiere oder der Beratung dieser Personen in Hamburg anbieten. Von den Interviewten wurden unter anderem die Beratung des Flüchtlingszentrums (n=2) oder des Cafés Exil (n=4) erwähnt. Das Diakonische Werk und die Nordelbische Kirche bilden, gemäß mehrerer Experten (n=3), einen zentralen Pfeiler in der Hilfsarbeit für Flüchtlinge und Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Auch die Arbeit des Gesundheitsamtes Altona wird von mehreren (n=3) als positiv hervorgehoben, wie auch das CASA-Blanca (n=2), die zentrale Beratungsstelle für sexuell übertragbare Erkrankungen. In der Beratung und Begleitung schwangerer Frauen bildet Pro Familia in Hamburg eine wichtige Rolle, erwähnen vier der befragten Personen. Bei der Beantwortung von arbeitsrechtlichen Fragen hat sich nach Aussagen von zwei Experten die Zusammenarbeit mit MigrAr, einer gewerkschaftlichen Anlauf- und Beratungsstelle für Illegalisierte, als sehr effektiv erwiesen. Von jeweils einem Experten wird die Arbeit der Stelle „Fluchtpunkt“ und die Obdachlosenhilfe zur Unterstützung illegalisierter Menschen hervorgehoben.

Organisation	Anzahl der Nennungen
Medi-Büro	9
Malteser Migranten Medizin	6
Pro Familia	4
Café Exil	4
Gesundheitsamt Altona	3
Diakonisches Werk	3
Nordelbische Kirche	3
Flüchtlingszentrum	2
Casa Blanca	2
MigrAr (Ver.di)	2
Fluchtpunkt	1
Obdachlosenhilfe	1

**Tabelle 4: Akteure nach Anzahl ihrer Erwähnung**

Quelle: Eigene Darstellung

## Einschätzung des Netzwerks durch die Experten

Hinsichtlich der Struktur und der Effektivität der Akteure in der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere in Hamburg ergab die Expertenbefragung ein gemischtes Bild. Das errichtete Netzwerk, welches die Patienten erfolgreich an Fachärzte vermittelt, wird positiv hervorgehoben und von den meisten Experten (n=6) als ausgelastet beschrieben. Auch das Engagement und die Motivation der Akteure wird von der Hälfte der Befragten als hoch eingeschätzt, sowie die große Unterstützung aus der Ärzteschaft von vielen (n=5) anerkennend angemerkt.

*Sie sind aber hoch motiviert und in meinen Augen funktioniert es. Und auch über das Netzwerk hinaus gibt es viele Ärzte, die kein Teil des Netzwerkes sind und das einfach stillschweigend machen, die auch den Leuten sagen: "Kommen sie möglichst nicht wieder. Aber ich behandle sie jetzt erst einmal.*

Durch die Aussagen mehrerer Befragter (n=6) ist deutlich zu erkennen, dass die Versorgungsstrukturen jedoch nur innerhalb bestimmter Szenen ablaufen. Viele Ärzte wissen von diesem Angebot nichts. Dafür fühlen sich wiederum andere Ärzte, die um so mehr Menschen unentgeltlich oder gegen ein geringes Honorar behandeln, teilweise überlastet.

*Ich glaube, das ist alles innerhalb bestimmter Szenen. Ich glaube, ein normaler Dr. Kaschnipukna draußen in der Versorgung, der weiß gar nicht, dass es da überhaupt so was gibt. Aber in dieser Szene arbeiten Menschen mit, die auch Ärzte sind und die gehäuft dann auch solche Patienten kriegen. [...] Aber die, die das machen, klagen alle, dass sie alle zu viel machen müssen und die anderen auch mehr machen könnten.*

Ein weiterer Befragter gibt an, dass seines Erachtens das derzeitige arbeitende Netzwerk stark überlastet ist.

*Ich glaube, das Netzwerk ist stark überlastet. Das haben aber solche Netzwerke an sich.*

## Vernetzung

Trotz des ausgeprägten Bewusstseins für die Problematik, ist der Vernetzungsgrad unter den Akteuren der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere in Hamburg relativ gering. Ein Befragter sieht die Vernetzung positiv. Fast alle anderen Experten (n=8) sehen zwar eine Vernetzung zwischen den Akteuren, oft jedoch nur zwischen gewissen Institutionen, oder auch nur in dem Maße, „dass man voneinander weiß oder weiß, was der andere macht.“ Eine aktive Zusammenarbeit besteht nur unter wenigen Akteuren. Jegliches Engagement in diesem Arbeitsfeld wird allerdings von den meisten (n=7) begrüßt und nicht als Konkurrenz angesehen. Beispiele einer möglichen Zusammenarbeit geben zwei Befragte. Sie erläutern, dass es regelmäßige Treffen, einige „Runde Tische“ und Arbeitskreise gibt, in denen eine fruchtbare Verständigung mit unterschiedlichsten Institutionen stattfindet. Ebenso wird dort auch nach praktischen und konkreten Handlungsmöglichkeiten zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen

ohne legalen Aufenthaltsstatus gesucht. Zwischen diesen Akteuren bestehen gemäß einer Aussage häufig eine ähnliche Handlungsmotivation sowie eine relativ nahe Zielsetzung.

Da zahlreiche Organisationen, die sich engagieren, in unterschiedlichsten Bereichen tätig und spezialisiert sind, sehen einige der Experten (n=3) einen deutlichen Vorteil darin, dieses Wissen mit anderen Akteuren zu teilen, um so den Betroffenen optimale Beratungs- oder Behandlungsmöglichkeiten geben zu können.

*Es gibt eben auch einige, die sich besonders rechtlich gut auskennen, also Fluchtpunkt ist da zu nennen, die sowohl das Abrechnungswesen in Krankenhäusern schulen könnten, die Leute beraten können, was sie zu tun haben, damit es nicht so viele Kosten bleiben, die sie wirklich auch selbst tragen können.*

Der Bedarf an unterschiedlichsten Hilfestellungen scheint immer bedeutsamer zu werden und auch das Anrecht auf die Durchsetzung der eigenen Rechte Illegalisierter, weshalb ein anderer erwähnt:

*Jedes Mal tauchen mehr Leute auf, die auch rechtliche, juristische Fragen haben. Die vermitteln wir auch weiter an Fluchtpunkt meistens, genau, oder bei Leuten die Begleitung brauchen, zur Ausländerbehörde oder so was. Oder das Familienplanungscenter auch halt oft.*

Nicht nur eine effektive Vernetzung unter Akteuren wird von einem Experten als essentiell angesehen, sondern auch die zusätzliche Einbindung der Verwaltung in dieses Netzwerk.

*[...] Ich glaube, das Gute, der Punkt auf den es meiner Ansicht nach ankommt ist, Verwaltung in dieses Netzwerk mit einzubinden.*

Eine Vernetzung unter den medizinischen Einrichtungen oder der Ärzteschaft wird dagegen von mehreren Experten (n=4) als nicht notwendig erachtet.

*Aktive Zusammenarbeit nicht, aber um Gottes Willen kein Gegeneinander, keine Konkurrenzsituation.[...] da sehe ich jetzt keine Notwendigkeit, das zu vernetzen. Welchen Sinn macht das, welchen Vorteil würde das für unsere Arbeit oder welchen Vorteil für die Patienten machen.*

## **Zugangswege**

Die Durchführung der Experteninterviews zeigt, dass ein aufgebautes Vertrauensverhältnis betroffener Migranten ohne Papiere zu einer Organisation einen wichtigen „Türöffner“ zu anderen beratenden oder behandelnden Akteuren darstellen kann, da die Hemmschwellen und Ängste der Menschen, eine Institution aufzusuchen, in den meisten Fällen sehr groß ist.

*Wir fragen eigentlich jedes Mal nach. Es läuft viel über Vermittlung von anderen Beratungsstellen, zu denen die Migranten schon ein Vertrauensverhältnis haben.*

## **Bedarfsdeckung**

Auf die Frage, ob das Netzwerk den Bedarf von Menschen ohne Papiere in der gesundheitlichen Versorgung abdecken könne, antworten zwei, dass diese durch die aktuelle Angebotsstruktur hinreichend abgedeckt werden können. Weitere fünf Personen sehen jedoch nur eine Bedarfsdeckung der nötigsten Erfordernisse.

*[...] In so weit kann man nur zu dem vorläufigen Ergebnis kommen, dass die nötigsten Bedarfe punktuell gedeckt werden. Man kann aber nicht davon ausgehen, dass da eine relative Bedarfsdeckung in der medizinischen Versorgung vorhanden ist. .*

Drei Befragte sehen keinerlei Bedarfsdeckung. Ein anderer erwähnt aus der Erfahrung privater Gespräche, dass nur ein Bruchteil abgedeckt werden könne „von der Gruppe der Illegalisierten, deren Anzahl in Hamburg ja auf 100.000 geschätzt wird. Ich denke, wir können immer nur einen Bruchteil abdecken, weil es keine Regelversorgung gibt“.

Ein weiterer sieht eine große Abhängigkeit der Versorgungssituation vom „Willen der Politik“.

*Und manches ließe sich sicherlich auch rechtlich besser lösen, manches will man einfach rechtlich nicht lösen.*

Zusammenfassend kann durch die Aussagen der Experten festgestellt werden, dass die Strukturen zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Papiere in Hamburg als überwiegend positiv und engagiert eingeschätzt werden. Eine Bedarfsdeckung der Belange Illegalisierter kann jedoch durch dieses meist ehrenamtlich getragene Netzwerk nicht gewährleistet werden. Auch die Abhängigkeit der Versorgungsstrukturen vom „Willen der Politik“ erschwert eine kontinuierliche, qualitativ gleichbleibende und umfassende Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere.

### **5.1.3 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen**

Dieses Kapitel beginnt mit einer kurzen Beschreibung der Gruppe von Menschen ohne Papiere und ihrer gesundheitlichen Probleme. Ferner befasst es sich mit der Frage, ob es überhaupt einen Bedarf an medizinischer Versorgung von Menschen ohne Papiere in Hamburg gibt und wenn ja, ob und wie die Inanspruchnahme der derzeitigen Angebote ist

#### **Beschreibung der Gruppe und ihrer gesundheitlichen Probleme**

Einige der Befragten (n=3) beschreiben die Gruppe der hilfeschenden Menschen als eine relativ junge Gruppe zwischen fünfundzwanzig und vierzig Jahren, die nach Deutschland hauptsächlich zum Arbeiten gekommen sind.

*Viele dieser Menschen seien nach Angaben eines Experten aus Lateinamerika und Afrika, wobei eine zunehmende Tendenz von Patienten aus Osteuropa von drei Experten wahrgenommen wird.*

Vier Experten sehen in der Gruppe, die die Angebote am häufigsten aufsuchen, Frauen, die Unterstützung in der Schwangerschaft oder bei der Geburt suchen und sehen vor allem in diesem Bereich eine Notwendigkeit der Bereitstellung von niedrigschwelligen Angeboten.

*Das ist auch so ne Situation, wo eine Frau gezwungen ist, aus der Illegalität aufzutauchen. Wo eben, weil wenn es nachher um die Entbindung geht im Krankenhaus und auch zur Klärung des Status des Kindes, wo die nicht einfach weiter mehr im Untergrund leben kann. Deswegen kommen sehr viele Menschen. Aber auch andere, aber weniger auch Männer, die dann krank werden. Oder wo irgendwelche anderen Unterstützungsmechanismen dann zusammenbrechen.*

Genau so viele halten diese Gruppe von Menschen zum Zeitpunkt der Migration in der Regel für eher relativ gesunde Menschen. Beim Aufsuchen der Dienste wird das Krankheitsspektrum zwar von einigen Befragten als relativ ähnlich dem der „normalen“ allgemeinmedizinischen Praxen angesehen, jedoch zeigen viele der Interviewpartner (n=6) unmissverständlich einen schlechten gesundheitlichen Zustand der meisten Hilfesuchenden bei der Vorstellung der Einrichtungen auf.

*Zahlenmäßig ist es kein dramatisches Problem. Individuell ist es immer ein ganz schwieriges Problem, weil das, was uns als Ärzte mit am meisten ärgert, ist eben, dass die Fälle in einem Stadium kommen, wo andere Bürger nicht kommen. Und das tut schon weh, wenn man sieht, was man da für medizinische Chancen verpasst hat.*

Ein anderer erwähnt hierzu:

*Oft haben wir es mit Erkrankungen zu tun, die auf Grund der medizinischen problematischen Versorgung weiter fortgeschritten sind, als in anderen „Normalpraxen“.*

*Was uns Ärzte bewegt ist z. B. was wahnsinnig ärgert, wenn Schwangerschaften von jungen Frauen, die von Anfang an mies gelaufen sind – und wir haben heute einfach das volle Spektrum der Medizin zur Verfügung, um so etwas vernünftig zu machen – und wenn man sieht, dass dort Menschen mit einem Diabetes, ganz normalen Alterserkrankungen eben erst zu einem Stadium kommen, wo schon Folgeschäden festzustellen sind, die bei normaler Therapie nach unseren Standards zu vermeiden gewesen wären, dann ist das extrem ärgerlich.*

### **Bedarf an medizinischer Leistung**

Bezüglich der Frage nach dem Bedarf an medizinischer Hilfeleistung für Menschen ohne Papiere ergibt sich eine deutliche Übereinstimmung fast aller Befragten (n=9), dass dieser in Hamburg eindeutig vorliegt.

*Ja. Den Bedarf gibt es zweifelsohne. Dies belegt ja die Anzahl der Menschen die Hilfe suchen. Die bei diesen Beratungsstellen, in diesem Selbsthilfenetzwerk MediNetz und anderen auflaufen und dort beraten oder gegebenenfalls auch behandelt werden.*

Als besonders dringlich erachten drei befragte Personen den zusätzlichen Bedarf an krankenhausesärztlicher und fachärztlicher Behandlung bei der relativ großen Gruppe von aufsuchenden schwangeren Frauen. Ein weiterer betont, dass der Bedarf außerdem völlig unabhängig von der Anzahl der Hilfebedürftigen existiert, „[...] *egal wie viele Menschen es sind. Also ob es 10.000 oder 100.000 Betroffene sind.*“

Ein anderer Experte macht in diesem Zusammenhang deutlich, dass es sich eindeutig, auch wenn man keine genauen Zahlen erlangen kann, um eine Anzahl von Menschen handelt, „*die politisches Handeln notwendig macht.*“ Denn eine genaue Bestimmung der Anzahl von Menschen ohne Papiere, die in Hamburg medizinische Hilfe benötigen könnten, erweist sich auch nach Angaben vieler Experten als schwierig und ungenau, „*da diese nicht gemeldet sind und nicht bekannt ist, wo sich diese Menschen im einzelnen aufhalten*“, merkt ein Gesprächspartner an. „*Geschweige denn, welche medizinischen Versorgungsbedürfnisse sie haben*“, fügt er hinzu.

#### Anzahl

Seit Jahren kursiert eine Zahl von 30.000 bis zu 100.000 Menschen ohne Papiere, die in Hamburg leben. Auch wenn ein Gesprächspartner diese Zahl als realistisch empfindet, „*wenn man mal sieht, wie reich diese Stadt ist und wie viele Haushaltshilfen bestimmt überall angestellt sind*“, halten jedoch fast alle anderen Interviewten (n=7) diese Zahl für zu hoch. Zwei Befragte empfinden sie sogar als kontraproduktiv in der Debatte um die Problemlösung und Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus.

*Die Zahl der Illegalen, die 100.000, die da immer so im Raum steht allein für Hamburg, halte ich für absurd. Und ein bisschen ist diese hohe Zahl meines Erachtens nach kontraproduktiv. Auch weil sie natürlich bei der Politik auch den Eindruck erweckt, hier werden jetzt gewaltige Summen abgehoben. Das wird gar nicht der Fall sein.*

Die Gefahr einer finanziellen Bedrohung durch die medizinische Behandlung von Menschen ohne Papiere wird hier nicht gesehen.

#### Rückgang der Anzahl

Ein Rückgang der gesamten Zahl, der sich in Hamburg irregulär aufhaltenden Migranten wird durch die meisten Experten (n=6) wahrgenommen. Dieses wird hauptsächlich mit dem Nachlassen der Migrantenzahlen deutschland- und auch weltweit erklärt. Auch ein Zusammenhang mit der Weltwirtschaftskrise wird gesehen, welche nach Einschätzung einiger (n=3) als möglicher Verstärker im Rückgang der Menschen, die sich ohne einen legalen Aufenthaltsstatus eine erfolgsversprechende Tätigkeit in Deutschland erhoffen, gesehen wird.

*Quantitäten können wir im Moment ganz schwer schätzen. Ich weiß nicht, was die Weltwirtschaftskrise jetzt noch mal macht. Es gab in der Zeit zu Gründonnerstag noch einmal einen Artikel, zu dem Thema, die Vertreibung hieß der, über die Weltwirtschaftskrise, dass viele Staaten ihre Illegalen auch zwangsweise oder mit Anreizen zurückschieben.*

Ähnlich sieht es ein anderer Befragter:

*Ich glaube, dass die Problemfälle abnehmen. Ich glaube, dass wir weniger illegale Migranten haben. Wie wir das ja insgesamt bei der Migration bemerken. Deutschland verliert an Attraktivität für illegale Menschen oder für Menschen, die hier, sei es als Asylbewerber oder Flüchtling oder was auch immer herkommen wollen.*

### **Inanspruchnahme**

Eine weitere Frage befasst sich mit der Wahrnehmung der tatsächlichen Inanspruchnahme der medizinischen Angebote durch hilfsbedürftige Migranten. Die meisten Befragten geben zu Bedenken, dass sich eine valide Einschätzung hierüber als kompliziert erweist, da man nur Aussagen über die Anzahl und Motivation der konkret aufsuchenden Menschen machen kann. Eine Beurteilung über die Anzahl derer, die nicht kommen wegen ihrer Motive und Ängste, ist nicht möglich, oder unterliegt nur groben Einschätzungen.

*Was wir auf jeden Fall sagen können, die Schätzungen in Hamburg gehen ja so auf 100 – 150.000 illegalisierte, und bei uns kommt ja ein Minianteil an. Das heißt ja auch, das wissen wir auch nicht so genau, das geht ja aus der Migrationsforschung hervor, dass das Gros der Leute über interne Netzwerke ihre Versorgung regelt. Nur ein minimaler Anteil kommt her. Die meisten machen das halt über bestehende Netzwerke unter Migranten. Und deshalb finden wir es schwierig, von unserer Erfahrung her Schlüsse zu ziehen.*

Die Möglichkeit, sich in der eigenen Community selber zu versorgen und die eigenen Bedarfe dort abdecken zu können, sei es durch den Besuch eines bekannten Arztes, das Ausleihen einer Krankenkassenskarte eines Freundes zum Besuch eines Arztes, das Ausschöpfen von Ressourcen anderer Community-Mitglieder, die bei Krankheit unterstützend helfen können, scheint nach Angaben mehrerer Befragter (n=5) immer noch ein effektives Instrument im Umgang mit Krankheit von Menschen ohne gültige Papiere zu sein. Vor allem, da der Gang zu einer unbekanntem Einrichtung immer mit hohem Misstrauen und großen Ängsten vor Aufdeckung und einer möglichen Abschiebung durch die Weiterleitung von persönlichen Daten verbunden ist.

*Ich schätze, dass viele Menschen ohne gültige Papiere die krank werden und medizinischen Versorgungsbedarf haben, gar nicht auftauchen. Geschweige denn bei ärztlichen Beratungsstellen auftauchen. In so weit müssen wir doch von einer relativ hohen Dunkelziffer ausgehen. Die Bedarfsdeckung kann von daher nicht valide eingeschätzt werden.*

Hierzu wird bemerkt:

*Deswegen glaube ich, dass sehr viele auch versuchen, erst mal so, wenn es jetzt um Gesundheitsversorgung geht, vielleicht selber doch was zu bezahlen oder irgendwie einen Weg zu finden, wie man doch über eine Krankenkassenkarte vielleicht auch einen Arzt aufsuchen kann, bevor man an die Öffentlichkeit geht. Weil das ist ja doch auch mit ganz großen Ängsten verbunden.*

Einige Befragte (n=4) sehen eine große Hilfe in der Weitervermittlung von Menschen ohne Papiere durch Institutionen, zu denen schon vorher ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden konnte.

*Es läuft viel über Vermittlung von anderen Beratungsstellen, zu denen die Migranten schon ein Vertrauensverhältnis haben.*

Zusammenfassend lässt sich nach Einschätzung der Experten ein eindeutiger Bedarf an medizinischer Versorgung für Menschen ohne Papiere in Hamburg feststellen. Dieser zeigt sich vor allem in einem zusätzlichen fachärztlichen sowie krankenhausesärztlichen Bedarf – vor allem für die große Gruppe aufsuchender schwangerer Frauen sowie deren Kinder. Da eine Schwangerschaft einen längerfristigen Zustand darstellt, in dem die Frauen gezwungen sind aus der Illegalität aufzutauchen und Hilfen in Anspruch zu nehmen, damit eine sichere Schwangerschaft sowie Geburt gewährleistet werden kann, bedarf es hier möglichst niedrigschwelliger medizinischer und beraterischer Begleitung.

Die Inanspruchnahme der Angebote durch die Hilfsbedürftigen ist zwar nach Ansicht der meisten Befragten durch Angst vor Aufdeckung und Ausweisung problematisch. Die Tätigkeiten des errichteten „informellen Netzwerks“ werden dennoch als positiv und engagiert hervorgehoben.

## **5.2 Probleme und Barrieren**

Auch wenn das Menschenrecht auf Gesundheit für jeden Menschen unabhängig seines Aufenthaltstitels besteht, zeigen sich neben zahlreichen Möglichkeiten, Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus eine Hilfestellung zu einer verbesserten Lebenslage bieten zu können, zahlreiche Schwierigkeiten und Probleme, die die Verwirklichung dieses Rechtes erschweren. Im folgenden Kapitel soll auf diese vielfältigen und unterschiedlichen Barrieren eingegangen werden.

### **5.2.1 Politische Rahmenbedingungen**

Die Befragung der Experten ergab, dass die meisten der interviewten Personen (n=8) die rechtliche Lage zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltstitel in Deutschland kritisieren. Damit nehmen sie Stellung zu der faktischen Unmöglichkeit irregulärer Migranten, das Menschenrecht auf Gesundheit, welches unabhängig vom Aufent-

haltsstatus für jeden Menschen gilt, in Anspruch nehmen zu können. Denn theoretisch steht ihnen zwar ein Anspruch auf medizinische Versorgung nach § 4 und § 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes zu, doch faktisch gesehen können die betroffenen Personen diese in den meisten Fällen nicht wahrnehmen. Grund hierfür ist die Befürchtung, dass die potentielle Inanspruchnahme von Hilfsangeboten und die damit verbundene mögliche Erfassung und Weiterleitung ihrer Daten, zu einer Aufdeckung ihres Status und zu einer eventuellen Ausweisung führen könne. Zwei befragte Personen beschreiben die Problematik folgendermaßen:

*Es ist ein Menschenrecht auf Gesundheit und dem wird nicht nachgegangen vom deutschen Staat oder von den Behörden. Deswegen ist es notwendig, einen anderen Weg zu beschreiben und zu finden.*

*Auch für Menschen ohne Papiere sind die Menschenrechte gültig, aber dadurch, dass sie dann immer entdeckt werden, wenn sie sich z.B. in das Gesundheitssystem bewegen und das offiziell abgerechnet wird, werden sie aufgedeckt. Und dann droht ihnen die Abschiebung. Also vermeiden sie diesen Schritt.*

In diesem Zusammenhang erwähnen drei der Befragten ebenfalls die **Mitteilungspflicht** als eindeutige Barriere, um allen Menschen eine barrierefreie und umfassende gesundheitliche Versorgung zukommen lassen zu können.

*[...] und der Übermittlungsparagraph ist halt ganz klar die Barriere. [...] In vielen anderen Ländern ist es halt nicht so. Spanien, Frankreich, die haben da alle Möglichkeiten, anonym Krankenversorgung anbieten zu können.*

Neben dieser Erschwernis, mögliche Angebote der Gesundheitsversorgung aus vorhin genannten Gründen nicht in Anspruch nehmen zu können, sieht die Hälfte der Experten die Art und Weise der Versorgung von Migranten nach §4 und §6 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) als ein Problem. Wenn „illegalisierte“ behandelt werden, dann auf Grundlage dieses Gesetzes, welches nur einen Anspruch auf eine Notfallversorgung in Akutfällen gibt. Es deckt z. B. keinerlei chronische Krankheiten oder Vorsorgebehandlungen ab, anders als in der Regelversorgung.

*Ich denke, es ist sehr schwierig, dass wir dieses Asylbewerberleistungsgesetz haben. Wenn illegalisierte Menschen behandelt werden in Krankenhäusern, dann im Grunde genommen auf dieser Grundlage. Das heißt, nur eine absolut notwendige Notfallversorgung und nichts anderes. Und das ist natürlich schon so ein Sondergesetz das, ja was Menschen ausschließt, aus dem, was eigentlich das Regelsystem sein sollte und was für alle Bürger die hier sind, egal ob mit Papieren oder ohne, gelten sollte.*

Auch in rechtlichen Unsicherheiten sowohl der agierenden Akteure als auch der hilfesuchenden Menschen, zeigt sich ein nicht unbeträchtliches Problem der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere.

*In der Illegalität ist der Zugang zu dem Dienstleistungsversorgungssystem extrem erschwert. Er ist nicht unmöglich, aber er ist extrem schwer aus verschiedensten Gründen. Der eine Hauptgrund ist die rechtliche Unsicherheit. Das heißt, betroffene Migrantinnen und Migranten und teilweise auch die Einrichtungen des Gesundheitssystems, Ärzte und Ärztinnen, denken zu Recht, aber in aller Regel auch zu Unrecht, die denken, sie sind zu Meldung verpflichtet. [...] Da gibt es ganz viel Unsicherheit.*

Ein anderer sieht es ähnlich:

*Ganz abgesehen davon, dass viele Krankenhäuser, Ärztinnen und Ärzte schlicht Beratungsbedarf bei Rechtsfragen haben. Wissen, was sie tun dürfen, was sie tun müssen und was sie nicht tun müssen.*

*[...] weil auch viele Ärzte Angst hatten, diese zu behandeln. Es ging nicht immer nur darum, dass sie kein Geld dafür bekamen, sie hatten auch einfach Schiss, sie sagten: „muss ich den jetzt melden.“ [...] Denn auch der Kontakt mit den Behörden ist für den Arzt genauso unappetitlich, wie er in diesem Falle für den „Illegalen“ wäre.*

Auch die Unsicherheit bezüglich bestimmter Definitionen führt nach Aussage eines Experten zu Problemen und Barrieren.

*Ich glaube, was noch mal wichtig ist, ist diese Frage der Notfallversorgung. Die sich noch mal genauer anzugucken. Zu sagen, was heißt denn da Notfall? Wer definiert das? [...] Und so was fände ich schon mal interessant, genauer zu betrachten. Also wie weit gehen eigentlich die Rechte von Patienten oder wie weit gehen die Rechte vom Krankenhauspersonal? Also ich meine, das ist einfach häufig in der Praxis so der Fall, dass wenn jemand dahinkommt, dann wird gesagt, wir wollen erst einmal die Karte haben. [...] Nach dem Gesetz müsste er eigentlich behandelt werden.*

Eine ganz andere und zusätzliche Problematik stellt sich für Schwangere. Haben sie die Geburt ihres Kindes in einem Krankenhaus ohne Meldung ihrer Daten durchführen können, besteht für sie nach der Geburt nicht die Möglichkeit, eine Geburtsurkunde für das Baby zu erhalten, ohne Gefahr zu laufen, dass ihre Daten durch das Standesamt an die zuständige Ausländerbehörde übermittelt werden. Im Falle einer Trennung gäbe es somit noch nicht einmal den Beweis der Elternschaft.

*Das ganz große Problem dabei ist eben, dass die natürlich keine Geburtsurkunde bekommen. Das ist eine Barriere, bei denen eben die Standesämter die Geburtsurkunden ausstellen und die Standesämter eben gezwungen sind, die Meldung an die Ausländerbehörde zu machen.*

Die Realität, dass durch gesetzliche Rahmenbedingungen eine erhebliche Anzahl von Kindern ohne Papiere in Deutschland lebt und von der Regierung ignoriert wird, löst großes Unverständnis aus.

*Das bedeutet, dass wir eine hohe Anzahl an Kindern haben, von denen wir nicht wissen, dass sie existieren. Wahrscheinlich haben die nur einen Fußabdruck mit einem Kärtchen aus dem Krankenhaus. Und bei allem Respekt. Das ist eigentlich ein Status eines Entwicklungslandes, wenn man nicht alle Menschen dokumentiert und mit Dokumenten versehen kann.*

## 5.2.2 Personenbezogene Probleme und Barrieren

Neben dem rechtlichen Problem eines Anspruchs auf Gesundheitsversorgung betonen die meisten Befragten (n=7) die Ängste der illegalisierten Migranten, die meist aus den oben beschriebenen gesetzlichen Bestimmungen resultieren und durch die äußerst erschwerenden Lebens- und Arbeitsverhältnisse der Menschen verstärkt werden.

*[...] aber dieser Gang zu einer Behörde, zum Gesundheitsamt, ist eine ziemlich große Hürde. Und auch wenn zugesichert wird dass dort keine Mitteilungspflicht besteht, können Menschen, die hier fremd sind natürlich die Bürokratie nicht durchschauen und nicht richtig einschätzen.*

Die Angst vor Aufdeckung und möglicher Ausweisung lässt viele der „irregulären“ Migranten vor dem Gang zu einer öffentlichen oder privaten Einrichtung zurückschrecken.

*Es hat wieder was mit der Hemmschwelle zu tun, wo ja unser Projekt ansetzt. Das ist ja etwas Offizielles. Und wenn ich grundsätzlich vor etwas Angst habe, wenn es bisher noch nirgendwo geäußert wurde, du darfst dahingehen, ohne dass das für dich, also das ist ja der Grund, also die Menschen müssen das Gefühl haben, ich darf dahingehen und das in Anspruch nehmen, ohne dass es für mich nachteilige Folgen hat. Und das ist bisher nicht klar. Wenn das klar ist von der Politik, du darfst dahin gehen von der Politik und das hat für dich keine Folgen.*

Ähnlich sieht es ein anderer Befragter:

*Also ich glaube, dass der Schritt zu einer Institution für Menschen in der Illegalität immer total schwierig ist und dass sehr viel Vertrauen dazugehört. [...] Weil das ist ja doch auch mit ganz großen Ängsten verbunden. Also, Vertrauen ist das A und O. Die Menschen haben doch sehr viel Angst, dass sie entdeckt werden.*

Es besteht nach Aussage eines Experten immer noch die Befürchtung, dass die Situation, in der ein Mensch ohne Papiere Hilfe sucht, vom Staat ausgenutzt werden könne.

*Also das ist ja auch das, was damals so in München beschrieben wurde, wovor man Angst hatte. Dass es so eine Stelle gibt, wo Illegalisierte hinlaufen, ist es ein Leichtes, sich gegenüber hinzustellen und sie alle aufzunehmen auf einem Film oder auf einem Fotoapparat zu gucken, wer könnte es denn sein?*

Als Ergebnis sehen mehrere Befragte (n=4) wiederum die Inanspruchnahme von Behandlungs- und Beratungsmöglichkeiten durch eigene Communitys aus Misstrauen gegenüber öffentlichen oder privaten Einrichtungen.

*Sie hören dann oft auch viel mehr auf ihre „Community“, auf ihre „neighbours“ oder auf die, mit denen sie zusammen geflohen sind als jetzt auf Berater in den Beratungsstellen.*

Ebenso zeigen die Äußerungen zweier Befragter, dass oftmals die zaghafte Nutzung von Diensten aus einer gänzlichen Unwissenheit oder rechtlichen Unsicherheit seitens der Papierlosen resultieren kann. Denn sie wissen zum Teil gar nicht, dass oder welche Rechte sie haben. Ein Befragter beschreibt die Situation folgendermaßen.

*Ich gehe davon aus, dass die meisten Papierlosen denken, dass sie überhaupt keine Rechte haben oder zumindest nicht wissen, welche Rechte sie haben und wie sie diese wahrnehmen können.*

### 5.2.3 Finanzierung

Auffällig häufig erwähnen viele der Experten (n=8) die Finanzierung erbrachter ärztlicher oder medizinischer Leistungen als dringlichstes Problem in der Gesundheitsversorgung „irregulärer“ Migranten. Denn faktisch gesehen haben Menschen ohne Papiere nach dem AsylbLG Anspruch auf medizinische Notfallversorgung. Sollten sie diesen Anspruch jedoch geltend machen, riskieren sie durch eine mögliche Weiterleitung ihrer Daten eine eventuelle Aufdeckung und Abschiebung. Sollten Arzt oder Krankenhaus diese Aufdeckung eines Patienten verhindern wollen, sind sie gezwungen, die Kosten einer Behandlung selber zu tragen.

*Trotzdem, es bleibt immer ein finanzielles Problem. Weil ja auch die Krankenhäuser arbeiten mit knappen Ressourcen. Die weisen nicht Leute ab aus Böswilligkeit, sondern es ist schon ein reales Problem dahinter zu sagen: Wo kriegen wir denn die Ressourcen dafür her, auch wenn es nur zehn Leute im Monat wären, die sie zusätzlich behandeln.*

Und auch ein anderer befasst sich mit der Frage der Finanzierung.

*Ein großes Problem neben der politischen Auseinandersetzung zum Status und zur Erreichung der medizinischen Grundversorgung von Menschen ohne gültige Papiere wird auch die eventuelle Finanzierung dieses doch großformatigen Projektes sein. [...] Diese Summe spiegelt einmal den hohen Behandlungsbedarf und die entstehenden Kosten, macht auch deutlich, dass hier eine finanzielle Förderung nicht auf kommunaler und auf Landesebene allein zu bewerkstelligen geht.*

In diesem Bereich scheint sich in den letzten Jahren eine Veränderung vollzogen zu haben. Es sieht so aus, als ob der steigende ökonomische Druck, der im ambulanten wie auch im stationären Bereich auf den Institutionen liegt, im Umgang mit der kostenlosen bzw. vergünstigten Behandlung von Papierlosen eine immer bedeutsamere Rolle spielt.

*Löst immer noch nicht das Problem der Bezahlung. Und da gibt es jetzt doch zunehmende Probleme, weil in den Krankenhäusern, wo man früher ganz viel nebenher gemacht hat, ohne dass es einer so richtig gemerkt hat, mit dem Einzug von wettbewerblichen Kriterien Verwaltungen jetzt sehr darauf drängen, dass man so etwas aktenkundig macht. Und auch im niedergelassenen Bereich einfach, weil es sich verdichtet hat. [...] eine zunehmende Zahl Illegaler, die auf immer weniger Ärzte trifft, die die behandeln wollen. So dass das an denen, die das machen, hängen bleibt.*

*Ich gehe mal davon aus, dass es auf Seiten der Ärzte/Innen der Krankenhäuser es nicht an und für sich einen bösen Willen gibt, diese Menschen werden nicht behandelt. Sondern es gibt einfach den ökonomischen Druck, auf die Refinanzierung achten zu müssen.*

Stationäre Behandlungen, die erhebliche Kosten verursachen, erwecken den Anschein, in diesem Zusammenhang eindeutig das Hauptproblem zu sein, wie fünf der Befragten erläutern.

*Also z. B. wenn eine Operation in einem Krankenhaus erfolgt, wie soll die bezahlt werden. Da steht z. B. auch das Krankenhaus im Spannungsverhältnis zwischen Erfüllung eines Versorgungsauftrages, der auch berufsethisch fundiert ist, und andererseits betriebswirtschaftliche Notwendigkeiten. Wobei aus der Praxis durchschimmert, dass in letzter Zeit die betriebswirtschaftlichen Erfordernisse zunehmend im Vordergrund stehen.*

*[...] Und ganz gravierend ist es dort, wo stationäre Aufenthalte notwendig sind, im Krankenhaus, wo OPs teuer sind. Und man kann es den Krankenhäusern vorwerfen, aber sie müssen natürlich auf die Refinanzierung von OPs gucken.*

Ein konkretes Beispiel liefert ein anderer Experte hierzu:

*Es ist auch ein Kostenfaktor in Krankenhäusern. So alleine, ich glaube für 2006 gibt es so eine Zahl, dass alleine zwei Millionen Kosten nicht abrechenbar waren, nur in evangelischen Krankenhäusern in Hamburg. Also das kann man dann mal kurz hochrechnen, was es eigentlich heißt, für eine Stadt an Ausfallkosten. Und natürlich trägt es irgendwie der Steuerzahler.*

Dem fügt der Experte jedoch an, dass es seiner Einschätzung nach auch viel um den Willen der Personen und Institutionen in der Behandlung von papierlosen Menschen geht. Das Argument der Refinanzierung wird seiner Meinung nach häufig als Alibi-Funktion verwendet.

*[...] aber es geht auch erst einmal um den Willen, das hinzubekommen oder nicht um den Willen, das hinzubekommen. Von daher, abrechnen muss man das irgendwann, aber ich finde, man kann auch mal aufhören, das immer vorzuschieben und zu sagen, das Kind kann deshalb nicht zur Impfung kommen.*

Nur zwei Befragte sehen in der Finanzierung der bisher ehrenamtlich erbrachten Leistungen kein Problem. Sie erachten die medizinische Hilfeleistung für Bedürftige als humanitäre Geste, die Zwischenmenschlichkeit stärkt, als soziale Kompetenz, die ein wichtiger Aspekt des Zusammenlebens in der Bevölkerung ist und weiter gefördert werden sollte.

*Also ich denke, die Bereitschaft wird gleich sein wie auch schon vor zwei Jahren. Da hat sich für mich erkennbar nichts Besonderes verändert. Der Kostendruck kann einerseits dazu führen, dass man sagt, nein, noch mal will ich nicht umsonst arbeiten. Man kann jedoch genau so gut argumentieren, wenn ich sowieso nichts mehr für die Behandlung bekomme, dann kann ich auch jemanden behandeln, der keine Krankenversicherung hat. [...] Das hängt mehr von der inneren Bereitschaft der Kollegen zusammen. Es gibt Kollegen, die sagen grundsätzlich Nein. Die finden auch, dass es möglichst keine illegal hier lebenden Menschen geben sollte. Und es gibt andere, und das ist eigentlich eine große Anzahl, die gerne bereit ist.*

#### 5.2.4 Strukturelle Barrieren

Strukturelle Barrieren wie einen erschwerten Zugang zu den Migranten erachten drei Befragte als problematisch.

*[...] denn den Zugang finden wir zu einigen. Aber zur Zielgruppe im Grunde genommen auch nicht, wenn es mehrsprachige Karten in irgendwelchen Lokalen in Altona ausgelegt werden. Wer geht denn*

*von denjenigen, die wir so als Zielgruppe betrachten, ins Restaurant und trinkt dort ein Bier oder einen Kaffee. Eher nicht. Diejenigen, die zu der Gruppe gehören die anfällig für Gewöhnungsschaden sind, die sprechen wir damit sehr intensiv an.*

Vielen betroffenen Migranten seien nach Aussage zweier Befragter die Angebote der Hilfseinrichtungen in Hamburg gar nicht bekannt.

*Ich glaube, viele Betroffene kennen sich nicht aus. Sie wissen nicht, wo sie sich hinwenden können. Bzw. sie wissen nicht, welche Stelle ist sicher und welche Stelle ist nicht sicher.*

Weitere strukturelle Barrieren sehen einige Experten (n=2) in räumlichen oder funktionellen Behandlungsdefiziten vor Ort.

*[...] Die aber für manche Probleme vielleicht nicht die richtige Hilfestellung geben können. Z. B. ist da keine Gynäkologin dabei, oder es gibt eben nicht die Möglichkeit da, richtige Untersuchungen zu machen. Ultraschalluntersuchungen, Laboruntersuchungen, und deswegen hat sich das da, glaube ich, nicht so herumgesprochen.*

#### 5.4.5 Sonstiges

Einige Experten sehen sprachliche (n=3), kulturelle (n=2) oder auch religiöse (n=2) Barrieren im Zugang zu den angebotenen Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung.

*Ich glaube, dass die Hemmschwellen, nicht nur die rechtlichen, auch die religiösen Hemmschwellen bei vielen dieser Menschen groß sind. Da verstärkt sich das allgemeine Ausländerproblem noch als Turboeffekt in die rechtliche Problematik.*

*[...] Sie sprechen auch sehr häufig kein Deutsch. Wenn sie daher kommen und bekommen keine Deutschkurse angeboten, wie sollen sie das auch erfahren. Wenn man das in der Zeitung druckt, erreicht man nur wieder die falsche Gruppe. Wenn man da ins Fernsehen bringt, ist es wieder das Gleiche.*

Zwei andere Experten sehen zumindest in den Sprachkenntnissen keine Barriere für die Behandlung.

*Ich persönlich habe die Herangehensweise, dass die Sprache das geringste Problem ist, weil man sich immer irgendwie verständlich machen kann. Unter Ärzten ist die Erfahrung, dass sie die wenigsten Leute wieder wegschicken, weil sie sich nicht verständlich machen können.*

*Es gibt auch immer eine nonverbale Ebene. Das jetzt als Barriere zu sehen. Wir kommen eigentlich immer klar.*

Zur Übersichtlichkeit werden die wichtigsten Probleme und Barrieren noch einmal in einer Tabelle zusammengefasst.

<b>Politische Rahmenbedingungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Missachtung des Rechts auf Gesundheit durch den Staat</li> <li>• Faktische Unmöglichkeit der Nutzung von gesundheitsversorgenden Angeboten aus Angst vor Aufdeckung und Ausweisung</li> <li>• Anspruch auf Gesundheitsleistungen auf Basis des AsylbLG (nur Notfallversorgung)</li> <li>• Problem der Mitteilungspflicht</li> <li>• Rechtliche Unsicherheiten</li> </ul>
<b>Personenbezogene Probleme/Barrieren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Große Hemmnisse und starkes Misstrauen der Migranten, Angebote in Anspruch nehmen zu können</li> <li>• Häufiges Nutzen eigener Ressourcen oder Ressourcen der Community</li> </ul>
<b>Finanzierung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problem der Refinanzierbarkeit erbrachter ärztlicher oder medizinischer Leistungen → vor allem im stationären Bereich</li> <li>• Steigender ökonomischer Druck</li> <li>• Häufig Verteilung der Kosten auf wenige Ärzte, die Migranten unentgeltlich behandeln</li> <li>• Keine staatliche Finanzierung, sondern hauptsächlich auf ehrenamtlicher und spendenfinanzierter Basis</li> </ul>
<b>Strukturelle Barrieren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niedriger Bekanntheitsgrad mancher Angebote</li> <li>• Zugangswege zu den Hilfebedürftigen oftmals nicht bekannt</li> <li>• Defizit an fach- und krankenhausärztlicher Behandlung</li> <li>• Räumliche oder funktionelle Behandlungsdefizite vor Ort</li> </ul>
<b>Sonstige Barrieren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sprachliche, kulturelle, religiöse Barrieren</li> </ul>

**Tabelle 5: Probleme und Barrieren der Gesundheitsversorgung**

Quelle: Eigene Darstellung, Zusammenfassung der wichtigsten Interviewpassagen

Die Problematik einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus ist sehr facettenreich. Zwar haben auch Menschen ohne Papiere nach dem Gesetz einen Anspruch auf Gesundheitsversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz; doch die meisten Befragten sehen in der Angst vor Aufdeckung und Ausweisung die größte Barriere bei der Wahrnehmung dieses Rechtes auf Gesundheit.

Als nicht unerheblich stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage nach der Finanzierung der gesundheitlichen Leistungen dar, vor allem bei der stationären Behandlung.

### 5.3 Handlungsbedarf

Nach einer Erläuterung der Probleme und Barrieren bezüglich der gesundheitlichen Versorgung irregulärer Migranten im vorangegangenen Kapitel ließen fast alle Interviews darauf schließen, dass nach Meinung der Experten Missstände in der aktuellen medizinischen Versorgungslage von Menschen ohne Papiere bestehen, die nach Aussage der Befragten (n=9) einen deutlichen Handlungsbedarf erkennen lassen. In diesem Kapitel sollen daraus entstehende Forderungen und Wünsche der Akteure an Politik und Gesellschaft kurz aufgeführt werden, die im folgenden Kapitel dann durch Lösungsvorschläge der befragten Experten ergänzt werden.

#### Wahrung der unterzeichneten Rechte

Die faktische Missachtung der Menschenrechte durch den Staat, der vor allem eine effektive Migrationskontrolle in den Blickpunkt rückt, lässt bei den meisten Befragten (n=8) eine Veränderung der bisherigen Situation als dringend notwendig erscheinen.

*Es ist ein Menschenrecht auf Gesundheit und dem wird nicht nachgegangen vom deutschen Staat oder von den Behörden. Deswegen ist es notwendig, einen anderen Weg zu beschreiben und zu finden.*

*[...] Und das ist so eine Scheindebatte, weil die Politiker sagen: „Ja jeder kann sich ja ans Krankenhaus wenden, das rechnen wir dann schon ab. Aber wir schieben dann eben auch ab. Und das ist dann auch immer die Kehrseite, wo man dann so sagen muss, das ist keine volle Umsetzung der menschenrechtlichen Verpflichtung.“*

Die Forderung nach voller Umsetzung gezeichneter Rechte durch den Staat steht bei diesen Befragten (n=8) im Vordergrund.

*[...] Bei den Sozialpakten oder bei anderen Menschenrechtspakten, die wir mit unterzeichnet haben und ratifiziert haben, ist es klar, dass Deutschland dafür eintreten sollte.*

#### Übernahme der Verantwortung durch den Staat

Das hauptsächlich ehrenamtlich agierende Netzwerk scheint laut Aussage mehrerer Experten (n=5) an seine Grenzen zu stoßen. Vielfach kritisieren Experten die rechtliche Grauzone, in der sie agieren, und die damit verbundene rechtliche Unsicherheit, was ebenfalls Handlungsbedarf auslöst.

Ein Experte klagt an, dass die Politik eine wohlwollende Duldung des Hilfsangebotes für Papierlose in der gesundheitlichen Versorgung praktiziert. Diese Abgabe der staatlichen Verantwortung beschreiben viele der Befragten (n=5) als unhaltbaren Status, der einer Veränderung bedarf.

*Es hat sich scheinbar, und das ist mein oberflächlicher Eindruck, von außen ein Stück Gewöhnung an die Leistung dieses Netzwerkes eingestellt. Das sozusagen mit wohlwollender Duldung auch von Politik und Verwaltung aktiv ist. Mir ist aber auch aus Diskussionen [...] deutlich geworden, dass verschiedene Akteure aus diesem Selbsthilfenetzwerk gesagt haben, wir sind an unsere Grenzen gekommen. Und wir können und wollen das auch nicht auf Dauer machen, und wir können es auch nicht so uneingeschränkt auf Dauer leisten.*

Drei weitere Befragte kritisieren, dass Staat und Politik ihre Augen nicht weiter vor der Tatsache verschließen können, dass es Menschen in Deutschland gibt, die sich hier irregulär aufhalten, und fordern, die Debatte um die Problematik erneut anzustoßen. Um auf Missstände aufmerksam zu machen und eine öffentliche sowie politische Diskussion um die Thematik entstehen zu lassen, kritisieren sie die staatliche Ignoranz gegenüber Kindern, die in der „Illegalität“ zur Welt kommen und leben.

*[...] Es gibt eine Reihe von Kindern, die medizinisch einer Behandlung bedürfen, die nirgendwo im Blick von Behörden sind, weil die existieren faktisch nicht. Solche Dinge wird man mal wieder neu anstoßen müssen.*

*Was man zwar nicht immer gerne lesen möchte, aber man muss es einfach wahrnehmen, sie sind da, sie leben mit uns, sie arbeiten mit uns zum Teil, und wir müssen sie auch gesundheitlich schützen.*

*Ich wünsche mir, dass diese Studie Ergebnisse zeigt, die so was von unanfechtbar sind und so was von dramatisch sind, dass die Politik nicht umhin kann, sie wahrzunehmen.*

Zu einer Übernahme der Verantwortung durch den Staat gehört für einen anderen Experten auch, dass den Akteuren wie auch den Bedürftigen die Unsicherheiten und Ängste genommen werden, z. B. durch klärende Veröffentlichungen seitens der Politik.

*Da wäre es einfach sinnvoll, wenn der Gesundheitssenator in Hamburg eine Veröffentlichung darüber macht. Damit alle Krankenhäuser wissen, wie weit gehen ihre Rechte und ihre Möglichkeiten.*

Vier Befragte konkretisieren ihre Forderungen nach einer Übernahme der staatlichen Verantwortung. Sie verlangen eine Einbindung von Menschen in die offizielle Regelversorgung.

*Deswegen sind wir dafür, dass es dann zu einer offiziellen Versorgung von Menschen ohne gültige Papiere kommt und möchten uns dann gerne als Selbsthilfenetzwerk beschränken bzw. vielleicht auch ganz auflösen, wenn dann nachher über entsprechende Regelungen und Finanzierung die medizinische Versorgung dieser Menschen gewährleistet wird.*

*Was wir anstreben [...] ist natürlich insgesamt eine Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere, eigentlich die Regelversorgung.*

Ein Experte sieht in der Übernahme der Verantwortung durch den Staat dagegen auch negative Aspekte.

*Ich sehe das, auf der einen Seite ist es schön, wenn sich der Staat oder Organisationen oder wie auch immer engagieren, aber ich sehe da eine ganz große Gefahr in dem Moment, wo sich der Staat und*

*Organisationen sich der Sache annehmen. Und die Verantwortung sich in dem Bereich mehr und mehr verlagert. Die Menschen haben weniger den Impuls, sich selber zu helfen. Weil es ja dann immer Organisationen gibt, die das dann angeblich machen. Ich glaube, gerade in diesem Bereich können das engagierte Menschen im Grunde genommen besser machen als Organisationen. Oder man muss es beides zusammen machen, Organisationen sind natürlich auch nötig. Aber je mehr das Mitmenschliche, nicht nur dieser Bereich der Migrantenmedizin, sondern das Grundsätzliche, das Mitmenschliche, je mehr das auf Institutionen verlagert wird, umso schlechter wird es, umso ärmer werden wir.*

*[...] Das macht das Leben auch wunderbar einfach, ich zahle Steuern, soll der Staat das machen. Aber damit werde ich meiner eigenen Verantwortung nicht gerecht. Damit kann ich zwar auch bequemer, aber nicht glücklicher leben.*

Auch bezüglich der Finanzierungsfrage gibt der Experte bei einer Übernahme der Kosten durch den Staat zu bedenken, dass diese doch nur wieder auf den Steuerzahler zurückfallen und durch einen erhöhten Verwaltungsapparat die Ausgaben zusätzlich steigen würden.

*Wenn es der Staat machen muss, dann muss es durch unsere Steuern auch wieder finanziert werden.[...] Aber letztendlich ist es dann alles das Gleiche, nur viel teurer, durch die Verwaltungsstrukturen wird es eher behindert, als wenn man das hier frei so machen kann.*

Ebenso gibt der Experte bei einer Übernahme der Verantwortung durch den Staat zu bedenken:

*In unserem Bereich würde in dem Moment, wo sich der Staat engagiert, würde es große Diskussionen geben. Das würde sich sehr schnell von gewissen Tageszeitungen die wenig Geld kosten emotional aufbauschen lassen, dass der Staat, das heißt, wir Steuerzahler, jetzt auch noch für Menschen, die illegal hier leben, aufkommen sollen. Uns ausrauben, hierherkommen und Schmarotzer und so. Das würde man sehr schnell in dieser Weise darstellen. [...] Durch staatlichen Einfluss würde es nur schlimmer werden. Es ist einfach ein sehr menschlicher Bereich, in dem der Staat da nicht mehr mit seinen Strukturen rankommt.*

## **Dialog zwischen Politik und Akteuren**

Ein Befragter fügt den genannten Forderungen den Wunsch nach einem verbesserten Dialog zwischen allen Beteiligten hinzu.

*Ich würde mir sehr wünschen, wenn in den Bereichen, um die es in der Studie im Wesentlichen geht, Schule, Arbeit, Gesundheitsversorgung, wenn es da wie in anderen Städten einen ernsthaften Dialog zwischen Zivilgesellschaft, Politik und Verwaltung gibt, sprich politische.*

## **Mehr Bewusstsein und Zivilcourage**

Nicht unbedeutend in diesem Zusammenhang sieht ein anderer Befragter die Stärkung menschlicher Werte sowie der Zivilcourage in Politik, Bevölkerung und bei den agierenden Akteuren.

*Ich denke, dass es wichtig ist, dass Gemeinden oder auch Kirchengemeinden klar haben, dass sie Anlaufstellen sind. Also dass auch so ein Bewusstsein entsteht, dass auch Kirchengemeinden sich wieder mehr so Kompetenzen aneignen, wir sind da für die Alten, für die Kinder, für die Menschen ohne Arbeit, für die vielen, die nicht weiter wissen.*

*Da sind eben auch Menschen ohne Papiere. Und manche Gemeinden fühlen sich da eher für zuständig und manche weniger. Und ich würde mir da einfach eine Weite wünschen, dass die Kirchen bewusster mit diesen Ansätzen umgehen.*

*Da gibt es so etwas wie, ich weiß nicht, ich könnte mich strafbar machen, also bin ich nicht zuständig. Das ist so ein Spiel bei Behörden. Da würde ich mir auch noch einmal mehr Zivilcourage, mehr Klarheit wünschen. Also Kinder- und Jugendhilfe geht vor allem anderen, und Schulbesuch geht vor allem anderen und Gesundheitsversorgung geht vor allem anderen.*

Zusammenfassend lässt sich in diesem Kapitel durch die Aussagen der Experten ein deutlicher Handlungsbedarf erkennen, der sich aus vielfältigsten Perspektiven begründen lässt. Eine Behandlung und Begleitung von Schwangeren muss sichergestellt werden, außerdem eine Lösung für in Deutschland zur Welt gekommenen Kinder ohne Papiere. Die verschiedenen Forderungen bedürfen zwar einer kritischen Betrachtung; jedoch leisten fast alle Stellungnahmen einen Beitrag dazu, das Bewusstsein zum Thema zu erweitern. Ebenso stellen die meisten Forderungen einen wichtigen Schritt zu mehr Aufklärung dar, weg aus der Arbeit in einer Grauzone und hin zu einer Übernahme der Verantwortlichkeiten durch den Staat.

## **5.4 Ansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung**

Befragt nach Vorschlägen zur Überwindung der zuvor beschriebenen Probleme und Barrieren, liefern die Experten unterschiedliche Ansätze und Strategien. Die Frage nach der Durchführbarkeit dieser Lösungsvorschläge in Hamburg wurde zusätzlich in die Fragestellung integriert. Einige Äußerungen wurden schon im vorherigen Kapitel „Handlungsbedarf“ vorgestellt und sollen hier zur Verdeutlichung noch einmal aufgenommen werden. Die Darstellung konkreter Handlungsmaßnahmen, die zurzeit in Hamburg erprobt werden, sollen das Kapitel abschließen.

### **5.4.1 Lösungsansätze**

#### **Anonymer Krankenschein**

Fünf Experten befürworten die Einführung eines „Anonymen Krankenscheins“. Orientiert an der Regelversorgung, soll er Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus die Inan-

spruchnahme medizinischer Leistungen ohne Angst vor Weitergabe ihrer Daten ermöglichen. Durch die Verlagerung der Finanzierung in staatliche Hände würden einzelne Ärzte und Krankenhäuser entlastet; so könnten im Rahmen der geforderten Regelversorgung auch für Menschen ohne Papiere behandelt werden.

*Also als sofortige Maßnahme, wenn man in Monaten denkt und nicht in Jahren, würde ich sagen, könnte der anonymisierte Krankenschein eine Chance haben. Zumindest als ein Modellprojekt vom Medi-Büro durchgeführt zu werden mit der Unterstützung der GAL.*

### **Humanitäre Sprechstunde**

Drei weitere Experten sprechen sich für die Durchführung einer „Humanitären Sprechstunde“ aus, gegebenenfalls auch in Kombination mit dem „Anonymen Krankenschein“.

*Ich denke, eine Chance könnte auch die humanitäre Sprechstunde haben, die das Gesundheitsamt Altona konzipiert hat. Vielleicht nicht auf diesem Niveau, wie es vielleicht jetzt konzipiert ist. Nämlich mit zwei Ärzten und drei Sprechstundenhilfen, die fünf Tage die Woche als Praxis angeboten werden. Also das wäre eigentlich das, was wünschenswert wäre. Um zu sehen, wie groß ist denn der Bedarf eigentlich. Es könnte aber auch sein, dass es aus finanziellen Gründen eine reduzierte Form ist. Und dann wäre es vielleicht nicht besser als das was durch das medizinische Beratungsbüro passiert. Sondern es wäre dann eine Umfinanzierung. Zumindest würde dann die Behörde das finanzieren, was jetzt ehrenamtlich geleistet wird und durch private Spenden gemacht wird.*

Ganz praktisch beschreiben zwei Befragte die Orientierung an dem bisher schon konzipierten und durchgeführten „Frankfurter Modell“. Bei diesem bietet das Gesundheitsamt Frankfurt in einer sogenannten „Internationalen Humanitären Sprechstunde“ allen Menschen ohne Papiere eine Möglichkeit, gesundheitliche Probleme vor Ort oder durch die Weiterleitung an einen Facharzt oder eine stationäre Einrichtung behandeln zu lassen. Ein Experte sieht darin jedoch nur eine Übergangslösung auf dem Weg zu umfassenderen politischen Regelungen.

*Es ist ja hier eine komplexere Problematik mit einem kleinteiligeren Lösungsansatz. Dieses Frankfurter Modell, so wie ich es gehört habe könnte eine Übergangslösung gegebenenfalls sein. Würde aber kein Ersatz für die grundsätzlich notwendige politische Regelung sein können. Da sind entsprechende Gesetzesinitiativen verantwortlicher Politik gefordert und Gesetzesänderungen und Harmonisierung zwischen den verschiedenen Netzgebieten, die da vorhanden sind, die es im Detail in sich haben. Aber es erscheint nicht unmöglich und machbar.*

### **Fondslösung**

In der Entwicklung eines staatlich oder privat finanzierten Fonds sehen vier weitere Experten Vorteile der Problembewältigung, auch wenn sie diese Lösung unter den Aspekten der Finanzierung kritisch bewerten und ebenso anmerken, dass dieser Weg der Forderung eines Rechtsanspruch auf Gesundheitsversorgung nicht gerecht wird und somit nur eine Art Übergangslösung darstellen kann.

*Unter realpolitischen Gesichtspunkten spricht einiges für die Fondslösung. [...] Diese Lösung hat den Charme, dass sie relativ schnell und unbürokratisch und realpolitisch die größten Durchsetzungschancen hat.*

*Das Problem dabei ist natürlich, wenn man das als Regelversorgung sehen will, dann kann man keinen Fonds haben, der begrenzt ist. Dann kann man nicht sagen, die ersten, die kommen, die kriegen die Behandlung, das wird refinanziert und bei den Nächsten ist es dann eben aus. Das ist ein großes Problem.*

Eine andere Person merkt hierzu an:

*Unsere Auffassung ist, dass sie einen ganz gravierenden Nachteil hat, dass sie nämlich, sag ich mal, nicht ein Recht auf Gesundheitsversorgung, oder dass sie Menschen ohne Papiere in eine gewisse Abhängigkeit von Spenden schickt und nicht einen Rechtsanspruch auf Gesundheitsversorgung haben, den wir gerne hätten.*

### **Aufhebung der Meldepflicht**

Eine weitere Option, Probleme und Barrieren zu lösen, sehen zwei andere Experten in der Aufhebung der Meldepflicht.

*Also in Deutschland ist diese Meldepflicht und dieses ganze Meldewesen geradezu eine Heilige Kuh, und das darf ich mir auch erlauben zu sagen, ich halte diesen Tanz um diese Heilige Kuh für unnötig und wirklich kontraproduktiv.*

*Von daher plädiere ich sehr dafür, dass Gesundheitsämter, die natürlich eventuell auch eine Meldepflicht hätten, davon ausgenommen werden. Und sei es, dass man das tageweise regelt. Dass man wirklich sagt, es ist schön, wenn alle kommen können, aber da gibt es irgendwie den Migrantendienst montags, mittwochs und freitags, und da kann jeder kommen. Und solche Dinge könnte man regeln, wenn man wollte. Man kann sie auch politisch regeln, ohne dass es ein Drama gäbe.*

### **Abbau von rechtlichen Unsicherheiten**

Um rechtliche und persönliche Unsicherheiten mindern zu können, liegen nach Angaben dreier Befragter denkbare Lösungs- und Verbesserungsmöglichkeiten im Aufbau einer intensiven und effektiven Öffentlichkeitsarbeit

*Das kommt auf die Informationspolitik an, denke ich. [...] Wie bringt man das in die Communitys. Wie klar ist das für die Menschen, dass das wirklich anonym ist. Da muss ich keinen Namen sagen, da muss ich keinen Ausweis vorzeigen. Und dann glaube ich schon, dass das angenommen wird.*

*Man muss diese Ängste nehmen in der Öffentlichkeitsarbeit oder in der Informationsarbeit. Man muss nicht nur sagen, diese Stellen gibt's, sondern man muss wirklich ganz genau sagen, was das für eine ist, was sie macht, was sie nicht macht. Der Bereich Information, Aufklärung ist aus meiner Sicht ein ganz zentraler, ein ganz wesentlicher.*

Nicht nur die Aufklärung Betroffener, sondern ebenso die Beratung und rechtliche Hilfestellung agierender Personen und Organisationen sind für zwei weitere Experten nicht zu

vernachlässigen, da häufig auch auf deren Seite eine große Unsicherheit bezüglich ihrer Rechte und Pflichten bestehen.

*[...]Da hoffe ich auch, dass wir mit unserer Studie ein wenig mehr Klarheit reinbringen können, da klare Unterscheidungen zu treffen. Wer ist überhaupt meldepflichtig, wer profitiert von dem illegalen Aufenthalt von einer Person.*

Zur Verbesserung der bisherigen Versorgungsstrukturen schlägt ein Experte zusätzlich vor, dass Akteure oder Organisationen sich durch gegenseitige Schulungen und Beratungen ergänzen und voneinander profitieren können.

### **Erweiterung des Angebots**

Eine andere befragte Person sieht in der Erweiterung des Angebots an medizinischer Versorgung einen zusätzlichen Weg hin zu einer verbesserten Versorgungslage kranker Menschen ohne Papiere.

*Die Frage ist, wie weit sich das Netzwerk über Multiplikatoren gegebenenfalls auch noch erweitern könnte in andere Hamburger Bezirke, sodass eben im Bedarfsfall betroffene Menschen ohne gültige Papiere medizinische Versorgung erfahren können. Das müsste aber das MediNetz selbst und die beteiligten Akteure wirklich noch einmal überdenken und sich da entsprechend positionieren.*

### **Strukturelle Verbesserungen**

Strukturelle Verbesserungen werden ebenso von einigen Befragten (n=4) vorgeschlagen, wie z. B. die Verbesserung des Bekanntheitsgrades und der Zugangswege zu den Angeboten der gesundheitlichen Versorgung für die betroffenen Migranten sowie die Einschätzung, dass die Einrichtung niedrighschwelliger<sup>18</sup> Angebote notwendig ist.

*Das Entscheidende ist, dass die Gruppen, die wir haben, untereinander gut vernetzt sind, von Land zu Land natürlich unterschiedlich. Südamerika ist ein Riesengebiet, die sprechen alle Spanisch oder Portugiesisch. Wenn man da in diesen Bereich den Menschen, die wirklich illegal hier leben, das mitteilt, dass in ihrer Community weiterverbreiten, dann ist das, glaube ich, die beste Möglichkeit, dass wir die Menschen aus der Zielgruppe auch erreichen.*

*Und vielleicht wären niedrighschwellige Angebote gut, dass es einen Ort gibt, wo sie sich treffen können.*

### **Integration**

Über das Nachdenken einer effektiven Integration von irregulären Menschen in die Gesellschaft und die Möglichkeit eines Zugewinns durch kulturelle Vielfalt spricht ein anderer Experte.

---

<sup>18</sup> Niedrighschwelligkeit bedeutet in diesem Kontext z. B. das Anbieten von Projekten bzw. Angeboten, die aufsuchend und/oder begleitend angelegt sind. Niedrighschwellige Projekte warten nicht darauf, dass Menschen Kontakt aufnehmen, sondern gehen auf sie zu, sind in der Lebenswelt der Zielgruppe angesiedelt und gut erreichbar (Richter 2007).

*Es geht nicht nur um die Grundfrage der medizinischen Grundversorgung, sondern in einem weiteren Sinnzusammenhang um Bevölkerungsentwicklung, Integration zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen und gemeinsame Arbeits- und Lebensgestaltung. Und da muss vielleicht noch weiter nachgeschaut und überlegt werden, welche Verknüpfungen sich da ergeben und welche Perspektiven sich auf tun können.*

## **Finanzierung**

Um die Wahrung des Rechts auf Gesundheit auch finanziell tragfähig gestalten zu können, favorisieren drei weitere Befragte deutlich den „Anonymen Krankenschein“ und plädieren darüber hinaus für die Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen oder den Europäischen Sozialfonds.

*Aber hier sehe ich nicht nur Krankenkassen, sondern auch die europäische Ebene, wo über z.B. den Europäischen Sozialfonds oder andere mögliche Geldgeber die Summe zusammen bekommen werden könnte.*

Auch wenn deutlich zu erkennen ist, wie skeptisch einer der Experten der Übernahme der Kosten durch diese Institutionen sieht.

*Die Krankenkassen wehren natürlich nur ab. Das kann man auch verstehen. Der Herr XXX als Zuständiger für den Sozialhaushalt will das natürlich auch nicht aus seinem Pott zahlen.*

Eine bundesweit einheitliche finanzielle Lösung und Übernahme der Kosten schätzen zwei Experten nicht als realistisch ein. Ihrer Aussage zufolge sehe sich der Staat zurzeit noch zu sehr in seiner Rolle der Durchführung einer effektiven Migrationskontrolle und agiert weniger aus einer humanitären und menschenrechtlichen Perspektive.

*Den Ländern, denen ist zum Teil diese Durchsetzung des Bundesanspruchs auf Intaktheit des Hoheitsgebietes relativ egal. Die sehen das Problem vor Ort, weil natürlich, diese Menschen haben Unfälle, diese Menschen bekommen Kinder, diese Menschen bekommen Karzinome wie alle anderen Menschen auch, vielleicht auch eher mehr, weil wir ja auch wissen, dass Armut und prekäre Lebensbedingungen nicht gerade gesundheitsfördernd sind. Und dann bleibt es ja letztendlich, allein aus humanitären Gründen, immer an der Sozialhilfe der einzelnen Länder und Kommunen hängen.*

*Deswegen gibt es hier eine unterschiedliche Interessenlage. Deswegen gibt es auch regional geschnittene Modelle, wie das Frankfurter Modell, das Bremer Modell oder München, da wird es in absehbarer Zeit keine bundesweit gleiche Lösung geben.*

Daher sehen viele Experten (n=5) die Notwendigkeit der Konstruktion regional unterschiedlicher Modelle als realistische Möglichkeit, auch ein auf Hamburg zugeschnittenes Konzept zu erlangen.

## **Dialog und Zusammenarbeit**

Ein verbesserter Dialog und eine effektivere Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure wird von einigen Befragten (n=3) als essenzieller Schritt zu einer verbesserten gesundheitlichen Versorgungsstruktur von Menschen ohne Papiere angesehen.

*Es bedarf da des weiteren Dialoges zwischen allen Beteiligten um zu schauen, wie hier konkrete Lösungen im Einzelfall bzw. im institutionellen Rahmen, kommunal oder bezirklich, gefunden werden.[...]. Und es wird nicht anders gehen als über die Einbeziehung der beteiligten Akteure im Gesundheitswesen, über eine gemeinsame Zielorientierung und Strategie im Gespräch und in der Auseinandersetzung mit der Politik, hier Politik zu entsprechenden Entscheidungen zu bringen, die im Ergebnis die medizinischen Versorgung von Menschen ohne gültige Papiere gewährleisten hilft.*

Ein einheitliches Problembewusstsein könnte nach Aussage eines anderen Experten ebenso ein Schritt zur Problemlösung sein. Oftmals scheint es jedoch bei genau diesem gleichen Bewusstsein und der Festlegung gleicher Lösungswege Probleme zu geben.

*Bzw. da sind wir auch selber halt im Moment nicht alle so unbedingt d'accord. Wir haben da alle unterschiedliche Meinungen.*

Ein Experte ergänzt, dass zu bedenken ist, dass die gemachten Lösungsansätze keinen Anspruch auf Vollkommenheit aufweisen.

*Wir sehen natürlich die rechtlich gewaltigen Probleme, weil der Staat verzichtet auf seinen Anspruch, sein Hoheitsgebiet vor diesen Menschen zu schützen. Deswegen wissen wir auch, dass unsere Vorschläge unvollkommen sind. Aber dabei kann man es nicht lassen. Man muss also was tun.*

## **Übernahme der Verantwortung durch den Staat**

Die Vielfältigkeit der vorhin beschriebenen Problemlage lässt die zahlreichen und durchaus unterschiedlichen Lösungsmöglichkeiten der Experten auf allen Ebenen der Gesellschaft und Politik erklären.

Die meisten der vorhin beschriebenen Lösungswege zielen eindeutig darauf, dass der Staat die Verantwortung für eine umfassende medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere übernimmt. Die Forderung nach Integration der Menschen in eine offiziell geregelte, kontinuierliche Versorgung ist deutlich, auch um die Arbeit in einer rechtlichen Grauzone zu vermeiden.

### **5.4.2 Konkrete Handlungsmaßnahmen in Hamburg**

#### **Erstellung eines Konzeptes „Anonymisierter Krankenschein“**

Zur konkreten Umsetzung der Forderung einer Einbindung von Menschen ohne Papiere in die Regelversorgung hat das Medi-Büro in diesem Jahr das Konzept des „Anonymen Krankenscheins“ entwickelt. Dieser wird von vielen Organisationen und Akteuren zur Ver-

besserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne Papiere favorisiert. Auch würde die Honorierung medizinischer Leistungen hierdurch deutlich verbessert.

### **Humanitäre Sprechstunde**

Des Weiteren befasst sich das Gesundheitsamt Altona eingehend mit der Frage, inwieweit die Einführung einer „Humanitären Sprechstunde“, wie sie schon in Frankfurt oder Bremen durchgeführt wird, auch für Hamburg realisierbar ist. Hierzu laufen konkrete Verbindungen und Gespräche mit erfahrenen Experten dieser Städte. Zurzeit gibt es ebenso im Bezirk Altona politische Unterstützung durch einen Bezirksversammlungsbeschluss, *„wo konkret über das ‚Frankfurter Modell‘ informiert werden soll, und wo auch konkret die Frage ist, ob und wie weit die Malteser aus dem Marienkrankenhaus sich erweitern könnten, gegebenenfalls auch nach Altona“.*

### **Studie zur Gesundheitssituation von Menschen ohne regulären Aufenthalt**

Einige Experten (n=3) sehen in der Durchführung der Studie zur Gesundheitssituation von Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus einen großen Schritt zur Verbesserung der allgemeinen Lage. Die Hoffnung, durch erstellte Zahlen und Fakten auch die Politik zu konkreten Handlungsmaßnahmen führen zu können, steht hier im Vordergrund.

*Und da kann es gut sein, dass da das Ganze ein wenig in Bewegung kommt. Durch die Studie kommt vielleicht auch etwas mehr Bewegung wieder rein, weil auch die GAL darauf gewartet hat zu gucken, wollen sie dann so ein Modellprojekt vielleicht mit unterstützen und finanzieren.*

Andere sehen hierin jedoch nur eine Alibifunktion, die von konkreten Handlungsmaßnahmen ablenkt und deren Zahlen eigentlich nur das belegen, was Politiker und Organisationen schon lange wissen – nämlich dass es eine große Zahl undokumentierter Migranten in Hamburg gibt, weshalb dringend gehandelt werden muss.

*Das ist auch immer was wie ne Alibiargumentation. Die brauchen dann doch noch mal konkrete Zahlen und so.*

*Vielleicht sagen die Leute dann, wenn dann die offizielle Zahl von so, ja 100.000 veröffentlicht werden, da müssen wir was machen. Andererseits ist es schon relativ klar, es gibt die Leute und egal, wie viele das sind, das sagen wir auch, es muss etwas passieren.*

### **Vernetzung**

Einige Akteure und Organisationen vernetzen sich im Rahmen von „Runden Tischen“ oder Arbeitskreisen, um gemeinsam über die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere zu beratschlagen. Hier wurden konkrete Ziele erarbeitet, die durch konkrete Handlungsmaßnahmen umgesetzt werden sollen:

*Im Handlungsfeld der Migrantengesundheit wurden mit den beteiligten Akteuren [...] drei Gesundheitsziele festgeschrieben. Eins ist eben die medizinische Grundversorgung von Menschen mit ungesicher-*

*tem und unsicherem Aufenthalt. Hier wurde dann in der Folgezeit bei der Präsentation der Gesundheitsziele Altona im Ausschuss für Gesundheit, Soziales und Senioren und dann später in der Bezirksversammlung Altona [...] einstimmig von der Bezirksversammlung beschlossen, die Gesundheitsziele insgesamt und unter anderem auch dieses Gesundheitsziel der medizinischen Grundversorgung für Menschen ohne gültige Papiere umzusetzen.*

*In der Folgezeit wurde in der Arbeitsgruppe Migrantengesundheit gemeinsam die Umsetzung weiter überlegt und praktisch in Angriff genommen. Hier laufen zurzeit verschiedene Aktivitäten auf verschiedenen Ebenen.*

Weitere Vernetzungen entstehen durch Workshops möglichst vieler Beteiligter oder durch die Initiierung eines Gesundheitstages in Hamburg, der sich mit diesem Thema auseinandersetzt.

### **Dialog mit der Politik**

Ebenso bemüht man sich um einen Dialog mit der Politik, um Einfluss auch auf politischer Ebene ausüben zu können.

*Darüber hinaus finden punktuelle Kontakte mit Politikerinnen und Politikern statt, wo auf diesem Wege gewissermaßen lobbyistisch, oder anders gesagt, sozialanwaltstaatlich Einfluss auf entscheidende Politik und Handlungsträger zu nehmen versucht wird.*

Positiv wird hierzu bemerkt, dass bereits ein hervorzuhebendes Engagement von politischer Seite im Bezirk Altona zu erkennen ist.

*Als erfreulich aus meiner Sicht werte ich, dass hier auch CDU und GAL aus der Bezirksversammlung Altona deutlich gemacht haben: „Wir sehen das Problem, wir sehen die Handlungsbedarfe. Und wir als Bezirkspolitik treten an Verwaltung und Akteure heran, um hier auch eine Lösung zu suchen.“*

Insgesamt gestaltet sich der Dialog mit der Politik als ausgesprochen langwierig.

### **Öffentlichkeitsarbeit**

Ein weiterer Schritt, die gesundheitliche Versorgungslage von „Papierlosen“ zu verbessern, geschieht nach Aussage zweier Experten durch die öffentliche Aufklärung agierender Ärzte bezüglich der Meldepflicht. Ein Vertreter der Ärzteschaft merkt hierzu positiv an:

*Das hat uns sehr geholfen, dass er uns das geschrieben hat, und das haben wir auch als Anlass genommen, das unseren Mitgliedern mitzuteilen: „Ihr braucht gar keine Angst zu haben. Euch kann sowieso gar nichts passieren.“*

#### **5.4.3 Prognosen für Hamburg**

Nur wenige Experten haben bezüglich der Durchführbarkeit der diskutierten Lösungsansätze in der Stadt Hamburg eine persönliche Einschätzung gegeben. Zwei Experten (n=2) stehen der Umsetzung der Vorschläge positiv gegenüber. Die Initiierung eines „Anonymen Krankenscheins“ sehen sie durchaus realistisch. Auch das „Frankfurter Modell“ so-

wie eine Fondslösung haben ihrer Meinung nach eine Chance der Umsetzung, beide jedoch immer nur als Übergangslösung auf dem Weg zu einer längerfristigen, konstanten und umfassenden gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne Papiere.

*Also als sofortige Maßnahme, wenn man in Monaten denkt und nicht in Jahren, würde ich sagen, könnte der anonymisierte Krankenschein eine Chance haben. Zumindest als ein Modellprojekt vom Medi-Büro durchgeführt zu werden mit der Unterstützung der GAL. Ich denke, eine Chance könnte auch die humanitäre Sprechstunde haben, die das Gesundheitsamt Altona konzipiert hat.*

Auf der anderen Seite äußerten mehrere Befragte (n=3) ihre Skepsis, dass in einem für sie zufriedenstellenden Maß Verbesserungen durchgesetzt werden würden; sie sehen in der Umsetzung der Vorschläge durch die Politik deutliche Probleme und einen langen Weg bis zur Lösung der Schwierigkeiten.

*Wenn ich jetzt Politiker wäre, müsste ich sagen: „Natürlich!“ Wir werden dafür sorgen. Ich bin da, was die Prognose angeht, absolut leidenschaftslos und habe auch keine Ahnung. Jetzt eine Prognose abzugeben. Also ich glaube, vor einem Jahr hätte ich noch gesagt, das wäre leichter, aber unter den Aspekten von Wirtschaftskrise und von all so was wird das natürlich schwerer.*

*Wir sind in diesen Gremien mit drin. Aus der offiziellen Politik bekommen wir bisher eigentlich nur Ablehnung.*

Die Prognosen einer verbesserten Gesundheitsversorgung für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus zeigen deutliche Gegensätze. Auf der einen Seite sehen die Experten mehrere Möglichkeiten; jedoch lassen sich nicht alle Lösungsvorschläge konkret für die gesamte Stadt umsetzen, sondern es müssen kommunale Modelle entwickelt und praktisch erprobt werden. Viele Vorschläge eignen sich nach Aussagen der Experten nur als Übergangslösung auf einem Weg zu einer gewünschten Einbindung undokumentierter Menschen in eine Regelversorgung.

## 6 Diskussion

### 6.1 Methodendiskussion

Im folgenden Kapitel sollen einige methodische Fragen und Probleme diskutiert werden, die sich bei der Erforschung der Lebenslagen, hier insbesondere der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus, stellen. Denn die Erforschung der Migration und insbesondere der „Illegalität“ ist mit vielfachen methodischen Problemen konfrontiert; insbesondere durch die Arbeit in dieser Grauzone steht der Forschende vor der Herausforderung, adäquate Informationen und Ergebnisse über die Lebensumstände sowie Behandlungsmöglichkeiten von Menschen ohne Papiere zu erhalten.

Zur Untersuchung der Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit wurde das Experteninterview als eine Methode der qualitativen Sozialforschung gewählt. Bei der Erforschung seltener Populationen und ihrer Lebensumstände zeigen qualitative Methoden ihre Stärken in der Entwicklung empirisch begründeter Fragestellungen und Hypothesen, bei der Erarbeitung von Typologien und Kategorisierungsmöglichkeiten und in der Ermittlung von komplexen, sozialen Gebilden und Handlungsabläufen (vgl. Schönwälder et.al. 2004, S. 22).

„Papierlose“ gehören zu einer Gruppe, die schwer zu identifizieren, aufzufinden sowie zu befragen ist. Sie sind amtlich nicht erfasst und in gängigen Statistiken und großen Surveys nicht adäquat vertreten. Auch der Umstand, dass der Zugang zu dieser Gruppe durch das Misstrauen der Personen deutlich erschwert ist, da ihr Verhalten stigmatisiert oder rechtswidrig ist, stellt eine Besonderheit dar. Generell ist festzustellen, dass es für diese Gruppe nicht möglich ist, repräsentative Umfragen durchzuführen (vgl. Schönwälder et al. 2004, S. 21). Da es der Verfasserin innerhalb des zeitlichen Rahmens dieser Untersuchung nicht möglich war, einen Zugang zum Feld der betroffenen Menschen zu finden und ein Vertrauensverhältnis zu ihnen aufzubauen, um so wichtige Informationen über ihre Lebenslagen erhalten zu können, bot sich das Experteninterview an, diesen Nachteil auszugleichen<sup>19</sup>. Durch die Interviews sollten Erfahrungen, Wahrnehmungen und das besondere Wissen der Experten für eine umfassende Darstellung der Problematik genutzt werden. Angesichts der besonderen Schwierigkeiten des Untersuchungsfeldes bestand nicht der Anspruch, präzise Zahlen zu den in Hamburg wohnenden Menschen ohne gültige Papiere zu ermitteln.

Gestützt durch einen Interview-Leitfaden erwies sich das Experteninterview als adäquate Methode, um die notwendigen Daten zu erheben. Auch eine in der qualitativen Forschung

---

<sup>19</sup> Es ist unbestreitbar und wird in der Auswertung der Ergebnisse berücksichtigt, dass Interviews mit der Gruppe der Menschen ohne Papiere mit wertvollen Informationen zur Analyse beigetragen hätten.

angestrebte Offenheit konnte durch den Einsatz eines halbstrukturierten Interview-Leitfadens mit offenen Fragen erreicht werden (vgl. Lamnek 1995, S. 17 ff.). Es war daher für die Forscherin wichtig, immer wieder mit dem Leitfaden flexibel auf die Themen der Gesprächspartner reagieren und entsprechende Schwerpunkte im Interview spontan setzen zu können. Die Hälfte der Experten wurde durch vorherige Literaturrecherche identifiziert und nach dem „Schneeballverfahren“ um weitere fünf Experten ergänzt. Inwieweit der Einsatz des Verfahrens zur Rekrutierung der Interviewpartner einen Einfluss auf die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit hat, ist von der Autorin nicht einzuschätzen. Verzerrungen wie z. B. der Selektionsbias wurden jedoch durch eine Auswahl möglichst unterschiedlicher Experten minimiert, indem Experten unterschiedlicher Einrichtungen, Positionen, Geschlechter und Herkunftsländer zu ihrem Wissen über die Gesundheitsversorgung von „irregulären Migranten“ befragt wurden. Diese umfassen z. B. Vertreterinnen und Vertreter kommunaler Ämter und freier Träger, sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Flüchtlingsinitiativen. Darüber hinaus wurden Personen sozialer und medizinischer Beratungsdienste, ein Vertreter der Ärzteschaft, ein Vertreter einer Gewerkschaft sowie ein Mitglied einer Nichtregierungsorganisation zu einem Gespräch aufgesucht. In allen Fällen handelt es sich um Personen, die über mehrjährige fachliche und praktische Erfahrung in ihrem Bereich verfügen.

Bei der Auswertung der Experteninterviews kommt es darauf an, das Expertenwissen und die tatsächliche Informiertheit der befragten Personen und damit „Basis und Wert ihrer Einschätzungen“ über den Untersuchungsgegenstand richtig zu beurteilen (vgl. Schönwälder et al. 2004, S. 23). Die Autoren des AKI-Forschungsberichtes geben hierbei zu bedenken, dass auch Experten nur über ein beschränktes Wissen verfügen z. B. über die Anzahl von Migranten und deren Lebenslagen und Gesundheitszustand, und daher nicht immer in der Lage sind, verlässliche Aussagen über bestimmte Sachverhalte zu machen. Da der Anspruch der vorliegenden Arbeit jedoch nicht auf einer genauen Quantifizierung der betroffenen Gruppe, oder auf Repräsentativität abzielt, wurde mit diesem Wissen lediglich der Anspruch erhoben, eine möglichst differenzierte Beschreibung von Einschätzungen und Erfahrungen unterschiedlicher Experten über die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus der Stadt Hamburg abzubilden. Auch ist sich die Autorin über die Problematik im Klaren, dass sich einige Interviewpartner durch die Tatsache ihrer Tätigkeit in einer „Grauzone“ nur zögerlich oder auch bewusst *nicht* zu Einstellungen und Aktivitäten ihrer Organisation äußerten, sondern lediglich persönliche Stellungnahmen abgegeben haben. Wie Anderson (vgl. Anderson 2003, S. 14) in seiner Studie über die Lebenssituation von Menschen ohne Papiere in München berichtet, sind Äußerungen zum Thema aufgrund der gültigen Gesetzeslage nach wie vor riskant und

wird von den Mitarbeitern dieses Bereiches oftmals mit Skepsis und Unsicherheit betrachtet.

Zu einer Auswertung des Materials hat sich die für diese Arbeit gewählte Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring als günstig erwiesen. Große Textstellen konnten anhand der Methode zusammengefasst, in übergeordnete Kategorien sortiert, schließlich in Aussagen gebündelt und übersichtlich dargestellt werden.

## 6.2 Ergebnisdiskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, den aktuellen Handlungsrahmen der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Hamburg aufzuzeigen. Da hierzu bisher noch wenig wissenschaftliche Erkenntnisse vorlagen, wurde der Frage nachgegangen, ob in Hamburg ein Bedarf an medizinischer Versorgung für undokumentierte Menschen besteht und wenn ja, wie dieser zurzeit abgedeckt wird. Unter der Berücksichtigung politischer Rahmenbedingungen und sich ergebender Probleme und Barrieren in diesem Feld war es weiterhin von Interesse, inwiefern das derzeit errichtete Netzwerk diese Versorgung leisten kann oder ob es zusätzlichen Handlungsbedarf gibt. Durch die Aussagen von 10 Experten wurden mögliche Lösungsansätze für eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung „Papierloser“ für die Stadt Hamburg entwickelt. Die wichtigsten Ergebnisse sollen in der anschließenden Diskussion in den Kontext derzeitiger Forschung über die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus gestellt und diskutiert werden.

Die Betrachtung der Ergebnisse zeigt, dass die Situation und die Ausgangslage anderer Städte äußerst ähnlich ist und die Ergebnisse mit anderen wissenschaftlichen Studien durchaus vergleichbar sind.

Bezüglich der Frage eines Bedarfs an gesundheitlicher Versorgung zeigt sich ein einheitliches Bild der Experten, dass dieser in Hamburg eindeutig und unabhängig von bisher genannten Zahlen besteht. Neben den bisherigen Angeboten sehen viele Experten einen zusätzlichen Bedarf an fachärztlicher Behandlung wie z. B. von Kinder- und Frauenärzten. Schwangere Frauen ohne Papiere zeigen einen erhöhten Behandlungsbedarf, da eine fehlende Gesundheitsversorgung oder Zugangsbarrieren zu den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen in der Schwangerschaft und bei der Geburt eine existenzbedrohende Situation darstellen. Um eine sichere Geburt gewährleisten zu können, sind undokumentierte Frauen häufig gezwungen, Hilfen anderer Einrichtungen anzunehmen. Sie stellen

eine der Hauptzielgruppen des Netzwerks zur medizinischen Versorgung von Migranten ohne Papiere dar (vgl. Mitrovic 2009, S. 16).

Die meisten Befragten gehen von einer geringeren Zahl als die bisher geschätzten 50.000 bis 100.000 Menschen ohne Papiere in Hamburg aus, die aber nicht genauer beziffert wird. Dieses Ergebnis wird von neueren Studien wie der des EU-Projektes CLANDESTINO<sup>20</sup> unter Mitarbeit des Hamburgischen Weltwirtschaftsinstitutes (HWWI) bestätigt. Wissenschaftler dieser Studie gehen zusätzlich von einem zukünftigen Rückgang der Zahlen im gesamten EU-Bereich aus, auch wenn man im Rahmen der Globalisierung steigende Zahlen annehmen könnte (vgl. Cyrus 2008, S. 7; BAMF 2007, S. 17).

### **Defizitäre Gesundheitsversorgung**

Die Experteninterviews wie auch andere wissenschaftliche Arbeiten über die Lebenslagen undokumentierter Menschen zeigen eine „defizitäre Gesundheitsversorgung“ von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Hamburg. Dies wurde ebenso von der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität in ihrem Prüfbericht aus dem Jahre 2007 für den gesamtdeutschen Raum festgestellt (vgl. DIM 2008, S. 10). Es wird bemerkt, dass das Krankheitsspektrum zwar ähnlich dem der „regulär“ anwesenden Bevölkerung ist, jedoch die Menschen aus Angst vor Aufdeckung und Ausweisung erst deutlich später einen Arzt aufsuchen als Einheimische. Zu diesem Zeitpunkt ist eine Krankheit oftmals schon weit fortgeschritten oder chronifiziert und die Behandlung weitaus aufwendiger und komplizierter als bei frühem Arztbesuch. Auch kämen schwangere Frauen deutlich später zu einem Arzt, was oftmals Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei der Geburt auslösen könne. Dies bestätigt sich durch die Aussagen des Schwerpunktberichtes Migration und Gesundheit des Robert Koch-Instituts, welcher eine gleiche Problematik feststellt (vgl. Razum et al. 2008, S. 62). Das Bundesministerium des Innern erkennt in seinem Prüfbericht „Illegalität“ aus dem Jahre 2005 jedoch keinen grundsätzlichen Handlungsbedarf, da eine Krankenbehandlung undokumentierter Migranten nach dem AsylbLG möglich sei, sofern der Betroffene bereit ist, seinen Aufenthaltsstatus offen zu legen (vgl. BMI 2005, S. 47).

### **Probleme und Barrieren**

Welches sind somit die Probleme und Barrieren, die Menschen ohne Papiere erst so spät Hilfestellungen wahrnehmen lassen und die ihnen den Zugang zu einer medizinischen Versorgung derartig erschweren? Denn rein rechtlich haben sie einen Anspruch auf gesundheitliche Versorgung nach § 4 und § 6 des AsylbLG (vgl. AsylbLG §§ 4 und 6). Die Problematik zeigt in den Ergebnissen der Befragung eine deutliche Mehrdimensionalität

---

<sup>20</sup> CLANDESTINO: Projekt: „Irregular Migration: Counting the Uncountable. Data and Trends across Europe

auf. Denn um Hilfen der gesundheitlichen Versorgung in Anspruch nehmen zu können, spielen viele Ebenen und Einflussfaktoren eine wichtige Rolle und sind nicht unabhängig voneinander zu betrachten. Rechtliche Rahmenbedingungen auf politischer Ebene (Makroebene<sup>21</sup>) bilden hierbei die Grundlage. Daneben spielen Faktoren der Mesoebene<sup>22</sup> – wie organisationsbezogene Probleme – eine bedeutsame Rolle. Die Ängste, ihr Misstrauen sowie strukturelle Probleme der Migranten selber (Mikroebene<sup>23</sup>), auch wenn diese durch die Expertenbefragung sicher nicht hinreichend abgebildet werden konnten, stellen ebenso einen Hauptfaktor dieser Frage dar. Die sich ergebenden Probleme und Barrieren und anschließende Lösungsmöglichkeiten sollen nun anhand dieser Ebenen diskutiert werden.

#### Makroebene - Ordnungspolitischer Rahmen

Übereinstimmend sehen die Experten die größte Barriere bei der Inanspruchnahme medizinischer Dienste durch die Migranten in den geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen, die die medizinische Versorgung dieser Gruppe faktisch unmöglich machen. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen eine Übereinstimmung darin, dass die Experten die größte Barriere in einer durch rechtliche Rahmenbedingungen erzeugten Unmöglichkeit der Migranten, medizinische Dienste faktisch in Anspruch nehmen zu können, sehen. Ein maßgeblicher Grund hierfür seien nach Aussage der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität die behördlichen Übermittlungspflichten des Aufenthaltsgesetzes (vgl. DIM 2008, S. 10). Denn sollten die betroffenen Menschen ihr Recht wahrnehmen und einen Arzt oder ein Krankenhaus aufsuchen, besteht dort die Frage der Kostenübernahme und Refinanzierung dieser Behandlung. Die daraus resultierende Problematik wurde in Kapitel 2 dargestellt. Die Experten kritisieren hier eindeutig die Missachtung des Staates des in den Menschenrechten festgeschriebenen Gesetzes auf Anspruch eines ungehinderten Zugangs zur Gesundheitsversorgung für einen jeden Menschen, und zwar unabhängig vom Aufenthaltsstatus. Viele Akteure wollen nicht weiter tolerieren, dass der Staat seine Verantwortung an die bestehenden und agierenden Institutionen verweist und dabei wohlwollend ein Auge zudrückt. Somit fordern fast alle Befragten eine Übernahme dieser Verantwortung durch den Staat. Denn wie die Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität in ihrer Expertise schon festgestellt hat, steht die Gewährleistung von Lebensbedingungen, in denen Menschen ihre fundamentalen Rechte wahrnehmen können, durchaus nicht im Gegensatz zur Durchsetzung einer staatlichen Migrationspolitik (vgl. DIM 2008, S. 31).

---

<sup>21</sup> **Makroebene:** Politische Steuerung, Gesetzgebungs- und Regelungskompetenzen

<sup>22</sup> **Mesoebene:** Organisationsebene. In diesem Beispiel Organisationen und Institutionen des informellen Netzwerkes, die sich zum Zwecke einer Verbesserung der medizinischen und sozialen Versorgung von Menschen ohne Papiere in Hamburg engagieren.

<sup>23</sup> **Mikroebene:** Akteure, in der vorliegenden Arbeit die betroffenen Menschen ohne Papiere

### Mesoebene - Organisationsbezogene Widerstände

Um die durch die Ignoranz der Politik entstandenen Lücken zu füllen, hat sich in Hamburg, wie in vielen anderen Städten auch ein nach Aussage mehrerer Experten engagiertes und motiviertes informelles Netzwerk gebildet, welches aus meist ehrenamtlich agierenden Ärzten und weiteren Akteuren besteht. Auch wenn die meisten Befragten in jeder agierenden Institution eine hilfreiche Ergänzung sehen, wird die Notwendigkeit einer Vernetzung dieser Akteure jedoch nicht gesehen. Es gibt zum Teil eingeschliffene Formen der Zusammenarbeit einiger Institutionen, die z. B. ein ähnliches politisches Engagement verbindet, die ihre Angebote vernetzen oder „Runde Tische“ und Arbeitsgruppen zum Zwecke des Austauschs und der Diskussion gebildet haben. Einige Experten haben jedoch nach eigenen Angaben wenig Kenntnis über das Tätigkeitsfeld oder den Aufgabenbereich anderer Institutionen. Die Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen beruht bisher also vor allem auf punktuellen Absprachen, was schon Wolfgang Krieger und Monika Ludwig in ihrer Studie „Lebenslage illegal“ für die agierenden Institutionen der Stadt Frankfurt festgestellt haben (vgl. Krieger/Ludwig 2006, S. 32). Eigentlich sollte es hierbei kein Hindernis darstellen, dass nicht alle Akteure neben dem humanitären auch ein politisches Engagement mitbringen, um die Ursachen illegaler Migration aufzudecken und das Recht auf gesundheitliche Versorgung auch der undokumentierten Migranten gegen die Pflichtverweigerung des Staates durchzusetzen. Dennoch ist dieses politische Engagement stark mit dem Versuch einer Beseitigung der Ursachen für eine defizitäre gesundheitliche Versorgungslage undokumentierter Menschen verknüpft und erweist sich als notwendig. Ein gemeinsames Problembewusstsein und eine gleiche Zielsetzung sind zusätzlich hilfreich in der Formulierung von Forderungen und einer gemeinsamen Durchsetzung dieser Ansprüche auch auf politischer Ebene.

Ein wesentliches und sehr zentrales Problemfeld der Behandlung von Menschen ohne Papiere wird von fast allen Experten in der Refinanzierung von Behandlungen, vor allem von teuren und aufwendigen stationären Verfahren gesehen (vgl. Kapitel 5). Der steigende ökonomische Druck nimmt hier eine entscheidende Rolle ein. Noch vor mehreren Jahren war es nach Aussagen eines Experten möglich, Behandlungen und auch OPs stillschweigend kostenlos durchzuführen. Der enorme Kostendruck stellt schon in älteren empirischen Untersuchungen eine große Problematik dar, wird jedoch nicht mit dieser Dringlichkeit ausgedrückt wie in den neueren Studien der letzten Jahre oder der vorliegenden Arbeit (vgl. Alt 1999; Münz et al. 2001; Schmitt 2007; Groß 2005). Elène Misbach bemerkt in ihrer Arbeit über die Gesundheitsversorgung für Menschen in der Illegalität zusätzlich, dass oftmals bei stationären Aufenthalten Einzelfalllösungen gefunden werden,

„die aus Kostengründen nicht immer die Erfordernisse gängiger Diagnose- und Therapie-standards erfüllen können“ (vgl. Misbach 2008, S. 41). Ärzte sehen sich immer häufiger in einem Konflikt zwischen ärztlicher Ethik<sup>24</sup> und dem realen Kostendruck (vgl. Mitrovic 2009, S. 12). Diese Problematik scheint den Befragten der vorliegenden Arbeit weitaus dringlicher zu sein als z. B. das Problem der Meldepflicht.

Auch strukturelle Barrieren erschweren die gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere in Hamburg. Trotz eines hohen Bekanntheitsgrades und einer hohen Behandlungszahl z. B. des Medi-Büros, erreichen die agierenden Institutionen nach Aussagen mehrerer Experten nur einen kleinen Anteil der Gruppe undokumentierter Menschen. Es wird angenommen, dass viele der Migranten nichts von den Angeboten wissen und nicht informiert sind, an wen sie sich im Notfall wenden können (vgl. Kapitel 5). Eine durchaus unterschiedliche Inanspruchnahme der medizinischen Beratungsmöglichkeiten zeigt die bisher noch geringe Nutzung des erst neueren Angebotes der Malteser Migranten Medizin in Hamburg. Dieses deckt sich nicht mit den Berichten anderer Städte, die meist hohe Behandlungszahlen ihrer Dienste aufweisen. Oftmals umfasst deren Zielgruppe jedoch alle Menschen ohne Krankenversicherung, wodurch die Anzahl der möglichen Besuche steigt. Auch kann eine bisher geringe Inanspruchnahme darauf zurückzuführen sein, dass das Angebot noch nicht den Bekanntheitsgrad wie andere langfristig bestehende Institutionen hat. Dazu besteht die Notwendigkeit des langsamen Aufbaus eines Netzwerks behandelnder Ärzte, so dass im Falle des Bedarfs, auch z. B. zahnärztliche, frauen- oder kinderärztliche Betreuung - im günstigsten Fall vor Ort - geleistet werden kann. Darüber hinaus ist der Aufbau eines Vertrauensverhältnis zu den Menschen ohne Papiere essenziell (vgl. Kapitel 5.1).

Zur Findung geeigneter Lösungsansätze auf der Mesoebene ist nach Aussagen mehrerer Experten ein deutlich wahrzunehmendes politisches Engagement auf kommunaler Ebene im Bezirk Altona als positiv anzumerken (vgl. Kapitel 5.4). Empfehlungen einer Vernetzung lokaler Akteure auch mit politischen Entscheidungsträgern, wie die der Frankfurter Studie „Lebenslage Illegal“ (vgl. Krieger/Ludwig 2006, S. 33), werden hier effektiv umgesetzt.

#### Mikroebene – Personenbezogene Probleme

Wie zu Anfang des Kapitels erwähnt, spielen die Ängste der Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus auf dieser Ebene eine große Rolle. Je weniger für die Betroffenen eine Rückkehr in die Heimat infrage kommt, desto höher sind die Ängste vor Aufdeckung des

---

<sup>24</sup> Hippokratischer Eid: Selbstverpflichtung des Mediziners, sein Leben in den Dienst der Menschheit zu stellen, ihm anvertraute Geheimnisse zu wahren, die Patienten aufgrund ihrer Religion, Nationalität, Rasse oder Parteizugehörigkeit nicht unterschiedlich zu behandeln.

Status und Ausweisung aus dem Land. Erst das aufgebaute Vertrauensverhältnis zu einer Hilfseinrichtung lässt die Migranten diese Dienste aufsuchen (vgl. Kapitel 5.4).

Auch stehen den Migranten unterschiedliche Lösungen zur Verfügung – bei einmaliger Krankheit haben sie eventuell Freunde oder Bekannte, von denen sie sich die Versicherungskarte einmalig ausleihen können. Oder es gelingt ihnen, Geld für eine Privatbehandlung aufzutreiben. Bei Schwangerschaft ist dagegen eine längerfristige Betreuung notwendig und es geht nicht nur um das Leben der Migrantin, sondern auch um das ihres Kindes. Die individuell verfügbaren Unterstützungsmöglichkeiten und die Notwendigkeiten sind demnach auch auf der Mikroebene in dieser Situation besondere.

Anders als man annehmen könnte, stellen sprachliche Barrieren für die wenigsten Akteure ein Hindernis in der Behandlung undokumentierter Menschen dar. Es ergäbe sich immer eine Möglichkeit, sich zu verständigen (vgl. Kapitel 5.2). In zahlreichen anderen Studien stellen kulturelle, religiöse sowie ethische Aspekte in der Behandlung undokumentierter Menschen eine weitaus größere Barriere dar (vgl. Anderson 2003, S.34; Bomes/Wilmes 2007, S. 71). Dieses bestätigte sich in den durchgeführten Interviews (vgl. Kapitel 5.2).

### **Forderungen und Lösungsansätze**

Die Befragung lässt deutlich erkennen, dass sowohl die engen rechtlichen Rahmenbedingungen als auch begrenzte finanzielle Möglichkeiten und eingeschränkte personelle Kapazitäten agierender Akteure in Hamburg Grenzen und einen deutlichen Handlungsbedarf der Situation erkennen lassen (vgl. Kapitel 5.3). Auch Erfahrungen aus anderen bundesdeutschen Städten zeigen diesen Handlungsbedarf und suchen nach Lösungswegen, um Menschen ohne Papiere den Zugang zu medizinischer Versorgung ohne Furcht gewährleisten zu können (vgl. Wiesner et al. 2007, S. 22). Das in Hamburg errichtete Netz hauptsächlich ehrenamtlich agierender Personen und Institutionen möchte sich nach Aussage mehrerer Experten hierzu gerne überflüssig machen, indem es eine Einbindung in die Regelversorgung für Menschen ohne Papiere fordert. Diese Aufforderung ist Bestandteil der meisten anderen wissenschaftlichen Studien und stellt das geforderte Optimum einer medizinischen Versorgung undokumentierter Menschen dar (vgl. Alt 2003, S. 478). Schwangeren Frauen würde somit die Basis einer Geburt ihres Kindes unter annehmbaren Konditionen ermöglicht werden. So bestünde die Aussicht, die Anzahl der aus Angst vor einer Aufdeckung beendeten Schwangerschaften zu verringern (vgl. Mitrovic 2009, S. 16).

Entgegen einer deutlichen Mehrheit von Experten, die eine Abgabe der Verantwortung für die Gesundheitsversorgung undokumentierter Menschen in staatliche Hände fordern, äußert sich ein Befragter hierzu bedenklich (vgl. Kapitel 5.3). Dieser Experte befürchtet eine

weitere soziale Verarmung der Gesellschaft hierin. Einmal mehr würden Werte und Ideale wie mitmenschliche Verantwortung, Hilfsbereitschaft, gegenseitige Rücksichtnahme und soziales Engagement, ohne auf Profit und Refinanzierung zu schießen, vom Bürger genommen. Dieser Experte befürwortet die Idee einer unbürokratischen Hilfe und handelt selbst aus humanitären und ideellen Werten die keiner Verstaatlichung bedürfen. Der Wunsch, diese getätigte Hilfe fernab einer rechtlichen Grauzone ausüben zu können, ist ihm jedoch wie den meisten anderen Befragten von großer Bedeutung.

### **Lösungsmöglichkeiten**

Analog der vielfältigen Probleme und Barrieren, die sich im Komplex der Gesundheitsversorgung undokumentierter Migranten ergeben, zeigt sich in den Antworten der Experten ein umfangreiches Spektrum möglicher Lösungsansätze für die Stadt Hamburg. Anfänglich ist hier zu bemerken, dass auch nach Aussagen der Experten diese Lösungsansätze keinen Anspruch auf Vollkommenheit bilden und weiterhin zu diskutieren sind<sup>25</sup>.

Bevor es zu einer bundesweiten Lösung und einer Gesetzesinitiative kommen wird, die die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland sichert und aus der rechtlichen Grauzone holt, bedarf es der Errichtung regional zugeschnittener Modelle (vgl. Hess 2008). Es zeigt sich, dass jedes Bundesland eine eigene Lösung erarbeiten und umsetzen muss, die auf die jeweiligen kommunalen Strukturen zugeschnitten ist. So ist z. B. in München ein privater Fonds für die medizinische Behandlung entstanden oder in Frankfurt eine „Internationale Humanitäre Sprechstunde“ initiiert worden. Bei einer Realisierung möglicher Vorschläge kommt es immer auch auf die aktuelle politische Zusammensetzung der jeweiligen Stadt an – und vor allem auf den Willen der Politik, etwas zu unternehmen und für die „Schwächsten“ der Stadt etwas zu bewirken. Den Aussagen eines Experten zufolge gäbe es in Hamburg dazu seitens des Senats dazu nur geringe Unterstützung. Jedoch wird das politische Interesse auf kommunaler Ebene positiv hervorgehoben.

Auf Bundesebene gibt es seit Februar 2009 eine Gesetzesinitiative des Berliner Senats, die eine bundesweite Einführung eines „Anonymen Krankenscheins“ gewährleisten soll. Konkret wird in der Einführung eines Anonymen Krankenscheins für Hamburg von den meisten Experten eine optimale Lösung der Gesundheitsversorgung undokumentierter Menschen gesehen. Hierdurch würde den Menschen die Angst vor einer Weitergabe ihrer Daten genommen werden, sowie die Finanzierung der ärztlichen Leistungen durch das Sozialamt sichergestellt (vgl. Kapitel 5.4). Eine allseits geforderte Einbindung der Menschen in eine gesundheitliche Regelversorgung würde hergestellt werden. Durch das Me-

---

<sup>25</sup> Die bundesweit diskutierten Lösungsansätze sind Kapitel 3.2 zu entnehmen.

di-Büro wurde bereits ein Konzept für die Initiierung eines „Anonymen Krankenscheins“ erstellt.

Ebenso wäre für viele Experten der Stadt Hamburg die Einführung einer „Humanitären Sprechstunde“ nach dem „Frankfurter Modell“ denkbar. Auch wenn dies nach Aussagen eines Experten die Errichtung von Parallelstrukturen neben der regulären Gesundheitsversorgung fördere, wäre dieses Modell als denkbare Übergangslösung zu einer bundesweiten Lösung zu sehen. Mit der Konzeption einer „Humanitären Sprechstunde“ befasst sich vor allem das Gesundheitsamt Altona und prüft zurzeit, inwiefern diese Lösung für Hamburg oder erst einmal probeweise für den Bezirk Altona praktikabel ist.

Die Errichtung eines Fonds wird von einigen Experten ebenso als Lösungsmöglichkeit erwähnt. Da ein Fonds jedoch nur zu einer abhängigen Finanzierung und nicht zu einer dauerhaften Lösung und grundsätzlichen Veränderung der Problematik beiträgt, wird diese Möglichkeit zwar als pragmatisch, aber nicht als eine wirkliche Lösung für die Stadt Hamburg gesehen. Diese Vorbehalte decken sich mit den Ergebnissen anderer wissenschaftlicher Untersuchungen (vgl. Wiesner et al. 2007, S. 24; Schmitt 2007, S. 106).

Einige andere wissenschaftliche Arbeiten verweisen außerdem auf die Errichtung „Runder Tische“ oder Arbeitsgruppen zum Zwecke einer übergreifenden Tätigkeit und sinnvollen Vernetzung, die zur Problemlösung beitragen könne (vgl. Krieger/Ludwig 2006, S. 33). Andere Lösungsansätze, wie die einer Erweiterung des Angebots und der Integration der Gruppe undokumentierter Migranten in die Bevölkerung, wurden in Kapitel 5.4 beschrieben und finden kaum eine Erwähnung in der Literatur.

### **Zusammenfassung**

Bei den meisten Befragten rückt die Wahrung des Menschenrechts auf Gesundheit eindeutig in den Vordergrund. Das gilt auch für die Problematik der Refinanzierung von medizinischen Leistungen, für die, bevor es auf bundesweiter Ebene eine einheitliche Lösung geben wird, kommunal unterschiedliche Modelle gefunden und initiiert werden müssen. So lange ein ungehinderter Zugang zu medizinischer Regelversorgung in Hamburg nicht gewährleistet werden kann, besteht ein dringender Bedarf, Strukturen zur niedrigrschwelligeren Versorgung und Beratung undokumentierter Migranten zu fördern.

## 7 Fazit und Ausblick

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie haben gezeigt, dass – trotz eines großen Engagements verschiedener Akteure und Institutionen der gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne Papiere – in Hamburg, wie in vielen deutschen Städten, die Versorgungslage defizitär ist. Auch in dieser Stadt wird von den Akteuren eine Verbesserung dieser Situation angestrebt. Diese soll hauptsächlich durch eine Veränderung der Gesetzeslage erreicht werden, wodurch der Staat seiner rechtlichen Verpflichtung nachkommen soll, allen Menschen ungeachtet ihres Aufenthaltsstatus den Zugang zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung faktisch zu ermöglichen. Denn bisher ruht die Verantwortung hierfür auf den derzeitigen informellen Netzwerken, die sich in den Städten ausgebildet haben. Ebenso soll zukünftig die Grundlage für eine staatliche Finanzierung gesundheitlicher Behandlungen gewährleistet werden.

Da die Probleme einer gesundheitlichen Versorgung keine Homogenität aufweisen – genauso wie die Gruppe der Menschen ohne Papiere selber – und es viele Lösungsmöglichkeiten gibt, muss ein für die Stadt Hamburg passendes Modell gefunden und umgesetzt werden. Die meisten befragten Experten sehen in dieser Umsetzung einen langen und mühsamen Weg, vor allem da die Thematik in Hamburg noch recht neu ist und ihr teilweise mit Ignoranz aus der Politik begegnet wird. Jedoch herrscht eine Übereinstimmung darin, dass eine Verbesserung der derzeitigen Situation unumgänglich und die Umsetzung eines Lösungsansatzes dringend erforderlich ist.

Um eine Verbesserung der derzeitigen Situation zu erlangen, könnte die Kombination eines „Anonymen Krankenscheins“ sowie einer „Humanitären Sprechstunde“ eine Lösungsmöglichkeit darstellen. Die „Humanitäre Sprechstunde“ würde vom Bezirk Altona initiiert werden, der sich gegenwärtig mit einer möglichen Umsetzung befasst. Diese hätte den Anspruch, eine kontinuierliche und qualifizierte Behandlung anzubieten. Durch eine wissenschaftliche Begleitung der Inanspruchnahme dieses Angebotes könnten neue Daten Aufschluss über Bedarf und Bedarfsdeckung geben und so langfristig eine weitere Verbesserung der Situation bewirken. Gleichzeitig würde hierdurch eine staatliche Finanzierung der Behandlungen ermöglicht, welche die ehrenamtlich agierenden Akteure und Institutionen deutlich entlasten würde. Sollte eine effiziente Öffentlichkeitsarbeit den undokumentierten Menschen die Angst vor einem Gang zu diesem Angebot nehmen können und diese dadurch ermutigen, das Angebot wirklich zu nutzen, könnte diese Möglichkeit vorerst eine schnelle pragmatische Lösung der Problematik in Hamburg darstellen. Von einer Eingliederung der „Papierlosen“ in eine Regelversorgung wäre man hiermit allein zwar noch entfernt, doch könnte dieses durch die Kombination mit einem „Anonymen Krankenschein“ angestrebt werden (vgl. Kapitel 5.4). Ein Konzept hierzu wurde bereits

durch das Medi-Büro Hamburg erarbeitet. Ob diese Maßnahmen greifen, sollte kontinuierlich evaluiert werden.

Da eine Übernahme sämtlicher Verantwortung durch den deutschen Staat in naher Zukunft noch nicht gesehen wird, scheint eine Fortführung der Aktivitäten der bestehenden kommunalen Netzwerke unerlässlich. Dazu sind weitere Behandlungsmöglichkeiten, wie fachärztliche Untersuchungen und Behandlungen aller Art, vor allem in der Beratung und Versorgung schwangerer Frauen, dringend erforderlich und müssen weiter ausgebaut werden, um den Bedarf dieser großen und vulnerablen Zielgruppe abdecken zu können. Niedrigschwellige und vertrauensbildende Maßnahmen bedürfen einer Verstärkung, und zwar so lange, bis ein faktisch ungehinderter Zugang zum Gesundheitssystem für Menschen ohne Papiere angstfrei gewährleistet werden kann und dann auch wirklich in Anspruch genommen wird. Niedrigschwellige Angebote, die einen umfassenden Ansatz an kombinierter medizinischer, sowie rechtlicher und lebensberaterischer Tätigkeit verknüpfen, würden eine sinnvolle Ergänzung zu den bisher bestehenden Angeboten bieten. Die Vernetzung der Akteure in Form „Runder Tische“ oder Arbeitskreise wäre als ebenso positiv hervorzuheben. Sicherlich trägt ein Dialog aller Ebenen gleichermaßen zu einer fruchtbaren Verständigung bei, wie auch eine gemeinsame Zielsetzung der Akteure in der Entwicklung neuer Handlungsmöglichkeiten hilfreich scheint.

Der analytisch-deskriptive Ansatz dieser Arbeit zielte auf die Beschreibung des aktuellen Handlungsrahmens der medizinischen Versorgung undokumentierter Migrantinnen in Hamburg ab. Hierzu konnten Ergebnisse zuvor durchgeführter „Städtestudien“ als Vergleichsgröße herangezogen werden. Als Ergebnis liegen die Aussagen zehn interviewter Experten vor – auch wenn das qualitative Studiendesign mit kleiner Studiengröße keinen Anspruch auf Repräsentativität erhebt. Dennoch kann diese Studie zu einer Verdeutlichung der Problematik beitragen und soll eine weitere politische Diskussion anstoßen. Zum anderen werden Hinweise zur Weiterentwicklung und Neukonzeption von Hilfeangeboten erarbeitet, die in Hamburg dringend benötigt werden. Die Meinungen und Erfahrungen der Experten schaffen eine Grundlage für zukünftige Forschungsvorhaben in diesem Bereich. Weitere Untersuchungen sollten sowohl neue wissenschaftliche Ansätze zur Problemlösung erarbeiten, als auch die von den Experten aufgeworfenen konkreten Vorschläge einer verbesserten Gesundheitsversorgung hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bewerten. Außerdem sollte sich die zukünftige Forschung noch mehr auf den umfassenden Aspekt der Ursachen für ein Leben in der „Illegalität“ befassen, mit dem sich die vorliegende Arbeit aus zeitlichen Gründen nicht auseinandersetzen konnte. Durch die Arbeit erstellte Hypothesen könnten in weiteren qualitativen Erhebungen überprüft werden. Bisher wenig erforschte Bereiche wie die der Lebenslage und Versorgung von Frauen in der Illegalität

sollten eingehender betrachtet werden, um deren Problemlagen identifizieren und mögliche Lösungsansätze zu einer verbesserten gesundheitlichen Versorgung umsetzen zu können. Da nur wenige quantitative Aussagen über die Gruppe von Menschen ohne Papiere vorliegen, erscheint die Ergänzung einer Studie hierin ebenso als nützlich.

Abschließend ist festzustellen, dass es ohne Änderungen auf politischer Ebene nur erschwert zu einer grundsätzlichen Verbesserung der Gesundheitsversorgung undokumentierter Menschen kommen wird. Jegliche Gesetzesinitiative wird jedoch nie die Hilfe kommunaler Netzwerke ersetzen können, die in der Arbeit mit Menschen ohne Papiere unerlässlich ist.

## Literaturverzeichnis

**Alt, Jörg** (1999): Illegal in Deutschland. Forschungsprojekt zur Lebenssituation "illegaler Immigranten" ausgehend von Situationen in Leipzig. Karlsruhe: von Loeper.

**Alt, Jörg** (2003): Leben in der Schattenwelt – Problemkomplex illegale Migration: Neue Erkenntnisse zur Lebenssituation „illegaler“ Migranten in München, Leipzig und anderen Städten. Karlsruhe: von Loeper.

**Anderson, Philip** (2003). „Dass Sie uns nicht vergessen ...“. Menschen in der Illegalität in München. Eine empirische Studie. Landeshauptstadt München, Sozialreferat, Stelle für Interkulturelle Arbeit. Im Auftrag der Landeshauptstadt München.

**Auswärtiges Amt** (2009a): Das Schengener Übereinkommen und Schengener Durchführungsübereinkommen. Berlin.  
<http://www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/WillkommeninD/EinreiseUndAufenthalt/Schengen.html>, letzter Zugriff am 09.08.2009

**Auswärtiges Amt** (2009b): Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19. Dezember 1966. Berlin.  
<http://www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/Aussenpolitik/Themen/Menschenrechte/Download/IntSozialpakt.pdf>, letzter Zugriff am 09.08.2009

**Bundeskriminalamt (BKA)** (2007): Polizeiliche Kriminalstatistik. Berichtsjahr 2007. Hg. vom Bundeskriminalamt. Wiesbaden.  
[http://www.bka.de/pks/pks2007/download/pks-jb\\_2007\\_bka.pdf](http://www.bka.de/pks/pks2007/download/pks-jb_2007_bka.pdf), letzter Zugriff am 08.08.2009

**Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF)** (2007): Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge. Im Auftrag der Bundesregierung. Migrationsbericht 2007. Hg. vom Bundesministerium des Innern. Berlin.

**Bundesministerium des Innern (BMI)** (2007): Illegal aufhältige Migranten in Deutschland. Datenlage, Rechtslage, Handlungsoptionen. Bericht des Bundesministeriums des Innern zum Prüfauftrag „Illegalität“ aus der Koalitionsvereinbarung vom 11. November 2005. Kapitel VIII 1.2.

**Bommes, Michael/Wilmes, Maren** (2008): Menschen ohne Papiere in Köln. Eine Studie im Auftrag der Rates der Stadt Köln.

**Boos-Nünning, Ursula** (2004): Frauen in der Migration, Referat auf dem SkF-Frühjahrszentralrat, Sozialdienst katholischer Frauen. Freiburg.  
[http://www.skf-zentrale.de/Frauen\\_in\\_der\\_Migration.pdf](http://www.skf-zentrale.de/Frauen_in_der_Migration.pdf), letzter Zugriff am 24.08.2009

**Browne, Kath** (2005): Snowball Sampling: Using Social Networks to Research Nonheterosexual Women. In: International Journal of Social Research Methodology. 8(1). 2005. S. 47-60.

**Bundesärztekammer** (2006): (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte. Geändert durch den Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer am 24.11.2006.

**Bundesministerium des Innern** (2007): Illegal aufhältige Migranten in Deutschland. Datenlage, Rechtslage, Handlungsoptionen. Bericht zum Prüfauftrag „Illegalität“ aus der Koalitionsvereinbarung vom 11. November 2005. Kapitel VIII 1.2.

**Classen, Georg** (2005): Sozialleistungen für MigrantInnen und Flüchtlinge. Grundlagen für die Praxis. Überarb. und aktualisierte Fassung eines Lehrbriefs des Ibbw e.V.. Hg. vom Förderverein Niedersächsischer Flüchtlingsrat e. V. Sonderheft, S. 106 f. Hildesheim.

**Classen, Georg** (2009): Ausgewählte gesetzliche Regelungen im Wortlaut. Flüchtlingsrat Berlin, Stand 01.01.2009.  
<http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/gesetzgebung/Sozialgesetze.pdf>, letzter Zugriff am 10.08.2009

**Cyrus, Norbert** (2004): Aufenthaltsrechtliche Illegalität in Deutschland. Sozialstrukturbildung - Wechselwirkungen - Politische Optionen. Bericht für den Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration, Nürnberg. Oldenburg.

**Cyrus, Norbert/Düvell, Franck/Vogel, Dita** (2004): Illegale Zuwanderung in Deutschland und Großbritannien. Ein Vergleich. Hg. vom Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS) der Universität Osnabrück, Osnabrück, IMIS Beiträge - Heft 24.

**Cyrus, Norbert** (2008): Country Report Germany. Undocumented Migration. Counting The Uncountable Data and Trends Across Europe, CLANDESTINO.  
[http://www.irregular-migration.hwwi.net/Country\\_reports.5974.0.html](http://www.irregular-migration.hwwi.net/Country_reports.5974.0.html), letzter Zugriff am 17.08.2009

**Deutsches Ausländerrecht** (2005): 20., überarb. Auflage. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

**Deutsches Institut für Menschenrechte (DIM) (Hg.)** (2008): Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland – Ihr Recht auf Gesundheit. Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität.

**Deutsches Institut für Menschenrechte (DIM) (Hg.)** (2009): Menschen ohne Papiere in Deutschland – Ihr Recht auf Gesundheit. Recherche-Tool.  
<http://www.dimr.eu/questions.php?questionid=172>, letzter Zugriff am 17.08.2009

**Diakonisches Werk** (2009): Leben in der Schattenwelt. Studie zur Situation von Menschen ohne gültige Papiere in Hamburg.  
<http://www.diakonie-hamburg.de/kd.1126000849.10/info.html>, letzter Zugriff am 11.08.2009

**DiePresse.com** (2009): Italiens Ärzte müssen Daten illegaler Immigranten verraten. Artikel vom 5.2.2009.  
<http://diepresse.com/home/panorama/welt/450120/index.do>, letzter Zugriff am 14.08.2009

**Flick, Uwe** (2007): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Vollst. überarb. und erw. Neuausg., 2. Aufl. Reinbek: Rowohlt Verlag.

**Fodor, Ralf** (2001): Rechtsgutachten zum Problemkomplex des Aufenthalts von ausländischen Staatsangehörigen ohne Aufenthaltsrecht und ohne Duldung in Deutschland. In: Alt, Jörg/Fodor, Ralf (2001): Rechtlos? Menschen ohne Papiere. Karlsruhe: von Loeper.

**Friebertshäuser, Barbara** (1997): Interviewtechniken – Ein Überblick. In: Friebertshäuser, Barbara/Prenzel, Annedore: Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Studienausgabe. Weinheim u. a.: Juventa. S. 371 - 395.

**Global Commission on International Migration (GCIM)** (2005): Migration in an interconnected world: New directions for action. Report of the Global Commission on International Migration. Switzerland.

<http://www.gcim.org/attachements/gcim-complete-report-2005.pdf>, letzter Zugriff am 17.08.2009

**Groß, Jessica** (2005): Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Versorgung von Patienten und Patientinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Berlin: Flüchtlingsrat Berlin.

**Hamburgisches Weltwirtschaftsinstitut (HWWI)** (2009): Weniger illegale Migration in Europa als angenommen. Neue Datenbank zu irregulärer Migration. Hamburg: Pressemitteilung des HWWI vom 20.02.2009.

[http://www.hwwi.org/Weniger\\_illegale\\_Mig.5990.0.html](http://www.hwwi.org/Weniger_illegale_Mig.5990.0.html), letzter Zugriff am 08.09.2009

**Heck, Gerda** (2008): Illegale Einwanderung – Eine umkämpfte Konstruktion in Deutschland und den USA. Münster: Unrast.

**Hess, Christiane** (2008): Kranksein in der Schattenwelt. In: ak - Zeitung für linke Debatte und Praxis vom 21.03.2008.

<http://www.labournet.de/diskussion/wipo/migration/hess.html>, letzter Zugriff am 24.08.2009

**Internationale Organisation für Migration (IOM)** (2007): REAG-/GARP-Programm 2007. Reintegration and Emigration Programme for Asylum-Seekers in Germany (REAG) Government Assisted Repatriation Programme (GARP). Berlin.

[http://www.emhosting.de/kunden/fluechtlingsrat-nrw.de/system/upload/download\\_1273.pdf](http://www.emhosting.de/kunden/fluechtlingsrat-nrw.de/system/upload/download_1273.pdf), letzter Zugriff am 12.08.2009

**Kreienbrink, Axel/Sinn, Annette** (2006): Umfang und Struktur der illegal aufhältigen Migrantenbevölkerung in Deutschland. Eine Analyse verschiedener Indikatoren. Hg. vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Referat 221. Nürnberg.

**Krieger, Wolfgang/Ludwig, Monika** (2006): Vorstellung der Frankfurter Studie „Lebenslage illegal“. Forschungsprojekt „Bestandsaufnahme zur Situation von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Frankfurt am Main und zu institutionellen Hilfsmaßnahmen für diese Personengruppe“. Hg. von der Evangelischen Fachhochschule Ludwigshafen.

[http://www.evangelische-akademie.de/admin/projects/akademie/pdf/material/062343\\_13.pdf](http://www.evangelische-akademie.de/admin/projects/akademie/pdf/material/062343_13.pdf), letzter Zugriff am 13.08.2009

**Lamnek, Siegfried** (1995) Qualitative Sozialforschung Bd. 2 – Methoden und Techniken. Psychologie. 3., korrigierte Aufl. Weinheim: Verlags Union.

**Lamnek, Siegfried** (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4., vollst. Überarb. Aufl. Weinheim u. a.: Beltz.

**Lederer, Harald W./Nickel, Axel** (1997): Illegale Ausländerbeschäftigung in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung.

<http://library.fes.de/fulltext/asfo/00763toc.htm>, letzter Zugriff am 13.08.2009

**Lederer, Harald W.** (2004): Indikatoren der Migration. Zur Messung des Umfangs und der Arten der Migration in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung des Ehegatten-

und Familiennachzugs sowie der illegalen Migration. Bamberg: Europäisches Forum für Migrationsstudien.

**Ludwig, Michaela** (2008): Versorgung Illegaler: Wege aus der Einzelfalllösung. In: Deutsches Ärzteblatt 2008-105(49), Deutscher Ärzteverlag.  
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=62580>, letzter Zugriff am 14.08.2009

**Malteser Hilfsdienst e. V.** (2009): Malteser Migranten Medizin in Hamburg.  
<http://www.malteser-hamburg.de/index.php?id=90>, letzter Zugriff am 13.08.2009

**Mayring, Philipp** (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. Forum Qualitative Sozialforschung. Online Journal.  
<http://qualitative-research.net/fqs/fqs-d/2-00inhalt-d.htm>, letzter Zugriff am 11.8.2009

**Medi-Büro Hamburg** (2009): Medizinische Vermittlungs- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migranten.  
<http://www.medibuero-hamburg.org/wiki/doku.php>, letzter Zugriff am 13.08.2009

**Mitrović, Emilija** (2009): Gesundheitssituation von Menschen ohne gültige Papiere in Hamburg. Eine Feldstudie im Auftrag des Diakonischen Werks Hamburg, Arbeitspapier 4/2009. In: Leben in der Schattenwelt. Studie zur Situation von Menschen ohne gültige Papiere in Hamburg. Hamburg: Diakonisches Werk.

**Meuser, Michael/Nagel, Ulrike** (1997): Das ExpertInneninterview. Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, Barbara/Prenzel, Annedore. Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim und Basel: Juventa, S. 481 - 491.

**Meuser, Michael /Nagel, Ulrike** (2002): ExpertInneninterviews – Vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, Alexander/Littig, Beate / Menz, Wolfgang: Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Opladen: Leske und Budrich, S. 71 - 93.

**Misbach, Elène** (2008): Gesundheitsversorgung für Menschen in der Illegalität. In: Leben in der Illegalität. Hg. Von der Heinrich-Böll-Stiftung. Band 5 der Reihe Demokratie. Berlin.

**Münz, Rainer/Alscher, Stefan/Özcan, Veysel** (2001): Leben in der Illegalität. In: Bade, Klaus, J.: Integration und Illegalität in Deutschland. Osnabrück: Rat für Migration e. V.

**Razum, Oliver** (2006): Migration, Mortalität und der Healthy-Migrant-Effect. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus: Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag.

**Razum, Oliver/Zeeb, Hajo/Meesmann, Uta/Schenk, Liane/Bredehorst, Maren/Brzoska, Patrick/Dercks, Tanja/Glodny, Susanne/Menkhaus, Björn/Salman, Ramazan/Saß, Anke-Christine/Ulrich, Ralf/Neuhauser, Hannelore/Brucks, Ursula (†),** (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Hg. vom Robert-Koch-Institut. Berlin.

**Richter, Antje** (2007): Niedrigschwelligkeit. Oft benutzter Begriff, häufig erreicht? Landesvereinigung für Niedersachsen e.V.  
<http://www.gesundheit-nds.de/downloads/04.06.07.vortrag.richter.pdf>, letzter Zugriff am 08.08.2009

**Schmitt, Ellen** (2007): Gesundheitsversorgung und Versorgungsbedarf von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Flüchtlingsrat Niedersachsen e. V.. Hannover. Sonderheft 120.

**Schönwälder, Karen/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).

**Sextro, Ulrich** et al. (2002): „Illegalität“. Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Auswertung der Befragung. Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche im Rheinland.  
<http://www.ekir.de/ekir/dokumente/ekir2003illegalitaet-auswertung.pdf>, letzter Zugriff am 13.08.2009

**Sinn, Annette/Kreienbrink, Axel/von Loeffelholz, Hans Dietrich/Wolf, Michael** (2005): Illegal aufhältige Drittstaatsangehörige in Deutschland. Staatliche Ansätze, Profil und soziale Situation. Hg. vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Berlin.

**Straubhaar, Thomas** (2007): Illegale Migration. Eine ökonomische Perspektive. Politische Essays zu Migration und Integration. Hg. vom Rat für Migration e.V.. Osnabrück.

**Vogel, Dita** (2003): Illegaler Aufenthalt. Konzepte, Forschungszugänge, Realitäten, Optionen. In: Thränhardt, Dietrich/Hunger, Uwe: Migration im Spannungsfeld von Globalisierung und Nationalstaat. Sonderheft 22. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. S. 161 - 179.

**Vogel, Dita** (2008): Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere - Konzeptionelle und theoretische Überlegungen. Arbeitspapier 1/2008. In: Diakonisches Werk (Hg.): Leben in der Schattenwelt. Studie zur Situation von Menschen ohne gültige Papiere in Hamburg.

**Vogel, Dita/Aßner, Manuel** (2009): Menschen ohne Papiere - Stand der Forschung und daraus resultierende Erwartungen für Hamburg. Arbeitspapier 2/2009. In: Diakonisches Werk (Hg.): Leben in der Schattenwelt. Studie zur Situation von Menschen ohne gültige Papiere in Hamburg.

**Von Bullion, Constanze** (2009): Der namenlose Patient. In: Süddeutsche Zeitung, Artikel vom 23.02.2009.  
<http://www.sueddeutsche.de/politik/787/459429/text/>, letzter Zugriff am 13.08.2009

**Wiesner, Andreas/Schmidt, Sandra/Bergmeyer, Vera/Bruckermann, Ute** (2008): Gesundheitsversorgung von papierlosen Menschen in Bremen. Ergebnisse einer Umfrage bei Arztpraxen im Land Bremen. Vorschläge und Lösungsansätze. MediNetz Bremen.

**Worbs, Susanne/Wolf, Michael/Schimany, Peter** (2005): Illegalität von Migranten in Deutschland. Zusammenfassung des Forschungsstandes. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Nürnberg.

**Anhang**

Anhang 1	Interviewleitfaden	83
Anhang 2:	Auswertung der Experteninterviews	85
Anhang 3:	Eidesstattliche Erklärung	108

**Interviewleitfaden im Rahmen der Diplomarbeit:  
„Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsversorgung von Menschen  
ohne legalen Aufenthaltsstatus in Hamburg“**

Datum:

Ort des Interviews:

Code:

Einleitung:

Wie schon am Telefon besprochen, möchte ich mit Ihnen heute ein Interview über Ihre Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Hamburg führen.

Mit Ihrem Einverständnis möchte ich dieses Interview gerne aufzeichnen.

Die Ergebnisse des Gesprächs werden selbstverständlich anonym behandelt und nur für die durchgeführte Studie verwendet.

Aufnahme:

Haben Sie noch Fragen, bevor wir das Interview beginnen?

**Einleitung:**

Können Sie mir zu Beginn etwas über Ihre Arbeit erzählen, um einen kurzen Einblick in Ihr Engagement für die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus zu erhalten?

- Berufsbezeichnung, Beginn der Arbeit in diesem Feld, Umfang
- Seit wann und wodurch beschäftigt sich Ihre Einrichtung/ beschäftigen Sie sich mit dem Thema der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus?

**Aktueller Handlungsrahmen:**

- Wie schätzen Sie die derzeitige Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten ohne Papiere in Hamburg ein?
  - **Bedarf**
    - Gibt es einen **Bedarf**?
    - Wie ist die **Inanspruchnahme** der Angebote durch die Migrantinnen und Migranten?
  - **Bedarfsdeckung**
    - **Welche Angebote und Hilfeleistungen** erbringen die Akteurinnen und Akteure aktuell und welche wären darüber hinaus notwendig?
    - Wie ist der **Zugang** zu ihnen?
    - Gibt es einen produktiven **Austausch? Vernetzung?**
    - Kann dieses Netzwerk, so wie es in den letzten Jahren gearbeitet hat, weiterhin bestehen bleiben oder bedarf es Veränderungen?

**Probleme/ Barrieren:**

- Welche **Probleme und Barrieren** nehmen Sie in der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere in Hamburg wahr?

**Handlungsbedarf:**

- Sehen Sie einen **Handlungsbedarf** in der derzeitigen gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus?

**Lösungsmöglichkeiten:**

- Welche **Lösungsmöglichkeiten** kennen Sie? Welche Möglichkeiten sind für Hamburg denkbar? Gibt es dazu **konkrete Handlungsmaßnahmen** in Hamburg?
- Wie schätzen sie deren **Realisierbarkeit** für die Stadt Hamburg ein?

Abschließend, um die Situation der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Hamburg zusammenzufassen und um eine Perspektive für die Zukunft zu geben, was denken Sie, welche Änderungen sind auf lokaler, kommunaler und politischer Ebene notwendig, um eine gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Hamburg gewährleisten zu können?

Möchten Sie dem Gespräch zum Abschluss noch etwas hinzufügen, über das wir bisher nicht gesprochen haben und das Ihrer Meinung nach wichtig für ein Gesamtbild der Situation ist?

Ich danke Ihnen sehr für dieses Interview.

Wäre es möglich, mich erneut an Sie zu wenden, sollten weitere Fragen entstanden sein?

Kategorie	Sub-kategorie	N (J)	N (N)	Zusätze	Zitate
Beweggründe der Institutionen/ AkteurInnen für ihre Tätigkeit	Rechtliche Grundlage	8	1		<p>„Ja klar, ich meine, deshalb engagieren die sich, weil die das so sehen, dass das im Grunde ein Menschenrecht ist“ Z.66</p> <p>„Es gibt bestimmte Grundbedürfnisse, Grundansprüche, Grundrechtsansprüche, die komplett unabhängig von jedem Aufenthaltstitel jedem Menschen zustehen und dass man dafür sorgen muss, dass auch Menschen ohne Papiere die in Anspruch nehmen können.“ Z.</p> <p>[...] „weil wir eher schon einen politischen Anspruch haben, sozusagen, jetzt nicht nur einen Humanitären.“ Z.329</p> <p>...] „weil wir sagen, die Menschen sind Teil der Gesellschaft und der Staat hat ganz klar für die aufzukommen..“ Z.123</p>
	Humanitäre Gründe	6			<p>„In dem Sinne verstehen wir unsere Aktivitäten auch als humanitär und berufsethisch begründete Handlung die sozialanwaltschaftlich sind und zur Problemlösung beitragen sollen.“Z.138</p> <p>„Wir haben dann aber für uns die Haltung entwickelt, dass Menschen eine Perspektivberatung brauchen, auch eine ausländerrechtliche Perspektivberatung, um sich überhaupt orientieren zu können.“ Z.12</p> <p>„Wir wollen Menschen, die illegal hier leben und ein gesundheitliches Problem haben zunächst mal beratend und wegweisend zur Hilfe eilen.“ Z.107</p> <p>„Wir wollen ja wirklich in eine Lücke, in der es keine Hilfe gibt, dafür sind wir zuständig. Dafür fühle ich mich zuständig.“ Z.28,„Das ist das eine Motiv, dass ich eine gewisse Verpflichtung empfinde aus dem was mir durch Familie, den lieben Gott oder wen auch immer gegeben wurde. Und das andere, ich tue es halt für mich. [...] Wenn eine wirkliche Notsituation herrscht und die kann verbessert werden.“ Z.171 (Eigene Motivation),„Ja natürlich, die Motivation ist nicht politisch sondern eindeutig humanitär.“ Z.182 (Motive der Organisation)</p>

Kategorie	Sub-kategorie	N (J)	N (N)	Zusätze	Zitate
Aktuelle Wahrnehmung des Themas	Aktualität	7		<p>Wahrnehmung des Themas: „Illegalität“ als ein sehr aktuelles, „hochvirulentes“ Thema            Schon lange das Vorhandensein des Phänomens „Illegalität“ in Deutschland</p> <p>Kein „Herumkommen“ um öffentliche Diskussion</p>	<p>„Das Thema Illegalität, oder menschliche Illegalität ist ein hochvirulentes Thema. Von Politik oder Verwaltung eher tabuisiert. Und im öffentlichen Diskurs eher stigmatisiert.“ Z. 21</p> <p>„Und wir haben in Deutschland schon seit 20 Jahren das Problem, dass wir im Rahmen der Ausländergesetze Menschen haben, die in den Status eines Illegalen gekommen sind oder die sich nicht rechtens hier aufhalten und die nicht unter die Leistungen des Asylbewerberleistungsgesetzes fallen, deswegen formal sag ich mal keinen Anspruch haben.“ Z.9</p> <p>„Das Thema kocht hoch.“ Z.71</p>
	<p>Steigende Wahrnehmung durch Öffentlichkeit</p> <p>Steigende Wahrnehmung durch Politik</p>	6	1	<p>Gesteigerte Wahrnehmung in der Öffentlichkeit, positivere Einstellung</p> <p>Stattdfinden eines Umdenkens</p> <p>Erkennen von Öffnungstendenzen der Politik hinsichtlich der Problematik</p>	<p>„Aus meiner, aus einer ganz pragmatischen Ebene sind doch Öffnungstendenzen, sag ich mal, aus eher konservativen Ecken gegeben. Z.B. ist es mittlerweile vollkommen unstrittig bis in die CDU hinein, dass natürlich auch Kinder ohne Papiere ein Recht auf Schule haben. Da gibt es Erklärungen der Bundestagsfraktion der CDU, die vor einigen Jahren noch gar nicht denkbar gewesen wären. Und ich glaube, dass es genauso einen relativ großen, einen relativ breiten Konsens geben wird, dass natürlich eine medizinische Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere notwendig ist.“ Z.142</p> <p>„Ich glaube, dass durch diese Studie ganz Vieles vorangebracht worden ist. Das Ergebnis ist zwar noch nicht da, aber es ist zumindest schon mal passiert, dass man um diese öffentliche Diskussion eigentlich nicht mehr herumkommt. Das ist glaube ich schon ein ganz guter Fortschritt. Und ich glaube, es sind Fakten da, die man auch nicht mehr übersehen kann. Es gibt Menschen hier, die werden hier auch sein, ob man das möchte oder nicht. Es geraten Menschen halt in Situationen, in denen sie sich nicht mehr selber helfen können. Und dann muss auf jeden Fall irgend etwas geschehen. Es wäre auch im Interesse der Stadt oder des Staates, eine Verelendung nicht zuzulassen. Und da denke ich auch, dass da vielleicht auch ein Umdenken jetzt auch stattfindet, oder eine Bereitschaft, sich überhaupt mal damit zu beschäftigen.“ Z.239</p> <p>„[...] in Hamburg, muss man sagen, ist dazu noch nicht viel passiert. Es wird immer viel geredet. Z.287</p>

Kategorie	Sub-kategorie	N (J)	N (N)	Zusätze	Zitate
Bedarfsdeckung	AkteurInnen	6		Positive Resonanz auf das errichtete Netzwerk	„Was man sagen kann, es gibt eine große Unterstützung aus der Ärzteschaft hier in Hamburg. Das Medizinische Beratungsbüro vermittelt ja inzwischen an etwa 150 Ärzte die das ehrenamtlich machen oder für ein nur sehr geringes Entgelt.“ Z.24
		5		Großes Engagement der Ärzteschaft und der Akteure/Innen	„Ich glaube, das ist alles innerhalb bestimmter Szenen. Ich glaube, ein normaler Dr. Kaschnipukna draußen in der Versorgung, der weiß gar nicht, dass es da überhaupt so was gibt. [...] Also ich glaube, das läuft alles auf einer sehr individuellen Ebene ab und nicht auf der Kammerebene. Aber die, die das machen, klagen alle, dass sie alle zu viel machen müssen und die anderen auch mehr machen könnten.“ Z.235
		6		Ablauf auf individueller Ebene, nicht auf Kammerebene, bestimmte Szene	„Also ich glaube, das Netzwerk ist stark überlastet. Das haben aber solche Netzwerke an sich. Sie sind aber hoch motiviert und in meinen Augen funktioniert es. Und auch über das Netzwerk hinaus gibt es viele Ärzte, die kein Teil des Netzwerkes sind und das einfach stillschweigend machen, die auch den Leuten sagen: „Kommen sie möglichst nicht wieder. Aber ich behandle sie jetzt erst einmal.“ Z.215
		2		Mehr Wirksamkeit der Organisationen durch finanzielle Möglichkeiten	A: „Wir finanzieren uns nur durch Spenden.“ Z.109 B: „Mehr schlecht als recht im Augenblick. Es kommt vor, dass wir Wartelisten von Operationen haben, von 4 Frauen, 5 Frauen, die auf eine Operation warten, die nicht ganz so dringend sind, die wir nicht finanzieren können, trotz günstiger Bedingungen.“ Z.109
		4		Viele schwangere Frauen	„Ich finde es schon als günstig, dass wir als Ärzte hier tätig sind. Weil Kleinigkeiten hier einfach zu erledigen sind. Wir können ein Rezept ausstellen.“ Z.121  Wir finden es erst einmal sehr gut, dass es die gibt. Auf jeden Fall je mehr es gibt, umso besser. [...] es ist ja erst einmal überhaupt kein Problem, jetzt also kein Konkurrenzverhältnis, das überhaupt nicht.“ Z.326  „Und es gibt 2 Stellen, wo richtig Behandlung vermittelt wird. Das eine ist angedockt bei Verikom in der Hospitalstraße, diese Beratungsstelle Medi-Büro, die wie ich finde eine hervorragende Arbeit machen.

Kategorie	Sub-kategorie	N (J)	N (N)	Zusätze	Zitate
		6		Häufigeres „Lösen“ einer Situation in der eigenen Community als der Gang zu einer Beratungsstelle	<p>Die machen letztlich im Grunde schon das, was ich mir wünschen würde, wenn es offiziell wäre. Also, dass sie im Grunde im Hintergrund Ärzte haben, die bereit sind, aus ihrem geringen Etat noch etwas abzuzweigen, Krankenhäuser, die besondere Preise, die Spendengelder einsammeln, damit die Arbeit geleistet werden kann.“Z.109</p> <p>„Sie hören dann oft auch viel mehr auf ihre Community, auf ihre neighbours oder auf die, mit denen sie zusammen geflohen sind, als jetzt auf Berater in den Beratungsstellen.“ Z.76</p>
	Bedarfsdeckung	5	3	<p>Abdeckung nur der nötigsten Bedarfe</p> <p>Abdeckung nur eines Bruchteils der Menschen ohne Papiere durch die bestehenden Akteur/Innen</p>	<p>“[...] In so weit kann man nur zu dem vorläufigen Ergebnis kommen, dass die nötigsten Bedarfe punktuell gedeckt werden. Man kann aber nicht davon ausgehen, dass da eine relative Bedarfsdeckung in der medizinischen Versorgung vorhanden ist. .“ Z. 163</p> <p>„Ich kann da ganz schlecht einen Überblick geben. Ich weiß aus privaten Gesprächen mit Leuten aus den anderen Bereichen, dass sie nur einen Bruchteil abdecken können von der Gruppe der Illegalisierten deren Anzahl in Hamburg ja auf bis zu 100.000 geschätzt wird. Ich denke, wir können immer nur einen Bruchteil abdecken weil es keine Regelversorgung gibt.“ Z.49</p>
	Vernetzung	5	3	<p>Vorhandensein einer Vernetzung, jedoch nur im Sinne, dass man von dem anderen weiß, was er macht.</p> <p>Wenig oder schwierige Vernetzung mit Beratungsstellen und Krankenhäusern. Immer wieder neue Verhandlungsbasis</p> <p>Vernetzung mit ausgewählten Akteur/Innen zur Festlegung und konkreten Umsetzung von</p>	<p>„Im Gesundheitsbereich gibt es natürlich eine Vernetzung. [...] Die Ärzte untereinander, glaube ich, zumindest die Ärzte mit denen ich gesprochen habe, sind nicht vernetzt. Z.38</p> <p>[...]Zumindest irgendeine Art der Zusammenarbeit. Dass man weiß, wer da was macht. „Z.51</p> <p>„Das ist sehr unterschiedlich. Bezogen auf den Gesundheitsbereich gibt es verschiedene Akteure, die mehr oder weniger gut untereinander vernetzt sind. [...] Ich glaube, das Gute, der Punkt auf den es meiner Ansicht nach ankommt ist, Verwaltung in dieses Netzwerk mit einzubinden.“ Z.134</p> <p>„Und ihr gutes Recht ist es, überall damit hinzugehen. Zu jeder Adresse die sie kennt. Und das ist manchmal ein bisschen mühsam, weil die Vernetzung eben nicht so ist, dass man sich gerade anruft und sagt, hast du die auch</p>

Kategorie	Sub-kategorie	N (J)	N (N)	Zusätze	Zitate
		3		Handlungszielen	<i>schon gesehen. Sondern jeder noch mal von vorne anfängt den Fall aufzurollen. Das könnte man sicherlich verbessern.“Z.131</i>
				Notwendigkeit verschiedener Institutionen als Ergänzung Keine ausreichende Vernetzung	<i>Und es gibt eben auch einige, die sich besonders rechtlich gut auskennen, also Fluchtpunkt ist da zu nennen, die sowohl das Abrechnungswesen in Krankenhäusern schulen könnten, die Leute beraten können, was sie zu tunhaben, damit es nicht so viele Kosten bleiben, die sie wirklich auch selbst tragen können.“ Z.140</i>
		4		Vorteil einer guten Zusammenarbeit wäre es, Experten auf unterschiedlichen Gebieten zu haben	<i>„Es gibt eine ganz gute Vernetzung. Gott sei dank ist das so.“ Z.72</i>
				Keine aktive Zusammenarbeit aber auch kein Konkurrenzverhältnis. Keine Notwendigkeit der Vernetzung unter den Ärzten	<i>A: „Jedes Mal tauchen mehr Leute auf, die auch rechtliche, juristische Fragen haben. Die vermitteln wir auch weiter an Fluchtpunkt meistens.“ Z.271</i> <i>Und auch mit den anderen, also mit den anderen Institutionen treffen wir uns schon regelmäßig z.B. mit dem Café Exil haben wir ein sehr gutes Verhältnis. Wir liegen halt auch politisch sehr auf einer Linie, mit dem was wir machen.“ Z.243</i>
		3		Vermittlung von anderen Beratungsstellen, wo schon ein Vertrauensverhältnis seitens der Migranten besteht	<i>„Aktive Zusammenarbeit nicht, aber um Gottes Willen kein Gegeneinander, keine Konkurrenzsituation.[...]Jaber ich seh's momentan, bei den beiden parallel laufenden Initiativen, wobei ja XXX durchaus das ältere und etabliertere ist, da sehe ich jetzt keine Notwendigkeit, das zu vernetzen. Welchen Sinn macht das, welchen Vorteil würde das für unsere Arbeit oder welcher Vorteil für die Patienten, das verstehe ich jetzt im Augenblick nicht.“ Z.147</i>
					<i>„Wir fragen eigentlich jedes mal nach. Es läuft viel über Vermittlung von anderen Beratungsstellen zu denen die Migranten schon ein Vertrauensverhältnis haben.“Z.98</i>
Bedarf	Ein-deutiger Bedarf	9	0	Bedarf ist natürlich da	<i>„Na ja, der Bedarf ist natürlich da. Egal wie viele Menschen es sind. Also ob es 10.000 oder 100.000 Betroffene sind.“ Z.14</i>
		3		Keine valide Einschätzung der Zahlen Eher rückläufige Gesamtzahlen Eventueller Rückgang auch durch	<i>Und zusätzlich der Bedarf nach krankenhaushäusärztlicher Behandlung und fachärztlicher Behandlung. Gerade bei Frauen ist jetzt der Bedarf nach krankenhaushäusärztlicher Betreuung bei der Schwangerschaft und Geburt eine absolut große Frage.“ Z.167</i> <i>„Ich hab immer 50.000 bis 100.000 für realistisch gehalten und ich denke,</i>

Kategorie	Sub-kategorie	N (J)	N (N)	Zusätze	Zitate
		6		<p>die Weltwirtschaftskrise Hohe Dunkelziffer an betroffenen Menschen die Hilfe benötigen</p> <p>Bedarf an krankenhausärztlicher und fachärztlicher Behandlung. Vor allem für schwangere Frauen</p> <p>Anzahl von Menschen ohne Papiere in HH so groß, dass sie politisches Handeln notwendig machen</p> <p>Anzahl: 50.000 – 100.000 als realistische Zahl → Vergleich mit Bevölkerung der Stadt die z.B. eine Haushaltshilfe angestellt haben</p>	<p>wenn man mal sieht, wie reich diese Stadt ist und wie viele Haushaltshilfen bestimmt überall angestellt sind und Gärtner und so, da wäre ich noch mal vorsichtig. [...] Es gab so ne Zeit, 4 Millionen Haushalte haben Schwarzbeschäftigte. Unter diesen sind bestimmt auch viele ohne Papiere.“ Z.309</p> <p>„Nach den bisherigen Informationen zeigte sich, dass es ungemein schwierig ist, das quantitative Ausmaß von Menschen ohne gültige Papiere überhaupt systematisch zu erfassen, weil diese nicht gemeldet sind und nicht bekannt ist, wo sich diese Menschen im Einzelnen aufhalten. Geschweige denn, welche medizinische Versorgungsbedürfnisse sie haben. Im Grunde genommen kann man meiner Einschätzung nach die Anzahl sogenannter Illegaler überhaupt nicht valide quantifizieren.“ Z.52</p> <p>„Quantitäten können wir im Moment ganz schwer schätzen. Ich weiß nicht, was die Weltwirtschaftskrise jetzt noch mal macht. Es gab in der Zeit zu Gründonnerstag noch einmal einen Artikel, zu dem Thema, die Vertreibung hieß der, über die Weltwirtschaftskrise, dass viele Staaten ihre Illegalen auch zwangsweise oder mit Anreizen zurückschieben.“ Z.299</p>
	Inanspruchnahme	2		<p>Steigende Nachfrage des Angebotes durch vertrauensbildende Maßnahme und Mund- zu Mundpropaganda</p>	<p>„Ja. Den Bedarf gibt es zweifelsohne. Dies belegt ja die Anzahl der Menschen die Hilfe suchen. Die bei diesen Beratungsstellen, in diesem Selbsthilfenetzwerk MediNetz und anderen auflaufen und dort beraten oder gegebenenfalls auch behandelt werden.“ Z.151</p>
	Ausschöpfen eigener Möglichkeiten	5		<p>Vor der Inanspruchnahme der Angebote erst einmal Ausschöpfen eigener Lösungswege Abdeckung durch eigene Community</p>	<p>„Deswegen glaube ich, dass sehr viele auch versuchen erst mal so, wenn es jetzt um Gesundheitsversorgung geht, vielleicht selber doch was zu bezahlen oder irgendwie einen Weg zu finden, wie man doch über eine Krankenkassenskarte vielleicht auch einen Arzt aufsuchen kann bevor man an die Öffentlichkeit geht. Weil das ist ja doch auch mit ganz großen Ängsten verbunden.“ Z.86</p> <p>„Wobei man generell vorsichtig sein muss, was man dann aus diesen Daten macht, weil, was wir auf jeden Fall sagen können, ist dass, die Schätzungen in Hamburg gehen ja so auf 100 – 150.000 Illegalisierte und bei uns kommt ja</p>



Kategorie	Sub-kategorie	N (J)	N (N)	Zusätze	Zitate
		2		Viele kommen erst, wenn andere Unterstützungsmechanismen zusammenbrechen	<i>Für uns Ärzte stellt sich die Situation dieser Menschen so dar, sie schlagen in Praxen oder Krankenhäusern auf, ihnen werden sämtliche Leistungen präventiver, vorsorgender Medizin vorenthalten, dazu kommen sie nie. Sie kommen eigentlich immer dann, wenn es fünf Minuten vor zwölf ist. Z. 15</i>
		4		Viele schwangere Frauen	<i>„Zahlenmäßig ist es kein dramatisches Problem. Individuell ist es immer ein ganz schwieriges Problem, weil das, was uns als Ärzte mit am meisten ärgert, ist eben, dass die Fälle in einem Stadium kommen, wo andere Bürger nicht kommen. Und das tut schon weh wenn man sieht, was man da für medizinische Chancen verpasst hat.“ Z.207</i>
		3		Weniger Männer	
		3		Gesamtes Krankheitsspektrum	
		6		Schlechter gesundheitlicher Zustand	<i>„Ich würde schon sagen, was zu mir kommt, das sind schon meistens Frauen. Die gesundheitliche Probleme haben. Das ist meistens die Schwangerschaft..“ Z.57</i> <i>„Häufig sind es Menschen die mit banalen Erkrankungen bis hin zu operationswürdigen Erkrankungen uns um Hilfe bitten. Ganz breites Spektrum eigentlich so wie es bei es beim Allgemeinmediziner auch üblich ist. Oft haben wir es mit Erkrankungen zu tun, die auf Grund der medizinischen problematischen Versorgung weiter fortgeschritten sind, als in anderen „Normalpraxen“. Z.33</i> <i>„Ein Drittel der Patienten kommen aus Lateinamerika, ein weiteres Drittel kommt aus Afrika und das Dritte Drittel mit zunehmender Tendenz aus Osteuropa. So ganz grob. Es schwankt sehr. Zur Zeit erkennen wir eine steigende Tendenz an Osteuropäern, auch aus den neuen EU-Ländern, Polen, Rumänien, Bulgarien.“ Z.52</i>
	Zugangswege	4		Vermittlung über andere Beratungsstellen	<i>„Wir fragen eigentlich jedes mal nach. Es läuft viel über Vermittlung von anderen Beratungsstellen zu denen die Migranten schon ein Vertrauensverhältnis haben. Oder auch wenn Presseartikel waren, wie in der MoPo z.B., da sind mehrere Leute hierher gekommen, weil sie davon gehört haben. „</i> <i>A: „Genau. Wir machen halt ein bisschen Öffentlichkeitsarbeit generell halt.“</i> <i>B: „Nicht nur über Flyer. Sondern wir sind auch sonst in verschiedenen Gremien tätig. Patriotische Gesellschaft, wenn es Veranstaltungen von der</i>

Kategorie	Sub-kategorie	N (J)	N (N)	Zusätze	Zitate
					<i>Diakonie gibt.“ [...] Z.283</i> <i>„Die Flyer liegen in den anderen Beratungsstellen. Ich kann es noch nicht richtig einschätzen. Vermutlich geht viel über Vertrauensverhältnisse, weil eben Leute auch oft unsicher sind und Schwierigkeiten haben.“ Z. 93</i>

Kategorie	Sub-kategorie	N (J)	N (N)	Zusätze	Zitate
Gesundheitsversorgung	Rechtlicher Anspruch	8	0	Keine Möglichkeit der Wahrnehmung des rechtlichen Anspruchs	<p>[...] „Das reicht natürlich nicht aus. Vor allem ist das keine Regelversorgung. Also die haben nicht die freie Arztwahl wie das sonst jeder hat. [...] Sie haben NUR den Anspruch auf eine Notfallversorgung wenn sie ins Krankenhaus müssen und nichts darüber hinaus. Das ist natürlich sehr problematisch.“ Z.29</p> <p>A: „Also, wäre die Übermittlungspflicht nicht da, sozusagen, hätte man ja erst ne Möglichkeit Per Gesetz ist es ja so, dass ja auch die Leute ohne Papiere sozusagen über das Asylbewerberleistungsgesetz versichert sind oder bzw. ein großer Teil der Versorgung. Das sehen wir auch problematisch, das würden wir auch kritisieren, dass über das Leistungsgesetz Leute halt nur ne Versorgung kriegen in Akutfällen, sozusagen bei chronischen Krankheiten halt problematisch.</p>
		2		Anspruch nur auf eine Notfallversorgung	<p>„Ich denke, es ist sehr schwierig, dass wir dieses Asylbewerberleistungsgesetz haben. Wenn illegalisierte Menschen behandelt werden in Krankenhäusern, dann im Grunde genommen auf dieser Grundlage. Das heißt, nur eine absolut notwendige Notfallversorgung und nichts anderes. Und das ist natürlich schon so ein Sondergesetz das, ja was Menschen ausschließt, aus dem, was eigentlich das Regelsystem sein sollte und was für alle Bürger die hier sind egal ob mit Papieren oder ohne gelten sollte.“ Z.70</p>
		3		Ausschluss aus dem Regelsystem	<p>„Nein, ich sehe es grundsätzlich so. Es ist ein Menschenrecht auf Gesundheit und dem wird nicht nachgegangen vom deutschen Staat oder von den Behörden. Und deswegen ist es notwendig, einen anderen Weg zu beschreiben und zu finden.“ Z.57</p>
		2		Übermittlungspflicht	<p>„Und eine Geschichte daran ist, dass es natürlich auch für Menschen ohne Papiere sind die Menschenrechte gültig, aber dadurch, dass sie dann immer entdeckt werden, wenn sie sich z.B. in das Gesundheitssystem bewegen und das offiziell abgerechnet wird, werden sie aufgedeckt. Und dann droht ihnen die Abschiebung. Also vermeiden sie diesen Schritt. Und durch diese Vermeidungen kommt es zu unnötigen Verzögerungen der Gesundheitsbehandlung. Zu gravierenden Missständen weil die Leute einfach so viel Angst haben.“ Z.27</p>
Finanzierung	Problem der Refinanzierung	8	1	Knappe Ressourcen	<p>„Trotzdem, es bleibt immer ein finanzielles Problem. Weil ja auch die Krankenhäuser arbeiten mit knappen Ressourcen . Die weisen nicht Leute ab aus Böswilligkeit, sondern es ist schon ein reales Problem dahinter zu sagen: „Wo kriegen wir denn die Ressourcen dafür her, auch wenn es nur zehn Leute sind im Monat wären, die sie zusätzlich behandeln. Z.225</p>

Kategorie	Sub-kategorie	N (J)	N (N)	Zusätze	Zitate
				Kein Problem der Finanzierung	<p>„Und der Punkt ist, und damit muss man sich ernsthaft auseinandersetzen, dass die Ärzte und Ärztinnen die die Menschen ohne Papiere behandeln, was sie in aller Regel kostenfrei tun müssen, weil sie es nicht refinanziert kriegen.“ Z. 69</p> <p>„Und ganz gravierend ist es dort, wo stationäre Aufenthalte notwendig sind, im Krankenhaus, wo OP's teuer sind. Und man kann es den Krankenhäusern vorwerfen, aber sie müssen natürlich auf die Refinanzierung von OP's gucken. Ich gehe mal davon aus, dass es auf Seiten der Ärzte/Innen der Krankenhäuser es nicht an und für sich einen bösen Willen gibt, diese Menschen werden nicht behandelt. Sondern es gibt einfach den ökonomischen Druck, auf die Refinanzierung achten zu müssen.“ Z. 85</p> <p>„Löst immer noch nicht das Problem der Bezahlung. Und da gibt es jetzt doch zunehmende Probleme weil in den Krankenhäusern, wo man früher ganz viel nebenher gemacht hat, ohne dass es einer so richtig gemerkt hat mit dem Einzug von wettbewerblichen Kriterien Verwaltungen jetzt sehr darauf drängen, dass man so etwas aktenkundig macht. Und auch im niedergelassenen Bereich einfach, weil es sich verdichtet hat. Aber eine zunehmende Zahl Illegaler, die auf immer weniger Ärzte trifft die die behandeln wollen. So dass das an denen die das machen hängen bleibt.“ Z. 40</p> <p>„Ja, aber ich glaube, wenn man 47 Milliarden minus macht, und noch mal neu aufnimmt, finde ich, kann mir jetzt keiner erzählen, dass es um irgendwelche Kohle geht. Ja, das ist eine kommunale Kohle, aber es geht auch erst einmal um den Willen das hinzubekommen oder nicht um den Willen, das hinzubekommen. Von daher, abrechnen muss man das irgendwann aber ich finde, man kann auch mal aufhören, das immer vorzuschieben und zu sagen, das Kind kann deshalb nicht zur Impfung kommen. Z. 342</p> <p>„An der Finanzierung scheitert es also nicht?“          „Nein.“ Z. 93</p>
Akteur/-Innen	Rechtliche Verunsicherung	4		Beratungsbedarf bei Rechtsfragen	<p>„Ganz abgesehen davon, dass viele Krankenhäuser, Ärztinnen und Ärzte schlicht Beratungsbedarf bei Rechtsfragen haben. Wissen, was sie tun dürfen, was sie tun müssen, und was sie nicht tun müssen.“ Z. 169</p> <p>„[...] Vor allem ein Fortschritt deswegen, weil auch viele Ärzte Angst hatten, diese zu behandeln. Es ging nicht immer nur darum, dass sie kein Geld dafür bekamen, sie hatten auch einfach Schiss, sie sagten: „muss ich den jetzt melden“.[...] Denn auch der Kontakt mit den Behörden ist für den Arzt</p>

Kategorie	Sub-kategorie	N (J)	N (N)	Zusätze	Zitate
	Zu-gangs- wege	3			<p><i>genauso unappetitlich , wie er in diesem Falle für den „Illegalen“ wäre.“ Z.27</i></p> <p><i>„[...] denn den Zugang finden wir zu Einigen. Aber zur Zielgruppe im Grunde genommen auch nicht, wenn es mehrsprachige Karten in irgendwelchen Lokalen in Altona ausgelegt werden. Wer geht denn von denjenigen, die wir so als Zielgruppe betrachten, ins Restaurant und trinkt dort ein Bier oder ein Kaffee. Eher nicht. Diejenigen, die zu der Gruppe gehört, die eher zur Gruppe, die anfällig für Gewöhnungsschaden sind, die sprechen wir damit sehr intensiv an. Was uns hier eher Probleme bereitet als beseitigt.</i></p> <p><i>[...] Sie sprechen auch sehr häufig kein Deutsch. Wenn sie daher kommen und bekommen keine Deutschkurse angeboten, wie sollen sie das auch erfahren. Wenn man das in der Zeitung druckt, erreicht man nur wieder die falsche Gruppe. Wenn man da ins Fernsehen bringt, ist es wieder das Gleiche.“ Z. 309</i></p>
		5		Grenzen des Netzwerks durch ehrenamtliches Engagement	<p><i>Und bei XXX ist es ja eine etwas andere Struktur, weil das sind ja zwei, oder manchmal auch drei Ärzte, die vor Ort in diesem Moment diese Untersuchung dann anbieten. Die aber für manche Probleme vielleicht nicht die richtige Hilfestellung geben können. Z.B. ist da keine Gynäkologin dabei, oder es gibt eben nicht die Möglichkeit da, richtige Untersuchungen zu machen. Ultraschall-untersuchungen, Laboruntersuchungen und deswegen hat sich das da glaube ich, nicht so herum gesprochen, weil das nicht die Effektivität hat wie bei XXX. Wo ja auch bei den anderen z.T. gesammelt wird, dass man im Notfall Operationen übernehmen kann usw. Das ist etwas, das wirkungsvoll ist, was sich dann auch unter den Leuten so herumspricht. Und dass, ich glaube, die Ärzte bei der XXX auch versuchen ein Netzwerk aufzubauen. Aber das braucht glaube ich Zeit. Man kann auch dann nicht die Berufskollegen übermäßig strapazieren die man dann im eigenen Kreis so hat [...].</i></p> <p><i>„Es gibt durchaus in dieser Stadt gut gemeinte Programme. Es gibt durchaus auch von den Gesundheitsbehörden, von anderen Stellen gibt es sehr sehr gute Dinge, die geleistet werden. Aber Flüchtlinge und Illegalisierte und diese Stellen kommen nicht zueinander, weil es das Ausländerrecht gibt, was an dieser Stelle gefährdend für die Menschen ist. Und das hören sie immer wieder. Sie hören dann oft auch viel mehr auf ihre Community, auf ihre neighbours oder auf die, mit denen sie zusammen geflohen sind, als jetzt auf Berater in den Beratungsstellen.“ Z.76</i></p>

Kategorie	Sub-kategorie	N (J)	N (N)	Zusätze	Zitate
	Per-sonen-bezo-gene Probleme und Barrieren	7		Angst und Misstrauen	<p>„Und eine Geschichte daran ist, dass es natürlich auch für Menschen ohne Papiere sind die Menschenrechte gültig, aber dadurch, dass sie dann immer entdeckt werden, wenn sie sich z.B. in das Gesundheitssystem bewegen und das offiziell abgerechnet wird, werden sie aufgedeckt. Und dann droht ihnen die Abschiebung. Also vermeiden sie diesen Schritt. Und durch diese Vermeidungen kommt es zu unnötigen Verzögerungen der Gesundheitsbehandlung. Zu gravierenden Missständen weil die Leute einfach so viel Angst haben.“ Z.27</p>
	Angst vor Auf-deckung und Abschiebung	7			<p>„Ich gehe davon aus, dass die meisten Papierlosen denken, dass sie überhaupt keine Rechte haben, oder zumindest nicht wissen, welche Rechte sie haben und wie sie diese wahrnehmen können. Z. 123</p>
		3		Meldepflicht	<p>„Also, Vertrauen ist das A und O.“ Die Menschen haben doch sehr viel Angst dass sie entdeckt werden.</p>
		2		Unwissen über Möglichkeiten	<p>„[...] aber dieser Gang zu einer Behörde, zum Gesundheitsamt, ist eine ziemlich große Hürde. Und auch wenn zugesichert wird dass dort keine Mitteilungspflicht besteht, können Menschen, die hier fremd sind natürlich die Bürokratie nicht durchschauen und nicht richtig einschätzen.“ Z.258</p> <p>“Das ganz große Problem dabei ist eben, dass die natürlich keine Geburtsurkunde bekommen. Das ist eine Barriere, bei denen eben die Standesämter die Geburtsurkunden ausstellen und die Standesämter eben gezwungen sind, die Meldung an die Ausländerbehörde zu machen.“ Z.179</p>
					<p>„Ich glaube, viele Betroffene kennen sich nicht aus. Sie wissen nicht, wo sie sich hinwenden können. Bzw. sie wissen nicht, welche Stelle ist sicher und welche Stelle ist nicht sicher.[...] Das muss man glaube ich ganz stark berücksichtigen, dass Menschen ohne Papiere vor allen Dingen super misstrauisch sind, aus gutem Grund.“ Z.182</p>
					<p>„In der Illegalität ist der Zugang zu dem Dienstleistungsversorgungssystem extrem erschwert. Er ist nicht unmöglich, aber er ist extrem schwer aus verschiedensten Gründen. Die Hauptgründe sind zwei: Der eine Hauptgrund ist die rechtliche Unsicherheit. Das heißt, betroffene Migrantinnen und</p>

Kategorie	Sub-kategorie	N (J)	N (N)	Zusätze	Zitate
	Religiöse kulturelle Hemmschwelle	3			<p><i>Migranten und teilweise auch die Einrichtungen des Gesundheitssystems, Ärzte und Ärztinnen denken zu Recht, aber in aller Regel auch zu Unrecht, die denken, sie sind zu Meldung verpflichtet. [...] Da gibt es ganz viel Unsicherheit.“</i></p> <p><i>Ich glaube, dass die Hemmschwellen, nicht nur die rechtlichen, auch die religiösen Hemmschwellen bei vielen dieser Menschen groß sind. Da verstärkt sich das allgemeine Ausländerproblem noch als Turboeffekt in die rechtliche Problematik.“ Z.259</i></p> <p><i>„Viele. Das sind auf der einen Seite natürlich sprachliche Barrieren. Und auf der anderen Seite kulturelle, ethnische Barrieren. [...]</i></p>
	Sprachliche Barrieren	3	2		<p><i>„Ich persönlich habe die Herangehensweise, dass die Sprache das geringste Problem ist, weil man sich immer irgendwie verständlich machen kann. Unter Ärzten ist die Erfahrung, dass sie die wenigsten Leute wieder wegschicken, weil sie sich nicht verständlich machen können. Es gibt auch immer eine nonverbale Ebene. Das jetzt als Barriere zu sehen. Wir kommen eigentlich immer klar.“ Z.223</i></p>

Kategorie	Sub-kategorie	N (J)	N (N)	Zusätze	Zitate
Hand-lungsbe-darf	Gibt es einen Hand-lungsbe-darf?	9 8 5	1	Dem Recht auf Gesundheit für je-den Menschen wird nicht nachge-gangen  Missachtung der Menschenrechte  Überlastung des Netzwerkes	<p>„Ich würde es grundsätzlicher sehen. Nicht weil die an ihre Grenzen stoßen. Man könnte ja immer sagen, ja auf dieser Ebene könnte man immer mehr Ärzte dafür gewinnen die sich zusätzlich engagieren. Nein, ich sehe es grundsätzlich so. Es ist ein Menschenrecht auf Gesundheit und dem wird nicht nachgegangen vom deutschen Staat oder von den Behörden. Und deswegen ist es notwendig, einen anderen Weg zu beschreiben und zu finden.“ Z.57</p> <p>„Das ist natürlich ein Punkt, mit dem man die Politik immer kriegt. Was man zwar nicht immer gerne lesen möchte aber man muss es einfach wahrnehmen, sie sind da, sie leben mit uns, sie arbeiten mit uns zum Teil und wir müssen sie auch gesundheitlich schützen. Und deshalb ist die Studie, aus meiner ganz privaten Sicht eigentlich längst überfällig.“ Z. 196</p> <p>„Es hat sich scheinbar, und das ist mein oberflächlicher Eindruck, von außen ein Stück Gewöhnung an die Leistung dieses Netzwerkes eingestellt. Das sozusagen mit wohlwollender Duldung auch von Politik und Verwaltung aktiv ist. Mir ist aber auch aus Diskussionen [...] deutlich geworden, dass verschiedene Akteure aus diesem Selbsthilfenetzwerk gesagt haben, wir sind an unsere Grenzen gekommen. Und wir können und wollen das auch nicht auf Dauer machen und wir können es auch nicht so uneingeschränkt auf Dauer leisten.“ Z.177</p>
	For-derung und Wün-sche	8		Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit	<p>„Die UN-Wanderkommission, die verspricht eben den Wanderarbeitern, egal welche Papiere sie mitbringen, erst einmal einen bestimmten rechtlichen Grundstandard. Und diese sind, unserer Meinung nach, erst einmal sowieso immer verpflichtend, also auch bei den Sozialpakten oder bei anderen Menschenrechtspakten, die wir mit unterzeichnet haben und ratifiziert haben, ist es klar, dass Deutschland dafür eintreten sollte.“</p> <p>„Und das ist so eine Scheindebatte, weil die Politiker sagen: „Ja jeder kann sich ja ans Krankenhaus wenden, das rechnen wir dann schon ab. Aber wir schieben dann eben auch ab. Und das ist dann auch immer die Kehrseite, wo man dann so sagen muss, das ist keine volle Umsetzung der menschenrechtlichen Verpflichtung.“ Z.77</p>
		5	1	Übernahme der Verantwortung durch den Staat	<p>„Deswegen sind wir dafür, dass es dann zu einer offiziellen Versorgung von Menschen ohne gültige Papiere kommt und möchten uns dann gerne als Selbsthilfenetzwerk beschränken, bzw. vielleicht auch ganz auflösen, wenn</p>

Kategorie	Sub-kategorie	N (J)	N (N)	Zusätze	Zitate
		5	1	<p>Offizielle Versorgung – Einbindung in eine Regelversorgung</p> <p>Verschlechterung der Situation durch Übernahme der Verantwortung durch den Staat</p>	<p>dann nachher über entsprechende Regelungen und Finanzierung die medizinische Versorgung dieser Menschen gewährleistet wird.“Z.184</p> <p>„Der Bedarf ist da. [...] Und ich denke, das, was sie dringend brauchen, was ich mir wünschen würde, ohne die Ergebnisse der Studie vorwegnehmen zu wollen, wäre dass das eine Berechtigung hat. Dass das sein darf.“ Z.249</p> <p>„Ich sehe das, auf der einen Seite ist es schön, wenn sich der Staat oder Organisationen oder wie auch immer engagieren, aber ich sehe da eine ganz große Gefahr in dem Moment, wo sich der Staat und Organisationen sich der Sache annehmen. Und die Verantwortung sich in dem Bereich mehr und mehr verlagert. Und die Menschen haben weniger den Impuls, sich selber zu helfen. Weil es ja dann immer Organisationen gibt, die das dann angeblich machen. Und ich glaube, gerade in diesem Bereich können das engagierte Menschen im Grunde genommen besser machen als Organisationen. Z.185 Und wenn es der Staat machen muss, dann muss es durch unsere Steuern auch wieder finanziert werden.[...] Aber letztendlich ist es dann alles das Gleiche nur viel teurer durch die Verwaltungsstrukturen wird es eher behindert, als wenn man das hier frei so machen kann. Z.197</p>
		1		Integration	<p>„Es gibt ja auch die sozialpolitische Aufforderung der Integration. Und die Frage ist ja auf dem Hintergrund des soziodemographischen Wandels, [...] ob und wie die Menschen, die zu uns kommen und im Zustand der Illegalität sind, gegebenenfalls auch mit integriert werden können, auch aufgenommen werden können.“ Z.242</p>
		1		Ernsthafter Dialog zwischen Zivilgesellschaft, Politik und Verwaltung	<p>„Ich würde mir sehr wünschen, wenn in den Bereichen, um die es in der Studie im Wesentlichen geht, Schule, Arbeit, Gesundheitsversorgung, wenn es da wie in anderen Städten einen ernsthaften Dialog zwischen Zivilgesellschaft, Politik und Verwaltung gibt, sprich politische.“ Z.231</p>
		1		Suchen nach praktischen und konkreten Handlungs- und Lösungsmöglichkeiten	<p>„Und wir hoffen, dass das im Dialog mit Politik und Verwaltung auch passieren kann.“ Z.236</p>
		3		Rechtliche Aufklärung	<p>„Da wäre es einfach sinnvoll, wenn der Gesundheitssenator in Hamburg ne Veröffentlichung darüber macht. Damit alle Krankenhäuser auch wissen, wie weit gehen ihre Rechte und ihre Möglichkeiten.“ Z.221</p>

Kategorie	Sub-kategorie	N (J)	N (N)	Zusätze	Zitate
		1		Bewusstsein Zivilcourage Verantwortung	<p>„Ich denke, dass es wichtig ist, dass Gemeinden oder auch Kirchengemeinden klar haben, dass sie Anlaufstellen sind. Also dass auch so ein Bewusstsein entsteht, dass auch Kirchengemeinden sich wieder mehr so Kompetenzen aneignen, wir sind da für die Alten, für die Kinder, für die Menschen ohne Arbeit, für die vielen die nicht weiter wissen.“</p> <p>„Und da sind eben auch Menschen ohne Papiere. Und manche Gemeinden fühlen sich da eher für zuständig und manche weniger. Und ich würde mir da einfach eine Weite wünschen, dass die Kirchen bewusster mit diesen Ansätzen umgehen.“</p> <p>„Und da gibt es so etwas wie, ich weiß nicht, ich könnte mich strafbar machen, also bin ich nicht zuständig. Das ist so ein Spiel bei Behörden. Da würde ich mir auch noch einmal mehr Zivilcourage, mehr Klarsicht wünschen. Also Kinder- und Jugendhilfe geht vor allem anderen, und Schulbesuch geht vor allem anderen und Gesundheitsversorgung geht vor allem anderen.“ Z.318</p>
		3		Meldepflicht	<p>„Von daher plädiere ich sehr dafür, dass Gesundheitsämter, die natürlich eventuell auch eine Meldepflicht hätten, davon ausgenommen werden. Und sei es, dass man das tageweise regelt. Dass man wirklich sagt, es ist schön, wenn alle kommen können, aber da gibt es irgendwie den Migrantendienst montags, mittwochs und freitags und da kann jeder kommen. Und da Solche Dinge könnte man regeln, wenn man wollte. Man kann sie auch politisch regeln, ohne dass es ein Drama gäbe.“</p>

Kategorie	Sub-kategorie	N (J)	N (N)	Zusätze	Zitate
Lösungsansätze für Hamburg	Anonymer Krankenschein	5			„Also als sofortige Maßnahme, wenn man in Monaten denkt und nicht in Jahren, würde ich sagen, könnte der anonymisierte Krankenschein eine Chance haben. Zumindest als ein Modellprojekt vom Medi-Büro durchgeführt zu werden mit der Unterstützung der GAL“.Z.141
	Humanitäre Sprechstunde	3		Frankfurter Modell	<p>„Ich denke eine Chance könnte auch die humanitäre Sprechstunde haben, die das Gesundheitsamt Altona konzipiert hat. Vielleicht nicht auf diesem Niveau, wie es vielleicht jetzt konzipiert ist. Nämlich mit zwei Ärzten und drei Sprechstundenhilfen, die fünf Tage die Woche als Praxis angeboten werden. Also das wäre eigentlich das, was wünschenswert wäre. Um zu sehen, wie groß ist denn der Bedarf eigentlich. Es könnte aber auch sein, das es aus finanziellen Gründen eine reduzierte Form ist. Und dann wäre es vielleicht nicht besser als das was durch das medizinische Beratungsbüro passiert. Sondern es wäre dann eine Umfinanzierung. Zumindest würde dann die Behörde das finanzieren, was jetzt ehrenamtlich geleistet wird und durch private Spenden gemacht wird.“ Z141</p> <p>„Dieses Frankfurter Modell, so wie ich es gehört habe könnte eine Übergangslösung gegebenenfalls sein. Würde aber kein Ersatz für die grundsätzlich notwendige politische Regelung sein können. Da sind entsprechende Gesetzesinitiativen verantwortlicher Politik gefordert und Gesetzesänderungen und Harmonisierung zwischen den verschiedenen Netzgebieten die da vorhanden sind, die es im Detail in sich haben. Aber es erscheint nicht unmöglich und machbar.“ Z.260</p>
	Fondslösung	4	3	Gute Durchsetzungschancen  Problematik der Fondslösung	<p>„Unter realpolitischen Gesichtspunkten spricht einiges für die Fondslösung. [...] Diese Lösung hat den Charme, dass sie relativ schnell und unbürokratisch und realpolitisch die größten Durchsetzungschancen hat.“ Z.101</p> <p>„Das Problem dabei ist natürlich, wenn man das als Regelversorgung sehen will, dann kann man keinen Fonds haben, der begrenzt ist. Dann kann man nicht sagen, die ersten die kommen, die kriegen die Behandlung, das wird refinanziert und bei den Nächsten ist es dann eben aus. Das ist ein großes Problem. Das ist eben ein ganz großes Problem der Fondsstruktur insgesamt. Dann find ich eben auch, es ist ein Problem, dass man auf private Spenden angewiesen ist um seine Gesundheit zu schützen. Das ist schon ne ziemliche Schwierigkeit.“ Z.98</p> <p>„Unsere Auffassung ist, dass sie einen ganz gravierenden Nachteil hat, dass sie nämlich, sag ich mal, nicht ein Recht auf Gesundheitsversorgung, oder dass sie Menschen ohne Papiere in eine gewisse Abhängigkeit von Spenden schickt und nicht einen Rechtsanspruch auf Gesundheitsversorgung haben, den wir gerne hätten.“ Z.103</p>

Kategorie	Sub-kategorie	N (J)	N (N)	Zusätze	Zitate
	Kranken vers.	1			„Und Krankenversicherung ist auch so ein Ding, das gibt es in der Schweiz. Das Problem ist da, dass die Leute eigentlich nicht unbedingt bereit sind, oder gerade wenn sie nicht so viel Geld haben, in ihre Gesundheit zu investieren. Das machen halt Leute die gut verdienen sozusagen. Es gibt natürlich auch Illegalisierte, die hier normal verdienen. Aber das Gros der Leute ist eher in prekären Arbeitsverhältnissen. Und da ist es sicherlich schwierig, das über eine Versicherung zu machen.“ Z.159
	Stiftung	1			„Wenn man jetzt sagt: „Ich Staat will das nicht, weil ich vergebe meine hoheitlichen Rechte“, kann man doch so eine Lösung machen, wie die deutsche Forschungsgemeinschaft machen, das ist eine Stiftung, das ist formal, das ist nicht Staat. Und da kann man ja von mir aus Staat und Krankenkassen Geld reinstiften..“ Z.108
	Aufhebung der Meldepflicht	2	1		„Also in Deutschland ist diese Meldepflicht und dieses ganze Meldewesen eine geradezu heilige Kuh und dass darf ich mir auch erlauben zu sagen, ich halte diesen Tanz um diese Heilige Kuh für unnötig und wirklich kontraproduktiv.“ Z.117 „Von daher plädiere ich sehr dafür, dass Gesundheitsämter, die natürlich eventuell auch eine Meldepflicht hätten, davon ausgenommen werden. Und sei es, dass man das tageweise regelt. Dass man wirklich sagt, es ist schön, wenn alle kommen können, aber da gibt es irgendwie den Migrantendienst montags, mittwochs und freitags und da kann jeder kommen. Und da Solche Dinge könnte man regeln, wenn man wollte. Man kann sie auch politisch regeln, ohne dass es ein Drama gäbe.“
	Gute Informationspolitik	1		Notwendigkeit einer guten Informationspolitik	„Das kommt auf die Informationspolitik an, denke ich.Z.158 [...] Wie bringt man das in die Communities. Wie klar ist das für die Menschen, dass das wirklich anonym ist. Da muss ich keinen Namen sagen, da muss ich keinen Ausweis vorzeigen. Und dann glaube ich schon, dass das angenommen wird.“ Z.162
	Rechtliche Aufklärung	2			„Da hoffe ich auch, dass wir mit unserer Studie ein wenig mehr Klarheit reinbringen können, da klare Unterscheidungen zu treffen. Wer ist überhaupt meldepflichtig, wer profitiert von dem illegalen Aufenthalt von einer Person. Ein Arzt profitiert sicherlich nicht davon, wenn er ihn behandelt. Sicherlich auch nicht, wenn er sein Geld dafür bekommt. Ein Lehrer profitiert auch nicht davon, wenn er von dem illegalen Aufenthalt eines Kindes weiß.“ Z.112
	Öffentlichkeitsarbeit	1			„Also ich glaube, ganz generell kann man sagen, mehr Aufklärung und Information ist nützlich und nicht schädlich.“ Z.178) „Man muss diese Ängste nehmen in der Öffentlichkeitsarbeit oder in der Informationsarbeit. Man

Kategorie	Sub-kategorie	N (J)	N (N)	Zusätze	Zitate
					<i>muss nicht nur sagen, diese Stellen gibt's, sondern man muss wirklich ganz genau sagen, was das für eine ist, was sie macht, was sie nicht macht. Der Bereich Information, Aufklärung ist aus meiner Sicht ein ganz zentraler, ein ganz wesentlicher.“ Z.186</i>
	Erweiterung des Angebots	1			<i>„Die Frage ist, wie weit sich das Netzwerk über Multiplikatoren gegebenenfalls auch noch erweitern könnte in andere Hamburger Bezirke, so dass eben im Bedarfsfall betroffene Menschen ohne gültige Papiere medizinische Versorgung erfahren können. Das müsste aber das MediNetz selbst und die beteiligten Akteure wirklich noch einmal überdenken und sich da entsprechend positionieren.“ Z.191</i>
	Verbesserung der Zugangswege	1			<i>„[...]Das Entscheidende ist, dass die Gruppen die wir haben untereinander gut vernetzt sind, von Land zu Land natürlich unterschiedlich. Südamerika ist ein riesen Bereich, die sprechen alle Spanisch oder Portugiesisch. Wenn man da in diesen Bereich den Menschen, die wirklich illegal hier leben, das mitteilt, dass in ihrer Community weiter verbreiten, dann ist das glaube ich die beste Möglichkeit, dass wir die Menschen aus der Zielgruppe auch erreichen.“</i>
	Niedrigschwelligkeit	1			<i>„Und vielleicht wären niedrigschwellige Angebote, dass es einen Ort gibt, wo sie sich treffen können. Viele Jahre wird schon so eine Art Afrikazentrum gefordert, wo man sich einfach hintrauen kann.“ Z.365</i>
	Integration	2		Voneinander Lernen, Ressourcen	<i>„Also das heißt, es geht nicht nur um die Grundfrage der medizinischen Grundversorgung, sondern in einem weiteren Sinnzusammenhang um Bevölkerungsentwicklung, Integration zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen und gemeinsame Arbeits- und Lebensgestaltung. Und da muss vielleicht noch weiter nachgeschaut und überlegt werden welche Verknüpfungen sich da ergeben und welche Perspektiven sich auf tun können.“ Z.242</i>
	Finanzierung	1		Hinzuziehen der europäischen Ebene  Problem oder Chance: Finanzierung ist Ländersache	<i>„Aber hier sehe ich nicht nur Krankenkassen, sondern auch die europäische Ebene, wo über z.B. den Europäischen Sozialfonds oder andere mögliche Geldgeber die Summe zusammen bekommen werden könnte.“ Z.110</i>  <i>„Die Krankenkassen wehren natürlich nur ab. Das kann man auch verstehen. Der Herr XXX als Zuständiger für den Sozialhaushalt will das natürlich auch nicht aus seinem Pott zahlen.“ Z.141</i>  <i>„Das Problem ist ja, der Bund, da liegt aber vielleicht auch eine Chance, der Bund wird ja nie der Zahlungsträger sein, weil solche Dinge wie Sozialhilfe sind Ländersache. Der Bund hat aber den Hoheitsanspruch, auf Durchsetzung der Ausländergesetze. Das heißt, der Bund wird sich immer</i>

Kategorie	Sub-kategorie	N (J)	N (N)	Zusätze	Zitate
					<p>jeder Lösung verweigern und wird sagen: "Ich verlange, meine Rede ist, es gibt keine Illegalen. Und wenn da einer ist, dann schmeiße ich ihn raus". Oder behandle ihn juristisch oder wie auch immer."</p> <p>Und deswegen gibt es hier eine unterschiedliche Interessenlage. Deswegen gibt es auch regional geschnittene Modelle, wie das Frankfurter Modell, das Bremer Modell oder München, da wird es in absehbarer Zeit keine bundesweit gleiche Lösung geben." Z.153</p>
	Verbesserter Dialog	1		Bedarf eines Dialogs zwischen allen Beteiligten - Vernetzung	<p>„Es bedarf da des weiteren Dialoges zwischen allen Beteiligten um zu schauen, wie hier konkrete Lösungen im Einzelfall, bzw. im institutionellen Rahmen, kommunal oder bezirklich, gefunden werden. [...]Und es wird nicht anders gehen als über die Einbeziehung der beteiligten Akteure im Gesundheitswesen, über eine gemeinsame Zielorientierung und Strategie im Gespräch und in der Auseinandersetzung mit der Politik, hier Politik zu entsprechenden Entscheidungen zu bringen..“ Z.285</p>
	Legalisierung	2	1		<p>„Wenn die Finanzierung einer Behandlung hier nicht durch die Stellen gewährleistet werden kann, dann muss man nach einer Möglichkeit der Legalisierung schauen. Wenn die Krankheit wirklich so schwerwiegend wäre. Und dann würde man, ganz unterschiedliche Wege gibt es da. Einmal könnte man eine Duldung hier beantragen.“Z.224</p> <p>„Legalisierung über Krankheit oder eben über die Geburt von Kindern, die dann hier einen Aufenthalt haben.“Z.227</p>
	Problem bewusst sein	1		Gemeinsames Problembewusstsein	<p>„Und wenn man ein gemeinsames Problembewusstsein hat, dann glaube ich, ist das ein wesentlicher Schritt zur weiteren Problemlösung.“ Z.150</p>
Problematik				Uneinigkeit in Lösungsmöglichkeiten	<p>“ Bzw. da sind wir auch selber halt im Moment nicht alle so unbedingt d'accord. Wir haben da alle unterschiedliche Meinungen.“Z.144</p>
Konkrete Handlungsmaßnahmen in Hamburg	Anonymer Krankenschein Humanität	2		Anonymer Krankenschein Information über Modelle anderer Städte	<p>„Das Medi-Büro hat ja so ein Konzept entwickelt für einen anonymisierten Krankenschein.“ Z.78</p> <p>„Ich weiß, dass die Kollegen vom Gesundheitsamt und vom Diakonischen Werk gestern in Frankfurt waren, um sich über das sogenannte Frankfurter Modell zu informieren. Und da kann es gut sein, dass da das ganze ein wenig in Bewegung kommt. Durch die Studie kommt vielleicht auch etwas mehr Bewegung wieder rein, weil auch die GAL darauf gewartet hat zu gucken, wollen sie dann so ein Modellprojekt vielleicht mit unterstützen und finanzieren.“ Z.88</p>

Kategorie	Sub-kategorie	N (J)	N (N)	Zusätze	Zitate
	täre Sprechstunde	1		Festschreibung von Gesundheitszielen	„Das zweite ist die weitere Aktivität zur Umsetzung dieses Gesundheitszieles im Sinne politisch-behördlicher Befassung. Hier sind Herr XXX vom Diakonischen Werk und Herr XXX vom Gesundheitsamt mit anderen bestrebt, über verschiedene Aktionen das Ziel weiter anzugehen. Konkret, Herr XXX und Herr XXX werden am 9.7. diesen Jahres nach Frankfurt fahren, um das so genannte Frankfurter Modell kennen zu lernen. Und darüber einen Beitrag liefern zu können, ob es gegebenenfalls hier auf Hamburg zu übertragen ist und als Projekt möglicherweise hier im Bezirk Altona angedockt werden kann.“ Z.73
	Ver-netzung	4		Errichtung verschiedener Arbeitsgruppen	„Im Handlungsfeld der Migrantengesundheit wurde mit den beteiligten Akteuren, also Verikom e.V., Medizinische Beratungsstelle für Migranten und Flüchtlinge, Diakonisches Werk Hamburg und usw., das ist dem Gesundheitszielkatalog 2008-2010 zu entnehmen, 3 Gesundheitsziele festgeschrieben. Eins ist eben die medizinische Grundversorgung von Menschen mit ungesichertem und unsicherem Aufenthalt. Hier wurde dann in der Folgezeit bei der Präsentation der Gesundheitsziele Altona im Ausschuss für Gesundheit, Soziales und Senioren und dann später in der Bezirksversammlung Altona [...] einstimmig von der Bezirksversammlung beschlossen, die Gesundheitsziele insgesamt und unter anderem auch dieses Gesundheitsziel der medizinischen Grundversorgung für Menschen ohne gültige Papiere umzusetzen. Z.36 „Also auf Bundesebene gibt es das. In Hamburg sind sie dabei, das wieder anzuregen. Da wird es einen Workshop zu diesem Thema geben, der auch erst einmal hinter verschlossenen Türen stattfinden wird, um vertrauensbildende Maßnahmen da zu haben.“ Z.159
		3		Einflussnahme auf Politik	„Das andere sind fachliche Verständigungen auf der Expertenebene durch Diskussionen und Austausch z.B. im Rahmen einer von der Ärztekammer Hamburg organisierten Veranstaltung. Darüber hinaus finden punktuelle Kontakte mit Politikerinnen und Politikern statt, wo auf diesem Wege gewissermaßen lobbyistisch oder anders gesagt, sozialanwaltstaatlich Einfluss auf entscheidende Politik und Handlungsträger zu nehmen versucht wird.“ Z.81
Perspektive für Hamburg	Positiv/Negativ	2	1	Leidenschaftslose Prognose für Hamburg unter den Aspekten der Wirtschaftskrise	„Wenn ich jetzt Politiker wäre, müsste ich sagen: „Natürlich“! Wir werden dafür sorgen. Ich bin da, was die Prognose angeht, absolut leidenschaftslos und habe auch keine Ahnung. Jetzt eine Prognose abzugeben. Also ich glaube, vor nem Jahr hätte ich noch gesagt, das wäre leichter, aber unter den Aspekten von Wirtschaftskrise und von all so was wird das natürlich schwerer. Wir werden nächstes Jahr noch einiges erleben. Schon jetzt Ende Mai wird die Steuerschätzung ein ziemlich katastrophales Ergebnis bringen. Bisher hat doch die Wirtschaftskrise uns noch gar nicht erreicht.“ Z.174 „Aber ich sag mal so, wenn wir 5 Millionen Arbeitslose hier haben und ein auf niedrigem Niveau stabiles Bruttoinlandsprodukt haben, dann wird es noch schwerer sein, für diese Menschen was

Kategorie	Sub-kategorie	N (J)	N (N)	Zusätze	Zitate
				Ablehnung aus der offiziellen Politik	<p><i>raus zu bekommen.“</i></p> <p><i>„Also wir sind ja in diesen Gremien mit drin. Aus der offiziellen Politik bekommen wir bisher eigentlich nur Ablehnung.“ [...]</i></p> <p><i>„Also als sofortige Maßnahme, wenn man in Monaten denkt und nicht in Jahren, würde ich sagen, könnte der anonymisierte Krankenschein eine Chance haben. Zumindest als ein Modellprojekt vom Medi-Büro durchgeführt zu werden mit der Unterstützung der GAL. Ich denke eine Chance könnte auch die humanitäre Sprechstunde haben, die das Gesundheitsamt Altona konzipiert hat.“ Z141</i></p>

## Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Werken wörtlich oder sinngemäß übernommenen Gedanken sind unter Angabe der Quellen gekennzeichnet.

Ich versichere, dass ich bisher keine Prüfungsarbeit mit gleichem oder ähnlichem Thema bei der Prüfungsbehörde oder einer anderen Hochschule vorgelegt habe.

.....

Ort, Datum

Unterschrift