

Zugang zu gesundheitlicher Versorgung für Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität ermöglichen

Ansatzpunkte in aktuellen
gesundheitspolitischen
Gesetzgebungsverfahren



Um eine grundlegende Verbesserung im Zugang zu gesundheitlicher Versorgung für Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität zu erzielen, ist die Einschränkung der Übermittlungspflichten nach §87 Aufenthaltsgesetz unumgänglich. Diese ist im Koalitionsvertrag der Bundesregierung vereinbart, jetzt gilt es, sie schnellstmöglich umzusetzen. Nur so können Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus ihren Anspruch auf gesundheitliche Versorgung ohne die Gefahr einer Abschiebung auch praktisch einlösen. Darüber hinaus gibt es aber auch in den aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebungsverfahren wichtige Ansatzpunkte, um die bestehenden Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung für Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität entscheidend zu reduzieren: bei der Krankenhaus- und Notfallreform, beim Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz mit seinen Regelungsvorschlägen zu Gesundheitskiosken, Primärversorgungszentren und Gesundheitsregionen und beim zweiten Versorgungsgesetz, das Regelungsvorschläge zum Anspruch auf Sprachmittlung im Gesundheitswesen und zu Clearingstellen beinhalten soll.

Krankenhaus- und Notfallreform

Krankenhäuser dürfen eine Behandlung im Notfall nicht ablehnen. Sie können nach § 6a AsylbLG («Nothelferparagraph»¹⁾ eine rückwirkende Kostenübernahme für eine **Notfallbehandlung** von Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität beim Sozialamt erwirken. Das Sozialamt muss hierzu prüfen, ob eine materielle Hilfebedürftigkeit vorliegt, und fordert hierfür vom Krankenhaus die notwendigen Nachweise (z.B. Kontoauszüge) ein. Kann die Hilfebedürftigkeit nicht geklärt werden, erfolgt keine Kostenübernahme. Dies führt dazu, dass Kosten von den Sozialämtern meist nicht, und wenn doch, dann nur anteilig übernommen werden. In der Praxis wird aber immer wieder berichtet, dass Menschen ohne Krankenversicherungsschutz von Krankenhäusern zu Vorauszahlungen verpflichtet, frühzeitig wieder entlassen oder sogar ganz abgewiesen werden.

Änderung der Beweislast beim «Nothelferparagrafen»

Damit der «Nothelferparagraph» greifen kann, muss die Beweislast über die Hilfebedürftigkeit von Patient:innen von den Krankenhäusern auf die Sozialämter übergehen. In medizinischen Notfällen ist die Hilfebedürftigkeit von Patient:innen zu unterstellen. Dies würde die Krankenhäuser entlasten und ihre Bereitschaft erhöhen, im Notfall auch ohne Krankenversicherungsnachweis oder Kostenübernahme zu behandeln.

Übertragung der Leistungsansprüche auf das Krankenhaus

Der Anspruch auf Kostenübernahme von Notfallbehandlungen durch das Sozialamt beschränkt sich auf den Zeitraum zwischen Eintritt des Notfalles und Kenntnis des Sozialamtes über die Hilfebedürftigkeit einer Person, d. h. solange die Öffnungszeiten des Sozialamtes die Kenntnis beschränken. Sobald das Sozialamt in Kenntnis gesetzt ist, geht der Leistungsanspruch vom Krankenhaus auf die hilfebedürftige Person selbst über, das Krankenhaus kann ab diesem Zeitpunkt keine weiteren Leistungen geltend machen. Um eine Kostenübernahme zu

¹ analog zur Kostenübernahme für die Notfallbehandlung von mittellosen Menschen ohne Krankenversicherung nach §25 SGB XII

ermöglichen, sollte daher eine Übertragung der Leistungsansprüche zur Erstattung der Krankenhauskosten von der hilfebedürftigen Person auf das Krankenhaus ermöglicht werden, wenn die betroffene Person dem zustimmt.

Sockelfinanzierung von Krankenhäusern aus Bundes- und Landesmitteln

Im Rahmen der angedachten teilweisen leistungsunabhängigen Vorhaltefinanzierung von Krankenhäusern sollte auch eine Sockelfinanzierung der Krankenhäuser für Sozialraum-, Struktur- und humanitäre Arbeit aus Bundes- und Landesmitteln implementiert werden, die unter anderem zur Finanzierung der notfallmäßigen Behandlung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz und Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität genutzt werden kann.

Integrierte Leitstellen & Integrierte Notfallzentren

Die Mitarbeitenden in den Telefonzentralen der integrierten Leitstellen und der Notfallzentren müssen verpflichtend im Umgang mit Menschen ohne Krankenversicherungsschutz und Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität geschult werden. Der Zugang zu allen (auch telemedizinischen) Leistungen der integrierten Leitstellen und Notfallzentren muss auch für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz und Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität zur Verfügung stehen. Das Personal in den Telefonzentralen sowie der Notfallzentren muss der Schweigepflicht unterliegen. Der Anspruch auf Sprachmittlung muss auch in den Integrierten Leitstellen und Notfallzentren gelten und die Finanzierung der Leistungen muss sichergestellt werden.

Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz und Weiterentwicklung des ÖGD

Gesundheitskioske & Primärversorgungszentren

Die neuen Primärversorgungsstrukturen sind auch für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz und Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität zu öffnen. Für die Gesundheitskioske ist im aktuellen Entwurf für ein Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz bereits vorgesehen, dass die Angebote von allen Ratsuchenden unabhängig vom Versichertenstatus genutzt werden können. Dies sollte auch für die Primärversorgungszentren und die dort vorgehaltenen Behandlungsangebote gelten, zum Beispiel über eine zusätzliche Grundfinanzierung der Primärversorgungszentren aus Mitteln von Ländern und Kommunen. Zudem ist eine noch engere Verschränkung der vorgeschlagenen Strukturen wünschenswert: Gesundheitskioske und Primärversorgungszentren sollten stärker zusammengedacht werden.

Um soziale Determinanten von Gesundheit in der Versorgung berücksichtigen zu können und den komplexen gesundheitlichen und lebensweltlichen Problemlagen von Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus gerecht zu werden, ist die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Primärversorgung zentral. Neben medizinischer und pflegerischer ist auch sozialarbeiterische und psychosoziale Kompetenz in den neuen Primärversorgungsstrukturen zu berücksichtigen. Der Anspruch auf Sprachmittlung muss auch in den Primärversorgungszentren gelten. Spezifische aufenthaltsrechtliche Beratungskompetenz sollte über eine enge Zusammenarbeit mit etablierten Beratungsstellen, z.B. Clearingstellen für Gesundheit, gewährleistet werden.

Es ist sicherzustellen, dass in den Primärversorgungsstrukturen keine Personendaten von Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität an die Sozialbehörden oder an andere Stellen (insbesondere Ausländerbehörden) übermittelt werden. Dies gilt auch bei der Nutzung von Angeboten wie einer längerfristigen Fallbegleitung.

Die Implementierung der Primärversorgungsstrukturen sollte durch eine externe und partizipativ ausgerichtete Evaluation und Begleitforschung begleitet werden, die auch die gesundheitliche Situation und die gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus sowie Menschen ohne Meldeadresse berücksichtigt, die in Survey- und Routedaten nicht hinreichend abgebildet werden (siehe hierzu beiliegend Ärzte der Welt-Gesundheitsreport). Die Erfahrungen und Evaluierungsergebnisse sollten regelmäßig an politische Entscheidungsträger:innen auf kommunaler, Landes- und Bundesebene berichtet werden, um über Versorgungslücken, krankmachende Lebensbedingungen und strukturelle Missstände zu informieren.

Gesundheitsregionen & Öffentlicher Gesundheitsdienst

Mit der Möglichkeit, Gesundheitsregionen zu etablieren, wird die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Planung und Weiterentwicklung von Primärversorgungsstrukturen entscheidend gestärkt. Bund und Länder sollten sich zudem darauf verständigen, dass die Aufgabenbeschreibung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auch die sozialkompensatorische gesundheitliche Versorgung von Personengruppen, die keinen Zugang zur Regelversorgung haben, umfasst. Die Gesundheitsdienstgesetze jener Länder, die diese Aufgabe bislang nicht vorsehen, sind entsprechend zu verändern. Darüber hinaus sollte der Öffentliche Gesundheitsdienst regionale Bedarfe und Versorgungsdefizite in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz erkennen, aufzeigen, und auf die Schaffung entsprechender Unterstützungsstrukturen hinwirken.

Versorgungsgesetz II

Anspruch auf Sprachmittlung im Gesundheitswesen

Wir begrüßen das Vorhaben, den Anspruch auf Sprachmittlung im Gesundheitswesen im SGB V zu verankern, sehr. Darüber hinaus benötigen auch Menschen, die Anspruch auf gesundheitliche Leistungen nach dem AsylbLG haben, einen gesicherten Anspruch auf Sprachmittlung. Im AsylbLG ist Sprachmittlung aktuell nur eine «Kann»-Leistung, die gesondert beantragt und bewilligt werden muss – diese Regelung ist keineswegs ausreichend. Eine Begrenzung auf das SGB V greift auch deswegen zu kurz, da eine Vielzahl an Gesundheitsleistungen anderweitig finanziert wird: Angebote des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Sucht- und Schwangerschaftskonfliktberatung, der Frühen Hilfen und der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. Wünschenswert ist daher eine übergreifende Regelung des Anspruchs im SGB I und SGB X – analog zum Anspruch auf Gebärdensprachdolmetschen für hör- und sprachbehinderte Menschen (§ 17 Absatz 2 SGB I und § 19 Abs. 1 Satz 2 SGB X analog § 17 Absatz 2 SGB I).

Clearingstellen & Übernahme von Behandlungskosten

Bis ein diskriminierungsfreier Zugang zur gesundheitlichen Versorgung für alle in Deutschland lebenden Menschen erreicht ist, halten wir den flächendeckenden Aufbau von Clearingstellen für sinnvoll und notwendig. Clearingstellen unterstützen Menschen ohne oder mit unklarem Krankenversicherungsschutz dabei, ihre Leistungsansprüche zu identifizieren und durchzusetzen und Zugang zur Regelversorgung zu bekommen. Clearingstellen sollten zudem Behandlungsscheine für eine gesundheitliche Versorgung auf dem Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung ausstellen können. Diese sind auf Wunsch anonym auszugeben, um auch Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung zu gewähren.

Clearingstellen gibt es bereits in einigen Bundesländern und Kommunen, sie unterscheiden sich in Ausgestaltung, Ausstattung und Handlungsmöglichkeiten teils aber sehr. Zur Gewährleistung ihrer Qualität bedarf es bundesweit einheitlicher Mindeststandards und einer langfristigen, stabilen Finanzierung. Die Beratung in Clearingstellen ist grundsätzlich allen Menschen mit ungeklärtem Versicherungs- oder Kostenträgerstatus zu ermöglichen, das heißt Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus, Unionsbürger:innen, Drittstaatler:innen

und deutschen Staatsangehörigen ohne Krankenversicherungsschutz. Bei der konkreten Ausgestaltung von Clearingstellen sollte auf die im Jahr 2022 veröffentlichten Empfehlungen der BAG Gesundheit/Illegalität und der BACK zurückgegriffen werden:

https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/Diakonie/PDFs/Broschuere_PDF/BAG_BACK_Empfehlungen_Clearingstellen.pdf

Weiterführende Literatur

Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität (BAG), 2019: Notfallhilfe im Krankenhaus für Menschen ohne Papiere
https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/Diakonie/PDFs/Broschuere_PDF/BAG_Gesundheit_Illegalitaet_Arbeitspapier_Notfallhilfe_im_Krankenhaus_August_2019_Web.pdf

Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität (BAG) und Bundesarbeitsgemeinschaft Anonyme Behandlungsschein- und Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz (BACK), 2022: Empfehlungen zur Ausgestaltung von Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz.
https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/Diakonie/PDFs/Broschuere_PDF/BAG_BACK_Empfehlungen_Clearingstellen.pdf

Gesellschaft für Freiheitsrechte und Ärzte der Welt, 2021: Das Recht auf Gesundheit von Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus in Deutschland. Eine grund- und menschenrechtliche Bewertung der Übermittlungspflicht im Aufenthaltsgesetz.
<https://www.aerztederwelt.org/presse-und-publikationen/publikationen/2021/05/05/ohne-angst-zum-arzt>

Lang et al. 2022: Gesundheit und soziale Ungleichheit. Ohne Krankenversicherung im Krankenhaus – Offene Rechnungen und Fallzahlen in FFM 2016-2019. Policy Paper No 01, 2022.
<https://frankfurt.de/service-und-rathaus/verwaltung/aemter-und-institutionen/gesundheitsamt/veroeffentlichungen/policy-paper>

Zanders & Bein, 2022: Der Anonyme Behandlungsschein. Von der Idee zur Umsetzung. Ein Handlungsleitfaden.
<https://e-pub.uni-weimar.de/opus4/frontdoor/index/index/docId/4716>

Unterzeichnende Organisationen

Diakonie 
Deutschland



AKST 
e.V.



AWO  Bundesverband e.V.



 **DER PARITÄTISCHE**
Gesamtverband



MEDIÜRO HAMBURG



 **SABS** e.V.



Kontakt

Dr. Maike Grube

Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
Diakonie Deutschland
T +49 30 652 11-1455
maike.grube@diakonie.de

Janina Gach

Ärzte der Welt e.V. | Doctors of the World Germany
Am Sudhaus 2
12053 Berlin
T +49 30 26557792
janina.gach@aerztederwelt.org

Das vorliegende Arbeitspapier ist elektronisch abrufbar unter:

<https://www.diakonie.de/broschueren/gesundheitsversorgung-fuer-menschen-ohne-papiere>

Diakonie Deutschland

Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.
Caroline-Michaelis-Str.1
10115 Berlin
T +49 30 652 11-0
F +49 30 652 11-33 33
diakonie@diakonie.de
www.diakonie.de