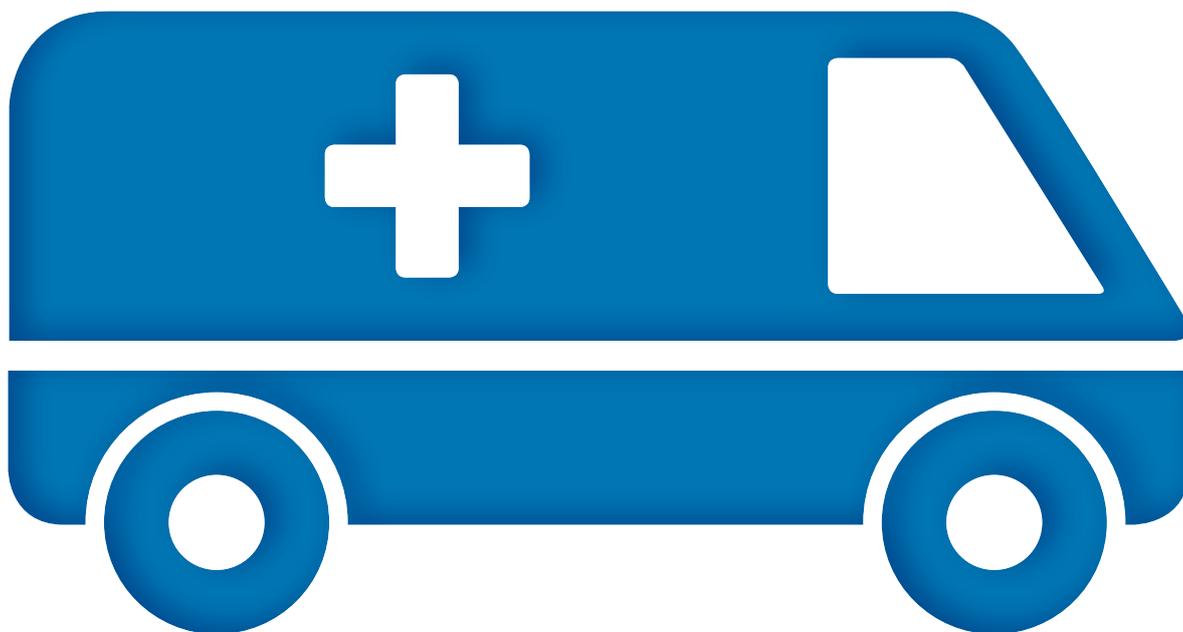


# **Notfallhilfe im Krankenhaus für Menschen ohne Papiere**



**Aktuelle Herausforderungen  
und Lösungsansätze**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einführung: Der „Nothelferparagraf“ im Krankenhaus funktioniert nicht</b>	3
<b>2. Rechtliche Rahmenbedingungen der Notfallhilfe im Krankenhaus</b>	5
<b>3. Praktische Probleme der Notfallhilfe für Menschen ohne Papiere</b>	8
<b>4. Fachpolitische Empfehlungen: Das Recht auf Gesundheitsversorgung in der Notfallhilfe umsetzen</b>	12
<b>Anhang:</b>	
<b>Gesetzestexte</b>	15
<b>Praxisbeispiel: Antrag auf Übernahme der Kosten einer medizinischen Notfallbehandlung nach den Bestimmungen des AsylbLG (Muster)</b>	17
<b>Literatur und weiterführende Links</b>	18

## Unterzeichnende Organisationen und Personen

Anonymer Krankenschein Thüringen e.V.  
 Ärzte der Welt e.V. – Doctors of the World Germany  
 Dr. Thomas Buhk, Facharzt für Innere Medizin,  
 Infektiologe ICH Hamburg  
 Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer  
 Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V.  
 Bundeszahnärztekammer  
 Der Paritätische Gesamtverband  
 Dr. med. Ulrich Clever, Ehrenpräsident Landesärzte-  
 kammer Baden-Württemberg  
 Deutsche AIDS-Hilfe e.V.  
 Diakonie Deutschland  
 Diakonie Hessen  
 Ev. Kirche Hessen Nassau  
 Gesundheit für Geflüchtete – Kampagne von Medibüros/  
 Medinetzen  
 Prof. Dr. Christoph Heintze M.A., MPH, Charite – Uni-  
 versitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin  
 Jesuiten-Flüchtlingsdienst Deutschland  
 Katholisches Forum Leben in der Illegalität  
 Koordination humanitäre Gesundheitsdienste und  
 Humanitäre Sprechstunden am Gesundheitsamt  
 Frankfurt am Main  
 Medibüro Berlin - Netzwerk für das Recht auf Gesund-  
 heitsversorgung aller Migrant\*innen  
 MediNetz Bielefeld  
 MediNetz Bremen  
 MediNetz Bonn e.V.  
 Medinetz Essen e.V.  
 Medinetz Hannover e.V.  
 MediNetz Jena e.V.  
 Medinetz Marburg e.V.  
 Medinetz Mainz e.V.

Medinetz Rostock e.V.  
 Medinetz Ulm e.V.  
 Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum e.V.  
 Doris Peschke, Projektleitung „Wege in die Legalität“,  
 Abt. FIAM, Diakonie Hessen  
 Dr. Gerd Pflaumer  
 STAY! Düsseldorfer Flüchtlingsinitiative e.V. und STAY!  
 Medinetz  
 Prof. Dr. Heinz-Jochen Zenker MPH

Dieses Papier wurde für die BAG Gesundheit/Illegalität von folgenden Mitgliedern im Rahmen einer Arbeitsgruppe erstellt und in der Gesamtgruppe abgestimmt:

Dr. Johanna Offe  
 Ärzte der Welt  
 Carolin Ochs  
 Clearingstelle, Stadtmission Berlin  
 Dr. Anja Dieterich, Hannah Faensen  
 Diakonie Deutschland  
 Stefan Keßler  
 Jesuiten-Flüchtlingsdienst, Katholisches Forum –  
 Leben in der Illegalität  
 Christiane Gollin, Dr. Jessica Groß, Elène Misbach  
 Medibüro Berlin – Netzwerk für das Recht auf Gesund-  
 heitsversorgung aller Migrant\*innen  
 Mirjam Schülle  
 Medinetz Bielefeld, Kampagne Gesundheit für Geflüchtete  
 Dr. Vera Bergmeyer  
 Medinetz Bremen  
 Dr. Maren Mylius  
 Medinetz Hannover, Gesundheitsversorgung  
 für Papierlose e.V.

# 1. Einführung: Der „Nothelferparagraf“ im Krankenhaus funktioniert nicht

Menschen ohne Papiere<sup>1</sup> haben in Deutschland de facto keinen Zugang zum Gesundheitssystem. Dieses humanitäre Problem ist nicht neu. Bereits vor zwölf Jahren hat sich die **Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität (BAG)** gegründet, eine Initiative von Expert\*innen aus dem Gesundheitswesen, die sich für einen *ungehinderten Zugang zur medizinischen Versorgung unabhängig von Herkunft und Aufenthaltsstatus* einsetzt. Mitglieder dieses Zusammenschlusses sind über 100 Organisationen und Einzelpersonen aus der medizinischen Praxis, aus dem Gesundheitswesen, aus Kirchen, Wohlfahrtsverbänden, Wissenschaft, Kommunen und nichtstaatlichen Organisationen. Viele der Mitgliedsorganisationen leisten seit vielen Jahren notdürftig humanitäre medizinische Hilfe für unversicherte Patient\*innen, darunter unversorgte Menschen ohne Papiere.

Seit über zehn Jahren weist die BAG öffentlich auf das Problem hin, diskutiert mögliche Lösungsansätze und formuliert Empfehlungen. In einigen wenigen Lebensbereichen der Betroffenen konnten rechtliche und strukturelle Änderungen erreicht werden (bspw. im Zugang zur Schulbildung), die es den Betroffenen etwas erleichtern, ihr Recht auf Teilhabe zu verwirklichen. Der gesellschaftspolitische Diskurs um Menschen ohne Papiere hat in den letzten Jahren zugenommen, nicht zuletzt, weil sich zivilgesellschaftliche Initiativen, Wohlfahrts- und Fachverbände, Politik, Wissenschaft und Medien des Themas verstärkt angenommen haben. Dennoch ist es für Menschen ohne Papiere in Deutschland weiterhin schwierig, ihren Rechtsanspruch auf Zugang zur Gesundheitsversorgung umzusetzen. Die in 2007 von der BAG identifizierte „strukturell bedingte medizinische Unterversorgung“ hat nach wie vor Bestand.

Deutschland hat den völkerrechtlich verbindlichen UN-Sozialpakt ratifiziert. Hier ist festgeschrieben, dass jeder Mensch ein Recht auf Zugang zu gesundheitlicher Versorgung hat. Im deutschen Recht haben auch Menschen ohne legalen bzw. mit ungesichertem Aufenthaltsstatus einen Anspruch auf (eingeschränkte) Gesundheitsdienstleistungen<sup>2</sup>. Umgekehrt verpflichten sich in Deutschland Ärzt\*innen zur Behandlung unabhängig vom Aufenthaltsstatus der betroffenen Person. Im Genfer

Gelöbnis, das Teil der ärztlichen Berufsordnungen ist, heißt es: *Ich werde mich bei der Erfüllung meiner ärztlichen Pflichten meiner Patientin oder meinem Patienten gegenüber nicht durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung, soziale Stellung oder durch andere Faktoren beeinflussen lassen.*<sup>3</sup>

De facto ist für Patient\*innen ohne Papiere der Zugang zu einer Gesundheitsversorgung jedoch versperrt: Vor der medizinischen Behandlung in einer regulären ambulanten Arztpraxis müssen die Menschen einen Krankenschein zur Kostenübernahme bei der Sozialbehörde beantragen. Aufgrund der in Deutschland geltenden Übermittlungspflicht muss die Sozialbehörde den rechtlich unerlaubten Aufenthalt bei der Ausländerbehörde melden. Damit droht eine potenziell existenzgefährdende Abschiebung.

Besser sollte es nach der geltenden Rechtslage beim Zugang zur Notfallhilfe im Krankenhaus aussehen: Über den sog. „Nothelferparagrafen“, § 6a Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) und der verlängerten ärztlichen Schweigepflicht sollte die Behandlung im Notfall gesichert sein.

In der Praxis sieht es jedoch anders aus: Die Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität (BAG) beobachtet bundesweit zwei zentrale Probleme bei der Notfallhilfe für Menschen ohne Papiere im Krankenhaus: Erstens können die Menschen sich nicht ausreichend sicher sein, dass ihre Daten nicht an die Ausländerbehörde weitergereicht werden, wenn sie im Notfall ein Krankenhaus aufsuchen. Zweitens wird den Betroffenen teilweise aufgrund fehlender Kostenübernahmen eine sofortige Behandlung im medizinisch notwendigen Umfang verwehrt. Denn die gegenwärtigen Regelungen zum „Nothelferparagrafen“ sind nicht praktikabel – zum erheblichen finanziellen Nachteil der Krankenhäuser: Eine Kostenerstattung durch das Sozialamt im Notfall greift nur in einem Bruchteil der Fälle. Dies hat Auswirkungen auf die Möglichkeit und Bereitschaft der Krankenhäuser, die Versorgung in angemessenem Umfang sicherzustellen. Zudem fehlen entsprechende Kapazitäten und oft das Wissen über Abrechnungsmöglichkeiten für die Behand-

1 Der Begriff „Menschen ohne Papiere“ beschreibt die Personengruppe derer, die sich ohne legalen asyl- oder ausländerrechtlichen Aufenthaltstitel, ohne Duldung und ohne behördliche Erfassung in Deutschland aufhalten oder ohne Arbeitserlaubnis arbeiten. Die europäische Nichtregierungsorganisation PICUM empfiehlt, im Deutschen die Bezeichnungen „ohne Papiere“, „undokumentiert“ oder „ohne Aufenthaltsstatus“ zu wählen und die Bezeichnung „illegal“ zu vermeiden, weil sie als ungenau und schädigend betrachtet wird: Die Existenz eines Menschen kann niemals „illegal“ sein. Laut Schätzungen lebten im Jahr 2014 zwischen 180.000 und 520.000 Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland (Vogel 2016).

2 In Deutschland haben Menschen ohne Papiere Leistungsansprüche auf eine gesundheitliche Versorgung nach dem AsylbLG – die Versorgung akut behandlungsbedürftiger Erkrankungen ist damit sozialrechtlich abgesichert.

3 Neufassung der ärztlichen Berufspflichten in Anlehnung an den Hippokratischen Eid (Musterberufsordnung, Bundesärztekammer 2018).

lung von Menschen ohne Papiere. Hinzu kommen andere Barrieren, wie fehlende Sprachkenntnisse und mangelnde Sensibilität für die Lebensumstände von Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus.

Für die ambulante medizinische Versorgung hat sich inzwischen bundesweit ein vielfältiges Netz medizinischer Anlaufstellen<sup>4</sup> etabliert, die spendenbasiert und mit ehrenamtlichen Kräften eine notdürftige medizinische Primärversorgung anbieten können. Stationäre Behandlungen stellen jedoch einen zentralen Versorgungseingangsengpass für Menschen ohne Papiere dar – auch wenn hier ebenfalls oft individuell und auf Spendenbasis versucht wird, zu helfen. Zivilgesellschaftliches Engagement ist schwieriger umsetzbar, weil stationäre Behandlungen für eine Finanzierung durch Spenden oft zu teuer sind. Praktikablere Regelungen zum Schutz der Daten der betroffenen Patient\*innen und zur Kostenerstattung in der Notfallhilfe könnten hier zu einer verbesserten gesundheitlichen Versorgung für Menschen ohne Papiere beitragen.

Die vorliegende Broschüre stellt zunächst die gesetzlichen Rahmenbedingungen dar und gibt anhand einiger Fallbeispiele einen Einblick in die damit verbundenen Probleme bei der prak-

tischen Umsetzung gesundheitlicher Notfallhilfe im Krankenhaus. Abschließend werden fachpolitische Empfehlungen gegeben, wie der Zugang zur Notfallhilfe im Krankenhaus für Menschen ohne Papiere besser geregelt werden könnte.

Bisherige Veröffentlichungen der BAG<sup>5</sup>:

**2007 Bericht „Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland – ihr Recht auf Gesundheit“**

**2017 Arbeitspapier „Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere“**

**2018 Fallsammlung „Krank und ohne Papiere“**

Mit dem vorliegenden neuen **Arbeitspapier „Notfallhilfe im Krankenhaus für Menschen ohne Papiere“** setzt die BAG ihre Veröffentlichungsreihe mit fachpolitischen Empfehlungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne Papiere fort.

<sup>5</sup> Abrufbar unter: [info.diakonie.de/gesundheitsversorgung-fuer-menschen-ohne-papiere](http://info.diakonie.de/gesundheitsversorgung-fuer-menschen-ohne-papiere)

<sup>4</sup> Für einen bundesweiten Überblick s. Arbeitspapier 2017 der BAG Gesundheit/Illegalität.

## 2. Rechtliche Rahmenbedingungen der Notfallhilfe im Krankenhaus

Der gesetzliche Rahmen für die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere ist im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt. Als „vollziehbar Ausreisepflichtige“ haben Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus einen Anspruch auf eingeschränkte medizinische Versorgung (§ 1 Abs. 1 Nr. 5 i.V.m. §§ 4, 6 AsylbLG). Dies gilt sowohl für die ambulante, wie für die stationäre Versorgung. Jedoch werden Leistungen, die über die Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, die Schwangerschaftsvorsorge und die Geburt hinausgehen nur ausnahmsweise gewährt.<sup>6</sup>

### Wichtig: Die Behandlung von Menschen ohne Papiere ist nicht strafbar!

Ärzt\*innen und anderes medizinisches Personal haben die Pflicht, im Notfall medizinische Hilfe zu leisten. Sie machen sich bei der Behandlung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus nicht strafbar, wenn sich ihre Handlungen objektiv auf die Erfüllung ihrer beruflichen Pflichten beschränken. Medizinische Hilfe fällt nicht unter den Tatbestand des AufenthG (§ 96 Abs. 1 Nr. 2, Beihilfe zum unerlaubten Aufenthalt), was ebenso in der Verwaltungsvorschrift 2009 AufenthG-VwV klargestellt wurde (§ 96 AufenthG i.V.m. Vor. 95.1.4 AufenthG-VwV).

Die zentrale rechtliche Zugangsbarriere ist das Aufenthaltsgesetz (§ 87 Abs. 2 AufenthG), wonach alle öffentlichen Stellen – hier insbesondere Sozialämter und Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft<sup>7</sup> – die Ausländerbehörden unverzüglich zu unterrichten haben, wenn sie Kenntnis über einen rechtlich unerlaubten Aufenthalt erhalten. Für die stationäre Notfallbehandlung ist de jure versucht worden einen Weg zu schaffen, der die Behandlung für die Betroffenen ohne Aufdeckung des irregulären Aufenthaltsstatus (1) und mit einer Kostenerstattung für die Krankenhäuser (2) ermöglichen soll:

### 1. Persönliche Angaben von Patient\*innen fallen unter die ärztliche Schweigepflicht. Diese gilt dann ebenso für Verwaltungspersonal und verlängert sich in die Sozialbehörde hinein

In der *Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum AufenthG (AufenthG-VwV)* wurde gesetzestärkend klargestellt, dass sich die ärztliche Schweigepflicht sowohl auf das mit der Abrech-

nung befasste Verwaltungspersonal bezieht, als auch, dass sich diese Schweigepflicht in die Sozialbehörde hinein verlängert, als so genannter verlängerter Geheimnisschutz (§ 88 AufenthG i.V.m. 88.2.3, 88.2.4.0 AufenthG-VwV). Benötigt die Sozialbehörde zur Überprüfung des Leistungsanspruchs Daten der Ausländerbehörde (bspw. zur Überprüfung einer möglichen Finanzierung durch Dritte [u. a. Auslandskrankenversicherung]), so verlängert sich die ärztliche Schweigepflicht in die Ausländerbehörde hinein.

### 2. Bei der Notfallhilfe, die im Krankenhaus erfolgt, soll nach § 6a AsylbLG die Kostenerstattung geregelt sein

Auf der Grundlage des sog. Nothelferparagraphen des AsylbLG (§ 6a AsylbLG i.V.m. §§ 4, 6 AsylbLG) soll eine rückwirkende Kostenübernahme für erbrachte Leistungen bei einem Notfall für niedergelassene Ärzt\*innen und Krankenhausträger ermöglicht werden.

Es sollen in denjenigen Fällen rückwirkend Leistungen gewährt werden, in denen das Sozialamt nicht oder nicht schnell genug über den Notfall verständigt werden kann. Dritte, hier also Ärzt\*innen oder Krankenhäuser, sollen demnach einen Anspruch auf Ersatz der angemessenen Aufwendungen haben, weil sie Leistungen erbracht haben, deren Erbringung zu den öffentlichen Aufgaben gehört.

Voraussetzung für diese Regelung ist der **medizinische Notfall und das sozialrechtliche Moment des Eilfalls**<sup>8</sup>.

**Definition Notfall/Eilfall:** Der Notfall im medizinischen Sinne ist ein akuter, lebensbedrohlicher klinischer Zustand durch Störung der Vitalfunktionen oder Gefahr plötzlich eintretender, irreversibler Organschädigung infolge Trauma, akuter Erkrankung oder Intoxikation.<sup>9</sup> Er liegt vor, wenn sofortige medizinische Hilfe notwendig ist, die nicht verschoben werden kann, da sonst gesundheitlicher Schaden oder Lebensgefährdung drohen. Es kann sich auch um eine akute Entgleisung einer chronischen Erkrankung handeln. Für die stationäre Versorgung bedeutet dies, dass der Notfall nur solange andauert, wie ein stationärer Behandlungsbedarf nach der notfallmäßigen Aufnahme besteht.<sup>10</sup>

<sup>6</sup> 1a Abs. 2, 3 AsylbLG

<sup>7</sup> Krankenhäuser in freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft sind dazu nicht verpflichtet.

<sup>8</sup> Vgl. BSG, Urt. v. 23.8.2013, B 8 SO 19/12

<sup>9</sup> Psychembel online; <https://www.psychembel.de/Notfall%20/KOFF1/doc/ABC-Fach-Sys---AINS>.

<sup>10</sup> Vgl. BSG, Urteil v. 12.12.2013, B 8 SO 13/12 R; Urteil v. 18.11.2014, B 8 SO 9/13.

Im Gegensatz dazu besteht der sozialrechtliche Moment des Eilfalls nur solange, wie die Sozialbehörde keine Kenntnis vom Hilfefall haben kann, d. h. solange die Öffnungszeiten der Behörde die Kenntnis beschränken. (vertiefend siehe dazu b) – Kenntnisnahmegrundsatz).

Auf Grundlage dieser gesetzlichen Regelungen ergeben sich für die Krankenversorgung gegenwärtig eine Reihe rechtlicher und praktischer Probleme:

#### a) **Rechtliches (und praktisches) Problem: Bedürftigkeitsprüfung und Beweislast**

Grundsätzlich muss die Sozialbehörde stets prüfen, ob eine materielle Hilfebedürftigkeit vorliegt, d. h. der/die Patient\*in nicht über Einkommen oder Vermögen verfügt, um für die Kosten selbst aufzukommen (§ 7 AsylbLG, § 20 SGB X bzw. § 24 VwVfG). An dieser sogenannten Bedürftigkeitsprüfung scheitert in der Regel die rückwirkende Finanzierung. Die dafür geforderten Dokumente und Nachweise über Name, Geburtsdatum, Geburtsort, Staatsangehörigkeit (oft in Form einer Passkopie), Familienangehörige, Einkommen und Vermögen (in Form von Kontoauszügen o. ä.), Wohn- und Lebenssituation (Mietvertrag) können i.d.R. von Menschen ohne Papiere nicht erbracht werden. Für eine Kostenerstattung müsste das Krankenhaus diese Dokumente jedoch von dem/der Patient\*in einholen.

Die Sozialbehörde ist nach dem Amtsermittlungsgrundsatz (§ 20 SGB X) verpflichtet zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Hilfestellung vorliegen. Eine Nichtaufklärbarkeit geht allerdings aufgrund der **Beweislastverteilung zu Lasten des Nothelfers**, hier des Krankenhauses. Demnach wird das Risiko, dass der/die notfallmäßig behandelte Patient\*in nicht nachweisen kann finanziell hilfebedürftig zu sein, dem Krankenhaus auferlegt.<sup>11</sup>

#### b) **Rechtliches Problem: Kenntnisnahmegrundsatz nach § 6b AsylbLG**

In das AsylbLG wurde auch der so genannte Kenntnisnahmegrundsatz aufgenommen (§ 6b AsylbLG). Das bedeutet, dass der Nothelferanspruch nur solange gilt, bis das Sozialamt vom Krankenhaus über den Hilfefall informiert wird. Das Krankenhaus ist zur sofortigen Meldung verpflichtet und kann ab diesem Zeitpunkt keine weiter anfallenden Kosten gegenüber

dem Sozialamt geltend machen. Der/die Leistungsempfänger\*in, d. h. die Person ohne Papiere, ist nun selbst gefordert die Leistungen bei der Sozialbehörde zu beantragen. Dann wiederum gilt der verlängerte Geheimnisschutz nicht mehr: die Person muss fürchten, abgeschoben zu werden.

Sozialrechtlich mag diese Regelung sinnvoll erscheinen, in der Realität stellt sich allerdings die praktische und ethische Frage, ob die Auseinandersetzung mit dem Sozialamt von einer Person gefordert werden kann, die nicht nur nach eigenständiger Beantragung der Leistungen ihre Abschiebung befürchten muss, sondern sich aufgrund einer notfälligen Aufnahme auch noch in stationärer Behandlung befindet. Dies bleibt rechtlich unverständlich und ist insbesondere deshalb zu problematisieren, weil den Krankenhäusern ab dem Zeitpunkt der Meldung bzw. ab dem nächsten Werktag die Kosten nicht erstattet werden.

#### c) **Praktisches Problem der örtlichen Zuständigkeit**

Die Antragstellung des Krankenhauses erfolgt beim zuständigen Sozialamt (§ 6a S. 2 AsylbLG). In der Praxis führt die örtliche Zuständigkeit wiederholt zu Hindernissen, weil die hilfebedürftige Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt nicht nachweisen kann (vgl. §§ 10, 10a AsylbLG). Auch bei nicht-gemeldeten Personen sollte die Zuständigkeit geregelt sein. In Berlin ist z. B. die örtliche Zuständigkeit der Sozialämter nach Geburtsdatum geregelt. De facto kommt es hier jedoch bundesweit in vielen Regionen zu nicht geregelten Verfahren, weil die Sozialbehörden voraussetzen, dass es eine Meldeadresse gibt. Auf die Feststellung, dass die Person nicht gemeldet ist, folgt in der Praxis die Ablehnung der Kostenerstattung.

#### d) **Rechtliches und praktisches Problem: Höhe des Erstattungsanspruchs**

Der Erstattungsanspruch aus § 6a AsylbLG besteht nicht in der Höhe der tatsächlichen Aufwendungen, sondern (wie bei § 25 SGB XII) lediglich „in gebotem Umfang“. Maßstab sind insoweit die Kosten, die die Sozialbehörde bei rechtzeitiger Kenntnis des Hilfefalls hätte aufwenden müssen, d. h. der Anspruch im Rahmen des § 4 AsylbLG. Dies kann praktisch zu einer Deckungslücke beim Nothelfer, dem Krankenhaus, führen, weil die Versorgung üblicherweise nach medizinischer Leitlinie erfolgt und nicht nach Auslegung des AsylbLG.

<sup>11</sup> Grund hierfür: der Gesetzgeber hat keine Haftung der Sozialleistungsträger als Ausfallbürgen normiert – vgl. BGH, Urteil v. 10.2.2015, III ZR 330/04; BVerwG, Urteil v. 30.12.1996, 5 B 202/95; Urteil v. 31.5.2001, 5 C 20/00.

**Zusammenfassend** ist festzuhalten, dass der sog. „Not-  
helferparagraf“ nur dann greift,

- wenn ein medizinischer Notfall vorliegt: Durch die oben geschilderte Begriffsdefinition werden die gewollten Behandlungsmöglichkeiten beschränkt. Dringlicher, akuter Behandlungsbedarf ist hier bereits ausgenommen.<sup>12</sup>
- wenn das Sozialamt nicht zum Zeitpunkt des Leistungsbeginns informiert werden kann, der Notfall also außerhalb der Öffnungszeiten der Sozialbehörde, d. h. nachts oder am Wochenende geschieht, sodass ein „sozialrechtlicher Eilfall“ ebenso vorliegt.
- wenn ein ausreichender Nachweis über die Bedürftigkeit der Person erbracht werden kann (Mietvertrag, Einkommen, zu versorgende Angehörige).
- und auch dann nur in Höhe der Ansprüche nach Asylbewerberleistungsgesetz, also nicht unbedingt in Höhe der geleisteten Aufwendungen.
- und nur solange, bis das Sozialamt informiert wurde. Anschließend geht der Leistungsanspruch an die behandelte Person direkt über, die diesen aber nicht persönlich einlösen kann, weil damit eine Statusaufdeckung einherginge (wie allgemein aus dem ambulanten Bereich bekannt).

Die dargestellten rechtlichen Rahmenbedingungen machen deutlich, dass in der gesundheitlichen Notfallhilfe für Menschen ohne Papiere trotz der rechtlich gewollten Handlungsspielräume vielfache Barrieren bestehen. Die komplizierte Gesetzeslage führt zu Problemen in der Umsetzung und schadet letztendlich den betroffenen Patient\*innen.

<sup>12</sup> Auch für dringliche und notwendige elektive Behandlungen nach AsylbLG bestehen große Probleme in der Kostenerstattung, die vorliegende Broschüre konzentriert sich jedoch auf die Notfallhilfe.

### 3. Praktische Probleme der Notfallhilfe für Menschen ohne Papiere

Die Bundesregierung betont in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE aus dem Jahr 2018, dass der Nothelferanspruch ausreichend geregelt sei, um „in Verbindung mit dem verlängerten Geheimnisschutz [...] einem erhöhten Risiko bei einer akuten Behandlungsbedürftigkeit Rechnung zu tragen [...], damit die Betroffenen in dieser akuten Situation einen Arztbesuch nicht aus Bedenken im Hinblick auf die aufenthaltsrechtlichen Übermittlungspflichten aufschieben.“

Zusätzlich sollen „die Leistungserbringer, die in medizinischen Eilfällen Nothilfe geleistet haben, ihre Aufwendungen in gebotenen Umfang unmittelbar von der zuständigen Behörde nach dem AsylbLG verlangen können, ohne dass diese von dem Leistungsfall vorher Kenntnis hatte.“

Gleichzeitig schreibt die Bundesregierung in dieser Antwort, dass sie nicht weiß, wie Behörden mit Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus umgehen, wie deren gesundheitliche Lage aussieht und welche Hürden zum Gesundheitssystem in der Praxis bestehen. Diese Informationen werden nicht erfasst.<sup>13</sup>

Dieser Einschätzung der Bundesregierung, die Notfallhilfe sei ausreichend geregelt, werden im Folgenden Kenntnisse aus der Praxis im Gesundheitswesen gegenübergestellt. Unsere Problemanzeige speist sich aus dem Erfahrungswissen der in der BAG vertretenen medizinischen Anlaufstellen, NGOs und Verbände, die mit Patient\*innen ohne Papiere arbeiten. Die skizzierten Praxisprobleme werden zusätzlich belegt durch systematische Datenerhebungen, u. a. regionale und bundesweite Befragungen. Fallbeispiele und Zitate aus verschiedenen Anlaufstellen und Regionen verdeutlichen exemplarisch, an welchen Schlüsselstellen die Notfallhilfe für Menschen ohne Papiere scheitert.

Aus Sicht der BAG stellen die Umsetzungsprobleme bei der Notfallhilfe im Krankenhaus ein strukturelles Problem dar, es geht nicht um eine Diskreditierung der praktisch im Krankenhaus Tätigen: Es gibt in allen Bereichen des Gesundheitswesens helfende Fachkräfte, die sich für Menschen ohne Papiere engagieren. Denn die Mehrheit der Fachkräfte in allen Bereichen des Gesundheitswesens erkennt das universelle Menschenrecht auf Gesundheitsversorgung an und leistet (bedingungslos) Menschen ohne Papiere die benötigte Hilfe.

<sup>13</sup> Antwort auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke u. a. und der Fraktion DIE LINKE betreffend „Medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere“ BT-Drs. 19/2596 vom 06.07.2018

#### 1. Problem: Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht/des Geheimnisschutzes

Beispiel: Ein 65-jähriger Mann aus einem Drittstaat, der seit über 20 Jahren in Deutschland ohne Papiere und Krankenversicherung lebt, kommt 2016 mit schwerer Luftnot zum MediNetz/Medibüro. Im Krankenhaus wird eine fortgeschrittene Herzinsuffizienz festgestellt. Noch im Krankenhaus erleidet er in Folge seiner Erkrankung einen Schlaganfall und ist fortan pflegebedürftig. Die Kontaktaufnahme zur Anlaufstelle erfolgte von Seiten des Patienten erst, als er bereits in einem gesundheitlich äußerst bedenklichen Zustand war. Er kam nicht früher, weil er große Angst hatte, dass die Polizei hinzugezogen würde, wenn er ins Krankenhaus geht und er dann abgeschoben werden könnte.

Für viele Menschen ohne Papiere sind die Strukturen der Krankenhausverwaltung sowie der Sozial- und Ausländerbehörde mit ihren gesetzlichen Grundlagen wenig transparent und nachvollziehbar. Selbst wenn sie von dem Umstand des verlängerten Geheimnisschutzes wissen, können sie sich nicht sicher sein, dass die Mitarbeiter\*innen des Krankenhauses bzw. der Behörde diesen einhalten, und befürchten die Offenlegung der eigenen Daten. In einer Befragung 2014 gaben 5 von 40 Krankenhäusern an, häufig oder immer bei Aufnahme von Menschen ohne Papiere die Polizei hinzuzuziehen.<sup>14</sup> Eine relevante Anzahl von Krankenhäusern scheint tatsächlich den gesetzlich verantworteten verlängerten Geheimnisschutz nicht zu gewährleisten.

Nach Erfahrung der humanitären Anlaufstellen sind die Kenntnisse über den verlängerten Geheimnisschutz auch bei den Sozialbehörden unzureichend. Es ist deshalb in der Praxis unsicher, ob nicht doch eine Weitergabe der personenbezogenen Daten erfolgt.<sup>15</sup>

Hier ist die besondere Vulnerabilität dieser Personengruppe zu berücksichtigen: Wenn gegenüber Patient\*innen ohne Papiere Rechtsverstöße im Hinblick auf die ärztliche Schweigepflicht bzw. den verlängerten Geheimnisschutz begangen werden, haben Betroffene aufgrund ihrer prekären Situation keine Möglichkeit, dies zu melden oder dagegen vorzugehen. Dies betrifft nicht nur die Weitergabe von Daten an die Sozialbehörden. Auch Fälle von unterlassener Hilfeleistung oder des Bruchs der ärztlichen Schweigepflicht, z.B. bei Einschaltung der Polizei,

<sup>14</sup> Mylius, Maren (2016): Versorgung im medizinischen Notfall | Die Befragung der Krankenhäuser. In: Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland, S. 272 – 276

<sup>15</sup> Janotta et al. (2018): Einschränkungen des Zugangs zu gesundheitlicher Versorgung für Menschen ohne Papiere in Bremen. Eine empirische Arbeit, der Rückmeldungen Bremer Krankenhäuser zugrunde liegen, ebenso wie eine bundesweite Befragung von MediNetzen/Medibüros (i.E.).

weil im jeweiligen Krankenhaus der verlängerte Geheimnisschutz als rechtlich angemessener Weg nicht bekannt ist, bleiben bei dieser Personengruppe unentdeckt, da die Betroffenen in einer rechtlich schwachen Situation sind und die üblichen Patient\*innenrechte nicht wahrnehmen können.

## 2. Problem: Strukturell bedingte Abweisungen im Notfall/Unzureichende Kostenerstattung für die Krankenhäuser

Krankenhäuser dürfen Notfälle nicht ablehnen, auch wenn keine Vorkasse möglich ist, dies wäre unterlassene Hilfeleistung. Durch die mangelnde Kostenerstattung entstehen jedoch ethisch fragwürdige ‚Graubereiche‘: Beispielsweise wird aus den Anlaufstellen der BAG berichtet, dass Menschen mit medizinischen Notfällen aufgrund der fehlenden Krankenversicherung oder einer anderen gesicherten Kostenübernahme bereits abgewiesen werden, bevor sie eine/n Ärzt\*in gesehen haben. Sprachbarrieren und fehlende Ressourcen erschweren es Patient\*innen in dieser Situation, die Dringlichkeit der Behandlung zu verdeutlichen und gegen die Abweisung zu intervenieren. Die BAG Gesundheit/Illegalität hat Kenntnis davon, dass Menschen ohne Papiere von Abweisungen in Krankenhäusern – sogar im Notfall – betroffen sind und nicht ausreichend behandelt werden. Diese Unterversorgung hat strukturelle Gründe.

### a) Sozialbehörden lehnen die Anträge der Krankenhäuser ab

**Beispiel:** Eine schwangere Patientin ohne Krankenversicherungsschutz aus einem Drittstaat wurde akut mit Geburtswerten von einem Krankenhaus aufgenommen und die Kostenübernahme über den „Nothelferparagraphen“ beim Sozialamt beantragt. Das Sozialamt begründete seine Ablehnung damit, dass aus den Unterlagen nicht ausreichend hervorgehe, wovon sie lebe. Die Bedürftigkeit wurde in Frage gestellt, da sie kein Konto und kein Einkommen nachweisen konnte. Das Sozialamt schätzte dies als unrealistisch ein. Die Patientin wurde von Bekannten unterstützt, bei denen sie lebte. Zu diesen Menschen wollte sie keine Angaben machen, aus Angst ihnen zu schaden.

Vielfach sind die formalen Anforderungen an die Bedürftigkeitsprüfung mit der Lebenssituation einer Patient\*in ohne Papiere nicht zu vereinbaren. Ablehnungen durch die Sozialbehörden werden z. B. damit begründet,

- dass Anträge fehlerhaft bzw. unzureichend ausgefüllt wurden, weil zum Beispiel Nachweise der Bedürftigkeit nicht erbracht werden können, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten bestehen oder das Vertrauen in die Behörden fehlt.
- dass Fristen für die Antragstellung überschritten wurden oder
- dass die Behörde nicht zuständig ist. Sozialämter erkennen nur Bedürftige aus ihrem Einzugsgebiet an. Wenn keine Meldeadresse angegeben ist, erklären sich manche Sozialämter als nicht zuständig.<sup>16</sup>

Zum einen macht die prekäre Lebenssituation es Patient\*innen ohne Papiere schwer, ihre Bedürftigkeit nachzuweisen (fehlendes Konto, fehlendes Einkommen, fehlende offizielle Unterlagen bzw. Anmeldung). Zum anderen ist für diese Patient\*innen oft nicht nachvollziehbar, ob die Angaben strafrechtliche und andere Folgen für sie selbst und ihre Unterstützer\*innen haben können, wenn sie sie an die Behörde weitergeben. Insgesamt werden Krankenhäusern die Kosten für die Behandlung von Patient\*innen ohne Papiere im medizinischen Notfall selten von der Sozialbehörde erstattet (vgl. Mylius 2016, S. 272 ff). Viele Krankenhäuser versuchen diesen Weg zunächst und geben ihn dann wegen mangelnden Erfolges auf.

*„Wir stellen die Anträge nicht mehr. Das Geld bekommen wir sowieso nicht und der Aufwand ist zu groß.“ (Zitat einer Krankenhausverwaltungsangestellten im Telefonat mit einer MediNetz-/Medibüro-Mitarbeiterin 2019)*

### b) Selbstzahler-Regelungen bzw. private Vorkasse in Krankenhäusern führen dazu, dass mittellose Patient\*innen ohne Papiere ohne Behandlung bleiben

**Beispiel:** Eine Patientin (Drittstaatlerin, ohne Papiere, Vater des ungeborenen Kindes ist Deutscher) in Schwangerschaftswoche 25+2 stellt sich mit Schmierblutung, Unterbauchschmerz ab und zu und Druckgefühl nach unten, im Krankenhaus vor. Die Patientin wird von einer Dolmetscherin begleitet, die telefonisch und persönlich an die begleitende Anlaufstelle berichtete: Bei der Vorstellung in der Klinik sei eine Untersuchung erst erfolgt, nachdem eine Barzahlung in Höhe von 100 Euro entrichtet wurde. Eine Behandlung könne ansonsten nicht erfolgen, auch eine Untersuchung wurde abgelehnt. Eine EC-Kartenzahlung sei nicht möglich gewesen. Die Dolmetscherin habe Name und Anschrift hinterlegen müssen. Erst nach der erfolgten Zahlung wurde eine Untersuchung vorgenommen. Auch

<sup>16</sup> Der Bremer Senat antwortete auf eine Kleine Anfrage in 2018 folgendermaßen: „Hauptgründe [der Ablehnung, der Verf.] waren fehlende Mitwirkung bzw. die Unmöglichkeit der Feststellung von Hilfebedürftigkeit, vorrangiger Krankenversicherungsschutz, Unzuständigkeit des örtlichen Sozialhilfeträgers und das Vorliegen einer Verpflichtungserklärung nach § 68 Aufenthaltsgesetz“. Antwort des Senats (18.12.2018) auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE vom 8. November 2018 zur „Gewährleistung medizinischer Notfallversorgung von Menschen ohne Papiere“.

während dieser Untersuchung seien sie und die Patientin massiv unter Druck gesetzt worden. Im Anschluss an die Untersuchung sei die stationäre Aufnahme ins Krankenhaus (voraussichtlich bis zur Geburt) dringend empfohlen worden. Eine stationäre Aufnahme sei jedoch nur möglich, sofern die Dolmetscherin oder Patientin vorab eine Zahlung in bar von (mindestens) 10.000 Euro leisten würde.

Im Bereich der Selbstzahler-Regelungen ist zu unterscheiden zwischen

- a) pragmatischen regionalen Regelungen, nach denen Krankenhäuser nicht-versicherten Patient\*innen bei Aufnahme (auch im Notfall) eine definierte pauschale Geldsumme abverlangen<sup>17</sup> und
- b) der Inrechnungstellung der vollen Behandlungskosten.

Die Praxis der erstgenannten, meist eher geringen Pauschalen werden von den Anlaufstellen teils als hilfreiches ‚Agreement‘ akzeptiert, um überhaupt Zugang zur Versorgung organisieren zu können. Im Zweifelsfall werden diese Pauschalen von den humanitären Parallelstrukturen übernommen. Hier bleibt zu betonen, dass solche Praxis-Arrangements notdürftige Kompensationsstrategien darstellen, die eine akute Behandlung zwar ermöglichen, aber zeigen, dass die eigentlich vorgesehene Kostenerstattung über die Notfallhilfe nicht funktioniert.

Noch problematischer ist für mittellose Patient\*innen der Erhalt von privaten Rechnungen über die gesamten Kosten des Krankenhausaufenthalts, zu deren Begleichung sie sich durch Selbstzahler-Erklärungen zu verpflichten haben.

**Beispiel:** Eine 25-jährige Patientin eines Drittstaats erhielt eine Rechnung über rund 7.000 Euro bei einem Krankenhaus in ihrer Stadt. Bei der Geburt ihres Kindes ließ das Krankenhaus die Frau bei der akuten Aufnahme erst eine Selbstzahler-Erklärung unterschreiben, obwohl sie deutlich machte, dass sie mittellos ist. Das sei die Bedingung für die Behandlung im Krankenhaus, wurde ihr mitgeteilt.

Eine Reihe von Patient\*innen berichtet, dass sie auf Vorkasse gedrängt oder genötigt worden seien, Selbstzahler-Erklärungen zu unterschreiben. Viele Patient\*innen unterschreiben entsprechende Erklärungen aus Sorge, die Behandlung nicht zu erhalten. Patient\*innen berichten aber oft darüber, dass sie gar nicht oder unzureichend darüber informiert seien, was die Unterzeichnung einer Selbstzahler-Erklärung in der Tat mit sich zieht und gehen meistens davon aus, dass der Vorgang Teil der administrativen Vorgänge im Krankenhaus ist. Alternativ verlassen sie vor der Untersuchung das Krankenhaus, weil sie Angst vor

den hohen Kosten haben. Auch ohne die Unterzeichnung einer Selbstzahler-Erklärung erhalten Patient\*innen, wenn kein Leistungsträger ermittelt werden kann, im Anschluss an die stationäre Versorgung eine private Rechnung. Diese ziehen ggf. Mahnverfahren und/oder Inkassoandrohungen nach sich, mit denen wiederum die medizinischen Anlaufstellen der BAG-Mitgliedsorganisationen konfrontiert werden. Meist können diese Rechnungen nicht gezahlt werden, so dass Mahnungen erfolglos bleiben. Die Verwaltungen der Krankenhäuser müssen jedoch gegenüber ihren Trägern deutlich machen, dass sie sich um die Bezahlung der Rechnung durch den/die Patient\*in gekümmert haben, dies aber faktisch nicht möglich war.

„Wir wissen, dass wir das Geld nicht kriegen, aber wir sind verpflichtet, unserem Träger gegenüber zu dokumentieren, dass wir uns ausreichend bemüht haben.“ (Zitat aus einem Telefonat eines Krankenhausverwaltungsangestellten mit einer Medinetz-/Medibüro-Mitarbeiterin in 2017)

### c) Menschen ohne Papiere gehen aus Angst vor hohen Rechnungen nicht ins Krankenhaus

**Beispiel:** Ein niedergelassener Arzt stellte per EKG im Jahr 2018 bei einer drittstaatsangehörigen 50-jährigen Frau ohne Krankenversicherungsschutz einen Verdacht auf Herzinfarkt fest und schickte sie umgehend ins Krankenhaus. Aus Angst vor den Kosten weigerte sich die Patientin in die Klinik zu gehen, obwohl es sich um eine lebensbedrohliche Situation handelte.

Viele Menschen ohne Papiere leben in prekären finanziellen Verhältnissen. In einigen Fällen kommen Angehörige oder Bekannte für sie auf. Auch wenn sie ein eigenes Einkommen haben, verfügen sie in der Regel nicht über ausreichende finanzielle Mittel, um eine Krankenhausbehandlung mit oft hohen Rechnungen tragen zu können.

### d) Die Kostenbelastung verteilt sich ungleichmäßig auf einzelne Krankenhäuser

Zivilgesellschaftliches Engagement in diesem Bereich beruht wesentlich auf informellen Netzwerken. Die meisten medizinischen Anlaufstellen schicken die Menschen in bestimmte Krankenhäuser ihrer Stadt. Dies sind Krankenhäuser, von denen bekannt ist, dass sie Patient\*innen ohne Papiere nicht abweisen, nicht vorschnell entlassen, die mit dem verlängerten Geheimnisschutz vertraut sind und bei denen die Verwaltungen offen sind für Absprachen. Es sind häufig dieselben Krankenhäuser, die auch nichtversicherte EU-Bürger\*innen sowie

<sup>17</sup> In Berliner Rettungsstellen beträgt diese Vorauszahlung z. B. oft 200 Euro.

deutsche Nichtversicherte eher aufnehmen.<sup>18</sup> Das heißt, die Versorgung der gesamten nichtversicherten Patient\*innen wird damit de facto von einigen wenigen Krankenhäusern übernommen. Diese Häuser leisten also eine Arbeit, die in der Regel auf-

wändiger ist (sprachliche Barrieren, prekäre Lebenssituationen, fortgeschrittene Erkrankungsstadien, aufwändige Kostenerstattungsverfahren) und deren Kosten sie häufig selbst tragen müssen.

---

18 In den Gesprächen eines Runden Tisches in einer deutschen Großstadt zum Thema der stationären Versorgung nichtversicherter EU-Bürger\*innen 2016/2017 wurde deutlich, dass die Rückmeldungen der Krankenhäuser zu den jährlichen Verlusten durch nichtversicherte Migrant\*innen innerhalb der Stadt deutliche Unterschiede aufwiesen. Während die einen Krankenhäuser im Notfall quasi immer aufnahmen und in Folge von Seiten der Hilfsorganisationen vorrangig angefragt wurden, hatten andere Krankenhäuser kaum Probleme, die Patient\*innen weitgehend abzuweisen.

## 4. Fachpolitische Empfehlungen: Das Recht auf Gesundheitsversorgung in der Notfallhilfe umsetzen

Die vorliegende Broschüre zeigt das humanitäre Problem, dass Patient\*innen ohne Papiere sogar im Notfall hohen Hürden beim Zugang zur akuten Versorgung im Krankenhaus gegenüberstehen. Viele Menschen werden nicht umgehend adäquat versorgt, sie müssen Krankenhäuser früher verlassen oder bekommen hohe Privatrechnungen. Krankenhäuser erhalten häufig keine Erstattung für ihre erbrachten Leistungen. Für alle Beteiligten – Betroffene, Krankenhäuser, Sozialämter – ist der Zugang mit einem enormen Verwaltungsaufwand und hohen Informationsvoraussetzungen verbunden. Bei den Betroffenen löst die Situation große Ängste aus, dass sie der Ausländerbehörde oder Polizei gemeldet werden oder sich hoch verschulden müssen.

Zur Verbesserung der Versorgungssituation im Notfall gibt es daher politischen Veränderungsbedarf auf verschiedenen Ebenen:

### Empfehlungen an den Bundesgesetzgeber

#### a) Gesundheitliche Versorgung ohne Aufdeckung des Aufenthaltsstatus ermöglichen

Die derzeitige Gesetzeslage ist äußerst komplex, erfordert hohe Sachkenntnis und schafft für alle Beteiligten einen enormen bürokratischen Aufwand. Die Komplexität wäre nicht notwendig, wenn generell sichergestellt wäre, dass Informationen, die das Sozialamt über eine Person ohne legalen Aufenthaltsstatus erhält, nicht an die Ausländerbehörde weitergegeben werden.

- Eine rechtlich naheliegende Lösung wäre es, **die in § 87 Abs. 1, Satz 1 AufenthG enthaltene Ausnahme der Übermittlungspflicht für Bildungseinrichtungen auf den Sozial- und Gesundheitsbereich auszuweiten.**

Eine solche „Firewall“ empfiehlt der UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte in den abschließenden Bemerkungen zum aktuellen Staatenberichtsverfahren der Bundesregierung.<sup>19</sup>

#### b) Kostenerstattung für die Krankenhäuser sicherstellen

- Eine **Änderung der Beweislast** über die Bedürftigkeit von Menschen ohne Krankenversicherung würde die Belastung der Krankenhäuser senken und so ihre Bereitschaft erhöhen, im Eilfall Patient\*innen ohne Krankenversicherungsnachweis zu behandeln.

Sobald das Krankenhaus das Sozialamt in Kenntnis setzt – bei Fällen außerhalb der Öffnungszeiten sobald das Sozialamt geöffnet hat – geht der Leistungsanspruch gegenüber dem Sozialamt vom Krankenhaus an den/die Patient\*in über. Dies erschwert die Erstattung für die Krankenhäuser, da sie nach der Rechnungsstellung keine Handhabe mehr haben.

- Eine **Übertragung der Leistungsansprüche zur Erstattung der Krankenhauskosten** von dem/der Patient\*in auf das Krankenhaus sollte mit Zustimmung der Patient\*innen ermöglicht werden.

Die Abrechnung von Stunden oder einzelnen Tagen ist innerhalb des Abrechnungssystems der Krankenhäuser mit Fallpauschalen zudem mit hohem bürokratischem Aufwand verbunden und kaum praktikabel.

- Aus Sicht der BAG wäre bspw. eine von der Einzelfallvergütung losgelöste **Sockelfinanzierung von Krankenhäusern** für Sozialraum-, Struktur- und humanitäre Arbeit eine

<sup>19</sup> In seinen abschließenden Bemerkungen zum Staatenberichtsverfahren Deutschlands schreibt der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte der Vereinten Nationen:

„26. Der Ausschuss ist besorgt darüber, dass § 87 Absatz 2 des Aufenthaltsgesetzes öffentliche Stellen verpflichtet, den Ausländerbehörden Migrantinnen und Migranten ohne gültigen Aufenthaltstitel zu melden, da dies irreguläre Arbeitsmigrantinnen und -migranten daran hindern kann, Angebote in Anspruch zu nehmen, die unerlässlich für die Ausübung ihrer Rechte sind, wie z. B. Gesundheitsdienste sowie daran, Straftaten, einschließlich häuslicher Gewalt sowie sexueller und geschlechtsspezifischer Gewalt, zu melden. (Artikel 2 Absatz 2 sowie Artikel 12 und 13)

27. Der Ausschuss empfiehlt dem Vertragsstaat, eine klare Trennung („firewall“) zwischen den Erbringern öffentlicher Dienstleistungen und den Ausländerbehörden vorzunehmen, einschließlich der Aufhebung des § 87 Absatz 2 Aufenthaltsgesetz, damit irreguläre Arbeitsmigrantinnen und -migranten Basisdienste angstfrei in Anspruch nehmen können.“ (UN ECOSOC Committee on Economic, Social and Cultural Rights, November 2018: Concluding Observations on the sixth periodic report of Germany, Arbeitsübersetzung des BMAS).

angemessenere Finanzierungsform. Alternativ wäre es eine Möglichkeit, dass Kosten, die durch Nicht-Versicherte entstehen, den Krankenhäusern durch Steuermittel erstattet werden. So können Krankenhäuser ihren Auftrag erfüllen, für alle Menschen die notwendige medizinische Versorgung sicherzustellen.<sup>20</sup>

### Empfehlungen an die Bundesländer und Kommunen

Insbesondere die Länder sind als Fach- und Rechtsaufsicht der nachgeordneten kommunalen Behörden gefordert, entsprechende Dienstanweisungen und Verwaltungsverfahrensvorschriften zu erlassen, die eine bestmögliche Umsetzung der Bundesnormen vornehmen und für die untergeordneten Behörden bindend wirken.

#### ■ Dies können **Rundschreiben, Weisungen, Leitlinien oder Verwaltungsvorschriften** sein, die

- über den verlängerten Geheimnisschutz informieren und die Sozialbehörden auffordern nach diesem zu handeln und Ausländerbehörden in den entsprechenden Fällen somit keine personenbezogenen Daten zuzusenden,
- rechtlich klarstellen, dass im Notfall keine anderen Datenübermittlungspflichten greifen,<sup>21</sup>
- vereinfachte und praxistaugliche Formulare zur Antragstellung für die Kostenerstattung nach § 6a AsylbLG und für die Bedürftigkeitsprüfung vorgeben
- vereinfachte Formulare zur Antragstellung der Kostenerstattung nach § 6a AsylbLG vorgeben (siehe Praxisbeispiel im Anhang)<sup>22</sup>, entsprechende Fort- und Weiterbildungen ermöglichen und durchführen.

### Empfehlungen an die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen

Von Seiten der Krankenhausgesellschaften braucht es verbindliche **Leitlinien und Qualifizierung für Krankenhauspersonal** (Verwaltung, Pflege, Medizin, Soziale Arbeit, insbesondere aber Personal in Rettungsstellen), wie mit Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus bzw. ohne Kranken-

versicherung umgegangen werden soll, um die erforderliche medizinische Behandlung zu ermöglichen. Insbesondere sollte an die Krankenhäuser appelliert werden, bei dieser Patient\*innen-gruppe auf Selbstzahler-Erklärungen zu verzichten und zukünftig das Hinzurufen der Polizei zu unterlassen.

Informationen hierzu sollten folgende Aspekte enthalten:

- Vermittlung rechtlicher Grundlagen (z. B. zum verlängerten Geheimnisschutz, Straffreiheit der Behandlung),
- Informationen zu internen und externen lokalen Unterstützungsstrukturen (Sozialdienst, Sprachmittlung, ambulante Angebote),
- Sensibilisierung des Personals zum Thema interkulturelle Kommunikation und Rassismus.<sup>23</sup>

Hierbei sollte auf eine Verzahnung zwischen stationären und ambulanten Versorgungsstrukturen geachtet werden, um nach einer Notfallbehandlung oder einer chronischen Erkrankung die notwendige Anschluss- oder Weiterbehandlung zu ermöglichen.

Der Sozialdienst im Krankenhaus sollte in seiner Rolle gestärkt werden, Patient\*innen ohne Papiere oder ohne Krankenversicherung zu beraten und die Kostenerstattung durch das Sozialamt zu beantragen.

#### ■ Hierfür bedarf es einer **Ausweitung, breiteren Regelfinanzierung und Weiterqualifizierung der Sozialarbeit bzw. des Sozialdienstes im Krankenhaus.**<sup>24</sup>

Für **Menschen ohne Papiere sollten darüber hinaus mehrsprachige Informationsangebote** bereitgestellt werden, in denen ihre Rechte und Leistungsansprüche dargelegt werden. Diese Informationen sollten in Krankenhäusern, zivilgesellschaftlichen Versorgungs- und Beratungsstellen sowie online verfügbar sein.

<sup>20</sup> Siehe: Patientenwohl und Daseinsvorsorge, Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die 19. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags. Forderung der DKG zur letzten Wahl, S. 45.

[https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1\\_DKG/1.6\\_Positionen/2017-03\\_DKG-Positionspapier\\_19\\_Legislaturperiode.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.6_Positionen/2017-03_DKG-Positionspapier_19_Legislaturperiode.pdf)

<sup>21</sup> Eine Datenübermittlungspflicht wird teilweise aus anderen Normen abgeleitet, z. B. dem § 11 Abs. 3 AsylbLG. Vgl. dazu Schülle 2014 a.a.O.

<sup>22</sup> Die Stadt Bremen entwickelte in 2013 einen vereinfachten Kostenübernahmeantrag für Notfallbehandlung im Krankenhaus. Zudem wurde eine Stelle in einem zentralen Sozialamt beauftragt, die Anträge regelmäßig anzunehmen und zu bearbeiten. Dieser Stelle waren die besonderen Umstände von Menschen ohne Papiere sowie des verlängerten Geheimnisschutzes bekannt. Trotz des guten Ansatzes geriet der Antrag bei den Krankenhausverwaltungen zunehmend in Vergessenheit und die Sozialbehörde lehnte immer mehr Anträge wegen fehlender Mitarbeit ab (s.a. Janotta et al. 2018, S. 15)

<sup>23</sup> Die Leitlinie „Mittellose Patienten“ der DRK-Kliniken in Berlin enthält bereits viele wesentliche Aspekte [https://ethikkomitee.de/downloads/leitlinie\\_umgang-mit-mittellosen-patienten\\_drk.pdf](https://ethikkomitee.de/downloads/leitlinie_umgang-mit-mittellosen-patienten_drk.pdf)

<sup>24</sup> Ein Modell hierfür hat das Uniklinikum Essen entwickelt (Neupert 2019).

Alle vorgeschlagenen Maßnahmen fokussieren auf die bessere Umsetzung der medizinischen Versorgung im Notfall. Durch einen verlässlich funktionierenden Geheimnisschutz und eine ausreichende Kostenerstattung, d. h. praktikablere Regelungen zum „Notfallparagrafen“, würde vielen Menschen ohne Papiere unnötiges Leid erspart werden.

Aus Sicht der BAG Gesundheit/Illegalität ist die medizinische Nothilfe im Krankenhaus ein eindrückliches Beispiel dafür, dass das inzwischen vielerorts anzutreffende Engagement der Zivilgesellschaft zur humanitären medizinischen Versorgung die sozialstaatliche Pflicht zur Umsetzung des Rechts auf Gesundheit nicht kompensieren kann. Es muss staatlicherseits sichergestellt werden, dass Patient\*innen im Krankenhaus geschützt behandelt werden können, ohne eine Abschiebung aus der Notaufnahme oder dem Krankbett befürchten zu müssen. Eine angemessene Versorgung kann darüber hinaus nur sichergestellt werden, wenn Krankenhäuser die Behandlungskosten für mittellose Patient\*innen im medizinischen Notfall erstattet bekommen. Die BAG sieht dringenden Handlungsbedarf auf Bundesebene, um die gesetzlichen

Grundlagen für eine bedarfsgerechte medizinische Notfallhilfe auch für Menschen ohne Papiere zu schaffen.

Die BAG weist darauf hin, dass das skizzierte humanitäre Problem, von in Deutschland lebenden Menschen, die faktisch keinen Zugang zum Gesundheitssystem haben, längst nicht mehr nur Menschen ohne Papiere betrifft. Viele praktisch tätige Initiativen berichten seit Jahren, dass ihre lokalen Anlaufstellen auch von anderen Personengruppen wachsenden Zulauf erhalten. Hierzu gehören EU-Bürger\*innen ohne Krankenversicherungsschutz, Asylsuchende im Zeitraum der Leistungsrestriktion in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts und auch nichtkrankenversicherte Menschen ohne Migrationshintergrund. Für diese Gruppen besteht ebenfalls dringender Handlungsbedarf. Es gilt ein breites Spektrum unterschiedlicher Rechtslagen im Hinblick auf bestehende und nicht umgesetzte Leistungsansprüche in den Blick zu nehmen und ebenfalls durch bundesweite Lösungen zu verbessern – um das für alle Menschen gleichermaßen geltende Recht auf einen tatsächlichen Zugang zur Gesundheitsversorgung schließlich umzusetzen.

# Anhang:

## 1. Gesetzestexte

### AsylbLG

#### § 1 Abs. 1 Nr. 5: Leistungsberechtigte

Leistungsberechtigt nach diesem Gesetz sind Ausländer, die sich tatsächlich im Bundesgebiet aufhalten und die [...] vollziehbar ausreisepflichtig sind, auch wenn eine Abschiebungsandrohung noch nicht oder nicht mehr vollziehbar ist, [...].

#### § 1a Abs. 2, 3 AsylbLG Anspruchseinschränkung

Leistungsberechtigte nach § 1 Absatz 1 Nummer 5, für die ein Ausreisetermin und eine Ausreisemöglichkeit feststehen, haben ab dem auf den Ausreisetermin folgenden Tag keinen Anspruch auf Leistungen nach den §§ 2, 3 und 6, es sei denn, die Ausreise konnte aus Gründen, die sie nicht zu vertreten haben, nicht durchgeführt werden. Ihnen werden bis zu ihrer Ausreise oder der Durchführung ihrer Abschiebung nur noch Leistungen zur Deckung ihres Bedarfs an Ernährung und Unterkunft einschließlich Heizung sowie Körper- und Gesundheitspflege gewährt. [...]

Absatz 2 gilt entsprechend für Leistungsberechtigte nach § 1 Absatz 1 Nummer 4 und 5, bei denen aus von ihnen selbst zu vertretenden Gründen aufenthaltsbeendende Maßnahmen nicht vollzogen werden können. Für sie endet der Anspruch auf Leistungen nach den §§ 2, 3 und 6 mit dem auf die Vollziehbarkeit einer Abschiebungsandrohung oder Vollziehbarkeit einer Abschiebungsanordnung folgenden Tag. [...]

#### § 4 Abs. 1: Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt

Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln **sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen** zu gewähren.

#### § 6 Abs. 1 Sonstige Leistungen

Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind. Die Leistungen sind als Sachleistungen, bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren.

#### § 6a Erstattungen von Aufwendungen anderer

Hat jemand in einem Eilfall einem anderen Leistungen erbracht, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Leistungen nach den §§ 3, 4 und 6 nicht zu erbringen gewesen wären, sind ihm die Aufwendungen in gebotenen Umfang zu erstatten, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat. Dies gilt nur, wenn die Erstattung innerhalb angemessener Frist beim zuständigen Träger des Asylbewerberleistungsgesetzes beantragt wird.

#### § 6b Einsetzen der Leistungen

Zur Bestimmung des Zeitpunkts des Einsetzens der Leistungen nach den §§ 3, 4 und 6 ist § 18 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden.

#### § 11 Abs. 3: Ergänzende Bestimmungen

Die zuständige Behörde überprüft die Personen, die Leistungen nach diesem Gesetz beziehen, auf Übereinstimmung der ihr vorliegenden Daten mit den der Ausländerbehörde über diese Personen vorliegenden Daten. Sie darf für die Überprüfung nach Satz 1 Name, Vorname (Rufname), Geburtsdatum, Geburtsort, Staatsangehörigkeiten, Geschlecht, Familienstand, Anschrift, Aufenthaltsstatus und Aufenthaltszeiten dieser Personen [...] der zuständigen Ausländerbehörde übermitteln. Die Ausländerbehörde führt den Abgleich mit den nach Satz 2 übermittelten Daten durch und übermittelt der zuständigen Behörde die Ergebnisse des Abgleichs. Die Ausländerbehörde übermittelt der zuständigen Behörde ferner Änderungen der in Satz 2 genannten Daten. Die Überprüfungen können auch regelmäßig im Wege des automatisierten Datenabgleichs durchgeführt werden.

**AufenthG****§ 87 Abs. 1, 2. S. 1 Nr. 1 Übermittlungen an Ausländerbehörde**

Öffentliche Stellen mit Ausnahme von Schulen sowie Bildungs- und Erziehungseinrichtungen haben ihnen bekannt gewordene Umstände den in § 86 Satz 1 genannten Stellen auf Ersuchen mitzuteilen, soweit dies für die dort genannten Zwecke erforderlich ist.

Öffentliche Stellen im Sinne von Absatz 1 haben unverzüglich die zuständige Ausländerbehörde zu unterrichten, wenn sie im Zusammenhang mit der Erfüllung ihrer Aufgaben Kenntnis erlangen von

1. dem Aufenthalt eines Ausländers, der keinen erforderlichen Aufenthaltstitel besitzt und dessen Abschiebung nicht ausgesetzt ist, [...]

**§ 88 Abs. 1, 2 Nr. 1 Übermittlungen bei besonderen gesetzlichen Verwendungsregelungen**

Eine Übermittlung personenbezogener Daten und sonstiger Angaben nach § 87 unterbleibt, soweit besondere gesetzliche Verwendungsregelungen entgegenstehen.

Personenbezogene Daten, die von einem Arzt oder anderen in § 203 Absatz 1 Nummer 1, 2, 4 bis 7 und Absatz 4 des Strafgesetzbuches genannten Personen einer öffentlichen Stelle zugänglich gemacht worden sind, dürfen von dieser übermittelt werden,

1. wenn dies zur Abwehr von erheblichen Gefahren für Leib und Leben des Ausländers oder von Dritten erforderlich ist, der Ausländer die öffentliche Gesundheit gefährdet und besondere Schutzmaßnahmen zum Ausschluss der Gefährdung nicht möglich sind oder von dem Ausländer nicht eingehalten werden oder [...]

**AufenthG-VwV****88.2.3**

Bei den in § 203 Absatz 1 Nummer 1, 2, 4 bis 6 und Absatz 3 StGB genannten Personen handelt es sich: – nach Absatz 1 Nummer 1 StGB um Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker oder Angehörige eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert (z. B. medizinisch technische Assistenten, Hebammen) sowie die berufsmäßig tätigen Gehilfen dieser Berufsgruppen, insbesondere auch das mit der Abrechnung befasste Verwaltungspersonal öffentlicher Krankenhäuser, [...]

*Nr. 42 – 61 Seite 1226 GMBI 2009*

**88.2.4.0**

Die personenbezogenen Daten (siehe Nummer 86.1.2) müssen den in Nummer 88.2.3 genannten Personen als Geheimnis in ihrer Eigenschaft als Angehöriger ihrer Berufsgruppe anvertraut oder sonst bekannt geworden sein. Die Übermittlungspflicht des § 87 Absatz 2 besteht für Aufgabenträger der öffentlichen Verwaltung aufgrund des Verweises von § 203 Absatz 2 Satz 2, 2. Halbsatz StGB auf § 88 Absatz 2 lediglich in den dort unter Nummern 1 und 2 aufgeführten Ausnahmefällen, eine Übermittlung im Übrigen ist aber untersagt. Die geltende Rechtslage zur „ärztlichen Schweigepflicht“ umfasst demnach grundsätzlich auch den so genannten „verlängerten Geheimnisschutz“.

*Nr. 42–61 Seite 1227 GMBI 2009*

## 2. Praxisbeispiel: Antrag auf Übernahme der Kosten einer medizinischen Notfallbehandlung nach den Bestimmungen des AsylbLG - Muster -

**Antrag auf Übernahme der Kosten einer medizinischen Notfallbehandlung nach den Bestimmungen des AsylbLG**

**MUSTER**  
entwickelt in/für Bremen

Diesem Antrag liegt die Notfallbehandlung eines/r Ausländers/-in ohne Aufenthaltstitel zugrunde.  
Auf die Pflicht zur Geheimhaltung von persönlichen Daten gem. § 88 Abs.2 AufenthG i.V.m. § 203 (1) StGB wird hingewiesen.

Der/die nachfolgend genannte Ausländer/-in (Nicht-EU-Bürger/-in) wurde hier als Notfall behandelt.  
Der/die Ausländer/-in hat angegeben, sich ohne gültigen Aufenthaltstitel in Deutschland aufzuhalten und seinen/ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Bremen zu haben. Die nachfolgenden Daten wurden nach den Angaben des/der Patienten/-in aufgenommen.  
Einzelheiten zu Art und Dauer der Behandlung ergeben sich aus den beigefügten Unterlagen.

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsname
Geburtsort	Land
Familienstand	Staatsangehörigkeit
Wohnanschrift : (Straße, Hausnr., PLZ, Ort)	

5. Sonstige Angaben

Identitätsnachweis lag vor  ja  nein Kopie liegt bei

Ich bestätige, dass ich die vorstehenden Angaben vollständig und richtig gemacht habe.  
Bremen, den ..... (Unterschrift)

Antrag aufgenommen :

Ärztliche Bescheinigung  
Das Vorliegen einer medizinisch erforderlichen Notfallbehandlung wird hiermit bestätigt. Die in § 88 Abs.2 AufenthG genannten Tabestände \*) liegen nicht vor.

Datum, Unterschrift, Stempel
Datum, Unterschrift, Stempel

\*)  
**§ 88 Abs. 2 AufenthG**  
Personenbezogene Daten, die von einem Arzt oder anderen in § 203 Abs. 1 Nr. 1, 2, 4 bis 6 und Abs. 3 des Strafgesetzbuches genannten Personen einer öffentlichen Stelle zugänglich gemacht worden sind, dürfen von dieser übermittelt werden.  
1. wenn der Ausländer die öffentliche Gesundheit gefährdet und besondere Schutzmaßnahmen zum Ausschluss der Gefährdung nicht möglich sind oder von dem Ausländer nicht eingehalten werden oder 2. soweit die Daten für die Feststellung erforderlich sind, ob die in § 55 Abs. 2 Nr. 4 bezeichneten Voraussetzungen vorliegen.  
**§ 55 Abs.2 Nr.4 AufenthG**  
Ausländer kann nach Absatz 1 insbesondere ausgewiesen werden, wenn er Heroin, Cocain oder ein vergleichbar gefährliches Betäubungsmittel verbraucht und nicht zu einer erforderlichen seiner Rehabilitation dienenden Behandlung bereit ist oder sich ihr entzieht.

1. Aufenthalt in Deutschland seit :	<input type="checkbox"/> ja : <input type="checkbox"/> nein	Angabe der Krankenversicherung und Vers. Nr.
2. Krankenversicherungsschutz vorhanden ?	<input type="checkbox"/> ja : <input type="checkbox"/> nein	(dazu bitte detaillierte Angaben bei Ziffer 5.)
3. Erfolgte die Behandlung aufgrund eines Fremdverschuldens, Unfalls oder Arbeitsunfalls ?	Erwerbseinkommen <input type="checkbox"/> ja *) <input type="checkbox"/> nein sonstiges Einkommen <input type="checkbox"/> ja *) <input type="checkbox"/> nein Vermögen <input type="checkbox"/> ja *) <input type="checkbox"/> nein Unterhaltsansprüche <input type="checkbox"/> ja *) <input type="checkbox"/> nein	*) ergänzende Angaben dazu bei Ziffer
4. Einkommen- und Vermögensverhältnissen, Unterhaltsansprüche		

## Literatur und weiterführende Links

Bader, Carolin; Offe, Johanna; McMeekin, Kirstie (2018): Verwehrttes Recht auf Gesundheit. Krank und ohne medizinische Versorgung in Deutschland. München: Ärzte der Welt e. V. Abzurufen unter: <https://www.aerztderwelt.org/presse-und-publikationen/publikationen/2018/12/12/verwehrttes-recht-auf-gesundheit-krank-und-ohne-medizinische-versorgung-deutschland> [Stand 21.05.2019]

Bozorgmehr, Kayvan; Dieterich, Anja; Offe, Johanna (2019): UN concerned about the right to health for migrants in Germany. *The Lancet* 393, no. 10177: 1202-1203. Abzurufen unter: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30245-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30245-4/fulltext) [Stand 21.05.2019]

Bremische Bürgerschaft (18.12.2018): Antwort des Senats auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE vom 8. November 2018 „Gewährleistung medizinischer Notfallversorgung von Menschen ohne Papiere“ Drucksache 19/1981 Landtag 19. Wahlperiode

Bundesregierung (06.07.2018): Antwort auf die kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke u. a. und der Fraktion DIE LINKE betreffend „Medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere“, BT-Drs. 19/2596

Bundesärztekammer (2013): Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis. 3. aktualisierte Auflage 11/2013. Berlin. Abzurufen unter: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Faltblatt\\_Patienten-ohne-Aufenthaltsstatus\\_30112013.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Faltblatt_Patienten-ohne-Aufenthaltsstatus_30112013.pdf) [Stand: 21.05.2019]

Bundesärztekammer (2016): Entschließungen „Flüchtlinge in der medizinischen Versorgung“. In: 119. Deutscher Ärztetag 2016. Berlin, 15 – 33.

Bundesärztekammer (2018): (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 in der Fassung der Beschlüsse des 121. Deutschen Ärztetages 2018 in Erfurt. Abzurufen unter: [https://www.uni-ulm.de/fileadmin/website\\_uni\\_ulm/ethkom/MBO\\_BAEK\\_neu\\_\\_2018-06-15\\_.pdf](https://www.uni-ulm.de/fileadmin/website_uni_ulm/ethkom/MBO_BAEK_neu__2018-06-15_.pdf) [Stand:21.05.2019]

Coseriu, Pablo (2014): Sozialgesetzbuch, zwölftes Buch, Sozialhilfe. In: Schlegel, Rainer; Voelzke, Thomas, jurisPK-SGB XII, 2. Aufl. 2014 (ständig aktualisiert)

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2015): Hinweise zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Krankenhäusern, Stand November 2015. Abzurufen unter: [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1\\_DKG/1.4\\_Internationales/1.4.4\\_AuslaendischePatienten/2015\\_Hinweise\\_Gesundheitsversorgung\\_von\\_Fluechtlingen\\_und\\_Asylsuchenden.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.4_Internationales/1.4.4_AuslaendischePatienten/2015_Hinweise_Gesundheitsversorgung_von_Fluechtlingen_und_Asylsuchenden.pdf) [Stand: 21.05.2019]

DRK (2015): Hinweise zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Krankenhäusern. In: *Das Krankenhaus* (1): 9–16.

European Network to reduce vulnerabilities in health/Médecins du Monde: 2017 Legal Report: Access to Healthcare in 16 European Countries. Abzurufen unter: [https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/01/2017\\_final-legal-report-on-access-to-healthcare-in-16-european-countries.pdf](https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/01/2017_final-legal-report-on-access-to-healthcare-in-16-european-countries.pdf) [Stand 21.05.2019]

European Network to reduce vulnerabilities in health (2017): Observatory Report. Falling through the cracks. The Failure of Universal Healthcare Coverage in Europe. Abzurufen unter: [https://www.doctorsoftheworld.org.uk/wp-content/uploads/import-from-old-site/files/Observatory\\_Report\\_2017\\_Executive\\_Summary.pdf?download=1](https://www.doctorsoftheworld.org.uk/wp-content/uploads/import-from-old-site/files/Observatory_Report_2017_Executive_Summary.pdf?download=1) [Stand 21.05.2019]

Huschke, Susan (2010): Versorgung von Menschen ohne Papiere: „Den Letzten beißen die Hunde“. In: *Ärzteblatt* (9): 404. Abzurufen unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/78311/Versorgung-von-Menschen-ohne-Papiere-Den-Letzten-beissen-die-Hunde> [Stand 21.05.2019]

Falge, Christine; Fischer-Lescano, Andreas; Sieveking, Klaus (Hg.) (2009): *Gesundheit in der Illegalität*. Baden-Baden: Nomos

Flüchtlingsrat Berlin (o.J.): Medizinische Versorgung. Abzurufen unter: <http://fluechtlingsrat-berlin.de/recht-und-rat/#Med> [Stand 21.05.2019]

Führer, Amand; Eichner, Friederike (2015): *Verloren im Räderwerk*. Eine interdisziplinäre Studie zur Gesundheit und medizinischer Versorgung von Asylsuchenden in Halle (Saale). Abzurufen unter: <https://www.medizin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Veranstaltungen/2015/Verloren-im-Räderwerk-1.pdf> [Stand 21.05.2019]

Janotta M., Bimczok S., Böbel S., Rosenberg K. (2019): Medizinische Notfallversorgung von Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus in Bremen – eine Bestandsaufnahme, In: *Gesundheit braucht Politik*, i.E.

Kampagne Gesundheit für Geflüchtete, o.J.: Gesundheit für Geflüchtete, Informationsportal von Medibüros/ Medinetzen. <http://gesundheit-gefluechtete.info/> [Stand: 21.05.2019].

Katholisches Forum Leben in der Illegalität (2017): Positionspapier. Forderung der Gewährleistung der Gesundheitsversorgung für Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität in Deutschland. Abzurufen unter: <http://forum-illegalitaet.de/dokumentensammlung/> [Stand: 21.05.2019]

Manteuffel, Marie v.; Köbler, Melanie; Mohr, Tobias; Habbe, Heiko (2017): Aufenthaltsrechtliche Illegalität, Beratungshandbuch 2017. 4. aktualisierte und vollständig überarbeitete Auflage. Hrsg. DCV und DRK Berlin / Freiburg Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e. V. (o. J.): Gesundheit für Geflüchtete, Informationsportal von Medibüros/Medinetzen. <http://gesundheit-gefluechtete.info> [Stand 21.05.2019]

Mylius, Maren (2016): Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland. In: Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland, Transcript Verlag, S. 255 – 288.

Neupert, Ingo (2018): Menschen ohne Krankenversicherung im Gesundheitswesen. Explorative Studie zur Prävalenz und zur Rückführung in die sozialen Sicherungssysteme durch den Sozialdienst am Beispiel des Universitätsklinikums Essen. Abzurufen unter: [https://duepublico2.uni-due.de/servlets/MCRFileNodeServlet/duepublico\\_derivate\\_00046924/DissINeupert.pdf](https://duepublico2.uni-due.de/servlets/MCRFileNodeServlet/duepublico_derivate_00046924/DissINeupert.pdf) [Stand 21.05.2019]

Offe, Johanna; Dieterich, Anja; Bozorgmehr, Kayvan; Trabert, Gerhard (2018): Parallel Report to the CESCR on the Right to Health for Non-Nationals on the 6th Periodic Report of the : Federal Republic of Germany on the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Prepared for the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 64th session. Submitted July 2018. Abzurufen unter: [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCESCR%2fCSS%2fDEU%2f32476&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCESCR%2fCSS%2fDEU%2f32476&Lang=en) [Stand 21.05.2019]

Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) 2017: CITIES OF RIGHTS:ENSURING HEALTH CARE FOR UNDOCUMENTED RESIDENTS. Abzurufen unter: [https://www.picum.org/wp-content/uploads/2017/11/CityOfRights\\_Health\\_EN.pdf](https://www.picum.org/wp-content/uploads/2017/11/CityOfRights_Health_EN.pdf) [Stand 21.05.2019]

Schmitt, Sabrina; Dieterich, Anja (2018): Migrant\*innen ohne ausreichenden Zugang zum Gesundheitssystem: Neue Engpässe und alte Probleme. In: Brunnett R, Dieterich A, Geene R, Gerlinger T, Hahn D, Herrmann M, Kümpers S, Lenhardt U (Hg.) Gesundheit in der Kommune. Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, Band 52, Argument Verlag Hamburg, S. 22-41.

Schülle, Mirjam (2014): Auch nach den geplanten Änderungen im Asylbewerberleistungsgesetz: (K)eine gesundheitlich-medizinische Versorgung für Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus? In: Soziale Sicherheit: Zeitschrift für Arbeit und Soziales 63 (10), S. 363 – 367.

UN-Behindertenrechtskonvention. Abzurufen unter: <https://www.behindertenrechtskonvention.info/> [Stand 21.05.2019]

UN-Frauenrechtskonvention. Abzurufen unter: <https://www.frauenrechtskonvention.de/> [Stand 21.05.2019]

UN-Kinderrechtskonvention. Abzurufen unter: <https://www.kinderrechtskonvention.info/> [Stand 21.05.2019]

Vogel, Dita (2016): Umfang und Entwicklung der Zahl der Papierlosen in Deutschland (Okt. 2016) und (2015): Update report Germany: Estimated number of irregular foreign residents in Germany (2014), Database on Irregular Migration, Update report. Abzurufen unter: <http://irregular-migration.net/> [Stand 21.05.2019]

Waldhorst-Kahnau, Nicola (2014): § 6a AsylbLG Erstattung von Aufwendungen anderer. In: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, 2. Aufl. 2014, (ständig aktualisiert)

Weitz, Burkhard (2017): Medizinische Hilfe für Papierlose, „Krank machende Umstände“, Wer hilft Menschen, die krank werden, aber eigentlich gar nicht hier sein dürfen? Fragen an Anja Dieterich von der Diakonie Deutschland. Abzurufen unter: <https://chrismon.evangelisch.de/artikel/2017/36530/medizinische-hilfe-fuer-papierlose>



MediNetz Bremen



### Kontakt:

Die Koordination der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität liegt derzeit bei der Diakonie Deutschland.

### Ansprechpersonen:

Dr. med. Anja Dieterich, MPH  
Dr. Tomas Steffens, MPH  
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege  
Telefon: +49 (0)30 65211 1664  
E-Mail: [anja.dieterich@diakonie.de](mailto:anja.dieterich@diakonie.de)  
[tomas.steffens@diakonie.de](mailto:tomas.steffens@diakonie.de)

Diakonie Deutschland  
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.  
Caroline-Michaelis-Str.1  
10115 Berlin  
[www.diakonie.de](http://www.diakonie.de)

Das vorliegende Arbeitspapier ist elektronisch abrufbar unter: [info.diakonie.de/Gesundheitsversorgung-fuer-Menschen-ohne-Papiere](http://info.diakonie.de/Gesundheitsversorgung-fuer-Menschen-ohne-Papiere)