

Aus dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Medizinische Parameter und soziodemographische
Charakteristika der Patienten in primärärztlichen
Versorgungszentren für Menschen ohne Aufenthaltsstatus in
Deutschland und der Schweiz**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Friederike Boetel
aus Hannover

Gutachter/in: 1. Priv.-Doz. Dr. med. T. Keil
 2. Prof. Dr. Dr. H. Waller
 3. Prof. Dr. med. M. David

Datum der Promotion: 07.09.2012

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis	6
1. Einleitung	7
1.1 Definition von Illegalität und Begriffsklärung.....	8
1.2 Menschen ohne Aufenthaltsstatus	10
1.3 Illegalität und Gesundheit	11
1.4 Die rechtliche Lage in Deutschland	14
1.5 Die rechtliche Lage in der Schweiz.....	17
1.6 Belastung durch Migration.....	20
1.7 Medizinische Projekte zur Unterstützung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus.....	22
1.8 Stand der Forschung.....	23
1.9 Fragestellungen	24
2. Methoden.....	25
2.1 Studiendesign und Untersuchungszeitraum	25
2.2 Ein- und Ausschlusskriterien.....	25
2.3. Datenerhebung und Dokumentation.....	25
2.3.1 Datendokumentation in der Anlaufstelle „open.med“ in <i>München</i>	25
2.3.2 Datenerhebung bei „open.med“ in <i>München</i>	26
2.3.3 Datendokumentation im Projekt „Meditrina“ in <i>Zürich</i>	27
2.3.4 Datenerhebung bei „Meditrina“ in <i>Zürich</i>	27
2.4 Datenmanagement	28
2.5 Statistische Methoden.....	32
3. Ergebnisse	33
3.1 Aufenthaltsstatus	35
3.2 Geschlechterverteilung	35
3.3 Altersverteilung	35
3.4 Herkunftsregionen.....	37
3.5 Krankenversicherung.....	40
3.6 Informationsgewinnung über die medizinischen Anlaufstellen	40
3.7 Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem	40
3.8 Erkrankungsspektrum.....	43
3.9 Erst- und Weiterbehandlung.....	47

4. Diskussion	48
4.1 Häufigkeit der Inanspruchnahme	49
4.2 Aufenthaltsstatus	52
4.3 Geschlechterverteilung	52
4.4 Altersverteilung	54
4.5 Herkunftsregionen	55
4.6 Informationsgewinnung über die medizinischen Anlaufstellen	58
4.7 Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem	59
4.8 Medizinische Fachbereiche	60
4.9 Behandlung.....	64
4.10 Limitationen	65
4.11 Schlussfolgerung und Ausblick.....	66
5. Zusammenfassung	68
6. Literaturliste	71
7. Danksagung	76
8. Lebenslauf	77
9. Selbständigkeitserklärung	78

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Variablennamen und Kategorien der soziodemographischen und medizinischen Parameter ...	30
Tabelle 2: Soziodemographische Merkmale der Patienten mit und ohne Aufenthaltsstatus in der medizinischen Anlaufstelle „open.med“ in <i>München</i> und „Meditrina“ in <i>Zürich</i> (Januar 2007 bis Juni 2008).....	34
Tabelle 3: Medizinische Fachbereiche und Behandlungswege der Patienten mit und ohne Aufenthaltsstatus in der medizinischen Anlaufstelle „open.med“ in <i>München</i> und „Meditrina“ in <i>Zürich</i> (Januar 2007 bis Juni 2008).....	42

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Dokumentation der soziodemographischen und medizinischen Parameter der medizinischen Anlaufstelle „open.med“ in <i>München</i> (Ausschnitt).....	27
Abbildung 2: Dokumentation der soziodemographischen und medizinischen Parameter der medizinischen Anlaufstelle „Meditrina“ in <i>Zürich</i> (Ausschnitt).....	28
Abbildung 3: Aufteilung der Patientenkollektive der medizinischen Anlaufstelle „open.med“ in München und „Meditrina“ in Zürich nach Ein- und Ausschlusskriterien.....	33
Abbildung 4: Altersverteilung der 247 Patienten mit und ohne Aufenthaltsstatus in der medizinischen Anlaufstelle „open.med“ in <i>München</i>	36
Abbildung 5: Altersverteilung der 528 Patienten mit und ohne Aufenthaltsstatus in der medizinischen Anlaufstelle „Meditrina“ in <i>Zürich</i>	37
Abbildung 6: Herkunftsregionen der Patienten mit und ohne Aufenthaltsstatus in der medizinischen Anlaufstellen „open.med“ in <i>München</i>	38
Abbildung 7: Herkunftsregionen der Patienten mit und ohne Aufenthaltsstatus in der medizinischen Anlaufstelle „Meditrina“ in <i>Zürich</i>	39
Abbildung 8: Erkrankungen der Patienten mit und ohne Aufenthaltsstatus in der medizinischen Anlaufstelle „open.med“ in <i>München</i> nach medizinischen Fachbereichen	44
Abbildung 9: Erkrankungen der Patienten mit und ohne Aufenthaltsstatus in der medizinischen Anlaufstelle „Meditrina“ in <i>Zürich</i> nach medizinischen Fachbereichen.....	46

1. Einleitung

Migration ist ein komplexes weltweit zu beobachtendes Phänomen. Migranten kommen aus den verschiedensten Ländern und Kulturkreisen. Sie gehören diversen Ethnien, Religionen oder sozialen Schichten an und verlassen ihr Land aus unterschiedlichen Beweggründen. Ein Teil dieser Menschen gehört zu den sogenannten illegalen Migranten, die sich ohne einen regulären Aufenthaltsstatus in einem Zielland aufhalten. Schätzungen zufolge gibt es weltweit 200 Millionen Migranten, von denen circa 56 Millionen in Europa leben. Davon besitzen circa 10 bis 15% keinen regulären Aufenthaltsstatus (Global Commission on International Migration, 2005). Europaweit wird von einer Zahl von 4,5 bis 6 Millionen Menschen ohne Aufenthaltsstatus ausgegangen (Institut für Menschenrechte, 2007). Offizielle Zahlen für Deutschland liegen nicht vor, es gibt jedoch unterschiedliche Schätzungen über die Größe der Gruppe der Menschen ohne Aufenthaltsstatus, die zwischen einer „absoluten Untergrenze“ von 100 000 und einer Obergrenze von 1,5 Millionen rangieren (Cyrus, 2004; Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2006; Bundesministerium des Inneren, 2007). Es wird von einer realistischen Zahl von einer Millionen gesprochen (Tolsdorf, 2008).

In der Schweiz sieht die Situation ähnlich aus, das Phänomen der illegalen Migration gibt es auch hier. Geschätzte Zahlen über das Ausmaß belaufen sich auf 80 000 bis 300 000 Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Es handelt sich hierbei unter anderem um Hochrechnungen, die anhand von regionalen Studien in einzelnen Kantonen erstellt wurden (Tolsdorf, 2008).

Unterschiedliche Angaben beruhen unter anderem auf Schätzungen von Nicht-Regierungs-Organisationen, Statistiken des Bundeskriminalamtes und des Bundesgrenzschutzes sowie einzelner Experten. Die Verlässlichkeit dieser Zahlen ist mit Zurückhaltung zu bewerten. Je nach politischer Position oder Zielsetzung der Organisation können Schätzungen zur Dramatisierung oder Bagatellisierung des Ausmaßes der illegalen Migration beitragen. So liegen die Zahlen der staatlichen Behörden oft weit unter denen von humanitären Verbänden.

Neuesten Schätzungen des interdisziplinären EU-Forschungsprojekts CLANDESTINO „Irregular Migration: Counting the Uncountable. Data and Trends across Europe“ zufolge leben weniger Personen ohne Aufenthaltsstatus in Europa als bisher angenommen (Vogel, 2009a; Clandestino, 2009). Ziel des Projekts war es, anhand neuer Schätzmethode eine Datenbank zu erstellen und der Öffentlichkeit zugänglich zu machen (Clandestino, 2009). Im Verlauf der Studie wurde ein allgemeiner Rückgang der irregulären Migration beobachtet. Als Ursache für

diesen Trend werden unter anderem die EU-Osterweiterungen der letzten Jahre genannt, bei denen viele Menschen praktisch über Nacht einen regulären Aufenthaltsstatus bekommen haben (Tolsdorf, 2008; Vogel, 2009b).

1.1 Definition von Illegalität und Begriffsklärung

In den verschiedenen Ländern der Europäischen Union wird die aufenthaltsrechtliche Illegalität unterschiedlich definiert (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2006). Für die Bundesrepublik Deutschland und die Schweiz gilt, dass ausländische Personen die Grenze nur übertreten dürfen, wenn sie einen gültigen Pass haben. In Deutschland ist laut Aufenthaltsgesetz (Kapitel 2 § 4-9 AufenthG) zusätzlich ein Aufenthaltstitel in Form eines Visums, einer Aufenthaltserlaubnis, einer Niederlassungserlaubnis oder einer Erlaubnis zum Daueraufenthalt erforderlich.

Nach dem Übertritt einer Landesgrenze ohne gültige Papiere beziehungsweise bei Ablauf oder Verlust des Aufenthaltstitels gilt der Aufenthalt als unerlaubt (§ 50 AufenthG).

Es lassen sich drei Möglichkeiten der aufenthaltsrechtlichen Illegalität voneinander abgrenzen:

- 1.) Ausländer, bei denen eine zwangsweise Durchsetzung der Ausreisepflicht (Abschiebung) aus tatsächlichen oder rechtlichen Gründen nicht durchgeführt werden kann und denen eine Duldung erteilt worden ist. Die Duldung setzt lediglich die Abschiebung aus und begründet kein Aufenthaltsrecht; die betreffende Person bleibt ausreisepflichtig (§ 60a AufenthG).
- 2.) Ausländer, die im Ausländerzentralregister als ausreisepflichtig geführt werden, den Behörden bekannt sind und die keine Duldung besitzen.
- 3.) Ausländer ohne Aufenthaltstitel und ohne Duldung, die weder im Ausländerzentralregister noch anderweitig behördlich erfasst sind.

Personen, die der ersten und zweiten Gruppe angehören, werden nicht als Menschen ohne Aufenthaltsstatus bezeichnet. Der illegale Aufenthalt endet mit der behördlichen Registrierung (Bundesministerium des Inneren, 2007; Vogel, 2009b). Ein wichtiger Unterschied zur dritten Gruppe besteht darin, dass die Anzahl der Personen in Gruppe eins und zwei durch die Registrierung bekannt ist, während der Umfang der letzteren Gruppe nur geschätzt werden kann (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2006; Vogel, 2009b; Bundesamt für Migration und

Flüchtlinge, 2006). Bezüglich des Zugangs zur medizinischen Versorgung können die beiden Gruppen zwei und drei zusammengefasst werden, da beide von der deutschen Gesundheitsversorgung ausgeschlossen sind (Tolsdorf, 2008).

Betrachtet man die rechtliche Situation, so wird deutlich, dass in der Realität eine genaue Abgrenzung der oben genannten Gruppen voneinander oft schwierig ist. Der Begriff „Illegalität“ wird für verschiedene Phänomene verwendet und umfasst die illegale Einreise, den illegalen Aufenthalt und die illegale Beschäftigung (Vogel, 2009b). Die Komplexität des Aufenthaltsrechts betrifft beispielsweise viele Menschen aus den neuen EU-Staaten. Seit den EU-Osterweiterungen der Jahre 2004 und 2007 halten sich Menschen aus den neuen Mitgliedstaaten legal in Deutschland auf, sie unterliegen jedoch Einschränkungen bezüglich der Arbeitserlaubnis.

Anderson, der im Auftrag der Stadt München eine empirische Studie zum Thema „Menschen in Illegalität in München“ durchgeführt hat, bezeichnet Menschen, die sich legal in einem Land aufhalten, jedoch einer illegalen Beschäftigung nachgehen, als „einfach illegal“ (Anderson, 2003). Diese Gruppe wird nicht zu den Menschen ohne Aufenthaltsstatus gezählt, da sie im Gegensatz zu den „doppelt Illegalen“, also Personen, die weder legal in einem Land arbeiten noch leben, nicht von einer Abschiebung bedroht sind (Vogel, 2009b). Auch Personen mit gefälschten Papieren gehören zur Gruppe der Menschen ohne Aufenthaltsstatus (Vogel, 2009b).

In der öffentlichen Diskussion ebenso wie in der Literatur werden viele verschiedene Begriffe für Menschen ohne Aufenthaltstitel benutzt (Tolsdorf, 2008). Je nach Blickwinkel der Autoren variieren die Bezeichnungen. Folgende Begriffe tauchen in der Literatur auf und werden häufig synonym verwendet: „Menschen ohne (regulären) Aufenthaltsstatus“, „Illegale“, „Papierlose“, „undokumentierte Migranten“, „Menschen in der Illegalität“, „Ausländer ohne Aufenthaltsrecht“, „Schattenmenschen“ sowie „statuslose Migranten“ (Tolsdorf, 2008).

Von Kirchen, Wohlfahrtsverbänden und antirassistischen Gruppen werden die Begriffe „Illegalisierte“, „Irreguläre“, „Sans Papiers“ oder „Clandestinos“ favorisiert, da diese Begriffe signalisieren, dass Menschen nicht illegal sein können, sondern höchstens deren Aufenthaltsstatus. Kritik wird an der Verwendung von abwertenden beziehungsweise beschönigenden Begriffen geübt, da sie dem Leser eine bestimmte Sicht- und Herangehensweise suggeriert. Es fehlt eine einheitliche und vor allem neutrale Bezeichnung (Tolsdorf, 2008).

In dieser Arbeit bezieht sich der Begriff „illegal“ auf die rechtliche Situation, während für Personen der Begriff „Menschen ohne (regulären) Aufenthaltsstatus“ verwendet wird.

1.2 Menschen ohne Aufenthaltsstatus

Die Diskussion über illegale Migration wird in der Öffentlichkeit teilweise sehr emotional geführt (Schmidt, 2009). Schenkt man Medienberichten Glauben, sind alle „Illegalen“ Personen, die heimlich in einer Nacht- und Nebelaktion zu Fuß oder per Lkw die Grenzen übertreten. Bilder von den sogenannten „boat people“, die von Afrika über das Mittelmeer nach Italien, Spanien oder Griechenland kommen, werden regelmäßig von verschiedensten Medien verbreitet. Auch Berichte von Razzien auf Baustellen in Großstädten wie London oder Berlin beeinflussen die öffentliche Wahrnehmung (Düvell, 2009).

In der Realität ist der Anteil der legal eingereisten Migranten jedoch deutlich höher und macht einen Großteil der Menschen ohne Aufenthaltsstatus aus (Düvell, 2009). Der anfangs legale Status beispielsweise als Tourist, Studierender oder Au-Pair wird illegal, nachdem das Visum abgelaufen ist, das Land aber nicht verlassen wird. Dementsprechend wird dieser Personenkreis auch als „overstayers“ bezeichnet (Düvell, 2009).

Aus Italien gibt es Hinweise darauf, dass 75% derjenigen Personen ohne Aufenthaltsstatus ursprünglich auf legalem Weg ins Land eingereist sind, 15% die Grenzen illegal passiert haben und 10% über den Seeweg gekommen sind (European Migration Network, 2005).

Die Aufenthaltsdauer im Zielland variiert zwischen einer zeitlich begrenzten Migration und einer Niederlassung auf unbegrenzte Zeit. Pendelmigration ist insbesondere unter Saisonarbeitern verbreitet und kann zu einem regelmäßigen Vorgang werden (Düvell, 2009). Migranten, die aus weiter entfernten Ländern kommen, halten sich häufig länger im Zielland auf, da ihre Anreise beschwerlicher und teurer ist. Darüber hinaus erschweren strengere Visabedingungen und stärkere Grenzkontrollen das Pendeln zwischen verschiedenen Ländern oder die Rückkehr ins Heimatland (Cyrus, 2008; Düvell, 2009).

Über die soziodemographische Zusammensetzung der Gruppe der Menschen ohne Aufenthaltsstatus gibt es wenig systematische Untersuchungen (Cyrus, 2004; Düvell, 2009). In der Öffentlichkeit werden Menschen ohne Aufenthaltsstatus häufig als „kriminelle Ausländer“ wahrgenommen, die jung und männlich sind. Frauen treten oft als Opfer von Menschenhandel und Zwangsprostitution in Erscheinung (Vogel, 1999).

Es wird geschätzt, dass zwei Drittel der Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus männlich und ein Drittel weiblich sind (Cyrus, 2004). Ein Grund für diese Verteilung ist die Einwanderungspolitik westlicher Staaten, die traditionell männlich orientiert war. In den letzten Jahren haben Wissenschaftler die Entwicklung eines neuen Trends beobachtet, der als „Feminisierung der Migration“ bezeichnet wird (Cerdeña-Hegerl, 2008). Die Zahl der

einwandernden Frauen nimmt zu, da vor allem in westdeutschen Großstädten aufgrund des erhöhten Bedarfs an Arbeitskraft im privaten Dienstleistungssektor Frauen mehr Arbeitsmöglichkeiten zur Verfügung stehen als Männern (Cerde-Hegerl, 2008).

Die Mehrheit der Menschen ohne Aufenthaltsstatus scheint im arbeitsfähigen Alter zwischen 20 und 40 Jahren zu sein. Es ist aber anzunehmen, dass auch ältere Menschen von bereits migrierten Familienmitgliedern nachgeholt werden (Cyrus, 2004). Des Weiteren geht man von einer zunehmenden Zahl von Kindern unter den Menschen ohne Aufenthaltsstatus aus, die entweder mit Elternteilen zusammen migrieren oder im Zielland in die Illegalität hinein geboren werden (European Migration Network, 2005; Cyrus, 2004).

Über die Herkunftsländer der Menschen ohne Aufenthaltsstatus liegen kaum statistische Daten vor. Es ist aber sehr wahrscheinlich, dass es regionale Schwerpunkte gibt, die unter anderem durch die geographische Nähe zu Nachbarländern oder durch die ortsspezifischen Arbeitsangebote bestimmt werden (Tolsdorf, 2008; Cyrus, 2004; Alt, 2003). Die vorhandenen Studien zeigen, dass es keinen einheitlichen sozialen Status gibt, sondern dass die Lebenssituationen vom Migrationsgrund und -weg abhängen. Schönwälder konstatiert, dass Migranten ohne regulären Aufenthaltsstatus nicht per se Menschen in Not sind, dass das Leben in der Illegalität aber durchaus mit Notlagen einhergehen kann (Schönwälder, 2004).

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Bevölkerungsgruppe der Menschen ohne Aufenthaltsstatus ebenso wie deren Lebenssituationen sehr heterogen sind und eine Verallgemeinerung zu kurz greift (Cyrus, 2004). Diese Personen können Männer, Frauen, ältere Menschen, Kinder jeden Alters und jeder Nationalität sein, die ihr Heimatland aus unterschiedlichen Beweggründen auf unterschiedlichen Wegen verlassen haben. Gemeinsam ist ihnen allerdings, dass der Zugang zu gesellschaftlichen Strukturen wie Arbeit, Bildung und Gesundheitsversorgung eingeschränkt ist, beziehungsweise ihnen verwehrt bleibt (Schönwälder, 2004).

1.3 Illegalität und Gesundheit

Ebenso vielfältig wie die sozialen und ethnischen Hintergründe der Menschen ohne Aufenthaltsstatus sind die gesundheitliche Situation und die damit verbundenen Schwierigkeiten im Falle von Erkrankungen.

Migration per se macht nicht krank, es gibt jedoch potentiell belastende Faktoren, die sich einzeln oder in Kombination negativ auf die Gesundheit auswirken können (Tolsdorf, 2008). Ob

diese Faktoren zu einer erhöhten Prävalenz und Inzidenz von bestimmten Erkrankungen bei Menschen ohne Aufenthaltsstatus führen, ist bisher wenig erforscht worden (Tolsdorf, 2008).

Waller stellt beim Vergleich zweier Beratungsstellen in Berlin und Rom fest, dass die diagnostizierten Krankheiten der Menschen ohne Aufenthaltsstatus denen der Allgemeinbevölkerung entsprechen. Es gibt allerdings eine größere Prävalenz von „armutsbezogenen Erkrankungen“, dazu gehören Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, HIV/AIDS und Hauterkrankungen (Waller, 2008). Ebenso werden Schwangerschaften und gynäkologische Beschwerden häufig als Konsultationsanlass angegeben (Malteser Migranten Medizin, 2005). Bei der Malteser Migranten Medizin in Köln waren Zahnerkrankungen das häufigste Problem. Arbeitsunfälle und gewaltsame Auseinandersetzungen können zu Verletzungen führen, die bei nicht fachgerechter Versorgung Entzündungen und orthopädische Beschwerden nach sich ziehen können. Weitere Gründe für muskuloskeletale Erkrankungen sind Arbeiten, bei denen Menschen schwerer körperlicher Anstrengung ausgesetzt sind (Tolsdorf, 2008).

Die Erfahrung von Mitarbeitern aus medizinischen Einrichtungen, die sich um die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus kümmern, hat gezeigt, dass psychische Beschwerden bei diesem Personenkreis in besonderem Maße auftreten. Diese können sowohl durch die aktuellen Lebensumstände als auch durch Traumata im Herkunftsland bedingt sein. Als belastend wird einerseits die unsichere Lebenssituation mit Angst vor Entdeckung beschrieben, andererseits können schlechte Arbeits- und Wohnverhältnisse zu Depressionen, Angstzuständen und psychosomatischen Beschwerden führen (Tolsdorf, 2008). Hierbei ist zu beachten, dass somatische Erkrankungen oft mit psychischen Problemen in einem komplexen Zusammenhang stehen und sich gegenseitig bedingen können. Vor allem im Bereich der psychosomatischen Krankheiten, die durch gastrointestinale und dermatologische Erkrankungen sowie durch Schmerzsyndrome zum Ausdruck kommen können, ist eine ätiologische Abgrenzung schwierig. Auch bei Patienten, die häufig einen Arzt konsultieren, ist die Diagnosefindung oft ein langwieriger Prozess (Tolsdorf, 2008).

Es wird vermutet, dass medizinische Hilfe von Menschen ohne Aufenthaltsstatus aus Unkenntnis über Behandlungsmöglichkeiten sowie aus Angst vor Denunziation häufig gar nicht oder erst verspätet in Anspruch genommen wird und dass dieses Hauptgründe für einen verlängerten Krankheitsverlauf und chronifizierte Beschwerden sind (Malteser Migranten Medizin, 2005; Institut für Menschenrechte, 2007).

Ein weiterer wichtiger Grund für die Nicht-Inanspruchnahme sind die Kosten für medizinische Behandlung. Theoretisch ist auch für Menschen ohne Aufenthaltsstatus eine Behandlung auf

Selbstzahlerbasis möglich, indem eine Arztrechnung privat bezahlt wird. Eine Kostenerstattung durch die Sozialämter entfällt damit zwar, allerdings werden auch keine Daten an die Behörden übermittelt. Häufig übersteigen teure Medikamente und Therapien die finanziellen Möglichkeiten von Menschen ohne Aufenthaltsstatus, so dass ein Arztbesuch so lange wie möglich vermieden wird (Tolsdorf, 2008). Unkenntnis über die Rechte auf medizinische Versorgung, vorhandene Parallelstrukturen, Sprachbarrieren und unterschiedliche Konzepte von Krankheit und Gesundheit können zusätzliche Hindernisse bei der Inanspruchnahme von medizinischer Hilfeleistung sein (Tolsdorf, 2008).

Über die Wege, die Menschen in der Illegalität im Krankheitsfall wählen, ist empirisch wenig bekannt. Eine selten genutzte Möglichkeit ist die Rückkehr ins Heimatland, in dem manchmal sogar Krankenversicherungsschutz besteht. Diese Reisen sind mit Kosten verbunden und eine anschließende Rückkehr nach Deutschland schwierig. Vermutlich wird diese Möglichkeit eher von Menschen genutzt, deren Heimatland sich nah am Migrationsland befindet (Cyrus, 2004).

Bei leichteren Erkrankungen werden Beschwerden am Anfang so lange wie möglich ignoriert, Medikamente rezeptfrei in Apotheken gekauft oder es wird mit aus dem Heimatland geschickten Medikamenten selbst behandelt. Bei Verschlimmerung der Beschwerden wird als nächste Stufe Rat von Freunden, Laienmedizinern oder heilkundigen Bekannten im sozialen Netzwerk eingeholt (Cyrus, 2004). Manche Patienten haben Kontakt zu einem Arzt im Heimatland, der durch eine telefonische Beratung mögliche Behandlungsmethoden vorschlägt (Tolsdorf, 2009). Wird ein Arztbesuch unausweichlich, so wird die Möglichkeit, sich unter falschem Namen behandeln zu lassen, genutzt zum Beispiel mittels einer geliehenen Krankenkassenkarte. Im Zuge der vermehrten Datenspeicherung kann dieser Krankenkassenkartenbetrug allerdings unangenehme Folgen für den eigentlichen Besitzer der Krankenkassenkarte haben (Tolsdorf, 2009). Es wird auch von Fällen berichtet, in denen die medizinische Behandlung aus Angst vor Verdienstausschluss nicht lange genug durchgeführt wird (Rinderer, 2009).

In vielen Großstädten Deutschlands und der Schweiz gibt es mittlerweile medizinische Anlaufstellen, in denen Menschen ohne Krankversicherung und ohne Aufenthaltsstatus anonym und kostenlos ambulant behandelt oder an kooperierende niedergelassene Ärzte weitervermittelt werden. Ein großes Problem stellt jedoch die Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthaltes dar. Die Kosten, die dann möglicherweise auf Privatzahler zukommen, können immens sein. Es gibt zwar einige Krankenhäuser, die Kooperationen mit medizinischen Hilfsprojekten eingehen und Behandlungen zu einem günstigeren Tarif oder auf Ratenzahlung aushandeln. Viele

Krankenhäuser verweigern diese Behandlung jedoch aus Angst vor finanziellen Einbußen oder aus Angst davor, zum Anziehungspunkt zu werden (Tolsdorf, 2009). Die Erfahrung zeigt allerdings, dass sich viele Personen ohne Aufenthaltsstatus trotz der Notwendigkeit nicht in stationäre medizinische Behandlung zwecks elektiver Eingriffe begeben. Eine Notfallversorgung ist in der Regel gewährleistet, Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus setzen sich bei Krankenhausaufenthalten jedoch in besonderem Maße dem Risiko der Entdeckung aus (Tolsdorf, 2008). Zwecks Kostenübernahme der Behandlung wenden sich die Krankenhäuser an die Sozialämter. Mit der Kenntnismeldung über den Aufenthalt einer Person ohne Aufenthaltsstatus wird die Ausländerbehörde informiert und ein Abschiebungsprozess kann initiiert werden.

1.4 Die rechtliche Lage in Deutschland

Die aktuelle Migrationssituation in der Bundesrepublik Deutschland ist durch verschiedene Zuwanderungsformen vornehmlich seit Mitte des 20. Jahrhunderts geprägt. Migranten wurden zum Beispiel als Gastarbeiter aus Mittelmeerländern angeworben. Deren Familienangehörige zogen häufig mit zeitlicher Verzögerung nach. Andere kamen als Spätaussiedler nach Deutschland oder als jüdische Kontingentflüchtlinge aus Russland und der Ukraine. Auch die Aufnahme von Asylbewerbern und Flüchtlingen hat die Struktur der Migrationsbevölkerung in Deutschland geprägt (Clandestino, 2009).

Mittlerweile sind 8,8% der Bevölkerung Menschen ausländischer Herkunft, dies entspricht rund 7,2 Millionen Menschen.

Die Schätzungen zum Ausmaß der illegalen Migration rangieren zwischen einer Untergrenze von 100 000 und einer Obergrenze von einer Million (Bundesministerium des Inneren, 2007). Für die Stadt München werden Zahlen zwischen 30 000 und 50 000 genannt. In den letzten Jahren wurde ein Rückgang der illegalen Migration beobachtet. Als Gründe für diesen Rückgang werden die EU-Osterweiterungen der Jahre 2004 und 2007 genannt. Zusätzlich hat sich die wirtschaftliche Situation in Deutschland in den letzten Jahren weniger stark entwickelt als in anderen europäischen Staaten und die Zahl der weltweiten Flüchtlinge ist insgesamt rückläufig (Bundesministerium des Inneren, 2007).

Auch wenn das Thema der illegalen Migration seit Mitte der 1990er Jahre öffentlich diskutiert wird, ist der Forschungsstand zu diesem Thema lückenhaft (Institut für Menschenrechte, 2007). Es wird vermutet, dass die nationale Zusammensetzung einem Wandel unterliegt, der auf dynamischen Veränderungen der politischen und ökonomischen Situationen in den

Herkunftsländern beruht. Bisher kommen Menschen ohne Aufenthaltsstatus häufig aus osteuropäischen Ländern und aus Staaten, mit denen die Bundesrepublik Deutschland durch Migrationsbeziehungen verbunden ist. Dazu gehören beispielsweise die Türkei, Russland, die Ukraine und Vietnam. Ein weiterer Teil kommt aus wirtschaftlich unsicheren Regionen wie China sowie Staaten Afrikas und Lateinamerikas (Bundesministerium des Inneren, 2007; Clandestino, 2009).

Laut Cyrus liegt der Schwerpunkt der Altersstruktur zwischen 20 und 40 Jahren, es leben aber auch Kinder und ältere Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland (Cyrus, 2004).

Es wird angenommen, dass mehr Männer als Frauen ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland leben, das Geschlechterverhältnis in einzelnen Regionen hängt jedoch von den Beschäftigungsmöglichkeiten ab. Demnach leben mehr Frauen ohne Aufenthaltsstatus in westdeutschen Städten, wo eine stärkere Nachfrage nach Pflegekräften und privaten Haushaltshilfen besteht (Bundesministerium des Inneren, 2007).

Ausländer benötigen für den Aufenthalt in Deutschland einen gültigen Pass. Der Aufenthaltstitel wird ihnen in Form eines Visums, einer befristeten Aufenthaltserlaubnis, einer unbefristeten Niederlassungserlaubnis, welche zu einer Einbürgerung führen kann oder einer Erlaubnis zum Daueraufenthalt erteilt (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2008). Die unerlaubte Einreise beziehungsweise der unerlaubte Aufenthalt sind strafbar und werden mit einer Geldstrafe oder einer Freiheitsstrafe geahndet (§ 95 AufenthG).

Wenn Personen ohne Aufenthaltsstatus erkranken, stehen ihnen Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§ 1-§ 4 AsylbLG) zu. Der Umfang der Leistungen ist allerdings begrenzt, denn das zuständige Sozialamt übernimmt die Kosten nur bei akuten Erkrankungen, Schmerzzuständen und Schwangerschaft. Des Weiteren sind empfohlene Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen sowie die Bereitstellung von Heil- und Hilfsmitteln bei Erkrankungen und Schwangerschaft sichergestellt. Zahnärztliche Versorgung erfolgt nur im Einzelfall, wenn diese aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist. Als besonderer Kritikpunkt wird die Differenzierung zwischen akuten und chronischen Erkrankungen genannt, da sie unethisch ist und nicht dem Entscheidungs- und Behandlungsmuster des Versorgungssystems entspricht. Darüber hinaus ist eine sinnvolle Unterteilung nach diesen Kriterien bei vielen Krankheiten überhaupt nicht möglich (Institut für Menschenrechte, 2007).

Nach dem Strafgesetzbuch (§ 2 SGB VII) haben Menschen ohne Aufenthaltsstatus, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, bei einem Arbeitsunfall einen gesetzlichen Anspruch auf gesundheitliche Notversorgung. In der Realität werden illegal Beschäftigte jedoch meistens nicht

zur gesetzlichen Unfallversicherung angemeldet, da Arbeitgeber bei Übermittlung der Daten strafrechtliche Konsequenzen fürchten (Tolsdorf, 2008).

Die Möglichkeit der Inanspruchnahme von medizinischen Hilfeleistungen wird durch eine unklare Rechtslage erschwert. Laut § 87 Absatz 2 des Aufenthaltsgesetzes von 2005 sind öffentliche Stellen verpflichtet, Menschen ohne Aufenthaltserlaubnis an die Ausländerbehörde oder an Polizeibehörden spontan und ohne Aufforderung zu melden (Allenberg, 2009). Nach Offenbarung des Aufenthaltsstatus ist eine Abschiebung möglich. Verwirrung stiftet die Frage, was oder wer „öffentliche Stellen“ sind. Krankenhäuser privater Träger (zum Beispiel kirchliche Krankenhäuser) sind vom „Gesetz der Übermittlungspflicht“ ausgenommen, auch wenn sie öffentlich bezuschusst werden. Ärzte und medizinisches Personal unterliegen generell der Schweigepflicht und sind nicht zur Weitergabe von Daten berechtigt beziehungsweise verpflichtet (Allenberg, 2009).

Da die Kosten der medizinischen Behandlung in einem Krankenhaus nur bei Übermittlung von personenbezogenen Daten an die Sozialämter übernommen werden, herrscht Unklarheit über die Reichweite der Schweigepflicht und lange wurde eine Debatte um Übermittlungspflicht und Schweigepflicht der Krankenhausverwaltungen geführt (Allenberg, 2009).

Die Rechtsprechung hat ergeben, dass die Schweigepflicht auch für Angestellte der Krankenhausverwaltungen als berufsmäßige Gehilfen des medizinischen Personals gilt. Dieser Geheimschutz überträgt sich seit Neustem auch auf die Sozialämter, die ihrerseits keine Meldung an die Ausländerbehörden machen müssen (Allenberg, 2009). Eine Durchbrechung der verlängerten Schweigepflicht ist nur in zwei Fällen möglich. Im ersten Fall muss eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit von dem Patienten ausgehen, im zweiten Fall muss ein Drogenkonsum und ein fehlender Wille zur Rehabilitationsbehandlung vorliegen (Allenberg, 2009). Diese Einschränkung der Übermittlungspflicht gilt seit dem 30.10.2009 und wird als Fortschritt gewertet, obwohl von verschiedenen Organisationen weiterhin die komplette Abschaffung des „Übermittlungsparagraphen“ gefordert wird (Büro für medizinische Flüchtlingshilfe, 2006).

Der Paragraph 96 des Aufenthaltsgesetzes wurde ursprünglich zur Ahndung von Menschenhandel formuliert. Der sogenannte „Schlepper- oder Schleuserparagraph“ besagt, dass die „Beihilfe zur illegalen Einreise und zum illegalen Aufenthalt“ mit bis zu fünf Jahren Freiheitsstrafe geahndet werden kann. Welche Person sich in welcher Funktion strafbar machen kann, ist jedoch unklar (Tolsdorf, 2008). Durch dieses Gesetz wird der Handlungsspielraum von humanitären Helfern in dieser rechtlichen Grauzone eingeschränkt (Tolsdorf, 2008). In der Realität werden nur äußerst selten Strafverfahren eingeleitet, bisher sind keine rechtskräftigen

Verurteilungen bekannt. Allerdings kann die Möglichkeit, sich durch medizinische Behandlung eines Patienten ohne Aufenthaltsstatus strafbar zu machen, einen abschreckenden Effekt haben, besonders da Ärzte durch die Kriminalisierung von Hilfeleistungen Angst vor rechtlichen Konsequenzen haben (Tolsdorf, 2008). Es stellt sich die Frage, warum es praktisch zu keiner Bestrafung kommt. Eine Erklärungsmöglichkeit ist, dass bei Bestrafung von Mitarbeitern von medizinischen Anlaufstellen mehr Probleme auf das reguläre Gesundheitssystem zukommen, die bisher inoffiziell durch Parallelstrukturen aufgefangen wurden (Rinderer, 2009).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Menschen ohne Aufenthaltsstatus zwar einen theoretischen Anspruch auf medizinische Teilversorgung haben, die tatsächliche Inanspruchnahme jedoch von vielen Faktoren abhängt und letztendlich mit der Aufdeckung des Aufenthaltsstatus einhergeht.

1.5 Die rechtliche Lage in der Schweiz

Illegale Migration ist in der Schweiz kein neues Phänomen. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts wandelte sich die Schweiz von einem Agrarstaat zu einem Industriestaat, damit einher ging ein vermehrter Zuzug, vornehmlich von europäischen Migranten. Insbesondere ab den 1960er Jahren kamen viele Saisoniers aus südosteuropäischen Ländern in die Schweiz, denen es nicht erlaubt war, ihre Familien in die Schweiz nachzuholen (Achermann, 2003).

Man nimmt an, dass die Gruppe der Sans Papiers bis dahin sehr homogen war und sich aus unerlaubt nachgeholten Familienmitgliedern der Saisoniers und aus Arbeitern aus europäischen Ländern zusammensetzte. In den letzten zehn Jahren hat sich die Zusammensetzung jedoch aufgrund von verschärften Zuwanderungsbeschränkungen und einer wachsenden Zahl von Asylsuchenden verändert. Vor allem für Menschen aus nicht-EU-Staaten ist es schwieriger geworden, zwecks Arbeitssuche in die Schweiz einzureisen, es sei denn sie sind hochqualifiziert ausgebildet (Achermann, 2003).

Im Jahre 2008 lebten knapp 1,7 Millionen Migranten in der Schweiz, dies entspricht einem Bevölkerungsanteil von 22,1% (Bundesamt für Statistik, 2008). Es wird geschätzt, dass zwischen 80 000 und 300 000 Menschen ohne Aufenthaltsstatus in der Schweiz leben (Tolsdorf, 2008). Als realistische Zahl wird 100 000 genannt, allein für Zürich wird von 20 000 gesprochen, von denen die Hälfte in der Stadt Zürich, der andere Teil in der sogenannten Agglomeration lebt (Tolsdorf, 2008; Longchamp, 2005).

Experten schätzen, dass die Zahl der Menschen ohne Aufenthaltsstatus aufgrund von regressiver Migrationspraxis bei gleich bleibender Nachfrage nach Schwarzarbeitern in den nächsten Jahren

weiter steigen wird (Longchamp, 2005). Für andere Experten wiederum erscheint die Abnahme der Anzahl plausibel, da eine absehbare Liberalisierung des Zuzugs für Arbeitsmigranten aus nicht-EU-Ländern und weitere Freizügigkeitsabkommen mit neuen EU-Ländern kommen werden (Longchamp, 2005).

Auch wenn das Thema der Menschen ohne Aufenthaltsstatus in der Schweiz schon seit den 1970er Jahren in den Blickpunkt der Öffentlichkeit gerückt ist, beruht das Wissen über deren Zusammensetzung nur auf einzelnen regionalen Studien (Achermann, 2003).

Als Herkunftsregion wird an erster Stelle Lateinamerika genannt. Andere bedeutende Herkunftsgebiete sind das ehemalige Jugoslawien, Osteuropa und die Türkei, asiatische Länder wie Thailand und die Philippinen und afrikanische Staaten (Achermann, 2003). Es ist zu vermuten, dass es ortsspezifische Schwerpunkte bezüglich der Herkunft gibt, für Zürich werden als Herkunftsregionen Mittel- und Südamerika genannt (Longchamp, 2005).

Die Mehrheit der Menschen ohne Aufenthaltsstatus sind Frauen, die aufgrund von veränderten Arbeitsmöglichkeiten migrieren. Es wird vermutet, dass die Mehrzahl dieser Frauen trotz Arbeitsstelle keine Aufenthaltsgenehmigung erhält, da meist keine schriftlichen Arbeitsverträge vorliegen und Arbeitgeber ihre Unterstützung verweigern. Für Zürich wird ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Männern und Frauen ohne Aufenthaltsstatus beschrieben (Achermann, 2003).

Es herrscht Einigkeit darüber, dass Menschen ohne Aufenthaltsstatus in der Schweiz vor allem zwischen 20 und 40 Jahre alt sind, es aber durchaus auch ältere Menschen und Kinder gibt (Achermann, 2003).

Das Aufenthaltsrecht in der Schweiz setzt sich aus verschiedenen Bestandteilen zusammen. Es gibt die Niederlassungsbewilligung, eine Aufenthalts- sowie Kurzaufenthaltsbewilligung sowie Asyl. Der Großteil der Migranten besitzt eine Niederlassungsbewilligung und kommt aus Staaten der Europäischen Union (Bundesamt für Gesundheit, 2007). Asyl wurde vornehmlich Menschen aus Afrika, Asien, dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei gewährt (Bundesamt für Gesundheit, 2007).

Das Geschlechterverhältnis variiert in Bezug auf den Aufenthaltsstatus erheblich. Insbesondere im Asylbereich (76,5%) und bei der Kurzaufenthaltsbewilligung sowie der günstigsten Kategorie der Niederlassungsbewilligung überwiegen die Männer. Frauen haben generell weniger gut gesicherte Aufenthaltsbewilligungen, da sich diese häufig nur über einen begrenzten Zeitraum von einem Jahr erstrecken (Bundesamt für Gesundheit, 2007).

In der Schweiz stellen die illegale Einreise und der illegale Aufenthalt laut § 3 des Bundesgesetzes über den Aufenthalt und die Niederlassung von Ausländern (ANAG) ein strafrechtliches Vergehen dar, das mit Geldstrafen, Haftstrafen, Abschiebung und Einreisesperren geahndet werden kann. Die rechtliche Situation ist nicht einheitlich organisiert, sondern sie wird in den einzelnen Kantonen unterschiedlich geregelt. Die Zuständigkeiten sind auf unterschiedliche Ebenen verteilt und werden auf Schweizer Bundesebene oder kantonaler Ebene geregelt (Tolsdorf, 2008).

In der Schweiz haben Migranten ohne Aufenthaltsstatus verschiedene Rechte und Pflichten in der Gesellschaft, auch wenn der Aufenthalt gegen das Ausländerrecht verstößt (Acher mann, 2003). Migranten sind verpflichtet in die Alters-, Invaliden- und Arbeitslosenversicherung einzuzahlen. Sie haben im Bedarfsfall das Recht, die ihnen zustehenden Leistungen zu beziehen. Auch im Falle eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit wäre theoretisch die Unfallversicherung zuständig, allerdings verfügen die wenigsten Menschen ohne Aufenthaltsstatus über solche Versicherungen (Acher mann, 2003; Tolsdorf, 2008). Die Sozialversicherungsbehörden unterliegen der Schweigepflicht (Tolsdorf, 2008).

Artikel 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung besagt, dass alle Personen, die in der Schweiz wohnen, eine obligatorische Krankenversicherung abschließen müssen. Dazu reicht die Angabe des Namens, des Geburtsdatums und einer Kontaktadresse. Ihrerseits müssen Schweizer Krankenkassen alle Personen in die Grundversicherung aufnehmen. Das Gesetz schreibt vor, dass Prämienverbilligungen angeboten werden müssen und mit den Versicherern ausgehandelt werden können. Die Umsetzung dieses Gesetzes variiert jedoch stark innerhalb der Schweiz und die Aufnahme in eine Krankenversicherung ist je nach Kanton für Menschen ohne Aufenthaltsstatus unterschiedlich schwer bis unmöglich (Tolsdorf, 2008).

Artikel 12 der Schweizer Verfassung garantiert jeder Person unabhängig vom Aufenthaltsstatus ein Anrecht auf Nothilfe. Diese umfasst neben dem Anspruch auf Nahrung, Wohnung und Kleidung auch medizinische Versorgung. Laut § 128 des Strafgesetzbuchs wird die Unterlassung auf Nothilfe mit Geld- bis hin zu Haftstrafen geahndet. Gleichzeitig besteht für Krankenhäuser eine Behandlungspflicht (Acher mann, 2003; Schweizerisches Rotes Kreuz, 2007).

Auch wenn es den „Denunziationsparagrafen“ in der Form wie er in Deutschland formuliert ist, in der Schweiz nicht gibt, müssen Behörden Daten an die Ausländerpolizei weiterleiten. Dazu gehören alle Polizei- und Gerichtsbehörden. In den Kantonen Zürich und Genf gelten ähnliche Regelungen für alle Behörden, wenn sie von strafrechtlichen Vergehen erfahren (Acher mann,

2003). Anders als in Deutschland haben Ärzte, Krankenhäuser und Sozialämter keine Übermittlungspflicht von persönlichen oder medizinischen Daten, sondern sie unterliegen der Schweigepflicht. Ähnlich wie in Deutschland gibt es in der Schweiz einen Paragraphen (Artikel 23 des ANAG, Bundesgesetzes über den Aufenthalt und die Niederlassung von Ausländern), der die Unterstützung von Menschen in der Illegalität kriminalisiert, jedoch scheint es diesbezüglich keine Strafverfahren zu geben (Tolsdorf, 2008).

Auch in der Schweiz führen diese rechtlichen Unklarheiten zu Verunsicherung bezüglich der Straffreiheit und dem Schutz vor Denunziation, so dass die Lage von Menschen ohne Aufenthaltsstatus trotz einiger Vorteile gegenüber Deutschland unsicher ist (Achermann, 2003).

Neben den spezifischen Bestimmungen des deutschen und schweizer Rechtssystems gelten für alle Menschen unabhängig von ihrem rechtlichen Status die internationalen Menschenrechte (Institut für Menschenrechte, 2007). Der Staat und die Gesellschaft haben die Verpflichtung, Menschen in prekären Lebenslagen zu schützen und sie bei der Inanspruchnahme ihrer Rechte zu unterstützen. Aus dem gesetzlich verankerten Anspruch auf „körperliche Unversehrtheit“ folgt, dass jedem Menschen - ob mit oder ohne Aufenthaltsstatus - uneingeschränkter Zugang zu medizinischer Versorgung ermöglicht werden muss (Institut für Menschenrechte, 2007).

Diese Menschenrechte werden durch verschiedene internationale Abkommen der Vereinten Nationen geschützt. Im Wesentlichen daran beteiligt sind der internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte („UN-Sozialpakt“ ICESCR - International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), das Internationale Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung (ICERD – International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination) und das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW - Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women) (Institut für Menschenrechte, 2007). Diese Abkommen sind rechtsbindend und können mittels innerstaatlicher Rechtsmittel oder vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte eingeklagt werden (Achermann, 2003).

1.6 Belastung durch Migration

Migration beinhaltet Chancen und Risiken (Robert Koch Institut, 2008). Laut Faltermaier lassen sich Risikofaktoren der Migration in drei Ebenen voneinander abgrenzen. Die Ebene der ethnischen Zugehörigkeit umfasst die soziale Identität mit Sprache, Geschichte und

Gewohnheiten einer ethnischen Gruppe in Bezug auf Deutung und Bewältigung von Konflikten sowie kulturell geprägtem Gesundheitsverständnis (Faltermaier, 2001).

Die zweite Ebene ist die des Migrationsprozesses. Dazu gehören Verfolgung im Heimatland, Krieg und Flucht, deren physische und psychische Folgen sowie allgemeine Lebensbedingungen im Herkunftsland. Als letzte Ebene wird die soziale Lage genannt, die sich auf den ökonomischen Status bezieht.

Diese Risikofaktoren treffen für Menschen mit und ohne Aufenthaltsstatus zu. Versteckt lebende Migranten sind aber zusätzlichen Stressoren ausgesetzt (Tolsdorf, 2008).

Ein nicht geregelter Aufenthaltsstatus und die daraus resultierende unsichere Lebenssituation mit Angst vor Entdeckung und Ausweisung stellt eine erhebliche Belastung für Betroffene dar. Diese Dauerbelastung führt dazu, dass kaum ein „normales“ Leben möglich ist, da alle wichtigen Lebensbereiche, wie zum Beispiel Arbeit, Familie und die psychische und physische Gesundheit betroffen sind (Traber, 2008).

Da keine Arbeitserlaubnis besteht, leben viele Menschen ohne Aufenthaltsstatus in einer unsicheren ökonomischen Situation. Um überhaupt den Lebensunterhalt zu verdienen, werden Arbeitsverhältnisse eingegangen, die ohne rechtliche Absicherung sind, häufig müssen gesundheitsschädliche Arbeiten verrichtet werden. Viele Personen sind von Niedriglöhnen, langen Arbeitszeiten, fehlendem Kündigungsschutz und Diskriminierung betroffen (Traber, 2008).

Die Wohnsituation ist oftmals prekär, viele Betroffene leben bei Bekannten auf beengtem Raum oder ziehen aus Angst vor Entdeckung häufig um. Diese instabilen Lebensverhältnisse können zur Minimierung der Sozialkontakte bis hin zur Isolation führen (Tolsdorf, 2008). Da Kinder besonderen Schutz benötigen, müssen zusätzliche Hürden überwunden werden, wenn Menschen mit Kindern zusammenleben. Kinder müssen zur Schule gehen und individuell gefördert werden, was in einer schwierigen Lebenssituation schnell vernachlässigt werden kann (Traber, 2008).

In der soziodemographischen Forschung wird von dem sogenannten „healthy migrant effect“ gesprochen. Er beschreibt die Tatsache, dass Migranten trotz sozioökonomischer Nachteile eine geringere Morbidität haben als die einheimische Bevölkerung (Kohls, 2008). Ursache ist, dass überwiegend junge arbeitsfähige Menschen migrieren, deren Gesundheitszustand überdurchschnittlich gut ist (Kohls, 2008). In der Anfangsphase der Migration kommt der Gesundheitsvorteil noch zum Tragen, durch einen längeren Aufenthalt im Zielland werden die bereits genannten Faktoren den Gesundheitszustand jedoch belasten. Hier wird vor allem der eingeschränkte Zugang zum Gesundheitssystem genannt (Kohls, 2008).

1.7 Medizinische Projekte zur Unterstützung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus

Da das reguläre Gesundheitssystem in Deutschland und der Schweiz Menschen ohne Aufenthaltsstatus nur eingeschränkt und nur unter bestimmten Voraussetzungen medizinische Behandlung im Krankheitsfall bietet, haben sich zivilgesellschaftliche Parallelstrukturen mit dem Ziel gebildet, diesen Menschen den Zugang zu medizinischer Versorgung zu ermöglichen. In vielen Großstädten, wie beispielsweise München, Berlin und Zürich gibt es Initiativen wie das Projekt „open.med“ von „Ärzte der Welt“, das unabhängige Projekt „Medibüro“ und „Meditrina“ von „Ärzte ohne Grenzen“, die jeweils unterschiedliche Konzepte verfolgen.

Die meisten Projekte bieten die Möglichkeit einer Beratung und Behandlung vor Ort. Eine Weitervermittlung an kooperierende Fachärzte und Krankenhäuser ist möglich.

Im Folgenden werden zwei ausgewählte Projekte kurz dargestellt, das Projekt „open.med“ in München sowie das Projekt „Meditrina“ in Zürich.

Das Projekt „open.med“ in München bietet anonym und kostenfrei medizinische, psychosoziale und rechtliche Beratung an. Die Anlaufstelle besteht seit September 2006 und arbeitet mit dem Café 104 des Flüchtlingsrats München eng zusammen. Zweimal in der Woche findet eine Sprechstunde statt, die von ehrenamtlichen Mitarbeitern betreut wird. Es besteht zudem eine Telefonhotline, die täglich verfügbar ist. In den Räumlichkeiten des Projekts wird eine medizinische Grundversorgung angeboten, bei Bedarf erfolgt eine Vermittlung an Fachärzte und andere Anbieter von Gesundheitsleistungen, die ebenfalls ehrenamtlich arbeiten. In diesem Netzwerk waren im Juni 2006 mehr als 60 Teilnehmer organisiert.

Das Projekt „Meditrina“ bietet seit Januar 2006 in Zürich medizinische Hilfe für Menschen ohne Papiere an. Die basismedinische Beratung und Behandlung erfolgen kostenlos, für eine Weitervermittlung innerhalb eines Ärzte- und Gesundheitsnetzwerks wird ein Unkostenbeitrag entsprechend den finanziellen Möglichkeiten erhoben. Es gibt verschiedene fest angestellte Mitarbeiter, unter anderem zwei Pflegefachkräfte, einen Arzt und einen Sozialarbeiter für soziale und rechtliche Beratung. Die Sprechstunde findet jeden Tag statt.

Die Mitarbeiter der verschiedenen Organisationen verfassen regelmäßig Berichte über die Tätigkeit, die zum Teil auf sozialen und medizinischen Datenerhebungen oder Interviews mit Patienten der Projekte basieren.

1.8 Stand der Forschung

Im Gegensatz zu den USA, den Niederlanden oder Großbritannien ist das Thema der illegalen Migration in Deutschland erst seit Mitte der neunziger Jahre in den öffentlichen Blickpunkt gerückt (Cyrus, 2004). Mittlerweile wird das Thema multidisziplinär von Vertretern der Politik und Justiz, Ökonomen, vor allem aber von Soziologen, Ethnologen und Demographen diskutiert. Über die Situation der Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland und der Schweiz gibt es jedoch bisher keine systematischen empirischen Untersuchungen.

Die vorhandenen Berichte befassen sich schwerpunktmäßig mit unterschiedlichen Lebensbereichen wie den sozialen und ökonomischen Verhältnissen, der Arbeitssituation und der Bildung (Tolsdorf, 2008). Die gesundheitliche Versorgung findet bisher meist nur als Unterpunkt Erwähnung. Schönwälder bemerkt explizit, dass es keine systematischen Erkenntnisse über die tatsächliche gesundheitliche Situation dieser Menschen ohne Aufenthaltsstatus gibt (Schönwälder, 2004).

Dies liegt unter anderem daran, dass diese Gruppe eine schwer zugängliche Forschungspopulation darstellt. Es handelt sich um eine sogenannte „hidden population“. Vogel beschreibt die Bevölkerungsgruppe als „klein, schwer lokalisierbar und mit Anreizen zu bewusst falschen oder irreführenden Antworten ausgestattet (...)“ (Vogel, 2003). Diese Tatsache erschwert vor allem die Erhebung von quantitativen Daten zu Studienzwecken (Schönwälder, 2004).

Die bisherigen Untersuchungen zum Thema sind vor allem qualitativer Natur. Anhand von semistrukturierten Interviews und informellen Gesprächen werden Einzelschicksale beschrieben, welche die individuelle Lebenssituation, die Migrationsgründe und Probleme darstellen (Schönwälder, 2004).

In der Literatur finden sich Situationsanalysen von Behörden, Kirchen und Nicht-Regierungs-Organisationen (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2006; Malteser Migrantinnen Medizin, 2005; Institut für Menschenrechte, 2007). Bei einseitiger Betrachtung besteht die Gefahr, dass die reale Situation nicht objektiv, sondern der jeweiligen Zielsetzung der Organisation entsprechend subjektiv bewertet und damit verzerrt dargestellt wird (Schönwälder, 2004).

Die Lage in Großstädten ist etwas besser erforscht, Beobachtungsstudien zur Situation von Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Leipzig (Alt, 2005), München (Anderson, 2003), Frankfurt am Main (Krieger, 2006b) oder Hamburg (Vogel, 2009b) zeichnen ein vergleichbar detailliertes Bild, die vorhandenen Analysen bleiben jedoch Momentaufnahmen.

1.9 Fragestellungen

Es besteht großer Forschungsbedarf hinsichtlich der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus (Institut für Menschenrechte, 2007). Bisherige Studien über den Umfang und die Zusammensetzung der Gruppe der Menschen ohne Aufenthaltsstatus und der medizinischen Versorgung befassen sich aber nur unzureichend mit dem Gesundheitsstatus. Fundierte Kenntnisse über das Erkrankungsspektrum und die Behandlungen der Menschen ohne Aufenthaltsstatus existieren nicht.

Um ein besseres Bild über die Gruppe der Menschen ohne Aufenthaltsstatus in München und in Zürich zu erhalten und um deren spezifische „Gesundheitsprobleme“ im Allgemeinen sowie Gründe für das Aufsuchen medizinischer Versorgungsstellen zu untersuchen, wurden in der vorliegenden Studie alle Patientenakten aus zwei medizinischen Anlaufstellen für Menschen ohne Krankenversicherung beziehungsweise ohne Aufenthaltsstatus in München und in Zürich ausgewertet.

1.) Die folgenden spezifischen Fragestellungen zur Soziodemographie wurden in der vorliegenden Arbeit untersucht:

Wie viele der ambulant versorgten Patienten der medizinischen Anlaufstellen in Deutschland und der Schweiz leben in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität?

Wie setzt sich die Gruppe der Patienten ohne Aufenthaltsstatus nach soziodemographischen Merkmalen wie Geschlecht, Alter und Herkunftsland zusammen?

Wie viele Patienten der beiden Anlaufstellen sind nicht krankenversichert und welche Zugangsbarrieren zum regulären Gesundheitssystem werden von Patienten ohne Aufenthaltsstatus genannt?

Woher bekommen die Patienten Informationen über die medizinischen Anlaufstellen?

2.) Zur Beurteilung des Erkrankungsspektrums und der Erst- und Weiterbehandlung wurden folgende Fragen untersucht:

Wie setzt sich das Krankheitsspektrum der Patienten der medizinischen Anlaufstellen in Deutschland und der Schweiz zusammen? Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede?

Ist eine Behandlung in den Projekträumen möglich oder müssen die Patienten an einen Facharzt überwiesen werden?

2. Methoden

2.1 Studiendesign und Untersuchungszeitraum

Diese Arbeit beruht auf einer retrospektiven Auswertung aller Patientenakten des Zeitraums von Januar 2007 bis Juni 2008. Die Daten wurden durch medizinisches Personal im Rahmen der sozialen und medizinischen Anamnese in zwei primärärztlichen Anlaufstellen erhoben. Beteiligt waren das Projekt „open.med“ von „Ärzte der Welt“ in München und das Projekt „Meditrina“ von „Ärzte ohne Grenzen“ in Zürich. Diese Datensätze wurden nach Bearbeitung vergleichend ausgewertet.

2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

In die Datenauswertung wurden alle Patienten eingeschlossen, die in dem Zeitraum von Januar 2007 bis Juni 2008 die Anlaufstellen erstmalig mit medizinischen Anliegen aufgesucht haben. Ausgeschlossen wurden Personen, die ausschließlich zur sozialen und/oder juristischen Beratung kamen. Mehrfachkonsultationen wurden ausgeschlossen und jeweils nur der Erstkontakt ausgewertet. Die Datensätze von Patienten, die entweder nur den sozialen oder nur den medizinischen Teil beinhalteten, wurden ebenfalls aus der statistischen Auswertung ausgeschlossen.

2.3. Datenerhebung und Dokumentation

2.3.1 Datendokumentation in der Anlaufstelle „open.med“ in *München*

Die Datendokumentation in der medizinischen Anlaufstelle verlief in zwei Schritten. Die Patienten suchen die Projekte während der Sprechstunde auf. Bevor sie in die Behandlungsräume gelangen, wurden die aktuellen Beschwerden von einem Mitarbeiter handschriftlich dokumentiert, bei Erstkonsultation wurde darüber hinaus eine soziale Anamnese anhand eines Fragebogens erhoben. Dieser Fragebogen wurde innerhalb des Projekts in Arbeitsgruppen

entworfen und bei wiederholter Konsultation aktualisiert. Er beinhaltete das Konsultationsdatum, das Alter, das Geburtsdatum und das Geschlecht des Patienten. Anschließend wurden die Patienten zu ihrer Herkunft, ihren Deutschkenntnissen, dem Aufenthaltsstatus, dem Vorliegen einer Krankenversicherung und ihrem Anliegen befragt. Des Weiteren wurden soziale Hintergründe wie die Wohnsituation, der Erwerb des Lebensunterhalts, die finanzielle Situation, die Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem und die Informationsgewinnung über das Projekt erfasst.

Je nach Art des Anliegens wurde die Person entweder zur sozialen und/oder zur juristischen Beratung in angrenzende Räume geschickt. Lagen gesundheitliche Probleme vor, so wurde der Patient von einem Arzt im Behandlungszimmer erwartet. Hier begann der medizinische Teil der Anamnese, welche aktuelle Beschwerden und die Krankengeschichte umfasste. Nach eingehender Untersuchung wurde der Befund dokumentiert und eine Verdachtsdiagnose gestellt. Diese Diagnosen wurden nach medizinischen Fachdisziplinen und nicht nach ICD 10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten 10. Revision) klassifizierten Diagnosen erfasst. Anschließend wurde ein Behandlungsplan entworfen und dokumentiert, welcher entweder eine Behandlung vor Ort oder eine Überweisung zum Facharzt vorsah. Medikamente wurden gegebenenfalls aus einem Spendenpool ausgegeben. Bei der Weitervermittlung an einen Facharzt wurden Ärzte, die im Netzwerk organisiert sind, kontaktiert und ein Termin vereinbart.

2.3.2 Datenerhebung bei „open.med“ in München

Die handschriftlichen Aufzeichnungen wurden nach dem Patientenkontakt von einem Mitarbeiter des Projekts in zwei verschiedene Microsoft-Excel Tabellen übertragen, eine Tabelle für soziodemographische, eine andere für medizinische Parameter. Alle Daten wurden pseudonymisiert und mit einer Nummer von eins aufsteigend versehen.

Die einzelnen Daten zu Patienten wurden als Variablen in Spalten geschrieben, jeder Patientenkontakt wurde untereinander in Zeilen eingetragen. Für die unterschiedlichen Variablen gab es drei verschiedene Dokumentationsarten. Die erste Gruppe waren kategoriale Variablen. Dazu gehörten Geschlecht, Herkunft, Altersgruppe, Wohnsituation, Zugangsbarrieren, Informationsgewinnung, Diagnosen und das weitere Vorgehen. Andere Fragen konnten mit Ja oder Nein beantwortet werden, wie Deutschkenntnisse, Aufenthaltsstatus, Krankenversicherung, Lebensunterhalt, finanzielle Unterstützung und Erforderlichkeit der Weiterbehandlung. Das

Konsultationsdatum, das Geburtsdatum, aktuelle Beschwerden, die Krankheitsgeschichte und der Untersuchungsbefund wurden als Freitext eingegeben.

	A	B	C	D	E	F
1	Nr.Krankenakte	DatumKonsultation	Geburtsdatum	Geschlecht	BeschwerdenPatienten	Diagnose
2	xxx	xxx.2007	xxx.1978	weiblich	Rückenschmerzen LWS	orthopädisch
3	xxx	xxx.2007	xxx.1972	männlich	Übelkeit und Erbrechen	gastro
4	xxx	xxx.2007	xxx.1968	weiblich	nach eigenen Angaben im 4. Monat	Schwangerschaft
5						
6						
7						
8						
9						

Abbildung 1: Dokumentation der soziodemographischen und medizinischen Parameter der medizinischen Anlaufstelle „open.med“ in München (Ausschnitt)

2.3.3 Datendokumentation im Projekt „Meditrina“ in Zürich

Die Datendokumentation in Zürich verlief ähnlich wie in München. Sie war ebenfalls in zwei Schritte unterteilt und umfasste eine soziale und eine medizinische Anamnese, die von zwei verschiedenen Personen durchgeführt wurden.

Zusätzlich zu den in München erhobenen soziodemographischen Daten wurden der Wohnort, die Aufenthaltsdauer und der Familienstand erfasst. Als zusätzliche medizinische Parameter wurden bisherige gesundheitliche Probleme seit Beginn des Aufenthalts in der Schweiz und bei Frauen das Datum der letzten gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung dokumentiert. Außerdem wurde als präventive Maßnahme ein kostenloser anonymer HIV-Test angeboten.

2.3.4 Datenerhebung bei „Meditrina“ in Zürich

Nach dem Patientenkontakt erfolgte die Übertragung der handschriftlichen Daten in eine Microsoft-Excel Tabelle. Die Patientendaten wurden ebenfalls pseudonymisiert von eins aufsteigend nummeriert.

Anders als in München waren die Antwortmöglichkeiten beziehungsweise die Untergruppen der Variablen in dieser Tabelle vorgegeben, um die Patientendaten möglichst einheitlich zu dokumentieren und die Eingabe von Freitexten soweit wie möglich zu reduzieren.

Jeder neue Patientenkontakt wurde in einer neuen Spalte dokumentiert. Die für den jeweiligen Patienten zutreffende Antwort wurde durch die Zahl eins in eine der in Spalten aufgelisteten Untergruppen markiert. Wenn es nötig war, konnten zusätzliche Informationen in Form eines Freitextes als Kommentar eingefügt werden.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1	September				xxx	xxx	xxx	xxx								
2	new clients				1		1	1								
3	old clients					1										
4	motiv for consultation		health problems information/social		1	1		1								
5			VCT				1									
6	Total of consultations				2	1		2								
8	new clients		age													
9			0 - 5													
10			>5 - 15					1								
11			16 - 25				1									
12			26 - 40					1								
13			41 - 60		1											
14			> 60													
15			no data													
15			sex													
16			F		1		1	1								
16			M			1										
17			domicile													
18			ZH city		1		1	1								
19			ZH canton													
20			other canton													
21			homeless			1										
21			no data													
22			Status				1									
23			CH residence permit					1								
24			Asylumseeker													
25			NEM													
26			Sans Papiers		1				1							
27			de pasage													
28			no data													
29			origin				1									
30			CH													
31			EU													
32			Estern Europe													
33			Maghreb													
34			SSA													
35			Latinamerica		1		1	1								
36			Middle East													
36			Asia													

Abbildung 2: Dokumentation der soziodemographischen und medizinischen Parameter der medizinischen Anlaufstelle „Meditrina“ in Zürich (Ausschnitt)

2.4 Datenmanagement

Im ersten Schritt der Datenbearbeitung wurden die Datensätze beider Projekte in eine einheitliche Form gebracht, damit diese in einem Microsoft-Excel Tabellenblatt zusammengefasst werden konnten.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde die Variante des Münchner Projekts als Vorlage gewählt, bei der die Patientendaten zeilenweise dokumentiert wurden.

Zunächst wurden die zwei Münchner Exceltabellen in einem Tabellenblatt zusammengefasst, indem die sozialen und medizinischen Daten anhand der Patientennummern zusammengefügt wurden.

Die Züricher Daten wurden so bearbeitet, dass sie der Münchner Vorlage entsprachen. Für jeden Monat lagen ein oder mehrere Tabellenblätter vor, die in einem Tabellenblatt zusammengefügt wurden.

Anschließend wurden die Züricher Daten in Microsoft-Excel transponiert, so dass sie der Münchner Version entsprachen. Die Variablen standen nun horizontal in Spalten, während die Patienteninformationen untereinander in Zeilen aufgelistet waren.

Das von der medizinischen Anlaufstelle „Meditrina“ in Zürich in einer separaten Exceldatei dokumentierte Geburtsdatum wurde für jeden Patienten einzeln in das Schweizer Gesamtdokument übertragen. Eindeutig zu identifizierende Übertragungsfehler wurden korrigiert (zum Beispiel Geburtsjahr 1082). Anhand des Konsultationsdatums und des Geburtsdatums konnte das aktuelle Alter in Microsoft-Excel errechnet werden.

Anschließend wurden alle Daten, die nicht mit in die Auswertung einfließen sollten, wie Mehrfachkonsultationen und unvollständige Akten, aus dem Tabellenblatt gelöscht und sämtliche Formatierungen aufgehoben.

Zu diesem Zeitpunkt bestanden zwei in separaten Exceltabellen gespeicherte Datensätze, die einheitlich formatiert waren, sich aber aufgrund der differierenden Dokumentationskriterien in Zürich und München inhaltlich unterschieden.

Um die Datensätze vergleichend auszuwerten, wurden die folgenden in beiden Projekten erhobenen Parameter in einheitliche Untergruppen unterteilt. Diese Masterdatei wurde als Vorlage für die Aufarbeitung der Datensätze genutzt.

Tabelle 1: Variablennamen und Kategorien der soziodemographischen und medizinischen Parameter

Parameter	Antwortmöglichkeit
Kontaktdatum	tt.mm.jjjj
Geburtsdatum	tt.mm.jjjj
Alter	Angabe in Jahren
Geschlecht	männlich weiblich keine Angabe
Altersgruppe	0-9 Jahre 10-19 Jahre 20-29 Jahre 30-39 Jahre 40-49 Jahre 50-59 Jahre Über 60 Jahre keine Angabe
Herkunft	Deutschland/Schweiz EU27 Osteuropa (nicht-EU) naher und mittlerer Osten Nordafrika Subsaharisches Afrika Lateinamerika Asien andere keine Angabe
Aufenthaltsstatus	ja nein keine Angabe
Krankenversicherung	ja nein keine Angabe

Medizinische Fachbereiche	Dermatologie Gynäkologie Schwangerschaft Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Innere Medizin Endokrinologie Gastroenterologie Infektiologie Kardiologie Onkologie Pneumologie Neurologie Ophthalmologie Orthopädie Psychiatrie Unfall-/Allgemeinchirurgie Urologie Zahnheilkunde andere keine Angabe
Behandlung	keine Weiterbehandlung Wiedereinbestellung Überweisung zum Facharzt Einweisung ins Krankenhaus andere (Apotheke, Labor, Physiotherapeut)
Zugangsbarrieren	keine Krankenversicherung finanzielle Schwierigkeiten administrative Schwierigkeiten keine Angabe
Informationen über das Projekt	Freunde, Bekannte Öffentliche Stellen, Sozialverbände Medien keine Angabe

Um die Datensätze mithilfe der Statistiksoftware SPSS (Version 16.0) auswerten zu können, wurde jedem Merkmal einer Variablen eine Zahl zugeordnet. Es wurden zusätzliche Spalten eingefügt und mit Wenn-Formeln kodiert. Bei einem männlichen Patienten wurde eine „1“ eingefügt, im Fall einer weiblichen Person eine „2“.

Bei komplexeren Variablen wie zum Beispiel der Diagnose wurde für jede Untergruppe eine Hilfsspalte in das Tabellenblatt eingefügt und ebenfalls mit Wenn-Formeln kodiert. Damit am Ende alle Zahlen in einer Spalte lückenlos untereinander stehen, wurde eine Spalte mit einer Summen-Formel kodiert. Nach diesem Prinzip wurde mit jeder einzelnen Variablen verfahren, bis schließlich alle Angaben in Textform durch Zahlen ersetzt waren.

Es lagen zwei Tabellenblätter vor, die zur Auswertung in das Programm SPSS 16.0 übertragen wurden. Zur Qualitätskontrolle der Dateneingabe wurden für jeden Monat des Untersuchungszeitraums Zufallsstichproben gezogen.

2.5 Statistische Methoden

Für alle kategorialen Parameter wurden Häufigkeiten (Prozentwerte) angegeben. Innerhalb des Patientenkollektivs in München und Zürich wurde jeweils die Gruppe von Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus mit der Gruppe der Menschen mit regulärem Aufenthaltsstatus verglichen. Gruppenunterschiede wurden auf statistische Signifikanz ($p < 0,05$) mittels des Chi-Quadrat-Tests untersucht. Kontinuierliche Variablen wurden auf Normalverteilung getestet und Gruppenunterschiede bei normalverteilten Daten mit dem t-Test, bei nicht-normalverteilten Daten mit dem Mann-Whitney-U-Test auf statistische Signifikanz ($p < 0,05$) getestet. Subgruppenunterschiede wurden durch Stratifizierung der Daten zum Beispiel nach Geschlecht untersucht. Alle statistischen Auswertungen erfolgten mit SPSS 16.0.

3. Ergebnisse

Von Januar 2007 bis Juni 2008 wurde die medizinische Beratungsstelle in München 336-mal kontaktiert. Nach Abzug der Mehrfachkonsultationen und der unvollständigen Akten verblieben 271 dokumentierte Patienten, die in die statistische Auswertung der vorliegenden Arbeit mit eingegangen sind. Von diesen Patienten besaßen 42 (15,5%) zum Zeitpunkt der Erhebung keinen Aufenthaltsstatus.

Die Züricher Anlaufstelle wurde im gleichen Zeitraum von 1189 Patienten aufgesucht. Von diesem Kollektiv wurden 576 Patientenkontakte ausgewertet. Insgesamt 313 (54,3%) von ihnen hatten zum Untersuchungszeitpunkt keinen regulären Aufenthaltsstatus.

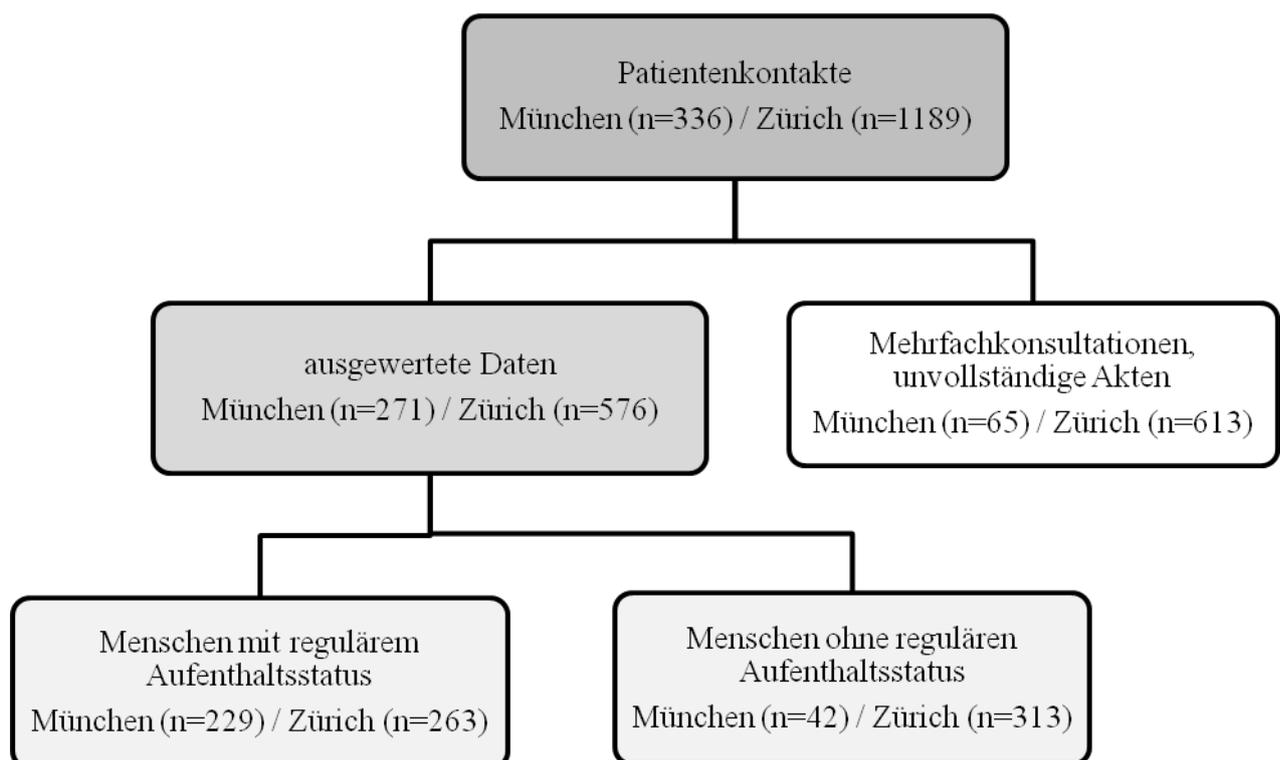


Abbildung 3: Aufteilung der Patientenkollektive der medizinischen Anlaufstelle „open.med“ in München und „Meditrina“ in Zürich nach Ein- und Ausschlusskriterien

Tabelle 2: Soziodemographische Merkmale der Patienten mit und ohne Aufenthaltsstatus in der medizinischen Anlaufstelle „open.med“ in München und „Meditrina“ in Zürich (Januar 2007 bis Juni 2008)

Merkmale	München (n=271)			Zürich (n=576)		
	Mit Aufenthaltsstatus (n=229)	Ohne Aufenthaltsstatus (n=42)	p-Werte	Mit Aufenthaltsstatus (n=263)	Ohne Aufenthaltsstatus (n=313)	p-Werte
Geschlecht (%)						
Frauen	62,9	73,8	0,173	59,7	67,1	0,066
Männer	37,1	26,2		40,3	32,9	
Alter (MW ± SD)¹	35,6 ± 17,3	30,9 ± 14,3	0,211	34,1 ± 13,9	34,7 ± 11,2	0,219
Herkunft (%)²			< 0,001			< 0,001
Deutschland/Schweiz	3,1	0		12,1	0	
Europa (EU 27)	52,0	4,9		13,7	2,9	
Osteuropa (nicht-EU)	13,7	22,0		4,7	7,3	
Naher und mittlerer Osten	3,5	4,9		3,1	1,6	
Lateinamerika	8,8	39,0		44,9	68,4	
Nordafrika	2,6	7,3		1,6	3,2	
Subsahara	11,0	17,1		13,3	9,6	
Asien	5,3	4,9		5,1	6,1	
Andere	0	0		1,6	1,0	
Krankenversicherung (%)³			0,005			< 0,001
Ja	16,2	0		50	4,8	
Nein	83,8	100	50	95,2		
Information (%)⁴			0,912			0,095
Freunde, Bekannte	29,1	29,0		58,6	67,9	
Öffentliche Stellen, Sozialverbände	66,3	64,5		7,3	5,9	
Medien	4,7	6,5	34,1	26,1		
Zugangsbarrieren (%)⁵			< 0,001			< 0,001
keine Krankenversicherung	16,6	88,1		63,3	71,4	
finanzielle Schwierigkeiten	66,8	7,1		18,1	21,7	
administrative Schwierigkeiten	16,6	4,8	18,6	6,9		

¹ Die Werte beziehen sich für München auf 247 und für Zürich auf 528 Patienten.

² Die Werte beziehen sich für München auf 268 und für Zürich auf 569 Patienten.

³ Die Werte beziehen sich für Zürich auf 256 Patienten.

⁴ Die Werte beziehen sich für München auf 203 und für Zürich auf 507 Patienten.

⁵ Die Werte beziehen sich für München auf 265 und für Zürich auf 511 Patienten.

3.1 Aufenthaltsstatus

Der Anteil der Patienten ohne regulären Aufenthaltsstatus lag in der Münchener Anlaufstelle bei 15,5%.

In Zürich dagegen hatten mehr als die Hälfte (54,3%) der Patienten keinen regulären Aufenthaltsstatus (Tabelle 2).

3.2 Geschlechterverteilung

In der Münchner Anlaufstelle „open.med“ waren fast zwei Drittel der Patienten Frauen. Der Anteil an Frauen bei den Patienten ohne Aufenthaltsstatus lag mit knapp 75% noch höher.

In Zürich war die Verteilung ähnlich. Der Unterschied in der Geschlechterverteilung zwischen Menschen mit und ohne Aufenthaltsstatus verfehlte jedoch sowohl in München als auch in Zürich die statistische Signifikanz (Tabelle 2).

3.3 Altersverteilung

Der Altersmittelwert aller Patienten der Münchner Anlaufstelle (n=247) lag bei 34,9 Jahren (Standardabweichung (SD) $\pm 16,9$ Jahre). Der jüngste Patient war nur wenige Tage alt, der älteste 78 Jahre.

Teilte man das Patientenkollektiv in Patienten mit und ohne regulären Aufenthaltsstatus auf, zeigte sich, dass die Gruppe der Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus knapp fünf Jahre jünger war als derjenigen mit Aufenthaltsstatus (p=0,211).

Der Altersunterschied zwischen Männern und Frauen war nicht statistisch signifikant (p=0,217).

Die Aufteilung nach Altersgruppen zeigte, dass die Mehrheit aller Patienten zwischen 20 und 40 Jahre alt war. In dieser Altersgruppe waren deutlich mehr Frauen als Männer vertreten, wohingegen in den höheren Altersgruppen zwischen 40 und 60 Jahren der Anteil der Männer überwog.

Menschen ohne Aufenthaltsstatus waren im Durchschnitt jünger. Der Anteil derjenigen zwischen 20 und 40 Jahren betrug knapp zwei Drittel.

Auffällig war, dass in der Gruppe der Patienten ohne Aufenthaltsstatus mehr Kinder bis 10 Jahre vertreten waren (10,8%) und mit jeweils rund 5% weniger ältere Menschen zwischen 50 und 59 und über 60 Jahre.

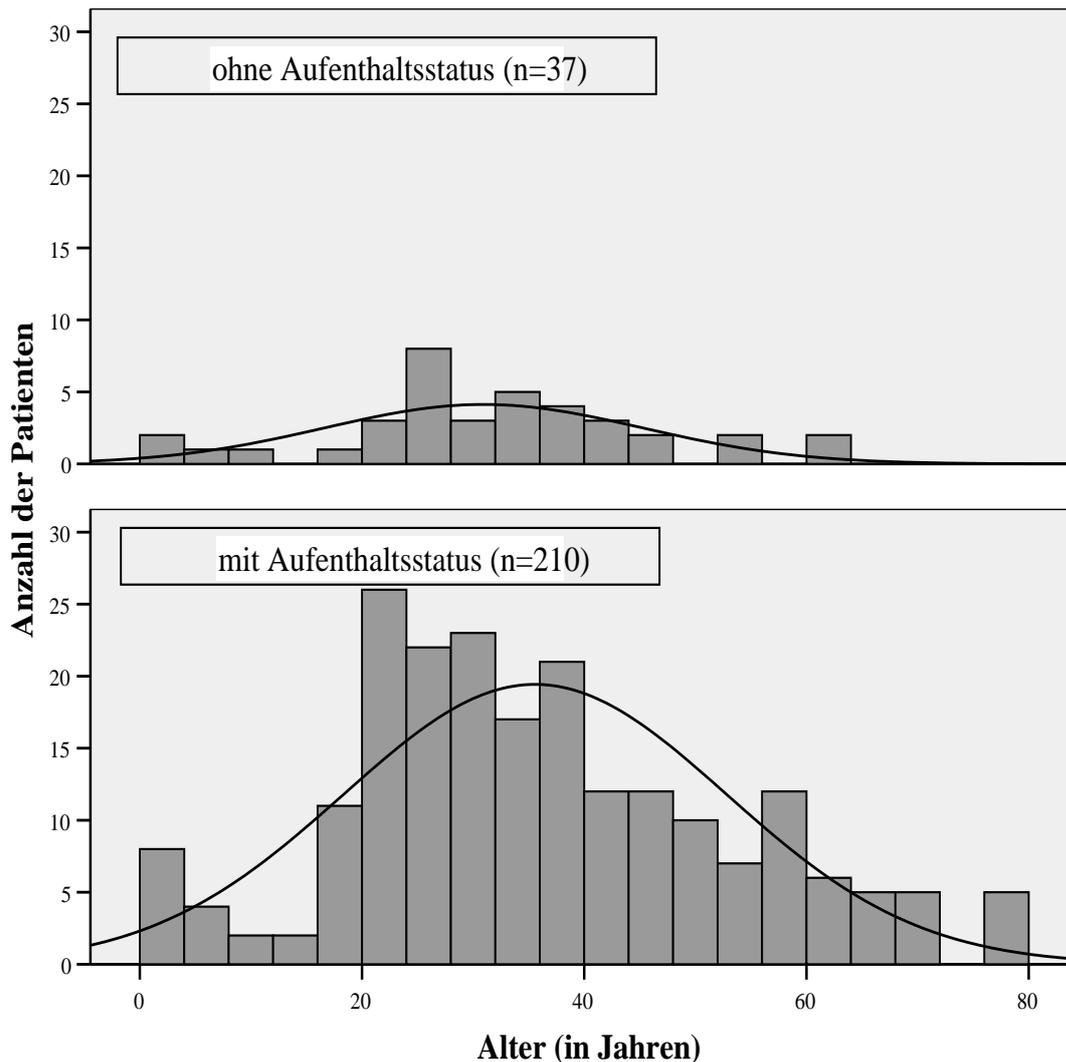


Abbildung 4: Altersverteilung der 247 Patienten mit und ohne Aufenthaltsstatus in der medizinischen Anlaufstelle „open.med“ in München

In Zürich lag der Altersmittelwert für alle Patienten (n=528) bei 34,5 Jahren (SD $\pm 12,5$ Jahre). Die Altersspanne rangierte zwischen Neugeborenen von wenigen Tagen und älteren Patienten von 78 Jahren. Der Mittelwert der Patienten mit regulärem Aufenthaltsstatus (n=234) betrug 34,1 Jahre (SD $\pm 13,9$ Jahre), derjenigen ohne Aufenthaltsstatus (n=294) lag bei 34,7 Jahren (SD $\pm 11,2$ Jahre) (Tabelle 2). Insgesamt war die Altersverteilung in Zürich ähnlich breit gestreut wie in München, die Hälfte der Patienten mit Aufenthaltsstatus war zwischen 20 und 40 Jahre alt, bei Menschen ohne Aufenthaltsstatus waren es zwei Drittel.

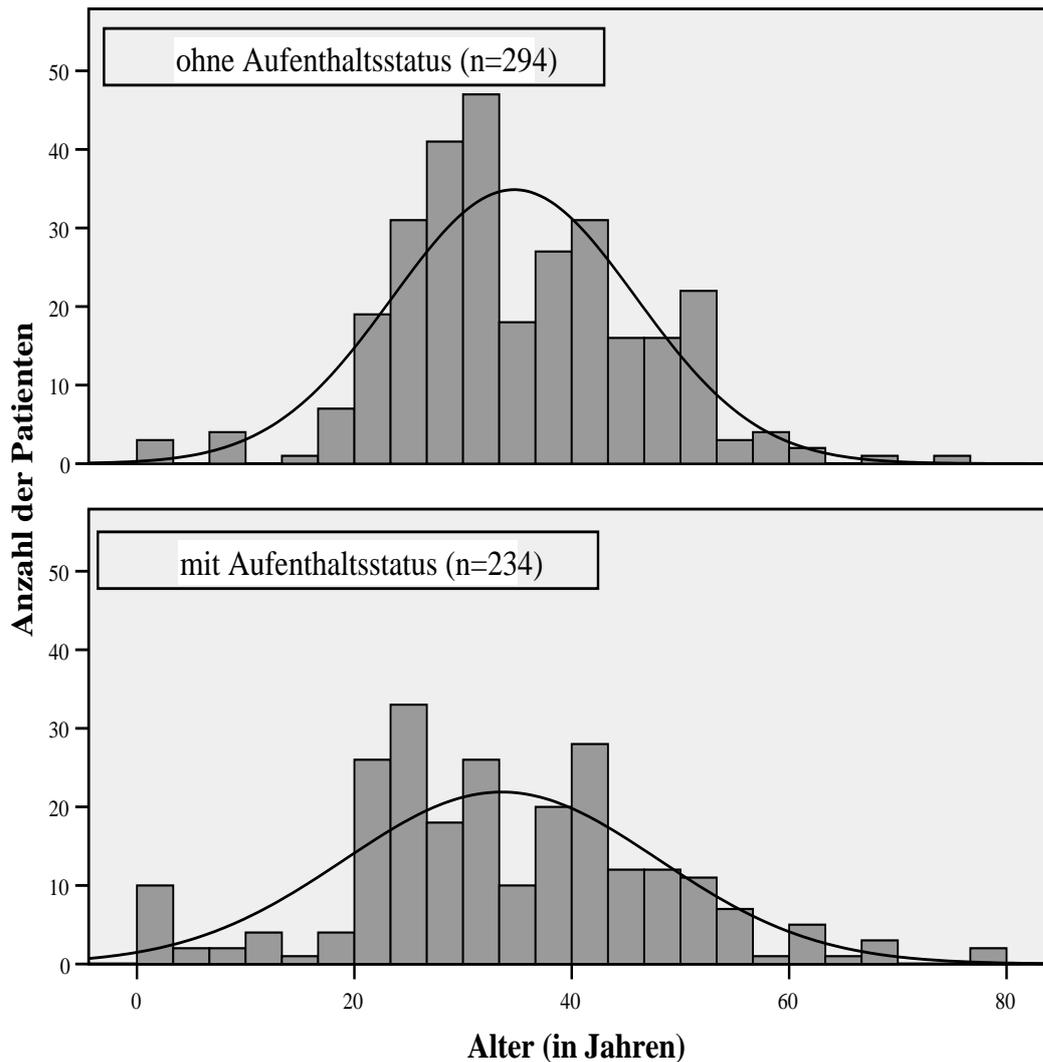


Abbildung 5: Altersverteilung der 528 Patienten mit und ohne Aufenthaltsstatus in der medizinischen Anlaufstelle „Meditrina“ in Zürich

3.4 Herkunftsregionen

Während in München mehr als die Hälfte der Menschen mit Aufenthaltsstatus aus Ländern der EU27 kamen, häufig aus osteuropäischen Ländern wie Polen, Rumänien und Bulgarien, stammte der Großteil der Menschen ohne Aufenthaltsstatus aus Lateinamerika, Osteuropa (nicht-EU) und dem subsaharischen Afrika (Tabelle 2).

Die Zusammensetzung bezüglich der Herkunftsländer der Menschen mit und ohne Aufenthaltsstatus in München unterschied sich statistisch signifikant voneinander ($p < 0,001$).

Es zeigte sich ein deutlicher Geschlechterunterschied zwischen den verschiedenen Gruppen. Während 63,1% (n=53) der Männer mit Aufenthaltsstatus aus Ländern der EU27 kamen, stammte die größte Gruppe der Männer ohne Aufenthaltsstatus mit 36,4% (n=4) aus Osteuropa (nicht-EU) und Lateinamerika 27,3% (n=3).

45,5% (n=65) der Frauen mit Aufenthaltsstatus kamen aus Ländern der EU27, jeweils rund 15% kamen aus Osteuropa (nicht-EU) und dem subsaharischen Afrika.

43,3% (n=13) der Frauen ohne Aufenthaltsstatus gaben als Herkunftsregion Lateinamerika an, 20% (n=6) stammten aus dem subsaharischen Afrika und 16,7% (n=5) aus Osteuropa (nicht-EU).

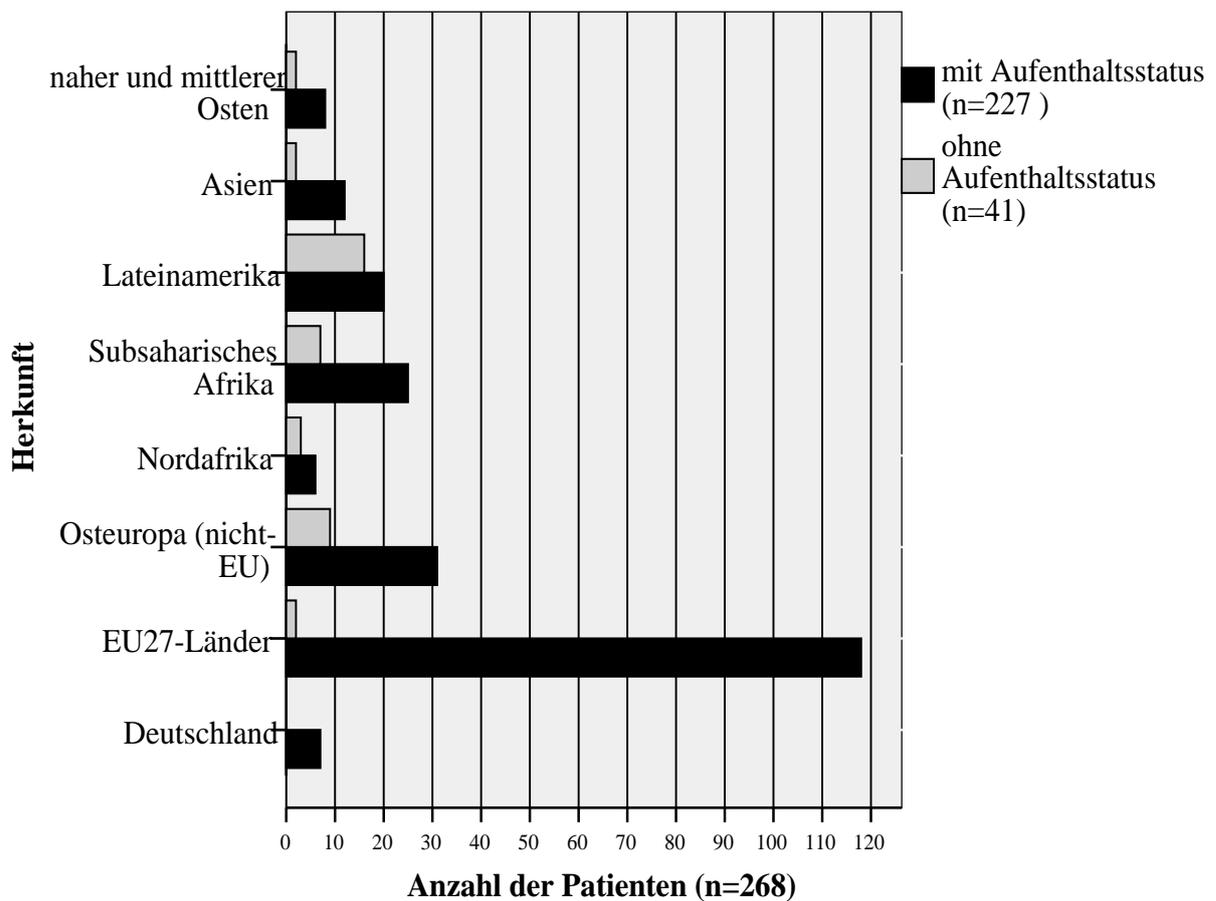


Abbildung 6: Herkunftsregionen der Patienten mit und ohne Aufenthaltsstatus in der medizinischen Anlaufstelle „open.med“ in München

In Zürich hingegen stammte knapp die Hälfte der Patienten mit Aufenthaltsstatus aus Lateinamerika, in der Gruppe der Patienten ohne Aufenthaltsstatus waren es sogar mehr als zwei Drittel (Tabelle 2). Die Herkunftsländer der Menschen mit und ohne Aufenthaltsstatus unterschieden sich signifikant voneinander ($p < 0,001$).

Betrachtete man die Geschlechterverteilung hinsichtlich der Herkunftsländer, zeigte sich jeweils für Männer und Frauen ein deutlicher Unterschied. Knapp ein Viertel der Männer mit Status stammten aus Lateinamerika, je ein Fünftel aus der Schweiz, aus Ländern der EU27 und dem subsaharischen Afrika. Männer ohne Aufenthaltsstatus stammten zur Hälfte aus Lateinamerika und zu 15% aus dem subsaharischen Afrika.

Die meist genannte Herkunftsregion der Frauen war Lateinamerika. Während 56% der Frauen mit Aufenthaltsstatus von dort kamen, waren es sogar 77% bei den Frauen ohne Aufenthaltsstatus (ohne Abbildung).

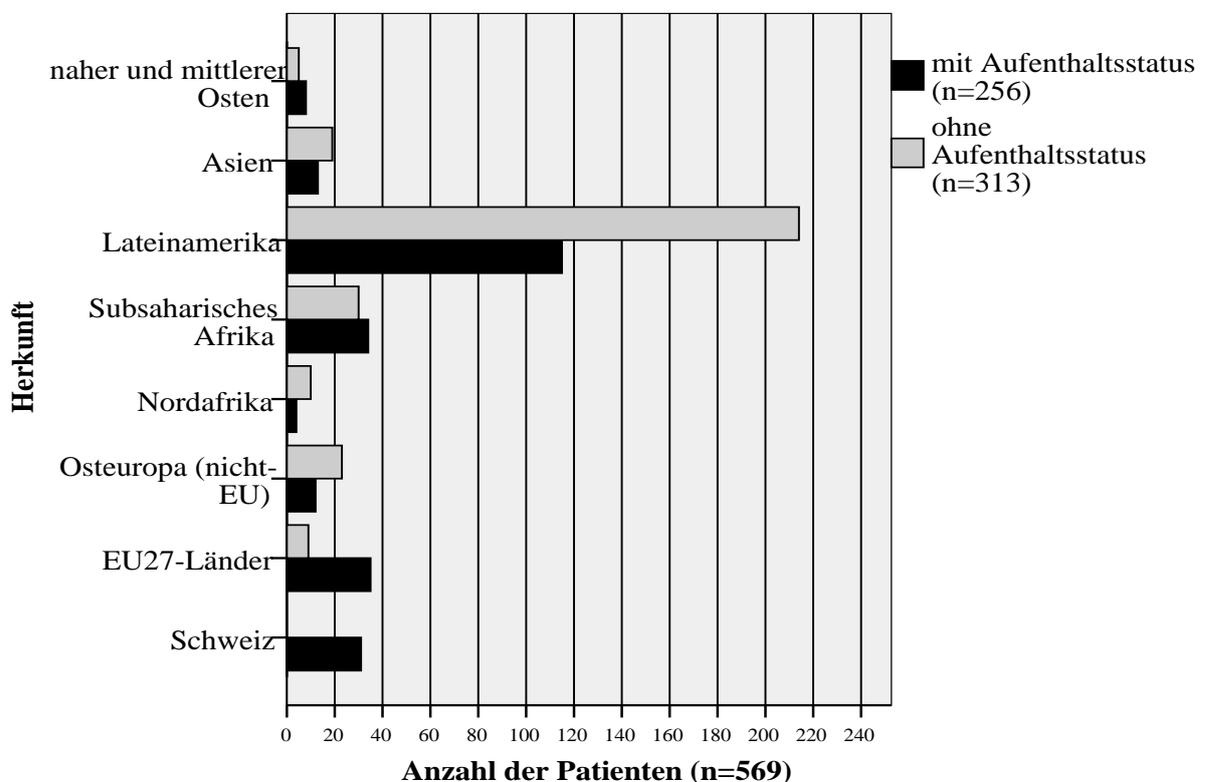


Abbildung 7: Herkunftsregionen der Patienten mit und ohne Aufenthaltsstatus in der medizinischen Anlaufstelle „Meditrina“ in Zürich

3.5 Krankenversicherung

Insgesamt 83,8% der Patienten mit Aufenthaltsstatus in München waren nicht krankenversichert. Alle Menschen ohne Aufenthaltsstatus gaben an, nicht krankenversichert zu sein (Tabelle 2).

Für Zürich ist hervorzuheben, dass die Hälfte der Menschen mit regulärem Aufenthaltsstatus krankenversichert war. In der Gruppe der Menschen ohne Aufenthaltsstatus gaben knapp 5% an, krankenversichert zu sein (Tabelle 2). Der Unterschied zwischen der Gruppe mit und ohne Aufenthaltsstatus war statistisch signifikant ($p < 0,001$).

3.6 Informationsgewinnung über die medizinischen Anlaufstellen

Die Patienten gelangten auf unterschiedlichen Wegen an Informationen über die medizinischen Beratungsstellen. In München war die Verteilung für Menschen mit und ohne Aufenthaltsstatus fast identisch. Zwei Drittel der Patienten gaben an, von öffentliche Stellen und Sozialverbänden über das Projekt erfahren zu haben. Rund ein Drittel erhielt Informationen über Freunde und Bekannte, rund 5% über Medien wie Zeitungen, Radio und Fernsehen (Tabelle 2).

In der Schweiz unterschieden sich die Wege statistisch signifikant voneinander ($p < 0,001$). Bei mehr als der Hälfte der Patienten war die „Mund-Propaganda“ über Freunde und Bekannte die wichtigste Informationsquelle. Bei Menschen ohne Aufenthaltsstatus hatte sie sogar einen noch höheren Stellenwert (67,9%).

Ein Drittel der Patienten mit Aufenthaltsstatus gaben an, über Medien wie Radio, Fernsehen und Zeitung Informationen erhalten zu haben. Bei den Menschen ohne Aufenthaltsstatus war es ein Viertel. Öffentliche Stellen und Sozialverbände spielten eine untergeordnete Rolle (Tabelle 2).

3.7 Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem

Mehr als zwei Drittel der Patienten mit Aufenthaltsstatus gab an, aufgrund von finanziellen Schwierigkeiten keinen ungehinderten Zugang zum Gesundheitssystem zu haben. Eine fehlende Krankenversicherung und administrative Schwierigkeiten wurden deutlich seltener genannt. Bei 88,1% der Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus war ein fehlender Krankenversicherungsschutz die Hauptzugangsbarriere zum Gesundheitssystem (Tabelle 2). Der Unterschied bei den Zugangsbarrieren zwischen der Patientengruppe mit und ohne Aufenthaltsstatus war statistisch signifikant ($p < 0,001$).

In Zürich war in beiden Patientengruppen eine fehlende Krankenversicherung der Haupthinderungsgrund das reguläre Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen. Jeweils rund ein Fünftel nannten finanzielle Schwierigkeiten als Zugangsbarriere (Tabelle 2).

Tabelle 3: Medizinische Fachbereiche und Behandlungswege der Patienten mit und ohne Aufenthaltsstatus in der medizinischen Anlaufstelle „open.med“ in München und „Meditrina“ Zürich (Januar 2007 bis Juni 2008)

Merkmale	München (n=268)			Zürich (n=493)		
	Mit Aufenthaltsstatus (n=226)	Ohne Aufenthaltsstatus (n=42)	p-Werte	Mit Aufenthaltsstatus (n=200)	Ohne Aufenthaltsstatus (n=293)	p-Werte
Med. Fachbereiche (%)¹						
Dermatologie	8,0	4,8	0,110	8,5	5,8	0,337
Gynäkologie	7,1	14,3		13,0	13,0	
Schwangerschaft	19,0	31,0		4,0	4,4	
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	5,8	9,5		7,0	5,1	
Innere Medizin	20,9	14,3		20,0	18,1	
<i>Endokrinologie</i>	0,9	2,4		1,5	1,0	
<i>Gastroenterologie</i>	9,7	2,4		4,5	9,2	
<i>Infektiologie</i>	2,7	2,4		0	0,7	
<i>Kardiologie</i>	4,0	2,4		4,5	3,4	
<i>Onkologie</i>	0,9	4,8		0	0	
<i>Pneumonologie</i>	3,1	0		9,5	3,8	
Neurologie	4,9	0		1,5	1,4	
Ophthalmologie	1,8	2,4		2,5	2,7	
Orthopädie	11,1	11,9		10,5	13,7	
Psychiatrie	8,8	7,1		5,5	4,4	
Unfall-/Allgemeinchirurgie	0,9	0		1,5	2,0	
Urologie	1,3	4,8		6,0	4,4	
Zahnheilkunde	10,2	0		13,0	17,7	
Andere	0	0		7,0	7,2	
Behandlung (%)²						
keine Weiterbehandlung	9,4	5,4	0,727	0	0	0,001
Wiedereinbestellung	14,9	16,2		0	0	
Überweisung zum Facharzt	72,3	78,4		49,7	65,3	
Einweisung ins Krankenhaus	2,0	0		0,7	3,2	
andere (Apotheke, Physiotherapeut)	1,5	0		49,7	31,5	

¹ Die Werte beziehen sich für München auf 268 und für Zürich auf 493 Patienten.

² Die Werte beziehen sich für München auf 239 und für Zürich auf 245 Patienten.

3.8 Erkrankungsspektrum

In München war das Spektrum der Beratungsanlässe breit gefächert. Bei den 268 Patienten waren Erkrankungen aus fast jedem medizinischen Fachbereich vertreten.

Mit rund einem Viertel waren gynäkologische und geburtshilfliche Anliegen die häufigsten Konsultationsgründe der Menschen mit regulärem Aufenthaltsstatus, fast 20% von allen Beratungsanlässen machten Schwangerschaften aus. Am zweithäufigsten vertreten (rund 20%) waren Erkrankungen aus dem Bereich der Inneren Medizin, vor allem der Gastroenterologie. Infektionskrankheiten machten nur einen kleinen Teil aus.

Der dritthäufigste Konsultationsgrund waren nervenärztliche Beschwerden (knapp 15%). Etwa jeder zehnte Patient gab orthopädische Beschwerden und dentale Probleme an.

Bei den Patienten ohne Aufenthaltsstatus wurden deutlich häufiger gynäkologische und geburtshilfliche Beschwerden angegeben (45,2%). Insgesamt lagen in 31% der Fälle Schwangerschaften vor. Internistische Erkrankungen machten knapp 15% aus, circa jeder zehnte Patient litt unter orthopädischen Beschwerden.

Auffällig war der Unterschied bezüglich der Zahngesundheit. Im Untersuchungszeitraum suchte kein Patient ohne Aufenthaltsstatus die medizinische Anlaufstelle wegen Zahnbeschwerden auf, während rund 10% der Menschen mit Aufenthaltsstatus wegen Zahnproblemen kamen (Tabelle 3).

Betrachtet man nun die verschiedenen Anlässe für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen aufgeteilt nach Geschlecht, dann zeigt sich, dass 43 Frauen mit Aufenthaltsstatus (30,3%) schwanger waren und 15 (10,6%) unter gynäkologischen Beschwerden litten. Bei den Patientinnen ohne Aufenthaltsstatus waren 13 (41,9%) schwanger und weitere sechs (19,4 %) hatten gynäkologische Probleme.

Während jeweils jede zehnte Frau mit Aufenthaltsstatus wegen Erkrankungen aus dem Bereich der Gastroenterologie, der Orthopädie und Psychiatrie kam, litten Frauen ohne Aufenthaltsstatus vermehrt unter orthopädischen Problemen.

Bei Männern mit Aufenthaltsstatus wurden internistische Erkrankungen am häufigsten genannt, gefolgt von Zahnbeschwerden, dermatologischen, orthopädischen und hals-nasen-ohrenheilkundlichen Erkrankungen. Insgesamt 11 Männer ohne Aufenthaltsstatus suchten die medizinische Anlaufstelle auf, von denen jeweils drei unter internistischen und hals-nasen-ohrenheilkundlichen Beschwerden litten und jeweils zwei unter psychiatrischen und

onkologischen Erkrankungen. Ein Mann litt unter einer kardiovaskulären Erkrankung (ohne Abbildung).

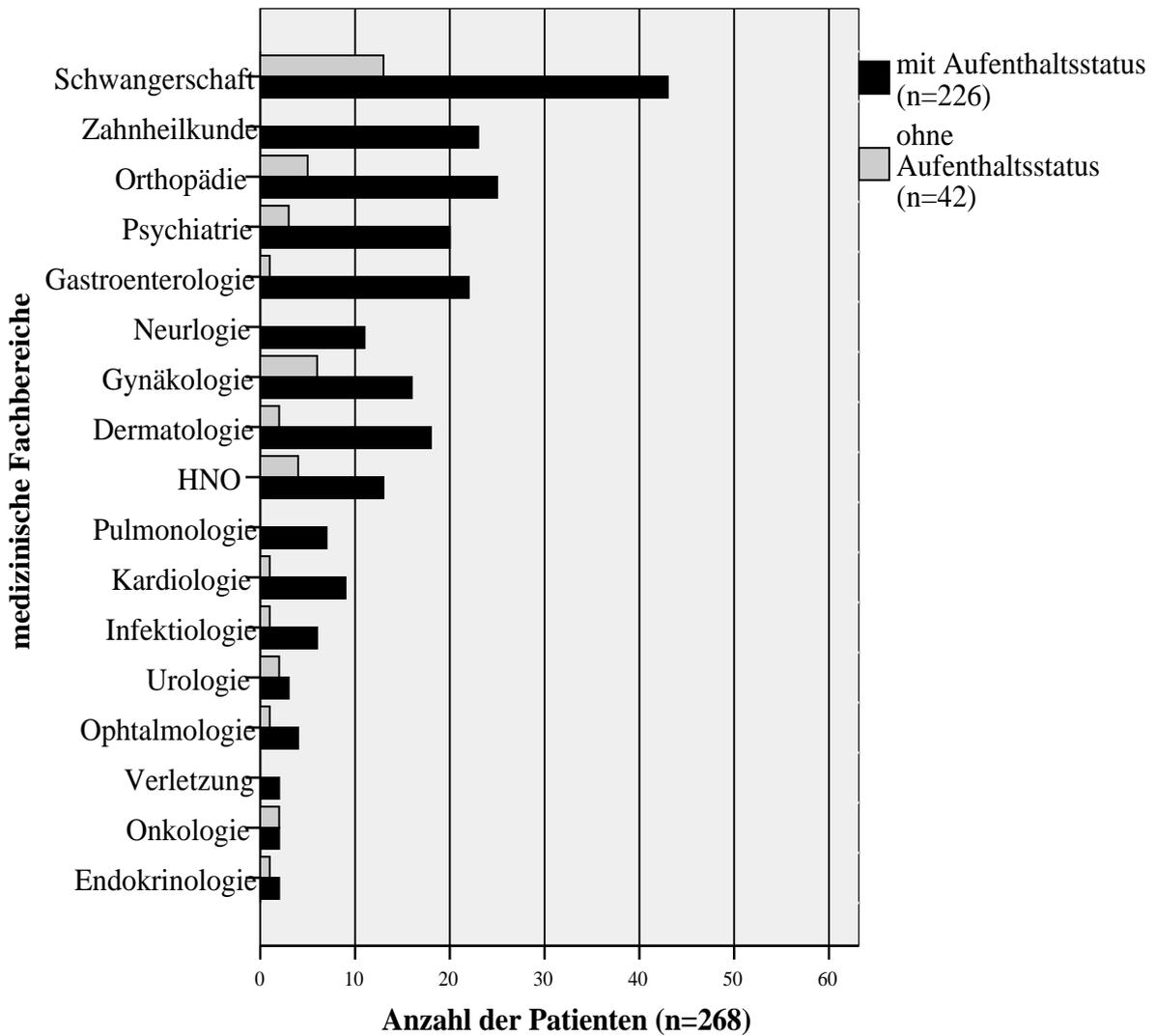


Abbildung 8: Erkrankungen der Patienten mit und ohne Aufenthaltsstatus in der medizinischen Anlaufstelle „open.med“ in München nach medizinischen Fachbereichen

In Zürich wurde für insgesamt 493 Personen eine Angabe zum medizinischen Fachbereich der Erkrankung gemacht. Von diesen hatten 200 einen Aufenthaltsstatus und 293 Patienten keinen Aufenthaltsstatus. Die Verteilung der Erkrankungen war annähernd gleich zwischen der Gruppe mit und der Gruppe ohne Aufenthaltsstatus. Internistische Erkrankungen stellten mit knapp 20% die häufigsten Beratungsanlässe in beiden Gruppen dar, gefolgt von gynäkologischen und geburtshilflichen Anliegen. Es war auffällig, dass sich nur wenige Schwangere (4%, n=8) in dem Kollektiv befanden. Der dritthäufigste Beratungsanlass waren dentale Beschwerden, gefolgt von orthopädischen Erkrankungen. Es gab zwei deutliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Es lagen mehr gastroenterologische Erkrankungen bei Menschen ohne Aufenthaltsstatus vor, während sich bei Menschen mit Aufenthaltsstatus häufiger respiratorische Erkrankungen feststellen ließen (Tabelle 3).

Auch in Zürich zeigte sich ein nur geringer Prozentsatz an Infektionskrankheiten. Der geringe Anteil kann jedoch darauf zurück zu führen sein, dass es bei „Meditrina“ seit Anfang 2008 ein spezielles Angebot in Form eines kostenlosen und anonymen HIV-Tests gab. Diese Daten wurden nicht in die Studie aufgenommen, da es sich um eine präventive Maßnahme handelte, die nicht im Rahmen der regulären Sprechstunde angeboten wurde.

Betrachtete man die Erkrankungen getrennt nach Geschlecht und Aufenthaltsstatus ergab sich das folgende Bild: Frauen mit und ohne Aufenthaltsstatus suchten die medizinische Anlaufstelle zu gleichen Anteilen wegen gynäkologischer Anliegen auf. Schwangerschaften waren nur selten der Anlass für Konsultationen. Internistische, dentale und orthopädische Beschwerden waren weitere häufige Ursachen für den Arztbesuch.

Männer mit Aufenthaltsstatus litten am häufigsten unter internistischen Erkrankungen, hier überwogen die respiratorischen Erkrankungen. Des Weiteren wurden Zahnbeschwerden und orthopädische Erkrankungen genannt. Ein Viertel der Männer ohne Aufenthaltsstatus litt an orthopädischen Erkrankungen, gefolgt von dentalen und internistischen Erkrankungen (ohne Abbildung).

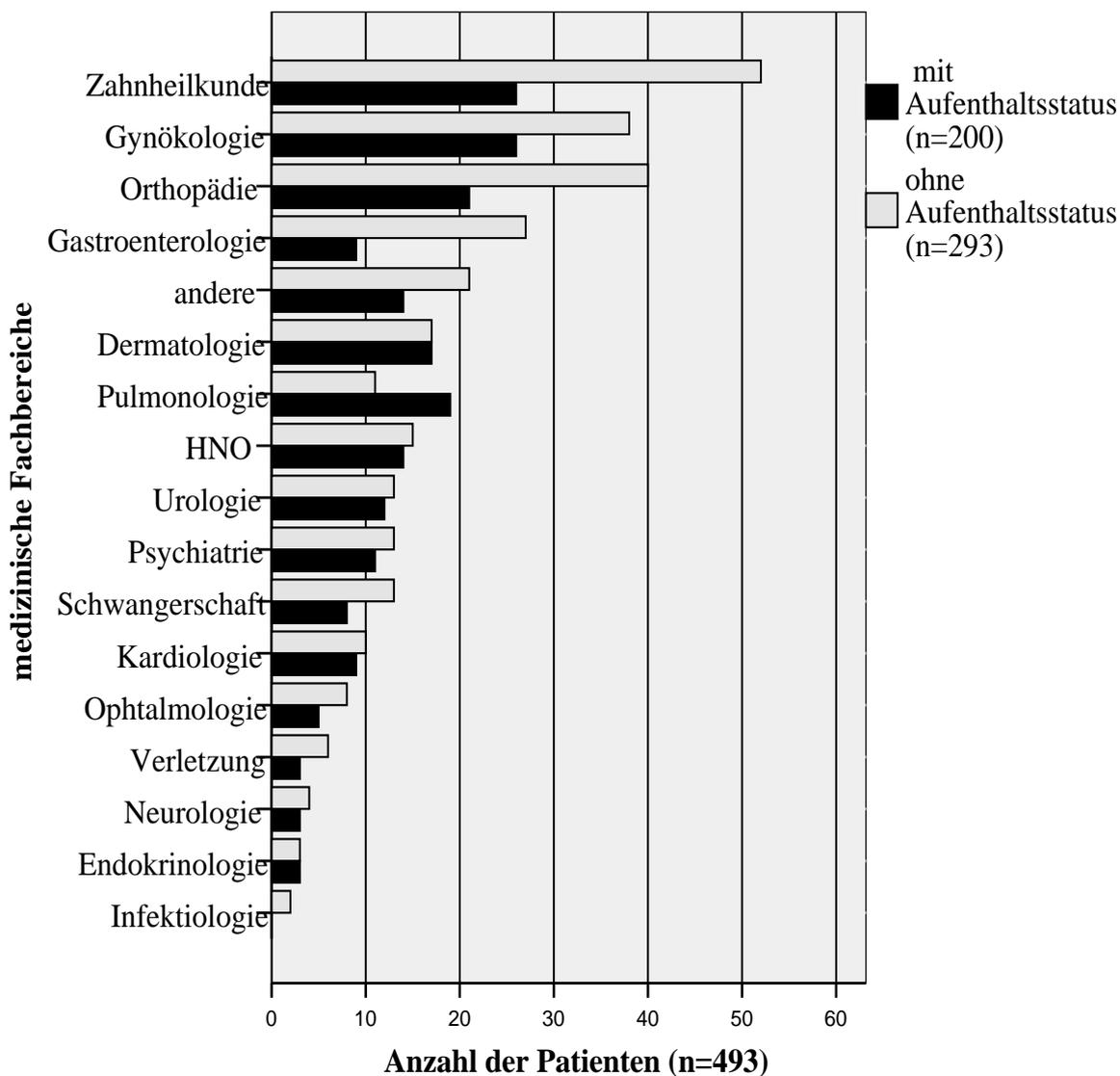


Abbildung 9: Erkrankungen der Patienten mit und ohne Aufenthaltsstatus in der medizinischen Anlaufstelle „Meditrina“ in Zürich nach medizinischen Fachbereichen

3.9 Erst- und Weiterbehandlung

In München wurde bei 239 Patienten dokumentiert, ob und wie sie weiter behandelt wurden. Knapp drei Viertel aller Patienten wurden zum Facharzt überwiesen. Nur rund 15% wurden zwecks Weiterbehandlung wieder in die medizinische Anlaufstelle einbestellt. Bezüglich der Weiterbehandlung gab es zwischen den beiden Patientengruppen mit und ohne Aufenthaltsstatus keine statistisch signifikanten Unterschiede ($p=0,727$).

Unterschiede gab es in der Kategorie „keine Weiterbehandlung“. Jeder zehnte Patient mit Aufenthaltsstatus benötigte keine Weiterbehandlung, während es bei den Patienten ohne Aufenthaltsstatus nur 5,4% waren. Eine Einweisung ins Krankenhaus wurde bei vier Frauen mit Aufenthaltsstatus vermerkt.

Es lagen keine Unterschiede bezüglich des weiteren Vorgehens zwischen Männern und Frauen vor. Betrachtete man Männer und Frauen getrennt nach Aufenthaltsstatus, so ergab sich, dass prozentual jeweils mehr Männer und Frauen ohne Aufenthaltsstatus zum Facharzt überwiesen wurden.

In Zürich fand sich bei 245 Patienten eine Angabe über den weiteren Behandlungsablauf. Zwischen den beiden Patientengruppen mit und ohne Aufenthaltsstatus gab es statistisch signifikante Unterschiede ($p=0,001$). Die Hälfte (49,7%) der Menschen mit Aufenthaltsstatus wurde zum Facharzt überwiesen, während es bei den Patienten ohne Aufenthaltsstatus 65,3% waren. Die andere Hälfte der Menschen mit Aufenthaltsstatus wurde an andere Stellen wie Apotheken, Labore und Physiotherapeuten überwiesen, wohingegen dies bei 31,5% der Personen ohne Aufenthaltsstatus der Fall war. Es ist hervorzuheben, dass nur ein Patient mit Aufenthaltsstatus und sieben Patienten ohne Aufenthaltsstatus in ein Krankenhaus eingewiesen wurden (Tabelle 3).

Zwischen Männern und Frauen gab es keine Unterschiede im Hinblick auf die Behandlung. 44% der Frauen mit Aufenthaltsstatus wurden zum Facharzt überwiesen, 54,9% an andere Stellen wie Apotheken, Labore und Physiotherapeuten. Frauen ohne Aufenthaltsstatus wurden dagegen häufiger (67,5%) an einen Facharzt überwiesen und seltener an andere Stellen. Insgesamt sechs Frauen mussten stationär behandelt werden, fünf davon hatten keinen Aufenthaltsstatus.

4. Diskussion

Die vorliegende Arbeit zeigte, dass es zwischen den Patientengruppen mit und ohne Aufenthaltsstatus in München und Zürich viele Gemeinsamkeiten, aber auch relative Unterschiede gab.

Der Anteil der Patienten ohne Aufenthaltsstatus unterschied sich deutlich: 15,5% der in München behandelten Patienten und 54,3% der in Zürich behandelten waren Menschen ohne Aufenthaltsstatus.

Die Mehrheit der Patienten in den medizinischen Anlaufstellen waren Frauen, ihr Anteil unter den Menschen ohne Aufenthaltsstatus war sogar noch höher und betrug in München knapp drei Viertel und in Zürich zwei Drittel.

Der Altersdurchschnitt der Patienten in den medizinischen Anlaufstellen war insgesamt relativ niedrig. Die Mehrheit der Patienten war zwischen 20 und 40 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Menschen mit Aufenthaltsstatus lag in München bei 35,6 Jahren, Menschen ohne Aufenthaltsstatus waren knapp fünf Jahre jünger. In Zürich waren Menschen mit und ohne Aufenthaltsstatus ungefähr gleich alt, das Durchschnittsalter betrug 34,1 beziehungsweise 34,7 Jahre.

Die Mehrheit der Patienten mit Aufenthaltsstatus in München kam aus Ländern der EU27 und Osteuropa (nicht-EU). Menschen ohne Aufenthaltsstatus stammten aus Lateinamerika, Osteuropa (nicht-EU) und dem subsaharischen Afrika.

In Zürich kam knapp die Hälfte aller Patienten mit Aufenthaltsstatus und mehr als zwei Drittel der Menschen ohne Aufenthaltsstatus aus Lateinamerika.

In München war eine Mehrheit von 84% der Menschen mit Aufenthaltsstatus nicht krankenversichert, wohingegen in Zürich die Hälfte der Menschen mit Aufenthaltsstatus, die in die Anlaufstelle kam, eine Krankenversicherung abgeschlossen hatte.

Informationen über die medizinischen Anlaufstellen bezogen Menschen in München mehrheitlich über öffentliche Stellen und Sozialverbände, in Zürich über Freunde und Bekannte. Diese informellen Strukturen schienen für Menschen ohne Aufenthaltsstatus sogar noch wichtiger zu sein, knapp drei Viertel der Patienten gaben Freunde und Bekannte als Informationsquelle an.

In München wurden von Menschen mit Aufenthaltsstatus finanzielle Probleme als Hauptzugangsbarrriere genannt. Menschen ohne Aufenthaltsstatus nannten die fehlende

Krankenversicherung als Hinderungsgrund. In Zürich gab die Mehrheit der Personen mit und ohne Aufenthaltsstatus eine fehlende Krankenversicherung als Hauptzugangsbarriere an.

Die häufigsten medizinischen Anliegen in dem Münchner Projekt waren gynäkologische und geburtshilfliche Beschwerden. Ein Drittel der Patientinnen mit Aufenthaltsstatus war schwanger, bei den Menschen ohne Aufenthaltsstatus waren es rund 40%. Als weitere Konsultationsgründe wurden internistische, orthopädische und dentale Beschwerden genannt.

In Zürich traten häufig internistische Erkrankungen auf, gefolgt von gynäkologischen und geburtshilflichen Anliegen. Es traten prozentual wesentlich weniger Schwangerschaften auf als in München. Orthopädische und dentale Erkrankungen waren in beiden Gruppen vertreten, Menschen ohne Aufenthaltsstatus waren davon jedoch vermehrt betroffen.

In München wurden knapp drei Viertel der Patienten zum Facharzt überwiesen, bei Menschen ohne Aufenthaltsstatus waren es sogar fast 80%.

In Zürich wurde eine Hälfte der Patienten mit Aufenthaltsstatus zum Facharzt überwiesen, die andere Hälfte an Apotheken und Physiotherapeuten. Menschen ohne Aufenthaltsstatus wurden in zwei Drittel der Fälle an einen Facharzt überwiesen.

4.1 Häufigkeit der Inanspruchnahme

Für die Gesamtzahl der Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus in Deutschland und in der Schweiz gibt es verschiedene Schätzungen (Cyrus, 2004; Bundesministerium des Inneren, 2007; Longchamp, 2005; Achermann, 2003). Tolsdorf beschreibt die Größenordnung in Deutschland und der Schweiz als proportional vergleichbar. Wenn in der Schweiz von einer Zahl von 100 000 Menschen ohne Aufenthaltsstatus ausgegangen würde, entspräche dies für Deutschland einer Zahl von einer Millionen Menschen (Tolsdorf, 2008).

Für die Stadt München geht Anderson (Anderson, 2003) von einer Zahl zwischen 30 000 und 50 000 Menschen ohne Aufenthaltsstatus aus, während für Zürich eine Zahl von 20 000 als realistisch eingeschätzt wird (Achermann, 2003; Longchamp, 2005).

Insgesamt betrachtet war die Inanspruchnahme der betreffenden medizinischen Anlaufstellen durch Menschen ohne Aufenthaltsstatus im Verhältnis zu ihrer geschätzten Zahl der dort lebenden gering. In München nutzen 271 Menschen das medizinische Angebot, in Zürich sind es im gleichen Zeitraum 576. Von diesen Patienten waren in München 42 (15,5%) und in Zürich 313 (54,3%) ohne regulären Aufenthaltsstatus.

Eine Erklärung für die niedrige Inanspruchnahme könnte sein, dass Menschen ohne Papiere keine Kenntnis von den medizinischen Anlaufstellen haben und im Krankheitsfall alternative Behandlungswege einschlagen (Tolsdorf, 2008).

Als Möglichkeit kommt bei geringeren Beschwerden eine Selbstbehandlung in Betracht, andere Personen suchen Rat bei Freunden und Bekannten (Cyrus, 2004). Wenn ein Arzt aufgesucht wird, kommt eine selbstorganisierte Behandlung in Frage, die häufig von Ärzten derselben Muttersprache durchgeführt wird. Diese Ärzte sind unter den Migranten bekannt und stellen Anlaufstellen dar. Demnach ist der Kontakt zu ihnen mit einer niedrigeren Hemmschwelle verbunden (Anderson, 2003). Des Weiteren ist eine anonyme Behandlung auf Selbstzahlerbasis denkbar, die jedoch aufgrund der teilweise hohen Kosten nur für wenige erschwinglich sein dürfte (Tolsdorf, 2008). Manche Patienten versuchen durch die Verwendung einer fremden Krankenkassenskarte, medizinisch versorgt zu werden. Diese Form von Betrug kann allerdings negative Folgen sowohl für den rechtswidrigen Benutzer als auch für den Besitzer und den behandelnden Arzt haben (Anderson, 2003).

Einen Ansatz zur Erforschung alternativer Behandlungswege im Krankheitsfall stellt eine Bremer Studie dar, in der niedergelassene Ärzte zu ihren Erfahrungen mit Menschen ohne Aufenthaltsstatus befragt werden (Wiesner, 2008). Ein Ergebnis ist, dass häufig Freunde und Verwandte als „Vermittler“ innerhalb eines Netzwerks agieren, während öffentliche Stellen seltener diese Funktion übernehmen. Die Initiatoren dieser Studie vermuten, dass es eine hohe Dunkelziffer an Krankenkassenskartenmissbrauch gibt, während anonyme Behandlungen auf Selbstzahlerbasis nur bei unkomplizierten Erkrankungen mit niedrigen Behandlungskosten durchgeführt werden (Wiesner, 2008).

Die Unsicherheit bezüglich der rechtlichen Lage und die Angst vor Denunziation könnten auch dazu führen, dass medizinische Versorgung nur im äußersten Notfall in Anspruch genommen wird (Tolsdorf, 2008).

Es ist anzunehmen, dass die unterschiedliche Gesetzgebung in Deutschland und der Schweiz Auswirkungen auf die Inanspruchnahme hat. Die Gesetzgebung in der Schweiz verpflichtet Krankenkassen dazu, Personen ohne Aufenthaltsstatus zu versichern, verbilligte Prämien anzubieten und die Schweigepflicht einzuhalten. Es ist das Ziel, mehr Menschen den Zugang zum Gesundheitssystem zu ermöglichen und diese aufgrund ihrer Rechte und Pflichten bezüglich der Zahlung von Sozialabgaben verstärkt in die Gesellschaft einzubinden.

In der Realität gibt es jedoch in der Schweiz große regionale Unterschiede im Umgang mit Menschen ohne Aufenthaltsstatus (Achermann, 2003). Frühere Studien haben gezeigt, dass der

Kanton Zürich im Gegensatz zum liberaleren Kanton Genf die Durchsetzung des Ausländerrechts mit repressiven Mitteln verfolgt (Achermann, 2003). Darüber hinaus ist es laut Efonayi-Mäder und Achermann im Kanton Zürich für Menschen ohne Aufenthaltsstatus praktisch nicht möglich, eine Krankenversicherung abzuschließen, da Krankenkassen die Aufnahme von neuen Mitgliedern verweigern, wenn keine Aufenthaltsbewilligung vorliegt (Achermann, 2003). Auch wenn eine Krankenkasse bereit ist, Menschen ohne Aufenthaltsstatus zu versichern, sind die Beträge für viele dieser Menschen nicht finanzierbar (Tolsdorf, 2008).

Auch Tolsdorf stellt fest, dass die Krankenversicherungspflicht nicht diejenigen erreicht, für die sie von Vorteil ist. Erschwerend kommt hinzu, dass die rechtliche Lage in der Schweiz nicht einheitlich geregelt ist und die Zuständigkeiten auf verschiedene politische Ebenen verteilt sind, so dass diejenigen Stellen, die sich der Problematik bewusst sind, keine Entscheidungsbefugnisse haben und die Stellen, welche Änderungen in der Gesetzgebung vollziehen könnten, keine Notwendigkeit sehen (Tolsdorf, 2008; Achermann, 2003).

In der Schweiz werden die Kosten einer medizinischen Behandlung als wichtige Zugangsbarriere genannt, Schweizer Krankenhäuser fordern häufig eine Depotzahlung bei vereinbarten Operationen und Entbindungen (Achermann, 2003; Tolsdorf, 2008).

Efonayi-Mäder und Achermann stellen fest, dass die administrative-soziale Überwachung und polizeiliche Kontrolle in Deutschland stärker ist und zu Isolierung und Abhängigkeit führt (Achermann, 2003). Als weiterer Punkt kommt hinzu, dass der illegale Aufenthalt in Deutschland eine Straftat darstellt, während in der Schweiz von einem strafrechtlichen Vergehen gesprochen wird (Tolsdorf, 2008). Die Angst vor Denunziation scheint in Deutschland eine entscheidende Rolle zu spielen und einer der Hauptgründe für die geringe Inanspruchnahme zu sein. Der in Europa einzigartige Paragraph § 87 des Aufenthaltsgesetz, der zur Übermittlung von patientenbezogenen Daten an die Ausländerbehörde verpflichtet, stellt eine zentrale Zugangsbarriere dar (Institut für Menschenrechte, 2007). Auch wenn diese Übermittlungspflicht nur öffentliche Stellen betrifft und private Krankenhäuser, medizinische Hilfsprojekte und deren Ärztenetzwerke nicht unter diese Regelung fallen, scheint die uneinheitliche Gesetzgebung zu Verunsicherung zu führen und Misstrauen zu verbreiten (Tolsdorf, 2008).

4.2 Aufenthaltsstatus

In München haben 15,5% der Patienten keinen regulären Aufenthaltsstatus. Das Münchner Projekt richtet sich nicht ausschließlich an Menschen ohne Aufenthaltsstatus, sondern allgemein an Menschen ohne Krankenversicherung. Zu dieser Gruppe gehören Menschen, die sich aufgrund eines geringen Einkommens keine Krankenversicherung leisten können: Obdachlose, Asylbewerber und Schwangere in schwierigen Lebenslagen. Zur Patientenklientel gehören auch Selbständige und Studierende, deren Pflichtversicherung abgelaufen ist oder Touristen, die keine Auslandsrankenversicherung abgeschlossen haben (Malteser Migranten Medizin, 2005).

Die Tatsache, dass zu „open.med“ in München insgesamt relativ viele Patienten mit Aufenthaltsstatus aber ohne Krankenversicherung kommen, könnte mit der EU-Osterweiterung zusammenhängen. Mit dem Beitritt der neuen EU-Länder (Bulgarien, Rumänien) im Jahre 2007 haben viele Migranten über Nacht einen regulären Aufenthaltsstatus erhalten. Da dieses jedoch nicht automatisch mit einer Arbeitsgenehmigung verbunden ist, können sich viele Patienten keine Krankenversicherung leisten (Schlöpker, 2009).

Dieser Trend wurde auch bei der Malteser Migranten Medizin in Köln und Berlin beobachtet. Dort waren im Jahre 2006 50% der Patienten ohne Aufenthaltsstatus, bei der Malteser Migranten Medizin in Berlin waren es im Jahre 2006 sogar 76% (Schlöpker, 2009). Allerdings ist für das darauf folgende Jahr für beide Städte ein Rückgang festzustellen. In Berlin sank die Zahl der Behandelten ohne Aufenthaltsstatus auf 67%, in Köln auf 44%. Gleichzeitig ist die Zahl der Patienten mit regulärem Aufenthaltsstatus jedoch ohne Krankenversicherung gestiegen (Schlöpker, 2009).

In Zürich waren 54,3% der Patienten, die in die Studie einbezogen wurden, Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Das Projekt „Meditrina“ richtet sich zwar explizit an Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus. Jedoch werden auch andere Personengruppen, zum Beispiel Patienten, die sich aufgrund ihrer finanziellen Lage keine Krankenversicherung leisten können, Touristen, die nicht krankenversichert sind und Asylbewerber in dem Projekt behandelt. Auffällig ist, dass 12% der Menschen mit Aufenthaltsstatus aus der Schweiz stammen.

4.3 Geschlechterverteilung

Fast zwei Drittel der erstmals in den Projekten behandelten Patienten sind Frauen. Die Anzahl der Frauen ohne Aufenthaltsstatus beträgt in München sogar knapp drei Viertel.

Bisher wird davon ausgegangen, dass in Deutschland und der Schweiz mehr Männer als Frauen in der Illegalität leben. Auch Anderson konstatiert in seiner Studie aus München aus dem Jahre 2003, dass insgesamt deutlich mehr Männer unter den Menschen ohne Aufenthaltsstatus sind, der Anteil der Frauen im Vergleich zu anderen Städten aber relativ hoch ist (2003).

Auch Cyrus und Schönwalder schätzen, dass es mehr Männer als Frauen ohne Aufenthaltsstatus gibt (Cyrus, 2004; Schönwälder, 2004). In den letzten Jahren hat sich aber ein anderer Trend entwickelt, der als „Feminisierung der Migration“ bezeichnet wird. Diese Entwicklung ist unter anderem dadurch bedingt, dass vor allem in Großstädten eine Umstrukturierung des Arbeitsmarkts stattfindet. Die Nachfrage nach Arbeitskräften auf dem traditionell vorwiegend männlich geprägten gewerblichen Dienstleistungssektor, wie der Gastronomie und der Baubranche, wird geringer, wohingegen die Nachfrage nach Frauen im Bereich der privaten Dienstleistungen, wie zum Beispiel im Haushalt und bei der Pflege alter Menschen, steigt (Alt, 2003; Cerda-Hegerl, 2008).

Als möglicher weiterer Grund für die beobachtete Verschiebung in der Geschlechterverteilung wird die Sexarbeit genannt (Tolsdorf, 2008). Einige Frauen treffen diese Entscheidung bewusst, andere werden aufgrund ihrer meist schlechten sozioökonomischen Situation während des Aufenthalts im Zielland in die Prostitution gedrängt. Ein Teil der Frauen ist Opfer von Menschenhandel (Schönwälder, 2004). Viele Frauen ohne Aufenthaltsstatus leben in Abhängigkeitsverhältnissen, sei es in privaten Haushalten, in der Sexarbeit oder auch in Zweckehen. Die Abhängigkeit kann zu Diskriminierung, finanzieller und emotionaler Ausbeutung bis hin zu sexuellen Übergriffen führen. Diese Frauen haben keine Möglichkeit, ihre Rechte durchzusetzen und sie sehen aufgrund der Angst vor Entdeckung und drohender Abschiebung meist keine Chance sich aus diesen Abhängigkeitsverhältnissen zu lösen (Anderson, 2003).

Als weiterer Grund für einen hohen Frauenanteil wird das vermehrte Auftreten im öffentlichen Raum, zum Beispiel beim Einkaufen als Haushaltshilfe oder bei der Kinderbetreuung, genannt. Diese Frauen, ebenso wie Sexarbeiterinnen aufgrund einer verstärkten Überwachung, sind der Wahrscheinlichkeit einer Kontrolle in erhöhtem Maße ausgesetzt (Achermann, 2003).

Allgemein schätzen Efonayi-Mäder und Achermann den Frauenanteil in den Beratungsstellen als hoch ein, da gerade jüngere Frauen wegen gynäkologischer Beschwerden und Schwangerschaften vermehrt medizinische Betreuung benötigen (Achermann, 2003).

Laut Longchamp hängt das Geschlechterverhältnis zusätzlich von der Herkunft und dem aktuellen Aufenthaltsort ab. Demnach kommen viele Frauen aus Südamerika und halten sich eher in größeren Städten auf, wohingegen Männer eher aus osteuropäischen Staaten stammen und häufiger in ländlichen Regionen arbeiten und leben (Longchamp, 2005).

Denkbar ist auch, dass ein Grund für die hohe Inanspruchnahme von medizinischen Gesundheitsleistungen durch Frauen Ausdruck unterschiedlicher Einstellung zur Gesundheit sein kann. Das Schweizer Bundesamt für Gesundheit gibt an, dass Migrantinnen sich im Vergleich zu gleichaltrigen Schweizer Frauen deutlich kränker fühlen und bestimmte medizinische Angebote sogar häufiger in Anspruch nehmen als Schweizerinnen. Dies betrifft insbesondere Frauen mittleren Alters (Bundesamt für Gesundheit, 2007; Witzig, 2006).

Insgesamt zeigten Studien von diversen medizinischen Anlaufstellen einen höheren Anteil an weiblichen Patienten. In Genf und Lausanne betrug er beispielsweise 60 bis 80%, beim Medibüro in Berlin knapp 60 %, die Malteser Migranten Medizin in Berlin und Köln berichteten ebenfalls, dass knapp zwei Drittel der Patienten Frauen waren (Achermann, 2003; Castaneda, 2009; Waller, 2008; Schlopker, 2009).

4.4 Altersverteilung

Die Auswertung der Patientendaten ergab, dass in den medizinischen Anlaufstellen in München und Zürich Patienten in jedem Alter zwischen wenigen Tagen alt und 78 Jahren behandelt wurden. Die Mehrheit der Patienten war zwischen 20 und 40 Jahre alt. Dies entspricht den Ergebnissen anderer demographischer Studien (Cyrus, 2004). Auch Schönwalder (2004) und Alt (2006) schätzen, dass der größte Teil vor allem junge Erwachsene sind.

Neben politischer Verfolgung und geschlechtsspezifischer Benachteiligung im Ursprungsland ist wirtschaftliche Not einer der Hauptmotivationsgründe zur Migration. Demnach verlassen viele junge Menschen im arbeitsfähigen Alter ihr Heimatland, um eine Arbeit zu finden und ihre finanzielle Lage zu verbessern. Dies ist eine Erklärung dafür, dass vor allem Erwachsene zwischen 20 und 40 Jahren diese medizinischen Anlaufstellen aufsuchten.

Grundsätzlich wird angenommen, dass Menschen mittleren Alters im Durchschnitt gesünder sind als Kinder oder ältere Menschen und somit eher den Schritt wagen in ein anderes Land zu migrieren (Cyrus, 2004). In der Literatur findet sich der Begriff des „Healthy Migrant Effect“, der besagt, dass Migranten im Vergleich zu Personen aus dem Ursprungsland eine niedrigere Morbidität haben (Bundesamt für Gesundheit, 2007). Dieser Vorteil bleibt jedoch nicht bis ins

hohe Alter bestehen, da ein schlechterer sozioökonomischer Status und Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem zu einer schnelleren Verschlechterung des Gesundheitszustands führen, so dass der positive Effekt aufgehoben wird.

Es wird auch von einer zunehmenden Zahl von Kindern berichtet, die in die Illegalität hineingeboren werden (Tolsdorf, 2008). Aus den in der vorliegenden Studie erhobenen Patientendaten ist nicht ersichtlich, wie viele der Patienten in München und Zürich Kinder haben. Die relativ hohe Zahl an schwangeren Frauen und ein Prozentsatz von 6,9% an Kindern und Jugendlichen unter 19 Jahren in Zürich und 11,8% in München sprechen jedoch für eine hohe Anzahl an Kindern, die in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität leben. Diese Zahlen entsprechen in etwa denen einer Studie aus Frankfurt am Main, in der der Anteil an Kindern auf 5 bis 10% geschätzt wird (Krieger, 2006a).

Longchamp kommt zu dem Ergebnis, dass bis zu 20% der Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Zürich Kinder haben, die mit ihnen in der Schweiz leben und sogar 30 bis 40% Kinder im Herkunftsland haben (2005). Die im Heimatland verbliebenen Kinder sind meist älter, während die jüngeren mit den Müttern in der Schweiz leben (Achermann, 2003).

Häufig wird berichtet, dass Kinder eine zusätzliche Belastung darstellen. Das Medinetz Bonn berichtet aber, dass in ihrer Einrichtung viele Lateinamerikanerinnen mit Kindern behandelt werden, die sich im Durchschnitt seit mindestens fünf Jahren in Deutschland aufhalten. Ihrer Meinung nach ist es denkbar, dass Kinder ein Ausdruck von Zukunftsplanung und einem dauerhaften Leben in Deutschland sind (Schlöpker, 2009).

Ältere Menschen werden manchmal von Angehörigen in das Migrationsland nachgeholt, um bei der Familie zu leben. Die Wahrscheinlichkeit, dass ältere Menschen krank werden, ist relativ hoch. Dass kranke Menschen allerdings in ein anderes Land zwecks medizinischer Versorgung migrieren, ist jedoch weniger häufig als angenommen (Cyrus, 2004).

4.5 Herkunftsregionen

Die Patientenklientel in München und Zürich stammen aus unterschiedlichen Herkunftsländern. In München kommt mehr als die Hälfte der Patienten mit Aufenthaltsstatus aus Staaten der EU27, häufig aus Polen, Rumänien und Bulgarien, ein weiterer Teil aus osteuropäischen Staaten, die nicht zur EU gehören. Frauen ohne Aufenthaltsstatus kommen aus Lateinamerika, dem

subsaharischen Afrika und osteuropäischen Staaten (nicht-EU), Männer ohne Aufenthaltsstatus aus Osteuropa (nicht-EU) und Lateinamerika.

Die Klientel der medizinischen Anlaufstellen ist städtespezifisch und je nach Bekanntheit innerhalb einer ethnischen Gruppe unterschiedlich, den Schwerpunkt bilden Menschen aus Osteuropa, Lateinamerika und Afrika (Tolsdorf, 2008). Dieses entspricht den Daten der Malteser Migranten Medizin in Köln aus dem Jahre 2006, wo ebenfalls schwerpunktmäßig Menschen aus Lateinamerika, Afrika und vom Balkan behandelt wurden (Tolsdorf, 2008). Bei der Malteser Migranten Medizin in Berlin wurden im Jahre 2007 viele Menschen aus Ost- und Südosteuropa und Afrika behandelt, das Medinetz Bonn berichtet über hohe Zahlen an Menschen aus Lateinamerika (Schlöpker, 2009).

Trotz dieser Anhaltspunkte ist das Wissen über die nationale Zusammensetzung der Menschen ohne Aufenthaltsstatus lückenhaft. Es wird ein Zusammenhang zwischen legaler und illegaler Migration vermutet, der jedoch nicht sicher belegt ist (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2006). Bekannt ist allerdings, dass die jeweiligen Ein- und Ausreisebestimmungen Einfluss auf die nationale Zusammensetzung haben (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2005). Das deutsche Bundesamt für Migration und Flüchtlinge geht davon aus, dass der größte Teil der Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland Arbeitsmigranten aus Mittel- und Osteuropa sind, die häufig zwischen dem Herkunftsland und Deutschland pendeln. Die rechtliche Lage innerhalb Europas unterliegt einem Wandel, der dazu geführt hat, dass Menschen aus ost- und südosteuropäischen Ländern keine Visa mehr benötigen. Früher machten Menschen aus diesen Ländern einen Großteil derjenigen Personen ohne Aufenthaltsstatus aus, heutzutage besitzen sie einen regulären Aufenthaltsstatus. Aufgrund von Übergangsregelungen haben diese Migranten aber keine Arbeitserlaubnis, so dass für viele von ihnen kein Krankenversicherungsschutz besteht und sie die medizinischen Hilfsangebote außerhalb der Regelversorgung in Anspruch nehmen müssen (Castaneda, 2009).

In Deutschland spielen Herkunftsländer, die historisch mit dem Zielland verbunden sind, eine wichtige Rolle. Diese Länder sind zum Beispiel die Türkei, Polen, Länder des ehemaligen Jugoslawien, die Ukraine und Vietnam (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2005). Ein großer Teil der Patienten des Münchner Projekts kommt aus diesen Ländern, wie beispielsweise aus Polen und der Ukraine. Bemerkenswert ist, dass sehr wenig Menschen aus der Türkei und Vietnam medizinische Beratung in Anspruch genommen haben. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass diese Migranten über familiäre Netzwerke nach Deutschland kommen und im Krankheitsfall medizinische Versorgung, zum Beispiel durch Ärzte derselben Muttersprache in bereits bestehenden funktionstüchtigen Parallelstrukturen finden (Tolsdorf, 2008).

Weitere Gruppen der illegalen Einwanderer stammen laut dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge aus politisch und wirtschaftlich unsicheren Staaten, unter anderem aus Afrika und Lateinamerika. Sie reisen illegal ins Land ein und stellen dann einen Asylantrag (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2005). Zudem besteht ein Zusammenhang zwischen den Herkunftsländern von Asylbewerbern und den Menschen, die bei dem illegalen Grenzübertritt aufgegriffen werden. Auch Sextro vermutet, dass sich die Zusammensetzung der Gruppe der Menschen ohne Aufenthaltsstatus mit den Herkunftsländern der Asylsuchenden in Deutschland deckt (Sextro, 2002). Dagegen spricht allerdings, dass Lateinamerikaner im Asylverfahren kaum eine Rolle spielen und sie den direkten Weg in die Illegalität wählen (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2005; Alleva, 2004).

Prozentual nimmt der Anteil an Menschen aus Lateinamerika an den Personen ohne Aufenthaltsstatus zu. Cerda-Hegerl nennt als Gründe hierfür die weltweite Vernetzung und verbesserte Infrastruktur, die insbesondere lateinamerikanischen Frauen die Migration erleichtert. Untersuchungen haben gezeigt, dass bestehende familiäre Netzwerkstrukturen im Zielland eine größere Anziehungskraft haben als ein hohes Einkommensniveau (Cerda-Hegerl, 2008). Traditionell enge familiäre Bindungen und eine kollektivistische Einstellung bieten Neuankömmlingen Unterstützungsmöglichkeiten bei der Arbeits- und Wohnungssuche, reduzieren die Unsicherheit und bieten eine emotionale Stütze. Dies führt dazu, dass sich Menschen aus ähnlichen Herkunftsregionen in einem Gebiet ansiedeln und durch so genannte „Schneeballeffekte“ eine Vernetzung vor Ort unterstützt wird (Hofstede, 2001; Cerda-Hegerl, 2008; Schlöpker, 2009).

Eine weitere Erklärung für den hohen Anteil von Mittel- und Südamerikanerinnen findet sich in der Tatsache, dass Menschen aus vielen lateinamerikanischen Staaten kein Einreisevisum benötigen und sie sich bis zu drei Monaten legal im Land aufhalten können (Bommes, 2007). Viele von ihnen kehren nach Ablauf dieser Frist jedoch nicht nach Hause zurück und werden durch das Überschreiten der Aufenthaltserlaubnis zu so genannten „overstayers“, die fortan in der Illegalität leben (Bommes, 2007).

Bei „Meditrina“ in Zürich bilden lateinamerikanische Menschen die größte Patientengruppe. Knapp die Hälfte der Männer ohne Aufenthaltsstatus und knapp 80% der Frauen ohne Aufenthaltsstatus stammen aus Ländern Süd- und Mittelamerikas. Eine weitere große Gruppe kommt aus Afrika, vornehmlich aus dem subsaharischen Raum.

In einer Schweizer Studie von „Forschung für Politik, Kommunikation und Gesellschaft“ im Jahre 2005, welche unter anderem von Longchamp durchgeführt wurde, wird Lateinamerika als

häufigste Herkunftsregion von Frauen ohne Aufenthaltsstatus genannt. Aufgrund der vermehrten Nachfrage nach Arbeitskräften im privaten Dienstleistungssektor lassen sich Frauen vermehrt in Städten nieder, wohingegen Männer eher in ländlichen Regionen wie dem Thurgau und dem Tessin leben. Viele von ihnen sind osteuropäischer Herkunft und arbeiten als Erntehelfer und Saisonarbeiter (Longchamp, 2005). Besonders groß ist die Zahl der Frauen aus Ecuador, Brasilien und der Dominikanischen Republik, da sie kein Visum zur Einreise benötigen und sie nach Ablauf der dreimonatigen Frist die Schweiz nicht verlassen. Von Männern wird berichtet, dass viele von ihnen ursprünglich eine Aufenthaltsbewilligung besessen hatten, die nach Ablauf der Frist jedoch nicht verlängert wurde (Traber, 2008).

Die Migrationsbevölkerung in der Schweiz unterscheidet sich stark von derjenigen anderer europäischer Staaten (Bundesamt für Statistik, 2008). Einen Rückschluss zu ziehen vom Anteil der Migranten mit Aufenthaltsstatus auf den Anteil ohne Aufenthaltsstatus, ist nur eingeschränkt möglich.

Fast zwei Drittel der Migranten mit Aufenthaltsstatus stammt aus Europa, zum Beispiel aus Italien, Deutschland, Serbien und Montenegro (Bundesamt für Statistik, 2008). Der Anteil an Menschen aus Asien, Afrika und Amerika ist gering (Bundesamt für Gesundheit, 2007). Auch die nationale Herkunft der Asylsuchenden deckt sich nicht mit der Zusammensetzung der Menschen ohne Aufenthaltsstatus, viele stammen aus Eritrea, Serbien und Montenegro und dem Irak (Bundesamt für Statistik, 2008).

Es wird vermutet, dass es in den letzten Jahren eine Verschiebung der Anteile der Herkunftsregionen der Menschen ohne Aufenthaltsstatus gegeben hat. Vor zehn Jahren kamen noch deutlich mehr Personen ohne Aufenthaltsstatus aus europäischen Ländern, viele von ihnen waren Arbeiter, die ihre Familien nachgeholt haben. Nach dem Inkrafttreten der Bilateralen Verträge mit der EU im Jahre 2002 gibt es für EU-Bürger keine Einreisesperren mehr. Dies hatte zur Folge, dass der Anteil der europäischen Menschen ohne Aufenthaltsstatus stark gesunken ist und der Anteil an Menschen aus Lateinamerika und osteuropäischen Staaten, die nicht zur EU gehören, an Bedeutung gewonnen hat (Achermann, 2003).

4.6 Informationsgewinnung über die medizinischen Anlaufstellen

In München gibt es bezüglich der Informationsgewinnung über die medizinische Anlaufstelle keine Unterschiede zwischen der Patientengruppe mit und ohne Aufenthaltsstatus. Jeweils die

Hälfte der Patienten fand den Weg zu „open.med“ über öffentliche Stellen, Sozialverbände und medizinisches Personal. Dies ist erstaunlich, da laut „Ärzte der Welt“ das vorliegende Informationsmaterial in öffentlichen Stellen und Wohlfahrtsverbänden häufig widersprüchlich und mangelhaft ist und häufig auch das Fachpersonal nicht ausreichend informiert ist (Chauvin, 2009). Rund ein Fünftel der Patienten erhält Informationen über Freunde und Bekannte, die Medien spielen nur eine untergeordnete Rolle.

In Zürich erfahren knapp die Hälfte der Patienten mit Aufenthaltsstatus über „Mund Propaganda“ von der medizinischen Anlaufstelle, bei den Patienten ohne Aufenthaltsstatus sind es sogar zwei Drittel. Die meisten dieser Menschen kommen aus lateinamerikanischen Staaten. Diese Tatsache unterstützt die These, dass die Einbindung in ein soziales Netzwerk, insbesondere bei den Lateinamerikanern besonders verbreitet und wichtig ist. (Cerde-Hegerl, 2008). Achermann beschreibt in einem Interview, dass viele Informationen über persönliche Kontakte weitergegeben werden und öffentliche Stellen aus Angst vor Registrierung und Abschiebung gemieden werden (Witzig, 2006). Auch Longchamp konstatiert, dass das Informationsniveau der Menschen ohne Aufenthaltsstatus von der Einbindung in soziale Netzwerke abhängt. Betroffene seien in der Regel relativ gut informiert über das Angebot von Hilfsorganisationen und über ihren eigenen Aufenthaltsstatus, Informationslücken zeigten sich hingegen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung (Longchamp, 2005).

4.7 Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem

Zwei Drittel der Patienten mit Aufenthaltsstatus in München geben an, wegen finanzieller Schwierigkeiten nicht krankenversichert zu sein. Ein Großteil dieser Menschen stammt aus Osteuropa.

Knapp 90% der Menschen ohne Aufenthaltsstatus in München geben an, dass der fehlende Anspruch auf eine Krankenversicherung der Haupthinderungsgrund für die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung ist. Diese Personen fallen zwar im Krankheitsfall unter das Asylbewerberleistungsgesetz, diese Versorgung ist allerdings stark eingeschränkt und geht mit der Aufdeckung des Aufenthaltsstatus einher, so dass die Inanspruchnahme dieser Leistungen keine realistische Option darstellt (Groß, 2005). Administrative Schwierigkeiten werden häufiger bei Menschen mit Aufenthaltsstatus genannt. Dazu gehören das Organisieren von Nachweisen, ungünstige Öffnungszeiten und Probleme aufgrund der Komplexität des Gesundheitssystems (Chauvin, 2009).

In Zürich unterscheiden sich die Zugangsbarrieren für Patienten mit und ohne Aufenthaltsstatus kaum voneinander. Die Mehrheit der Behandelten gibt an, dass eine fehlende Krankenversicherung die Hauptzugangsbarriere zur gesundheitlichen Versorgung darstellt. Bei Menschen ohne Aufenthaltsstatus ist sicherlich die Weigerung der Krankenkassen, Menschen ohne Aufenthaltsstatus zu versichern, ein bedeutender Faktor (Achermann, 2003). Laut Achermann und Chimienti sind die hohen Kosten der Versicherungsbeiträge und Zuzahlungen sowie die Angst vor Denunziation durch Krankenversicherungen und Ärzte die zwei Hauptgründe, derentwegen Menschen ohne Aufenthaltsstatus keine Krankenversicherung abschließen. Weitere zentrale Gründe sind die Angst vor Zurückweisung, fehlendes Vertrauen und die sprachlichen Barrieren (Achermann, 2006). Auch kulturelle Unterschiede in Bezug auf Wahrnehmung und Ausdruck von Krankheitssymptomen können eine Zugangsbarriere darstellen.

„Ärzte der Welt“ geben lückenhafte oder fehlerhafte Information über bestehende Versorgungsangebote als entscheidenden einschränkenden Faktor an (Chauvin, 2009).

4.8 Medizinische Fachbereiche

Insgesamt ist das Krankheitsspektrum in München und Zürich vielfältig und betrifft fast alle Bereiche der Medizin. Am häufigsten werden die Projekte bei Erkrankungen aus den folgenden Fachbereichen aufgesucht: Gynäkologie, Innere Medizin, Orthopädie und Zahnheilkunde. Sie treten in beiden Projekten auf, wobei deren relative Häufigkeit in den beiden Städten variiert.

In München werden gynäkologische Erkrankungen und Schwangerschaften als Hauptkonsultationsgründe genannt. Ein Drittel der Frauen mit Aufenthaltsstatus und rund 40% der Frauen ohne Aufenthaltsstatus sind betroffen. In den meisten Fällen ist eine Schwangerschaft der Grund für die Konsultation. Der Themenkomplex „Schwangerschaft“ umfasst neben der Betreuung einer Schwangerschaft und Geburt auch einen gewünschten Schwangerschaftsabbruch. Die vorliegenden Daten lassen aufgrund teils lückenhafter Dokumentation keine Aussage darüber zu, in welchem Stadium der Schwangerschaft die Frauen die medizinischen Anlaufstellen aufsuchen. Für die Patientinnen, bei denen sich Angaben finden, zeigt sich ein heterogenes Bild von Schwangerschaften im Frühstadium bis zur 37. Schwangerschaftswoche, es kommen auch Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen möchten.

Auch in den medizinischen Anlaufstellen der Malteser Migranten Medizin in Berlin und dem Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin machen Schwangere mit 20 bis 30% die größte Personengruppe aus. Häufig wird berichtet, dass Frauen erst kurz vor der Entbindung kommen, ohne sich je einer Vorsorgeuntersuchung unterzogen zu haben (Malteser Migranten Medizin, 2005; Castaneda, 2009).

Eine Schwangerschaft stellt für Frauen in der Illegalität eine besondere Belastung dar (Anderson, 2003). Es wird vermutet, dass sich die wenigsten Frauen bewusst für eine Schwangerschaft entscheiden, vielmehr führt mangelndes Wissen oder erschwerter Zugang zu Verhütungsmitteln zu ungeplanten Schwangerschaften. Zusätzlich besteht ein erhöhtes Risiko für Geschlechtskrankheiten (Anderson, 2003).

Anderson spricht von zwei unterschiedlichen Gruppen von Schwangeren. Diejenigen mit außereuropäischer Herkunft haben eine schlechtere Ausgangslage im Gegensatz zu der Gruppe aus osteuropäischen Ländern, die sich nicht illegal in Deutschland aufhalten und medizinische Hilfe als Touristinnen in Anspruch nehmen können. Für sie komme auch eine Heimreise zwecks Behandlung oder Geburt in Frage (Anderson, 2003).

Den schwangeren Frauen stehen verschiedene Entbindungsmöglichkeiten zur Verfügung. Die Entscheidung für ein Kind kann allerdings viele Probleme mit sich bringen. Vordergründig geht es um organisatorische und finanzielle Schwierigkeiten, da Vorsorgeuntersuchungen und die Geburt organisiert und bezahlt werden müssen. Zudem besteht immer die Gefahr der Entdeckung und Abschiebung (Tolsdorf, 2008). In München gab es in einem Krankenhaus zeitweise die Möglichkeit der anonymen Geburt, die allerdings aufgrund von rechtlichen Unklarheiten nicht mehr angeboten wird. Es gibt auch Frauen, die ihr Kind alleine zu Hause ohne medizinische Betreuung zur Welt bringen, dies stellt aber eine große gesundheitliche Gefahr für Mutter und Kind dar (Tolsdorf, 2008). Anderson folgert, dass die Möglichkeiten sich für das Kind und gegen eine Abtreibung zu entscheiden, eher theoretischer Natur sind, da viele Menschen ohne Aufenthaltsstatus keinen Zugang zu Informationen haben. Dies führt dazu, dass sich viele Frauen zu einem Schwangerschaftsabbruch gezwungen sehen (Anderson, 2003).

Die zweithäufigsten Beratungsanlässe in München sind Krankheiten, die zum Gebiet der Inneren Medizin gehören. Es treten Erkrankungen aus fast allen internistischen Bereichen von der Endokrinologie über die Kardiologie bis hin zur Onkologie auf.

Wenige Patienten leiden unter Infektionskrankheiten. In anderen Versorgungszentren wird von einer zunehmenden Zahl von Tuberkulosekranken berichtet (Anderson, 2003). Auch sexuell

übertragbare Erkrankungen wie Hepatitis C und HIV-Infektionen steigen an (Bundesamt für Gesundheit, 2007).

Erklärungsgründe für die niedrige Zahl der Infektionskrankheiten könnten sein, dass sexuell übertragbare Krankheiten oft auch gynäkologische, urologische, internistische und dermatologische Beschwerden verursachen und nicht sofort als Infektionskrankheit erkannt werden (Bommes, 2007).

Die dritthäufigsten Beschwerden fallen in den Bereich der Orthopädie. Diese Beschwerden beruhen häufig auf Verschleißerscheinungen infolge körperlich belastender Arbeit. Bei der Malteser Migranten Medizin waren orthopädische Beschwerden oft Folge von Unfällen und Entzündungen (Malteser Migranten Medizin, 2005).

Zahnschmerzen stehen an vierter Stelle der genannten Beschwerden. Der Zugang zu diesem Bereich der Medizin wird oft als besonders problematisch beschrieben, weil die Behandlungen sehr kostenintensiv werden können. Darüber hinaus scheint es eine geringere Bereitschaft innerhalb dieser Fachrichtung zu geben, Menschen ohne Aufenthaltsstatus zu behandeln (Bommes, 2007). Die Malteser Migranten Medizin in Köln berichtet, dass Patienten medizinische Hilfe erst bei akuten Schmerzen in Anspruch nehmen (Bommes, 2007). Häufig handelt es sich um erforderlichen Zahnersatz oder stark vereiterte Zähne (Malteser Migranten Medizin, 2005).

Ein weiteres wichtiges Feld ist die psychische Gesundheit. Diese Probleme treten bei Menschen mit und ohne Aufenthaltsstatus ungefähr gleichhäufig auf. In dieser Studie wurden nur die Hauptberatungsanlässe analysiert. Es ist aber zu vermuten, dass viele Patienten zusätzlich an psychischen Erkrankungen leiden. Häufig sind sie Begleiterscheinungen, in einigen Fällen sogar Ursache von somatischen Erkrankungen.

Die psychische Gesundheit in der Illegalität ist ein komplexes Thema. Es können Störungen in unterschiedlichster Ausprägung vorkommen. Instabile und unsichere Lebensverhältnisse können bei Betroffenen depressive Verstimmungen auslösen, die permanente Angst vor Entdeckung kann zu Angsterkrankungen führen. Denkbar ist, dass sich konstante Belastungssituationen als psychosomatische Störungen in Form von Rücken- oder Magenschmerzen äußern (Rinderer, 2009). Bei Patienten mit Flucht- und Gewalterfahrung können posttraumatische Belastungsstörungen auftreten. Die genannten psychischen Störungen zeigen sich oft in Kombination, oft dauert es Jahre, bis die eigentlichen Ursachen der Beschwerden gefunden werden (Tolsdorf, 2008).

Auffällig ist, dass wenige Notfallpatienten, die einer stationären Behandlung bedürfen, die medizinischen Anlaufstellen aufsuchen. Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass sich diese Patienten direkt in ein Krankenhaus begeben.

„Meditrina“ in Zürich wird am häufigsten wegen internistischer Erkrankungen, gynäkologischen Problemen und Schwangerschaften, zahnmedizinischen und orthopädischen Beschwerden konsultiert.

Das internistische Spektrum umfasst kardio-vaskuläre, endokrinologische und pulmonologische Krankheiten. Auffällig ist, dass jeder zehnte Patient ohne Aufenthaltsstatus wegen gastrointestinaler Beschwerden kommt.

Bei der Malteser Migranten Medizin in Köln werden im Zusammenhang mit gastroenterologischen Beschwerden Magen-/Darminfekte, Gallensteinleiden und intestinale Ulcera genannt (Bommes, 2007). Auch psychosomatische Beschwerden äußern sich häufig in Form von gastrointestinalen Beschwerden. Als weiterer Auslöser kommt psychischer Stress als Mitverursacher von peptischen Magen- und Duodenalulcera in Betracht.

Insgesamt ist auch in Zürich, ähnlich wie in München, das Auftreten von Infektionskrankheiten gering. Die vorliegenden Daten lassen jedoch nur eine eingeschränkte Aussage zu. Bei „Meditrina“ gibt es das Angebot eines anonymen kostenlosen HIV-Tests, detaillierte Analysen hierzu liegen aber nicht vor.

Die Züricher Anlaufstelle wird wesentlich seltener von Schwangeren aufgesucht als „open.med“ in München. Ein Grund dafür ist, dass es in Zürich mehrere Anlaufstellen gibt, an die sich Schwangere wenden können. Das Fraueninformationszentrum (FIZ – Für Frauen aus Afrika, Asien, Lateinamerika und Osteuropa) und das Frauenambulatorium bieten ebenfalls Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten für Schwangere und werden regelmäßig in Anspruch genommen (Achermann, 2003; Tolsdorf, 2008).

Das Schweizer Bundesamt für Gesundheit schreibt im Bericht „Strategie Migration und Gesundheit“ aus dem Jahre 2007, dass Migrantinnen öfter ungewollt schwanger werden und sich dreimal häufiger zum Abbruch entscheiden im Vergleich zu Schweizerinnen. Ein großer Teil dieser ungewollten Schwangerschaften betrifft Frauen mit prekärem Aufenthaltsstatus (Bundesamt für Gesundheit, 2007). Eine Studie aus Genf aus dem Jahre 2008 gibt ebenfalls an, dass Frauen in der Illegalität häufiger ungewollt schwanger werden, verspätet medizinische Hilfe in Anspruch nehmen und vermehrt Opfer physischer und psychischer Gewalt werden (Wolff, 2008).

Zahnbeschwerden sind auch in Zürich ein häufiges Problem. Hohe Behandlungskosten können dazu führen, dass Beschwerden lange ignoriert werden und Zahnersatz nötig wird.

Erkrankungen des Bewegungsapparats werden ebenfalls als häufiger Konsultationsgrund in Zürich genannt. Körperlich belastende Arbeiten, Unfälle und Entzündungen können dafür ursächlich sein.

Es ist zu vermuten, dass migrationsbedingte Belastungsfaktoren wie schlechte Ernährung, Wohnverhältnisse und Arbeitsbedingungen einen negativen Einfluss auf die Gesundheit haben, das Auftreten von bestimmten Krankheiten fördern und deren Verlauf beeinflussen. Von vielen medizinischen Beratungsstellen wird berichtet, dass immer wieder Patienten mit chronifizierten und komplexen Krankheitsbildern in die Sprechstunde kommen, die bei frühzeitiger Behandlung einen besseren Verlauf genommen hätten. In einer europaweiten Studie von „Ärzte der Welt“ wird berichtet, dass rund ein Viertel der Patienten schon mindestens einmal wegen eines gesundheitlichen Problems zu spät behandelt wurden. Darüber hinaus geben ein Drittel der befragten Männer und ein Viertel der Frauen an, der eigene Gesundheitszustand sei schlecht bis sehr schlecht. Diese Tatsache kann teilweise auf unzureichende sozioökonomische Verhältnisse zurückgeführt werden (Chauvin, 2009).

4.9 Behandlung

Die Mehrheit der Patienten in München wird nach Erstkontakt zum Facharzt überwiesen.

Im Projekt selbst kann meist nur eine allgemeinmedizinische Versorgung stattfinden, bei komplizierteren Fällen wird ein Arzt aus dem kooperierenden Netzwerk kontaktiert und ein Termin vereinbart. In ca. 15% der Fälle werden die Patienten wieder einbestellt, entweder zur Verlaufskontrolle oder zur Weiterbehandlung.

In Zürich wird die Hälfte der Patienten mit Aufenthaltsstatus zum Facharzt überwiesen, die andere Hälfte wird an andere Stellen wie Apotheken und Physiotherapeuten verwiesen.

Patienten ohne Aufenthaltsstatus werden zu zwei Dritteln zum Facharzt überwiesen.

Einweisungen ins Krankenhaus sind in beiden Projekten extrem selten, vermutlich wenden sich Menschen in akuten Notfallsituationen direkt an ein Krankenhaus.

4.10 Limitationen

Eine mögliche methodische Limitation der vorliegenden Arbeit liegt in der retrospektiven Auswertung der Patientendaten. Die in den Projekten verwendeten Fragebögen wurden in erster Linie entworfen, um eine Patientendatei anzulegen und nicht primär, um wissenschaftliche Fragestellungen zu beantworten. Bei der Analyse zeigte sich, dass Fragen, zum Beispiel nach Schweregrad und Chronifizierung von Erkrankungen, anhand des vorhandenen Datenmaterials nicht beantwortet werden konnten, da dieser Parameter in München nur lückenhaft dokumentiert wurde und in Zürich gar nicht erfasst wurde.

Diese Studie stellt zudem nur einen Ausschnitt aus der Lebenssituation, der soziodemographischen Zusammensetzung und der Inzidenz und Prävalenz von Erkrankungen von Menschen ohne Aufenthaltsstatus dar. Die Ergebnisse der Studie sind nicht für die Gesamtgruppe der Menschen ohne Aufenthaltsstatus repräsentativ und müssen im jeweiligen Setting der medizinischen Anlaufstellen bewertet werden. Unterschiedliche Zielgruppe, geographische Lage des Projekts, Bekanntheit in unterschiedlichen Netzwerken und andere Zugangsbarrieren führen dazu, dass bestimmte Patientengruppen über- oder unterrepräsentiert sind.

Obwohl den Patienten Anonymität zugesichert wird, ist es möglich, dass einige Personen falsche Angaben bezüglich ihres Aufenthaltsstatus oder ihrer Herkunft machen, da sie die Weitergabe an die Ausländerbehörde, strafrechtliche Konsequenzen und eine Abschiebung befürchten. Mögliche Falschaussagen durch die Patienten können auch durch die Schwierigkeiten begründet werden, in kurzer Zeit ein Vertrauensverhältnis zwischen Mitarbeitern der Projekte und Patienten aufzubauen, da die zeitlichen und finanziellen Ressourcen insbesondere bei spendenfinanzierten Projekten stark eingeschränkt sind. Auch sprachliche Barrieren können die Anamneseerhebung erschweren, so dass Angaben nicht oder fehlerhaft dokumentiert werden.

Bei der Auswertung der medizinischen Daten muss beachtet werden, dass diese beim ersten Patientenkontakt erhoben werden und somit teilweise vorläufig sind. Häufig kann das Krankheitsbild erst nach weiterführenden Untersuchungen bei einem Facharzt bestätigt werden, so dass es durchaus möglich ist, dass das Bild des Erkrankungsspektrums verzerrt ist.

4.11 Schlussfolgerung und Ausblick

Diese Arbeit über medizinische Parameter und soziodemographische Charakteristika von Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland und der Schweiz trägt dazu bei, ein detaillierteres Bild der medizinischen Versorgungssituation und Problemfelder gesundheitlicher Versorgung zu zeichnen, um adäquater auf die Bedürfnisse der Menschen ohne Aufenthaltsstatus eingehen zu können.

Die Inanspruchnahme der medizinischen Anlaufstellen „open.med“ in München und „Meditrina“ in Zürich zeigte, dass ein beträchtlicher Bedarf an medizinischer Versorgung besteht, der durch die Regelversorgung nicht abgedeckt wird und verdeutlicht, dass eine Verbesserung der Versorgungssituation dringend notwendig ist.

Die vorliegende Arbeit über Patienten ohne Aufenthaltsstatus bestätigt die Beobachtung, dass es sich um eine heterogene Gruppe von Menschen mit unterschiedlichen sozialen und ethnischen Hintergründen handelt, denen gemeinsam ist, dass sie sich in einer extrem vulnerablen Lebenssituation befinden und wenige Möglichkeiten zu gesellschaftlicher Partizipation besitzen. Das Leben in der Illegalität führt zu komplexen Problemen, die neben der ständigen Angst vor Entdeckung und Abschiebung wichtige Bereiche wie soziale Anbindung, Wohnen, Arbeit und Bildung betreffen. Ein weiteres zentrales Problemfeld, welches Inhalt dieser Arbeit ist, stellt der Zugang zu medizinischer Versorgung dar. Unsichere Lebenssituationen können das Auftreten von somatischen und psychischen Erkrankungen fördern.

Für zukünftige Untersuchungen wäre ein prospektives longitudinales Studiendesign sinnvoll, um Langzeitverläufe besser beurteilen zu können. Insbesondere sollten Schwerpunkte auf die Fragen nach herkunfts- und geschlechtsspezifischen Behandlungsangeboten, alternativen Behandlungswegen und auf die Vermeidung von Chronizität von Erkrankungen gelegt werden.

Es besteht Handlungsbedarf auf politischer Ebene, da die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus nur mit Entscheidungen seitens des Gesetzgebers gesichert werden kann und soziale Mindeststandards eingeführt werden müssen. Die Klärung der rechtlichen Lage beinhaltet die Abschaffung der Übermittlungspflicht an die Ausländerbehörden und die Sicherung der Straffreiheit von behandelndem medizinischem Personal. Ein erster Schritt stellt die seit 2009 geltende erweiterte Schweigepflicht für Sozialbehörden dar.

In der Schweiz wurden andere Wege im Umgang mit dem Problem der medizinischen Versorgung gewählt. Hier gilt eine Krankenversicherungspflicht für alle Bürger inklusive Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Diese Regelung stellt ebenfalls einen Ansatz zur Beseitigung

der Hürden zum Gesundheitssystem dar. Dies findet jedoch in der Realität häufig keine Anwendung, da sich viele Krankenkassen weigern, Personen ohne Aufenthaltsstatus zu versichern.

Innerhalb Europas gibt es verschiedene Wege im Umgang mit diesem Thema. Es wäre wünschenswert, dass die medizinische Parallelversorgung durch spendenfinanzierte und karitative Organisationen in die Regelversorgung des öffentlichen Gesundheitssystems eingliedert und nicht nur als Aufgabe von ehrenamtlichen Helfern gesehen würde.

Der Einzug des Themas der „aufenthaltsrechtlichen Illegalität“ in die öffentliche Debatte ist begrüßenswert, zur Verbesserung der Lage müssen allerdings rechtliche Schritte folgen, so dass es nicht mehr zu schwerwiegenden gesundheitlichen Konsequenzen für Betroffene kommen kann oder Menschen aus Unwissenheit oder Angst vor Denunziation notwendige medizinische Behandlungen versäumen.

5. Zusammenfassung

Einleitung

Schätzungen zufolge leben in Deutschland bis zu einer Million und in der Schweiz bis zu 300 000 Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Das Leben in der Illegalität kann zu komplexen Problemlagen führen, die viele Lebensbereiche nachhaltig beeinflussen. In besonderem Maße davon betroffen ist die medizinische Versorgung im Krankheitsfall. Ein Zugang zur Regelversorgung des öffentlichen Gesundheitssystems ist kaum gegeben. Es besteht zwar ein theoretischer Anspruch auf medizinische Leistungen, die Konsultation einer ambulanten oder stationären Einrichtung birgt jedoch die Gefahr der Weitergabe von persönlichen Daten an die Ausländerbehörde und damit eine mögliche Abschiebung.

Das Thema der illegalen Migration ist in den letzten Jahren vermehrt in der Öffentlichkeit diskutiert worden, dennoch ist die Forschungslage unter anderem aufgrund der erschwerten Zugänglichkeit der Gruppe defizitär. Bis heute gibt es keine flächendeckenden systematisch erhobenen Daten.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, zwei Patientenkollektive von medizinischen Anlaufstellen für Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland und der Schweiz hinsichtlich ihrer soziodemographischen Zusammensetzung und Erkrankungsspektren zu untersuchen.

Methodik

Hierbei handelt es sich um eine retrospektive Auswertung von Patientendaten der Projekte „open.med“ von „Ärzte der Welt“ in München und „Meditrina“ von „Ärzte ohne Grenzen“ in Zürich im Zeitraum von Januar 2007 bis Juni 2008. Eingeschlossen wurden alle Patienten, die im Zeitraum von Januar 2007 bis Juni 2008 die Anlaufstellen erstmalig aufgesucht haben. Als soziodemographische Parameter wurden das Alter, das Geschlecht, die Herkunft und der Aufenthaltsstatus dokumentiert. Weiterhin erhoben wurden medizinische Daten zum Erkrankungsspektrum und zur weiteren Behandlung, sowie Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem und den Informationsgewinn über die Anlaufstellen.

Ergebnisse

Es wurden insgesamt Daten von 271 Patienten aus München ausgewertet. Von diesen Patienten hatten 42 (15,5%) keinen Aufenthaltsstatus. Von den 576 Patienten, die aus dem Züricher

Zentrum in die Analyse eingeschlossen wurden, waren 313 (54,3%) Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Circa zwei Drittel der Patienten waren Frauen, wobei der Anteil der Frauen unter den Menschen ohne Aufenthaltsstatus sogar noch höher war. Die Mehrheit der Patienten waren junge Menschen zwischen 20 und 40 Jahren, das Durchschnittsalter lag bei Mitte 30. Menschen ohne Aufenthaltsstatus in München waren circa fünf Jahre jünger als in Zürich.

Bezüglich der Herkunft ließen sich für die jeweilige Region typische Migrationsmuster erkennen. In München überwogen Menschen aus osteuropäischen Ländern, die im Zuge der EU-Osterweiterungen einen regulären Aufenthaltsstatus, jedoch keine Arbeitsgenehmigung und damit Krankenversicherung erhalten haben. Menschen ohne Aufenthaltsstatus kamen zum größten Teil aus Lateinamerika, osteuropäischen Ländern, die nicht zur EU gehören und dem subsaharischen Afrika.

In Zürich stammte der Großteil der Patienten aus Lateinamerika, viele von ihnen waren Frauen ohne regulären Aufenthaltsstatus, deren Anteil aufgrund von visumsfreier Einreise und der als besonders stark beschriebenen Vernetzung dieses Personenkreises zunimmt.

Mehr als 80% der Patienten mit Aufenthaltsstatus in München hatten keine Krankenversicherung, in Zürich traf dies nur für die Hälfte der Personen zu.

Zwei Drittel der Patienten in München bezogen Informationen über die medizinischen Anlaufstellen über Sozialverbände und öffentliche Stellen, während knapp zwei Drittel der Menschen in Zürich von Freunden und Bekannten von der medizinischen Beratungsstelle erfahren haben.

Personen mit Aufenthaltsstatus in München gaben zu fast 70% an, dass finanzielle Schwierigkeiten der Haupthinderungsgrund war, das reguläre Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen, während 90% der Menschen ohne Aufenthaltsstatus einen fehlenden Anspruch auf eine Krankenversicherung geltend machten. In Zürich gaben rund zwei Drittel aller Patienten eine fehlende Krankenversicherung als Zugangsbarriere an.

Das Krankheitsspektrum war in beiden Anlaufstellen breit gefächert, Schwerpunkte waren gynäkologische und internistische Erkrankungen. Auffällig war, dass Schwangerschaften rund 40% der Beratungsanlässe der Frauen ohne Aufenthaltsstatus in München ausmachten. An dritt- und vierthäufigster Stelle wurden orthopädische Beschwerden und Zahnprobleme genannt. Patienten mit Infektionskrankheiten und Unfällen kamen eher selten in die hier untersuchten Anlaufstellen.

Circa drei Viertel der Patienten in München und die Hälfte der Patienten in Zürich wurden nach Erstkontakt zum Facharzt überwiesen, wobei Menschen ohne Aufenthaltsstatus sogar noch häufiger eine diesbezügliche Überweisung erhielten.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass es sich bei der Gruppe von Menschen ohne Aufenthaltsstatus um eine heterogene Gruppe mit Erkrankungen aus den unterschiedlichsten Fachbereichen der Medizin handelt. Sie dienen als Basis für zukünftige Langzeitstudien, um Erkrankungs- und Behandlungsverläufe sowie Determinanten über Behandlungserfolge beziehungsweise Misserfolge zu untersuchen.

Das Thema ist noch nicht ausreichend in der Öffentlichkeit diskutiert worden, Ergebnisse der vorliegenden Arbeit können dazu beitragen, Strategien zu entwickeln Menschen ohne Aufenthaltsstatus den barrierefreien Zugang zum Gesundheitssystem zu ermöglichen, damit schwerwiegende gesundheitliche Folgen aufgrund von verzögerter Inanspruchnahme von medizinischer Hilfeleistung umgangen werden können.

6. Literaturliste

- (1) Achermann C, Chimienti M und Stants F. Migration, Prekarität und Gesundheit. Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich, SFM-Studien 41. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration und Population Studies, 2006. ISBN 2-940379-46-7
- (2) Achermann C und Efiionayi-Mäde, D. Leben ohne Bewilligung in der Schweiz: Auswirkungen auf den sozialen Schutz. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung, Forschungsbericht Nr. 24/03. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies, 2003. ISBN 3-905340-93-3. <http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=de>
- (3) Allenberg N und Löhr T. Der Prüfbericht Illegalität und alternative Lösungsansätze. In: Falge C, Fischer-Lescano A, Sieveking K (Hrsg.). Gesundheit in der Illegalität, Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Schriftenreihe des Zentrums für Europäische Rechtspolitik, Baden-Baden, Nomos-Verlag, 2009; 55:125-136. ISBN 978-3-8329-4784-2.
- (4) Alleva V und Niklaus P-A. Leben und arbeiten im Schatten. Die erste detaillierte Umfrage zu den Lebens- und Arbeitsbedingungen von Sans-Papiers in der Deutschschweiz. Anlaufstelle für Sans Paperis Basel, Gewerkschaft Bau und Industrie GBI Zürich, 2004 http://www.sosf.ch/cms/upload/pdf/Studie_Leben_und_Arbeiten_im_Schatten_Schlussversion.pdf
- (5) Alt J. Leben in der Schattenwelt. Problemkomplex "illegale" Migration. Neue Erkenntnisse zur Lebenssituation aus München und anderen Orten Deutschlands. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag, 2003. ISBN 3860594990.
- (6) Alt J. Illegalität im Städtevergleich: Leipzig – München – Berlin. Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS) Universität Osnabrück 2005; 27:71-87.
- (7) Alt J und Bommers M (Hrsg.). Illegalität Grenzen und Möglichkeiten der Migrationspolitik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2006. (8)
Anderson P. "Dass Sie uns nicht vergessen ..." Menschen in der Illegalität in München. Eine empirische Studie im Auftrag der Landeshauptstadt München, Landeshauptstadt München, 2003. ISBN 3-937170-05-7. http://www.gruenemuenchen-stadtrat.de/seiten/pdfs/studie_illegalitaet.pdf
- (9) Bommers M und Wilmes M. Menschen ohne Papiere in Köln. Eine Studie zur Lebenssituation irregulärer Migranten. Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS), Universität Osnabrück, 2007.
- (10) Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013), Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Eidgenossenschaft; 2007. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html?lang=de>

- (11) Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.). Illegalität von Migranten in Deutschland. Zusammenfassung des Forschungsstandes, Working Papers 2/2005, Nürnberg, 2005.
- (12) Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.). Illegal aufhältige Drittstaatenangehörige in Deutschland, Staatliche Ansätze, Profile und soziale Situation, Forschungsstudie 2005 im Rahmen des europäischen Migrationsnetzwerks. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Nürnberg, 2006. ISBN: 3-9807743-6-8.
- (13) Bundesamt für Statistik (Hrsg.). Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz, Bericht 2008, Neuchâtel: Schweizerische Eidgenossenschaft, Eidgenössisches Departement des Inneren, 2008. ISBN: 978-3-303-01243-7. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/22/publ/ausl/liste.Document.114724.pdf>
- (14) Bundesministerium des Inneren (Hrsg.). Illegal aufhältige Migranten in Deutschland, Datenlage, Rechtslage, Handlungsoptionen. Bericht des Bundesministeriums des Inneren zum Prüfauftrag "Illegalität", 2007.
- (15) Büro für medizinische Flüchtlingshilfe. 10 Jahre Büro für medizinische Flüchtlingshilfe - Eine Erfolgsgeschichte? Berlin: Büro für medizinische Flüchtlingshilfe, 2006.
- (16) Castaneda H. Illegality as risk factor: a survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. *Social Science & Medicine*, 2009; 68:1552-1560.
- (17) Cerda-Hegerl P. Interkulturelle Aspekte in der medizinischen Versorgung nichtdokumentierter Migranten. *Intercultural Aspects of Medical Care for Undocumented Migrants. Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, Band 58, 2008; 58:136-145.
- (18) Chauvin P, Parizot I und Simonnot N. Der Zugang zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltstitel in 11 europäischen Ländern, Bericht der Umfrage 2008. *Médecins du Monde European Observatory on Access to Healthcare*; 2009. http://www.aerztederwelt.org/fileadmin/pdf/2.Untersuchung_EuropeanObservatory_240909.pdf
- (19) Clandestino Project, Undocumented Migration: Counting the Uncountable. Data and Trends across Europe. Final Report 2009. http://clandestino.eliamep.gr/wp-content/uploads/2010/03/clandestino-final-report_-november-2009.pdf
- (20) Cyrus N. Aufenthaltsrechtliche Illegalität in Deutschland, Sozialstrukturbildung - Wechselwirkung - Politische Optionen. Bericht für den Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration, Nürnberg, 2004. http://www.forum-illegalitaet.de/04_Expertise_Sachverst_ndigenrat_Cyrus.pdf
- (21) Cyrus N und Vogel D. Irreguläre Migration in Europa – Zweifel an der Wirksamkeit der Bekämpfungsstrategien. Hamburg. *Focus Migration Kurzdossiers* Nr. 9, 2008.
- (22) Düvell F. Irreguläre Immigration nach Europa: Eine Einführung. In: Falge C, Fischer-Lescano A, Sieveking K (Hrsg.). *Gesundheit in der Illegalität, Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus*. Schriftenreihe des Zentrums für Europäische Rechtspolitik, Baden-Baden: Nomos-Verlag, 2009; 55:23-42. ISBN 978-3-8329-4784-2

- (23) European Migration Network. Illegally resident third country nationals in Italy: State approaches towards them, their profile and social situation. Italian National Contact Point, 2005. <http://emn.sarenet.es/Downloads/prepareShowFiles.do;jsessionid=7E88BB1F69694A112624AC5F3ABA4337?entryTitle=3.%20EMN%20Studies>
- (24) Faltermaier T. Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In: Marschalek, P und Wiedl KH (Hrsg.), Migration und Krankheit. Institut für Migrationsforschung und interkulturelle Studien (IMIS) Universität Osnabrück 2001; 10:93-112.
- (25) Global Commission on International Migration. Migration in an interconnected world: New directions for action. Report of the Global Commission international Migration, 2005. <http://www.gcim.org/attachements/gcim-complete-report-2005.pdf>
- (26) Groß J. Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Versorgung von Patienten und Patientinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Flüchtlingsrat Berlin e.V., Büro für medizinische Flüchtlingshilfe, IPPNW Deutschland (Hrsg.), 2005.
- (27) Hofstede G. Lokales Denken, globales Handeln. Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management, 2. Auflage, München: Deutscher Taschenbuch-Verlag, 102.2001: 102.
- (28) Institut für Menschenrechte. Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland - Ihr Recht auf Gesundheit, Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität. Berlin, 2007. http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/studie_frauen_maenner_und_kinder_ohne_papiere_ihr_recht_auf_gesundheit.pdf
- (29) Kohls M. Healthy-Migrant-Effect, Erfassungsfehler und andere Schwierigkeiten bei der Analyse der Mortalität von Migranten Eine Bestandsaufnahme. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2008.
- (30) Krieger W. Lebenslage Illegal. Bestandsaufnahme zur Situation von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Frankfurt am Main und zu institutionellen Hilfsmaßnahmen für diese Personengruppe. Evangelischer Regionalverband Frankfurt am Main, diakonisches Werk Hessen und Nassau (Hrsg.), 2006a.
- (31) Krieger W, Will A, Ludwig M et al. Lebenslage "illegal". Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Frankfurt am Main. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag, 2006b.
- (32) Longchamp C, Aebersold M., Rousselot B et al. Sans Papiers in der Schweiz: Arbeitsmarkt, nicht Asylpolitik ist entscheidend, Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Migration. Bern: GFS Forschungsinstitut Bern (Hrsg.), 2005.
- (33) Malteser Migranten Medizin. Erfahrungsbericht nach 4 Jahren medizinische Betreuung für Menschen ohne Krankenversicherung. Berlin, 2005.
- (34) Penteker G. Zugang zur Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere - Einfluss auf die nationale Politik über europäische Netzwerke und Gremien durch PICUM. In: Borde T, David M, Papiers-Winkler I (Hrsg.) Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 2009.

- (35) Rinderer U. "Im Schattendasein" - Die Gesundheitssituation und die Gesundheitsversorgung von Frauen in der "aufenthaltsrechtlichen Illegalität" in Deutschland. Diplomarbeit. Hamburg: Hochschule für Angewandte Wissenschaft Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales, Department Soziale Arbeit, 2009.
- (36) Robert Koch Institut, Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Migration und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut, 2008.
- (37) Schlöpker K, Hermann M, Großer-Kaya C et al. Problemlagen von versteckt lebenden Migranten in Deutschland: Analyse der medizinischen Beratungsanlässe in Berlin, Bonn und Köln. Gesundheitswesen 2009; 71:839-844.
- (38) Schmidt S. Gesundheitliche Versorgung von Papierlosen in Deutschland aus Sicht der Medizinischen Flüchtlingshilfen. In: Falge C, Fischer-Lescano A und Sieveking K (Hrsg.) Gesundheit in der Illegalität, Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Baden-Baden: Nomos-Verlag, 2009:63-80.
- (39) Schönwälder K, Vogel D und Sciortino G. Migration und Illegalität in Deutschland, AKI-Forschungsbilanz 1. Berlin: Arbeitsstelle interkulturelle Konflikte und gesellschaftliche Integration (AKI) am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, 2004. http://www.wzb.eu/zkd/mit/pdf/aki_forschungsbilanz_1.pdf
- (40) Schweizerisches Rotes Kreuz. Patientinnen und Patienten ohne Aufenthaltsrecht und ohne Krankenversicherung. Rechtliche Situation und Möglichkeiten der medizinischen Behandlung von Sans-Papiers. Nationale Plattform Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers (Hrsg.) 2007.
- (41) Sextro U. "Illegalität". Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Auswertung der Befragung. Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche im Rheinland, 2002.
- (42) Tolsdorf M. Gesundheit und Krankheit im Kontext rechtlicher Illegalität: Das Paradox von vermehrter Bedürftigkeit und Ausschluss aus der Regelversorgung. Situation - Konsequenzen - Entwicklungen. In: Borde T, David M und Papies-Winkler I (Hrsg.). Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 2009.
- (43) Tolsdorf M. Verborgenen - Gesundheitssituation und -versorgung versteckt lebender MigrantInnen in Deutschland und der Schweiz. Bern: Verlag Hans Huber, 2008.
- (44) Traber A. Illegal - aber nicht egal! Eine Analyse zur aktuellen Lebenssituation der Sans-Papiers in der Schweiz. Abschlussarbeit. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft, Bereich Soziale Arbeit, 2008. http://www.sans-papiers.ch/site/uploads/media/AA-Traber_Andrea-FS_08.pdf
- (45) Vogel D und Kovacheva V. Illegal in Europa - Neue Datenbank liefert Zahlen und Dokumentationen. Update Wissens-Service des HWWI. Hamburgisches WeltWirtschaftsinstitut;2009a. http://www.hwwi.org/uploads/tx_wilpubdb/HWWI_Update_02.09.pdf

- (46) Vogel D. Illegaler Aufenthalt in Deutschland - Methodische Überlegung zur Datennutzung und Datenerhebung. *Zeitung für Bevölkerungswissenschaften*. 1999; 2:165-185.
- (47) Vogel D. Illegaler Aufenthalt. Konzepte, Forschungszugänge, Realitäten, Optionen. In: Thränhardt D und Hunger U (Hrsg.). *Migration im Spannungsfeld von Globalisierung und Nationalstaat*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. Leviathan Sonderheft 2003; 22:161-179.
- (48) Vogel D, Aßner M, Mitrov E et al. *Leben ohne Papiere in Hamburg, Eine empirische Studie zur Lebenssituation von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere in Hamburg*. Hamburg: Diakonie Hamburg, Landesverband der Inneren Mission e.V., 2009.
- (49) Waller H. Gesundheitsprobleme und Gesundheitsversorgung von Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität: Deutschland und Italien im Vergleich. *Gesundheitswesen* 2008; 70:4-8.
- (50) Wiesner A, Schmidt S, Bergmeyer V et al. *Gesundheitsversorgung von papierlosen Menschen in Bremen. Ergebnisse einer Umfrage bei Arztpraxen im Land Bremen*. MediNetz Bremen, 2008. http://www.fluechtlingsinitiative-bremen.de/documents/MediNetz-_Studie.pdf
- (51) Witzig B, Berner M. *Macht illegaler Aufenthalt krank? Eine theoretische und empirische Betrachtung sowie mögliche Handlungsansätze der Sozialen Arbeit*. Bachelorarbeit. St. Gallen: Hochschule für Angewandte Wissenschaften, St. Gallen, 2006.
- (52) Wolff H, Epiney M, Lourenco A et al. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health* 2008; 8:93. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/93>

7. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei Peter Tinnemann, Thomas Keil und Sylvia Binting vom Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité für die gute Betreuung und Unterstützung bedanken.

Weiterhin danke ich den MitarbeiterInnen von open.med in München und Meditrina in Zürich für die Bereitstellung der Daten und für die nette Betreuung vor Ort.

Nicht zuletzt danke ich meiner Familie und meinen Freunden, die mir durch Unterstützung und Hilfe unterschiedlichster Art das Schreiben dieser Arbeit ermöglicht haben. *If you care you know who you are.*

8. Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

9. Selbständigkeitserklärung

„Ich, Friederike Boetel, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: *„Medizinische Parameter und soziodemographische Charakteristika der Patienten in primärärztlichen Versorgungszentren für Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland und der Schweiz“* selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

Berlin, den 20.02.2012

Friederike Boetel