

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Möglichkeiten und Grenzen der ehrenamtlichen medizinischen
Versorgung von nicht versicherten, chronisch kranken Migrant*innen
in Berlin

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

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Charlotte Marie Linke

aus Pritzwalk

Datum der Promotion: 13.12.2019

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	I
Abkürzungsverzeichnis	IV
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	V
Zusammenfassung	VI
Abstract	VIII
1 Einleitung.....	1
1.1 Das Recht auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung.....	1
1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen in Deutschland	3
1.2.1 Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität.....	3
1.2.2 Rechtliches zur medizinischen Versorgung Illegalisierter.....	4
1.2.3 Migration aus EU-Ländern nach Deutschland	6
1.2.4 Freizügigkeitsgesetz und Zugang zum Krankenversicherungsschutz.....	7
1.2.5 Gesundheitsversorgung für Obdachlose.....	10
1.2.6 Medizinische Notfälle: §25 SGB XII.....	10
1.2.7 Infektionsschutzgesetz	11
1.3 Aktueller Forschungsstand zu Gesundheit und Gesundheitsversorgung nicht versicherter Migrant*innen.....	11
1.3.1 Gesundheitsprobleme	11
1.3.2 Zugangsbarrieren.....	15
1.3.3 Einfluss sozialer Determinanten von Gesundheit	16
1.3.4 Nicht versicherte EU-Bürger*innen.....	17
1.3.5 Obdachlose Menschen.....	18
1.3.6 Nicht versicherte Menschen mit chronischen Erkrankungen.....	18
1.4 Versorgungsnetz für nichtversicherte Migrant*innen	19
1.4.1 Bundesweit	19
1.4.2 Berlin.....	20
1.5 Fragestellung	21
2 Methodik.....	22
2.1 Hintergrund des qualitativen Forschungsdesigns	22
2.2 Sampling und Feldzugang	22
2.2.1 Kriterien des Sampling.....	22

2.2.2	Rekrutierung von Studienteilnehmenden	23
2.3	Erhebung der Daten	25
2.3.1	Vorbereitung der Datenerhebung	25
2.3.2	Interviews	28
2.3.3	Postskripte	28
2.4	Auswertung der Daten	28
2.4.1	Vorbereitung der Auswertung	28
2.4.2	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring und Steigleder	29
2.4.3	Auswertung der Interviews	32
3	Ergebnisse	35
3.1	Beschreibung der Stichprobe	35
3.1.1	Interviews	35
3.1.2	Ärzt*innen	35
3.2	Versorgungssituation	37
3.2.1	Diagnostik und Therapie	38
3.2.2	Unterschiedliche Patient*innengruppen	45
3.3	Einflussfaktoren	47
3.3.1	Netzwerke und Kontakte	48
3.3.2	Organisatorische Abläufe und Informationsfluss	49
3.3.3	Einstellungen der Ärzt*innen	50
3.3.4	Sprachbarriere	53
3.3.5	Lebenssituation der Patient*innen	53
3.3.6	Dringlichkeit	54
3.3.7	Kosten	55
3.4	Zugang zum regulären Versorgungssystem	55
3.5	Optimierung der Versorgungsstrukturen	57
4	Diskussion	58
4.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	58
4.2	Charakteristika der medizinischen Versorgung	58
4.2.1	Versorgungsqualität	58
4.2.2	Akut oder chronisch krank	61
4.2.3	Einschätzung der Versorgungssituation	62

4.2.4	Vergleich mit anderen EU-Ländern	63
4.3	Einflussfaktoren: Rolle der Ärzt*innen	66
4.3.1	Entscheidungen	66
4.3.2	Interaktionen.....	69
4.4	Medizinische Versorgung nicht versicherter EU-Bürger*innen	70
4.5	Zugang zu regulärer Versorgung	72
4.6	Stärken und Schwächen der Arbeit	73
4.6.1	Methodisch	73
4.6.2	Inhaltlich.....	76
4.7	Weiterer Forschungsbedarf.....	77
4.8	Fazit und Ausblick.....	78
5	Literaturverzeichnis	82
	Eidesstattliche Versicherung	X
	Anteilerklärung an erfolgten Publikationen.....	XI
	Lebenslauf	XII
	Publikationsliste	XIII
	Danksagung	XIV
	Anlagen	XV

Abkürzungsverzeichnis

AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AufenthG	Aufenthaltsgesetz
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
DVKA	Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland
EFA	Europäisches Fürsorgeabkommen
EHIC	Europäische Krankenversicherungskarte
FreizügG/EU	Freizügigkeitsgesetz/EU
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD	International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation der Krankheiten)
ICESCR	International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
IfSG	Infektionsschutzgesetz
MDM	Médecins du Monde (Ärzte der Welt)
MMM	Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung
MSF	Médecins Sans Frontières (Ärzte ohne Grenzen)
NGO	Non-governmental organisation (Nichtregierungsorganisation)
PAP-Abstrich	Abstrich nach Papanicolaou
PKV	Private Krankenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
STI	Sexually transmitted disease (sexuell übertragbare Erkrankung)

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Abbildung 1: Ausschnitt aus dem Interviewleitfaden	26
Abbildung 2: theorie- und empiriegeleitete Kategorienbildung nach Steigleder.....	31
Abbildung 3: Auszug aus dem Kodierleitfaden	32
Abbildung 4: Kategoriensystem.....	33
Abbildung 5: Dimensionen der Versorgungssituation	37
Abbildung 6: Faktoren, die die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten für einzelne Patient*innen beeinflussen	47
Abbildung 7: Recht auf medizinische Versorgung innerhalb der EU nach Cuadra et al.....	63

Tabellen

Tabelle 1: Anteil chronisch kranker Patient*innen in den Zentren von MDM.....	13
Tabelle 2: Wege und Ergebnis der Teilnehmenden-Rekrutierung.....	24
Tabelle 3: Charakteristika des Samples	35

Zusammenfassung

Hintergrund: Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus und von Migrant*innen aus EU-Ländern, die einen legalen Aufenthaltsstatus haben, aber nicht krankenversichert sind, erfolgt häufig über Hilfsorganisationen. Insbesondere chronische Erkrankungen können dort oft nur unzureichend versorgt werden.

Ziel: Ziel der Arbeit war es, die medizinische Versorgungssituation von chronisch kranken Migrant*innen, die nicht krankenversichert sind, aus der Sicht betreuender Ärzt*innen zu charakterisieren und Faktoren, die die Qualität der Versorgung beeinflussen sowie mögliche Unterschiede in der praktischen Versorgung von EU-Bürger*innen und illegalisierten Patient*innen differenziert zu beschreiben.

Methodik: Es wurden teilstandardisierte Interviews mit 14 Ärzt*innen geführt, die langfristig und regelmäßig in der Versorgung nicht versicherter Migrant*innen tätig waren (aus Anlaufstellen für nicht versicherte Migrant*innen, der medizinischen Obdachlosenhilfe und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst). Die Interviews wurden transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring und Steigleder ausgewertet.

Ergebnisse: Die Möglichkeiten der medizinischen Versorgung nicht versicherter chronisch kranker Migrant*innen variierten innerhalb der Einrichtungen und Praxen. Einschränkungen unterschiedlichen Ausmaßes bestanden bei weiterführenden apparativen Untersuchungen (wie CTs, MRTs, endoskopischen Untersuchungen), der Vermittlung zu spezialistischen fachärztlichen Konsultationen, der Hilfsmittelversorgung und der langfristigen Ausgabe von Medikamenten. Notfalleingriffe waren leichter zu organisieren als planbare Operationen. Eine kontinuierliche Behandlung chronisch kranker Patient*innen fand nur eingeschränkt statt. Faktoren, die Umfang und Qualität der Versorgung beeinflussten, waren: die Existenz von Netzwerken und Kontakten zur Weitervermittlung von Patient*innen, (fehlende) finanzielle Ressourcen, komplizierte organisatorische Abläufe, mangelhafter Informationsfluss zwischen behandelnden Ärzt*innen und Sprachbarrieren. Bestehende Entscheidungsspielräume und eine unterschiedliche Bereitschaft der Ärzt*innen, diese zu nutzen, beispielsweise mit größerem Aufwand Patient*innen individuelle Versorgungsmöglichkeiten zu schaffen, bedingten weitere Unterschiede in der Versorgung.

In allen Einrichtungen spielte die Versorgung von nicht versicherten EU-Bürger*innen eine Rolle – allerdings in unterschiedlichen Größenordnungen. Sie erhielten dort die gleiche Versorgung wie illegalisierte Patient*innen.

Diskussion: Die generell für die medizinische Versorgung nicht versicherter Migrant*innen beschriebenen Einschränkungen wirken sich auf chronisch kranke Patient*innen verstärkt aus. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die nicht direkt innerhalb der ehrenamtlichen Strukturen geleistet werden können, scheitern oft an der Finanzierung und erfordern Mehraufwand und Improvisation seitens der Ärzt*innen. Die Patient*innen sind daher abhängig vom Verantwortungsbewusstsein der Ärzt*innen. Inzwischen wurde in mehreren Bundesländern ein ‚Anonymer Krankenschein‘ eingeführt, der für Menschen ohne Papiere eine eingeschränkte Versorgung sicherstellen soll. Der damit mögliche Umfang der Versorgung chronisch kranker Patient*innen bleibt jedoch strittig.

Abstract

Background: In Berlin, health care for people without papers and migrants with legal residency status, but without health insurance (mainly EU citizens) is often provided by non-governmental organizations. Within these structures, especially treatment of chronic illnesses is frequently insufficient.

Objective: We aimed to characterize the medical care situation of chronically ill migrants without health insurance from the treating physician's perspective, to outline factors influencing the quality of care and to describe possible differences in care for EU citizens and people without papers.

Methods: Qualitative semi-structured interviews were conducted with 14 physicians working long term and regularly in the health care for uninsured migrants (free clinics for uninsured migrants, and/ or homeless, public health services). Interviews were transcribed verbatim and analysed using qualitative content analysis based on Mayring and Steigleder.

Results: Possibilities of health care for chronically ill uninsured migrants varied widely between different free clinics and medical practices. Technical diagnostic examinations (like CT, MRI, endoscopic examinations), referrals to specialist care, provision of assistive equipment and long-term medication were restricted to variable extent. Emergency procedures were easier to organize than elective surgeries. Continuous care for chronically ill patients was limited. Factors influencing extent and quality of care were: the existence of networks and contacts for patient referrals, (missing) financial resources, complicated organizational procedures, poor information flow between treating physicians and language barriers. Additional variation in care resulted from different scopes for decision-making and the respective physician's willingness to make use of such, e.g. by greater personal efforts to achieve individual care solutions for patients.

Uninsured EU-citizens were patients of all free clinics and medical practices, albeit in various quantity. Compared to people without papers, there was no difference in the care they received there.

Discussion: Restrictions already described for uninsured migrants' medical care in general have even more impact on chronically ill patients. Diagnostic and therapeutic measures that cannot be provided directly within the volunteer structures are often not realized due to lack of funds and require additional efforts and improvisation on the part of the physicians. Therefore, patients depend on their physicians' sense of responsibility. In the last years, some German states have introduced an "anonymous health insurance voucher" in order to secure access to limited health

care for people without papers. However, it is still controversial to which extent this includes care for chronically ill patients.

1 Einleitung

1.1 Das Recht auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung

In der 1948 von den Vereinten Nationen verkündeten Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte ist das Recht auf medizinische Versorgung für alle Menschen festgehalten. Dort heißt es:

„Jeder Mensch hat Anspruch auf eine Lebenshaltung, die seine und seiner Familie Gesundheit und Wohlbefinden einschließlich [...] ärztlicher Betreuung [...] gewährleistet“ (Art.25 Abs.1 AEMR)¹.

Als Resolution der Vollversammlung der Vereinten Nationen hat die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte allerdings keine rechtliche Verbindlichkeit. Einige der dort formulierten menschenrechtlichen Normen wurden daher in den 1966 von den Vereinten Nationen verabschiedeten, völkerrechtlich bindenden internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR) übernommen. Artikel 12 des ICESCR besagt:

„(1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.

(2) Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Maßnahmen [...]

d) zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen“ (Art. 12 ICESCR)².

Artikel 2 Abs. 2 ICESCR verpflichtet die Vertragsstaaten „zu gewährleisten, dass die in diesem Pakt verkündeten Rechte ohne Diskriminierung hinsichtlich der Rasse, der Hautfarbe, des Geschlechts, der Sprache, der Religion, der politischen oder sonstigen Anschauung, der nationalen oder sozialen Herkunft, des Vermögens, der Geburt oder des sonstigen Status ausgeübt werden“². Der Pakt wurde 1973 von Deutschland ratifiziert und trat 1976 in Kraft. Seitdem ist Deutschland, wie auch alle anderen EU-Staaten, völkerrechtlich an den Pakt gebunden. Umgesetzt werden diese Rechte bisher in den wenigsten EU-Staaten. So konstatierten Suess et al. (2014) in einem Review über den Zugang zu Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Europa: „Evaluating the current situation, in most of the European countries, a gap is observed between an international human rights framework and the level of recognition of health care entitlements for undocumented migrants“³. Auch in Deutschland wird die medizinische Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus und anderen nicht krankenversicherten Migrant*innen größtenteils

Nichtregierungsorganisationen überlassen. Castañeda (2011) stellte im Rahmen einer ethnografischen Feldstudie zur medizinischen Versorgung Illegalisierter in Deutschland fest: „Medical care for unauthorized migrants is typically left in the hands of non-governmental organizations (NGOs) and permitted under the guise of sympathy and generosity rather than anchored in policy“⁴.

Je nach aufenthalts- und sozialrechtlicher Lage unterscheiden sich die Gründe, derentwegen Migrant*innen in Deutschland keinen Zugang zu Gesundheitsversicherung haben. Diese Dissertation bezieht sich ausschließlich auf Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft bzw. ohne ein Daueraufenthaltsrecht in Deutschland, da diese von Ausschlussmechanismen und fehlender sozialer Absicherung deutlich mehr betroffen sind als deutsche Staatsbürger*innen ohne Krankenversicherung.

Ziel der Arbeit ist es, die medizinische Versorgungssituation von chronisch kranken Migrant*innen, die nicht krankenversichert sind, aus der Sicht betreuender Ärzt*innen in Berlin zu charakterisieren. Im Folgenden soll zuerst auf die unterschiedlichen gesellschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen für Migrant*innen ohne Aufenthaltsstatus einerseits und nicht krankenversicherte EU-Bürger*innen andererseits eingegangen werden, da diese die Hürden und Zugangsmöglichkeiten zur Gesundheitsversorgung bedingen. Ein kurzer Abschnitt widmet sich der gesetzlichen Grundlage für die niedrighschwellige medizinische Obdachlosenhilfe, denn auch dort werden zum Teil nicht versicherte Migrant*innen medizinisch versorgt. Anschließend werden die bisherigen Kenntnisse zu Gesundheit und medizinischer Versorgung nicht krankenversicherter Migrant*innen dargestellt. Dabei werden neben der Epidemiologie gesundheitlicher Beschwerden aller nicht versicherten Migrant*innen auch Zugangsbarrieren und Gesundheitsrisiken thematisiert, die sich aus dem Leben in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität ergeben. Im Anschluss werden bisherige Kenntnisse, die es zur Gesundheit und Krankheit nicht versicherter EU-Bürger*innen gibt, und der Einfluss von Obdachlosigkeit auf die Gesundheit dargestellt. Danach wird es kurz um die Definition von chronischen Krankheiten und den möglichen Einfluss einer fehlenden Krankenversicherung auf die medizinische Versorgung chronischer Krankheiten anhand von Forschungsergebnissen aus den USA gehen. Abschließend wird das bestehende Versorgungsnetz für nicht versicherte Migrant*innen in Deutschland und Berlin vorgestellt.

1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen in Deutschland

1.2.1 Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität

„Aufenthaltsrechtliche Illegalität ist kein Ausdruck globaler ‚Unordnung‘, sondern eingebettet in weltumspannende ökonomische und politische Strukturen, die erhebliche Unterschiede bezüglich der Lebensverhältnisse aufweisen“⁵, schrieb Cyrus (2004) in einer Expertise für den vom Bundesministerium des Inneren eingesetzten Sachverständigenrat ‚Zuwanderung und Integration‘. Menschen migrierten, um die eigene Lebenssituation zu verbessern, um Krieg, politischer Verfolgung, Armut oder Perspektivlosigkeit zu entgehen – und dies geschehe gegebenenfalls auch illegal. Zielstaaten von Migration hätten durch ihre Außen-, Handels-, Wirtschafts- und Zuwanderungspolitik sowie „durch die rechtliche Definition von Illegalität und die administrative Umsetzung (Implementierung) Anteil am Zustandekommen und am Ausmaß von Illegalität“⁵ und somit Einfluss auf die Herausbildung von Systemen illegaler Migration⁵. Um deutlich zu machen, dass derartige systematische rechtliche, institutionelle und soziale Prozesse dazu führen, dass bestimmte Menschen in der „Illegalität“ leben, wird in der Migrationsforschung häufig der Begriff „Illegalisierte“ genutzt⁶. Diese Bezeichnung wurde aus den genannten Gründen auch in der vorliegenden Arbeit verwendet. Er bezieht sich auf Migrant*innen, die sich ohne Aufenthaltstitel und ohne Duldung in Deutschland aufhalten und nicht im Ausländerzentralregister oder an anderen Stellen behördlich gemeldet sind. Die Aufdeckung dieser Menschen würde ihre Abschiebung nach sich ziehen⁷. Ausreisepflichtige, bei der Ausländerbehörde bekannte Ausländer*innen, mit oder ohne Duldung, fallen nicht darunter^{5,8}.

Menschen gelangen auf verschiedenen Wegen in die aufenthaltsrechtliche Illegalität. Es ist davon auszugehen, dass die Mehrzahl der Illegalisierten legal nach Deutschland einreist, z.B. als Tourist*in, zum Studieren, als Saisonarbeiter*in oder als Asylsuchende*r und über den Verlust des Aufenthaltsstatus in die Illegalität gerät^{9,10}. Dementsprechend sind illegalisierte Migrant*innen eine viel heterogenere Gruppe als es zunächst scheint: „Arbeitsmigranten, Flüchtlinge, abgelehnte Asylbewerber, Kinder und ältere Menschen, die bei ihren in Deutschland ansässigen Familien leben wollen, aber die Bedingungen für den Familiennachzug nicht erfüllen, zur Prostitution gezwungene Frauen oder auch Studierende und Au-Pairs, die ihre ihnen zugebilligte Aufenthaltszeit überziehen“⁹, schrieben Bommers und Wilmes, die 2007 sowohl Betroffene als auch andere Expert*innen (u.a. Ärzt*innen, Mitarbeitende in Beratungsstellen und Behörden) zur Lebenssituation illegalisierter Menschen in Köln mittels qualitativer Interviews befragten⁹. Auch Cyrus (2004) betonte, dass „das herausragende Merkmal der illegalen

Einwanderung in Deutschland in der Heterogenität der betroffenen Personengruppe und ihrer sozialen und rechtlichen Lagen besteht⁴⁵. Zudem gibt es Anhaltspunkte dafür, dass Menschen zwischen aufenthaltsrechtlicher Illegalität und Legalität wechseln, z.B. durch Ausreise und erneute Einreise mit einem zeitlich begrenzten Touristenvisum^{9,10}.

Die aktuellsten Schätzungen von 2014 gehen davon aus, dass zwischen 180.000 und 520.000 Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland leben¹¹. Es wird angenommen, dass ein Großteil der Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität zwischen 20 und 40 Jahren alt ist^{7,12}.

1.2.2 Rechtliches zur medizinischen Versorgung Illegalisierter

Verschiedene Gesetze bestimmen den Rahmen der Gesundheitsversorgung von Illegalisierten in Deutschland. Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) regelt sowohl für Menschen mit Aufenthaltsgestattung, Aufenthaltserlaubnis oder Duldung als auch für vollziehbar ausreisepflichtige Ausländer*innen – das schließt Illegalisierte ein – die medizinische Versorgung. §4 Abs. 1 des AsylbLG besagt, dass alle ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände zu gewähren sind. Auch alle amtlich empfohlenen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen sollen sichergestellt werden. §6 Abs. 1 AsylbLG ergänzt, dass „sonstige Leistungen insbesondere gewährt werden [können], wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich“ sind¹³. Sowohl §6 Abs. 1 AsylbLG, der nach dem zugehörigen Gesetzeskommentar und der Rechtsprechung eher restriktiv auszulegen sei, als auch §4 Abs. 1 AsylbLG sorgen für Rechtsunsicherheit bei Ärzt*innen, Behörden und Gerichten. In verschiedenen Gerichtsprozessen dazu erfolgten einerseits straf- und zivilrechtliche Verurteilungen wegen verweigerter Krankenbehandlungen, andererseits wurde einem Patienten eine lebensnotwendige Lebertransplantation und zwei anderen Patient*innen die operative Sanierung einer schweren Hüftgelenksnekrose gerichtlich verweigert¹⁴.

Vor 2016 erfolgte der Zugang zu medizinischer Versorgung und die Abrechnung dieser für alle Anspruchsberechtigten mittels sogenannter „Krankenscheine“, die durch die Sozialämter, bzw. in Berlin durch das Landesamt für Gesundheit und Soziales, ausgegeben wurden. In Berlin haben Asylbewerber*innen seit dem 01.01.2016 einen Anspruch auf eine Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung und eine elektronische Gesundheitskarte. Mit dieser können behandelnde Ärzt*innen ihre Leistungen abrechnen. Da §§4 und 6 des AsylbLG durch den Berliner Senat großzügig ausgelegt werden, erfolgt die Versorgung von Asylbewerber*innen hier analog zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter¹⁵.

Theoretisch gelten die Ansprüche nach §4 AsylbLG auch für Menschen ohne Aufenthaltsstatus. (Bis 2015 galten – zumindest theoretisch – auch die Ansprüche nach §6 AsylbLG. Mit Inkrafttreten des Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes am 01.01.2016 wurden vollziehbar ausreisepflichtige Menschen von Leistungen nach §6 AsylbLG ausgeschlossen¹³.) Dem steht jedoch §87 Abs. 2 des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG)), die sogenannte „Übermittlungspflicht“, entgegen. Diese besagt, dass öffentliche Stellen unverzüglich die Ausländerbehörde zu unterrichten haben, wenn sie im Zusammenhang mit der Erfüllung ihrer Aufgaben von dem Aufenthalt von Ausländer*innen ohne erforderlichen Aufenthaltstitel und ohne ausgesetzte Abschiebung Kenntnis erlangen¹⁶. Zu diesen öffentlichen Stellen gehören auch Sozialämter und das Landesamt für Gesundheit und Soziales in Berlin. Illegalisierte bekämen einen Krankenschein (bzw. die elektronische Gesundheitskarte) also nur um den Preis der Aufdeckung und darauffolgender Abschiebung⁸.

Ob Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft unter die Übermittlungspflicht fallen, ist strittig. Fodor kam in einem Rechtsgutachten von 2001 zu dem Schluss, dass das nicht zutreffe¹⁷. Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) dagegen vertritt seit 2005 die Auffassung, dass Krankenhäuser, die im Zuge ihrer Abrechnung von dem illegalen Aufenthalt eines Patienten/ einer Patientin Kenntnis erlangen, durchaus übermittlungspflichtig seien. Wenn es allerdings nur im Zuge der Behandlung zur Sprache käme, fiel die Information unter die ärztliche Schweigepflicht.⁸ Auch der in der 2009 erlassenen Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz etablierte sogenannte „verlängerte Geheimnisschutz“ schafft nur bedingt Rechtssicherheit. Er besagt, dass öffentliche Stellen Patient*innendaten, die sie von schweigepflichtigen Personen erhalten, generell nicht an die Ausländerbehörde übermitteln dürfen. Als schweigepflichtig gelten dabei auch Krankenhausverwaltungen¹⁸. Gleichzeitig ermöglicht §11 Abs. 3 AsylbLG einen Datenabgleich zwischen Sozialämtern und Ausländerbehörden¹³. Bisher ist nicht geklärt, welche Vorschrift hier vorrangig ist¹⁹. Während zahlreiche zivilgesellschaftliche Akteur*innen die Übermittlungspflicht als wesentliches Hindernis bei der Umsetzung von sozialen Rechten für Illegalisierte wahrnehmen²⁰, gilt sie von staatlicher Seite als unverzichtbares Mittel der Migrationskontrolle, auch mit dem Ziel der Abschreckung²¹.

Gleichzeitig sind Ärzt*innen zu medizinischer Hilfeleistung verpflichtet. So hielt der Weltärztebund (World Medical Association) schon 1998 fest: „Physicians have a duty to provide appropriate medical care regardless of the civil or political status of the patient, and governments should not deny patients the right to receive such care, nor should they interfere with physicians’ obligation to administer treatment on the basis of clinical need alone.“²². Auch im deutschen Recht

können Ärzt*innen nach §323c Abs. 1 des Strafgesetzbuches (StGB) bei Nicht-Behandlung wegen unterlassener Hilfeleistung belangt werden²³.

Zusätzlich gilt für Ärzt*innen die ärztliche Schweigepflicht nach §203 Abs. 1 StGB. Wenn sie von dem illegalen Aufenthalt von Patient*innen erfahren, fällt auch dieses Wissen unter die ärztliche Schweigepflicht und darf dementsprechend weder an die Polizei noch an die Ausländerbehörde gemeldet werden²³.

Für Verunsicherung bezüglich der Rechtmäßigkeit regelmäßiger medizinischer Versorgung von Illegalisierten sorgte dagegen §96 Abs. 1 AufenthG. Der sogenannte „Schlepperparagraf“ besagt, dass man zu einer Geldstrafe oder bis zu fünf Jahren Freiheitsstrafe verurteilt werden kann, wenn man jemanden zu einem illegalen Aufenthalt anstiftet oder diesem dahingehend Hilfe leistet und dafür einen Vermögensvorteil erhält, wiederholt oder zu Gunsten mehrerer Menschen handelt¹⁶. Ein Prüfbericht des Bundesinnenministeriums von 2007 kam diesbezüglich allerdings zu folgendem Schluss: „Ärzte, medizinisches Personal, Hebammen usw. sind zur medizinischen Hilfe in Notfällen verpflichtet. Hier liegt bereits keine tatbestandsmäßige Handlung vor. Auch soweit im Übrigen medizinische Hilfe geleistet wird, ist davon auszugehen, dass der Tatbestand des §96 AufenthG nicht erfüllt ist“²¹.

1.2.3 Migration aus EU-Ländern nach Deutschland

Schon seit längerem berichten Anlaufstellen für nicht krankenversicherte Migrant*innen und Obdachlosenkliniken über einen verstärkten Zulauf von Patient*innen aus der EU, vor allem aus Rumänien und Bulgarien. So waren 2015 942 der insgesamt 2206 Patient*innen (42,7 %) der Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung, ehemals: Malteser Migranten Medizin (MMM) Berlin, aus EU-Staaten²⁴. In München machten von Januar 2009 bis Oktober 2012 nicht versicherte EU-Bürger*innen mit 35 % den größten Anteil der Patient*innen der MMM aus²⁵. In der humanitären Sprechstunde in Frankfurt waren von 2008–2013 insgesamt 17,9 % der Patient*innen aus Bulgarien und 4,6 % aus Rumänien²⁶.

Die EU-Erweiterungen (von 2004, 2007 und 2013), die Wirtschaftskrise und die gestiegene Zahl von Geflüchteten haben dazu geführt, dass sich Deutschland wieder zu einem Einwanderungsland entwickelt²⁷. Im Jahr 2015 wanderten 1.810.904 ausländische Staatsangehörige nach Deutschland ein, davon 685.485 EU-Bürger*innen (37,9 %)²⁸. Im Zuge der ersten beiden Osterweiterungen der EU (2004 und 2007) wurde allerdings die Arbeitnehmer*innenfreizügigkeit für Staatsangehörige dieser neuen EU-Länder für sieben Jahre eingeschränkt. Das bedeutete, dass bei fast allen zugewanderten Arbeitnehmer*innen aus diesen Ländern eine sogenannte „Vorrangprüfung“

stattfind, die überprüfte, ob keine Deutschen oder ausländischen Staatsbürger*innen, die im Arbeitsmarktzugang Deutschen gleichgestellt waren, für die konkrete Beschäftigung zur Verfügung standen. Ausgenommen waren lediglich Hochschulabsolvent*innen (für eine der Qualifikation entsprechende Beschäftigung), Auszubildende (für eine qualifizierte betriebliche Ausbildung) und Saisonarbeitnehmer*innen. Seit 2011 sind Migrant*innen aus den Ländern, die 2004 der EU beitraten, gleichberechtigt auf dem Arbeitsmarkt, seit 2014 auch alle Zuwander*innen aus Rumänien und Bulgarien²⁹.

Diese Vorgänge werden von einer politisch und medial intensiv geführten Debatte um Armutszuwanderung begleitet. Die wirtschaftliche Lage der Zuwander*innen aus Rumänien und Bulgarien stellt sich jedoch genauer betrachtet nicht als Armutszuwanderung dar: Daten des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung 2013 zeigten, dass Migrant*innen aus Rumänien und Bulgarien im Durchschnitt eine geringere Arbeitslosenquote haben und weniger Sozialleistungen beziehen als andere Ausländer*innengruppen³⁰. Nichtsdestotrotz gibt es, wie auch die oben erwähnten Daten der Anlaufstellen für nicht versicherte Migrant*innen zeigen, zunehmend EU-Migrant*innen ohne Zugang zur Gesundheitsversorgung.

1.2.4 Freizügigkeitsgesetz und Zugang zum Krankenversicherungsschutz

EU-Bürger*innen haben nach dem Gesetz über die allgemeine Freizügigkeit (FreizügG/EU) das Recht auf Einreise und Aufenthalt in anderen Ländern der EU (die sogenannte „Freizügigkeit“), wenn sie eine der folgenden Bedingungen erfüllen: Sie sind Arbeitnehmer*innen, in Ausbildung oder selbstständig tätig, ehemalige Arbeitnehmer*innen oder selbstständig Tätige, in der Lage ihren Aufenthalt und ihre Krankenversicherung selbst zu finanzieren oder Familienangehörige einer derart freizügigkeitsberechtigten Person (§§2-4 FreizügG/EU). EU-Bürger*innen, die sich in Deutschland zur Arbeitssuche aufhalten, sind für bis zu sechs Monate freizügigkeitsberechtigt, und „darüber hinaus nur, solange sie nachweisen können, dass sie weiterhin Arbeit suchen und begründete Aussicht haben, eingestellt zu werden“ (§2 Abs. 2 FreizügG/EU)³¹.

Zusätzlich spielt das Europäische Fürsorgeabkommen (EFA) in der Frage der Ansprüche von EU-Bürger*innen auf existenzsichernde Leistungen und damit auch Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle. Dieses 1953 von den Mitgliedern des Europa-Rates unterzeichnete Abkommen beschloss die Gleichbehandlung bezüglich der Fürsorgeleistungen für Staatsangehörige aller beteiligten Staaten, die ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort in einem anderen Unterzeichner-Staat haben, nach der jeweils dort geltenden Gesetzgebung³². Folgende Staaten haben das Abkommen unterzeichnet: Belgien, Dänemark, Deutschland, Estland, Frankreich, Griechenland, Irland,

Island, Italien, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Portugal, Schweden, Spanien, Türkei und Großbritannien. Die Bundesregierung verkündete 2011 einen Vorbehalt für die Gültigkeit des EFA-Abkommens für Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) II (sogenanntes „Arbeitslosengeld II“), aber nicht für Leistungen nach dem SGB XII: Demnach haben Angehörige dieser Staaten mindestens Anspruch auf existenzsichernde Leistungen im Rahmen der Sozialhilfe, einschließlich der Gesundheitsversorgung³³. Die meisten Länder, die 2004 und 2007 der EU beitraten, haben dieses Abkommen allerdings nicht unterzeichnet.

Die in Deutschland bestehende Krankenversicherungspflicht gilt mit wenigen Ausnahmen auch für EU-Ausländer*innen (§5 Abs. 11 SGB V)³⁴. Folgende Möglichkeiten bestehen für diese, einer deutschen Krankenversicherung beizutreten:

- Menschen, die in Deutschland eine sozialversicherungspflichtige Arbeit aufnehmen, sind über diese gesetzlich krankenversichert (§5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V)³⁴.
- Menschen, die Anspruch auf existenzsichernde Leistungen haben, können darüber die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanzieren (§26 Abs. 1 SGB II)³⁵. Jedoch haben nicht alle Zuwander*innen aus EU-Ländern in Deutschland einen Anspruch auf existenzsichernde Leistungen, sondern nur die folgenden:
 - Wer sich 5 Jahre lang mit durchgängig bestehendem Freizügigkeitsgrund in Deutschland aufgehalten hat, hat Anspruch auf ein Daueraufenthaltsrecht-EU und damit reguläre Ansprüche auf existenzsichernde Leistungen (§4a Abs. 1 FreizügG/EU)³¹.
 - Auch Teilzeit- und geringfügige Beschäftigungen begründen nach einem Urteil des Europäischen Gerichtshofes den Arbeitnehmer*innenstatus und damit sowohl das Freizügigkeitsrecht als auch bei Bedarf den Anspruch auf existenzsichernde Leistungen nach SGB II³³.
 - Wer in Deutschland länger als ein Jahr gearbeitet hat, hat die Möglichkeit im Anschluss existenzsichernde Leistungen zu beziehen (§2 Abs. 3 Satz 2 FreizügG/EU). Wer weniger als ein Jahr in Deutschland Arbeitnehmer*in war, hat im Anschluss für sechs Monate Anspruch darauf (§2 Abs. 3 Satz 3 FreizügG/EU)³¹.
 - Selbständig Tätige haben in Deutschland die Möglichkeit einer privaten Krankenversicherung (PKV) beizutreten oder sich bei Nachweis entsprechender Vorversicherungszeiten in einer GKV freiwillig gesetzlich weiter zu versichern (§5

Abs. 1 Satz 13 SGB V)³⁴. Bei fehlender Krankenversicherung schon im Herkunftsland kann dieser Nachweis dementsprechend nicht erbracht werden³⁶. Auch für nicht Selbstständige ist die Mitgliedschaft in einer PKV möglich, wenn mangels Nachweises der Vorversicherungszeiten die Mitgliedschaft in der GKV verweigert wurde. Im Rahmen des Basistarifs darf auch niemand aufgrund bestehender Vorerkrankungen abgelehnt werden. Der Basistarif ist in seinen Kosten begrenzt und entspricht in Art und Umfang der Leistungen einer GKV³⁶.

Für nicht erwerbstätige EU-Bürger*innen (Arbeits- und Ausbildungsplatzsuchende, aber auch unverheiratete Schwangere, alleinerziehende Eltern mit kleinen Kindern, Menschen, die ohne Nachweise etwa als Haushaltshilfen oder in der Gastronomie arbeiten, usw.) ohne eigene finanzielle Ressourcen besteht momentan keine Möglichkeit einer Krankenversicherung beizutreten³³. Auch für Menschen, die sich aufgrund einer prekären Wohnsituation oder Obdachlosigkeit nicht polizeilich melden können, ist der Zugang zum regulären Arbeitsmarkt und zum Sozialversicherungssystem erschwert²⁴.

Die sozialrechtlichen Ansprüche von EU-Bürger*innen sind immer wieder im Fokus von gerichtlichen und politischen Entscheidungen: Während 2014 der Europäische Gerichtshof die Leistungsausschlüsse von EU-Bürger*innen aus der Grundsicherung für Arbeitssuchende als rechtmäßig anerkannt hat, entschied das Bundessozialgericht 2015, dass auch nicht erwerbstätige EU-Bürger*innen nach einem sechsmonatigem Aufenthalt in Deutschland Ansprüche auf Hilfe zum Lebensunterhalt durch die Sozialämter hätten³⁷. Die Anfang 2017 in Kraft getretene Gesetzesverschärfung (Gesetz zur Regelung von Ansprüchen ausländischer Personen in der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II und in der Sozialhilfe nach SGB XII) schließt nicht erwerbstätige EU-Bürger*innen für die ersten fünf Jahre ihres Aufenthaltes von Sozialleistungen aus. Überbrückend können für längstens einen Monat Leistungen zur Behandlung akuter Krankheiten und Schmerzzustände gewährt werden (Vgl. §7 Abs. 1 Satz 2 SGB II und §23 Abs. 3 Satz 1 SGB XII)^{35,38}. Diese Gewährung unabweisbarer Hilfen nach §23 SGB XII ist aber eine Ermessensleistung der jeweils zuständigen Sozialämter und wird sehr unterschiedlich gehandhabt³⁹.

Eine eingeschränkte Absicherung bietet die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), die von der Versicherung des Herkunftslandes ausgestellt wird, solange man dort versichert ist. Diese ermöglicht die Wahl einer Krankenkasse in Deutschland, die dann über die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) mit der Krankenkasse des

Herkunftslandes abrechnet. Übernommen werden nicht planbare medizinische Behandlungen; für planbare Behandlungen benötigt man im Voraus eine Bestätigung der Kostenübernahme⁴⁰. Menschen, die auch in ihrem Herkunftsland nicht krankenversichert sind, müssen erst dort der Krankenversicherung beitreten, was teilweise mit großem organisatorischem und finanziellem Aufwand verbunden ist, um dann eine EHIC zu beantragen, die dort wiederum mangels gewöhnlichen Aufenthaltes abgelehnt werden kann³⁹.

1.2.5 Gesundheitsversorgung für Obdachlose

Da einige der nicht versicherten Migrant*innen in Berlin obdachlos sind, soll hier kurz auf die rechtliche Lage nicht deutscher Obdachloser und ihren Zugang zu den niedrigschwelligen Einrichtungen der Obdachlosenhilfe eingegangen werden. Prinzipiell gelten die oben genannten rechtlichen Rahmenbedingungen auch für Obdachlose. Gleichzeitig bestehen auch für krankenversicherte obdachlose Menschen individuelle und gesetzliche Barrieren beim Zugang zu regulärer Gesundheitsversorgung, wie beispielsweise Scham und Stigmatisierungserfahrungen oder fehlende finanzielle Mittel für nötige Zuzahlungen⁴¹. Deswegen existieren Einrichtungen, die sich eine niedrigschwellige medizinische Versorgung obdachloser Menschen zur Aufgabe gemacht haben.

In Berlin gibt es verschiedene, anteilig durch den Berliner Senat finanzierte Einrichtungen zur ambulanten medizinischen Versorgung Obdachloser. Diese versorgen im Auftrag des Senats nur Obdachlose, die Ansprüche gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse gemäß §§47–52 SGB XII haben oder Staatsangehörige der EFA-Staaten sind^{42,43}. Bei allen anderen obdachlosen, nicht versicherten Patient*innen darf nur in lebensbedrohlichen Situationen oder wenn eine unaufschiebbare und unabweisbare Behandlung einer schweren oder ansteckenden Erkrankung nötig ist, Hilfe geleistet werden bzw. die notwendige Vermittlung in ein Krankenhaus durchgeführt werden. In allen anderen Fällen sollen die Betroffenen an rein spendenfinanzierte Einrichtungen weitervermittelt werden. Das führt dazu, dass gut ausgestattete Einrichtungen trotz vorhandener Kapazitäten Patient*innen an zum Teil wesentlich schlechter ausgestattete Einrichtungen weiterverweisen müssen⁴³.

1.2.6 Medizinische Notfälle: §25 SGB XII

Wenn jemand aufgrund eines medizinischen Notfalls direkt ein Krankenhaus aufsucht, ist dieses unabhängig vom Versicherungsstatus verpflichtet, Hilfe zu leisten und kann ggf. nach §25 SGB XII, dem sogenannten „Nothelferparagrafen“, die Erstattung der Kosten beim Sozialamt beantragen³⁸. Ausschlaggebend dafür sind das Fehlen eines anderen Kostenträgers und die

Mittellosigkeit der Patient*innen. Dies ist allerdings mit Hilfe eines Nothelferantrags durch das Krankenhaus detailliert nachzuweisen. Unvollständige Angaben und fehlende Nachweise einerseits, Streit über die Vorrangigkeit anderer Kostenträger andererseits führen oft dazu, dass den Krankenhäusern die entstandenen Kosten nicht erstattet werden^{44,45}.

1.2.7 Infektionsschutzgesetz

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist eine bundesweit gültige gesetzliche Regelung zur medizinischen Versorgung von Menschen unabhängig vom Aufenthalts- und Versicherungsstatus. Demnach sind die Gesundheitsämter nach §19 IfSG verpflichtet, bezüglich sexuell übertragbarer Krankheiten und Tuberkulose Beratung und Untersuchung anzubieten. Im Einzelfall kann zur Verhinderung der Weiterverbreitung der genannten Krankheiten auch die Behandlung durch das Gesundheitsamt vorgenommen werden. Die Behandlungskosten müssen bei Fehlen eines anderen Kostenträgers übernommen werden (§19 Abs. 2 IfSG)⁴⁶. Die Gesundheitsämter unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind damit nicht übermittlungspflichtig. Die sonstigen Aufgaben der Gesundheitsämter sind in der kommunalen Gesetzgebung festgeschrieben⁴⁷.

1.3 Aktueller Forschungsstand zu Gesundheit und Gesundheitsversorgung nicht versicherter Migrant*innen

Die folgende Darstellung des aktuellen Standes der Forschung beruht auf einer Recherche in MEDLINE via Pubmed, Web of Science sowie Google Scholar mit folgenden Stichwörtern (einzeln und in unterschiedlichen Kombinationen): undocumented migrants, health care, access to health care, chronic disease, medically uninsured. Anschließend wurde in den Literaturverzeichnissen der bei der Datenbankrecherche identifizierten thematisch passenden Veröffentlichungen eine manuelle Suche nach weiteren relevanten Quellen durchgeführt. Dabei wurde auch „graue Literatur“ berücksichtigt. Zusätzlich wurde am Institut für Menschenrechte und in den Katalogen der Universitätsbibliotheken in Berlin nach Büchern und publizierten Forschungsarbeiten zur Thematik gesucht. Die Ergebnisse der Recherche sind in den folgenden Abschnitten zusammengefasst. Die Forschungsergebnisse beziehen sich in einigen Fällen explizit auf Illegalisierte, in anderen Fällen auf nicht versicherte Migrant*innen. Daher wird im Folgenden für jede vorgestellte Studie explizit die Zielgruppe benannt.

1.3.1 Gesundheitsprobleme

Aufgrund der rechtlichen und sozialen Situation illegalisierter Migrant*innen ist es schwierig, statistisch repräsentative Stichproben zu bilden⁴⁸:

„Das Grundproblem besteht also darin, dass die Bevölkerungsgruppe klein, schwer lokalisierbar und mit Anreizen zu bewusst falschen oder irreführenden Antworten ausgestattet ist und zudem in besonders hohem Umfang mit Sprachproblemen zu kämpfen hat, was viele üblicherweise angewendete quantitative empirische Zugänge ausschließt.“⁴⁹

Zu Anzahl, Altersstruktur und Geschlechtsverhältnis der Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland bestehen nur Schätzungen. Es ist daher nicht möglich, Aussagen über die Häufigkeit von Krankheiten oder bestehende Bedarfe zu treffen^{48,49}. Auch die Zahl nicht krankenversicherter, aber sich legal in Deutschland aufhaltender Migrant*innen ist nicht bekannt.

Vereinzelt gibt es Veröffentlichungen von Anlaufstellen für nicht versicherte Migrant*innen oder Menschen ohne Aufenthaltsstatus, die die Häufigkeiten von Beratungsanlässen bzw. Erkrankungsverteilungen dokumentieren. Zu beachten ist allerdings, dass die Erkrankungsverteilung in einzelnen Anlaufstellen sehr vom jeweiligen Angebot, vom Bekanntheitsgrad in den jeweiligen Communities und der Existenz und dem Angebot anderer Anlaufstellen abhängt⁴⁸. Trotzdem soll hier beispielhaft auf eine europaweite und zwei deutsche Untersuchungen eingegangen werden.

Médecins du Monde (MDM, Ärzte der Welt) erhoben 2008 in ihren Einrichtungen zur medizinischen Versorgung nicht Versicherter mittels eines Fragebogens die Beratungsanlässe von 1.125 Menschen ohne Aufenthaltsstatus in elf europäischen Ländern. Die häufigsten Gesundheitsprobleme betrafen den Bewegungsapparat (19,3%), die psychische Gesundheit (16,29%), das Verdauungssystem (12,27%), Atemwegsorgane (11,13%) sowie gynäkologische Probleme bei Frauen (9,44%)¹².

Kühne (2014) untersuchte unter anderem die gesundheitlichen Beschwerden von 848 nicht versicherten Migrant*innen (sowohl illegalisierte Migrant*innen als auch EU-Bürger*innen) anhand der Arbeitsdokumentation des Medibüro Hamburg (s. Kapitel 1.4.1) von Januar 2006 bis Juni 2008. Die Erkrankungen verteilten sich wie folgt: Zahnerkrankungen (19,8%), Erkrankungen im Urogenitalbereich (15,1%), Augenerkrankungen (12,6%), Muskel- und Skeletterkrankungen (9,4%), Störungen des allgemeinen Befindens (8,8%), Schwangerschaften (7,3%), Hauterkrankungen (6,5%), unspezifische abdominelle Beschwerden (5,3%), Krankheiten des Verdauungssystems (5,4%) und Krankheiten des Atmungssystems (4,4%). Weiterhin stellte sie anhand eines standardisierten Fragebogens zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität fest, dass die psychische und physische subjektive Gesundheit von 96 befragten nicht versicherten Migrant*innen signifikant schlechter sei als die subjektive Gesundheit der deutschen Bevölkerung generell und auch schlechter als die subjektive Gesundheit erkrankter Deutscher⁴⁸.

Die Humanitäre Sprechstunde in Frankfurt, eine Einrichtung des dortigen öffentlichen Gesundheitsdienstes, erfasste die Daten von 2.384 nicht versicherten Migrant*innen in den Jahren 2008 – 2013. Folgende Hauptdiagnosen wurden festgestellt: Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen (30,2 %), Diabetes mellitus (19 %), Erkrankungen des Bewegungsapparates (18,3 %), Erkrankungen des Verdauungstraktes (14,1 %) Schwangerschaft (14,1 %).²⁶

Sowohl Kühne (2014) als auch eine Auswertung der Patient*innendaten der Malteser Migranten Medizin in München von 2015 kamen anhand eines Vergleiches mit den Patient*innendaten von Versicherten der Krankenkasse Barmer GEK zu dem Schluss, dass nicht versicherte Migrant*innen eine ähnliche Krankheitsverteilung aufweisen würden wie versicherte Deutsche^{25,48}.

Es gibt wenige Informationen zur Situation chronisch kranker nicht versicherter Migrant*innen. MDM dokumentiert jährlich den Anteil ihrer Patient*innen (nicht versicherte Migrant*innen), die mindestens eine chronische Erkrankung haben. Dies wird in Tabelle 1 dargestellt:

Tabelle 1: Anteil chronisch kranker Patient*innen in den Zentren von MDM ⁵⁰⁻⁵³

2012	2013	2014	2015
52 % (von 8,412 Pat. in 7 europ. Ländern)	34,3 % (von 16,881 Pat. in 8 europ. Ländern)	55,3 % (von 22,171 Pat. in 9 europ. Ländern)	47,5 % (von 9,610 Pat. in 11 europ. Ländern)

In einer deskriptiven Studie von Schoevers et al. (2010) aus den Niederlanden, für die 100 illegalisierte Frauen mittels teilstandardisierter Interviews befragt wurden, waren die am häufigsten genannten chronischen Erkrankungen Bluthochdruck (14 %), Anämie (8 %) und Diabetes mellitus (6 %)⁵⁴. Castañeda beschrieb 2009 anhand einer partizipativen Beobachtungsstudie der medizinischen Konsultationen von 183 Illegalisierten in einer Klinik für nicht versicherte Migrant*innen in Berlin, dass viele chronisch kranke Patient*innen die Klinik erst aufsuchen würden, wenn die Symptome akut würden und dass vor allem die regelmäßige Verfügbarkeit von Medikamenten ein Problem darstelle⁵⁵. Auch MDM stellten fest, dass 2015 44,8 % ihrer chronisch kranken, nicht versicherten Patient*innen in den europäischen Ländern nach Ansicht der behandelnden Ärzt*innen frühzeitiger hätten behandelt werden müssen. In Griechenland betraf das sogar 81 %, in Deutschland 71 % der chronisch kranken Patient*innen⁵³.

Oft wird die Relevanz psychischer Erkrankungen bei illegalisierten Migrant*innen thematisiert. So ermittelten Médecins Sans Frontières (MSF) 2005 mittels der Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25), dass die Prävalenz klinisch signifikanter Depressionen bei Illegalisierten zehnfach höher sei im Vergleich zu schwedischen Staatsbürger*innen. 23,8 % der Befragten zeigten ein moderat hohes Level, 14,3 % ein extrem hohes Level an Suizidgedanken. Aufgrund der geringen Größe des Samples (23 Befragte) sind ihre Ergebnisse jedoch mit Vorsicht zu betrachten⁵⁶. Schoevers et al. (2010) stellten in der oben erwähnten Studie fest, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei den von ihnen befragten Frauen sehr hoch sei, von diesen jedoch selten eigenständig angesprochen würde⁵⁴. In qualitativen Interviews mit zehn illegalisierten Migrant*innen durch Biswas et al. (2011) erwähnten diese, dass der irreguläre Aufenthaltsstatus psychische Probleme wie Angst und Depression erzeuge⁵⁷. Auch Bommers und Wilmes (2007) stellten in Interviews mit Illegalisierten, Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen von Beratungsstellen in Köln fest, dass psychosomatische Erkrankungen bei illegalisierten Patient*innen gehäuft vorkämen, jedoch von den Betroffenen oft nur schwer als solche akzeptiert würden⁹. Qualitative Interviews mit Allgemeinärzt*innen in den Niederlanden ergaben verschiedene Barrieren in der Erkennung und Behandlung von psychischen Erkrankungen illegalisierter Migrant*innen: wenige Arztkontakte, somatische Präsentation psychischer Erkrankungen, mangelnde Kontinuität der Versorgung, mangelnde Behandlungsmöglichkeiten, kulturelle Unterschiede, Verständigungsprobleme und ein Mangel an Vertrauen der Patient*innen den Ärzt*innen gegenüber⁵⁸.

Auch die Häufigkeit von Infektionserkrankungen bei illegalisierten Migrant*innen wird immer wieder diskutiert. MDM fanden in der oben erwähnten Untersuchung von 2009 Infektionserkrankungen bei 6,39 % der Patient*innen, davon unter anderem 1,91 % Virushepatitiden, 0,89 % Harnwegs- und Niereninfekte, unspezifische infektiöse Krankheiten und Hautinfektionen zu je 0,71 %. Eine HIV-Infektion oder AIDS wurde bei 5 der insgesamt 1.125 befragten Patient*innen gefunden¹². Affronti et al. (2011) analysierten die Aufnahmedaten („day-hospital admissions“) von 1.758 illegalisierten Patient*innen der Tagesklinik der Abteilung für Migrationsmedizin in Palermo von 2003–2009. Sie fanden eine vergleichsweise hohe Rate an chronischer Hepatitis B, was sie auf eine höhere Prävalenz des Virus in den Herkunftsländern der Patient*innen zurückführten. 14 % der Patient*innen litten an anderen Infektionskrankheiten, darunter vorwiegend sexuell übertragbare Krankheiten wie Mykoplasmen oder Chlamydienurethritis⁵⁹. Bodenmann et al. stellten 2009 bei 22 von 125 untersuchten illegalisierte

Patient*innen (19,2 %) in einer Klinik für vulnerable Personengruppen in der Schweiz eine latente Tuberkulose fest, zwei Patient*innen waren an einer aktiven Tuberkulose erkrankt⁶⁰.

1.3.2 Zugangsbarrieren

Illegalisierte Migrant*innen nehmen Gesundheitsversorgung erst in Anspruch, wenn sie keinen anderen Ausweg mehr sehen^{5,61,62}. So schrieben Bommès und Wilmes (2007):

„Der Gang zum Arzt wird erst dann in Betracht gezogen, wenn die Probleme so gravierend sind, dass sie die Erledigung der täglichen Arbeit erschweren oder lebensbedrohliche Ausmaße annehmen. Dies zeigen nicht nur die Aussagen von Mediziner*innen, sondern auch die Betroffenen selbst schildern den Arztbesuch, ob in einer Privatpraxis oder bei den oben beschriebenen Organisationen als letzten Ausweg.“⁹

Patient*innen hatten Schmerzen bzw. Beschwerden über Wochen, Monate oder Jahre⁶³, Schwangere suchten medizinische Versorgung oft erst im dritten Trimester auf⁵⁵. Bei den von Kühne (2014) befragten Patient*innen reichte die Spannbreite von unmittelbarem Aufsuchen medizinischer Versorgung nach Auftreten der Beschwerden bis zu einem Abwarten von vier Jahren und elf Monaten⁴⁸.

Es existieren verschiedene Ursachen für das Ignorieren der Beschwerden. Huschke (2014) beschrieb in ihrer medizinethnologischen Studie über Kranksein in der Illegalität, die auf Interviews, informellen Gesprächen und teilnehmenden Beobachtungen mit illegalisierten Südamerikaner*innen und Gesprächen mit Ärzt*innen und Krankenhausmitarbeiter*innen basiert, wie illegalisierte Migrant*innen im Laufe ihres Aufenthaltes die „Wahrnehmung der eigenen Abschiebbarkeit“⁶³ erlernen – und dass ein stationärer Aufenthalt im schlimmsten Fall die Festnahme und Abschiebung bedeuten kann⁶³. Auch Anderson (2003) stellte anhand von Interviews mit Illegalisierten in München fest, dass sich die vergleichsweise seltenen Fälle überproportional herumsprächen und Ängste schüren würden⁶¹. Die existierende Angst führt dazu, dass medizinische Versorgung erst sehr spät in Anspruch genommen wird^{3,64}. Fehlende finanzielle Ressourcen um Rettungsstellen-, Arztbesuche oder Medikamente zu bezahlen, stellen eine weitere bedeutende Zugangsbarriere dar^{12,48,56,65-67}. Auch fehlendes Wissen über das Vorhandensein von Versorgungsangeboten durch fehlende soziale Kontakte oder mangelnde Sprachkenntnisse einerseits, Unkenntnis über bestehende Ansprüche bei Gesundheitsarbeiter*innen und Migrant*innen andererseits, können dazu führen, dass Beschwerden verschleppt werden^{3,57,63}. Zusätzlich kommt es vor, dass Patient*innen wegen fehlender Krankenversicherung oder Ausweispapiere von Rettungsstellen oder hausärztlichen Einrichtungen abgewiesen werden^{68,69}. Als weitere Zugangsbarrieren wurden Willkürlichkeit in der Haltung der Ärzt*innen und die

Sprachbarriere^{3,57}, administrative Schwierigkeiten^{3,12} und Diskriminierungserfahrungen³ beschrieben. Kühne (2014) konstatierte: „Eine Inanspruchnahme medizinischer Versorgung erfolgt daher erst bei Erkrankungen, die lang andauern, zu schweren Beeinträchtigungen führen und nicht im Laiensystem behandelbar sind“⁴⁸.

Huschke (2014) bezeichnete die Vorgehensweise, Beschwerden auszuhalten und zu ignorieren nach einem ihrer Interviewpartner als das „Gesetz der Illegalität: [...] es ist dir verboten krank zu werden“⁶³. Verschiedene Strategien im Umgang mit Krankheit in der Illegalität sind beschrieben worden. Es werden eigenständig Medikamente besorgt, entweder über das Herkunftsland, den Tausch oder Kauf im sozialen Umfeld^{9,57,62,63}. Eine weitere Möglichkeit ist das Nutzen von Krankenkassenchipkarten von versicherten Personen, die aber durch die vermehrte Dokumentation von Arztbesuchen, Diagnostik und durchgeführten Therapien auf den Karten zunehmend riskanter wird^{9,61,62}. Auch die Rückkehr ins Herkunftsland⁶² oder die Fahrt in andere europäische Länder⁹ werden beschrieben.

1.3.3 Einfluss sozialer Determinanten von Gesundheit

Das Leben in der Illegalität, ohne garantierte politische und soziale Rechte, birgt spezifische Gesundheitsrisiken durch oft prekäre Arbeitsbedingungen und unsichere Wohnsituationen⁷⁰. Anderson (2003) beschrieb als einen von vielen psychisch belastenden Faktoren die dauernde Wohnunsicherheit⁶¹. Bestehende gesetzliche Regelungen verhindern den Zugang zum regulären Arbeitsmarkt und daraus resultierende undokumentierte Arbeit berge ein erhöhtes Risiko von Missbrauch und Ausbeutung^{67,71}, fehlender Arbeitsschutz und Arbeitszeitbegrenzung seien möglicherweise die Ursache für eine größere Unfallhäufigkeit⁷². Auch Huschke (2014) berichtete, dass fehlendes Erscheinen auf Arbeit aus Krankheitsgründen zu Lohnausfall oder Verlust der Arbeit führen könne und daher Beschwerden oft ignoriert würden⁶³. Quesada nannte 2012 als Ursache von Krankheiten die kumulierten Vulnerabilitäten, denen illegalisierte Migrant*innen ausgesetzt sind:

“Precarious living conditions, exploitative work conditions, low incomes, lack of health insurance, lack of transportation and restrictions on mobility, lack of proper housing, hunger, homelessness, language barriers, social stigmatization, restrictive and punitive immigration policies”⁷³

In der oben bereits erwähnten Studie von MSF (2005) in Schweden gaben 64,7 % aller Befragten an, dass sich ihr Gesundheitszustand mit dem Eintritt in die Illegalität verschlechtert habe⁵⁶.

Die Angst vor Abschiebung beeinflusst nicht nur die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung⁶⁴, sondern auch das emotionale und physische Wohlbefinden. So schilderten Hacker

et al. (2011) aus Fokusgruppendifkussionen mit legalen und illegalisierten Migrant*innen in den USA: „From a physical and emotional perspective, participants noted that fear of deportation exacerbated their chronic diseases such as depression, high blood pressure, and anxiety while also producing a range of physical symptoms (hair loss, headaches)”⁷⁴. Auch Anderson (2003) schilderte, wie Isolation und die ständige Angst vor Kontrollen zu psychischen und psychosomatischen Problemen führen könne⁶¹. Huschke (2014) stellte fest:

„Der fehlende Aufenthaltsstatus und die damit verbundene Recht- und Machtlosigkeit sowie die Unsicherheit und Fragilität des Lebensalltags stehen in einem komplexen Zusammenhang mit den emotionalen und psychischen Belastungen, mit denen undokumentierte MigrantInnen umgehen müssen.“⁶³

Auch Castañeda (2009) schlussfolgerte, dass Illegalität oder Undokumentiertheit als unabhängiger Einflussfaktor auf Gesundheit, Krankheit und Genesung gesehen werden könne⁵⁵. Quesada, (2012) erwähnte, dass die soziale Stigmatisierung und Ausgrenzung zudem dazu führen könne, dass sich illegalisierte Migrant*innen selbst als medizinischer Versorgung unwürdig („undeserving“) wahrnehmen und konstatierte: „Being regarded as illegal is a risk factor in itself that interacts with other risk factors”⁷³.

1.3.4 Nicht versicherte EU-Bürger*innen

Nicht krankenversicherte EU-Bürger*innen werden zwar in verschiedenen Veröffentlichungen zur medizinischen Versorgung von nicht versicherten Migrant*innen erwähnt, dann aber entweder aus der Studienpopulation ausgeschlossen⁷⁵ oder ohne weitere Differenzierung eingeschlossen^{25,26,52}. Nur Kühne (2014) führte in ihrer Untersuchung auch Subgruppenvergleiche zwischen EU-Bürger*innen und Illegalisierten durch und stellte fest, dass EU-Bürger*innen das Medibüro Hamburg signifikant häufiger wegen Gesundheitsproblemen in Bezug auf Schwangerschaft, Geburt, Verletzungen oder wegen finanzieller Hilfen (Bitte um Erstattung von Arzt- oder Krankenhausrechnungen) aufsuchen würden. Als Ursache für die Unterschiede vermutete sie bspw. unterschiedliche Kenntnisse über die Versorgungsmöglichkeiten in den jeweiligen Communities und schlussfolgerte, dass weitere Forschungsergebnisse nötig seien, um festzustellen ob es systematische Unterschiede in der Krankheitsverteilung gebe. In ihrer Untersuchung des subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustands von nicht versicherten EU-Bürger*innen stellte sie fest, dass dieser sich nicht signifikant von dem Illegalisierter unterscheide⁴⁸.

1.3.5 Obdachlose Menschen

Obdachlose (wobei in den nachfolgend zitierten Studien nicht differenziert wurde zwischen ausländischen und inländischen Menschen) sind stärker von physischen und psychischen Krankheiten⁷⁶ betroffen und haben eine wesentlich kürzere Lebenserwartung⁷⁷ als Menschen mit festem Wohnsitz. Psychische Probleme und Substanzmissbrauch kommen häufig vor, genauso Verletzungen, Übergriffe, gesundheitliche Schäden durch Kälte und Hautprobleme⁷⁸. Chronische Erkrankungen wie z.B. Diabetes und Bluthochdruck sind schlecht kontrolliert^{77,79} und es bestehen große Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung, nicht nur wegen der häufig fehlenden Krankenversicherung, sondern auch z.B. aufgrund konkurrierender Prioritäten im „täglichen Überlebenskampf“⁸⁰.

1.3.6 Nicht versicherte Menschen mit chronischen Erkrankungen

Definition ‚chronische Erkrankung‘

Es gibt keine einheitliche Definition von chronischen Krankheiten. Bestehende Klassifizierungssysteme variieren in Entstehung, Umfang und Aufbau⁸¹. Perrin et al. (1993) stellten fest: „No single definition of chronic conditions fits all purposes“ und plädierten für einen flexiblen Zugang zur Definition und Klassifikation von chronischen Krankheiten⁸². Sie schlugen einen Zwei-Level-Zugang vor: 1. die Festlegung der Mindestlänge und 2. den Einfluss auf den Menschen, z.B. funktionelle Beeinträchtigungen oder Notwendigkeit regelmäßiger ärztlicher Behandlung. Die beiden Kriterien könnten für spezielle Zwecke auch noch ergänzt werden (z.B.: Ausschluss von psychischen Krankheiten, Ausschluss von präsymptomatischen Zuständen)⁸². Spätere Studien gehen ähnlich vor, so definierten beispielsweise Hwang et al. (2001) ‚chronic condition‘ wie folgt: “We defined a person as having a chronic condition if that person’s condition had lasted or was expected to last twelve or more months and resulted in functional limitations and/or the need for ongoing medical care”⁷⁹. Diese Definition übernahm u.a. auch das U.S. Department of Health and Human Services 2010. Während Perrin et al. (1993) noch der Meinung waren, es gäbe keine theoretische Basis dafür, die Länge einer chronischen Krankheit auf mindestens zwölf Monate zu beschränken und sich – zumindest für Kinder – für eine Drei-Monatsfrist aussprechen⁸², zeigte eine Übersicht von Goodman et al. (2013), dass die Zwölf-Monatsfrist oft angewendet wird⁸¹.

Forschung aus den USA

In den USA ist der Anteil der Menschen ohne Krankenversicherung – unabhängig vom Aufenthaltsstatus – viel höher als in Deutschland. Es wurden dort zahlreiche quantitative Untersuchungen durchgeführt zu der Frage, mit welchen Zugangsbarrieren und Gesundheitsrisiken das Fehlen einer Krankenversicherung assoziiert ist. So gehen chronisch kranke Nichtversicherte deutlich weniger zu Ärzt*innen^{79,83-87}, haben seltener eine „regular source of care“^{85,86,88} und ein höheres „out of pocket spending“^{79,84}. Es besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass Krankheiten nicht erkannt werden, z.B. Diabetes⁸⁸, Bluthochdruck oder Hyperlipidämien⁸⁹. Auch für Frauen mit Brustkrebs wurde festgestellt, dass diese erst mit fortgeschrittenem Stadium Ärzt*innen konsultierten und die Überlebensrate schlechter sei⁹⁰. Außerdem bestünden Defizite in der kardiovaskulären Risikoreduktion^{87,91} und im Krebs-Screening⁸⁷. Wilper et al. (2009) stellten fest: „After additional adjustment for race/ethnicity, income, education, self- and physician-rated health status, body mass index, leisure exercise, smoking, and regular alcohol use, the uninsured were more likely to die (hazard ratio = 1.40; 95% CI = 1.06, 1.84) than those with insurance“⁹².

1.4 Versorgungsnetz für nichtversicherte Migrant*innen

1.4.1 Bundesweit

Jegliche über die Angebote der Gesundheitsämter (s. Kapitel 1.2.7) hinausgehende medizinische Versorgung wurde zum Untersuchungszeitpunkt ausschließlich durch die auf Ehrenamt basierende Arbeit von Nichtregierungsorganisationen erbracht. In den letzten Jahren sind in den Kommunen vermehrt diese neben der Regelversorgung agierenden Anlaufstellen für nicht versicherte Migrant*innen entstanden (im Folgenden auch Parallelversorgung genannt). Mitte der 90er-Jahre gründeten sich in Hamburg und Berlin die ersten „Büros für medizinische Flüchtlingshilfe“ (auch als „Medibüro“ oder „Medinetz“ bezeichnet) mit dem Ziel, Illegalisierten (und später allen nicht krankenversicherten Migrant*innen) Zugang zu qualifizierter medizinischer und zahnmedizinischer Versorgung zu ermöglichen⁹³. 2001 gründete sich die erste „Malteser Migranten Medizin“ in Berlin (mittlerweile umbenannt in „Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung“), eine christlich-karitative Einrichtung, die nicht versicherte Migrant*innen und auch Deutsche ohne Krankenversicherung in einer eigens dafür eingerichteten Arztpraxis direkt versorgt²⁴. Inzwischen gibt es die Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung in 18 Städten⁹⁴ und Medibüros in 36 Städten deutschlandweit⁹⁵. Auch Ärzte der Welt, die deutsche Sektion von Médecins du Monde, bietet inzwischen in vier Städten

kostenlose und anonyme allgemeinmedizinische Sprechstunden für Menschen ohne Zugang zum Gesundheitssystem an⁹⁶. In einigen Städten existieren bei den Gesundheitsämtern humanitäre Sprechstunden und in Nordrhein-Westfalen wurden Clearingstellen eingerichtet, die mögliche Zugänge zur regulären Gesundheitsversorgung für nicht versicherte Migrant*innen klären sollen.

1.4.2 Berlin

In Berlin sind einige Angebote des Öffentlichen Gesundheitsdienstes unabhängig vom Krankenversicherungsstatus zugänglich und damit auch offen für nicht versicherte Migrant*innen. Dazu gehören Schwangerenvorsorge, kostenlose anonyme Testung bei Infektionskrankheiten und Behandlung akuter sexuell übertragbarer Krankheiten durch die Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung, Vorsorgeuntersuchungen und teilweise auch Standardimpfungen für Kinder durch die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste und die Erkennung und Therapie der Tuberkulose durch das Zentrum für tuberkulosekranke und gefährdete Menschen⁹⁷. Außerdem gibt es in Berlin mehrere nicht staatliche, ehrenamtlich tätige Organisationen, die nicht versicherte Migrant*innen medizinisch versorgen. Es existiert eine Versorgungseinrichtung des Malteser Hilfsdienst, die Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung. Diese wird anteilig vom Berliner Senat finanziell unterstützt²⁴ und ist für alle Menschen ohne Krankenversicherung offen, wird aber größtenteils von Migrant*innen in Anspruch genommen. Zudem gibt es in Berlin ein Medibüro, das regelmäßig Migrant*innen ohne Krankenversicherung an ein Netzwerk von kooperierenden Ärzt*innen vermittelt⁹⁸. In Berlin existieren mehrere Einrichtungen zur medizinischen Versorgung von Obdachlosen. Aber wie in Kapitel 1.2.5 geschildert, dürfen nur rein spendenfinanzierte Einrichtungen die medizinische Versorgung von Migrant*innen übernehmen, die nicht Staatsangehörige der EFA-Staaten sind⁴². Daher gibt es in Berlin vor allem zwei Einrichtungen, jeweils getragen von Wohlfahrtsverbänden, die zur Anlaufstelle für nicht krankenversicherte, migrantische Obdachlose geworden sind. In beiden Einrichtungen ist nach Angaben von Mitarbeitenden ein Großteil der Patient*innen aus dem EU-Ausland. Daneben gibt es andere Einrichtungen, bei denen vermutlich in geringerer Anzahl Migrant*innen ohne Versicherung vorsprechen, z.B. eine weitere spendenfinanzierte Ambulanz für Obdachlose, Zentren zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und niedrigschwellige Angebote der Suchthilfe und Infektionsprophylaxe. Seit November 2016 bieten auch Ärzte der Welt in Berlin eine allgemeinmedizinische Sprechstunde für nicht versicherte Menschen an⁹⁶.

1.5 Fragestellung

Das Ziel dieser Untersuchung war, die medizinische Versorgungssituation von chronisch kranken Migrant*innen, die nicht krankenversichert sind, aus der Sicht behandelnder Ärzt*innen in Berlin zu charakterisieren. Dabei sollte eine differenzierte Betrachtung der Faktoren erfolgen, die Umfang und Qualität der Versorgung von chronischen Erkrankungen beeinflussen sowie mögliche Unterschiede in der Versorgung von nicht versicherten EU-Bürger*innen und illegalisierten Patient*innen herausgearbeitet werden.

2 Methodik

2.1 Hintergrund des qualitativen Forschungsdesigns

Für diese Dissertation wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Qualitative Forschung verfolgt den Ansatz, Lebenswelten aus Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben, um damit „zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) bei[zu]tragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam [zu] machen.“⁹⁹. Sie versteht soziale Wirklichkeit als Ergebnis ständig ablaufender sozialer Konstruktionsprozesse, deren Form und Inhalt durch Rekonstruktion der subjektiven Sichtweisen und Deutungsmuster sozialer Akteure sichtbar gemacht werden sollen⁹⁹.

Die medizinische Versorgung nicht versicherter Migrant*innen findet in sehr verschiedenen Kontexten statt. Unterschiedliche Organisationsstrukturen, Abläufe und auch Fachrichtungen der Ärzt*innen erschweren eine für quantitative Erhebungen notwendige Standardisierung¹⁰⁰. Zudem beeinflussen das jeweilige Angebot der Anlaufstellen und der Bekanntheitsgrad in den Communities die Nutzung durch Betroffene⁴⁸. Ein qualitativer Forschungsansatz bietet die Möglichkeit, das Alltags- und Erfahrungswissen der Ärzt*innen in ihrem Fach und ihrer Einrichtung differenziert zu erheben und zu kontextualisieren¹⁰¹. Die Interviewten können eigene Schwerpunkte setzen; Abläufe, Problemfelder und Konfliktmomente in der medizinischen Versorgung können detailliert und in all ihren Facetten geschildert werden¹⁰². Auch komplexere Zusammenhänge, die sich beispielsweise aus der komplizierten Rechtslage für die Patient*innen ergeben, oder informelle Strukturen, können so thematisiert werden. Daher bietet sich ein qualitativer Forschungsansatz dazu an, die Charakteristika der Versorgungssituation chronisch kranker, nicht krankenversicherter Migrant*innen zu explorieren.

2.2 Sampling und Feldzugang

2.2.1 Kriterien des Sampling

Stichproben in der qualitativen Forschung haben nicht das Ziel, statistisch repräsentativ zu sein¹⁰³: „Es geht nicht darum, die Verteilung von Merkmalen in Grundgesamtheiten zu erfassen, sondern darum, die Typik des untersuchten Gegenstandes zu bestimmen und dadurch die Übertragbarkeit auf andere, ähnliche Gegenstände zu gewährleisten“¹⁰³. Die Auswahl der Stichprobe richtet sich nach ihrer theoretischen Bedeutsamkeit¹⁰⁴ und qualitativen Repräsentativität¹⁰¹. Grundsätzlich unterscheidet man in der qualitativen Forschung zwei Strategien zur Festlegung von Stichproben: die Vorab-Strukturierung des Samples und das ‚theoretical sampling‘¹⁰¹. Die Vorab-

Strukturierung, auch als ‚selektives Sample‘ bezeichnet¹⁰⁵, bietet sich an, wenn bereits Informationen über das Untersuchungsfeld vorhanden sind und man dieses in seiner Heterogenität und Varianz möglichst weitgehend abbilden möchte¹⁰¹. Beim ‚theoretical sampling‘ dagegen geschieht die Fallauswahl schrittweise während des Prozesses von Datenerhebung und -auswertung¹⁰⁴ und wird dabei nach den Aspekten erweitert, die für die Theoriebildung relevant sind¹⁰⁶. Das Ausmaß der Übertragbarkeit von Forschungsergebnissen in der qualitativen Forschung wird stark beeinflusst von der Qualität des Auswahlverfahrens der Stichprobe¹⁰¹.

Für diese Arbeit wurde ein selektives Sampling-Verfahren genutzt. Da in Berlin verschiedene Einrichtungen dafür bekannt sind, nicht versicherte Migrant*innen ehrenamtlich medizinisch zu versorgen, bot es sich an, das Sample anhand dieser zu strukturieren. Bei der Befragung berücksichtigt wurden dazu einerseits niedergelassene Ärzt*innen, die während des laufenden Praxisbetriebs Nichtversicherte behandeln, und andererseits Ärzt*innen aus Einrichtungen, die explizit nur für Menschen ohne Krankenversicherung tätig sind. Sowohl Allgemeinmediziner*innen als auch spezialistische Fachärzt*innen sollten unter den Befragten sein. Zur Kontrastierung wurden zudem Interviews mit Ärzt*innen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie unabhängig von bestehenden Organisationen tätige Ärzt*innen angestrebt. Als Einschlusskriterium für Interviewpartner*innen galt das Vorhandensein von Erfahrungswissen durch eine längerfristige und regelmäßige medizinische Versorgung von Migrant*innen ohne Krankenversicherung.

2.2.2 Rekrutierung von Studienteilnehmenden

Zunächst erfolgte eine Recherche (Internet, Nutzung persönlicher Netzwerke u.a.) nach Akteur*innen und Organisationen, die in der Versorgung der Zielgruppe in Berlin aktiv sind. Identifizierte Einrichtungen (s. Kapitel 1.4.2), die nicht versicherte Migrant*innen medizinisch versorgen, wurden per E-Mail mit der Bitte kontaktiert, eine Interviewanfrage an die bei ihnen tätigen oder mit ihnen kooperierenden Ärzt*innen weiterzuleiten. Falls auf die initiale Anfrage keine Antwort erfolgte, wurde erst mit einer zweiten E-Mail und anschließend telefonisch nachgefragt. Ärzt*innen, die innerhalb des Medibüro-Netzwerkes tätig sind, wurden direkt per Email kontaktiert.

Zur Gewinnung von Interviewpartner*innen, die außerhalb von bestehenden Organisationen nicht versicherte Migrant*innen medizinisch versorgen, wurde über die vorhandenen Interviewpartner*innen versucht, im Sinne eines ‚Schneeballverfahrens‘ Kontakte von weiteren potentiellen Interviewpartner*innen zu gewinnen¹⁰⁷. Dementsprechend wurden alle

Studienteilnehmer*innen im Anschluss an das jeweilige Interview gefragt, ob sie weitere mögliche wichtige Akteur*innen und bestehende Kontakte zu anderen Ärzt*innen, die nicht versicherte Migrant*innen behandeln, vermitteln können. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die angefragten Einrichtungen, die Art der Anfrage, die Anzahl der jeweils geführten Interviews und die Spezialisierung der interviewten Ärzt*innen.

Tabelle 2: Wege und Ergebnis der Teilnehmenden-Rekrutierung

Versorgungseinrichtungen	Art und Anzahl der Anfrage(n)	interviewt	Spezialisierung der befragten Ärzt*innen
Obdachlosen-Ambulanz	Anfrage an Organisation	1	Hausärztlich Innere
Obdachlosen-Ambulanz	Anfrage an Organisation	2	Hausärztlich Innere Chirurgie
Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung	Anfrage an Organisation	2	Allgemeinmedizin
Medibüro-Netzwerk für das Recht auf Gesundheitsversorgung aller Migrant*innen	9 Ärzt*innen direkt angeschrieben	6	Neurologie und Psychiatrie Kardiologie Allgemeinmedizin mit Psychotherapie Allgemeinmedizin (2) Pulmologie
Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung (ÖGD)	Anfrage an Organisation	1	Gynäkologie
(kooperierend mit) Zentrum für tuberkulosekranke und gefährdete Menschen (ÖGD)	Arzt/ Ärztin direkt angeschrieben	1	Pulmologie
unabhängig	7 Ärzt*innen direkt angeschrieben	1	Infektiologie
Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge	Anfrage an Organisation	0	
Organisation mit Projekten zur Gesundheitsförderung und Suchthilfe mit dem Schwerpunkt „Infektionsprophylaxe“	Anfrage an Organisation	0	
Obdachlosenambulanz	Anfrage an Organisation	0	

2.3 Erhebung der Daten

2.3.1 Vorbereitung der Datenerhebung

Es gibt verschiedene Varianten qualitativer Interviews. Besonders bedeutsam zur Unterscheidung dieser Varianten ist der Grad der Vorab-Strukturierung des Interviews¹⁰². Während komplett standardisierte Interviews zumeist in der quantitativen Forschung genutzt werden, nutzt man nicht standardisierte Befragungen, wenn der Fokus der Untersuchung stark auf der Strukturierung und Priorisierung des Themas durch die Befragten liegt. Teilstandardisierte Befragungen enthalten bestimmte Vorgaben, beispielsweise Themenkomplexe, die sicher angesprochen werden sollen. In der konkreten Gestaltung des Interviews lassen sie den Beteiligten aber Freiräume¹⁰¹. Das für diese Dissertation genutzte leitfadenbasierte Interview ist eine Form der teilstandardisierten Befragungen. Die durch den Leitfaden entstehende Strukturierung des Interviews ermöglicht konkrete Aussagen über einen Gegenstand und eine erhöhte Vergleichbarkeit der Daten¹⁰⁸. Praktisch dient der Leitfaden eher als Gedankenstütze denn als Fragebogen und kann recht flexibel an die Situation und die jeweiligen Interviewpartner*innen angepasst werden. So betonen Meuser und Nagel, dass der Leitfaden nicht als „zwingendes Ablaufmodell des Diskurses gehandhabt“ werden sollte¹⁰⁹. Derart offene, teilstandardisierte Interviews bieten die Möglichkeit, „Situationsdeutungen oder Handlungsmotive in offener Form zu erfragen, Alltagstheorien und Selbstinterpretationen differenziert und offen zu erheben und [...] die Möglichkeit der diskursiven Verständigung über Interpretationen“¹⁰². Um die medizinische Versorgung nicht versicherter, chronisch kranker Migrant*innen in unterschiedlichen Organisationen und durch Ärzt*innen verschiedener Fachrichtungen darzustellen, erschienen leitfadenbasierte Interviews aufgrund der möglichen Flexibilität in der Handhabung¹⁰⁹ und gleichzeitig vorhandener thematischer Strukturierung¹⁰⁸ als gut geeignete Methode.

Leitfadeninterviews als Methode setzen eine gewisse Vorkenntnis des Themas voraus, da der Leitfaden auf Basis bestehender Theorien und der Ergebnisse anderer Studien erarbeitet werden muss¹⁰⁸. Die im Vorfeld durchgeführte Datenbanken- und Literaturrecherche, deren Ergebnisse in Kapitel 1.3. dargestellt sind, diente als Grundlage des Interviewleitfadens. Als zur Beantwortung der Fragestellung zentrale Themenkomplexe wurden herausgearbeitet:

- Status quo der Versorgung
- Beratungs- und Behandlungsanlässe
- Behandlungsmöglichkeiten und- Schwierigkeiten

- Einfluss des Aufenthaltsstatus
- Lösungsstrategien

Der Leitfaden wurde in oben genannte Themenkomplexe unterteilt. Jeder Komplex beginnt mit einer erzählungsgenerierenden Frage, bei deren Beantwortung im besten Falle möglichst viele der interessierenden Punkte von selbst angesprochen werden. Zusätzlich wurde eine Stichwortliste als Fokus für weitere Nachfragen bzw. als Checkliste zur Überprüfung der bereits thematisierten Aspekte angefertigt¹¹⁰. Dies ist beispielhaft in Abbildung 1 dargestellt (siehe auch Anlage 1):

Welche chronischen Krankheiten sehen Sie in Ihrer Arbeit häufig? (ggf. mit Fallbeispiel)	HerzKreislauf- und Lungenerkrankungen
	Diabetes
	Krebserkrankungen
	Chronisch verlaufende Infektionskrankheiten
	Psychische Erkrankungen (Suchterkrankungen/Depressionen/somatoforme Erkrankungen)
	Vorsorgeuntersuchungen/ Check-ups
	Stadium der Erkrankung bei Erstkontakt
	Unterschiede zu Versicherten

Abbildung 1: Ausschnitt aus dem Interviewleitfaden

Zu Beginn des Interviews wurden außerdem zwei Fallschilderungen erbeten. Diese ermöglichen, nicht nur abstrahierte und schon verallgemeinernd systematisierte Wissensbestände der Befragten zu erheben, sondern auch nicht reflexiv durchgearbeitete Erfahrungen zu erfassen¹¹¹. Gleichzeitig können sie die gegebenenfalls generalisierenden Aussagen der Interviewpartner*innen belegen und konkretisieren.

Chronische Krankheiten wurden im Rahmen der Datenerhebung basierend auf den Überlegungen in Kapitel 1.3.6 definiert als Krankheiten, die länger andauern, bzw. von Beginn an eindeutig permanent sind und regelmäßiger medizinischer Kontrolle oder Behandlung bedürfen. Kriterien wie: funktionelle Einschränkungen, irreversible pathologische Veränderungen, lange Latenzzeiten, Heilbarkeit, Übertragbarkeit etc. sind ohne Frage für die Betroffenen wichtig. Da es

aber um die Darstellung der Handlungsspielräume in der medizinischen Versorgung ging, schien es sinnvoll, nur die Krankheiten mit einzubeziehen, die der regelmäßigen Versorgung oder Kontrolle bedürfen. Außerdem sollte die Definition möglichst prägnant (gesprächstauglich) und praktikabel (d.h. möglichst nahe an einem „intuitiven“ medizinischen Verständnis von „chronischer Krankheit“) sein, um sie in den Interviews anwenden zu können. Der Fokus lag sowohl während der Interviews als auch in der Auswertung auf den folgenden Krankheitsgruppen: Herz-, Kreislauf- und Lungenerkrankungen, Diabetes mellitus, Tumorerkrankungen, chronisch verlaufende Infektionskrankheiten, und psychischen Erkrankungen.

Bei der Datenerhebung durch Interviews ist zu beachten, dass der Informationsgehalt und die Aussagekraft von Interviews sowohl von der Antwortbereitschaft der befragten Person als auch von der interviewenden Person und der Interaktion zwischen beiden beeinflusst wird^{112,113}. In der aktuellen qualitativen Forschung wird dies allerdings nicht als Problem wahrgenommen, sondern als Chance¹¹⁴; um aus den ggf. daraus resultierenden Unterschieden ein tieferes Verständnis für komplexe Themen zu erhalten¹¹⁵. Auch die Offenheit bzw. Unvoreingenommenheit der forschenden Person als eines der zentralen Kriterien qualitativer Forschung werden nicht durch einen völligen Verzicht auf Vorwissen und vorherige Recherche erreicht, sondern durch eine bewusste Handhabung dieser⁹⁹. Im Zuge der Recherche fand eine strukturierte Reflexion über bestehende eigene Vorannahmen und Einstellungen der an der Studie beteiligten Wissenschaftler*innen statt. Dazu wurde u.a. der Interviewleitfaden im Team unter Berücksichtigung dieses Gesichtspunktes ausführlich diskutiert, wiederholt revidiert und nach einem Pre-Test (Probeinterview mit einer den Einschlusskriterien entsprechenden Allgemeinärztin) schließlich finalisiert.

Zusätzlich zu dem Interviewleitfaden wurde ein kurzer Fragebogen zu Person und Praxis bzw. Einrichtung erstellt. Dieser beinhaltet Fragen zu demographischen Informationen der Ärzt*innen, zur Finanzierung und Ausstattung der Einrichtung und Einschätzungen der Ärzt*innen zum Anteil chronisch kranker Patient*innen einerseits, sowie nicht versicherter EU-Bürger*innen unter ihren Patient*innen andererseits (s. Anlage Nr. 2). Die daraus resultierenden Informationen wurden zur Beschreibung der Stichprobe und zur Kontextualisierung der Interviews genutzt.

Des Weiteren wurden ein Informationsbogen und eine Einwilligungserklärung für die Interviewpartner*innen erstellt. Außerdem wurde unter Vorlage u.a. der Projektinformation, des Interviewleitfadens und der Einwilligungserklärung ein Ethikvotum durch die Ethikkommission der Charité eingeholt (Antragsnummer EA2/010/15).

Um sowohl den Anforderungen des Datenschutzes als auch denen der guten wissenschaftlichen Praxis zu entsprechen, wurden folgende Maßnahmen getroffen: Transkripte und Fragebögen zu Praxis und Person wurden pseudonymisiert, innerhalb der Transkripte wurden alle Personen-, Orts- und Institutionsnamen pseudonymisiert. Die Einwilligungserklärung, die als einziges Dokument Namen und Geburtsdaten enthält, wird an einem gesonderten Ort aufbewahrt. In Veröffentlichungen gingen einzelne Zitate aus dem Transkript nur in einer Form ein, in der die Identität der/des Sprechenden nicht erkennbar ist. Zitate, die eine solche Identifikation erlauben würden, wurden nicht verwendet.

2.3.2 Interviews

Vor der Durchführung der Interviews erfolgte eine ausführliche Auseinandersetzung mit den Anforderungen an Interviewer*innen und typischen Fehlern der Interviewführung¹¹⁰. Zusätzlich wurde im Rahmen einer am Institut für Allgemeinmedizin der Charité regelmäßig stattfindenden Forschungswerkstatt mit in qualitativer Forschung erfahrenen Wissenschaftler*innen sowohl das Probeinterview als auch eines der ersten Interviews explizit in Hinblick auf die Qualität der Interviewführung und den potentiellen Einfluss bestehender Vorannahmen besprochen.

Die Interviews wurden an jeweils von den Interviewpartner*innen vorgeschlagenen Orten in einer möglichst ungestörten Atmosphäre geführt. Vor Beginn des Interviews wurden das Forschungsprojekt, die Details der Datenerhebung sowie die Vorkehrungen zum Datenschutz erklärt, der Informationsbogen übergeben und gegebenenfalls Fragen beantwortet. Anschließend wurden die Einwilligungserklärung und der Fragebogen zu Person und Praxis ausgefüllt.

2.3.3 Postskripte

Im Anschluss an die Interviews wurden von der Interviewerin in einem Protokollbogen besondere Vorkommnisse, die Atmosphäre während des Interviews und ggf. schwierige Passagen direkt festgehalten (s. Anlage 3). Dies wurde während der Auswertungsphase vor allem zur detaillierteren Erinnerung an und Kontextualisierung der Interviews genutzt.

2.4 Auswertung der Daten

2.4.1 Vorbereitung der Auswertung

Zur Auswertung von Interviews müssen diese transkribiert werden. Die Herstellung und Verwendung von Transkripten sind „theoriegeladene, konstruktive Prozesse“¹¹⁶. Die notwendige Reduktion des Ausgangsmaterials ermöglicht Selektivität, die sich auf die Interpretation der Transkripte auswirkt¹¹⁶. Es wird empfohlen, nur die Merkmale des Gesprächsverhaltens zu

transkribieren, die auch tatsächlich analysiert werden sollen¹¹⁷. Da für die Fragestellung dieser Dissertation vor allem der Inhalt des Gesagten relevant ist, wurde nach folgenden Maßgaben, basierend auf Transkriptionsregeln von Mayring¹¹⁷, transkribiert:

- Es wurde vollständig und wörtlich transkribiert, Unvollständigkeiten und Wortwiederholungen wurden belassen.
- Laute wie „äh“ oder „ehmm“ wurden nicht transkribiert.
- Nicht zu verstehende Worte wurden als [unverständlich] notiert.
- Längere Pausen oder Stockungen wurden durch Gedankenstriche gekennzeichnet.
- Auch andere Auffälligkeiten wie Lachen oder Unterbrechungen wurden in (eckigen) Klammern angegeben¹¹⁷.

Die Interviewaufnahmen wurden mit der Transkriptionssoftware ‚f4transkript‘¹¹⁸ transkribiert. Alle Transkripte wurden pseudonymisiert. Auch in den Interviews erwähnte Personen-, Orts- und Institutionsnamen wurden durch Pseudonyme wie beispielsweise ‚Krankenhaus Nr. 1‘ oder ‚Frau A.‘ ersetzt.

2.4.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring und Steigleder

Die qualitative Inhaltsanalyse entstand auf Grundlage der quantitativen Inhaltsanalyse. Diese entwickelte sich in den zwanziger Jahren in den Kommunikationswissenschaften mit der Grundidee, objektiv, systematisch und quantitativ den manifesten Inhalt von Kommunikation zu beschreiben¹¹⁹. Später wurde das Verfahren dafür kritisiert, dass die dabei stattfindende Komplexitätsreduktion dem Untersuchungsgegenstand oft nicht gerecht würde und im Widerspruch zum Prinzip des Verstehens als Basishandlung sozialwissenschaftlicher Forschung stehe¹²⁰. Mayrings Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse versucht diesen Widerspruch aufzuheben. Die Stärke der quantitativen Analyse, ein systematisches, in allen Schritten nachvollziehbares Vorgehen, basierend auf theoretischen Vorkenntnissen („Theorie- und Regelgeleitetheit“), wird beibehalten¹¹⁷. Gleichzeitig erlaubt aber die qualitative Analyse die Interpretation des Textmaterials und die Einbeziehung latenter Sinngehalte¹²¹. Da diese Auswertungsstrategie eine Brücke herstellt zwischen quantitativer und qualitativer Forschung und gerade in der Versorgungsforschung einen hohen Bekanntheitsgrad erlangt hat, gilt die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring inzwischen auch in der Gesundheitsforschung als adäquate methodische Vorgehensweise¹²².

Mayring beschreibt drei Formen der qualitativen Analysetechnik, basierend auf den Grundformen des Interpretierens: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung, mit der Strukturierung als der „wohl zentralste[n] inhaltsanalytische[n] Technik“¹¹⁷. Da für die vorliegende Dissertation die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring und Steigleder als Auswertungsstrategie gewählt wurde, soll zunächst das Modell Mayrings erklärt werden, um anschließend auf die Kritik daran und die Veränderungen durch Steigleder einzugehen.

Die strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring hat zum Ziel, „am Material ausgewählte inhaltliche Aspekte zu identifizieren, zu konzeptualisieren und das Material im Hinblick auf solche Aspekte systematisch zu beschreiben“¹²¹. Diese inhaltlichen Aspekte werden mittels eines Kategoriensystems im Material identifiziert und systematisch extrahiert. Für das Kategoriensystem werden aus der Fragestellung und mit theoretischer Begründung die grundsätzlichen Strukturierungsdimensionen (= Kategorien) bestimmt und dann durch Aufspaltung in einzelne Ausprägungen weiter differenziert. Um eine möglichst eindeutige Zuordnung zu ermöglichen, werden die Kategorien genau definiert, mit sogenannten „Ankerbeispielen“ illustriert und dort, wo Abgrenzungsprobleme bestehen, Regeln formuliert. Dieses Kategoriensystem wird an einem Teil des Materials getestet und gegebenenfalls überarbeitet, bevor der Hauptdurchgang durch das gesamte Material beginnt. Anschließend wird das extrahierte Material zusammengefasst¹¹⁷.

Andere Autoren haben sich mit Mayrings Methode der Inhaltsanalyse kritisch auseinandergesetzt und diese entsprechend angepasst. So weist beispielsweise Steigleder darauf hin, dass in Mayrings Verfahren die Revision der theoriegeleitet gebildeten Kategorien anhand des Materials methodisch nicht genauer definiert sei und Mayring damit das Gütekriterium der ‚Regelgeleitetheit‘ für diesen Schritt nicht erfülle¹²³. Sie entwickelt aus ihrer Kritik heraus eine modifizierte Variante der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse. Bei dieser wird zu Beginn theorie- und empiriegeleitet ein Kategoriensystem erstellt, das im Laufe der Extraktion mehrmals auf Plausibilität und inhaltliche Kongruenz überprüft wird¹²³.

Für diese Arbeit wurde das von Steigleder modifizierte Ablaufmodell der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse angewendet. Es bezieht das ganze Material in den Prozess der Kategorienbildung ein und ermöglicht, gleichwertig mit induktiv und deduktiv gebildeten Kategorien zu arbeiten¹²³. Das Ablaufmodell der theorie- und empiriegeleiteten Kategorienbildung nach Steigleder besteht aus den Schritten in Abbildung 2.

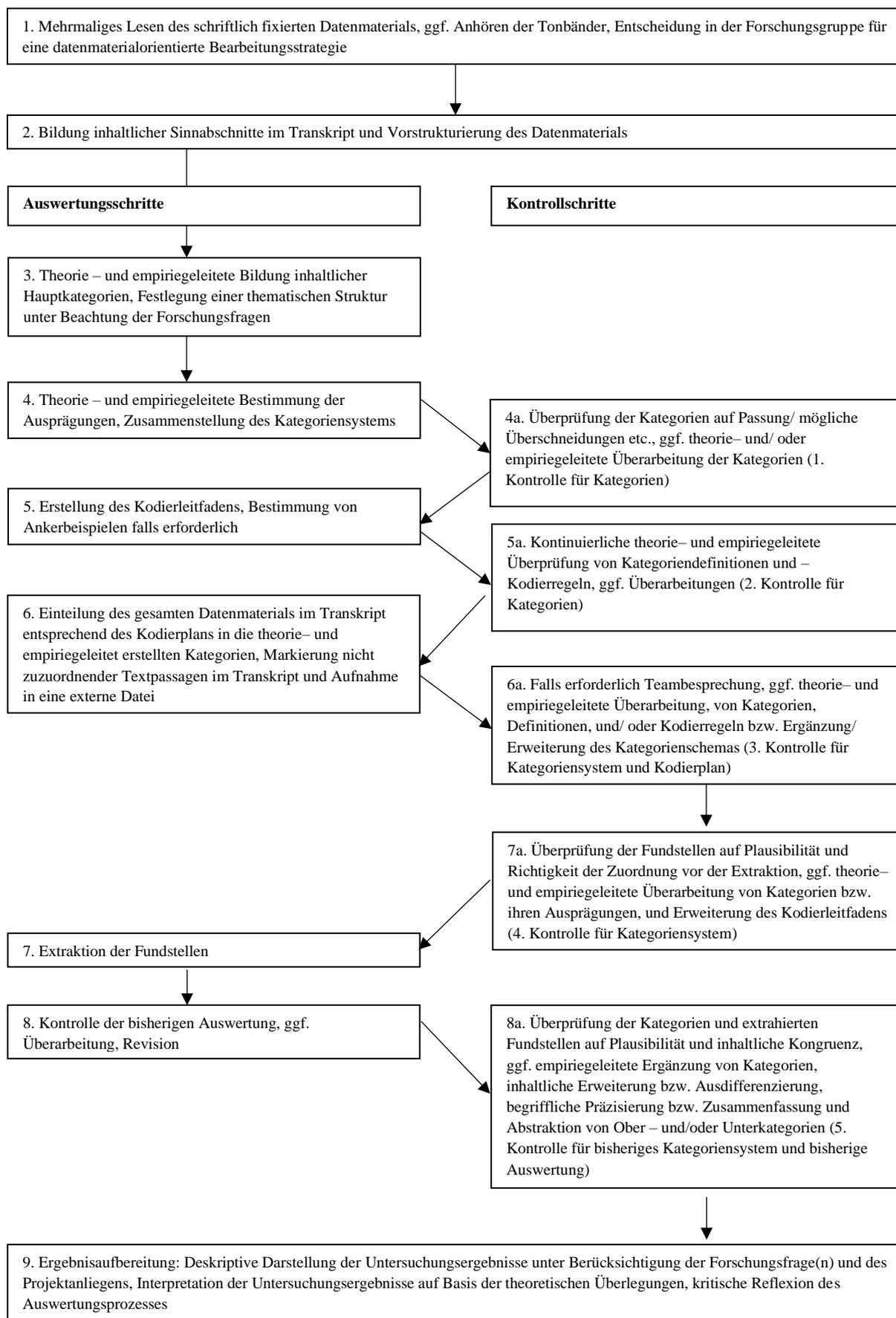


Abbildung 2: theorie- und empiriegeleitete Kategorienbildung nach Steigleder¹²³

2.4.3 Auswertung der Interviews

Die Auswertung erfolgte nach dem Ablaufmodell von Steigleder¹²³ (s. Abbildung 2) mit Hilfe der Auswertungssoftware von f4analyse¹²⁴. Die Transkripte waren ausreichend bekannt, da Interviews und Transkription durch nur eine Person (CL) durchgeführt wurden (damit entfiel Schritt 1). Nach der Bildung inhaltlicher Sinnabschnitte in den Transkripten (Schritt 2) wurde basierend auf dem Interviewmaterial (empiriegeleitet) ein Kategoriensystem erstellt. Anschließend wurden basierend auf dem Interviewleitfaden und der vorangegangenen Literaturrecherche theoriegeleitet Kategorien entwickelt. Empirie- und theoriegeleitet gebildete Kategorien konnten aufgrund vieler Übereinstimmungen gut zu einem einzigen Kategoriensystem zusammengestellt werden (Schritt 3 und 4). Während der Erstellung des Kodierleitfadens (Schritt 5) wurden die Kategorien und ihre Ausprägungen regelmäßig am Datenmaterial überprüft. Abbildung 3 zeigt beispielhaft einen Ausschnitt aus dem Kodierleitfaden.

Kategorie	Subkategorie Ebene 1	Subkategorie Ebene 2	Definition	Ggf. Kodierregeln	Beispiel
Einflussfaktoren	Situation der/der Patient*in	Angst	Wenn explizit Angst als Faktor dafür genannt wird, dass die Pat. keine med. Versorgung in Anspruch nehmen		"Aber mit diesen Ängsten, die da plötzlich waren, ist die dann nicht, hat sie sich dann nicht noch tiefer in das Gesundheitssystem so mit stationär und so, hinbegeben" #11_29

Abbildung 3: Auszug aus dem Kodierleitfaden

Die Kategorien wurden nach Schreier so gestaltet, dass sie sich möglichst wenig überschneiden (,mutual exclusiveness‘), sich auf genau einen Aspekt des Materials beziehen (,unidimensionality‘) und das Datenmaterial vollständig abbilden können (,exhaustiveness‘)¹²⁵. Der Kodierleitfaden wurde regelmäßig zwischen Doktorandin (CL) und Betreuern (CH, FH) besprochen und strittige Interviewausschnitte diskutiert. Kategorien, die keinen Bezug zur Fragestellung hatten, wurden im Verlauf eliminiert. Anschließend wurde das gesamte Datenmaterial in das bestehende Kategoriensystem eingeteilt (Schritt 6). Auch dabei erfolgte in einigen Fällen eine letzte Überarbeitung der Kategorien. Aufgrund des Arbeitens mit dem Analyseprogramm f4 entfiel der Extraktionsschritt (Schritt 7). Im Anschluss erfolgte eine letzte Kontrolle von Plausibilität und inhaltlicher Kongruenz der kodierten Fundstellen. Abbildung 4 zeigt das entstandene Kategoriensystem.

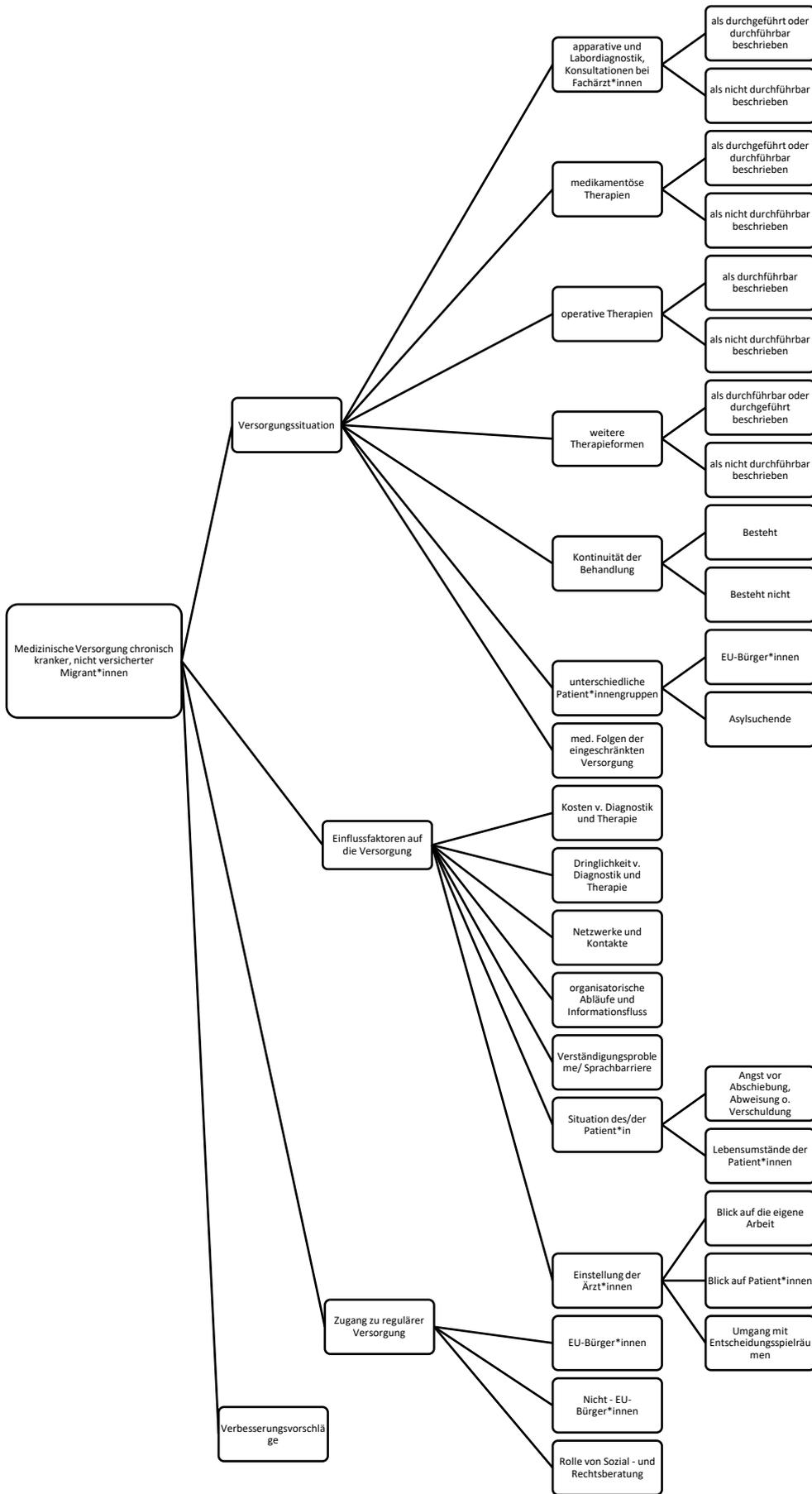


Abbildung 4: Kategoriensystem

Zur Gewährleistung der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit wurde in der oben bereits erwähnten Forschungswerkstatt ein Interview beispielhaft getrennt kodiert und anschließend aufgetretene Differenzen in der Kodierung besprochen.

Im Anschluss wurden die einzelnen Kategorien bzw. Subkategorien in Bezug auf die Fragestellung interpretiert.

3 Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Stichprobe

3.1.1 Interviews

Zwischen Februar und September 2015 wurden insgesamt 14 Interviews geführt. Diese hatten eine durchschnittliche Länge von 45 Minuten, wobei das kürzeste Interview ca. 25 Minuten und das längste ca. 60 Minuten dauerte. Alle Interviews wurden von der Doktorandin (CL) an von den Ärzt*innen vorgeschlagenen Orten geführt. Das waren meist die jeweiligen Arztpraxen bzw. Einrichtungen, in zwei Fällen auch öffentliche Cafés. Es kam weder zu technischen Problemen noch zu Unterbrechungen.

3.1.2 Ärzt*innen

Es wurden insgesamt 14 Ärzt*innen interviewt, sieben Frauen und sieben Männer. Die Ärzt*innen waren im Mittel seit sieben Jahren (min. ein Jahr, max. 23 Jahre) in der medizinischen Versorgung nicht versicherter Migrant*innen engagiert. Sieben von ihnen behandelten mehrmals pro Woche, sechs einmal pro Woche und einer monatlich nicht versicherte Migrant*innen. Im Mittel waren die befragten Ärzt*innen seit 24 Jahren approbiert, wobei die erste Approbation 1966 erfolgt war, die letzte 2011. Tabelle 3 bietet eine Übersicht über die Spezialisierung, den Tätigkeitsort und die Erfahrung in der Versorgung nicht versicherter Migrant*innen der befragten Ärzt*innen.

Tabelle 3: Charakteristika des Samples

Interview-partner*in	Geschlecht	Alter	Fachärzt*in, ggf. mit Zusatzbezeichnung	Art der Einrichtung	Beginn der Arbeit mit nicht versicherten Migrant*innen	Durchschnittliche Häufigkeit der Versorgung nicht versicherter Migrant*innen
#1	w	20-30	Ärztin in Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin	Medibüro-Netzwerk	2011	Einmal/Woche
#2	m	30-40	Facharzt für Allgemeinmedizin	Hilfseinrichtung	Seit 2014 in der Hilfseinrichtung, vorher seit 2005 ohne Kontext	Mehrmals/ Woche
#3	m	60-70	Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Physikalische und Rehabilitationsmedizin, Psychotherapie	Medibüro-Netzwerk	2011	Einmal/Woche

Tabelle 3 – Teil 2: Charakteristika des Samples

Interview-partner*in	Ge-schlecht	Alter	Fachärzt*in, ggf. mit Zusatzbezeichnung	Art der Einrichtung	Beginn der Arbeit mit nicht versicherten Migrant*innen	Durchschnittliche Häufigkeit der Versorgung nicht versicherter Migrant*innen
#4	m	50-60	Hausärztlicher Internist mit den Zusatzbezeichnungen: Psychotherapie, Allergologie, Sozialmedizin	Hilfseinrichtung	2012	Ein-zweimal / Woche
#5	m	70-80	Facharzt für Chirurgie	Hilfseinrichtung	2014	Einmal/Woche
#6	w	60-70	Fachärztin für innere Medizin und Pneumologie, Zusatzbezeichnung Allergologie	Medibüro-Netzwerk	2004	Einmal/Woche
#7	m	50-60	Facharzt für Innere Medizin/ Kardiologie, außerdem Notfall- und Intensivmedizin	Medibüro-Netzwerk	2004	Mehrmals/ Woche
#8	w	50-60	Hausärztliche Internistin	Hilfseinrichtung	2004	Einmal/Woche
#9	w	40-50	Fachärztin für Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Suchtmedizin	Medibüro-Netzwerk	2013	Mehrmals/ Woche
#10	w	30-40	Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe	ÖGD	2014	Mehrmals/ Woche
#11	m	40-50	Facharzt für Innere Medizin, Infektiologie, Suchtmedizin	unabhängig	2010	Ein-zweimal/Monat
#12	w	40-50	Fachärztin für Pneumologie und Schlafmedizin	Koop. Mit ÖGD	2013	Einmal/Woche
#13	w	50-60	Fachärztin für Allgemeinmedizin mit Zusatzausbildung Psychotherapie	Medibüro-Netzwerk	1992	Mehrmals/ Woche
#14	m	60-70	Arzt in Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin, Radiologe	Hilfseinrichtung	2014	Einmal/Woche

3.2 Versorgungssituation

In diesem Kapitel wird geschildert, welche diagnostischen und therapeutischen Versorgungsmöglichkeiten nach Aussage der interviewten Ärzt*innen für nicht versicherte, chronisch kranke Migrant*innen in Berlin existieren. Die dabei beschriebenen Versorgungsmöglichkeiten beziehen sich zumeist auf Patient*innen mit chronischen Erkrankungen. Aber auch akut erkrankten Patient*innen stehen diese – soweit vorhanden – zur Verfügung. Anschließend soll auf unterschiedliche Patient*innengruppen, die die jeweiligen Einrichtungen nutzen, differenzierter eingegangen werden. Abbildung 5 bietet einen Überblick über die verschiedenen Aspekte der aktuellen Versorgungssituation nicht versicherter Migrant*innen, die in diesem Kapitel erläutert werden. Der Begriff Hilfseinrichtung bezieht sich im folgenden Text auf diejenigen Versorgungseinrichtungen, die nur von nicht versicherten Patient*innen genutzt werden, also einerseits auf die Ambulanzen für Obdachlose, andererseits auf die Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung. Die Bezeichnung Arztpraxen dagegen meint sowohl die mit dem Medibüro kooperierenden Praxen als auch den einen unabhängig tätigen Arzt. Zusätzlich erwähnt wird diese Zuordnung nur, falls dies zur Nachvollziehbarkeit notwendig ist.

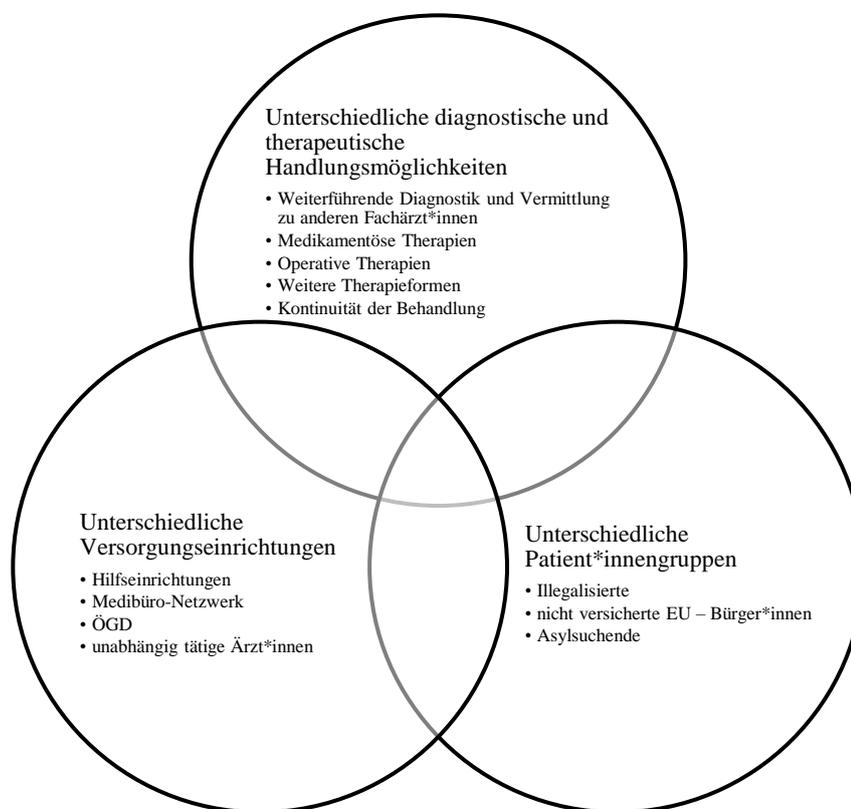


Abbildung 5: Dimensionen der Versorgungssituation

3.2.1 Diagnostik und Therapie

Diagnostik

Die befragten Einrichtungen und Arztpraxen unterschieden sich in den vorhandenen apparativen diagnostischen Möglichkeiten für nicht versicherte Patient*innen. Einfache apparative Diagnostik wie ein EKG oder Lungenfunktionsprüfungen konnte in vielen Einrichtungen und Praxen direkt durchgeführt werden. Auch die Möglichkeit für Langzeit- EKGs, Belastungs-EKGs und Langzeit-Blutdruckmessungen waren in einigen Praxen gegeben. Sonographische Untersuchungen waren in zwei der drei Hilfseinrichtungen möglich, in der dritten Einrichtung war eine Anschaffung geplant. Nur zwei der sechs befragten Arztpraxen hatten in ihrer Praxis die Möglichkeit zur Sonographie. Labor-Untersuchungen waren in fast allen Einrichtungen und Praxen möglich. Unterschiede bestanden nach Aussage der befragten Ärzt*innen hauptsächlich in der Finanzierung: Die Kosten wurden entweder von den Arztpraxen, den Hilfseinrichtungen, oder den Laboren getragen. In einer Hilfseinrichtung mussten die Patient*innen selbst für die Kosten von weiterführender Diagnostik wie z.B. Laboruntersuchungen aufkommen (zum einfachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte).

Röntgenuntersuchungen waren nur in der pneumologischen Praxis, die mit der Tuberkulosefürsorgestelle kooperierte, direkt möglich. In den Hilfseinrichtungen bestanden dafür Kontakte, beispielsweise in bestimmte Krankenhäuser oder in die Tuberkulose-Fürsorgestelle (bei Verdacht auf Pneumonie oder Tuberkulose). Diese beschrieben auch, dass in Notfällen, nach Absprachen oder unter finanzieller Beteiligung der Patient*innen die Durchführung von Computertomographien (CTs) in Krankenhäusern möglich war. Die Organisation von Endoskopien wurde als schwierig angegeben. Dagegen waren gynäkologische Krebsfrüherkennung (PAP-Abstriche, Mamma-Untersuchungen) und die Testung von sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) wie HIV, Hepatitis, Syphilis, Gonorrhoe, und Chlamydien in den Zentren für sexuelle Gesundheit möglich. Die Ärzt*innen, die nicht selbst in den Zentren tätig waren, kannten mehrheitlich das Angebot der anonymen STI-Untersuchungen. Dass auch generell gynäkologische Untersuchungen und Krebsvorsorge in den Zentren möglich sind, war dagegen vielen nicht bekannt.

Für die Ärzt*innen des Medibüro-Netzwerkes bestand die Möglichkeit, über das Medibüro Röntgenuntersuchungen und auch andere diagnostische Untersuchungen, wie CTs, MRTs oder Endoskopien anzufordern. Der Arzt, der unabhängig von begleitenden Organisationen regelmäßig nicht versicherte Migrant*innen medizinisch versorgte, war dagegen für die Diagnostik, die nicht

in der eigenen Praxis durchführbar war, noch stärker auf eigene Kontakte und die Kulanz anderer Ärzt*innen angewiesen.

Zwei Ärzt*innen aus Hilfseinrichtungen betonten zudem, wie wichtig die klinische Erfahrung der einzelnen Ärzt*innen sei, um in Anbetracht der teilweise mangelnden apparativen diagnostischen Möglichkeiten eine gute Versorgung zu gewährleisten:

„Es kommt hier wirklich auf die medizinische Erfahrung des einzelnen Arztes drauf an, wie breit die ist, wie viel Jahre der Medizinerfahrung hat, was er sich selbst zutraut, was er macht. Wenn das einigermaßen gut läuft, kriegen die eine relativ gute medizinische Versorgung. Kann ich schon so sagen. Es ist aber - Erfahrung ist hier A und O.“ (#4_101)

*Spezialistische Fachärzt*innen*

Innerhalb der Hilfseinrichtungen waren verschiedene spezialistische Fachärzt*innen ehrenamtlich tätig. Vor allem eine Einrichtung bot Sprechstunden bei relativ vielen spezialistischen Fachärzt*innen an: Gynäkologie, Pädiatrie, Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie und Zahnheilkunde. Dorthin verwiesen auch andere Einrichtungen bei Bedarf. Falls Patient*innen dieser Einrichtung andere als die genannten Fachärzt*innen benötigten, wurde für sie ein Termin vereinbart und der Preis dafür ausgehandelt. Daher erwähnte ein Arzt dieser Einrichtung explizit die spezialistischen fachärztlichen Untersuchungen als problematisch:

„Oder auch die fachärztlichen Untersuchungen, stehen ja auch erschwert zu Verfügung. In einer normalen Praxis da würd' ich einfach viele Leute [...] ohne weiter groß nachzudenken, würd' ich einen Überweisungsschein schreiben und würde sie zum Facharzt schicken. Und hier ist das eben nicht möglich, weil die Fachärzte - da weiß man nicht, wie viel die von den Patienten verlangen oder [...] ob sie es überhaupt machen, die Untersuchung.“ (#14_80)

In einer weiteren Ambulanz für Obdachlose (die leider ein Interview ablehnte) bestand ebenfalls die Möglichkeit zahnärztlicher und dermatologischer Konsultationen für Patient*innen mit ausreichenden Deutschkenntnissen, sodass vor allem obdachlose Patient*innen dorthin vermittelt werden konnten. Die Ärztin einer der Hilfseinrichtungen äußerte ihre Freude über die neu entstandene Mitarbeit einer Fachärztin, die vorher so nicht immer garantiert war:

„Das ist so eine ganz hochqualifizierte Dermatologin, und die einfach gesagt hat, sie macht das jetzt, einmal im Monat eine dermatologische Sprechstunde, das ist ein Segen, natürlich. [...] ich wünschte, es gäbe irgendwie für weiß ich wen so eine gute Dermatologin, aber die sind einfach jetzt top versorgt.“ (#8_87)

Ärzt*innen des Medibüro-Netzwerkes verwiesen wieder zum Medibüro, damit dort die notwendigen spezialistischen Konsultationen organisiert werden.

Medikamente

In allen befragten Einrichtungen und Praxen bestand die Möglichkeit, Medikamente direkt an Patient*innen auszugeben. Generell konnten die Hilfseinrichtungen Medikamente großzügiger ausgeben, da sie einen größeren Bestand entweder über ein Medikamenten-Budget und/oder über Spenden vorrätig hatten. Für einzelne Arztpraxen gestaltete sich dies schwieriger. So beschrieb der unabhängig tätige Arzt, dass er ausschließlich auf eigene Medikamentenproben und -spenden zurückgreifen könne:

„Klar hab ich immer mal so für eine kurze Zeit Medikamente im Schrank oder so, die ein Patient mal verschrieben bekommen hat, und sie dann nicht aber genommen, weil er dann noch eine Allergie entwickelt hat, und sie dann nicht weiter genommen hat, oder umgestellt wurde auf was anderes, weil irgendwie das nicht vertragen hat, oder so, und wenn man solche Medikamente hat, dann kann man die natürlich einsetzen, aber das halt ja höchstens ja für einen Monat oder so, oder zwei. Und das ist halt - ist unbefriedigend, find ich.“ (#11_49)

Für die Patient*innen des Medibüro-Netzwerks gab es allerdings die Möglichkeit, über das Medibüro beim Kauf der Medikamente unterstützt zu werden, sodass die Ärzt*innen sie ggf. dorthin verweisen konnten:

„Die Kosten für die Antiepileptika sind ja ziemlich hoch, so dass er dann nochmal zum Medibüro gehen wollte, um zu erfahren, ob die Kosten übernommen werden können.“ (#3_24)

Um darzustellen, welche medikamentösen Behandlungen für chronisch kranke Patient*innen zur Verfügung standen, soll hier beispielhaft auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, chronisch verlaufende Infektionskrankheiten, Krebserkrankungen und psychische Erkrankungen eingegangen werden.

Herz-Kreislauf-Medikamente waren in allen Hilfseinrichtungen und fast allen Praxen vorrätig. So schilderte ein Arzt einer Hilfseinrichtung:

„[Er] ist dann aber kardial dekompensiert, war in einer Klinik gewesen, ist da lege artis behandelt worden, und hat so eine Medikamentenpalette, dass wir hier für ihn quasi so ein Medikamentenspender füllen, damit er regelmäßig die kardiologische Medikation bekommt. Also insofern sind das quasi so eine Art Stammpatienten, mit denen man regelmäßig rechnen kann.“ (#4_37)

Vor allem in den Arztpraxen wurden aber Einschränkungen beschrieben:

„Zum Beispiel zwischen den Betablockern, wechsel` ich halt hin und her, weil abhängig davon, was da ist. aber das ist halt alles nicht ideal, aber das geht.“ (#9_37)

Als problematisch beschrieben wurde die Gabe von Clopidogrel für eine Patientin nach Myokardinfarkt und Stentimplantation und einen Patienten mit einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit Stadium 4. Beide Patient*innen waren nicht in der Lage, die Kosten selbst zu tragen und weder die behandelnde Praxis noch die involvierte Hilfseinrichtung hatten es vorrätig.

Die Versorgung mit Medikamenten bei chronischen Lungenerkrankungen wie COPD oder Asthma wurde weder von der befragten Pneumologin noch von anderen Ärzt*innen als Problem geschildert.

„Und wenn die irgendwie noch ein Asthma [haben] oder so, dann kriegen sie halt ein Spray. Man kriegt ja so viel Sprays, [...] hier ein Pröbchen, da ein Pröbchen.“ (#11_87)

Während die Therapie eines Diabetes mellitus mit oralen Antidiabetika in den meisten Einrichtungen und Praxen als durchführbar beschrieben wurde, gestaltete sich die langfristige Vergabe von Insulin bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus schwieriger. So schilderte ein Arzt einer Hilfseinrichtung:

„Das ist mit Insulin, was wir ja im Kühlschrank etwas haben, natürlich nicht so ganz einfach, als Dauermedikation. Ist schwierig.“ (#4_43)

Auch eine andere Hilfseinrichtung hatte Insulin vorrätig, aber während ein Arzt zu der Schlussfolgerung kam, dass auch die Behandlung von Typ-1-Diabetiker*innen damit möglich sei, bewertete ein anderer Arzt derselben Einrichtung die Bestände als „einfach unzureichend“ (#14_70).

Während die akute antibiotische bzw. antimykotische Therapie von STIs durch die Zentren für sexuelle Gesundheit möglich war, wurde die medikamentöse Versorgung von Menschen mit chronischen Infektionskrankheiten als generell sehr problematisch eingeschätzt. Ein Arzt beschrieb den Fall eines Patienten, bei dem eine Hepatitis B festgestellt worden war:

„Behandlungsbedürftig, mit hoher Viruslast und beginnender Leberzirrhose, war relativ jung. Und das ist so ein Fall, wo wir die Medikamente nicht hier hatten und dann wird's vor allen Dingen richtig kompliziert. Weil meiner Meinung nach überhaupt keine Versorgung für die Patienten vorhanden ist.“ (#2_37)

Auch die meisten anderen Ärzt*innen schilderten, dass die Therapie von HIV und Hepatitiden aufgrund der hohen Kosten der Medikamente für nicht Versicherte nicht möglich sei. Nur zwei Ärzt*innen beschrieben Einzelfälle, in denen Medikamente zur Verfügung gestellt werden konnten: Der eben zitierte Arzt fand für den Patienten mit Hepatitis B nach längerem Suchen eine kassenärztliche Praxis, die manchmal auch nicht versicherte Patient*innen mit Hepatitis behandelte. Ein anderer Arzt betonte, wie wichtig es sei, die Therapie von Infektionskrankheiten

langfristig sicherzustellen, da sonst die Gefahr der Resistenzbildung bestehe. Er schilderte, wie er ein einziges Mal versucht hätte, eine HIV-Therapie mit einem Patienten ohne Versicherung zu beginnen:

„Und dann haben wir halt so für drei Monate die Therapie gemacht, das Dumme war, dass die erste Therapie, weil das natürlich auch die Therapie war, wo ich viele Tabletten von hatte, eine, die eben nicht so gut bekömmlich ist, deswegen hatt‘ ich da auch mehrere, die wurde dann auch dummerweise nicht gut vertragen, das heißt, dann mussten wir auf eine andere Therapie noch umschwenken, weil wenn man jetzt einmal begonnen hat, dann will man ja auch nicht gleich wieder aufhören. Aber da hatte ich dann auch nur begrenzt, da hatt‘ ich dann für zwei Monate, aber er ist gar nicht zwei Monate gekommen.“ (#11_55)

Für die Versorgung von nicht versicherten Patient*innen mit Verdacht auf bzw. gesicherter Tuberkulose bestand ein gesondertes Vorgehen: Die Kosten für Diagnostik, Therapie und andere ärztliche Leistungen werden über die Tuberkulose-Fürsorgestelle aus öffentlichen Mitteln gezahlt. Auch andere zeitgleich bestehende Krankheiten werden therapiert. In diesem Zusammenhang berichtete ein Arzt:

„Wenn jemand eine Tuberkulose hat, ist es immer toll, weil dann zahlt Lichtenberg [Anm. d. Verf.: In Berlin befindet sich die Tuberkulosefürsorgestelle im Gesundheitsamt Lichtenberg]. [...] Die zahlen die HIV-Therapie, das ist toll. [...] Das Dumme ist, wenn die Tuberkulose behandelt ist, dann wird auch das andere nicht mehr bezahlt. Aber bis dahin hat man dann immer irgendwie doch was hingekriegt.“ (#11_77)

Daher traten in der Behandlung Tuberkulose-Kranker nicht die Probleme auf, die hier in der Versorgung nicht Versicherter beschrieben wurden.

In Bezug auf Tumorerkrankungen wurden Chemotherapien ebenfalls aufgrund der hohen Kosten einstimmig als nicht durchführbar beschrieben. Eine Ärztin einer Hilfseinrichtung erwähnte aber, dass sie für einen Patienten mit einem Pankreas-Karzinom palliativ eine regelmäßige Schmerztherapie durchführe.

Zur medikamentösen Versorgung psychischer Erkrankungen erwähnten die meisten Ärzt*innen, dass zu ihrem generellen Medikamentenvorrat auch einige Neuroleptika und Antidepressiva gehören würden, die nach fachärztlicher Verordnung ausgegeben würden.

Welche medikamentösen Therapien möglich waren, hing also hauptsächlich von den Beständen der jeweiligen Hilfseinrichtungen und Praxen und den entstehenden Kosten ab. So erwähnte ein Arzt einer Hilfseinrichtung als Problem, dass sie nötige Medikamente nicht in ausreichender Anzahl zur Verfügung hätten. Dann bestand die Möglichkeit, Medikamente per Privat Rezept zu verordnen. In solchen Fällen war es dann abhängig von den finanziellen Mitteln der Patient*innen, ob die Therapie erfolgte.

„Die Medikamente, die sie halt braucht, werden von ihrer Familie finanziert, was für die eben auch eine sehr große Belastung bedeutet.“ (#1_21) [Pat. mit Typ I Diabetes]

In einigen Fällen wurden die hohen Kosten für Medikamente auch als Grund für einen Behandlungsabbruch genannt.

Die meisten Ärzt*innen beschrieben, dass viele ihrer Patient*innen sehr lange keine Hilfe in Anspruch genommen hätten, dadurch keinen Zugang zu nötigen Medikamenten und Verlaufskontrollen hätten und Komplikationen, Chronifizierungen, und Folgeschäden häufiger auftreten würden. So stellte eine Ärztin fest:

„Es sind eben häufig Fälle, wo das schon sehr weit fortgeschritten ist, ne und wo's halt auch schon Folgeschäden gibt, wo zum Teil lange, lange Lücken klaffen, wo gar keine Medikation zum Beispiel stattgefunden hat.“ (#1_36)

Operationen

Größere Operationen und auch stationäre Aufnahmen wurden generell als problematisch beschrieben. Dass vor allem Patient*innen in Notfallsituationen operiert würden, brachte eine Ärztin auf den Punkt:

„Akut in die Klinik und dann muss es behandelt werden, und dann gibt's auch kein Entrinnen.“ (#8_63)

Erwähnt wurden beispielsweise die operative Versorgung von Frakturen (z.B. Weber C Frakturen, eine multifragmentierte Humerusfraktur), einem subduralen Hämatom, einer Appendizitis, einer Rotatorenmanschettenruptur, von tiefen Stichverletzungen, zur Fremdkörperentfernung und eine Stentimplantation bei akutem Myokardinfarkt. Dass aber die Organisation der stationären Aufnahme von Patient*innen nicht immer einfach ist, macht das folgende Zitat deutlich:

„Konflikte gibt's nur, oder Ärger, besser gesagt, wenn man einen Patienten irgendwo [in einem Krankenhaus, Anm. d. V.] unterbringen will und mit den lieben Kolleginnen und Kollegen, die dann sagen: Nein, ohh. . . Mein Geschäftsführer schreit mich an, weil ich . . .“ (#5_139)

Planbare Operationen wurden als eigentlich nicht durchführbar beschrieben:

„Es gibt allerdings auch Erkrankungen, wo man weiß, es wird unweigerlich darauf hinzulaufen, wenn nicht irgendwie präventiv schon mal was gemacht wird, zum Beispiel ein Bypass gelegt wird, oder es ist eine bekannte Klappeninsuffizienz vorhanden und der Patient bekommt langsam pektanginöse Beschwerden, und das ist in dem Fall ja kein Notfall. Sondern es ist was, das dringlich gemacht werden muss bzw. bald gemacht werden muss. Und dann gibt es halt letztendlich keine Behandlung, weil das niemand bezahlen kann.“ (#2_61)

Auch das Legen eines Anus praeter und den Aufbau einer Stomaversorgung für einen Menschen mit einer Querschnittslähmung, eine Metallentfernung aus dem Bein eines Patienten mit chronischen Schmerzen und Schilddrüsenoperationen wurden als Beispiele für nicht durchgeführte Operationen genannt. Die operative Therapie von Tumorerkrankungen wurde generell als nicht möglich beschrieben. Eine Ärztin schilderte den Fall einer Patientin mit Brustkrebs:

„Es wäre sehr viel besser gewesen, wir hätten sie hier operieren können. Aber es kostet 4000 Euro als Minimalgeschichte und da drüber ist sie dann nicht besonders gut versorgt im Nachhinein. Das heißt, sie liegt viel zu kurz im Krankenhaus, und dann muss sie bestrahlt werden, was man gar nicht finanzieren kann hier.“
(#8_15)

Als einzige Ausnahme wurde die dringend notwendige Exzision eines amelanotischen Melanoms erwähnt.

Andere Therapieformen

Die Ärzt*innen erwähnten weitere Therapieformen, zu denen ihre Patient*innen keinen Zugang hätten. So beschrieben zwei Ärzt*innen das Fehlen von Rehabilitationsmaßnahmen für eine Patientin nach einem Myokardinfarkt und für eine Patientin nach einer Magenoperation bei diabetischer Gastropathie. Auch die Hilfsmittelversorgung mit Rollatoren oder speziellen Rollstühlen gestaltete sich sehr schwierig. Die Bestrahlung von Krebspatient*innen oder eine Radiojodtherapie bei einer Schilddrüsenerkrankung wurden als nicht umsetzbar beschrieben.

Die befragte Psychotherapeutin schilderte, wie schwierig die Durchführung einer Psychotherapie bei Patient*innen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung und einem unsicheren Aufenthaltsstatus sei:

„Wobei diese Behandlung von Menschen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen in so einer schlechten Aufenthaltssituation halt wirklich immer ein bisschen eine Quadratur des Kreises ist, weil das Ziel ist da ja eigentlich, dass man kapiert, dass das Schreckliche vorbei ist, und dass man - dass das Leben aber weitergeht, und man weiterleben kann, dass man das auch emotional irgendwie so begreift. [...] Das stimmt aber ja gar nicht, wenn man immer denkt, also denken muss, [...] man wird abgeschoben.“ (#13_26)

Kontinuität der Behandlung

Gerade für die Behandlung chronischer Krankheiten ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung wichtig. Ob und inwieweit diese gewährleistet werden konnte, war in den jeweiligen Praxen und Hilfseinrichtungen sehr unterschiedlich.

In den Arztpraxen beschrieben vor allem die spezialistischen Fachärzt*innen, dass die meisten der Patient*innen nur ein oder zwei Mal zu ihnen kämen. Auch eine Allgemeinärztin erwähnte, dass sie viele chronisch Kranke nur einmal sehen würde. Bei diesen Kontakten müssten aufgrund der fehlenden Kontinuität „viele angesammelte Probleme [...] erst mal sortiert werden“ (#9_87). Ein vor allem von Ärzt*innen in den Praxen erwähntes Problem war, dass sie nur begrenzt Termine für Nicht Versicherte zur Verfügung stellen könnten und auch während der Termine oft Zeitdruck herrschen würde.

In den Hilfseinrichtungen bestand eine gewisse Beständigkeit in der Versorgung. So wurde in einer Obdachloseneinrichtung festgestellt:

„Und wir erleben zunehmend, dass das ein Klientel ist, was regelmäßig kommt, was auch dadurch ein - und angebunden werden kann, das ist so eine auch eine Strukturierung ihres Alltags, was ganz wichtig ist und gut ist, und die kommen auch nahezu alle pünktlich und regelmäßig.“ (#8_13)

Gleichzeitig beschrieben Ärzt*innen aus zwei der Hilfseinrichtungen, dass es dort keine kontinuierliche Arztpräsenz gäbe. Dadurch wurden auch Patient*innen, die regelmäßig kamen, von immer unterschiedlichen Ärzt*innen behandelt.

„Der Wechsel von Arzt zu Ärztin oder Ärztin zu Arzt ist extrem hoch. Bei chronischen Erkrankungen hat der Patient ganz selten das Glück, dass er denselben Arzt oder dieselbe Ärztin trifft.“ (#4_64)

Beschrieben wurde aber auch, dass der Kontakt zu den Patient*innen verloren gehen würde, beispielsweise nach Einweisungen ins Krankenhaus. Ein Arzt konstatierte:

„Aber ich denke, vieles fällt auch raus, einfach. Wo die Leute auch hoffnungslos sind, und gar nicht mehr kommen.“ (#2_138)

3.2.2 Unterschiedliche Patient*innengruppen

*Nicht versicherte EU-Bürger*innen*

In fast allen befragten Hilfseinrichtungen und Praxen spielte die medizinische Versorgung von nicht versicherten EU-Bürger*innen eine Rolle – allerdings in unterschiedlichen Größenordnungen und von den Ärzt*innen unterschiedlich differenziert wahrgenommen. Vier Ärzt*innen erwähnten, dass sie ihre Patient*innen nicht nach dem Herkunftsland fragen würden und daher zur Versorgung dieser Patient*innengruppe keine expliziten Angaben machen könnten.

Unterschiede in den Möglichkeiten der Versorgung wurden nicht beschrieben. Keine Hilfseinrichtung oder Praxis gab an, aufgrund des Aufenthaltsstatus in der medizinischen

Versorgung für chronisch kranke Patient*innen zu differenzieren. Eine Ärztin betonte, dass ein legaler Aufenthaltsstatus die Versorgung generell erleichtern würde:

„Na, innerhalb der EU ist es schon leichter, weil es zumindest so eine Art Ansprechpartner gibt, nämlich über diese Möglichkeit der europäischen Versicherung. Es ist etwas leichter, und es ist natürlich auch leichter, weil die Menschen legal hier sind, das heißt, man kann offener kommunizieren, als mit jemandem der illegal hier ist, sozusagen. Ja. Das ist schon leichter.“ (#8_81)

Asylsuchende

Einige Ärzt*innen beschrieben, dass in ihre Praxen und Hilfseinrichtungen neben Illegalisierten und EU-Bürger*innen auch Asylsuchende kämen. Daher soll hier kurz auf diese Patient*innen und ihre Motive, die befragten Ärzt*innen in Anspruch zu nehmen, eingegangen werden (zur medizinischen Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz s. Kapitel 1.2.2). Die interviewten Ärzt*innen schilderten verschiedene Situationen, in denen Asylsuchende sie aufsuchten. Es gab Patient*innen, die zwar theoretisch Anspruch auf einen Krankenschein (zum Zeitpunkt der Datenerhebung gab es in Berlin und Brandenburg noch keine elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende) hatten, allerdings nur in den ihnen zugewiesenen Landkreisen, aber nicht in Berlin und daher Einrichtungen für nicht versicherte Migrant*innen aufsuchten. Ein Arzt schilderte auch, dass Patient*innen trotz vorhandenen Krankenscheins für medizinische Versorgung in Berlin nicht behandelt worden wären:

„Und das ist ein täglicher Kampf, also das, was als Selbstläufer eigentlich so ginge, dass man denkt, aha, Schein gleich Behandlung, das funktioniert in der Realität leider nicht immer.“ (#2_53)

Ein weiterer Grund für das Aufsuchen der Ärzt*innen durch Asylsuchende war die Attestierung oder Begutachtung bestehender Erkrankungen.

In manchen Fällen war es auch der eingeschränkte Zugang zu medizinischer Versorgung für Asylsuchende, der Patient*innen dazu bewegte, die Hilfseinrichtungen oder Netzwerke aufzusuchen. So wurde ein junger Patient beschrieben, bei dem in Berlin eine Hepatitis B mit beginnender Leberzirrhose festgestellt wurde. Erst später stellte sich heraus, dass er eigentlich Asylsuchender in einer anderen deutschen Stadt war.

„Und allerdings schien diese Behandlung oder diese Diagnostik dort sehr oberflächlich zu laufen, beziehungsweise man hat da kein Interesse gehabt weiter nachzuforschen nach dem woran er denn wirklich leidet, woraufhin, wenn ich das richtig verstanden hab auf Portugiesisch, - ist er hier nach, ist er dann nach Berlin hier geflüchtet, weil man ihm gesagt hat, hier wären mehr Möglichkeiten.“ (#2_37)

Ein anderer Arzt beschrieb den Fall eines Asylsuchenden mit AIDS. Diesem wurde trotz zweier Krankenhausaufenthalte aufgrund AIDS-definierender Erkrankungen mit der Empfehlung zur Weiterführung der antiretroviralen Therapie die HIV-Medikation ambulant durch das zuständige Sozialamt verweigert, aufgrund der Einschränkungen des AsylbLG (s. Kapitel 1.2.2), sodass er ein drittes Mal stationär eingewiesen werden musste:

„Dann [beim dritten Krankenhausaufenthalt] haben Ärzte an einer Uniklinik gesagt, der ist inkompliant [...] und dann wurde er ins Hospiz verlegt, aber im Hospiz gab es einen Hospizarzt der gesagt hat, naja, aber der Typ ist 32, wir geben dem einfach HIV Tabletten, und schwupp die wupp, wurde der so gut, der ist nicht gestorben.“ (#11_95)

Nachdem der Patient das Hospiz verlassen hatte, kam er nach Berlin und ist inzwischen bei dem interviewten Arzt in Behandlung.

3.3 Einflussfaktoren

Im vorherigen Kapitel wurde beschrieben, welche diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der Versorgung chronisch kranker nicht versicherter Migrant*innen bestanden. Die Versorgung selbst und auch, in welcher Qualität und Quantität diese möglich waren, wurde durch verschiedene Faktoren beeinflusst, die in Abbildung 6 dargestellt sind.

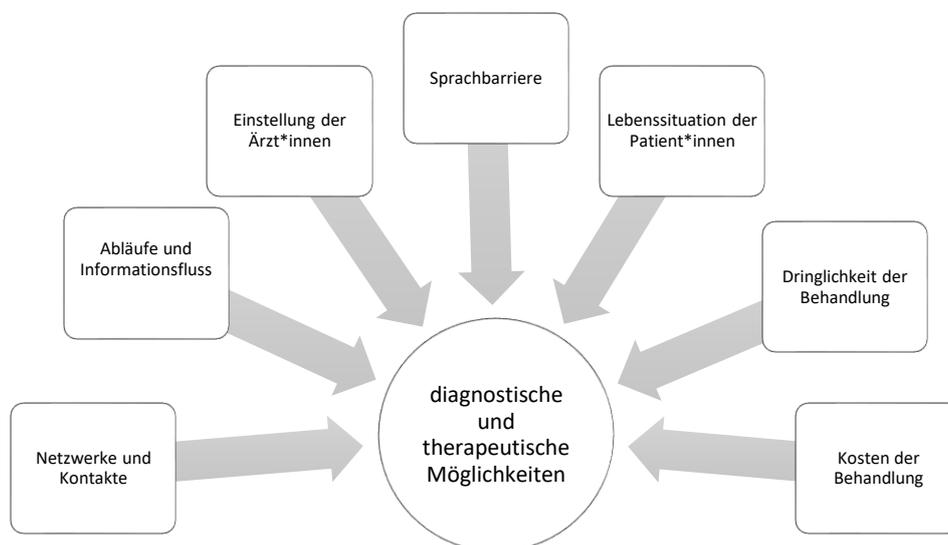


Abbildung 6: Faktoren, die die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten für einzelne Patient*innen beeinflussen

Im Folgenden soll detaillierter auf die einzelnen Einflussfaktoren eingegangen werden. Diese Einflussfaktoren gelten natürlich auch für akut erkrankte nicht versicherte Migrant*innen, aber chronisch Kranke sind meistens stärker davon betroffen.

3.3.1 Netzwerke und Kontakte

Vor allem in dem Kapitel 3.2.1 zur weiterführenden Diagnostik und Vermittlung zu anderen Fachärzt*innen wurde deutlich, wie stark diese auch von den persönlichen Kontakten bzw. dem Grad der Vernetzung der Ärzt*innen und der jeweiligen Hilfseinrichtungen bestimmt wurden. Wenn in der jeweiligen Einrichtung beispielsweise bestimmte spezialistische Fachärzt*innen nicht tätig waren, erwiesen sich persönliche Kontakte als essentiell, um gewisse Diagnostik oder fachärztliches Wissen zu gewährleisten.

„Wir hatten jetzt zum Beispiel jemand, dem seine Schilddrüse gründlicher untersucht werden muss, da gibt's die Frau X., die ganz toll ist, die auch schon früher, also die kenn ich schon aus Urzeiten, aus der Klinik [...] Das sind dann so Leute, die man von früher kennt, von denen man weiß, die haben ein ähnliches Verständnis, und die haben sich auch heute nicht geändert. Und die machen das auch sofort und ohne nachzufragen, aber da muss man - die muss man kennen. Also anders funktioniert's nicht wirklich.“ (#8_89)

Dieselbe Ärztin schilderte, wie wichtig das Pflegen von entstehenden und bestehenden Kontakten sei:

„Ja, inzwischen kenn ich - kennen wir natürlich persönlich Menschen, und was sich sehr bewährt hat, ist immer wieder hinzugehen, und zu erklären, was man macht, und wo man irgendwie so versuchen kann, zusammenzuarbeiten, und sonst stößt man ganz schnell auch auf das Unverständnis und auf die Wut der dortigen Ärzte, weil die sind auch alle überlastet. In den Aufnahmen und überhaupt, die können auch nichts machen, weil die kriegen Druck von oben, und dann kriegen sie noch Druck von unten sozusagen von uns.“ (8_17)

Mehrere Ärzt*innen beschrieben aber auch, dass ihnen in Einzelfällen die eigene Fachkompetenz nicht ausreichend erschiene und es nicht immer möglich sei, diese Patient*innen zu Ärzt*innen mit geeigneter Expertise zu vermitteln.

„Wir hatten letztens mal einen Patienten mit Faktor VIII Mangel und hier - da haben sie a) das Medikament nicht, und b) selbst, wenn sie's hätten, dann wüssten sie nicht, wie sie da richtig damit umgehen sollen. [...] da entsteht auch gewisse Unsicherheit, das sind Dinge, da bräuchte ich dann durchaus die Hilfe des Kollegen, aber das ist nicht immer garantiert.“ (#2_85)

Bestehende Netzwerke konnten sehr von Einzelpersonen abhängen. Ein Arzt schilderte, dass er früher einmal bestehende Kontakte der Hilfseinrichtung nicht einfach nutzen könne:

„Wie die Fr. Dr. A. da war, die war jede Sprechstunde da, die hatte also so ein Netz von Fachärzten, mit denen sie kooperiert hat, da konnte sie sicher auch mal jemanden schnell hinschicken. [...] Aber sonst mit anderen Fachärzten hat sich das bei mir persönlich noch nicht so etabliert. Das eben auch dadurch - dass eben [eine] sehr starke Fluktuation unter den Allgemeinmediziner*innen ist.“ (#14_84)

Auch ein anderer Arzt beschrieb die Fragilität solcher Netzwerke:

„Nichts ist sicher und stabil. Es ist ein ständiges Bemühen und um - ja man muss ständig kreativ sein. Netzwerke, die heute funktionieren, funktionieren möglicherweise morgen nicht mehr. Ich verlasse mich auf nichts.“ (#2_128)

Für Ärzt*innen, die im Medibüro-Netzwerk tätig waren, stellte sich diese Frage weniger. Sie konnten die Patient*innen sowohl für diagnostische Untersuchungen als auch für Termine bei anderen Fachärzt*innen wieder zum Medibüro schicken. Hier bestimmte dann die Anzahl und Fachrichtung der Praxen im Medibüro-Netzwerk die Bandbreite der Möglichkeiten.

3.3.2 Organisatorische Abläufe und Informationsfluss

Die Organisation von Diagnostik oder Therapien, die die jeweiligen Einrichtungen und Praxen nicht vor Ort anbieten konnten, erfolgte aufgrund der Struktur der informellen Netzwerke (s. Kapitel 3.3.1) meist auf umständlichen Wegen. Das erhöhte die Hürden für Patient*innen, die Versorgung überhaupt längerfristig wahrzunehmen.

„Und das sind so ganz komplizierte Wege, weil das auch für die Betroffenen wirklich frustrierend ist. Sie haben, wenn die nicht ganz gut mitmachen, gehen sie einem einfach verloren. Weil sie vorher sagen, ‚Ich kann nicht mehr, ich will nicht mehr, ich mach das nicht‘.“ (#8_15)

Auch für die behandelnden Ärzt*innen war der Organisationsaufwand recht hoch. Statt beispielsweise einfach eine Krankenseinweisung auszustellen, musste erst einmal ein Krankenhaus gefunden werden, das sich bereit erklärte, den/die Patient*in überhaupt anzunehmen. So schilderte ein Arzt, wie er versucht habe, einen 34-jährigen Patienten mit einer medikamentenresistenten Hypertonie zur stationären Diagnostik einzuweisen:

„Und dann hab ich ihn mit wirklich zu Tod traurigen Briefen an die lieben Kollegen in den Krankenhäusern geschickt, und sie auf Händen und Knien gebeten, diesen Mann aufzunehmen und Diagnostik zu treiben.“ (#5_125)

Viele Ärzt*innen bemängelten zudem, dass der Informationsfluss zwischen den behandelnden Ärzt*innen nicht funktioniere und Informationen verloren gehen würden, sowohl zwischen den verschiedenen Versorgungseinrichtungen für nicht versicherte Migrant*innen, als auch zwischen Einrichtungen der Regelversorgung und den Hilfseinrichtungen.

„Und [wir] bekommen da auch keine Informationen oftmals von der umliegenden Institution, z.B. von diesem Professor aus dem [Krankenhaus Nr. 1], der hat nicht mal einen Arztbrief mitgegeben, das war nur die Diagnose und der Medikamentenzettel. [...] Aber das ist ganz, ganz häufig. Wir bekommen da keine

Rückmeldung. Und das bedeutet auch Informationsverlust, und meiner Meinung auch Verschlechterung der Versorgungssituation.“ (#2_130)

Besonders bei chronisch kranken Patient*innen führte das dazu, dass Vorbefunde oder Informationen über schon durchgeführte Therapien fehlten.

3.3.3 Einstellungen der Ärzt*innen

Blick auf die eigene Arbeit

Viele Ärzt*innen, sowohl in den Praxen tätige als auch aus den Hilfseinrichtungen, schilderten Frust und Unzufriedenheit über ihre eigene Arbeit:

„Ja, also das Verwalten von dem Mangel, das ist halt schwierig auszuhalten. Dass man jemanden wegschicken muss, der - also man könnte den, wenn er versichert wäre, könnte man den gut behandeln, und weil er nicht versichert ist, geht nix. Das macht einem schon zu schaffen. Das ist schon frustrierend.“ (#14_92)

Ein Arzt erwähnte, wie sich die fehlenden Ressourcen auf die Qualität der Versorgung auswirken würde:

„Es ist ein bisschen Blindflug, es ist nicht so ganz leitliniengerechte Medizin. Weil man eben begrenzte Ressourcen nur hat.“ (#11_67)

Auch andere Ärzt*innen beschrieben, wie sie in dieser Arbeit teilweise sonst geltende Standards verlassen würden:

„Und dass man vor allen Dingen unnötiges vermeidet, wo's nur geht. Also statt CRP BSG, oder einfach sich auf die klinischen Symptome verlassen. Und dann entsprechend antibiotisch behandeln. Gut, im Krankenhaus würd' man geköpft werden für - aber hier ist das halt Feld und Wiese und wie sagt man so schön irgendwie, Kampfdomäne, ‚domaine de la lutte‘.“ (#2_94)

Es gab wenige Ärzt*innen, die keine Unterschiede sahen zur Versorgung von versicherten Patient*innen. Zwei spezialistische Fachärzt*innen des Medibüro-Netzwerkes bemerkten dies für ihre eigene Arbeit, bewerteten aber im Generellen die Versorgung von nicht versicherten Migrant*innen als mangelhaft. Lediglich ein Arzt einer Hilfseinrichtung kam zu einer anderen Einschätzung:

„Tja, also grundsätzliche Probleme seh' ich eigentlich nicht, weil wir die ja anständig versorgen. Kriegen alles was sie - sowohl von der Diagnostik wie von der Therapie. Die kriegen ja alles.“ (#5_95)

Er sah Schwierigkeiten ausschließlich im Zugang zu stationärer Versorgung.

*Blick auf die Patient*innen*

In den Interviews wurde deutlich, dass die Ärzt*innen sehr unterschiedliche Einstellungen ihren Patient*innen gegenüber hatten. Einige waren sehr bemüht, die Perspektive der Patient*innen zu berücksichtigen:

„Und das führt natürlich dazu, dass Patienten dann einfach immer wieder kommen müssen auch und immer wieder auch in diesem Bittsteller*in Zustand sind, dass sie halt nicht wissen: Können wir's jetzt das nächste Mal machen oder nicht und wie wird's weitergehen und das ist natürlich auch ein enormer Stress für die Leute.“ (#1_43)

Ein Arzt betonte, dass nicht versicherten Migrant*innen bei ihm schneller Termine bekommen würden als gesetzlich Versicherte, da sie in ihrer schwierigen Lebenssituation nicht so lange auf einen Termin warten könnten:

„Da kann jeder Mensch irgendwann in so eine Situation geraten. Waren Millionen Deutsche auch auf der Flucht, und hatten keine Versicherung, in vielen Ländern der Welt. Das kann jedem von uns jederzeit passieren. Und dann muss man einfach aus - aus menschlichem Aspekt das betrachten. Kann mir passieren, das kann Ihnen auch passieren.“ (#7_66)

Andere Ärzt*innen dagegen erwähnten Konflikte mit aus ihrer Sicht zu fordernd auftretenden Patient*innen:

„Ja, wenn die so fordernd sind, das find' ich schrecklich. Weil ich bin eigentlich ein bescheidener Mensch, und wenn ich mit nichts hier ankomme, dass ich dann noch Wünsche habe, das versteh ich relativ schlecht.“ (#5_23)

Ein Arzt äußerte sich generalisierend über die mangelnde Bildung seiner Patient*innen, den angeblich fehlenden Willen zur Arbeitssuche von EU-Bürger*innen und die aus seiner Sicht daraus resultierende Abhängigkeit von sozialen Hilfesystemen. Ein weiterer Arzt zeigte stark stereotypisierende Ansichten über Patient*innen, die der Minderheit der Roma angehören. Beide betonten allerdings, dass sie alle Patient*innen ohne Ausnahme im Rahmen ihrer Möglichkeiten versorgen würden.

Umgang mit Entscheidungsspielräumen

Sowohl in den Fallbeispielen als auch aus den Aussagen einiger Ärzt*innen wurde deutlich, dass auch die Ärzt*innen selbst gewisse individuelle Entscheidungsspielräume hatten. So meinte ein Arzt einer Hilfseinrichtung:

„Und – die merken ja auch, wenn sie mit chronischen Krankheiten mehrfach kommen, jeder Arzt hat hier auch eine eigene ethische Vorstellung wie er vorgeht. Und von dem einen kriegen sie mehr, und von dem

anderen kriegen sie weniger. Das merken intelligente Patienten sehr schnell. Und – gut, das hat für den einen Vorteil, für den anderen Nachteil, weil – es gibt ja keine goldene Regel.“ (#4_91)

Welche Auswirkungen bestehende Handlungsspielräume auf die medizinische Versorgung einzelner Patient*innen hatte, soll im Folgenden an den Schilderungen von drei Patientinnen deutlich gemacht werden. Drei Ärzt*innen aus jeweils unterschiedlichen Hilfseinrichtungen erwähnten Patientinnen mit einem Mamma-Karzinom, die bei ihnen vorgesprochen hätten. Die Patientinnen kamen aus Bulgarien oder Rumänien. Das heißt, sie hielten sich legal in Deutschland auf, der Zugang zu einer Krankenversicherung war aber abhängig von einer sozialversicherungspflichtigen Arbeit, Sozialleistungsbezug oder eigenen finanziellen Mitteln (s. Kapitel 1.2.4). Die konsultierten Ärzt*innen reagierten sehr unterschiedlich:

„Da war eben auch eine Frau, die war aus Bulgarien, die hatte einen großen Brusttumor. [...] Die musst' ich dann auch wieder wegschicken. Also die ist praktisch ohne Behandlung entlassen worden.“ (#14_42)

„Kann mich an eine Patientin aus Rumänien wieder mit Mamma Karzinom, fortgeschrittenem Mamma-Karzinom, das ging dann so, dass – war natürlich auch nicht versichert – dass wir dann sofort einen Brief geschrieben [haben], damit musste die hier an die rumänische Botschaft hier gehen, wie das dann weitergegangen ist, weiß ich dann wiederum nicht.“ (#5_73)

„Also wir haben zum Beispiel im Moment eine bulgarische Patientin, die Ende 40 ist. Die ein Mamma-Karzinom hat, was sie selber getastet hat, und was schon exulzierend wächst, mit Lymphknotenbefall, eine relativ junge Frau. [...] wir hätten sie sehr gerne hier operieren lassen, im [Krankenhaus Nr. 1], das ist am Geld gescheitert, muss man sagen. Sodass wir jetzt organisieren, dass sie mit Unterstützung zurück nach Bulgarien geht, dass wir hier von hier aus die Nachzahlungen leisten für die Krankenversicherung dort [...] und dann versuchen, mit einer Klinik Kontakt aufzunehmen in Bulgarien und irgendwie zu erreichen, dass sie möglichst zügig operiert wird und alle Voruntersuchungen, die erforderlich sind [...] hier ableisten.“ (#8_15)

Diese Beispiele machen deutlich, wie in dem Kontext von informeller medizinischer Versorgung das Behandeln oder Nicht-Behandeln potentiell lebensbedrohlicher Erkrankungen zumindest zum Teil abhängig war von der Vernetzung der jeweiligen Einrichtung, vom persönlichen Engagement und Wissensstand der konsultierten Ärzt*innen. Es zeigte sich, dass auch die behandelnden Ärzt*innen gezwungen sind zu entscheiden, wie viel Aufwand sie gegebenenfalls auf sich nehmen, nach Alternativen zu suchen oder eben die Patient*innen unbehandelt zu entlassen. Eine Ärztin machte deutlich, dass dieser Zustand weder für die Patient*innen noch für die behandelnden Ärzt*innen erträglich ist:

„Es wär` halt total wichtig, dass auch sozusagen eine öffentliche Debatte darüber anfängt, oder dass irgendwie klargemacht, was eigentlich viele Ärztinnen und Ärzte oder Gesundheitsberufe ehrenamtlich

leisten, um eine Situation tragbar zumachen, die eigentlich nicht tragbar ist auf diese Art und Weise, wie's im Moment ist. Und dass das ein Zustand ist, der unbedingt verändert werden muss, also im Interesse der Patientinnen und Patienten auch im Interesse der Gesundheitsberufe, weil es halt natürlich auch eine unglaubliche Belastung ist für die Menschen, die sich da verpflichtet fühlen.“ (#1_105)

3.3.4 Sprachbarriere

Ein weiterer einschränkender Faktor in der Versorgung, den fast alle Ärzt*innen beschrieben, war die Sprachbarriere zwischen Ärzt*innen und Patient*innen:

„Ja, das Sprachproblem halt, ne, dass man also meist über dünnes Eis geht, man weiß nicht, ob man mit der Anamnese richtig liegt, also Anamnese kann oftmals überhaupt nicht erhoben werden, und da weiß man nicht, also ob man da irgendwie aufgrund der fehlenden Sprachverständigung, dass man da falsch in der Diagnose liegt.“ (#14_86)

Mit Ausnahme der Zentren für sexuelle Gesundheit des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die zu verschiedenen Sprechzeiten verschiedene Sprachmittler*innen zur Verfügung haben, wurde in keiner der Einrichtungen oder Arztpraxen dafür eine generelle Lösung gefunden. Man behalf sich mit den Sprachkenntnissen des Gesundheitspersonals oder hoffte, dass die Patient*innen selbst von Dolmetscher*innen begleitet werden würden.

3.3.5 Lebenssituation der Patient*innen

Im Folgenden soll es um Faktoren gehen, die von den Ärzt*innen erwähnt wurden, aber hauptsächlich mit der Lebenssituation der Patient*innen zu tun haben. Einige Ärzt*innen beschrieben, dass Patient*innen Angst davor hätten, sich in eine stationäre Behandlung zu begeben. Die Angst betraf einerseits die potentiellen rechtlichen Konsequenzen von Aufdeckung und Abschiebung, andererseits die entstehenden Kosten oder die Erfahrung von Abweisungen.

„Wenn ich die dahin geschickt hätte [in ein Krankenhaus], wäre die behandelt worden, und ich hab viel geredet, und geredet, und sie ist dann aber nicht – [...] Die war hier so richtig illegal., Und deswegen hatte die glaub ich auch so 'n Schiss irgendwie, da ins Krankenhaus zu gehen.“ (#11_33) [Pat. Mit einer akut behandlungsbedürftigen HIV-Infektion]

Weiterhin wurde angesprochen, dass sich auch die Lebensumstände der Patient*innen auf ihre Gesundheit und ihre medizinische Versorgung auswirken. Ein Arzt betonte, dass besonders chronisch kranke, nicht versicherte Migrant*innen in ihrem sozialen, kulturellen, materiellen und biographischen Kontext gesehen und behandelt werden müssten. Auch viele andere Ärzt*innen erwähnten die komplexen Lebenssituationen, in denen sich ihre Patient*innen befinden würden:

„Sein Problem eigentlich, weshalb er kam, war auch eine Epilepsie, aber das ist halt doch so, dass die Diagnose einer Epilepsie oder anderer Diagnosen, die ich hier sehe, eingebettet sind in ganz umfangreiche Geschichten, die soziale, politische und andere Ramifikationen beinhalten.“ (#3_50)

Einige Ärzt*innen betonten, dass ihre Patient*innen Rassismus, Arbeitsausbeutung und Gewalt erfahren hätten. Weiterhin wurde geschildert, wie hilfreich die Unterstützung von Familie und/oder Freund*innen auch beim Aufsuchen von medizinischer Versorgung sei, z.B. durch Begleiten oder Übersetzen. Als Hindernis, auch zur Einhaltung von Terminen, wurde die mangelnde Mobilität aufgrund fehlender finanzieller Mittel für öffentliche Verkehrsmittel und Angst vor Kontrollen genannt.

Auch die eingeschränkte Gesundheitsversorgung in den Herkunftsländern wurde sowohl für EU-Bürger*innen als auch die anderen Patient*innen erwähnt:

„Und es nutzt auch nichts zu sagen, dass letztendlich das Sozialsystem herrscht oder gibt oder dass es ein funktionierendes Gesundheitssystem gibt, offensichtlich scheint es auch dort so zu sein, dass die Menschen ausgeschlossen sind [...] ich war allerdings auch noch nicht dort, hab's noch nicht gesehen. Aber ich glaub den Menschen, wenn ich die so sehe, wie die hier reinkommen.“ (#2_112)

Die Ärzt*innen aus den Ambulanzen für Obdachlose beschrieben, dass ihre Patient*innen oft weder das Geld noch das für notwendig gehaltene Erscheinungsbild und Auftreten hätten, um Arztpraxen aufzusuchen, so dass selbst das Aufsuchen der Obdachlosen-Ambulanzen für einige Patient*innen eine Hürde darstellen würde. Eine Ärztin begründete das wie folgt:

„Es ist gar nicht nur das Auf-der-Straße-leben, sondern es ist diese komplette Desozialisierung, die damit einhergeht.“ (#8_47)

Die befragte Psychotherapeutin beschrieb die Auswirkungen der Lebenssituation von Menschen ohne Aufenthaltsstatus auf die Erfolgswahrscheinlichkeiten einer Psychotherapie:

„Der Punkt ist, bei der Psychotherapie geht's ja eigentlich immer darum, dass die Menschen durch die Therapie in die Lage versetzt werden, dann auch ohne Therapie weiter klarzukommen. Dafür ist natürlich bei - bei Menschen, die hier keinen Aufenthaltsstatus haben - ja, das ist natürlich total schwierig. Weil ja die aktuelle Situation, die Lebenssituation, hat hier ja ganz, ganz viel damit zu tun, wie es einem geht. Und wenn die so mies ist, dann ist es sehr schwierig, dass sich was verändert, also, nachhaltig verändert.“ (#13_14)

3.3.6 Dringlichkeit

Wie ebenfalls bereits in Kapitel 3.2.1 zu den operativen Therapien erwähnt, war es vor allem bei kostenintensiveren Eingriffen oder Therapien von Bedeutung, wie lebensbedrohlich die gesundheitliche Situation der Patient*innen bereits war. In Notfällen sind auch die regulären Versorgungseinrichtungen, insbesondere die Notaufnahmen, trotz ungeklärtem Kostenträger zur

Hilfe verpflichtet. Schwieriger gestaltete sich die medizinische Versorgung von Patient*innen, deren Zustand zwar potentiell lebensbedrohlich, aber zum bestehenden Zeitpunkt noch kein Notfall war. Das betraf vor allem chronische Erkrankungen.

„Da war eben auch eine Frau, die war aus Bulgarien, die hatte einen großen Brusttumor, und die war auch schon in verschiedenen Krankenhäusern, und die ist nicht operiert worden, weil keine Kostenübernahme da war.“ (#14_42)

3.3.7 Kosten

Wie in den vorangegangenen Kapiteln deutlich wurde, beeinflussten die anfallenden Kosten der jeweils notwendigen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme entscheidend, ob sie durchgeführt werden konnte oder nicht. Die fehlende Finanzierung verhinderte beispielsweise nötige Diagnostik, langfristige medikamentöse Therapien, größere chirurgische Eingriffe, Chemotherapien und Bestrahlungen.

3.4 Zugang zum regulären Versorgungssystem

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Patient*innen unterscheiden sich nach ihrem jeweiligen Aufenthaltsstatus und bedingen die Möglichkeit, Zugang zu regulärer medizinischer Versorgung zu erhalten. Gerade für chronisch Kranke würde der Zugang regelmäßige Medikation, Kontrolluntersuchungen und elektive Eingriffe erleichtern. Daher soll hier, auch wenn es nicht zum klassischen Aufgabenfeld von Ärzt*innen gehört, kurz auf die Verbreitung von sozial- und aufenthaltsrechtlichem Wissen der in der medizinischen Versorgung nicht versicherter Migrant*innen tätigen Ärzt*innen und die Zusammenarbeit mit Rechts- und Sozialberatungen eingegangen werden. Da Patient*innen nicht immer eigenständig Beratungsstellen aufsuchen, sind die medizinischen Anlaufstellen ein Ort, um Kontakt zu nicht versicherten Patient*innen zu erhalten. Von dort aus können sie ggf. in sozial- oder aufenthaltsrechtliche Beratungsstellen weitervermittelt werden.

Die Bedeutung von Sozialberatung insgesamt und die grundsätzliche Gewährleistung eines Zugangs zu regulärer Versorgung wurde von mehreren Ärzt*innen betont.

„Wir sind sehr dankbar, dass wir die - also die Sozialarbeiterin an unserer Seite haben, weil sie letztendlich, das Gestrüpp an Regelungen und Richtlinien und Gesetzen und Möglichkeiten doch sehr gut durchschaut und wir dadurch immer wieder auch Behandlungsmöglichkeiten für die Patienten herauskitzeln können.“ (#2_162)

Die Hilfseinrichtungen, als Teil von größeren Verbänden, hatten meist einen direkten Kontakt zu Beratungsstellen innerhalb des Verbandes bzw. Sozialarbeiter*innen in der Einrichtung (wie auch

im eben genannten Zitat). Das war jedoch keine Garantie für eine gute Zusammenarbeit bzw. Möglichkeit der gezielten Weitervermittlung von Patient*innen:

„Manchmal kommt, oder es ist schon vorgekommen, dass irgendein Sozialarbeiter dann heißt es so an bestimmten Tagen, zu gewissen Stunden, irgendwie - also ich hab den Eindruck: immer dann wenn man den braucht - dann nichts zu machen, auch telefonisch nicht zu vereinbaren. Fürchterlich.“ (#5_177)

Zwei weitere Ärzt*innen erwähnten, dass sie Patient*innen an Beratungsstellen weitervermittelten. In den Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes waren jeweils auch Sozialarbeiter*innen tätig. Die befragte Ärztin des Zentrums für sexuelle Gesundheit berichtete vor allem über eine gemeinsame Betreuung von schwangeren Frauen. Die mit der Tuberkulosefürsorgestelle kooperierende Ärztin erwähnte, dass ihre nicht versicherten Patient*innen dort auch durch Sozialarbeiter*innen betreut werden würden. Patient*innen des Medibüro werden normalerweise durch das Medibüro an eine passende Beratungsstelle weitervermittelt, sobald sich abzeichnet, dass eine teure Diagnostik oder Therapie notwendig ist. Deshalb ist anhand der Aussagen der mit dem Medibüro kooperierenden Ärzt*innen nicht erkennbar, in wieweit die Patient*innen tatsächlich an eine Sozial- oder Rechtsberatung weitervermittelt wurden.

Der Wissensstand der Ärzt*innen selbst über die jeweilige aufenthaltsrechtliche Situation ihrer Patient*innen war sehr heterogen. Während einige sehr detailliert Bescheid wussten, teilweise mit Anwalt*innen Kontakt hatten, um die Patient*innen auch im aufenthaltsrechtlichen Verfahren zu unterstützen, spielte das für andere kaum eine Rolle. Die interviewte Psychotherapeutin arbeitete häufig mit Anwalt*innen zusammen und beschrieb ihr Vorgehen wie folgt:

„Und ich versuche raus zu finden, wie die rechtliche Situation ist und was da möglich ist, und ich schicke auch Leute zum Anwalt und - wenn ich denke, die - also, ich hab auch einen Patienten, der ganz versteckt gelebt hat, wegen eigentlich körperlicher Beschwerden in Bereich von Narben, die er von der Folter hat, in unsere Praxis gekommen ist, und der dann bei mir gelandet ist, [...] wo ich dann das so verstanden habe, dass eigentlich was möglich sein müsste, wenn er zum Anwalt geht, und das war dann auch so.“ (#13_32)

Nur wenige Ärzt*innen schilderten illegalisierte Patient*innen, bei denen eine Legalisierung ihres Aufenthaltsstatus erfolgt und somit der Zugang zum regulären Versorgungssystem möglich gewesen sei. Die befragten Ärzt*innen machten auch unterschiedliche Erfahrungen damit, inwieweit es ihren Patient*innen aus EU-Ländern gelang, in eine deutsche Krankenversicherung einzutreten. Nur eine Einrichtung schien sich ausführlich damit auseinander gesetzt zu haben, wie man als EU-Bürger*in in Deutschland in eine Krankenversicherung eintreten kann, und unterstützte Patient*innen dabei.

„[Man] muss im schlimmsten Fall entweder dafür sorgen, dass hier eine Versicherung greift, mit großem Aufwand, dass man das versucht über die Sozialarbeiter zu organisieren, [...] das ist ganz kompliziert, oder man muss sie zurückschicken [ins Herkunftsland, Anm.d.V.], dort für eine Krankenversicherung sorgen, und dann können sie wiederkommen. Dann greift wenigstens diese Versicherung.“ (#8_51)

Die befragte Ärztin betonte aber, dass dafür die Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter*innen und Zuverlässigkeit seitens der Patient*innen unerlässlich seien.

3.5 Optimierung der Versorgungsstrukturen

Fast alle Ärzt*innen betonten die Notwendigkeit der Verbesserung der medizinischen Versorgungssituation nicht versicherter, chronisch kranker Migrant*innen. Es gab einzelne Vorschläge, die sich auf die momentane Praxis bezogen, wie beispielsweise, dass sich die behandelnden Ärzt*innen untereinander besser vernetzen könnten, dass Krankenhäuser mehr Verständnis für die Belange der nicht versicherten Patient*innen zeigen müssten und dass es direktere Möglichkeiten geben sollte, mit ausländischen Krankenkassen zu verhandeln.

Ein wichtiger Ansatzpunkt zur Verbesserung war die momentan oft fehlende Finanzierung der medizinischen Versorgung. Vorschläge umfassten u.a. einen EU-weiten Gesundheitsvorsorgetopf für EU-Bürger*innen und die Einführung des Anonymen Krankenscheines für Illegalisierte. Einige Ärzt*innen sprachen sich dafür aus, Möglichkeiten zu schaffen, dass die Betroffenen Mitglied einer Krankenkasse werden könnten, und eine Ärztin plädierte für eine Legalisierung der hier lebenden illegalisierten Menschen.

Weiterhin wurde betont, wie wichtig die Schaffung eines ganzheitlichen Versorgungskonzeptes wäre, das nicht nur somatische Probleme, sondern auch die psychische und soziale Situation der Patient*innen berücksichtigen würde:

„Als theoretischen Bezugsrahmen für die Behandlung von chronischen Erkrankungen gibt es ja seit jetzt 15 Jahren neben der ICD [Internationale Klassifikation der Krankheiten] als Diagnosestatistik die ICF, also Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, die eigentlich ein sehr gutes Modell für die Behandlung chronischer Erkrankungen aufgestellt hat, und eben darauf hingewiesen wird, dass eben chronische Erkrankungen immer in einem sozialen, kulturellen, materiellen Kontext einerseits und in einem biographischen Kontext verstehen sollten. Und das erscheint mir für diese Gruppe, die so unglaublich viele psychische und soziale Probleme mit hat, noch vordringlicher als für Menschen, die hier versichert sind, obwohl es auch da große Mängel gibt.“ (#3_64)

4 Diskussion

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Möglichkeiten der medizinischen Versorgung nicht versicherter chronisch kranker Migrant*innen variierten in den Einrichtungen und Praxen der in dieser Studie befragten Akteur*innen. Einschränkungen unterschiedlichen Ausmaßes bestanden bei weiterführenden apparativen Untersuchungen (wie CTs, MRTs oder endoskopischen Untersuchungen), der Vermittlung zu spezialistisch-fachärztlichen Praxen, der Hilfsmittelversorgung und der langfristigen Ausgabe von Medikamenten. Notfalleingriffe waren deutlich leichter zu organisieren als planbare Operationen. Eine kontinuierliche Behandlung chronisch kranker Patient*innen fand nur in einigen der befragten Einrichtungen und Praxen statt. Beeinflusst wurden Umfang und Qualität der Versorgung durch die Existenz bzw. das Fehlen von Netzwerken und Kontakten zur Weitervermittlung von Patient*innen. Die begrenzten finanziellen Ressourcen, Sprachbarrieren, komplexe organisatorische Abläufe und der mangelhafte Informationsfluss zwischen behandelnden Ärzt*innen wurden ebenfalls benannt. Bestehende Entscheidungsspielräume und eine unterschiedliche Bereitschaft der Ärzt*innen, mit größerem Aufwand Patient*innen individuelle Versorgungsmöglichkeiten zu bieten, bedingten weitere Unterschiede in der Versorgung. Die komplexen Lebensrealitäten der Patient*innen beeinflussten die Erfolgsaussichten von Therapien, bspw. einer Psychotherapie bei PTBS. Angst vor Aufdeckung, Abschiebung oder entstehenden Kosten verhinderte zum Teil das Aufsuchen von Krankenhäusern.

In allen Einrichtungen spielte die Versorgung von nicht versicherten EU-Bürger*innen eine Rolle – allerdings in unterschiedlichen Größenordnungen, und von den Ärzt*innen unterschiedlich differenziert wahrgenommen. Nicht versicherte EU-Bürger*innen hatten zu den befragten Einrichtungen den gleichen Zugang und erhielten die gleiche Versorgung wie andere nicht versicherte Migrant*innen.

4.2 Charakteristika der medizinischen Versorgung

4.2.1 Versorgungsqualität

Nur wenige bisher veröffentlichte Studien differenzieren explizit zwischen der medizinischen Versorgung für nicht versicherte Migrant*innen innerhalb des regulären Systems (d.h. in den Einrichtungen, die für versicherte Patient*innen zur Verfügung stehen) und der Versorgung, die durch NGOs und Wohlfahrtsverbände meist ehrenamtlich und spendenfinanziert geleistet wird. Beispielsweise zeigten die Ergebnisse einer partizipativen Beobachtungsstudie über medizinische

Konsultationen von 183 Illegalisierten in einer Klinik für nicht versicherte Migrant*innen in Berlin, dass der eingeschränkte Zugang zu Medikamenten, wie er von den hier interviewten Ärzt*innen betont wurde, ein großes Problem für chronisch Kranke sei⁵⁵. Auch Huschke (2014) konstatierte in ihrer medizinethnologischen Studie zu Kranksein in der Illegalität für chronische und insbesondere seltene Erkrankungen (anhand des Beispiels einer illegalisierten Patientin mit Lupus erythematoses), dass eine umfassende Behandlung nur unzureichend zu realisieren, regelmäßige Kontrolluntersuchungen zumeist nicht organisierbar seien und erst behandelt würden, wenn akute, potentiell lebensbedrohliche Komplikationen aufträten⁶³. Die in dieser Arbeit dargestellte eingeschränkte Qualität der Versorgung diskutierten auch Biswas et al. (2011) als Gegenargument für die Versorgung in Parallelstrukturen und schlussfolgerten, dass diese höchstens als Übergangslösung fungieren könnten⁵⁷.

Anhand von leitfadenbasierten Interviews mit 19 illegalisierten Patient*innen einer ehrenamtlichen allgemeinmedizinischen Sprechstunde in Hamburg und drei Ärzt*innen untersuchte Klug (2014) die Krankheitserfahrungen von undokumentierten Migrant*innen. Auch er stellte die mangelnde Kontinuität in der Versorgung fest und stimmt an diesem Punkt mit einigen der hier interviewten Ärzt*innen überein. Die Diskontinuität der medizinischen Versorgung undokumentierter Migrant*innen ergab sich seiner Studie nach auch daraus, dass die Patient*innen trotz bestehender Kontakte zu Hausärzt*innen weitere Hilfseinrichtungen zur Weiterbehandlung oder für eine zweite Meinung aufsuchen würden und Ärzt*innen auf bereits erfolgte Diagnostik keinen Zugriff hätten¹²⁶. Kühne (2014), die auch Ärzt*innen des Medibüro-Netzwerk Hamburg mittels eines standardisierten Fragebogens befragte, benannte „die Kostenübernahme als zentrales Problem in der Gesundheitsversorgung illegalisierter Migranten“, bei deren Fehlen vor allem kostenintensive und langfristige Diagnostik und Therapie nicht durchgeführt werden können bzw. Patient*innen darauf angewiesen sind, dass Ärzt*innen und Krankenhäuser auf ihr Honorar verzichten⁴⁸. Diese Einschränkung der Versorgung von (nicht ausschließlich aber auch) chronisch Kranken wird durch die Ergebnisse dieser Dissertation insoweit bestätigt, als vor allem finanzielle Aspekte eine wesentliche Rolle dafür spielen, dass die ehrenamtlich tätigen Ärzt*innen für eine angemessene Versorgung oft auf Kooperationen und den guten Willen von Einrichtungen der Regelversorgung angewiesen sind.

Ein ‚Scoping Review‘ zur Gesundheitsversorgung Illegalisierter in Europa von 2014 konstatierte, in ergänzender Übereinstimmung mit den hier festgestellten Einschränkungen, dass die Komplexität der gesundheitlichen Probleme der Patient*innen und die limitierten sozio-kulturellen Fähigkeiten des Gesundheitspersonals die Qualität der Versorgung begrenzen

würden¹²⁷. Affronti et al., 2011 beschrieben aus einer Klinik für unter anderem illegalisierte Migrant*innen in Italien, dass neben den sprachlichen auch kulturelle Differenzen eine qualitativ hochwertige Versorgung vor allem chronisch kranker illegalisierter Migrant*innen erschweren würden⁵⁹.

Bezüglich der Versorgung insbesondere chronisch kranker Patient*innen zeigte sich in den Ergebnissen dieser Arbeit, dass die Schwierigkeiten, vor denen auch Ärzt*innen in der Regelversorgung stehen, in der medizinischen Versorgung nicht Versicherter noch viel ausgeprägter sind. Eine Expertise des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beschrieb 2009 verschiedene Problemfelder der Versorgung chronisch kranker Patient*innen. So wurde festgestellt, dass schon in der Versorgung Versicherter evidenzbasierte diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen nicht immer umgesetzt werden konnten¹²⁸. In den für die vorliegende Arbeit geführten Interviews zur ehrenamtlichen medizinischen Versorgung wurde betont, dass dies durch limitierte finanzielle Ressourcen, eingeschränkten Zugang zu Diagnostik und begrenzte Medikamentenbestände erschwert wurde, bzw. nicht möglich war. Die interviewten Ärzt*innen erwähnten selbst, dass sie oft nicht leitliniengerecht vorgehen konnten. Durch den Sachverständigenrat wurden Fragmentierung und mangelhafte Koordination der Versorgung als Problem in der Regelversorgung erwähnt¹²⁸. Auch das traf für die ehrenamtliche Versorgung verstärkt zu: beschrieben wurden Informationsverlust beim Wechsel von Versorgungseinrichtungen, fehlender Austausch zwischen den Ärzt*innen und mangelhafte Dokumentation. Es bestanden zwar einzelne Bereiche der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Einrichtungen, aber darüberhinausgehend existierte wenig Wissen über weitere bestehende Angebote zur medizinischen Versorgung nicht Versicherter. Mangelnde Kontinuität der Versorgung chronisch Kranker wurde durch den Sachverständigenrat für die Regelversorgung problematisiert¹²⁸; in der in dieser Arbeit untersuchten, ehrenamtlichen Versorgung war dies noch verstärkt aufgrund häufiger Ärzt*innenwechsel innerhalb der Einrichtung und fehlende zeitliche Kapazitäten der beteiligten Ärzt*innen in den Praxen. In den Interviews zeigte sich, dass sich einige Ärzt*innen bzw. Einrichtungen durchaus bemühten, eine kontinuierliche Versorgung anzubieten, diese aber nicht immer angenommen wurde. Es kann vermutet werden, dass dabei die in der in der Einleitung schon beschriebenen zusätzlichen Zugangsbarrieren für Illegalisierte, wie beispielsweise konkurrierende Prioritäten im alltäglichen Leben und Diskriminierungserfahrungen in Einrichtungen der medizinischen Versorgung, eine Rolle spielen³. Gleichzeitig wurde deutlich, dass durch den Sachverständigenrat formulierte Ansprüche zur guten Versorgung chronisch Kranker bezüglich der Einbeziehung der Patient*innen in die Therapie durch

Patient*innenaktivierung und Unterstützung von Selbstmanagement¹²⁸ in der ehrenamtlichen medizinischen Versorgung von nicht versicherten Migrant*innen kaum umsetzbar waren. Hürden dazu stellten die prekäre Lebenssituation vieler Patient*innen in Verbindung mit den begrenzten Kapazitäten der Ärzt*innen sowie die Sprachbarriere dar.

Fast alle hier interviewten Ärzt*innen betonten, dass die Sprachbarriere die Qualität der Versorgung beeinträchtigen würde. Damit bestätigt diese Befragung, dass Sprachbarrieren ärztliche Konsultationen komplizierter, die Diagnosestellung unsicherer machen und so die Qualität der medizinischen Versorgung einschränken können^{129,130}. Einige der interviewten Ärzt*innen betonten zudem, dass Personen, die die Patient*innen zur Sprachmittlung begleiteten, nicht immer adäquat übersetzen würden. Es ist vermutlich auch hier der Mittelknappheit geschuldet, dass Einrichtungen, die explizit oder gewohnheitsmäßig hauptsächlich Migrant*innen als Zielgruppe haben, keine strukturelle Lösung zur Überwindung von Sprachbarrieren gefunden haben.

4.2.2 Akut oder chronisch krank

Aus den Interviews und deren Auswertung geht hervor, dass die Trennung zwischen akuten und chronischen Krankheiten für die interviewten Ärzt*innen keine entscheidende Rolle spielte. Andere Autor*innen beschrieben die Versorgung chronisch kranker Illegalisierter bzw. nicht versicherter Migrant*innen immer wieder als problematisch, jedoch meist nur am Rande³. Médecins du Monde dokumentieren in ihren Jahresberichten neben der Frage nach akuten oder chronischen Erkrankungen auch, ob die Patient*innen akut behandlungsbedürftig waren. Akut behandlungsbedürftig wurde dabei wie folgt definiert: „Treatment was considered necessary if, without treatment, the patient’s health would deteriorate or the patient would have a significantly poorer prognosis. Treatment was considered precautionary in all other cases“⁵³. Auch für die hier befragten Ärzt*innen schien die Frage der aktuellen Behandlungsbedürftigkeit und der jeweiligen Umsetzung des nötigen weiteren Vorgehens entscheidender als die Frage, ob die zugrundeliegende Ursache eine akute oder eine chronische war, da auch die chronisch kranken Patient*innen meist akut behandlungsbedürftig waren. Dennoch wurde deutlich, dass die Versorgung chronisch Kranker die behandelnden Ärzt*innen vor allem durch aufzubringende finanzielle Ressourcen und ihre dauerhafte Notwendigkeit immer wieder vor Probleme stellte. Auch die Weitervermittlung an Einrichtungen der Regelversorgung zur (v.a. stationären) Versorgung schien bei Patient*innen mit akut behandlungsbedürftigen Erkrankungen bzw. bei der akuten Notwendigkeit eines (operativen) Eingriffs einfacher. Mylius, die 2016 anhand standardisierter Fragebögen die mögliche

medizinische Versorgung Illegalisierter in deutschen Krankenhäusern und Gesundheitsämtern evaluierte, bestätigt dies mit der Feststellung, dass der Zugang zu einer Notfallbehandlung in einem Krankenhaus bei einem „*unübersehbar* [Hervorhebung im Original] ersten Krankheitszustand hürdenfreier“ sei⁴⁷. Dabei ist nicht von Bedeutung, ob die ursächliche Erkrankung akut aufgetreten oder chronisch ist.

4.2.3 Einschätzung der Versorgungssituation

In den Interviews wurde deutlich, dass die Ärzt*innen ihre eigene Arbeit sehr unterschiedlich bewerteten. Einige machten deutlich, dass sie in der Versorgung nicht versicherter chronisch kranker Migrant*innen immer wieder an die Grenzen ihrer Handlungsmöglichkeiten stießen. Andere betonten, dass sich ihre Versorgung der nicht versicherten Migrant*innen nicht von der anderer (d.h. versicherter) Patient*innen unterschied. Zwei dieser Ärzt*innen waren spezialistische Fachärzt*innen des Medibüro-Netzwerkes, die von den meisten Patient*innen nur einmalig aufgesucht wurden. Sie konnten Patient*innen für weiterführende Diagnostik oder andere Bedarfe zurück zum Medibüro verweisen. Dementsprechend erfuhren sie nur selten oder gar nicht vom weiteren Verlauf der Patient*innen, ob diese beispielsweise die notwendige Diagnostik erhalten oder ob sie langfristig Zugang zu nötigen Medikamenten hatten.

Die Aussagen dieser Ärzt*innen zeigen, wie auch schon in der ausführlichen Darstellung der aktuellen Versorgungssituation und der Einflussfaktoren deutlich wurde, dass in Einzelfällen im Rahmen der ehrenamtlichen Arbeit eine angemessene medizinische Versorgung durchaus möglich sein kann, beispielsweise mittels kostengünstiger Diagnostik und Therapien oder durch die Weitervermittlung an Krankenhäuser in akut lebensbedrohlichen Situationen. Dies deutet allerdings auch schon die gleichzeitig bestehenden Limitationen an, aus denen sich der Verbesserungsbedarf ergibt, den andere Ärzt*innen betonten. Außerdem bezogen die beiden oben geschilderten Fachärzt*innen aus dem Medibüro-Netzwerk ihre Aussagen explizit nur auf die von ihnen selbst durchgeführte medizinische Versorgung, während sie gleichzeitig strukturelle Probleme schilderten.

Ein weiterer Arzt aus einer Hilfseinrichtung für Obdachlose betonte, dass er in der ambulanten Versorgung der Patient*innen keine Probleme sähe, sondern nur beim Zugang zu stationären Behandlungen. Gleichzeitig beschrieb er Situationen, in denen er nicht alle notwendigen Medikamente zur Verfügung hatte, und schilderte, dass er als Chirurg viele Patient*innen auch an andere spezialistische Fachärzt*innen verweisen und selten vom weiteren Verlauf erfahren würde.

In Kapitel 4.2.1 sind die Ergebnisse anderer Untersuchungen zur Qualität und zu den Einschränkungen der medizinischen Versorgung nicht versicherter Migrant*innen dargestellt. Es lässt sich feststellen, dass die existierenden Veröffentlichungen eher die Aussagen der Ärzt*innen bestätigen, die Einschränkungen in der ihnen möglichen Versorgung beschrieben.

4.2.4 Vergleich mit anderen EU-Ländern

Die Gesetzgebung bezüglich des Zugangs illegalisierter Migrant*innen zu Gesundheitsversorgung variiert innerhalb der Europäischen Union. Cuadra et al. verglichen 2009 die Gesetzgebung aller 27 damaligen EU-Staaten anhand von Fragebögen für Expert*innen, NGOs und Regierungsbehörden und bewerteten die Länder hinsichtlich der Zugänglichkeit zu Notfallversorgung (bezeichnet als „minimal rights“) für illegalisierte, erwachsene Migrant*innen. In Ländern, die der Gruppe ‚weniger als minimale Rechte‘ zugeordnet wurden, war für illegalisierte Menschen die Notfallversorgung aufgrund finanzieller Barrieren nicht zugänglich bzw. war die medizinische Versorgung nur innerhalb von Haftanstalten möglich. In Ländern mit minimalen Rechten hatten Illegalisierte das Recht auf Notfallversorgung und unter bestimmten Umständen auch zu darüberhinausgehender Versorgung. In Ländern der dritten Gruppe war auch primärmedizinische Versorgung möglich, wenn bestimmte administrative Voraussetzungen erfüllt waren. Abbildung 7 zeigt die Zuordnung der EU-Länder zu den verschiedenen Gruppen¹³¹.

Länder, in denen Illegalisierte weniger als minimale Rechte haben	Länder, in denen Illegalisierte minimale Rechte haben	Länder, in denen Illegalisierte mehr als minimale Rechte haben
<ul style="list-style-type: none"> • Finnland • Irland • Schweden • Malta • Rumänien • Bulgarien • Lettland • Tschechien • Österreich • Luxemburg 	<ul style="list-style-type: none"> • Zypern • Dänemark • Großbritannien • Deutschland • Ungarn • Estland • Litauen • Polen • Slowakei • Slowenien • Griechenland • Belgien 	<ul style="list-style-type: none"> • Italien • Portugal • Spanien* • Niederlande • Frankreich

Abbildung 7: Recht auf medizinische Versorgung innerhalb der EU nach Cuadra et al¹³¹

*Anmerkung: Die gesetzliche Lage in Spanien änderte sich 2012.

Dauvrin et al. führten 2012 semistrukturierte Interviews anhand fiktiver Fallvignetten mit Mitarbeiter*innen in allgemeinmedizinischen Praxen, Notaufnahmen und psychiatrischen

Diensten in 16 EU-Ländern durch und stellten fest, dass die Handlungsmöglichkeiten und Probleme trotz unterschiedlicher rechtlicher Rahmenbedingungen nicht sehr variierten. Sie schlussfolgerten, dass neben den gesetzlichen Ansprüchen noch weitere Faktoren die Zugänglichkeit zu medizinischer Versorgung bedingen. Einschränkend ist festzustellen, dass sie lediglich in zwei Ländern mit ‚weniger als minimalen Rechten‘ Interviews führten. Die von ihnen dargestellten Probleme beziehen sich auf die Regelversorgung; nichtsdestotrotz ähneln sie, vor allem in Bezug auf Kommunikationsprobleme und den eingeschränkten Zugang zu Diagnostik und Therapie, den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit¹³².

Im Folgenden soll exemplarisch auf den Zugang zu und die medizinische Versorgung von illegalisierten Migrant*innen in zwei weiteren EU-Ländern, nämlich Spanien und den Niederlanden, eingegangen werden. In Spanien wurden in den letzten Jahren mehrmals Gesetzesänderungen bezüglich der Zugangsmöglichkeiten Illegalisierter zu medizinischer Versorgung vorgenommen, sodass vergleichende Untersuchungen möglich waren. Die Niederlande haben mit einem versicherungsbasierten Gesundheitssystem eine vergleichbare Situation wie Deutschland; deshalb eignen sie sich gut um darzustellen, wie eine geregelte medizinische Versorgung illegalisierter Migrant*innen in einem versicherungsbasierten Gesundheitswesen möglich sein könnte. Gleichzeitig wird anhand dieses Beispiels deutlich, dass zusätzlich zu den formalrechtlichen Barrieren weitere Zugangsbarrieren in der medizinischen Versorgung Illegalisierter eine Rolle spielen.

Spanien

Spanien galt lange Zeit als eines der Länder mit dem besten Zugang zu Gesundheitsversorgung für Illegalisierte. Seit dem Jahr 2000 war es dort auch diesen möglich, sich bei der regionalen Verwaltung zu registrieren, auf Basis dieser Registrierung der öffentlichen Krankenversicherung beizutreten und damit Zugang zum steuerfinanzierten Gesundheitssystem zu erhalten¹³³. Gleichzeitig ist der Informationsaustausch zwischen den Meldestellen und der Ausländerbehörde dort gesetzeswidrig, sodass sich Illegalisierte gefahrlos registrieren konnten. Eine Studie zeigte, dass sich nach den Gesetzesänderungen im Jahr 2000 die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung durch illegalisierte Migrant*innen verbessert hatte und bezüglich deren Inanspruchnahme kein Unterschied mehr zwischen legalen und illegalisierten Migrant*innen bestand¹³⁴. Im Zuge der weltweiten Wirtschaftskrise, die 2008 begann und auch Spanien stark betraf, wurde diese Verbesserung als ein Teil der „Notmaßnahmen zur Erhaltung des nationalen Gesundheitssystems“ wieder rückgängig gemacht. Seitdem beschränken sich die kostenfreien

Behandlungsmöglichkeiten auf Kinder, Schwangere und Notfall-Patient*innen. Ein Komitee der „Grupo para el Estudio del Sida“ warnte 2012 bei Eintritt der Gesetzesänderungen vor kurz- und langfristigen Kostensteigerungen durch erhöhte Morbidität und Mortalität bei Nichtbehandlung von HIV-kranken illegalisierten Migrant*innen und den negativen Einfluss der Änderungen auf die öffentliche Gesundheit¹³⁵.

Niederlande

Ein Land, das die auf dem Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (s. Kapitel 1.1) basierenden rechtlichen Ansprüche von Illegalisierten auf medizinische Versorgung formal gewährleistet, sind die Niederlande¹³⁶. Menschen ohne Papiere haben in den Niederlanden zwar keinen Anspruch auf eine Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung, aber auf ‚medically necessary care‘¹³⁶. Dies soll im Leistungsumfang dem ‚basic health care coverage‘ entsprechen¹³⁷. Die Ärzt*innen bekommen 80 % der Behandlungskosten erstattet, sofern die Patient*innen die Kosten nicht selbst tragen können. Es gibt bestimmte Krankenhäuser, die auch bei planbaren Eingriffen durch einen Fonds für ‚dubious debtors‘ die Kosten der Versorgung Illegalisierter erstattet bekommen. Es besteht keine Übermittlungspflicht an die Ausländerbehörde¹³⁶.

Eine Studie von 2017 verglich die Versorgung chronisch Kranker in allgemeinmedizinischen Praxen in Bezug auf den Aufenthaltsstatus anhand der Patient*innenakten und stellte fest, dass illegalisierte Migrant*innen zwar wesentlich seltener medizinische Versorgung in Anspruch nehmen, aber größtenteils gleichwertige Versorgung erhalten würden. Limitiert wurden diese Ergebnisse dadurch, dass undokumentierte Migrant*innen, die nicht in einer Allgemeinmedizinpraxis registriert waren, in der Studie nicht repräsentiert wurden¹³⁸.

In der vorliegenden Arbeit wird deutlich, dass in vielen Fällen die entstehenden Kosten die mögliche Versorgung limitieren. Eine Regelung wie in den Niederlanden würde dies verhindern. Allerdings zeigen die im Folgenden dargestellten Untersuchungen, dass auch ohne rechtliche Zugangsbarrieren in der Praxis Hürden beim Zugang zu Gesundheitsversorgung bestehen. Schoevers (2010) beschrieb anhand einer Befragung illegalisierter Frauen in den Niederlanden, dass diese mehr Gesundheitsprobleme hätten als legale Migrant*innen und weniger Gesundheitsversorgung in Anspruch nähmen. Beschriebene Ursachen waren Abweisung durch Allgemein- und spezialistische Fachärzt*innen, Diskriminierung durch qualitativ minderwertige Versorgung oder Verweigerung von Behandlungen. Nicht alle Ärzt*innen wüssten, wie die Kostenerstattung abläuft und dass sie verpflichtet seien, auch illegalisierte Patient*innen zu

versorgen; zusätzlich bestünden ggf. Vorurteile gegenüber den Patient*innen. Außerdem würden auch hier unter den illegalisierten Patient*innen die Angst vor Abschiebung und fehlende Kenntnisse ihrer Rechte existieren. Dadurch sei auch in den Niederlanden die Praxis der Versorgung illegalisierter Menschen inkonsistent, unvorhersagbar und stark abhängig von den jeweiligen Ärzt*innen. Sobald die Patient*innen allerdings bei Allgemeinärzt*innen registriert sind, sei eine bessere Versorgung möglich⁵⁴.

Dorn (2011) zeigte in einer Untersuchung mit sich inzwischen in Abschiebehaft befindenden illegalisierten Migrant*innen, die sich mindestens drei Monate in den Niederlanden ohne Papiere aufgehalten hatten, dass nur 48 % der Befragten wussten, wie sie Zugang zu Gesundheitsversorgung bekommen hätten. 25 % derer, die sich in medizinische Versorgung begaben, berichteten, durch medizinisches Personal abgewiesen worden zu sein¹³⁹. Biswas (2012) konstatierte, dass trotz formaler Einhaltung der menschenrechtlichen Verpflichtungen weiterhin formelle und informelle Barrieren im Zugang zu Gesundheitsversorgung bestehen würden¹³⁶. Auch die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass Faktoren wie die Einstellungen der Ärzt*innen und Barrieren, die sich aus der sozialen Situation der Patient*innen ergeben, die medizinische Versorgung beeinflussen. Dies würde sich auch durch eine formalrechtliche Umgestaltung nicht ändern. Nichtsdestotrotz wird am Beispiel der Niederlande deutlich, dass eine Erleichterung des Zugangs auf der rechtlichen Ebene ein erster Schritt zur Verbesserung der medizinischen Versorgung ist.

4.3 Einflussfaktoren: Rolle der Ärzt*innen

Im Folgenden sollen die Handlungsspielräume der Ärzt*innen und ihr Einfluss auf die ehrenamtliche medizinische Versorgung detaillierter diskutiert werden, da diese im Gegensatz zu den meisten anderen in den Ergebnissen dargestellten Einflussfaktoren (s. Kapitel 3.3) auf den ersten Blick weniger offensichtlich sind. Die befragten Ärzt*innen schilderten, dass in ihrer Arbeit Entscheidungsspielräume bezüglich des Umfangs von Diagnostik oder Therapien bestünden und dass innerhalb einer Einrichtung zwischen verschiedenen Ärzt*innen Unterschiede in der möglichen Versorgung existieren würden. Daher sollen erst der Einfluss der Ressourcenknappheit auf ärztliche Entscheidungen und anschließend die Interaktionen und das Verhältnis zwischen Ärzt*innen und Patient*innen diskutiert werden.

4.3.1 Entscheidungen

Die spendenfinanzierte medizinische Versorgung ist stark geprägt von begrenzten finanziellen Ressourcen. Da die Umsetzung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen meist direkt von

der Finanzierbarkeit abhängt, beeinflusst die Frage nach den Kosten die Entscheidungen der Ärzt*innen (sofern es sich nicht um eine akut lebensbedrohliche Situation handelt). Castañeda (2007) betonte für die humanitäre medizinische Versorgung: „In times of scarce resources, it is doctors who must decide how to ration the charity care their clinics provide to the poor and undocumented“¹⁴⁰. Dies wurde auch in den hier geführten Interviews deutlich: Die Ärzt*innen schilderten, dass sie bestimmte, medizinisch indizierte Diagnostik oder Therapien nicht durchführen konnten, bzw. pragmatisch andere Lösungen dafür finden mussten. Medikamentöse Therapien waren in den meisten Einrichtungen limitiert durch den jeweils vorhandenen Bestand vor Ort. Die Bestände waren teilweise eingekauft, sodass dadurch entschieden wurde, welche Erkrankungen behandelt werden konnten, teilweise aus Sachspenden und damit also zufällig. Alles über die Medikamentenbestände bzw. -spenden hinausgehende mussten die Patient*innen (mit Ausnahme derer, die das Medibüro aufsuchten) selbst finanzieren. Weiterhin beschrieben wurden Priorisierungen bei der Diagnostik, wie beispielsweise die Diagnose einer neu aufgetretenen rheumatischen Erkrankung anhand der Klinik und der nötigen Laborwerte aber ohne bildgebende Verfahren. Erwähnt wurde auch die Wahl kostengünstigerer Verfahren, z.B. die Bestimmung von BSG statt CRP und der Verzicht auf bestimmte diagnostische Maßnahmen, z.B. eine Antibiotikagabe allein aufgrund des klinischen Bildes. Manche Patient*innen konnten aufgrund der hohen Kosten gar nicht behandelt werden, beispielsweise bei Krebserkrankungen oder Infektionskrankheiten wie Hepatitis C oder bei nötigen Operationen aufgrund von Schilddrüsen- oder Herzklappenerkrankungen.

Gerade in diesen Situationen schien es sich allerdings stark zu unterscheiden, wie viel Zeit und Aufwand die jeweiligen Ärzt*innen in die Suche nach alternativen Behandlungsmöglichkeiten investierten. Das wurde besonders an den drei Fallbeispielen der Frauen mit Mamma-Karzinom deutlich. Eine Ärztin einer Hilfseinrichtung verfügte über Kontakte zu anderen hilfsbereiten Ärzt*innen, sodass ein Staging durchgeführt werden konnte, ausreichend Zugang zu sozial- und versicherungsrechtlichem Wissen und die finanzielle Möglichkeit, die Frau bei der Nachzahlung ihrer Versicherungsbeiträge in Bulgarien zu unterstützen (was deutlich kostengünstiger war als eine Operation in Deutschland). Dadurch konnte – soweit durch das Interview beurteilbar – die Patientin tatsächlich in Bulgarien operiert und vermutlich weiter behandelt werden. Bei den beiden anderen Patientinnen gingen die Ärzt*innen jeweils davon aus, dass die Behandlung eines Mamma-Karzinoms ihre bzw. die Möglichkeiten der Hilfseinrichtung übersteigen würde und entließen die Frauen ohne weitere Unterstützungsangebote. In den Interviews wurde deutlich, dass die Ärzt*innen unterschiedlich mit diesem Dilemma umgingen. Einige fühlten sich in ihrer

fachlichen Kompetenz herausgefordert, andere meinten, man müsste die Grenzen des Settings anerkennen. Wieder andere beschrieben, dass sie das Dilemma kurzfristig lösten, indem sie notfalls privat Kosten übernahmen. Mehrere waren sehr unzufrieden, weil sie wussten, dass mit ausreichend Ressourcen eine bessere Versorgung möglich wäre.

Die Kostenfrage, die Diskussionen über potentiell damit einhergehende Begrenzungen von Gesundheitsleistungen (sog. „Rationierung“) und die ethische Einordnung dessen haben auch in die Regelversorgung längst Einzug gehalten. Während explizite Rationierung die Entwicklung von allgemein verbindlichen Kriterien zum Ausschluss oder die Einschränkung der Indikationen von bestimmten Leistungen meint, bedeutet implizite Rationierung die Entscheidung darüber durch die Leistungserbringer, bzw. die Ärzt*innen im jeweiligen Einzelfall¹⁴¹. Ein Review von Strech et al. (2008) analysierte verschiedene qualitative Untersuchungen zu möglichen Begrenzungen der Gesundheitsleistungen in der Regelversorgung und beschrieb wie verschiedene Faktoren die implizite Rationierung beeinflussen würden. Einen Einfluss hätten nach Aussage der jeweils befragten Ärzt*innen sowohl der Kontext (z.B. die Tageszeit, Zeitdruck, Anzahl der freien Krankenhausbetten) als auch die Persönlichkeit der Ärzt*innen (je nach Konsequenz, persönlicher Relevanz finanzieller Aspekte, Meinung über Patient*innen) und das Verhalten der Patient*innen (forderndes oder nicht forderndes Verhalten oder die Fähigkeit, Bedürfnisse direkt zu kommunizieren). Die Autor*innen schlussfolgerten, dass implizite Rationierung zu Rollenkonflikten der Ärzt*innen, Intransparenz, und unethischer, ungerechter Verteilung führen könne¹⁴². In der in dieser Arbeit dargestellten, ehrenamtlichen medizinischen Versorgung ist diese Problematik noch viel ausgeprägter. Die bestehenden Spielräume ermöglichen (im Vergleich zur medizinischen Versorgung versicherter Patient*innen) eine deutlich größere Einflussnahme durch die Ärzt*innen selbst, das Verhalten der Patient*innen und kontextabhängige Faktoren. Gerade in Situationen, für die es in den jeweiligen Einrichtungen keine geregelten Abläufe (wie z.B. vorhandene Medikamente, institutionalisierte Kontakte) gab, hing die mögliche Versorgung auch vom persönlichen Engagement der beteiligten Ärzt*innen ab. Mylius (2016) beschrieb die Relevanz individueller Handlungsentscheidungen des ärztlichen Personals für die medizinische Versorgung illegalisierter Patient*innen in Krankenhäusern und Gesundheitsämtern: „Und ist es vom *good will* [Hervorhebung im Original] der Angehörigen der Profession abhängig, so bekommt die Entscheidungsmacht des ärztlichen Personals in der Praxis, im Krankenhaus und im Gesundheitsamt eine besonders große Bedeutung“⁴⁷. Dies gilt – in einem anderen Rahmen und mit anderen Handlungsspielräumen – auch für ärztliche Entscheidungen in der ehrenamtlichen medizinischen Versorgung. Insgesamt bestätigen die Ergebnisse dieser Dissertation, was schon

Huschke 2014 konstatierte: „Ein Versorgungssystem, das auf humanitärer Hilfe baut, statt ein *Recht* [Hervorhebung im Original] auf Behandlung in der Praxis zu etablieren, lässt zwangsläufig besonders viel Spielraum für subjektive Entscheidungen. Dieser Spielraum kann sowohl zum Vorteil als auch zum Nachteil der MigrantInnen genutzt werden“⁶³.

4.3.2 Interaktionen

Ein Aspekt, der die geschilderten Entscheidungsspielräume beeinflussen kann, ist das Verhältnis von Ärzt*innen und Patient*innen¹⁴². In dieser Befragung wurden vorurteilsbehaftete Aussagen gegenüber Rom*nja und sogenannten „Armutszuwander*innen“ seitens zweier Ärzt*innen sichtbar. Beide Ärzt*innen betonten gleichzeitig (allerdings in einem anderen Zusammenhang), dass sich ihre Meinung über die Patient*innen nicht auf ihre Behandlung dieser auswirke. Laut einer Umfrage unter Psychiater*innen in den USA ist die Auffassung, dass der Migrationsstatus einer Person die Qualität der medizinischen Versorgung beeinflusse, aber derartige Diskriminierung in der eigenen Arbeit nicht vorkomme, weit verbreitet¹⁴³. Weitere Forschungsergebnisse von Monnickendam, 2007 deuteten an, dass „caregiver/consumer interaction influences patients’ care seeking and active participation in their health care“¹⁴⁴. Wahrgenommene Diskriminierung wirkt sich negativ auf die Adhärenz der Patient*innen aus¹⁴⁵ und führt dazu, dass Betroffene seltener medizinische Versorgung aufsuchen^{145,146}. Auch Einrichtungen, die explizit für Migrant*innen sind, sind nicht immer frei von Diskriminierungen, wie neben den hier geführten auch Interviews mit betroffenen Migrant*innen zeigten¹⁴⁷. Es lassen sich keine Aussagen darüber treffen, inwieweit im konkreten Fall die betroffenen Patient*innen die Einstellung dieser Ärzt*innen wahrnahmen und davon beeinflusst wurden. Trotzdem zeigen diese Äußerungen, dass für Mitarbeitende in Praxen und Einrichtungen, die häufig mit Migrant*innen arbeiten, eine differenzierte Auseinandersetzung mit interkultureller Kompetenz, die über essentialistische Konzepte von Kulturen hinausgeht⁷³, wünschenswert wäre.

Einige Studien thematisieren das Verhältnis zwischen Ärzt*innen und illegalisierten Migrant*innen aus der Perspektive der Patient*innen. Beispielsweise analysierte Wawerek (2008) in ihrer Dissertation ‚Illegalität als Risikofaktor?‘ anhand von narrativen Interviews u.a. die Sicht eines illegalisierten Patienten auf einen durch das Medibüro Berlin vermittelten Krankenhausaufenthalt und vergleicht dies mit den Erfahrungen eines legalen Migranten und eines Deutschen. Dabei schildert sie die Ohnmachts- und Abhängigkeitsgefühle, die sich aus seiner Rechtlosigkeit für den illegalisierten Patienten ergeben und wie dies durch das Verhalten der Krankenhausärzt*innen verstärkt wird. In der Konsequenz dieser für ihn sehr negativen und

einschneidenden Erfahrung verlor der geschilderte Patient das Vertrauen in die ehrenamtlich tätigen, ihn kostenfrei versorgenden Ärzt*innen und lehnte jegliche weitere ärztliche Behandlung ab¹⁴⁸. Auch eine phänomenologische Studie zu den Erfahrungen chronisch kranker illegalisierter südamerikanischer Frauen in Einrichtungen in den USA, die explizit für nicht Versicherte sind, stellte fest, dass diese aufgrund ihres illegalisierten Status Abwertung erleben würden und sich mit ihren Beschwerden nicht ernst genommen empfänden¹⁴⁷. Die von Klug (2014) in Hamburg befragten illegalisierten Migrant*innen dagegen gaben nicht an, dass sie besonders positive oder negative Erfahrungen mit Ärzt*innen in Krankenhäusern oder den ehrenamtlich arbeitenden gemacht hätten, allerdings war das Verhältnis zwischen Ärzt*innen und Patient*innen auch nicht im Fokus der Studie. Die drei dort interviewten Ärzt*innen beschrieben vor allem Schwierigkeiten im Vertrauensaufbau und die Besonderheiten kultureller Unterschiede in der Versorgung¹²⁶.

Auch in der vorliegenden Arbeit war das Verhältnis zwischen Ärzt*innen und Patient*innen ursprünglich nicht von zentralem Interesse. Bei der Auswertung der Interviews zeigte sich jedoch, dass die Ärzt*innen sehr unterschiedliche Einstellungen gegenüber ihren Patient*innen hatten. Einige waren sehr bemüht, im Rahmen ihrer Möglichkeiten sowohl den Bedürfnissen der Patient*innen als auch ihren eigenen Ansprüchen weitestgehend gerecht zu werden, ein anderer dagegen brachte sehr wenig Verständnis dafür auf, wenn beispielsweise Patient*innen alle ihnen nach einem Krankenhausaufenthalt verschriebenen Medikamente einforderten. Vor allem die medizinanthropologischen Studien von Huschke (2014) und Castañeda (2007) thematisierten das sich daraus ergebende Dilemma: Der fehlende Anspruch auf medizinische Versorgung bedeutet für die Patient*innen, dass sie sowohl als nicht Versicherte in den Einrichtungen der Regelversorgung als auch in den auf ehrenamtlicher Arbeit basierenden Hilfseinrichtungen und Anlaufstellen auf das Mitgefühl und Verantwortungsbewusstsein der Ärzt*innen angewiesen sind⁶³. Diese haben die Möglichkeit, dass Mitgefühl für die Patient*innen zurückzuweisen⁴. In den hier geführten Interviews wurde deutlich, wie unterschiedlich die jeweilige daraus resultierende medizinische Versorgung sein kann.

4.4 Medizinische Versorgung nicht versicherter EU-Bürger*innen

Vor allem im europäischen Raum beziehen sich die meisten Veröffentlichungen zu nicht versicherten Migrant*innen auf Illegalisierte. Erst mit den verschiedenen EU-Erweiterungen entstand die Situation, dass es Migrant*innen gibt, die sich zwar legal in europäischen Ländern bzw. in Deutschland aufhalten, aber trotzdem keinen regulären Zugang zum Gesundheitssystem haben. Dies verschärfte sich durch den eingeschränkten Arbeitsmarktzugang für

Staatsbürger*innen der betroffenen Länder in den ersten sieben Jahren nach dem Beitritt zur EU¹⁴⁹. Vor allem nach dem EU-Beitritt von Ländern, die das EFA-Abkommen nicht unterzeichnet haben, entstanden deutschland- und europaweit Diskussionen darüber, welche sozialen Rechte und welche sozialrechtlichen Ansprüche für EU-Bürger*innen existieren (s. Kapitel 1.2.4). Die Medibüros thematisieren seit 2011, dass auch nicht versicherte EU-Bürger*innen ihre Einrichtungen aufsuchen¹⁵⁰. Einer Obdachlosenambulanz wurde 2011 die finanzielle Bezuschussung durch den Berliner Senat gestrichen, weil ihre Patient*innen größtenteils Obdachlose aus dem europäischen Ausland waren und der Senat keine gesetzliche Grundlage für eine Finanzierung sah¹⁵¹. In wissenschaftlichen Untersuchungen sind nicht versicherte EU-Bürger*innen und ihre medizinische Versorgung bisher wenig thematisiert. Huschke beschrieb 2014 im Kontext ihrer medizinethnologischen Studie zur medizinischen Versorgung illegalisierter Lateinamerikanerinnen in Berlin, dass nicht versicherte EU-Bürger*innen, die zur medizinischen Versorgung auf humanitäre Einrichtungen angewiesen sind, Erfahrungen von Exklusion, Instabilität und ökonomischer Prekarität mit illegalisierten Migrant*innen teilen würden, allerdings ohne die konstante Drohung der Abschiebbarkeit¹⁵². Dies könnte auch die Feststellung von Kühne, 2014 erklären, dass sich die subjektive Gesundheit von Illegalisierten und nicht versicherten EU-Bürger*innen nicht signifikant unterscheidet⁴⁸.

Die hier interviewten Ärzt*innen gaben an, dass sie keine Unterschiede zwischen illegalisierten und legalen Migrant*innen in der medizinischen Versorgung machten. Einige betonten, dass sie die Patient*innen gar nicht nach ihrer Herkunft bzw. ihrem Aufenthaltsstatus fragen würden. Auch aus den Fallbeispielen wurden keine Unterschiede deutlich. Auffällig ist allerdings, dass sich die wenigen geäußerten Vorurteile nur auf sogenannte „Armutszuwander*innen“ und Rom*nja aus neuen EU-Ländern bezogen.

Uneinigkeit bestand darüber, wie wahrscheinlich es für nicht versicherte EU-Bürger*innen war, Zugang zum regulären Versorgungssystem zu erhalten. Während eine Ärztin einer Hilfseinrichtung beschrieb, in Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter*innen mehrere Patient*innen beim Zugang zu einer Versicherung oder einer EHIC unterstützt zu haben, betonte ein anderer Arzt, dass er vor allem für nicht versicherte EU-Bürger*innen kaum Möglichkeiten für eine Krankenversicherung sehe. Insgesamt bestanden zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch weitaus mehr Zugangsmöglichkeiten für EU-Bürger*innen als heute, wenn die betroffene Person gewillt war, auch einen längeren sozialrechtlichen Prozess aufzunehmen (zu den Gesetzesänderungen s. Kapitel 1.2.4). Leider schien aber die Vernetzung zwischen Ärzt*innen und Sozialarbeiter*innen nur in einer Einrichtung gut zu funktionieren (s. Kapitel 4.5).

4.5 Zugang zu regulärer Versorgung

Es gehört nicht zum klassischen Aufgabenfeld von Ärzt*innen, differenzierte Kenntnisse über die ausländer- und sozialrechtlichen Zugangswege zu Krankenversicherungen zu besitzen. Dieses Wissen ist gerade in der Arbeit mit nicht versicherten Patient*innen allerdings von Vorteil, um Betroffene bei dem Zugang zum regulären Versorgungssystem zu unterstützen. Der Wissensstand und der Fokus der interviewten Ärzt*innen auf die rechtlichen Rahmenbedingungen und Zugangswege zu regulärer Versorgung der Patient*innen waren in dieser Befragung überraschend heterogen. So funktionierte die Weitervermittlung von Patient*innen zu Beratungsstellen nur eingeschränkt. Insgesamt lässt sich feststellen, dass eine engere Kopplung von medizinischer Versorgung und rechtlicher Beratung sehr sinnvoll wäre. Auch Klug, 2014 schlussfolgerte, dass es bei den illegalisierten Patient*innen teilweise Unsicherheiten bezüglich der ihnen zustehenden Rechte gab und schlug vor, in den Einrichtungen zur medizinischen Versorgung auch rechtliche Beratung anzubieten¹²⁶.

In den letzten Jahren ist aufgrund des Engagements verschiedener NGOs, Wohlfahrtsverbände und Wissenschaftler*innen die politische Sensibilität für die Gesundheitsversorgung nicht krankenversicherter Migrant*innen deutlich gewachsen¹⁵³. Inzwischen gibt es in unterschiedlichen Bundesländern Modellprojekte zur gesundheitlichen Versorgung von Migrant*innen ohne Krankenversicherung. So besteht in Hamburg seit 2012 eine Clearingstelle mit dazugehörigem Notfallfonds. Alle Ausländer*innen ohne Krankenversicherungsschutz werden dort sozial- oder aufenthaltsrechtlich beraten und diejenigen ohne Aufenthaltstitel können eine aus dem Notfallfonds finanzierte Behandlung gemäß §4 und 6 AsylbLG erhalten. 2015 konnten von 493 Klient*innen der Clearingstelle 73 in die Regelversorgung integriert werden, davon 69 nach AsylbLG und vier nach SGB II, wobei ein Großteil der Patient*innen, die nach dem AsylbLG integriert wurden, schwangere Frauen waren, die über eine Duldungsregelung einen Zugang zu regulärer Versorgung bekamen. Außerdem ist nicht bekannt, wie viele Menschen die Clearingstelle nicht mehr aufsuchten, da ihnen ein Zugang möglich wurde¹⁵⁴. Auch die in Kapitel 1.4.1 erwähnten fünf Clearingstellen in Nordrhein-Westfalen wurden eingerichtet, um Zugewanderten einen Zugang zum regelhaften System der Gesundheitsversorgung zu ermöglichen¹⁵⁵.

Einige der interviewten Ärzt*innen nannten auf die Frage nach Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung den Anonymen Krankenschein. Dieser wurde in Niedersachsen und Thüringen als Modellprojekt eingeführt und ermöglicht es Illegalisierten, ihr Recht auf Gesundheitsversorgung

nach §4 (und teilweise auch §6) AsylbLG umzusetzen. Eine Vergabestelle unter ärztlicher Schweigepflicht prüft niedrigschwellig die Mittellosigkeit und die Möglichkeiten einer Krankenversicherung bzw. Legalisierung. Bei fehlender anderer Finanzierungsmöglichkeit wird ein Anonymer Krankenschein ausgestellt, mit dem die Patient*innen Ärzt*innen ihrer Wahl aufsuchen können. Behandlungskosten werden von den Ärzt*innen mit der kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet, die die Kosten von der Vergabestelle erstattet bekommt. Diese wiederum wird durch das Land oder die Kommunen finanziert. Die Vergabestellen sind eng vernetzt mit Beratungsstellen, um ggf. Patient*innen beim Zugang zu einer Krankenversicherung zu unterstützen. Allerdings werden in Niedersachsen aufgrund der Einschränkung, die vollziehbar ausreisepflichtige Menschen von Leistungen nach §6 AsylbLG ausschließt (s. Kapitel 1.2.2), nur Kosten von Behandlungen übernommen, die unter §4 AsylbLG (d.h. nur Diagnostik und Therapie akuter und/oder schmerzhafter Erkrankungen) fallen¹³. Dadurch bleibt die mögliche medizinische Versorgung stark eingeschränkt und die Therapie schmerzfreier chronischer Erkrankungen wird explizit per Gesetz ausgeschlossen¹⁵⁶.

4.6 Stärken und Schwächen der Arbeit

4.6.1 Methodisch

Qualitatives Forschungsdesign

Für diese Forschungsarbeit wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Welche Schwierigkeiten sich bei einer quantitativen Erhebung unter Ärzt*innen zur medizinischen Versorgung Illegalisierter ergeben, wurde in einer 2010 mit Unterstützung der Berliner Ärztekammer durchgeführten quantitativen Befragung zur Versorgung von Migrant*innen ohne Aufenthaltsstatus deutlich. Für die Untersuchung wurde mittels der Zeitschrift „Berliner Ärzte“ ein Fragebogen mit einem darauf hinweisenden Anschreiben des Präsidenten der Ärztekammer verschickt. Der Rücklauf war jedoch sehr gering: bei ca. 26000 Leser*innen der Zeitschrift (und ca. 7000 ambulant tätigen Ärzt*innen in Berlin) beantworteten insgesamt 32 Ärzt*innen den Fragebogen, in einer Nachfassaktion auch drei Gesundheitsämter und sieben Rettungsstellen. Repräsentative Ergebnisse konnten dadurch nicht gewonnen werden⁷⁵. Ein weiterer Nachteil von quantitativen Untersuchungen neben der Abhängigkeit von einer ausreichenden Resonanz ist, dass „das soziale Feld in seiner Vielfalt eingeschränkt, nur sehr ausschnittsweise erfasst und komplexe Strukturen zu sehr vereinfacht und zu reduziert dargestellt würden“¹⁰⁴. Ein qualitativer Ansatz bietet sich also an, um ein differenziertes Bild der Versorgungssituation und Einblick in die Interpretationen der Ärzt*innen über ihr eigenes Handeln zu erhalten¹⁰⁶.

Sampling-Strategie

Gerade in schwierigen Settings werden die „beforscht, die erreicht werden können oder sich aktiv anbieten“¹⁰¹. Seipel und Rieker, 2003 schlussfolgern, dass es dann besonders wichtig sei, die in diesen Situationen möglicherweise begrenzte Reichweite der Ergebnisse offen zu legen und zu berücksichtigen¹⁰¹. Daher wird im nächsten Absatz gezielt auf die angefragten und interviewten Ärzt*innen, die Art der Anfrage und die inhaltlichen Dimensionen des Samples eingegangen.

Erfreulicherweise konnten aus denjenigen Einrichtungen, von denen die vorab durchgeführte Recherche ergab, dass sie viele nicht versicherte Migrant*innen versorgen, Ärzt*innen interviewt werden. Aus dem Netzwerk des Medibüros erklärten sich sechs der neun angefragten Ärzt*innen zu einem Interview bereit. Dies könnte an der Mitgliedschaft der Doktorandin im Medibüro-Kollektiv liegen (s. u.) oder daran, dass diese Ärzt*innen persönlich kontaktiert wurden, während den anderen eine (unpersönliche) Anfrage von ihrer jeweiligen Organisation weitergeleitet wurde (s. Tabelle 2, Kapitel 2.2.2). Dadurch war es aber möglich, mit Vertreter*innen verschiedener Fachrichtungen zu sprechen und auch krankheits- und facharztspezifische Probleme zu erfassen.

Im Vergleich zu anderen Untersuchungen (z.B. Maschewsky-Schneider, 2010⁷⁵) wurden auch explizit Einrichtungen miteinbezogen, deren primäres Ziel die medizinische Versorgung von Obdachlosen ist. Dies machte einerseits die Auswertung komplexer, da Obdachlosigkeit an sich Morbidität und Mortalität der Betroffenen erhöht⁷⁶ und die interviewten Ärzt*innen Faktoren ansprachen, die spezifisch für obdachlose Menschen sind. Andererseits sind immer mehr der sich in Berlin aufhaltenden Obdachlosen nicht Deutsch und nicht krankenversichert (s. Kapitel 1.2.5). Dementsprechend sollte bei der Charakterisierung der Versorgungssituation chronisch kranker nicht versicherter Migrant*innen die Versorgung dieser Zielgruppe nicht ausgeschlossen werden. Nur eine der kontaktierten Obdachlosenkliniken lehnte ein Interview ab.

Die Einrichtungen zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen sagten leider aus Kapazitätsgründen ab. Interviews mit Ärzt*innen, die in niedrighwelligen Projekten der Suchthilfe und Gesundheitsförderung mit dem Schwerpunkt „Infektionsprophylaxe“ tätig sind, wären für Interviews von Interesse gewesen, um zu erfahren, ob Migrant*innen ohne Versicherung ihre Angebote in Anspruch nehmen und welche Versorgungsmöglichkeiten dort zur Verfügung stehen. Leider kam kein Interview zu Stande. Zudem gelang es nicht, mehr als eine*n Interviewpartner*in zu finden, die unabhängig von bestehenden Netzwerken und Einrichtungen nicht versicherte Migrant*innen versorgen. Es erfolgten zwei Absagen, eine aus

Kapazitätsgründen, die andere, weil es in der Praxis fast keine nicht versicherten Patient*innen gäbe. Die anderen angefragten Ärzt*innen reagierten auch auf mehrmaliges Nachfragen nicht.

Es ist nicht auszuschließen, dass sich vor allem die Ärzt*innen für ein Interview bereit erklärten, die von Problemen in der Versorgung berichten wollten. Um dem zumindest teilweise vorzubeugen, wurde das Anschreiben so neutral wie möglich und nicht problemfokussiert formuliert. Zusammenfassend lässt sich aber feststellen, dass das gewählte Sample trotz einiger Absagen der angefragten Interviewpartner*innen zur exemplarischen Darstellung der Versorgungssituation nicht versicherter, chronisch kranker Migrant*innen in Berlin und bestehender Einflussfaktoren durchaus geeignet war und unterschiedliche Zielgruppen, Organisationsstrukturen und Fachrichtungen berücksichtigt werden konnten.

Datenerhebung

Die Aussagekraft von qualitativen Interviews kann durch die interviewende Person beeinflusst werden¹¹² (s. Kapitel 2.3.1). Im Falle dieser Arbeit ist erwähnenswert, dass die Doktorandin (CL) zur Zeit der Datenerhebung sowohl Mitglied des Medibüro-Kollektivs war als auch als Sozialberaterin mit nicht versicherten EU-Bürger*innen arbeitete. Das führte dazu, dass manche der Ärzt*innen des Medibüro-Netzwerkes die Gelegenheit nutzten, um Probleme anzusprechen, die die Arbeit des Medibüro betrafen. Um einen unreflektierten Eingang der Vorkenntnisse in den Forschungsprozess möglichst auszuschließen, wurden der Interviewleitfaden und die geführten Interviews (und auch der Prozess der Datenauswertung) durch die Doktorandin (CL), die Betreuer (CH, FH) und die Teilnehmer*innen der begleitend stattfindenden Forschungswerkstatt regelmäßig kritisch hinterfragt.

Datenauswertung

Die Interviews wurden mit Hilfe der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring und Steigleder ausgewertet. Um die an dem Verfahren nach Mayring kritisierte mangelnde Offenheit aufgrund der Anwendung eines rein theoriegeleitet gebildeten Kategoriensystems¹²⁰ zu vermeiden, wurde das modifizierte Modell von Steigleder als Auswertungsmethodik gewählt, bei dem induktiv und deduktiv Kategorien gebildet werden¹²³. Bei der Darstellung der aktuellen Versorgungssituation ließ sich eine gewisse Deskriptivität, die auch an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring kritisiert wird¹⁵⁷, nicht vermeiden. Gleichwohl wurden durch die Analyse der Faktoren, die die Handlungsspielräume der Versorgung beeinflussen, Erkenntnisse gewonnen, die für ehrenamtliche medizinische Versorgung in verschiedenen Kontexten zutreffen. Insgesamt bot das regelgeleitete Verfahren nach Mayring und Steigleder mit der Erstellung eines

Kodierleitfadens die Möglichkeit, transparent und auf intersubjektiv nachvollziehbare Weise Ergebnisse zu erzielen¹⁵⁷ und erwies sich zur Beantwortung der vorliegenden Fragestellung als geeignet.

4.6.2 Inhaltlich

Die vorliegende Arbeit erfasst ausschließlich die ärztliche Perspektive auf die medizinische Versorgung. Handlungsmöglichkeiten und Probleme, die möglicherweise nur von den Patient*innen wahrgenommen werden, kommen dadurch nicht zur Sprache. Dies wäre beispielsweise in Hinblick auf Aspekte wie die Kontinuität der Versorgung von Interesse gewesen. Aus dem für diese Arbeit gewählten Zugang zur Thematik resultiert außerdem, dass die Ergebnisse auf die medizinische Versorgung von Menschen, die die Hilfseinrichtungen und Anlaufstellen aufsuchen, begrenzt bleiben. Über die Versorgungssituation von Menschen, die diese Hilfseinrichtungen nicht aufsuchen, sondern beispielsweise Arztbesuche privat bezahlen, lassen sich keine Aussagen treffen. Zudem beschränkt sich die durchgeführte Untersuchung auf die Möglichkeiten der medizinischen Versorgung in Berlin. In Großstädten existieren im Vergleich zum ländlichen Raum und Kleinstädten vermehrt Angebote der medizinischen Hilfe für nicht Versicherte⁴⁷, sodass die Ergebnisse dieser Arbeit auf die Versorgung außerhalb von Großstädten nur begrenzt übertragbar sind. (Dies zeigt sich ebenfalls an der durch das IfSG gesetzlich geregelten niedrighwelligen Diagnostik und Behandlung von Tuberkulose (und STIs) unabhängig vom Aufenthaltsstatus. Während diese in Berlin durch den ÖGD sichergestellt ist, ist dies nicht in allen Bundesländern gewährleistet⁴⁷.)

Die Analyse der Faktoren, die den Umfang und die Qualität der medizinischen Versorgung beeinflussen, ermöglicht die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf ehrenamtliche medizinische Versorgung in anderen Kontexten. Gleichzeitig gelten sie natürlich nicht nur für chronisch, sondern auch für akut erkrankte Patient*innen. Aber auch hier werden durch die Beschränkung auf die ärztliche Perspektive in der Datenerhebung Einflussfaktoren, die möglicherweise nur Patient*innen bewusst sind, nicht dargestellt. Interessant wäre dies auch in Bezug auf die Einschätzung und den Einfluss des Verhältnisses zwischen Ärzt*innen und Patient*innen gewesen.

Die Ermittlung des Wissensstandes der Ärzt*innen über Zugangsmöglichkeiten zum regulären Versorgungssystem und ihre Zusammenarbeit mit Sozial- und Rechtsberatungen macht deutlich, dass hier durchaus Spielräume zur Verbesserung bestehen. Gleichzeitig wäre zu einer vollständigeren Einschätzung die Perspektive von Sozialarbeiter*innen hilfreich. Die

abschließend geäußerten Vorschläge zur Optimierung der Versorgungsstrukturen sind wichtige Anregungen aus der Praxis, die von sehr konkreten Vorschlägen zur aktuellen Handhabung bis hin zu Veränderungsvorschlägen auf politischer Ebene reichen und deutlich machen, dass aus Sicht der Ärzt*innen Änderungsbedarf besteht.

Insgesamt bietet die vorliegende Arbeit – unter Beachtung der genannten Limitationen – einen ausführlichen Einblick in die ärztliche Perspektive auf Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Versorgung nicht versicherter chronisch kranker Migrant*innen und ehrenamtlicher medizinischer Versorgung insgesamt. Durch die Berücksichtigung nicht versicherter EU-Bürger*innen und ihrer medizinischen Versorgung werden aktuelle demografische Entwicklungen im Patient*innenklientel der Hilfseinrichtungen und Anlaufstellen in Berlin thematisiert.

4.7 Weiterer Forschungsbedarf

Ausgehend von den Ergebnissen dieser Arbeit lässt sich weiterer Forschungsbedarf feststellen. Für eine umfassendere Einschätzung der medizinischen Versorgungssituation nicht versicherter chronisch kranker Migrant*innen und für mögliche Verbesserungen wäre neben der hier erhobenen Perspektive der behandelnden Ärzt*innen auch die der Patient*innen selbst notwendig. Bisher vorliegende Untersuchungen zu den Krankheitserfahrungen undokumentierter Migrant*innen berücksichtigen chronische Krankheiten nur am Rande. Durch narrative oder leitfadenbasierte Interviews mit Patient*innen ließe sich feststellen, wie sich das Leben in der Illegalität auf den Umgang mit chronischen Erkrankungen auswirkt und welche Faktoren seitens der Patient*innen eine kontinuierliche Versorgung erleichtern oder erschweren. Zur Vertiefung der hier umrissenen Aspekte der Interaktion zwischen Ärzt*innen und Patient*innen würde eine detailliertere Analyse dieser in Hilfseinrichtungen bzw. im Kontext ehrenamtlicher medizinischer Versorgung mittels teilnehmender Beobachtung oder Tiefeninterviews mit Ärzt*innen und Patient*innen aufschlussreich sein.

Während sowohl im US-amerikanischen als auch im europäischen Kontext einige Forschungsarbeiten die Perspektive von illegalisierten Migrant*innen auf Gesundheitsversorgung untersuchen, liegen vergleichbare Arbeiten für nicht krankenversicherte EU-Bürger*innen bisher nicht vor, sodass qualitative Untersuchungen zu Krankheitserfahrungen, Umgangsstrategien bei chronischen Erkrankungen und Zugangsbarrieren zu Gesundheitsversorgung auch hier notwendig wären. Besonders aufschlussreich dürften vergleichende Untersuchungen zwischen der Situation von Illegalisierten und der von Migrant*innen mit legalem Aufenthaltsstatus aber ohne

Krankenversicherung bezüglich der Krankheitserfahrungen und der Gesundheitsversorgung aus Sicht der Patient*innen sein. Dabei würde etwa zu berücksichtigen sein, dass es für Menschen aus EU-Ländern theoretisch unkomplizierter ist als für Menschen aus afrikanischen oder asiatischen Ländern, für medizinische Versorgung in ihr Herkunftsland zurückzukehren⁹. Für die Praxis fehlen aber eben Untersuchungen, ob dies tatsächlich eine Möglichkeit ist, die von betroffenen Menschen genutzt wird. Zudem existieren bisher keine Angaben oder Schätzungen dazu, wie viele EU-Bürger*innen ohne Krankenversicherung sich tatsächlich in Deutschland aufhalten. Dies wäre notwendig, um festzustellen, ob die Anzahl nicht versicherter EU-Bürger*innen tatsächlich, wie von Wohlfahrtsverbänden befürchtet¹⁵⁸, zunimmt, um Ursachen zu analysieren und Verbesserungsmöglichkeiten zu erörtern.

Ein weiteres Thema, das in dieser Arbeit nur am Rande erwähnt werden konnte, ist der Einfluss möglicher Vorurteile auf das Verhältnis von Ärzt*innen und Patient*innen. Dazu wären tiefergehende Analysen notwendig, als im Rahmen dieser Arbeit möglich war.

Inzwischen bieten auch die entstehenden Vergabestellen des Anonymen Krankenscheins neue Möglichkeiten für empirische Untersuchungen bezüglich der gesundheitlichen Situation nicht versicherter Migrant*innen. Zwar wird eine Ermittlung des Bedarfs an medizinischer Versorgung bzw. der entstehenden Kosten unmöglich bleiben, da die in Kapitel 1.3.1 genannten Einschränkungen zur Bedarfsermittlung auch für diese Anlaufstellen gelten. Trotzdem bieten sie durch die mögliche Begleitdokumentation neue Ansätze der Datenerhebung, die für quantitative Auswertungen genutzt werden könnte. Fragen nach der Verzögerung des Aufsuchens medizinischer Versorgung oder nach Einflussfaktoren, die es unabhängig von den rein rechtlichen Zugangsbarrieren gibt, ließen sich detaillierter als bisher beantworten. Falls die begleitende Dokumentation in den jeweiligen Vergabestellen ähnlich strukturiert ist, wäre es zudem möglich, die Inanspruchnahme und Behandlungsanlässe in den jeweiligen Bundesländern zu vergleichen. Gleichzeitig ließen sich, wie Kühne (2014) vorschlägt, auch Indikatoren wie die subjektive Gesundheit und die Lebensqualität nicht versicherter Migrant*innen regelmäßig evaluieren⁴⁸.

4.8 Fazit und Ausblick

Fazit

Die vorliegende Arbeit bietet einen detaillierten Einblick in die bisher wenig untersuchte Arbeit von ehrenamtlich in der Versorgung nicht versicherter Migrant*innen tätigen Ärzt*innen. Handlungsmöglichkeiten, aber auch Limitationen, Probleme und Gewissenskonflikte werden ausführlich dargestellt. Bestehende Kenntnisse zur medizinischen Versorgung nicht versicherter

Migrant*innen werden mit dem Fokus auf chronisch kranke Patient*innen vertieft und erweitert. Die Ausführungen der Ärzt*innen über ihre Arbeit und die Fallbeispiele erlauben eine ausführliche Darstellung der aktuellen Versorgungssituation chronisch kranker, nicht versicherter Migrant*innen und machen vor allem die Heterogenität der möglichen medizinischen Versorgung deutlich.

Die generell für die medizinische Versorgung nicht versicherter Migrant*innen beschriebenen Einschränkungen wirken sich auf chronisch kranke Patient*innen verstärkt aus. Eine kontinuierliche Versorgung dieser Patient*innen ist oft nicht möglich. Die Hilfseinrichtungen unterscheiden sich dabei in ihrem Angebot und in ihren Möglichkeiten, chronisch kranke Patient*innen langfristig zu versorgen. Insbesondere diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die nicht direkt innerhalb der ehrenamtlichen Strukturen geleistet werden können, sind oft limitiert durch fehlende finanzielle Mittel. In solchen Situationen sind Improvisation und Mehraufwand seitens der Ärzt*innen notwendig. Unterschiede existieren in der Bereitwilligkeit der Ärzt*innen, nach individuellen Lösungen zu suchen, die über den Rahmen der bereits existierenden Angebote hinausgehen. In der aktuellen Situation leiden einerseits die Patient*innen unter den Einschränkungen der medizinischen Versorgung, andererseits sind aber auch die Ärzt*innen gezwungen, Kompromisse zu finden und Einschränkungen umzusetzen.

Nicht versicherte EU-Bürger*innen stellen eine Gruppe dar, die in allen Einrichtungen behandelt wird. Nach Aussage der befragten Ärzt*innen bestehen im Vergleich zu illegalisierten Patient*innen keine Unterschiede bei den Möglichkeiten und Einschränkungen der medizinischen Versorgung.

Auch Bemühungen um einen Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung bzw. einer Krankenversicherung, die chronisch kranken Patient*innen eine gesicherte medizinische Versorgung ermöglichen würde, spielten eine sehr unterschiedliche Rolle in der Arbeit der befragten Ärzt*innen bzw. der Einrichtungen, für die sie tätig waren. Die dafür notwendige Kooperation mit sozial- und ausländerrechtlichen Beratungsstellen funktionierte nur in Einzelfällen.

Ausblick

Die untersuchte Thematik der Gesundheitsversorgung nicht versicherter Migrant*innen dürfte in nächster Zukunft nicht an Relevanz verlieren. Dita Vogel, Autorin der aktuellsten Schätzung der Anzahl illegalisierter Menschen in Deutschland von 2014, geht in einem Kurzdossier von 2016 davon aus, dass die Zahl dieser in Deutschland steigen werde. Sie begründet diese Prognose mit

der im europäischen Vergleich relativ guten Wirtschaftslage Deutschlands, die auch für Illegalisierte Einkommensmöglichkeiten bietet, sowie mit der gestiegenen Zahl von Asylanträgen und -ablehnungen¹⁵⁹. Durch die zunehmenden Gesetzesverschärfungen für nicht erwerbstätige EU-Bürger*innen wird nach Einschätzungen von Wohlfahrtsverbänden auch die Zahl der EU-Bürger*innen, die sich in Deutschland nicht krankenversichern können, zunehmen¹⁵⁸.

In Berlin finden aktuell Verhandlungen zur Einführung des Anonymen Krankenscheins statt, der auch die Versorgung chronisch erkrankter nicht versicherter Migrant*innen verbessern könnte. Die Beantwortung verschiedener Fragen steht noch aus, beispielsweise inwieweit existierende Spielräume für die Auslegung von §§4 und 6 des AsylbLG (s. Kapitel 1.2.2) genutzt werden. In der momentanen medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Berlin werden diese sehr breit ausgelegt, sodass sie größtenteils dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen entsprechen¹⁵.

Die Ergebnisse dieser Dissertation zeigen, dass eine Trennung zwischen akuten und chronischen Erkrankungen, wie sie vor allem durch §4 AsylbLG angestrebt wird, in der praktischen Arbeit der befragten Ärzt*innen nur bedingt eine Rolle spielt. Entscheidender ist die Frage nach der akuten Behandlungsbedürftigkeit unabhängig von der Ursache. Wie auch die Erfahrungen von Asylsuchenden deutlich machen, kann die Betonung der ausschließlichen Finanzierung der Behandlung von Krankheitszuständen, die unter §§4 und 6 des AsylbLG fallen, dazu führen, dass Ärzt*innen eigentlich notwendige Behandlungen verweigern (s. Kapitel 1.2.2). Vor allem bezüglich der Versorgung behandlungsbedürftiger chronischer Erkrankungen könnte diese Regelung Ärzt*innen verunsichern. Um Sicherheit sowohl für die Patient*innen als auch für die Ärzt*innen zu schaffen, wäre für den Anonymen Krankenschein eine explizit an den Leistungskatalog der GKV angelehnte Versorgung sehr wünschenswert.

Offen bleibt die Frage des Zugangs zu regulärer Versorgung für nicht versicherte EU-Bürger*innen. In Niedersachsen (dort wurde 2016 ein Anonymer Krankenschein eingeführt) wurden sie als Zielgruppe für die Ansprüche auf medizinische Versorgung über den Anonymen Krankenschein ausgeschlossen, in Thüringen ist diese Frage noch nicht abschließend geklärt. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Gesetzeslage und die praktische Umsetzung der sozialrechtlichen Ansprüche nicht erwerbstätiger EU-Bürger*innen weiter entwickeln werden. Momentan sind die Vergabestellen des Anonymen Krankenscheins bzw. die Clearingstellen noch Modellprojekte mit eingeschränkten finanziellen Mitteln. Trotzdem ist ihre Einführung ein erster Schritt auf dem Weg nicht nur zu einer besseren medizinischen Versorgung, sondern auch bei der Umsetzung des

Rechts auf medizinische Versorgung für Illegalisierte. Das Bundesverfassungsgericht konstatierte 2012 in Hinblick auf das Existenzminimum für Asylsuchende: „Die Menschenwürde ist migrationspolitisch nicht zu relativieren“¹⁶⁰. Dies sollte auch für die medizinische Versorgung von nicht versicherten Migrant*innen gelten.

5 Literaturverzeichnis

1. Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. Resolution 217 A (III) der Generalversammlung der Vereinten Nationen vom 10. Dezember 1948.
2. Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte. Resolution 2200 A (XXI) der Generalversammlung der Vereinten Nationen vom 16.12.1966.
3. Suess A, Ruiz Perez I, Ruiz Azarola A, March Cerda JC. The right of access to health care for undocumented migrants: a revision of comparative analysis in the European context. *Eur J Public Health* 2014;24:712-20.
4. Castañeda H. Medical Humanitarianism and Physicians' Organized Efforts to Provide Aid to Unauthorized Migrants in Germany. *Human Organization* 2011;70:1-10.
5. Cyrus N. Aufenthaltsrechtliche Illegalität in Deutschland. Sozialstrukturbildung – Wechselwirkungen – Politische Optionen. Bericht für den Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration, Nürnberg. Oldenburg: Interdisziplinäres Zentrum für Bildung und Kommunikation in Migrationsprozessen, Universität Oldenburg, 2004.
6. Bauder H. Why We Should Use the Term ‘Illegalized’ Refugee or Immigrant: A Commentary. *International Journal of Refugee Law* 2014;26:327-32.
7. Vogel D, Aßner M, Mitrovic E, Kühne A. Leben ohne Papiere - Eine empirische Studie zur Lebenssituation von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere in Hamburg. Hamburg: Diakonie Werk Hamburg, 2009. (Accessed 13.08.18, at: http://www.forum-illegalitaet.de/mediapool/99/993476/data/Hamburg_Studie_Diakonie.pdf)
8. Worbs S, Wolf M, Schimany P. Illegalität von Migranten in Deutschland - Zusammenfassung des Forschungsstandes (Working Paper der Forschungsgruppe des Bundesamtes, 2). Nürnberg: Bundesministerium für Migration und Flüchtlinge, 2005. (Accessed 13.08.18, at: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/35242/ssoar-2005-worbs_et_al-Illegalitaet_von_Migranten_in_Deutschland.pdf?sequence=1)
9. Bommes M, Wilmes M. Menschen ohne Papiere in Köln - eine Studie zur Lebenssituation irregulärer Migranten. Osnabrück: Institut für Migrationsforschung und interkulturelle Studien, Universität Osnabrück, 2007.
10. Schönwälder K, Vogel D, Sciortino G. Migration und Illegalität in Deutschland - AKI-Forschungsbilanz 1. Berlin: Arbeitsstelle Interkulturelle Konflikte und gesellschaftliche Integration (AKI), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), 2004. (Accessed 13.08.18, at: <https://bibliothek.wzb.eu/pdf/2004/iv04-akibilanz1a.pdf>)
11. Vogel D. Update report Germany: Estimated number of irregular foreign residents in Germany (2014). Database on Irregular Migration, Update report, 2015. (Accessed 03.06.18, at: http://irregular-migration.net/fileadmin/irregular-migration/dateien/4.Background_Information/4.5.Update_Reports/Vogel_2015_Update_report_Germany_2014_fin-.pdf)
12. Der Zugang zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltstitel in 11 europäischen Ländern. Paris: Médecins du monde, 2009. (Accessed 13.08.18, at <https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/01/rapport-de-final-couv.pdf>)
13. Asylbewerberleistungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2541) geändert worden ist.

14. Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung "Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes und des Sozialgerichtsgesetzes" - BT-Drs. 18/2592 vom 22.09.2014. Berlin: Flüchtlingsrat Berlin e.V., 2014. (Accessed 13.08.18, at http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Classen_AsyblLG_2014_AS-Ausschuss.pdf)
15. Informationen für die Praxis - Medizinische Versorgung von Asylsuchenden. Berlin: Kassenärztliche Vereinigung Berlin, 2018. (Accessed 13.08.18, at https://www.kvberlin.de/20praxis/70themen/asyl/praxisinfo_asylsuchende.pdf)
16. Aufenthaltsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. Februar 2008 (BGBl. I S. 162), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 8. März 2018 (BGBl. I S. 342) geändert worden ist.
17. Fodor R, Alt J. Rechtlos? Menschen ohne Papiere: Anregungen für eine Positionsbestimmung. Karlsruhe: von Loeper, 2001.
18. Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz vom 29.10.2009. Berlin: Bundesministerium des Innern, 2009. (Accessed 12.06.17, at http://www.verwaltungsvorschriften-im-internet.de/bsvwwbund_26102009_MI31284060.htm)
19. Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis. Berlin: Bundesärztekammer, 2013. (Accessed 13.08.18, at https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Faltblatt_Patienten-ohne-Aufenthaltsstatus_30112013.pdf)
20. Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe. Brüssel: PICUM - Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants, 2007. (Accessed 13.08.18, at http://picum.org/Documents/Publi/2007/Access_to_Health_Care_for_Undocumented_Migrants_in_Europe.pdf#new_tab)
21. Illegal aufhältige Migranten in Deutschland - Datenlage, Rechtslage, Handlungsoptionen. Bericht des Bundesministeriums des Innern zum Prüfauftrag „Illegalität“ aus der Koalitionsvereinbarung vom 11. November 2005, Kapitel VIII 1.2. Berlin: Bundesministerium des Innern, 2007. (Accessed 13.08.18, at https://www.einwanderer.net/fileadmin/downloads/berichte/illegalitaet_-_bmi.pdf)
22. Resolution on Medical Care for Refugees and Internally Displaced Persons. Vancouver, Canada: World Medical Association, 2010. (Accessed 13.08.18, at <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2010/10/Refugees-Oct2010.pdf>)
23. Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1226) geändert worden ist
24. Jahresbericht 2015 - Malteser Migranten Medizin Berlin. Berlin: Malteser Migranten Medizin, 2016. (Accessed 13.08.18, at http://www.malteser-berlin.de/fileadmin/Files_sites/Regionen/NO/Berlin/Berlin/Dienste_und_Leistungen/Malteser_Migranten_Medizin/160314JBMMM2015_web.pdf)
25. Lotty EY, Hämmerling C, Mielck A. Health Status of Persons without Health Insurance and of Undocumented Migrants: Analysis of Data from the Malteser Migranten Medizin (MMM) in Munich, Germany. Gesundheitswesen 2015;77:143-52.

26. Schade M, Heudorf U, Tiarks-Jungk P. The Humanitarian Consultation-hour in Frankfurt am Main: Utilization by Gender, Age, Country of Origin. *Gesundheitswesen* 2015;77:466-74.
27. Langenfeld C, Pries L. Erfolgsfall Europa? Folgen und Herausforderungen der EU-Freizügigkeit für Deutschland. Berlin: Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration, 2013. (Accessed 13.08.18, at: https://www.stiftung-mercator.de/media/downloads/3_Publikationen/Sachverstaendigenrat_deutscher_Stiftungen_Jahresgutachten_2013.pdf)
28. Wanderungsmonitoring: Erwerbsmigration nach Deutschland. Jahresbericht 2015. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2016. (Accessed 06.04.17, at http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/wanderungsmonitoring-2015.pdf?__blob=publicationFile)
29. Der Mythos der "Armutsmigration" - Fakten zur Freizügigkeit aus Rumänien und Bulgarien. Mainz: Initiativausschuss für Migrationspolitik in Rheinland-Pfalz, 2014. (Accessed 13.08.18, at <https://www.ini-migration.de/stellungnahmen.html>)
30. Brücker H, Hauptmann A, Vallizadeh E. Zuwanderer aus Rumänien und Bulgarien - Arbeitsmigration oder Armutsmigration? Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung, 2013. (Accessed 05.04.17, at: <http://doku.iab.de/kurzber/2013/kb1613.pdf>)
31. Freizügigkeitsgesetz/EU vom 30. Juli 2004 (BGBl. I S. 1950, 1986), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 22. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2557) geändert worden ist.
32. Sammlung Europäischer Verträge Nr. 14: Europäisches Fürsorgeabkommen vom 11.12.1953: Council of Europe, 1953.
33. Arbeitshilfe: Ansprüche auf Leistungen der Existenzsicherung für EU - Bürger/-innen. Berlin: Der Paritätische Gesamtverband, 2017. (Accessed 06.06.2017, at http://ggua.de/fileadmin/downloads/tabellen_und_uebersichten/arbeitshilfe2017.pdf)
34. Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S.1228) geändert worden ist.
35. Das Zweite Buch Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitsuchende – in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Mai 2011 (BGBl. I S. 850, 2094), das zuletzt durch Artikel 158 des Gesetzes vom 29. März 2017 (BGBl. IS. 626) geändert worden ist.
36. Gesundheitsversorgung für EU-Bürgerinnen und Bürger in Deutschland. Berlin: Deutsches Rotes Kreuz e.V., 2013. (Accessed 05.04.17, at <https://www.drk-wb.de/download-na.php?dokid=23582>)
37. Sozialleistungen für EU-Ausländer. Berlin: Die Bundesregierung, 2016. (Accessed 09.06.2017, at <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2016/10/2016-10-12-grundsicherung-auslaendischer-personen.html>)
38. Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. IS. 3022, 3023), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) geändert worden ist.
39. Schutzlos oder gleichgestellt? Der Zugang zum Gesundheitssystem für EU-Bürger und ihre Familienangehörigen. Berlin: Der Paritätische Gesamtverband, 2014. (Accessed 06.04.17, at

- http://www.einwanderer.net/fileadmin/downloads/tabellen_und_uebersichten/broschuere_A4_gesundheit-unionsbuerger_web-1.pdf)
40. Merkblatt über die vertragsärztliche Versorgung von Personen, die im Ausland krankenversichert sind. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2013. (Accessed 06.04.17, at https://www.dvka.de/media/dokumente/leistungserbringer/Merkblatt_Aerzte.pdf)
 41. Schäfer-Walkmann S, Bühler S. Gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Menschen in Baden-Württemberg. Eine sozialwissenschaftliche Evaluationsstudie. Stuttgart: Institut für angewandte Sozialwissenschaften, Duale Hochschule Baden-Württemberg, 2011.
 42. Leistungsbeschreibungen für Projekte der Wohnungslosenhilfe und der Straffälligenhilfe in Berlin. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, 2012. (Accessed 06.04.17, at <https://www.berlin.de/sen/soziales/themen/wohnungslose/>)
 43. Positionspapier: Die niedrigschwellige medizinische und zahnmedizinische Versorgung wohnungsloser Menschen muss dringend reformiert werden! Berlin: Runder Tisch der niedrigschwelligen zahn-/ medizinischen Versorgungseinrichtungen obdachloser Menschen in Berlin, 2014. (Accessed 06.04.17, at <http://www.obdachlosigkeit-macht-krank.de/assets/positionspapier---reformbedarf--niedrigschw.-medizin-versorgung-obdachloser.pdf>)
 44. Mylius M. Hospitalization of Migrants without Health Insurance: An Explorative Study of Hospital Healthcare in Lower Saxony, Berlin and Hamburg. *Gesundheitswesen* 2016;78:203-8.
 45. Das Krankenhaus als Nothelfer. Hinweise zur Umsetzung von §25 SGB XII bzw. §6a AsylbLG. Berlin: Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2015. (Accessed 06.04.17, at http://www.dkgev.de/media/file/19499.Anlage_1_Aufwendungserstattungsanspr_d_KH_nach_Nothelferreg_%C2%A7%C2%A7_25_SGB_XII+_6a_AsyblLG.pdf)
 46. Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 20 des Gesetzes vom 18. Juli 2016 (BGBl. I S. 1666) geändert worden ist.
 47. Mylius M. Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland: Studien zur Praxis in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern. Bielefeld: transcript Verlag, 2016.
 48. Kühne A. Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Migranten ohne Aufenthaltsstatus. Hamburg: Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2014.
 49. Vogel D. Illegaler Aufenthalt. Konzepte, Forschungszugänge, Realitäten, Optionen. In: Tränhardt D, Hunger U (Hrsg.). *Migration im Spannungsfeld von Globalisierung und Nationalstaat*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 2003: S.161-79.
 50. Access to Health Care in Europe in Times of Crisis and rising Xenophobia. Paris: Médecins du monde, 2013. (Accessed 13.08.18, at <https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/01/mdm-full-report-crisis-and-rising-xenophobia.pdf>)
 51. Access to Health Care for the most vulnerable in a Europe in social crisis. Focus on pregnant woman and children. Paris: Médecins du monde, 2014. (Accessed 13.08.18, at <http://www.epim.info/wp-content/uploads/2014/05/mdm-access-to-healthcare-europe-2014.pdf>)

52. Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 26 cities across 11 countries. Report on the social and medical data gathered in 2014 in nine European countries, Turkey and Canada. Paris: Médecins du monde, 2015. (Accessed 13.08.18, at <https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/05/mdm-intl-network-full-report-11-countries-18th-may-2015.pdf>)
53. Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 31 cities in 12 countries. Paris: Médecins du monde, 2016. (Accessed 13.08.18, at https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2016/11/observatory-report2016_en-mdm-international.pdf)
54. Schoevers M. "Hiding and Seeking": Health problems and problems in accessing health care of undocumented migrants. Nijmegen, Niederlande: Department of Primary and Community Care, Radboud University, 2011.
55. Castañeda H. Illegality as risk factor: A survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. *Soc Sci Med* 2009;68:1552–60.
56. Experiences of Gömda in Sweden. Exclusion from Health Care for immigrants Living without Legal Status. Stockholm: Médecins sans Frontières, 2005. (Accessed 04.06.2018, at <https://lakareutangranser.se/sites/default/files/reportgomdaswedenen.pdf>)
57. Biswas D, Kristiansen M, Krasnik A, Norredam M. Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark. *BMC Public Health* 2011;11:560.
58. Teunissen E, Van Bavel E, Van Den Driessen Mareeuw F, Macfarlane A, Van Weel-Baumgarten E, Van Den Muijsenbergh M, Van Weel C. Mental health problems of undocumented migrants in the Netherlands: A qualitative exploration of recognition, recording, and treatment by general practitioners. *Scand J Prim Health Care* 2015;33:82-90.
59. Affronti M, Affronti A, Pagano S, Soresi M, Giannitrapani L, Valenti M, Spada EL, Montalto G. The health of irregular and illegal immigrants: analysis of day-hospital admissions in a department of migration medicine. *Intern Emerg Med* 2011;8:561-6.
60. Bodenmann P, Vaucher P, Wolff H, Favrat B, de Tribolet F, Masserey E, Zellweger JP. Screening for latent tuberculosis infection among undocumented immigrants in Swiss healthcare centres; a descriptive exploratory study. *BMC Infect Dis* 2009;9:34.
61. Anderson P. "Dass Sie uns nicht vergessen..." Menschen in der Illegalität in München. München: Sozialreferat München, Stelle für Interkulturelle Zusammenarbeit, 2003.
62. Nitschke H. Zur Lebenssituation von Flüchtlingen und Menschen ohne Papiere in Köln. In: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). *Migration und Öffentlicher Gesundheitsdienst*. Bielefeld: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen, 2005.
63. Huschke S. Kranksein in der Illegalität: Undokumentierte Lateinamerikaner/-innen in Berlin. Eine medizinethnologische Studie. Bielefeld: transcript, 2014.
64. Berk ML, Schur CL. The effect of fear on access to care among undocumented Latino immigrants. *J Immigr Health* 2001;3:151-6.
65. Magalhaes L, Carrasco C, Gastaldo D. Undocumented migrants in Canada: a scope literature review on health, access to services, and working conditions. *J Immigr Minor Health* 2010;12:132-51.

66. Cerda-Hegerl P. Intercultural aspects of medical care for undocumented migrants. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2008;58:136-45.
67. Brabant Z, Raynault MF. Health of migrants with precarious status: results of an exploratory study in Montreal - Part B. *Soc Work Public Health* 2012;27:469-81.
68. Caulford P, Vali Y. Providing health care to medically uninsured immigrants and refugees. *CMAJ* 2006;174:1253-4.
69. Bernhard JK, Goldring L, Young J, Berinstein C, Wilson B. Living with Precarious Legal Status in Canada: Implications for the Well-Being of Children and Families. *Refuge* 2007;24:101-14.
70. Stobbe H. Undokumentierte Migration in Deutschland und den Vereinigten Staaten - Interne Migrationskontrollen und die Handlungsspielräume von Sans Papiers. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, 2004.
71. Brabant Z, Raynault MF. Health situation of migrants with precarious status: review of the literature and implications for the Canadian context - Part A. *Soc Work Public Health* 2012;27:330-44.
72. Alt J. *Leben in der Schattenwelt: Problemkomplex illegale Migration. Neue Erkenntnisse zur Lebenssituation "illegaler" Migranten aus München und anderen Orten Deutschlands.* Karlsruhe: Von Loeper, 2003.
73. Quesada J. Special issue part II: Illegalization and embodied vulnerability in health. *Soc Sci Med* 2012;74:894-6.
74. Hacker K, Chu J, Leung C, Marra R, Pirie A, Brahim M, English M, Beckmann J, Acevedo-Garcia D, Marlin RP. The Impact of Immigration and Customs Enforcement on Immigrant Health: Perceptions of Immigrants in Everett, Massachusetts, USA. *Soc Sci Med* 2011;73:586-94.
75. Maschewsky-Schneider U, Hey M. *Medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus - eine Befragung von Ärzt/-innen in Berlin.* Berlin: Berlin School of Public Health, Charité - Universitätsmedizin Berlin, 2010.
76. Hwang SW. Homelessness and health. *CMAJ* 2001;164:229-33.
77. Nusselder WJ, Slockers MT, Krol L, Slockers CT, Looman CW, van Beeck EF. Mortality and life expectancy in homeless men and women in Rotterdam: 2001-2010. *PloS one* 2013;8:e73979.
78. Hwang SW, Tolomiczenko G, Kouyoumdjian FG, Garner RE. Interventions to improve the health of the homeless: a systematic review. *Am J Prev Med* 2005;29:311-9.
79. Hwang W, Weller W, Ireys H, Anderson G. Out-of-pocket medical spending for care of chronic conditions. *Health Aff (Millwood)* 2001;20:267-78.
80. Gelberg L, Gallagher TC, Andersen RM, Koegel P. Competing priorities as a barrier to medical care among homeless adults in Los Angeles. *Am J Public Health* 1997;87:217-20.
81. Goodman RA, Posner SF, Huang ES, Parekh AK, Koh HK. Defining and measuring chronic conditions: imperatives for research, policy, program, and practice. *Prev chronic Dis* 2013;10:120239.

82. Perrin EC, Newacheck P, Pless IB, Drotar D, Gortmaker SL, Leventhal J, Perrin JM, Stein RE, Walker DK, Weitzman M. Issues involved in the definition and classification of chronic health conditions. *Pediatrics* 1993;91:787-93.
83. Fox J, Richards C. Vital signs: health insurance coverage and health care utilization --- United States, 2006--2009 and January-March 2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2010;59:1448-54.
84. Gulley SP, Rasch EK, Chan L. Ongoing Coverage for Ongoing Care: Access, Utilization, and Out-of-Pocket Spending Among Uninsured Working-Aged Adults with Chronic Health Care Needs. *Am J Public Health* 2011;101:368-75.
85. Hoffman C, Schwartz K. Eroding access among nonelderly U.S. adults with chronic conditions: ten years of change. *Health Aff (Millwood)* 2008;27:340-8.
86. Wilper AP, Woolhandler S, Lasser KE, McCormick D, Bor DH, Himmelstein DU. A national study of chronic disease prevalence and access to care in uninsured U.S. adults. *Ann Intern Med* 2008;149:170-6.
87. Ayanian JZ, Weissman JS, Schneider EC, Ginsburg JA, Zaslavsky AM. Unmet Health Needs of Uninsured Adults in the United States. *JAMA* 2000;284:2061-9.
88. Zhang X, Beckles GL, Bullard KM, Gregg EW, Albright AL, Barker L, Ruiz-Holguín R, Cerqueira MT, Frontini M, Imperatore G. Access to health care and undiagnosed diabetes along the United States-Mexico border. *Rev Panam Salud Publica* 2010;28:182-9.
89. Ayanian JZ, Zaslavsky AM, Weissman JS, Schneider EC, Ginsburg JA. Undiagnosed Hypertension and Hypercholesterolemia Among Uninsured and Insured Adults in the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Public Health* 2003;93:2051-4.
90. Ayanian JZ, Kohler BA, Abe T, Epstein AM. The relation between health insurance coverage and clinical outcomes among women with breast cancer. *N Engl J Med* 1993;329:326-31.
91. Fowler-Brown A, Corbie-Smith G, Garrett J, Lurie N. Risk of Cardiovascular Events and Death - Does Insurance Matter? *J Gen Intern Med* 2007;22:502-7.
92. Wilper AP, Woolhandler S, Lasser KE, McCormick D, Bor DH, Himmelstein DU. Health Insurance and Mortality in US Adults. *Am J Public Health* 2009;99:2289-95.
93. Misbach E, Jenssen J. Gesundheitsversorgung Illegalisierter. Integration in die Regelversorgung statt Entwicklung weiterer Parallelsysteme. Berlin: Dossier Migration und Gesundheit der Heinrich-Böll-Stiftung, 2009. (Accessed 06.04.17, at: <https://heimatkunde.boell.de/2009/04/18/gesundheitsversorgung-illegalisierter-integration-die-regelversorgung-statt-entwicklung>)
94. Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung (Accessed 02.05.2018, at: <https://www.malteser.de/menschen-ohne-krankenversicherung.html>).
95. Medibüros Deutschland - Standorte (Accessed 02.05.2018, at: <http://medibueros.m-bient.com/standorte.html>).
96. Ärzte der Welt - Deutschland (Accessed 27.02.18, at: <https://www.aerztederwelt.org/unsere-projekte/deutschland/deutschland-0>).
97. Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes - Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Abteilung Gesundheit (Accessed 02.05.2018, at: <https://www.senat-bez.de/ueber-uns/gesundheitsdienst>).

- <https://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/oeffentlicher-gesundheitsdienst/struktur-und-aufgaben/>).
98. Medibüro Berlin - Netzwerk für das Recht auf Gesundheitsversorgung aller Migrant*innen (Accessed 02.05.2018, at: <https://medibuero.de/>).
 99. Flick U, von Kardorff E, Steinke I. Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg.). *Qualitative Forschung - ein Handbuch*. 8. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2010: S.13-29.
 100. Schulz M, Ruddat M. Unvereinbare Gegensätze? Eine Diskussion zur Integration quantitativ-qualitativer Ergebnisse. *Soziale Welt: Zeitschrift für Sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis* 2008;59:107-22.
 101. Seipel C, Rieker P. *Integrative Sozialforschung: Konzepte und Methoden der qualitativen und quantitativen empirischen Forschung*. Weinheim und München: Juventa-Verlag, 2003.
 102. Hopf C. Qualitative Interviews - ein Überblick. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg.). *Qualitative Forschung - ein Handbuch*. 8. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2010: S.349-59.
 103. Merrens H. Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg.). *Qualitative Forschung - ein Handbuch*. 8. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2010: S.286-98.
 104. Lamnek S. *Qualitative Sozialforschung: Methodologie*. Bd. 1. 3. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1995.
 105. Kelle U, Kluge S. *Vom Einzelfall zum Typus : Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2010.
 106. Girtler R. *Methoden der qualitativen Sozialforschung : Anleitung zur Feldarbeit*. Wien-Köln-Weimar: Böhlau Verlag, 1992.
 107. Häder M. *Empirische Sozialforschung: eine Einführung*. 3. Aufl. Wiesbaden: Springer VS, 2015.
 108. Mayer HO. *Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung*. 6. Aufl. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag, 2012.
 109. Meuser M, Nagel U. ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz D, Kraimer K (Hrsg.). *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1991: S.441-71.
 110. Helfferich C. *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2011.
 111. Detka C. Mark Twains Dinnerrede zu seinem 70. Geburtstag - eine kleine thematische Einstimmung in den Sammelband. In: Detka C (Hrsg.). *Qualitative Gesundheitsforschung. Beispiele aus der interdisziplinären Forschungspraxis*. Opladen: Verlag Barbara Budrich 2016: S.7-20.
 112. Bortz J, Döring N. *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler : mit 87 Tabellen*. 4. Aufl. Heidelberg: Springer, 2006.

113. Angel-Ajani A. Expert Witness - Notes toward Revisiting the Politics of Listening. In: Sanford V, Angel-Ajani A (Hrsg.). *Engaged Observer: Anthropology, Advocacy and Activism*. New Brunswick, USA: Rutgers University Press, 2006: S.76-92.
114. Finlay L. Negotiating the swamp: the opportunity and challenge of reflexivity in research practice. *Qual Res* 2016;2:209-30.
115. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet* 2001;358:483-8.
116. Kowal S, O'Connell DC. Zur Transkription von Gesprächen. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg.). *Qualitative Forschung - ein Handbuch*. 8. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2010.
117. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 12. Aufl. Weinheim: Beltz, 2015.
118. Dresing T, Pehl T. f4-transkript, Dateiversion 5.4.0.0. 2015.
119. Rössler P. *Inhaltsanalyse*. 2. Aufl. Konstanz: UVK-Verlagsgesellschaft, 2010.
120. Gläser J, Laudel G. *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse - als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2009.
121. Schreier M. Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung* 2014;15: Art. 18.
122. Bartel S, Ohlbrecht H. Perspektiven qualitativer Gesundheitsforschung. In: Detka C (Hrsg.). *Qualitative Gesundheitsforschung - Beispiele aus der interdisziplinären Forschungspraxis*. Opladen: Verlag Barbara Budrich, 2016: S.21-50.
123. Steigleder S. *Die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse im Praxistest: eine konstruktiv kritische Studie zur Auswertungsmethodik von Philipp Mayring*. Marburg: Tectum-Verlag, 2008.
124. Dresing T, Pehl T. f4 analyse Dateiversion 0.1.0.0. 2015.
125. Schreier M. *Qualitative Content Analysis in Practice*. London, Großbritannien: SAGE Publications, 2012.
126. Klug DM. *Krankheitserfahrungen von nicht-dokumentierten Migranten. Eine qualitative Studie*. Hamburg: Institut für Allgemeinmedizin des Zentrums für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2014.
127. Woodward A, Howard N, Wolffers I. Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. *Health Policy Plan* 2014;29:818-30.
128. *Sondergutachten: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Bonn: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009. (Accessed 23.08.18, at: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf)
129. Jensen NK, Norredam M, Draebel T, Bogic M, Priebe S, Krasnik A. Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals? *BMC Health Serv Res* 2011;11:154.

130. Bustamante AV, Chen J. Physicians Cite Hurdles Ranging From Lack Of Coverage To Poor Communication In Providing High-Quality Care To Latinos. *Health Aff (Millwood)* 2011;30:1921-9.
131. Björngren Cuadra C. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *Eur J Public Health* 2012;22:267-71.
132. Dauvrin M, Lorant V, Sandhu S, Devillé W, Dia H, Dias S, Gaddini A, Ioannidis E, Jensen NK, Kluge U, Mertaniemi R, Puigpinós i Riera R, Sárváry A, Straßmayr C, Stankunas M, Soares JJ, Welbel M, Priebe S. Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe. A qualitative study. *BMC Res Notes* 2012;5:99.
133. Salvador Comino MR, Regife García V, Krane S, Schelling J. Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Allgemeinmedizin im deutschen und spanischen Gesundheitssystem. *Z Allg Med* 2015;91:23-7.
134. Torres-Cantero AM, Miguel AG, Gallardo C, Ippolito S. Health care provision for illegal migrants: may health policy make a difference? *Eur J Public Health* 2007;17:483-5.
135. Perez-Molina JAPO, Federico. Evaluación del impacto del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular en España: el caso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2012;30:472-8.
136. Biswas D, Toebes B, Hjern A, Ascher H, Norredam M. Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: a comparative study of Denmark, Sweden, and The Netherlands. *Health Hum Rights* 2012;14:49-60.
137. Björngren Cuadra C. Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27. Country Report: The Netherlands. Malmö, Schweden: Malmö Institute for Studies of Migration, Diversity and Welfare, Malmö University, 2010.
138. van de Sande JSO, van den Muijsenbergh METC. Undocumented and documented migrants with chronic diseases in Family Practice in the Netherlands. *Fam Pract* 2017;34:649-55.
139. Dorn T, Ceelen M, Tang MJ, Browne JL, de Keijzer KJ, Buster MC, Das K. Health care seeking among detained undocumented migrants: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2011;11:190.
140. Castañeda H. Paradoxes of Providing Aid: NGOs, Medicine and Undocumented Migration in Berlin, Germany. Arizona, USA: Department of Anthropology, University of Arizona, 2007.
141. Marckmann G. Kann Rationierung im Gesundheitswesen ethisch vertretbar sein? *GGW* 2010;1:8-15.
142. Strech D, Synofzik M, Marckmann G. How physicians allocate scarce resources at the bedside: a systematic review of qualitative studies. *J Med Philos* 2008;33:80-99.
143. Mallinger JB, Lamberti JS. Psychiatrists' attitudes toward and awareness about racial disparities in mental health care. *Psychiatr Serv* 2010;61:173-9.
144. Monnickendam M, Monnickendam SM, Katz C, Katan J. Health care for the poor - an exploration of primary-care physicians' perceptions of poor patients and of their helping behaviors. *Soc Sci Med* 2007;64:1463-74.
145. Casagrande SS, Gary TL, LaVeist TA, Gaskin DJ, Cooper LA. Perceived Discrimination and Adherence to Medical Care in a Racially Integrated Community. *J Gen Intern Med* 2007;22:389-95.

146. Blanchard J, Lurie N. R-E-S-P-E-C-T: patient reports of disrespect in the health care setting and its impact on care. *J Fam Pract* 2004;53:721-30.
147. Chandler JT, Malone RE, Thompson LM, Rehm RS. "No me ponían mucha importancia": care-seeking experiences of undocumented Mexican immigrant women with chronic illness. *ANS Adv Nurs Sci* 2012;35:24-36.
148. Wawerek N. Illegalität als Risikofaktor? Das Leben ohne regulären Aufenthaltsstatus und dessen mögliche Auswirkungen auf Krankheitsbearbeitung und -entstehung. Eine qualitativ vergleichende Studie. Berlin: Institut für Sozialmedizin, Charité - Universitätsmedizin Berlin, 2008.
149. Castañeda H. Effects of Transitional Measures Associated with EU Integration on Medical Care Access for Central and Eastern European Migrants in Germany. *AJEC* 2011;20:68-86.
150. Huschke S, Twarowska J. Legal, aber nicht versichert. Medizinische Versorgung von neuen EU-BürgerInnen. *Dr med Mabuse* 2011;189:55-7.
151. Mittelkürzung: Senat streicht Geld für Obdachlosenambulanz. Berlin: taz - Die Tageszeitung, 2011. (Accessed 06.06.2017, at <http://www.taz.de/!5105931/>)
152. Huschke S. Performing deservingness. Humanitarian health care provision for migrants in Germany. *Soc Sci Med* 2014;120:352-9.
153. Groß J. Menschen ohne Papiere - es bewegt sich etwas. *Berliner Ärzte* 2009;2:24-5.
154. Evaluationsbericht 2015. Clearingstelle Gesundheitsversorgung Ausländer. Hamburg: Flüchtlingszentrum Hamburg. Zentrale Information und Beratung für Flüchtlinge gGmbH, 2016. (Accessed 06.06.2017, at: <http://www.hamburg.de/integration/service/4097446/evaluationsbericht-clearingstelle/>)
155. Ministerin Steffens: Clearingstelle zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Zuwanderer startet in Münster. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, 2016. (Accessed 06.06.2017, at: <https://www.mgepa.nrw.de/ministerium/presse/pressemitteilungsarchiv/pm2016/pm20161025a/index.php>)
156. Drucksache 17/2621: Unterrichtung. Medizinische Versorgung für Flüchtlinge in Niedersachsen sicherstellen. Hannover: Niedersächsischer Landtag, 2014. (Accessed 06.06.2017, at www.landtag-niedersachsen.de/drucksachen/drucksachen_17_5000/2501-3000/17-2621.pdf)
157. Ramsenthaler C. Was ist "Qualitative Inhaltsanalyse"? In: Schnell MW, Schulz C, Kolbe H, Dunger C (Hrsg.). *Der Patient am Lebensende: Eine Qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2013: S.23-42.
158. Voigt C. Bundesregierung will EU - Bürger*innen aushungern. Münster: Gemeinnützige Gesellschaft zur Unterstützung Asylsuchender e.V., 2016. (Accessed 06.06.2017, at: <http://ggua.de/fileadmin/downloads/unionsbuergerInnen/Aushungern.pdf>)
159. Vogel D. Kurzdossier: Umfang und Entwicklung der Zahl der Papierlosen in Deutschland [AbiB - Arbeitspapier]. Bremen: Arbeitsbereich Interkulturelle Bildung, Universität Bremen, 2016.
160. BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 18. Juli 2012 - 1 BvL 10/10 - Rn. (1-114).

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Charlotte Marie Linke, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: ‚Möglichkeiten und Grenzen der ehrenamtlichen medizinischen Versorgung von nicht versicherten, chronisch kranken Migrant*innen in Berlin‘ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o.) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem Betreuer angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autorin bin, entsprechen den URM (s.o.) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

Anteilerklärung an erfolgten Publikationen

Charlotte Linke hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Linke C, Heintze C, Holzinger F. „Managing scarcity“ – a qualitative study on volunteer-based health care for chronically ill, uninsured migrants in Berlin. BMJ Open. – Eingereicht.

Beitrag im Einzelnen:

- Konzeption der Fragestellung
- Erhebung des Primärdatensatzes
- Auswertung der Daten
- Verfassen des Manuskriptes

Linke C., Heintze C, Bayer G, Holzinger F. Versorgungssituation chronisch kranker Migrant*innen ohne Krankenversicherung – qualitative Expert*innenbefragung. DEGAM Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2015, Bozen. Präsentation als Poster

Beitrag im Einzelnen:

- Konzeption und Erstellung des Posters

Unterschrift, Datum und Stempel des betreuenden Hochschullehrers

Unterschrift der Doktorandin

Lebenslauf

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

Publikationsliste

Linke C, Heintze C, Holzinger F. „Managing scarcity“ – a qualitative study on volunteer-based health care for chronically ill, uninsured migrants in Berlin. *BMJ Open*. – Eingereicht.

Kongressbeitrag mit veröffentlichtem Abstract:

Linke C, Heintze C, Bayer G, Holzinger F. Versorgungssituation chronisch kranker Migrant*innen ohne Krankenversicherung – qualitative Expert*innenbefragung, DEGAM Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2015, Bozen. Posterpräsentation.

Danksagung

Ich möchte vor allem den Ärzt*innen danken, die sich für die Interviews Zeit genommen haben und mir durch ihre Offenheit und ihr Vertrauen detaillierte Einblicke in ihre Arbeit gewährt haben.

Für viele konstruktive Denkanstöße und eine geduldige, sorgfältige Betreuung danke ich meinen Betreuern, Prof. Dr. Christoph Heintze und Dr. Felix Holzinger.

Großer Dank gilt auch all den Menschen, die mich während der Promotion begleitet haben, insbesondere Jessica Horst und Ulrike Wiedersberg für zahlreiches Korrektur-lesen und in-die-Bibliothek-begleiten.

Als *weiße* und von den in dieser Arbeit beschriebenen Ausgrenzungsmechanismen nicht betroffene Person habe ich diese Arbeit aus einer dementsprechend privilegierten Perspektive geschrieben, mit der Gefahr koloniale Macht- und Denkstrukturen eher zu stabilisieren. Nichtsdestotrotz hoffe ich, dass eine kritische Auseinandersetzung mit den aktuell existierenden Hilfsstrukturen einen Teil zur Verbesserung des Zugangs zur medizinischen Versorgung für alle beitragen kann.

Anlagen

Anlage 1: **Leitfaden: medizinische Versorgung chronisch kranker, nicht krankenversicherter Migrant*innen**

Vielen Dank, dass Sie sich zu einem Interview für unsere Studie bereit erklärt haben. Ziel der Arbeit ist, die gesundheitliche Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten, die chronisch krank und in Deutschland nicht krankenversichert sind, aus der Sicht von Ärztinnen und Ärzten zu charakterisieren. Dazu möchten wir mehr über Ihre Erfahrungen und Einschätzungen zur Situation dieser Patientengruppe erfahren.

Einleitende Frage:

Bitte beschreiben Sie erst einmal, wie Ihre (alltägliche) Arbeit mit nicht versicherten Migrant*innen aussieht.

Zum Status quo der medizinischen Versorgung

Fallbeispiele:

Ich würde gerne mit Ihnen über **die** nicht versicherte Migrant*innen sprechen, die chronisch krank sind.

Erzählen Sie doch einmal von dem/der **letzten** chronisch kranken Patient*in, der/die in Ihre Sprechstunde kam.

Fokusse: Herkunftsland und Aufenthaltsstatus
 Krankheit(en)
 Zeitpunkt des Aufsuchens medizinischer Versorgung
 Behandlungsnotwendigkeiten (regelmäßige Konsultationen/Medikamente,
 Diagnostik, OPs)
 Aktuelle Behandlungsmöglichkeiten
 Langfristige Perspektive

Erzählen Sie doch einmal von einem/r chronisch kranken Patient*in, der/die Ihnen **besonders im Gedächtnis** geblieben ist.

Fokusse: Herkunftsland und Aufenthaltsstatus
 Krankheit(en)
 Zeitpunkt des Aufsuchens medizinischer Versorgung
 Behandlungsnotwendigkeiten (regelmäßige Konsultationen/Medikamente,
 Diagnostik, OPs)
 Aktuelle Behandlungsmöglichkeiten
 Langfristige Perspektive

Beratungs- und Behandlungsanlässe:

Welche weiteren chronischen Krankheiten sehen Sie in Ihrer Arbeit häufig? (ggf. mit Fallbeispiel)

Fokuse: HerzKreislauf- und Lungenerkrankungen
 Diabetes
 Krebserkrankungen
 Chronisch verlaufende Infektionskrankheiten
 Psychische Erkrankungen (Suchterkrankungen/Depressionen/ somatoforme
 Erkrankungen)
 Vorsorgeuntersuchungen/ Check-ups
 Stadium der Erkrankung bei Erstkontakt
 Unterschiede zu Versicherten?

Behandlungsmöglichkeiten/Schwierigkeiten

Bitte beschreiben Sie, welche Probleme sich in der medizinischen Versorgung gerade von nicht versicherten Migrant*innen mit chronischen Erkrankungen ergeben.

Fokuse: Schwierigkeiten in der Behandlung von
 - HerzKreislauf- und Lungenerkrankungen
 - Diabetes
 - Krebserkrankungen
 - Chronisch verlaufenden Infektionskrankheiten
 - Psychischen Erkrankungen
 Auswirkungen der Lebensumstände auf die Möglichkeiten der
 Versorgung

Welche Folgen ergeben sich aus den beschriebenen Schwierigkeiten für den Gesundheitszustand der chronisch kranken Patient*innen?

Fokuse: Beispiel(e)!!!

In was für Konflikte geraten Sie persönlich bei der Versorgung chronisch kranker nicht versicherter MigrantInnen?

Fokuse: Diskrepanz zw. ärztlichem Anspruch und realen Versorgungsmöglichkeiten
 Konflikte mit Behörden, Patient*innen

Einfluss des Aufenthaltsstatus

Seit den EU – Erweiterungen gibt es zunehmend auch EU – Bürger*innen in Deutschland, die sich zwar legal hier aufhalten, aber nicht krankenversichert sind und Praxen/ Einrichtungen wie die Ihre nutzen.

Filterfrage: Sehen Sie das auch in Ihrer Einrichtung/Praxis?

Wenn **ja**: Welche chronischen Erkrankungen sehen Sie hier häufig?

Fokusse: HerzKreislauf- und Lungenerkrankungen
 Diabetes
 Krebserkrankungen
 Chronisch verlaufende Infektionskrankheiten
 Psychische Erkrankungen (Suchterkrankungen/Depressionen/ somatoforme
 Erkrankungen)
 Vorsorgeuntersuchungen/ Check-ups (wenn vorher bejaht)
 Stadium der Erkrankung bei Erstkontakt

Sehen Sie Unterschiede in den Versorgungsmöglichkeiten zwischen nicht versicherten Migrant*innen, die sich legal hier aufhalten, und denen, die sich illegalisiert hier aufhalten?

Welche?

Langfristige Perspektive

Lösungsstrategien

Welche informellen Wege und Möglichkeiten haben Sie bei der Versorgung einzelner chronisch kranker Patient*innen?

Fokusse: Regeln innerhalb der Einrichtung
 Regelmäßige Konsultationen/ Regelmäßige medikamentöse Behandlung
 Überweisung zu Fachärzt*innen/ weiterführende Diagnostik/ Stationäre Aufenthalte
 Strategien bei bestimmten chronischen Erkrankungen
 Netzwerke & Kooperationen (z.B. ÖGD)
 Sozial-, Rechtsberatungen (welche?)
 Rückkehr ins Herkunftsland

Was müsste aus Ihrer Sicht geschehen, damit chronisch kranke nicht-versicherte Migrant*innen besser medizinisch versorgt werden?

Abschlussfrage:

Gibt es noch etwas zu dem Thema, dass Sie gerne ansprechen würden?

Anlage 2: **Fragenbogen zu Person und Praxis/Einrichtung**

Teilnehmendencode (Pseudonym, wird von der Studienleitung eingetragen): _____

Alle Angaben sind freiwillig!

Zur Person:

Alter:

20 – 30 30 – 40 40 – 50 50 – 60 60 – 70

Geschlecht: weiblich männlich

Sind Sie:

Arzt/Ärztin in Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin

Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin

Hausärztliche/r Internist*in

Facharzt/-ärztin für _____

Arzt/Ärztin in Weiterbildung zur _____

Zusatzbezeichnungen:

Jahr der Approbation: _____

Ggf.: Jahr der Facharztanerkennung: _____

Zur Einrichtung/Praxis:

Ist ihre Einrichtung/Praxis

an einen Spitzenverband der Wohlfahrtspflege angeschlossen

Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Teil des Medibüro – Netzwerkes

Wie wird Ihre ärztliche Leistung finanziert? (Mehrfachantworten möglich)

- Zuwendungen
- Spenden
- Medibüro
- eigenfinanziert bzw. gar nicht
- _____

Wie werden Sachleistungen (z.B. Medikamente, Laborkosten und andere Diagnostik) finanziert?
(Mehrfachantworten möglich)

- Zuwendungen
- Spenden
- Medibüro
- eigenfinanziert bzw. gar nicht
- _____

Angebotene Diagnostik in ihrer Einrichtung/Praxis:

- EKG
- Belastungs-EKG
- Kleines Labor
- Lungenfunktion
- LZ-EKG
- LZ-RR
- Sonographie
- Röntgen
- Kleine Chirurgie (z.B. Verbände, Wundversorgung)
- _____
- _____

Zur Arbeit mit nicht versicherten Migrant*innen:

Seit wann behandeln Sie nicht versicherte Migrant*innen? _____

Wie häufig etwa behandeln Sie persönlich nicht versicherte Migrant*innen?

- Mehrmals pro Woche
- einmal pro Woche
- monatlich
- quartalsweise
- _____

Wie häufig etwa werden in Ihrer Praxis/Einrichtung nicht versicherte Migrant*innen behandelt?

- Mehrmals pro Woche
- einmal pro Woche
- monatlich
- quartalsweise
- _____

Wie hoch würden Sie den Anteil der chronisch kranken Patient*innen an den nicht versicherten Migrant*innen schätzen?

Wie würden Sie das Verhältnis nicht versicherter EU – Bürger*innen zu Illegalisierten innerhalb Ihres Patient*innenklientels einschätzen?

Anlage 3: **Interview – Protokollbogen**

Nach dem Interview auszufüllen.

Interview Code Nr.:

Datum:

Dauer des Interviews:

Ort des Interviews:

Zur Interviewten Person:

Alter (geschätzt):

Geschlecht:

Zum Interview selbst:

Zusätzliche Informationen, besondere Vorkommnisse bei Kontaktierung oder im Interview:

Interviewatmosphäre, Stichworte zur personalen Beziehung:

Interaktion im Interview, schwierige Passagen: