

# Gesundheit braucht Politik

verein  
demokratischer  
ärztinnen und  
ärzte



Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 1/2020 | Solibeitrag: 5 Euro

## Gesundheit und Krankheit in Zeiten der Abschottung



# Inhalt

- 3 Editorial
- 4 Vera Bergmeyer: Medizinische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland
- 7 Ernst Girth: Zwischen Ethik und Staatsgewalt. Die Rolle der Ärzt\*innen im Abschiebeprozess
- 10 Das System macht krank. Interview mit Jane Wanjiru von Women in Exile
- 12 Stephanie Kirchner: Ankerzentren machen krank. Warum *Ärzte der Welt* ihr Projekt zur psychischen Versorgung von Flüchtlingen abgebrochen hat
- 14 Pressemitteilung: Menschen schützen – nicht Grenzen! vdää fordert Kehrtwende in der Asylpolitik
- I-IV Handreichung
- 15 vdää-Regionalgruppe Hamburg: Abschiebung kranker Menschen
- 17 FIAN stellt sich vor: Einsatz für das Recht auf Nahrung
- 18 Carola Wlodarski-Şimşek und Olga Ungurs: Der Anonyme Krankenschein. Das Praxisbeispiel Thüringen
- 20 Pressemitteilung: Grotteske Fehlleistung. Gesundheitsminister setzt Pflegepersonaluntergrenzen wegen Corona außer Kraft
- 21 Appell vom 20. März 2020: Menschen und ihre Rechte schützen!
- 22 Permanent Peoples Tribunal
- 23 Charlotte Linke: Andauernder Ausnahmezustand. Gesundheitsversorgung Geflüchteter auf Lesbos
- 26 Felix Ahls, Thomas Kunkel, Nadja Rakowitz, Bernhard Winter: Wehret den Anfängen. Zum Umgang mit antisemitischen Kommentaren im Deutschen Ärzteblatt
- 27 Das Medinetz Tübingen e.V. stellt sich vor

Liebe vdää-Mitglieder,

dem Heft 4 unserer Zeitschrift legen wir seit einigen Jahren die Vereinsnachrichten mit Rechenschaftsbericht, Protokoll der Mitgliederversammlung und Bilanzen bei (eine kodierte A5-Broschüre). Das war auch 2019 so geplant, aber nur eines der beiden Pakete mit den kodierten Beilagen war beim Versender angekommen. Bislang haben also ca. die Hälfte der Mitglieder die Vereinsnachrichten bekommen. Deshalb haben wir sie nun bei der anderen Hälfte beigelegt. Sollten Sie dennoch beide Hefte ohne die Beilage bekommen haben, melden Sie sich gerne bei der Geschäftsstelle und wir schicken sie Ihnen als pdf-Datei oder als Papier-Kopie.

Wir bitten noch mal um Entschuldigung

Nadja Rakowitz

# Termine

- 17./18.06.2020 **Gesundheitsministerkonferenz** in Berlin
- 06.-08.11.2020 **Jahreshauptversammlung** und Gesundheitspolitisches Forum des vdää in Berlin

## Der vdää

ist bundesweit organisiert; er setzt sich für eine soziale Medizin, für die Demokratisierung der Gesundheitsversorgung und der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein. Er nimmt Einfluss auf die Gesundheitspolitik und unterstützt den Widerstand gegen die Ökonomisierung der Medizin.

Sollten Sie von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Gerne können Sie sich auch online über den vdää-Newsletter auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist die Vereinszeitung, die viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

## Redaktion

Felix Ahls, Jonas Schaffrath, Elena Beier, Thomas Kunkel, Mareike Ledigen, Eva Pelz, Nadja Rakowitz, Andrea Schmidt, Ben Wachtler, Bernhard Winter

## Impressum

Gesundheit braucht Politik 1/2020  
ISSN 2194-0258  
Hrsg. vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte  
V.i.S.d.P. Thomas Kunkel / Bernhard Winter

## Bilder dieser Ausgabe

Die Bilder sind aus: »Der kälteste Sommer. Drei wahre Fluchtgeschichten als Comic«, hg. von der Rosa Luxemburg Stiftung Athen, Mai 2016 – Wir bedanken uns bei der RLS, dass wir die Bilder nutzen durften.

## Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal  
Telefon 0 61 81 – 43 23 48  
Mobil 01 72 – 1 85 80 23  
Email [info@vdaee.de](mailto:info@vdaee.de)  
Internet <https://www.vdaee.de/>  
<https://gpb.vdaee.de/>

Bankverbindung:  
Postbank Frankfurt  
IBAN: DE97500100600013747603  
BIC: PBNKDEFFXXX  
Satz/Layout Birgit Letsch  
Druck Hoehl-Druck

# Editorial

Schon bevor das Thema Flucht durch die Eskalation an der griechisch-türkischen Grenze und auf den griechischen Inseln mit all seinem Schrecken wieder in die mediale Öffentlichkeit trat, hatten wir diese Ausgabe über die Gesundheitsversorgung von Geflüchteten geplant. Und auch bevor sich das Infektionsgeschehen mit SARS-CoV-2 zu einer Pandemie entwickelt hatte und das gesellschaftliche Leben überschattet und durchdrungen hat. Umso wichtiger, dass diese Ausgabe sich Themen widmet, die dadurch noch effektiver verdrängt werden.

Die massive direkte Gewalt durch europäisches Militär und Polizei, die von der EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen als »europäisches Schutzschild« gelobt wurde, hat noch mal vor Augen geführt, was seit Jahren den Umgang der deutschen und europäischen Regierungen mit flüchtenden Menschen ausmacht: Abschottung um jeden Preis. In unserer hier abgedruckten Pressemitteilung vom 10. März fordern wir eine grundlegende Umkehr und das Ende dieser Abschottungspolitik, die täglich Tote, Verletzte und unerträgliches Leid verursacht. Wir veröffentlichen hier außerdem einen gemeinsamen Appell der *Medinetze/Medibüros*, der *Landesflüchtlingsräte* und *We'll Come United*, mit dringend umzusetzenden Forderungen in Bezug auf die epidemische Situation in Deutschland.

Auf dem Nährboden des wachsenden Rassismus, der Islamfeindlichkeit und des Nationalismus wurde die Abschottung auch im Inneren der Bundesrepublik weiter vorangetrieben. Wir wollen diese mit der vorliegenden Ausgabe auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung darstellen und mit einer Handreichung in der Mitte des Heftes praktische Hinweise geben zum Verfassen ärztlicher Berichte für geflüchtete Patient\*innen.

Vera Bergmeyer beschreibt, wie die Gesundheitsversorgung für geflüchtete Menschen in Deutschland organisiert ist. Es wird deutlich, auf welchen rechtlichen Grundlagen das Sondersystem für Asylsuchende und Geduldete basiert und wie Menschen ohne Aufenthaltsstatus von medizinischer Versorgung abgeschnitten werden. Carola Wlodarski-Şimşek und Olga Ungurs stellen das Projekt für einen Anonymen Krankenschein in Thüringen und das Medinetz Tübingen stellt sich selbst vor. Jane Wanjiru von *Women in Exile* äußert sich im Interview mit GbP zur unzureichenden Gesundheitsversorgung insbesondere geflüchteter Frauen, beschreibt ihren Kampf gegen die Lagerunterbringung und den rassistischen Status quo. Die Zustände in den bayrischen Lagern für Asylsuchende, den sogenannten ANKER-Zentren, sind seit Langem Anlass für Kritik von Menschenrechtsaktivist\*innen. Die Lage der Menschen dort ist so unwürdig, dass sich *Ärzte der Welt* 2019 unter Protest von dort zurückgezogen hat, wie Stephanie Kirchner berichtet. Einen Überblick über die Lage auf Lesbos gibt Charlotte Linke, die mehrfach als Ärztin dort in der Unterstützung Geflüchteter tätig war. Die Hamburger Regionalgruppe des vdää kritisiert in ihrem Beitrag Abschiebungen kranker Menschen und Ernst Girth widmet sich dem problematischen Konflikt zwischen der ärztlichen Beteiligung daran und der Berufsordnung und -ethik.

Nicht nur die faschistische AfD, sondern auch CDU, CSU und SPD haben mit ihren Gesetzen und ihrer Stimmungsmache dazu beigetragen, dass die latent vorhandenen rassistischen,

homo- und transfeindlichen und antisemitischen Ressentiments nun lauter und klarer artikuliert werden. Diesen Worten folgen nun vermehrt Taten, die über das Maß hinausgehen, an welches sich die deutsche Gesellschaft schon gewöhnt hatte. Diese reichen von scheinbar harmlosen aber vor allem für die Betroffenen eindeutigen Gesten und Sätzen, Benachteiligungen (z.B. bei Bildung, Arbeit, Wohnungssuche), herabwürdigenden Aussagen, Beschimpfungen (u.a. gegen Menschenrechtsaktivist\*innen und Politiker\*innen) sowie Ausgrenzungen bis hin zu gewalttätigen Angriffen und Mord.

Der Rechtsruck der Gesellschaft ist nicht nur Ursache, sondern auch eine Folge der Abschottungspolitik der Regierungsparteien. Wer Menschen durch Gesetze und Worte ausgrenzt und zu Fremden macht, gibt sie zum Abschuss frei. Das klingt hart. Nationalistisch und rassistisch als »Andere« markierte Menschen, Schutzsuchende und Menschen mit einem anderen Glauben als dem christlichen spüren das in Deutschland aber sehr real am eigenen Leib. Nach den Morden im Februar in Hanau sagte Seda Başay-Yıldız, Nebenklageanwältin im NSU-Prozess<sup>1</sup>: »Mein Sohn soll nicht umsonst gestorben sein, sagt die Mutter von Ferhat Unvar, der in Hanau ermordet wurde. Leider wird es so sein. Er ist umsonst gestorben. Genau wie alle anderen. Sie, ihr Sohn und alle anderen gehören nicht zu Deutschland, wie Bundesinnenminister Seehofer vor zwei Jahren verkündete. Die Migration sei die Mutter aller Probleme und der Islam gehöre nicht zu Deutschland. Von einer »Zäsur« wird nur gesprochen, wenn Biodeutsche getötet werden. Nicht die Höckes und Konsorten sind unser Problem. Wer als Innenminister einer wohlgerückt christlichen Partei, der für die innere Sicherheit in diesem Land und damit für die Sicherheit aller Bürger in diesem Land verantwortlich ist, so etwas sagt, braucht sich nicht zu wundern, wenn andere den Abzug drücken.«

Die zerstörerischen rechten Tendenzen sind weder natürlicher Bestandteil jeder Gesellschaft noch durch reine Appellpolitik zu bekämpfen. Die neoliberale Politik sowohl der CDU/CSU, FDP, SPD als auch der Grünen hat jahrzehntelang Institutionen der solidarischen Daseinsvorsorge und den Sozialstaat ausgehöhlt. Das dadurch entstandene Primat des Ökonomischen, der Konkurrenz und des Individualismus hat mit zum Rechtsruck beigetragen, wird aber aktuell mancherorts durch die Ausnahmesituation der SARS-CoV-2-Pandemie in Frage gestellt, was eine Chance darstellen könnte. Der zaghafte Hoffnung auf ein gesellschaftliches Zusammenwachsen und der Orientierung an menschlichen statt ökonomischen Bedürfnissen steht aber die voranschreitende nationalistische Spaltung und weiterhin die scheinbare Alternativlosigkeit gegenüber. Die wohl in den nächsten Monaten und Jahren bevorstehende Wirtschaftskrise und Verarmung weiterer Gesellschaftsschichten könnte sowohl eine politische, emanzipatorische Kraft entwickeln als auch Abschottung, Autoritarismus und Entsolidarisierung weiter vorantreiben. Weder Neoliberalismus noch Rassismus sind in Stein gemeißelte gesellschaftliche Verhältnisse und wenn, dann arbeiten wir halt daran, den Stein aus dem Weg zu räumen.

Felix Ahls (Ko-Vorsitzender)

1 <https://taz.de/Protokolle-nach-Hanau/!5666868/>, 27.02.2020

# Medizinische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland

Von Vera Bergmeyer

Die medizinische Versorgung geflüchteter Menschen ist seit vielen Jahren Gegenstand fachlicher Kritik, auch weil sich durch viele unterschiedliche regionale und lokale Regelungen und wechselnde Zuständigkeiten ein Flickenteppich an strukturellen Begebenheiten entwickelt hat. Vera Bergmeyer gibt in diesem Artikel einen Überblick über die rechtlichen und verwaltungsmäßigen Grundlagen.

Die medizinische Versorgung Geflüchteter wird in Deutschland über das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt (s.a. Kasten 1). In Erstaufnahmezentren werden Geflüchtete zunächst über den medizinischen Dienst versorgt, bis sie einer Kommune zugewiesen werden. In Abhängigkeit von den lokalen Gegebenheiten sind die Bedingungen und medizinische Versorgungslage sehr unterschiedlich.

## ■ Asylsuchende und Menschen mit Duldung

### a) Die ersten 18 Monate

#### Medizinischer Dienst

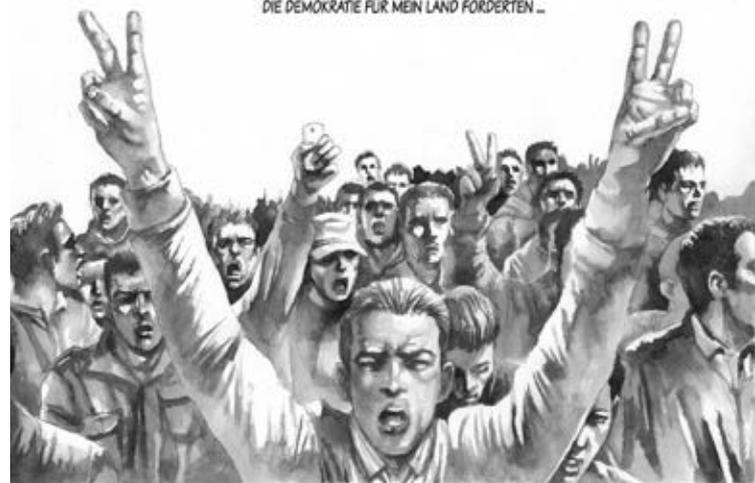
In den Erstaufnahmezentren wird die medizinische Versorgung einschließlich der Erstuntersuchung i.d.R. über medizinische Dienste geregelt. Solange die Geflüchteten nicht einer Kommune zugewiesen sind, ist das Land für die Versorgung zuständig. In dieser Zeit dürfen die Patient\*innen häufig ausschließlich Sprechstunden vor Ort wahrnehmen, die eine eingeschränkte Versorgung anbieten. Die fachärztliche Weiterleitung wird oft ganz verweigert oder sehr restriktiv gehandhabt. Viele Geflüchtete verbleiben Monate unter diesen Bedingungen. Die Einblicke von außen in diese medizinische Versorgungslage sind begrenzt. Die sogenannten Ankerzentren, in denen Menschen ihr gesamtes Asylverfahren ggf. bis zur Abschiebung bleiben, verschärfen die Situation (siehe Seite 12 dieser Ausgabe).

#### Krankenschein (Behandlungsschein)

Mit der Zuweisung liegt der Sicherstellungsauftrag für die Gesundheitsversorgung bei der Kommune. Die meisten Kommunen regeln die Behandlungen über Krankenscheinvergabe. Die Verfahren und der Zugang zu qualifizierter Behandlung sind lokal sehr unterschiedlich: Mancherorts geben die Sozialbehörden die Krankenscheine quartalsweise aus, in anderen Kommunen auf Anfrage im Bedarfsfall und teilweise nur nach vorheriger Prüfung. Diese Prüfungen erfolgen entweder durch Behördenpersonal oder über medizinische Sprechstunden. Die Genehmigung einer Untersuchung/Behandlung durch nichtmedizinisches Personal hat in der Vergangenheit oft zu Kritik geführt. Immer wieder werden schwerwiegende

IN DIESER GESCHICHTE, IN DER ICH KEINEN NAMEN HABE, BIN ICH EIN MENSCH AUS SYRIEN, DER VOR 40 JAHREN GEBOREN WURDE ... ICH BIN ALL JENE MENSCHEN, DIE VERSUCHEN, IHR LEBEN SELBST IN DIE HAND ZU NEHMEN ...

UND SO BEGINNT MEINE GESCHICHTE MIT DER REVOLUTION VON 2011, MIT DEMONSTRATIONEN, DIE DEMOKRATIE FÜR MEIN LAND FORDERTEN ...



Gesundheitsschäden, Chronifizierung und Todesfälle beschrieben, weil Behördenmitarbeiter\*innen oder Sicherheitspersonal (im Akutfall) die Krankheitslage nicht richtig einschätzen können.

Viele Ärzt\*innen und Kliniken verkennen aus Unsicherheit oder Unkenntnis, dass Geflüchtete im Bedarfsfall einen Rechtsanspruch auf eine normalumfangreiche medizinische Versorgung und Diagnostik haben (siehe Kasten 2). Auch chronische Erkrankungen, die akut werden können, unterlie-

#### KASTEN 1:

Nach §§4 und 6 AsylbLG haben Asylsuchende Anspruch auf Versorgung bei akuter Erkrankung und Schmerzzuständen, Schwangerschaft und Geburt sowie Schutzimpfungen. Im Einzelfall können insbesondere die zur Sicherung der Gesundheit unerlässlichen Leistungen gewährt werden (zur Interpretation s.a. <https://gesundheit-gefluechtete.info>).

## Kasten 2:

Landessozialgericht Hessen, Beschluss vom 11.07.2018 (Az.: L 4 AY 9/18 B ER) Behandlung nach dem AsylbLG heißt nicht billig, verkürzt oder reduziert.

gen dieser Maßgabe. Die Krankheitslast, die aus restriktiven und verzögernden Verfahren in Deutschland entsteht, ist bisher wenig bis gar nicht untersucht. Die immer wieder beschriebenen Einzelfälle durch NGOs weisen auf relevante Menschenrechtsverletzungen hin.

### Die elektronische Gesundheitskarte (eGK)

In einigen Bundesländern wird die medizinische Behandlung bereits in den ersten 18 Monaten des Aufenthalts mittels Krankenkassenbetreuung und eGK durchgeführt, sobald die Geflüchteten einer Kommune zugewiesen sind. Ziel ist dabei, die Versorgung auf Grundlage des AsylbLG für alle Seiten handhabbar und effizient zu machen, so dass medizinische Erfordernisse unverzüglich und ohne größeren organisatorischen Aufwand vorgenommen werden können.

Bremen und Hamburg haben dieses Verfahren bereits 2005 bzw. 2012 landesweit eingeführt. Berlin, Schleswig-Holstein und Brandenburg zogen 2016 nach, Thüringen 2017. Seit 2015 gibt es gesetzlich die Möglichkeit für die Bundesländer (§ 264 Abs. 1 SGB V), Rahmenverträge mit Krankenkassen abzuschließen, auf deren Grundlage die Kommunen nach landesweit einheitlichen Bedingungen die eGK einführen können. In Niedersachsen, NRW und Rheinland-Pfalz führten nur einzelne Kommunen die eGK ein. Dies liegt z.T. an finanziell nachteilig ausgehandelten Bedingungen für die Kommunen, v.a. aber am politischen Willen der Kommune. Abbildung 1 zeigt einen Überblick über die Ausgabe der eGK in den einzelnen Bundesländern.

### Was bedeutet Status 9?

Beim Einlesen der eGK ist das Statusfeld mit der Ziffer 9 gekennzeichnet. Dies weist die Ärzt\*in darauf hin, dass die Behandlung über das AsylbLG (§§ 4, 6) geregelt ist, in Abgrenzung zum Leistungskatalog des SGB V. Auch wenn die Rahmenverträge unterschiedliche Schwerpunkte setzen, haben sie eines gemeinsam: Die Vertragsärzt\*in hat die Entscheidungshoheit darüber, welche Diagnostik und Therapie bei der Patient\*in zur Genesung oder Linderung der Erkrankung erforderlich ist. Hierfür bedarf es keiner Vorab-Genehmigung. Diese müssen nur für Leistungen wie orthopädische Hilfen, häusliche Krankenpflege u.a. eingeholt werden, welche auch im Regelbetrieb antragspflichtig sind (s. Kasten 3). Einige dieser Antragsleistungen wie Haushaltshilfe, Vorsorgekuren, Künstliche Befruchtung oder DMP werden bei Status 9 grundsätzlich nicht bewilligt.

### b) Nach 18 Monaten

Nach 18 Monaten (bis 01.09.2019 waren es 15 Monate) bestehen Ansprüche auf Sozialleistungen nach dem SGB XII und damit auf eine eGK mit Status 4. Die Geflüchteten werden dann analog zum Sozialgesetzbuch wie regulär behandelt. Sprachmittlung kann darin nicht abgerechnet werden, was



Einführung der eGK für Geflüchtete in den ersten 18 Monaten

## Kasten 3:

Einige Leistungen wie Hilfsmittel, Zahnersatz, Sehhilfen, Psychotherapie werden nur im Einzelfall genehmigt. Es ist wichtig, die Patient\*innen durch Antragsstellung in ihrem Anliegen zu unterstützen.

ein Gegenstand konstanter Kritik der Leistungserbringer ist (119. Deutscher Ärztetag 2016, Beschlüsse I 53 und I 31).

### ■ Menschen ohne Aufenthaltsstatus (Papierlose)

Menschen ohne Aufenthaltsstatus haben in Deutschland über Art. 1 GG sowie über §1 AsylbLG Anspruch auf medizinische Versorgung. Da hierbei eine Weiterleitung ihrer Daten an die Ausländerbehörde erfolgt (§87 Aufenthaltsgesetz) und damit eine Abschiebung droht, wird der Anspruch i.d.R. nicht geltend gemacht. Aus diesem Grund haben sich in den letzten 25 Jahren lokale Initiativen aus antirassistischen und humanitären Strukturen gebildet, die eine medizinische Versorgung ohne Datenweiterleitung möglich machen: MediNetze/Medi-büros/medizinische Flüchtlingshilfen (an 37 Orten bundesweit), die Maltester Migrant\*innenmedizin (an 22 Orten), Ärzte der Welt (an 3 Orten), eine größere Zahl an Obdachlosenmedizinprojekten. Neben diesen gibt es seit einigen Jahren einige wenige Projekte von staatlicher bzw. öffentlicher Seite, die versuchen, reguläre Angebote für diese Personengruppe zu schaffen.

**Anonymer Krankenschein (AK):** Über eine Ausgabestelle erhalten Menschen ohne Aufenthaltsstatus einen Kran-

ICH WAR EINER DER ERSTEN, DIE VON DER POLIZEI VERHAFTET WURDEN.



15 TAGE LANG HABEN SIE MICH GESCHLAGEN UND GEFOLTERT.



UM FREIZUKOMMEN, MUSSTE ICH EIN PAPIER UNTERSCHREIBEN, MIT DEM ICH MICH VERPFLICHTETE, NIE WIEDER AN EINER DEMONSTRATION TEILZUNEHMEN.

kenschein, mit dem sie zu einer Ärzt\*in ihrer Wahl gehen können. Die Behandlung kann zu einem vereinbarten Satz über einen Fonds abgerechnet werden. Die Daten werden nicht an die Behörden weitergeleitet. In Hannover und Göttingen wurde der AK als Modellprojekt über drei Jahre durchgeführt und zum 30.11.2018 aufgrund politischen Wechsels beendet. In Thüringen läuft der AK mit 26 Ausgabestellen seit 2017 erfolgreich.

#### ■ Clearingstellen mit Notfallfonds:

Clearing bedeutet Beratung zur möglichen Integration ins reguläre Gesundheitswesen. Das Clearing führt vor allem bei EU-Bürger\*innen und bei Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit immer wieder zur erfolgreichen Integration. Auch bei diesem Modell werden Menschen bei Bedarf mittels Krankenschein an Ärzt\*innen vermittelt, die eine Rechnung zum ver-

einbarten Satz an den Notfallfonds stellen. Anlaufstellen dieser Art gibt es in Düsseldorf und Hamburg seit 2015, in Berlin seit 2018 und in Leipzig seit 2019; in München ist sie derzeit in Umsetzung.

**Humanitäre Sprechstunden:** In Frankfurt (seit 2001), Bremen (seit 2009) und Wiesbaden (seit 2011) gibt es Angebote, in denen mehrmals wöchentlich Ärzt\*innen, angebunden an das örtliche Gesundheitsamt, Migrant\*innen ohne geregelte Krankenversicherung eine medizinische Basisversorgung anbieten.

#### ■ Notfallbehandlung im Krankenhaus

Im Notfall/Eilfall muss ein Krankenhaus die medizinische Versorgung auch bei Menschen ohne Aufenthaltsstatus vornehmen und per Gesetzeslage eine (teilweise) Honorierung erhalten, ohne dass dies zur Weiterleitung der Daten an die Ausländerbehörde führt (Verlän-

#### Kasten 4:

Medizinisches Personal macht sich bei Behandlung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus nicht strafbar (s. §96 AufenthG i.V.m. Vor. 95.1.4 AufenthG-VwV).

gerter Geheimnisschutz §88 AufenthG i.V.m. 88.2.4ff., Verwaltungsvorschrift zum AufenthG 2009). In der Praxis zeigen sich hohe formale Hürden, sodass es fast nie zur Zahlung der Behandlung kommt. In der Folge weisen einige Krankenhäuser Nichtversicherte von vornherein ab, obwohl ggf. Not- bzw. Eilfälle vorliegen. Viele Menschen gehen ihrerseits gar nicht erst ins Krankenhaus, weil sie fürchten, ihre Daten werden an die Ausländerbehörde weitergegeben. Die medizinische Notfallversorgung für Menschen ohne Aufenthaltsstatus und andere Nichtversicherte in Deutschland ist fernab davon, geregelt und ausreichend zu sein.

*Vera Bergmeyer ist Ärztin, Mitredakteurin der Homepage [gesundheits-gefluechtete.info](http://gesundheits-gefluechtete.info) und im MediNetz Bremen aktiv.*

#### Literatur:

Arbeitspapier der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität (April 2017): Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere

Arbeitspapier der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität (August 2019): Notfallhilfe im Krankenhaus für Menschen ohne Papiere

Bundesärztekammer (9.3.2016): Montgomery: Asylsuchende und Flüchtlinge brauchen eine Gesundheitskarte; <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/landesaerztekammern/aktuelle-pressemittelungen/news-detail/montgomery-asylsuchende-und-fluechtlinge-brauchen-eine-gesundheitskarte/> Kampagne Gesundheit für Geflüchtete, o.J.: Gesundheit für Geflüchtete. Informationsportal von Medibüros/Medinetzen; <http://gesundheits-gefluechtete.info>

Wächter-Raquet, Marcus (Mai 2016): Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge – Der Umsetzungsstand im Überblick im Bundesländer. Eine Expertise im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung; [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Integrierte\\_Krankenversicherung/Ueberblick\\_Gesundheitskarte\\_Fluechtlinge\\_Mai2016.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Integrierte_Krankenversicherung/Ueberblick_Gesundheitskarte_Fluechtlinge_Mai2016.pdf)

## Neue Broschüre

Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser – Kritik und Alternativen

Wir haben die Broschüre komplett überarbeitet: die Zahlen aktualisiert, die neue Gesetzeslage erläutert und neue Kapitel hinzugefügt.

Bestellung (Name, Anschrift, Anzahl): [info@krankenhaus-statt-fabrik.de](mailto:info@krankenhaus-statt-fabrik.de)

Infos: <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/>



# Zwischen Ethik und Staatsgewalt

## Ernst Girth über die Rolle der Ärzt\*innen im Abschiebeprozess

### ■ Berufsethische Grundlagen

Ärzt\*innen unterliegen in ihrer beruflichen Tätigkeit der Ärztlichen Berufsordnung und dem Ärztlichen Gelöbnis der Weltärztebund Deklaration von Genf (revidierte Fassung von 2017, 68. Generalversammlung des Weltärztebundes, Chicago, USA). Hier heißt es u.a.: »Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten.« »Ich werde, selbst unter Bedrohung, mein medizinisches Wissen nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anwenden.« In den Berufsordnungen der Landesärztekammern werden diese Grundsätze und ihre Sanktionen bei Nichteinhaltung weiter ausgeführt.

Einige für die Praxis sehr wichtige Formulierungen betreffen die Gewissenhaftigkeit (Berufsordnung der Landesärztekammer Hessen, LÄKH): »Ärztinnen und Ärzte haben ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen bei ihrer Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Sie haben dabei ihr ärztliches Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten.« »Eine gewissenhafte Ausübung des Berufs erfordert insbesondere die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse.«

Diese Grundsätze gelten grundsätzlich für alle Ärzt\*innen, da sie alle Pflichtmitglieder einer Ärztekammer sind. In den Heilberufsgesetzen der Bundesländer werden allerdings beamtete Ärzt\*innen von den Sanktionen der ärztlichen Berufsgerichte ausgenommen, da sie dem Berufsrecht ihres »Dienstherren« unterliegen. Lediglich in Hessen wurde 2004 dieser Passus des Heilberufsgesetzes gestrichen. Im Rest des Landes setzt dieser Anachronismus beamtete Ärzt\*innen unter einen unverantwortlichen Druck, da sie die Forderungen ihrer Berufsordnung nur durch große Standhaftigkeit einhalten können und Loyalitätskonflikte aushalten müssen. Ich werde auf diesen Anachronismus noch zurückkommen, da er für die Abschiebungspolitik der letzten Jahre ganz wesentlich ist.

### ■ Gutachten und Stellungnahmen (v.a. Reisefähigkeit)

Eine besondere Rolle spielen Ärzt\*innen bei Gutachten und hier vor allem den so genannten Flugreise-Tauglichkeitsbescheinigungen. Diese ursprünglich vor allem von der Bundespolizei betriebene und verteidigte Maßnahme sollte deren Beamt\*innen davor schützen, Kranke abzuschieben, und war der Tatsache geschuldet, dass zwischen Asylverfahren und

Abschiebung ein oft sehr langer Zeitraum liegt. Selbst wenn, was keineswegs immer der Fall ist, im Asylverfahren der Gesundheitszustand erfasst worden wäre, sei dies für die aktuelle Situation nicht mehr brauchbar, so die Begründung.

Von ärztlicher Seite wurde die Flugreisetauglichkeitsuntersuchung deshalb auch nie grundsätzlich in Frage gestellt, vielmehr immer wieder der Versuch kritisiert, diese Untersuchung auf vordergründige Erfassung somatischer Flugreisehindernisse zu reduzieren. Im Mittelpunkt ärztlicher Kritik standen hierbei die Traumata der Betroffenen von Flucht und Vertreibung, Vergewaltigungen und Kriegserlebnissen, deren Bedeutung in den meisten Asylverfahren zu kurz kommen und die, wie wir aus den Forschungen über Traumata inzwischen wissen, jederzeit wieder aufbrechen können, vor allem wenn sie durch Ängste bei der Abschiebung und Ängste vor einer Rückkehr ins Land ihrer Peiniger aktualisiert werden. Die immer heftiger werdende Diskussion zwischen Politik und Ärzteschaft führte 2009 zu einer Diskussionsrunde, die von der Innenministerkonferenz und der *Bundesärztekammer* (BÄK) vereinbart worden war. In den teilweise sehr heftig geführten Gesprächen zwischen den Ländervertretern und Ärzt\*innen der Bundesärztekammer kam es letztlich zu einer Vereinbarung, dem so genannten »Informations- und Kriterienkatalog zur ärztlichen Mitwirkung bei Rückführungsfragen«.

Auch wenn es ein Kompromisspapier war, waren die wesentlichen ärztlichen Kriterien für eine verantwortliche Untersuchung – Zeit, Dolmetscher\*in, Vorlage der ärztlichen Vorgeschichte – enthalten und wurden allen Ländern zugestellt. Auch die BÄK hat sich bemüht, das Papier zu verbreiten. In der Praxis hat sich jedoch nicht viel bewegt.



Denn es zeichnete sich schon längere Zeit ab, dass es starke Kräfte im *Bundesamt für Migration und Flüchtlinge* (BAMF) und bei der Bundespolizei gibt, denen die jahrelangen Anstrengungen der Landesärztekammern für medizinisch korrekte Begutachtungen ausreisepflichtiger Personen ein Dorn im Auge sind. Ich denke, dass der bereits 2016 von Innenminister Thomas de Maizière mit erwiesenermaßen falschen Statistiken verbreitete Satz: »Medizinische Abschiebebehindernisse seien zum Teil frei erfunden«, und dass in einer Liste vom Innenministerium festgelegt werden soll, welche Ärzt\*innen Atteste ausstellen dürfen, ein nicht hinzunehmender Angriff auf die Ärzteschaft ist.<sup>1</sup> Zumal deren Anstrengungen für die Qualifizierung von Ärzt\*innen bei schwer traumatisierten Menschen und die entsprechenden Gutachterlisten bei den LÄK seit Jahren von den Verantwortlichen in Bund und Ländern ignoriert werden.

Für alle Patient\*innen geltende medizinische Standards zu bestimmen ist Sache der Ärzteschaft und darf nicht nach tagespolitischer Opportunität von



Regierungsbeamt\*innen festgelegt werden. Aussagen von 2017 aus dem Kanzleramt, die der Bundesinnenministerkonferenz vorgelegt wurden, weisen allerdings darauf hin, dass man nicht gewillt ist, ärztliche Kritik und vor allem die Konsequenzen, die Ärzt\*innen aus ihrem ethischen Grundverständnis ziehen, ernst zu nehmen: Hier wird unumwunden geraten, »auf gesundheitliche Probleme weniger Rücksicht« zu nehmen und »möglichst zu verhindern, dass Abschiebungen wegen ärztlicher Einwände nicht klappen.« Damit sich das auch umsetzen lässt, fordern die Länder konsequenterweise, »mehr Amtsärzte und vergleichbar geeignetes Personal« einzusetzen.<sup>2</sup> »Amtsärzte und vergleichbares Personal«, das sind Ärzt\*innen, auf die der Arbeitgeber gesetzlich sanktionierten Druck ausüben kann, z.B. auch ärztlich-ethische Grundsätze bzw. ihre Berufsordnung straffrei zu missachten. Diese Aushöhlung ärztlicher Ethik darf nicht hingenommen werden.

Die zahllosen angenommenen Anträge für eine humanere Praxis im Abschiebeprozess auf Ärztetagen der letzten Jahre zeigen, dass die Ärzteschaft nicht bereit ist, grundsätzliche Prinzipien ärztlichen Handelns aufzugeben. In Zukunft wird es darauf ankommen, ein Auseinanderdividieren von beamteten und nichtbeamteten Ärzt\*innen zu verhindern. Hier ist die gesamte Ärzteschaft gefordert, die beamteten Kolleg\*innen nicht im Stich zu lassen. Ein Schritt dazu kann die Veränderung der Heilberufsgesetze der Länder sein, alle Ärzt\*innen entsprechend der hessischen Regelung dem Berufsrecht der Kammern zu unterstellen. Denn die Berufsordnungen der Landesärztekammern und ihre Berufsgerichte sind nicht nur dazu da, ärztliches Fehlverhalten zu sanktionieren. Sie sind auch ein starker Schutz für alle Ärzt\*innen vor berufsfremden Eingriffen in die ärztliche Ethik. Deshalb müssen die Berufsordnungen für alle Ärzt\*innen ohne Ausnahme gelten.

#### ■ **Mitwirkung von Ärzt\*innen im Abschiebevollzug**

Leider hat sich im Verlauf der Jahre und der schlechten (aus meiner Sicht guten!) Erfahrung mit Ärzt\*innen bei

den Abschiebebehörden die Unsitte verbreitet, sich einen Stamm von Ärzten (von Ärztinnen weiß ich nichts) zu halten, der nicht nur schnelle und unkomplizierte Gutachten macht, sondern das Geschäft auch auf Reisebegleitung ausgedehnt hat. Diese fahrenden Gesellen sind für die föderal organisierten Ärztekammern schwer zu fassen. Mindestens zwei Journalisten renommierter Zeitungen haben nach Monaten erfolglos aufgegeben, weiter zu recherchieren. Das Abschotten gelingt diesen Ärzten wohl sehr gut, vor allem da auch ihre amtlichen Unterstützer\*innen kräftig mithelfen.

Darüber hinaus leisten Behörden, die die für das Krankheitsbild des Betroffenen nicht qualifizierten Arzt/Ärztin mit Begutachtung beauftragen, Vorschub für eine Verletzung der Berufsordnung durch den Arzt oder die Ärztin (Verletzung der Sorgfaltspflicht). Die Bundesärztekammer und viele Landesärztekammern haben Curricula zur Weiterbildung für Ärzt\*innen für Posttraumatische Belastungsstörungen durchgeführt, die Ärzt\*innen auf diesen Listen wurden so gut wie nie von den Behörden angefordert.

#### ■ **Abschiebungen aus stationärer Behandlung**

Mit Abschiebungen direkt aus dem Krankenhaus haben wir eine traurige lange Geschichte. Bereits 2004 wurde in Frankfurt eine tunesische Suizid-Patientin ohne Gegenwehr der Chefärztin direkt aus der Psychiatrie abgeholt und sofort abgeschoben. Der breite mediale Protest führte zu einer Diskussionsrunde mit Vertreter\*innen von Parteien, Kirchen und Ärzteschaft. Die daraus entstandene Dokumentation (Abschiebung kranker Flüchtlinge und ethische Verantwortung, Diakonie HESSEN) hat leider bis heute nichts von ihrer Aktualität eingebüßt. Eine besonders infame Abschiebung erfolgte 2018 bei einem psychisch Kranken der Universität Gießen. Er wurde unter einem bürokratischen Vorwand ins Ausländeramt bestellt, es wurde dann dort von einem Amtsarzt eine Flugreisetauglichkeitsuntersuchung durchgeführt und er wurde abgeschoben. Eine Rückfrage bei den behandelnden Psychiatern erfolgte nicht. Das Verfahren gegen den

EIN FREUND, DER MIR MIT GELD ÜBER  
DIE RUNDEN HALF, SAGTE, ES SEI  
VIELLEICHT BESSER, ICH GEHE.

ICH HATTE SYRIEN NIE ZUVOR  
VERLASSEN.



ABER ES GAB KEINE ANDERE LÖSUNG.

Amtsarzt beim Berufsgericht der Landesärztekammer ist noch nicht abgeschlossen.

2019 wurde einer psychisch Kranken der Psychiatrie in Bad Soden Ausgang zum Wäschetausch zu Hause gewährt. Bei ihrer Rückkehr wurde sie festgenommen und inhaftiert. Die Intervention der Klinik war erfolgreich, die Patientin wurde nicht abgeschoben. Der Arzt, der begutachtet hatte, dass die Frau in Gewahrsam bleiben durfte, hatte sich vorher nicht bei der Klinik informiert über den Krankheitszustand der Patientin. Somit musste die Landesärztekammer gegen ihn ermitteln. Das zuständige Regierungspräsidium verweigerte die Herausgabe des Namens unter Berufung auf das Hessische Verwaltungsverfahrensgesetz »wegen ernstlicher Gefährdung der eigenen Aufgaben«. Die Antwort auf den Widerspruch der Kammer dagegen beim Hessischen Sozialministerium steht aus. Dieses Verhalten steht sinnbildlich für den Widerstreit zwischen den Auffassungen des Staates und der Ärzteschaft. Denn wenn die Tätigkeit des Arztes im Einklang mit den auch international gültigen Standards ethischen Verhaltens stünde, hätte er von der Ärztekammer nichts zu befürchten. Offensichtlich gefährdet also die Einhaltung der Berufsordnung von Ärzt\*innen ernstlich die vom Regierungspräsidium für notwendig erachteten Maßnahmen und Verhaltensweisen bei Abschiebungen.

Ich erspare mir, weitere leider existierende Fälle aus nicht-psychiatrischen Kliniken zu schildern. Es wird auch so deutlich, dass der Widerstand großer Teile der Ärzteschaft gegen eine Bürokratie, die ziemlich reibungslos die Vorgaben einer immer rücksichtsloseren Abschiebepolitik durchsetzt, großes Durchhaltevermögen erfordert. Und auch Mut für die Kolleginnen und Kollegen vor Ort, denn auch wer sich an die Richtlinien der Berufsordnung hält, ist nicht vor Strafe geschützt.

### ■ **Ärztliches Handeln im Spannungsfeld zwischen Gesetzen, Berufsordnung, medizinischer Ethik und Menschenrechten**

Die Rolle von Ärzt\*innen bei Abschiebung ist vielfältig. Neben ehrenamtlichen Tätigkeiten in Menschenrechtsorganisationen, Abschiebebeobachtungen an Flughäfen und Menschenrechts-

beauftragten der Landesärztekammern sind es vor allem Ärzt\*innen, die Gutachten oder Atteste ausstellen, Flugreisefähigkeitsbescheinigungen ausstellen oder Abschiebebegleitungen machen. Der größte Teil davon tut dies aus Sorge um die körperliche und seelische Gesundheit der Betroffenen vor, während und nach der Abschiebung und der Einhaltung menschenrechtlicher Standards, die der medizinischen Ethik und den Geboten der Berufsordnung entsprechen. Diese Standards einzuhalten ohne gesetzliche Vorgaben zu verletzen, ist in der Praxis oft eine mühsame Gratwanderung. Amtsärzt\*innen, die dem Beamtenrecht unterliegen, haben es in dieser Hinsicht besonders schwer. Nichtbeamtete Ärzt\*innen können sich z.B. einem Begutachtungsauftrag jederzeit entziehen.

Ärztetag und Ärztefunktionäre haben sich in den letzten Jahren immer sehr eindeutig positioniert. So im Ausschuss für Menschenrechte 2012: Wie Dr. Ulrich Clever, Menschenrechtsbeauftragter der Bundesärztekammer und ehemaliger Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg, betonte, müssen Ärzt\*innen laut dem Genfer Gelöbnis ohne Ansehen der Person behandeln und beurteilen. Flugreiseuntersuchungen hätten eine »schwache Basis«, wenn sie sich nur darum drehten, ob eine Person mehrere Stunden in einem Flugzeug verbringen könne.<sup>3</sup>

2017 warnt der Präsident der Landesärztekammer Hessen, Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, vor der Instrumentalisierung von Ärzt\*innen: »Sie sind ihrem Gewissen und den Patienten verpflichtet und dürfen die Interessen des Patienten nicht Interessen Dritter unterordnen oder fachfremden Anordnungen Folge leisten.« Abschiebungen stellten eine große Belastung speziell für körperlich oder seelisch Kranke dar. Schon 1996 habe die Deutsche Ärzteschaft gefordert, Abschiebung dürfe nicht zum erneuten Trauma werden. Die Abschiebung eines in Behandlung befindlichen Traumatisierten sei mit den in der ärztlichen Berufsordnung verankerten ethischen Grundsätzen nicht vereinbar.<sup>4</sup>

So gut es also um die Rückendeckung der menschenrechtlich aktiven Ärzt\*innen innerhalb der Ärzteschaft steht, so bedauerlich ist, dass es bisher so gut wie keine berufsrechtlichen Ermittlungen oder gar Verurteilungen gegen Ärzt\*innen gab, die sich nicht um diese Mehrheitsmeinung der Ärzteschaft kümmern, Flugreisefähigkeitsbescheinigungen ohne Sorgfalt ausstellen und gut bezahlte Reisebegleitungen von Abzuschiebenden machen. So wurde z.B. bei einer Sammelabschiebung nach Afghanistan bereits am Flughafen in Kabul ein Mann wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht angenommen und nach Deutschland zurückgeschickt. Die hessische Landesärztekammer hätte gegen den begleitenden Arzt, der dies wohl nicht erkannt hatte, ermitteln müssen, konnte aber den Namen nicht herausbekommen, da die zuständigen Behörden »mauerten«.

Damit soll nicht gesagt sein, dass sich alle diese Kolleg\*innen strafbar gemacht haben. Aber durch die unerträgliche Geheimhaltungspraxis der Behörden ist es jeder Landesärztekammer unmöglich, auch nur im Verdachtsfall zu ermitteln, da die Namen nicht herausgegeben werden. So kann ich abschließend nur feststellen, was ich als Antwort auf politische Aussagen zur mangelnden Kooperation der Ärzteschaft bereits 2012 im Ausschuss für Menschenrechte im Bundestag

gesagt habe: »Wenn sich die Mehrheit der Ärzte ihrer Berufsordnung verpflichtet fühlt und die staatlichen Vorgaben deswegen nicht erfüllen kann, muss sich etwas an den Vorgaben ändern.«<sup>5</sup>

*Dr. Ernst Girth ist seit 1997 Menschenrechtsbeauftragter der Landesärztekammer Hessen und seit Februar 2020 auch der erste Rassismusbeauftragte einer Landesärztekammer.*

*Dieser, von uns leicht überarbeitete Text wurde ursprünglich für eine Broschüre über Abschiebungen geschrieben, die die IPPNW in Vorbereitung auf das Menschenrechtstribunal (siehe Ankündigung S. 25) herausgeben wird.*

*Wir bedanken uns für die Erlaubnis, den Text auch hier drucken zu dürfen.*

- 1 Die fähigen Ärzte werden nicht angefragt, Frankfurter Rundschau 20.03.2017
- 2 Berlin macht Abschiebung zur Chefsache, Frankfurter Rundschau 09.02.2017
- 3 Traumatisierungen nur unzureichend berücksichtigt, Deutscher Bundestag, Dokumente 2012
- 4 Hessisches Ärzteparlament bekräftigt Nein zu Instrumentalisierung von Ärztinnen und Ärzten bei Abschiebungen, Pressemitteilung LÄKH 28.11.2017
- 5 Traumatisierungen nur unzureichend berücksichtigt, Deutscher Bundestag, Dokumente 2012

# Das System macht krank

## Interview mit Jane Wanjiru von Women in Exile

»Keine Lager für Frauen und Kinder! Alle Lager abschaffen!« ist seit 2011 das zentrale Thema von »Women in Exile«. Wir drucken hier ein Interview mit Jane Wanjiru, die seit sechs Jahren in Deutschland lebt und bei Women in Exile aktiv ist. Zusammen mit den anderen Aktivistinnen der Gruppe organisieren sie Workshops für andere geflüchtete Frauen, vor allem über Empowerment, Asylgesetze, Gesundheitsversorgung bzw. gesundheitliche Probleme und zur Frage: »how to stop our deportation«.

*Gesundheit braucht Politik: Wie kam es zu Gründung von Women in Exile?*

Jan Wanjiru: Women in Exile wurde 2002 von fünf geflüchteten Frauen in Brandenburg gegründet. Sie lebten in Brandenburg in einem Lager unter sehr schlechten Bedingungen, ohne Privatsphäre. Sie mobilisierten andere und begründeten so eine Plattform für ihre Belange, die es zuvor so nicht gab. Seitdem kommen und gehen geflüchtete Frauen in der Bewegung. Empowerment und die Forderungen nach Abschaffung von Lagern für Frauen und Kinder bzw. allen Lagern sind zentrale Ziele von Women in Exile.

*Wo gibt es besondere Probleme für geflüchtete Frauen?*

Der eine Bereich ist die Unterbringung in Lagern: Es ist sehr eng, überfüllt und es gibt keine Privatsphäre. Der ganze Asyl-Prozess ist für die Frauen traumatisierend: drohende Abschiebungen, (sexualisierte) Gewalt in den Lagern, Polizeigewalt bei Abschiebungsversuchen, Rassismus und generell keine Sicherheit und Perspektive. Der ganze Stress verursacht psychische und körperliche Probleme: Zysten, starke Blutungen, Schlaflosigkeit, Depressionen etc. – in manchen Fällen hat das bis zum Suizid geführt. Außerdem kommt die Diskriminierung im Gesundheits-System hinzu, das Asylbewerber-Leistungsgesetz erschwert den Zugang zur Gesundheitsversorgung.

SIE STECKTEN MICH IN EINE KISTE.

ICH DACHTE, DAS SEI MEIN ENDE.



*Gibt es noch andere selbstorganisierte Gruppen von geflüchteten Frauen in Deutschland, mit denen Women in Exile vernetzt ist?*

Natürlich gibt es die. Durch unsere großen Sommeraktionen, wie z.B. Bustouren haben wir ein bundesweites Netzwerk von Flüchtlingsfrauen aufbauen können, mit denen wir vernetzt sind und mit denen wir uns regelmäßig austauschen, z.B. NINA in Hamburg, Frauen in Aktion Göttingen, Stimme der Frauen Magdeburg, FLIT Solidarity Africa in München uvm. Auch mit anderen antirassistischen und feministischen Gruppen sind wir verbunden, z.B. Borderline Europe, Medibüro, Respect, International Women Space, Corasol etc.

Wir versuchen Brücken zwischen Flüchtlingen und Migrant\*innen und zivilgesellschaftlichen Organisationen zu bauen, um Rassismus, Sexismus und Diskriminierung in dieser Gesellschaft gemeinsam zu bekämpfen.

*Was sind die Probleme mit der medizinischen Versorgung? Welche Probleme gibt es beim Zugang, welche bei der Versorgung selbst?*



DURCH MEINEN KOPF SCHOSSEN  
WIRRE GEDANKEN IN EINEM CHAOS  
DER VERZWEIFLUNG.

ICH SAH DIE GESICHTER MEINER KINDER  
UND MEINER FRAU VOR MIR, WIE SIE  
DARAUF WARTETEN, DASS ICH SIE AN  
EINEN BESSEREN ORT BRINGE.

UND JETZT ...  
WUSSTE ICH NICHT, OB SIE MIR  
DIE HÄNDE ODER DEN KOPF  
ABHACKEN WÜRDEN ...

Beim Zugang ist das Problem, dass alle mit Aufenthaltsge-  
stattung, also die im Asyl-Prozess sind, nur mit einem Kran-  
kenschchein, den sie beim Sozialamt bekommen, zum Arzt oder  
zur Ärztin gehen dürfen. Daher nennen wir es eine drittklas-  
sige Versorgung. Einige bekommen die Versicherungskarte,  
haben aber dennoch Einschränkungen, z.B. bei chronischen  
Erkrankungen. Eine Frau mit MS wurde beispielsweise eine  
teure, für lange Zeit nötige Medikation nicht verschrieben.  
Auch Psychotherapie ist teuer und dauert lange, daher wird  
sie häufig nicht abgedeckt, vor allem weil die meisten eine  
Sprachmittlung benötigen, da keine gemeinsame Sprache  
gesprochen wird.

Wir hatten auch das Beispiel einer Frau mit der Diagnose  
Krebs. Ihr wurde am Anfang gesagt, eine Operation wäre  
schon okay, aber dann sei die weitere Behandlung sehr teuer,  
man könne gar nicht die ganze Behandlungsbreite geben und  
blablabla. Es war alles sehr schwierig und zog sich lang, bis  
die Krankheit in einem sehr fortgeschrittenen Stadium war.  
Durch all diese Fälle und Probleme zieht sich Rassismus und  
Diskriminierung gegenüber Flüchtlingen.

*Welche Bedarfe von migrantischen Frauen werden schlecht  
oder gar nicht abgedeckt?*

Das kann man nicht nur auf gesundheitliche Dinge begrenzen,  
es beginnt mit ganz elementaren Bedürfnissen. Durch die  
Unterbringung in Lagern oder Containern gibt es keinerlei  
Privatsphäre. Alles muss mit Männern geteilt werden: Toilette,  
Küche etc. Das ist problematisch in Bezug auf Hygiene und  
ebenso für die Frauen bedrohlich. In den Lagern bekommen  
sie oft einen Gutschein für Essen, sie haben keine Möglichkeit  
auszugehen, sich ihre Läden auszusuchen; für gesundes Es-  
sen reicht das Geld nicht, oft ebenso wenig für Sanitärbedarf  
wie Binden. Kurz: Die Lager sind kein gesunder Ort.

Es gab den Fall einer jungen Frau, die in einem Lager in  
Hohenleipisch lebte, das liegt mitten im Wald. Sie verschwand  
und wurde erst zwei Monate später tot im Wald gefunden. Wir  
müssen das Lager-System bekämpfen, die Gewalt dort. Es ist  
dort so laut, einige Leute trinken, man kann die Tür nicht ab-  
schließen und dazu noch die Angst vor Abschiebung bei den  
Leuten.

*Was würden sich Women in Exile vom Gesundheits-  
wesen wünschen? Was müsste sich ändern? Was  
würden Sie sich vom vdää wünschen? Wofür soll  
sich der vdää stark machen?*

Der vdää und alle im Gesundheitswesen tätigen  
sollten sich auf politischer Ebene engagieren, dass  
allen Menschen, die in Deutschland leben, eine  
Gesundheitsversorgung ohne Diskriminierung zu  
Gute kommt. Die rechtliche Basis dafür sehen wir  
in der internationalen und nationalen Gesetzge-  
bung als gegeben, doch an der Umsetzung man-  
gelt es in Deutschland. Wir sehen, dass unser Pro-  
blem nicht unsere psychische Gesundheit ist,  
sondern, die Abschiebungen. Die Lagerunterbrin-  
gung, das Asylsystem und der Rassismus machen  
uns krank! Wir wünschen uns, dass der vdää diese  
Perspektive verbreiten kann und solidarisch hinter

uns steht.

Konkret heißt das: Die Ärzt\*innen sollten die Frauen auch  
ohne »gute« Versicherungskarte in ihrer Praxis empfangen,  
denn häufig verweigern sie die Behandlung, sie nehmen sich  
nicht genug Zeit oder erklären den Frauen nicht verständlich.  
Einige haben gute Ärzt\*innen, zu denen sie gehen können,  
aber es sind zu viele Frauen und zu wenige Ärzt\*innen, die  
sich wirklich kümmern. Auf unserem blog [www.women-in-  
exile.net](http://www.women-in-exile.net) findet Ihr auch Unterstützungsmöglichkeiten. Be-  
sonders hilfreich ist eine langfristige Unterstützung in Form  
von Dauerspendsen, denn so können wir kontinuierlich und  
unabhängig unsere Arbeit fortsetzen.

*Vielen Dank für das Gespräch.*

*Mehr Infos unter: <https://www.women-in-exile.net/>*

*Unterstützen Sie Women in Exile e.V.*

*Konto GLS Bank*

*IBAN: DE21 4306 0967 1152 1354 00*

*BIC: GENODEM1GLS*

## Women in Exile

Wir, Women in Exile and Friends, sind Teil einiger Gruppen  
und Einzelpersonen, die sich zusammengefunden haben,  
um eine öffentliche Anhörung im Rahmen des Permanent  
Peoples Tribunal zu planen, das 1980 in Bologna einge-  
richtet wurde. Unser Fokus liegt auf Gesundheit und dem  
Ansatz, aus feministischer Perspektive auf das Thema  
Menschenrechtsverletzungen zu schauen. Gesundheit ist  
etwas, mit dem jede\*r etwas verbindet. Mit unserem  
Bündnis wollen wir als Flüchtlings-Selbstorganisationen  
und Solidaritätsgruppen gemeinsam kämpfen. Unsere öf-  
fentliche Anhörung Permanent Peoples Tribunal wird 2020  
stattfinden und die Diskriminierung im Gesundheitsbereich  
in Deutschland anprangern. Während des Tribunals wollen  
wir durch Zeuginnenberichte und Anklagereden aufzeigen,  
wie in Deutschland Gesundheitsprobleme mit dem sozialen  
und politischen Bereich verflochten sind.

(Zum Permanent Peoples Tribunal siehe S. 25)

# Ankerzentren machen krank

## Warum Ärzte der Welt ihr Projekt zur psychischen Versorgung von Flüchtlingen abgebrochen hat – von Stephanie Kirchner

Das »Pilotprojekt Ankerzentren« der Bundesregierung sollte Asylverfahren wesentlich schneller und effizienter machen. Stattdessen, so Stephanie Kirchner, ist ein unmenschliches System entstanden, das die Gesundheit derjenigen gefährdet, die darin leben müssen.

»Sogenannte Ankerzentren zur Unterbringung von Asylsuchenden machen psychisch gesunde Menschen krank und psychisch kranke noch kränker.« Das ist die alarmierende Bilanz der *Ärzte der Welt*-Psychiaterin Stephanie Hinum nach ihrem Einsatz in der Ankerereinrichtung im bayerischen Manching bei Ingolstadt. Sie hatte dort von Januar bis Oktober 2019 im Rahmen einer Kooperation mit *Refugio München* eine psychiatrische Sprechstunde angeboten.

Die Bedingungen in der Unterkunft widersprachen nach Einschätzung von *Ärzte der Welt* in vielerlei Hinsicht völkerrechtlich verbrieften und selbstgesetzten Verpflichtungen des deutschen Staates gegenüber geflüchteten Menschen. Der Verein hat mehrfach erfolglos gegenüber Politiker\*innen und in der Öffentlichkeit auf die Missstände hingewiesen. Am Ende blieb dem Team keine andere Wahl, als das Projekt vorzeitig zu beenden. Die in der ehemaligen Kaserne herrschenden Lebensumstände verhinderten eine erfolgreiche Behandlung. Das erfahrene psychiatrische und therapeutische Team konnte unter diesen Bedingungen die Verantwortung für die Verfassung von schwer psychisch kranken Patient\*innen und für ihre Medikamenteneinnahme nicht mehr tragen.

Eigentlich sollten die Ankerzentren genannten Erstaufnahmeeinrichtungen für Asylsuchende, die die Bundesregierung im Juni 2018 mit dem »Master-



ICH HATTE GLÜCK. SIE LIEßEN MICH FREI.

MIT EINEM BUS ERREICHTEN WIR DIE TÜRKEL. DER SCHLEPPER SAGTE, "KOMMT REIN, GEHT LANGSAM UND MACHT KEINEN KRACHT." "WIR WERDEN DER POLIZEI GELD GEBEN, KEINE SORGE"

plan Migration« auf den Weg gebracht hat, mehrere Probleme lösen: Durch die Zentralisierung von Behörden sollten sie Asylverfahren beschleunigen. Sie sollten verhindern, dass die Integration von Menschen ohne Bleibeperspektive gefördert wird und eine Ausreise derjenigen sicherstellen, deren Asylanträge abschlägig entschieden wurden. (ANKER steht für Ankunft, Entscheidung und Rückführung.) Aktuell existieren sieben solcher Einrichtungen in Bayern und jeweils eine weitere im Saarland und in Sachsen.

### ■ Kein System, um besonders schutzbedürftige Bewohner\*innen zu identifizieren

Im Ankerzentrum Manching/Ingolstadt wirkten sich vor allem der fehlende Schutz vor Übergriffen und die mangelnde Privatsphäre negativ auf die psychische Gesundheit der Patient\*innen aus. Sie waren in Mehrbettzimmern untergebracht und hatten, da selbst Duschen und Toiletten nicht abschließbar waren, keinerlei Rückzugsorte. Nachts kam es oft zu Ruhestörungen und auch Kinder waren Gewaltzonen ausgesetzt, zum Beispiel bei Abschiebungen. Bewohner\*innen waren in ihrer Selbstbestimmung stark eingeschränkt: Sie hatten nicht die Möglichkeit, sich Mahlzeiten zuzubereiten oder

zu entscheiden, zu welcher Uhrzeit sie essen. Die Bedarfe Asylsuchender sollten weitgehend mit Sachleistungen gedeckt werden, so dass sie nur wenig Geld zur freien Verfügung hatten. Von gesellschaftlicher Teilhabe waren sie ausgeschlossen. Ein Großteil der Kinder konnte keine reguläre Schule besuchen. In den meisten Fällen konnten Erwachsene keine Arbeit, keine Ausbildung und kein Studium aufnehmen. Zum Zeitpunkt ihrer ersten Konsultation waren viele Patient\*innen schon über ein Jahr in der Einrichtung untergebracht.

Es gab zudem kein systematisches und zeitnahes Vorgehen, um besonders schutzbedürftige Bewohner\*innen zu identifizieren. Und selbst wenn *Ärzte der Welt* besondere Bedarfe festgestellt hatte, gab es kein Prozedere und kein ausreichendes Personal, um den Menschen die notwendige Unterstützung zu ermöglichen. Insbesondere psychisch belastete Personen waren mit den undurchsichtigen bürokratischen Anforderungen und Abläufen im Ankerzentrum, auch aufgrund der Sprach- und Kommunikationsbarrieren, völlig überfordert.

### ■ Erinnerungen an schreckliche Erlebnisse

Unter den Patient\*innen befand sich



UND DANN FINGEN SIE AN, AUF UNS ZU SCHIESSEN.

IN TODESANGST LIEFEN WIR IN DEN WALD, UM UNS ZU VERSTECKEN.



zum Beispiel eine junge Frau mit Missbrauchs- und Gewalterfahrungen. Sie war auf ihrer Flucht in einem libyschen Gefängnis interniert gewesen und litt unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Alles in der Ankereinrichtung – die nicht abschließbaren Duschen, der Lärm, gewalttätige Auseinandersetzungen zwischen Bewohner\*innen und Sicherheitsdienst, Uniformen, Polizeikontrollen – lösten bei ihr Erinnerungen an ihre schrecklichen Erlebnisse aus. Diese Frau bräuchte eine ruhige, unterstützende und sichere Umgebung. Die Bedingungen im Ankerzentrum waren das Gegenteil.

Ein junger Mann berichtete, dass er nachts nie richtig schlafen könne, weil er so große Angst vor den »vielen lauten fremden Menschen« habe. Er klagte zudem über akustische Halluzinationen. Der Patient berichtete, dass insbesondere das Essen in der Kantine sehr belastend für ihn sei. Aus diesem Grund verzichtete er häufig auf Mahlzeiten. Er lebte zum Zeitpunkt der Behandlung bereits mehr als zwölf Monate in der Ankereinrichtung. Es vergingen weitere sechs Monate, bis er ausziehen konnte.

### ■ Viele Patient\*innen wiesen mehr als eine psychische Störung auf

Es handelt es sich bei den geschilderten Fällen um Beispiele, jedoch keine Einzelfälle. Viele Patient\*innen wiesen mehr als eine psychische Störung auf.

Die meisten Diagnosen betrafen Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, häufig wurden Posttraumatische Belastungsstörungen oder Depressionen diagnostiziert. Auch Personen, die unter Schizophrenie oder schizotypen und wahnhaftige Störungen litten, suchten die Sprechstunde auf. Die Mehrzahl der Patient\*innen musste medikamentös behandelt werden.

Unter den Bewohner\*innen herrschte ein hohes Bewusstsein über die negativen Auswirkungen der Unterkunft auf ihre Gesundheit. Die überwiegende Mehrheit antwortete auf die Frage, ob er oder sie glaube, dass das Leben in der Einrichtung ihrer Gesundheit oder der ihrer Kinder schade, mit »ja«. Der eigene Gesundheitszustand wurde meist als »schlecht« oder »sehr schlecht« eingeschätzt.

Die Beobachtungen von *Ärzte der Welt* über die negativen gesundheitlichen Folgen der Lebensbedingungen in dem Ankerzentrum stimmen mit den Einschätzungen zahlreicher anderer Expert\*innen, die sich mit Sammelunterkünften zur Unterbringung von Geflüchteten beschäftigt haben, überein. Hier sind zum Beispiel der *European Council for Refugees and Exiles (ECRE)* und der wissenschaftliche Dienst der AOK zu nennen.

Wie eingangs erwähnt, hat sich Deutschland in verschiedenen internationalen Abkommen verpflichtet, geflüchtete Menschen zu unterstützen, gesunde Lebensbedingungen sicherzustellen und den Zugang zu Gesund-

heitsversorgung zu gewährleisten. Nach Artikel 21 und 22 der EU-Aufnahmerichtlinie sind Mitgliedsstaaten verpflichtet, vulnerablen Personengruppen die Unterstützung zu gewähren, die ihren speziellen Bedürfnissen Rechnung trägt. Das *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)* hat 2016 in Zusammenarbeit mit UNICEF sogenannte »Mindeststandards zum Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften« entwickelt, die unter anderem abschließbare Wohneinheiten, kinderfreundliche Orte, Beratungsangebote mit Sprachmittlung und Sensibilisierung des Personals in Bezug auf traumatisierte und psychisch kranke Geflüchtete vorsehen.

### ■ Das Menschenrecht auf Gesundheit wird missachtet

*Ärzte der Welt* fordert die Bundesregierung auf, diese Verpflichtungen zu erfüllen und das Anker-Experiment zugunsten einer dezentralen, integrationsfördernden Unterbringung von Asylsuchenden zu beenden. Basierend auf den Erfahrungen in Manching/Ingolstadt hat der Verein einen umfangreichen Maßnahmenkatalog erarbeitet, um gesundheitsförderliche Lebensbedingungen in Erstaufnahmeunterkünften zu schaffen. Dringend nötig sind unter anderem Schulungen für das Personal, damit es Menschen mit speziellen psychosozialen und medizinischen Bedarfen erkennen und eine adäquate Versorgung einleiten kann. Daneben braucht es Leitlinien, um Geflüchtete mit speziellen Bedarfen zu identifizieren und zu unterstützen. Ebenso unverzichtbar sind ein freier Zugang zu einer adäquaten bedarfsorientierten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung in enger Vernetzung mit Sozialdiensten und Regierungsstellen sowie eine ausreichende Bereitstellung von Sprachmittler\*innen.

Das System der Ankerzentren ist auf Abschreckung und Abschiebung ausgerichtet. Das Menschenrecht auf Gesundheit wird hier zugunsten einer restriktiven Migrationspolitik missachtet. Das ist völlig inakzeptabel.

*Stephanie Kirchner ist Referentin für Öffentlichkeitsarbeit von Ärzten der Welt.*

# Menschen schützen – nicht Grenzen!

## Demokratische Ärztinnen und Ärzte fordern Kehrtwende in der Asylpolitik

Die Politik der deutschen Bundesregierung, der Europäischen Union und der Türkei wird angesichts nach Europa fliehender Menschen immer menschenverachtender und macht uns fassungslos. In der Rhetorik der Regierenden wird ein Angriff auf Europa herbei fantasiert, der nun mit allen Mitteln an der griechisch-türkischen Grenze abgewehrt werden müsse. So will beispielsweise der baden-württembergische Innenminister Polizist\*innen aus dem Bundesland an die griechisch-türkische Grenze schicken<sup>1</sup>. Dort würden sie sich einreihen in griechische und europäische Polizei und Militär, die dort mit Gewalt Menschen davon abhalten in der EU Schutz zu suchen. In einer Zeit, in der alle legalen Fluchtwege nach Europa systematisch blockiert werden, in der Flüchtende im Mittelmeer ertrinken, in der gleichzeitig rassistische Morde und Verfolgung innerhalb der EU zunehmen, setzt die Friedensnobelpreisträgerin EU von 2012 dem Menschenrecht auf Asyl Stacheldraht und Tränengas entgegen.

Felix Ahls, Ko-Vorsitzender des vdää: »Auch wenn die öffentlichen Bekundungen teils anders klingen, weist die Abschottungspolitik über die letzten Jahrzehnte eine deutliche Kontinuität auf. Der einende Faktor unter den Regierungen Europas scheint mittlerweile die auch gewalttätige Bekämpfung Schutzsuchender zu sein und das stabilste an der EU-Politik die kontinuierliche Missachtung der Menschenrechte.«

Dabei werden sowohl europäische Gesetze als auch nationale Gesetze gebrochen, wenn etwa das Recht auf Asyl »ausgesetzt« wird, wenn Menschen direkt an den Grenzen gewaltsam wieder abgeschoben werden (sog. Pushbacks) und wenn Menschen Gesundheitsversorgung vorenthalten wird. Felix Ahls weiter zur Rolle von Ärzt\*innen: »Wir sind den Menschenrechten verpflichtet und rücken davon keinen Zentimeter ab. Leider bleibt uns neben der solida-

AM NÄCHSTEN MORGEN SAGTEN SIE UNS, DIE KÜSTENWACHE SEI WEG,  
WIR KÖNNTEN MIT DEM BOOT LOSFAHREN.

ICH WEISS, VIELE MENSCHEN SIND IN DIESEN  
GEWÄSSERN ERTRUNKEN ...



rischen Unterstützung, mit der wir allen Schutzsuchenden weiterhin begegnen, nicht viel mehr übrig gegen die Skrupellosigkeit der deutschen, der europäischen und auch der türkischen Regierung, als uns weiter dagegen zu äußern und das Unrecht auch in Zukunft zu benennen und bezeugen.«

Wir demokratischen Ärztinnen und Ärzte appellieren an die Bundesregierung, ohne auf die Zustimmung anderer EU-Länder zu warten, in denen teils rechtsradikale Parteien an der Regierung beteiligt sind, nun endlich an Lösungen zu arbeiten, die menschenrechtskonform sind, d.h. in dieser Situation insbesondere Artikel 14<sup>2</sup> und Artikel 25<sup>3</sup> der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte achten.

Die deutsche Bundesregierung macht sich weiterhin mitschuldig an schweren Menschenrechtsverletzungen, wenn sie die Abschottungspolitik nicht aufgibt.

### **Wir fordern eine Kehrtwende in der Asylpolitik der Bundesregierung:**

- Rücknahme aller Einschränkungen der Menschenrechte, insbesondere des Rechts auf Asyl und des Rechts auf eine angemessene Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik sowie Einwirken auf EU-Ebene in diesem Sinne
- Sofortige Aufnahme Schutzsuchender

der aus den Ländern an den Außengrenzen der EU in die Bundesrepublik Deutschland

- Hinarbeiten auf sichere Fluchtwege in die EU und eine gerechte Verteilung in den EU-Staaten unter Wahrung der Menschenrechte der Schutzsuchenden sowie Abschaffung der Dublin III-Verordnung
- Sofort muss die Militarisierung der Grenzen aufgehoben werden und die Gewalt gegen Menschen an den Grenzen und in den Lagern in der EU aufhören. Die Unterstützung von undemokratischen Regimen und Milizen (zum Beispiel der sogenannten Libyschen Küstenwache) zur Abwehr von Flüchtenden muss eingestellt werden.

*Im Namen des Vorstands:*

*Felix Ahls (Ko-Vorsitzender)*

*Dr. Nadja Rakowitz (Pressesprecherin)*

1 <https://www.spiegel.de/politik/ausland/fluechtlinge-baden-wuerttemberg-will-polizisten-an-tuerkisch-griechische-grenze-schicken-a-8774edfd-ac26-4462-b219-fe9dff625871>

2 »Jeder Mensch hat das Recht, in anderen Ländern vor Verfolgung Asyl zu suchen und zu genießen«

3 »Jeder Mensch hat das Recht auf einen Lebensstandard, der Gesundheit und Wohl für sich selbst und die eigene Familie gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen«

# Ärztliche Bescheinigungen für geflüchtete Patient\*innen – worauf ist zu achten?

Mit dieser Handreichung wollen wir eine praktische Hilfestellung geben, um die Begleitung von Patient\*innen, die in aufenthaltsrechtlicher Unsicherheit leben, zu erleichtern.

Unterbringung in Sammelunterkünften, Asylverfahren, Gerichtsverhandlungen, Abschiebeandrohungen und -versuche und durchgeführte Abschiebungen gehören zur Realität geflüchteter Patient\*innen und haben teils erheblichen Einfluss auf ihren Gesundheitszustand.

Viele Gründe führen dazu, dass diese Dimension der sozialen Determinanten vonseiten der Behandler\*innen häufig nur ansatzweise oder gar nicht adressiert wird. Ärzt\*innen haben jedoch eine besondere Wirkmächtigkeit in diesem Bereich. Im *Deutschen Ärzteblatt* hieß es 2016: »Je restriktiver die Asylge-

setzgebung ist, desto häufiger entscheiden ärztliche Stellungnahmen über den Ausgang ausländerrechtlicher Verfahren.«<sup>1</sup> Und damit können sie im besten Fall zu einer deutlichen Besserung der sozialen und gesundheitlichen Situation der Betroffenen führen. Die Verantwortung, ärztliche Bescheinigungen vorzulegen, um eine Erkrankung nachzuweisen, wird durch den Gesetzgeber vollständig auf die betroffenen Patient\*innen abgewälzt. Strukturelle Hindernisse führen dazu, dass diese Patient\*innen große Probleme haben, (Fach)-Ärzt\*innen zu finden, die die geforderten Bescheinigungen erstellen können, seien es behandelnde Ärzt\*innen oder nicht. Häufig verschärfen kurze Fristen (oft 4 Wochen) diese Situation. Es gibt keine entsprechende Vergütung, zu wenig Zeit im schon überlasteten Alltag oder auch Anweisungen von Vorgesetzten, solche Berichte nicht zu erstellen. Von Patient\*innen, ihren Anwält\*innen oder von Beratungsstellen wegen ärztlicher Bescheinigungen angefragt zu werden, führt bei Ärzt\*innen häufig zu Rat- und Hilflosigkeit und zu Überforderung. Hinzu kommt, dass vonseiten des Gesetzgebers und der Behörden sehr eindeutig Misstrauen formuliert wird, dass ärztliche Arbeit und ärztliche Bescheinigungen durch geflüchtete Patient\*innen ausgenutzt würden, um sich Vorteile zu verschaffen (s. unten). Dies schafft zusätzliche Verunsicherung unter Ärzt\*innen.

Dieses Dokument soll ärztliche Kolleg\*innen ermutigen, geflüchteten Patient\*innen auch in diesem Bereich zur Seite zu stehen.

Es existieren schon einige Handreichungen zu diesem Thema, die unterschiedliche Qualität und Tiefe aufweisen. Da es sich um ein komplexes Thema handelt, kann auch hier nicht jeder Aspekt dargestellt werden. Es lassen sich aber einige grundsätzliche Dinge festhalten, die die Erstellung ärztlicher Berichte vereinfachen sollten, damit sie zumindest nicht an unzureichendem grundlegendem Wissen scheitern. Sollte es aufgrund fehlender Kapazitäten schlicht unmöglich sein, Termine (in der geforderten Frist) zu vergeben oder eine Bescheinigung zu erstellen, kann es auch hilfreich sein, das zu dokumentieren und den Patient\*innen mitzugeben.

## Ärztliche Bescheinigungen in Zeiten der Abschottungspolitik

Ärztliche Einschätzungen sind in aufenthaltsrechtlichen Verfahren und Asylverfahren für die betroffenen Patient\*innen oft von erheblicher Bedeutung. Um Erkrankungen in solchen Verfahren geltend zu machen, müssen laut Gesetz »qualifizierte ärztliche« Berichte vorgelegt werden (§60a AufenthG, Absatz 2c). Trotz deutlicher und breiter fachlicher Kritik, auch des vdää, sind seit den letzten Verschärfungen der Asyl- und Aufenthaltsgesetzgebung im Sommer 2019 (»Geordnete-Rückkehr-Gesetz«) keine

## 1. Abschiebeverbote (zielstaatsbezogen)

Zuständig für Prüfung: BAMF oder das eingeschaltete VG im Asylverfahren

Im Gesetz heißt es: »Von der Abschiebung eines Ausländers in einen anderen Staat soll abgesehen werden, wenn dort für diesen Ausländer eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht. (...) Eine erhebliche konkrete Gefahr aus gesundheitlichen Gründen liegt nur vor bei lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Erkrankungen, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würden.« (§60 AufenthG, Absatz 7, Satz 1 und 3)

Ein solcher Gefahr kann durch eine Erkrankung gegeben sein, die sich durch die Abschiebung in einen anderen Staat erheblich verschlechtern würde. Die Gründe dafür können u.a. sein: Abbruch der (z.B. medikamentösen, psychotherapeutischen) Behandlung, Wegfallen von Unterstützungsstrukturen, die notwendig sind, um Termine wahrzunehmen oder Medikamente einzunehmen, Retraumatisierungen im Zielstaat bzw. durch die Abschiebung selbst mit dauerhaften Folgen.

Wichtige Fragen, die diesbezüglich zu beantworten sind:

- Welche Folgen hat ein Behandlungsabbruch bzw. die Nicht-Verfügbarkeit der notwendigen Medikamente?
- Welche spezialisierten Strukturen von Diagnostik und Behandlung werden in welcher Häufigkeit und Reichweite benötigt?
- Darstellung der Alltagstauglichkeit / des individuellen Funktionsniveaus: droht z.B. Verletzung wegen Erwerbsunfähigkeit, kann die Befriedigung elementarer Bedürfnisse selbst sichergestellt werden?
- Im Falle einer PTBS: Gefahr der Retraumatisierung, Konfrontation mit Hinweisreizen?

Ärztliche Berichte beinhalten dabei **keine Aussagen über die Strukturen der Gesundheitsversorgung im Ziel-land**. Diese dazustellen und zu bewerten ist Aufgabe der Rechtsanwält\*innen, des BAMF und der Gerichte.

Berichte mehr von psychologischen Psychotherapeut\*innen zugelassen, um psychische Erkrankungen geltend zu machen. Dies ist eine konsequente Fortsetzung der auf Abschiebung fokussierten Asylpolitik der Bundesregierung und weitet die im »Asylpaket 2« im Jahr 2016 eingeführten Verschärfungen aus. In der Gesetz-

## 2. Abschiebehindernisse (inlandsbezogen)

Zuständig für Prüfung:

- Ausländerbehörde (ABH)
- bei »offensichtlich unbegründeten« (z.B. Menschen aus sogenannten »sicheren Drittstaaten«) oder »unzulässigen« (z.B. »Dublin-Verfahren«) Asylverfahren: Prüfung durch das BAMF und bei Klage durch VG (Abschiebung kann noch vor Urteil stattfinden)

Nach endgültig abgeschlossenem negativen Asylverfahren wird die zuständige ABH eine Abschiebung vorbereiten. Die Betroffenen können in diesem Fall ärztliche Bescheinigungen vorbringen, die eine Erkrankung als Abschiebungshindernis belegen. Häufig wird dann eine Vorstellung bei durch die ABH beauftragten Ärzt\*innen stattfinden. Abschiebungshindernisse können sowohl Erkrankungen sein, die sich durch Ankündigung oder Vorbereitung der Abschiebung massiv verschlechtern (z.B. psychische Dekompensation bei PTBS), als auch solche, die sich durch den Vorgang der Abschiebung selbst verschlechtern (Reiseunfähigkeit).

Wichtige Fragen, die diesbezüglich zu beantworten sind und **konkret ausgeführt** werden sollten:

- Verschlechtert sich der Gesundheitszustand wesentlich bis lebensbedrohlich durch Ankündigung, Ingewahrsamnahme, Zwangsmaßnahmen?
- Besteht Eigen- oder Fremdgefährdung?

Beispiele von Erkrankungen, die eine Reiseunfähigkeit bedingen können:

- akute Infektionskrankheiten
- schwere/akute Herz-Kreislaufkrankungen
- andere schwere Erkrankungen, z.B. Respirationssystem
- andere akute/schwere Erkrankungen, z. B. HNO, Gastroenterologie
- Schwangerschaft und Geburt
  - Zeitraum analog Mutterschutzgesetz
  - bei Risikoschwangerschaft unabhängig von Schwangerschaftsdauer
  - keine Flugabschiebung ab Beginn des 7. Monats
- psychische Erkrankung, besonders posttraumatische Belastungsstörung
- = Reiseunfähigkeit im engeren Sinne, sofern während Abschiebung oder unmittelbar danach Suizidgefahr

## 3. Lebensbedingungen in Deutschland

Beispiele:

- Wohnsituation: Hygiene, Ruhe, Nähe zu Angehörigen
- besondere Bedarfe: Ernährung, Heil- und Hilfsmittel
- Erreichbarkeit medizinischer Versorgung
- Bezugspersonen und Strukturen

zesbegründung werden diese u.a. damit begründet, dass diagnostizierte psychische Erkrankungen (explizit genannt ist die Posttraumatische Belastungsstörung) zu »deutlichen zeitlichen Verzögerungen bei der Abschiebung« führen. Auch dagegen gab es massive professionelle Kritik. Die Regierungsparteien sind sich jedoch darin einig, die medizinische Realität (z.B. verbreitete Traumafolgestörungen unter Geflüchteten, Überlastung der Versorgungsstrukturen) der Abschottungspolitik unterzuordnen und dabei die verfassungsmäßigen und europarechtlichen Grundrechte der Betroffenen zu ignorieren und stattdessen die Verschlechterung der Gesundheit bei einer großen Zahl von Menschen in Kauf zu nehmen. Ohne ärztliche Bescheinigungen wird per Gesetz davon ausgegangen, dass keine relevanten Erkrankungen vorliegen. Die Pflicht, etwaige Erkrankungen nachzuweisen liegt bei der betroffenen Person selbst.

»Es wird vermutet, dass der Abschiebung gesundheitliche Gründe nicht entgegenstehen. Der Ausländer muss eine Erkrankung, die die Abschiebung beeinträchtigen kann, durch eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung glaubhaft machen.«

(§60a AufenthG, Absatz 2c, Satz 1 und 2)

Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) und die bei Klagen gegen einen Asylbescheid zuständigen *Verwaltungsgerichte* (VG) sowie die für Abschiebungen zuständigen Ausländerbehörden werden auf vorgebrachte Erkrankungen nur eingehen, wenn von den Asylsuchenden bzw. Kläger\*innen ärztliche Berichte eingebracht werden. Häufig werden trotz anderslautender Formulierung im Gesetz fachärztliche Atteste verlangt.

Für geflüchtete Patient\*innen können ärztliche Bescheinigungen (Atteste, Stellungnahmen, Gutachten, Entlassungsbriefe etc.) in verschiedenen Fällen eine Rolle spielen. **s. Kästen 1-4**

Im Folgenden sind die grundlegenden gesetzlichen Anforderungen genannt, die sowohl für kürzere ärztliche Atteste, Entlassungsberichte o.ä. als auch für ausführlichere Stellungnahmen gelten. Wenn diese nicht erfüllt sind, werden die Berichte meist schon deshalb nicht beachtet.

## Gesetzliche Anforderungen

### § 60a AufenthG, Absatz 2c

»Es wird vermutet, dass der Abschiebung gesundheitliche Gründe nicht entgegenstehen. Der Ausländer muss eine Erkrankung, die die Abschiebung beeinträchtigen kann, durch eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung glaubhaft machen. Diese ärztliche Bescheinigung soll insbesondere die tatsächlichen Umstände, auf deren Grundlage eine fachliche Beurteilung erfolgt ist, die Methode der Tatsachenerhebung, die fachlich-medizinische Beurteilung des Krankheitsbildes (Diagnose), den Schweregrad der Erkrankung, den lateinischen Namen oder die Klassifizierung der Erkrankung nach ICD 10 sowie die Folgen, die sich nach ärztlicher Beurteilung aus der krankheitsbedingten Situation voraussichtlich ergeben, enthalten. Zur Behandlung der Erkrankung erforderliche Medikamente müssen mit der Angabe ihrer Wirkstoffe und diese mit ihrer international gebräuchlichen Bezeichnung aufgeführt sein.«

1. »Umstände, auf deren Grundlage fachliche Beurteilung erfolgt«
  - wann, wo, wie oft, wie lange, in welcher Sprache erfolgten ärztliche Gespräche, unter welchen Bedingungen wurde untersucht
2. »Methode der Tatsachenerhebung«
  - Objektivierung und ggf. Bestätigung der Beschwerden durch erhobene Befunde: z.B. Diagnostik, spezielle Tests (ggf. Literaturverweise), Verhaltensbeobachtung, non-suggestive Exploration
3. **Diagnosen mit ICD-10-Code und ggf. Schweregrad**
4. **Darstellung der Behandlungsbedürftigkeit und der Behandlung – bei medikamentöser Therapie mit Wirkstoffangaben – der jetzt und zukünftig erforderlichen Diagnostik und Betreuung**
  - Genaue Darstellung der auch perspektivisch notwendigen Behandlung und Diagnostik: Frequenz, Spezialisierung der Strukturen, Rahmenbedingungen wie Erreichbarkeit, familiäre, soziale, rechtliche Bedingungen
5. »Folgen, die sich nach ärztlicher Beurteilung aus der krankheitsbedingten Situation voraussichtlich ergeben«

Weitere wichtige Aspekte, insbesondere bei Traumafolgestörungen:

- Diskussion von Simulation und Aggravierung – Hinweise auf Erlebnisfundiertheit der geschilderten Anamnese und Symptome benennen
  - Verhaltensbeobachtung während der Erlebnisberichte der Patient\*innen (z.B. Zunahme an Symptomatik, psychomotorische Unruhe, Vermeidungssymptomatik, Dissoziationen)
- Differentialdiagnosen benennen und darstellen, welche Erkrankungen nicht vorliegen
- Fachliche Begründung, falls die Vorgeschichte/Erkrankung nicht bei vorherigem Behördenkontakt (z.B. Anhörung beim BAMF, Erstantrag) vorgetragen wurde/werden konnte, z.B. im Falle sexualisierter Gewalt, sexueller Orientierung oder anderer tabuisierter/schambehafteter Themen: Geschlecht der BAMF-Anhörer\*in und der Dolmetscher\*in; Retraumatisierung oder Reaktualisierung durch Verhörsituation oder andere Umgebungsfaktoren im Gericht oder beim BAMF
- Ebenso sollte bei bleibenden Unklarheiten oder Lücken in der berichteten Lebensgeschichte erklärt werden, was das aus medizinischer Sicht erklären könnte bzw. inwiefern das Störungsbild dafür verantwortlich sein kann

## Allgemeine Hinweise

- Es gehört zur ärztlichen Pflicht des Nicht-Schadens, dass Berichte nur auf Grundlage fachlicher Einschätzungen verfasst werden. Es hilft den Betroffenen nicht, wenn der Wunsch, in einer Notlage zu helfen, dazu führt, dass Dinge geschrieben werden, von denen wir nicht überzeugt sind. Dieser Grundsatz wird oft genug durch Ärzt\*innen gebrochen, die dabei mitwirken kranke Menschen abzuschieben (siehe Artikel HH-Gruppe und Artikel Girth)
- Aussagen der Patient\*innen im **Konjunktiv** formulieren
- **Unparteiliche** und für Laien verständliche Sprache verwenden

## 4. Zuerkennung von Asyl nach Artikel 16 Grundgesetz oder von Flüchtlingsschutz nach der Genfer Flüchtlingskonvention

Ärztliche Betreuung bietet einen besonderen Raum, in dem körperliche aber auch psychische Beschwerden manchmal zum ersten Mal geäußert werden. Deshalb können ärztliche Bescheinigungen in der Anamnese oder in den Untersuchungsbefunden Informationen über Erlebnisse enthalten, die durch die Betroffenen zuvor nicht erzählbar waren oder aus anderen Gründen nicht berichtet wurden, die aber einen Schutzstatus bedingen können. Dies können insbesondere Folgen von Folter, sexualisierter oder anderer schwerer Gewalt und Menschenrechtsverletzungen sein (körperlich und psychisch). Dazu ist folgendes zu beachten:

- Sorgfalt und ein genaues Verstehen ist bei der Anamneseerhebung essentiell, da im Rahmen der Asylverfahren, auch bei schwer traumatisierten Menschen, selbst kleinere sich widersprechende Angaben (z.B. hinsichtlich Uhrzeiten, Reihenfolge von Aufenthaltsorten oder Ereignissen auf der Flucht etc.) in unterschiedlichen Verfahrensdokumenten (Anhörungsprotokoll, andere Atteste) im Regelfall von den Behörden herangezogen werden, um zu behaupten, dass die Aussagen unglaubwürdig seien. *Berichtete Ereignisse sollten deswegen erst dann genau dargestellt werden, wenn Kontakt über einen längeren Zeitraum bestand und verlässliche Sprachmittlung gegeben war!* Falls keine gesicherte Anamnese möglich bzw. Unstimmigkeiten nicht geklärt werden können: besser *Anamnese knapp halten*, stattdessen die klinische Einschätzung in den Vordergrund stellen.
- Dokumentation von psychischen und physischen Folterfolgen nach den Standards der Vereinten Nationen (Istanbul-Protokoll, s. **Kasten 5**) in interdisziplinärer Zusammenarbeit. Bei Bedarf Überweisung zu anderen Fachdisziplinen (häufig: Orthopädie, Urologie, Proktologie, Gynäkologie) oder eine entsprechende Empfehlung
- Bei längeren Stellungnahmen, die auch eine ausführlichere Beschreibung der Fluchtgründe und -umstände und ggf. Aussagen zu traumatisierenden Ereignissen enthalten, sollten die *Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (in aufenthaltsrechtlichen Verfahren)* zu Rate gezogen werden: [www.sbpm.de](http://www.sbpm.de)

- Bei Fragen zur aufenthaltsrechtlichen Situation der Patient\*in und zur Fragestellung der benötigten ärztlichen Bescheinigung im konkreten Fall **Kontakt zu Beratungsstelle oder Rechtsanwält\*in** der Patient\*in aufnehmen

**Beispiel für eine Bescheinigung in einem fiktiven Fall, der auf realen Fällen beruht, in der die gesetzlichen Bestimmungen erfüllt sind.**

»Herr A befand sich von ..... bis ..... in stationärer psychiatrischer Behandlung auf Station ..... (ambulant: fanden XY Termine statt, Dauer: ....., Sprachmittlung: .....)

Diagnostisch handelt es sich um ..... (ICD-10: .....) **(in diesem Beispiel PTBS)**

Differentialdiagnostisch ausgeschlossen wurden .....

Diese Diagnose beruht auf der ärztlichen Untersuchung, dem psychischen Befund, der Verhaltensbeobachtung des Patienten während seines Aufenthaltes, sowie einer testpsychologischen Untersuchung am ..... . Eine Fremdanamnese konnte nicht hinzugezogen werden. Weitere objektivierende Befunde: Labor, EEG .....

Zentrale Symptome: ..... Psychischer Befund: ....., aktueller Schweregrad der Erkrankung: ..... Aktuelle Medikation: .....

**Anamnese (wichtig: im Konjunktiv verfassen):**

Herr A gibt an, er sei am ..... in ..... geboren. Er berichtete von massiven Gewalterfahrungen während seiner Inhaftierung. Er habe bisher nicht hierüber berichten können, da er im Interview beim Bundesamt einen Dolmetscher einer fremden ethnischen Zugehörigkeit gehabt habe; diesem habe er nicht vertraut. Außerdem wolle er nicht daran denken, die Erinnerungen seien schmerzhaft. Dieses Vermeidungsverhalten ist ein typisches klinisches Symptom, das zu den Kardinalsymptomen des vorliegenden Störungsbildes zählt.

Einschränkend ist zu sagen, dass bei der vorliegenden Symptomatik mit psychosenahen (DD. dissoziativ bedingten) Veränderungen der Realitätswahrnehmung nicht alle Explorationsinhalte mit den Erlebnissen gleichgesetzt werden können. Es wiederholen sich allerdings Kerninhalte zu verschiedenen Zeitpunkten bei unterschiedlichen Interaktionspartnern (Oberärztin, Ergotherapeutin, Bezugspflegerin), so dass nach unserem aktu-

## 5. Besondere Hinweise zur Dokumentation von Folterfolgen

Ärzt\*innen kommt bei der Bekämpfung von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen eine besondere Verantwortung zu, da sie in der Betreuung ihrer Patient\*innen häufig zu Zeugen der physischen und psychischen Folgen solcher Verbrechen werden. Folterfolgen chronifizieren oft in Symptomkomplexen – erst eine ausführliche, behutsame Anamnese deckt die erlebte massive Gewalt auf und ermöglicht konkrete Interventionen um physische und psychische Folterfolgen zu lindern. Neben der medizinischen Behandlung ist auch der Kampf gegen Straflosigkeit ein wichtiger Grund für eine sachgerechte Dokumentation. Das *Istanbul-Protokoll*<sup>2</sup> ist der UN-Standard zur Begutachtung bei Überlebenden von Folter und anderer schwerer Gewalt und sollte Ärzt\*innen weltweit bekannt sein, da Folter global verbreitet ist und die Überlebenden häufig fliehen und sich im Ausland aufhalten. In Deutschland sind insbesondere die *Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folterüberlebende*, bundesweit organisiert in der *BAfF*<sup>3</sup>, verfügen über diesbezügliche Erfahrung und Expertise und sind ansprechbar für kollegiale Kooperation und Beratung.

ellen Kenntnisstand zum aktuellen Zeitpunkt davon ausgegangen werden kann, dass mit ernst zu nehmender Wahrscheinlichkeit eigene Erfahrungen oder in direkter Zeugenschaft. vorliegen.

Durch den 24-stündigen Beobachtungszeitraum und die Vielzahl an Fachpersonal, das für den Patienten zuständig war, kann eine Simulation des vorliegenden Störungsbildes mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Beispielsweise führten die Alpträume des Patienten und seine damit verbundenen Schreie nachts regelhaft zu Konflikten mit Mitpatienten und konnten erst durch eine deutliche Erhöhung der Schlafmedikation gemindert werden.

Das vorliegende Störungsbild ist dringend behandlungsbedürftig (**ausführliche Darstellung der notwendigen Behandlung**): Zudem benötigt Herr A eine Tagesstruktur, beispielsweise durch einen Sprachkurs. Von zentraler Bedeutung ist die familiäre Unterstützung durch seine Schwester, zu der ein enges Vertrauensverhältnis besteht. Bei einer kontinuierlichen Behandlung und unter den geschilderten Lebensbedingungen kann von einer guten Prognose ausgegangen werden. Sollten hingegen weitere Belastungsfaktoren auftreten (Trennung von der Schwester, Abbruch der Behandlung, drohende Abschiebung, Inhaftierung weiterer Familienmitglieder in der Heimat) kann eine völlige Dekompensation nicht ausgeschlossen werden. Unter Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufes, ist in diesem Fall mit einer Zunahme der Angstsymptome zu rechnen, sowie mit einem vermehrten Rückzugs- und Vermeidungsverhalten. Sollte die Krise andauern, werden erneut Halluzinationen auftreten, wie sie auch jetzt zur stationären Aufnahme geführt haben. In diesem Fall ist die Steuerungsfähigkeit des Patienten erheblich eingeschränkt und es besteht ein sehr hohes Risiko erneuter suizidaler Handlungen. Da Herr A bereits suizidale Handlungen vorgenommen hat und hierbei impulsiv reagierte, ist mit einem erhöhten Risiko in diesem Einzelfall zu rechnen. Aus fachärztlicher Sicht ist daher in diesem Einzelfall von einer Reiseunfähigkeit auszugehen, wenn nicht eine konkrete, wie dargelegt lebensbedrohliche Krise ausgelöst werden soll.«

## Zusätzlich im Falle von erheblichen Funktionseinschränkungen bei unfreiwilliger Rückkehr:

»Zudem besteht nach WHODAS 2.0. eine erhebliche Einschränkung der Funktionsfähigkeit im Alltag. Ohne die kontinuierliche Behandlung und psychosoziale Unterstützung ist davon auszugehen, dass Herr A nicht in der Lage sein wird, sich selbständig zu versorgen bzw. sich um eine angemessene Behandlung eigenständig zu kümmern.«

### Quellen und Literatur:

- Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (in aufenthaltsrechtlichen Verfahren), überarbeitete Fassung 2012
- Jentsch, Oda: Krankheit als Abschiebungshindernis – Anforderungen an die Darlegung von Abschiebungshindernissen aufgrund von Krankheit im Asyl- und Aufenthaltsrecht, Herausgegeben vom Deutschen Roten Kreuz und dem Informationsverbund Asyl und Migration, Dezember 2017
- Nitschke, Heidrun: Medizinische Bescheinigungen im Kontext Flucht und Asyl – Versuch einer Systematik; Vortrag an der Universität Jena vom 30.10.2019
- <https://www.asyl.net/>
- <http://www.baff-zentren.org/>

### Anmerkungen:

- <https://www.aerzteblatt.de/archiv/175428/Gesundheitsbedingte-Abschiebungshindernisse-Asylpaket-II-schafft-hoehere-Huerden>
- <https://www.vr-elibrary.de/isbn/9783847100300>
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folterüberlebende

# Abschiebung kranker Menschen

## Von der vdää-Regionalgruppe Hamburg

In den Jahren 2017 und 2018 wurden drei schwerstkranke Menschen aus Hamburg abgeschoben.<sup>1</sup> Die Abschiebungen wurden ärztlich begleitet und mussten in einem Ambulanzflugzeug durchgeführt werden. Sie verursachten hohe Kosten von insgesamt fast 100.000 Euro, die prinzipiell auch für die Versorgung der Betroffenen in Deutschland hätten aufgewendet werden können. Hamburg ist das einzige Bundesland, das Abschiebungen auf diesem Wege durchführt.

### ■ Abschiebung kranker Menschen

Abschiebungen kranker Menschen sind im deutschen Rechtssystem möglich. Krankheiten werden oftmals von Betroffenen und ihren Anwalt\*innen als Hinderungsgründe von Abschiebungen angeführt und standen somit im Fokus der Gesetzgeber, da sie selbst bei fehlendem Asylschutz einen Verbleib in Deutschland ermöglichen können. Kranken Menschen auf der Flucht wurde im Rahmen dessen pauschal unterstellt, das Grundrecht auf Asyl durch ihre Krankheit auszuhöhlen. Doch diese reduzierte Darstellung wird einer angemessenen Betrachtung des Krankseins nicht gerecht.

Das komplexe Wechselspiel von Krankheitsentstehung, Gesundheitserhaltung und sozialer Einbettung wurde in Form des »biopsychosozialen Krankheitsmodells« mehrfach diskutiert. Dieses Modell gilt inzwischen als Standardbetrachtung von Krankheitsprozessen und wird unter anderem von der WHO als Grundlage zur Ausgestaltung neuer Modelle verwendet.<sup>2</sup> Die aktuelle rechtliche Situation in Deutschland hat diesen komplexen Ansatz jedoch auf eine funktionalistische Perspektive reduziert. Ein kranker Mensch soll lediglich dann nicht abgeschoben werden, wenn eine »lebensbedrohliche oder schwerwiegende« Erkrankung vorliegt, die sich durch die Abschie-

ICH NICHT ... MEINE ÜBERFAHRT DAUERTE  
40 MINUTEN BEI GANZ RÜHIGER SEE.



ALS WIR AUF LESBOS ANKAMEN, SAH ICH, WIE  
VIELE MENSCHEN VON ÜBERALL HER DORT  
EINGETROFFEN WAREN.

DIE LEUTE TATEN  
WAS SIE KONNTEN,  
UM UNS ZU HELFEN.

bung im Zielland wesentlich verschlechtern würde. Dabei muss die Gesundheitsversorgung im Zielland ausdrücklich nicht dem Niveau des deutschen Gesundheitssystems entsprechen, so lange genannte Schäden nicht auftreten. Die angesprochene Verschlechterung umfasst dabei primär körperliche Auswirkungen. Psychische Aspekte werden zumeist verkannt. So ist etwa eine Abschiebung auch bei einer floriden Traumafolgestörung (z.B. PTBS) möglich. Soziale Aspekte werden in die Betrachtung, wenn überhaupt, nur rudimentär mit einbezogen.

Zudem existiert keine einheitliche Definition von »schwerwiegenden Erkrankungen«. Atteststellungen durch Ärzt\*innen<sup>3</sup> sind durch diese Praxis deutlich erschwert worden und müssen nun zahlreichen formalen Ansprüchen genügen, um eine Erkrankung als ein Abschiebeverbot oder -hindernis zu bestätigen (siehe dazu die Handreichung in diesem Heft S. 15-18). Unterschieden werden in der Rechtspraxis zielstaatsbezogene Abschiebeverbote und inlandsbezogene Abschiebungshindernisse. Ein zielstaatsbezogenes Abschiebeverbot kann neben einer wesentlichen Verschlechterung einer Erkrankung auch eine drohende unmenschliche oder erniedrigende Behandlung im Zielland sein (Verstoß gegen Art. 3 *Europäische Menschen-*

*rechtskonvention* – EMRK). Unter Umständen können auch »schlechte humanitäre Bedingungen« ein zielstaatsbezogenes Abschiebeverbot darstellen. Dies ist von der individuellen Auslegung durch das *Bundesamt für Migration und Flüchtlinge* – BAMF, die Ausländerbehörde bzw. in zweiter Instanz durch das Verwaltungsgericht abhängig.

Inlandsbezogen ist ein Abschiebehindernis, wenn Betroffene durch Krankheit bereits im Inland, während der Abschiebung oder durch einen unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang zu ihr einem lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind. In der Regel werden abgelehnte Asylsuchende, die eine Krankheit als Abschiebehindernis angegeben haben, welche ärztlich attestiert wurde, von einer durch die Behörde beauftragten Ärzt\*in ein weiteres Mal untersucht, um die angegebenen Befunde zu überprüfen.

Hier muss von uns hinterfragt werden, welches Ziel die Gutachtenerstellung hat. Geht es um die reine Reise-tauglichkeit in Form einer flugmedizinischen Untersuchung oder um die Frage, ob sie mit ihrer Erkrankung nach Durchführung der Abschiebung bestmöglich weiterleben können oder ob ihre Lebenszeit sich durch die Maßnahme drastisch verkürzt?



ICH GLAUBE, DAS WAR DIE ERSTE NACHT NACH LANGER ZEIT, IN DER ICH RUHIG GESCHLAFEN HABE.

## ■ Situation in Hamburg

In den eingangs erwähnten konkreten Fällen handelt es sich um die extremsten Beispiele dieser Praxis. Es wurden nicht nur kranke Menschen abgeschoben, sondern Schwerstkranke. Ihr Transport wurde mittels eines speziellen Transportflugzeugs unter ärztlicher Begleitung durchgeführt. Es erfolgte zuvor eine Untersuchung durch eine Hamburger Allgemeinmedizinerin, die die Zusatzbezeichnung »Flugmedizin« trägt. Inwieweit diese befähigt ist, die komplexen Gegebenheiten der Gesundheitsversorgung nach Ankunft im Zielstaat bei ihrer Prognose bezüglich einer etwaigen Verschlechterung des Patientenzustandes zu berücksichtigen, erschließt sich nicht. Zudem scheint trotz der problematischen aktuellen Rechtslage eine reine Betrachtung der Flugreisetauglichkeit nicht ausreichend.

In einer vom Roten Kreuz herausgegebenen Handreichung zum Thema »Krankheit als Abschiebungshindernis«, gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, schreibt die Rechtsanwältin Oda Jentsch folgendes: »Vielmehr ist die Behörde darüber hinaus verpflichtet, auch bei Ankunft am Flughafen im Zielland die bestehende Möglichkeit der Anschlussbehandlung nachzuweisen. Das Oberverwaltungsgericht NRW hat hierzu ausgeführt, dass die Behörde sich dabei auch mit der genauen Erfassung des Krankheitsbildes und den daraus resultierenden Gefahren befassen muss, sodass der bloße Verweis auf vor Ort bestehende Versorgung nicht genügt, sondern ein konkreter Nachweis ärztlicher Behandlung vorliegen muss.«<sup>4</sup> Diese juristische Einschätzung geht vornehmlich auf ein Urteil des Oberverwaltungsgerichts Nordrhein-Westfalen zurück.<sup>5</sup> Folgt man dieser Einschätzung, ist insbesondere die Abschiebung eines dialysepflichtigen Ghanaers im Jahr 2018 äußerst fragwürdig. Er war zum Zeitpunkt der Abschiebung 2018 bereits 51 Jahre alt und hatte die letzten 17 Jahre in Deutschland gelebt. Neben einer manifesten Niereninsuffizienz (Nierenschwäche) soll er noch weitere Erkrankungen gehabt haben. Ghana verfügt über ein organisiertes Gesundheitssystem, das seit 2003 auch Behandlungen ohne Vorkasse durchführt. Die gesetzliche Basisversorgung schließt allerdings ausdrücklich »chronisches Nierenversagen« von der Kostenerstattung aus.<sup>6</sup> Die Hauptstadt Accra verfügt zwar über gut ausgestattete Krankenhäuser und eine insgesamt angemessene medizinische Versorgung, die fehlende Kostenübernahmemöglichkeit dürfte allerdings dafür gesorgt haben, dass der abgeschobene Patient weitere, lebensverkürzende Schäden seiner Nieren erlitten hat, da der Zugang zu einer entsprechenden Versorgung nur mit hohem finanziellen Aufwand

möglich ist. Das Verwaltungsgericht Schwerin entschied in einem ähnlichen Fall, dass ein dialysepflichtiger Ghanaer nicht in sein Herkunftsland abgeschoben werden dürfe, weil die Dialyseplätze in Ghana nicht für seine Versorgung ausreichen würden.<sup>7</sup>

Die anderen beiden im Jahr 2017 mit Ambulanzflugzeugen abgeschobenen Menschen waren Nordmazedonier. Über ihre Fälle ist weniger bekannt. Dennoch muss angenommen werden, dass auch sie Probleme mit ihrer weiteren Gesundheitsversorgung hatten.<sup>8</sup> Die drei abgeschobenen Patienten gelten heute als nicht auffindbar. Es ist nichts zu ihrem Gesundheitszustand bekannt.

Im Hamburg wurden von 2015 bis Ende November 2017 über 1.094 Untersuchungen von kranken Asylsuchenden durch zwei beauftragte Ärzt\*innen durchgeführt. Davon wurden 1.040 durch die oben genannte Flugmedizinerin untersucht, nur 68 Patient\*innen wurden von ihr als reiseuntauglich eingestuft. Weitere 54 wurden durch einen Psychiater begutachtet. 9 Patient\*innen wurden von ihm als reiseunfähig eingestuft.<sup>9</sup>

## ■ Ärztliche Ethik und Berufsordnung

Neben formaljuristischen Aspekten, muss auch insbesondere die Rolle des Arztes bzw. der Ärztin im Rahmen von Abschiebevorgängen, gerade von kranken Menschen, betrachtet werden. Die Abschiebung Kranker ist für Ärzt\*innen zumindest formal ein Dilemma, denn juristische Entscheidungen kollidieren hier mit den universellen, ärztlichen Werten. Im Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes heißt es: »Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.« Dieser Selbstanspruch hat ganz offensichtlich keinen Bestand vor der zuvor beschriebenen Begutachtungspraxis zur Reise-tauglichkeit. Ferner heißt es: »Ich werde jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.«<sup>10</sup>

Auch in der »Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen« lässt sich ein entsprechend anwendbarer Passus finden: »Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte des Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen.«<sup>11</sup> Es muss gefragt werden, inwieweit die Menschenwürde noch geachtet wird, wenn in ein Land abgeschoben wird, in dem die Versorgung einer Krankheit schlimmstenfalls nicht mehr gewährleistet werden kann, und welche Rolle Ärzt\*innen bei solchen Vorgängen spielen sollten.

Sowohl bei der Erstellung von Flugtauglichkeitsbescheinigungen, die von der Innenbehörde zum Zwecke der Abschiebung von Personen verwendet werden, als auch bei der ärztlichen Begleitung von Abschiebungen (z.B. in Ambulanzflugzeugen), verstoßen Ärzt\*innen gegen die Berufsordnung der Hamburger Ärzt\*innen in der Fassung vom 05.10.2015: Nach §1 (1) ist es die Aufgabe des Arztes oder der Ärztin, »der Gesundheit des einzelnen Menschen« zu dienen. Nach der WHO-Definition ist Gesundheit »ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen« (WHO

2014) – eine Abschiebung gegen den Willen des Betroffenen ist eine Maßnahme, die eindeutig mindestens das soziale Wohlergehen mindert. Wird einem chronisch Kranken die notwendige Behandlung vorenthalten und wird er in ein Land mit unzureichender medizinischer Versorgung abgeschoben, ist immer davon auszugehen, dass seine Gesundheit dadurch erheblich eingeschränkt wird.

Nach §2 (1) zu den Berufspflichten dürfen der Arzt oder die Ärztin »keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kann« – bei Abschiebungen werden Anweisungen der Innenbehörde befolgt. Nach §2 (2) darf der Arzt »weder sein eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl des Patienten stellen« – das Interesse des Staates an der Abschiebung wird in diesem Falle jedoch über das Wohl der Betroffenen gestellt. Folgerichtig müsste aufgrund der Verstöße gegen die Berufsordnung von der Ärztekammer und der entsprechenden Behörde geprüft werden, ob die Approbation entzogen werden sollte. Der Deutsche Ärztetag legte am 26.05.2017 dazu folgendes fest: »Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 erinnert an das Recht und die Verpflichtung aller Ärztinnen und Ärzte zur Beachtung des selbst gesetz-

ten ärztlichen Berufsrechts. Er fordert dessen Umsetzung bei selbstständiger Tätigkeit und in Beschäftigungsverhältnissen. Unabhängig von ihrem Dienstverhältnis sollten sich bei Verstößen gegen ethische Grundsätze alle Ärzte gegenüber einer berufsrechtlichen Stelle verantworten müssen.«<sup>12</sup>

Es ist daher ausdrücklich zu begrüßen, wenn Ärzt\*innen die Teilnahme am Abschiebeprozess verweigern, um die Gesundheit von Patient\*innen bestmöglich zu bewahren und etwaige Krankheitsauswirkungen zu mildern. Auf dem 120. Deutschen Ärztetag wurde in Bezug auf die Haltung von Ärzt\*innen und ihre Verpflichtungen folgendes festgesetzt: »Die Politik muss respektieren, dass Ärzte ihren Beruf nach ... den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit [den Menschenrechten] ausüben.« Oder mit dem Wortlaut der Ärztlichen Berufsordnung: »Ärztinnen und Ärzte dürfen keine Vorschriften oder Anweisungen befolgen, die mit ihren Aufgaben und ihrem ärztlichen Ethos nicht vereinbar sind.«<sup>13</sup>

Bereits jetzt verweigern regelmäßig Pilot\*innen die Beteiligung an Abschiebungen. Ärzt\*innen sollten ihrem Beispiel folgen und so ihrer ärztlichen Pflicht folgen und darin die größtmögliche Unterstützung von der zuständigen Ärztekammer erhalten.

- 1 <https://www.ndr.de/nachrichten/hamburg/Schwer-Kranke-im-Ambulanzflugzeug-abgeschoben,abschiebung886.html>
- 2 <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-2001-19074>
- 3 [http://www.aekwl.de/fileadmin/allgemein/doc/FI%C3%BCchtlinge/Brosch%C3%BCre\\_Das\\_%C3%A4rztliche\\_Attest\\_Bedeutung\\_und\\_Anforderung\\_im\\_Asyilverfahren\\_A5.pdf](http://www.aekwl.de/fileadmin/allgemein/doc/FI%C3%BCchtlinge/Brosch%C3%BCre_Das_%C3%A4rztliche_Attest_Bedeutung_und_Anforderung_im_Asyilverfahren_A5.pdf)
- 4 [https://www.asyl.net/fileadmin/user\\_upload/publikationen/Arbeitshilfen/Broschuere\\_Krankheit\\_Abschiebungshindfin.pdf](https://www.asyl.net/fileadmin/user_upload/publikationen/Arbeitshilfen/Broschuere_Krankheit_Abschiebungshindfin.pdf)
- 5 Vgl. OVG NRW, Beschluss vom 9.5.2007 – 19 B 352/07 – NVwZ-RR 2008, 284; ZAR 2011, 270.
- 6 [https://cdn.modernghana.com/images/content/report\\_content/NHIS.pdf](https://cdn.modernghana.com/images/content/report_content/NHIS.pdf)
- 7 VG Schwerin, Urteil vom 06.01.2017 – 5 A 4666/15 As SN – asyl.net: M25509
- 8 [https://www.buergerschaft-hh.de/parldok/dokument/66084/abschiebungen\\_in\\_ambulanzflugzeugen.pdf](https://www.buergerschaft-hh.de/parldok/dokument/66084/abschiebungen_in_ambulanzflugzeugen.pdf)
- 9 <https://www.buergerschaft-hh.de/ParlDok/dokument/60078/abschiebe%C3%A4rztinnen-und-%C3%A4rzte-in-hamburg-ii-.pdf>
- 10 [https://www.bundesärztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/WMA\\_aerztliche\\_Ethik.pdf](https://www.bundesärztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/WMA_aerztliche_Ethik.pdf)
- 11 [https://www.aerztekammer-hamburg.org/files/aerztekammer\\_hamburg/aerztinnen\\_aerzte/recht/berufsordnung/4\\_Berufsordnung.pdf](https://www.aerztekammer-hamburg.org/files/aerztekammer_hamburg/aerztinnen_aerzte/recht/berufsordnung/4_Berufsordnung.pdf)
- 12 [https://www.bundesärztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/120DaetBeschlussProt\\_2017-05-26.pdf](https://www.bundesärztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/120DaetBeschlussProt_2017-05-26.pdf)
- 13 Ebd.

## Einsatz für das Recht auf Nahrung

Die internationale Menschenrechtsorganisation FIAN mit Mitgliedern in über 50 Ländern setzt sich seit 1986 dafür ein, dass alle Menschen frei von Hunger leben und sich selbst ernähren können. Die Arbeit

von FIAN basiert auf dem internationalen Menschenrechtssystem der Vereinten Nationen, insbesondere dem UN-Sozialpakt. FIAN ist eine basisorientierte Mitgliederorganisation, die unabhängig von Parteien, Kirchen, Unternehmen oder Regierungen ist und Beraterstatus bei den Vereinten Nationen innehat. Neben dem Dachverband FIAN International gibt es Sektionen in 20 Ländern.

FIAN Deutschland fordert insbesondere die Verantwortung deutscher Politik und deutscher Unternehmen für das



weltweite Menschenrecht auf Nahrung ein. FIAN betreibt umfassende Vorort-Recherchen (z.B. in Sambia, Uganda, Brasilien, Paraguay und Kambod-

scha), reagiert bei akuten Menschenrechtsverletzungen mit Eilaktionen und Advocacyarbeit, informiert die Vereinten Nationen und unterstützt Betroffene. Durch Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit informiert FIAN die Öffentlichkeit über das Recht auf Nahrung. FIAN ist in vielen Verbänden und Netzwerken aktiv und bringt dort Knowhow und aktuelle Fallberichte ein – hierzu zählen das Forum Menschenrechte, das Forum Umwelt und Entwicklung, VENRO, der »Arbeitskreis Welternährung« der Bundesregie-

rung, das Netzwerk Corporate Accountability (CorA) sowie die Kampagne Meine Landwirtschaft.

FIAN Deutschland besteht aus rund 1.300 Mitgliedern, aus Lokalgruppen und Arbeitskreisen, einem ehrenamtlichen Vorstand und der Geschäftsstelle in Köln. Hinzu kommen viele Aktive, die sich an Eilaktionen beteiligen, Vorträge halten, beraten, übersetzen, spenden oder FIAN auf andere Weise unterstützen. Oberstes Gremium ist die jährliche Mitgliederversammlung.

Interessent\*innen senden wir gerne ausführliche Informationen zu: [Info@fian.de](mailto:Info@fian.de)

Weitere Hintergründe unter: [www.fian.de](http://www.fian.de)

# Der Anonyme Krankenschein

Carola Wlodarski-Simsek und Olga Ungurs über das Praxisbeispiel Thüringen

» Jeder hat das Recht auf [...] ärztliche Versorgung«, besagt Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte. Das Recht auf Gesundheit, unabhängig von Nationalität oder sozialem Status, und der besondere Schutz von Müttern und Kindern sind in vielen staatlichen und überstaatlichen Resolutionen verankert. Die Realität von vielen Menschen in Deutschland ist jedoch eine andere. 2018 kritisierte der UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, dass das Recht auf Gesundheit nicht von allen Menschen in Deutschland wahrgenommen werden kann. Laut Schätzungen leben 200.000-1.000.000 undokumentierte Geflüchtete in Deutschland, denen der Zugang zum Gesundheitssystem verwehrt bleibt. Hinzu kommen EU-Bürger\*innen ohne formale Beschäftigung, Asylsuchende, Menschen mit unzureichender Auslandsrankenversicherung, aber auch Deutsche ohne festen Wohnsitz, mit Beitragsschulden bei der Krankenkasse oder gänzlich ohne Krankenversicherung, die nur einen eingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem haben.

Nach vier Jahren der Konzeptfindung und politischen Verhandlungen wurde im Jahr 2017 aus dem MediNetz Jena und durch Unterstützung der linken Landesregierung der Anonyme Krankenschein Thüringen (AKST) ins Leben gerufen. Damit konnte die Arbeit, die lange Zeit ehrenamtlich durch Mitglieder des MediNetzes erfolgte, professionalisiert und ausgebaut werden. Seither wurden über 400 Anonyme Krankenscheine ausgegeben und Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen unterstützt. Jedes Jahr werden es mehr.

Nach der ursprünglichen Idee des AKST, die vom Gesundheitsministerium und den Koalitionsparteien im Koalitionsvertrag vom 4. Dezember 2014 formuliert wurde, sollen anonymisierte



NACHTS UND OHNE PAPIERE KAMEN WIR IN ATHEN AN. DIE REISE HATTE 14 STUNDEN GEDAURET. DORT TRAF ICH FREUNDE, DIE VOR UNS ANGEKOMMEN WAREN.

Krankenscheine Menschen ohne Papiere den Zugang zum Gesundheitssystem ermöglichen. Die Kostenübernahme geschieht durch Fördermittel des Landes und orientiert sich nach dem Behandlungsumfang des Asylbewerberleistungsgesetzes und der Thüringer Rahmenvereinbarung für die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende.

Die Gesetzeslage sieht vor, dass Menschen ohne Papiere für die Kostenübernahme einer ärztlichen Behandlung einen Antrag an das Sozialamt stellen müssen. In der Praxis wird damit der Zugang zum Gesundheitssystem unmöglich, da nach §87 des Aufenthaltsgesetzes Sozialämter dazu verpflichtet sind, die Personendaten mit der Ausländerbehörde abzugleichen, und Behandlungsbedürftige damit eine Abschiebung riskieren. Die Anonymisierung des Krankenscheins soll Menschen die Angst nehmen, dass ihre Daten an Behörden weitergeleitet werden, und es ihnen ermöglichen, ihr Recht auf medizinische Versorgung wahrzunehmen.

Doch der Bedarf an Anonymen Krankenscheinen ist noch größer. Zunehmend nehmen auch EU- und deut-

sche Staatsbürger\*innen ohne Krankenversicherung die Möglichkeit der Behandlung durch Anonyme Krankenscheine wahr.

Für die Ausstellung eines Krankenscheins können sich Patient\*innen an eine von derzeit landesweit 36 Ausgabestellen wenden. Neben dem Büro in Jena konnten durch das Team aus Haupt- und Ehrenamtlichen bisher 35 Ärzt\*innen aus unterschiedlichen Fachrichtungen für eine Zusammenarbeit gewonnen werden, um die Versorgung von Menschen ohne Papiere oder Krankenversicherung zu dezentralisieren und lange Anfahrtswege zu vermeiden.

Die Ausgabe der Scheine erfolgt nach einem Zwei-Ärzt\*innen-Prinzip: Durch die Ärzt\*innen der Ausgabestellen werden die Patient\*innen untersucht und an ein\*e Kolleg\*in in einer geeigneten Fachrichtung zu Behandlung überwiesen. Die Kontaktdaten werden nur bei dieser ersten Konsultation erfasst. Der herausgegebene Krankenschein ist auf ein Pseudonym ausgestellt, das in der nachfolgenden Kommunikation als Patient\*innenname dient. Der Krankenschein ist eine Kostenübernahmegarantie bis 500 Euro; höhere Behandlungskosten benötigen

der vorherigen Absprache mit der Ärzt\*in des AKST und werden nach Möglichkeit bewilligt. Die Abrechnung der Behandlungskosten erfolgt gemeinsam mit dem Krankenschein über unsere Kostenstelle.

In den letzten drei Jahren konnte so vielen Menschen geholfen werden. Zuerst war nur ein Budget für ambulante Behandlungen vorgesehen, mittlerweile können auch stationäre Behandlungen in begrenztem Umfang übernommen werden. 2019 ist zudem eine Stelle für Clearing und Legalisierungsberatung hinzugekommen, mithilfe derer schon einige Menschen in eine reguläre Krankenversicherung zurückgeführt werden konnten. Die Stellenkapazitäten und das Budget für Behandlungskosten sind begrenzt, der Bedarf ist weiterhin höher als die zur Verfügung stehenden Mittel. Doch es ist ein Anfang.

Die häufigsten Konsultationsgründe kommen aus der Allgemeinmedizin, Zahnmedizin und Gynäkologie. Jedes Jahr übernimmt der AKST die Kosten mehrerer Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen und Geburten. Viele Patient\*innen haben zudem psychische Erkrankungen, die einen besonderen Umgang und häufig auch Behandlung erfordern. Die Koordination erfolgt aus der Zentrale in Jena, von wo aus die vier Mitarbeiter\*innen und ein\*e Bundesfreiwilligendienstler\*in arbeiten. Hier befindet sich das Verwaltungsbüro, das ärztliche Untersuchungszimmer, aus dem die Ausgabe von Krankenscheinen erfolgt, und das Büro der Clearing- und Legalisierungsberatung, welche Betroffenen den Weg in die Regelversorgung erleichtern soll.

Das *Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie* (TMSGFF) unter Leitung von Gesundheitsministerin Heike Werner von der Partei Die Linke ist dabei eine große Unterstützung. Der politische Wille, das Projekt zu fördern und weiterzuentwickeln ist gegeben. Annahmen der Oppositionsfractionen, dass das System der anonymen Krankenscheine auch Straftäter\*innen beim Untertauchen unterstützt oder »Asyltourismus« provozieren

ICH VERBRACHTE DIESE NACHT IM FREIEN UND HATTE EINEN TRAUM ...



IM TRAUM HATTE ICH EIN DORF IM NORDEN ERREICHT, IN DEM UNGLAUBLICHE STILLE HERRSCHTE...

würde, konnten durch Erfahrung und externe Studien widerlegt werden.

Um auch wirklich allen Menschen ihr Recht auf Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, ist aber noch einiges nötig. Besonders jetzt, während der Corona-Pandemie, zeigen sich die Lücken des Gesundheitssystems in Deutschland. Da Menschen ohne Papiere kein Vertrauen in staatliche Stellen haben können, scheuen sie bei einer Erkrankung den Gang zum Gesundheitsamt und können nicht isoliert werden. Menschen ohne Krankenversicherung berichten, dass sie trotz gegeben Verdachts ohne gültige Chipkarte von Teststellen abgewiesen werden. Auch Gemeinschaftsunterkünfte von Geflüchteten stehen vor großen Herausforderungen: Die Umstände begünstigen die Ausbreitung ansteckender Krankheiten und stellen vor allem bei Notwendigkeit einer Quarantäne zusätzlich eine große psychische Belastung dar. So wurde in Suhl ein gesamter Gebäudekomplex aufgrund der Infektion einer einzelnen Person unter Quarantäne gestellt, mehrere hundert Menschen waren betroffen. Zugleich gab es nur begrenztes mehrsprachiges

Informationsmaterial, das den Bewohnern die Lage erklärt hätte. Es folgten Proteste, die einen Polizeieinsatz nach sich zogen.

Wir arbeiten gemeinsam mit dem TMSGFF weiter daran, die Versorgung von Papierlosen in Thüringen auszubauen. Dafür muss die Bekanntheit des AKST bei Behandelnden und Betroffenen weiter erhöht und die Vernetzung mit Krankenhäusern ausgebaut werden. Auch besteht ein hoher Bedarf an Clearing und Legalisierungsberatung, für welches bundesweit viele Städte bereits eigene Systeme entwickelt haben.

Jedoch braucht es langfristig eine bundesweite und unbürokratische Lösung, die diesen besonders vulnerablen Menschengruppen Schutz und die Wahrnehmung ihrer Rechte ermöglicht.



*Carola Wlodarski-Şimşek ist Projektkoordinatorin Anonymer Krankenschein Thüringen e.V. und Olga Ungurs ist Ärztin Anonymer Krankenschein Thüringen e.V.*



VIELE STUNDEN LANG HATTEN WIR WEDER ETWAS ZU ESSEN, INFORMATIONEN, NOCH EIN FAHRZEUG. ZUM GLÜCK KAMEN FREIWILLIGE UND HALFEN UNS. SELBST DIE GRIECHISCHE POLIZEI LEHNTE ES AB, UNS DABEI ZU HELFEN, ZUR UNTERKUNFT ZU GELANGEN.



ZWEI TAGE BLIEBEN WIR AUF LESSOS. AM DRITTEN TAG NAHMEN WIR DAS GROSSE SCHIFF NACH PIRÄUS.

Pressemitteilung des vdä vom 12.03.2020

# Groteske Fehlleistung

## Gesundheitsminister Spahn setzt Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus wegen Coronavirus außer Kraft

Per Kurznachrichtendienst teilte das Bundesgesundheitsministerium am 4. März mit, dass die Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern wegen des Coronavirus »bis auf weiteres« außer Kraft gesetzt wurden.<sup>1</sup> Somit setzt Herr Spahns Ministerium genau jene Bestimmungen aus, die ein Minimum an Patient\*innen-sicherheit in Krankenhäusern unter Hochdruck garantieren sollen.

Denn: Nie ist das Gefährdungsrisiko und deshalb das Einhalten von Sicherheitsbestimmungen so wichtig wie in einer Stresssituation. Im Krankenhaus bedeutet das: Falls es tatsächlich im Zuge einer Coronavirus-Epidemie zu einer sprunghaften Zunahme stationär behandlungsbedürftiger Patient\*innen und dabei zu einer Überlastungssituation in den Krankenhäusern kommen sollte, müssen Prioritäten gesetzt werden.

Jens Spahn sagt sehr richtig: »Die Krankenhäuser müssen bei der Personalplanung flexibel auf die Ausbreitung des Coronavirus reagieren können.« Jedoch kann dies aus Sicht des vdä nicht bedeuten, dass Sicherheitsstandards unterlaufen werden, wie Jens Spahn weiter verlautbaren lässt: »Deshalb entlasten wir sie in dieser Lage bis



auf weiteres von Dokumentationsaufwand und Auflagen in der Pflege.«

Leider das Entscheidende falsch verstanden, Herr Spahn!

Wer jetzt die Mindestbesetzungsregeln in der Pflege vom Tisch wischt, riskiert, dass das Krankenhaus wie eine Fabrik auf höchsten Touren weiterläuft, das Personal im Falle einer starken Zunahme der Patient\*innenzahlen überlastet und die Sicherheit der Patient\*innen in den Krankenhäusern ohne Not gefährdet wird, etwa indem Mindestzeiten bei der Händehygiene aufgrund Personalmangels nicht eingehalten werden können.

Die richtige Reaktion wäre aus unserer Sicht: Behandlungen und Wahleingriffe ohne akute Dringlichkeit auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben, um sich auf die – ressourcenintensive – Versorgung von vermeintlich und tatsächlich infektiösen Notfallpatient\*innen konzentrieren zu können.

»Die erstbeste Gelegenheit zu nutzen, um die für die Vertreter\*innen der Krankenhausökonomisierung ungeliebten Pflegepersonaluntergrenzen auszusetzen, ist kein Krisenmanagement, sondern ein billiger Taschenspielertrick«, so Dr. Thomas Kunkel, Krankenhausarzt und Ko-Vorsitzender des

vdä. »Bereits im Normalbetrieb führt die massive Arbeitsverdichtung durch Steigerung der Fallzahlen bei immer kürzeren Liegedauern zu inakzeptablen Belastungen der Krankenhausmitarbeiter\*innen. Die 2019 eingeführten Personaluntergrenzen liegen immer noch unter der für das Personal verträglichen Schmerzgrenze<sup>2</sup> und haben – ungeachtet der jetzigen Diskussion – das Potential, die Missstände zu zementieren, wenn die Untergrenze von den Geschäftsführungen als neuer Standard gesetzt wird. Diese prekäre Situation zu verschärfen, um trotz Influenza- und Corona-Virus Ausbruch weiterhin Profite machen zu können, ist medizinisch unverantwortlich gegenüber den Patient\*innen und unseren Kolleg\*innen in Pflege und ärztlichem Dienst.«

Dr. Nadja Rakowitz  
(Pressesprecherin)

1 [https://twitter.com/BMG\\_Bund/status/1235148339844435968](https://twitter.com/BMG_Bund/status/1235148339844435968); <https://www.hcm-magazin.de/pflegepersonal-vorgaben-fuer-kliniken-ausgesetzt/150/27350/399578>

2 <https://www.dgni.de/presse/681-vorgabe-von-untergrenzen-ist-keine-geeignete-loesung-zur-entspannung-der-personalbelastung-in-der-pflege.html>



Appell vom 20. März 2020:

# Menschen und ihre Rechte schützen!

**W**ährend Bundes- und Landesregierungen in nahezu allen Lebensbereichen strikte Maßnahmen gegen eine weitere Ausbreitung der COVID-19-Epidemie ergreifen, werden Geflüchtete in den Lagern (Aufnahmeeinrichtungen, Gemeinschaftsunterkünften, sogenannten Ankerzentren) und in der Abschiebehafte sowie Illegalisierte und Menschen ohne Krankenversicherungsschutz nur unzureichend geschützt. Aufgrund der engen Belegung und der meist gemeinschaftlichen Nutzung von Bädern, Küchen und anderen Flächen sind die in den Sammelunterkünften untergebrachten Menschen besonders gefährdet, sich mit dem Corona-Virus zu infizieren. Gleichzeitig haben sie aufgrund mangelnder Informationen, geringerer finanzieller Mittel und oft fehlender sozialer Netzwerke nur wenig Möglichkeit, sich an die gegenwärtige Situation anzupassen.

We'll Come United, die Landesflüchtlingsräte, die bundesweiten Medibüros/Medinetze und viele weitere Organisationen und Initiativen appellieren an die Bundes- und Landesregierungen, dem dynamischen Epidemiegeschehen sofort zu begegnen, Gesundheitsversorgung für alle zu garantieren und einen Leerzug der Massenunterkünfte zu veranlassen. Geflüchtete, die den Risikogruppen angehören, müssen unverzüglich einen adäquaten Schutzraum und angemessene Versorgung erhalten – zum Schutz der Einzelnen und zum Schutz aller Menschen in dieser Gesellschaft.

Verminderung sozialer Kontakte, das Einhalten eines Mindestabstands und Sicherung hygienischer Standards sind notwendig, um eine weitere Ausbreitung des neuartigen Corona-Virus zu verhindern. All das ist für Tausende von Menschen derzeit nicht möglich. In einigen Geflüchtetenunterkünften kam es bereits zu Erkrankungen und häuslicher Quarantäne von Hunderten von Menschen auf engstem Raum, bei-

spielsweise in Suhl (Thüringen), in Berlin und in München. Zuverlässige Informationen in den benötigten Sprachen fehlen, Menschen harren in Unsicherheit und Angst hinter verschlossenen Türen aus und versorgen schwer erkrankte Zimmernachbar\*innen, wie zum Beispiel in München, von wo es außerdem bereits Berichte von Willkür und Gewalt durch Sicherheitspersonal gibt.<sup>1</sup>

Oder die Polizei rückt in einem Großeinsatz an, um eine Quarantäne durchzusetzen, bevor die Bewohner\*innen auch nur ansatzweise strukturierte mehrsprachige Informationen erhalten haben, was Quarantäne bedeutet und warum sie verhängt wurde, und löst damit eine große Verunsicherung und Proteste aus, wie in Suhl (Thüringen).<sup>2</sup>

Einem akuten Infektionsgeschehen darf nicht mit Zwangsquarantäne einer gesamten Unterkunft und ihrer Bewohner\*innen und gewaltvoller Durchsetzung der Maßnahmen begegnet werden. Vielmehr sind Informationen und Aufklärung hierbei unumgänglich, um die Menschen vor sowohl gesundheitlichen als auch psychischen Schäden zu schützen. Wir fordern die dauerhafte Sicherstellung des Zugangs zu Information, mehrsprachigen Materialien, Verdolmetschung und Vermittlung von zuverlässigen Informationen. Zugang zum Internet über WLAN muss unverzüglich und flächendeckend für alle Geflüchtetenunterkünfte organisiert werden.

Auch ist Zugang zu psychologischer Beratung notwendig, da die Situation der Quarantäne auch traumatisierend oder retraumatisierend wirken kann.

Wir fordern eine sofortige Auflösung der Massenunterbringung in Gemeinschaftsunterkünften, Erstaufnahmeeinrichtungen und Ankerzentren. Das damit verbundene Infektionsgeschehen ist nicht zu verantworten. Geflüchteten, die Risikogruppen angehören wie Ältere oder Menschen mit Vorerkrank-

## ■ #LeaveNoOneBehind!

### **Pressekontakt:**

We'll Come United:  
presse@welcome-united.org  
Landesflüchtlingsräte:  
www.fluechtlingsrat.de  
Medibüros/Medinetze:  
info@medibuero-berlin.de

### **Unterzeichner\*innen:**

PRO ASYL  
BAfF Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer.  
SEEBRÜCKE  
Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant\*innen e.V.  
XENION – Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte e.V.,  
Bon Courage e.V., Borna  
AG Asylsuchende Sächsische Schweiz/ Osterzgebirge e.V.  
Kampagne »100 Jahre Abschiebehafte«  
Abschiebehaftekontaktgruppe  
Dresden  
ausbrechen – Antifa Paderborn  
Initiativkreis: Menschen.Würdig,  
Leipzig  
Migrationsrat Berlin e.V.  
Verein iranischer Flüchtlinge in Berlin e.V.  
IniRromnja  
RomaniPhen e.V.  
YAAR e.V.  
AKuBiZ e.V., Pirna  
AGIUA e.V., Chemnitz  
Aufstehen gegen Rassismus,  
Chemnitz  
Women in Exile e.V.  
Jugendliche Ohne Grenzen  
Refugees4Refugees  
Anlaufstelle PRO ROMA Waldkirch  
United Refugees Rights Movement  
Karlsruhe

kungen müssen insbesondere geschützt werden. Im gesamten Bundesgebiet stehen zahlreiche Wohnungen, Ferienapartments und Hotels leer. Diese Räume müssen sofort durch die zuständigen Behörden zur dezentralen Unterbringung aktiviert und genutzt werden.

Der eingeschränkte Zugang zu Gesundheitsversorgung in Abhängigkeit vom Aufenthaltstitel und Sozialleistungsanspruch kann in der momentanen Lage über Leben und Tod entscheiden. Wir fordern eine sofortige flächendeckende Öffnung des Gesundheitswesens und einen unbürokratischen Zugang zur regulären Versorgung für alle Menschen. Auch illegalisierte Menschen und Personen ohne Krankenversicherung müssen ab sofort getestet und gegebenenfalls behandelt werden. Es muss ausdrücklich zugesichert werden, dass sensible Daten nicht an die Ausländerbehörde übermittelt werden (Aussetzung §87 Aufenthaltsgesetz). Die Kosten für diese dringend notwendigen Gesundheitsleistungen sind selbstverständlich aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten (z.B. Handhabung im Sinne von §19, §25, §69 Infektionsschutzgesetz und Anwendung des »Nothelferparagrafen« §6a Asylbewerberleistungsgesetz).

Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge muss die Versendung negativer Bescheide unverzüglich einstellen. Aufgrund von geschlossenen Beratungsstellen und eingeschränk-

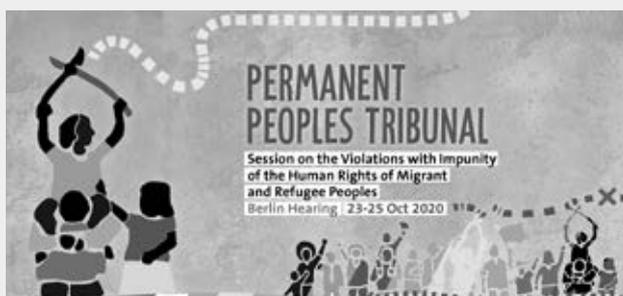
tem Besuchsverkehr bei Anwält\*innen ist es momentan für Geflüchtete kaum möglich, gegen negative Bescheide rechtlich fristgerecht vorzugehen.

Sämtliche Kürzungen von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz müssen aufgehoben werden. Da Beratungsstellen und Kanzleien nach und nach schließen, ist der Zugang zu einer effektiven Rechtsberatung nicht mehr gewährleistet.

Wir fordern einen Abschiebestopp und die pauschale Verlängerung aller Aufenthaltstitel mit sofortiger Wirkung. Bei geschlossenen Grenzen und weltweiten Reiseverboten ist es absurd Abschiebungen weiter durchzuführen. Menschen in Abschiebehaft sind sofort zu entlassen.

Wer sich momentan an der griechisch-türkischen Grenze und in den Lagern auf den griechischen Inseln befindet, ist hygienischen Zuständen und psychischen Belastungen fern jeglicher Standards ausgesetzt. Wir fordern, die Menschen aus Griechenland sofort zu evakuieren!

- 1 <http://thevoiceforum.org/?fbclid=IwAR1p4OEDVBIXI5LHliuhmxoRFzDVkKz-k3QJZbPXIr9IFqwCDTmqR0xtG04>
- 2 <https://taz.de/Polizeieinsatz-gegen-Gefluechtete-in-Suhl/!5668971/>



Vom 23.-25. Oktober 2020 findet in Berlin (Refugio Berlin, Lenaustraße 3-4) ein Menschenrechtstribunal mit dem Fokus Gesundheit statt. Wir klagen Menschenrechtsverletzungen in folgenden Bereichen an:

- Zugang zur Gesundheitsversorgung
- Auswirkungen der Lebensverhältnisse in Massenunterkünften auf die psychische und physische Gesundheit
- Aufenthaltsstatus, Abschiebung und Gesundheit
- Kriminalisierung von Solidarität
- Deutschlands Verantwortung in der EU-Abschottungspolitik

Rassismus sowie gender- und altersspezifische Aspekte ziehen sich als Querschnittsthemen durch die Anklage.

Das Klima gegenüber Geflüchteten verschlechtert sich zunehmend: Die Verschärfungen der Asylgesetzgebung und die Abschottung Europas setzen sich fort. Während sich die Friedensnobelpreisträgerin EU mit Standards wie der Einhaltung von Menschenrechten rühmt, sterben regelmäßig Tausende von Menschen an ihren Grenzen. Kranke, traumatisierte und schwangere Personen werden immer rigoros abgeschoben. Viele Schutzsuchende erfahren wegen stren-

ger Asylgesetze oder auch durch rassistisches Verhalten unter anderem von Gesundheitspersonal nicht die Behandlung, die ihnen zusteht. Diese mit dem Menschenrecht auf Gesundheit unvereinbare Praxis setzt geflohene Menschen unzumutbaren Gefahren aus.

Die Veranstaltung steht im Kontext des Permanent Peoples Tribunal. In diesem Rahmen haben bereits Tribunale in Palermo, Paris, Barcelona, London und Brüssel zu unterschiedlichen Schwerpunktthemen stattgefunden.

Wie kann man uns unterstützen?

- Unseren Aufruf mitzeichnen und somit mittragen
- Sich als Zeug\*in zu den Anklagepunkten melden
- Sammeln von Zeug\*innenaussagen im Rahmen der Anklageschrift
- Mitarbeit im Bündnis
- Werbung für Veranstaltungen des Bündnisses und für das Tribunal im eigenen Netzwerk

Weiterführende Informationen: <http://ppt.transnational-migrantplatform.net/berlin-in-2020/>

Kontakt zum Bündnis: Susanne Dyhr, [dyhr@ippnw.de](mailto:dyhr@ippnw.de)

Folgende Organisationen sind schon dabei:

Women in Exile e.V., Yaar e.V., Respect, International Women\*Space, Ärzte der Welt e.V., borderline-europe – menschenrechte ohne Grenzen e.V., BAfF e.V. – Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, Deutsche Aidshilfe e.V., InEumanity, IPPNW e.V., Medibüro Berlin, Solidarity City Bündnis Berlin, Flüchtlingsrat Brandenburg, vdää, medico international e.V.  
Spenden: IPPNW e.V., Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN DE39 1002 0500 0002 2222 10  
BIC: BFSW DE33BER, Zweck: Human Rights Tribunal

# Andauernder Ausnahmezustand

## Charlotte Linke zur Gesundheitsversorgung Geflüchteter auf Lesbos

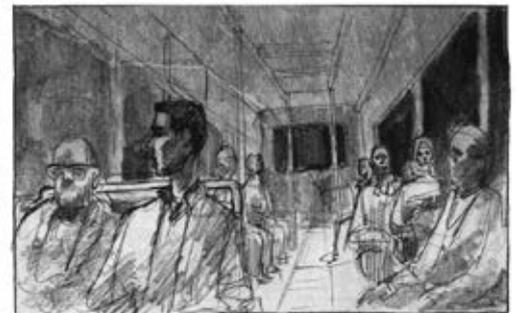
Charlotte Linke beschreibt die Lage auf der griechischen Insel Lesbos, wo die meisten von denjenigen ankommen, die aus der oder über die Türkei in die EU fliehen wollen. Der Text ist Mitte Februar entstanden, und geht deshalb nicht auf die Entwicklungen seitdem ein. Zum Zeitpunkt des Redaktionsschluss drohte mit der Ausbreitung von Covid-19 die Katastrophe noch größer zu werden.

Im Jahr 2019 haben trotz aller Aufrüstungsmaßnahmen der EU zum sogenannten »Schutz der Außengrenzen« 123.663 Geflüchtete über das Mittelmeer Europa erreicht, davon 46.024 die ägäischen Inseln. Aktuell leben ca. 20.000 Menschen auf Lesbos in Moria, einem Camp, dessen offizielle Aufnahmekapazität nur 3.100 Menschen beträgt.

Ursächlich dafür ist unter anderem der im März 2016 in Kraft getretene EU-Türkei-Deal. Er hat zum Ziel, dass alle irregulär einreisenden Geflüchteten, die auf den griechischen Inseln ankommen und kein Asyl beantragen oder deren Antrag als unbegründet oder unzulässig abgelehnt wird, in die Türkei abgeschoben werden können. Im Gegenzug dazu versprach die EU, für jeden abgeschobenen Syrer oder Syrerin einen anderen syrischen Geflüchteten in die EU umzusiedeln, finanzielle Unterstützung konkreter Projekte für Geflüchtete in der Türkei sowie Visa-Erleichterungen für türkische Staatsbürger\*innen. Aufgrund dieses Deals gilt für alle Geflüchteten, die auf den ägäischen Inseln ankommen, eine sogenannte geographische Restriktion, ein Verbot, die Inseln zu verlassen. Die Weiterreise auf das Festland ist nur nach Anerkennung eines Flüchtlingsstatus, subsidiären Schutzes oder der Feststellung von Vulnerabilität, d.h. besonderer Schutzbedürftigkeit möglich. Zur Unterbringung und Registrierung der Menschen wurden auf den griechischen Inseln sogenannte Hotspots eingerichtet. Da die Zahl der neuankommenden Menschen jedoch die der aufs Festland transfe-



... DOCH DIE SITUATION WAR NICHT SO WIE ERWARTET. IMMERHIN WAREN WIR JETZT ZUSAMMEN UND NICHT MEHR DURCH DIE ENTFERNUNG GETRENNT, ABER WIR WOHNTEN WEITERHIN IN UNTERSCHIEDLICHEN VIERTELN. MEIN MANN BRAUCHTE 1,5 STUNDEN, BIS ER MORGENS BEI MIR WAR, UND GENAUSO LANGE WIEDER ZURÜCK.



rierten, abgeschoben und freiwillig zurückkehrenden überschreitet, leben dort weiterhin wesentlich mehr Menschen als geplant. Sie warten dort teilweise Jahre auf eine Entscheidung über ihren Asylantrag. Zudem nahm im letzten Jahr die Zahl der Menschen, die über die östliche Mittelmeerroute die EU erreichten, noch einmal deutlich zu. Mögliche Gründe dafür sind u.a. die erneute Eskalation des Konfliktes in Syrien und die Wirtschaftskrise im Iran, die die dort lebenden afghanischen Geflüchteten aufgrund fehlender Erwerbsmöglichkeiten Richtung Türkei und Europa drängt.

Die Lebensbedingungen in Moria wurden und werden immer wieder von NGOs und auch der griechischen Bevölkerung vor Ort kritisiert. Sie waren in jüngster Zeit aufgrund der zunehmenden Eskalation der Lage auch wieder vermehrt in der öffentlichen Berichterstattung. Der sogenannte »Olive grove«, eine informelle Erweiterung des Lagers aus improvisierten Unterkünften und (Sommer-)Zelten, wächst beständig. Sanitäre Anlagen sind bei weitem nicht ausreichend, nach Angaben von *Refugee Support Aegean* gibt

es im »Olive Grove« im Durchschnitt eine Toilette für 200 Menschen und eine Dusche für 506 Menschen. Für Essen und Trinkwasser muss man täglich stundenlang Schlange stehen – mehrmals. Dort, wo Strom überhaupt vorhanden ist, fällt er regelmäßig aus. In einer Umfrage des *Refugee rights council* unter Bewohner\*innen des Camps 2018 gaben 65,7% an, sich in Moria nie sicher zu fühlen [1]. Ein Arzt von *Ärzte ohne Grenzen/Médecins Sans Frontières* – MSF beschrieb Moria schon 2017 folgendermaßen: »It strikes me that the appalling living conditions and the exposure to constant violence, the lack of freedom and rights accorded to migrants, the severe deterioration of health and mental health, and the everyday stress and pressure placed on all inhabitants of the island, has caused Lesbos to resemble an old-fashioned mental asylum, not seen in parts of Europe since the mid-20th century.« [2]

Offiziell ist für Gesundheitsversorgung der Geflüchteten sowie Erstseening, Vulnerabilitätsfeststellungen und Vermittlung an die Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitsversor-

gung KELLPNO zuständig, eine Abteilung des griechischen Gesundheitsministeriums zur Prävention und Kontrolle von Krankheiten. KELLPNO ist so unterbesetzt, dass es selbst seiner zentralsten Aufgabe, den Vulnerabilitätsfeststellungen, kaum nachkommen kann. Auch das Krankenhaus und das »Health center« in Mytilini, der größten Stadt auf Lesbos, leiden an Unterfinanzierung und ausgeprägtem Personalmangel. Bestimmte Fachrichtungen, wie beispielsweise Infektiologie, sind auf der Insel gar nicht vertreten. Zusätzlich dazu gibt es daher eine Reihe von unterschiedlichen NGOs, die, sowohl im Camp als auch außerhalb, in Zusammenarbeit mit den anderen Einrichtungen medizinische Versorgung anbieten.

Die NGOs sind vor allem für die medizinische Primärversorgung der Geflüchteten zuständig. Dadurch bieten sie eine notwendige, relativ niedrigschwellige Versorgung vor Ort an, gleichzeitig haben sie eine Filterfunktion für die Rettungsstelle des lokalen Krankenhauses und die griechischen Fachärzt\*innen. Ihre Arbeit ist – in unterschiedlichem Ausmaß – geprägt von den Einschränkungen einer NGO-basierten Gesundheitsversorgung: Mangel an Ressourcen, insbesondere Medikamenten, unterschiedlichste Grade an Professionalisierung der Mitarbeitenden, eine hohe Fluktuation der Freiwilligen. Sprachmittlung wird größtenteils von Laien-Übersetzer\*innen aus dem Camp übernommen, sodass zumindest eine Übersetzung möglich ist (was im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystem nur sehr begrenzt abgedeckt werden kann). Gleichzeitig können Scham und Angst seitens der Patient\*innen durch die fehlende Distanz dazu führen, dass Wichtiges verschwiegen wird.

Durch die im Juli 2019 gewählte rechtskonservative Regierung wurde nun beschlossen, dass Geflüchtete erst mit Bewilligung ihres Asylantrages Anspruch auf eine Sozialversicherungsnummer (so genannte AMKA) und damit einen regulären Zugang zum öffentlichen Gesundheitssystem haben. Ein geplantes System zur Aushändigung temporärer Nummern für Versicherung und Gesundheitsversorgung während des Asylverfahrens ist bisher noch nicht umgesetzt. Auf-



grund dessen ist eine einfache Vermittlung der Patient\*innen von den NGOs in das öffentliche Gesundheitssystem seitdem legal oft nicht mehr möglich.

Besonders problematisch gestaltet sich die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Viele der Geflüchteten haben in ihrem Herkunftsland oder auf der Flucht Traumas erlitten. Repräsentative Zahlen gibt es kaum, denn die Veröffentlichungen von NGOs beziehen sich nur auf Patient\*innen, die überhaupt bis in deren Versorgung gelangen. So waren beispielsweise ca. die Hälfte der 245 Patient\*innen, die (im Zeitraum von Januar bis Juni 2017) die gynäkologische Klinik von MSF aufsuchten, Betroffene sexualisierter Gewalt [3]. Seit der Festnahme von mehreren Mitgliedern von ERCI (*Emergency response center international*) aufgrund von – noch nicht abschließend gerichtlich geklärten – Vorwürfen des Schleusertums gibt es nur noch zwei Organisationen, die psychologische und psychiatrische Versorgung für Geflüchtete auf Lesbos anbieten. Deren Wartelisten sind so lang, dass nur die am schwersten betroffenen Patient\*innen behandelt werden können, und selbst diese müssen teilweise Wochen bis Monate auf einen Platz warten. Auch die Psychiatrie des lokalen Krankenhauses scheint mit diesen Patient\*innen überfordert, sodass nach übereinstimmender Erfahrung mehrerer NGOs selten jemand für länger als eine Nacht aufgenommen wird – wenn überhaupt. Psychotische oder akut suizidale Patient\*innen werden dann einfach wieder nach Moria zurückgeschickt. Gleichzeitig sind die Lebensbedingungen in Moria selbst traumatisierend, insbesondere für Kinder. Schon 2018 machte MSF auf Selbstverletzungen und Suizidversuche von Kindern aufmerksam. Das nahm in den letzten Monaten noch zu.

Auch die durch KELLPNO durchgeführten, nach der EU-Richtlinie 2013/33 für alle Geflüchteten verpflichtenden Vulnerabilitätsfeststellungen, scheinen ihrem Anspruch nicht gerecht zu werden. Die offiziell festgestellte Vulnerabilität garantiert verschiedene Rechte, wie beispielsweise ein Ausschluss von der Abschiebung in die Türkei nach dem EU-Türkei-Deal, eine angemessene Unterbringung, medizinische und psychosoziale Versorgung. Doch bei KELLPNO wurde einerseits das Verfahren dazu allein im Jahr 2018 drei Mal geändert, andererseits mangelt es an Fachpersonal und Sprach-

## MSF fordert:

### Evakuierung der EU-Flüchtlingslager sofort!

Athen/Berlin, 13. März 2020. Ärzte ohne Grenzen fordert angesichts der Ausbreitung des neuartigen Coronavirus COVID-19 die umgehende Evakuierung der EU-Flüchtlingslager auf den griechischen Inseln. Die entsetzlichen Lebensbedingungen in den überfüllten Hotspots auf den Inseln sind ein idealer Nährboden für COVID-19, warnte die internationale Hilfsorganisation am Donnerstag. Nachdem die erste Infektion auf Lesbos bei einer Griechin bestätigt wurde, ist es dringender denn je, die Menschen in eine sichere Umgebung zu bringen. Angesichts der mangelhaften Hygienebedingungen und der äußerst eingeschränkten medizinischen Hilfe ist die Gefahr groß, dass sich das Virus unter den auf den Inseln festgesetzten Bewohnern der Lager verbreitet, sobald sie ihm ausgesetzt sind.

(Mehr Infos: <https://www.aerzte-ohne-grenzen.de/lesbos-samos-corona>)

mittler\*innen [4]. Laut MSF wurden (bezogen auf den Zeitraum von Januar bis Juni 2017) weniger als 30% der von ihnen identifizierten Folteropfer und nur 15% ihrer Patient\*innen mit schweren psychischen Erkrankungen durch KELLPNO als vulnerabel identifiziert [3].

Aber nicht nur psychisch kranke Menschen sind auf Lesbos deutlich unterversorgt. Das Fehlen einer infektiologischen Abteilung auf der Insel führt dazu, dass zwar HIV- und Hepatitis-Screening-Tests durchgeführt werden, eine weiterführende Diagnostik und Behandlung ist jedoch nicht möglich. Die Organisation des dazu notwendigen Transfers auf das griechische Festland dauert mehrere Monate. Das betrifft im Grunde alle Menschen mit Krankheiten, die auf Lesbos selbst nicht ausreichend diagnostiziert oder behandelt werden können. Einer unserer Patienten mit einer bekannten koronaren Herzkrankheit stellte sich mehrmals mit Brustschmerzen in der Rettungsstelle des Krankenhauses vor, jedes Mal konnte ein akuter Myokardinfarkt ausgeschlossen werden. Eine weiterführende Koronardiagnostik wäre auf der Insel nur auf eigene Kosten bei einem privat tätigen Arzt mittels Cardio-CT möglich gewesen.

In jüngster Zeit gibt es zunehmend Proteste auf Lesbos und den anderen ägäischen Inseln. Einerseits demonstrieren Geflüchtete gegen die Lebensbedingungen in Moria und fordern das Recht, die Inseln verlassen zu können. Andererseits nehmen Proteste der grie-

chischen Inselbewohner\*innen, die sich mehrheitlich jahrelang gegenüber den Geflüchteten solidarisch zeigten, gegen den Bau neuer Lager und die Unterbringung weiterer Geflüchteter zu. Rechtsextreme Übergriffe gegen Geflüchtete und Unterstützer\*innen häufen sich. Die griechische Regierung hat inzwischen eine Verschärfung des Asylgesetzes beschlossen, plant den Bau geschlossener Lager auf den Inseln und eine effektivere Durchsetzung von Abschiebungen. Grundlegende Rechte, wie beispielsweise das Recht auf eine umfassende Prüfung von Asylanträgen oder auf eine unabhängige Verfahrensberatung, werden dabei ignoriert. Zusätzlich wurde im Januar eine Ausschreibung öffentlich, in der die Regierung nach einem Unternehmen sucht, das eine schwimmende Barriere im Meer zwischen Griechenland und der Türkei errichtet, um so Flüchtende direkt an der Überfahrt zu hindern.

Auch in der EU liegt der Fokus auf dem Ausbau von Abschottungsmaßnahmen und der effizienteren Durchsetzung von Abschiebungen: Das Personal von Frontex soll bis 2027 auf 10.000 Beamt\*innen aufgestockt werden, die Befugnisse der Behörde wurden ausgeweitet, Rückführungsabkommen mit Drittstaaten geschlossen. Nur nach langem Ringen konnten sich einige wenige EU-Staaten auf einen Verteilungsmechanismus für aus Seenot gerettete Geflüchtete einigen. Die Aufnahme von auf den ägäischen Inseln festsitzenden unbegleiteten Minderjäh-

rigen wurde zwar in Deutschland diskutiert, mit Hinweis auf die Notwendigkeit einer EU-weiten Lösung jedoch abgetan. Auf Lesbos offenbart sich, wie auch an anderen Außengrenzen der EU, das Versagen der Europäischen Union, Geflüchteten grundlegende Rechte zuzugestehen und zu Abschreckungszwecken Menschenrechtsverletzungen bis hin zum Tod der Menschen billigend in Kauf zu nehmen.

*Charlotte Linke ist Ärztin und in der Berliner Ortsgruppe des vdaä aktiv. Sie war mehrmals für eine NGO in der medizinischen Versorgung Geflüchteter auf Lesbos tätig.*

- 1 Refugee Rights Council: An Island in Despair. Documenting the situation for Refugees and Displaced People in Lesbos, Greece, 2018, [http://refugeerights.org.uk/wp-content/uploads/2018/11/RRE\\_AnIslandInDespair.pdf](http://refugeerights.org.uk/wp-content/uploads/2018/11/RRE_AnIslandInDespair.pdf), Accessed 11.06.2019
- 2 MSF: Moria is in a state of emergency, 2017, <https://www.msf.org/moria-state-emergency>. Accessed 11.06.2019
- 3 MSF: A dramatic deterioration for asylum seekers on Lesbos, 2017, [https://www.msf.org/sites/msf.org/files/msf\\_lesbos\\_vulnerability\\_report1.pdf](https://www.msf.org/sites/msf.org/files/msf_lesbos_vulnerability_report1.pdf), Accessed 11.06.2019
- 4 Oxfam: Vulnerable and abandoned. How the Greek reception system is failing to protect the most vulnerable people seeking asylum, 2019, [https://www-cdn.oxfam.org/s3fs-public/file\\_attachments/2019-01\\_greece\\_media\\_briefing\\_final.pdf](https://www-cdn.oxfam.org/s3fs-public/file_attachments/2019-01_greece_media_briefing_final.pdf), Accessed 11.06.2019



# Wehret den Anfängen

## Über den Umgang mit antisemitischen Kommentaren im Deutschen Ärzteblatt

Am 17. Februar 2020 veröffentlichte das *Deutsche Ärzteblatt* (DÄ) auf seiner Internetseite einen Artikel mit dem Titel: »Bertelsmann befeuert Debatte um Abschaffung der privaten Krankenversicherung«. Es wird dort eine Analyse der Bertelsmann Stiftung und des Berliner IGES-Instituts vorgestellt, die zum Ergebnis kommt, dass die gesetzliche Krankenversicherung einen zusätzlichen Überschuss von jährlich rund neun Milliarden Euro erzielen würde, wenn alle Bundesbürger\*innen gesetzlich versichert wären. Letztendlich plädieren die Studie und der Artikel für eine Bürger\*innenversicherung.

Diesen Artikel kommentierte im DÄ am 17. Februar 2020 ein Dr. med. Armin Conradt mit offenem Namen folgendermaßen: »... also die Familie Mohn, ist eine Milliardärsfamilie, die mit mehreren NGOs seit Jahrzehnten in Deutschland und der EU die Politik beeinflussen. Der Bertelsmann »Stiftung« gehören grosse internationale Verlage (Random House, Gruner&Jahr) und Medienkonzerne, Fernsehsender (RTL Group) Ihre politische Einstellung ist multikulturell, linksliberal und prozionistisch«.

Der Hinweis darauf, dass die Bertelsmann Stiftung »prozionistisch« sei, hat nichts mit dem Thema Krankenversicherung zu tun und kann in diesem Zusammenhang nicht anders gemeint sein als antisemitisch. Herr Conradt meint also anscheinend, bei der Leser\*innenschaft des Deutschen Ärzteblatts an antisemitische Vorstellungen anknüpfen und so Zustimmung zu seiner Kritik an Bertelsmann erheischen zu können. Der Vorstand des vdää wollte diesen – exemplarischen – Post nicht unkommentiert im DÄ stehen lassen, deshalb schrieb Thomas Kunkel, Vorstandsmitglied des vdää am 19. Februar 2020 an die Redaktion des DÄ: »Sehr geehrte Herausgeber/-innen des Deutschen Ärzteblattes (DÄ),

Kommentarbeiträge, die wie jüngst unter Ihrem Beitrag zu den Ergebnissen der Bertelsmann Stiftung<sup>1</sup> plumpe antisemitische Hetze verbreiten, mögen in der bundesdeutschen Öffentlichkeit von der Meinungsfreiheit gedeckt sein, ebenso wie Wahnvorstellungen von »Messermigranten«, die diesen Kommentator umtreibt. Ein anderer User ruft unkommentiert bzw. -moderiert zur physischen Gewalt an Seenetretter/-innen auf und bedient rassistische Vokabeln wie »Maximalpigmentierte«<sup>2</sup>. Sein Avatar: Eine antisemitische Cartoon-Figur im Stil des »Stürmers«. Antisemitismus und Rassismus sind keine Qualitätsmerkmale einer freien Diskussionskultur. Sie sind rechtsradikale Hetze. Das DÄ als zentrale Publikation unserer Berufsgruppe sollte sich im Kontext der historischen Verbrechen der deutschen Ärzteschaft auf einen demokratischen Konsens in all seinen Publikationen, inklusive den selbst gehosteten Kommentarspalten, verpflichten. Entsprechen solche »Meinungen« bzw. Entgleisungen wirklich dem Bild der innerärztlichen Debattenkultur, das wir der Öffentlichkeit dauerhaft und online offensichtlich präsentieren wollen? Freundliche Grüße Dr. med. Thomas Kunkel, FA für Allgemeinmedizin«

Gleich am nächsten Tag antwortete Michael Schmedt: »Lieber Herr Dr. Kunkel, haben sie vielen Dank für Ihre berechtigten Hinweise. Wir haben die Einträge, die über das erträgliche Maß hinausgehen oder sogar strafrechtlich relevant sind, gelöscht. Wir kontrollieren diese auch, dennoch passiert es, dass wir hier erst später reagieren können. Ich kann Ihnen versichern, dass wir weder antisemitische Hetze noch rechtsradikale Äußerungen dulden. Da-



her haben wir auch bei jedem Beitrag die Möglichkeit, diesen zu »melden«. Besten Dank und viele Grüße nach München! Mit freundlichen Grüßen Michael Schmedt, Stellv. Chefredakteur, Redaktion Deutsches Ärzteblatt«

Das war erfreulich schnell und stimmte uns zuversichtlich. Nachdem aber auf die freundliche Reaktion des Chefredakteurs außer warmen Worten nichts gefolgt war, haben wir am 25.03. nochmal nachgehakt: »Sehr geehrter Herr Schmedt, vielen Dank für Ihre prompte Antwort auf meine Mail vom 19.02. Ich freue mich, dass Sie sich der Verantwortung beim Hosten der Kommentarfunktion bewusst sind. Nun ist fast eine Woche ins Land gegangen und sämtliche Beiträge, auf die sich meine Einwände bezogen, stehen

unverändert online: Sowohl jener Beitrag, der hinter der Bertelsmann Stiftung eine »prozionistische« Verschwörung wittert (Link s.u.), als auch die unzähligen unerträglichen Beiträge des Users »Tom Hoffmann«, der auf Ihrer Seite offen schreibt »warum ich Israhell hasse« und zur Gewalt an George Soros aufruft oder die Verschwörungstheorie verbreitet, dass Migration ein »Genozid« an den Menschen in Mitteleuropa sei. Falls derartige Hetze von Ihnen geprüft und als nicht gegen die Gemeinschaftsstandards verstoßend befunden wurde, würde ich mich auf einen kurzen Link zu diesen Standards bzw. der »Netiquette« auf der Webseite des Deutschen Ärzteblatts freuen. Vielen Dank und freundliche Grüße aus München, Dr. Thomas Kunkel«

Daraufhin wurden die Posts von User »Tom Hoffmann« gelöscht, nicht aber der Hinweis von Herrn Conradt auf den »Prozionismus« der Bertelsmann Stiftung sowie andere verschwö-

rungstheoretische Kommentare (Stand: 25.03.2020). Auf die Erklärung zu den Standards des DÄ warten wir bis heute. Wir müssen aus dieser Geschichte den Schluss ziehen, dass das DÄ zwar nun auf Druck nach Jahren, in denen es offen faschistische Kommentare gehostet hat, eine Grenze zieht zwischen offensichtlicher Nazi-propaganda einerseits und verschwörungstheoretisch verstecktem Antisemitismus andererseits. Wir meinen, dass es diese Grenze nicht geben darf. Das DÄ steht in der Verantwortung, die Grenzen des Sag- und Machbaren auf ihrer Plattform und den öffentlichen Diskurs nicht stetig weiter nach rechts zu schieben.

*Felix Ahls, Thomas Kunkel,  
Nadja Rakowitz, Bernhard Winter*

Link zu dem Beitrag:  
<https://www.aerzteblatt.de/forum/133186#entry133186>



- 1 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/109410/Bertelsmann-befeuert-Debatte-um-Abschaffung-der-privaten-Krankenversicherung>
- 2 <https://www.aerzteblatt.de/forum/132213#entry132213> (hier sieht man nur noch die Überschrift, der Post wurde inzwischen aus dem Netz genommen)

## Das Medinetz Tübingen e.V. stellt sich vor – und sucht aktive Mitstreiter\*innen

Das Medinetz Tübingen hat sich im Sommer 2017 gegründet. Die Gründungsmitglieder sahen die Notwendigkeit einer barrierefreien medizinischen Versorgung für Menschen ohne gültigen Aufenthaltstitel, für EU-Bürger\*innen und deutsche Staatsbürger\*innen, die im Rahmen der bestehenden medizinischen Versorgung und ihrer Gesetze »aus dem System fallen« und nicht bzw. nur prekär medizinisch versorgt werden können. Wir orientierten uns an den zahlreichen und seit Jahren bestehenden Medinetzen und Medibüros in Deutschland und intensivierten die Arbeit 2019.

Aktuell sind wir in Tübingen 15 aktive Personen, die die Arbeit im Medinetz koordinieren. Unsere Hauptaufgabe ist, den Kontakt zu Menschen, die medizinische Hilfe benötigen, mit Hilfe unseres 24h-Bereitschaftshandys zu ermöglichen. Im letzten Jahr betreuten wir unterschiedlichste medizinische Fälle von EU-Bürger\*innen, deutschen Staatsbürger\*innen und Menschen ohne Aufenthaltstitel und ermöglichten diesen einen kostenlosen Zugang zur medizinischen Versorgung. Des Weiteren vernetzen wir uns zunehmend mit weiteren politisch und medizinisch aktiven Organisationen in und um Tübingen, um uns bekannter zu machen bzw. um gemeinsam zu arbeiten. Zudem halten wir Vorträge z.B. an Universitäten, um die prekäre Situation der Menschen sichtbar zu machen und Menschen aus verschiedensten Berufen dafür zu sensibilisieren.

Wir suchen Menschen, die gemeinsam mit uns das mittel- bis langfristige politische Ziel erreichen möchten, einen barrierefreien Zugang zum Gesundheitssystem unabhängig von

dem Aufenthaltstitel und Versicherungsstatus zu schaffen. Das Ziel unserer Arbeit ist es, uns selbst wieder abzuschaffen und für die bundesweite Einführung des »Anonymen Krankenscheins«, der allen Menschen in Deutschland eine medizinische Versorgung ohne rechtliche Konsequenz ermöglichen soll, zu kämpfen.

**Wir treffen uns jeden 2. und 4. Mittwoch im Monat um 19:30 Uhr im FichteHaus in Tübingen.**

Wir suchen Gesundheitsarbeiter\*innen zur Erweiterung eines Versorgungsnetzwerks, die bereit sind, Patient\*innen barrierefrei zu behandeln. Sprachbarrieren werden durch die Organisation von Dolmetscher\*innen überwunden. Die medizinische Versorgung kann auf Wunsch auf Spendenbasis erfolgen.

Wir suchen auch Spender\*innen, denn medizinische Versorgung kostet Geld. Im letzten Jahr übernahmen wir die Kosten für notwendige Medikamente, Laborkosten und Rechnungen von Gesundheitsarbeiter\*innen.

Wenn wir Euer Interesse geweckt haben, nehmt gerne Kontakt zu uns auf!

medine|z  
übingen e.v.

Medinetz Tübingen e.V.  
Telefon: ++491702714629 –  
Email: [medinetz-tuebingen@posteo.de](mailto:medinetz-tuebingen@posteo.de)  
IBAN: DE03 3006 0601 0005 7948 84 – BIC: DAAEDEDXXX

# Gute Medizin braucht Politik

## Wider die Kommerzialisierung der Medizin

### Junge Ärzt\*innen im vdää

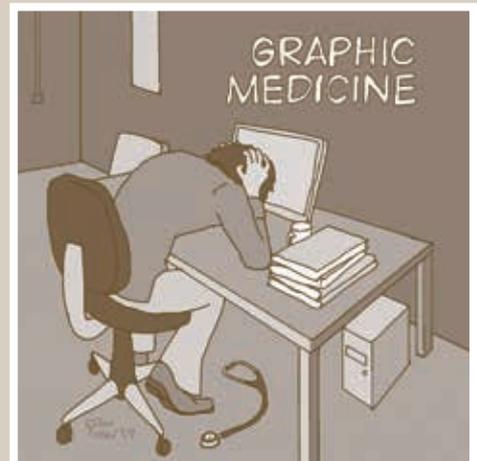
Freust Du Dich, dass es bald losgeht, als »richtige/r« Ärzt\*in zu arbeiten? Und sieht der Tag nach den ersten Monaten im Beruf auf einmal ganz anders aus als Du es Dir vorgestellt hast? Die Stationsarbeit wird zum Getriebe: Aufnahmen, Untersuchungen anmelden, Entlassungen, Codieren – kurzum: Fließbandarbeit und wenig Kontakt zum Patienten.

Und immer wieder springst Du ein, wenn mal wieder Ebbe im Dienstplan ist. Leere Stellen werden insbesondere in der Pflege nicht mehr nachbesetzt oder aus Kalkül offen gehalten, um die Personalkosten zu drücken. Aber auch wenn der Mangel und das gegenseitige Aushelfen die Berufsgruppen zeitweilig verbindet, bei den nächsten Tarifverhandlungen kämpft wieder jede Gruppe für sich und die Gelder für die Klinik sind gedeckelt – und was Deine Berufsgruppe sich erkämpft, fehlt nachher den anderen...

### Warum in den vdää?

Auch wir im vdää fragen uns, warum in einem der teuersten Gesundheitssysteme für die Beschäftigten befriedigende Arbeitsbedingungen und eine hochwertige Patient\*innenversorgung immer schwieriger werden. Wir sind Ärzt\*innen aller Fachrichtungen, stationär und ambulant tätig, wir begleiten die Entwicklung im Gesundheitssystem sehr kritisch und wollen – auch gegen die offiziellen Standesvertreter\*innen – kritischen Positionen Gehör verschaffen. Und wir wollen etwas zum Positiven ändern. Tendenzen der Ökonomisierung und Privatisierung, Fragen der Medizinethik etwa zu Sterbehilfe oder PID diskutieren wir kritisch und oft auch mit kontroversen Positionen. Wir sind parteipolitisch ungebunden, arbeiten aber zusammen mit anderen Organisationen bei bestimmten Themen.

Uns eint die Überzeugung, dass positive Veränderungen im Gesundheitswesen und mehr Solidarität nicht von wechselnden Gesundheitsministern auf dem Silbertablett präsentiert werden, sondern mit solidarischer Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen erstritten werden müssen. Wir müssen uns engagieren statt zu resignieren!



Es ist Zeit, sich einzumischen

[www.vdaee.de](http://www.vdaee.de) | [www.facebook.com/vdaee](https://www.facebook.com/vdaee)