

Zugang zu Gesundheitsversorgung für Migranten

Dr. med. Verina Wild, München / Zürich

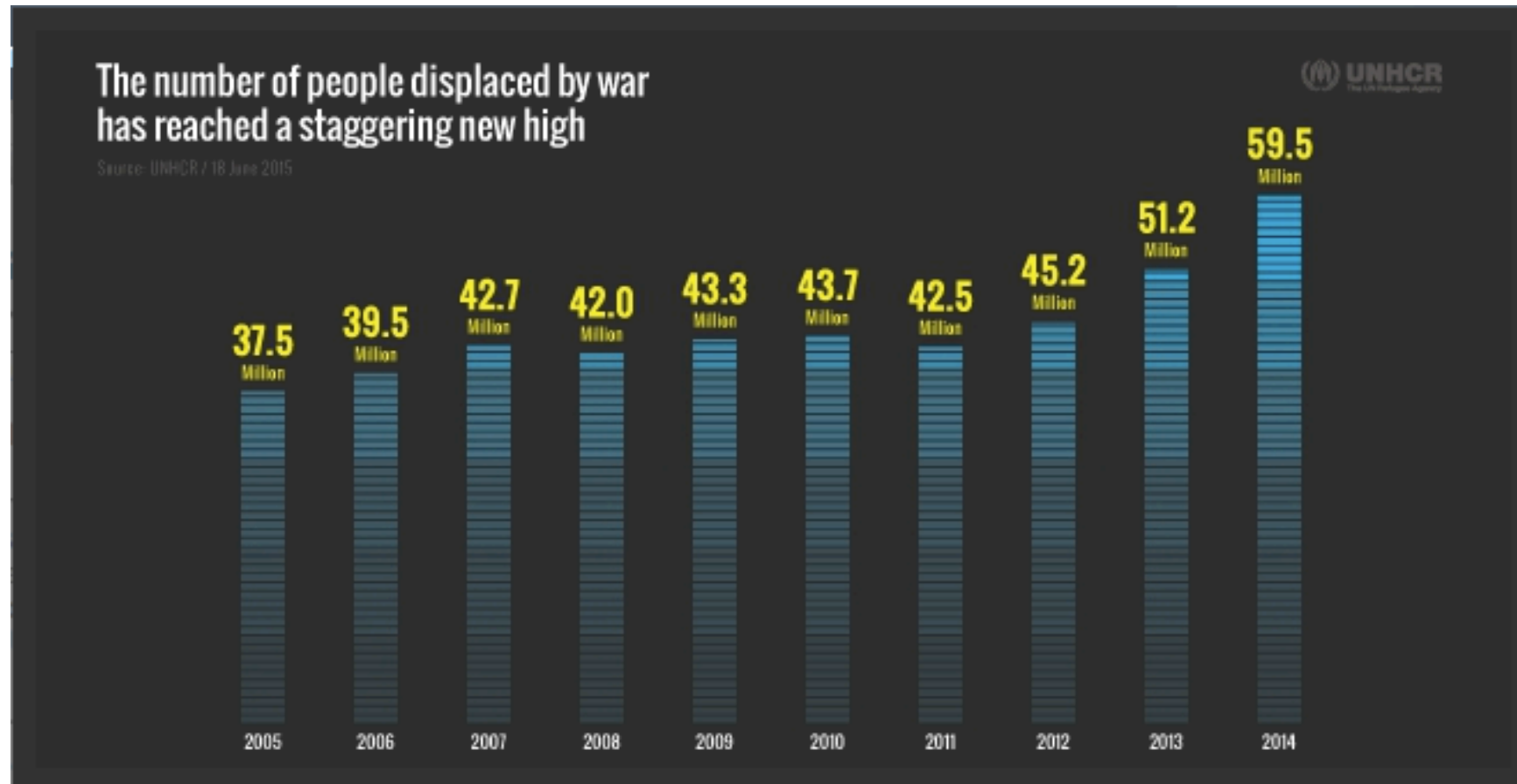
Vortragsreihe Klinische Ethik des AK Medizinethik
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
LMU München, 2.2.2016

Inhalt

- Eine spannungsreiche Zeit
- Gibt es ein Recht auf Zugang zu Gesundheitsversorgung?
- Ansätze in der Ethik
- Das AsylbLG in Theorie und Praxis
- Was ist zu tun?

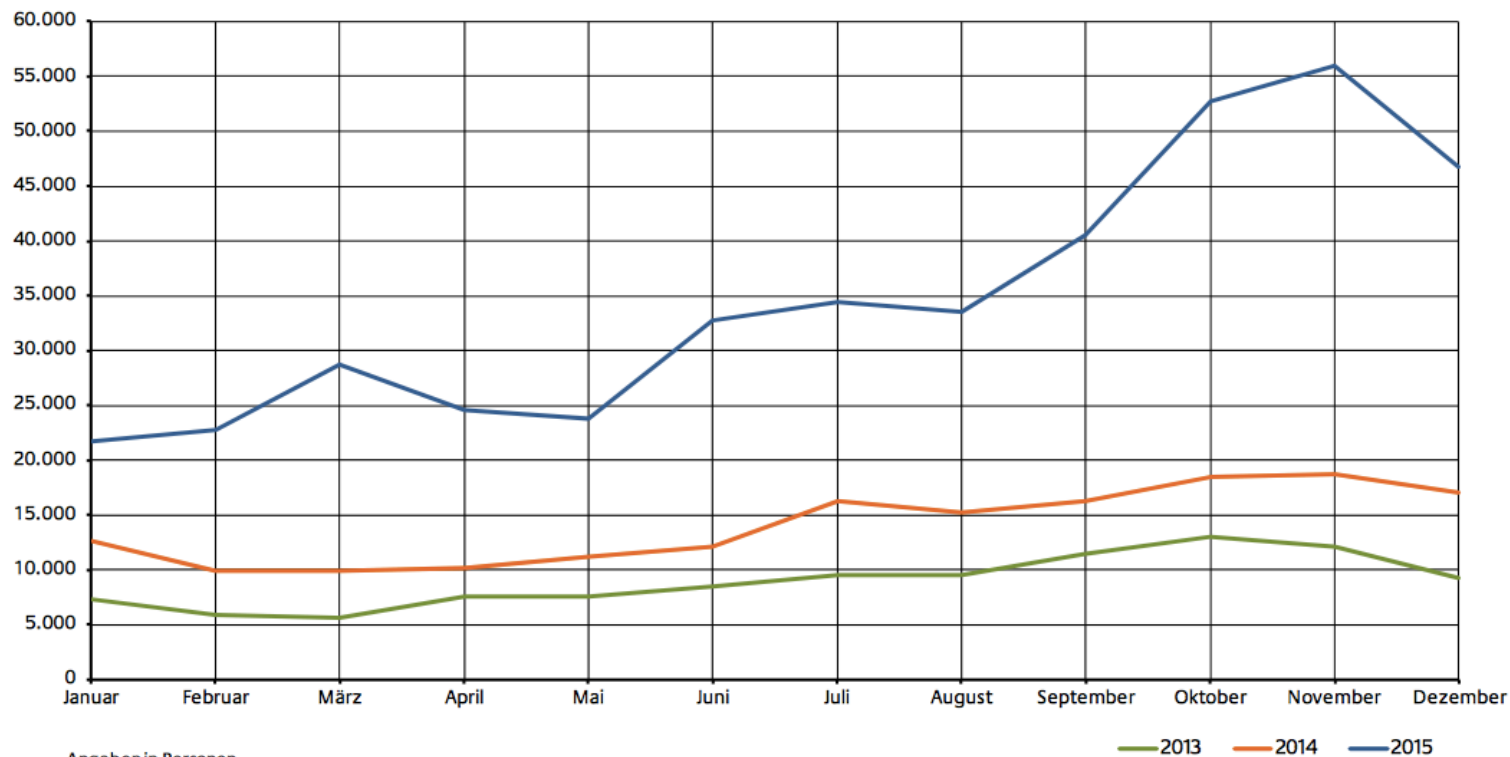
Eine spannungsreiche Zeit

59,5 Millionen Flüchtlinge



Asylerstanträge in D

Entwicklung der Asylerstantragszahlen im 3 - Jahresvergleich (2013 bis 2015)



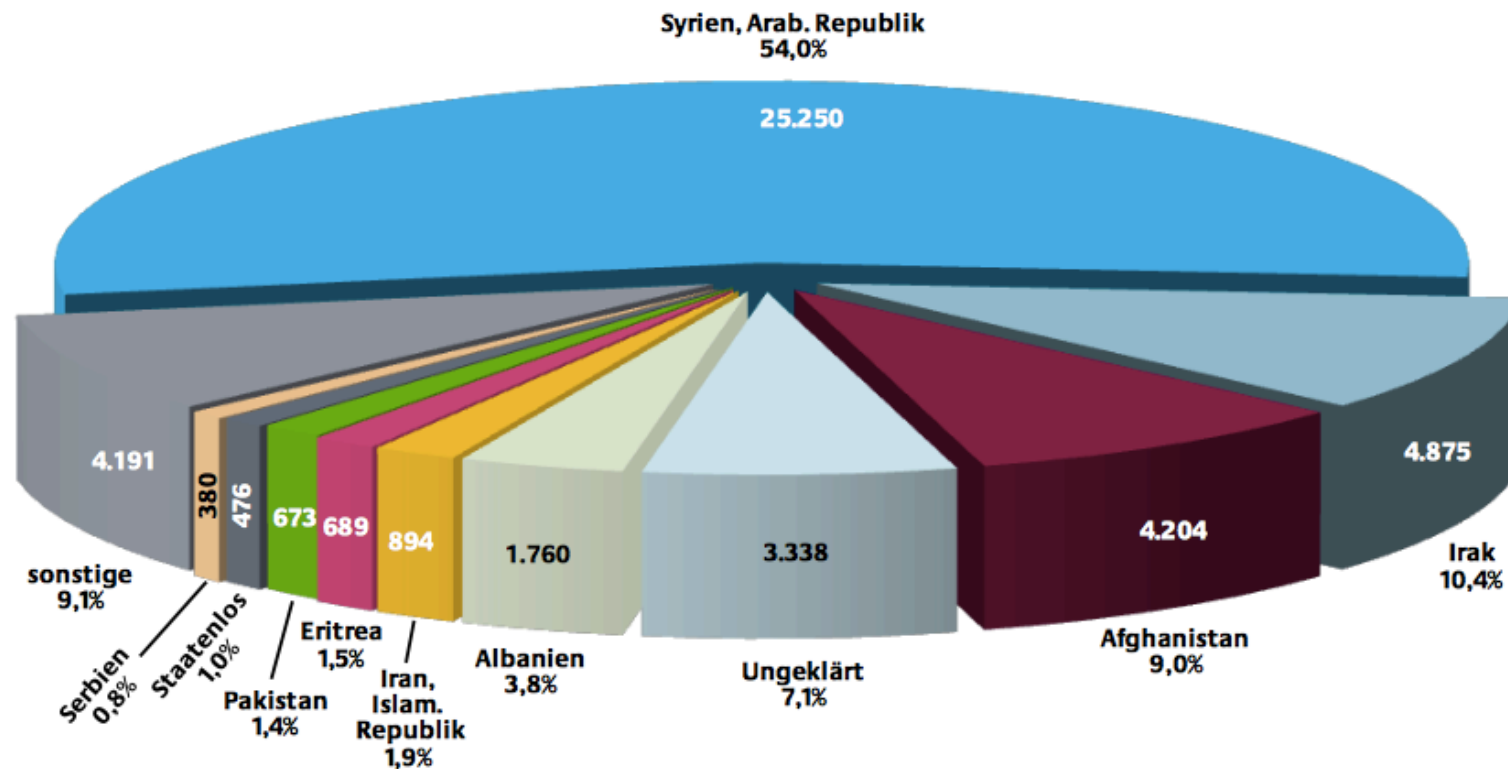
Angaben in Personen
Quelle: MARIS

— 2013 — 2014 — 2015

Die zehn zugangsstärksten Herkunftsländer

Hauptherkunftsländer im Dezember 2015

Gesamtzahl der Erstanträge: 46.730



Fischer im Recht / Flüchtlinge III

Schaffen wir das? Eine Kolumne von Thomas Fischer

12. Januar 2016 | 10.34 Uhr

Schaffen wir das?

Die Kanzlerin ist immer noch optimistisch, die Flüchtlingskrise in den Griff zu bekommen. Man möchte ihr gerne glauben, doch blind ist das Vertrauen nicht mehr, spätestens seit Köln. Und



Jahresrückblick 2015 | Die Flüchtlingssituation in Zitaten

Schaffen wir das?

Berlin und Brandenburg haben 2015 Zehntausende Flüchtlinge aufgenommen - und im Spätsommer auf einen starken Anstieg reagieren müssen. Wie sind Politiker, Helfer und Mitarbeiter der zuständigen ...

9. Dezember 2015, 17:36 Uhr Flüchtlinge

Schaffen wir das?

Kurzzeitig war Deutschland mit der Aufnahme vieler Flüchtlinge überfordert. Dann ist einiges passiert.

Von Bernd Kastner



Flüchtlingskind mit Trommel | Bild: picture-alliance/dpa

Flüchtlingskrise: Schaffen wir das?

Die Flüchtlingskrise droht zur Koalitionskrise zu werden. Doch die Bundeska ist sich sicher: "Wir schaffen das!" Glauben Sie das auch?

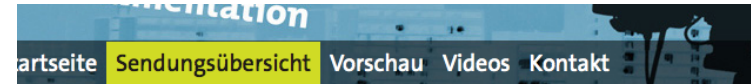
Stand: 13.10.2015 | [Bildnachweis](#)



POLITIK DIGITALPROJEKT

Schaffen wir das wirklich?

Junge Journalisten starten ein crossmediales 365-Tage-Langzeitprojekt zur Flüchtlingskrise. Sie zeigen, wie Merkels inzwischen berühmter Satz das Land geprägt hat – und wo es noch Probleme gibt.



Die Flüchtlingskrise: Schaffen wir das?



medico-Newsletter: Schaffen wir das?



Flüchtlingsintegration

Schaffen wir das?

Deutschland hat nie gespürt, wie privilegiert es eigentlich war. Nun kommt es in der Welt an – und wird lernen müssen, damit umzugehen. Gedanken eines Heimkehrers.

27.10.2015, von MARTIN KÄMPCHEN



Zunahme Xenophobie

Umfrage

AfD erreicht neue Spitzenwerte

Würde am Sonntag gewählt, käme die Partei auf 13 Prozent. Der AfD-Landeschef von Sachsen-Anhalt gerät vor den Wahlen im März nun wegen eines Haftbefehls ins Visier.

26. Januar 2016, 2:51 Uhr / Quelle: ZEIT ONLINE, afp, tsch / [248 Kommentare](#)

...Und vieles mehr wird zur neuen „Normalität“

Zunahme ehrenamtliche Hilfe



Helferin und Flüchtlingskind in der Kleiderkammer der "Bayernkaserne" © Christof Stache/AFP/Getty Images

INHALT

Seite 1 — Wie Sie Flüchtlingen helfen können

Seite 2 — Was sollte man bedenken?

Auf einer Seite lesen ›

Je mehr Menschen in Deutschland Schutz suchen, desto mehr wollen ihnen dabei helfen: Freiwillige verteilen Kleiderspenden, nehmen Flüchtlinge bei sich auf. › sehen Deutschunterricht.

...auch eine „neue Normalität“

**Gibt es ein Recht auf Zugang zu
Gesundheitsversorgung?**

Beispiel: Organtransplantation

Nina aus Albanien betritt deutschen Boden und beantragt Asyl. Sie wird nicht politisch verfolgt, berichtet aber von häuslicher Gewalt. Weil Albanien als sicheres Herkunftsland gilt, wird die Abschiebung ausgesprochen. Bald darauf verschlechtert sich ihre chronische Leberzirrhose, und eine Transplantation wird zunehmend notwendiger.

- Darf / soll / muss sie in Deutschland gelistet und operiert werden?

GG und Menschenrechte

Deutsches Grundgesetz

Rechtlich verbindlich

Art 2 GG: Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.

Menschenrechtserklärung (1948)

Rechtlich nicht verbindlich

Art. 25: „Jeder hat das Recht auf [...] ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung [...]“

EU-Charta

Charta der Grundrechte der EU vom 18.12.2000: Artikel 35

Rechtlich verbindlich

Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften. Bei der Festlegung und Durchführung aller Maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.

ICESCR

Der internationale Pakt über die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte (1976)

Rechtlich verbindlich

Art. 12

[...] Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit.

Vertragsstaaten erfassen Maßnahmen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.

ICESCR, Kommentare: *Gleichheit*

Der internationale Pakt über die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte (1976); Kommentar 14 zu Art 12

Nicht im strengen Sinne rechtlich verbindlich

12b. Medizinische Einrichtungen und ärztliche Betreuung müssen für alle, insbesondere für die besonders schutzbedürftigen und an den Rand der Gesellschaft gedrängten Gruppen der Bevölkerung de jure und de facto ohne Verletzung des Diskriminierungsverbots zugänglich sein.

34. Insbesondere unterliegen die Staaten der Verpflichtung, das Recht auf Gesundheit zu achten, indem sie es zum Beispiel unterlassen, den gleichberechtigten Zugang zu vorbeugenden, heilenden und lindernden Gesundheitsdiensten für jeden Menschen zu verweigern oder zu beschränken, einschließlich für ...Asylsuchende und illegale Immigranten...

Internationales Recht: *Gleichheit*

Internationales Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von rassistischer Diskriminierung (1965):

Art. 5

Rechtlich verbindlich

Recht jedes einzelnen, ohne Unterschied der Rasse, der Hautfarbe, des nationalen Ursprungs oder des Volkstums, auf Gleichheit vor dem Gesetz; insbesondere für:

wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, insbesondere das Recht auf öffentliche Gesundheitsfürsorge, ärztliche Betreuung, (...)

EU-Sozialcharta: *Gleichheit*

Europäische Sozialcharta von 1961

Rechtlich verbindlich

Art. 12 (Das Recht auf soziale Sicherheit)

Die Vertragsparteien verpflichten sich Maßnahmen zu ergreifen für die Gleichbehandlung der Staatsangehörigen anderer Vertragsparteien mit ihren eigenen Staatsangehörigen hinsichtlich der Ansprüche aus der Sozialen Sicherheit.

Zusammenfassung

GG, Internationales Recht und EU-Recht:

- Ja, Recht auf Zugang zu Gesundheitsversorgung, *und* gleichgestellt mit Staatsbürgern

Ansätze in der Ethik



Public Health Ethics, 8 (2), 2015

The Right to Health: Why It Should Apply to Immigrants

Patricia Illingworth, Northeastern University
Wendy E. Parmet*, Northeastern University

*Corresponding author: Wendy E. Parmet, Northeastern University School of Law, 416 Huntington Ave., MA 02115, USA. Email: w.parmet@northeastern.edu

Although the right to health is universal, many nations that honor it fail to do so in the case of immigrants. In this essay, we argue that the reasons typically given for not extending the right to health to immigrants are without merit and that there are good reasons for nations to protect, respect and fulfill the right of all immigrants. Contrary to the standard view, we argue that health can be understood as a global public good. Two important points follow: (i) because health is non-excludable and non-rivalrous, it is in the interests of nations to respect, protect and fulfill immigrants' right to health. Furthermore, (ii) meeting the health needs of immigrants is an important way for receiving nations to meet the duties that may be generated by the benefits they incur as a result of health's global public good dimension, thus ensuring that they are not free riders. We then argue that because citizens and immigrants dwell together, national solidarity with respect to health. Using the insights of social psychology, we suggest that among diverse people (citizens and non-citizens) is both a reasonable expectation and a moral duty.

Although the international community has long recognized health to be a universal human right, many nations, including those that recognize the right to health, exclude many immigrants from programs designed to ensure access to care. In this essay, we argue that the reasons typically given for doing so are without merit and that there are good reasons for nations to respect immigrants' right to health. First we argue that health should be understood as a global public good. Two important points follow: (i) because health is non-excludable, it is in the health interests of receiving nations to treat immigrants the same as citizens with respect to access to health care; (ii) meeting the health needs of immigrants is an important way for receiving nations to meet the duties of reciprocity that might be generated by

enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health' (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Article 25). Although this right may not create justiciable obligations to individuals, it does create a moral duty. To say that something is a right is to say something about its moral importance. As Amartya Sen 'human rights, are not just pronouncements about what should be done' (Sen, 2009). In effect, human rights express a moral consensus about what *ought* to be done. They are also universal in the sense that they apply to all of them by virtue of their humanity. Human rights prohibits discrimination of any kind on the basis of race, gender, or other characteristics. The right to health.

A Global Public Goods Approach to the Health of Migrants

Heather Widdows and Herjeet Marway*, University of Birmingham

*Corresponding author: Centre for the Study of Global Ethics, Department of Philosophy, University of Birmingham, Edgbaston, Birmingham, B15 2TT, UK. E-mail: h.widdows@bham.ac.uk

This paper explores a global public goods approach to the health of migrants. It suggests that this approach establishes that there are a number of health goods which must be provided to migrants not because these are theirs by right (although this may independently be the case), but because these goods are primary goods which fit the threefold criteria of global public goods. There are two key advantages to this approach: first, it is non-confrontational and non-oppositional, and second, it provides self-interested arguments to provide at least some health goods to migrants and thus appeals to those little moved by rights-based arguments.

This paper adopts a global public goods approach to the health of migrants. This approach is unusual, as debates about migrants and what is owed to them, in general, are largely rights-based. This paper will briefly outline the current rights-based nature of such debates and suggests that an alternative approach might be useful. We begin by noting the dominance of rights language in the current debate and suggest that this is confrontational and oppositional, so motivating the seeking of alternative approaches. We present a global public goods approach building on previous work and consider what, if anything, such an approach would deliver in terms of migrant health (Widdows and Cordell, 2011; Widdows, 2013; Widdows and West-Oram, 2013).¹ To this end, we define public goods using three key criteria, show how these apply using the examples of the environment and antibiotic efficacy and then apply this model to the health of migrants. This approach might, at first glance, seem unlikely to deliver, as it is not obvious why one needs to protect migrant health to protect the health of all. But, while not delivering all the goods of health and healthcare, one might wish it will

Universal Access to Health Care for Migrants: Applying Cosmopolitanism to the Domestic Realm

Verina Wild*, Department of Philosophy, Ludwig-Maximilians-University Munich, Germany and Institute of Biomedical Ethics and History of Medicine, University of Zurich, Switzerland

*Corresponding author: Verina Wild, Department of Philosophy, Ludwig-Maximilians-Universität München, Geschwister-Scholl-Platz 1, 80539 München, Germany. Email: vwild@lrz.uni-muenchen.de

This article discusses cosmopolitanism as the moral foundation for access to health care for migrants. The focus is on countries with sufficiently adequate universal health care for their citizens. The article argues for equal access to this kind of health care for citizens and migrants alike—including migrants at special risk such as refugees. Equal access is raised, such as the consequences being undesirable; but on the other hand, equal access to health care might be desirable in the case of a migrant or refugee who will

Convention of the Rights of the Child, International Convention on the Elimination of Racial Discrimination. The declarations of equal access to health care might be desirable in the case of a migrant or refugee who will

Declaration of Human Rights, for example 'Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and his family, including [...] medical care [...], and security in the event of [...] sickness, old age, or disability' (United Nations, 1948). Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR) affirms

Seeking New Frameworks

Much of the work on the health of migrants, and on the rights of and the duties to migrants, uses the human rights framework to make justice claims, to delineate the rights of migrants and the duties owed to all individuals. Too often, and to caricature, this debate collapses into a conflict between the rights of some individuals and the rights of others. This is true of many of the discourses which surround migration, and which the debate about the health of migrants draws upon. Rights language is dominant in discussions around defending the rights of immigrants and immigration policy. For instance, the International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families (2003) seeks to protect the basic freedoms of all (documented and undocumented) migrants, a proposal which is based on realizing the individual rights that all persons hold under the Universal Declaration of Human Rights (1948) (UN, 1990).² Similarly, there is

Wild V: *Public Health Ethics*. 2015, 8(2).

- Gesundheit primäres Gut ist universal gültig > institutionelle Pflicht, Zugang zu Gesundheit *gleichberechtigt* zu ermöglichen,
 - Für die Staaten, für die Gleichberechtigung praktisch umsetzbar / leistbar ist: keine Bevorzugung Einzelner zu rechtfertigen („cosmopolitanism within borders“)
- Es sei denn, es gibt gute Gründe, die dagegen sprechen!

Welche Gründe könnten gegen Gleichbehandlung sprechen?

- Unfaire Begünstigung:
 - Steuerzahlende sollen bevorzugt werden
 - Papierlose und „Asylbetrüger“ begehen Straftat und sollen ausgeschlossen werden
- Risiko:
 - Gute Versorgung könnte noch mehr Migranten anziehen > soziale Destabilisierung?
 - Soziale Kohäsion wird riskiert, wenn Bürger nicht bevorzugt werden
- Weniger ist gut genug:
 - Akutversorgung ist ausreichend, mehr ist medizinisch nicht nötig
 - Gerechtigkeitsanspruch fehlgeleitet, Wohltätigkeit reicht aus

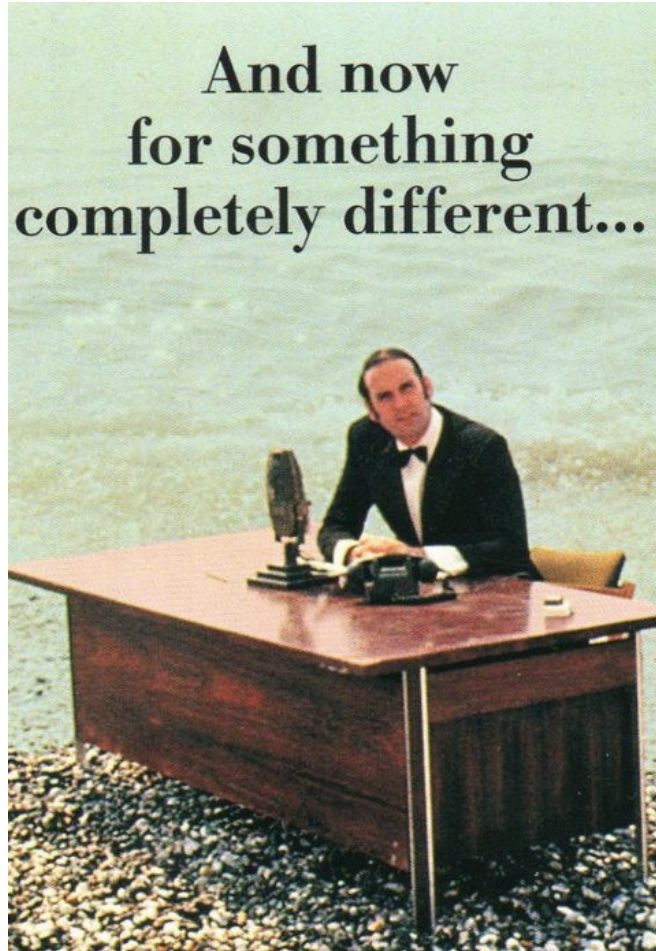
Fazit

- Keiner der Gründe überzeugt, außer bei kurzem, definiertem Aufenthalt (Versorgung kann in anderem Land stattfinden) oder als vorübergehende Maßnahme bei sehr hohem Andrang in sehr kurzer Zeit (Infrastruktur nicht gegeben).
- Neben rechtlich / ethischen Gründen sprechen medizinische, Public Health-orientierte und wirtschaftliche Gründe für Gleichbehandlung
- Nicht-Gleichbehandlung muss als (nicht gerechtfertigte) Abschreckungsmaßnahme verstanden werden

Andere Arbeiten

- Dwyer 2015: Iris Marion Young's social connection model > Soziale Verantwortung für undokumentierte Migranten, die bei uns arbeiten / für junge undokumentierte Migranten, die bei uns sozialisiert sind
- Illingworth & Parmet 2015: Gesundheit als globales, öffentliches Gut anerkennen, von welchem alle (auch die Bürger profitieren) / Solidarität und Fairness
- Widdows & Marway 2015: Gesundheit als globales, öffentliches Gut, auch um diejenigen zu überzeugen, die sich von Internationalem Recht nicht beeindrucken lassen.

And now
for something
completely different...



Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in Theorie und Praxis

AsylbLG

- Gilt z.B. für Asylbewerber, Flüchtlinge, Subsidiärer Schutz, Geduldete, Ausreisepflichtige (auch Papierlose)
- Duldung: Aussetzung der Abschiebung z.B. aufgrund von Krankheit





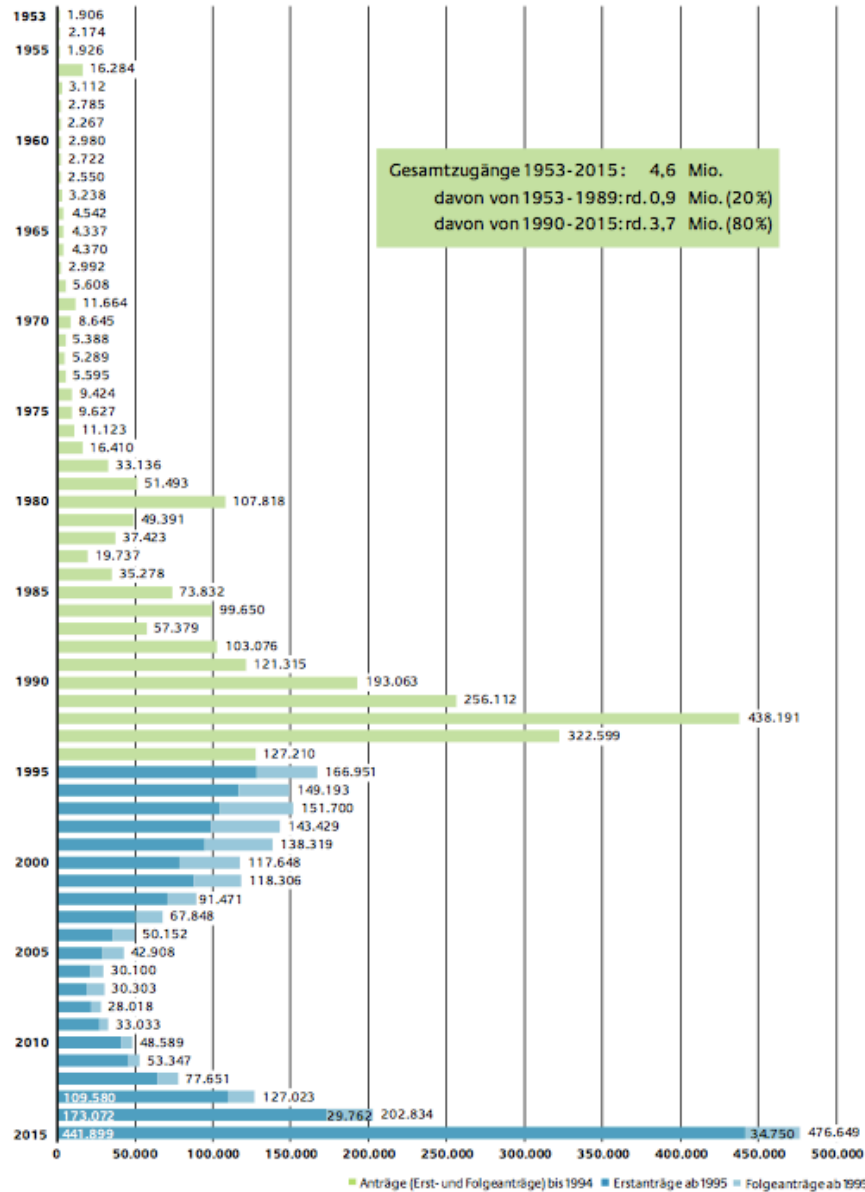
Konditionen AsylbLG

- Akute Erkrankungen und Schmerzzustände
- Sonstige zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen
- Schutzimpfungen
- Medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen
- Unaufschiebbarer Zahnersatz
- Schwangeren-, Geburts- und Wochenbettversorgung
- Im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich; Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern

> Wenn kein Notfall (der auch nicht immer versorgt wird), Krankenschein erforderlich (Heimleiter, Sozialamt). Teilweise Umweg über Arztattest / Gesundheitsamt

Entwicklung der Asylantragszahlen seit 1953

Entwicklung der jährlichen Asylantragszahlen seit 1953



Quellen: BAMF, <http://www.diakonie.de/asylbewerberleistungsgesetz-auf-einen-blick-9947.html>
http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/AsylbLG_kurz.pdf

Kurze Geschichte des AsylbLG

Ab 1991: Balkankonflikt

1992: Neuregelung Asyl

1993: AsylbLG : Einschränkung des Asylrechts und der Sozialleistungen

2010: Regelsätze verfassungswidrig

2012: Bundesverfassungsgericht: Die Menschenwürde ist migrationspolitisch nicht zu relativieren

Seitdem: Übergangsregelungen: Satz erhöht auf Hartz-IV-Satz

2015: Zwei Novellierungen (teilweise Umsetzung Urteil, teilweise Verschärfung). Medizinische Versorgung ist weiterhin eingeschränkt

AsylbLG in der Praxis

- Juristische Auslegung und medizinische Einschätzung (!) hängen von individueller Gunst z.B. des Heimleiters und Sozialarbeiter ab
- Verfahren kann Monate dauern
- Probleme vor allem bei Heil- und Hilfsmitteln wie Brillen, Hörgeräten, Prothesen, Rollstühlen, aber auch Medikamenten, Verhütungsmitteln, Infektionsschutz und Operationen.
- Dokumentierte Fälle von Verschleppung lebensnotwendiger Therapien insbesondere in Abschiebegewahrsam
- Versorgungslücken unklar (keine Lobby, keine Sprache, wenig Forschung)

Hauptprobleme: Verzögerung und Nicht-Zustandekommen durch Auslegung und Bürokratie

Beispiel I

„Meine Tochter war krank und sie musste an den Mandeln operiert werden und ich bin dann ins Sozialamt gegangen und habe gesagt, dass meine Tochter sehr krank ist und habe ihnen das Attest gegeben und gesagt, dass sie operiert werden muss. Die haben das aber nicht geglaubt und dann hat es einen Monat gedauert, weil zuerst der Amtsarzt gucken musste und sie meinten, so einfach könnten sie das nicht erlauben. Und das hat gedauert und meine Tochter hat einen sehr schweren Infekt bekommen und das war sehr gefährlich für sie. Ich habe dann gegen die Sachbearbeiterin Klage erhoben [ohne Erfolg/T.P.].“

Aus: Pieper, Tobias: *Das Lager als Struktur bundesdeutscher Flüchtlingspolitik*, Dissertation, FU Berlin (2008)

Beispiel 2

Im AsylbLG steht zwar...

„Unbegleiteten Minderjährigen oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wird die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt.“

Aber tatsächlich ist es so...



The screenshot shows the website for 'MÜNCHEN REFUGIO'. The header includes the logo 'MÜNCHEN REFUGIO' and the text 'Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer'. Below the header, there are navigation links for 'Impressum', 'Kontakt', and 'Links'. The main content area features a photograph of a therapy room with two orange chairs and a table. The title of the page is 'Therapeutische Begleitung bei traumatisierten Flüchtlingen'. Below the title, there is a paragraph of text: 'Bei der psychotherapeutischen Behandlung eines traumatisierten Menschen werden im Rahmen einer Diagnosestellung neben der Symptomatik auch die persönlichen Möglichkeiten und ...'.

2011: 1,675 Mio. €.

- **1,6% wurden aus der Therapiekostenerstattung erzielt.**
- 54,9% öffentliche Mittel. Die Stadt München ist mit 41% der Förderung der größte Geldgeber.
- 40 % Stiftungsmittel, Spenden und Mitgliedsbeiträge
- 3,6% trugen die Münchner Wohlfahrtsverbände bei.

Gründe für Schwierigkeiten bei Erstattung

- Eng gefasste Ausführungsbestimmungen des AsylbLG
- Lange Wartezeit auf Termin für Begutachtung
- Häufige Ablehnung durch Amtsarzt
- Keine rückwirkende Zahlung von Sozialleistungen
- Neuantragstellung, wenn Klient zwischendurch gearbeitet hat
- Etc.

Beispiel 3

Im AsylbLG steht zwar, dass Papierlose eingeschlossen sind...

De facto aber keine Option:

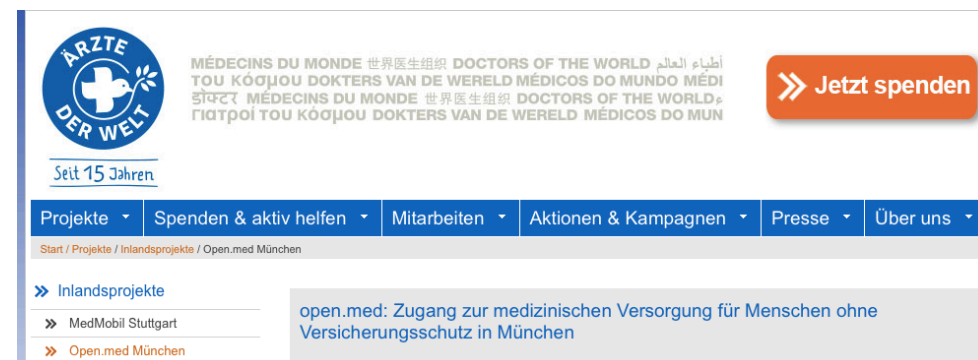
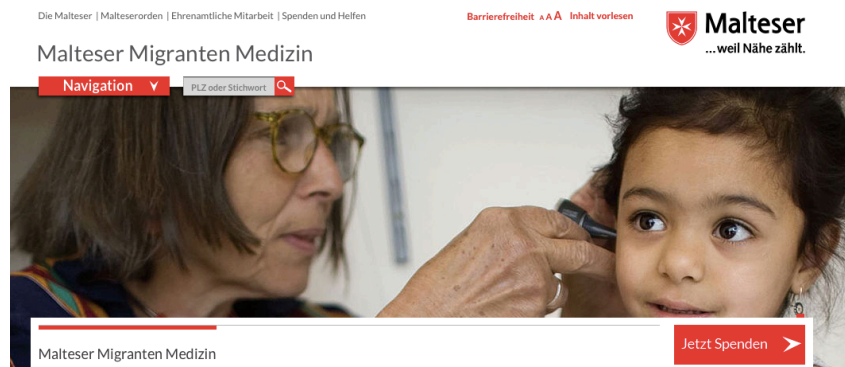
§ 87, Aufenthaltsgesetz: „Denunziationsparagrah“

Öffentliche Stellen haben unverzüglich die zuständige Ausländerbehörde zu unterrichten, wenn sie [...] Kenntnis erlangen von dem Aufenthalt eines Ausländers, der keinen erforderlichen Aufenthaltsstatus besitzt.

(Trotz Ausweitung der ärztlichen Schweigepflicht auf Krankenhausverwaltung und Sozialamt in 2009)

Parallele Versorgungsstrukturen

- Ausbau von ehrenamtlichen, teils geförderten Parallelstrukturen (Medizinische Flüchtlingshilfe, Medinetz, Medibüro, Malteser Migranten Medizin, Caritas, AWO, Diakonie, Refugio, Ärzte der Welt, Einzelpersonen)



Beispiel 4: Lebensbedingungen

Keine Erwähnung von Lebensbedingungen, sozialen und wirtschaftlichen Determinanten von Gesundheit im AsylbLG.

Krankmachende Lebensbedingungen im Lager

„So lebt man fast wie ein Tier. Und das Sozialamt ist so ein wenig wie eine Droge, wenn du einige Zeit dorthin musstest, dann bist du abhängig und glaubst nicht mehr an deine eigene Kraft und gehst langsam aber sicher kaputt. [...] Frag ihn mal, [...] warum seine Haare nicht geschnitten sind. [...] Für wen soll er das machen, sagt er immer, er hat einfach keine Lust. Das ist langsames Umbringen“

„Ich bin hier krank geworden, weil du dich weniger bewegst. Das ist auch mit dem Hirn so, wenn es lange nicht benutzt wird, funktioniert es auch nicht mehr richtig. Meine Muskeln sind nicht mehr so, weil ich so oft am Tag geschlafen habe, weil ich nichts zu tun habe. Ich bin dann schwach und schwächer und dann auch müde und müder geworden. Ich habe viele Probleme hier bekommen, z.B. auch mit den Zähnen, Rückenschmerzen oder gerade mit der Wirbelsäule.“

Krankmachende Lebensbedingungen im Lager

„Flüchtlinge in Deutschland haben keine Zukunft, sie dürfen nicht arbeiten, sie dürfen keine Ausbildung machen, sie müssen immer zuhause sitzen und essen und essen und dürfen nichts machen. Ich denke, dass der Mensch aus zwei Seiten besteht und die eine ist seine Seele. Wenn du ein Brot oder ein Kilo Fleisch isst, dann wirst du zwar satt. Unsere Seele wird so jedoch nie satt, wir müssen eigentlich dafür arbeiten, lieben und Kontakt zu anderen haben, dass ist das Essen für unsere Seele. Und ohne dieses Essen für die Seele wird man krank. Und hier dürfen wir nicht arbeiten, denn dann würden wir Geld bekommen und dann würde es uns besser gehen, vielleicht geht es darum, denn sie denken, dann würden wir zurück in unsere Heimat gehen oder weniger Menschen würden kommen.“

Manche EU-Bürger > Keine Gesundheitsversorgung

- Unter bestimmten Bedingungen: Arbeitssuchende oder arbeitslose EU-Bürger erhalten keine Gesundheitsversorgung (Einzige Hilfe in manchen Bundesländern: Rückfahrkarte in Heimatland)

Experten Markt umfallen Gold umlegen Was tun?

EuGH-Urteil

EU-Ausländer haben keinen Anspruch auf Hartz IV

Aktualisiert am Dienstag, 15.09.2015, 17:37

Hartz IV

Deutschland darf arbeitslosen EU-Bürgern Sozialhilfe verweigern

Der Europäische Gerichtshof hat die gesetzlichen Regelungen in Deutschland bestätigt. Geklagt hatte eine in Bosnien geborene Frau mit schwedischer Staatsangehörigkeit.

15. September 2015, 10:26 Uhr / Quelle: ZEIT ONLINE, dpa, sah

Zusammenfassung

Situation in Deutschland

Trotz international anerkanntem, verbindlichem Recht auf *gleiche* Gesundheitsversorgung und plausible ethische Gründe dafür:

- AsylbLG schränkt Gesundheitsversorgung für bestimmte Gruppen ein (Abschreckungsmaßnahme seit Balkankonflikt)
- Zusätzliche Interpretations- und Umsetzungsprobleme in der Praxis
- Vermutlich teilweise krankmachende Lebensbedingungen in Lagern
- Für manche Migranten gar keine Versorgung

Zurück zum Beispiel: Organtransplantation für Migranten

Nina aus Albanien betritt deutschen Boden und beantragt Asyl. Sie wird nicht politisch verfolgt, berichtet aber von häuslicher Gewalt. Weil Albanien als sicheres Herkunftsland gilt, wird die Abschiebung ausgesprochen. Bald darauf verschlechtert sich ihre chronische Leberzirrhose, und eine Transplantation wird überlebensnotwendig.

> Darf / soll / muss sie in Deutschland gelistet und operiert werden?

- Internationales Recht: Ja
- Ethische Argumentation: Ja
- AsylbLG: Ja (Duldung, akute Exazerbation)
- Abschiebung?
 - Nein, wenn reiseunfähig aus Krankheitsgründen,
 - Nach OP nur, wenn Nachsorge gewährleistet ist (z.B. Immunsuppressiva)

Aber...in der Praxis nicht so einfach

- AsylbLG in Praxis: Probleme (Exazerbation > eigentlich doch chronisch?, Kostenübernahme? „Um-zu“ Formulierung AsylbLG?)
- Listung durch Eurotransplant? (Albanien ist nicht Mitglied von Eurotransplant, welches sich gegen eine Listung von Asylbewerbern ausspricht)
- Abschiebung? Aussetzung muss häufig erkämpft werden. Nachweis, dass Operation und Nachsorge in Albanien nicht möglich ist > schwierig

Was ist zu tun?

- Wissenschaftliche Ethik:
 - Normativ: Recht auf Gesundheit / Recht auf Gesundheitsversorgung weiter diskutieren
 - Empirisch: Daten erheben, z.B. zu Umsetzung inter-/nationalem Recht; Lebensbedingungen; Konditionen des AsylbLG.
- Praxis I: Sachliche / Rechtliche Kenntnis bei Behandelnden vertiefen / Vermittlung im Medizinstudium
- Praxis II: Aufklärung und Kontaktmöglichkeiten (mit Flüchtlingen) in der Bevölkerung (Anti-Xenophobie Kampagnen, Aufklärung über Menschenrechte)
- Insbesondere: Nationales Recht mit internationalem Recht in Einklang bringen > Gleiches Recht auf Zugang zu Gesundheitsversorgung national (wieder) etablieren

Vielen Dank!

Kontakt:

Verina Wild

v.wild@lrz.uni-muenchen.de