

Gesundheitsversorgung von illegalisierten Migrant:innen

1. Einleitung

1.1 Realität statt Rhetorik

„Auch die Bevölkerung, die werden doch wahnsinnig, die Leute. Wenn die sehen, dass 300.000 Asylbewerber abgelehnt sind, nicht ausreisen, die vollen Leistungen bekommen, die volle Heilfürsorge bekommen. Die sitzen beim Arzt und lassen sich die Zähne neu machen, und die deutschen Bürger nebendran kriegen keine Termine.“¹

So Friedrich Merz, seit kurzem Bundeskanzler, in einer Fernsehsendung im September 2023. In diesem Beitrag wollen wir aufzeigen, wie weit diese Aussage von der Realität entfernt ist.² In Deutschland haben

¹ Vgl. WELT Nachrichtensender, FRIEDRICH MERZ: „Die sitzen beim Arzt und lassen dich die Zähne neu machen“, WELT TALK, online: <https://www.youtube.com/watch?v=oSAZrbEqEvU> (Abruf: 28.05.2025).

² Die angegebene Zahl lässt vermuten, dass Merz sich sowohl auf Geduldete als auch auf Menschen, die vollziehbar ausreisepflichtig sind, bezog. Vgl. *Emunds/Rohwedder*, Warum sich Merz' Aussage nicht halten lässt, tagesschau, 28.09.2023, Online: <https://www.tagesschau.de/faktenfinder/merz-asylbewerber-zahnarzt-100.html> (Abruf: 02.06.2025).

Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus (illegalisierte Migrant:innen)³ nur einen sehr eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung. Der Beitrag beginnt mit der Rekonstruktion eines realen Falles, um die Problematik greifbar zu machen. Nach einem kurzen Überblick über den einschränkenden rechtlichen Rahmen wollen wir uns Lösungsansätzen widmen. Die Regelungen in anderen EU-Mitgliedsstaaten zeigen beispielhaft, dass der restriktive Zugang in Deutschland nicht die Norm ist. Anschließend erörtern wir die Lösungen, die die Praxis erarbeitet hat, es gibt einen ganzen Flickenteppich an Lösungen, wie ein Blick auf die Deutschlandkarte verrät. Darunter fallen die MediNetze und MediBüros, Clearingstellen und der Anonyme Behandlungsschein sowie als übergreifendes Netzwerk den Bundesverband Anonymer Behandlungsschein und Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherung (BACK).

Der Beitrag endet mit einigen zentralen Forderungen an die Politik.

1.2 Fallbeispiel

Der Zugang zur medizinischen Versorgung ist für illegalisierte Menschen nur als Selbstzahler:in möglich. Dadurch entstehen oft sehr hohe Behandlungskosten wie bei Herrn M aus dem Kosovo. Er lebte über 30 Jahre in Deutschland und verlor dann durch einen Umzug ohne Meldung beim Einwohnermeldeamt seinen Aufenthaltstitel. Er wurde abgeschoben und reiste einige Zeit später wieder in die Bundesrepublik ein. Ohne geregelten Aufenthalt blieb ihm der Zugang zur Krankenversiche-

³ Mit illegalisierten Migrant:innen meinen wir vor allem vollziehbar ausreisepflichtige Migrant:innen, die aufgrund Fokus ist aufgrund der Übermittlungspflicht (siehe unten in 2.2.) besonders vom Zugang zu Gesundheitsversorgung gehindert sind. Wer vollziehbar ausreisepflichtig ist, ist in § 58 Abs. 2 AufenthaltsgG geregelt. Viele der hier besprochenen Schwierigkeiten bezüglich des Zugangs zu Gesundheitsversorgung gelten aber auch für Geduldete oder andere prekarierte Gruppen von Migrant:innen. Über die Begrifflichkeit „illegalisierte Migration“: Klarmann, *Illegalisierte Migration*, 2021, 44–51.

rung jedoch verwehrt. 2021 erlitt er einen Herzinfarkt. Die Folge waren hohe Krankenhauskosten und die Angst, dass bei der dringend benötigten weiteren medizinischen Versorgung erneut Behandlungskosten entstehen können, ohne dass er diese zahlen kann.⁴

2. Rechtlicher Rahmen

2.1 Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz

Illegalisierte Migrant:innen in Deutschland haben grundsätzlich einen eingeschränkten Anspruch auf medizinische Grundversorgung. Dieser ergibt sich aus § 1 Abs. 1 Nr. 5 in Verbindung mit den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG). Dabei ist der Leistungskatalog im Vergleich zum gesetzlichen Anspruch der Leistungen nach Sozialgesetzbuch V (SGB) stark begrenzt und sieht nur eine minimale gesundheitliche Versorgung vor. Dieser eingeschränkte Leistungskatalog gilt neben der von uns beschriebenen Personengruppe illegalisierter Migrant:innen auch für Asylbewerber und Menschen mit Duldung.

Gemäß § 4 AsylbLG besteht ein Anspruch auf medizinische Leistungen im Falle von akuten Erkrankungen oder Schmerzzuständen, bei Schwangerschaft und Geburt. Außerdem sind Schutzimpfungen vorgesehen (§ 4 Abs. 3 AsylbLG). Der Zugang zu diesen Leistungen ist jedoch mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. So liegt die Einschätzung, ob es sich um eine akute Erkrankung oder einen akuten Schmerzzustand handelt, im Ermessen der zuständigen Behörden oder Leistungsträger und nicht des medizinischen Personals.⁵

⁴ *Gesellschaft für Freiheitsrechte*, Pressemitteilung vom 10.05.2022, online: <https://freiheitsrechte.org/ueber-die-gff/presse/pressemitteilungen-der-gesellschaft-fur-freiheitsrechte/pm-gesundheitsversorgung-2> (Abruf: 02.06.2025).

⁵ Vgl. *Eichenhofer*, Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge, in: *Zeitschrift für Ausländerrecht* 33 (2013), 170.

Darüber hinaus sieht § 6 AsylbLG die Möglichkeit sogenannter „sonstiger Leistungen“ vor. Diese können im Einzelfall gewährt werden, wenn sie zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind. Insbesondere bei langfristigen oder chronischen Erkrankungen ist diese Auffangklausel von großer Bedeutung, um das menschenwürdige Existenzminimum gemäß Art. 1 i. V. m. Art. 20 Abs. 1 GG garantieren zu können.⁶ Allerdings handelt es sich um eine Ermessensentscheidung; ein gebundener Anspruch auf die Gewährung von Leistungen besteht insoweit nicht. Die Entscheidung erfolgt individuell und setzt die Prüfung des Gesundheitszustands voraus.

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung für illegalisierte Migrant:innen ist darüber hinaus durch andere gesetzliche Regelungen stark limitiert.

2.2 Die Übermittlungspflicht

Insbesondere der Zugang zur Kostenübernahme der medizinischen Leistungen im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes stellt eine große Schwierigkeit dar, denn dafür ist in der Regel ein Behandlungsschein erforderlich, der vom zuständigen Sozialamt ausgestellt werden muss.

Die größte Hürde für den Zugang zur medizinischen Versorgung illegalisierter Migrant:innen ist in diesem Zusammenhang die sogenannte Übermittlungspflicht nach § 87 des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG). Danach ist das Sozialamt verpflichtet, Personen ohne regulären Aufenthaltsstatus der Ausländerbehörde oder der Polizei zu melden.⁷ Bei den Mitarbeiter:innen des Sozialamtes handelt es sich nicht um medizini-

⁶ Vgl. *Frerichs*, juris PraxisKommentar-SGB XII 2. Auflage, § 6 AsylBLG, Sonstige Leistungen, Rn. 10.

⁷ Es geht gemäß § 87 Abs. 2 um jene Ausländer, die keinen erforderlichen Aufenthaltstitel besitzen und deren Abschiebung nicht ausgesetzt ist, d. h. die nicht geduldet sind.

ches Personal, sondern um Verwaltungsangestellte; gesetzliche Schweigepflichten beanspruchen deshalb keine Geltung.

Die Übermittlungspflicht entfaltet eine erhebliche Abschreckungswirkung, da Betroffene aus Sorge, ihr fehlender Aufenthaltsstatus werde entdeckt, sich davor hüten, das Sozialamt für die Kostenübernahme der Gesundheitsversorgung aufzusuchen.

Die Angst vor Entdeckung und der damit verbundenen Abschiebung führt häufig dazu, dass illegalisierte Migrant:innen dringend notwendige medizinische Behandlungen nicht in Anspruch nehmen. Die nun abgewählte Ampelregierung (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP) hatte eine Reform der Übermittlungspflichten im Koalitionsvertrag 2021⁸ angekündigt. Eine entsprechende Gesetzesänderung blieb aber aus und findet sich nicht im aktuellen Koalitionsvertrag zwischen CDU und SPD wieder.

Die Übermittlungspflicht wirft erhebliche verfassungsrechtliche und menschenrechtliche Fragen auf. Die Meldepflicht kann in bestimmten Fällen gegen die Menschenwürdegarantie nach Art. 1 Abs. 1 GG sowie das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit gemäß Art. 2 Abs. 2 GG verstoßen.⁹ Außerdem steht sie nicht im Einklang mit dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung.¹⁰

⁸ *BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP)*, Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD). Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. online: <https://fragdenstaat.de/dokumente/142083-koalitionsvertrag-2021-2025/> (Abruf: 02.06.2025), Rn. 4701–4703.

⁹ Vgl. *Lincoln*, Ohne Angst zum Arzt, *Kritische Justiz* 55 (2022), S. 63, *Kompatscher/ Mayr*, Kein Recht auf Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere, *Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik*, 2022, S. 405.

¹⁰ Vgl. *Lincoln*, Ohne Angst zum Arzt, *Kritische Justiz* 55 (2022), S. 63

Mit diesen Argumenten reichten die Organisationen „Ärzte der Welt“ und die „Gesellschaft für Freiheitsrechte“ (GFF) im September 2022 im oben beschriebenen Fall eine Verfassungsbeschwerde ein.¹¹

Darüber hinaus reichten die Organisationen 2021 und 2024 zwei Beschwerden bei der Europäischen Kommission ein, die auf Verstöße gegen europäische Datenschutz- und Grundrechtsnormen hinweisen.¹² Wichtige rechtliche Grundlagen sind unter anderem Art. 5 Abs. 1 Buchst. b der Datenschutz-Grundverordnung (Zweckbindung der Datenverarbeitung) und Art. 6 Abs. 4 (Voraussetzungen für eine Weiterverarbeitung zu einem anderen Zweck). Ergänzend sind auch Art. 8 Abs. 1 der EU-Grundrechtecharta (Schutz personenbezogener Daten) sowie Art. 35 (Recht auf medizinische Grundversorgung) relevant.

Auch menschenrechtliche Verpflichtungen Deutschlands werden durch die bestehende Regelung in Frage gestellt. So fordert etwa der UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte in seinem Staatenbericht für Deutschland aus dem Jahr 2018 die Abschaffung der Übermittlungspflicht, um die Rechte aus Artikel 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UN-Sozialpakt) wirksam umzusetzen.¹³ Dieser garantiert das Recht jeder

¹¹ Das Bundesverfassungsgericht hat die Beschwerde nicht zur Entscheidung angenommen. Vgl. *Gesellschaft für Freiheitsrechte*, Ohne Angst zum Arzt, online: <https://freiheitsrechte.org/themen/gleiche-rechte-und-soziale-teilhabe/ohne-angst-zum-arzt> (Abruf: 02.06.2025).

¹² Die erste Beschwerde wurde von der Kommission mit Verweis auf den Koalitionsvertrag abgewiesen, die zweite ist noch anhängig. Vgl. *Gesellschaft für Freiheitsrechte*, Ohne Angst zum Arzt, online: <https://freiheitsrechte.org/themen/gleiche-rechte-und-soziale-teilhabe/ohne-angst-zum-arzt> (Abruf: 02.06.2025).

¹³ *Committee on Economic, Social and Cultural Rights*, ‘Concluding observations on the sixth report of Germany’ (27.11.2018), Rn. 26-27. Eine detaillierte Auseinandersetzung der menschenrechtlichen Dimension der Übermittlungspflicht, insbesondere bezüglich reproduktiver und sexueller Rechte: *Anna Kompatscher/Annalena Mayr*, Kein Recht auf Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere, *Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik*, 2022, 404–405.

Person auf das erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit.

2.3 Der Nothelferparagraph

Eine Ausnahme von der Übermittlungspflicht besteht lediglich im Falle eines akuten medizinischen Notfalls oder während des sozialrechtlichen Eilfalls,¹⁴ d. h. wenn das Sozialamt kurzfristig nicht erreichbar ist, etwa nachts oder am Wochenende. Die Ausnahme gilt nur für die Dauer des medizinischen Notfalls oder bis das Sozialamt wieder erreichbar ist und nur insofern, als die betroffene Person nicht imstande ist, das Sozialamt zu kontaktieren. In diesen Fällen können Krankenhäuser und niedergelassene Ärzt:innen gemäß dem sogenannten Nothelferparagraph in § 6a AsylbLG für erbrachte Leistungen rückwirkend die Kosten vom Sozialamt erstattet bekommen. In diesen Konstellationen verlängert sich der Geheimnisschutz gleichsam in das Sozialamt hinein (§ 88 Abs. 2 AufenthG).

Allerdings ist die Anwendung des Nothelferparagraphen an enge Bedingungen geknüpft und in der Praxis mit erheblichen Unsicherheiten verbunden. Zum einen besteht Unklarheit in der Auslegung des Begriffs „medizinischer Notfall“, was zu einem erheblichen Interpretationsspielraum führt. Nur bei eindeutig medizinischen Notfällen oder sozialrechtlichen Eilfällen ist eine Kostenerstattung vorgesehen.

Nach dem sogenannten Kenntnisnahmegrundsatz gilt der Anspruch auf Erstattung für Krankenhäuser und Ärzt:innen nur bis zu dem Zeitpunkt, in dem das Sozialamt Kenntnis von der Gesundheitsleistung er-

¹⁴ Vgl. BSG, Urteil vom 23.8.2013, B 8 SO 19/12. Im Detail dazu: *Bundesarbeitsgruppe Illegalität / Gesundheit*, Arbeitspapier Notfallhilfe im Krankenhaus, 2019, online: https://www.aerztewelt.org/sites/default/files/BAG%20Gesundheit_Illegalit%C3%A4t_Arbeitspapier%20Notfallhilfe%20im%20Krankenhaus_August%202019_Web.pdf (Abruf: 29.05.2025).

langt.¹⁵ Ist der medizinische Notfall oder sozialrechtliche Eilfall jedoch vorüber, greift zudem erneut die Übermittlungspflicht nach § 87 AufenthG.

Ein weiteres Problem ist die Beweislast, die auf dem Krankenhaus liegt, um rückwirkend die Finanzierung der Notfallversorgung erstattet zu bekommen.¹⁶ Das Sozialamt muss prüfen, ob tatsächlich ein medizinischer Notfall vorlag und ob die betroffene Person hilfebedürftig war oder die Behandlung selbst hätte bezahlen können.¹⁷ So werden vom Krankenhaus für die rückwirkende Finanzierung detaillierte Dokumente gefordert, die diese wiederum von den Patient:innen verlangen.¹⁸ Viele illegalisierte Migrant:innen können erforderliche Nachweise, etwa zur eigenen Identität, zur Einkommens- und Wohnsituation oder zu Lasten lebenden Familienangehörigen, nur schwer erbringen.¹⁹

Aufgrund dieser Hürden bleiben viele Krankenhäuser auf den Kosten der Behandlung sitzen.²⁰ Die unsichere Finanzierung wiederum führt

¹⁵ Korff, in: BeckOK Sozialrecht/, 76. Ed. 1.3.2025, AsylbLG § 6a Rn. 1. Stand 01.03.2025., Rn. 5.

¹⁶ *Bundesarbeitsgruppe Illegalität /Gesundheit*, Arbeitspapier Notfallhilfe im Krankenhaus, 2019, online: https://www.aerztewelt.org/sites/default/files/BAG%20Gesundheit_Illegalit%C3%A4t_Arbeitspapier%20Notfallhilfe%20im%20Krankenhaus_August%202019_Web.pdf (Abruf: 29.05.2025), 6.

¹⁷ Gemäß § 7 AsylbLG müssen Einkommen und Vermögen, über das verfügt werden kann, von den Leistungsberechtigten sowie deren im selben Haushalt lebenden Familienangehörigen aufgebraucht werden, bevor staatliche Leistungen gewährt werden.

¹⁸ *Bundesarbeitsgruppe Illegalität /Gesundheit*, Arbeitspapier Notfallhilfe im Krankenhaus, 2019, online: https://www.aerztewelt.org/sites/default/files/BAG%20Gesundheit_Illegalit%C3%A4t_Arbeitspapier%20Notfallhilfe%20im%20Krankenhaus_August%202019_Web.pdf (Abruf: 29.05.2025), 6.

¹⁹ Ebd.

²⁰ *Bundesarbeitsgruppe Illegalität /Gesundheit*, Arbeitspapier Notfallhilfe im Krankenhaus, 2019, online: https://www.aerztewelt.org/sites/default/files/BAG%20Gesundheit_Illegalit%C3%A4t_Arbeitspapier%20Notfallhilfe%20im%20Krankenhaus_August%202019_Web.pdf (Abruf: 29.05.2025), 11

dazu, dass medizinische Behandlungen selbst bei akutem Handlungsbedarf mitunter von vornherein verweigert werden.

3. Folgen fehlender Gesundheitsversorgung

Die nur schwer zugängliche Kostenübernahme führt zu geringer medizinischer Versorgung. Dies wiederum birgt das Risiko irreversibler gesundheitlicher Schäden, da notwendige Diagnostik und Versorgung nicht oder nur verzögert erfolgen.

Unzureichende Gesundheitsversorgung hat eine erhöhte Morbidität und Mortalität zur Folge. Menschen ohne Krankenversicherungsschutz leiden häufig unter chronischen Erkrankungen, psychischen Belastungen sowie unter gesundheitlichen Folgen sozialer Isolation. Bedingt durch eingeschränkten Zugang zu Prävention und Behandlung, besteht ein erhöhtes Risiko für Komplikationen und fortgeschrittene Krankheitsbilder, die durch frühzeitige medizinische Interventionen hätten verhindert werden können.²¹ Menschen in akuter Wohnungsnot haben zudem ein hohes Risiko, Verletzungen durch Gewalt ausgesetzt zu sein²² und Unfälle zu erfahren. Langfristige Arbeitsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit führen dazu, dass betroffene Personen in eine Abwärtsspirale aus Armut und Krankheit geraten²³

²¹ *Nolte/ McKee*, Caring for people with chronic conditions: A health system perspective, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008, online: <https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/studies---external/caring-for-people-with-chronic-conditions.pdf> (Abruf: 02.06.2025).

²² *Geschke*, Diskriminierung und Hassgewalt gegen wohnungslose Menschen: Eine bundesweite Bestandsaufnahme, Institut für Demokratie und Zivilgesellschaft (IDZ), 2021, online: https://www.idz-jena.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/IDZ_Forschungsbericht_Diskriminierung_und_Hassgewalt_gegen_wohnungslose_Menschen.pdf (Abruf: 02.06.2025).

²³ *Schröder/Böttger*, Leben in der Abwärtsspirale – Krankheitsverläufe und Versorgungsschwierigkeiten wohnungsloser Menschen, Diakonie Deutschland, 2018 .

Fehlende Absicherung im Krankheitsfall erhöht nicht nur individuelle Gesundheitsrisiken und -kosten, sondern hat auch weitreichende gesellschaftliche und ökonomische Auswirkungen und bringt eine Reihe von Herausforderungen für Fachkräfte sowie soziale Sicherungssysteme mit sich.

4. Lösungsansätze

4.1 Regelungen in anderen EU-Mitgliedstaaten

Ein Vergleich mit anderen EU-Mitgliedstaaten zeigt, dass Modelle möglich sind, die einen menschenrechtskonformen Zugang zur Gesundheitsversorgung für illegalisierte Personen besser gewährleisten. So existiert in Frankreich mit der Aide médicale d'État (staatliche medizinische Hilfe) eine Sozialleistung, die auch Personen ohne regulären Aufenthaltsstatus eine gesicherte medizinische Versorgung ermöglicht.²⁴ In Italien besteht ein explizites gesetzliches Verbot der Übermittlung personenbezogener Daten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.²⁵

Nennenswert ist schließlich die jüngste Gesetzesreform in Spanien, wo im Mai 2024 ein Gesetz zur Gesundheitsversorgung für alle sich im

²⁴ Art. L251-1 im Sozial- und Familienkodex (Code de l'action sociale et des familles).

²⁵ Art. 35 Abs. 5 des Einheitstextes Immigration (Testo unico immigrazione). Für einen Vergleich des italienischen Systems der Zugang zu Gesundheitsversorgung mit dem deutschen, insbesondere in Bezug auf die Impfung gegen das Coronavirus: *Gallon/ Kompatscher*, 'Ohne Papiere und ohne Rechte? Der Zugang zur Impfung gegen das Coronavirus für Menschen ohne Papiere in Deutschland und Italien', *Kritische Justiz*, 55 (2022), 137–151.

Land aufhaltenden Personen unabhängig vom Aufenthaltsstatus verabschiedet wurde.²⁶

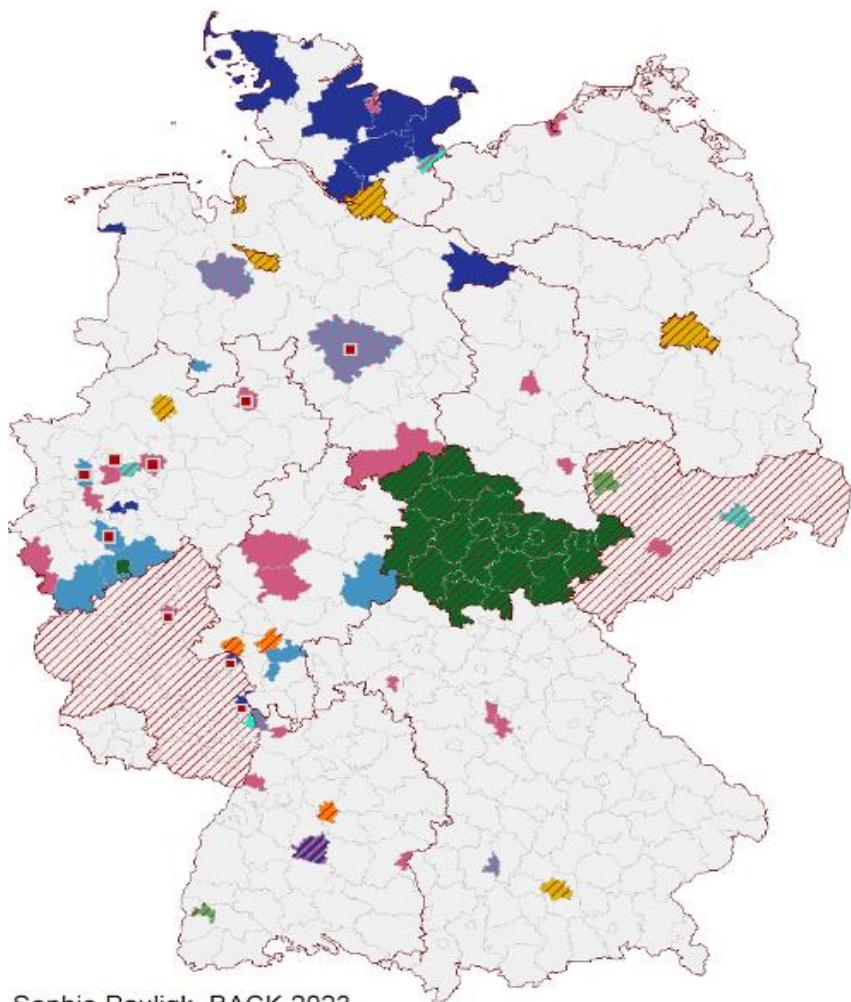
Diese Beispiele zeigen, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung für illegalisierte Migrant:innen politisch gestaltbar ist – und dass es innerhalb der EU Modelle gibt, die als Orientierung für eine menschenrechtskonforme Reform in Deutschland dienen könnten.

4.2 Deutschland: Flickenteppich

Demgegenüber gibt es in Deutschland zahlreiche Organisationen, die sich um die medizinische Versorgung von Menschen, die über keine Absicherung im Krankheitsfall verfügen, kümmern. Diese sind unterschiedlich aufgebaut und haben fast alle eine zeitliche begrenzte Projektfinanzierung von ein bis zwei Jahren. In territorialer Hinsicht ist die Verteilung der Organisationen abhängig vom Engagement der in der jeweiligen Kommune oder dem Bundesland lebenden Menschen sowie dem politischen Willen, da viele medizinische Ambulanzen, Clearingstellen oder sog. „anonyme Behandlungsscheine“ durch Kommunen oder Bundesländer finanziert werden.

Damit bleibt der Zugang für illegalisierte Menschen zur Gesundheitsversorgung ein freiwilliges und karitatives Angebot einzelner Organisationen, Städte oder Bundesländer.

²⁶ Art. 3bis lit. d) des Gesetzes über die Universalität des nationalen Gesundheitssystems (Ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud) vom 24.05.2024. Mehr Informationen hier: infomigrants, Spain approves healthcare for undocumented migrants, online: <https://www.infomigrants.net/en/post/57157/spain-approves-healthcare-for-undocumented-migrants#:~:text=The%20Spanish%20government%20approved%20on,and%20beneficiaries%20of%20temporary%20protection> (Abruf: 29.05.2025).



Sophie Paulig, BACK 2023

Staatlich finanzierte Versorgung

-  Clearingstelle (CS)
-  CS + humanitäre Ambulanz
-  CS + Kostenübernahme aus (Notfall-) Behandlungsfonds
-  CS + Anonymer Behandlungsschein (Regelsystem, nur ambulant)
-  CS + Anonymer Behandlungsschein (Regelsystem, auch stationär)

Dargestellt, wo kein entsprechendes staatlich finanziertes Angebot zur Verfügung steht:

Versorgung (hauptsächlich) auf Spendenbasis / durch Ehrenamt und Honorarverzicht

-  Humanitäre Ambulanzen in nicht-staatlicher Trägerschaft
-  (teil-) mobile Angebote
-  MediNetze, MediBüros, Medizinische Flüchtlingshilfen
-  Praxen ohne Grenzen / ohne Kasse

Aus Platzgründen nicht bzw. nicht vollständig dargestellt sind Angebote:

- *von Psychosozialen Zentren*
- *zur ausschließlichen Beratung/Versorgung von Schwangeren*
- *für wohnungslose Menschen ohne explizite Ansprache anderer Gruppen ohne KV*

110

Abbildung 1: Infrastruktur der bundesweiten Anlaufstellen für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, Stand 2023

4.3 MediNetze/MediBüros

Medinetze und Medibüros sind zivilgesellschaftliche, meist ehrenamtlich organisierte Initiativen in Deutschland, die sich für den Zugang zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung oder ohne geregelten Aufenthaltsstatus einsetzen. Sie vermitteln an vie-

len Orten²⁷ anonym und kostenlos medizinische Hilfe für Personen, die aus verschiedenen Gründen vom regulären Gesundheitssystem ausgeschlossen sind. Zum Teil verfügen die Einrichtungen über Netzwerke von Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Hebammen und anderen medizinischen Fachkräften, die bereit sind, Behandlungen kostenlos oder zu reduzierten Kosten durchzuführen. Die Finanzierung erfolgt häufig über Spenden.

Neben der praktischen Hilfe setzen sich Medinetze und Medibüros auch politisch für einen niedrigschwelligen Zugang zum Gesundheitssystem ein. Sie fordern beispielsweise die Einführung eines anonymen Behandlungsscheins (siehe unten 4.5) und die Abschaffung des Asylbewerberleistungsgesetzes, um eine gleichberechtigte medizinische Versorgung für alle Menschen zu gewährleisten.

Diese Initiativen spielen eine wichtige Rolle in der Gesundheitsversorgung von Menschen, die sonst keinen Zugang zu medizinischer Hilfe hätten, und tragen dazu bei, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern.

4.4 Clearingstellen

In Clearingstellen werden Menschen niedrigschwellig beraten, die keinen oder einen unklaren Krankenversicherungsschutz haben. Es wird versucht, für die Klient:innen einen Zugang zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung zu ermöglichen oder einen Zugang zur Absicherung im Krankheitsfall über das SGB XII entweder im Rahmen der Grundsicherung oder des Asylbewerberleistungsgesetzes zu ermöglichen. Clearingstellen nehmen so eine Lotsenfunktion im Regelsystem der gesundheitlichen Versorgung wahr und unterstützen die Klient:innen beim Zugang zur medizinischen Versorgung.

²⁷ *Medibüros*. Netzwerk für das Menschenrecht auf Gesundheitsversorgung, Online: <https://medibueros.org/> (Abruf: 02.06.2025).

Bundesweit gibt es mittlerweile ca. 35 Clearingstellen²⁸, die in Art und Umfang sehr unterschiedlich aufgebaut sind. Manche Clearingstellen ermöglichen neben der sozialrechtlichen Beratung auch die medizinische Behandlung durch (anonyme) Behandlungsscheine (siehe unten 4.5) bzw. die Kostenübernahme der Behandlungskosten.

Der Umfang der Kostenübernahme ist abhängig von der Höhe des Behandlungsfonds in der jeweiligen Kommune oder dem Bundesland.

Bundesweit gibt es jedoch flächendeckend keine Clearingstellen mit einheitlichen Standards und Behandlungsmöglichkeiten. Besonders im ländlichen Raum fehlt es häufig an entsprechenden Einrichtungen.

4.5 Anonymer Behandlungsschein

Der anonyme Behandlungsschein bietet die Möglichkeit, illegalisierten oder Menschen ohne Krankenversicherung eine - auf Wunsch auch anonyme - medizinische Behandlung zu ermöglichen. Je nach Umfang des Behandlungsfonds sind sowohl ambulante als auch stationäre Behandlungen möglich.²⁹

Träger des anonymen Behandlungsscheins sind Vereine, wie z. B. der AKST (Anonymer Behandlungsschein Thüringen) die einen Behandlungsfonds von der Kommune oder dem Bundesland finanziert bekommen. Die Höhe eines solchen Fonds variiert stark und ist oft auf ein oder zwei Jahre befristet.

Beim AKST sieht das Konzept des ABS (Anonymen Behandlungsschein) vor, dass die Klient:in von einem:r Vertrauensarzt:Vertrauensärztin des Vereins untersucht wird und diese die Notwendigkeit der Be-

²⁸ *Anonyme Behandlungsscheine und Clearingstellen*, Anlaufstellen für Menschen ohne Krankenversicherung, Online: <https://anonymer-behandlungsschein.de/> (Abruf: 02.06.2025).

²⁹ *Zanders/ Eleana Bein*, Der anonyme Behandlungsschein – von der Idee zur Umsetzung: Ein Handlungsleitfaden, KoopWohl Working Paper Nr. 4), 2022, online: [KoopWohl-Leitfaden-Anonymer-Behandlungsschein-web.pdf](#) (Abruf: 02.06.2025).

handlung mit einem Überweisungsschein bestätigt. Mit diesem kann der:die Klient:in zu kooperierenden niedergelassenen Fachärzt:innen oder auch in ein Krankenhaus gehen und sich behandeln lassen. Die entstehenden Kosten werden über den Behandlungsfonds abgerechnet.³⁰ Die Konzepte für der Kostenübernahme in Form eines anonymen Behandlungsscheins sind ähnlich, unterscheiden sich aber auch hinsichtlich der Höhe oder des konkreten Ablaufs.

Schwierig wird es bei sehr teuren Behandlungen wie z. B. einer Chemotherapie, komplizierten Operationen oder chronischen Erkrankungen. Der Behandlungsfonds reicht dafür nicht aus, so dass diese Behandlungen nicht oder nur teilweise finanziert werden können.

4.6 BACK – Strategischer Zusammenschluss von Anlaufstellen für Menschen ohne KV

Clearingstellen sowie Anlaufstellen für den ABS (Anonymen Behandlungsschein) haben sich in den vergangenen Jahren zunehmend bundesweit vernetzt und den fachlichen Austausch intensiviert. Der Bundesverband Anonymer Behandlungsschein und Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherung (BACK) ist ein Zusammenschluss von Organisationen, die sich für die Belange von Menschen ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz einsetzen. Bei den Anlaufstellen im BACK handelt es sich um Ausgabestellen für den Anonymen Behandlungsschein, Clearingstellen, niedrighschwellige Ambulanzen und Stellen, die in eine medizinische Behandlung vermitteln. Die gemeinsame Zielsetzung ist die gleichwertige medizinische Versorgung für alle in Deutschland lebenden Menschen. Dazu braucht es eine Vergrößerung der Sichtbarkeit der Menschen ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz in Öffentlichkeit und Politik.³¹

³⁰ Ebd.

³¹ *Bundesarbeitsgemeinschaft Anonymer Behandlungsschein und Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherung (BACK)*, Politische Ziele des

Mehrmals im Jahr finden Bundesvernetzungstreffen von BACK statt. Darüber hinaus gibt es aktuell sechs Arbeitsgruppen (u. a. Politik, Aufbau, Support, Forschung und Praxis, Skillsharing), die sich regelmäßig treffen und sich vertieft mit spezifischen Themen beschäftigen.

Zusammen mit der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit und Illegalität (BAG Gesundheit und Illegalität) wurden einheitliche Mindeststandards für die Ausgestaltung von Clearingstellen erarbeitet. Danach sollten Beratungsstellen ausreichend und dauerhaft finanziert sein und Finanzierungsmöglichkeiten vorsehen, die Menschen ohne oder nur eingeschränktem Zugang zum Gesundheitssystem eine medizinische Versorgung entsprechend dem Leistungskatalog gesetzlicher Krankenversicherungen ermöglichen.³²

In politischer Hinsicht kann es sich dabei jedoch insofern nur um eine zeitlich begrenzte Lösung handeln, bis der diskriminierungsfreie Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Menschen auch in Deutschland gewährleistet ist.

5. Politische Forderungen

In diesem Abschnitt thematisieren wir kurzfristige Verbesserungen wie die Abschaffung der Übermittlungspflicht und die Reform des Nothelferparagraphen sowie praxisnahe Empfehlungen für das langfristige Ziel einer Gesundheitsversorgung für alle.

BACK, <https://anonymer-behandlungsschein.de/gemeinsame-politische-ziele-des-back/> (Abruf: 02.06.2025).

³² Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität und der Bundesarbeitsgemeinschaft Anonyme Behandlungsschein- und Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, Empfehlungen zur Ausgestaltung von Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, 2023, online: https://www.diakonie.de/diakonie_de/user_upload/diakonie.de/PDFs/Publikationen/BAG_BACK_Empfehlungen_Clearingstellen.pdf, (Abruf: 02.06.2025).

Das Positionspapier der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität (BAG) und der Bundesarbeitsgemeinschaft Anonymer Behandlungsschein und Clearingstellen (BACK) in Zusammenarbeit mit Ärzten der Welt fokussiert auf die Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, darunter auch illegalisierten Menschen. Besonders relevante Lösungsvorschläge für diese Zielgruppe sind:

- *Anonymer Behandlungsschein*: Flächendeckende Einführung eines ABS, das es Menschen ohne Papiere ermöglicht, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, ohne ihre Identität preisgeben zu müssen.
- *Clearingstellen*: Flächendeckende Einrichtung von Clearingstellen, die als Vermittler zwischen Patient:innen ohne Krankenversicherung und dem regulären Gesundheitssystem fungieren. Diese Stellen sollen beraten, unterstützen und den Zugang zu medizinischer Versorgung erleichtern.
- *Rechtliche Anpassungen*: Änderung gesetzlicher Bestimmungen, um sicherzustellen, dass medizinisches Personal nicht verpflichtet ist, Daten von Patient:innen ohne Papiere an Behörden weiterzugeben.
- *Finanzierung*: Entwicklung eines bundesweiten Finanzierungsmodells, das die Kosten für die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere abdeckt.
- *Sensibilisierung und Schulung*: Schulung von medizinischem Personal hinsichtlich der besonderen Bedürfnisse und Rechte von Menschen ohne Papiere, um Diskriminierung und Vorurteile abzubauen.³³

³³ Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität, Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere – Aktuelle Herausforderungen und Lösungsansätze, 2017, online: https://forum-illegalitaet.de/wordpress_01/wp-content/uploads/2017/05/BAG-Gesundheit_Illegalit%C3%A4t-Arbeitspapier-2017-final.pdf?utm_source=chatgpt.com (Abruf: 02.06.2025).

Diese Maßnahmen zielen darauf ab, das Menschenrecht auf Gesundheit für alle Menschen in Deutschland unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus zu gewährleisten.

Informationen zu den Autorinnen

Anna Kompatscher ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin bei Prof. Dr. Anna Katharina Mangold an der Universität Flensburg. Sie promoviert zum Recht auf Gesundheitsversorgung in Frankreich, Deutschland und Italien.

Sarah Alexandra Lang ist Sozialwissenschaftlerin und arbeitet seit 2012 im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Seit 2019 ist sie am Gesundheitsamt Frankfurt am Main tätig und leitet dort das Sachgebiet Humanitäre Sprechstunden und Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Maria Wirth ist Dipl. Sozialarbeiterin und seit 2007 am Gesundheitsamt in Frankfurt am Main. Neben der Präventionsarbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Bereich HIV/STI ist sie seit 2019 in der Humanitären Gynäkologischen Sprechstunde für Frauen ohne Krankenversicherung als Beraterin tätig.

Schlagwörter

Illegalisierte Migrant:innen, Gesundheitsversorgung, Migrationspolitik, Asylbewerberleistungsgesetz, ehrenamtliche medizinische Versorgung, BACK, Krankenversicherung

