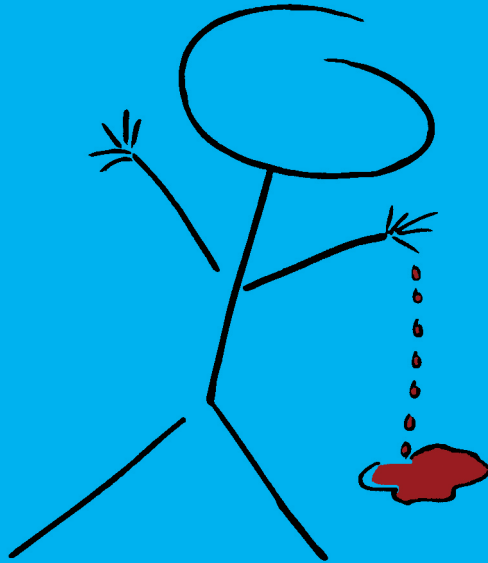


Jessica Groß

# Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Versorgung von Patienten und Patientinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus



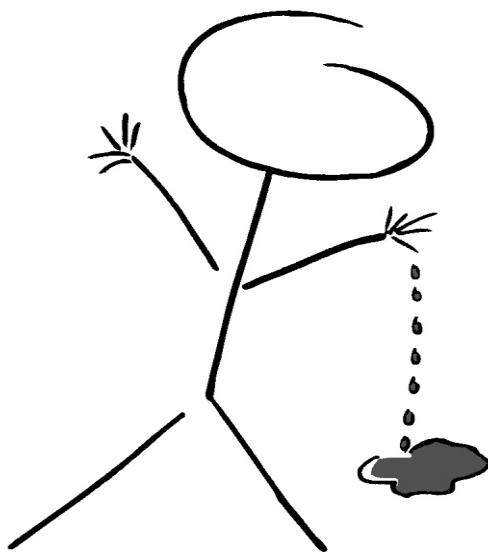
Büro für medizinische  
Flüchtlingshilfe Berlin

**PRO ASYL**  
Förderverein PRO ASYL e.V.





# Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Versorgung von Patienten und Patientinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus



## **Impressum**

### **Autorin**

Jessica Groß

### **Herausgeber**

Flüchtlingsrat Berlin e.V.

Georgenkirchstr. 69-70, 10249 Berlin

Tel.: 030/24344 5762

Fax: 030/24344 5763

[buero@fluechtlingsrat-berlin.de](mailto:buero@fluechtlingsrat-berlin.de)

[www.fluechtlingsrat-berlin.de](http://www.fluechtlingsrat-berlin.de)

Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin

Gneisenaustr. 2a

10961 Berlin

Tel.: 030/6946746

[info@medibuero.de](mailto:info@medibuero.de)

PRO ASYL

Postfach 160624

60069 Frankfurt Main

Tel.: 030/230688

Fax: 030/230650

[proasyl@proasyl.de](mailto:proasyl@proasyl.de)

[www.proasyl.de](http://www.proasyl.de)

IPPNW Deutschland

Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges/  
Ärzte in sozialer Verantwortung e.V.

Körtestr. 10

10967 Berlin

Tel.: 030/6980740

Fax: 030/6938166

[kontakt@ippnw.de](mailto:kontakt@ippnw.de)

[www.ippnw.de](http://www.ippnw.de)

### **Redaktion**

Jessica Groß

### **Layout**

Paul Gross

### **Druck**

Prototyp Print GmbH, Berlin

Berlin, April 2005

# Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b> .....	4
<b>2.</b>	<b>Illegalität</b> .....	5
<b>3.</b>	<b>Rechtsgrundlagen</b> .....	7
3.1	Asylbewerberleistungsgesetz.....	7
3.2	Denunziationsparagraph.....	9
3.3	Schlepperparagraph.....	11
3.4	Ärztliche Ethik.....	12
3.5	Völkerrechtliche Grundlagen.....	12
<b>4.</b>	<b>Faktische Hilfsmöglichkeiten</b> .....	14
4.1	Sozialhilfe.....	14
4.2	Das Krankenhaus als Nothelfer.....	15
4.3	Hilfen vom Gesundheitsamt.....	16
4.4	„Illegale“ Erwerbstätigkeit und Krankenversicherung.....	16
4.5	„Illegale“ Erwerbstätigkeit und Unfallversicherung.....	17
4.6	Gewaltopferentschädigung.....	17
4.7	Internationales Sozialrecht.....	18
4.8	Verpflichtungserklärung.....	18
4.9	Durchsetzung des Anspruchs.....	18
4.10	Absprachen mit Krankenhäusern.....	19
4.11	Büro für medizinische Flüchtlingshilfe.....	20
<b>5.</b>	<b>Legalisierung?</b> .....	22
<b>6.</b>	<b>Schwangerschaft und Geburt</b> .....	24
<b>I.</b>	<b>Literatur</b> .....	26
<b>II.</b>	<b>Nützliche (Internet)adressen</b> .....	29
	Bundesweite Büros für medizinische Flüchtlingshilfe.....	30

## 1. Einleitung

Im Zuge weltweiter Migrationsprozesse und einer immer restriktiver werdenden Ausländerpolitik leben in Deutschland zahlreiche Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Wenn Ausländer und Ausländerinnen in dieser Situation krank werden tun sich viele Probleme auf. Meist haben die Betroffenen keine Krankenversicherung und leben unter schwierigen Existenzbedingungen. Krankenhäuser, Arztpraxen oder Beratungseinrichtungen stehen bei der Betreuung vor zahlreichen Schwierigkeiten.

In diesem Text sollen die damit verbundenen Fragen systematisch bearbeitet und Hilfsmöglichkeiten aufgezeigt werden:

- Wie kommt Illegalität zustande?
- Welche gesundheitlichen Gefahren birgt das Leben ohne legalen Aufenthaltsstatus?
- Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es auch ohne Aufenthaltsstatus?
- Wie sind die gesetzlichen Grundlagen?
- Machen sich Helfer und Helferinnen strafbar?
- In welchen Situationen kann eine Legalisierung erreicht werden?
- Wie kann bei Schwangerschaft und Geburt vorgegangen werden?

Am Ende werden Literaturhinweise und nützliche Adressen zusammengefasst.

Die Autorin Dr. med. Jessica Groß arbeitet als Frauenärztin in der Klinik. An der Gründung des Büros für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin war sie 1996 beteiligt und ist seitdem kontinuierlich mit dem Thema beschäftigt. Neben der praktischen Tätigkeit im Büro gehören dazu Veranstaltungen und Veröffentlichungen.

## 2. Illegalität

Wie viele Menschen in Deutschland ohne legalen Aufenthaltsstatus leben, ist unklar. Alle Zahlen beruhen auf Schätzungen. Im Bericht der Süßmuth-Kommission wird von 200 000 bis zu einer Million Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland gesprochen (Bericht der unabhängigen Kommission Zuwanderung 2001). Berliner Wohlfahrtsverbände gehen von etwa 100 000 in der Stadt aus (Die Tageszeitung vom 26.7.2000).

Der Begriff „Illegale“ ist nicht geeignet, die Lebenssituation dieser Menschen zu beschreiben. Illegal impliziert, jemand habe sich eines Verbrechens schuldig gemacht und sei kriminell. Tatsächlich besteht der einzige Gesetzesbruch im Übertreten der ausländerrechtlichen Aufenthaltsbestimmungen. Um deutlich zu machen, dass die Betroffenen auch durch die restriktiven Ausländergesetze in die Illegalität gedrängt werden, wird oft der Begriff „Illegalisierte“ gebraucht.

Es gibt viele Gründe, warum Menschen keine gültigen Aufenthaltsdokumente haben. Eine Ursache liegt in den stetigen Verschärfungen des Ausländer- und Asylrechts. Die meisten Flüchtlinge haben gar nicht erst die Chance eines Asylverfahrens. Sie werden bereits in Drittstaaten gestoppt oder an der deutschen Grenze zurück geschoben. Wenn sie aus einem angeblich sicheren Herkunftsstaat einreisen, wird ihr Asylantrag als offensichtlich unbegründet eingestuft. Dennoch überqueren manche die grüne Grenze, ohne entdeckt zu werden. Auch von den Asylsuchenden, deren Asylverfahren in Deutschland durchgeführt werden, werden die meisten abgelehnt. Viele tauchen in die Illegalität ab. In ihre Heimatländer können oder wollen sie nicht zurückkehren, weil ihnen Gefahr für ihr Leben droht, ihre Lebensgrundlage zerstört wurde oder sie dort keine Perspektive für sich sehen. Ähnliches gilt für ausreisepflichtige Kriegs- und Bürgerkriegsflüchtlinge (z.B. aus Bosnien oder dem Kosovo). Es gibt aber auch viele andere Wege in die Illegalität. Touristen bleiben nach Ablauf ihres Visums, Studenten nach Ende ihres Studiums, Familienangehörige reisen ohne Nachzugsberechtigung ein. Arbeitsmigranten kommen ohne Genehmigung, um eine Zeitlang hier Geld zu verdienen. Frauen, die nach einer Trennung kein eigenes Aufenthaltsrecht haben, finden sich genauso in der Illegalität wieder wie Opfer von Zwangsprostitution und Menschenhandel.

Viele andere leben in unsicheren Zwischensituationen, sie haben eine Duldung für einige Monate oder, aufgrund rechtswidriger Praxis einiger Bundesländer, lediglich eine Grenzübertrittsbescheinigung, die sie verpflichtet innerhalb einer kurzen Frist auszureisen. Die Planung ihrer Zukunft wird ihnen so ganz unmöglich gemacht. Die meisten Menschen, die hier ohne

gesicherten Aufenthaltsstatus leben, verhalten sich im Alltag aus Angst vor Entdeckung besonders unauffällig und angepasst. Schon in der U-Bahn schwarzzufahren, könnte für sie die Entdeckung und damit die Abschiebung bedeuten. Sich ordentlich und gut zu kleiden kann einen Schutz vor Kontrollen darstellen.

Die Unsicherheit und Unberechenbarkeit des Lebens stellt eine große Bürde dar, unter der viele leiden, die ohne oder mit unsicherem Aufenthaltsstatus in Deutschland leben (Brzank, Stahl, Groß 2002). Die Angst vor Entdeckung führt oft dazu, sich gar nicht in die Öffentlichkeit zu wagen. Reale Gefahren können von Phobien manchmal gar nicht klar getrennt werden. Nicht nur die Polizei, sondern auch Mitarbeiter von Behörden werden als Bedrohung wahrgenommen. Viele können dabei gar nicht einschätzen, wer ihnen als Vertreter der Staatsmacht oder als Angestellter einer unabhängigen Beratungseinrichtung gegenübertritt. Diese dauernde Bedrohungssituation kann Depressionen und andere psychische Störungen hervorrufen. Psychosomatische Beschwerden können zu Klagen über diffuse körperliche Symptome führen. Darüber hinaus liegen gesundheitliche Belastungen in den realen Lebensbedingungen, schlechten Wohnverhältnissen und gefährlichen Arbeitsbedingungen. Da der Zugang zu medizinischer Versorgung schwierig ist, wird oft erst bei ernststen Beschwerden medizinische Hilfe gesucht und es kommt zu Chronifizierungen. Wenn dann eine ambulante Therapie eingeleitet wird, ist es manchmal nicht möglich sie konsequent zu Ende zu führen. Wegen schikanöser Arbeitszeiten in illegalen Beschäftigungsverhältnissen, gegen die sich die Betroffenen ohne Papiere nicht zur Wehr setzen können, werden Folgetermine manchmal nicht eingehalten oder es fehlt Geld für notwendige Medikamente. Da sie sich nicht krankmelden können und für sie der Erhalt ihres Arbeitsplatzes existentiell wichtig ist, verzögert sich oft die Behandlung.



### 3. Rechtsgrundlagen

Zum grundsätzlichen Verständnis der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen müssen zunächst die Grundlagen des Sozialrechts in Abhängigkeit von der aufenthaltsrechtlichen Situation dargelegt werden.

#### 3.1 Asylbewerberleistungsgesetz

Flüchtlinge im Asylverfahren, Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtlinge, Flüchtlinge mit Bleiberecht aufgrund einer Altfallregelung oder einer Duldung aufgrund von Krankheit oder anderen Abschiebehindernissen und Ausländer, die vollziehbar ausreisepflichtig sind, fallen unter das Asylbewerberleistungsgesetz (§ 1 Abs. 1 AsylbLG).

Neben einer Kürzung der Leistungen um mindestens 30% im Vergleich zu Leistungen der Sozialhilfe, einer Versorgung mit Sachleistungen (z.B. Lebensmittelpakete oder Wertgutscheine) und einer Unterbringung in Sammelunterkünften sind nach AsylbLG auch die medizinischen Leistungen eingeschränkt, siehe dazu §§ 4 und 6 AsylbLG (Classen 2000, Classen 2005, Flüchtlingsrat 2/2000, Flüchtlingsrat 3/2000, Groß 2000).

Nach drei Jahren Bezugs von Leistungen nach § 3 AsylbLG stehen den Leistungsberechtigten, falls ihnen nicht vorgeworfen wird, ihre Aufenthaltsdauer rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst zu haben, reguläre Leistungen analog der Sozialhilfe (SGB XII) zu (§ 2 AsylbLG). Wer Leistungen nach § 2 AsylbLG erhält, erhält – wie Sozialhilfeberechtigte – auch eine Chipkarte einer Krankenversicherung nach Wahl (§ 264 SGB V). Die folgend erläuterten Einschränkungen der medizinischen Versorgung nach §§ 4 und 6 AsylbLG gelten dann nicht.

Nach § 4 AsylbLG soll die Behandlung nur bei akuten oder schmerzhaften Erkrankungen erfolgen. Chronische Erkrankungen und Behinderungen werden nur behandelt, wenn akute Schmerzzustände hinzukommen. Unter § 4 sind neben den medizinischen Leistungen auch „sonstige Leistungen“ (Heil- und Hilfsmittel, Physiotherapie, Fahrtkosten, Dolmetscher) zu erbringen. Eingeschränkt ist die Versorgung mit Zahnersatz.

§ 6 AsylbLG regelt sonstige Leistungen, die zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind, d. h. wenn Folgeerkrankungen, Verschlechterungen oder dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigungen drohen.

In der praktischen Umsetzung kommt es häufig zu zusätzlichen, teilweise rechtswidrigen Einschränkungen: Für die ambulante Behandlung muss vom

Sozialamt ein Krankenschein ausgestellt werden. Hier ist ein Spielraum für Willkür und Schikane gegeben. Es ist bereits vorgekommen, dass Mitarbeiter der Sozialämter die angegebenen Schmerzen der Flüchtlinge für nicht glaubhaft halten und einen Krankenschein verweigern. Auch bei der Krankenhausbehandlung werden oft rechtswidrige Einschränkungen gemacht (nur „lebensnotwendige oder unaufschiebbare“ Behandlung). Bei erwartungsgemäß kostenintensiven Behandlungen oder in strittigen Fällen muss vom Sozialamt der Amtsarzt oder die Amtsärztin eingeschaltet werden. Teils ohne ausführliche Untersuchung des Patienten werden – von behandelnden Ärzten und Ärztinnen für notwendig erachtete – Behandlungen abgelehnt, da die Krankheit „bei Einreise bereits vorhanden“ oder „nach Abschiebung im Heimatland behandelt“ werden könne.

Oft wird die Behandlung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, wie sie z.B. nach Folter vorkommen, verweigert. Dies zeigt die Erfahrung der Behandlungszentren für Folteropfer. Heil- und Hilfsmittel, wie Brillen oder orthopädische Prothesen und physikalische Therapie werden häufig nicht finanziert. Auch Behinderungen nach Folter oder Traumatisierungen (z.B. Kontrakturen nach Verbrennungen, Seh- und Hörstörungen, Fehlleistungen nach Knochenbrüchen) werden oft nicht adäquat therapiert. Fahrtkosten oder Dolmetscherdienste werden vielfach nicht, oder erst nach intensivem Insistieren übernommen. Um die Bewilligung dieser „sonstigen Leistungen“ gibt es häufig Auseinandersetzungen. Von den Behörden werden sie, obwohl im Gesetz verankert, im ersten Anlauf meist nicht gewährt.

Zum 1.9.1998 wurde das AsylbLG verschärft: Flüchtlinge, denen vorgeworfen wird, sie seien eingereist, um Sozialleistungen zu erhalten, oder die aus von ihnen zu vertretenden Gründen nicht abgeschoben werden können, erhalten Leistungen nur, „soweit dies im Einzelfall nach den Umständen unabweisbar geboten ist“ (§ 1a AsylbLG).

Spielraum für Willkürentscheidungen liegt sowohl in der Frage, wer betroffen ist, als auch im Umfang der Leistungseinschränkung. Menschen, die keinen Pass haben, wird auch wenn sie andere Ausweispapiere vorlegen können, oft vorgeworfen, sie würden ihre Identität verschleiern, um der Abschiebung zu entgehen. Noch dehnbarer ist die Definition „eingereist, um Leistungen zu erhalten“. Vielen Flüchtlingen aus dem Kosovo wurde noch im Frühjahr des Jahres 1999, kurz vor der Bombardierung durch die Nato, vorgeworfen, sie seien nur eingereist, um Sozialleistungen zu beziehen.

Die Umsetzung dieser erneuten Leistungseinschränkung wird in den Bundesländern unterschiedlich gehandhabt und reicht von einer Kürzung des Taschengeldes bis zum völligen Leistungsentzug. Was ist im Einzelfall unabweisbar geboten? In der Begründung des Gesetzesvorhabens wurde

damals argumentiert, medizinische Leistungen würden immer geboten sein, konkret werden diese jedoch häufig verweigert. In Berlin sind vielen Familien sämtliche Leistungen, also auch Unterkunft und Essen, gestrichen worden. Um diejenigen, die man nicht abschieben kann, zur Ausreise zu zwingen, sind sie also von Amts wegen obdachlos gemacht und ausgehungert worden. Erst nach Protesten ist in den Ausführungsvorschriften des Landes Berlin zum § 1a AsylbLG fest geschrieben worden, dass in jedem Fall die medizinische Versorgung sicherzustellen sei<sup>1</sup>. Bei Einreise bis 31.12.2000 sind auch Unterkunft, Essen und Kleidung zu gewähren. Derzeit finden Gespräche mit der Senatssozialverwaltung statt, um eine Aufhebung des Stichtags zu erreichen. Aber auch wenn nur das Taschengeld einbehalten wird, bedeutet das, dass die Betroffenen über keinerlei Bargeld verfügen. Sie haben dann nicht einmal die Möglichkeit zu telefonieren oder öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen.

Seit Januar 2004 werden die Kosten für Krankenbehandlungen für Sozialhilfeberechtigte und für Personen, die unter § 2 AsylbLG fallen (analoge Leistungen zur Sozialhilfe, die nach drei Jahren AsylbLG gewährt werden können) nicht mehr vom Sozialamt, sondern von den Krankenkassen übernommen (§ 264 SGB V). Damit werden für diesen Personenkreis auch die Praxisgebühr und Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze von ca. 83 Euro/Jahr fällig. Für alle anderen, die Leistungen nach AsylbLG (§§ 3 - 7) beziehen, bleibt weiterhin das Sozialamt zuständig und sie sind nicht von der Praxisgebühr und Zuzahlungspflicht betroffen (Classen 2004).

Da auch vollziehbar ausreisepflichtige Ausländer unter das AsylbLG fallen, sind von Rechts wegen auch „Illegale“ anspruchsberechtigt. Faktisch droht ihnen jedoch in der Regel die Abschiebung, sobald die Ausländerbehörden von ihrem illegalen Aufenthalt erfahren. Etwa bei krankheitsbedingter Reiseunfähigkeit ist jedoch zu überlegen, Leistungen zur Krankenbehandlung nach AsylbLG in Anspruch zu nehmen (vgl. auch Abschnitt Legalisierung).

<sup>1</sup> Amtsblatt Berlin vom 16.03.2001.

### **3.2 Denunziationsparagraf**

Praktische Probleme bei der Durchsetzung der Ansprüche nach dem AsylbLG für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus entstehen vor allem durch die Vorschrift des § 87 Abs. 2 des seit 1.1.2005 geltenden, das frühere Ausländergesetz ersetzenden Aufenthaltsgesetzes (AufenthG). Öffentliche Stellen sind verpflichtet, die zuständige Ausländerbehörde zu unterrichten,

wenn sie Kenntnis vom illegalen Aufenthalt eines Ausländers erlangen. Standesämter, Arbeitsämter, Sozialämter, Schulbehörden und Jugendämter sowie Gerichte und Hochschulzulassungsstellen sind hierzu von Amts wegen verpflichtet (Renner zitiert nach Sierck 2000).

Wenn ein niedergelassener Arzt oder die Verwaltung eines Krankenhauses also Leistungen beim Sozialamt geltend macht, dann wird dieses die Ausländerbehörde informieren und es drohen Abschiebung bzw. Inhaftierung in die Abschiebehaft.

Sind auch Ärzte oder Krankenhausverwaltungen öffentliche Stellen und somit zur Weitergabe der Daten verpflichtet? Grundsätzlich trifft dies aus zwei Gründen nicht zu. Erstens ist in § 88 AufenthG festgelegt, dass die Datenübermittlung unterbleibt, wenn dem andere gesetzliche Regelungen entgegenstehen. Dies ist zum Beispiel die ärztliche Schweigepflicht, auf die sich auch die Krankenhausverwaltung berufen kann, wenn der Schweigeverpflichtete das Geheimnis nach § 203 Abs. 1 StGB in seiner beruflichen Funktion erfahren hat (Nitsche 2002). Zweitens sind Krankenhausverwaltungen zwar öffentliche Stellen, sie haben somit „ihnen bekannt gewordene Umstände“ mitzuteilen. Aber nach Nummer 87.1.2. der Vorläufigen Anwendungshinweise des Bundesinnenministeriums zum Aufenthaltsgesetz<sup>2</sup> gelten als „bekannt geworden“ nur Informationen, deren Einholung zur Erfüllung ihrer eigenen Aufgaben notwendig ist. Wenn im Zuge ihrer Aufgabenerfüllung nebenbei auch Erkenntnisse über den illegalen Aufenthalt gewonnen werden, dann sind dies im Sinne der obigen Definition keine „bekannt gewordenen Umstände“. Der Jurist Fodor folgert in einem Rechtsgutachten: „Aufgabe der öffentlichen Krankenhäuser ist die medizinische Hilfe. Für die Erfüllung dieser medizinischen Aufgaben ist der Aufenthaltsstatus ausländischer Patienten unerheblich.....Mithin besteht für Verwaltungen von Krankenhäusern keine Pflicht, Erkenntnisse über den Aufenthaltstatus von Patienten zu gewinnen. Dementsprechend gilt auch nicht die Mitteilungspflicht gemäß § 76 Abs. 1 AuslG<sup>3</sup>.....Für öffentliche Krankenhäuser indes besteht keine Ermittlungspflicht, so dass auch keine Unterrichtungspflicht nach § 76 Abs. 2 AuslG bejaht werden kann“ (Fodor 2001 S.175ff.).

<sup>2</sup> vom 22.12.2004, download [www.fluechtlingsrat-berlin.de](http://www.fluechtlingsrat-berlin.de) →Gesetzgebung.

Ebenso bereits Nr. 76.1.2 der früheren VwV AuslG.

<sup>3</sup> § 76 AuslG entspricht § 87 AufenthG.

### 3.3 Schlepperparagraf

Oft befürchten Ärztinnen und Ärzte, dass sie mit dem Gesetz in Konflikt geraten, wenn sie Menschen ohne Papiere behandeln. Kann es strafbar sein Ausländerinnen und Ausländer ohne Aufenthaltstatus ärztliche Hilfe zu leisten?

Gemäß § 96 AufenthG („Schlepperparagraf“) wird mit einer Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wer einen anderen zu einer der in § 95 AufenthG (illegaler Aufenthalt) bezeichneten Handlungen anstiftet oder ihm dazu Hilfe leistet und dafür einen Vermögensvorteil erhält oder wiederholt und zugunsten mehrerer handelt. „Anstiftung“ läge vor, wenn Ärzte ihre Patientinnen vorsätzlich dazu veranlassen würden, sich illegal in Deutschland aufzuhalten. „Beihilfe“, wenn es Zweck der medizinischen Behandlung wäre, den illegalen Aufenthalt zu ermöglichen, zu erleichtern, zu intensivieren oder abzusichern. Der Vermögensvorteil müsste sich eigens auf die Förderung des rechtswidrigen Aufenthalts beziehen, die Bezahlung der Behandlungskosten fällt nicht darunter. Wenn Mediziner wiederholt mehrere erkrankte Ausländer behandeln, könnte argumentiert werden, dass es sich um Beihilfe zum illegalen Aufenthalt handele, da dieser durch die medizinische Behandlung schließlich erleichtert werde. Im Einzelfall können jedoch auch Rechtfertigungsgründe vorgebracht werden: Zum Beispiel der rechtfertigende Notstand (§ 34 StGB) bei nicht anders abzuwendender Gefahr für Leib und Leben (Fodor 2001). Es hängt hier also von der Schwere der Erkrankung ab. Um diese beurteilen zu können, muss zuerst in jedem Fall eine medizinische Untersuchung erfolgen.

Grundsätzlich wären also Situationen denkbar, in denen Helfer und Helferinnen kriminalisiert werden könnten. Bisher ist aber noch kein einziger Fall von Strafverfolgung von Ärztinnen und Ärzten bekannt geworden (Nitsche 2002). Denkbar wäre eher noch die Strafverfolgung der Büros für medizinische Flüchtlingshilfe, die ihre „Beihilfe“ bewusst politisch propagieren. Auch davon ist kein einziger Fall bekannt.

In einem Schreiben vom 31.7.2003 an den Jesuiten-Flüchtlingsdienst hat Berlins Innensenator Dr. Körting in Absprache mit Justizsenatorin Schubert festgestellt, dass die „gesundheitliche Versorgung eines sich unerlaubt im Bundesgebiet aufhaltenden Ausländers unter keine ausländerrechtliche Strafbestimmung“ fällt. Maßgebend sei dafür, dass der Ausländer seinen weiteren Aufenthalt nicht allein von der medizinischen Behandlung abhängig mache und der Arzt aus humanitären Gründen handele<sup>4</sup>.

Ob im Einzelfall eine Untersuchung und Behandlung von Patienten erfolgen muss, ist letztendlich immer eine ärztliche Entscheidung, die auch unter Berücksichtigung berufsethischer Verpflichtungen zu treffen ist.

<sup>4</sup> [www.joerg-alt.de/Recht/Bundeslaender/Berlin/berlin.html](http://www.joerg-alt.de/Recht/Bundeslaender/Berlin/berlin.html)

### 3.4 Ärztliche Ethik

Trotz zunehmenden wirtschaftlichen Drucks in Arztpraxen und Krankenhäusern sind Entscheidungen über die Behandlung von Ausländer und Ausländerinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus auch unter standesrechtlichen Aspekten zu treffen. Ärztinnen und Ärzte geloben: „Ich werde mich bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten meinen Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung“ (Genfer Gelöbnis – in Anlehnung an den Hippokratischen Eid vom Weltärztebund 1948 beschlossene Neufassung der ärztliche Berufspflichten). In der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer ist festgelegt: „Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können.“<sup>5</sup>

Auch gegenüber Verwaltungen kann es sinnvoll sein daran zu erinnern, dass die Entscheidung über die Behandlung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus zunächst immer eine medizinische sein muss. Aus gutem Grund ist diese ärztliche Perspektive auch standesrechtlich fixiert.

Darüber hinaus können im Falle von unterlassener Hilfeleistung auch strafrechtliche Konsequenzen drohen.

Zur Problematik der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen wurde auf der 50. Generalversammlung des Weltärztebundes im Oktober 1998 in Ottawa explizit beschlossen, „dass Ärzte die Pflicht haben, einem Patienten unabhängig von seinem Status die notwendige Versorgung zukommen zu lassen und Regierungen dürfen weder das Recht des Patienten auf medizinische Behandlung, noch die Pflicht des Arztes zu helfen einschränken“.

<sup>5</sup> § 2 Abs. 1, Stand 2004

[www.bundesaerztekammer.de/30/Berufsordnung/10Mbo/index.html#B1](http://www.bundesaerztekammer.de/30/Berufsordnung/10Mbo/index.html#B1)

Die Berufsordnungen werden durch die regionalen Ärztekammern als Satzung beschlossen.

### 3.5 Völkerrechtliche Grundlagen

Völkerrechtlich ist Deutschland verpflichtet, für jedermann den Zugang zu medizinischer Versorgung zu gewährleisten. Im UN-Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte ist im Artikel 12 festgelegt: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß

an körperlicher und geistiger Gesundheit an. Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Maßnahmen ... zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Versorgung sicherstellen.“ Artikel 2 verpflichtet die Vertragsstaaten, diese Rechte allen in seinem Gebiet befindlichen Personen ohne Diskriminierung hinsichtlich der Rasse, der Hautfarbe, der nationalen oder sozialen Herkunft oder des sonstigen Status gewährt.

Dadurch, dass auch „Illegalisierte“ unter das AsylbLG fallen, scheint diesem Anspruch formal Genüge getan zu sein. Neben der Einschränkung, dass durch die Leistungen des AsylbLG sicher nicht ein Höchstmaß an Gesundheit erreicht werden kann, ist faktisch die Inanspruchnahme dieser Rechte jedoch durch die Gefahr der drohenden Abschiebung weitgehend unmöglich gemacht.

In anderen europäischen Ländern sind Modalitäten gefunden worden, die Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus die Gesundheitsversorgung ohne Angst vor Entdeckung und Abschiebung ermöglichen (Braun, Brzank, Würflinger 2003). In Frankreich z.B. ist eine Institution des Gesundheitsministeriums mit der Finanzierung der medizinischen Versorgung von „sans papiers“ betraut, die ihre Daten explizit nicht an das Innenministerium weitergibt.

## 4. Faktische Hilfsmöglichkeiten

Im Folgenden werden praktische Hilfsmöglichkeiten für den Umgang mit Patienten und Patientinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus erläutert. Dabei geht es an dieser Stelle um Möglichkeiten der Kostenabrechnung unabhängig vom Aufenthaltsstatus. Davon zu unterscheiden sind Situationen, in denen aufgrund der Erkrankung ein Aufenthaltsstatus beantragt werden kann (vgl. Abschnitt Legalisierung?). Welches Vorgehen im Einzelfall sinnvoll ist, richtet sich nach der Situation und der langfristigen Perspektive der Betroffenen. Wenn zum Beispiel eine Arbeitsmigrantin aus Osteuropa, die ohnehin vorhat bald in ihr Heimatland zurückzukehren, einen Verkehrsunfall hat, der eine längere stationäre Behandlung erforderlich macht, kann eine Abrechnung über das Sozialamt und damit eine Meldung an die Ausländerbehörde eventuell eher riskiert werden, als wenn bei einer afrikanischen Flüchtlingsfrau, die panische Angst vor einer Abschiebung hat, eine Platzwunde genäht werden muss. Ein anderer Fall wäre eine alte multimorbide Patientin aus dem Sudan, bei der zum Beispiel aufgrund einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung ein Aufenthaltsstatus beantragt werden könnte.

Wenn eine Patientin ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland ins Krankenhaus kommt, wird, wenn es sich um eine akut behandlungsbedürftige Situation handelt, in der Regel zunächst die Gesundheitsversorgung stattfinden. Dann taucht jedoch sofort die Frage der Kostenübernahme auf. Im schlimmsten Fall wird bei fehlender Kostenübernahme nur die Notfallversorgung oder sogar die Information der Polizei erfolgen, im besten Fall machen sich Angestellte des Sozialdienstes und der Verwaltung in Absprache mit der Patientin Gedanken über Abrechnungsmöglichkeiten.

### 4.1 Sozialhilfe

Bei **Bedürftigkeit** besteht Anspruch auf Sozialhilfe nach dem SGB XII, bei Bedürftigkeit und Erwerbsfähigkeit auf Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II. Leistungsberechtigte nach SGB II sind in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Leistungsberechtigte nach SGB XII oder nach § 2 AsylbLG, die voraussichtlich mehr als einen Monat hilfebedürftig sind, erhalten Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung nach Wahl gemäß § 264 SGB V.

Ausländern, die diese vorgenannten Leistungen nicht erhalten, ist medizinische Hilfe bei Krankheit, bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie Hilfe zur Pflege nach dem Sozialhilferecht zu gewähren (§§ 23 Abs. 1, 48, 50, 61ff. SGB XII), soweit sie nicht unter das AsylbLG fallen.



Das Sozialhilferecht nach dem SGB XII kommt ebenso wie die Grundsicherung für Arbeitsuchende nicht zur Anwendung, wenn der Ausländer in den Bereich des AsylbLG fällt, siehe dazu die Erläuterungen zum AsylbLG.<sup>6</sup>

Nur eingeschränkte Krankenhilfe nach dem SGB XII bekommen Personen, denen vorgeworfen wird, sie seien eingereist um in Deutschland Krankenbehandlung zu bekommen (§ 23 Abs. 3 SGB XII). Bei Erkrankungen geht es also darum glaubhaft zu machen, dass die Einreise nicht erfolgt ist, um die bereits im Herkunftsland bestehende Erkrankung zu behandeln. Das heißt aber nicht, dass in solchen Fällen keine Kostenübernahme durch das Sozialamt möglich wäre. Unter anderem dann, wenn die schon bei Einreise bestehende schwere Erkrankung zu Reiseunfähigkeit führt und akut behandlungsbedürftig ist, ist eine medizinische Versorgung des vollziehbar ausreisepflichtigen Ausländers sowohl nach § 23 Abs. 3 SGB XII wie auch nach § 1a AsylbLG unabweisbar geboten und muss vom Sozialamt erbracht werden.

<sup>6</sup> § 7 Abs. 1 SGB II, § 23 Abs. 2 SGB XII

## 4.2 Das Krankenhaus als „Nothelfer“

Wenn die Notwendigkeit einer eiligen Krankenbehandlung besteht und der Patient vorher noch keinen Antrag auf Sozialhilfe oder Leistungen nach dem AsylbLG gestellt hat, hat der im Notfall Hilfe leistende Dritte (hier das Krankenhaus) einen Erstattungsanspruch gegen das Sozialamt. Der Erstattungsanspruch setzt voraus, dass Bedürftigkeit besteht und das Sozialamt zur Hilfe verpflichtet gewesen wäre. Der Erstattungsanspruch des Krankenhauses nach § 25 SGB XII sollte umgehend beim Sozialamt geltend gemacht werden, zudem ist empfehlenswert, dass die Kranke selbst baldmöglichst mit Hilfe des Sozialdienstes Sozialhilfe beantragt. Obwohl im AsylbLG eine entsprechende Regelung fehlt, ist in der Rechtsprechung allgemein anerkannt, dass § 25 SGB XII auch auf Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG anwendbar ist.<sup>7</sup> An welches Sozialamt sich das Krankenhaus zu wenden hat, ist nicht immer einfach zu entscheiden. Nach dem SGB XII ist immer das Sozialamt am „tatsächlichen Aufenthaltsort“ zuständig. Nach dem AsylbLG ist, wenn eine ausländerrechtliche oder asylverfahrensrechtliche Zuweisung an einen bestimmten Wohnort erfolgte (sog. „Residenzpflicht“), das dortige Sozialamt zuständig, fehlt eine solche Zuweisung, ist auch das Sozialamt am „tatsächlichen Aufenthaltsort“ zuständig. Bei Aufenthalt im Krankenhaus gilt der letzte gewöhnliche Aufenthaltsort.<sup>8</sup> Im Zweifelsfall ist zu empfehlen, die Kosten, unter Hinweis auf die mehrfachen Anträge, in schriftlicher Form

bei allen in Frage kommenden Ämtern zu beantragen (Classen 2005). Wie bereits oben dargelegt (vgl. Abschnitt Denunziationsparagraph), ist das Sozialamt in jedem Fall verpflichtet die Ausländerbehörde über den illegalen Aufenthalt zu informieren, womit dann im schlimmsten Fall die Abschiebung droht. In Abhängigkeit von der Reisefähigkeit, der Schwere der Erkrankung oder anderer aufenthaltsrechtlicher Aspekte stellt sich dann die Frage, ob Aussicht auf einen legalen Aufenthaltsstatus bzw. zumindest auf eine vorübergehende Aussetzung der Abschiebung besteht. Maßgeblich ist hier vor allem die ärztliche Beurteilung (vgl. Abschnitt Legalisierung).

<sup>7</sup> bzw. die inhaltsgleiche Vorgängerregelung des § 121 Bundessozialhilfegesetz (BSHG)

<sup>8</sup> § 98 SGB X, §§ 10a, 10b AsylbLG

### 4.3 Hilfen vom Gesundheitsamt

Bei Vorliegen von **Tuberkulose oder sexuell übertragbaren Krankheiten** bieten die Gesundheitsämter Beratung und Untersuchung an. Falls die betroffenen Personen nicht krankenversichert sind und die Behandlungskosten nicht selbst tragen können, müssen diese von den Gesundheitsämtern übernommen werden. Des „Nachweises des [finanziellen] Unvermögens [des Patienten] bedarf es nicht, wenn dieses offensichtlich ist oder die Gefahr besteht, dass die Inanspruchnahme anderer Zahlungspflichtiger die Durchführung der Untersuchung und Behandlung erschweren würde“ (§ 19 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz). Ob Gesundheitsämter nach § 87 AufenthG Daten an die Ausländerbehörde übermitteln, wird in den Bundesländern unterschiedlich gehandhabt. Im Gesetz heißt es: „Die Angebote können bezüglich sexuell übertragbarer Krankheiten anonym in Anspruch genommen werden, soweit hierdurch die Geltendmachung von Kostenerstattungsansprüchen nach Absatz 2 nicht gefährdet wird“ (Infektionsschutzgesetz § 19 Abs. 1).

### 4.4 „Illegale“ Erwerbstätigkeit und Krankenversicherung

Ausländerinnen ohne Aufenthaltsstatus, die eine **nicht geringfügige Beschäftigung ausüben**, sind auch dann Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie illegal hier leben und beschäftigt sind (Sierck 2000). „Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Personen beginnt mit dem Tag des Eintritts in das Beschäftigungsverhältnis“ (§ 186 Abs. 1 SGB V). Praktisch müssten die Betroffenen ihr Beschäftigungsverhältnis nachweisen. Da der Arbeitgeber das Beschäftigungsverhältnis abstreiten wird, müssten sie

erst auf die Feststellung des Arbeitsverhältnisses klagen. Theoretisch könnte auch nachträglich im Wege der Kostenerstattung nach § 13 SBG V Krankenbehandlungskosten seit Bestehen der Mitgliedschaft geltend gemacht werden, soweit diese nicht länger als zwei Jahre zurückliegen.

#### **4.5 „Illegale“ Erwerbstätigkeit und Unfallversicherung**

Bei **Arbeitsunfällen**, Wegeunfällen (neben Arbeit auch Kindergarten, Schule, Universität) und Berufskrankheiten bestehen Ansprüche gegen die gesetzliche Unfallversicherung. Dieser Anspruch ist unabhängig davon, ob ein Wohnsitz im Inland besteht, ob ein legaler oder illegaler Aufenthalt besteht und ob es sich um eine legale, illegale, bezahlte oder unbezahlte Beschäftigung gehandelt hat. Der Arbeitgeber trägt die Beiträge allein; wenn der er die Beschäftigten nicht korrekt angemeldet hat, dann muss er die Beträge nachentrichten, der Versicherungsschutz bleibt davon jedoch unberührt (Classen 2000, DGB Bildungswerk 2002). Informationen darüber bietet ein Faltblatt des Polnischen Sozialrates Berlin (Faltblatt online unter [www.papierrefueralle.de](http://www.papierrefueralle.de)). Per Gesetz sind die Berufsgenossenschaften verpflichtet Erkenntnisse über illegalen Aufenthalt an die Ausländerbehörde weiterzuleiten (DGB Bildungswerk 2002). Nach den Erfahrungen des Polnischen Sozialrates ist das praktisch jedoch noch nicht vorgekommen, vielmehr wurden schon in mehreren Fällen Berufsunfähigkeitsrenten an Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus ausgezahlt. Im Einzelfall ist es sinnvoll Kontakt mit spezialisierten Beratern des Polnischen Sozialrats und des DGB aufzunehmen.

#### **4.6 Gewaltopferentschädigung**

Nach dem **Opferentschädigungsgesetz** können auch Migrantinnen und Migranten ohne gesicherten ausländerrechtlichen Status Leistungen (Entschädigungsrenten und medizinische Versorgung) beanspruchen, wenn sie Opfer vorsätzlicher rechtswidriger gewalttätiger Übergriffe geworden sind (Classen 2000).

## 4.7 Internationales Sozialrecht

Wenn Patienten und Patientinnen **im Ausland krankenversichert sind** und ein Sozialversicherungsabkommen zwischen den Ländern besteht, ist die gesetzliche Krankenkasse im Rahmen der Leistungspflicht im Heimatland der Leistungsträger. Es bestehen Sozialversicherungsabkommen mit allen EU Ländern, außerdem mit der Schweiz, Türkei, Tunesien, Marokko, Algerien und dem ehemaligen Jugoslawien inklusive aller Nachfolgestaaten. Die Versicherten sollten einen Auslandskrankenschein, der in der EU „E 111“ heißt, vorlegen und können dann hier eine gesetzliche Krankenkasse wählen.

## 4.8 Verpflichtungserklärung

Wenn eine Patientin mit einem **Touristenvisum** eingereist ist, können unterschiedliche Situationen entstehen. Ist sie von einer Person eingeladen worden, die sich zur Übernahme aller Kosten verpflichtet hat und es besteht keine ausreichende Reisekrankenversicherung (diese deckt in der Regel nur die Kosten von akut neu aufgetretenen Erkrankungen), muss die einladende Person bis zur eigenen Sozialhilfebedürftigkeit für die Kosten aufkommen. Kommt die Patientin aus einem Land, für das die Visumsvorschriften eine solche Einladung nicht erfordern, dann kann im Notfall eine Finanzierung über das Sozialamt (Hilfe bei Krankheit nach §§ 23 Abs. 1, 48 SGB XII) möglich sein. Hier kann zwar auch die Ausschlussregelung nach § 23 Abs. 3 SGB XII (eingereist, um Sozialhilfe bzw. Krankenbehandlung zu erhalten) greifen, im unvorgesehenen Notfall und beim Vorliegen von Bedürftigkeit muss jedoch Hilfe geleistet werden.

## 4.9 Durchsetzung des Anspruchs

Meistens verfügen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes und der Verwaltung von Krankenhäusern nicht über spezialisierte Kenntnisse im Sozialrecht und Ausländerrecht, um mit den oben aufgeführten Situationen umgehen zu können. Es ist aber sinnvoll über die unterschiedlichen Rechtslagen und Abrechnungsmöglichkeiten Bescheid zu wissen, um sich dann gezielt an sozialrechtlich spezialisierte Juristen und Juristinnen, erfahrene Beratungsstellen oder andere Sozialrechtsexperten zu wenden (vgl. Kontaktadressen im Anhang).

## 4.10 Absprachen mit Krankenhäusern

Falls alle der oben genannten Möglichkeiten nicht in Betracht kommen, und die Abrechnung nach SGB XII oder AsylbLG wegen der drohenden Meldung an die Ausländerbehörde (vgl. „Denunziationsparagraf“) vermieden werden soll, müssen Absprachen mit den Krankenhäusern über eine (reduzierte) Rechnung als Selbstzahler angestrebt werden. Wenn eine Abrechnung als Selbstzahler erfolgt, dann ist darauf zu achten, dass diese nicht wie bei Privatpatienten den vielfachen Satz nach Gebührenordnung für Ärzte (GOA) enthält. In der Argumentation mit der Verwaltung des Krankenhauses kann bei reduzierten Sätzen darauf verwiesen werden, dass Selbstzahler außerhalb des Budgets abgerechnet werden. Das heißt, die bei den Kassenpatienten übliche „Deckelung“ der Kosten entfällt. Faktisch fallen Unterbringungs- und Behandlungskosten einiger weniger nicht versicherter Patientinnen und Patienten auch in einem kleinen oder mittleren Krankenhaus wenig ins Gewicht. Meist besteht die Sorge der Verwaltung darin, das Krankenhaus könne für die Behandlung „Illegalisierter“ bekannt und daher zum Anziehungspunkt werden. Wenn sich jedoch viele Krankenhäuser bereit erklären, in Einzelfällen Patientinnen und Patienten ohne Aufenthaltsstatus zu behandeln, würden sich die wirtschaftlichen Lasten verteilen. In konfessionellen Häusern kann mit gutem Recht auch an den christlichen Auftrag erinnert werden. Kardinal Sterzinsky hat sich zu der Problematik deutlich geäußert: „Jeder Ausländer muss unabhängig von seinem Aufenthaltsstatus und seiner finanziellen Leistungsfähigkeit Zugang zu den erforderlichen medizinischen Leistungen des Staates erhalten. Es ist zu gewährleisten, dass Ausländer ohne Aufenthaltsrecht und Duldung nicht befürchten müssen, vom Personal der medizinischen Einrichtung angezeigt zu werden“ (Kardinal Sterzinsky 2001, S. 13).

Letzteres ist leider bereits wiederholt vorgekommen (vgl. Groß 2002). Es gab Fälle, in denen Aufnahmeeinrichtungen oder Verwaltungsangestellte ohne Widerspruch der Ärzte und Ärztinnen die Polizei informiert haben, wenn Ausländer mit unklarem Aufenthaltsstatus in die Notaufnahme kamen. In anderen Fällen wurde vor der Behandlung in der Ersten Hilfe-Stelle die Unterschrift unter eine Kostenübernahmeerklärung verlangt.

Um zu erfahren, in welchen ambulanten oder stationären Einrichtungen Ausländer ohne legalen Aufenthaltsstatus sicher behandelt werden können, ist die Zusammenarbeit mit einer spezialisierten Flüchtlingsberatungsstelle oder einem Büro für medizinische Flüchtlingshilfe sinnvoll.

## 4.11 Büro für medizinische Flüchtlingshilfe

In vielen Großstädten existieren sog. Büros für medizinische Flüchtlingshilfe, die versuchen ehrenamtlich Hilfe zu leisten (bundesweite Adressen vgl. Liste). In einigen Bundesländern werden diese Büros von den Ärztekammern zumindest teilweise unterstützt (Bühning 2001). Um deren Arbeitsweise und Funktion zu erläutern wird exemplarisch das Berliner Büro vorgestellt (vgl. Groß 2002).

Seit 1996 hat das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe in Berlin rund 8000 Menschen betreut, die ohne Aufenthaltsstatus in Berlin leben und daher keinen Zugang zu regulären Gesundheitsleistungen haben. Dabei leistet das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe selbst keine medizinische Hilfe. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verstehen sich als Vermittler, sie erfragen die Beschwerden der Ratsuchenden und vermitteln sie an eine geeignete Fachpraxis. Dazu gehören Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, Krankengymnastinnen, Heilpraktiker und andere medizinische Einrichtungen.

Die Arbeit des Büros wird von Medizinstudenten und Studentinnen, Ärzten, Psychologinnen, Pflegenden und Menschen aus anderen Berufsgruppen getragen. Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe wurde mit dem Ziel gegründet, der rassistischen Ausgrenzung von Flüchtlingen aus der Sozialgesetzgebung und der regulären Gesundheitsversorgung ein praktisches Projekt und eine politische Initiative entgegenzusetzen. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Büros arbeiten ehrenamtlich und verstehen sich explizit nicht als Lückenbüßer im Gesundheitswesen. Vielmehr wollen sie mit ihrer Arbeit deutlich machen, dass die Ausgrenzung von Menschen aufgrund ihres Aufenthaltsstatus aus grundlegenden Menschenrechten, wie der Gesundheitsversorgung, nicht hinnehmbar ist. Das langfristige Ziel ist die Integration aller Patienten und Patientinnen in das reguläre Gesundheitssystem unter Wahrung der üblichen medizinischen Standards.

Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe hat zweimal die Woche geöffnet. Es sind in der Regel eine Mann und eine Frau anwesend, wovon mindestens eine Person über medizinische Grundkenntnisse verfügt. Die Ärzte und Ärztinnen, die mit dem Büro zusammenarbeiten, behandeln die Flüchtlinge kostenlos und verzichten auf die Identifikation der Betroffenen. Im Bedarfsfall vermittelt das Büro Dolmetscher, die die Patienten in die Praxis begleiten. Sind weitere Diagnostik, Medikamente, die nicht in der Praxis vorrätig sind, oder medizinische Hilfsmittel, wie zum Beispiel Brillen notwendig, versucht das Büro diese zu organisieren. Hierfür bestehen Kontakte zu kooperierenden Einrichtungen, die bestimmte Leistungen zum Selbstkostenpreis anbieten. Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe finanziert sich ausschließlich aus Spenden und arbeitet am Rande seiner finanziellen Möglichkeiten.

Inzwischen betreut das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe pro Monat rund 100 Patientinnen und Patienten aus unterschiedlichen Herkunftsländern. Einen Schwerpunkt bilden Menschen aus Lateinamerika und Osteuropa. Darunter sind Männer und Frauen, Kinder sowie ältere Menschen. Die Hilfesuchenden kommen mit einfachen Erkältungskrankheiten genauso wie mit Schwangerschaften und Geburten, Sehstörungen, schweren Infektionskrankungen, Schwerhörigkeit, bösartigen Tumoren, chronischen Gelenkproblemen, psychischen Problemen oder komplizierten Frakturen.

## 5. Legalisierung?

Wenn illegalisierte Ausländerinnen und Ausländer ernsthaft erkrankt sind, sollte die Möglichkeit einer Legalisierung aufgrund der Erkrankung in Betracht gezogen werden. Damit kann nicht nur eine (zumindest momentane) Rechtssicherheit für die statuslosen Patientinnen und Patienten, sondern meist auch eine Übernahme der Behandlungskosten durch das Sozialamt erreicht werden.

Nach gültigem Ausländerrecht gibt es prinzipiell zwei Wege bei Krankheit einen Aufenthaltstitel zu erlangen.

Wenn die Betroffenen so schwer erkrankt sind, dass eine stationäre Behandlung erforderlich ist, sind sie meist auch nicht reisefähig. Dann liegt nach § 60a Abs. 2 AufenthG ein Duldungsgrund vor, da eine Abschiebung aus „tatsächlichen Gründen“ nicht möglich ist. Die Duldung bezieht sich jedoch nur auf die Zeit der Reiseunfähigkeit. Die Krankheit und die Reiseunfähigkeit müssen durch ein fachärztliches Attest bescheinigt werden. Es ist auch schon vorgekommen, dass Ausländerbehörden versucht haben durch medizinische Fachbegleitung eine Abschiebung zu ermöglichen.

Wenn zwar Reisefähigkeit besteht, aber eine Behandlung der Krankheit im Herkunftsland nicht möglich oder für den Betroffenen mangels Geld und Krankenversicherung usw. nicht verfügbar ist, ohne Behandlung eine ernste Gesundheitsgefährdung zu befürchten ist, dann liegt nach § 60 Abs. 7 AufenthG ein Abschiebehindernis vor, da „Gefahr für Leib und Leben“ besteht. Um auf diesem Wege einen Aufenthaltstitel zu erlangen, muss der Kranke sich gegenüber der Ausländerbehörde darauf berufen, dass seine Erkrankung im Herkunftsland nicht behandelt werden kann. Dabei müssen neben Informationen über das Gesundheitssystem im Herkunftsland auch die soziale Lage in die Argumentation einbezogen werden. Denn wenn ein Patient die eine theoretisch mögliche Behandlung im Heimatland nicht bezahlen kann, ist sie für ihn faktisch unerreichbar. Als Nachweise sind z.B. Gutachten im Herkunftsland tätiger medizinischer Hilfsorganisationen geeignet.

In den Bundesländern, in denen Härtefallkommissionen eingerichtet werden, kann darüber hinaus nach § 23a AufenthG in humanitären und persönlichen Härtefällen eine Aufenthaltserlaubnis erteilt werden. Das Verfahren, Ausschlussgründe, die Zusammensetzung der Härtefallkommission u. a. regeln Rechtsverordnungen auf Länderebene.

Medizinische Atteste, Stellungnahmen und Gutachten, die geeignet sein sollen, einen Aufenthaltstitel zu erlangen, sollten folgende Angaben enthalten: Diagnose, Darlegung der dringenden medizinischen Behandlungsnotwendigkeit mit einer genauen Beschreibung des ärztlichen Behandlungsbedarfs, des genauen Bedarfs an Medikamenten (Bezeichnung, Menge), deren



Kosten in Euro in Deutschland, des Bedarfs an ärztlichen und Laborkontrollen, usw., und einer detaillierten Darlegung der Folgen eines – möglichen – Unterbleibens oder einer – möglichen – nur unregelmäßigen Verfügbarkeit der medizinischen Behandlungen und Kontrollen. Nur wenn Mediziner und Medizinerinnen, die Atteste und Gutachten schreiben, ausnahmsweise auch über genaues Fachwissen und Detailinformationen über die konkreten Behandlungsmöglichkeiten im Herkunftsland verfügen, kann es sinnvoll sein auch hierzu Stellung zu nehmen. Im Normalfall ist eine solche ärztliche Stellungnahme jedoch schädlich und führt dazu, dass das Gutachten insgesamt als unglaubwürdig eingestuft wird.

Meist ist es recht aufwendig, im Falle einer Krankheit einen Aufenthaltstitel zu erwirken. Ärzte und Ärztinnen oder medizinische Einrichtungen sollten dabei in jedem Fall mit einer erfahrenen Flüchtlingsberatungsstelle oder einem in Ausländerrecht spezialisierten Anwalt zusammenarbeiten. Ein Thema, das besondere Kenntnisse erfordert, sind Gutachten zu Folgen von psychischer Traumatisierung, in diesen Fällen müssen weitere Informationen über die erforderlichen Standards der Begutachtung eingeholt werden (vgl. Internetadressen im Anhang).

Falls doch kein Aufenthaltsstatus erlangt wird oder nur ein kurzes Aussetzen der Abschiebung möglich ist, droht den Betroffenen die Abschiebehaft und die zwangsweise Rückführung. Daher sollte der Antrag bei der Ausländerbehörde sehr genau mit den Betroffenen besprochen werden. Keinesfalls ist es sinnvoll, nur zur kurzfristigen Kostendeckung die Ausländerbehörde einzuschalten, ohne die Konsequenzen gemeinsam mit den Flüchtlingen zu durchdenken. Denn die Folgen eines „Auftauchens“ mit Namen und Adresse bei der Ausländerbehörde müssen die Betroffenen tragen. Flüchtlingsberatungsstellen können meist die Erfolgsaussichten eines Antrages abschätzen oder andere Möglichkeiten der Aufenthaltssicherung erwägen. Ein Kontakt zur Beratungsstelle lohnt sich daher in jedem Fall (vgl. Adressbuch Beratungsstellen).

## 6. Schwangerschaft und Geburt

Besonders bedrohlich wird die Lage von Frauen im Falle einer Schwangerschaft (Anderson 2003, Groß 2002 b). Wenn sie die reguläre medizinische Betreuung in Anspruch nehmen wollen, steht die Gefahr der Aufdeckung ihrer Existenz mit der Folge einer möglichen Abschiebung auf der einen Seite, auf der anderen Seite ist ihre und die Gesundheit des Kindes bedroht, wenn sie es nicht tun.

Während der Mutterschutzfrist, d.h. sechs Wochen vor bis acht Wochen nach der Geburt, kann aufgrund von faktischen Abschiebehindernissen eine Duldung erteilt werden (vgl. Legalisierung?). Wenn die Frauen sich allerdings durch einen Antrag auf Duldung der Ausländerbehörde offenbaren, ist ihr Schicksal nach Ablauf der Schutzfrist unsicher. Ihre Adresse ist nun bekannt, sie müssen ihr bisheriges Lebensumfeld verlassen und eine andere Unterkunft suchen. Dass eine Duldung während der Mutterschutzfrist nicht in jedem Fall gewährt wird, zeigt folgendes Beispiel: Im Dezember 2000 ist eine alleinerziehende Albanerin mit ihren drei Kindern, darunter ein fünf Wochen alter Säugling, in den Kosovo abgeschoben wurden, wo die Mutter über keine Unterkunft verfügte.

Wegen des unsicheren Aufenthaltsstatus ist in der Regel eine normale Schwangerenvorsorge gar nicht möglich. Medizinische Risiken und Gefahrensituationen für Mutter und Kind können daher nicht diagnostiziert und behandelt werden. Dazu kommt die psychosoziale Belastung durch die Unsicherheit, die Angst vor Abschiebung und die materiell schwierige Lebenssituation. Schwangerschaften in der Illegalität sind daher als Risikoschwangerschaften anzusehen und bedürfen einer besonders sorgfältigen Betreuung durch Ärztinnen und Hebammen (Bell 1999).

Erhebliche Probleme bereitet im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt die Ausstellung einer Geburtsurkunde. Erstens prüfen die Standesämter den Aufenthaltsstatus nach und könnten sofort die Polizei informieren. Dann endet das Abholen der Geburtsurkunde im schlimmsten Fall im Abschiebegefängnis. Zweitens erfolgt routinemäßig die Weitergabe der Daten an das Einwohnermeldeamt, was wiederum eine Verfolgung nach sich zieht. Das Leben ohne Geburtsurkunde ist jedoch nicht nur für das Kind ein dauerndes Handicap. Falls Mutter und Kind aufgegriffen werden, kann es auch zu deren Trennung führen, da die Mutter nicht beweisen kann, dass es sich wirklich um ihr Kind handelt (Groß 2002).

Vor diesem Hintergrund ist die Möglichkeit einer auch vorübergehenden Legalisierung aufgrund der Schwangerschaft besonders zu bedenken. Wenn ärztlicherseits eine Risikoschwangerschaft bescheinigt werden kann, ist eine Legalisierung auch schon vor der gesetzlichen Mutterschutzfrist möglich.

Allerdings kann es auch mit einer Duldung Schwierigkeiten geben eine Geburtsurkunde zu bekommen, wenn die erforderlichen Dokumente nicht vorgelegt werden können. Dazu gehören neben dem gültigem Pass die Geburtsurkunde der Mutter und, falls sie angibt verheiratet zu sein, die Heiratsurkunde und die entsprechenden Dokumente des Vaters.

Wenn Frauen, die z.B. aufgrund einer Duldung Leistungen nach dem AsylbLG beziehen, schwanger werden, stehen ihnen alle üblichen Leistungen analog der gesetzlichen Krankenversicherung zu (§ 4 Abs. 2 AsylbLG: „Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.“).

Hilfen der Stiftung Mutter und Kind dürfen nicht als Einkommen auf Leistungen nach dem AsylbLG, dem SB II oder dem SGB XII angerechnet werden. Anträge auf Hilfen der Stiftung Mutter und Kind können nicht direkt, sondern nur über „Anlaufstellen“, z.B. den Sozialberatungsstellen der Wohlfahrtsverbände, gestellt werden (Classen 2000).

Im Falle eines Schwangerschaftsabbruches haben Leistungsberechtigte nach AsylbLG, SGB II oder SGB XII grundsätzlich Anspruch auf Leistungen gemäß dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen. Die Krankenkasse bzw. bei nicht Versicherten eine Krankenkasse nach Wahl am Wohnort der Frau muss dann bei Vorlage eines Nachweises über den Bezug einer der genannten Sozialleistungen die Kostenübernahme für den Abbruch ausstellen. Das Land erstattet der Kasse die entstehenden Kosten (Classen 2000).

## I. Literatur

- Adressbuch Flüchtlingsberatungsstellen in Deutschland 2003/2004, Hrsg.: von Loeper Literaturverlag (Ariadne Buchdienst, Kiefernweg 13, 76149 Karlsruhe, [www.ariadne.de](http://www.ariadne.de)), Bestellnummer: 0-493 (mit CD-ROM: 0-494)
- Anderson, P. (2003): „Dass sie uns nicht vergessen....“ Menschen in der Illegalität in München, Stelle für interkulturelle Zusammenarbeit des Sozialreferates der Landeshauptstadt München (Hrsg.), München 2003
- Braun, T., Brzank, P., Würflinger, W. (2003): Medizinische Versorgung von illegalisierter Migranten und Migrantinnen – ein europäischer Vergleich. In: Borde, T., David, M (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen, Bonn 2003, S. 119-141
- Bell, U. (1999): Erfahrungen bei der Versorgung schwangerer Frauen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus. In: Franke, M., Geene, R., Lubert, E. (Hrsg.): Armut und Gesundheit, Materialien zur Gesundheitsförderung, Band 1, Berlin 1999, S. 64-67
- Brzank, P., Stahl, E., Groß, J. (2002): Ungeklärter Aufenthalt und psychosoziale Belastung. Vortrag auf dem 7. bundesweiten Kongress Armut und Gesundheit am 30.11.2001 in Berlin. In: Geene, R., Gold., C., Hans, C. (Hg.): Armut und Gesundheit - Gesundheitsziele gegen Armut. Netzwerke für Menschen in schwierigen Lebenslagen. Teil I. Berlin 2002, S. 272-280
- Bericht der unabhängigen Kommission Zuwanderung (2001)  
Download: [www.bmi.bund.de/](http://www.bmi.bund.de/) → Themen → Zuwanderung
- Bühning, Petra (2001): „Das Problem wird einfach ausgeblendet“ Deutsches Ärzteblatt, Jg.98, Heft 9, S. 428-429
- Classen, G. (2000): Menschenwürde mit Rabatt, Leitfaden und Dokumentation zum Asylbewerberleistungsgesetz, 2. Aufl., Von Loeper Literaturverlag, Karlsruhe

- Classen, G. (2004): Die Gesundheitsreform und die medizinische Versorgung von Sozialhilfeberechtigten und Flüchtlingen. In: Die medizinische Versorgung von Flüchtlingen und MigrantInnen und die Folgen der Gesundheitsreform. Materialien zur Fortbildung des Flüchtlingsrates Berlin am 16. April 2004 in Berlin, S. 30-43. Download unter: [www.fluechtlingsrat-berlin.de](http://www.fluechtlingsrat-berlin.de) → Gesetzgebung → übriges Sozialrecht
- Classen, G. (2005): Krankenhilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Download: [www.fluechtlingsrat-berlin.de](http://www.fluechtlingsrat-berlin.de) → Publikationen → Arbeitshilfen
- Classen, G. (2005): Sozialeistungen für MigrantInnen und Flüchtlinge, Zeitschrift des Flüchtlingsrates Niedersachsen, Sonderheft 106, Februar 2005, [www.nds-fluerat.org](http://www.nds-fluerat.org)
- DGB Bildungswerk e.V. (2002): Rechte aus dem Arbeitsverhältnis. Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen ohne Aufenthalts- und/oder Arbeitserlaubnis. Schriftenreihe Migration und Arbeitswelt, Mitteilungen zur Migrationspolitik 11/Dezember 2002
- Flüchtlingsrat – Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen (2/2000): Dokumentation – Anhörung zum Asylbewerberleistungsgesetz in Niedersachsen
- Flüchtlingsrat – Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen (3/2000): Geteilte Medizin
- Fodor, R. (2001): Rechtsgutachten zum Problemkomplex des Aufenthaltes von ausländischen Staatsangehörigen ohne Aufenthaltsrecht und ohne Duldung in Deutschland. In: Alt, J., Fodor, R.: Rechtlos? Menschen ohne Papiere, S. 125-218. Von Loeper Literaturverlag, Karlsruhe
- Groß, J. (2000): Zur Situation behinderter Flüchtlinge. In: Dokumentation „Flucht und Behinderung“ Konferenz am 8. September 2000 in der Deutschen Blindenstudienanstalt in Marburg im Rahmen des EU-Projektes „SIREN – Disabled Refugees Network“, S. 7-12
- Groß, J. (2002): Illegal – Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. In: Berliner Ärzte 2/2002, S. 12-16, [www.aerztekammer-berlin.de/10\\_aktuelles/18\\_berliner\\_aerzte/baeinhaltsverz/inhalt0202.html](http://www.aerztekammer-berlin.de/10_aktuelles/18_berliner_aerzte/baeinhaltsverz/inhalt0202.html)

- Groß, J. (2002 b): Keine Schwangerschaft ist illegal – Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Versorgung von Patientinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus. In: Pro Familia: Familienplanungsrundbrief, Nr. 4, Dezember 2002, S. 3-11
- Kardinal Sterzinsky, G. (2001): Der Schutz der Menschenwürde ist Verpflichtung aller staatlicher Gewalt „Leben in der Illegalität – eine humanitäre und pastorale Herausforderung“. Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung „Menschen – Kirchen – Illegal“ des Seminars für Katholische Theologie der Freien Universität Berlin 14. Mai 2001
- Malteser Hilfsdienst e.V., Ein Jahr Malteser Migranten Medizin. Erfahrungsbericht über die Anlaufstation zur medizinischen Versorgung von nicht krankenversicherten Personen in Berlin. [www.asyl.net/Magazin/Docs/2002/M-2/2259.pdf](http://www.asyl.net/Magazin/Docs/2002/M-2/2259.pdf)
- Müller, Doreen (2004): Recht auf Gesundheit? Medizinische Versorgung illegalisierter MigrantInnen zwischen exklusiven Staatsbürgerrechten und universellen Menschenrechten, veröffentlicht als Zeitschrift des Flüchtlingsrates Niedersachsen, Sonderheft 101, September 2004, 6 Euro zzgl. Versand, [www.nds-fluerat.org](http://www.nds-fluerat.org)
- Nitsche, B. (2002): Rechtsprobleme bei der Behandlung „Illegaler,“. In: Berliner Ärzte 2/2002 S. 18-20
- Sierck, G. (2000): Krankenhilfe für Ausländer ohne Aufenthaltsgenehmigung. Wissenschaftlicher Dienst des Bundestages Reg.-Nr. WF VI – 71/00

## II. Nützliche (Internet)adressen

### **Bundesweite Liste der Büros für medizinische Flüchtlingshilfe**

[www.aktivgegenabschiebung.de/links\\_medizin.html](http://www.aktivgegenabschiebung.de/links_medizin.html)

(Eine Auflistung der bundesweiten Büros für medizinische Flüchtlingshilfe befindet sich am Ende der Adressen.)

### **Flüchtlingsrat Berlin e.V.**

Georgenkirchstr. 69-70, 10249 Berlin

Tel.: 030/24344-5762, Fax: 030/24344-5763

email: [buero@fluechtlingsrat-berlin.de](mailto:buero@fluechtlingsrat-berlin.de)

[www.fluechtlingsrat-berlin.de](http://www.fluechtlingsrat-berlin.de)

### **Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin**

Gneisenaustr. 2a, 10961 Berlin

Tel.: 030/6946746

email: [info@medibuero.de](mailto:info@medibuero.de)

### **„kein mensch ist illegal“**

[www.contrast.org/borders](http://www.contrast.org/borders)

Bundesweite Kampagne eines politischen Netzwerkes antirassistischer Gruppen.

### **PICUM**

[www.picum.org](http://www.picum.org)

platform international for cooperation for undocumented migrants, europäisches Netzwerk, das sich mit den Problem von Migranten und Migrantinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus befasst

### **PRO ASYL**

[www.proasyl.de](http://www.proasyl.de)

Über die bundesweite Organisation PRO ASYL können die Adressen der Landesflüchtlingsräte erfragt werden, die wiederum Auskunft über Flüchtlingsberatungsstellen vor Ort geben.

### **Behandlungszentrum für Folteropfer**

Gesundheits- und Sozialzentrum GSZ Moabit

(ehemaliges Krankenhaus Moabit), Haus K, Aufgang C, 3. Stock

Turmstr. 21, 10559 Berlin -Tiergarten

Tel. 030/30 39 06 0, Fax: 030/30 61 43 71

email: [mail@bzfo.de](mailto:mail@bzfo.de)

[www.bzfo.de](http://www.bzfo.de)

**XENION e.V.**

Psychosoziale Hilfen, Paulsenstr. 55/56, 12163 Berlin  
Tel.: 030/323 29 33, Fax: 030/324 85 75  
email: [info@xenion.org](mailto:info@xenion.org)

**Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer**

– Adressen bundesweit –

[www.aktivgegenabschiebung.de/links\\_psychosozial.html](http://www.aktivgegenabschiebung.de/links_psychosozial.html)

**Informationen über das Thema traumatisierte Flüchtlinge**

[www.aktivgegenabschiebung.de/traumatext.html](http://www.aktivgegenabschiebung.de/traumatext.html)

**Polnischer Sozialrat e.V.**

Oranienstr. 34, 10999 Berlin  
Tel.: 030/6151717  
email: [polskarada@t-online.de](mailto:polskarada@t-online.de)

---

**Bundesweite Büros für medizinische Flüchtlingshilfe**

Berlin

**Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin**

Gneisenaustr. 2a, 10961 Berlin  
Tel.: 030/6946746  
email: [info@medibuero.de](mailto:info@medibuero.de)

**Malteser Migranten Medizin**

Aachener Str. 12, 10713 Berlin  
Tel.: 030/82722600, Fax/AB: 030/82722386  
email: [MMMedizin@aol.com](mailto:MMMedizin@aol.com)  
[www.malteser-berlin.de/content/ehrenamt/mmm/mmm.php](http://www.malteser-berlin.de/content/ehrenamt/mmm/mmm.php)

Bielefeld

**Medizinische Hilfe für Flüchtlinge**

Teutoburgerstr. 106, 33607 Bielefeld  
Tel.: 0521/177463



Bochum

**Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum e.V.**

Engelsburger Str. 168, 44793 Bochum

Tel.: 0234/9041380, Med. Vermittlung 0234/235464, Fax: 0234/9041381

email: [mfh-bochum@gmx.de](mailto:mfh-bochum@gmx.de)

[www.bo-alternativ.de/mfh/index.html](http://www.bo-alternativ.de/mfh/index.html)

Bonn

**MediNetz Bonn – Medizinische Vermittlungsstelle für Flüchtlinge, MigrantInnen, Menschen ohne Papiere**

c/o Informationsstelle Lateinamerika (ila) e.V.

Oscar-Romero-Haus, Heerstr. 205, 53111 Bonn

Tel.: 0228/695266

email: [info@MediNetzBonn.de](mailto:info@MediNetzBonn.de)

[www.medinetzbonn.de](http://www.medinetzbonn.de)

Bremen

**MediNetz Bremen**

Friesenstr. 21, 28203 Bremen

Tel.: 0421/7901959, Fax: 0421/705775

email: [medinetz-bremen@gmx.net](mailto:medinetz-bremen@gmx.net)

Freiburg

**Medi-Netz**

Adlerstr. 12, 79098 Freiburg

Tel.: 0761/2088331 (AB)

email: [medinetz-freiburg@web.de](mailto:medinetz-freiburg@web.de)

[www.medinetz.rasthaus-freiburg.org](http://www.medinetz.rasthaus-freiburg.org)

Göttingen

**Büro für medizinische Flüchtlingshilfe**

c/o Beratungszentrum für Flüchtlinge

Bühlstr. 4, 37073 Göttingen

Tel.: 0551/55766

email: [med.fluechtlingshilfe.goe@gmx.de](mailto:med.fluechtlingshilfe.goe@gmx.de)

Halle

**Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Halle**

Ludwigstr. 37, 06110 Halle

Tel.: 0345/1701243 oder 0163/5258155

email: [medfluehalle@freenet.de](mailto:medfluehalle@freenet.de)

[www.ludwigstrasse37.de/seiten/mediflue.htm](http://www.ludwigstrasse37.de/seiten/mediflue.htm)

Hamburg

**Medizinische Beratungstelle für Flüchtlinge und MigrantInnen**

c/o WIR-Zentrum

Hospitalstr.109, 22767 Hamburg

Tel: 040/385739

Hannover

**Medizinische Flüchtlingssolidarität**

c/o Flüchtlingsbüro

Zur Bettfedernfabrik 3, 30451 Hannover

Tel.: 0511/2153031 (AB)

email: mfs-hannover@yahoo.de

Köln

**medica mondiale e.V.**

Unterstützung von Frauen in Krisen- und Kriegsgebieten

Hülchrather Straße 4, 50670 Köln

Tel.: 0 221/9318980, Fax: 0 221/9318981

email: info@medicamondiale.org

[www.medicamondiale.org](http://www.medicamondiale.org)

München

**Café 104 - Beratungscafé für Flüchtlinge und MigrantInnen**

c/o Bayrischer Flüchtlingsrat

Augsburgerstr. 13, 80339 München

Tel. 089/762234, Fax: 089/762236

email.: bfr@ibu.de

Nürnberg

**Medizinische Flüchtlingshilfe Nürnberg**

c/o Nachbarschaftshaus Gostenhof

Adam-Klein-Str. 6, 90429 Nürnberg

Tel.: 0171/5470003



