

Gesundheitsversorgung im Niemandland

Zur Situation von Undokumentierten MigrantInnen in Europa

VON URSULA KARL-TRUMMER, SONJA NOVAK-ZEZULA

Undokumentierte Migration nach und innerhalb Europas ist in ihren Konsequenzen und Herausforderungen für Gesundheitssysteme ein zunehmend diskutiertes Phänomen. Der Anteil Undokumentierter MigrantInnen (UDM) in der EU – also Menschen ohne offiziellen Aufenthaltstitel – wird für das Jahr 2008 auf 3,8 Millionen Menschen (7–13 % der ausländischen Bevölkerung) geschätzt. UDM sind eine vulnerable Gruppe, die gesundheitlichen Risiken besonders stark ausgesetzt ist: unsichere Lebensverhältnisse, Ausbeutung und Schutzlosigkeit gehören für UDM zum täglichen Leben. Dem von allen EU Mitgliedsstaaten ratifizierten Menschenrecht auf umfassende Gesundheitsversorgung stehen heterogene nationale Reglementierungen gegenüber, die unterschiedliche Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung schaffen. Praxismodelle, die das Menschenrecht auf Gesundheit sicherstellen sollen, folgen dementsprechend verschiedenen Logiken.

Aufbauend auf richtungsweisenden Vorprojekten entwickelte das Europäische Projekt »Health Care in NowHereland« die erste Zusammenstellung von Regulierungen in der EU, Norwegen und der Schweiz, eine Datenbank über Praxismodelle in 11 EU Mitgliedsstaaten und der Schweiz sowie eine detaillierte Beschreibung ausgewählter Modelle. In Interviews berichteten UDM über ihr Alltagsleben und ihre Bemühungen um Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Nähere Informationen zum Projekt und zentrale Ergebnisse unter www.nowhereland.info

GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNGEN ZUR GESUNDHEITSVERSORGUNG VON UDM

Artikel 13.2 der Resolution 1509 der Parlamentarischen Versammlung des Europarats nennt den Zugang zu Notfallversorgung als minimale Leistung zur Erfüllung des Menschenrechts auf Gesundheitsversorgung. Die Wichtigkeit eines umfassenderen Zugangs wird in einer Entschliessung des Europäischen Parlaments vom März 2011 zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU (2010/2089[INI]) aufgezeigt.

Wechselt man von der Debatte zu Menschenrechten und Gerechtigkeit in eine Public-Health-Perspektive, erscheint die Beschränkung auf Notfallversorgung



Mag.^a Dr.ⁱⁿ Ursula Karl-Trummer, MSc (li.) und Dr. phil. Mag. rer.soc.oec. Sonja Novak-Zezula, Zentrum für Gesundheit und Migration, Wien, Österreich

Abstract

HEALTH CARE IN A NO MANS LAND:

THE SITUATION OF UNDOCUMENTED MIGRANTS IN EUROPE

The issue of undocumented migrants (UDM) in the EU has been gaining increasing attention. Estimated at between 1.9 to 3.8 million people in the EU in 2008 (representing 7–13 % of the foreign population), this vulnerable group is exposed to high levels of health risks. Although all EU member states have ratified the human right to health care, heterogeneous national public health policies have different frameworks for health care provision which in many cases severely restrict UDM access to health care. Accordingly, practice models on how to ensure the human right to health follow different logics.

The European project entitled »Health Care in NowHereland« has produced the first ever compilation of the policies and regulations in force in the EU 27, Norway and Switzerland. It provides a database of practice models in 11 EU member states and Switzerland, in-depth assessments of selected practice models, and insights into the »daily lives« of UDM and their struggle to access healthcare services.

als ineffiziente Lösung. Sie verursacht vermeidbare Last-Minute-Interventionen, hohe Kosten, und ein unkontrolliert anwachsendes Risiko von Infektionskrankheiten.

Aus dieser Perspektive wurde eine Einteilung in Länder mit vollständigem, partiellem oder keinem Zugang zur Gesundheitsversorgung getroffen, wobei Länder mit alleinigem Zugang zu Notfallversorgung der Gruppe mit »keinem Zugang« zugeordnet werden. Nach dieser Definition gewähren vier EU-Länder und die Schweiz vollständigen Zugang zur Gesundheitsversorgung, drei EU-Länder und Norwegen partiellen, und 20 EU-Länder ermöglichen keinen Zugang.

EUROPÄISCHE PRAXISBEISPIELE

Praxisbeispiele zur Gesundheitsversorgung für UDM sind schwierig zu sammeln. In vielen Fällen ziehen es Gesundheitsorganisationen vor, ebenso unsichtbar zu bleiben wie ihre KlientInnen: zum einen, weil sie an ihren Kapazitätsgrenzen arbeiten und die Nachfrage nicht durch zusätzliche Sichtbarkeit ankurbeln wollen, zum anderen, weil UDM oft nicht Teil ihrer offiziellen Zielgruppe (z. B. Obdachlose, Menschen ohne Krankenversicherung) sind. Die Offenlegung ihrer Betreuungsleistungen für UDM kann damit eine Gefährdung ihrer Finanzierung bedeuten. Mit der Hilfe von zahlreichen ExpertInnen und Netzwerken von Krankenhäusern und NGOs konnten 71 Praxismodelle aus 12 Ländern in einer öffentlich zugänglichen Datenbank gesammelt werden. Diese umfasst 24 staatliche (GOs) und 47 nicht-staatliche Organisationen (NGOs).

EINE VERGLEICHENDE ANALYSE ZEIGT:

- › Gesundheitsorganisationen, sowohl GOs als auch NGOs, nennen psychische Gesundheit und infektiöse Erkrankungen als häufigste Gesundheitsprobleme ihres UDM-Klientels. Ein weiteres wichtiges Thema ist die sexuelle Gesundheit, wobei GOs insbesondere HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten nennen, und NGOs auf reproduktive Gesundheit fokussieren. Arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme folgen in der Häufigkeit der Nennungen.
- › Die am häufigsten angebotenen medizinischen Leistungen sind bei GOs als auch NGOs allgemeine Grundversorgung und Diagnostik. Von GOs wird zusätzlich Notfallversorgung geleistet, von NGOs hingegen die medizinische Versorgung von Frauen und Kindern. Mentale Gesundheitsversorgung, also psychiatrische Behandlung und psychologische Unterstützung, wird von drei Viertel der Organisationen angeboten.
- › 50 % der GOs beobachten einen Anstieg ihres UDM-Klientels, 37 % verzeichnen stabile und 13 % sinkende Zahlen. 71 % der NGOs berichten von einem Anstieg ihres UDM-Klientels, 29 % wiederum von stabilen Zahlen. NGOs berichten damit im Vergleich zu GOs deutlich häufiger von steigenden Nutzerzahlen, und in keinem einzigen Fall von einer sinkenden Anzahl. Dieser Unterschied zwischen GOs und NGOs könnte durch den niederschwelligeren Zugang zu NGOs bedingt sein: nur 13 % der NGOs, aber 62 % der GOs verlangen Papiere von den UMD.
- › Im Vergleich stellen GOs häufiger als NGOs Dol-

metschdienste und kulturelle Mediation zur Unterstützung der Kommunikation mit einem ethno-kulturell unterschiedlichen Klientel zur Verfügung. Informationsmaterial in verschiedenen Übersetzungen ist zu gleichen Anteilen in GOs wie auch in NGOs verfügbar.

DER ALLTAG VON UDM UND IHRE ZUGÄNGE ZUR GESUNDHEITSVERSORGUNG

In vielen Fällen leben UDM unter extrem harten Lebensbedingungen. Die Sorge um das Notwendigste zum Leben – ein wenig Geld, Arbeit, ein Schlafplatz – gehört zum Alltag dieser Menschen. Alle Energie wird für das Überleben eingesetzt, gesundheitliche Beschwerden werden so lange es geht selbst behandelt und/oder ignoriert. Gleichzeitig ist ein guter Gesundheitszustand die Hauptressource für das Überleben. Man muss gesund sein, um arbeiten zu können und einen Schlafplatz zu finden (da Schlafräume oft geteilt werden kann Krankheit die Chancen auf einen Schlafplatz gefährden).

Auch in Ländern, die einen umfassenderen Zugang zur Gesundheitsversorgung gewähren, kommen UDM oft sehr spät und als Notfall in die Versorgung. Gründe dafür sind die Angst vor der Aufdeckung und einer möglichen Abschiebung, der Mangel an Informationen über das Recht auf eine Gesundheitsversorgung sowie allgemeine Schwierigkeiten, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und administrative Hürden zu überwinden.

UDM sind eine heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Bedürfnissen. So zeigt das italienische Modell die Verschiedenheiten seiner drei größten Klientengruppen aus China, Osteuropa (Georgien, Moldawien, Ukraine) und Afrika (Ägypten, Marokko, Nigeria, Tunesien) hinsichtlich ihrer Konzepte von Gesundheit und Krankheit, ihrer Vorerfahrungen mit den Gesundheitssystemen in den jeweiligen Herkunftsländern und ihrer Lebens- und Arbeitssituation auf. Dementsprechend vielfältig sind erfolgreiche Betreuungs- und Versorgungsansätze: von der Öffnungszeit bis zur kultursensiblen medizinischen Versorgung.

EMPFEHLUNGEN AUS DEN PROJEKTERGEBNISSEN

- › Verstärkte Aufmerksamkeit für das Thema der undokumentierten Migration in und nach Europa hat eine Reihe von Projekten und Initiativen hervorgebracht. Entscheidungen zur Gestaltung von Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung und zur Entwicklung von guter Praxis können auf dieser Grundlage stärker evidenzbasiert getroffen werden. Dazu ist eine systematischere Vernetzung und Nutzung der vorliegenden Ergebnisse aus verschiedenen Projekten und Initiativen erforderlich.
- › Praxismodelle zeigen auf, dass undokumentierte MigrantInnen ein wesentlicher Bestandteil informeller Arbeitsmärkte sind: flexibel, rechtlos, ausbeutbar. Eine für das Gesundheitswesen relevante Folge davon sind gesundheitliche Probleme, die aus schwierigen Arbeitsbedingungen resultieren. Es wird damit auch deutlich, dass innerhalb Europas eine Nachfrage nach solchen Arbeitskräften besteht, die als ein Motor undokumentierter Migration gesehen werden kann. Hier sind weiterfüh-



© SARGIS MELIKYAN | DREAMSTIME.COM

rende Studien zu empfehlen, die über Fragen der Gesundheitsversorgung hinausgehen.

- › Die Debatte zum Menschenrecht auf umfassende Gesundheitsversorgung ist zweifelsfrei höchst relevant – sie gibt Aufschluss darüber, welchen Werten sich Europa verpflichtet fühlt. Zusätzlich dazu sollten ökonomische Analysen durchgeführt werden, um die Kosten von Inklusion und Exklusion von UDM festzustellen. Dabei stellt sich möglicherweise heraus, dass es ökonomisch betrachtet kostengünstiger ist, einen partiellen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewähren, anstatt auf eine teure Notfallversorgung als letztes Mittel zu setzen.
- › Die Entwicklung von Partnerschaften zwischen öffentlichen Gesundheitseinrichtungen und NGOs für die Gesundheitsversorgung von UDM hat sich als Erfolgsfaktor erwiesen. Diese Praxismodelle sollten genutzt werden, um allgemeinere, auf andere Länder und Regionen übertragbare Lösungen für eine gemeinsame Leistungserbringung von GOs und NGOs zu diskutieren und zu entwickeln.
- › Es gibt keine »typischen« UDM. Sie sind eine heterogene Gruppe mit wesentlichen Unterschieden in ihrer Arbeits- und Lebenssituation, ihren sozialen Netzwerken und Überlebensstrategien. Für die Praxisebene bedeutet dies, dass es keine Standardlösungen gibt und zielgruppenspezifische Angebote wichtig sind.
- › In den meisten Fällen verlassen UDM ihre Herkunftsländer, weil sie dort kein menschenwürdiges

Leben führen können. Sie wollen sich und ihre Familien arbeitend versorgen und überwinden dafür schwierigste Hindernisse. Sie entsprechen damit unbemerkt der für Europa so wichtigen Leistungsgesellschaft. UDM könnten deshalb auch als Ressource für Europa gesehen werden und nicht als Bedrohung. Ein solcher Perspektivenwechsel kann dazu beitragen, gängige Stereotypen aufzulösen und innovative Lösungen zu entwickeln. ■

Undokumentierte MigrantInnen sind eine vulnerable Gruppe, die gesundheitlichen Risiken besonders stark ausgesetzt ist

WEITERFÜHRENDE LITERATUR BEI DEN AUTORINNEN