

Medizinische Versorgung von Migrantinnen und Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus – Eine Studie zur Rolle der Gesundheitsämter in Deutschland

Health Care for Undocumented Migrants – A Quantitative Study on the Role of Local Health Authorities in Germany

Autoren

M. Mylius, A. Frewer

Institut

Professur für Ethik in der Medizin, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen

Schlüsselwörter:

- Öffentlicher Gesundheitsdienst
- Gesundheitsamt
- Menschen ohne Papiere
- Migrantinnen und Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus
- Zugang zur Gesundheitsversorgung
- HIV

Key words

- public health service
- local health authority
- undocumented migrants
- irregular migrants
- access to health care
- HIV

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1364014>
 Online-Publikation: 26.3.2014
 Gesundheitswesen 2014; 76: 440–445
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Maren Mylius
 Professur für Ethik in der Medizin, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
 Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg
 Glückstraße 10
 91054 Erlangen
maren.mylus@ethik.med.uni-erlangen.de

Zusammenfassung

Hintergrund: Der kommunale Gesundheitsdienst sah bereits seit über einem Jahrhundert eine seiner wichtigen Aufgaben in der Fürsorge besonderer Gesundheitsgefährdungen ausgesetzter Bevölkerungsgruppen. Diesen Gedanken hat das Infektionsschutzgesetz mit dem § 19 IfSG wieder aufgegriffen. Sind Personen von Tuberkulose oder von sexuell übertragbaren Erkrankungen bedroht, kann der kommunale Gesundheitsdienst neben dem obligaten Beratungs- und Diagnoseangebot eine kostenlose ambulante Behandlung durchführen. Durch veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen und größere globale Mobilität könnte dies für MigrantInnen, die von der regulären Versorgung ausgeschlossen sind, zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Ziel der Studie: Erfassung von Beratung, Untersuchung und Behandlung der MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus auf Grundlage des Infektionsschutzgesetzes an Gesundheitsämtern in Deutschland.

Methodik: Schriftliche Befragung aller Gesundheitsämter (n=384) in elektronischer Form mittels eines standardisierten Fragebogens. Die Auswertung des anonymisierten Fragebogens erfolgt deskriptiv-statistisch. Im Anhang des Fragebogens wurde um eine Fallstudie gebeten.

Ergebnisse: 139 der 384 befragten Gesundheitsämter haben den Fragebogen beantwortet (36,2%). Etwa ein Viertel (24,6%) der Gesundheitsämter schätzt, Kontakt zu „illegalen“ MigrantInnen zu haben. Der Kontakt findet in Städten mit $\geq 100\,000$ Einwohnern signifikant häufiger statt als in Gesundheitsämtern, die ihren Sitz in kleineren Städten haben ($p < 0,05$). 22,6% der Ämter bundesweit unternehmen Bemühungen, MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus für Beratung und Diagnostik zu erreichen. 25 Gesundheitsämter (18,4%) gaben an, Behandlungen nach § 19 IfSG bereits durchgeführt zu haben. Die Mehrheit dieser Ämter hatte ebenfalls Kontakte

Abstract

Background: Public welfare on a municipal level for groups with special health risks has been an important topic of public health service for more than a century. This notion has been taken up by the German “Protection against Infection Act” (IfSG) in § 19 IfSG. Local health service authorities may provide out-patient treatment in addition to counselling and diagnosis for patients with sexually transmitted infections and tuberculosis, which is covered by public resources in cases of apparent need. Due to altered legislation and increased global mobility, this may become important for migrants without access to regular health care.

Objective: Aims of this study were recording, counselling, diagnosis and out-patient treatment of migrants without legal residence status under the German Protection against Infection Act in the public health care system.

Methods: An electronic mail survey of all local health authorities (n=384) by means of a standardised questionnaire was undertaken. Data were analysed using descriptive statistics. In the annex of the questionnaire the participants were asked to describe a case study.

Results: 139 of 384 local health authorities completed the questionnaire (36.2%) of whom approximately a quarter (24.6%) described contacts to “illegal” migrants. Contacts to migrants without legal residence status are more frequent in cities with more than 100 000 inhabitants than in smaller cities ($p < 0.05$). 22.6% of all local health authorities make an effort to reach undocumented migrants for counseling and diagnosis. 25 of the local health authorities (18.4%) indicated the capability to provide treatment in accordance with § 19 IfSG. A majority of these local health authorities also have contacts to undocumented migrants (75%). 16 local health authorities (13.3%) provide out-patient treatment for diseases not listed in Protection against Infection

(75%). Insgesamt bieten 16 Gesundheitsämter (13,3%) eine Therapie auch bei nicht im IfSG aufgeführten Krankheiten an. 56 Ämter (46,7%) verweisen darüber hinaus an Hilfsorganisationen oder an ärztliche Praxen.

Schlussfolgerungen: Nur ein kleinerer Teil der Gesundheitsämter hat Kontakt zu MigrantInnen ohne Krankenversicherung. Die optionale ambulante Behandlung wird in wenigen Gesundheitsämtern insbesondere bei sexuell übertragbaren Erkrankungen außer HIV/AIDS durchgeführt. Undokumentierte MigrantInnen stellen meist nur eine Gruppe unter anderen dar. Die hohen Fallzahlen in Gesundheitsämtern in Städten mit mehr als 500 000 Einwohnern weisen auf den umfangreichen Bedarf hin.

Einleitung

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist seit 2001 in Kraft. Es soll nicht nur aus bevölkerungsmedizinischem Verständnis die Gesellschaft vor den „Gefahren durch Infektionskrankheiten“ schützen, sondern auch „Leben und Gesundheit“ des Individuums bewahren [1]. Dem Gesundheitsamt wird dabei eine wichtige Funktion zugewiesen. Die Erfahrungen infolge der HIV/AIDS-Epidemie seit den 1980er und 90er Jahren zeigten die Notwendigkeit eines niederschweligen, freien Zugangs zu Beratung und Diagnostik bei sexuell übertragbaren Erkrankungen. Die Anonymität des Gesundheitsamtes erwies sich dabei als Vorteil gegenüber dem regulären ambulanten Versorgungssystem. Zudem wurde die sozialkompensatorische Bedeutung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) aufgegriffen, sodass das IfSG nun im Gegensatz zu zuvor geltenden Gesetzen für den ÖGD eine Behandlungsoption vorsieht wenn „Personen das bestehende ärztliche Versorgungsangebot nicht wahrnehmen“ [2]. Darüber hinaus können die oberen Landesgesundheitsbehörden die Gesundheitsämter anweisen, Schutzimpfungen unentgeltlich durchzuführen (§ 20 Abs. 5 IfSG). Manche Personengruppen haben aus unterschiedlichen Gründen keinen Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung. So waren 2011 bspw. 137 000 Menschen mit Wohnort in Deutschland ohne Krankenversicherung [3]. Die EU umfasst seit der Aufnahme weiterer Staaten 2004, 2007 und 2013 inzwischen 28 Mitgliedsstaaten. Für viele Menschen aus den neuen osteuropäischen Mitgliedsstaaten galt und gilt allerdings nur eine eingeschränkte Arbeitnehmerfreizügigkeit bei freiem Aufenthalt. So entfällt der Krankenversicherungsschutz bei irregulären Beschäftigungsverhältnissen. Aus Rumänien und Bulgarien, deren Staatsangehörige hiervon insbesondere betroffen sind, waren 2011 über 100 000 Menschen nach Deutschland eingewandert [4]. Personen aus Nicht-EU-Ländern, deren Asylantrag abgelehnt worden ist, die sich aber weiterhin in Deutschland aufhalten, Migrantinnen und Migranten, die nach Ablauf eines Touristen- oder Studentenvisums nicht zurückkehren, Opfer von Menschenhandel, Flüchtlinge ohne Anerkennung gelangen in die aufenthaltsrechtliche Illegalität. Nach der letzten vorsichtigen Schätzung handelt es sich um etwa 100 000–400 000 Personen [5]. Migrantinnen und Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus haben zwar wie Asylbewerber einen gesetzlichen Anspruch auf eine – eingeschränkte – gesundheitliche Versorgung, aber durch die in Europa einzigartige Regelung der Übermittlungspflicht würden sie unmittelbar nach Diagnostik und Behandlung abgeschoben werden [6]. De facto kann daher die reguläre medizinische Versorgung nicht in Anspruch genommen werden. Bei den bevölkerungsmedizinisch als besonders relevant eingestuften sexuell übertragbaren Erkrankungen sowie bei Tuberkulose hat der Gesetzgeber mit dem An-

Act. 56 authorities (46.7%) refer patients to aid organisations or to resident doctors.

Conclusions: Only a small number of local health authorities have contacts to migrants without health insurance. The optional out-patient treatment is provided by few local health authorities especially in cases of sexual transmitted diseases except for HIV/AIDS. In most cases undocumented migrants are only one group among others. The large number of cases in cities with more than 500 000 inhabitants shows the massive requirements.

gebot am Gesundheitsamt einen niederschweligen Zugang geschaffen. Die vorliegende Studie soll daher die tatsächliche medizinische Versorgung von Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus an deutschen Gesundheitsämtern untersuchen. Im Fokus stehen Patientinnen und Patienten mit HIV/AIDS und Tuberkulose.

Methodik

Die Entwicklung des Erhebungsinstrumentes und das Vorgehen bei der bundesweiten Befragung der Gesundheitsämter erfolgte gemäß der von Dillman entwickelten und modifizierten „Tailored Design Method“ [7] und nach den Empfehlungen von Geyer [8] zu schriftlichen Befragungen.

Es wurde ein 10-seitiger Fragebogen inklusive Deckblatt, Anschreiben und Anhang mit 20 überwiegend geschlossenen Fragen erstellt. Im Anhang bestand unabhängig vom Ausfüllen der übrigen Fragen die Möglichkeit zu einer Fallschilderung. Nach einem Pretest mit 5 Mitarbeitern von Gesundheitsämtern wurde der Fragebogen entsprechend modifiziert. 3 Bereiche thematisiert der Fragebogen: Beziehung zu Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus (Kontakt, Behandlungen nach § 19 IfSG, Angebotsbewerbung), Umgang (Beratung im Amt bei Erkrankungen, Meldung an die Ausländerbehörde, Behandlungen bei weiteren Erkrankungen) und die persönliche Einschätzung (der aktuellen Situation im eigenen Amt, Verbesserungsmöglichkeiten). Das Ausfüllen des Fragebogens dauerte etwa 10–15 min (ohne Anhang). Aufgrund der Empfehlungen der Gesundheitsamts-Mitarbeiter wurde der Fragebogen elektronisch mit einem persönlichen Anschreiben an die Leitung der Ämter versendet. Im Anschreiben wurde das Ziel der Studie geschildert, die Anonymität im Umgang mit den Daten zugesichert und darum gebeten, den Fragebogen durch die Person im Amt ausfüllen zu lassen, die am ehesten Kontakt zu Migrantinnen und Migranten habe. Es wurde im Anschreiben explizit darum gebeten, die Unterlagen auch bei fehlendem Kontakt auszufüllen. Der Fragebogen befand sich in 2 Formaten im Anhang der E-Mail und konnte per E-Mail, Fax oder Post innerhalb von 6 Wochen zurückgesendet werden. Nach weiteren 2 Wochen erfolgte ein persönliches Erinnerungsschreiben per E-Mail, erneut mit dem Fragebogen im Anhang und einer Frist von 3 Wochen. Aufgrund des geringen Rücklaufs nach der ersten Erinnerung und dem hohen zeitlichen Aufwand wurde auf weitere Erinnerungen verzichtet. Die E-Mail wurde über die persönliche E-Mail-Adresse der Autorin am Institut der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg versendet. Für Rückfragen waren eine E-Mail-Adresse, die postalische Adresse sowie Festnetz- und Handynummer angegeben, die zu beliebigen Zeiten angerufen werden konnten. Die E-Mail-Adressen

Tab. 1 Zahl der angeschriebenen Gesundheitsämter und Fragebogenrücklauf nach Bundesland und Stadtgröße sowie Anteil der ausländischen Bevölkerung [Quelle: Statistisches Bundesamt. Ausländische Bevölkerung. Fachserie 1 Reihe 2–2011. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/AuslaendBevoelkerung2010200117004.pdf?__blob=publicationFile (Stand: März 2013); 2012: 26]

Bundesland	Einwohner (in Mio.)	Anzahl Gesundheitsämter	Response rate nach Bundesland und gesamt	Anteil ausländische Bevölkerung in %
Gesamt	81,8	384	36,2	9,1
Baden-Württemberg	10,8	38	23,7	12,1
Bayern	12,6	76	59,2	9,9
Berlin	3,5	11	72,7	14,1
Brandenburg	2,5	18	33,3	2,8
Bremen	0,66	2	100	12,7
Hamburg	1,8	7	71,4	13,8
Hessen	6,1	24	33,3	11,5
Mecklenburg-Vorpommern	1,6	17	29,4	2,5
Niedersachsen	7,9	45	22,2	6,9
Nordrhein-Westfalen	17,84	52	17,3	10,7
Rheinland-Pfalz	4,0	24	16,7	7,9
Saarland	1,0	6	0	8,7
Sachsen	4,1	13	30,8	2,9
Sachsen-Anhalt	2,3	14	35,7	1,9
Schleswig-Holstein	2,8	15	33,3	5,3
Thüringen	2,2	22	63,7	2,3
Stadtgröße	% Anteil Einwohner in Deutschland	Angeschriebene Gesundheitsämter	Anzahl im Rücklauf (Anteil in % von Rücklauf gesamt)	
Metropole (≥ 500 000 EW)	7,8	30	21 (15,3%)	
Großstadt (≥ 100 000 EW)	17,1	66	24 (17,5%)	
Stadt (≥ 50 000 EW)	19,7	75	18 (12,4%)	
Kleinstadt (< 50 000 EW)	55,4	213	74 (54,7%)	
unbekannt			2	
Gesamt	100	384	99,9%	

der Leitungen der Gesundheitsämter waren – bedingt durch die föderale Struktur – für jedes Amt einzeln in Erfahrung zu bringen. Dies erfolgte über Internet-Suchmaschinen und eine intensive Recherche zu Kontaktdaten jedes Gesundheitsamtes in Deutschland. Außenstellen einiger Gesundheitsämter wurden nicht berücksichtigt, da das Schreiben an die Amtsleitung gerichtet war. 2 Ämter gaben nur eine postalische Adresse an, diese wurden ebenfalls nicht einbezogen. Die Gesamtzahl aller angeschriebenen Gesundheitsämter betrug daher bei der vorliegenden Arbeit 384. Als „incentive“ wurde auf die Möglichkeit verwiesen, auf Wunsch die Ergebnisse der Studie zu erhalten. Der Deutsche Städtetag, der Deutsche Landkreistag, die Landkreistage der Flächenländer und – bedingt durch die unterschiedliche Verwaltungsstruktur in den Bundesländern – 3 Landesministerien für Gesundheit wurden um Unterstützung der Befragung gebeten. Der Deutsche Städtetag sowie einige Landkreistage nahmen auch nach wiederholter Nachfrage keine Stellung zur Anfrage; ersterer empfahl Gesundheitsämtern allerdings, mit der überraschenden Begründung, es gäbe keine klare Zielsetzung der Befragung, nicht an der Studie teilzunehmen. Bei der Datenauswertung wird die Stadtgröße nach Einwohnerzahl, in der das Gesundheitsamt seinen Sitz hat, und nicht das Versorgungsgebiet des Amtes berücksichtigt. Zwar kann sich die Sozialstruktur auch zwischen den Städten mit ähnlicher Einwohnerzahl deutlich unterscheiden, doch ist es hinsichtlich der potenziellen Nachfrage quantitativ vermutlich relevanter als das Versorgungsgebiet der Ämter. In einer größeren Stadt ist tendenziell der Anteil der MigrantInnen höher und somit theoretisch auch der Anteil der Menschen, die über keine Aufenthaltserlaubnis verfügen. Die Auswertung der Daten erfolgte bei explorativer Fragestellung deskriptiv-statistisch unter Zuhilfenahme des Statistikprogramms IBM-SPSS Version 19.

Ergebnisse

139 Gesundheitsämter beantworteten den Fragebogen (36,2%). 94 der 139 Gesundheitsämter haben den Fragebogen vollständig ausgefüllt, insgesamt 136 Antworten lagen vor zum Hauptstudieninteresse, dem Kontakt zu Migrantinnen und Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus und Behandlungen nach § 19 IfSG. Fragebögen aus Städten mit ≥ 500 000 Einwohnern (EW) waren im Rücklauf relativ überrepräsentiert ($p < 0,05$). Insbesondere Gesundheitsämter aus Städten zwischen 50 000 und unter 100 000 EW beteiligten sich verhältnismäßig seltener an der Befragung ($p < 0,05$). Einen relevanten Unterschied in der Teilnahme zwischen den alten und neuen Bundesländern zeigte sich nicht. Allerdings beteiligten sich im Verhältnis zu ihrer Gesamtzahl deutlich mehr Gesundheitsämter in den Stadtstaaten, in Thüringen und in Bayern als in den übrigen Bundesländern (• Tab. 1). Gesundheitsämter aus Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und aus dem Saarland, die eine Teilnahme an der Befragung verneinten, verwiesen dabei auf die ablehnende Haltung des Deutschen Städtetages.

Kontakte zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten

Rund ein Viertel (24,6%) der bundesweiten Gesundheitsämter geben an, Kontakt zu Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus zu haben, wobei dies allerdings überwiegend (81%) auf einer Einschätzung und nicht auf einer Dokumentation des Status beruht. Es sind vor allem die Ämter in den Großstädten, die verhältnismäßig häufig Kontakte angeben: 80% der Ämter in Städten ab 500 000 EW bejahen die Frage. Allerdings stellen mit 21% der Gesundheitsämter, die Kontakt angeben, die Kleinstädte auch einen gewissen Anteil dar. Von den insgesamt 75 zuständigen Ämtern in den Kleinstädten machen diese mit nur 9% aber

einen nur geringen Anteil innerhalb der Stadtkategorie „Kleinstadt“ aus. Es zeigt sich deutlich, dass Ämter in Städten mit unter 100000 EW signifikant seltener Kontakte als der Durchschnitt haben ($p < 0,05$) (• Abb. 1).

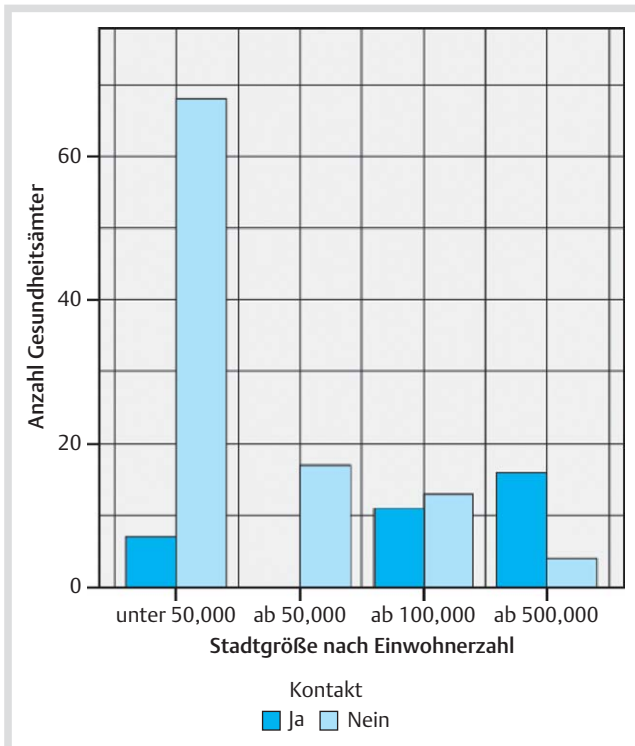


Abb. 1 Anzahl an Gesundheitsämtern nach Stadtgröße und Kontakten zu „illegalen Migranten“ (n = 136).

Behandlungen nach § 19 IfSG

Der „Behandlungsparagraf“ im Infektionsschutzgesetz richtet sich zunächst an alle Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen von der regulären Gesundheitsversorgung nicht erfasst werden. Da es erfahrungsgemäß aufgrund der Dokumentationsart in Ämtern eher möglich ist, eine Aussage darüber zu treffen, ob Behandlungen nach IfSG überhaupt vorgenommen wurden, als festzustellen, ob Migrantinnen und Migranten im Gesundheitsamt behandelt worden sind, wird im Fragebogen zunächst grundsätzlich nach Behandlungen gefragt. Von den insgesamt 139 antwortenden Gesundheitsämtern gaben 25 (18,4%) an, Behandlungen nach § 19 IfSG bereits durchgeführt zu haben. Von den 25 Ämtern, die Behandlungen durchgeführt haben, gaben 14 an, dass im Jahr 2009 darunter undokumentierte Migrantinnen und Migranten waren; 19 Ämter hatten Kontakte zu dieser Gruppe bejaht. Werden nun alle Gesundheitsämter betrachtet, die Kontakte angegeben hatten (n=34), zeigt sich, dass diese auch zu fast 53% Behandlungen nach § 19 IfSG durchführen. Die Anzahl an Behandlungen für das Jahr 2009 reichen von einer bis zu über 1 500 Behandlungen. Dabei sind es insbesondere die Gesundheitsämter in den Metropolen, die über 100 Behandlungen für 2009 angaben (• Abb. 2). Die Mehrheit der Ämter nannte Tuberkulose oder STI explizit als Behandlungsgrund (n=14) bzw. 8 verwiesen darauf, dass bei HIV keine Behandlung möglich sei. 16 von 120 Gesundheitsämter (13,3%) gaben an, auch eine Therapie bei nicht im IfSG aufgeführten Krankheiten durchzuführen. Die immerhin 56 Ämter, die primär an eine andere Stelle zur Behandlung verweisen, tun dies zur Hälfte jeweils an Hilfsorganisationen und an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte.

Bemühungen der Gesundheitsämter

Von 137 Gesundheitsämtern, die die Frage nach ihren Bemühungen beantworteten, waren nach eigenen Angaben weniger als ein Viertel (22,6%) bestrebt, „illegale Migranten“ auf das Angebot von Beratung und Diagnostik im Gesundheitsamt auf-

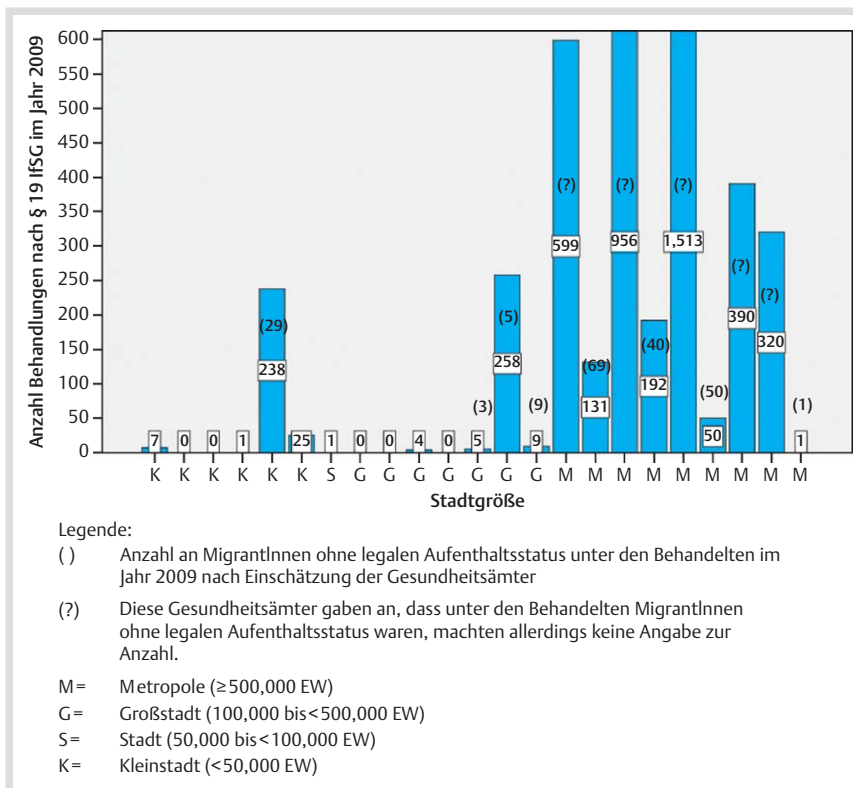


Abb. 2 Anzahl Behandlungen nach § 19 IfSG im Jahr 2009 in Gesundheitsämtern, die die Durchführung von entsprechenden Behandlungen grundsätzlich bejaht haben.

- Legende:
- () Anzahl an MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus unter den Behandelten im Jahr 2009 nach Einschätzung der Gesundheitsämter
 - (?) Diese Gesundheitsämter gaben an, dass unter den Behandelten MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus waren, machten allerdings keine Angabe zur Anzahl.
 - M = Metropole (≥500,000 EW)
 - G = Großstadt (100,000 bis <500,000 EW)
 - S = Stadt (50,000 bis <100,000 EW)
 - K = Kleinstadt (<50,000 EW)

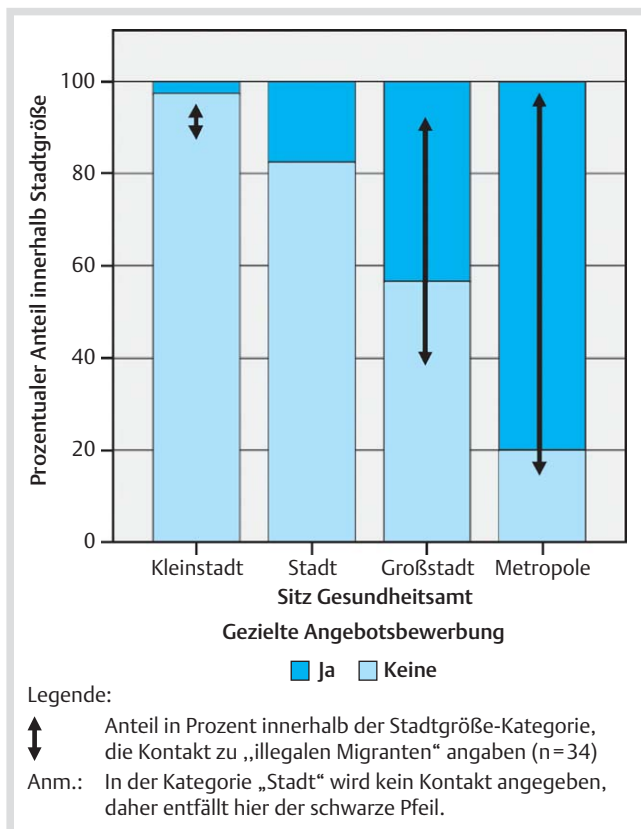


Abb. 3 Anteil (in %) der Gesundheitsämter mit gezielter Angebotswerbung und Kontakten zu undokumentierten MigrantInnen, dargestellt nach Stadtgröße des Amtssitzes (n = 135).

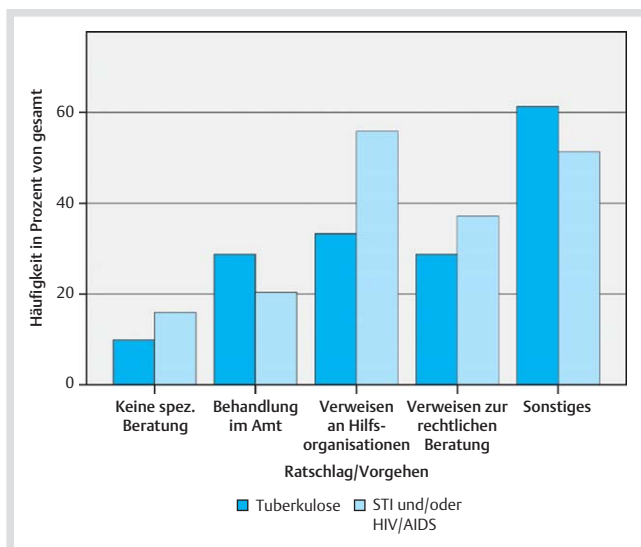


Abb. 4 Ratschlag/Vorgehen bei MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus, die zur Untersuchung von STI und/oder HIV/AIDS (n = 113) oder bei Tuberkulose (n = 111) das Amt aufsuchen; Mehrfachantworten.

merksam zu machen. Über zwei Drittel (71%) der 31 Ämter, die sich nach eigenen Angaben um diese vulnerable Gruppe bemühte, gab auch Kontakte zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten an. Die überwältigende Mehrheit von 91% aller Ämter, die keine Kontakte angaben, bemühte sich auch nicht, diese Gruppe zu erreichen (► **Abb. 3**). Eine Mehrheit von über 58% der 31 Institutionen nutzten Flyer, die große Mehrheit von über 80%

wies lokale Hilfsorganisationen auf ihr Angebot hin. Fast zwei Drittel (64%, 21 Ämter) machte unter „Sonstige“ weitere Angaben. Der Eintrag „Streetwork“ bzw. „aufsuchende Arbeit“ gehörte mit 11 Nennungen zu den häufigsten Angaben.

Beratung bei STI bzw. HIV/AIDS und Tuberkulose

Im Zusammenhang mit dem flächendeckenden Angebot des HIV-Antikörpertests und einer Beratung in den Gesundheitsämtern könnte bei einer notwendigen Behandlung der verhinderte Zugang zur medizinischen Regelversorgung auf die fehlende Aufenthaltserlaubnis hinweisen. Für manche „Menschen ohne Papiere“ bestehen rechtliche Möglichkeiten, einen legalen Aufenthaltsstatus zu erlangen. Hierfür sind sehr gute Kenntnisse der einschlägigen Gesetze notwendig. Eine soziale und rechtliche Beratung wird in vielen Städten von unterschiedlichen Vereinen und Organisationen angeboten. Um die richtige Anlaufstelle zu finden, können die entsprechenden Hinweise hilfreich sein. Zusätzlich bestehende Krankheiten und Lebensumstände müssen in Beratung und Behandlung mit einbezogen werden. Die Gesundheitsämter sollten im Fragebogen daher beantworten, was sie „illegalen Migranten“ raten, die zur Beratung und Untersuchung zu STI bzw. HIV/AIDS oder Tuberkulose die Stelle aufsuchen (► **Abb. 4**). Die Mehrheit der befragten Gesundheitsämter (57%) verweist an eine Hilfsorganisation bzw. an eine andere Stelle zur rechtlichen Beratung (39,7%). Immerhin ein Drittel gibt an, dass sie eine Behandlung im Amt anbietet (34,7%). Dabei zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Gesundheitsämtern mit und ohne Kontakt zu Migrantinnen und Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus. Jene mit Kontakten bieten auch häufiger Behandlungen nach § 19 IfSG an ($p < 0,05$). Betrachtet man die freien Einträge unter „Sonstiges“ (n = 79), fallen einige wiederkehrende Antworttypen auf. So heißt es gehäuft „Vermittlung zu spezialisierten niedergelassenen Ärzten bzw. Kliniken“ und „Vorgehen im Einzelfall“. Das Beratungsverfahren zwischen Patientinnen und Patienten mit STI bzw. HIV/AIDS und Tuberkulose unterscheidet sich signifikant in Hinblick auf Behandlungen im eigenen Amt ($p < 0,05$). Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose wird eine ambulante Therapie vor Ort häufiger angeboten (korrigierte stand. Residuen: -2,8; $p < 0,05$).

Der Fragebogen wurde überwiegend von der Gesundheitsamtsleitung beantwortet (57,9%). Eine persönliche Einschätzung der gesundheitlichen Versorgung von Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus im eigenen Amt wollte die Mehrheit nicht abgeben. Das Konzept der „Humanitären Sprechstunde“ – eine ambulante ärztliche Betreuung im Gesundheitsamt für unversicherte Personen unabhängig vom Erkrankungsbild – war 63,4% (n = 117) der antwortenden Ämter nicht bekannt. Aus 24 Gesundheitsämtern wurden Situationen geschildert, in denen Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus oder ohne Krankenversicherung untersucht worden waren.

Diskussion

Die vorliegenden Daten zeigen, dass Gesundheitsämter bundesweit nur eingeschränkt Kontakt zu Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung haben. Einzelne qualitative Studien zur Versorgungssituation in ausgewählten Großstädten wie Köln, Frankfurt und Berlin weisen auf die wichtige Rolle von Gesundheitsämtern hin [9]. Die vorliegende bundesweite Untersuchung verdeutlicht deren punktuellen Charakter. Auch die Behandlungsoption nach § 19 IfSG wird in nur wenigen Gesundheitsämtern angewandt. Werden

Menschen ohne Krankenversicherung vor Ort behandelt, stellen undokumentierte Migrantinnen und Migranten meist nur eine kleine Gruppe dar. In Gesundheitsämtern mit Sitz in Städten mit mindestens 500000 Einwohnern liegen die Fallzahlen im Jahr zumeist dann deutlich über 100 Personen. Dieser Umstand zeigt, dass umfangreicher Bedarf besteht. Allerdings gibt es deutliche Hinweise, dass sich Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus nicht nur in Großstädten und Metropolen befinden. Hilfsorganisationen wie die MalteserMigrantenMedizin, Medizinische Flüchtlingshilfen, Ärzte der Welt u. a., die in vielen Städten beraten, vermitteln oder/und behandeln, zeigen den Bedarf in kleinen wie großen Städten. Etwa ein Fünftel der Gesundheitsämter unternimmt Bemühungen, das Angebot zur Beratung und Diagnostik auch Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus bekannt zu machen. Der Befund deckt sich mit Ergebnissen aus Befragungen von Migrantinnen und Migranten [10]. Häufig haben die Betroffenen keine Kenntnisse über eine anonyme und kostenlose Nutzung verschiedener Angebote. In manchen Gesundheitsämtern – gerade in den Diensten, die sich bereits länger für Menschen ohne Krankenversicherung engagieren – stellen sich viele Problemlagen ein, die in den Fallschilderungen zum Ausdruck kommen. Es sind insbesondere die Krankheiten, die eine stationäre Aufnahme erforderlich machen ebenso chronische Erkrankungen wie HIV/AIDS, bei denen sich damit erneut die Kostenfrage stellt. Medizinische Versorgung berührt zudem viele andere Bereiche von Gesundheit und Lebensführung, sodass sich Fragen zu Unterkunft, Ernährung und Weiterem stellen. Begrenzte Ressourcen engen viele Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in ihren Handlungsoptionen ein. Es verwundert nicht, dass es gerade die Gesundheitsämter sind, die bereits Kontakte zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten angeben, die die Versorgungslage im eigenen Amt negativ beurteilen. Die Konfrontation mit den Schwierigkeiten medizinischer Versorgung für undokumentierte Personen machen die vielen Problemlagen evident. Parallel nehmen viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Zunahme der zu versorgenden Menschen wahr. Die Landesgesetze zum Öffentlichen Gesundheitsdienst fallen entsprechend der föderalen Struktur vielgestaltig aus. In manchen Bundesländern ist eine Fürsorgepflicht der kommunalen Gesundheitsdienste festgeschrieben. In vielen Bundesländern sind die Landesgesetze zum ÖGD allerdings sehr unscharf formuliert und lassen den Kommunen großen Spielraum. Für eine ausreichende Handlungsfähigkeit ist aber neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen eine ausreichende Ausstattung mit personellen, infrastrukturellen und finanziellen Ressourcen Voraussetzung. Durch das vielfältige Aufgabenspektrum, welches die Gesundheitsämter zu erfüllen haben, wird von einem Teil des Personals jede zusätzliche Aufgabe als übergroße Belastung empfunden.

Limitationen

Die im Verhältnis stärkere Vertretung von Städten mit über 500000 Einwohnern im Rücklauf der Befragung führt vermutlich zu einem höheren Anteil an Kontaktangaben zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten als er bundesweit tatsächlich ist. Allerdings sind die absoluten Fallzahlen nach Stadtgröße mit Kontaktangaben eher gering. Hinzu kommen die begrifflichen Unklarheiten zum Aufenthaltsrecht. Der rechtliche Unterschied zwischen Personen ohne Krankenversicherung aber mit Aufenthaltsrecht und jenen ohne legalen Aufenthaltsstatus ist in der unmittelbaren Versorgung auf kommunaler Ebene erst einmal irrelevant. Er wird erst relevant im Bemühen um eine Kostenerstattung und schließlich im politischen Handlungsbe-

darf. So ist davon auszugehen, dass sich unter den Angaben im Fragebogen auch Migrantinnen und Migranten verbergen, die über keinen Krankenversicherungsschutz, aber über einen Aufenthaltsstatus verfügen.

Die Rücklaufquote entspricht in Hinblick auf frühere Vollerhebungen den Erwartungen [11]. Da sich unter den Non-Respondern vermutlich relativ mehr Gesundheitsämter befinden, die keine Kontakte zu dieser Gruppe haben, sind keine Verzerrungen der Ergebnisse in Hinblick auf den Umgang mit undokumentierten Migrantinnen und Migranten bzw. differierende Einschätzungen zu erwarten.

Danksagung

Die vorliegende Studie wurde freundlicher Weise durch ein Projektstipendium der Heinrich Böll-Stiftung gefördert. Wir danken Herrn Prof. Dr. Siegfried Geyer für viele wichtige Hinweise während der Projektphase. Frau Dr. Irene Hirschberg, Herrn Dr. Niklas Garde und Frau Wiebke Bornschlegl danken wir für ihre guten Anmerkungen.

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- 1 Amtliche Begründung zu § 1 Abs. 1 IfSG
- 2 § 19 IfSG
- 3 *Statistisches Bundesamt*. Weniger Menschen ohne Krankenversicherungsschutz. Pressemitteilung Nr. 285 (20.08.2012). Im Internet: www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2012/08/PD12_285_122.html Stand: 18.03.2013
- 4 *Bundesamt für Migration und Flüchtlinge*, Hrsg. Das Bundesamt in Zahlen 2011. Asyl, Migration, ausländische Bevölkerung und Integration. Nürnberg: Druck-Buch-Verlag; 2012; 71
- 5 Vogel D, Aßner M. Umfang, Entwicklung und Struktur der irregulären Bevölkerung in Deutschland. Expertise im Auftrag der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN) beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Oktober 2011: 47). Im Internet: www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/EMN/Expertisen/emn-wp-41-expertise-de.pdf?__blob=publicationFile Stand: 18.03.2013
- 6 Mylius M. Selektives Recht auf Gesundheit? Gesundheitliche Ungleichheit am Beispiel spezifischer Infektionskrankheiten. In: Mylius M, Bornschlegl W, Frewer A, Hrsg. Medizin für „Menschen ohne Papiere“. Göttingen: V&R unipress; 2011; 103–124
- 7 Dillman D, Smyth J, Christian L. Internet, mail, and mixed-mode surveys: the tailored-design method. 3. Auflage. Hoboken: John Wiley & Sons; 2009
- 8 Geyer S. Forschungsmethoden in den Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung in die empirischen Grundlagen. Weinheim und München: Juventa Verlag; 2003; 57–69 und 91–155
- 9 *Bommes M, Wilmes M*. Menschen ohne Papiere in Köln. Eine Studie zur Lebenssituation irregulärer Migranten (Oktober 2007). Im Internet: <http://www.kmii-koeln.de/XE3system/uploads/Studie%20Menschen%20ohne%20Papiere%20in%20K%C3%B6ln.pdf> Stand: 18.03.2013
- 10 *Steffan E, Sokolowski S*. HIV/AIDS und Migranten/innen. Gesundheitsrisiken, soziale Lage und Angebote einschlägiger Dienste. Nationale Auswertung für Deutschland. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung; 2005; 71
- 11 *Steffan E, Rademacher M, Kraus M*. Gesundheitsämter im Wandel. Die Arbeit der Beratungsstellen für STIs und AIDS vor dem Hintergrund des neuen Infektionsschutzgesetz (IfSG). Eine Gesamtbefragung der Gesundheitsämter in Deutschland, Abschlussbericht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung; 2003; 13