

Seite: 3
Ressort: Politik
Seitentitel: Politik
Ausgabe: Hauptausgabe

Mediengattung: Tageszeitung
Nummer: 180
Auflage: 244.337 (gedruckt) 230.312 (verkauft)
 242.247 (verbreitet)
Reichweite: 0,833 (in Mio.)

Kranke zweiter Klasse

Geflüchtete werden in Deutschland zunächst nur in Notfällen vom Arzt behandelt - das Gesundheitssystem soll nicht zur Flucht verleiten / Von Anna Vollmer

HEIDELBERG, 5. August. Das ältere syrische Ehepaar kommt gerade aus einem der Behandlungszimmer. Ihren Namen wollen sie nicht preisgeben, ihre Geschichte dagegen schon: Die beiden sind über den Irak, die Türkei und Griechenland nach Deutschland geflohen, seit drei Tagen sind sie jetzt hier, im Patrick-Henry-Village, einem Erstaufnahmezentrum in Heidelberg. Der Mann leidet an Diabetes und muss regelmäßig Medikamente nehmen, gerade hat er vom Arzt neue Tabletten bekommen. Seine Frau hat schwere Atemprobleme, vor dreißig Jahren sei ihr der rechte Lungenflügel entfernt worden, sagt sie, es sei ihr dennoch ganz gutgegangen - bis zur Flucht. Stress dürfe sie nicht haben, habe der Arzt in Syrien gesagt, aber was heißt das schon, wenn man fliehen muss vor den Bomben und dem Krieg. In zwei Wochen hat die Frau wegen ihrer schwachen Lunge einen Termin in einer nahe gelegenen Klinik. Doch ob ihre Beschwerden überhaupt behandelt werden, dort oder in einer anderen Einrichtung, das ist an diesem Tag noch völlig offen.

Bei einem deutschen Kassenpatienten wäre das keine Frage, natürlich würden Atemprobleme sofort untersucht, doch die syrische Frau ist keine Kassenpatientin, sondern eine Geflüchtete. Und in Deutschland unterliegt die gesundheitliche Behandlung von Asylbewerbern in den ersten fünfzehn Monaten nach ihrer Ankunft nicht dem Sozialgesetzbuch, sondern dem sogenannten Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Wenn der Asylantrag bewilligt wurde, ändert sich das, dann sind Migranten den deutschen Kassenpatienten gleichgestellt. Doch vorher sind sie Kranke zweiter Klasse. In Paragraph vier des Gesetzes heißt es nämlich, dass die benötigten Leistungen nur im Falle von "akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen" gewährt werden müssen - und nicht vor-

her.

Diese Formulierung führt bei Ärzten und Behörden immer wieder zu Unsicherheiten. Was genau unter "akut" zu verstehen ist, das ist letztlich eine Definitionsfrage. Klar ist, dass zum Beispiel ein Herzinfarkt sofort behandelt werden muss, aber was ist mit Langzeiterkrankungen oder Verletzungen, die Patienten zwar beträchtlich einschränken, die aber nicht unmittelbar lebensbedrohlich sind? Da handeln Mediziner oft im Graubereich.

Stefan Kratochwill arbeitet als Internist im Patrick-Henry-Village; in alten Armeekasernen sind derzeit etwa tausend Migranten untergebracht. Die Erstaufnahmestelle für Migranten in Baden-Württemberg ist gut ausgestattet, es gibt Ärzte, Psychologen und Dolmetscher. Die medizinische Grundversorgung funktioniert, sagt Kratochwill: "Manche Leute haben die Vorstellung, wir verteilen hier nur Ibuprofen und Paracetamol. Schmerz gestillt, auf Wiedersehen. Das ist mitnichten so." Das Personal habe ein gutes Verhältnis zum Regierungspräsidium, das für die anstehenden Kosten verantwortlich ist. Auch Labortests würden vom Regierungspräsidium anstandslos bezahlt. Doch diese Situation ist nicht die Regel, sondern die Ausnahme. Für die Ärzte, die im Village arbeiten, sind die Gesetzeslage und die Arbeit mit Flüchtlingen Alltag. Ganz anders ist es bei Ärzten und Psychologen, welche die Migranten dann an ihrem künftigen Wohnort behandeln sollen - sie sind solche Situationen meist nicht gewohnt.

Die Frage, welche Behandlungen Geflüchtete erstattet bekommen, stellt sich Ärzten dort immer wieder. Zum Beispiel wird der Diabetes des Mannes aus Syrien in Heidelberg behandelt, obwohl es eine chronische Erkrankung ist, die das Gesetz eigentlich ausschließt. Es gibt also offenbar einen

Ermessensspielraum, wenn es um die Frage geht, wann chronische Krankheiten akute Folgen zeitigen. Bei anderen Krankheiten wie Krebs sehe das aber anders aus, sagt Kratochwill. Diese seien "subakut", wie der Internist sagt. Das bedeutet, dass in der Regel keine Behandlung stattfindet, vor allem dann, wenn die Diagnose schon im Ausland gestellt worden ist. Außerdem spielen oft das Herkunftsland eine Rolle, sagt er. Asylsuchende, deren Antrag größere Chancen hat, bewilligt zu werden, bekämen auch eher eine Behandlung bezahlt als solche, die vermutlich abgewiesen werden.

Im Jahr 2016 hat der Berliner Flüchtlingsrat auf Anfrage des Bundestages eine Stellungnahme veröffentlicht, in der er Fälle zusammentrug, bei denen Patienten aufgrund des AsylbLG nicht rechtzeitig oder ausreichend behandelt worden waren. So entschied sich etwa das Verwaltungsgericht Frankfurt 1997 gegen eine Kostenübernahme für eine Lebertransplantation im Falle eines Patienten, der an Hepatitis erkrankt war. Aus dem Wortlaut des Gesetzes ergebe sich, "dass ein Leistungsanspruch bei chronischen Erkrankungen - mit Ausnahme der Schmerzbehandlung - nicht besteht", heißt es im Urteil des Gerichts. Die Richter gewichteten diese Regelung im Gesetz offenkundig höher als eine andere, denn in dem Gesetz heißt es auch: "Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich sind."

Dabei kommt es immer wieder vor, dass Kranke länger als nötig mit ihren Beschwerden leben müssen, die sich im Lauf der Zeit dann auch verschlimmern können. In einem typischen Verlauf, sagt Kayvan Bozorgmehr, Professor für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, komme ein Patient

von der Erstversorgung, die prinzipiell allen gewährt wird, in die Regelversorgung. Hier müssten niedergelassene Ärzte, die sich mit der Gesetzeslage zuweilen nicht auskennen, entscheiden, wen und wann sie behandeln. "Patienten werden häufig erst einmal abgewiesen, weil Ärzte Angst haben, die Kosten nicht erstattet zu bekommen. So kommt es zur ersten Verzögerung." Danach müsse bei der zuständigen Behörde ein "Kostenübernahmeantrag" gestellt werden, auf dessen Bearbeitung man unter Umständen Wochen warten müsse. Sei der dann einmal bewilligt, könne es sein, dass sich der Patient aufgrund des Verteilungsschlüssels schon ganz woanders befinde.

Beim Bundessozialministerium in Berlin gibt es derzeit keine Bestrebungen, das Problem zu beseitigen - denn dort sieht man die Lage von Geflüchteten nicht als problematisch an. "Die geltenden Regelungen des AsylbLG zu den Gesundheitsleistungen erlauben eine angemessene gesundheitliche Versorgung der Leistungsberechtigten", teilt das Ministerium auf Anfrage dieser Zeitung mit. Dabei gibt es eine Möglichkeit, das AsylbLG im Kern beizubehalten und dennoch eine bessere Versorgung zu erreichen. Mehrere Bundesländer haben das sogenannte Bremer Modell eingeführt, bei dem Migranten eine Gesundheitskarte bekommen - sie ist vergleichbar mit dem Versicherten ausweis für Krankenversicherte -, mit der sie jederzeit zum Arzt gehen können. Der Anspruch auf eine medizinische Behandlung ist zwar gleichermaßen eingeschränkt, doch entfällt dort eine bürokratische Hürde: Geflüchtete müssen nicht mehr einen zeitlich befristeten Krankenschein beantragen, mit

dem sie dann zum Arzt gehen können. In der Praxis werden Flüchtlinge so tendenziell schneller und häufiger behandelt als in Ländern ohne Gesundheitskarte.

Dabei hat die gegenwärtige Regelung noch einen weiteren Nachteil - sie ist wohl auch für die deutsche Gesellschaft teurer. Vor vier Jahren veröffentlichte Kayvan Bozorgmehr mit seinem Kollegen Oliver Razum von der Universität Bielefeld eine Studie, welche die Kosten für die Versorgung von Migranten seit der Einführung des AsylbLG in den Blick nahm. Sie untersuchten die Zahlen, die das Statistische Bundesamt im Zeitraum von 1993 bis 2014 erhoben hatte und kamen zu dem Schluss, dass die Versorgungskosten für Patienten, die unter das AsylbLG fielen, auf lange Sicht fast immer höher waren als die Gesundheitskosten für Migranten, die einen regulären Zugang zum Gesundheitssystem hatten. "Man muss aufhören, mit dem Blick der schwäbischen Hausfrau auf diese Kosten zu schauen", sagt Bozorgmehr. So sprängen zwar die offensichtlichen Behandlungskosten zuerst ins Auge, der bürokratische Aufwand und eine eventuelle Verschlechterung der Krankheit durch Wartezeiten, die dann zu einer noch aufwendigeren und damit teureren Behandlung führen könnten, würden dabei jedoch nicht berücksichtigt. Der Flüchtlingsrat Berlin erinnert in seiner Stellungnahme an einen Patienten, bei dem ein verletzter Finger erneut gebrochen werden musste, weil eine Physiotherapie viel zu spät bewilligt worden war. Doch auch Kleinigkeiten könnten die Kosten in die Höhe treiben, sagt Bozorgmehr, zum Beispiel die Größe von Medikamentenpackungen, die Geflüchtete bekommen

können. Bei chronischen Erkrankungen würde jede Krankenkassen raten, größere Packungen zu nehmen, doch die bekämen Asylbewerber meist nicht verschrieben.

Allerdings bestehen die restriktiven Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes auch nicht völlig grundlos. Es geht dabei um die Frage, ob die Gesundheitsversorgung bei der Migration zu einem der sogenannten "Pull-Faktoren" zählt. Damit meinen Fachleute Gegebenheiten in einem Zielland, die Migranten gezielt dazu ermutigen könnten, ihre Heimat zu verlassen. Ein derzeit populäres Beispiel für einen solchen Faktor sind die Rettungsboote im Mittelmeer - ihre Existenz erhöhe die Fluchtbereitschaft, wird behauptet. Eine Studie der Universität Oxford konnte diese Vermutung jedoch nicht bestätigen. Als weiterer "Pull-Faktor" gilt für manche eben die gesundheitliche Versorgung. Oliver Razum hält dieses Argument jedoch für "absurd", wie er sagt. "Niemand flieht aus Aleppo, um sich die Zähne machen zu lassen." Stefan Kratochwill ist da vorsichtiger. Dass Patienten hierherkämen, weil sie auf eine Behandlung hoffen, sieht er durchaus. Zwar nicht aus Syrien oder über das Mittelmeer, doch dafür durchaus aus anderen Ländern. Dennoch stört sich Kratochwill am Begriff des Medizintourismus. "Niemand mit einer schweren Erkrankung entscheidet sich freiwillig, eine weite Reise auf sich zu nehmen", sagt er. Bei schlechter medizinischer Behandlung im Heimatland hätten viele Menschen schließlich keine andere Wahl, als zu fliehen.

Abbildung: Notfall oder nicht? Ein Arzt untersucht einen afghanischen Flüchtling.
Abbildung: Foto Cornelia Sick
Wörter: 1389