

Jahresbericht 2015

Humanitäre Sprechstunde

Amtsärztliche und sozialmedizinische Aufgaben für Erwachsene

Einleitung

Die Humanitäre Sprechstunde des Gesundheitsamtes richtet sich originär an Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus, denn sie haben laut § 4 und § 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes ein Recht auf kostenfreie medizinische Notfallversorgung. Die entstehenden Kosten werden vom Sozialamt finanziert. Laut § 87 des Aufenthaltsgesetzes müssten die persönlichen Daten des Hilfesuchenden jedoch an die Ausländerbehörde weitergeleitet werden, d.h. es drohte die Abschiebung.

Durch die Präzisierungen des Aufenthaltsgesetzes in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz (Bundesrat Drucksache 669/09, 88.2.3.) wurde 2009 klargestellt, dass das Personal der Abrechnungsstellen der Krankenhausverwaltung ebenfalls zu den berufsmäßigen ärztlichen Gehilfen zählt und somit der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt. Sie würden sich dann ebenso wie das medizinische Personal wegen der Verletzung eines Privatgeheimnisses strafbar machen (§ 203 Strafgesetzbuch).

Die genannte Verwaltungsvorschrift stellt darüber hinaus klar, dass sich die Schweigepflicht in die öffentlichen Stellen hinein verlängert (sog. verlängerter Geheimnisschutz), wenn diese personenbezogene Daten von einer schweigepflichtigen Person erhalten (§ 88 Abs. 2 AufenthG, Nr. 88.2.3 AVV). Daten, die das Krankenhauspersonal - im Falle der Abrechnung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz – an das Sozialamt weiterleitet, dürfen von diesem nicht an die Ausländerbehörde weitergereicht werden

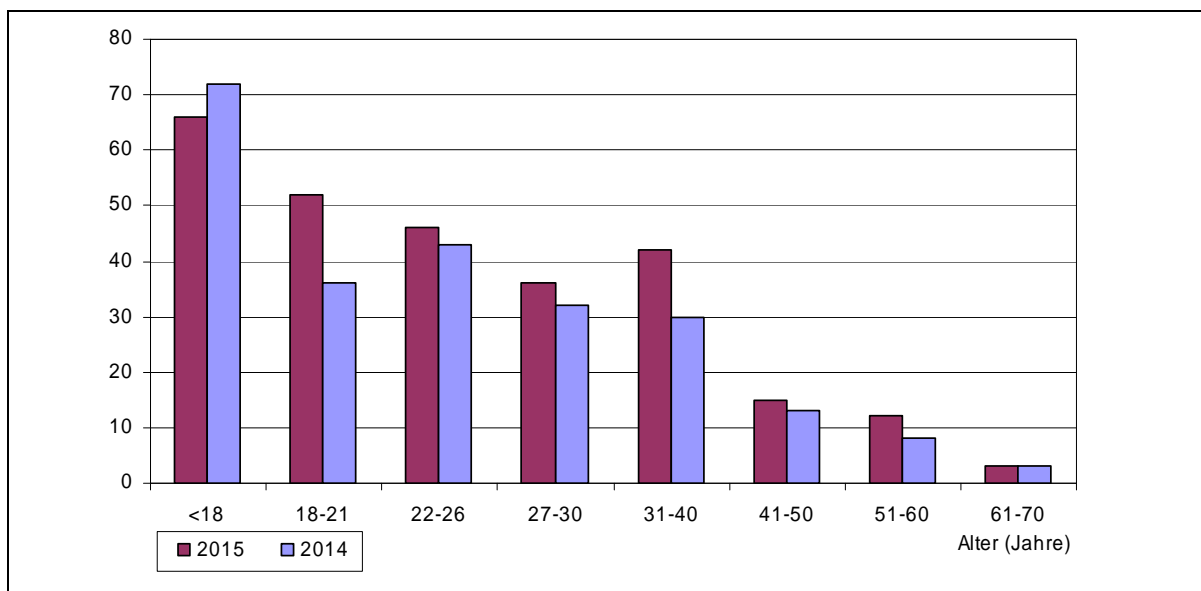
In der Mehrzahl suchten jedoch 2015 Menschen aus den EU-Ländern, insbesondere aus Bulgarien, die Beratungsstelle auf. Sie gelangten meist auf Grund von aufstockenden Leistungen über das Jobcenter bei Vorliegen einer geringfügigen Beschäftigung zu einer Krankenversicherung, sodass sie ins reguläre medizinische Versorgungssystem überführt werden konnten. Im Rahmen des Clearingverfahrens mit einer Dolmetscherin konnten eruiert werden, dass es sich hierbei um Arbeitsverträge handelte, die bezüglich der Tätigkeit, Arbeitszeit und Entlohnung mehr als fragwürdig waren. Darüber hinaus berichteten die Betroffenen von Zahlungen an den Arbeitgeber, die angeblich zur Zahlung der Krankenkassebeiträge verwendet würden.

Als Konsequenz erfolgt ab 2016 eine medizinische Basisversorgung und soziale Beratung ausschließlich für so genannte „Papierlose“, der eigentlichen Zielgruppe der Beratungsstelle. Den Mitgliedern des Gesundheitsausschusses wurden die näheren Beweggründe ausführlich in der Sitzung am 18.11.2015 dargelegt.

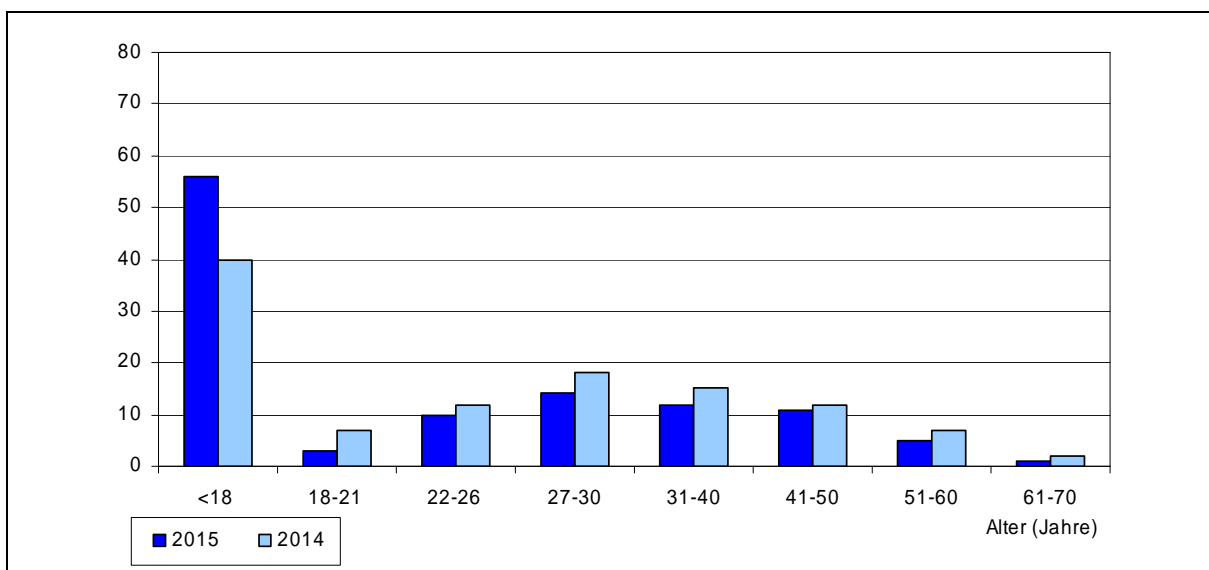
1. Patientendaten

• Altersverteilung

Die Zahl der PatientInnen ist **2015** auf 385 gestiegen, was einer erneuten Zunahme von 9% entspricht (**2014**: 350; **2013**: 321). Der Zuwachs bei den weiblichen Patienten betraf alle Altersgruppen, während bei den männlichen Patienten eine leichte Abnahme in allen Altersgruppen zu verzeichnen war.



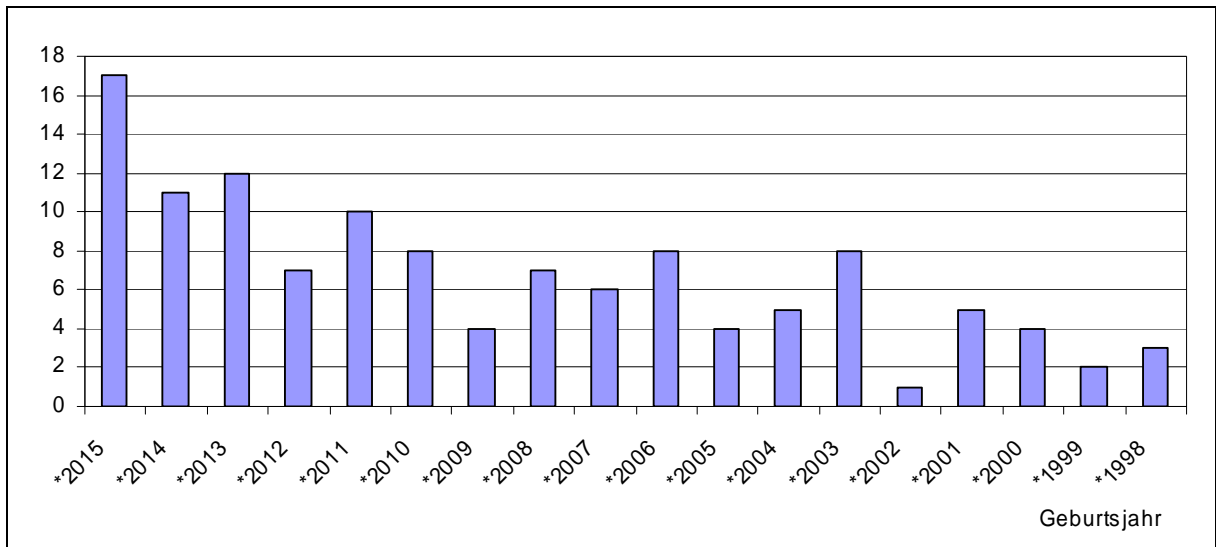
Altersverteilung der weiblichen Patienten (N=272)



Altersverteilung der männlichen Patienten (N=113¹)

Die Zahl der PatientInnen unter 18 Jahren ist **2015** auf 122 Kinder und Jugendliche (**2014**: 112) gestiegen, sodass jede/r dritte Patient unter 18 Jahren war. Mehr als die Hälfte war sogar jünger als sechs Jahre, 29 von ihnen wurden in Deutschland geboren. Neben der medizinischen Basisversorgung konnte bei Bedarf eine kinderärztliche Sprechstunde für Nichtversicherte angeboten werden, in deren Rahmen Vorsorgeuntersuchungen (U3- U5) und Impfungen durchgeführt wurden.

¹ Transsexuelle Patienten wurden in dieser Darstellung den männlichen Patienten zugerechnet.

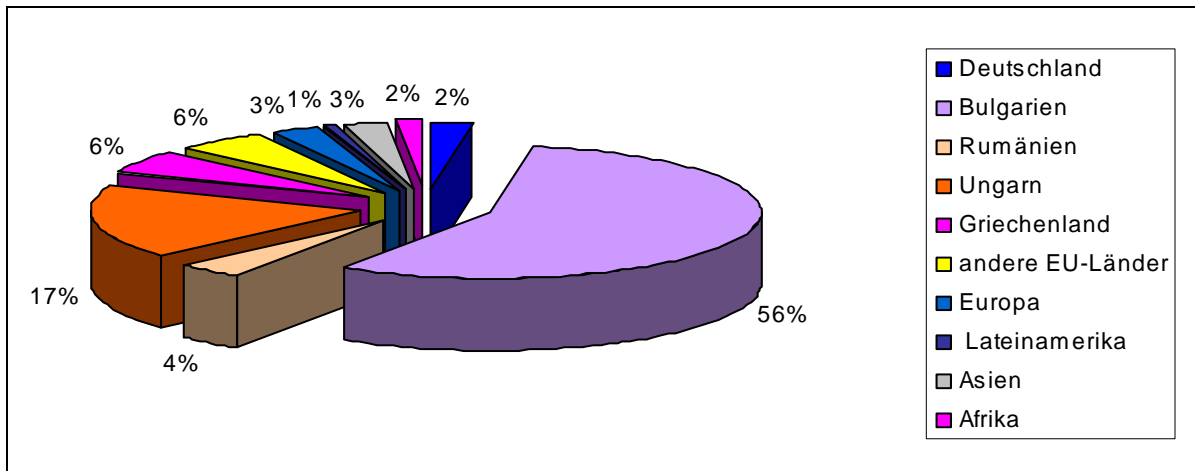


Altersverteilung der Kinder und Jugendlichen (N= 122)

- **Herkunftsregion**

89% der PatientInnen kamen aus einem EU-Land, mehr als jede/r Zweite aus Bulgarien. Jede/r Fünfte gab Ungarn als Herkunftsland an und nur wenige stammten aus Rumänien (4%) oder anderen EU-Ländern (5%)

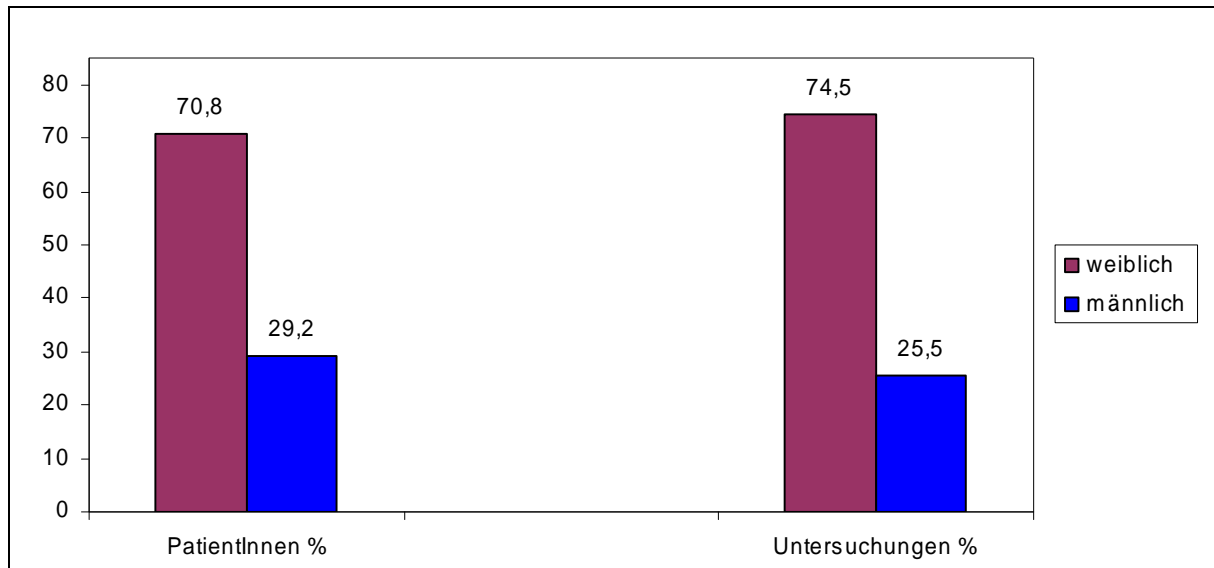
Die übrigen 11% der PatientInnen gaben Europa, Lateinamerika, Asien oder Afrika als Herkunftsland an.



Herkunftsregion

2. Behandlungszahlen

2015 wurden 384 PatientInnen in 716 Untersuchungen (**2014**: 350 PatientInnen, 854 Untersuchungen) behandelt, wobei 71% von ihnen Frauen waren. Dies entsprach einem Rückgang von 2-3 Sprechstundenbesuchen im Jahr **2014** auf unter zwei Konsultationen **2015**.



Geschlechterverteilung bezüglich der PatientInnen bzw. Untersuchungen

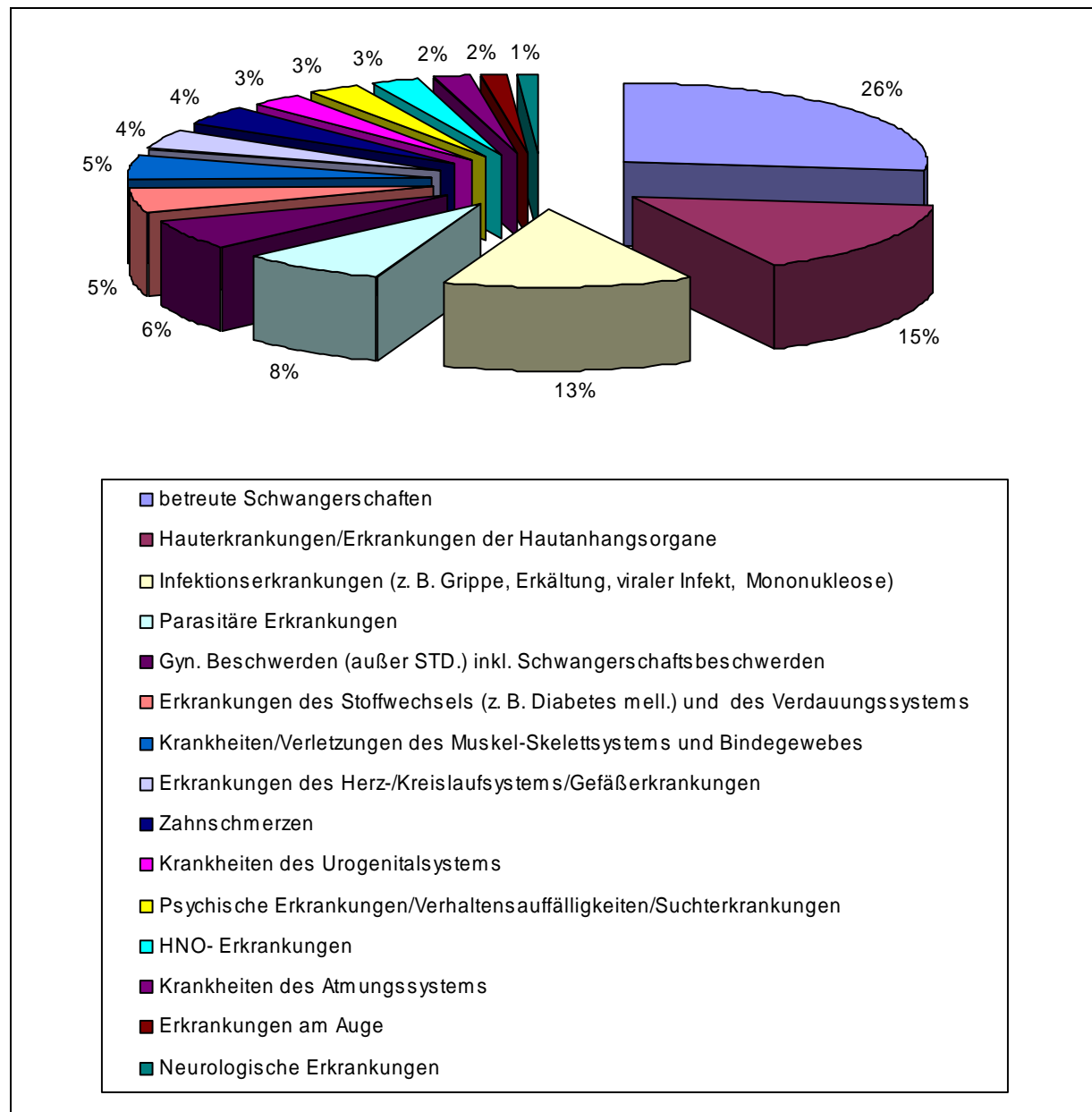
Bei jeder vierten Behandlung wurden die PatientInnen an kooperierende ÄrztInnen überwiesen (691 Untersuchungen, 166 Überweisungen), wobei jede vierte Überweisung entweder zu einem niedergelassenen Gynäkologen oder in eine Praxis für Kinder- und Jugendmedizin erfolgte.

Überweisungen	Anzahl
Gynäkologische Praxis	46
Praxis für Kinder- und Jugendmedizin	48
Zahnarztpraxis	11
Krankenhaus (u. a. auch Entbindung)	9
Praxis für Allgemeinmedizin, Innere Medizin	12
Augenarztpraxis	3
Praxis für Dermatologie	10
Praxis für Chirurgie, Orthopädie	1
Psychiatrische Praxis, Sozialpsychiatrischer Dienst	3
Neurologisch-psychiatrische Praxis, Sozialpsychiatrischer Dienst im Gesundheitsamt	7

3. Krankheitsspektrum

Insgesamt wurden 399 Diagnosen erfasst (2014: 419), wobei lediglich die Hauptdiagnose berücksichtigt wurde.

In mehr als der Hälfte der Fälle waren betreute Schwangerschaften, Hauterkrankungen oder Infektionskrankungen die Beratungsanlässe. Dies entsprach in etwa auch den Daten der Vorjahre.



Diagnosen

4. Schwangerschaften

2015 waren 86 Patientinnen (**2014** 84 Patientinnen) schwanger, von denen 30 Frauen einen Abbruch wünschten. Das Durchschnittsalter betrug 24 Jahre. Mehr als die Hälfte der Patientinnen stellte sich mit bereits weit fortgeschrittener Schwangerschaft vor. Während der Betreuung der Schwangerschaften erfolgten 107 Konsultationen mit 47 Blutuntersuchungen entsprechend den Schwangerschaftsvorsorge-Richtlinien. Die Kosten für die Entbindung wurden in einem Fall durch die Humanitäre Sprechstunde übernommen.

Umfang der medizinischen und sozialen Betreuung im Rahmen der Schwangerschaft
Blutentnahmen nach den Richtlinien der Schwangerschaftsvorsorge
Koordinierung der Termine bei den niedergelassenen GynäkologInnen
Information zu und Anbindung bei den Familienberaterinnen des Gesundheitsamtes ab der 24. Schwangerschaftswoche
Medizinische Versorgung der Schwangeren bei akuten Erkrankungen, ggf. Überweisung in weiterführende Diagnostik und Therapie
Koordination der Termine für die Früherkennungsuntersuchungen sowie der Impfungen des Säuglings, ggf. durch eine ehrenamtlich tätige Kinderärztin
Terminabsprache oder Hilfe zur Kontaktaufnahme mit der Caritas (Bundesstiftung Mutter und Kind - Schutz des ungeborenen Lebens) und der EU-Beratungsstelle/AWO Migrationsberatung
Vermittlung zu einer niedergelassenen Orthopädin zur Hüftsonographie der Neugeborenen im Rahmen der U3
Medizinische Versorgung des Säuglings bei akuten Erkrankungen und ggf. Überweisung in weiterführende Diagnostik und Therapie
Hilfen zur Erlangung des Krankenversicherungsschutzes

5. Daten der Clearingstelle

Jede/r neue PatientIn erhielt zunächst ein Gespräch in der Clearingstelle durch die Sozialarbeiterin des Gesundheitsamtes. Ziel der Beratung war es abzuklären, inwieweit ein Zugang in das reguläre medizinische Versorgungssystem für die/den PatientInnen möglich sei. Hierbei erhielten die KlientInnen konkrete Hinweise zu dem deutschen Krankenversicherungssystem und den Möglichkeiten, wie eine Krankenversicherung erlangt werden kann. Thematisiert wurden auch die damit verbundenen Rechte und Pflichten.

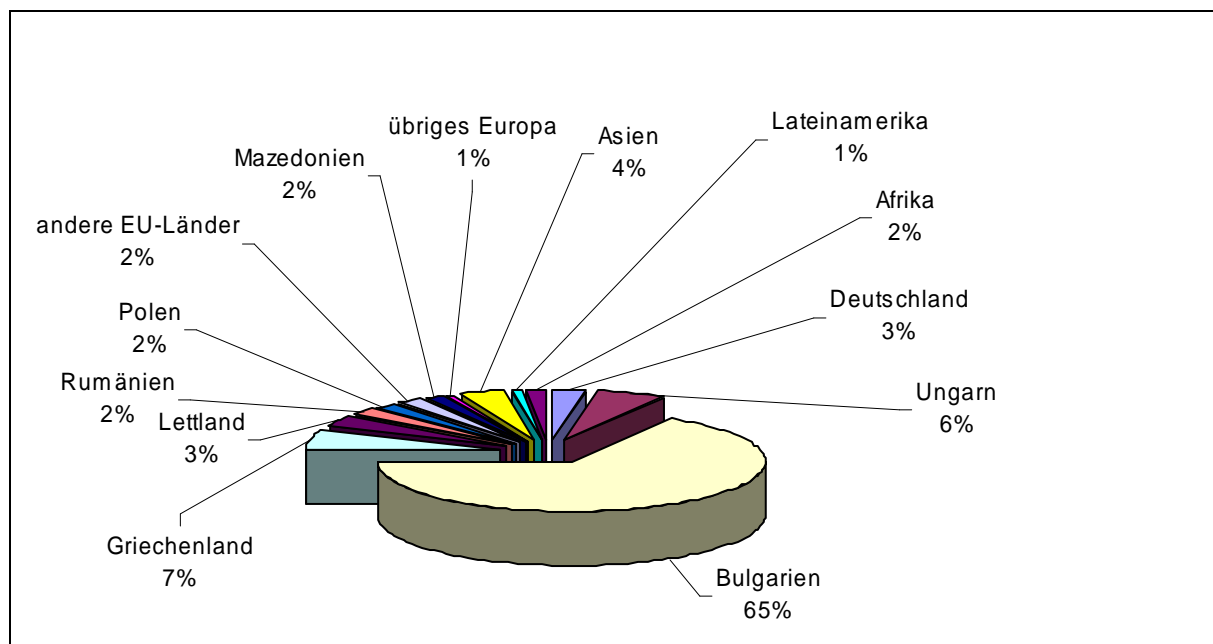
Mit den KlientInnen, die mehrmals in die Humanitäre Sprechstunde kamen, erfolgte grundsätzlich **vor** einer medizinischen Behandlung erneut das Clearing, um den fortlaufenden Prozess und die Eigeninitiative zur Erlangung einer Krankenversicherung zu besprechen. Die medizinische Versorgung in der Humanitären Sprechstunde ergab sich nachrangig, wenn es in einer der Erkrankung angemessenen Zeit nicht möglich war, einen Krankenversicherungsschutz zu erlangen.

Insgesamt frequentierten 616 KlientInnen das Clearing der Humanitären Sprechstunde (**2014**: 526). Hierbei handelte es sich um 482 Erstkontakte und 135 Mehrfachkontakte.

Die KlientInnen erhielten 533-mal eine Beratung und 84-mal eine Information. Von den 616 Hilfesuchenden waren 256 Frauen, 180 Männer und 180 Kinder.

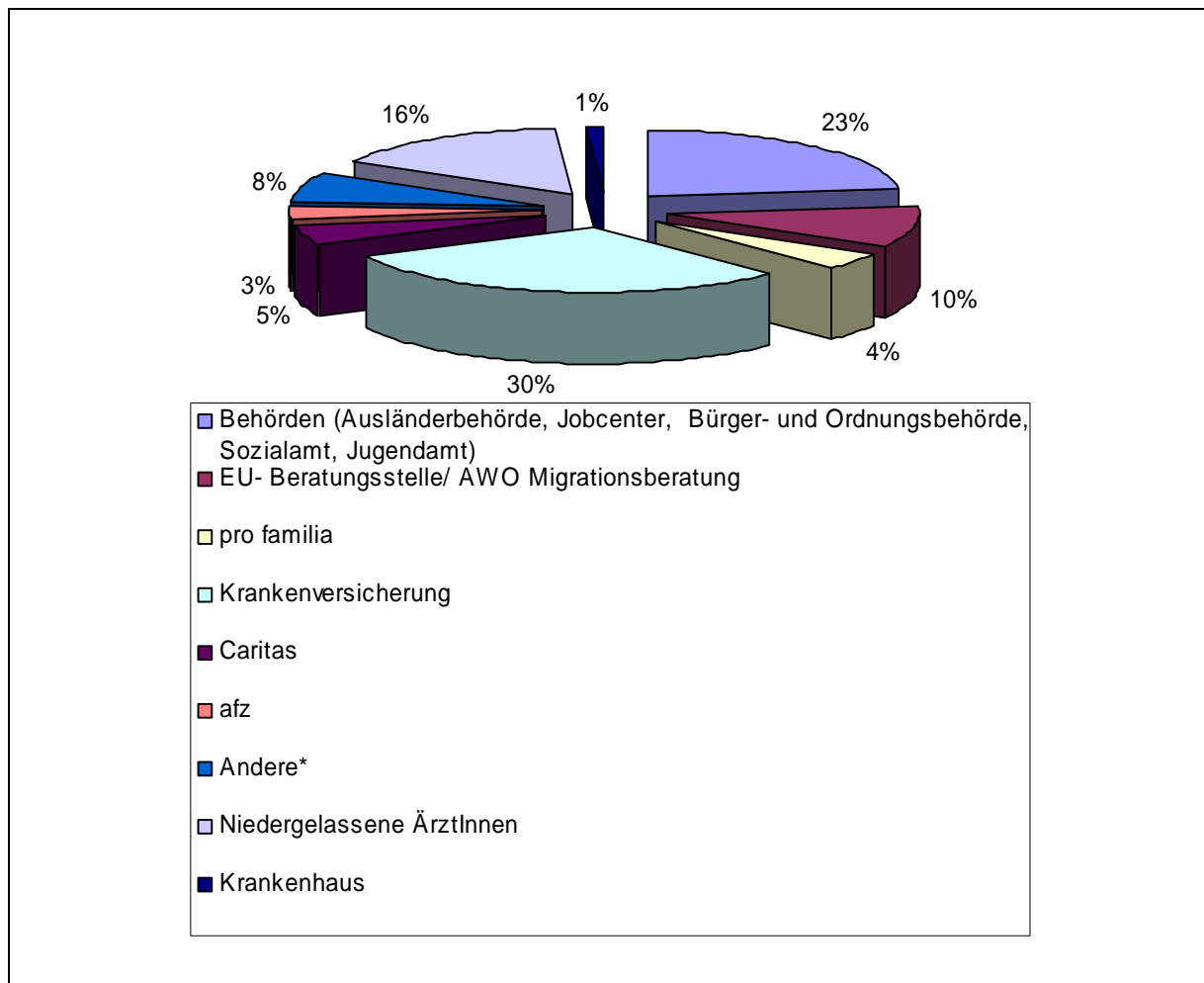
Auch in diesem Jahr kamen die Menschen mit unterschiedlichsten kulturellen Hintergründen und mit heterogenen Problemlagen, die sich inhaltlich kaum zu denen des Vorjahres unterschieden. Aufgrund dessen wurden die Hilfesuchenden 729-mal zu unterschiedlichen Institutionen überwiesen.

598 Personen waren MigrantInnen. Von den Hilfesuchenden waren 19 Deutsche, davon hatten 5 Personen einen Migrationshintergrund.



Herkunft der KlientInnen im Clearing

Auffällig war eine wesentlich häufigere Überweisung im Vergleich zum Vorjahr (**2015**: 245; **2014**: 119) der KlientInnen zu den Krankenkassen. Dieses wurde auch begünstigt durch die Erlangung von aufstockenden Leistungen durch das Jobcenter.



Überweisungen zu Institutionen

Andere*: AnwältInnen, Arbeitnehmerkammer, ArbeitgeberInnen, Schuldnerberatung, Suchtberatung, Frauenhaus, Initiative Jugendhilfe Bremerhaven, Familienberaterinnen

Das Angebot der Humanitären Sprechstunde für EU-BürgerInnen wurde seit Januar 2015 auf drei Monate begrenzt, da die KlientInnen oft keine Notwendigkeit mehr sahen, sich um eine Krankenversicherung zu bemühen in Anbetracht der aus ihrer Sicht ausreichenden medizinischen Basisversorgung der Humanitären Sprechstunde.

Andere fanden keine versicherungspflichtige Beschäftigung und hatten das Bestreben die Humanitäre Sprechstunde als dauerhafte Gesundheitsversorgung zu nutzen.

In Einzelfällen wurde das Angebot zeitlich erweitert.

Arbeit und Schwangerschaft

Die zeitliche Begrenzung betraf auch die Frauen, deren Schwangerschaft bis dato (nach den Richtlinien der Mutterschaftsvorsorge) von Beginn an bis hin zur Kostenübernahme der Entbindung über die Humanitäre Sprechstunde abgesichert wurde.

Die Regulierung erfolgte, weil sich die schwangeren Frauen seit Januar 2015 in der Spätschwangerschaft und kurz vor der Entbindung erstmalig vorstellten, oft nur zum Zwecke der Erlangung einer Kostenübernahme für die Entbindung (durch die Humanitäre Sprechstunde) und zur Erlangung eines Mutterpasses um Gelder aus der Bundesstiftung Mutter und Kind beantragen zu können.

In den überwiegenden Fällen war bereits absehbar, dass die Schwangeren in Kürze über einen eigenen Minijobvertrag (Monatsverdienst ab 175,-€), den Minijobvertrag des Ehemannes oder über ein Gewerbe mit geringfügigem Verdienst über die aufstockenden Leistungen des Jobcenters eine reguläre Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung erlangen würden. Dieses, obwohl sich die Klientinnen und/oder ihre Ehemänner/Partner zu

Beginn der Beratung als arbeitslos bezeichneten und aufgrund von Schwangerschaft und Mutterschaft ein Arbeitsverhältnis für die Frauen in der Regel nicht in Frage kam. Über ihre Tätigkeit und den Einsatzort ihrer Arbeit konnten die Klientinnen keine Angaben machen.

Überwiegend verfügten die Kinder aus der türkisch sprechenden Volksgruppe der BulgarInnen über keine EHIC², gefolgt von den Kindern der türkisch sprechenden Volksgruppe der GriechInnen. Die Eltern bekamen allerdings sehr schnell einen Minijob. Der Vertragsabschluss erfolgte zügig und verkürzte sich bis zum Ende des Jahres auf einen Zeitraum von 2-4 Wochen nach ihrer Einreise nach Deutschland. So konnten viele der Kinder schnell über eine Familienversicherung gesundheitlich abgesichert werden.

Ab September 2015 kamen vermehrt Gewerbetreibende, die sich jedoch in der Humanitären Sprechstunde vorerst als arbeitslos vorstellten. Auch in diesen Fällen wurde eine Krankenversicherung über das Jobcenter (aufstockende Leistungen) in der Regel schnell erlangt. Viele KlientInnen wussten nicht, welches Gewerbe sie betrieben und teilten auch mit, dass eine „andere Person“ dieses Gewerbe für sie angemeldet habe. Sie nutzten die Humanitäre Sprechstunde für den versicherungslosen Zeitraum bis zum Bewilligungsbescheid des Jobcenters.

Im Clearing wurden die BesucherInnen von der Sozialarbeiterin mit einer Dolmetscherin gegebenenfalls über die Strafbarkeit von Scheingewerbe und Scheinarbeitsverträge aufgeklärt.

Einige KlientInnen berichteten auch, dass sie in der Realität viel mehr Stunden arbeiteten, als im Arbeitsvertrag festgelegt worden sei. Die Bezahlung erfolgte jedoch wie im Arbeitsvertrag deklariert. Eine Anzeige des Arbeitgebers kam für die Betroffenen nicht in Frage aus Angst vor Repressalien und Verlust der Arbeit.

Auch erhielten KlientInnen in Firmen versicherungspflichtige Beschäftigungen in Form von Zeitverträgen. Diese endeten, wenn der zeitliche Anspruch, um als arbeitsloser Arbeitnehmer einen Anspruch auf finanzielle Hilfen zu haben, erfüllt war. Somit war der Verbleib in der Krankenkasse über das Jobcenter abgesichert. Hierüber wurden die KlientInnen aufgeklärt.

Es kamen auch arbeitslose KlientInnen in die Humanitäre Sprechstunde, die der Meinung waren, dass bereits eine freiwillige Krankenversicherung vorliege und ihnen lediglich die Versichertenkarte hierfür fehle. Sie hätten den Beitrag für die Versicherung von z.B. 100,- € an eine „ihnen helfende Person“ gezahlt, die den Versicherungsabschluss für sie vorgenommen habe. Es stellte sich heraus, dass die KlientInnen bei der angegebenen Versicherung nicht bekannt waren und sie bereits über einen Minijobvertrag aufstockende Leistungen beim Jobcenter beantragt hatten. Eine Bewilligung der Leistungen war noch nicht abschließend erfolgt, so dass bislang keine Versicherung vorlag. Die KlientInnen wurden in der Humanitären Sprechstunde aufgeklärt, dass sie über das Jobcenter in die KV gelangen würden und der Mitgliedsbeitrag einer freiwilligen Versicherung bei monatlich ca. 170,-€ liege.

Es kamen auch KlientInnen, die keine Leistungen vom Jobcenter erhielten, über keine KV verfügten und ihre Arbeitslosigkeit mitteilten. Sie lebten in eigens angemietetem Wohnraum. Miete und Lebensunterhaltskosten würden Verwandte für sie übernehmen. Diese Verwandten, so die KlientInnen, verfügten über aufstockende Leistungen vom Jobcenter.

Fast alle KlientInnen, die in die Humanitäre Sprechstunde kamen, hatten eine geringe Schulbildung und keine Berufsausbildung.

Immer wieder kamen KlientInnen in die Humanitäre Sprechstunde, die schon einige Jahre in Deutschland lebten. Auffällig waren die geringen Deutschkenntnisse der BesucherInnen, die sich überwiegend in der türkischsprachigen Gemeinschaft orientierten.

Viele neu zugewanderte türkischsprachige BulgarInnen und GriechInnen ließen sich in dieser Community von Vereinen oder durch Privatpersonen beraten und begleiten, auch gegen Bezahlung. Beraten wurde nur zu einzelnen Aspekten, sodass es in der Folge zu Schwierigkeiten kam, da keine Hilfestellungen im Gesamtkontext erfolgten. Die Probleme

2 Europäische Krankenversicherungskarte (European Health Insurance Card)

häuften sich, die KlientInnen wurden immer überforderter. Dieses hatte zur Folge, dass sich die Hilfesuchenden mit den „Altlasten“ der vorherigen, nicht umfassenden Beratung an die EU-Beratungsstelle und die Humanitäre Sprechstunde wendeten. Verschuldungen traten in dieser Gruppe oft auf. Zur Kenntnis gelangten in der Humanitären Sprechstunde besonders unbezahlte Krankenhausbehandlungen und Mietschulden.

EHIC- Europäische Krankenversicherungskarte

Anders als 2014 waren keine vermittelnden Kontakte zu Arztpraxen nötig, um die Handhabe der EHIC für die KlientInnen zu erläutern.

Probleme mit der Abrechnung traten auf, weil die EHIC in einigen Fällen keine Gültigkeit mehr vorwies. Das lag bei den Erwachsenen an nicht geleisteten Beitragszahlungen und daran, dass die EHIC nur für einen vorübergehenden Aufenthalt im Europäischen Ausland eine Gültigkeit besitzt. Diese Voraussetzung war bei vielen NutzerInnen nicht mehr gegeben, da sich der Lebensmittelpunkt der KlientInnen nach Deutschland verlagert hatte.

So verlangte die AOK einen Nachweis (E 106) über die aktuelle Gültigkeit der EHIC. Ohne den Nachweis erfolgte keine Kostenübernahme der Behandlungskosten. In manchen Fällen wurde eine Behandlung von vornherein abgelehnt. Die Beschaffung dieses Nachweises bereitete den KlientInnen große Schwierigkeiten, auch wenn die EHIC Gültigkeit hatte.

Die Abrechnung mit der EHIC stellt insofern ein Problem dar, weil die Krankenbehandlungen nach den landesüblichen Tarifen gezahlt werden. Diese sind in der Regel niedriger als die deutschen Tarife. Bei chronischen Erkrankungen werden die Kosten über die EHIC für 2-3 Quartale abgedeckt. Dieses kann für manche PatientInnen lebensgefährliche Auswirkungen haben.

In der Vergangenheit konnten BulgarInnen und RumänInnen ihre fehlenden Krankenversicherungsbeiträge im Heimatland nachzahlen und so bereits bestehende Behandlungskosten in Deutschland über die EHIC nachträglich begleichen.

Dieses war 2015 nicht mehr möglich. Die innerhalb eines versicherungslosen Zeitraumes entstandenen Kosten wurden, trotz Nachzahlung der Beiträge, vom Sozialversicherer im Heimatland nicht mehr übernommen.

Probleme gab es ebenfalls im Bereich der „entsendeten Arbeitnehmer“ aus anderen EU-Ländern, die in Deutschland arbeiteten. Diese werden normalerweise von ihrem Arbeitgeber in deren Heimatland bei der Krankenversicherung als „entsendete Arbeitnehmer“ angemeldet, damit diese einen umfangreichen Versicherungsschutz erhalten. Hierfür gibt es zusätzlich zu der EHIC eine besondere Bescheinigung. Das bedeutet auch, dass eine chronische Erkrankung während der gesamten Aufenthaltsdauer des europäischen Arbeitnehmers in Deutschland, behandelt werden kann. Leider meldeten nicht alle ausländischen Arbeitgeber ihre MitarbeiterInnen an. Diese erhielten im Heimatland einen stundenreduzierten Arbeitsvertrag und wurden mit diesem Vertrag über eine Firma in Deutschland zu anderen Unternehmen als Arbeiter geschickt, auch auf Montage ins europäische Ausland. De facto arbeiteten die Menschen das Vielfache ihrer offiziellen Stundenzahl. Die restliche Bezahlung erfolgte inoffiziell und unterbezahlt. Als Krankenversicherung diente allein die EHIC, die für eine derartige Konstellation nicht geeignet ist.

Minderjährige

Kinder ohne Krankenversicherungsschutz erhielten bis Mitte des Jahres 2015 alle erforderlichen medizinischen Behandlungen über das medizinische Netzwerk der Humanitären Sprechstunde. Die Erstuntersuchungen von Säuglingen und Babys fanden, einschließlich der U5, direkt in der Humanitären Sprechstunde statt.

Bei Minderjährigen ohne Krankenversicherungsschutz, bei denen auch die Sicherung ihres Lebensunterhaltes völlig unklar erschien, fand eine Kontaktaufnahme zum Jugendamt wegen Kindeswohlgefährdung statt. Hier wurde deutlich, dass es keine Regularien für die weitere kontinuierliche gesundheitliche Versorgung gab und diese Kinder wieder an die Humanitäre Sprechstunde verwiesen wurden.

Besonders problematisch waren die Schwangerschaften von minderjährigen EU-Bürgerinnen ohne Krankenversicherungsschutz. Diese Schwangerschaften gelten als Risikoschwangerschaften und bedürfen in der medizinischen Begleitung einer besonderen Sorgfalt. Auch der Lebensunterhalt der Mädchen schien oft nicht gesichert. Dieses schloss das zu erwartende Kind der Minderjährigen ein.

Zuständigkeiten und Regelungen in der Gesetzeslage waren für die EU- BürgerInnen bei differenzierten Problemlagen nicht gut anwendbar. Dieses betraf die Abwesenheit des/ der Erziehungsberechtigten, fehlende oder fragwürdige beglaubigte Urkunden für die Benennung einer gesetzlichen Vertretung für das Kind. Die Berufung des Ehegattens oder der Schwiegermutter zum Vormund der schwangeren Minderjährigen durch die Eltern des Mündels lässt eine objektive und auf das Kindeswohl gerichtete Fürsorge in vielen Fällen nicht zu. Eigeninteressen und Rollendiffusitäten könnten im Vordergrund stehen.

Asyl

2015 suchten auch Menschen die Humanitäre Sprechstunde auf, die einen Asylantrag gestellt oder ein Widerspruchsverfahren angestrebt hatten. Diese Menschen irrten umher und suchten Hilfe. Sie kamen wegen unterschiedlicher Probleme, aber auch weil sie krank waren und nicht wussten, dass sie über das AsylbLG³ gesundheitlich versorgt werden konnten. Die Klärung ihrer Problemlagen beanspruchte in der Regel viel Zeit, oftmals war zu Beginn des Clearings nicht ersichtlich, dass es sich bei den Personen nicht um papierlose Menschen handelte, sondern dass ein Asylverfahren anhängig war. Diese Hilfesuchenden konnten entweder in weiterführende Hilfen vermittelt werden, oder ihre Problemstellung wurde abschließend im Clearing bearbeitet.

Papierlose

In Deutschland leben schätzungsweise zwischen 200.000 und 500.000 Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Sie haben aus rechtlicher Sicht nach AsylbLG Anspruch auf medizinische Behandlung bei akuten oder schmerzhaften Krankheiten, eingeschlossen sind ebenfalls die Schwangerschaftsvorsorge wie auch die Entbindung.

Aus Angst vor Abschiebung werden diese Leistungen oft erst sehr spät in Anspruch genommen, welches zu schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen führen kann. Eine Regelversorgung ist für die Papierlosen rechtlich nicht gewährleistet Dies widerspricht dem Menschenrecht auf Gesundheit in Deutschland.

Ziel des Clearings ist die Abklärung des aufenthaltsrechtlichen Status der Patientin/des Patienten. Da die Fälle sehr unterschiedlich gelagert sind, erforderte die Bearbeitung ein großes Fachwissen und zeitaufwändige Einzelfalllösungen. Hinzu kam die Schwierigkeit, dass die Gespräche immer mit DolmetscherIn erfolgen mussten.

³ Asylbewerberleistungsgesetz

6. Kosten

Die anfallenden Kosten haben sich von **2014** auf **2015** bei nahezu gleichbleibender PatientInnenzahl halbiert. Entsprechend lagen die Fallkosten bei 17,47€. (2014: 33,23€). Somit waren die Projektmittel in Höhe von 15.000€ ausreichend. Sie werden als Rücklage für das kommende Jahr genutzt werden.

Die Aufwendungen setzten sich wie folgt zusammen:

Medizinische Leistungen	2015	2014
Stationäre Entbindungen	600,00€	1.800,00€
veranlasste Diagnostik und Behandlungen	1.785,70€	2.123,31€
Medikamente, Praxisbedarf	2.227,84	3.110,14€
Dolmetscherinnenkosten	2.763,00€	2.528,67
Gesamtkosten	6.707,04	11.631,93€

7. Öffentlichkeitsarbeit

- Entwicklung von Informationsbroschüren für die Humanitäre Sprechstunde
- Präsentation der Humanitären Sprechstunde in verschiedenen Ausschüssen und Veranstaltungen sowie Pressearbeit (u. a. Gesundheitsausschuss, QZ Kinderärzte)
- Mitarbeit am Runden Tisch „Zugang zur Gesundheitsversorgung für EU-BürgerInnen“, Bremen
- Unterstützung anderer Städte bei der Konzepterarbeitung ihrer Humanitären Sprechstunde
- Mitglied „Netzwerk Schwangere“
- Mitglied „Netzwerk Migration“
- Teilnahme AK Migration und Flüchtlinge

8. Fortbildungen

- Sicherstellung einer Gesundheitsversorgung für undokumentierte MigrantInnen, Frankfurt/ Main
- Impf- Refresherkurs, Bremen

9. Kooperationen

Über die Zeit ist ein tragfähiges regionales und überregionales Netzwerk mit vielfach verbindlichen Absprachen entstanden. Wichtig ist hierbei die Pflege von Arbeits- und Kommunikationsstrukturen, damit eine gelingende Zusammenarbeit möglich ist. Diese Abstimmungsprozesse benötigen Zeit, die im Endeffekt den KlientInnen/ PatientInnen zugute kommt.

Stellvertretend sind hier die ehrenamtlich tätigen ÄrztInnen und RechtsanwältInnen mit ihrem Fachpersonal, die KollegInnen der verschiedenen Beratungsstellen der Stadt Bremerhaven zu nennen (EU-Beratungsstelle, AWO-Migrationsberatungsstelle, afz, Caritas, pro familia e. V.) sowie MitarbeiterInnen der Krankenkassen.

10. Bewertung und Ausblick

- Auf Grund der oben genannten Missstände beschränkt sich das Angebot der Humanitären Sprechstunde ab Januar 2016 auf Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus.
- Grundsätzlich ist aus unserer Sicht eine Überarbeitung des §1776 und § 1778 BGB notwendig. In vielen Kulturkreisen herrscht eine andere Auffassung von Kinder- und Frauenrechten, die nicht unserer gesellschaftlichen Norm entsprechen. Schwangerschaften und Ehen mit minderjährigen Mädchen sind nicht außergewöhnlich. Das patriarchalisch geprägte Familiensystem dominiert die Mädchen.
- Der Magistrat hat im September 2012 beschlossen die Humanitäre Sprechstunde fortzuführen und die jährlich zur Verfügung gestellten Projektmittel von 15.000€ dauerhaft ab Januar 2013 für diesen Zweck festzuschreiben. Eine Verringerung oder Aussetzen der Finanzierung hätte zur Folge, dass die Arbeit der Humanitären Sprechstunde gar nicht oder lediglich stark eingeschränkt möglich wäre.
- Das Clearing der Sozialarbeiterin ist entscheidend für die Arbeit in der Humanitären Sprechstunde. Hier werden die Weichen gestellt für eine mögliche Legalisierung und somit Eingliederung in das reguläre medizinische Versorgungssystem. Folglich fällt hier ebenfalls die Entscheidung, inwieweit eine Kostenübernahme notwendig ist.
- Hervorzuheben ist die unverzichtbare Zusammenarbeit mit einer neutralen, professionellen Dolmetscherin, die in der Lage ist, die Ansprüche der KlientInnen und der Institutionen nicht miteinander zu vermischen und für beide Seiten korrekt zu übersetzen.
- Abgelehnte Flüchtlinge werden nicht freiwillig in ihre Heimat zurückkehren, sondern einen Weg finden hier zu bleiben. Es ist davon auszugehen, dass in naher Zukunft die Zahl der Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus ansteigen wird und somit ebenfalls der Bedarf der medizinischen Versorgung dieser Menschen.
- Langfristiges Ziel ist die Ausweitung der medizinischen Versorgung auf Erkrankungen, welche die Definition nach §4 und §6 AsylbLG nicht erfüllen. Ein Weg wäre der anonyme Zugang zur medizinischen Regelversorgung mittels eines anonymen Krankenscheins.

In Gedenken an Frau Zeynep Özdemir, unserer türkischsprachigen Dolmetscherin in der Humanitären Sprechstunde, die am 13.03.2016 einer Gewalttat zum Opfer fiel und an deren Folgen am 05. 04. 2016 verstarb.

Sie hat mit hoher Professionalität, großem Engagement und großer Empathie sowohl im Clearing als auch in der ärztlichen Sprechstunde mitgearbeitet.

Sie fehlt uns.