

## Medizinethischer Kommentar zum Fall: "Asyl für eine bessere medizinische Behandlung – wie sollen wir mit 'Gesundheitsflüchtlingen' umgehen?"

Verina Wild, Tanja Krones

### Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Wild, Verina, and Tanja Krones. 2018. "Medizinethischer Kommentar zum Fall: 'Asyl für eine bessere medizinische Behandlung – wie sollen wir mit "Gesundheitsflüchtlingen" umgehen?'" *Ethik in der Medizin* 30 (1): 59–61. <https://doi.org/10.1007/s00481-018-0475-y>.

### Nutzungsbedingungen / Terms of use:

licgercopyright



# **Medizinethischer Kommentar zum Fall: „Asyl für eine bessere medizinische Behandlung – Wie sollen wir mit ‚Gesundheitsflüchtlingen‘ umgehen?“**

**Verina Wild · Tanja Krones**

Eine ethische Orientierung zum vorliegenden Fall bietet die „Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der Bundesärztekammer: Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund“ (ZEKO 2013). Wie dort u. a. ausgeführt wird, führt die Gesetzesformulierung im § 4 des Asylbewerberleistungsge-  
setz (AsylbLG) mit Bezug auf „akute Erkrankungen und Schmerzzustände“ häufig zu Verunsicherung auf Seiten der Behandelnden und folglich Einschränkung der Versorgung, obwohl die rechtliche Grundlage sehr viel umfassendere Behandlungsmöglichkeiten vorsieht.

Die im geschilderten Fall beteiligten Ärztinnen und Ärzte handeln auch nach der behördlichen Ablehnung der Kostenübernahme ethisch korrekt. Nach dem Genfer Ärztegelöbnis verpflichten sich Ärztinnen und Ärzte, immer im Sinne des Patienten zu entscheiden, unabhängig von Nationalität, sozialem Status oder sonstigen Identitätsfaktoren (WMA 2017). Sie dürfen und sollen Patienten, mit denen sie eine Beziehung eingegangen sind und deren Gesundheit bedroht ist, nicht abweisen.

Nun provoziert dieser Fall jedoch womöglich gewisse Ängste. Sie werden beispielsweise in Online-Kommentaren zu Beiträgen über Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen ausgedrückt. Zu lesen ist von der Sorge, dass bei einer guten Versorgung immer mehr Kranke versuchen werden, nach Deutschland zu kommen. Ein Solidarsystem könne jedoch nur funktionieren, wenn genügend Menschen einzahlen. Um das System zu bewahren, müssten also weniger Flüchtlinge aufgenommen

---

PD Dr. V. Wild (✉)

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München,  
Lessingstr. 2, 80336 München, Deutschland  
E-Mail: v.wild@lrz.uni-muenchen.de

Prof. Dr. med. Dipl. Soz. T. Krones

Klinische Ethik Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte, Universitätsspital  
Zürich/Universität Zürich, Zürich, Schweiz

werden bzw. müssten die Leistungen für Asylbewerber sehr stark eingeschränkt werden.

Diese moralischen Intuitionen werden auf den ersten Blick durch philosophische Argumente gestützt, die das Recht eines Nationalstaats auf Ablehnung von Einwanderern betonen (Miller 2005; Sangiovanni 2007). Diese werden dann so ausgedeutet, dass Ausländern nicht der gleiche Anspruch auf Teilhabe an sozialstaatlichen Privilegien zusteht, manchmal verbunden mit zwei weiteren Argumenten, der *welfare magnet thesis* und dem Differenzargument (ZEKO 2013). Die *welfare magnet thesis* postuliert, dass (viele) Menschen durch gute Sozialleistungen – im Sinne eines „Magneten“ – veranlasst werden, ihr Land zu verlassen und in einem reicheren Land Zuflucht zu suchen. Das Differenzargument besagt, es sei unstrittig, dass Staaten befugt seien, Migrationspolitik zu betreiben und ein Recht auf Aufenthalt zu verweigern. Daher sei es auch gerechtfertigt, Menschen, die sich nur zeitweise in einem Land aufhielten, nicht die gleichen sozialen Rechte zu gewähren, wie den Bürgern des jeweiligen Landes.

Empirisch ist dem zunächst entgegenzuhalten, dass sich schwer kranke Menschen meist nicht einer lebensgefährlichen und strapaziösen Flucht aussetzen, die sie häufig gar nicht überleben würden. Diejenigen, die kommen, gehören – vielfach beschrieben im *healthy migrant effect*<sup>1</sup> – eher zu den gesunden Menschen einer im eigenen Land bedrohten Population (Kingreen 2010; ZEKO 2013). Doch selbst wenn gute medizinische Versorgung als sogenannter *pull*-Faktor im Einzelnen vorhanden sein mag, so steht die Public Health Ethik bzw. politische Philosophie eindeutig auf Seiten der Patienten. Bei der spezifischen Diskussion über Gesundheit findet sich weitestgehend ein Konsens. Gesundheit wird als ein essentiell wichtiges Grundgut angesehen, welches gleichberechtigt geschützt werden muss, um bestmögliche Ausgangsbedingungen für ein erfülltes Leben zu ermöglichen (Daniels 2008; Powers und Faden 2008; Venkatapuram 2011; Illingworth und Parmet 2015; Wild 2015; Wild et al. 2017). Diese universale ethische Grundannahme ist explizit für Migranten und Asylsuchende im internationalen und EU-Recht verankert (Wild et al. 2017). Sie findet sich auch bei sogenannten *luck egalitarians*, also solchen Gerechtigkeitstheoretikern, die der eigenen Verantwortung und auch Schuld sehr viel Bedeutung beimesse, was grundsätzlich eher zur Einschränkung staatlicher Compensationspflichten führen kann. Laut Shlomi Segall ergibt sich die Verpflichtung, medizinische Grundversorgung zu leisten, aus dem Fakt, dass jemand sich auf staatlichem Verantwortungsgebiet aufhält. Sie ist also territorial herzuleiten und nicht aus kontingenten Merkmalen der einzelnen Person (Nationalität, Aufenthaltsstatus o.ä.) (Segall 2010).

Es ist ethisch also nicht vertretbar, das Recht auf Gesundheit durch migrationspolitische Maßnahmen, z. B. zur Abschreckung weiterer Flüchtlinge – wie dies die *welfare magnet thesis* oder das Differenzargument nahelegen – einzuschränken (Kingreen 2010). Der Migrationsethiker Joseph Carens plädiert in diesem Sinne für eine *firewall* zwischen migrationspolitischen Maßnahmen und Grundrechten. Er argumentiert, das formale Zusprechen menschlicher Grundrechte mache moralisch

---

<sup>1</sup> Dieser Effekt verschwindet im Längsschnitt, wenn Einwanderer im Aufnahmeland eher unter prekären sozialen Bedingungen leben und arbeiten.

keinen Sinn, wenn diese Rechte nicht wirksam geschützt würden (Carens 2013; Wild et al. 2017).

Wir erleben derzeit eine politisch aufgeladene Atmosphäre, in der es angesichts der Vielzahl der berichteten Fälle in manchen Institutionen oder Regionen scheinbar zur Routine wird, Entscheidungen entgegen menschlicher Grundrechte zu treffen. In diesem Klima ist es nötig, dass es „Kümmerer“ gibt: Menschen, die sich um das Verstehen und die Vermittlung bestehender rechtlicher Rahmenbedingungen und ethischer Normen kümmern, gerade dann, wenn Menschen, wie im geschilderten Fall, aus Krankheits- und/oder Sprachgründen ihre Rechte gar nicht wahrnehmen können. Nicht selten bestehen auch Ängste, sich Behörden zu offenbaren. Dies kann bei dem Patienten aus Georgien neben der persönlichen krankheits- und sprachbedingten Überforderung eine Rolle gespielt haben, die medizinischen Unterlagen nicht an die Behörden zu senden. Wir sollten Ärztinnen und Ärzte bestärken, sich nicht den Umständen oder möglicherweise falschen behördlichen Entscheidungen zu ergeben, sondern sich weiter im Sinne des Genfer Gelöbnisses für die Humanität einzusetzen. Das ärztliche Ethos wird in solchen Fällen fundamental berührt. Wir sehen es zudem als Aufgabe institutioneller Strukturen an, zu denen auch klinische Ethikkomitees gehören, auf organisationsethischer Ebene tätig zu werden. Sie können z.B. institutionelle Richtlinien auf Basis von Ethik und geltendem Recht für ähnliche Fälle erarbeiten und dafür sorgen, diese in der Institution effektiv umzusetzen. Damit steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Fälle wie diese nicht so tragisch verlaufen. Der Patient wäre womöglich besser informiert und begleitet worden, er hätte seine Unterlagen womöglich fristgerecht eingereicht, so dass ein Status der Duldung sowie eine adäquate Behandlung hätten erreicht werden können.

## Literatur

Carens JH (2013) The ethics of immigration. Oxford University Press, New York

Daniels N (2008) Just health: meeting health needs fairly. Cambridge University Press, New York

Illingworth P, Parmet WE (2015) The right to health: why it should apply to immigrants. *Public Health Ethics* 8:148–161

Kingreen T (2010) Soziale Rechte und Migration. Schriftenreihe der Juristischen Studiengesellschaft Regensburg e. V, Bd. 31. Juristische Studiengesellschaft Regensburg e. V, Baden-Baden

Miller D (2005) Reasonable partiality towards compatriots. *Ethical Theory Moral Pract* 8:63–81

Powers M, Faden R (2008) Social justice: the moral foundations of public health and health policy. Oxford University Press, New York

Sangiovanni A (2007) Global justice, reciprocity, and the state. *Philos Public Aff* 35:3–39

Segall S (2010) Health, luck, and justice. Princeton University Press, Princeton

Venkatapuram S (2011) Health justice: an argument from the capabilities approach. Wiley, Cambridge

Wild V (2015) Universal access to health care for migrants: applying cosmopolitanism to the domestic realm. *Public Health Ethics* 8:162–172

Wild V, Jaff D, Shah NS, Frick M (2017) Tuberculosis, human rights and ethics considerations along the route of a highly vulnerable migrant from sub-Saharan Africa to Europe. *Int J Tuberc Lung Dis* 21:1075–1085

WMA (2017) World Medical Association. WMA declaration of Geneva. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>. Zugegriffen: 26. Jan. 2018

ZEKO (2013) Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer: Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund. *Dtsch Arztebl* 110:A899–903