

Ethik und Recht in Medizin und Biowissenschaften

Aktuelle Fallbeispiele aus klinischer Praxis und
Forschung

Herausgegeben von
Bernice S. Elger,
Nikola Biller-Andorno,
Bernhard Rütscbe

DE GRUYTER

Verina Wild

5 Eigenverantwortung und soziale Exklusion: Medizinische Versorgung für Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus

Fallbeispiel

Bettina Müller, 23 Jahre, meldet sich telefonisch in einer allgemeinärztlichen Praxis an. Sie berichtet über Schmerzen im Arm nach einem Sturz. Wenig später ist sie in Begleitung einer Frau da und gibt am Empfang ihre Krankenkassenkarte ab. Beide Frauen werden in den gut gefüllten Warteraum gebeten.

Frau Müller wird aufgerufen, und die Frauen gehen gemeinsam in das Sprechzimmer. Nur die begleitende Frau zieht im Sprechzimmer ihre Jacke aus. Sie ist circa 40 Jahre alt, spricht kein Deutsch, ist dunkelhäutig und wirkt verschüchtert. Sie hält ihren Arm fest, um den eine durchgeblutete Binde gewickelt ist. Die Jüngere der beiden stellt sich der behandelnden Ärztin als Medizinstudierende namens Bettina Müller vor und sagt, sie hätte am Empfang ihre Krankenkassenkarte abgegeben. Eigentlich sei aber die Dame neben ihr, Jamila, die Patientin.

Hintergrundinformationen

Jamila kommt aus Eritrea und hat mit ihrem Ehemann zusammen Asyl beantragt. Obwohl die Chancen gut standen, als Eritreer aufgenommen zu werden, wurde ihr Asylantrag abgelehnt. Jamila und ihr Mann sahen aufgrund der politischen Umstände in Eritrea keine Möglichkeit zur Rückkehr und leben nun seit 10 Monaten ohne Aufenthaltsstatus. Sie haben Angst, sich mit Behörden auseinanderzusetzen und wissen zum Beispiel nicht, ob sie eine Krankenversicherung abschließen können. Ihre Bekannten, ebenfalls Sans-Papiers, raten ihnen davon ab, sich an offizielle Stellen zu wenden, denn die Gefahr, dabei als „Illegale“ gemeldet zu werden, sei zu groß.

Jamila ist gestürzt und muss die Wunde ärztlich untersuchen lassen. Von einer Bekannten weiß sie, dass es die „Medizinische Flüchtlingshilfe“ gibt, von der sie nicht an öffentliche Behörden gemeldet werde.

In der Medizinischen Flüchtlingshilfe arbeiten Medizinstudierende auf freiwilliger Basis. Sie haben eine Liste mit Ärzten zusammengestellt, die sich bereit erklärt haben, Sans-Papiers unentgeltlich behandeln. In letzter Zeit wurde es schwierig, Ärzte für diese Aufgabe zu rekrutieren. Viele klagten über die zunehmende Arbeitslast, die drückenden Praxiskosten und darüber, dass sich insgesamt zu wenig Kollegen um die Sans-Papiers kümmern würden. Sie allein könnten den erhöhten Arbeitsaufwand kaum noch bewältigen. Bettina hatte heute Dienst in der Flüchtlingshilfe und wurde von Jamila aufgesucht. Keiner der wenigen auf der Liste verbliebenen Ärzte war erreichbar. Bettina entschloss sich

daraufhin, den Versuch zu unternehmen, Jamila bei einem bisher unbekanntem Arzt auf ihre eigene Krankenkassenkarte behandeln zu lassen.

5.1 Problemfelder

Aus Jamilas Sicht: Eigenverantwortlicher Entscheid für ein Leben ohne Gesundheitsversorgung?

Aus Angst vor Folter und Strafe möchte Jamila nicht nach Eritrea zurückzukehren. In ihrer Abwägung zieht sie das Leben ohne Papiere einer Rückkehr in ihr Heimatland vor. Damit ist sie eine von geschätzten 50.000 – 300.000 Sans-Papiers in der Schweiz oder eine von geschätzten 4,5 – 8 Millionen in der Europäischen Union (Haase und Jugl 2007; Longchamp et al. 2005). Ihr Leben ist von der Befürchtung geprägt, dass sie oder ihr Mann entdeckt werden. Sie lebt sehr zurückgezogen, leidet unter Schlafstörungen und Kopfschmerzen.

In der Schweiz könnte sie aus rechtlicher Sicht eine Krankenversicherung abschließen. Doch auch dort entscheiden sich viele Sans-Papiers aus Angst vor der Weitervermittlung ihrer Daten gegen einen Abschluss der Versicherung (Bundesrat 2012). In Deutschland besteht eine Übermittlungspflicht durch Sozialämter, die Menschen ohne Papiere daran hindert, Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen. Durch Jamila's „Entscheidung“ für ein Leben ohne Aufenthaltsstatus ist sie also von einer regulären Krankenversicherung ausgeschlossen.

Aus Bettinas Sicht: Umsetzung und Einhaltung des ärztlichen Berufskodex?

Bettina ist Medizinstudentin und möchte Neurologin werden. Neben der naturwissenschaftlichen ist ihr auch die soziale Dimension der Medizin wichtig. In der Genfer Deklaration des Weltärztebundes findet sie ihr Verständnis für Medizin wieder (WMA 2006):

„Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich:
mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. (...)“

Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein. (...)“

Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung. (...)“

In ihrer Gruppe der medizinischen Flüchtlingshilfe bemerken sie, dass es immer schwieriger wird, Sans-Papiers eine adäquate medizinische Versorgung zu ermöglichen. Sie diskutieren das Problem, dass die ärztlichen ethischen Prinzipien kaum in der Realität umsetzbar sind. Ihre Gruppe, wie viele andere Flüchtlingshilfegruppen oder Ärzteorganisationen auch, setzt sich daher für eine strukturelle Verbesserung der medizinischen Versorgung von Sans-Papiers ein. Sie berufen sich in ihrer Argumentation unter anderem auf den internationalen Pakt über die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte (OHCHR 1976), in dem es heißt:

„(1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.

(2) Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Maßnahmen

(...)

d) zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.“

Aus Sicht des behandelnden Arztes: Barmherziger Samariter in Zeiten knapper Kassen?

Der Arzt erlebt einen Konflikt. Er möchte einerseits der Patientin medizinisch helfen, denn das ist sein professioneller Auftrag.

Andererseits fühlt er sich verpflichtet, die Kosten, die für eine Behandlung aufgebracht werden, zu decken. Insbesondere durch die zunehmenden Wirtschaftlichkeitsanforderungen steht er unter Druck, kostengünstig zu arbeiten. Sein Arbeitstakt hat sich über die letzten Jahre stark erhöht. Eine Episode, wie die mit Jamila, stört den gut organisierten Praxisalltag. Der Arzt weiß des Weiteren nicht, ob er Versicherungsbetrug begeht, wenn er Jamila auf Bettinas Karte behandelt. Ihm ist es zudem nicht recht, dass die solidarisch finanzierte Krankenversicherung – zu der Jamila keinen Beitrag geleistet hat – für diese Behandlung aufkommen muss. Auch möchte er in Zukunft nicht mehr von der Gruppe der medizinischen Flüchtlingshilfe beansprucht werden. Einerseits weiß er rechtlich insgesamt kaum etwas über seine oder die Möglichkeiten der Patienten, andererseits hat er Sorge, in Zukunft von der Gruppe überbeansprucht zu werden, wenn er der Behandlung zustimmt.

5.2 Ethische Beurteilung

Heutzutage werden weltweit mehr als 214 Millionen Migranten vermutet; eine Zahl, die das fünfgrößte Land der Erde konstituieren würde (UN 2009). Prognosen gehen davon aus, dass die Zahl bis zum Jahr 2050 auf circa 405 Millionen steigen wird, insbesondere wird mit einer Zunahme von Menschen ohne Aufenthaltsstatus gerechnet (IOM 2010). Zu der Lebenssituation von Sans-Papiers heißt es bei der deutschen Bundeszentrale für politische Bildung (Haase und Jugl 2007):

„Ausbeutung und Abhängigkeit prägen in der Regel die Situation von irregulären Einwanderern. Ihre Arbeitsbedingungen in vielen Betrieben sind deutlich schlechter als die regulärer Arbeitskräfte, was sich etwa in niedrigeren Löhnen, fehlenden Arbeitsverträgen (und damit auch Rechten) und längeren Arbeitszeiten äußert. Viele irreguläre Einwanderer nehmen diese Ausbeutung aus Angst hin, sie könnten ihren Job verlieren oder ihr Status könne auffliegen. Einige irreguläre Migranten, die geflüchtet sind und erfolglos Asylverfahren durchlaufen haben, verfügen auch über hohe Berufsqualifikationen, die sie wegen ihres fehlenden Status aber nicht anerkennen lassen können.“

Das schweizerische Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartment (Longchamp et al. 2005, 41) schreibt:

„Als Hauptprobleme von Sans-Papiers werden die Illegalität, („Aufdeckungsgefahr“, Angst vor Polizeikontrollen, Angst vor Ausschaffung), die Abhängigkeit von Dritten (von Arbeitgeber, Verwandten und Herkunftsgemeinschaften), das hohe Risiko von sozialen und gesundheitlichen Problemen (Isolation, fehlende Integration, Druck von Angehörigen im Heimatland, Stress, mangelnde Gesundheitsvorsorge) die prekäre Lebensweise und fehlende Zukunftsperspektiven (schlechte Lohn- und Arbeitsverhältnisse, Unmöglichkeit der Zukunftsplanung, Bildung der Kinder), sowie der fehlende Rechtsschutz (Sozialversicherungen, Ausbeutungsgefahr) genannt.“

Grundsätzlich besteht für bestimmte Gruppen von Migrant*innen eine erhöhte Vulnerabilität hinsichtlich der Gesundheitsversorgung (Derose et al. 2007). Bei Sans-Papiers ist diese Vulnerabilität u. a. durch Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem begründet. Derzeit bieten 10 von 27 Staaten in Europa keine geregelte Notfallversorgung für Sans-Papiers an (Björngren Cuadra 2011). Folgende ethische Abwägungen spielen bei der Diskussion des vorliegenden Falls eine Rolle.

Eigenverantwortung und der Handlungsspielraum sozial schwächer gestellter Menschen

Ein möglicher Einwand gegen unentgeltliche Behandlungen ist, dass es in Deutschland und der Schweiz die Möglichkeit, ja sogar eine Pflicht gibt, eine Krankenversicherung abzuschließen. Im Fall von Jamila könnte argumentiert werden, dass sie grundsätzlich dem Ausreiseentscheid hätte Folge leisten müssen. Folglich trüge sie nun auch die Verantwortung für die ihr fehlende Krankenversicherung.

Doch ist zu fragen, wie viel Handlungsspielraum sich für sozial schwächer gestellte Menschen tatsächlich bietet. Kann einer Familie, die sich eine Zahnzusatzversicherung nicht leisten kann, tatsächlich im Behandlungsfall ein Vorwurf der fehlenden Eigenverantwortung gemacht werden, wenn es aufgrund von prekären sozialen Verhältnissen für die Familie *de facto* keine Möglichkeit gab, das Geld für die Zusatzversicherung aufzubringen? Und wie viel Handlungsspielraum bietet sich Jamila und ihrem Ehemann? Kann hier von einem *freiwilligen* Entscheid für die Illegalität und gegen eine Krankenversicherung gesprochen werden? Freiwillig würde bedeuten, dass es umsetzbare Alternativen zu dieser einen Handlungsoption gegeben hätte. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass weder die verarmte Familie noch Jamila und ihr Mann gute Alternativen zu ihrer Handlung hatten.

Das zugrunde liegende Problem ist häufig nicht die fehlende Eigenverantwortung, sondern strukturelle Bedingungen, die zu einer systematischen Benachteiligung führen. Theorien der sozialen Gerechtigkeit in der Medizin arbeiten diesen Aspekt heraus und weisen darauf hin, dass es für die Gesellschaft und für Institutionen eine ethische Verantwortung gibt, *gerade* den sozial benachteiligten Menschen die Möglichkeiten zu schaffen, sich gesund und frei entfalten zu können (Powers und Faden 2008).

Behandlung ohne Ansehen des sozialen Status

Wie bereits erwähnt ist eines der wichtigsten ethischen Leitprinzipien für Ärzte, sich in ihren ärztlichen Pflichten einem Patienten gegenüber

„nicht beeinflussen [zu] lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung“ (Genfer Ärztegelöbnis).

In der ärztlichen Praxis bedeutet das, sich einem grundsätzlich geltenden, also einem *deontologischen* Prinzip der Gleichbehandlung von Patienten zu verpflichten. Deontologische Ethik betont die verbindliche Pflichtgemäßheit einer Handlung unabhängig von ihren Auswirkungen. Die Einhaltung des Gleichheitsgebots wäre demnach auch dann noch gültig, wenn dadurch andere moralische oder eventuell sogar rechtliche Pflichten in den Hintergrund treten müssen.

Auch aus *Care-ethischer* Sicht ist dieses Prinzip einzuhalten. Die Care-Ethik betont den fürsorglichen Aspekt in Beziehungen zu anderen Menschen. Sie liefert damit eine plausible Grundlage für ärztliches Handeln. Die Care-Ethik würde die Behandlung einer schmerzleidenden Patientin, die um Hilfe bittet, in den Vordergrund stellen.

Das Wohl der Allgemeinheit

Nach einem *utilitaristischen* Prinzip, also dem Nützlichkeitsprinzip, ist die Behandlung von Jamila infrage zu stellen. Die Gesundheitsversorgung für die anderen Patienten könnte dadurch gefährdet werden, dass Zeit und Ressourcen für einen Fall aufgewandt würden, der nicht vergütet werden kann und der durch Übersetzung, Klärung der Sachlage und andere Unabwägbarkeiten mehr Zeit in Anspruch nimmt. Wenn es durch die Behandlung von Jamila dazu kommt, dass der Arzt in Zukunft von der Flüchtlingshilfe überbeansprucht wird, kann er – einem sog. *Dammbruchargument* gemäß – möglicherweise seine Praxiskosten nicht mehr decken, sein Personal nicht bezahlen und seinen anderen Patienten nicht mehr gerecht werden. Die Behandlung von Jamila wäre damit dem Allgemeinwohl, der allgemeinen Nützlichkeit nicht zuträglich.

Jedoch ist bei diesem Fall nicht davon auszugehen, dass die Behandlung unverhältnismäßig lange dauern würde und dadurch die anderen Patienten nicht mehr behandelt werden könnten. Zudem besteht das (potenzielle) Problem, dass der Arzt übermäßig beansprucht würde, derzeit nicht. In diesem Fall ist also das Nützlichkeitsprinzip in Abwägung mit der konkreten Pflicht zu helfen zu vernachlässigen.

Fazit

Nach Abwägung der ethischen Aspekte stellt sich folgendes Problem: Aus ethischer Sicht ist klar, dass Ärzte ihre Patienten ohne Ansehen ihres Status behandeln sollen. Angesichts der Wirtschaftlichkeitsanforderungen an Ärzte kann es jedoch zu Umsetzungsproblemen kommen, sei es, weil eine Versicherung eine Behandlung nicht be-

zahlt, oder sei es, weil keine Versicherung und auch kein privates Vermögen vorhanden sind. Dem Umsetzungsproblem wiederum liegen in vielen Fällen strukturelle Probleme wie Armut und globale und soziale Ungleichheit zugrunde. Solche strukturellen Probleme sind aber von einzelnen Ärzten im konkreten Fall nicht zu lösen. Dennoch bleiben Ärzte dem Grundprinzip der Medizin verpflichtet, Menschen ohne Ansehen ihres Status zu behandeln. So auch in diesem Fall. Es gibt aus ethischer Sicht für den behandelnden Arzt keine Möglichkeit, die Behandlung zu verweigern.

Doch gibt es für den Arzt noch eine weitere moralische Dimension zu beachten. Dabei geht es um eine für ihn relevante Beziehung zwischen der „Mikroebene“, also der Ebene der individuellen Handlung zwischen Arzt und Patient, und der „Makroebene“, einem Gesamtbild, das auch strukturelle, politische und soziale Rahmenbedingungen berücksichtigt.

Angesichts der Erkenntnisse, dass gesellschaftliche Bedingungen für die Gesundheit von zentraler Bedeutung sind, und dass unsere Welt zunehmend globalisiert und vernetzt ist, was wiederum Auswirkungen auf individuelles Handeln hat (Young 2006), ist es nicht möglich, klinische Ethik und ärztliches Ethos auf einer scheinbar abgrenzbaren Mikroebene zu verorten. Ein stärker vernetzender Blick ist nötig, der anerkennt, dass individuelles ärztliches Handeln immer im Kontext von größeren Zusammenhängen gesellschaftlicher Bedingungen, wie zum Beispiel struktureller Ungleichheit, und globaler Entwicklungen steht (Krones et al. 2012; Wild 2012).

Es ist also auch für den Einzelnen notwendig, die strukturelle Dimension des ärztlichen Handelns mit zu bedenken und den eigenen Handlungsspielraum im Falle von erkannter Ungerechtigkeit auszuloten. Im konkreten Fall hieße das, sensibel für das strukturelle Problem zu sein und es z. B. an geeignete Stellen mitzuteilen, also Aufmerksamkeit für das Problem zu generieren. Es könnte den Arzt auch dazu veranlassen, sich im Kollegenkreis abzusprechen, die Versorgung der Sans-Papiers untereinander fair aufzuteilen oder karitative Gelder einzuwerben, um die Versorgung zu gewährleisten. Des Weiteren könnte er sich in ärztlichen Fachgesellschaften mit dem Thema befassen und öffentliche Stellungnahmen verfassen, wie sie beispielsweise durch die „Europäische Erklärung zum freien Zugang zur medizinischen Versorgung für Menschen ohne Papiere vorliegt“ (unterzeichnet etwa von der deutschen Bundesärztekammer). Darin wird die Ermöglichung medizinischer Behandlung von Sans-Papiers gefordert, für die der Staat finanziell aufkommen müsse, zudem wird die Notwendigkeit der Information von Gesundheitspersonal über die Rechte und Möglichkeiten von Sans-Papiers gefordert.

Literatur und Materialien

- Björngren Cuadra C (2011) "Right of Access to Health Care for Undocumented Migrants in EU: A Comparative Study of National Policies". *The European Journal of Public Health* Juni 9; doi: 10.1093/eurpub/ckr049
- Bundesrat (CH) Krankenversicherung und Zugang zur Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers, Bericht vom 23.5.2012
- Derosé KP, Escarce JJ, Lurie N (2007) Immigrants and Health Care: Sources of Vulnerability. *Health Aff* 26:1258–1268
- Haase M, Jugl JC (2007) Irreguläre Migration. Bundeszentrale für Politische Aufklärung, Bonn. <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/56565/irregulaere-migration?p=all>. Zugegriffen: 5. Sept. 2013
- HUMA. Health for Undocumented Migrants and Asylum seekers network (2011) Europäische Erklärung zum freien Zugang zur medizinischen Versorgung für Menschen ohne Papiere. http://www.huma-network.org/averroes_de/Petitions/Europaeische-Erklärung-zum-freien-Zugang-zur-medizinischen-Versorgung-fuer-Menschen-ohne-Papiere.
- IOM. International Organization for Migration. World Migration Report. Executive Summary. http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR2010_summary.pdf. Zugegriffen: 5. Sept. 2013
- Krones T, Rüegg C, Günthard HF, Rid A, Wild V (2012) Kommentar zum Fall „Heimlicher Transfer von HIV-Medikamenten nach Afrika“. *Eth Med* 24: 59–61
- Longchamp C, Aebersold M, Rousselot B, Ratelband-Pally S (2005) Sans Papiers in der Schweiz: Arbeitsmarkt, nicht Asylpolitik ist entscheidend. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Migration. Gfs, Bern http://www.ejpd.admin.ch/content/dam/data/migration/laende_rinformationen/forschung/studie-sans-papiers-d.pdf. Zugegriffen: 5. Sept. 2013
- OHCHR. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>. Zugegriffen: 5. Sept. 2013, Deutsche Übersetzung der Schweizerischen Eidgenossenschaft: <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19660259/index.html>
- Powers M, Faden R (2008) *Social Justice: The Moral Foundations of Public Health and Health Policy*, 2. Aufl. Oxford University Press, USA
- UN (2009) United Nations, International Migrant Stock: The 2008 Revision. <http://esa.un.org/migration/>
- Wild V (2012) Zum Umgang mit „kulturellen Fragen“ in der klinischen Ethik am Beispiel der Hymenrekonstruktion. *Eth Med* 24(4): 275–286
- WMA. World Medical Association. Declaration of Geneva. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/> Zugegriffen: 5. Sept. 2013
Deutsche Übersetzung von der Bundesärztekammer: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Genf.pdf>. 2006
- Young IM (2006) Responsibility and Global Justice: A Social Connection Model. *Soc Philos Policy* 23: 102–130