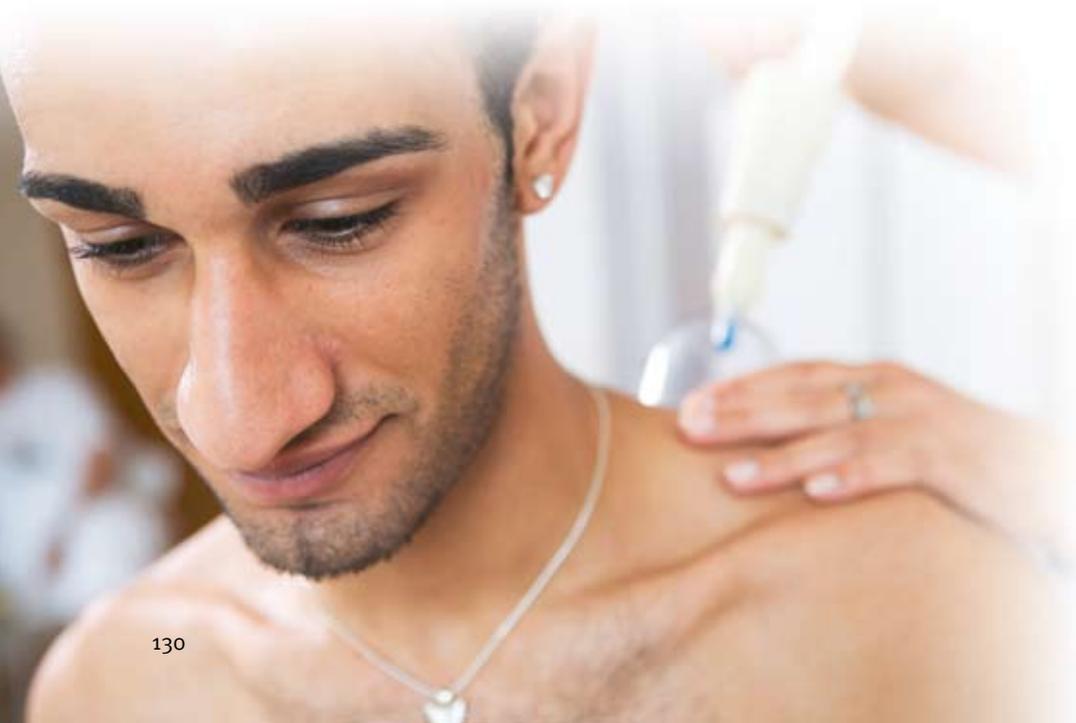


Öffentlicher Gesundheitsdienst und Migration

„Vor der Untersuchung in Lissabon musste ich meine Zähne machen lassen (...) Wer schlechte Zähne hatte, durfte nicht nach Deutschland (...) Nachdem wir die Blut- und Urinuntersuchung bei einem portugiesischen Arzt in der nächsten Stadt gemacht hatten, sind wir eine Woche vor der Abfahrt nach Lissabon gegangen. Die Leibesvisitation bei der Deutschen Verbindungsstelle in Lissabon war wie beim Militär. Sie haben wirklich alles untersucht, die Zähne und sogar die Beine.“

Portugiesische Zeitzeugin, etwa 1962



Bilanzversuch

Migration ist seit mehreren Jahren Gegenstand lebhafter gesellschaftlicher Diskussionen. Welche Rolle spielt dabei der Öffentliche Gesundheitsdienst – beteiligt er sich aktiv und gestaltend, oder reaktiv abwartend? Was sind Aufgaben und Pflichten der Gesundheitsämter, wie werden sie wahrgenommen?

Im Rückblick auf 60 Jahre ÖGD lassen sich diese Fragen vordergründig schnell beantworten: Migration im heute verstandenen Sinn war nahezu 40 Jahre lang kein Thema, weder für die Politik, noch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Weil sich Deutschland und die Deutschen jahrzehntelang nicht als Einwanderungsland verstanden, waren spezifische Aufgaben oder Konzepte im und für den ÖGD schlicht nicht existent. Nur: stimmt das?

Es lohnt sich, die 60 jährige Geschichte der Bundesrepublik Deutschland, verstanden als Geschichte von Migrationsbewegungen, in Beziehung zu setzen zur Geschichte ihres Öffentlichen Gesundheitswesens. Hilfreich mag dabei zunächst die Feststellung sein, dass die Bundesrepublik Deutschland seit ihrer Gründung fast zu jeder Zeit Migrationsbewegungen kannte. Sie unterscheiden sich durch ihre Ziele und Beweggründe im jeweiligen historischen Kontext, der hier kurz skizziert werden soll.

In der ersten Phase, die bis Mitte der 1950er Jahre datiert werden kann, sehen wir hunderttausende von Flüchtlingen aus den ehemaligen deutschen Ostgebieten und tausende sogenannter Spätheimkehrer, die aus sowjetischer Kriegsgefangenschaft kommend, mit erheblichen Schwierigkeiten bei der Reintegration zu kämpfen hatten, zu denen neben psychischen und sozialen auch gesundheitliche Probleme gehörten.

Die eigentlich notwendige Rückkehr von Emigranten, die vor den Nazis geflohen waren, war vergleichsweise gering, was nur zu verständlich war – dem Öffentlichen Gesundheitsdienst der Nachkriegszeit hätten die engagierten Sozialhygieniker der Weimarer Zeit gut getan ...

Zeitgleich verließen Tausende von Auswanderern Deutschland. Diese letzte von vielen Auswanderungswellen reichte noch bis in die 1960er Jahre, in angesichts wachsenden Wohlstands allerdings immer kleineren Dimensionen.

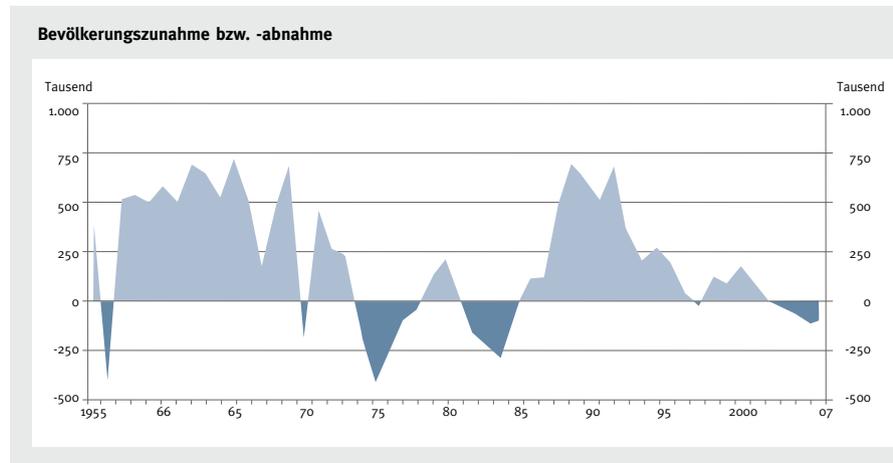
Eine weitere Migrationsbewegung wurde überhaupt nicht als solche verstanden: es war die Massenflucht aus der ehemaligen DDR, die erst mit dem Bau der Berliner Mauer am 13.08.1961 abrupt endete. Auffanglager und Übergangslager wurden unterhalten in Größenordnungen, die auch in den Neunziger Jahren nicht mehr erreicht wurden.

Das „Wirtschaftswunder“ – das in Wahrheit kein Wunder war – erzeugte zum ersten Mal in der Geschichte der Bundesrepublik Zuwanderung im großen Maßstab, die durch Anwerbung von Arbeitskräften ab 1956 äußerst aktiv betrieben wurde. Triebfeder war der zunehmende Arbeitskräftemangel. Deutschland sah sich zum ersten Mal nach 1949 konfrontiert mit Menschen aus anderen europäischen Ländern mit hier noch unbekanntem sozialen und kulturellen Bezügen. Bemerkenswert ist, dass die wenigsten der im Gesundheitswesen tätigen Menschen damals verstanden haben, welche Auswirkungen andere ethnische, soziale und kulturelle Herkunft auf Krankheitsverständnis und Krankheitsbewältigung, aber auch auf Strategien der Gesunderhaltung haben können. Die herabsetzenden Worte vom „Morbus anatolicus“ oder vom „Mittelmeersyndrom“ klangen lange nach.

Mit dem Jahr 1989 und dem Untergang des Sozialistischen Lagers mit dem Fall von Grenzen setzte eine neue Phase der Zuwanderung ein; sie brachte zahlreiche Menschen aus osteuropäischen Ländern nach Deutschland. Im Vordergrund standen Spätaussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion, die trotz überwiegend deutscher Staatsbürgerschaft nicht weniger Integrationsprobleme hatten als andere Zuwanderergruppen. Hinzu kamen Bürgerkriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien, und schließlich folgten ab etwa 1990 immer mehr Flüchtlinge und Asylbewerber aus aller Welt. Armutsflüchtlinge und Papierlose sind eine weitere große Gruppe von Migranten in Deutschland.

Erst während dieser späten Phase begann ein gesellschaftlicher Diskurs zur Frage, ob Deutschland ein Einwanderungsland sei. Zu einer Zeit also, als diese Frage faktisch längst entschieden war. Heute beschäftigen uns bekanntlich älter und alt gewordene Migranten genauso wie jüngere Migranten der zweiten und dritten Generation.

Die statistische Bilanz der Migration nach und von Deutschland ist beachtlich: Mehr als 30 Millionen Menschen sind allein von 1960 bis 1989 in die Bundesrepublik eingewandert, von 1990 bis heute weitere geschätzte 2,5 Millionen (2).



Bevölkerungsentwicklung 1954 bis 2007 (3)

Inzwischen stehen Themen auf der Tagesordnung unserer Gesellschaft, an die vor dreißig Jahren niemand auch nur gedacht hätte: Integration, Multikulturalität, Gleichberechtigung von Religionen und Lebensstilen sind von betont offen und bereitwillig bis kontrovers und erregt diskutierte Topoi, die im Grunde typisch sind für eine Einwanderungsgesellschaft. In Deutschland leben nun über 15 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, das sind mehr als 18% der Wohnbevölkerung (4).

Aus der Perspektive des ÖGD bleibt die Frage, welche seiner Beiträge zur Gesundheitssicherung, zu Vorsorge und Prävention, zu Betreuung und Beratung sich auf die verschiedenen Migrationsbewegungen eingestellt haben und welche theoretischen Konzepte oder guten Ideen verfolgt wurden. Ein Blick in die neueren und neuen Landesgesetze für den Öffentlichen Gesundheitsdienst seit 1980 (Berlin) macht klar, dass Migration und damit verbundene Aufgabenstellungen bei der Abfassung entweder keine oder nur eine Nebenrolle gespielt haben. Während neben zahlreichen Aufgaben mit gewissem Lokalkolorit doch fast immer Frauen, Kinder, ältere Menschen, psychisch Kranke, Behinderte und Wohnungslose implizit oder explizit als Ziel besonderer Öffentlicher Gesundheitsfürsorge oder subsidiärer Leistungen genannt werden.

Untersuchungsteams in Anwerbeländern – oder: „... und du sollst ihn lieben wie dich selbst; denn ihr seid auch Fremdlinge gewesen in Ägyptenland“ (3. Mose 19, 33f.)

Das Eingangszitat dieses Beitrages führte uns in die Arbeitsmigration nach Deutschland, die 1955 mit einem Anwerbeabkommen mit Italien begann und mit dem Anwerbestopp 1974 offiziell endete. Medizinische Untersuchungen vor der Ausreise nach Deutschland waren obligatorisch. Zur Aufgabe der Anwerbekommissionen und Verbindungsstellen in den Anwerbeländern gehörte auch die medizinische Untersuchung der Ausreisewilligen, deren Ziel es war, möglichst gesunde und leistungsfähige, überwiegend männliche Arbeitskräfte auszusuchen und das Einschleppen ansteckender Erkrankungen auszuschließen. Die Organisation der Kommissionen lag in der Hand der Arbeitsverwaltung. Man kann darüber streiten, ob die Untersuchungsteams dem Öffentlichen Gesundheitsdienst nach heutigem Verständnis zuzuordnen waren, der Aspekt der Seuchenabwehr lag allerdings im damaligen öffentlichen Interesse und wurde von allen Bereichen des Gesundheitswesens sehr ernst genommen.

Die Sorge um die Gesundheit der zugewanderten Arbeitsmigranten blieb lange Zeit auf die Situation der Einreise beschränkt; sie war ein Selektionsinstrument. Das war keine Böswilligkeit, sondern entsprach der Auffassung, dass Arbeitsmigration eine vorübergehende Erscheinung sei und die angeworbenen Männer und Frauen in naher Zukunft zurückkehren würden. Das ist zwar vielfach so gewesen, aber unerwartet viele sind in Deutschland geblieben, ließen Angehörige nachkommen und gründeten Familien. Das hatte Folgen: Es erwachsen erstmals Integrationsaufgaben, es gab jetzt Menschen, auf die unser gesundheitliches Versorgungssystem nicht eingestellt war und die – das wird häufig vergessen – durch ihre Beiträge unser Sozialversicherungssystem stärkten. Der Öffentliche Gesundheitsdienst hat Integrationsprobleme durchaus zur Kenntnis genommen und Aufgaben formuliert, wenn auch leider sehr selten. Ein gutes Beispiel ist der immer noch lesenswerte Aufsatz von Frau Müller-Breitkreutz aus dem Jahr 1980 (7), der aus der Sicht engagierter Sozialpädiatrie geschrieben wurde. Gegenwärtig sind die älter und alt gewordenen Arbeitsmigranten der ersten Generation eine besondere Herausforderung in der ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung, subsumiert unter dem in jüngerer Zeit geprägten Begriff „Kultursensible Altenpflege“ (8).

Lager Friedland – oder: „Ich bin ein Fremder gewesen, und ihr habt mich aufgenommen“ (Matthäus 25, 35)

Neben anderen „Auffanglagern“ war es vor allem Friedland bei Göttingen, das bis in die Gegenwart als die zentrale Durchgangsstation für verschiedene Migranten-

gruppen diente: Spätheimkehrer, Flüchtlinge, Aussiedler – sie alle lernten Friedland kennen. Medizinische Untersuchungen fanden dort statt. Im Mittelpunkt standen ansteckende Erkrankungen – vor allem Tuberkulose – und entsprechend ausgerichtet war die Diagnostik. Es ging um zwei Aspekte: Zum einen war vor allem in den Anfangsjahren der Gesundheitszustand der in Friedland Aufgenommenen durch Mangelernährung oft bedenklich, zum anderen ging es um die klassische Abwehr ansteckender Erkrankungen. Diese Ende der Vierziger Jahre noch nachvollziehbare, durch viele Tuberkulosekranke sogar begründete, Sichtweise zieht sich in den folgenden Jahre wie ein Roter Faden durch Konzepte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und wurde durch Gesetze, Verordnungen und Erlasse gefestigt. Die Verantwortung für die medizinischen Belange in Friedland und anderen Lagern lässt sich dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zuordnen, wenn auch nicht immer dem örtlich zuständigen Gesundheitsamt oder der Gemeinde.



Ärztliche Sprechstunde im Lager Friedland 1982

Obwohl durch epidemiologische Daten nicht belegt, hat sich die Sorge um vermeintliche, nur sehr selten reale Infektionsgefahren durch Einwanderer bis heute gehalten.

Das Infektionsschutzgesetz aus dem Jahr 2000 hat die Haltung traditioneller Tuber-

kulosebekämpfung noch einmal bestätigt und die Untersuchungspflicht für Asylbewerber, Flüchtlinge und Spätaussiedler in Unterkünften festgeschrieben (9).

Lücken im Bewusstsein führen zu Lücken in der Fachliteratur

Bemerkenswert ist der Mangel an wissenschaftlicher Literatur und anderen, nicht seuchenhygienisch eingegengten Veröffentlichungen zu Migrationsfragen aus dem Öffentlichen Gesundheitswesen vor etwa 1985. Nach meiner Wahrnehmung bleiben einige sporadische Aussagen oder einzelne Blitzlichter. Eine umfassende Literaturanalyse würde gewiss den einen oder anderen Beitrag zu Tage fördern, aber ein systemischer Zugang zu mit Migration verbundenen Gesundheitsproblemen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst ist nicht zu erkennen. Dafür gibt es zwei wichtige Gründe: Migration nach heutigem Verständnis war trotz realer Existenz kein Thema der deutschen Politik und der Öffentlichkeit, somit auch kein Thema für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in seiner Identität als beamtetes Instrument ministerialer Politik. Der zweite Grund liegt in seiner Geschichte. Zur Gründungszeit der Bundesrepublik lag der Öffentliche Gesundheitsdienst nicht nur materiell und personell am Boden, sondern war durch seine Rolle in der nationalsozialistischen Rassenpolitik zutiefst kompromittiert. Die Zeit kritischer Reflektion, neuer Standortbestimmung und zukunftsweisender Ideen zur Gesundheitssicherung von Zuwanderern, der buchstäblich „Fremden“, setzte Anfang der Neunziger Jahre ein, dann aber schnell und sehr bewusst auf die Herausforderung des Zustroms von Asylbewerbern und Kriegsflüchtlingen reagierend.

Das widerspiegelt sich beispielsweise in der Zeitschrift „Gesundheitswesen“ (bis 1991 „Das Öffentliche Gesundheitswesen“). Eine Recherche in den Registern der Jahrgänge 1982 bis 1999 und den online verfügbaren Inhaltsverzeichnissen ab 2000 bis heute ergab unter den Schlüsselworten „Ausländer“, „Asylbewerber“ und „Migration“ ein nicht ganz unerwartetes Ergebnis (10):

„...In den vergangenen sechs Jahrzehnten fanden Millionen von Menschen in Deutschland eine neue Heimat. Die Zuwanderer haben großen Anteil daran, dass unser Land die Kriegsfolgen zügig überwunden hat und die deutsche Wirtschaft diese beispielhafte Entwicklung nahm, die die Grundlage für unseren heutigen Wohlstand schuf..“

Bundesinnenminister Dr. Wolfgang Schäuble, 2008 5)

Zwischen 1982 und 1992 kommt der Begriff „Migration“ überhaupt nicht vor; von 1993 bis 1999 taucht er gerade sechs (6) mal als Schlüsselwort auf. Unter den Schlüsselwörtern „Ausländer“ und „Asylbewerber“ lassen sich von 1982 bis 1999 ganze 17 Artikel, Hinweise oder kurze Meldungen ermitteln, von denen 13 in Verbindung mit infektiologischen Themen stehen, in erster Linie Tuberkulose gefolgt von HIV/ AIDS und Impfungen. Der erste ausführliche Beitrag, der sich mit übergreifenden Gesundheitsproblemen von Asylbewerbern und daraus resultierenden Aufgaben für den Öffentlichen Gesundheitsdienst befasste, erschien 1995 und kam aus Bremen (11).

Seit dem Jahr 2000 lassen sich 61 Treffer zum Stichwort „Migration“ identifizieren, es folgen 32 Treffer zum Stichwort „Ausländer“ und 15 Treffer zum Thema „Asylbewerber“. Das ist eine eindeutige Steigerung, die allerdings gemessen an der Gesamtzahl der 3.064 erfassten Beiträge nur einen Anteil von 3,5 % ausmacht. Zum Vergleich: Im elektronischen Archiv des Deutschen Ärzteblattes finden sich 431 Treffer zum Stichwort „Migration“ im Zeitraum von 1996 bis 2009 und weitere 297 Treffer zu den Stichworten „Ausländer“ und „Asylbewerber“. Bei über 59.000 erfassten redaktionellen Beiträgen liegt die Quote damit noch niedriger, nämlich knapp über 1 % (12).

„...Deutschland ist nach wie vor kein klassisches Einwanderungsland, das ... jährliche Einwandererquoten festlegt..“

Gefunden auf der Website des Auswärtigen Amtes, 2009 6)

Natürlich hat es in den letzten zwanzig Jahren zahlreiche und immer häufiger Publikationen (Berichte, Lehrbücher, Tagungsbände, Originalarbeiten, Pressemitteilungen etc.) zu Migrationsthemen aus der Sicht Öffentlicher Gesundheit gegeben. Das ist nicht nur beachtlich, sondern hat zu Verbreiterung und Vertiefung des Wissens über Migration und Migranten beigetragen und zu Auswirkungen für die Praxis des Öffentlichen Gesundheitsdienstes geführt. Der Versuch einer Bestandsaufnahme und Analyse ist angesichts der Fülle des Materials im Rahmen dieses Beitrags nicht möglich.

Migration und Gesundheit – auf dem Weg zum Kongressthema

Die jährlich stattfindenden ÖGD-Kongresse sind die zentrale Plattform für den Bundesverband und den gesamten ÖGD, auf der alle wichtigen und aktuellen Themen angesprochen und diskutiert werden. Es hat zwar relativ lange gedauert, bis das Thema Migration erstmals auf der Tagesordnung der Kongresse stand, aber das

entspricht schlicht dem Stand des gesellschaftlichen Diskurses, der Erkenntnis über gesundheitliche Probleme von Migranten und Herausforderungen für das Versorgungssystem.

Und auch hier zeigt sich eine Entwicklung von zunächst infektiologischer Sicht hin zu einer viele Facetten einschließenden Bearbeitung gesundheitlicher Fragestellungen im Zusammenhang mit Migration. Die Kongressbeiträge wurden zunehmend konkreter, vielseitiger und – politischer.

1993 gab es in Bad Nauheim vier Vorträge im Kontext von Migration aus den Städten Berlin, Bremen, Unna und Wien, sozialpädiatrisch und infektiologisch ausgerichtet. 1994 in Hamburg folgten drei Beiträge aus Lausanne, Wiesbaden und Wolfsburg, die der Infektiologie zuzuordnen sind. Bei den folgenden Kongressen bis 1998 gab es im Durchschnitt zwei bis drei Beiträge, die sich mit migrationspezifischen Fragen befassten, so wurde in Trier 1997 erstmals über traumatisierte Flüchtlinge und interkulturelle Fragen des Gesundheitswesens berichtet, 1998 wurde erstmals die Begutachtung der sogenannten Reisefähigkeit thematisiert. Sehen wir uns die Kongresse der letzten zehn Jahre genauer an (13):

Beim Weimarer Kongress 1999 gab es zwei Vorträge und zwei Poster zu Migrationsthemen, in Schwäbisch Gmünd folgten 2000 zwei Vorträge aus dem Bereich



Psychiatrie und ein Poster mit explizitem Bezug zur Migration. Der Kongress 2001 in Warnemünde war mit nur einem Poster zum Impfstatus von Asylbewerberkindern nahezu „migrationsfrei“. Für 2002 (Halle) ist ein Vortrag zur migrationsspezifischen Begutachtung zu vermerken. Dafür gab es 2003 in Saarbrücken neben dem Festvortrag „Migration und Ethik“ von Herrn Bischof Marx erstmals zwei komplette Veranstaltungsböcke mit insgesamt sechs Vorträgen zum Thema Gesundheit und Migration mit den Schwerpunkten „Gutachten zur Reisefähigkeit“ und „Aufgaben und Perspektiven“, darunter ein Beitrag aus Holland, zur Versorgung papierloser, sogenannter illegaler Migranten. Der Marburger Kongress 2004 legte dann eine Pause im Diskurs ein und erlebte nur ein Poster zu Fragen der Tuberkulose – Fürsorge. In Bamberg wurde 2005 über die kommunale Versorgungsplanung älterer Migranten referiert und über das Tuberkulosescreening bei Spätaussiedlern berichtet.

Der Kongress von 2006 in Frankfurt (Oder) war schon aufgrund seines Leitthemas „Öffentlicher Gesundheitsdienst ohne Grenzen...“ ein Höhepunkt der Beschäftigung mit Migrationsfragen mit acht Vorträgen, einem Workshop und zwei Postern aus unterschiedlicher fachlicher Sicht. Das ist bis heute unübertroffen geblieben. Die letzten Kongresse in Bad Lausick, Braunschweig und Bielefeld 2007 bis 2009 haben in einzelnen Vorträgen immer auch migrationsspezifische Themen aufgegriffen.

Kannst Du fliegen?

Ein eher belastendes Kapitel der jüngeren Geschichte des ÖGD ist die Begutachtung der sogenannten Reisefähigkeit von ausreisepflichtigen Asylbewerbern. Es handelt sich um eine Aufgabe, die widersprüchlicher und polarisierender nicht sein könnte und zu erregten Debatten über Begutachtungsethik im Öffentlichen Gesundheitsdienst, zwischen Öffentlichem Gesundheitsdienst und Politik, zwischen Gesundheitsämtern und Flüchtlingsinitiativen geführt hat, um nur einige Frontlinien zu benennen. Alle Diskussionen hier nachzuzeichnen, sprengt den Rahmen dieses Beitrages.

Bei den Gutachten zu Reisefähigkeit (oder Transportfähigkeit) handelt es sich jedenfalls um klassische Medikalisierung. Grund ist die nach wie vor hohe Ambivalenz von Politik und Gesellschaft gegenüber der Zuwanderung, die eigentlich längst überwunden sein sollte.

Das Aufenthaltsrecht (Ausländerrecht) in seiner gültigen Ausprägung dient eben noch nicht der akzeptierenden Kanalisierung und Steuerung von Zuwanderung, sondern ist immer auch noch ein Mittel der Abwehr der Einwanderung von Flüchtlingen und Asylbewerbern. Jeder weiß, wie niedrig in den letzten Jahren die Anerkennungquote bei Asylsuchenden gewesen ist. Gleichzeitig drängen die Innenbe-

hörden der Länder auf Abschiebung nicht anerkannter Asylbewerber. Als zentrales und oft einziges faktisches Abschiebehindernis werden Krankheiten anerkannt, zumindest für eine bestimmte Frist. Daraus folgt zwangsläufig die Medikalisierung der Frage, ob abgeschoben werden kann oder nicht. Asylbewerber werden, wenn sie nicht ohnehin krank sind, den Weg in die tatsächliche oder behauptete Krankheit wählen, wenn das für sie die einzige Möglichkeit ist, zu bleiben. Ebenso selbstverständlich wird man das bezweifeln und medizinische Gutachten anfordern. Und quasi naturgesetzlich entsteht ein auf das Gebiet der Medizin verschobener Circulus vitiosus, an dem sich alle Akteure beteiligen: Asylsuchende und ihre Anwälte, Ausländerbehörden, behandelnde Ärzte und gutachtende Ärzte. Wiederholt befristete Duldungen garantieren Wiederholungen des Kreislaufs Abschiebeverfügung – Attest – Gutachten – erneute Duldung in kurzen Zeitabständen. Es ist im Grunde tragisch, dass die Mutter der bosnischen Familie im Zweifelsfall krank sein und bleiben muss, damit die Familie in Deutschland bleiben kann. Nach inzwischen über einem Jahrzehnt der Reisefähigkeitsbegutachtung ist zuletzt etwas mehr Gelassenheit eingekehrt. Nicht etwa, weil die fachlichen und ethischen Streitfragen nun ausdiskutiert und entschieden wären, sondern weil die Zahl der Asylbewerber in letzter Zeit deutlich abgenommen hat. 1992 wurden fast 440.000 Asylanträge gestellt, 2008 gab es nur noch 22.000 Erstanträge (14).

„Der Pass ist der edelste Teil von einem Menschen...“ Bertolt Brecht

In Deutschland leben zahlreiche Menschen ohne Papiere, sogenannte „Illegale Migranten“. Über deren Zahl gibt es logischerweise nur Schätzungen, die weit auseinandergehen. Niemand weiß genau, ob es 1 Million Menschen sind oder doch nur 500.000 und weniger (16). Entscheidend ist, dass in unserem Land Menschen leben, deren soziale und gesundheitlichen Probleme oft nur ansatzweise und in Extremsituationen bekannt werden. Tauchen sie im gesundheitlichen und sozialen Versorgungssystem auf oder in Schule und Kindergarten, müssten sie gemeldet werden. Ordnungsrechtliche Positionen und humanitäre Haltungen sind ein – noch ? – unvereinbarer Gegensatz.

Gesundheitsprobleme und massive Versorgungslücken bei Papierlosen sind das jüngste, noch nicht ganz erschlossene Thema für den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Sinne subsidiärer und komplementärer Dienstleistungen. Ganz neu ist das nicht: In zahlreichen Gesundheitsämtern werden ausländische Prostituierte untersucht, beraten und behandelt, deren Aufenthaltsstatus alles andere als geregelt ist... Im Gegensatz zu anderen EU – Ländern wie Spanien oder Belgien gibt



es für Papierlose in Deutschland zur Zeit keinen systematischen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Deshalb haben sich inzwischen Kirchen und andere nicht-staatliche Initiativen dieses Problems angenommen und versuchen, wenigstens die notwendige Basisversorgung zu organisieren. Medizinische Flüchtlingshilfen und Malteser Migranten Medizin sind in 34 Einrichtungen in 27 Großstädten aktiv geworden; sie stützen sich auf Spenden und ehrenamtlichen, kostenlosen Einsatz von Ärztinnen und Ärzten. Zwei Gesundheitsämter, Frankfurt und Bremen, bieten seit 2008 Humanitäre Sprechstunden an, ein Unterfangen, das angesichts der bislang noch bestehenden Rechtsunsicherheit für solche Angebote viel Zuspruch benötigt. Das Deutsche Ärzteblatt beschrieb 2008 eindrucksvoll, welche Gratwanderung zwischen ärztlichem Handeln und Meldepflicht des

Aufenthaltsgesetzes zu bewältigen ist (17). Eine ganz neue Entwicklung lässt indes hoffen: Die im Juli 2009 erlassene Allgemeine Verwaltungsvorschrift der Bundesregierung zum Aufenthaltsgesetz stellt klar, dass sich die ärztliche Schweigepflicht auch auf Personen erstreckt, die in mittelbarem Zusammenhang mit medizinischen Leistungen tätig werden, ohne selbst einem Gesundheitsberuf anzugehören: Verwaltungsmitarbeiter von Kliniken, Sozialarbeiter, Mitarbeiter von Versicherungen (18).

Auf den Öffentlichen Gesundheitsdienst und den Bundesverband der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst warten nicht nur in dieser Frage, sondern generell im Zusammenhang mit Migration und an der Schnittstelle zu Sozialer Benachteiligung in den nächsten Jahren noch viele wichtige und spannende Aufgaben, für die wir Kreativität und Gestaltungskraft brauchen.

Thomas Hilbert