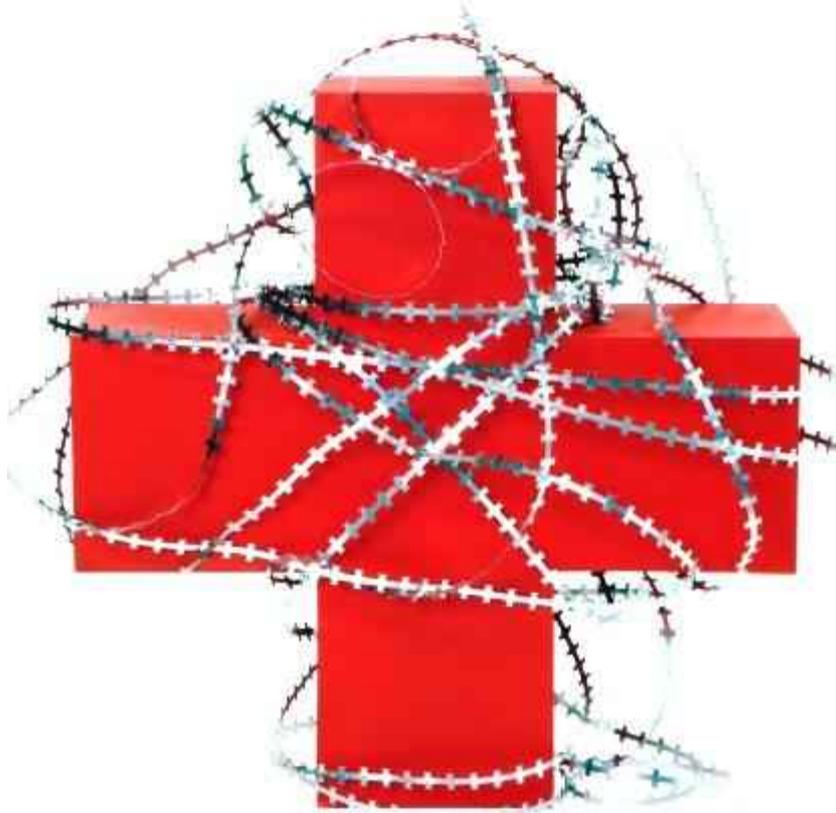


3. STAY! - Symposium

DÜSSELDORFER FLÜCHTLINGSINITIATIVE

Flüchtlings- und Migrantenmedizin



Globalisierung-Gerechtigkeit-Gesundheit

18. Juni 2011

Universität Düsseldorf

- Grußwort -

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
Sehr geehrte Damen und Herren,

Wir freuen uns außerordentlich, Sie zum dritten STAY!-Symposium für Flüchtlings- und Migrantenmedizin begrüßen zu dürfen.

Vor drei Jahren hat der gemeinnützige Verein STAY! e.V. seine Türen geöffnet um Menschen, die auf Grund ihrer Migrationsgeschichte Schwierigkeiten haben, ihre Lebenssituation menschenwürdig zu gestalten, professionelle Hilfe zur Seite stellen.

Eines der wichtigsten Projekte von STAY! ist das MediNetz Düsseldorf - ein von ÄrztInnen ins Leben gerufenes medizinisches Versorgungsnetzwerk für Menschen ohne Papiere. Es ermöglicht MigrantInnen ohne gültigen Aufenthaltsstatus einen Zugang zum Gesundheitswesen.

2011 laden wir Sie herzlich zum 3. STAY!-Symposium für Flüchtlings- und Migrantenmedizin ein. Im Rahmen der diesjährigen Veranstaltung wollen wir unseren Fokus auf die medizinische Versorgung weltweit lenken und gemeinsam mit Ihnen das Thema der Gesundheit und globalen Gerechtigkeit erörtern. Wir freuen uns sehr auf interessante Vorträge und spannende Diskussionen und danken Ihnen für Ihr Kommen.

Mit herzlichen Grüßen,

Dr. med. Inna Serdiuk
MediNetz Düsseldorf

- Vorwort -

Wir leben in einer unglaublichen Zeit. Alles geht wahnsinnig schnell. Die Staaten lösen sich auf, bilden neue Strukturen und schließen sich zu wirtschaftlichen und politischen Gemeinschaften zusammen.

Die Menschen verfügen über fantastische Kommunikationsmittel: sie können alles sehen, alles erfahren, und niemals waren derart viele Informationen im Umlauf. All das ist sehr positiv, aber genau darin liegt auch die Ironie unserer Zeit. Wir kennen unsere Nachbarn überhaupt nicht und wissen nicht wie es in anderen Ländern aussieht oder wir verdrängen es erfolgreich. Wie leben die Menschen außerhalb Europas, wie sieht ihr Zuhause aus und wie viele Kilometer müssen sie gehen, um einen Arzt zu sehen?

Vielerorts wird Gesundheit als soziales Gut angesehen, dass allen zusteht und allen dient, weil es Menschenrecht und zugleich Humankapital ist, zum sozialen Kapital beiträgt und die Volkswirtschaft stärkt. Müsste demnach nicht allen Bürgern ein Anrecht auf die angemessene Gesundheitsversorgung zustehen? In Deutschland wird oft das „2-Klassen“ Gesundheitssystem als ungerecht kritisiert und die Unterschiede in der Versorgung zwischen privat und gesetzlich Versicherten bemängelt, dabei leben in Deutschland hundert Tausende von Menschen, denen in dieser Frage offensichtlich gar kein Gerechtigkeitsanspruch zusteht. Es scheint, dass die Bedarfsgerechtigkeit im Gesundheitswesen nur den eigenen Staatsbürgern und Beitragszahlern zusteht, nicht aber Fremden, ganz gleichgültig wie schlecht es denen in extremer Armut geht. Gerechtigkeit für uns, nicht aber für alle Menschen! Ist das unser Slogan? Ist das das Motto unserer Zeit? Müssen wir gar danach leben, um nicht die Annehmlichkeiten unseres Alltags zu verlieren? Oder sind die Zeiten vorbei, in denen man es sich erlauben konnte, nur an sich zu denken, an den eigenen Staat oder an die eigene Volksgemeinschaft? Wie sonst können wir den Herausforderungen unserer Zeit, sei es Klimawandel, Armut oder mangelnde medizinische Versorgung begegnen? Als nicht gemeinsam.

- Programm -

- 10.00-10.15 **Begrüßung**
Dr. med. Inna Serdiuk, MediNetz Düsseldorf
- 10.15-11.00 **Patentrecht statt Menschenrecht?**
Oliver Moldenhauer, Ärzte ohne Grenzen e.V.
- 11.00-11.45 **Gesundheit für alle – eine Fiktion?**
Dr. med. Peter Tinnemann, Charité Berlin
- 11.45-12.15 **Kaffeepause**
- 12.15-13.00 **Migrationsströme in Zeiten der Globalisierung**
Bernd Mesovic, ProAsyl e.V.
- 13.00-13.45 **Globale Ungleichheit der Kindersterblichkeit**
Prof. Dr. Oliver Razum, Universität Bielefeld
- 13.45-14.45 **Mittagspause**
- 14.45-15.30 **Das Konzept des anonymen Krankenscheins**
*Kathrin Sonnenschein und Simone Froschauer,
MediNetz Düsseldorf*
- 15.30-16.00 **Stay!-Jahresrückblick 2010/2011**
*Dr. med. Jan Marquard und Antonia Bartel,
MediNetz Düsseldorf*
- 16.00-16.15 **Offene Fragen und Verabschiedung**
Dr. med. Inna Serdiuk, MediNetz Düsseldorf

Gesundheit für alle – eine Fiktion?

Die Geschichte der Menschheit ist von Bemühungen zur Verbesserung der Gesundheit armer und kranker Menschen geprägt. Während diese historisch häufig durch religiös karitative Ansätze geprägt waren, wurden sie auch immer durch das beste Wissen der Zeit zu Krankheit und Gesundheit beeinflusst.

Im 19ten Jahrhundert führten besonders die neuen Erkenntnisse von Forscher der Berliner Charité, nomen est omen, wie beispielsweise die Identifizierung des Tuberkelbakteriums durch Robert Koch, dazu das Wissen über Krankheitsentstehung zu verbessern. Mediziner begannen zu verstehen das Krankheit durch infektiöse Erreger verursacht war und nicht etwa durch von Gott gegebene kosmischen Einflüsse. Alfred Grotjahn, der das heutige Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité Universitätsmedizin Berlin ursprünglich als Institut für Soziale Hygiene begründet hat, war einer der ersten Mediziner der soziale Themen wie Alkoholismus, Verhältnissen des Gesundheitswesens und des Wohnens erforschte um die Entstehung und Verteilung von Krankheit besser zu verstehen. In seinem wohl wichtigsten Werk „Soziale Pathologie“ fasst er seine Erkenntnisse über den Einfluss des sozialen Umfeldes von Patienten auf den Verlauf von Krankheiten und Heilung zusammen. Da bereits seine Zeit stark durch naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin geprägten war, wurden seine Erkenntnisse zu den sozialen Bedingungen und Krankheit damals leider nur bedingt beachtet.

In der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg löste sich die alte Weltordnung mit ihren Kolonien auf und auch das Verständnis von Gesundheit wurde durch ideologische Auseinandersetzung zwischen den Ost- und Westmächte geprägt. Die unterschiedlichen Ideologien waren auch bemüht Einfluss auf die Bemühungen zur Verbesserung der Gesundheit der Menschen weltweit zu nehmen. Der damalige Kampf der Ideologien führt 1978 zur „International Conference on Primary Health Care“ (PHC) in Alma-Ata, dem heutigen Almaty in Kasachstan, auf der die Deklaration zu PHC verabschiedet wurde. Man hatte erkannt, dass die internationale ökonomische Weltordnung zu schlechter Gesundheit führt, vor allem der Menschen in den damals sogenannten Entwicklungsländern. Als Reaktion zur Verbesserung der Gesundheit aller Menschen wurde gefordert das alle Regierungen, supranationalen Organisationen, Nicht-Regierungsorganisationen, und überhaupt die gesamten Weltgemeinschaft, PHC weltweit entwickelt und implementiert. Unter der Annahme, das die Gesundheit armer Menschen nicht alleine durch Medizin verbessern wird, wurde daraufhin 1981 das "Health For All"-Programm von der Weltgesundheitsorganisation als neue holistisch Herangehensweise verabschiedet, die u.a. Bereiche wie Bildung, Landwirtschaft, Kommunikation oder Wohnverhältnisse einschließt. Das Bestreben war, allen Menschen der Welt bis zum Jahr 2000 das Erreichen eines Gesundheitsniveaus zu ermöglichen, das es ihnen erlaubt, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen.

Mehr als dreißig Jahre nach Alma Ata hat sich der Ansatz einzelne Patienten medizinisch gesund zu machen etablierte, aber im Kontext der weltweiten Effekte der Globalisierung auf Gesundheit wird er stärker denn je in Frage gestellt und selbst innerhalb der WHO sind die Ideen der „Health for All“ Bewegung wieder erwacht.

Die Experten der Kommission für soziale Gesundheitsdeterminanten der Weltgesundheitsorganisation haben in ihrem Abschlußbericht 2009 erneut deutlich auf die weiterhin bestehende Ungleichheit in der Verteilung von Gesundheit in der Welt hingewiesen. Besonders deutlich hat die Kommission gezeigt, das heute nicht nur ein Nord-Süd Gradient in der Verteilung von Gesundheit besteht, sondern auch ein deutlicher Gradienten in der Gesundheit von Menschen innerhalb der Länder mit mittlerem und hohem Einkommen. Die wichtigste Schlussfolgerung der Kom-

mission ist, dass Armut und Ungleichheit das Ergebnis von schlechter Sozialpolitik, unfairen ökonomischen Bedingungen und schlechter Politik sind.

Gesundheit weltweit ist in der heutigen Zeit durch Effekte der Globalisierung geprägt. Heute werden Güter, Technologie, Geld, Serviceleistungen, Arbeitskraft zunehmend weltweit bewegt und Ökonomien, Gesellschaften, Traditionen und Kulturen kontinuierlich in einem globalen System integrieren.

Ein neuer holistischer Ansatz um die Gesundheit aller Menschen unter Einbeziehung der heute bestehenden Verquickungen in Bildung, Ökonomie, Sozialpolitik, Kultur und moderner Kommunikation zu verstehen ist notwendig um Gesundheit für alle Menschen weltweit verbessern zu können. Alte, und erneuerte, „Health for All“ Philosophien und Strategie könnten dabei helfen Ansätze zu entwerfen um Ungleichheit in der Gesundheitsverteilung endlich zu ändern.

Dr. med. Peter Tinnemann

Leiter Projektbereich Internationale Gesundheitswissenschaften

Charité - Universitätsmedizin Berlin

Migration und Flüchtlingsschutz im Zeichen der Globalisierung

ProAsyl e.V. , Medico International

Flüchtlinge und viele Migrantinnen und Migranten verlassen ihre Heimat aufgrund existenzieller Nöte und Bedrohungen: Sie fliehen vor Verfolgung, politischer Unterdrückung, Krieg, Gefahr für Leib und Leben. Sie fliehen auch vor Lebensumständen, die beispielsweise aufgrund des weltweiten Klimawandels keine gesicherte Existenz mehr zulassen. Obwohl dafür vor allem die reichen Länder des Nordens verantwortlich sind, entziehen sich diese ihrer Verantwortung für die Ursachen von Flucht und Migration und den Schutz von Flüchtlingen. Angesichts globalisierter Zusammenhänge ist es höchste Zeit umzudenken. Es ist Zeit für eine veränderte Flüchtlings- und Migrationspolitik.

Die Grenzschutzbehörden der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, so auch das in Deutschland zuständige Bundesinnenministerium, sprechen von weltweit anwachsenden »Migrantenströmen«, die bedrohliche Ausmaße annehmen würden. Die Fakten sind weit weniger dramatisch. Nach Angaben der UN waren es im Jahr 2005 weltweit rund 200 Millionen Menschen, die außerhalb des Landes lebten, dessen Staatsbürger sie sind. Der »Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen« (UNFPA) hat festgestellt, dass der Anteil der Migrantinnen und Migranten an der Weltbevölkerung seit den 60er Jahren mit nur geringen Schwankungen bei etwa 3 % liegt. Viele EU-Staaten, auch Deutschland, sind nicht nur Ziel von Einwanderung, sondern in beträchtlichem Maße auch Auswanderungsland.

Auch in Bezug auf Flüchtlinge klaffen die Realität und die öffentliche Wahrnehmung auseinander. Die Gesamtzahl der Flüchtlinge schätzt das »Hochkommissariat der Vereinten Nationen für Flüchtlinge« (UNHCR) auf 40 Millionen Menschen. Die weit überwiegende Mehrheit von ihnen – 80 bis 85 % – verbleibt in der Herkunftsregion. Allein die Zahl der »Binnenflüchtlinge«, die innerhalb ihres Herkunftslandes auf der Flucht sind, liegt nach Schätzungen des Internal Displacement Monitoring Centre (IDMC) aus dem Jahr 2006 bei 24,5 Millionen – darunter 5,8 Millionen Binnenflüchtlinge im Sudan, zwischen 2 und 4 Millionen Republik Kongo, 1,3 Millionen in Uganda und über 1 Million in der Türkei. Im Falle grenzüberschreitender Flucht sind es die unmittelbaren Nachbarländer, die die Aufnahme von Hunderttausenden Flüchtlingen gewährleisten müssen – darunter Länder wie Pakistan (wo 2 Millionen afghanische Flüchtlinge leben), Tansania (mit je über 1 Million Flüchtlingen aus dem Kongo und Burundi), Syrien (mit 500.000 Irakerinnen und Irakern allein im Jahr 2006) oder Jordanien (das ebenfalls 700.000 Menschen aus dem Irak aufgenommen hat).

Zum Vergleich: In allen 27 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) zusammen wurden 223.000 Asylanträge im Jahr 2007 verzeichnet. So spektakulär die Bilder von Flüchtlingsbooten vor den Kanarischen Inseln und im Mittelmeer wirken und so dramatisch auch die Schicksale der betroffenen Menschen sind – die Zahlen relativieren sich im weltweiten Kontext. Von den häufig zitierten »Massen«, die vor den Toren Europas stünden, kann keine Rede sein. Nichtsdestotrotz bemühen sich die europäischen Staaten seit vielen Jahren, die Zugangswege nach Europa zu versperren. Entlang der Landgrenzen patrouillieren Tag und Nacht bewaffnete Grenzschützer, es gibt Wachtürme, Barrikaden, meterhohe, stacheldrahtbewehrte Zäune, Grenzgefängnisse für die Ankommenden. Als Mittel der Küstenüberwachung eingesetzt werden: Patrouillenboote, Flugzeuge, Hubschrauber mit Wärmebildkameras und vieles mehr. Seit Mitte 2006 spielt die europäische Grenzschutzagentur Frontex bei Abfangmaßnahmen weit vor den Toren Europas eine wichtige Rolle. Mit einem Etat, der für das Jahr 2007 etwa 35 Millionen Euro betrug und im Jahr 2008 bereits auf 70 bis 75 Millionen Euro steigt, soll die Agentur den Kampf gegen die »illegale Migration« unterstützen und koordinieren. Im Zuge von FRONTEX-Einsätzen werden Flüchtlingsboote in internatio-

nenal Gewässern aufgebracht und Tausende in Transit- oder Herkunftsländer zurück-verfrachtet. Für Menschen, die nur unentdeckt eine Chance haben, europäischen Boden zu erreichen, erweist sich der Fluchtweg über das Mittelmeer und den Atlantik vor Westafrika als besonders gefährlich. Um der sofortigen Rückschiebung auf See zu entgehen, nehmen Flüchtlinge in immer kleineren Booten immer weitere und gefährlichere Seewege auf sich. Schätzungen über die Zahl derjenigen, die diesen Versuch mit ihrem Leben bezahlen, schwanken erheblich. UNHCR spricht von mindestens 500 Toten im Jahr 2007. Die spanische Regierung schätzte allein für 2006 die Zahl der vor den Kanaren ertrunkenen oder verhungerten Menschen auf 6.000 Personen, örtliche Nichtregierungsorganisationen gehen davon aus, dass auf drei ankommende Flüchtlinge ein toter komme. Genau weiß es niemand, aber eines ist sicher: Das Mittelmeer und der Atlantik vor den Kanaren ist in den letzten Jahren zu einem riesigen Massengrab geworden. Auch wenn die Arbeit von Frontex gelegentlich als eine Art von Rettungswerk auf hoher See dargestellt wird: Die Seenotrettung durch FRONTEX-Einheiten bedeutet häufig die unmittelbare Zurückweisung bzw. Zurückverfrachtung in einen Transitstaat. Eine Prüfung, ob Schutzbedürftige unter den Aufgebrachten sind, findet nicht statt. FRONTEX-Chef Ilkka Laitinen hat im Dezember 2006 klargestellt: »Das sind keine Flüchtlinge, sondern illegale Migranten.« Die Realität sieht anders aus: 2007 haben allein auf der italienischen Insel Lampedusa rund 2.000 Bootsflüchtlinge einen Asylantrag gestellt, das waren 60 % aller Asylanträge in Italien. Rund die Hälfte von ihnen erhält in Italien einen Flüchtlingsstatus oder subsidiären menschenrechtlichen Schutz. Auch auf Malta, das zahlreiche Bootsanlandungen hat, beträgt die Anerkennungsquote knapp 50 %. Bei den FRONTEX-Operationen aber sehen sich die europäischen Grenzschrützer nicht an die völkerrechtlichen Garantien der Genfer Flüchtlingskonvention und der Europäischen Menschenrechtskonvention gebunden. Auch die Europäische Menschenrechtskonvention verbietet eine Zurückweisung von Flüchtlingen ohne Prüfung der Schutzbedürftigkeit. Es ist juristisch unstrittig, dass Grenzbeamte auch jenseits des Staatsgebiets staatliche Herrschaftsgewalt ausüben und deshalb an die in Europa geltenden Gesetze gebunden sind. Ein von der Stiftung PRO ASYL, amnesty international und dem Forum Menschenrechte in Auftrag gegebenes Rechtsgutachten des European Center for Constitutional and Human Rights vom September 2007 kommt zu der eindeutigen Schlussfolgerung, dass potentiell Schutzbedürftige auf See weder zurückgewiesen, zurückerkortiert, an der Weiterfahrt gehindert noch in nicht zur EU gehörige Länder zurückgeschleppt oder zurückgebracht werden dürfen, so lange die Prüfung ihrer Schutzbedürftigkeit nicht abgeschlossen ist. Sie haben vielmehr einen Rechtsanspruch, in den nächsten sicheren Hafen auf europäisches Territorium gebracht zu werden. Bei Maßnahmen auf See gilt dies sowohl innerhalb der eigenen Zwölf-Meilen-Zone als auch für Maßnahmen in der Anschlusszone, der hohen See und den Küstengewässern von Drittstaaten. Sofern drittstaatsangehörige Stellen in die Überwachungs- und Rettungsmaßnahmen europäischer Stellen einbezogen werden, besteht für die europäischen Grenzschutzorgane die Pflicht sicherzustellen, dass die Schutzsuchenden und Migranten im Einklang mit den menschen-, flüchtlings- und seerechtlichen Normen an einen sicheren Ort verbracht werden, an dem Gewähr dafür besteht, dass insbesondere das refoulement-Verbot eingehalten wird. Dies ist in den afrikanischen Transitstaaten nicht gewährleistet, weshalb die Verbringung auf das Territorium von EU-Mitgliedstaaten geboten ist. Dass die Abriegelung der Seegrenzen verzweifelte Flüchtlinge zu riskanten Unternehmen zwingt, ist den EU-Verantwortlichen klar. Und dass die Abschottung auf diese Weise immer mehr Menschenleben fordert, wird offenkundig in Kauf genommen. So macht sich die EU mitverantwortlich für das tägliche Sterben an den EU-Außengrenzen.

Weitere Informationen auch unter:

http://www.proasyl.de/fileadmin/fm-dam/q_PUBLIKATIONEN/Broschuere_Migration_und_Fluechtlingsschutz.pdf

Bernd Mesovic
PRO ASYL e.V.

Globale Ungleichheit der Kindersterblichkeit

Jährlich ereignen sich weltweit 9 Millionen Todesfälle bei Kindern unter 5 Jahren, die meisten davon in Entwicklungsländern. Was sind die Ursachen für die Todesfälle? Internationale Vergleiche von relativer Höhe, Trends und Ursachenspektrum der Kindersterblichkeit geben Hinweise auf soziale Fortschritte sowie auf Ungleichheiten innerhalb und zwischen Gesellschaften. Vergleicht man Höhe, Trends und Ursachen der Kindersterblichkeit zwischen Nationen in Abhängigkeit von Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben und geografischer Lage, so zeigt sich: Einem Großteil der Todesfälle bei Kindern liegen Durchfallerkrankungen, Pneumonie, Mangelernährung und neonatale Ursachen zugrunde, im subsaharischen Afrika auch Malaria und Aids. Zwei Beobachtungen sind besonders wichtig: Erstens bedingen niedrige Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben nicht notwendig eine hohe Kindersterblichkeit. Zweitens ist in politisch/wirtschaftlich instabilen und von Aids betroffenen Ländern die Kindersterblichkeit nicht nur hoch, sondern sie steigt entgegen dem weltweiten Trend an.

Viele Todesfälle bei Kindern wären mit einfachen und preisgünstigen Behandlungsmöglichkeiten vermeidbar. Das Millenniums-Entwicklungsziel, die Kindersterblichkeit bis 2015 um zwei Drittel abzusenken, wird im sub-saharischen Afrika verfehlt. Die hohe Kindersterblichkeit weltweit ist angesichts ihrer Vermeidbarkeit keine geografisch-klimatisch bedingte Ungleichheit, sondern eine sozioökonomisch und politisch bedingte Ungerechtigkeit.

Prof. Dr. Oliver Razum

Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld

AG-Leiter Epidemiologie & International Public Health

Das Konzept des anonymen Krankenscheins

UN-Sozialpakt, Artikel 12, 1976

„Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn und sie erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an“

2007, Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität:

„Die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland ist defizitär“.

In Deutschland haben formell auch Papierlose Menschen ein Recht auf Gesundheitsversorgung nach Asylbewerberleistungsgesetz:

- Sozialamt: AsylbLG § 4 und § 6 - Recht auf medizinische Minimalversorgung
- Problem: öffentliche Stellen sind gesetzlich zur Meldung an die Ausländerbehörden verpflichtet, § 87 AufenthG
 - Aufhebung des ohnehin unzureichenden Zugangs zu medizinischer Versorgung nach AsylbLG

das führt zu:

- > Chronifizierungen/Folgeerkrankungen
- > lebensbedrohlichen Situationen
- > hohe Folgekosten

Allgemeine Verwaltungsvorschrift (AVV): „verlängerter Geheimnisschutz“, greift nur bei Notfallbehandlung im Krankenhaus, bisher keine Erfahrungen in der praktischen Anwendung

MediNetz:

- anonyme Sprechstunde mit Weitervermittlung an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, ggf. auch an kooperierende Krankenhäuser
- enge Zusammenarbeit mit der Sozial- und Rechtsberatung
- ehrenamtlich: MediNetz-MitarbeiterInnen, ÄrztInnen, Hebammen, PhysiotherapeutInnen etc.
 - Spendenbasiert
 - kostenlose oder -günstige Leistungen von kooperierenden Laboren, Krankenhäusern etc.
- keine Gewährleistung einer gerechten Versorgung

Anonymer Krankenschein:

Ziel ist es, Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus ohne Gefährdung durch Datenweitergabe an die Ausländerbehörde, die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen orientiert an der Regelversorgung zu ermöglichen.

Praktische Durchführung:

Vergabestelle:

unter ärztlicher Leitung, Stelle des öffentlichen Gesundheitswesens, mit Möglichkeit der Sozial- und Rechtsberatung

Vergabekriterien:

Bedürftigkeitsprüfung durch erfahrene/n SozialarbeiterIn: qualitatives Interview, ggf. abgelaufene Visa o.ä.

Wer ist leistungsberechtigt?

- Nicht-EU-BürgerInnen ohne Aufenthaltstitel
- Nicht-EU-Bürger mit Duldung/im Asylverfahren
- EU-BürgerInnen ohne (ausreichende) Krankenversicherung

Wer ist Kostenträger?

- Kommune/Land/Bund
- Fonds
- Sozialamt//
- GKV/PKV

Für die papierlosen Menschen bedeutet dies:

-gefahrloser Zugang zu staatlich finanzierter medizinischer Versorgung

-freie Arztwahl

Für alle Ärzte/Kliniken/Hebammen und sonstigen Leistungserbringer bedeutet dies:

-Sicherung der Kostenübernahme bei Behandlung

Kathrin Sonnenschein und Simone Froschauer
MediNetz Düsseldorf