



**Konzept zur Versorgung
schwangerer Frauen ohne
Krankenversicherung
In der Stadt und im
Landkreis Gießen**

Medinetz Gießen
Ludwig-Uhland-Str. 8d
35440 Linden
Tel: 0177 6260971

Abkürzungsverzeichnis

AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AufenthG	Aufenthaltsgesetz
DAAD	Deutscher Akademischer Austauschdienst
DRG	diagnosis related groups, Diagnosebezogene Fallgruppen
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
RLC Gießen	Refugee Law Clinic Gießen
SGB	Sozialgesetzbuch
SSW	Schwangerschaftswoche
StGB	Strafgesetzbuch

Inhaltsverzeichnis

1	Executive Summary	3
2	Rechtliche Ausgangslage	4
3	Gesundheitsversorgung Schwangerer ohne Papiere bzw. ohne Krankenversicherung	4
3.1	Betroffene	4
3.1.1	Illegalisierte Frauen	5
3.1.2	EU-Bürgerinnen	5
3.1.3	Andere Frauen ohne ausreichenden Versicherungsschutz	6
3.2	Besondere Risikofaktoren der Papierlosigkeit	6
4	Gesundheitsversorgung Schwangerer in der Stadt und im Landkreis Gießen	6
4.1	Fallbeispiele des Medinetz Gießen	6
4.1.1	Fall Frau J.	7
4.1.2	Fall Frau P	7
5	Konzeptentwurf für die Stadt und den Landkreis Gießen	8
5.1	Anforderungen an eine geregelte Versorgung	8
5.1.1	Gleichheit	8
5.1.2	Anonymität	8
5.1.3	Finanzierung	8
5.1.4	Planbarkeit	9
5.2	Umfang und Kosten der Schwangerschaftsversorgung	9
5.2.1	Anspruch gesetzlich krankenversicherter schwangerer Frauen	9
5.2.2	Umfang einer geregelten Schwangerschaftsversorgung	9
5.2.3	Kostenabschätzung einer Schwangerschaftsversorgung	10
5.3	Etappen und Akteur*innen einer geregelten Versorgung	11
5.3.1	Beratung und Clearing	11
5.3.2	Vorsorge und Geburtsvorbereitung	11
5.3.3	Geburt	11
5.3.4	Nachsorge	11
5.3.5	Labor	11
5.3.6	Sprachvermittlung	11
6	Forderungen	12
7	Perspektiven	12
8	Literaturverzeichnis	12

1 Executive Summary

1. Rechtliche Ausgangslage

Gesundheit ist ein Menschenrecht und u.a. im deutschen Grundgesetz und in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte verankert.

2. Gesundheitsversorgung Schwangerer ohne Papiere bzw. ohne Krankenversicherung

- Betroffene
 - I. Illegalisierte Frauen
 - II. EU-Bürgerinnen
 - III. Andere Frauen ohne ausreichenden Versicherungsschutz
- Durch einen erschwerten Zugang zur Schwangerschaftsvorsorge erhöht sich das Komplikationsrisiko. Das wiederum führt zu vermeidbaren Strapazen für die Schwangere und das Kind. Zusätzlich entstehen höhere Kosten.

3. Gesundheitsversorgung Schwangerer in Gießen

- Fallbeispiele des Medinetz Gießen

4. Konzeptentwurf für Gießen

- Gleichheit: Gleiche Bereitstellung von Strukturen der Schwangerenversorgung für alle Schwangeren.
- Anonymität: Die in die Versorgung eingebundenen Versorgungsstellen sind zur Nichtweitergabe der Patientinnen-Daten verpflichtet.
- Finanzierung: Die Projektgelder werden von der Stadt oder dem Landkreis Gießen gestellt. Denkbar wäre ein Fond, welcher im jährlichen Haushalt eingeplant ist und aus dem die anfallenden Kosten gedeckt werden können. Gegebenenfalls kann das Projekt zukünftig an den anonymen Krankenschein angegliedert werden.
- Planbarkeit: Für einen möglichst reibungslosen Ablauf schlagen wir regelmäßige runde Tische aller Beteiligten vor.
- Umfang: Schwangerschaftsvorsorge (§ 24c SGB V), Geburtsvorbereitung und Nachsorge durch eine Hebamme, Entbindung, Untersuchungen und Beratungen von Wöchnerinnen
 - I. Kostenabschätzung der Schwangerenversorgung: ca. 5128,70€ für die komplette Betreuung einer Schwangerschaft
- Etappen und Akteur*innen einer geregelten Versorgung
 - I. Beratung und Clearing durch eine Stelle in öffentlicher oder gemeinnütziger Hand
 - II. Vorsorge und Geburtsvorbereitung durch Gynäkolog*innen und Hebammen nach Vorgaben der Mutterschaftsrichtlinien; bei Risikofaktoren auch darüberhinausgehende Untersuchungen
 - III. Geburt: an einem im Versorgungsprogramm teilnehmenden Krankenhaus, bei Wunsch auch Geburtshaus. Ermöglichung einer geburtsurkundlichen Registrierung des Neugeborenen, ohne aufenthaltsrechtliche Nachteile oder Risiken für die Mutter
 - IV. Nachsorge: Übernahme der Kosten für die Hebammenhilfe (Anleitung zur Rückbildungsgymnastik, Säuglingspflege und Stillberatung nach § 134a SGB V)

- V. Labor: Wünschenswert ist es, kooperierende Labore zu finden
- VI. Sprachvermittlung

5. Forderung

- Jährliche Gelder in Höhe von ca. 15.000€, um eine umfassende und einschränkungsfreie medizinische Versorgung sicherzustellen

6. Perspektiven:

- Dauerhafte Einbindung der Versorgungsstrukturen in das Konzept eines Anonymen Krankenscheines

2 Rechtliche Ausgangslage

Das Recht auf medizinische Versorgung für alle Menschen wurde bereits 1948 in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von der Generalversammlung festgehalten. Dort heißt es:

„Jeder Mensch hat Anspruch auf eine Lebenshaltung, die seine und seiner Familie Gesundheit und Wohlbefinden einschließlich [...] ärztlicher Betreuung [...] gewährleistet“ (Art.25 Abs.1 AEMR).

Artikel 2 Abs. 2 des deutschen Grundgesetzes sichert außerdem jedem Menschen in Deutschland das „Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ zu. Dieses Grundrecht gewährt nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts in Verbindung mit der Menschenwürdegarantie aus Art. 1 Abs. 1 GG einen Anspruch auf Sicherung des Existenzminimums, welcher auch eine medizinische Grundversorgung umfassen muss¹.

Das Bundesverfassungsgericht führt dazu in seinem Urteil vom 09.02.2010 aus: “Der unmittelbar verfassungsrechtliche Leistungsanspruch auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums erstreckt sich nur auf diejenigen Mittel, die zur Aufrechterhaltung eines menschenwürdigen Daseins unbedingt erforderlich sind. Er gewährleistet das gesamte Existenzminimum durch eine einheitliche grundrechtliche Garantie, die (...) die physische Existenz des Menschen, also Nahrung, Kleidung, Hausrat, Unterkunft, Heizung, Hygiene und Gesundheit (...) umfasst. (...) Die Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums muss durch einen gesetzlichen Anspruch gesichert sein. Dies verlangt bereits unmittelbar der Schutzgehalt des Art. 1 Abs. 1 GG. Ein Hilfebedürftiger darf nicht auf freiwillige Leistungen des Staates oder Dritter verwiesen werden, deren Erbringung nicht durch ein subjektives Recht des Hilfebedürftigen gewährleistet ist.” (BVerfGE 125, 175 (223, Rn. 135).

3 Gesundheitsversorgung Schwangerer ohne Papiere bzw. ohne Krankenversicherung

3.1 Betroffene

Aus den Erfahrungen des Medinetz Gießen mit der Betreuung von Schwangeren in den letzten Jahren können wir drei Zielgruppen definieren. Für alle betroffenen Frauen gilt, dass Geburten meist als medizinische Notfälle im Krankenhaus behandelt werden. Für diese Fälle kann beim Sozialamt von den Krankenhäusern eine Kostenübernahme beantragt werden. Andere ärztliche Untersuchungen, die mit der Schwangerschaft in Verbindung stehen (z.B. die üblichen Vorsorgeuntersuchungen) werden nicht übernommen.

Im Folgenden werden die genaueren Umstände der drei Zielgruppen näher erläutert.

3.1.1 Illegalisierte Frauen

Ein Untertauchen in die Illegalisierung geschieht aus verschiedenen Gründen. Das Asylverfahren der Frauen wurde abgelehnt, die Frauen haben sich nach ihrer Ankunft in Deutschland niemals registriert oder durch Versäumnisse, Verfahrensfehler etc. sind bewusst oder unbewusst gültige Titel/Papiere abgelaufen.

Eigentlich ist die medizinische Versorgung von Menschen im Asylverfahren, geduldeter Menschen, aber auch illegalisierter Menschen nach § 4 bzw. § 6 Asylbewerberleistungsgesetz geregelt. Behandelt werden können danach Schmerzzustände und akute Erkrankungen, Schwangerschaft, Geburt und Schutzimpfungen sowie weitere Vorsorgeuntersuchungen. Speziell stehen „werdenden Müttern und Wöchnerinnen ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel“ (§ 4 Abs. 2 AsylbLG) zu. Dazu gehören nicht nur Dienstleistungen, die unmittelbar mit der Geburt zusammenhängen, sondern auch Vor- und Nachsorgeuntersuchungen.

Dies erscheint zunächst ziemlich umfassend, bei genauerer Betrachtung bedeutet dies jedoch deutliche Einschränkungen im Vergleich zu den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen².

Abgesehen von dem durch das AsylbLG reduzierten Leistungsumfang können die Leistungen des AsylbLG von illegalisierten Frauen faktisch nicht genutzt werden. Denn für die Inanspruchnahme der Leistungen ist ein Antrag auf Ausgabe eines Krankenscheines bei der zuständigen Sozialbehörde zu stellen. Im Rahmen der sog. Bedürftigkeitsprüfung müssen umfangreiche Papiere aufgebracht werden, was für Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus meist nicht möglich ist, bspw. Kontoauszüge, Mietvertragskopien, Kopien des Passes. Zudem ist mit dem Verfahren ein hoher Verwaltungsaufwand für die Krankenhausverwaltung, Sozial- und Ausländerbehörde verbunden, der eine hohe Sachkenntnis erfordert³.

Problematisch ist in diesem Zusammenhang vor allem § 87 AufenthG, in dem umfängliche Übermittlungspflichten öffentlicher Stellen zugunsten der Ausländerbehörden festgelegt werden⁴.) Falls die betroffene Person beim Sozialamt einen Krankenschein beantragen muss, erhält dieses Kenntnis von der fehlenden behördlichen Meldung und dem fehlenden Aufenthaltsstatus. Durch die oben genannte Übermittlungspflicht müssen die Daten umgehend und ohne Aufforderung an die Ausländerbehörde oder an eine polizeiliche Stelle weitergegeben werden, woraus für die Betroffenen die Gefahr der Statusaufdeckung und der Abschiebung resultiert⁵.

Für die betroffenen Frauen ist daher eine ärztliche Behandlung nur dann möglich, wenn sie diese selbst bezahlen können oder sie Ärzte*innen finden, die die Behandlung ehrenamtlich und ohne Vergütung übernehmen. Ungleich schwieriger wird es, wenn Medikamente benötigt werden oder ein Krankenhausaufenthalt ansteht.

Die Gemeinsamkeit aller Frauen ist, neben dem Mangel eines Versicherungsschutzes, auch die Angst vor der Abschiebung und anderer Repressionen. Dies ist ein großes Hemmnis bei der Suche nach Hilfe, da die Befürchtung besteht, dass auch Ärzte*innen und Krankenhäuser ihre Daten an die Ausländerbehörden weitergeben könnten. Dass diese Sorge nicht unberechtigt ist, zeigen Beispiele aus der Praxis. In einer Befragung von 2014 gaben 5 von 40 Krankenhäusern an, häufig oder immer bei Aufnahme von Menschen ohne Papiere die Polizei hinzuzuziehen⁶.

Aus diesem Grund erfolgt die Verbindung häufig über Mittelspersonen, was die Kommunikation von Terminen, Untersuchungsergebnissen und medizinischen Weisungen sehr erschwert.

Während der Zeit des Mutterschutzes, 6 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin und 8 Wochen nach der Geburt, wird eine mögliche Abschiebung ausgesetzt. Die Frauen haben die Möglichkeit, eine Duldung zu beantragen (§ 60a Abs. 2 AufenthG). In diesem Fall werden die Kosten durch das Sozialamt übernommen.

3.1.2 EU-Bürgerinnen

EU-Bürgerinnen halten sich legal in Deutschland auf. Sie genießen nahezu die gleichen Rechte wie Bürgerinnen der Bundesrepublik Deutschland. Für sie gelten nicht die Anforderungen, aber auch nicht die Ansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Es wird davon ausgegangen, dass EU-

Bürgerinnen über eine EU-Krankenversicherung ihres jeweiligen Herkunftslandes versichert sind. Ein Eintritt in eine gesetzliche deutsche Krankenversicherung ist ihnen nur möglich, wenn sie sich in Deutschland längere Zeit in einem Angestelltenverhältnis befinden. Für nicht erwerbstätige EU-Bürgerinnen (Arbeits- und Ausbildungsplatzsuchende, aber auch unverheiratete Schwangere, alleinerziehende Eltern mit kleinen Kindern, Menschen, die ohne Nachweise etwa als Haushaltshilfen oder in der Gastronomie arbeiten, usw.) ohne eigene finanzielle Ressourcen besteht momentan keine Möglichkeit einer Krankenversicherung beizutreten. Auch für Menschen, die sich aufgrund einer prekären Wohnsituation oder Obdachlosigkeit nicht polizeilich melden können, ist der Zugang zum regulären Arbeitsmarkt und zum Sozialversicherungssystem erschwert⁷. EU-Bürgerinnen ohne Krankenversicherung verfügen somit weder über einen Versicherungsschutz, noch über eine für sie zuständige Stelle zur Übernahme von Notfallkosten. Für die Betroffenen sind finanzielle Gründe und bürokratische Hindernisse große Hürden, Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch zu nehmen.

3.1.3 Andere Frauen ohne ausreichenden Versicherungsschutz

Studierende aus Drittländern müssen zur Immatrikulation einen Versicherungsschutz vorweisen. Die hierfür abgeschlossenen Privatversicherungen decken häufig nur Notfälle ab. Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen werden regulär nicht übernommen. Das Gleiche gilt für die Angehörigen wissenschaftlicher Mitarbeiter*innen aus Drittstaaten.

3.2 Besondere Risikofaktoren der Papierlosigkeit

Einem Arbeitspapier der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität zufolge bedeutet das Auftreten gesundheitlicher Probleme für Menschen ohne Papiere „eine existenzbedrohende Situation, in der es abzuwägen gilt, ob die gesundheitlichen Problemlagen es notwendig machen, das Risiko der Statusaufdeckung und damit der Abschiebung einzugehen. Kosten der Behandlung, Unsicherheit darüber, wo die notwendige Behandlung zu finden ist und Sprachbarrieren sind weitere Gründe, warum Hilfe nicht oder häufig zu spät in Anspruch genommen wird. Die Chronifizierung einer rechtzeitig heilbaren Behandlung wird damit in Kauf genommen [...] Im Überblick ist davon auszugehen, dass die Gruppe der Menschen ohne Papiere im Prinzip das gleiche Krankheitsspektrum aufweist wie die Gesamtbevölkerung in Deutschland – jedoch bei einer signifikant schlechteren Lebenslage, schlechteren Versorgung und entsprechenden gesundheitlichen Konsequenzen“⁸. Ein aufenthaltsrechtlich prekärer Status stellt für die Personengruppe der schwangeren Frauen ein zusätzliches Risiko dar. So zeigte eine von 2004 bis 2006 durchgeführte prospektive Kohortenstudie, in welcher Daten aus allen Geburtsstationen der Niederlande erfasst wurden, dass Asylbewerberinnen ein Relatives Risiko von 4,5 im Vergleich zur niederländischen Gesamtbevölkerung haben, eine schwere Schwangerschaftskomplikation zu erleiden. Die Fallzahl lag in diesem Zeitraum bei 31,0 von 1000. Vor allem Uterusrupturen und Eklampsien kamen in dieser Kohorte gehäuft vor⁹. Eine Studie aus der norditalienischen Provinz Veneto zeigt, dass dort die Fehl- und Frühgeburtlichkeit bei illegalisierten Schwangeren im Vergleich zu italienischen Staatsbürgerinnen 1,3 - 2,2 fach erhöht ist. Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche ist mehr als sechsmal so hoch¹⁰. Ein sicherer Zugang zu medizinischer Versorgung in Form von Vorsorgeuntersuchungen und Geburtsvorbereitung ist essentiell für eine komplikationslose Schwangerschaft. Medizinische Komplikationen bedeuten, neben den unnötigen Strapazen für die Schwangere, auch eine erhöhte wirtschaftliche Belastung, die von einem Kostenträger übernommen werden muss.

4 Gesundheitsversorgung Schwangerer in der Stadt und im Landkreis Gießen

4.1 Fallbeispiele des Medinetz Gießen

Das Medinetz Gießen betreut durchschnittlich acht Schwangere pro Jahr, Tendenz steigend. Im Folgenden werden zwei Patientenfälle detailliert beschrieben.

4.1.1 Fall Frau J.

- Alter: 41 Jahre
- Herkunftsland: Marokko
- Sprachen: Arabisch, Französisch
- Status: abgelehnter Asylantrag in Deutschland, laut Dublin-Verfahren sollte sie nach Spanien abgeschoben werden
- Krankenversicherung: keine
- Kindsvater hat eine Aufenthaltserlaubnis in Deutschland, beide leben in einem kirchlichen Eheverhältnis
- Verlauf der Schwangerschaft: Risikoschwangerschaft durch Adipositas und Alter der Mutter, Entwicklung eines Schwangerschaftsdiabetes
- Kontaktaufnahme: über eine Ärztin aus der Kirchengemeinde zunächst wegen Zahnschmerzen, weshalb wir eine zahnärztliche Behandlung organisierten, im Verlauf unseres Kontaktes wurde die Patientin schwanger
- Verlauf der Betreuung durch das Medinetz Gießen:
 - Organisation der medizinischen Betreuung bei einer kooperierenden Gynäkologin und einem kooperierenden Allgemeinmediziner, der Dolmetscherin und des Labors
 - Treffen mit allen Beteiligten: Schwangere, Beratungsstelle, Medinetz, Übersetzung
 - Kostenübernahme der Behandlung, der Übersetzung und des Labors durch das Medinetz
 - Beschäftigung mit der rechtlichen Situation in enger Zusammenarbeit mit der Diakonie Gießen und einem Anwalt
 - Registrierung der Klientin beim Sozialamt, um im Zeitraum des Mutterschutzes vor und nach der Geburt (Abschiebehindernis) eine Kostenübernahme sowie eine Geburtsurkunde für das Kind zu bekommen

4.1.2 Fall Frau P

- Alter: 19 Jahre
- Herkunft: Rumänien
- Sprachen: Rumänisch
- Status: Aufenthalt nach EU-Recht
- Krankenversicherung: noch keine, sollte Anspruch auf Familienversicherung durch den Ehemann haben
- Kindsvater: Ehemann; leben gemeinsam in Deutschland, ist über den Arbeitgeber bei der AOK Bayern versichert
- Kontaktaufnahme: über Bekannte der Schwangeren
- Verlauf der Schwangerschaft:

In Rumänien fand eine Erstuntersuchung statt, Vorstellung bei einer Gießener Frauenärztin nach 2 Monaten ohne medizinische Kontakte im 6. Monat durch das Medinetz. Die Patientin benötigte Nahrungsergänzungsmittel welche vom Medinetz Gießen finanziert wurden. Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen bei einer Frauenärztin, eine Kostenübernahme erfolgt durch das Medinetz Gießen.

Bei der Vorsorgeuntersuchung im 7. Monat wurde eine Querstellung des Babys sowie eine vorzeitige Alterung der Plazenta festgestellt. Daraufhin Organisation eines akuten Kontrolltermins in Bad Nauheim im Hochwaldkrankenhaus durch die Frauenärztin und das Medinetz (Ergebnis: noch ausstehend).
- Verlauf der Betreuung durch Medinetz Gießen:
 - Organisation der medizinischen Betreuung bei einer kooperierenden Gynäkologin, der Dolmetscherin und des Labors

- Kostenübernahme der Behandlung und des Labors durch das Medinetz
- Empfehlung der Vorstellung der Schwangeren bei der Migrationsberatung der Diakonie Gießen
- Erschwerte Kommunikation mit der Patientin, nur durch den Ehemann oder die Bekannte

5 Konzeptentwurf für die Stadt und den Landkreis Gießen

5.1 Anforderungen an eine geregelte Versorgung

5.1.1 Gleichheit

Das Medinetz Gießen ist der Überzeugung, dass allen schwangeren Frauen eine gleichwertige Behandlung zusteht. Dies ist derzeit nicht der Fall, da bei jeder neuen Klientin die zuständigen Stellen wie Ärzte*innen, Hebammen, Krankenhäuser sowie Sprachmittler*innen neu organisiert und die Kostenübernahme geklärt werden müssen. Dabei ist das Medinetz Gießen vom aktuellen Ausmaß des freiwilligen Engagements seiner Partner*innen abhängig.

Eine Versorgung soll frei von Benachteiligungen sein und erfüllt momentan nicht die gesetzlichen Vorgaben der Gleichbehandlung. Das Konzept für eine geregelte Versorgung muss daher Voraussetzungen schaffen, sodass jeder Klientin die gleichen Strukturen bereitgestellt werden können. Nur so haben alle schwangeren Frauen die Möglichkeit, die für sie notwendige Versorgung in Anspruch zu nehmen.

5.1.2 Anonymität

Wie unter Abschnitt 2.1 Betroffene bereits beschrieben, besteht die Möglichkeit, dass die Daten der Schwangeren an die Ausländerbehörde weitergegeben werden. In vielen Fällen hält die Angst vor einer möglichen Abschiebung schwangere Frauen von notwendigen Arztbesuchen und Vorsorgeuntersuchungen ab. Um dem Anspruch einer sicheren Schwangerschaftsversorgung und Nachsorge nachkommen zu können, ist es daher wichtig, dass die in die Versorgung eingebundenen Stellen zur Nichtweitergabe von Patientinnendaten verpflichtet sind. Außerdem müssten eventuelle Beratungsstellen explizit auf die Nichtweitergabe von Daten hinweisen, um die Zugangshürden für Klientinnen so niedrig wie möglich zu gestalten. Anzustreben ist es, die Daten bei der Aufnahme in das Programm zu verschlüsseln.

5.1.3 Finanzierung

Die Kosten für die Versorgung der Betroffenen werden derzeit größtenteils vom Medinetz Gießen gedeckt. Häufig werden auch die Dienstleistungen von kooperierenden Ärzten*innen und Hebammen unentgeltlich geleistet. Dieser Umstand kann keine Dauerlösung sein, da das Medinetz Gießen spendenfinanziert ist. Mittelfristig kann es eine adäquate Versorgung finanziell nicht gewährleisten.

Ein unkalkulierbarer Kostenfaktor entsteht durch ein erhöhtes Komplikationsrisiko im Zusammenhang mit der Geburt, hervorgerufen durch fehlende Vorsorge. Allgemein hat sich gezeigt, dass die Einschränkung des Zugangs zu einer geregelten Gesundheitsversorgung eine größere finanzielle Belastung für den Sozialstaat darstellt, als die Gewährleistung eines freien Zugangs zum Gesundheitssystem für alle¹¹. Diese Erfahrung bestätigte sich zuletzt auch beim sogenannten "Bremer Modell", einer Gesundheitskarte, die Asylsuchenden den Zugang zur medizinischen Regelversorgung gewährt¹². Mit einer geregelten Finanzierung wäre also nicht nur dem Medinetz Gießen geholfen, sondern auch den Krankenhäusern, die bisher oft auf unbezahlten Rechnungen sitzen bleiben.

Denkbar wäre etwa ein Fond, aus dem anfallende Behandlungs-, Labor- und Materialkosten gedeckt werden könnten, wie es bereits erfolgreich in Marburg der Fall ist. Hier stellte die Stadt Marburg dem Medinetz Marburg e.V. 2019 Projektgelder in Höhe von 5.000 € zur Verfügung. Durch die finanzielle Unterstützung kann das Medinetz Marburg e.V. die Versorgung schwangerer Frauen gewährleisten.

Langfristig ist es sinnvoll, das Projekt in dem finanziellen Haushalt der Stadt und des Landkreises Gießen einzuplanen. Eine weitere Option ist die Aufnahme des Schwangerschafts-Programmes in die Infrastruktur eines Anonymen Krankenscheins.

5.1.4 Planbarkeit

Um einen möglichst reibungslosen Ablauf der Konzeptumsetzung zu gewährleisten, ist es wichtig, dass die für die Versorgung von Schwangeren ohne Papiere zuständigen Stellen ohne größere bürokratische Hürden zusammenarbeiten können. Hierfür ist neben der Aufteilung von Kompetenzbereichen ein regelmäßiger gemeinsamer Austausch wichtig. Das Medinetz Gießen schlägt hierfür regelmäßige Treffen im Rahmen eines Runden Tisches einmal im Quartal vor. Beteiligt sein sollten das Medinetz Gießen, ein*e Mitarbeiter*in der Clearingstelle und ein*e Beauftragte*r der Stadt und des Landkreises Gießen.

5.2 Umfang und Kosten der Schwangerschaftsversorgung

Der Umfang der bestehenden Schwangerenversorgung durch die Krankenversicherungen in Deutschland dient als Orientierung für unser Konzeptpapier.

5.2.1 Anspruch gesetzlich krankenversicherter schwangerer Frauen

Jede Schwangere hat einen gesetzlichen Anspruch auf ausreichende medizinische Untersuchung und Beratung (§ 24c SGB V). Für die Schwangerschaftsvorsorge, Geburtsvorbereitung und Entbindung übernimmt die GKV die Kosten. Einschränkungen gibt es lediglich bei der Haus- und Geburtshausentbindung, bei denen nur Hebammen und medizinische Versorgung übernommen werden. Bei privat Versicherten werden die Kosten von den Privatkrankenkassen übernommen. Wenn die Schwangere Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz bezieht, so übernimmt das Sozialamt die Kosten der Schwangerenvorsorge. Bei Personen, die trotz Versicherungspflicht nicht versichert sind, sollte die Krankenversorgung nach dem SGB XII greifen, welche die gleichen Leistungen wie die der Krankenkassen oder zumindest eine Notversorgung sicherstellen soll.

5.2.2 Umfang einer geregelten Schwangerschaftsversorgung

Vorrangiges Ziel einer ärztlichen Schwangerenvorsorge ist die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten. Ärztliche Betreuung im Sinne des § 24d SGB V sind solche Maßnahmen, welche der Überwachung des Gesundheitszustandes der Schwangeren bzw. Wöchnerinnen dienen, soweit sie nicht ärztliche Behandlung im Sinne des § 28 Abs. 1 SGB V darstellen. Im Einzelnen gehören zu der Betreuung:

- Eine Erstuntersuchung mit ausführlicher Anamnese, körperlicher Untersuchung, Beratung der Schwangeren hinsichtlich Risikofaktoren
- Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen alle vier Wochen bzw. alle zwei Wochen ab der 30. SSW mit Gewichts- und Blutdruckkontrolle, Untersuchung des Gebärmutterstandes und der Lage des Kindes, sowie der Kontrolle der kindlichen Herzaktion. Hier können Urin- und ggf. Blutuntersuchungen erfolgen.
- Drei sonographische Untersuchungen zur Feststellung ob eine regelrechte Schwangerschaft vorliegt, die Entwicklung des oder der Kinder regelrecht und zeitgerecht verläuft oder Hinweise auf Anomalien, Vitalitätseinschränkungen bestehen. Zudem werden hier Biometriemaße erfasst.
- Frühzeitige Erkennung und besondere Überwachung von Risikoschwangerschaften - amnioskopische und kardiotokographische Untersuchungen, Ultraschalldiagnostik, Fruchtwasseruntersuchungen usw. -
- Serologische Untersuchungen auf Infektionen
 - z. B. Röteln bei Schwangeren ohne dokumentierte zweimalige Impfung, Lues, Hepatitis B,

- bei begründetem Verdacht auf Toxoplasmose und andere Infektionen
- zum Ausschluss einer HIV-Infektion (auf freiwilliger Basis nach vorheriger ärztlicher Beratung der Schwangeren)
- blutgruppenserologische Untersuchungen während der Schwangerschaft
- Blutgruppenserologische Untersuchungen nach Geburt oder Fehlgeburt und Anti-D-Immunglobulin-Prophylaxe
- Medikamentöse Maßnahmen und Verordnungen von Verband und Heilmitteln
- Aufzeichnungen und Bescheinigungen
- Geburtsvorbereitung und Nachsorge durch eine Hebamme
- Die eigentliche Geburt
- Untersuchungen und Beratungen der Wöchnerin: Eine Untersuchung soll innerhalb der ersten Woche nach der Entbindung vorgenommen werden. Eine weitere Untersuchung soll etwa sechs Wochen, spätestens jedoch acht Wochen nach der Entbindung durchgeführt werden.

5.2.3 Kostenabschätzung einer Schwangerschaftsversorgung

Bei der folgenden Kostenaufstellung handelt es sich um eine exemplarische Darstellung der Kosten einer komplikationsfreien Schwangerschaft. Der endgültige Betrag ist von dem individuellen Verlauf der Schwangerschaft und Geburt abhängig.

Kosten der Vorsorgeuntersuchungen ¹³		
Bezeichnung	Punkte	Kosten
Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung Pauschale für die Betreuung einer Schwangeren	1172 pro Quartal 1172 x 3 Quartale = 3516	128,77 € pro Quartal 128,77 € x 3 Quartale = 386,31 €
Planung der Geburtsleitung	348	38,24 €
Untersuchung und Beratung der Wöchnerin	275	30,21 €
Laborkosten		ca. 100,00 €
Gesamtkosten Vorsorgeuntersuchung	4139	554,76 €
Kosten der Geburt (inkl. stationärer Nachsorge) ¹⁴		
Bezeichnung	MVD	Kosten
O60D: Entbindung nach DRG	3,0	2622,00 €
P67E: Versorgung des gesunden Neugeborenen	2,9	1184,00 €
Gesamtkosten Geburt		3806,00 €
Kosten für die Betreuung durch eine Hebamme ¹⁵		
Bezeichnung	Stunden	Kosten
Geburtsvorbereitungskurs	14	111,44 €

Rückbildungsgymnastik	10	79,60 €
Aufsuchende Wochenbettbetreuung bei der Wöchnerin bis zur 12. Woche nach der Geburt	15	576,90 €
Gesamtkosten Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung		767,94 €
GESAMTKOSTEN		ca. 5128,70 €

5.3 Etappen und Akteur*innen einer geregelten Versorgung

5.3.1 Beratung und Clearing

Die initiiierende Koordination und anfallende Verwaltungsaufgaben der gesamten Schwangerschaftsversorgung sollen durch eine Stelle in öffentlicher oder freigemeinnütziger Hand erfolgen. Hier soll eine Anonymisierung der Patientinnendaten sowie die Weitervermittlung an andere Akteure*innen stattfinden. Neben der Aufnahme in das Versorgungsprogramm sollen hier, abhängig vom Aufenthaltsstatus, mögliche Alternativen erörtert werden, um den Klientinnen eine Regelversorgung zugänglich zu machen. Die Beratungsstelle soll die Funktion einer Clearingstelle einnehmen und die weiteren Akteure*innen der Versorgung über die Aufnahme neuer Klientinnen in das Programm informieren.

5.3.2 Vorsorge und Geburtsvorbereitung

Die Vorsorge soll durch Gynäkologen*innen und Hebammen erfolgen. Sie soll nach den Vorgaben der Mutterschaftsrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen erfolgen (Auflistung unter 4.2.2). Nur bei Vorliegen von Risikofaktoren sollen Untersuchungen geleistet werden, die darüber hinausgehen. Zur Minimierung von Geburtskomplikationen sowie Risiken für das neugeborene Kind soll auch eine Geburtsvorbereitung Teil des Versorgungsprogrammes sein.

5.3.3 Geburt

Die Geburt solle in einem an dem Versorgungsprogramm partizipierenden Krankenhaus erfolgen. Darüber hinaus könnten die Geburten, sofern dies von den Klientinnen gewünscht ist, auch in einem Geburtshaus erfolgen. Nach der Geburt ist es anzustreben, das Neugeborene zu registrieren, sodass es eine Geburtsurkunde erhält, ohne dass für die Mutter dadurch aufenthaltsrechtliche Nachteile und Risiken entstehen.

5.3.4 Nachsorge

Wie bei gesetzlich Krankenversicherten sollen die Kosten der Hebammenhilfe übernommen werden. Die Hebammenhilfe umfasst laut Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Anleitung zur Rückbildungsgymnastik und Säuglingspflege sowie die Stillberatung (§ 134a SGB V). Gerade bei Erstgebärenden ist die Nachsorge für das gesundheitliche Wohl der Mutter und des Neugeborenen unerlässlich.

5.3.5 Labor

Wünschenswert ist es, kooperierende Labore zu finden.

5.3.6 Sprachvermittlung

Um eine sichere Versorgung zu gewährleisten, müssen die Schwangeren bei den Vorsorgeuntersuchungen und insbesondere bei der Schwangerschaftsvorsorge und Nachsorge von Sprachmittler*innen begleitet werden. Da all diese Leistungen vor allem auch der Gefahrenprävention

für das neugeborene Kind dienen, ist hier eine missverständnisfreie Kommunikation essentiell. Eine Möglichkeit ist eine feste Kooperation mit einem Dolmetscher*innen-Dienst.

6 Forderungen

Das Medinetz Gießen spricht sich gegen jegliche Einschränkung des Zuganges zu medizinischer Versorgung aus. Aufgrund des durch Restriktionen entstehenden Verwaltungsmehraufwandes fallen meist zusätzlich hohe Kosten an. Den Zugang zur Versorgung einzuschränken ist somit meist nicht mit finanziellen Argumenten zu begründen, sondern in allererster Linie eine migrationspolitische Entscheidung. Ob die Verweigerung von Krankenversorgung Menschen von der Flucht abhält, ist fraglich. Abgesehen davon ist die Verweigerung von Krankenversorgung aus menschenrechtlicher Perspektive nicht zu vertreten.

Dem Medinetz Gießen gelingt es durch Kooperationen mit der Migrationsberatung häufig im Verlauf der Schwangerenbetreuung eine Finanzierung (z.B. Krankenversicherung, AsylbLG) zu organisieren. Vor allem für die Vorsorgeuntersuchungen und für schwangere Frauen, denen diese Form der Finanzierung nicht ermöglicht werden kann, fordert das Medinetz Gießen jährlich Gelder in Höhe von ca. 15.000 €. Nur so kann eine umfassende medizinische Versorgung sichergestellt werden.

7 Perspektiven

Die Etablierung einer geregelten Schwangerschaftsversorgung in der Stadt und im Landkreis Gießen kann den ersten Schritt zu einer umfassenden, sicheren und gleichwertigen Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Krankenversicherung darstellen. Anzustreben wäre die dauerhafte Einbindung der Versorgungsstrukturen in das Konzept eines Anonymen Krankenscheines. Hierfür wäre es nötig, eine Beratungs- und Clearingstelle zu schaffen, die von den betroffenen Personen möglichst unkompliziert in Anspruch genommen werden kann.

Die Strukturen der Schwangerschaftsversorgung könnten zu diesem Zweck erweitert werden. Die Beratungsstelle hätte in diesem Fall die Berechtigung, anonyme Krankenscheine zu vergeben, die sowohl von ärztlicher Seite als auch von den zuständigen Krankenkassen akzeptiert würden. Die Finanzierung würde aus Landesmitteln erfolgen. Ein Beispiel für eine anonyme niedrigschwellige Gesundheitsversorgung ist der anonyme Krankenschein Thüringen. Hierbei stellt das Bundesland Thüringen die finanziellen Mittel zur Verfügung. Für mehr Infos: <https://www.website.aks-thueringen.de/>.

8 Literaturverzeichnis

¹ Schulze-Fielitz, in Dreier: Grundgesetz-Kommentar, 3. Auflage 2013, Art. 2 GG, Rn. 96

² Mylius, Maren: Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland, Bielefeld 2016, S. 47

³ Arbeitspapier der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität, Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere, April 2017, S. 4

⁴ Hilbrans, in: Hofmann: Ausländerrecht, 2. Auflage Baden-Baden 2016, § 87 AufenthG Rn. 1

⁵ Mylius, Maren: Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland, Bielefeld 2016, S. 49

⁶ Arbeitspapier der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität, Notfallhilfe im Krankenhaus für Menschen ohne Papiere, August 2019, S. 8

⁷ Linke, Christine: Möglichkeiten und Grenzen der ehrenamtlichen medizinischen Versorgung von nicht versicherten, chronisch kranken Migranten*innen in Berlin, Berlin 2017, S. 9

⁸ Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität: Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere: Aktuelle Herausforderungen und Lösungsansätze.
BAGGesundheit_Illegalität_Arbeitspapier_Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere_April 2017_Web. Version: 2017

⁹ van Hanegem, N. ; Miltenburg, A. S. ; Zwart, J. J. ; Bloemenkamp, K. W. M. ; van Roosmalen, J. : Severe acute maternal morbidity in asylum seekers: a two-year nationwide cohort study in the Netherlands. In: Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica 90 (2011), Nr. 9, S. 1010–1016.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01140.x>. – DOI 10.1111/j.1600-0412.2011.01140.x. – ISSN 0001-6349

¹⁰ Fedeli, U. ; Alba, N. ; Lisiero, M. ; Zambon, F. ; Avossa, F. ; Spolaore, P. : Obstetric hospitalizations among Italian women, regular and irregular immigrants in North–Eastern Italy. In: Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica 89 (2010), Nr. 11, 1432–1437.
<http://dx.doi.org/10.3109/00016349.2010.512065>. – DOI 10.3109/00016349.2010.512065. – ISSN 0001-6349

¹¹ Bozorgmehr, K.; Razum, O.: Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994 – 2013
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131483> [Stand: 06.11.2020]

¹² <https://www.senatspressestelle.bremen.de/sixcms/detail.php?id=149526>

¹³ Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (“Mutterschafts-Richtlinien”): https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2130/Mu-RL_2020-02-20_iK_2020-04-28.pdf [Stand: 18.10.2020]

¹⁴ DRG-Fallpauschalensystem: <https://diego.one/drg> [Stand: 21.10.2020]

¹⁵ Abrechnungsverfahren für Hebammen: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/alte_dokumente/8_Anlage_1.3_Verguetungsverzeichnis_09-2017.pdf [Stand: 21.10.2020]