



HAL
open science

Im Wartezimmer der Unerwünschten. Exklusion und Inklusion von illegalisierten Menschen im Gesundheitssystem in Frankreich.

Jérémy Geeraert

► **To cite this version:**

Jérémy Geeraert. Im Wartezimmer der Unerwünschten. Exklusion und Inklusion von illegalisierten Menschen im Gesundheitssystem in Frankreich.. Phase 2. Zeitschrift gegen die Realität, 2015, Staatenlos durch die Nacht. Was taugt der Anarchismus, 50, pp.52-54. halshs-01263840

HAL Id: halshs-01263840

<https://shs.hal.science/halshs-01263840>

Submitted on 28 Jan 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Im Wartezimmer der Unerwünschten

Exklusion und Inklusion von illegalisierten Menschen im Gesundheitssystem in Frankreich.

Dieser Artikel erschien im 50. Ausgabe der Phase 2 im Frühjahr 2015, S. 55-59.

Ref.: Geeraert J. « Im Wartezimmer der Unerwünschten. Inklusion und Exklusion von illegalisierten Menschen im Gesundheitssystem in Frankreich », Phase 2. Zeitschrift gegen die Realität, n° 47, Frühjahr 2015, p. 55-59.

Jérémy Geeraert

Für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus ist der Schutz der Gesundheit und die medizinische Versorgung kein universelles Grundrecht. Dies gilt derzeit europaweit. Illegalisierte erhalten in der Praxis oft nur allernotwendigste medizinische Leistungen, z.B. während eines Notfalls, und meist keine oder nur sehr rudimentäre medizinische Regelleistungen. Die Betroffenen berichten immer wieder von unwürdigen Behandlungssituationen; den Zugang zu Leistungen empfinden sie zudem als unsicher; Regelungen sind unklar.

Laut einer Studie der Europäischen Beobachtungsstelle von "Médecins du Monde" in elf (west)europäischen Ländern über den Zugang von Menschen ohne Aufenthaltstitel zu medizinischer Versorgung kann man zwei unterschiedliche Umgangsweisen feststellen: Neben der Möglichkeit, Gesundheitsleistungen komplett selbst zu bezahlen (was den allergrößten Teil des betroffenen Personenkreises von vornherein aus der Versorgung ausschließt) existieren in einigen Staaten Systeme, in denen die Kosten (manchmal auch nur anteilig) übernommen werden (so in Frankreich, Belgien, Spanien, den Niederlanden, in Portugal und Italien). Demgegenüber gibt es in anderen Ländern (in der Bundesrepublik, in Griechenland, Schweden und der Schweiz) keine gesetzlichen oder administrativen Regelungen; Hilfe kann hier nur in medizinischen Notfällen geleistet werden.

In diesem Artikel soll ein genauerer Blick darauf geworfen werden, wie sich die Situation in Frankreich darstellt. Im Vergleich zu anderen Ländern wird hier das Recht auf Gesundheitsschutz auch ohne legalen Aufenthaltsstatus ausdrücklich anerkannt, was als progressiv bewertet werden kann. Allerdings gilt es, differenziert nach den Vor- und Nachteilen für Illegalisierte und nach der gesellschaftlichen Funktion einer separaten, speziellen Struktur zu deren medizinischen Grundversorgung zu fragen.

Eine kurze Erinnerung an die deutsche Situation: Jede Person muss sich hierzulande durch eine Krankenversicherung absichern – das ist seit der jüngsten Gesundheitsreform für alle Pflicht. Das System beruht auf dem Subsidiaritäts- und Solidaritätsprinzip und die Beiträge richten sich nach dem Einkommen. Nicht so jedoch für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus: sie haben dazu keinen Zugang. **Flüchtlinge**, die einen Antrag auf Asyl stellen, erhalten erst nach 48 Monaten Aufenthalt auf deutschem Gebiet formal gleiche Leistungen. Vorher haben sie lediglich Anspruch auf eine Notfallversorgung und einige Grundleistungen (Schwangerschaftsfürsorge, Pflichtimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen u.a.). Jedoch müssen sie auch nach Ablauf obiger Frist vor jeder Behandlung immer einen Kostenübernahmeschein beim Sozialamt besorgen. **Menschen ohne Aufenthaltstitel** wiederum, Personen also, die sich illegal im Land aufhalten, haben theoretisch zwar Anspruch auf die gleichen medizinischen Leistungen wie Asylsuchende. Die Sozialbehörden müssten die Kosten von Gesundheitsleistungen für Menschen ohne Aufenthaltstitel eigentlich übernehmen, müssen aber zugleich jede Person ohne legalen Status den Ausländerbehörden melden. Das hat zur Folge, dass Betroffene selbst im ernsteren Krankheitsfall auf eine Behandlung verzichten (müssen), da sie zu Recht befürchten, angezeigt und abgeschoben zu werden. Einige Gesundheitseinrichtungen bzw. einzelne Ärztinnen und Ärzte behandeln dennoch (meist kostenlos) und verstoßen damit oft gegen das Gesetz. Humanitäre Organisationen, Flüchtlingsgruppen und politische Akteure kämpfen seit langem gegen diese unwürdige Lage.

In Frankreich dagegen – eines der Länder, in denen es Regelungen für die Behandlung und deren Kostenübernahme gibt – wird das Grundbedürfnis auf medizinische Versorgung zunächst einmal anerkannt. Vor etwa 15 Jahren wurde hier in einem großen Schritt nach vorn eine eigene staatliche Krankenversicherung speziell nur für Illegalisierte eingeführt. Das System ist weltweit nach wie vor einzigartig und funktioniert grundsätzlich auch: rund 300 000 Menschen haben Zugang zu Gesundheitsleistungen – eine im internationalen Vergleich geradezu rosige Situation! Fragt man jedoch vor Ort nach, wie es in der Praxis läuft, finden sich viele Kritikpunkte, denen dieser Artikel nachgehen möchte. Zudem muss sich auch ein vermeintlich vorbildliches System fragen lassen, wem es – neben dem humanitären Imagegewinn für Frankreich – in welcher Weise nützt. Der Vorwurf, auch hier würden lediglich soziale Ausschlüsse produziert und fortgeschrieben, greift zu kurz.

Was ist das eigentlich für eine Politik, die Illegalisierte nicht in das breite Gesundheitssystem integriert, sondern ein Sondersystem geschaffen hat?

Die Frage ist nicht allein, ob es ein anwendbares Recht auf Gesundheitsschutz für Illegalisierte gibt, sondern, wie genau es umgesetzt wird und wem es nützt.

In einem reformartigen Prozess seit 1945 wurde die allgemeine Grundversorgung, die zunächst nur die Arbeiter_Innen umfasste, Schritt für Schritt auf andere Bevölkerungsteile ausgeweitet.

Mit der Schaffung einer gesetzlichen "Allgemeinen Grundversicherung" (CMU – *Couverture Maladie Universelle*) wurde 1998 das breit angelegte staatliche Projekt, alle Personen mit einer effizienten und einheitlichen Krankenversicherung zu versorgen, abgeschlossen. Die CMU dient dabei als Grundversorgung für all jene (z.B. mittellose Rentner_Innen, nicht Erwerbstätige, Sozialhilfeempfänger_Innen etc.), die nicht in die öffentlichen, gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen werden, weil sie nicht im Erwerbsleben stehen und ihr Einkommen zu gering ist.

Mit der Schaffung der CMU wurde 1998 jedoch auch eine Gruppe von diesem allgemeinen Grundrecht explizit ausgeschlossen: Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Für sie wurde im Jahr 2000 eine separate »Staatliche Medizinische Sozialhilfe« (*Aide Médicale d'État – AME*) eingeführt: ein paralleles System, das wie eine Krankenversicherung aussieht und die gleichen Grundleistungen wie die CMU bietet.

Darüber hinaus wurde noch eine weitere Struktur für diejenigen, die durch alle oben erwähnten Netze fallen, eingerichtet: 1998 wurden die sogenannten PASS (*Permanence d'Accès aux Soins de Santé*), die »Stationen für den Zugang zur medizinischen Versorgung«, per Gesetz vorgeschrieben und eingerichtet. Diese speziellen, staatlich finanzierten Stationen, die es in den meisten öffentlichen und einigen privaten Krankenhäusern gibt, sind auf die psychosoziale und medizinische Betreuung von Patient_Innen ohne Krankenversicherung¹ spezialisiert und behandeln hauptsächlich illegalisierte Migrant_Innen. Das bedeutet, dass das französische Gesundheitssystem das Recht auf Gesundheitsschutz auch ohne legalen Aufenthaltsstatus ausdrücklich anerkennt – was als soziale, bürgerschaftliche Inklusion betrachtet werden kann.

Die Exklusion der »Unerwünschten«

Seit ihrer Einführung 1945 kommen generell alle, die sich in Frankreich aufhalten, in den Genuss der allgemeinen Sécurité Sociale (Kranken- und Rentenversicherung sowie Mutterschafts- und Kindergeld). Diese Leistungen sind nicht an die Legalität des Aufenthalts, sondern direkt an Erwerbsarbeit gebunden; Leistungen der Sozialhilfe wiederum an soziale Kriterien. In den ersten Jahrzehnten des Bestehens der Sozialversicherung haben alle denselben Anspruch auf eine Krankenversicherung, solange sie folgende Bedingungen erfüllen: Arbeit, Beitragszahlungen, fester Wohnsitz.

¹ also ohne gesetzliche Krankenversicherung, CMU oder AME.

Mit einer restriktiveren Einwanderungspolitik seit Anfang der siebziger Jahre, der Einschränkung des Ausländerrechts, der Schließung der Grenzen für Gastarbeiter_Innen und anderen Maßnahmen hat ein Prozess von der bloßen Ausgrenzung hin zu einer zunehmenden Illegalisierung von Einwander_Innen begonnen. Dies schlug sich schrittweise auch in der Beschneidung von Sozialleistungen für die betroffenen Gruppen nieder. Diese Produktion von Illegalität (De Genova, 2002), also die Schaffung eines illegalen Status per Gesetz, fand parallel zur Konstruktion des gesellschaftlichen Feinbildes »krimineller Ausländer« statt. Bis heute wird dieses Bild, immer wenn es um den Bezug (bzw. die Kürzung) von Sozialleistungen geht, vor allem von konservativen Politikern und im medialen Mainstream gepflegt und fortgeschrieben.

Anfang der neunziger Jahre führte dies schließlich zum nach dem damals amtierenden Innenminister benannten Pasqua-Gesetz, das neben anderen Restriktionen den Aufenthaltsstatus zur Bedingung für Sozialleistungen inklusive der Krankenversicherung macht. Dies war ein Wendepunkt, der die Legalität des Aufenthalts als Kategorie des Zugangs/Ausschlusses zum Sozialstaat und damit als bedeutendes Merkmal gesellschaftlicher Existenz einführte.

Neben dem *Service des Étrangers*, der Behörde, die für aufenthaltsrechtliche Fragen zuständig ist (analog zur sogenannten Ausländerbehörde in der BRD), ist nun in allen öffentlichen, vor allem sozialstaatlichen Verwaltungen und Krankenkassen zwischen legalem und illegalem Aufenthaltsstatus zu unterscheiden. Damit wird diese Kategorisierung zu einer gesamtgesellschaftlichen sozialen Realität. Von nun an müssen beispielsweise Verwaltungsangestellte immer auch den Aufenthaltsstatus kontrollieren, ohne dass dies gesondert in Antragsformularen oder Akten abgefragt wird. Die weitgehend unsichtbare Kategorie wird hiermit zu einem Ausschlusskriterium, das von der Verwaltung immer mitgedacht werden muss. Die Bedingung der Legalität des Aufenthalts wird so zu einem Instrument der Akkulturation, das weit über aufenthaltsrechtliche Aspekte hinaus im administrativen Alltag Fuß fasst, und zwar vor allem dort, wo die Verwaltung direkten Kontakt zu den Betroffenen hat. Akkulturation meint hier die Übernahme der Kategorie »illegal« aus der mit Aufenthaltsrecht befassten und in Frankreich direkt dem Innenministerium unterstellten Administration in viele andere Bereichen sozialstaatlicher Verwaltung und bürokratischer Kultur sowie deren Institutionalisierung und Verinnerlichung in der Vorstellung der Angestellten.

Im Gesundheitswesen ist der Ausgrenzungsprozess noch deutlicher. 1998 wurde die erwähnte CMU per Gesetz eingeführt; sie bedeutete praktisch eine Abschaffung der unterschiedlichen Behandlung von Krankenversicherten und Nichtversicherten: alle wurden in der vereinheitlichten Grundversicherung zusammengefasst. Illegalisierte wurden davon kategorisch ausgeklammert und in der kurz darauf reformierten AME isoliert. Deren Einführung bedeutete eine klare Verbesserung der Lage für illegalisierte Migrant_Innen, besonders im Vergleich zur katastrophalen Situation zwischen 1993 und 2000, in der der Zugang zur konkreten medizinischen Versorgung für Illegalisierte auf die allernotwendigsten medizinischen und nur in öffentlichen Krankenhäusern erhältlichen Leistungen beschränkt war.

Man kann jetzt mit der neuen AME (und in dieser Hinsicht völlig vergleichbar mit der Grundversicherung CMU) in die ärztliche Praxis oder ins Krankenhaus gehen und gebührenfrei Medikamente verschrieben bekommen. Trotz des Ausschlusses aus der CMU stellt dieses Recht also eine Anerkennung der Existenz und damit der Zugehörigkeit zur Gesellschaft dar – ein Recht auf Gesundheitsschutz für 278 262 Menschen (in 2013), das ein neues und starkes Zeichen einer formellen sozialen Inklusion bedeutet.

Diese Inklusion heißt jedoch zugleich auch soziale Kontrolle. Die zuvor nur von humanitären Organisationen (wie *Médecins du Monde* oder Flüchtlingshilfe-Gruppen) angebotene medizinische Versorgung bedeutete in diesem Bereich nahezu kein Ein- oder Zugriff staatlicherseits. AME und PASS sind nun neue, wirksame Mittel, um biopolitische Macht² über die Gesundheit und damit das Leben illegalisierter Menschen zu erlangen. Mittels der Werkzeuge Inklusion und Isolation im Gesundheitssystem wird dank einer nationalen Verordnung (2007) eine weitere Gruppe identifiziert: »mittellose EU-Bürger_Innen«. Sie haben eigentlich Anspruch auf Gesundheitsversorgung per CMU, müssen sich jetzt aber ebenfalls über AME Zugang zu Leistungen verschaffen – ein Winkelzug, der vor allem nach Frankreich kommende Roma treffen soll und trifft. Sie werden aus der CMU ausgeklammert und als weitere Gruppe »Unerwünschter« abgestempelt. Antiziganistische Ressentiments ergänzen einen in Frankreich gegen Einwander_Innen gerichteten, kolonial verwurzelten Rassismus. Vorurteile werden in der politischen Debatte offen geäußert; breite Kreise der Bevölkerung sehen sich in ihrer ablehnenden Haltung gegen Roma bestätigt. Die AME zeichnet sich hier durch eine Form des strukturellen Rassismus aus, der die »Unerwünschten« offen und unverblümt zum Bodensatz eines sozial geschichteten Gesundheitssystems macht. Die Kategorie der Unerwünschten wird als soziales Problem konstruiert und der Staat hält diese Gruppe in Bezug auf Gesundheitsschutz in einem prekären Zustand. Mit sozialer Anerkennung und gleichzeitiger Isolation sind Illegalisierte ein einfaches Angriffsziel im öffentlichen Diskurs. In den 16 Jahren seit ihrer Einführung wurde die AME in der Nationalversammlung immer wieder attackiert, meistens mit der Argumentation, dass sich AME-Empfänger_Innen Leistungen erschleichen würden und die Zahl der Anträge unkontrollierbar ansteige, da sich die Attraktivität einer kostenlosen Krankenversicherung herumspreche. Ein einfaches soziales Feinbild.

² „Die Kontrolle der Gesellschaft über die Individuen vollzieht sich nicht nur über das Bewusstsein oder die Ideologie, sondern auch im Körper und mit dem Körper. Für die kapitalistische Gesellschaft ist es die Biopolitik, die vor allem zählt, das Biologische, Somatische, Körperliche.“ (Michel Foucault, 2003, 210)

Mit dem AME wird auch eine differenzierte und für den Staat effiziente Organisation der Verwaltung auf lokaler Ebene möglich. In Paris zum Beispiel, wo etwa 65 000 Illegalisierte jedes Jahr einen AME-Antrag abgeben, sind die Antragstellenden gezwungen, sich an eines der beiden völlig unterbesetzten Zentren zu wenden, in denen täglich nur zwischen zehn und zwanzig Anträge bearbeitet werden. Ab drei Uhr nachts stellen sich dutzende Hilfesuchende an, um möglicherweise einen Antrag abgeben zu dürfen. Die Verwaltung des AME ist in ganz Frankreich notorisch unterbesetzt und braucht oftmals sechs Monate und mehr, um Anträge zu bearbeiten (und das obwohl die Bewilligung nur auf ein Jahr befristet ist). Im Département Seine-Saint-Denis nordöstlich von Paris ist wiederholt entschieden worden, alle per Post eingesandten Anträge einfach wegzuworfen, weil das Verwaltungspersonal keine Kapazität hat, sie zu bearbeiten. Die Antragstellenden wurden darüber nicht informiert.

Generell führt das Bestreben, den Ablauf zu rationalisieren, zu einem hohen Anteil von falsch begründeten, fehlerhaften AME-Ablehnungen, was wiederum eine verlängerte Wartezeit aufgrund von Widersprüchen und Klagen zur Folge hat – Wartezeit, die in der Realität eine Zeit ohne Gesundheitsschutz für die Antragstellenden bedeutet. Das ganze System des AME führt so zu einem verspäteten Zugang zur Krankenversicherung oder gar zu einem völligen Ausschluss aus dieser. Dieser formelle Inklusionsprozess der »Unerwünschten« generiert letztendlich informelle Exklusion innerhalb dieser Gruppe: Einige fallen schlicht durch das gespannte Netz.

AME-Empfänger_Innen werden auch Opfer diskriminierender und illegaler Praxen. Mehrere Untersuchungen (von Médecins du Monde, 2006; vom französischen Gesundheitsministerium DGOS, 2010 und vom Institut für Sozialforschung IRDES, 2006) haben gezeigt, dass sich zahlreiche privat niedergelassene Ärzt_Innen und insbesondere Spezialist_Innen weigern, AME-Versicherte zu behandeln. Für diese Form der Exklusion haben sie hauptsächlich zwei Begründungen parat: Erstens seien AME-Patient_Innen aufmüpfig und hätten eine »Fürsorgementalität« oder »Anspruchshaltung« – was Feindbilder des »kriminellen Ausländers« adaptiert. Zweitens sei die Kostenerstattung der AME-Leistungen umständlicher und dauere länger. Wo sonst per Chipkarte abgerechnet wird, muss alles per Hand in Abrechnungsformulare eingetragen werden – eine weitere Folge der administrativen Isolierung des AME.

Der vielleicht radikalste Ausschlussmechanismus ist der der formellen Exklusion. Der Nachweis der Identität, einer festen Adresse und der Aufenthaltsdauer in Frankreich sowie die Angabe des Einkommens (unter einer bestimmten Grenze) sind Pflichtkriterien. Wer eine dieser Bedingungen nicht erfüllen oder nicht nachweisen kann, wird von allen AME-Gesundheitsleistungen ausgeklammert.

Das betrifft besonders Illegalisierte, die kürzer als drei Monate im Land sind oder die keinen lückenlosen Nachweis erbringen können. Für die meisten ist diese Rechenschaftspflicht extrem schwierig. Änderungen des Reglements zielten jedoch bisher immer darauf ab, den Zugang zu erschweren: Verwaltungsgebühren, Vorlage eines Passbilds, immer kompliziertere Regelungen zu Identitätsnachweisen, usw.. Wer wiederum ein für Frankreich gültiges Visum hat, hat keinen Anspruch auf eine Krankenversicherung. Die Liste der Ausschlusskriterien ist kompliziert und ließe sich beliebig fortsetzen.

Die beschriebenen Mechanismen prägen die Struktur eines fein abgestuften Sondergesundheitsystems; eines Systems der Hierarchie durch Inklusion und Exklusion. Je prekärer die existenzielle Situation, desto höher die Gefahr der Ausgrenzung. Je höher der Grad der sozialen Integration, desto höher die Chance, Krankenversicherungsschutz genießen zu dürfen. Verbildlichen lässt sich AME als Rand der Gesellschaft, der wiederum einen eigenen Rand hat. Innerhalb der Gruppe der »Unerwünschten« gibt es sozusagen »Mehrfach-Unerwünschte« am Rande des Randes.

Die letzte Stufe

Greift kein noch so fragiler Versicherungsschutz, bleibt für die akuten Fälle der Gang zu einer der »Stationen für den Zugang zur medizinischen Versorgung«, den PASS-Stationen, die speziell für Menschen ohne Krankenversicherung in vielen frz. Krankenhäusern eingerichtet wurde. Fragt man Gesundheitspolitiker_Innen oder PASS-Angestellte, ist PASS lediglich temporäre Hilfe und Brücke zum regulären Gesundheitssystem. Das Versprechen: Einstieg in die Integration. Die Realität ist eine andere: Hauptsächlich besteht die Patientenschaft dort aus all jenen, die von den oben erwähnten informellen und formellen Exklusionsmechanismen betroffen sind. Das sind Einwander_Innen ohne legalen Aufenthaltsstatus, die gerade angekommen oder in einer sehr prekären Lage (z.B. wohnungslos) sind; Asylsuchende sowie Menschen mit abgelehntem Asylantrag; von Armut betroffene EU-Bürger_Innen (vor allem Roma aus Rumänien und Bulgarien) und schließlich Menschen mit (touristischen) Visa. Neben anderen marginalisierten Gruppen (Obdachlose, Drogengebraucher_Innen, langfristig Illegalisierte, temporär nicht krankenversicherte Migrant_Innen), werden hier also mittels PASS neue, "besondere" Gruppen von Einwander_innen definiert.

Ein noch minderjähriger Flüchtling aus Pakistan beispielsweise, seit zwei Jahren auf der Reise und in schlechtem körperlichen Zustand, hat in Frankreich erst einmal keinen legalen Status. Ein Aufenthalt von kürzer als drei Monaten bedeutet die Ablehnung der AME. Im Moment eines Asylantrags erhält er temporären, legalen Status als Asylbewerber und damit Anspruch auf CMU. Die Bewilligungen seines Krankenversicherungsantrags wird im Schnitt etwa sechs Monate dauern – Zeit ohne Versicherungsschutz, in der nur PASS für die allernotwendigsten Behandlungen bleibt. Da 70% der Asylanträge abgelehnt werden (2013), die Abgelehnten das Land aber nicht immer verlassen, wird der pakistanische Jugendliche mit einiger Wahrscheinlichkeit in die Illegalität gedrängt. Jetzt besteht Anspruch auf AME, allerdings nur nach erneutem Antrag. Eine neue Runde in einer anderen Verwaltung mit anderen Regeln: Der Antrag wird wohl erst einmal abgelehnt. Geforderte Nachweise fehlen dem jugendlichen Flüchtling möglicherweise völlig, was durchschnittlich eineinhalb Jahre ohne Krankenversicherung bedeutet.

Administrativ bleibt die Situation also auf Dauer kompliziert und prekär, was dazu führt, dass einer Person mit einem besonderen Bedarf Zugang zu Hilfe verwehrt wird und nur erschwert Zugang zur PASS-Grundversorgung besteht.

Die Trennlinie zwischen CMU und AME ist wiederum die Legalität des Aufenthalts. Daraus entstehen unklare oder temporäre administrative Situationen, in denen allein (und auf Dauer) PASS als allerletzte Möglichkeit medizinischer Grundversorgung bleibt.

PASS ist also keine Brücke, sondern ein Produkt von Gesetzen und Verordnungen, das die medizinische Behandlung derjenigen Menschen übernimmt, die von den gleichen Gesetzen ausgegrenzt werden. PASS ist Teil eines selbst geschaffenen Problems und zugleich seine Lösung. So widersprüchlich es klingt: Damit Menschen am Rande des Randes überhaupt überleben können, gibt es PASS.

Die Struktur wird damit zu einem Feigenblatt, das nur unzureichend kaschiert, dass Menschen ohne Zugang zu regulärer medizinischer Versorgung an die Grenze des Akzeptablen gebracht und dort gehalten werden.

Andererseits haben Hilfsorganisationen wie Médecins du monde und Médecins sans frontières die Einrichtung einer solchen Struktur selbst gefordert. In den neunziger Jahren waren sie mit der Situation überfordert und mit den katastrophalen Auswirkungen der Situation von Zehntausenden ohne Zugang zu medizinischer Versorgung und sozialen Hilfen direkt konfrontiert. Daraus ergab sich auch die Forderung nach einer Kombination von medizinischen und sozialen Leistungen, die heute fast jedes PASS anbietet. Dieses Modell wurde direkt aus der Welt der humanitären Hilfe importiert.

Die Erfindung von PASS ist auch eine Folge überlasteter Notaufnahmen voller Menschen mit medizinischem und sozialem Hilfebedarf jenseits akuter, lebensbedrohlicher Indikationen. Notaufnahmen sind teuer. Sie dürfen niemanden abweisen. Wer keine Krankenkassenkarte vorzeigen kann, bekommt eine Rechnung, die dann oft nicht bezahlt werden kann. Außerdem kommen Menschen ohne Krankenversicherung oft mit einem komplizierterem Gesundheitszustand – das macht ihre Behandlung noch teurer. Auf allen diesen Kosten bleiben die Krankenhäuser sitzen. PASS springt hier ein und wird zu einer neuen Einnahmequelle.

Um die Bedürfnisse der auf PASS angewiesenen Personen geht es bei alledem am allerwenigsten. Medizinische Leistungen werden nur im Krankheitsfall und auch nur nach Einzelfallprüfung bewilligt; sie sind i.d.R. zeitlich begrenzt. Wer PASS nutzen will, muss zunächst zeigen, dass sie oder er ein_e legitime_r Patient_In ist. Lebensgeschichten werden von Sozialarbeiter_Innen in Aufnahmegesprächen abgefragt und wer die Inklusionskriterien nicht erfüllt, bekommt keine Behandlung. Auch hier herrscht wieder eine Hierarchie: Die »Mehrfach-Mehrfach-Unerwünschten« sind darin diejenigen, denen »Medizin-Tourismus« oder anderes unterstellt wird oder die schlicht das Spiel der Fürsorgelogik nicht spielen können. Ehrerbietung, mitleiderregende Geschichten und Dankbarkeit, – wer den Erwartungen der PASS-Angestellten entspricht, hat bessere Chancen auf Leistungen.

Tatsächliche Behandlung kann das erwünschte Verhalten allerdings nicht garantieren: Die Leistungen sind nicht selten budgetiert und alles, was medizinisch irgendwie vertretbar ist, wird aufgeschoben – möglichst, bis die Person krankenversichert ist.

Arbeitskraft und Kapitalismus

Aus der Einrichtung einer speziellen Krankenversorgung lässt sich jedoch noch Weiteres schlussfolgern: Sie enthüllt die Isolation der Gruppe der Illegalisierten als Grundprinzip des Funktionierens des Gesundheitssystems, indem Exklusionen am Rand dieser Gruppe erzeugt werden. Ob in den Arztpraxen, im Krankenhaus, in der Krankenkasse: Durch die Isolation werden an verschiedensten Stellen Diskriminierungen unterschiedlichen Ausmaßes im Kauf genommen. Die formelle Inklusion einer dominierten Gruppe generiert Formen von Exklusion durch die Reproduktion dominanter sozialer Verhältnisse im Gesundheitssystem und führt eine staatliche, biopolitische Kontrolle dieser Gruppe ein.

Die Analyse zeigt, dass Kategorien an den Rändern eines Systems produziert werden und dass dieser Prozess, der Menschen von Exklusion bedroht oder sie bereits ausgeschlossen hat, dynamisch ist. Der Soziologe Robert Castel (1995) hat in seiner Arbeit über die »Soziale Frage« herausgestellt, dass Prekarisierung und »soziale Ränder« keine Ausnahmen, sondern vielmehr grundlegende Elemente der Struktur des modernen Kapitalismus sind. Ein System, das Menschen nach unterschiedlichen, abgestuften Kategorien behandelt, erzeugt nach innen eine Tendenz zu zunehmender Inklusion – ein Prozess, die Gesellschaften stabilisiert und nur auf Kosten der Ränder (nämlich durch Exklusion) zu haben ist. Dies gilt im Besonderen auch für ein stratifiziertes, also sozial geschichtetes Gesundheitswesen, in dem Menschen am Rand mit ihrer Gesundheit und Würde bezahlen.

Die Kategorien, die am Rand des Gesundheits- und Versicherungssystems stehen, zeigen, dass die Prekarisierung und Marginalisierung mancher Gruppen eben nicht die Ausnahme sind, sondern als struktureller Rassismus verstanden werden müssen.

Die »legale Produktion von Illegalität« versorgt westliche Ökonomien mit flexiblen, billigen und weitgehend rechtlosen Arbeitskräften. Die Anerkennung ihrer Gesundheitsrechte und dadurch überhaupt ihrer sozialen Existenz entlarvt sich als eine Mogelpackung, die den betroffenen Menschen Rechte zweiter Wahl und eine daraus resultierende schlechtere Versorgung für Bürger_Innen zweiter Klasse bietet. Das stabilisiert und reproduziert den Platz der »Unerwünschten« in der Hierarchie der Legitimität in der marktdemokratischen Gesellschaft.

Die Allgemeinbevölkerung profitiert dennoch durch diese staatliche Intervention, beispielsweise durch die Verringerung von Infektionszahlen bei übertragbaren Krankheiten, wie HIV, Tuberkulose oder Hepatitis im Rahmen von Public-Health-Kampagnen.

Gerade aus moralisch-ethischer oder humanitär-karitativer Perspektive muss man froh sein, wenn eine Behandlung Illegalisierter überhaupt möglich ist. In Frankreich jedoch ist eine Person mit illegalisiertem Aufenthaltsstatus auch nur als leidende und kranke Person anerkannt. Sterbende werden zwar nicht in die Herkunftsländer zurückgeschickt, Illegale existieren aber auch nur in dem Moment, wo sie auf medizinische Behandlung angewiesen sind. Wer einigermaßen gesund ist, ist weiter schlicht unsichtbar.

Referenzen:

Robert Castel, Les métamorphoses de la question sociale. Une Chronique du salariat, Paris, Fayard, 1995.

DGOS. Rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé adopté en séance plénière de la Conférence nationale de santé the 10 of june 2010, on internet: www.sante-sports.gouv.fr/rapports-sur-le-respect-des-droits-des-usagers-du-systeme-de-sante.html.

Nicholas De Genova, Migrant »illegality« and deportability in everyday life. Annual review of anthropology, (2002), 419–47.

Michel Foucault, *Schriften Bd. III, Frankfurt/M, 2003.*

IRDES, Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre, 2006.

Médecins du monde. "Je ne m'occupe pas de ces patients", Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle ou de l'Aide médicale d'Etat dans 10 villes de France. October 2006.

Médecins du Monde. Bericht 2009 von der Europäischen Beobachtungsstelle, <http://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/01/rapport-de-final-couv.pdf> (besucht am 12.11.2014)

Ziai A. Governance und Gouvernementalität. Nord-Süd aktuell. 17(3) (2003), 411–22.