

Diese Veröffentlichung entstand im Rahmen des Projekts „Balkan-Migrations-Trialog“, das im Rahmen des Programms „Erasmus+“ der Europäischen Union gefördert wird. Die Unterstützung der Europäischen Kommission für die Erstellung dieser Veröffentlichung stellt keine Billigung des Inhalts dar, welcher nur die Ansichten der Verfasser wiedergibt, und die Kommission kann nicht für eine etwaige Verwendung der darin enthaltenen Informationen haftbar gemacht werden.

Abschiebungen in die Westbalkan-Region während der Covid-19-Pandemie

Seán McGinley, Flüchtlingsrat Baden-Württemberg, Februar 2021

Die Covid-19-Pandemie hat in allen Staaten der Westbalkan-Region (Albanien, Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Montenegro, Nordmazedonien, Serbien) die bestehenden Probleme im Gesundheitssystem und die Probleme großer Teile der Bevölkerung beim Zugang zu Gesundheitsversorgung verschärft. Ungeachtet dieser Umstände und der weitreichenden Reisebeschränkungen und -Warnungen haben (abgesehen von einer Unterbrechung zwischen Anfang März und Ende Mai) regelmäßig Sammelabschiebungen von Deutschland aus in diese Länder stattgefunden. Zwischen dem 1. Januar und dem 31. Oktober 2020 wurden beispielsweise bundesweit 733 Personen nach Albanien und 608 nach Serbien abgeschoben – die meisten von Ihnen mittels Sammelabschiebungen¹ Die Durchführung dieser Abschiebungen in den aktuellen Umständen ist aus mehreren Gründen problematisch. Zum einen werden alle beteiligten Personen – sowohl die Abgeschobenen als auch das Flugpersonal, die begleitenden Polizeibeamt*innen und alle, die mit ihnen in Kontakt kommen, einem Infektionsrisiko ausgesetzt. Dass dieses nicht nur theoretischer Natur ist, zeigt der Fall eines Polizisten aus Baden-Württemberg, der einen Abschiebungsflug von Berlin nach Serbien und Moldau begleitete, und einige Tage später positiv auf Covid-19 getestet wurde.² Am 15. Dezember 2020 wurde ein Afghane aus Berlin abgeschoben, der eine Woche zuvor Kontakt zu Personen gehabt haben, die später positiv auf Covid-19 getestet wurden. Nach der Abschiebung berichtete er von Symptomen, die auf eine Covid-19-Erkrankung hinweisen könnte, obwohl er kurz vor der Abschiebung negativ getestet wurde.³ In beiden Fällen bleibt unklar, ob andere im Rahmen der genannten Sammelabschiebungen abgeschobenen Personen sich infiziert haben.

1 Antwort der Bundesregierung auf eine Frage der Abgeordneten Ulla Jelpke (DIE LINKE), 16.12.20;
https://www.ulla-jelpke.de/wp-content/uploads/2020/12/MF-14-Zahl_Abschiebungen_2020.pdf

2 Schriftliche Anfrage der Abgeordneten Katina Schubert (DIE LINKE) an den Innensenator von Berlin, 17.9.20;
<https://pardok.parlament-berlin.de/starweb/adis/citat/VT/18/SchrAnfr/S18-24960.pdf>

3 Robert Kiesel: „14 Corona-Fälle in der Jugendstrafanstalt Plötzensee“ (Der Tagesspiegel, 23.12.20);
<https://www.tagesspiegel.de/berlin/mehr-angestellte-als-haeftlinge-betroffen-14-corona-faelle-in-der-jugendstrafanstalt-ploetzensee/26744180.html>

Zum anderen stellt sich die Frage, inwiefern die abgeschobenen Personen im Falle einer Covid-19-Erkrankung Zugang zu gegebenenfalls erforderlichen medizinischen Behandlungen haben werden. Im Folgenden wird dargelegt, warum dieser Zugang höchst fraglich ist – einerseits aufgrund der Überlastung des Gesundheitswesens in allen fraglichen Ländern, und andererseits aufgrund von finanziellen Hürden, die sich unter anderem aus fehlender Krankenversicherung und hohen selbst zu tragenden Eigenanteilen (selbst für Personen mit Krankenversicherung) ergeben. Gepaart mit dem Wegfall zahlreicher Möglichkeiten der Erwerbsarbeit entsteht eine große Gefahr, im Bedarfsfall keinen Zugang zu medizinischer Versorgung zu haben. Dennoch werden selbst Angehörige von Risikogruppen – alte Menschen und Personen und einschlägigen Vorerkrankungen – von Deutschland abgeschoben, wie der Fall eines Ehepaars aus dem Landkreis Biberach in Baden-Württemberg zeigt.⁴ Hinzu kommt die Gefahr, dass die aus dem Covid-19-Hotspot Deutschland abgeschobenen Personen andere anstecken könnten. Diese Gefahr ist besonders relevant angesichts der Tatsache, dass die Abgeschobenen in aller Regel keine andere Wahl haben, als (zumindest für die erste Zeit nach der Abschiebung) bei Verwandten zu wohnen. Gerade bei älteren Verwandten (Eltern, Großeltern) und beengten Wohnverhältnissen besteht hier ein hohes Risiko. Als aktuelles Beispiel kann der Fall der zweier unbegleiteter Minderjährigen aus Baden-Württemberg angeführt werden, die nach Albanien abgeschoben und in die Obhut ihres „hochbetagten Großvaters“ übergeben wurden.⁵

Wer kein Obdach hat, dem drohen in Serbien drakonischen Geldstrafen wegen Verstöße gegen die Ausgangssperren.⁶

Bereits vor Beginn der Pandemie hatte eine Studie des European Patient Forum (EPF) festgestellt, dass Trotz des Bestehens von Krankenversicherungssystemen in allen Ländern außer im Kosovo, der Zugang zu Gesundheitsversorgung vor allem für bestimmte Personengruppen – hierzu gehören Rom*nija, Personen in unregelmäßigen Arbeitsverhältnissen und Personen mit geringem Einkommen nicht gleichberechtigt und teilweise nicht ausreichend sei. Die Belastung ergebe sich zum einen aus offiziell vorgesehenen Zuzahlungen, die in Serbien besonders hoch sind aber auch etwa im Kosovo und Nordmazedonien gerade für Menschen mit niedrigem Einkommen eine erhebliche Hürde sein können, zum anderen aus Bestechungsgeldern. Die Korruption im Gesundheitswesen ist laut der EPF-Studie in weiten Teilen der Region verbreitet, was sich unter anderem in der Bestechlichkeit

4 Fabian Kienert: „Abgeschoben in den Corona-Hotspot“ (KONTEXT-Wochenzeitung, 25.11.20); <https://www.kontextwochenzeitung.de/politik/504/abgeschoben-in-den-hotspot-7139.html>

5 Florian Mader: „Behördenvorgehen schlägt Wellen - Zwei Jugendliche nach Albanien abgeschoben“ (Stuttgarter Zeitung, 29.12.20); <https://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.behoerdenvorgehen-schlaegt-wellen-zwei-jugendliche-nach-albanien-abgeschoben.648c767b-4729-486e-8b97-d2579f07560b.html>

6 Sasa Dragoljo: „Nowhere to Go, Serbia’s Homeless Fined for Breaking COVID-19 Curfew“ (Balkan Insight, 03.02.21); <https://balkaninsight.com/2021/02/03/nowhere-to-go-serbias-homeless-fined-for-breaking-covid-19-curfew>

von medizinischem Personal ausdrückt. So werde in Serbien durchschnittlich ein Bestechungsgeld in Höhe von 200 Euro gefordert.⁷

Im Rahmen der „Zweiten Welle“ der Covid-19-Pandemie erreichten die Infektionszahlen in allen Ländern der Balkan-Region neue Höchststände. Dies stellt die Gesundheitssysteme dieser Länder vor massive Probleme und führt dazu, dass lebensnotwendige Gesundheitsversorgungsleistungen nicht oder nur gegen Bezahlung beträchtlicher Kosten erhältlich sind. In Albanien stammen 49,9% der Ausgaben für das Gesundheitswesen aus privaten Zuzahlungen der Patient*innen. In Montenegro sind es 42,8%, in Nordmazedonien 36,7% und Serbien 35,1%.⁸ Laut einer separaten Studie zum Kosovo (das Land wird in den WHO-Statistiken nicht erfasst) liegt der Wert dort bei 40% und belastet Haushalte mit niedrigem Einkommen überproportional. Nur in rund 8% der Haushalte ist mindestens eine Person krankenversichert, und 13% der Haushalte geben mehr als 10% ihres Einkommens für Gesundheitsversorgung aus – eine Schwelle, die als „katastrophale Belastung“ bezeichnet wird, da die Betroffenen in der Regel gezwungen werden, zwischen Gesundheitsversorgung und anderen Lebensnotwendigkeiten wie Lebensmittel zu wählen. Private Zuzahlungen für Gesundheit drücken demzufolge zusätzliche 7% der kosovarischen Bevölkerung unter die Armutsgrenze.⁹

Die ärztliche Versorgung – gemessen an der Anzahl der Ärzt*innen im Verhältnis zur Bevölkerungszahl – ist in allen Ländern der Region mit am schlechtesten in Europa. Während in der Europäischen Union 369 Ärzt*innen auf 100 000 Einwohner*innen kommen, sind es in Serbien 307, Nordmazedonien 280, Montenegro 234, Bosnien-Herzegowina 188 und Albanien – Schlusslicht in Europa – 180.¹⁰ Die Auswanderung vor allem junger und gut qualifizierter Ärzt*innen und Krankenpfleger*innen nach Westeuropa, vor allem nach Deutschland – aus Serbien, Nordmazedonien, Albanien und Bosnien-Herzegowina wandern jeweils jährlich zwischen 200 und 300 Ärzt*innen aus – verschlechtert den Trend und sorgt dafür, dass das Durchschnittsalter der im Land verbleibenden Ärzt*innen steigt.¹¹

In Serbien hat eine Untersuchung des journalistischen Recherchenetzwerks BIRN ergeben, dass die Behörden im ganzen Land bei der Anzahl der verstorbenen Covid-19-Patient*innen viel zu niedrige Werte angegeben haben. Die tatsächliche Todeszahl während der „ersten Welle“ von März bis Juni war mehr als doppelt so hoch wie die offizielle Zahl. Auch bei der Anzahl der gemeldeten

7 European Patients Forum: „Healthcare Systems, Patients’ Rights and Patient Organisations’ Involvement in Healthcare Policy and Programme Development: A Situational Analysis of the Western Balkans – 2017“ (August 2017), S. 6f.; www.eu-patient.eu/globalassets/library/toolkits/situational_analysis_balkans_2017.pdf

8 WHO „Health for All Explorer“; <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>

9 Arenliu Qosaj, F., Froeschl, G., Berisha, M. u.a. „Catastrophic expenditures and impoverishment due to out-of-pocket health payments in Kosovo“. Cost Eff Resour Alloc 16, 26 (2018); <https://doi.org/10.1186/s12962-018-0111-1>

10 WHO: „Physicians per 100 000“; https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_494-5250-physicians-per-100-000/visualizations/#id=19563&tab=table

11 Bekë Veliu: "Young doctors look to leave Kosovo" (Kosovo 2.0, 21.10.20); <https://kosovotwopointzero.com/en/young-doctors-look-to-leave-kosovo/>

Infektionen wurden erhebliche Differenzen festgestellt.¹² Bis zum 18. Januar sind mindestens 80 Beschäftigte im serbischen Gesundheitswesen an Covid-19 gestorben. Die Gewerkschaft des Gesundheitssektors weist darauf hin, dass die tatsächliche Zahl noch höher sein, weil diese Zahl nicht Krankenpfleger*innen und medizinische Fachangestellte umfasst. Das Gesundheitsministerium habe für diese Berufsgruppen keine Todeszahlen gemeldet, so die Gewerkschaft. Auch eine entsprechende Anfrage des Recherchenetzwerks Balkan Investigative Reporting Network beantwortete das Ministerium nicht. Im Kosovo gab es 30 Todesfälle unter dem medizinischen Personal. Relativ zur Gesamtanzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen ist die Todesrate im Kosovo damit dreimal so hoch wie in Serbien. In Nordmazedonien sind 22 Todesfälle unter den 18 448 Beschäftigten des Gesundheitswesens gemeldet worden – im Verhältnis sind dies mehr als in Serbien und weniger als im Kosovo.¹³

In Montenegro, wo es im November die größte Pro-Kopf-Infektionsrate der Region (1610 pro 100 000 Personen) gab und die Anzahl der aktuellen Infektionen sich im November binnen drei Wochen verdoppelte, berichtete ein Krankenpfleger gegenüber Balkan Insight, dass es zwar noch freie Intensivbetten gebe, allerdings nur deshalb, weil nur die allerschlimmsten Fälle in die drei regionalen Covid-19-Zentren gebracht werden. Das medizinische Personal sei „am Ende seiner Kräfte“ mit Überstunden und Doppelschichten, und einige würden weiterarbeiten, obwohl sie selbst infiziert sind.¹⁴

In Albanien nimmt eine zunehmende Anzahl von Personen die Möglichkeit in Anspruch, sich zur Behandlung in die Türkei fliegen zu lassen. Während es im Mai nur fünf „medizinisch bedingte“ Flüge von Albanien in Türkei gab, waren es im Oktober 152 und vom 1. bis zum 18. November weitere 206. Diese Option bringt in der Regel Kosten in fünfstelliger Euro-Höhe mit sich und kommt dementsprechend nur für einen kleinen Teil der Bevölkerung in Frage. Teilweise verkaufen Menschen ihre Häuser bzw. verschulden sich, um ihr Leben zu retten – sofern sie überhaupt diese Möglichkeit haben.¹⁵

Schon beim Testen auf Covid-19 kommt es zu erheblichen Verzögerungen, weil Hausärzt*innen mit der Vergabe von Terminen für Tests nicht hinterherkommen, und weil nicht genügend Tests zur Verfügung stehen. Hinter dieser Problematik stecken strukturelle Mängel wie die zu geringe Anzahl an Ärzt*innen. In den Krankenhäusern fehlt es nicht nur an Personal, sondern auch an Schutzausrüstung, Medikamenten und medizinischem Gerät.

12 Natalija Jovanovic: „Serbia under-reported Covid-19 Deaths and Infections, Data Shows“ (Balkan Insight, 22.6.20); <https://balkaninsight.com/2020/06/22/serbia-under-reported-covid-19-deaths-and-infections-data-shows/>

13 „BIRN Fact-Check: Is COVID-19 Killing More Health Workers in Serbia than Elsewhere?“ (Balkan Investigative Reporting Network, 28.01.21); <https://balkaninsight.com/2021/01/28/birn-fact-check-is-covid-19-killing-more-health-workers-in-serbia-than-elsewhere>

14 „COVID-19 Surge Strains Balkan Health Systems to Their Limits“ (Balkan Insight, 23.11.20); <https://balkaninsight.com/2020/11/23/covid-surge-strains-balkan-health-systems-to-their-limits/>

15 Vladimir Karaj: „Albanians Spend Millions on COVID-19 Treatment in Turkey“ (Balkan Insight, 24.11.20); <https://balkaninsight.com/2020/11/24/albanians-spend-millions-on-covid-19-treatment-in-turkey>

Das Nachrichtenportal Balkan Insight berichtet beispielhaft von einem Menschen im Kosovo, der in mehreren Kliniken bzw. Krankenhäusern abgewiesen wurde als er sich angesichts seiner Covid-19-Symptome testen lassen wollte. Unter diesen Umständen bleibt oft nur die Option eines selbst bezahlten Tests, der zwischen 40 und 60 Euro kostet – angesichts des Einkommens der meisten Haushalte im Kosovo eine unerschwingliche Summe, spätestens wenn eine gesamte Familie getestet werden soll. Schnelltests, die halb so viel kosten, wurden binnen Tage aufgebraucht.

Augenzeug*innen berichten, wie in der Infektionsklinik in Pristina mehrere Covid-19-Patient*innen im gleichen Zimmer untergebracht sind, und dass Familienangehörige unkontrolliert ein- und ausgehen und teilweise selbst Sauerstoff verabreichen oder Infusionsbesteck wechseln, weil das Personal hierfür keine Zeit hat.¹⁶ Andere Angehörige von Covid-19-Patient*innen berichteten übereinstimmend von Kosten von mehreren hundert Euro, die sie aus eigener Tasche bezahlen mussten – eine Belastung, die umso schwerer wiegt, weil in der aktuellen Situation auch viele Möglichkeiten des Geldverdienens wegfallen. Klinikpersonal und Apotheker*innen berichteten von Lieferengpässen und starken Schwankungen bei Medikamenten.¹⁷

Diese persönlichen Erfahrungsberichte decken sich mit den Ergebnissen der eingangs erwähnten Studie und werden auch im jüngsten Bericht der Europäischen Kommission bestätigt. Dieser stellt fest, dass rund ein Fünftel der Bevölkerung nur sehr begrenzten Zugang zu Gesundheitsversorgung hat und dass rund 18% der Bevölkerung aus finanziellen Gründen keine Gesundheitsversorgung in Anspruch nimmt. Davon besonders betroffen sind die Minderheiten der Roma, Ashkali und Ägypter.¹⁸ Eine Befragung unter Angehörigen der RAE-Minderheiten ergab, dass fast 80% aus finanziellen Gründen seltener gesundheitliche Dienste in Anspruch nehmen, knapp die Hälfte gaben die schwere räumliche Erreichbarkeit der medizinischen Einrichtungen (z.B. bei Personen, die in ländlichen Gegenden leben und kein Auto haben – die Mehrheit der RAE-Angehörigen gaben bei einer Befragung an, dass sie bei ihrem letzten Besuch beim Arzt / bei einer Ärztin zu Fuß hingegangen sind, nur 15% sind mit dem eigenen Auto hingefahren – bei der albanischen Mehrheitsbevölkerung gaben 60% an, mit dem Auto gefahren zu sein),¹⁹ ebenfalls knapp die Hälfte gab die langen Wartezeiten als Grund an. Die mangelnde Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen durch Minderheiten wurde von Ärzt*innen bemängelt. Die Minderheitenangehörigen würden fast nur dann ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, wenn sie bereits krank seien, und würden oft die Behandlung bzw. die Einnahme verschriebener

16 „COVID-19 Surge Strains Balkan Health Systems to Their Limits“ (Balkan Insight, 23.11.20); <https://balkaninsight.com/2020/11/23/covid-surge-strains-balkan-health-systems-to-their-limits/>

17 Halim Kafexholli: „Kosovars Find COVID-19 Treatment an Expensive Affair“ (Balkan Insight, 25.11.20); <https://balkaninsight.com/2020/11/25/kosovars-find-covid-19-treatment-an-expensive-affair/>

18 European Commission: Kosovo 2020 Report, S. 82f; https://ec.europa.eu/neighbourhood-enlargement/sites/near/files/kosovo_report_2020.pdf

19 Katja Goebbels, Nicole Farnsworth, und Rina Ajeti: „Access to Healthcare in Kosovo“ (Kosovo Women’s Network, 2017), S. 57; www.womensnetwork.org/wp-content/uploads/2018/10/20170206150329798.pdf

Medikamente abbrechen wenn sich ihr Zustand wieder bessert. Auch wenn in diesem Zusammenhang von einem „mangelnden Verständnis“ der Betroffenen etwa für die Wichtigkeit von Vorsorgeuntersuchungen,²⁰ sollte das Problem der seltenen Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen möglicherweise in Verbindung mit den Angaben zu Hürden beim Zugang zu diesen gelesen werden. Hinzu kommt, dass die Frauen, die den RAE-Minderheiten angehören, eine schlechtere Qualität der Untersuchung und Behandlung erhalten als albanische oder serbische Frauen. Das geht aus einer Studie hervor, die in der Zeitschrift „Health and Human Rights Journal“ veröffentlicht wurde, und auf Befragungen von Frauen unterschiedlicher Ethnizität zu ihren Erfahrungen bei vorgeburtlichen Untersuchungen basiert.²¹

Die explizite Diskriminierung bestimmter Bevölkerungsgruppen – hierzu gehören Personen mit geringem Einkommen und Minderheitenangehörige, ist also offenbar immer noch präsent. Studien berichten von zahlreichen Fällen – aus eigener Beobachtung des Personals wie auch aus Erfahrungsberichten von Betroffenen, in denen Personen aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu den RAE-Minderheiten von der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen ausgeschlossen wurden.²² Frauen sind im Kosovo besonders stark von Armut bedroht, und dies gilt umso mehr für Frauen, die den genannten Minderheiten angehört. Diese Problematik hat sich durch die Covid-19-Pandemie weiter verschärft, weil viele Arbeitsstellen, die häufig von Frauen besetzt waren, weggefallen sind. Ökonomische Abhängigkeitsverhältnisse und fehlenden Verständnis bei Behörden und Polizei tragen dazu bei, dass es für viele Frauen sehr schwer bis unmöglich ist, sich aus gewalttätigen Beziehungen zu lösen.²³

Wie alle Länder der Region kämpft das Kosovo mit einem Mangel an medizinischem Personal. Das Durchschnittsalter der Ärzt*innen beträgt 55 Jahre. Gleichzeitig gibt es im Land 600 arbeitslose Ärzt*innen.²⁴ Blerim Sylja, Vorsitzender der Gewerkschaft des Gesundheitswesens, erklärt diese paradoxe Situation damit, dass viele Ärzt*innen trotz des extremen Mangels keine Stellen bekommen, wenn sie nicht über entsprechende politische Verbindungen verfügen.²⁵

Ende November gab es in Nordmazedonien 13 000 aktuell infizierte Personen. Davon befanden sich 1200 im Krankenhaus. Über 90% der für Covid-19-Patient*innen vorgesehenen Intensivbetten

20 Kosovo Roma, Ashkali and Egyptian access to and use of health care services“ (KOSANA Policy Brief Nr. 4, November 2015); <https://solidar-suisse-kos.org/wp-content/uploads/2020/01/Kosovo-Roma-Ashkali-and-Egyptian-access-to-and-use-of-healthcare-services.pdf>

21 Kristefer Stojanovski (u.a.): „The Influence of Ethnicity and Displacement on Quality of Antenatal Care: The Case of Roma, Ashkali, and Balkan Egyptian Communities in Kosovo“ (Health and Human Rights Journal, Dezember 19(2): 35–48.); <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5739355/>

22 Jete Aliu: „Access to Antenatal Health Services Among Roma, Ashkali, and Egyptian (RAE) Women in Kosovo“ (2015); <https://scholarworks.rit.edu/theses/8862/>

23 Shqipe Gjocaj: „From Mother to Daughter: The Feminization of Poverty“ (Kosovo 2.0, 15.10.20); <https://kosovotwopointzero.com/en/from-mother-to-daughter-the-feminization-of-poverty/>

24 Bekë Veliu: "Young doctors look to leave Kosovo" (Kosovo 2.0, 21.10.2020); <https://kosovotwopointzero.com/en/young-doctors-look-to-leave-kosovo/>

25 Shkumbin Ahmetxhekaj: „Brain Drain: Will the Last Doctor in Kosovo Turn Out the Lights?“ (Balkan Insight, 4.12.19); www.balkaninsight.com/2019/12/04/brain-drain-will-the-last-doctor-in-kosovo-turn-out-the-lights

waren belegt.²⁶ Das Problem mit dem Zugang zu Tests wird daran deutlich, dass zu Stichtag 18. September 43% der durchgeführten Covid-19-Tests in privaten Kliniken durchgeführt wurden.²⁷ Dass diese Option nur einem geringen Anteil der Bevölkerung offensteht, liegt auf der Hand. Balkan Insight zitiert den aus Nordmazedonien stammenden und in Slowenien arbeitenden Arzt Igor Balevski, der während der ersten Welle im Frühjahr in seinem Heimatland aushalf, bezüglich des desolaten Zustands des Gesundheitssystems mit den Worten: „Wenn wir die letzten 30 Jahre ein Ministerium für Zerstörung gehabt hätte, hätte es das Gesundheitssystem nicht mehr kaputt machen können als es jetzt ist“. Fast alle anderen Behandlungen außer Covid-19, Herzinfarkte und Schlaganfälle und schwere Unfallverletzungen werden bereits seit der ersten Welle im Frühjahr auf unbestimmte Zeit verschoben. Bereits vor der Beginn der „Zweiten Welle“; nämlich im September, berichtete ein Mitglied einer Selbsthilfegruppe von Krebspatient*innen in der Stadt Veles, dass es schon vor der Pandemie schwer war, einen Termin für eine Ultraschall, MRT- oder Computertomographie zu bekommen, dass aber seit März schlicht keine Termine mehr vergeben werden. Sie weist auf die entscheidende Bedeutung von solchen Untersuchungen bei Krebspatient*innen hin, die sich solche Verzögerung schlicht nicht leisten können, und berichtet von einer Frau, die nach vier Monaten Wartezeit beschloss, in eine private Klinik zu gehen, wo sie umgerechnet rund 250 Euro für ihre Untersuchung bezahlen musste. Die Inanspruchnahme von speziellen Behandlungen, die nur in der Hauptstadt Skopje verfügbar sind, stellt für Patient*innen aus anderen Städten ein Problem dar, weil sie – falls sie kein Auto zur Verfügung haben – gezwungen sind, sich durch die Nutzung öffentlicher Verkehrsmitteln einem Infektionsrisiko auszusetzen, und weil sie unter Umständen riskieren, nicht mehr rechtzeitig vor der nächtlichen Ausgangssperre wieder zu Hause sein zu können. Laut Informationen des Vereins HEMA, der sich für Menschen mit Bluterkrankungen einsetzt, kommt es vor, dass Patient*innen den Weg in die Hauptstadt auf sich nehmen, nur um abgewiesen zu werden, weil keine Behandlung verfügbar ist.²⁸ Bereits vor der Covid-19-Pandemie war es in Nordmazedonien so, dass sich 68 % der Rom*nija die erforderlichen Zuzahlungen für Leistungen der Gesundheitsversorgung nicht leisten konnten und daher nicht die notwendigen Medikamente und Behandlungen erhielten. Besonders stark betroffen sind Rückkehrende, weil sie in vielen Fällen ein Jahr lang vom Bezug von Sozialhilfe ausgeschlossen sind und deshalb die Zuzahlungen leisten müssen.²⁹ In solchen Fallkonstellationen,

26 „COVID-19 Surge Strains Balkan Health Systems to Their Limits“ (Balkan Insight, 23.11.20); <https://balkaninsight.com/2020/11/23/covid-surge-strains-balkan-health-systems-to-their-limits/>

27 Vlado Apostolov: „Coronavirus Exposes Old Scars in North Macedonia’s Health Service“ (Balkan Insight, 22.9.20); <https://balkaninsight.com/2020/09/22/coronavirus-exposes-old-scars-in-north-macedonias-health-service/>

28 Ebd.

29 Briefing Paper for Expert Consultation on Issues Related to Minorities and the Denial or Deprivation of Citizenship, 6-7 December 2007, Convened by the UN Independent Expert on Minority Issues

gerade bei Menschen, die eine Vielzahl von Medikamenten brauchen, haben einige deutsche Gerichte deshalb Abschiebungsverbote festgestellt.³⁰

Gerade für Menschen mit Behinderungen fehlen oft adäquate Behandlungs- und Unterbringungsmöglichkeiten. Die Zustände in Heimen für Menschen mit Behinderung sind mehrfach kritisiert worden. Zuletzt hat im Januar 2020 der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte im Fall L.R. gegen Nordmazedonien ein Verstoß gegen Artikel 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention fest. Der 2004 geborene Kläger, der an einer schweren geistigen Behinderung leidet und zudem gehörlos ist, wurde in eine ungeeignete Einrichtung für Kinder mit körperlichen Einschränkungen eingewiesen, obwohl er selber keine körperlichen Einschränkungen hat. In der Einrichtung wurde er regelmäßig – nachts, in der Mittagspause und zu sonstigen Zeiten, wenn das Personal gerade anderweitig beschäftigt wurde – an seinen Bett festgebunden. Nachdem das Helsinki-Komitee von dem Fall erfahren hatte und Strafanzeige gegen die zuständigen Personen erstattet hatte, wurde das Verfahren eingestellt, da das Festbinden des Kindes nach Meinung der Staatsanwaltschaft nicht mit der Absicht geschah, ihm einen Schaden zuzufügen oder ihn unmenschlich zu behandeln, sondern um ihn vor dem Schaden zu bewahren, der ihm drohen würde, wenn er aus der Einrichtung fliehen würde (was er vorher bereits gemacht hatte). Durch die dermaßen begründete Ablehnung einer strafrechtlichen Verfolgung hat der Staat nach Auffassung des EGMR ebenfalls gegen Artikel 3 der EMRK verstoßen.³¹

Laut einer Studie von Journalist*innen und NGOs vom Januar 2018 gibt es in 30 von 80 Gemeinden Nordmazedoniens einen erheblichen Mangel bei Haus-, Kinder- und Frauenärzt*innen. Des Weiteren gebe es lange Wartezeiten auf Termine bei Fachärzt*innen. Teilweise weichen Patient*innen auf das parallele private Gesundheitssystem aus, was aber angesichts der Kosten und des niedrigen Durchschnittseinkommens von umgerechnet 340 Euro im Monat nur für die allerwenigsten eine Option ist. Zudem müssten Patient*innen regelmäßig für Medikamente bezahlen, die eigentlich kostenfrei sein sollten. Dies habe auch damit zu tun, dass neue Medikamente oft nicht auf der „Positivliste“ der im Rahmen der staatlichen Krankenversicherung kostenfrei erhältlichen Medikamente stehen würden. In vielen Teilen des Landes, auch in der Hauptstadt Skopje, würden die Notaufnahmen unter chronischem Personalmangel und mangelhafter Ausstattung leiden. Viele Patient*innen mit schweren Erkrankungen würden nicht angemessen behandelt und erhielten auch die benötigten Medikamente nicht kostenfrei.³²

Da die Länder der Region in Sachen Impfung weit hinter den Tempo der EU-Länder liegen, ist zu befürchten, dass die Auswirkungen der Pandemie – wie beispielsweise die Überlastung des

30 z.B. VG Hamburg, Urteil vom 20.2.2017, Az: 21 A 647/12, VG Münster, Urteil vom 2.5.2013, Az: 6 K 2710/12.A, VG Karlsruhe, Urteil vom 13.11.2018, Az: A 6 K / 834/16.

31 L.R. vs North Macedonia: www.hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-200433

32 Sinisa Jakov Marusic: „North Macedonia’s Ailing Public Healthcare Awaits Lasting Cure“ (Balkan Insight, 24.6.19); www.balkaninsight.com/2019/06/24/north-macedonias-ailing-public-healthcare-awaits-lasting-cure

Gesundheitssysteme und die finanzielle Belastung für Betroffene und ihre Angehörigen – noch lange anhalten werden. Nordmazedonien hatte im Januar überhaupt noch nicht mit Impfungen begonnen, das Land keinen Impfstoff direkt von den Herstellern bestellt und ausschließlich auf das COVAX-System zur Belieferung ärmerer Staaten gesetzt hatte. Gesundheitsminister Venko Filipce kündigte im Januar an, dass die ersten 5 000 Dosen des Pfizer-Impfstoffs im Februar ankommen würden, und 17 000 des Mittels von Astra Zeneca im März. Hinzu kommen 8 000 Impfdosen, die der Nachbarstaat Serbien zur Verfügung gestellt hat. Diese Menge wird nicht einmal für die Impfung des Personals im Gesundheitswesen ausreichen. In Albanien wurden bis Mitte Januar nur 900 Personen geimpft.³³

Das Innenministerium von Baden-Württemberg ist der Auffassung, dass sich aus der Gefahr einer Covid-19-Infektion keine Implikationen für die Zulässigkeit von Abschiebungen ergeben, denn: „Die Covid-19-Pandemie ist ein weltweites Geschehen. Eine Ansteckung droht grundsätzlich sowohl im Bundesgebiet, als auch im gesamten Schengen-Raum sowie auch in den betroffenen Zielländern“.³⁴ Aus dem vorangegangenen Ausführungen ist deutlich geworden, dass diese Aussage deutlich zu kurz greift. Es macht eben durchaus Unterschied, ob man in Deutschland an Covid-19 erkrankt oder in einem Land, in dem die Überlebenschancen davon abhängen, ob man selbst oder die Familienangehörigen genügend Geld haben, um erforderliche Medikamente zu kaufen und die Behandlung aus eigener Tasche zu bezahlen. Ebenso macht es einen Unterschied, ob man in einem Land wie Deutschland lebt, in dem bereits in Dezember mit der Impfung besonders gefährdeter Personen begonnen wurde, oder in einem Land, wo frühestens im Februar mit den ersten wenigen Impfungen begonnen werden kann, weil dieses Land (z.B. Nordmazedonien) im Gegensatz zu einigen anderen Ländern der Welt nicht über die finanziellen Ressourcen verfügt, um auf dem freien Markt mehrere Millionen Impfdosen zu kaufen.

Aus den vorangegangenen Ausführungen dürfte klar geworden sein, dass alle Länder der Region in erheblichem Maße unter der Covid-19-Pandemie leiden und die strukturellen Defizite in Kombination mit der akuten Belastung des Gesundheitswesens an seine Grenzen und darüber hinaus bringen. Gerade für Menschen ohne signifikante finanzielle Mittel – dazu dürften die meisten Abgeschobenen gehören – ist nicht ersichtlich, wie sie im Falle einer Covid-19-Erkrankung die erforderliche Behandlung bekommen können. Die zwangsweise Rückführung von tausenden Menschen aus dem Covid-19-Hotspot Deutschland in eine Region, die sich in einer noch viel prekäreren Situation befindet als Deutschland, gefährdet auch die Gesundheit vieler Menschen in den Zielländern. Es wäre zu wünschen, dass deutsche Behörden und Gerichte diese Umstände zur

33 Vlado Apostolov: „North Macedonia’s Naivety About Vaccine Procurement Costs Country Dear“ (Balkan Insight, 21.01.21); <https://balkaninsight.com/2021/01/21/north-macedonias-naivety-about-vaccine-procurement-costs-country-dear>

34 Gabor Halasz und Reiko Pinkert: „Deutschland schiebt wieder nach Afghanistan ab“ (Tagesschau, 17.12.20); <https://www.tagesschau.de/investigativ/ndr/abschiebung-afghanistan-157.html>

Kenntnis nehmen und bei ihren Entscheidungen zur Durchführbarkeit von Abschiebungen in die Westbalkan-Region berücksichtigen.

Anmerkung: Alle Links in den Fußnoten angegebene Links abgerufen am 8.2.2021