



Systemrelevant: Migration als Stütze und Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland

Ergebnisse aus dem SVR-Jahresgutachten 2022

Dr. Marie Mualem Sultan

10. Juni 2022

63. Netzwerktreffen zur gebietskörperschaftsübergreifenden Arbeitsmarktintegration von Zugewanderten in der Region Mittleres Mecklenburg und Vorpommern-Rügen

Systemrelevant: Migration als Stütze und Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland

- 13. Gutachten des Sachverständigenrats seit 2010
- Dem interdisziplinär besetzten Rat gehören neun Professorinnen und Professoren an, die alle Kapitel des Jahresgutachtens im Konsens erarbeiten
- Vorstellung am 10. Mai 2022
- Kann kostenlos über www.svr-migration.de heruntergeladen oder als Printexemplar zugeschickt werden



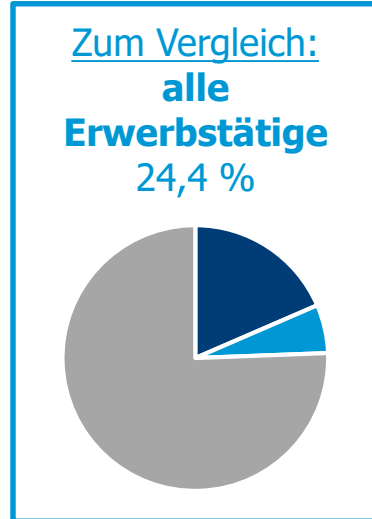
v.l.n.r.: Prof. Dr. Viola B. Georgi, Prof. Dr. Steffen Mau, Prof. Dr. Sieglinde Rosenberger, Prof. Dr. Panu Poutvaara, Prof. Dr. Petra Bendel (Vorsitzende), Prof. Dr. Daniel Thym (Stellvertretender Vorsitzender), Prof. Dr. Birgit Leyendecker, Prof. Dr. Marc Helbling, Prof. Dr. Hans Vorländer

Foto: SVR/Kevin Fuchs

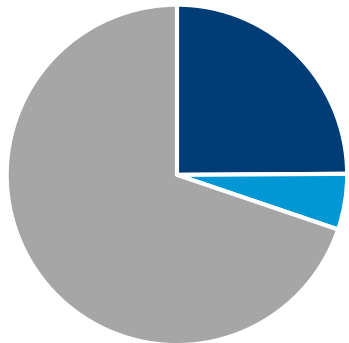
Systemrelevant: Migration als Stütze und Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland

1. Zuwanderung von Fachkräften in den Gesundheits- und Pflegeberufen
2. Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit von Menschen mit Migrationshintergrund

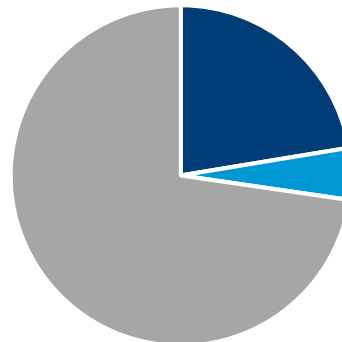
Fachkräfte mit Migrationshintergrund leisten einen essentiellen Beitrag zur Gesundheitsversorgung in Deutschland. Ein Großteil ist selbst zugewandert.



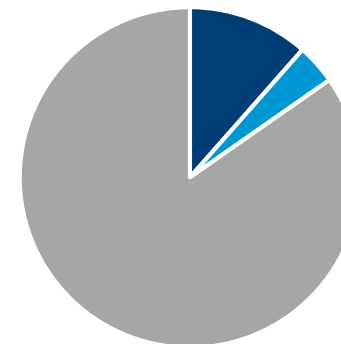
Altenpflege
30,1 %



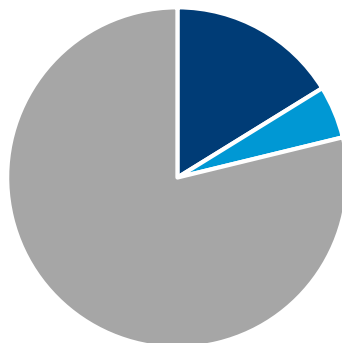
Human- und Zahnmediziner/innen
27,3 %



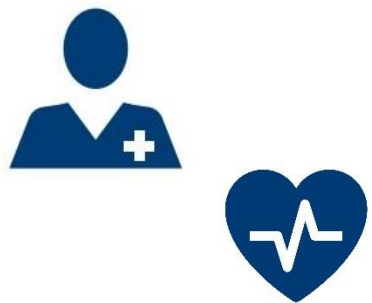
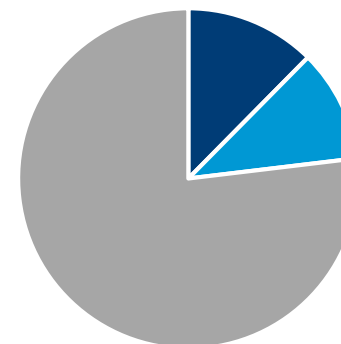
nichtärztliche Therapie und Heilkunde
15,3 %



Gesundheits- und Krankenpflege
21,2 %



Arzt- und Praxishilfe
23,0 %



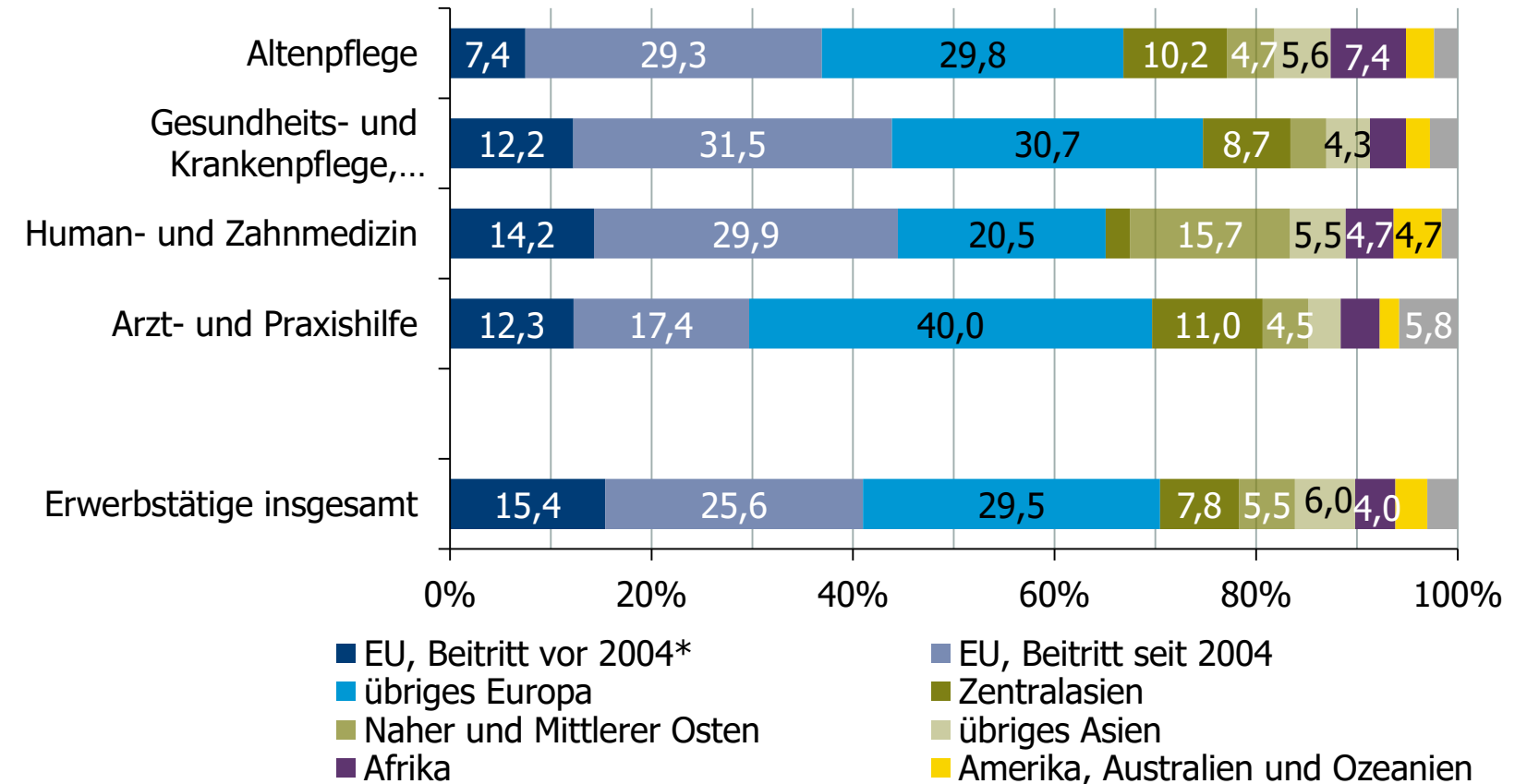
- mit Migrationshintergrund, selbst zugewandert
- mit Migrationshintergrund, in D. geboren

Rund zwei Drittel der Fachkräfte mit Migrationsgeschichte stammen aus einem europäischen Land – vor allem aus Ost- und Südosteuropa.

Wichtigste Herkunftsländer:

- Polen
- Türkei
- Russische Föderation
- Kasachstan
- Rumänien
- Bosnien und Herzegowina (Pflege)
- Syrien (Medizin)

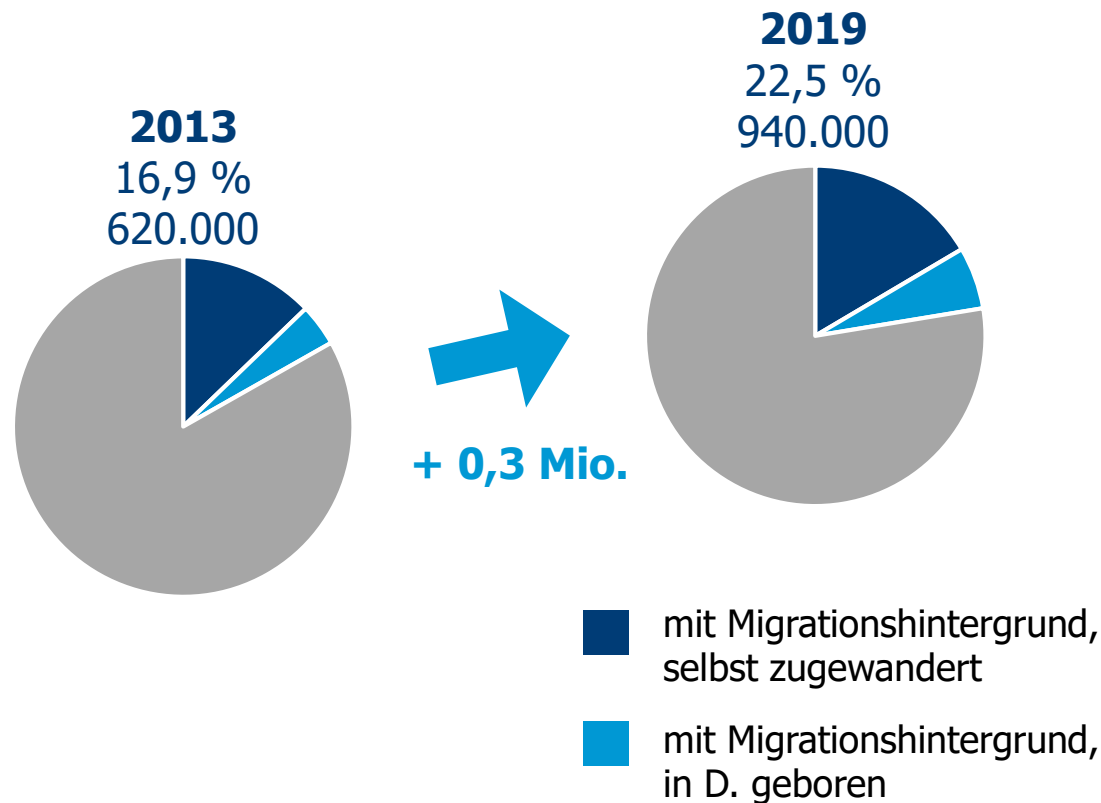
Erwerbstätige mit Migrationshintergrund 2019 nach Herkunftsland



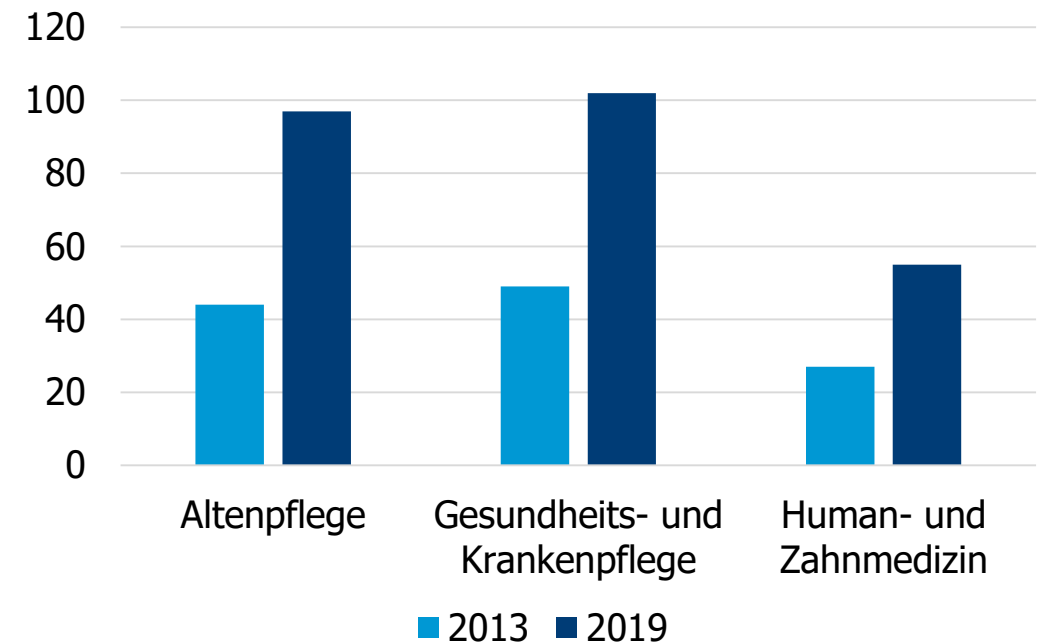
Quelle: Statistisches Bundesamt, Sonderauswertung aus dem Mikrozensus 2019

Die Zahl der Erwerbstätigen mit Migrationshintergrund in den Gesundheits- und Pflegeberufen nahm in den letzten Jahren stark zu.

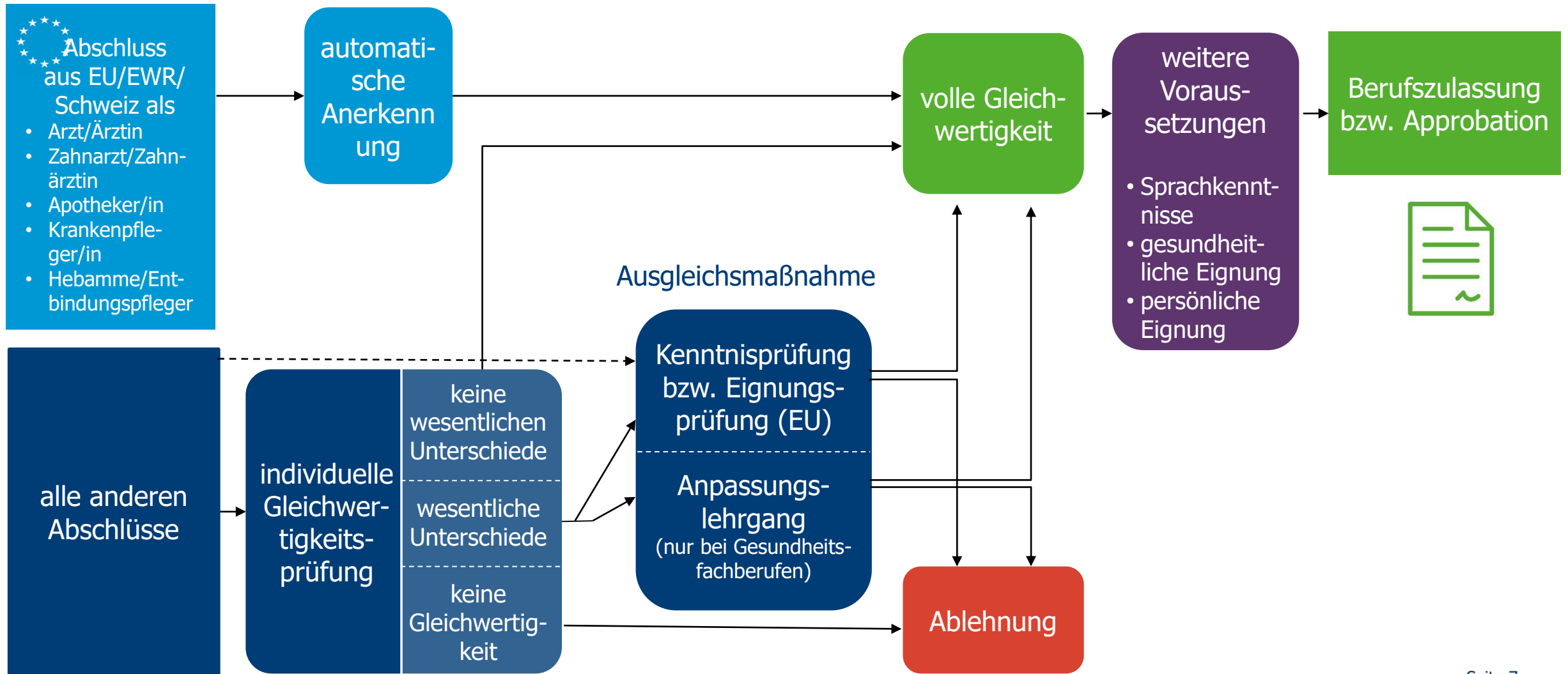
Erwerbstätige mit Migrationshintergrund in den Gesundheits- und Pflegeberufen



Selbst zugewanderte Ausländerinnen und Ausländer in Medizin und Pflege 2013–2019 (in 1.000)



Gesundheitsfachkräfte mit ausländischem Abschluss müssen ihre Qualifikation anerkennen lassen und u. a. Sprachkenntnisse nachweisen.



Die Anerkennungsverfahren dauern oft lange und werden als intransparent und zu aufwendig kritisiert.



- Die Gleichwertigkeitsprüfung ist Sache der Bundesländer.
- Die Verfahren werden von den Ländern unterschiedlich gehandhabt (bspw. zuständige Stelle, Kosten, geforderte Unterlagen).
- Auch die Ergebnisse der Prüfung können sich unterscheiden.
- Teilweise werden detaillierte Unterlagen über die Ausbildung gefordert, die schwer zu beschaffen sind; erforderliche Übersetzungen sind teuer.
- Zu wenig Personal in den Anerkennungsstellen führt zu langen Wartezeiten.
- Keine Auskunft zu laufenden Verfahren.
- Oft begrenztes, wenig nutzerfreundliches Informationsangebot der zuständigen Stellen.

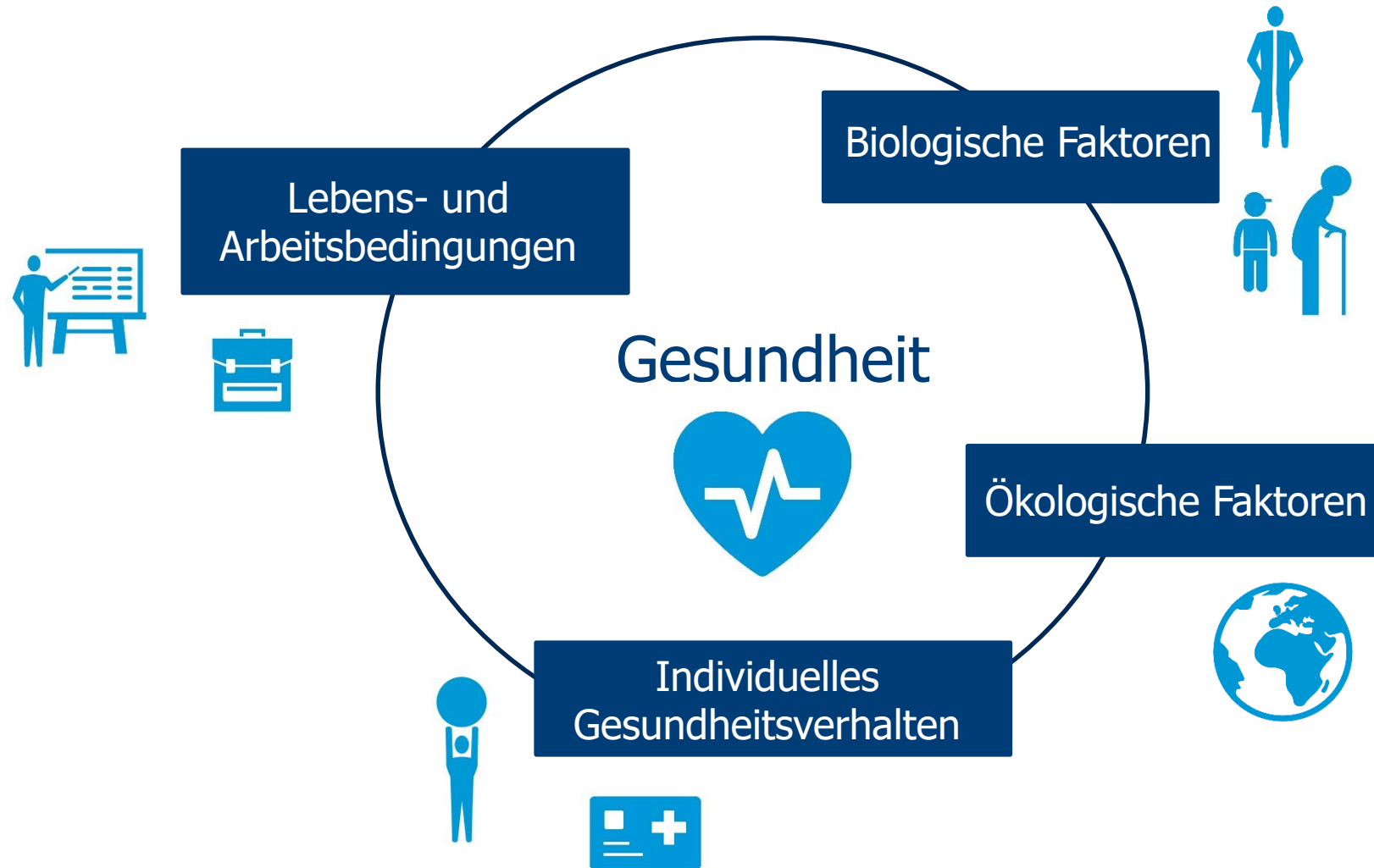
Empfehlungen des SVR zur Verbesserung der Anerkennungsverfahren

- 1** Bündelung von Kompetenzen in einer Anerkennungsstelle pro Land; stärkere Vereinheitlichung der Entscheidungspraxis; ggf. arbeitsteilige Organisation auf Bundesebene
- 2** angemessene personelle Ausstattung der Anerkennungsbehörden und Nutzung digitaler Möglichkeiten zur Beschleunigung der Verfahren
- 3** bessere Zusammenarbeit aller am Zuwanderungsprozess beteiligten Stellen (Konsulate, Ausländerbehörden, Anerkennungsbehörden, BA)
- 4** mehr Angebote für Sprachkurse und Ausgleichsmaßnahmen im ländlichen Raum, auch digital; Kooperation zwischen benachbarten Ländern
- 5** modulare Anpassungslehrgänge, die individuell zusammengestellt werden können; Verbindung von fachlicher und (fach-)sprachlicher Qualifizierung

Systemrelevant: Migration als Stütze und Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland

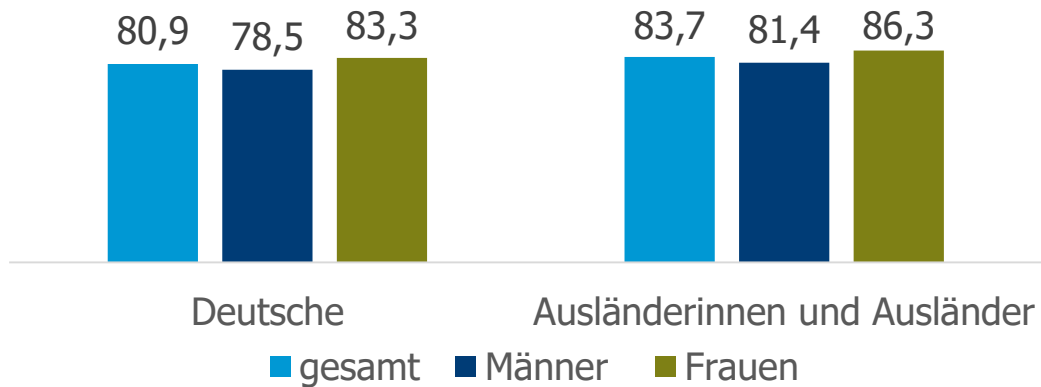
1. Zuwanderung von Fachkräften in den Gesundheits- und Pflegeberufen
2. **Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit von Menschen mit Migrationshintergrund**

Gesundheit wird von vielen Faktoren beeinflusst, die in einer Wechselwirkung miteinander stehen.



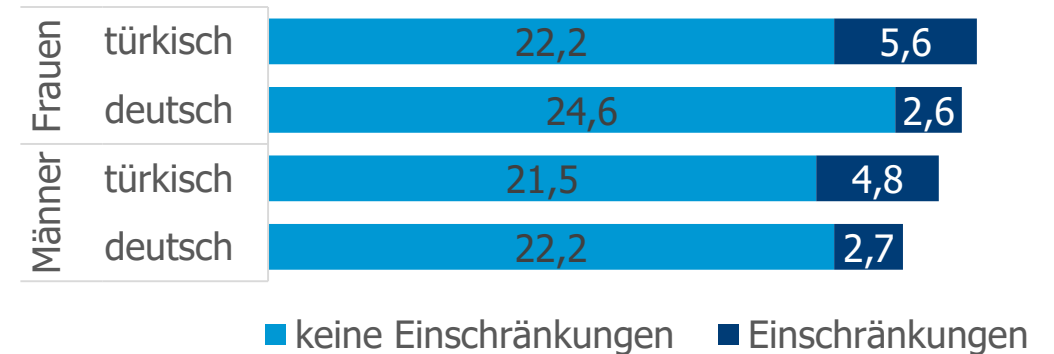
Ein Migrationshintergrund geht nicht automatisch mit einer besseren oder schlechteren Gesundheit einher.

Lebenserwartung bei Geburt der deutschen und ausländischen Bevölkerung in Deutschland 2020



Quelle: Statistisches Bundesamt 2021; Berechnung: SVR

Ferne Lebenserwartung mit und ohne gesundheitliche Einschränkungen bei 50-jährigen Menschen nach Staatsangehörigkeit 2005/06



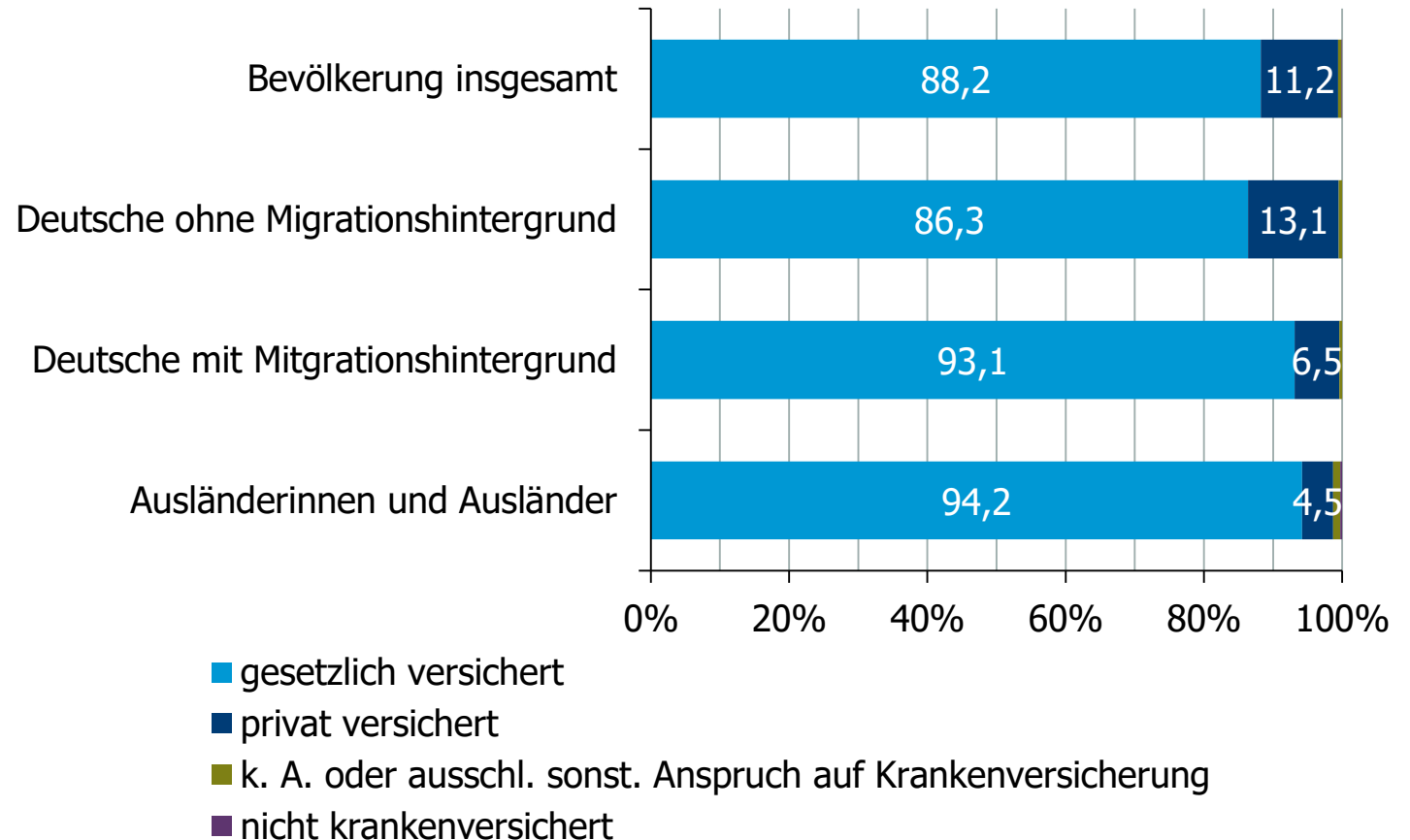
Quelle: Carnein et al. 2015: 172



- Selektionsmechanismen als mögliche Ursache für die höhere Lebenserwartung in der ersten Generation (*healthy migrant effect*)
- Effekt nimmt mit Aufenthaltsdauer bzw. in den nachfolgenden Generationen ab und kehrt sich teilweise um

Unabhängig vom Migrationsstatus ist die überwältigende Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland im Krankheitsfall gut abgesichert.

Art des Krankenversicherungsschutzes 2019 nach Migrationshintergrund

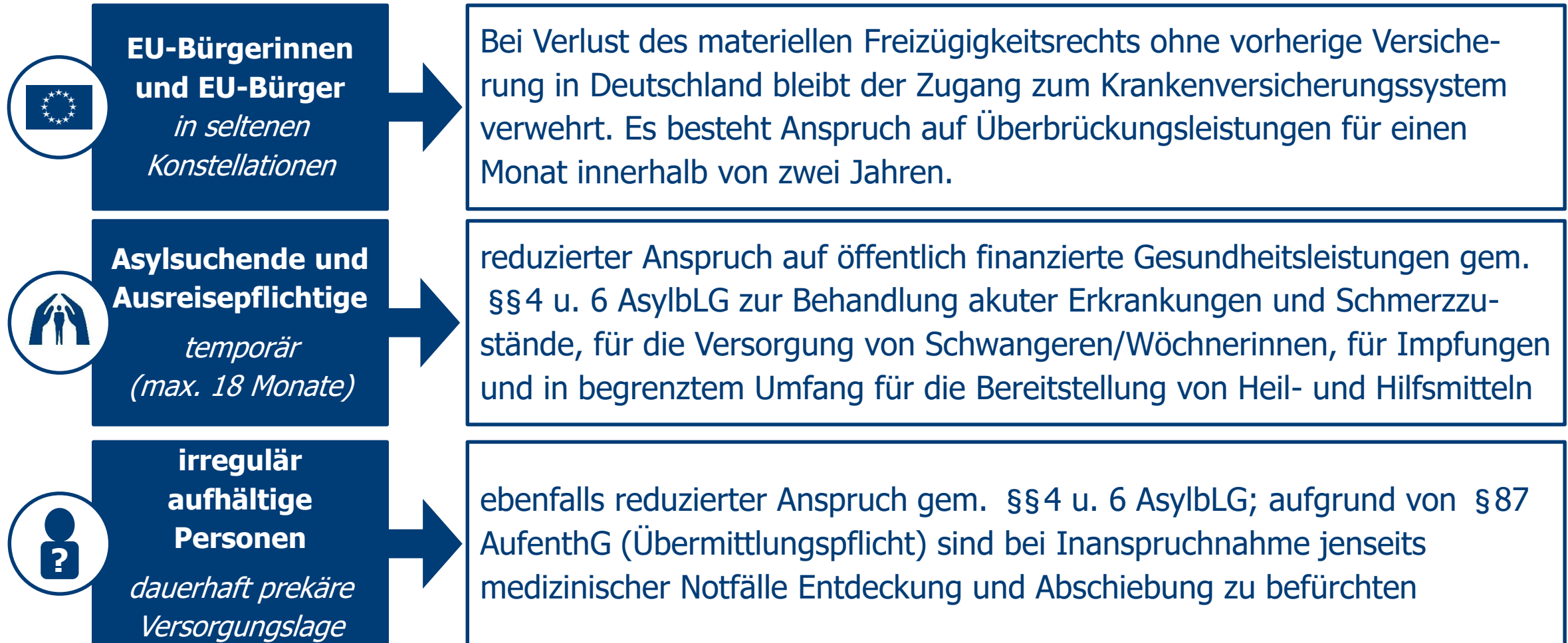


Eine Zusatz-Krankenversicherung schließen gesetzlich Krankenversicherte ohne deutschen Pass deutlich seltener ab als gesetzlich Krankenversicherte ohne Migrationshintergrund (9,4 % gegenüber 31 %)



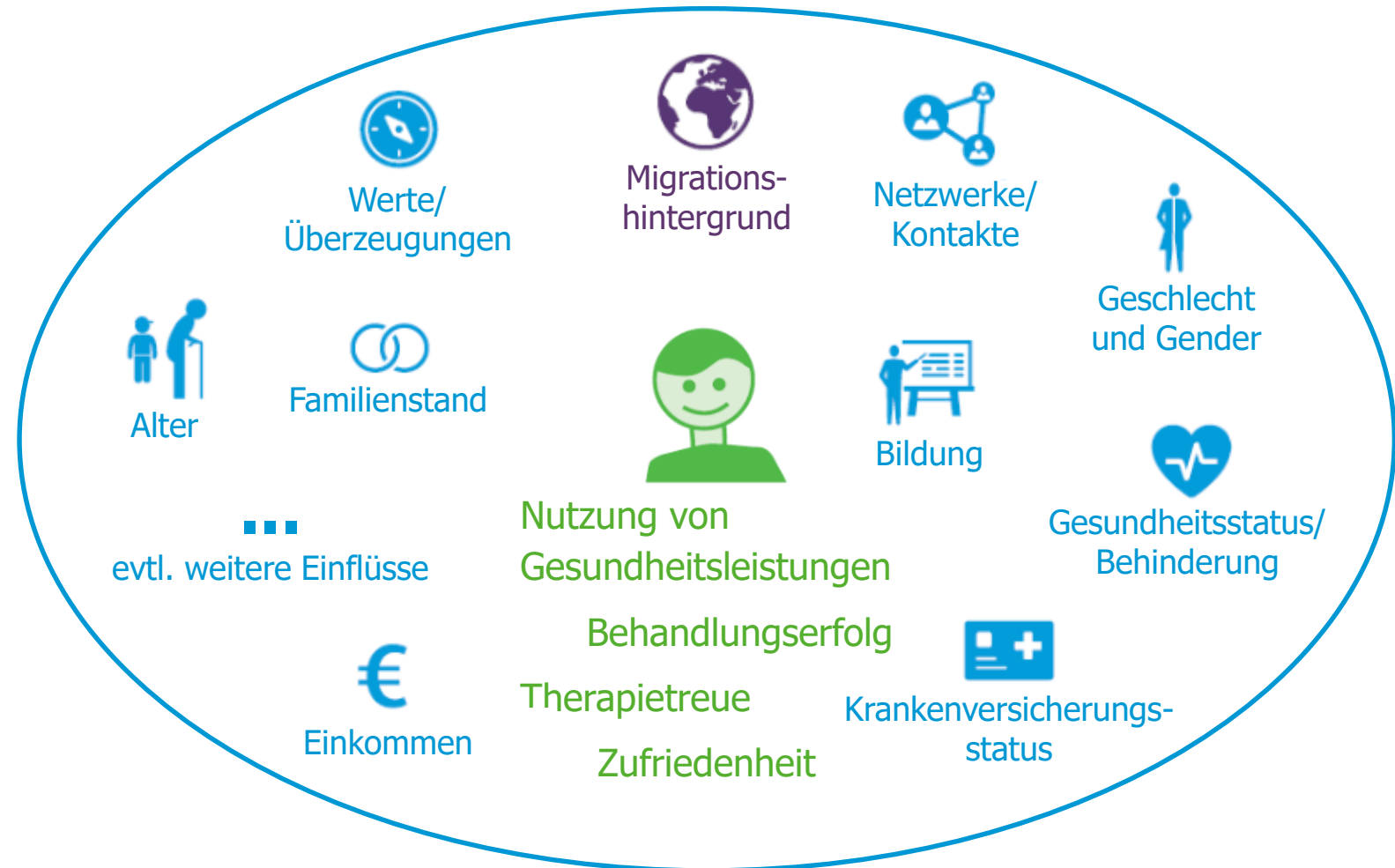
Anmerkung: Nur Personen in Privathaushalten. Werte von einem Prozent oder darunter sind nicht ausgewiesen.
Quelle: Mikrozensus, Statistisches Bundesamt 2020e; Berechnung und Darstellung: SVR

Für wenige Teilgruppen ohne deutschen Pass bleibt der Zugang zu öffentlich finanzierten Gesundheitsleistungen und dem Krankenversicherungssystem eingeschränkt.



Die Nutzung von und Zufriedenheit mit Gesundheitsleistungen hängt von zahlreichen Faktoren ab. Der alleinige Blick auf einen Migrationshintergrund greift meist zu kurz.

Mit jedem Merkmal und ihren Wechselwirkungen können sich spezifische Ressourcen und/oder Risiken gesundheitlicher Gesundheitsversorgung verbinden.

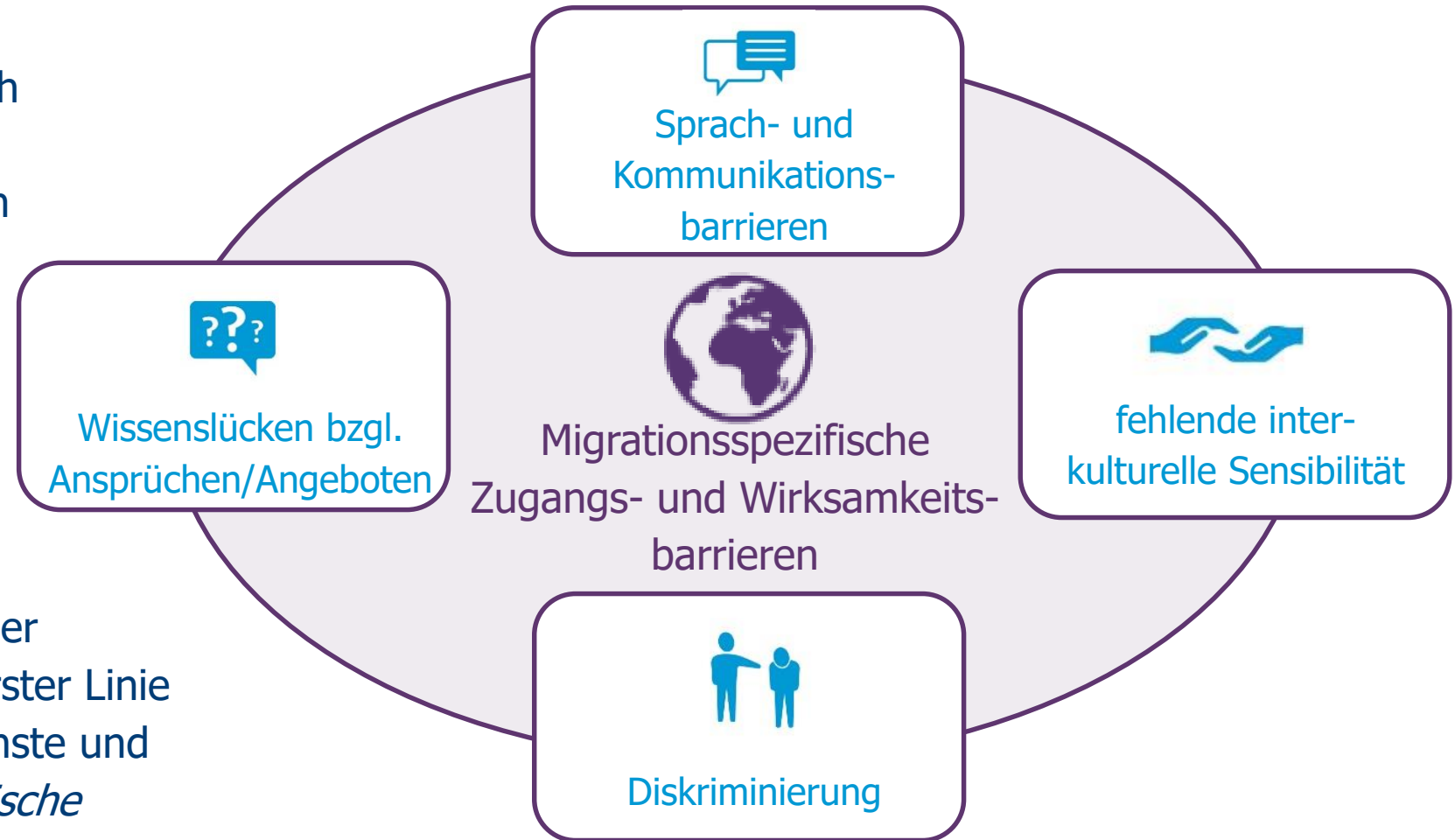


Einige Hürden chancengleicher Gesundheitsversorgung sind eng mit Migration verbunden.

Es sind jedoch weder alle Zugewanderten automatisch und in der gleichen Weise betroffen noch beschränken sich die genannten Hürden ausschließlich auf Zugewanderte.



Zur Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit sind in erster Linie *diversitätssensible* Regeldienste und nicht etwa *migrationsspezifische* Sonderstrukturen erforderlich.



Wie lässt sich gesundheitliche Chancengleichheit steigern? Die Diskussion über Diversitätssensibilität von Gesundheitssystem und -versorgung steht noch am Anfang.

Diversitätssensibilität der Versorgung gilt als Königsweg, um **Wirksamkeitsbarrieren** der Gesundheitsversorgung für alle abzubauen.



Diversitätssensible Versorgung erfordert Rahmenbedingungen, die es ermöglichen, auf Bedarfe des Einzelfalls einzugehen.



Zeit- und Effizienzdruck sowie Personalmangel bilden insofern zentrale Hindernisse diversitätssensibler Versorgung.

Diversitätssensible Gesundheitskommunikation verringert **Zugangshürden** und fördert mündige Patientenentscheidungen.



u. a. patientenorientierte Kommunikation sowie leicht zugängliche, seriöse, verständliche und (wo sinnvoll) mehrsprachige Gesundheitsinformation.



Chancengleiche Nutzung von Gesundheitsleistungen erfordert ein hohes Maß an (systemischer) Gesundheitskompetenz.

Sprachbarrieren bilden eine zentrale Hürde chancengleicher Gesundheitsversorgung. Ihr Abbau erfordert einen mehrgleisigen Lösungsansatz.

Alle Praxismodelle zur Überwindung von Sprachbarrieren sind Bausteine der Lösung, bergen zugleich Herausforderungen.

Laiensprachmittlung aus dem privaten Umfeld

erhöhte Fehleranfälligkeit, fehlende Anonymität, u. U. emotionale Belastung z. B. sprachmittlender Kinder

geringe Vergütung behindert Ausbau z. B. zu Randzeiten u. erschwert es Dolmetschenden das Feld zu erschließen

Community Interpreter

mehrsprachiges Personal

nicht immer u. in allen notw. Sprachen verfügbar; u. U. fehleranfällig (z. B. bei mangelhafter Schulung)

Potenziale als ergänzende Hilfen, die Sprachmittlung jedoch nicht ersetzen

digitale Anwendungen, Software, visuelle Hilfen



Der SVR begrüßt den Plan, Sprachmittlung bei notwendiger medizinischer Behandlung in SGB V aufzunehmen. Aber es gibt weitere Baustellen:

- ☞ wenige Sprachmittler für seltene Sprachen
- ☞ Ausbau technischer Lösungen, um mehrsprachige Informationen und Remote Interpreting in der Fläche auszubauen
- ☞ Leitlinien zur Wahl des Sprachmittlungsmodells in versch. Behandlungssettings
- ☞ Qualifikations- und Vergütungsstandards
- ☞ Aufwertung des Lernziels patientenorientierter Kommunikation

Empfehlungen des SVR zur Schließung von Versorgungslücken und zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte

- 1** Ausbau des Modells der Clearingstellen zum Krankenversicherungsschutz durch Länder und Kommunen
- 2** grundsätzliche Entbindung des Gesundheitsbereichs von der Übermittlungspflicht (Änderung von § 87 Abs. 1 AufenthG) und Entwicklung einheitlicher Vorgaben zur Bedürftigkeitsprüfung
- 3** Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende durch die Bundesländer bzw. Kommunen sowie Ausbau psychosozialer Unterstützungsangebote
- 4** Abkehr von einer einseitigen Problematisierung des Migrationshintergrunds und diversitätssensible Ausrichtung von gesundheitlichen Regeldiensten und Gesundheitskommunikation
- 5** mehrgleisige Lösungsansätze zur Überwindung von Sprachbarrieren in der Gesundheitsversorgung, Ausschöpfung der Potenziale digitaler Anwendungen



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.