



# Gesundheitliche Chancengleichheit – auch eine Frage der Zuwanderungsgeschichte?

Virtuelles Fachgespräch zum SVR-Jahresgutachten 2022

Dr. Marie Mualem Sultan

26. August 2022

# 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](http://www.svr-migration.de) heruntergeladen oder als Printexemplar zugeschickt werden



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

Foto: SVR/Michael Setzpfandt

# 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

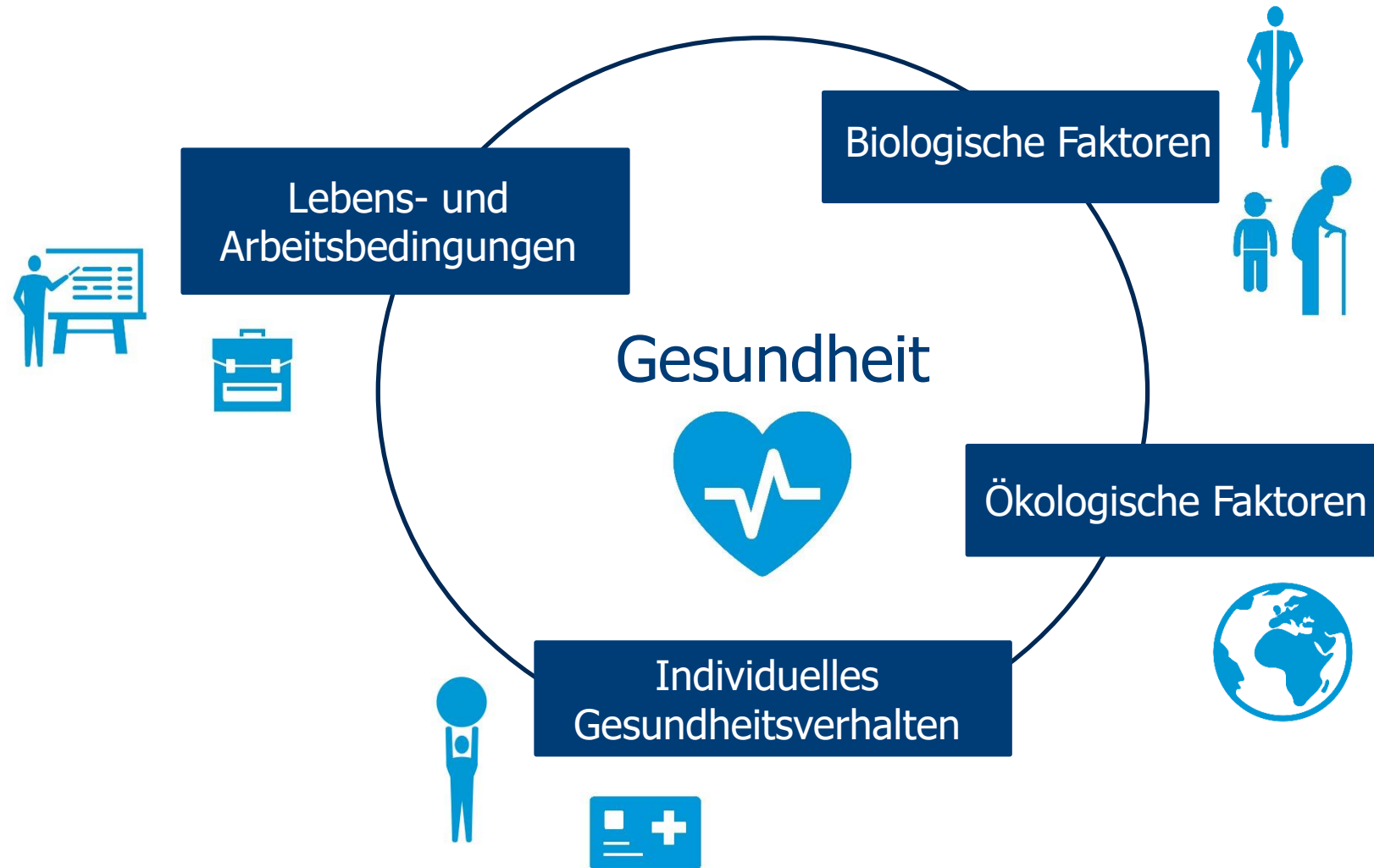
# Agenda

- 1. Gesundheit – eine Frage der Zuwanderungsgeschichte?**
- 2. Rechtliche Einschränkungen beim Zugang zu Gesundheitsleistungen**
- 3. Baustellen einer diversitätssensiblen Versorgung**

# Agenda

- 1. Gesundheit – eine Frage der Zuwanderungsgeschichte?**
2. Rechtliche Einschränkungen beim Zugang zu Gesundheitsleistungen
3. Baustellen einer diversitätssensiblen Versorgung

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



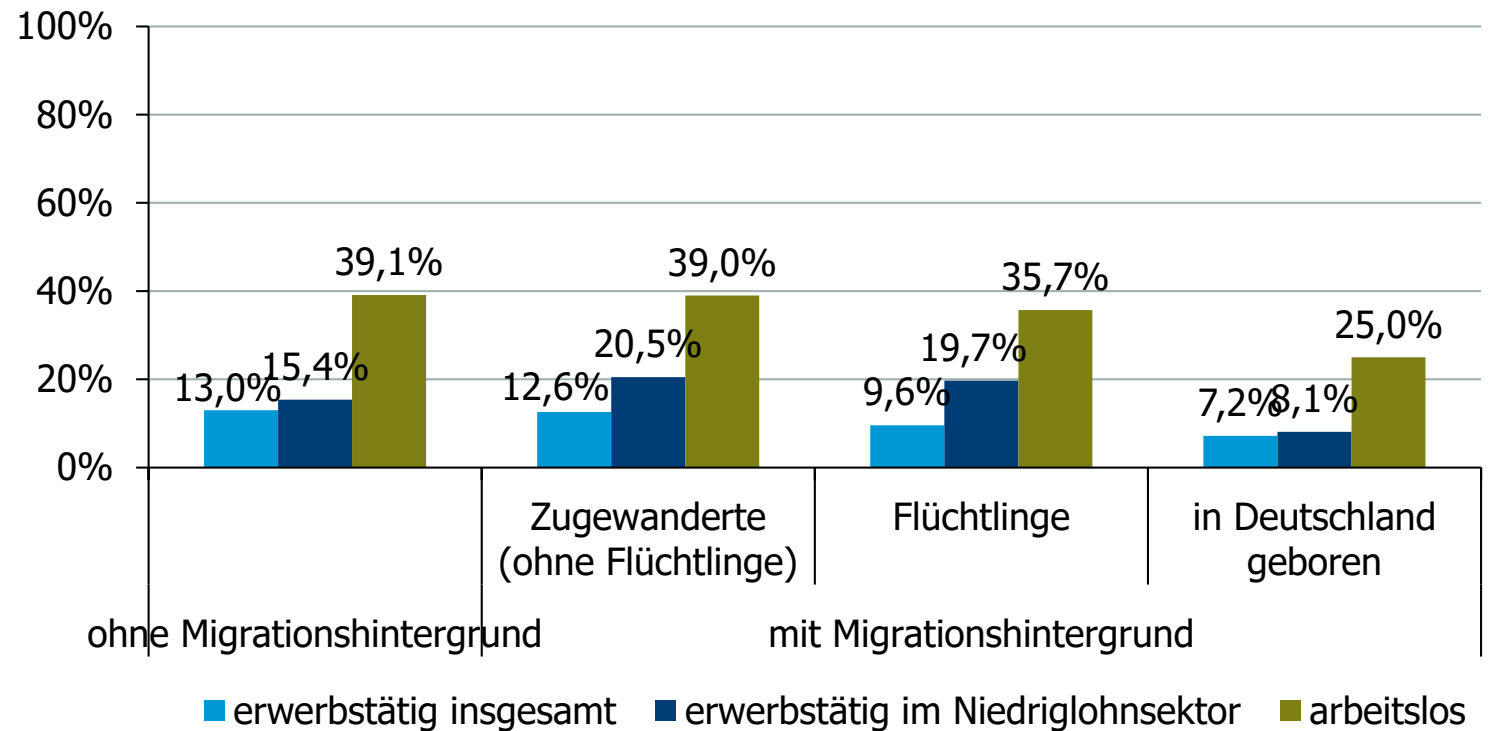
# Gesundheitliche Unterschiede entstehen vor allem infolge sozialer Ungleichheit: Beispiel Erwerbsstatus

mögliche Auswirkungen eines niedrigen sozioökonomischen Status:

- Arbeit mit hoher körperlicher Belastung
- geringe Entlohnung bzw. wenig monetäre Ressourcen
- psychosoziale Belastungen
- ungünstiges Gesundheitsverhalten

→ Höhere Vulnerabilität durch einen durchschnittlich niedrigeren sozioökonomischen Status

## Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht einschätzen, 2016 nach Migrationshintergrund und Erwerbsstatus



Quelle: Metzing/Schacht 2019; Darstellung: SVR

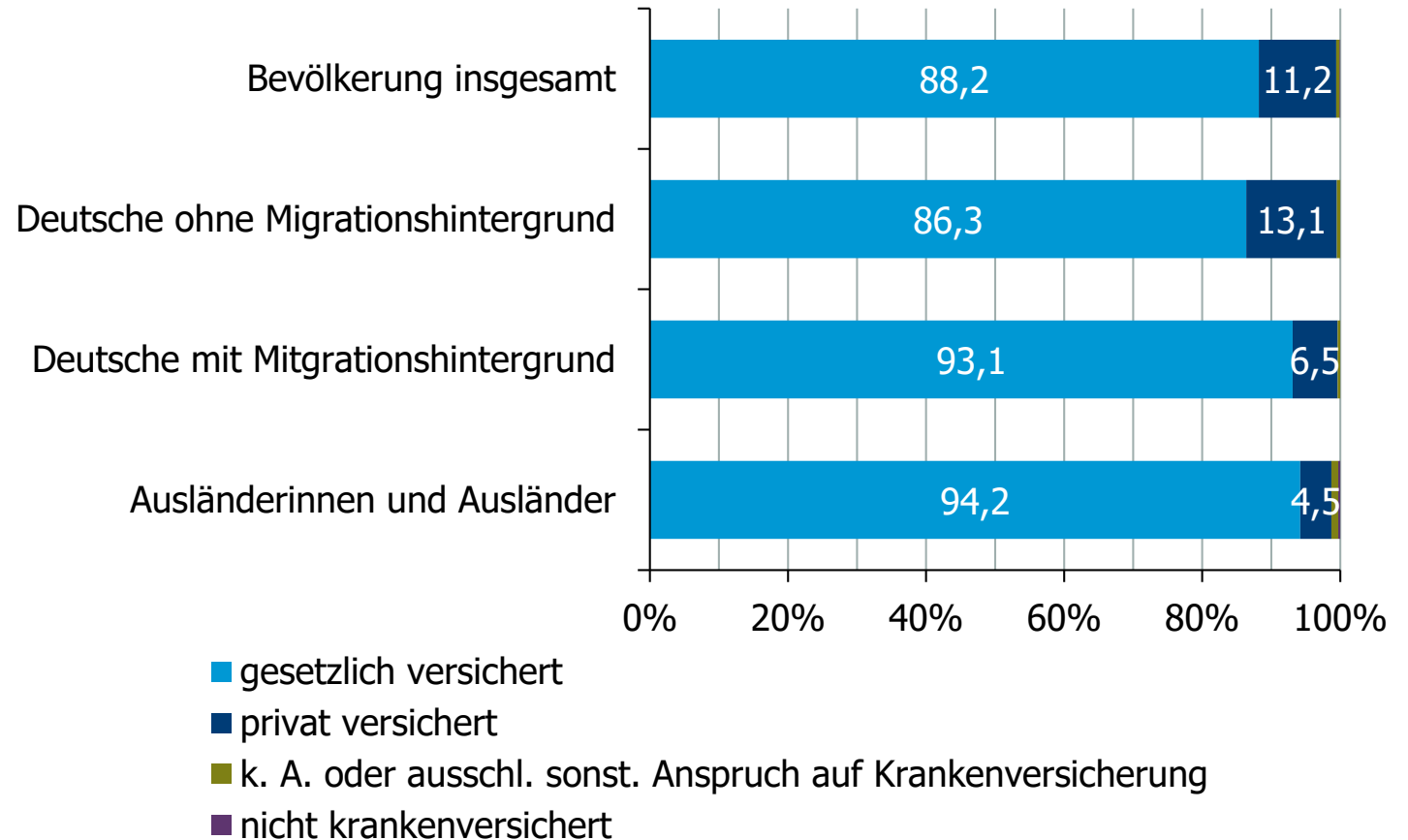
# Agenda

1. Gesundheit – eine Frage der Zuwanderungsgeschichte?
- 2. Rechtliche Einschränkungen beim Zugang zu Gesundheitsleistungen**
3. Baustellen einer diversitätssensiblen Versorgung



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

Wenn Zugewanderte im Krankheitsfall unzureichend abgesichert sind, liegt das meist nicht an rechtlichen Hürden, sondern an fehlendem Wissen und/oder Schwierigkeiten mit der zu bewältigenden Bürokratie.

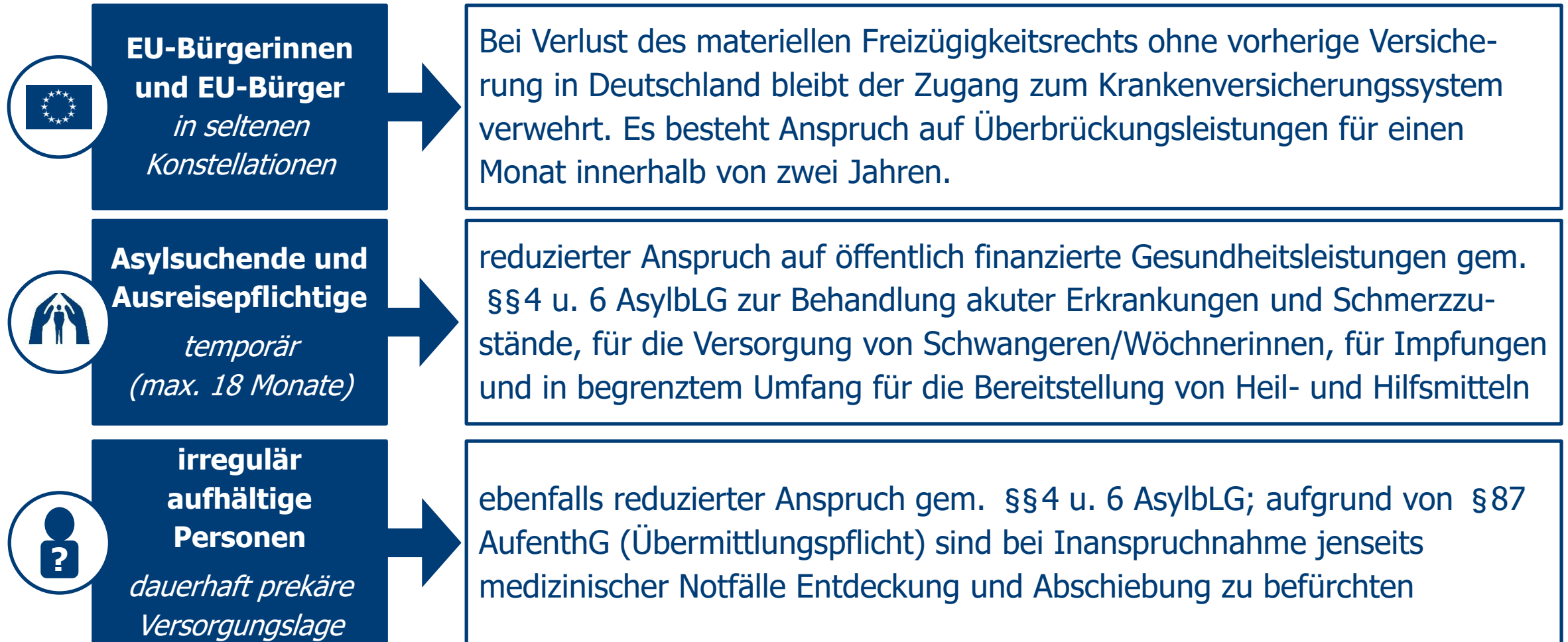
Clearingstellen zur Krankenversicherung schließen eine wichtige Beratungslücke.

Sie unterstützen Ratsuchende anonym bzw. vertraulich dabei, bestehende Ansprüche oder ihren Versicherungsstatus zu klären und beraten zu (Wieder-)Eintrittsmöglichkeiten in eine reguläre Krankenversicherung.



➡ Der SVR empfiehlt den Ländern und Kommunen zu prüfen, ob sich das Modell der Clearingstellen zur Krankenversicherung in der Fläche ausbauen lässt.

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



Aufgrund der Übermittlungspflicht (§ 87 AufenthG) müssen irregulär aufhältige Personen bei Nutzung medizinischer Regeldienste Entdeckung und Abschiebung befürchten.

2009 Einführung eines „verlängerten Geheimnisschutz“ zwecks Wahrung der Anonymität von irregulär aufhältigen Personen bei der Kostenabrechnung für Notfallbehandlungen zw. Gesundheitsdienstleistern und Sozialämtern. Idee: Ausnahme von der Übermittlungspflicht bei Notfallbehandlungen

### fortbestehende Unsicherheiten in der Praxis

#### *Was gilt als medizinischer Notfall?*

Der Begriff des medizinischen Notfalls ist rechtlich nicht klar definiert und für Laiinnen und Laien ist das Vorliegen eines medizinischen Notfalls oft schwer abzuschätzen.

#### *Werden die Verwaltungsvorschriften als bindend ausgelegt?*

Zivilgesellschaftliche Organisationen beobachten uneinheitliche Auslegungspraxis der Verwaltungsvorschriften (Übermittlungsverbot vs. Freiwilligkeit einer Übermittlung)

#### *Werden die Kosten für eine Notfallbehandlung erstattet?*

Gesundheitsdienstleister beklagen, an die notwendige Bedürftigkeitsprüfung würden teilweise Maßstäbe angelegt, die bei irregulär aufhältigen Personen kaum erfüllbar sind.

# Die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende und Ausreisepflichtige als ein Baustein für die effiziente Gestaltung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen.



Erleichterung administrativer Prozesse, Abbau von Hürden für Betroffene und Leistungserbringer

keine Hinweise auf höhere Gesundheitsausgaben/Missbrauchsanfälligkeit

keine Beurteilung medizinischer Notwendigkeit durch Fachfremde

positive Effekte auf psychische Gesundheit und Eigenwahrnehmung des Gesundheitszustands



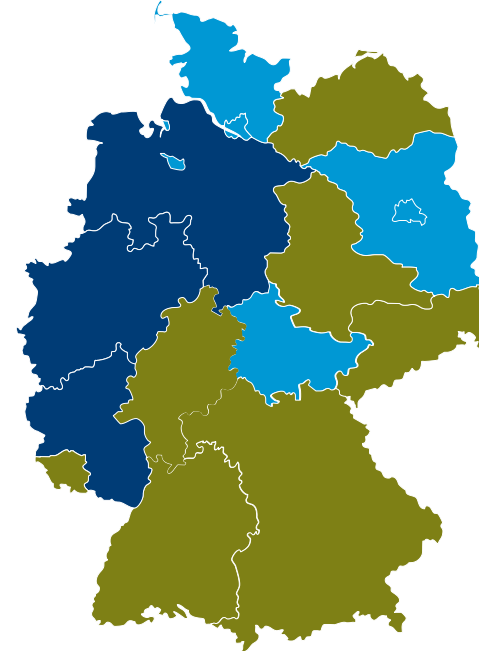
anspruchsvolle Rahmenvertragsverhandlungen

Unsicherheiten hinsichtlich der Verwaltungskostenpauschale



Die elektronische Gesundheitskarte bedeutet keine Ausweitung des Leistungsumfangs.

## Modell des Zugangs zu Gesundheitsleistungen für Menschen im Asylverfahren und Ausreisepflichtige, die sich noch keine 18 Monate in Deutschland aufhalten



- elektronische Gesundheitskarte (landesweit)
- elektronische Gesundheitskarte in einzelnen Landkreisen/Kommunen
- Behandlungsschein-Modell (landesweit)

Anmerkung: Stand Dezember 2021. In Brandenburg wurde die elektronische Gesundheitskarte in 17 von 18 Landkreisen eingeführt (Ausnahme: Landkreis Märkisch-Oderland); in Sachsen ging die Landeshauptstadt Dresden einen kommunalen Sonderweg und führte die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende ein.

Darstellung: SVR

# Empfehlungen des SVR zur Schließung von Versorgungslücken bei Zugewanderten mit eingeschränktem rechtlichen Anspruch auf öffentlich finanzierte Gesundheitsleistungen

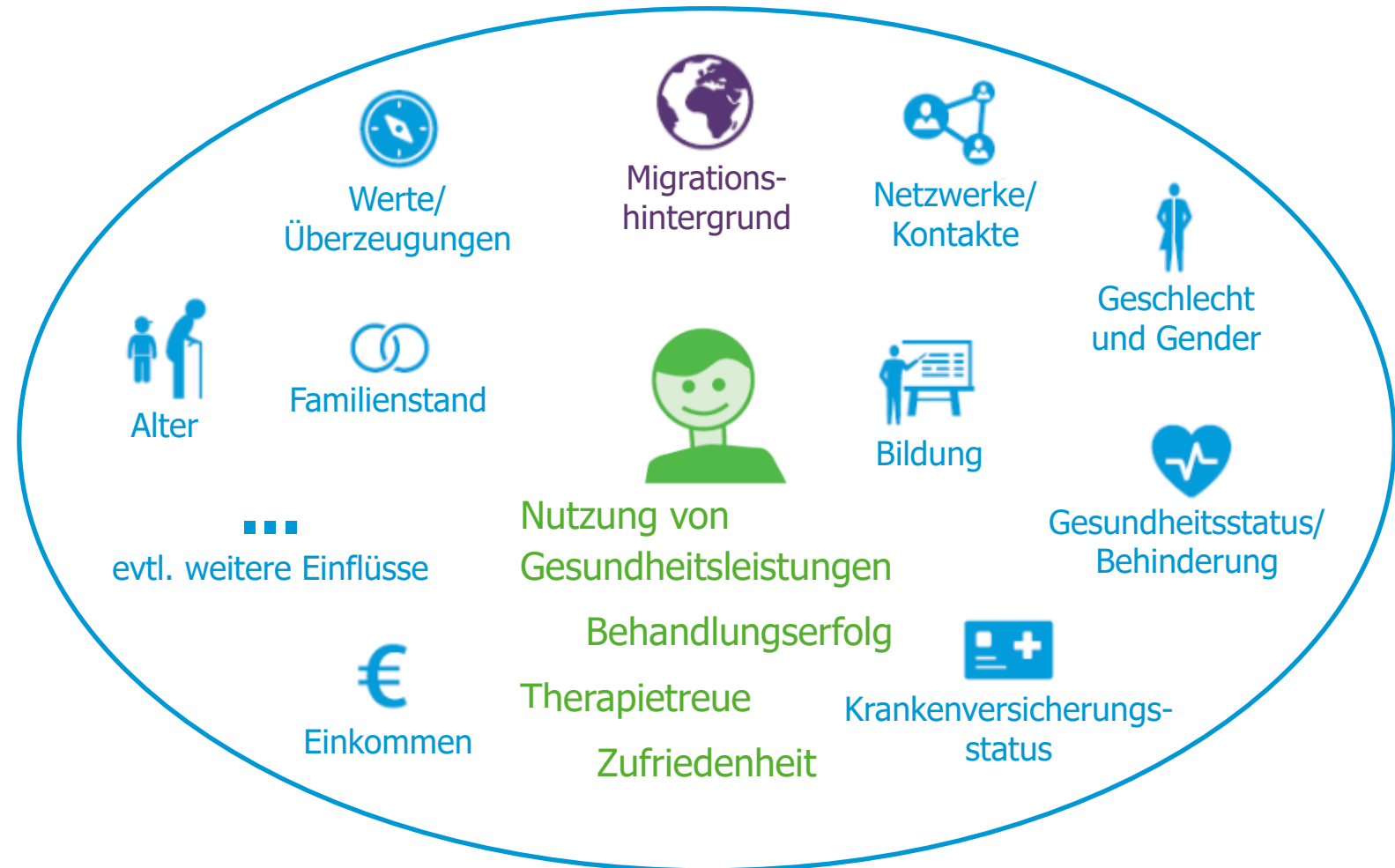
- 1** Ausbau des Modells der Clearingstellen zum Krankenversicherungsschutz durch Länder und Kommunen
- 2** grundsätzliche Entbindung des Gesundheitsbereichs von der Übermittlungspflicht (Änderung von § 87 Abs. 1 AufenthG) und Entwicklung einheitlicher Vorgaben zur Bedürftigkeitsprüfung
- 3** Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende durch die Bundesländer bzw. Kommunen sowie Ausbau psychosozialer Unterstützungsangebote
- 4** Prüfung, ob strukturelle Variablen des medizinischen Versorgungssystems und die Erreichbarkeit von Gesundheitsdiensten bei der Verteilung von Asylsuchenden berücksichtigt werden können
- 5** flächendeckende Implementierung geeigneter Verfahren zur frühzeitigen Identifikation besonderer Schutzbedürftigkeit im Sinne der EU-Aufnahmerichtlinie durch alle Bundesländer

# Agenda

1. Gesundheit – eine Frage der Zuwanderungsgeschichte?
2. Rechtliche Einschränkungen beim Zugang zu Gesundheitsleistungen
3. **Baustellen einer diversitätssensiblen Versorgung**

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 Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte

- 1 Abkehr von einer einseitigen Problematisierung eines Migrationshintergrundes
- 2 diversitätssensible Ausrichtung von gesundheitlichen Regeldiensten und Gesundheitskommunikation; verstärkte Förderung von Evaluationsstudien zu praktischen Umsetzungsmöglichkeiten
- 3 Wahrung der Komplementarität sinnvoller migrationsspezifischer Angebote zu diversitätssensiblen gesundheitlichen Regeldiensten, um Wahlmöglichkeiten des Zugangs sicherzustellen
- 4 mehrgleisige Lösungsansätze zur Überwindung von Sprachbarrieren in der Gesundheitsversorgung, Ausschöpfung der Potenziale digitaler Anwendungen
- 5 verstärkte Förderung von Forschung zu Diskriminierung im Gesundheitswesen unter Berücksichtigung intersektionaler Wechselwirkungen (Mehrfachdiskriminierung)



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.**