



Gesundheit ist ein Menschenrecht - zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Ergebnisse aus dem SVR-Jahresgutachten 2022

Maximilian Müller

15. September 2022

MERCATOR FORUM TEILHABE STATT DISKRIMINIERUNG

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

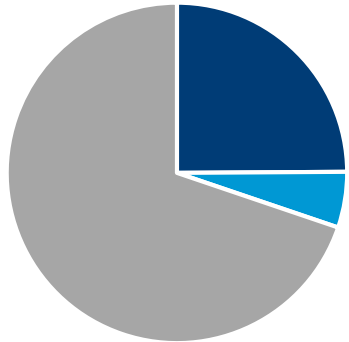
Foto: SVR/Kevin Fuchs

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

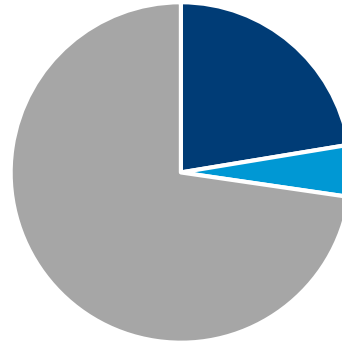
- 1. Diversität im Gesundheitswesen**
2. Der rechtliche Zugang zu Gesundheitsleistungen
3. Gesundheitliche Chancengleichheit von Menschen mit Migrationshintergrund

Fachkräfte mit Migrationshintergrund leisten einen essentiellen Beitrag zur Gesundheitsversorgung in Deutschland. Ein Großteil ist selbst zugewandert; 4 von 5 sind Frauen.

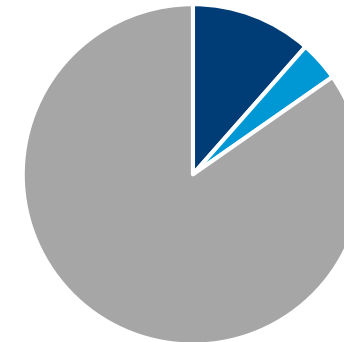
Altenpflege
30,1 %



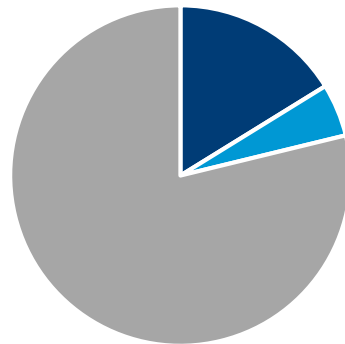
Human- und Zahnmediziner/innen
27,3 %



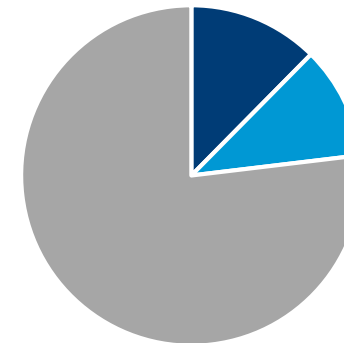
nichtärztliche Therapie und Heilkunde
15,3 %



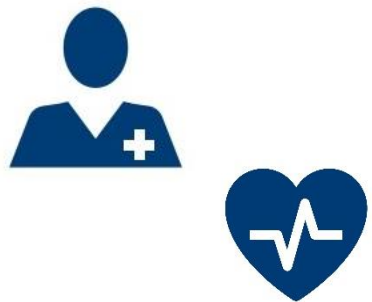
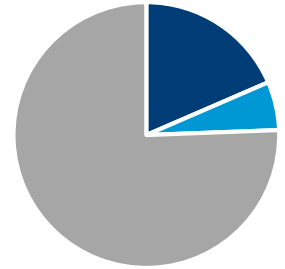
Gesundheits- und Krankenpflege
21,2 %



Arzt- und Praxishilfe
23,0 %



Zum Vergleich:
alle Erwerbstätige
24,4 %



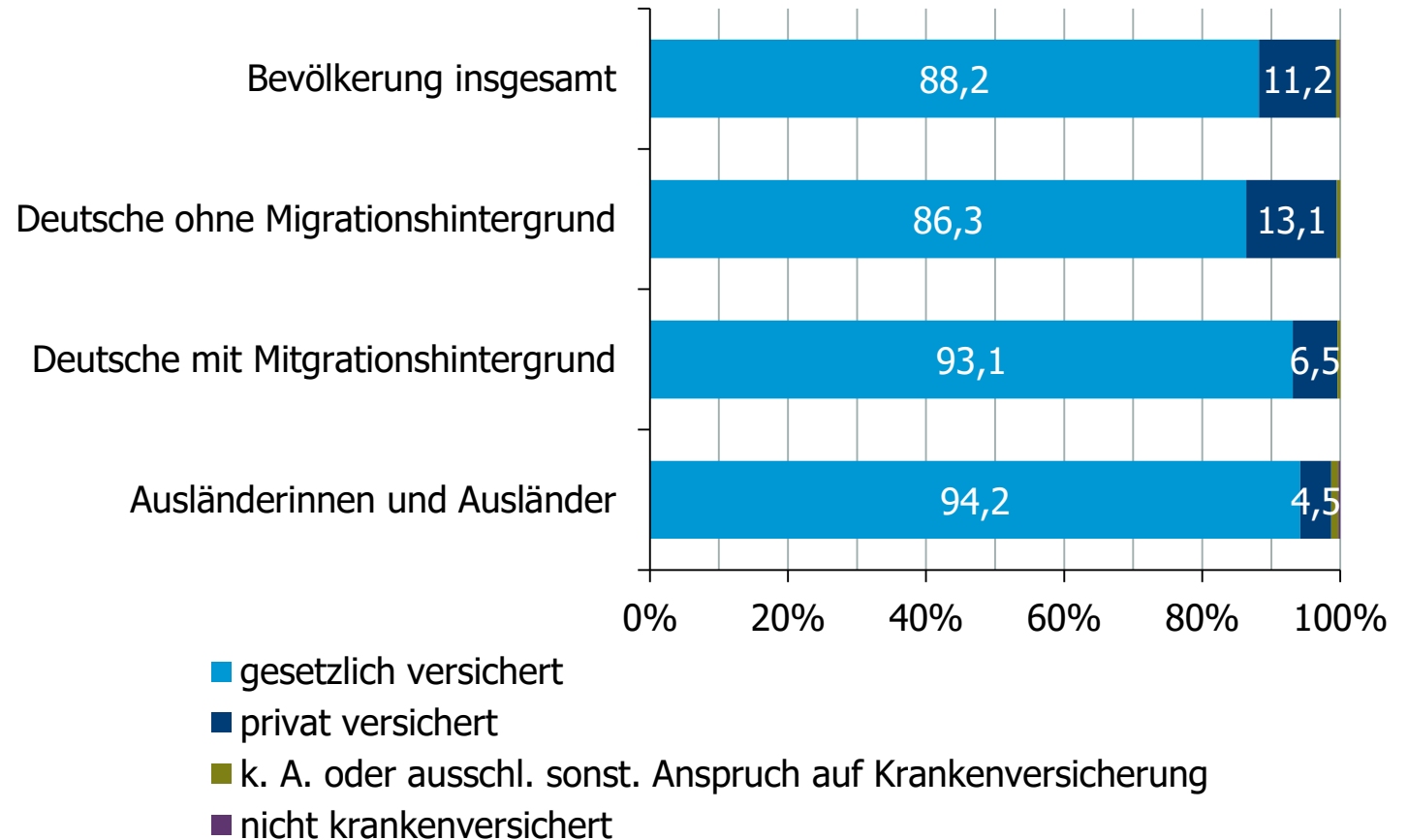
- mit Migrationshintergrund, selbst zugewandert
- mit Migrationshintergrund, in D. geboren

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

1. Diversität im Gesundheitswesen
2. **Der rechtliche Zugang zu Gesundheitsleistungen**
3. Gesundheitliche Chancengleichheit von Menschen mit Migrationshintergrund

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

Art des Krankenversicherungsschutzes 2019 nach Migrationshintergrund

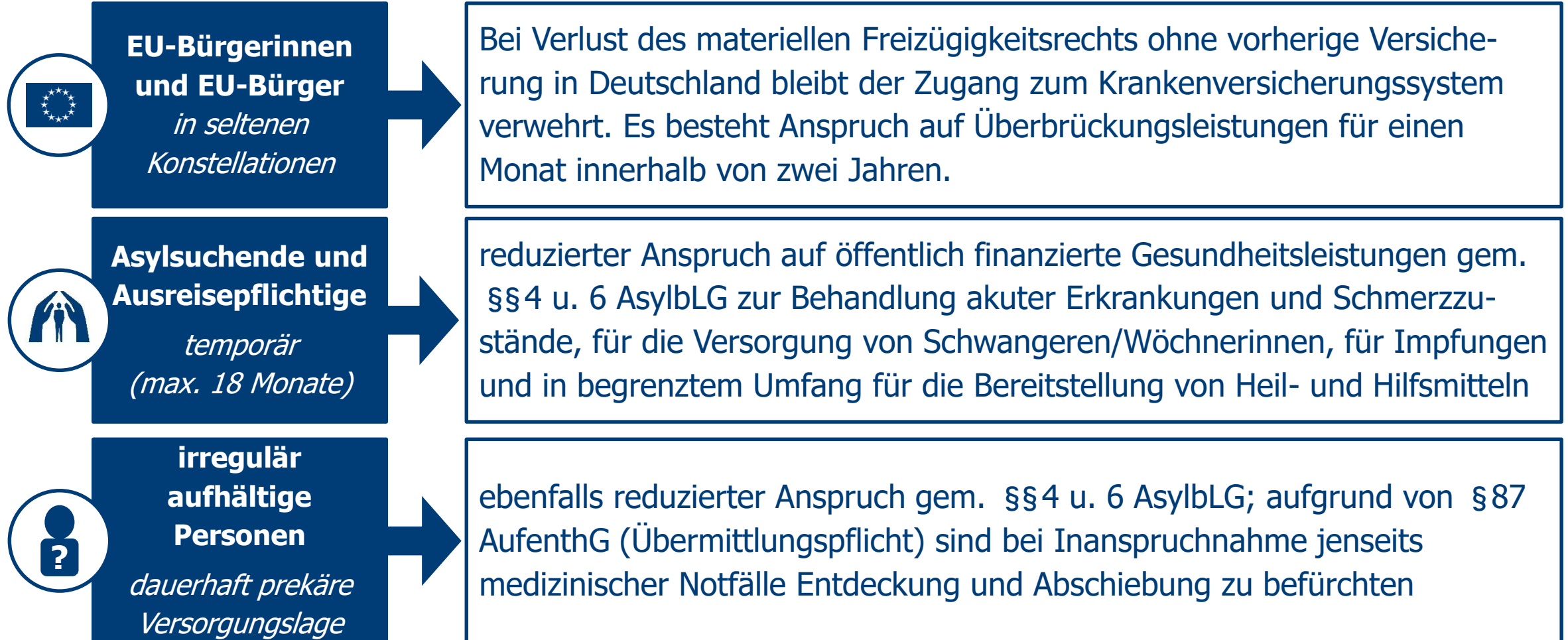


Eine Zusatz-Krankenversicherung schließen gesetzlich Krankenversicherte ohne deutschen Pass deutlich seltener ab als gesetzlich Krankenversicherte ohne Migrationshintergrund (9,4 % gegenüber 31 %)



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 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



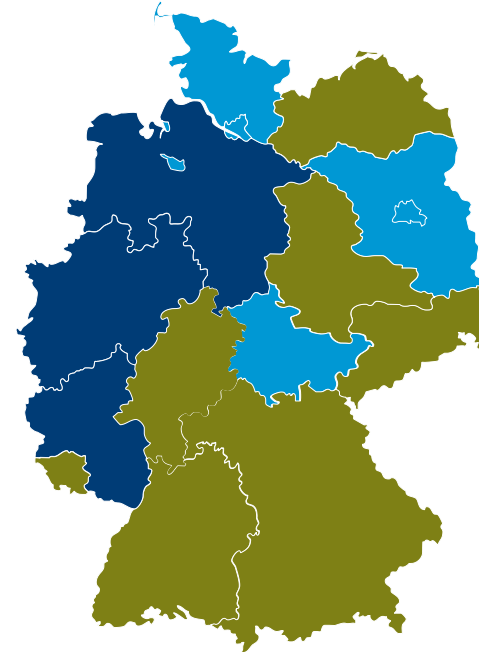
anspruchsvolle Rahmenvertragsverhandlungen

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.

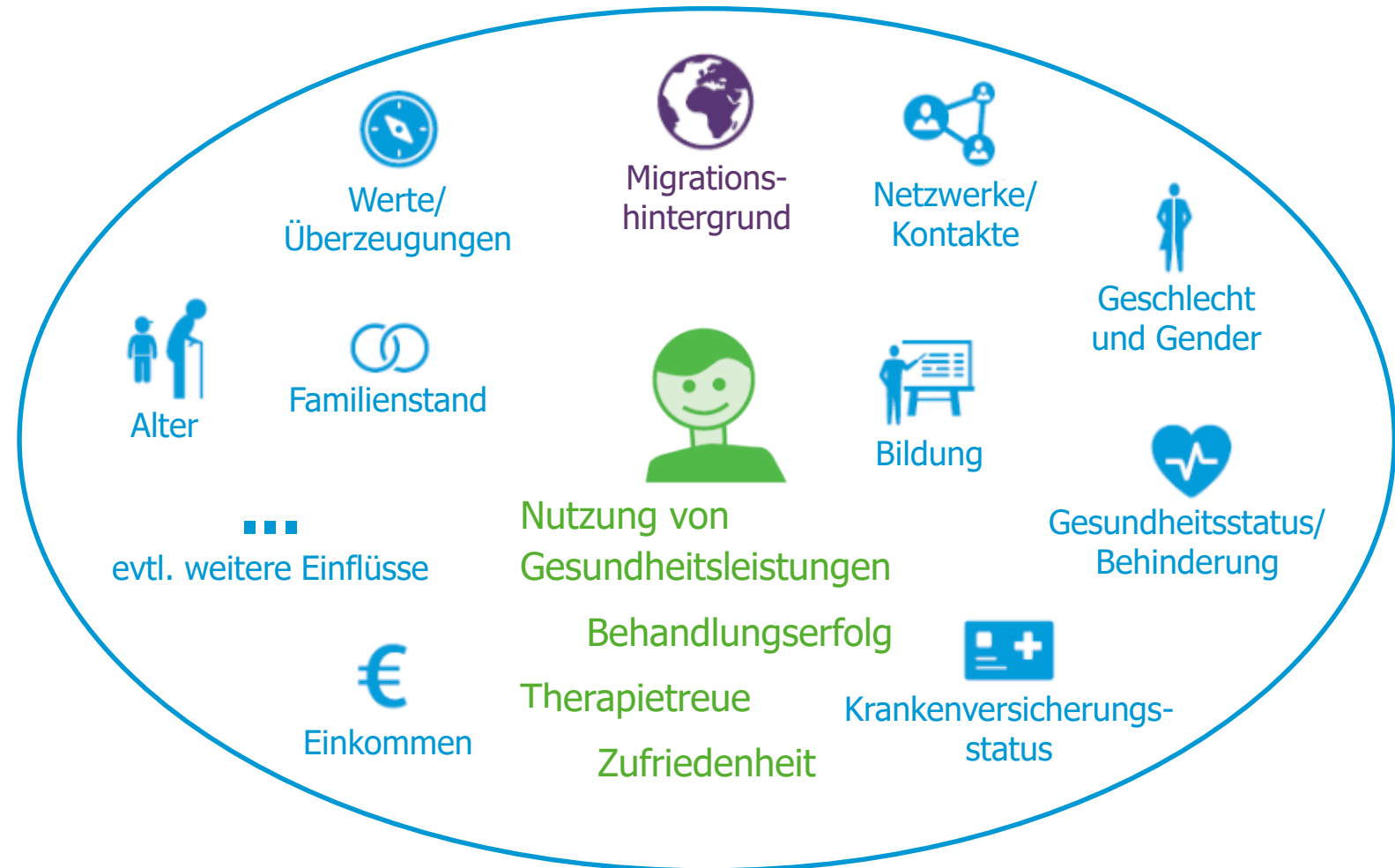
Darstellung: SVR

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

1. Diversität im Gesundheitswesen
2. Der rechtliche Zugang zu Gesundheitsleistungen
3. **Gesundheitliche Chancengleichheit von Menschen mit Migrationshintergrund**

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.

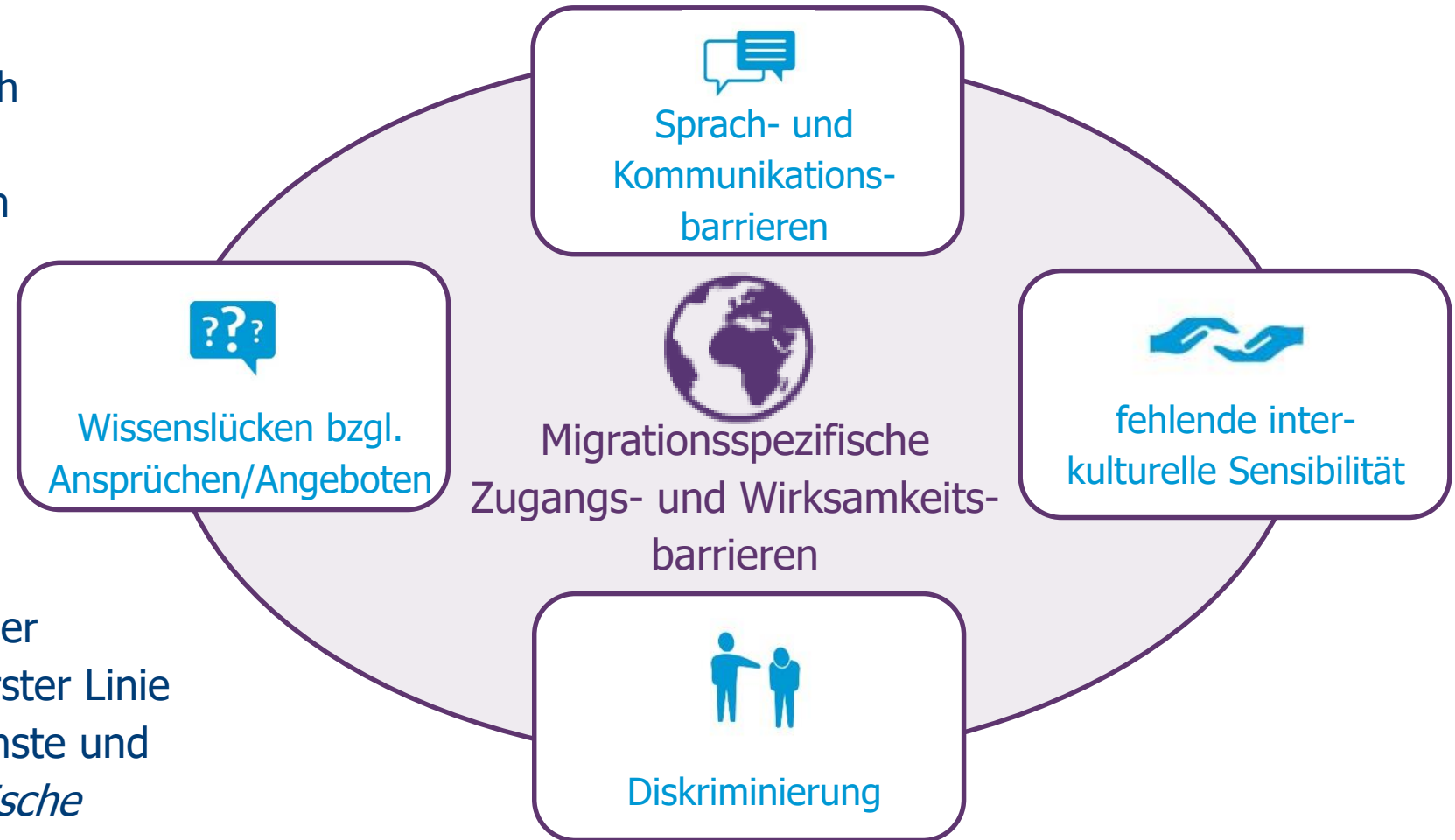


Einige Hürden chancengleicher Gesundheitsversorgung sind eng mit Migration verbunden.

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.



(Rassistische) Diskriminierung im Gesundheitswesen: die große Unbekannte?

Die Forschung zu Diskriminierung im Gesundheitswesen in Deutschland steht noch sehr am Anfang – Warum?

- Das Phänomen ist vielschichtig, und speziell im wissenschaftlichen Diskurs über Diskriminierung im Gesundheitswesen aufgrund der ethnischen Herkunft bzw. rassistischer Vorurteile überlagern sich häufig verschiedene Aspekte.
- Es gibt bislang kaum empirische Daten.
- Es gibt Bedenken, im Gesundheitskontext überhaupt migrationsspezifische Merkmale zu erheben.

Was wissen wir bereits darüber?

- Diskriminierung im Gesundheitswesen findet statt – Über Ausmaß und Form ist bislang erst wenig bekannt.
- Es gibt Zusammenhänge zwischen stereotypen Vorannahmen des Gesundheitspersonals und Beeinträchtigungen der ‚rein‘ medizinischen Versorgungsqualität.
- Es gibt eine fehlende Diversität in der medizinischen Forschung und Lehre - Es ist der Standard, Krankheitsbilder in der medizinischen Lehre durch Fallbeispiele mit weißen Menschen zu vermitteln.

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

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.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.