

## **EXPERTISE**

**Expertise von Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger (Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld) für das SVR-Jahresgutachten 2022**

**Stand: November 2021**

### **Bitte zitieren als/Please cite as:**

Gerlinger, Thomas 2022: Das deutsche Gesundheitssystem: Regulatorische Herausforderungen des Umgangs mit Migration und migrationsspezifischer Vielfalt. Expertise im Auftrag des Sachverständigenrats für Integration und Migration für das SVR-Jahresgutachten 2022, Berlin.

Diese Expertise wurde von Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger für das SVR-Jahresgutachten 2022 erstellt, das vom Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat gefördert wurde.

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger

Das deutsche Gesundheitssystem:  
Regulatorische Herausforderungen des Umgangs mit  
Migration und migrationsspezifischer Vielfalt.

Expertise

erstellt im Auftrag des  
Sachverständigenrats für Integration und Migration

Berlin/Bielefeld, im November 2021

# Inhaltsverzeichnis

<b>EINLEITUNG.....</b>	<b>3</b>
<b>1. GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND KRANKHEITSPRÄVENTION.....</b>	<b>4</b>
1.1 STRUKTURMERKMALE DES GESUNDHEITSFÖRDERUNGS- UND PRÄVENTIONSSYSTEMS .....	4
1.2 IMPLIKATIONEN FÜR MIGRANTINNEN UND MIGRANTEN .....	7
<b>2. KRANKENVERSORGUNG .....</b>	<b>10</b>
2.1 DAS KRANKENVERSICHERUNGS- UND -KRANKENVERSORGUNGSSYSTEM.....	10
2.1.1 STRUKTURMERKMALE DES KRANKENVERSICHERUNGS- UND -VERSORGUNGSSYSTEMS .....	11
2.1.2 IMPLIKATIONEN FÜR MIGRANTINNEN UND MIGRANTEN .....	15
2.2 DAS FINANZIERUNGSSYSTEM.....	23
2.2.1 STRUKTURMERKMALE DES FINANZIERUNGSSYSTEMS .....	23
2.2.2 IMPLIKATIONEN FÜR MIGRANTINNEN UND MIGRANTEN .....	24
2.3 DAS REGULIERUNGSSYSTEM.....	25
2.3.1 STRUKTURMERKMALE DES REGULIERUNGSSYSTEMS .....	25
2.3.2 IMPLIKATIONEN FÜR MIGRANTINNEN UND MIGRANTEN .....	27
<b>3. DER ZUGANG VON MIGRANTINNEN UND MIGRANTEN ZUR BESCHÄFTIGUNG IM GESUNDHEITSWESEN.....</b>	<b>27</b>
3.1 FACHKRÄFTE UND FACHKRÄFTEMANGEL IM GESUNDHEITSWESEN .....	27
3.2 FACHKRÄFTE AUS DEM EU-AUSLAND .....	29
3.3 ANERKENNUNG DER IN DRITTSTAATEN ABSOLVIERTEN BERUFSAUSBILDUNG .....	31
3.4 ANWERBUNG VON GESUNDHEITSFACHKRÄFTEN IM AUSLAND .....	33
3.5 BERUFLICHE INTEGRATION ZUGEWANDERTER GESUNDHEITSFACHKRÄFTE .....	34
<b>4. FAZIT UND AUSBLICK.....</b>	<b>34</b>
<b>LITERATUR .....</b>	<b>38</b>

## Einleitung

Dieser Text befasst sich mit den Strukturen des deutschen Gesundheitssystems und ihren Implikationen für die Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten sowie den daraus sich ergebenden Herausforderungen für den Umgang mit Migration und migrationsspezifischer Vielfalt im deutschen Gesundheitssystem.

Oftmals wird der Begriff „Gesundheitssystem“ mit der Gesamtheit der Akteure, Institutionen und Leistungen, die sich mit der Bewältigung von Krankheit und Behinderung befassen, gleichgesetzt. Im Folgenden soll jedoch ein breiteres Verständnis dieses Begriffs zugrunde gelegt werden, denn der Umgang mit Gesundheit und Krankheit schließt auch die Vielzahl von gesellschaftlichen, politischen, sozialen, kulturellen und individuellen Faktoren ein, die Einfluss auf den Erhalt der Gesundheit und die Vermeidung von Krankheit in der Bevölkerung nehmen. Prägnant hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) dieses Verständnis auf ihrer Tallinn-Konferenz im Jahr 2008 formuliert:

*„Ein Gesundheitssystem ist die Gesamtheit aller öffentlichen und privaten Organisationen, Einrichtungen und Ressourcen in einem Land, deren Auftrag darin besteht, unter den dortigen politischen und institutionellen Rahmenbedingungen auf die Verbesserung, Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit hinzuarbeiten. Die Gesundheitssysteme umfassen sowohl die individuelle als auch die bevölkerungsbezogene Gesundheitsversorgung, aber auch Maßnahmen, mit denen andere Politikbereiche dazu veranlasst werden sollen, in ihrer Arbeit an den sozialen wie auch den umweltbedingten und ökonomischen Determinanten von Gesundheit anzusetzen“ (WHO 2008: 1).*

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention beschreiben damit ein außerordentlich weites und unübersichtliches Feld, denn auch die Finanz-, Wirtschafts-, Sozial-, Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Verkehrs, Wohnungspolitik und manche andere Politikfelder haben Einfluss auf das Gesundheits- und Krankheitsgeschehen in einer Gesellschaft. Die damit verbundene Komplexität macht es allerdings auch schwierig, das Gesundheitssystem in handhabbarer Weise von anderen gesellschaftlichen Handlungsfeldern abzugrenzen. Offenkundig können diese Themen in dem hier gesetzten Rahmen nicht angemessen behandelt, ja nicht einmal angerissen werden. Wenn es also grundsätzlich geboten erscheint, im Folgenden neben dem Bereich der Krankenversorgung auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu thematisieren, so soll und kann dies nur in allgemeiner Form und unter Beschränkung auf jene Interventionen geschehen, deren *primäre Absicht* („primary intent approach“) es ist, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten und zu verbessern oder Verschlechterungen zu verzögern oder zu verhindern. Andere Handlungsfelder werden in diesem Text somit nicht behandelt, auch wenn sie mehr oder weniger enge Bezüge zur Bevölkerungsgesundheit haben, wie z.B. die Verkehrspolitik oder die Wohnungspolitik.

Die folgenden Ausführungen skizzieren zunächst wesentliche Kennzeichen des System der Gesundheitsförderung und Prävention und anschließend Strukturmerkmale des Krankenversorgungssystems. Dabei geht er jeweils auf die Implikationen für die Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten. Schließlich befasst er sich mit dem Zugang von Migrantinnen und Migranten zur Beschäftigung im Gesundheitswesen. Ein Fazit,

verbunden mit einem Ausblick auf wesentliche Herausforderungen im Umgang mit Migration und migrationspezifischer Vielfalt, schließt den Text ab.

## **1. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention**

In den Gesundheitswissenschaften wird im Allgemeinen zwischen Gesundheitsförderung und Prävention unterschieden. Unter Gesundheitsförderung werden zumeist Maßnahmen verstanden, die – ganz allgemein, also krankheitsunspezifisch – auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zielen. Solche Maßnahmen können auf eine Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen zielen (z.B. die Schaffung von Nacherholungsmöglichkeiten; die Begrenzung der Arbeitszeit; die Einrichtung von Gesundheitszirkeln im Betrieb, in denen Probleme der Arbeitsorganisation besprochen werden) oder auch auf eine Stärkung der Bewältigungsressourcen von Individuen und Gruppen (z.B. Kurse zur Stressbewältigung). Präventionsmaßnahmen zielen im Unterschied dazu auf die Reduzierung krankheitsspezifischer Risiken. Auch hier lässt sich wieder zwischen verhältnisbezogenen Maßnahmen (z.B. die Einführung von Grenzwerten für den Schadstoffeintrag oder für den Lärm am Arbeitsplatz) und verhaltensbezogenen Maßnahmen unterscheiden (z.B. Kurse zur Tabak- oder Alkoholentwöhnung). In diesem Abschnitt sind nur Maßnahmen der Primärprävention von Interesse, also Maßnahmen, die *vor* dem Eintritt einer Erkrankung ansetzen und damit der eigentlichen Krankheitsvermeidung zuzurechnen sind, nicht Maßnahmen der Sekundärprävention (Krankheitsfrüherkennung) oder der Tertiärprävention (Rehabilitation), die im Allgemeinen im Rahmen der Krankenversorgung erörtert werden. Wenn im Folgenden der Begriff „Prävention“ verwendet wird, ist also stets von Primärprävention die Rede.

### **1.1 Strukturmerkmale des Gesundheitsförderungs- und Präventionssystems**

In Deutschland verteilen sich Kompetenzen für Gesundheitsförderung und (nichtmedizinische) Prävention auf Bund und Länder (einschließlich der Kommunen als verwaltungsrechtlichem Teil der Länder). Die Eigenschaft der Bundesrepublik Deutschland als Föderalstaat findet also auch auf diesem Handlungsfeld ihren Ausdruck. Beim Bund liegt die Gesetzgebungskompetenz für eine Reihe unmittelbar gesundheitsrelevanter Handlungsfelder der Prävention. Dazu zählen z.B. der Arbeitsschutz, der Infektionsschutz, der Verbraucherschutz und der gesundheitsbezogene Umweltschutz. Zudem hat der Bund das Gesetzgebungsrecht für die Krankenversicherung inne. Dies ist für das Verständnis dieses Handlungsfeldes insofern von Bedeutung, als der Bundesgesetzgeber den Krankenkassen seit 1989 jenseits medizinischer Präventionsmaßnahmen (Impfung, Früherkennung, Zahnprophylaxe) auch Aufgaben auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und *nicht*medizinischen Primärprävention zuweist (s.u.). Mittlerweile sind die Krankenkassen durch die Ausweitung dieser Aufgaben zu einem wichtigen Akteur geworden, auch wenn die betreffenden Ausgaben nur einen kleinen Teil, nämlich rund 0,4 Prozent, der Krankenkassenausgaben ausmachen. Mit seiner Rechtsetzungskompetenz für die Krankenversicherung verfügt der Bundesgesetzgeber somit auch über Gestaltungsmöglichkeiten auf diesem Handlungsfeld.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) führt die Aufsicht über eine Reihe von Bundesbehörden, die mit Fragen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention befasst sind, allen voran das Robert Koch-Institut (RKI) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Das RKI führt die Gesundheitsberichterstattung des Bundes durch. Es erhebt und analysiert Daten zur Verbreitung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten und berät politische Entscheidungsträger, insbesondere im Hinblick auf die Verhütung von Infektionskrankheiten. Die BZgA ist vor allem für Gesundheitsinformation und Gesundheitsbildung sowie für die Entwicklung und Durchführung einschlägiger Aufklärungskampagnen verantwortlich.

Die Bundesländer sind zum einen für die Durchführung von Bundesgesetzen und zum anderen –jenseits der erwähnten Bundeszuständigkeit– für die öffentliche Gesundheit verantwortlich. In dieser Funktion verabschieden sie eigene Gesetze zur öffentlichen Gesundheit und zum öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Somit haben die Länder auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention eine eigenständige Gestaltungskompetenz und verfügen auf diesem Politikfeld über ein großes Gewicht. Die Kommunen, also die Städte, Landkreise und Gemeinden, sind Träger der Gesundheitsämter, die die untere Gesundheitsbehörde des ÖGD darstellen. Die Gesundheitsämter sind dafür zuständig, vor Ort die Einhaltung von Standards der Gesundheitssicherung zu überwachen und bei heraufziehenden oder eingetretenen Gesundheitsgefahren zu intervenieren. Dabei unterliegen sie der Aufsicht durch die Länder. Die Kommunen setzen Bundes- und Landesrecht als Pflichtaufgaben um, haben darüber hinaus aber auch gewisse Spielräume zur eigenständigen Gestaltung der lokalen Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik (Burgi 2013; Böhm 2017).

Im Jahr 1989 wies der Gesetzgeber, wie oben angedeutet, den Krankenkassen eigenständige Aufgaben auf dem Gebiet der nichtmedizinischen Gesundheitsförderung und Primärprävention zu. Damit etablierte er eine duale Zuständigkeit auf diesem Handlungsfeld. Zuvor hatte es – sieht man von wenigen Ausnahmen ab (v.a. der gesetzlichen Unfallversicherung) in der Zuständigkeit des Staates bzw. der Gebietskörperschaften gelegen. In der Folge sind die Krankenkassen in den letzten Jahrzehnten zu bedeutenden Akteuren der Gesundheitsförderung und Primärprävention aufgestiegen. Sie sollen mit Projekten auf diesen Handlungsfeldern den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern sowie die soziale und die geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen vermindern.

Der Dualismus der Zuständigkeiten von Staat und Sozialversicherungsträgern brachte und bringt vielfältige Koordinierungsprobleme mit sich, die die Effektivität und die Effizienz der Präventionspolitik mindern. Hinzu kommt, dass neben der gesetzlichen Krankenversicherung auch die Träger der Unfallversicherung, der Pflegeversicherung, der Rentenversicherung und der Arbeitslosenversicherung Aufgaben in der Gesundheitsförderung und/oder Prävention wahrnehmen (Kießling 2016). Vor diesem Hintergrund verabschiedete der Bund im Jahr 2015 das Präventionsgesetz (Gerlinger 2021, Geene/Reese 2017), zu dessen wesentlichen Zielen die Verbesserung der Kooperation von Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherungsträgern, vor allem den Krankenkassen in der Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik zählt. Ein weiteres wichtiges Ziel dieses Gesetzes ist der Versuch, den Bestrebungen von Krankenkassen, Leistungen der individuellen Verhaltensprävention für die

Selektion „guter Risiken“ zu missbrauchen, gewisse Grenzen zu setzen. Dies geschieht zum einen durch die Festlegung eines Mindestbetrags von jeweils zwei Euro (2016) je Versicherten und Jahr für die Ausgaben in der lebensweltlichen Prävention und in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Zum anderen werden die Krankenkassen bei der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten verpflichtet, „insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen“ (§ 20a Abs. 1 SGB V – Fünftes Sozialgesetzbuch) zu fördern sowie auf diesem Gebiet zusammenzuarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zu erbringen (Gerlinger 2021). Darüber hinaus wurden die Mittel der Krankenkassen für dieses Handlungsfeld erheblich angehoben, nämlich von 4,49 € je Versicherten (2015) auf 7,30 € im Jahr 2016.

Seit einigen Jahren lässt sich in Deutschland eine wachsende Aufmerksamkeit für Gesundheitsförderung und Primärprävention feststellen (Gerlinger 2018). Dies wird auf unterschiedlichen Handlungsfeldern deutlich. Von besonderer Bedeutung sind Maßnahmen, die auf eine Veränderung des individuellen Verhaltens zielen. Dazu zählen z. B. diverse Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakkonsums, v. a. durch das 2007 verabschiedete Bundesnichtraucherschutzgesetz, das durch unterschiedlich weitgehende Regelungen in den Ländern umgesetzt wurde und Rauchverbote in öffentlichen Einrichtungen, im öffentlichen Personenverkehr und in der Gastronomie zur Folge hatte, aber auch verschiedene Maßnahmen wie etwa die Einschränkung der Werbung für Tabakprodukte. Weitere wichtige Handlungsfelder sind die Themenkomplexe „Alkohol“, „Ernährung“ und „Bewegung“. Im Hinblick auf die Abgabe von Alkohol an Jugendliche und die Kennzeichnung von alkoholhaltigen Getränken sind gesetzliche Bestimmungen in den letzten Jahren verschärft worden. Bei den Themen „Ernährung“ und „Bewegung“ stehen zwar keine gesetzlichen Maßnahmen im Vordergrund, allerdings werden sie seit längerem diskutiert, wie etwa die Auseinandersetzungen über das Für und Wider einer Kennzeichnungspflicht von Lebensmitteln („Ampel“) oder einer Steuer auf besonders ungesunde Lebensmittel (z. B. eine Zuckersteuer) zeigen.

Auch wenn Gesundheitsförderung und Prävention in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen haben, sind sie (nach wie vor) durch erhebliche Mängel gekennzeichnet (Gerlinger 2018). Diese Mängel bestehen in vielfältigen Unterlassungen und Fehlentwicklungen. Vor allem folgende Aspekte sollen hier hervorgehoben werden:

- Der gesundheitspolitische Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention ist insgesamt nach wie vor viel zu gering. Dies lässt sich auf zahlreichen Handlungsfeldern zeigen. So wird beim Gesundheitsschutz in der Arbeitswelt und in der betrieblichen Gesundheitsförderung viel zu wenig z.B. gegen die gesundheitsgefährdende Zunahme der Arbeitsverdichtung und die zunehmende Entgrenzung von Arbeit unternommen. Zudem gibt es im Hinblick auf die Prävention in der Arbeitswelt (wie auch im Hinblick auf die Rechtsvorschriften in anderen Handlungsfeldern) ein erhebliches Defizit bei der Implementation von Rechtsvorschriften (Gerlinger et al. 2021). So sind die Aufsichtskapazitäten der staatlichen Arbeitsschutzverwaltung und der Unfallversicherungsträger in den letzten Jahrzehnten systematisch ausgehöhlt worden. Im gesundheitsbezogenen Umweltschutz ist vor allem auf die schlechte Luftqualität in vielen Städten hinzuweisen, deren Reduzierung kaum – jedenfalls in

nicht hinreichendem Maße – Gegenstand staatlichen Handelns ist. Auf dem Gebiet der Tabakkontrollpolitik nimmt Deutschland – trotz der skizzierten Verbesserungen der letzten Jahre – in Europa den letzten Platz ein (Joossens et al. 2020). Weitere Beispiele ließen sich ergänzen.

- Ganz allgemein richten sich Gesundheitsförderung und Prävention zu wenig an vulnerablen Gruppen (Risikogruppen), also an solche Bevölkerungsgruppen, die zum einen überdurchschnittlich großen Belastungen ausgesetzt sind – sei es durch die sozialen Lebensverhältnisse (z.B. Armut, Unsicherheit) oder gesundheitsschädliche Arbeits- und Umweltbedingungen, sei es durch gesundheitsschädliche Verhaltensweisen (Konsum von Tabak, Alkohol und anderen Suchtmitteln, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel) – und zum anderen im Allgemeinen über eher geringe Ressourcen verfügen, diese Belastungen zu bewältigen. Zu derartigen Ressourcen zählen: Selbstbewusstsein, Artikulations- und Durchsetzungsfähigkeit, soziale Unterstützung, Selbstwirksamkeitserfahrungen, Verfügung über Geld und Macht und andere Merkmale.
- Im Hinblick auf die unzureichende Adressierung von Risikogruppen ist besonders hervorzuheben, dass die Verringerung sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen trotz der gestiegenen Aufmerksamkeit für dieses Thema zu wenig Beachtung findet (Kuhn 2013), obwohl der Gesetzgeber den Krankenkassen auferlegt, mit ihren Leistungen dieses Ziel zu verfolgen (§ 20 Abs. 1 SGB V).
- Maßnahmen der reinen Verhaltensprävention (also Kurse, Schulungen, Aufklärungen zu Themen wie Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährung, Bewegung oder Stressbewältigung) sind im Vergleich zu Maßnahmen, die eine Veränderung von Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen in den Mittelpunkt rücken und versuchen, dies mit einer Stärkung individueller gesundheitsförderlicher Ressourcen zu verknüpfen („Setting-Ansatz“), sind nach wie vor viel zu selten anzutreffen (Rosenbrock 2015; Gerlinger/Rosenbrock 2022). Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention gelten, wenn sie nicht mit gesundheitsgerechten Veränderungen in den Lebensumständen der Menschen verknüpft werden, im Allgemeinen als nicht sonderlich wirksam (Kolip/Müller 2009), denn zumeist werden die eigentlichen Risikogruppen kaum erreicht und mangelt es diesen an Chancen und Kompetenzen, das Erlernte dauerhaft in ihre alltägliche Lebensführung zu integrieren.

## **1.2 Implikationen für Migrantinnen und Migranten**

Die auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und insbesondere dem der Krankheitsprävention geltenden Regelungen sind zumeist staatliche Vorschriften, die im gesamten Bundesgebiet (bzw. Bundesland) für alle Bürgerinnen und Bürger unabhängig von ihrer Herkunft und (in den meisten Fällen) auch unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus gelten. Ob es sich um Vorschriften zum Arbeitsschutz, zum gesundheitsbezogenen Umweltschutz oder zum Verbraucherschutz handelt – zunächst erst einmal gilt: Migrantinnen und Migranten und Personen mit Migrationshintergrund profitieren ebenso wie alle anderen Bürgerinnen und Bürger von Vorschriften zur Prävention (sofern sie eingehalten werden) und leiden unter Regelungslücken oder unter der Missachtung von Vorschriften.



Dennoch zählen Migrantinnen und Migranten auch zu jenen Bevölkerungsgruppen, die in besonderer Weise Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind. Dies hat vor allem mit ihrem sozialökonomischen Status, gemessen an den Merkmalen „Einkommen“, „höchster Bildungsabschluss“ und „Stellung im Beruf“, zu tun: Migrantinnen und Migranten sind überproportional stark in sozial schwächeren oder benachteiligten Schichten vertreten.

Der Gesundheitszustand von Individuen und Bevölkerungsgruppen wird, wie eingangs bereits erwähnt, von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Diese Zusammenhänge werden auf unterschiedliche Weise modelliert, die in der Regel biologische, psychische und soziale Aspekte (und deren Wechselwirkung) thematisieren (z.B. Dahlgren/Whitehead 2009). Unbestritten aber ist, dass gesellschaftlichen Faktoren für die Erhaltung von Gesundheit sowie für die Vermeidung und Bewältigung von Krankheit eine herausragende Bedeutung zukommt. Dabei sind soziale Determinanten von besonderer Bedeutung, vor allem Belastungen, die aus den allgemeinen (sozialen) Lebensbedingungen, aus der Arbeitswelt und aus der Umwelt erwachsen. Sie sind auf vielfältige Weise mit geschlechtsspezifischen und verhaltensbedingten Ressourcen verknüpft. Die Gesundheit von Individuen ist im Allgemeinen bei jenen Gruppen besonders eingeschränkt, die hohen Gesundheitsbelastungen ausgesetzt sind und zugleich über geringe Ressourcen zu deren Bewältigung verfügen („vulnerable Gruppen“, „Risikogruppen“). Die sozialen Determinanten von Gesundheit bewirken, dass Personen mit einem niedrigen sozialökonomischen Status, ein deutlich überdurchschnittliches für (chronische) Erkrankungen und für einen vorzeitigen Tod haben. Die Zugehörigkeit zu höheren sozialen Schichten begrenzt bzw. eröffnet in häufig entscheidendem Umfang die Chancen für ein längeres Leben und geringere gesundheitliche Einschränkungen. Lebensdauer und Lebensqualität sind also sozial sehr ungleich verteilt. Dies gilt im globalen Maßstab im Vergleich zwischen Regionen und Gesellschaften, aber auch innerhalb jeder einzelnen Gesellschaft. Eine ausgeprägte soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen ist auch in allen reichen Gesellschaften anzutreffen (z.B. Siegrist/Marmot 2008).

Die skizzierten allgemeinen, die gesamte Gesellschaft betreffenden Defizite der Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik treffen in besonderer Weise Migrantinnen und Migranten, denn diese sind, vor allem aufgrund ihres überdurchschnittlichen Anteils an sozial benachteiligten Gruppen, in besonderer Weise mit Gesundheitsrisiken konfrontiert.

Aus diesen allgemeinen Überlegungen wird bereits deutlich, dass die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten nicht von der Gesundheit der Gesellschaft, deren Teil sie sind, getrennt werden kann. Sie unterliegt den Einflussfaktoren der Gesellschaft, in der sie leben: Migrantinnen und Migranten sind immer auch Arme und Reiche; Junge und Alte; Männer und Frauen; Arbeiter, Arbeitslose, Angestellte und Unternehmer; Personen ohne Bildungsabschluss und Personen mit Hochschulabschluss, und sie teilen viele andere Merkmale mit den Mitgliedern der Mehrheitsgesellschaft (z.B. Razum et al. 2008; Schenk/Habermann 2020).

Diese allgemeinen Merkmale verschränken sich mit spezifischen Gesundheitsbelastungen bei Migrantinnen und Migranten, die u.a. aus den Migrationsumständen und den Folgen der Migration resultieren. Diese migrationsspezifischen Belastungen können vor allem in Diskriminierungserfahrungen sowie im kulturellen Anpassungsdruck bestehen bzw. in dem

Druck, eine Balance zwischen kulturellen Orientierungen des Herkunftslandes und denen des Einwanderungslandes herzustellen (z.B. Spallek/Zeeb 2021).

Insgesamt finden die Spezifika der Gesundheitsrisiken von Migrantinnen und Migranten – sowohl im Hinblick auf ihre Belastungen, also auch ihre Ressourcen zu deren Bewältigung – in der Gesundheitspolitik bisher eine viel zu geringe Beachtung. Spezifische Gesundheitsziele im Hinblick auf Migrantinnen und Migranten spielen bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes kaum eine Rolle. Immerhin geht der „Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz“, der sich auf die Verbesserung des gesundheitsbezogenen Wissens und die Stärkung der gesundheitsbezogenen Handlungskompetenzen in der Bevölkerung bezieht, ausdrücklich auf den Förderbedarf von Migrantinnen und Migranten bzw. Personen mit Migrationshintergrund ein (Schaeffer et al. 2018).

### *Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten Geflüchteter*

Während die Vorschriften des Bundes zur Krankheitsprävention (Arbeitsschutzgesetz, Infektionsschutzgesetz etc.) sowie die Landesgesetze über den öffentlichen Gesundheitsdienst für alle Wohnbürgerinnen und Wohnbürger gelten, finden die Bestimmungen über die Gesundheitsförderung und Prävention durch Krankenkassen (gemäß §§ 20ff. SGB V) nur auf gesetzlich Krankenversicherte Anwendung. Geflüchtete bzw. Asylsuchende haben damit keinen Zugang zu den Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung. Sie haben jedoch nur dann – gleichsam im Sinne eines Mitnahmeeffekts – eine Chance, in den Genuss von Leistungen der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention kommen, wenn sie sich in den mit den Maßnahmen adressierten Lebenswelten (z.B. Kita, Quartier, Betrieb) aufhalten. Gerade in den ersten Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland ist aber genau das zumeist nicht der Fall (Henkel 2021).

Insbesondere die Lebenswelten von Geflüchteten bzw. Asylsuchenden sind in weiten Teilen eine präventionspolitische Leerstelle. Sind deren Leistungsansprüche auf Gesundheitsversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) bekanntlich ohnehin bereits eingeschränkt (s. Kap. 2.1.2), so spielen Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention bei der Gestaltung ihrer Lebenswelten so gut wie keine Rolle (Henkel 2021). Die Gestaltung ihrer Lebenswelten ist dadurch gekennzeichnet, dass politische Entscheidungsträger in vielen Fällen eben nicht eine Besserstellung von Geflüchteten oder gar ihre Integration in die deutsche Gesellschaft anstreben, sondern auf deren zügige Rückführung setzen – vor allem mit dem Ziel, keine Anreize zu schaffen, weitere Asylanträge in Deutschland zu stellen (Henkel 2021). Im Zuge der Flüchtlingsgesetzgebung seit 2015 wurden in diesem Zusammenhang zahlreiche Regelungen zur Gestaltung der Lebenswelten Geflüchteter getroffen, die erhebliche Gesundheitsrisiken für Asylsuchende bergen und überdies dem Ziel einer raschen Integration der Geflüchteten in die Gesellschaft entgegenwirken. So wurde die Wohnpflicht in der Aufnahmeeinrichtung seit 2015 von zunächst drei auf bis zu 24 Monate ausgedehnt und ist auch nach der Zuerkennung einer Schutzberechtigung die Wahl des Wohnsitzes zunächst eingeschränkt; der Familiennachzug für subsidiär Schutzberechtigte wurde temporär ausgesetzt; Kinder aus Familien, die in einer

Erstaufnahmeeinrichtung wohnen, mit schlechter Bleibeperspektive haben keinen Rechtsanspruch auf Zugang zu einer Kindertagespflegeeinrichtung (Henkel 2021).

## **2. Krankenversorgung**

Die Gesundheitssystemforschung unterscheidet bei der Beschreibung und Analyse von Gesundheitssystemen im Allgemeinen drei Dimensionen: die Versorgungsstruktur (einschließlich des Zugangs zu den Versorgungseinrichtungen), die Finanzierungsstruktur und die Regulierungsstruktur. Unter diese Kategorien fallen im einzelnen v.a. folgende Merkmale:

- Zur Versorgungsstruktur zählen der Zugang der Bevölkerung zu den Versorgungseinrichtungen, der Umfang des Leistungskatalogs, die Arbeitsteilung zwischen den Institutionen und Berufen in der Gesundheitsversorgung sowie die Art der Träger von Versorgungseinrichtungen.
- Wichtige Merkmale der Finanzierungsstruktur sind die Art der Mittelaufbringung für die Finanzierung von Gesundheitsleistungen sowie die Ausgaben(-entwicklung). Die Mittelaufbringung betrifft insbesondere die öffentlichen und privaten Finanzierungsanteile sowie – im Hinblick auf die öffentliche Finanzierung – die Anteile von Steuermitteln und (bruttolohnbezogenen) Versicherungsbeiträgen.
- Die Regulierungsstruktur bezeichnet das System der Entscheidungskompetenzen und Entscheidungsprozesse bei der Gestaltung des Gesundheitssystems. Hier geht es um die Rolle von Staat, Markt und Verbänden einschließlich – im Hinblick auf Deutschland – der Selbstverwaltung bei der Regulierung des Gesundheitssystems, aber auch um die Kompetenzverteilung zwischen Zentral- bzw. Bundesstaat, Regionen und Kommunen.

### **2.1 Das Krankenversicherungs- und -Krankenversorgungssystem**

Das deutsche Gesundheitssystem wird im internationalen Gesundheitssystemvergleich den sozialen Krankenversicherungssystemen zugerechnet. Diese werden üblicherweise von den staatlichen Gesundheitssystemen abgegrenzt (Schölkopf/Grimmeisen 2021). Während sich dort der Zugang zur (weitgehend unentgeltlichen) Krankenversorgung im Allgemeinen aus dem (Wohn-)Bürgerstatus ergibt, ist in Deutschland dieser Zugang durch den Versichertenstatus bestimmt, für den wiederum vor allem die Stellung im Beruf und die Einkommenshöhe maßgeblich sind. Dabei weist das deutsche Gesundheitssystem noch ein im internationalen Vergleich sonst kaum anzutreffendes Merkmal auf: die Trennung der Krankenversicherung in eine soziale („gesetzliche“) und eine private Krankenversicherung (PKV). Hinzu kommt, dass die Selbstverwaltung für die Steuerung der Krankenversicherung eine große Bedeutung hat und die Krankenversicherung von mehr als 100 Krankenkassen getragen wird. Diese und andere Merkmale tragen dazu bei, dass das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich außerordentlich komplex ist (Gerlinger/Rosenbrock 2022). Im Folgenden werden wichtige Strukturmerkmale dieses Systems, getrennt nach den Kriterien „Krankenversicherungs- und Krankenversorgungssystem“, „Finanzierungssystem“ und „Regulierungssystem“ vorgestellt.

Dabei ist zu beachten, dass ein Teil der Migrantinnen und Migranten, nämlich Geflüchtete bzw. Asylsuchende, in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland sowie nach dieser Zeit bis zur Entscheidung über einen Aufenthaltstitel bekanntlich nicht gesetzlich krankenversichert ist. Auf diese Gruppen und andere Gruppen wird in Abschnitt 2.1.2 näher eingegangen.

### *2.1.1 Strukturmerkmale des Krankenversicherungs- und -versorgungssystems*

Im Einzelnen sind für die Krankenversicherung und die Krankenversorgung folgende Merkmale von Bedeutung:

- Das Krankenversicherungssystem ist, wie erwähnt, in eine soziale („gesetzliche“) und in eine private Krankenversicherung getrennt. Die private Krankenversicherung existiert in Deutschland nicht allein als eine ergänzende, sondern auch als eine substitutive Krankenversicherung („Krankheitsvollversicherung“). Für die Zuweisung zu einem der Systeme ist vor allem der berufliche Status, aber auch die Einkommenshöhe relevant.
- In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind rund 88 Prozent der Bevölkerung versichert. Für große Teile von ihnen ist die GKV eine Pflichtversicherung. Pflichtversichert in der GKV sind Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit einem Bruttojahresverdienst von (2022) bis zu 64.350 Euro (Jahresarbeitsentgeltgrenze bzw. Versicherungspflichtgrenze) bzw. 5.362,50 Euro pro Monat sowie Arbeitslose und einige weitere Gruppen. Nicht erwerbstätige Familienangehörige (Kinder bis zu einem bestimmten Alter, nicht erwerbstätige Ehegatten) sind beitragsfrei mitversichert. Die Jahresarbeitsentgeltgrenze wird jährlich angepasst.
- Eine Wahlfreiheit zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung (PKV) haben Beamtinnen und Beamte, Selbständige sowie abhängig Beschäftigte mit einem Bruttojahresverdienst oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (s.o.). Wenn sich Personen aus diesen Gruppen für die GKV entscheiden, sind sie dort freiwillig Versicherte. Insgesamt rund zwölf Prozent der Bevölkerung haben eine Krankheitsvollversicherung in der PKV.
- Seit 2009 gilt für alle in Deutschland wohnhaften Personen eine Versicherungspflicht in dem für sie zuständigen (GKV) bzw. von ihnen gewählten (PKV) System. Seitdem müssen sich Personen, die nicht pflichtversichert sind, für eines der beiden Systeme entscheiden. Zuvor hatten sich die Personen mit Wahlfreiheit auch gegen jedwede Form der Krankenversicherung entscheiden können. Allerdings waren 2019, dem Mikrozensus zufolge, rund 61.000 Personen in Deutschland ohne Krankenversicherung (Statistisches Bundesamt 2020: 31).
- Die GKV ist keine Einheitsversicherung, sondern wird von derzeit insgesamt gut 100 Krankenkassen getragen („gegliederte Krankenversicherung“). Die gesetzlich Krankenversicherten haben das Recht der freien Kassenwahl. Die gesetzlichen Krankenkassen können beitragswillige Versicherte nicht ablehnen („Kontrahierungszwang“).
- Die Leistungen der GKV sind im internationalen Vergleich recht umfassend. In der GKV richtet sich der individuelle Leistungsanspruch der Versicherten nach dem jeweiligen

Behandlungsbedarf (Bedarfsprinzip) und ist unabhängig von der Höhe der entrichteten Versicherungsbeiträge (Solidarprinzip). Die Versicherten haben den Anspruch auf alle Leistungen, die zur Behandlung der jeweiligen Erkrankung nach dem Stand des medizinischen Wissens notwendig sind. Dabei gilt das Wirtschaftlichkeitsprinzip: Die Leistungen der Krankenversicherung „müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ (§ 12 Abs. 1 SGB V).

- Rund 95 Prozent der Leistungsausgaben in der GKV werden für Leistungen ausgegeben, zu deren Finanzierung die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet sind („Regelleistungen“). Daneben können die Krankenkassen auch einige kassenspezifische Leistungen vorsehen („Satzungsleistungen“). Die GKV-Versicherten können – anders als die Versicherten in der PKV – Leistungen nicht individuell abwählen, sich allerdings in beschränktem Maße für die (vom Gesetzgeber erwünschte) Teilnahme an bestimmten Versorgungsprogrammen entscheiden (z.B. hausarztzentrierte Versorgung, strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke), für die die Krankenkassen einen Anreiz in Form eines besonderen Tarifs gewähren (müssen). In diesen Programmen gelten besondere Qualitätsanforderungen für die Versorgung.
- GKV-Patientinnen und -Patienten haben das Recht der freien Arztwahl. Diese schließt den direkten Zugang zu Fachärztinnen und Fachärzten ein. Fachärztliche Versorgungskapazitäten werden nicht nur im Krankenhaus, sondern auch in der ambulanten Versorgung, nämlich in der freien Niederlassung bzw. in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), vorgehalten („doppelte Facharztschiene“). Eine direkte Inanspruchnahme von Fachärztinnen und Fachärzten am Krankenhaus ist GKV-Patienten, von bestimmten Ausnahmen abgesehen (z.B. Notfällen), nicht gestattet (PKV-Versicherten hingegen schon). Eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus setzt, von wenigen Ausnahmen (z.B. Notfällen) abgesehen, eine Einweisung durch einen ambulant tätigen Arzt bzw. eine ambulant tätige Ärztin voraus. Die ambulante Versorgung am Krankenhaus ist insgesamt nur von marginaler Bedeutung.
- Die Wahl eines bestimmten Hausarztes bzw. einer bestimmten Hausärztin ist nicht vorgeschrieben. Allerdings müssen die Krankenkassen ihren Versicherten seit einigen Jahren eine hausarztzentrierte Versorgung anbieten, bei der diese sich verpflichten, im Krankheitsfall zunächst ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt aufzusuchen und fachärztliche Versorgung nur nach einer entsprechenden Überweisung in Anspruch zu nehmen. Die Wahl der hausarztzentrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig. Die Krankenkassen müssen ihnen als Anreiz dafür einen Bonus anbieten. Mit der hausarztzentrierten Versorgung will der Gesetzgeber mit dem Ziel einer Verbesserung der Versorgungsqualität die hausärztliche Koordinierungsfunktion stärken, ohne das Recht der freien Arztwahl anzutasten.
- Die Arzt- und die Bettendichte sind im internationalen Vergleich hoch und die Möglichkeiten des Zugangs zu medizinischen Versorgungseinrichtungen damit im Allgemeinen gut. Allerdings existieren beträchtliche regionale Ungleichgewichte bei der Vorhaltung von Versorgungskapazitäten, die oft als ein Nebeneinander von Über- und Unterversorgung beschrieben werden. Überversorgung mit Krankenhausbetten,

Ärztinnen und Ärzten herrscht in manchen städtischen Agglomerationsräumen. Unterversorgung – auch bei Pflegekräften – betrifft vor allem ländliche Gebiete, aber auch Quartiere in Ballungszentren mit einem hohen Anteil von Arbeitslosen- und Sozialhilfeempfängern (Klose/Rehbein 2017). Die Unterversorgung droht sich in den nächsten Jahren zu verschärfen, wenn geeignete politische Interventionen ausbleiben.

- Ein wichtiger Grund dafür liegt darin, dass manche Ärztinnen und Ärzte sich eher in Gebieten mit einem hohen Anteil von privat Krankenversicherten niederlassen, weil sie für deren Behandlung deutlich höhere Honorare erhalten als für identische Leistungen bei GKV-Patientinnen und -Patienten (Sundmacher/Ozegowski 2016). Zudem kommt es aus diesem Grund häufig auch zu einer bevorzugten Vergabe von Arztterminen für privat Krankenversicherte und damit zu längeren Wartezeiten für gesetzlich Krankenversicherte (Werbeck et al. 2020).
- In der GKV gilt das Sachleistungsprinzip. Dies bedeutet, dass die Versicherten für GKV-Leistungen die Leistungserbringer/innen nicht vergüten, sondern dies ihr Honorar direkt (Krankenhausversorgung) oder indirekt (vertragsärztliche Versorgung, über die Kassenärztlichen Vereinigungen, s.u.) von den Krankenkassen erhalten. Die Versicherten müssen nur die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen unmittelbar selbst tragen.
- Die PKV ist im Unterschied zur GKV nach den Prinzipien des privaten Versicherungsmarktes konstruiert. Die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge („Prämien“) richtet sich hier nach den individuellen Vorerkrankungen, nach dem Alter und nach weiteren Risikofaktoren für Erkrankungen bei Versicherungseintritt. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages erhöht sich die Versicherungsprämie weiter mit dem Alter der Versicherten. Die Höhe des Einkommens ist für die Bemessung der Prämie hingegen irrelevant.
- Die Versicherten in der PKV schließen mit ihrem Versicherungsunternehmen einen individuellen Vertrag ab und können dabei – je nach Angebot des Krankenversicherers – zwischen unterschiedlichen Leistungspaketen wählen. Zusatzleistungen oder Leistungsausschlüsse sind also möglich und schlagen sich in der Beitragshöhe nieder (Böckmann 2011).
- Für jeden Versicherten muss ein eigener Versicherungsvertrag abgeschlossen werden; nicht erwerbstätige Familienmitglieder sind also im Unterschied zur GKV nicht beitragsfrei mitversichert.
- Die privaten Krankenversicherer können beitragswillige Personen abweisen. Der Wechsel von der PKV zur GKV ist nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Privat Versicherte können ab dem Alter von 55 Jahren kaum noch in die GKV wechseln.
- In der PKV gilt das Kostenerstattungsprinzip: Die Patientinnen und Patienten erhalten vom Arzt/von der Ärztin eine Rechnung, begleichen sie, reichen die Rechnung bei ihrem Krankenversicherer ein und erhalten von diesem dann den vertraglich vereinbarten Anteil an den Behandlungskosten.

### *Exkurs: Die Pflegeversicherung*

Die Pflegeversicherung folgt in weiten Teilen den Strukturen und Bedingungen der Krankenversicherung, die daher an dieser Stelle nicht noch einmal im Detail dargelegt werden

sollen. Die größten Unterschiede zur Krankenversicherung bestehen im Leistungsrecht. Bezogen auf die verschiedenen Systemdimensionen sind folgende Merkmale wesentlich:

- Die Pflegeversicherung ist eine Pflichtversicherung. Der Zugang zur Pflegeversicherung folgt denselben Regeln wie der zur Krankenversicherung. Die Pflegekassen sind organisatorisch den Krankenkassen eingegliedert. Bei der Entscheidung der Versicherten über den Beitritt zur Pflegeversicherung gilt der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“. Von nicht sehr zahlreichen Ausnahmen abgesehen, schließen die Versicherten ihre Pflegeversicherung also bei der Pflegekasse ab, bei der sie auch krankenversichert sind. Auch die Pflegeversicherung ist in eine gesetzliche („soziale“) und in eine private Pflegeversicherung getrennt.
- Die Leistungen der Pflegeversicherung hängen ab von der Schwere der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) und vom Ort der Leistungserbringung (ambulant, stationär, teilstationär). In der ambulanten Pflege können die Pflegebedürftigen wählen, ob sie die Leistungen durch einen professionellen Pflegedienst erbringen lassen oder die Pflege selbst durchführen. Im ersteren Fall erhalten sie die Leistung als Pflegesachleistung, im zweiten erhalten sie ein Pflegegeld. Das Pflegegeld fällt deutlich geringer aus als die Pflegesachleistung.
- Im Unterschied zur Krankenversicherung trägt die Pflegeversicherung nur einen Teil der Kosten: Ihre Leistungen sind „gedeckt“. Pflegebedürftige (oder, ab einem Einkommen von mehr als 100.000 Euro pro Jahr, deren Kinder) müssen den verbleibenden Teil selbst tragen. Sind sie dazu nicht in der Lage, werden die Restkosten über die Sozialhilfe („Hilfe zur Pflege“) getragen. Der Übernahme der Kosten durch die Sozialhilfe geht eine Bedürftigkeitsprüfung voraus. Insbesondere in der stationären Pflege (Heimpflege) sind die privaten Kosten häufig außerordentlich hoch. Ein erheblicher Teil der Heimbewohnerinnen und -bewohner ist von der Sozialhilfe abhängig.
- Es besteht – anders als in der Krankenversicherung – kein Unterschied zwischen den Leistungen der sozialen und der privaten Pflegeversicherung.
- Die Finanzierung erfolgt wie in der Krankenversicherung durch bruttoarbeitseinkommensbezogene Versicherungsbeiträge, die paritätisch von Versicherten und Arbeitgebern aufgebracht werden. Der Beitragssatz beträgt 3,30 Prozent für Kinderlose und 3,05 Prozent für Versicherte ohne Kinder. Er ist bei allen Pflegekassen gleich hoch und in den letzten Jahren wegen (1) Leistungsverbesserungen und (2) einer Zunahme der Leistungsempfängerzahlen deutlich gestiegen. 2021 beschloss der Gesetzgeber erstmals die Gewährung eines steuerfinanzierten Bundeszuschusses.
- Die Regulierung weist zahlreiche Ähnlichkeiten mit der Krankenversicherung auf: Auch in der Pflegeversicherung setzt der Staat Rahmenvorgaben, die von der Selbstverwaltung konkretisiert werden. Die Selbstverwaltung wiederum unterliegt der Rechtsaufsicht durch den Staat. Dabei bei der Steuerung der pflegerischen Versorgung die Länder und nicht zuletzt die Kommunen, insbesondere bei der Infrastrukturplanung, eine besondere Rolle.

### *2.1.2 Implikationen für Migrantinnen und Migranten*

Auf dem Gebiet der Krankenversicherung und Krankenversorgung stellen sich für Migrantinnen und Migranten vielfältige Herausforderungen. Die überwältigende Mehrheit von ihnen unterliegt wie alle Bürgerinnen und Bürger der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht. Als solche haben sie gleiche Rechtsansprüche wie alle anderen Versicherten auch, jedoch sehen sie sich im Alltag der Krankenversorgung einer Reihe von Schwierigkeiten gegenüber.

Mit besonderen Problemen in der Gesundheitsversorgung sind Geflüchtete bzw. Asylsuchende konfrontiert, denn sie sind in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland sowie nach diesen 18 Monaten bis zur Entscheidung über einen Aufenthaltstitel von der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Die Aufnahmerichtlinie der Europäischen Union (EU) legt verbindliche Mindeststandards für die Aufnahme von Asylsuchenden fest. Noch hürdenreicher ist der Zugang von Papierlosen zur Krankenversorgung. Im Folgenden werden mit dem jeweiligen Rechtsstatus verbundene Implikationen erläutert.

#### *Migrantinnen und Migranten als gesetzlich Krankenversicherte*

Der mit Abstand größte Teil der Migrantinnen und Migranten ist gesetzlich krankenversichert. Der Anteil der PKV-Mitglieder unter ihnen dürfte deutlich geringer ausfallen als ihr Anteil an der Bevölkerung, vor allem weil (1) unter ihnen der Anteil von Beamtinnen und Beamten besonders gering ist und (2) ein geringerer Teil der abhängig Beschäftigten ein Bruttoarbeitsinkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze erzielt und damit zum Übertritt in die PKV berechtigt ist. Als Krankenversicherte haben Migrantinnen und Migranten dieselben Rechte und Pflichten wie alle in dem jeweiligen System versicherten Personen (s. Abschnitt 2.1.1). Das Krankenversicherungsrecht kennt nur Versicherte und sich aus deren individuellem Bedarf ergebende Leistungsansprüche, unabhängig von den persönlichen Merkmalen der Versicherten. Eine positive Diskriminierung kennt das GKV-System nicht. Sie ist aus dieser Perspektive auch gar nicht nötig, eben weil jede/r Versicherte ohnehin Anspruch auf alle Leistungen hat, die er/sie benötigt.

Allerdings sind gleiche Rechtsansprüche noch nicht mit einer bedarfsgerechten Versorgung für Migrantinnen und Migranten gleichzusetzen. Vielmehr existieren für sie bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheits- und Krankheitsversorgung eine Reihe von spezifischen Hindernissen. Unterschiedliche Aspekte sind hier bedeutsam:

- Die oben erwähnte, in manchen Regionen und Quartieren auftretende Unterversorgung in der ärztlichen und pflegerischen Versorgung kann lange Anfahrten oder Wartezeiten auf einen Termin nach sich ziehen. Zwar betrifft dieses Versorgungsproblem alle Bevölkerungsgruppen in diesen Gebieten, allerdings sind Migrantinnen und Migranten in sozialen Brennpunkten der Ballungszentren davon häufiger betroffen, weil ihr Anteil an der Bevölkerung dort häufig überdurchschnittlich hoch ist.



- Gesundheitskompetenz ist eine zunehmend wichtige Voraussetzung für die Vermeidung von Krankheiten und für eine gute Versorgung im Krankheitsfall. Repräsentative Erhebungen zeigen, dass Zugewanderte in der Gruppe der Personen mit geringer Gesundheitskompetenz überdurchschnittlich stark vertreten sind (z.B. Schaeffer et al. 2016 u. 2018). Dies betrifft das Wissen über (verhaltensbedingte) Gesundheitsrisiken, über die Deutung von Krankheitssymptomen, über Rechte und Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen (z.B. Früherkennungsuntersuchungen) und Leistungen bei Krankheit sowie Kenntnisse, die eine Orientierung in einem zunehmend komplexer werdenden Versorgungssystem ermöglichen. Migrantinnen bzw. Migranten sowie Personen mit Migrationshintergrund nehmen deutlich seltener z.B. Leistungen der Schwangerenvorsorge, die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern (U1 bis U10), den „Gesundheits-Checkup“ (also Leistungen zur Früherkennung von Risikofaktoren für Stoffwechsel- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen) sowie Maßnahmen zur Krebsfrüherkennung wahr (z.B. Walter et al. 2006; Schmidtke et al 2018, Starker et al. 2021), die allesamt zum GKV-Leistungskatalog zählen und für die Versicherten unentgeltlich sind.
- Kommunikation zwischen Patientinnen bzw. Patienten und Leistungserbringerinnen bzw. -erbringern ist eine wesentliche Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Versorgung. Aus Untersuchungen zur Soziologie der Arzt-Patient-Beziehung ist bekannt, dass Art und Umfang der ärztlichen Untersuchung und Behandlung nicht allein auf objektiven Sachverhalten beruht, sondern oftmals auch Gegenstand und Ergebnis eines Aushandlungsprozesses zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in sind (Begenau et al. 2010). Migrantinnen und Migranten bringen in vielen Fällen aber nicht die sprachlichen Voraussetzungen mit, um in eine angemessene Kommunikation einzutreten. Insbesondere gilt dies für Geflüchtete bzw. Asylsuchende. Dolmetscherdienste („Sprachmittlung“) sind daher in vielen Fällen eine unerlässliche Voraussetzung für eine gelingende Kommunikation. Nach Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist die Finanzierung von Sprachmittlung keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Abhilfe könnte lediglich eine eindeutige Festlegung des Gesetzgebers schaffen (Janda 2021; Wiechers et al. 2021).
- Gesundheit und Krankheit sind nicht allein „objektive“ Tatbestände, sondern immer auch Gegenstand kulturspezifischer Deutungsmuster. Sie betreffen ganz allgemein das Verständnis von Gesundheit und Krankheit, konkret aber auch die Einstellungen zur Prävention, den Umgang mit Gesundheitsrisiken, die Deutung von Krankheitssymptomen, die Attribution von Verantwortung für Krankheitsursachen und Krankheitsbewältigung. Gerade weil in Deutschland – wie in anderen reichen Gesellschaften – das Krankheitsspektrum von chronischen Erkrankungen dominiert wird – d.h. von in den meisten Fällen nicht heilbaren Krankheiten, mit denen Patientinnen und Patienten ihr Leben lang zurechtkommen müssen –, kommt dem betroffenen Individuum und seiner Kooperation mit Gesundheitsfachkräften eine große Bedeutung zu. Mit dem wachsenden Anteil von Migrantinnen und Migranten aus anderen Kulturen an der Gesamtbevölkerung gewinnen diese Aspekte für die Krankenversorgung zunehmend an Relevanz, ohne dass Gesundheitsfachkräfte auf

diese Probleme hinreichend vorbereitet sind. Daher sollten diese Aspekte, ihrer Bedeutung angemessen, in die Ausbildung von akademischen und nichtakademischen Gesundheitsfachkräften integriert werden. Eine weitere wichtige Komponente zur Adressierung kulturspezifischer Gesichtspunkte in der Gesundheitsversorgung kann die stärkere Berücksichtigung von Personen mit Migrationshintergrund beim Zugang zur Ausbildung in diesen Berufen sein (Gillesen 2020).

Nicht zuletzt stellt sich für viele Migrantinnen und Migranten, insbesondere für diejenigen, die sich erst kurze Zeit in Deutschland aufhalten, das Problem der Orientierung in einem hochkomplexen Versicherungs- und Versorgungssystem. Zumeist kommen Zugewanderte aus Ländern mit einem staatlichen Gesundheitssystem, also einer nationalen oder regionalen Einheitsinstitution. Üblicherweise sind in solchen Systemen Hausärztinnen und Hausärzte die ersten Ansprechpartner, nicht selten auch speziell ausgebildete Pflegepersonen oder andere Gesundheitsexperten, die im Rahmen einer umfassenden Primärversorgung tätig sind. Oft müssen sich die Bürgerinnen und Bürger im Herkunftsland bei einem Hausarzt/einer Hausärztin fest einschreiben. Fachärztliche Versorgung ist in einer großen Zahl von Ländern ausschließlich am Krankenhaus angesiedelt und nur nach Überweisung durch Hausärzte bzw. Hausärztinnen zugänglich. Zudem ist das Versorgungssystem hoch differenziert, z.B. weil neben die Regelversorgung noch besondere Versorgungsformen wie die hausarztzentrierte Versorgung oder strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke treten. Entscheidungen für eine im einzelnen Behandlungsfall optimale Versorgung setzen häufig eine eingehende Information und Beratung voraus, erst recht, wenn Sprachbarrieren existieren.

### *Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz*

Die Ansprüche von Asylsuchenden auf Gesundheitsleistungen werden seit 1993 durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt. Asylsuchende und weitere durch das Ausländerrecht definierte Gruppen (z.B. Geduldete, Bürgerkriegsflüchtlinge und vollziehbar ausreisepflichtige Personen sowie deren Familienangehörige) sind grundsätzlich nicht gesetzlich krankenversichert. Die Leistungen des AsylbLG werden anstelle der allgemeinen Leistungen der Sozialhilfe gewährt, wobei in Abhängigkeit von Aufenthaltsdauer und Aufenthaltsstatus unterschiedliche Leistungsansprüche definiert werden. Das AsylbLG beschränkt den Versorgungsanspruch auf die ärztliche und zahnärztliche Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzen „einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlich Leistungen“ (§ 4 Abs. 1 AsylbLG). Auch chronische Erkrankungen, die ohne Behandlung zur Verschlechterung des Gesundheitszustands führen oder zu akuten Notfällen werden können, können nach dem AsylbLG gewährt werden (Frank et al. 2017). Die betreffenden Personen haben einen Anspruch auf Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen (ebd.). Zu den Leistungen des AsylbLG zählen ferner Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt (§ 4 Abs. 2 AsylbLG). Schließlich können auch „sonstige Leistungen“ gewährt werden, „wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich sind“ (§ 6 Abs. 1 AsylbLG). Dieser Anspruch entfällt seit 2015 aber bei vollziehbar Ausreisepflichtigem.

Gerichte haben die Leistungsansprüche nach dem AsylbLG weit ausgelegt. Der GKV-Spitzenverband betont, dass, wie erwähnt, z.B. auch chronische Erkrankungen, die zu akuten Gesundheitsschäden führen können, durch das AsylbLG gedeckt sind (GKV-Spitzenverband 2021). Allerdings sind diese Sachverhalte den behandelnden Ärztinnen und Ärzten nicht immer bekannt. Dies kann dazu führen, dass die tatsächliche Behandlung zum gesundheitlichen Nachteil der Betroffenen hinter ihren Rechtsansprüchen zurückbleibt (Bergmeyer 2020).

Zuständig für die Gewährung der Leistungsansprüche sind die Länder bzw. die von ihnen in den jeweiligen Landesgesetzen bestimmten Behörden. Zur Behandlung benötigen Leistungsberechtigte einen durch die zuständige Behörde – i.d.R. das jeweilige Sozialamt – ausgestellten Behandlungsschein, bei Besitz einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für Geflüchtete entfällt diese Notwendigkeit. Innerhalb der ersten 18 Monate ihres Aufenthalts besteht die Möglichkeit, dass die Krankenkassen den Auftrag für eine Betreuung der betreffenden Personengruppen erhalten (§ 264 Abs. 1 SGB V). Zu diesem Zweck müssen die Länder und die Krankenkassen entsprechende Vereinbarungen schließen. Nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes existierten im Januar 2021 derartige Vereinbarungen in Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen (GKV-Spitzenverband 2021).

Mit dem Stellen eines Antrags auf Schutz vor politischer Verfolgung, Abschiebung oder sonstigen Rückführung wird die schutzsuchende Person in der für sie zuständigen Aufnahmeeinrichtung untergebracht. Sie ist verpflichtet bis zum Abschluss des Asylverfahrens oder maximal 18 Monate bzw. – wenn das zuständige Bundesland dies so entscheidet – bis zu 24 Monate dort zu wohnen. Für minderjährige Kinder und Ihre Eltern oder sonstige Sorgeberechtigte sowie ihre volljährigen, ledigen Geschwister beträgt die Wohnpflicht maximal sechs Monate. Danach sollen Antragsstellende in der Regel in Gemeinschaftsunterkünften wohnen, es sei denn, es kann eine Unterkunft nachgewiesen werden, bei der der öffentlichen Hand keine Mehrkosten entstehen (§ 53 AsylbLG).

Die medizinische Versorgung Geflüchteter erfolgt in den Erstaufnahmezentren zunächst durch medizinische Dienste (Bergmeyer 2020). Die Verfahren und der Zugang zur medizinischen Versorgung können sich von Ort zu Ort erheblich unterscheiden. In einigen Orten werden Behandlungsscheine für ein Quartal ausgegeben, in anderen erfolgt die Bewilligung nur auf Anfrage und nach vorheriger Prüfung. Nicht immer erfolgen derartige Prüfungen durch medizinisches Personal; mitunter entscheidet auch nichtmedizinisches Personal über den Zugang zur medizinischen Versorgung (Bergmeyer 2020: 4). Der Zugang zur medizinischen Versorgung hängt somit stark von den örtlichen Gegebenheiten ab. So wird berichtet, dass z.B. der Zugang zur fachärztlichen Versorgung häufig sehr restriktiv gehandhabt wird (Bergmeyer 2020).

Der Zugang zur medizinischen Versorgung wird von den Asylsuchenden als „hürdenreich und entmündigend“ wahrgenommen (Spura et al. 2017). Der Zugang oder Nichtzugang erfolgt auf der Grundlage des Zufalls und ist aus der Perspektive der Geflüchteten willkürlich. Die Kriterien der für die Gewährung medizinischer Leistungen durch die zuständigen Sozialbehörden sind intransparent und führen häufig zu unnötigen bzw. nicht vertretbaren Verzögerung der Gesundheitsversorgung. Dies begünstigt eine Verschlechterung des

Gesundheitszustands und schränkt die Arbeits- und Schulfähigkeit ein, was zu weiteren sozialen Ungleichheiten führt (Spura et al. 2017: 468). Auch wenn Geflüchtete Zugang zur medizinischen Versorgung erhalten haben bleibt die Ergebnisqualität oft hinter der bei der Mehrheitsbevölkerung zurück (Razum/Saß 2015). Notwendig ist ein barrierefreier und kultursensibler Zugang zur Gesundheitsversorgung, auch um sozial bedingte Ungleichheiten im Gesundheitszustand zu verringern bzw. nicht zu vergrößern (Razum/Saß 2015: 514).

Für einen Arztbesuch muss, wie erwähnt, ein Behandlungsschein beim zuständigen Sozialamt eingeholt werden, es sei denn die zuständige Kommune (bzw. das zuständige Bundesland) hat eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) für Geflüchtete eingeführt. Die Einführung einer eGK ist nicht mit erweiterten Leistungsansprüchen verbunden, sondern soll – und kann – den bürokratischen Aufwand für die Leistungsberechtigten und für die Behörden verringern und den Zugang zu den Versorgungseinrichtungen erleichtern (Spura et al. 2017; Claassen/Jäger 2018), ohne dass es Hinweise auf eine Überinanspruchnahme medizinischer Leistungen gäbe (Jäger et al. 2019). Eine Reihe von Bundesländern schreibt für Geflüchtete auch in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthalts in Absprache mit den Verbänden der Krankenkassen eine eGK vor. Bremen (2005) und Hamburg (2012) spielten bei der Einführung der eGK eine Vorreiterrolle („Bremer Modell“ – Mohammadzadeh et al. 2016). Darüber hinaus wurde sie auch in Schleswig-Holstein und Brandenburg (2016) und Thüringen (2017) eingeführt. Andere Bundesländer (z.B. Nordrhein-Westfalen) überlassen die Entscheidung über die Einführung der eGK ihren Kommunen. Wichtige Entscheidungsgründe liegen in der politischen Ausrichtung der betreffenden Landesregierung: Die Krankenkassen erhalten den Auftrag nur von sozialdemokratisch oder links geführten Landesregierungen (Günther et al. 2019). Die Bereitschaft von Kommunen zur Einführung einer eGK hängt entscheidend davon ab, ob sie die in diesem Fall in der Tendenz höheren Verwaltungskosten zu tragen haben oder nicht (Günther et al. 2019). Für Asylsuchende in Deutschland existiert somit kein einheitlicher Zugang zu Gesundheitsversorgung. Angesichts der zentralen Rolle der Länder und Kommunen für die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden ist ein einheitlicher gesetzlicher Rahmen auch nicht in Sicht.

Neben dem offiziellen Zugang zur medizinischen Versorgung – über die Sozialämter bzw. die eGK und die Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen und Ärzte oder von Krankenhäusern – haben sich partiell Parallelstrukturen für die Versorgung von Asylsuchenden herausgebildet, die teilweise auf bereits in den 1970er Jahren erfolgte Gründungen zurückgehen. Sichtbar wird dies in der Tätigkeit von Psychosozialen Zentren (PSZ). Hier können Betroffene insbesondere psychotherapeutische Leistungen direkt in Anspruch nehmen. Finanziert und getragen werden diese PSZ durch Mittel des Bundes, der Länder und von Wohlfahrtsverbänden, durch Spenden und durch ehrenamtliche Tätigkeit. Allerdings ist die Existenz dieser Zentren prekär, weil die Mittel begrenzt und stets nur befristet zur Verfügung gestellt werden (Reiter et al. 2019).

### *Analogleistungen nach 18 Monaten*

Nach einer Aufenthaltsdauer in Deutschland von 18 Monaten werden die Asylsuchenden auftragsweise von den gesetzlichen Krankenkassen betreut (§ 264 Abs. 2 SGB V i. Verb. M. § 2 AsylbLG). Sie haben nun Anspruch auf Sozialleistungen („Analogleistungen“) nach dem

Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII), der nahezu identisch ist mit dem Leistungsanspruch gesetzlich Krankenversicherter. Von diesem Anspruch ausgenommen sind Geduldete, die die Dauer des Aufenthalts unter Missbrauch des Rechts selbst beeinflusst haben. Die Asylsuchenden können ihre Krankenkasse frei wählen und erhalten – wie gesetzlich Krankenversicherte – eine elektronische Gesundheitskarte, die ihnen einen direkten Zugang zum Versorgungssystem ermöglicht. Die Leistungserbringer rechnen die Leistungen mit den Krankenkassen ab. Die Träger des AsylbLG erstatten den Krankenkassen die entsprechenden Aufwendungen zuzüglich eines Verwaltungskostenanteils (§ 264 Abs. 1 SGB V). Durch einen Vermerk auf der eGK sind bestimmte Leistungen (z.B. Haushaltshilfe, Vorsorgekuren, künstliche Befruchtung) grundsätzlich ausgeschlossen, für andere (z.B. orthopädische Hilfen, häusliche Krankenpflege) sind Vorabgenehmigungen erforderlich (Bergmeyer 2020). Am 1. Dezember 2020 wurden 177.203 Personen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz über die gesetzliche Krankenversicherung (gemäß § 264 Abs. 1 u. 2 SGB V) betreut. Im Mittel des Jahres 2019 waren es rund 197.000 Personen (GKV-Spitzenverband 2021).

Wenn Geflüchtete als Asylberechtigte oder Flüchtlinge anerkannt sind oder es sich um subsidiär Schutzbedürftige handelt, werden sie zu „normalen“ GKV-Versicherten mit denselben Rechten und Pflichten wie alle anderen dort versicherten Personen. Als regulär Versicherte sind Personen mit Flucht- oder Migrationsgeschichte dann nicht mehr von anderen Bevölkerungsgruppen unterscheidbar. Sie unterliegen nun dem GKV-Leistungsrecht, das für sie wie für alle anderen gesetzlich Krankenversicherten (s.o.).

### *Mindestanforderungen nach der EU-Aufnahmerichtlinie*

Die Aufnahme von Geflüchteten ist nicht nur eine nationalstaatliche Angelegenheit, sondern in der Europäischen Union (EU) mit der so genannten „EU-Aufnahmerichtlinie“ auch gemeinschaftlich geregelt (Richtlinie 2013/33/EU). Diese Richtlinie wurde 2013 vom Europäischen Rat und vom Europäischen Parlament nach dem ordentlichen Gesetzgebungsverfahren verabschiedet und trat damit an die Stelle des zuvor geltenden Regelwerks. Sie schreibt den EU-Mitgliedstaaten Mindestnormen vor, die bis Juli 2015 in nationales Recht übertragen werden mussten. Die Mitgliedstaaten können für ihren Zuständigkeitsbereich für die Geflüchteten auch vorteilhaftere Regelungen vorsehen, und in manchen ist dies auch der Fall. Ein wichtiges Motiv für die Verabschiedung der Aufnahmerichtlinie war die Erwartung, dass gemeinschaftliche Mindeststandards zu einer gerechteren Verteilung der Flüchtlinge und der Kosten ihrer Aufnahme zwischen den Mitgliedstaaten beitragen (Richtlinie 2013/33/EU).

Die Aufnahmerichtlinie nimmt auf unterschiedliche Weise Bezug zum Thema „Gesundheit“. Zum einen enthält sie eine Reihe von allgemeinen Bestimmungen zur Gestaltung der gesundheitsrelevanten Lebensumstände von Geflüchteten. So müssen „die im Rahmen der Aufnahme gewährten materiellen Leistungen einem angemessenen Lebensstandard entsprechen, der den Lebensunterhalt sowie den Schutz der physischen und psychischen Gesundheit von Antragstellern gewährleistet“ (Art. 17 Abs. 2013/33/EU). Auch andere Bestimmungen zur Gestaltung der Lebensumstände von Geflüchteten haben einen mehr oder weniger direkten Bezug auf das psychische und physische Wohlergehen von Geflüchteten (z.B.

die Wahrung der Familienzusammengehörigkeit oder der Zugang zu Bildung und Beschäftigung).

Zum anderen enthält die Richtlinie Vorgaben, die sich direkt mit der medizinischen Versorgung befassen. So heißt es in Artikel 19 der Aufnahme richtlinie:

*„(1) Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass Antragsteller die erforderliche medizinische Versorgung erhalten, die zumindest die Notversorgung und die unbedingt erforderliche Behandlung von Krankheiten und schweren psychischen Störungen umfasst.*

*(2) Die Mitgliedstaaten gewähren Antragstellern mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung.“*

Der in Art. 19 Abs. 2 enthaltene Hinweis auf „Antragsteller mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme“ verweist auf einen dritten Aspekt, unter dem die Aufnahme richtlinie im Hinblick auf die Gesundheit der Geflüchteten von großer Relevanz ist, denn sie definiert einen Personenkreis, der besonders schutzbedürftig ist:

*„Die Mitgliedstaaten berücksichtigen in dem einzelstaatlichen Recht zur Umsetzung dieser Richtlinie die spezielle Situation von schutzbedürftigen Personen wie Minderjährigen, unbegleiteten Minderjährigen, Behinderten, älteren Menschen, Schwangeren, Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern, Opfern des Menschenhandels, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wie z. B. Opfer der Verstümmelung weiblicher Genitalien“ (Art. 21 Richtlinie 2013/33/EU).*

Die zuständigen Einrichtungen in den Mitgliedstaaten müssen das Vorliegen einer besonderen Schutzbedürftigkeit prüfen und ermitteln, worin der besondere Unterstützungsbedarf und ihn mit geeigneten Maßnahmen berücksichtigen (Art. 22 Richtlinie 2013/33/EU). Der Bund hat keine eigenständigen bundesgesetzlichen Regelungen zur Umsetzung der EU-Aufnahme richtlinie getroffen – mit dem Hinweis, dass das Asylbewerberleistungsgesetz die europäischen Rechtsnormen bereits erfülle. Zwar schafft die o.g. Beschränkung der Ansprüche auf Gesundheitsleistungen nach dem AsylbLG für geflüchtete und Asylsuchende erhebliche Nachteile, ist rechtlich aber offenkundig durch Art. 19 Abs. 1 der Aufnahme richtlinie gedeckt. Umstritten sind vor allem die Ermittlung der besonderen Schutzbedürftigkeit von Personen und die für ihre Unterstützung erforderlichen Maßnahmen. Der Bund hat auf eigenständige bundesgesetzliche Regelungen zur Umsetzung der EU-Aufnahme richtlinie verzichtet und den Bundesländern die Zuständigkeit für die Umsetzung der Aufnahme richtlinie den Bundesländern übertragen. Die Länder selbst setzen diese EU-Vorgaben auf sehr unterschiedliche Weise um. Einige von ihnen (z.B. Brandenburg, Rheinland-Pfalz) haben ein eigenes Landesaufnahmegesetz verabschiedet, andere haben Konzepte für die Identifizierung und Versorgung besonders Schutzbedürftiger auf Landesebene entwickelt, wiederum andere verfügen über solche Konzepte nicht und überlassen die Verfahren den zuständigen Kommunen, Landkreisen und Behörden. Bereits die Feststellung, ob ein besonderer Schutzbedarf vorliegt, ist damit häufig dem Zufall überlassen. Von einheitlichen Regelungen und Verfahren, die die Rechte der Betroffenen garantieren, ist Deutschland somit noch weit

entfernt. Daher steht auch der Umgang der deutschen Behörden mit besonders Schutzbedürftigen in der Kritik. So kritisierte z.B. die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF), dass es in Deutschland unklar bleibe, wer in welcher Frist und mit welchen Instrumenten für die Identifizierung und Versorgung besonders schutzbedürftiger Personen verantwortlich sei (BafF 2015).

### *Personen ohne Aufenthaltstitel (Papierlose)*

Eine besondere Herausforderung stellt die gesundheitliche Versorgung von Personen dar, die sich ohne Erlaubnis in Deutschland aufhalten (Mylius 2016; Schweiger 2018). Die tatsächliche Größe dieses Personenkreises ist unklar. Schätzungen schwanken zwischen 180.000 und 520.000 Personen (Vogel 2015: 2) aus. Die besonderen Schwierigkeiten, denen sich diese Gruppen bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen gegenübersehen, ergeben sich aus der für öffentliche Stellen geltenden Pflicht zur Übermittlung von Daten an die zuständige Ausländerbehörde (§ 87 Aufenthaltsgesetz – AufenthG). Um eine solche Datenübermittlung und die damit einhergehende Gefahr einer Ausweisung aus Deutschland zu vermeiden, nimmt ein erheblicher Teil der Betroffenen eine gesundheitliche Versorgung im Bedarfsfall vermutlich nicht oder (zu) spät in Anspruch (Mylius 2016: 47-50). Es wird davon ausgegangen, dass viele Betroffene insbesondere Krankenhäuser aus Angst vor der Übermittlung ihrer Daten auch im Bedarfsfall nicht aufsuchen.

Vor diesem Hintergrund haben v.a. Wohlfahrtsverbände und private Akteure auf lokaler Ebene ein System von Hilfsangeboten etabliert, mit denen gleichsam eine Parallelstruktur für die medizinische Versorgung geschaffen wurde. Die beteiligten Personen arbeiten häufig ehrenamtlich oder gegen geringes Entgelt (Schweiger 2018). In den Gesundheitsämtern gibt es erhebliche Unterschiede im Problembewusstsein und beim Umgang mit „undokumentierten“ Migrantinnen und Migranten. Insbesondere in ländlichen Regionen mit kleineren Gesundheitsämtern ist im Hinblick auf Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung sowie ohne Papiere das Problembewusstsein gering, gibt es kaum Kontakte zu diesen Gruppen und auch kaum Bemühungen um eine Verbesserung der Situation, zum Teil wegen fehlender personeller und finanzieller Ressourcen, zum Teil wegen seltener oder ausbleibender Begegnungen mit dieser Personengruppe (Mylius 2016: 197ff., 250f.). In Städten mit mehr als 100.000 Einwohnern geben die Gesundheitsämter häufiger an, über entsprechende Kenntnisse und Kontakte zu verfügen.

### *Der Zugang von Migrantinnen und Migranten zur Gesundheitsversorgung in anderen EU-Mitgliedstaaten*

Ungeachtet des Wohlfahrtsstaatstyps und des Gesundheitssystemtyps stehen Migrantinnen und Migranten in vielen EU-Mitgliedstaaten beim Zugang zu Gesundheitsleistungen vor erheblichen Problemen. Diese Probleme hängen *erstens* mit dem Phänomen der sozialen Ungleichheit zusammen, das in allen EU-Mitgliedstaaten anzutreffen ist und in vielen von ihnen – vielleicht mit Ausnahme der skandinavischen Länder – noch ausgeprägter ist als in Deutschland. Diese soziale Ungleichheit kommt in höheren Gesundheitsbelastungen sowie in größeren Hindernissen für sozial Benachteiligte bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zum Ausdruck (Siegrist/Marmot 2008; Baeten et al. 2018).

Migrantinnen und Migranten sind davon besonders betroffen, weil sie bei den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen überrepräsentiert sind. Hinzu kommt, dass in zahlreichen EU-Mitgliedstaaten für die dort ansässige Wohnbevölkerung mitunter hohe Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen existieren, z.B. Wartelisten und Zuzahlungen (Schölkopf/Grimmeisen 2021), und Versorgungsbedarfe nicht, nicht rechtzeitig oder fachlich nicht angemessen bedient werden („unmet needs“ – Eurostat 2021). Derartige Mängel begrenzen neben allen anderen Faktoren zusätzlich die Bereitschaft von politischen Entscheidungsträgern, Asylsuchenden und Papierlosen eine angemessene Versorgung zuteil werden zu lassen.

*Zweitens* haben in allen EU-Mitgliedstaaten Geflüchtete bzw. Asylsuchende und Papierlose nur einen eingeschränkten Rechtsanspruch auf Gesundheitsversorgung. In der Regel sind die Leistungsansprüche auf eine Notversorgung begrenzt (Baeten et al. 2018). Allerdings können Papierlose in drei EU-Mitgliedstaaten (Tschechische Republik, Frankreich, Estland) einen Zugang zur Krankenversorgung erhalten (Baeten et al. 2018). Ferner tritt beim realen Zugang zur Krankenversorgung eine Vielzahl von praktischen – vor allem kulturellen und sprachlichen – Hindernissen auf, die einer bedarfsgerechten Versorgung im Wege stehen (Baeten et al. 2018). Diese Hindernisse ähneln den in Deutschland anzutreffenden Problemen (s.o.).

## **2.2 Das Finanzierungssystem**

Neben dem Versorgungssystem ist die Finanzierung eine zweite zentrale Dimension bei der Beschreibung und Analyse von Gesundheitssystemen.

### *2.2.1 Strukturmerkmale des Finanzierungssystems*

Folgende Merkmale sind für die Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems besonders bedeutsam.

- Die GKV wird ganz überwiegend durch bruttoarbeitseinkommensbezogene Beiträge finanziert. Sie decken aktuell rund 90 Prozent der Krankenkassenausgaben. Die Beitragsfinanzierung wird durch einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss aufgestockt, der im Zusammenhang mit der Covid-19-Krise deutlich erhöht wurde.
- Die GKV-Ausgaben eines laufenden Jahres werden durch die in diesem Jahr erzielten Einnahmen gedeckt („Umlageverfahren“). Dementsprechend gibt es im Verlauf eines jeden Jahres je nach individueller finanzieller Leistungsfähigkeit und individuellem Versorgungsbedarf Nettozahler und Nettoempfänger in der GKV. Bei einer Unterdeckung müssen die Beitragssätze oder der Bundeszuschuss angehoben werden.
- Die Höhe der GKV-Beiträge richtet sich nach dem Bruttoarbeitseinkommen. Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen oder persönliches Krankheitsrisiko der Versicherten spielen keine Rolle (s.o.). Andere Einkunftsarten neben dem Arbeitseinkommen (z.B. Mieteinnahmen, Kapitalerträge) werden nicht berücksichtigt. Die Krankenversicherungsbeiträge werden paritätisch von Arbeitnehmerinnen bzw. Arbeitnehmern und Arbeitgebern aufgebracht. Der bundeseinheitliche Beitragssatz beträgt 14,6 Prozent des Bruttoarbeitseinkommens. Im Durchschnitt aller Kassen belief sich dieser Zusatzbeitrag im Jahr 2021 auf 1,3 Prozent.



- Seit den 1980er Jahren sind die Zuzahlungen für Patientinnen und Patienten in der GKV deutlich angehoben worden. Sie sind allerdings von Zuzahlungen befreit, sobald diese im laufenden Jahr zwei Prozent ihrer Bruttoeinnahmen erreicht haben (chronisch Kranke: ein Prozent). Außerdem wurde die Finanzierung des Zahnersatzes auf einen Festzuschuss umgestellt, so dass den Versicherten hier erhebliche Zusatzkosten entstehen. Auch bei der Zahnbehandlung müssen Patientinnen und Patienten häufig erhebliche Aufzahlungen leisten, weil die Krankenkassen hier nur Standardleistungen übernehmen. Erhebliche Kosten fallen auch bei Hilfsmitteln an.
- Die PKV wird durch Versicherungsbeiträge („Prämien“) finanziert, deren Höhe sich nach den Vorerkrankungen und dem Erkrankungsrisiko beim Versicherungseintritt sowie nach dem Alter richtet (s.o.). Die Finanzierung erfolgt nach dem Kapitaldeckungsverfahren. Die privaten Krankenversicherungen müssen Altersrückstellungen anlegen. Dabei handelt es sich um einen Aufschlag auf die versicherungsmathematisch berechneten Kosten, der auf dem Kapitalmarkt angelegt wird und im Alter den Anstieg der Versicherungsprämien dämpfen sollen.
- Rund die Hälfte der PKV-Versicherten sind Beamtinnen und Beamte und ihre Familienmitglieder. Die Kosten der Leistungsanspruchnahme werden im Allgemeinen zu 50 Prozent vom Krankenversicherer und zu 50 Prozent durch einen Zuschuss des Dienstherrn bzw. des Arbeitgebers getragen. Bei Pensionären übernimmt der Dienstherr im Allgemeinen 30 Prozent der Kosten. Für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gewährt der Arbeitgeber einen Zuschuss von 50 Prozent zu den PKV-Beiträgen, der allerdings den Höchstbetrag in der GKV nicht überschreitet. Der starke Anstieg der Versicherungsprämien im Alter kann privat Krankenversicherte vor erhebliche finanzielle Probleme stellen.

### *2.2.2 Implikationen für Migrantinnen und Migranten*

Die gesetzliche Krankenversicherung ist ein Solidarsystem, in dem eine Umverteilung von Besserverdienenden zu Geringverdienern, von Jungen zu Alten, von Gesunden zu Kranken und von Kinderlosen zu kinderreichen Familien stattfindet. Alle Versicherten sind in diesen Umverteilungsmechanismus einbezogen, selbstverständlich auch Migrantinnen und Migranten, die ja in ökonomischer, sozialer, demographischer und gesundheitlicher Hinsicht die ganze Breite der Gesellschaft abbilden. Geringverdiener, unter denen Migrantinnen und Migranten überproportional vertreten sind, sind in der GKV, über den gesamten Lebensverlauf betrachtet, im Allgemeinen Nettoempfänger, da ihre Beitragszahlungen unter dem Durchschnitt liegen und sie zugleich größeren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind, die einen größeren Behandlungsbedarf nach sich ziehen. Der GKV-Spitzenverband betont, dass die verstärkte Zuwanderung von ausländischen Arbeitskräften in Folge der Finanzmarktkrise und der „Flüchtlingskrise“ die Krankenkassen finanziell entlastet und den Beitragssatzanstieg gebremst hat, weil die Zugewanderten als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Beiträge gezahlt und als Personen überwiegend jüngeren und mittleren Alters in deutlich unterdurchschnittlichem Maß Leistungen in Anspruch genommen haben.

## 2.3 Das Regulierungssystem

### 2.3.1 Strukturmerkmale des Regulierungssystems

Das Regulierungssystem der GKV ist durch ein komplexes Zusammenwirken von Staat und Selbstverwaltung gekennzeichnet. Mit Selbstverwaltung ist zweierlei gemeint:

- Erstens beschreibt dieser Begriff die *soziale Selbstverwaltung* durch Versicherten- und Arbeitgebervertreter in den Gremien der Krankenkassen(verbände). Die soziale Selbstverwaltung entscheidet über Angelegenheiten, die für die Krankenkassen von grundlegender Bedeutung sind (s.u.).
- Zweitens beschreibt er die *gemeinsame Selbstverwaltung* der Ärzte und Krankenkassen. Sie hat die Aufgabe, die gesetzlichen Rahmenvorgaben zur Gestaltung der Krankenversorgung zu konkretisieren.

Daneben ist auch die *professionelle Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte* von Bedeutung. Die Landesärztekammern und die Bundesärztekammer regeln u.a. berufsrechtliche Fragen, nehmen zu gesundheitspolitischen und ethischen Fragen Stellung und sind für die Verabschiedung der ärztlichen Weiterbildungsordnungen verantwortlich. Daneben sind die Kassenärztlichen Vereinigungen ein wichtiger Akteur. Sie partizipieren als Teil der gemeinsamen Selbstverwaltung an der Konkretisierung des staatlichen Rechtsrahmens und regeln in diesem Zusammenhang auch eine Reihe von Aufgaben der Vertragsärzteschaft. Insofern sind sie auch als Teil der ärztlichen Selbstverwaltung anzusehen.

Das Regulierungssystem der GKV weist die nachfolgend genannten Hauptmerkmale auf:

- Der Staat, vor allem – wie oben erwähnt – der Bundesgesetzgeber, macht durch Gesetze und Rechtsverordnungen Rahmenvorgaben für die Gestaltung des Gesundheitssystems. Dabei delegiert er Kompetenzen zur Konkretisierung dieser Rahmenvorgaben an die Akteure der Selbstverwaltung, vor allem an die Ärztinnen/Ärzte und Krankenkassen.
- Diese Akteure konkretisieren die staatlichen Rahmenvorgaben. Dies geschieht überwiegend im Rahmen ihrer Verbände, die stellvertretend für die Mitglieder handeln – die Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. die Kassenärztliche Bundesvereinigung vertreten die Kassenärzte [„Vertragsärzte“], die Verbände der Krankenkassen bzw. der GKV-Spitzenverband vertreten ihre Versicherten. Die Gremien und Akteure der Selbstverwaltung haben zumeist den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts inne.
- Die Konkretisierung der staatlichen Rahmenvorgaben erfolgt (1) in den vom Staat geschaffenen Gremien, die meist paritätisch aus Vertretern/innen der Ärzteschaft und der Krankenkassen zusammengesetzt sind, und (2) in Versorgungsverträgen, die die Krankenkassen mit den Leistungserbringern schließen.
- Das wichtigste dieser Gremien ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Er bewertet u.a. den Nutzen und die Wirtschaftlichkeit von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und entscheidet damit über den Leistungskatalog in der GKV. Außerdem erlässt er verbindliche Richtlinien zur ärztlichen Versorgung.
- Die Versorgungsverträge zwischen Kassen und Ärztinnen/Ärzten enthalten vor allem Bestimmungen über die Qualität und die Honorierung von Leistungen. Der Großteil

dieser Verträge wird von den Verbänden geschlossenen (s.o.), die stellvertretend für ihre Mitglieder handeln. Daher wird dieses System auch „Kollektivvertragssystem“ genannt.

- Seit den 1990er Jahren haben vor allem in der ambulanten („vertragsärztlichen“) Versorgung auch Einzelverträge und damit der Wettbewerb zwischen den Kassen und zwischen den Leistungserbringern an Bedeutung gewonnen.
- Die Entscheidung der Selbstverwaltungsgremien und die Bestimmungen der Versorgungsverträge sind für die im Rahmen der GKV an der Krankenversorgung beteiligten Einrichtungen und Personen verbindlich. Sie setzen also mit ihren Entscheidungen „untergesetzliches Recht“. Die Verbände der Ärztinnen/Ärzte und der Krankenkassen erhalten auf diese Weise einen erheblichen Einfluss auf die Gestaltung des Gesundheitssystems.
- Dabei unterliegt die Selbstverwaltung der staatlichen Rechtsaufsicht. Dies bedeutet, dass die jeweils zuständigen Aufsichtsbehörden die Entscheidungen und Verträge der Selbstverwaltung auf ihre Übereinstimmung mit dem geltenden Recht, nicht aber fachlich prüfen.
- Insgesamt ist die Regulierung der GKV-Krankenversorgung durch Staat und Selbstverwaltung sektoral stark fragmentiert: In den einzelnen Versorgungssektoren (ambulante Versorgung, stationäre Versorgung, Arzneimittel-versorgung, Rehabilitation, Pflege etc.) existieren unterschiedliche Regulierungssysteme mit spezifischen Kombinationen aus staatlichen, verbandlichen und marktbezogenen Elementen. Bei aller Vielfalt sind für die Gesundheitspolitik in Deutschland verbandliche Regulierungsformen von besonderer Bedeutung.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) haben den gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung von Kassenpatientinnen bzw. -patienten. Auf Landesebene sind diese KVen sowie die Landesverbände der Krankenkassen die entscheidenden Partner beim Abschluss von Versorgungsverträgen, auf Bundesebene der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Im Krankenhaussektor schließen die Verbände der Kassen gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft bzw. der jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaft. Konkrete Versorgungsverträge schließen die Krankenkassenverbände, ebenfalls einheitlich und gemeinsam, mit dem *einzelnen* Krankenhaus.
- Im Krankenhaussektor haben die Bundesländer ein besonderes Gewicht, denn sie haben den Auftrag zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung. Zu diesem Zweck stellen sie Landeskrankenhauspläne auf und entscheiden damit über die Standorte von Plankrankenhäusern. Außerdem sind sie für die Krankenhausinvestitionen zuständig.
- Die soziale Selbstverwaltung der Krankenkassen (s.o.) entscheidet über die Verabschiedung des Haushalts, die Festsetzung des Zusatzbeitrags und von Zusatzleistungen der Krankenkasse, die Entscheidung über Kassenfusionen sowie die Wahl und die Kontrolle des hauptamtlichen Vorstands und andere Fragen von grundsätzlicher Bedeutung. Die Wahlen zur sozialen Selbstverwaltung finden alle sechs Jahre statt. Das operative Geschäft der Krankenkassen führt der hauptamtliche Apparat mit dem Vorstand an der Spitze durch.

- Versicherten und Patientinnen bzw. Patienten werden Möglichkeiten zur Partizipation an Entscheidungen der Selbstverwaltung eingeräumt. So sind die Versicherten, wie erwähnt, paritätisch an den Entscheidungen der Krankenkassen beteiligt. Im Gemeinsamen Bundesausschuss (s.o.) arbeiten Vertreter von Patientinnen und Patienten mit. Sie haben dort ein Mitberatungs-, aber kein Entscheidungsrecht.
- Auch die PKV ist Gegenstand staatlicher Rahmenvorgaben (z.B. durch das Versicherungsvertragsgesetz), allerdings fallen die staatlichen Eingriffe hier weitaus schwächer aus als in der GKV.

### 2.3.2 Implikationen für Migrantinnen und Migranten

Das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung unterscheidet nicht zwischen unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen: Jede/r Versicherte hat, wie erwähnt, Anspruch auf die Leistungen, die nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse ausreichend, zweckmäßig, notwendig und wirtschaftlich sind. Auch die gemeinsame Selbstverwaltung adressiert Versorgungsbelange von Migrantinnen und Migranten nicht in besonderer Weise. So gelten die Beschlüsse und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für *alle* GKV-Versicherten. Nehmen wir als Beispiel dessen Psychotherapie-Richtlinie: Sie thematisiert nicht eigens das Problem der posttraumatischen Belastungsstörung bei Geflüchteten, nichtsdestotrotz haben *alle Versicherten* mit einem entsprechenden Behandlungsbedarf – auch Geflüchtete, sofern sie gesetzlich versichert sind – Anspruch auf die erforderlichen Leistungen (s.o.).

Die gesetzliche Krankenversicherung bietet eine Reihe von Mitgestaltungsmöglichkeiten für die Versicherten bzw. für die Patientinnen und Patienten, die dazu beitragen sollen, deren Interessen zur Geltung zu bringen. Migrantinnen und Migranten steht es offen, als Repräsentanten dieser Gruppen in der Selbstverwaltung mitzuwirken. Wenn die soziale Selbstverwaltung sich spezifischer Versorgungsinteressen von Migrantinnen und Migranten annimmt, dann geschieht dies zumeist auf die Initiative einzelner engagierter Versichertenvertreter/innen. Es ist jedoch auch darauf hinzuweisen, dass die Selbstverwaltungsstrukturen auch kaum von Interessenvertretungen der Migrantinnen und Migranten genutzt werden.

## 3. Der Zugang von Migrantinnen und Migranten zur Beschäftigung im Gesundheitswesen

### 3.1 Fachkräfte und Fachkräftemangel im Gesundheitswesen

In Deutschland sind rund 1,7 Millionen Menschen als Pflegekräfte (Bundesagentur für Arbeit 2021) und mehr als 400.000 Ärztinnen und Ärzte berufstätig (Bundesärztekammer 2021). Schon jetzt leisten Ausländerinnen und Ausländer einen erheblichen Beitrag zur Linderung von Versorgungsengpässen im deutschen Gesundheitswesen. Die Zahl und der Anteil von Ausländerinnen und Ausländern an allen Beschäftigten im Gesundheitswesen ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Belief sich die Zahl der ausländischen sozialversicherungspflichtig

Beschäftigten 2014 noch rund 255.000, so stieg er bis 2019 um rund ein Drittel auf 376.000 (Bundesagentur für Arbeit 2021).

In der Krankenpflege und – wohl noch stärker – in der Altenpflege herrscht bekanntlich ein erheblicher Fachkräftemangel (z.B. Blum et al 2019). Hauptgrund sind schlechte Arbeitsbedingungen und niedrige Arbeitsentgelte (Schmucker 2019). Zur Schätzung des künftigen Bedarfs (bzw. Bedarfsüberhangs) liegen unterschiedliche Angaben vor. Deren Höhe schwankt in Abhängigkeit von den zugrundeliegenden Annahmen erheblich. Wichtige Variablen sind im Hinblick auf die Krankenpflege die Entwicklung der stationären Behandlungsfallzahlen und der stationären Verweildauer, im Hinblick auf die Altenpflege die Entwicklung der Pflegebedürftigkeitsquote und des Verhältnisses der Pflege durch Angehörige („informelle Pflege“) und durch Pflegefachkräfte („formelle Pflege“ bzw. „professionelle Pflege“). Radtke (2020) beziffert unter der Annahme, dass die altersspezifischen Pflegequoten und der Fachkräftebedarf für die pflegebedürftigen Menschen unverändert bleiben, die Personallücke auf bis zu 500.000 Fachkräfte (Radtke 2020). Zwar lässt sich der zukünftige Bedarf nicht verlässlich abschätzen (Sell 2020), aber es herrscht eine breite Übereinstimmung, dass er außerordentlich hoch ist.

Es herrscht in Politik und Öffentlichkeit eine breite Übereinstimmung darüber, dass eine durchgreifende Verbesserung der Arbeitsbedingungen und eine deutliche Anhebung der Gehälter notwendig ist, um dem Fachkräftemangel in der Pflege entgegenzuwirken. Die Bewertungen der zu diesem Zweck bisher getroffenen Maßnahmen durch Parteien und Verbände gehen dabei naturgemäß weit auseinander. Übereinstimmung herrscht aber darüber, dass weitere Maßnahmen getroffen werden müssen, aber eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen für eine Behebung des Fachkräftemangels allein nicht ausreicht, sondern dafür zusätzlich eine Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland erforderlich ist.

Von der Situation in der Kranken- und Altenpflege unterscheidet sich die Situation in der ärztlichen Versorgung deutlich. Deutschland weist im internationalen Vergleich eine hohe Arztdichte auf (OECD 2021), und der Zugang zur ärztlichen Versorgung gilt im Allgemeinen als gut. In zahlreichen Regionen, insbesondere in den Ballungszentren, herrscht, gemessen an den Bedarfsplanungszahlen, sogar eine Überversorgung mit Ärztinnen und Ärzten (Klose/Rehbein 2017). Allerdings gibt es bereits heute in einigen strukturschwachen Regionen einen Mangel an Ärztinnen und Ärzten (s. Kap. 2.1.1).

Am 31.12.2020 waren von den rund 409.121 in Deutschland berufstätigen Ärztinnen und Ärzten 56.107 (13,7 %) Ausländer- oder Ausländerinnen (Bundesärztekammer 2021), während es zwanzig Jahre zuvor noch lediglich 11.651 (4,0 %) gewesen waren. Allein im Jahr 2020 ist ihre Zahl um 3.585 Ärztinnen und Ärzte (+ 6,8 %) gestiegen (Bundesärztekammer 2021). Ausländische Ärztinnen und Ärzte arbeiten überproportional häufig im Krankenhaus: Ende 2020 waren rund 82 Prozent der ausländischen Ärztinnen und Ärzte in diesem Versorgungssegment tätig, auf das aber nur knapp 52 Prozent aller berufstätigen Ärztinnen und Ärzte entfielen (Bundesärztekammer 2001). Von den gut 56.000 ausländischen Ärztinnen und Ärzten kamen knapp 24.000 (5,8 %) aus der EU, rund 10.500 (2,6 %) weitere aus den anderen europäischen Ländern sowie gut 14.000 (3,5 %) aus Asien (s. Tabelle 1). Die Länder mit den höchsten Zahlen ausländischer Ärztinnen und Ärzte waren Syrien (4.970), Rumänien (4.514), Griechenland (2.723), die Russische Föderation (2.424), Österreich (2.415), die

Ukraine (1.795), Polen (1.937), Bulgarien (1.715) und Ungarn (1.643) (Bundesärztekammer 2021).

Auffällig ist, dass diese Hauptherkunftsländer – von Österreich abgesehen – ausnahmslos ein deutlich geringeres Pro-Kopf-Bruttoinlandsprodukt aufweisen und über ein deutlich schwächer entwickeltes Gesundheitssystem verfügen als Deutschland. Mit Syrien und der Ukraine sind hier zwei Länder vertreten, in denen Krieg und Bürgerkrieg verheerende Auswirkungen auf das Leben und das Wohlergehen der Bevölkerung haben. Damit sind auch bereits wichtige Push- und Pull-Faktoren für die Abwanderung von Ärztinnen und Ärzten nach Deutschland benannt. Gerade im Hinblick auf die hier erwähnten osteuropäischen EU-Mitgliedstaaten ist zudem zu betonen, dass dort Bevölkerungszahlen, Arztlahlen und Arztdichte deutlich niedriger sind als in Deutschland und diese Länder erhebliche Mängel beim Zugang der Bevölkerung zur Gesundheitsversorgung aufweisen (Eurostat 2021).

Tabelle 1

Ausländische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland am 31.12.2020

Herkunft	Zahl
EU	23.693
Übriges Europa	10.525
Europa Sonstige*	548
Nordamerika	395
Mittel- und Südamerika	1.743
Asien	14.147
Afrika	4.550
Sonstige	617
<b>Summe</b>	<b>56.107</b>

\* Staatsbürger eines historischen Staates (z.B. Jugoslawien).

Quelle: Bundesärztekammer 2021.

### 3.2 Fachkräfte aus dem EU-Ausland

Innerhalb der EU gilt das Prinzip des freien Personenverkehrs. Dies schließt auch die freie Wahl des Arbeitsplatzes ein. Erwerbstätige – ob Arbeitnehmer/innen oder Selbständige – aus anderen Mitgliedstaaten dürfen beim Zugang zum Arbeitsmarkt nicht aufgrund ihrer Nationalität benachteiligt werden. Zugleich hat jeder Mitgliedstaat in der EU das Recht, den Zugang und die Ausübung eines Berufs vom Nachweis bestimmter Qualifikationen abhängig zu machen. Dies gilt insbesondere für die so genannten reglementierten Berufe, also jene Berufe, bei denen der Staat von vornherein einen Anspruch auf die Definition der Zugangsvoraussetzungen geltend macht. Dazu zählen auch die Gesundheitsberufe.

Vor diesem Hintergrund hat die EU für einige Gesundheitsberufe bereits in den 1970er Jahren Richtlinien für die Anerkennung von Abschlüssen verabschiedet. Dazu gehören Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker sowie Pflegekräfte und Hebammen. Diese Richtlinien sollen die Freizügigkeit von Gesundheitsberufen innerhalb der EU ermöglichen und zugleich garantieren, dass – wegen des besonderen öffentlichen Interesses an einer guten

Gesundheitsversorgung – Mindestanforderungen an die Qualität der Berufsausübung erfüllt werden.

Seit 2005 regelt die EU-Berufsanerkennungsrichtlinie die wechselseitige Anerkennung der Berufsausbildung und die Zulassung zu den mitgliedstaatlichen Arbeits- bzw. Dienstleistungsmärkten (Richtlinie 2005/36/EU). Sie enthält auch Bestimmungen zu Inhalt und Dauer der Berufsausbildung von Ärztinnen und Ärzte (Art. 24-29), Zahnärztinnen und Zahnärzten (Art. 34-37), für Pflegekräfte (Art. 31-33), Hebammen (Art. 40-43) sowie Apothekerinnen und Apothekern (Art. 44-45). Die Berufsanerkennungsrichtlinie erstreckt sich nicht nur auf die Freizügigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, sondern auch auf die Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit. Wenn Personen diese Mindestanforderungen erfüllen, werden die nationalstaatlich erworbenen Qualifikationen EU-weit automatisch anerkannt. Die automatische Anerkennung bedeutet, dass keine inhaltliche Prüfung der betreffenden Aus- bzw. Weiterbildung mehr erfolgt. Die formale Anerkennung von Qualifikationen nehmen die jeweils zuständigen Stelle des Herkunftsstaates vor. Pflegefachkräfte, Physiotherapeut/inn/en sowie Apotheker/innen und Apotheker können zudem einen europäischen Berufsausweis beantragen. Diese Bestimmungen schließen die drei übrigen Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums, nämlich die EFTA-Staaten Liechtenstein, Norwegen, Island, sowie die Schweiz ein.

Bei den in der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie formulierten Qualifikationsanforderungen handelt es sich um Mindeststandards. Die in die Regelung einbezogenen Nationalstaaten können für die in ihrem Zuständigkeitsbereich zu erwerbenden Qualifikationen über diese Bestimmungen hinausgehen, dürfen nationalstaatlich höhere Anforderungen aber nicht zum Anlass für die Diskriminierung von Ausländerinnen und Ausländern nehmen, die diese Anforderungen nicht erfüllen.

Wenn Ausländer/innen die Mindestanforderungen der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie erfüllen und damit ihren Beruf in der EU frei ausüben können, können sie sich in Deutschland zwar niederlassen, haben jedoch noch nicht ohne Weiteres Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung, also zur ambulanten Versorgung von gesetzlich krankenversicherten Patienten, die – wie erwähnt – etwa 88 Prozent der Bevölkerung ausmachen. Die vertragsärztliche Versorgung unterliegt einer Bedarfsplanung, die das Ziel verfolgt, für eine möglichst gleichmäßige regionale Verteilung von Ärztinnen und Ärzten zu sorgen. Dabei soll nicht nur eine Unterversorgung, sondern auch – vor allem mit dem Ziel einer Ausgabenbegrenzung – eine Überversorgung vermieden werden. Der Gesetzgeber legt für die vertragsärztliche Bedarfsplanung im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) Rahmenvorgaben fest (§§ 99-105 SGB V). Näheres zur Bedarfsplanung wird von der Gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen auf Bundesebene im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in einer Bedarfsplanungsrichtlinie festgelegt. In deren Zentrum stehen je nach Raumordnungsordnungstyp und ärztlicher Fachrichtung differenzierte Vorgaben für das Einwohner-/Arzt-Verhältnis. Auf Landesebene entscheiden die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen über den Bedarfsplan. Sie können gemäß regionalen Spezifika (z.B. Altenquotient oder Krankheitslast) in gewissen Grenzen von den bundesweiten Verhältniszahlen abweichen. Bei einer festgestellten Überversorgung müssen die

Landesausschüsse den betreffenden Zulassungsbezirk (für die betreffende Fachrichtung) für weitere Zulassungen sperren.

Damit kann der Gesetzgeber also trotz des EU-Freizügigkeitsrecht den Zugang von Ärzt/inn/en – ob Deutsche oder Ausländer/innen – zu diesem wichtige Versorgungssegment sperren. Grundlage dafür ist die im Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) getroffene Feststellung, dass „bei der Tätigkeit der Union (...) die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt [wird]. Die Verantwortung der Mitgliedstaaten umfasst die Verwaltung des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung sowie die Zuweisung der dafür bereitgestellten Mittel“ (Art. 168 Abs. 7 AEUV). Davon unberührt bleibt das von der Freizügigkeit im Binnenmarkt gedeckte Recht von – deutschen wie ausländischen – Ärzt/inn/en, sich im Rahmen der rein privatärztlichen Versorgung frei niederzulassen, denn die PKV kennt das Instrument der Bedarfsplanung nicht.

Anders verhält es sich mit den im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzten. Krankenhäuser unterliegen zwar ebenfalls einer Bedarfsplanung, für die allerdings nicht die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen, sondern die Bundesländer zuständig sind. Die Krankenhausbedarfsplanung ist aber nicht mit einer Limitierung der Ärztezahlen verbunden. Mittelbar ergibt sich aus der Krankenhausbedarfsplanung lediglich insofern eine Mindestzahl an anzustellenden Ärzt/inn/en, als die Länder in den letzten Jahren stärker zu einer qualitätsorientierten Planung übergegangen sind, die häufig auch eine Mindestzahl der in den Fachabteilungen tätigen Mediziner/innen vorsieht (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2021). Aber nach oben sind die Zahlen der Krankenhausärztinnen und -ärzte nicht durch gesetzliche Bestimmungen nicht begrenzt. Insofern unterliegt die Einstellung von Ärztinnen und Ärzten ausschließlich dem betriebswirtschaftlichen Kalkül der Krankenhäuser. Der Krankenhaussektor steht also auch allen Ärztinnen und Ärzten aus dem EU-Ausland offen, sofern sie die Mindestanforderungen der Berufsanerkenntnisrichtlinie erfüllen. Das gleiche gilt auch für Krankenpflegekräfte. Für Altenpflegerinnen und -pfleger gibt es ebenso wenig eine Bedarfsplanung wie für Hebammen.

### **3.3 Anerkennung der in Drittstaaten absolvierten Berufsausbildung**

In Deutschland hat jede Person – unabhängig von der Staatsangehörigkeit und vom Aufenthaltsstatus – das Recht, ihre berufliche Qualifikation prüfen zu lassen. Die zuständigen Stellen sind auf Landesebene angesiedelt. Antragsteller/innen müssen sich entscheiden, für welchen Beruf sie eine Anerkennung ihrer Qualifikationen prüfen lassen wollen. Die zuständigen Stellen prüfen, ob und inwiefern im Einzelfall eine Äquivalenz zum Referenzberuf, auf den sich das Feststellungsbegehren bezieht, gegeben ist und welcher Nachqualifizierungsbedarf gegebenenfalls vorliegt. Dies wird in einem Feststellungsbescheid festgehalten. Dabei stellt sich insbesondere für Ausländerinnen und Ausländer, erst recht für solche mit einem eingeschränkten Aufenthaltsstatus, die Frage, wie sie die geforderte Nachqualifizierung erhalten können. Zur Vereinheitlichung und zur Verbesserung der Transparenz der Verfahren wurde 2016 eine länderübergreifende „Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe“ eingerichtet bei der Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen angesiedelt. Bei ihr können die Landesstellen für 21 Gesundheitsberufe die Prüfung der



Echtheit ausländischer Bildungsnachweise, die Definition der deutschen Referenzqualifikation sowie die Erstellung von detaillierten Gutachten zur Bewertung der Gleichwertigkeit von Berufsabschlüssen in Auftrag geben. Der Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe wird im Allgemeinen bescheinigt, dass sie dazu beigetragen habe, die Anerkennungsverfahren zu vereinheitlichen und ihre Transparenz zu erhöhen (BMBF 2020: 42, 45). Eine besondere Schwierigkeit stellt sich bei der Anerkennung der Qualifikation von Geflüchteten bzw. Asylsuchenden, weil diese sehr häufig – aus nachvollziehbaren Gründen – keine Nachweise über eine im Herkunftsland erworbene Qualifikation vorweisen können.

Angesichts des in einigen Bereichen der Volkswirtschaft bereits eingetretenen und in anderen Bereichen herausziehenden Fachkräftemangels hat der Gesetzgeber seine Bemühungen um die Erleichterung des Zuzugs von Fachkräften aus dem Nicht-EU-Ausland nach Deutschland in den letzten deutlich verstärkt. Einige dieser Bemühungen – z.B. die Verabschiedung des Fachkräfteeinwanderungsgesetzes – sind branchenunspezifisch und schließen somit den Gesundheitssektor mit ein, während andere sich direkt auf die Gesundheitsversorgung und hier wiederum auf die Fachkräfte in den Kranken- und in der Altenpflege richten.

Für die branchenübergreifenden Bemühungen sind insbesondere das 2019 verabschiedete und am 1.3.2020 in Kraft getretene Fachkräfteeinwanderungsgesetz (FEG) von Bedeutung. Das FEG soll die Zuwanderung von Fachkräften erleichtern. Mit ihm sind nun Träger jedes Aufenthaltstitels grundsätzlich zur Erwerbstätigkeit berechtigt, sofern andere gesetzliche Bestimmungen dies nicht ausschließen. Das FEG erweitert den Fachkräftebegriff von Personen mit einer akademischen Ausbildung auf Personen mit einer qualifizierten Berufsausbildung. Darüber hinaus erleichtert das FEG die Einreise von Fachkräften nach und den Aufenthalt in Deutschland sowohl für eine Beschäftigung als Fachkraft als auch für den Erwerb beruflicher Qualifikationen. Fachkräfte mit beruflicher Ausbildung, denen ein konkretes Arbeitsplatzangebot vorliegt und deren Qualifikation anerkannt ist, haben Zugang zu allen Berufen, für die sie ihre Qualifikation befähigt, und sind nicht mehr auf so genannte „Engpassberufe“ beschränkt. Schließlich ist ein beschleunigtes Verfahren zur Anerkennung der beruflichen Qualifikationen möglich.

Über die Entwicklung der Anträge und Bescheide zur Anerkennung von Berufsqualifikationen gibt der Berufsanerkennungsbericht des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) Auskunft (BMBF 2020). Gesundheitsberufe sind dem zufolge mit 106.140 Anträgen zwischen 2012 und 2018 die bei weitem antragsstärkste Berufsgruppe (BMBF 2020: 38). 2018 wurden insgesamt rund 29.200 Anträge auf Anerkennung zu bundesrechtlich geregelten Berufen gestellt, von denen mehr als drei Viertel die (nichtakademischen) Gesundheitsfachberufe und die (akademischen) Heilberufe betrafen. Dabei stiegen die Anteile der (nichtakademischen) Gesundheitsfachberufe deutlich stärker als die der (akademischen) Heilberufe. Auf die Gesundheits- und Krankenpflege entfielen mit 79,9 Prozent die mit Abstand meisten Anträge unter den Gesundheitsberufen. Bei den akademischen Heilberufen bezogen sich 77,6 Prozent der Anträge auf den Beruf Arzt bzw. Ärztin (BMBF 2020: 38). Bei Gesundheits- und Krankenpfleger/inne/n kamen die meisten Anträge von Personen, die ihre Ausbildung in Bosnien und Herzegowina, Serbien und in den Philippinen absolviert hatten, bei den Ärztinnen und Ärzten lagen Syrien und Rumänien als Ausbildungsstaaten vorn (BMBF 2020: 38ff.).

Im Bereich der Gesundheitsfachberufe ergingen im Jahr 2018 Bescheide zu 12.978 Verfahren. 47,5 Prozent (6.162) von ihnen stellten eine volle Gleichwertigkeit der Qualifikationen fest, bei 50,1 Prozent wurde eine Ausgleichsmaßnahme auferlegt, die am Ende des Berichtsjahres noch nicht abgeschlossen war (BMBF 2020: 40). Der Anteil an negativen Bescheiden „lag im niedrigen einstelligen Prozentbereich“ (BMBF 2020: 40). Bei 2.310 der 6.162 Verfahren, bei denen 2018 eine volle Gleichwertigkeit bescheinigt wurde, hatten die Antragsteller zuvor erfolgreich eine auferlegte Ausgleichsmaßnahme absolviert (BMBF 2020: 40).

Bei den akademischen Heilberufen wurde in 5.451 der 9.210 Verfahren (59,2 %) eine volle Gleichwertigkeit bescheinigt. In 39,2 Prozent der Verfahren erlegten die Behörden den Antragstellern eine Ausgleichsmaßnahme auf, die am Ende des Berichtszeitraums noch nicht abgeschlossen war. Weniger als zwei Prozent der Verfahren endeten mit einer Ablehnung. 1.470 der 5.451 Verfahren, die mit der Feststellung einer vollen Gleichwertigkeit endeten, ging die erfolgreiche Absolvierung einer auferlegten Ausgleichsmaßnahme voraus (BMBF 2020: 40)

### **3.4 Anwerbung von Gesundheitsfachkräften im Ausland**

Neben diesen Maßnahmen hat die Bundesregierung ihre Bemühungen intensiviert, im Rahmen bilateraler Abkommen Pflegekräfte anzuwerben (Wilke 2021). So fördert die Bundesregierung das 2013 ins Leben gerufene so genannte „Triple-Win-Projekt“, das in Kooperation mit Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung sowie der Bundesagentur für Arbeit durchgeführt wird. An dieser Initiative sind Serbien, Bosnien-Herzegowina, die Philippinen, Tunesien und Vietnam beteiligt. Aus einigen dieser Länder (Serbien, Bosnien-Herzegowina, die Philippinen, Tunesien) werden dort ausgebildete Fachkräfte nach Deutschland vermittelt und erhalten hier eine Anerkennungsqualifikation. Aus Vietnam stammende Personen mit Pflegeerfahrung absolvieren hingegen in Deutschland eine dreijährige Pflegeausbildung und sollen anschließend hier für eine dauerhafte Berufstätigkeit gewonnen werden (Wilke 2021).

Im Jahr 2019 wurden drei Anwerbeabkommen abgeschlossen: mit Mexiko, den Philippinen und dem Kosovo. Im Falle Mexikos wurde u.a. ein Austausch- und Studienprogramm für mexikanische Ausbilderinnen und Ausbilder vereinbart, die zum einen die in Deutschland geltenden Anforderungen kennenlernen und den Fachkräften vermitteln und zugleich für die Arbeit als Pflegekraft in Deutschland werben sollen. Deutschland hat sich verpflichtet, bei der Anwerbung den Verhaltenskodex der Weltgesundheitsorganisation zu befolgen, demzufolge eine Anwerbung nur in Ländern mit einem Fachkräfteüberschuss erfolgen darf.

Neben den offiziellen bilateralen Bemühungen zur Anwerbung von Fachkräften sind auch Klinikketten, einige große Krankenhäuser sowie Betreiber von Pflegeeinrichtungen im Ausland tätig, um Fachkräfte anzuwerben (Kordes 2019). Zur Unterstützung dieser Bemühungen hat die Bundesregierung 2019 die Deutsche Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe ins Leben gerufen (DeFa-Agentur).

Die DeFa-Agentur nimmt unterschiedliche Aufgaben wahr. Erstens konkretisiert sie im Dialog den Bedarf der Einrichtungsträger und entwickelt Vorschläge zur Umsetzung der Anwerbung. Zweitens unterstützt sie bei der operativen Umsetzung der Anwerbungsvorhaben. Sie begleitet die Antragsteller bei Fragen zur Berufsanerkennung, zur Arbeitsmarktzulassung und

zur Einreise, prüft dabei entsprechende Anträge oder übernimmt sogar die Antragstellung. Drittens tritt sie in einigen Pilotländern (Philippinen, Mexiko und Brasilien) sowohl für die Arbeitgeber als auch für die abwanderungswilligen Pflegekräfte als Antragsteller in den erforderlichen Verfahren auf. Diese Tätigkeit soll in den nächsten Jahren auf andere Länder ausgeweitet werden (DeFa-Agentur 2020). Dabei zählt die DeFa zu ihren Aufgaben „die Wahrung internationaler Qualitätsstandards, insbesondere die Sicherung der ethisch-sozialen Qualität der deutschen Auslandsanwerbung, beginnend mit der Rekrutierung im Herkunftsland bis hin zur Integration in Deutschland“ (DeFa-Agentur 2021, s. WHO 2010). Allerdings gibt die DeFa nicht zu erkennen, wie sie diese Standards durchsetzen will.

### **3.5 Berufliche Integration zugewanderter Gesundheitsfachkräfte**

Die berufliche Integration zugewanderter Gesundheitsfachkräfte in die Versorgungsprozesse im deutschen Gesundheitssystem stellt eine eigenständige Herausforderung dar. Sie ist zugleich eine wichtige Voraussetzung für die Gewährleistung eines dauerhaften Verbleibs dieser Fachkräfte in Deutschland. Die Herausforderung ergibt sich aus unterschiedlichen Gründen:

- Die in Deutschland gewachsene Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen Versorgungseinrichtungen (Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, Pflege) ist den Zugewanderten häufig nicht geläufig und steht oft genug nicht in Übereinstimmung mit den in ihrem Herkunftsland vorherrschenden Praktiken und dort gemachten Erfahrungen.
- Das deutsche Versorgungssystem ist weit stärker arztzentriert als die Versorgungssysteme in den meisten Herkunftsländern. Schwierigkeiten bei der beruflichen Integration von zugewanderten Fachkräften können vor allem dort auftreten, wo Pflegekräfte über eine bessere – oft akademische – Ausbildung verfügen und in ihrer bisherigen Berufspraxis einen höheren Grad an beruflicher Autonomie gewohnt waren.
- Hinzu kommen kulturell geprägte, spezifische Deutungs- und Handlungsmuster im Umgang mit den Patientinnen und Patienten sowie in der Kommunikation mit anderen Gesundheitsberufen.

Daraus ergibt sich das dringende Gebot, die Integration zugewanderter Fachkräfte fachlich zu unterstützen und finanziell zu fördern.

## **4. Fazit und Ausblick**

Ein Gesundheitssystem umfasst nicht nur die Bereiche der Krankenversorgung, sondern auch die Gesundheitsförderung und Prävention. Auf diesem Feld sind Bund und Länder sowie die Krankenkassen wichtige Akteure. Während die staatlichen Schutzvorschriften für alle Bürgerinnen und Bürger gelten, beschränken sich die Aktivitäten der Krankenkassen (weitgehend) auf ihre Versicherten.

Gesundheitsförderung und Prävention haben in den letzten Jahren eine Aufwertung erfahren, allerdings bestehen zugleich strukturelle Defizite fort und lassen sich eine Reihe von

Fehlentwicklungen beobachten. Zu diesen Defiziten und Fehlentwicklungen zählen die Vernachlässigung lebensweltbezogener (Verhältnis-)Prävention, die nicht ausreichende Berücksichtigung der Verminderung sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen sowie die unzureichende Implementation geltender Vorschriften. Diese Mängel betreffen die gesamte Bevölkerung und in besonderer Weise sozial benachteiligte Gruppen, unter denen wiederum Migrantinnen und Migranten überrepräsentiert sind. Eine präventionspolitische Leerstelle sind die Lebenswelten Geflüchteter bzw. Asylsuchender, denn deren Gestaltung erfolgt unter weitgehender Abwesenheit gesundheitsbezogener Überlegungen und umfasst eine Vielzahl von Vorgaben, die erhebliche Gesundheitsrisiken bergen.

Das Krankenversorgungssystem ist durch eine außergewöhnlich hohe Komplexität gekennzeichnet. Die Krankenversorgung ist im Rahmen eines sozialen Krankenversicherungssystems organisiert. Daneben existiert eine private Krankenversicherung als Krankheitsvollversicherung. In der gesetzlichen Krankenversicherung sind abhängig Beschäftigte bis zu einem gewissen Jahreseinkommen, Arbeitslose und einige andere Gruppen pflichtversichert. Abhängig Beschäftigte mit einem höheren Einkommen sowie Beamtinnen/Beamte und Selbständige haben die Wahl zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Nicht erwerbstätige Familienmitglieder sind in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragsfrei mitversichert. Die gesetzliche Krankenversicherung wird von gut 100 Krankenkassen getragen.

Der Leistungskatalog in der GKV ist recht umfassend. Versicherte haben das Recht der freien Arztwahl, die die freie Wahl des Facharztes einschließt. Fachärztliche Versorgungskapazitäten werden nicht nur am Krankenhaus, sondern auch durch im ambulanten Sektor vorgehalten. Das Krankenhaus spielt für die ambulante Versorgung nur eine geringe Rolle. Die Dichte von Versorgungseinrichtungen ist hoch, allerdings treten Probleme beim Zugang in einigen strukturschwachen ländlichen sowie in benachteiligten Quartieren in Ballungszentren auf.

Auch hier gilt, dass die skizzierten Mängel eher sozial Benachteiligte und damit auch die in dieser Gruppe überrepräsentierten Migrantinnen und Migranten treffen. Der Status des/r gesetzliche Krankenversicherten verleiht Migrantinnen und Migranten dieselben Rechte zur Krankenversorgung wie allen anderen Versicherten, allerdings sehen sie sich beim Zugang zur und bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen häufig besonderen Hindernissen gegenüber.

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt ganz überwiegend durch paritätisch von Versicherten und Arbeitgebern aufgebrachte bruttolohnbezogene Versicherungsbeiträge. Auf diese Weise erfolgt eine finanzielle Umverteilung von Besserverdienenden zu Geringverdienern, von Gesunden zu Kranken, von Jungen zu Alten und von kinderlosen zu kinderreichen Familien. Geringverdiener sind im Lebensverlauf Nettoempfänger in der gesetzlichen Krankenversicherung, zumal sie im Allgemeinen größere Krankheitsrisiken und damit auch einen größeren Versorgungsbedarf haben.

Die Regulierung des Krankenversicherungs- und Versorgungssystems beruht auf einem komplexen Zusammenwirken von Staat und Selbstverwaltung: Der Staat macht Rahmenvorgaben zur Organisation und Finanzierung der Krankenversorgung und delegiert Kompetenzen zur Konkretisierung dieser Rahmenvorgaben an die Akteure der

Selbstverwaltung, die zumeist den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts innehaben. Die von diesen getroffenen Entscheidungen und geschlossenen Versorgungsverträge unterliegen der Rechtsaufsicht des Staates und binden alle nachgeordneten Akteure („untergesetzliches Recht“), sofern die Aufsichtsbehörden sie nicht beanstandet haben. Das Regulierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung adressiert allein Versicherte ungeachtet ihrer Herkunft oder sonstiger Merkmale von Bevölkerungsgruppen.

Bei der Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten stellen sich vielfältige Herausforderungen. Einige von ihnen bedürfen der direkten politischen Intervention, andere erfordern von politischen Entscheidungsträgern die Schaffung von Bedingungen, die geeignet sind, beteiligten Institutionen (z.B. Krankenhäusern oder Einrichtungen der Altenpflege) entsprechende Innovationen zu ermöglichen oder zu erleichtern. Folgende Aspekte sollen hier hervorgehoben werden:

#### *Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention*

1. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebenswelten sind deutlich zu stärken. Von einer allgemeinen Stärkung von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, vor allem in der Arbeitswelt und auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit, aber auch im gesundheitsbezogenen Umweltschutz, sind positive Effekte auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu erwarten, von denen auch Migrantinnen und Migranten profitieren.
2. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sollten stärker auf die Verminderung der Ungleichheit – insbesondere der sozialen Ungleichheit – von Gesundheitschancen ausgerichtet werden. Auch von dieser Fokussierung ist – gleichsam im Sinne eines Mitnahmeeffekts – ein besonderer Nutzen für Migrantinnen und Migranten zu erwarten.
3. Die Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger ist zu stärken. Ein besonderer Schwerpunkt ist dabei auf vulnerable Gruppen zu legen, insbesondere auf sozial Benachteiligte sowie auf Migrantinnen und Migranten bzw. Personen mit Migrationshintergrund. Derartige Anstrengungen werden umso erfolgreicher sein, je stärker sie mit der o.g. gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebenswelten verknüpft werden.
4. In der Präventionsgesetzgebung und Präventionspraxis müssen die Belange von Migrantinnen und Migranten stärker adressiert werden. Dies kann z.B. durch die Präzisierung von Gesundheitszielen für Migrantinnen und Migranten geschehen.
5. Die Krankenkassen müssen stärker in die Pflicht genommen werden, sowohl bei ihren Aktivitäten zur Gesundheitsförderung als auch bei den Maßnahmen der Primärprävention (z.B. Impfungen, zahnmedizinische Vorsorgeleistungen) und der Sekundärprävention (Früherkennung von Krankheiten und Entwicklungsstörungen bei Kindern, Gesundheits-Check-Up, Krebsfrüherkennung) stärker die Gruppe der Migrantinnen und Migranten zu adressieren mit dem Ziel, eine stärkere Inanspruchnahme solcher Leistungen zu erreichen.
6. Die Gestaltung der Lebenswelten von Geflüchteten bzw. von Asylsuchenden, vor allem in Bereichen Wohnen/Unterkunft, Familie(nzusammenführung), Arbeit und Bildung, sollte sich primär am Kriterium des gesundheitlichen Wohlergehens der Betroffenen orientieren.

### *Krankenversorgung*

7. Im Hinblick auf die allgemeine Gesundheitsversorgung ist eine möglichst gleichmäßige Verteilung von Versorgungseinrichtungen, insbesondere unter Vermeidung von Unterversorgung in strukturschwachen Regionen und deprivierten städtischen Quartieren ein zentrales Anliegen. Insbesondere die Vermeidung von Unterversorgung in den letztgenannten Versorgungsgebieten ist auch ein Beitrag zur Verbesserung des Zugangs von Migrantinnen und Migranten zu Gesundheitsleistungen.

8. Eine gelingende Kommunikation ist eine wesentliche Voraussetzung für eine hochwertige Versorgung. Daher sollten Dolmetscherdienste („Sprachmittlung“) von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden, wenn keine anderen Möglichkeiten zu einer angemessenen Verständigung zwischen Patientinnen und Patienten einerseits und Leistungserbringerinnen und -erbringern andererseits zur Verfügung stehen. Hierzu bedarf es einer entsprechenden Normierung durch den Gesetzgeber.

9. Die o.g. Bemühungen um eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Migrantinnen und Migranten sollten sich ausdrücklich auf die Steigerung ihrer Orientierungskompetenz im System der Krankenversorgung und der Pflege sowie auf das Wissen um Rechtsansprüche in der Krankenversorgung und Möglichkeiten zu ihrer Realisierung beziehen.

10. Kenntnisse auf dem Gebiet der kultursensiblen Versorgung sollten in angemessener Weise in die Ausbildung von akademischen und nichtakademischen Gesundheitsfachkräften aufgenommen werden.

11. Die soziale Selbstverwaltung in den Krankenkassen, insbesondere die Versichertenvertreter in der sozialen Selbstverwaltung, sollte Kommunikationsstrukturen und -formen entwickeln, die auf Migrantinnen und Migranten zugehen und es ihnen erleichtern, sich mit ihren Anliegen an sie zu wenden.

12. In allen Bereichen der Krankenversorgung und Pflege (ambulante und stationäre Krankenversorgung, Rehabilitation, Langzeitpflege) sollte bei der Vergütung von Leistungserbringerinnen und -erbringern der Aufwand für die Kommunikation und Betreuung von Migrantinnen und Migranten, sofern er gegenüber dem „Durchschnittspatienten“ oder der „Durchschnittspatienten“ erhöht ist, entsprechend berücksichtigt werden. Damit kann ein Beitrag zu einer bedarfsgerechten Versorgung dieser Gruppe geleistet werden.

13. Die Leistungsansprüche von Geflüchteten bzw. Asylsuchenden in der Gesundheitsversorgung sind auch in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland denen der gesetzlichen Krankenversicherten gleichzustellen. Die aktuelle Praxis eines abgesenkten Leistungsniveaus ist aus humanitären Gründen abzulehnen. Eine solche Gleichstellung würde die Versorgung dieser Gruppe verbessern, die Rechtssicherheit für die Anspruchsberechtigten erhöhen und den bürokratischen Aufwand reduzieren. Zur Gleichstellung der Versorgungsansprüche bedarf es einer entsprechenden Normierung durch den Bundesgesetzgeber. Zugleich muss der Gesetzgeber klarstellen, wie die daraus für die gesetzlichen Krankenkassen erwachsenden Mehrkosten refinanziert werden. Hierzu bietet sich ein steuerfinanzierter Zuschuss unter Beteiligung der Bundesländer an, die ja zurzeit die Leistungen gemäß §§ 4 und 6 AsylbLG finanzieren. Von einer EU-weit verbindlichen Vorgabe

einer solchen Gleichstellung durch eine Reform der EU-Aufnahmerichtlinie ist angesichts der migrations- und asylpolitischen Verwerfungen in der EU bis auf Weiteres nicht auszugehen.

14. Solange die Leistungsansprüche von Geflüchteten bzw. Asylsuchenden eingeschränkt bleiben, sollte eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) verbindlich flächendeckend eingeführt werden. Dies würde den Zugang der Betroffenen zu Gesundheitsleistungen beschleunigen und entbürokratisieren. Zudem ist davon auszugehen, dass damit in mittelfristiger Perspektive auch Kosteneinsparungen erzielt werden können.

15. Solange die Leistungsansprüche von Geflüchteten bzw. Asylsuchenden eingeschränkt bleiben, sollten sie vom Bundesgesetzgeber präzisiert werden, um die Rechtssicherheit für die Betroffenen zu erhöhen sowie regionale und lokale Unterschiede in der Rechtsanwendung zu verringern oder zu vermeiden.

16. Es bedarf effektiver bundeseinheitlicher Bestimmungen zur Identifikation besonderer Bedarfe bei der Versorgung Geflüchteter bzw. Asylsuchender.

#### *Zugang von Migrantinnen und Migranten zur Beschäftigung im Gesundheitswesen*

17. Ausländische Pflegefachkräfte mit einem befristeten Aufenthaltstitel, die in Deutschland arbeiten wollen und dafür die qualifikatorischen Voraussetzungen erfüllen, sollten – über die bereits wirksam gewordenen Verbesserungen hinaus – eine dauerhafte Bleibeperspektive erhalten.

18. Gleichzeitig muss für diesen Personenkreis der Familiennachzug gewährleistet werden, um dessen Bereitschaft zum Verbleib in Deutschland zu fördern und dessen soziale Integration zu unterstützen.

19. Die berufliche und soziale Integration angeworbener Pflegekräfte muss fachlich und finanziell gezielt gefördert werden, um deren langfristigen Verbleib in Deutschland zu fördern.

20. In der Kranken- und Altenpflege müssen die Arbeitsbedingungen erheblich verbessert und die Arbeitsentgelte weiter deutlich angehoben werden, um den Anreiz für ausländische Pflegekräfte zum Verbleib in Deutschland zu erhöhen.

## **Literatur**

Baeten, Rita; Spasova, Slavina; Veanhercke, Bert; Coster, Stéphanie (2018): Inequalities in access to healthcare. A study of national policies, Brussels: European Commission/European Social Policy Network.

Begenau, Jutta; Schubert, Cornelius; Vogd, Werner (Hrsg.) (2010): Die Arzt-Patient-Beziehung, Stuttgart: Kohlhammer.

Bergmeyer, Vera (2020): Medizinische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland. Gesundheit braucht Politik. Zeitschrift für eine Soziale Medizin 1: 4-7.

Blum, Karl; Offermanns, Matthias; Steffen, Petra (2019): Situation und Entwicklung der Pflege bis 2030, Düsseldorf: Deutsches Krankenhaus-Institut.

- Böhm, Katharina (2017): Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention. Elemente, Potentiale und Hemmnisse einer präventiven und gesundheitsförderlichen kommunalen Gesundheitspolitik. Zeitschrift für Sozialreform 63 (2): 275-299.
- Bundesagentur für Arbeit (2021): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg, Mai 2020. [https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/The-men-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=9](https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/The-men-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile&v=9)
- Bundesärztekammer (2001): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2000. Alle Diagramme und Tabellen. <https://www.bundesaerztekammer.de/ueberuns/aerztestatistik/aerztestatistik-2000/>
- Bundesärztekammer (2021): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2020. Alle Diagramme und Tabellen. <https://www.bundesaerztekammer.de/ueberuns/aerztestatistik/aerztestatistik-2020/>
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2020): Bericht zum Anerkennungsgesetz 2019, Berlin: BMBF.
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) (2015): Forderungen zur gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter in der Bundesrepublik Deutschland: Konzept zur Umsetzung der EU-Richtlinien für besonders schutzbedürftige Asylsuchende.
- Burgi, Martin (2013): Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden: Nomos.
- Claassen, Kevin; Jäger, Pia (2018): Impact of the Introduction of the Electronic Health Insurance Card on the Use of Medical Services by Asylum Seekers in Germany. International Journal of Environmental Research and Public Health 15(5): 856. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph15050856>.
- Dahlgren, Göran; Whitehead, Margaret (1991): Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health, Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2021): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2020 – Stand: April 2021 –. [https://www.dkg-ev.de/fileadmin/default/Mediapool/1\\_DKG/1.7\\_Presse/1.7.1\\_Pressemitteilungen/2021/2021-04-27\\_Anlage\\_DKG\\_Bestandsaufnahme.pdf](https://www.dkg-ev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2021/2021-04-27_Anlage_DKG_Bestandsaufnahme.pdf).
- Eurostat – Statistisches Amt der Europäischen Union (2021): Self-reported unmet need for medical care by sex. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tespm110/default/table?lang=en>
- Frank, Laura; Yesil-Jürgens, Rahsan; Razum, Oliver; Bozorgmehr, Kayvan; Schenk, Liane; Gilsdorf, Andreas; Rommel, Alexander; Lampert, Thomas (2017): Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2: 24-47.
- Geene, Raimund; Reese, Michael (2017): Handbuch Präventionsgesetz: Neuregelungen der Gesundheitsförderung. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.
- Gerlinger, Thomas (2018): Primärprävention als sozialpolitische Aufgabe: Bedeutung und Entwicklung, in: Gesundheit als Aufgabe des Sozialrechts. Bundestagung des deutschen Sozialrechtsverbandes e.V., 12./13. Oktober 2017 in Leipzig. Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes 67, Berlin: Erich Schmidt Verlag, S. 9-25.



- Gerlinger Thomas (2021): Präventionsgesetz, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. DOI: <http://doi.org/10.17623/BZGA:224-i092-2.0>.
- Gerlinger, Thomas; Lenhardt, Uwe; Schmidt, Phillip Florian (2021): Gesundheitsförderung und Prävention. Zwischen politischer Aufwertung, neoliberaler Indienstnahme und institutionellen Beharrungskräften. *Prokla* 51(4): 611-629. <https://doi.org/10.32387/prokla.v51i205.1971>.
- Gerlinger, Thomas, Rosenbrock, Rolf (2022): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 4. Aufl., Bern: Hogrefe (i.V.).
- Gillessen, Anton; Golsabahi-Broclawski, Solmaz; Biakowski, André; Broclawski, Artur (2020): Interkulturelle Kommunikation in der Medizin, Berlin: Springer.
- GKV-Spitzenverband (2021): Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.01.2021 zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum Thema „Zugang zur Gesundheitsversorgung“ am 13.01.2021, Berlin: Deutscher Bundestag.
- Günther, Wolfgang; Kurrek, Dennis; Töller, Annette Elisabeth (2019): Ein starker Fall für die Parteidifferenztheorie: Die Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende in den Bundesländern. *Zeitschrift für Politikwissenschaft*. <https://doi.org/10.1007/s41358-019-00193-4>.
- Henkel, Rüdiger (2021): Die politische Gestaltung der Lebenswelten Geflüchteter : Gesundheitsförderung und Prävention als Leerstelle in der Flüchtlingspolitik. *Zeitschrift für Sozialreform* 67(1): 59-87.
- Jäger, Pia; Claassen; Ott, Notburga; Brand, Angela (2019): Does the Electronic Health Card for Asylum Seekers Lead to an Excessive Use of the Health System? Results of a Survey in Two Municipalities of the German Ruhr Area. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16(7): 1178. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16071178>.
- Janda, Constanze (2021): Existenzminimum, Gleichbehandlung, Menschenwürde: Rechtliche Anforderungen an die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden, in: Nowak, Anna Christina; Krämer, Alexander; Schmidt, Kerstin (Hrsg.), *Flucht und Gesundheit. Facetten eines interdisziplinären Zugangs*, Baden-Baden: Nomos, S. 31-50.
- Kießling, Andrea (2016): Der deutsche Sozialstaat als Sozialversicherungsstaat und seine Auswirkungen auf das Präventionsrecht. *Rechtswissenschaft* 7: 597-624.
- Klose, Joachim; Rehbein Isabel (Hrsg.) (2017): *Ärztatlas 2017 – Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten*, Berlin: WIdO.
- Kolip, Petra; Müller, Veronika (Hrsg.) (2009): *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kordes, Jan (2019): Anwerbeprogramme in der Pflege: Migrationspolitiken als räumliche Bearbeitungsweise der Krise sozialer Reproduktion. *Prokla* 49(4): 551-567.
- Kuhn, Joseph (2013): Prävention in Deutschland – eine Sisyphosgeschichte. In: *Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft* 13 (3): 22-30.
- Mohammadzadeh, Zahra; Jung, Felicitas; Lelgemann, Monika (2016): Gesundheit für Flüchtlinge – das Bremer Modell. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 59(5): 561-569.

- Mylius, Maren (2016): Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland. Studien zur Praxis in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern, Bielefeld: transcript Verlag. Doi: 10.14361/9783839434727.
- OECD – Organisation of Economic Co-operation and Development (2021): OECD Health Statistics 2021. <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.
- Radtke, Rainer (2020): Prognostizierter Bedarf an stationären und ambulanten Pflegekräften\* in Deutschland bis zum Jahr 2035. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/172651/umfrage/bedarf-an-pflegekraeften-2025/>
- Razum, Oliver; Meesmann Uta; Bredehorst, Maren; Brzoska; Patrick; Dercks, Tanja; Glodny Susanne; Zeeb, Hajo; Schenk, Liane; Salman, Ramazan; Menkhaus, Björn; Ulrich, Ralf ; Saß Anke-Christine (2008): Migration und Gesundheit, Berlin: Robert Koch-Institut.
- Razum, Oliver; Saß, Anke-Christine (2015): Migration und Gesundheit: Interkulturelle Öffnung bleibt eine Herausforderung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 58(6): 314-514. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2154-1>.
- Razum, Oliver; Saß, Anke-Christine; Bozorgmehr, Kayvan (2016a): Gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten: Herausforderungen und Lösungsansätze. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 59(5): 543-544. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2344-5>.
- Razum, Oliver; Wenner, Judith; Bozorgmehr, Kayvan (2016b): Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. Gesundheitswesen, 78(11): 711-714. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0042-116231>.
- Reiter, Renate; Töller, Annette E.; Walter, Lisa (2019): The Role of Street-Level Organizations in the Field of Healthcare Provision to Asylum Seekers in Germany. Paper, presented at the 2019 Annual ESPAnet Conference: Social Citizenship, Migration and Conflict – Equality and opportunity in European welfare states.
- Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (Text von Bedeutung für den EWR). ABl. EU L 255/22.
- Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung). ABl. EU L 180/96.
- Rosenbrock, Rolf (2015): Prävention in Lebenswelten – der Setting-Ansatz. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 91(5): 213-218.
- Schaeffer, Doris; Vogt, Dominique; Berens, Eva-Maria; Hurrelmann, Klaus (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht, Bielefeld: Universität Bielefeld. DOI: <https://doi.org/10.2390/0070-pub-29081112>
- Schaeffer, Doris; Hurrelmann, Klaus; Bauer, Ullrich; Kolpatzik, Kai (Hrsg.) (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken, Berlin: KomPart.
- Schenk, Liane; Habermann, Monika (Hrsg.) (2020): Migration und Alter, Berlin: De Gruyter.
- Schmidtke, Claudia; Kuntz, Benjamin; Starker, Anne; Lampert, Thomas (2018): Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 3(4): 68-77. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-093.

- Schmucker, Rolf (2020): Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Beschäftigtenbefragung zum DGB-Index Gute Arbeit, in: Klaus Jacobs et al. (Hrsg.), Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, Berlin: Springer, S. 49-60.
- Schölkopf, Martin; Grimmeisen, Simone (2021): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik, 4., aktualis. u. überarb. Aufl. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schröder, Helmut; Zok, Klaus; Faulbaum, Frank (2018): Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan. *WidO-Monitor* 15(1): 1-20.
- Schweiger, Eva Maria (2018): Patienten ohne Krankenversicherung. Gründe für das Entstehen von Nichtversicherung und Auswirkungen des Nichtversichertseins auf die medizinische Versorgung betroffener Patienten in Frankfurt am Main, Diss., Frankfurt a.M. Goethe-University Frankfurt.
- Sell, Stefan (2020): Potenzial und Grenzen von Zuwanderung in die Pflege, in: Jacobs, Klaus et al. (Hrsg.), Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, Berlin: Springer, S. 85-101.
- Siegrist, Johannes; Marmot, Michael (Hrsg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen, Bern: Verlag Hans Huber.
- Spallek, Jakob; Zeeb, Hajo (2021): Handbuch Migration und Gesundheit: Grundlagen, Perspektiven und Strategien, Bern: Hogrefe.
- Spura, Anke; Kleinke, Matthias; Robra, Bernt-Peter; Ladebeck, Nadine (2017): Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? *Bundesgesundheitsblatt* 60 (4): 462-470. doi: 10.1007/s00103-017-2525-x 18
- Starker, Anne; Hövener, Claudia; Rommel, Alexander (2021): Utilization of preventive care among migrants and non-migrants in Germany: results from the representative cross-sectional study 'German health interview and examination survey for adults (DEGS1)'. *Archives of Public Health*: 79-86. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00609-0>
- Statistisches Bundesamt (2020): Sozialeleistungen. Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus). Fachserie 13 Reihe 1.1, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Sundmacher, Leonie; Ozegoski, Susanne (2016): Regional distribution of physicians: the role of comprehensive private health insurance in Germany. *The European Journal of Health Economics* 17 (5): 443-451.
- Walter, Ulla; Krauth, Christian; Wienold, Matthias; Dreier, Maren; Bantel, Susanne; Droste, Sigrid (2006): Verfahren zur Steigerung der Teilnehmerate an Krankheitsfrüherkennungsprogrammen, Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).
- Wilke, Friederike (2021): Soziale und finanzielle Auswirkungen der deutschen Pflegeanwerbung am Beispiel der Herkunftsländer Tunesien und Mexiko, in: Repschläger, Uwe; Schulte, Claudia; Osterkamp, Nicole (Hrsg.): Gesundheitswesen aktuell 201. Beiträge und Analysen, o.O.: Barmer, S. 148-175.

- Weltgesundheitsorganisation (2008): Die Charta von Tallinn: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand. [https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0004/88609/E91438G.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/88609/E91438G.pdf).
- Werbeck, Anne; Wübker, Ansgar; Ziebarth, Nicolas R. (2020): Cream Skimming by Health Care Providers and Inequality in Health Care Access: Evidence From a Randomized Field Experiment. Ruhr Economic Papers 846, Essen: RWI.
- Wiechers, Maren; Strupf, Michael; Sarwary, Brishna; Übleis, Aline; Padberg, Frank (2021): Dritte im Bunde – Psychotherapie unter Einsatz von SprachmittlerInnen. Zeitschrift für Komplementärmedizin 13 (1): 20-22.
- World Health Organization (2010): Der globale Verhaltenskodex der WHO für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften [http://www.healthworkers4all.eu/fileadmin/docs/de/WHO\\_Verhaltenskodex\\_tdh.pdf](http://www.healthworkers4all.eu/fileadmin/docs/de/WHO_Verhaltenskodex_tdh.pdf).