Sachverständigenrat
für Integration und Migration

Jahresgutachten 2022

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

Vorwort

Ohne eingewanderte Fachkräfte auf allen Ebenen des Gesundheitswesens, das hat spätestens die Covid-19-Pandemie gezeigt, steht das deutsche Gesundheitssystem vor einem Kollaps. Bereits jetzt ist etwa jede bzw. jeder sechste Erwerbstätige in den Gesundheits- und Pflegeberufen im Ausland geboren, und der Bedarf wird aufgrund des demografischen Wandels weiter deutlich steigen. Allgemein müssen die Rahmenbedingungen verbessert werden – und zwar für alle Beschäftigten, mit und ohne Migrationshintergrund: Die Arbeitsbelastung ist hoch, die Arbeitszeiten vertragen sich nur begrenzt mit Familie und Sozialleben und die Wertschätzung ist oft gering, auch finanziell. Zuwanderung befreit Staat und Gesellschaft also nicht von der Verantwortung, die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen zu verbessern und auch das Fachkräftepotenzial im Inland zu heben.

Seinem Mandat entsprechend, konzentriert sich der Sachverständigenrat für Integration und Migration (SVR) in seinem neuen Jahresgutachten 2022 auf die Spezifika von Migrantinnen und Migranten – und zwar in doppelter Hinsicht: zum einen als Leistungsträgerinnen und -träger des Gesundheitssystems, zum anderen als Nutzerinnen und Nutzer von Gesundheitsleistungen.

Unter dem Titel „Systemrelevant: Migration als Stütze und Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland" konstatiert der SVR im ersten Teil des Jahresgutachtens zur Fachkräftezuwanderung im Gesundheitssektor: (Fach-)Sprachliche Zugänge, eine transparentere Anerkennung von Qualifikationen und eine effizientere Nachqualifizierung sind notwendig, um mehr Gesundheits- und Pflegefachkräfte aus dem Ausland anzuwerben. Integrationsförderliche Rahmenbedingungen in den Einrichtungen, aber auch im weiteren Umfeld wie etwa den Kommunen können helfen, die angeworbenen Kräfte vor Ort zu halten. Die besonderen Herausforderungen der *live-in care*-Modelle (sog. 24-Stunden-Pflege) nimmt der SVR aus der Sicht der Care-Arbeiterinnen und -Arbeiter wie aus der Sicht der Auftraggeberinnen und Auftraggeber gesondert ins Visier und sucht dabei vergleichend nach neuen Modellen der häuslichen Versorgung.

Aber der SVR richtet seinen Blick nicht allein auf den inländischen Bedarf. Zugleich, so sein Plädoyer, sind die Bedarfe und Interessen der Herkunftsstaaten zu berücksichtigen, damit nicht Gesundheitspersonal abgeworben wird, das diese Staaten dringend benötigen. Um dies zu vermeiden und den Angeworbenen zugleich eine raschere Teilhabe in Deutschland zu ermöglichen, kann, so eine Anregung im diesjährigen Gutachten, eine Kooperation im Ausbildungssektor einen guten Hebel bieten.

Der zweite Teil des Jahresgutachtens beschäftigt sich mit dem Zugang zum Gesundheitssystem und den Möglichkeiten, seine Leistungen in Anspruch zu nehmen, wie auch mit der gesundheitlichen Lage der zugewanderten Bevölkerung. Hierfür sind zuerst einmal andere Faktoren als die Migrationsgeschichte ausschlaggebend. Die gesundheitliche Lage eines Menschen wird maßgeblich von der Schichtzugehörigkeit, dem Bildungsstand, den Arbeitsbedingungen und den Wohnverhältnissen bestimmt. Doch es gibt auch migrationsspezifische Problemlagen. In dieser Hinsicht untersucht das Gutachten rechtliche, sprachliche und sonstige Faktoren wie etwa Diskriminierung, die einer Nutzung gesundheitlicher Leistungen durch Personen mit einer (familiären) Einwanderungsgeschichte möglicherweise im Wege stehen. Zudem sucht es Antworten auf die Frage, wie diese Hürden abgebaut werden können. In gewohnter Manier arbeitet der SVR Daten und Fakten auf, stellt den Forschungsstand und – hier besonders frappierend – Forschungslücken dar, prüft innovative Ansätze und diskutiert weitere Handlungsoptionen.

Wir wünschen Ihnen eine gewinnbringende Lektüre, nicht ohne uns sehr herzlich bei all jenen zu bedanken, die den Rat auch im vergangenen Jahr inhaltlich und organisatorisch tatkräftig unterstützt haben:

Unsere Geschäftsführerin, Dr. Cornelia Schu, hat den Stab wie in jedem Jahr hervorragend geleitet. Ihrer Professionalität und Kreativität ist es geschuldet, dass der Rat in seiner Innen- wie Außenwirkung immer gut aufgestellt ist. Dazu gehört natürlich ein hoch motiviertes und engagiertes Team in der Geschäftsstelle: Sabine Schwebel für die bewährt sorgfältige Redaktion, Meike Giordono-Scholz und Melissa Koch für die aktive und immer verlässliche Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Nach unserer Verstetigung sind wir Ratsmitglieder noch näher an den wissenschaftlichen Stab unter der Leitung von Dr. Jan Schneider gerückt, mit dem wir uns rege austauschen und für dessen Anregungen wir uns herzlich bedanken.

Last, not least bedanken wir uns sehr herzlich beim Team Jahresgutachten, das wie immer höchst effizient und einvernehmlich mit den Sachverständigen gearbeitet hat: Unser großer Dank gilt Dr. Holger Kolb als Leiter des Bereichs, Dr. Marie Mualem Sultan, Maximilian Müller und Charlotte Wohlfarth – die das Gutachten zudem in der Schlussredaktion sorgfältig auf seine Kohärenz geprüft hat – für ihre intensiven Recherchen, ihre durchdachten Vorlagen und ihre kritischen Nachfragen.

Als externe Experten und Expertinnen konnte der Rat in diesem Jahr gewinnen: Prof. Dr. Thomas Gerlinger (Universität Bielefeld), Prof. Dr. Simone Leiber (Universität Duisburg-Essen) und Dr. Verena Rossow (IWAK – Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur Frankfurt). Für Anhörungen standen zur Verfügung: Dr. Johanna Offe (Ärzte der Welt e. V.), Dr. Alexandra Liedl (Refugio München e. V. und Ludwig-Maximilians-Universität München) sowie Prof. Dr. Oliver Razum (Universität Bielefeld). Für die Prüfung eines Kapitels auf rechtliche Richtigkeit sei Prof. Dr. Constanze Janda (Universität Speyer) gedankt.

Ganz besonderer Dank gilt unseren Kolleginnen und Kollegen des Sachverständigenrats: Deren ganz unterschiedliche disziplinäre Expertisen, ihre kritischen Stellungnahmen und Diskussionsbeiträge sowie ihre hochgeschätzte konstruktive Kooperation sind die wichtigsten Ingredienzien, damit ein solches Jahresgutachten gelingen kann.

Zahlreiche Vertreterinnen und Vertreter von Politik und Verwaltung, Verbänden, Religionsgemeinschaften, Migrantenorganisationen und sonstigen zivilgesellschaftlichen Institutionen, aus Medien und Wissenschaft haben auch in diesem Jahr unsere Arbeit mit kritischen wie konstruktiven Diskussionen und Expertise unterstützt. Diese kritische Begleitung liegt dem Sachverständigenrat für Integration und Migration besonders am Herzen. Die Verantwortung für das Gutachten liegt beim Sachverständigenrat insgesamt. Die Verantwortung für die Schlussbearbeitung trägt die Vorsitzende gemeinsam mit ihrem Stellvertreter.

Berlin, im Februar 2022

Prof. Dr. Petra Bendel
Vorsitzende des Sachverständigenrats für Integration und Migration (SVR)

Prof. Dr. Daniel Thym
Stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrats für Integration und Migration (SVR)

Inhaltsverzeichnis

Das Wichtigste in Kürze ... 10

Neun Kernbotschaften ... 11

A. Migrantinnen und Migranten als Fachkräfte im Gesundheitssystem: nationalstaatliche Handlungsmöglichkeiten und transnationale Bezüge ... 16

A.1 Zuwanderung von Gesundheitsfachkräften aus dem Ausland: Voraussetzungen und Folgen ... 18
A.1.1 Zuwanderung von Gesundheitsfachkräften in Zahlen ... 20
A.1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen der Zuwanderung von Gesundheitsfachkräften ... 24
A.1.3 Anerkennungsverfahren, Umsetzung des Rechts und praktische Herausforderungen ... 29
A.1.4 Die betriebliche Integration neu zugewanderter Fachkräfte ... 41
A.1.5 Migration von Gesundheitsfachkräften in einer internationalen Perspektive ... 45
A.1.6 Fazit: Zuwanderung ist eine zentrale Säule, aber kein Allheilmittel ... 55

A.2 Gesundheitsfachkräfte mit Zuwanderungsgeschichte: eine zentrale Stütze der Gesundheitsversorgung in Deutschland ... 58
A.2.1 Überblick: Mehr Fachkräfte mit Migrationsgeschichte – und große Unterschiede zwischen den Berufsgruppen ... 59
A.2.2 Ärztinnen und Ärzte: stetiger Zugang aus dem Ausland ... 63
A.2.3 Pflegekräfte: Zugewanderte unverzichtbar ... 68
A.2.4 Das Potenzial von bereits Zugewanderten ... 73

A.3 Betreuungsdienstleistungen im Graubereich: Migrantinnen und Migranten im Feld der ‚24-Stunden-Betreuung' *(live-in care)* ... 75
A.3.1 ‚24-Stunden-Betreuung' nimmt stetig zu ... 77
A.3.2 Rechtliche Modelle für die Beschäftigung von Live-ins ... 78
A.3.3 Lebens- und Arbeitsbedingungen ausländischer Betreuungskräfte ... 80
A.3.4 Alternative Modelle und künftige Entwicklung ... 84

B. Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit von Menschen mit Migrationshintergrund ... 88

B.1 Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland ... 90
B.1.1 Methodische Herausforderungen bei der Erfassung der gesundheitlichen Lage ... 91
B.1.2 Empirische Ergebnisse ... 98
B.1.3 Einfluss- und Risikofaktoren für Gesundheit ... 107
B.1.4 Fazit: Heterogenes Bild der gesundheitlichen Lage – sozioökonomische Faktoren entscheidend ... 117

B.2 Der rechtliche Zugang zu Gesundheitsleistungen ... 120
B.2.1 Regelungen zur Gesundheitsversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ... 124
B.2.2 Versorgungslücken infolge der Übermittlungspflicht bei irregulär aufhältigen Personen ... 138
B.2.3 Krankenversicherungsschutz von EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern ... 142
B.2.4 Der rechtliche Zugang zu Gesundheitsleistungen: Verbesserungsbedarf bei einzelnen Gruppen ... 146

B.3 Chancengleiche Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund: Hürden und Hebel ... 149
B.3.1 Nutzung und Versorgungsqualität: migrationsspezifische Risikofaktoren bestehen weiterhin ... 150
B.3.2 Diversitätssensible und migrationsspezifische Gesundheitsversorgung: Mainstreaming und/oder Sonderprogramme? ... 154
B.3.3 Sprachbarrieren und Sprachmittlung im Gesundheitswesen ... 157
B.3.4 Stärkung der Gesundheitskompetenz *(health literacy)* ... 165
B.3.5 (Rassistische) Diskriminierung im Gesundheitswesen: die große Unbekannte? ... 171
B.3.6 Fazit: Gesundheitliche Chancengleichheit braucht eine diversitätssensible Versorgung ... 175

Anhang I: Verzeichnisse ... 180

Abbildungen ... 181
Tabellen ... 182
Info-Boxen ... 183
Abkürzungen ... 184
Literatur ... 187

Anhang II: Der Sachverständigenrat ... 216

Einrichtungserlass und Förderung ... 217
Die Mitglieder des Sachverständigenrats ... 220
Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle ... 222

Impressum ... 224

Das Wichtigste in Kürze

Neun Kernbotschaften

Nicht zuletzt zwei Jahre Corona-Pandemie haben gezeigt: Ein funktionierendes Gesundheitssystem ist maßgeblich für das Wohlergehen einer Gesellschaft. Das gilt auch für Deutschland. Hier ist jetzt schon jede bzw. jeder sechste Erwerbstätige in den Gesundheits- und Pflegeberufen im Ausland geboren. Im Jahresgutachten 2022 untersucht der Sachverständigenrat für Integration und Migration (SVR) die Bedeutung und Stellung von Migrantinnen und Migranten im deutschen Gesundheitssystem und stellt fest: Das dringend benötigte Personal kann auch – aber nicht nur – im Ausland rekrutiert werden. Darüber hinaus muss aber auch das Gesundheitswesen insgesamt diversitätssensibler werden.

1 Fachkräfte mit Zuwanderungsgeschichte leisten einen unverzichtbaren Beitrag zur Gesundheitsversorgung

Die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in Deutschland wird – sofern sie nicht in der Familie geleistet wird – zu einem erheblichen Teil von Menschen getragen, die entweder selbst zugewandert sind oder aus einer Familie mit Zuwanderungsgeschichte stammen. Von den über vier Millionen Menschen in Gesundheits- und Pflegeberufen hatte im Jahr 2019 fast ein Viertel einen Migrationshintergrund. Dazu gehören zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte. Rund vier von fünf aller Erwerbstätigen in diesen Berufen sind Frauen.

Besonders hoch ist der Anteil von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in der Altenpflege: Drei von zehn hier Tätigen haben einen Migrationshintergrund; sie stammen besonders häufig aus Ost- und Südosteuropa. Auch unter den in Deutschland praktizierenden Ärztinnen und Ärzten finden sich überdurchschnittlich viele Menschen mit Migrationsgeschichte: Mehr als ein Viertel ist selbst zugewandert oder hat zugewanderte Eltern; rund 14 Prozent sind Ausländerinnen und Ausländer. Die wichtigsten Herkunftsländer sind Syrien und Rumänien. Ausländische Ärztinnen und Ärzte arbeiten häufiger als ihre deutschen Kolleginnen und Kollegen in Kliniken und in eher ländlichen Regionen. In den ostdeutschen Flächenländern beträgt ihr Anteil an der Ärzteschaft insgesamt 15 Prozent, damit ist er rund dreimal so hoch wie der Ausländeranteil in der dortigen Bevölkerung. Umgekehrt arbeitet von den in Deutschland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten ebenfalls ein gewisser Teil im Ausland, etwa in der Schweiz.

In den letzten Jahren sind immer mehr im Ausland ausgebildete Gesundheits- und Pflegefachkräfte nach Deutschland gezogen. Die Zahl der zugewanderten Ausländerinnen und Ausländer, die im Gesundheitswesen arbeiten, hat sich zwischen 2013 und 2019 fast verdoppelt. Zudem gibt es immer mehr Fachkräfte mit Migrationshintergrund, die in Deutschland geboren sind und das deutsche Ausbildungssystem durchlaufen haben.

Für weitere Informationen und Handlungsempfehlungen s. Kap. A.2.

2 Anerkennungsverfahren beschleunigen und Nachqualifizierung erleichtern

Angesichts des erheblichen Fachkräftemangels wurden in den letzten Jahren die rechtlichen Möglichkeiten der Einwanderung für Fachkräfte deutlich erweitert. Das gilt auch und gerade für Fachkräfte in den Gesundheitsberufen. Um in Deutschland arbeiten zu dürfen, müssen sie aber nachweisen, dass ihre Qualifikation deutschen Standards entspricht, und ggf. fehlende Ausbildungsinhalte nachholen. Entscheidend für den Erfolg von Anwerbestrategien ist deshalb, wie die entsprechenden Verfahren in der Praxis umgesetzt werden.

Zuständig für die Anerkennungsverfahren sind überwiegend die Bundesländer. Um die Verfahren effizienter und transparenter zu machen, sollten sie die Prozesse möglichst weiter vereinfachen, einheitlich gestalten und die beteiligten Behörden stärker verzahnen. Zudem müssen die verschiedenen am Zuwanderungsprozess beteiligten Stellen – u. a. deutsche Konsulate im Ausland, Ausländerbehörden, Anerkennungsbehörden und auch die Bundesagentur für Arbeit – besser zusammenarbeiten. Zuwanderung muss als ein Gesamtprozess verstanden werden, bei dem die einzelnen Schritte wirksam ineinandergreifen. Der SVR schlägt zudem vor, in einer zentralen Anerkennungsstelle pro Bundesland Kompetenzen

zu bündeln und die Potenziale einer stärker digitalisierten Verwaltung auszuschöpfen. Eine arbeitsteilige Organisation zwischen den Ländern könnte den Aufbau von Expertise erleichtern (z. B. in Bezug auf bestimmte Herkunftsländer oder Berufsgruppen) und die Verfahren beschleunigen. Zudem benötigen die beteiligten Behörden deutlich mehr Personal, damit Anträge schneller bearbeitet werden können.

Wenn Antragstellende für die Anerkennung ihrer Qualifikation Ausbildungsinhalte nachholen müssen, sollte dies zeitnah möglich sein. Deshalb empfiehlt der SVR, modularisierte Anpassungslehrgänge auszubauen und die bestehenden Angebote sowohl innerhalb der jeweiligen Bundesländer als auch zwischen benachbarten Ländern besser zu koordinieren. Die Lehrgänge sollten fachliche Inhalte stets mit einer (fach-)sprachlichen Komponente verbinden, da Sprachkenntnisse sowohl für den Erfolg der Maßnahme als auch für den Arbeitsalltag unabdingbar sind und die betriebliche Integration erheblich erleichtern. Die Kapazitäten für Kenntnis- bzw. Eignungsprüfungen sollten so weit erhöht werden, dass Antragstellende nicht länger als sechs Monate auf einen Prüfungstermin warten müssen.

Für weitere Informationen und Handlungsempfehlungen s. Kap. A.1.2 und A.1.3.

3 Zuwanderung in die Ausbildung gezielt fördern; Ausbildung im Inland stärken

Neben der Rekrutierung von (bereits fertig ausgebildeten) Gesundheits- und Pflegefachkräften empfiehlt der SVR, im Ausland stärker als bisher für eine entsprechende Ausbildung in Deutschland zu werben. Wenn Zugewanderte ihre Ausbildung vollständig in Deutschland durchlaufen, entfallen langwierige Anerkennungsverfahren. Der Kontakt zu anderen Auszubildenden bzw. Studierenden erleichtert zudem den Spracherwerb und die soziale Integration. Auch können Transferprobleme vermieden werden, die sich ergeben, wenn Berufsbilder und Ausbildungsinhalte sich zwischen Ziel- und Herkunftsland unterscheiden. Dies erleichtert wiederum die betriebliche Integration. Wenn statt voll ausgebildeter Fachkräfte Auszubildende angeworben werden, vermeidet das zudem einen Braindrain aus den Herkunftsländern. Eine erfolgreiche Umsetzung setzt voraus, dass Interessierte im Vorfeld umfassend aufgeklärt werden: über die Ausbildungsinhalte und das betreffende Berufsbild ebenso wie über das Leben und Arbeiten in Deutschland. Nur so können sie realistische Vorstellungen und Erwartungen entwickeln.

Um dem Fachkräftemangel im Gesundheitswesen nachhaltig begegnen zu können, empfiehlt der SVR zudem, den Blick nicht nur ins Ausland zu richten: Man sollte auch Personen berücksichtigen, die bereits in Deutschland leben. Neben Schulabgängerinnen und Schulabgängern sind das z. B. auch Zugewanderte, die entweder noch keine Ausbildung absolviert haben oder deren Qualifikation oder Berufserfahrung aus dem Herkunftsland noch nicht anerkannt wurde. Personen, die auf Helferniveau in der Pflege arbeiten oder eine Helferausbildung absolvieren, sollten ermuntert werden, sich zur Fachkraft weiterzuqualifizieren. Um die hohen Abbruchquoten vor allem in der Pflegeausbildung zu senken, müssen sich zudem die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen grundlegend verbessern *(s. hierzu auch Kernbotschaft 4)*.

Für weitere Informationen und Handlungsempfehlungen s. Kap. A.1.3 und A.2.4.

4 Fachkräfte halten: betriebliche Integration fördern, Arbeitsbedingungen verbessern

Aus dem Ausland angeworbene Fachkräfte müssen erhebliche Anpassungs- und Transferleistungen erbringen, um ihr Wissen und ihre beruflichen Erfahrungen auf das neue Arbeitsumfeld zu übertragen. Damit sie die an sie gerichteten Erwartungen erfüllen können und auch längerfristig in Deutschland bleiben wollen, sollten sie vor allem in der Einarbeitungsphase angemessen unterstützt werden. Eine Herausforderung sind neben der Sprache oft auch Unterschiede im Arbeitsalltag und im beruflichen Rollenverständnis. Wenn Unternehmen Mitarbeitende aus dem Ausland rekrutieren wollen, sollten sie sich daher im eigenen Interesse auf deren Ankunft vorbereiten, ein Integrationskonzept entwickeln und Ansprechpersonen benennen, die den Zuwandernden zur Seite stehen. Auch die bestehende Belegschaft muss frühzeitig einbezogen werden. Eine berufliche Einarbeitung erfordert Zeit und bedeutet damit zunächst eine Mehrbelastung. Dafür sind genügend personelle Ressourcen nötig.

Ein besonders wichtiger Bereich ist Sprachförderung. Die Arbeit mit Patientinnen und Patienten sowie in multiprofessionellen Teams erfordert ein hohes Maß an Kommunikationsfähigkeit. Schon bei der Anwerbung sollte deshalb genug Zeit für eine gründliche, berufsbezogene sprachliche Vorbereitung eingeplant werden. Neben der fachlichen Einarbeitung sollte auch die persönliche und familiäre Komponente mitgedacht werden. Hier sollten neue Mitarbeitende ebenfalls möglichst umfassend informiert und beraten werden, etwa bezüglich der Suche nach Wohnraum, einer Kinderbetreuung und Arbeitsmöglichkeiten für mitziehende Angehörige, aber auch bei Fragen zur örtlichen Infrastruktur, etwa dem öffentlichen Nahverkehr. Um Angebote für Fachkräfte und ihre Familien zu machen, können Unternehmen mit lokalen Institutionen beispielsweise in der Kommune zusammenarbeiten. Dies gilt umso mehr in strukturschwachen Regionen.

Um Fachkräfte langfristig zu halten, ist es zudem nach Ansicht des SVR unabdingbar, die Arbeitsbedingungen im Gesundheitssektor und besonders in der Pflege grundlegend zu verbessern. Denn Zuwanderung allein kann den strukturellen Fachkräftemangel im Gesundheitswesen nicht lösen.

Für weitere Informationen und Handlungsempfehlungen s. Kap. A.1.4.

5 Migration von Gesundheitsfachkräften fair und transparent gestalten

Einwanderung in den Gesundheitssektor ist kein deutsches oder europäisches Phänomen: In den OECD-Staaten insgesamt sind rund ein Viertel aller Ärztinnen und Ärzte und rund ein Sechstel der Pflegekräfte nicht in dem Land geboren, in dem sie aktuell arbeiten. Mobile Fachkräfte erzielen im Ausland oft ein höheres Einkommen und haben dort bessere Arbeitsbedingungen oder Karriereperspektiven. Die Herkunftsländer können dabei einerseits von Rücküberweisungen profitieren oder im Fall einer Rückkehr von dem erworbenen Wissen. Andererseits kann die Abwanderung entsprechender Fachkräfte die gesundheitliche Versorgung und damit die Lebensverhältnisse im Herkunftsland beeinträchtigen.

Um solchen negativen Effekten entgegenzuwirken, sollten Fachkräfte im Gesundheitswesen nur in solchen Ländern aktiv rekrutiert werden, wo es ein Überangebot gibt. Zudem sollten bilaterale Vereinbarungen sicherstellen, dass von der Migration beide Seiten profitieren. Besonders zu befürworten sind Ausbildungspartnerschaften, die den Kapazitätsaufbau auch im Herkunftsland fördern.

Solche bilateralen Vereinbarungen können außerdem das Migrationsrisiko für die Fachkräfte minimieren, wenn diese umfassend über ihre Rechte und Pflichten informiert werden und z. B. klar festgelegt wird, welchen Teil der anfallenden Kosten das Zielland oder der zukünftige Arbeitgeber bzw. die Arbeitgeberin übernimmt. Über staatliche Programme reisen heute schon Fachkräfte nach Deutschland. Die Mehrheit wird allerdings direkt von Unternehmen angeworben, kommt über private Vermittlungsagenturen oder organisiert die Einreise selbst. Das kann riskant sein – zum Beispiel können Unternehmen oder Fachkräfte an eine unseriös arbeitende Agentur geraten. Das Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland" will hier mehr Transparenz schaffen, es sollte deshalb evaluiert werden. Der SVR hält es für unabdingbar, in Anwerbeprozessen bestmögliche Transparenz sicherzustellen, die Anzuwerbenden vorab umfassend aufzuklären und sie bei den behördlichen Prozessen zu unterstützen.

Für weitere Informationen und Handlungsempfehlungen s. Kap. A.1.3 und A.1.5.

6 Versorgung durch ausländische Betreuungskräfte rechtssicher und fair umsetzen

Viele ältere Menschen würden gern ihren Lebensabend zu Hause verbringen, auch wenn sie die alltäglichen Aufgaben nicht mehr allein bewältigen können. Das Modell der *live-in care* (das oft unter dem irreführenden Begriff „24-Stunden-Pflege" vermarktet wird) macht dies möglich: Betreuungskräfte, die meist aus Osteuropa stammen, leben im Haushalt der betreffenden Person und unterstützen sie in ihrem Alltag.

Für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen hat dieses Modell Vorteile. So ist die Betreuung eher finanzierbar, und die Unterstützung der pflegebedürftigen Angehörigen lässt sich besser mit eigener Berufstätigkeit vereinbaren. Den Betreuungskräften wiederum eröffnet es eine Möglichkeit der Erwerbsmigration, für die sie meist weder Qualifikationen noch Sprachkenntnisse nachweisen müssen. Viele dieser Beschäftigungsverhältnisse bewegen sich jedoch rechtlich in einer Grauzone. Geltende Gesetze werden oft nicht eingehalten, besonders die Regelungen zu Arbeitszeit und Mindestlohn.

Der SVR empfiehlt deshalb, die Beteiligten gezielt über die bestehende Rechtslage aufzuklären. Um Betreuungskräfte vor Überlastung und Ausbeutung zu schützen und die Erwartungen der zu pflegenden Person und ihrer Angehörigen realistisch zu halten, ist ein klares Tätigkeitsprofil maßgeblich. Zudem sollte grundsätzlich keine ‚24-Stunden-Betreuung' durch eine einzige Person vereinbart werden; eine solche ist in Deutschland nicht legal. Vielmehr sollten Betreuungskräfte nur bei einem moderaten alltäglichen Unterstützungsbedarf oder ergänzend zum Einsatz kommen, etwa in gemischten Pflegearrangements aus ambulanten Diensten, Angehörigenpflege und weiterer Unterstützung. Wenn die Betreuung 40 Wochenstunden deutlich übersteigt, könnten zwei oder drei Betreuungskräfte zeitgleich angestellt werden, die sich die Arbeit nach Absprache teilen. Bei legaler Anstellung und einer angemessenen Bezahlung ist dies jedoch nur eine Option für wohlhabende Familien.

Für weitere Informationen und Handlungsempfehlungen s. Kap. A.3.

7 Gesundheit hängt vor allem mit der sozialen Lage zusammen und weniger mit einer Zuwanderungsgeschichte

Die gesundheitliche Lage eines Menschen wird – neben biologischen und ökologischen Faktoren – maßgeblich von der Schichtzugehörigkeit, dem Bildungsstand, den Arbeitsbedingungen und den Wohnverhältnissen bestimmt und nicht primär von der ethnischen Herkunft. Eine Migrationsgeschichte kann allerdings insofern ein Faktor für ungleiche

Gesundheitschancen sein, als das Merkmal „Migrationshintergrund“ statistisch gesehen immer noch häufiger mit einer ungünstigen sozioökonomischen Lage zusammenfällt. Außerdem kann eine chancengleiche Nutzung von Gesundheits- und Pflegediensten durch weitere Faktoren erschwert werden, die häufig eng mit einer Migration verbunden sind. So haben neu Zugewanderte zum Teil – wenn auch meist befristet – rechtlich nur einen eingeschränkten Zugang zu öffentlich finanzierten Gesundheitsleistungen. Auch Sprachbarrieren oder Diskriminierung können den Zugang zum Gesundheitssystem behindern. Neben den Einflussfaktoren im Zielland spielen bei Zugewanderten zudem Risiko- und Schutzfaktoren im Herkunftsland und im jeweiligen Migrationsprozess eine Rolle.

Menschen mit Migrationshintergrund sind eine heterogene Gruppe. Generelle Aussagen zur gesundheitlichen Lage dieser Bevölkerungsgruppe sind deshalb nicht möglich. Dies gilt umso mehr, als die Datenlage erhebliche Lücken aufweist. Einige wenige Befunde zeichnen sich aber dennoch ab. Der eine ist das „Phänomen des gesunden Migranten“: Neu Zugewanderte haben oft zunächst eine bessere Gesundheit bzw. eine niedrigere Sterblichkeit. Dies hängt u. a. damit zusammen, dass Menschen, die migrieren, in der Regel physisch und psychisch eher gesund sind. Dieser Vorteil geht im Zielland jedoch meist nach einiger Zeit verloren; dafür können u. a. die langfristigen Auswirkungen sozioökonomischer Benachteiligung verantwortlich gemacht werden. Bei genauer Betrachtung zeigen sich auch innerhalb von Teilgruppen Unterschiede. So haben Flüchtlinge zwar wegen der jungen Altersstruktur häufig eine gute physische Gesundheit, können aber aufgrund traumatischer Erlebnisse im Herkunftsland oder auf der Flucht unter psychischen Problemen leiden.

Für weitere Informationen und Handlungsempfehlungen s. Kap. B.1, B.2.1 und B.3.

8 Der rechtliche Zugang zu Gesundheitsleistungen ist für Zugewanderte grundsätzlich gut; es bestehen aber Versorgungslücken

Die meisten Menschen, die ohne deutschen Pass in Deutschland leben, sind heute im Krankheitsfall gut abgesichert. Rechtlich eingeschränkt ist der Zugang zu öffentlich finanzierten Gesundheitsleistungen bzw. zum Krankenversicherungssystem allerdings für bestimmte Teilgruppen: Asylsuchende und ausreisepflichtige Personen, die noch keine 18 Monate in Deutschland sind, und Personen, die sich irregulär im Land aufhalten. In Ausnahmefällen gilt das außerdem für EU-Bürgerinnen und EU-Bürger, die ihr materielles Freizügigkeitsrecht verloren haben.

Die Quote der aktenkundig nicht krankenversicherten Personen liegt in Deutschland insgesamt bei weniger als 0,1 Prozent der Bevölkerung. In der Teilgruppe mit Migrationshintergrund sind es knapp 0,2 Prozent und bei Personen ohne deutschen Pass knapp 0,3 Prozent. Die allermeisten Menschen mit wie ohne Migrationshintergrund sind Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wenn Zugewanderte in Deutschland im Krankheitsfall unzureichend abgesichert sind, liegt das meist nicht an fehlenden rechtlichen Ansprüchen oder an Defiziten in der Rechtslage. Vielmehr sind die Betroffenen häufig nicht imstande, die für ihre Absicherung erforderliche Bürokratie allein zu bewältigen, z. B. aufgrund ihrer Lebensumstände und/oder der (wahrgenommenen) Komplexität der für sie geltenden Regelungen. Hier müsste es entsprechende Beratungs- und Hilfsangebote geben, die in der Fläche verfügbar und möglichst niedrigschwellig zugänglich sind. Dies wäre ein wichtiger Grundstein für ein diversitätssensibles Gesundheitssystem. Länder und Kommunen sollten deshalb nach Ansicht des SVR prüfen, wie das Modell der Clearingstellen zur Krankenversicherung in der Fläche ausgebaut werden kann.

Besonders prekär ist in Deutschland die Situation von irregulär aufhältigen Migrantinnen und Migranten. Ihnen stehen zwar Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zu. In der Praxis können sie diese aber kaum nutzen, ohne gleichzeitig eine Ausweisung befürchten zu müssen. Der SVR empfiehlt dem Gesetzgeber, durch eine Änderung von § 87 Abs. 1 Aufenthaltsgesetz klarzustellen, dass der Gesundheitsbereich (auch jenseits medizinischer Notfälle) von der Übermittlungspflicht gegenüber Ausländerbehörden ausgenommen ist. Zudem sollten einheitliche Vorgaben für die Bedürftigkeitsprüfung entwickelt werden, von der die Kostenerstattung durch die Sozialämter abhängt.

Für weitere Informationen und Handlungsempfehlungen s. Kap. B.2.

9 Diversitätssensible Gesundheitsversorgung kommt allen zugute

Wie Menschen Gesundheitsdienste nutzen und wie zufrieden sie damit sind, ist abhängig von vielen individuellen Faktoren und ihrer Wechselwirkung wie auch von strukturellen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung. Deshalb greift der Blick auf den Migrationshintergrund allein generell zu kurz, um zu verstehen, was den Zugang zu Gesundheitsangeboten oder deren Wirksamkeit behindert. Einige Herausforderungen sind zwar eng mit Migration verbunden; dazu gehören besonders Sprach- und Kommunikationsbarrieren, Diskriminierung und fehlendes Orientierungswissen in Bezug auf die Strukturen der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Doch selbst diese Herausforderungen treffen weder alle Zugewanderten automatisch, noch beschränken sie sich auf Zugewanderte.

Exklusiv migrationsspezifische Bedarfe sind in der Gesundheitsversorgung also – jenseits einer erforderlichen Sprachmittlung bei fehlenden Deutschkenntnissen – kaum sinnvoll auszumachen. Um die gesundheitliche Chancengleichheit von Menschen mit Migrationshintergrund zu stärken, müssen daher vor allem die gesundheitlichen Regeldienste diversitätssensibel ausgerichtet werden. Davon würden alle Menschen profitieren. Spezielle Angebote für Migranten und Migrantinnen können zwar in einzelnen Versorgungsbereichen als Ergänzung zur Regelversorgung sinnvoll sein. Sie dürfen dabei jedoch ihren komplementären Charakter nicht verlieren. Auch die Gesundheitskommunikation ist grundsätzlich diversitätssensibel zu gestalten. Trotzdem kann es zusätzlich auch hier sinnvoll sein, konkrete Untergruppen (seien sie migrantisch geprägt oder nicht) gezielt anzusprechen.

Die Diskussion darüber, wie eine diversitätssensible Gesundheitsversorgung konkret umgesetzt werden kann, steht in Deutschland noch am Anfang. Sicher ist jedoch: Sie braucht Rahmenbedingungen, die es ermöglichen, auf die besonderen Bedarfe der Patientinnen und Patienten einzugehen – ob ein höherer Bedarf an Zeit oder personeller Betreuung nun z. B. durch eine körperliche oder geistige Behinderung entsteht, durch Sprachbarrieren, Unsicherheit bzw. einen höheren Aufklärungsbedarf der betreffenden Person, durch einen wertbezogenen Klärungsbedarf in Bezug auf Behandlungsoptionen oder etwas ganz anderes. Dem steht der große Zeit- und Effizienzdruck im Gesundheitswesen entgegen. Der SVR empfiehlt eine verstärkte Förderung von Evaluationsstudien, die die Wirksamkeit, Anforderungen und Herausforderungen von Ansätzen diversitätssensibler Versorgung im stationären und im ambulanten Bereich erproben.

Für weitere Informationen und Handlungsempfehlungen s. Kap. B.3.

A. Migrantinnen und Migranten als Fachkräfte im Gesundheitssystem: nationalstaatliche Handlungsmöglichkeiten und transnationale Bezüge

Mit dem Themenfeld Migration und Gesundheit wird eine Doppelperspektive eröffnet, die die Grundstruktur des Jahresgutachtens vorgibt. Zum einen übernehmen Migrantinnen und Migranten als Fachkräfte Tätigkeiten und Verpflichtungen, die für den gesellschaftlichen Handlungsbereich Gesundheit entscheidend sind. Dieser analytische Zugriff auf das Themenfeld prägt Teil A des Gutachtens. Zum anderen nehmen Migrantinnen und Migranten im Gesundheitssystem als Patientinnen und Patienten gesundheitliche und pflegerische Versorgung in Anspruch und nutzen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Diese Perspektive übernimmt Teil B: Hier geht es darum, wie Menschen mit Migrationsgeschichte als Patientinnen und Patienten ins Gesundheitssystem einbezogen werden und welche Herausforderungen damit verbunden sind.

Der in Teil A eingenommene Blickwinkel ist durch die Corona-Pandemie noch einmal verstärkt in das öffentliche Interesse gerückt. Ohne Fachkräfte mit Migrationshintergrund wäre das deutsche Gesundheitssystem nicht (mehr) funktionsfähig. Im Gesundheitssystem arbeiten Migrantinnen und Migranten zudem keineswegs – wie in einigen anderen Branchen – nur in den niedrig entlohnten Bereichen am unteren Ende der beruflichen Hierarchie. Sie sind auch in der Ärzteschaft stark vertreten, dem Teilbereich des Gesundheitssystems mit der höchsten Reputation und Entlohnung (s. ausführlich Kap. A.2).

Die Corona-Pandemie hat in erschreckender Deutlichkeit ein strukturelles Problem des Gesundheitssystems aufgedeckt und ins Zentrum der öffentlichen Wahrnehmung gerückt: In diesem Bereich herrscht ein Fachkräftemangel, der zum Teil so dramatisch ist, dass er grundlegende Funktionen der öffentlichen Daseinsvorsorge in einem bislang unvorstellbaren Ausmaß gefährdet. Er muss also dringend abgemildert werden. Als ein Beitrag dazu hat seit einigen Jahren die Anwerbung von medizinischem Fachpersonal aus dem Ausland Priorität erhalten. Das hat zugleich Fragen und Diskussionen aufgeworfen: einerseits über Reformen, die notwendig sind, um die Fachkräfteeinwanderung zu erleichtern, und andererseits darüber, wie sich eine intensivere Anwerbung medizinischer Fachkräfte auf deren Herkunftsländer auswirkt (s. ausführlich Kap. A.1).

Die Bedeutung ausländischer Fachkräfte im Gesundheitswesen ist in den letzten Jahren sprunghaft gestiegen, und die Politik bemüht sich, Deutschland als Wettbewerber auf dem international zunehmend umkämpften Markt für ausländische Fachkräfte zu positionieren, um die Versorgungsqualität zu sichern. Der Fachkräftemangel geht zum Teil zurück auf den demografischen Wandel und strukturelle Probleme, hat aber auch andere Ursachen. So ist die Arbeitsverdichtung und -belastung in diesem Bereich gestiegen, in den Pflegeberufen sind die Löhne niedrig, und viele Gesundheits- und Pflegeberufe sind mit Familie schlecht vereinbar. Diese Themen liegen außerhalb des Mandats und der Kompetenz des SVR; sie müssen gleichwohl mitgedacht werden, wenn sich der analytische Blick auf Migrantinnen und Migranten in Leistungsrollen im Gesundheitssystem richtet.

Kapitel

A.1

Zuwanderung von Gesundheitsfachkräften aus dem Ausland: Voraussetzungen und Folgen

Inhalt und Ergebnisse in Kürze

Im deutschen Gesundheitssystem gibt es einen dramatischen Fachkräftemangel. Eine Option, diesen zu lindern, ist die Anwerbung aus dem Ausland. Die Zuwanderung von Pflegekräften und Ärztinnen und Ärzten ist in den letzten Jahren stetig gestiegen, abgesehen von einem leichten Rückgang im Jahr 2020 durch die Corona-Pandemie. Ein Patentrezept ist die Anwerbung aber nicht, und damit allein lässt sich das Problem nicht lösen. Insbesondere in der Pflege müssen sich auch die Arbeitsbedingungen nachhaltig verbessern, wenn Fachkräfte gewonnen und gehalten werden sollen.

Die Zuzugsregelungen für Gesundheitsfachkräfte wurden im letzten Jahrzehnt stark liberalisiert, zuletzt durch das Fachkräfteeinwanderungsgesetz. Schwierig ist jedoch nach wie vor die Anerkennung von Qualifikationen. Ausländische Fachkräfte müssen nachweisen, dass ihre im Ausland erworbenen Qualifikationen einer Ausbildung in Deutschland gleichwertig sind. Bei Gesundheitsberufen ist es aus Gründen des Patientenschutzes nicht möglich, von dieser Vorgabe zumindest teilweise abzusehen, wie es für andere Berufe wiederkehrend erwogen wird. Entsprechend wichtig ist es, dass die Anerkennungsverfahren effizienter und transparenter werden und die vielen daran beteiligten Stellen besser koordiniert werden. Derzeit sind sie komplex und unübersichtlich, dauern oft sehr lange und sind teilweise ineffizient, was u. a. darauf zurückgeht, dass die Zuständigkeiten auf mehrere Stellen verteilt sind und die Bundesländer die Verfahren nicht einheitlich umsetzen. Die verschiedenen behördlichen Verfahren bei einer Zuwanderung müssen viel stärker als bisher als ein zusammenhängender Prozess verstanden und entsprechend ausgestaltet werden.

Wenn zuwandernde Fachkräfte Ausbildungsinhalte nachholen müssen, sollten sie dies zeitnah und möglichst erfolgreich tun können, und dafür müssen passende Ausgleichsmaßnahmen überall verfügbar sein. Dazu bieten sich modularisierte Programme an. Zudem sollten die bestehenden Angebote innerhalb eines Bundeslands und zwischen den Bundesländern besser koordiniert werden. Fachliche Nachqualifizierungen sollten stets mit (fach-)sprachlichen Inhalten verbunden werden, um den Ausbildungserfolg zu sichern und den Arbeitseinstieg zu erleichtern. Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sind aufgefordert, die betriebliche Eingliederung angeworbener Fachkräfte gut vorzubereiten und zu unterstützen, etwa durch ein betriebliches Integrationskonzept oder mit Integrationslotsen und -lotsinnen. Auch die außerbetriebliche Integration sollte unterstützt werden, will man die neuen Fachkräfte langfristig halten.

Die internationale Mobilität von Gesundheitsfachkräften hat aber auch eine Kehrseite: Sie kann die Gesundheitsversorgung in den Herkunftsländern beeinträchtigen. Um die negativen Folgen für die Herkunftsländer zu verringern, sollten Fachkräfte nur aus solchen Ländern gezielt angeworben werden, in denen ein Überangebot herrscht. Im Rahmen bilateraler Vereinbarungen kann zusätzlich der Kapazitätsaufbau im jeweiligen Partnerland gefördert werden. Daneben erscheint es sinnvoll, stärker als bisher Personen für die Ausbildung anzuwerben. Wenn Zugewanderte die komplette Ausbildung in Deutschland durchlaufen, umgeht dies nicht nur die Herausforderungen des Anerkennungsprozesses und kann die betriebliche Integration erleichtern. Es vermeidet zugleich einen Braindrain aus den Herkunftsländern, wenn nicht voll ausgebildete Fachkräfte abgeworben werden, sondern die Betreffenden ihre Ausbildung erst in Deutschland erhalten.

Der für Deutschland festgestellte Fachkräftemangel ist ein strukturelles Problem am Arbeitsmarkt. Auch das Gesundheitssystem ist davon betroffen, und hier kann der Fachkräftemangel besonders dramatische Auswirkungen haben. Denn dieser Sektor ist sehr personalintensiv: Deutschlandweit arbeiteten 2019 rund 4,2 Millionen Menschen in einem Gesundheits- oder Pflegeberuf (Info-Box 1), das ist etwa jede zehnte erwerbstätige Person (9,8 %). Pflegekräfte bilden die mit Abstand größte Untergruppe: In Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe arbeiten rund 1,2 Millionen Menschen, weitere rund 0,7 Millionen in der Altenpflege (zur Abgrenzung der Pflegeberufe Info-Box 2). Ebenfalls rund 0,7 Millionen sind als Arzt- und Praxishilfen tätig und knapp 0,5 Millionen als Ärztinnen und Ärzte (Human- und Zahnmedizin) (Statistisches Bundesamt 2021j). ❗ **In vielen Gesundheits- und Pflegeberufen fehlen schon heute Fachkräfte** (BA 2021c): In der Altenpflege gab es im Jahr 2020/21 im Durchschnitt über 17.000 offene Stellen für Fachkräfte, für die keine entsprechend qualifizierten Arbeitslosen zur Verfügung standen (sog. Fachkräftelücke); bei Fachkräften in der Gesundheits- und Krankenpflege waren es im Durchschnitt über 14.000 Stellen (Seyda/Köppen/Hickmann 2021: 5; vgl. auch Hickmann et al. 2021: 11).[1] Zwischen November 2020 und Oktober 2021 dauerte es im Mittel 150 Tage, eine freie Stelle in einem Gesundheitsberuf zu besetzen; in der Altenpflege waren es sogar 220 Tage. In der Wirtschaft insgesamt lag der Durchschnitt bei 118 Tagen (BA 2021d).[2] Neben der Pflege gibt es Engpässe auch bei den Berufen Arzt/Ärztin und Apotheker/Apothekerin, in der Physio-, Ergo- und Sprachtherapie und in der medizinisch-technischen und operationstechnischen Assistenz (BA 2021c). Im Zuge der Corona-Pandemie wurde überdeutlich, dass dieser Fachkräftemangel die Versorgung der Bevölkerung gefährden kann: Im Herbst und Winter 2021 konnte ein beträchtlicher Anteil der vorhandenen Intensivbetten nicht belegt werden, weil es in den Krankenhäusern nicht genügend Intensivpflegekräfte gab. Viele Pflegekräfte haben zudem aufgrund der hohen Arbeitsbelastung in der Krise den Beruf aufgegeben oder ihre Arbeitszeit reduziert. Dadurch haben sich Engpässe, die schon vor 2020 bestanden, weiter verschärft (Karagiannidis et al. 2021).

❗ **Gerade für die Pflege ist absehbar, dass der Personalbedarf in Zukunft noch steigen wird:** Durch den demografischen Wandel wächst der Anteil der Älteren an der Bevölkerung und damit tendenziell auch die Zahl derjenigen, die pflegebedürftig werden.[3] Um sie zu versorgen, werden also mehr Pflegekräfte benötigt als heute. Projektionen zufolge wird in der Langzeitpflege bis zum Jahr 2030 ein Mehrbedarf von 100.000 bis 190.000 Pflegekräften (Schwinger/Klauber/Tsiasioti 2020) bzw. 180.000 Pflegekräften (Rothgang/Müller 2021: 169–183) entstehen. Andere Modellrechnungen sprechen von insgesamt 140.000 bis 230.000 zusätzlichen Pflegefachkräften in Vollzeit bis 2040 (Heger 2021: 150–153).[4] Zugleich sinkt die Zahl der verfügbaren Arbeitskräfte, weil in der alternden Bevölkerung immer weniger junge Menschen neu auf den Arbeitsmarkt kommen (Fuchs/Söhnlein/Weber 2021).

❗ **Als ein Instrument, um dem Fachkräftemangel im Gesundheitswesen zu begegnen, gilt die Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland** (s. Bundesregierung 2019a: 129–151; Sell 2020; allgemein Bundesregierung 2019b).[5] Diese Strategie bildet einen Handlungsbereich

1 Die Werte basieren auf einer Hochrechnung des Instituts der deutschen Wirtschaft (IW Köln). Diese berücksichtigt neben den bei der Bundesagentur für Arbeit (BA) gemeldeten offenen Stellen und den registrierten Arbeitslosen auch die Meldequote aus der Stellenerhebung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), da nicht alle offenen Stellen gemeldet werden (s. Seyda/Köppen/Hickmann 2021: 2).

2 Diese sog. Vakanzzeit bezeichnet den Zeitraum zwischen der gewünschten und der tatsächlichen Besetzung einer Stelle. Eine hohe Vakanzzeit (über 80 Tage) bedeutet, dass es schwierig ist, geeignete Personen zu finden; sie gilt daher als Indiz für einen Fachkräftemangel (BA 2021c: 7). In der Altenpflege war die Vakanzzeit im Vergleich aller Branchen am höchsten. Hilfs- und Anlerntätigkeiten sind bei den Angaben nicht berücksichtigt.

3 Durch den medizinischen Fortschritt kann wiederum der Pflegebedarf sinken oder erst in einem höheren Alter einsetzen (sog. Kompressionstheorie). Auch bessere Angebote der Prävention und Rehabilitation können die Zahl der Pflegebedürftigen verringern (Schwinger/Klauber/Tsiasioti 2020: 7–8). Zumindest für die Vergangenheit zeigt sich jedoch eine Zunahme: Von 2005 bis 2015 ist die Zahl der Pflegebedürftigen nach SGB IX von 2,1 auf 2,9 Millionen gestiegen; 2019 waren es 4,1 Millionen (Statistisches Bundesamt 2020c). Allerdings wurde mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz ab dem 01.01.2017 Pflegebedürftigkeit neu definiert, dadurch haben deutlich mehr Menschen Anrecht auf entsprechende Leistungen (s. Rothgang/Müller 2021: 96–97).

4 Der zukünftige Personalbedarf hängt von vielen Faktoren ab und lässt sich daher nicht punktgenau vorhersehen. Neben der Bevölkerungsentwicklung spielt dafür u. a. eine Rolle, wie sich Gesundheit, Pflegebedürftigkeit und Lebenserwartung in der Bevölkerung entwickeln, welche Gruppen Anrecht auf welche Leistungen haben, welcher Personalschlüssel angesetzt wird und wie viele Stunden die Beschäftigten jeweils arbeiten. Wichtig ist auch der sog. Pflegemix, also die Frage, welchen Anteil der Pflege Angehörige oder andere nichtprofessionelle Pflegepersonen übernehmen und wie viele Personen jeweils in welchen Pflegearrangements versorgt werden (s. Schwinger/Klauber/Tsiasioti 2020: 7–10; Sell 2020: 86–87; Heger 2021: 150–153). Dies erklärt auch die zum Teil großen Korridore bei den Prognosen.

5 Die Berufe Arzt/Ärztin und Apotheker/Apothekerin sowie Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege, Fachkrankenpflege, Altenpflege und Physiotherapie wurden in einer Bedarfsanalyse der BA als Fokusberufe identifiziert, „die sich im Besonderen für eine Fachkräftegewinnung im Ausland eignen" (BA 2019: 4).

der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) in Deutschland (Info-Box 4); sie wird aber auch von vielen anderen Ländern verfolgt (Info-Box 6). **Schon heute haben zugewanderte Erwerbstätige im Gesundheitswesen in Deutschland einen hohen Anteil: Etwa jede bzw. jeder sechste Erwerbstätige in den Gesundheits- und Pflegeberufen (16,5 %) ist im Ausland geboren.** Ihre Zahl ist zwischen 2013 und 2019 um 220.000 Personen auf insgesamt 690.000 gestiegen (Statistisches Bundesamt 2021h; eigene Berechnung; s. ausführlich Kap. A.2).[6]

Im Folgenden wird zunächst dargestellt, wie sich die Zahl der jährlich zuwandernden Gesundheitsfachkräfte seit 2015 entwickelt hat (s. Kap. A.1.1). Kap. A.1.2 skizziert den rechtlichen Rahmen der Zuwanderung von Gesundheitsfachkräften und geht vor allem auf die Besonderheiten ein, die sich daraus ergeben, dass es sich bei den Berufen im Gesundheitswesen größtenteils um reglementierte Berufe handelt. Um Herausforderungen bei der Umsetzung der erforderlichen Verfahren, besonders zur Anerkennung der im Ausland erworbenen Qualifikationen, geht es in Kap. A.1.3; Kap. A.1.4 betrachtet die betriebliche Integration der zugewanderten Fachkräfte. Kap. A.1.5 schließlich übernimmt die Perspektive der Herkunftsländer und erörtert Ansätze für eine internationale Regulierung und Kooperation.

A.1.1 Zuwanderung von Gesundheitsfachkräften in Zahlen

Wie viele Gesundheitsfachkräfte[7] jedes Jahr zuwandern, wird statistisch nicht erfasst. Einen Anhaltspunkt dafür gibt die Zahl der durchgeführten Anerkennungsverfahren, da die meisten Gesundheitsberufe reglementiert sind. Bevor Zugewanderte einen solchen Beruf in Deutschland ausüben können, müssen sie ihre Qualifikation anerkennen lassen (s. ausführlich Kap. A.1.2). Die Zahl der Anerkennungsverfahren für Gesundheits- und Pflegeberufe erlaubt jedoch nur eine Annäherung.[8] Sie entspricht nicht der Zahl derjenigen, die tatsächlich im jeweiligen Zeitraum zuwandern. Denn die Anerkennung kann bereits vor der Zuwanderung beantragt worden sein oder auch erst lange nach der Einreise.[9] Zudem nehmen nicht alle Antragstellenden dann auch tatsächlich eine Arbeit in Deutschland auf. Eine Berufstätigkeit als Fachkraft ohne vorherige Anerkennung ist jedoch nicht möglich.[10] Die Zahl der Anerkennungsverfahren entspricht also einem maximalen Rahmen für zugewanderte Fachkräfte; der tatsächliche Zuzug dürfte etwas darunter liegen.

Im Jahr 2020 wurden insgesamt über 23.000 Anträge auf Anerkennung in einem medizinischen Gesundheitsberuf (Info-Box 1) gestellt. Diese machen damit fast drei Viertel aller Anträge aus, die Berufe in Bundeszuständigkeit betreffen.[11] Mehr als die Hälfte davon – fast 13.000 – bezog sich auf den Referenzberuf der Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. des Gesundheits- und Krankenpflegers[12] (Abb. A.1; Böse/Schmitz 2021: 13–14). Gegenüber dem Vorjahr sind die Zahlen etwas gesunken; das dürfte auf die Corona-Pandemie zurückzuführen sein. **Von 2015 bis 2019 ist die Zahl der Anträge auf Anerkennung von Gesundheits- und Krankenpflegefachkräften um das Zweieinhalbfache gestiegen: von knapp 6.000 auf fast 15.000 Anträge im Jahr** (Abb. A.1) (s. zur

6 Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der in Deutschland geborenen Erwerbstätigen in diesen Berufen um rund 300.000 auf insgesamt rund 3,5 Millionen (Statistisches Bundesamt 2021h; eigene Berechnung).

7 Als Gesundheitsfachkräfte werden in diesem Gutachten qualifizierte Erwerbstätige in den Gesundheits- und Pflegeberufen bezeichnet (Info-Box 1). Der Begriff umfasst sowohl akademisch qualifizierte Berufsgruppen (etwa Ärztinnen und Ärzte) als auch Personen mit nichtakademischer Ausbildung (etwa Pflegekräfte).

8 Die meisten Anerkennungsverfahren für Gesundheitsberufe enden mit einer Anerkennung; ggf. wird eine Ausgleichsmaßnahme auferlegt, d. h. eine Nachqualifizierung mit anschließender Prüfung. Von den im Jahr 2020 entschiedenen Verfahren endeten weniger als 3 Prozent damit, dass keine Gleichwertigkeit festgestellt wurde, die Antragstellenden also keinen Berufszugang erhielten (Böse/Schmitz 2021: 11).

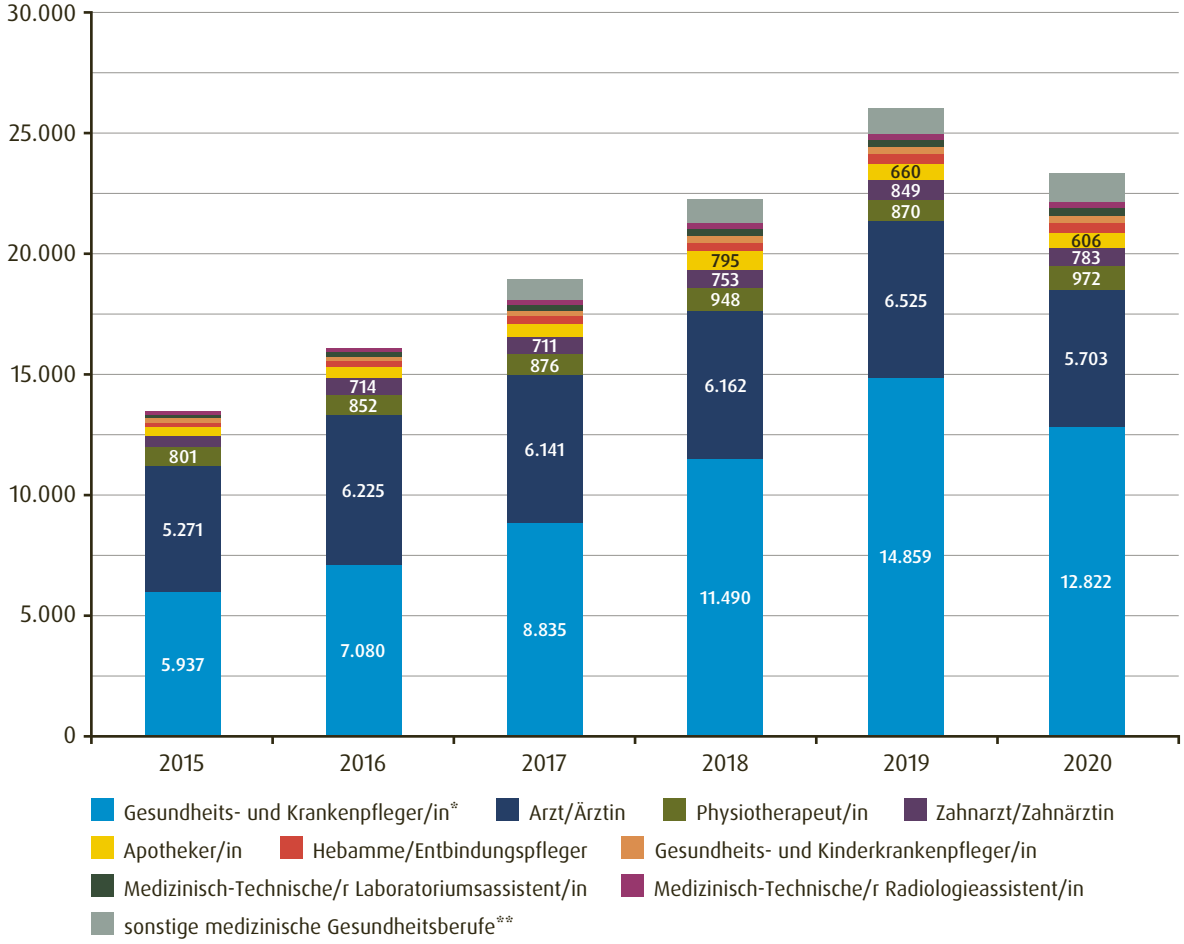
9 Zudem sind die Antragstellenden nicht zwangsläufig Migrantinnen und Migranten im eigentlichen Sinne: 2020 wurden 7,8 Prozent der Anträge auf Anerkennung für bundesrechtlich geregelte Berufe von Deutschen gestellt, die ihre Ausbildung im Ausland abgeschlossen hatten (Böse/Schmitz 2021: 9; eigene Berechnung). Beispielsweise studieren viele Deutsche Medizin im Ausland (Info-Box 8). Auch sie müssen anschließend ein Anerkennungsverfahren durchlaufen.

10 Dies betrifft nur reguläre Arbeitsverhältnisse als Fachkraft. Personen, die als Betreuungs- und Pflegekräfte in Privathaushalten arbeiten, sind in der Regel nicht als Pflegefachkraft angestellt. Daher benötigen sie weder eine formale Qualifikation, noch müssen sie diese anerkennen lassen (s. dazu ausführlich Kap. A.3).

11 Insgesamt wurden rund 31.500 Anträge für bundesrechtlich geregelte Berufe gestellt. Weitere rund 10.400 Anträge betrafen Berufe, die landesrechtlich geregelt sind; dazu gehören u. a. viele Berufe im Bildungs- und Sozialwesen (z. B. Lehrer/Lehrerin, Erzieher/Erzieherin) sowie Ingenieur/Ingenieurin (Böse/Schmitz 2021: 4). Nur wenige Gesundheits- und Pflegeberufe unterliegen dem Landesrecht, u. a. Helfer- und Assistenzberufe in der Pflege (Info-Box 2) sowie Berufe in der Haus- und Familienpflege und der Heilerziehungspflege. Die jeweiligen Regelungen der Bundesländer weichen zum Teil deutlich voneinander ab. Für die Berufe nach Bundesrecht gibt das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) jährlich eine statistische Auswertung der Anerkennungsverfahren heraus (zuletzt Böse/Schmitz 2021).

12 Einschließlich Anträgen für den neuen Beruf Pflegefachmann/-frau.

Abb. A.1 Anträge auf Anerkennung in ausgewählten Gesundheitsberufen 2015–2020



Anmerkung: Werte unter 600 sind nicht ausgewiesen. *Für 2020 inkl. Pflegefachmann/-frau. **Keine Angaben für die Jahre 2015 und 2016.

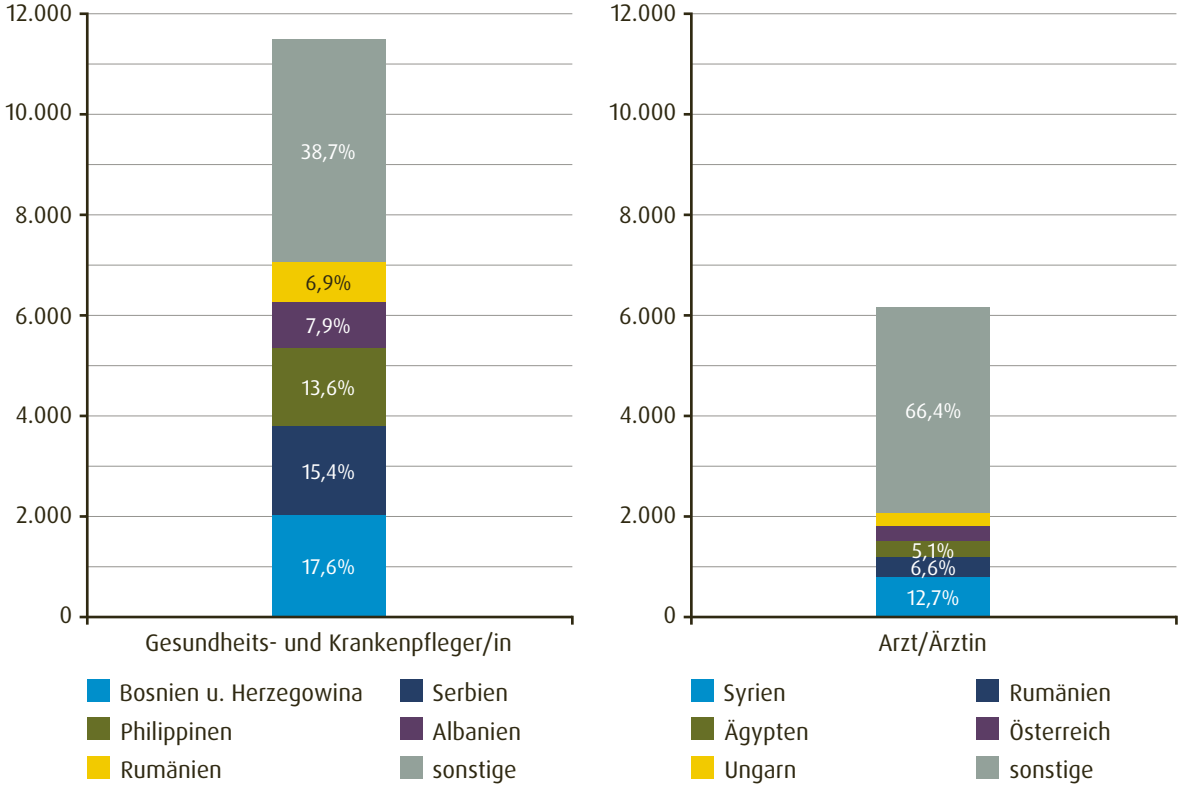
Quelle: Schmitz/Wünsche 2016; Schmitz 2017; 2018; Böse/Schmitz 2019; 2020; 2021; Berechnung und Darstellung: SVR

Zunahme der ausländischen Beschäftigten in der Pflege auch Kap. A.2.3). Zum Vergleich: Im Jahr 2019 verließen in Deutschland rund 16.100 Absolventinnen und Absolventen in der Gesundheits- und Krankenpflege die entsprechenden Schulen (ohne akademische Abschlüsse). Rechnet man Absolventinnen und Absolventen in der Altenpflege (17.300) und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (2.100) hinzu, sind das insgesamt rund 35.500 Pflegefachkräfte (Statistisches Bundesamt 2021d).[13] **❗ Es sind also fast halb so viele Fachkräfte aus dem Ausland gekommen, wie Fachkräfte im Inland ausgebildet wurden.**

Von denen, die im Jahr 2018 eine Anerkennung im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege beantragten, hatten über 60 Prozent ihre Ausbildung in Bosnien und Herzegowina, Serbien, auf den Philippinen, in Albanien oder in Rumänien abgeschlossen (Abb. A.2). Mit den ersten drei Staaten hatte die Bundesagentur für Arbeit (BA) zu diesem Zeitpunkt Abkommen im Rahmen des Programms „Triple Win" getroffen (Info-Box 5; s. auch Gerlinger 2021: 33). Allerdings wurden darüber 2018 nur etwa 900 Pflegekräfte vermittelt (BT-Drs. 19/16732: 2). **❗ Die Mehrheit der Antragstellenden kommt also auf**

13 Diese spezialisierten Pflegeberufe gibt es im Ausland kaum. Deshalb beantragen Zuwandernde, die eine Anstellung in diesen Bereichen suchen, meist eine Anerkennung für Gesundheits- und Krankenpflege.

Abb. A.2 Anträge auf Anerkennung in den Referenzberufen Gesundheits- und Krankenpfleger/in und Arzt/Ärztin 2018 nach Ausbildungsstaat



Anmerkung: Werte unter 5 Prozent sind nicht ausgewiesen. Aufgrund von Rundungen können die Gesamtsummen von 100 Prozent abweichen.

Quelle: BMBF 2020: 40; Berechnung und Darstellung: SVR

anderen Wegen nach Deutschland: Manche werden von Unternehmen direkt angeworben, andere kommen über private Vermittlungsagenturen oder auf eigene Faust (s. Kap. A.1.3.4).

Der Beruf, für den am zweithäufigsten eine Anerkennung beantragt wurde, ist der des Arztes bzw. der Ärztin. Dafür wurden 2020 rund 5.700 Anträge gestellt (im Vorjahr waren es rund 6.500).[14] Auch hier ist die Zahl bis 2019 fast durchgängig gestiegen, wenn auch weniger stark (Abb. A.1). Die Ausbildungsländer waren hier weitaus vielfältiger als im Bereich der Pflege: Auf die fünf wichtigsten Ausbildungsstaaten (Syrien, Rumänien, Ägypten, Österreich und Ungarn[15]) entfiel 2018 nur ein Drittel der Anträge (Abb. A.2; s. auch Kap. A.2.2).

Auf den nächsten Positionen folgen mit großem Abstand die Berufe Physiotherapeutin bzw. Physiotherapeut, Zahnarzt bzw. Zahnärztin und Apothekerin bzw. Apotheker (Abb. A.1). Für diese Berufe wurden jeweils unter 1.000 Anträge gestellt. Im Verlauf der letzten Jahre ist ihre Zahl ebenfalls tendenziell gestiegen. Für den Referenzberuf des Altenpflegers bzw. der Altenpflegerin gehen dagegen nur wenige Anträge auf Anerkennung ein. Zugleich sind in diesem Beruf besonders viele zugewanderte Ausländerinnen und Ausländer tätig (s. Kap. A.2.3). Hintergrund

14 Ein Medizinstudium an deutschen Universitäten haben im Jahr 2019 rund 10.000 Personen abgeschlossen (Statistisches Bundesamt 2020b).

15 In Österreich und Ungarn studieren viele Deutsche Medizin. Bei den Antragstellenden handelt es sich daher wahrscheinlich zumindest zum Teil nicht im engeren Sinn um Zuwanderinnen und Zuwanderer, sondern um deutsche Staatsangehörige, die nach dem Studium zurückkehren; s. auch Fn. 9 und Info-Box 8.

Info-Box 1 Gesundheits- und Pflegeberufe: Definition und Reglementierung

Für Gesundheitsberufe gibt es keine allgemein verbindliche Definition. Die **medizinischen Gesundheitsberufe** (Hauptgruppe 81 in der Klassifikation der Berufe (KldB) 2010) umfassen folgende Berufsgruppen:

- medizinische und zahnmedizinische Fachangestellte, Podologinnen und Podologen sowie Orthoptistinnen und Orthoptisten;
- medizinisch-technische Berufe in Laboratorium, Funktionsdiagnostik und Radiologie;
- Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege, dem Rettungsdienst und der Geburtshilfe sowie in der operations- und medizintechnischen Assistenz (s. auch Info-Box 2);
- Human- und Zahnmedizinerinnen und -mediziner;
- Berufe in Psychologie und Psychotherapie;
- Berufe in der Pharmazie;
- nichtärztliche therapeutische Berufe und Heilkunde (Physio-, Ergo-, Musik- und Kunsttherapie, Logopädie, Diät- und Ernährungstherapie sowie Homöopathie und Heilkunde).

Die Gruppe umfasst auch veterinärmedizinische Berufe (Tierärztinnen und Tierärzte, tiermedizinische Fachangestellte u. a.) sowie Aufsichts- und Führungskräfte in den jeweiligen Bereichen. Mit Ausnahme der medizinischen Fachangestellten und einiger nichtärztlicher therapeutischer Berufe zählen die meisten Berufe in dieser Gruppe zu den sog. **Heilberufen**.[16] Dabei handelt es sich um **reglementierte Berufe**, das heißt, für ihre Ausübung ist eine bestimmte Qualifikation gesetzlich vorgeschrieben. Nur wer diese Qualifikation nachweisen kann – in der Regel durch eine bestandene staatliche Prüfung –, erhält eine Ausübungserlaubnis für den jeweiligen Beruf bzw. (bei den akademischen Heilberufen) eine Approbation.[17]

Liegt ein ausländischer Berufsabschluss vor, muss behördlich festgestellt werden, dass er einem deutschen Abschluss gleichwertig ist. Wenn dafür Ausbildungsinhalte fehlen, müssen sie nachgeholt werden (s. ausführlich Kap. A.1.2 und A.1.3).

Wenn in diesem Gutachten von **Gesundheits- und Pflegeberufen** oder **Gesundheitsfachkräften** gesprochen wird, ist damit das Aggregat „Gesundheits- und Pflegeberufe i. e. S." der Bundesagentur für Arbeit (BA) gemeint (BA 2013). Es umfasst neben den oben genannten medizinischen Gesundheitsberufen (ohne veterinärmedizinische Berufe) auch Berufe in der Altenpflege, der Heilerziehungspflege und der Haus- und Familienpflege. Auch dabei handelt es sich meist um reglementierte Berufe; Altenpflegerinnen und Altenpfleger zählen zudem zu den Heilberufen. Der Begriff **Gesundheitsfachberufe** bezeichnet diejenigen dieser Berufe, die in Deutschland im Allgemeinen eine berufliche Ausbildung erfordern, in Abgrenzung zu den **akademischen Heilberufen** in (Zahn-)Medizin, Pharmazie und Psychologie. Die meisten wissenschaftlichen Untersuchungen beziehen sich auf die Berufsgruppen der Pflegekräfte (dazu im Detail Info-Box 2) und der Ärztinnen und Ärzte. Diese Gruppen stehen daher auch in diesem Gutachten im Zentrum.

Als **sonstige Gesundheitsfachberufe** bezeichnet man zusammenfassend gesundheitssichernde Berufe (etwa in der Lebensmittelkontrolle), Berufe im Verkauf von Sanitäts- und Medizinbedarf, in der Ernährungs- und Gesundheitsberatung sowie in der Gesundheits- und Medizintechnik (BA 2013). Sie sind zum größten Teil nicht reglementiert und werden in diesem Gutachten nicht behandelt.

16 Eine Liste der durch Bundesgesetze geregelten Heilberufe findet sich unter www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein.html (07.02.2022).

17 In Deutschland gibt es 81 bundesrechtlich und 18 auf Länderebene reglementierte Berufe (BMBF 2020: 104). Dazu zählen neben den Heilberufen z. B. die Berufe Rechtsanwalt/Rechtsanwältin und Lehrer/Lehrerin. Zu den nicht reglementierten Berufen gehören in Deutschland vor allem die Ausbildungsberufe im dualen System der Berufsausbildung. Hier ist der Zugang oder die Ausübung nicht an bestimmte staatliche Vorgaben geknüpft.

der niedrigen Antragszahlen ist, dass die Altenpflege als eigener Beruf in vielen anderen Ländern nicht existiert.[18] Wenn Pflegekräfte aus dem Ausland in der Altenpflege arbeiten wollen, beantragen sie daher in der Regel die Anerkennung als Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Krankenpflegerin.[19] Einige Ausländerinnen und Ausländer in der Altenpflege sind auch als Hilfskräfte beschäftigt; in dem Fall benötigen sie keine Anerkennung.

Die Gesundheitsberufe sind stark weiblich geprägt (s. auch Kap. A.2). Das zeigt sich auch bei den Anerkennungsverfahren: **! Rund drei Viertel der im Jahr 2020 gelaufenen Verfahren zur Anerkennung als Gesundheits- und Krankenpflegefachkraft wurden von Frauen beantragt**; bei Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und Apothekerinnen und Apothekern waren es über 60 Prozent. Bei Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie Ärztinnen und Ärzten war das Verhältnis in etwa ausgeglichen (Statistisches Bundesamt 2021a; eigene Berechnung).

A.1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen der Zuwanderung von Gesundheitsfachkräften

Deutschland hat in den letzten zwei Dekaden die Möglichkeiten der Erwerbsmigration in rascher Folge deutlich erweitert (s. z. B. OECD 2013; SVR 2018). Damit haben sich auch die Einreisemöglichkeiten für Fachkräfte aus dem Gesundheitssektor verbessert. Für diese Gruppe gelten jedoch einige Besonderheiten, vor allem, weil es sich um reglementierte Berufe handelt.

A.1.2.1 Zuwanderung von Gesundheitsfachkräften: allgemeine und spezifische Regelungen

Wer als ausländische Fachkraft in Deutschland in einem Gesundheitsberuf arbeiten möchte, unterliegt zunächst grundsätzlich den allgemeinen Regelungen für Erwerbsmigration: Für Drittstaatsangehörige gilt hier das Aufenthaltsgesetz (AufenthG), Unionsbürgerinnen und -bürger genießen Freizügigkeit. Schon bevor 2020 das Fachkräfteeinwanderungsgesetz (FKEG) in Kraft trat, bestanden für Gesundheitsfachkräfte aus Drittstaaten, die in Deutschland arbeiten wollten, rein zuwanderungsrechtlich kaum Hürden. Das gilt gleichermaßen für (nach deutschen Maßstäben) akademisch qualifizierte Fachkräfte (vor allem Ärztinnen und Ärzte) und (nach deutschen Maßstäben) beruflich qualifizierte Personen (vor allem Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger[20]). Akademisch qualifizierte Personen aus Drittstaaten konnten und können über die Blaue Karte EU zuwandern. Für Ärztinnen und Ärzte gelten zudem die Sonderregelungen für Mangelberufe: ein niedrigeres Mindesteinkommen und kürzere Fristen für eine Niederlassungserlaubnis (§ 18b Abs. 2 AufenthG).[21] Neben diesen unionsrechtlich geprägten Regelungen gibt es noch den Pfad des Zuzugs als Fachkraft über § 18b Abs. 1 AufenthG, der keine absoluten Gehaltsgrenzen vorsieht. Damit ermöglicht er auch Fachkräften jenseits der für die Blaue Karte EU geforderten Mindestgehälter, zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit einzureisen.

! Für Fachkräfte, die eine berufliche Ausbildung nach deutschen Maßstäben absolviert haben und beispielsweise als Krankenpflegerin bzw. Krankenpfleger arbeiten wollen, hat das Fachkräfteeinwanderungsgesetz den Zugang erheblich erleichtert. Beruflich qualifizierte Personen fallen nun unter den allgemeinen Fachkräftebegriff nach § 18 Abs. 3 Nr. 1 AufenthG. Somit können sie zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit zuwandern; die betreffende Regelung (§ 18a AufenthG) unterscheidet sich nicht mehr von den entsprechenden Möglichkeiten für akademisch ausgebildete Fachkräfte (§ 18b AufenthG).[22]

Für eine Einreise zum Zweck der Erwerbstätigkeit müssen Drittstaatsangehörige im Wesentlichen zwei

18 Auch in Deutschland trat 2020 mit der Reform der Pflegeausbildung neben die drei separaten Ausbildungsgänge Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege eine generalistische Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann (Info-Box 2).

19 Betreuungskräfte in Privathaushalten durchlaufen in der Regel kein Anerkennungsverfahren (s. Fn. 10). Sie sind in den Zahlen der Beschäftigten auch nicht enthalten. S. dazu ausführlich Kap. A.3.

20 Im Ausland findet die Ausbildung von Pflegefachkräften häufig an Universitäten statt; die Betreffenden haben damit einen akademischen Abschluss. Der deutsche Referenzberuf verlangt jedoch einen beruflichen Abschluss (auch wenn es einige grundständige Studiengänge gibt, s. Fn. 25).

21 Für die Blaue Karte EU müssen Antragstellende im Jahr 2022 ein jährliches Bruttogehalt von 56.400 Euro nachweisen. Bei Mangelberufen – und dazu zählen Humanmedizinerinnen und Humanmediziner – sind es nur 43.992 Euro. Das Einstiegsgehalt für Assistenzärztinnen und -ärzte in Vollzeit liegt in den Tarifverträgen der Krankenhausträger zwischen 4.400 und 4.900 Euro monatlich (s. www.marburger-bund.de/tarifrechner, 17.01.2022).

22 Schon vor der Verabschiedung des FKEG war die Zuwanderung für Pflegekräfte vergleichsweise liberal geregelt. Zwar musste die BA für den betreffenden Beruf oder die Berufsgruppe stets festgestellt haben, dass es arbeitsmarkt- und integrationspolitisch vertretbar ist, offene Stellen mit ausländischen Arbeitskräften zu besetzen. Die BA führte diese Berufe in einer sog. Positivliste. Die Berufe aus dem Bereich der Krankenpflege waren darin jedoch immer enthalten. Entsprechend war keine Vorrangprüfung nötig, auch andere zuwanderungssteuernde Instrumente wurden nicht eingesetzt (§ 6 Abs. 3 BeschV a. F.).

Info-Box 2 Pflegeberufe in Deutschland und ihre Besonderheiten

Pflegekräfte betreuen und versorgen kranke oder pflegebedürftige Menschen aller Altersstufen in verschiedenen Kontexten, etwa in stationären Einrichtungen wie Krankenhäusern oder Pflegeheimen, in ambulanter Form und in Form von Kurzzeit- oder Langzeitpflege.[23] In Deutschland gab es lange Zeit drei verschiedene Pflegeberufe mit jeweils eigenen Ausbildungsgängen: die Gesundheits- und Krankenpflege, die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und die Altenpflege. Diese dreigliedrige Ausbildungsstruktur wurde 2020 mit dem Pflegeberufereformgesetz[24] umgewandelt in eine generalistische Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann. Es ist aber weiterhin möglich, sich auf Kinderkrankenpflege oder Altenpflege zu spezialisieren und einen entsprechenden Abschluss zu machen. Zudem gibt es dafür mittlerweile auch eine hochschulische Ausbildung in einem dualen Pflegestudium (BMG 2021b).[25]

In allen drei Berufsgruppen gibt es Berufe auf verschiedenen Qualifikationsstufen:[26] Die reguläre Ausbildung zur Pflegefachkraft dauert gewöhnlich drei Jahre und setzt einen mittleren Schulabschluss voraus. Danach ist eine Weiterbildung zur Fachkrankenpflegerin bzw. zum Fachkrankenpfleger möglich, etwa für Onkologie, Intensivmedizin oder Psychiatrie (Qualifikationsniveau Spezialist/in). Pflegefachkräfte für Kinderkrankenpflege und Altenpflege können sich jeweils für ihre Bereiche weiterqualifizieren. Unterhalb der Fachkräfteausbildung gibt es in den meisten Bundesländern Pflegehelfer- oder Pflegeassistenz-Ausbildungen. Diese dauern ein bis zwei Jahre, werden ebenfalls mit einer staatlichen Prüfung abgeschlossen und stehen häufig auch Bewerberinnen und Bewerbern mit Hauptschulabschluss offen.[27] Eine erfolgreich abgeschlossene Helferausbildung eröffnet den Zugang zu einer (ggf. verkürzten) Ausbildung zur Pflegefachkraft. Daneben werden vor allem in der Altenpflege auch angelernte Pflegehilfskräfte beschäftigt. Diese sind nicht staatlich geprüft, sondern haben meist nur einen kurzen Lehrgang absolviert.

Statistische Analysen zur Arbeitsmarktsituation von Pflegekräften stützen sich meist auf die Klassifikation der Berufe (KldB) 2010 (s. auch Info-Box 1). Darin sind einerseits Berufe in der Altenpflege (Berufsgruppe 821) ausgewiesen und andererseits Berufe in „Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe" (Berufsgruppe 813) (im Folgenden kurz: Gesundheits- und Krankenpflege). In diese zweite Gruppe fallen neben Krankenpflege und Kinderkrankenpflege auch Berufe im Rettungsdienst, in der operationstechnischen Assistenz[28] und in der Geburtshilfe sowie Aufsichts- und Führungskräfte in den jeweiligen Bereichen. Insgesamt arbeiteten in diesen Berufsgruppen Ende 2020 rund 1,9 Millionen Menschen, davon knapp 0,7 Millionen in der Altenpflege und rund 1,2 Millionen in der Krankenpflege (BT-Drs. 19/32157: 6–26; s. auch Kap. A.2.3).

In der Krankenpflege sind vorwiegend Fachkräfte tätig, also Personen mit einer meist dreijährigen beruflichen Ausbildung (72 % der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten). Erwerbstätige auf Spezialistenniveau, z. B. Fachkrankenpflegerinnen und Fachkrankenpfleger oder Hebammen, und Expertinnen und Experten machen 12 Prozent aus, Helferinnen und Helfer 16 Prozent. Von den in der Altenpflege Beschäftigten sind demgegenüber nur knapp über die Hälfte Fachkräfte (51 %); 48 Prozent sind Helferinnen und

23 Die ambulante Pflege wird zum großen Teil von sog. informellen Pflegepersonen übernommen; das sind meist Angehörige, andere Personen, die den Pflegebedürftigen nahestehen, oder Ehrenamtliche. Hinzu kommt die Betreuung durch Haushaltshilfen oder sog. Live-in-Betreuungskräfte; s. dazu ausführlich Kap. A.3.

24 Gesetz zur Reform der Pflegeberufe vom 17.07.2017 (BGBl. I S. 2581).

25 Der Wissenschaftsrat (2012: 82) empfahl 2012 den Ausbau grundständiger Studiengänge für die Pflege- und Therapieberufe. Im Wintersemester 2020/21 gab es bundesweit etwa 30 Studiengänge nach dem Pflegeberufegesetz (Bundesregierung 2021a: 24).

26 Die KldB teilt alle Berufe einer von vier Anforderungsstufen zu: „Helfer", „Fachkraft", „Spezialist" und „Experte". Eine Tätigkeit als Fachkraft erfordert in der Regel eine zwei- bis dreijährige Berufsausbildung, jene als Spezialist oder Spezialistin einen Fortbildungsabschluss (z. B. Meisterausbildung) oder einen Bachelorabschluss. Experten und Expertinnen haben in der Regel einen Hochschulabschluss (Master, Diplom) oder auch eine Promotion.

27 Anders als bei den Pflegefachkräften sind die Helfer- oder Assistenz-Ausbildungen nicht bundesweit einheitlich geregelt: Derzeit gibt es 27 verschiedene landesrechtlich geregelte Ausbildungen mit acht verschiedenen Bezeichnungen (Stemmer 2021: 178). Auch diese Berufsbezeichnungen sind geschützt, eine entsprechende Tätigkeit erfordert also eine Anerkennung.

28 Dazu zählen beispielsweise operationstechnische und anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten. Die Medizinisch-Technischen Assistentinnen und Assistenten (MTA) gehören hingegen zur Berufsgruppe „medizinisches Laboratorium" (812).

Helfer.[29] Fachaltenpflegerinnen und Fachaltenpfleger sind dagegen selten. Anders als in der Krankenpflege werden Personen mit dieser höheren Qualifikation in der Altenpflege auch nicht besser bezahlt. Insgesamt liegt die Entlohnung in diesem Bereich auf allen Qualifikationsstufen niedriger als in der Krankenpflege.[30] In beiden Berufsgruppen sind rund vier von fünf Beschäftigten weiblich; ein beträchtlicher Anteil übt den Beruf in Teilzeit aus (43 % in der Krankenpflege und 55 % in der Altenpflege) (BA 2021a: 6–9).

Voraussetzungen erfüllen:[31] Sie müssen ein konkretes Arbeitsplatzangebot vorlegen, und ihre Qualifikation muss als einer deutschen Qualifikation gleichwertig anerkannt sein.[32] Zu beiden Punkten gibt es Sonderregelungen. So können Drittstaatsangehörige unter bestimmten Umständen auch einreisen, um einen Arbeitsplatz zu suchen (§ 20 AufenthG). Und wenn die Qualifikation einer Person noch nicht als gleichwertig anerkannt wurde, kann diese seit 2020 auch einreisen, um dafür notwendige Ausgleichsmaßnahmen zu absolvieren (§ 16d AufenthG; s. dazu ausführlich unten). Für Staatsangehörige bestimmter Staaten gibt es zudem Sonderregelungen, die eine Einreise ohne Qualifikationsnachweis ermöglichen.[33]

Neben diesen allgemeinen Regelungen der Erwerbsmigration gelten für die Gesundheitsberufe spezielle Bedingungen: **! Da es sich um reglementierte Berufe handelt** (Info-Box 1)**, muss für entsprechende Tätigkeiten eine Berufsausübungserlaubnis vorliegen. Dafür muss festgestellt werden, dass die Inhalte der im Ausland absolvierten Ausbildung denen einer Ausbildung im Inland entsprechen.** Wenn Ausbildungsinhalte fehlen und nicht durch Berufserfahrung ausgeglichen werden können, müssen sie nachgeholt werden.[34] Zudem müssen noch weitere Voraussetzungen erfüllt sein, etwa in Bezug auf Sprachkenntnisse (s. Kap. A.1.3.1).

Für die Berufe des Gesundheitswesens ist die Rechtslage an sich also schon seit Längerem recht liberal (vgl. SVR 2018: 53). Allerdings gibt es hier mit dem Gleichwertigkeitsnachweis eine spezifische Voraussetzung bezüglich der Qualifikation. **! Die Frage der rechtlichen Rahmenbedingungen für die Zuwanderung von Gesundheitsfachkräften betrifft also vor allem die Anerkennung ihrer im Ausland erworbenen beruflichen Qualifikationen** (s. ausführlich Kap. A.1.3).

A.1.2.2 Vom Anspruch auf Gleichwertigkeitsprüfung zur Einreise zur Nachqualifikation: Neuerungen im Fachkräfteeinwanderungsgesetz

Die Anerkennung beruflicher Qualifikationen aus dem Ausland spielte über viele Jahre nur eine untergeordnete Rolle. Regelungen dazu gab es nur für einzelne Berufe und Herkunftsgruppen von Antragstellenden. Gerade bei reglementierten Berufen war es nur in sehr engen Grenzen möglich, entsprechende Qualifikationen anerkennen zu lassen, um damit in Deutschland als Fachkraft zu arbeiten. Dies änderte sich erst mit dem Anerkennungsgesetz, das Ende 2011 verabschiedet wurde und im April 2012 in Kraft trat.[35] **! Erst das Anerkennungsgesetz hat vor zehn Jahren die Grundlagen dafür geschaffen, auch im Bereich reglementierter Berufe systematisch und großflächig Fachkräfte anzuwerben.**

Diese Einordnung des Anerkennungsgesetzes als zentraler Baustein für eine verstärkte Erwerbsmigration von Fachkräften mag überraschen, zumindest dann, wenn man die öffentliche Diskussion verfolgt. Als primäres Anliegen des Gesetzes wurden damals vor allem integrationspolitische Ziele herausgestellt. Konkret sollte es

29 Zwischen staatlich geprüften Pflegehelferinnen und Pflegehelfern und angelernten Hilfskräften kann hier nicht unterschieden werden.

30 Vollzeitbeschäftigte Fachkräfte in der Altenpflege verdienten Ende 2020 im Median 3.176 Euro brutto im Monat, Fachaltenpflegerinnen und Fachaltenpfleger 3.212 Euro und Hilfskräfte 2.241 Euro. In der Gesundheits- und Krankenpflege verdienten dagegen vollzeitbeschäftigte Fachkräfte im Median 3.638 Euro, Spezialistinnen und Spezialisten 4.182 Euro und Helferinnen und Helfer 2.752 Euro (BT-Drs. 19/32064: 12–13). Zu berücksichtigen ist, dass viele Pflegekräfte in Teilzeit arbeiten; das Einkommen ist dann entsprechend niedriger.

31 Außerdem muss meist die BA einer Beschäftigung zustimmen (§ 18 Abs. 2 AufenthG). Dies erschöpft sich allerdings in der Regel darin, dass sie die Gleichwertigkeit der Arbeitsbedingungen überprüft.

32 Wer in einem reglementierten Beruf arbeiten möchte, muss schon zu diesem Zeitpunkt eine Berufsausübungserlaubnis vorweisen bzw. diese muss zugesichert worden sein; s. dazu ausführlich Kap. A.1.2.2. Antragstellende ab 45 Jahren müssen zudem – nicht nur in den Gesundheitsberufen – eine angemessene Altersvorsorge nachweisen. Dies kann ein entsprechend hohes Gehalt sein oder eine andere öffentliche oder private Quelle.

33 Konkret sind das die sog. Best-Friends-Regelung in § 26 Abs. 1 BeschV und die sog. Westbalkan-Regelung in § 26 Abs. 2 BeschV (s. SVR 2019a: 42–43).

34 Dies ist keine Besonderheit des deutschen Migrationsrechts. Gesundheits- und Pflegeberufe sind in vielen Ländern reglementiert. Auch andere Einwanderungsländer verlangen deshalb, dass Gesundheitsfachkräfte ihre ausländische Qualifikation anerkennen lassen oder entsprechende Kenntnisse nachweisen, bevor sie ihren Beruf im Zielland ausüben können (vgl. Eberhardt/Annen 2019).

35 Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen vom 06.12.2011 (BGBl. I S. 2515).

die Arbeitsmarktintegration von Ausländern und Ausländerinnen verbessern, die nicht primär zum Arbeiten oder zumindest nicht als Fachkraft nach Deutschland gekommen sind, indem es ihnen ermöglicht, im Ausland erworbene Qualifikationen anerkennen zu lassen. Damit sollte es auch dazu beitragen, die gesellschaftliche Teilhabe dieser Menschen generell zu verbessern (s. auch SVR 2013: 157). Entsprechend unterstreicht die Gesetzesbegründung, dass mit dem Gesetz „ein entscheidender Schritt zur nachholenden Integration von bereits in Deutschland lebenden Migrantinnen und Migranten" (BT-Drs. 17/6260: 1, 39) getan werden soll. Allerdings nimmt sie auch schon Bezug auf migrationspolitische Ziele. So soll das Gesetz auch die „Attraktivität Deutschlands für qualifizierte Fachkräfte aus dem Ausland [erhöhen] und die Position der deutschen Wirtschaft im zunehmenden internationalen Wettbewerb um qualifizierte Arbeitskräfte" stärken (BT-Drs. 17/6260: 1, 39; vgl. auch Neundorf 2020: Rn. 1). Das Anerkennungsgesetz verstand sich somit von vornherein nicht nur als Instrument, um im Bereich der ungesteuerten bzw. nur partiell gesteuerten Migration (z. B. Familiennachzug) die Integration zu fördern. Es sollte von Anfang an auch die Zuwanderung im Fachkräftebereich erleichtern – also dem Bereich, der am stärksten nationalstaatlich gesteuert werden kann.

Mit den materiellen Inhalten des Anerkennungsgesetzes haben sich u. a. frühere Jahresgutachten des SVR eingehend befasst (SVR 2013: 151–168; 2014: 141–145); deshalb sollen hier lediglich seine Grundzüge skizziert werden. Die zentrale Innovation ist der Rechtsanspruch auf Durchführung eines Anerkennungsverfahrens, der mit dem Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz (BQFG) etabliert wurde (vgl. auch Pepping 2020: Rn. 35; Maier/Rupprecht 2011: 202). Dieser Anspruch besteht unabhängig von Staatsangehörigkeit und Wohn- oder Ausbildungsort. Aus migrationspolitischer Perspektive (und mehr noch im Hinblick auf die Anwerbung von Fachkräften für in Deutschland reglementierte Berufe) ist dies deshalb so wichtig, weil damit eine elementare Voraussetzung für die Einreise erfüllt werden kann, die im deutschen Erwerbsmigrationsrecht seit Langem normiert ist: **❗ Im Ausland erworbene Qualifikationen müssen als einer deutschen Ausbildung gleichwertig anerkannt sein** (§ 18 Abs. 2 Nr. 3 u. 4 AufenthG). Ein entsprechender Antrag auf Anerkennung kann auch aus dem Ausland gestellt werden. Das schafft die Voraussetzung dafür, in großer Zahl Fachkräfte auch für reglementierte Berufe (wie die Gesundheitsberufe) zu gewinnen. Denn bei diesen hängt auch die Berufsausübungserlaubnis davon ab, dass die im Ausland erworbene Qualifikation den deutschen Ausbildungsstandards entspricht (vgl. auch Pepping 2020: Rn. 17).

Ansatzweise, aber (noch) nicht konsequent mitgedacht wurde bei der Ausarbeitung des Anerkennungsgesetzes der Fall, dass zwischen der bestehenden ausländischen Qualifikation und der Referenzausbildung in Deutschland Unterschiede festgestellt werden. Diese Unterschiede werden in einem Zwischenbescheid (landläufig auch Defizitbescheid genannt) ausführlich und umfassend dokumentiert (§ 10 BQFG).[36] Das Anerkennungsgesetz enthielt jedoch keine Vorschläge, wie diese Unterschiede ausgeglichen werden konnten.[37] Für Personen, die die Anerkennung aus dem Ausland beantragt hatten und denen zur Feststellung der vollen Gleichwertigkeit ihrer Qualifikation nur einzelne Ausbildungselemente fehlten, blieb der mit dem BQFG eingeführte Rechtsanspruch auf Durchführung des Verfahrens somit weitgehend wertlos. Dies änderte sich jedoch in den Folgejahren. So wurde 2015 (mit § 17a AufenthG a. F.) ein eigener Aufenthaltstitel für die Durchführung einer Bildungsmaßnahme und eine daran anschließende Prüfung eingeführt. Damit wurde also das geschaffen, was im Anerkennungsgesetz noch gefehlt hatte: ein Aufenthaltstitel für Nachqualifikation bzw. die Überwindung der im Zwischenbescheid festgestellten Lücke zwischen Soll- und Ist-Qualifikation. Praktisch erwies sich diese Option allerdings nach Einschätzung zahlreicher Beobachter und Beobachterinnen als wenig bedeutsam (s. z. B. Kluth 2019: 98; Hemken 2020: 21; Neundorf 2020: Rn. 38).[38] So wurde im Rahmen des FKEG auch die Einwanderung zur Nachqualifizierung neu geregelt.

❗ Als eine zentrale Innovation, die das FKEG im Bereich der Erwerbsmigration verankert hat, wurde die Rechtsposition beruflich qualifizierter Fachkräfte der von Fachkräften mit akademischer Ausbildung angeglichen. Darüber hinaus hat es die Möglichkeiten erweitert, in Deutschland die Ausbildung zu absolvieren, die für den Status einer Fachkraft notwendig ist (s. dazu ausführlich u. a. SVR 2019b: 3).[39] Dies betrifft zum einen Personen,

36 So sieht § 10 Abs. 1 BQFG vor, dass die Unterschiede zur entsprechenden inländischen Berufsausbildung durch Bescheid konkret festgestellt werden müssen. Nach § 10 Abs. 2 BQFG müssen im Bescheid zudem die Maßnahmen (§ 11 BQFG) benannt werden, mit denen die Unterschiede zum inländischen Ausbildungsnachweis ausgeglichen werden können.

37 Implizit verwies das Gesetz auf die schon damals bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten (§ 16 Abs. 5 AufenthG a. F. für theoretische Schul- und Fachausbildungen sowie für Sprachkurse, § 17 AufenthG a. F. für betriebliche Weiterbildung), die sich in der Praxis allerdings als wenig tauglich erwiesen.

38 2016 wurden lediglich 350 Aufenthaltstitel zur Nachqualifikation erteilt, 2017 waren es mit 789 mehr als doppelt so viele, und 2018 stieg die Zahl weiter auf 1.280 (BMBF 2020: 78).

39 In einem Gastbeitrag für das Handelsblatt (10.01.2019) beschrieb der damalige SVR-Vorsitzende Thomas Bauer dies als fachkräftespezifische Do-it-yourself- bzw. „Heimwerker-Strategie", die sich im Bereich akademisch qualifizierter Fachkräfte schon seit Langem bewährt habe.

die ohne jede Ausbildung nach Deutschland kommen und hier als ausländische Studierende (§ 16b AufenthG) oder als Auszubildende (§ 16a AufenthG) ihre Erstausbildung erhalten.[40] Zum anderen betrifft es Personen, deren im Ausland erworbene Ausbildung nicht als deutschen Ausbildungsstandards entsprechend anerkannt wurde: Sie können nun leichter als bisher in Deutschland Anpassungsmaßnahmen absolvieren, um die volle Gleichwertigkeit zu erreichen und damit als Fachkraft in Deutschland zu arbeiten. Der Gleichwertigkeitsnachweis ist hier keine Voraussetzung für die *Einreise* (wie bei der klassischen Erwerbsmigration, vgl. § 18 Abs. 2 Nr. 3 u. 4 AufenthG), sondern wurde für den zuletzt genannten Fall als *Bleibe*voraussetzung reformuliert: Wenn die betreffende Person die Anpassungsmaßnahmen erfolgreich absolviert und die Anerkennungsstelle die dann bestehende Gleichwertigkeit feststellt, kann ein Anschlusstitel aus dem Bereich der Erwerbsmigration (§§ 18a u. 18b AufenthG) erteilt werden (s. dazu ausführlich Lehner/Kolb 2021).

Allgemeine Möglichkeiten der Einreise zur Nachqualifikation

Mit dem FKEG sind die Möglichkeiten, Anpassungsmaßnahmen zu durchlaufen, um eine Vollanerkennung der im Ausland erworbenen Qualifikation zu erreichen, nun erheblich ausgebaut worden. Für die Gesundheitsberufe, um die es hier geht, hat § 16d Abs. 1 und 4 AufenthG deutliche Erleichterungen gebracht. Während Abs. 1 Möglichkeiten weiterentwickelt, die bereits vor dem FKEG bestanden, können mit Abs. 4 nun bilaterale Abkommen anerkennungsrechtlich genutzt werden; dies war vor der Verabschiedung des FKEG nur auf Projektbasis (d. h. ohne gesetzliche Grundlage) möglich.

Neu ist gegenüber der Vorgängerregelung auch die Möglichkeit, die zur Nachqualifikation erteilte Aufenthaltsgenehmigung von 18 auf bis zu 24 Monate zu verlängern (§ 16d Abs. 1 S. 3 AufenthG).[41] Praktisch vermutlich noch relevanter ist aber die Neugestaltung der Rechtsfolgen: Hier wurde von einer Ermessens- auf eine intendierte Ermessensentscheidung umgestellt. Dies ist mehr als ein verwaltungsrechtliches Detail. Denn während bei der alten Regelung die Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis vollständig im Ermessen der Behörden lag, gibt die Neufassung in Form einer Soll-Vorschrift die Richtung der behördlichen Entscheidung vor. Die vorgesehene Rechtsfolge ist damit, dass ein befristeter Aufenthaltstitel zum Zweck der Anerkennung einer im Ausland erworbenen Berufsqualifikation erteilt wird. Davon abweichen können die Behörden nur noch in atypischen Einzelfällen.

Darüber hinaus haben die betreffenden Personen nun mehr Möglichkeiten, zur Sicherung ihres Lebensunterhalts eine Beschäftigung aufzunehmen, genauer: eine Beschäftigung, die mit der Qualifizierungsmaßnahme inhaltlich verbunden ist. Solche Beschäftigungen sind bei Gesundheitsberufen höchst relevant. Eine klassische Konstellation ist etwa, dass eine Person, die in Deutschland als Krankenpflegerin oder Krankenpfleger anerkannt werden will, während einschlägiger Qualifikationsmaßnahmen als Pflegehelferin bzw. Pflegehelfer arbeitet. Berufsbezogene Tätigkeiten waren auch vor Einführung des FKEG zeitlich unbegrenzt möglich (§ 17a Abs. 3 S. 1 a. F. AufenthG bzw. § 16d Abs. 2 AufenthG). Gelockert wurde nun aber das Qualifikationskriterium für solche Beschäftigungen, also die Frage, wann eine Tätigkeit als berufsbezogen gelten kann. Vor dem FKEG musste die Nebenbeschäftigung eng mit den berufsfachlichen Kenntnissen zusammenhängen, die die spätere Fachbeschäftigung (d. h. nach Absolvierung der Anpassungsmaßnahme) erfordert. Jetzt wird nur noch verlangt, dass überhaupt ein Zusammenhang besteht (vgl. § 17a Abs. 3 S. 1 AufenthG a. F. bzw. § 16d Abs. 2 S. 1 AufenthG). Die Streichung des Wortes „eng" mag geringfügig erscheinen. Sie kann für die Praxis aber eine große Rolle spielen, denn sie erweitert beträchtlich das Spektrum der (zeitlich unbegrenzten) Nebenbeschäftigungen, die während der Anpassungsmaßnahmen zulässig sind. Damit verschafft sie den betreffenden Personen mehr Möglichkeiten, ihren Lebensunterhalt zu sichern.[42]

Nachqualifikation auf der Basis bilateraler Abkommen

Neuland betritt das FKEG mit § 16d Abs. 4 AufenthG: Zentrale Voraussetzung dafür, dass eine Aufenthaltserlaubnis zur Nachqualifikation für die Anerkennung der im Ausland erworbenen Berufsqualifikation erteilt wird, ist eine Vermittlungsabsprache zwischen der BA und der Arbeitsverwaltung des Herkunftslands. Diese Norm zielt vor allem auf ausländische Fachkräfte im Gesundheits- und Pflegesektor, die in § 16d Abs. 4 S. 1 Nr. 1 AufenthG explizit als Zielgruppe angesprochen werden. Damit stehen nun auch Programme auf einer rechtlichen Grundlage, die die BA und die Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) schon seit 2013 auf der Basis bilateraler Abkommen mit Serbien, Bosnien und Herzegowina, den Philippinen und Tunesien durchführen (s. Kap. A.1.3.4). 2019 wurde auch Vietnam in das Programm aufgenommen, eine

40 Auch hier zeigt sich der Prozess der Angleichung von akademischer und beruflicher Ausbildung, den das FKEG ausgelöst hat. Denn mit § 17 Abs. 1 AufenthG wurde erstmals eine Option bereitgestellt, für die Suche nach einem Ausbildungsplatz einzureisen. Für Studierwillige gab es eine entsprechende Option schon länger (§ 16 Abs. 1a AufenthG a. F. bzw. § 17 Abs. 2 AufenthG).

41 Die Regeldauer bleibt 18 Monate. Nach § 16d Abs. 1 S. 3 Hs. 2 AufenthG kann die Aufenthaltserlaubnis aber nun um höchstens sechs Monate verlängert werden.

42 Die Sicherung des Lebensunterhalts ist eine allgemeine Voraussetzung für die Erteilung eines Aufenthaltstitels (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 AufenthG).

entsprechende Zusammenarbeit mit Mexiko ist derzeit in Vorbereitung (BT-Drs. 19/16732: 2f.).

Bei einem Blick auf die Rechtsfolgenseite fällt vor allem auf, dass diese Norm gegenüber Abs. 1 (aber auch gegenüber dem hier bewusst ausgeblendeten Abs. 3, der sich nur auf nicht reglementierte Berufe bezieht) deutlich mehr Zeit für Anpassungsmaßnahmen zur Verfügung stellt: Möglich sind drei Jahre,[43] das entspricht in etwa dem Zeitraum einer regulären Erstausbildung. Außerdem unterscheidet sich § 16d Abs. 4 AufenthG von dem rechtlichen ‚Klassiker' der Nachqualifizierungseinwanderung (§ 16d Abs. 1 AufenthG bzw. dessen Vorgängernorm § 17a AufenthG a. F.) darin, dass für die Erteilung kein individueller Zwischenbescheid mehr vorgelegt werden muss. Damit wird auf ein Kerninstrument des deutschen Nachqualifikationsregimes verzichtet. **Sofern ein Vermittlungsabkommen besteht, muss also eine Person, die als Fachkraft für einen bestimmten Beruf nach Deutschland kommen will, als Einreisevoraussetzung kein individuelles Anerkennungsverfahren aus dem Ausland mehr betreiben** (vgl. auch Hailbronner/Lehner 2020: Rn. 24).

Der Zwischenbescheid als Voraussetzung der Zuwanderung wird jedoch nicht einfach gestrichen, sondern dadurch ersetzt, dass für den betreffenden Beruf eine Absprache zwischen der BA und der Arbeitsverwaltung des Herkunftslands bestehen muss. **Dies hat für die Betroffenen den Vorteil, dass die Einreise kein zeitraubendes und kostenintensives individuelles Anerkennungsverfahren erfordert. Stattdessen können sie nun im Rahmen eines vertraglich vereinbarten Kontingents direkt nach Deutschland kommen** (s. auch Neundorf 2020: Rn. 62). Die BA erleichtert damit für bestimmte Personen, die nach einer Potenzialanalyse gute Chancen auf eine spätere Vollanerkennung haben, die Einreise zur Nachqualifikation, auch ohne dass sie vom Ausland aus ein entsprechendes Anerkennungsverfahren betreiben. **Das Anerkennungsverfahren wird ins Inland verlagert.**

Herausforderungen und Schwierigkeiten, die an der Schnittstelle zwischen Anerkennung und Erwerbsmigration entstehen, werden durch diese neue Möglichkeit jedoch nicht gelöst. Vielmehr werden sie von den individuellen Antragstellern und Antragstellerinnen auf den Staat verlagert: Für diesen stellt sich die Frage, mit welchen Staaten und für welche Berufsfelder er entsprechende Abkommen schließen soll. Hier können politische Ziele in Konflikt geraten. So kann es sich etwa aus entwicklungspolitischen Gründen verbieten, dass Deutschland über den Mechanismus der Nachqualifikation gerade Fachkräfte im Gesundheitsbereich aktiv anwirbt, selbst – oder gerade – wenn diese ein hohes Ausbildungsniveau haben. Dem soll beispielsweise ein 2010 verabschiedeter Kodex der Weltgesundheitsorganisation (WHO) begegnen: Er legt eine Richtschnur fest, die die Anwerbung von Gesundheitsfachkräften aus bestimmten Ländern regulieren soll (s. dazu ausführlich Kap. A.1.5).

A.1.3 Anerkennungsverfahren, Umsetzung des Rechts und praktische Herausforderungen

Die rechtlichen Grundlagen sind vorhanden, um Fachkräfte für den Gesundheitssektor effektiv anzuwerben. **Hürden für die Anwerbung liegen weniger im Recht als vielmehr in dessen Umsetzung. Konkret betrifft das vor allem die Ausgestaltung der Anerkennungsverfahren und die Möglichkeiten zum Ausgleich festgestellter Defizite.** Unübersichtlich ist auch die Landschaft der intermediären Akteurinnen und Akteure, die Fachkräfte an deutsche Unternehmen vermitteln oder dabei unterstützen.

A.1.3.1 Ablauf des Anerkennungsverfahrens

Die rechtlichen Regelungen zur Berufsausübungserlaubnis für reglementierte Berufe und damit auch zur Anerkennung im Ausland erworbener Qualifikationen sind verstreut und dadurch sehr unübersichtlich, was die Orientierung erheblich erschwert. Denn die Regelungen im BQFG werden in diesem Fall zumindest teilweise von Regelungen des jeweiligen Fachrechts verdrängt, das hier Vorrang hat, etwa der Bundesärzteordnung oder dem Pflegeberufegesetz (beispielhaft Info-Box 3).

Die meisten reglementierten Gesundheits- und Pflegeberufe werden durch Bundesgesetze bundesweit einheitlich geregelt.[44] Für die Anerkennungsverfahren sind jedoch die Bundesländer zuständig. Die Anerkennung muss daher bei der zuständigen Behörde des jeweiligen Bundeslands beantragt werden, in dem der oder die Antragstellende wohnt bzw. arbeiten möchte (s. Kap. A.1.3.2).[45] Die Verfahren unterscheiden sich je nachdem, wo die Fachkraft ihre Qualifikation erworben hat (Abb. A.3). Bei einer Ausbildung in einem EU-Mitgliedstaat ist die Situation vergleichsweise einfach, denn nach der Berufsanerkennungsrichtlinie (RL 2005/36/EG)[46] wird für ausgewählte reglementierte Berufe die Gleichwertigkeit automatisch anerkannt; darunter fallen auch

43 Wie schon bei § 16d Abs. 1 AufenthG besteht auch bei § 16d Abs. 4 AufenthG die maximale Aufenthaltsdauer aus zwei Komponenten: Grundsätzlich beträgt die Aufenthaltsdauer ein Jahr, es kann aber eine Verlängerung angeschlossen werden.

44 Dem Landesrecht unterliegen u. a. die Helfer- und Assistenzberufe in der Pflege, s. Fn. 11.

45 Eine einmal erteilte Berufsausübungserlaubnis ist bundesweit gültig.

46 Umgesetzt wurde die Richtlinie in Deutschland mit dem Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen der Heilberufe vom 02.12.2007 (BGBl. I S. 2686).

die beiden wichtigsten Gesundheitsberufe Arzt/Ärztin und Krankenpflegerin/Krankenpfleger.[47] Für diese Berufe wurden EU-weit einheitliche Ausbildungsstandards vereinbart, die Gleichwertigkeit der Qualifikationen muss also nicht individuell geprüft werden. Mit der Novellierung der Richtlinie durch die RL 2013/55/EU wurde die automatische Anerkennung weiter vereinfacht. Beispielsweise wurde für Krankenpflege-Berufe mit dem elektronischen Berufsausweis (EBA) ein elektronisches Berufsanerkennungsverfahren eingeführt. Die weiteren Voraussetzungen für die Berufsausübungserlaubnis gelten jedoch auch für diese Gruppe, etwa der Nachweis entsprechender Sprachkenntnisse.

Schwieriger ist die Situation für Personen, die ihre berufliche Qualifikation außerhalb der EU erworben haben, und für jene, deren Qualifikation die Berufsanerkennungsrichtlinie nicht erfasst (z. B. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten oder spezialisierte Pflegekräfte wie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen bzw. -pfleger). Bei diesen Gruppen muss die Qualifikation individuell anerkannt werden (Info-Box 3 erläutert das Verfahren beispielhaft für Ärztinnen und Ärzte). Dazu prüft die zuständige Behörde anhand von Dokumenten, die die antragstellende Person vorlegen muss, inwieweit die Inhalte der absolvierten Ausbildung mit denen des jeweiligen deutschen Referenzberufs übereinstimmen. Dabei berücksichtigt sie auch einschlägige Berufserfahrung. Ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede zur inländischen Ausbildung, wird die Qualifikation als voll gleichwertig anerkannt.

! Wenn sich die Ausbildungsinhalte wesentlich unterscheiden und dies nicht durch einschlägige Berufserfahrung ausgeglichen wird, muss eine Ausgleichsmaßnahme absolviert werden. Die fehlenden Inhalte werden in einem Zwischenbescheid beschrieben (auch als Defizitbescheid oder Teilanerkennungsbescheid bezeichnet). Die betreffende Person kann in dem Fall entweder einen Anpassungslehrgang absolvieren, der die festgestellten Unterschiede adressiert und mit einem Abschlussgespräch oder einer Prüfung endet, oder eine Eignungs- bzw. Kenntnisprüfung ablegen (Abb. A.3).[48] In letzteren Fällen handelt es sich um eine mündlich-praktische Prüfung, die je nach Beruf ein- oder zweimal wiederholt werden kann. Wurde die Ausbildung in einem EU-Mitgliedstaat abgeschlossen, bezieht sich die Eignungsprüfung nur auf die festgestellten Unterschiede in den Ausbildungsinhalten.[49] Personen, die ihre Ausbildung in einem Drittstaat erworben haben, legen dagegen eine Kenntnisprüfung ab, die sich an der Abschlussprüfung in dem jeweiligen Beruf orientiert; sie kann also auch Inhalte umfassen, für die keine Abweichung festgestellt wurde. Für einige Berufe legt die Behörde anhand der festgestellten Abweichungen fest, welche Fächer und Lerngebiete geprüft werden; bei anderen Berufen sind diese vorgegeben. Details regelt die jeweilige Approbationsordnung bzw. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Nach erfolgreichem Abschluss der auferlegten Ausgleichsmaßnahme wird ebenfalls die volle Gleichwertigkeit bescheinigt. In einigen Bundesländern und Berufen kann die antragstellende Person sich schon zu Beginn des Verfahrens für die Kenntnisprüfung entscheiden und auf die individuelle Prüfung der Gleichwertigkeit verzichten (BMBF 2020: 42–43) (zur Umsetzung s. Kap. A.1.3.2).

Sind die festgestellten Unterschiede so groß, dass sie nicht ausgeglichen werden können, wird der Antrag auf Anerkennung abgelehnt. Dies kommt in der Praxis selten vor.[50] Offenbar wird die Anerkennung also in erster Linie von Personen beantragt, die aufgrund eigener Recherchen oder einer Beratung davon ausgehen können, dass sie dafür gute Chancen haben.

! Für eine Berufsausübungserlaubnis bzw. Approbation müssen zusätzlich zur Gleichwertigkeit der Qualifikation auch Sprachkenntnisse und eine gesundheitliche und persönliche Eignung nachgewiesen werden. Human- und Zahnmedizinerinnen und -mediziner sowie Apothekerinnen und Apotheker benötigen für die Erteilung der Approbation allgemeine Deutschkenntnisse auf dem Niveau B2. Zusätzlich müssen sie eine Fachsprachprüfung auf dem Sprachniveau C1 ablegen; bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird das Niveau C2 gefordert. Beruflich qualifizierte Gesundheitsfachkräfte wie Pflegekräfte benötigen bisher nur ein allgemeines Sprachzertifikat auf dem Niveau B2.[51] Weil in ihrem Arbeitsalltag und auch für die betriebliche Integration gute allgemein- und fachsprachliche Kenntnisse sehr wichtig sind (s. Kap. A.1.4), sollen sie aber künftig ebenfalls eine Fachsprachprüfung auf dem Niveau B2 ablegen.[52]

47 Die Regelung gilt auch für Norwegen, Island, Liechtenstein und die Schweiz. Diese Länder haben mit der EU entsprechende Vereinbarungen geschlossen.

48 Bei den akademischen Heilberufen ist gemäß den jeweiligen Approbationsordnungen nur eine Kenntnisprüfung möglich (BMBF 2020: 42); s. auch Info-Box 3.

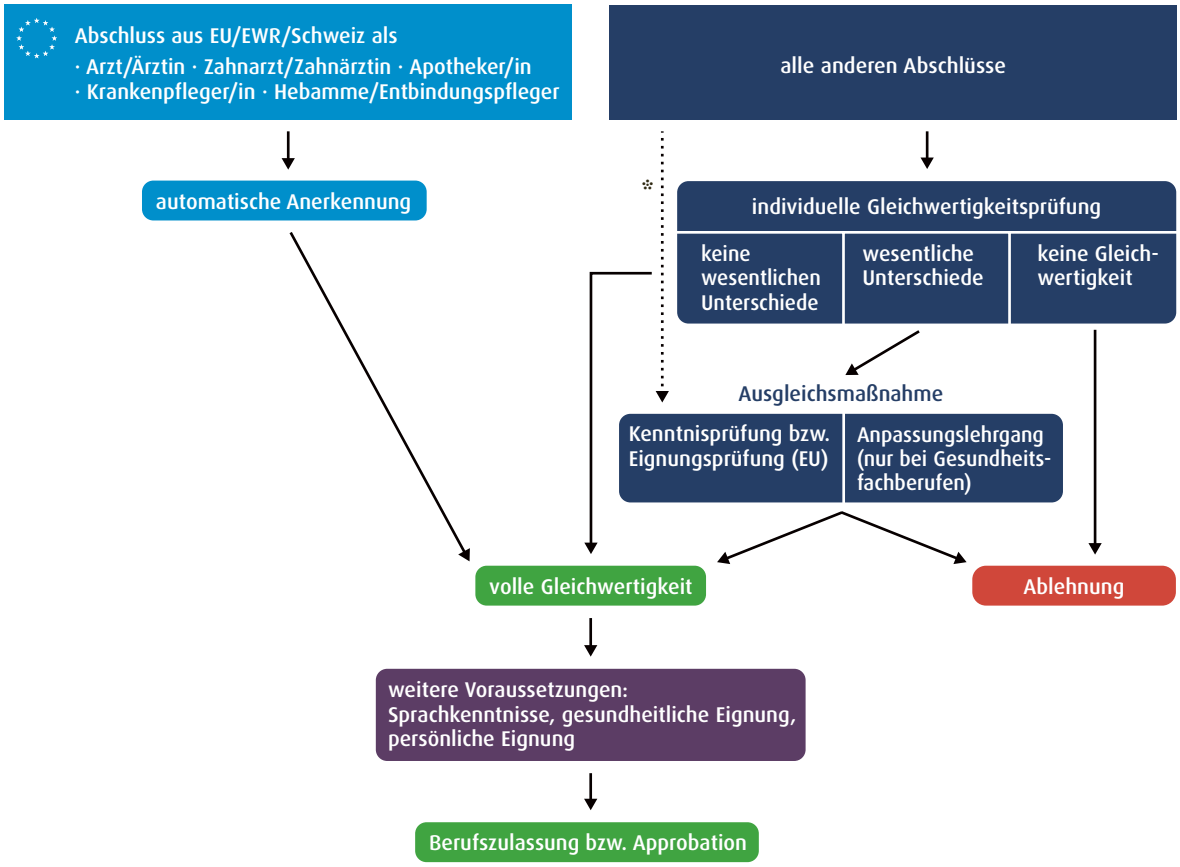
49 Dies betrifft Abschlüsse, die von der automatischen Anerkennung nach der Berufsanerkennungsrichtlinie nicht erfasst sind.

50 S. Fn. 8.

51 Bei Logopädinnen und Logopäden wird das Niveau C2 verlangt.

52 Um die Kriterien zu vereinheitlichen, hat die Gesundheitsministerkonferenz 2019 ein Eckpunktepapier für eine Fachsprachprüfung für die Gesundheitsfachberufe beschlossen. Über die Umsetzung in den Ländern soll im Mai 2022 berichtet werden.

Abb. A.3 Verfahren der Berufszulassung für reglementierte Gesundheitsberufe



Anmerkung: *In einigen Bundesländern und für einige Berufe können Antragstellende auf die individuelle Prüfung ihres Abschlusses verzichten und direkt die Kenntnis- bzw. Eignungsprüfung wählen.

Darstellung: SVR

A.1.3.2 Das Anerkennungsverfahren: komplex, langwierig und intransparent?

Wie die Entwicklung der Antragszahlen zeigt, wird die mit dem Anerkennungsgesetz geschaffene Möglichkeit der Gleichwertigkeitsprüfung zunehmend genutzt – besonders für die Gesundheitsberufe (s. Kap. A.1.1). Gleichzeitig verweisen viele Studien und Berichte auf Probleme und Herausforderungen bei der Umsetzung: Das Anerkennungsverfahren ist sehr komplex und für die Antragstellenden schwer zu durchschauen, weil sich die Verfahren nach Beruf und Bundesland unterscheiden und verschiedene Stellen beteiligt sind.

Komplexe Zuständigkeiten und uneinheitliche Ergebnisse

Die meisten Gesundheits- und Pflegeberufe sind bundesweit einheitlich geregelt.[53] Eine einmal erteilte Berufsausübungserlaubnis ist daher bundesweit gültig. Die Gleichwertigkeit der Qualifikation, die dafür bei reglementierten Berufen bestätigt sein muss, prüft aber das Bundesland, in dem die antragstellende Person wohnt bzw. in dem sie (zunächst) tätig sein möchte. Zuständig dafür sind je nach Bundesland unterschiedliche Stellen, etwa die Bezirksregierung, das Landesamt für Gesundheit oder das Landesverwaltungsamt. In einigen Bundesländern gibt es mehrere zuständige Stellen; in Bayern etwa werden

53 Zu Ausnahmen s. Fn. 11.

Info-Box 3 Verfahren zur Anerkennung von im Ausland erworbenen ärztlichen Qualifikationen

Wer in Deutschland als Arzt oder Ärztin tätig sein will, benötigt die Approbation. Diese wird nach § 3 der Bundesärzteordnung erteilt. Antragstellerinnen und Antragsteller, die ihre Ausbildung in einem Drittstaat erworben haben, müssen entweder einen Ausbildungsabschluss nachweisen, der den deutschen Standards entspricht, oder eine Kenntnisprüfung ablegen.[54]

Das Anerkennungsverfahren für eine im Ausland erworbene ärztliche Qualifikation besteht üblicherweise aus fast einem Dutzend Schritten: Nach einem entsprechenden Studienabschluss im Ausland wird bei der regional zuständigen Stelle in Deutschland die Approbation beantragt. In der Regel müssen die Antragstellenden bereits an dieser Stelle Deutschkenntnisse auf dem Niveau B2 belegen. Für die Dauer des Anerkennungsverfahrens können sie eine Berufserlaubnis beantragen, die auf maximal zwei Jahre befristet ist. Damit dürfen sie unter Aufsicht eines approbierten Arztes bzw. einer approbierten Ärztin in ihrem Beruf arbeiten. In den meisten Bundesländern muss bereits für die Berufserlaubnis, spätestens aber für die Approbation eine Fachsprachprüfung auf dem Niveau C1 abgelegt werden, die meist die jeweilige Landesärztekammer abnimmt. Dies gilt auch für Antragstellende mit einem Ausbildungsabschluss aus der EU, der ohne Gleichwertigkeitsprüfung anerkannt wird. Für die Approbation muss die betreffende Person außerdem nachweisen, dass sie für den Beruf des Mediziners bzw. der Medizinerin gesundheitlich und persönlich geeignet ist.[55]

Wenn die Gleichwertigkeitsprüfung positiv ausfällt und die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind, wird die Approbation erteilt und die betreffende Person kann regulär als Arzt bzw. Ärztin arbeiten. Wird keine vollständige Gleichwertigkeit festgestellt, muss sie zunächst eine Kenntnisprüfung ablegen.[56] Diese mündlich-praktische Prüfung orientiert sich inhaltlich an der staatlichen Abschlussprüfung. Damit kann die Antragstellerin bzw. der Antragsteller dokumentieren, dass sie oder er über die Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt, die die Berufsausübung erfordert. Der Schwerpunkt der Kenntnisprüfung liegt auf den Bereichen Innere Medizin und Chirurgie; ergänzend berücksichtigt sie Notfallmedizin, Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie, Bildgebende Verfahren und Strahlenschutz sowie Rechtsfragen der ärztlichen Berufsausübung. Zusätzlich kann die zuständige Behörde für die Prüfung ein Fach oder einen Querschnittsbereich festlegen, in dem sie wesentliche Unterschiede zur ärztlichen Ausbildung in Deutschland festgestellt hat. Die Kenntnisprüfung dauert mindestens 60 und höchstens 90 Minuten. Kurse zur Vorbereitung darauf werden u. a. im Rahmen des IQ Netzwerks[57] angeboten; mit „AMBOSS“ gibt es zudem ein digitales medizinisches Lernprogramm. Die Kosten für die Kenntnisprüfung variieren derzeit je nach Bundesland zwischen 400 und 1.100 Euro (Marburger Bund 2021). Die Prüfung kann höchstens zweimal wiederholt werden.

Hat die antragstellende Person im Ausland eine Facharztqualifikation erworben, kann auch diese anerkannt werden. Zuständig dafür ist die Ärztekammer im jeweiligen Bundesland, die die Weiterbildungsordnung für ihre Mitglieder erlässt. Bestimmte Facharztweiterbildungen, die im EU-Ausland abgeschlossen wurden, werden ebenfalls automatisch anerkannt. Für alle anderen müssen wiederum die Gleichwertigkeit mit einer entsprechenden inländischen Weiterbildung geprüft, ggf. fehlende Inhalte nachgeholt und eine Prüfung abgelegt werden. Die Regelungen dafür unterscheiden sich je nach Bundesland.

54 Bevor 2012 das Anerkennungsgesetz in Kraft trat, wurde die ärztliche Approbation grundsätzlich nur deutschen Staatsangehörigen oder EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern erteilt. Drittstaatsangehörige konnten lediglich eine befristete Berufserlaubnis erhalten, mit der eine Niederlassung in der Regel nicht möglich war.

55 Zum Nachweis der persönlichen Eignung muss die antragstellende Person in der Regel einen Strafregisterauszug und eine sog. Unbedenklichkeitsbescheinigung *(certificate of good standing)* aus allen Ländern vorlegen, in denen sie in den vergangenen fünf Jahren als Arzt bzw. Ärztin praktiziert hat. Darin bescheinigen ihr die entsprechenden Behörden, dass gegen sie keine berufs- oder disziplinarrechtlichen Maßnahmen getroffen wurden. Sofern sie sich bereits länger als sechs Monate in Deutschland aufhält, muss sie zusätzlich ein Führungszeugnis vorlegen.

56 Die Details der Kenntnisprüfung regelt § 37 der Approbationsordnung für Ärzte vom 27.06.2002, zuletzt geändert am 22.09.2021.

57 Das IQ Netzwerk besteht aus etwa 400 Projekten, die im Rahmen des Programms „Integration durch Qualifizierung“ (IQ) gefördert werden. Sie beraten u. a. Zugewanderte zur Anerkennung und bieten darauf bezogene Qualifizierungsmaßnahmen an; s. www.netzwerk-iq.de (07.02.2022).

Die Approbation ist nicht gleichbedeutend mit der Kassenzulassung. Sie ermöglicht eine Tätigkeit als angestellter Arzt bzw. angestellte Ärztin oder in der privatärztlichen Versorgung, aber keine Teilnahme an der ambulanten Versorgung der gesetzlich krankenversicherten Bevölkerung. Dies erfordert eine eigene Zulassung, die die jeweilige lokale Kassenärztliche Vereinigung auf der Grundlage der Bedarfsplanung erteilt und für die weitere Voraussetzungen gelten (Gerlinger 2021: 30–31).

Abschlüsse in der Pflege von sieben verschiedenen Stellen bei den jeweiligen Bezirksregierungen anerkannt (Roser et al. 2021: 8). Das erschwert nicht nur die Orientierung. Die Antragstellenden müssen sich auch schon vor der Einreise nach Deutschland regional festlegen und dies gegenüber der zuständigen Behörde glaubhaft machen; dafür werden unterschiedliche Nachweise gefordert.

! Durch die regionale Zuständigkeit können sich die geforderten Unterlagen und auch die Ergebnisse der Gleichwertigkeitsprüfung unterscheiden. Denn die jeweilige Anerkennungsbehörde vergleicht die Qualifikation mit einer entsprechenden Ausbildung in ihrem Zuständigkeitsbereich. Die Bundesländer haben für die Gesundheitsfachberufe jedoch verschiedene Rahmenlehrpläne;[58] auch die Curricula der Medizinstudiengänge unterscheiden sich leicht von Hochschule zu Hochschule (Erbe 2020: 107). In einigen Bundesländern arbeiten die Anerkennungsbehörden mit Akteurinnen und Akteuren aus der Praxis (wie etwa Pflegeschulen) zusammen, um Unterschiede in der Ausbildung zu ermitteln. Zudem werden in den Bescheiden Ungleichheiten in der Qualifikation und dadurch erforderliche Ausgleichsmaßnahmen unterschiedlich detailliert beschrieben (Roser et al. 2021: 15–16). Auch die Kosten für das Verfahren variieren je nach Bundesland. Schließlich wird neben dem Anerkennungsverfahren selbst auch die Fachsprachprüfung, die für die Berufszulassung notwendig ist, nicht einheitlich umgesetzt (BMBF 2020: 44). Diese Unterschiede sind für die Antragstellenden schwer nachvollziehbar und auch für die Bearbeitung ineffizient.

Um die Entscheidungspraxis im Bereich der Gesundheitsberufe zu harmonisieren und zudem die zuständigen Stellen der Länder zu entlasten, wurde 2016 die Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe (GfG) geschaffen (Gerlinger 2021: 32). Die GfG hat einheitliche fachlich-inhaltliche Instrumente entwickelt, um die Qualifikationen für die bundesrechtlich geregelten Heilberufe[59] zu bewerten, und sie mit den Ländern abgestimmt. Sie stellt den Anerkennungsbehörden der Länder Informationen über Ausbildungssysteme und Abschlüsse verschiedener Herkunftsstaaten zur Verfügung. Für 270 häufig nachgefragte ausländische Qualifikationen hat sie Mustergutachten erarbeitet, an denen sich die Anerkennungsbehörden orientieren können. Daneben wurden für einige der am meisten nachgefragten Berufe und Ausbildungsstaaten die Ausbildungen beschrieben, Curricula übersetzt und Fächer- und Notenübersichten erstellt.[60] Auf Antrag der zuständigen Behörde kann die GfG außerdem die Echtheit ausländischer Qualifikationsnachweise prüfen und detaillierte Gutachten zur Gleichwertigkeit erstellen, die als Vorlage für die Entscheidung dienen können. Dies ist bisher allerdings die Ausnahme. Die GfG erstellt weit weniger Gutachten als ursprünglich geplant, weil das sehr aufwendig ist (BMBF 2020: 45).

Einzelne Länder haben die Zuständigkeiten gebündelt. In Nordrhein-Westfalen etwa ist für die Anerkennung aller ausländischen Abschlüsse im Gesundheitsbereich seit Anfang 2021 die Bezirksregierung Münster zuständig. Darüber hinaus gibt es zum Teil einen länderübergreifenden Austausch über Grundlagen für die Bewertung bestimmter ausländischer Abschlüsse.

Hoher Aufwand, fehlende Transparenz

! Antragstellende beschreiben den Anerkennungsprozess in Befragungen häufig als intransparent. Nach ihrer Wahrnehmung werden vergleichbare Abschlüsse (z. B. von der gleichen Universität) unterschiedlich behandelt und Nachweise gefordert, die zum Teil nicht oder nur schwer zu beschaffen sind. Zudem wird häufig kritisiert, dass die Anerkennungsverfahren sehr lange dauern und die Behörden bei laufenden Verfahren keine Auskunft über ihren aktuellen Stand geben (s. z. B. Loss et al. 2020; Khan-Gökkaya/Mösko 2021: 109–111; ähnlich aus Unternehmenssicht Halletz 2021b).[61] In der Tat kann die Beschaffung der Unterlagen für die Antragstellenden aufwendig sein: Sie müssen teilweise detaillierte schriftliche Nachweise über die Inhalte ihrer Ausbildung vorlegen (z. B. das Curriculum der

58 Für die neuen Pflegeausbildungen hat die Fachkommission, die nach dem Pflegeberufegesetz eingesetzt wurde, zwar bundeseinheitliche Rahmenlehr- und Rahmenausbildungspläne erarbeitet. Diese sind jedoch nicht verbindlich, es sind lediglich Empfehlungen (s. BIBB 2021b).

59 Ohne tiermedizinische Berufe.

60 Für den Bereich Pflege hat die GfG bis 2021 ausführliche Länderberichte und Gutachten zu Universitätsabschlüssen von den Philippinen, aus Brasilien, Mexiko, Indonesien, Indien, Jordanien, Tunesien, Bosnien und Herzegowina, Albanien, Serbien, dem Kosovo und Vietnam erstellt (Bundesregierung 2021a: 96).

61 Mehrere Anerkennungsstellen fordern explizit dazu auf, von Nachfragen zum Stand der Verfahren abzusehen.

jeweiligen Ausbildung mit Angaben zu Inhalt und Stundenumfang einzelner Fächer, qualifizierte Arbeitszeugnisse u. a.) und diese auf eigene Kosten übersetzen und beglaubigen lassen.[62] Das verursacht hohe Kosten[63] und kann zudem recht lange dauern, was den Anerkennungsprozess verzögert (Roser et al. 2021: 13; Erbe 2020: 109; Müller-Wacker 2021: 219–220). Die Verfahren sollen zwar laut Gesetz innerhalb von vier Monaten abgeschlossen sein. Diese Frist beginnt aber erst, wenn alle Unterlagen vorliegen. Werden Unterlagen nachgefordert, kann das Verfahren aus der Perspektive der Antragstellenden also deutlich länger dauern (Erbe 2020: 103). **! In der Praxis wird die gesetzliche Frist zudem teilweise überschritten, was vor allem darauf zurückgeführt wird, dass die zuständigen Behörden dafür nicht genügend Personal haben** (Roser et al. 2021: 13–14).[64]

Hinzu kommt, dass das Informationsangebot der Behörden oft noch ausbaufähig ist. Das Portal www.anerkennung-in-deutschland.de verweist Interessierte zwar an die zuständigen Stellen. Dort finden sie aber nicht immer nutzerfreundliche – z. B. mehrsprachige und verständliche – Erklärungen zum Verfahren, den Kosten und den benötigten Unterlagen.

Manche Personen, die den Antrag aus dem Ausland stellen, haben bereits ein konkretes Arbeitsplatzangebot, etwa, weil sie gezielt angeworben wurden. In dem Fall kann der Arbeitgeber bzw. die Arbeitgeberin seit 2020 mit einer entsprechenden Vollmacht bei der zuständigen Ausländerbehörde ein kostenpflichtiges beschleunigtes Fachkräfteverfahren nach § 81a AufenthG beantragen.[65] Die Ausländerbehörde übermittelt dann den Antrag auf Anerkennung an die zuständige Behörde. In diesem Fall soll die Entscheidung statt der üblichen vier Monate bereits nach zwei Monaten vorliegen. Durch die Vorabzustimmung der Ausländerbehörde wird zudem schneller ein Visum erteilt.[66]

Neue Stellen für Beratung und Begleitung

! Angesichts der komplexen Verfahren ist es wichtig, Zuwanderungsinteressierte transparent und umfassend darüber zu informieren, in welchen Fällen sie eine Berufsanerkennung benötigen, welche Voraussetzungen sie dafür erfüllen müssen und wie das Verfahren abläuft. Als zentrale Informationsstelle fungiert seit 2012 das Portal www.anerkennung-in-deutschland.de, das Interessierte über den interaktiven Anerkennungs-Finder zur jeweils zuständigen Behörde lotst. Die Seitenaufrufe für das Portal sind seither stark gestiegen. Gesundheits- und Krankenpfleger/-pflegerin und Arzt/Ärztin gehören zu den Berufsprofilen, die am häufigsten nachgefragt werden (BIBB 2020: 453–459).

Eine weitergehende Beratung für Antragstellende bieten im Inland die Beratungsstellen des IQ Netzwerks an. Für Antragstellende im Ausland wurde 2020 die Zentrale Servicestelle Berufsanerkennung (ZSBA) eingerichtet.[67] Sie soll interessierte Fachkräfte vor dem und im Anerkennungsverfahren beraten und begleiten.[68] Daneben soll sie Dokumente vorab auf Vollständigkeit prüfen und elektronisch an die zuständige Stelle weiterleiten. Das erfordert eine gute Zusammenarbeit mit den Anerkennungsbehörden der Länder. In der Praxis entstehen hier allerdings offenbar noch Probleme (BIBB 2021a). Gemessen am Gesamtaufkommen der Anträge wird die Beratung bisher wenig genutzt: Im Jahr 2020 wurden insgesamt 1.460 Personen beraten; darunter waren 220 Ärztinnen und Ärzte und 90 Krankenpflegefachkräfte (BMAS 2021).[69]

Wenn Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber oder Vermittlungsagenturen Fachkräfte anwerben, könnten sie selbst die Betreffenden informieren, bei der Antragstellung begleiten und z. B. bei der Zusammenstellung der Dokumente unterstützen (s. Kap. A.1.3.4). **! Im Idealfall gibt es im Unternehmen Integrationsmanagerinnen oder Integrationsmanager, die die angeworbenen**

62 Einige Stellen (z. B. in Nordrhein-Westfalen) akzeptieren auch Nachweise auf Englisch oder verzichten bei manchen Dokumenten auf das Erfordernis, die Übersetzung beglaubigen zu lassen.

63 Befragte Pflegekräfte berichten von Gesamtkosten in Höhe von 300 bis über 1.000 Euro (Roser et al. 2021: 13). Rechnet man die Kosten für die Kenntnisprüfung, einen entsprechenden Vorbereitungskurs und einen Deutschkurs mit Prüfung hinzu, können für den gesamten Anerkennungsprozess über 4.000 Euro zusammenkommen. Dabei können die Kosten naturgemäß je nach Art und Umfang der jeweiligen Kurse stark variieren (Müller-Wacker 2021: 215). Antragstellende, die bereits in Deutschland leben, können unter Umständen eine Förderung von der Arbeitsagentur oder dem Jobcenter oder den Anerkennungszuschuss des Bundes erhalten.

64 Einige Beteiligte äußern die Befürchtung, dass sich hier das beschleunigte Fachkräfteverfahren nach § 81a AufenthG nachteilig auswirkt. Denn Anträge im beschleunigten Verfahren müssen priorisiert werden, dadurch stehen für die anderen Verfahren weniger Kapazitäten zur Verfügung (Roser et al. 2021: 14).

65 Die Gebühr für das beschleunigte Verfahren beträgt zur Zeit 411 Euro (§ 47 Abs. 1 Nr. 15 Aufenthaltsverordnung).

66 Neben den Anerkennungsverfahren gibt es auch bei der Visavergabe oft lange Wartezeiten. Das verzögert die Einreise angeworbener Fachkräfte und erschwert allen Beteiligten eine verlässliche Planung (vgl. Halletz 2021b; Best et al. 2019: 41–45).

67 Die ZSBA ist Teil der Maßnahmen, die im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) umgesetzt werden und die Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland erleichtern sollen (Info-Box 4). Sie richtet sich an Fachkräfte aus allen Branchen. Die Erprobungsphase läuft zunächst bis 2023 und wird vom BIBB evaluiert.

68 Auch zehn Außenhandelskammern bieten im Rahmen des Projekts „ProRecognition" Anerkennungsberatung an.

69 Zum Vergleich: Im selben Jahr wurden knapp 13.000 Anträge auf Anerkennung von Pflegekräften eingereicht und knapp 6.000 von Ärztinnen und Ärzten (Böse/Schmitz 2021: 12); s. Kap. A.1.1.

Fachkräfte über den gesamten Prozess begleiten und als Ansprechpersonen fungieren (s. Kap. A.1.4). Um den Aufwand für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber zu verringern, die Pflegekräfte im Ausland anwerben, wurde im Rahmen der KAP 2019 die Deutsche Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe (DeFa) eingerichtet (Gerlinger 2021: 34). Sie berät und unterstützt Arbeitgebende und Vermittlungsagenturen bei den Verwaltungsverfahren, indem sie beispielsweise Anträge zusammenstellt und auf Vollständigkeit prüft. Das soll auch den zuständigen Behörden die Arbeit erleichtern.[70] Für einzelne Länder kann die DeFa auch stellvertretend für die Unternehmen ein kostenpflichtiges beschleunigtes Fachkräfteverfahren nach § 81a AufenthG einleiten.[71] Im April 2021 hatte die DeFa Vereinbarungen zur Begleitung von rund 1.700 Anwerbeverfahren geschlossen. Allerdings waren erst in 42 Fällen bereits Anträge gestellt bzw. Visa erteilt worden; in rund 600 Fällen waren die Anträge in Vorbereitung (BT-Drs. 19/28936: 63). Inwieweit die Unterstützung der DeFa die Verfahren beschleunigt, lässt sich somit bisher nicht einschätzen. Ihr Mehrwert wird bisweilen infrage gestellt, weil auch die Unternehmen selbst ein beschleunigtes Fachkräfteverfahren einleiten können (vgl. Halletz 2021a).

Auch einige Bundesländer haben zentrale Anlauf- und Beratungsstellen eingerichtet. Das Pflegequalifizierungszentrum Hessen berät sowohl Einrichtungen auf der Suche nach internationalen Pflegekräften als auch zuwanderungsinteressierte Fachkräfte. Zusätzlich soll es das Angebot an Ausgleichsmaßnahmen und Sprachkursen in Hessen koordinieren.

Mehr Transparenz und Effizienz nötig

➔ **Insgesamt benötigen die Anerkennungsverfahren einen Transparenz- und Effizienzschub. Zentral erscheint hier zum einen, dass die Antragstellenden in Bezug auf die Voraussetzungen, den Ablauf und den möglichen Ausgang des Anerkennungsverfahrens gut informiert und beraten werden. Zum anderen müssen die Verwaltungsabläufe weiter optimiert werden. Die verteilte Zuständigkeit ist nicht nur für die Betroffenen unübersichtlich, sie erschwert auch den Aufbau von Expertise in den Behörden und damit eine ressourcenschonende Bearbeitung.** Dass die GfG Informationen zentral bereitstellt, ist ein wichtiger Schritt, denn es erleichtert den Anerkennungsbehörden die Recherche. ➔ **Ebenso sinnvoll ist es, die Zuständigkeit für die Anerkennung im Gesundheitsbereich innerhalb der Länder zu bündeln. Für Anträge aus dem Ausland wäre darüber hinaus eine bundesweite, zentrale Stelle denkbar oder auch eine arbeitsteilige Organisation.** Beispielsweise könnten sich die Anerkennungsbehörden der einzelnen Bundesländer jeweils auf bestimmte Herkunftsstaaten und/oder Berufe spezialisieren, die Anträge aus dem Ausland würden dann entsprechend auf die Länder verteilt. Bei Anträgen im Inland wäre weiterhin die regional zuständige Stelle federführend. Die auf die jeweilige Konstellation spezialisierte Anerkennungsbehörde könnte hier aber als Ansprechstelle dienen und bei fachlichen Fragen unterstützen.

Das Problem der langwierigen Anerkennungsverfahren und der verstreuten Zuständigkeiten betrifft freilich nicht nur den Gesundheitssektor, sondern auch die Fachkräfteeinwanderung in anderen Branchen. ➔ **Hier sind also umfassende Verbesserungen nötig; es ist nicht damit getan, immer neue unterstützende Stellen einzurichten.**[72] **Angesichts der hohen Antragszahlen** – die mit dem FKEG absehbar noch weiter steigen werden – **müssen die jeweiligen Behörden auch personell so ausgestattet werden, dass sie die Anträge in der gesetzlich vorgesehenen Zeit bearbeiten können. Um die Verfahren zu beschleunigen, sollten auch Möglichkeiten der Digitalisierung genutzt werden.** Zumindest bei den Ländern, in denen Datenschutz sichergestellt ist und Dokumentenfälschung ausgeschlossen werden kann, müssten dann beispielsweise nicht die Originalunterlagen zeitaufwendig per Post versendet werden. Bisher wird im Rahmen der Anerkennungsverfahren aber immer noch viel Papier von A nach B bewegt. Im Bereich der Digitalisierung belegt Deutschland laut einer Untersuchung des Berliner *European Center for Digital Competitiveness* (2021) in Europa den vorletzten Platz, nur Albanien liegt noch dahinter. ➔ **Zudem müssen die am Zuwanderungsprozess beteiligten Stellen – u. a. Konsulate, Ausländerbehörden, Anerkennungsbehörden, die BA – besser zusammenarbeiten. Der Zuwanderungsprozess muss stärker als ein Gesamtprozess verstanden werden, wie es im beschleunigten Fachkräfteverfahren bereits der Fall ist.**

A.1.3.3 Ausgleichsmaßnahmen bei Teilanerkennung

Wenn sich bei der Prüfung einer Qualifikation wesentliche Unterschiede zum entsprechenden deutschen Abschluss ergeben, die auch die Berufserfahrung nicht kompensieren kann, wird eine Ausgleichsmaßnahme auferlegt (s. Kap. A.1.3.1, Abb. A.3). Antragstellende mit beruflicher Qualifikation können dann in der Regel wählen zwischen

70 Dieser Service kostet für die Unternehmen pro Person 350 Euro (BMG 2019a).

71 Dieses Angebot gilt in erster Linie für die drei Pilotländer Philippinen, Mexiko und Brasilien.

72 Im Koalitionsvertrag von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP ist entsprechend angekündigt, „die Hürden bei der Anerkennung von Bildungs- und Berufsabschlüssen aus dem Ausland ab[zu]senken, Bürokratie ab[zu]bauen und Verfahren [zu] beschleunigen" (S. 33). Details werden aber nicht genannt.

Info-Box 4 Maßnahmen zur Fachkräftegewinnung im Ausland im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege (KAP)

Im Juli 2018 haben das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) die Konzertierte Aktion Pflege ins Leben gerufen. Damit wollten sie gemeinsam mit den Ländern und weiteren Akteurinnen und Akteuren wie Berufsverbänden, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sowie den Pflege- und Krankenkassen die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessern, u. a. durch mehr Personal, höhere Löhne und veränderte Rahmenbedingungen. Eine der fünf Arbeitsgruppen beschäftigt sich mit der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland. Um diese zu erleichtern, sollen insbesondere die betreffenden Verfahren beschleunigt und transparenter gemacht werden; außerdem sollen die rechtlichen Rahmenbedingungen gelockert, die Sprachförderung ausgeweitet und eine nachhaltige Integration gefördert werden. Dabei ist stets der WHO-Kodex zu beachten (s. Kap. A.1.5.2) (Bundesregierung 2019a: 129–151). Bis zum Ende der Legislaturperiode wurden im Rahmen der KAP folgende Maßnahmen umgesetzt (s. den zweiten Umsetzungsbericht, Bundesregierung 2021a: 94–100):

- Die 2019 neu gegründete Deutsche Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe (DeFa) unterstützt und begleitet Einrichtungen bei den Antragsverfahren für ausländische Pflegekräfte, besonders im Rahmen des beschleunigten Fachkräfteverfahrens (§ 81a AufenthG).
- Die Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe (GfG), die seit 2016 besteht, erstellt Mustergutachten für die Anerkennung von Abschlüssen aus verschiedenen Herkunftsländern, die die Anerkennungsbehörden der Länder nutzen können.
- Für Pflegekräfte von den Philippinen wurde ein Pilotkonzept für eine „Integrierte Ausgleichsmaßnahme für die Anerkennung von Pflegefachkraftabschlüssen" (INGA Pflege) entwickelt, das derzeit erprobt wird.
- Das Deutsche Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen (DKF) hat ein Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland" entwickelt. Das erhalten Unternehmen, die Pflegekräfte im Ausland anwerben und dabei bestimmte Standards einhalten. Zu den Anforderungen gehört auch ein betriebliches Integrationsmanagement. Dafür stellt das DKF einen Werkzeugkoffer bereit.
- An ausgewählten Hochschulen auf den Philippinen, in Mexiko und Brasilien sollen in Kooperation mit der GIZ Qualifizierungsmaßnahmen eingerichtet werden, die Absolventinnen und Absolventen dortiger Studienprogramme fachlich und sprachlich auf die Anerkennung vorbereiten *(Global Skills Partnership)*.[73]
- Es wurde eine Studie in Auftrag gegeben, die mögliche Partnerländer für die Gewinnung von Auszubildenden in Pflegeberufen bestimmen soll (s. Braeseke/Lingott et al. 2020).

Die KAP ist eng mit der Fachkräftegewinnungsstrategie der Bundesregierung verschränkt (s. Bundesregierung 2019b). Viele Maßnahmen in diesem Rahmen richten sich zwar nicht exklusiv an Pflegekräfte, verbessern aber auch für diese die Bedingungen. So hat das Fachkräfteeinwanderungsgesetz neue Regelungen für beruflich qualifizierte Fachkräfte eingeführt, u. a. das beschleunigte Fachkräfteverfahren (§ 81a AufenthG) und die Möglichkeit der Einreise zur Nachqualifikation (§ 16d AufenthG) (s. ausführlich Kap. A.1.2). Die Zentrale Servicestelle Berufsanerkennung (ZSBA) berät seit 2020 Personen, die vom Ausland aus die Anerkennung ihrer Qualifikation beantragen wollen. Der Bereich Pflege wird in der Fachkräftegewinnungsstrategie besonders berücksichtigt, u. a. hat er auf dem Informationsportal „Make it in Germany" einen eigenen Bereich. Außerdem führt die BA Potenzialanalysen durch, um mögliche Fokusländer für die Gewinnung von Pflegefachkräften zu bestimmen. Als eine weitere Maßnahme nennt sowohl die KAP als auch die Fachkräftegewinnungsstrategie die Deutschsprachförderung im Ausland (durch die Goethe-Institute) und im Inland (durch die Berufssprachkurse des BMAS).

73 Für den Start 2021 wurde auf den Philippinen eine erste Gruppe mit 24 Teilnehmenden zusammengestellt; in Mexiko gibt es 79 Teilnehmende (Bundesregierung 2021a: 96).

einem Anpassungslehrgang und einer Eignungs- bzw. Kenntnisprüfung. Bei den akademischen Heilberufen muss immer eine Kenntnisprüfung abgelegt werden. Personen, die den Antrag vom Ausland aus stellen, können nach dem neuen § 16d AufenthG eine Aufenthaltserlaubnis für 18 Monate erhalten, um die Ausgleichsmaßnahme in Deutschland zu absolvieren (s. Kap. A.1.2.2).[74]

In einem Zwischenbescheid legt die zuständige Behörde fest, welche Inhalte und welchen Umfang der erforderliche Anpassungslehrgang haben muss. Dieser umfasst in der Regel sowohl praktische als auch theoretische Anteile. Er wird an den jeweiligen Fachschulen absolviert; für die praktischen Teile muss ein Einsatzort mit Praxisanleitung gefunden werden.[75] Ebenso wie für die Anerkennungsverfahren gelten auch für die Ausgleichsmaßnahmen die Regelungen und Rahmenbedingungen des jeweiligen Bundeslands. Dadurch variiert auch ihre Umsetzung erheblich (s. für Pflegeberufe Roser et al. 2021: 19–28). Zudem sind die Bescheide je nach zuständiger Stelle unterschiedlich detailliert. Sind die Angaben darin sehr spezifisch, erfordern sie passgenaue Lösungen; das kann je nach Angebot vor Ort schwer umsetzbar sein. Grundsätzlich müssen alle im Bescheid genannten Komponenten im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Anerkennungsbehörde absolviert werden. Es gibt jedoch nicht in allen Bundesländern genügend Fachschulen oder zertifizierte Träger und Trägerinnen für Weiterbildung, die entsprechende Lehrgänge anbieten können und wollen.[76] Eine Einrichtung für den Praxiseinsatz zu finden kann ebenfalls schwierig sein. Denn die erforderliche Begleitung und Anleitung der betreffenden Person bedeutet für den Träger bzw. die Trägerin zusätzlichen Aufwand; entsprechend gering ist bisweilen die Bereitschaft, externe Personen aufzunehmen (s. z. B. Blumenauer 2020).[77]

➔ Da sich die Auflagen je nach Ausbildungsstaat unterscheiden, bietet es sich an, modularisierte Anpassungslehrgänge einzurichten, wie sie beispielsweise im IQ Netzwerk Nordrhein-Westfalen für Pflegekräfte entwickelt wurden. Das ermöglicht einerseits eine gewisse Standardisierung des Angebots, andererseits können individuelle Bedarfe flexibel gedeckt werden (Roser et al. 2021: 21–23). Einen anderen Weg geht die Integrierte Ausgleichsmaßnahme Pflege (INGA Pflege): Im Rahmen der KAP wurde ein Konzept für eine betriebsintegrierte Ausgleichsmaßnahme erstellt, die exakt an den Unterschieden ausgerichtet ist, die das GfG-Mustergutachten für Pflegekräfte von den Philippinen festgestellt hat. Dieses Modell soll Pflegekräften von den Philippinen eine Anerkennung nach nur sechs Monaten ermöglichen. Die Maßnahme umfasst eine Einführung, die auch interkulturelle Fragen adressiert, theoretischen und praktischen Unterricht sowie angeleitete Praxis und Sprachförderung; unter anderem werden alle Inhalte im Tandem von Fach- und Sprachlehrkräften unterrichtet. Für alle Bereiche wurden detaillierte Curricula und Handreichungen erstellt, die nun in der Praxis erprobt werden sollen (Vogt 2021). Allerdings kommen Pflegekräfte aus ganz unterschiedlichen Ländern. Es dürfte schwierig sein, perspektivisch für jedes Herkunftsland eine eigene Maßnahme vorzuhalten. Denkbar wäre aber, das für die Hauptherkunftsländer zu tun.

Eine Kenntnisprüfung erscheint auf den ersten Blick weniger aufwendig als ein mehrmonatiger Anpassungslehrgang. Allerdings erfordert auch sie eine intensive fachliche und vor allem auch fachsprachliche Vorbereitung (beispielhaft Info-Box 3 für den Arztberuf). In vielen Bundesländern werden Vorbereitungskurse für die einzelnen Berufsgruppen angeboten, vor allem für Ärztinnen und Ärzte. Inhalte, Umfang und Kosten der Kurse unterscheiden sich je nach Trägerin bzw. Träger. Prüfungen sollen zweimal jährlich angeboten werden, sodass die Prüflinge maximal sechs Monate auf einen Termin warten müssen. Bei Ärztinnen und Ärzten wird diese Frist allerdings zum Teil deutlich überschritten, da die Prüfungskapazitäten nicht ausreichen (BMBF 2020: 43). Auch für Pflegekräfte werden nicht überall genug Prüfungen angeboten. Zudem gibt es in einigen Bundesländern zu wenig Vorbereitungskurse (Roser et al. 2021: 20–21).

74 Diese Aufenthaltserlaubnis kann um maximal sechs Monate verlängert werden.

75 Bei Pflegekräften ist meist ein umfangreicher Praxiseinsatz nötig, weil die akademische Ausbildung im Herkunftsstaat oft weniger Praxisstunden umfasst als die Ausbildung in Deutschland. Je nach festgestellten Lücken können auch Einsätze in mehreren Einrichtungen erforderlich sein. Ausländische Pflegefachkräfte werden in der Regel als Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger anerkannt. Antragstellende, die von Einrichtungen der Altenpflege angeworben wurden, müssen ihre Praxiseinsätze deshalb häufig im Krankenhaus absolvieren und dafür einen externen Einsatzort finden. Das bedeutet nicht nur, dass sie an ihrem eigentlichen Arbeitsplatz längere Zeit ausfallen. Für die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber steigt damit auch das Risiko, dass sie abgeworben werden, denn das Berufsfeld im Krankenhaus liegt häufig näher an den Erfahrungen im Herkunftsland, und die Altenpflege erscheint im Vergleich oft weniger attraktiv (was auch an der geringeren Entlohnung liegt, s. Fn. 30) (Blumenauer 2020: 153; Halletz 2021b).

76 Erforderliche Ausgleichsmaßnahmen in einem anderen Bundesland zu absolvieren ist nur auf Antrag möglich.

77 Einen Ausweg aus diesem Dilemma erprobt das IQ-Projekt „Anpassungsqualifizierung für Pflegekräfte mit im Ausland erworbener Qualifikation" im Saarland: Um den Aufwand für die Einsatzorte zu reduzieren, gibt es dort eine zentrale Praxisanleitung. Diese fungiert über mehrere Einsatzorte hinweg als Ansprech- und Bezugsperson für die Lehrgangsteilnehmenden und begleitet den Transfer zwischen Theorie und Praxis (IQ Netzwerk Saarland 2020).

➲ **Angesichts der großen Unterschiede zwischen den Ländern erscheint es wichtig, regelmäßig den Bedarf und die verfügbaren Maßnahmen zu erheben, die Angebote im jeweiligen Bundesland zu koordinieren und Antragstellende bzw. ihre Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bei der Suche nach dem richtigen Angebot zu unterstützen.** Dies ist beispielsweise in Hessen mit dem Pflegequalifizierungszentrum geplant. ➲ **Und wenn benachbarte Bundesländer hier zusammenarbeiten, könnte das helfen, einerseits die Kurse voll zu besetzen und andererseits allen Betreffenden einen passenden Kurs anzubieten** (Roser et al. 2021: 19–20). ➲ **Da die (Fach-)Sprache für Antragstellende häufig eine besonders hohe Hürde ist, empfiehlt es sich zudem, fachliche und sprachliche Vorbereitung miteinander zu verbinden. Denn unzureichende Sprachkenntnisse gefährden den Erfolg der Prüfung und erschweren auch die betriebliche und soziale Integration der Fachkräfte** (s. auch Kap. A.1.4). Eine integrierte oder begleitende Sprachförderung, wie sie INGA Pflege vorsieht, ist bei den Anpassungslehrgängen für Pflegekräfte bisher noch nicht die Regel.

Brückenqualifizierung im Herkunftsland

Bisher müssen Fachkräfte eine Ausgleichsmaßnahme zwangsläufig in Deutschland absolvieren. Mit dem Projekt *Global Skills Partnership*, das die GIZ als Teil der KAP umsetzt, soll zumindest ein Teil davon ins Herkunftsland übertragen werden. Konzepte für eine solche Brückenqualifizierung werden in Kooperation mit Universitäten auf den Philippinen, in Mexiko und in Brasilien entwickelt. Die entsprechenden Module werden vor Ort entweder im Anschluss an das dortige Pflegestudium absolviert oder in den regulären Lehrplan integriert. Dabei geht es vor allem um Praxisphasen, denn die sind in den Ausbildungsgängen vor Ort viel kürzer als in der deutschen Ausbildung. Das Projekt soll bei Fachkräften, die nach Deutschland einwandern, die Anerkennung der Qualifikation beschleunigen. Ein weiteres Ziel ist der Aufbau von Kapazitäten vor Ort und damit ein Beitrag zum Strukturaufbau im Herkunftsland: Die Lehrkräfte werden fortgebildet, etwa durch Studienaufenthalte in Deutschland; so kommen etwaige Innovationen in der Ausbildung auch Studierenden zugute, die sich im Anschluss nicht für eine Migration entscheiden (s. zum international diskutierten Konzept der *Global Skills Partnerships* Info-Box 10).

A.1.3.4 Anwerbung von Gesundheitskräften aus dem Ausland

Gesundheitsfachkräfte aus dem Ausland können sich auf eigene Faust in Deutschland bewerben. Zudem haben seit Inkrafttreten des FKEG auch nichtakademisch ausgebildete Fachkräfte die Möglichkeit, direkt vor Ort auf Jobsuche zu gehen – für Fachkräfte aus der EU gilt dies ohnehin. Aufgrund des Fachkräftemangels suchen viele Unternehmen aber auch gezielt im Ausland nach Arbeitskräften oder beauftragen damit Vermittlungsagenturen. Wie viele Fachkräfte auf diesem Weg angeworben werden, ist nicht bekannt. Auch einige staatliche Programme wie „Triple Win" (Info-Box 5) vermitteln Arbeitskräfte aus dem Ausland nach Deutschland.

Angeworbene haben generell den Vorteil, dass sie bei der Einreise und dem Anerkennungsverfahren von der Agentur, dem Projektträger bzw. der Trägerin oder dem Arbeitgeber bzw. der Arbeitgeberin unterstützt werden, während individuell Zuwandernde hier auf sich selbst gestellt sind (Kontos/Ruokonen-Engler/Guhlich 2019: 155). ❗ **Allerdings sind Art und Umfang der Unterstützung von Angeworbenen je nach Einrichtung sehr unterschiedlich. Das staatlich vermittelte Programm „Triple Win" bietet den Anzuwerbenden ein breites Paket an Leistungen und verspricht bestmögliche Transparenz. Auf der anderen Seite des Spektrums stehen Berichten zufolge manche privaten Vermittlungsagenturen, die die Anzuwerbenden nicht nur unzureichend informieren, sondern auch ihre Unwissenheit gezielt ausnutzen.**[78]

Bekämpfung unseriöser Praktiken auf dem Personalmarkt

Viele Einrichtungen des Gesundheitswesens greifen bei der internationalen Suche nach Fachkräften auf Personalserviceagenturen zurück. Diese übernehmen je nach Leistungsangebot nicht nur die Personalsuche, Kontaktanbahnung und (Vor-)Auswahl, sie organisieren oft auch die sprachliche Vorbereitung vor Ort, die behördlichen Verfahren im Zusammenhang mit Einreise und Anerkennung, die Anreise und ggf. eine Unterstützung nach der Ankunft (Strumpen 2021). Wie viele solcher Agenturen Gesundheitsfachkräfte und vor allem Pflegekräfte aus dem Ausland vermitteln, ist nicht bekannt. Es handelt sich aber zweifellos um einen lukrativen Markt – die Vermittlungsgebühr für eine Pflegekraft beträgt Medienberichten zufolge bis zu 21.000 Euro (ZDF 2021b).

78 Dieser Abschnitt behandelt Anwerbeaktivitäten in einer individuellen Perspektive, d. h. den Umgang mit den Angeworbenen. Um die Perspektive der Herkunftsländer in Bezug auf Anwerbung und die Frage, wie aus ihrer Sicht eine „faire" Migration gewährleistet werden kann, geht es in Kap. A.1.5.

Medien berichten, dass einige Vermittlungsagenturen unseriös arbeiten. Sie locken Zuwanderungsinteressierte beispielsweise mit falschen Versprechungen oder Fehlinformationen, drängen sie in Verträge mit versteckten Kosten oder langen Bindungsfristen, informieren sie nicht transparent über ihren zukünftigen Arbeitsplatz, die Arbeitsbedingungen und die notwendigen Anerkennungsverfahren, bieten keine angemessene sprachliche Vorbereitung an oder sind nach Vorauszahlungen nicht mehr erreichbar (s. CORRECTIV 2020; ZDF 2021a; 2021b). **! Fachkräfte wie Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber können oft nicht beurteilen, wie seriös eine Agentur arbeitet** (vgl. Strumpen 2021). Darum hat das Deutsche Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen (DKF) im Auftrag der Bundesregierung das Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland" entwickelt. Personalserviceagenturen und Gesundheitseinrichtungen, die Pflegefachkräfte im Ausland anwerben, können sich damit zertifizieren lassen. Das Gütesiegel fordert eine umfassende Information und Beratung der Fachkräfte zum Einwanderungs- und Anerkennungsprozess sowie Transparenz im Vermittlungsprozess und in Bezug auf den angebotenen Arbeitsplatz.[79] Zudem müssen u. a. alle Informationen schriftlich und adressatengerecht vorliegen, den Fachkräften dürfen durch die Vermittlung keine Kosten entstehen, sie müssen beim Erwerb der deutschen Sprache unterstützt werden und es muss ein Konzept für das betriebliche Integrationsmanagement geben (s. Kap. A.1.4). **! Das Gütesiegel soll die Orientierung im Markt der Vermittlungsdienste erleichtern. Es hilft sowohl den Unternehmen als auch den Pflegekräften selbst, seriös arbeitende Agenturen zu identifizieren.** Auch die Herkunftsländer könnten zertifizierte Agenturen bevorzugen. Die ersten Unternehmen und Agenturen wurden im Februar 2022 zertifiziert (KDA 2022). Ob das Gütesiegel entsprechend angenommen werden und seinen Zweck erfüllen wird, ist bisher nicht abzusehen. Auch um seine Verbreitung zu fördern, hat das BMG ein Programm aufgelegt, das zertifizierte Unternehmen finanziell bei der Anwerbung unterstützt.[80]

Staatliche Vermittlung im Rahmen bilateraler Abkommen

Neben privaten Agenturen gibt es auch staatliche Programme zur Anwerbung und Vermittlung von Gesundheitsfachkräften, insbesondere in der Pflege. Zu nennen ist hier allen voran das Programm „Triple Win", das die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der BA und die GIZ durchführen: Es rekrutiert Pflegekräfte von den Philippinen, aus Bosnien und Herzegowina und Tunesien sowie Auszubildende aus Vietnam (Info-Box 5). Die ZAV vermittelt auf der Grundlage entsprechender Vereinbarungen auch Pflegekräfte aus Mexiko und Brasilien an Unternehmen in Deutschland. 2021 schloss sie das erste Abkommen zur Vermittlung von Pflegekräften im Rahmen von § 16d Abs. 4 AufenthG mit Indonesien; weitere Abkommen sollen folgen (s. Kap. A.1.2.2). Schon 2012 hat das Bundeswirtschaftsministerium (BMWi) in zwei Modellprojekten mit der GIZ die Anwerbung von Auszubildenden für die Pflege erprobt. Und im Projekt „Specialized!" vermittelt die ZAV Ärztinnen und Ärzte aus Mexiko und Jordanien zur Facharztweiterbildung nach Deutschland.[81]

! Solche bilateralen Vereinbarungen können die Migration von Gesundheitsfachkräften erleichtern. Das Programm „Triple Win" setzt hohe Standards bezüglich des Leistungsangebots: Die Teilnehmenden werden umfassend informiert, vorbereitet und betreut, es gibt festgelegte Mindestgehälter, und einen Großteil der anfallenden Kosten für Sprachkurse etc. tragen die Unternehmen. **! Dies minimiert das Risiko für die Zuwandernden, das üblicherweise mit einer Migration einhergeht. Den Herkunftsländern erlaubt eine solche Zusammenarbeit mehr Mitwirkung bei der Migrationssteuerung** (s. auch Kap. A.1.5.2). **Bisher reist allerdings nur ein kleiner Teil der im Ausland angeworbenen Fachkräfte über solche staatlichen Programme ein** (s. Kap. A.1.1).

79 Insgesamt enthält der Anforderungskatalog 19 Kriterien, die vier Gütebereichen zugeordnet sind; s. www.faire-anwerbung-pflege-deutschland.de (07.02.2022).

80 Mit dem Förderprogramm „Faire Anwerbung Pflege Deutschland" konnten zertifizierte Einrichtungen, die Pflegekräfte aus bestimmten entfernten Drittstaaten anwerben, im Jahr 2021 einen Zuschuss zu den Anwerbungskosten erhalten. Damit konnten beispielsweise die Bewerberauswahl oder das Integrationsmanagement, aber auch Sprachkurse, Anpassungsqualifizierungen oder Reisekosten finanziert werden. Im Einzelnen betrifft das Anwerbungen von den Philippinen, aus Mexiko, Brasilien, Kolumbien, der Dominikanischen Republik, Indien und Indonesien. Die Anwerbung im näheren Ausland wie etwa den Staaten des Westbalkans wurde nicht unterstützt, weil von dort bereits viele Pflegekräfte zuwandern und ein Personalmangel vor Ort verhindert werden soll (s. auch Kap. A.1.5.1).

81 S. www.zav.de/specialized (07.02.2022).

Info-Box 5 Das Programm „Triple Win“: Vorbild für bilaterale Abkommen?

Das Programm „Triple Win“ startete 2013 mit einem Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und den Philippinen. Inzwischen wurden auch Abkommen mit Bosnien und Herzegowina, Serbien und Tunesien geschlossen; Serbien hat die Zusammenarbeit jedoch Anfang 2020 wieder beendet. Durchgeführt wird das Programm von der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der BA, der GIZ und der Arbeitsverwaltung des jeweiligen Landes (GIZ 2021).[82]

Das Programm richtet sich an qualifizierte Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger,[83] die im jeweiligen Partnerland eine drei- bis vierjährige Ausbildung bzw. ein Studium abgeschlossen und zum Teil bereits Berufserfahrung gesammelt haben. Mehrmals jährlich werden in Zusammenarbeit mit den lokalen Arbeitsverwaltungen Personen ausgewählt, die dann vor Ort einen Deutschkurs bis zum Niveau B1 besuchen und eine fachliche Vorbereitung erhalten. Parallel erfolgt ein Matching mit Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern in Deutschland. Im Anschluss an den Sprachkurs reisen die Teilnehmenden nach Deutschland und beantragen vor Ort die Anerkennung ihrer Qualifikation.[84] Während des Verfahrens arbeiten sie als Pflegekraft in Anerkennung und besuchen einen Sprachkurs bis zum Niveau B2. Die Mitarbeitenden des Programms beraten die Teilnehmenden und die Unternehmen auch im Integrations- und Anerkennungsprozess und hinsichtlich erforderlicher Ausgleichsmaßnahmen. Die Unternehmen verpflichten sich, die Reisekosten sowie die Kosten für den Sprachkurs in Deutschland und ggf. einen Kurs zur Vorbereitung auf die Kenntnisprüfung zu übernehmen, die erste Wohnunterkunft zu organisieren und den Teilnehmenden ein Gehalt von mindestens 2.000 Euro brutto vor der Anerkennung und 2.400 Euro brutto nach erfolgter Anerkennung zu zahlen. Das Projekt erhebt zudem eine Dienstleistungsgebühr von 5.500 Euro (Stand: 2019); davon wird u. a. der Sprachkurs im Herkunftsland finanziert (BA/GIZ 2019).

Bei der Auswahl der Partnerländer zählten vor allem zwei Kriterien: Zum einen sollten sich die Ausbildungsinhalte möglichst wenig unterscheiden, sodass nur geringe Anpassungsmaßnahmen nötig sind, bevor der Abschluss in Deutschland anerkannt werden kann. Zum anderen sollte es in den betreffenden Ländern ein Überangebot an qualifizierten Pflegekräften geben. Damit soll ausgeschlossen werden, dass durch die Anwerbung von Pflegekräften für Deutschland ein Fachkräftemangel in den beteiligten Ländern entsteht (GIZ 2021) (s. auch Kap. A.1.5.2).

Von 2013 bis 2021 wurden nach Angaben der GIZ über 4.000 Pflegekräfte vermittelt. Über 2.700 davon arbeiten bereits in Deutschland, die anderen sind noch in der Vorbereitung (GIZ 2021).[85] Seit 2019 besteht im Rahmen von „Triple Win“ auch eine Kooperation mit Vietnam. Hier werden die Teilnehmenden nicht als Fachkräfte angeworben, sondern durchlaufen die komplette Pflegeausbildung in Deutschland.

Anwerbung für die Ausbildung

Personen, die im Rahmen von „Triple Win“ aus Vietnam angeworben werden, durchlaufen kein Anerkennungsverfahren, sondern absolvieren die komplette Pflegeausbildung in Deutschland (Info-Box 5). Dieses Verfahren hat das BMWi bereits von 2012 bis 2019 in zwei Modellprojekten (für Alten- und Krankenpflege) getestet (Braeseke/Rieckhoff et al. 2020). Daraus entstand u. a. ein Leitfaden für Pflegeeinrichtungen (BMWi 2020), die selbst Auszubildende in Drittstaaten anwerben. Einige Einrichtungen, die am Modellprojekt teilgenommen haben, führen die Anwerbung seither fort, etwa der Berliner Krankenhauskonzern Vivantes (Vivantes Hospiz gGmbH 2019).

82 S. www.triple-win-pflegekraefte.de (07.02.2022).
83 Im Rahmen des Programms können auch Pflegekräfte an Einrichtungen der Altenpflege vermittelt werden; die Anerkennung erfolgt jedoch für Gesundheits- und Krankenpflege (BA/GIZ 2019: 11).
84 Dass der Antrag erst nach der Einreise gestellt wird, ist mit dem neuen § 16d Abs. 4 AufenthG auch außerhalb des Programms möglich. Allerdings muss dafür mit dem betreffenden Herkunftsstaat eine Vermittlungsabsprache bestehen.
85 Verzögerungen entstanden u. a. durch die Corona-Pandemie. Die Philippinen haben seither die Ausreise von Pflegekräften stark begrenzt und zwischenzeitlich ganz untersagt.

In den Modellprojekten wurden Personen angeworben, die in Vietnam bereits eine Pflegeausbildung vollständig oder teilweise abgeschlossen hatten. Daher durchliefen die Teilnehmenden im Pilotprojekt Altenpflege eine verkürzte Ausbildung von zwei Jahren. Dies hat sich jedoch nicht bewährt, denn wegen der unterschiedlichen Unterrichtsinhalte war das Lernpensum zu groß. Die Verkürzung erfordert zudem ein angepasstes Curriculum speziell für diese Lerngruppe (BMWi 2016: 4–5). Für das Folgeprojekt Krankenpflege wurde daher die reguläre Ausbildung gewählt.[86] Eine große Herausforderung war zudem die deutsche Sprache. Die Teilnehmenden hatten zwar vor der Ausreise Sprachkurse bis zum Niveau B2 absolviert und auch eine fachsprachliche Vorbereitung erhalten. Dennoch hatten sie zu Beginn große Schwierigkeiten, den Unterrichtsinhalten zu folgen (Braeseke/Rieckhoff et al. 2020: 25, 35–36).

➲ **Die Anwerbung für die Ausbildung könnte eine gute Alternative zur Anwerbung für die Anerkennung sein, besonders bei Herkunftsländern, in denen sich die Ausbildung von der deutschen erheblich unterscheidet.** Denn in diesem Fall sind umfangreiche Anpassungsqualifizierungen nötig. Eine Vollausbildung in Deutschland kann auch organisatorisch einfacher sein, weil Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber mit Pflegeschulen ohnehin regelmäßig zusammenarbeiten. Der Kontakt zu Mitschülerinnen und Mitschülern in der regulären Pflegeausbildung kann auch den Spracherwerb und die soziale Integration erleichtern. Zudem umgeht dieses Verfahren Transferprobleme, die dadurch entstehen, dass die Berufsbilder und Ausbildungsinhalte in den Herkunftsländern andere sind (Satola/Bollinger 2020: 85; s. Kap. A.1.4). ➲ **Wichtig ist neben hinreichenden Sprachkenntnissen auch hier, dass die Anzuwerbenden vor Beginn umfassend über die Ausbildungsinhalte, das Berufsbild und das Leben und Arbeiten in Deutschland aufgeklärt werden. Zudem sollten sie nicht nur bei den Verwaltungsverfahren unterstützt werden, sondern auch bei der betrieblichen und sozialen Integration** (vgl. BMWi 2020).

A.1.4 Die betriebliche Integration neu zugewanderter Fachkräfte

Jenseits der rechtlichen und administrativen Fragen rund um Anerkennung und Zuwanderung (s. Kap. A.1.2 und A.1.3) stellt sich die Frage, wie die neu Zugewanderten in Beruf und Alltag ankommen. Während die Regelung von Zuwanderung und Anerkennung in den letzten Jahren viel politische und wissenschaftliche Aufmerksamkeit fand, rückt die Frage der Integration erst langsam ins Bewusstsein.

❗ **Qualitative Studien zu zugewanderten Ärztinnen und Ärzten** (Kovacheva/Grewe 2015; Klein 2016; Klingler/Marckmann 2016; Hohmann/Glaesmer/Nesterko 2018; Becker 2019; Khan-Gökkaya/Mösko 2021; s. auch Teney/Becker et al. 2017) **und Pflegekräften** (Stagge 2016; Kontos/Ruokonen-Engler/Guhlich 2019; Gold et al. 2019; Satola/Bollinger 2020) **deuten darauf hin, dass die Einarbeitung und das Ankommen im neuen Arbeitskontext Zuwandernde wie Einrichtungen bisweilen vor große Herausforderungen stellt.** Dabei sind die zentralen Problemfelder für beide Berufsgruppen die gleichen: die sprachlichen Anforderungen, fehlende Vertrautheit mit dem deutschen Gesundheitssystem durch die berufliche Sozialisation in einem anderen System, fehlendes informelles Wissen und zum Teil abweichende berufliche Normen und Rollenverständnisse, außerdem Schwierigkeiten im Umgang mit Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzten und zum Teil auch mit Patientinnen und Patienten. ❗ **Wenn diese Probleme nicht gezielt angegangen werden, können daraus Konflikte und Enttäuschungen auf beiden Seiten entstehen. Das wiederum beeinträchtigt sowohl die Arbeitszufriedenheit der Zugewanderten als auch die effektive Nutzung ihrer fachlichen Kompetenzen und erschwert ihre nachhaltige Bindung.** Es gibt immer wieder Berichte darüber, dass angeworbene Fachkräfte vor allem in der Pflege sich frustriert entscheiden, die Einrichtung zu wechseln, weiterzuwandern oder ins Herkunftsland zurückzukehren (s. Kontos/Ruokonen-Engler/Guhlich 2019; Satola/Bollinger 2020: 83–84; Sell 2020: 93–94).[87] ➲ **Die betriebliche Integration sollte also aktiv gestaltet und gefördert werden, wenn die Anwerbung ausländischer Fachkräfte für sie selbst und für die betreffende Einrichtung nachhaltig erfolgreich sein soll.**

Sprache als zentrale Herausforderung

Sprachkenntnisse sind für die berufliche Integration von Migrantinnen und Migranten von zentraler Bedeutung. Für Gesundheitsfachkräfte sind die Anforderungen in der beruflichen Tätigkeit besonders hoch, denn die Arbeit am Menschen und in multiprofessionellen Teams erfordert ein hohes Maß an Kommunikationsfähigkeit. Dabei müssen sie sowohl alltags- und umgangssprachliche Register und ggf. auch Dialekte beherrschen als auch die medizinische Fachsprache, sie müssen neben sprachlichen

86 Die Auszubildenden aus Vietnam, die von Vivantes angeworben werden, durchlaufen weiterhin eine verkürzte Ausbildung (Vivantes Hospiz gGmbH 2019).

87 Spätestens wenn sie die Berufserlaubnis haben, können zugewanderte Fachkräfte ihren Arbeitsplatz frei wählen. Besonders Einrichtungen der Altenpflege klagen darüber, dass viele nach Abschluss des Anerkennungsverfahrens das Unternehmen verlassen. Sie wechseln häufig zu Krankenhäusern, wo die Arbeit eher dem erlernten Beruf entspricht und besser entlohnt wird (s. Fn. 30). Zugewanderte Fachkräfte können in der Regel nach vier Jahren eine Niederlassungserlaubnis erhalten, mit der sie dauerhaft in Deutschland bleiben dürfen; bei einer Blauen Karte ist das bereits nach 33 Monaten möglich (§ 18c AufenthG).

auch nonverbale Botschaften richtig deuten und schriftliche Dokumentationen anfertigen. Auch in schwierigen Kommunikationssituationen müssen sie angemessen kommunizieren können, etwa unter Zeitdruck, bei Konflikten, beim Überbringen schlechter Nachrichten oder in der Kommunikation mit gesundheitlich eingeschränkten Personen. Viele neu zugewanderte Fachkräfte fühlen sich diesen Anforderungen (zunächst) nicht gewachsen (Kontos/Ruokonen-Engler/Guhlich 2019; Hohmann/Glaesmer/Nesterko 2018; Kovacheva/Grewe 2015: 32–34; Khan-Gökkaya/Mösko 2021: 114; Stagge 2020: 125). Für die Anerkennung sind zwar Sprachkenntnisse auf dem Niveau B2 nachzuweisen (s. Kap. A.1.3.1); diese liegen jedoch bei der Einreise oft noch nicht vor. Zudem beziehen sich die Prüfungen in der Regel nur auf die Allgemeinsprache.[88] Für den beruflichen Einsatz sind die Zuwandernden damit nicht ausreichend gerüstet.

Unzureichende Sprachkenntnisse beschränken die eigene Handlungsfähigkeit, was viele Betroffene belastet. Zudem können sie die Zusammenarbeit im Team und die Einarbeitung erschweren sowie die Behandlungsqualität gefährden. **! Wahrgenommene Sprachdefizite können auch dazu führen, dass Kolleginnen und Kollegen oder auch Patientinnen und Patienten den Betreffenden die fachliche Kompetenz absprechen** (Rand/Pütz/Larsen 2019: 49; Kovacheva/Grewe 2015: 33). Das kann für die Betroffenen frustrierend sein und sie demotivieren (s. Kontos/Ruokonen-Engler/Guhlich 2019).

➔ Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sollten den Spracherwerb bzw. die Verbesserung der Sprachkenntnisse deshalb sehr ernst nehmen. Bei der Anwerbung und Vermittlung von Fachkräften aus dem Ausland sollte genug Zeit eingeplant werden, um sie in sprachlicher Hinsicht gründlich auf den Beruf vorzubereiten – auch wenn das einer möglichst raschen Vermittlung entgegensteht.[89] **➔ Und auch während ihrer Tätigkeit in Deutschland sollten die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber dafür sorgen, dass die Zugewanderten sich über das Niveau B2 hinaus sprachlich qualifizieren.** Im IQ Netzwerk etwa bieten verschiedene Stellen berufsbegleitende oder Intensiv-Sprachkurse speziell für Gesundheitsfachkräfte an. Es ist sinnvoll, die sprachliche Qualifizierung eng mit einer ggf. erfolgenden fachlichen Nachqualifizierung durch Ausgleichsmaßnahmen zu verschränken (s. Kap. A.1.3.3). **! Gerade im ländlichen Raum, wo viele Fachkräfte aus dem Ausland arbeiten, stehen adäquate berufsbezogene Sprachkurse allerdings oft nicht zur Verfügung.** Hier könnten virtuelle Angebote helfen (Roser et al. 2021: 17–21). Abgesehen von Kursen müssen Sprachkenntnisse auch im beruflichen Kontext eingeübt und trainiert werden. Dies erfordert eine wertschätzende und unterstützende Haltung der Vorgesetzten und der Kolleginnen und Kollegen.

Berufliche Sozialisation: Systemkenntnis und informelles Wissen jenseits der fachlichen Prüfung

Neben der fachlichen Expertise, die im Anerkennungsverfahren geprüft wird, benötigen Fachkräfte für die Bewältigung ihrer Aufgaben umfangreiches informelles Wissen, z. B. über Strukturen, Abläufe und Zuständigkeiten im Gesundheitswesen, die Rollenverteilung innerhalb der Einrichtungen und zwischen verschiedenen Berufsgruppen, arbeitskulturelle Normen und Kommunikationsregeln und vieles mehr. Absolventinnen und Absolventen aus Deutschland erwerben dieses Wissen in der Regel im Zuge der praktischen Teile ihrer Ausbildung; aufgrund ihrer Sozialisation im deutschen Gesundheitssystem ist für sie zudem vieles selbstverständlich. **! Zuwandernde Fachkräfte sind jedoch beruflich anders sozialisiert, sie haben womöglich eine andere Arbeitsorganisation verinnerlicht und eine andere Berufsidentität entwickelt.** Sie müssen sich das betreffende Wissen erst aneignen und ihre bestehenden fachlichen Kenntnisse und Erfahrungen auf den neuen Kontext übertragen (Hohmann/Glaesmer/Nesterko 2018; Klingler/Marckmann 2016: 5; Kontos/Ruokonen-Engler/Guhlich 2019).

Besonders schwierig ist dieser Transfer, wenn das Berufsbild im Herkunftsland von jenem in Deutschland erheblich abweicht. Das ist bei Pflegekräften zum Teil der Fall: In vielen Ländern absolvieren sie eine akademische Ausbildung mit hohen medizinischen Anteilen. Zu ihrem Aufgabenspektrum gehören dort therapeutische und medizinnahe Tätigkeiten, die in Deutschland Ärztinnen und Ärzten vorbehalten sind.[90] Demgegenüber beinhaltet das Tätigkeitsprofil von Pflegekräften in Deutschland weniger Autonomie; ein größerer Teil ihrer Arbeit besteht in

88 Bisher müssen nur Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker zusätzlich eine Fachsprachprüfung ablegen, die sich am Niveau C1 orientiert, und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine Prüfung auf dem Niveau C2. Für Gesundheitsfachkräfte wie Pflegekräfte hat die Gesundheitsministerkonferenz 2019 die Einführung einer Fachsprachprüfung auf dem Niveau B2 beschlossen.

89 Das verlangte Sprachniveau bestimmt maßgeblich, wie lange die ausländischen Fachkräfte sich auf die Zuwanderung vorbereiten müssen (Rand/Pütz/Larsen 2019: 49). Wenn zugunsten einer rascheren Vermittlung auf eine angemessene sprachliche Vorbereitung verzichtet oder die Dauer des Spracherwerbs unrealistisch niedrig angesetzt wird, ist Enttäuschung auf beiden Seiten vorprogrammiert. Denn dann stellt sich vor Ort heraus, dass die im Herkunftsland erworbenen Sprachkenntnisse nicht ausreichen, um den beruflichen Alltag zu bewältigen.

90 Auch bei zugewanderten Ärztinnen und Ärzten führt diese Abgrenzung der Tätigkeitsprofile teilweise zu Irritationen (Kovacheva/Grewe 2015: 38–39; Klingler/Marckmann 2016: 5).

Grundpflege, für die in anderen Ländern Hilfskräfte oder Angehörige der Patientinnen und Patienten zuständig sind (Roser et al. 2021: 6–7). Das gilt besonders für die Altenpflege, die in vielen Herkunftsländern gar kein eigener Berufszweig ist. **! Diese Diskrepanz in den Berufsbildern kann zu Enttäuschung, Rollenkonflikten und Unzufriedenheit auf beiden Seiten führen: Zugewanderte Pflegekräfte fühlen sich in ihrer Professionalität herabgesetzt und können ihre Kenntnisse nicht anwenden.**[91] **In Deutschland sozialisierte Kolleginnen und Kollegen sehen dagegen häufig in erster Linie, dass die betreffenden Personen nicht unmittelbar eingesetzt werden können, und deuten deren Verhalten als fehlende fachliche Kenntnis, kulturelle Unterschiede oder Arroganz** (Rand et al. 2019: 174–187; Satola/Bollinger 2020: 82–83; Kontos/Ruokonen-Engler/Guhlich 2019; Gold et al. 2019).

Herausforderungen im kollegialen Umgang

Viele zugewanderte Fachkräfte, die im Rahmen von Studien befragt wurden, berichten von Schwierigkeiten im Umgang mit Kolleginnen und Kollegen (Klingler/Marckmann 2016: 7–8; Hohmann/Glaesmer/Nesterko 2018; Kontos/Ruokonen-Engler/Guhlich 2019; Gold et al. 2019). Sie empfinden sich als außenstehend und haben den Eindruck, dass ihre fachlichen Kenntnisse infrage gestellt oder abgewertet werden, dass ihre Arbeit besonders kritisch beobachtet wird, dass die Kolleginnen und Kollegen sie ablehnen und ausschließen oder Wissen und Informationen zurückhalten. Dies kann die Einarbeitung erschweren. Unter Pflegekräften scheint es eine besondere Hierarchisierung zu geben (Rand et al. 2019; ähnlich Gold et al. 2019). Unzureichende Sprachkenntnisse spielen hier eine wichtige Rolle und können einen Ausschluss aus dem Team begünstigen (s. auch Stagge 2016: 224). Und wenn zugewanderte Fachkräfte während des laufenden Anerkennungsverfahrens zunächst als Pflegehelferinnen und Pflegehelfer eingestellt werden, müssen sie sich aus dieser untergeordneten Position anschließend erst ‚hocharbeiten'.[92] Manche der Befragten berichten auch von Diskriminierung durch Kolleginnen und Kollegen oder Patientinnen und Patienten (Khan-Gökkaya/Mösko 2021: 115; Loss et al. 2020: 8; Rand et al. 2019: 188–190).

Klingler und Marckmann (2016: 8) haben zugewanderte Ärztinnen und Ärzte befragt. Sie weisen darauf hin, dass deren Abwertungs- und Ausgrenzungserfahrungen sich möglicherweise nicht auf diese Gruppe beschränken, sondern nicht zugewanderte Berufsanfängerinnen und Berufsanfänger im Gesundheitssystem dies ähnlich erleben könnten (ähnlich Gold et al. 2019).[93] Allerdings befinden sich neu zugewanderte Fachkräfte insofern in einer besonderen Situation, als sie sich im neuen Arbeitskontext erst orientieren müssen und oft auch sprachliche Schwierigkeiten haben.

Betriebliches Integrationsmanagement

Angesichts der skizzierten Herausforderungen ist bei neu zugewanderten Gesundheitsfachkräften die praktische Einarbeitung sehr wichtig. Dieser Schritt wird aber bisweilen zu wenig beachtet. Vielmehr wird oft stillschweigend erwartet, dass zugewanderte Fachkräfte „unter den vorherrschenden Bedingungen gleich funktionieren und volle Leistung erbringen" (Rand et al. 2019: 185–186). Sie müssen jedoch in Bezug auf Sprache, Arbeitsorganisation und berufliche Sozialisation erhebliche Anpassungs- und Transferleistungen erbringen – ganz abgesehen von den weitreichenden persönlichen Veränderungen, die eine Migration mit sich bringt. Das erfordert einerseits eine gründliche Vorbereitung. Andererseits sind die Betroffenen darauf angewiesen, dass Vorgesetzte, Praxisanleitende und Kolleginnen und Kollegen am Arbeitsort sie unterstützen. **! Ein gutes Integrationsmanagement sollte daher sowohl die zuwandernden als auch die bereits vorhandenen Mitarbeitenden einbeziehen** (Roser et al. 2021: 35).

Anwerbende Unternehmen, die mit dem 2021 eingeführten Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland" (s. auch Kap. A.1.3.4) ausgezeichnet werden wollen, müssen ein schriftliches Konzept für das Integrationsmanagement vorlegen. Das DKF hat hierzu einen Werkzeugkoffer für Unternehmen erarbeitet (DKF/KDA 2021). In eine ähnliche Richtung gehen die Leitfragen zur Entwicklung eines Integrationskonzepts, die die Hochschule Fulda gemeinsam mit Praxispartnern und Praxispartnerinnen erstellt hat (Noll/Bollinger/Blättner 2021). Beide Instrumente umfassen die Vorbereitung vor der Einreise, die Anreise und die ersten Tage, die Organisation des Anerkennungsprozesses sowie Einarbeitung und Teambildung, den Umgang mit Konflikten und die soziale Integration. Die betreffenden Einrichtungen sollen sich vorab überlegen, wie aus dem Ausland angeworbene Fachkräfte bei der Integration unterstützt und wie mögliche Konflikte vermieden oder bearbeitet werden können. Sie sollen dafür Verantwortliche und Ansprechpersonen benennen und einen Plan für die ersten Monate erstellen, der nicht nur

91 Formal gesehen bedeutet die Gleichstellung des akademischen Abschlusses aus dem Herkunftsland mit einem deutschen beruflichen Abschluss eine Abwertung (Rand et al. 2019: 175–176).

92 Eine alternative Positionsbezeichnung wie „Pflegefachkraft in Anerkennung" kann dem eventuell entgegenwirken und drückt zugleich Wertschätzung aus; s. Maase 2021.

93 Dass etablierte Pflegekräfte Berufsanfängerinnen und Berufsanfänger herabsetzen und ausschließen, ist in der englischsprachigen Literatur vielfach beschrieben. Zurückgeführt wird es u. a. auf Stress, Frustration und die hierarchische Arbeitsumgebung (s. u. a. Wilson 2016; Crawford et al. 2019).

den Anerkennungsprozess beinhaltet, sondern auch das Ankommen im Unternehmen und am Wohnort. Außerdem soll die Belegschaft vorbereitet und für mögliche Herausforderungen sensibilisiert werden. Die Anzuwerbenden wiederum müssen im Voraus umfassend und realistisch darüber informiert werden, wie das betreffende Berufsbild in Deutschland aussieht, welche Arbeitsbedingungen sie erwarten und wie das Anerkennungsverfahren abläuft (s. die Leitfragen in Noll/Bollinger/Blättner 2021; DKF/KDA 2021). Um den Gesamtprozess zu steuern, gibt es im Unternehmen idealerweise Integrationsmanagerinnen oder Integrationsmanager, die auch die Anerkennungsverfahren begleiten. Auch Mentorinnen und Mentoren können eingesetzt werden (Kovacheva/Grewe 2015: 35–36). **❗ Das Ziel sollte sein, dass die Zugewanderten nicht nur ihre beruflichen Aufgaben als Fachkraft erfüllen können, sondern als Kollegin oder Kollege wie als Person anerkannt werden und sich im Unternehmen und am neuen Wohnort wohlfühlen.**

➔ Neben einem guten Integrationsmanagement sollte daher eine betriebliche Willkommenskultur etabliert und im Unternehmen gelebt werden. Hier spielen Führungskräfte eine entscheidende Rolle. Eine betriebliche Willkommenskultur kann auch ein Baustein eines breiter angelegten Diversity-Managements im Unternehmen sein, das beispielsweise auch Antidiskriminierungsstrukturen umfasst. In vielen großen Krankenhäusern und Kliniken gibt es ein solches bereits; Einrichtungen der Altenpflege dagegen stehen hier oft noch am Anfang (Satola/Bollinger 2020: 83). Nicht zuletzt könnte die Perspektive von Zugewanderten auch als Chance gesehen werden, Strukturen oder Abläufe zu hinterfragen und Veränderungen anzustoßen (Klingler/Marckmann 2016). Das setzt voraus, dass Irritationen nicht nur als Störung betrachtet werden, sondern auch als Lernpotenzial für beide Seiten – und es muss zeitliche Ressourcen geben, um in einen Austausch zu treten (Satola/Bollinger 2020: 84–85).

Ein zentraler Faktor, der Konflikte begünstigt, ist Zeitmangel: Unterstützung, Einarbeitung und Begleitung erfordern Zeit, und die ist im Arbeitsalltag oft knapp, vor allem bei einer angespannten Personalsituation. **❗ Viele Einrichtungen befinden sich hier in einem Dilemma: Sie entschließen sich aufgrund von Personalmangel, Fachkräfte aus dem Ausland anzuwerben; dieser Personalmangel erschwert aber zugleich die betriebliche Integration der Zugewanderten.** Fachkräfte aus dem Ausland bedeuten für das bestehende Team zunächst oft keine Entlastung, sondern eine Mehrbelastung. Bei ohnehin hohem Arbeitsdruck kann das zu Konflikten und Unzufriedenheit führen (Gold et al. 2019: 138; vgl. DBfK 2018: 7). **➔ Die Vorgesetzten sollten die Mitarbeitenden daher frühzeitig einbeziehen und vorbereiten, Raum und Zeit für die Einarbeitung schaffen und die Teambildung fördern. Denn von gut eingearbeiteten neuen Kräften profitieren alle.** Ebenso könnten mehr Wertschätzung, ein unterstützendes Arbeitsklima und weniger Zeitdruck nicht nur die Integration von zugewanderten Fachkräften erleichtern, sondern kämen allen Beschäftigten und nicht zuletzt den Patientinnen und Patienten zugute. Dies setzt letztlich aber eine angemessene personelle Ausstattung voraus.

Integration jenseits des Arbeitsplatzes

Wenn die Einrichtungen angeworbene Fachkräfte an sich binden und langfristig halten wollen, dürfen über den administrativen Verfahren und Prozessen und den Anforderungen am Arbeitsplatz auch ihre persönlichen Bedürfnisse nicht außer Acht gelassen werden. **❗ Migration ist eine weitreichende Entscheidung, die sich auf das Leben der Betroffenen und ihrer Familien vielfältig auswirkt.** Neben der Arbeit gilt es, eine Wohnung zu finden und einzurichten, sich ein soziales Netz aufzubauen und sich im Umfeld zu orientieren. Unternehmen können dies unterstützen, indem sie bei der Wohnungssuche helfen, Informationen über Freizeitangebote oder ein Ticket für den öffentlichen Personennahverkehr bereitstellen oder auch Kontakt zu Vereinen aus dem betreffenden Herkunftsland vermitteln. Auch der informelle Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen kann gefördert werden (vgl. die entsprechenden Anregungen in DKF/KDA 2021; Noll/Bollinger/Blättner 2021).

Migration ist zudem häufig als Familienprojekt angelegt: Fachkräfte möchten nicht nur ihre eigenen beruflichen Perspektiven verbessern, sondern auch die ihrer Kinder; sie möchten ihre Familie im Herkunftsland mit Rücküberweisungen unterstützen; vielleicht zieht die Partnerin oder der Partner mit und sucht ebenfalls einen Arbeitsplatz in Deutschland (s. Kontos/Ruokonen-Engler/Guhlich 2019: 153–154).[94] **➔ Diese familiäre Komponente sollte bei der Anwerbung von Fachkräften stärker mitgedacht werden**: Welche Kinderbetreuungsmöglichkeiten gibt es in der Region, welche Arbeitsmöglichkeiten für mitziehende Angehörige? Wie ist der öffentliche Personennahverkehr beschaffen? Wenn Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber Fachkräfte langfristig binden wollen, sollten sie sich mit solchen Aspekten befassen und damit konkret

94 Beim Zuzug von Fachkräften aus Drittstaaten können im Rahmen der üblichen Regelungen enge Familienangehörige (Ehepartnerin bzw. Ehepartner und minderjährige Kinder) mit- oder nachziehen. Dies setzt u. a. voraus, dass genügend Wohnraum zur Verfügung steht, der Lebensunterhalt gesichert ist und nachziehende Erwachsene Grundkenntnisse in der deutschen Sprache nachweisen können. Die Partnerinnen und Partner können in Deutschland unbeschränkt arbeiten (§ 4a Abs. 1 AufenthG). Für die Familien von EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern gilt dies ohnehin, sie müssen auch nicht alle soeben genannten Voraussetzungen erfüllen.

mit der Frage flankierender Integrationsmaßnahmen (vgl. Noll/Bollinger/Blättner 2021: 18). Hier ist ein enger Austausch mit den zuständigen kommunalen Stellen (z. B. in der Verwaltung, aber auch in Schulen) ein wichtiger Faktor, will man kreative Paketangebote für Fachkräfte und ihre Familien machen. Das gilt umso mehr in strukturschwachen Regionen; diese können unter Umständen mit günstigen Konditionen zur Anmietung oder zum Kauf von Wohnraum punkten.

A.1.5 Migration von Gesundheitsfachkräften in einer internationalen Perspektive

Nicht nur in Deutschland bilden Zugewanderte einen bedeutenden Anteil der Fachkräfte im Gesundheitssystem: In den OECD-Staaten sind insgesamt rund ein Viertel aller Ärztinnen und Ärzte und rund ein Sechstel der Pflegekräfte nicht in dem Land geboren, in dem sie aktuell arbeiten (OECD 2020)[95] (Info-Box 6). **! Gesundheitsfachkräfte wandern häufig in Länder mit höheren Einkommen. Diese bieten bessere Verdienstmöglichkeiten und haben häufig einen großen Bedarf an medizinischen Fachkräften, den sie mit inländischem Personal nicht decken können** (Bludau 2021).[96] Viele Länder sind gleichzeitig Herkunfts- und Zielland von international mobilen Gesundheitsfachkräften (vgl. WHO 2017). Dadurch ergeben sich bei einer globalen Betrachtung ‚Zuwanderungsketten' entlang des Einkommensgefälles (Bludau 2021; Bradby 2013: 15). So gehen Ärztinnen und Ärzte aus Nigeria und der Demokratischen Republik Kongo nach Südafrika, während jene aus Südafrika in das Vereinigte Königreich oder nach Kanada auswandern (Tankwanchi/Hagopian/Vermund 2019). Deutsche Ärztinnen und Ärzte ziehen in die Schweiz oder das Vereinigte Königreich (Info-Box 8); gleichzeitig kommen polnische und tschechische Ärztinnen und Ärzte nach Deutschland, und Tschechien wiederum rekrutiert Gesundheitspersonal in der Ukraine (MIDEM 2020: 164). Auch eine ‚Stufenmigration' wird beschrieben: Fachkräfte aus Kenia arbeiten beispielsweise zunächst in Südafrika und wandern nach einiger Zeit von dort in die USA weiter (Bradby 2013: 15–16). Allerdings wandern Gesundheitsfachkräfte zum Teil auch zwischen Staaten, die ökonomisch relativ ähnlich aufgestellt sind: In der OECD kommt etwa ein Drittel der zugewanderten Ärztinnen und Ärzte und der Pflegekräfte aus einem anderen OECD-Staat, darunter Deutschland, Polen, das Vereinigte Königreich und Kanada (OECD 2020).

! Zentrale Gründe für die Migration von Gesundheitsfachkräften sind neben besseren Verdienstmöglichkeiten und einem höheren Lebensstandard im Zielland die Arbeitsbedingungen und die beruflichen Perspektiven (WHO 2020c: 69–72). Dazu gehören auch die technische Ausstattung und die Frage, inwieweit es für (hoch) qualifizierte und spezialisierte Fachkräfte im Herkunftsland genug entsprechende Arbeitsplätze gibt (Wernick et al. 2016). Daneben können zu einer Migrationsentscheidung auch Aspekte wie die politische Situation und familiäre Gründe beitragen (s. Teney/Becker et al. 2017: 16–19; Becker/Teney 2020). Geografische Nähe oder historische und kulturelle Verbindungen spielen ebenfalls eine Rolle (s. SVR 2018: 23–28). Besonders für Gesundheitsfachkräfte sind außerdem rechtliche Rahmenbedingungen und die Struktur der Ausbildung wichtig: Die EU-Mitgliedstaaten erkennen viele Ausbildungsabschlüsse wechselseitig an (s. Kap. A.1.2), was die Migration von Fachkräften in diesem Raum erleichtert. Zwischen Ländern mit sehr unterschiedlichen Ausbildungsstrukturen oder bei strenger Regulierung ist eine Wanderung dagegen erheblich schwieriger.

A.1.5.1 Auswirkungen der Auswanderung von Gesundheitsfachkräften

Die Migration von Gesundheitsfachkräften ist deshalb eine besonders sensible Form der Fachkräftemigration, weil sie die Gesundheitsversorgung im Herkunftsland und damit die Lebensverhältnisse der dortigen Bevölkerung beeinträchtigen kann. **! Gesundheitsfachkräfte fehlen weltweit** – die WHO (2021b) beziffert den Gesamtbedarf bis 2030 auf 18 Millionen zusätzliche Fachkräfte, vorwiegend in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen. Fachkräfte, die sich für eine Auswanderung entscheiden, werden also wahrscheinlich im Herkunftsland fehlen. **! Die Herkunftsländer von medizinischem Personal haben häufig ein schwächeres Gesundheitssystem, und die Dichte von Pflegekräften und Ärztinnen und Ärzten bezogen auf die Einwohnerzahl ist im Schnitt deutlich geringer** (WHO 2022). Wenn qualifizierte Kräfte auswandern, schrumpfen die ohnehin geringen personellen Ressourcen weiter (sog. Braindrain). Das kann die Gesundheitsversorgung im Herkunftsland gefährden, vor allem in ländlichen Regionen. Es kann sich zudem auf die Ausbildungssysteme auswirken, wenn erfahrene und hoch qualifizierte Expertinnen und Experten das Land verlassen und dadurch nicht mehr für Forschung und Lehre bereitstehen (Bludau 2021).

95 Die Daten beziehen sich auf 2017/18. Es liegen nicht für alle Länder Angaben vor.

96 Es gibt auch die umgekehrte Richtung, etwa Ärztinnen und Ärzte aus dem Vereinigten Königreich, die sich in Südafrika oder Uganda niederlassen (s. WHO 2017). Dieses Phänomen ist aber quantitativ weit weniger bedeutsam.

Info-Box 6 Migration von Gesundheitsfachkräften: ein internationales Phänomen

Ein bedeutender und wachsender Anteil der Erwerbstätigen im Gesundheitssektor sind Eingewanderte. Dieses Phänomen lässt sich nicht nur in Deutschland beobachten (s. ausführlich Kap. A.2). Tatsächlich ist in vielen OECD-Staaten der Anteil der zugewanderten Gesundheitsfachkräfte noch deutlich höher als hierzulande (Abb. A.4). Das gilt nicht nur für klassische Einwanderungsländer wie Australien, Israel oder die Schweiz. In diesen Ländern war nach Daten der OECD (2020) in den Jahren 2015 bzw. 2016 rund die Hälfte aller Ärztinnen und Ärzte im Ausland geboren *(foreign born)* – im Fall der Schweiz häufig in Deutschland (Info-Box 8). Auch in Irland und Schweden war der Anteil der zugewanderten Ärztinnen und Ärzte mit 41,1 bzw. 30,5 Prozent viel höher als in Deutschland (2015: 20,2 %). In einigen süd- und osteuropäischen Ländern lag er dagegen deutlich niedriger, z. B. in Italien und Griechenland mit jeweils etwa 4 Prozent und in der Tschechischen Republik mit knapp 10 Prozent.

In der internationalen Diskussion um die Abwanderung medizinischer Fachkräfte wird häufig ein weiterer Indikator angeführt, nämlich die Zahl der im Ausland ausgebildeten Fachkräfte *(foreign trained)*. Personen, die im Herkunftsland (und auf dessen Kosten) ausgebildet wurden, anschließend aber in einem anderen Land arbeiten, bedeuten für das Herkunftsland einen direkten Verlust an Humankapital, zumal die Ausbildungskosten für medizinische Berufe recht hoch sind (s. ausführlich Kap. A.1.5.1). Wenn Personen bereits in jungen Jahren emigrieren und auf Kosten des Aufnahmelands ausgebildet werden, ist das für die Herkunftsländer dagegen weniger problematisch (vgl. OECD 2019b: 16–19).

Betrachtet man nur die Ärztinnen und Ärzte, die im Ausland ausgebildet wurden, liegt der Anteil meist etwas niedriger als bei den im Ausland geborenen. In Österreich beispielsweise waren 2015/16 14,2 Prozent der Ärztinnen und Ärzte im Ausland geboren, aber nur 6,0 Prozent hatten ihren Abschluss im Ausland erworben.[97] Besonders groß ist die Differenz in den Niederlanden: Hier waren 17,1 Prozent der Ärztinnen und Ärzte im Ausland geboren, im Ausland ausgebildet waren jedoch nur 2,2 Prozent.[98] Der Anteil der im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte betrug in Australien (32,1 %), der Schweiz (34,1 %) und dem Vereinigten Königreich (29,2 %) rund ein Drittel und in den USA 25,0 Prozent. Innerhalb der Europäischen Union stehen an der Spitze der Liste wieder Irland mit rund 42 Prozent und Schweden mit rund 35 Prozent (Abb. A.4). In den übrigen EU-Staaten, für die entsprechende Daten verfügbar sind, liegt der Anteil meist unter 15 Prozent (OECD 2020). Für Deutschland liegen zum Land der Ausbildung keine Angaben vor.[99]

In Ländern, die keine starke Einwanderungstradition haben, kommt es seltener vor, dass die Pflegekräfte zu einem großen Teil aus dem Ausland stammen. Hier sticht mit 26,1 Prozent in den Jahren 2015/16 wiederum Irland hervor. In Österreich ist immerhin rund jede fünfte Pflegekraft im Ausland geboren (19,6 %); in Deutschland war es knapp jede sechste (16,2 %) (OECD 2020; Abb. A.4). Auch hier kann für einige Staaten auch das Land der Ausbildung betrachtet werden. Abgesehen von der Schweiz, Neuseeland (25,9 bzw. 26,2 %), Australien (18,4 %) und dem Vereinigten Königreich (15,1 %) liegt der

97 Dazu gehören auch jene, die im jeweiligen Land geboren und für das Studium ins Ausland gegangen sind. Diese Personen sind also nicht im eigentlichen Sinne zugewandert.

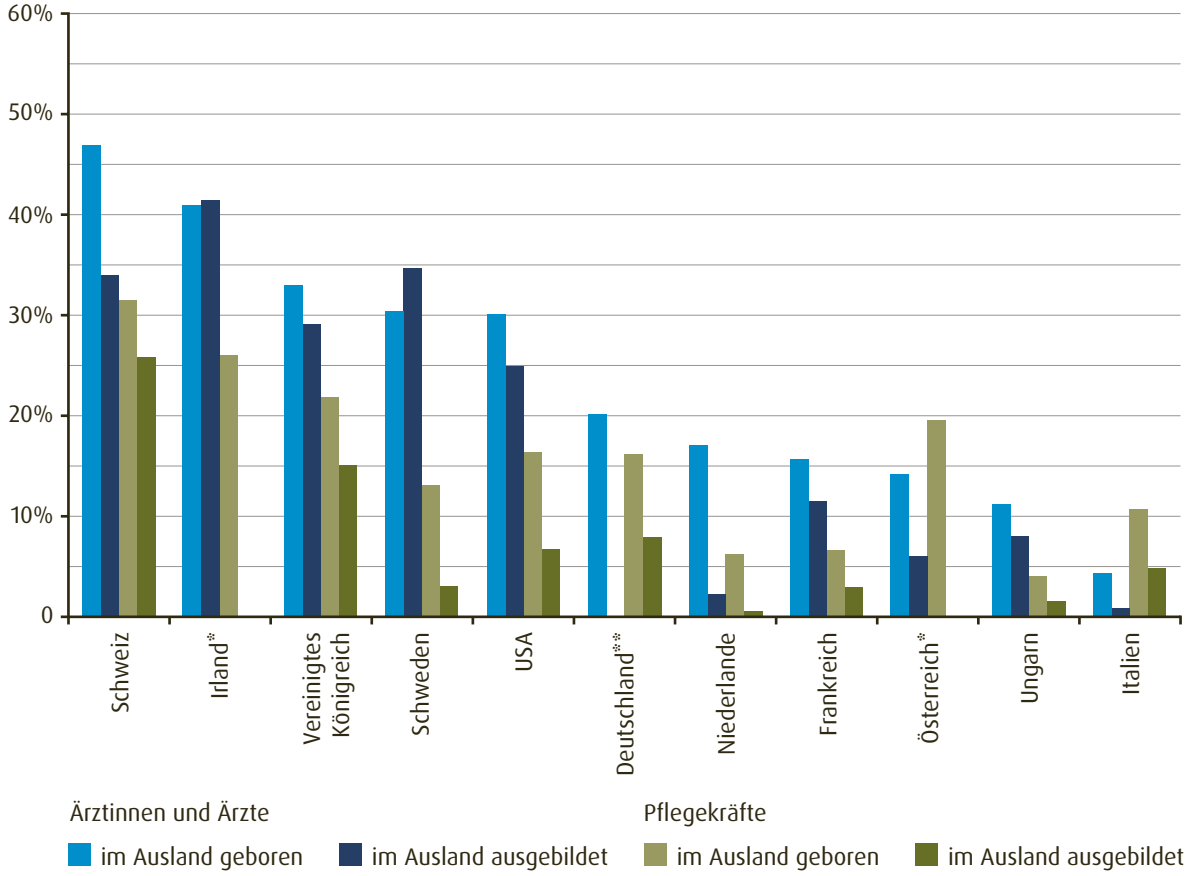
98 Ein anderes Verhältnis zeigt sich u. a. bei Israel: Hier sind rund 50 Prozent der Ärztinnen und Ärzte im Ausland geboren, aber knapp 60 Prozent haben im Ausland studiert. Von Letzteren ist jedoch über ein Drittel in Israel geboren und lediglich für das Studium ins Ausland gegangen. In Norwegen ist der Anteil der im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte mit rund 40 Prozent sogar doppelt so hoch wie jener der zugewanderten (22,7 %); rund die Hälfte davon ist im Inland geboren.

99 Anstelle der im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte wird offenbar die Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit ausländischer Staatsangehörigkeit gemeldet. Diese beiden Zahlen sind jedoch nicht deckungsgleich. Somit sind die Angaben zu Deutschland in den internationalen Datenbanken meist nicht korrekt. Dabei könnte der Anteil der im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte dem Mikrozensus entnommen werden; bei den Pflegekräften wird das auch getan.

Anteil der im Ausland ausgebildeten Pflegekräfte in allen OECD-Staaten unter 10 Prozent. Für Deutschland wird er mit 7,9 Prozent angegeben, in Italien liegt er bei knapp 5 Prozent. Die übrigen EU-Staaten nennen Anteile von unter 4 Prozent (OECD 2020; Abb. A.4).[100]

In fast allen OECD-Staaten ist der Anteil der zugewanderten Ärztinnen und Ärzte und Pflegekräfte seit 2000 deutlich gestiegen. In absoluten Zahlen waren in den OECD-Staaten in den Jahren 2015/16 insgesamt mindestens 483.000 Ärztinnen und Ärzte tätig, die in einem anderen Land ausgebildet worden waren.[101] Im Jahr 2011 waren es erst 424.000 Personen gewesen; allerdings liegen hier für einige Staaten keine Angaben vor. Von den Pflegekräften hatten 2015/16 mindestens rund 550.000 die Ausbildung im Ausland abgeschlossen. 2011 lag die Zahl noch bei 462.000 (OECD 2019b: 22–24).

Abb. A.4 Anteile zugewanderter Gesundheitsfachkräfte in ausgewählten OECD-Staaten



Anmerkung: Ausgewiesen sind jeweils die letzten verfügbaren Daten; für im Ausland geborene Fachkräfte ist das meist das Jahr 2015 bzw. 2016, für im Ausland ausgebildete Fachkräfte 2017 bzw. 2018. *Keine Daten für im Ausland ausgebildete Pflegekräfte. **Keine Daten für im Ausland ausgebildete Ärztinnen und Ärzte.

Quelle: OECD 2020; Darstellung: SVR

100 Für Irland und Österreich liegen keine Daten vor.

101 Die angegebenen Gesamtsummen berücksichtigen nur diejenigen Zielländer, für die entsprechende Daten zur Verfügung stehen. Die tatsächlichen Zahlen dürften daher höher liegen.

Auch ökonomisch betrachtet ist die Auswanderung von Gesundheitsfachkräften für die Herkunftsländer problematisch: **Wenn Ärztinnen und Ärzte ihre Ausbildung auf Kosten eines armen Herkunftsstaats erhalten, für ihre Berufstätigkeit aber in ein reiches Industrieland ziehen und dort Steuern zahlen, bedeutet dies nicht zuletzt einen finanziellen Verlust, zumal die Ausbildung im Gesundheitsbereich vergleichsweise lang und teuer ist.** Das senkt den Anreiz armer Herkunftsstaaten, in die Ausbildung zu investieren (Bludau 2021); zudem kann eine schlechtere Gesundheitsversorgung die wirtschaftliche Entwicklung beeinträchtigen (s. z. B. Saluja et al. 2020).[102] Die Migration von Gesundheitsfachkräften wurde daher auch als „perverse Subvention" (Mackintosh et al. 2006; Übersetzung: SVR) oder als „Steuer" (Shrime 2021; Übersetzung: SVR) der armen an die reichen Länder bezeichnet.

Was es für ein Land bedeutet, wenn innerhalb relativ kurzer Zeit viel medizinisches Personal abwandert, zeigt sich u. a. bei einigen mittel- und osteuropäischen EU-Staaten: Diese haben zum Teil Schwierigkeiten, die ärztliche Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Bereich aufrechtzuerhalten (Knoll 2021: 92–96; MIDEM 2020: 13). Besonders stark betroffen ist Rumänien. Etwa ein Drittel der im Land geborenen und ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte arbeitet mittlerweile im Ausland (OECD 2020), vor allem in Nord- und Westeuropa (Info-Box 7). Auch in Tschechien und der Slowakei zeigten sich während der Corona-Pandemie Personalengpässe, weil viele Ärztinnen und Ärzte das Land verlassen haben (FAZ 2020). Weltweit haben u. a. Nigeria und Indien hohe Auswanderungsraten beim ärztlichen Personal; ebenso Südafrika, dorthin wandern aber zugleich Ärztinnen und Ärzte aus anderen Staaten. Einige Länder in Mittelamerika und der Karibik verlieren große Teile der im Land ausgebildeten Pflegekräfte vor allem an die USA, das Vereinigte Königreich und Kanada. Für Deutschland sind die Westbalkanstaaten wichtige Herkunftsländer von ausländischen Pflegekräften, besonders Serbien und Bosnien und Herzegowina (s. Kap. A.1.1 und Kap. A.2.3). Auch hier kann die hohe Abwanderung problematische Folgen haben. Serbien hat deshalb Anfang 2020 die Zusammenarbeit im Rahmen von „Triple Win" beendet. Das BMG seinerseits stellt fest, dass man „für diese Staaten eine weitere Sogwirkung [...] vermeiden" müsse, deshalb konzentriere man sich nun auf weiter entfernte Drittstaaten.[103]

Es wäre aber zu kurz gegriffen, die unzureichende gesundheitliche Versorgung in einigen Herkunftsländern allein auf die Abwanderung von Fachkräften zurückzuführen. Eine große Rolle spielt hier auch die finanzielle und technische Ausstattung des Gesundheitssystems.[104] Zugleich begünstigt eine schlechte Ausstattung wiederum Abwanderung. **Wenn viele Gesundheitsfachkräfte das Land verlassen, wird das deshalb auch als Symptom eines unzureichend ausgestatteten Gesundheitssystems interpretiert** (vgl. SVR 2020: 68–69).

Das Fehlen von medizinischem Personal kann dazu führen, dass medizinische und pflegerische Aufgaben vermehrt von geringer qualifizierten oder unqualifizierten Kräften übernommen werden (sog. *task shifting*). Studien zur sog. *care chain* weisen zudem darauf hin, dass durch die Abwanderung von Gesundheitsfachkräften auch im privaten Bereich Versorgungslücken entstehen. Denn vor allem Pflegekräfte sind zu einem großen Teil weiblich, und Frauen übernehmen in den meisten Gesellschaften auch die Aufgaben der familiären Sorge (Info-Box 12).

Positive Aspekte der Migration von Gesundheitspersonal

Die internationale Migration von Fachkräften ist aber nicht nur als Verlust zu sehen. **Denn die Fachkräfte gewinnen durch die Migration berufliche Perspektiven und können ein höheres Einkommen erzielen. Die Zielländer gewinnen ausgebildete Fachkräfte, um ihren Personalbedarf zu decken. Und auch die Herkunftsländer können von Migration profitieren** (so das Credo z. B. im Programm „Triple Win", Info-Box 5): Migration kann einen Überschuss von Arbeitskräften absorbieren und damit die Arbeitsmärkte der Herkunftsländer entlasten. Zudem können Auswanderinnen und Auswanderer mit ihren Rücküberweisungen *(remittances)* die Kaufkraft im Land erheblich steigern und die wirtschaftliche Entwicklung dort fördern (s. SVR 2020: 69–74; 2016: 163–168). Dazu zählen neben monetären Transfers innerhalb familiärer oder sozialer Netzwerke z. B. auch der Transfer von Medizin oder Medizintechnik und die finanzielle Unterstützung von Gesundheitseinrichtungen im Herkunftsland

102 Diese Effekte sind allerdings schwer zu berechnen, da der Gesundheitszustand von vielen Faktoren beeinflusst wird, die zudem miteinander zusammenhängen.

103 Richtlinie zur Förderung von Vorhaben zur ethisch hochwertigen Gewinnung von Pflegefachkräften in weit entfernten Drittstaaten im Rahmen des Programms „Faire Anwerbung Pflege Deutschland" vom 23.06.2021, S. 1.

104 Die empirischen Befunde zum Zusammenhang zwischen der Fachkräftedichte und der Gesundheitsversorgung bzw. dem Gesundheitszustand der Bevölkerung sind nicht eindeutig (Bradby 2013: 20–26). Einerseits scheint eine höhere Zahl medizinischer Fachkräfte tendenziell mit einer geringeren Säuglingssterblichkeit einherzugehen; diese ist ein zentraler Indikator für den allgemeinen Gesundheitszustand (s. z. B. Farahani/Subramanian/Canning 2009; Sousa/Dal Poz/Boschi-Pinto 2013). Andererseits bedeuten mehr Fachkräfte nicht zwangsläufig, dass die Bevölkerung insgesamt medizinisch besser versorgt ist, etwa wenn es für diese Fachkräfte im staatlichen Gesundheitssystem gar keine Stellen gibt, sie regional sehr ungleich verteilt sind oder im privaten Sektor arbeiten.

Info-Box 7 Die Auswanderung von Ärztinnen und Ärzten aus Rumänien

Im Jahr 2017 bzw. 2018 arbeiteten über 20.000 in Rumänien ausgebildete Ärztinnen und Ärzte in einem Mitgliedstaat der OECD (OECD 2020) – in Rumänien selbst waren 2018 knapp 60.000 Ärztinnen und Ärzte registriert, also nur rund dreimal so viele (Eurostat 2020). Die wichtigsten Zielländer sind Frankreich, Deutschland, das Vereinigte Königreich, Belgien und Schweden (Botezat/Moraru 2020: 314). Allein in Deutschland waren 2020 über 4.500 Ärztinnen und Ärzte mit rumänischer Staatsangehörigkeit tätig (BÄK 2021c; s. Kap. A.2.2, Tab. A.1), in Frankreich arbeiteten 2017 über 4.000 Ärztinnen und Ärzte mit einem rumänischen Abschluss (Le Monde 2017). In beiden Ländern hat sich die Zahl seit dem EU-Beitritt Rumäniens 2007 vervielfacht. Nach Deutschland kamen im Jahr 2007 54 rumänische Ärztinnen und Ärzte; 2012 waren es mit 579 über zehnmal so viele. Seit 2017 liegt die Zahl bei rund 200 Personen jährlich (BÄK 2021e). Für Medizinstudierende in Rumänien spielt Auswanderung eine wichtige Rolle: Von den Absolventinnen und Absolventen einer medizinischen Fakultät in Cluj-Napoca wollten nach Umfragen aus den Jahren 2013 bis 2015 fast 85 Prozent nach Abschluss ihres Studiums für einige Zeit oder dauerhaft ins Ausland gehen; etwa die Hälfte hatte bereits einen konkreten Plan (Suciu et al. 2017: 3–4).[105]

Rumänien hatte 2017 mit 2,9 Ärztinnen und Ärzten pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern eine der geringsten Arztdichten in der EU (Deutschland: 4,9; OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2019: 10; BÄK 2021b). Dies wird auch auf die massive Abwanderung zurückgeführt. Presseberichten zufolge sind in Krankenhäusern aufgrund fehlenden Personals ganze Abteilungen nicht mehr arbeitsfähig, besonders in ländlichen Regionen (s. z. B. Guardian 2019; Roser 2015). Das Gesundheitssystem gilt insgesamt als wenig leistungsfähig: Überdurchschnittlich viele Menschen haben keinen adäquaten Zugang zu Gesundheitsversorgung, die Lebenserwartung ist deutlich niedriger als im EU-Durchschnitt, und es sterben mehr Menschen an vermeidbaren oder behandelbaren Ursachen als in den meisten anderen EU-Staaten (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2019; s. auch MIDEM 2020: 13). Das liegt aber nicht nur an der Abwanderung von Ärztinnen und Ärzten, sondern auch an der schlechten Ausstattung des Gesundheitssystems: Die Gesundheitsausgaben pro Kopf liegen niedriger als in allen anderen EU-Staaten; auch gemessen am Bruttoinlandsprodukt gibt Rumänien für Gesundheit am wenigsten aus (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2019: 9). Diese Unterfinanzierung beeinträchtigt nicht nur die Versorgungsqualität, sie begünstigt auch die Abwanderung: In Befragungen nennen Ärztinnen und Ärzte als Hauptgründe für Auswanderung oder entsprechende Überlegungen die höheren Gehälter und die besseren Arbeitsbedingungen im Zielland sowie Unzufriedenheit mit dem rumänischen Gesundheitssystem.[106] Ein weiterer Grund ist die vielfach wahrgenommene Korruption im Gesundheitswesen (Suciu et al. 2017; Botezat/Moraru 2020: 324–325; vgl. Teney/Becker et al. 2017: 16–18).

Um Ärztinnen und Ärzte im Land zu halten, wurden deshalb ab 2015 die Gehälter der Beschäftigten im Gesundheitswesen erhöht. Für Ärztinnen und Ärzte stiegen sie 2018 um 70 bis 170 Prozent; dies war ursprünglich erst für 2022 angekündigt worden, wurde aber nach Streiks vorgezogen. Investitionen in die technische Ausstattung sollen die Arbeitsbedingungen verbessern. Dies betrifft allerdings nur Ärztinnen und Ärzte, die in öffentlichen Krankenhäusern angestellt sind (Botezat/Moraru 2020: 313; OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2019: 20). Inwieweit diese Maßnahmen zu einer Verringerung der Abwanderung beitragen, lässt sich anhand der vorliegenden Daten noch nicht einschätzen.

105 Zugleich bieten rumänische Universitäten zahlreiche Plätze speziell für internationale Medizinstudierende an: Von den rund 6.000 Studienplätzen in Medizin, die es im Studienjahr 2018/2019 an rumänischen Universitäten gab, waren über ein Viertel kostenpflichtige Programme auf Englisch oder Französisch. Ihre Zahl ist in den letzten Jahren stark gestiegen, während sich die Zahl der staatlich subventionierten Studienplätze in rumänischen Studiengängen nur geringfügig erhöhte (OECD 2019b: 108).

106 Eine Verschlechterung dieser Rahmenbedingungen scheint sich unmittelbar auf Migrationsabsichten auszuwirken: Als 2010 infolge von Krediten des Internationalen Währungsfonds Einsparmaßnahmen nötig waren, wurden u. a. die Gehälter im öffentlichen Dienst gekürzt und ein Einstellungsstopp verhängt. In dem Jahr beantragten mehr als 18 Prozent der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in Rumänien eine Unbedenklichkeitsbescheinigung *(certificate of good standing)*; diese ist Voraussetzung für eine Arbeitsaufnahme im Ausland. In den Jahren zuvor lag die Quote bei etwa 3 Prozent (Botezat/Moraru 2020: 312–313). Allerdings wandern nicht alle Antragstellenden dann tatsächlich aus.

Info-Box 8 Internationale Mobilität von Ärztinnen und Ärzten aus Deutschland

Deutschland ist für international mobiles medizinisches Personal nicht nur Ziel-, sondern auch Herkunftsland. In den Jahren 2011 bis 2020 haben fast 23.000 Ärztinnen und Ärzte Deutschland verlassen, das sind im Schnitt fast 2.300 pro Jahr.[107] Rund 14.000 davon waren deutsche Auswanderinnen und Auswanderer, außerdem kehrten knapp 9.000 ausländische Ärztinnen und Ärzte Deutschland den Rücken (BÄK 2021a; eigene Berechnung). Zugleich ist die Abwanderung von Ärztinnen und Ärzten aus Deutschland im Verlauf dieses Jahrzehnts deutlich gesunken, vor allem gemessen an den Jahren 2008 bis 2011 (Abb. A.5).

Das häufigste Zielland ist die Schweiz, dorthin emigrierten im genannten Zeitraum rund 6.600 Ärztinnen und Ärzte. Im Jahr 2020 arbeiteten in der Schweiz insgesamt über 7.500 Ärztinnen und Ärzte mit einer in Deutschland abgeschlossenen Ausbildung – das ist fast ein Fünftel aller dort tätigen Ärztinnen und Ärzte (Hostettler/Kraft 2021: 2–3). Gründe für die Abwanderung dürften vor allem sein, dass in der Schweiz das Einkommensniveau höher ist und die Arbeitsbedingungen besser sind; auch die deutsche Sprache und die geografische Nähe spielen eine Rolle. Darüber hinaus wanderten in den letzten zehn Jahren rund 2.800 Ärztinnen und Ärzte nach Österreich aus, rund 1.200 in die USA, jeweils rund 700 nach Griechenland und ins Vereinigte Königreich und knapp 500 nach Frankreich (BÄK 2021a; eigene Berechnung). Nach Österreich und besonders nach Griechenland sind überwiegend Ausländerinnen und Ausländer gewandert (61 bzw. 88 %). In die anderen Länder zieht es dagegen vor allem Deutsche.

Setzt man die Zahl der ausgewanderten deutschen (rund 14.000) ins Verhältnis zu der der zugewanderten ausländischen Medizinerinnen und Mediziner (etwa 34.000 im gleichen Zeitraum, s. Kap. A.2.2),[108] beläuft sich der Verlust durch Abwanderung auf weniger als die Hälfte des Zuzugs. Allerdings wird nicht erhoben, wie viele deutsche Ärztinnen und Ärzte zu- bzw. zurückwandern. Denkbar ist, dass sich einige nur temporär im Ausland aufhalten und zu einem späteren Zeitpunkt zurückkehren. Deutsche Ärztinnen und Ärzte, die nach Deutschland kommen, werden ebenfalls nicht als Zuzüge erfasst. Dabei gehen viele Deutsche für das Medizinstudium ins Ausland, u. a. wegen der strengen Zulassungsbeschränkungen an deutschen Hochschulen. Besonders beliebt dafür sind Österreich und Ungarn, wo 2019 bzw. 2020 jeweils rund 2.300 bzw. 2.200 Deutsche Humanmedizin studierten; auch in Polen und Bulgarien studieren viele Deutsche Medizin (Statistisches Bundesamt 2021e: 16–18).[109] Einige osteuropäische Hochschulen haben für internationale Zielgruppen eigens kostenpflichtige deutsch- oder englischsprachige Studiengänge eingerichtet (s. für Rumänien OECD 2019b: 105–121).[110] Daten zum Verbleib dieser Studierenden liegen nicht vor. Es ist jedoch anzunehmen, dass sie zum Arbeiten größtenteils nach Deutschland zurückkehren. Diese Gruppe erhöht das Arbeitskräftepotenzial ebenso wie Zuwandernde ohne deutsche Staatsangehörigkeit.

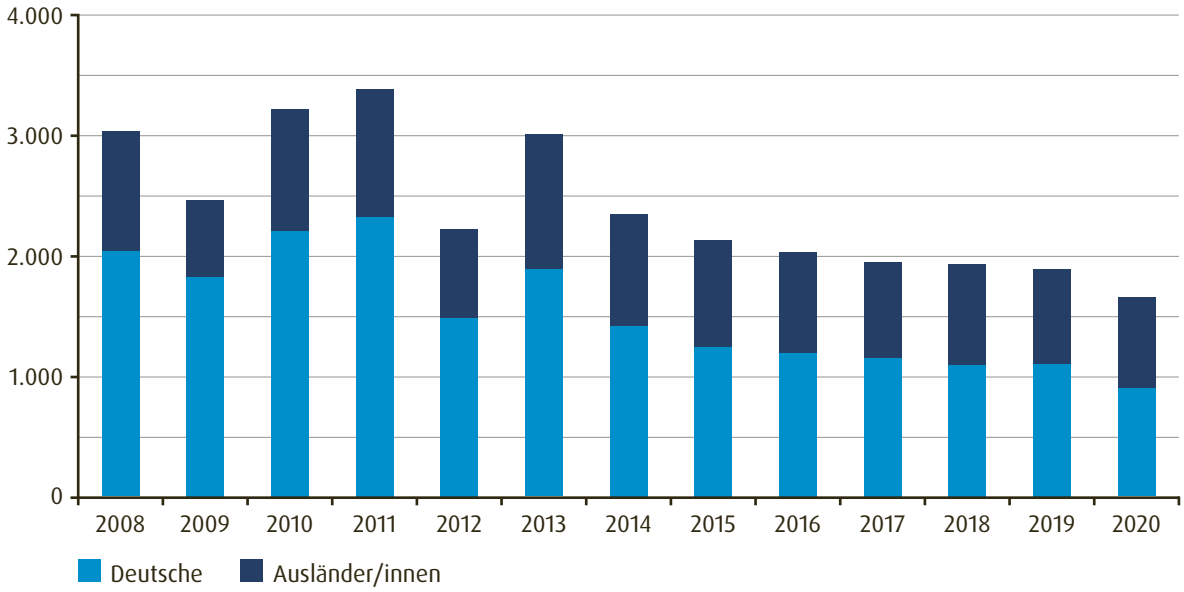
107 Hier ist das Alter bzw. die Berufstätigkeit der Betreffenden nicht berücksichtigt. Es ist also gut möglich, dass ein gewisser Anteil der Auswandernden bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden ist und sich in einem anderen Staat zur Ruhe setzt. Die Abwanderung von Ärztinnen und Ärzten bedeutet daher nicht zwangsläufig einen Verlust an Arbeitskräften.

108 Diese Zahl entspricht dem Nettozuzug ausländischer Ärztinnen und Ärzte, sie berücksichtigt also bereits diejenigen, die Deutschland wieder verlassen oder aufgrund von Einbürgerung aus der Statistik herausfallen; s. Kap. A.2.2.

109 In Österreich machten Deutsche an öffentlichen Universitäten im Jahr 2019 23 Prozent der Medizinstudierenden aus, an privaten Hochschulen sogar 48 Prozent (Unger et al. 2020: 97). Angesichts der hohen Nachfrage deutscher Studieninteressierter hat Österreich eine Begrenzung eingeführt, um sicherzustellen, dass für die Versorgung in Österreich genug Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden: Maximal 25 Prozent der Medizinstudienplätze dürfen an Studieninteressierte mit nichtösterreichischer Hochschulzugangsberechtigung vergeben werden (§ 71a Abs. 5 Universitätsgesetz).

110 Beispielsweise bietet die Universität Pécs (Ungarn) jährlich 170 Studienplätze im deutschsprachigen Studiengang Humanmedizin an (Studienjahr 2021/2022; s. https://bewerbung.medizin.pte.hu, 07.02.2022)). In Sachsen gibt es ein Stipendienprogramm für angehende Hausärztinnen und Hausärzte, die in Pécs studieren: Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen und die sächsischen Krankenkassen tragen die Studiengebühren für 20 Plätze jährlich; für 2020, 2021 und 2022 finanziert das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt weitere 20 Studienplätze. Im Gegenzug verpflichten sich die Teilnehmenden, nach Abschluss des Studiums mindestens fünf Jahre in Sachsen außerhalb der Großstädte als Hausarzt bzw. Hausärztin tätig zu sein; s. www.nachwuchsaerzte-sachsen.de/ueber-das-projekt.html (07.02.2022).

Abb. A.5 Abwanderung von Ärztinnen und Ärzten aus Deutschland 2008–2020



Quelle: BÄK 2021a; Darstellung: SVR

(s. Hunger/Krannich 2018: 19–24). Die Aussicht auf eine spätere Migration kann zudem mehr Menschen für eine Ausbildung oder ein Studium im medizinischen Bereich motivieren, die letztlich nicht alle tatsächlich auswandern; davon profitiert dann das Herkunftsland. Auswanderinnen und Auswanderer können außerdem Kompetenzen, Netzwerke, Erfahrungen und Wissen in ihre Herkunftsländer zurückbringen (SVR 2020: 74–75). Das gilt besonders für jene, die ihre Heimat nur temporär verlassen, im Ausland Arbeitserfahrung sammeln oder sich beruflich weiterbilden und anschließend zurückkehren und ihren Beruf dort ausüben. Das scheint z. B. in Südafrika zunehmend der Fall zu sein (Labonté et al. 2015). Dieses Phänomen wird unter den Schlagworten Braingain oder Brain Circulation diskutiert. **Solche positiven Wirkungen sind aus der allgemeinen Migrationsforschung bekannt; speziell für den Gesundheitssektor wurden sie jedoch selten untersucht.** Welchen Anteil temporäre Migration hier hat und in welchem Umfang ausgewanderte Gesundheitsfachkräfte ihre Familien im Herkunftsland durch Rücküberweisungen unterstützen, ist bisher kaum bekannt.

A.1.5.2 Möglichkeiten der politischen Gestaltung internationaler Mobilität

Um die negativen Auswirkungen der Auswanderung von Gesundheitsfachkräften abzufedern, werden verschiedene Maßnahmen diskutiert. So wird beispielsweise gefordert, dass die Zielländer den Ausbildungsstaaten eine Kompensationszahlung leisten (s. z. B. Mackintosh et al. 2006; VENRO e. V. 2014: 3–4).[111] Innerhalb der EU dient die Kohäsions- und Strukturpolitik u. a. dazu, negative Folgen der Binnenmarktintegration abzuschwächen und ökonomische Unterschiede auszugleichen, die Abwanderung begünstigen. Darüber hinaus könnten beispielsweise Gelder des Corona-Wiederaufbaufonds auch dafür genutzt werden, Asymmetrien zwischen den Gesundheitssystemen der Mitgliedstaaten auszugleichen oder zumindest abzumildern. Weiterhin wird vorgeschlagen, die Fachkräfte selbst an der Finanzierung ihrer Ausbildung stärker zu beteiligen. Diesen Weg gehen einige osteuropäische Hochschulen bereits für ausländische Studierende (Info-Box 8). Denkbar wäre aber auch, dass von starker Abwanderung

111 Ein Antrag auf Einrichtung eines Entschädigungsfonds wurde 2020 ins Europäische Parlament eingebracht (Entschließungsantrag B9-0160/2020 vom 15.05.2020).

betroffene Länder teure Studiengänge wie Medizin grundsätzlich mit Studiengebühren belegen (unabhängig von der Nationalität der Studierenden). Dann wäre zumindest der finanzielle Verlust für den Ausbildungsstaat geringer, wenn Fachkräfte nach der Ausbildung auswandern (Poutvaara 2004; 2008).[112]

Strategien der Herkunftsländer

Die Herkunftsländer können Gesundheitsfachkräften kaum verbieten auszuwandern.[113] Viele versuchen stattdessen, die Migration zu steuern und ggf. zu verringern und ihre negativen Auswirkungen abzufedern. Hier verfolgen sie drei unterschiedliche Strategien (vgl. Cabanda 2017b): (1) die Emigration zu erschweren, (2) Anreize für den Verbleib im Land zu setzen und (3) die Auswanderung zu fördern und wirtschaftlich zu nutzen.

In die erste Kategorie fallen Staaten wie Indien, Simbabwe und Ghana: Sie verpflichten Medizinstudierende, nach Abschluss des Studiums für eine bestimmte Zeit im staatlichen Gesundheitswesen zu arbeiten; andernfalls müssen staatliche Stipendien zurückgezahlt werden (Cabanda 2017b: 220–221). Das soll zumindest verhindern, dass die Betreffenden direkt nach dem Studium abwandern. Dieses Instrument ist jedoch umstritten, weil es die Arbeitsmotivation senken kann. Zudem können Auswanderungswillige die zu erstattenden Kosten leicht schultern, wenn sie in den möglichen Zielländern deutlich mehr verdienen (Bradby 2013: 27). Die zweite Strategie setzt darauf, die Gründe für eine Auswanderung zu beseitigen. In Südafrika scheinen Gehaltserhöhungen die Auswanderung von Pflegekräften vermindert zu haben (Labonté et al. 2015); Ähnliches zeigt sich in Ungarn (OECD 2019a: 176). Auch Rumänien hat für Ärztinnen und Ärzte, die im staatlichen Gesundheitswesen angestellt sind, die Bezahlung mehr als verdoppelt (Info-Box 7). Neben der Entlohnung sind auch die Arbeitsbedingungen eine Stellschraube, etwa die technische Ausstattung oder die Aufgabenverteilung in Kliniken. Diese Strategie erfordert jedoch erhebliche finanzielle Mittel (vgl. Shrime 2021). Die dritte Strategie verfolgen u. a. einige südostasiatische Länder, besonders die Philippinen (s. Yeates 2009; Yeates/Pillinger 2018): Dort werden seit vielen Jahrzehnten gezielt Pflegekräfte für den Einsatz im Ausland ausgebildet. Dabei rechnet der Staat damit, dass er zunächst von ihren Rücküberweisungen profitiert und später bei ihrer Rückkehr vom Wissenstransfer (Info-Box 9).

Der Verhaltenskodex der WHO

Auch auf internationaler Ebene gibt es seit geraumer Zeit Bestrebungen, die negativen Auswirkungen einer unregulierten Fachkräftemigration im Gesundheitswesen abzumildern, ohne zugleich Migration generell zu verhindern. 2010 verabschiedete die WHO den „Globalen Verhaltenskodex für die internationale Anwerbung von Gesundheitskräften". Er soll gewährleisten, dass bei der Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften ethische Grundsätze beachtet werden. **Der WHO-Kodex bekräftigt einerseits das Recht von Gesundheitsfachkräften auf internationale Mobilität und Migration und fordert eine Gleichbehandlung von zugewanderten und einheimischen Arbeitskräften. Andererseits empfiehlt er, Push- und Pull-Faktoren zu verringern.** So sollen Herkunftsländer den Verbleib im Land durch Anreize wie eine bessere Bezahlung fördern. Die Zielländer wiederum sollen ihre eigenen Ausbildungskapazitäten erhöhen, damit sie ihren Bedarf durch inländische Fachkräfte decken können und weniger auf internationale Migration angewiesen sind. Bilaterale Abkommen sollen helfen, Migration zu steuern und die Rechte der Migrantinnen und Migranten zu wahren. Dabei sollen die Zielländer bei der Ausbildung und Personalplanung im Gesundheitswesen mit den Herkunftsländern zusammenarbeiten und sie technisch und finanziell unterstützen, sodass die Gesundheitssysteme beider Seiten profitieren. Eine einheitliche Datengrundlage soll Migrationsbewegungen sichtbar machen und die Personalplanung erleichtern (vgl. Angenendt/Clemens/Merda 2014; Clemens/Dempster 2021).

Der Kodex empfiehlt zudem, in Staaten mit einem „kritischen Mangel" an Fachpersonal nicht aktiv Gesundheitsfachkräfte anzuwerben (Art. 5.1); dies soll nur im Rahmen bilateraler Abkommen erfolgen. Der Weltgesundheitsreport von 2006 identifizierte 57 Länder mit einem solchen kritischen Mangel (WHO 2006: 10–13).[114] Anfang 2021 wurde diese Liste ersetzt durch eine neue Liste von Staaten, die hinsichtlich ihres Gesundheitspersonals besondere Unterstützung und Schutz benötigen *(WHO Health Workforce Support and Safeguards List)*.[115] Als Indikator dafür diente neben der Personaldichte auch der Grad der

112 Hohe Studiengebühren können natürlich eine Zugangshürde sein. Um das zu verhindern, schlägt Poutvaara (2004; 2008) vor, die Gebühren mit einem einkommensabhängigen staatlichen Darlehen zu kombinieren. Dieses Darlehen wäre erst nach Abschluss der Ausbildung zurückzuzahlen und auch nur, wenn das Einkommen eine bestimmte Schwelle übersteigt.

113 Während der Corona-Pandemie haben jedoch einige Staaten die Auswanderung zeitweilig verboten, u. a. die Philippinen, die bis dahin weltweit eines der wichtigsten Herkunftsländer von Pflegekräften waren (Info-Box 9).

114 Als Grenzwert für einen „kritischen Mangel" wurde die Marke von 2,28 Gesundheitsfachkräften pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern definiert, sofern zugleich weniger als 80 Prozent der Geburten von medizinischen Fachkräften begleitet werden. Zur Kritik an diesen Kriterien s. Angenendt/Clemens/Merda 2014: 3–5.

115 S. www.who.int/publications/m/item/health-workforce-support-and-safeguards-list (07.02.2022).

Info-Box 9 Ausbildung für den Weltmarkt: Pflegekräfte von den Philippinen

Die philippinische Regierung fördert schon seit den 1970er Jahren die (temporäre) Migration von Arbeitskräften. Damit wollte sie seinerzeit die Arbeitslosigkeit im Land bekämpfen. Zudem werden so hohe Summen an Rücküberweisungen generiert. Die Regierung organisiert die Vermittlung von Arbeitskräften, bemüht sich darum, Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten vor Ausbeutung zu schützen, erleichtert Rücküberweisungen und fördert mit Anreizen eine spätere Rückkehr (Asis 2017).[116] Unter den Auswandernden sind auch medizinische Fachkräfte, vor allem Krankenpflegerinnen und (zu einem geringen Anteil) Krankenpfleger (s. Cabanda 2017a; Bludau 2021). Die Perspektive, nach Abschluss der Ausbildung auswandern zu können, ist für viele ein zentrales Kriterium bei der Berufswahl. Zu den wichtigsten Zielländern gehören neben den USA Saudi-Arabien, die Vereinigten Arabischen Emirate, das Vereinigte Königreich und Singapur (Castro-Palaganas et al. 2017: 4). Allein in den OECD-Staaten waren 2015 mindestens 230.000 philippinische Pflegekräfte beschäftigt (OECD 2020). Deutschland hat 2012 im Rahmen des Projekts „Triple Win" mit den Philippinen ein Abkommen zur Anwerbung von Pflegekräften geschlossen (Info-Box 5). Hier arbeiteten Ende 2020 rund 6.300 philippinische Pflegekräfte (BT-Drs. 19/32157: 11; s. auch Kap. A.2.3).

Kritikerinnen und Kritiker verweisen allerdings darauf, dass sich die Auswanderung auf das Herkunftsland negativ auswirkt (s. z. B. Güllemann 2015): Die gesundheitliche Versorgung im Land und besonders in ländlichen Regionen sei unzureichend, weil Fachkräfte oft nur kurz blieben, um Arbeitserfahrung für eine Auswanderung zu sammeln, und besonders die Erfahrenen und gut Ausgebildeten das Land verließen (Castro-Palaganas et al. 2017). Im Zuge der Corona-Pandemie hat die philippinische Regierung deshalb 2020 die Ausreise von Gesundheitsfachkräften zeitweise untersagt. Seit 2021 gilt eine Obergrenze von 6.500 Personen pro Jahr – 2019 gab es noch 17.000 Ausreisen (Reuters 2021). Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass durch die Vervielfachung von Ausbildungsstätten die Qualität gelitten habe und sich die Ausbildung oft weniger am lokalen Bedarf orientiere als an den Bedürfnissen und Vorgaben der Zielländer (Bludau 2021). Fraglich ist auch, inwieweit eine spätere Rückkehr von Pflegekräften tatsächlich zu einem Braingain führt, wie es die Regierung intendiert. Befragungen zufolge will ein Großteil der Auswanderinnen und Auswanderer erst nach Ende ihrer Berufstätigkeit auf die Philippinen zurückkehren (Castro-Palaganas et al. 2017).

allgemeinen Gesundheitsversorgung.[117] Die Liste umfasst derzeit 47 Staaten und soll in Zukunft regelmäßig aktualisiert werden (Clemens/Dempster 2021: 8–12).[118]

Evaluationen zufolge ist der Verhaltenskodex inzwischen weithin bekannt und wird bei der Politikgestaltung zunehmend berücksichtigt. Allerdings werden die darin enthaltenen Prinzipien offenbar nur selten vollständig umgesetzt (Pillinger/Yeates 2020: 19–20; vgl. WHO 2020b). Dies liegt auch daran, dass der Kodex keine konkreten Maßnahmen und Vorgaben nennt und es weder Mechanismen für seine Finanzierung noch solche für seine Überprüfung gibt. Als konkrete Folge wurde in einigen Staaten untersagt, aus den gelisteten Ländern mit einem kritischen Mangel Fachkräfte zu rekrutieren. Auch das deutsche Recht verbietet, Arbeitskräfte in Gesundheits- und Pflegeberufen aus diesen Ländern privat anzuwerben (§ 38 BeschV). Eine entsprechende Beschäftigung darf nur die BA vermitteln.[119] Grundsätzlich können aber Fachkräfte

116 Diese Strategie wird nicht zuletzt durch die Altersstruktur der Bevölkerung ermöglicht, denn der Anteil junger Menschen ist hier sehr hoch. Für Gesellschaften mit einer alternden Bevölkerung eignet sie sich nicht.

117 Gemessen wurde dieser mithilfe des *Universal Health Coverage Index* (UHC SCI) der WHO (s. WHO 2019: 11–23).

118 Darunter sind die meisten Staaten in Subsahara-Afrika, einige in Südasien (u. a. Afghanistan, Pakistan und Bangladesch), außerdem mehrere pazifische Staaten, der Jemen und Haiti. Bis auf Afghanistan ist keiner dieser Staaten als Herkunftsland von Gesundheitsfachkräften für Deutschland quantitativ bedeutsam.

119 Offizielle Absprachen mit den betreffenden Ländern bestehen derzeit nicht. Bei der Identifikation möglicher Partnerländer für die Anwerbung von Gesundheitsfachkräften werden Staaten auf der WHO-Liste gewöhnlich ausgeschlossen (vgl. Braeseke/Lingott et al. 2020).

aus diesen Ländern weiterhin beschäftigt werden, wenn sie sich selbst bewerben.[120]

Zusammenarbeit in bilateralen Abkommen

Darüber hinaus wurden der WHO bisher 120 bilaterale Abkommen zur Migration von Gesundheitsfachkräften gemeldet (WHO 2020b: 18). Solche Abkommen beziehen sich typischerweise auf Pflegekräfte und nur selten auf Ärztinnen und Ärzte (Cabanda 2017b: 217).[121] Unklar ist, inwieweit die bestehenden Abkommen auch eine weitergehende Zusammenarbeit von Ziel- und Herkunftsstaaten vorsehen, um deren Gesundheitssysteme zu stärken, wie es der Verhaltenskodex intendiert. Entsprechend wurde bisher nicht untersucht, wie diese Zusammenarbeit ggf. umgesetzt wird und inwieweit sie erfolgreich ist.

Das deutsche „Triple Win"-Programm (Info-Box 5) wird bisweilen als Vorbild für bilaterale Zusammenarbeit genannt. Hervorgehoben werden dabei vor allem seine strukturelle Anlage und seine Entstehung: Daran waren neben den Arbeitsverwaltungen der betreffenden Länder auch die Gesundheitsministerien sowie Gewerkschaften und Arbeitnehmervertretungen beteiligt (Pillinger/Yeates 2020: 22). Zentrales Ziel des Programms ist faire und geordnete Migration. Dabei sollen vor allem die Rechte der beteiligten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer geschützt werden. So verpflichten sich die teilnehmenden Unternehmen, den Angeworbenen ein bestimmtes Mindestgehalt zu zahlen. Außerdem wird ein Großteil der Kosten, die beispielsweise für Sprachkurse und Prüfungen entstehen, direkt von den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern oder über das Projekt finanziert (s. auch Kap. A.1.3.4). Als potenzielle Vorteile der Herkunftsländer werden zu erwartende Rücküberweisungen der Migrantinnen und Migranten und Wissenstransfers bei zirkulärer Migration angesprochen. Darüber hinaus sollen die Partnerländer von der Entlastung ihres Arbeitsmarkts profitieren (GIZ 2021; BT-Drs. 19/16732: 6).[122] Bis auf Letzteres betreffen diese Punkte allerdings individuelle Entscheidungen, sie bilden keine systematische Unterstützung durch das Zielland.

! In Bezug auf die Migration von Gesundheitsfachkräften besteht ein struktureller Zielkonflikt: Um den Transfer von Wissen und Know-how zu stärken, müsste zumindest ein Teil der Fachkräfte nach einer gewissen Zeit wenigstens temporär ins Herkunftsland zurückkehren (im Sinne einer zirkulären Migration). Die Unternehmen in Deutschland sind jedoch eher daran interessiert, die angeworbenen Fachkräfte nachhaltig zu binden. Zudem bestehen bei einer Rückkehr gerade im Bereich der Pflege gewisse Hürden. Denn die Fachkräfte können die Qualifikation und Erfahrung, die sie in Deutschland erwerben, auf dem Arbeitsmarkt im Herkunftsland möglicherweise nicht verwerten. Zum einen erfordert die Pflege in vielen Ländern eine akademische Qualifikation. Ein beruflicher Abschluss aus Deutschland wird also ggf. nicht anerkannt (Kovacheva/Grewe 2015: 44); die hochschulische Qualifizierung von Pflegekräften steckt in Deutschland noch in den Anfängen. Zum anderen werden in Deutschland besonders Fachkräfte in der Altenpflege gesucht. In vielen Ländern gibt es aber kaum professionelle Strukturen der Altenpflege, die Betreuung alter Menschen ist dort hauptsächlich familiär organisiert. Es gibt für ausgebildete Altenpflegekräfte also wenig oder keine Arbeitsplätze (s. Lipowsky 2016). Die rechtlichen Rahmenbedingungen tragen der Wahrscheinlichkeit Rechnung, dass zugewanderte Fachkräfte längerfristig im Land bleiben: Sie können ihre Familien nachholen und eine dauerhafte Niederlassungserlaubnis erhalten.

Transnationale Ausbildungspartnerschaften und *Global Skills Partnerships*

Eine Möglichkeit, Fachkräfte für das Zielland zu gewinnen und gleichzeitig die Ausbildungssituation in den Partnerländern zu verbessern, sind transnationale Ausbildungspartnerschaften. Dafür gibt es verschiedene Modelle. Bei manchen Programmen ist die Qualifizierung im Herkunftsland bereits auf die Anforderungen im Zielland abgestimmt oder orientiert sich an gemeinsamen Standards. Bei anderen erhalten die Teilnehmenden im Herkunftsland eine sprachliche Vorbereitung und werden anschließend im Zielland qualifiziert. Positive Effekte für das Herkunftsland sollen sich auch hier u. a. dadurch ergeben, dass bei einer späteren Rückkehr ein Wissenstransfer erfolgt (vgl. Sauer/Volarevic 2020: 8–18).

! Wenn Personen ohne berufliche Qualifikation für eine Ausbildung im Zielland angeworben werden, vermeidet dies einen Braindrain. Denn das Herkunftsland verliert dadurch keine Fachkräfte; es hat davon also kaum Nachteile, auch wenn die betreffenden Personen später nicht zurückkehren. Dieses Modell umgeht zudem die Hürden des Anerkennungsverfahrens (s. Kap. A.1.3)

120 Das BMAS könnte in der Beschäftigungsverordnung zudem Berufe festlegen, mit denen Angehörigen bestimmter Staaten keine Blaue Karte EU erteilt werden darf, weil in diesen Ländern qualifizierte Arbeitskräfte der betreffenden Berufsgruppen fehlen (§ 42 II Nr. 6 AufenthG). Dieses Instrument wurde bisher allerdings nicht angewendet.

121 Eine Ausnahme bildet die Zusammenarbeit zwischen Kuba und Südafrika bei der Medizinerausbildung. Dabei werden zum einen südafrikanische Ärztinnen und Ärzte in Kuba ausgebildet, zum anderen arbeiten kubanische Ärztinnen und Ärzte befristet in Südafrika (s. Hammett 2014).

122 Die entsprechenden Analysen betrachten jedoch in der Regel nur die landesweite Arbeitslosenquote von Pflegekräften, keine regionalen oder sektoralen Unterschiede. Zudem berücksichtigen sie keine sog. *cream skimming*-Effekte, also die Folgen davon, dass vor allem besonders qualifizierte und erfahrene Kräfte auswandern (vgl. Sauer/Volarevic 2020: 11).

Info-Box 10 *Global Skills Partnerships*

Das Modell der *Global Skills Partnerships* wurde von Michael A. Clemens vom Washingtoner Thinktank *Center for Global Development* (CGD) entwickelt. Es ist eine besondere Form der Ausbildungspartnerschaft für Berufe, die in beiden Staaten gefragt sind (s. Clemens 2015; Clemens/Dempster 2019; 2021).[123] Die Ausbildung erfolgt bei diesem Modell vollständig oder überwiegend im Herkunftsland. Öffentliche oder private Akteurinnen und Akteure (z. B. Arbeitgebende) aus dem Zielland finanzieren die Ausbildung nicht nur für Teilnehmende, die anschließend ins Zielland auswandern, sondern auch für Personen, die nach der Ausbildung im Herkunftsland verbleiben. Im Ergebnis gewinnt damit sowohl das Zielland als auch das Herkunftsland Fachkräfte.

Umgesetzt werden könnte dies mit zwei parallelen Ausbildungsgängen, die sich inhaltlich weitgehend überschneiden. Die Teilnehmenden mit Migrationsabsicht erhalten zusätzlich eine sprachliche und kulturelle Vorbereitung; zudem umfasst die Ausbildung ggf. spezifische Inhalte, die für eine Anerkennung im Zielland erforderlich sind. Eine andere Form wäre, dass Teile der Ausbildung erst im Zielland absolviert werden. Entscheidend ist, dass das Zielland die Ausbildung der im Herkunftsland verbleibenden Personen zu einem beträchtlichen Teil (mit-)finanziert. Beispielsweise könnten für die Teilnehmenden, die danach auswandern, die Ausbildungsgebühren höher sein; sie würden jedoch nicht oder nur zu einem Teil von den Teilnehmenden selbst getragen, sondern (auch) vom Zielstaat oder von den zukünftigen Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern. Ebenso ist denkbar, dass das Zielland Ausbildungsplätze direkt anteilig finanziert. Da sich die Kostenstrukturen der beiden Länder in der Regel unterscheiden, ist das Modell der *Global Skills Partnerships* für die Zielländer kostengünstiger als eine Ausbildung, die vollständig im Zielland absolviert wird (s. Hooper 2019: 4).

und auch viele Herausforderungen bei der betrieblichen Integration (s. Kap. A.1.4). In der Praxis wird allerdings auch bei der Anwerbung für die Ausbildung häufig vorausgesetzt, dass die betreffenden Personen im Herkunftsland bereits eine erste Qualifikation erworben haben, auf die in Deutschland aufgesattelt wird. Das gilt z. B. auch für das „Triple Win"-Programm mit Vietnam und vergleichbare frühere Modellprojekte.

! Eine spezifische Form transnationaler Ausbildungspartnerschaften sind *Global Skills Partnerships* (Info-Box 10)**: Sie zielen explizit darauf, den Fachkräftebestand im Herkunftsland aufzubauen** (Clemens 2015; Hooper 2019). Mit Unterstützung bzw. auf Kosten des Ziellands oder potenzieller Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber werden Personen im Herkunftsland ausgebildet, von denen dann ein Teil migriert und der andere Teil im Herkunftsland verbleibt (Info-Box 10). Dieses Modell wird auch als „Berufsentwicklungspartnerschaft" (Sauer/Volarevic 2020: 16) bezeichnet. Es ist in den Globalen Migrationspakt *(Global Compact for Migration)* eingegangen (Nr. 18; s. Hooper 2019) und wird international als ein Best-Practice-Modell vorgeschlagen, um den WHO-Verhaltenskodex umzusetzen (Clemens/Dempster 2021; vgl. WHO 2020c: 26–27). Beispiele für eine erfolgreiche Umsetzung in größerem Rahmen gibt es bislang jedoch nicht.

A.1.6 Fazit: Zuwanderung ist eine zentrale Säule, aber kein Allheilmittel

Betrachtet man das Ausmaß des Fachkräftemangels im Gesundheitssystem, stellt sich unweigerlich die Frage, wie die Herausforderung erfolgreich bewältigt werden kann. **! Ein Instrument dafür ist sicher, Gesundheitsfachkräfte aus dem Ausland anzuwerben. Schon heute sind sie eine tragende Säule des deutschen Gesundheitswesens. Dies ist aber nur *ein* Instrument, und es kann auch nur dann wirksam werden, wenn es mit anderen Instrumenten kombiniert wird.** Vor allem müssen sich die Arbeitsbedingungen in den Gesundheits- und Pflegeberufen nachhaltig verbessern, will man mehr Fachkräfte (ob aus dem In- oder dem Ausland) gewinnen und halten.

Die Zuzugsmöglichkeiten für medizinisches Personal sind heutzutage grundsätzlich liberal, es hapert aber nach wie vor an der praktischen Umsetzung der Regelungen. **! Noch mehr als bei Erwerbsmigration allgemein ist bei der Zuwanderung von Fachkräften im Gesundheitsbereich die Anerkennung der im Ausland erworbenen Qualifikation der neuralgische Punkt.** Hier lässt sich die Zuwanderung nicht erleichtern, indem auf das Anerkennungsverfahren verzichtet wird und der Arbeitgeber bzw.

123 S. auch https://gsp.cgdev.org (07.02.2022).

die Arbeitgeberin allein über den Zuzug entscheidet. Denn in diesem Bereich sind strenge Regeln für die Berufsausübungserlaubnis unverzichtbar – und damit auch die Bedingung, dass eine im Ausland erworbene berufliche Qualifikation der deutschen Ausbildung gleichwertig sein muss. Das erfordert nicht nur der Schutz der Patientinnen und Patienten. Wenn Qualifikationen als formal gleichwertig anerkannt werden müssen, schützt das auch die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, denn formale Qualifikationen sind oftmals eine Voraussetzung für horizontale Arbeitskräftemobilität, also einen Wechsel des Arbeitsplatzes. **❗ Im Gesundheitssystem gilt also noch mehr als in anderen Sektoren, dass eine stärkere Zuwanderung von Fachkräften keinen rechtspolitischen Paradigmenwechsel erfordert, der auf die Anerkennung als Zugangsvoraussetzung verzichtet. Nötig sind vielmehr transparente und effiziente Verfahren.** Angesichts der Dimension des Fachkräftebedarfs im Gesundheitswesen ist es nicht befriedigend, wie die Regelungen zur Fachkräftezuwanderung und besonders zur Anerkennung von Qualifikationen derzeit umgesetzt werden. **➔ Die Bundesländer sollten sich stärker abstimmen, ihre Verfahren und Angebote vereinheitlichen (etwa bei den Ausgleichsmaßnahmen), Kompetenzen bündeln – zumindest in der Form, dass es pro Bundesland nur eine Anerkennungsstelle gibt –, die betreffenden Stellen personell besser ausstatten und digitale Möglichkeiten stärker nutzen.** Das könnte helfen, die Verfahren zu beschleunigen. **➔ Zudem müssen die beteiligten Behörden hier besser zusammenarbeiten. Das gilt auch für die Kooperation mit den Stellen in Bundeszuständigkeit (z. B. Visabehörden). Die verschiedenen behördlichen Verfahren im Rahmen der Fachkräftezuwanderung sind als ein zusammenhängender Prozess zu begreifen und entsprechend zu gestalten.**

Der immense Fachkräftemangel im Gesundheitssektor hat vielfältige Ursachen. Der demografische Wandel oder konkreter die Alterung der Wohnbevölkerung lässt die Schere zwischen (potenziellen) Arbeitskräften und Arbeitskräftebedarf auseinanderklaffen (vgl. Bonin 2020). Zum Teil sind die Probleme aber auch hausgemacht: **❗ Vor allem im Bereich der Pflege klagen Fachkräfte über schlechte Arbeitsbedingungen, geringe Anerkennung, eine hohe psychische und körperliche Belastung, Arbeitsverdichtung und Zeitdruck** (s. u. a. Schmucker 2020; Rothgang/Müller/Preuß 2020: 90–175; Stemmer 2021; Höhmann/Lautenschläger/Schwarz 2016). Dies hat Folgen: Der Krankenstand ist überdurchschnittlich hoch (Drupp/Meyer 2020; Drupp/Meyer/Winter 2021: 73–81; Rothgang/Müller/Preuß 2020: 162–207); viele Fachkräfte reduzieren ihre Arbeitszeit oder gehen vorzeitig in Rente (Rothgang/Müller/Preuß 2020: 208–213; Auffenberg 2021: 148–150). In Studien geben regelmäßig große Teile der Befragten an, dass sie überlegen, aus dem Beruf auszusteigen (s. z. B. DBfK 2021: 19; 2019: 5; HARTMANN 2018b).[124]

❗ Wenn man nun Fachkräfte aus dem Ausland anwirbt, die Strukturen im Sektor selbst aber nicht verändert, bekämpft man die Symptome, ohne die eigentlichen Ursachen anzugehen. Denn wenn bestimmte Faktoren im Gesundheitssystem die Fachkräfte in Deutschland dazu bringen, zu resignieren oder aus dem Sektor zu fliehen, ist kaum davon auszugehen, dass sie angeworbenen Fachkräften nicht ebenso zu schaffen machen werden. **❗ Zudem erschwert der Personalmangel eine gelingende Einarbeitung und Integration angeworbener Kräfte. Diese ist aber ausgesprochen wichtig, damit zugewanderte Fachkräfte die an sie gerichteten Erwartungen erfüllen können und langfristig beim Unternehmen bleiben.**

➔ Die Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland kann daher nur ein Bestandteil einer umfassenden Strategie sein, um die Aufgabe der Fachkräftesicherung zum Erfolg zu führen. Ohne eine Verbesserung der Strukturbedingungen im Sektor – konkret der Arbeitsbedingungen und der Arbeitszufriedenheit – bekämpft sie nur die Symptome. Die Entlohnung in der Pflege ist in den letzten Jahren gestiegen, u. a. durch die Einführung des Pflege-Mindestlohns (s. BT-Drs. 19/32064). Darüber hinaus muss aber der Arbeits- und Zeitdruck reduziert werden. Wenn es (zu) wenig Personal gibt, entsteht eine (zu) hohe Arbeitsbelastung, die wiederum dazu führt, dass Fachkräfte aus dem Beruf aussteigen. Dadurch wird die Personaldecke noch dünner und die Arbeitsverdichtung bei den verbliebenen Fachkräften steigt weiter. Diesen Teufelskreis, der in der Corona-Pandemie allzu deutlich wurde, gilt es zu durchbrechen. Umfragen zeigen, dass einige ausgestiegene Fachkräfte grundsätzlich zu einer Rückkehr bereit wären, wenn sich die Arbeitsbedingungen nachhaltig verbessern würden (Heß/Auffenberg 2021; HARTMANN 2018a). So könnten Personalreserven gehoben werden, und die Abwanderung inländischer Fachkräfte in andere Sektoren oder der Trend zu Arbeitszeitreduktion ließen sich vielleicht stoppen.

Eine alleinige Konzentration auf die Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland verbietet sich auch deshalb, weil dies die Gesundheitsversorgung in den Herkunftsländern gefährden kann. **➔ Eine Anwerbung fertig ausgebildeter Fachkräfte sollte sich daher strikt an den Maßgaben des WHO-Kodex orientieren und entsprechend nur aus Ländern erfolgen, wo in dem betroffenen Sektor**

124 Einige Beschäftigte wechseln auch zu Zeitarbeitsfirmen, die ihnen bessere Arbeitsbedingungen (u. a. in Bezug auf Arbeitszeitgestaltung) anbieten können als im Fall einer Festanstellung bei den jeweiligen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen (Riedlinger et al. 2020). Insgesamt sind aber weniger als 2 Prozent der Beschäftigten in der Pflege bei Zeitarbeitsfirmen angestellt (BA 2021a: 10).

kein eklatanter Fachkräftemangel herrscht. Zudem sollten Ausbildungspartnerschaften und *Global Skills Partnerships* ausgebaut und mehr Menschen für die Ausbildung angeworben werden, da dies die Verluste für Herkunftsländer deutlich minimiert. Das würde zugleich die Hürden im Anerkennungsprozess umgehen und die betriebliche Einarbeitung erleichtern.

Angesichts der konstant hohen Nachfrage nach Gesundheitsfachkräften darf auch die Angebotsseite und konkret die Ausbildung nicht ausgeblendet werden: ❗ **Wenn ein Land mehr Fachkräfte benötigt, müssen mehr Menschen im Inland ausgebildet werden.** Der WHO-Kodex zur ethischen Anwerbung von Gesundheitsfachkräften unterstreicht, dass die Industriestaaten in erster Linie darauf hinarbeiten sollten, selbst genügend Fachkräfte auszubilden, bevor sie sie in großem Stil in anderen Ländern rekrutieren. Denn dadurch profitieren die anwerbenden Staaten einseitig von der Ausbildungsleistung der Herkunftsstaaten. Dass Deutschland dringend mehr ausbilden muss, ist deutlich: Obwohl zusätzlich zur Ausbildung im Land selbst bereits Tausende von Deutschen im europäischen Ausland Medizin studieren, wird fachärztliches Personal gesucht, und jährlich kommen fast halb so viele Pflegekräfte aus dem Ausland, wie an Pflegeschulen im Inland ausgebildet werden. Hier ist die Bildungspolitik aufgerufen, genügend Ausbildungsplätze vorzuhalten bzw. die entsprechenden Kapazitäten zu steigern. ➔ **Gleichzeitig müssen vor allem im Fall der Gesundheitsfachberufe mehr Interessierte für diese Ausbildungsgänge gewonnen und die Abbruchquoten deutlich gesenkt werden.**[125] Hier spielen wiederum u. a. Arbeitsbedingungen, Anerkennung und Entlohnung eine Rolle.

125 Berichten zufolge werden in der Pflege derzeit 28 Prozent der Ausbildungen vor dem Abschluss abgebrochen (Deutsches Ärzteblatt 2021); für die Altenpflege ermitteln Berechnungen für den Absolventenjahrgang 2019 eine Abbruchquote von 28,5 Prozent (Rothgang/Müller 2021: 184–185). Das ist gemessen an anderen Ausbildungen eher hoch (vgl. Auffenberg 2021: 148–149).

Kapitel **A.2**

Gesundheitsfachkräfte mit Zuwanderungsgeschichte: eine zentrale Stütze der Gesundheitsversorgung in Deutschland

Inhalt und Ergebnisse in Kürze

Fast ein Viertel der Erwerbstätigen in den Gesundheits- und Pflegeberufen hat eine eigene oder familiäre Einwanderungsgeschichte. Dieser Anteil ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Besonders hoch ist er in der Altenpflege und bei Ärztinnen und Ärzten: Fast ein Drittel der Altenpflegekräfte und über ein Viertel der Ärztinnen und Ärzte haben eine eigene oder familiäre Migrationsgeschichte. In diesen Berufen arbeiten auch deutlich mehr Personen der ersten Zuwanderungsgeneration als in anderen Branchen. Bei den Ärztinnen und Ärzten, in der Altenpflege und in der Gesundheits- und Krankenpflege hat sich ihre Zahl zwischen 2013 und 2019 jeweils mehr als verdoppelt. Gestiegen ist jedoch nicht nur der Anteil der Fachkräfte aus dem Ausland, die während oder nach der Ausbildung nach Deutschland zugewandert sind, um hier zu arbeiten. Es gibt auch mehr Fachkräfte mit Migrationshintergrund, die in Deutschland geboren sind und das deutsche Ausbildungssystem durchlaufen haben.

Viele der zugewanderten Erwerbstätigen in den Gesundheits- und Pflegeberufen stammen aus Mittel-, Ost- und Südosteuropa. Unter den Ärztinnen und Ärzten sind außerdem besonders viele Zugewanderte aus dem Nahen und Mittleren Osten. Die Zahl der syrischen Ärztinnen und Ärzte hat sich seit 2010 mehr als versechsfacht auf jetzt fast 5.000 Personen. Ausländische Ärztinnen und Ärzte arbeiten häufiger in einer Klinik und in einer Kleinstadt oder auf dem Land als ihre deutschen Kolleginnen und Kollegen. Zudem sind sie regional ungleich verteilt: In den ostdeutschen Flächenländern ist ihr Anteil vergleichsweise hoch; hier sind u. a. besonders viele Ärztinnen und Ärzte aus den Nachbarländern Polen und Tschechien tätig. Generell sind bei den Erwerbstätigen im Gesundheitswesen und besonders in der Pflege Frauen stark überrepräsentiert: Acht von zehn Erwerbstätigen sind Frauen; das gilt auch für Zuwanderinnen und Zuwanderer.

Zugewanderte und ihre Nachkommen spielen im deutschen Gesundheitssystem eine wichtige Rolle: **Von den 4,2 Millionen Menschen, die in Gesundheits- oder Pflegeberufen (Info-Box 1) arbeiten, ist fast ein Viertel selbst zugewandert oder hat eine familiäre Einwanderungsgeschichte** (Statistisches Bundesamt 2021j; eigene Berechnung).[126]

Im Folgenden wird zunächst dargestellt, wie viele Menschen mit Migrationshintergrund in den einzelnen Berufsgruppen arbeiten und wie sich ihre Anteile in den letzten Jahren entwickelt haben (s. Kap. A.2.1). Danach werden zwei Berufsgruppen eingehender betrachtet: Ärztinnen und Ärzte (s. Kap. A.2.2) und Pflegekräfte (s. Kap. A.2.3). Um die quantitative Bedeutung von Fachkräften mit Migrationsgeschichte im Gesundheitswesen näher zu untersuchen, gibt es verschiedene Datenquellen. Die Ärztestatistik der Bundesärztekammer (BÄK)[127] und die Beschäftigungsstatistik der BA[128] erfassen jede einzelne

126 Die folgenden Zahlen beziehen sich auf Menschen mit Migrationshintergrund. Als solche gelten im Mikrozensus Personen, die nicht durch Geburt die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen oder mindestens einen Elternteil haben, auf den das zutrifft (Statistisches Bundesamt 2020a). Die Kategorie umfasst also alle Ausländerinnen und Ausländer, Eingebürgerten, (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler und Personen, die durch Adoption die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten haben, sowie die Kinder dieser vier Gruppen. Zum Begriff Migrationshintergrund s. auch SVR 2021: 24–25.

127 Wer in Deutschland die Approbation als Arzt bzw. Ärztin erhalten möchte, muss Mitglied bei der jeweiligen Landesärztekammer werden. Die betreffende Statistik erfasst also sämtliche Personen, die in Deutschland als Arzt oder Ärztin arbeiten.

128 Die Beschäftigungsstatistik der BA erfasst alle Beschäftigten u. a. nach Berufsgruppe und Beschäftigungsstatus. Sie enthält Informationen zu ihrer Staatsangehörigkeit, aber nicht zu ihrem Migrationsstatus. Es ist also nicht möglich, hier zwischen Zuwanderinnen und Zuwanderern der ersten und der zweiten Generation zu unterscheiden. Auch Deutsche mit Migrationshintergrund werden nicht ausgewiesen.

Person. Solche Datensätze erlauben sehr detaillierte Analysen, da statistische Verzerrungen ausgeschlossen sind. Allerdings weisen sie nur die Staatsangehörigkeit der Betreffenden aus. Deutsche mit eigener oder familiärer Migrationsgeschichte können damit also nicht separat betrachtet werden. Mithilfe der Ärztestatistik lässt sich daher genau feststellen, wie viele Ärztinnen und Ärzte mit einer bestimmten Staatsangehörigkeit in welchem Bundesland arbeiten (s. Kap. A.2.2), aber nicht, wie viele dieser Ärztinnen und Ärzte zugewandert sind oder wie viele der deutschen Ärztinnen und Ärzte eine Migrationsgeschichte haben. Aufschluss darüber geben nur Daten, für die Stichproben der Bevölkerung oder der Berufsgruppe befragt werden. Die größte entsprechende Erhebung ist der Mikrozensus, darum wird er im Folgenden zugrunde gelegt. Der Mikrozensus ist bevölkerungsrepräsentativ.[129] Er erhebt sowohl die berufliche Tätigkeit der Befragten als auch einen etwaigen Migrationshintergrund. Da er auf einer Stichprobe basiert, können damit jedoch nur ausreichend große Untergruppen der Bevölkerung analysiert werden. Wenn ein bestimmtes Merkmal nur auf wenige Befragte zutrifft, können die Ergebnisse nicht sicher auf die gesamte entsprechende Bevölkerungsgruppe hochgerechnet werden.

A.2.1 Überblick: Mehr Fachkräfte mit Migrationsgeschichte – und große Unterschiede zwischen den Berufsgruppen

Fast ein Viertel (22,5 %) aller Erwerbstätigen in den Gesundheits- und Pflegeberufen hatte laut dem Mikrozensus 2019 eine eigene oder familiäre Einwanderungsgeschichte; das sind rund 940.000 von insgesamt 4,2 Millionen Menschen (Statistisches Bundesamt 2021j; eigene Berechnung).[130] **Besonders hoch ist der Anteil in der Altenpflege: Hier hat rund ein Drittel (30,1 %) einen Migrationshintergrund.[131] Bei den Ärztinnen und Ärzten ist es mehr als ein Viertel (27,3 %).** Bei allen Erwerbstätigen insgesamt liegt der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund mit 24,4 Prozent etwas niedriger.

Mit rund 15 Prozent deutlich unterrepräsentiert sind Menschen mit Zuwanderungsgeschichte dagegen in den nichtärztlichen therapeutischen Berufen. Dazu gehören etwa Physio-, Sprach- und Musiktherapie, heilpraktische Berufe und Ernährungstherapie (Abb. A.6; Statistisches Bundesamt 2021j; eigene Berechnung).[132] Vergleicht man den Anteil der Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in den Gesundheitsberufen international, liegt Deutschland etwa im Mittelfeld der OECD-Länder (Info-Box 6).

Auffällig ist, dass in der Altenpflege und in der Ärzteschaft besonders viele Erwerbstätige selbst zugewandert sind: Ein Viertel aller Altenpflegerinnen und Altenpfleger (24,9 %) und mehr als ein Fünftel der Ärztinnen und Ärzte (22,4 %) ist im Ausland geboren. Bei den Erwerbstätigen insgesamt ist es weniger als ein Fünftel (18,5 %). Unter den Arzt- und Praxishilfen finden sich dagegen besonders viele Angehörige der zweiten Generation, die in Deutschland geboren sind und das hiesige Bildungssystem durchlaufen haben: Ihr Anteil liegt hier mit annähernd 11 Prozent fast doppelt so hoch wie bei den Erwerbstätigen insgesamt (5,9 %) (Abb. A.6; Statistisches Bundesamt 2021j; eigene Berechnung).

Viele Fachkräfte aus Osteuropa und Asien

Die wichtigsten Herkunftsländer der Erwerbstätigen mit Migrationshintergrund in den Gesundheitsberufen sind Polen (13,9 %), die Türkei (9,7 %), die Russische Föderation, Kasachstan (jeweils 7,6 %) und Rumänien (5,2 %)

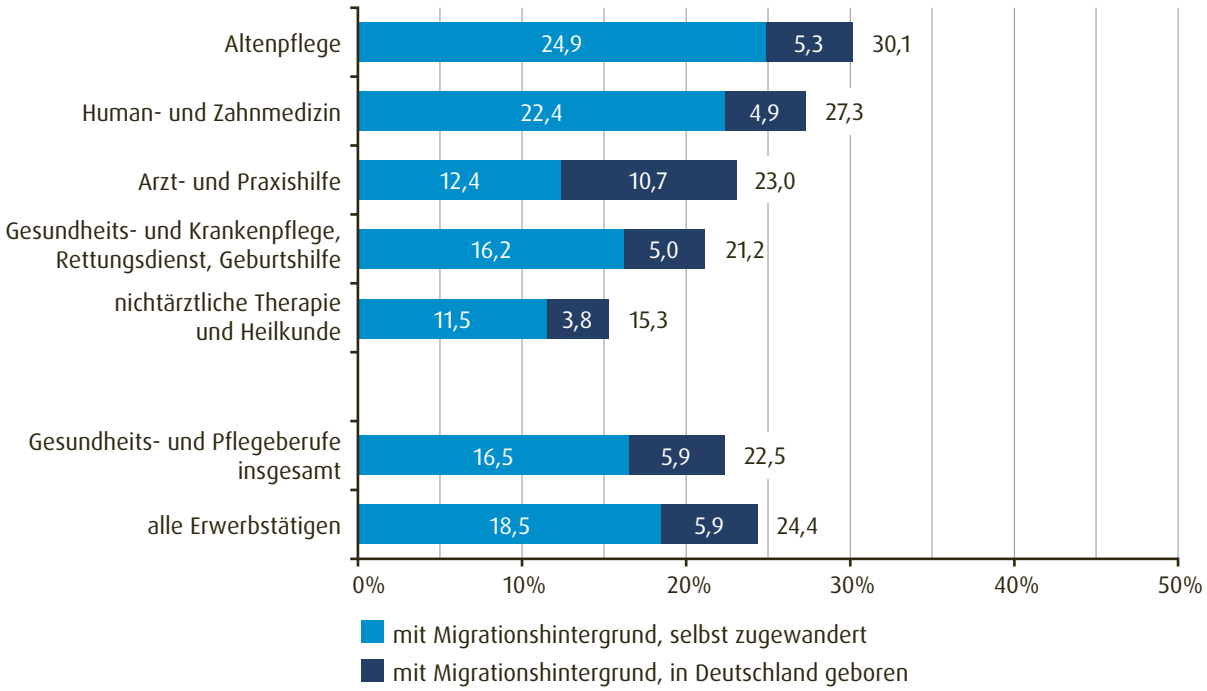
129 Für den Mikrozensus wird jährlich ein Prozent aller Haushalte in Deutschland befragt. Er enthält u. a. Fragen zur wirtschaftlichen und sozialen Lage der Befragten. Bei den meisten Fragen besteht Auskunftspflicht.

130 2020 betrug der Anteil laut Mikrozensus 23,3 Prozent (Statistisches Bundesamt 2021j; eigene Berechnung). In dem Jahr wurde aber die Methode der Datenerhebung geändert und es traten technische Schwierigkeiten auf. Darum sind die Ergebnisse des Mikrozensus für 2020 weniger belastbar als die der Vorjahre. Für die Analysen in diesem Kapitel werden deshalb die Daten des Jahres 2019 verwendet. Die Angaben im Mikrozensus beziehen sich auf Personen mit Wohnsitz in Deutschland. Sie beinhalten keine Gesundheitsfachkräfte, die aus dem Ausland nach Deutschland pendeln. Allerdings wohnen umgekehrt einige der darin erfassten Fachkräfte zwar in Deutschland, arbeiten jedoch im Ausland (z. B. in der Schweiz). Grenzgängerinnen und Grenzgänger leisten in manchen Grenzregionen einen wesentlichen Beitrag zum Funktionieren des Gesundheitssystems; das haben die pandemiebedingten Grenzschließungen im Frühjahr 2020 deutlich gemacht. Nach Sachsen etwa pendelten 2020 über 400 Pflegekräfte und über 100 Ärztinnen und Ärzte aus Tschechien und Polen zur Arbeit. Diese machen in der jeweiligen Berufsgruppe allerdings weniger als ein Prozent aller Fachkräfte aus (BA 2021e; eigene Berechnung).

131 Ausländische Betreuungskräfte in Privathaushalten sind in diesen Zahlen nicht enthalten, da sie keine Pflegekräfte im engeren Sinne sind und sich meist nur temporär in Deutschland aufhalten; s. dazu ausführlich Kap. A.3.

132 Eine Auswertung des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) für das Jahr 2018 kam bei noch etwas höheren Zahlen zu einem ähnlichen Bild: Danach hatten 28,7 Prozent der Ärztinnen und Ärzte einen Migrationshintergrund, bei den Altenpflegekräften betrug der Anteil sogar 36,6 Prozent. Von den Arzt- und Praxishilfen hatten 25,7 Prozent eine Migrationsgeschichte und in der Krankenpflege 22,0 Prozent (Khalil/Lietz/Mayer 2020: 5). Alle Angaben beruhen – ebenso wie im Mikrozensus – auf Selbstauskünften der Befragten zu ihrer aktuellen beruflichen Tätigkeit.

Abb. A.6 Erwerbstätige mit Migrationshintergrund in ausgewählten Gesundheits- und Pflegeberufen 2019



Anmerkung: Die Zahl am Ende der Balken entspricht dem Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund insgesamt. Aufgrund von Rundungen kann dieser von der Summe der beiden Anteile abweichen. Zu den Gesundheits- und Pflegeberufen zählen neben den einzeln aufgeführten Berufsgruppen auch Berufe in medizinischen Laboratorien, in Psychologie und Psychotherapie, Pharmazie, Sonderpädagogik sowie Haus- und Familienpflege. Die Einteilung folgt der KldB 2010 (Info-Box 1).

Quelle: Mikrozensus, Statistisches Bundesamt 2021i; Berechnung und Darstellung: SVR

(Statistisches Bundesamt 2021j; eigene Berechnung).[133] Insgesamt stammen über zwei Drittel (68,6 %) aus einem europäischen Staat. Weitere rund 20 Prozent stammen aus Asien, neben Kasachstan vor allem aus den Staaten des Nahen und Mittleren Ostens. Gemessen an der Gesamtgruppe aller Erwerbstätigen in Deutschland sind Menschen aus den EU15-Staaten[134] in den Gesundheitsberufen etwas unter- und Menschen aus den östlichen EU-Staaten und Asien leicht überrepräsentiert (Abb. A.7).

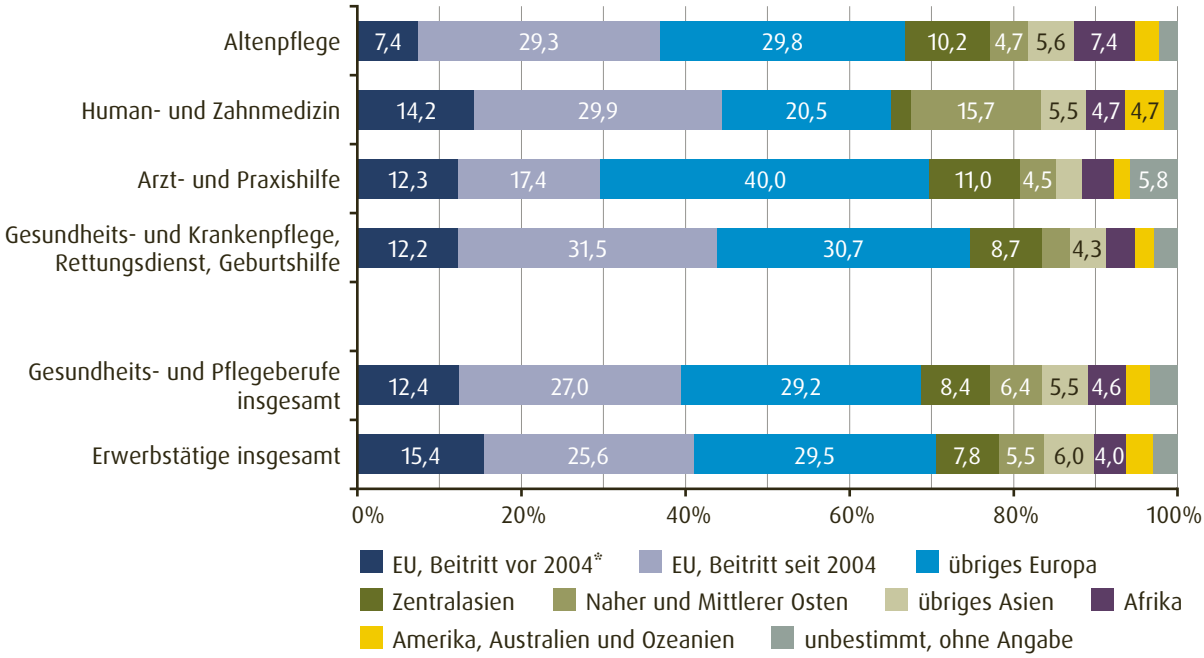
Die Herkunftsregionen unterscheiden sich erheblich zwischen den einzelnen Berufsgruppen (Abb. A.7). So finden sich unter den Ärztinnen und Ärzten überdurchschnittlich viele Menschen aus dem Nahen und Mittleren Osten und aus Rumänien (s. Kap. A.2.2). In der Gesundheits- und Krankenpflege[135] sind Menschen aus den östlichen EU-Staaten überrepräsentiert; Menschen mit Wurzeln in den EU15-Staaten arbeiten hingegen deutlich seltener in diesem Bereich (s. Kap. A.2.3). Noch stärker ausgeprägt ist dies in der Altenpflege. Dort arbeiten zudem überdurchschnittlich viele Personen aus Afrika. Als Arzt- und Praxishilfen arbeiten besonders viele in Deutschland geborene Menschen mit Wurzeln in der Türkei sowie

133 Dies sind auch insgesamt die wichtigsten Herkunftsländer von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Gemessen an ihrem Anteil an allen Erwerbstätigen sind Menschen aus Polen in den Gesundheitsberufen etwas über- und jene aus der Türkei etwas unterrepräsentiert (Statistisches Bundesamt 2021j).

134 Der Begriff EU15-Staaten bezeichnet hier und im Folgenden alle EU-Staaten, die der EU vor 2004 beigetreten sind (bis 2019 einschließlich Vereinigtes Königreich). Die Beitrittsstaaten von 2004, 2007 und 2013 werden im Folgenden auch als östliche EU-Staaten zusammengefasst.

135 Der Begriff Gesundheits- und Krankenpflege bezieht sich hier und im Folgenden stets auf die Berufsgruppe „Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe" nach der KldB 2010. Dazu gehören neben Pflegekräften im engeren Sinne auch Rettungssanitäterinnen und -sanitäter, Hebammen und Entbindungspfleger, operationstechnische Assistentinnen und Assistenten und Führungskräfte in den jeweiligen Bereichen (Info-Box 1).

Abb. A.7 Erwerbstätige mit Migrationshintergrund in den Gesundheits- und Pflegeberufen 2019 nach Herkunftsland bzw. Herkunftsland der Eltern



Anmerkung: Zu den Gesundheits- und Pflegeberufen zählen neben den einzeln aufgeführten Berufsgruppen auch Berufe der nichtärztlichen Therapie und Heilkunde, Berufe in medizinischen Laboratorien, in Psychologie und Psychotherapie, Pharmazie, Sonderpädagogik sowie Haus- und Familienpflege. Die Gruppe „übriges Europa" umfasst alle europäischen Staaten außerhalb der EU einschließlich der Russischen Föderation und der Türkei. „Zentralasien" umfasst Kasachstan, Kirgisistan, Tadschikistan, Turkmenistan und Usbekistan. Die Gruppe „Naher und Mittlerer Osten" umfasst die Staaten am östlichen Mittelmeer, auf der Arabischen Halbinsel und im Kaukasus sowie den Iran und den Irak. Werte unter 4 Prozent sind nicht ausgewiesen. *Einschließlich Vereinigtes Königreich.

Quelle: Mikrozensus, Statistisches Bundesamt 2021i; Berechnung und Darstellung: SVR

Personen aus Kasachstan (Statistisches Bundesamt 2021j; eigene Berechnung).

Starker Zuwachs in den letzten Jahren

Im Jahr 2013 hatten 16,9 Prozent der Erwerbstätigen in den Gesundheits- und Pflegeberufen einen Migrationshintergrund. Sechs Jahre später war dieser Anteil um mehr als 5 Prozentpunkte gestiegen auf 22,5 Prozent – in absoluten Zahlen war das ein Plus von 320.000 Personen (Statistisches Bundesamt 2021h; eigene Berechnung).[136] Um diese Zahlen einzuordnen, müssen zwei Aspekte berücksichtigt werden: Zum einen hat die Zahl der Erwerbstätigen in den Gesundheitsberufen zwischen 2013 und 2019 insgesamt zugenommen, nämlich von 3,6 auf 4,2 Millionen Menschen.[137] Etwa die Hälfte dieses Anstiegs entfällt (zu gleichen Anteilen) auf die Kranken- und die Altenpflege (Statistisches Bundesamt 2021h).[138] Zum anderen ist auch der Anteil von Menschen

136 2013 wurde hier als Vergleichsjahr gewählt, weil in dem Jahr der Migrationshintergrund auf die gleiche Weise erhoben wurde wie 2019 (sog. Migrationshintergrund im weiteren Sinne). Bis 2017 wurde diese weitere Definition nur alle vier Jahre zugrunde gelegt (s. dazu SVR 2017).

137 Der steigende Anteil von Erwerbstätigen mit Migrationshintergrund ging daher nicht zulasten der Erwerbstätigen ohne Migrationshintergrund; vielmehr ist auch deren Zahl gestiegen (wenn auch nicht ganz so stark: von 3,0 auf 3,2 Mio.) (Statistisches Bundesamt 2021h).

138 Diese Entwicklung hat u. a. damit zu tun, dass in einer alternden Gesellschaft auch der Behandlungsbedarf zunimmt. Besonders die Zahl der Pflegebedürftigen steigt (s. Fn. 3), deshalb wird mehr Personal in der Altenpflege benötigt. Zum Teil erklärt sich die Zunahme auch damit, dass mehr Personen in Teilzeit arbeiten (vgl. BA 2021a: 6). Dadurch werden für den gleichen Arbeitsumfang mehr Personen gebraucht.

mit Migrationsgeschichte an der Gesamtbevölkerung gestiegen.

Tatsächlich betrifft die Zunahme der Erwerbstätigen mit Migrationsgeschichte nicht nur die Gesundheitsberufe. Bei den Erwerbstätigen insgesamt ist ihr Anteil etwa im gleichen Ausmaß gestiegen: von knapp 7,6 Millionen Menschen oder 19,2 Prozent im Jahr 2013 auf rund 10,3 Millionen Menschen oder 24,4 Prozent 2019. Das gilt besonders für selbst zugewanderte ausländische Erwerbstätige: Deren Zahl ist um 1,7 Millionen auf 4,6 Millionen gestiegen (Statistisches Bundesamt 2021h; eigene Berechnung). Dahinter steht eine starke Zuwanderung im betreffenden Zeitraum: Angesichts der guten Arbeitsmarktlage in Deutschland nutzten viele EU-Bürgerinnen und EU-Bürger ihr Freizügigkeitsrecht, um hier Arbeit zu suchen. Auch aus Drittstaaten sind mehr Menschen zugewandert. Das geschah nicht nur im Rahmen der Fluchtmigration; auch die Erwerbsmigration wurde vereinfacht (z. B. durch die sog. Westbalkan-Regelung) und Fachkräften wurde die Zuwanderung erleichtert (s. für einen Überblick SVR 2019a: 39–47). Diese Entwicklung zeigt sich auch im Gesundheitswesen: **! Die Zahl der zugewanderten Ausländerinnen und Ausländer, die als Ärztinnen und Ärzte, in der Gesundheits- und Krankenpflege und in der Altenpflege arbeiten, hat sich zwischen 2013 und 2019 jeweils mehr als verdoppelt** (s. auch Kap. A.2.2 und A.2.3).[139] Das ist insofern beachtlich, als es in diesem Sektor besonders hohe Zugangshürden gibt: Einen reglementierten Gesundheitsberuf können Zugewanderte nur ausüben, wenn ihr ausländischer Abschluss anerkannt wurde und sie ggf. eine Nachqualifizierung absolviert haben (s. ausführlich Kap. A.1.2 und A.1.3). Die entsprechenden Verfahren wurden seit 2012 sukzessive vereinfacht; zudem werden inzwischen vor allem für die Pflege gezielt Fachkräfte aus dem Ausland angeworben. **! Die starke Zunahme ausländischer Gesundheitsfachkräfte kann somit auch als Hinweis darauf gesehen werden, dass die ergriffenen Maßnahmen wirken** (trotz aller bestehenden Herausforderungen, die in Kap. A.1 beschrieben werden).

Gleichzeitig hat unter den Erwerbstätigen auch die Zahl der in Deutschland geborenen Nachkommen von Zugewanderten deutlich zugenommen. In den Gesundheitsberufen ist ihr Anteil von 4,0 auf 5,9 Prozent gestiegen (Statistisches Bundesamt 2021h; eigene Berechnung). **! Angehörige der zweiten und dritten Zuwanderungsgeneration arbeiten genauso häufig in einem Gesundheitsberuf wie Deutsche ohne Migrationshintergrund** (9,9 % bzw. 10,1 % aller Erwerbstätigen) (Statistisches Bundesamt 2021j; eigene Berechnung).

Betrachtet man die Herkunftsländer, gab es in den Gesundheitsberufen besonders große Zuwächse bei den Erwerbstätigen aus Polen, der Türkei, Rumänien, Bosnien und Herzegowina und den Staaten des Nahen und Mittleren Ostens. Überdurchschnittlich hoch war der Anstieg – gemessen an der Bevölkerungsentwicklung insgesamt – bei den europäischen Staaten außerhalb der EU; dazu zählen etwa die Türkei, Bosnien und Herzegowina, die Russische Föderation und der Kosovo. Auf diese Region entfällt fast ein Drittel des Gesamtzuwachses in den Gesundheitsberufen (Statistisches Bundesamt 2021h; eigene Berechnung). Bei den Personen mit Wurzeln in der Türkei handelt es sich zu einem großen Teil um Angehörige der zweiten oder dritten Generation; jene aus den anderen Herkunftsländern sind hingegen größtenteils selbst zugewandert (Statistisches Bundesamt 2021j; eigene Berechnung).

Vier von fünf sind Frauen

! Etwa vier Fünftel (79,3 %) der in den Gesundheits- und Pflegeberufen Tätigen sind Frauen. Knapp 17 Prozent aller erwerbstätigen Frauen arbeiten in einem solchen Beruf. Bei den Männern sind es nur knapp 4 Prozent. **! Dies gilt für Menschen mit wie ohne Migrationshintergrund gleichermaßen.** Besonders hoch ist der Frauenanteil mit rund 98 Prozent bei den Arzt- und Praxishilfen. In der Altenpflege beträgt er rund 84 Prozent, in der Gesundheits- und Krankenpflege rund 80 Prozent. Von den Ärztinnen und Ärzten sind dagegen mit 47 Prozent nur knapp die Hälfte Frauen (Statistisches Bundesamt 2021j; eigene Berechnung).

Bei den Erwerbstätigen mit Migrationshintergrund insgesamt liegt der Frauenanteil in den einzelnen Gesundheitsberufen jeweils ähnlich hoch wie bei der Bevölkerung ohne Zuwanderungsgeschichte. Im Einzelnen ist er bei den Erwerbstätigen aus Afrika und besonders aus dem Nahen und Mittleren Osten etwas kleiner als in den anderen Herkunftsgruppen (70 bzw. 52 %); bei den Fachkräften aus Polen, der Russischen Föderation, der Türkei und Zentralasien liegt er dagegen noch höher (85 bis 90 %) (Statistisches Bundesamt 2021j; eigene Berechnung).

139 Was Gesundheitsfachkräfte zu einer Migration motiviert, sind vor allem höhere Löhne und bessere Arbeitsbedingungen im Zielland. In Deutschland ist die Nachfrage nach Fachkräften im Gesundheitswesen sehr hoch, deshalb haben Bewerberinnen und Bewerber aus dem Ausland hier gute Chancen. Für die Herkunftsländer kann die Auswanderung jedoch problematisch werden; s. ausführlich Kap. A.1.5.

A.2.2 Ärztinnen und Ärzte: stetiger Zugang aus dem Ausland

Rund 130.000 Ärztinnen und Ärzte[140] in Deutschland haben laut Mikrozensus einen Migrationshintergrund, das ist über ein Viertel der gesamten Ärzteschaft (27,3 %). Sie sichern damit einen wesentlichen Teil der ärztlichen Versorgung in Deutschland. Etwas über die Hälfte davon sind deutsche Staatsangehörige. Die überwältigende Mehrheit ist selbst zugewandert: Knapp 83 Prozent der Ärztinnen und Ärzte mit Migrationshintergrund sind im Ausland geboren. Angehörige der zweiten Generation machen mit etwas über 20.000 Personen bisher einen geringen Anteil aus, ihre Zahl ist aber in den letzten sechs Jahren gestiegen (Statistisches Bundesamt 2021h; eigene Berechnung).

Etwa zwei Drittel der Ärztinnen und Ärzte mit Migrationshintergrund stammen aus einem europäischen Land, vor allem aus Mittel- und Osteuropa (Abb. A.7). Die wichtigsten Herkunftsländer sind Rumänien (rund 10 %),[141] Polen (rund 7 %), die Russische Föderation (rund 6 %), die Türkei und Syrien (jeweils rund 5 %). **Gemessen an ihrem Anteil an allen Erwerbstätigen sind Personen aus den Ländern des Nahen und Mittleren Ostens in der Ärzteschaft überrepräsentiert:** Sie machen knapp 16 Prozent der Ärztinnen und Ärzte mit Migrationshintergrund aus; von den Erwerbstätigen mit Migrationshintergrund insgesamt stellen sie dagegen weniger als 6 Prozent (Statistisches Bundesamt 2021j; eigene Berechnung). Bei dieser Herkunftsgruppe gab es zudem seit 2013 einen besonders starken Zuwachs (Statistisches Bundesamt 2021h; eigene Berechnung). Das dürfte nicht zuletzt auf die insgesamt hohe Zuwanderung aus dieser Region zurückgehen. Der Frauenanteil liegt bei den Ärztinnen und Ärzten aus dem Nahen und Mittleren Osten mit rund 30 Prozent deutlich niedriger als in der Ärzteschaft ohne Migrationshintergrund (48 %), während er bei den Ärztinnen und Ärzten aus den EU15-Staaten mit genau 50 Prozent etwas höher ist (Statistisches Bundesamt 2021j; eigene Berechnung).

Starker Zuwachs bei ausländischen Ärztinnen und Ärzten

Zu den ausländischen Ärztinnen und Ärzten gibt es detaillierte Zahlen. Über die Hälfte der Ärzteschaft mit Migrationshintergrund sind allerdings deutsche Staatsangehörige (Statistisches Bundesamt 2021h), die in der Ärztestatistik nicht als Menschen mit Migrationshintergrund ausgewiesen sind.[142] Die folgenden Ausführungen beziehen sich somit nur auf ausländische Staatsangehörige.

Ende 2020 arbeiteten in Deutschland laut BÄK rund 56.000 ausländische Ärztinnen und Ärzte,[143] das entspricht knapp 14 Prozent aller berufstätigen Ärztinnen und Ärzte (rund 410.000) (BÄK 2021b; 2021c; eigene Berechnung). Die wichtigsten Herkunftsländer sind Syrien (4.970), Rumänien (4.514), Griechenland (2.723), die Russische Föderation (2.548) und Österreich (2.415) (Abb. A.8).

Die Zahl der ausländischen Ärztinnen und Ärzte wächst seit Jahren (Abb. A.9). Von 2010 bis 2020 ist sie etwa auf das Zweieinhalbfache gestiegen; jedes Jahr kamen durchschnittlich fast 3.500 Personen hinzu. Dabei handelt es sich um die Nettozunahme; die Zahlen berücksichtigen also schon Personen, die abwandern oder beispielsweise durch Einbürgerung aus der Statistik herausfallen.[144] Besonders hoch waren die Zuwachsraten in den letzten Jahren bei syrischen Ärztinnen und Ärzten: Deren Zahl stieg seit 2010 um mehr als 4.000 Personen; mittlerweile bilden sie unter den ausländischen Ärztinnen und Ärzten die größte Gruppe. Die Zahl der rumänischen Ärztinnen und Ärzte stieg im gleichen Zeitraum um über 3.000 Personen, die der serbischen um über 1.500 und die der ägyptischen um knapp 1.400 (BÄK 2021c; eigene Berechnung; Tab. A.1). **Die starke Zuwanderung von medizinischem Fachpersonal ist für Deutschland ein Gewinn; für die Herkunftsländer kann sie jedoch eine Herausforderung sein** (s. Kap. A.1.5). Auch in Deutschland wird die Abwanderung deutscher Ärzte und Ärztinnen als problematisch gesehen (Info-Box 8).

Dass die Zahl ausländischer Medizinerinnen und Mediziner so stark und kontinuierlich steigt, hat vielschichtige Gründe. Es muss zum einen im Licht der insgesamt gestiegenen Zuwanderung betrachtet werden (s. Kap. A.2.1). Diese spiegelt sich in den Herkunftsländern: Rumänien

140 Die Zahlen aus dem Mikrozensus beziehen sich auf Human- und Zahnmedizin. In den Zahlen zu ausländischen Ärztinnen und Ärzten ist dagegen nur die Humanmedizin erfasst.

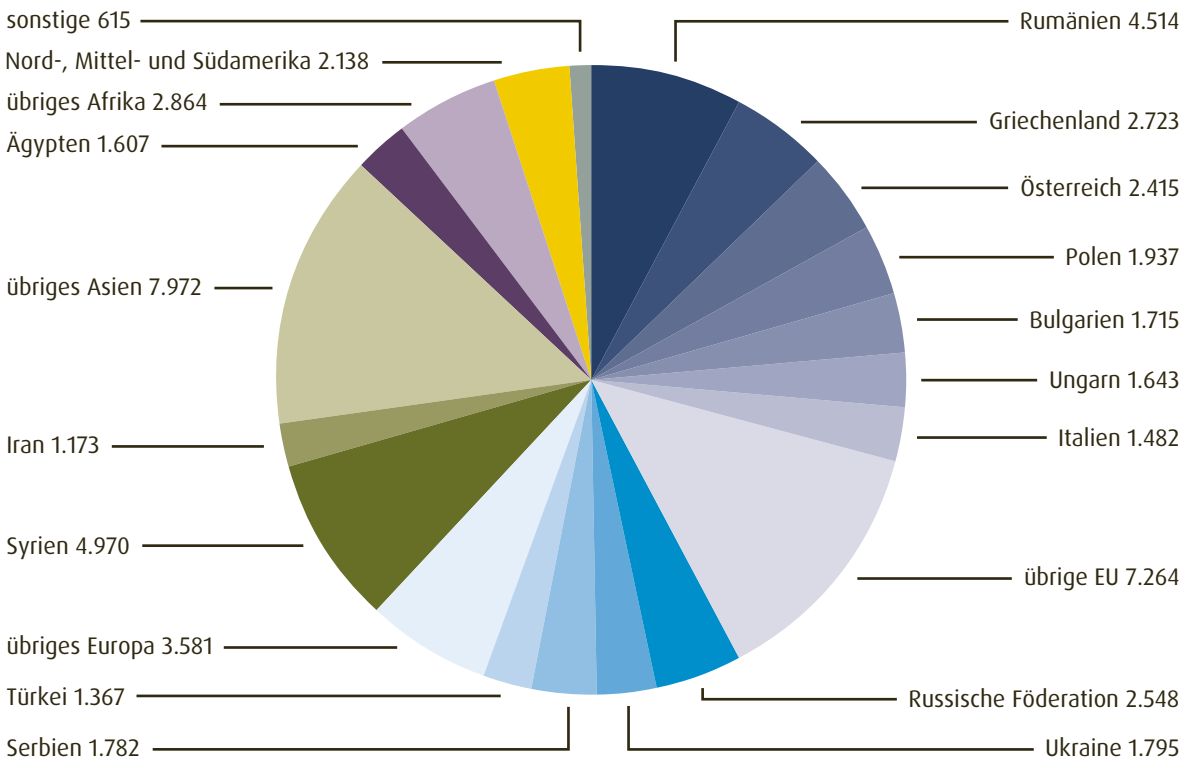
141 Zur Abwanderung von Ärztinnen und Ärzten aus Rumänien s. Info-Box 7.

142 Bevor 2012 das Anerkennungsgesetz in Kraft trat, war die ärztliche Approbation grundsätzlich Deutschen und EU/EWR-Bürgerinnen und -Bürgern vorbehalten. Für eine uneingeschränkte ärztliche Tätigkeit mussten sich Drittstaatsangehörige daher einbürgern lassen (vgl. Peppler 2016: 334–336).

143 Die folgenden Angaben beziehen sich nur auf Humanmedizinerinnen und Humanmediziner ohne deutsche Staatsangehörigkeit. Personen, die neben der deutschen auch eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzen, werden nicht mitgezählt.

144 Im gleichen Zeitraum haben jedes Jahr etwa 700 bis 1.100 ausländische Ärztinnen und Ärzte Deutschland wieder verlassen (BÄK 2021a; Info-Box 8). Diese sind in den Zahlen nicht mehr enthalten, ebenso wie Ärztinnen und Ärzte, die die deutsche Staatsangehörigkeit erwerben, oder jene, die aus dem Berufsleben ausscheiden. Die tatsächliche Zuwanderung liegt also höher. Von 2016 bis 2019 wurden jedes Jahr über 6.000 Anträge auf Anerkennung einer ausländischen Qualifikation als Arzt/Ärztin gestellt (s. Kap. A.1.1; Abb. A.1).

Abb. A.8 Ausländische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland 2020 nach Staatsangehörigkeit



Anmerkung: Nur berufstätige Ärztinnen und Ärzte. Ausgewiesen sind alle Nationalitäten mit mehr als 1.100 Personen. „Sonstige" einschließlich staatenlos und ohne Angabe.

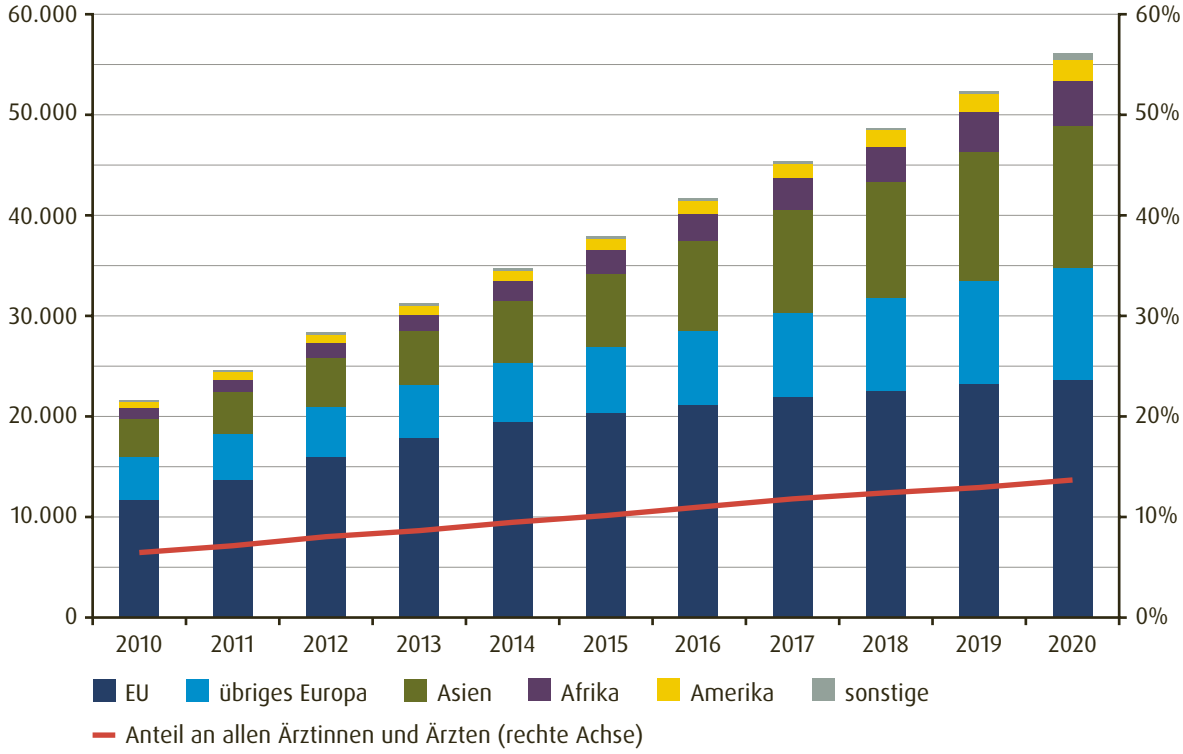
Quelle: Ärztestatistik, BÄK 2021c; Berechnung und Darstellung: SVR

und Syrien sind nicht nur die wichtigsten Herkunftsländer ausländischer Ärztinnen und Ärzte; von dort kamen im letzten Jahrzehnt auch insgesamt die meisten Menschen nach Deutschland. Darüber hinaus wurde die Zuwanderung von Fachkräften erleichtert und die Verfahren zur Anerkennung ausländischer Abschlüsse wurden verbessert (s. Kap. A.1). Zum anderen ist in den letzten zehn Jahren nicht nur die Zahl der ausländischen Ärztinnen und Ärzte gestiegen (um knapp 34.500 Personen), sondern auch die Zahl der deutschen. Hier war der Zuwachs in absoluten Zahlen noch größer, nämlich rund 41.000 Personen (BÄK 2021b; 2021c; eigene Berechnung). Eine Ursache für diese Entwicklung ist, dass die Zahl der Behandlungsfälle steigt. Dies liegt nicht zuletzt an der alternden Bevölkerung (BÄK 2021d; SVR Gesundheit 2018). Fehlanreize in der Finanzierungsstruktur des Gesundheitswesens könnten aber ebenfalls eine Rolle spielen: Es gibt Hinweise darauf, dass u. a. aufgrund der Vergütungsregelungen im klinischen Bereich bestimmte Leistungen tendenziell häufiger erbracht werden, als es aus medizinischer Sicht nötig wäre (s. z. B. SVR Gesundheit 2018: 166–167, 265). Zugleich sinkt die durchschnittliche Wochenarbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte, u. a. weil immer mehr in Teilzeit arbeiten. Es sind also mehr Personen nötig, um die gleiche Arbeitszeit abzudecken.

Allerdings sind die berufstätigen Ärztinnen und Ärzte regional und hinsichtlich ihrer fachlichen Spezialisierung sehr ungleich verteilt. Dadurch entstehen in einigen Bereichen oder Regionen Engpässe, obwohl es insgesamt mehr Ärztinnen und Ärzte gibt (Gerlinger 2021: 13).[145] Eine Rolle spielt hier auch die Abwanderung deutscher Ärztinnen und

145 Im Zeitraum November 2020 bis Oktober 2021 blieben ausgeschriebene Stellen in der Human- und Zahnmedizin im Schnitt 153 Tage vakant, das liegt deutlich über dem allgemeinen Durchschnitt von 118 Tagen (BA 2021d). Zur Vakanzzeit s. auch Fn. 2.

Abb. A.9 Ausländische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland 2010–2020 nach Herkunftsregionen



Anmerkung: Nur berufstätige Ärztinnen und Ärzte. „Sonstige" einschließlich staatenlos und ohne Angabe.

Quelle: Ärztestatistik, BÄK 2021b; 2021c; Berechnung und Darstellung: SVR

Ärzte, wobei diese zuletzt abgenommen hat und sich auf einem niedrigen Niveau bewegt (Info-Box 8). Zugleich ist die Zahl der Absolventinnen und Absolventen, die pro Jahr ein Medizinstudium an einer deutschen Hochschule abschließen, seit 2007 etwa gleich geblieben (Statistisches Bundesamt 2020b), sie ist also nicht im gleichen Maß gestiegen wie der Bedarf.[146] Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland sind auf dem deutschen Arbeitsmarkt daher sehr nachgefragt.

Auf der individuellen Ebene gibt es für eine Migrationsentscheidung verschiedene Gründe. Dass in den letzten Jahren so viele Ärztinnen und Ärzte aus Syrien zugewandert sind (Tab. A.1), dürfte auf den dortigen Bürgerkrieg zurückgehen. Für freiwillige Migration geben dagegen oft berufsbezogene und ökonomische Faktoren den Ausschlag: In einer Studie zu 1.444 Ärztinnen und Ärzten mit einer EU-Staatsangehörigkeit nannten die Befragten als Gründe für ihre Migration nach Deutschland am häufigsten bessere berufliche Perspektiven, bessere Arbeitsbedingungen und ein höheres Einkommen. Ökonomische Gründe spielen vor allem für jene aus den östlichen EU-Staaten eine Rolle; das lässt sich mit dem Lohngefälle innerhalb der EU erklären. Viele junge europäische Ärztinnen und Ärzte kommen aber auch nur für begrenzte Zeit nach Deutschland, etwa um sich weiterzuqualifizieren oder Arbeitserfahrung zu sammeln. Daneben kann eine Migration nach Deutschland auch durch familiäre oder persönliche Umstände motiviert sein (Teney/Becker et al. 2017: 16–18; Becker/Teney 2020).

Zugewanderte Ärztinnen und Ärzte sind regional sehr unterschiedlich verteilt

Wie viele ausländische Ärztinnen und Ärzte es gibt, ist regional sehr unterschiedlich: Ihr Anteil an der gesamten Ärzteschaft bewegt sich zwischen 6,8 Prozent in Hamburg und 20,5 Prozent im Saarland (BÄK 2021b; 2021c; eigene

146 Es ist umstritten, ob den (bestehenden oder künftig zu erwartenden) Engpässen eher mit einer Erhöhung der Ausbildungskapazitäten begegnet werden sollte oder damit, dass man das bestehende Personal sinnvoller einsetzt und Überversorgung abbaut (vgl. zu den unterschiedlichen Auffassungen Gerlach/Kiechle 2018).

Tab. A.1 Wichtigste Herkunftsländer ausländischer Ärztinnen und Ärzte in Deutschland 2020 und Entwicklung ab 2010

Staatsangehörigkeit	Anzahl	Entwicklung seit 2010	
		absolut	in Prozent
Syrien	4.970	+4.180	+529,1 %
Rumänien	4.514	+3.164	+234,4 %
Griechenland	2.723	+1.002	+58,2 %
Russische Föderation	2.548	+1.009	+65,6 %
Österreich	2.415	+543	+29,0 %
Polen	1.937	+535	+38,2 %
Ukraine	1.795	+1.008	+128,1 %
Serbien	1.782	+1.516	+569,9 %
Bulgarien	1.715	+1.026	+148,9 %
Ungarn	1.643	+1.048	+176,1 %
Ägypten	1.607	+1.396	+661,6 %
ausländische Ärztinnen und Ärzte insgesamt	**56.105**	**+34.455**	**+159,1 %**

Anmerkung: Nur berufstätige Ärztinnen und Ärzte.

Quelle: Ärztestatistik, BÄK 2021c; Berechnung: SVR

Berechnung; Abb. A.10). Auffällig ist, dass ihre Verteilung nicht der der Ausländerinnen und Ausländer insgesamt entspricht: **In den ostdeutschen Flächenländern liegt der Anteil ausländischer Ärztinnen und Ärzte mit 15,0 Prozent etwa dreimal so hoch wie der Ausländeranteil in der Bevölkerung** (5,1 %; Statistisches Bundesamt 2021c) und auch etwas höher als in den westdeutschen Bundesländern (13,5 %). Auch im Saarland und in Niedersachsen ist er deutlich höher. In Hamburg und Berlin, wo die Arztdichte besonders hoch ist, arbeiten dagegen anteilig besonders wenig ausländische Medizinerinnen und Mediziner (6,8 % bzw. 10,1 %); dabei leben hier sehr viele Ausländerinnen und Ausländer (Abb. A.10).

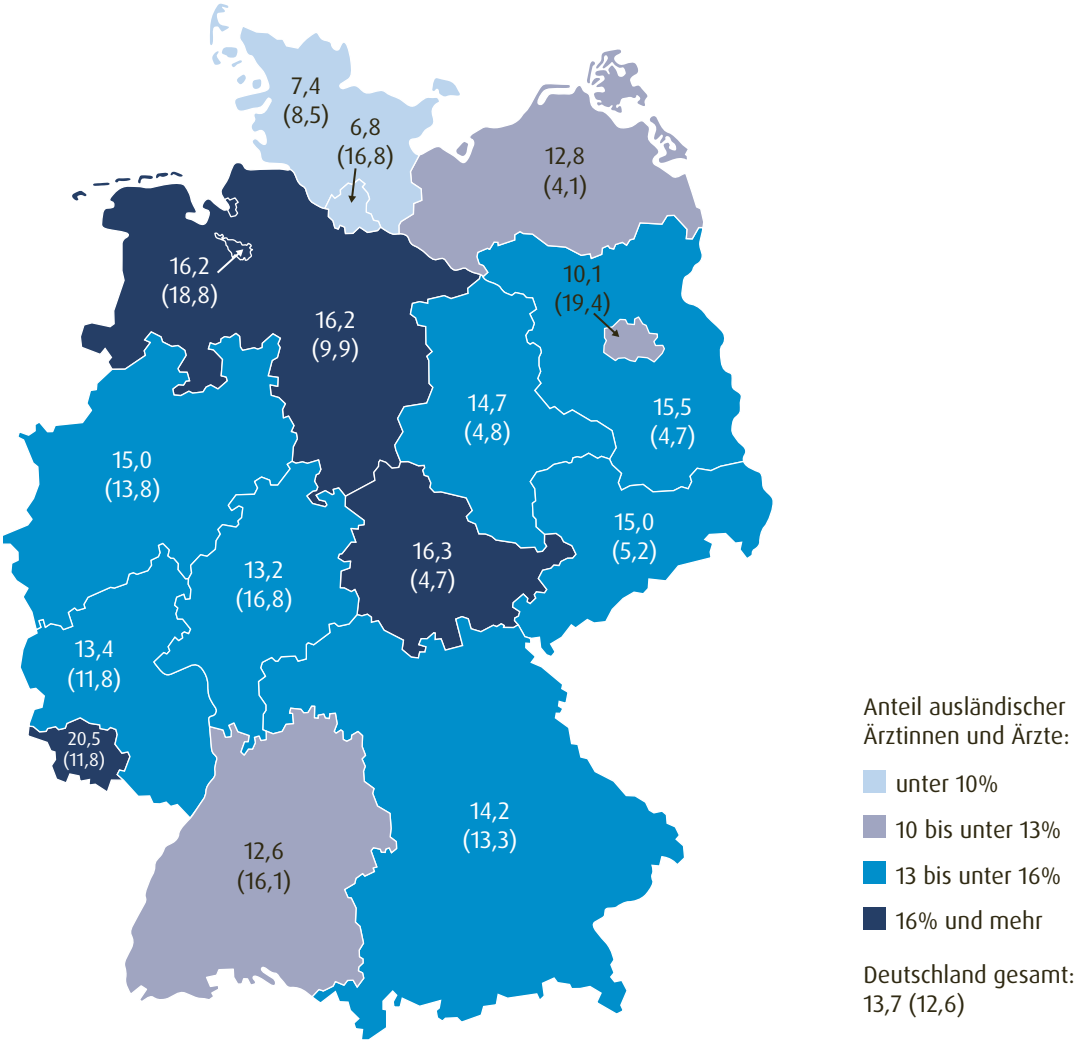
Diese Verteilung hat zum einen mit der geografischen Lage zu tun; so sind für Zuwanderinnen und Zuwanderer aus den Nachbarländern die Grenzgebiete besonders attraktiv. Zum anderen kann auch eine Rolle spielen, dass es für Einrichtungen im ländlichen Bereich oft besonders schwierig ist, freie Stellen zu besetzen, daher sind sie besonders stark auf zugewanderte Ärztinnen und Ärzte angewiesen (s. Klein 2016). Ärztinnen und Ärzte mit einer EU-Staatsangehörigkeit arbeiten erheblich häufiger als deutsche in einer Kleinstadt oder auf dem Land; dies gilt besonders für Zugewanderte aus den östlichen EU-Staaten (Teney/Becker et al. 2017: 30).

Auch die Herkunftsländer unterscheiden sich je nach Bundesland. Hier spielt ebenfalls die geografische Lage eine Rolle. So arbeiten polnische Ärztinnen und Ärzte besonders häufig in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen, die aus Tschechien in Sachsen und jene aus Österreich in Bayern. Ärztinnen und Ärzte aus Ungarn und Rumänien finden sich häufiger in den südlichen Bundesländern Bayern und Baden-Württemberg sowie in Thüringen; jene aus Rumänien und Bulgarien arbeiten darüber hinaus auch in Sachsen-Anhalt und Hessen. Auch die Migrationsgeschichte der jeweiligen Region spielt eine Rolle: Griechische Ärztinnen und Ärzte arbeiten besonders häufig in Nordrhein-Westfalen, jene aus der Russischen Föderation, der Ukraine und Belarus dagegen häufiger in den östlichen Bundesländern. In Bremen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein ist der Anteil der Ärztinnen und Ärzte aus Nordafrika besonders hoch. Das gilt auch für jene aus Syrien; sie arbeiten zudem überdurchschnittlich häufig im Saarland, in Thüringen und in Mecklenburg-Vorpommern (BÄK 2021c).

Ausländische Ärztinnen und Ärzte arbeiten vor allem im stationären Bereich

Verglichen mit ihren deutschen Kolleginnen und Kollegen arbeiten Medizinerinnen und Mediziner aus dem Ausland

Abb. A.10 Anteil ausländischer Ärztinnen und Ärzte 2020 nach Bundesland (in Prozent)



Anmerkung: Nur berufstätige Ärztinnen und Ärzte. Die Zahl in Klammern gibt jeweils den Ausländeranteil in der Gesamtbevölkerung an. Für die Bundesländer Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen wird die Zahl der in Deutschland geborenen Ausländerinnen und Ausländer in der Bevölkerung im Mikrozensus nicht ausgewiesen; der Ausländeranteil wird daher etwas unterschätzt.

Quelle: Ärztestatistik, BÄK 2021b; 2021c; Mikrozensus, Statistisches Bundesamt 2021c; Berechnung und Darstellung: SVR

deutlich häufiger in Kliniken und Krankenhäusern: ❗ **Fast vier Fünftel von ihnen sind im stationären Bereich tätig; bei den deutschen ist es nur rund die Hälfte.** Nur 12 Prozent der Zugewanderten arbeiten im ambulanten Bereich, entweder angestellt oder als niedergelassene Ärzte bzw. Ärztinnen mit eigener Praxis. Demgegenüber sind von den deutschen Ärztinnen und Ärzten knapp 40 Prozent in einer Praxis tätig, die Mehrheit davon in der eigenen (BÄK 2021b; 2021c; eigene Berechnung; vgl. Teney/Becker et al. 2017: 24–27).[147]

147 Dies hängt eng mit dem Alter zusammen: Zu Beginn ihrer Berufstätigkeit arbeiten Medizinerinnen und Mediziner fast ausschließlich in Kliniken; mit zunehmendem Alter steigt jedoch der Anteil der ambulant Tätigen. Der hohe Anteil stationär Tätiger bei den ausländischen Ärztinnen und Ärzten könnte damit zusammenhängen, dass viele von ihnen erst vergleichsweise kurz

Dass die Zuwanderung vor allem auf die Kliniken ausgerichtet ist, spiegelt sich auch in den Fachrichtungen wider: Wie die oben bereits zitierte Befragung von Ärztinnen und Ärzten mit einer EU-Staatsangehörigkeit zeigt, sind diese häufiger als ihre deutschen Kolleginnen und Kollegen in den Bereichen Chirurgie und Innere Medizin tätig (die vorwiegend in Kliniken gefragt sind) und seltener in der (meist ambulanten) Allgemeinmedizin. So hatten 21 Prozent der männlichen Ärzte mit einer EU-Staatsangehörigkeit eine Facharztweiterbildung in Chirurgie abgeschlossen, bei allen in Deutschland arbeitenden Ärzten traf das im gleichen Jahr nur auf 10 Prozent zu.[148] Als Allgemeinmediziner arbeiteten dagegen nur 5 Prozent dieser Ärzte, aber 17 Prozent aller Ärzte in Deutschland (Teney/Becker et al. 2017: 8–11). Bei den deutschen Ärztinnen und Ärzten mit Migrationshintergrund unterschieden sich Fachgebiete und berufliche Position dagegen laut der Befragung kaum von jenen ohne Migrationshintergrund (Teney/Bürkin et al. 2017: 3–10).[149]

Zugewanderte Ärztinnen und Ärzte sind zufrieden, erleben aber auch Benachteiligung

Wie verschiedene qualitative und quantitative Studien zeigen, sind zugewanderte Ärztinnen und Ärzte mit ihrer beruflichen Situation und den Arbeitsbedingungen grundsätzlich zufrieden.[150] Dies gilt besonders für jene aus den östlichen EU-Staaten, die im Vergleich zur Situation im Herkunftsland eine Verbesserung wahrnehmen (Teney/Becker et al. 2017: 38–46). **Zugleich stehen zugewanderte Ärztinnen und Ärzte vor allem in den ersten Jahren ihrer Tätigkeit in Deutschland offenbar unter großer Belastung, da u. a. die fehlende Vertrautheit mit dem deutschen Gesundheitswesen und den Abläufen in deutschen Kliniken sowie Sprachbarrieren ihre Arbeit erschweren** (Hohmann/Glaesmer/Nesterko 2018; Klingler/Marckmann 2016; s. ausführlich Kap. A.1.4). Einige berichten zudem von Diskriminierung oder davon, dass sie gegenüber deutschen Kolleginnen und Kollegen benachteiligt werden (Hohmann/Glaesmer/Nesterko 2018; Klingler/Marckmann 2016; Teney/Becker et al. 2017: 47–48).

Auch deutsche Ärztinnen und Ärzte mit Migrationshintergrund berichten in einer Umfrage häufiger als Befragte ohne Migrationshintergrund von Benachteiligung. Allerdings bleibt offen, ob sich diese auf die Herkunft bezieht oder auf andere Faktoren, etwa das Geschlecht.[151] Der Migrationshintergrund scheint allerdings weniger im Arbeitskontext eine Rolle zu spielen als im Alltag und bei Ämtern oder Behörden: Hier fühlen sich Ärztinnen und Ärzte mit Migrationshintergrund erheblich häufiger benachteiligt als Befragte ohne Zuwanderungsgeschichte. Anders als ihre Kolleginnen und Kollegen mit ausländischem Pass sind sie mit den Arbeitsbedingungen, dem Einkommen und den Aufstiegsmöglichkeiten auch tendenziell etwas unzufriedener als Ärztinnen und Ärzte ohne Migrationshintergrund (Teney/Bürkin et al. 2017: 19–30).

A.2.3 Pflegekräfte: Zugewanderte unverzichtbar

Von den in der Pflege beschäftigten Personen hat etwa jede vierte eine eigene oder familiäre Migrationsgeschichte. Dabei gibt es große Unterschiede zwischen Gesundheits- und Krankenpflege und Altenpflege (allgemein zu Berufsbildern in der Pflege und Strukturmerkmalen der Beschäftigung Info-Box 2).

Gesundheits- und Krankenpflege

Rund 250.000 Menschen mit Migrationshintergrund arbeiten in der Berufsgruppe Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe (Statistisches Bundesamt 2021j; eigene Berechnung).[152] **Sie machen in diesem Bereich 21,2 Prozent aller Erwerbstätigen aus und stammen überdurchschnittlich häufig aus den östlichen EU-Mitgliedstaaten** (Abb. A.6, Abb. A.7). Allein aus Polen

in Deutschland arbeiten oder sogar extra für die Facharztweiterbildung zugewandert sind. Für diese These spricht, dass bei den türkischen und iranischen Ärztinnen und Ärzten und den Staatsangehörigen der EU15-Staaten der Anteil der ambulant Tätigen mit rund 20 Prozent etwas höher ist (BÄK 2021c; eigene Berechnung; vgl. Teney/Becker et al. 2017: 26–27). Ärztinnen und Ärzte aus diesen Ländern arbeiten teilweise schon seit Langem in Deutschland. Zudem war bis 2012 eine Niederlassung in der Regel nur mit einer deutschen oder einer EU/EWR-Staatsangehörigkeit möglich; Drittstaatsangehörige mussten sich also zuvor einbürgern lassen.

148 Die Chirurgie ist stark männlich dominiert: Der Frauenanteil in dieser Fachrichtung beträgt in Deutschland nur 22 Prozent (BÄK 2021b; eigene Berechnung).

149 Die Studie war nicht repräsentativ, da sie nur Ärztinnen und Ärzte einschloss, die sich zwischen 2004 und 2015 erstmals bei einer Landesärztekammer registriert hatten. Da die Registrierung gewöhnlich bei der Approbation und beim Umzug in ein anderes Bundesland erfolgt, sind jüngere Personen in der Stichprobe überrepräsentiert.

150 Teney/Becker et al. (2017: 38–46) messen bei den befragten ausländischen Ärzten und Ärztinnen eine durchschnittlich höhere Zufriedenheit mit der beruflichen Situation als bei den deutschen Befragten (vgl. auch Teney/Bürkin et al. 2017: 23).

151 Ärztinnen berichten deutlich häufiger von Benachteiligung als Ärzte, und zwar vor allem durch Kolleginnen und Kollegen und durch Vorgesetzte. Inwieweit Migrationshintergrund und Geschlecht miteinander interagieren, wurde nicht untersucht.

152 Im Folgenden wird dieser Bereich zusammenfassend als Gesundheits- und Krankenpflege bezeichnet; s. Fn. 135.

stammt knapp jede bzw. jeder sechste (16,9 %). Als weitere wichtige Herkunftsländer folgen die Türkei (8,7 %), Kasachstan (7,5 %), die Russische Föderation (7,1 %), Rumänien (5,9 %) und Bosnien und Herzegowina (5,5 %) (Statistisches Bundesamt 2021j; eigene Berechnung). ❗ **Knapp ein Viertel (23,6 %) der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund ist in Deutschland geboren.** Ihre Familien stammen besonders häufig aus den EU15-Staaten und der Türkei (Statistisches Bundesamt 2021j; eigene Berechnung).

Von den Pflegekräften mit ausländischer Staatsangehörigkeit (9,8 % der Beschäftigten) kommen überdurchschnittlich viele von den Philippinen und aus Syrien; ihre Zahl ist in den letzten Jahren stark gestiegen (BT-Drs. 19/32157: 13–19; Tab. A.2). Regional gibt es große Unterschiede: Während in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt 2020 nur 1 Prozent der Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege eine ausländische Staatsangehörigkeit hatte, waren es in Bayern rund 13 und in Hessen knapp 15 Prozent (Hickmann et al. 2021: 31–63).[153]

Mehr als vier Fünftel der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund sind Frauen (81,5 %) (ohne Migrationshintergrund: 79,0 %). Besonders hoch ist der Frauenanteil bei den Pflegekräften aus Kasachstan (89,5 %), Kroatien (88,9 %), der Türkei (86,4 %) und Polen (86,0 %). Dagegen liegt er bei jenen aus einem afrikanischen Staat (77,8 %), aus dem „übrigen Asien"[154] (72,7 %) und aus dem Nahen und Mittleren Osten (66,7 %) im Durchschnitt etwas niedriger (Statistisches Bundesamt 2021j; eigene Berechnung).

Altenpflege

❗ **In der Altenpflege arbeiten rund 215.000 Menschen mit Migrationshintergrund. Sie stellen fast ein Drittel der Erwerbstätigen in diesem Bereich und sind damit stark überrepräsentiert** (30,1 % im Vergleich zu 24,4 % bei allen Erwerbstätigen) (Statistisches Bundesamt 2021j; eigene Berechnung). ❗ **Zudem finden sich hier überdurchschnittlich viele Menschen, die im Ausland geboren und selbst zugewandert sind** (24,9 %; Abb. A.6). Die wichtigsten Herkunftsländer sind dieselben wie bei den Erwerbstätigen in der Gesundheits- und Krankenpflege: Polen (17,2 %), Kasachstan, Russische Föderation (jeweils 9,3 %), die Türkei (8,4 %), Rumänien (4,7 %) und Bosnien und Herzegowina (4,2 %). Im Vergleich mit der Gesamtbevölkerung fällt auf, dass Menschen aus den EU15-Staaten hier recht selten vertreten sind (7,4 % gegenüber 15,4 % bei allen Erwerbstätigen mit Migrationshintergrund). Dagegen gibt es überdurchschnittlich viele Personen aus den östlichen EU-Staaten und aus Afrika (Statistisches Bundesamt 2021j; eigene Berechnung; Abb. A.7). Bei den Pflegekräften mit einer afrikanischen Staatsangehörigkeit sind die wichtigsten Herkunftsländer Marokko, Eritrea und Kamerun. Außerdem arbeiten hier vergleichsweise viele Vietnamesinnen und Vietnamesen (Tab. A.2).

Insgesamt haben rund 15 Prozent der Beschäftigten in der Altenpflege nicht die deutsche Staatsangehörigkeit (BT-Drs. 19/32157: 20; eigene Berechnung). ❗ **Ausländerinnen und Ausländer arbeiten überdurchschnittlich häufig auf Helferniveau**; bei den Fachkräften machen sie nur rund 8 Prozent aus (Hickmann et al. 2021: 11). Auch in der Altenpflege zeigen sich regionale Unterschiede: Der Ausländeranteil bei den Fachkräften ist in Bayern und Baden-Württemberg mit rund 14 Prozent am höchsten; in Sachsen-Anhalt liegt er dagegen unter 1 Prozent (Hickmann et al. 2021: 31–63).

Der besonders hohe Anteil von Zugewanderten in der Altenpflege hat einerseits damit zu tun, dass in diesem Bereich seit Jahren Arbeitskräfte fehlen (s. Seyda/Köppen/Hickmann 2021).[155] Zum anderen sind in der Altenpflege fast die Hälfte aller Beschäftigten (48 %) Helferinnen und Helfer. Diese haben nur eine meist einjährige Ausbildung absolviert oder besitzen gar keine formale Qualifikation (BA 2021a: 8–9; zu Strukturmerkmalen der Beschäftigung in der Pflege Info-Box 2). Hier sind Ausländerinnen und Ausländer überrepräsentiert, denn der Zugang ist vergleichsweise einfach: Zuwanderinnen und Zuwanderer, die keinen deutschen Ausbildungsabschluss als Pflegefachkraft nachweisen können, können als unqualifizierte Hilfskraft einsteigen und damit langwierige Anerkennungsverfahren oder (Nach-)Qualifizierungen umgehen. Auch für die (reglementierte) einjährige Ausbildung in der Altenpflegehilfe sind die Hürden niedriger als bei der Fachkraftausbildung; beispielsweise wird dafür meist nur ein Hauptschulabschluss vorausgesetzt. ➔ **Um den Fachkräftebedarf zu decken, sollten Beschäftigte, die bisher als Hilfskräfte arbeiten, für eine Weiterqualifizierung zur Fachkraft gewonnen werden.** Denn es gibt weitaus mehr Arbeitslose, die eine Anstellung als Hilfskraft in der Altenpflege suchen, als offene Stellen auf diesem Niveau.[156] Bei den Fachkräften

153 Nur Gesundheits- und Krankenpflege im engeren Sinne; ohne Rettungsdienst, Geburtshilfe und andere Berufe.

154 Asien ohne Zentralasien und den Nahen und Mittleren Osten.

155 Hier dürfte auch die vergleichsweise geringe Entlohnung eine Rolle spielen: Der durchschnittliche Bruttomonatslohn (Median) von Vollzeitbeschäftigten in der Altenpflege ist in den letzten fünf Jahren zwar von rund 2.400 auf rund 2.900 Euro gestiegen, liegt aber nach wie vor deutlich unter der Entlohnung in der Gesundheits- und Krankenpflege (BT-Drs. 19/32064: 12–13; s. für Details Fn. 30).

156 Das bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass jede Stelle problemlos besetzt werden kann. Rein rechnerisch gibt es zwar deutschlandweit genügend Arbeitssuchende, das gilt aber nicht für jede Region. Zudem können mit einer Stelle weitere Erfordernisse verbunden sein, z. B. Sprachkenntnisse oder eine abgeschlossene Helferausbildung, die die Arbeitssuchenden unter Umständen nicht mitbringen.

Tab. A.2 Wichtigste Herkunftsländer von ausländischen Pflegekräften in Deutschland Ende 2020 und Entwicklung ab Mitte 2018

Gesundheits- und Krankenpflege				Altenpflege			
Staatsangehörigkeit	Anzahl am 31.12.2020	Entwicklung ab 30.06.2018		Staatsangehörigkeit	Anzahl am 31.12.2020	Entwicklung ab 30.06.2018	
		absolut	in Prozent			absolut	in Prozent
Polen	9.677	+1.407	+17,0 %	Polen	11.924	+1.370	+13,0 %
Bosnien und Herzegowina	9.379	+2.986	+46,7 %	Rumänien	7.322	+1.608	+28,1 %
Türkei	8.513	+1.022	+13,6 %	Türkei	7.046	+836	+13,5 %
Kroatien	8.366	+1.449	+20,9 %	Bosnien und Herzegowina	6.866	+988	+16,8 %
Rumänien	7.098	+2.055	+40,7 %	Kroatien	5.869	+1.249	+27,0 %
Serbien	6.775	+2.858	+73,0 %	Vietnam	3.327	+1.890	+131,5 %
Italien	4.791	+961	+25,1 %	Serbien	3.028	+802	+36,0 %
Philippinen	4.494	+2.860	+175,0 %	Italien	2.766	+319	+13,0 %
Syrien	3.327	+2.215	+199,2 %	Russische Föderation	2.461	+279	+12,8 %
Ungarn	2.827	+308	+12,2 %	Syrien	2.342	+1.550	+195,7 %
ausländische Beschäftigte insgesamt	**117.730**	**+35.494**	**+43,2 %**	**ausländische Beschäftigte insgesamt**	**100.552**	**+26.089**	**+35,0 %**

Anmerkung: Beschäftigte auf allen Qualifikationsstufen. Die Zahlen enthalten auch geringfügig Beschäftigte.

Quelle: Beschäftigungsstatistik, BT-Drs. 19/32157: 13–26; Berechnung: SVR

verhält es sich dagegen umgekehrt: Hier kommen auf 100 offene Stellen nur 16 entsprechend qualifizierte Arbeitslose (Seyda/Köppen/Hickmann 2021: 5).[157]

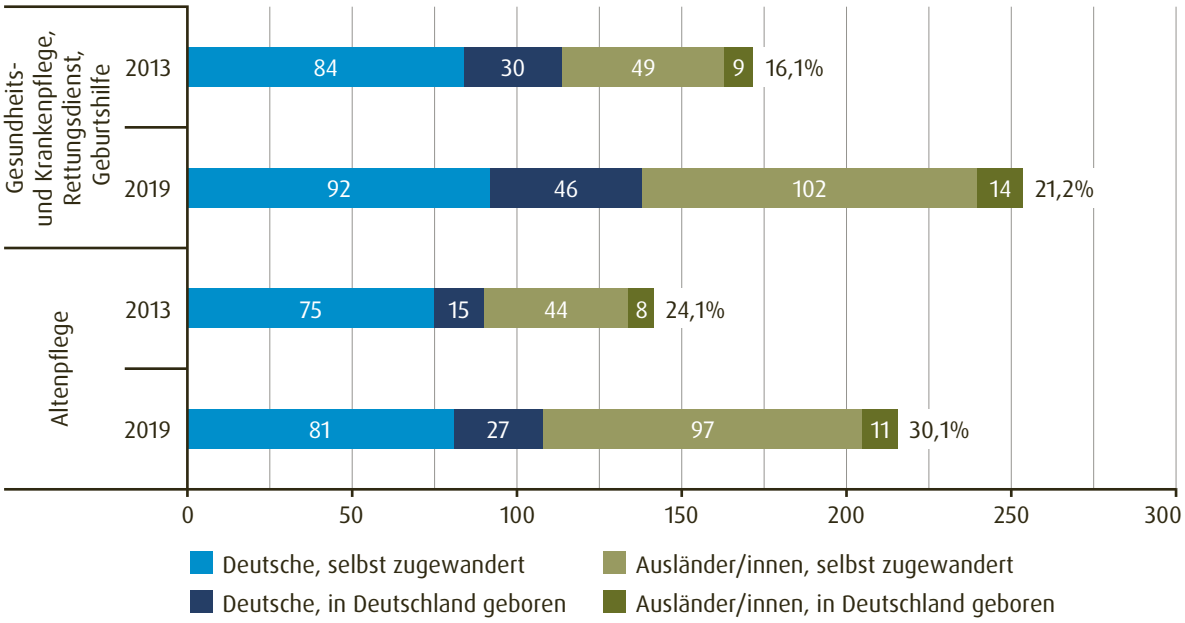
Der Frauenanteil liegt in der Altenpflege mit 84,2 Prozent noch etwas höher als in der Gesundheits- und Krankenpflege. Auch hier ist er bei den Pflegekräften aus Afrika und dem übrigen Asien mit jeweils 75 Prozent etwas niedriger; von jenen aus dem Nahen und Mittleren Osten sind sogar nur 60 Prozent Frauen. Bei den Pflegekräften aus der Russischen Föderation, Kasachstan und Rumänien liegt der Frauenanteil dagegen besonders hoch (jeweils 90,0 %) (Statistisches Bundesamt 2021j; eigene Berechnung).

Mehr selbst Zugewanderte in der Pflege

Der Anteil der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund ist zwischen 2013 und 2019 in der Gesundheits- und Krankenpflege um rund 5 Prozentpunkte gestiegen und in der Altenpflege um 6 Prozentpunkte. Dies entspricht im Wesentlichen der Entwicklung bei den Erwerbstätigen insgesamt (s. Kap. A.2.1). Auffällig ist jedoch: ❗ **In der Gesundheits- und Krankenpflege hat sich die Zahl der selbst zugewanderten Ausländerinnen und Ausländer in sechs Jahren verdoppelt; in der Altenpflege ist sie sogar um 120 Prozent gestiegen** (Statistisches Bundesamt 2021h; eigene Berechnung; Abb. A.11). Dabei waren in der Altenpflege schon vor sechs Jahren überdurchschnittlich viele Zugewanderte beschäftigt. Diese Entwicklung dürfte auf den hohen Personalbedarf zurückgehen: In der

157 Hochrechnung des Instituts der deutschen Wirtschaft (IW Köln); s. Fn. 1.

Abb. A.11 Pflegekräfte mit Migrationshintergrund 2013 und 2019 nach Nationalität und Migrationserfahrung (in 1.000)



Anmerkung: Die Prozentzahl am Ende der Balken entspricht jeweils dem Anteil der Erwerbstätigen mit Migrationshintergrund an den Erwerbstätigen insgesamt.

Quelle: Mikrozensus, Statistisches Bundesamt 2021g; Berechnung und Darstellung: SVR

Gesundheits- und Krankenpflege und noch stärker in der Altenpflege herrscht seit Jahren und in allen Regionen Deutschlands eine hohe Nachfrage nach Arbeitskräften, für die im Inland nicht genügend Fachkräfte zur Verfügung stehen (Seyda/Köppen/Hickmann 2021; s. Kap. A.1). Pflegekräfte aus dem Ausland haben somit gute Chancen, im deutschen Arbeitsmarkt Fuß zu fassen, und werden von vielen Einrichtungen und Personalagenturen aktiv angeworben (s. auch Kap. A.1.3.4).

Laut Beschäftigungsstatistik[158] ist in der Altenpflege allein von Mitte 2018 bis Ende 2020 die Zahl der Ausländerinnen und Ausländer um gut 26.000 Personen gestiegen. In der Gesundheits- und Krankenpflege waren es rund 35.500 Personen (BT-Drs. 19/32157: 13–26; eigene Berechnung). Hier entfielen die größten Zuwächse auf die Herkunftsländer Bosnien und Herzegowina, Serbien und die Philippinen: Von dort kamen in diesen zweieinhalb Jahren jeweils knapp 3.000 Pflegekräfte. Deutlich gestiegen ist auch die Zahl der Pflegekräfte aus Syrien (+2.200) und Rumänien (+2.050). In der Altenpflege zeigt sich der größte Anstieg bei Personen aus Vietnam (+1.900), Rumänien (+1.600) und Syrien (+1.550) (Tab. A.2).

Mit einigen Ländern, wo die Zuwachsraten besonders hoch sind, bestehen oder bestanden zu dieser Zeit bilaterale Abkommen zur Anwerbung von Pflegekräften. Das gilt für Bosnien und Herzegowina, Serbien, die Philippinen und Vietnam (s. Kap. A.1.3.4, Info-Box 5).[159] Aus den drei erstgenannten Ländern wird zugleich besonders häufig die

158 Die Zahlen der Beschäftigungsstatistik weichen etwas von jenen des Mikrozensus ab, da es sich um eine andere Form der Datenerhebung handelt. Der Mikrozensus beruht auf einer Stichprobe der Bevölkerung, die Zuteilung zu den Berufsgruppen erfolgt auf Grundlage der Angaben der Befragten. Dadurch kann es zu einzelnen Fehlzuordnungen oder Verzerrungen kommen. Die Beschäftigungsstatistik erfasst dagegen jede sozialversicherungspflichtig oder geringfügig beschäftigte Person zu einem bestimmten Stichtag (d. h. ohne Selbständige). Im Bereich der Pflege liegen die Zahlen des Mikrozensus stets etwas über jenen der Beschäftigungsstatistik; so werden im Mikrozensus für das Jahr 2019 rund 1,20 Millionen Gesundheits- und Krankenpflegekräfte ausgewiesen (Statistisches Bundesamt 2021h), in der Beschäftigungsstatistik zum 30.06.2019 dagegen nur rund 1,13 Millionen (BT-Drs. 19/32157: 13). Die Verteilung zwischen Pflegekräften mit deutscher und mit ausländischer Staatsangehörigkeit sowie die zeitliche Entwicklung decken sich jedoch weitgehend.

159 Allerdings reist nur ein kleiner Teil der Zuwandernden aus diesen Ländern über bilaterale Abkommen ein.

Anerkennung von Berufsabschlüssen als Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. -pflegerin beantragt (s. Kap. A.1.1). Der Anstieg der Beschäftigten aus Syrien und anderen Herkunftsländern von Flüchtlingen dürfte wiederum (ebenso wie bei den Ärztinnen und Ärzten, s. Kap. A.2.2) auf die hohe Fluchtzuwanderung zurückgehen: **Die Zahl der Staatsangehörigen der acht Hauptherkunftsländer von Asylsuchenden,[160] die in der Kranken- und Altenpflege beschäftigt sind, ist seit 2015 von unter 2.000** (BA 2021a: 10) **auf etwa 16.500 gestiegen, allein seit 2018 um fast 10.000 Personen** (BT-Drs. 19/32157: 6–12; eigene Berechnung). Neben syrischen Staatsangehörigen arbeiteten in der Pflege Ende 2020 auch vergleichsweise viele Menschen aus Afghanistan (insgesamt knapp 3.400), dem Iran (knapp 1.900) und Eritrea (rund 1.800) (BT-Drs. 19/32157: 6–12). Da aus diesen Ländern nicht vergleichbar viele Anträge auf Berufsanerkennung gestellt wurden, kann vermutet werden, dass viele von ihnen eine Ausbildung in Deutschland abgeschlossen haben oder ohne Ausbildung als Hilfskraft arbeiten.

Unter den neu Zugewanderten waren vergleichsweise viele Männer. Das hat auch den Männeranteil bei den Pflegekräften beeinflusst: Dieser lag in der Altenpflege 2013 unter 14 Prozent. Von den (heutigen) Pflegekräften, die zwischen 2013 und 2019 selbst zugewandert sind, ist dagegen über ein Viertel männlich. Dadurch stieg bei den Altenpflegekräften mit Migrationshintergrund der Männeranteil von 10 auf knapp 17 Prozent (bei jenen ohne Migrationshintergrund betrug er konstant 15 %). Auch in der Gesundheits- und Krankenpflege kamen überdurchschnittlich viele Männer hinzu (Statistisches Bundesamt 2021h; eigene Berechnung). Diese Entwicklung hat wahrscheinlich mit den Herkunftsländern zu tun: Bei jenen mit besonders hohen Zuwachsraten (u. a. im Nahen und Mittleren Osten) ist auch der Männeranteil bei den Pflegekräften vergleichsweise hoch.

Ausländische Auszubildende im Gesundheitswesen

Für Auszubildende in den Pflegeberufen liegen keine Daten zum Migrationshintergrund vor. Bezogen auf alle Auszubildenden im Gesundheitswesen hatten im März 2021 15,9 Prozent nicht die deutsche Staatsangehörigkeit, das waren rund 30.000 Personen.[161] Damit liegt der Ausländeranteil hier überdurchschnittlich hoch; bei den Auszubildenden insgesamt betrug er nur 12,2 Prozent (BA 2021b; eigene Berechnung). Wie viele deutsche Auszubildende in Gesundheitsberufen einen Migrationshintergrund haben, ist nicht bekannt.

Von den ausländischen Auszubildenden im Gesundheitswesen entfällt jeweils etwa ein Viertel auf EU-Bürgerinnen und EU-Bürger (7.400 oder 25,2 %) und auf Staatsangehörige der wichtigsten Herkunftsländer von Asylsuchenden (7.300 oder 24,8 %), vor allem Syrien (9,7 %), Afghanistan (5,7 %) und den Irak (4,8 %). 12,2 Prozent sind türkische Staatsangehörige, 10,8 Prozent kommen aus den Westbalkanstaaten und 10,4 Prozent aus Afrika (BA 2021b; eigene Berechnung). Nur wenige von ihnen dürften speziell für die Ausbildung nach Deutschland gekommen sein; eher handelt es sich um Personen, die ohnehin in Deutschland leben oder aus anderen Gründen zugewandert sind. Eine Anwerbung für die Pflegeausbildung wurde aber in einigen Projekten bereits erprobt und bietet in mancher Hinsicht eine Alternative zur Anwerbung fertig ausgebildeter Fachkräfte (s. Kap. A.1.3.4 und A.1.5.2).

Zufriedenheit von Pflegekräften mit Migrationsgeschichte

Die Arbeitsbedingungen oder die Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften mit Zuwanderungsgeschichte wurden bisher kaum untersucht. **Untersuchungen zu kürzlich zugewanderten Fachkräften deuten darauf hin, dass sich diese häufig ausgegrenzt oder nicht hinreichend anerkannt fühlen und dass sie ihre Erfahrungen und Kompetenzen (zunächst) nicht so einbringen können, wie sie sich das wünschen – sei es aufgrund von begrenzten Sprachkenntnissen, Unterschieden zum entsprechenden Berufsbild im Herkunftsland oder weil sie während eines laufenden Anerkennungsverfahrens zunächst als Hilfskraft arbeiten** (Kontos/Ruokonen-Engler/Guhlich 2019; Rand et al. 2019; Gold et al. 2019; Satola/Bollinger 2020; s. dazu Kap. A.1.4). Internationale Befunde kommen zu dem Ergebnis, dass zugewanderte Pflegekräfte auch einige Jahre nach der Zuwanderung unter größerer Belastung stehen und weniger Unterstützung und Wertschätzung erfahren als ihre Kolleginnen und Kollegen ohne Zuwanderungsgeschichte (Ulusoy et al. 2021: 195–196). Einzelne Untersuchungen bestätigen diesen Befund für Deutschland (Theobald 2017); es gibt auch Berichte über Rassismus (M'Bayo/Narimani 2021). Eine Studie zu Beschäftigten in der Altenpflege deutet darauf hin, dass Pflegekräfte mit Zuwanderungsgeschichte hier durchschnittlich schlechter in die Teams integriert sind bzw. häufiger ausgeschlossen und dadurch von Kolleginnen und Kollegen weniger unterstützt werden (Stagge 2016).

Eine Umfrage von 2015 ermittelte für Altenpflegekräfte mit Migrationshintergrund demgegenüber keine stärkere psychische und psychosoziale Belastung. Im

160 Das sind Afghanistan, Eritrea, der Irak, der Iran, Nigeria, Pakistan, Somalia und Syrien.

161 Das bezieht sich auf alle Auszubildenden, die in einem Betrieb des Gesundheitswesens tätig sind, beispielsweise in einem Krankenhaus, einer Arztpraxis oder einer Pflegeeinrichtung. Hierzu gehören auch Personen in nicht gesundheitsbezogenen Ausbildungsgängen, etwa in kaufmännischen oder technischen Berufen.

Gegenteil bewerteten diese Befragten die emotionalen Anforderungen ihres Berufs niedriger als Befragte ohne Zuwanderungsgeschichte und hatten weniger Schwierigkeiten, Beruf und Privatleben zu trennen. Allerdings beurteilten sie die Möglichkeiten ihrer beruflichen Entwicklung schlechter. Dies könnte damit zusammenhängen, dass sie deutlich häufiger auf Helferniveau beschäftigt waren (Ulusoy et al. 2021).[162]

A.2.4 Das Potenzial von bereits Zugewanderten

Mit der Anwerbung von im Ausland ausgebildeten Fachkräften verbinden sich einige Herausforderungen (s. ausführlich Kap. A.1). Das reicht vom bürokratischen Aufwand der Anerkennungsverfahren über die Schwierigkeit, in einem anderen beruflichen Kontext erworbene Kenntnisse auf das neue Arbeitsumfeld zu übertragen, bis zu problematischen Auswirkungen, die die Abwanderung für die Gesundheitssysteme der Herkunftsländer haben kann. ➔ **Wenn es darum geht, Fachkräfte für eine Tätigkeit in den Gesundheits- und Pflegeberufen zu gewinnen, sollte sich der Blick daher nicht nur ins Ausland richten, sondern auch auf Personen, die bereits in Deutschland leben.** Neben Schulabgängerinnen und Schulabgängern (mit und ohne Migrationsgeschichte) sind das beispielsweise auch Zugewanderte, die entweder noch keine Ausbildung absolviert haben oder aber eine entsprechende Qualifikation oder Berufserfahrung aus dem Herkunftsland mitbringen, aber bisher kein Anerkennungsverfahren durchlaufen haben.

Dazu gehören etwa Partnerinnen und Partner im Familiennachzug.[163] ❗ **Nachziehende Erwachsene verfügen häufig über Berufserfahrung und Qualifikationen aus dem Herkunftsland, sie sind aber seltener erwerbstätig als andere Migrantengruppen** (Wälde/Evers 2018; Borowsky et al. 2020). Dies liegt u. a. daran, dass ein großer Teil Frauen mit Kindern sind, die zugunsten der Kinderbetreuung zunächst eigene Erwerbsaspirationen zurückstellen. Aber auch geringe Sprachkenntnisse und fehlende soziale Netzwerke spielen eine Rolle, ebenso die Tatsache, dass sie durch Angebote der Arbeitsmarktförderung schlechter erreicht werden. ❗ **Diese Gruppe könnte gerade für die Gesundheits- und Pflegeberufe ein Potenzial bieten**: Laut der BAMF-Familiennachzugsstudie von 2016 waren von allen volljährigen Personen, die zwischen 2010 und Mitte 2015 im Familiennachzug eingereist sind und vorher im Herkunftsland gearbeitet hatten, knapp 9 Prozent zuletzt im Bereich Pflege und Gesundheit tätig gewesen;[164] bei den Frauen waren es knapp 11 Prozent (Wälde/Evers 2018: 77). Von denjenigen, die zum Befragungszeitpunkt in Deutschland erwerbstätig waren, arbeiteten 11,7 Prozent im Bereich Gesundheit und Pflege, von den Frauen gar 19,6 Prozent (Wälde/Evers 2018: 85). ➔ **Nachziehende Familienangehörige sollten deshalb gezielt zur Berufsanerkennung oder (Nach-)Qualifizierung im Gesundheitsbereich beraten und bei einem beruflichen (Wieder-)Einstieg unterstützt werden.**

➔ **Um mehr Fachkräfte für das Gesundheitswesen zu gewinnen, muss zudem die Aus- und Weiterbildung gestärkt werden. Menschen, die bisher als Hilfskräfte in der Pflege arbeiten, sollten dabei unterstützt werden, eine Weiterqualifizierung zur Fachkraft zu absolvieren** (ähnlich Hickmann et al. 2021: 29). Dabei stehen Schulen des Gesundheitswesens und Universitäten ebenso wie andere Bereiche des Bildungssystems vor der Aufgabe, ihre Bildungsangebote auf eine diverse Schüler- bzw. Studierendenschaft auszurichten. Außerdem muss die Abbruchquote gesenkt werden, die u. a. in der Pflegeausbildung sehr hoch ist;[165] hierfür sind die Arbeitsbedingungen in den Ausbildungseinrichtungen eine zentrale Stellschraube. ➔ **Nicht zuletzt müssen die Arbeitsbedingungen generell nachhaltig verbessert werden, damit die Berufe im Gesundheitswesen attraktiver werden und es möglich ist, Fachkräfte auch zu halten** (s. auch Kap. A.1.6).

Eine Gruppe, die in den letzten Jahren besonders in den Blick genommen wurde, sind Flüchtlinge. Sie sind häufig in jungem Alter und ohne abgeschlossene Berufsausbildung zugewandert. Wie die steigenden Anteile der entsprechenden Staatsangehörigen in einigen Berufsgruppen (s. Kap. A.2.2 und A.2.3) deutlich machen, sind einige von ihnen bereits im Gesundheitswesen angekommen – in der Pflege ebenso wie in der Ärzteschaft. Von denen, die arbeitslos gemeldet sind und eine Anstellung in der Pflege suchen, haben aber viele (noch) keine abgeschlossene Ausbildung, sondern suchen eine Anstellung auf Helferniveau (BA 2021a: 14). Auf dem Arbeitsmarkt werden jedoch vor allem Pflegefachkräfte gesucht (BA 2021a: 16–19; Seyda/Köppen/Hickmann 2021). ➔ **Darum sollten diese Bewerberinnen und Bewerber motiviert und dabei unterstützt werden, eine entsprechende Ausbildung aufzunehmen – ggf. auch nachdem sie bereits erste Berufserfahrungen als Helferinnen und Helfer**

162 Inwieweit die Befragten über eine (nicht anerkannte) Qualifikation aus dem Ausland verfügten, wurde nicht erhoben.

163 Diese bilden eine sehr große Gruppe. Borowsky et al. (2020: 14–20) schätzen anhand von Mikrozensus und SOEP, dass insgesamt etwa ein Viertel aller Ausländerinnen und Ausländer, die zwischen 2005 und 2017 zugewandert sind und noch in Deutschland leben, zu einem Partner bzw. einer Partnerin nachgezogen ist (s. auch SVR 2019a: 27–31).

164 In Deutschland ist der Anteil vergleichbar: 9,8 Prozent der Erwerbstätigen arbeiten hier in einem Gesundheits- und Pflegeberuf (Statistisches Bundesamt 2021j; eigene Berechnung).

165 Berichten zufolge werden 28 Prozent der Ausbildungen in der Pflege abgebrochen; s. Fn. 125.

gesammelt haben. In einigen Bundesländern gab oder gibt es spezielle Projekte, um Flüchtlinge auf eine Ausbildung im Pflegebereich vorzubereiten, etwa das Modellprojekt „Care for Integration" in Nordrhein-Westfalen[166] oder das Projekt „Integration und Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen" im Saarland.[167] In diesen Projekten erhalten die Teilnehmenden in der Regel Vorbereitungs- und Sprachkurse, können den Hauptschulabschluss nachholen und absolvieren die einjährige Ausbildung zur Pflegehelferin bzw. zum Pflegehelfer. Wenn sie diese erfolgreich abschließen, können sie danach in die reguläre dreijährige Ausbildung wechseln. Durch die abgeschlossene Helferausbildung kann ggf. die Ausbildungsdauer verkürzt werden. ➔ **Auch bei solchen Modellen sollte immer angestrebt und gefördert werden, dass die Betreffenden mittelfristig die volle Qualifizierung zur Fachkraft durchlaufen, denn damit haben sie deutlich bessere berufliche Perspektiven.**

Fazit

Die in diesem Kapitel betrachteten Daten zeigen: ❗ **Die migrationsbedingte Vielfalt der Gesellschaft spiegelt sich vielerorts auch im Gesundheitswesen. Menschen – und insbesondere Frauen – mit Zuwanderungsgeschichte spielen in den Gesundheits- und Pflegeberufen eine wichtige Rolle; in manchen Regionen und Berufsgruppen sind sie gemessen an ihrem Bevölkerungsanteil deutlich überrepräsentiert.** Das gilt insbesondere für die Altenpflege und die Ärzteschaft. Ohne zugewanderte Fachkräfte wäre in Kliniken und Pflegeeinrichtungen das Personal noch viel knapper. Dabei sind es nicht nur eigens für eine Erwerbstätigkeit zuwandernde Fachkräfte, die helfen, den Personalbedarf zu decken. ❗ **Auch viele Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, die in Deutschland geboren oder aufgewachsen sind, entscheiden sich für einen Gesundheits- oder Pflegeberuf.**

Tendenziell scheinen Menschen mit Zuwanderungsgeschichte besonders dort Lücken zu füllen, wo es schwer ist, Fachkräfte zu gewinnen, weil die Tätigkeit oder der Arbeitsort weniger attraktiv ist. So sind ausländische Ärztinnen und Ärzte häufiger in Kliniken auf dem Land tätig als ihre deutschen Kolleginnen und Kollegen. Und ausländische Pflegekräfte sind besonders in der Altenpflege vertreten, die schlechter entlohnt wird als die Gesundheits- und Krankenpflege. Befragungen zufolge scheinen zugewanderte Fachkräfte zwar insgesamt mit ihrer Tätigkeit zufrieden zu sein. Dennoch gibt es Hinweise darauf, dass einige von ihnen Benachteiligung erleben. ➔ **Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen sollten hier gegensteuern und ein diversitätssensibles Arbeitsklima schaffen**, in dem Mitarbeitende unabhängig von ihrer Herkunft oder Nationalität wertgeschätzt werden und Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung erhalten.

➔ **Um den Fachkräftebedarf weiterhin zu decken, sollte auch die Ausbildung gestärkt werden. Dies betrifft alle Qualifikationsstufen, von der Helferausbildung bis zum Studium.** Menschen mit Migrationshintergrund sind hier allerorts präsent. ➔ **Es könnten aber weitere Potenziale gehoben werden, wenn bestimmte Zielgruppen gezielt angesprochen und unterstützt werden. Außerdem sollten Beschäftigte, die bisher auf Helferniveau arbeiten, für die Ausbildung zur Fachkraft gewonnen werden.**

166 S. www.mags.nrw/ausbildung-pflegeberufe-gefluechtete (07.02.2022).
167 S. https://modellprojekt-inge.de (07.02.2022).

Kapitel **A.3**

Betreuungsdienstleistungen im Graubereich: Migrantinnen und Migranten im Feld der ‚24-Stunden-Betreuung' *(live-in care)*

Inhalt und Ergebnisse in Kürze

Der Pflegemarkt ist in den letzten Jahren stark gewachsen, und die Tendenz ist weiter steigend. Ein Grund dafür ist der demografische Wandel, in dessen Folge die Gesellschaft altert. In Deutschland wird die Pflege zu großen Teilen informell und im eigenen Haushalt geleistet, z. B. durch pflegende Angehörige. Zunehmend werden aber auch Arrangements mit ausländischen Betreuungskräften genutzt. Dementsprechend werden sog. Live-ins, also Betreuungskräfte, die im Haushalt der zu Pflegenden wohnen, für das deutsche Pflegesystem immer wichtiger, sie werden bereits als seine „dritte Säule" bezeichnet. Dabei basieren diese Arrangements zum Großteil auf informellen Beschäftigungsverhältnissen. Es gibt zwar auch eine Reihe legaler Modelle, darunter das Entsendemodell, das Selbständigenmodell und die direkte Anstellung im Haushalt bzw. bei einer Vermittlungsagentur. Allerdings ist hier häufig nicht gewährleistet, dass arbeitsrechtliche Vorgaben eingehalten werden, vor allem bezogen auf die Arbeitszeit: Eine ‚Rund-um-die-Uhr'-Betreuung kann nach deutschem Recht nicht eine Person allein erbringen. Eine arbeitsrechtskonforme Lösung mit mehreren Betreuungspersonen könnten aber viele zu Pflegende und ihre Angehörigen finanziell kaum tragen. Zudem handelt es sich bei Live-ins um Betreuungskräfte, die den Pflegebedürftigen im Alltag zur Hand gehen sollen, nicht um ausgebildete Pflegekräfte. Sie können und dürfen somit keine pflegerischen Tätigkeiten übernehmen, die über die Grundpflege hinausgehen.

Der Einsatz von Betreuungskräften in der Pflege ist daher nur unter bestimmten Voraussetzungen oder in gemischten Pflegearrangements sinnvoll und rechtlich möglich. Zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen müssen sowohl die Entsendeunternehmen im Ausland als auch die Vermittlungsagenturen im Inland beitragen. Sie müssen als Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen für die Betreuungskräfte zur Verfügung stehen, Aufklärungsarbeit leisten sowie garantieren und kontrollieren, dass Gesetze und ethische Standards eingehalten werden. Eine Reihe von Mindestanforderungen findet sich in dem Standard DIN SPEC 33454 von 2021. Eine freiwillige Selbstregulierung der Unternehmen ersetzt jedoch keine staatlich-politischen Lösungen. Um faire und sichere Arrangements für beide Seiten zu gewährleisten, sollten zudem Weiterqualifizierungsmaßnahmen für die Betreuungskräfte eingerichtet werden. Wichtig sind auch Aufklärungs- und Beratungsprogramme für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen.

Die meisten älteren Menschen in Deutschland möchten die letzten Jahre ihres Lebens zu Hause verbringen. Schon allein deshalb hat häusliche Pflege in Deutschland einen hohen Stellenwert. ❗ **Rund 80 Prozent der Pflegebedürftigen werden im eigenen Zuhause versorgt** (Statistisches Bundesamt 2020c). Das übernehmen nach wie vor meist (weibliche) Angehörige,[168] sie leisten damit den Löwenanteil der Pflegearbeit in Deutschland.[169] Mit der fortschreitenden Individualisierung lösen sich jedoch auch familiäre Bindungen auf, Kinder wohnen mit ihren Familien häufig nicht mehr am Wohnort der Eltern; zudem sind Frauen häufiger berufstätig. Entsprechend können pflegebedürftige Angehörige oft nicht mehr (allein) innerhalb der Familie versorgt werden; damit steigt der Bedarf an externen Pflege- und Betreuungsleistungen. ❗ **Der steigende Bedarf wird zum Teil von der professionellen ambulanten Pflege gedeckt.[170] Daneben hat sich das Modell einer ‚24-Stunden-Betreuung' *(live-in care)* entwickelt: Die – meist weiblichen – Betreuungskräfte leben im Haushalt der Pflegebedürftigen und versorgen sie**

168 Bei den pflegenden Angehörigen handelt es sich meist um die Töchter oder (Ehe-)Partnerinnen. Männliche Hauptpflegepersonen sind seltener (Hielscher/Kirchen-Peters/Nock 2017: 46).

169 Der Verein Pflegende Angehörige e. V. berät pflegende Angehörige, setzt sich für deren (politische) Anerkennung ein und fordert, dass sie in alle politischen Entscheidungen über Pflege einbezogen werden. S. www.pflegende-angehoerige-ev.de (07.02.2022).

170 Laut Pflegestatistik 2019 werden knapp 1 Million Pflegebedürftige von bzw. zusammen mit ambulanten Pflegediensten versorgt (Statistisches Bundesamt 2020c).

rund um die Uhr.[171] Aufgrund des Lohngefälles innerhalb der EU handelt es sich dabei in der Regel um osteuropäische Migrantinnen. Eine solche Beschäftigung ist für beide Seiten in gewisser Hinsicht attraktiv: Für die Nutzerinnen und Nutzer sind die Dienstleistungen vergleichsweise günstig und erlauben den Verbleib im eigenen Zuhause; die Betreuungskräfte wiederum verdienen deutlich mehr als im Herkunftsland.[172] In der Regel arbeiten dabei mehrere Personen in einem Rotationsmodell; die Migrantinnen leben jeweils zwischen einem und drei Monaten im Haushalt der Pflegebedürftigen und werden dann abgelöst (Benazha et al. 2021: 24). ❗ **Live-in-Modelle werden meist unter dem Begriff „Pflege" beworben. Die Betreffenden sind jedoch in der Regel keine ausgebildeten Pflegekräfte;**[173] **sie sollen deshalb keine pflegerische Versorgung im engeren Sinne übernehmen, sondern vielmehr die betreute Person bei der Bewältigung des Alltags unterstützen.**[174]

Zunächst waren solche Beschäftigungsverhältnisse meist informell, sie entstanden über persönliche Kontakte vor allem nach Polen. Ab der EU-Osterweiterung konnten Menschen aus den betreffenden Staaten jedoch als Selbständige oder (entsandte) Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer legal in Deutschland arbeiten. Seither haben solche Arrangements immer mehr zugenommen; damit entstand ein neues Geschäftsfeld für private Vermittlungs- und Entsendeagenturen (Leiber/Rossow 2021: 1). ❗ **Mittlerweile ist ein ‚grauer' Pflegemarkt entstanden, der bereits neben stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten als „dritte Säule" des deutschen Pflegesystems bezeichnet wird** (vgl. Leiber/Rossow 2021: 34). Diese Arrangements versprechen „auf den ersten Blick ein legales ‚Rundum-sorglos-Paket'" (Leiber/Rossow 2021: 2). Bei näherer Betrachtung werfen sie jedoch rechtliche und gesellschaftlich-ethische Fragen auf, besonders im Hinblick auf die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Betreuungskräfte. Denn die Betreuung rund um die Uhr und an sieben Tagen pro Woche, mit der viele Vermittlungsagenturen offensiv werben, kann eine Person allein gar nicht leisten; das ist nach dem deutschen Arbeitsrecht nicht zulässig und lässt sich vertraglich nicht abbilden.

Ins Bewusstsein der Öffentlichkeit und Politik rückte die Problematik solcher Beschäftigungsverhältnisse zuletzt im Juli 2021 durch ein Urteil des Bundesarbeitsgerichts (BAG, Urt. v. 24.06.2021, Az. 5 AZR 505/20). Dieses stellte klar, dass zum einen der gesetzliche Mindestlohn auch für Betreuungskräfte gilt, die über Vermittlungsagenturen aus mittel- und osteuropäischen Ländern kommen und in Privathaushalten arbeiten. Zum anderen gilt der Mindestlohn laut BAG auch für Bereitschaftszeiten (Info-Box 11). Die Bundesregierung war bereits zuvor auf die schlechten Arbeits- und Lebensbedingungen von Live-in-Betreuungskräften hingewiesen worden: im Jahr 2018 vom Sozialausschuss des Wirtschafts- und Sozialrats der Vereinten Nationen (ECOSOC) und 2016 von einer Expertenkommission der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO). Diese hatten gefordert, die Arbeitskräfte künftig vor Ausbeutung und Misshandlung zu schützen und dafür zu sorgen, dass die Arbeitszeit begrenzt und die Arbeit angemessen bezahlt wird (Emunds/Habel 2020: 112).

❗ **Hier zeigt sich deutlich, in welchem Spannungsfeld die ‚24-Stunden-Betreuung' liegt: Auf der einen Seite gibt es in der alternden deutschen Gesellschaft eine hohe Nachfrage nach umfassender und zugleich bezahlbarer**[175] **Betreuung, die es den Pflegebedürftigen erlaubt, in der vertrauten Umgebung zu bleiben. Agenturen bedienen diese Nachfrage, indem sie für eine vorgeblich legale ‚24-Stunden-Betreuung' werben. Auf der anderen Seite steht der Anspruch, dass es keine Schattenwirtschaft gibt, in der arbeitsrechtliche Vorschriften missachtet werden und die Live-ins unverhältnismäßig lange Arbeitszeiten haben, schlecht bezahlt werden sowie Überlastung und Missbrauch ausgesetzt sind.**

171 Im Folgenden wird in Anlehnung an die zugrunde gelegte Expertise und die Fachliteratur von ‚24-Stunden-Betreuung', Betreuungskräften und Live-ins gesprochen. Die in der Literatur und den Medien häufig verwendeten Begriffe „24-Stunden-Pflege" oder „häusliche Pflegekräfte" werden vermieden, denn Personen, die im Haushalt eingesetzt werden, sind keine fachlich ausgebildeten Pflegekräfte. Die Anführungszeichen um den Begriff ‚24-Stunden-Betreuung' sollen daran erinnern, dass es sich bei solchen Arrangements keineswegs um außerfamiliäre Pflege und Betreuung durch eine Person rund um die Uhr handelt. Eine solche ist in Deutschland legal nicht möglich.

172 Vor allem erfordert eine solche Beschäftigung keine formale Qualifikation oder andere Voraussetzungen; s. Kap. A.3.3.

173 Die Betreuungskräfte fallen daher auch nicht unter das Pflegeberufegesetz und müssen ihre Qualifikation nicht anerkennen lassen (s. Kap. A.1).

174 Zu den Aufgaben der Betreuungskräfte gehören häufig haushaltsnahe Dienstleistungen (z. B. Haushaltsführung, Zubereitung von Mahlzeiten, Besorgungen) und Aufgaben der Grundpflege, beispielsweise Unterstützung bei der Körperpflege, dem An- und Auskleiden, der Nahrungsaufnahme oder dem Toilettengang. Hinzu kommen Leistungen, die die Sicherheit der Betreuten erhöhen (u. a. Begleitung von Bewegungen in der Wohnung, Verhüten von Stürzen, Mobilitätstraining, Aufsicht bei demenziell Erkrankten), und Begleitung außer Haus (z. B. bei Arztbesuchen) (Emunds/Habel 2020: 113). Häufig werden die Live-ins jedoch auch mit weiteren Aufgaben betraut, die über ein reines Betreuungsarrangement hinausgehen (Freitag 2020: 30). In dem Fall stellt sich auch die Frage, wie gut vulnerable Gruppen (etwa demenzkranke Menschen) tatsächlich versorgt werden.

175 Bisher handelt es sich hier laut Leiber und Rossow (2021: 24) um ein „Mittelschichtsphänomen", da für die Beschäftigung einer Betreuungskraft in der Regel noch „nennenswerte private Zahlungen notwendig sind".

Die folgenden Ausführungen zur ‚24-Stunden-Betreuung' basieren weitgehend auf einer Expertise von Prof. Dr. Simone Leiber (Universität Duisburg-Essen) und Dr. Verena Rossow (Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur Frankfurt), die der SVR in Auftrag gegeben hat.[176]

A.3.1 ‚24-Stunden-Betreuung' nimmt stetig zu

Der quantitative Umfang von Live-in-Arrangements in Deutschland kann nur geschätzt werden, denn sie werden nicht registriert oder statistisch erfasst; zudem sind solche Arbeitsverhältnisse oft informell.[177] Einer Umfrage zufolge beschäftigten 2017 etwa 160.000 Haushalte eine Live-in-Betreuungskraft; das entsprach etwa 8 Prozent der Haushalte mit pflegebedürftigen Personen (Hielscher/Kirchen-Peters/Nock 2017: 95). Dabei wechseln sich häufig mehrere Betreuungskräfte in einem festen Rhythmus ab; die Zahl der hier Tätigen dürfte also höher liegen. Die Schätzungen reichen von rund 300.000 bis 700.000 Personen, die in Deutschland im Einsatz sind, wenn auch nicht alle zu einem bestimmten Stichtag (Leiber/Rossow 2021: 3; vgl. Diakonie 2021; Benazha et al. 2021: 26).

Live-ins sind überwiegend osteuropäische Migrantinnen

Die wichtigsten Herkunftsländer von ‚24-Stunden-Betreuungskräften' sind Befragungen zufolge die mittel- und osteuropäischen EU-Mitgliedstaaten, vor allem Polen.[178] Auch Rumänien und die Slowakei spielen eine große Rolle (Benazha et al. 2021: 27; Leiber et al. 2020). Studien zeigen auch, dass diese Betreuungskräfte hauptsächlich Frauen im mittleren Alter sind: Nach einer Befragung aus dem Jahr 2018 waren von den 255 polnischen Betreuerinnen und Betreuern rund 93 Prozent weiblich; der Altersdurchschnitt lag bei 52 Jahren (Freitag 2020: 14). Eine ähnliche Verteilung ergab sich bei einem Online-Beratungsangebot für Live-ins (Minor 2020): Von den ca. 2.000 Ratsuchenden waren etwa 94 Prozent weiblich und der Großteil zwischen 45 und 65 Jahre alt.[179]

Neben den osteuropäischen EU-Staaten gewinnen für diese Art der Betreuung auch europäische Drittstaaten zunehmend an Bedeutung. Eine aktuelle Studie der Fachstelle Einwanderung (2021) schätzt, dass von dort ca. 133.000 Live-ins kommen, der Großteil aus der Ukraine oder den Balkanstaaten. Für Live-ins aus Drittstaaten sind die Arbeitsbedingungen häufig (noch) schlechter als für jene aus EU-Staaten. In der Regel arbeiten sie in den Privathaushalten ohne Arbeitsvertrag und Arbeitserlaubnis und nutzen einfache Touristenvisa, um sich in Deutschland aufzuhalten. Besonders ukrainische Kräfte werden aber häufig auch über polnische Agenturen nach Deutschland entsendet.[180]

Live-ins als attraktive Alternative zur Heimunterbringung

Pflegebedürftige Personen bzw. ihre Familien müssen oft entscheiden, ob die betreffende Person in einem Heim untergebracht wird oder Angehörige die Betreuung übernehmen und dafür ggf. die eigene Berufstätigkeit aufgeben. Hier ist die Einstellung von Live-in-Betreuungskräften in der Regel ein vergleichsweise kostengünstiger Kompromiss: Die zu Betreuenden können in ihrem vertrauten Wohnumfeld bleiben und werden von einer im Haushalt lebenden Person unterstützt. Agenturen erheben für eine ‚24-Stunden-Betreuung' 1.600 bis 2.700 Euro pro Monat (Leiber/Rossow 2021: 21). Beschäftigt der Haushalt die Betreuungskraft selbst, kostet das bei 40 Arbeitsstunden pro Woche ca. 2.200 Euro pro Monat (Verbraucherzentrale NRW e. V. 2021: 48–50) (s. zur Problematik der Arbeitszeiten und der entsprechenden Bezahlung ausführlich Kap. A.3.3). Bei einer stationären Unterbringung in einer Senioreneinrichtung sind die Kosten für die Betroffenen auf den ersten Blick ähnlich hoch: Sie reichen von durchschnittlich rund 1.600 bis 2.500 Euro pro Monat; im Bundesdurchschnitt liegen sie bei 2.179 Euro (vdek 2022).[181] Mit der Unterbringung im eigenen Haushalt und der ‚Eins

176 Die Expertise steht auf der Website des SVR zum Download zur Verfügung (www.svr-migration.de/jahresgutachten).

177 Da es sich mehrheitlich nicht um eine reguläre sozialversicherungspflichtige Beschäftigung bei deutschen Arbeitgebern oder Arbeitgeberinnen handelt (zu den Arbeitsmodellen s. Kap. A.3.2), werden Live-ins von der Beschäftigungsstatistik der BA nicht erfasst. Auch der Mikrozensus gibt darüber keine Auskunft, da sich die meisten Betreuungskräfte nur temporär in Deutschland aufhalten. Somit sind sie auch in den in Kap. A.2 präsentierten Daten nicht enthalten.

178 Aus diesen Ländern kommen auch viele der regulär beschäftigten Fachkräfte in der Kranken- und Altenpflege; s. Kap. A.2.

179 Im Rahmen des Projekts „Migrationsberatung 4.0" besteht seit 2019 ein Informations- und Beratungsangebot für Live-ins in sozialen Medien. Gestartet war es nur auf Polnisch, seit Juni 2021 gibt es das Angebot auch auf Bulgarisch, Rumänisch und Tschechisch/Slowakisch (s. Skwarek 2021: 195).

180 Möglich ist dies über die sog. Vander Elst-Regelung (s. für Details AA 2021: 596–601). Danach können Personen aus Drittstaaten, die bei einem Unternehmen mit Sitz in der EU oder einem Staat des europäischen Wirtschaftsraums ordnungsgemäß beschäftigt sind, zur Erbringung einer Dienstleistung vorübergehend in einen anderen Mitgliedstaat entsandt werden (Benazha et al. 2021: 22).

181 Das ist die durchschnittliche finanzielle Belastung ohne Ausbildungsumlage bzw. individuelle Ausbildungskosten. Sie setzt sich zusammen aus dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil, den Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie den Investitionskosten; Stand: 01.01.2022 (vdek 2022).

zu eins'-Betreuung erscheinen Live-ins somit häufig attraktiver. Hinzu kommt, dass andere Möglichkeiten ambulanter Unterstützung – wie hauswirtschaftliche Hilfen und Betreuung, die die Pflegeversicherung grundsätzlich vorsieht – den Betroffenen häufig unbekannt oder aber entsprechende Angebote schwer zu finden sind (Leiber/Rossow 2021: 22–23).

A.3.2 Rechtliche Modelle für die Beschäftigung von Live-ins

Die häusliche Betreuung von Pflegebedürftigen durch Zugewanderte erfolgt zum großen Teil in einem informellen Rahmen (Leiber/Rossow 2021: 4). **Es gibt allerdings durchaus auch legale Möglichkeiten, eine Betreuungsperson im Haushalt einzusetzen** (s. Emunds/Habel 2020; Haberstumpf-Münchow 2020; Verbraucherzentrale NRW e. V. 2021).[182] **In der konkreten Umsetzung bewegen sich die verschiedenen Beschäftigungsmodelle jedoch fast immer in rechtlichen Grauzonen.**

In Deutschland gibt es zahlreiche rechtliche Bezugsrahmen für die ‚24-Stunden-Betreuung' (Benazha et al. 2021: 27).[183] Angewendet werden vor allem vier Modelle:

(1) Entsendung durch ein Unternehmen im EU-Ausland,
(2) Live-ins als Angestellte von Vermittlungsunternehmen in Deutschland,
(3) Anstellung beim Pflegehaushalt und
(4) grenzüberschreitende selbständige Tätigkeit.

Am häufigsten wird offenbar das *Entsendemodell* (1) genutzt. Dabei tritt ein Unternehmen im EU-Ausland als Arbeitgeber auf und entsendet die Arbeitskraft an den Einsatzort, also den Privathaushalt in Deutschland. Die Vermittlung erfolgt über in Deutschland ansässige Agenturen. Es gibt keine verlässlichen Angaben dazu, wie viele Unternehmen in diesem Markt tätig sind. Verschiedene Zählungen zeigen aber, dass sie im letzten Jahrzehnt stark zugenommen haben (vgl. BT-Drs. 19/26836): 2009 zählte die Stiftung Warentest noch 60 solcher Unternehmen; acht Jahre später waren es bereits 266 (Stiftung Warentest 2017: 86, 88).[184] Ende 2017 erfasste das Projekt „Gute Sorgearbeit? Transnationale Home Care Arrangements" etwa 400 Vermittlungsunternehmen (Aulenbacher/Lutz/Schwiter 2021: 26).

Durch die Zwischenschaltung einer Vermittlungsagentur sind bei diesem Beschäftigungsmodell die meisten Vertragsparteien beteiligt: „Die Betreuungskräfte sind über einen Arbeitsvertrag mit einem in ihrem Heimatland ansässigen Unternehmen verbunden; die Nutzer*innen in Deutschland schließen – vermittelt von einer deutschen Agentur – einen Dienstleistungsvertrag mit der Agentur im Herkunftsland ab [...], dessen Gegenstand die Betreuung durch eine*n Arbeitnehmer*in ist" (Leiber/Rossow 2021: 10) (Abb. A.12).[185] Die Betreuungskräfte sind als entsendete Beschäftigte im Herkunftsland sozialversichert, und der Arbeitgeber bzw. die Arbeitgeberin muss die entsprechenden Beiträge abführen; hier gelten also die Rechte des Herkunftslands.[186] Zugleich ist bei bestimmten arbeitsrechtlichen Fragen deutsches Recht anzuwenden. Die Arbeitskräfte unterliegen z. B. einer Sozialversicherungspflicht im Herkunftsland, jedoch den deutschen Arbeitsschutznormen. Zudem gilt das deutsche Arbeitszeitgesetz (ArbZG) sowie das Mindestlohngesetz (MiLoG) (Freitag 2020; Leiber/Rossow 2021).[187]

182 Eine ausführliche Beschreibung der einzelnen Beschäftigungsmodelle und ihrer rechtlichen Grundlagen findet sich in der Expertise von Leiber und Rossow (2021), die diesem Kapitel zugrunde liegt.

183 Anders im europäischen Ausland: In Österreich hat sich mit der Legalisierung der ‚24-Stunden-Betreuung' und dem dadurch geschaffenen Beruf der Personenbetreuung das Selbständigenmodell durchgesetzt (Benazha et al. 2021: 30; s. Fn. 190). In der Schweiz ist die Entsendung über ausländische Agenturen und die Vermittlung selbständiger Betreuungskräfte gesetzlich verboten. Möglich sind somit nur Personalvermittlung und Personalverleih. Bei Ersterer wird zwischen der Betreuungskraft und dem Haushalt ein Arbeitsvertrag geschlossen; bei Letzterem schließt die Agentur einen Vertrag mit der Betreuungskraft, und das Weisungsrecht geht an den Haushalt über (Benazha et al. 2021: 34). In Deutschland ist ein Verbot der Entsendung aufgrund der europäischen Gesetzgebung nicht möglich.

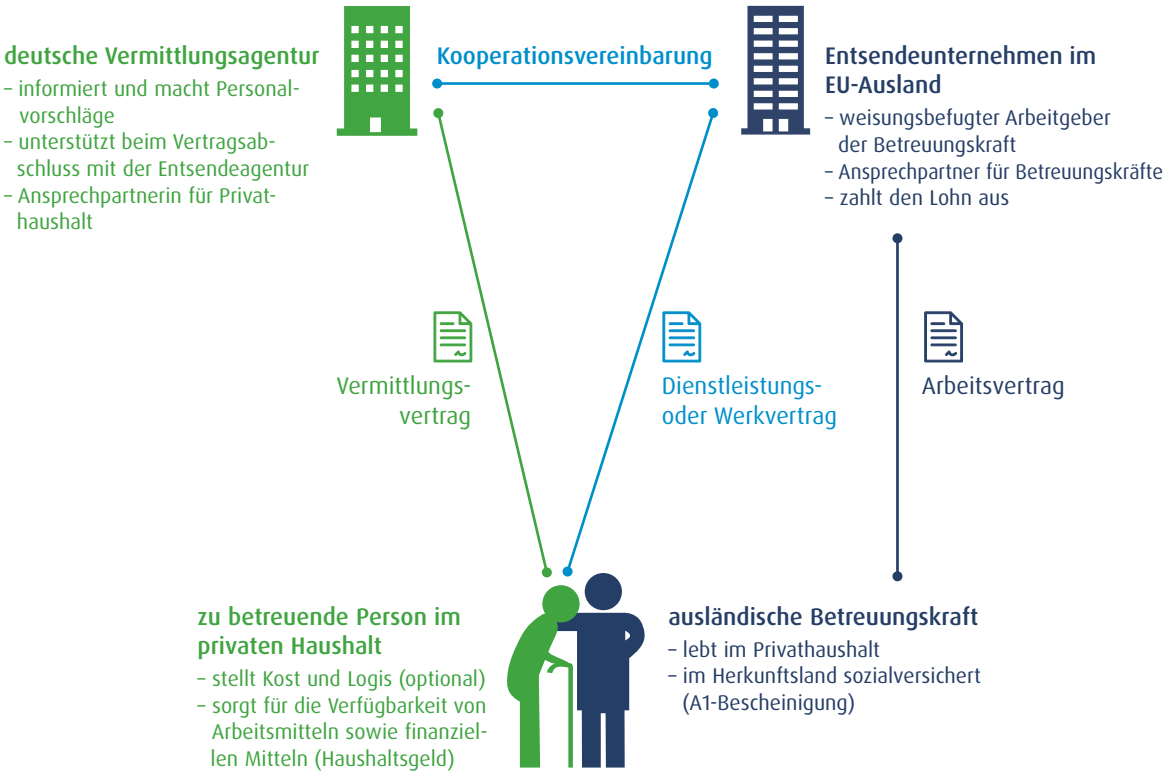
184 Zu ähnlichen Ergebnissen kommt das deutsch-polnische Forschungsprojekt *EuroAgencyCare*. Im Jahr 2016 zählte es 274 Agenturen (Leiber/Matuszczyk/Rossow 2019: 375).

185 Formal gesehen sind bei diesem Modell die Auftraggebenden im Haushalt gegenüber der Betreuungskraft nicht weisungsbefugt. Jede Absprache müsste also im Prinzip über das entsendende Unternehmen im Ausland laufen. Dies ist jedoch realitätsfern und geht an den Notwendigkeiten vorbei. Die zu betreuende Person und die Angehörigen müssen den Betreuenden in der Praxis durchaus Weisungen erteilen. Streng genommen ist somit „die Entsendepraxis juristisch betrachtet eher eine (verdeckte) Arbeitnehmer*innenüberlassung nach dem Gesetz zur Regelung der Arbeitnehmerüberlassung (AÜG)" (Leiber/Rossow 2021: 11).

186 Mit der sog. A1-Bescheinigung wird nachgewiesen, dass die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Herkunftsland sozialversichert sind und die Arbeitgebenden sie somit nicht bei der Sozialversicherung in Deutschland anmelden müssen (Leiber/Rossow 2021: 12). Diese Bescheinigung wird jedoch häufig nicht vorgelegt bzw. von den Vermittlungsagenturen nicht kontrolliert (s. auch Kap. A.3.3).

187 Diese Praxis beruht ursprünglich auf der RL 96/71/EG und der Umsetzungsrichtlinie 2014/67/EU. Im Jahr 2018 wurde die Entsenderichtlinie novelliert. Mit der neuen RL 2018/957/EU wurde u. a. das Prinzip „gleicher Lohn für gleiche Arbeit am gleichen Ort" eingeführt und unter Gültigkeit des Herkunftslandprinzips (z. B. bei der Anwendung arbeitsrechtlicher Standards) die Entsendezeit

Abb. A.12 Das Entsendemodell innerhalb der EU: Entsendung und Vermittlung ausländischer Live-ins in deutsche Privathaushalte



Darstellung: SVR in Anlehnung an Verbraucherzentrale NRW e. V. 2021: 36

Ein anderes Beschäftigungsmodell ist die *Anstellung von Live-ins bei inländischen Unternehmen* (2), z. B. einer Agentur. Dabei sind sämtliche Vorschriften des deutschen Arbeitsrechts einzuhalten, etwa zu Arbeitszeit, Ruhepausen und Urlaub sowie Entlohnung. Das Modell ist u. a. in der Schweiz verbreitet[188] (Leiber/Rossow 2021: 15); in Deutschland wird es bisher selten genutzt.

Beim *Arbeitgebermodell* (3) wird die Betreuungskraft regulär und sozialversicherungspflichtig im Pflegehaushalt angestellt; dieser tritt also als Arbeitgeber auf. Hier ist der Aufwand für den Haushalt höher, u. a. weil er die Beschäftigung anmelden und die Sozialversicherungskosten übernehmen muss. Unter anderem deshalb wird dieses Modell ebenfalls seltener genutzt. Zudem gelten auch hier alle arbeitsrechtlichen Vorschriften.

Beim *Selbständigenmodell* (4) nimmt der private Haushalt in Deutschland die Betreuungsarbeit einer einzelgewerbetreibenden (selbständigen) Person in Anspruch. Die selbständige Person kann ihr Gewerbe entweder im Herkunftsland anmelden oder in Deutschland. Ersteres fällt im Sinne der unionsrechtlichen Grundfreiheiten unter die Dienstleistungsfreiheit; bei Letzterem greift die Niederlassungsfreiheit. Zwischen der Betreuungskraft und denen, die ihre Dienste nutzen, wird kein Arbeitsvertrag mit persönlicher Abhängigkeit (Weisungsgebundenheit) geschlossen, sondern ein Dienst- oder Werkvertrag im Sinne von §§ 611 und 631 BGB.[189] Anders als abhängig

begrenzt. Somit sind nach den Richtlinien für einen Mindestschutz der entsendeten Beschäftigten (RL 96/71/EG und RL 2018/957/EU) und dem Arbeitnehmer-Entsendegesetz (AEntG) bestimmte Rechte im Einsatzland einzuräumen. Ein Sonderfall sind Verträge nach dem polnischen Zivilrecht *(Kodeks cywilny)* (s. ausführlich Leiber/Rossow 2021: 12).

188 S. dazu Fn. 183.

189 Auch hier können Vermittlungsagenturen einbezogen werden, um die Vertragsbeziehung anzubahnen und bei deren Abwicklung zu helfen. In der Regel wird dafür ein Vermittlungsvertrag zwischen dem Pflegehaushalt und der Vermittlungsagentur geschlossen (vgl. Bucher 2018: 44).

Beschäftigte unterliegen Selbständige nicht dem Arbeitnehmerschutz. Da angenommen wird, dass sie in der Erbringung ihrer Dienstleistung frei sind, gelten für sie z. B. keine Regelungen bezüglich Arbeitszeit oder Mindestlohn; bezahlter Urlaub oder Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall entfallen. Sie müssen sich selbst gegen Krankheit und Arbeitslosigkeit absichern und für das Alter vorsorgen; die Auftraggeber und Auftraggeberinnen müssen keine Sozialversicherungsabgaben zahlen. In vielen Fällen wird allerdings keine selbständige Betreuung vorliegen, sondern eine sog. Scheinselbständigkeit, die dazu dient, arbeitsrechtliche Schutzvorschriften zu umgehen. Ob dies der Fall ist, hängt immer von den Umständen im Einzelfall ab. Allerdings dürfte es bei der ‚24-Stunden-Betreuung' kaum möglich sein, die Arbeitszeit selbst zu bestimmen oder den Arbeitsplatz frei zu wählen; damit fehlt ein zentrales Kriterium von Selbständigkeit. Besonders nahe liegt der Verdacht der Scheinselbständigkeit, wenn selbständige Pflegekräfte von Agenturen vermittelt werden (vgl. Emunds/Habel 2020: 115). Die Rechtsprechung dazu ist in Deutschland jedoch uneinheitlich; in einigen Fällen wurden entsprechende Angebote der selbständigen Live-in-Betreuung als rechtlich korrekt eingeschätzt (vgl. Bucher 2018: 42). Das Selbständigenmodell wird vor allem in Österreich genutzt. In Deutschland ist es derzeit nicht so verbreitet wie das Entsendemodell. Es wird aber als Alternative diskutiert, um die ‚24-Stunden-Betreuung' aus der Schattenwirtschaft herauszuführen,[190] und gewinnt an Bedeutung (Leiber/Rossow 2021: 12).

Zusammengefasst lässt sich sagen: **In Deutschland gibt es zwar eine Reihe legaler Modelle für Betreuungsarrangements mit ausländischen Arbeitskräften; in der Praxis werden geltende Rechtsvorschriften jedoch oft unterlaufen.** Am häufigsten genutzt wird bisher das Entsendemodell. Andere Modelle versprechen zwar in manchen Bereichen eine Verbesserung der derzeitigen Situation, bergen jedoch auch Schwierigkeiten und Nachteile (s. ausführlich dazu Benazha et al. 2021).

A.3.3 Lebens- und Arbeitsbedingungen ausländischer Betreuungskräfte

Für Betreuungskräfte aus dem Ausland, die in privaten Haushalten arbeiten, hat sich der Markt durch die Arbeitnehmerfreizügigkeit und Dienstleistungsfreiheit im EU-Binnenmarkt verändert; damit ist neben rein informeller Beschäftigung nun ein stärker formalisiertes Marktsegment entstanden. Dennoch bewegt sich die Beschäftigung weiterhin häufig in rechtlichen Grauzonen. In der Praxis trifft „die Rechtsprechung auf individuelle Arrangements (in der Regel mit deutlicher Arbeitszeitüberschreitung)" (Leiber/Rossow 2021: 7). **Dadurch sind trotz rechtlicher Rahmenbedingungen und Verträge „elementare Kernfragen bis heute ungelöst"** (Leiber/Rossow 2021: 7). Diese reichen von der Abgrenzung zwischen Arbeits-, Bereitschafts- und Freizeit über die damit verbundene Bezahlung bis hin zur Qualifikation der Betreuungskräfte. Zudem werden die geltenden Gesetze und Regelungen häufig nicht angewendet. Dies geht vor allem darauf zurück, dass die Arbeitssituation im Haushalt der Pflegebedürftigen schwer zu kontrollieren ist und die Verträge intransparent sind. Das wird von unseriösen Vermittlungs- und Entsendeagenturen wie auch von manchen Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen ausgenutzt. Informationsasymmetrien hinsichtlich des geltenden Rechts und

190 In Österreich wurden auf öffentlichen und politischen Druck 2007/08 Betreuungsarrangements über die bisherigen europäischen Regelungen hinaus umfassend regularisiert. So wurde die bestehende Praxis mit dem neu geschaffenen Beruf der Personenbetreuung rechtlich anerkannt. Dabei ist sowohl eine Anstellung im Privathaushalt oder bei einem gemeinnützigen Wohlfahrtsträger gesetzlich möglich als auch selbständige Personenbetreuung in der Form, dass ein entsprechendes Gewerbe angemeldet wird. In der Praxis hat sich von Beginn an das Selbständigenmodell durchgesetzt, weil es flexibler ist und die Kosten geringer. Grundsätzlich sind die Live-ins kranken-, renten- und unfallversichert. Einen Anspruch auf Arbeitslosen- oder Krankengeld haben sie nur bei einer freiwilligen Selbstversicherung. Die realen Arbeits- und Lebensverhältnisse der Betreuungskräfte in Österreich haben sich durch die Neuregelung allerdings kaum geändert und sind auch hier abhängig „von personalisierten und informellen Aushandlungsprozessen" (Benazha et al. 2021: 29). Das Entgelt orientiert sich in Österreich an Richtwerten, die von den Agenturen bekannt gegeben werden. Nach einer Erhebung von Aulenbacher, Leiblfinger und Prieler (2021: 71) liegen die Tagessätze zwischen 40 und 90 Euro. In Ausnahmefällen können auch Preise bis zu 150 Euro oder unter 30 Euro pro Tag verlangt werden. Je nach Qualifikation, Erfahrung und Sprachkenntnissen liegen die Kosten für ein Betreuungsarrangement in der Regel zwischen 2.500 und 3.000 Euro (vgl. 24h-Pflege-Check.de 2021). Um die Kosten für Sozialversicherungsbeiträge abzudecken, die den betreuten Personen und ihren Angehörigen durch die Legalisierung entstehen, wurde eine staatliche Förderung in Höhe von bis zu 550 Euro monatlich eingeführt. Zusätzlich kann ein Pflegegeld in Anspruch genommen werden. Eine Beispielrechnung des Hilfswerks Österreich kommt somit auf monatliche Kosten zwischen 1.500 und 1.800 Euro (vgl. Hilfswerk Österreich 2022). Anders als in Deutschland gibt es in Österreich nun auch ein gesetzlich festgelegtes Aufgabenprofil für Personenbetreuerinnen und -betreuer. In der Regel erfordert diese Tätigkeit keine einschlägige fachliche Ausbildung. Der Begriff der Personenbetreuung und das dazugehörige Hausbetreuungsgesetz sollen Live-ins klar von Pflegeberufen abgrenzen. In der Praxis ist das jedoch häufig nicht der Fall (s. ausführlich zum österreichischen Modell, seiner Umsetzung und damit verbundenen Problemen Aulenbacher/Leiblfinger/Prieler 2021; Benazha et al. 2021).

Abhängigkeiten erschweren es zudem, gegen unrechtmäßige und ausbeuterische Verhältnisse vorzugehen.[191]

Arbeitszeit und Ruhepausen

Ein grundsätzliches Problem ist bei allen Modellen die Arbeitszeit. Denn die Idee einer mehr oder weniger durchgehenden Betreuung – oder zumindest der Bereitschaft zur Betreuung im Bedarfsfall –, die den Modellen zugrunde liegt, widerspricht den deutschen Arbeitsschutznormen: Eine solche Betreuung ist im Rahmen abhängiger Beschäftigung rechtlich nicht zulässig. Das Gesetz erlaubt eine Höchstarbeitszeit von 48 Stunden pro Woche, mit (durchschnittlich) maximal 8 Stunden pro Tag (in Ausnahmefällen 10 Stunden) und mindestens 11 Stunden Ruhepause zwischen den Einsätzen (§§ 3 und 5 ArbZG). Auch Bereitschaftszeit zählt als Arbeitszeit, sofern die Betreuungskraft vor Ort und direkt verfügbar sein muss; das wurde nun gerichtlich bestätigt (Info-Box 11).[192] In den Verträgen steht daher meist pro forma eine Arbeitszeitbegrenzung. Gleichzeitig werben aber viele Agenturen mit einem 24-Stunden-„Rundum-sorglos-Paket" (Leiber/Rossow 2021: 2). Die Verträge sind sowohl für die Kundinnen und Kunden als auch für die Live-ins oft undurchsichtig. Durch die Unterbringung im Haushalt verschwimmen zudem die Grenzen zwischen Arbeits- und Freizeit (s. ausführlich Leiber/Rossow/Frerk 2020). Dadurch arbeiten die Betreuungskräfte de facto oft deutlich mehr als die zulässige bzw. die vertraglich festgelegte Arbeitszeit, zumal die Kundinnen und Kunden häufig tatsächlich eine durchgängige Betreuung erwarten.[193] Nicht zu unterschätzen ist auch, dass bei den entsprechenden Arrangements Betreuungskraft und Pflegeperson in einem Haushalt zusammenleben. Dabei werden im Laufe der Zeit Beziehungen aufgebaut, die es der Betreuungskraft erschweren, eine entsprechende Abgrenzung einzufordern, auch wenn sie ihr zusteht. Zudem sind die Verträge oft nur auf Deutsch abgefasst; dadurch sind sich die Betreuungskräfte über ihre Einsatzzeiten wie auch über ihre Rechte oft nicht im Klaren (Haubner 2017). Von den Entsende- bzw. Vermittlungsagenturen werden sie häufig nicht aufgeklärt, beraten oder unterstützt.

Bezahlung

Ein weiteres zentrales Problem aller Modelle, das mit der Arbeitszeit zusammenhängt, ist die Bezahlung der Betreuungskräfte. Bis auf das Selbständigenmodell greift bei allen Modellen das deutsche MiLoG, und zwar auch für Bereitschaftszeiten (Info-Box 11). Bei einer tatsächlichen Arbeits- und Bereitschaftszeit von 24 Stunden am Tag wären die Kosten somit deutlich höher als bislang.[194] Dies würde nicht nur pflegende Angehörige stärker belasten. Ein Anstieg der Betreuungskosten birgt auch die Gefahr, dass die häusliche Betreuung in die Schwarzarbeit verdrängt wird. Dadurch hätten Betreuungskräfte noch weniger rechtlichen Schutz und Absicherung.

Bei den Kosten, die Vermittlungsagenturen für den Einsatz einer Betreuungskraft im Privathaushalt veranschlagen, ist für diesen oft nicht ersichtlich, wie viel Lohn die Betreuungskraft bekommt und welche Gebühren die Agentur einbehält (Leiber/Rossow 2021: 21). **Die Preise lassen jedoch vermuten, dass der Mindestlohn zumindest teilweise unterlaufen wird, denn neben der Entlohnung und der erhobenen Vermittlungsgebühr müssen die Agenturen auch Steuern und Sozialabgaben für die entsendeten Personen abführen.** Umfragen zufolge verdienten Live-ins in Deutschland 2019 zwischen 1.000 und 1.500 Euro monatlich (Rossow/Leiber 2019: 37). Also wird entweder die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit zu gering entlohnt oder die Arbeitszeit zu niedrig angesetzt. Möglich ist z. B., dass nur 30 Stunden pro Woche vereinbart und bezahlt werden, die Betreuungskraft aber de facto mehr Stunden arbeitet. Zudem ist nach dem BAG-Urteil nicht nur die Arbeitszeit, sondern auch die Bereitschaftszeit nach Mindestlohn zu bezahlen. Dies ist offensichtlich in den derzeitigen Verträgen nicht vorgesehen.

191 Die Arbeits- und Lebensbedingungen ausländischer Betreuungskräfte wurden und werden mehrfach untersucht; die (meist qualitativen) Studien erlauben einen Einblick in dieses Feld. Es gibt bisher jedoch keine repräsentativen Daten, die das Phänomen quantitativ beschreiben. Ein entsprechender Versuch scheiterte daran, dass erhoffte Netzwerkeffekte beim Feldzugang nicht eingetreten sind (Leiber/Rossow 2021: 17).

192 Rufbereitschaft, bei der die Betreuungskraft ihren Aufenthaltsort frei wählen kann und lediglich erreichbar sein muss, ist dagegen keine Arbeitszeit (vgl. Verbraucherzentrale NRW e. V. 2021).

193 Die Informationen und Versprechen, die die Vermittlungsagenturen den Arbeitskräften bei der Anwerbung und den Pflegehaushalten jeweils geben, sind manchmal unterschiedlich und zum Teil auch widersprüchlich. Dadurch können die Erwartungen hinsichtlich der zu leistenden Arbeit erheblich voneinander abweichen (Arend/Stielner 2021).

194 Bei einer Betreuungszeit von 24 Stunden pro Tag und einem Mindestlohn von 9,84 Euro pro Stunde (Januar 2022) betrüge der monatliche Bruttolohn bei sieben Arbeitstagen rund 7.200 Euro und bei einer Sechstagewoche rund 6.200 Euro (eigene Berechnung mit einem Wochenfaktor von 4,35). Würde man für die gleiche Leistung – also eine Betreuung über 24 Stunden am Tag – einen professionellen Pflegedienst beauftragen, beliefen sich die Kosten nach einer Beispielrechnung von Satola und Schywalski (2016: 130) auf rund 23.500 Euro.

Info-Box 11 Das BAG-Urteil zur ‚24-Stunden-Betreuung'

Das Modell einer heimischen Betreuung mithilfe sog. Live-ins ist in Deutschland weit verbreitet. Ein im Juni 2021 ergangenes Urteil des Bundesarbeitsgerichts (BAG, Urt. v. 24.06.2021, Az. 5 AZR 505/20), das eine frühere Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für die EU-Arbeitszeitrichtlinie konkretisierte, dürfte hier gravierende Auswirkungen haben, besonders auf das in Deutschland häufig genutzte Entsendemodell. Geklagt hatte eine Betreuungskraft aus Bulgarien, die von einem bulgarischen Unternehmen zur ‚24-Stunden-Betreuung' in einen Privathaushalt nach Deutschland entsendet worden war (s. zu diesem Arbeitsmodell ausführlich Kap. A.3.2). Sie wurde von ihrem Arbeitgeber lediglich für 30 Arbeitsstunden pro Woche bezahlt und forderte den Mindestlohn für 24 Stunden pro Tag.

Das BAG traf in seinem Urteil zwei Feststellungen, die die Tragfähigkeit des Entsendemodells beeinflussen könnten. Zum einen bestätigte es die Auffassung der Vorinstanz, dass der Arbeitgeber nach dem Mindestlohngesetz (§ 20 MiLoG in Verbindung mit § 1 MiLoG) verpflichtet ist, den gesetzlichen Mindestlohn zu zahlen, auch wenn der Vertrag zwischen einer bulgarischen Arbeitskraft und einem bulgarischen Unternehmen geschlossen wurde und damit dem bulgarischen Arbeitsrecht unterliegt. Denn bei den Regelungen des MiLoG handelt es sich um kollisionsrechtliche Eingriffsnormen im Sinne von Art. 9 Abs. 1 Rom I-VO, die deutsches Recht zur Anwendung bringen. Zum anderen stellte das BAG fest, dass auch Bereitschaftszeiten mit dem vollen Mindestlohn zu vergüten sind, denn in dieser Zeit steht die Betreuungskraft im Haushalt für Betreuung zur Verfügung, unabhängig davon, ob sie tatsächlich Dienstleistungen erbringt.

Das BAG-Urteil wurde u. a. als „Armageddon" für die deutsche Pflege bezeichnet und als „Tsunami für alle, die daheim auf die Unterstützung ausländischer Pflegekräfte angewiesen sind" (beck-aktuell 2021). Denn bei konsequenter Umsetzung würden die Kosten für das Live-in-Modell erheblich steigen.

Im Selbständigenmodell gilt der gesetzliche Mindestlohn hingegen nicht; das macht es für Haushalte und Agenturen zu einer attraktiven Alternative. Trotzdem stellt sich auch hier die Frage nach der angemessenen Bezahlung.[195] ❗ **Gleichzeitig ist zu bedenken, dass die Entlohnung zwar nach deutschen Maßstäben zu niedrig liegt, für viele Betreuungskräfte ist sie aber verglichen mit den Verdienstmöglichkeiten im Herkunftsland offenbar attraktiv.** Zudem erfordert die Tätigkeit als Betreuungskraft in der Regel keine Qualifikation und geringe Deutschkenntnisse, und durch die Unterbringung im Haushalt der zu pflegenden Person entstehen kaum zusätzliche Kosten für Verpflegung und Unterbringung.

In Bezug auf die Umsetzung des BAG-Urteils und überhaupt die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zu Mindestlohn, Arbeitszeit und Arbeitsschutz ist zudem zu bedenken, dass sie sich generell kaum kontrollieren lässt, da die Betreuungskräfte in privaten Haushalten tätig sind. Verstärkt wird dies durch die Schutzwirkung des Grundgesetzes (Art. 13 Abs. 1) in Bezug auf die Unverletzlichkeit der Wohnung. Der Bereich der ‚24-Stunden-Betreuung' ist somit anfällig für informelle Arrangements und ausbeuterische Praktiken (Leiber/Rossow 2021: 18). Ob die Sozialversicherungsabgaben im Herkunftsland korrekt entrichtet werden und die Betreuungskräfte z. B. krankenversichert sind und eine Altersvorsorge haben, ist ebenfalls schwer nachzuprüfen.[196] Das Modell der Sozialversicherung im Entsendeland wurde ursprünglich eingeführt, damit Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die primär im Heimatland tätig sind, zeitweilig in einem anderen Mitgliedstaat arbeiten können. Der Rückgriff auf dieses Instrument kann im Einzelfall gerechtfertigt sein. Dass es für eine Branche genutzt wird, die hauptsächlich auf Entsendung basiert, dürfte aber kaum im Sinne der Gesetzgebung sein (Leiber/Rossow 2021: 11).

Soziale Isolation und geringe Kenntnis eigener Rechte

❗ **Da der Wohnort mit dem Arbeitsort identisch ist, hat die Live-in-Betreuungskraft häufig wenig Privatsphäre oder Autonomie. Arbeits- und Freizeit verschwimmen, die Betreuungskraft ist permanent in den Alltag des Pflegehaushalts eingebunden** (vgl. Emunds/Habel 2020). Dadurch hat sie kaum Möglichkeiten, außerhalb davon eigene Sozialkontakte aufzubauen. Das kann soziale Isolation

195 Laut Verbraucherzentrale NRW (2021: 49) ist bei Selbständigen ein Honorar von 1.500 bis 2.200 Euro zu veranschlagen.
196 Die Sozialversicherung im Entsendeland muss über die sog. A1-Bescheinigung nachgewiesen werden (s. Fn. 186).

Info-Box 12 Transnationale Betreuungsverhältnisse: das Phänomen der Betreuungsketten *(care chains)*

Der Begriff „Care-Arbeit" umfasst alle gesellschaftlich anfallenden Betreuungs-, Erziehungs- und Versorgungstätigkeiten (Lutz 2017: 93). Im Deutschen wird er mit Sorgearbeit übersetzt (Winker 2021: 9). Es gibt sowohl nicht entlohnte Care-Arbeit, meist im familiären Kontext, als auch entlohnte, beispielsweise die Arbeit von Pflege- oder Betreuungskräften. Care-Arbeit wird überwiegend von Frauen geleistet (Winker 2021: 10; ILO 2018: 8).

In den westlichen Industriestaaten wird häusliche Care-Arbeit zunehmend kommerzialisiert, d. h. an bezahlte Kräfte ausgelagert. Hier spielt Migration eine große Rolle: Frauen lassen ihre Familien und andere Angehörige zurück und gehen in ein anderes Land, um dort Care-Arbeit zu leisten. Dadurch entsteht in ihrem Herkunftsland mitunter eine Versorgungslücke *(care drain)*. Diese wird meist von weiblichen Familienmitgliedern gefüllt, manchmal – selten – aber auch von Migrantinnen aus anderen, wirtschaftlich ärmeren Ländern (vgl. Lutz/Palenga-Möllenbeck 2011: 9–10). Die US-amerikanische Soziologin Arlie R. Hochschild (2000) hat hierfür den Begriff *care chains* (Betreuungsketten) geprägt. Hier entsteht eine neue soziale Ungleichheit. Denn die ökonomisch stärkeren Familien am oberen Ende der Kette profitieren von der günstigen migrierten Care-Arbeiterin. Deren Familie ist auf das damit verdiente Geld angewiesen, zugleich leidet sie emotional unter ihrer Abwesenheit. Allerdings pflegen die Arbeiterinnen häufig trotz der (temporären) Migration die sozialen Beziehungen zur Familie und zum Freundeskreis im Herkunftsland, denn sie kehren meist in regelmäßigen Abständen nach Hause zurück, etwa nach einem Rotationsmodell. Dieses Arrangement wird in der Literatur auch „transnationale Elternschaft" genannt (Lutz/Palenga-Möllenbeck 2011: 10, 22).

fördern (Freitag 2020: 14), besonders wenn eine längere Trennung von der eigenen Familie im Herkunftsland z. B. die emotionalen Beziehungen beeinträchtigt (Info-Box 12). Soziale Isolation kann wiederum Ausbeutung begünstigen (Leiber/Rossow 2021). Dieses Risiko wird dadurch verstärkt, dass Betreuungskräfte die geltenden Standards z. B. hinsichtlich Arbeits- und Ruhezeiten oft nicht kennen. In dem Fall können sie ihre Rechte auch nicht wahrnehmen bzw. einfordern. Wenn das Tätigkeitsprofil nicht klar definiert ist und entsprechend kommuniziert wurde, können zudem Aufgaben auf die Betreuungskräfte abgewälzt werden, die über die vertraglichen Regelungen hinausgehen.

Die mitunter geringen Deutschkenntnisse der Live-ins werden von manchen Vermittlungsagenturen ausgenutzt, indem diese beispielsweise Verträge nur auf Deutsch abfassen und die Betreuungskräfte nicht vollumfänglich über ihre Aufgaben und die Situation vor Ort aufklären (Haubner 2017). Ein Weg, sich dagegen zu wehren, sind gewerkschaftliche Vertretungen oder Selbstorganisationen der Live-ins, die sich z. B. über soziale Netzwerke miteinander verbinden.[197] Eine Beratung durch Dritte ist schwierig, weil Betreuungskräfte „bildlich im Privathaushalt [‚verschwinden'] und [...] für jegliche Strategien der Ansprache und Organisation nur schwer erreichbar [sind]" (Leiber/Rossow 2021: 20). Dass hier ein hoher Beratungsbedarf besteht, zeigt die starke Nachfrage nach einer polnischsprachigen Facebook-Gruppe, die im Rahmen des Modellprojekts „Migrationsberatung 4.0 – Gute Arbeit in Deutschland" gegründet wurde: Sie hatte im August 2021 3.655 Mitglieder, und mehr als 1.300 Personen standen auf der Warteliste (vgl. Skwarek 2021: 196). Die sozialen Medien sind generell eine wichtige Plattform für den Austausch von Live-ins, aber auch für ihre Anwerbung und Vermittlung (Freitag 2020).

Überlastung und Gewalt gegen Live-ins

! Durch die Arbeits- und Lebensverhältnisse bei der ‚24-Stunden-Betreuung' entstehen zwischen den Live-ins und den Pflegebedürftigen komplexe soziale Beziehungen. Diese reichen von einem ‚professionellen' Arbeitsverhältnis über eine emotionale Bindung bis hin zu Abhängigkeiten. Letztere können dazu führen, dass Betreuungskräfte ausgenutzt werden oder gar missbräuchlichem und gewalttätigem Verhalten ausgesetzt sind. Von Überlastung berichten Live-ins vor allem im Zusammenhang mit der Betreuung von Personen mit komplexen Krankheitsbildern. Wenn an Demenz erkrankte

197 Beratungsstellen für Betreuungskräfte gibt es jedoch nur punktuell. Das bisher einzige Beispiel für eine arbeitsrechtliche Beratung von Live-ins ist die Beratungsstelle „Faire Mobilität" des Deutschen Gewerkschaftsbunds (DGB). Eine strukturelle Einbindung von Live-ins in gewerkschaftliche Arbeit gibt es bisher nicht (Leiber/Rossow 2021: 19).

Personen beispielsweise aggressiv werden, schreien, ziellos herumwandern, Schlafstörungen haben oder apathisch sind, kann das die Betreuungskräfte seelisch und körperlich stark belasten (Freitag 2020). Auch die fehlende Trennung von Arbeitszeit und Freizeit sowie die Übernahme nicht vertraglich vereinbarter Tätigkeiten können zu Überlastung führen.

Zudem berichten Live-ins immer wieder von körperlicher und sexualisierter Gewalt (Freitag 2020: 26–27). Diese wird durch Faktoren wie räumliche Enge, das Fehlen von Kolleginnen und Kollegen am Arbeitsplatz und ein persönliches Opfer-Täter-Verhältnis generell begünstigt (Mitwalli 2016: 26). Durch die häufig isolierte Wohnsituation ist es für die Betroffenen oft schwierig, Beratungsstellen oder Behörden zu kontaktieren. Zudem fehlen in der Regel Zeuginnen oder Zeugen, die helfen könnten, Gewalt vor Gericht nachzuweisen (Freitag 2020: 27). Umgekehrt kann dauerhafte Überlastung auch dazu führen, dass Betreuungskräfte sich gegenüber der pflegebedürftigen Person gewalttätig und missbräuchlich verhalten (Görgen et al. 2012: 39). Wie häufig Missbrauch und Gewalt in solchen Arrangements vorkommen, lässt sich nicht feststellen, es gibt dafür keine belastbare Datengrundlage. Insgesamt ist dieses Phänomen vermutlich nicht zu unterschätzen; es betrifft aber keineswegs alle Betreuungsarrangements. Zudem kommt es in Situationen familiärer Pflege ebenfalls vor (Görgen et al. 2012: 38–39).

Ein Arbeitsmarkt ohne Qualifikationsnachweise

Ein zentraler Bestandteil der ‚24-Stunden-Betreuung' ist, dass die Betreuerinnen und Betreuer keine ausgebildeten Pflegefachkräfte sind. **! Sie benötigen somit auch keinen Qualifikationsnachweis. Das macht diesen Arbeitsmarkt einerseits für eine große Gruppe zugänglich und attraktiv: Auch Ungelernte können in Deutschland arbeiten; zeitraubende Anerkennungsverfahren entfallen** (s. ausführlich Kap. A.1.2 und A.1.3). Andererseits birgt es auch Probleme. So dürfen Betreuungskräfte z. B. keine medizinische Behandlungspflege[198] durchführen. Solche Aufgaben können bei der Betreuung von Pflegebedürftigen jedoch durchaus anfallen. Wenn sie von ungelernten und ggf. unerfahrenen Live-ins ausgeführt werden, kann dies für die Betreuten negative Folgen haben. **! Eine umfassende Versorgung vulnerabler Personen – etwa hochgradig pflegebedürftiger oder demenzkranker Menschen – können Betreuungskräfte ohne entsprechende formale Qualifizierung oftmals nicht leisten oder zumindest nicht in der erforderlichen Qualität. Zudem können sich die Live-ins durch fehlendes Fachwissen überfordert fühlen, wenn sie etwa Personen mit komplexen oder ihnen unbekannten Krankheitsbildern (z. B. Demenz) betreuen sollen.** Eingeschränkte Deutschkenntnisse der Betreuungskräfte können darüber hinaus zu Verständigungsproblemen führen und damit das Zusammenleben bzw. die Betreuungsarbeit erschweren.

Einige Vermittlungsunternehmen bieten deshalb den von ihnen eingesetzten Betreuungskräften Weiterbildungsmaßnahmen an, etwa kostenlose Sprach- oder pflegebezogene E-Learning-Programme (Palenga-Möllenbeck 2021: 115). Nach dem (freiwilligen) DIN-Standard für Vermittlungsunternehmen (Info-Box 13) müssen Betreuungskräfte Grundkenntnisse in Erster Hilfe nachweisen und sollten über betreuungsbezogenes Grundlagenwissen verfügen; zudem verlangt die Norm grundlegende Sprachkenntnisse auf dem Niveau A1. Zur Vertiefung sollen die Vermittlungsagenturen ihnen regelmäßig Qualifizierungsmaßnahmen anbieten. Eine bessere Qualifizierung der eingesetzten Betreuungskräfte könnte nicht nur die Versorgungsqualität erhöhen und Überforderung vorbeugen, sondern auch die Verhandlungsposition dieser Personen stärken. **➔ Daher sollten Weiterbildungen zum pflegerischen Grundwissen und auch Sprachkurse gefördert werden. Damit die betreffenden Personen solche Weiterbildungsangebote nutzen, müssten diese auch honoriert werden (z. B. in Form einer höheren Bezahlung).**[199]

A.3.4 Alternative Modelle und künftige Entwicklung

Mit dem demografischen Wandel wird auch die Zahl der Pflegebedürftigen steigen. Dadurch wird sich der Markt der ‚24-Stunden-Betreuung' wahrscheinlich weiter ausdehnen (Heger 2021: 146), und auch die Rekrutierungsländer werden sich vervielfältigen (Leiber/Rossow 2021: 4). **! Die derzeitigen Arbeitsverhältnisse lassen sich kaum allgemeingültig beschreiben, denn es gibt „eine ganze Bandbreite an individuellen Pflege- und Betreuungs-Settings, arbeitszeitlichen Regelungen und Abstufungen von Prekarität und Zufriedenheit"** (Leiber/Rossow 2021: 21). Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich die Betreuungsarrangements überwiegend in rechtlichen Graubereichen bewegen und dass Vermittlungs- und Entsendeagenturen oft unseriös arbeiten. Häufig werden zwischen den Pflegebedürftigen bzw.

198 Betreuungskräfte können zwar pflegerische Alltagshilfen übernehmen, also Pflegebedürftigen beim Essen und Trinken, beim An- und Auskleiden, beim Aufstehen oder Zu-Bett-Gehen helfen. Verbände wechseln, Medikamente geben oder Spritzen setzen dürfen aber nur ausgebildete Pflegekräfte.

199 Leiber und Rossow (2021: 17) vermuten allerdings, dass die Arbeitskräfte selbst zum Teil „aufgrund der transnationalen Lebensweise mit dem Lebensmittelpunkt im Herkunftsland nur bedingt Interesse an einer arbeitsmarktkompatiblen Weiterqualifizierung" haben.

ihren Angehörigen und den im Haushalt eingesetzten Betreuungskräften nur informelle Absprachen getroffen; Arbeitsverträge gibt es meist nicht oder die darin festgelegten Bedingungen werden nicht eingehalten. Dies begünstigt unfaire Praktiken wie überlange Arbeitszeiten, schlechte Bezahlung und fehlende Absicherung. Zum Teil entsteht auch Überforderung, weil die Live-ins nicht abgesprochene Aufgaben übernehmen sollen oder über Erkrankungen von Pflegebedürftigen nicht vorab informiert waren. Sogar missbräuchliches Verhalten und Gewalt gegen Live-ins kommen vor.

! Einige wenige private Vermittlungsunternehmen engagieren sich dafür, den „Grauen Markt" weiter „aufzuhellen" (Emunds/Habel 2020: 114): **Sie wollen mehr Rechtssicherheit schaffen, Mindeststandards für die Versorgungsqualität einführen und die Beschäftigung weiter formalisieren.** Dazu wurde u. a. ein freiwilliges Zertifizierungssystem entwickelt, das Standards für Vermittlungsagenturen festlegt und viele wichtige Elemente enthält (Info-Box 13). Die Kernprobleme in Bezug auf Arbeitszeitüberschreitung, Überlastung und Überforderung der Live-ins sind aber durch unternehmerische Selbstregulierung allein nicht lösbar (Leiber/Rossow 2021: 29).[200]

! Eine politische Antwort fehlt jedoch bisher. Tatsächlich liegen bei diesem komplexen Feld die Lösungen nicht auf der Hand. Es ist daher sehr zu begrüßen, dass die Bundesregierung sich der Problematik bewusst ist und hier Handlungsbedarf sieht.[201] Ein schlichtes Verbot solcher Arrangements ist aufgrund ihrer Bedeutung nicht möglich. Auch eine stärkere Regulierung könnte dazu führen, dass das System zusammenbricht. Dies hätte schwerwiegende Folgen für das reguläre Pflegesystem in Deutschland, denn die Betreuung, die bisher die zugewanderten Kräfte leisten, könnten nicht ohne Weiteres ambulante Dienste oder stationäre Einrichtungen übernehmen. Das wäre im Übrigen auch nicht im Interesse der Migrantinnen und Migranten, die im Herkunftsland häufig keine anderen Erwerbsoptionen haben. Zudem sind solche Arrangements gesellschaftlich breit akzeptiert; dies trägt dazu bei, dass „die deutsche Gesellschaft diese politische Aufgabe weitgehend verdrängt" (Emunds/Habel 2020: 120). **! Den ‚grauen Markt' weiter sich selbst zu überlassen ist jedoch auch keine Option, weder für die Live-ins noch für die Pflegebedürftigen.** Das Modell einer regulierten Selbständigkeit – in Anlehnung an den österreichischen Weg[202] – findet in der politischen Landschaft zwar einen gewissen Zuspruch.[203] Für die Kernprobleme der ‚24-Stunden-Betreuung' – überlange Arbeits- und Bereitschaftszeiten, die damit zusammenhängende Bezahlung, unzureichende Qualifikation und fehlende Weisungsbefugnis – bietet es aber auch keine hinreichende Lösung.[204]

Weg von der ‚24-Stunden-Betreuung' hin zu gemischten Pflegearrangements

Die Betreuung durch ausländische Kräfte muss weiter formalisiert und aus der Schwarzarbeit herausgeführt werden. Das sind wichtige Voraussetzungen, um auf der einen Seite ausbeuterische oder unfaire Praktiken zu verhindern und auf der anderen Seite die Sicherheit der Pflegebedürftigen zu gewährleisten. Legale Praktiken in diesem Bereich müssen daher – sofern sie nicht über eine Selbständigkeit die arbeitsrechtlichen Regelungen umgehen – „von der Vorstellung einer ‚Rund-um-die-Uhr-Versorgung' grundsätzlich Abstand nehmen" (Leiber/Rossow 2021: 16). **➔ Das würde bedeuten: Betreuungskräfte werden nur in Haushalten eingesetzt, wo tatsächlich nur eine zeitlich eingrenzbare Unterstützung im Alltag nötig ist, die Menschen ohne formale pflegerische Qualifikation leisten können.** Ein solches Arrangement ist durchaus legal umsetzbar, auch als Ergänzung zu familiärer Betreuung und/oder zu ambulanten Diensten.[205] In dem Fall leisten die Live-ins eine wichtige Unterstützungsarbeit, müssen jedoch nicht rund um die Uhr in Bereitschaft sein. Zudem werden ihnen keine Kompetenzen abverlangt, die sie nicht haben.

200 Dies gilt schon allein deswegen, weil viele solcher Arrangements informell sind, die Betreuungskräfte werden also nicht über offizielle Agenturen an die privaten Haushalte entsendet. Zudem werden Live-ins, die zunächst über eine Agentur vermittelt wurden, anschließend oft irregulär weiter beschäftigt, um die Vermittlungsgebühren einzusparen (Leiber/Rossow 2021: 16).

201 Die Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag angekündigt, sie wolle eine „rechtssichere Grundlage für die 24-Stunden-Betreuung im familiären Bereich" schaffen (SPD/Grüne/FDP 2021: 81).

202 S. Fn. 190.

203 Befürwortet wird dieses Modell u. a. vom Bundesverband für häusliche Betreuung und Pflege e. V. (VHBP), der Vermittlungsagenturen vertritt, und vom früheren Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (RND 2021).

204 Leiber und Rossow (2021: 30) geben außerdem zu bedenken, dass eine staatliche Förderung, wie sie in Österreich besteht (s. Fn. 190), „ethisch prekäre Konstellationen möglicherweise sogar noch [...] belohnt".

205 Um solche gemischten Pflegearrangements zu erleichtern, könnten beispielsweise alternative Wohn- und Versorgungsformen weiterentwickelt werden, die die starre Trennung zwischen ambulanter und stationärer Pflege aufbrechen (z. B. betreutes Wohnen, altersgerechte Wohnprojekte oder Wohngemeinschaften für ältere Menschen). Weitere wichtige Ansätze sind, soziale Netzwerke zu stärken (Stichwort *caring communities*) oder für pflegende Angehörige die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu verbessern. Zudem ist im Pflege- und Betreuungskontext Demenz besonders zu berücksichtigen; dafür bedarf es lokaler Beratungs- und Unterstützungsstrukturen für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen (vgl. Leiber/Rossow 2021: 30–31).

Info-Box 13 Der Standard DIN SPEC 33454 für Vermittlungsagenturen für Betreuungskräfte

Seit Februar 2021 können sich Vermittlungsagenturen nach dem Standard DIN SPEC 33454 „Betreuung unterstützungsbedürftiger Menschen durch im Haushalt wohnende Betreuungskräfte aus dem Ausland – Anforderungen an Vermittler, Dienstleistungserbringer und Betreuungskräfte" zertifizieren lassen. Die Norm wurde zwischen April 2019 und Februar 2021 von Vermittlungsagenturen, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, „WIR! Stiftung pflegender Angehöriger" und Verbraucherschutzorganisationen gemeinsam entwickelt. Sie soll „Anforderungen und Mechanismen fest[...]legen, die allen Marktteilnehmern Orientierung bieten und bei erfolgreicher Anwendung zu einer höheren Versorgungsqualität, faireren Arbeitsbedingungen und zu mehr Transparenz führen". Die Zertifizierung ist freiwillig. Sie soll Kundinnen und Kunden helfen, eine seriöse Agentur auszuwählen, die bestimmte Standards einhält.

Der DIN-Standard greift wichtige Punkte der Diskussion um die ‚24-Stunden-Betreuung' auf. Dabei wird unterschieden zwischen Soll- und Muss-Kriterien: Für eine Zertifizierung müssen die Vermittlungsagenturen sicherstellen, dass die von ihnen vermittelten Betreuungspersonen über Sprachkenntnisse auf A1-Niveau verfügen; ab März 2022 müssen sie außerdem Erste-Hilfe-Kenntnisse nachweisen. Zudem sollten sie betreuungsbezogenes Grundlagenwissen haben. Für den Einsatz und den Einsatzort gibt es ebenfalls eine Reihe von Anforderungen, die eine gute Lebens- und Arbeitssituation gewährleisten sollen. Dazu gehört beispielsweise, dass der Betreuungskraft ein eigener Raum zur Verfügung steht, der über gewisse Ausstattungsstandards verfügt und den sie allein und privat nutzen kann. Auch muss sie jederzeit Zugang zu Sanitäranlagen und zur Küche haben. Die Vermittlungsagentur muss vor Dienstleistungsbeginn überprüfen, ob diese Bedingungen erfüllt sind. Sie muss die Haushalte umfassend aufklären und beraten, auch zu den rechtlichen Rahmenbedingungen. Darüber hinaus muss sie den Betreuungs- und Pflegebedarf wie auch die Anforderungen an die Betreuungskraft ermitteln und von einer examinierten Pflegefachkraft bestätigen lassen.[206] Ab Pflegegrad 3 sollen zudem nur dann Betreuungskräfte vermittelt werden, wenn zugleich ein ambulanter Pflegedienst beauftragt ist. Das soll eine Überlastung und Überforderung der Live-ins verhindern.

Auch für die ausländischen Entsendeunternehmen gelten verschiedene Anforderungen. Hier geht es beispielsweise um Kommunikation und Erreichbarkeit sowie die Beurteilung der Eignung von Betreuungskräften. Darüber hinaus müssen sie für die Live-ins als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Um dies zu gewährleisten, muss die Entsendeagentur z. B. eine Notfallnummer haben, unter der rund um die Uhr eine Person erreichbar ist, die sowohl Deutsch als auch die Muttersprache der Betreuungskräfte spricht. Darüber hinaus ist festgelegt, dass die Entsendeagenturen zum Zweck der Qualitätssicherung in regelmäßigen Abständen mit den Live-ins Kontakt aufnehmen. Sie sollen ihnen zudem einmal pro Jahr Qualifizierungsmaßnahmen im Umfang von mindestens 40 Stunden zu den Themenbereichen deutsche Sprache, Kulturverständnis, Grundpflege und hauswirtschaftliche Tätigkeiten anbieten.

Was Live-ins ohne pflegerische Ausbildung nicht leisten können, ist dagegen, einen schwer pflegebedürftigen Menschen rund um die Uhr zu betreuen und die pflegerischen Aufgaben wahrzunehmen. Für Betreuungskräfte muss auch ein einheitliches und klar abgegrenztes Tätigkeitsprofil entwickelt und mit adäquaten Qualifikationsanforderungen versehen werden (Leiber/Rossow 2021: 33). Das ist eine wichtige Voraussetzung, um Überlastung und Überforderung zu vermeiden. Es würde zudem erleichtern, die Betreuung von anderen Tätigkeitsfeldern wie professioneller Fachpflege abzugrenzen. Prädestiniert für die Beschäftigung ausländischer Betreuungskräfte sind damit Haushalte, in denen der Unterstützungsbedarf entweder noch vergleichsweise gering ist oder – bei fortgeschrittenem Pflegeerfordernis – die Pflege im eigentlichen Sinne durch Familienangehörige oder ambulante Dienste geleistet wird.

Den Ansatz, dass Betreuungskräfte ausdrücklich nur die Angehörigenpflege ergänzen sollen, verfolgen beispielsweise zwei kirchliche Modellprojekte: „CariFair" (Caritas Paderborn) und „FairCare" (Diakonie Stuttgart). Beide Projekte vermitteln ausländische Betreuungskräfte,

206 Allerdings ist die Pflegefachkraft bei der Vermittlungsagentur angestellt und somit nicht unabhängig (Leiber/Rossow 2021: 28).

die nach dem Arbeitgebermodell legal beim Haushalt angestellt werden. Dabei werden z. B. zeitgleich zwei Betreuungskräfte eingestellt, die sich wochen- oder monatsweise abwechseln (sog. Tandemmodell); beide werden auch in den Zeiten weiterbeschäftigt und bezahlt, in denen sie nicht im Haushalt arbeiten (vgl. Leiber/Rossow 2021: 8).[207] Live-ins werden somit „ausschließlich in Kombination mit weiteren Diensten (die auch der Qualitätskontrolle dienen) als komplementäre Lösung im Rahmen eines gemischten Pflegearrangements" eingesetzt (Leiber/Rossow 2021: 32). Zudem werden die Betreuungskräfte und die Familien nach der Vermittlung begleitet: Es gibt Koordinatorinnen, die regelmäßig Hausbesuche abstatten. So wird die Qualität der Betreuung kontrolliert und gewährleistet, dass die Arbeitsbedingungen den Standards entsprechen (Emunds/Habel 2020: 116).[208] Denkbar wäre auch, dass die Betreuungskräfte bei einer inländischen Agentur angestellt werden. Damit entfällt für die Haushalte der bürokratische Aufwand, den die Rolle als Arbeitgeber bzw. Arbeitgeberin mit sich bringt.[209] Dies könnte auch die Selbstorganisation der Betreuungskräfte in einer gewerkschaftlichen Interessenvertretung erleichtern.

➔ **Damit Betreuungskräfte umfassend informiert sind und ihre Rechte wahrnehmen können, sollten mehrsprachige Beschwerde- und Beratungsmöglichkeiten entwickelt bzw. ausgebaut werden.** Spezielle Beratungsangebote für Live-ins gibt es bisher nur im Rahmen einzelner Projekte;[210] hier könnten auch die kommunalen Migrationsberatungen tätig werden. Sinnvoll wären darüber hinaus Qualitätsstandards für (Vermittlungs-)Agenturen. Ein erster Ansatz dazu ist der DIN-Standard für Vermittlungsunternehmen (Info-Box 13). Dieser Standard ist jedoch freiwillig. Damit stellt sich die Frage, welche Wirkung er entfalten kann, zumal bislang nur sehr wenige Unternehmen im Bereich der ‚24-Stunden-Betreuung' diesen Ansatz unterstützen. ➔ **Hier könnte darüber nachgedacht werden, verbindliche Vorgaben einzuführen und staatlich zu kontrollieren. Die im DIN-Standard festgelegten Anforderungen wären dafür eine gute Vorlage. Die Bundesregierung könnte prüfen, wie Vermittlungsagenturen angeregt werden können, sich entsprechenden Standards zu verpflichten, damit sich die Arbeitsbedingungen für Betreuungskräfte verbessern, die in Deutschland häufig über das Entsendemodell beschäftigt werden.**

❗ **Die offensive Bewerbung einer ‚24-Stunden-Betreuung' durch Agenturen führt Kundinnen und Kunden jedenfalls bewusst in die Irre:** Sie suggeriert den Angehörigen eine regulierte und legale Dienstleistung, die der Angehörigenpflege gleichwertig ist und sie umfassend ersetzt. ➔ **Auch für Betreuungsbedürftige und ihre Angehörigen muss es deshalb Aufklärung und Beratung über die Vor- und Nachteile entsprechender Modelle geben, um falsche Erwartungen auszuräumen bzw. ihnen vorzubeugen.** Dazu würde gehören, über arbeitsrechtliche Vorschriften aufzuklären und darüber, was im Rahmen solcher Betreuungsverhältnisse leistbar ist und was nicht. Diese Beratung sollten neutrale Akteurinnen und Akteure übernehmen (s. dazu auch Freitag 2020). Leiber und Rossow (2021) schlagen hierfür (kommunale) Pflegeberatungsstellen vor. Auch die Pflegeberatung im Rahmen der Pflegeversicherung oder bei bestehenden Pflegestützpunkten könnte eine solche Aufklärung leisten.[211] Das erfordert jedoch politischen Willen und entsprechende Ressourcen.

207 Beide Projekte kooperieren mit Partnerorganisationen in Polen, die das Personal für die Arbeitseinsätze in Deutschland rekrutieren.

208 Die Kosten für eine Betreuungskraft, die über diese Projekte vermittelt wird, belaufen sich auf ca. 2.600 bis 2.800 Euro (vgl. CariFair 2021; vij FairCare 2021).

209 Dieses Modell ist in der Schweiz verbreitet, wo eine Entsendung verboten ist (s. Fn. 183). Es birgt jedoch ebenfalls Probleme (s. Leiber/Rossow 2021: 15). In einem von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Projekt zu diesem Thema hat ein Team „Modelle der Live-in-Pflege. Rechtswissenschaftliche und sozialethische Vorschläge zur Weiterentwicklung einer personenbezogenen Dienstleistung" erarbeitet. Erste Ergebnisse sind bereits erschienen, beispielsweise ein Policy Paper von Emunds et al. (2021a) mit Gestaltungsoptionen für Praxis und Politik. Einen Überblick zu Einzelergebnissen und Publikationen gibt der Ergebnisbericht zum Forschungsvorhaben (Emunds et al. 2021b).

210 Dazu gehört u. a. das Projekt „Migrationsberatung 4.0" von Minor e. V. (s. Fn. 179).

211 Wenn Pflegebedürftige Pflegeleistungen nach SGB XI erhalten, haben sie nach § 7a SGB XI Anspruch auf eine Pflegeberatung und auf Erstellung eines individuellen Versorgungsplans.

B. Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit von Menschen mit Migrationshintergrund

Migrantinnen und Migranten haben in den verschiedenen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens unterschiedliche Rollen: Sie sind Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Schülerinnen und Schüler, Unternehmerinnen und Unternehmer, Mieterinnen und Mieter, Eltern, Politikerinnen und Politiker, Zeitungsleserinnen und Zeitungsleser etc. In dieser Hinsicht unterscheiden sie sich nicht von Personen ohne Migrationshintergrund. Diese Gleichheit von Personen mit und ohne Migrationshintergrund gilt auf einer ersten Stufe auch für den Gesundheitsbereich. Für die hier zugrunde liegende Hauptfrage, wie ein Mensch gesund werden bzw. gesund bleiben kann, ist ein Migrationshintergrund zunächst völlig irrelevant.

Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheit hängen von zahlreichen ökonomischen, sozialen, biologischen und ökologischen Faktoren ab. Der alleinige Blick auf den Faktor Migrationshintergrund reicht deshalb in der Regel nicht aus, um die gesundheitliche Lage der Bevölkerung mit Migrationsgeschichte in Deutschland zu erklären. Zugleich ist die Datenlage hierzu besonders lückenhaft, und die wenigen vorhandenen Befunde weisen in unterschiedliche Richtungen: Danach scheinen Menschen mit Migrationshintergrund in einigen Bereichen gesundheitlich bessergestellt zu sein als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, bei anderen gesundheitlichen Parametern ergibt sich jedoch ein diametral entgegengesetztes Bild (s. Kap. B.1).

Bedeutung erlangt das Thema Migration im Zusammenhang mit Gesundheit, wenn das Gesundheitssystem selbst in den Blick rückt, also z. B. die konkreten rechtlichen Bestimmungen des Zugangs zu Gesundheitsleistungen und weitere strukturelle Faktoren, die ihre Inanspruchnahme für Menschen mit Migrationshintergrund potenziell erschweren oder eine gleichwertige Versorgungsqualität gefährden. Über den Zugang zum deutschen Gesundheitssystem entscheidet zunächst der Versichertenstatus. Grundsätzlich besteht für alle in Deutschland wohnhaften Personen eine Versicherungspflicht (Gerlinger 2021: 10–11). Unabhängig vom Pass bzw. einem Migrationshintergrund ist die überwältigende Mehrheit der Menschen in Deutschland daher im Krankheitsfall gut abgesichert. Rechtlich eingeschränkt bleibt der Zugang zu öffentlich finanzierten Gesundheitsleistungen bzw. dem Krankenversicherungssystem aber für wenige Teilgruppen ohne deutschen Pass, z. B. Asylsuchende in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthalts (s. Kap. B.2).

Doch auch wenn der weitaus größte Teil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund rechtlich gesehen vollen Zugang zu Gesundheitsversorgung hat, gibt es dennoch strukturelle Hürden, die nicht nur, aber auch mit Migration verbunden sein können. Dazu zählen neben Sprach- und Kommunikationsbarrieren auch mögliche Orientierungsschwierigkeiten in den komplexen Versorgungsstrukturen, Diskriminierung und ein Verbesserungsbedarf bezüglich der interkulturellen Kompetenz von Gesundheitsdiensten. Maßnahmen zum Abbau solcher Hürden chancengleicher Gesundheitsversorgung sind nicht nur für die davon Betroffenen selbst wichtig, sondern auch für die Funktionsfähigkeit und Effizienz des Systems, z. B. indem hierdurch vermeidbare Mehrkosten minimiert werden, die durch zu späte Behandlungen, Chronifizierung oder Komplikationen entstehen (s. Kap. B.3).

Kapitel **B.1**

Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland

Inhalt und Ergebnisse in Kürze
Analysiert man die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund, lässt sich kein eindeutiges Resümee ziehen. Dies hängt damit zusammen, dass es uneinheitliche Befunde gibt und dafür unterschiedliche Erklärungsansätze und Hypothesen herangezogen werden. So finden sich Indizien dafür, dass selbst Zugewanderte eine niedrigere Sterblichkeit haben; andere Studien ergeben keine gesundheitlichen Unterschiede; wieder andere deuten auf eine schlechtere (insbesondere psychische) Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund hin. Dies hat vor allem drei Gründe: Erstens ist die Datenlage zum Themenkomplex Migration und Gesundheit in Deutschland bisher lückenhaft. Zweitens ist Gesundheit ein umfangreiches und vielschichtiges Feld, in dem viele Faktoren zusammenwirken, was klare Aussagen erschwert. Das zeigt sich z. B. an der großen Bandbreite von Indikatoren, mit denen Gesundheit gemessen wird. Dadurch ergeben sich bei dem einen Indikator Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Zuwanderungsgeschichte, bei dem anderen nicht. Drittens ist die Bevölkerung mit Migrationshintergrund eine äußerst vielfältige Bevölkerungsgruppe mit unterschiedlichen Erfahrungen, Voraussetzungen, Ressourcen und Dispositionen. Und Gesundheit wird nicht nur durch die Zeit im Zielland bestimmt. Vielmehr sind dabei auch Faktoren entscheidend, denen Zugewanderte vor und während der Migration ausgesetzt sind. Zudem kann sich das Bild zur gesundheitlichen Lage danach ändern, welche Vergleichsgruppe man heranzieht. So kann die Gesundheit einer Zuwanderergruppe im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund schlecht ausfallen, sich jedoch gemessen an der Bevölkerung im Herkunftsland verbessert haben.

Einige wenige Befunde lassen sich aber doch recht klar erkennen. So zeigt sich häufig das „Phänomen des gesunden Migranten" *(healthy migrant effect)*. So wird der paradoxe Befund bezeichnet, dass Zugewanderte eine bessere Gesundheit bzw. eine niedrigere Sterblichkeit aufweisen als die Bestandsbevölkerung – obwohl sie im Zielland häufig sozioökonomisch benachteiligt sind. Erklärt wird dies damit, dass Migration mit einer (Selbst-)Selektion in Bezug auf Gesundheit einhergeht: Diejenigen, die wandern, sind eher physisch und psychisch gesunde Personen, während Kranken in der Regel die Kraft für Migrations- und Integrationsprozesse fehlt. Solche anfänglichen gesundheitlichen Vorteile verschwinden jedoch häufig, je länger Zugewanderte im Zielland leben. Es ist wissenschaftlicher Konsens, dass sich die soziale Lage – neben biologischen und ökologischen Faktoren – erheblich auf die Gesundheit auswirkt. Gesundheitliche Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund lassen sich entsprechend oft mit sozialen Faktoren erklären. Dazu zählen vor allem Bildung, Arbeitsbedingungen, Einkommen und Wohnumfeld. Da Zugewanderte in Deutschland im Schnitt eine schlechtere sozioökonomische Position haben, zeigt sich in dieser Gruppe vor allem langfristig eine tendenziell schlechtere Gesundheit.

Migration kann vielfältige gesundheitliche Auswirkungen haben. Sie kann Gesundheit einerseits fördern, etwa dann, wenn Personen aus einem Staat mit fehlender Infrastruktur in ein Land mit guter medizinischer Versorgung wandern und dadurch überhaupt erst Heilungschancen entstehen. Andererseits verbinden sich mit dem Migrationsprozess und daran anschließenden Erfahrungen im Aufnahmeland verschiedene gesundheitliche Risiken. So kann eine Migration die physische und psychische Gesundheit extrem belasten – das belegen zahlreiche Reportagen über Fluchtodysseen, die sich über Monate, mitunter sogar Jahre hinziehen.[212] Auch das Leben

212 Flüchtlinge stehen insbesondere vor und während der Migration unter erheblichen physischen und psychischen Belastungen. Neben den Gesundheitsrisiken, die in den Herkunftsländern durch Krieg und Vertreibung bestehen, kann auch die Flucht selbst die Gesundheit negativ beeinflussen. So berichten in der IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten 56 Prozent der Befragten von Schiffbruch, Gewalterfahrungen, sexuellem Missbrauch oder willkürlicher Inhaftierung während der Flucht (Brücker et al.

im Aufnahmeland kann sich auf die Gesundheit negativ auswirken; beispielsweise können rechtliche Zugangshürden, geringe Sprachkenntnisse, fehlende Systemkenntnis oder Diskriminierung eine optimale gesundheitliche Versorgung behindern (s. dazu ausführlich Kap. B.2 und B.3).

! Grundsätzlich ist die gesundheitliche Lage jedoch vom Migrationshintergrund einer Person unabhängig. Sie wird neben biologischen Faktoren überwiegend durch die Lebenssituation und individuelle Faktoren beeinflusst (s. Kap. B.1.3). Zudem ist es schwierig, die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland klar zu beurteilen. Eine zentrale Herausforderung ist hier zum einen die Datenlage, die teilweise mit methodischen Schwierigkeiten behaftet ist. Zum anderen sind Gesundheit und Migrationshintergrund vielfältige und komplexe Konzepte. Häufig werden unterschiedliche Untersuchungspopulationen und Indikatoren betrachtet. Damit lassen sich Ergebnisse mitunter nur schwer vergleichen. Je nachdem, welche Indikatoren von Gesundheit oder welche Bevölkerungsgruppen betrachtet werden, können sich unterschiedliche Beurteilungen ergeben (s. Kap. B.1.1). **! Die Antwort auf die Frage, wie es um die gesundheitliche Lage von Migrantinnen und Migranten in Deutschland bestellt ist, ist daher eindeutig uneindeutig: In manchen Bereichen haben Teile der Zuwandererbevölkerung in Deutschland verglichen mit der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund eine bessere Gesundheit, in anderen Bereichen ist ihre Gesundheit dagegen schlechter.** Dass keine gesundheitlichen Unterschiede bestehen, ist ebenfalls ein wiederkehrender Befund (s. dazu Kap. B.1.2).

B.1.1 Methodische Herausforderungen bei der Erfassung der gesundheitlichen Lage

Dass die gesundheitliche Lage der Migrantinnen und Migranten so unterschiedlich beurteilt wird, ist vor allem auf fünf Aspekte zurückzuführen: die Komplexität des Begriffs Gesundheit, die Heterogenität der Bevölkerung mit Migrationshintergrund, deren unzureichende statistische Erfassung, Verzerrungen in den Daten und die jeweils gewählte Vergleichsgruppe. Nichtsdestoweniger gibt es einige Datenquellen, die Informationen zur gesundheitlichen Lage sowie deren Einflussfaktoren beinhalten. Und auch in der (Bundes-)Gesundheitsberichterstattung findet eine Auseinandersetzung mit dem Thema Migration und Gesundheit statt.

Gesundheit ist ein komplexes Konzept

In der wissenschaftlichen Diskussion finden sich unterschiedliche Konzepte von Gesundheit: sozialpolitische, biomedizinische, psychologische, soziologische, sozialmedizinische bzw. Public-Health-Konzepte und schließlich als umfassendstes Konzept ein integrationsorientierter biopsychosozialer Begriff von Gesundheit (Egger 2015). Während die biomedizinische Perspektive Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit definiert (vgl. Franzkowiak 2018a), versteht die Weltgesundheitsorganisation (WHO) darunter einen „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen" (WHO 2014: 1). Diese multidimensionale Definition umfasst physische, psychische, ökologische und soziale Anteile, die sich wechselseitig beeinflussen. Sie ist jedoch schwer zu operationalisieren (Franzkowiak/Hurrelmann 2018). Die Definition der WHO wird zudem als überholt kritisiert, denn sie wurde erstmals 1946 formuliert – zu der Zeit lag die Lebenserwartung weltweit bei etwa 48 Jahren für Männer und 53 Jahren für Frauen. Heute geht es – besonders bei chronisch Kranken und Älteren – weniger um Freisein von Krankheit und Gebrechen als vielmehr darum, durch den Umgang mit Krankheiten die Lebensqualität aufrechtzuerhalten (Fallon/Karlawish 2019). In den letzten Jahrzehnten richtete sich die Aufmerksamkeit in der wissenschaftlichen Forschung stärker auf das biopsychosoziale Modell, das neben der körperlichen explizit auch die psychische und die soziale Dimension einbezieht. Zudem stellt es Schutzfaktoren und Widerstandsressourcen ins Zentrum, und bei der Diagnostik werden neben der Beurteilung der Behandelnden auch subjektive Indikatoren genutzt (Lippke/Renneberg 2006). Dieser Fokus wird der Komplexität des Themas Gesundheit zwar besser gerecht, ist aber schwierig zu operationalisieren. Eine weitere Herausforderung bilden mögliche Unterschiede in der objektiven und subjektiven Sichtweise auf Gesundheit. Je nachdem, wie Gesundheit operationalisiert und welcher Indikator betrachtet wird, können sich die Befunde zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in Deutschland unterscheiden. Das gilt auch für die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund.

Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist sehr heterogen

Im Jahr 2020 hatten in Deutschland 21,9 Millionen Menschen oder rund 26,7 Prozent der Bevölkerung einen Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt 2021c).[213]

2019: 3). Zudem riskieren Menschen durch die Flucht häufig ihr Leben. Das zeigen besonders deutlich die zahlreichen Todesfälle auf viel genutzten Fluchtrouten: Im Jahr 2021 starben laut Daten des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen (UNHCR) rund 2.000 von 125.000 Menschen bei dem Versuch, über das Mittelmeer nach Europa zu gelangen. Insgesamt sind auf der Mittelmeerroute seit 2014 Schätzungen zufolge über 22.500 Personen ums Leben gekommen (UNHCR 2022).

213 Zur Definition s. Fn. 126.

Diese Gruppe ist äußerst vielfältig: Menschen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich u. a. im Hinblick auf das Herkunftsland, die individuellen Migrationserfahrungen, die Generationenzugehörigkeit, die Altersstruktur, das Geschlecht, die Aufenthaltsdauer sowie die soziale und ökonomische Lage (s. SVR 2021: 18–25). Faktoren, die sich auf die Gesundheit auswirken, betreffen daher manche Gruppen stärker als andere. Dass Befunde für alle Migrantinnen und Migranten gleichermaßen gelten, ist somit nicht realistisch. Beispielsweise haben Menschen, die innerhalb der Europäischen Union (EU) migrieren, andere Voraussetzungen und stehen vor anderen Herausforderungen als etwa Flüchtlinge; daraus können sich wiederum beobachtbare Unterschiede in der Gesundheit ergeben. **Zudem unterscheiden sich gesundheitsrelevante Prägungen und Erfahrungen auch zwischen selbst Zugewanderten und jenen, die aufgrund einer familiären Zuwanderungsgeschichte als Menschen mit Migrationshintergrund gelten** (Spallek/Razum 2016: 157).

Entgegen dem seit der starken Fluchtzuwanderung häufig medial transportierten Bild, dass die Zuwandernden vor allem arbeitssuchende junge Männer seien, ist rund die Hälfte der internationalen Migration weiblich (UN DESA 2020; eigene Berechnung). Dies spielt in zweierlei Hinsicht eine Rolle. Zum einen hat die Forschung in Bezug auf Gesundheit und Lebenserwartung deutliche Geschlechterunterschiede festgestellt, und zwar unabhängig vom Migrationsstatus: Frauen leben insgesamt länger, sind jedoch häufiger krank (*male-female health-survival paradox*, Oksuzyan et al. 2008). Letzteres äußert sich z. B. darin, dass Frauen ihre allgemeine Gesundheit in der Regel schlechter bewerten als Männer und häufiger an Depressionen leiden (vgl. Oksuzyan/Gumà/Doblhammer 2018). Zum anderen können Migrantinnen im Herkunftsland, während der Migration und im Aufnahmeland bestimmten geschlechtsspezifischen Formen von Gewalt ausgesetzt sein (z. B. Ausbeutung, sexueller Gewalt oder Genitalverstümmelung), die sich wiederum auf ihre Gesundheit auswirken. Auch die Situation im Aufnahmeland kann bei Frauen mit Migrationshintergrund die Gesundheit beeinflussen, etwa dann, wenn sich durch die Migration die Einkommenssituation, der soziale Status oder die Rolle in Gesellschaft und Familie ändert. Ein solcher Einfluss kann sowohl positiv als auch negativ sein. Allerdings sind zugewanderte Frauen im Zielland insgesamt stärker als Männer von Ausbeutung, Isolation, Diskriminierung und Stigmatisierung bedroht (Spallek/Razum 2016). Bisher fehlen jedoch Studien, die die Gesundheit und Sterblichkeit von Zugewanderten gezielt unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten untersuchen (Babitsch 2021).

Die Vielfalt der Bevölkerung mit Migrationshintergrund betrifft auch kulturelle Hintergründe und Sozialisationserfahrungen, die sich ebenfalls auf die Gesundheit auswirken können. Beispielsweise können Menschen (mit und ohne Migrationshintergrund) verschiedene Konzepte von Gesundheit und Krankheit verinnerlicht haben und ihre Gesundheit entsprechend unterschiedlich bewerten. Das wiederum kann beeinflussen, wie sie mit Erkrankungen umgehen und diese gegenüber Angehörigen oder dem Gesundheitspersonal kommunizieren.[214] Zudem können kulturell bedingte Unterschiede jeweils bestimmte gesundheitliche Chancen und Risiken mit sich bringen, etwa indem sie das individuelle Gesundheitsverhalten beeinflussen. Bei der Rückführung von Unterschieden auf kulturelle Faktoren ist aber zu bedenken, dass kulturelle Prägung keine feststehende und unveränderbare Eigenschaft ist. Insofern wäre es problematisch, beobachtbare Unterschiede zwischen zwei Gruppen allein auf eine vermeintliche kulturelle Prägung zurückzuführen (SVR 2021: 29). Das gilt aber nicht nur für kulturelle Aspekte, sondern z. B. auch für Bildung oder den sozialen Status.

Der Gesundheitszustand der Zuwandererbevölkerung ist statistisch nicht hinreichend erfasst

Die verfügbaren Datenquellen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung sind oftmals nicht geeignet, um die Bevölkerung mit Migrationshintergrund zu analysieren, weil der Migrationsstatus häufig nicht einheitlich oder nicht detailliert genug erhoben wird. So erlauben die Routinedaten[215] der amtlichen Statistik größtenteils keine Differenzierung nach Migrationshintergrund. Wenn überhaupt migrationsspezifische Merkmale erhoben werden, dann kann häufig nur nach Staatsangehörigkeit differenziert werden. Hier wird zudem oft nur zwischen deutsch und nichtdeutsch unterschieden; das erlaubt nur Aussagen über Ausländerinnen und Ausländer insgesamt im Vergleich zu Deutschen (Dyck et al. 2019). Andere prozessgenerierte Daten wie beispielsweise Krankenkassen- oder Krankenhausdiagnosedaten[216] nehmen in der Regel

214 S. ausführlich Fn. 372.

215 Unter Routinedaten oder auch prozessgenerierten Daten werden primär solche verstanden, die im Prozess von Versorgung, Abrechnung oder Verwaltung erhoben werden. Dazu zählen beispielsweise Daten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Renten- und Unfallversicherung oder Daten der amtlichen Statistik zu Krankenhausdiagnosen oder fallpauschalenbezogener Krankenhausstatistik. Damit sind sie nicht primär als wissenschaftliche Daten bzw. für wissenschaftliche Zwecke entstanden, können jedoch als solche genutzt werden.

216 In der Krankenhausdiagnosestatistik wird die Staatsangehörigkeit nur erfasst, wenn die Person einen festen Wohnsitz im Ausland hat.

nicht einmal eine so grobe Unterscheidung wie deutsch vs. nichtdeutsch vor (vgl. RKI 2008b: 26–28).[217] Die damit verbundenen Probleme zeigten sich zuletzt bei der Diskussion darüber, wie sich die Corona-Pandemie bei Menschen mit Migrationshintergrund auswirkt, denn über ihre Entwicklung in dieser Bevölkerungsgruppe können kaum statistisch gesicherte Aussagen gemacht werden (Info-Box 14).[218]

Eine Einteilung nach Staatsangehörigkeit allein erfasst nur einen Teil der Menschen mit Migrationshintergrund: Eingebürgerte oder Nachkommen von Eingewanderten mit deutscher Staatsangehörigkeit werden dann nicht berücksichtigt. Das kann die Aussagen über Gesundheit und Sterblichkeit dieser Gruppe verzerren. Für weitergehende statistische Analysen wäre zudem eine Aufschlüsselung nach Herkunftsland wünschenswert. Eine solche ist jedoch mit der dichotomen Kategorie deutsch/nichtdeutsch nicht möglich.[219] Wenn Studien den Migrationshintergrund erheben, ist dieser zum Teil unterschiedlich definiert oder operationalisiert. Dadurch sind die Studien häufig kaum miteinander vergleichbar. Darüber hinaus liegen häufig keine weiteren Informationen etwa zu sozioökonomischen Merkmalen vor; dabei wären diese zentral für eine tiefergehende Analyse von gesundheitlicher Ungleichheit und Sterblichkeitsunterschieden (s. dazu Kap. B.1.3).

Datenprobleme und mögliche Verzerrungen

Bei der Datenlage zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund gibt es verschiedene Faktoren, die die Ergebnisse verzerren können. So beruhen viele Studien auf Daten, die schon zehn bis über zwanzig Jahre zurückliegen. In dieser Zeit haben sich die Muster der Migration nach Deutschland und die demografische Zusammensetzung der Zuwandererbevölkerung jedoch verändert. Besonders die Gruppe der ‚Gastarbeiter' und ‚Gastarbeiterinnen' ist inzwischen in einem Alter, in dem sich die Gesundheit verschlechtert und der Pflegebedarf steigt, zumal in dieser Gruppe überproportional viele Personen dauerhaft belastende Tätigkeiten ausgeübt haben (Kohls 2015). Auch andere Datenquellen bergen gewisse Probleme. So können in Daten zu diagnostizierten Krankheiten nur diejenigen Personen eingehen, die ärztlichen Rat in Anspruch nehmen; hier gibt es Hinweise auf Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund (s. Kap. B.3.1). Bei epidemiologischen bzw. sozialwissenschaftlichen Surveys wiederum können die Ergebnisse verzerrt sein, wenn die Befragungen ausschließlich auf Deutsch durchgeführt werden. Zugewanderte, die erst kurze Zeit in Deutschland sind und/oder kaum Deutsch sprechen, werden in solchen Umfragen häufig nicht erfasst.[220] Dadurch sind Menschen mit Migrationshintergrund in gesundheitswissenschaftlichen Surveys oft unterrepräsentiert (Koschollek et al. 2019: 8).

Ebenfalls problematisch sind die Daten der Sterbefallstatistik in Deutschland. Sterblichkeit und Lebenserwartung sind zentrale Indikatoren für die Gesundheit und für gesundheitliche Unterschiede zwischen Gruppen; sie werden in der Epidemiologie, der Demografie und den Gesundheitswissenschaften regelmäßig herangezogen. Legt man die amtliche Sterbefallstatistik zugrunde, ist die Lebenserwartung von Ausländerinnen und Ausländern um einige Jahre höher als die von Deutschen (s. Kap. B.1.2.1). Allerdings können bei der Berechnung der Sterbeziffern sowohl im Zähler (Sterbezahlen) als auch im Nenner (Bevölkerungszahl) Fehler auftreten *(numerator-denominator bias)*, die die Ergebnisse verzerren: Zum einen erfasst die Sterbefallstatistik keine Personen, die im Ausland versterben. Durch transnationale Lebensmuster von Zugewanderten, vor allem älteren ausländischen Staatsangehörigen, könnte also die Zahl der gemeldeten Todesfälle zu niedrig sein. Wenn nun bereits Verstorbene in der Statistik ‚weiterleben', werden dadurch die statistischen Unterschiede in der Sterblichkeit künstlich vergrößert. Wie sich selektive Rückwanderung auf die entsprechenden Zahlen für Deutschland (und international) genau auswirkt, ist bisher nicht eindeutig geklärt.[221] Zum anderen

217 Eine Ausnahme sind Personen mit Aufenthaltsgestattung: Diese können in den Daten der GKV identifiziert werden, sofern das betreffende Bundesland bzw. die Kommune die elektronische Gesundheitskarte (s. Kap. B.2.1.1) eingeführt hat (Dyck et al. 2019: 938).

218 Im Rahmen der bundesweiten Antikörper-Studie „Leben in Deutschland – Corona-Monitoring 2021" (RKI-SOEP-2) wird der Frage nachgegangen, wie viele Menschen eine Infektion mit dem Coronavirus durchgemacht haben bzw. wie viele durch eine Impfung geschützt sind. Erstmals wurden dafür auch Flüchtlinge befragt (BAMF 2021). Erste Ergebnisse werden voraussichtlich im ersten Halbjahr 2022 veröffentlicht.

219 Eine hohe Ausdifferenzierung kann allerdings umgekehrt dazu führen, dass die Fallzahlen für die einzelnen Herkunftsgruppen sehr klein ausfallen. Dies wiederum schränkt die statistische Belastbarkeit der Aussagen ein.

220 Dies wird in der entsprechenden Literatur unter dem Stichwort Selektionsbias (Stichprobenverzerrung) diskutiert. In wissenschaftlichen Umfragen können Verzerrungen entstehen, wenn die Bereitschaft zur Teilnahme nicht zufällig ist. Im Kontext von Migration und Gesundheit kann dies z. B. bedeuten, dass an Umfragen eher besser integrierte Personen und solche mit einem durchschnittlich höheren sozioökonomischen Status oder einer höheren Bildung teilnehmen. Diejenigen, die einen erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem haben oder in höherem Maße gesundheitlichen Risikofaktoren ausgesetzt sind, nehmen dagegen seltener an Umfragen teil oder werden von vornherein von der zu untersuchenden Grundgesamtheit ausgeschlossen.

221 Zum Effekt von Rückwanderung gibt es ebenfalls Hypothesen, die auf Selektionsmechanismen basieren und als Erklärungsansatz für eine bessere Gesundheit von Migrantinnen und Migranten angeführt werden *(salmon bias effect)*. Danach sind es eher kranke Personen, die ins Herkunftsland zurückkehren; diejenigen, die bleiben, sind also eine gesündere Teilgruppe. Die empirischen

Info-Box 14 Stand und Entwicklung der Corona-Pandemie bei Menschen mit Migrationshintergrund: keine hinreichenden statistischen Daten

Das Problem der (nicht) verfügbaren Daten zeigte sich zuletzt im Rahmen der Diskussionen über die Corona-Pandemie. Laut Studien aus den USA und dem Vereinigten Königreich haben ethnische Minderheiten dort ein höheres Risiko, sich mit dem Virus zu infizieren, einen schweren Krankheitsverlauf zu erleiden und an Covid-19 zu sterben (Aldridge et al. 2020; Hayward et al. 2021). In Deutschland erheben Gesundheitsämter, Krankenhäuser und Krankenkassen jedoch keine migrationsspezifischen Indikatoren (wie Geburtsland, Nationalität, Aufenthaltsstatus und Aufenthaltsdauer). Daher erlaubt die offizielle Statistik keine Analysen zu diesem Thema.[222] Nach den internationalen Erkenntnissen kann einerseits vermutet werden, dass sich das Infektions- und Mortalitätsrisiko von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund auch in Deutschland unterscheidet. Andererseits ist die demografische und sozioökonomische Struktur der Menschen mit Einwanderungsgeschichte in Deutschland anders als in anderen Einwanderungsländern. Die Ergebnisse lassen sich somit nicht einfach übertragen.

Einiges spricht dafür, dass Menschen mit Migrationshintergrund auch in Deutschland ein höheres Infektions- und Sterberisiko haben. Allerdings spielen dabei – wie in anderen Ländern – vor allem sozioökonomische Faktoren eine Rolle (Hoebel et al. 2021; Lewicki 2021; Plümecke/Supik/Will 2021; Wahrendorf et al. 2020). Um das Risiko einer Infektion mit dem Coronavirus zu reduzieren, ist es vor allem wichtig, sich möglichst gut vor einer Ansteckung zu schützen. Das ist Menschen mit Migrationshintergrund aber häufig nicht möglich. Zum einen arbeiten sie häufiger in Bereichen mit prekären Arbeitsbedingungen (Höhne/Schulze Buschoff 2015; Khalil/Lietz/Mayer 2020). In diesen Berufszweigen ist Homeoffice meist keine Option, und um ihre Arbeitsstelle zu erreichen, sind viele auf die öffentlichen Verkehrsmittel angewiesen. Darüber hinaus besteht auch bei der beruflichen Tätigkeit als solcher häufig ein erhöhtes Infektionsrisiko, etwa durch persönlichen Kontakt. Zum anderen wohnen Menschen mit Migrationshintergrund oft beengt, was es ebenfalls erschwert, die Abstandsregeln einzuhalten (Gottlieb/Hintermeier/Bozorgmehr 2020).[223] Aber auch sprachliche Barrieren spielen in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle (s. auch Kap. B.3.3). In vielen europäischen Ländern gab es vor allem zu Beginn der Pandemie kaum relevante (Gesundheits-)Informationen zum Coronavirus in verschiedenen Sprachen (Maldonado et al. 2020). Dadurch konnten sich zum einen Fehlinformationen über die Gefahren, die Ausbreitung oder Schutzmaßnahmen leichter verbreiten (Zarocostas 2020), zum anderen konnten aktuelle Hygiene- und Schutzbestimmungen zu spät oder gar nicht vermittelt werden (Bendel/Bekyol/Leisenheimer 2021). Darauf deuten auch Untersuchungen hin, die die regionale Verteilung von Infektionen mit dem Coronavirus analysieren: Sie zeigen, dass in Regionen oder auch Stadtteilen mit hoher sozialer Deprivation die Inzidenzen höher waren (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung 2020; Wachtler et al. 2020). Alles in allem erschwert das Fehlen gesicherter Informationen gezielte Public-Health-Maßnahmen.

Die Informationslage zur Impfbereitschaft von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in Deutschland

Ergebnisse dazu sind allerdings nicht eindeutig (vgl. Namer/Razum 2018: 6–8). Einige internationale Studien konnten einen solchen Effekt nachweisen (Andersson/Drefahl 2017; Turra/Elo 2008), andere jedoch nicht (Abraído-Lanza et al. 1999; Sander 2007). Gegen einen solchen Effekt spricht insbesondere die Annahme, dass eine schlechte gesundheitliche Verfassung Migration eher verhindert. Analog zum *healthy migrant effect* bei der initialen Wanderung käme auch eine Rückkehr eher für gesündere Personen infrage. Soziale Netzwerke im Herkunftsland werden ebenfalls häufig als Grund für eine Rückwanderung bei Krankheit angeführt. Faktoren wie der Familiennachzug oder die Bildung neuer Netzwerke im Zielland sprechen jedoch wiederum gegen eine gesundheitlich motivierte Rückwanderung (Razum et al. 1998). Die Entscheidung für eine Rückkehr ist also wahrscheinlich davon beeinflusst, wie stark die kulturellen und familiären Bindungen und Netzwerke im Herkunftsland sind.

222 Die Datenlage ist nicht nur für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund lückenhaft. In Deutschland stehen Daten, die im Rahmen der Gesundheitsversorgung erzeugt werden, nur eingeschränkt für die Forschung zur Verfügung. Damit ist auch die wissenschaftliche Forschung sowie die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems in Bezug auf die Gesamtbevölkerung erschwert (s. SVR Gesundheit 2021: 199–264).

223 Zur besonderen Situation von Asylsuchenden in Sammelunterkünften s. Info-Box 19.

ist ähnlich dünn wie die zur Betroffenheit von Infektionen mit dem Coronavirus. Zudem basiert sie meist auf Anekdoten und Zeitungsberichten (s. beispielsweise Tagesspiegel 2021). Erste Zahlen im Rahmen des COVID-19-Impfquoten-Monitorings in Deutschland (COVIMO) des RKI zeigen, dass die geschätzte Impfquote (mindestens einmal geimpft) bei Menschen mit Migrationshintergrund unter der von Menschen ohne Migrationshintergrund liegt (RKI 2021c: 11).[224] Eine COVIMO-Fokuserhebung, bei der die Interviews neben Deutsch auch auf Russisch, Polnisch, Arabisch, Türkisch und Englisch durchgeführt wurden, kam ebenfalls zu dem Ergebnis, dass Menschen mit Migrationshintergrund etwas seltener geimpft sind als die Bevölkerung ohne Migrationsgeschichte. Die Impfbereitschaft unter den aktuell noch ungeimpften Befragten mit Migrationshintergrund war hingegen höher als bei denjenigen ohne Migrationshintergrund (RKI 2022).[225] Bisherige Studien zum Impfverhalten allgemein zeigen, dass die Impfquote oder die Impfbereitschaft bei Menschen mit Migrationshintergrund ähnlich ist wie bei Menschen ohne Migrationshintergrund: Bei einigen Krankheiten, gegen die es einen Impfstoff gibt, sind ihre Impfquoten höher als die von Menschen ohne Migrationshintergrund, bei anderen wiederum sind sie niedriger (Poethko-Müller et al. 2019).[226] Aber auch hier erschwert die Datenlage eindeutige Aussagen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass mögliche Zugangshürden (z. B. Sprachbarrieren) weiter abgebaut und Falschinformationen ausgeräumt werden (RKI 2022; Tagesspiegel 2021).

ist die Bevölkerungszahl für die jeweiligen Altersstufen fehleranfällig. Sie wird z. B. anhand der Bevölkerungsfortschreibung mittels Meldedaten berechnet.[227] Wenn nun ausländische Einwohnerinnen und Einwohner ihren Wohnort ins Ausland verlegen, sich aber nicht abmelden, wird die ausländische Bevölkerung überschätzt.[228] Dies wiederum führt ebenfalls zu einer Unterschätzung der Sterblichkeit.

Nach Ansicht von Razum und Spallek (2012) ist die geringere Sterblichkeit von Migrantinnen und Migranten im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund jedoch mehr als ein statistisches Artefakt und lässt sich nur teilweise mit fehlenden Daten und schlechter Datenqualität erklären. Zudem zeigt sie sich auch in anderen westlichen Einwanderungsländern (Abraído-Lanza et al. 1999; Aldridge et al. 2018; Wallace/Kulu 2015).

Die Frage der Vergleichsgruppe

Eine weitere Schwierigkeit betrifft weniger die Erfassung von Daten als vielmehr ihre Interpretation. Der „Gesundheitsstatus einer Gruppe ist (von Extremfällen abgesehen) nicht aus gemessenen Absolutwerten ablesbar; vielmehr werden erhobene Messwerte in aller Regel erst durch Vergleiche mit den entsprechenden Werten in anderen Bevölkerungsgruppen interpretierbar" (RKI 2008b: 23). **! Je nachdem, welche Gruppe man für einen Vergleich heranzieht, können sich die Ergebnisse erheblich unterscheiden. Ein Vergleich von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland etwa macht Unterschiede und Benachteiligungen deutlich; dabei können aber migrationsspezifische Effekte auf die Gesundheit übersehen werden, weil der Vergleich zur Herkunftsbevölkerung fehlt.**[229] Für manche Gruppen ergibt

224 Die Interviews im Rahmen der COVIMO-Erhebung wurden lediglich auf Deutsch durchgeführt.

225 Erklären lassen sich die Unterschiede in den Impfquoten unter anderem durch sozioökonomische Merkmale sowie Diskriminierungserfahrungen im Gesundheits- und Pflegebereich. Die Sprachkenntnisse sind hierbei jedoch der wichtigste Faktor: Je besser die Deutschkenntnisse, desto höher liegt auch die Impfquote (RKI 2022).

226 In einer Untersuchung anhand der KiGGS-Datensätze von 2003 bis 2006 zeigte sich, dass Kinder, deren Eltern eingewandert sind, zwar häufiger nicht gegen Masern geimpft waren als Kinder ohne Migrationsgeschichte. Ihre Eltern gaben dafür aber seltener als nicht eingewanderte Eltern inhaltliche Gründe an, etwa Angst vor Nebenwirkungen. Häufiger nannten sie dagegen fehlendes Wissen oder dass die Impfung vergessen wurde (Diehl/Hunkler 2022).

227 Eine alternative Datenquelle für die ausländische Bevölkerung ist das Ausländerzentralregister (AZR). Die Bevölkerungsgröße nach dem AZR weicht teilweise von der nach der Bevölkerungsvorausberechnung ab. Aber auch beim AZR sind immer wieder Datenbereinigungen notwendig. Zudem gibt es unterschiedliche Melde- und Berichtswege und verschiedene Definitionen im Hinblick auf den Aufenthalt der Ausländerinnen und Ausländer, was einen Vergleich mit der deutschen Bevölkerung erschwert (zur Nieden/Sommer 2017: 42).

228 Dass die amtliche Statistik die ausländische Bevölkerung überschätzt, zeigte sich 2011: Auf der Grundlage des in jenem Jahr durchgeführten Zensus wurde die Zahl der in Deutschland lebenden Ausländerinnen und Ausländer deutlich nach unten korrigiert. Dadurch sank beispielsweise für ausländische Männer die statistische Lebenserwartung bei der Geburt um knapp vier Jahre (zur Nieden/Sommer 2017: 55).

229 Die Gesundheit ist auch von Umständen und Einflüssen im Herkunftsland geprägt, nicht nur von den aktuellen Lebensbedingungen im Aufnahmeland (Anson 2004). Der Vergleich von migrierten und nicht migrierten Personen im Zielland könnte sogar zu

sich beispielsweise eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation, wenn man die Vergleichsgruppe wechselt. Vor allem bei Frauen, die aus Ländern mit einer hohen Mütter- und Säuglingssterblichkeit nach Deutschland einwandern, gleicht sich die Sterblichkeit den hiesigen Mustern an und nimmt daher gemessen an den Mustern im Herkunftsland deutlich ab (RKI 2008b) (s. dazu auch Kap. B.3.1). Das liegt vermutlich an der besseren medizinischen Versorgung in Deutschland. Selbst wenn ihre Sterblichkeit gemessen an der der Bevölkerung mit deutscher Staatsbürgerschaft leicht erhöht ist, kann sie sich also gegenüber den Verhältnissen im Herkunftsland deutlich verbessert haben. Das gilt auch für andere Todesursachen sowie Faktoren, die mit Sterblichkeit assoziiert sind. Umso wichtiger ist es, auch den Ausgangskontext von Migration zu berücksichtigen.

Aufgrund der hohen Bedeutung sozioökonomischer Faktoren stellt sich weiterhin die grundlegende methodische Frage, ob zum Vergleich die Maßzahlen und Vergleichswerte für den Bevölkerungsdurchschnitt herangezogen werden sollten oder vielmehr die einer sozialen Gruppe, die hinsichtlich Einkommen, Bildung und anderer sozioökonomischer Faktoren vergleichbar ist (RKI 2008b: 24). Dies gilt für beide Perspektiven: in Bezug auf das Zielland ebenso wie das Herkunftsland.

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes und weitere Datenquellen zur Gesundheit der Zuwanderungsbevölkerung

Mittlerweile gibt es eine Reihe von Studien und Projekten, die sich mit dem Themenkomplex Migration und Gesundheit auseinandersetzen. Ein Beispiel dafür ist der Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zu diesem Thema, der im Jahr 2008 publiziert wurde und in der Debatte und Forschung zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund nach wie vor eine zentrale Rolle spielt. Auch aktuellere Gesundheitsberichterstattungen befassen sich immer wieder mit der gesundheitlichen Lage von Migrantinnen und Migranten, zuletzt der 2020 erschienene Bericht zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland (s. RKI 2020: 243–262). Des Weiteren laufen am Robert Koch-Institut (RKI) die Studien „Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA), „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS) und „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland" (KiGGS). Sie sind Kernbestandteile des Gesundheitsmonitorings, bei denen auch der Migrationshintergrund erhoben wird. Darüber hinaus wurde am RKI das Projekt *Improving Health Monitoring in Migrant Populations* (IMIRA) durchgeführt, das darauf abzielt, Migrantinnen und Migranten besser in das Gesundheitsmonitoring am RKI einzubinden.[230] Ein ähnliches Ziel verfolgt das Projekt „PriCare" des Universitätsklinikums Heidelberg, das die Datenlage zur Gesundheit und primärmedizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Aufnahmeeinrichtungen in Deutschland verbessern soll.[231]

Neben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Info-Box 15), für die das RKI zuständig ist, gibt es noch einige Befragungen und Surveys mit repräsentativen Stichproben, die den Migrationshintergrund und diverse Gesundheitsindikatoren erheben. Im Mikrozensus werden beispielsweise alle vier Jahre Faktoren wie das Rauchverhalten und der Body-Mass-Index abgefragt. Darüber hinaus erhebt das Sozio-oekonomische Panel (SOEP)[232] sowohl den Migrationshintergrund als auch den subjektiven Gesundheitszustand und andere Gesundheitsindikatoren. Aufschluss über die Gesundheit einer spezifischen Gruppe von Zugewanderten geben beispielsweise die Daten der IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten, einer Befragung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) in Kooperation mit dem Forschungszentrum des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) und dem SOEP.

Weitere repräsentative Datenquellen sind beispielsweise die „Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften" (ALLBUS), der „Bundes-Gesundheitssurvey", die „Deutsche Mundgesundheitsstudie" und der *European Health Interview Survey*. Allerdings sind diese Quellen in der Regel nicht dafür konzipiert, gesundheitliche Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund zu erfassen. Sie berücksichtigen oft nur deutschsprachige Personen, und die geringe Fallzahl von Menschen mit Migrationshintergrund erlaubt keine differenzierten Analysen.[233]

falschen Schlussfolgerungen darüber führen, wie sich Migration und die Erfahrungen von Migrantinnen und Migranten im Zielland auswirken.

230 S. www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Migration/IMIRA/IMIRA_node.html (07.02.2022).

231 Das Projekt „PriCare" soll die medizinische Dokumentation in Aufnahmeeinrichtungen mittels einer neu entwickelten Software *(Refugee Care Manager)* vereinheitlichen, um ein Monitoring der Gesundheit und medizinischen Versorgung anhand konsistenter Indikatoren zu ermöglichen.

232 Das SOEP beim Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung ist eine repräsentative Wiederholungsbefragung, die seit 1984 jährlich stattfindet. Bundesweit werden rund 30.000 Personen in knapp 11.000 Haushalten (jedes Jahr dieselben Personen und Haushalte) zu ihrer Situation in verschiedenen Lebensbereichen befragt.

233 Eine Aufstellung der verfügbaren Datenquellen findet sich auf der Internetseite der „Vergleichsdatenbank für quantitative Forschung zu Gesundheit und gesundheitlicher Versorgung Geflüchteter" sowie im Schwerpunktbericht zu Migration und Gesundheit des RKI aus dem Jahr 2008.

Info-Box 15 Gesundheitsberichterstattung in Deutschland

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) in Deutschland soll der Politik, der Wissenschaft, Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitssystems und der interessierten Öffentlichkeit Informationen über gesundheitsbezogene Fakten und Entwicklungen zur Verfügung stellen. Diese werden aus verschiedenen Datenquellen gewonnen, aufbereitet und interpretiert. Das Spektrum der dargestellten Aspekte reicht von Rahmenbedingungen und der gesundheitlichen Lage über Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen, einzelne Krankheiten, Leistungen und ihre Inanspruchnahme bis zu Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Zu den genutzten Datenquellen gehören die vom RKI durchgeführten Gesundheitsmonitorings (KiGGS, DEGS, GEDA), Daten der amtlichen Statistik und epidemiologischer Register sowie Daten aus dem Gesundheitswesen, beispielsweise Abrechnungsdaten der Kranken- und Sozialversicherungssysteme.

Zuständig für die Gesundheitsberichterstattung sind in Deutschland je nach administrativer Ebene (Bund, Land oder Kommune) verschiedene Einrichtungen. Auf Bundesebene sind es das RKI und das Statistische Bundesamt (Gerlinger 2021). Über diese erfolgt die Beschaffung, Aufbereitung und Bereitstellung der Daten. Das RKI übernimmt zudem die inhaltliche und konzeptionelle Gestaltung, die Weiterentwicklung des Berichtswesens sowie die Erstellung und Veröffentlichung der Gesundheitsberichte. Darüber hinaus stellt das Statistische Bundesamt das „Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung" (IS-GBE) als Online-Datenbank zur Verfügung (Lampert/Horch et al. 2010). Auf der Landesebene unterscheidet sich die Zuständigkeit für die GBE je nach Bundesland. In einigen Bundesländern liegt sie direkt beim Gesundheitsministerium, in anderen bei nachgeordneten Landesinstituten oder beim Statistischen Landesamt. Um die GBE der Länder zu vereinheitlichen und so vergleichbar zu machen, hat die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2003 einen Katalog mit rund 300 Indikatoren eingeführt. Für die kommunale GBE sind die unteren Gesundheitsbehörden, d. h. die Gesundheitsämter, zuständig. Ob und ggf. wie die Landesgesetze die kommunale GBE als Pflichtaufgabe vorschreiben, ist unterschiedlich (vgl. Elkeles 2019: 147–148).

Zwischenfazit

Wie die Ausführungen in diesem Kapitel gezeigt haben, gibt es hinsichtlich der Datenlage zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland eine Reihe von Herausforderungen und Schwierigkeiten. Dazu gehören in erster Linie die Komplexität hinsichtlich der Definition und Operationalisierbarkeit von Gesundheit, die Heterogenität der Untersuchungspopulation (Menschen mit Migrationshintergrund), eine lückenhafte und teilweise problematische Datenlage sowie abweichende Erkenntnisse je nach Wahl der Vergleichsgruppe. Dies führt mitunter dazu, dass die wissenschaftliche Literatur zu uneindeutigen Ergebnissen kommt. Zudem hat Deutschland erst relativ spät anerkannt, dass es ein Einwanderungsland ist. Das hat auch die epidemiologische und die Public-Health-Forschung sowie die Erfassung entsprechender Daten beeinflusst (Dyck et al. 2019: 935). **In Deutschland mangelt es an qualitativ hochwertigen und aussagekräftigen Daten, und in den bestehenden Datenquellen kann häufig nur nach einfachen migrationsspezifischen Merkmalen unterschieden werden, etwa der Staatsangehörigkeit. Zudem wird in wissenschaftlichen Umfragen der Migrationshintergrund häufig nicht einheitlich erfasst.** Es gab in den letzten Jahren wiederholt Bemühungen, diesen Problemen und Herausforderungen entgegenzutreten; dennoch besteht weiterhin Verbesserungsbedarf. **Ein wichtiger Ansatzpunkt wäre hier, bei den bestehenden Erhebungen künftig den Migrationshintergrund möglichst einheitlich zu erheben. Zudem sollten Migrantinnen und Migranten noch stärker eingebunden werden – nicht nur in die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, sondern auch bei anderen epidemiologischen und gesundheitswissenschaftlichen Studien.** Als Vorbild für ein zukünftiges Vorgehen können hier die Ergebnisse des IMIRA-Projekts dienen, die bereits in den KiGGS-Studien und in der 2020 durchgeführten DEGS-Studie des RKI angewendet wurden: Um die niedrigere Teilnahmebereitschaft von Menschen mit Migrationshintergrund und den erschwerten Zugang zu dieser Bevölkerungsgruppe zu kompensieren, hat es sich bewährt, Menschen mit Migrationshintergrund gezielt und überproportional anzusprechen *(oversampling)*, sie anhand des Namens auszuwählen (onomastisches Verfahren) sowie die Anschreiben und Erhebungsmaterialien in die gängigsten Fremdsprachen zu übersetzen (Santos-Hövener et al. 2019). Dadurch können Menschen mit Migrationshintergrund in wissenschaftlichen Surveys gemäß ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung repräsentiert

werden. So lässt sich zum einen die gesundheitliche Lage dieser Bevölkerungsgruppe genauer ermitteln. Zum anderen ermöglicht es differenzierte statistische Analysen. Eine Aufnahme des Migrationshintergrunds in prozessgenerierte Daten (beispielsweise im Krankenhauskontext) würde z. B. ermöglichen, derzeitige und zukünftige Bedarfe zu erkennen. Dem stehen jedoch Machbarkeitsprobleme und auch ethische Bedenken entgegen.

Trotz der eingeschränkten Datenlage gibt es zum Thema Migration und Gesundheit einige empirische Erkenntnisse; diese werden in Kap. B.1.2 vorgestellt. Der Begriff „Migrationshintergrund" umfasst zwar eine äußerst heterogene Gruppe. Dennoch kann eine solche Zusammenfassung aus statistischen Gründen auch von Vorteil sein, denn der Mangel an Datenquellen mit einer ausreichenden Fallzahl ermöglicht keine differenzierten und statistisch belastbaren Analysen, die der Heterogenität dieser Gruppe gerecht würden. Anhand der analytischen Kategorie „Migrationshintergrund" lassen sich Tendenzen in den gesundheitlichen Unterschieden zwischen den beiden Bevölkerungsgruppen beobachten, und die wiederum sind wichtig für politische Entscheidungen. Um Risiko- und Schutzfaktoren im Zielland auszumachen, ist es sinnvoll, Migrantinnen und Migranten mit der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund zu vergleichen. Daher werden im weiteren Verlauf in der Regel Menschen mit Migrationshintergrund der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund gegenübergestellt.

B.1.2 Empirische Ergebnisse

Gesundheitliche Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund ergeben sich in verschiedenen Bereichen und für verschiedene Indikatoren. **Dabei zeigen selbst zugewanderte Menschen tendenziell eine vergleichsweise gute physische Gesundheit.** Unter anderem ist ihre Lebenserwartung höher als bei der Durchschnittsbevölkerung; dieses Phänomen ist als *healthy migrant effect* aus vielen Einwanderungsländern bekannt (Aldridge et al. 2018). **Bei jenen, die schon länger im Land leben, und teilweise auch bei den nachfolgenden Generationen ist der Gesundheitszustand hingegen oft tendenziell schlechter als der der Bevölkerung ohne Zuwanderungsgeschichte oder unterscheidet sich davon nicht.** Das hat vor allem zwei Gründe: Erstens werden vorherige positive Effekte möglicherweise von sozioökonomischen Nachteilen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit überlagert. Zweitens zeigt sich bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in verschiedenen gesundheitsrelevanten Bereichen eine ‚Anpassung' an die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, die sich wiederum positiv oder negativ auf die Gesundheit auswirken kann. Da die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund sehr heterogen ist, lassen sich die Befunde jedoch kaum verallgemeinern, denn die einzelnen Gruppen von Zugewanderten bringen jeweils spezifische Gesundheitsressourcen und -risiken mit. Im Folgenden werden einige Forschungsergebnisse zu ausgewählten Gesundheitsdimensionen und -indikatoren präsentiert. Dabei zeigt sich, dass Menschen mit Migrationshintergrund in manchen Bereichen eine bessere Gesundheit aufweisen als die Bevölkerung ohne Zuwanderungsgeschichte (s. Kap. B.1.2.1 und B.1.2.2), in anderen Bereichen ist sie dahingegen schlechter (s. Kap. B.1.2.3).

B.1.2.1 Höhere Lebenserwartung von Ausländerinnen und Ausländern

Ein zentraler Indikator zur Bemessung von Gesundheit ist die Lebenserwartung (Info-Box 16). Er wird in der demografischen und epidemiologischen Forschung und in der Public-Health-Forschung verwendet, um gesundheitliche Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen zu analysieren und zu illustrieren. Nach den Daten der amtlichen Statistik – die nur eine Unterscheidung nach Staatsangehörigkeit zulässt – haben Personen ohne deutschen Pass eine höhere Lebenserwartung als deutsche Staatsangehörige: Für Letztere betrug sie im Jahr 2020 bei der Geburt 80,9 Jahre; bei der ausländischen Bevölkerung waren es 83,7 Jahre (Tab. B.1).[234] In beiden Bevölkerungsgruppen haben Frauen eine höhere Lebenserwartung als Männer. Unterschiede zeigen sich auch zwischen den Altersgruppen: Im Säuglingsalter ist zunächst die Sterblichkeit bei der ausländischen gegenüber der deutschen Bevölkerung leicht erhöht;[235] das gilt auch für die Altersstufen bis 15 Jahre. Bei den folgenden Altersstufen kehrt sich das Verhältnis jedoch um: Insbesondere bei Ausländerinnen und Ausländern im erwerbsfähigen Alter ist die Sterblichkeit niedriger.[236]

234 Die Lebenserwartung wird tendenziell überschätzt; die Gründe dafür sind in Kap. B.1.1 ausgeführt. Die letzte Korrektur der Bevölkerungsbestände erfolgte im Zuge des Zensus 2011. Mit dem zeitlichen Abstand dazu werden vor allem die Bevölkerungsstände der ausländischen Bevölkerung ungenauer. Anhand der korrigierten Daten ermittelten zur Nieden und Sommer (2017) für 2010/2012 eine Lebenserwartung von 80,5 Jahren für ausländische Männer, 84,8 Jahren für ausländische Frauen, 77,6 Jahren für deutsche Männer und 82,7 Jahren für deutsche Frauen.

235 Eine höhere Säuglingssterblichkeit war vor allem in der Vergangenheit zu beobachten; in den letzten Jahren haben sich die Unterschiede fast aufgelöst. Allerdings variiert die Säuglingssterblichkeit vermutlich stark nach Herkunftsregion bzw. Herkunftsland (Kohls 2011: 122).

236 Gesundheitliche Risikofaktoren, die mit der Aufenthaltsdauer zusammenhängen, kommen hingegen häufig erst im höheren Alter zum Tragen (Aichberger et al. 2012; Carnein et al. 2015; Solé-Auró/Crimmins 2008).

Tab. B.1 Lebenserwartung und Sterberaten der deutschen und der ausländischen Bevölkerung in Deutschland 2020

	Deutsche			Ausländerinnen und Ausländer		
	gesamt	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen
Lebenserwartung bei Geburt	80,9	78,5	83,3	83,7	81,4	86,3
rohe Sterberate (pro 1.000)	13,0	13,2	12,8	3,6	4,2	2,9
altersstandardisierte Sterberate (pro 1.000)	10,2	12,4	8,4	8,0	9,5	6,5

Anmerkung: Bei der Berechnung der Lebenserwartung wurde eine abgekürzte[237] Periodensterbetafel verwendet und die Sterbefälle aus dem Jahr 2020 wurden auf die Durchschnittsbevölkerung der Jahre 2018, 2019 und 2020 bezogen (unter Anwendung der Sterbeziffermethode). Die Bevölkerungszahlen stammen aus der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts. Die Altersstandardisierung wurde anhand der *European Standard Population* 2013 durchgeführt. Die Sterberate bezeichnet die Sterbefälle pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2021b; 2021g; Berechnung: SVR

Der Befund, dass Zugewanderte – besonders jene der ersten Generation – eine höhere Lebenserwartung haben, kontrastiert mit einem anderen Faktor: Migrantinnen und Migranten sind im Durchschnitt sozioökonomisch schlechter positioniert als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Das legt hinsichtlich der Lebenserwartung eigentlich genau das Gegenteil nahe. Dieses Paradoxon – der sog. *healthy migrant effect* – wird meist auf Selektionsmechanismen zurückgeführt: Tendenziell entscheiden sich eher gesündere Personen zu einer Migration, was erklären könnte, dass diese Bevölkerungsgruppe zunächst gesünder ist als die deutsche Bevölkerung.[238] Mit zunehmender Aufenthaltsdauer erfolgt jedoch in der Regel eine ‚gesundheitliche Assimilation', bei der sich die anfänglichen Unterschiede nivellieren und häufig sogar umkehren (*migrant disadvantage hypothesis*, *exhausted migrant effect*) (Bollini/Siem 1995; Kirkcaldy et al. 2006; Milewski/Doblhammer 2015). Eine wichtige Rolle spielen dabei Faktoren wie ein im Durchschnitt niedrigerer sozialer Status oder Diskriminierung, die die Gesundheit negativ beeinflussen können (s. Kap. B.1.3).

Sterblichkeit nach Herkunftsgruppen

Wegen der in Kap. B.1.1 genannten Schwierigkeiten gibt es kaum Befunde zu einzelnen Herkunftsgruppen. Nur für türkische Migrantinnen und Migranten und (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler liegen aufgrund ihrer empirischen und historischen Bedeutung einige wenige Erkenntnisse vor. Bei beiden Gruppen ist die Gesamtsterblichkeit geringer als bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (Deckert et al. 2015; Kyobutungi et al. 2006; Razum et al. 1998; Razum/Zeeb/Rohrmann 2000; Kohls 2011: 163). Darüber hinaus sterben Menschen mit türkischer Staatsbürgerschaft seltener infolge von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (Porsch-Oezçueruemez et al. 1999; Razum/Zeeb/Gerhardus 1998) und bösartigen Neubildungen (Zeeb et al. 2002) oder durch vorsätzliche Selbstschädigung (Suizid) (Razum/Zeeb 2004). Bei (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern (mehrheitlich mit deutscher Staatsbürgerschaft) zeigen sich ähnliche Muster für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Ronellenfitsch et al. 2006). Kyobutungi et al. (2006) haben (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler in Nordrhein-Westfalen untersucht. Ihnen zufolge könnte sich die geringere Mortalität dieser Gruppe dadurch erklären, dass die Wanderung nach Deutschland ihren Lebensstandard deutlich verbessert und ihre Lebenslage stabilisiert hat und sich daraus Hoffnungen und Erwartungen ergeben, die die Schwierigkeiten und Nachteile durch die Migration kompensieren. Eine weitere Erklärung könnte laut Kohls (2011: 77) sein, dass „die Gruppe der (Spät-)Aussiedler in den Ländern der ehemaligen Sowjetunion eine im besonderen Maße selektierte Bevölkerungsgruppe darstellt, die ein anderes Gesundheits-, Risiko- und Sozialverhalten aufweist als die Mehrheit der ehemals sowjetischen Bevölkerung". Allerdings ist bei dieser Gruppe die

237 Für die Berechnung wurden die jeweiligen Altersstufen in 5-Jahres-Gruppen zusammengefasst. Die letzte verwendete Altersstufe ist 85+; hier wurde die Überlebenswahrscheinlichkeit auf null gesetzt.

238 In Deutschland wurde dieses Phänomen teilweise dadurch verstärkt, dass ‚Gastarbeiterinnen' und ‚Gastarbeiter' bei der Anwerbung ein Gesundheitsscreening durchlaufen mussten. Angeworben wurden vor allem Personen, für die das Screening eine berufliche Belastbarkeit bestätigt hatte (Miller 2012).

Info-Box 16 Abgrenzung und Erklärung der verwendeten Begriffe und Methoden zur Messung von Gesundheit

Mortalität/Sterblichkeit
Der Begriff Mortalität bezeichnet in der Demografie und Epidemiologie die Sterblichkeit einer Bevölkerung, also die Sterbefälle, die in dieser Bevölkerung auftreten. Sterberaten sind ein übliches Konzept zur Beschreibung von Sterblichkeitsverhältnissen. Dabei ist zu unterscheiden zwischen rohen und altersspezifischen Sterberaten: Bei rohen Sterberaten werden alle Sterbefälle innerhalb eines bestimmten Zeitraums auf die gesamte durchschnittliche Wohnbevölkerung im gleichen Zeitraum bezogen, bei altersspezifischen Sterberaten alle Sterbefälle in einer bestimmten Altersgruppe auf die durchschnittliche Wohnbevölkerung in dieser Altersgruppe. Die Sterberate wird in der Regel angegeben als Todesfälle pro 1.000 Personen.

Altersstandardisierung
Die Altersstandardisierung ist ein mathematisches Verfahren zur Herstellung vergleichbarer epidemiologischer Maßzahlen für Bevölkerungsgruppen, die sich in der Altersstruktur voneinander unterscheiden. Dabei werden die Mortalitätsraten berechnet, die sich für die betrachtete Bevölkerung ergeben würden, wenn diese der gewählten Standardbevölkerung entspräche; so werden die Mortalitätsraten um die Effekte der Altersstruktur bereinigt. Bei der Interpretation altersstandardisierter Mortalitätsraten ist zu beachten, dass dies keine realen, empirisch beobachtbaren Werte sind, sondern die Werte, die zu erwarten wären, wenn beide Gruppen dieselbe Altersstruktur hätten. Bei der Verwendung einer einheitlichen Altersstruktur (z. B. der *European Standard Population* von 2013) spricht man von direkter Altersstandardisierung (SDR).[239]

Lebenserwartung
Der Indikator Lebenserwartung wird anhand von Sterbetafeln[240] berechnet. Hierbei ist zu unterscheiden zwischen der Lebenserwartung bei Geburt und der ferneren Lebenserwartung. Während die Lebenserwartung bei Geburt angibt, wie viele Lebensjahre eine Person bei der Geburt durchschnittlich zu erwarten hat, beschreibt die fernere Lebenserwartung, wie viele Jahre beispielsweise eine 80-jährige Person im Durchschnitt noch vor sich hat.

Morbidität
Die Morbidität entspricht der Mortalität in Bezug auf Erkrankungen. Sie ist der Überbegriff für Prävalenz und Inzidenz von Erkrankungen, die das Krankheitsgeschehen in einer Bevölkerung beschreiben.

Prävalenz
Die Prävalenz bezeichnet anhand der Gesamtzahl der Fälle einer bestimmten Erkrankung den Anteil der erkrankten Personen einer definierten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt. Anhand dieses Werts kann ermessen werden, wie stark eine Bevölkerung von einer Erkrankung betroffen ist.

Inzidenz
Die Inzidenzrate entspricht der Zahl der Neuerkrankungen im Verhältnis zur Zahl der Personen, die dem Risiko einer Erkrankung ausgesetzt sind. Damit kann abgebildet werden, wie viele Krankheitsfälle in einem bestimmten Zeitraum hinzukommen bzw. wie wahrscheinlich es ist, in einer bestimmten Zeitspanne zu erkranken (kumulative Inzidenz).

239 Eine weitere Methode ist die indirekte Standardisierung. Hierbei wird die Mortalität einer real existierenden Vergleichsbevölkerung zur Standardisierung verwendet. Anhand dessen werden die Sterbefälle berechnet, die bei der Mortalitätsstruktur der Vergleichsbevölkerung zu erwarten wären. Das Verhältnis zwischen tatsächlich beobachteten und erwarteten Sterbefällen, also der rohen und der standardisierten Sterberate, macht Unterschiede in der Mortalität deutlich. Dieses Maß wird als standardisierte Mortalitätsrelation (SMR) bezeichnet.

240 Sterbetafeln sind ein weiteres Konzept zur (Alters-)Standardisierung. Hier werden zur Berechnung zwei unterschiedliche Konzepte angewendet: die Periodensterbetafel und die Kohortensterbetafel. Letztere bildet die tatsächlichen Überlebensverhältnisse einer real existierenden Bevölkerung (Generation/Kohorte) ab. Um alle Sterbefälle einer Kohorte zu erfassen, wäre allerdings ein sehr langer Beobachtungszeitraum nötig. Darum wird in der Regel auf die Periodensterbetafel zurückgegriffen. Bei diesem Modell werden die altersspezifischen Mortalitätsverhältnisse für ein Kalenderjahr oder eine mehrjährige Periode berechnet und dann hochgerechnet, wobei unterstellt wird, dass sie über das gesamte Leben hinweg gleichbleiben.

Sterblichkeit durch äußerliche Faktoren (z. B. Selbstmord, Selbstverletzungen, Unfälle) höher. Dies könnte durch sozioökonomische Benachteiligung, höhere Arbeitslosigkeit, schlechte Integration und psychische Belastungen zu erklären sein (Ronellenfitsch et al. 2006).

B.1.2.2 Menschen mit eigener Migrationserfahrung sind körperlich gesünder

Als Anhaltspunkt für physische Gesundheit können chronische und nicht übertragbare Erkrankungen dienen. Aufgrund fehlender Daten dazu ist es zwar schwierig, Menschen mit und ohne Migrationshintergrund in dieser Hinsicht zu vergleichen. **Einige Studien weisen aber darauf hin, dass nicht übertragbare und chronisch verlaufende Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund seltener auftreten als bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund** (RKI 2008b: 73; 2015: 178).[241] Besonders bei Männern der ersten (22,0 %) und zweiten Zuwanderungsgeneration (23,5 %) sind chronische Erkrankungen eigenen Angaben zufolge seltener als bei Männern der nicht migrierten Bevölkerung (30,8 %). Bei den Frauen gilt das nur für die erste Generation (23,5 %); in der zweiten Generation dagegen ist der Anteil derer mit einer chronischen Erkrankung mit 33,5 Prozent sogar etwas höher als in der Vergleichsgruppe (32,3 %) (Rommel et al. 2015: 548).[242] Des Weiteren zeigen einige regionale Studien, dass Menschen mit Migrationshintergrund seltener an Krebs erkranken (Arnold/Razum/Coebergh 2010).[243] Insbesondere bestimmte Formen wie Lungenkrebs treten bei dieser Bevölkerungsgruppe seltener auf (Arnold/Razum/Coebergh 2010; Ronellenfitsch et al. 2009; Spallek et al. 2012). Aber auch die mit dem Lebensstil assoziierte Herz-Kreislauf-Sterblichkeit ist beispielsweise in der Gruppe der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler geringer (Ronellenfitsch et al. 2006).

Dass chronische und nicht übertragbare Erkrankungen bei Migrantinnen und Migranten weniger verbreitet sind, könnte mit unterschiedlichen Stadien des „gesundheitlichen Übergangs"[244] zu erklären sein. Hier spielt u. a. eine Rolle, dass diese Erkrankungen in der Regel eine lange Latenzzeit haben und Migrantinnen und Migranten, die aus Regionen mit einem geringeren entsprechenden Risiko stammen, sich dem Krankheitsprofil des Aufnahmelands nur langsam anpassen (Brzoska/Razum 2020; Razum/Twardella 2002). Darüber hinaus gibt es im Aufnahmeland bessere Möglichkeiten, z. B. Infektionskrankheiten vorzubeugen und sie zu behandeln (therapeutische Komponente). Allerdings können die Personen wiederum auch anderen bzw. neuen Risikofaktoren ausgesetzt sein (Risikofaktorenkomponente).

Menschen mit Migrationshintergrund schätzen sich gesünder ein – Alter und Herkunftsgruppe spielen eine Rolle

Objektive Gesundheitsfaktoren (wie Sterberaten und Lebenserwartung) legen zum Teil nahe, dass Migrantinnen und Migranten in Deutschland gesünder sind als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Neben solchen objektiven Faktoren ist aber auch die Selbsteinschätzung zur Gesundheit ein wichtiger Indikator, um die Gesundheit zu beurteilen. Das Konzept der subjektiven Gesundheit kann Aufschluss darüber geben, wie die Einzelnen Gesundheit erleben, welche Bedeutung Gesundheit für sie hat und wie sie das eigene Befinden wahrnehmen (RKI 2008b: 86). Erhoben wird die subjektive Gesundheitseinschätzung häufig mit einer Frage der Art „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? Ist er sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht?". Diese Fragestellung wurde von der WHO vorgeschlagen und wird in vielen internationalen Studien zur Gesundheit verwendet. Eine solche Erhebung hat bestimmte Vor- und Nachteile (Info-Box 17). Aber auch andere Selbstangaben werden in wissenschaftlichen Befragungen häufig herangezogen, beispielsweise zu diagnostizierten chronischen Erkrankungen oder zur Krankheitshäufigkeit in einem bestimmten Zeitraum.

Aus der subjektiven Gesundheitseinschätzung von Menschen mit Migrationshintergrund ergibt sich ebenfalls ein tendenziell positives Bild ihrer Gesundheit. Dies zeigen u. a. Auswertungen von Daten des SOEP: Personen mit Migrationshintergrund bewerten ihren Gesundheitszustand häufiger mit „gut" oder „sehr gut" als Personen ohne Migrationshintergrund (55 % vs. 46 %). Bei der Differenzierung nach Herkunftsländern zeigt sich

241 Es gibt allerdings auch Hinweise und Vermutungen, dass beispielsweise die Prävalenz von Diabetes Typ 2 insbesondere bei der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund über dem Niveau der Durchschnittsbevölkerung liegt (RKI 2015: 178).

242 Die Anteile bezeichnen die Zustimmung zu der Frage „Haben Sie eine oder mehrere lang andauernde, chronische Erkrankungen?", die in der DEGS1-Umfrage (2008–2011) des RKI gestellt wurde (Rommel et al. 2015: 544).

243 Eine Ausnahme bilden Krebserkrankungen wie Magen- oder Leberkarzinome, die mit Infektionen im früheren Lebenslauf zusammenhängen (Razum/Spallek 2012: 175).

244 Der Begriff beschreibt den Übergang von einer Gesellschaft mit einer hohen Sterblichkeit, die vor allem auf Infektionskrankheiten und auf Säuglings- und Müttersterblichkeit zurückgeht, hin zu einer Gesellschaft mit einer niedrigen Sterblichkeit, wo die Todesfälle eher auf chronische und nicht übertragbare Erkrankungen zurückgehen (Omran 2005).

Info-Box 17 Subjektive Einschätzung als Indikator für die Gesundheit: Vor- und Nachteile

Subjektive Gesundheitsindikatoren haben u. a. den Vorteil, dass sie abbilden, wie Personen ihre Gesundheit selbst einschätzen und erleben. Eine Reihe von Studien konnte nachweisen, dass die subjektive Selbsteinschätzung zur Gesundheit den allgemeinen Gesundheitszustand gut widerspiegelt (Wu et al. 2013; Miilunpalo et al. 1997) und ein guter Prädiktor für die Sterblichkeit ist (Müters/Lampert/Maschewsky-Schneider 2005). Dass dieser Aspekt mittels einer einzigen Frage erhoben wird, spart Ressourcen, zudem wird die Befragung seltener abgebrochen. Eine detaillierte Abfrage bisheriger Erkrankungen könnte des Weiteren dazu führen, dass mehr Krankheiten angegeben werden, als tatsächlich vorliegen (Mueller/Heinzel-Gutenbrunner 2001: 15).

Dem stehen offensichtliche Nachteile gegenüber: Mit einem allgemeinen Indikator lässt sich die Gesundheit nicht differenziert betrachten. Zudem kann die subjektive Gesundheitseinschätzung von verschiedenen sozialen, demografischen und kulturellen Faktoren abhängen, die zu einer Über- oder Unterschätzung führen. Deshalb werden in Umfragen häufig mehrere Aspekte des Gesundheitszustands abgefragt, beispielsweise chronische Erkrankungen, die Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen und Einschränkungen des täglichen Lebens. Häufig werden auch mehrere Fragen zu einem Indikator zusammengefasst, beispielsweise bei der Erhebung einer depressiven Symptomatik anhand einer Depressionsskala. Wissenschaftliche Untersuchungen zum Thema Gesundheit kombinieren manchmal Selbstangaben mit objektiven Faktoren, die durch medizinisches Personal erhoben werden.

ebenfalls ein durchgehender Trend einer besseren Gesundheit. Die einzige Ausnahme bilden (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler: In dieser Gruppe bewerten nur 42 Prozent ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut (Abb. B.1). **Ein wichtiger Faktor im Zusammenhang mit einer besseren physischen Gesundheit ist die Altersstruktur. Eine junge Altersstruktur ist typischerweise verbunden mit guter physischer Gesundheit** (RKI 2009b: 31). (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler haben gemessen an der Gesamtgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund ein durchschnittlich höheres Alter; dies könnte ihre schlechtere physische Gesundheit erklären.[245]

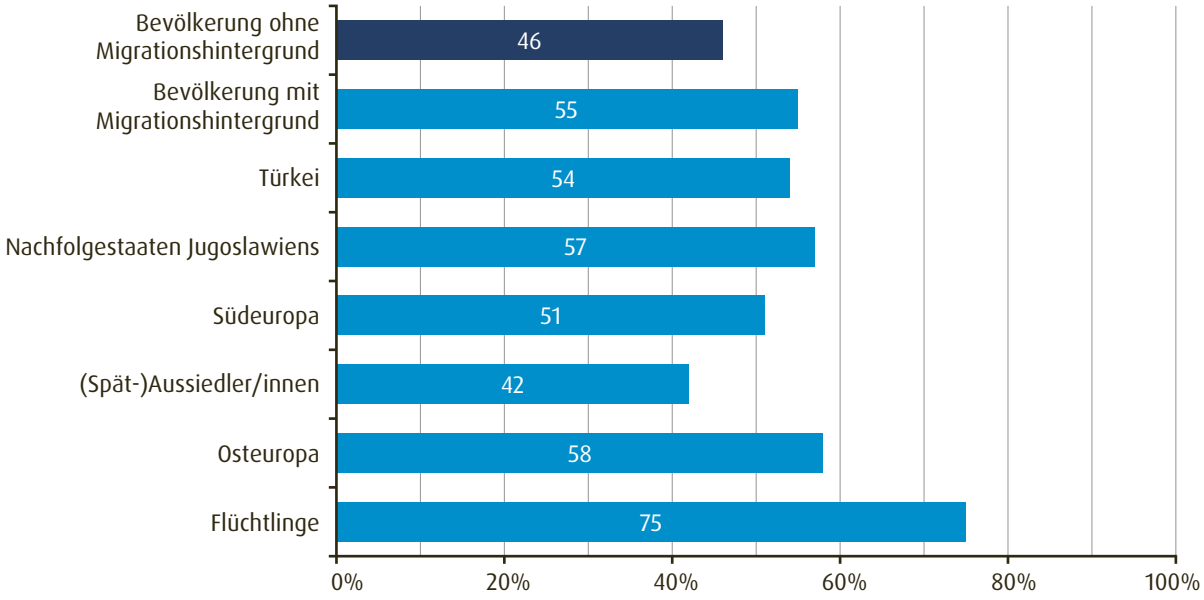
Der Anteil von Personen, die ihren Gesundheitszustand als gut einschätzen, ist mit 75 Prozent in der Gruppe der Flüchtlinge am höchsten (Bünning 2021: 293). Das ist zunächst einmal überraschend. Eine genauere Betrachtung zeigt jedoch, dass diese Einschätzung sich nur auf die physische Gesundheit bezieht: Während Befragte ohne Migrationshintergrund von einer höheren Belastung durch körperliche Krankheitsbilder berichten, ist bei Flüchtlingen die psychische Belastung höher (Metzing/Schacht/Scherz 2020; Nutsch/Bozorgmehr 2020). Auch hier spielt die Altersstruktur eine wichtige Rolle. **Migrantinnen und Migranten, insbesondere Flüchtlinge, sind im Durchschnitt erheblich jünger als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund** (Statistisches Bundesamt 2020a).[246] Die Autorinnen und Autoren der RESPOND-Studie[247] kommen jedoch zu einem gegenteiligen Ergebnis: Ihnen zufolge bezeichnen 82,5 Prozent der Flüchtlinge

245 Laut Mikrozensus 2019 betrug das Durchschnittsalter bei der Gruppe der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler 52,8 Jahre. In der Gesamtgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund lag es mit 35,6 Jahren erheblich niedriger (Statistisches Bundesamt 2020a).

246 Bei einer Differenzierung nach dem Alter zeigen sich Unterschiede: Männer (29,4 %) und Frauen (22,9 %) mit Migrationshintergrund ab 45 Jahren beantworten die Frage, wie sie selbst ihren allgemeinen Gesundheitszustand einschätzen, häufiger mit „weniger gut" oder „schlecht" als Personen ohne Migrationshintergrund (25,1 % der Männer und 21,0 % der Frauen) (Böhm 2021: 342).

247 RESPOND ist ein Forschungsprojekt der Universität Heidelberg und steht für „Improving regional health system responses to the challenges of migration through tailored interventions for asylum-seekers and refugees". Hier wurden neben qualitativen Daten von Asylsuchenden und Ärztinnen und Ärzten auch quantitative Daten erhoben. Letzteres bezog sich auf erwachsene Menschen mit Fluchterfahrung, die zum Zeitpunkt der Erhebung in einer Erstaufnahmeeinrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft in Baden-Württemberg lebten (Biddle/Hintermeier et al. 2021). Anhand der gesammelten Daten sollen die Strukturen und Prozesse von der Erstuntersuchung bis zur Unterbringung in den Kommunen analysiert werden. Das Ziel ist, auf gesundheitliche Bedürfnisse von Flüchtlingen besser reagieren zu können und Maßnahmen zu entwickeln, die helfen, Barrieren in der Gesundheitsversorgung zu überwinden (Universitätsklinikum Heidelberg 2021).

Abb. B.1 Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einschätzen, 2018 nach Herkunftsland



Anmerkung: Die Werte basieren auf Daten des SOEP. Die Frage lautet: „Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?" Die fünf Antwortmöglichkeiten sind „sehr gut", „gut", „zufriedenstellend", „weniger gut" und „schlecht". Die Ländernamen stehen für den jeweiligen Migrationshintergrund. Beispielsweise umfasst der Balken „Türkei" Personen mit einem türkischen Migrationshintergrund. „Südeuropa" beinhaltet die ehemaligen Anwerbestaaten Italien, Spanien, Griechenland und Portugal. Unter „Flüchtlinge" sind diejenigen gefasst, die nach ihrer Ankunft in Deutschland Asyl beantragt haben.

Quelle: Bünning 2021: 293; Darstellung: SVR

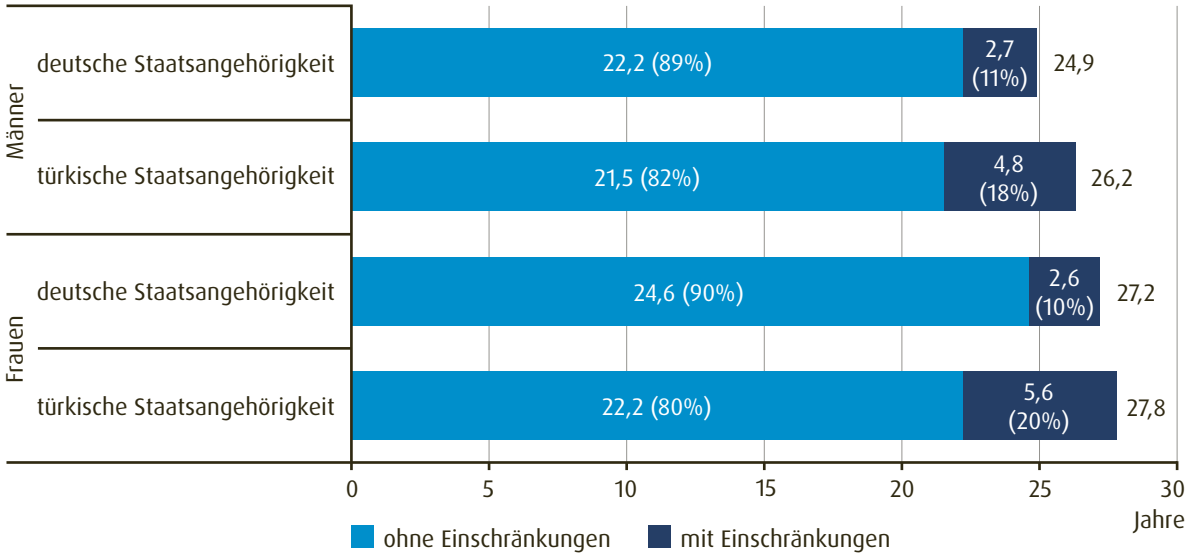
in Sammelunterkünften ihren Gesundheitszustand als moderat, schlecht oder sehr schlecht. Darüber hinaus leiden nach eigenen Angaben 39,3 Prozent der Befragten an einer chronischen Erkrankung, und 16,9 Prozent haben gesundheitliche Einschränkungen im Alltag (Biddle/Hintermeier et al. 2021: 14). Die Unterschiede gegenüber den Ergebnissen der IAB-BAMF-SOEP-Befragung erklären die Autorinnen und Autoren u. a. damit, dass den Studien unterschiedliche Populationen zugrunde liegen: Im IAB-BAMF-SOEP-Panel wurden Flüchtlinge aus den Jahren 2013–2016 befragt; bei der RESPOND-Studie sind es primär Flüchtlinge, die erst ab 2016 angekommen sind und die zum Zeitpunkt der Befragung in einer Sammelunterkunft lebten.

B.1.2.3 Länger leben, aber bei schlechterer Gesundheit?

Eine höhere Lebenserwartung wird oft intuitiv gleichgesetzt mit einer besseren Gesundheit. Diese Annahme kann aber trügen. Die (wenigen) verfügbaren Daten zeigen beispielsweise, dass türkische Migrantinnen und Migranten in Deutschland zwar eine höhere Lebenserwartung haben, jedoch weniger von dieser Zeit in guter Gesundheit verbringen.[248] Nach einer Berechnung für 2005/06 hatten in Deutschland lebende Männer mit türkischer Staatsangehörigkeit im Alter von 50 Jahren eine ferne Lebenserwartung von durchschnittlich 26,2 Jahren; davon verbrachten sie 4,8 Jahre (18 %) mit gesundheitlichen Einschränkungen. Deutsche Männer dieses Alters verbrachten von den erwartbaren 24,9 Jahren nur 2,7 (11 %) mit solchen

248 Das hier verwendete Konzept zur Berechnung der gesunden Lebensjahre ist die *health-adjusted life expectancy* (HALE). Diese wird als Anzahl der Jahre bei guter Gesundheit interpretiert. Ein ähnliches Konzept ist das von der WHO verwendete Akronym DALY *(disability-adjusted life years)*, das ebenfalls neben der Mortalität auch die Morbidität berücksichtigt (vgl. WHO 2021a). Das DALY-Konzept hat allerdings eine andere Berechnungsgrundlage und bezieht andere Kriterien ein. Daher unterscheiden sich die Werte von DALY und HALE.

Abb. B.2 Ferne Lebenserwartung mit und ohne gesundheitliche Einschränkungen bei 50-jährigen Menschen mit deutscher und türkischer Staatsangehörigkeit in Deutschland 2005/2006



Anmerkung: Die hier dargestellten gesunden Lebensjahre wurden für die Altersgruppe von 50 bis 79 Jahren berechnet. Die Zahl am Ende des Balkens gibt die gesamte ferne Lebenserwartung an. Differenzen zur Summe der beiden Teile sind auf Rundungen zurückzuführen.

Quelle: Carnein et al. 2015: 172; Darstellung: SVR

Einschränkungen. Bei den Frauen mit türkischer Staatsangehörigkeit war die Differenz zu deutschen Frauen noch größer (20 % vs. 10 %) (Abb. B.2). Die höhere Lebenserwartung von Menschen mit Migrationsgeschichte führt also womöglich zu falschen Schlussfolgerungen in Bezug auf ihre Gesundheit: Faktoren, die die Lebenserwartung erhöhen, sind im Hinblick auf Gesundheit nicht zwangsläufig als positiv zu bewerten, weil sie nicht automatisch auch die Gesundheit verbessern. Somit wird womöglich ein Teil der hinzugewonnenen Jahre in schlechterer Gesundheit verbracht.[249]

Höheres Gesundheitsrisiko durch Infektionskrankheiten und gesundheitsgefährdende Praktiken im Herkunftsland

Große Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund zeigen sich bei der Inzidenz und Prävalenz von Infektionskrankheiten (zu den Begriffen Info-Box 16). In manchen Herkunftsregionen liegt die Inzidenz bestimmter Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose und HIV) deutlich höher als in Deutschland. Dadurch haben Menschen aus diesen Regionen ein erhöhtes Erkrankungsrisiko (RKI 2015: 180).[250]

249 In der Wissenschaft ist umstritten, ob die Menschen Lebensjahre, die sie durch demografische Alterung und die steigende Lebenserwartung hinzugewinnen, eher in Gesundheit oder eher in Krankheit verbringen. Hier haben sich zwei Lager mit gegensätzlichen Thesen herausgebildet: der Kompressionsthese und der Expansions- bzw. Medikalisierungsthese. Erstere geht davon aus, dass die hinzugewonnenen Lebensjahre durch den medizinischen Fortschritt nicht in schlechterer Gesundheit verbracht werden und somit auch die Gesundheitsausgaben nicht erhöhen (Fries 1980). Vielmehr gebe es ein gleichbleibendes Zeitfenster vor dem Tod, in dem schwere Erkrankungen eintreten. Nach der Expansions- oder Medikalisierungshypothese hingegen werden die Gesundheitsausgaben durch ein längeres Leben steigen, denn die Menschen benötigten dann auch mehr Behandlung und eine umfangreiche medizinische Versorgung, um die zusätzlichen Lebensjahre auch in guter Gesundheit zu verbringen (Gruenberg 1977; Verbrugge 1984). Für beide Seiten finden sich empirische Befunde, die die jeweilige These stützen (vgl. SVR Gesundheit 2018: 217–218; 2009: 70–73).

250 Allerdings lässt sich bei neu registrierten Fällen häufig nicht klären, ob die Infektion im Herkunftsland, während der Migration oder nach der Einwanderung stattfand. Es ist also möglich, dass bei diesen Erkrankungen auch nach der Einwanderung ein erhöhtes Infektionsrisiko besteht, z. B. durch Ansteckung innerhalb der Herkunftsgruppen (RKI 2015: 180).

Menschen mit eigener Migrationserfahrung sind bei Tuberkulose und bei HIV-Erstdiagnosen deutlich überrepräsentiert. Dabei variiert das Ausmaß erheblich nach Geburtsland.[251] Bei Menschen, die aus einem anderen europäischen Land stammen, kommen auf 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner etwa 3 HIV-Erstdiagnosen; bei Menschen aus Südostasien oder Amerika und Ozeanien sind es unter 20. Am höchsten – wenn auch deutlich rückläufig – sind die Werte bei Menschen aus Subsahara-Afrika, wobei sie sich auch innerhalb dieser Region unterscheiden: 2020 lagen sie bei unter 100 HIV-Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern aus der gleichen Herkunftsregion (RKI 2021e: 7).[252]

Bei Tuberkulose liegt die Prävalenz bei im Ausland geborenen Menschen deutlich höher als bei in Deutschland Geborenen. Von den Personen, die 2020 an Tuberkulose erkrankt sind, waren 1.332 in Deutschland geboren und 2.817 im Ausland (RKI 2021b: 25). Die zehn häufigsten nichtdeutschen Geburtsländer waren Somalia, Rumänien, Eritrea, Indien, Afghanistan, Pakistan, die Türkei, Polen, Syrien und die Russische Föderation (RKI 2021b: 25). Die Inzidenz lag 2020 für ausländische Staatsangehörige mit 24,5 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern erheblich höher als für die deutsche Bevölkerung (1,8 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) (RKI 2021b: 22). Dies kann neben höheren Inzidenzen von Infektionskrankheiten im Herkunftsland auch durch den Migrationsprozess bedingt sein. Beispielsweise liegen nach einer neueren Studie (Stadtmüller/Schröder/Ehlers 2020: 1189) die Prävalenzraten bei Flüchtlingen aus Somalia (2.968 pro 100.000 Asylsuchenden), Äthiopien (2.090), dem Senegal (1.322) und Gambia (1.219) bei der Ankunft in Deutschland deutlich über den Inzidenzen im Herkunftsland.[253] Diese beträgt etwa in Äthiopien 192 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Die Autorinnen und Autoren der Studie führen dies vor allem auf den langen Zeitraum zurück, der auf der Flucht verbracht wird, und auf die Bedingungen, die auf den Migrationsrouten herrschen: Während Asylsuchende aus Afghanistan und Syrien häufig über die Türkei nach Europa flüchten, kommen Flüchtlinge aus afrikanischen Ländern häufig über Libyen. Gerade in den dortigen Flüchtlingscamps sind die hygienischen und gesundheitlichen Bedingungen hochgradig defizitär und das Risiko für Infektionskrankheiten entsprechend hoch (Stadtmüller/Schröder/Ehlers 2020: 4–5). Auch in Sammel- und Gemeinschaftsunterkünften in Deutschland können aufgrund der beengten Wohn- und Lebensbedingungen leichter Infektionskrankheiten ausbrechen. Dies zeigte sich zuletzt bei der Corona-Pandemie (Bozorgmehr et al. 2020; Razum et al. 2020) (s. auch Kap. B.2.1.2 und Info-Box 19).

Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und deren Betroffenheit von (Infektions-)Krankheiten wurden entsprechend auch im Rahmen der Corona-Pandemie breit diskutiert. Konsens ist, dass die Pandemie u. a. als Brennglas für bestehende soziale und gesundheitliche Ungleichheit wirkt. Die Betroffenheit von Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Auswirkungen sind für Deutschland jedoch bisher nicht hinreichend untersucht. Ergebnisse aus anderen Ländern legen aber nahe, dass diese Bevölkerungsgruppe ein höheres Infektionsrisiko und eine erhöhte Mortalität hat, vor allem aufgrund sozioökonomischer Faktoren (Aldridge et al. 2020; Hayward et al. 2021) (Info-Box 14).

Neben Infektionskrankheiten können infolge von Migration auch andere gesundheitsrelevante Phänomene im Zuzugsland auftreten, die für ein bestimmtes Herkunftsland oder eine Region spezifisch sind. Beispielsweise wird in einigen Herkunftsländern weibliche Genitalverstümmelung (*female genital mutilation*, FGM) praktiziert. Durch den verstärkten Zuzug von Menschen aus diesen Ländern ist die Zahl der davon Betroffenen auch in Deutschland gestiegen. Schätzungen zufolge lebten hier 2020 rund 67.000 Betroffene (BMFSFJ 2020). FGM kann Frauen nicht nur lebensgefährlich verletzen, sie kann auch schwerwiegende physische und psychische Erkrankungen verursachen. Zudem ist sie für das deutsche Gesundheitssystem insofern eine große Herausforderung, als vielen Ärztinnen und Ärzten ausreichende Kenntnisse für die Diagnose, die Behandlung und den Umgang mit den Patientinnen fehlen (von Fritschen/Strunz/Scherer 2020; Nestlinger et al. 2017: 34) (s. hierzu auch Kap. B.3.2). Es gibt jedoch erste Fortschritte hinsichtlich einer Sensibilisierung und Schulung von Fachkräften sowie bei der gesundheitlichen Versorgung: Am 8. Januar 2020 trat die Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen in Kraft. Darin ist erstmals geregelt, dass in der Ausbildung die

251 Anders als andere Gesundheitsdaten werden meldepflichtige Infektionskrankheiten an das Robert Koch-Institut gemeldet und systematisch registriert. Dadurch sind hier Daten verfügbar, die nach Staatsangehörigkeit und Herkunftsland differenzieren.

252 Bei den Zahlen der HIV-Erstdiagnosen handelt es sich um Schätzungen des RKI für das Jahr 2020. Die HIV-Erstdiagnosen für eine Region beziehen sich auf die Gesamtzahl der Bevölkerung mit einer Staatsangehörigkeit aus dieser Region. Da eine HIV-Diagnose in der Regel erst viele Jahre nach der Infektion erfolgt, kann nicht direkt gezählt werden, wie viele Menschen mit einer HIV-Infektion in Deutschland leben. Die Schätzung basiert auf der Zahl der gemeldeten HIV-Diagnosen und statistischen Angaben dazu, wie lange nach der Infektion die Diagnose erfolgt ist. Anhand dessen wird nach einem mathematischen Modell die Zahl der neu erfolgten HIV-Infektionen und die Zahl der noch nicht diagnostizierten HIV-Infektionen geschätzt (s. RKI 2021e).

253 Hier werden zwar mit Prävalenz- und Inzidenzraten zwei unterschiedliche Maße verglichen (Info-Box 16). Dennoch liefert die Studie erste interessante Hinweise auf Unterschiede zwischen der Bevölkerung im Herkunftsland und der Gruppe derer, die aus dem Land geflohen sind, und auf mögliche Ursachen und Einflussfaktoren.

besonderen Belange von Frauen mit Genitalverstümmelung zu berücksichtigen sind. Inzwischen gibt es auch spezielle Anlaufstellen für Frauen und Mädchen. Dazu zählen das Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen", spezialisierte Frauenberatungsstellen in den jeweiligen Bundesländern, bestimmte Frauenhäuser und INTEGRA, die Dachorganisation gegen weibliche Genitalverstümmelung. Im „Desert Flower Center" in Berlin werden Opfer von FGM ganzheitlich behandelt; es ist in Deutschland bisher die einzige Einrichtung dieser Art.

Schlechtere psychische Gesundheit bei Menschen mit Migrationshintergrund

Anders als bei der physischen Gesundheit ergibt die wissenschaftliche Forschung in Bezug auf die psychische Gesundheit ein deutlicheres Bild: Diese ist bei Menschen mit Zuwanderungsgeschichte häufig schlechter als bei der deutschen Bevölkerung (Aichberger et al. 2012; Bermejo et al. 2010; Metzing/Schacht/Scherz 2020; Schouler-Ocak 2020: 568).[254] Insbesondere Depressionen bzw. eine depressive Symptomatik, Angststörungen und posttraumatische Belastungsstörungen treten bei dieser Gruppe vermehrt auf. Allerdings variieren auch hier die Ergebnisse nach Geschlecht, Alter, Zuwanderungsgeneration, Migrationsgrund und Herkunftsland. Die Geschlechtsunterschiede sind hier ähnlich wie in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund: Frauen haben eine höhere Prävalenz von mentalen Erkrankungen (beispielsweise Depressionen) und bewerten ihr psychisches Wohlbefinden im Durchschnitt schlechter als Männer (vgl. Aichberger et al. 2012; RKI 2020; für einen allgemeinen Überblick zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Gesundheit und Sterblichkeit s. Oksuzyan/Gumà/Doblhammer 2018). Analysen zu älteren Migrantinnen und Migranten zeigen, dass diese ein höheres Risiko vor allem für Depressionen haben (Aichberger et al. 2012; Glaesmer et al. 2009; Milewski/Doblhammer 2015).[255]

Für einzelne Herkunftsländer bzw. Herkunftsregionen zeigt sich ebenfalls eine schlechtere mentale Gesundheit. So kommen Igde et al. (2019: 32) in ihrer systematischen Übersichtsarbeit zu dem Schluss, dass bei türkeistämmigen Personen depressive und somatoforme Störungen stärker ausgeprägt sind als bei denjenigen ohne Migrationshintergrund.[256] Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich für Menschen, die aus dem osteuropäischen Raum zugewandert sind: Menschen mit einem polnischen Migrationshintergrund weisen ebenfalls eine stärkere psychische Belastung auf als Menschen ohne Migrationshintergrund (Morawa/Senf/Erim 2013). Die schlechtere mentale Gesundheit könnte mit Erkrankungsstrukturen im Herkunftsland zusammenhängen; die Migranten und Migrantinnen würden dann die Strukturen in ihrem Herkunftsland widerspiegeln (Migrations-Import-Hypothese, vgl. Morawa/Senf/Erim 2013: 215; Sungurova/Johansson/Sundquist 2006). Beispielsweise haben Polinnen und Polen (in Polen) im Vergleich zu Deutschen fast zehnmal so häufig mentale Probleme in Verbindung mit Ängstlichkeit und Depressionen (Golicki et al. 2010: 280).[257] In dem Fall wäre das Herkunftsland ein Risikofaktor für die Gesundheit.

Psychische Belastungen entstehen außerdem beispielsweise durch die Trennung vom Bekannten und Vertrauten – das können Familienangehörige oder Freunde und Freundinnen sein, aber auch erlernte Werte und Normen oder die eigene Sprache. Auf diesen Zusammenhang bezieht sich die Migrations-Stress-Hypothese: Bei einer Migration müssen in „Abhängigkeit von der kulturellen Distanz zwischen Herkunfts- und Zuwanderungskontext [...] kulturelle Praktiken neu angeeignet bzw. transformiert werden. Eine solche Anforderungs- und Belastungskonstellation kann zu vermehrtem Stress und damit assoziierten Erkrankungen führen" (Schenk/Peppler 2020: 26).

Besonders Flüchtlinge sind stärker psychisch belastet

Bei der Forschung rund um das Thema mentale Gesundheit von Migrantinnen und Migranten liegt der Fokus seit einigen Jahren vor allem auf einer bestimmten Teilgruppe der Zuwandererbevölkerung: Personen, die über das

254 Zu einem anderen Ergebnis kommen Glaesmer et al. (2009). Sie haben in einer bundesweiten Stichprobe von Personen ab 14 Jahren die Häufigkeit psychischer Störungen untersucht und fanden hier keinen Unterschied zwischen Zugewanderten und Menschen ohne Migrationshintergrund.

255 Bei Zugewanderten ab 50 Jahren konnten anhand der repräsentativen Stichprobe des *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) bei 27,8 Prozent depressive Symptome nachgewiesen werden. Bei nicht Zugewanderten war die Prävalenz von depressiven Symptomen mit 19,2 Prozent signifikant geringer (Aichberger et al. 2012: 118). Milewski und Doblhammer (2015) fanden in ihrer Längsschnittanalyse anhand von Daten des SOEP ebenfalls Belege dafür, dass Migrantinnen und Migranten ab 50 Jahren eine schlechtere mentale Gesundheit haben als Menschen ohne Migrationsgeschichte.

256 Die darin berücksichtigten Studien haben jedoch meist erhebliche Beschränkungen in Bezug auf die Repräsentativität der Stichproben und die Operationalisierung der Untersuchungsgruppe.

257 Bei den Depressionen betrifft das insbesondere Frauen: Polnische Migrantinnen leiden darunter stärker als deutsche Frauen. Bei den Männern gibt es hier keine erkennbaren Unterschiede. In Bezug auf Angstsymptomatik sind bei beiden Geschlechtern Menschen mit einem polnischen Migrationshintergrund stärker belastet als die deutsche Vergleichsgruppe. Dagegen zeigen sich zwischen polnischen Migrantinnen und Migranten und der Bevölkerung in Polen keine Unterschiede (Morawa/Senf/Erim 2013: 211–214).

Asylsystem eingereist sind. **Aufgrund der meist erzwungenen und unfreiwilligen Migration sowie ihrer Erfahrungen vor und auf der Flucht haben diese Personen das höchste Risiko für psychische Störungen und zählen zu den am stärksten gefährdeten Gruppen der Gesellschaft** (vgl. Bhugra et al. 2014: 5–6).[258] Das zeigt u. a. ein Vergleich dieser Gruppe mit Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten: Laut einer internationalen Studie ist die Prävalenz von Depressionen bei Flüchtlingen mit 44 gegenüber 20 Prozent deutlich höher (Lindert et al. 2009: 253).[259] Darüber hinaus beschreiben Flüchtlinge, die ab 2013 nach Deutschland gekommen sind, ihr psychisches Wohlbefinden signifikant schlechter als der Bevölkerungsdurchschnitt und als Menschen ohne Migrationshintergrund, aber auch schlechter als Menschen mit Migrationshintergrund ohne Fluchterfahrung (Metzing/Schacht/Scherz 2020: 67). Der Grund hierfür könnte sein, dass Flüchtlinge und Asylsuchende in ihrer Heimat Krieg, politische Verfolgung, Folter und sexuelle Übergriffe erlebt haben. Darüber hinaus müssen sie in der Regel mehrere Transitländer durchqueren, bis sie das Zielland erreichen. Dies kann mehrere Monate oder sogar Jahre dauern. In dieser Zeit sehen sie permanent ihr eigenes Leben bedroht; Verlustängste und Tod sind allgegenwärtig. **Auch nach der Flucht können Flüchtlinge im Zielland (vor allem psychische) Belastungen erleben. Insbesondere die Zeit bis zur Anerkennung des Schutzstatus empfinden viele als sehr belastend.** Während kriegsbezogene traumatische Erlebnisse im Herkunftsland „starke Prädiktoren für die Entwicklung der PTBS darstellen, sind postmigratorische Faktoren[260] eher mit depressiven Störungen, Angststörungen und Substanzmissbrauch assoziiert" (Nutsch/Bozorgmehr 2020: 1470).

Hinweise auf eine schlechtere mentale Gesundheit finden sich auch in der IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten. Daraus ergibt sich ebenfalls, dass Flüchtlinge ein höheres Risiko für psychische Erkrankungen haben und ihr psychisches Wohlbefinden schlechter ist. Dies gilt für Männer und Frauen gleichermaßen und für fast alle Altersstufen (Abb. B.3). Depressive Symptome nehmen mit steigendem Alter zu. Dabei gibt es empirische Unterschiede nach dem Herkunftsland: Flüchtlinge aus Afghanistan, Syrien und dem Irak haben beispielsweise ein höheres Risiko für posttraumatische Belastungsstörungen und depressive Symptome als jene aus Eritrea und Somalia (Brücker et al. 2019: 4). Doch nicht alle Flüchtlinge entwickeln psychische Probleme, auch wenn vermutlich die meisten von ihnen traumatische Erfahrungen gemacht haben. In Bezug auf die mentale Gesundheit könnte ebenfalls ein *healthy migrant effect* bestehen, denn eine Fluchtmigration erfordert Resilienz, um mit Stress, Ungewissheit und unerwarteten Herausforderungen umzugehen (Goettler 2020: 106).

Personen, die etwa innerhalb der EU wandern, sind solchen fluchtspezifischen Einflüssen auf die (vor allem psychische) Gesundheit nicht ausgesetzt. Psychische Belastungen finden sich jedoch nicht nur bei Flüchtlingen und Asylsuchenden. Für Menschen mit Migrationshintergrund wird insgesamt eine schlechtere mentale Gesundheit ermittelt als für Menschen ohne Migrationshintergrund (Bünning 2021: 293; Rommel et al. 2015: 546). Das hat auch Bestand, wenn soziodemografische und sozioökonomische Faktoren berücksichtigt werden.

B.1.3 Einfluss- und Risikofaktoren für Gesundheit

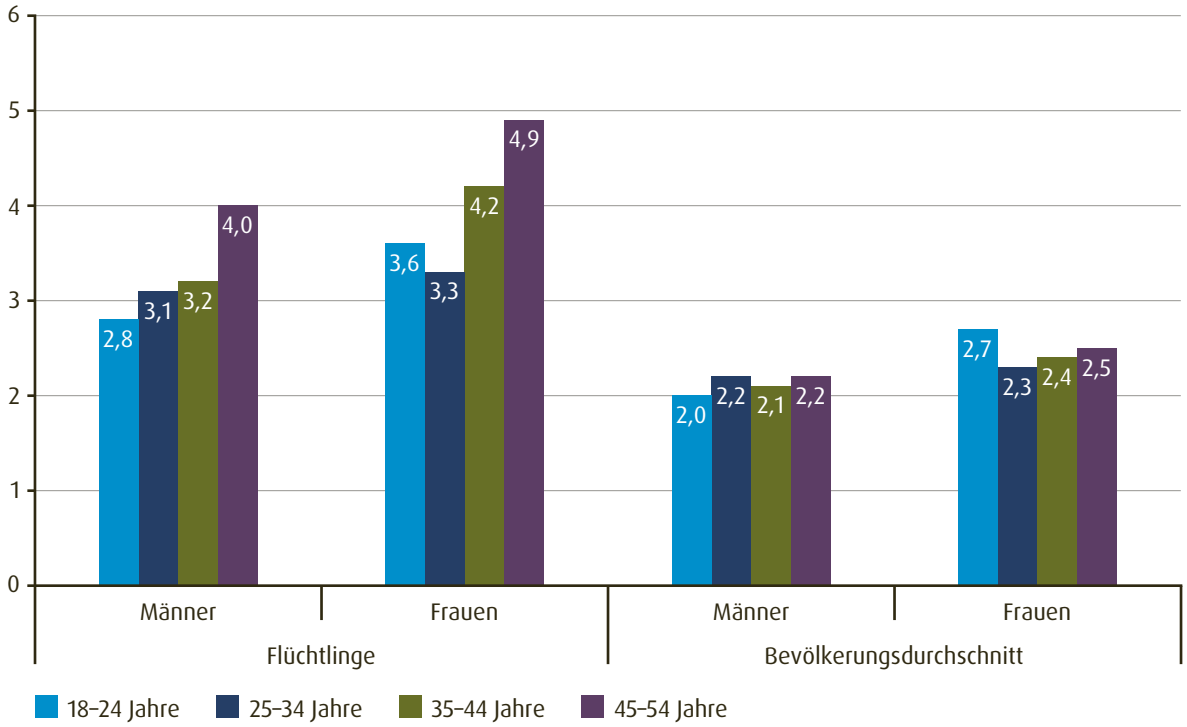
Gesundheit wird nicht allein durch biologische oder ökologische Faktoren bestimmt, sie hängt auch stark mit sozioökonomischen Faktoren zusammen (s. u. a. Gerlinger 2021; Lampert et al. 2011; Lampert et al. 2016; Lampert et al. 2017; Richter/Hurrelmann 2009; Marmot/Wilkinson 2005). Die Lebensumstände wie auch individuelle Faktoren können sich im Lebenslauf verändern. So sind Migrantinnen und Migranten in den Herkunftsländern ebenso Risiko- und Schutzfaktoren ausgesetzt wie im Migrationsprozess oder im Zielland (Abb. B.4). Diese Einflüsse in den unterschiedlichen Phasen des Lebens können sich akut oder auch erst langfristig auf die Gesundheit auswirken. Der Migrationsprozess bildet dabei eine besondere Phase: Hier können beispielsweise traumatische Erfahrungen während der Migration oder Stress, der durch den Verlust von sozialen Netzwerken oder auch bekannten Strukturen entsteht, die Gesundheit beeinträchtigen. **Auf die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten – und auch die ihrer Nachkommen – wirken somit verschiedene Schutz- und Risikofaktoren,**

258 Viele der bisherigen Studien basieren allerdings auf geringen Fallzahlen bzw. nicht repräsentativen Stichproben. Außerdem unterscheiden sie sich in Bezug auf die untersuchte Population, die Erhebungs- und Auswertungsinstrumente und die Klassifikationen; dadurch sind ihre Ergebnisse kaum vergleichbar (vgl. Nutsch/Bozorgmehr 2020). Das ist ein Grund für die extrem hohe Bandbreite der Ergebnisse, z. B. in Bezug auf die psychische Gesundheit: Die Rate posttraumatischer Belastungsstörungen etwa liegt je nach Studie zwischen 3 und 86 Prozent (Schouler-Ocak 2020: 573).

259 Lindert et al. (2009) nennen in ihrem systematischen Review die kombinierten Prävalenzraten aus 35 betrachteten Studien (aus der ganzen Welt).

260 Zu den postmigratorischen Risikofaktoren gehören beispielsweise der unsichere Aufenthaltsstatus, die aktuelle Erwerbstätigkeit bzw. Erwerbslosigkeit, eine geringe gegenwärtige Wohnzufriedenheit, schlechte deutsche Sprachkenntnisse und Einsamkeitsgefühle.

Abb. B.3 Depressive Symptome bei Flüchtlingen und im Bevölkerungsdurchschnitt in Deutschland 2016 nach Geschlecht und Altersgruppen (Index von 0–12)



Anmerkung: Die Symptome einer depressiven Erkrankung und von Ängstlichkeit wurden anhand eines vierteiligen Kurzfragebogens (PHQ-4) gemessen. Der daraus gebildete Summenindex kann Werte von 0 bis 12 annehmen. Ein höherer Wert bedeutet, dass mehr Symptome berichtet wurden.

Quelle: Brücker et al. 2019: 4; Darstellung: SVR

die sowohl migrationsunspezifisch (s. Kap. B.1.3.1 und B.1.3.2) **als auch migrationsspezifisch sein können** (s. Kap. B.1.3.3).

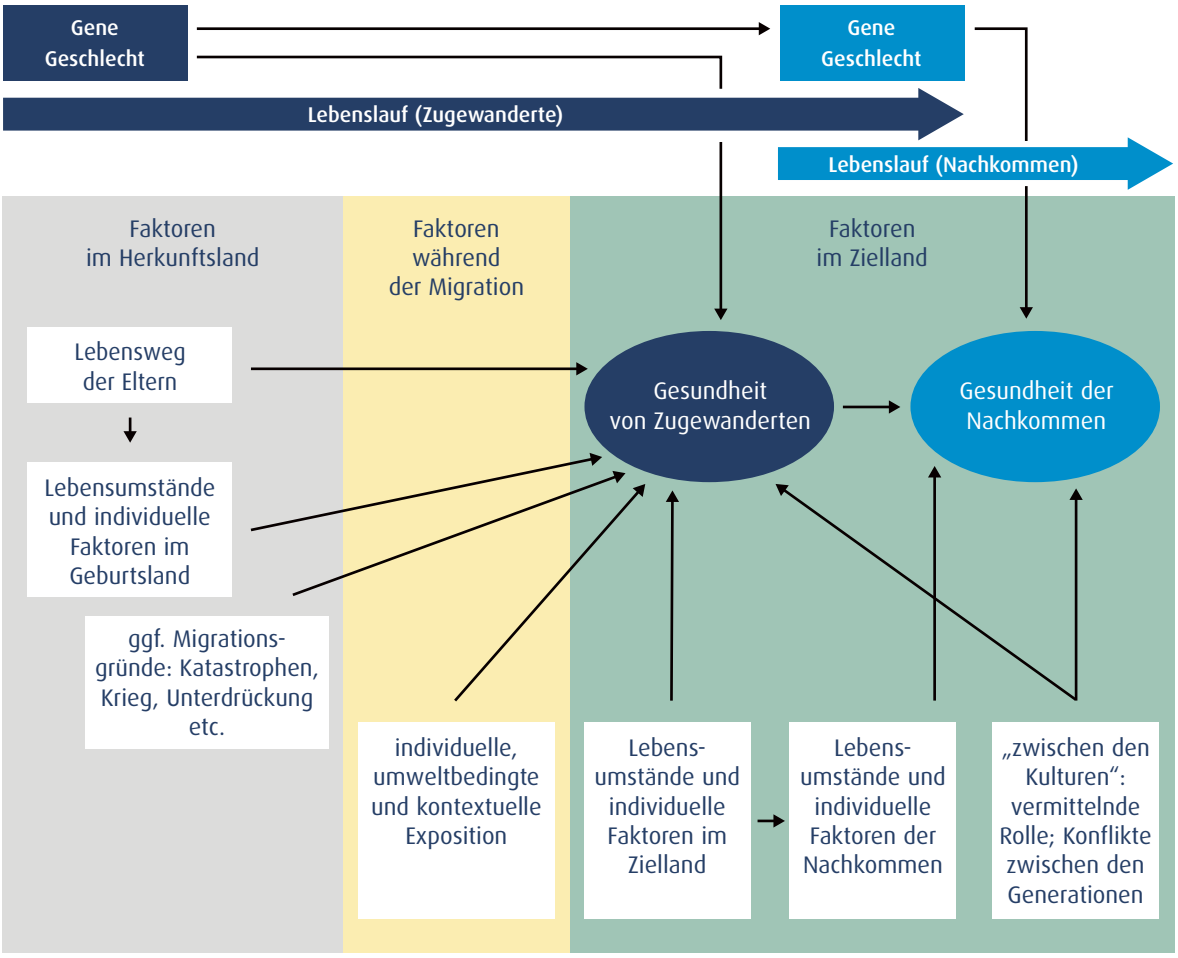
B.1.3.1 Gesundheitliche Unterschiede infolge sozialer Ungleichheit

❗ Zentrale sozioökonomische Faktoren für Gesundheit sind das Bildungsniveau, das Einkommen, die Arbeitsbedingungen und das Wohnumfeld. Diese Faktoren sind eng miteinander verbunden und beeinflussen sich gegenseitig. So prägt das Bildungsniveau die späteren Berufsperspektiven und damit auch die Arbeitsbedingungen. Umgekehrt hat die körperliche und seelische Gesundheit wiederum „einen wichtigen Einfluss auf die Möglichkeiten einer Person, ihr Leben zu gestalten, am Arbeitsmarkt teilzunehmen, sich zu bilden und am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben teilzuhaben" (Bundesregierung 2021b: 374). Solche Determinanten von Gesundheit kommen nicht erst mit dem Überschreiten der Landesgrenze zum Tragen. Vielmehr sind Migrantinnen und Migranten bereits im Herkunftsland sozialen Einflüssen ausgesetzt, die die Gesundheit (langfristig) beeinflussen (Goettler 2020) (Abb. B.4). Ihre Auswirkungen zeigen sich jedoch in der Regel erst bei einer langfristigen Betrachtung bzw. wenn die betreffenden Personen bereits einige Jahre in Deutschland leben. Studien haben wiederholt belegt, dass der weiter oben beschriebene gesundheitliche Vorteil von Zugewanderten mit zunehmender Aufenthaltsdauer im Zuzugsland verschwindet oder sich sogar zu einer schlechteren Gesundheit wandelt (Anson 2004; Solé-Auró/Crimmins 2008). Dies wird als *exhausted migrant effect* bezeichnet.

Wirtschaftliche Situation

❗ Dass die wirtschaftliche Situation von Menschen deren Gesundheit beeinflusst, hat die Forschung immer wieder belegt. So unterscheidet sich die Lebenserwartung bei der Geburt erheblich nach Einkommensgruppen: Der Abstand zwischen der niedrigsten und der höchsten

Abb. B.4 Einflussfaktoren für die Gesundheit von Zugewanderten und ihren Nachkommen



Darstellung: SVR in Anlehnung an Spallek et al. 2011: 4

Einkommensgruppe beträgt bei den Frauen 4,4 Jahre und bei den Männern 8,6 Jahre (Lampert/Hoebel/Kroll 2019: 8).[261] Für den Zusammenhang zwischen niedrigem Einkommen und schlechter Gesundheit gibt es vor allem drei Erklärungsansätze: materielle Nachteile, psychosoziale Belastungen und das Gesundheitsverhalten. Materielle Nachteile bedeuten vor allem, dass die Möglichkeiten für Konsum und soziale Teilhabe eingeschränkt sind. Psychische Belastungen resultieren aus Ausgrenzungserfahrungen oder Zukunftssorgen, die als Stressoren wirken. In Bezug auf das Gesundheitsverhalten zeigen Studien, dass Risikofaktoren wie Rauchen, Übergewicht und ungesunde Ernährung eng mit niedrigem Einkommen gekoppelt sind und häufig zusammen auftreten (Lampert/Kroll 2010: 6–7).

Wie Tab. B.2 zu entnehmen ist, sind Menschen mit Migrationshintergrund wirtschaftlich im Durchschnitt schlechtergestellt als Menschen ohne Migrationshintergrund. Beispielsweise ist ihr Armutsrisiko mehr als doppelt so hoch wie das von Personen ohne Migrationshintergrund (Bundesregierung 2021b: 51).

Ein niedriges Einkommen hat auch Auswirkungen auf die soziale Absicherung im Alter. Denn dann wird weniger

261 Die hier dargestellte mittlere Lebenserwartung ergibt sich aus den relativen Mortalitätsrisiken nach Surveydaten (hier des SOEP) kombiniert mit den Mortalitätsrisiken nach amtlichen Periodensterbetafeln. Als Berechnungsgrundlage diente der Zeitraum 1992 bis 2016 (Lampert/Hoebel/Kroll 2019).

Tab. B.2 Indikatoren der sozioökonomischen Lage von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland 2019

	Erwerbslosen-quote	ohne Schulabschluss*	Armutsgefähr-dungsquote	Wohnfläche pro Person**
mit Migrationshintergrund	5,4 %	9,6 %	27,8 %	34,1 m^2
deutsche Staatsangehörigkeit	3,9 %	4,3 %	/	37,8 m^2
ausländische Staatsangehörigkeit	6,9 %	15,4 %	/	30,9 m^2
eigene Migrationserfahrung	5,6 %	13,9 %	30,0 %	/
ohne eigene Migrationserfahrung	5,0 %	1,7 %	23,8 %	/
ohne Migrationshintergrund	2,4 %	1,4 %	11,7 %	49,2 m^2

Anmerkung: Die Armutsgefährdungsquote ist ein Indikator zur Messung relativer Einkommensarmut. Ermittelt wird der Anteil der Personen, deren Äquivalenzeinkommen weniger als 60 Prozent des Medians der Äquivalenzeinkommen der Bevölkerung (in Privathaushalten) beträgt. Das Äquivalenzeinkommen wiederum ist ein bedarfsgewichtetes Pro-Kopf-Einkommen je Haushaltsmitglied, das anhand des Haushaltsnettoeinkommens berechnet wird. *Ohne Personen, die sich noch in Ausbildung befinden. **Daten für 2018. Der Migrationsstatus bezieht sich auf die Person, die in dem jeweiligen Haushalt das Haupteinkommen bezieht.

Quelle: Mikrozensus, Statistisches Bundesamt 2020a; 2020f; Berechnung: SVR

in die gesetzliche Rentenversicherung eingezahlt, und eine zusätzliche private Vorsorge ist häufig nicht möglich. Unter anderem dadurch leben Menschen mit Migrationshintergrund im Alter häufig in prekären Einkommensverhältnissen und sind sozial unterprivilegiert (Klaus/Baykara-Krumme 2017; Schenk/Peppler/Habermann 2020). Durch die ungünstige wirtschaftliche Situation haben sie somit auch ein durchschnittlich höheres Risiko für schlechte Gesundheit, insbesondere auf lange Sicht.

Beruf

Berufe mit hoher Belastung oder Gefährdung wie etwa schwerer körperlicher Arbeit, Lärm, Arbeit mit Giftstoffen, Akkord- und Schichtarbeit sowie prekäre Beschäftigung beeinträchtigen die Gesundheit – das ist naheliegend und wurde auch mehrfach nachgewiesen (vgl. Kroll/Müters/Dragano 2011; Kroll/Lampert 2012; Rohmert 1984). **Menschen mit Einwanderungsgeschichte arbeiten überdurchschnittlich häufig in Berufen mit hoher körperlicher, psychischer und gesundheitlicher Belastung bzw. haben dort gearbeitet.** Entsprechend ist diese Gruppe von den negativen gesundheitlichen Auswirkungen besonders stark betroffen. Besonders die frühen ‚Gastarbeiterinnen' und ‚Gastarbeiter' waren vor allem in der Industrie und im Bergbau tätig (Oltmer 2012). Doch auch heute arbeiten Ausländerinnen und Ausländer bzw. Menschen mit Einwanderungsgeschichte überdurchschnittlich häufig in körperlich belastenden Berufen und in prekären Beschäftigungsverhältnissen[262], beispielsweise im Baugewerbe, in der Fleischindustrie oder in der Landwirtschaft (Gundert/Kosyakova/Fendel 2020; Statistisches Bundesamt 2020e). Indikatoren, die auf entsprechende Arbeitsbedingungen hinweisen, sind etwa die Quoten von Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung. Beide sind bei der ausländischen Bevölkerung höher (Brzoska/Razum 2020: 323). Des Weiteren haben frühere Studien gezeigt, dass ausländische sozialversicherungspflichtig Beschäftigte häufiger Arbeitsunfälle haben als deutsche (Lampert/

262 Ein prekäres Beschäftigungsverhältnis kann mit psychischen Belastungen einhergehen (Ferrie 2006). Insbesondere die subjektiv wahrgenommene Bedrohung der Arbeitsstelle und ökonomische Unsicherheit können zu Stress führen, der die Gesundheit beeinträchtigt (Kroll/Lampert 2012).

Ryl et al. 2010: 77). Das betrifft vor allem türkische Beschäftigte.[263] Bei dieser Gruppe wurden zudem zweimal häufiger Berufskrankheiten anerkannt, „die zumeist die Folge einer längeren Exposition gegenüber schädlichen Arbeitsbedingungen sind" (Lampert/Ryl et al. 2010: 77–78). Zuletzt zeigte sich das Problem arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdung während der Corona-Pandemie, beispielsweise bei Saisonarbeitskräften und bei Menschen in sog. Frontlinejobs.[264] In diesen Berufen sind die Arbeitsbedingungen ohnehin häufig belastend; zudem war hier auch das Infektionsrisiko überdurchschnittlich hoch (Info-Box 14). In solchen Bereichen arbeiten überdurchschnittlich viele Menschen mit Migrationshintergrund, besonders der ersten Zuwanderungsgeneration (Khalil/Lietz/Mayer 2020: 5).

Auch Arbeitslosigkeit ist ein Risikofaktor für die Gesundheit: Eine Reihe von Studien zeigt, dass arbeitslose Personen im Vergleich zu Erwerbstätigen eine schlechtere Gesundheit aufweisen (Berth et al. 2008; Kroll/Müters/Lampert 2016; Kroll/Lampert 2012). Hier zeigt sich in allen Bevölkerungsgruppen das gleiche Muster. Allerdings sind Menschen mit Migrationshintergrund häufiger erwerbslos (Tab. B.2).[265] Auch Personen, die im Niedriglohnsektor arbeiten, bewerten ihre Gesundheit tendenziell schlechter als Erwerbstätige insgesamt; hier sind die Unterschiede aber nicht so ausgeprägt (Abb. B.5).[266] Auch hier sind Menschen mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich häufig vertreten.

Wenn Menschen arbeitslos bzw. erwerbslos werden, hat das eine Reihe von Konsequenzen, die sich auch auf die Gesundheit negativ auswirken. Dazu gehören beispielsweise der Verlust von monetären Ressourcen, aber auch von immateriellen Faktoren wie festen Tages- und Zeitstrukturen und dem Kontakt zu Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen. Darüber hinaus kann Arbeitslosigkeit das Lebensgefühl beeinträchtigen und dem sozialen Prestige schaden. Mit einer Verschlechterung der Gesundheit sinken wiederum die Chancen auf eine berufliche Reintegration (Kroll/Lampert 2012). Umgekehrt können auch gesundheitliche Probleme zu Arbeitslosigkeit führen. Auch in diesem Zusammenhang hat die Corona-Pandemie bestehende Ungleichheiten verstärkt: Menschen mit Migrationshintergrund (besonders Flüchtlinge) waren beispielsweise beim ersten Lockdown überdurchschnittlich stark von Beschäftigungsabbau und Kurzarbeit betroffen (Bundesregierung 2021b: 35). Darüber hinaus ist bei dieser Bevölkerungsgruppe die Arbeitslosigkeit stärker gestiegen und das Beschäftigungswachstum fiel insgesamt deutlich geringer aus als in den Vorjahren (Brücker et al. 2021). Dies kann u. a. darauf zurückgeführt werden, dass Menschen mit Migrationshintergrund und besonders Flüchtlinge meist noch nicht so lange in einem Betrieb arbeiten und überdurchschnittlich häufig befristet beschäftigt sind; ihre Stellen werden deshalb in Krisenzeiten zuerst abgebaut.

Bildung

! Das Bildungsniveau ist eine weitere zentrale Determinante für die Gesundheit – dies gilt für Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Es zeigt sich immer wieder, dass Bildung und Gesundheit positiv korrelieren; das heißt, dass mit einem höheren Bildungsniveau eine bessere Gesundheit einhergeht (Lampert/Hoebel/Kroll 2019; Lampert et al. 2017). Eine Sonderauswertung von Daten des SOEP für die Integrationsbeauftragte der Bundesregierung aus dem Jahr 2019 verdeutlicht diesen Zusammenhang für alle betrachteten Bevölkerungsgruppen mit Ausnahme der Flüchtlinge: Während von den Befragten mit eigener Migrationserfahrung und einem niedrigen Bildungsniveau[267] rund 30 Prozent ihre Gesundheit als „weniger gut" oder „schlecht" einschätzen, sind es bei denen mit hoher Bildung nur rund 13 Prozent (Abb. B.6). Bei der Bevölkerungsgruppe ohne Migrationshintergrund sind die Werte mit rund 29 gegenüber 16 Prozent ganz ähnlich.

! Hier ist vor allem entscheidend, dass Bildung ein wichtiger Faktor für andere soziale Determinanten von Gesundheit ist, etwa Einkommen, Arbeitsbedingungen und Gesundheitsverhalten. Beispielsweise ist das Bildungsniveau eng verknüpft mit dem beruflichen

263 Bei anderen ausländischen Beschäftigten liegt der Anteil der anerkannten Berufskrankheiten nicht über dem der deutschen Beschäftigten (Lampert/Ryl et al. 2010: 78).

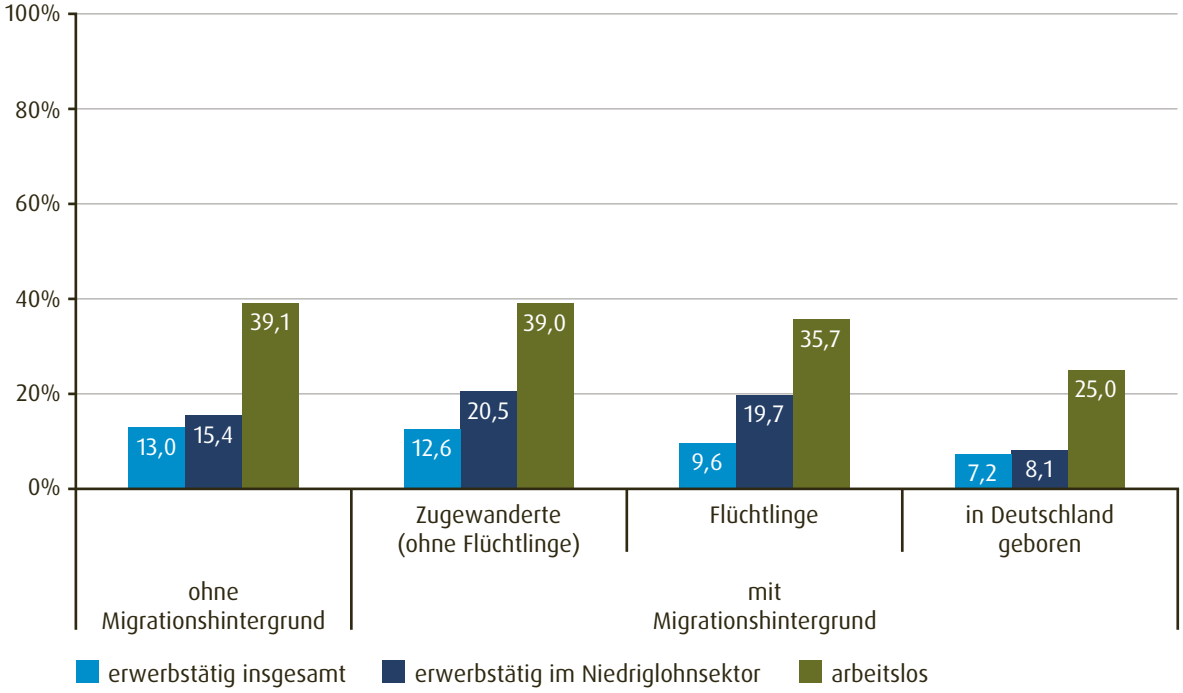
264 Damit sind Arbeitsplätze gemeint, die während der Corona-Pandemie essenziell dazu beigetragen haben, das öffentliche Leben und die Infrastruktur aufrechtzuerhalten. Dazu zählt beispielsweise das Personal im Gesundheitswesen (s. dazu auch Kap. A.2), im Einzelhandel, im öffentlichen Personennahverkehr und in der Logistikbranche (etwa Lkw-Fahrerinnen und Lkw-Fahrer, Paketbotinnen und Paketboten).

265 Arbeitslosigkeit und Erwerbslosigkeit basieren auf zwei unterschiedlichen Definitionen. Als arbeitslos werden alle Personen gezählt, die bei der Agentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet sind. Als erwerbslos gelten auch diejenigen, die keine Arbeit haben, aktiv nach Arbeit suchen und dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Eine Meldung bei der Agentur für Arbeit ist hier nicht notwendig. Darüber hinaus werden als arbeitslos nur diejenigen erfasst, die mehr als 15 Stunden pro Woche arbeiten wollen.

266 Dass in den Gruppen der Flüchtlinge und der Personen ohne eigene Migrationserfahrung weniger Befragte ihre Gesundheit als „schlecht" oder „sehr schlecht" einstufen, kann u. a. auf die jüngere Altersstruktur in diesen Gruppen zurückgeführt werden. Zu Vor- und Nachteilen der subjektiven Einschätzung als Indikator für Gesundheit Info-Box 17.

267 Das Bildungsniveau wurde hier anhand der Internationalen Standardklassifikation im Bildungswesen (ISCED 2011) gemessen (s. dazu UNESCO Institute for Statistics 2012).

Abb. B.5 Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht einschätzen, 2016 nach Migrationshintergrund und Erwerbsstatus



Anmerkung: Die Werte basieren auf Daten des SOEP. Die Frage lautet: „Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?" Die fünf Antwortmöglichkeiten sind „sehr gut", „gut", „zufriedenstellend", „weniger gut" und „schlecht". Der Niedriglohn ist definiert als ein Bruttolohn von unter 10 Euro pro Stunde. Als Arbeitslose gelten Personen, die bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet sind.

Quelle: Metzing/Schacht 2019; Darstellung: SVR

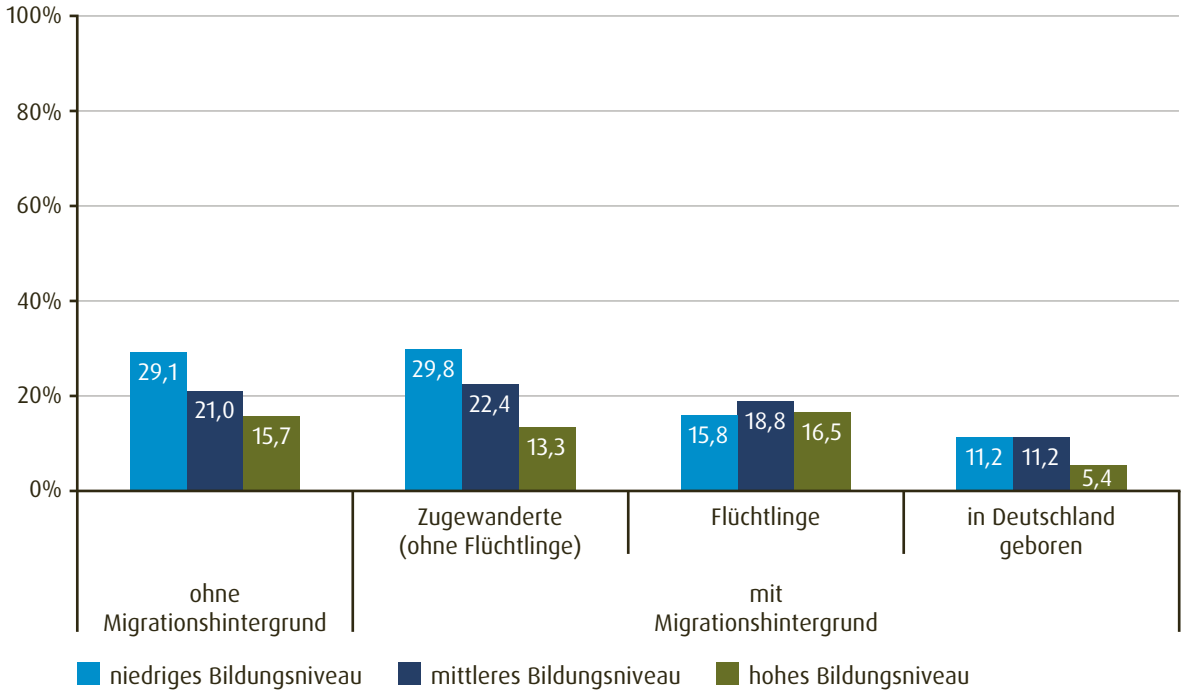
Erfolg und dem sozioökonomischen Status. Denn Berufe, die eine höhere formale Qualifikation erfordern, gehen in der Regel einher mit einem höheren Einkommen und einer geringeren körperlichen Belastung; beides wirkt sich tendenziell positiv auf die Gesundheit aus. Personen mit einem niedrigen Bildungsniveau stehen dagegen häufiger in prekären Beschäftigungsverhältnissen oder sind erwerbslos (Höhne/Schulze Buschoff 2015). Zudem ist ein hohes Bildungsniveau meist verbunden mit einer gesundheitsförderlichen Lebensweise und einem weniger riskanten Gesundheitsverhalten (Schulze/Unger 2006). Über Bildung werden auch gesundheitsrelevantes Wissen, entsprechende Einstellungen und Handlungskompetenzen vermittelt. Diese wiederum erleichtern z. B. den Umgang mit Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen (RKI 2009a: 257).

Menschen mit Migrationshintergrund haben somit aufgrund ihres im Durchschnitt geringeren Bildungsniveaus (s. Blaeschke/Freitag 2021; Statistisches Bundesamt 2021c; SVR 2019a: 103–112; s. auch Tab. B.2) ein höheres Risiko für eine schlechte Gesundheit. Umgekehrt beeinflusst der Gesundheitszustand wiederum auch den Bildungs- und Arbeitsmarkterfolg: Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung, um am Ausbildungs- und Arbeitsmarkt teilzuhaben. Eine schlechte Gesundheit kann somit auf einen niedrigen sozioökonomischen Status zurückgehen, sie kann aber ihrerseits auch eine soziale Schlechterstellung verursachen oder verschärfen.

Wohnumfeld

Das Wohnumfeld bzw. die Wohnsituation kann die Gesundheit sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. Negativ wirken etwa Umweltbelastungen wie Lärm, Licht- und Luftverschmutzung. In Wohngegenden mit besonders starker Umweltbelastung (etwa durch Verkehr oder Industriebetriebe) sind in der Regel die Mieten niedrig (Thißen/Niemann 2016: 27). Entsprechend wohnen dort vor allem Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status. ❗ **Da Menschen mit Migrationshintergrund in dieser Gruppe überdurchschnittlich stark vertreten**

Abb. B.6 Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht einschätzen, 2016 nach Migrationshintergrund und Bildungsniveau



Anmerkung: Die Werte basieren auf Daten des SOEP. Die Frage lautet: „Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?" Die fünf Antwortmöglichkeiten sind „sehr gut", „gut", „zufriedenstellend", „weniger gut" und „schlecht". Die Bildungskategorien sind folgendermaßen definiert: Niedrig = „weniger als Primarbereich bis Sekundarbereich I" (ISCED 0–2), mittel = „Sekundarbereich II und postsekundärer nichttertiärer Bereich" (ISCED 3–4), hoch = „kurzes tertiäres Bildungsprogramm bis Promotion" (ISCED 5–8).

Quelle: Metzing/Schacht 2019; Darstellung: SVR

sind, wohnen sie also häufiger in Wohngegenden, wo die Gesundheitsbelastung durch Lärm sowie Licht- und Luftverschmutzung besonders hoch ist (RKI 2015: 187). Das Wohnumfeld kann durch das dort vorhandene Angebot auch das Konsum- und Gesundheitsverhalten beeinflussen. Dies betrifft etwa gesunde Lebensmittel, Sportanlagen, Freiflächen und (Sport-)Vereine. Hierzu haben sozioökonomisch Benachteiligte häufig einen schlechteren Zugang (Cameron et al. 2013; Darmon/Drewnowski 2008; 2015; Lakes/Burkart 2016).

In Bezug auf Wohnsituation und Wohnungsausstattung bestehen zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund deutliche Unterschiede: Menschen mit Migrationshintergrund wohnen zum einen in kleineren Wohnungen, zum anderen wohnen in einer Wohnung durchschnittlich mehr Personen. Mieterhaushalte, in denen eine Person mit Migrationshintergrund das Haupteinkommen bezieht, verfügen laut Mikrozensus 2018 im Schnitt über eine Fläche von 34,1 m^2 pro Person. Bei anderen Haushalten sind es dagegen 49,2 m^2 (Tab. B.2). Zudem leben in Haushalten, bei denen alle Haushaltsmitglieder einen Migrationshintergrund haben, durchschnittlich 2,22 Personen; bei Haushalten, in denen kein Mitglied einen Migrationshintergrund hat, sind es nur 1,87 Personen (Statistisches Bundesamt 2020a). Der verfügbare Wohnraum und die Zahl der Personen im Haushalt spielten u. a. während der Corona-Pandemie eine wichtige Rolle: Mit mehr Platz und weniger Menschen, die in den Räumen wohnen, können Hygiene- und Schutzmaßnahmen erheblich leichter umgesetzt werden. Eine beengte Wohnsituation und eine dichte Besiedlungsstruktur machen es hingegen schwierig, Abstand zu halten und die sozialen Kontakte zu reduzieren (Lewicki 2021: 3) (Info-Box 14).

B.1.3.2 Individuelles Gesundheitsverhalten

Für die Gesundheit spielt nicht zuletzt auch das individuelle Verhalten eine Rolle. Der Konsum von Tabak oder Alkohol etwa birgt hohe gesundheitliche Risiken. Umgekehrt können eine ausgewogene Ernährung und

regelmäßige Bewegung die Gesundheit fördern. **Das individuelle Gesundheitsverhalten ist allerdings stark von den oben genannten sozialen Faktoren beeinflusst.** Entsprechend variieren Suchtmittelkonsum, Bewegungs- und Ernährungsverhalten wie auch damit verbundene gesundheitliche Risiken und Erkrankungen nach der sozialen Statusgruppe (RKI 2015: 151). Das individuelle Gesundheitsverhalten ist somit nicht unabhängig von strukturellen Faktoren, auch wenn diese es nicht vollkommen determinieren.

Zur Lebensweise gibt es unterschiedliche Befunde: Menschen mit Migrationshintergrund trinken einerseits seltener Alkohol als Menschen ohne Migrationshintergrund. Andererseits ernähren sie sich häufiger ungesund und treiben seltener regelmäßig Sport; das sind Risikofaktoren für Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit) (RKI 2015: 175; Rommel et al. 2015: 546). In beiden Gruppen sind 52 Prozent der Erwachsenen übergewichtig bzw. schwer übergewichtig (adipös) (Statistisches Bundesamt 2021i; eigene Berechnung). Unterschiede zeigt aber eine Betrachtung nach Alter und dem höchsten Schulabschluss: Zum einen nimmt mit steigendem Alter der Anteil an Übergewichtigen zu; dies gilt für alle Gruppen. Zum anderen sind Personen mit Fachhochschulreife oder Abitur deutlich seltener übergewichtig oder adipös als diejenigen mit einem niedrigeren Schulabschluss (Abb. B.7). Frauen sind tendenziell weniger übergewichtig als Männer, und der Bildungseffekt ist hier stärker.

Bei Kindern aus zugewanderten Familien ist der Body-Mass-Index ebenfalls deutlich höher; das zeigen Daten der KiGGS-Studie des RKI für alle betrachteten Statusgruppen. Kinder und Jugendliche mit einem ein- oder beidseitigen Migrationshintergrund[268] sind danach im Vergleich zu jenen ohne Migrationshintergrund signifikant häufiger übergewichtig und adipös (Koschollek et al. 2019: 14). Dies ist ein Hinweis darauf, dass sich die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland im Laufe der Zeit verschlechtern kann. Dafür spricht auch, dass Übergewicht und Adipositas bei denjenigen stärker verbreitet sind, deren Eltern schon längere Zeit in Deutschland leben (RKI 2015: 179). Dies kann u. a. auf bestimmte ungesündere Ernährungsmuster zurückgeführt werden, die bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zu beobachten sind (Schenk et al. 2016). Besonders jene, die schon länger in Deutschland leben, und Angehörige der zweiten Zuwanderungsgeneration konsumieren mehr Fast Food und Softdrinks als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund. Darüber hinaus sind Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund sportlich weniger aktiv; dies ist ein weiterer Faktor, der Übergewicht und Adipositas begünstigt (RKI 2008a). Hier spielen allerdings verschiedene Faktoren eine Rolle, die nicht zwangsläufig mit dem Migrationsstatus zusammenhängen. Ungesunde Ernährung und geringe körperliche Aktivität sind eng mit sozioökonomischen Faktoren verbunden, besonders mit Einkommen und Bildung. Geringe sozioökonomische Ressourcen beeinflussen z. B. den Zugang zu gesunden Lebensmitteln oder zu Freizeitangeboten mit einer körperlich-sportlichen Komponente (Kuntz et al. 2018: 55; Steinkamp 1999).

Beim Risikofaktor Rauchen zeigen sich zwischen den beiden Bevölkerungsgruppen kaum Unterschiede. Menschen ohne Migrationshintergrund beginnen im Durchschnitt etwas früher mit dem Rauchen (mit 17,6 Jahren) als jene mit Migrationshintergrund (mit 18,2 Jahren) (Statistisches Bundesamt 2018). Unterschiede ergeben sich auch hier bei einer differenzierten Betrachtung, beispielsweise nach Herkunftsländern bzw. Herkunftsregionen und nach Geschlecht (Tab. B.3).[269]

In Bezug auf den Alkoholkonsum zeigt die KiGGS-Studie, dass Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund zwischen 11 und 17 Jahren nach eigenen Angaben häufiger gefährliche Mengen Alkohol trinken als Gleichaltrige mit beidseitigem Migrationshintergrund (14,5 % vs. 4,4 %) (Koschollek et al. 2019: 27). Der Konsum kritischer Mengen von Alkohol variiert dabei nach dem sozioökonomischen Status: In der Gruppe der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund ist er bei denjenigen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status am häufigsten zu beobachten. Bei den Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zeigt sich der höchste riskante Alkoholkonsum dagegen bei jenen mit einem mittleren sozioökonomischen Status (Koschollek et al. 2019: 27).[270] Anders als beim Tabakkonsum gelten für Alkohol z. B. für Musliminnen und Muslime religiöse Vorschriften. Somit könnte der Konsum von Alkohol in riskanten Mengen mit der (fehlenden) Religionszugehörigkeit zusammenhängen (RKI 2008b: 56).

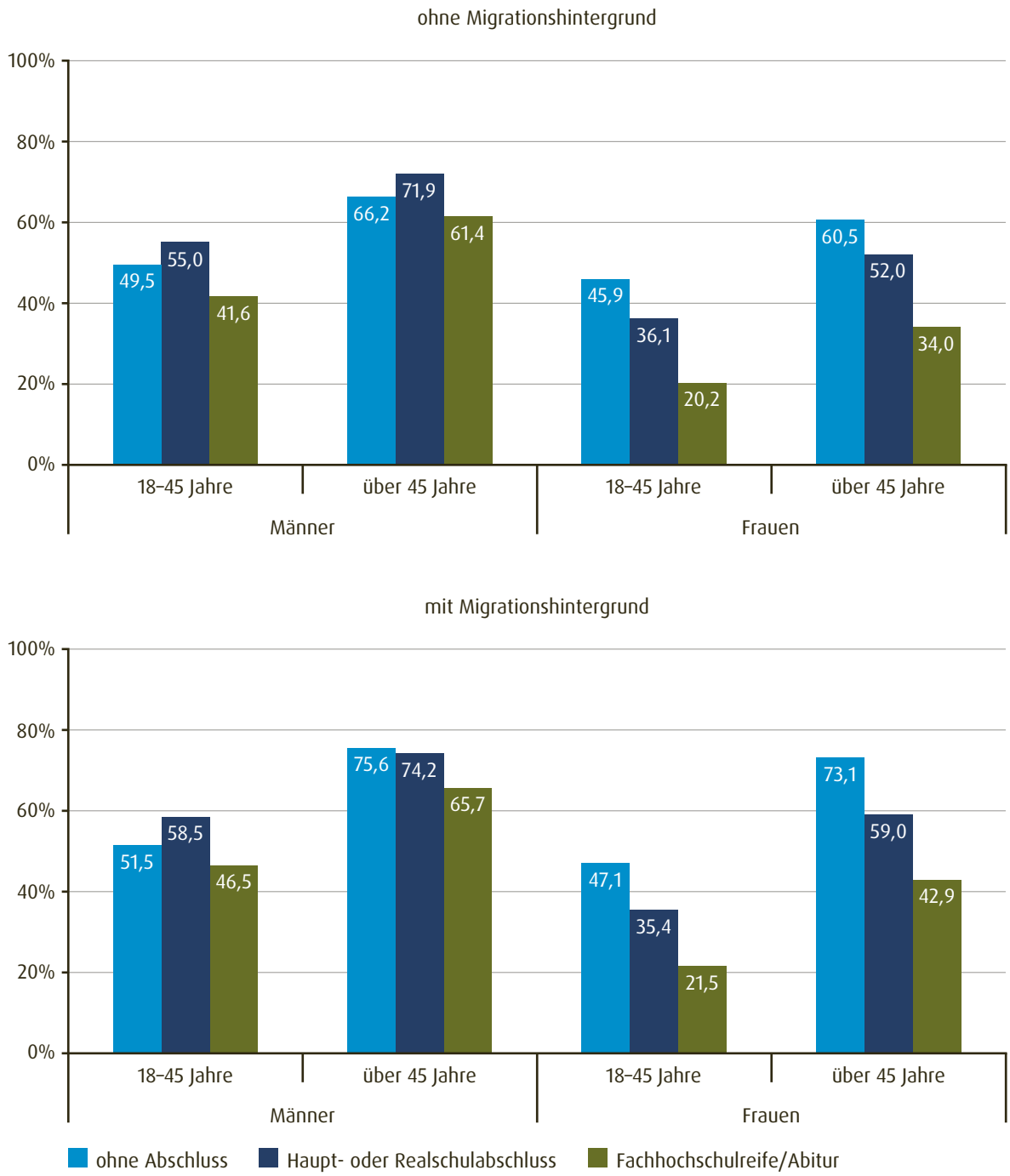
Ähnliche Befunde gelten zum Teil auch für die erwachsene Bevölkerung mit Migrationshintergrund: Auswertungen der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS1) von Rommel et al. (2015: 546) ermitteln für diese Gruppe ebenfalls einen geringeren Alkoholkonsum und ein geringeres Maß an körperlicher Aktivität.

268 Bei einem beidseitigen Migrationshintergrund sind beide Elternteile in einem anderen Land geboren und/oder haben nicht die deutsche Staatsangehörigkeit. Beim einseitigen Migrationshintergrund trifft dies nur auf einen Elternteil zu (Koschollek et al. 2019).

269 Wenn eine Person angibt, dass sie raucht, lässt das keinen Rückschluss auf die konsumierte Menge zu. Das wäre aber nötig, um eine etwaige Suchtmittelerkrankung zu erfassen. Darüber hinaus sind Selbstangaben häufig durch kulturelle Erwünschtheit verzerrt. Dadurch kann beispielsweise der Tabak- und Alkoholkonsum unterschätzt werden.

270 Allerdings sind hier die Fallzahlen der Kinder und Jugendlichen in den einzelnen Statusgruppen sehr gering. Daher muss dies mit Vorsicht interpretiert werden.

Abb. B.7 Anteil der Personen mit starkem Übergewicht/Adipositas 2017 nach Migrationshintergrund, Geschlecht, Altersgruppen und höchstem Schulabschluss



Anmerkung: Als übergewichtig oder adipös gelten Personen, die einen Body-Mass-Index von über 25 haben. Angaben zum Body-Mass-Index sind nur für Personen ab 18 Jahren verfügbar.

Quelle: Mikrozensus, Statistisches Bundesamt 2021h; Berechnung und Darstellung: SVR

Tab. B.3 Raucherquoten 2020 nach Migrationshintergrund, Herkunftsland und Geschlecht

	Männer	Frauen
mit Migrationshintergrund	31,9 %	18,4 %
Türkei	37,3 %	21,9 %
Polen	31,2 %	23,7 %
Russische Föderation	28,7 %	9,8 %
Kasachstan	33,2 %	11,8 %
Rumänien	33,1 %	23,6 %
Italien	34,5 %	23,2 %
Syrien	46,5 %	12,9 %
ohne Migrationshintergrund	25,1 %	18,9 %

Anmerkung: Ausgewiesen sind die sieben quantitativ wichtigsten Herkunftsländer von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2021i; Berechnung: SVR

B.1.3.3 Migrationsspezifische Einflussfaktoren

Der Migrationshintergrund kann für gesundheitliche Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund ebenfalls eine Rolle spielen. Rommel et al. (2015: 548) kommen zu dem Schluss, „dass der Migrationshintergrund als eigenständige Determinante der Bevölkerungsgesundheit anzusehen ist und nicht als Surrogat der sozialen Lage". Als solcher ist er jedoch eng verbunden mit dem sozioökonomischen Status, der Aufenthaltsdauer und verschiedenen Krankheitsrisiken. Zu den Einflussfaktoren, die direkt mit der Migration oder dem Migrationshintergrund verbunden sind, zählen beispielsweise Stress, der durch Verluste verschiedener Art oder durch Diskriminierung ausgelöst ist, individuelle und strukturelle Faktoren (z. B. das Gesundheitsverhalten oder der Zugang zur Gesundheitsversorgung und deren Qualität; s. dazu Kap. B.2 und B.3), gesundheitsgefährdende Bedingungen, denen die betreffenden Personen im Herkunftsland ausgesetzt waren, traumatische Erfahrungen im Migrationsprozess und interkulturelle Konflikte (Abb. B.4). Anders als bei den sozioökonomischen Faktoren – wie Bildung, Einkommen, Wohnsituation und Arbeitsbedingungen – betreffen die genannten Einflüsse Menschen ohne Migrationshintergrund nicht: Sie sind spezifisch für Menschen mit Migrationshintergrund, besonders jene mit eigener Migrationserfahrung. Der Migrations-Stress-Theorie zufolge ist Migration ein Ereignis, das erhebliche Auswirkungen auf alle Lebensbereiche hat und mit einer Reihe von Anpassungsprozessen und Verlusten einhergeht. Der Verlust des soziokulturellen Umfelds im Herkunftsland, Unsicherheit bezüglich des Rechtsstatus, Sprachbarrieren, Diskriminierung und der Verlust familiärer Netzwerke sind danach negative Faktoren, die gesundheitliche Probleme verursachen können (Schenk 2007).[271]

Dass Diskriminierungserfahrungen die Gesundheit beeinflussen, zeigen zahlreiche internationale Untersuchungen (Igel/Brähler/Grande 2010; Paradies 2006; Pascoe/Richman 2009; Schmitt et al. 2014; Williams/Neighbors/Jackson 2003). Sie können sich über zwei Wege auswirken: Zum einen kann (wahrgenommene) Diskriminierung sowohl die körperliche als auch die psychische Gesundheit beeinträchtigen. Dies äußert sich z. B. in Form von Bluthochdruck, körperlichen Stresssymptomen, Depressionen und Ängsten (Ziegler/Beelmann 2009).[272] Zum anderen kann Diskriminierung im Gesundheitswesen verhindern,

271 Andere Ansätze gehen hingegen davon aus, dass sich durch die Migration die individuelle Situation im Vergleich zum Herkunftsland verbessern kann, etwa in Bezug auf die Lebensbedingungen und die gesundheitliche Versorgung (Spallek/Razum 2016: 155).

272 Während der Zusammenhang zwischen Diskriminierungserfahrungen und Gesundheit in anderen Ländern – vor allem den USA – schon länger erforscht wird, gibt es dazu in Deutschland bisher erst wenige empirische Erkenntnisse. Igel, Brähler und Grande (2010) konnten hier anhand von repräsentativen Daten zeigen, wie sich wahrgenommene Diskriminierung auf die körperliche und psychische Gesundheit auswirkt. Nach ihrer Studie bewerten Personen, die sich aufgrund ihrer Herkunft benachteiligt fühlen,

dass die Betroffenen entsprechende Einrichtungen nutzen, oder den Erfolg von Behandlungen mindern (s. Kap. B.3.5).

Neben den Erfahrungen im Zielland und im Migrationsprozess können auch Expositionen und durchlebte Erkrankungen im Herkunftsland sich auf die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten kurz- und langfristig auswirken (Abb. B.4). Auch in den jeweiligen Herkunftsländern sind Gesundheitsstatus und Erkrankungsrisiken eng mit dem sozioökonomischen Status verknüpft. In der internationalen Literatur gibt es Hinweise darauf, dass auch hier ein Selektionseffekt bestehen könnte: Menschen mit einem höheren sozioökonomischen Status haben danach eher die sozialen und finanziellen Ressourcen, um überhaupt zu migrieren (vgl. SVR 2020: 46; s. dazu auch Kap. B.1.2). Dies könnte dazu beitragen, dass Migrantinnen und Migranten tendenziell eine bessere Gesundheit aufweisen.

Migrationsspezifische ebenso wie soziale Faktoren können auch die Gesundheit der nachfolgenden Generationen beeinflussen. Vor allem das Aufwachsen ‚zwischen den Kulturen' und damit verbundener Stress kann die Gesundheit beeinträchtigen. Zugleich verändert sich mit der Aufenthaltsdauer und über die Generationen die soziale Position: Bestimmte Indikatoren nähern sich denen der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund an, etwa in Bezug auf Arbeitsmarktintegration, Bildung und Einkommen (Tab. B.2). Andererseits wird der soziale Status der Eltern häufig an die nächste Generation ‚weitervererbt'. Ein niedriger sozioökonomischer Status der Eltern kann sich somit bis in die nächste Generation auf die Gesundheit auswirken (Dragano/Lampert/Siegrist 2010; Greiner et al. 2018; Lampert/Kuntz 2015). Beispielsweise hat sich gezeigt, dass der Bildungsstand der Eltern als ein Risikofaktor für Übergewicht und Adipositas ihrer Kinder wirkt (Greiner et al. 2018: 98).

B.1.4 Fazit: Heterogenes Bild der gesundheitlichen Lage – sozioökonomische Faktoren entscheidend

Bei der Betrachtung der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund zeigt sich insgesamt ein heterogenes Bild, das der Heterogenität dieser Gruppe entspricht. Ob Menschen mit Migrationshintergrund eine bessere oder eine schlechtere Gesundheit haben als die Bevölkerung ohne Zuwanderungsgeschichte, lässt sich damit pauschal nicht sagen. Zwar haben sie häufig eine bessere physische Gesundheit und eine höhere Lebenserwartung. In anderen Bereichen erweist sich ihre Gesundheit jedoch als schlechter; das gilt besonders für psychische Erkrankungen, Infektionskrankheiten und einige gesundheitliche Risikofaktoren wie etwa Übergewicht. Darüber hinaus bedeutet eine geringere Sterblichkeit nicht zwangsläufig insgesamt eine bessere Gesundheit. So führen chronische Erkrankungen oder eine schlechte mentale Gesundheit nicht unbedingt zum Tod. Sie wirken jedoch langfristig auf die Gesundheit der Betroffenen und damit auf die Bedarfe im Gesundheitssystem und in der Pflege.

Entsprechend sind zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland zwar vereinzelte Aussagen möglich. Die Erkenntnisse sind jedoch lückenhaft, ebenso wie die verfügbaren Daten. Erschwerend kommt hinzu, dass in Surveys und in der amtlichen Statistik bzw. in Routinedaten der Migrationshintergrund – und damit die Untersuchungspopulation – häufig unterschiedlich definiert ist; damit sind sie nur eingeschränkt vergleichbar. Das führt zu teils widersprüchlichen Ergebnissen bzw. einer sehr großen Bandbreite von Ergebnisindikatoren. **Damit künftige Forschung zu Gesundheit und gesundheitlichen Unterschieden von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund valide Ergebnisse erzielen kann, ist es wichtig, weitere und aussagekräftigere Datenquellen für die sozialepidemiologische Forschung zu erschließen und bestehende Quellen weiter auszubauen. Der Fokus sollte hier insbesondere auf den Teilgruppen liegen, bei denen bisherige Studien höhere gesundheitliche Risiken und eine schlechtere Gesundheit festgestellt haben. Nur so kann auch eine bedarfs- und nutzerorientierte Versorgung sichergestellt werden, die der Diversität und Heterogenität dieser Gruppe gerecht wird.**

Nach Brzoska und Razum (2020: 322) „deuten die verfügbaren Daten bei Menschen mit Migrationshintergrund aber auf eine im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund höhere Krankheitslast hin, was sich in zahlreichen gesundheitlichen Indikatoren widerspiegelt". Das hat zuletzt besonders deutlich die Corona-Pandemie gezeigt. Sie hat bestehende gesundheitliche Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund und sozioökonomische Benachteiligungen der Zuwanderungsbevölkerung verstärkt sichtbar gemacht

ihre eigene körperliche und seelische Gesundheit schlechter als Menschen, die sich noch nie benachteiligt gefühlt haben. Die negativen Auswirkungen von Diskriminierungserfahrungen auf die psychische und physische Gesundheit zeigt auch eine (nicht repräsentative) Betroffenenbefragung, die im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADS) durchgeführt wurde: Von den Befragten, die Diskriminierung erfahren haben, berichten 12,9 Prozent von einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit und 6,9 Prozent von körperlichen Erkrankungen, die daraus folgten (Beigang et al. 2017: 281). Von psychischen Erkrankungen infolge von Diskriminierung berichten insbesondere Personen, die gleichzeitig körperliche Übergriffe, materielle Benachteiligung und soziale Herabwürdigung erlebt haben (Beigang et al. 2017). Allerdings bezieht sich diese Studie nicht nur auf Menschen mit Migrationshintergrund.

(Info-Box 14). Allerdings werden die Gesundheitsrisiken von Menschen mit Migrationshintergrund – sowohl bezogen auf Gesundheitsbelastungen als auch auf Ressourcen zu ihrer Bewältigung – in der Gesundheitspolitik wenig beachtet (Gerlinger 2021: 9).[273]

Für Gesundheit sind sozioökonomische und soziodemografische Faktoren entscheidend

Der Migrationshintergrund ist aber nur einer der Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen (s. Kap. B.1.3). Andere soziale Aspekte spielen hier eine viel größere Rolle, besonders Bildung, Wohnumfeld und Arbeitsbedingungen. **❗ Gesundheitliche Risiken von Migrantinnen und Migranten bestehen nicht in erster Linie, weil diese Migrantinnen und Migranten sind, sondern weil sie häufiger als nicht Zugewanderte von Armut betroffen sind, häufiger unter belastenden Bedingungen arbeiten und im Durchschnitt ein niedrigeres Bildungsniveau haben** *(immigrant disadvantage hypothesis)*. Menschen mit Migrationshintergrund sind in Deutschland sozioökonomisch durchschnittlich schlechtergestellt und somit diesen Risikofaktoren stärker ausgesetzt. Der Migrationshintergrund bzw. migrationsspezifische Faktoren können die Gesundheit jedoch ebenfalls in unterschiedlicher Weise beeinflussen. So können Migrantinnen und Migranten durch den Verlust ihrer sozialen Netzwerke vereinsamen *(disruption hypothesis)*, oder sie können aufgrund von Selektionsprozessen gesünder sein als Nichtmigrantinnen und Nichtmigranten im Aufnahme- wie auch im Herkunftsland (*healthy migrant effect*, *healthy worker effect*). **❗ Der „Migrationshintergrund" ist somit per se weder mit einer guten Gesundheit verbunden noch mit gesundheitlichen Risiken.** Vielmehr steht hinter diesem Begriff eine Vielzahl von Mechanismen und Prozessen (Lampert et al. 2016: 160).

Mehr Forschung und eine bessere Datenlage notwendig

Um der Heterogenität der Gruppe gerecht zu werden, muss sie im Hinblick auf Gesundheit differenzierter betrachtet werden. **➔ Die Analysen sollten sich aber nicht auf migrationsspezifische Faktoren beschränken, vielmehr müssen sie auch den sozioökonomischen Status und soziodemografische Faktoren berücksichtigen.**[274] **Das Ziel sollte hier eine diversitätssensible und intersektionale Forschung sein.**

Bei der Betrachtung von Gesundheit ist darüber hinaus die zeitliche Komponente entscheidend. Migration ist kein punktuelles Ereignis. Sie ist vielmehr ein Prozess, der sowohl gesundheitliche Ressourcen als auch Risiken beinhaltet. Diese können sich in verschiedenen Lebensphasen positiv oder negativ auf die Gesundheit auswirken (Spallek/Razum 2021). Die verschiedenen Fragestellungen zum Thema Migration und Gesundheit in Deutschland erfordern damit unterschiedliche Datenquellen zu ihrer Bearbeitung.[275] **❗ Insgesamt besteht weiterhin ein hoher Bedarf an qualitativ hochwertigen Daten, die gesundheitliche Themen abdecken und zugleich den Migrationshintergrund – möglichst einheitlich – erheben.** Um beispielsweise zu untersuchen, wie sich die Migration und die Erfahrungen und Umstände im Aufnahmeland auf die Gesundheit von Individuen auswirken, werden idealerweise Paneldaten (Langzeitdaten) benötigt. **➔ Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung für Deutschland und der dazugehörigen Umfragen des RKI wird bereits angestrebt, mehr Menschen mit Migrationshintergrund zu erfassen und diese Gruppe stärker einzubinden, um die Informationslage zu verbessern. An den Ergebnissen und Methoden sollten sich auch andere epidemiologische und gesundheitswissenschaftliche Studien orientieren.** Solche Untersuchungen können helfen, spezifische Bedarfe zu erkennen und gezielt zu adressieren.

Gesundheitspolitik stärker mit anderen Politikfeldern zusammendenken

❗ Ein Ansatz, um den komplexen Zusammenhängen zwischen sozialer Situation und Gesundheit Rechnung zu tragen, ist das Konzept *Health in All Policies* (Gesundheit in allen Politikfeldern). Dieses konzipiert Gesundheit als Querschnittsthema und zielt darauf ab, gesundheitsbezogene Überlegungen in allen Politikfeldern stärker zu berücksichtigen (s. Geene et al. 2019; Trojan 2020). Denn wie in diesem Kapitel dargestellt, wird die gesundheitliche Lage von vielen Faktoren beeinflusst. Diese werden nur zu einem geringen Teil von der Gesundheitspolitik im engeren Sinne gestaltet. Deshalb sind hier auch Sozial-, Arbeitsmarkt- und Bildungspolitik gefragt, ebenso wie

273 So geht der „Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz" auf diese Zielgruppe nur am Rande ein (Gerlinger 2021: 9).

274 Beispielsweise zeigen sich bei vielen Gesundheitsindikatoren Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Entsprechend sollte auch die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund geschlechtsspezifisch analysiert werden. Auch die unterschiedliche Altersstruktur der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund ist bei den Analysen wie bei der Interpretation zu berücksichtigen.

275 Um die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten bestmöglich zu analysieren und zu verstehen, müsste es möglich sein, unterschiedliche Vergleichsgruppen zu wählen. Das erfordert Daten zu Migrantinnen und Migranten vor und nach der Migration sowie Daten zu Personen, die nicht migriert sind. Dem zu erwartenden Erkenntnisgewinn steht ein hoher zeitlicher und finanzieller Aufwand gegenüber (Hendriks 2015: 362). So gibt es aufgrund mangelnder Daten und methodischer Schwierigkeiten kaum wissenschaftliche Arbeiten, die Migrantinnen und Migranten mit der Bevölkerung in ihrem Herkunftsland vergleichen, und entsprechend wenig empirische Ergebnisse, die die Herkunftslandperspektive einbeziehen.

Politikfelder im Bereich Wohnen und Stadtentwicklung und nicht zuletzt die Migrations- und Integrationspolitik. **Die Gesundheitspolitik muss insgesamt stärker mit anderen Politikfeldern zusammengedacht werden.**

In Deutschland hat dieser Ansatz in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Auch die Bundesregierung hat sich das Ziel gesetzt, eine moderne und sektorenübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik zu gestalten (SPD/Grüne/FDP 2021: 67).[276] Dies ist aus der Sicht des SVR sehr zu begrüßen und sollte ressortübergreifend und in Kooperation mit Ländern und Kommunen konsequent verfolgt werden. Es gibt zudem erste Beispiele der Umsetzung; diese erfolgt bislang eher auf kommunaler Ebene als auf Landes- und Bundesebene. Die Modellkommune Dormagen oder die „Koordinierungsstelle Kommunale Prävention" in Gelsenkirchen[277] vernetzen private und öffentliche Angebote in diesem Bereich und legen einen Schwerpunkt auf die Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Menschen. Allerdings muss das Konzept „Gesundheit in allen Politikfeldern" derzeit für jedes Projekt neu entwickelt werden. Denn es gibt bisher keine ausreichend gesicherten Erfahrungen damit, die gesundheitswissenschaftlich oder politisch begleitet und analysiert wurden. Zudem fehlt es an fördernden Rahmenbedingungen. Dies könnte die Verantwortlichen auf Dauer demotivieren und damit der Umsetzung und Skalierung des Konzepts entgegenwirken (Geene et al. 2019).

276 Bremen hat sich 2018 explizit dazu bekannt, „Gesundheit in allen Politikfeldern zu verankern" (Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz 2019). Weiterhin erscheint das Konzept als Ziel in den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz (2018), und vom Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2017) wurde es als Leitbild formuliert (Geene et al. 2019).

277 S. www.gelsenkirchen.de/de/rathaus/politik_und_verwaltung/vorstandsbereiche_und_dienststellen/33554-koordinierungsstelle-kommunale-praevention-koprae (07.02.2022).

Kapitel **B.2**

Der rechtliche Zugang zu Gesundheitsleistungen

Inhalt und Ergebnisse in Kürze

Die meisten Menschen, die ohne deutschen Pass in Deutschland leben, sind heute im Krankheitsfall gut abgesichert. Für einige wenige Teilgruppen ist der Zugang zu öffentlich finanzierten Gesundheitsleistungen bzw. zum Krankenversicherungssystem jedoch rechtlich eingeschränkt: Asylsuchende und ausreisepflichtige Personen, die noch keine 18 Monate in Deutschland sind, sowie Personen, die sich irregulär im Land aufhalten. In Ausnahmefällen kann dies außerdem für EU-Bürgerinnen und EU-Bürger gelten, nämlich dann, wenn sie ihr materielles Freizügigkeitsrecht verloren haben. Diese Gruppen haben nur für bestimmte medizinische Leistungen einen rechtlichen Anspruch auf Kostenübernahme.

Quantitativ betrifft der rechtlich eingeschränkte Zugang zur Gesundheitsversorgung heute nur noch wenige Menschen ohne deutschen Pass. Um ihren Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern, sieht der SVR politischen Handlungsbedarf an folgenden Stellen: Auch Menschen, die sich irregulär in Deutschland aufhalten, steht nach dem Asylbewerberleistungsgesetz eine medizinische Mindestversorgung zu. Diese müssen sie jedoch auch nutzen können, ohne eine Abschiebung zu riskieren. Der SVR empfiehlt dem Gesetzgeber deshalb, durch eine Änderung von § 87 Abs. 1 Aufenthaltsgesetz klarzustellen, dass der Gesundheitsbereich (auch jenseits medizinischer Notfälle) von der Übermittlungspflicht gegenüber Ausländerbehörden ausgenommen ist. Ferner sollten die Länder prüfen, ob sie in ihre Verteilungsschlüssel für die kommunale Zuweisung von Asylsuchenden auch strukturelle Variablen des medizinischen Versorgungssystems aufnehmen können sowie die Frage, ob wichtige Gesundheitsdienste von den Unterkünften der Asylsuchenden aus gut erreichbar sind.

Im Sinne der EU-Aufnahmerichtlinie sollten alle Länder geeignete Verfahren implementieren, um bei Menschen im Asylverfahren psychische Leiden, die eine besondere Schutzbedürftigkeit begründen, frühzeitig zu identifizieren. Ferner muss der Zugang von Asylsuchenden und anerkannten Flüchtlingen zu psychosozialer Unterstützung und psychotherapeutischer Behandlung verbessert werden. Das erfordert gemeinsame Anstrengungen von Bund, Ländern und Kommunen. Unter anderem müssen dafür in den landeseigenen Sammelunterkünften standardmäßig psychologische Unterstützungsangebote bereitgestellt werden. Bund und Länder sollten außerdem Traumazentren und Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer stärker finanziell fördern.

Jenseits rechtlicher Beschränkungen entstehen Lücken im faktischen Krankenversicherungsschutz von Migrantinnen und Migranten mitunter dadurch, dass die Betroffenen über die für sie geltenden sozialrechtlichen Regeln und ihre Ansprüche zu wenig wissen. Die Clearingstellen zum Krankenversicherungsschutz, die in mehreren deutschen Großstädten implementiert wurden, schließen hier eine wichtige Beratungslücke. Der SVR empfiehlt den Ländern und Kommunen daher zu prüfen, inwieweit sich dieses Modell auf kommunaler oder Landesebene weiter ausbauen lässt.

Die meisten Menschen, die ohne deutschen Pass in Deutschland leben, haben heute die gleichen Ansprüche auf Gesundheitsleistungen wie deutsche Staatsangehörige. Denn im deutschen Sozialrecht ist mittlerweile ebenso wie in den meisten anderen europäischen Ländern das Territorialitätsprinzip verankert.[278] Das bedeutet: Wenn Ausländer und Ausländerinnen sich in einem Staatsgebiet befinden, sind sie im Sozialrecht in vielerlei Hinsicht

278 Die Anwendung des Territorialitätsprinzips hat sich im deutschen Sozialrecht im Laufe der Zeit herausgebildet, zunächst durch Entscheidungen der nationalen und europäischen Gesetzgebung sowie völkerrechtliche Verträge, seit den 1990er Jahren auch durch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH), des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte und des Bundesverfassungsgerichts (s. dazu Thym 2017: 177).

Inländern und Inländerinnen[279] gleichgestellt (s. in diesem Sinne Thym 2017: 178 und auch SVR 2021: 101–102). Die Staatsangehörigkeit ist somit für den Zugang zu sozialstaatlichen Leistungen nicht mehr die entscheidende Instanz, diese Funktion hat sie weitgehend verloren. Dafür hat nun das Migrationsrecht eine Art „Schleusenfunktion" (Zacher 1993: 448), denn es regelt die Frage, wer in ein Land einreisen darf. Die Schwelle der sozialstaatlichen Ungleichheit ist also keineswegs verschwunden, vielmehr ist sie nun dem Aufenthalt vorgeschaltet über die im Migrationsrecht geregelte Frage, wer in ein Land einreisen darf (Thym 2017: 177–178).

Der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (IPwskR, auch UN-Sozialpakt) differenziert – wie bei anderen Rechten – beim Zugang zu Gesundheitsleistungen nicht nach dem Aufenthaltsstatus.[280] Darin „erkennen [die Vertragsstaaten] das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an" (Art. 12 Abs. 1 IPwskR) und sollen konkrete Maßnahmen erlassen, um ein möglichst hohes Gesundheitsschutzniveau zu gewährleisten.[281] Aus dem UN-Sozialpakt ergeben sich objektive Staatenpflichten (CESCR 2000; Yamin 2020), aber nicht oder nur in Ausnahmefällen subjektive Rechte, die gerichtlich eingeklagt werden können. Im selben Sinne verlangt Art. 34 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union, dass jeder Mensch „das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten" hat. Ebendiese nationalen und teils auch die europäischen Vorgaben sehen aber für verschiedene Statusgruppen durchaus gesundheitsbezogene Unterschiede vor.

In Deutschland sind EU-Bürgerinnen und EU-Bürger Inländerinnen und Inländern sozialrechtlich umfassend gleichgestellt, wenn sie regulär im Land arbeiten, als Familienangehörige von freizügigkeitsberechtigten Personen hier leben oder ein Daueraufenthaltsrecht besitzen. Gleiches gilt für Personen mit einer Niederlassungserlaubnis und für Flüchtlinge, deren Asylantrag positiv beschieden wurde.[282] Diese Personen sind somit auch nach § 5 SGB V in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflichtversichert; ab einem bestimmten Einkommen können sie sich ebenso wie Inländerinnen und Inländer wahlweise freiwillig gesetzlich versichern oder eine private Krankenversicherung (PKV) wählen (s. dazu auch Baas 2019: 75). Diese Personengruppen haben auch dann vollen Zugang zu den regulären Gesundheitsleistungen der Krankenkassen, wenn sie neben einer Erwerbsarbeit ergänzende Sozialleistungen beziehen (Fachkommission Integrationsfähigkeit 2020: 171–172).

❗ Rechtliche Beschränkungen beim Zugang zu öffentlich finanzierten Gesundheitsleistungen gelten heute noch für drei Personengruppen: Asylsuchende und ausreisepflichtige Personen in den ersten 18 Monaten des Aufenthalts (s. Kap. B.2.1), Migrantinnen und Migranten, die irregulär im Land leben (s. Kap. B.2.2), und in manchen Fällen auch EU-Bürgerinnen und EU-Bürger, vor allem bei bestimmten Konstellationen von Erwerbslosigkeit oder prekärer Beschäftigung (s. Kap. B.2.3). Die rechtliche Situation dieser Personengruppen und ihr konkreter Zugang zur Gesundheitsversorgung werden nach einem knappen Exkurs über Gemeinsamkeiten und Unterschiede beim Versicherungsstatus von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland in den folgenden Unterkapiteln dargestellt.

Ein spezielles Phänomen, das zuvor noch zu erwähnen ist, ist der sog. Medizintourismus,[283] also die Behandlung ausländischer Patientinnen und Patienten, die eigens dafür nach Deutschland kommen und die Behandlung

279 Zu den Inländerinnen und Inländern gehören selbstverständlich auch Personen mit einer familiären Zuwanderungsgeschichte, die durch Einbürgerung oder Geburt deutsche Staatsangehörige geworden sind.

280 Die Bundesrepublik Deutschland hat den UN-Sozialpakt 1973 unterzeichnet und ratifiziert.

281 Im Einzelnen nennt Art. 12 Abs. 2 IPwskR Maßnahmen, die erforderlich sind, um die Zahl der Totgeburten und die Kindersterblichkeit zu senken und eine gesunde Entwicklung von Kindern zu gewährleisten, die Umwelt- und Arbeitshygiene zu verbessern, epidemischen, endemischen, Berufs- und sonstigen Krankheiten vorzubeugen, sie zu behandeln und zu bekämpfen sowie die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass jeder Mensch im Krankheitsfall medizinische Einrichtungen und ärztliche Betreuung in Anspruch nehmen kann.

282 Dabei spielt es keine Rolle, welcher konkrete Status einer Person zuerkannt wird: der Flüchtlingsstatus nach der Genfer Flüchtlingskonvention gemäß § 3 Asylgesetz (AsylG), eine Asylberechtigung nach Art. 16a Grundgesetz, subsidiärer Schutz nach Art. 4 AsylG oder jenseits dieser drei Schutzformen ein nationales Abschiebungsverbot auf der Basis von § 60 Abs. 5 und Abs. 7 Aufenthaltsgesetz (AufenthG).

283 ‚Medizintourismus' bezeichnet umgangssprachlich die länderübergreifende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (zumeist auf Selbstkosten), die zeigt, dass auch im medizinischen Sektor die Globalisierung immer weiter fortschreitet (Frädrich 2013). Wohlhabende Patientinnen und Patienten entscheiden sich vor allem deshalb für eine Behandlung im Ausland, weil die Kosten geringer sind, sie sich davon eine bessere Behandlung erwarten, es die betreffende Behandlungsmöglichkeit im Herkunftsland nicht gibt oder sie dort länger darauf warten müssten (Hartmann 2017: 208). Der Begriff ‚Medizintourismus' ist jedoch nicht unumstritten. Zum einen kann er Problemlagen verschleiern, die sich mit der weltweiten Kommerzialisierung medizinischer Dienstleistungen verbinden (s. Sharma 2014; Kressing 2018). Zum anderen ist das Phänomen der internationalen Mobilität von Patientinnen und Patienten inhaltlich sehr breit: Nicht alle sind wohlhabend, und besonders für Menschen aus medizinisch unterversorgten Regionen

selbst bezahlen. Etliche Kliniken in Deutschland haben dafür mittlerweile sogar eigene Abteilungen gegründet. Im Vergleich zu anderen Staaten führt diese international boomende Wachstumsbranche zwar hierzulande noch eher ein Nischendasein. Für einige deutsche Kliniken sind ausländische Privatpatientinnen und Privatpatienten aber bereits ein wichtiger Finanzierungsbaustein, weshalb sie um diese auch zunehmend aktiv werben (Frädrich 2013: 1618; Hartmann 2017: 210).[284] Auch das Visumhandbuch des Auswärtigen Amts (AA) verweist explizit darauf, dass Personen, die sich in Deutschland auf eigene Kosten medizinisch behandeln lassen wollen, auf der Basis von § 6 Abs. 3 in Verbindung mit § 7 Abs. 1 S. 3 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) eine entsprechende Einreiseerlaubnis erhalten können (AA 2021: 425–426).[285] Vorausgesetzt wird dafür aber (neben anderen Unterlagen) eine „Kostenübernahmeerklärung der behandelnden Stelle oder einer anderen Stelle/Privatperson und ggf. eine Bonitätsprüfung" (AA 2021: 425). Der Blick auf den ‚Medizintourismus' zeigt: Der Gesundheitssektor ist damit auch in Deutschland längst zu einem Markt geworden, der den Zugang zu medizinischen Leistungen in bestimmten Fällen an die Zahlungsfähigkeit derer koppelt, die solche Leistungen nachfragen. Damit werden in Deutschland neben den Anspruchsgruppen, die als inländische oder ausländische Gruppen das Recht auf einen Zugang zum Gesundheitssystem haben, auch Personen behandelt, die über diese Rechte nicht verfügen, sofern sie es sich leisten können.

Aufenthaltsrechtliche Fragen werden dann relevant, wenn es um die staatliche Finanzierung von Gesundheitsleistungen bzw. die Frage geht, welche Leistungen der Staat für welche Gruppen übernimmt. **Rechtlich beschränkt ist der Zugang zu Gesundheitsleistungen somit nicht etwa im Sinne eines ‚Behandlungsverbots', sondern darüber, wer von der Krankenversicherungspflicht in Deutschland erfasst wird, und dadurch, dass der Staat für aus diesem System herausfallende Gruppen (z. B. Asylsuchende) nur ein eingeschränktes Spektrum medizinischer Leistungen finanziert.**

Dass es vom Aufenthaltsstatus abhängt, welche Gesundheitsleistungen der Staat finanziert (also nicht: wer sich überhaupt behandeln lassen darf), ist keine deutsche Besonderheit, sondern in allen Einwanderungsländern gängige Praxis. Allerdings sind die Einschränkungen im Leistungsumfang zwischen den Staaten zum Teil sehr unterschiedlich (s. dazu auch Björngren Cuadra 2012; MIPEX 2020). **Die Frage, ob sozialstaatliche Leistungen völlig unabhängig von vorherigen Beitrags- und Steuerzahlungen gewährt werden sollen – und damit im konkreten Fall eben auch die Frage nach dem gewährten Umfang medizinischer Leistungen –, bewegt sich stets in einem Spannungsverhältnis zwischen Integrationsförderung und Migrationskontrolle.**[286] So mag es aus der Perspektive der Integrationsförderung z. B. sinnvoll erscheinen, alle Menschen im Asylverfahren von Beginn an leistungsrechtlich mit regulär gesetzlich Krankenversicherten gleichzustellen (etwa durch den Bezug von Analogleistungen, s. Kap. B.2.1.1). Zugleich könnte eine solche Ausweitung der Leistungen Zielen der Migrationssteuerung zuwiderlaufen. Beispielsweise könnte sie Zuwanderung anziehen oder umlenken, wenn sie nicht international abgestimmt wird (s. hierzu auch Thym 2016: 242).

Exkurs: Der Krankenversicherungsstatus von Menschen mit Migrationshintergrund

Die Krankenversicherung in Deutschland beruht auf einem dualen System aus GKV und PKV.[287] Für weite Teile der Bevölkerung ist die Mitgliedschaft in der GKV verpflichtend. Davon abweichend können abhängig Beschäftigte, deren Bruttoverdienst eine bestimmte Grenze überschreitet, ebenso wie die meisten Selbständigen sowie Beamtinnen und Beamte wählen, ob sie sich privat krankenversichern oder als freiwillig Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse beitreten (Rosenbrock/Gerlinger 2014: 125–126).[288]

oder aus Kriegs- und Krisengebieten ist eine Behandlung im Ausland unter Umständen die einzige Möglichkeit, ihr Leben zu retten (s. dazu Mammadova 2019). Zum Volumen des international wachsenden Marktes eines ‚Medizintourismus', der auf zahlungskräftige Patientinnen und Patienten aus dem Ausland zielt, gibt es keine verlässlichen Zahlen. Das liegt zum Teil auch daran, dass internationale Patientenmobilität unterschiedlich definiert und statistisch erfasst wird (Hartmann 2017: 207). Schätzungsweise lag der weltweite Umsatz im Geschäft mit ‚Medizintourismus' im Jahr 2012 bei 100 Milliarden Dollar (Kressing 2018: 254).

284 Laut Erhebungen der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg ließen sich im Jahr 2017 insgesamt 247.500 Patientinnen und Patienten aus 177 Ländern in Deutschland stationär oder ambulant behandeln; dadurch erzielte das deutsche Gesundheitssystem Einnahmen von etwa 1,2 Milliarden Euro (Hochschule Bonn-Rhein-Sieg 2019). Die Nachfrage nach medizinischen Behandlungen in Deutschland schwankt; 2017 ist sie gegenüber dem Vorjahr leicht zurückgegangen (Hochschule Bonn-Rhein-Sieg 2019). Im Jahr 2016 wurde in Deutschland mit ausländischen Privatpatientinnen und Privatpatienten ein Gesamterlös von 1,22 Milliarden Euro erwirtschaftet (Juszczak/Kern 2018: 17).

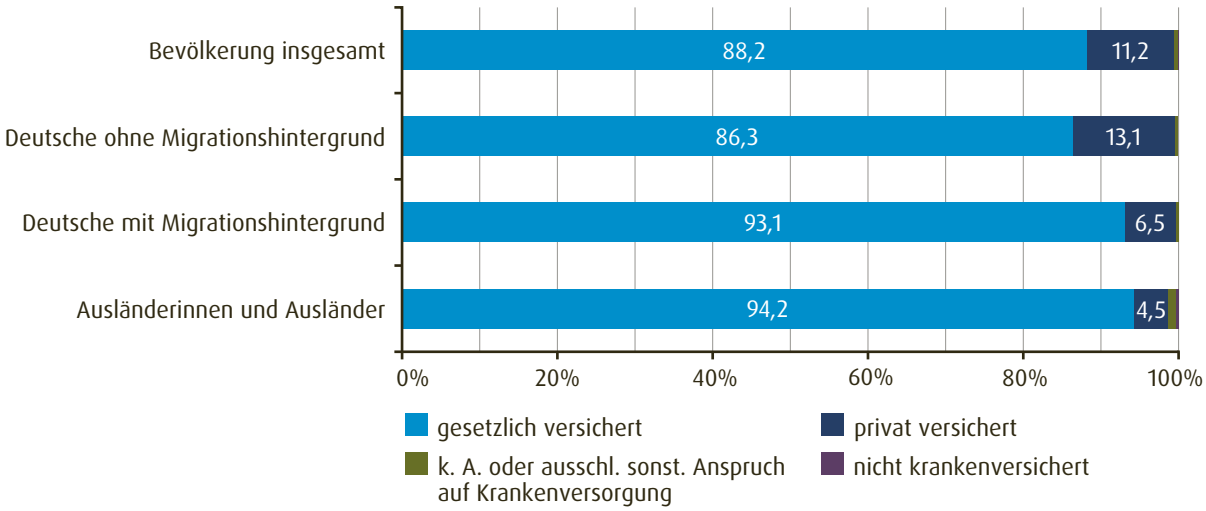
285 Das Visumhandbuch enthält die wesentlichen Bestimmungen darüber, wie die deutschen Auslandsvertretungen die verschiedenen Vorschriften des nationalen und europäischen Visumrechts konkret anwenden sollen.

286 Zu diesem Migrations-Integrations-Dilemma s. auch Blätte 2016.

287 Diese für das deutsche Krankenversicherungssystem kennzeichnende Trennung in GKV und PKV ist ansonsten im internationalen Vergleich kaum anzutreffen (Gerlinger 2021: 10).

288 Einige Selbständigengruppen sind ebenfalls verpflichtet, der gesetzlichen Krankenversicherung beizutreten, darunter Landwirtinnen und Landwirte, Künstlerinnen und Künstler sowie Publizistinnen und Publizisten (Rosenbrock/Gerlinger 2014: 125).

Abb. B.8 Art des Krankenversicherungsschutzes 2019 nach Migrationshintergrund



Anmerkung: Nur Personen in Privathaushalten. Werte von einem Prozent oder darunter sind nicht ausgewiesen.

Quelle: Mikrozensus, Statistisches Bundesamt 2020e; Berechnung und Darstellung: SVR

Gar keine Krankenversicherung zu haben ist dagegen rechtlich nicht vorgesehen; diese Option ist mit der Einführung der generellen Krankenversicherungspflicht zum 1. Januar 2009 entfallen.[289]

Das vorherrschende Versicherungsmodell in Deutschland ist laut Mikrozensus 2019[290] die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung, und zwar bei Menschen mit wie ohne deutsche Staatsbürgerschaft (Abb. B.8). Allerdings liegt die Quote der privat Versicherten bei Menschen ohne deutschen Pass mit 4,5 Prozent deutlich unter der von Menschen ohne Migrationshintergrund (13,1 %). Dies hängt vor allem damit zusammen, dass Menschen mit Migrationshintergrund und besonders Ausländerinnen und Ausländer seltener verbeamtet sind. Zudem verdienen sie durchschnittlich seltener so viel, dass sie in die private Krankenversicherung wechseln könnten (Gerlinger 2021: 15; Statistisches Bundesamt 2020a).

Gesetzlich krankenversicherte Ausländerinnen und Ausländer haben zudem deutlich seltener als gesetzlich krankenversicherte Deutsche ohne Migrationshintergrund eine Zusatz-Krankenversicherung mit Anspruch auf Zusatzleistungen abgeschlossen, um ihren Grundversicherungsschutz zu ergänzen bzw. zu verbessern (9,4 % gegenüber 31,0 %, Abb. B.9). Hier könnten finanzielle Aspekte eine Rolle spielen. Wichtig zu wissen ist aber auch, dass die Leistungen der GKV im internationalen Vergleich bereits recht umfassend sind (Gerlinger 2021: 11).[291]

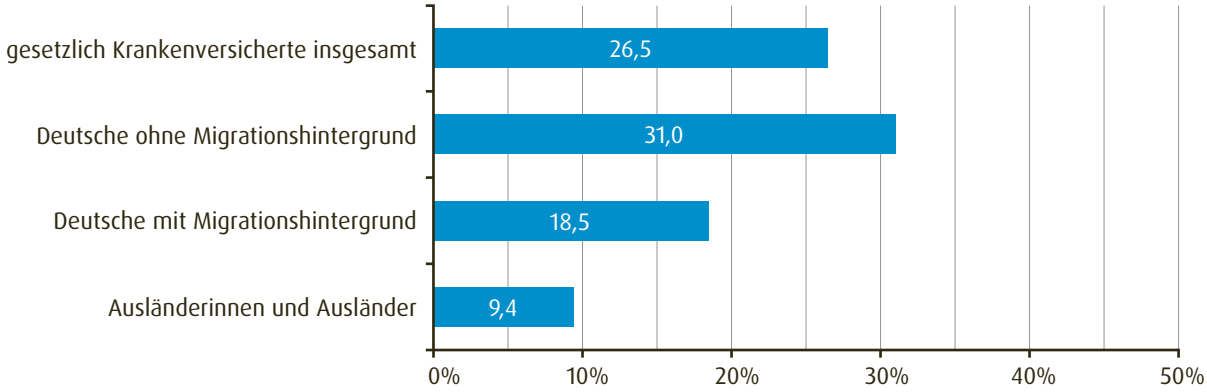
Laut Mikrozensus haben insgesamt 61.000 Personen in Deutschland keinen Krankenversicherungsschutz, das sind weniger als 0,1 Prozent der Bevölkerung (Statistisches Bundesamt 2020d). **Diese sehr kleine Gruppe umfasst überproportional viele Menschen mit Migrationshintergrund und besonders Menschen ohne deutschen Pass (35.000, davon 28.000 ohne deutsche Staatsbürgerschaft)**. Doch auch in diesen Bevölkerungsgruppen ist der Anteil der nicht versicherten Personen laut Mikrozensus sehr klein, nämlich knapp 0,2 Prozent bei den Menschen mit Migrationshintergrund und knapp 0,3 Prozent bei jenen ohne deutschen Pass (Statistisches Bundesamt 2020d). Allerdings werden gerade jene Gruppen, die besonders häufig ohne Krankenversicherung sind (wie z. B. obdachlose Personen), im Mikrozensus nicht oder nur sehr unzureichend erfasst. Ebenfalls nicht erfasst

289 Die Einführung der generellen Krankenversicherungspflicht zum 01.01.2009 beruht auf dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) vom 26.03.2007 (BGBl. I S. 378).

290 Die jüngsten vorliegenden Daten zum Krankenversicherungsschutz sind die des Mikrozensus aus dem Jahr 2019. Zwar enthält der Mikrozensus seit der ersten Erhebung im Jahr 1957 Fragen zur Krankenversicherung. Seit 1995 wird dieser Bereich jedoch nur alle vier Jahre erhoben (zuletzt 2019). Die nächste Befragung zum Krankenversicherungsschutz ist somit im Mikrozensus 2023 vorgesehen.

291 Der individuelle Leistungsanspruch ergibt sich aus dem jeweiligen Behandlungsbedarf (Bedarfsprinzip) und ist somit unabhängig von der Höhe des Versicherungsbeitrags, der jeweils individuell entrichtet wird (Solidarprinzip) (Gerlinger 2021: 11).

Abb. B.9 Gesetzlich Krankenversicherte mit Anspruch auf Zusatzleistungen durch eine Zusatz-Krankenversicherung 2019 nach Migrationshintergrund



Anmerkung: Nur Personen in Privathaushalten.

Quelle: Mikrozensus, Statistisches Bundesamt 2020e; Berechnung und Darstellung: SVR

sind Migrantinnen und Migranten, die sich irregulär in Deutschland aufhalten (zur Datenlage in Bezug auf ihre Zahl s. Kap. B.2.2). **Dennoch zeigen die Daten, dass die überwältigende Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland regulär krankenversichert ist.**

Die folgenden Unterkapitel gehen näher auf die Situation der Teilgruppen ohne deutschen Pass ein, deren Zugang zu öffentlich finanzierten Gesundheitsleistungen bzw. zum Krankenversicherungssystem (meist temporär) rechtlich eingeschränkt ist: Asylsuchende (s. Kap. B.2.1), Migrantinnen und Migranten, die irregulär im Land leben (s. Kap. B.2.2), sowie EU-Bürgerinnen und EU-Bürger mit bestimmten Konstellationen von Erwerbslosigkeit oder prekärer Beschäftigung (s. Kap. B.2.3).

B.2.1 Regelungen zur Gesundheitsversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Menschen, die in Deutschland Asyl beantragen, haben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) bis zur rechtskräftigen Entscheidung über ihren Asylantrag – längstens aber für 18 Monate – lediglich Anspruch auf eine eingeschränkte medizinische Versorgung. Das Gleiche gilt (ebenfalls in den ersten 18 Monaten nach der Einreise) für Personen mit einer Duldung nach § 60a AufenthG. Außerdem leistungsberechtigt nach AsylbLG sind Ehegattinnen und Ehegatten bzw. Lebenspartnerinnen und Lebenspartner sowie minderjährige Kinder von Personengruppen, die nach dem AsylbLG leistungsberechtigt sind.[292] Mit einer positiven Entscheidung über einen Asylantrag wird die betreffende Person regulär krankenversicherungspflichtig. Aufgrund der gesetzlichen 18-Monats-Frist enden die unten skizzierten Einschränkungen des medizinischen Versorgungsanspruchs unabhängig vom Rechtsstatus 18 Monate nach der Einreise.

Was gilt nach 18 Monaten ohne positive Entscheidung über einen Asylantrag? Sofern eine nach AsylbLG anspruchsberechtigte Person sich in den ersten 18 Monaten ohne wesentliche Unterbrechung im Bundesgebiet aufgehalten und die Dauer ihres Aufenthalts dabei nicht rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst hat, werden die im AsylbLG vorgesehenen Einschränkungen ihres Anspruchs auf Gesundheitsversorgung auch dann aufgehoben, wenn z. B. das Asylverfahren noch läuft oder die betreffende Person zunächst mit einer Duldung nach § 60a AufenthG in Deutschland verbleibt. Nach 18 Monaten besteht ein Anspruch auf sog. Analogleistungen; das bedeutet im Hinblick auf Gesundheitsleistungen eine weitgehende Gleichstellung mit regulär krankenversicherten Personen (s. hierzu Kap. B.2.1.1). In bestimmten Konstellationen können Restriktionen auch länger als 18 Monate bestehen, etwa wenn jemand gesetzlichen Kooperationspflichten nachhaltig nicht nachkommt (§ 1a AsylbLG).

Welche Einschränkungen des Anspruchs auf öffentlich finanzierte Gesundheitsversorgung sind für Leistungsberechtigte nach AsylbLG in den ersten 18 Monaten vorgesehen? Nach § 4 AsylbLG werden ihnen nur Leistungen für erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlungen

292 Die nach AsylbLG leistungsberechtigten Personengruppen werden in § 1 Abs. 1 AsylbLG abschließend aufgezählt.

akuter Erkrankungen und Schmerzzustände[293] gewährt, außerdem für die Versorgung von Schwangeren und Wöchnerinnen, für Impfungen und in begrenztem Umfang für die Bereitstellung von Heil- und Hilfsmitteln. Für chronische Erkrankungen bzw. langfristige Behandlungen, „die wegen der voraussichtlich kurzen Dauer des Aufenthaltes nicht abgeschlossen werden können" (BT-Drs. 12/4451: 9), müssen nicht zwingend Leistungen gewährt werden. Bei chronischen Erkrankungen ist dies aber nach einer Öffnungsklausel in § 6 AsylbLG möglich, wenn es „im Einzelfall zur Sicherung [...] der Gesundheit unerlässlich [ist]" (§ 6 Abs. 1 AsylbLG). Dies ist etwa der Fall, wenn es ohne Behandlung zu akuten Notfällen kommen würde (z. B. bei Bluthochdruck, Diabetes, Epilepsie oder Herzkranzgefäßverengung). Dennoch wird bei solchen Erkrankungen nicht zwangsläufig der gleiche Behandlungsumfang zugebilligt wie bei regulär krankenversicherten Personen.[294]

Die Öffnungsklausel in § 6 AsylbLG ist auch maßgeblich, um im Rahmen der Gesundheitsversorgung die besonderen Bedürfnisse von Minderjährigen und anderen besonders schutzbedürftigen Menschen zu berücksichtigen. Sie bildet beispielsweise die Grundlage, um im Einzelfall die Kosten einer psychotherapeutischen Behandlung zu übernehmen. So hat die Bundesregierung 2016 klargestellt, dass besonders schutzbedürftige Personen im Sinne der EU-Aufnahmerichtlinie (s. Kap. B.2.1.3) wenn nötig auch einen Anspruch auf psychologische Betreuung haben. Aufgrund europarechtskonformer Auslegung haben die Behörden in solchen Fällen bei der Gewährung einer psychologischen Betreuung auf der Basis von § 6 Abs. 1 AsylbLG keinerlei Ermessensspielraum (BT-Drs. 18/9009: 3).[295]

Nach § 10 AsylbLG können die Bundesländer selbst entscheiden, wie sie die Bestimmungen des AsylbLG konkret umsetzen. Sie können z. B. durch Landesgesetze, Verordnungen und Erlasse bestehende Ermessensspielräume auf lokaler Ebene einschränken. Ob und in welchem Maß sie dies tun, bestimmt darüber, wie einheitlich die Verwaltungspraxis auf kommunaler Ebene gehandhabt wird (Schammann 2015: 169). Derzeit wird der zunächst bundeseinheitliche Rechtsrahmen daher auf Landesebene und in den Kommunen sehr unterschiedlich umgesetzt (s. hierzu z. B. Schammann 2015; Günther/Kurrek/Töller 2019).

! Der Zugang zum gesundheitlichen Regelsystem unterscheidet sich mit Blick auf die Leistungsbereitstellung (nicht den Leistungsumfang) z. B. danach, wie die zuständige Kommune bzw. das jeweilige Bundesland ihn verwaltungstechnisch geregelt hat (Behandlungsscheine oder elektronische Gesundheitskarte). Beim Behandlungsschein-Modell müssen Asylsuchende erst bei der zuständigen Sozialbehörde einen Behandlungsschein beantragen, bevor sie mit einer medizinischen Einrichtung Kontakt aufnehmen.[296] Dieser Schritt entfällt, wenn sie bereits vor Abschluss des Asylverfahrens bzw. vor Ablauf von 18 Monaten eine elektronische Gesundheitskarte erhalten. Mit dieser können sie sich direkt an medizinische Einrichtungen wenden, ohne vorher die zuständige Sozialbehörde zu konsultieren.

Nach dem gestiegenen Zuzug von Asylsuchenden 2015 und 2016[297] entwickelte sich die Diskussion über Vor- und Nachteile dieser beiden alternativen Zugangsmodelle – Behandlungsscheine oder elektronische Gesundheitskarte (s. Kap. B.2.1.1) – zu einem symbolischen Kristallisationspunkt der Debatte über die eigentlich breiteren Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung von Menschen im Asylverfahren. **! Neben der verwaltungstechnischen Organisation hängt der konkrete Zugang zu Gesundheitsleistungen z. B. auch davon ab, welche gesundheitlichen Angebote und anderen Unterstützungsleistungen (z. B. Sprachmittlungsdienste) direkt in einer Sammelunterkunft[298] bzw. in gut erreichbarer Nähe der jeweiligen gemeinschaftlichen Unterkunft oder Einzelwohnung bereitgestellt werden.** Mit dem Ausbruch der Corona-Pandemie im Frühjahr 2020 rückten speziell Fragen der Unterbringung und ihres Einflusses auf die

293 Schmerzzustände fallen auch dann unter § 4 AsylbLG, wenn sie chronisch sind (s. Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Urt. v. 04.05.1998, Az. 7 S 920/98).

294 Die Interpretationshilfe zum AsylbLG des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz und der Landesdirektion Sachsen zur Gesundheitsversorgung beispielsweise veranschaulicht konkrete Vorgaben zum Umgang mit chronischen Erkrankungen; s. Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz 2015.

295 Allerdings gibt es in der Praxis nicht immer genügend Kapazitäten, um den bestehenden Bedarf zu decken (s. Kap. B.2.1.3; Mediendienst Integration 2016; Robert Bosch Expertenkommission zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik 2016).

296 Bei medizinischen Notfällen muss nicht zuvor ein Behandlungsschein beantragt werden. In einem solchen Fall können AsylbLG-Anspruchsberechtigte direkt medizinische Hilfe in Anspruch nehmen (etwa in einer Notfallambulanz).

297 Die Zahl der Asylanträge lag bereits 2014 mit 202.834 im Vergleich zu den Vorjahren recht hoch. Im Jahr 2015 hat sich der Wert jedoch mehr als verdoppelt; mit 476.649 Asylanträgen überstieg er den jährlichen Höchstwert der Nachwendezeit von 1992 (438.191 Anträge). 2016 wurden dann mit 745.545 zum zweiten Mal in Folge so viele Asylanträge innerhalb eines Jahres gestellt wie noch nie, bevor die Zahl 2017 (222.683 Anträge) und in den Folgejahren wieder deutlich zurückging (2018: 185.853; 2019: 165.938) (BAMF 2020: 5).

298 Mit Sammelunterkünften sind sowohl die (Erst-)Aufnahmeeinrichtungen der Länder (in Bayern: Ankerzentren) nach § 44 AsylG gemeint, in denen die Asylsuchenden registriert werden, als auch die Gemeinschaftsunterkünfte der Länder und Kreise, auf die sie anschließend verteilt werden.

Gesundheit von Asylsuchenden wieder stärker in den Fokus (s. Kap. B.2.1.2 und Info-Box 19). Seit einigen Jahren wird außerdem verstärkt darüber diskutiert, wie mit dem hohen Bedarf an psychosozialer und psychologischer Unterstützung in der Gruppe der Asylsuchenden umzugehen ist (s. Kap. B.2.1.3). Diese Frage stellt sich besonders mit Blick auf die Anforderungen der EU-Aufnahmerichtlinie (RL 2013/33/EU).

B.2.1.1 Die elektronische Gesundheitskarte für Geflüchtete

! Anders als der gebräuchliche Oberbegriff „Geflüchtete" suggeriert, bezieht sich die Diskussion über das Für und Wider der elektronischen Gesundheitskarte keineswegs auf alle Menschen im Asylverfahren und auch nicht auf Personen, deren Asylantrag bereits positiv beschieden wurde. Denn mit dem Status als anerkannte Flüchtlinge[299] werden die betreffenden Personen regulär krankenversicherungspflichtig und erhalten somit eine elektronische Gesundheitskarte – wie alle anderen, die in Deutschland regulär krankenversichert sind. Ebenso wenig geht es um Asylsuchende, die schon über 18 Monate in Deutschland leben. Denn sie erhalten gemäß § 2 Abs. 1 AsylbLG Leistungen auf Sozialhilfeniveau nach SGB XII (Sozialhilfe); mit diesen sog. Analogleistungen[300] sind sie regulär gesetzlich Krankenversicherten leistungsrechtlich weitgehend gleichgestellt (BT-Drs. 18/9242: 3).[301] Im Zuge dessen erhalten auch sie von der Krankenkasse ihrer Wahl eine elektronische Gesundheitskarte (s. dazu auch Wächter-Raquet 2016: 11).[302]

! Die Betrachtung der Vor- und Nachteile einer elektronischen Gesundheitskarte für Geflüchtete bezieht sich somit auf Menschen im Asylverfahren und ausreisepflichtige Personen (etwa nach einem negativen Asylbescheid), die noch keine 18 Monate in Deutschland sind. Für diese Personengruppe ist der Anspruch auf Gesundheitsleistungen noch eingeschränkt (s. Kap. B.2.1). **Dabei geht es vor allem um die Frage, wie ihr Zugang zu Leistungen des medizinischen Regelsystems verwaltungstechnisch organisiert werden soll.**

In Bremen wurde die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende mit einer Aufenthaltsdauer unter 18 Monaten bereits 2005 eingeführt; wegen dieser zeitlichen Vorreiterrolle wird sie in der wissenschaftlichen und politischen Debatte mitunter auch als „Bremer Modell" bezeichnet. Hamburg hat eine ähnliche Karte im Jahr 2012 eingeführt (Wächter-Raquet 2016: 11).[303] Im Oktober 2015 nahm der Bund im Rahmen des Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes (kurz auch: Asylpaket I)[304] eine Gesetzesänderung vor, die es den Ländern erleichterte, durch Regelungen auf Landesebene die Krankenkassen direkt mit der Krankenbehandlung von AsylbLG-Anspruchsberechtigten zu beauftragen. Damit sollte angesichts der damals stark ansteigenden Zahl von Asylsuchenden deren gesundheitliche Versorgung entbürokratisiert werden. Zudem ermöglicht die Gesetzesänderung, die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende bundesweit einzuführen (Günther/Kurrek/Töller 2019: 363).[305] Es bleibt den Bundesländern aber freigestellt, ob sie mit den gesetzlichen Krankenkassen solche Rahmenverträge aushandeln oder am Modell des Behandlungsscheins festhalten.

299 Der Begriff „anerkannte Flüchtlinge" ist hier weit zu verstehen: Er umfasst alle Personen, deren Asylantrag positiv beschieden wurde, unabhängig davon, welcher Schutzstatus ihnen zuerkannt wurde.

300 Die Dauer des Voraufenthalts bis zum Anspruch auf Analogleistungen nach SGB XII wurde am 21.08.2019 durch eine Änderung von § 2 AsylbLG von 15 auf 18 Monate angehoben.

301 Zur analogen Anwendung der Vorschriften über die Hilfen zur Gesundheit gemäß §§ 47ff. SGB XII im Bereich des Asylbewerberleistungsrechts s. auch Korff 2021: Rn. 17.

302 Die Bezieherinnen und Bezieher von Analogleistungen werden hierdurch jedoch keine regulären Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Die zuständige Sozialbehörde erstattet der jeweiligen Krankenkasse gemäß § 264 Abs. 2 SGB V die Behandlungskosten nebst einer Verwaltungspauschale (Wächter-Raquet 2016: 11).

303 Die gesetzliche Grundlage hierfür bildete in beiden Fällen § 264 Abs. 1 SGB V. Danach können Krankenkassen „für Arbeits- und Erwerbslose, die nicht gesetzlich gegen Krankheit versichert sind, für andere Hilfeempfänger sowie für die vom Bundesministerium für Gesundheit bezeichneten Personenkreise die Krankenbehandlung übernehmen, sofern der Krankenkasse Ersatz der vollen Aufwendungen für den Einzelfall sowie eines angemessenen Teils ihrer Verwaltungskosten gewährleistet wird".

304 Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz vom 20.10.2015 (BGBl. I S. 1722).

305 Konkret ist eine Krankenkasse nun verpflichtet, für Empfängerinnen und Empfänger von Gesundheitsleistungen nach §§ 4 und 6 AsylbLG die Krankenbehandlung zu übernehmen, wenn die Landesregierung oder die von ihr beauftragte oberste Landesbehörde sie dazu auffordert und „mit ihr eine entsprechende Vereinbarung mindestens auf Ebene der Landkreise oder kreisfreien Städte geschlossen wird" (§ 264 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Zuvor war es den Krankenkassen freigestellt, ob sie die Behandlung von nicht Versicherungspflichtigen gemäß § 264 Abs. 1 Satz 1 SGB V übernehmen. Ferner wurde festgelegt, dass die Landesregierungen oder die jeweiligen obersten Landesbehörden von den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen einfordern können, eine entsprechende Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Krankenbehandlung für diesen Personenkreis auf Landesebene abzuschließen (§ 264 Abs. 1 Satz 4 SGB V).

Seit der Gesetzesänderung von 2015 haben vier weitere Bundesländer landesweit die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende eingeführt (Berlin, Schleswig-Holstein, Brandenburg[306] und Thüringen) (Abb. B.10). In Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz geschah dies teilweise auf kommunaler Ebene, denn in diesen drei Bundesländern ist es den Kommunen freigestellt, ob sie sich an den auf Landesebene ausgehandelten Rahmenverträgen beteiligen (Rolke/Wenner/Razum 2020: 962; Lindner 2022: 11–12). Die Länder Bayern und Sachsen[307] haben die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte bisher abgelehnt. Die übrigen Bundesländer haben sich nach Prüfung aus verschiedenen Gründen dagegen entschieden.

Für die ablehnende Haltung der Landesregierungen in Sachsen und Bayern spielte u. a. die Befürchtung eine Rolle, dass die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte materielle Anreize für weitere Zuwanderung schafft (vgl. Focus Online 2015; Bayerischer Landtag Drs. 17/10656: 2). Auch die politischen Parteien positionieren sich in dieser Frage unterschiedlich. So sehen Vertreterinnen und Vertreter von CDU/CSU neben Zuwanderungsanreizen auch das Risiko, dass durch die elektronische Gesundheitskarte zu viele Leistungen zu überhöhten Kosten verordnet werden. Die Parteien Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke befürworten dagegen die elektronische Gesundheitskarte und beziehen sich dabei argumentativ stärker auf das Menschenrecht auf Gesundheit (s. zur parteipolitischen Diskussion z. B. Lindner 2021a: 9).

! Die Ausgabe einer elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende bedeutet nicht, dass diese den regulären Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung leistungsrechtlich weitgehend gleichgestellt werden, wie es bei den Empfängerinnen und Empfängern von Analogleistungen vorgesehen ist. Für den Leistungsumfang bleiben für Asylsuchende auch mit elektronischer Gesundheitskarte in der Regel §§ 4 und 6 AsylbLG richtungweisend (Wächter-Raquet 2016). Der Katalog der konkreten Leistungen ist jedoch Gegenstand der Rahmenverträge, die die Bundesländer mit den Krankenkassen aushandeln. Während das Behandlungsschein-Modell vorsieht, dass die Sozialbehörden und ggf. der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) jeweils im Einzelfall entscheiden, muss somit beim Modell der elektronischen Gesundheitskarte in den Rahmenverträgen genau und rechtssicher definiert werden, wann eine Behandlung z. B. akut ist und auf welche Gesundheitsleistungen und Medikamente Asylsuchende Anspruch haben (Wächter-Raquet 2016: 12). Ebenso muss die Ermessensfrage im Rahmen von § 6 AsylbLG geregelt werden, also die Frage, in welchen Fällen nicht akute Zustände behandelt werden und welche Faktoren darüber entscheiden, ob behandelt wird und in welcher Weise (s. auch Lindner 2022: 11).

Damit die Verträge möglichst einheitlich gestaltet werden, wurde nach der Gesetzesänderung im Jahr 2015 der GKV-Spitzenverband beauftragt, mit den auf Bundesebene vertretenen kommunalen Spitzenorganisationen Rahmenempfehlungen zu vereinbaren. Diese sollten sich insbesondere darauf beziehen, wie der Leistungsumfang nach AsylbLG, die Abrechnung und die Abrechnungsprüfung sowie der Ersatz der Aufwendungen und die Verwaltungskosten möglichst einheitlich bestimmt werden können (Wächter-Raquet 2016: 12–13). Im Mai 2016 wurde eine entsprechende „Bundesrahmenempfehlung" vorgelegt.[308] Dennoch unterscheidet sich die konkrete Implementierung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende zum Teil zwischen den Bundesländern und auch zwischen den Kommunen, die sie eingeführt haben. Beispielsweise wird sie zu unterschiedlichen Zeitpunkten ausgegeben: In Bremen wird sie Asylsuchenden direkt nach ihrer Registrierung zugesendet;[309] in Nordrhein-Westfalen (wo das Modell nicht flächendeckend implementiert wurde) kann sie hingegen erst ausgegeben werden, wenn Asylsuchende die Erstaufnahmeeinrichtungen und zentralen Unterbringungseinrichtungen des Landes verlassen haben und einer konkreten Kommune zugewiesen wurden (Wächter-Raquet 2016: 15, 19).

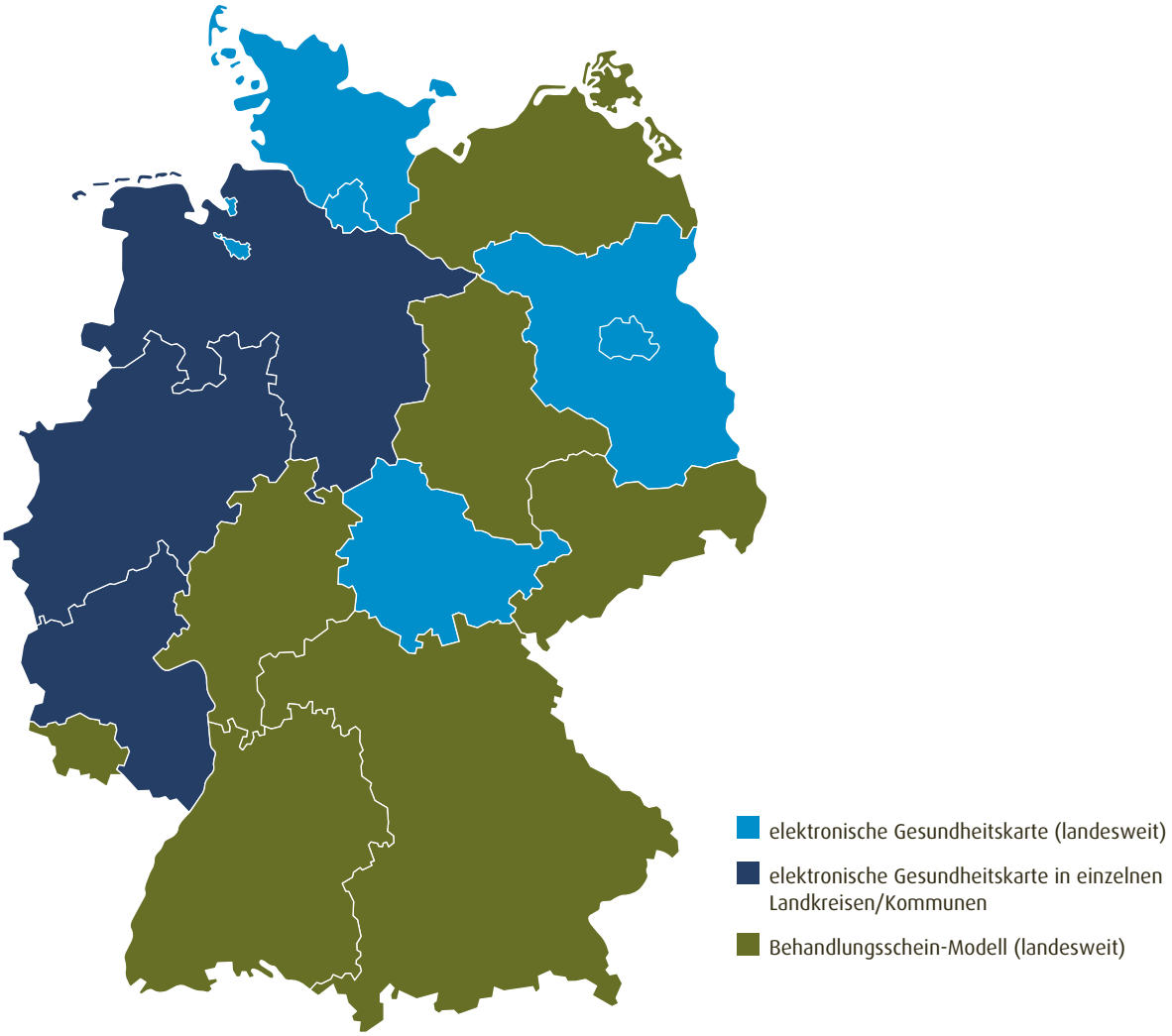
306 In Brandenburg haben 17 von 18 Landkreisen und kreisfreien Städten die elektronische Gesundheitskarte implementiert. Einen kommunalen Sonderfall bildet der Landkreis Märkisch-Oderland, der ihre Einführung trotz obligatorischer Vorgabe des Landes bisher ablehnt (s. dazu auch Lindner 2022: 12).

307 In Sachsen bildet die Landeshauptstadt Dresden einen kommunalen Sonderfall (s. dazu Lindner 2021b sowie Lindner 2022: 12); hier hat sich der Stadtrat entgegen der Position der Landesregierung 2015 für die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende entschieden und diese im April 2020 eingeführt.

308 Die „Bundesrahmenempfehlung zur Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 SGB V (Empfänger von Gesundheitsleistungen nach §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz)" ist auf der Website des GKV-Spitzenverbands abrufbar unter www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/asylbewerber/20160527_Bundesrahmenempfehlung_Asylsuchende_264_Abs_1_SGB_V.pdf (07.02.2022).

309 Nach der Registrierung werden die Asylsuchenden beim Amt für Soziale Dienste gemeldet, das sie bei der AOK Bremen/Bremerhaven anmeldet. Diese sendet ihnen die elektronische Gesundheitskarte daraufhin direkt zu (Wächter-Raquet 2016: 15).

Abb. B.10 Modell des Zugangs zu Gesundheitsleistungen für Menschen im Asylverfahren, die sich noch keine 18 Monate in Deutschland aufhalten



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

Darstellung: SVR

Die politische Diskussion über die elektronische Gesundheitskarte ist in den Jahren nach der Gesetzesänderung von Oktober 2015 wieder abgeflaut. Dies wird u. a. damit erklärt, dass Asylanträge im Schnitt wieder deutlich schneller bearbeitet wurden, nachdem der 2015 und 2016 entstandene Bearbeitungsrückstau beim BAMF abgebaut war. Wenn ein Asylantrag positiv beschieden wurde, hat die betreffende Person aber vollen Zugang zu Gesundheitsleistungen, unabhängig von dem dabei zuerkannten Schutzstatus. Die Landesregierung in Mecklenburg-Vorpommern beispielsweise hatte geplant, die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende landesweit einzuführen. 2016 nahm sie davon wieder Abstand mit der Begründung, der finanzielle und bürokratische Aufwand dafür erscheine nicht gerechtfertigt, da die Asylanträge mittlerweile recht schnell bearbeitet würden (Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern 2016). Allerdings können Asylverfahren in komplexen Konstellationen weiterhin sehr lange dauern, und die Dauer variiert auch je nach Herkunftsland

erheblich;[310] ferner hat in den letzten Jahren auch die Zahl der Asylklagen vor deutschen Verwaltungsgerichten zugenommen.[311] Infolge der Corona-Pandemie und der dadurch erschwerten Arbeitsabläufe ist die durchschnittliche Bearbeitungsdauer bis zu einer behördlichen Entscheidung zudem im Jahr 2020 insgesamt wieder gestiegen auf 8,3 Monate (2019: 6,1 Monate) (BT-Drs. 19/30711: 1). Unter Verweis auf die Herausforderungen der Corona-Pandemie erneuerten auch wissenschaftliche Stellen ihre Forderung, die elektronische Gesundheitskarte möglichst flächendeckend einzuführen (s. z. B. Bendel/Bekyol/Leisenheimer 2021; Gold et al. 2021).

Befürworterinnen und Befürworter der elektronischen Gesundheitskarte verweisen vor allem auf den hohen bürokratischen Aufwand, den das Behandlungsschein-Modell erfordert. Wenn dieses Argument trotzdem nicht alle Bundesländer und Kommunen bewegt, zur elektronischen Gesundheitskarte überzugehen, mag dies auch damit zusammenhängen, dass der bürokratische Aufwand auch beim Behandlungsschein-Modell sehr unterschiedlich ausfallen kann (s. dazu z. B. Schammann 2015; Lindner 2022: 9).[312]

Ein zweites wichtiges Argument für die elektronische Gesundheitskarte lautet, dass die Beantragung von Behandlungsscheinen eine unnötige Hürde bedeutet, die die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erschweren und verzögern kann (Spura et al. 2017). Daraus könnten für Menschen im Asylverfahren gesundheitliche Folgeprobleme entstehen (s. dazu u. a. Jaschke/Kosyakova 2021). Beispielsweise sind die zuständigen Ansprechpersonen in den Sozialämtern am Wochenende nicht verfügbar. Zwar können sich Asylsuchende in medizinischen Notfällen grundsätzlich direkt an die Gesundheitsdienste (z. B. eine Notfallambulanz) wenden, ohne zuvor erst einen Behandlungsschein zu beantragen. Aber wann ein medizinischer Notfall vorliegt und wann nicht, ist für die Betroffenen – und auch für das Personal, das sie in Sammelunterkünften betreut – im Einzelfall unter Umständen schwierig einzuschätzen.[313]

Gesundheitsversorgerinnen und Gesundheitsversorger kritisieren zudem ganz grundsätzlich, dass beim Behandlungsschein-Modell Verwaltungsangestellte, die medizinisch nicht qualifiziert sind, über die Notwendigkeit und Angemessenheit einer medizinischen Behandlung mitentscheiden (Spura et al. 2017; Wächter-Raquet 2016: 24). In Zweifelsfällen wird zunächst der ÖGD konsultiert; dadurch kann sich die medizinische Behandlung weiter verzögern (Spura et al. 2017). Die bislang vorliegenden wissenschaftlichen Daten stützen die Einschätzung, dass Asylsuchende mit elektronischer Gesundheitskarte den Zugang zu Gesundheitsleistungen als niedrigschwelliger empfinden und sich dies auf ihr psychisches Wohlbefinden und ihre subjektive Gesundheitseinschätzung positiv auswirkt (Schröder/Zok/Faulbaum 2018; Jaschke/Kosyakova 2021).

Befürworter und Befürworterinnen des Behandlungsschein-Modells führen demgegenüber häufig an, dass die Kosten steigen würden, wenn die elektronische Gesundheitskarte auch für Asylsuchende unterhalb einer Aufenthaltsdauer von 18 Monaten eingeführt würde. Die wenigen Studien, die zur Kostenfrage bisher vorliegen, bestätigen diese Befürchtung allerdings nicht (s. dazu auch Gold et al. 2021: 4–5). Beispielsweise zeigt eine Evaluation der elektronischen Gesundheitskarte in Hamburg, dass die monatlichen Pro-Kopf-Ausgaben für die gesundheitliche Versorgung der Leistungsberechtigten im Vergleich der Halbjahreszeiträume vor und nach ihrer Einführung konstant geblieben sind (Burmester 2015: 108).

Bozorgmehr und Razum (2015) haben repräsentative Daten des Statistischen Bundesamts für den Zeitraum 1994 bis 2013 ausgewertet. Auf dieser Basis kommen sie sogar zu dem Schluss, dass sich die Gesundheitsausgaben generell verringern, wenn Asylsuchende ohne bürokratische Hürden und sogar ohne Leistungsbeschränkungen

310 Während im Jahr 2019 z. B. Asylsuchende aus Syrien durchschnittlich 5,3 Monate auf die behördliche Entscheidung über ihren Asylantrag warteten, dauerten die Verfahren bei Asylsuchenden aus Somalia im Schnitt 9,8 Monate. Am kürzesten waren sie bei Menschen aus Serbien (1,8 Monate), Albanien (2,4 Monate) und Georgien (2,6 Monate) (BT-Drs. 19/23630: 4). Im Jahr 2020 stieg die durchschnittliche Bearbeitungszeit insgesamt wieder an, weil die Corona-Pandemie die Arbeitsabläufe erschwerte. Bei Antragstellenden aus Syrien vergingen bis zu einer behördlichen Entscheidung durchschnittlich 6 Monate, bei Antragstellenden aus Somalia 11,1 Monate (BT-Drs. 19/30711: 3–4).

311 Im Jahr 2019 betrug die durchschnittliche Bearbeitungsdauer bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung 21,3 Monate (BT-Drs. 19/23630: 5); im Jahr 2020 waren es infolge der durch die Corona-Pandemie erschwerten Arbeitsabläufe 25,9 Monate (BT-Drs. 19/30711: 4).

312 Beim Behandlungsschein-Modell müssen AsylbLG-Anspruchsberechtigte zwar bei einer akuten Erkrankung stets zunächst einen Behandlungsschein beantragen (der in der Regel drei Monate gültig ist). Mitunter wird jedoch, wenn ein solcher Antrag erstmals angenommen wurde, anschließend alle drei Monate automatisch ein neuer Behandlungsschein postalisch zugesendet, mit dem die Anspruchsberechtigten sich dann direkt an eine medizinische Einrichtung wenden können (Schammann 2015: 175–176). In manchen Regionen ist eine weitere behördliche Genehmigung erforderlich, damit die behandelnde Praxis ein Rezept ausstellen kann; in anderen wird das Verfahren durch Positivlisten vereinfacht (Schammann 2015: 175–176).

313 Durch die Einführung von § 6a AsylbLG wurde aber zumindest Rechtssicherheit geschaffen: Wenn (ex ante) ein Notfall vorliegt und z. B. ein Rettungsdienst oder ein Krankenhaus Leistungen erbracht haben, ohne dass zuvor ein Behandlungsschein beantragt wurde, ist seither die Übernahme der Kosten „in gebotenem Umfang" gewährleistet.

medizinische Angebote der Regelversorgung nutzen können.[314] Nach Ansicht der Autoren stützen ihre Studienergebnisse die Vermutung, dass ein restriktiver Zugang zu Gesundheitsleistungen letztlich die Gesundheitsausgaben erhöht, weil sich z. B. die Behandlung verzögert, der Fokus auf der Behandlung akuter Erkrankungen liegt statt auf Prävention und Gesundheitsförderung, die Verwaltungskosten höher sind und Dritte darüber entscheiden, ob im Sinne des AsylbLG eine Behandlung angezeigt ist (Bozorgmehr/Razum 2015: 19).

Im Hinblick auf die Kosten beklagen die Kommunen allerdings häufig, dass die Verwaltungsgebühr, die sie bei der elektronischen Gesundheitskarte an die jeweiligen Krankenkassen entrichten müssen, zu hoch sei. Auch dies führt dazu, dass die Einschätzungen zu diesem Modell auseinandergehen (s. dazu auch Lindner 2022). So kam etwa die Stadt Duisburg bei ihrer Prüfung zu dem Ergebnis, dass sie bei der Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende mit jährlichen Mehrausgaben von mehreren Hunderttausend Euro rechnen müsste (Wächter-Raquet 2016: 25). Demgegenüber zeigt die Evaluation im Stadtstaat Hamburg, dass dadurch Verwaltungskosten in erheblicher Höhe eingespart werden konnten (Burmester 2015: 107). Die Einsparungen überwiegen auch dann deutlich, wenn man ihnen die Aufwendungen für Verwaltungskostenpauschalen, den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und die Bereitstellung der elektronischen Gesundheitskarte gegenüberstellt (Burmester 2015: 108).[315]

B.2.1.2 Unterbringung und Verteilung als Variablen des Zugangs zu Gesundheitsleistungen

Der Wohnort und die Wohnsituation sind für die gesundheitliche Versorgung von Menschen im Asylverfahren entscheidende Faktoren. Denn sie bestimmen die infrastrukturellen Möglichkeiten ihres Zugangs zu Gesundheitsleistungen. Wo Menschen im Asylverfahren untergebracht sind (in welchem Bundesland und welcher Kommune) und wie (in einer Sammelunterkunft oder einer Einzelunterkunft), ist ebenfalls sehr stark rechtlich bestimmt (Info-Box 18).

! Die geografische Zuweisung zu einer bestimmten Kommune entscheidet sowohl bei gemeinschaftlicher Unterbringung als auch bei Unterbringung in einer Einzelunterkunft darüber, welche Einrichtungen des Gesundheitssystems vor Ort für die gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden zur Verfügung stehen (Kliniken, Fachärztinnen und Fachärzte u. Ä.) und ob Strukturen der psychosozialen und psychologischen Versorgung sowie Sprachmittlungsdienste genutzt werden können (Wahedi et al. 2020: 1464). Metropolregionen bieten hier in der Regel mehr Möglichkeiten, und die Wege zu medizinischen Einrichtungen sind im Durchschnitt kürzer. In ländlichen und strukturschwachen Regionen dagegen ist der Zugang zu Gesundheitsleistungen des Regelsystems mitunter erschwert durch weite Wege, ein dürftiges Angebot des öffentlichen Personennahverkehrs und eine insgesamt geringere Arztdichte bzw. ein eingeschränktes Spektrum medizinischer Leistungen (Spura et al. 2017: 462). Das betrifft Asylsuchende ebenso wie die übrige Bevölkerung; für Asylsuchende ist es jedoch ein größeres Problem, weil sie viel seltener private Fahrzeuge nutzen können (Biddle/Hintermeier et al. 2021: 21).

Sowohl in ländlichen als auch in städtischen Gebieten haben die medizinischen Einrichtungen des Regelsystems (Arztpraxen sowie Therapeutinnen und Therapeuten) mitunter nicht genug Kapazitäten, um die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner von Sammelunterkünften zu übernehmen (Wahedi et al. 2020: 1460). Dieses Problem trat besonders deutlich zutage, als in den Jahren 2015 und 2016 die Asylanträge erheblich zunahmen. Deshalb richteten die zuständigen Sozialbehörden in vielen Aufnahmeeinrichtungen eigene ärztliche Sprechstunden und Ambulanzen ein, die am spezifischen Bedarf und an den Möglichkeiten vor Ort ausgerichtet wurden (Spura et al. 2017: 466; Wahedi et al. 2020: 1460). Im Regelfall

314 In ihrer Studie vergleichen die Autoren bundesweit die Gesundheitsausgaben für Asylsuchende, deren Zugang zu Gesundheitsleistungen auf der Basis des AsylbLG eingeschränkt ist, mit den Gesundheitsausgaben für Personen, die Analogleistungen erhalten und somit keinen leistungsrechtlichen Einschränkungen mehr unterliegen (Bozorgmehr/Razum 2015: 6). Außer in den Jahren 1996 und 2013 waren die jährlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf über den gesamten Beobachtungszeitraum in der Gruppe mit eingeschränktem Zugang höher (Bozorgmehr/Razum 2015: 10). Diese Unterschiede konnten nicht vollständig durch Bedarfsunterschiede erklärt werden, die mit dem Alter, dem Geschlecht oder dem Herkunftsland oder mit der Unterbringungsart zusammenhängen. Allerdings hat die Studie eine Schwäche, die die Autoren selbst einräumen: Sie arbeitet nur mit aggregierten Daten, erlaubt somit keine Rückschlüsse auf die Individualebene (Bozorgmehr/Razum 2015: 18). Abgesehen vom Alter war die einzige Variable, die sich für die Unterschiede in den Gesundheitsausgaben der beiden Gruppen als signifikant erwies, die Frage der Unterbringung: Wenn in der Vergleichsgruppe mit eingeschränktem Zugang zu Gesundheitsleistungen der Anteil derer gesteigert wurde, die in nichtinstitutionellen/privaten Unterkünften (z. B. Einzelwohnungen) wohnen, verringerten sich in dieser Gruppe die Ausgaben für Gesundheitsleistungen (Bozorgmehr/Razum 2015: 17).

315 Bei der Abwägung der Zugangsmodelle auf kommunaler Ebene sind die entscheidenden Faktoren die Kosten, der erwartete administrative Aufwand und die Möglichkeiten, den Zugang zu Gesundheitsleistungen zu kontrollieren. Das zeigt eine vergleichende qualitative Untersuchung von Kommunen mit Behandlungsschein-Modell und Kommunen mit elektronischer Gesundheitskarte in Nordrhein-Westfalen (Rolke/Wenner/Razum 2019).

Info-Box 18 Rechtliche Rahmenbedingungen der geografischen Verteilung und der Wohnsituation von Asylsuchenden

Geografische Verteilung
Wer in Deutschland einen Asylantrag stellen will, wird zunächst an die nächstgelegene landeseigene Erstaufnahmeeinrichtung weitergeleitet und dort registriert. Danach werden die Asylsuchenden nach einem am Königsteiner Schlüssel[316] orientierten Quotensystem auf die Bundesländer verteilt. Dort sind sie in der Regel zunächst für eine gewisse Zeit ebenfalls in zentralen Erstaufnahmeeinrichtungen untergebracht und stellen dort ihren Asylantrag.[317] Anschließend werden sie nach jeweils landesrechtlich geregelten Verteilungsmechanismen an einzelne Kommunen weitergeleitet. In den meisten Bundesländern richtet sich diese Weiterverteilung nach der Bevölkerungszahl der Kommunen; mitunter werden jedoch auch die ökonomische Situation oder die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten berücksichtigt (s. dazu Geis/Orth 2016: 7–8; SVR-Forschungsbereich 2016: 8–10).

Wohnsituation
Bei der Frage, *wie* sie untergebracht werden, haben Asylsuchende in der Regel kein Mitspracherecht. Gemäß §§ 47 bis 53 Asylgesetz (AsylG) sind sie grundsätzlich verpflichtet, bis zur Entscheidung über ihren Asylantrag, jedoch höchstens 18 Monate in der für sie zuständigen Aufnahmeeinrichtung zu wohnen. Gemeint sind hier Sammelunterkünfte im Sinne von § 44 und § 53 AsylG (s. dazu auch Baier/Siegert 2018: 3).[318]

Das Gesetz sieht somit vor, dass Asylsuchende während der gesamten Dauer ihres Asylverfahrens in der Regel in Sammel- bzw. Gemeinschaftsunterkünften untergebracht werden (Baier/Siegert 2018: 3). Ab dem Zeitpunkt, zu dem sie auf die Kommunen verteilt werden, ist dies aber eine Soll-, keine Muss-Vorschrift (Baier/Siegert 2018: 3). Die Länder und Kommunen können die Asylsuchenden also auch individuell unterbringen, z. B. in privaten Wohnungen oder wohnungsähnlichen Einrichtungen. Die Unterbringungsform soll sowohl das öffentliche Interesse als auch die Belange der betreffenden Personen berücksichtigen (§ 53 Abs. 1 AsylG). Die Bundesländer können in ihren je spezifischen Regelungen von der vorgeschriebenen Unterbringung in Sammel- bzw. Gemeinschaftsunterkünften also sowohl mit Blick auf den Einzelfall abweichen (z. B. bei besonderen Bedarfen der Asylsuchenden im Sinne der EU-Aufnahmerichtlinie, s. Kap. B.2.1.3) als auch mit Blick auf die konkreten Möglichkeiten vor Ort. Entsprechend unterscheidet sich die Herangehensweise der Bundesländer in der Praxis zum Teil erheblich (s. dazu z. B. Wendel 2014; Aumüller/Daphi/Biesenkamp 2015). Beispielsweise werden Asylsuchende in Rheinland-Pfalz und Niedersachsen überwiegend und vergleichsweise schnell in Einzelunterkünften untergebracht, während andere Bundesländer (darunter Sachsen und Baden-Württemberg) überwiegend Sammel- bzw. Gemeinschaftsunterkünfte nutzen und die Asylsuchenden dort länger bleiben (Baier/Siegert 2018: 3).

Insgesamt waren in Deutschland zum Stichtag 31. Dezember 2020 von insgesamt 375.145 AsylbLG-Anspruchsberechtigten 189.470 in Sammelunterkünften untergebracht (davon 27.150 in Aufnahmeeinrichtungen und 162.320 in Gemeinschaftsunterkünften) und 185.670 dezentral, z. B. in Einzelwohnungen (Statistisches Bundesamt 2021f).[319]

316 Innerhalb Deutschlands legt der Königsteiner Schlüssel u. a. fest, wie Asylsuchende auf die Bundesländer aufgeteilt werden. Berechnet werden die Quoten nach den Steuereinnahmen (2/3) und der Bevölkerungszahl (1/3) der einzelnen Bundesländer. Der Schlüssel wird jährlich aktualisiert.

317 Für die Zuweisung zu einer bestimmten Aufnahmeeinrichtung ist auch maßgeblich, welche BAMF-Außenstelle für das jeweilige Herkunftsland der bzw. des Schutzsuchenden zuständig ist.

318 Für Minderjährige, ihre Eltern oder andere Sorgeberechtigte und ledige volljährige Geschwister ist die Verweildauer auf höchstens sechs Monate begrenzt (§ 47 Abs. 1 AsylG). Umgekehrt gilt: Wird der Asylantrag abgelehnt, verbleibt die betreffende Person in der Regel bis zu ihrer Ausreise bzw. bis zur Abschiebung in der für sie zuständigen Aufnahmeeinrichtung. Die maximale Verweildauer kann dann nach § 47 Abs. 1b auf bis zu 24 Monate ausgeweitet werden.

319 Die Differenz zur Summe (375.145), die bei einer Addition der Werte für die verschiedenen Unterbringungstypen auftritt, ist auf Rundungen zurückzuführen. „Aufnahmeeinrichtung" meint hier Einrichtungen im Sinne von § 44 AsylG; „Gemeinschaftsunterkunft" bezieht sich auf Einrichtungen gemäß § 53 AsylG und sonstige Formen von Gemeinschaftsunterkünften (wie Pflegeheime oder Justizvollzugsanstalten). „Dezentrale Unterbringung" bezeichnet in Abgrenzung hiervon „alle Unterbringungsformen außerhalb von Aufnahmeeinrichtungen gem. § 44 AsylG und Gemeinschaftsunterkünften im Sinne des § 53 AsylG, insbesondere Einzelwohnungen" (Statistisches Bundesamt 2017: 6).

gibt es eine allgemeinmedizinische Sprechstunde und je nach Standort teilweise weitere Fachrichtungen (z. B. Gynäkologie, Pädiatrie oder Zahnmedizin) (Wahedi et al. 2020: 1463).

Für solche Angebote gibt es jedoch keine bundesweit oder landesweit einheitlichen Standards, und die Möglichkeiten vor Ort unterscheiden sich zum Teil erheblich. Entsprechend vielfältig sind die Konzepte der medizinischen Versorgung in Sammelunterkünften. In der Regel entspricht das Angebot weder inhaltlich noch zeitlich dem medizinischen Regelsystem. In einer überregionalen qualitativen Bestandsaufnahme zeigen Wahedi et al. (2020), wie stark sich bei den medizinischen Sprechstunden in verschiedenen Sammelunterkünften sowohl die interne Organisation[320] und die Personalstruktur unterscheiden als auch das Spektrum der verfügbaren Leistungen.

Eine strukturelle Herausforderung ist mitunter auch Planungsunsicherheit (u. a. häufige Umstrukturierung der Ambulanzen und Sprechstunden sowie Unsicherheit über ihren Fortbestand). Mitarbeitende in Ambulanzen und medizinischen Sprechstunden vor Ort verweisen zudem auf das Problem, dass die Betreiberinnen und Betreiber häufig wechseln, weil regelmäßige Ausschreibungen erforderlich sind (Wahedi et al. 2020: 1465). Das erschwert die Formalisierung und Professionalisierung von Prozessen des Case-Managements, die sich jeweils informell etabliert haben und die die Qualitätssicherung erleichtern (s. dazu auch Wahedi et al. 2020: 1465–1467).

Ob für den Zugang zu Gesundheitsleistungen eine gemeinschaftliche Unterbringung besser oder schlechter ist als die Unterbringung in einer Einzelunterkunft, lässt sich nicht generell sagen: Einerseits sind Schutzsuchende, die in Einzelunterkünften leben, mit ihrer Wohnsituation zufriedener als Bewohnerinnen und Bewohner von Gemeinschaftsunterkünften. Vor allem der hohe Geräuschpegel und die fehlende Privatsphäre dort werden als belastend wahrgenommen (Baier/Siegert 2018: 9). Entsprechend kann die Unterbringung in Sammelunterkünften ein Stressfaktor sein, der psychische Leiden verstärkt, und ist damit selbst eine gesundheitliche Belastung (s. dazu z. B. Porter/Haslam 2005; Li/Liddell/Nickerson 2016; Walther et al. 2019; Baron/Flory/Krebs 2020). Speziell für den Zugang zu Gesundheitsleistungen, Möglichkeiten der unterstützenden Sprach- und Kulturmittlung und Strukturen psychosozialer und psychologischer Versorgung kann andererseits gerade in strukturschwachen ländlichen Regionen unter Umständen auch eine Einzelunterbringung problematisch sein, obwohl diese in anderer Hinsicht oft Vorteile hat (z. B. in Bezug auf soziale Einbindung). Nach einem Vorschlag der Robert Bosch Expertenkommission zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik sollte deshalb gezielt darauf geachtet werden, dass traumatisierte oder schwer erkrankte Asylsuchende und Asylsuchende mit Behinderungen eher in urbanen als in ländlichen Räumen untergebracht werden, um ihnen den Zugang zu adäquaten medizinischen Angeboten zu erleichtern (s. Robert Bosch Expertenkommission zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik 2016: 15).

Die Bundesländer sollten daher prüfen, inwiefern es möglich ist, Variablen des medizinischen Versorgungssystems in ihre Verteilungsschlüssel zu integrieren, und wie gut es derzeit gelingt, Personen mit besonderen medizinischen Bedarfen (z. B. aufgrund einer Behinderung, einer schweren Erkrankung oder eines psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs) gezielt an Kommunen zu vermitteln, in denen die erforderlichen Gesundheitsdienste von den Unterkünften aus gut erreichbar sind. Für die praktische Umsetzung könnten auch Pilotprojekte zu (algorithmengestützten) Matching-Verfahren darauf geprüft werden, ob sie sich für eine großflächige Anwendung eignen.[321] Denn für die konkrete Erreichbarkeit medizinischer Einrichtungen spielt nicht nur deren Entfernung zu den jeweiligen Unterkünften von Asylsuchenden eine Rolle, sondern beispielsweise auch die Verkehrsinfrastruktur (etwa Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr).

Im Zuge der Corona-Pandemie ist außerdem deutlich geworden, dass die Unterbringungssituation in Sammelunterkünften (Erstaufnahmeeinrichtungen der Länder und Gemeinschaftsunterkünften der Kommunen) allgemein verbessert werden muss (Biddle/Jahn et al. 2021). Vor allem zeigte sich, wie wichtig es ist, dass die Kapazitäten zur Unterbringung auch kurzfristig erweitert werden können, um beim Ausbruch einer ansteckenden Krankheit die Unterbringung zu entzerren. Denn während der Corona-Pandemie konnten die Isolations- und Quarantänemaßnahmen für infizierte Personen, die für den Gesundheitsschutz der Bewohnerinnen und Bewohner erforderlich sind, häufig nicht umgesetzt werden (Biddle/Jahn et al. 2021: 350). Stattdessen wurden vielerorts alle Bewohnerinnen und Bewohner unter Kollektivquarantäne[322] gestellt, wenn eine Person positiv getestet wurde;

320 Beispielsweise gibt es eine Vielzahl verschiedener Betreiberinnen und Betreiber, von Universitätskliniken und dem ÖGD über die Kassenärztliche Vereinigung bis hin zu privaten Betreiberinnen und Betreibern, die sowohl profitorientiert als auch nicht profitorientiert sein können (Wahedi et al. 2020: 1463).

321 Ein Beispiel hierfür ist das im Mai 2021 gestartete Pilotprojekt „Match'In" der Universität Hildesheim in Kooperation mit der Universität Erlangen-Nürnberg: In der Projektlaufzeit von drei Jahren wird erprobt, Schutzsuchende mithilfe eines algorithmengestützten Matching-Verfahrens zu verteilen. S. https://matchin-projekt.de (07.02.2022).

322 Kollektivquarantäne meint in diesem Zusammenhang, dass für alle Bewohnerinnen und Bewohner einer Sammelunterkunft unabhängig vom Ergebnis ihres individuellen PCR-Tests pauschal die Bewegungsfreiheit eingeschränkt wurde; es wurde nicht

das hat das individuelle Ansteckungsrisiko weiter erhöht (Info-Box 19). **➔ Die Länder sollten deshalb in einen systematischen Ideen- und Erfahrungsaustausch dazu treten, wie die Unterbringungssituation von Asylsuchenden insgesamt verbessert werden kann und wie sich sinnvolle Mindeststandards der Sammelunterbringung in verschiedenen Konstellationen wirksam absichern lassen.**

Begrüßenswert ist in diesem Zusammenhang die Arbeit der Bundesinitiative „Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften", die das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gemeinsam mit UNICEF 2016 ins Leben gerufen hat. Zusammen mit zahlreichen zivilgesellschaftlichen Partnerorganisationen und mittlerweile auch unter Beteiligung z. B. von Landesministerien sowie Landes- und kommunalen Behörden legt die Initiative seither fortlaufend überarbeitete Vorschläge für bundesweite Mindeststandards zum Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften vor (vgl. die neueste Fassung in BMFSFJ/UNICEF 2021). Diese sollen auch als Leitlinien dienen, um für die verschiedenen Einrichtungstypen Schutzkonzepte für besonders schutzbedürftige Personengruppen (s. Kap. B.2.1.3) zu entwickeln, umzusetzen und zu überwachen.

B.2.1.3 Lücken in der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung

Die Prävalenz psychischer Beschwerden (besonders Traumafolgestörungen wie etwa Depressionen oder Ängsten) ist bei Flüchtlingen deutlich höher als in der übrigen Bevölkerung (Schröder/Zok/Faulbaum 2018; Borho et al. 2020; Nutsch/Bozorgmehr 2020; Biddle/Hintermeier et al. 2021; s. auch Kap. B.1.2.3).[323] Das liegt an den traumatischen Erfahrungen, die diese Personengruppe vor, aber auch während der Flucht häufig gemacht hat. Der so entstandene psychische Leidensdruck verstärkt sich häufig durch Postmigrationsstressoren, beispielsweise Belastungen durch die Anhörung(en) im Asylverfahren, Sorgen über den Ausgang des Asylverfahrens sowie Diskriminierungserfahrungen, soziale Isolation, Arbeitslosigkeit und insgesamt schwierige sozioökonomische Lebensbedingungen (s. Nutsch/Bozorgmehr 2020; Baron/Flory 2020: 14–21).

Entsprechend haben Menschen im Asylverfahren einen höheren Bedarf an psychosozialen und psychotherapeutischen Hilfsangeboten. Dieser trifft in Deutschland auf ein bisher lückenhaftes Angebot hierfür geeigneter Anlaufstellen und Therapieplätze. Beispielsweise finden sich psychologische Beratungs- und Betreuungsangebote nicht standardmäßig in den landeseigenen (Erst-)Aufnahmeeinrichtungen. Die dortigen Mitarbeitenden berichten sehr häufig von einem Bedarf ihrer Bewohnerinnen und Bewohner an psychologischer Unterstützung, den die jeweilige Aufnahmeeinrichtung jedoch nicht decken könne (Wahedi et al. 2020: 1463). Zugleich ist es für Menschen im Asylverfahren aber auch besonders schwierig, eine adäquate psychotherapeutische Behandlung in den Regelversorgungsstrukturen zu erhalten.

Die Gründe hierfür sind vielfältig. Zunächst sind Psychotherapie-Plätze in Deutschland (zumindest bei Kassen-Therapeutinnen und -Therapeuten) insgesamt knapp; auch regulär krankenversicherte Personen (mit und ohne Migrationshintergrund) warten unter Umständen mehrere Monate auf einen geeigneten Therapieplatz. Gerade für Menschen im Asylverfahren (und auch für anerkannte Flüchtlinge) ergeben sich jedoch zusätzliche Schwierigkeiten. Nur wenige Therapeutinnen und Therapeuten sind auf die Behandlung von Asylsuchenden spezialisiert. Ferner besteht nicht immer die Möglichkeit, professionelle Sprachmittlungsdienste einzubeziehen, was für eine effektive Therapie häufig erforderlich ist. Dies ist ein Querschnittsproblem der Gesundheitsversorgung von Menschen mit eingeschränkten Deutschkenntnissen (s. dazu auch Kap. B.3.3); dort, wo Sprache der zentrale Wirkfaktor ist, wirkt es sich jedoch besonders drastisch aus.

Außerdem gestaltet es sich laut der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) bisweilen schwierig, Leistungen abzurechnen, die z. B. in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie oder in psychiatrischen Institutsambulanzen für die akute Behandlung bzw. Krisenintervention bei Menschen im Asylverfahren erbracht werden, weil die Bearbeitung in den Sozialämtern so lange dauere. Dies müsse insgesamt erleichtert und beschleunigt werden (DGPPN 2016). Bisher bestand zusätzlich das Problem, dass im Asylverfahren begonnene Psychotherapien mitunter abgebrochen werden mussten, wenn eine Person in den Bezug von Analogleistungen wechselte oder nach positivem Asylbescheid regulär krankenversicherungspflichtig wurde. Das liegt daran, dass die zuvor behandelnden Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten zumeist keinen Kassensitz haben und die Kosten für die Behandlung somit nicht mehr abrechnen konnten

versucht, gezielt die engen Kontaktpersonen der Infizierten zu ermitteln. 2020 wurden dafür um Sammelunterkünfte für Asylsuchende zum Teil zusätzliche Zäune errichtet und Polizeikräfte, private Security-Firmen oder die Bundeswehr eingesetzt, um zu kontrollieren, dass die Kollektivquarantäne eingehalten wird. 30 der insgesamt 42 Einrichtungen, die eine Studie der Universität Bielefeld in den Blick nahm, wurden im Verlauf des Jahres 2020 bei Ausbruch eines Corona-Falls unter Kollektivquarantäne gestellt; insgesamt bedeutete dies Kontakt- und Ausgangssperren für 7.295 Personen (Bozorgmehr et al. 2020).

323 Für eine aktuelle Übersicht über den Forschungsstand zur Prävalenz von Traumafolgestörungen bei Flüchtlingen s. Baron/Flory 2020.

Info-Box 19 Umgang mit der Corona-Pandemie in Sammelunterkünften für Asylsuchende

Wie eine Studie der Universität Bielefeld ergeben hat, ist in Sammelunterkünften (Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften) das Ansteckungsrisiko bei einem nachgewiesenen Corona-Fall sehr hoch: Es lag im Durchschnitt bei 17 Prozent; bei einer Kollektivquarantäne stieg es auf 19 Prozent (Bozorgmehr et al. 2020). Das Informationsportal der Medibüros und Medinetze berichtet sogar, dass unter den Bedingungen der Kollektivquarantäne in Erstaufnahmeeinrichtungen die Ansteckungsraten teilweise bis zu 67 Prozent erreichten. Das erhöhte Infektionsrisiko durch die dort entstandenen Schutzlücken und die Maßnahmen, mit denen die Behörden die Auflagen durchgesetzt haben, wertet das Netzwerk als diskriminierend, da die übrige Bevölkerung davon nicht in gleicher Weise betroffen war (Medibüros/Medinetze 2020).

Fest steht: 2020 war es im Fall eines Ausbruchs vielerorts nicht möglich, Infizierte und nicht Infizierte effektiv zu trennen (Biddle/Jahn et al. 2021). Denn die in der Regel beengten räumlichen Verhältnisse erlauben es kaum, sich physisch zu distanzieren oder zu isolieren. Die Menschen sind in Sammelunterkünften zumeist in Mehrbettzimmern untergebracht, Küchen bzw. Speiseräume und Sanitäranlagen werden gemeinschaftlich genutzt.

Laut einer Umfrage, die der Mediendienst Integration bei den zuständigen Landesministerien durchführte, wurden bei den rund 36.000 Bewohnerinnen und Bewohnern landeseigener Erstaufnahmeeinrichtungen bis Ende Januar 2021 6.015 Infektionen mit dem Coronavirus registriert, wobei Angaben zu Bremen, Nordrhein-Westfalen und Thüringen fehlen (Mediendienst Integration 2021b).[324] Daten zum Infektionsgeschehen in den Gemeinschaftsunterkünften der Kommunen haben in diesem Zeitraum nur wenige Bundesländer erhoben: In Bayern gab es dort bis Ende Januar 2021 6.261 Corona-Fälle und in Brandenburg 753 (Mediendienst Integration 2021b).

Wegen des erhöhten Ansteckungsrisikos in Sammelunterkünften gingen im Herbst 2020 fast alle Bundesländer dazu über, Asylsuchende vermehrt auch außerhalb von Erstaufnahmeeinrichtungen unterzubringen. In Brandenburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen wurden dazu beispielsweise Ferienanlagen, Rehakliniken, Hotels und Jugendherbergen genutzt (Mediendienst Integration 2021b). Manche Städte und Kommunen kündigten an, auch zukünftig stärker oder sogar vollständig eine Einzelunterbringung in Wohnungen und wohnungsähnlichen Einrichtungen anzustreben. Beispielsweise erklärte die Stadt Köln im Februar 2021, sie wolle alle Sammelunterkünfte auflösen und auch in Notaufnahmeeinrichtungen künftig geschlossene Wohneinheiten schaffen. Einen ähnlichen Beschluss hatte die Stadt Potsdam bereits im Juni 2020 gefasst (Perspektive Online 2021). Bendel et al. (2021: 36–37) beschreiben darüber hinaus, dass auch in Sammelunterkünften zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner stellenweise Veränderungen vorgenommen wurden, die vor der Corona-Pandemie als kaum umsetzbar galten. Beispielsweise wurden mehr Kantinen und Gemeinschaftsräume eingerichtet, die Belegung der Zimmer verringert und Bewohnerräte gegründet, um den Kommunikationsfluss in den Einrichtungen zu verbessern. Ferner sind im Verlauf der Corona-Pandemie in etlichen Einrichtungen Quarantäneräume für infizierte Personen entstanden (Bendel/Bekyol/Leisenheimer 2021: 36).

324 Im Bundesland Berlin wurden die Infektionszahlen für Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünfte zusammengerechnet (Mediendienst Integration 2021b).

(Mediendienst Integration 2016).[325] Diesen nachteiligen Effekt des Übergangs in Analogleistungen oder die reguläre Krankenversicherung könnte ein neues Urteil des Bundessozialgerichts von November 2021 (BSG, Urt. v. 04.11.2021, Az. B 6 KA 1620 R) zumindest partiell abmildern: Danach können Therapeutinnen und Therapeuten ohne Kassensitz verlangen, dass die Kassenärztliche Vereinigung sie zur Behandlung traumatisierter Flüchtlinge ermächtigt, damit sie die Kosten dann regulär über die gesetzlichen Krankenkassen abrechnen können.[326]

! Dass es bei Asylsuchenden und auch bei anerkannten Flüchtlingen einen erheblichen ungedeckten Bedarf an psychosozialen Unterstützungsangeboten und psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten gibt, ist unbestritten. Anhand der spärlichen Daten, die dazu vorliegen, lässt sich aber nicht exakt ermitteln, wie groß z. B. der Anteil der konkret Therapiebedürftigen in dieser Gruppe ist und wie viele von ihnen im Bedarfsfall tatsächlich zeitnah eine adäquate Behandlung erhalten. Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. (BAfF) wies im Herbst 2021 in einem Medienbeitrag darauf hin, dass ihre bundesweit 44 Psychosozialen Zentren (Stand: Dezember 2021) insgesamt Wartelisten von 7.000 bis 8.000 Personen pro Jahr hätten (Deutschlandfunk 2021); entsprechend müssten sie viele Hilfsbedürftige abweisen.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) schätzte in einem Bericht von 2015, dass 2014 nur rund 4 Prozent der psychisch erkrankten Asylsuchenden mit den bestehenden Strukturen versorgt werden konnten (BPtK 2015: 11). Diese Zahl beruht jedoch lediglich auf der Annahme, dass mindestens jeder bzw. jede zweite Asylsuchende des betreffenden Jahres „psychisch krank" (BPtK 2015: 11) ist; der auf dieser Basis angenommene Bedarf (rund 100.000 Personen) wurde dann den damaligen psychotherapeutischen Kapazitäten in den Psychosozialen Zentren der BAfF gegenübergestellt („rund 3.600 Flüchtlinge pro Jahr", BPtK 2015: 11). Die Psychosozialen Zentren der BAfF leisten in der Tat den Hauptteil der psychosozialen Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland; dennoch erscheint es fraglich, ob hier jedwede Regelstrukturen völlig ausgeklammert werden sollten (s. dazu auch B.3.2). Die sehr grobe Prämisse einer 50-Prozent-Quote lässt ferner außer Acht, dass nicht alle psychisch belasteten Asylsuchenden eine (aufwendige) Therapie benötigen. Vielen könnte schon mit niedrigschwelligen Maßnahmen geholfen werden, etwa Gesprächsangeboten von speziell geschulten sprachkompetenten Personen und aktiver Einbindung in soziale Netzwerke (s. dazu Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina 2018).

Ein Forschungsprojekt des Universitätsklinikums Heidelberg untersucht den ungedeckten Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung anhand einer Befragung von Klientinnen und Klienten aus 15 Psychosozialen Zentren der BAfF. Es konstatiert eine Versorgungslücke von 13 Prozent bei Depressionssymptomatik und 24 Prozent im Bereich der Angstsymptomatik (Biddle et al. 2019). Hier werden die realen Bedarfslücken wiederum vermutlich unterschätzt. Erstens wurden nur Menschen befragt, die bereits den Weg in ein Psychosoziales Zentrum gefunden hatten. Zweitens wurde nur abgefragt, ob Personen mit einer in der Studie identifizierten Depressions- bzw. Angstsymptomatik in den vergangenen zwölf Monaten eine psychologische, psychiatrische oder psychotherapeutische Fachkraft aufgesucht hatten. Dies bedeutet aber nicht unbedingt, dass sie einen Therapieplatz bzw. eine Behandlung erhalten haben.

Zugleich gilt es als besonders wichtig, dass psychische Beschwerden möglichst frühzeitig identifiziert und adäquat behandelt werden, um z. B. eine Chronifizierung zu verhindern (Baron/Flory 2020: 20) und die Integration zu erleichtern. Massive unbehandelte Traumata haben potenziell negative Konsequenzen nicht nur für die Asylsuchenden selbst, sondern auch für die Gesellschaft. Schwer traumatisierte Menschen sind kaum in der Lage, ihren Alltag aktiv zu gestalten, ihre Kinder adäquat zu betreuen, an Sprach- und Weiterbildungskursen teilzunehmen und auf diese Weise wichtige Voraussetzungen für ihre eigene Integration und die ihrer Kinder zu schaffen. In der öffentlichen Debatte werden bisweilen auch solche Fälle prominent, in denen psychisch labile Asylsuchende oder anerkannte Flüchtlinge straffällig geworden sind; im

325 Nach § 4 Abs. 1 AsylbLG werden auch „sonstige zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen" erbracht. Da die Gesundheitsversorgung nach dem AsylbLG nicht in das vertragliche Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenkassen eingebunden ist, dürfen Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen nach dem AsylbLG auch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in Anspruch nehmen, für die die gesetzliche Krankenversicherung nicht aufkommen würde, da sie im SGB V nicht als solche vorgesehen sind. Deshalb können die Psychosozialen Zentren der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. (BAfF) im Rahmen von §§ 4 und 6 AsylbLG eine Behandlung für Personen übernehmen, die Leistungen nach dem AsylbLG beziehen. Problematisch wurde es bisher, wenn der Asylantrag der betreffenden Person positiv beschieden und sie regulär krankenversicherungspflichtig wurde, und auch beim Wechsel in die Analogleistungen nach SGB XII. Denn Empfängerinnen und Empfänger von Analogleistungen sind ebenfalls den gesetzlich Versicherten gleichgestellt und können somit fortan nur die Leistungserbringenden nach dem SGB V in Anspruch nehmen.

326 Das hilft all jenen, die in einem Bezirk leben, in dem die Kassenärztliche Vereinigung eine solche Ermächtigung erteilt hat und es tatsächlich entsprechend spezialisierte Therapeutinnen und Therapeuten gibt.

Anschluss wird dann darüber debattiert, ob dies (auch) durch eine unzureichende Früherkennung sowie eine fehlende psychosoziale und ggf. psychotherapeutische Versorgung (mit-)verursacht sein könnte.

➲ **Um dem ungedeckten Bedarf in der psychosozialen Versorgung von Asylsuchenden zu begegnen, müssen die Hilfsangebote ausgebaut und zugleich auch differenziert werden.** Die psychischen Belastungen von Asylsuchenden umfassen eine große Bandbreite: Sie reichen von vergleichsweise geringen Belastungen, die etwa durch eine fürsorgliche Umgebung und eine gute Tagesstruktur sowie niedrigschwellige Maßnahmen zur Aktivierung von Coping-Strategien und Gespräche mit geschulten Fachkräften aufgefangen werden können, bis hin zu schwersten Belastungen, die eine schnelle psychotherapeutische Behandlung erfordern. Screening-Verfahren (beispielsweise über Fragebögen in der Sprache der Asylsuchenden) oder Erstgespräche mit geschulten Therapeutinnen und Therapeuten sowie geschulten Dolmetscherinnen und Dolmetschern erlauben, die spezifischen Bedürfnisse zu identifizieren und hierauf gezielt zu reagieren.[327] Der Druck auf das System der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung könnte zudem dadurch reduziert werden, dass Asylsuchende mit besonderer Schutzbedürftigkeit aufgrund psychischer Leiden bevorzugt in Einzelunterkünften untergebracht werden, da sich psychische Leiden durch die belastende Situation der Sammelunterbringung verschlimmern können (s. Kap. B.2.1.2).[328] Seit 2019 fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) mehrere groß angelegte Verbundstudien, die darauf abzielen, kultursensitive Konzepte für die Prävention, Diagnose und Therapie psychischer Erkrankungen bei Flüchtlingen zu entwickeln.[329] Die Studien sind auf fünf Jahre angelegt; es ist zu erwarten, dass ihre Ergebnisse differenzierte Empfehlungen zur psychosozialen Unterstützung und psychotherapeutischen Versorgung von Asylsuchenden im deutschen Gesundheitssystem erlauben.

❗ **Die Beachtung des individuellen Leids und die Bereitstellung einer Palette spezifischer psychosozialer und psychotherapeutischer Hilfsangebote für Menschen im Asylverfahren entspricht auch der rechtlichen Verpflichtung gemäß Art. 21 der EU-Aufnahmerichtlinie** (RL 2013/33/EU). Hiernach zählen „Personen mit psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben", zu den besonders schutzbedürftigen Personen,[330] deren besondere Bedürfnisse berücksichtigt werden müssen, um ein faires Asylverfahren sicherzustellen (s. auch vom Felde/Flory/Baron 2020: 6). Art. 24 Abs. 3 Satz 2 der Verfahrensrichtlinie (RL 2013/32/EU) fordert entsprechende „besondere Verfahrensgarantien". Das bedeutet z. B., dass bei Opfern von schwerer Gewalt keine beschleunigten Verfahren durchgeführt werden dürfen. Ebenso sollen nach Art. 25 Abs. 1 der EU-Aufnahmerichtlinie die EU-Mitgliedstaaten dafür sorgen, dass Personen, die Folter, Vergewaltigung oder andere schwere Gewalt erlitten haben, Zugang zu einer adäquaten psychologischen und medizinischen Behandlung erhalten.

❗ **Um der EU-Aufnahmerichtlinie gerecht zu werden, müssen die EU-Mitgliedstaaten unter anderem geeignete Verfahren etablieren, um besonders schutzbedürftige Personen im Asylverfahren frühzeitig zu identifizieren. In Deutschland gibt es jedoch bislang nicht flächendeckend zuverlässige Methoden dafür.** Deutschland hat zwar im Asylgesetz festgelegt, dass die Bundesländer geeignete Maßnahmen treffen sollen, um in Erstaufnahmeeinrichtungen (§ 44 Abs. 2a AsylG) und Gemeinschaftsunterkünften (§ 53 Abs. 3 AsylG) den Schutz von besonders schutzbedürftigen Personen zu gewährleisten. Wie diese identifiziert werden, fällt jedoch in die Verantwortung der Bundesländer.[331] Hierzu werden derzeit unterschiedliche Modelle angewendet; einige Bundesländer

327 Da die Herkunftssprachen und -dialekte von Asylsuchenden sehr vielfältig und geschulte Dolmetscherinnen und Dolmetscher nicht in ausreichender Zahl vorhanden sind, gilt es derzeit als unverzichtbar, auch anerkannte Flüchtlinge, die gut Deutsch sprechen, *auf freiwilliger Basis* zu Sprachmittelnden auszubilden und sie hier gezielt einzusetzen. Zu bedenken ist aber, dass gerade eine Dolmetschtätigkeit im Gesundheitsbereich und ganz besonders im Bereich der psychologischen Betreuung von Asylsuchenden nicht nur voraussetzungsvoll ist, sondern auch emotional besonders belastend sein kann (s. auch Kap. B.3.3.2).

328 Auch die DGPPN (2016: 4) hat darauf hingewiesen, dass – neben anderen Variablen zur Deckung der Grundbedürfnisse – eine passende Unterkunft die Wahrscheinlichkeit senken kann, dass Asylsuchende einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bedürfen.

329 S. www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/forschungsverbunde-zur-psychischen-gesundheit-gefluchteter-menschen-8798.php (07.02.2022).

330 Als weitere schutzbedürftige Personen nennt Art. 21 der EU-Aufnahmerichtlinie Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, ältere Menschen, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, Schwangere, Menschen mit Behinderungen, (unbegleitete) Minderjährige und Opfer von Menschenhandel. Diese Reihe macht sehr deutlich, dass es nicht um das Vorliegen von Krankheiten, sondern um das Vorliegen besonderer Bedarfe geht (vom Felde/Flory/Baron 2020: 16).

331 Wenn besonders schutzbedürftige Personen unzureichend identifiziert und dadurch ihre besonderen Bedarfe (z. B. bei der medizinischen Versorgung, in der Leistungsbemessung oder im Asylverfahren selbst) nicht hinreichend berücksichtigt werden, verletzt das die Bestimmungen der EU-Aufnahmerichtlinie. Daraus folgt zwar nicht zwangsläufig, dass der Bund den Bundesländern ein konkretes Verfahren für die Identifikation besonderer Schutzbedürftigkeit verbindlich vorschreiben muss. Da die Zuverlässigkeit und Vergleichbarkeit der bisher angewandten Screening-Verfahren jedoch fraglich erscheint, entspricht das Fehlen

haben jedoch auch noch keine entsprechenden Verfahren etabliert (s. dazu vom Felde/Flory/Baron 2020: 24).[332]

Hinsichtlich eines möglichen bundeseinheitlichen Vorgehens gibt es z. B. den Vorschlag, im Rahmen der verpflichtenden Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylG – der sich Asylsuchende bei Ankunft in einer Erstaufnahmeeinrichtung unterziehen müssen, um übertragbare Krankheiten auszuschließen – auch auf die psychische Gesundheit zu blicken (vgl. DGPPN 2016): **Zusätzlich könnte ein Screening zur Identifikation psychologischer Unterstützungsbedarfe angeboten werden, das für die Asylsuchenden freiwillig ist. Ein solches Screening wäre allerdings nur dann zuverlässig implementierbar, wenn bei dieser Erstuntersuchung auch flächendeckend Sprachmittelnde hinzugezogen werden könnten; das ist derzeit nicht der Fall** (vom Felde/Flory/Baron 2020: 17). Laut Bundesregierung ist es zudem nicht möglich, die Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylG auf die Identifikation besonderer Bedarfe auszuweiten. Sie begründet dies damit, dass die Erstuntersuchung dem Schutz der öffentlichen Gesundheit dient und damit einem gänzlich anderen Zweck (BT-Drs. 18/11603: 16).

Bei der Etablierung eines Screening-Ansatzes ist darauf zu achten, dass die Identifikation einer besonderen Schutzbedürftigkeit aufgrund psychischer Störungen nicht an einen einzigen Termin gebunden wird; es muss auch möglich bleiben, besondere Bedarfe zu einem späteren Zeitpunkt anzumelden (vom Felde/Flory/Baron 2020: 68). **Dafür ist es u. a. wichtig, dass die Mitarbeitenden in Flüchtlingsunterkünften, die in die medizinische und nichtmedizinische Versorgung und Unterstützung von Asylsuchenden involviert sind, regelmäßig geschult und für psychologische Unterstützungsbedarfe sensibilisiert werden** (vom Felde/Flory/Baron 2020; BMFSFJ/UNICEF 2021: 55).[333] Hier kann es auch sinnvoll sein, Hausarztpraxen einzubinden, ebenso wie andere Berufsgruppen, die regelmäßig mit asylsuchenden Erwachsenen und Kindern in Kontakt kommen.

Neben Screening-Ansätzen wird auch das Modell hinweisaufnehmender Stellen diskutiert (s. auch dazu z. B. vom Felde/Flory/Baron 2020). Auch die Bundesinitiative „Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften" (s. Kap. B.2.1.2) fordert in ihren Vorschlägen für bundesweite „Mindeststandards zum Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften" (BMFSFJ/UNICEF 2021), dass in jeder Einrichtung mindestens eine Person als Ansprechpartnerin bzw. Ansprechpartner zur Verfügung stehen sollte, die dafür geschult wird, Hinweise bezüglich psychischer und physischer Belastungen von traumatisierten Flüchtlingen aufzunehmen (BMFSFJ/UNICEF 2021: 55). Zeitlich wird dazu konkretisiert: „Um der Verpflichtung nachzugehen, menschenwürdige Standards für den Aufenthalt zu schaffen, sollte eine Hinweisaufnahme und Einschätzung der besonderen Bedarfe in den ersten Tagen nach der Aufnahme bis maximal 14 Tage nach der Aufnahme erfolgen, bspw. im Rahmen eines persönlichen Gesprächs oder ggf. einer psychosozialen Sprechstunde" (BMFSFJ/UNICEF 2021: 55).

Unabhängig von der Frage, welches konkrete Verfahren implementiert wird, um die besondere Schutzbedürftigkeit aufgrund psychischer Leiden zu identifizieren, scheint die Tragfähigkeit aller Verfahren von weiteren Faktoren abzuhängen: **Die psychologischen Hilfsangebote in Sammelunterkünften müssen weiter ausgebaut werden, ebenso Kooperationen mit Einrichtungen und Fachabteilungen des Regelsystems. Zudem müssen spezielle externe Fachstellen zur psychosozialen Unterstützung von geflüchteten Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen verstärkt gefördert werden.** Denn die psychosoziale und psychotherapeutische Unterstützung von Asylsuchenden aus allen Altersgruppen erfordert zum Teil spezialisiertes Wissen (etwa Wissen über den Umgang mit Folteropfern und Rechtskenntnisse über das Asylverfahren), daher ist zu bezweifeln, ob eine adäquate Versorgung *allein* über Angebote des Regelsystems sichergestellt werden kann (Behrens 2011: 52). **Um Versorgungslücken zu schließen und besondere Schutzbedürftigkeit aufgrund psychischer Leiden zuverlässig identifizieren zu können, sollten die Kommunen und Länder auch Möglichkeiten erwägen, wie speziell geschulte Sprachmittlungsdienste leichter zugänglich gemacht werden können** (s. dazu auch Kap. B.3.3.3). Dass die Bundesregierung anstrebt, die psychosoziale Hilfe für geflüchtete Menschen zu verstetigen, ist angesichts des skizzierten Bedarfs aus der Sicht des SVR ausdrücklich zu begrüßen.[334]

bundeseinheitlicher Vorgaben nach Einschätzung von Lindner (2021a: 23) nicht der Pflicht zur nationalen Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie.

332 Vom Felde, Flory und Baron (2020) liefern einen vergleichenden Überblick über die derzeit diskutierten und zum Teil auch bereits in verschiedenen Bundesländern implementierten Modelle zur Identifikation entsprechender schutzbedürftiger Personen und die Herausforderungen dabei.

333 Es ist z. B. davon auszugehen, dass viele Asylsuchende bislang keine Erfahrung mit psychotherapeutischen Verfahren haben und eher die somatischen Auffälligkeiten wahrnehmen und beschreiben, die mit ihrem psychischen Leidensdruck einhergehen (z. B. Herzrasen, chronische Müdigkeit, körperliche Schmerzen).

334 Die Bundesregierung hält in ihrem Koalitionsvertrag für die 20. Legislaturperiode (2021–2025) fest: „Wir halten es für erforderlich, die psychosoziale Hilfe für geflüchtete Menschen zu verstetigen" (SPD/Grüne/FDP 2021: 139).

B.2.2 Versorgungslücken infolge der Übermittlungspflicht bei irregulär aufhältigen Personen

Eine zweite Personengruppe neben Menschen im Asylverfahren (s. Kap. B.2.1), für die in Deutschland der Zugang zu staatlich finanzierten Gesundheitsleistungen eingeschränkt ist und die auch aus dem Krankenversicherungssystem herausfallen, sind irregulär aufhältige Migrantinnen und Migranten, also Menschen, die sich ohne asyl- oder aufenthaltsrechtlichen Status und ohne Duldung in Deutschland aufhalten und behördlich nicht erfasst sind (Sinn/Kreienbrink/von Loeffelholz 2006: 24). Es handelt sich hier also nicht um Personen, die nach Ablehnung ihres Asylantrags ausreisepflichtig sind, sondern um Personen, die sich tatsächlich ohne jede Kenntnis der Behörden in Deutschland befinden. Daher werden sie bisweilen auch als „undokumentierte" oder „nicht registrierte" Migrantinnen und Migranten bzw. als „Sans-Papiers" oder Migrantinnen und Migranten „ohne Papiere" bezeichnet.

Die meisten irregulär aufhältigen Migrantinnen und Migranten sind zunächst legal nach Deutschland oder Europa eingereist (z. B. mit einem Arbeits-, Studierenden- oder Touristenvisum) und dann nach Ablauf oder Verlust ihres Aufenthaltstitels im Land geblieben (von Manteuffel 2018: 34). Dementsprechend ist diese Gruppe überaus heterogen. Zu ihrer genauen Zahl, den Hauptherkunftsstaaten und den konkreten Lebensverhältnissen irregulär aufhältiger Personen in Deutschland gibt es kaum belastbare Daten.[335] Laut einer groben Schätzung lag ihre Gesamtzahl in Deutschland 2014 zwischen 180.000 und 520.000 (Vogel 2016: 4); neuere Schätzungen dazu liegen nicht vor.

! Migrantinnen und Migranten, die sich irregulär in Deutschland aufhalten, stehen zwar rechtlich ebenfalls Gesundheitsleistungen nach dem AsylbLG zu. In der Praxis nehmen sie diese jedoch häufig nicht in Anspruch oder allenfalls in einem medizinischen Notfall. Hier gibt es auch individuelle und strukturelle Hürden nichtrechtlicher Art (z. B. Sprachbarrieren oder fehlende Kenntnis der Versorgungsstrukturen, s. Kap. B.3). Schwerer wiegt jedoch die Befürchtung, durch einen Kontakt mit Einrichtungen der Gesundheitsversorgung die Aufmerksamkeit der Behörden auf sich zu ziehen und damit den Aufenthalt in Deutschland zu gefährden (Deutsches Institut für Menschenrechte 2007; Razum/Butler/Spallek 2018: 578). Denn wenn öffentliche Stellen (auch die Sozialämter) im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung erfahren, dass sich ein Ausländer bzw. eine Ausländerin ohne Aufenthaltstitel in Deutschland befindet, dessen bzw. deren Abschiebung nicht ausgesetzt ist, dann gilt: Sie müssen dies nach § 87 AufenthG der zuständigen Ausländerbehörde oder einer polizeilichen Stelle mitteilen. In der Praxis bedeutet dies Folgendes:

Wenn eine irregulär aufhältige Person im Krankheitsfall beispielsweise eine Arztpraxis aufsuchen will und nicht über die finanziellen Mittel verfügt, um die Untersuchung und Behandlung aus eigener Tasche zu bezahlen, dann muss sie zunächst beim zuständigen Sozialamt einen Behandlungsschein beantragen (analog zum Verfahren bei Asylsuchenden im Behandlungsschein-Modell, s. Kap. B.2.1).[336] Die Mitarbeitenden des Sozialamts können dann nach Maßgabe der Bestimmungen im AsylbLG einen entsprechenden Behandlungsschein ausstellen. Dabei erfahren sie jedoch unweigerlich, dass die antragstellende Person nicht behördlich gemeldet ist bzw. keinen Aufenthaltstitel hat, und sind somit verpflichtet, sie zu melden (s. auch Mylius 2016: 49).

Auch jenseits des Bereichs der medizinischen Versorgung wurde die Übermittlungspflicht öffentlicher Stellen in der Vergangenheit immer wieder kontrovers diskutiert. Die politische Diskussion darüber flaute zunächst etwas ab, nachdem im Jahr 2009 die Verwaltungsvorschriften geändert wurden.[337] Denn diese Reform klärte einige besonders umstrittene Punkte: Zum einen stellte sie klar, dass Menschen sich nicht der Beihilfe zum unerlaubten Aufenthalt schuldig machen, wenn sie im Rahmen ihrer beruflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit irregulär aufhältigen Migrantinnen und Migranten Hilfestellung leisten (Wilmes 2013: 34). Zum anderen wurden Schulen und andere Bildungs- und Erziehungseinrichtungen von der Übermittlungspflicht entbunden, damit Kinder ohne Aufenthaltsstatus die Schule besuchen können.

In Bezug auf die Gesundheitsversorgung der betreffenden Personen bleiben jedoch auch nach der Reform von 2009 Unsicherheiten bestehen: Für die irregulär aufhältigen Personen ist vor allem unklar, wann sie über das Sozialamt als Kostenträger medizinische Hilfe in Anspruch nehmen können, ohne ihren Aufenthalt in Deutschland zu gefährden. Für die Leistungserbringenden wiederum ist unsicher, ob das zuständige Sozialamt ihnen tatsächlich im Nachhinein die Kosten erstattet, die ihnen durch die Versorgung von irregulär aufhältigen Personen entstehen (s. Mylius 2016: 46–57 sowie Kap. B.2.2.1). Angesichts dieser Unklarheiten wird gerade seit dem Ausbruch der Corona-Pandemie wieder nachdrücklicher gefordert, die Übermittlungspflicht im medizinischen Bereich ganz

335 Zu den Schwierigkeiten der Erhebung diesbezüglicher Daten s. auch BMI/BAMF 2016: 152.
336 Denn eine Krankenversicherung können Menschen ohne gültige Papiere nicht abschließen.
337 Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum AufenthG vom 26.10.2009.

abzuschaffen (s. hierzu auch Bendel/Bekyol/Leisenheimer 2021: 30–31).[338] **➔ Der SVR begrüßt, dass die Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag angekündigt hat, die Meldepflichten in Bezug auf irregulär aufhältige Personen im medizinischen Bereich zu überarbeiten.**[339] Im Folgenden werden zunächst die aktuelle Rechtslage und die dabei auftretenden Probleme dargestellt.

B.2.2.1 Übermittlungspflicht im medizinischen Bereich: rechtliche Unsicherheiten

Bei der oben angesprochenen Reform der Verwaltungsvorschriften von 2009 gab es auch im medizinischen Bereich eine Neuregelung (s. dazu z. B. Mylius 2016: 53–57). Sie sollte zum einen sicherstellen, dass irregulär aufhältige Migrantinnen und Migranten sich zumindest in medizinischen Notfällen behandeln lassen können, ohne eine Entdeckung durch die Behörden befürchten zu müssen. Zum anderen sollten die behandelnden Krankenhäuser die Gewissheit haben, dass das Sozialamt ihnen die Kosten der Behandlung erstattet (Mylius 2016: 54).

Konkret greift bei Notfallbehandlungen seit der Reform ein „verlängerter Geheimnisschutz", der Gesundheitsdiensten eine anonyme Kostenabrechnung mit den Sozialämtern ermöglicht (Katholisches Forum Leben in der Illegalität 2017; s. hierzu auch Katholisches Forum Leben in der Illegalität 2009). Der verlängerte Geheimnisschutz bedeutet konkret: Die ärztliche Schweigepflicht beschränkt sich nicht auf das medizinische Personal, das direkt in die Notfallversorgung involviert ist, sondern gilt auch für die „berufsmäßig tätigen Gehilfen, insbesondere auch das mit der Abrechnung befasste Verwaltungspersonal öffentlicher Krankenhäuser" (BR-Drs. 669/09: 508) sowie das Personal, das im Sozialamt für die anschließende Kostenabwicklung mit dem Krankenhaus zuständig ist.

Für die Abrechnung von Notfallbehandlungen kann das Verwaltungspersonal im Krankenhaus somit die Daten der behandelten Person an das Sozialamt übermitteln und eine Erstattung der Behandlungskosten beantragen. Das Sozialamt wiederum nutzt diese Daten zur Bedürfnisprüfung, also um sicherzustellen, dass die behandelte Person die angefallenen Kosten nicht selbst tragen kann. Aufgrund der Verlängerung der ärztlichen Schweigepflicht bei Notfallbehandlungen auf das Sozialamt darf es die Daten jedoch nicht an die zuständige Ausländerbehörde weitergeben (Mylius 2016: 53–54). Vor der Verwaltungsreform von 2009 hatte Unklarheit darüber geherrscht, inwieweit die ärztliche Schweigepflicht in Notfällen gegenüber Ausländerbehörden und anderen öffentlichen Institutionen gilt (Mylius 2016: 54).

Der verlängerte Geheimnisschutz brachte jedoch in der Praxis keine umfassende Rechtssicherheit, weder für die Gesundheitsdienste noch für die Sozialbehörden und auch nicht für irregulär aufhältige Personen (vgl. Mylius 2016: 53–57). Das Katholische Forum Leben in der Illegalität (2017: 3–4) sieht bei der konkreten Umsetzung vor allem drei Probleme: Erstens würden die 2009 erlassenen Verwaltungsvorschriften in den Sozialämtern unterschiedlich ausgelegt. Viele verstünden sie z. B. nicht im Sinne eines Übermittlungsverbots, sondern verträten die Auffassung, dass Informationen über eine notfallbehandelte Person ohne Aufenthaltsstatus auf freiwilliger Basis weiterhin an die jeweils zuständige Ausländerbehörde übermittelt werden könnten.[340] Zweitens sei für die Sozialämter häufig unklar, ob ein konkreter Fall tatsächlich als Notfall im Sinne des AsylbLG einzustufen ist. In der Tat ist der Begriff des „medizinischen Notfalls" rechtlich nicht klar definiert (s. dazu z. B. Mylius/Frewer 2015: 105). Dadurch ist der verlängerte Geheimnisschutz kaum praktikabel, denn jenseits von Notfallbehandlungen haben öffentliche Stellen weiterhin eine Übermittlungspflicht. Drittens würden die Sozialämter bei der Bedürftigkeitsprüfung Maßstäbe anlegen, die kaum zu erfüllen seien. Die Feststellung der Bedürftigkeit der behandelten Person ist aber für eine Kostenerstattung entscheidend. Sie wird damit zu einer Hürde für Gesundheitsdienste, die sich die Kosten einer solchen Notfallbehandlung vom zuständigen Sozialamt erstatten lassen wollen (Mylius 2016: 55).

Die Form der Bedürftigkeitsprüfung ist in den Kommunen sehr unterschiedlich. In der Regel sind dafür aber laut Mylius (2016: 55–57) die Verhältnisse sehr umfassend darzulegen – ähnlich wie bei Anträgen auf Hilfen gemäß SGB XII (Sozialhilfe): „Dazu gehören dann beispielsweise eine persönliche Darlegung über den Einreisegrund, die Darlegung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Angaben zu Verwandten in Deutschland und die Namen der Vermieter" (Mylius 2016: 55). Mitunter werden auch Kontoauszüge und eine Kopie des Passes gefordert (Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität 2018: 5).

Die Krux ist, dass auf der einen Seite natürlich die Bedürftigkeit geprüft werden muss, weil Steuergelder nicht ungeprüft ausgegeben werden sollen. Auf der anderen

338 Beispielsweise startete im Mai 2021 ein Bündnis aus Menschenrechtsorganisationen, Wohlfahrtsverbänden und Migrantenorganisationen die Kampagne „GleichBeHandeln", die erneut fordert, die Übermittlungspflicht nach § 87 AufenthG vollständig abzuschaffen. S. https://gleichbehandeln.de (07.02.2022).

339 Im Koalitionsvertrag für die 20. Legislaturperiode (2021–2025) heißt es: „Die Meldepflichten von Menschen ohne Papiere wollen wir überarbeiten, damit Kranke nicht davon abgehalten werden, sich behandeln zu lassen" (SPD/Grüne/FDP 2021: 139).

340 Dies erklärt sich auch dadurch, dass in § 11 Abs. 3 AsylbLG weiterhin der Datenabgleich zwischen Sozialamt und Ausländerbehörden vorgesehen ist und die Verwaltungsvorschrift zum verlängerten Geheimnisschutz nicht erkennen lässt, ob das Sozialamt Informationen, die es von einer schweigepflichtigen Person erhalten hat, ebenfalls nicht weiterleiten darf.

Seite ist es aber gerade bei irregulär aufhältigen Personen in der Praxis besonders schwierig, die Bedürftigkeit konkret nachzuweisen bzw. die hierfür erforderlichen Unterlagen beizubringen.[341] Für die Gesundheitsdienste bleibt somit weiterhin unsicher, ob das Sozialamt nachträglich die Kosten für die Notfallbehandlung einer mittellosen irregulär aufhältigen Person übernimmt (Katholisches Forum Leben in der Illegalität 2017: 4; Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität 2018: 5). Dies führt potenziell zu weiteren Problemen: Wenn Krankenhäuser oder Arztpraxen wiederholt schlechte Erfahrungen bei der Kostenerstattung machen, lehnen sie es womöglich fortan ab, irregulär aufhältige Personen zu behandeln, wann immer dies arzthaftungsrechtlich vertretbar erscheint (Katholisches Forum Leben in der Illegalität 2017: 4; s. auch Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität 2018).

Die Beschränkung des verlängerten Geheimnisschutzes auf medizinische Notfälle birgt außerdem für Menschen ohne Aufenthaltsstatus in bestimmten Situationen besonders hohe gesundheitliche Risiken. Das gilt z. B. für irregulär aufhältige Schwangere. Nach aktueller Rechtslage erfordert der Zugang zur Schwangerschaftsvorsorge bzw. die Kostenabrechnung entsprechender Leistungen beim Sozialamt, dass die Identität der Schwangeren offengelegt wird; in diesem Fall greift kein verlängerter Geheimnisschutz. Nur die Entbindung selbst können die Krankenhäuser als Notfallbehandlung abrechnen, bei der dann wieder der Geheimnisschutz greift (Katholisches Forum Leben in der Illegalität 2017: 4).

Der Ausbruch der Corona-Pandemie in Deutschland hat die Diskussion über eingeschränkte Gesundheitsversorgung auch in Bezug auf irregulär aufhältige Personen verändert. Zivilgesellschaftliche Akteurinnen und Akteure, die sich für einen besseren Zugang dieser Personen zu medizinischer Versorgung einsetzen, betonen zwar weiterhin vor allem, die Übermittlungspflicht widerspreche dem Menschenrecht auf einen diskriminierungsfreien Zugang zu Gesundheitsversorgung. Die Dynamik der Corona-Pandemie hat aber verdeutlicht, dass es z. B. aus epidemiologischer Sicht auch im öffentlichen Interesse liegt, die Gesundheitsversorgung bis zu einem gewissen Grad von ordnungspolitischen Fragen der Migrationskontrolle zu entkoppeln. Zumindest sollten Menschen im Krankheitsfall nicht allein deshalb den Gesundheitsdiensten fernbleiben, weil sie befürchten, sonst ihren Aufenthalt in Deutschland zu gefährden (s. in diesem Sinne auch Bendel/Bekyol/Leisenheimer 2021: 30). ➔ **Dafür ist eine Änderung von § 87 Abs. 1 AufenthG notwendig, mit der der Gesetzgeber klarstellt, dass der Gesundheitsbereich (auch jenseits medizinischer Notfälle) von der Übermittlungspflicht gegenüber Ausländerbehörden ausgenommen ist. Zudem sollten einheitliche Vorgaben für die Bedürftigkeitsprüfung entwickelt werden, von der die Kostenerstattung durch die Sozialämter abhängt.**

B.2.2.2 Ansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von irregulär aufhältigen Personen und Menschen ohne Krankenversicherung

Mit den aktuellen rechtlichen Regelungen zur Übermittlungspflicht nach § 87 Abs. 1 AufenthG (s. Kap. B.2.2.1) besteht in der medizinischen Versorgung irregulär aufhältiger Migrantinnen und Migranten in der Praxis eine Versorgungslücke, gerade jenseits medizinischer Notfälle. Um diese abzumildern, engagieren sich u. a. zahlreiche zivilgesellschaftliche Organisationen mit anonymen und kostenlosen Hilfsangeboten. Diese Organisationen vermitteln Menschen ohne Aufenthaltsstatus beispielsweise an kooperierende medizinische Einrichtungen. Mitunter bieten sie daneben auch eigene medizinische Sprechstunden an, wobei der zeitliche Umfang und das Angebot von Diagnostik und Behandlung sehr unterschiedlich sind (Mylius/Frewer 2015). Die betreffenden Organisationen arbeiten meist ehrenamtlich, und ihre finanziellen und personellen Ressourcen sind daher in der Regel sehr begrenzt.

Einige Kommunen setzen sich auch dafür ein, dass im Rahmen des ÖGD oder bei freien Trägerinnen und Trägern „humanitäre Sprechstunden" für Menschen ohne Aufenthaltsstatus und/oder ohne Krankenversicherung angeboten werden (Razum/Butler/Spallek 2018: 578). So gibt es in manchen Städten (z. B. Bremen, Frankfurt am Main und Wiesbaden) für Menschen ohne Krankenversicherung mittlerweile auch allgemeine ärztliche Sprechstunden bei den örtlichen Gesundheitsämtern (Mylius/Frewer 2015: 107). Darüber hinaus gab bzw. gibt es auf Landesebene vereinzelt Modellprojekte, in denen kommunale Vergabestellen anonyme Kranken- bzw. Behandlungsscheine ausstellen, um Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus den Zugang zu Gesundheitsleistungen zu erleichtern.[342]

❗ **Die genannten Angebote in Kommunen und bei zivilgesellschaftlichen Organisationen sind sowohl zeitlich als auch regional nur begrenzt verfügbar, und auch die in eigenen Sprechstunden bereitgestellten Gesundheitsleistungen sind begrenzt. Entsprechend können**

341 Beispielsweise ist es in den meisten Bundesländern kaum möglich, ohne gültigen Ausweis ein Konto zu eröffnen; entsprechend gibt es für die Bedürftigkeitsprüfung auch keine Kontobelege. Werden jedoch nicht alle geforderten Unterlagen eingereicht, kann es passieren, dass der Antrag auf Kostenübernahme mit dem Verweis auf „mangelnde Mitwirkung" oder „Unglaubwürdigkeit" abgelehnt wird (Mylius 2016: 55).

342 Ein solches Modellprojekt lief z. B. von 2016 bis 2018 in Niedersachsen (s. dazu Mylius et al. 2019). Weitere Informationen über das nach dem niedersächsischen Vorbild implementierte Modellprojekt „Anonymer Krankenschein Thüringen" (AKST) sind abrufbar unter www.website.aks-thueringen.de (07.02.2022).

diese Sonderstrukturen bestehende Versorgungslücken allenfalls abmildern, sie können allein jedoch keineswegs zuverlässig eine adäquate Gesundheitsversorgung von irregulär aufhältigen Personen oder generell von Menschen ohne Krankenversicherung (mit und ohne Migrationshintergrund) sicherstellen. Ein übergeordnetes Ziel der Politik von Bund und Ländern sollte deshalb auch sein, in der Fläche verfügbare und möglichst niedrigschwellig zugängliche Beratungsangebote zu schaffen, um individuelle Ansprüche im Krankheitsfall und konkrete Möglichkeiten einer (Wieder-)Eingliederung in das gesundheitliche Regelsystem bzw. eine Krankenversicherung zu klären. Hierzu kann das nachstehend erläuterte Modell der Clearingstellen zur Krankenversicherung einen wichtigen Beitrag leisten – auch, aber nicht nur für irregulär aufhältige Personen.

Mittlerweile wurden entsprechende Clearingstellen bereits in mehreren deutschen Großstädten zahlreicher Bundesländer eingerichtet.[343] Sie beraten nicht nur zugewanderte Personen (unabhängig vom Aufenthaltsstatus), sondern generell Menschen ohne Krankenversicherung oder mit ungeklärtem Versicherungsstatus. Die Ratsuchenden werden hier anonym bzw. vertraulich und kostenlos dabei unterstützt, z. B. ihren Krankenversicherungsstatus (in Deutschland oder im Herkunftsland) oder die Übernahme der Kosten von Behandlungen zu klären und zu prüfen, wie sie (wieder) ins deutsche Krankenversicherungssystem eintreten können. Irregulär aufhältige Migrantinnen und Migranten werden auch dabei unterstützt, zu prüfen, ob und ggf. wie ihr Aufenthalt legalisiert werden kann.

Bei den Clearingstellen zur Krankenversicherung handelt es sich in der Regel um Angebote in nichtstaatlicher Trägerschaft (z. B. gemeinnützige Vereine oder Wohlfahrtsorganisationen), die aus öffentlichen Mitteln mitfinanziert werden. Die erste Clearingstelle dieser Art entstand 2012 in Hamburg als „Clearingstelle Gesundheitsversorgung Ausländer" beim Flüchtlingszentrum Hamburg.[344] Im Juli 2015 erweiterte die Hamburger Clearingstelle ihren Ansatz um aufsuchende Beratung (Mobile Clearingstelle), um den Zugang weiter zu erleichtern (BASFI 2015a).

Teilweise überlagern sich die Angebote der Clearingstellen mit den zuvor skizzierten Ansätzen der Kommunen und zivilgesellschaftlichen Organisationen. Beispielsweise vermitteln auch die Clearingstellen Menschen im akuten Bedarfsfall ggf. an Arztpraxen und Krankenhäuser, die Menschen mit unklarem Versicherungsstatus behandeln. Mancherorts (z. B. in Hamburg) werden die anfallenden Behandlungskosten dann über einen Notfallfonds abgegolten, der zu diesem Zweck eingerichtet wurde (Flüchtlingszentrum Hamburg 2018: 3). Die Clearingstelle in Berlin gibt außerdem seit April 2020 anonyme Kostenübernahmescheine aus, mit denen Menschen ohne Versicherungsschutz sich bei allen niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten behandeln lassen können (Löhlein 2020). Auch die Clearingstelle Leipzig gibt neben der Beratung anonyme Behandlungsscheine aus, die zur Behandlung in einer frei wählbaren ambulanten Praxis berechtigen.[345]

Der eigentliche Arbeitsschwerpunkt der Clearingstellen liegt jedoch in der Einzelfallberatung mit dem Ziel, die betreffenden Personen (wieder) in die gesundheitliche Regelversorgung zu integrieren. **Dahinter steht die Einsicht, dass eine unzureichende Absicherung im Krankheitsfall – gerade auch bei Migrantinnen und Migranten – in Deutschland häufig keineswegs auf fehlende rechtliche Ansprüche oder Defizite in der Rechtslage zurückgeht. Vielmehr sind die Betroffenen oft einfach nicht in der Lage, die für ihre Absicherung nötige Bürokratie allein zu bewältigen – z. B. aufgrund ihrer konkreten Lebensumstände oder weil sie die für sie geltenden und teils komplizierten Regelungen ohne Hilfe nicht durchdringen können.** Gerade für zugewanderte Personen kann die Klärung konkreter Ansprüche auf Kostenübernahme und Krankenversicherung auch deshalb herausfordernd sein, weil das deutsche Gesundheitssystem auch im internationalen Vergleich sehr komplex ist und außerdem einige Besonderheiten aufweist (z. B. die Trennung in GKV und PKV), die in anderen Ländern so kaum vorkommen (s. dazu auch Gerlinger 2021: 10–27). **Vor diesem Hintergrund können Clearingstellen zur Krankenversicherung auch als eine zentrale Basis für ein möglichst diversitätssensibles Gesundheitssystem begriffen werden, die eine wichtige Beratungslücke schließt. Der SVR empfiehlt den Ländern und Kommunen daher zu prüfen, inwieweit sich dieses Modell in der Fläche weiter ausbauen lässt.** Vor diesem Hintergrund begrüßt er auch das im Koalitionsvertrag der Bundesregierung formulierte Ziel, „für Menschen mit ungeklärtem Versicherungsstatus, wie insbesondere Wohnungslose, den Zugang zur Krankenversicherung und zur Versorgung [zu] prüfen und im Sinne der Betroffenen [zu] klären" (SPD/Grüne/FDP 2021: 88).

343 Das Netzwerk MediFonds e. V. bietet online ein bundesweites Verzeichnis der bisher eingerichteten Clearingstellen; s. https://anonymer-behandlungsschein.de (07.02.2022). Hier sind auch die in den verschiedenen Bundesländern geschaffenen Anlaufstellen gelistet, die anonyme Kranken- bzw. Behandlungsscheine ausgeben.

344 Das Modell stieß bundesweit auf großes Interesse. Aufgrund zahlreicher Anfragen aus anderen Bundesländern veranstaltete Hamburg im Dezember 2014 den Fachtag „Gesundheitsversorgung für Ausländer – Best Practice Beispiele aus Hamburg". Die schriftliche Dokumentation dieses Fachtags umfasst eine ausführliche Darstellung des Konzepts sowie der Implementierung, Evaluation und Verstetigung der Hamburger Clearingstelle (s. BASFI 2015b).

345 https://cab-leipzig.de/wp (07.02.2022)

Ein erhöhter Beratungs- bzw. Klärungsbedarf bezüglich konkreter Ansprüche im Krankheitsfall und/oder Möglichkeiten des (Wieder-)Eintritts in das deutsche Krankenversicherungssystem ergibt sich mitunter auch bei EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern. Die allermeisten von ihnen sind zwar im Krankheitsfall in Deutschland umfassend abgesichert. In seltenen Ausnahmefällen, z. B. bei bestimmten Konstellationen von Erwerbslosigkeit (s. Kap. B.2.3.2) oder prekärer Beschäftigung (s. Kap. B.2.3.1), bilden sie eine dritte Gruppe der Personen mit eingeschränktem Zugang zu öffentlich finanzierten Gesundheitsleistungen bzw. zum Krankenversicherungssystem, die in diesem Kapitel betrachtet werden.

B.2.3 Krankenversicherungsschutz von EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern

EU-Bürgerinnen und EU-Bürger sind im Krankheitsfall in Deutschland im Allgemeinen gut abgesichert: Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland sind sie normalerweise (weiterhin) über das Herkunftsland krankenversichert, und wenn sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt nach Deutschland verlegen bzw. hier eine Beschäftigung aufnehmen, müssen sie sich regulär in Deutschland krankenversichern (Info-Box 20). Die sozialen Sicherungssysteme der Europäischen Union sind mittlerweile gut miteinander verzahnt. Es kommt daher nur noch in wenigen Ausnahmefällen vor, dass EU-Bürger oder EU-Bürgerinnen im Krankheitsfall weder über eine Krankenversicherung im Herkunftsland noch über eine im Aufnahmeland abgesichert sind und somit ihre Behandlungskosten selbst tragen müssen.

Die Zuständigkeiten für die Gesundheitsversorgung innerhalb der EU sind damit EU-rechtlich grundsätzlich gut geregelt. Es gibt allerdings in verschiedenen Einzelkonstellationen Probleme bei der Umsetzung und Kontrolle des rechtlichen Rahmens. Daher entstehen in der Praxis mitunter doch Lücken im Krankenversicherungsschutz von EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern. Aus Anlass der Corona-Pandemie wurde dies in Deutschland z. B. erstmals in Bezug auf ausländische Saisonarbeitskräfte in der hiesigen Landwirtschaft breiter diskutiert, die zumeist als kurzfristig sozialversicherungsfrei Beschäftigte arbeiten (s. Kap. B.2.3.1). Außerdem sind bestimmte Gruppen nicht erwerbstätiger EU-Bürgerinnen und EU-Bürger von Sozialleistungen nach SGB II und SGB XII ausgeschlossen; damit haben sie in der Praxis auch keine Möglichkeit, in die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland einzutreten (s. Kap. B.2.3.2).

B.2.3.1 Lücken im Krankenversicherungsschutz ausländischer Saisonarbeitskräfte in der Landwirtschaft

Probleme mit dem Krankenversicherungsschutz von EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern ergeben sich nach Angaben von Gewerkschaften und gewerkschaftsnahen Organisationen vor allem in bestimmten Bereichen der prekären EU-Erwerbsmigration (Dälken 2012; Hentschel 2020).[346] Im Blickpunkt steht hier insbesondere die Situation ausländischer Saisonarbeitskräfte in der Landwirtschaft, die meist kurzfristig sozialversicherungsfrei beschäftigt sind. **Die festgestellten Lücken im Krankenversicherungsschutz von Saisonarbeitenden sind nicht in erster Linie eine Folge von Defiziten in den rechtlichen Bestimmungen. Vielmehr wurde bislang nicht flächendeckend und wirksam kontrolliert, ob die geltenden Regelungen in der Praxis tatsächlich eingehalten werden. Zudem wissen viele Saisonarbeitskräfte zu wenig darüber, welche sozialrechtlichen Regelungen für sie jeweils gelten** (s. dazu auch Dälken 2012: 28; PECO-Institut 2017; Hentschel 2020).

Wie viele Saisonarbeitskräfte aus anderen EU-Staaten in der deutschen Landwirtschaft jährlich beschäftigt sind, ist nicht genau bekannt, da weder das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft noch die Landwirtschaftsministerien der Länder sie gesondert erfassen (Weisskircher 2021: 5). Es gilt jedoch als unstrittig, dass die meisten Saisonarbeitskräfte aus anderen EU-Staaten stammen, vor allem aus mittel- und osteuropäischen Ländern. Insgesamt (ohne Aufschlüsselung der Herkunft) waren in der deutschen Landwirtschaft laut Agrarstrukturerhebung im Jahr 2016 286.000 Saisonarbeitskräfte beschäftigt und im Jahr 2020 271.000 (Weisskircher 2021: 5).

Durch die Corona-Pandemie richtete sich die öffentliche bzw. mediale Aufmerksamkeit erstmals stärker auf die Arbeitsbedingungen der ausländischen Saisonarbeitskräfte in der Landwirtschaft,[347] ihre sozialrechtliche Absicherung und speziell den Krankenversicherungsschutz (s. dazu auch Weisskircher 2021). Aufgrund der Bedeutung der Nahrungsmittelproduktion wurden im Frühjahr 2020 zahlreiche Sonderregelungen für die Landwirtschaft erlassen (s. dazu auch IG BAU-Bundesvorstand/PECO-Institut 2020). So wurde für Erntehelferinnen und Erntehelfer eine ‚Luftbrücke' eingerichtet. Daneben wurde u. a. beschlossen, die zulässige Dauer einer sozialversicherungsfreien Beschäftigung im Jahr 2020 temporär auszuweiten: Die ursprüngliche Höchstdauer von 3 Monaten bzw. 70 Arbeitstagen im Zeitraum von März bis Ende Oktober wurde 2020 erweitert auf 5 Monate bzw. 115 Arbeitstage. 2021 erfolgte

346 Gesicherte empirische Daten zur Häufigkeit des Problems liegen allerdings nicht vor.

347 Ähnlich wie bei der Unterbringungssituation von Menschen im Asylverfahren (s. Kap. B.2.1.2) gerieten dadurch z. B. auch die teils prekären Hygienebedingungen in Sammelunterkünften von Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten (inklusive Saisonarbeitskräften in der Landwirtschaft) in den Blickpunkt der Öffentlichkeit (Bendel/Bekyol/Leisenheimer 2021: 36).

Info-Box 20 Krankenversicherung innerhalb der EU: Zuständigkeitsverteilung zwischen Herkunfts- und Aufnahmeland

Die EU-Verordnung zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (VO (EG) 883/2004) legt fest, dass für die Gesundheitsversorgung immer nur ein Staat zuständig sein kann. Bei vorübergehenden Aufenthalten in einem anderen EU-Staat (ohne Aufnahme einer Beschäftigung, z. B. für Urlaub oder ein Auslandssemester) bleiben Unionsbürgerinnen und Unionsbürger über ihr Herkunftsland krankenversichert. Mit der Europäischen Gesundheitskarte (*European Health Insurance Card*, EHIC) oder einer Provisorischen Ersatzbescheinigung (PEB) können sie auch im Aufnahmeland alle Leistungen in Anspruch nehmen, die notwendig sind, damit sie nicht wegen einer akuten oder chronischen Erkrankung unmittelbar zurückreisen müssen (Voigt 2014: 5; Frings 2019: 19). Ausgenommen sind also nur solche Leistungen, „die bis zu der ohnehin geplanten Rückkehr [...] zurückgestellt werden können, ohne die Gesundheit des Betroffenen zu gefährden oder sein körperliches Wohlbefinden in unzumutbarer Weise zu beeinträchtigen" (§ 1 Anlage 20 BMV-Ä[348]). Aus der EU-Verordnung zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (VO (EG) 883/2004) ergibt sich auch die Möglichkeit, gezielt in einen anderen Mitgliedstaat zu reisen, um sich dort behandeln zu lassen. Dies muss man sich von seiner Krankenkasse zuvor genehmigen lassen.[349]

Sobald eine Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt nach Deutschland verlagert, wird sie im hiesigen System versicherungspflichtig.[350] Ob sie sich dann gesetzlich oder privat krankenversichern muss, welche konkrete Rechtsgrundlage dafür gilt und zu welchen Konditionen die Versicherung gewährt wird, kann sich im Einzelfall unterscheiden. Denn dies ist abhängig von verschiedenen Aspekten der persönlichen, beruflichen und familiären Situation (s. dazu Voigt 2014). Für EU-Bürgerinnen und EU-Bürger gelten insofern keine anderen Regeln als für Deutsche.

Auch wer in Deutschland arbeitet, ist grundsätzlich hier versicherungspflichtig. Mit der Aufnahme einer Beschäftigung (inklusive eines Minijobs) oder bei Abschluss eines Werkvertrags oder einer anderweitigen selbständigen Tätigkeit erlischt also im Regelfall die Absicherung über die EHIC.

Bei einer hauptberuflichen Beschäftigung in Deutschland sind die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber verpflichtet, ihre Arbeitskräfte bei einer von diesen gewählten gesetzlichen Krankenkasse anzumelden und die Beiträge automatisch an diese abzuführen (Voigt 2014: 13).[351] Das gilt auch für „Grenzgänger", also Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die in Deutschland arbeiten, aber ihren Wohnsitz in einem anderen EU-Staat haben (Voigt 2014: 13).

Selbständige EU-Bürgerinnen und EU-Bürger müssen hingegen selbst eine Krankenversicherung in Deutschland abschließen. Ob sie sich dabei in der gesetzlichen oder einer privaten Krankenversicherung versichern müssen und zu welchen Konditionen, ist abhängig von der individuellen Situation – z. B. davon, ob es sich um eine hauptberufliche oder eine nebenberufliche Selbständigkeit handelt (Voigt 2014: 18).

348 Anlage 20 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) umfasst die zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband getroffene „Vereinbarung zur Anwendung der europäischen Krankenversicherungskarte vom 1. Juli 2004 in der Fassung vom 1. Oktober 2018".

349 Die Genehmigung muss bei ambulanten Behandlungen stets erteilt werden (Dienstleistungsfreiheit). Bei stationären oder sehr komplexen und kostspieligen ambulanten Behandlungen darf sie laut EuGH-Rechtsprechung verweigert werden, wenn eine Genehmigung die Bedarfsplanung gefährden würde (s. EuGH, Urt. v. 12.07.2001, Rs. C-157/99). Die gezielte Inanspruchnahme von Behandlungen in einem anderen EU-Staat ist z. B. ein Weg, um lange Wartezeiten im Wohnstaat zu vermeiden (s. dazu auch die Erläuterungen zum Phänomen des ‚Medizintourismus' in der Einleitung von Kap. B.2).

350 Von dieser Regel ausgenommen sind z. B. EU-Bürgerinnen und EU-Bürger, die ihren Lebensabend in Deutschland verbringen, aber eine Rente aus einem anderen EU-Land beziehen. Sie gehören weiterhin zum Sozialversicherungssystem ihres Herkunftslands. Dazu erhalten sie von einer deutschen Krankenversicherung ihrer Wahl eine elektronische Gesundheitskarte; mit dieser können sie im Rahmen der Sachleistungsaushilfe nach deutschem Recht die für Krankenversicherte vorgesehenen Leistungen in Anspruch nehmen (Voigt 2014: 25).

351 Die Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung (Minijob) führt nach § 7 Abs. 1 SGB V nicht zu einer Versicherungspflicht über den Arbeitgeber bzw. die Arbeitgeberin. Allerdings besteht in der Regel eine Pflichtversicherung aufgrund anderer Rechtsvorschriften (s. dazu auch Voigt 2014: 15).

Von der Versicherungspflicht bei Aufnahme einer Beschäftigung ausgenommen sind dagegen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die nach Deutschland entsendet werden.[352] Das Gleiche gilt für Personen, die in Deutschland eine sozialversicherungsfreie kurzfristige Beschäftigung aufnehmen (s. Kap. B.2.3.1), hauptberuflich jedoch im Herkunftsland tätig sind. Beide Gruppen werden nicht in den Arbeitsmarkt des Aufnahmelands integriert, deshalb bleiben sie grundsätzlich in ihrem Herkunftsland sozialversicherungs- und damit auch krankenversicherungspflichtig. Bei der Aufnahme einer Beschäftigung in Deutschland müssen sie nachweisen, dass ein entsprechender Krankenversicherungsschutz im Herkunftsland fortbesteht (Voigt 2014: 13). Ohne diesen Nachweis werden auch sie in Deutschland versicherungspflichtig. Eine entsprechende Bescheinigung über das Fortbestehen eines Krankenversicherungsschutzes im Herkunftsland stellt der dortige Sozialversicherungsträger aus.

erneut eine befristete Ausweitung der vor 2020 gültigen Höchstdauer von 70 Arbeitstagen auf nunmehr 102 Arbeitstage (wiederum bis Ende Oktober).

Als sozialversicherungsfrei kurzfristig Beschäftigte sind Saisonarbeitskräfte zwar bei einem Arbeitsunfall über ihren Arbeitgeber bzw. ihre Arbeitgeberin unfallversichert. Damit besteht jedoch kein genereller Versicherungsschutz im Krankheitsfall oder bei Unfällen außerhalb der Arbeitszeit. Denn bei ausländischen Saisonarbeitskräften wird in der Regel angenommen, dass sie eine hauptberufliche Tätigkeit im Herkunftsland ausüben und dort der Krankenversicherungsschutz fortbesteht; dies müssen sie bei Aufnahme einer Beschäftigung in Deutschland nachweisen (Info-Box 20).

Gewerkschaften und andere zivilgesellschaftliche Akteurinnen und Akteure beklagen jedoch, dass dieser Krankenversicherungsschutz über das Herkunftsland in der Vergangenheit kaum kontrolliert wurde. **In der Praxis arbeiten somit viele Saisonarbeitskräfte ohne Krankenversicherung. Der SVR begrüßt daher ausdrücklich die Absicht der Bundesregierung, durch eine effektivere Rechtsdurchsetzung den vollen Krankenversicherungsschutz für Saisonbeschäftigte ab dem ersten Tag sicherzustellen, ferner das Übereinkommen Nr. 184 der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) über den Arbeitsschutz in der Landwirtschaft zu ratifizieren und Betroffene besser über ihre Rechte aufzuklären.**[353] Die Bedingungen für eine bessere Rechtsdurchsetzung wurden zum Teil bereits von der alten Bundesregierung auf den Weg gebracht. Diese hatte beschlossen, zum 1. Januar 2022 eine neue Meldepflicht einzuführen: Seither müssen Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen bei der Minijobzentrale angeben, wie die von ihnen beschäftigten Saisonarbeitskräfte krankenversicherungsrechtlich abgesichert sind.

Dass die Saisonarbeitskräfte selbst oft zu wenig über die für sie geltenden Regelungen wissen, wird auch durch die Isolation begünstigt, die mit dieser Beschäftigungsform oft einhergeht: Da sich landwirtschaftliche Saisonarbeitskräfte nur für eine kurze Zeit des Jahres in Deutschland aufhalten, werden sie meist in gemeinsamen Unterkünften untergebracht. Sie kommen kaum mit Deutschen in Kontakt und verfügen in der Regel nicht über ein deutsches Informationsnetzwerk (PECO-Institut 2017: 5). Die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sind zudem nicht verpflichtet, die Beschäftigten über die geltenden arbeitsrechtlichen Bestimmungen aufzuklären (PECO-Institut 2017: 12). Die Initiative „Faire Landarbeit", die aus Gewerkschaften und gewerkschaftsnahen Organisationen besteht, will hier mit einem aufsuchenden Beratungsansatz Abhilfe schaffen: Seit 2015 verteilt sie direkt an den Arbeitsstätten und in den Unterkünften ausländischer Erntehelferinnen und Erntehelfer regelmäßig Informationsmaterialien in den häufigsten Herkunftssprachen (PECO-Institut 2017: 5; IG BAU-Bundesvorstand/PECO-Institut 2020: 4–5).

Auch die Europäische Kommission ist im Zuge der Corona-Pandemie auf die prekären Arbeitsbedingungen und die Informationsdefizite von Saisonarbeitskräften aufmerksam geworden. In einer im Juli 2020 veröffentlichten Mitteilung fordert sie die EU-Mitgliedstaaten auf, breite Informationskampagnen in die Wege zu leiten, um Saisonarbeitskräfte über die für sie geltenden

352 Entsandte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer werden für einen begrenzten Zeitraum (maximal 24 Monate) in einen anderen EU-Mitgliedstaat geschickt, in dem ihr Arbeitgeber bzw. ihre Arbeitgeberin eine Dienstleistung erbringt. Die EU-rechtliche Grundlage dafür bildet die EU-Entsenderichtlinie (RL 2018/957/EU), die in Deutschland mit dem Arbeitnehmer-Entsendegesetz (AEntG) in nationales Recht umgesetzt wurde.

353 Die Bundesregierung hält in ihrem Koalitionsvertrag für die 20. Legislaturperiode (2021–2025) fest: „Für Saisonbeschäftigte sorgen wir für den vollen Krankenversicherungsschutz ab dem ersten Tag. Wir stärken ‚Faire Mobilität' und klären Beschäftigte so besser über ihre Rechte auf. Wir ratifizieren das Übereinkommen Nr. 184 der internationalen Arbeitsorganisation (ILO) über den Arbeitsschutz in der Landwirtschaft. Werkverträge und Arbeitnehmerüberlassung sind notwendige Instrumente. Strukturelle und systematische Verstöße gegen Arbeitsrecht und Arbeitsschutz verhindern wir durch effektivere Rechtsdurchsetzung" (SPD/Grüne/FDP 2021: 71).

sozialversicherungsrechtlichen und arbeitsrechtlichen Standards aufzuklären. Auch Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sollen verpflichtet werden, ihre Beschäftigten über die für sie geltenden Regeln zu informieren (Europäische Kommission 2020).

B.2.3.2 Leistungsausschluss von nicht erwerbstätigen EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern

Nicht erwerbstätige EU-Bürgerinnen und EU-Bürger sind unter bestimmten Umständen vom Bezug von Sozialleistungen nach SGB II und SGB XII ausgeschlossen und damit zugleich von der Möglichkeit, über diesen Weg von der Krankenversicherungspflicht nach § 5 SGB V zu profitieren (s. dazu Voigt 2014: 17; Voigt 2017b: 33–34, 39; Frings 2019: 54).[354] Das betrifft EU-Bürgerinnen und EU-Bürger, die ihr materielles Freizügigkeitsrecht[355] verlieren und auch noch kein Daueraufenthaltsrecht[356] besitzen oder deren Aufenthaltsrecht sich allein aus dem Zweck der Arbeitssuche ergibt. Diese Personengruppen sind nach Art. 7 Abs. 1 der Freizügigkeitsrichtlinie (RL 2004/38/EG) bzw. nach § 4 Freizügigkeitsgesetz/EU (FreizügG/EU) berechtigt, sich (weiterhin) in Deutschland aufzuhalten, wenn sie bereits einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz haben und ihren Lebensunterhalt aus eigenen Mitteln bestreiten können oder wenn sie ein abgeleitetes Aufenthaltsrecht über Familienangehörige geltend machen können (Fachkommission Integrationsfähigkeit 2020: 171).

! Umgekehrt gilt: Erwerbslose EU-Bürgerinnen und EU-Bürger, die noch nicht in Deutschland krankenversichert waren und sich auch nicht auf ein anderes Freizügigkeitsrecht (z. B. über Familienangehörige) berufen können, haben keinen Anspruch darauf, freiwillig der gesetzlichen Krankenversicherung oder der privaten Krankenversicherung beizutreten, um das materielle Freizügigkeitsrecht (wieder) zu erlangen. Das Vorliegen des materiellen Freizügigkeitsrechts ist gemäß § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V eine *Bedingung* dafür, dass EU-Bürgerinnen und EU-Bürger in Deutschland eine gesetzliche Krankenversicherung abschließen können.[357] Erwerbslose EU-Bürgerinnen und EU-Bürger profitieren in dieser Situation also auch nicht von der Auffangversicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, die seit 2009 sicherstellen soll, dass alle Bürgerinnen und Bürger in Deutschland eine Krankenversicherung abschließen können.[358]

Zugleich muss diesem Personenkreis auch kein Zugang zum Basistarif der privaten Krankenversicherung gewährt werden.[359] Die privaten Versicherungen lehnen dies in der Regel ab, weil diese Personen grundsätzlich keinen Bezug zum Bereich der privaten Krankenversicherung aufweisen.

354 Kovacheva und Cyrus (2020) geben einen Überblick zur Entwicklung der politischen Diskussion über den Leistungsausschluss wirtschaftlich nicht aktiver EU-Bürgerinnen und EU-Bürger seit der EU-Osterweiterung, zu den diesbezüglich relevanten Gerichtsurteilen und den gesetzlichen Klarstellungen durch das Gesetz zur Regelung von Ansprüchen ausländischer Personen in der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch und in der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch vom 22.12.2016 (BGBl. I S. 3155). Die Bestimmungen zum pauschalen Ausschluss von Leistungen blieben auch nach den gesetzlichen Klarstellungen von 2016 juristisch umstritten (s. Voigt 2017b: 34). Entsprechend gibt es dazu weiterhin zahlreiche Gerichtsverfahren. Diese haben zum Teil dazu geführt, dass im Einzelfall bestimmte Leistungen zuerkannt wurden (s. Voigt 2021).

355 EU-Bürgerinnen und EU-Bürger genießen nach Art. 21 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) sowie Art. 7 der Freizügigkeitsrichtlinie (RL 2004/38/EG) das Recht auf Freizügigkeit. Das bedeutet, sie dürfen als Erwerbstätige (Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Selbständige oder Dienstleistungserbringende) in jeden anderen EU-Staat einreisen und sich dort aufhalten. Als nicht Erwerbstätige genießen sie dieses Recht ebenfalls, wenn sie Familienangehörige von Staatsangehörigen des betreffenden Landes sind, studieren oder über ausreichende Mittel verfügen, um ihren Lebensunterhalt zu bestreiten.

356 Ein Daueraufenthaltsrecht erhalten EU-Bürgerinnen und EU-Bürger gemäß § 4a Abs. 1 FreizügG/EU, wenn sie sich seit fünf Jahren rechtmäßig in Deutschland aufhalten.

357 Der allgemeine Mindestbeitrag zur freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung liegt 2022 bei 153,53 Euro; hinzu kommt ein kassenindividueller Zusatzbeitrag, der 2022 bei durchschnittlich 1,3 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen liegt (BMG 2022).

358 Einige zivilgesellschaftliche Akteurinnen und Akteure, die sich dafür einsetzen, für alle Migrantinnen und Migranten (unabhängig vom Aufenthaltsstatus) den Zugang zur Krankenversicherung zu verbessern, sehen hier einen regelungsbedürftigen Zirkelschluss: Eine gesetzliche Krankenversicherung ist nur möglich, wenn ein rechtmäßiger Aufenthalt im Sinne der Freizügigkeitsrichtlinie besteht, aber dieser ist nur gegeben, wenn eine Krankenversicherung besteht. Nach Auffassung dieser Akteurinnen und Akteure muss der Gesetzgeber in Deutschland nach einem Urteil des EuGH vom Juli 2021 (EuGH, Urt. v. 15.07.2021, Rs. C-535/19) prüfen, ob auch nicht freizügigkeitsberechtigten EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern der Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland gewährt werden muss (s. z. B. Paritätischer Gesamtverband 2021). Allerdings hatte der EuGH mit seinem Urteil explizit keine Aussage zu nicht freizügigkeitsberechtigten Personen getroffen.

359 Der Basistarif der Privatversicherung liegt 2022 bei 769,16 Euro monatlich (PKV Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. 2022). Er ist um die Hälfte zu reduzieren, wenn die betreffende Person durch das Zahlen des vollen Basistarifs hilfebedürftig nach SGB II bzw. SGB XII würde (Voigt 2014: 22). Hilfebedürftigkeit ist hier eine rein rechnerische Größe. Unabhängig davon, ob eine Person entsprechende Leistungen bezieht, prüft das Jobcenter oder das Sozialamt, ob der Basistarif reduziert werden muss (Voigt 2014: 22).

Ein solcher bestünde nur bei (früherer) Selbständigkeit in Deutschland, bei Personen mit einem hohen Einkommen und bei Beamtinnen und Beamten (s. Exkurs in Kap. B.2). Diese Argumentation wurde 2014 durch ein höchstrichterliches Urteil des Bundesgerichtshofs gestützt (BGH, Urt. v. 16.07.2014, Az. IV ZR 55/14; s. hierzu auch Voigt 2014: 23).

Welche staatlich finanzierten Gesundheitsleistungen stehen erwerbslosen EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern zu, die kein materielles Freizügigkeitsrecht besitzen? Nach § 23 Abs. 3 S. 3–5 SGB XII haben sie einmal innerhalb von zwei Jahren Anspruch auf sog. Überbrückungsleistungen. Diese schließen auch eine Kostenübernahme für grundlegende Gesundheitsleistungen zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzen ein. Das heißt: Wenn sie in einem Monat solche reduzierten Leistungen bezogen haben, besteht innerhalb der nächsten 23 Monate kein Anspruch mehr auf eine Kostenübernahme für Gesundheitsleistungen in Deutschland (inklusive medizinischer Notfallversorgung) (Ärzte der Welt e. V. 2018: 7), sofern nicht ein Härtefall wegen besonderer Umstände des Einzelfalls nach § 23 Abs. 3 S. 6 SGB XII vorliegt. Die betreffenden Personen werden dann auf die Sozialleistungen ihres Herkunftslands verwiesen. Hat in diesem Fall die zuständige Ausländerbehörde bereits den Verlust der Freizügigkeit formal festgestellt, haben die betreffenden Personen bis zur Ausreise Anspruch auf reduzierte Leistungen nach dem AsylbLG (Voigt 2017a: 5).

B.2.4 Der rechtliche Zugang zu Gesundheitsleistungen: Verbesserungsbedarf bei einzelnen Gruppen

Der Zugang zu Gesundheitsleistungen ist in Deutschland nur für wenige Personengruppen rechtlich beschränkt. Denn im Sozialrecht ist inzwischen umfassend das Territorialitätsprinzip implementiert. Dadurch unterliegen die allermeisten Menschen, die ohne deutsche Staatsangehörigkeit in Deutschland leben und/oder arbeiten, regulär der Pflicht zur gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 SGB V bzw. können sich ab einem bestimmten Einkommen ebenso wie deutsche Staatsangehörige wahlweise freiwillig gesetzlich versichern oder einer privaten Krankenkasse beitreten. Unabhängig vom Migrationshintergrund ist die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung das vorherrschende Modell. Der Anteil der Personen, die aktenkundig nicht versichert sind, ist in Deutschland sehr niedrig, er beträgt bei der Gesamtbevölkerung unter 0,1 Prozent, bei Menschen mit Migrationshintergrund knapp 0,2 Prozent und bei Menschen ohne deutschen Pass knapp 0,3 Prozent. Die Diskussion über rechtliche Zugangshürden bezieht sich somit rein quantitativ betrachtet auf ein Randphänomen. Allerdings haben die vorliegenden Datenquellen (z. B. der Mikrozensus) Lücken in Bezug auf die Größe und die Situation gerade der Untergruppen, die besonders häufig aus dem Krankenversicherungssystem herausfallen, z. B. wohnungslose Menschen und irregulär aufhältige Migrantinnen und Migranten.

Völlig unabhängig vom Aufenthalts- und Versicherungsstatus schließt das Gesetz in Deutschland niemanden davon aus, auf eigene Kosten medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Für einige wenige Teilgruppen ausländischer Staatsangehöriger ist der Zugang zu aus öffentlichen Mitteln finanzierten Gesundheitsleistungen jedoch rechtlich beschränkt. Denn für Menschen, die aus dem deutschen Versicherungssystem herausfallen und auch keine sonstige Absicherung im Krankheitsfall haben, finanziert der Staat nur ein eingeschränktes Spektrum medizinischer Leistungen. Das betrifft Menschen in den ersten 18 Monaten des Asylverfahrens, Migrantinnen und Migranten, die sich irregulär in Deutschland aufhalten, und Menschen, deren Asylantrag abgelehnt wurde und die mithin ausreisepflichtig sind (wiederum in den ersten 18 Monaten nach der Einreise). Ebenfalls davon betroffen sind EU-Bürgerinnen und EU-Bürger, die kein materielles Freizügigkeitsrecht besitzen und damit Deutschland eigentlich verlassen müssten.

Dass der Staat für mittellose Menschen ohne Krankenversicherung nur ein begrenztes Spektrum medizinischer Leistungen finanziert, ist im europäischen Vergleich nichts Ungewöhnliches, vielmehr ist es in allen Einwanderungsländern gängige Praxis. Die Gesundheitsleistungen, die hierzulande nach § 4 und § 6 AsylbLG zu gewähren sind, gehen über eine medizinische Notfallversorgung hinaus, sie umfassen neben der Behandlung akuter Erkrankungen sowie akuter und chronischer Schmerzen, Schutzimpfungen und der Versorgung von Schwangeren und Wöchnerinnen grundsätzlich (wenngleich in begrenztem Umfang) auch die Behandlung chronischer Erkrankungen, die ohne medizinische Versorgung zu Notfällen führen würden. Über die Öffnungsklausel in § 6 AsylbLG können weitere Leistungen bewilligt werden, beispielsweise um nach der EU-Aufnahmerichtlinie den besonderen Bedürfnissen von Minderjährigen und anderen besonders schutzbedürftigen Menschen Rechnung zu tragen.

Die Frage, ob alle Menschen, die in Deutschland Schutz suchen, von Anfang an leistungsrechtlich den regulär Krankenversicherten gleichgestellt werden sollten oder welche Abstufungen der Rechtegewährung sinnvoll sind, berührt das Spannungsverhältnis zwischen Integrationsförderung und Migrationssteuerung, das im politischen Handeln fortlaufend neu austariert werden muss. Symbolisch wird diese Diskussion vor allem in der Auseinandersetzung darüber geführt, welche Vor- und Nachteile die elektronische Gesundheitskarte für Geflüchtete gegenüber dem Behandlungsschein-Modell bietet. Dabei bedeutet es keine Erweiterung des medizinischen Leistungsanspruchs, wenn Asylsuchende oder ausreisepflichtige Personen eine elektronische Gesundheitskarte erhalten, obwohl sie noch keine 18 Monate in Deutschland

sind. Richtungweisend für den konkreten Anspruch auf Gesundheitsleistungen bleiben in der Regel §§ 4 und 6 AsylbLG, auch bei der Gestaltung entsprechender Rahmenverträge mit den gesetzlichen Krankenversicherungen. Es hat sich aber gezeigt, dass die elektronische Gesundheitskarte eine besonders effektive Methode ist, um Asylsuchenden einen unbürokratischen Zugang zu Gesundheitsleistungen zu gewähren. **➔ Der SVR empfiehlt daher, dass Bundesländer und Kommunen möglichst flächendeckend die elektronische Gesundheitskarte einführen. Er begrüßt die Absicht der Bundesregierung, den Zugang zur Gesundheitsversorgung auch für Asylbewerberinnen und Asylbewerber im laufenden Verfahren weniger bürokratisch zu gestalten.**[360]

Gerade die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass der Abbau von Bürokratie beim Zugang zu Gesundheitsleistungen auch einen gesellschaftlichen Mehrwert haben kann. Zudem widersprechen die vorliegenden empirischen Daten etwaigen Befürchtungen, dass die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende zu unverhältnismäßig hohen Kosten für Länder und Kommunen führt, etwa durch Missbrauch, weil sehr viel mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen oder ärztlich verordnet werden oder durch die Verwaltungskostenpauschalen, die die gesetzlichen Krankenkassen in den Rahmenverträgen einfordern. Insbesondere führt die Gesundheitskarte nicht zu einer Ausweitung des Behandlungsanspruchs; es werden weiterhin nur diejenigen Behandlungen bezahlt, die gesetzlich vorgesehen sind. Ferner müssen etwaige Mehrkosten durch die Verwaltungskostenpauschalen stets ins Verhältnis zu den Einsparungen gesetzt werden, die zu erwarten sind, wenn aufwendige Bedarfsprüfungen wegfallen.

Wie gut oder schlecht die gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland mit den aktuellen rechtlichen Regelungen gelingt, lässt sich kaum allgemeingültig sagen. Es hängt u. a. davon ab, welche ergänzenden Unterstützungsangebote vor Ort jeweils verfügbar sind (etwa Sprachmittlung bei Arztbesuchen, s. auch Kap. B.3.3), aber auch davon, wie der bundeseinheitliche Rechtsrahmen des AsylbLG auf der Ebene der Bundesländer und Kommunen jeweils umgesetzt wird. Bislang gibt es keine Hinweise auf ein partielles oder regionales Systemversagen. Trotzdem geht mit der föderalen Organisationsstruktur einher, dass es stark von der regionalen Zuteilung abhängt, ob eine Person beispielsweise bei gesundheitlichen Beschwerden direkt eine medizinische Einrichtung aufsuchen kann oder erst das Sozialamt kontaktieren muss, ob und wie schnell eine bestimmte medizinische Leistung nach § 4 und § 6 AsylbLG bewilligt wird, ob psychosoziale und psychotherapeutische Hilfsangebote in Anspruch genommen werden können und ob für die Kommunikation mit dem medizinischen Personal bei Bedarf Sprachmittlungsdienste zur Verfügung stehen.

Die Corona-Pandemie hat überdies deutlich gezeigt, dass die Unterbringungssituation in Sammelunterkünften allgemein verbessert werden muss. Deutlich wurde vor allem, wie wichtig es ist, die Kapazitäten auch kurzfristig erweitern zu können, um beim Ausbruch einer ansteckenden Krankheit die Unterbringung zu entzerren. Denn während der Pandemie war es oft nicht möglich, an Covid-19 erkrankte Personen in Sammelunterkünften von den anderen Personen zu trennen; dadurch hat sich das Ansteckungsrisiko für diese deutlich erhöht. Möglichkeiten zur Entzerrung der gemeinschaftlichen Unterbringung bedeuten zugleich mehr Privatsphäre und einen geringeren Geräuschpegel; damit reduzieren sich zwei aus der Sicht von Bewohnerinnen und Bewohnern zentrale Stressfaktoren gemeinschaftlicher Unterbringung.

Im Herbst 2020 gingen fast alle Bundesländer zwischenzeitlich dazu über, Asylsuchende wegen des erhöhten Ansteckungsrisikos in Sammelunterkünften vermehrt auch außerhalb von Erstaufnahmeeinrichtungen unterzubringen; einige Städte und Kommunen kündigten sogar an, sie würden künftig insgesamt stärker eine Einzelunterbringung in Wohnungen und wohnungsähnlichen Einrichtungen anstreben. Dennoch liegt auf der Hand, dass Gemeinschaftsunterkünfte vielerorts auch zukünftig eine wichtige Form der Unterbringung von Asylsuchenden bleiben werden. Deshalb bleibt die Frage zentral, wie sich die Bedingungen hier allgemein verbessern lassen. **➔ Der SVR empfiehlt, dass die Länder in einen systematischen Ideen- und Erfahrungsaustausch dazu treten, wie die Unterbringungssituation von Asylsuchenden insgesamt verbessert werden kann und wie sich bei einer Sammelunterbringung in verschiedenen kommunalen Settings Mindeststandards wirksam absichern lassen.** Richtungweisend könnten hier die Vorschläge für bundesweite Mindeststandards sein, die die von BMFSFJ und UNICEF 2016 ins Leben gerufene Bundesinitiative „Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften" erarbeitet hat.

Ob speziell für den *Zugang* zu Gesundheitsleistungen eine gemeinschaftliche Unterbringung besser oder schlechter ist als die Unterbringung in einer Einzelunterkunft, lässt sich nicht generell sagen. Denn der konkrete Zugang ist vor allem auch von der geografischen Zuweisung abhängig, also davon, welche Einrichtungen des Gesundheitssystems (Kliniken, Fachärztinnen und Fachärzte, Strukturen der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung u. Ä.) vor Ort für die gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden zur Verfügung stehen und wie

360 Der Koalitionsvertrag für die 20. Legislaturperiode (2021–2025) hält fest: „Wir wollen den Zugang für Asylbewerberinnen und Asylbewerber zur Gesundheitsversorgung unbürokratischer gestalten" (SPD/Grüne/FDP 2021: 140).

gut sie erreichbar sind. ➔ **Der SVR empfiehlt den Ländern, zu prüfen, ob und inwieweit es möglich ist, strukturelle Variablen des medizinischen Versorgungssystems sowie der konkreten Erreichbarkeit von Gesundheitsdiensten in ihre Verteilungsschlüssel zu integrieren.** Das könnte helfen, Lücken in der medizinischen Versorgung abzumildern und eine Überlastung lokaler medizinischer Regelsysteme (z. B. in der Nähe von Sammelunterkünften) zu vermeiden. ➔ **Zudem sollte auch geprüft werden, wie gut es derzeit gelingt, Personen mit besonderen medizinischen Bedarfen (z. B. aufgrund einer Behinderung, einer schweren Erkrankung oder psychischer Leiden) gezielt an Kommunen zu vermitteln, wo die erforderlichen Gesundheitsdienste von den Unterkünften aus gut erreichbar sind.** Für die praktische Umsetzung könnten auch Pilotprojekte zu (algorithmengestützten) Matching-Verfahren darauf geprüft werden, ob sie sich für eine großflächige Anwendung eignen.

Dass es in der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen im Asylverfahren große Lücken gibt, ist unbestritten, auch wenn es keine umfassenden empirischen Daten dazu gibt, wie weit Angebot und Nachfrage konkret auseinandergehen. ➔ **Der SVR empfiehlt, dass auf Länder- und kommunaler Ebene die Anstrengungen verstärkt werden, um den Zugang von Asylsuchenden und anerkannten Flüchtlingen zu psychosozialen und psychotherapeutischen Hilfsangeboten zu verbessern.** Wichtig ist hierfür u. a., dass psychologische Beratungs- und Hilfsangebote in Sammelunterkünften ausgebaut werden, auch durch verstärkte Kooperationen mit psychologischen Regeldiensten. ➔ **Im Sinne der EU-Aufnahmerichtlinie müssen außerdem alle Länder geeignete Verfahren implementieren, um psychische Leiden, die eine besondere Schutzbedürftigkeit von Menschen im Asylverfahren begründen, frühzeitig zu identifizieren.** Sinnvoll erscheint außerdem, dass sowohl der Bund als auch die Länder spezielle Traumazentren und Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer verstärkt finanziell fördern.

Irregulär aufhältige Migrantinnen und Migranten haben ebenso wie Menschen im Asylverfahren in Deutschland Anspruch auf medizinische Leistungen nach § 4 und § 6 AsylbLG. Dennoch ist ihre Situation besonders prekär. Das liegt vor allem an der Übermittlungspflicht nach § 87 AufenthG: Danach müssen öffentliche Stellen (auch Sozialämter) es den zuständigen Ausländerbehörden mitteilen, wenn sie im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung von einer Person erfahren, die ohne Aufenthaltstitel in Deutschland lebt und deren Abschiebung nicht ausgesetzt ist. Für medizinische Notfallbehandlungen greift zwar seit einer Reform der Verwaltungsvorschriften im Jahr 2009 ein „verlängerter Geheimnisschutz", der auch alle in die Kostenabwicklung involvierten Personen von der Übermittlungspflicht befreit. In der Verwaltungspraxis gibt es hier aber nach wie vor Unsicherheiten, z. B. darüber, was als medizinischer Notfall einzustufen ist und welchen Anforderungen die Bedürftigkeitsprüfung im Rahmen der Kostenerstattung genügen muss. ➔ **Der SVR empfiehlt daher dem Gesetzgeber, durch eine Änderung von § 87 Abs. 1 klarzustellen, dass der Gesundheitsbereich (auch jenseits medizinischer Notfälle) von der Übermittlungspflicht gegenüber Ausländerbehörden ausgenommen ist. Zudem sollten einheitliche Vorgaben für die Bedürftigkeitsprüfung entwickelt werden, von der die Kostenerstattung durch die Sozialämter abhängt. Angesichts der großen Wissenslücken in Bezug auf Menschen, die sich irregulär in Deutschland aufhalten, sollte diese Personengruppe überdies eingehender wissenschaftlich untersucht werden, um mehr über ihre Größe und Struktur sowie ihre konkreten Lebensumstände zu erfahren.**

Wenn Migrantinnen und Migranten in Deutschland im Krankheitsfall nicht abgesichert sind, liegt dies wie gezeigt in den seltensten Fällen an fehlenden rechtlichen Ansprüchen oder an Defiziten in der Rechtslage. Vielmehr sind die Betroffenen häufig aufgrund ihrer konkreten Lebensumstände und/oder der (wahrgenommenen) Komplexität der für sie gültigen Regelungen nicht imstande, die für ihre Absicherung erforderliche Bürokratie allein zu bewältigen. Vor diesem Hintergrund wurden mittlerweile in mehreren Großstädten sog. Clearingstellen zum Krankenversicherungsschutz eingerichtet, die Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung oder mit ungeklärtem Versicherungsstatus beraten. Sie unterstützen die Betroffenen anonym bzw. vertraulich und kostenlos dabei, ihren Versicherungsstatus oder Fragen der Kostenübernahme zu klären oder zu prüfen, ob und wie ein (erneuter) Zugang zum deutschen Krankenversicherungssystem möglich ist.

➔ **Die Clearingstellen zum Krankenversicherungsschutz schließen somit eine wichtige Beratungslücke hinsichtlich der Prüfung konkreter Ansprüche. Der SVR empfiehlt den Ländern und Kommunen deshalb zu prüfen, inwieweit sich dieses Modell in kommunaler oder Landesverantwortung in der Fläche ausbauen lässt.** Um dabei auch ländliche Regionen zuverlässig einzuschließen, wäre zu überlegen, ob auch digitale Clearingstellen implementiert werden können, die je nach den örtlichen Voraussetzungen Video- und/oder Telefonsprechstunden anbieten; dabei muss die Möglichkeit einer vertraulichen bzw. anonymen Beratung gewahrt bleiben.

Kapitel **B.3**

Chancengleiche Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund: Hürden und Hebel

Inhalt und Ergebnisse in Kürze

Wissenschaftliche Studien zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ermitteln häufig Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Insgesamt deuten sie darauf hin, dass Menschen mit Migrationshintergrund bestimmte Angebote der Gesundheitsversorgung weniger nutzen oder davon weniger profitieren. Dies zeigt, dass auch unabhängig von rechtlichen Zugangsfragen oder dem Versicherungsstatus im deutschen Gesundheitswesen Hürden bestehen, die den chancengleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen für Menschen mit Migrationshintergrund erschweren und/oder die Versorgungsqualität beeinträchtigen können.

Allerdings greift der Blick auf den Migrationshintergrund allein häufig zu kurz, um die Hintergründe solcher Zugangs- und Wirksamkeitshürden zu verstehen und Gegenmaßnahmen zu entwickeln. Wie die gesundheitliche Lage insgesamt hängen entsprechende Herausforderungen z. B. eng mit der sozioökonomischen Lage zusammen. Sie betreffen Menschen mit Zuwanderungsgeschichte auch deshalb überproportional, weil diese nach wie vor häufig in einer ungünstigen sozioökonomischen Lage sind.

Es gibt aber auch Herausforderungen, die eng mit Migration verbunden sind, selbst wenn sie sich nicht auf Menschen mit Migrationshintergrund beschränken. Dazu zählen Sprach- und Kommunikationsbarrieren, Diskriminierung (u. a. entlang der ethnischen Herkunft) und eingeschränktes Orientierungswissen über die Strukturen, Regeln, Angebote und Optionen der Gesundheitsversorgung in Deutschland (Gesundheitskompetenz). Außerdem ist auch die – ebenfalls keineswegs immer mit Zuwanderung verknüpfte – interkulturelle Kompetenz bei Gesundheitsdiensten verbesserungswürdig.

Um die gesundheitliche Chancengleichheit von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte zu stärken, sind in erster Linie diversitätssensible Regelsysteme der Gesundheitsversorgung erforderlich. Migrationsspezifische Angebote, Abteilungen oder Einrichtungen können zwar (in bestimmten Konstellationen) zusätzlich erforderlich sein. Sie können die Regelversorgung jedoch grundsätzlich nur ergänzen und dürfen nicht dazu führen, dass die Verantwortung für Diversitätssensibilität in der Gesundheitsversorgung (unmerklich) delegiert wird.

Die Überwindung von Sprachbarrieren in der Gesundheitsversorgung erfordert einen mehrgleisigen Lösungsansatz: Es muss systematisch untersucht werden, (1) in welchen Behandlungssettings und mit welchen Modellen Sprachmittlung derzeit schon besonders gut oder eher schlecht funktioniert, (2) welche Kosten dafür aktuell anfallen und (3) welchen Einfluss verfügbare Sprachmittlung darauf hat, inwieweit Menschen ohne oder mit lückenhaften Deutschkenntnissen Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Auf einer solchen Wissensbasis ließen sich möglichst einheitliche und pragmatische Qualifikationsanforderungen für Sprachmittlung im Gesundheitsbereich definieren und Leitlinien dafür entwickeln, welches Sprachmittlungsmodell in welchem Behandlungssetting anzuwenden ist. Zudem könnten so Optionen zur Finanzierung von Sprachmittlung im Gesundheitswesen ausgelotet werden. Außerdem sollte in der Gesundheitsversorgung systematisch mehrsprachiges Personal eingebunden werden. Daneben sind auch die Einsatzmöglichkeiten technischer Lösungen (z. B. Übersetzungs-Apps) und ein stärkerer Rückgriff auf Video- und Telefonsprachmittlung abzuwägen.

Die allermeisten Menschen, die in Deutschland leben, haben heute unabhängig von ihrem Pass bzw. einem Migrationshintergrund einen unbeschränkten sozialrechtlichen Anspruch auf Gesundheitsversorgung und sind regulär (zumeist gesetzlich) krankenversichert (s. Kap. B.2). **Ob und zu welchem Zeitpunkt Menschen Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen und wie sehr sie von diesen profitieren, ist aber – jenseits von Fragen des rechtlichen Zugangs und des Versicherungsstatus – auch abhängig von anderen individuellen und strukturellen Faktoren.**

Wenn Menschen zweckmäßige Angebote gesundheitlicher Prävention und medizinischer Hilfe nicht oder nicht rechtzeitig nutzen, obwohl sie darauf Anspruch haben, kann das für sie selbst schwerwiegende gesundheitliche

Folgen haben. Auch für das Versorgungssystem entstehen dadurch unter Umständen vermeidbare Mehrkosten, z. B. weil Krankheiten chronisch werden oder eine aufwendigere Therapie erfordern. Dass die gesamte Bevölkerung einen guten Zugang zu einem ausgebauten und funktionsfähigen System der Gesundheitsversorgung mit hoher Behandlungsqualität hat, gilt als eine zentrale Variable des politischen Ziels, die gesundheitliche Chancengleichheit in Deutschland zu stärken (s. dazu BMG 2021a).[361] Gesundheitliche Chancengleichheit meint, dass alle Menschen (unabhängig von individuellen Faktoren wie Bildungsstand, Erwerbsstatus und Einkommen, Geschlecht und Geschlechtsidentität, Alter, ethnischer Herkunft o. Ä.) die gleichen Chancen haben, gesund zu sein, gesund zu bleiben oder wieder gesund zu werden (Altgeld 2010; Fehr et al. 2014).

Vor diesem Hintergrund diskutieren Gesundheitswissenschaften und Politik das Merkmal Migrationshintergrund auch jenseits rechtlicher Zugangsfragen (s. Kap. B.2) als einen möglichen Faktor für Benachteiligung bei der Nutzung von Gesundheitsleistungen und potenziell auch bei der Versorgungsqualität. Es stellt sich die Frage, inwieweit es bei der Gesundheitsversorgung *migrationsspezifische* Hürden gibt, die die gesundheitliche Chancengleichheit von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte herabsetzen, und wie sie ggf. abgebaut werden können.

B.3.1 Nutzung und Versorgungsqualität: migrationsspezifische Risikofaktoren bestehen weiterhin

Wissenschaftliche Studien ermitteln bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen häufig Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Insgesamt deuten sie darauf hin, dass Menschen mit Migrationshintergrund bestimmte Angebote der Gesundheitsversorgung weniger nutzen. Solche Unterschiede wurden bisher insbesondere für Maßnahmen der Primär- und Sekundärprävention[362] beschrieben, etwa Gesundheitskurse, Gesundheitschecks, (Grippeschutz-)Impfungen oder (Krebs-)Früherkennungsuntersuchungen (s. z. B. Keller/Baune 2005; Poethko-Müller/Kuhnert/Schlaud 2007; RKI 2008b: 88–89; Brand et al. 2015; Rommel et al. 2015). Ebenso wurden entsprechende Unterschiede bei der Nutzung ambulanter Pflegedienste und der medizinischen Rehabilitation festgestellt (s. z. B. RKI 2008b: 111; BMG 2011: 68; Kohls 2012: 33; SVR-Forschungsbereich 2015: 6; Brzoska et al. 2010; Mösko/Pradel/Schulz 2011; Brause et al. 2012). **! Der Forschungsstand dazu, wie Menschen mit Zuwanderungsgeschichte Gesundheitsleistungen nutzen, ist jedoch immer noch in mehrfacher Hinsicht lückenhaft, und die Befunde zu einzelnen Versorgungsbereichen und Herkunftsgruppen sind zum Teil widersprüchlich.**

Das liegt zum einen an Defiziten in der Datenlage: Die vorhandenen Studien lassen sich nur sehr eingeschränkt zueinander in Beziehung setzen, denn sie untersuchen verschiedene Herkunftsgruppen und Versorgungsbereiche. Zudem arbeiten sie meist mit kleinen und nicht repräsentativen Stichproben. Hinzu kommt, dass sie den Migrationshintergrund teilweise unterschiedlich definieren und zum Teil Einflüsse anderer (etwa sozioökonomischer) Faktoren nicht kontrollieren. Für viele Versorgungsbereiche und Herkunftsgruppen, bei denen in der Vergangenheit Unterschiede im Nutzungsverhalten konstatiert wurden, liegen zudem keine aktuellen Befunde vor. Die Struktur der Bevölkerung mit Zuwanderungsgeschichte wandelt sich jedoch fortlaufend, und auch die Gesundheitsdienste und ihre Rahmenbedingungen haben sich im Laufe der Zeit verändert. Bei den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (U-Untersuchungen) sowie der ärztlichen Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe beispielsweise scheint sich das Nutzungsverhalten mittlerweile angeglichen zu haben (David et al. 2014; Brenne et al. 2015; Schmidtke et al. 2018).[363] In jüngster Zeit wurde schließlich auch problematisiert, dass die bisherige wissenschaftliche Auseinandersetzung damit, wie Menschen mit

361 Weitere Variablen sind z. B. Maßnahmen, um Lebens- und Arbeitsbedingungen gesundheitsfördernd zu gestalten bzw. Gesundheitsrisiken in verschiedenen Lebensbereichen zu verringern (Fehr et al. 2014: 7).

362 In der Präventionsmedizin werden Maßnahmen nach dem Zeitpunkt ihres Einsatzes und der jeweiligen Zielsetzung eingeteilt in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention (s. dazu z. B. Franzkowiak 2018b; BMG 2019b). Maßnahmen der Primärprävention sollen die Entstehung von Krankheiten verhindern (dazu gehören z. B. Impfungen, Sport- und andere Gesundheitskurse). Maßnahmen der Sekundärprävention zielen darauf ab, Krankheiten möglichst frühzeitig zu erkennen (z. B. Gesundheitschecks oder Früherkennungsuntersuchungen) (Franzkowiak 2018b). Die Grenzen zwischen primärer und sekundärer Prävention sind bisweilen fließend (BMG 2019b). Maßnahmen der tertiären Prävention sollen Krankheitsfolgen abmildern bzw. verhindern, dass sich der Zustand einer Person verschlechtert oder sie einen Rückfall erleidet. Dieser Bereich überschneidet sich mit dem der Rehabilitation, entspricht diesem jedoch nicht völlig (Franzkowiak 2018b).

363 Ein wichtiger Grund für die steigende Inanspruchnahme der U-Untersuchungen für Kinder wird darin gesehen, dass viele Bundesländer dafür mittlerweile Erinnerungs- und Meldeverfahren eingeführt haben (Brand et al. 2015: 584). Bei der ärztlichen Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe hat sich die Nutzung laut einigen Studien ebenfalls angeglichen. Die Gründe dafür sind jedoch bisher nicht ähnlich klar identifiziert.

Zuwanderungsgeschichte Gesundheitsleistungen nutzen, insgesamt zu defizitorientiert und dadurch verzerrt sei.[364]

! Zum anderen hat sich aber mit zunehmend differenzierten Erkenntnissen immer deutlicher gezeigt, dass die Variable Migrationshintergrund allein nicht ausreicht, um die unterschiedliche Nutzung von Gesundheitsleistungen zu erklären (s. dazu auch Spallek/Schumann/Reeske-Behrens 2019: 531–533). Vielmehr unterscheiden sich Menschen unabhängig vom Migrationshintergrund in zahlreichen weiteren Merkmalen, die für ihre Gesundheit und die Nutzung von Gesundheitsleistungen wichtig sein können, beispielsweise Einkommen und Erwerbsstatus, Bildungsstand, Alter, Geschlecht und Geschlechtsidentität, religiöse und kulturelle Sozialisation und nicht zuletzt auch hinsichtlich ihrer Einbindung in unterstützende Netzwerke. Anders ausgedrückt: Menschen mit Migrationshintergrund sind „immer auch Arme und Reiche; Junge und Alte; Männer und Frauen; Arbeiter, Arbeitslose, Angestellte und Unternehmer; Personen ohne Bildungsabschluss und Personen mit Hochschulabschluss" (Gerlinger 2021: 4). **! Um zielgenaue Maßnahmen zur Steigerung gesundheitlicher Chancengleichheit zu entwickeln, müssen wissenschaftliche Analysen differenzierter auf Interaktionseffekte zwischen verschiedenen Heterogenitätsmerkmalen blicken. Denn dies führt auch zu einem besseren Verständnis spezifischer Nachteile, die dadurch entstehen, dass mehrere Faktoren für gesundheitliche Ungleichheit intersektional[365] zusammenwirken** (s. auch SVR 2021: 22, 29).

Bislang gibt es zwar nur begrenzte wissenschaftliche Erkenntnisse dazu, wie stark verschiedene sozio-demografische Merkmale gegenüber einem konkreten Migrationsstatus ins Gewicht fallen, um Unterschiede im Nutzungsverhalten von Gesundheitsleistungen zu verstehen.[366] Bei einer zunächst vom Merkmal Migrationshintergrund losgelösten Betrachtung zeigt sich jedoch, dass hier vor allem der sozioökonomische Status bzw. Sozialstatus eine große Rolle spielt. So verbindet sich ein niedriger sozioökonomischer Status statistisch z. B. häufiger mit einer selteneren Nutzung präventiver Gesundheitsleistungen, wie (Krebs-)Früherkennungsuntersuchungen oder Gesundheitschecks (s. dazu z. B. RKI 2015: 259–260; Lampert et al. 2017: 99–102). Daraus folgt: **! Ein Teil der geringeren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, die in der Vergangenheit für Menschen mit Migrationshintergrund konstatiert wurde, erklärt sich durch Unterschiede in der Sozialstruktur, also die Tatsache, dass Menschen mit Migrationshintergrund statistisch häufiger einen niedrigen sozioökonomischen Status haben.**[367]

Unabhängig davon, wie oft sie Angebote der Gesundheitsversorgung nutzen, stellt sich aber auch die Frage, ob und inwieweit sich für Menschen mit und ohne Zuwanderungsgeschichte die Versorgungsqualität unterscheidet. Hierzu ist die Datenlage besonders spärlich und teilweise veraltet. Bei einer schon älteren Auswertung ärztlicher Diagnosen fiel beispielsweise auf, dass die für ausländische Patientinnen und Patienten häufiger als bei deutschen unspezifische Krankheitsbezeichnungen enthalten (wie Schmerzsyndrom oder psychosomatische Symptome) (BT-Drs. 14/4357: 189). Für den ambulanten Bereich konstatierten ältere Studien, dass die Behandlung von Migrantinnen und Migranten stärker auf Arzneimittel ausgerichtet war

364 So weisen etwa Spallek, Schumann und Reeske-Behrens (2019: 532) darauf hin, dass ein Migrationshintergrund die Nutzung präventiver Gesundheitsleistungen auch positiv beeinflussen kann. Ferner könnten unterschiedliche Muster der Nutzung von Gesundheitsleistungen in einzelnen Versorgungsbereichen auch damit zusammenhängen, dass einige Communitys (seien sie migrantisch geprägt oder nicht) zunächst stärker auf den „Laiensektor" (Behrens 2011: 27) der Medizin zurückgreifen oder auf familiäre Unterstützung (z. B. im Wochenbett oder in der Pflege). Mitunter ist eine „Inanspruchnahme fremder Hilfe [...] auf jeden Fall kulturabhängig" (Hundenborn et al. 2018: 18).

365 Das Konzept der Intersektionalität wurde Ende der 1980er Jahre von der US-amerikanischen Juristin Kimberlé Crenshaw eingeführt (s. Crenshaw 1989). Unter diesem Begriff untersucht die Forschung Überschneidungen verschiedener Dimensionen von Diversität und ihre Auswirkungen in Bezug auf gesellschaftliche Ungleichheit. Dabei zeigen sich zwischen bestimmten Kategorien besonders starke Wechselwirkungen. Beispielsweise entspricht die Situation von Frauen mit Migrationshintergrund weder der von Frauen ohne Migrationshintergrund noch der von Männern mit Migrationshintergrund; jede Konzentration auf eine dieser Dimensionen wäre also verkürzt. Man kann die mit den Kategorien jeweils verbundenen Nachteile in Bezug auf gesellschaftliche Teilhabe aber auch nicht einfach addieren, damit ließe sich die Situation nicht angemessen erfassen (s. Winker/Degele 2009; in Bezug auf Diskriminierung Marten/Walgenbach 2017).

366 Diese Forschungslücke ist auch deshalb schwer zu schließen, weil das Merkmal Migrationshintergrund im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung aus verschiedenen Gründen nicht systematisch erfasst wird (s. Kap. B.1.1). Bei gesundheitsbezogenen Befragungen stellt sich zudem oft das Problem, dass einzelne Untergruppen der Bevölkerung mit Zuwanderungsgeschichte mit Befragungen in deutscher Sprache nicht gut zu erreichen sind, z. B. weil sie kein oder nicht genug Deutsch sprechen. Zugleich dürften für diese Menschen aber strukturelle Hürden beim Zugang zu Gesundheitsleistungen besonders ins Gewicht fallen (Borde/Blümel 2020). Zu der Herausforderung, bei bevölkerungsweiten gesundheitsbezogenen Surveys Menschen mit Migrationshintergrund repräsentativ einzubeziehen, s. auch Rommel et al. 2015.

367 Eine Studie, die diesen Zusammenhang bereits früh reflektiert, ist z. B. Keller/Baune 2005.

als bei deutschen Patientinnen und Patienten (z. B. von Ferber/Köster/Celayir-Erdogan 2003), bis hin zu einer Überversorgung mit Medikamenten (Brucks/Wahl 2003). Als weiterer Hinweis auf unterschiedliche Versorgung wurde auch die in der Literatur bisweilen beschriebene Beobachtung gedeutet, dass es bei der Versorgung von Migrantinnen und Migranten entweder auf Wunsch des Patienten bzw. der Patientin oder durch ärztliche Überweisungen zu häufigeren Arztwechseln kommt (Ilkılıç 2010: 31; Braun/Zeeb 2021: 391). Und schließlich fiel in mehreren Studien zum Bereich der medizinischen Rehabilitation neben der geringeren Nutzung auch auf, dass bei den Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund die Behandlungen weniger erfolgreich und sie damit weniger zufrieden sind (s. z. B. Maier 2008; Brzoska et al. 2010; Mösko/Pradel/Schulz 2011; Brause et al. 2012).

Bei der ärztlichen Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe hingegen hat sich nach den vorliegenden Studien nicht nur die Nutzung der Versorgungsangebote angeglichen, sondern auch mehrere Ergebnisindikatoren, die für die Beurteilung der Versorgungsqualität wichtig sind, wie die Häufigkeit von Tot- und Frühgeburten oder von kindlichen Fehlbildungen (RKI 2015: 182). Das gilt auch für die Müttersterblichkeit: Für ausländische Schwangere war die Wahrscheinlichkeit, infolge von Geburtskomplikationen zu sterben, im Jahr 1991 noch fast doppelt so hoch wie für deutsche Schwangere. In den frühen 2000er Jahren gab es hingegen keine Hinweise mehr auf ein höheres Risiko; teilweise war das Risiko sogar etwas niedriger (RKI 2008b: 33–34). Dies deutet auf eine vergleichbare Versorgungsqualität unabhängig von der Staatsangehörigkeit hin.

Der Blick auf die Ergebnisindikatoren allein verrät allerdings nicht, ob und ggf. inwiefern es bei einer Behandlung dennoch Unterschiede gibt. Diese Frage wird beispielsweise mit Blick darauf diskutiert, dass bei Frauen mit Migrationshintergrund signifikant seltener während der Geburt eine Periduralanästhesie (PDA)[368] vorgenommen wird und bei Migrantinnen der ersten Generation Kaiserschnitte seltener sind (David/Pachaly/Vetter 2006; von Hofen-Hohloch 2015). Ob diese Unterschiede z. B. auf Verständigungsschwierigkeiten zurückgehen oder darauf, dass die Patientinnen andere Wünsche haben, oder ob sie ganz andere Ursachen haben, lässt die bisherige Studienlage offen. Von einer quantitativ vergleichbaren Nutzung bestimmter Gesundheitsleistungen kann jedoch nicht automatisch auf gleiche Versorgungsqualität geschlossen werden (s. dazu auch Behrens 2011: 38).

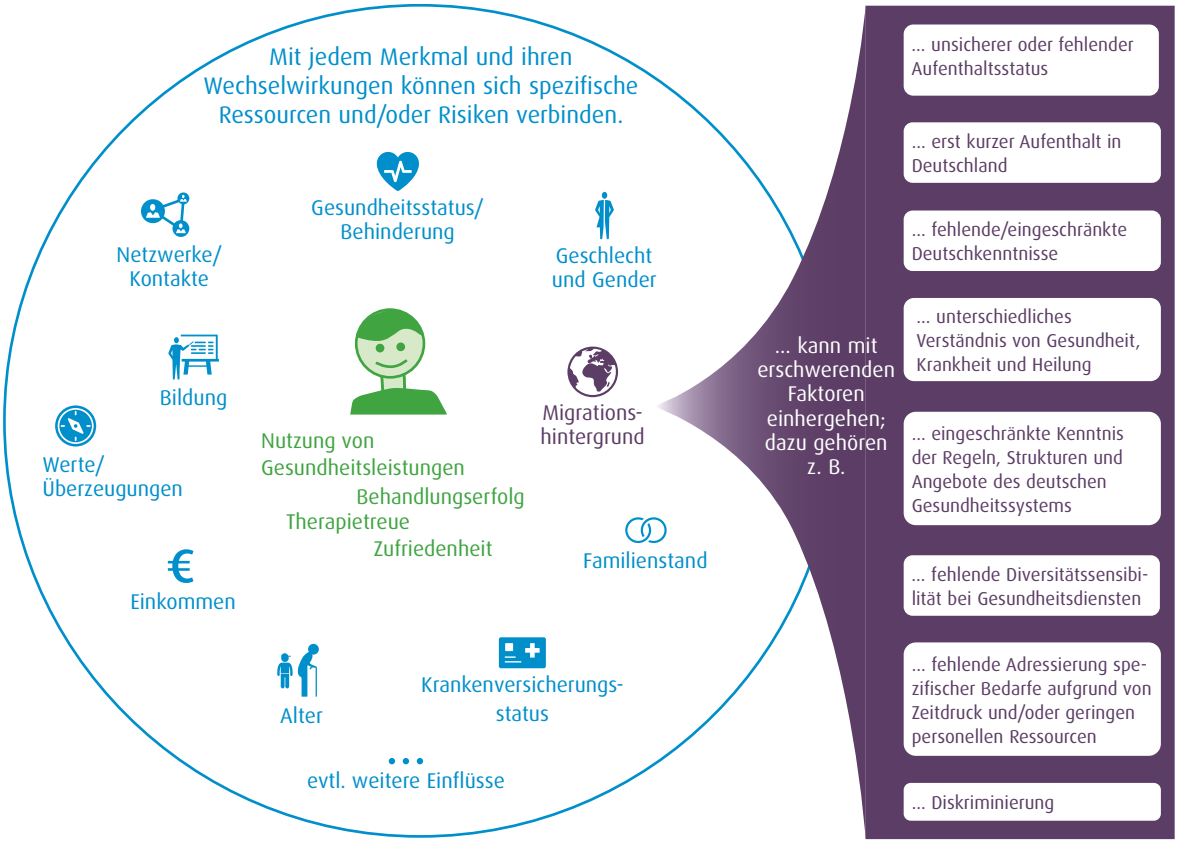
Aus dem begrenzten Forschungsstand und der Einsicht, dass der Blick auf das statistische Merkmal Migrationshintergrund allein zu kurz greift, folgt jedoch mitnichten, dass der Migrationshintergrund für den Zugang zu Gesundheitsleistungen überhaupt keine eigene Erklärungskraft hätte (s. dazu auch Norredam/Nielsen/Krasnik 2010; Rommel et al. 2015; Brzoska/Razum 2020; Gerlinger 2021: 15–17). **Aus einem Migrationshintergrund können sich durchaus Herausforderungen ergeben, die auch die Nutzung von Gesundheitsleistungen beeinflussen und sich potenziell auch auf die Qualität der gesundheitlichen Versorgung auswirken können, indem sie z. B. das Risiko einer Unter-, Fehl- oder Überversorgung erhöhen** (Borde/Blümel 2020; Brzoska/Razum 2020: 324). Als migrationsspezifische Hürden in diesem Sinne gelten vor allem:

(1) Sprachbarrieren durch unzureichende Deutschkenntnisse und weitere Kommunikationsprobleme, etwa durch (sozialisationsbedingte) Unterschiede im Verständnis von Gesundheit, Krankheit, Heilung und Schmerz (s. z. B. Razum et al. 2004: 2882, 2885; Gerken et al. 2008; Bermejo et al. 2012; Ärzte der Welt e. V. 2018: 9; Borde 2018; Brzoska/Razum 2020: 327; Borde/Blümel 2020) (s. Kap. B.3.3);
(2) eingeschränkte Gesundheitskompetenz *(health literacy)*, vor allem Informationsdefizite in Bezug auf die Strukturen, Regeln und Angebote des gesundheitlichen Versorgungssystems und in der Folge z. B. Probleme, sich im komplexen Angebot der Gesundheitsdienste zu orientieren und mit den Gesundheitsdiensten erfolgreich zu verhandeln (s. z. B. Razum et al. 2004: 2885; Bermejo et al. 2012; Ärzte der Welt e. V. 2018: 9; Borde/Blümel 2020; Brzoska/Razum 2020: 327; Gerlinger 2021: 16–17) (s. Kap. B.3.4);
(3) erlebte bzw. wahrgenommene Diskriminierung aufgrund der ethnischen Herkunft bzw. rassistischer Vorurteile und dadurch geringes Vertrauen in oder Vorbehalte gegen bestimmte Gesundheitsdienste (s. z. B. Schwarz et al. 2015; Kluge et al. 2020; Kajikhina 2021; Kajikhina/Schumann 2021) (s. Kap. B.3.5);
(4) eine unzureichende Adressierung von konkreten Versorgungserwartungen und -bedürfnissen, z. B. bezogen auf Krankheits-, Medikations- oder Behandlungsvorstellungen (s. z. B. Brzoska/Razum 2020: 327; Bundesregierung 2021c: 29), bzw. allgemeiner eine verbesserungswürdige interkulturelle[369] Kompetenz bei Gesundheitsdiensten und in der Folge Missverständnisse, Konflikte und Unzufriedenheit mit der Behandlung (s. Kap. B.3.2).

Diese Hürden chancengleicher Gesundheitsversorgung haben sowohl individuelle als auch systemische Komponenten; sie können sich einzeln auswirken oder

368 Die Periduralanästhesie oder ‚Rückenspritze' dient dazu, den Unterleib großflächig zu betäuben, um die Schmerzen bei der Entbindung zu lindern (s. dazu IQWiG 2018).
369 Zur Diskussion um den Begriff „interkulturell" bzw. das Konzept der „interkulturellen Öffnung" s. SVR 2021: 26–29.

Abb. B.11 Potenzielle Einflüsse auf chancengleiche Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund



Darstellung: SVR

zusammenspielen und sind zum Teil auch nicht trennscharf.[370] Wichtig ist zudem: **Ebenso wie die genannten Hürden keineswegs alle Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in gleicher Weise oder überhaupt betreffen, können sie auch für Menschen ohne Migrationshintergrund relevant sein.**

Beispielsweise stellen Einschränkungen der Gesundheitskompetenz viele Menschen in Deutschland vor Probleme. Gesundheitskompetenz wird benötigt, um sich im Gesundheitswesen zurechtzufinden, von sinnvollen Gesundheitsleistungen (z. B. im Bereich der Vorsorge oder Impfungen) zu profitieren oder auch – nach dem Ideal des mündigen Patienten bzw. der mündigen Patientin (Ernst/Brähler/Weißflog 2014; Bieber et al. 2016) – therapeutische Anordnungen nicht nur zu befolgen, sondern auch kritisch zu hinterfragen (Samerski 2021: 424). Auch Diskriminierung im Gesundheitswesen hat verschiedene Dimensionen, sie betrifft nicht nur Zugewanderte. Und sogar bei Sprachbarrieren, die (zu Recht) als Paradebeispiel migrationsspezifischer Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren gelten, kann z. B. auch die individuelle Bildung eine Rolle spielen.

Die in den Gesundheitswissenschaften gängige Rede von *migrationsspezifischen* Hürden bestreitet auch nicht, dass andere Faktoren zu ähnlichen Problemen führen können. Sie betont lediglich, dass die Betroffenheit von diesen Hürden aus einem Migrationshintergrund resultieren *kann* – was in der Tat auch häufig der Fall ist (Abb. B.11).

370 Beispielsweise können Sprachbarrieren auch andere Hürden verstärken. Berens et al. (2022) stellen etwa in ihrer Erhebung zur Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund fest, dass von den Befragten mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz ein höherer Anteil geringe Deutschkenntnisse hat. Dieser Befund ist laut den Autorinnen wenig überraschend, „denn es ist einleuchtend, dass der Umgang mit meist deutschsprachigen Gesundheitsinformationen für sie schwieriger ist" (Berens et al. 2022: 69).

Wie Abb. B.11 u. a. zeigt, ist das Risiko, von einer oder mehreren der hier und in Kap. B.2 genannten Zugangs- und Wirksamkeitshürden chancengleicher Gesundheitsversorgung betroffen zu sein, z. B. abhängig vom konkreten Migrationsstatus (Zuwanderungsgeneration, Herkunftsland, Aufenthaltsdauer und Aufenthaltsstatus). Einige der genannten Zugangs- und Wirksamkeitshürden betreffen Menschen mit eigener Migrationserfahrung mit einer größeren Wahrscheinlichkeit und unter Umständen auch stärker (beispielsweise Sprachbarrieren oder Informationsdefizite in Bezug auf die Strukturen gesundheitlicher Versorgung). Das gilt umso mehr, wenn eine Migration nicht lange vorbereitet werden konnte (etwa bei einem Fluchthintergrund). Auch sind Zugewanderte, deren Zugang zur Gesundheitsversorgung noch rechtlich beschränkt ist (s. Kap. B.2),[371] zugleich mit höherer Wahrscheinlichkeit von den oben genannten nichtrechtlichen Zugangs- und Wirksamkeitshürden betroffen.

Dennoch entziehen sich die genannten Zugangs- und Wirksamkeitshürden einer strikten Unterscheidung von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Denn sie betreffen manche Menschen mit Migrationshintergrund, aber durchaus nicht alle, und zudem betreffen manche der genannten Risiken auch Personen ohne Migrationshintergrund. Daraus folgt: **! Um Menschen mit Zuwanderungsgeschichte auf der gesundheitlichen Ebene bedarfs- und bedürfnisgerecht zu versorgen, sind in erster Linie *diversitätssensible Regelsysteme* der Gesundheitsversorgung nötig** (s. Kap. B.3.2).

B.3.2 Diversitätssensible und migrationsspezifische Gesundheitsversorgung: Mainstreaming und/oder Sonderprogramme?

Wenn Menschen eine Arztpraxis oder ein Krankenhaus aufsuchen, scheint das übergeordnete Motiv zunächst ziemlich universell zu sein: Die betreffende Person möchte sich besser fühlen, Vorsorge treffen, um die eigene Gesundheit abzusichern, diese wiederherstellen oder einen Leidensdruck mindern. In vielen Fällen (besonders im Bereich der somatischen Versorgung) werden die dafür zweckmäßig erscheinenden therapeutischen Maßnahmen und diagnostischen Mittel (wie Blutbild, Röntgen, MRT oder Funktionstests) kaum Anlass zu Konflikten geben: Das gebrochene Bein wird in aller Regel eingegipst, ein entzündeter Blinddarm entfernt.

Daraus folgt jedoch mitnichten, dass alle Patientinnen und Patienten mit gleichem Krankheitsbild und ähnlicher Prognose bei ihrer Behandlung tatsächlich das Gleiche brauchen, akzeptieren oder favorisieren. Persönliche Überzeugungen, milieuspezifische und gesellschaftliche Prägungen, finanzielle Ressourcen und weitere Faktoren beeinflussen sowohl das individuelle Verständnis von Gesundheit, Krankheit, Heilung und Schmerz als auch konkrete Behandlungsziele und -vorstellungen sowie spezielle Bedarfe im Rahmen der ärztlichen und pflegerischen Betreuung.

Vor diesem Hintergrund wurde die Beobachtung, dass Menschen mit Zuwanderungsgeschichte Angebote der Gesundheitsversorgung seltener nutzen und/oder damit weniger zufrieden sind (s. Kap. B.3.1), als Hinweis darauf gewertet, dass Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung bislang zu wenig auf die spezifischen Bedarfe, Erwartungen und Vorstellungen von Menschen mit Migrationshintergrund eingestellt sind (Brzoska/Razum 2020: 327; Bundesregierung 2021c: 29). Daraus ergeben sich folgende Fragen: (1) Wie könnten Bedarfe bzw. Erwartungen und Vorstellungen aussehen, die speziell Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in Bezug auf Gesundheitsversorgung hegen? (2) Wie können diese Bedarfe angemessen(er) adressiert werden?

Zu Frage (1) lässt sich festhalten, dass *exklusiv* migrationsspezifische Bedarfe, Erwartungen und Vorstellungen im Bereich der Gesundheitsversorgung kaum auszumachen sind. Wie in Kap. B.3.1 dargestellt, **! unterscheiden und ähneln sich Menschen unabhängig von einer Zuwanderungsgeschichte entlang zahlreicher anderer Faktoren, die z. B. für ihre Nutzung von Gesundheitsleistungen wichtig sein können. Aus all diesen Faktoren und ihrer Wechselwirkung können sich konkrete Bedarfe und Vorstellungen in Bezug auf Gesundheitsleistungen ergeben, das ist jedoch nicht zwingend.** Als Ausnahme könnte allenfalls ein möglicher Bedarf an Sprachmittlung gelten (s. Kap. B.3.3), aber selbst der besteht jenseits von Lautsprachen beispielsweise auch bei gehörlosen Patientinnen und Patienten.

Abgesehen von Sprachbarrieren hat die Annahme von exklusiv migrationsspezifischen Bedarfen, Erwartungen und Vorstellungen bezüglich der Gesundheitsversorgung jedoch wenig Erklärungskraft. Beispielsweise ist auch die Notwendigkeit einer interkulturellen Kompetenz von Gesundheitsdiensten zwar in bestimmten Fällen, jedoch keineswegs immer mit Zuwanderung verknüpft. Das zeigt ein Blick auf wertbezogene Konflikte in der Gesundheitsversorgung, also die Tatsache, dass auch kulturelle und/oder religiöse Wertvorstellungen mitunter die Akzeptanz und die Auswahl von Behandlungsoptionen beeinflussen (Info-Box 21).

371 Dazu gehören Asylsuchende, die seit weniger als 18 Monaten in Deutschland leben (s. Kap. B.2.1), irregulär aufhältige Migrantinnen und Migranten (s. Kap. B.2.2) und unter bestimmten Voraussetzungen auch EU-Bürgerinnen und EU-Bürger (s. Kap. B.2.3).

Info-Box 21 Wertbezogene Konflikte in der Gesundheitsversorgung

Bei Normenkollisionen bzw. wertbezogenen Konflikten im Rahmen der Gesundheitsversorgung geht es in der Regel um die Frage, wie damit umzugehen ist, wenn kulturelle und/oder religiöse Wertvorstellungen sich auf die Akzeptanz und die Auswahl möglicher Behandlungen auswirken. Die unter diesem Blickwinkel diskutierten Herausforderungen haben eine sehr unterschiedliche Qualität und Tragweite.

Ein gängiges Beispiel ist, dass Patientinnen und Patienten (ob mit oder ohne Migrationshintergrund) aus kulturell-religiösen Kontexten, „in denen der körperliche Kontakt zwischen nicht verwandten Personen unterschiedlichen Geschlechts als Verletzung der Intimität verstanden wird" (Ilkılıç 2010: 32), es ablehnen, sich von Personen anderen Geschlechts behandeln zu lassen, oder hier zumindest eine größere Hemmschwelle haben. Der Wunsch, von gleichgeschlechtlichem Personal untersucht und behandelt zu werden, lässt sich im medizinischen Alltag aber nicht immer erfüllen, u. a. wegen knapper Personalressourcen (Ilkılıç 2010: 32). Patientinnen und Patienten, denen das Geschlecht des medizinischen oder pflegerischen Personals wichtig ist – oder auch andere Eigenschaften, z. B. die Kenntnis der eigenen Muttersprache –, können im ambulanten Bereich nach Praxen und medizinischen Einrichtungen suchen, die diesen Vorstellungen entsprechen. Dass sich die gesundheitlichen Regeldienste insgesamt solchen Wünschen anpassen, wird jedoch kaum möglich sein.

Genau die hier anklingende Frage, wann und wie Gesundheitsdienste auf welche Wünsche von Patientinnen und Patienten (nicht) eingehen können oder sollten, steht im Zentrum der Auseinandersetzung mit Normenkollisionen im Gesundheitswesen. Auch dieses Thema *kann*, muss jedoch keineswegs Bezüge zu Vielfalt im Kontext von Zuwanderung aufweisen. Das zeigt auch das wohl bekannteste und viel diskutierte Beispiel einer Normenkollision in der Gesundheitsversorgung: Menschen aus der Glaubensgemeinschaft der Zeugen Jehovas, die Bluttransfusionen ablehnen. Dass jemand den therapeutischen Einsatz von Blutprodukten ausschlägt und damit das eigene Leben gefährdet, können viele Menschen nicht nachvollziehen. Nach gängiger Rechtsauffassung müssen die Gesundheitsdienste einen solchen Wunsch aber respektieren. Denn es steht jedem Menschen frei, eine Behandlung oder einzelne therapeutische Maßnahmen abzulehnen: Keine einsichtsfähige Person darf gegen ihren bekannten oder mutmaßlichen Willen zu einer Behandlung gezwungen werden (§ 630d BGB, s. dazu auch BT-Drs. 17/10488: 23). Beim Umgang mit Anhängerinnen und Anhängern der Zeugen Jehovas sind Ärztinnen und Ärzte allerdings gehalten, das ärztliche Aufklärungsgespräch über Risiken und Konsequenzen eines Verzichts auf Blutprodukte möglichst „unter vier Augen, zumindest aber unbeeinflusst von anderen Angehörigen der Gemeinde [...] zu führen" (Ethikkomitee der DRK-Kliniken Berlin 2017: 12), um das Selbstbestimmungsrecht ihrer Patientinnen und Patienten zu schützen.

In Bezug auf Normenkollisionen im Gesundheitswesen konzentriert sich die wissenschaftliche Diskussion häufig auf die Frage, wie bestimmte Behandlungskonflikte entschieden werden sollen (beispielsweise Bluttransfusion – ja oder nein; lebensverlängernde Maßnahmen – ja oder nein). Weit weniger beachtet wird ein anderer Aspekt, der aber wichtig ist, um gute Rahmenbedingungen für eine diversitätssensible Gesundheitsversorgung zu gestalten: Unabhängig vom Ergebnis der Abwägung ist das Management von (beispielsweise kulturell-religiös begründeten) Normenkollisionen in der täglichen Versorgungspraxis eine eigene Herausforderung. Denn es bindet zeitliche und personelle Ressourcen, unter Umständen ist der Dokumentationsaufwand erheblich höher, womöglich müssen dritte Parteien konsultiert werden (etwa das Familiengericht).

In der Auseinandersetzung mit Frage (2), wie die Gesundheitsdienste die Bedarfe von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte angemessen(er) adressieren können, um deren gesundheitliche Chancengleichheit zu steigern, wurde z. B. gegeneinander abgewogen, ob dazu innerhalb wie auch außerhalb der Regeldienste verstärkt migrationsspezifische Angebote bereitgestellt werden sollten (besonders solche, die sich jeweils an bestimmte Herkunftsgruppen richten) oder das primäre Ziel eher sein sollte, die Regelversorgung insgesamt diversitätssensibel zu gestalten (s. z. B. Brzoska/Razum 2020).

Der Vorschlag, auch eigene migrationsspezifische Abteilungen, Einrichtungen oder Dienste einzurichten (z. B. Pflegeheime für Menschen mit türkischem Hintergrund), wird damit begründet, dass solche Angebote zum Abbau von (beispielsweise sprachlichen oder kulturellen)

Barrieren beitragen können und damit die gesundheitliche Chancengleichheit stärken, weil sie sich sehr gut an ganz spezielle Anforderungsprofile anpassen können (Spallek/Schumann/Reeske-Behrens 2019: 536). In der Tat erscheint der Auf- und Ausbau migrationsspezifischer Angebote in Ausnahmefällen und als Ergänzung zur Regelversorgung sinnvoll (vgl. RKI 2008b: 116–117). Ein häufig genanntes Beispiel dafür sind psychosoziale und psychologische Hilfsangebote für Asylsuchende und speziell die Behandlung von Folteropfern (Razum et al. 2004: 2887; Behrens 2011: 52). Wichtig ist: **❗ Hier leitet sich die Effektivität einer migrationsspezifischen Ausrichtung nicht aus einem bestimmten ethnisch-kulturellen Herkunftskontext ab. Vielmehr haben die betreffenden Personen spezifische gesundheitliche Probleme, deren adäquate Behandlung besonderes (Fach-)Wissen erfordert.**

Eine tragende Säule der psychosozialen Versorgung von Asylsuchenden und Folteropfern bilden derzeit die psychosozialen Zentren der BAfF (s. ausführlich Kap. B.2.1.3). Eine vollständig parallele Struktur wird jedoch selbst in diesem Bereich keineswegs als sinnvoll angesehen. Vielmehr ist auch hier ein wichtiges Ziel, die Betroffenen zugleich besser in die gesundheitliche Regelversorgung einzubinden. Darum bieten etwa die Psychosozialen Zentren der BAfF neben der psychosozialen Beratung und psychotherapeutischen Behandlung ihrer Klientinnen und Klienten auch Qualifizierungsmaßnahmen und Beratung für Fachleute aus den gesundheitlichen Regeldiensten an (Baron/Flory 2020: 34–35).

Wenn eine adäquate Versorgung spezielles (Fach-)Wissen erfordert, folgt daraus auch keineswegs zwingend, dass dafür in erster Linie migrationsspezifische Angebote entwickelt oder ausgebaut werden sollten. Das gilt z. B. für die gesundheitliche Versorgung von Mädchen und Frauen, die Opfer weiblicher Genitalverstümmelung (*female genital mutilation*, FGM) geworden sind (s. dazu auch Kap. B.1.2.3). Dieses Problem mag insgesamt betrachtet nur eine kleine Personengruppe betreffen; nicht viele Patientinnen dürften sich damit an die gynäkologischen Regeldienste wenden. Dennoch ist es sehr wichtig, für dieses Thema breit zu sensibilisieren und sicherzustellen, dass die Regeldienste bestimmte Eingriffe und therapeutische Maßnahmen zuverlässig beherrschen, die nötig sind, um mit FGM einhergehende gesundheitliche Probleme zu behandeln oder zu beheben. Wenn sich hingegen nur einzelne niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen auf einen kultursensiblen Umgang mit diesem Thema einstellen und auch über mögliche Besonderheiten bei der medizinischen Versorgung Bescheid wissen, ist die Chance auf eine gute Versorgung regional sehr unterschiedlich. Von FGM betroffene Frauen benötigen bei der Entbindung beispielsweise häufig eine spezielle Wundversorgung (BÄK 2016). Eine Entbindung muss jedoch stets in der Nähe des Wohnorts möglich sein, nicht nur in ganz speziellen Zentren.

❗ Migrationsspezifische Gesundheitsdienste erscheinen also teilweise sinnvoll, um sehr speziellen Anforderungen gerecht zu werden. Es gibt jedoch gute Gründe dafür, die Einrichtung solcher Angebote nur in Ausnahmefällen zu forcieren und dabei stets darauf zu achten, dass sie ein ergänzendes Angebot zur Regelversorgung bleiben. Sonst könnten sie letztlich sogar dazu beitragen, Menschen mit Migrationshintergrund auszugrenzen und gesundheitliche Chancengleichheit zu vermindern (vgl. Razum/Spallek 2014; Spallek/Schumann/Reeske-Behrens 2019: 536; Brzoska/Razum 2020: 328–329). So könnten sie eine „Alibifunktion" (Razum et al. 2004: 2887) bekommen in dem Sinne, dass es dann nicht mehr notwendig ist, die allgemeinen Regeldienste diversitätssensibler auszurichten. Wenn die Regelsysteme insgesamt diversitätssensibler werden, können sie jedoch der gesamten Bevölkerung passgenauere Gesundheitsleistungen anbieten. Und da sich migrationsspezifische Bedarfe wie oben dargelegt mit denen anderer Vielfaltsmerkmale überschneiden, wirkt eine höhere Diversitätssensibilität insgesamt inklusiv. Das gilt z. B. auch für sozioökonomisch benachteiligte Personen.

Hier ist auch noch ein anderer Punkt zu bedenken: Selbst wenn es z. B. entlang der Herkunft spezifische Behandlungs- und/oder Pflegebedarfe gäbe, die gesonderte Gesundheitsdienste besser erfüllen könnten, bliebe ein entsprechendes Angebot immer lückenhaft. Denn wirtschaftlich wären solche Dienste allenfalls in bestimmten Ballungsräumen, wo sehr viele Menschen bestimmter Herkunftsgruppen leben und Gesundheitsdienste häufig nachgefragt werden (vgl. RKI 2008b: 116; Spallek/Schumann/Reeske-Behrens 2019: 536). Spezifische Bedürfnisse kleinerer Zuwanderungsgruppen (z. B. aus dem afrikanischen oder dem südostasiatischen Raum) blieben damit weiterhin unberücksichtigt (Brzoska/Razum 2020: 328).

❗ Insgesamt ergeben sich aus einem Migrationshintergrund kaum exklusive Behandlungsbedürfnisse und -bedarfe, die sich von denen von Menschen ohne Migrationshintergrund prinzipiell unterscheiden. Vielmehr können sich besondere Bedarfe aus ganz verschiedenen Merkmalen ergeben. **➔ Darum ist es mittlerweile weitgehend unstrittig, dass gesundheitliche Chancengleichheit primär über einen ganzheitlichen Versorgungsansatz realisiert werden muss. Dieser Auffassung schließt sich der SVR ausdrücklich an: Die gesundheitlichen Regeldienste sollten deshalb insgesamt diversitätssensibel gestaltet werden** (Brzoska/Razum 2020: 329–331). Das übergeordnete Ziel sollte sein, die Regelstrukturen auf die Vielfalt individueller Bedürfnisse auszurichten und nicht auf bestimmte Gruppen.

Damit stellt sich die Frage, welche Stellschrauben für eine diversitätssensible Ausrichtung des Gesundheitswesens zentral sind. Diese Diskussion steht noch am Anfang, und Versorgungskonzepte, die vielfältige Heterogenitätsmerkmale berücksichtigen, haben in Deutschland derzeit

noch Modellcharakter (Borde/Blümel 2020). Deshalb gibt es bislang kaum umfassende Erfahrungen mit der Umsetzung von Diversitätsmanagement in der Praxis der gesundheitlichen Versorgung und auch keine Evaluationsstudien zu seiner Wirksamkeit oder den damit verbundenen Anforderungen und Herausforderungen (Brzoska/Razum 2020: 330). Unklar ist z. B., wie eine diversitätssensible Ausrichtung im deutschen Klinikalltag konkret aussehen kann und welche Vorteile, aber eventuell auch Nachteile (oder unerwünschte Nebeneffekte) sie gegenüber früheren Konzepten hat, die stärker auf eine Sensibilität für kulturelle Unterschiede abstellen. Zum ambulanten Bereich gibt es noch weniger Erkenntnisse, weil es dort aufgrund der Vielzahl unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure noch schwieriger ist zu intervenieren. ➔ **Vor diesem Hintergrund ist aus der Sicht des SVR der Plan der Bundesregierung zu begrüßen, bis Ende 2022 einen Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen zu erarbeiten** (SPD/Grüne/FDP 2021: 85). Dabei müssen auch strukturelle Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Leistungserbringung betrachtet werden.

Mit dem bisherigen Wissensstand lässt sich festhalten: ❗ **Ein zentrales Hindernis für diversitätssensible Versorgung ist der hohe Zeit- und Effizienzdruck, unter dem das Gesundheitspersonal arbeitet.** Er begünstigt (im ambulanten wie im stationären Bereich) eine Benachteiligung von Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedarfen. Ein zentraler Grund dafür ist das System der Vergütung nach diagnosebezogenen Fallpauschalen, das besondere Bedarfe bei der Versorgung (z. B. aufgrund einer Behinderung oder für Sprachmittlung) und den damit verbundenen zeitlichen und personellen Mehraufwand nur unzureichend berücksichtigt (Bartig et al. 2021: 65–66).

B.3.3 Sprachbarrieren und Sprachmittlung im Gesundheitswesen

Sprachbarrieren gelten in Deutschland als eine zentrale Hürde für die chancengleiche Gesundheitsversorgung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte (s. dazu auch Bartig et al. 2021: 24–25). Migrantinnen und Migranten der ersten Generation beschreiben sie häufig als große Herausforderung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (s. z. B. Bermejo et al. 2012; Maier et al. 2015; Berens et al. 2016; Scholz 2016). Umgekehrt zeigen Befragungen der Gesundheitsdienste sehr konstant, dass das dortige Personal sprachliche und teils auch soziokulturelle Kommunikationsbarrieren[372] im Berufsalltag ebenfalls als sehr belastend empfindet (s. z. B. Borde/Braun/David 2003; Babitsch et al. 2008; Ullrich et al. 2016; Langer et al. 2017). Sprachbarrieren begünstigen u. a., dass Gesundheitsleistungen seltener oder verspätet genutzt werden. Zudem erhöhen sie das Risiko von Fehldiagnosen und Missverständnissen, etwa bezüglich der Wichtigkeit von Therapiemaßnahmen und ihrer Gestaltung (Bermejo et al. 2012; Borde 2018; Steinle/Woytowicz 2020: 243).

Zugleich lässt sich nicht sicher angeben, wie viele Menschen in Deutschland mit Sprachbarrieren durch unzureichende Deutschkenntnisse konfrontiert sind, wenn sie Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen wollen. Die vorliegenden Daten hierzu sind lückenhaft, die Ergebnisse variieren nach Versorgungsbereich und Behandlungssetting und auch nach der jeweils befragten Stichprobe (s. Mösko 2021: 234–235). Borde (2018) gibt unter Berufung auf Berichte der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration die Schätzung an, dass etwa 20 Prozent der in Deutschland lebenden Migrantinnen und Migranten bei der Nutzung von Gesundheitsdiensten mit Sprach- und Kommunikationsproblemen zu kämpfen haben.

372 Soziokulturelle Kommunikationsbarrieren können z. B. daraus erwachsen, dass „Gesundheit und Krankheit nicht allein ‚objektive' Tatbestände, sondern immer auch Gegenstand kulturspezifischer Deutungsmuster" (Gerlinger 2021: 16) sind. In Deutschland ist die Gesundheitsversorgung sehr stark von einer naturwissenschaftlich fundierten Medizin geprägt, die sich selbst tendenziell als kulturfrei und allgemeingültig versteht (Greifeld 1995: 24; Razum et al. 2004: 2886; Behrens 2011: 25–28). Dadurch gerät leicht aus dem Blick, dass die Wahrnehmung von und der Umgang mit Gesundheit und Krankheit (auch in Deutschland) stets in vielerlei Hinsicht gesellschaftlich und kulturell geprägt sind. Hier spielen neben der ethnomedizinischen Sozialisation (s. etwa Greifeld 1995) z. B. auch religiöse und milieu- oder geschlechtsspezifische Aspekte potenziell eine Rolle. Entsprechend können sich auch die Präsentation von Beschwerden und die medizinische Interpretation von Symptomen kulturell bedingt unterscheiden (Borchert/Salman/Collatz 1995; Greifeld 1995; RKI 2008b: 110). Wenn die kulturellen Codes der Symptompräsentation von Patienten und Patientinnen und die kulturellen Codes der Symptominterpretation von Mitarbeitenden der Gesundheitsdienste stark voneinander abweichen, steigt das Risiko von Missverständnissen, Verlegenheitsdiagnosen und Fehlbehandlungen (Borchert/Salman/Collatz 1995: 42; RKI 2008b: 110; BT-Drs. 14/4357: 191; Deutscher Caritasverband e. V. 2019: 5). Sprachprobleme in Verbindung mit unterschiedlichen kulturellen Codes der Symptompräsentation begünstigen z. B., dass körperliche Leiden fälschlich als psychische diagnostiziert werden und psychische Leiden fälschlich als körperliche (BT-Drs. 14/4357: 191). Ferner konstatiert die wissenschaftliche Literatur bezogen auf Flüchtlinge häufig eine Tendenz, bei psychischen Beschwerden körperliche Symptome zu schildern. Dies hängt auch damit zusammen, dass psychische Probleme in vielen Ländern und Kulturen stärker stigmatisiert sind als in Deutschland (Deutscher Caritasverband e. V. 2019: 4–5).

Das betrifft vor allem neu Zugewanderte (von außerhalb und innerhalb der EU) und Asylsuchende, die ihre Migration zumeist nicht lange vorbereiten konnten (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2014: 154; Metzing 2021: 292).[373] Daneben zeichnet sich zunehmend ab, dass Sprachprobleme auch ältere Menschen mit Zuwanderungsgeschichte betreffen können, die schon lange in Deutschland leben. Beispielsweise haben manche ihre erworbenen Deutschkenntnisse durch eine neurodegenerative Erkrankung (wie Alzheimer) wieder verloren (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2014; Steinle/Woytowicz 2020: 264–265). Auch hier müssen langfristige Sprachmittlungslösungen gefunden werden.

Es ist jedoch sehr schwierig, systematische Lösungen zu finden, die Sprachbarrieren im Gesundheitswesen flächendeckend beseitigen. So gibt es (gerade für seltenere Sprachen) schlichtweg nicht genügend professionelle Sprachmittlerinnen und Sprachmittler. Um diesem Problem zu begegnen, wird teilweise auf Video- und telefonische Dolmetschdienste zurückgegriffen (Blum et al. 2017: 68–69; BDÜ 2018) oder auch auf Übersetzungs-Apps (Scholz 2016: 195–196; Bozorgmehr et al. 2016: 551; Bozorgmehr/Biddle/Razum 2021: 252) und visuelle Kommunikationshilfen (beispielsweise Körperatlanten, Piktogramme) (Blum et al. 2017: 63). Ein anderes Problem ist, dass für Sprachmittlung im medizinischen Bereich verbindliche Qualifikationsstandards fehlen, ebenso wie einheitliche Vergütungs- und Finanzierungsstrukturen.

Deshalb gibt es eine Zusammenarbeit mit professionellen Sprachmittlerinnen und Sprachmittlern im deutschen Gesundheitswesen bislang nur punktuell; zum Teil wird sie in räumlich und zeitlich begrenzten Modellprojekten erprobt (Blum et al. 2017: 67–68; Borde 2018; Borde/Blümel 2020). Stattdessen wird häufig auf Laien und Laiinnen oder auf semiprofessionelle Dritte zurückgegriffen. Hier haben sich regional und je nach Behandlungssetting ganz unterschiedliche Ansätze herausgebildet (s. Kap. B.3.3.2 und auch Langer et al. 2017). **! Alle derzeit verbreiteten Modelle, um Sprachbarrieren zwischen Patienten und Patientinnen und medizinischem Personal ad hoc zu überwinden, bilden einerseits in bestimmten Konstellationen Bausteine einer Lösung. Andererseits verbinden sich damit jedoch auch Probleme und besondere Herausforderungen.** Borde (2018) weist auf das in diesem Kontext wichtige Problem hin, dass es in Kliniken nicht standardmäßig Leitlinien dafür gibt, welche Form der Sprachmittlung in welcher Kommunikationssituation angemessen ist. Im Folgenden werden zunächst die aktuellen rechtlichen Regelungen zu Sprachmittlung im Gesundheitswesen und der Übernahme ihrer Kosten dargestellt (s. Kap. B.3.3.1). Auf dieser Basis wird dann beschrieben, welche Modelle sich in der Praxis zur pragmatischen Überwindung von Sprachbarrieren etabliert haben (s. Kap. B.3.3.2). Die hierbei deutlich werdende Komplexität der Herausforderungen macht verständlich, wieso der Abbau von Sprachbarrieren in der Gesundheitsversorgung einen mehrgleisigen Lösungsansatz erfordert (s. Kap. B.3.3.3). Neben Verdolmetschung ist auch die Verfügbarkeit mehrsprachiger Gesundheitsinformationen ein wichtiger Baustein zur Überwindung von Sprachbarrieren. Um solche – wo sinnvoll – schnell bereitstellen zu können, sind auch die Potenziale der Digitalisierung auszuloten (s. Kap. B.3.3.4).

B.3.3.1 Sprachmittlung im Gesundheitswesen: rechtliche Regelungen und Kostenübernahme

Ärztinnen und Ärzte sind gesetzlich verpflichtet, ihre Patientinnen und Patienten vor einer Behandlung umfassend aufzuklären. Dies umfasst „Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie" (§ 630e Abs. 1 BGB). Ebenfalls gesetzlich festgelegt ist, dass die Aufklärung verständlich sein muss; maßgeblich dafür ist der betreffende Patient bzw. die Patientin (§ 630e Abs. 2 Nr. 3 BGB). Wenn eine Person der deutschen Sprache nicht (hinreichend) mächtig ist, muss sie also in einer Sprache aufgeklärt werden, die sie versteht (BT-Drs. 17/10488: 25). Dazu ist bei Bedarf eine Person zur Sprachmittlung hinzuzuziehen (Spickhoff 2018: Rn. 24). Dies müssen nach aktueller Rechtslage keine professionellen Dolmetscher oder Dolmetscherinnen sein. Es reicht aus, wenn der Einbezug einer sprachkundigen Person sicherstellt, dass der Patient oder die Patientin die relevanten Informationen verstanden hat (BT-Drs. 17/10488: 25).

Die Kosten einer Sprachmittlung sind nach dem Gesetzgeber grundsätzlich von dem Patienten bzw. der Patientin selbst zu tragen (BT-Drs. 17/10488: 25; Spickhoff 2018: Rn. 24):[374] **! Das SGB V bietet bislang keine Rechts-**

373 In einer Befragung von 45 Flüchtlingen, die von der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg durchgeführt wurde, nannten alle Befragten Sprachbarrieren als größtes Problem bei der medizinischen Versorgung (Scholz 2016: 195). Unter den Begriff „Flüchtlinge" fasst die Studie alle „Menschen, die aus ihrem Herkunftsland geflohen sind; dazu gehören auch Asylbewerber, Geduldete und Flüchtlinge mit einer Aufenthaltserlaubnis aus humanitären Gründen" (Bendel 2016: 7).

374 Anders verhält es sich, wenn für die medizinische Aufklärung gehörloser Patientinnen und Patienten ein Gebärdendolmetscher bzw. eine Gebärdendolmetscherin hinzugezogen wird. Die hierfür anfallenden Kosten übernehmen im ambulanten wie im stationären Bereich gemäß § 17 Abs. 2 SGB I (Allgemeiner Teil) die zuständigen Leistungsträger bzw. Leistungsträgerinnen, sofern die betreffende Gesundheitsleistung in den Katalog kassenärztlicher Leistungen fällt (BGBB o. J.). § 17 Abs. 2 SGB I in gleicher Weise

grundlage dafür, dass die Gemeinschaft der versicherten Personen oder die Steuerzahlenden Dolmetschkosten für fremdsprachige Versicherte übernehmen.[375] In der laufenden Legislaturperiode soll sich dies ändern.[376]

In einzelnen Behandlungssettings gibt es jetzt schon in begrenztem Umfang die Möglichkeit, Sprachmittlungskosten mit den Versicherungen abzurechnen. Krankenhäuser oder niedergelassene Ärztinnen und Ärzte haben dafür zwar in der Regel kein eigenes Budget (Steinle/Woytowicz 2020: 254). In der Praxis rechnen somatische Kliniken Kosten für Sprachmittlung, die bei stationären Behandlungen anfallen, jedoch in der Regel über die Fallpauschale ab (Wächter/Vanheiden 2015: 9). Ermöglicht wird dies vor allem durch den Grundsatz, dass im Rahmen der stationären Versorgung alle Leistungen erbracht werden müssen, die nach Art und Schwere der Krankheit jeweils für die medizinische Versorgung der versicherten Person notwendig sind. In psychiatrischen Kliniken wird Sprachmittlung über die pauschalierenden Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) finanziert. Dazu gibt es im Einzelfall Absprachen zwischen den Krankenhäusern und ihren Trägern oder Trägerinnen. Dennoch bedeuten beide Abrechnungsweisen, dass die Krankenhäuser für den Einsatz von Sprachmittlung in der Regel keine zusätzliche Vergütung erhalten (Wächter/Vanheiden 2015: 9–10).

Personen, die Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder Analogleistungen empfangen, können abweichend von dem grundsätzlichen Ausschluss einer Kostenübernahme für Sprachmittlung im Gesundheitswesen beantragen, dass die Kosten für Sprachmittlungsdienste hierbei übernommen werden.[377] Für sie müssen solche Kosten beispielsweise im Rahmen psychotherapeutischer Behandlungen übernommen werden; auch weitere Dolmetschleistungen können nach § 6 AsylbLG (Sonstige Leistungen) beantragt werden. Für Personen, die Analogleistungen nach § 2 AsylbLG erhalten, oder Leistungsberechtigte nach SGB XII (Sozialhilfe) können die Kosten für Dolmetscherinnen und Dolmetscher im Einzelfall auf der Basis von SGB XII übernommen werden (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages 2017: 9).[378]

In diesen rechtlich definierten Ausnahmefällen können Kosten für Sprachmittlung im Rahmen der Gesundheitsversorgung also doch übernommen werden. In der Praxis heißt das bislang jedoch nicht, dass professionelle Sprachmittlung im Bedarfsfall auch zuverlässig verfügbar ist. Denn erstens hat das Angebot professioneller Sprachmittlung schlichtweg große Lücken (Steinle/Woytowicz 2020: 238; Borde/Blümel 2020). Zweitens muss die Kostenübernahme zuvor beantragt werden, und das ist gerade für Personen mit mangelnden Deutschkenntnissen eine große Hürde (Berliner Initiative für gutes Dolmetschen 2021). Drittens müssen Empfängerinnen und Empfänger von Analogleistungen aufgrund des sog. Nachrangs der Sozialhilfe (§ 2 Abs. 1 Bundessozialhilfegesetz bzw. heute § 2 Abs. 1 SGB XII) zunächst alle Möglichkeiten ausschöpfen, auf unentgeltliche Sprachmittlung durch Laien und Laiinnen aus ihrem privaten Umfeld zurückzugreifen, bevor sie Berufsdolmetscherinnen oder Berufsdolmetscher heranziehen, deren Dienste vergütet werden müssen (BVerwG, Urt. v. 25.01.1996, Az. 5 C 20/95: Rn. 13).

➔ Wenn die Bundesregierung ihren Plan umsetzt, Sprachmittlung für medizinisch notwendige Behandlungen künftig im SGB V zu verankern, wäre damit ein wichtiges Fundament für die nötigen Verbesserungen im Bereich der Sprachmittlung gelegt.

B.3.3.2 Modelle der Sprachmittlung im Gesundheitswesen

Bei der Versorgung von Menschen mit eingeschränkten Deutschkenntnissen greifen die Gesundheitsdienste zur Sprachmittlung bisher vor allem auf mehrsprachige Laien und Laiinnen zurück, sowohl aus dem privaten Umfeld der Patientinnen und Patienten als auch aus dem eigenen Personal (Blum et al. 2017; Borde 2018; Bartig et al. 2021: 25). **❗ Bei (ungeschulten) Laien und Laiinnen gibt es jedoch eine deutlich höhere Fehlerquote als bei ausgebildeten Dolmetschern und Dolmetscherinnen (z. B. durch Missverständnisse, Auslassungen, mangelnde Neutralität oder Fehlinterpretationen von Gestik und Mimik).**

Ungeschulten Personen ist häufig nicht klar, welche konkreten Erwartungen mit Übersetzen bzw. Dolmetschen

auf Kosten für eine Sprachmittlung anzuwenden, die bei der medizinischen Aufklärung fremdsprachiger Versicherter entstehen, lehnt die Rechtsprechung bisher ab (Falk 2018: 515; s. zur Begründung auch Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 23.01.2018, Az. L 4 KR 147/14).

375 Spickhoff (2010: 69–76) gibt einen Überblick dazu, mit welchen Begründungen in zentralen Urteilen eine Kostenübernahme ausgeschlossen wird.

376 Die Bundesregierung hält in ihrem Koalitionsvertrag für die 20. Legislaturperiode (2021–2025) fest: „Sprachmittlung auch mithilfe digitaler Anwendungen wird im Kontext notwendiger medizinischer Behandlung Bestandteil des SGB V“ (SPD/Grüne/FDP 2021: 84).

377 Personen, die Leistungen nach SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) beziehen, werden hingegen gesetzlich nach SGB V versichert. Eine Übernahme der Kosten für professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher ist somit für sie nicht vorgesehen (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages 2017: 9).

378 Nach einem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts kommt als Anspruchsgrundlage hierfür § 73 SGB XII (Hilfe in sonstigen Lebenslagen) in Betracht (BVerwG, Urt. v. 25.01.1996, Az. 5 C 20/95: Rn. 10; Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages 2017: 9).

verknüpft sind und welche Kompetenzen (jenseits von Mehrsprachigkeit) gute Sprachmittlung erfordert (BDÜ 2019; Steinle/Woytowicz 2020: 237).[379] Speziell im medizinischen Bereich sind zudem meist eine fundierte Kenntnis medizinischer Fachbegriffe und ein grundsätzliches Verständnis der Abläufe im Gesundheitswesen nötig (Steinle/Woytowicz 2020: 249).

Laiensprachmittlung aus dem privaten Umfeld

Um dem Bedarf an Sprachmittlung im Gesundheitswesen zu begegnen, wird im ambulanten wie auch im stationären Bereich sehr häufig ad hoc auf bilinguale Familienangehörige oder andere Laienübersetzerinnen und Laienübersetzer aus dem privaten Umfeld der Patientinnen und Patienten zurückgegriffen (Ilkılıç 2010: 31; Wächter/Vanheiden 2015: 6; Scholz 2016: 191; Steinle/Woytowicz 2020: 243–244). **! Dies mag in vielen Routinefällen auch ausreichen. Problematisch könnte es jedoch insbesondere (aber keineswegs nur) dann werden, wenn es um schwere Diagnosen, ungünstige Prognosen und/oder invasive therapeutische Maßnahmen geht.**

Neben dem grundsätzlich höheren Risiko z. B. von Fehlübersetzungen oder Auslassungen beschreibt Ilkılıç (2010: 32) für Laiensprachmittlung noch ein weiteres Problem: Gerade Familienangehörige neigen ihm zufolge oft dazu, den Patienten bzw. die Patientin zu schonen. Deshalb würden ungünstige Diagnosen oder Prognosen mitunter vorenthalten oder unangemessen positiv dargestellt. **! Für die Patientinnen und Patienten kann der notwendige Einbezug von Personen aus ihrem privaten Umfeld auch deshalb problematisch sein, weil sie ihre gesundheitliche Situation und die Behandlungsoptionen dann nicht vertraulich nur mit dem zuständigen medizinischen Personal besprechen können.** Denn viele wollen nicht, dass ihr privates Umfeld von einer bestimmten medizinischen Konsultation, Diagnose oder geplanten Behandlung erfährt. Das hat verschiedene Gründe, z. B. Schamgefühle oder auch die Befürchtung, dass die eigene Entscheidungsfreiheit dadurch eingeengt wird (Ilkılıç 2019).

Schließlich kann die Übersetzungstätigkeit von Familienangehörigen oder anderen Personen, die dem Patienten oder der Patientin nahestehen, die Beziehungsdynamik langfristig beeinflussen und außerdem emotional belastend sein (Steinle/Woytowicz 2020: 244). Als besonders bedenklich gilt daher die verbreitete Praxis, auch Kinder und Jugendliche für Sprachmittlung einzuspannen. Denn es könnte sie z. B. in die Lage bringen, dass sie für ihre Eltern problematische Diagnosen oder emotional aufgeladene Gespräche übersetzen müssen (Wächter/Vanheiden 2015: 13; BDÜ 2021: 3).[380]

Bei Patientinnen und Patienten mit Fluchthintergrund, die andere Asylsuchende aus ihrer Wohneinrichtung zum Übersetzen mitbrachten, wurden mitunter in der Sprachmittlungssituation auch Spannungen beobachtet, die auf vorherige Konflikte in der Unterkunft zurückgingen (Steinle/Woytowicz 2020: 244). Zu bedenken ist auch: Wenn gesundheitliche Probleme zu besprechen sind, die mit der Fluchterfahrung des Patienten bzw. der Patientin zusammenhängen, könnte für sprachmittelnde Personen mit eigener Fluchterfahrung durch ihre Übersetzungstätigkeit ein gesteigertes Risiko der Ko- oder Retraumatisierung bestehen.

Sprachmittlung durch bilinguales Personal

Eine weitere häufige Strategie der Gesundheitsdienste, um dem Bedarf an Sprachmittlung pragmatisch zu begegnen, ist die Einbindung von mehrsprachigem Personal. Schließlich arbeiten immer mehr Menschen mit eigener oder familiärer Zuwanderungsgeschichte selbst als Fachkräfte im Gesundheitswesen (s. Kap. A.2).

Für den ambulanten Bereich bieten Berufsverbände und Kassenärztliche Vereinigungen beispielsweise Suchportale an, über die Patientinnen und Patienten gezielt nach Ärztinnen und Ärzten bzw. Therapeutinnen und Therapeuten in der Umgebung suchen können, die ihre eigene Muttersprache sprechen (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages 2017: 4). Die Trefferquote dürfte hier jedoch regional und für einzelne Sprachen und Fachrichtungen sehr variieren.

Im stationären Bereich führen viele Kliniken interne Listen ihrer Mitarbeitenden mit Fremdsprachenkenntnissen, damit diese im Bedarfsfall zum Dolmetschen hinzugezogen werden können. Nach dem Krankenhaus Barometer[381] gab es solche Listen im Jahr 2017 in 83 Prozent der befragten Krankenhäuser (Blum et al. 2017: 63). 75 Prozent der Einrichtungen gaben an, dass sie zur Überwindung von Sprachbarrieren „oft" oder „immer" auf ärztliches Personal

379 Beispielsweise erfordert qualifiziertes Dolmetschen immer auch interkulturelle Kompetenzen. Das zeigt etwa die Anforderung, aus der sehr bildhaften Sprache des Arabischen in die vergleichsweise sehr direkte deutsche Sprache zu übersetzen, in der viele sprachliche Bilder aus dem Arabischen nicht einmal bekannt sind (Steinle/Woytowicz 2020: 250).

380 Darüber hinaus wird angenommen, dass beim Dolmetschen durch Kinder und Jugendliche die Fehlerquote nochmals höher ist, z. B. durch inhaltliche oder situative Überforderung. Zudem werden aus Rücksicht auf das Kind unter Umständen bestimmte schambehaftete Fragen nicht gestellt oder nicht beantwortet (BDÜ 2021).

381 Das Krankenhaus Barometer ist eine schriftliche Repräsentativbefragung deutscher Krankenhäuser zu jeweils aktuellen gesundheits- und krankenhauspolitischen Themenfeldern. Sie wird im Auftrag der Trägerinnen und Träger des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) seit dem Jahr 2000 jährlich durchgeführt. Befragt wird eine repräsentative Stichprobe zugelassener Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten. Am Krankenhaus Barometer 2017 haben sich insgesamt 234 Krankenhäuser beteiligt (Blum et al. 2017: 4).

mit gleicher Muttersprache zurückgreifen; 67 Prozent ziehen dafür „oft" oder „immer" pflegerisches Personal heran (Blum et al. 2017: 68). Hinsichtlich der Sprach- und Dolmetschkompetenz stellen sich bei bilingualem Personal und Personal mit Fremdsprachenkenntnissen jedoch grundsätzlich ähnliche Fragen wie bei allen Laiensprachmittelnden, z. B. weil nicht immer Personen mit der gleichen Muttersprache zur Verfügung stehen und weil qualifiziertes Dolmetschen mehr erfordert als Mehrsprachigkeit. Gegenüber der Einbindung von Laiinnen und Laien aus dem privaten Umfeld bietet eine Sprachmittlung durch medizinisch versierte Mitarbeitende zwar mindestens den wichtigen Vorteil, dass Letztere zuverlässig mit den jeweils zu besprechenden medizinischen Inhalten, Fachbegriffen und Abläufen vertraut sein dürften. Trotzdem birgt die Sprachmittlung auch für sie Herausforderungen. Beispielsweise kann es für sie schwierig sein, die Funktion des Dolmetschens – die dem Anspruch nach neutral ist – sauber zu trennen von der Rolle der für die Behandlung verantwortlichen Person.[382]

Zudem ziehen laut dem Krankenhaus Barometer 2017 29 Prozent der befragten Häuser für Sprachmittlung neben ärztlichem und pflegerischem auch „oft" oder „immer" sonstiges Personal heran (Blum et al. 2017: 68). Damit werden Mitarbeitende ohne medizinisches Fachwissen zwar deutlich seltener für Sprachmittlung eingesetzt als Ärztinnen und Ärzte oder Pflegekräfte, aber immer noch häufiger als speziell ausgebildete professionelle Sprachmittelnde: Nur 20 Prozent der befragten Häuser nutzen in entsprechenden Fällen „oft" oder „immer" externe Dienste (diese umfassen sowohl Gemeindedolmetschdienste *(community interpreters)* als auch professionelle Büros, s. Blum et al. 2017: 67), und nur 10 Prozent der Einrichtungen können in solchen Fällen „oft" oder „immer" intern auf speziell ausgebildete professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher bzw. Übersetzerinnen und Übersetzer zurückgreifen (Blum et al. 2017: 68).[383] Insgesamt ist festzuhalten:

❗ Der Rückgriff auf mehrsprachige Mitarbeitende ist unverzichtbar, gerade um den nicht planbaren Bedarf an Sprachmittlung zu decken. Er ermöglicht z. B. in Notfällen schnell und unbürokratisch eine Verständigung (Wächter/Vanheiden 2015: 14). **Dieses Modell beinhaltet aber auch eigene Herausforderungen.** Zum einen wird das hausinterne bilinguale Personal kaum je alle Sprachen abdecken, die die Patientinnen und Patienten sprechen.[384] Auch entsprechende Dienstpläne können in der Regel nicht garantieren, dass auch abends, nachts oder am Wochenende immer (passendes) mehrsprachiges Personal vor Ort oder via Telefon greifbar ist. Zum anderen können personelle Strategien der internen Bereitstellung von Sprachmittlung (auch jenseits der Übersetzungstätigkeit als solcher) zu Überforderung führen und auch Spannungen in den kollegialen Beziehungen erzeugen. Denn wenn Beschäftigte immer wieder ad hoc andernorts für Sprachmittlung herangezogen werden, haben sie beispielsweise weniger Zeit für ihre eigentlichen Aufgaben (Wächter/Vanheiden 2015: 13). Ferner können dadurch Rollen und Zuständigkeiten verschwimmen. So ist es für höher qualifizierte Ärztinnen und Ärzte unter Umständen schwierig, sich auf die neutrale Funktion der Sprachmittlung zu beschränken, wenn sie von weniger erfahrenen Kolleginnen und Kollegen zum Dolmetschen hinzugezogen werden (Steinle/Woytowicz 2020: 244). Umgekehrt haben Auszubildende, die regelmäßig in Sprachmittlung eingebunden werden, möglicherweise das Gefühl, dass ihre fachliche Weiterbildung an Bedeutung verliert (Steinle/Woytowicz 2020: 244).

Damit der Rückgriff auf mehrsprachiges Personal dazu beiträgt, Sprachbarrieren zu überwinden, ohne solche unerwünschten Nebeneffekte zu produzieren, ist also Verschiedenes zu beachten: Beim Aufbau entsprechender Kapazitäten müssen nach Wächter und Vanheiden (2015: 14) die Einrichtungen sondieren, inwieweit mehrsprachige Mitarbeitende bereit sind, in hausinterne Sprachmittlungsdienste eingebunden zu werden; zudem müssen diese Personen regelmäßig in Sprachmittlungstechniken geschult werden. Darüber hinaus muss die jeweilige Klinik oder medizinische Einrichtung sicherstellen können, dass die zusätzliche Aufgabe der Sprachmittlung nicht die regulären Arbeitsabläufe stört.

Community interpreting

Vor allem im stationären Bereich der Gesundheitsversorgung haben sich zur Überwindung von Sprachbarrieren auch vielfältige Modelle der Zusammenarbeit mit Dritten

382 Der Idealfall wäre natürlich, dass im Fall von Sprachbarrieren des Patienten bzw. der Patientin beispielsweise in einer Klinik ärztliches Personal mit gleicher Muttersprache zur Verfügung steht, das auch direkt die Behandlung übernehmen kann; damit würde sich jede Sprachmittlung durch eine dritte Partei erübrigen. In der alltäglichen Versorgungspraxis lässt sich diese Situation jedoch kaum forcieren, allenfalls – und auch dort nur begrenzt – im ambulanten Bereich, z. B. durch die oben erwähnten Suchportale der Kassenärztlichen Vereinigungen.

383 Aus der Befragung ist nicht ersichtlich, inwieweit es sich bei den speziell ausgebildeten professionellen Sprachmittlerinnen und Sprachmittlern tatsächlich um staatlich geprüfte Medizindolmetscherinnen und -dolmetscher mit Hochschulabschluss (s. dazu Wächter/Vanheiden 2015: 35–38) handelt oder generell um *community interpreters* mit unterschiedlichem Professionalisierungsgrad.

384 In diesem Zusammenhang wurde beispielsweise auch darauf hingewiesen, dass die häufigsten Herkunftsländer der Zuwanderungsbevölkerung insgesamt von den häufigsten Herkunftsländern ausländischer Ärztinnen und Ärzte erheblich abweichen (s. hierzu RKI 2008b: 112–113).

herausgebildet. Diese werden zusammenfassend unter dem Sammelbegriff *community interpreting* diskutiert (Wächter/Vanheiden 2015: 16–35; Steinle/Woytowicz 2020). Dahinter steht ein breites Spektrum von sog. Gemeindedolmetschdiensten und Sprachmittlungspools mit verschiedenen Ansätzen und Professionalisierungsgraden und auch sehr unterschiedlichen Finanzierungsstrukturen. Sie werden vor allem von (gemeinnützigen) privaten Trägerinnen und Trägern (u. a. Migrantenorganisationen[385]) realisiert, mitunter aber auch von Kommunen oder mit kommunaler Beteiligung (s. dazu Wächter/Vanheiden 2015: 16–35; Steinle/Woytowicz 2020). Die Kosten der Sprachmittlung trägt hier in der Regel die anfragende Stelle bzw. Einrichtung (Wächter/Vanheiden 2015: 16–35).[386]

Die Vielfalt der bestehenden strukturellen und personellen Settings macht es schwierig, *community interpreting* einerseits von ‚reiner' Laiensprachmittlung und andererseits von professionellem Medizindolmetschen präzise abzugrenzen. In der Regel sind die im *community interpreting* eingesetzten Sprachmittelnden bilinguale Personen, die ihre Muttersprache übersetzen (Wächter/Vanheiden 2015: 48). Ihr Qualifikationsniveau kann sehr unterschiedlich sein. Anders als bei Laien und Laiinnen aus dem privaten Umfeld der Patientinnen und Patienten stellen beim *community interpreting* jedoch die Vermittlungsstellen sicher, dass die Sprachmittler und Sprachmittlerinnen mindestens eine Fortbildung in Techniken des Dolmetschens absolviert haben und ihre Sprachkompetenz einem bestimmten Niveau entspricht (Wächter/Vanheiden 2015: 47).

Auch das Einzugsgebiet der verschiedenen Anbieterinnen und Anbieter ist sehr unterschiedlich. Wenn die Vermittlungsstelle von der Kommune getragen wird, beschränkt sich ihr Einsatzgebiet in der Regel auf diese Kommune. Andere Stellen vermitteln auch (über-)regional. Dabei legen die meisten Vermittlungsstellen den Schwerpunkt auf Vor-Ort-Übersetzungen, aber es werden auch Video- und Telefondolmetschen *(remote interpreting)* angeboten (gerade bei seltenen Sprachen). **Die Entwicklung hin zu mehr Video- und Telefondolmetschen hat sich im Zuge der starken Zunahme von Asylsuchenden in den Jahren 2015 und 2016 und durch die Corona-Pandemie verstärkt. Dies ist eine wichtige Stellschraube, um Sprachmittlung in der Fläche verfügbar zu machen.** Zugleich verstärkt diese Entwicklung unter neuen Vorzeichen die Forderung nach einheitlichen und verbindlichen Qualifikationsstandards, denn mit Video- und Telefondolmetschen verbinden sich wieder eigene Herausforderungen (s. dazu BDÜ 2018).

***Community interpreting* leistet aktuell einen wichtigen Beitrag dazu, Sprachbarrieren im Gesundheitswesen zu überwinden. Aber auch hier schwankt das Qualifikationsniveau. Zudem sind entsprechende Angebote weder flächendeckend verfügbar, noch können sie garantieren, dass stets – etwa bei akuten Notfällen oder auch in Randzeiten, nachts, am Wochenende und feiertags – zuverlässig Sprachmittlung kurzfristig verfügbar ist.**[387] Eine Dauerbereitschaft aufzubauen ist schwierig, was vor allem daran liegt, dass *community interpreters* in der Regel schlecht oder gar nicht bezahlt werden.[388] Dass professionelle Medizindolmetscherinnen

385 Der Begriff „Migrantenorganisation" ist ebenso wie verwandte Ausdrücke (z. B. „Migrantenselbstorganisation", „Zuwandererverein", „ethnischer Verein" oder „Diasporaorganisation") weder in der Wissenschaft noch in Politik und Öffentlichkeit oder bei den Migrantenorganisationen selbst eindeutig definiert. Diese begriffliche Unschärfe spiegelt letztlich die Tatsache wider, dass die Landschaft der Migrantenorganisationen sehr vielfältig und facettenreich ist (s. dazu auch SVR-Forschungsbereich 2020). Gemeinsam ist den meisten vorhandenen Definitionen aber in der Regel, dass es sich bei Migrantenorganisationen um Initiativen und Zusammenschlüsse handelt, die erstens zu einem relevanten Teil (z. B. mindestens zur Hälfte) von Menschen mit einer eigenen oder familiären Zuwanderungsgeschichte getragen werden und für deren Zielsetzungen und Aktivitäten zweitens Migrations- bzw. Fluchterfahrungen, der Bezug zu einer bestimmten Herkunftsregion und/oder die migrationsbedingte Situation in Deutschland eine wichtige Rolle spielen. Nicht dazu zählen entsprechend Organisationen, die nur eines dieser beiden Kriterien erfüllen – wie Unterstützungs- und Beratungseinrichtungen von Wohlfahrtsverbänden, die sich mit migrationsrelevanten Fragen befassen (Pries 2013). Dazu, wie mit der nicht lösbaren Definitionsfrage umzugehen ist, s. SVR-Forschungsbereich 2019: 16–18; Halm et al. 2020: 13–14.

386 Ein Überblick über Organisationen, die kreative Ansätze für den Einsatz von *community interpreters* im Gesundheitsbereich erproben, ihre unterschiedlichen Arbeitsweisen und damit verbundene Probleme, Lösungsansätze und Verbesserungsvorschläge findet sich z. B. in Steinle/Woytowicz 2020.

387 Nur der Sprachmittlerpool NRW hat für Notfälle außerhalb der üblichen Geschäftszeiten eine telefonische Hotline eingerichtet (Wächter/Vanheiden 2015).

388 Die für *community interpreting* anfallenden Kosten setzen sich in der Regel zusammen aus Vermittlungskosten, dem Honorar für die Sprachmittlung und Anfahrtskosten. Der Stundensatz der Dolmetschenden liegt nach Wächter und Vanheiden (2015: 49) in der Regel zwischen 24 und 50 Euro. Andere Quellen sprechen von 20 bis 25 Euro plus einer Vergütung für Fahrtzeit und Fahrtkosten oder von sozialversicherungspflichtigen Anstellungsverhältnissen mit einem bestimmten Stundenkontingent, bei denen sich die Bezahlung an den unteren Entgeltgruppen des Tarifvertrags für den öffentlichen Dienst (TVöD) orientiert (Steinle/Woytowicz 2020: 262–263). Es gibt jedoch auch ehrenamtliche *community interpreters*, die nicht bezahlt oder nur mit einer Ehrenamtspauschale entschädigt werden. Das berichten z. B. auch einige Migrantenorganisationen, die eine Begleitung zu Arztterminen

und -dolmetscher in finanzieller Hinsicht mit den Vermittlungsstellen des *community interpreting* konkurrieren, macht es zugleich schwieriger, das Tätigkeitsfeld der Sprachmittlung im Gesundheitswesen in der Breite zu erschließen (Steinle/Woytowicz 2020: 237). Dieses Konkurrenzverhältnis könnte sich auch etwas entspannen, wenn z. B. in Kliniken klare Leitlinien dazu vorlägen, in welchen Behandlungskonstellationen auf welches Sprachmittlungsmodell präferiert zurückgegriffen werden soll. Für ein pragmatisches Vorgehen wäre beispielsweise denkbar, im Sinne eines „Baukastenprinzips" vorzugehen: Ist kein geeignetes Personal zum Übersetzen da und sind *community interpreters* vor Ort vorhanden, wird zu normalen Zeiten und in normalen Fällen auf sie zurückgegriffen, bei medizinischer Komplexität auf Profis.

B.3.3.3 Herausforderungen bei der einheitlichen Regelung von Sprachmittlung im Gesundheitswesen

Es ist unbestritten, dass Sprachbarrieren für die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte eine wichtige Hürde bilden. Entsprechend breit wird diskutiert und kritisiert, dass das verfügbare Angebot zur Sprachmittlung lückenhaft ist, verbindliche Strukturen der Finanzierung und Kostenübernahme fehlen und für die Ausübung von Sprachmittlung im Gesundheitswesen keine Mindestanforderungen festgelegt sind (s. z. B. Initiative Sprachmittlung im Gesundheitswesen 2015; BÄK 2017; BDÜ 2019; BAfF/BPtK 2021).

Zugleich fehlen orientierungsstiftende Erhebungen dazu, wie gut oder schlecht es derzeit mit welchen Strategien und Arrangements gelingt, den Sprachmittlungsbedarf in der direkten Interaktion zwischen Patientinnen bzw. Patienten und Gesundheitspersonal zuverlässig zu decken und somit eine gleiche Behandlungsqualität sicherzustellen (s. dazu auch Borde 2018). ➔ **Der Sprachmittlungsbedarf (beispielsweise im Klinikalltag) sollte deshalb an exemplarischen Einrichtungen systematisch erhoben und den jeweils gewählten Möglichkeiten der Sprachmittlung gegenübergestellt werden. Dies wäre eine hilfreiche Grundlage, um den Bedarf an institutioneller und politischer Regelung sowie konkrete Regelungsmöglichkeiten zu evaluieren** (s. dazu auch Borde 2018).

Dabei sollte auch in den Blick genommen werden, welche Kosten für Dolmetschleistungen heute bereits anfallen und wie sich die Kosten voraussichtlich entwickeln werden. Dies ist auch deshalb wichtig, weil die Bundesregierung im Koalitionsvertrag für die 20. Legislaturperiode (2021–2025) die Absicht formuliert hat, dass die Kosten für Sprachmittlung künftig übernommen werden.[389]

Ein zentrales Argument dagegen, Sprachmittlung im Gesundheitswesen als Kassenleistung auszuweisen, ist die Befürchtung, dies könne zu einer Kostenexplosion führen. Zu diesem Punkt gibt es jedoch bisher keine aussagekräftigen Daten. Das gilt auch für die Frage, wie viel Geld Kliniken derzeit für Dolmetschkosten aufwenden und wie sie diese Gelder refinanzieren (oder ob sie das überhaupt tun) (Blum et al. 2017: 69–70). Es gibt für Deutschland auch keine umfassenden Studien, die abschätzen, welche Kosten durch eine flächendeckende Übernahme von Sprachmittlungskosten im Gesundheitswesen entstehen würden, und sie den Mehrkosten gegenüberstellen, die das Fehlen zuverlässiger Sprachmittlung aktuell verursacht.

Anhaltspunkte dafür liefern einige wenige Studien vor allem aus anderen Ländern, die abzuschätzen versuchen, wie sich die Kosten im Gesundheitswesen durch Sprachmittlungsdienste kurzfristig und langfristig entwickeln werden (s. dazu z. B. Jacobs et al. 2004; Moloney 2017; Jacobs et al. 2018). Die These von einer Kostenexplosion stützen diese Studien nicht. Vielmehr deuten sie darauf hin, dass je nach Versorgungsbereich anfänglich moderate bis hohe Kosten entstehen, die jedoch voraussichtlich mittel- bis langfristig zu Kosteneinsparungen führen werden – z. B. weil Krankheiten seltener chronisch werden und Fehl- oder Überdiagnostik[390] abnimmt bzw. die Patienten und Patientinnen gezielter behandelt werden können. Zudem wurde in einigen Studiensettings beobachtet, dass die Patientinnen und Patienten dann therapeutischen Empfehlungen eher folgen und dass sie präventive Leistungen und Nachsorgeuntersuchungen häufiger in Anspruch nehmen (s. z. B. Jacobs et al. 2004; Schreiter et al. 2016).

Eine schon ältere Studie aus dem US-Bundesstaat Massachusetts (Jacobs et al. 2004) hat bestätigt, dass Patientinnen und Patienten mit eingeschränkten Englischkenntnissen signifikant häufiger Präventivleistungen und Nachsorgeuntersuchungen in Anspruch nahmen und auch häufiger verschreibungspflichtige Medikamente erhielten, nachdem ein kostenloser Sprachmittlungsservice eingerichtet worden war. Die Autorinnen und Autoren vermuteten, dass der bessere sprachliche Zugang dieser Patientengruppe langfristig die Kosten der Gesundheitsversorgung senken würde, weil die veränderte Inanspruchnahme kostspielige gesundheitliche Komplikationen signifikant reduziert (Jacobs et al. 2004: 868).

zwecks Sprachmittlung anbieten oder einen Sprachmittlungspool eingerichtet haben, um lokale Beratungsstellen für Migrantinnen und Migranten zu unterstützen (Halm et al. 2020: 66, 94).

389 S. Fn. 376.

390 Der Begriff „Überdiagnostik" bezieht sich darauf, dass bei fehlenden Möglichkeiten der Sprachmittlung häufig zusätzliche Untersuchungen durchgeführt werden, um Kommunikationslücken zu schließen (Ilkılıç 2010: 31).

Wichtige Einsichten könnten auch die Evaluationen des Thüringer „Landesprogramms Dolmetschen" vermitteln. Thüringen hat im Mai 2019 als erstes Bundesland für Stellen, die sehr viele Menschen mit Migrationshintergrund beraten und betreuen, flächendeckend kostenlose Video- und Audiodolmetschleistungen implementiert. Nutzungsberechtigt sind neben Behörden, nichtstaatlichen Beratungsstellen und Gemeinschaftsunterkünften auch Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Krankenhäuser (s. TMMJV 2019). Angeboten werden Video- und Telefondolmetschleistungen in über 50 Sprachen (TMMJV 2019).[391]

! Sprachliche bzw. kommunikative Zugangs- und Wirksamkeitshürden in der Gesundheitsversorgung entstehen aber nicht allein durch unzureichende Möglichkeiten der Sprachmittlung. Direkt damit verbunden ist z. B. auch die strukturelle Herausforderung, dass im Praxis- und Krankenhausalltag generell großer Zeitmangel herrscht (Adam/Carol 2020: 28; Steinle/Woytowicz 2020: 254). **Das erschwert eine diversitätssensible Kommunikation.** Sprachbarrieren sind nicht der einzige Umstand, der den Zeitbedarf für Gespräche erhöht. Vielmehr kann es bei ganz unterschiedlichen Bedürfnislagen sinnvoll sein, mehr Zeit in die Kommunikation zu investieren, z. B. um Gesundheitswissen zu vermitteln, das für die jeweilige Person relevant ist, oder sie über das Gesundheitswesen zu informieren. In der Praxis ist es jedoch häufig nicht möglich, den Zeitaufwand jeweils an den Einzelfall anzupassen. Wenn für die Patientenaufklärung oder auch im Bereich der Diagnostik Sprachmittelnde eingebunden werden müssen, steigt der ohnehin hohe Zeitdruck des medizinischen und pflegerischen Personals noch weiter, zudem lässt sich der zeitliche Mehraufwand in der Regel nicht abrechnen (s. dazu auch Habermann/Biedermann 2021: 278). **➔ Die Suche nach geeigneten Strategien, um sprachlich und kommunikativ bedingte Hürden für chancengleiche Gesundheitsversorgung abzubauen, muss daher auch zentrale Rahmenbedingungen berücksichtigen: Wie viel Zeit steht in den verschiedenen ärztlichen und pflegerischen Behandlungssettings für die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten zur Verfügung und unter welchen Umständen wird ein kommunikativer Mehraufwand derzeit vergütet?**

B.3.3.4 Mehrsprachige Gesundheitskommunikation und Potenziale der Digitalisierung

In einer breiteren Perspektive stellt sich bezüglich Sprachbarrieren im Gesundheitswesen auch die Frage: Können und sollten Gesundheitsdienste sowie (öffentliche) Gesundheitskommunikation Informationen möglichst oder sogar grundsätzlich mehrsprachig konzipieren, um sie allen Bürgerinnen und Bürgern zugänglich zu machen? Derzeit ist das jedenfalls noch nicht der Standard (vgl. Borde/Blümel 2020; Bartig et al. 2021: 26).

Die Corona-Pandemie hat erstmals eine breite öffentliche und politische Aufmerksamkeit auf die Frage gelenkt, ob insbesondere die öffentliche Gesundheitskommunikation so aufgestellt ist, dass sie wirklich alle Menschen adressiert und erreicht, z. B. auch sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen, wohnungslose Menschen oder Menschen ohne bzw. mit eingeschränkten Deutschkenntnissen. In der pandemischen Situation zeigte sich prägnant, wie wichtig es für die Gesellschaft insgesamt ist, dass alle Bürgerinnen und Bürger einen barrierefreien Zugang zu Gesundheitsinformationen haben. Denn die Effektivität von Maßnahmen zur Eindämmung des Coronavirus hängt davon ab, dass die gesamte Bevölkerung erreicht wird und alle in der Lage und bereit sind, die Vorgaben zu befolgen (s. auch RKI 2021a).

An der Informationspolitik zur Corona-Pandemie wurde kritisiert, dass fremdsprachige Informationsmaterialien auf den offiziellen Webseiten zum Teil veraltet oder schwierig zu finden waren, dass sie ganz fehlten bzw. verzögert eingestellt wurden und/oder dass sie nicht über die Kanäle verbreitet wurden, die die jeweiligen Zielgruppen primär nutzen (s. z. B. CORRECTIV/SWR 2020; Mediendienst Integration 2021a; Tagesspiegel 2021). Zudem wurde eine unzureichende Mehrsprachigkeit der Impfkampagne problematisiert. Dies war auch eine Reaktion auf einzelne politische Stimmen, die meinten, dass Menschen mit Migrationshintergrund einer Corona-Impfung besonders kritisch gegenüberstehen (s. hierzu FAU 2021; s. auch Info-Box 14).

Die Kritik, dass die Krisenkommunikation während der Corona-Pandemie nicht polyglott war, wurde allerdings vorwiegend medial und politisch vorgetragen. **! Wissenschaftlich ist bisher noch nicht eingehend untersucht worden, wie gut oder schlecht die mehrsprachige Krisenkommunikation in der Corona-Pandemie in verschiedenen Phasen und Regionen gelang. So ist auch unklar, welche Schwierigkeiten in öffentlichen**

391 Die Wartezeiten bei den 50 „Ad-hoc-Sprachen" betragen maximal 4 Minuten im Tagesdienst (montags bis freitags zwischen 8:00 und 18:00 Uhr) und maximal 30 Minuten außerhalb des Tagesdienstes (werktags zwischen 18:00 und 8:00 Uhr) und an Wochenenden oder Feiertagen; bei den vier Sprachen Hausa, Oromo, Tigre und Zarma beträgt die Wartezeit bis zu 48 Stunden (TMMJV 2021: 5–7). Die für Sprachmittlung eingesetzten Personen sind studierte, staatlich geprüfte oder vom Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer (BDÜ) zertifizierte Dolmetscherinnen und Dolmetscher, die in der Regel einschlägige Erfahrungen mit Sprachmittlung für Medizin, Verwaltung und Sozialwesen haben (TMMJV 2021: 7).

Institutionen bezüglich der Übersetzung von Informationen auftraten oder z. B. auch speziell dabei, Menschen mit eingeschränkten Deutschkenntnissen zielgenau anzusprechen. Eine wissenschaftliche Analyse dazu könnte aufzeigen, wie mehrsprachige Krisen- und generell öffentliche Gesundheitskommunikation zukünftig besser funktionieren kann.

Fest steht: Bei den Stellen, die in Bund, Ländern und Kommunen für die öffentliche Krisenkommunikation zuständig sind, war es aufgrund der Fülle täglich neuer Informationen zum Coronavirus und der sehr dynamischen Entwicklungen z. B. im Frühjahr 2020 stellenweise schon eine Herausforderung, in deutscher Sprache schnell und zielgerichtet zu kommunizieren. Nicht zuletzt mithilfe von Migrantenorganisationen gelang es dann nach und nach, auch mehrsprachige Informationen digital bereitzustellen bzw. entsprechende Angebote zu verbreiten.[392]

Mit Blick auf die Übersetzung wichtiger Informationen in andere Sprachen haben sich während der Corona-Pandemie u. a. auch Tech-Unternehmen zu Wort gemeldet und den für die Krisenkommunikation zuständigen öffentlichen Stellen ihre Unterstützung angeboten.[393] Diese Unternehmen sind auf Fachübersetzungen mithilfe künstlicher Intelligenz spezialisiert. Hier stellt sich auch genereller die Frage, inwieweit maschinelle (Echtzeit-)Übersetzungen mithilfe künstlicher Intelligenz dazu beitragen können, Sprachbarrieren im Gesundheitswesen und in der öffentlichen Gesundheitskommunikation zu überwinden. **➔ In der Tat erreichen automatische maschinelle Übersetzungen heute in vielen Bereichen schon ein sehr hohes Niveau; dennoch sind sie weiterhin fehleranfällig. Speziell für den Einsatz im Gesundheits- und Pflegebereich ist daher genau zu klären, ob oder inwieweit es möglich und zweckdienlich ist, etwa bei Informationen mit rechtlicher Relevanz auch automatisierte Echtzeitübersetzungen stärker zu nutzen.** Hier stellen sich auch haftungsrechtliche Fragen, z. B. wenn es aufgrund von Übersetzungsfehlern zu gesundheitlichen Schäden kommt.[394] Darüber hinaus berührt dies auch Bereiche wie Internetsicherheit und Datenschutz. Die Klärung dieser Fragen wird zeigen, inwieweit und unter welchen Bedingungen die öffentliche (Gesundheits-)Kommunikation, aber auch Gesundheitsdienste oder Apotheken künftig auch automatisierte Übersetzungen stärker nutzen können, um Sprachbarrieren zu überwinden.

Ergänzend kommen ferner auch Softwarelösungen ohne automatisierte Übersetzung in Betracht. Beispielsweise könnten Standarddiagnosen und übliche ärztliche Anordnungen dazu oder auch Arzneimittelinformationen (Beipackzettel) zunächst professionell in verschiedene Sprachen übersetzt und anschließend bei den Gesundheitsdiensten in Form einer Datenbank vorgehalten werden. So könnten Arztpraxen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen oder auch Apotheken sie per Knopfdruck auch in anderen Sprachen ausgeben. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen regt in seinem Jahresgutachten 2021 an, auch die Potenziale der elektronischen Patientenakte (ePA) (potenziell mit integriertem automatisierten Übersetzungsprogramm) auszuloten, um eine adäquate Information von Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist (SVR Gesundheit 2021: 72).[395]

➔ Wünschenswert ist aber, dass die Gesundheitskommunikation nicht nur (wo sinnvoll) mehrsprachig gestaltet wird, sondern in einem umfassenderen Sinne möglichst diversitätssensibel. Letzteres Desiderat stützen auch aktuelle Befunde, denen zufolge ein Großteil der Bevölkerung in Deutschland in der einen oder anderen Weise Schwierigkeiten hat, gesundheitsrelevante Informationen zu finden und/oder effektiv zu nutzen.

B.3.4 Stärkung der Gesundheitskompetenz *(health literacy)*

Gesundheitskompetenz oder *health literacy* bezeichnet die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und für die eigene Entscheidungsfindung in Gesundheitsfragen konstruktiv zu nutzen, etwa um gesund zu bleiben oder eine Krankheit

392 Vgl. z. B. die entsprechenden Seiten auf der Webseite der Integrationsbeauftragten der Bundesregierung: www.integrationsbeauftragte.de/ib-de/staatsministerin/corona (07.02.2022). Im Februar 2022 waren hier Informationen in 23 Sprachen erhältlich.

393 Dazu gehörte beispielsweise das Berliner Start-up Lengoo; s. www.lengoo.com/de-de/blog/lengoo-ermoglicht-mehrsprachige-krisenkommunikation-mit-kostenfreien-ubersetzungen (07.02.2022).

394 Eine künstliche Intelligenz (KI) ist kein Rechtssubjekt. Damit stellt sich bei einer Gefährdungshaftung unweigerlich die Frage, ob der Nutzer oder die Nutzerin selbst haftet oder z. B. das Software-Unternehmen, das die jeweilige KI entwickelt hat, oder der Gesundheitsdienst, der den Rückgriff auf maschinelle Echtzeitübersetzung ermöglicht oder gebilligt hat.

395 Konkret ist hierzu festgehalten: „Die Zurverfügungstellung von verlässlichen Patienteninformationen, strukturierten Aufklärungsbögen oder anderen Formularen in der jeweiligen Sprache, passend zum spezifischen Behandlungsfall wäre via ePA relativ einfach umsetzbar. Am Beispiel einer App, die für die medizinische Versorgung in einer Unterkunft für Geflüchtete konzipiert wurde, konnte gezeigt werden, dass durch die Nutzung digitaler Kommunikationsassistenzprogramme der Behandlungsprozess maßgeblich unterstützt werden kann“ (SVR Gesundheit 2021: 72).

zu bewältigen (Schaeffer et al. 2021: 1).[396] Es geht dabei nicht nur um Lese- und Schreibfähigkeiten, die in modernen Informationsgesellschaften sozusagen die Voraussetzung für den Aufbau von Gesundheitskompetenz bilden, „sondern auch um Wissen, Motivation und Kompetenzen, um sich im Alltag über das Gesundheitswesen, die Krankheitsprävention und die Gesundheitsförderung eine Meinung zu bilden und Entscheidungen zu treffen, die die Lebensqualität im Lebenslauf erhalten oder verbessern" (RKI 2021d). **! Gesundheitskompetenz bildet somit eine Schlüsselkompetenz, um die eigene Gesundheit erhalten, fördern und wiederherstellen zu können. Sie ist damit auch eine entscheidende Ressource gesundheitlicher Chancengleichheit.**

Bezogen auf die Aspekte von Gesundheitskompetenz, die mit Blick auf Hürden chancengleicher Nutzung und Wirksamkeit von Gesundheitsleistungen entscheidend sind, lässt sich u. a. festhalten: Wenn eine Person ihre Rechte als Patient oder Patientin kennt, weiß, wohin sie sich mit einem konkreten gesundheitlichen Problem wenden kann, wo es dazu seriöse Informationen gibt und wie diese einzuordnen sind oder wo man Unterstützung findet (z. B. bei der Beantragung von Pflege- oder anderen Gesundheitsleistungen), dann ist es weniger wahrscheinlich, dass sie bei der Gesundheitsversorgung benachteiligt wird.

Umgekehrt können Einschränkungen der Gesundheitskompetenz nicht nur individuelle Krankheitsrisiken erhöhen, beispielsweise weil sie sich häufiger mit ungesundem Verhalten wie mangelnder Bewegung oder schlechter Ernährung verbinden. Bezogen auf das Gesundheitssystem werden sie außerdem mit geringerer Therapietreue und geringeren Behandlungserfolgen sowie insgesamt höheren Risiken der Unter-, Über- und Fehlversorgung in Verbindung gebracht (Quenzel/Schaeffer 2016: 4–5; Schaeffer et al. 2016: 9–15; Klinger/Mensing/Berens 2020: 14–15; Schaeffer et al. 2021: 52–55). Im Juni 2021 ging die damalige Bundesregierung auf der Basis des internationalen Forschungsstands davon aus, dass eine geringe Gesundheitskompetenz für die Gesundheitssysteme insgesamt Mehrkosten in Höhe von 3 bis 5 Prozent der gesamten Gesundheitskosten pro Jahr verursachen könnte (BT-Drs. 19/30814: 10). Konkrete Zahlen für Deutschland gibt es hierzu allerdings nicht.

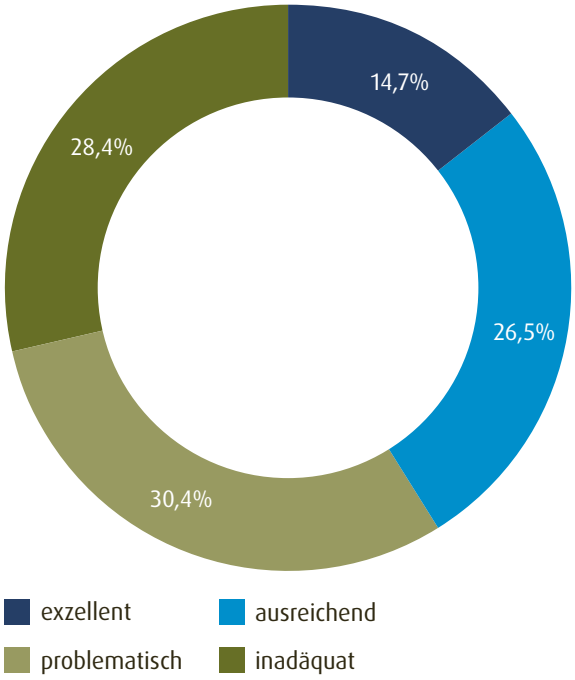
B.3.4.1 Gründe für eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz

Die Breite des Konzepts Gesundheitskompetenz bringt es mit sich, dass Einschränkungen der Gesundheitskompetenz im Einzelfall ganz unterschiedlich aussehen können. So können sie unterschiedlich stark ausgeprägt sein oder sich auf verschiedene Bereiche, Einzelfragen oder Situationen beziehen. **! In den letzten Jahren hat sich aber gezeigt, dass eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz in dem Sinne, dass die betreffende Person Schwierigkeiten hat, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu beurteilen und/oder zu nutzen, in Deutschland insgesamt ein erhebliches Problem darstellt.** Beispielsweise ergaben zwei repräsentative Befragungen der Universität Bielefeld (HLS-GER und HLS-GER 2, s. Schaeffer et al. 2016; Schaeffer et al. 2021), dass die Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland eine geringe Gesundheitskompetenz[397] aufweist; in der aktuelleren der beiden Studien (Erhebungszeitraum: Ende 2019/Anfang 2020) waren es 58,8 Prozent (Abb. B.12) (Schaeffer et al. 2021: 21).

396 Um die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung empirisch zu erfassen, wird in Deutschland üblicherweise mit der mehrdimensionalen Definition gearbeitet, die das Europäische *Health Literacy*-Konsortium (HLS-EU-Konsortium) (Sørensen et al. 2012) vorgelegt hat: „Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Literalität und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebenslaufs erhalten oder verbessern" (Sørensen et al. 2012, dt. Fassung zitiert nach Schaeffer et al. 2021: 1). Das Konzept Gesundheitskompetenz bzw. *health literacy* ist in manchen Zweigen der Gesundheitswissenschaften durchaus noch breiter angelegt (s. dazu z. B. Abel et al. 2018). Im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung etwa geht es dabei in einem umfassenderen Sinne um alltagspraktisches Gesundheitswissen, z. B. über den eigenen Körper, gesunde Ernährung und generell gesundheitsfördernde bzw. -gefährdende Verhaltensweisen, Lebensverhältnisse oder Arbeitsbedingungen (Abel et al. 2018).

397 Im Studiendesign der HLS-GER-Studien werden vier Niveaus von Gesundheitskompetenz unterschieden („inadäquat", „problematisch", „ausreichend" und „exzellent", Abb. B.12). Die Einstufung „geringe Gesundheitskompetenz" fasst die beiden Niveaus „problematisch" und „inadäquat" zusammen, während eine „hohe Gesundheitskompetenz" zusammenfassend die beiden Niveaus „ausreichend" und „exzellent" bezeichnet. Ermittelt wird das Niveau der Gesundheitskompetenz folgendermaßen: Im Fragebogen wird die Selbsteinschätzung der eigenen Kompetenzen in Bezug auf das Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung erhoben; die Antwortkategorien sind „sehr einfach", „einfach", „schwierig" und „sehr schwierig". Anhand des Antwortverhaltens erfolgt die Einstufung in die vier Gesundheitskompetenz-Niveaus nach dem prozentualen Anteil der Items, die die Befragten mit „sehr einfach" oder „einfach" beantwortet haben (Schaeffer et al. 2021: 8–11): 0–50 = inadäquat; > 50–66,67 = problematisch; > 66,67–83,33 = ausreichend; > 83,33–100 = exzellent.

Abb. B.12 Gesundheitskompetenz in Deutschland 2019/2020 nach HLS-GER 2



Quelle: Schaeffer et al. 2021: 21; Darstellung: SVR

Solche verbreiteten Einschränkungen der Gesundheitskompetenz sind aber kein deutsches Phänomen.[398] **Sie wurden mittlerweile in vielen Staaten beobachtet, gerade auch in solchen mit einem hochentwickelten und komplexen Gesundheitssystem** (s. dazu auch HLS-EU Consortium 2012; Schaeffer et al. 2016: 10). Dies wird u. a. auf eine überfordernde Fülle von Informationen zurückgeführt, die sich aus dem breiten Spektrum von Leistungen, Behandlungen und Zuständigkeiten ergibt: Sie macht es besonders schwierig, sich im Gesundheitssystem zu orientieren und die Qualität und Relevanz der angebotenen Auskünfte und Behandlungen zu beurteilen. Zudem ist mit der fortschreitenden Digitalisierung auch der Umfang entsprechender Gesundheitsinformationen rasant gestiegen, einschließlich fragwürdiger Angaben und gezielter Desinformation (Fake News) bis hin zu Verschwörungserzählungen[399] (Schaeffer et al. 2021: 85).

Wie wichtig es ist, diesem Überangebot zu begegnen, zeigte sich bei der Corona-Pandemie weltweit und in großem Maßstab. Der Generaldirektor der WHO, Tedros Adhanom Ghebreyesus, sprach etwa im Sommer 2020 von der Gefahr einer „Infodemie" (WHO 2020a). Die WHO warnte, dass auch das Überangebot an Informationen zu dem neuartigen Coronavirus der menschlichen Gesundheit schade. Es fördere z. B. psychische Probleme (etwa Angstzustände), aber auch Desinteresse am Thema, weil die schiere Informationsflut Ermüdungserscheinungen auslöse (WHO 2020a). Sie erschwere es ferner den Gesundheitsinstitutionen, seriöse und evidenzbasierte Informationen für die Öffentlichkeit zu erstellen, und den Rezipientinnen und Rezipienten, sie von falschen oder irreführenden Auskünften und Ratschlägen zu unterscheiden (WHO 2020a).

Einschränkungen der Gesundheitskompetenz betreffen allerdings nicht alle Personen(gruppen) gleichermaßen; auch diese gesundheitliche Ressource ist sozial ungleich verteilt. Die Befunde zu Deutschland bestätigen den internationalen Wissensstand (s. z. B. Beauchamp et al. 2015): **Eine geringere Gesundheitskompetenz ist vor allem verbunden mit geringer Bildung und einem niedrigen Sozialstatus** (s. Jordan/Hoebel 2015; Schaeffer et al. 2016; Schaeffer et al. 2021; Berens et al. 2022: 68).[400] **Auch die Einschränkungen der Gesundheitskompetenz, die früher pauschal Menschen mit Migrationshintergrund zugeschrieben wurden, erklären sich zum Teil durch Unterschiede in der Sozialstruktur: Das Merkmal Migrationshintergrund überschneidet sich statistisch häufiger mit einem niedrigen Bildungsstand und Sozialstatus** (Klinger/Mensing/Berens 2020: 9; Berens et al. 2022: 68). Auch wenn die Forschung zur Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland noch am Anfang steht, sollten Menschen mit Migrationshintergrund daher nicht „per se als vulnerabler

398 Beispielsweise hatte von den Erwachsenen, die für den *European Health Literacy Survey* in acht europäischen Ländern befragt wurden, fast die Hälfte (47,6 %) eine geringe (sprich: problematische oder inadäquate) Gesundheitskompetenz (HLS-EU Consortium 2012: 3).

399 Im öffentlichen und medialen Diskurs sehr viel weiter verbreitet ist der Begriff „Verschwörungstheorie". Er gilt jedoch als problematisch, weil er suggeriert, dass es sich um Theorien im wissenschaftlichen Sinne handelt. Dies ist keineswegs der Fall. Verschwörungserzählungen basieren auf einer „totalitäre[n] Argumentation" (Schneider/Schmitt/Rieger 2020: 284), die Widersprüche und Gegenbeweise ausblendet und selbst nicht auf klaren und (im wissenschaftlichen Sinne) überprüfbaren Fakten basiert (s. Rathje et al. 2015: 15).

400 Auch die HLS-GER 2-Studie ermittelt einen hohen Anteil von Personen mit einer geringen allgemeinen Gesundheitskompetenz vor allem bei jenen mit einem niedrigen Bildungsniveau (78,3 %), bei Menschen, die ihren eigenen Sozialstatus als niedrig einschätzen (71,9 %), und in etwas geringerem Maß auch bei älteren Menschen ab 65 Jahren (65,1 %) (Schaeffer et al. 2021: 23). Als ein weiterer Risikofaktor in diesem Zusammenhang wird die Betroffenheit von einer chronischen Erkrankung diskutiert (Schaeffer et al. 2021).

für geringe Gesundheitskompetenz betrachtet werden" (Berens et al. 2022: 68; s. auch Klinger/Mensing/Berens 2020: 19).

Trotzdem kann der Faktor Migrationshintergrund durchaus eine eigene Erklärungskraft für Einschränkungen der Gesundheitskompetenz haben und helfen, spezifische Herausforderungen der ersten Zuwanderungsgeneration beim Aufbau von gesundheitsrelevantem System- und Patientenwissen besser zu verstehen (Berens et al. 2022: 69): **Wenn Menschen erst seit kurzer Zeit in Deutschland leben, die deutsche Sprache (noch) nicht hinreichend beherrschen und/oder in einem Gesundheitssystem sozialisiert sind, das sich von dem deutschen stark unterscheidet, stehen sie tendenziell vor größeren Herausforderungen beim Aufbau von gesundheitsbezogenem System- und Patientenwissen, das im Aufnahmeland relevant ist** (Hundenborn et al. 2018: 17–18; Klinger/Mensing/Berens 2020: 18; Berens et al. 2022).

Dabei ist laut Berens et al. (2022) davon auszugehen, dass bei kurzer Aufenthaltsdauer und bei eingeschränkten Deutschkenntnissen besonders die „navigationale Gesundheitskompetenz" begrenzt ist. Damit ist die Fähigkeit gemeint, sich in den Strukturen der gesundheitlichen Versorgung zu orientieren bzw. Informationen zu finden und zu nutzen, die für diese Orientierung relevant sind, z. B. um Gesundheitsreformen oder die eigenen Patientenrechte zu verstehen oder die Qualität einzelner Gesundheitsleistungen zu beurteilen (Berens et al. 2022: 76). Für Menschen mit geringen Deutschkenntnissen ist es zudem schwierig, gesundheitsrelevantes System- und Patientenwissen aufzubauen, weil es in Deutschland oft keine mehrsprachigen Gesundheitsinformationen gibt (Berens et al. 2022: 69) (s. Kap. B.3.3).

Wenn Menschen in einem Gesundheitssystem sozialisiert worden sind, das sich von dem deutschen System stark unterscheidet, erfordert der Aufbau von Wissen, das hierzulande etwa zur Orientierung in den komplexen Versicherungs- und Versorgungsstrukturen relevant ist, eine größere Transferleistung.[401] Berens et al. (2022: 69) weisen darauf hin, dass dieser Faktor nicht nur bei kurzer Aufenthaltsdauer ins Gewicht fällt. Vielmehr könne er sich auch noch Jahre nach der Emigration auswirken. Das zeige sich u. a. darin, dass auch Zugewanderte, die schon länger in Deutschland leben, häufig gesundheits- und krankheitsbezogene Informationen aus ihrem Herkunftsland bevorzugten und ihre Recherchemuster entsprechend transnational geprägt seien.

Wie schnell und gut der Aufbau von gesundheitsrelevantem System- und Patientenwissen im Aufnahmeland gelingt und ob hierbei überhaupt Schwierigkeiten auftreten, ist nicht nur abhängig von individuellen Faktoren (wie z. B. Bildung oder hilfreichen persönlichen Netzwerken) und der Höhe der Anforderungen (z. B. der Komplexität von Strukturen, Regeln und Angeboten des Gesundheitssystems), sondern auch von der fachlichen Qualität und der Zugänglichkeit der hierzu bereitgestellten Informationen.[402]

Die Frage, mit welchen Maßnahmen die Gesundheitskompetenz sowohl in der Breite der Bevölkerung als auch in konkreten Zielgruppen (seien sie migrantisch geprägt oder nicht) gestärkt werden kann, steht u. a. im Mittelpunkt der 2017 gegründeten „Allianz für Gesundheitskompetenz"[403], die das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit den Spitzen der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens gebildet hat.[404] Im Jahr 2018 folgte der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al. 2018), der von Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Zivilgesellschaft vorgelegt, vom BMG abgesegnet und schließlich unter dessen Schirmherrschaft gestellt wurde.

401 Das deutsche Gesundheitssystem ist laut Gerlinger (2021: 10–27) nicht nur im internationalen Vergleich außerordentlich komplex, es hat auch einige Besonderheiten, die in anderen Ländern selten vorkommen. Beispielsweise gibt es die für das hiesige Krankenversicherungssystem kennzeichnende Trennung in GKV und PKV anderswo kaum. Noch unübersichtlicher wird die Situation für viele Zugewanderte dadurch, dass die GKV hierzulande keine Einheitsversicherung ist, sondern von gut 100 einzelnen Krankenkassen getragen wird. Auch das deutsche Versorgungssystem ist hochdifferenziert. Für viele Zugewanderte neu ist z. B. die Besonderheit, dass in Deutschland neben der Regelversorgung noch besondere Versorgungsformen existieren, wie die hausarztzentrierte Versorgung oder strukturierte Behandlungsprogramme für Menschen mit einer chronischen Erkrankung.

402 Damit neu Zugewanderte in Deutschland sich möglichst schnell das Wissen aneignen können, das sie zur Orientierung im Gesundheitswesen benötigen, wird das Themenfeld Gesundheit beispielsweise im Sprachmodul der Integrationskurse behandelt. Der Themenblock soll für Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Herkunfts- und Aufnahmeland sensibilisieren (z. B. in Bezug auf die Rechte von Patientinnen und Patienten, das Verständnis der Rollen von Gesundheitsdienstleistenden und Patientinnen bzw. Patienten oder Vorstellungen von Körperlichkeit). Ein weiteres Lernziel ist, Wissen über die grundlegende Struktur und die wichtigsten Leistungen der medizinischen Versorgung in Deutschland zu vermitteln (Goethe-Institut 2016: 129–134).

403 S. www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitskompetenz/allianz-fuer-gesundheitskompetenz.html (07.02.2022).

404 Das BMG fördert im Rahmen seiner Ressortforschung außerdem bis Ende 2023 mehrere wissenschaftliche Projekte zur Gesundheitskompetenz, um praktische Impulse dafür zu gewinnen, wie in verschiedenen Arbeitskontexten und Lebensbereichen (z. B. im Krankenhaus, in der „sprechenden" Medizin, in Schule und Arbeitswelt) und bei bestimmten Zielgruppen mit besonderem Unterstützungsbedarf (z. B. Menschen mit geistiger Behinderung) die Gesundheitskompetenz gestärkt werden kann (BT-Drs. 19/30814: 13). Weitere Informationen zu den Schwerpunkten und einzelnen Projekten der Ressortforschung bietet die Website des BMG: www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitskompetenz/praxisorientierte-forschung.html (07.02.2022).

Das Papier enthält Empfehlungen für eine Gesamtstrategie zur Förderung der Gesundheitskompetenz in Deutschland. Die Autorinnen und Autoren empfehlen dafür u. a. Maßnahmen, um das Gesundheitssystem und Gesundheitsinformationen für alle Menschen (mit und ohne Migrationshintergrund) nutzerfreundlicher zu machen (Schaeffer et al. 2018: 56). Eine zentrale Stellschraube dafür dürfte sein, Gesundheitskommunikation diversitätssensibel zu gestalten, sowohl in der Interaktion zwischen Arzt bzw. Ärztin und Patient bzw. Patientin als auch auf der Ebene von Organisationen und ebenso in der Massenkommunikation (s. Kap. B.3.4.2).

B.3.4.2 Diversitätssensible Gesundheitskommunikation

! Damit möglichst jede Person (unabhängig z. B. von ihrer ethnischen oder sozialen Herkunft, dem Bildungsstand oder dem Milieu) das System- und Patientenwissen aufbauen kann, das für gesundheitliche Chancengleichheit nötig ist, muss es qualitätsgesicherte, leicht verständliche und diskriminierungssensible Gesundheitsinformationen geben. Diese müssen möglichst leicht zugänglich sein bzw. effizient und zielgruppengerecht beworben, verbreitet und vermittelt werden.

Gerade an seriösen Gesundheitsinformationen in leicht verständlicher Sprache gibt es einen hohen Bedarf – und zwar in der gesamten Bevölkerung, unabhängig vom Migrationshintergrund. Denn im medizinischen Bereich geht es häufig um komplizierte Inhalte und zugleich um weitreichende Entscheidungen. Von der medizinischen Fachsprache sind viele Menschen überfordert (s. dazu auch Schmidt-Kaehler et al. 2019). Das belegt etwa der Erfolg von Initiativen wie der Medizin-Plattform „Was hab' ich?", die 2011 gegründet und inzwischen mehrfach ausgezeichnet wurde. Dort können Patientinnen und Patienten ihre ärztlichen Befunde anonym und kostenlos in leicht verständliche Sprache übersetzen lassen. Das ehrenamtliche Team der Plattform besteht mittlerweile aus 174 Medizinerinnen und Medizinern (Stand: Januar 2022). Die Nachfrage ist jedoch so groß, dass für die Übersetzung von Befunden eine Warteliste eingeführt werden musste.[405]

Umso wichtiger ist es, dass nicht nur über entsprechende Plattformen medizinische Informationen verständlich aufbereitet werden, sondern das medizinische Personal darin geschult wird, sich auch im unmittelbaren Patientenkontakt verständlich auszudrücken. **! Wenn das Lernziel patientenorientierter Kommunikation in der medizinischen und pflegerischen Aus- und Weiterbildung aufgewertet wird, profitieren davon sowohl Menschen mit als auch Menschen ohne Migrationshintergrund** (s. dazu auch Schmidt-Kaehler et al. 2019: 7–8). Gerade für Patientinnen und Patienten mit geringen Deutschkenntnissen ist zugleich besonders wichtig, dass in leicht verständlicher Sprache kommuniziert wird. Eine Reduktion medizinischer Fachsprache erleichtert zudem die Sprachmittlung durch (semiprofessionelle) Laien und Laiinnen. Die Plattform „Was hab' ich?" bietet inzwischen für Medizinerinnen und Mediziner eine zertifizierte Online-Ausbildung in patientenorientierter Kommunikation an. Diese soll sie befähigen, selbst Befunde und Untersuchungen laienverständlich zu erklären.

Um dem erkennbar hohen Bedarf an qualitätsgesicherten und zugleich leicht verständlichen Gesundheitsinformationen gerecht zu werden, ist auch die Bundesregierung tätig geworden. So hat das BMG im September 2020 das nationale Online-Gesundheitsportal https://gesund.bund.de freigeschaltet. Dieses bündelt u. a. Informationen zu zentralen Gesundheitsthemen, Krankheitsbildern und Behandlungsmöglichkeiten wie auch zu Patientenrechten, medizinischen Angeboten und Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherungen (s. dazu auch BT-Drs. 19/30814: 3). Die Inhalte des Online-Portals sind auf Deutsch sowie auf Englisch und Türkisch abrufbar.

Eine zweite wichtige Säule diversitätssensibler Gesundheitskommunikation bildet die Überlegung, wie Gesundheitsinformationen möglichst effizient gestreut, beworben und vermittelt werden können. **! Die Reichweite und Wirkung von Gesundheitsinformationen hängt immer auch davon ab, dass die Inhalte möglichst diskriminierungssensibel versprachlicht und gerahmt werden. Das gilt für direkte Kommunikation zwischen Gesundheitspersonal und Patient bzw. Patientin ebenso wie für allgemeine Informationsangebote einzelner Organisationen, öffentlicher Stellen oder auch der Medien.** Umgekehrt gilt: Gesundheitskommunikation darf keine Stereotype oder anderweitig abwertende und ausgrenzende Rahmungen reproduzieren, etwa in Bezug auf marginalisierte bzw. von (beispielsweise armutsbezogener oder rassistischer) Diskriminierung betroffene Bevölkerungsgruppen. Denn sonst sind die so Angesprochenen verständlicherweise weniger bereit, die betreffenden Informationen aufzunehmen oder gar zu befolgen (vgl. RKI 2021a).[406]

405 S. https://washabich.de (07.02.2022).

406 In der Corona-Pandemie betonte das Robert Koch-Institut (RKI), wie wichtig dies in der öffentlichen Kommunikation der (lokalen) Gesundheitsbehörden zu den Infektionsschutzmaßnahmen ist, und verwies hier auch auf eine besondere Verantwortung der Medien (RKI 2021a). Konkret kritisierte das RKI, viele Medien hätten in ihrer Berichterstattung über einzelne Ausbrüche eine inhaltlich irreführende „Ethnisierung sozialer Probleme" (RKI 2021a) befördert, die die Reichweite und Wirkung der Infektionsschutzmaßnahmen zur Eindämmung des Coronavirus herabgesetzt habe, etwa mit Berichten über Ausbrüche in „Roma-Häusern" oder „bei Großfamilien". Beim sog. Zuckerfest-Ausbruch beispielsweise habe man im Nachhinein überhaupt keinen Zusammenhang

Um konkrete Bevölkerungsgruppen zu erreichen, müssen (Kommunikations-)Maßnahmen (1) den Bedürfnissen, Vorstellungen, Lebens- und Sprechweisen der jeweiligen Zielgruppe angepasst sein und (2) in den lebensweltlichen Settings dieser Gruppe vermittelt werden und in den medialen Formaten bzw. über die Kanäle, die diese Gruppe nutzt (s. etwa Blümel 2015; Abel et al. 2018; Narimani/Wright 2021; RKI 2021a). Als besonders wichtig dafür gelten partizipative Ansätze, z. B. die Einbindung von Schlüsselpersonen und zentralen Organisationen (von Unger et al. 2013; Brand et al. 2015: 584).

Beispielsweise haben viele Kommunen mit städtischer oder landespolitischer Förderung interkulturelle Gesundheits-Lotsenprojekte etabliert. Hierbei werden muttersprachliche Personen dafür ausgebildet, auf Stadtteilebene zwischen migrantischen Communitys und den Strukturen der gesundheitlichen Regelversorgung zu vermitteln und Informationen zu verschiedenen Gesundheitsthemen niedrigschwellig zugänglich zu machen. Dieses Konzept wurde maßgeblich vom Ethno-Medizinischen Zentrum e. V. in Hannover entwickelt, und zwar im Rahmen der 2003 ins Leben gerufenen Gesundheitsinitiative „MiMi – Mit Migranten für Migranten". Seither wurde es an Standorten in zehn Bundesländern (Stand: August 2021) aufgegriffen. Wie eine begleitende Evaluation der Medizinischen Hochschule Hannover ergab, konnten etwa suchtpräventive Informationen russisch- und türkischsprachigen Personen in Hannover nach dem lotsenbasierten Ansatz deutlich besser vermittelt werden als mit allgemeinen Informationsangeboten (Gerken et al. 2008: 20).

Neben *peer education*, also einer Informationsvermittlung durch Bezugspersonen, die sich z. B. in ähnlichen sozialen Räumen wie die Zielgruppe bewegen bzw. über einen ähnlichen Erfahrungshintergrund verfügen und die gleiche Sprache sprechen, ist es auch wichtig, (zivilgesellschaftliche) Organisationen und Institutionen einzubinden, die sich als Multiplikatorinnen für die jeweilige Zielgruppe eignen (s. etwa Blümel 2015). Im Feld der migrationsspezifischen Präventionsarbeit richtet sich der Blick daher vor allem auf die Einbindung von Migrantenorganisationen, religiösen Migrantengemeinden und Moscheevereinen, um Informationen zu entwickeln und zu streuen. Auch während der Corona-Pandemie haben beispielsweise Bund und Länder wie auch Ämter und Behörden Migrantenorganisationen gebeten, Informationen über die Infektionsschutzmaßnahmen zu übersetzen und weiterzugeben (Krimmer et al. 2020: 25; Bundesregierung 2021c: 29). Darüber hinaus wurden Migrantenorganisationen in dieser Hinsicht auch von sich aus tätig.[407]

Zudem nutzt die migrationsspezifische Präventionsarbeit Migrantenorganisationen, religiöse Migrantengemeinden und Moscheevereine auch als konkrete Orte im physischen Sinne (s. etwa Aşkın et al. 2018). Dem liegt die Einsicht zugrunde, dass die Vermittlung von Gesundheitswissen besonders gut in lebensweltlichen Handlungsräumen gelingt, die für die jeweilige Zielgruppe besonders wichtig sind und die sie häufig frequentiert. Dazu gehören beispielsweise die Schule oder Kita, der Arbeitsplatz, der Stadtteil bzw. das Wohnumfeld oder eben auch Vereine, Gemeinden und andere Organisationen und Institutionen, zu denen die betreffenden Personen eine starke Bindung haben (Schaeffer et al. 2018; Bundesregierung 2021c: 29–37). Beispielsweise sind gerade für ältere Migrantinnen und Migranten häufig religiöse Migrantengemeinden oder Moscheevereine sozialräumlich sehr wichtig. Deshalb gilt es als erwägenswert, dass Akteurinnen und Akteure der Altenpflege versuchen, mit diesen zu kooperieren, um ältere Menschen etwa mit Informationen über pflegerische Angebote besser zu erreichen (Breuer/Herrlein 2020).[408] Außerdem haben manche Migrantenorganisationen selbst ein deutliches wohlfahrtspflegerisches Profil (s. dazu auch Halm et al. 2020). Möglicherweise werden sie zukünftig auch eigene gesundheitsrelevante Angebote (etwa für Seniorinnen und Senioren) stärker ausweiten.

Auf jeden Fall sind Migrantenorganisationen, Migrantengemeinden und Moscheevereine wichtige

mit den Feierlichkeiten des Zuckerfestes feststellen können, und auch bei den anderen Ereignissen seien stets ganz verschiedene Menschen beteiligt gewesen (z. B. Deutsche ebenso wie Nichtdeutsche, Studierende, Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten) (RKI 2021a).

407 Das Bundesnetzwerk TANG (*The African Network of Germany* e. V.) startete z. B. im März 2020 eine eigene Telefonaktion, um Menschen und Vereine aus der afrikanischen Community in Deutschland sowie Geflüchtete gezielt zu kontaktieren und sie in ihrer Muttersprache mit seriösen Informationen zum neuartigen Coronavirus und zu notwendigen Infektionsschutzmaßnahmen zu versorgen; s. hierzu https://tang-ev.de/corona-tang-telefonaktion-informiert-mehr-als-200-000-gefluechtete-und-menschen-aus-der-afrikanischen-community/2020/03 (07.02.2022).

408 Ältere Menschen mit Migrationshintergrund nutzen gesetzliche Pflegeleistungen und besonders ambulante Pflegedienste nach bisherigem Wissensstand insgesamt seltener, auch wenn sie darauf Anspruch haben (RKI 2008b: 111; BMG 2011: 68; Kohls 2012: 33; SVR-Forschungsbereich 2015: 6). Es wird vermutet, dass das weniger an unterschiedlichen Präferenzen liegt (Kohls 2012). Vielmehr wissen sie oft zu wenig über die verschiedenen Möglichkeiten der Altenpflege, das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung und Angebote zur Entlastung pflegender Angehöriger oder auch darüber, wie eine Pflegestufe beantragt wird (SVR-Forschungsbereich 2015: 23–24).

Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für eine diversitätssensible Gestaltung von Gesundheitsinformationen und auch für deren Weitervermittlung. Allerdings erreichen sie mit ihren Informationen nicht alle Migrantinnen und Migranten gleichermaßen, sondern nur jene, die in ihrem Alltag eine Nähe zu den entsprechenden Organisationen haben (s. Aşkın et al. 2018: 43; Breuer/Herrlein 2020: 364). ➔ **Daher müssen migrationsspezifische Kampagnen und *peer education* neben eine insgesamt diversitätssensible Regelkommunikation treten.**

Eine solche diversitätssensible Gesundheitskommunikation erfordert zudem einen ressortübergreifenden Politikansatz, der verschiedene Ministerien und politische Ebenen einschließt, da Gesundheit und Krankheit von vielen Faktoren beeinflusst werden (s. dazu auch Kap. B.1.3). Das macht auch aus der Aufgabe, die Gesundheitskompetenz zu stärken, ein breites politisches Handlungsfeld. Entsprechend lautet beispielsweise eine übergeordnete Empfehlung aus dem Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz, auch das Erziehungs- und Bildungssystem so zu gestalten, dass „die Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf [...] beginnen" kann (Schaeffer et al. 2018: 56). Ferner müssen die Kommunen befähigt werden, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung im jeweiligen Wohnumfeld zu fördern. Auch in Bezug auf Berufsleben und Arbeitsplatz sowie den Umgang mit Konsum- und Ernährungsangeboten sollte die Gesundheitskompetenz mit geeigneten Maßnahmen, ggf. auch mit Gesundheitsaufklärung in den Medien gefördert werden (Schaeffer et al. 2018: 56).

B.3.5 (Rassistische) Diskriminierung im Gesundheitswesen: die große Unbekannte?

Als eine wichtige Hürde für chancengleiche Gesundheitsversorgung beschreibt die Forschungsliteratur, dass Menschen mit Migrationshintergrund zum Teil wenig Vertrauen in bzw. Vorbehalte gegen bestimmte Gesundheitsdienste haben, weil sie dort (rassistische) Diskriminierung[409] erlebt haben oder befürchten (s. z. B. Schwarz et al. 2015; Kluge et al. 2020; Kajikhina 2021; Kajikhina/Schumann 2021; Braun/Zeeb 2021). Wie die anderen Hürden, die in diesem Kapitel bereits diskutiert wurden, betrifft aber auch diese nicht nur Menschen mit Zuwanderungsgeschichte (s. dazu z. B. Bartig et al. 2021). Erstens fallen viele Menschen, die Diskriminierung aufgrund der ethnischen Herkunft bzw. rassistischer Vorurteile erleben, gar nicht in die statistische Kategorie „mit Migrationshintergrund".[410] Das betrifft beispielsweise Sinti und Roma oder Menschen, denen aufgrund ihres Aussehens, ihres Namens oder ihrer Religion (z. B. muslimisch) eine Zuwanderungsbiografie zugeschrieben wird, obwohl sie gar keinen Migrationshintergrund haben (Ahyoud et al. 2018: 9–12). Zweitens hat Diskriminierung viele weitere Dimensionen,[411] die überdies zusammenwirken können (Mehrfachdiskriminierung) (s. dazu auch Bartig et al. 2021); dies unterstreicht einmal mehr die Notwendigkeit einer intersektionalen Perspektive. § 1 des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) listet neben „Rasse" und ethnischer Herkunft auch Geschlecht, Religion oder Weltanschauung, Behinderung, Alter und sexuelle Identität als Diskriminierungsgründe. In Art. 21 der EU-Grundrechtecharta werden als weitere Diskriminierungsgründe z. B. explizit auch soziale Herkunft, Sprache und materielles Vermögen genannt.

Die Aufmerksamkeit für (rassistische) Diskriminierung im Gesundheits- und Pflegebereich ist in den letzten Jahren gestiegen, wie auch die Gesellschaft insgesamt für das Thema Rassismus sensibler geworden ist. Das liegt nicht zuletzt an rassistischen und rechtsextremistischen Anschlägen in Deutschland (z. B. dem antisemitischen Attentat auf eine Synagoge in Halle 2019 und dem rassistischen Anschlag in Hanau 2020). Auch die *Black Lives Matter*-Bewegung und die internationale Debatte über Rassismus haben zu einer höheren Sensibilität beigetragen.[412] In der Folge hat die Politik Mittel bereitgestellt, um den Sachstand in Deutschland genauer zu analysieren. Dies

409 Von Diskriminierung wird allgemein gesprochen, wenn eine Person aufgrund von (ihr zugeschriebenen) Merkmalen gegenüber einer anderen Person in einer vergleichbaren Situation benachteiligt wird. Die Ungleichbehandlung lässt sich in dem Fall also nicht mit sachlichen Gründen, Ursachen oder Prozessen erklären. Entscheidend für die Bewertung als Diskriminierung ist dabei nicht die Intention des Urhebers bzw. der Urheberin, sondern der Schaden für die betroffene Person (Kajikhina/Schumann 2021: 137). Nicht jede Diskriminierung in diesem allgemeinen Sinn ist jedoch zwingend auch eine Diskriminierung im rechtlichen Sinne.

410 Zur Definition s. Fn. 126.

411 So zeigen etwa die Berichte der Antidiskriminierungsstelle des Bundes, dass bei den entsprechenden Beratungsstellen überproportional häufig Menschen mit Behinderungen Unterstützung wegen Diskriminierung suchen (s. ADS 2021: 141–158). Deutsche und internationale Studien betonen außerdem, dass sich im Gesundheitsbereich z. B. auch Menschen mit einer HIV-Infektion (s. Deutsche Aidshilfe 2021) oder übergewichtige und adipöse Menschen besonders häufig diskriminiert fühlen (s. Schaffer/Buchinger 2019), ebenso Menschen aus verschiedenen LGBTIQ*-Communitys (s. FRA 2013: 13). Vor allem internationale Studien zeigen ferner, dass auch Frauen unter verschiedenen Vorzeichen im Gesundheitswesen Diskriminierung und Benachteiligung erleben (s. z. B. Bierman 2007; Chen et al. 2008). Für eine aktuelle Übersicht über den Forschungsstand und Forschungsbedarf zu „Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen" s. auch Bartig et al. 2021.

412 Zu politischen Reaktionen auf die Rassismus-Debatte s. auch SVR 2021: 137.

spiegelt sich auch in neuen Forschungsvorhaben wider, die Verbreitung, Erscheinungsformen und Auswirkungen von Rassismus und (rassistischer) Diskriminierung in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen untersuchen.[413]

Die Forschung zu Diskriminierung im Gesundheitswesen in Deutschland steht gleichwohl insgesamt noch sehr am Anfang: Zum einen gibt es dazu bislang kaum empirische Daten. Dies hängt unter anderem mit Bedenken zusammen, im Gesundheitskontext überhaupt migrationsspezifische Merkmale zu erheben (s. auch Kap. B.1.1). **Zum anderen ist das Phänomen vielschichtig, und speziell im wissenschaftlichen Diskurs über Diskriminierung im Gesundheitswesen aufgrund der ethnischen Herkunft bzw. rassistischer Vorurteile überlagern sich häufig verschiedene Aspekte**, beispielsweise Ebenen (Diskriminierung durch Personen und institutionelle Diskriminierung), Blickwinkel (z. B. Betroffenenperspektive und juristische Perspektive) und Ursachen (z. B. individuelle Einstellungen und strukturelle Maßgaben/Regeln). Zusätzliche Verwirrung entsteht dadurch, dass der Begriff „Rassismus" in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen, im Alltag und auch in der Politik teils unterschiedlich verwendet wird.[414] Entsprechend wird unter der Überschrift „rassistische Diskriminierung" bzw. „Diskriminierung aufgrund der ethnischen Herkunft" im Gesundheitsbereich derzeit eine sehr große Bandbreite von Themen, Herausforderungen und Problemen diskutiert.

In einer aktuellen Darstellung des Wissensstands und Forschungsbedarfs zu „Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen" bemängeln Bartig et al. (2021: 23) u. a. die „sprachlich homogenen Versorgungsstrukturen der Institutionen des Gesundheitswesens" (also z. B. fehlende mehrsprachige Informationsangebote oder lückenhafte Möglichkeiten der Sprachmittlung). Diese behandeln sie im Teilkapitel „Ethnische Herkunft und rassistische Diskriminierung" (Bartig et al. 2021: 17–32) unter der Überschrift „Kommunikationsbarrieren als institutionelles Diskriminierungsrisiko". Dieses Beispiel lenkt den Blick zugleich auf Herausforderungen im wissenschaftlichen Diskurs, die zum Teil daraus resultieren, dass es schwierig ist, Ungleichbehandlung, Benachteiligung und Diskriminierung im rechtlichen Sinne klar voneinander abzugrenzen.[415] Wenn Versorgungsstrukturen vorwiegend deutschsprachig sind, werden damit ohne Frage Menschen mit eingeschränkten Deutschkenntnissen systematisch benachteiligt. Das Fehlen mehrsprachiger Informationsmaterialien oder ein fehlender Anspruch darauf, dass die Kosten für professionelle Sprachmittlung übernommen werden (s. dazu auch Kap. B.3.3.1), sind aber deshalb noch keine Diskriminierung im rechtlichen Sinne. Denn eine solche liegt nur dann vor, wenn eine Person aufgrund einer oder mehrerer *rechtlich geschützter* Diskriminierungskategorien benachteiligt wird (s. dazu auch ADS 2017: 33). Sprache gehört nach dem deutschen AGG nicht dazu, auch wenn unstrittig sein dürfte, dass

413 Beispielsweise startete am 01.10.2021 am Forschungsinstitut Gesellschaftlicher Zusammenhalt (FGZ) im Auftrag des Bundesinnenministeriums ein breit angelegtes Studienvorhaben mit insgesamt 23 Einzelprojekten an neun Standorten. Bis Ende 2024 soll hier untersucht werden, wie weit Rassismus in staatlichen Institutionen auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene verbreitet ist und in welchem Maße er den gesellschaftlichen Zusammenhalt gefährdet; s. www.fgz-risc.de/forschung/inra-studie (07.02.2022). Das Forschungsvorhaben gehört zum Maßnahmenkatalog des Kabinettausschusses zur Bekämpfung von Rechtsextremismus und Rassismus, den die Bundesregierung im Mai 2021 beschlossen hat.

414 Rassismus bezeichnet im Allgemeinen eine Ideologie aus zwei Kernelementen: (1) Menschen werden in Gruppen eingeteilt, die als klar voneinander abgrenzbar und ‚natürlich' konstruiert werden, und es wird angenommen, dass diese Gruppenzugehörigkeit ihre Eigenschaften (z. B. ihren Charakter, ihr Verhalten oder ihre mentalen Fähigkeiten) wesentlich bestimmt. Die jeweiligen Unterteilungen sind dabei ebenso vielfältig wie willkürlich (vgl. Geulen 2007: 15–16). Die Unterscheidungskriterien sind nicht unbedingt physiologische Merkmale, wie der Antisemitismus des Nationalsozialismus zeigt. (2) Diese Gruppen sind hierarchisch angeordnet: Bestimmte Gruppen gelten als höher- und andere als minderwertig (vgl. Fredrickson 2004; Leiprecht 2016: 226–227; Zick 2010: 4–5; Attia/Keskinkilic 2017). Rassismus hat in einem gesellschaftlichen System eine bestimmte Funktion: Er legitimiert und plausibilisiert nicht nur die ungleiche Behandlung von Angehörigen verschiedener Gruppen, sondern auch Macht- und Herrschaftsverhältnisse. Historisch gesehen war Rassismus besonders in zwei Ausprägungen bedeutsam und folgenreich: in der Rassenlehre des Nationalsozialismus und im Kolonialismus und der damit verbundenen Ideologie der „weißen Vorherrschaft" („white supremacy"), also Rassismus aufgrund der Hautfarbe. Biologistische Rassentheorien wurden mit dem Sieg über das nationalsozialistische Deutschland, der Dekolonialisierung und dem Ende des Apartheidregimes in Südafrika immer weiter zurückgedrängt. Rassistische Einstellungen leben jedoch bis heute in (mehr oder weniger) subtiler Form fort. Der moderne Rassismus, insbesondere in Europa, spricht häufig nicht mehr von „Rassen", sondern von „Kulturen" und postuliert „unaufhebbare[...] kulturelle[...] Differenzen", um klar voneinander abgrenzbare Gruppen zu konstruieren (s. dazu ausführlicher SVR 2021: 28). Als Beispiele hierfür werden häufig Antiziganismus und ein möglicher antimuslimischer Rassismus genannt.

415 Für einen Überblick über die rechtswissenschaftlichen Fachdiskussionen, zentrale Positionen und offene Fragen der juristischen Abgrenzung zwischen legitimer bzw. zulässiger Ungleichbehandlung auf der einen Seite und Diskriminierung und Rassismus im Sinne eines Rechtsverstoßes auf der anderen Seite s. Froese/Thym 2022.

eine Kommunikation ausschließlich auf Deutsch faktisch Personen ausschließt.

Das hier angesprochene Risiko einer institutionellen Diskriminierung durch sprachliche Kommunikationsbarrieren illustriert zugleich eine weitere Herausforderung der wissenschaftlichen Analyse von (rassistischer) Diskriminierung im Gesundheitswesen und der darauf aufbauenden Suche nach Gegenmaßnahmen. Denn es zeigt auch, dass die Ursachen systematischer Benachteiligung kaum je monokausal sind. Wenn Bartig et al. (2021) sprachliche Kommunikationsbarrieren als Risiko institutioneller Diskriminierung einstufen, spielt dabei nämlich auch die Einsicht eine Rolle, dass „sich sprachlich bedingte Kommunikationsbarrieren auch auf das Verhalten des medizinischen und pflegenden Gesundheitspersonals auswirken können" (Bartig et al. 2021: 24). So beschreiben die im Rahmen der Studie interviewten Expertinnen und Experten, dass das Gesundheitspersonal aufgrund von Sprachbarrieren „eben häufig mit ausländischen Patient*innen[...] den Gedanken an Mehrarbeit, Zusatzarbeit, längere Arbeit, mehr Dokumentation" (Bartig et al. 2021: 24) verbindet. Das kann auf der Verhaltensebene eine Diskriminierung ausländischer Patientinnen und Patienten zur Folge haben. Hier spielen auch die Arbeitsbedingungen im Gesundheitsbereich eine Rolle: Laut den Befragten kann „der Zeitdruck, dem Ärzt*innen ausgesetzt sind, ihren Umgang mit Menschen mit geringeren deutschen Sprachkenntnissen negativ beeinflussen" (Bartig et al. 2021: 24). **Dieses Beispiel macht deutlich, dass potenziell diskriminierendes Verhalten von Personen auch eng mit institutionellen und strukturellen Bedingungen verknüpft sein kann. Werden solche Zusammenhänge ausgeblendet, greifen möglicherweise auch Gegenmaßnahmen zu kurz.**

(Rassistische) Diskriminierung im Gesundheitswesen: Was wissen wir darüber?

Aktuelle Repräsentativbefragungen zu wahrgenommener Diskriminierung zeigen zunächst grundsätzlich, dass Menschen hierzulande in allen Lebensbereichen Diskriminierung erleben, auch im Gesundheits- und im Pflegebereich (s. z. B. Beigang et al. 2017: 121; ADS 2018: 22). So ergibt die Studie „Diskriminierungserfahrungen in Deutschland" von Beigang et al. (2017: 121), dass von denjenigen, die von solchen Erfahrungen in den vergangenen zwei Jahren berichten, 26,4 Prozent diese auch im Gesundheits- und Pflegebereich erlebt haben. In der Innovations-Stichprobe des SOEP von 2016 (SOEP-IS 2016)[416] liegt die entsprechende Quote bei 28,8 Prozent (ADS 2018: 22). Etwa 2 Prozent der Beratungsanfragen, die von der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADS) registriert werden, beziehen sich auf den Bereich „Gesundheit und Pflege" (ADS 2021: 30). Das sind zwar deutlich weniger als beispielsweise in den Bereichen Arbeitsleben (31 %), Ämter und Behörden (11 %) oder Bildung (6 %). Laut ADS ist es aber dennoch ein Lebensbereich, der in Beratungsanfragen in nennenswertem Umfang als Ort vermuteter Diskriminierung genannt wird (ADS 2021: 30).

Naturgemäß ist bei solchen Überblicksstudien jedoch die Detailtiefe begrenzt. Entsprechend gibt es nur lückenhafte Erkenntnisse dazu, in welchen gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungssettings beispielsweise Diskriminierung aufgrund der ethnischen Herkunft oder rassistischer Vorurteile gehäuft vorkommt, inwieweit die (wahrgenommene) Benachteiligung neben sozialer Herabwürdigung etwa auch den Zugang zu Gesundheits- und Pflegeleistungen oder die Qualität der ‚rein' medizinischen oder pflegerischen Versorgung betrifft und wie die Betroffenen damit umgehen.[417]

Aus der oben genannten Repräsentativ- und Betroffenenbefragung von Beigang et al. (2017) geht hervor, dass Diskriminierung im Gesundheitsbereich generell (also für alle untersuchten Diskriminierungsmerkmale) aus der Sicht der Betroffenen häufig soziale Herabwürdigung und materielle Benachteiligung zugleich einschließt. Betrachtet man erlebte Diskriminierung aufgrund der „(ethnischen) Herkunft bzw. aus rassistischen Gründen sowie anhand der Religion" (Beigang et al. 2017: 230) getrennt, ist der Anteil materieller Benachteiligung jedoch kleiner als im Durchschnitt. Beim Merkmal Religion liegt zugleich der Anteil sozialer Herabwürdigung besonders

416 Die Längsschnitterhebung der SOEP-Innovations-Stichprobe (SOEP-IS) wurde 2013 erstmals durchgeführt. Sie findet jährlich statt und entspricht methodisch im Wesentlichen der SOEP-Haupterhebung (s. dazu Fn. 232). Sie ist aber deutlich kleiner; die SOEP-IS von 2016 zu subjektiven Diskriminierungserfahrungen umfasste insgesamt 6.358 Befragte in 4.106 Haushalten (s. Zweck/Glemser 2018). Der Zweck der SOEP-IS besteht darin, neue Fragen zu berücksichtigen und zu testen, bevor sie ggf. in die Haupterhebung integriert werden.

417 Speziell die empirische Forschung steht vor einer Herausforderung, wenn sie mithilfe von Befragungen untersuchen will, wie weit (rassistische) Diskriminierung in verschiedenen Lebensbereichen verbreitet ist, wen sie besonders betrifft und wie sie sich auf der individuellen Ebene auswirkt. Denn wahrgenommene und tatsächliche (rassistische) Diskriminierung sind nicht deckungsgleich (s. auch SVR 2021: 143–145). So wird z. B. nicht jede tatsächliche Diskriminierung von den Betroffenen als solche erkannt; umgekehrt können die Betroffenen Situationen fälschlicherweise als diskriminierend einstufen, weil sie z. B. nicht alle sachlichen Faktoren und Prozesse hinter einer Entscheidung kennen. Aufgrund dieser Subjektivität geben Betroffenenbefragungen kein vollständiges Bild von der Verbreitung und den konkreten Formen von (rassistischer) Diskriminierung. Sie können aber z. B. Aufschluss darüber geben, wie sich wahrgenommene Diskriminierung auf die Betroffenen auswirkt und wie sie damit umgehen.

hoch, während er beim Merkmal (ethnische) Herkunft und rassistische Diskriminierung etwas kleiner ausfällt. Beigang et al. (2017) schließen daraus, dass rassistische Diskriminierung im Gesundheits- und Pflegebereich sich häufiger entweder als Herabwürdigung oder als materielle Benachteiligung äußert, „aber nur selten beides zusammenkommt" (Beigang et al. 2017: 230).

Für andere Länder (besonders im angelsächsischen Raum) ist die Datenlage ertragreicher. Es ist jedoch unklar, inwieweit Befunde zu anderen Ländern auf den deutschen Kontext übertragbar sind, weil Diskriminierungsrisiken stets eng mit dem jeweiligen gesellschaftlichen Kontext und auch mit den rechtlichen Rahmenbedingungen verwoben sind. Der Blick auf internationale Studien zu (rassistischer) Diskriminierung im Gesundheitswesen kann daher für den deutschen Kontext vor allem Forschungsbedarf und hier sinnvolle Ansatzpunkte aufzeigen (s. dazu auch Bartig et al. 2021: 9, 17–32). Darüber hinaus liefert er erste Einsichten zu grundlegenden Zusammenhängen.

Beispielsweise ist davon auszugehen, dass (wahrgenommene) Diskriminierung und seltenere Nutzung von Gesundheitsleistungen zusammenhängen. Das gilt als unstrittig, sowohl nach den vorliegenden (spärlichen) Daten zu Deutschland als auch nach der umfangreicheren internationalen Forschung (s. z. B. Meghani/Byun/Gallagher 2012; Glance et al. 2013; Hoffman et al. 2016; Saluja/Bryant 2021; Sutton et al. 2021; Kajikhina/Schumann 2021): Wenn etwa potenziell von Rassismus betroffene Patientinnen und Patienten beim gesundheitlichen Personal rassistische Haltungen wahrnehmen, haben sie weniger Vertrauen in die Gesundheitsversorgung, nutzen Gesundheitsleistungen verzögert oder gar nicht und folgen weniger den therapeutischen Vorgaben (vgl. Wamala et al. 2007; Ben et al. 2017; Kluge et al. 2020: 1020; AlSabah 2021).

Der internationale Forschungsstand gibt zugleich Hinweise auf mögliche allgemeine Zusammenhänge zwischen stereotypen Vorannahmen des Gesundheitspersonals und Beeinträchtigungen der ‚rein' medizinischen Versorgungsqualität. Darauf deutet etwa eine länderübergreifende Betroffenenbefragung von Hamed et al. (2020) hin: Danach begünstigen stereotype Vorstellungen beim Gesundheitspersonal, dass bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten, die aus ihrer Sicht in diese Stereotype fallen, z. B. Schilderungen starker Schmerzen eher abgewiegelt und die Gabe von Schmerzmitteln oder die Behandlung entsprechend verweigert bzw. verzögert werden. Auch hier müssen jedoch für eine umfassende Ursachenanalyse und zielgenaue Gegenmaßnahmen auch die strukturellen Rahmenbedingungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung berücksichtigt werden. Beispielsweise zeigt eine Untersuchung von Stepanikova (2012) aus den USA, dass etwa großer Zeitdruck den Einfluss verinnerlichter Vorurteile im Rahmen der Diagnostik verschärfen kann.

Auch in Deutschland kursiert im Gesundheitsbereich teilweise stereotypisierender Jargon, hinter dem das Klischee von wehleidigen Migrantinnen und Migranten steht (z. B. „Morbus mediterraneus", „transalpines Syndrom", „Morbus Bosporus", „Morbus Balkan" oder „Mamma-mia-Syndrom"). Entsprechend könnte es auch hierzulande partiell stereotype Denkmuster geben, die die Versorgungsqualität negativ beeinflussen. Umfassende wissenschaftliche Untersuchungen hierzu gibt es nicht. Die Ergebnisse des im Herbst 2021 veröffentlichten Afrozensus zeigen aber beispielsweise, dass sich auch in Deutschland Schwarze[418], afrikanische und afrodiasporische Menschen häufig mit ihren Beschwerden von Ärztinnen und Ärzten nicht ernst genommen fühlen (Aikins et al. 2021: 142).[419]

In Bezug auf mögliche Zusammenhänge zwischen rassistischen Vorurteilen und Versorgungsfehlern wird auf internationaler Ebene auch intensiver über strukturelle Gegebenheiten in der medizinischen Forschung und Lehre diskutiert. Im Fokus der Kritik steht dabei z. B. der Standard, Krankheitsbilder in der medizinischen Lehre durch Fallbeispiele mit weißen Menschen zu vermitteln. Es wird vermutet, dass dies Versorgungsfehler bei schwarzen Patientinnen und Patienten begünstigt (s. z. B. Qamar 2020; Mukwende/Tamony/Turner 2020; Golsabahi-Broclawski 2021). Diese Diskussion ist Teil einer breiteren Debatte über fehlende Diversität in der medizinischen Forschung und Lehre. So wird beispielsweise auch kritisiert, dass die medizinische Forschung zu stark an Männern ausgerichtet ist und dadurch Besonderheiten der Frauengesundheit aus dem Blick geraten (s. Sugimoto et al. 2019). Dies zeigt, dass ein diversitätssensibles Gesundheitssystem

418 In Teilen der wissenschaftlichen Literatur wird „Schwarz" mit Bezug auf Menschen großgeschrieben. Damit wird eine Selbstbezeichnung übernommen, die viele afrodiasporische Menschen und Initiativen verwenden, um deutlich zu machen, dass mit den entsprechenden Begriffen auch gesellschaftspolitische Normen und Machtgefüge zum Ausdruck gebracht werden. Der SVR übernimmt diese Großschreibung im Sinne einer Selbstbezeichnung, wenn er sich auf Quellen bezieht, die sich für diese Großschreibung entschieden haben. Dies ist im Afrozensus der Fall.

419 Der Afrozensus 2020 ist die erste groß angelegte Befragung Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland. Er soll die Perspektiven, Lebensrealitäten und Diskriminierungserfahrungen dieser Menschen in verschiedenen Lebensbereichen sichtbar machen. Im bereinigten Datensatz der zugehörigen deutschlandweiten Online-Befragung (Befragungszeitraum: 20.07.2020 bis 06.09.2020) wurden die Antworten von 5.793 Personen erfasst (für nähere Informationen zu Forschungsdesign und methodischem Vorgehen des Afrozensus 2020 s. Aikins et al. 2021: 49–63). Der im Herbst 2021 veröffentlichte Report enthält auch zwei Teilkapitel über rassistische Diskriminierung im Gesundheitswesen (Aikins et al. 2021: 134–145). S. auch https://afrozensus.de (07.02.2022).

auch im Bereich der medizinischen Forschung einen entsprechenden Diversitätsansatz erfordert. Das Gleiche gilt für den Bereich der Lehre. **➔ Deshalb begrüßt der SVR die Ankündigung der Bundesregierung, Gendermedizin zu einem Teil des Medizinstudiums sowie der Aus-, Fort- und Weiterbildungen in den Gesundheitsberufen zu machen.**[420] **Um in der Lehre den Grundstein für ein umfassend inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen zu legen, ist es aber wichtig, dass hier auch weitere Diversitätsdimensionen zuverlässig repräsentiert werden. Beispielsweise ist zu prüfen, inwieweit auch in Deutschland in der medizinischen Lehre der Standard des Weißseins aufzubrechen ist** (s. auch Aikins et al. 2021: 143–145).

Die konstatierten Forschungsdesiderate sind insofern wichtig, als die Ableitung von Gegenmaßnahmen eine möglichst genaue Kenntnis der Sachlage erfordert. Grundlegend – sowohl für eine Verbesserung des Forschungsstands als auch für die Entwicklung und Implementierung zielgenauer Maßnahmen – erscheinen ferner übergeordnete Maßnahmen, die darauf abzielen, in allen gesellschaftlichen Sphären eine möglichst „offene[...] Diskussionskultur" (Kluge et al. 2020: 1020) über Erscheinungsformen und Erfahrungen mit Diskriminierung und Rassismus zu verankern.

❗ Wichtig ist: Die Forschungslücken zu Diskriminierung aufgrund der ethnischen Herkunft bzw. rassistischer Vorurteile im Gesundheitswesen und im Pflegebereich beschränken sich nicht auf den Umgang mit Patientinnen und Patienten. Sie betreffen auch Diskriminierung, die die Mitarbeitenden von Gesundheits- und Pflegediensten erfahren (s. auch Kap. A.2 und A.1.4)**, sei es durch Patientinnen und Patienten oder durch Kolleginnen und Kollegen.** Die Diskriminierung von medizinischem Personal wiederum erschwert es beispielsweise, ausländische sowie mehrsprachige und kulturell diverse Mitarbeitende im Gesundheitswesen zu gewinnen und einzubinden. Das wiederum wird unter verschiedenen Vorzeichen als Teil der Lösung gehandelt, um z. B. Hürden chancengleicher Gesundheitsversorgung abzubauen (etwa bei Sprachbarrieren) und auch Personalengpässe zu bewältigen (Stichwort Pflegenotstand). Gerlinger (2021: 17) weist darauf hin, dass eine stärkere Einbindung von Gesundheitsfachkräften mit Migrationshintergrund außerdem dazu beitragen könnte, die Sensibilität für kulturspezifisch unterschiedliche Deutungsmuster von Gesundheit und Krankheit in den Gesundheitsdiensten zu erhöhen und damit in der konkreten Gesundheitsversorgung besser umzugehen. **➔ Daher wird sowohl mit Blick auf die Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitswesens als auch mit Blick auf das Personal von Gesundheitsdiensten mehr Forschung zu Erscheinungsformen, Betroffenheitsrisiken und Wirkungsweisen von (rassistischer) Diskriminierung nötig, um darauf aufbauend geeignete Gegenmaßnahmen zu finden.**

B.3.6 Fazit: Gesundheitliche Chancengleichheit braucht eine diversitätssensible Versorgung

Menschen, die regulär krankenversichert sind und einen umfassenden sozialrechtlichen Anspruch auf Gesundheitsleistungen haben, nutzen diese Leistungen unterschiedlich, auch wenn sie das gleiche gesundheitliche Problem haben. Manche gehen beispielsweise relativ frühzeitig zum Arzt oder zur Ärztin, während andere unter Umständen dazu tendieren, alle – oder vielleicht ganz bestimmte – Arztbesuche möglichst hinauszuschieben. Ebenso werden therapeutische Maßnahmen nicht von allen Menschen gleich penibel befolgt oder kritisch hinterfragt, und auch die Interaktion mit medizinischem oder pflegerischem Personal und die Qualität der Versorgung können sehr unterschiedlich wahrgenommen werden. Die wissenschaftliche Beobachtung, dass Menschen mit Migrationshintergrund präventive, rehabilitative und pflegerische Gesundheitsdienste insgesamt seltener nutzen als Menschen ohne Migrationshintergrund, hat eine Diskussion darüber angestoßen, ob es im deutschen Gesundheitswesen für Menschen mit Migrationshintergrund spezifische Zugangs- und Wirksamkeitshürden gibt, welche das ggf. sind und wie sie effektiv abgebaut werden können.

Der Forschungsstand dazu ist lückenhaft. Einigkeit besteht jedoch darüber, dass es solche migrationsspezifischen Hürden in der Tat gibt. Diese betreffen Menschen mit Migrationshintergrund aber keineswegs automatisch und auch nicht alle in gleichem Maße. Umgekehrt betreffen manche als migrationsspezifisch diskutierten Hürden durchaus auch Menschen ohne Zuwanderungsgeschichte. Der Blick auf das Merkmal Migrationshintergrund allein greift also häufig zu kurz, um die Ursachen, Erscheinungsformen und Wirkweisen von Benachteiligungen in der Gesundheitsversorgung zu verstehen. Menschen mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden und ähneln sich unabhängig vom Migrationshintergrund in vielen weiteren Merkmalen, und diese wirken sowohl einzeln als auch im Zusammenspiel auf ihre gesundheitliche Lage, die Interaktion mit Gesundheitsdiensten und die Zufriedenheit

420 Im Koalitionsvertrag für die 20. Legislaturperiode (2021–2025) heißt es dazu: „Wir berücksichtigen geschlechtsbezogene Unterschiede in der Versorgung, bei Gesundheitsförderung und Prävention und in der Forschung und bauen Diskriminierungen und Zugangsbarrieren ab. Die Gendermedizin wird Teil des Medizinstudiums, der Aus-, Fort- und Weiterbildungen der Gesundheitsberufe werden" (SPD/Grüne/FDP 2021: 86).

damit. Solche Faktoren sind z. B. Einkommen und Erwerbsstatus, Bildungsstand, Alter, Geschlecht und Geschlechtsidentität, religiöse, kulturelle und soziale Prägung und nicht zuletzt die Einbindung in unterstützende Netzwerke. Wie diese Faktoren einzeln und im Zusammenspiel den chancengleichen Zugang zu qualitativ hochwertigen Gesundheits- und Pflegeleistungen beeinflussen, ist bisher nicht umfassend erforscht.

Wissenschaftliche Analysen müssen deshalb einen Fokus auf die Wechselwirkungen von Heterogenitätsmerkmalen legen. So lässt sich auch die Bedeutung der einzelnen Faktoren genauer erfassen; zugleich gibt es Aufschluss über intersektional bedingte Benachteiligungen, also Hürden, die erst verständlich werden, wenn man mehrere Faktoren für gesundheitliche Ungleichheit miteinander verknüpft. Auf der so entstehenden Wissensbasis könnten zielgenaue Maßnahmen entwickelt werden, um die Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung zu erhöhen. Um genauer zu erfassen, welche Rolle ein Migrationshintergrund dabei spielen kann, muss die Forschung ferner um eine ressourcenorientierte Perspektive erweitert werden. Bisher richtet sie sich vor allem auf Defizite.

Was über die Bedeutung einzelner Heterogenitätsmerkmale für die chancengleiche Gesundheitsversorgung bereits bekannt ist, zeigt, dass der sozioökonomische Status für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen eine große Rolle spielt. Danach nutzen Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status z. B. präventive Gesundheitsleistungen seltener. Ein Teil der geringeren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, die in der Vergangenheit für Menschen mit Migrationshintergrund konstatiert wurde, geht darauf zurück, dass sich ein Migrationshintergrund statistisch immer noch häufig mit einem niedrigen sozioökonomischen Status verbindet. Anders ausgedrückt: Ein Migrationshintergrund ist statistisch gesehen ein Risikofaktor für einen niedrigen sozioökonomischen Status, und dieser wiederum bedeutet statistisch ein höheres Risiko, dass die betreffende Person von Zugangs- und Wirksamkeitshürden im Gesundheitssystem betroffen ist.

Daraus ist aber nicht zu schließen, dass ein Migrationshintergrund für gesundheitliche Chancengleichheit immer nur indirekt ins Gewicht fällt, weil er häufig mit einer ungünstigen sozioökonomischen Situation verknüpft ist. Denn der *konkrete* Migrationsstatus (Zuwanderungsgeneration, Herkunftsland, Aufenthaltsdauer und Aufenthaltsstatus) erhöht ggf. auch als solcher das Risiko für Hürden und Benachteiligungen im Gesundheitswesen: Wenn Menschen z. B. erst relativ kurze Zeit in Deutschland leben, in einem Gesundheitssystem sozialisiert wurden, das sich von dem deutschen stark unterscheidet, und/oder (noch) nicht gut Deutsch sprechen, sind sie – auch losgelöst von ihrem Bildungsstand und sozioökonomischen Status – im Gesundheitssystem mit einer höheren Wahrscheinlichkeit von Zugangs- und Wirksamkeitshürden betroffen.

Als *migrationsspezifische* Hürden beschreibt die Forschung in diesem Zusammenhang vor allem (1) Sprach- und Kommunikationsbarrieren, (2) eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz bezüglich des in Deutschland relevanten System- und Patientenwissens und dadurch z. B. Schwierigkeiten, sich in den Strukturen der gesundheitlichen Versorgung zu orientieren, (3) Diskriminierung aufgrund der ethnischen Herkunft bzw. rassistischer Vorurteile und dadurch unter Umständen auch wenig Vertrauen in bzw. Vorbehalte gegen Gesundheitsdienste und (4) eine fehlende interkulturelle Sensibilität in den Gesundheitsdiensten und in der Folge Missverständnisse, Konflikte und Unzufriedenheit mit der Behandlung.

Die empirische Datenlage zu letzterem Punkt ist hierzulande besonders dürftig. Fragmentarische empirische Daten aus anderen Ländern zeigen jedoch, dass dies ein wichtiges Thema ist, dem die Wissenschaft auch in Deutschland künftig mehr Aufmerksamkeit widmen sollte. Besonders wichtig ist auch hier eine intersektionale Perspektive. **Der SVR empfiehlt deshalb, eingehender zu erforschen, wie weit diese Art der Diskriminierung im Gesundheitswesen verbreitet ist, in welchen Formen sie auftritt und wen sie betrifft. Dabei sollte ein besonderes Augenmerk auf Mehrfachdiskriminierung gelegt werden.**

Die Hürden chancengleicher Gesundheitsversorgung, die in der Literatur als migrationsspezifisch identifiziert werden, sind jedoch alle nicht *rein* migrationsspezifisch – auch wenn es auf der Hand liegt, dass vor allem Sprachbarrieren besonders eng mit Migration verknüpft sind. **Um die gesundheitliche Chancengleichheit (auch) von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte zu verbessern, sind in erster Linie diversitätssensible Versorgungsstrukturen nötig. Migrationsspezifische Angebote, Abteilungen oder Einrichtungen können zwar (in bestimmten Konstellationen) *zusätzlich* sinnvoll sein. Sie müssen jedoch grundsätzlich komplementär zur Regelversorgung bleiben, und es ist sicherzustellen, dass damit nicht (stillschweigend) die Verantwortung für Diversitätssensibilität in der Gesundheitsversorgung delegiert bzw. ausgelagert wird.**

Wie könnten oder sollten solche diversitätssensiblen Versorgungskonzepte aber in der Praxis genau aussehen und welche systemischen und institutionellen Faktoren könnten sie begünstigen oder erschweren? Diese Diskussion steht in Deutschland noch sehr am Anfang. Erste Versuche einer praktischen Umsetzung haben bisher eher Modellcharakter. **Für Ansätze und Maßnahmen zur Implementierung diversitätssensibler Versorgung, die im stationären oder ambulanten Bereich erprobt werden, sollten die Wirksamkeit wie auch die damit verbundenen Anforderungen und Herausforderungen untersucht werden. Der SVR empfiehlt daher eine verstärkte Förderung entsprechender Evaluationsstudien.**

Eines weiß man darüber jedoch bereits: Diversitätssensible Versorgung braucht Rahmenbedingungen, die es ermöglichen, im Kontakt mit Patientinnen und Patienten auf die je besonderen Bedürfnisse und Bedarfe einzugehen – gleichviel, ob ein höherer Bedarf an Zeit oder personeller Betreuung nun z. B. durch eine körperliche oder geistige Behinderung entsteht, durch Sprachbarrieren, Unsicherheit bzw. einen höheren Aufklärungsbedarf der betreffenden Person, durch einen wertbezogenen Klärungsbedarf in Bezug auf Behandlungsoptionen oder etwas ganz anderes. Dem steht der große Zeit- und Effizienzdruck im Gesundheitswesen entgegen. In der Konsequenz werden dadurch Personen tendenziell benachteiligt, deren Bedarfe einen zeitlichen oder personellen Mehraufwand in der Gesundheitsversorgung erfordern. Deshalb muss auch überprüft werden, ob die Vergütungssysteme in den verschiedenen Versorgungsbereichen und Behandlungssettings einen Mehraufwand für diversitätssensible Versorgung hinreichend abbilden.

Konkreten Handlungsbedarf sieht der SVR beim Thema Sprachmittlung für Lautsprachen im Gesundheitswesen. Die Absicht der Bundesregierung, diese bei medizinisch notwendigen Behandlungen in den Leistungskatalog des SGB V aufzunehmen, ist ein wichtiger Schritt. Allerdings sind damit noch nicht alle Probleme gelöst. Ein Grund hierfür ist, dass professionelle Sprachmittlerinnen und Sprachmittler (gerade für seltenere Sprachen) nicht in ausreichender Zahl vorhanden sind. Deshalb sind die entwickelten pragmatischen Ansätze zur Überwindung von Sprachbarrieren (z. B. durch *Remote Interpreting* via Telefon- oder Videokonferenz oder den Einbezug von Laien und Laiinnen mit gleicher Muttersprache) auch weiterhin nötig, auch wenn es unter diesen Bedingungen eine Herausforderung bleibt, Standards für die Qualität der Sprachmittlung im Gesundheitswesen zu definieren und zu garantieren. Es wird somit darauf ankommen, praktische Leitlinien dafür zu entwickeln, in welchen Behandlungssituationen bzw. bei welchen Arzt-Patienten-Interaktionen welches Modell der Sprachmittlung geboten ist.

➔ **Hierzu sollte evaluiert werden, (1) in welchen Versorgungsbereichen und Behandlungssettings es – aus der Sicht des Gesundheitspersonals und aus der Sicht von Patientinnen und Patienten – mit welchen Sprachmittlungsmodellen aktuell wie gut oder schlecht funktioniert, Sprachbarrieren pragmatisch und zuverlässig zu überwinden, (2) welche Kosten hierfür bereits heute in den Gesundheitsdiensten anfallen und (3) wie die Verfügbarkeit von Sprachmittlungsdiensten das Nutzungsverhalten, somit die Gesundheit und in der Folge auch die Kosten der Gesundheitsversorgung von Menschen mit geringen oder fehlenden Deutschkenntnissen beeinflusst.** Fundierte Erkenntnisse zu diesen Fragen würden eine hilfreiche Grundlage liefern, um den institutionellen und politischen Regelungsbedarf sowie konkrete Regelungsmöglichkeiten auch zur Finanzierung der Kosten für Sprachmittlung zu benennen.

In der Praxis muss ferner Rechtssicherheit darüber hergestellt werden, inwieweit zur Abmilderung von Sprachbarrieren im Gesundheitswesen künftig auch maschinelle (Echtzeit-)Übersetzungen auf der Basis künstlicher Intelligenz genutzt werden können (z. B. Übersetzungs-Apps). Da Informationen im Gesundheitsbereich eine große Tragweite haben und rechtlich relevant werden können, müssen u. a. die (haftungs-)rechtlichen und datenschutzbezogenen Fragen geklärt werden, die mit dem Rückgriff auf technische Übersetzungslösungen einhergehen.

➔ **Zur Abmilderung von Sprachbarrieren ist es auch sinnvoll, mehrsprachiges Personal (auf freiwilliger Basis) einzubinden. Diese Personen sollten regelmäßig in Sprachmittlungstechniken geschult werden. Ferner muss beim Aufbau eines hausinternen Sprachmittlungsdienstes mit mehrsprachigem Personal sichergestellt werden, dass die Zusatzaufgabe der Sprachmittlung nicht die regulären Arbeitsabläufe stört, die fachliche Weiterqualifikation des betreffenden Personals behindert oder zu Spannungen in den kollegialen Beziehungen führt. Außerdem muss ein etwaiger Mehraufwand durch Sprachmittlung monetär vergütet oder anderweitig ausgeglichen werden.**

Als ein weiterer – bislang jedoch wenig beachteter – Baustein, um Sprachbarrieren durch eingeschränkte Deutschkenntnisse abzumildern, könnte in der medizinischen und pflegerischen Aus- und Weiterbildung das Lernziel patientenorientierte Kommunikation aufgewertet werden. Denn gerade für Patientinnen und Patienten mit geringen Deutschkenntnissen ist Kommunikation in leicht verständlicher Sprache besonders hilfreich. Zugleich erleichtert die laienverständliche Formulierung von Befunden und Behandlungsoptionen potenziell auch die Sprachmittlung durch (semiprofessionelle) Laien und Laiinnen, wenn eine solche dennoch erforderlich ist. Sie käme im Übrigen der gesamten Bevölkerung zugute, denn deren Gesundheitskompetenz ist wie in anderen komplexen Gesundheitssystemen sehr ausbaufähig.

➔ **Die Stärkung der Gesundheitskompetenz ist in mehrfacher Hinsicht zentral, um gesundheitliche Chancengleichheit zu steigern und Zugangs- und Wirksamkeitshürden in der Gesundheitsversorgung effektiv abzubauen.** Denn wenn Menschen ihre Rechte als Patient oder Patientin kennen, wissen, wohin sie sich mit einem konkreten gesundheitlichen Problem wenden können bzw. wo es seriöse Informationen dazu gibt oder wo sie etwa bei der Beantragung von Pflege- oder anderen Gesundheitsleistungen Unterstützung finden, haben sie ein geringeres Risiko, bei der Gesundheitsversorgung benachteiligt zu werden.

➔ **Um die entsprechende Kompetenz zu fördern, bedarf es unter anderem diversitätssensibler Gesundheitskommunikation.** Das betrifft die direkte Interaktion zwischen Arzt bzw. Ärztin und Patient bzw. Patientin. Es

gilt aber auch auf der Ebene von Organisationen (z. B. Krankenhäuser, Praxisgemeinschaften, Pflegeheime, Gesundheitsämter oder Krankenversicherungen) und in der Massenkommunikation (z. B. Gesundheitskampagnen, öffentliche Gesundheitskommunikation). ➔ **Dafür müssen qualitätsgesicherte, leicht verständliche und diskriminierungssensible Gesundheitsinformationen erstellt werden, die möglichst breit vorliegen und leicht zugänglich sind und die effizient und zielgruppengerecht beworben, verbreitet und vermittelt werden.**

Um Gesundheitsinformationen diversitätssensibel zu gestalten und gezielt an bestimmte Gruppen zu vermitteln, sind partizipative Ansätze besonders wichtig. Wenn die Gesundheitskommunikation Menschen mit Zuwanderungsgeschichte besser erreichen soll, ist es also sinnvoll, bei der Planung und Umsetzung von (Kommunikations-) Maßnahmen beispielsweise auch Migrantenorganisationen, religiöse Migrantengemeinden, Moscheegemeinden oder einzelne Schlüsselpersonen einzubinden; das hat sich zuletzt auch in der Corona-Pandemie bewährt. Dies sollte allerdings nicht dazu führen, dass die Verantwortung für diversitätssensible Kommunikation und Ansprache an diese Organisationen und Personen delegiert wird.

Anhang I: Verzeichnisse

Abbildungen

Abb. A.1	Anträge auf Anerkennung in ausgewählten Gesundheitsberufen 2015–2020	**21**
Abb. A.2	Anträge auf Anerkennung in den Referenzberufen Gesundheits- und Krankenpfleger/in und Arzt/Ärztin 2018 nach Ausbildungsstaat	**22**
Abb. A.3	Verfahren der Berufszulassung für reglementierte Gesundheitsberufe	**31**
Abb. A.4	Anteile zugewanderter Gesundheitsfachkräfte in ausgewählten OECD-Staaten	**47**
Abb. A.5	Abwanderung von Ärztinnen und Ärzten aus Deutschland 2008–2020	**51**
Abb. A.6	Erwerbstätige mit Migrationshintergrund in ausgewählten Gesundheits- und Pflegeberufen 2019	**60**
Abb. A.7	Erwerbstätige mit Migrationshintergrund in den Gesundheits- und Pflegeberufen 2019 nach Herkunftsland bzw. Herkunftsland der Eltern	**61**
Abb. A.8	Ausländische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland 2020 nach Staatsangehörigkeit	**64**
Abb. A.9	Ausländische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland 2010–2020 nach Herkunftsregionen	**65**
Abb. A.10	Anteil ausländischer Ärztinnen und Ärzte 2020 nach Bundesland (in Prozent)	**67**
Abb. A.11	Pflegekräfte mit Migrationshintergrund 2013 und 2019 nach Nationalität und Migrationserfahrung (in 1.000)	**71**
Abb. A.12	Das Entsendemodell innerhalb der EU: Entsendung und Vermittlung ausländischer Live-ins in deutsche Privathaushalte	**79**
Abb. B.1	Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einschätzen, 2018 nach Herkunftsland	**103**
Abb. B.2	Ferne Lebenserwartung mit und ohne gesundheitliche Einschränkungen bei 50-jährigen Menschen mit deutscher und türkischer Staatsangehörigkeit in Deutschland 2005/2006	**104**
Abb. B.3	Depressive Symptome bei Flüchtlingen und im Bevölkerungsdurchschnitt in Deutschland 2016 nach Geschlecht und Altersgruppen (Index von 0–12)	**108**
Abb. B.4	Einflussfaktoren für die Gesundheit von Zugewanderten und ihren Nachkommen	**109**
Abb. B.5	Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht einschätzen, 2016 nach Migrationshintergrund und Erwerbsstatus	**112**
Abb. B.6	Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht einschätzen, 2016 nach Migrationshintergrund und Bildungsniveau	**113**
Abb. B.7	Anteil der Personen mit starkem Übergewicht/Adipositas 2017 nach Migrationshintergrund, Geschlecht, Altersgruppen und höchstem Schulabschluss	**115**
Abb. B.8	Art des Krankenversicherungsschutzes 2019 nach Migrationshintergrund	**123**
Abb. B.9	Gesetzlich Krankenversicherte mit Anspruch auf Zusatzleistungen durch eine Zusatz-Krankenversicherung 2019 nach Migrationshintergrund	**124**
Abb. B.10	Modell des Zugangs zu Gesundheitsleistungen für Menschen im Asylverfahren, die sich noch keine 18 Monate in Deutschland aufhalten	**128**
Abb. B.11	Potenzielle Einflüsse auf chancengleiche Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund	**153**
Abb. B.12	Gesundheitskompetenz in Deutschland 2019/2020 nach HLS-GER 2	**167**

Tabellen

Tab. A.1 Wichtigste Herkunftsländer ausländischer Ärztinnen und Ärzte in Deutschland 2020 und Entwicklung ab 2010 ..... **66**

Tab. A.2 Wichtigste Herkunftsländer von ausländischen Pflegekräften in Deutschland Ende 2020 und Entwicklung ab Mitte 2018 ..... **70**

Tab. B.1 Lebenserwartung und Sterberaten der deutschen und der ausländischen Bevölkerung in Deutschland 2020 ..... **99**

Tab. B.2 Indikatoren der sozioökonomischen Lage von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland 2019 ..... **110**

Tab. B.3 Raucherquoten 2020 nach Migrationshintergrund, Herkunftsland und Geschlecht **116**

Info-Boxen

Info-Box 1	Gesundheits- und Pflegeberufe: Definition und Reglementierung	**23**
Info-Box 2	Pflegeberufe in Deutschland und ihre Besonderheiten	**25**
Info-Box 3	Verfahren zur Anerkennung von im Ausland erworbenen ärztlichen Qualifikationen	**32**
Info-Box 4	Maßnahmen zur Fachkräftegewinnung im Ausland im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege (KAP)	**36**
Info-Box 5	Das Programm „Triple Win“: Vorbild für bilaterale Abkommen?	**40**
Info-Box 6	Migration von Gesundheitsfachkräften: ein internationales Phänomen	**46**
Info-Box 7	Die Auswanderung von Ärztinnen und Ärzten aus Rumänien	**49**
Info-Box 8	Internationale Mobilität von Ärztinnen und Ärzten aus Deutschland	**50**
Info-Box 9	Ausbildung für den Weltmarkt: Pflegekräfte von den Philippinen	**53**
Info-Box 10	*Global Skills Partnerships*	**55**
Info-Box 11	Das BAG-Urteil zur ‚24-Stunden-Betreuung‘	**82**
Info-Box 12	Transnationale Betreuungsverhältnisse: das Phänomen der Betreuungsketten *(care chains)*	**83**
Info-Box 13	Der Standard DIN SPEC 33454 für Vermittlungsagenturen für Betreuungskräfte	**86**
Info-Box 14	Stand und Entwicklung der Corona-Pandemie bei Menschen mit Migrationshintergrund: keine hinreichenden statistischen Daten	**94**
Info-Box 15	Gesundheitsberichterstattung in Deutschland	**97**
Info-Box 16	Abgrenzung und Erklärung der verwendeten Begriffe und Methoden zur Messung von Gesundheit	**100**
Info-Box 17	Subjektive Einschätzung als Indikator für die Gesundheit: Vor- und Nachteile	**102**
Info-Box 18	Rechtliche Rahmenbedingungen der geografischen Verteilung und der Wohnsituation von Asylsuchenden	**131**
Info-Box 19	Umgang mit der Corona-Pandemie in Sammelunterkünften für Asylsuchende	**134**
Info-Box 20	Krankenversicherung innerhalb der EU: Zuständigkeitsverteilung zwischen Herkunfts- und Aufnahmeland	**143**
Info-Box 21	Wertbezogene Konflikte in der Gesundheitsversorgung	**155**

Abkürzungen

Vgl. zur Begriffsverwendung im SVR-Jahresgutachten das SVR-Glossar unter www.svr-migration.de/glossar.

a. F.	alte Fassung
AA	Auswärtiges Amt
Abs.	Absatz
ADS	Antidiskriminierungsstelle des Bundes
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
APuZ	Aus Politik und Zeitgeschichte
ArbZG	Arbeitszeitgesetz
Art.	Artikel
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylG	Asylgesetz
AufenthG	Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet (Aufenthaltsgesetz)
Az.	Aktenzeichen
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAfF	Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer
BAG	Bundesarbeitsgericht
BÄK	Bundesärztekammer
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BASFI	Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg
BDÜ	Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer e. V.
BeschV	Verordnung über die Beschäftigung von Ausländerinnen und Ausländern (Beschäftigungsverordnung)
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBB	Berufsverband der Gebärdensprachdolmetscher/-innen Berlin/Brandenburg e. V.
BGBl.	Bundesgesetzblatt
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (ab 12/2021: Bundesministerium des Innern und für Heimat)
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag – Ärzte
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (ab 12/2021: Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz)
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BQFG	Gesetz über die Feststellung der Gleichwertigkeit von Berufsqualifikationen (Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz)
BR-Drs.	Drucksache des Deutschen Bundesrats (Bundesratsdrucksache)
BT-Drs.	Drucksache des Deutschen Bundestags (Bundestagsdrucksache)
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
CESCR	Committee on Economic, Social and Cultural Rights/UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DeFa	Deutsche Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DEGS1	Erste Erhebungswelle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.

DIN	Deutsches Institut für Normung e. V.
DKF	Deutsches Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen
DRK	Deutsches Rotes Kreuz e. V.
EG	Europäische Gemeinschaft
EHIC	European Health Insurance Card/Europäische Krankenversicherungskarte
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
Eurostat	Statistisches Amt der Europäischen Union
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
FAU	Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
FAZ	Frankfurter Allgemeine Zeitung
FGM	female genital mutilation/weibliche Genitalverstümmelung
FKEG	Fachkräfteeinwanderungsgesetz
Fn.	Fußnote
FRA	European Union Agency for Fundamental Rights/Agentur der Europäischen Union für Grundrechte
FreizügG/EU	Gesetz über die allgemeine Freizügigkeit von Unionsbürgern (Freizügigkeitsgesetz/EU)
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell (Studie des RKI)
GfG	Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HLS-EU	European Health Literacy Survey/Europäischer Health Literacy Survey
HLS-GER	Health Literacy Survey Germany – Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland
HLS-GER 2	Zweiter Health Literacy Survey Germany – Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
IG BAU	Industriegewerkschaft Bauen-Agrar-Umwelt
ILO	International Labour Organization/Internationale Arbeitsorganisation
IMIRA	Improving Health Monitoring in Migrant Populations (Projekt des RKI)
INGA Pflege	Integrierte Ausgleichsmaßnahme für die Anerkennung von Pflegefachkraftabschlüssen
IPwskR	Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UN-Sozialpakt)
IQ	Förderprogramm Integration durch Qualifizierung
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ISCED	International Standard Classification of Education/Internationale Standardklassifikation im Bildungswesen
KAP	Konzertierte Aktion Pflege
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KldB	Klassifikation der Berufe
LGBTIQ*	Lesbian, Gay, Bisexual, Trans, Intersexual, Queer/lesbisch, schwul, bisexuell, trans*, inter*, queer
MIDEM	Mercator Forum Migration und Demokratie
MiLoG	Gesetz zur Regelung eines allgemeinen Mindestlohns (Mindestlohngesetz)
MIPEX	Migrant Integration Policy Index
NRW	Nordrhein-Westfalen
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development/Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PECO-Institut	PECO-Institut für nachhaltige Regionalentwicklung in Europa e. V.
PKV	private Krankenversicherung
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RKI	Robert Koch-Institut
RL	Richtlinie
Rn.	Randnummer
RND	Redaktionsnetzwerk Deutschland
SGB	Sozialgesetzbuch

SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
SVR	Sachverständigenrat für Integration und Migration, zuvor Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration
SVR Gesundheit	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
SWR	Südwestrundfunk
TMMJV	Thüringer Ministerium für Migration, Justiz und Verbraucherschutz
UN	United Nations/Vereinte Nationen
UN DESA	United Nations Department of Economic and Social Affairs/Hauptabteilung Wirtschaftliche und Soziale Angelegenheiten der Vereinten Nationen
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization/Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft und Kultur
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees/Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen
UNICEF	United Nations Children's Fund/Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen
Urt.	Urteil
vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.
VENRO e. V.	Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe deutscher Nichtregierungsorganisationen e. V.
VO	Verordnung
WHO	World Health Organization/Weltgesundheitsorganisation
ZAR	Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik
ZDF	Zweites Deutsches Fernsehen

Literatur

0–9

24h-Pflege-Check.de 2021: 24 Stunden Pflege in Österreich: Kosten und Abläufe in unserem Nachbarland. (https://24h-pflege-check.de/blog/24-stunden-pflege-in-oesterreich-kosten, 08.02.2022)

A

AA 2021: Visumhandbuch. Stand: Mai 2021, Berlin.

Abel, Thomas/Bruhin, Eva/Sommerhalder, Kathrin/Jordan, Susanne 2018: Health Literacy/Gesundheitskompetenz, in: BZgA-Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. (https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/health-literacy-gesundheitskompetenz, 08.02.2022)

Abraído-Lanza, Ana F./Dohrenwend, Bruce P./Ng-Mak, Daisy S./Turner, J. Blake 1999: The Latino Mortality Paradox: A Test of the „Salmon Bias" and Healthy Migrant Hypotheses, in: American Journal of Public Health, 89: 10, 1543–1548.

Adam, Yvonne/Carol, Sarah 2020: Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund. Perspektive und Erfahrungen von türkisch- und russischsprachigen Frauen, Bielefeld.

ADS 2017: Handbuch „Rechtlicher Diskriminierungsschutz". 3. Aufl., Berlin.

ADS 2018: Erhebung von subjektiven Diskriminierungserfahrungen. Erste Ergebnisse von Testfragen in der SOEP Innovations-Stichprobe 2016, Berlin.

ADS 2021: Diskriminierung in Deutschland – Erfahrungen, Risiken und Fallkonstellationen. Vierter Gemeinsamer Bericht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes und der in ihrem Zuständigkeitsbereich betroffenen Beauftragten der Bundesregierung und des Deutschen Bundestages, Berlin.

Ahyoud, Nasiha/Aikins, Joshua Kwesi/Bartsch, Samera/Bechert, Naomi/Gyamerah, Daniel et al. 2018: Wer nicht gezählt wird, zählt nicht. Antidiskriminierungs- und Gleichstellungsdaten in der Einwanderungsgesellschaft – eine anwendungsorientierte Einführung, Berlin.

Aichberger, Marion C./Neuner, Bruno/Hapke, Ulfert/Rapp, Michael A./Schouler-Ocak, Meryam et al. 2012: Der Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen in der älteren Bevölkerung in Deutschland, in: Psychiatrische Praxis, 39: 3, 116–121.

Aikins, Muna AnNisa/Bremberger, Teresa/Aikins, Joshua Kwesi/Gyamerah, Daniel/Yıldırım-Caliman, Deniz 2021: Afrozensus 2020. Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland, Berlin.

Aldridge, Robert W./Lewer, Dan/Katikireddi, Srinivasa Vittal/Mathur, Rohini/Pathak, Neha et al. 2020: Black, Asian and Minority Ethnic Groups in England Are at Increased Risk of Death from COVID-19: Indirect Standardisation of NHS Mortality Data, in: Wellcome Open Research, 5: 88.

Aldridge, Robert W./Nellums, Laura B./Bartlett, Sean/Barr, Anna Louise/Patel, Parth et al. 2018: Global Patterns of Mortality in International Migrants: A Systematic Review and Meta-Analysis, in: The Lancet, 392: 10164, 2553–2566.

AlSabah, Souzan 2021: Gesundheitsfolgen von Rassismus und Intersektionalität, in: Impu!se für Gesundheitsförderung, 110, 4–5.

Altgeld, Thomas 2010: Gesundheitliche Chancengleichheit, in: BZgA-Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. (https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitliche-chancengleichheit, 08.02.2022)

Andersson, Gunnar/Drefahl, Sven 2017: Long-Distance Migration and Mortality in Sweden: Testing the Salmon Bias and Healthy Migrant Hypotheses, in: Population, Space and Place, 23: 4, e2032.

Angenendt, Steffen/Clemens, Michael/Merda, Meiko 2014: Der WHO-Verhaltenskodex. Eine gute Grundlage für die Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften. SWP-Aktuell 25, Berlin.

Anson, Jon 2004: The Migrant Mortality Advantage: A 70 Month Follow-up of the Brussels Population, in: European Journal of Population, 20: 3, 191–218.

Arend, Stefan/Stielner, Anna 2021: Die „polnischen Perlen" in deutschen Pflegehaushalten. Zur Rezeption des Tätigseins polnischer Betreuungskräfte und Haushaltshilfen in deutschen Seniorenhaushaltungen in der polnischen und deutschen (Fach-)Diskussion, in: Bettig, Uwe/Frommelt, Mona/Maucher, Helene/Schmidt, Roland/Thiele, Günter (Hrsg.): Anwerbung internationaler Fachkräfte in der Pflege. Arbeitsmarktpolitische Antworten für Gesundheitseinrichtungen?, Heidelberg, 79–112.

Arnold, Melina/Razum, Oliver/Coebergh, Jan-Willem 2010: Cancer Risk Diversity in Non-Western Migrants to Europe: An Overview of the Literature, in: European Journal of Cancer, 46: 14, 2647–2659.

Ärzte der Welt e. V. (Hrsg.) 2018: Parallel Report to the CESCR: On the Right to Health for Non-Nationals, o. O.

Asis, Maruja M. B. 2017: The Philippines: Beyond Labor Migration, Toward Development and (Possibly) Return, in: MPI Migration Information Source. (https://migrationpolicy.org/article/philippines-beyond-labor-migration-toward-development-and-possibly-return, 08.02.2022)

Aşkın, Basri/Wagner, Anke/Tübek, Mesut/Rieger, Monika A. 2018: Die Rolle von Migrantenselbstorganisationen in der Gesundheitsversorgung. Ein integrativer Review, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 139, 37–45.

Attia, Iman/Keskinkilic, Ozan Z. 2017: Rassismus und Rassismuserfahrung. Entwicklung – Formen – Ebenen, in: Institut für Demokratie und Zivilgesellschaft (Hrsg.): Wissen schafft Demokratie 2/2017. Schwerpunkt Diskriminierung. Schriftenreihe des Instituts für Demokratie und Zivilgesellschaft, Jena, 116–125.

Auffenberg, Jennie 2021: Fachkräftemangel in der Pflege? Große Potenziale wollen gehoben werden, in: Arbeitnehmerkammer Bremen (Hrsg.): Bericht zur Lage der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Land Bremen 2021, Bremen, 145–149.

Aulenbacher, Brigitte/Leiblfinger, Michael/Prieler, Veronika 2021: Das umstrittene Selbstständigenmodell – Live-in-Betreuung in Österreich, in: Aulenbacher, Brigitte/Lutz, Helma/Schwiter, Karin (Hrsg.): Gute Sorge ohne gute Arbeit? Live-in-Care in Deutschland, Österreich und der Schweiz, Weinheim, 66–78.

Aulenbacher, Brigitte/Lutz, Helma/Schwiter, Karin (Hrsg.) 2021: Gute Sorge ohne gute Arbeit? Live-in-Care in Deutschland, Österreich und der Schweiz, Weinheim.

Aumüller, Jutta/Daphi, Priska/Biesenkamp, Celine 2015: Die Aufnahme von Flüchtlingen in den Bundesländern und Kommunen. Behördliche Praxis und zivilgesellschaftliches Engagement. Expertise gefördert und herausgegeben von der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart.

B

BA 2013: Aggregatbeschreibung „Gesundheits- und Pflegeberufe" auf Basis der Klassifikation der Berufe von 2010 (KldB 2010), Nürnberg.

BA 2019: Bedarfsanalyse der Bundesagentur für Arbeit für die Gewinnung von Fachkräften im Ausland. Juli 2019, Nürnberg.

BA 2021a: Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg.

BA 2021b: Beschäftigte nach Staatsangehörigkeiten (Quartalszahlen). 31. März 2021, Nürnberg.

BA 2021c: Fachkräfteengpassanalyse 2020, Nürnberg.

BA 2021d: Gemeldete Arbeitsstellen nach Berufen (Engpassanalyse). Monatszahlen, Oktober 2021, Nürnberg.

BA 2021e: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (SvB) am Arbeitsort (AO) und Einpendler aus Tschechien und Polen nach Berufsgruppen der KldB 2010. Auswertung von der Regionaldirektion Sachsen zur Verfügung gestellt.

BA/GIZ 2019: Projekt Triple Win. Vermittlung von Pflegekräften aus dem Ausland. Informationsbroschüre für Arbeitgeber, Eschborn.

Baas, Timo 2019: Unionsbürgerinnen und -bürger in Deutschland. Eine Übersichtsstudie zu Vorteilen und Herausforderungen bei der Inanspruchnahme der Arbeitnehmerfreizügigkeit. Studie im Auftrag der Gleichbehandlungsstelle EU-Arbeitnehmer, Berlin.

Babitsch, Birgit 2021: Migration und Geschlecht, in: Spallek, Jacob/Zeeb, Hajo (Hrsg.): Handbuch Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien, Bern, 339–350.

Babitsch, Birgit/Braun, Tanja/Borde, Theda/David, Matthias 2008: Doctor's Perception of Doctor-Patient Relationships in Emergency Departments: What Roles Do Gender and Ethnicity Play?, in: BMC Health Services Research, 8, 82.

BAfF/BPtK 2021: Sprachmittlung als Leistung ins SGB V aufnehmen. Für fremdsprachige Patient*innen den Zugang zur Gesundheitsversorgung verbessern. Positionspapier, Berlin.

Baier, Andreea/Siegert, Manuel 2018: Die Wohnsituation Geflüchteter. BAMF-Kurzanalyse 2/2018, Nürnberg.

BÄK 2016: Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung (female genital mutilation Abk.: FGM). Stand: April 2016, Berlin.

BÄK 2017: 120. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll. Freiburg, 23. bis 26. Mai 2017, Berlin.

BÄK 2021a: Abwanderung von Ärztinnen und Ärzten, in: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (https://gbe-bund.de, 20.12.2021)

BÄK 2021b: Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Gebiets- und Facharztbezeichnung (absolut, je 100.000 Einwohner und Einwohner je Arzt), in: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (https://gbe-bund.de, 22.11.2021)

BÄK 2021c: Bei den Ärztekammern registrierte ausländische Ärztinnen und Ärzte (Anzahl), in: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (https://gbe-bund.de, 22.11.2021)

BÄK 2021d: Corona-Pandemie bremst ärztliche Nachwuchsgewinnung. Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2020. Pressemitteilung vom 08.04.2021. (https://bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2020, 08.02.2022)

BÄK 2021e: Erstzugang von Ärztinnen und Ärzten aus Ländern der Europäischen Union, in: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (http://gbe-bund.de, 22.11.2021)

BAMF 2020: Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe: Januar 2020, Nürnberg.

BAMF 2021: Zweite bundesweite Antikörper-Studie: Erstmals auch Geflüchtete befragt. Pressemitteilung vom 11.11.2021. (https://www.bamf.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2021/20211111-rki-soep-2-studie.html, 08.02.2022)

Baron, Jenny/Flory, Lea 2020: Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. 6., akt. Aufl., Berlin.

Baron, Jenny/Flory, Lea/Krebs, Daniela 2020: Living in a box. Psychosoziale Folgen des Lebens in Sammelunterkünften für geflüchtete Kinder, Berlin.

Bartig, Susanne/Kalkum, Dorina/Le, Ha Mi/Lewicki, Aleksandra 2021: Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung. Studie im Auftrag der ADS, Berlin.

BASFI 2015a: Aufsuchende Beratung. Mobile Clearingstelle im Einsatz. Sozialbehörde erweitert „Clearingstelle Gesundheitsversorgung Ausländer" um mobiles Beratungsangebot. Pressemitteilung vom 20.07.2015. (https://hamburg.de/pressearchiv-fhh/4556668/2015-07-20-basfi-clearingstelle-mobil, 08.02.2022)

BASFI 2015b: Gesundheitsversorgung Ausländer. Best Practice Beispiele aus Hamburg. Bericht zum Fachtag am 8. Dezember 2014 in der Landesvertretung Hamburg in Berlin, Hamburg.

BDÜ 2018: Positionspapier zum Telefon- und Videodolmetschen im Gemeinwesen und im Gesundheitswesen, Berlin.

BDÜ 2019: Positionspapier zur Finanzierung und Qualitätssicherung von Dolmetschleistungen im Gesundheitswesen, Berlin.

BDÜ 2021: Positionspapier zum Kinderdolmetschen, Berlin.

Beauchamp, Alison/Buchbinder, Rachelle/Dodson, Sarity/Batterham, Roy W./Elsworth, Gerald R. et al. 2015: Distribution of Health Literacy Strengths and Weaknesses across Socio-Demographic Groups: A Cross-Sectional Survey Using the Health Literacy Questionnaire (HLQ), in: BMC Public Health, 15, 678.

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2014: 10. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland, Berlin.

beck-aktuell 2021: Mindestlohn für ausländische Pflegekräfte in Privathaushalten. Beitrag vom 24.06.2021. (https://rsw.beck.de/aktuell/daily/meldung/detail/bag-auslaendische-pflegekraefte-koennen-jetzt-auf-mindestlohn-pochen, 08.02.2022)

Becker, Regina 2019: Occupational Experiences of High-Skilled Intra-EU Immigrants in a Transnational Space? How European Physicians in Germany Perceive Their Career Prospects, in: Population, Space and Place, 25: 7, e2245.

Becker, Regina/Teney, Céline 2020: Understanding High-Skilled Intra-European Migration Patterns: The Case of European Physicians in Germany, in: Journal of Ethnic and Migration Studies, 46: 9, 1737–1755.

Behrens, Britta 2011: Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen. Überblick – Strategie – Praxis, Oldenburg.

Beigang, Steffen/Fetz, Karolina/Kalkum, Dorina/Otto, Magdalena 2017: Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung. Ergebnisbericht erstellt im Auftrag der ADS, Baden-Baden.

Ben, Jehonathan/Cormack, Donna/Harris, Ricci/Paradies, Yin 2017: Racism and Health Service Utilisation: A Systematic Review and Meta-Analysis, in: PLOS ONE, 12: 12, e0189900.

Benazha, Aranka Vanessa/Leiblfinger, Michael/Prieler, Veronika/Steiner, Jennifer 2021: Live-in-Care im Ländervergleich, in: Aulenbacher, Brigitte/Lutz, Helma/Schwiter, Karin (Hrsg.): Gute Sorge ohne gute Arbeit? Live-in-Care in Deutschland, Österreich und der Schweiz, Weinheim, 20–45.

Bendel, Petra (Hrsg.) 2016: Was Flüchtlinge brauchen – ein Win-Win-Projekt. Ergebnisse aus einer Befragung in Erlangen, Erlangen.

Bendel, Petra/Bekyol, Yasemin/Leisenheimer, Marlene 2021: Auswirkungen und Szenarien für Migration und Integration während und nach der COVID-19 Pandemie, Erlangen.

Berens, Eva-Maria/Klinger, Julia/Mensing, Monika/Carol, Sarah/Schaeffer, Doris 2022: Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Ergebnisse des HLS-MIG, Bielefeld.

Berens, Eva-Maria/Yilmaz-Aslan, Yüce/Spallek, Jacob/Razum, Oliver 2016: Determinants of Mammography Screening Participation among Turkish Immigrant Women in Germany: A Qualitative Study Reflecting Key Informants' and Women's Perspectives, in: European Journal of Cancer Care, 25: 1, 38–48.

Berliner Initiative für gutes Dolmetschen 2021: Positionspapier zum Dolmetschen im Gemeinwesen als wichtiger Beitrag gegen Diskriminierung, Berlin.

Bermejo, Isaac/Hölzel, Lars P./Kriston, Levente/Härter, Martin 2012: Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 55: 8, 944–953.

Bermejo, Isaac/Mayninger, Elena/Kriston, Levente/Härter, Martin 2010: Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung, in: Psychiatrische Praxis, 37: 5, 225–232.

Berth, Hendrik/Förster, Peter/Balck, Friedrich/Brähler, Elmar/Stöbel-Richter, Yve 2008: Arbeitslosigkeitserfahrungen, Arbeitsplatzunsicherheit und der Bedarf an psychosozialer Versorgung, in: Das Gesundheitswesen, 70: 5, 289–294.

Best, Ulrich/Erbe, Jessica/Schmitz, Nadja/Arnold, Stefan/Koch, Robert et al. 2019: Berufliche Anerkennung im Einwanderungsprozess – Stand und Herausforderungen bei der Antragstellung aus dem Ausland. Ergebnisse des BIBB-Anerkennungsmonitorings, Bonn.

BGBB o. J.: Rechtsanspruch auf Gebärdensprache für taube, schwerhörige und ertaubte Menschen. (https://www.bgbb.de/dolmetschen/rechtsanspruch, 08.02.2022)

Bhugra, Dinesh/Gupta, Susham/Schouler-Ocak, Meryam/Graeff-Calliess, Iris/Deakin, N. A. et al. 2014: EPA Guidance Mental Health Care of Migrants, in: European Psychiatry, 29: 2, 107–115.

BIBB 2020: Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2020. Informationen und Analysen zur Entwicklung der beruflichen Bildung, Bonn.

BIBB 2021a: Dritter virtueller BIBB-Workshop Gesundheitsberufe 2021. Beitrag vom 31.03.2021. (https://bibb.de/de/136993.php, 08.02.2022)

BIBB 2021b: Rahmenpläne für die Pflegeausbildungen. (https://bibb.de/de/86562.php, 08.02.2022)

Biddle, Louise/Hintermeier, Maren/Baron, Jenny/Flory, Lea/Bozorgmehr, Kayvan 2019: Gesundheitszustand und Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsangeboten bei Geflüchteten in Psychosozialen Zentren. Arbeitspapier, Heidelberg.

Biddle, Louise/Hintermeier, Maren/Mohsenpour, Amir/Sand, Matthias/Bozorgmehr, Kayvan 2021: Monitoring der Gesundheit und Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen in Sammelunterkünften. Ergebnisse des bevölkerungsbezogenen Surveys RESPOND, in: Journal of Health Monitoring, 6: 1, 7–28.

Biddle, Louise/Jahn, Rosa/Perplies, Clara/Gold, Andreas W./Rast, Eilin et al. 2021: COVID-19 in Sammelunterkünften für Geflüchtete: Analyse von Pandemiemaßnahmen und prioritäre Bedarfe aus behördlicher Sicht, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 64: 3, 342–352.

Bieber, Christiane/Gschwendtner, Kathrin/Müller, Nicole/Eich, Wolfgang 2016: Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Patient und Arzt als Team, in: PPmP – Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, 66: 05, 195–207.

Bierman, Arlene S. 2007: Sex Matters: Gender Disparities in Quality and Outcomes of Care, in: Canadian Medical Association Journal, 177: 12, 1520–1521.

Björngren Cuadra, Carin 2012: Right of Access to Health Care for Undocumented Migrants in EU: A Comparative Study of National Policies, in: The European Journal of Public Health, 22: 2, 267–271.

Blaeschke, Frédéric/Freitag, Hans-Werner 2021: Bildung, in: Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Bonn, 100–127.

Blätte, Andreas 2016: Politische Steuerung im Migrations-Integrations-Dilemma, in: Zeitschrift für Politikwissenschaft, 26: 1, 79–86.

Bludau, Heidi 2021: Global Healthcare Worker Migration, in: Oxford Research Encyclopedia of Anthropology. (https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190854584.013.231, 08.02.2022)

Blum, Karl/Löffert, Sabine/Offermanns, Matthias/Steffen, Petra 2017: Krankenhaus Barometer. Umfrage 2017, Düsseldorf.

Blümel, Stephan 2015: Gesundheitliche Aufklärung für Menschen mit Migrationshintergrund, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 58: 6, 593–600.

Blumenauer, Heike 2020: Das Fachkräfteeinwanderungsgesetz und die berufliche Anerkennung internationaler Pflegefachkräfte. Nadelöhr Anpassungsqualifizierungen: Ein Beispiel aus Hessen, in: Döring, Ottmar (Hrsg.): Fachkräftezuwanderung in Deutschland. Potenziale, Herausforderungen, Gestaltungsoptionen, Bielefeld, 143–158.

BMAS 2021: Neue Servicestelle unterstützt Fachkräfte bei der Einwanderung. Pressemitteilung vom 17.02.2021. (https://bmas.de/DE/Service/Presse/Pressemitteilungen/2021/neue-servicestelle-unterstuetzt-fachkraefte-bei-der-einwanderung.html, 08.02.2022)

BMBF 2020: Bericht zum Anerkennungsgesetz 2019, Berlin.

BMFSFJ 2020: Weibliche Genitalverstümmelung. An die 67.000 Frauen und Mädchen in Deutschland betroffen. Beitrag vom 25.06.2020. (https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/an-die-67-000-frauen-und-maedchen-in-deutschland-betroffen-156806, 09.03.2022)

BMFSFJ/UNICEF 2021: Mindeststandards zum Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften, Berlin/Köln.

BMG 2011: Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes", Berlin.

BMG 2019a: Pflegekräfte aus dem Ausland: Neue Agentur kümmert sich um Visa und Arbeitserlaubnis. Pressemitteilung vom 02.12.2019. (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2019/4-quartal/pflegekraefte-ausland-defa.html, 08.02.2022)

BMG 2019b: Prävention, in: Glossar des BMG. (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praevention.html, 08.02.2022)

BMG 2021a: Gesundheitsziele. (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsziele.html, 08.02.2022)

BMG 2021b: Pflegeberufegesetz, in: Glossar des BMG. (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz.html, 08.02.2022)

BMG 2022: Beiträge. Stand: 27.01.2022, in: Online-Ratgeber Krankenversicherung des BMG. (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege, 09.03.2022)

BMI/BAMF 2016: Migrationsbericht des BAMF im Auftrag der Bundesregierung. Migrationsbericht 2015, Nürnberg.

BMWi 2016: Handlungsempfehlungen für die Fachkräftegewinnung in der Altenpflege. Auszug aus der Studie „Begleitung des Pilotprojekts Fachkräftegewinnung für die Pflegewirtschaft", Berlin.

BMWi 2020: Auszubildende aus Drittstaaten für die Pflege. Ein Leitfaden für Pflegeeinrichtungen, Berlin.

Böhm, Karin 2021: Gesundheit, in: Statistisches Bundesamt/WZB/BIB (Hrsg.): Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Bonn, 324–345.

Bollini, Paola/Siem, Harald 1995: No Real Progress towards Equity: Health of Migrants and Ethnic Minorities on the Eve of the Year 2000, in: Social Science & Medicine, 41: 6, 819–828.

Bonin, Holger 2020: Fachkräftemangel in der Gesamtperspektive, in: Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, Berlin/Heidelberg, 61–69.

Borchert, Henning/Salman, Ramazan/Collatz, Jürgen 1995: Mittler zwischen den Kulturen. Konzept und Arbeit des Ethnomedizinischen Zentrums von Hannover, in: Dr. med. Mabuse – Zeitschrift im Gesundheitswesen, 20: 96, 41–43.

Borde, Theda 2018: Kommunikation und Sprache, in: Gynäkologische Endokrinologie, 16: 1, 3–9.

Borde, Theda/Blümel, Stephan 2020: Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund, in: BZgA-Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. (https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-migrationshintergrund, 08.02.2022)

Borde, Theda/Braun, Tanja/David, Matthias 2003: Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen. Problembeschreibung, Ursachenanalyse, Lösungsansätze, Berlin.

Borho, Andrea/Viazminsky, Andre/Morawa, Eva/Schmitt, Gregor Martin/Georgiadou, Ekaterini et al. 2020: The Prevalence and Risk Factors for Mental Distress among Syrian Refugees in Germany: A Register-Based Follow-up Study, in: BMC Psychiatry, 20, 362.

Borowsky, Christine/Schiefer, David/Neuhauser, Bastian/Düvell, Franck 2020: Erwerbskräftepotenzial von Personen im partnerschaftlichen Familiennachzug aus dem EU-Ausland und aus Drittstaaten. DeZIM Project Report 2/20, Berlin.

Böse, Carolin/Schmitz, Nadja 2019: Auswertung der amtlichen Statistik zum Anerkennungsgesetz des Bundes für 2018. Ergebnisse des BIBB-Anerkennungsmonitorings, Bonn.

Böse, Carolin/Schmitz, Nadja 2020: Auswertung der amtlichen Statistik zum Anerkennungsgesetz des Bundes für 2019. Ergebnisse des BIBB-Anerkennungsmonitorings, Bonn.

Böse, Carolin/Schmitz, Nadja 2021: Auswertung der amtlichen Statistik zum Anerkennungsgesetz des Bundes für 2020. Ergebnisse des BIBB-Anerkennungsmonitorings, Bonn.

Botezat, Alina/Moraru, Andreea 2020: Brain Drain from Romania: What Do We Know So Far about the Romanian

Medical Diaspora?, in: Eastern Journal of European Studies, 11: 1, 309–334.

Bozorgmehr, Kayvan/Biddle, Louise/Razum, Oliver 2021: Das Jahr 2015 und die Reaktion des Gesundheitssystems: Bilanz aus einer Resilienzperspektive, in: Spallek, Jacob/Zeeb, Hajo (Hrsg.): Handbuch Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien, Bern, 245–258.

Bozorgmehr, Kayvan/Hintermeier, Maren/Razum, Oliver/Mohsenpour, Amir/Biddle, Louise et al. 2020: SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete. Epidemiologische und normativ-rechtliche Aspekte, Bremen.

Bozorgmehr, Kayvan/Nöst, Stefan/Thaiss, Heidrun M./Razum, Oliver 2016: Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 59: 5, 545–555.

Bozorgmehr, Kayvan/Razum, Oliver 2015: Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013, in: PLOS ONE, 10: 7, e0131483.

BPtK 2015: Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen. BPtK-Standpunkt, Berlin.

Bradby, Hannah 2013: A Review of Research and Policy Documents on the International Migration of Physicians and Nurses. MMG Working Paper 13-07, Göttingen.

Braeseke, Grit/Lingott, Nina/Rieckhoff, Sandra/Pörschmann-Schreiber, Ulrike 2020: Kriterien zur Analyse von Drittstaaten zur Gewinnung von Auszubildenden für die Pflege. Kurzbericht für das BMWi, Berlin.

Braeseke, Grit/Rieckhoff, Sandra/Engelmann, Freja/Lingott, Nina/Dean, Marika et al. 2020: Evaluation der Förderung von Modellprojekten zur Gewinnung von jungen Menschen aus Vietnam zur Ausbildung in der Pflege in Deutschland. Kurzfassung im Auftrag des BMWi, Berlin.

Brand, Tilman/Kleer, Daniela/Samkange-Zeeb, Florence/Zeeb, Hajo 2015: Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund. Teilnahme, migrationssensible Strategien und Angebotscharakteristika, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 58: 6, 584–592.

Braun, Gracia/Zeeb, Hajo 2021: Gesundheitliche Dimensionen von Rassismus und Diskriminierung, in: Spallek, Jacob/Zeeb, Hajo (Hrsg.): Handbuch Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien, Bern, 389–396.

Brause, Michaela/Reutin, Barbara/Razum, Oliver/Schott, Thomas 2012: Rehabilitationserfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund – Eine Auswertung von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen, in: Die Rehabilitation, 51: 5, 282–288.

Brenne, S./David, Matthias/Borde, Theda/Breckenkamp, Jürgen/Razum, Oliver 2015: Werden Frauen mit und ohne Migrationshintergrund von den Gesundheitsdiensten gleich gut erreicht?, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 58: 6, 569–576.

Breuer, Marc/Herrlein, Jannah 2020: Unterstützung von älteren Menschen in Moscheegemeinden: Anschlussstellen für die professionelle Altenhilfe?, in: Migration und Soziale Arbeit, 42: 4, 359–365.

Brücker, Herbert/Croisier, Johannes/Kosyakova, Yuliya/Kröger, Hannes/Pietrantuono, Giuseppe et al. 2019: Geflüchtete machen Fortschritte bei Sprache und Beschäftigung. Zweite Welle der IAB-BAMF-SOEP-Befragung. IAB-Kurzbericht 3/2019, Nürnberg.

Brücker, Herbert/Gundacker, Lidwina/Hauptmann, Andreas/Jaschke, Philipp 2021: Arbeitsmarktwirkungen der COVID-19-Pandemie: Stabile Beschäftigung, aber steigende Arbeitslosigkeit von Migrantinnen und Migranten. IAB-Kurzbericht 9/2021, Nürnberg.

Brucks, Ursula/Wahl, Wulf-Bodo 2003: Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten, in: Borde, Theda/David, Matthias (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen, Frankfurt am Main, 15–33.

Brzoska, Patrick/Razum, Oliver 2020: Die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund aus sozialepidemiologischer Sicht, in: Kriwy, Peter/Jungbauer-Gans, Monika (Hrsg.): Handbuch Gesundheitssoziologie, Wiesbaden, 319–335.

Brzoska, Patrick/Voigtländer, Sven/Reutin, Barbara/Yilmaz-Aslan, Yüce/Barz, Irina et al. 2010: Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Abschlussbericht, Bielefeld.

Bucher, Barbara 2018: Rechtliche Ausgestaltung der 24-h-Betreuung durch ausländische Pflegekräfte in deutschen Privathaushalten: Eine kritische Analyse, Baden-Baden.

Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität 2018: Krank und ohne Papiere. Fallsammlung der BAG Gesundheit/Illegalität, Berlin.

Bundesregierung 2019a: Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5, Berlin.

Bundesregierung 2019b: Strategie zur gezielten Gewinnung von Fachkräften aus Drittstaaten. Fachkräftegewinnungs-Strategie, Berlin.

Bundesregierung 2021a: Konzertierte Aktion Pflege. Zweiter Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5, Berlin.

Bundesregierung 2021b: Lebenslagen in Deutschland. Der Sechste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin.

Bundesregierung 2021c: Nationaler Aktionsplan Integration. Bericht Phase IV – Zusammenwachsen: Vielfalt gestalten – Einheit sichern, Berlin.

Bünning, Mareike 2021: Sozialstruktur und soziale Lagen, in: Statistisches Bundesamt/WZB/BIB (Hrsg.): Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Bonn, 271–323.

Burmester, Frank 2015: Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse, in: Public Health Forum, 23: 2, 106–108.

C

Cabanda, Exequiel 2017a: Higher Education, Migration and Policy Design of the Philippine Nursing Act of 2002, in: Higher Education Policy, 30: 4, 555–575.

Cabanda, Exequiel 2017b: Identifying the Role of the Sending State in the Emigration of Health Professionals: A Review of the Empirical Literature, in: Migration and Development, 6: 2, 215–231.

Cameron, Adrian J./Thornton, Lukar E./McNaughton, Sarah A./Crawford, David 2013: Variation in Supermarket Exposure to Energy-Dense Snack Foods by Socio-Economic Position, in: Public Health Nutrition, 16: 7, 1178–1185.

CariFair 2021: Mit diesen Kosten müssen Sie rechnen. (https://carifair.de/fuer-pflegebeduerftigeund-angehoerige/kosten, 08.02.2022)

Carnein, Marie/Milewski, Nadja/Doblhammer, Gabriele/Nusselder, Wilma J. 2015: Health Inequalities of Immigrants: Patterns and Determinants of Health Expectancies of Turkish Migrants Living in Germany, in: Doblhammer, Gabriele (Hrsg.): Health among the Elderly in Germany. New Evidence on Disease, Disability and Care Need, Opladen u. a., 157–190.

Castro-Palaganas, Erlinda/Spitzer, Denise L./Kabamalan, Maria Midea M./Sanchez, Marian C./Caricativo, Ruel et al. 2017: An Examination of the Causes, Consequences, and Policy Responses to the Migration of Highly Trained Health Personnel from the Philippines: The High Cost of Living/Leaving – A Mixed Method Study, in: Human Resources for Health, 15: 1, 25.

CESCR 2000: General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12) (UN Document E/C.12/2000/4, 11.08.2000).

Chen, Esther H./Shofer, Frances S./Dean, Anthony J./Hollander, Judd E./Baxt, William G. et al. 2008: Gender Disparity in Analgesic Treatment of Emergency Department Patients with Acute Abdominal Pain, in: Academic Emergency Medicine, 15: 5, 414–418.

Clemens, Michael A. 2015: Global Skill Partnerships: A Proposal for Technical Training in a Mobile World, in: IZA Journal of Labor Policy, 4, 2.

Clemens, Michael A./Dempster, Helen 2019: Maximizing the Shared Benefits of Legal Migration Pathways: Lessons from Germany's Skills Partnerships. CGD Policy Paper 151, Washington D. C.

Clemens, Michael A./Dempster, Helen 2021: Ethical Recruitment of Health Workers: Using Bilateral Cooperation to Fulfill the World Health Organization's Global Code of Practice. CGD Policy Paper 212, Washington D. C.

CORRECTIV 2020: Nurses for Sale. Ein ausbeuterisches Geschäft: Wie dubiose Vermittler ausländische Pflegekräfte zur Ware machen. Beitrag vom 25.11.2020. (https://correctiv.org/top-stories/2020/11/25/wie-dubiose-vermittler-auslaendische-pflegekraefte-zur-ware-machen, 08.02.2022)

CORRECTIV/SWR 2020: Corona Crowdprojekt. Gravierende Mängel bei Corona-Informationen in anderen Sprachen. Beitrag vom 18.12.2020. (https://correctiv.org/aktuelles/gesundheit/corona-crowdprojekt/2020/12/18/gravierende-maengel-bei-corona-informationen-in-anderen-sprachen, 08.02.2022)

Crawford, Cecelia L./Chu, Frances/Judson, Lorie H./Cuenca, Emma/Jadalla, Ahlam A. et al. 2019: An Integrative Review of Nurse-to-Nurse Incivility, Hostility, and Workplace Violence, in: Nursing Administration Quarterly, 43: 2, 138–156.

Crenshaw, Kimberlé 1989: Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, in: The University of Chicago Legal Forum, 139, 139–167.

D

Dälken, Michaela 2012: Grenzenlos faire Mobilität? Zur Situation von mobilen Beschäftigten aus den mittel- und osteuropäischen Staaten. Expertise im Auftrag des Projektes Faire Mobilität des DGB-Bundesvorstandes, Berlin.

Darmon, Nicole/Drewnowski, Adam 2008: Does Social Class Predict Diet Quality?, in: The American Journal of Clinical Nutrition, 87: 5, 1107–1117.

Darmon, Nicole/Drewnowski, Adam 2015: Contribution of Food Prices and Diet Cost to Socioeconomic Disparities in Diet Quality and Health: A Systematic Review and Analysis, in: Nutrition Reviews, 73: 10, 643–660.

David, Matthias/Borde, Theda/Brenne, S./Ramsauer, Babett/Henrich, W. et al. 2014: Comparison of Perinatal Data of Immigrant Women of Turkish Origin and German Women: Results of a Prospective Study in Berlin, in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 74: 5, 441–448.

David, Matthias/Pachaly, Jürgen/Vetter, Klaus 2006: Perinatal Outcome in Berlin (Germany) among Immigrants from Turkey, in: Archives of Gynecology and Obstetrics, 274: 5, 271–278.

DBfK 2018: Anwerbung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland. Positionspapier, Berlin.

DBfK 2019: Ergebnisse einer Online-Umfrage zum ‚Dienstplan'. Impulse zur Mitarbeiterbindung, Berlin.

DBfK 2021: Gut geschützt bei der Arbeit? Zur konkreten Situation beruflich Pflegender in der Praxis im zweiten Corona-Lockdown, Berlin.

Deckert, Andreas/Winkler, Volker/Meisinger, Christa/Heier, Margit/Becher, Heiko 2015: Suicide and External Mortality Pattern in a Cohort of Migrants from the Former Soviet Union to Germany, in: Journal of Psychiatric Research, 63, 36–42.

Deutsche Aidshilfe 2021: Positive Stimmen 2.0. Mit HIV leben, Diskriminierung abbauen. Einblicke und Ergebnisse aus einem partizipativen Forschungsprojekt zum Leben mit HIV in Deutschland, Berlin.

Deutscher Caritasverband e. V. 2019: Wie mit anderen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit umgehen? Empfehlungen und Hintergründe für eine kultursensible Beratung, Freiburg.

Deutsches Ärzteblatt 2021: Immer mehr Auszubildende brechen Pflegeausbildung ab. Beitrag vom 29.01.2021. (https://aerzteblatt.de/nachrichten/120683/Immer-mehr-Auszubildende-brechen-Pflegeausbildung-ab, 08.02.2022)

Deutsches Institut für Menschenrechte 2007: Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland – Ihr Recht auf Gesundheit. Bericht der BAG Gesundheit/Illegalität, Berlin.

Deutschlandfunk 2021: Flucht und Trauma. Warum in Deutschland Therapieplätze für Migranten fehlen. Beitrag vom 05.11.2021. (https://dlf.de/flucht-und-trauma-warum-in-deutschland-therapieplaetze-fuer-100.html, 08.02.2022)

DGPPN 2016: Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern. Positionspapier, Berlin.

Diakonie 2021: FAQ zum BAG-Urteil zu 24-Stunden-Betreuung vom 24. Juni 2021. Beitrag vom 14.07.2021. (https://diakonie.de/journal/faq-bag-urteil-live-in-care, 08.02.2022)

Diehl, Claudia/Hunkler, Christian 2022: Vaccination-Related Attitudes and Behavior across Birth Cohorts: Evidence from Germany, in: PLOS ONE, 17: 2, e0263871.

DKF/KDA 2021: Werkzeugkoffer W&I. Handreichungen für das Ankommen und Bleiben. (https://dkf-kda.de/werkzeugkoffer-wi, 08.02.2022)

Dragano, Nico/Lampert, Thomas/Siegrist, Johannes 2010: Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf?, in: Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.): Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht, München, 13–50.

Drupp, Michael/Meyer, Markus 2020: Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements, in: Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, Berlin/Heidelberg, 23–47.

Drupp, Michael/Meyer, Markus/Winter, Werner 2021: Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) für Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser unter Pandemiebedingungen, in: Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen, Berlin/Heidelberg, 71–89.

Dyck, Maria/Wenner, Judith/Wengler, Annelene/Bartig, Susanne/Fischer, Florian et al. 2019: Migration und Gesundheit in Deutschland – eine Bestandsaufnahme der Datenquellen, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 62: 8, 935–942.

E

Eberhardt, Christiane/Annen, Silvia 2019: Modelle und Verfahren zur Anerkennung von im Ausland erworbenen beruflichen Qualifikationen und Abschlüssen in ausgewählten Staaten (MoVA) – Gestaltungsprinzipien, Konstruktion, Umsetzung. Abschlussbericht, Bonn.

Egger, Josef W. 2015: Gesundheit – ein biopsychosoziales Konstrukt und seine Korrelation zu Optimismus und Glück, in: Egger, Josef W. (Hrsg.): Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin. Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung, Wiesbaden, 247–268.

Elkeles, Thomas 2019: Gesundheitsberichterstattung in Deutschland, in: Haring, Robin (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften, Berlin, 143–152.

Emunds, Bernhard/Habel, Simone 2020: Von der Schwarzarbeit zum „grauen Markt" – und darüber hinaus? Neuere und künftig notwendige Entwicklungen der sog. 24-Stunden-Pflege, in: Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung, Berlin/Heidelberg, 111–121.

Emunds, Bernhard/Kocher, Eva/Habel, Simone/Pflug, Rebekka/Tschenker, Theresa et al. 2021a: Gute Arbeit für Live-In-Care. Gestaltungsoptionen für Praxis und Politik. NBI-Positionen 2021/2, Sankt Georgen.

Emunds, Bernhard/Kocher, Eva/Habel, Simone/Pflug, Rebekka/Tschenker, Theresa et al. 2021b: Modelle der Live-In-Pflege. Rechtswissenschaftliche und sozialethische Vorschläge zur Weiterentwicklung einer personenbezogenen Dienstleistung, Düsseldorf.

Erbe, Jessica 2020: Theorie und Praxis der Anerkennungsregeln: Beobachtungen zu Vollzugsproblemen und Lösungsansätzen, in: Matthes, Britta/Severing, Eckart (Hrsg.): Zugang zu beruflicher Bildung für Zuwandernde – Chancen und Barrieren, Bonn, 91–113.

Ernst, Jochen/Brähler, E./Weißflog, G. 2014: Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen – ein Überblick zu Patientenpräferenzen und Einflussfaktoren, in: Das Gesundheitswesen, 76: 4, 187–192.

Ethikkomitee der DRK-Kliniken Berlin (Hrsg.) 2017: Bluttransfusion bei Zeugen Jehovas. Leitlinie der DRK Kliniken Berlin. Stand: Juli 2017, Berlin.

Europäische Kommission 2020: Leitlinien für Saisonarbeitnehmer in der EU im Zusammenhang mit dem COVID-19-Ausbruch. Mitteilung der Kommission vom 16.07.2020, Brüssel.

European Center for Digital Competitiveness 2021: Digital Riser Report 2021, Berlin.

Eurostat 2020: Healthcare Personnel Statistics – Physicians. (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_physicians, 08.02.2022)

F

Fachkommission Integrationsfähigkeit 2020: Gemeinsam die Einwanderungsgesellschaft gestalten. Bericht der Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit, Berlin.

Fachstelle Einwanderung 2021: 24-Stunden-Pflegekräfte aus den Staaten außerhalb der EU. Working Paper 7/2021, Berlin.

Falk, Angelice 2018: Die Behandlungsaufklärung gegenüber fremdsprachigen Patienten/innen und der sozialrechtliche Anspruch auf Übernahme der Dolmetscherkosten, in: DVR (Hrsg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung „Rehabilitation bewegt!" vom 26. bis 28. Februar 2018 in München, Berlin, 514–515.

Fallon, Cara Kiernan/Karlawish, Jason 2019: It's Time to Change the Definition of ‚Health'. Beitrag vom 17.07.2019. (https://statnews.com/2019/07/17/change-definition-health, 08.02.2022)

Farahani, Mansour/Subramanian, S. V./Canning, David 2009: The Effect of Changes in Health Sector Resources on Infant Mortality in the Short-Run and the Long-Run: A Longitudinal Econometric Analysis, in: Social Science & Medicine, 68: 11, 1918–1925.

FAU 2021: Infektionsrisiko und Impfbereitschaft von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte und ihren Nachkommen. Beitrag vom 01.06.2021. (https://covid-integration.fau.de/2021/06/01/infektionsrisiko_impfbereitschaft, 08.02.2022)

FAZ 2020: Wenn die Ärzte alt oder emigriert sind. Corona-Not in Ostmitteleuropa. Beitrag vom 29.10.2020. (https://faz.net/aktuell/politik/ausland/corona-not-warum-in-tschechien-und-der-slowakei-die-aerzte-fehlen-17024352.html, 08.02.2022)

Fehr, Angela/Hölling, Günther/Lampert, Thomas/Maschewsky-Schneider, Ulrike/Mielck, Andreas et al. 2014: Leitfragen zur Stärkung der Querschnittsanforderung Gesundheitliche Chancengleichheit, Köln.

vom Felde, Lisa/Flory, Lea/Baron, Jenny 2020: Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Personen mit Traumafolgestörungen. Status quo in den Bundesländern, Modelle und Herausforderungen, Berlin.

von Ferber, Liselotte/Köster, I./Celayir-Erdogan, N. 2003: Türkische und deutsche Hausarztpatienten – Erkrankungen, Arzneimittelerwartungen und Verordnungen, in: Das Gesundheitswesen, 65: 5, 304–311.

Ferrie, Jane E. 2006: Gesundheitliche Folgen der Arbeitsplatzunsicherheit, in: Badura, Bernhard/Schellschmidt, Henner/Vetter, Christian (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2005, Berlin/Heidelberg, 93–123.

Flüchtlingszentrum Hamburg 2018: Clearingstelle zur medizinischen Versorgung von Ausländern. Abschlussbericht 2017, Hamburg.

Focus Online 2015: Tillich gegen Gesundheitskarte für Flüchtlinge. Beitrag vom 23.09.2015. (https://focus.de/regional/dresden/migration-tillich-gegen-gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge_id_4966257.html, 08.02.2022)

FRA 2013: LGBT-Erhebung in der EU. Erhebung unter Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transgender-Personen in der Europäischen Union. Ergebnisse auf einen Blick, Wien.

Frädrich, Andreas 2013: Medizintourismus. Patienten weltweit „auf Achse", in: Deutsches Ärzteblatt, 110: 35–36, 1616–1618.

Franzkowiak, Peter 2018a: Biomedizinische Perspektive, in: BZgA-Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. (https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/biomedizinische-perspektive, 01.02.2022)

Franzkowiak, Peter 2018b: Prävention und Krankheitsprävention, in: BZgA-Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. (https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praevention-und-krankheitspraevention, 08.02.2022)

Franzkowiak, Peter/Hurrelmann, Klaus 2018: Gesundheit, in: BZgA-Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. (https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheit, 08.02.2022)

Fredrickson, George 2004: Rassismus. Ein historischer Abriß, Hamburg.

Freitag, Nora 2020: Arbeitsausbeutung beenden. Osteuropäische Arbeitskräfte in der häuslichen Betreuung in Deutschland, Berlin.

Fries, James F. 1980: Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity, in: The New England Journal of Medicine, 303: 3, 130–250.

Frings, Dorothee 2019: Zugang zum Gesundheitssystem für Unionsbürgerinnen und Unionsbürger, Angehörige des EWR und der Schweiz, Berlin.

von Fritschen, Uwe/Strunz, Cornelia/Scherer, Roland 2020: Female Genital Mutilation: Medizinische Beratung und Therapie genitalverstümmelter Mädchen und Frauen, Berlin/Boston.

Froese, Judith/Thym, Daniel (Hrsg.) 2022: Rassismus und Grundgesetz, Tübingen (i. E.).

Fuchs, Johann/Söhnlein, Doris/Weber, Brigitte 2021: Projektion des Erwerbspersonenpotenzials bis 2060. Demografische Entwicklung lässt das Arbeitskräfteangebot stark schrumpfen. IAB-Kurzbericht 25/2021, Nürnberg.

G

Geene, Raimund/Gerhardus, Ansgar/Grossmann, Beate/Kuhn, Joseph/Kurth, Bärbel-Maria et al. 2019: Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland. Arbeitspapier des Zukunftsforums Public Health, Berlin.

Geis, Wido/Orth, Anja Katrin 2016: Flüchtlinge regional besser verteilen. Ausgangslage und Ansatzpunkte für einen neuen Verteilungsmechanismus. Gutachten für die Robert Bosch Stiftung, Köln.

Gerken, Ute/Salman, Ramazan/Krauth, Christian/Machleidt, Wielant/Bisson, Susanne et al. 2008: Von muttersprachlichen Präventionsberatern werden Migranten besser erreicht, in: Public Health Forum, 16: 2, 20–21.

Gerlach, Ferdinand/Kiechle, Brigitta 2018: Gibt es einen Ärztemangel?, in: Forschung & Lehre, 25: 10, 858–859.

Gerlinger, Thomas 2021: Das deutsche Gesundheitssystem: Regulatorische Herausforderungen des Umgangs mit Migration und migrationsspezifischer Vielfalt. Expertise im Auftrag des SVR, Bielefeld.

GIZ 2021: Nachhaltig ausgerichtete Gewinnung von Pflegekräften (Triple Win). (https://giz.de/de/weltweit/41533.html, 08.02.2022)

Glaesmer, Heide/Wittig, Ulla/Brähler, Elmar/Martin, Alexander/Mewes, Ricarda et al. 2009: Are Migrants More Susceptible to Mental Disorders?, in: Psychiatrische Praxis, 36: 1, 16–22.

Glance, Laurent G./Osler, Turner M./Mukamel, Dana B./Meredith, J. Wayne/Li, Yue et al. 2013: Trends in Racial Disparities for Injured Patients Admitted to Trauma Centers, in: Health Services Research, 48: 5, 1684–1703.

Goethe-Institut 2016: Rahmencurriculum für Integrationskurse. Deutsch als Zweitsprache, München.

Goettler, Andrea 2020: What Happens to the Healthy Immigrant Later in Life? The Health of (Forced) Migrants through the Life Course, in: Crepaz, Katharina/Becker, Ulrich/Wacker, Elisabeth (Hrsg.): Health in Diversity – Diversity in Health, Wiesbaden, 103–119.

Gold, Andreas W./Weis, Judith/Janho, Leonard/Biddle, Louise/Bozorgmehr, Kayvan 2021: Die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende. Zusammenfassung der wissenschaftlichen Evidenz. Health Equity Studies & Migration – Report 2021-02, Heidelberg.

Gold, Christina/Smeaton, Susan/Maliki, Shabana/Tersch, Melanie/Schulze, Ulrike 2019: Eine unterkühlte Willkommenskultur. Ergebnisse einer qualitativen Studie zur Situation neu zugewanderter Pflegender in stationären Einrichtungen, in: Pflegewissenschaft, 21: 3–4, 130–141.

Golicki, Dominik/Niewada, Maciej/Jakubczyk, Michał/Wrona, Witold/Hermanowski, Tomasz 2010: Self-Assessed Health Status in Poland: EQ-5D Findings from the Polish Valuation Study, in: Polish Archives of Internal Medicine, 120: 7–8, 276–281.

Golsabahi-Broclawski, Solmaz 2021: Rassismus im medizinischen Alltag und in der Lehre, in: Impu!se für Gesundheitsförderung, 110, 8–9.

Görgen, Thomas/Herbst, Sandra/Kotlenga, Sandra/Nägele, Barbara/Rabold, Susann 2012: Kriminalitäts- und Gewalterfahrung im Leben älterer Menschen. Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen, Berlin.

Gottlieb, Nora Dalia/Hintermeier, Maren/Bozorgmehr, Kayvan 2020: Situational Brief: Covid-19 & Migration in Germany, in: Lancet Migration Global Collaboration. (https://migrationhealth.org/project/lancet-migration-situational-brief-on-germany-en, 08.02.2022)

Greifeld, Katarina 1995: Was ist „krank"? Wohlbefinden und Mißbefinden im interkulturellen Vergleich, in: Dr. med. Mabuse – Zeitschrift im Gesundheitswesen, 20: 96, 22–26.

Greiner, Wolfgang/Batram, Manuel/Damm, Oliver/Scholz, Stefan/Witte, Julian 2018: Kinder- und Jugendreport 2018. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Familiengesundheit, Bielefeld/Hamburg.

Gruenberg, Ernest M. 1977: The Failures of Success, in: The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society, 55, 3–24.

Guardian 2019: Romanian Hospitals in Crisis as Emigration Takes Its Toll. Beitrag vom 21.04.2019. (https://theguardian.com/world/2019/apr/21/romanian-hospitals-in-crisis-as-emigration-take-its-toll, 08.02.2022)

Güllemann, Heino 2015: Krankenschwester verzweifelt gesucht, in: Welt-Sichten, Beitrag vom 24.09.2015. (https://welt-sichten.org/artikel/30191/krankenschwester-verzweifelt-gesucht, 08.02.2022)

Gundert, Stefanie/Kosyakova, Yuliya/Fendel, Tanja 2020: Migrantinnen und Migranten am deutschen Arbeitsmarkt. Qualität der Arbeitsplätze als wichtiger Gradmesser einer gelungenen Integration. IAB-Kurzbericht 25/2020, Nürnberg.

Günther, Wolfgang/Kurrek, Dennis/Töller, Annette Elisabeth 2019: Ein starker Fall für die Parteiendifferenztheorie: Die Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende in den Bundesländern, in: Zeitschrift für Politikwissenschaft, 29: 3, 361–392.

H

Habermann, Monika/Biedermann, Heidrun 2021: Pflegeversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund, in: Spallek, Jacob/Zeeb, Hajo (Hrsg.): Handbuch Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien, Bern, 273–281.

Haberstumpf-Münchow, Christine 2020: Die Beschäftigung von polnischen Haushaltshilfen in deutschen Pflegehaushalten aus rechtlicher Perspektive, in: Städtler-Mach, Barbara/Ignatzi, Helene (Hrsg.): Grauer Markt Pflege. 24-Stunden-Unterstützung durch osteuropäische Betreuungskräfte, Göttingen, 11–21.

Hailbronner, Kay/Lehner, Roman 2020: § 16d AufenthG, in: Hailbronner, Kay (Hrsg.): Ausländerrecht. Kommentar. Loseblattsammlung, Heidelberg/München.

Halletz, Isabell 2021a: Gesetz zur Qualität und Förderung der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland. Brauchen wir tatsächlich mehr Bürokratie?, in: CAREkonkret, 18/2021, 3.

Halletz, Isabell 2021b: Warum die Zuwanderung von Pflegekräften nach Deutschland kein Schnelleinkauf für Pflegeunternehmen ist, in: Bettig, Uwe/Frommelt, Mona/Maucher, Helene/Schmidt, Roland/Thiele, Günter (Hrsg.): Anwerbung internationaler Fachkräfte in der Pflege. Arbeitsmarktpolitische Antworten für Gesundheitseinrichtungen?, Heidelberg, 113–140.

Halm, Dirk/Sauer, Martina/Naqshband, Saboura/Nowicka, Magdalena 2020: Wohlfahrtspflegerische Leistungen von säkularen Migrantenorganisationen in Deutschland, unter Berücksichtigung der Leistungen für Geflüchtete, Baden-Baden.

Hamed, Sarah/Thapar-Björkert, Suruchi/Bradby, Hannah/Ahlberg, Beth Maina 2020: Racism in European Health Care: Structural Violence and Beyond, in: Qualitative Health Research, 30: 11, 1662–1673.

Hammett, Daniel 2014: Physician Migration in the Global South between Cuba and South Africa, in: International Migration, 52: 4, 41–52.

HARTMANN 2018a: #PflegeComeBack Studie. Hintergründe zu Ausstieg und Rückkehr in den Pflegeberuf, Heidenheim.

HARTMANN 2018b: Pflegekräfte denken über Ausstieg nach. Beitrag vom 14.03.2018. (https://hartmann.info/de-de/wissen-und-news/b/0/post-reporting-deutscher-pflegetag, 08.02.2022)

Hartmann, Rainer 2017: Struktur und Bedeutung des internationalen Medizintourismus in Deutschland, in: Freericks, Renate/Brinkmann, Dieter (Hrsg.): Gesundheit in der entwickelten Erlebnisgesellschaft. Analysen – Perspektiven – Projekte. 4. Bremer Freizeit.kongress. Hochschule Bremen. Dokumentation der Fachtagung 25./26.11.2016, Bremen, 207–216.

Haubner, Tine 2017: Die Ausbeutung der sorgenden Gemeinschaft. Laienpflege in Deutschland, Frankfurt am Main/New York.

Hayward, Sally E./Deal, Anna/Cheng, Cherie/Crawshaw, Alison/Orcutt, Miriam et al. 2021: Clinical Outcomes and Risk Factors for COVID-19 among Migrant Populations in

High-Income Countries: A Systematic Review, in: Journal of Migration and Health, 3, 100041.

Heger, Dörte 2021: Wachstumsmarkt Pflege, in: Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen, Berlin/Heidelberg, 145–156.

Hemken, Tabea 2020: Das Fachkräfteeinwanderungsgesetz. Chancen und Risiken aus Sicht der Vollzugspraxis, Baden-Baden.

Hendriks, Martijn 2015: The Happiness of International Migrants: A Review of Research Findings, in: Migration Studies, 3: 3, 343–369.

Hentschel, Thomas 2020: Die Wanderarbeiter organisieren, in: DGB Bildungswerk. (https://dgb-bildungswerk.de/migration/die-wanderarbeiter-organisieren, 08.02.2022)

Heß, Moritz/Auffenberg, Jennie 2021: Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern. Bericht zur Studie „Ich pflege wieder, wenn …" der Arbeitnehmerkammer Bremen und des SOCIUM der Universität Bremen, Bremen.

Hickmann, Helen/Jansen, Anika/Pierenkemper, Sarah/Werner, Dirk 2021: Ohne sie geht nichts mehr. Welchen Beitrag leisten Migrant_innen und Geflüchtete zur Sicherung der Arbeitskräftebedarfe in Fachkraftberufen in Deutschland? FES diskurs, Bonn.

Hielscher, Volker/Kirchen-Peters, Sabine/Nock, Lukas 2017: Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft, Stuttgart.

Hilfswerk Österreich 2022: Preise 24-Stunden-Betreuung, Wien.

HLS-EU Consortium 2012: Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Project (HLS-EU), o. O.

Hochschild, Arlie R. 2000: Global Care Chains and Emotional Surplus Value, in: Giddens, Anthony/Hutton, Will (Hrsg.): On the Edge: Living with Global Capitalism, London, 130–146.

Hochschule Bonn-Rhein-Sieg 2019: Im Jahr 2017 kamen weniger Medizintouristen ins Land. Pressemitteilung vom 31.01.2019. (https://h-brs.de/de/pressemitteilung/im-jahr-2017-kamen-weniger-medizintouristen-ins-land, 08.02.2022)

Hoebel, Jens/Grabka, Markus M./Schröder, Carsten/Haller, Sebastian/Neuhauser, Hannelore et al. 2021: Socioeconomic Position and SARS-CoV-2 Infections: Seroepidemiological Findings from a German Nationwide Dynamic Cohort, in: Journal of Epidemiology & Community Health. (https://jech.bmj.com/content/early/2021/09/27/jech-2021-217653, 08.02.2022)

von Hofen-Hohloch, Judith 2015: Der Einfluss von Migrationshintergrund auf die Geburt. Vergleich von Perinataldaten von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund. Dissertation an der medizinischen Fakultät der Charité Berlin, Berlin.

Hoffman, Kelly M./Trawalter, Sophie/Axt, Jordan R./Oliver, M. Norman 2016: Racial Bias in Pain Assessment and Treatment Recommendations, and False Beliefs about Biological Differences between Blacks and Whites, in: Proceedings of the National Academy of Sciences, 113: 16, 4296–4301.

Hohmann, Isabel/Glaesmer, Heide/Nesterko, Yuriy 2018: Zugewanderte Ärzte: Chancen und Herausforderungen im deutschen Klinikalltag, in: PPmP – Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, 68: 12, 506–515.

Höhmann, Ulrike/Lautenschläger, Manuela/Schwarz, Laura 2016: Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate, in: Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus, Stuttgart, 73–89.

Höhne, Jutta/Schulze Buschoff, Karin 2015: Die Arbeitsmarktintegration von Migranten und Migrantinnen in Deutschland. Ein Überblick nach Herkunftsländern und Generationen, in: WSI-Mitteilungen, 5/2015, 345–354.

Hooper, Kate 2019: Reimagining Skilled Migration Partnerships to Support Development. MPI Policy Brief 5, Washington D. C.

Hostettler, Stefanie/Kraft, Esther 2021: FMH-Ärztestatistik 2020 – die Schweiz im Ländervergleich, in: Schweizerische Ärztezeitung, 102: 12, 1–6.

Hundenborn, Gertrud/Heuel, Guido/Zwicker-Pelzer, Renate/Fendi, Shilan/Kühn-Hempe, Cornelia et al. 2018: Kultursensibilität im Gesundheitswesen. Modulhandbuch für kompetenzorientierte, wissenschaftsbasierte und multiprofessionelle Aus-, Fort- und Weiterbildung in den therapeutischen und pflegerischen Gesundheitsberufen, o. O.

Hunger, Uwe/Krannich, Sascha 2018: Das entwicklungsbezogene Engagement von internationalen Studierenden und Alumni. Wie kann es am besten gefördert und unterstützt werden? Eine Analyse am Beispiel der Förderprogramme und Alumni-Arbeit des Katholischen Akademischen Ausländer-Dienstes, Bonn.

I

IG BAU-Bundesvorstand/PECO-Institut 2020: Initiative Faire Landarbeit. Bericht 2020. Saisonarbeit in der Landwirtschaft, Frankfurt am Main/Berlin.

Igde, E./Heinz, A./Schouler-Ocak, Meryam/Rössler, W. 2019: Depressive und somatoforme Störungen bei türkeistämmigen Personen in Deutschland, in: Der Nervenarzt, 90: 1, 25–34.

Igel, Ulrike/Brähler, Elmar/Grande, Gesine 2010: Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von MigrantInnen, in: Psychiatrische Praxis, 37: 4, 183–190.

Ilkılıç, İlhan 2010: Medizinethische Aspekte des interkulturellen Arzt-Patienten-Verhältnisses, in: Deutscher Ethikrat (Hrsg.): Tagungsdokumentation Migration und Gesundheit. Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung. Jahrestagung des Deutschen Ethikrates 2010, Berlin, 29–40.

Ilkılıç, İlhan 2019: Ethische Aspekte der interkulturellen Kommunikation in Behandlungssituationen, in: Zeitschrift für medizinische Ethik, 65: 4, 425–435.

ILO 2018: Care Work and Care Jobs: For the Future of Decent Work, Genf.

Initiative Sprachmittlung im Gesundheitswesen 2015: Gründungsstatement, Berlin.

IQ Netzwerk Saarland 2020: Projektintegrierte Praxisanleitung. IQ Good Practice, Saarbrücken.

IQWiG 2018: Periduralanästhesie (PDA) und Schmerzmittel zur Linderung von Geburtsschmerzen, in: Gesundheitsinformation.de. (https://www.gesundheitsinformation.de/periduralanaesthesie-pda-und-schmerzmittel-zur-linderung-von-geburtsschmerzen.html, 08.02.2022)

J

Jacobs, Barb/Ryan, Anne M./Henrichs, Katherine S./Weiss, Barry D. 2018: Medical Interpreters in Outpatient Practice, in: The Annals of Family Medicine, 16: 1, 70–76.

Jacobs, Elizabeth A./Shepard, Donald S./Suaya, Jose A./Stone, Esta-Lee 2004: Overcoming Language Barriers in Health Care: Costs and Benefits of Interpreter Services, in: American Journal of Public Health, 94: 5, 866–869.

Jaschke, Philipp/Kosyakova, Yuliya 2021: Does Facilitated and Early Access to the Healthcare System Improve Refugees' Health Outcomes? Evidence from a Natural Experiment in Germany, in: International Migration Review, 55: 3, 812–842.

Jordan, Susanne/Hoebel, Jens 2015: Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 58: 9, 942–950.

Juszczak, Jens/Kern, Isabella 2018: Ethik im Medizintourismus, in: Gadatsch, Andreas/Ihne, Hartmut/Monhemius, Jürgen/Schreiber, Dirk (Hrsg.): Nachhaltiges Wirtschaften im digitalen Zeitalter. Innovation – Steuerung – Compliance, Wiesbaden, 17–35.

K

Kajikhina, Katja 2021: Rassismus in der Gesundheitskommunikation – Herausforderungen in Forschung und Praxis, in: Impu!se für Gesundheitsförderung, 110, 7–8.

Kajikhina, Katja/Schumann, Maria 2021: Akkulturation und Diskriminierung: Fallstricke und Potenziale zweier Konzepte in der Gesundheitsforschung, in: Spallek, Jacob/Zeeb, Hajo (Hrsg.): Handbuch Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien, Bern, 133–145.

Karagiannidis, Christian/Janssens, Uwe/Kluge, Stefan/Walcher, Felix/Marx, Gernot 2021: Intensivstationen: Ein Drittel der Betten ist gesperrt, in: Deutsches Ärzteblatt, 118: 42, A1908–A1909.

Katholisches Forum Leben in der Illegalität 2009: Erläuterung zu ausgewählten Vorschriften aus der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz vom 18.09.2009 (Drucksache 669/09), Berlin.

Katholisches Forum Leben in der Illegalität 2017: Forderung der Gewährleistung der Gesundheitsversorgung für Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität in Deutschland. Positionspapier, Berlin.

KDA 2022: Die ersten Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland" wurden verliehen. Pressemitteilung vom 02.02.2022. (https://kda.de/die-ersten-guetesiegel-faire-anwerbung-pflege-deutschland-wurden-verliehen, 08.02.2022)

Keller, Angela/Baune, Bernhard T. 2005: Impact of Social Factors on Health Status and Help Seeking Behavior among Migrants and Germans, in: Journal of Public Health, 13: 1, 22–29.

Khalil, Samir/Lietz, Almuth/Mayer, Sabrina J. 2020: Systemrelevant und prekär beschäftigt: Wie Migrant*innen unser Gemeinwesen aufrechterhalten. DeZIM Research Notes 3/2020, Berlin.

Khan-Gökkaya, Sidra/Mösko, Mike 2021: Labour Market Integration of Refugee Health Professionals in Germany: Challenges and Strategies, in: International Migration, 59: 4, 105–126.

Kirkcaldy, Bruce/Wittig, Ulla/Furnham, Adrian/Merbach, Martin/Siefen, Rainer Georg 2006: Migration und Gesundheit, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 49: 9, 873–883.

Klaus, Daniela/Baykara-Krumme, Helen 2017: Die Lebenssituationen von Personen in der zweiten Lebenshälfte mit und ohne Migrationshintergrund, in: Mahne, Katharina/Wolff, Julia Katharina/Simonson, Julia/Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS), Wiesbaden, 359–379.

Klein, Juliane 2016: Transferring Professional Knowledge and Skills: The Case of Central and Eastern European Migrant Physicians in German Hospitals, Leverkusen.

Klinger, Julia/Mensing, Monika/Berens, Eva-Maria 2020: Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund. Discussion Paper zu Konzept und Erfassung, Bielefeld.

Klingler, Corinna/Marckmann, Georg 2016: Difficulties Experienced by Migrant Physicians Working in German Hospitals: A Qualitative Interview Study, in: Human Resources for Health, 14: 1, 57.

Kluge, Ulrike/Aichberger, Marion Christina/Heinz, E./Udeogu-Gözalan, Christiana/Abdel-Fatah, Dana 2020: Rassismus und psychische Gesundheit, in: Der Nervenarzt, 91: 11, 1017–1024.

Kluth, Winfried 2019: Mittelstandsorientierte Weiterentwicklung des Einwanderungsrechts mit Blick auf das Handwerk, Baden-Baden.

Knoll, Julia 2021: Auswirkungen von Abwanderung auf die (EU-)Herkunftsländer, in: Pfeffer-Hoffmann, Christian (Hrsg.): Auswirkungen der EU-Binnenmigration auf die Herkunftsländer. Herausforderungen und Potenziale der innereuropäischen Wanderungsdynamiken, Berlin, 47–117.

Kohls, Martin 2011: Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland, Nürnberg.

Kohls, Martin 2012: Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. BAMF-Forschungsbericht 12, Nürnberg.

Kohls, Martin 2015: Sterberisiken von Migranten. Analysen zum Healthy-Migrant-Effekt nach dem Zensus 2011, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 58: 6, 519–526.

Kontos, Maria/Ruokonen-Engler, Minna-Kristiina/Guhlich, Anna 2019: Betriebliche Integrationsprozesse von neu migrierten Pflegefachkräften, in: Pütz, Robert/Kontos, Maria/Larsen, Christa/Rand, Sigrid/Ruokonen-Engler, Minna-Kristiina (Hrsg.): Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte, Düsseldorf, 60–170.

Korff, Karla 2021: AsylbLG § 2, in: Rolfs, Christian/Giesen, Richard/Kreikebohm, Ralf/Udsching, Peter (Hrsg.): Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht. 60. Edition. Stand: 01.03.2021.

Koschollek, Carmen/Bartig, Susanne/Rommel, Alexander/Santos-Hövener, Claudia/Lampert, Thomas 2019: Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2, in: Journal of Health Monitoring, 4: 3, 7–29.

Kovacheva, Vesela/Cyrus, Norbert 2020: Zur Situation von EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern aus Bulgarien, Rumänien und Polen in Deutschland. Literaturbericht im Rahmen der Studie „Ermittlung der Unterstützungsbedarfe für EU-Bürgerinnen und EU-Bürger in prekären Lebenslagen in Hamburg", Hamburg.

Kovacheva, Vesela/Grewe, Mareike 2015: Workplace Integration of Migrant Health Workers in Germany: Qualitative Findings on Experiences in Two Hamburg Hospitals, Hamburg.

Kressing, Frank 2018: Aspekte kultureller Differenz im internationalen Medizintourismus, in: Ethik in der Medizin, 30: 3, 251–262.

Krimmer, Holger/Bork, Magdalena/Markowski, Lydia/Gorke, Johanna 2020: Lokal kreativ, finanziell unter Druck, digital herausgefordert. Die Lage des freiwilligen Engagements in der ersten Phase der Corona-Pandemie, Berlin.

Kroll, Lars E./Lampert, Thomas 2012: Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. GBE kompakt 1/2013, Berlin.

Kroll, Lars E./Müters, Stephan/Dragano, Nico 2011: Arbeitsbelastungen und Gesundheit. GBE kompakt 5/2011, Berlin.

Kroll, Lars E./Müters, Stephan/Lampert, Thomas 2016: Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 59: 2, 228–237.

Kuntz, Benjamin/Waldhauer, Julia/Zeiher, Johannes/Finger, Jonas D./Lampert, Thomas 2018: Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2, in: Journal of Health Monitoring, 3: 2, 45–63.

Kyobutungi, Catherine/Ronellenfitsch, Ulrich/Razum, Oliver/Becher, Heiko 2006: Mortality from External Causes among Ethnic German Immigrants from Former Soviet Union Countries, in Germany, in: The European Journal of Public Health, 16: 4, 376–382.

L

Labonté, Ronald/Sanders, David/Mathole, Thubelihle/Crush, Jonathan/Chikanda, Abel et al. 2015: Health Worker Migration from South Africa: Causes, Consequences and Policy Responses, in: Human Resources for Health, 13: 1, 92.

Lakes, Tobia/Burkart, Katrin 2016: Childhood Overweight in Berlin: Intra-Urban Differences and Underlying Influencing Factors, in: International Journal of Health Geographics, 15: 1, 1–10.

Lampert, Thomas/Hoebel, Jens/Kroll, Lars E. 2019: Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland. Aktuelle Situation und Trends, in: Journal of Health Monitoring, 4: 1, 3–15.

Lampert, Thomas/Hoebel, Jens/Kuntz, Benjamin/Müters, Stephan/Kroll, Lars E. 2017: Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen, Berlin.

Lampert, Thomas/Horch, Kerstin/List, Sabine/Ryl, Livia/Saß, Anke-Christine et al. 2010: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Ziele, Aufgaben und Nutzungsmöglichkeiten. GBE kompakt 1/2010, Berlin.

Lampert, Thomas/Kroll, Lars E. 2010: Armut und Gesundheit. GBE kompakt 5/2010, Berlin.

Lampert, Thomas/Kroll, Lars E./Kuntz, Benjamin/Ziese, Thomas 2011: Gesundheitliche Ungleichheit, in: Statistisches Bundesamt/WZB (Hrsg.): Datenreport 2011. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Berlin/Wiesbaden, 247–258.

Lampert, Thomas/Kuntz, Benjamin 2015: Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? GBE kompakt 1/2015, Berlin.

Lampert, Thomas/Richter, Matthias/Schneider, Sven/Spallek, Jacob/Dragano, Nico 2016: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 59: 2, 153–165.

Lampert, Thomas/Ryl, Livia/Saß, Anke C./Starker, Anne/Ziese, Thomas 2010: Gesundheitliche Lage und Gesundheitsverhalten der Bevölkerung im Erwerbsalter in Deutschland, in: Badura, Bernhard/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Macco, Katrin (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2010: Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Berlin/Heidelberg, 69–81.

Langer, Thorsten/Zapf, T./Wirth, S./Meyer, B./Wiegand, A. et al. 2017: Wie sind Kinder- und Jugendkliniken in Nordrhein-Westfalen auf die Überwindung von Sprachbarrieren vorbereitet? Eine Pilotstudie zur Strukturqualität in der stationären Gesundheitsversorgung, in: Das Gesundheitswesen, 79: 7, 535–541.

Le Monde 2017: Le nombre de médecins à diplôme étranger en France a doublé en dix ans. Beitrag vom 12.10.2017. (https://lemonde.fr/sante/article/2017/10/12/le-nombre-de-medecins-a-diplome-etranger-en-france-a-double-en-dix-ans_5199881_1651302.html, 08.02.2022)

Lehner, Roman/Kolb, Holger 2021: Wächst zusammen, was zusammengehört? Anerkennung von im Ausland erworbenen Qualifikationen und Fachkräftezuwanderung, in: Berlit, Uwe/Hoppe, Michael/Kluth, Winfried (Hrsg.): Jahrbuch des Migrationsrechts für die Bundesrepublik Deutschland, Baden-Baden, 465–488.

Leiber, Simone/Matuszczyk, Kamil/Rossow, Verena 2019: Private Labor Market Intermediaries in the Europeanized Live-in Care Market between Germany and Poland: A Typology, in: Zeitschrift für Sozialreform, 65: 3, 365–392.

Leiber, Simone/Rossow, Verena 2021: Beschäftigung von Migrantinnen in der sogenannten „24-Stunden-Betreuung" in Privathaushalten. Expertise im Auftrag des SVR, o. O.

Leiber, Simone/Rossow, Verena/Frerk, Timm 2020: Das Geschäft mit der Sorge. Unternehmen im Feld der sogenannten 24-Stunden-Pflege. WISO direkt 13/2020, Bonn.

Leiber, Simone/Rossow, Verena/Österle, August/Frerk, Timm 2020: Yet Another Black Box: Brokering Agencies in the Evolving Market for Live-in Migrant Care Work in Austria and Germany, in: International Journal of Care and Caring, 5: 2, 187–208.

Leiprecht, Rudolf 2016: Rassismus, in: Mecheril, Paul (Hrsg.): Handbuch Migrationspädagogik, Weinheim/Basel, 226–242.

Lewicki, Aleksandra 2021: Sind Menschen mit Migrationshintergrund stärker von Covid-19 betroffen? Aktueller Forschungsstand. Expertise für den Mediendienst Integration, Berlin.

Li, Susan S. Y./Liddell, Belinda J./Nickerson, Angela 2016: The Relationship between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers, in: Current Psychiatry Reports, 18: 9, 82–90.

Lindert, Jutta/von Ehrenstein, Ondine S./Priebe, Stefan/Mielck, Andreas/Brähler, Elmar 2009: Depression and Anxiety in Labor Migrants and Refugees – A Systematic Review and Meta-Analysis, in: Social Science & Medicine, 69: 2, 246–257.

Lindner, Katja 2021a: Ansprüche auf Gesundheitsleistungen für Asylsuchende in Deutschland. Rechtslage und Reformbedarfe. MIDEM Policy Paper 2/21, Dresden.

Lindner, Katja 2021b: Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarten für Asylsuchende. Asylpolitische Handlungsspielräume für Kommunen in Deutschland am Beispiel der Landeshauptstadt Dresden, in: Migration und Soziale Arbeit, 43: 3, 216–225.

Lindner, Katja 2022: Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in den Bundesländern. Rahmenbedingungen und Reformbedarfe. MIDEM Policy Paper 1/22, Dresden.

Lipowsky, Katharina 2016: Triple Win durch zirkuläre Care-Migration? Eine qualitative Studie zur Perspektive vietnamesischer Pflegefachkräfte in der stationären Altenpflege in Deutschland. Master-Arbeit an der Europa-Universität Viadrina, Frankfurt an der Oder.

Lippke, Sonja/Renneberg, Babette 2006: Konzepte von Gesundheit und Krankheit, in: Renneberg, Babette/Hammelstein, Philipp (Hrsg.): Gesundheitspsychologie, Berlin, 7–12.

Löhlein, Harald 2020: Gesundheitliche Versorgung für Menschen ohne Krankenversicherung. Fachinfo des Paritätischen Gesamtverbands vom 24.04.2020. (https://der-paritaetische.de/alle-meldungen/gesundheitliche-versorgung-fuer-menschen-ohne-krankenversicherung, 08.02.2022)

Loss, Julika/Aldoughle, Yamen/Sauter, Alexandra/von Sommoggy, Julia 2020: „Wait and Wait, That Is the Only Thing They Can Say": A Qualitative Study Exploring Experiences of Immigrated Syrian Doctors Applying for Medical License in Germany, in: BMC Health Services Research, 20, 342.

Lutz, Helma 2017: Care. Eine intersektionelle Analyse transnationaler Care-Arbeit und transnationaler Familien, in: Lutz, Helma/Amelina, Anna (Hrsg.): Gender, Migration, Transnationalisierung. Eine intersektionelle Einführung, Bielefeld, 91–120.

Lutz, Helma/Palenga-Möllenbeck, Ewa 2011: Das Care-Chain-Konzept auf dem Prüfstand. Eine Fallstudie der transnationalen Care-Arrangements polnischer und ukrainischer Migrantinnen, in: GENDER – Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, 3: 1, 9–27.

M

M'Bayo, Rosaline/Narimani, Petra 2021: „Unsere Station bekommt Farbe." Erfahrungen und Überlegungen einer Betroffenen zu rassistischen Handlungsmustern im Gesundheitswesen, in: Impu!se für Gesundheitsförderung, 110, 3–4.

Maase, Angelika 2021: Integration Ausländischer Pflegefachkräfte: Zwei Dimensionen für eine erfolgreiche Inklusion, in: kma – Klinik Management aktuell, 26: 7–8, 98–100.

Mackintosh, Maureen/Mensah, Kwadwo/Henry, Leroi/Rowson, Michael 2006: Aid, Restitution and International Fiscal Redistribution in Health Care: Implications of Health Professionals' Migration, in: Journal of International Development, 18: 6, 757–770.

Maier, Claudia 2008: Migration und rehabilitative Versorgung in Deutschland. Ein Vergleich der Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und eines Indikators für Rehabilitationserfolg zwischen Rehabilitanden türkischer und nicht-türkischer Abstammung, Bielefeld.

Maier, I./Kriston, Levente/Härter, Martin/Hölzel, Lars P./Bermejo, Isaac 2015: Psychometrische Überprüfung eines Fragebogens zur Erfassung der Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Personen mit Migrationshintergrund, in: Das Gesundheitswesen, 77: 10, 749–756.

Maier, Ralf/Rupprecht, Bernd 2011: Der Regierungsentwurf des Anerkennungsgesetzes, in: ZAR, 31: 7, 201–206.

Maldonado, Behrouz M. N./Collins, Jennifer/Blundell, Harriet J./Singh, Lucy 2020: Engaging the Vulnerable: A Rapid Review of Public Health Communication Aimed at Migrants during the COVID-19 Pandemic in Europe, in: Journal of Migration and Health, 1–2, 100004.

Mammadova, Dilbar 2019: Fluchtwege von schwerkranken Kindern und Jugendlichen aus den ehemaligen Ostblockländern nach Deutschland zur Behandlung des Nierenversagens. Doktorarbeit an der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen/Nürnberg.

von Manteuffel, Marie 2018: Papierlos und unterversorgt – Die notwendige Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland, in: Zeitschrift für medizinische Ethik, 64: 1, 33–41.

Marburger Bund 2021: Übersicht über die Gebühren für die Kenntnisprüfung. Stand: Dezember 2021. (https://marburger-bund.de/bundesverband/service/auslaendische-aerzte/foreign-physicians/gebuehren-kenntnispruefung, 08.02.2022)

Marmot, Michael/Wilkinson, Richard 2005: Social Determinants of Health, Oxford/New York.

Marten, Eike/Walgenbach, Katharina 2017: Intersektionale Diskriminierung, in: Scherr, Albert/El-Mafaalani, Aladin/Yüksel, Gökçen (Hrsg.): Handbuch Diskriminierung, Wiesbaden, 157–171.

Medibüros/Medinetze 2020: Politische Entwicklung: Kollektivquarantäne – Gesundheitsgefährdung durch sinnwidrige Maßnahmen der Behörden. Beitrag vom 06.09.2020. (http://gesundheit-gefluechtete.info/kollektivquarantaene-gesundheitsgefaehrdung-durch-sinnwidrige-massnahmen-der-behoerden, 08.02.2022)

Mediendienst Integration 2016: Wie werden Geflüchtete psychotherapeutisch versorgt? Beitrag vom 02.08.2016. (https://mediendienst-integration.de/artikel/wie-funktioniert-die-psychologische-versorgung-von-asylbewerbern.html, 08.02.2022)

Mediendienst Integration 2021a: „Einwanderer*innen wurden viel zu lange ignoriert". Interview mit Mosjkan Ehrari vom 29.04.2021. (https://mediendienst-integration.de/artikel/einwandererinnen-wurden-viel-zu-lange-ignoriert.html, 08.02.2022)

Mediendienst Integration 2021b: COVID-19. Flüchtlingsunterkünfte stark betroffen. Beitrag vom 29.01.2021. (https://mediendienst-integration.de/artikel/fluechtlingsunterkuenfte-stark-betroffen.html, 08.02.2022)

Meghani, Salimah H./Byun, Eeeseung/Gallagher, Rollin M. 2012: Time to Take Stock: A Meta-Analysis and Systematic Review of Analgesic Treatment Disparities for Pain in the United States, in: Pain Medicine, 13: 2, 150–174.

Metzing, Maria 2021: Lebenssituation von Migrantinnen und Migranten, deren Nachkommen und Geflüchteten in Deutschland, in: Statistisches Bundesamt/WZB (Hrsg.): Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Bonn, 286–294.

Metzing, Maria/Schacht, Diana 2019: Gesundheitliche Situation der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland – Sonderauswertung für die Bundesintegrationsbeauftragte 2019. SOEP Survey Papers 700, Berlin.

Metzing, Maria/Schacht, Diana/Scherz, Antonia 2020: Psychische und körperliche Gesundheit von Geflüchteten im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen, in: DIW Wochenbericht, 87: 5, 63–72.

MIDEM 2020: Emigration in Europa. MIDEM Jahresbericht 2020, Dresden.

Miilunpalo, Seppo/Vuori, Ilkka/Oja, Pekka/Pasanen, Matti/Urponen, Helka 1997: Self-Rated Health Status as a Health Measure: The Predictive Value of Self-Reported Health Status on the Use of Physician Services and on Mortality in the Working-Age Population, in: Journal of Clinical Epidemiology, 50: 5, 517–528.

Milewski, Nadja/Doblhammer, Gabriele 2015: Mental Health among Immigrants: Is There a Disadvantage in Later Life?, in: Doblhammer, Gabriele (Hrsg.): Health among the Elderly in Germany. New Evidence on Disease, Disability and Care Need, Opladen u. a., 191–212.

Miller, Jennifer A. 2012: On Track for West Germany: Turkish „Guest-Worker" Rail Transportation to West Germany in the Postwar Period, in: German History, 30: 4, 550–573.

Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern 2016: Verhandlungen zur elektronischen Gesundheitskarte vorerst ausgesetzt. Pressemitteilung vom 02.03.2016, Schwerin.

Minor 2020: Beratung für 24-Stunden-Betreuungskräfte aus Polen. Zwischenbericht vom 25.02.2020, Berlin.

MIPEX 2020: Health, in: Migrant Integration Policy Index (MIPEX). (https://mipex.eu/health, 08.02.2022)

Mitwalli, Janina 2016: Menschenhandel zum Zweck der Arbeitsausbeutung und schwere Arbeitsausbeutung von Frauen – ein nicht gesehenes Phänomen?, Berlin.

Moloney, H. Jane 2017: The Cost of Not Providing Health Care Interpretation in the Champlain Region, Ottawa.

Morawa, Eva/Senf, Wolfgang/Erim, Yesim 2013: Die psychische Gesundheit polnisch-stämmiger Migranten im Vergleich zur polnischen und deutschen Bevölkerung, in: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 59: 2, 209–217.

Mösko, Mike 2021: Mehrsprachigkeit in der Gesundheitsversorgung, in: Spallek, Jacob/Zeeb, Hajo (Hrsg.): Handbuch Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien, Bern, 233–243.

Mösko, Mike/Pradel, Simon/Schulz, Holger 2011: Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 54: 4, 465–474.

Mueller, Ulrich/Heinzel-Gutenbrunner, Monika 2001: Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft 102c, Wiesbaden.

Mukwende, Malone/Tamony, Peter/Turner, Margot 2020: Mind the Gap. A Handbook of Clinical Signs in Black and Brown Skin, London.

Müller-Wacker, Martina 2021: Die deutsche Anerkennungspraxis im Kontext von Pflegeberufen, in: Bonacker, Marco/Geiger, Gunter (Hrsg.): Migration in der Pflege. Wie Diversität und Individualisierung die Pflege verändern, Berlin/Heidelberg, 207–227.

Müters, Stephan/Lampert, Thomas/Maschewsky-Schneider, Ulrike 2005: Subjektive Gesundheit als Prädiktor für Mortalität, in: Das Gesundheitswesen, 67, 129–136.

Mylius, Maren 2016: Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland. Studien zur Praxis in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern, Bielefeld.

Mylius, Maren/Dreesman, Johannes/Zühlke, Christel/Mertens, Elke 2019: Hemmnisse abbauen, Gesundheit fördern – Die Gesundheitsversorgung von Migrierten ohne Papiere im Rahmen eines Modellprojektes in Niedersachsen, 2016–2018, in:

Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 62: 8, 927–934.

Mylius, Maren/Frewer, Andreas 2015: Zugang zu medizinischer Versorgung von MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Zwischen Notfallversorgung, Infektionsschutz und humanitärer Hilfe, in: Zeitschrift für Menschenrechte, 9: 2, 102–121.

N

Namer, Yudit/Razum, Oliver 2018: Convergence Theory and the Salmon Effect in Migrant Health, in: Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health. (https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.17, 08.02.2022)

Narimani, Petra/Wright, Michael T. 2021: Partizipation in der Gesundheitsförderung und Prävention mit Migrant*innen, in: Spallek, Jacob/Zeeb, Hajo (Hrsg.): Handbuch Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien, Bern, 445–453.

Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina 2018: Stellungnahme. Traumatisierte Flüchtlinge – schnelle Hilfe ist jetzt nötig, Halle.

Nestlinger, Jann/Fischer, Patrick/Jahn, Sandy/Ihring, Isabelle/Czelinski, Frauke 2017: Eine empirische Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland. Daten – Zusammenhänge – Perspektiven, Freiburg.

Neundorf, Kathleen 2020: Anerkennung ausländischer Bildungs- und Berufsabschlüsse, in: von Harbou, Frederik/Weizsäcker, Esther (Hrsg.): Einwanderungsrecht. Das Recht der Arbeits- und Bildungsmigration. 2. Aufl., München, 73–106.

zur Nieden, Felix/Sommer, Bettina 2017: Lebenserwartung in Deutschland auf Basis des Zensus 2011: War der Healthy-Migrant-Effekt nur ein Artefakt?, in: Comparative Population Studies, 41, 35–65.

Noll, Nadja/Bollinger, Heinrich/Blättner, Beate 2021: Instrument zur Entwicklung eines Integrationskonzepts (EIk), Fulda.

Norredam, Marie/Nielsen, Signe S./Krasnik, Allan 2010: Migrants' Utilization of Somatic Healthcare Services in Europe: A Systematic Review, in: The European Journal of Public Health, 20: 5, 555–563.

Nutsch, Niklas/Bozorgmehr, Kayvan 2020: Der Einfluss postmigratorischer Stressoren auf die Prävalenz depressiver Symptome bei Geflüchteten in Deutschland. Analyse anhand der IAB-BAMF-SOEP-Befragung 2016, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 63: 12, 1470–1482.

O

OECD 2013: Zuwanderung ausländischer Arbeitskräfte, Paris.

OECD 2019a: Health at a Glance 2019. OECD Indicators, Paris/Brüssel.

OECD 2019b: Recent Trends in International Mobility of Doctors and Nurses, Paris.

OECD 2020: Contribution of Migrant Doctors and Nurses to Tackling COVID-19 Crisis in OECD Countries, Paris.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2019: State of Health in the EU. Romania Country Health Profile 2019, Paris/Brüssel.

Oksuzyan, Anna/Gumà, Jordi/Doblhammer, Gabriele 2018: Sex Differences in Health and Survival, in: Doblhammer, Gabriele/Gumà, Jordi (Hrsg.): A Demographic Perspective on Gender, Family and Health in Europe, Cham, 65–100.

Oksuzyan, Anna/Juel, Knud/Vaupel, James W./Christensen, Kaare 2008: Men: Good Health and High Mortality. Sex Differences in Health and Aging, in: Aging Clinical and Experimental Research, 20: 2, 91–102.

Oltmer, Jochen 2012: Einführung: Migrationsverhältnisse und Migrationsregime nach dem Zweiten Weltkrieg, in: Oltmer, Jochen/Kreienbrink, Axel/Sanz Díaz, Carlos (Hrsg.): Das „Gastarbeiter"-System: Arbeitsmigration und ihre Folgen in der Bundesrepublik Deutschland und Westeuropa, München, 9–22.

Omran, Abdel R. 2005: The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change, in: The Milbank Memorial Fund Quarterly, 83: 4, 731–757.

P

Palenga-Möllenbeck, Ewa 2021: „Lade Deine Superkräfte wieder auf". Vermittlungs- und Entsendeagenturen und das Konzept der guten Arbeit in der Live-in-Betreuung, in: Aulenbacher, Brigitte/Lutz, Helma/Schwiter, Karin (Hrsg.): Gute Sorge ohne gute Arbeit? Live-in-Care in Deutschland, Österreich und der Schweiz, Weinheim, 106–126.

Paradies, Yin 2006: A Systematic Review of Empirical Research on Self-Reported Racism and Health, in: International Journal of Epidemiology, 35: 4, 888–901.

Paritätischer Gesamtverband 2021: EuGH-Urteil: Ausschluss von der Krankenversicherung für nicht-erwerbstätige EU-Bürger*innen ist europarechtswidrig. Fachinfo vom 28.07.2021. (https://der-paritaetische.de/alle-meldungen/eugh-urteil-ausschluss-von-der-krankenversicherung-fuer-nicht-erwerbstaetige-eu-buergerinnen-ist-europarechtswidrig, 08.02.2022)

Pascoe, Elizabeth A./Richman, Laura Smart 2009: Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review, in: Psychological Bulletin, 135: 4, 531–554.

PECO-Institut 2017: Werkstattbericht: Flexible-Insecure. Wanderarbeit in der Landwirtschaft, Berlin.

Pepping, Georg 2020: Gesetz über die Feststellung der Gleichwertigkeit von Berufsqualifikationen (Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz – BQFG), in: Wohlgemuth, Hans Hermann/Pepping, Georg (Hrsg.): Berufsbildungsgesetz. Handkommentar. 2. Aufl., Baden-Baden, 1002–1080.

Peppler, Lisa 2016: Medizin und Migration: Deutsche Ärztinnen und Ärzte türkischer Herkunft – eine soziokulturelle Mikroskopie, Göttingen.

Perspektive Online 2021: Nach erneutem Corona-Ausbruch: Köln beschließt Auflösung aller Geflüchtetenlager. Beitrag vom 06.02.2021. (https://perspektive-online.net/2021/02/koeln-beschliesst-aufloesung-aller-gefluechtetenlager-nach-erneutem-corona-ausbruch, 08.02.2022)

Pillinger, Jane/Yeates, Nicola 2020: Building Resilience across Borders: A Policy Brief on Health Worker Migration, Ferney-Voltaire.

PKV Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. 2022: Basistarif, in: Glossar des PKV-Verbands. (https://derprivatpatient.de/glossar/basistarif, 08.02.2022)

Plümecke, Tino/Supik, Linda/Will, Anne-Kathrin 2021: Rassismus der Pandemie: Unterschiedliche Sterberaten im Zusammenhang mit Covid-19. Expertise für den Mediendienst Integration, Berlin.

Poethko-Müller, Christina/Kuhnert, Ronny/Lassen, Sofie G./Siedler, Anette 2019: Durchimpfung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Aktuelle Daten aus KiGGS Welle 2 und Trends aus der KiGGS-Studie, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 62: 4, 410–421.

Poethko-Müller, Christina/Kuhnert, Ronny/Schlaud, Martin 2007: Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50: 5–6, 851–862.

Porsch-Oezçueruemez, Mustafa/Bilgin, Yasar/Wollny, Michaela/Gediz, Ayla/Arat, Alev et al. 1999: Prevalence of Risk Factors of Coronary Heart Disease in Turks Living in Germany: The Giessen Study, in: Atherosclerosis, 144: 1, 185–198.

Porter, Matthew/Haslam, Nick 2005: Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated with Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons, in: Journal of the American Medical Association, 294: 5, 602–612.

Poutvaara, Panu 2004: Educating Europe: Should Public Education be Financed with Graduate Taxes or Income-Contingent Loans?, in: CESifo Economic Studies, 50: 4, 663–684.

Poutvaara, Panu 2008: Public and Private Education in an Integrated Europe: Studying to Migrate and Teaching to Stay?, in: Scandinavian Journal of Economics, 110: 3, 591–608.

Pries, Ludger 2013: Migrantenselbstorganisationen. Umfang, Strukturen, Bedeutung. Kurzdossier. focus Migration, April 2013, Osnabrück.

Q

Qamar, Alisha 2020: Black Lives Matter – Rassismus im Gesundheitswesen. Beitrag vom 12.08.2020. (https://thieme.de/viamedici/medi-mashup-einblicke-30991/a/black-lives-matter-rassismus-im-gesumdheitswesen-36436.htm, 08.02.2022)

Quenzel, Gudrun/Schaeffer, Doris 2016: Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Ergebnisbericht, Bielefeld.

R

Rand, Sigrid/Kontos, Maria/Ruokonen-Engler, Minna-Kristiina/Pütz, Robert/Larsen, Christa 2019: Dimensionen und Spannungsfelder betrieblicher Integration auf globalisierten Pflegearbeitsmärkten. Das Beispiel Deutschland, in: Pütz, Robert/Kontos, Maria/Larsen, Christa/Rand, Sigrid/Ruokonen-Engler, Minna-Kristiina (Hrsg.): Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte, Düsseldorf, 171–197.

Rand, Sigrid/Pütz, Robert/Larsen, Christa 2019: Die Herausbildung eines globalisierten Pflegearbeitsmarktes in Deutschland, in: Pütz, Robert/Kontos, Maria/Larsen, Christa/Rand, Sigrid/Ruokonen-Engler, Minna-Kristiina (Hrsg.): Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte, Düsseldorf, 20–59.

Rathje, Jan/Kahane, Anetta/Baldauf, Johannes/Lauer, Stefan 2015: „No World Order". Wie antisemitische Verschwörungsideologien die Welt verklären, Berlin.

Razum, Oliver/Butler, Jeffrey/Spallek, Jacob 2018: Gesundheitliche Chancen und Risiken von MigrantInnen: Handlungsmöglichkeiten einer kommunalen Gesundheitspolitik, in: Gesemann, Frank/Roth, Roland (Hrsg.): Handbuch Lokale Integrationspolitik, Wiesbaden, 565–584.

Razum, Oliver/Geiger, Ingrid/Zeeb, Hajo/Ronellenfitsch, Ulrich 2004: Gesundheitsversorgung von Migranten, in: Deutsches Ärzteblatt, 101: 43, 2882–2887.

Razum, Oliver/Penning, Verena/Mohsenpour, Amir/Bozorgmehr, Kayvan 2020: Covid-19 in Flüchtlingsunterkünften: ÖGD jetzt weiter stärken, in: Das Gesundheitswesen, 82: 05, 392–396.

Razum, Oliver/Spallek, Jacob 2012: Erklärungsmodelle zum Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit im Alter, in: Baykara-Krumme, Helen/Schimany, Peter/Motel-Klingebiel, Andreas (Hrsg.): Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland, Wiesbaden, 161–180.

Razum, Oliver/Spallek, Jacob 2014: Addressing Health-Related Interventions to Immigrants: Migrant-Specific or Diversity-Sensitive?, in: International Journal of Public Health, 59: 6, 893–895.

Razum, Oliver/Twardella, Dorothee 2002: Time Travel with Oliver Twist – Towards an Explanation for a Paradoxically Low Mortality among Recent Immigrants, in: Tropical Medicine & International Health, 7: 1, 4–10.

Razum, Oliver/Zeeb, Hajo 2004: Suizidsterblichkeit unter Türkinnen und Türken in Deutschland, in: Der Nervenarzt, 75: 11, 1092–1098.

Razum, Oliver/Zeeb, Hajo/Akgün, H. Seval/Yilmaz, Selma 1998: Low Overall Mortality of Turkish Residents in Germany Persists and Extends into a Second Generation: Merely a Healthy Migrant Effect?, in: Tropical Medicine & International Health, 3: 4, 297–303.

Razum, Oliver/Zeeb, Hajo/Gerhardus, Ansgar 1998: Cardiovascular Mortality of Turkish Nationals Residing in West Germany, in: Annals of Epidemiology, 8: 5, 334–341.

Razum, Oliver/Zeeb, Hajo/Rohrmann, Sabine 2000: The „Healthy Migrant Effect" – Not Merely a Fallacy of Inaccurate Denominator Figures, in: International Journal of Epidemiology, 29: 1, 191–192.

Reuters 2021: Philippines Raises Cap on Health Professionals Going Abroad. Beitrag vom 18.06.2021. (https://reuters.com/world/asia-pacific/philippines-raises-cap-health-professionals-going-abroad-2021-06-18, 08.02.2022)

Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus 2009: Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., akt. Aufl., Wiesbaden.

Riedlinger, Isabelle/Fischer, Gabriele/Lämmel, Nora/Höß, Tanja 2020: „Leasing ist wie ein stummer Streik" – Zeitarbeit in der Pflege, in: AIS-Studien, 13: 2, 142–157.

RKI 2008a: Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.

RKI 2008b: Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.

RKI 2009a: 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.

RKI 2009b: Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.

RKI 2015: Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.

RKI 2020: Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.

RKI 2021a: Allgemeine Hinweise für Gesundheitsbehörden: Kontaktaufnahme und Zusammenarbeit mit marginalisierten Bevölkerungsgruppen während der COVID-19-Pandemie. Stand: 23.07.2021. (https://rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Marginalisierte_Gruppen.html, 08.02.2022)

RKI 2021b: Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2020, Berlin.

RKI 2021c: COVID-19 Impfquoten-Monitoring in Deutschland (COVIMO). Report 8 vom 22.11.2021, Berlin.

RKI 2021d: Gesundheitskompetenz/Health Literacy, in: Online-Glossar des RKI. (https://rki.de/DE/Content/GesundAZ/G/Gesundheitskompetenz/Gesundheitskompetenz_inhalt.html, 08.02.2022)

RKI 2021e: HIV in Deutschland 2020. Epidemiologisches Bulletin 47/2021, Berlin.

RKI 2022: COVID-19-Impfquotenmonitoring in Deutschland als Einwanderungsgesellschaft (COVIMO-Fokuserhebung). Report 9, Berlin.

RND 2021: Koalition streitet über Konsequenzen aus Urteil für 24-Stunden-Betreuungskräfte. Beitrag vom 25.06.2021. (https://rnd.de/politik/koalition-streitet-ueber-konsequenzen-aus-urteil-fuer-24-stunden-betreuungskraefte-72SGN76B3RAQ5FH2VU62G2ZKPQ.html, 08.02.2022)

Robert Bosch Expertenkommission zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik 2016: Themendossier Zugang zu Gesundheitsleistungen und Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge und Asylbewerber: Von der Erstversorgung bis zur psychosozialen Behandlung, Stuttgart.

Rohmert, Walter 1984: Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 38: 4, 193–200.

Rolke, Kristin/Wenner, Judith/Razum, Oliver 2019: Shaping Access to Health Care for Refugees on the Local

Level in Germany: Mixed-Methods Analysis of Official Statistics and Perspectives of Gatekeepers, in: Health Policy, 123: 9, 845–850.

Rolke, Kristin/Wenner, Judith/Razum, Oliver 2020: Der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung nach Einführung der elektronischen Gesundheitskarte: die Sicht geflüchteter Patient(inn)en, in: Das Gesundheitswesen, 82: 12, 961–968.

Rommel, Alexander/Saß, Anke-Christine/Born, Sabine/Ellert, Ute 2015: Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 58: 6, 543–552.

Ronellenfitsch, Ulrich/Kyobutungi, Catherine/Becher, Heiko/Razum, Oliver 2006: All-Cause and Cardiovascular Mortality among Ethnic German Immigrants from the Former Soviet Union: A Cohort Study, in: BMC Public Health, 6, 16.

Ronellenfitsch, Ulrich/Kyobutungi, Catherine/Ott, Jördis Jennifer/Paltiel, Ari/Razum, Oliver et al. 2009: Stomach Cancer Mortality in Two Large Cohorts of Migrants from the Former Soviet Union to Israel and Germany: Are There Implications for Prevention?, in: European Journal of Gastroenterology & Hepatology, 21: 4, 319–326.

Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas 2014: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 3., vollst. überarb. Aufl., Bern.

Roser, Laura/Kehl, Laura/Dietrich, Antje/Willems, Evelien/Reyels, Wiebke 2021: Berufliche Anerkennung von Pflegefachkräften mit einer im Ausland erworbenen Berufsqualifikation. Situationsanalyse aus Sicht des Förderprogramms IQ, Nürnberg.

Roser, Thomas 2015: Rumänien: Der weiße Aderlass, in: Deutsches Ärzteblatt, 112: 24, 1084–1085.

Rossow, Verena/Leiber, Simone 2019: Kein Schattendasein mehr. Entwicklungen auf dem Markt für „24-Stunden-Pflege", in: APuZ, 69: 33–34, 37–42.

Rothgang, Heinz/Müller, Rolf 2021: BARMER-Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends, Berlin.

Rothgang, Heinz/Müller, Rolf/Preuß, Benedikt 2020: BARMER-Pflegereport 2020. Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen, Berlin.

S

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz 2015: Interpretationshilfe nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), Dresden.

Saluja, Bani/Bryant, Zenobia 2021: How Implicit Bias Contributes to Racial Disparities in Maternal Morbidity and Mortality in the United States, in: Journal of Women's Health, 30: 2, 270–273.

Saluja, Saurabh/Rudolfson, Niclas/Massenburg, Benjamin Ballard/Meara, John G./Shrime, Mark G. 2020: The Impact of Physician Migration on Mortality in Low and Middle-Income Countries: An Economic Modelling Study, in: BMJ Global Health, 5: 1, e001535.

Samerski, Silja 2021: Health Literacy und Empowerment, in: Spallek, Jacob/Zeeb, Hajo (Hrsg.): Handbuch Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien, Bern, 421–432.

Sander, Monika 2007: Return Migration and the ‚Healthy Immigrant Effect'. SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research 60, Berlin.

Santos-Hövener, Claudia/Schumann, Maria/Schmich, Patrick/Gößwald, Antje/Rommel, Alexander et al. 2019: Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund: Projektbeschreibung und erste Erkenntnisse von IMIRA, in: Journal of Health Monitoring, 4: 1, 49–61.

Satola, Agnieszka/Bollinger, Heinrich 2020: Transnationalisierung oder ‚nur' Internationalisierung? Arbeitsmigration in der häuslichen und stationären Pflege in Deutschland im Vergleich, in: Platzer, Hans/Klemm, Matthias/Dengel, Udo (Hrsg.): Transnationalisierung der Arbeit und der Arbeitsbeziehungen. Interdisziplinäre Perspektiven, Baden-Baden, 67–86.

Satola, Agnieszka/Schywalski, Beate 2016: „Live-in-Arrangements" in deutschen Haushalten: Zwischen arbeitsrechtlichen/-vertraglichen (Un-)Sicherheiten und Handlungsmöglichkeiten, in: Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus, Stuttgart, 127–138.

Sauer, Michael/Volarevic, Jurica 2020: Transnationale Qualifizierungs- und Mobilitätspartnerschaften (tQMP): Kontext – Konzeption – Praxis, Gütersloh.

Schaeffer, Doris/Berens, Eva-Maria/Gille, Svea/Griese, Lennert/Klinger, Julia et al. 2021: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie. Ergebnisse des HLS-GER 2, Bielefeld.

Schaeffer, Doris/Hurrelmann, Klaus/Bauer, Ullrich/Kolpatzik, Kai (Hrsg.) 2018: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. 1. überarb. Aufl., Berlin.

Schaeffer, Doris/Vogt, Dominique/Berens, Eva-Maria/Hurrelmann, Klaus 2016: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht, Bielefeld.

Schaffer, Nicole/Buchinger, Birgit 2019: Diskriminierung hochgewichtiger/adipöser Frauen im Gesundheitsbereich. Literature Review, Wien.

Schammann, Hannes 2015: Wenn Variationen den Alltag bestimmen. Unterschiede lokaler Politikgestaltung in der Leistungsgewährung für Asylsuchende, in: Zeitschrift für Vergleichende Politikwissenschaft, 9: 3, 161–182.

Schenk, Liane 2007: Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien, in: International Journal of Public Health, 52, 87–96.

Schenk, Liane/Anton, Verena/Baer, Nadja-Raphaela/Schmitz, Roma 2016: Ernährungsmuster von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund: Ergebnisse der KiGGS-Studie, in: Public Health Forum, 24: 3, 205–208.

Schenk, Liane/Peppler, Lisa 2020: Erklärungsansätze zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit, in: Schenk, Liane/Habermann, Monika (Hrsg.): Migration und Alter, Berlin/Boston, 21–32.

Schenk, Liane/Peppler, Lisa/Habermann, Monika 2020: Grundlagen, in: Schenk, Liane/Habermann, Monika (Hrsg.): Migration und Alter, Berlin/Boston, 7–20.

Schmidt-Kaehler, Sebastian/Schaeffer, Doris/Hurrelmann, Klaus/Pelikan, Jürgen 2019: Strategiepapier 4 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen im Gesundheitssystem verankern, Berlin.

Schmidtke, Claudia/Kuntz, Benjamin/Starker, Anne/Lampert, Thomas 2018: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2, in: Journal of Health Monitoring, 3: 4, 69–77.

Schmitt, Michael T./Branscombe, Nyla R./Postmes, Tom/Garcia, Amber 2014: The Consequences of Perceived Discrimination for Psychological Well-Being: A Meta-Analytic Review, in: Psychological Bulletin, 140: 4, 921–948.

Schmitz, Nadja 2017: Auswertung der amtlichen Statistik zum Anerkennungsgesetz des Bundes für 2016: Ergebnisse des BIBB-Anerkennungsmonitorings, Bonn.

Schmitz, Nadja 2018: Auswertung der amtlichen Statistik zum Anerkennungsgesetz des Bundes für 2017: Ergebnisse des BIBB-Anerkennungsmonitorings, Bonn.

Schmitz, Nadja/Wünsche, Tom 2016: Auswertung der amtlichen Statistik zum Anerkennungsgesetz des Bundes für 2015: Ergebnisse des BIBB-Anerkennungsmonitorings, Bonn.

Schmucker, Rolf 2020: Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Beschäftigtenbefragung zum DGB-Index Gute Arbeit, in: Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, Berlin/Heidelberg, 49–60.

Schneider, Jana/Schmitt, Josephine B./Rieger, Diana 2020: Wenn die Fakten der Anderen nur eine Alternative sind – „Fake News" in Verschwörungstheorien als überdauerndes Phänomen, in: Hohlfeld, Ralf/Harnischmacher, Michael/Heinke, Elfi/Lehner, Lea/Sengl, Michael (Hrsg.): Fake News und Desinformation. Herausforderungen für die vernetzte Gesellschaft, Baden-Baden, 283–294.

Scholz, Johanna 2016: Gesundheit. Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen in Deutschland, in: Bendel, Petra (Hrsg.): Was Flüchtlinge brauchen – ein Win-Win-Projekt. Ergebnisse aus einer Befragung in Erlangen, Erlangen, 183–202.

Schouler-Ocak, Meryam 2020: Psychische Gesundheit von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund in Deutschland, in: Genkova, Petia/Riecken, Andrea (Hrsg.): Handbuch Migration und Erfolg: Psychologische und sozialwissenschaftliche Aspekte, Wiesbaden, 567–587.

Schreiter, Stefanie/Winkler, Johanna/Bretz, Joachim/Schouler-Ocak, Meryam 2016: Was kosten uns Dolmetscher? Eine retrospektive Analyse der Dolmetscherkosten in der Behandlung von Flüchtlingen in einer Psychiatrischen Institutsambulanz in Berlin, in: PPmP – Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, 66: 9/10, 356–360.

Schröder, Helmut/Zok, Klaus/Faulbaum, Frank 2018: Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan, in: WIdO-monitor. Die Versicherten-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK, 15: 1, 1–20.

Schulze, Alexander/Unger, Rainer 2006: Der Einfluss der Bildungsexpansion auf die Lebenserwartung, in: BIB-Mitteilungen, 27: 3, 17–24.

Schwarz, Betje/Markin, K./Salman, Ramazan/Gutenbrunner, Christoph 2015: Barrieren für Migranten beim Zugang in die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung, in: Die Rehabilitation, 54: 6, 362–368.

Schwinger, Antje/Klauber, Jürgen/Tsiasioti, Chrysanthi 2020: Pflegepersonal heute und morgen, in: Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, Berlin/Heidelberg, 3–21.

Sell, Stefan 2020: Potenzial und Grenzen von Zuwanderung in die Pflege, in: Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/

Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, Berlin/Heidelberg, 85–101.

Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz 2019: Landesgesundheitsbericht Bremen 2019, Bremen.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung 2020: Das SARS-CoV-2-Infektionsgeschehen in Berlin – Zusammenhang mit Soziodemografie und Wohnumfeld, Berlin.

Seyda, Susanne/Köppen, Robert/Hickmann, Helen 2021: Pflegeberufe besonders vom Fachkräftemangel betroffen. KOFA-kompakt 10/2021, Köln.

Sharma, Dinesh C. 2014: Zwischen Versorgungsnotstand und Medizintourismus. Indiens Gesundheitssystem, in: Dossier Indien. (https://bpb.de/internationales/asien/indien/189184/indiens-gesundheitssystem, 08.02.2022)

Shrime, Mark G. 2021: Brain Drain Is a Hidden Tax on the Countries Left Behind, in: The Conversation, Beitrag vom 22.07.2021. (https://theconversation.com/brain-drain-is-a-hidden-tax-on-the-countries-left-behind-164122, 08.02.2022)

Sinn, Annette/Kreienbrink, Axel/von Loeffelholz, Hans Dietrich 2006: Illegal aufhältige Drittstaatsangehörige in Deutschland. Staatliche Ansätze, Profil und soziale Situation. Forschungsstudie 2005 im Rahmen des Europäischen Migrationsnetzwerks. BAMF-Forschungsbericht 2, Nürnberg.

Skwarek, Agnieszka 2021: Exkurs 5: 24-Stunden-Betreuungskräfte, in: Pfeffer-Hoffmann, Christian (Hrsg.): EU-Migration nach Deutschland. Analysen zu Arbeitsmarktteilhabe und gesellschaftlicher Partizipation von EU-Bürger*innen in Deutschland, Berlin, 194–196.

Solé-Auró, Aïda/Crimmins, Eileen M. 2008: Health of Immigrants in European Countries, in: International Migration Review, 42: 4, 861–876.

Sørensen, Kristine/Van den Broucke, Stephan/Fullam, James/Doyle, Gerardine/Pelikan, Jürgen et al. 2012: Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models, in: BMC Public Health, 12, 80.

Sousa, Angelica/Dal Poz, Mario R./Boschi-Pinto, Cynthia 2013: Reducing Inequities in Neonatal Mortality through Adequate Supply of Health Workers: Evidence from Newborn Health in Brazil, in: PLOS ONE, 8: 9, e74772.

Spallek, Jacob/Arnold, Melina/Razum, Oliver/Juel, Knud/Rey, Grégoire et al. 2012: Cancer Mortality Patterns among Turkish Immigrants in Four European Countries and in Turkey, in: European Journal of Epidemiology, 27: 12, 915–921.

Spallek, Jacob/Razum, Oliver 2016: Migration und Gesundheit, in: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit, Wiesbaden, 153–166.

Spallek, Jacob/Razum, Oliver 2021: Epidemiologische Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit, in: Spallek, Jacob/Zeeb, Hajo (Hrsg.): Handbuch Migration und Gesundheit: Grundlagen, Perspektiven und Strategien, Bern, 81–90.

Spallek, Jacob/Schumann, Maria/Reeske-Behrens, Anna 2019: Migration und Gesundheit – Gestaltungsmöglichkeiten von Gesundheitsversorgung und Public Health in diversen Gesellschaften, in: Haring, Robin (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften, Berlin, 527–538.

Spallek, Jacob/Zeeb, Hajo/Razum, Oliver 2011: What Do We Have to Know from Migrants' Past Exposures to Understand Their Health Status? A Life Course Approach, in: Emerging Themes in Epidemiology, 8: 1, 1–8.

SPD/Grüne/FDP 2021: Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag zwischen SPD, Grünen und FDP. 20. Legislaturperiode, Fassung vom 24.11.2021, Berlin.

Spickhoff, Andreas 2010: Spezielle Patientenrechte für Migranten? Juristische und rechtsethische Überlegungen, in: Deutscher Ethikrat (Hrsg.): Tagungsdokumentation Migration und Gesundheit. Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung. Jahrestagung des Deutschen Ethikrates 2010, Berlin, 59–77.

Spickhoff, Andreas 2018: VO (EG) Nr. 593/2008 sowie VO (EG) 864/2007, in: Spickhoff, Andreas (Hrsg.): Medizinrecht. 3. Aufl., München, 1078–1089.

Spura, Anke/Kleinke, Matthias/Robra, Bernt-Peter/Ladebeck, Nadine 2017: Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung?, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 60: 4, 462–470.

Stadtmüller, Sven/Schröder, Jette/Ehlers, Stefan 2020: Estimating and Explaining the Prevalence of Tuberculosis for Asylum Seekers upon Their Arrival in Germany, in: Journal of Immigrant and Minority Health, 23: 6, 1187–1192.

Stagge, Maya 2016: Multikulturelle Teams in der Altenpflege. Eine qualitative Studie, Wiesbaden.

Stagge, Maya 2020: Herausforderungen und Dynamiken in multikulturellen Pflegeteams, in: Schenk, Liane/Habermann, Monika (Hrsg.): Migration und Alter, Berlin/Boston, 123–131.

Statistisches Bundesamt 2017: Statistik der Empfänger von Asylbewerberregelleistung – Empfänger am 31.12. Qualitätsbericht, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2018: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2017. Fachserie 1 Reihe 2.2. Korr. Fassung vom 18.11.2019, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2020a: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2019. Fachserie 1 Reihe 2.2, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2020b: Bildung und Kultur. Prüfungen an Hochschulen 2019. Fachserie 11 Reihe 4.2, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2020c: Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse 2019, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2020d: Sozialleistungen. Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus) 2019. Fachserie 13 Reihe 1.1, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2020e: Weiterhin hoher Anteil von Ausländerinnen und Ausländern atypisch beschäftigt. Pressemitteilung vom 03.09.2020. (https://destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/09/PD20_338_12211.html, 08.02.2022)

Statistisches Bundesamt 2020f: Wohnen in Deutschland. Zusatzprogramm des Mikrozensus 2018, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2021a: Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen nach Berufen (Top 20) (2020). (https://destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Berufliche-Bildung/Tabellen/liste-bqfg-rangliste-berufe.html, 08.02.2022)

Statistisches Bundesamt 2021b: Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre, Nationalität, Geschlecht/Familienstand. GENESIS-Online-Datenbank, Tabelle 12411-0007 (Stand: 01.12.2021), Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2021c: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2020 (Erstergebnisse). Fachserie 1 Reihe 2.2, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2021d: Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Schuljahr 2019/2020. Fachserie 11 Reihe 2, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2021e: Deutsche Studierende im Ausland. Ergebnisse des Berichtsjahres 2019, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2021f: Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (31.12.2020). (https://destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Asylbewerberleistungen/Tabellen/6-empf-bl-insg-art-unterbrg.html, 08.02.2022)

Statistisches Bundesamt 2021g: Gestorbene: Deutschland, Jahre, Nationalität, Geschlecht, Altersjahre. GENESIS-Online-Datenbank, Tabelle 12613-0004 (Stand: 25.11.2021), Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2021h: Sonderauswertung des Mikrozensus 2013 und 2019 vom 06.05.2021 im Auftrag des SVR, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2021i: Sonderauswertung des Mikrozensus 2017 vom 19.10.2021 im Auftrag des SVR, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2021j: Sonderauswertung des Mikrozensus 2019 und 2020 vom 27.10.2021 im Auftrag des SVR, Wiesbaden.

Steinkamp, Günther 1999: Soziale Ungleichheit in Mortalität und Morbidität. Oder: Warum einige Menschen gesünder sind und länger leben als andere, in: Schlicht, Wolfgang/Dickhuth, Hans Hermann (Hrsg.): Gesundheit für alle – Fiktion oder Realität?, Stuttgart/New York, 101–154.

Steinle, Julia/Woytowicz, Lisa 2020: Good-Practice-Kriterien für Patientinnengespräche als Dolmetsch-Settings, in: Bendel, Petra/Krennerich, Michael (Hrsg.): Flucht und Menschenrechte. Ergebnisse eines Gesellschaftswissenschaftlichen Kollegs der Studienstiftung des deutschen Volkes, Erlangen, 231–271.

Stemmer, Renate 2021: Beruflich Pflegende – Engpass oder Treiber von Veränderungen?, in: Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen, Berlin/Heidelberg, 173–184.

Stepanikova, Irena 2012: Racial-Ethnic Biases, Time Pressure, and Medical Decisions, in: Journal of Health and Social Behavior, 53: 3, 329–343.

Stiftung Warentest 2017: Trautes Heim, da will ich sein, in: Test, 5: 17, 86–95.

Strumpen, Sarina 2021: Willkommenskultur und verlässliche Standards für eine nachhaltige internationale Anwerbung, in: Bettig, Uwe/Frommelt, Mona/Maucher, Helene/Schmidt, Roland/Thiele, Günter (Hrsg.): Anwerbung internationaler Fachkräfte in der Pflege. Arbeitsmarktpolitische Antworten für Gesundheitseinrichtungen?, Heidelberg, 141–156.

Suciu, Şoimita Mihaela/Popescu, Codruta Alina/Ciumageanu, Mugur Daniel/Buzoianu, Anca Dana 2017: Physician Migration at Its Roots: A Study on the Emigration Preferences and Plans among Medical Students in Romania, in: Human Resources for Health, 15, 6.

Sugimoto, Cassidy R./Ahn, Yong-Yeol/Smith, Elise/Macaluso, Benoit/Larivière, Vincent 2019: Factors

Affecting Sex-Related Reporting in Medical Research: A Cross-Disciplinary Bibliometric Analysis, in: The Lancet, 393: 10171, 550–559.

Sungurova, Yulia/Johansson, Sven-Erik/Sundquist, Jan 2006: East–West Health Divide and East–West Migration: Self-Reported Health of Immigrants From Eastern Europe and the Former Soviet Union in Sweden, in: Scandinavian Journal of Public Health, 34: 2, 217–221.

Sutton, Madeline Y./Anachebe, Ngozi F./Lee, Regina/Skanes, Heather 2021: Racial and Ethnic Disparities in Reproductive Health Services and Outcomes, 2020, in: Obstetrics & Gynecology, 137: 2, 225–233.

SVR 2013: Erfolgsfall Europa? Folgen und Herausforderungen der EU-Freizügigkeit für Deutschland. Jahresgutachten 2013 mit Migrationsbarometer, Berlin.

SVR 2014: Deutschlands Wandel zum modernen Einwanderungsland. Jahresgutachten 2014 mit Integrationsbarometer, Berlin.

SVR 2016: Viele Götter, ein Staat: Religiöse Vielfalt und Teilhabe im Einwanderungsland. Jahresgutachten 2016 mit Integrationsbarometer, Berlin.

SVR 2017: Die Messung von Integration in Deutschland und Europa. Möglichkeiten und Grenzen bestehender Integrationsmonitorings, Berlin.

SVR 2018: Steuern, was zu steuern ist: Was können Einwanderungs- und Integrationsgesetze leisten? Jahresgutachten 2018, Berlin.

SVR 2019a: Bewegte Zeiten: Rückblick auf die Integrations- und Migrationspolitik der letzten Jahre. Jahresgutachten 2019, Berlin.

SVR 2019b: Stellungnahme zum Entwurf der Bundesregierung eines Fachkräfteeinwanderungsgesetzes (FEG). Stellungnahme vom 20.03.2019, Berlin.

SVR 2020: Gemeinsam gestalten: Migration aus Afrika nach Europa. Jahresgutachten 2020, Berlin.

SVR 2021: Normalfall Diversität? Wie das Einwanderungsland Deutschland mit Vielfalt umgeht. Jahresgutachten 2021, Berlin.

SVR Gesundheit 2009: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Gutachten 2009. BT-Drs. 16/13770, Berlin.

SVR Gesundheit 2018: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018, Bonn/Berlin.

SVR Gesundheit 2021: Digitalisierung für Gesundheit. Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems. Gutachten 2021, Bonn/Berlin.

SVR-Forschungsbereich 2015: Pflege und Pflegeerwartungen in der Einwanderungsgesellschaft. Expertise im Auftrag der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Berlin.

SVR-Forschungsbereich 2016: Ankommen und Bleiben – Wohnsitzauflagen als integrationsfördernde Maßnahme?, Berlin.

SVR-Forschungsbereich 2019: Anerkannte Partner – unbekannte Größe? Migrantenorganisationen in der deutschen Einwanderungsgesellschaft, Berlin.

SVR-Forschungsbereich 2020: Vielfältig engagiert – breit vernetzt – partiell eingebunden? Migrantenorganisationen als gestaltende Kraft in der Gesellschaft, Berlin.

T

Tagesspiegel 2021: Spahn sieht „große Herausforderung". Haben Menschen mit Migrationshintergrund eine stärkere Impfskepsis? Beitrag vom 28.04.2021. (https://tagesspiegel.de/politik/spahn-sieht-grosse-herausforderung-haben-menschen-mit-migrationshintergrund-eine-staerkere-impfskepsis/27137260.html, 08.02.2022)

Tankwanchi, Akhenaten Siankam/Hagopian, Amy/Vermund, Sten H. 2019: International Migration of Health Labour: Monitoring the Two-Way Flow of Physicians in South Africa, in: BMJ Global Health, 4: 5, e001566.

Teney, Céline/Becker, Regina/Bürkin, Katharina/Spengler, Max 2017: Migrations- und Integrationserfahrungen europäischer Ärztinnen und Ärzte in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage, Bremen.

Teney, Céline/Bürkin, Katharina/Becker, Regina/Möser, Sara/Lenkewitz, Sven 2017: Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Erste Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage zu beruflichen Erfahrungen, Zufriedenheit und Einstellungen, Bremen.

Theobald, Hildegard 2017: Care Workers with Migrant Backgrounds in Formal Care Services in Germany: A Multi-Level Intersectional Analysis, in: International Journal of Care and Caring, 1: 2, 209–226.

Thißen, Martin/Niemann, Hildegard 2016: Wohnen und Umwelt – Ergebnisse aus dem bundesweiten Gesundheitsmonitoringsystem des Robert Koch-Instituts, in: Umwelt und Mensch – Informationsdienst, 2, 18–29.

Thym, Daniel 2016: Integration kraft Gesetzes? Grenzen und Inhalte des „Integrationsgesetzes" des Bundes, in: ZAR, 36: 8, 241–251.

Thym, Daniel 2017: Migrationsfolgenrecht, in: Grenzüberschreitungen. Migration. Entterritorialisierung des öffentlichen Rechts. Veröffentlichungen der Vereinigung der Deutschen Staatsrechtslehrer, 76, 169–216.

TMMJV 2019: Landesprogramm Dolmetschen. Video- und Audiodolmetschen in Thüringen, Erfurt.

TMMJV 2021: FAQ Landesprogramm Dolmetschen 2. Phase. Häufig gestellte Fragen zum Landesprogramm Dolmetschen. Stand: 19.08.2021, Erfurt.

Trojan, Alf 2020: Gesundheit in allen Politikbereichen: Die Entwicklungsgeschichte eines Kernkonzepts der Gesundheitsförderung, in: Böhm, Katharina/Bräunling, Stefan/Geene, Raimund/Köckler, Heike (Hrsg.): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, Wiesbaden, 17–35.

Turra, Cassio M./Elo, Irma T. 2008: The Impact of Salmon Bias on the Hispanic Mortality Advantage: New Evidence from Social Security Data, in: Population Research and Policy Review, 27: 5, 515–530.

U

Ullrich, Sebastian/Briel, Diana/Nesterko, Yuriy/Hiemisch, Andreas/Brähler, Elmar et al. 2016: Verständigung mit Patienten und Eltern mit Migrationshintergrund in der stationären allgemeinpädiatrischen Versorgung, in: Das Gesundheitswesen, 78: 4, 209–214.

Ulusoy, Nazan/Wirth, Tanja/Schablon, Anja/Nienhaus, Albert 2021: Belastungen und Beanspruchungen von Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund: eine quantitative Analyse in der Altenpflege, in: Spallek, Jacob/Zeeb, Hajo (Hrsg.): Handbuch Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien, Bern, 195–205.

UN DESA 2020: International Migrant Stock 2020: Age, Sex and Destination, New York.

UNESCO Institute for Statistics 2012: International Standard Classification of Education: ISCED 2011, Quebec.

von Unger, Hella/Gangarova, Tanja/Ouedraogo, Omer/Flohr, Catherine/Spennemann, Nozomi et al. 2013: Stärkung von Gemeinschaften: Partizipative Forschung zu HIV-Prävention mit Migrant/innen, in: Prävention und Gesundheitsförderung, 8: 3, 171–180.

Unger, Martin/Binder, David/Dibiasi, Anna/Engleder, Judith/Schubert, Nina et al. 2020: Studierenden-Sozialerhebung 2019. Kernbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums Bildung, Wissenschaft und Forschung, Wien.

UNHCR 2022: Operational Data Portal. Mediterranean Situation. (https://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean, 08.02.2022)

Universitätsklinikum Heidelberg 2021: RESPOND-Studie: Ziele. (https://respond-study.org/ziele-2, 08.02.2022)

V

vdek 2022: Daten zum Gesundheitswesen: Soziale Pflegeversicherung (SPV). Finanzielle Belastung (Eigenanteil) eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege nach Bundesländern. (https://vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.html, 08.02.2022)

VENRO e. V. 2014: Tauziehen um Pflegekräfte – Gesundheitspolitik verschärft globale Krise um Fachkräfte, Berlin.

Verbraucherzentrale NRW e. V. 2021: Ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte in Privathaushalten. Pflegewegweiser NRW für Pflegebedürftige und Angehörige, Düsseldorf.

Verbrugge, Lois M. 1984: Longer Life but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-Aged and Older Persons, in: The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society, 62: 3, 475–519.

vij FairCare 2021: Kosten. Was kostet die Beschäftigung und Vermittlung einer Betreuungskraft im Rahmen von FairCare für Sie? (www.vij-faircare.de/haushalte/kosten, 08.02.2022)

Vivantes Hospiz gGmbH 2019: Fachkräftegewinnung: Vivantes baut Ausbildungskooperation mit Vietnam aus. Beitrag vom 30.09.2019. (https://hospiz.vivantes.de/news-details/news/fachkraeftegewinnung-vivantes-baut-ausbildungskooperation-mit-vietnam-aus, 08.02.2022)

Vogel, Dita 2016: Kurzdossier: Umfang und Entwicklung der Zahl der Papierlosen in Deutschland, Bremen.

Vogt, Wolfgang 2021: In sechs Monaten zur Anerkennung, in: IQ konkret, 2/2021, 22–25.

Voigt, Claudius 2014: Schutzlos oder gleichgestellt? Der Zugang zum Gesundheitssystem für Unionsbürger und ihre Familienangehörigen, Berlin.

Voigt, Claudius 2017a: „Aushungern" als Instrument der Migrationskontrolle? Der Ausschluss von EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern von existenzsichernden Leistungen, in: GGUA Flüchtlingshilfe – Tabellen und Übersichten. (https://ggua.de/fileadmin/downloads/tabellen_und_uebersichten/AM_2017_1-2_BeitragVoigt_Aushungern_170117_final.pdf, 08.02.2022)

Voigt, Claudius 2017b: Ausgeschlossen oder privilegiert? Zur aufenthalts- und sozialrechtlichen Situation von Unionsbürgern und ihren Familienangehörigen. 3., akt. Aufl., Berlin.

Voigt, Claudius 2021: Rechtsprechung der Sozialgerichte zum Ausschluss von Unionsbürger*innen seit 29. Dezember 2016. Stand: 17.11.2021, in: GGUA Flüchtlingshilfe – Übersichten und Arbeitshilfen. (https://einwanderer.net/fileadmin/downloads/unionsbuergerInnen/rechtsorechung_Unionsbuerger.pdf, 08.02.2022)

W

Wächter, Marcus/Vanheiden, Theresa 2015: Sprachmittlung im Gesundheitswesen. Erhebung und einheitliche Beschreibung von Modellen der Sprachmittlung im Gesundheitswesen, Berlin.

Wächter-Raquet, Marcus 2016: Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge. Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer, Gütersloh.

Wachtler, Benjamin/Michalski, Niels/Nowossadeck, Enno/Diercke, Michaela/Wahrendorf, Morten et al. 2020: Sozioökonomische Ungleichheit im Infektionsrisiko mit SARS-CoV-2 – Erste Ergebnisse einer Analyse der Meldedaten für Deutschland, in: Journal of Health Monitoring, 5: S7, 19–31.

Wahedi, Katharina/Biddle, Louise/Jahn, Rosa/Ziegler, Sandra/Kratochwill, Steffen et al. 2020: Medizinische Versorgung von Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 63: 12, 1460–1469.

Wahrendorf, Morten/Knöchelmann, Anja/von dem Knesebeck, Olaf/Vonneilich, Nico/Bolte, Gabriele et al. 2020: Verschärfen COVID-19 Pandemie und Infektionsschutzmaßnahmen die gesundheitlichen Ungleichheiten? Kompetenznetz Public Health COVID-19, Bremen.

Wälde, Marie/Evers, Katalin 2018: Arbeitsmarktintegration von Zuwanderern im Familiennachzug. Ergebnisse der BAMF-Familiennachzugsstudie 2016. BAMF-Forschungsbericht 32, Nürnberg.

Wallace, Matthew/Kulu, Hill 2015: Mortality among Immigrants in England and Wales by Major Causes of Death, 1971–2012: A Longitudinal Analysis of Register-Based Data, in: Social Science & Medicine, 147, 209–221.

Walther, Lena/Fuchs, Lukas M./Schupp, Jürgen/von Scheve, Christian 2019: Living Conditions and the Mental Health and Well-Being of Refugees: Evidence from a Large-Scale German Panel Study. SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research 1029, Berlin.

Wamala, Sarah/Merlo, Juan/Bostrom, Gunnel/Hogstedt, Christer 2007: Perceived Discrimination, Socioeconomic Disadvantage and Refraining from Seeking Medical Treatment in Sweden, in: Journal of Epidemiology & Community Health, 61: 5, 409–415.

Weisskircher, Manès 2021: Arbeitsmigration während der Corona-Pandemie. Saisonarbeitskräfte aus Mittel- und Osteuropa in der deutschen Landwirtschaft. MIDEM Policy Paper 01/21, Dresden.

Wendel, Kay 2014: Unterbringung von Flüchtlingen in Deutschland. Regelungen und Praxis der Bundesländer im Vergleich, Frankfurt am Main.

Wernick, Brian/Wojda, Thomas R./Wallner, Alexander/Yanagawa, Franz/Firstenberg, Michael S. et al. 2016: Brain Drain in Academic Medicine: Dealing with Personnel Departures and Loss of Talent, in: International Journal of Academic Medicine, 2: 1, 68–77.

WHO 2006: Working Together for Health: The World Health Report 2006, Genf.

WHO 2014: Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (Übersetzung). Stand: 08.05.2014, New York.

WHO 2017: A Dynamic Understanding of Health Worker Migration, Genf.

WHO 2019: Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage. 2019 Monitoring Report, Genf.

WHO 2020a: Gemeinsam gegen die Infodemie. Beitrag vom 29.06.2020. (https://www.euro.who.int/de/health-topics/Health-systems/digital-health/news/news/2020/6/working-together-to-tackle-the-infodemic, 08.02.2022)

WHO 2020b: Report of the WHO Expert Advisory Group on the Relevance and Effectiveness of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. A73/9, Genf.

WHO 2020c: State of the World's Nursing 2020: Investing in Education, Jobs and Leadership, Genf.

WHO 2021a: Disability-Adjusted Life Years (DALYs). (https://who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/158, 08.02.2022)

WHO 2021b: Health Workforce. (https://who.int/health-topics/health-workforce, 08.02.2022)

WHO 2022: National Health Workforce Accounts Data Portal. (https://apps.who.int/nhwaportal, 08.02.2022)

Williams, David R./Neighbors, Harold W./Jackson, James S. 2003: Racial/Ethnic Discrimination and Health: Findings from Community Studies, in: American Journal of Public Health, 93: 2, 200–208.

Wilmes, Maren 2013: Kommunaler Umgang mit Menschen ohne Papiere, in: APuZ, 63: 47, 33–39.

Wilson, Janet Lynn 2016: An Exploration of Bullying Behaviours in Nursing: A Review of the Literature, in: British Journal of Nursing, 25: 6, 303–306.

Winker, Gabriele 2021: Solidarische Care-Ökonomie. Revolutionäre Realpolitik für Care und Klima, Bielefeld.

Winker, Gabriele/Degele, Nina 2009: Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheiten, Bielefeld.

Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages 2017: Dolmetscher im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung. Anspruch und Kostenübernahme. Sachstand, Berlin.

Wissenschaftsrat 2012: Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen, Berlin.

Wu, Shunquan/Wang, Rui/Zhao, Yanfang/Ma, Xiuqiang/Wu, Meijing et al. 2013: The Relationship between Self-Rated Health and Objective Health Status: A Population-Based Study, in: BMC Public Health, 13: 1, 1–9.

Y

Yamin, Alicia Ely 2020: The Right to Health, in: Dugard, Jackie/Porter, Bruce/Ikawa, Daniela/Chenwi, Lilian (Hrsg.): Research Handbook on Economic, Social and Cultural Rights as Human Rights, Cheltenham/Northampton, 159–179.

Yeates, Nicola 2009: Production for Export: The Role of the State in the Development and Operation of Global Care Chains, in: Population, Space and Place, 15: 2, 175–187.

Yeates, Nicola/Pillinger, Jane 2018: International Healthcare Worker Migration in Asia Pacific: International Policy Responses, in: Asia Pacific Viewpoint, 59: 1, 92–106.

Z

Zacher, Hans F. 1993: Grundfragen des internationalen Sozialrechts, in: Baron von Maydell, Bernd/Eichenhofer, Eberhard (Hrsg.): Hans F. Zacher. Abhandlungen zum Sozialrecht, Heidelberg, 431–454.

Zarocostas, John 2020: How to Fight an Infodemic, in: The Lancet, 395: 10225, 676.

ZDF 2021a: Ausländische Pflegekräfte. „Das grenzt an modernen Menschenhandel." Interview mit Isabell Halletz vom 30.06.2021. (https://zdf.de/nachrichten/panorama/pflege-notstand-fachkraefte-ausland-guetesiegel-100.html, 08.02.2022)

ZDF 2021b: Ware Pflegekraft? Das fragwürdige Geschäft privater Vermittlungsagenturen. Film von Carolin Hentschel, 30.06.2021. (https://zdf.de/dokumentation/zdfzoom/zdfzoom-ware-pflegekraft-102.html, 08.02.2022)

Zeeb, Hajo/Razum, Oliver/Blettner, Maria/Stegmaier, Christa 2002: Transition in Cancer Patterns among Turks Residing in Germany, in: European Journal of Cancer, 38: 5, 705–711.

Zick, Andreas 2010: Spielarten des Rassismus, in: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.): Rassismus & Diskriminierung in Deutschland. Dossier, Berlin, 4–9.

Ziegler, Petra/Beelmann, Andreas 2009: Diskriminierung und Gesundheit, in: Beelmann, Andreas/Jonas, Kai J. (Hrsg.): Diskriminierung und Toleranz, Wiesbaden, 357–378.

Zweck, Bettina/Glemser, Axel 2018: SOEP-IS – Methodenbericht zum Befragungsjahr 2016 des SOEP-Innovationssamples. SOEP Survey Papers 481, Berlin.

Anhang II: Der Sachverständigenrat

Einrichtungserlass und Förderung

Beschluss der Bundesregierung über die Einrichtung eines Sachverständigenrats für Integration und Migration

§ 1

Es wird ein Sachverständigenrat für Integration und Migration für die wissenschaftliche Beratung und die Erleichterung der Urteilsbildung der Bundesregierung sowie weiterer integrations- und migrationspolitisch verantwortlicher Instanzen und der Öffentlichkeit eingerichtet. Er knüpft an die Arbeit des Sachverständigenrats deutscher Stiftungen für Integration und Migration an, der 2008 von einem Konsortium privater Stiftungen gegründet wurde.

§ 2

1) Der Sachverständigenrat für Integration und Migration ist ein unabhängiges interdisziplinäres Gremium der wissenschaftlichen Politikberatung. Aufgabe des Sachverständigenrats ist, die Politik in Bund, Ländern und Gemeinden sowie die Zivilgesellschaft
   - über Entwicklungen, Problemstellungen und evidenzbasierte Lösungsansätze in den Bereichen Integration und Migration wissenschaftlich fundiert zu unterrichten, diese Entwicklungen zu beobachten und neutral und methodensicher zu bewerten,
   - handlungsorientiert zu beraten sowie zu aktuellen Fragen Stellung zu beziehen, um der öffentlichen und politischen Debatte Sachargumente zu liefern, die Information der Öffentlichkeit zu objektivieren und neue Impulse zu geben.

2) Der Sachverständigenrat wird die Ressortforschungs- und ressortforschungsähnlichen Einrichtungen sowie die im Themenbereich arbeitenden und durch Bundesmittel finanzierten wissenschaftlichen Einrichtungen über seine Arbeit informieren und die wechselseitige Abstimmung befördern.

§ 3

Zur Erfüllung seiner Aufgaben gemäß § 2

1) erstellt der Sachverständigenrat für Integration und Migration jährlich ein Gutachten (Jahresgutachten), leitet es der Bundesregierung im zweiten Quartal jeden Jahres zu und veröffentlicht es. Mit dem Gutachten verfolgt er den Anspruch, die Integrations- und Migrationspolitik in einer umfassenden Weise zu analysieren.

2) erstellt der Sachverständigenrat für Integration und Migration eigeninitiativ zu Einzelfragen zusätzliche Positionspapiere oder gibt nach Aufforderung Stellungnahmen ab.

3) veröffentlicht der Sachverständigenrat für Integration und Migration alle zwei Jahre eine empirisch gestützte Analyse des Integrationsklimas in Deutschland, die auch Bund, Länder und Kommunen umfassen kann. Für die Analyse, die verschiedene Gruppen berücksichtigt, werden Personen mit und ohne Migrationshintergrund befragt, sodass die Einschätzungen und Bewertungen verschiedener Bevölkerungsgruppen sichtbar werden.

§ 4

Der Sachverständigenrat für Integration und Migration ist ausschließlich an den durch diesen Erlass begründeten Auftrag gebunden und in seiner Tätigkeit unabhängig. In seinen Bewertungen und Einschätzungen ist der Sachverständigenrat für Integration und Migration allein wissenschaftlichen Kriterien verpflichtet. Seine Stellungnahmen, Empfehlungen und Gutachten werden veröffentlicht.

§ 5

1) Dem interdisziplinär besetzten Sachverständigenrat für Integration und Migration gehören neun Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler an, die in ihren Disziplinen über besondere Kenntnisse und Erfahrungen in den Bereichen Integration und Migration verfügen müssen und auf wissenschaftlichem Gebiet international ausgewiesen sind.

2) Die Mitglieder des Sachverständigenrates für Integration und Migration dürfen weder der Bundesregierung oder einer gesetzgebenden Körperschaft des Bundes oder eines Landes noch dem öffentlichen Dienst des Bundes, eines Landes oder einer sonstigen juristischen Person des öffentlichen Rechts angehören, es sei denn als Hochschullehrer oder -lehrerin oder als Mitarbeiter oder Mitarbeiterin eines wissenschaftlichen Instituts. Sie dürfen ferner nicht Repräsentantin oder Repräsentant eines Wirtschaftsverbandes oder einer Arbeitgeber- oder Arbeitnehmerorganisation sein oder zu diesen in einem ständigen Dienst- oder Geschäftsbesorgungsverhältnis stehen; sie dürfen auch nicht während des letzten Jahres vor der Berufung zum Mitglied des Sachverständigenrats für Integration und Migration eine derartige Stellung innegehabt haben.

3) Die Mitglieder des Sachverständigenrats für Integration und Migration werden vom Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat im Einvernehmen mit den beteiligten Bundesressorts und der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration nach Konsultation des Vorsitzes für die Dauer von drei Jahren berufen. Dabei wird auf die gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern nach Maßgabe des Bundesgremienbesetzungsgesetzes geachtet. Bei der Besetzung wird zudem auf disziplinäre Vielfalt, Diversität und eine adäquate geographische Verbreitung geachtet. Eine in der Regel einmalige Wiederberufung ist zulässig. Im Vorfeld und als Grundlage der Berufung beauftragt das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat im Einvernehmen mit den beteiligten Bundesressorts und der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration eine unabhängige Findungskommission, eine Liste an geeigneten Kandidaten aufzustellen.

4) Die Mitglieder können jederzeit schriftlich dem Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat gegenüber ihr Ausscheiden aus dem Sachverständigenrat für Integration und Migration erklären. Scheidet ein Mitglied vorzeitig aus, wird ein neues Mitglied für die Dauer der verbleibenden Amtszeit des ausgeschiedenen Mitglieds nach Absatz 3 berufen.

§ 6

1) Der Sachverständigenrat für Integration und Migration wählt in geheimer Wahl aus seiner Mitte für die Dauer von in der Regel drei Jahren eine den Vorsitz führende Person sowie eine zur Stellvertretung bestimmte Person. Wiederwahl ist möglich.

2) Die Beschlüsse des Sachverständigenrats für Integration und Migration bedürfen der Zustimmung von mindestens fünf Mitgliedern.

3) Vertritt eine Minderheit bei der Abfassung der Gutachten zu einzelnen Fragen eine abweichende Auffassung, so kann sie diese in den Gutachten zum Ausdruck bringen.

4) Der Sachverständigenrat für Integration und Migration gibt sich eine Geschäftsordnung.

§ 7

Der Sachverständigenrat für Integration und Migration kann im Rahmen seiner Tätigkeit politisch Verantwortliche aus Bund, Ländern und Gemeinden hören und darüber hinaus ihm geeignet erscheinenden Personen und Organisationen, die über praktische Erfahrungen in den Bereichen Migration und Integration verfügen, Gelegenheit zur Stellungnahme geben. Der Sachverständigenrat für Integration und Migration kann zu einzelnen Fragen Expertisen durch dritte Personen einholen.

§ 8

1) Der Sachverständigenrat für Integration und Migration wird bei seiner Arbeit von einer Geschäftsstelle unterstützt. Der Forschungsbereich ist Teil der Geschäftsstelle und dient dem Sachverständigenrat für Integration und Migration als erweiterter wissenschaftlicher Stab.

2) Ein Kuratorium berät den Sachverständigenrat für Integration und Migration, überwacht die Geschäftsführung und führt durch einen aus seinen Mitgliedern gewählten Finanzausschuss die Aufsicht über das Budget. Das Nähere regelt eine Geschäftsordnung.

§ 9

Die Mitglieder des Sachverständigenrats für Integration und Migration und die Angehörigen der Geschäftsstelle sind zur Verschwiegenheit über die Beratungen und die vom Sachverständigenrat für Integration und Migration als vertraulich bezeichneten Beratungsunterlagen verpflichtet. Die Pflicht zur Verschwiegenheit bezieht sich auch auf Informationen, die dem Sachverständigenrat für Integration und Migration gegeben und als vertraulich bezeichnet werden.

§ 10

1) Die Mitglieder des Sachverständigenrats erhalten eine pauschale Entschädigung sowie auf Antrag Ersatz ihrer Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz. Die Aufwandsentschädigung wird vom Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat festgesetzt.

2) Die Kosten des Sachverständigenrats für Integration und Migration und der Geschäftsstelle trägt der Bund auf Grundlage der im jeweiligen Bundeshaushalt veranschlagten Mittel.

Berlin, den 2. Dezember 2020

Der Bundesminister des Innern, für Bau und Heimat

Horst Seehofer

Veröffentlicht am 16. März 2021 im Gemeinsamen Ministerialblatt (GMBl 2021, S. 397f.).

Förderung

Die Kosten des Sachverständigenrats für Integration und Migration und der Geschäftsstelle trägt gemäß § 10 Abs. 2 des Einrichtungserlasses der Bund auf Grundlage der im jeweiligen Bundeshaushalt veranschlagten Mittel. Das Bundesministerium des Innern und für Heimat (BMI) stellt hierfür Mittel aus seinem Haushaltstitel zur Verfügung.

Gefördert durch:

Bundesministerium
des Innern
und für Heimat

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Die Mitglieder des Sachverständigenrats

PROF. DR. PETRA BENDEL
Vorsitzende
Institut für Politische Wissenschaft an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Petra Bendel ist Professorin für Politische Wissenschaft an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Am Institut für Politische Wissenschaft leitet sie den Forschungsbereich Migration, Flucht und Integration (MFI). Sie ist eine Projektleiterin des Forschungsverbundes „Flucht- und Flüchtlingsforschung, Vernetzung und Transfer" (FFVT) und Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge.

PROF. DR. DANIEL THYM
Stellvertretender Vorsitzender
Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Europa- und Völkerrecht an der Universität Konstanz
Daniel Thym ist Professor für Öffentliches Recht, Europa- und Völkerrecht an der Universität Konstanz und Direktor des dortigen Forschungszentrums Ausländer- & Asylrecht. Seine Arbeitsschwerpunkte umfassen deutsches, europäisches und internationales Migrations- und Flüchtlingsrecht, Staatsangehörigkeit und Bürgerschaft, Integration und gesellschaftlichen Zusammenhalt sowie den Grundrechtsschutz in Deutschland und Europa. Er ist Mitglied des dortigen Exzellenzclusters „The Politics of Inequality" sowie Sprecher des Standorts Konstanz des bundesweiten „Forschungsinstituts Gesellschaftlicher Zusammenhalt" und tritt regelmäßig als Sachverständiger in Anhörungen des Innenausschusses auf.

PROF. DR. VIOLA B. GEORGI
Zentrum für Bildungsintegration an der Stiftung Universität Hildesheim
Viola B. Georgi ist Professorin für Diversity Education und Direktorin des „Zentrums für Bildungsintegration: Diversity und Demokratie in Migrationsgesellschaften" an der Stiftung Universität Hildesheim. Zu ihren Schwerpunkten zählen Diversity Education, Heterogenität in der Schule, Bildungsmedien, historisch-politische Bildung in der Migrationsgesellschaft, Demokratiepädagogik und Citizenship Education. Sie wirkt als Beraterin in verschiedenen Expertenkommissionen und zivilgesellschaftlichen Organisationen.

PROF. DR. MARC HELBLING
Fachbereich Soziologie und Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung (MZES) der Universität Mannheim
Marc Helbling ist Professor für Soziologie mit Schwerpunkt Migration und Integration an der Universität Mannheim. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Migrations- und Staatsbürgerschaftspolitik, Fremdenfeindlichkeit und Islamophobie, populistische und extremistische Einstellungen, Ursachen von Migration sowie Integration von Migrantinnen und Migranten. Er ist Associate Editor der International Migration Review und des Journal of Ethnic and Migration Studies.

PROF. DR. BIRGIT LEYENDECKER
Interdisziplinäres Zentrum für Familienforschung/Child and Family Research der Ruhr-Universität Bochum
Birgit Leyendecker leitet seit 2010 an der Fakultät für Psychologie der Ruhr-Universität Bochum das Interdisziplinäre Zentrum für Familienforschung/Child and Family Research. Zu ihren Forschungsschwerpunkten gehören Integration von (neu) zugewanderten Kindern sowie von Kindern und Familien mit Fluchterfahrungen in das Bildungssystem, Familie und Diversity/geschlechtliche Vielfalt, positive Entwicklung von zugewanderten Kindern und ihren Familien, Mehrsprachigkeit. Sie ist Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

PROF. DR. STEFFEN MAU

Institut für Sozialwissenschaften an der Humboldt-Universität zu Berlin

Steffen Mau ist Professor für Makrosoziologie an der Humboldt-Universität zu Berlin. Seine Forschungsschwerpunkte sind sozialer Wandel und soziale Ungleichheit. Er hat sich im Kontext seiner Arbeiten mit den Prozessen von Transnationalisierung, Europäisierung und Globalisierung beschäftigt. Gegenwärtig leitet er international vergleichende Projekte zum Wandel von Grenzregimen und zu den Debatten um den Ein- und Ausschluss von Migranten und Migrantinnen und Geflüchteten. Steffen Mau ist Mitglied der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften.

PROF. PANU POUTVAARA, PH. D.

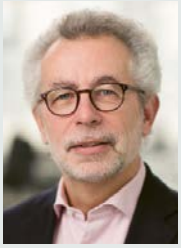
ifo Zentrum für Internationalen Institutionenvergleich und Migrationsforschung

Panu Poutvaara ist Professor für Volkswirtschaftslehre an der Ludwig-Maximilians-Universität München und Direktor des ifo Zentrums für Internationalen Institutionenvergleich und Migrationsforschung am ifo Institut. Zu seinen Forschungsschwerpunkten zählen u. a. die Auswirkungen von Migrationsmöglichkeiten auf Humankapitalinvestitionen, Familienmigration und Populismus sowie Wohlfahrtseffekte von Zuwanderung.

PROF. DR. SIEGLINDE ROSENBERGER

Institut für Politikwissenschaft an der Universität Wien

Sieglinde Rosenberger ist Professorin für Politikwissenschaft an der Universität Wien. Zu ihren Forschungsschwerpunkten zählen Integrations-, Migrations- und Asylpolitik, Politik im Schnittpunkt von Religion und Geschlecht, Politisierung von Migration und Proteste gegen Asyl- und Abschiebepolitik.



PROF. DR. HANS VORLÄNDER

Institut für Politikwissenschaft an der Technischen Universität Dresden

Hans Vorländer ist Direktor des 2017 gegründeten Mercator Forum Migration und Demokratie (MIDEM) sowie des Zentrums für Verfassungs- und Demokratieforschung (ZVD) an der TU Dresden. Von 1993 bis 2020 hatte er den Lehrstuhl für Politische Theorie und Ideengeschichte inne. Er wirkt als Berater in verschiedenen Expertenkommissionen und ist Mitherausgeber der Zeitschrift für Politikwissenschaft. Zu seinen Arbeitsbereichen zählen Politische Theorie, Konstitutionalismus und Verfassung, Demokratie, Populismus sowie Migration und Integration.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der SVR gGmbH:
V. l. n. r.: Dr. Mohini Lokhande, Meike Giordono-Scholz, Sabine Schwebel, Iryna Homan, Ana Díaz González, Dr. Marie Mualem Sultan, Dr. Nils Friedrichs, Nora Storz, Dr. Cornelia Schu, Alex Wittlif, Dr. Fabian Gülzau, Maximilian Müller, Mirko Bormann, Valentin Launhardt, Dr. Holger Kolb, Charlotte Wohlfarth, Dr. Jan Schneider.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle

Dr. Cornelia Schu Geschäftsführerin SVR gGmbH
Cornelia Schu ist Germanistin und verfügt über langjährige Erfahrung an den Schnittstellen von Wissenschaft, Politik und dem Stiftungssektor. Eine breite integrationspolitische Expertise hat sie als Leiterin des Themenschwerpunkts Integration bei der Stiftung Mercator gewonnen. Zuvor war sie in der Geschäftsstelle des Wissenschaftsrates tätig.

Dr. Holger Kolb Leiter des Bereichs Jahresgutachten und Stellvertreter der Geschäftsführung
Holger Kolb ist Politologe. Er war als wissenschaftlicher Mitarbeiter in Freiburg und Osnabrück tätig und publiziert regelmäßig in Fachzeitschriften, vor allem zu migrationspolitischen Fragestellungen.

Dr. Jan Schneider Leiter des Bereichs Forschung
Jan Schneider ist Politikwissenschaftler und arbeitete u. a. für das Hamburgische WeltWirtschaftsInstitut, das Kulturwissenschaftliche Institut Essen und das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Er war außerdem Lehrbeauftragter für Migrationspolitik an den Universitäten Halle-Wittenberg und Erlangen-Nürnberg.

Barbara Stark Verwaltungsleiterin (bis 2/2022)
Barbara Stark ist Diplom-Verwaltungswissenschaftlerin. Sie leitete zuletzt die Forschungsabteilung der TU Berlin und war u. a. Programmdirektorin bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft in Bonn.

Ana Díaz González Verwaltungsleiterin (ab 3/2022)
Ana Díaz González ist Diplom-Betriebswirtin. Zuletzt war sie als Verwaltungsleiterin am Wissenschaftskolleg zu Berlin tätig und arbeitete zuvor u. a. als Abteilungsleiterin Fördermittelmanagement beim AWO Bundesverband in Bonn und Berlin.

Dr. Nils Friedrichs Wissenschaftlicher Mitarbeiter und derzeit Stellvertretender Leiter des Bereichs Forschung
Nils Friedrichs ist Soziologe mit einem Schwerpunkt in der quantitativen Religions- und Vorurteilsforschung. Er war wissenschaftlicher Mitarbeiter am Exzellenzcluster „Religion und Politik“ in Münster und anschließend in der praktischen Integrationsarbeit tätig.

Dr. Fabian Gülzau Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Fabian Gülzau ist Soziologe mit einem Schwerpunkt in der quantitativen Migrations- und Einstellungsforschung. Bevor er zum SVR kam, war er wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Bremen und der Humboldt-Universität zu Berlin.

Dr. Mohini Lokhande Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Stellvertretende Leiterin des Bereichs Forschung (in Elternzeit)
Mohini Lokhande ist Psychologin. Sie war als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Jena tätig und koordinierte einen lokalen Bildungsverbund in Berlin. Zudem war sie Lehrbeauftragte an der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg.

Dr. Franziska Loschert Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Franziska Loschert ist Politikwissenschaftlerin. Sie promovierte zur Arbeitsmigrationspolitik der EU, arbeitete als Lehrassistentin an der European University of Social Sciences und forschte am Jacques Delors Institut Berlin zur europäischen Außen- und Sicherheitspolitik.

Dr. Marie Mualem Sultan Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Marie Mualem Sultan ist Politikwissenschaftlerin. Sie war als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Kulturwissenschaftlichen Institut Essen und als Lehrbeauftragte an der Philipps-Universität Marburg tätig. Bevor sie zum SVR kam, arbeitete sie in der politischen Kommunikationsberatung.

Maximilian Müller Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Maximilian Müller ist Demograf mit den Schwerpunkten Gesundheit, Mortalität und Migration. In seiner Abschlussarbeit an der Universität Rostock untersuchte er Effekte der Migration und von Postmigrationserfahrungen auf die mentale Gesundheit von Zugewanderten.

Karoline Popp Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Karoline Popp ist Geografin. Nach dem Studium arbeitete sie für die International Organization for Migration in Genf und Kairo. Schwerpunkte ihrer Expertise sind Migrationspolitik und internationale Zusammenarbeit im Bereich Migration und Flucht.

Franziska Schork Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Franziska Schork ist Soziologin mit dem Schwerpunkt Formen von (Erwerbs-)Arbeit und soziale Ungleichheit am Arbeitsmarkt. Bevor sie zum SVR kam, arbeitete sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin in verschiedenen Forschungsprojekten und in der politischen Arbeitsmarktberatung.

Nora Storz Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Nora Storz ist Sozialwissenschaftlerin mit dem Schwerpunkt Migration, Integration und Intergruppenbeziehungen. Sie war wissenschaftliche Mitarbeiterin bei ERCOMER an der Universität Utrecht und forschte zu Intergruppenbeziehungen in (Post-)Konfliktregionen.

Alex Wittlif Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Alex Wittlif ist Historiker und Soziologe. Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Arbeit ist empirische Sozialforschung mit einem Fokus auf Integrationsmessung. Er ist neben seiner Tätigkeit für den SVR wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Hochschule Hamm-Lippstadt und promoviert an der Universität Bielefeld.

Charlotte Wohlfarth Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Stellvertretende Leiterin des Bereichs Jahresgutachten
Charlotte Wohlfarth ist Sozialanthropologin mit den Schwerpunkten Integration und Integrationspolitik. Vor ihrer Zeit beim SVR war sie für das Goethe-Institut und den DAAD in Russland und der Ukraine tätig.

Meike Giordono-Scholz Kommunikationsmanagerin
Meike Giordono-Scholz ist Politikwissenschaftlerin und ausgebildete Journalistin. Sie arbeitete u. a. für den öffentlich-rechtlichen Rundfunk, die International Organization for Migration, das Auswärtige Amt und die Nichtregierungsorganisation International Rescue Committee.

Melissa Koch Kommunikationsmanagerin
Melissa Koch ist Kulturanthropologin. Sie hat ein Volontariat im Bereich Kommunikation der Einstein Stiftung Berlin absolviert und wurde u. a. an der Berliner Schule für Journalismus und Kommunikation ausgebildet.

Sabine Schwebel Kommunikationsmanagerin
Sabine Schwebel ist Literaturwissenschaftlerin und Historikerin und hat eine Journalistenausbildung. Sie arbeitete im Hochschulmarketing der ZEIT und bei der Stiftung Mercator im Bereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.

Mirko Bormann Office- und Veranstaltungsmanager
Mirko Bormann ist Medien- und Kommunikationswissenschaftler und Historiker. Er arbeitete in verschiedenen Agenturen als Veranstaltungsmanager, Producer und Aufnahmeleiter. Zuletzt war er als leitender Projekt- und Locationmanager tätig.

Iryna Homan Rechnungswesen und Personalmanagement
Iryna Homan ist Diplomingenieurin und Steuerfachangestellte und hat eine Weiterbildung zur Bilanzbuchhalterin absolviert. Berufserfahrungen sammelte sie bei verschiedenen Steuerkanzleien und im Finanzmanagement der TU Berlin.

Samira Dagher, Valentin Launhardt, Sarah Stanislawska Studentische Hilfskräfte

Weitere Mitarbeit: Yousra Baack, Theresa Uhr

Impressum

Herausgeber
Sachverständigenrat für Integration und Migration (SVR) gGmbH
Neue Promenade 6
10178 Berlin
Tel.: 030/288 86 59-0
Fax: 030/288 86 59-11
info@svr-migration.de
www.svr-migration.de
(Redaktionsschluss: Februar 2022)

Verantwortlich
Dr. Cornelia Schu

Bildnachweise
Phil Dera (222), Kevin Fuchs (220, 221), Michael Setzpfandt (220, 221)

Gestaltung
KALUZA+SCHMID Studio GmbH

Druck
Königsdruck Printmedien und digitale Dienste GmbH

Die Veröffentlichungen des SVR stehen zum Download unter www.svr-migration.de zur Verfügung und können über die Geschäftsstelle kostenfrei bezogen werden.

ISSN 2199-5621

© SVR gGmbH, Berlin 2022

Diese Publikation wurde auf dem Papier Circleoffset Premium White gedruckt (100 % Altpapier, Blauer-Engel- und EU-Ecolabel-zertifiziert).

Über den Sachverständigenrat

Der Sachverständigenrat für Integration und Migration ist ein unabhängiges und interdisziplinär besetztes Gremium der wissenschaftlichen Politikberatung. Mit seinen Gutachten soll das Gremium zur Urteilsbildung bei allen integrations- und migrationspolitisch verantwortlichen Instanzen sowie der Öffentlichkeit beitragen. Dem SVR gehören neun Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus verschiedenen Disziplinen und Forschungsrichtungen an: Prof. Dr. Petra Bendel (Vorsitzende), Prof. Dr. Daniel Thym (Stellvertretender Vorsitzender), Prof. Dr. Viola B. Georgi, Prof. Dr. Marc Helbling, Prof. Dr. Birgit Leyendecker, Prof. Dr. Steffen Mau, Prof. Panu Poutvaara, Ph. D., Prof. Dr. Sieglinde Rosenberger und Prof. Dr. Hans Vorländer.

Weitere Informationen unter: **www.svr-migration.de**

ISSN 2199-5621