

en sowie die der Altbewerber(innen) (mit und ohne Migrationshintergrund) im Hinblick auf Lernvoraussetzungen, Bildungsabschlüsse, Erstsprache, Alter und Geschlecht sollten bei der Umsetzung von Förderangeboten berücksichtigt werden.

Die unterschiedlichen Handlungsfelder müssen miteinander korrespondieren

Eine qualitative Verbesserung und eine quantitative Ausweitung präventiver Maßnahmen in der Berufsorientierung, die frühzeitig einsetzen, ist wünschenswert; ebenso wäre die zielgruppenspezifische Differenzierung in der Ausbildungsvorbereitung bis hin zur Verbesserung der Zugänge und Durchführung vollqualifizierender Ausbildung (betrieblich oder außerbetrieblich) in den Blick zu nehmen. Außerdem sollte die abschlussbezogene Nachqualifizierung junger Erwachsener – mit und ohne Migrationshintergrund – als Bestandteil eines integrierten Förderprogramms mit berücksichtigt werden.

Das Maßnahmenbündel sollte regional gesteuert und umgesetzt werden

Die bisher praktizierte quantitative Ausweitung der Bildungsangebote im Übergang Schule/Beruf hat vor Ort zu einer erheblichen Intransparenz der Angebote geführt. Idealerweise könnte ein regionales Übergangsmangement dazu beitragen, den Förderbedarf zu koordinieren; die bisher vorhandenen Förderangebote könnten systematisiert werden, die regionalen Akteur(inn)e(n) zusammengebracht und vernetzt werden.

Vielfalt als Chance sehen, interkulturelle Fähigkeiten nutzen

Der Weg zu einer breiten Nutzung interkultureller Fähigkeiten führt über die Sensibilisierung dafür, d.h. ihre Wahrnehmung,

Förderung und Wertschätzung durch die Unternehmen. Interkulturelle Kompetenzen müssen sichtbar gemacht werden. Unabdingbar ist die dauerhafte Verankerung der Schlüsselqualifikation „interkulturelle Kompetenz“ im gesamten Umfeld beruflicher Ausbildung, also für Ausbildungspersonal, Berufsschullehrer(innen), Körperschaften.

Mentoring ausbauen

Die Begleitung durch Pat(inn)en mit Vorbildfunktion durch den gesamten Orientierungs-, Übergangs- und Qualifizierungsprozess hindurch bis zu einer stabilen Einmündung in den Beruf könnte erheblich zum Gelingen der Qualifizierung und Einmündung in den Beruf beitragen. Mentor(inn)en könnten in ihrer Funktion als Brückenbauer als Ansprechpartner(innen) für Unternehmen und Netzwerke fungieren.

Fazit

Das Ziel einer gleichberechtigten Teilhabe von Migrant(inn)en – aber auch von sogenannten benachteiligten Gruppen – kann letztlich nur durch eine gleichberechtigte Teilhabe an Bildung erreicht werden. Bildungsgerechtigkeit ist die Voraussetzung für das Erreichen von Chancengerechtigkeit im Ausbildungssystem. Ohne qualifizierte Ausbildung ist Partizipation am Arbeitsmarkt von vornherein nur eingeschränkt möglich. Daher ist es auch wichtig, die Verwertung bereits erzielter Abschlüsse durch Anerkennung oder gegebenenfalls Anpassungsqualifizierung im höheren Maße als bisher zu ermöglichen. Der Arbeitsmarkt sollte – vor dem Hintergrund seiner modernen Anforderungen an alle – unabhängig von sozialer und ethnischer Herkunft zugänglich sein.

Gesundheit und soziale Teilhabe

Qualität von und Gleichheit beim Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen

Dr. Annette Matthias

Hauptverwaltungsrätin bei der Europäischen Kommission in Brüssel, GD Wettbewerb

Hintergrund

Gleicher Zugang für alle zu einer Gesundheitsversorgung von hoher Qualität – dies ist eine Kernherausforderung der Gesundheitssysteme in ganz Europa. Trotz bestehender Unterschiede in Größe, Struktur und Finanzierung der Gesundheitssysteme zeigt uns die Realität, dass europaweit bestimmte Bevölkerungsgruppen in unverhältnismäßiger Weise auf Hindernisse beim Zugang zur Gesundheitsversorgung stoßen. Studien haben gezeigt, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung mit Armut und sozialer Ausgrenzung abnimmt.

Auch auf EU-Ebene ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung eine Kernfrage. Der Zugang für alle zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege sowie die Beseitigung der Ungleichheiten beim Zugang zu einer solchen Gesundheitsversorgung wurde vom Rat der Europäischen Union im Juni 2006 als ein prioritäres Ziel der neuen gestrafften Offenen Methode der Koordinierung der EU für Sozialschutz und soziale Eingliederung vorgeschlagen. Die von der Europäischen Kommission im Jahr 2006 vorgelegte Strategie für die soziale Eingliederung legt darüber hinaus den Hauptschwerpunkt auf die Verringerung der Armut und der sozialen Ausgrenzung der EU-Bürger(innen).

Vor diesem Hintergrund hat die Europäische Kommission (GD Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit) die European Health Management Association mit

der Durchführung einer Studie über „Quality in and Equality of Access to Healthcare Services: HealthQUEST“¹ beauftragt. Unter deren Federführung haben zu der Studie noch

- das European Centre for Social Welfare Policy and Research (Wien, Österreich)
- die European Health Management Association (EHMA) (Brüssel, Belgien)
- das National Research & Development Centre for Welfare & Health (STAKES) (Helsinki, Finnland) und
- das National Institute of Public Health & the Environment (RIVM) (Bilthoven, Niederlande) beigetragen.

Die Studie hatte zwei Hauptziele. Zunächst ging es darum, Hindernisse für den Zugang zur Gesundheitsversorgung für verletzte Personen, die von sozialer Ausgrenzung bedroht sind, zu identifizieren und zu analysieren. Der Kreis der verletzlichen Personen ist in der Studie recht weit gefasst, so gehören in diesen Rahmen auch ältere Menschen mit funktionalen Einschränkungen sowie Personen mit psychischen Störungen. Migrant(inn)en gehören ohne Zweifel dazu und die sich in diesem Zusammenhang ergebenden Fragen sind vielschichtig und möglicherweise nicht ausschließlich durch entsprechende Rechtsetzung aus der Welt zu schaffen. Aus diesem Grunde beschäftigt sich die Studie mit den Barrieren, die den Zugang auf der Angebotsseite beschränken und damit unter Umständen durch entsprechende Maßnahmen zu beheben wären, wie auch mit Problemen von bestimmten Bevölkerungsgruppen (Nachfrageseite), solche Leistungen auch nachzufragen. Gleichzeitig werden die politischen Initiativen auf den Prüfstand gestellt, die die Mitgliedstaaten ergriffen haben, um das Ziel des gleichen Zugangs für alle zu erreichen. Dies beinhaltet die Analyse der Wirksamkeit der politischen Initiativen sowie das Herauskrystallisieren guter Praktiken.

Die Studie beruht auf den detaillierten Einzeluntersuchungen der Situation in den acht Ländern Finnland, Deutschland, Griechenland, den Niederlanden, Polen, Rumänien, Spanien und dem Vereinigten Königreich – Ländern, die auf unterschiedliche Art und Weise ihre Gesundheitsversorgung organisieren und finanzieren. Ergebnisse anderer Untersuchungen, insbesondere aktuelle europäische Vergleichsstudien, runden die Studie ab.

Der Aufbau des Berichts

Der Bericht gliedert sich in drei Hauptteile. Der erste Teil umreißt den politischen Rahmen und die vom Projekt angewandte Methodik. Der zweite Teil befasst sich mit spezifischen Hindernissen, auf die die Studie ihren Schwerpunkt legt: Gesundheitsschutz, Kostenbeteiligung, Gesundheitskompetenz und Verantwortung der Angebotsseite. Im dritten Teil geht es um die Analyse der spezifischen Probleme der von sozialer Ausgrenzung besonders bedrohten Gruppen. In jedem Teil wurden die zugrunde liegenden Faktoren untersucht und politische Initiativen sowie gute Praktiken identifiziert.

Für eine tief gehende Analyse wurden drei Gruppen ausgewählt, die insbesondere von sozialer Ausgrenzung bedroht

sind und bei denen es erhebliche Forschungslücken (und zuweilen auch fehlende politische Maßnahmen) gibt:

- Migrant(inn)en (einschließlich Asylbewerber(innen) und illegale Einwander(innen)er,
- ältere Menschen mit funktionalen Einschränkungen,
- Personen mit psychischen Störungen (die im Rahmen einer besonderen Fallstudie des Projekts untersucht wurden).

Ich möchte mich hier auf die Ergebnisse der Studie im Hinblick auf die Gruppe der Migrant(inn)en beschränken und die beiden anderen Gruppen ausblenden, obgleich gerade auch die psychischen Erkrankungen (Depressionen) bei Migrant(inn)en häufig vorkommen und die Suizidgefährdung besonders hoch ist.

Die Studie untersuchte diese Gruppen in den acht Ländern darauf, mit welchen Problemfeldern sie konfrontiert sind, und zielt auf die Analyse der Wechselwirkungen zwischen den Schwierigkeiten, die sie erfahren.

Obwohl von sozialer Ausgrenzung bedrohte Personen einen allgemeinen Gesundheitsschutz genießen, gibt es eine Reihe von Gründen, warum einige Gruppen Gefahr laufen, durch dieses soziale Netz zu fallen.

Abgesehen von wenigen Ausnahmen ist der Gesundheitsschutz für alle Personen mit Aufenthaltsstatus in einem EU-Mitgliedstaat allgemein und zwingend. Ein Grundsatz wird vom Staat sichergestellt, unabhängig von der Zahlungsfähigkeit. Da, wo es in der Verantwortung des Einzelnen liegt, eine Krankenversicherung abzuschließen und dies wegen beschränkter Mittel nicht erfolgt, kann das Fehlen eines gesetzlichen Gesundheitsschutzes das Armutrisiko ernsthaft vergrößern.

Alle Länder der Studie verfügen über einen klaren politischen Rahmen, um den Schutz ihrer Bürger(innen) zu gewährleisten. Die Niederlande und Deutschland haben sogar ihre Systeme reformiert, um den allgemeinen Schutz zu gewährleisten. Dennoch hat die Studie auch Mängel in Bezug auf den Schutz besonders fragiler Gruppen festgestellt; so begrenzen Länder wie die Niederlande und Deutschland zum Beispiel die Versorgung für illegale Einwander(innen)er auf eine Notfallversorgung, versagen aber eine weitergehende Behandlung und Beobachtung.

Leistungskörbe oder -pakete im Rahmen staatlicher Programme sind auf dem Papier recht ansehnlich. Dennoch leiden verletzte Personen sowohl an einem unzureichenden Leistungsangebot in der Praxis als auch an den finanziellen Folgen bestehender Lücken in den Gesundheitspaketen.

Begrenzter Schutz im Bereich der zahnärztlichen Versorgung und der Betreuung bei seelischen Erkrankungen gehören zu den schlimmsten Mängeln der Gesundheitsleistungen der europäischen Gesundheitssysteme, die in dieser Studie analysiert wurden. Darüber hinaus hat HealthQUEST herausgefunden,

¹ Qualität von und Gleichheit beim Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen: HealthQUEST.

dass in einigen Ländern eine Reihe von Leistungen zwar Bestandteil der Gesundheitsgrundversorgung sind, in der Praxis jedoch politischer Anspruch und Wirklichkeit häufig auseinanderklaffen. Erwiesen ist, dass sich dies für verletzte Gruppen besonders dann als Problem erweist, wenn sich die Gesundheitssysteme in einer Übergangsphase befinden.

In Deutschland beispielsweise läuft die neue Politik des allgemeinen Schutzes Gefahr, dadurch unterlaufen zu werden, dass sie von manchen Gruppen nur schwach angenommen wird.

Auffällig ist auch, dass offenbar die unterschiedlichen Volksgruppen besonders anfällig für bestimmte Arten von Krankheiten wie Diabetes, Gesundheitsprobleme, die aufgrund einer Schwangerschaft oder im Zusammenhang damit auftreten, oder Herz- und Kreislauferkrankungen sind. Eine 2006 durchgeführte Studie zeigt, dass Migrant(inn)en aus der ehemaligen Sowjetunion wegen weiterer Risikofaktoren ein um 39 Prozent höheres Sterberisiko bei gleichen Erkrankungen aufweisen als ihre deutschen Kolleg(inn)en. Auch die Selbstmordrate war hier um 30 Prozent gegenüber der deutschen Mitbürger(innen) erhöht.

Besonders betroffen als Risikogruppe sind die Roma, die (oder vielleicht weil sie) in den meisten Ländern der europäischen Union auch unter besonders schwierigen Wohnbedingungen zu leiden haben. In Griechenland beispielsweise, einem typischen Einreiseland für Roma, fehlt es ihnen praktisch an allem Lebensnotwendigen wie Elektrizität, Wasser, Heizung, sanitäre Anlagen. Die Mediziner(innen) von ROMEUROPE haben einen direkten Zusammenhang zwischen den schlechten Lebensbedingungen und der sehr defizitären Gesundheitslage der Roma festgestellt.

In vielen Ländern wird selbst für Migrant(inn)en **mit Aufenthaltserlaubnis** eine medizinische Grundversorgung erst ab einer Mindestaufenthaltsdauer von meist 12 Monaten gewährt. In Griechenland müssen die Migrant(inn)en verhältnismäßig hohe Eigenmittel aufbringen, Spanien und das Vereinigte Königreich sind ein bisschen großzügiger und gewähren den Schutz zu gleichen Bedingungen wie für ihre eigenen Staatsangehörigen. In Deutschland gilt der gesetzliche Gesundheitsschutz nur für Migrant(inn)en, deren Niederlassungserlaubnis oder Aufenthaltserlaubnis für mehr als 12 Monate gilt.

Allerdings scheint die Beantragung einer solche Aufenthaltserlaubnis oder Niederlassungserlaubnis für viele Migrant(inn)en unüberwindbare Schwierigkeiten zu bedeuten. Und zwar sowohl wegen sprachlicher Schwierigkeiten wie auch aufgrund mangelnden Verständnisses der rechtlich-administrativen Erfordernisse. Das Fehlen einer solchen Erlaubnis bedeutet dann aber auch gleichzeitig das Fehlen eines Mindestgesundheitschutzes.

Die Nutzung der angebotenen Gesundheitsdienstleistungen variiert erheblich zwischen den unterschiedlichen Gruppen von Migrant(inn)en. Am meisten werden Allgemeinärzt(innen) e aufgesucht, an Spezialist(inn)en und psychologische Be-

handlungen scheinen sich Migrant(inn)en grundsätzlich weniger heranzutrauen, obgleich ihr Suizidrisiko durchaus größer ist als das der restlichen Population.

Teilweise scheint die Begründung darin zu liegen, dass **Migrant(inn)en unverhältnismäßig von der finanziellen Belastung von Kostenbeteiligungsvereinbarungen betroffen sind, einer Last, die in bestehenden Ausnahmeregelungen nicht immer ausreichend Berücksichtigung findet.**

Nach wie vor ist das Erfordernis der Kostenbeteiligung in vielen Ländern von entscheidender Bedeutung. Manche Länder nutzen private Zahlungen aus eigener Tasche für die Finanzierung von Leistungen oder medizinischen Gütern, die in ausreichender Quantität und Qualität (etwa unter einem zeitlichen Aspekt) im Rahmen öffentlicher Programme nicht verfügbar sind. Doch private Finanzierung ist häufig nicht verfügbar und das Erfordernis kann sich negativ auf die Leistung auswirken, insbesondere für verletzte, von sozialer Ausgrenzung bedrohte Personen. Darüber hinaus sind in einigen Ländern des HealthQUEST-Berichts Zahlungen von Bestechungsgeldern (z.B. in Polen) von entscheidender Bedeutung, was die Gefahr verheerender Kosten für verletzte Gruppen erhöht. In der Realität hat sich gezeigt, dass von sozialer Ausgrenzung bedrohte Personen besser von Klauseln profitieren, die allgemeine Befreiungsregelungen vorsehen, als von Kosten-Plafonds, die Papierarbeit mit Beamten der Gesundheitsbehörden erforderlich machen – das bringt die Angst vor Behörden wieder auf den Plan – oder Rückerstattungsmechanismen mit dem Erfordernis, mit den entsprechenden Behörden Kontakt aufzunehmen.

In vielen Mitgliedstaaten wurden bisher positive politische Schritte beim Abbau der Kostenbeteiligung erzielt. Als Beispiele können hier Befreiungen und Rückerstattungen unter anderem in Spanien, den Niederlanden und im Vereinigten Königreich genannt werden. Polen ist ein gutes Beispiel für seine Politik zur Verringerung der Zahlung von Bestechungsgeldern im Gesundheitssektor.

Bedeutende Unterschiede in Bezug auf die Verfügbarkeit von Leistungen können die soziale Ausgrenzung in benachteiligten Regionen, insbesondere in ländlichen Gebieten, verschärfen.

Aus der Studie geht hervor, dass zwischen den Regionen große Unterschiede in Bezug auf öffentliche Mittel, Leistungen und Gesundheitspersonal bestehen. Diese Unterschiede haben Auswirkungen auf die Nutzung der Gesundheitsleistungen und schränken den Zugang zur Gesundheitsversorgung für von sozialer Ausgrenzung bedrohte Gruppen ein. Diese Ungleichheiten stellen in ländlichen Gebieten ein besonderes Problem dar, da dort die Verkehrsanbindung und der Zugang zu Gesundheitsleistungen schlechter sind, die wirtschaftliche Entwicklung geringer ausgeprägt ist und im ländlichen Raum eine größere Konzentration älterer Menschen (auch Migrant(inn)en) lebt.

Gleichzeitig ist die Gefahr gesellschaftlicher Ausgrenzung von Migrant(inn)en oder Rassismus in ländlichen Gebieten ungleich größer als in den Ballungszentren. Das führt auch dazu, dass die tatsächlich vorhandenen Angebote nicht wirklich wahrgenommen werden.

Im Falle der Roma ist zu beobachten, dass diese in Rumänien nur unter großem Vorbehalt überhaupt behandelt wurden. Im Vereinigten Königreich werden sie häufig gar nicht bei einem bestimmten Hausarzt bzw. einer bestimmten Hausärztin registriert.

Organisatorische Hindernisse können den Zugang zu Gesundheitsleistungen für von sozialer Ausgrenzung bedrohte Gruppen beeinträchtigen.

Mehrere Länder des HealthQUEST-Berichts haben Fortschritte mit ihrer Politik zur Regelung von Wartezeiten (z.B. Festlegung von Wartezeit-Zielen) für besondere chirurgische Eingriffe erzielt. Andere Länder wiederum haben noch immer große Probleme mit Wartezeiten, ein Problem, das sich von Patient(inn)en oft nur dadurch umgehen lässt, dass der entsprechende Eingriff im Ausland vorgenommen wird. In Schweden konnte man die Wartezeiten für bestimmte notwendige Operationen aus dem Internet erfahren. Von sozialer Ausgrenzung bedrohte Personen verfügen nicht über die Mittel, organisatorische Hürden zu umgehen und sich als Privatpatient(in) Zugang zu verschaffen. Viele Mitgliedstaaten leiteten entscheidende politische Maßnahmen ein, um dem Problem der Wartezeiten zu begegnen. Manche Mitgliedstaaten richteten auch 24-Stunden-Gesundheitszentren ein, die einen breiteren Zugang zur Gesundheitsversorgung jenseits der Akutversorgung gewährleisten sollen.

Geringe Gesundheitskompetenz kann Barrieren beim Zugang zu Gesundheitsdiensten verstärken und die Aufnahme einer Versicherungszahlung verzögern oder verhindern.

Die Fähigkeit der Menschen, kluge Entscheidungen in Bezug auf Gesundheit und Gesundheitsdienste zu treffen (einschließlich der Wahl der Krankenkasse), ist entscheidend, um Ungleichheiten im Gesundheitsbereich und gesundheitsbezogene Risiken sozialer Ausgrenzung in der Bevölkerung zu vermindern. Deshalb bedürfen Menschen aus verletzlichen Gruppen besonderer sozialer Unterstützung, wobei Kommunalverwaltungen eine wichtige Rolle spielen können.

Eine Reihe von Ländern beginnt damit, Probleme der Gesundheitskompetenz anzugehen, das heißt, die Kenntnis über den Verlauf bestimmter Krankheiten, die Gefahr der Ansteckung und die Möglichkeiten der Prävention zu verbessern. Einen interessanten und viel versprechenden Ansatz liefert besonders die Arbeit in Spanien im Bereich Diabetes und Krebs, die sich mit Pflege, Prävention und Selbstmanagement befasst.

Weiter sind hier zu nennen die Roma Health Mediators, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, nicht nur Patient(inn)en zum Arzt (zur Ärztin) zu begleiten, um Sprachdefizite auszugleichen, sondern auch begleitend allgemeine Informationsprogramme gestalten, um die Roma auf grundlegende Gesundheitshygiene hinzuweisen, sie über die Verbreitungswege von ansteckenden Krankheiten aufzuklären und sie bei administrativen Aufgaben – wie der Abrechnung mit Krankenversicherungen usw. – zu unterstützen.

Die sogenannten MiMis (with migrants for migrants) sind in Deutschland dazu da, Migrant(inn)en auf Gesundheitshygiene hinzuweisen, sie auf Risiken aufmerksam zu machen und sie anzuleiten, wie diese vermieden werden können. Sie begleiten – wenn erforderlich, zum Arzt (zur Ärztin), um Sprachbarrieren zu überwinden und helfen bei den administrativen Aufgaben im Verhältnis zu den Versicherungsträgern.

Ein ähnliches Modell wird in den Niederlanden durch die sogenannten „migrant health educators“ praktiziert. Auch hier handelt es sich um aus dem Migrantenumfeld selbst stammende Mitbürger(innen), die Migrant(inn)en bei insbesondere kulturell sensiblen Themen in ihrer eigenen Sprache informieren, beim Arztbesuch in der Lage sind, solche Sensibilitäten zu erklären und damit die Kommunikation zwischen Arzt (Ärztin) und Patient(in) erheblich zu verbessern.

Die bisherigen Erfahrungen mit derartigen Programmen sind durchweg positiv, weil sie die Ausgrenzungsmerkmale reduzieren, grundsätzlich über besseres Verständnis zu mehr Vorsorge und damit Vermeidung von Krankheiten führen und die Integration der gefährdeten/verletzlichen Gruppen fördern.

Der Gesundheitsschutz für Migrant(inn)en deckt häufig ihren Bedarf nicht ab

In den meisten Ländern des HealthQUEST-Berichts werden Migrant(inn)en, denen ein Aufenthaltsstatus gewährt wurde, allgemein unter denselben Bedingungen behandelt wie andere Bürger(innen). Dagegen begegnen Personen ohne Aufenthaltsstatus häufig großen Zugangsproblemen und dem Risiko sehr hoher finanzieller Eigenleistungen. Wo Evidenz verfügbar ist, weist diese nach, dass Migrant(inn)en weniger Gebrauch von stationärer und ambulanter Behandlung machen und dazu tendieren, sich stärker auf Notfalldienste zu verlassen.

Obwohl wir es hier mit einem komplexen Problem zu tun haben, besonders im Fall illegaler Einwander(innen)er, haben einige Mitgliedstaaten wichtige Schritte zur Verbesserung des Zugangs unternommen, wie z.B. durch die vorher beschriebenen Roma Health Mediators.

Als besonders schwierig kann die Situation von Asylbewerber(inne)n beschrieben werden: Sie sind häufig gesundheitlich besonders fragil, bedingt durch Erlebnisse wie Folter und Krieg, und leiden besonders an Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen, die sich abhängig von der Dauer der Anerkennungsverfahren verschlimmern können. Hier liegen insbesondere Berichte aus dem Vereinigten Königreich und den Niederlanden vor. In den Niederlanden berichteten 68 Prozent über Depressionen und Angstzustände, während 28 Prozent posttraumatische Symptome aufwiesen.

Die Behandlung von Asylbewerber(inne)n stellt sich in den einzelnen Mitgliedstaaten sehr unterschiedlich dar:

In Finnland werden sie bei Ankunft gründlich untersucht und werden dann dem Gesundheitszentrum des Verbleibortes zugewiesen. Allerdings sind nur Akutbehandlungen und absolut notwendige Zahnbehandlungen kostenfrei.

In Deutschland sind Asylbewerber(innen) durch ein spezielles Regierungsprogramm geschützt. Allerdings deckt dies auch nur Akutbehandlungen, Schwangerschaftsbehandlungen und Schmerzbehandlungen ab. Chronische Erkrankungen – wie Herz-Kreislauf-Beschwerden – sind offiziell nicht abgedeckt und bei psychischen Erkrankungen ist dies nicht ganz klar.

In Griechenland sind medizinische Leistungen kostenlos nur für Asylbewerber(innen) und Asylbewerber(innen), die den Antrag auf Asyl gestellt haben und dies durch ein besonderes Dokument beweisen können. Da die Ausgabe der erforderlichen Dokumente mit erheblicher Verzögerung erfolgt, ergeben sich hier Lücken in der Versorgung.

Polen, Spanien und das Vereinigte Königreich haben die großzügigsten Systeme für Asylbewerber(innen):

In Polen haben sie Anspruch auf erste medizinische Versorgung in ihrem Ankunftsort und auf weitergehende Versorgung nach entsprechender Überweisung. Eine ganze Reihe von Nichtregierungsorganisationen sind unterstützend tätig, um die entsprechenden Dienstleistungen zu erbringen.

In Spanien haben sie die Möglichkeit, noch vor Bescheidung ihres Asylantrages dem öffentlichen Gesundheitssystem beizutreten. Auch hier sind Nichtregierungsorganisationen unterstützend tätig. Nach der Asylgewährung haben sie die gleichen Zugangsrechte zu medizinischer Betreuung, Sozialdiensten und Ausbildung wie die spanischen Mitbürger(innen).

Im Vereinigten Königreich haben Asylbewerber(innen) und als solche anerkannte Flüchtlinge Anspruch auf kostenfreie Versorgung durch das staatliche Gesundheitssystem. Das gleiche gilt für Asylbewerber(innen), die gegen eine negative Entscheidung Einspruch eingelegt haben. Keinen Anspruch haben Asylbewerber(innen), deren Antrag abgelehnt wurde, mit Ausnahme der Behandlung von ansteckenden Krankheiten, der Abgabe von Verhütungsmitteln sowie für zwingende psychiatrische Behandlungen.

Insgesamt kann man zusammenfassend sagen, dass alle EU-Mitgliedstaaten besondere Untersuchungen für Neuankommlinge vorsehen – wahrscheinlich schon aus öffentlichem Interesse. Der Zugang zum allgemeinen Gesundheitssystem ist allerdings begrenzter:

43 Prozent der Länder haben gesetzliche Restriktionen für den Zugang von Erwachsenen am allgemeinen Gesundheitssystem, 33 Prozent schränken den Zugang für Kinder ein und 24 Prozent für Schwangere.

Insgesamt gesehen nimmt also der Zugang zum Gesundheitssystem in allen Mitgliedstaaten umgekehrt proportional zu der wachsenden Verletzlichkeit der geschilderten Gruppen in der Bevölkerung ab. Verstärkt entstehen Zugangsprobleme für Migrant(inn)en, wenn sie zusätzlich andere Merkmale verletzlicher Gruppen erfüllen, etwa aufgrund ihres Alters oder aufgrund psychischer Erkrankungen. Migrant(inn)en stehen im Bereich des Gesundheitsschutzes den gleichen Schwierigkeiten gegenüber, die ihnen eine vollständige gesellschaftliche Integration erschweren (Sprachbarrieren, Behördenängste usw.).

Abschließend können wir wohl den Schluss ziehen, dass die **Bundesrepublik** im Vergleich mit anderen Mitgliedstaaten recht positiv dasteht, sie sollte allerdings alle Programme, die zu höherer **Gesundheitsverantwortung** bei Migrant(inn)en beitragen, weiterführen oder noch verstärken und nicht den liebgewordenen Gewohnheiten zuordnen, von denen wir uns werden verabschieden müssen.

Es besteht aber noch einiger Handlungsbedarf, bis eine zufriedenstellende Situation erreicht ist.

Die Gesundheitspolitik ist und bleibt in der Kompetenz der Mitgliedstaaten, gleichwohl könnte eine verstärkte Zusammenarbeit gerade bei Studien zu den Ursachen und möglichen Problemlösungen für eine bessere Gesundheitsversorgung von besonders verletzlichen Gruppen wie Migrant(inn)en und Asylbewerber(inne)n vermutlich bessere Erkenntnisse bringen als wenn diese Studien auf einen Mitgliedstaat beschränkt bleiben. Gleichzeitig würde ein vergleichbarer Gesundheitsschutz in den Mitgliedstaaten der EU unter anderem dazu führen, dass das Ziel einer zahlenmäßig annähernd gerechten Verteilung von Migrant(inn)en und Asylbewerber(inne)n leichter zu erreichen wäre. Die Studie gibt daher die folgenden Empfehlungen an die Politik:

Verletzliche Gruppen bedürfen der besonderen politischen Aufmerksamkeit, um die Zugangsbarrieren zu überwinden, die durch die Art und Weise entstehen, wie Gesundheitsversorgungssysteme den allgemeinen Schutz der Bevölkerung, den Gesundheitskorb und die Kostenteilung regeln.

Verletzliche Menschen sind aufgrund der Kostenteilung bei der Gesundheitsversorgung in besonderem Maße gefährdet. Die Mitgliedstaaten sollten die Einführung von Programmen erwägen – wie beispielsweise Freistellungs- oder Erstattungsregeln –, um zu gewährleisten, dass die Organisation des Gesundheitssystems verletzliche Bevölkerungsgruppen nicht übermäßig benachteiligt.

Die Gesundheitskompetenz muss als integraler Bestandteil der Reform des Gesundheitssystems betrachtet werden.

Die Mitgliedstaaten sollten sicherstellen, dass sie über klare Politiken verfügen, welche die Gesundheitskompetenz verletzlicher Bevölkerungsgruppen sowohl auf der Angebots- wie auf der Nachfrageseite angehen, wie dies durch die sogenannten Roma Health Mediators in mehreren Mitgliedstaaten oder die MiMis in Deutschland geschieht.

Mitgliedstaaten, die ihre Gesundheitsversorgungssysteme ändern, sollten besondere Aufmerksamkeit darauf verwenden, zu gewährleisten, dass fortlaufend aktive Maßnahmen zur Verfügung stehen, um verletzliche Bevölkerungsgruppen durch eine wirksame Nutzung des Systems zu unterstützen.

Die Europäische Union sollte dafür Sorge tragen, dass es eine starke Evidenzbasis gibt, um die Mitgliedstaaten beim Angehen der Gesundheitskompetenz zu unterstützen.

Die EU sollte in Betracht ziehen, wie Beispiele guter Praxis gezielter gesundheitsfördernder Maßnahmen für Menschen mit psychischen Störungen stärker verbreitet werden könnten.

Neubewertung der Dienste für Migrant(inn)en und Asylbewerber(innen) ohne Papiere.

Die Mitgliedstaaten sollten erwägen, wie sich die Lage von Asylbewerber(inne)n und Migrant(inn)en ohne offiziellen Aufenthaltsstatus verbessern lässt. Die Mitgliedstaaten sollten sicherstellen, dass für diese Gruppe die Gesundheitsversorgung gesichert ist. Diese Verpflichtung ergibt sich nach Auffassung des djB bereits aus dem Grundrechts- und Menschenrechtsschutz dieser Gruppen.

Durchführung spezifischer Folgenabschätzungen großer sozialer und gesundheitspolitischer Veränderungen mit Blick auf die Situation der von sozialer Ausgrenzung bedrohten Menschen.

Wenn die Mitgliedstaaten die Systeme zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung einschließlich der Kostenteilungsregelungen ändern, sollte bei der routinemäßigen Datenerhebung verletzbaren Gruppen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, um sicherzustellen, dass politische Maßnahmen zur Vermeidung von Ausgrenzung tatsächlich greifen. Es bedarf einer Kultur des Monitoring und der Programmbewertung, um bedeutende Lücken in den Forschungs- und Informationssystemen zu schließen.

Die Mitgliedstaaten müssen stärker darauf achten, dass die Gründe dafür, dass es einigen Menschen nicht gelingt, einen

regulären Versicherungsstatus zu erlangen, systematisch erforscht werden. Dies sollte für Länder unternommen werden, wo gewisse verletzbare Gruppen Gefahr laufen, vom regulären Gesundheitsversorgungsschutz ausgegrenzt zu werden.

Größere Berücksichtigung der für die verletzlichen Gruppen bestehenden Zugangsbarrieren im politischen Prozess der Europäischen Union.

Zu den vorrangigen Themen für einen breiter angelegten europäischen Austausch zählen Erschwinglichkeit der Gesundheitsversorgung für verletzbare Gruppen, Stärkung der Gesundheitskompetenz im Allgemeinen und Stärkung der Patient(inn)en.

Referenzen

- Europäische Kommission (2006). Gemeinsamer Bericht über Sozial- und soziale Eingliederung 2006, Brüssel.
- Rat der Europäischen Union (2006). Schlussfolgerungen des Rates zum Thema gemeinsame Werte und Prinzipien in den europäischen Gesundheitssystemen, 2733. Tagung des Rates der Europäischen Union (Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz), Luxemburg 1-2 Juni 2006.
- European Commission, Quality in and Equality of Access to Healthcare Services, März 2008.

Exklusion/Inklusion aus deutscher Perspektive: Nationaler Integrationsplan

Sonka Gerdes

Referentin im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin

„Wir wollen miteinander und nicht übereinander sprechen.“ Dies sagte Bundeskanzlerin Angela Merkel beim ersten Integrationsgipfel am 14. Juli 2006, zu dem sie vor allem Migrant(inn)en ins Kanzleramt eingeladen hatte.

In der Folge wurde innerhalb eines Jahres in zehn Arbeitsgruppen mit einem breiten Spektrum an Vertreter(inne)n staatlicher und nichtstaatlicher Organisationen der Nationale Integrationsplan (NIP) erarbeitet. Teilgenommen haben Vertreter(innen) von Bund, Ländern und Kommunen, Arbeitgeber und Gewerkschaften, Kirchen und Religionsgemeinschaften, Wohlfahrtsverbände und Stiftungen, Medien, Kulturschaffende, Sportverbände und Migrant(inn)en sowie ihre Organisationen. Erstmals wurde so – organisiert von der Staatsministerin für Integration, Prof. Dr. Maria Böhmer – eine gemeinsame Plattform für Integrationspolitik in Deutschland geschaffen, die die Aktivitäten von Bund, Ländern, Kommunen und nichtstaatlichen Akteuren vereinigt.

Die Arbeitsgruppen haben zu den Themen Integrationskurse, Sprachförderung, Bildung und Ausbildung, Lebenssituation von Frauen und Mädchen verbessern, Integration vor Ort, Kultur und Integration, Integration durch Sport, Medien, bürgerschaftliches Engagement und Wissenschaft gearbeitet.

Der daraus entstandene Nationale Integrationsplan (NIP) enthält Erklärungen von Bund, Ländern und kommunalen Spitzenverbänden für eine nachhaltige Integrationspolitik sowie die Ergebnisse der Arbeitsgruppen. Er enthält rund 400 Selbstverpflichtungen der teilnehmenden Organisationen. Im Juli 2007 wurde er der Öffentlichkeit vorgestellt.

Am 6. November 2008 wurde mit dem Ersten Fortschrittsbericht die erste Zwischenbilanz zur Umsetzung präsentiert, in dem die zahlreichen Aktivitäten und Weiterentwicklungen dokumentiert werden. Von den Maßnahmen des Bundes seien folgende genannt:

- Die Integrationskurse wurden qualitativ und quantitativ aufgewertet, was zu einer deutlichen Erhöhung der Teilnehmerzahlen – insbesondere bei den freiwilligen Teilnehmer(inne)n – geführt hat.
- Beim Bildungsgipfel haben die Regierungschefs von Bund und Ländern eine „Qualifizierungsinitiative für Deutsch-