

Zugangsprobleme zur Gesundheitsversorgung?

Eine explorative Studie auf Grund von Expertengesprächen

Schlussbericht

Beat Sottas, Sarah Brügger, Adrienne Jaquier

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
Résumé	5
1. Ausgangslage und Auftrag	8
2. Präzisierung der Forschungsfragen	9
3. Methodische Vorgehensweise	10
4. Datenerhebung	11
5. Das Forschungsfeld	11
5.1 Wer ist sozial benachteiligt?	11
5.2 Besondere Probleme sozial benachteiligter Menschen	13
6. Allgemeine Einschätzung zu Zugangs- & Versorgungsschwierigkeiten	13
7. Zugangsbarrieren auf der Seite des Angebotes	14
7.1 Ist das Angebot vorhanden und entspricht es dem Bedarf?	14
7.2 Kann die Versorgung finanziert werden oder bestehen Lücken?	16
7.3 Ist der Zugang zu den vorhandenen Angeboten gegeben oder bestehen Schwellen für bestimmte Bevölkerungskategorien?	22
8. Zugangsbarrieren auf der Seite der Nachfrage	24
8.1 Die fehlende oder ungenügende Inanspruchnahme	24
8.2 Finanzielle Zugangsbarrieren	26
8.3 Fehlendes Wissen und mangelhafte Health Literacy	27
8.4 Stigmatisierung und Tabuisierung psychischer Krankheiten	29
8.5 Sprachliche und kulturelle Zugangsbarrieren bei Migranten	30
8.6 Fehlende Krankheitseinsicht und fehlender Kooperationswille	31
9. Herausforderungen in der Versorgung und notwendige Kompetenzen	34
9.1 Der Einfluss der sozialen Situation	34
9.2 Die (Heils-)Erwartungen gegenüber dem Gesundheitswesen	36
9.3 Der kompetente Patient: Überforderung für sozial benachteiligte Menschen	37
9.4 Der Extraaufwand bei der Versorgung sozial benachteiligter Menschen	39
10. Interprofessionalität und Intersektorialität	41
11. Diskriminierung im Gesundheitswesen	45
12. Empfehlungen und Handlungsbedarf	47
12.1 Empfehlungen und Handlungsbedarf im Bereich der Praxis	47
12.2 Empfehlungen und Handlungsbedarf im Bereich der Bildung	49
12.3 Empfehlungen und Handlungsbedarf im Bereich der Forschung	50
13. Schlussfolgerungen	50
Anhang 1:	52
Interviewleitfaden Expertengespräche	52
Anhang 2:	53
Befragte Experten (vollständige Interviews)	53
Experten, die sich zu Teilaspekten geäußert haben	54
Literaturverzeichnis	55

Zusammenfassung

Es gibt Hinweise, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung schichtspezifisch beeinflusst wird. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat deshalb eine explorative Studie in Auftrag gegeben, in der Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten sozial benachteiligter Menschen in der Schweiz identifiziert werden sollten.

Anhand von Expertengesprächen wird ein Bild der Gesamtsituation in Bezug auf die Gesundheitsversorgung sozial benachteiligter Menschen gezeichnet. Als Resultat lässt sich festhalten, dass die Schweiz grundsätzlich gut unterwegs ist. In Normalfall hat hierzulande jede Person Zugang zu einer guten Gesundheitsversorgung. Es werden kaum Diskriminierungen und offensichtliche Benachteiligungen beobachtet. Das Angebot ist vorhanden und wird in der Regel auch finanziert.

Wenn im Folgenden von Barrieren und Schwierigkeiten die Rede ist, so muss betont werden, dass davon nur ein sehr kleiner Anteil der Schweizer Bevölkerung betroffen ist. Gleichzeitig muss berücksichtigt werden, dass „soziale Benachteiligung“ ein weiter Begriff ist, die genannten Problemlagen betreffen deshalb auf unterschiedliche Art und Weise verschiedenste Kategorien von Menschen. Die Barrieren und Schwierigkeiten sind grundsätzlich nicht struktureller Natur, sondern entstehen meist im Einzelfall aus dem Zusammenspiel von sozialen Determinanten, individuellen Dispositionen und institutionellen Rahmenbedingungen.

Angesichts der Mehrdimensionalität des Begriffes der „sozialen Ungleichheit“ und der Vielseitigkeit der gesamten Gesundheitsversorgung ist offensichtlich, dass im Rahmen der vorliegenden explorativen Studie mit einer begrenzten Anzahl von Expertengesprächen verschiedene Problemlagen zwar skizziert, aber keinesfalls abschliessend dargestellt werden können. Dafür sind weitere Studien und Analysen notwendig, die sich vertieft einem bestimmten Aspekt bzw. einer bestimmten gefährdeten Personengruppe zuwenden.

Anhang der geführten Expertengespräche kann gesagt werden, dass die meisten Probleme nicht die Angebots-, sondern die Nachfrageseite betreffen. Auf Seiten des Angebots wird viel getan, damit auch sozial benachteiligte Menschen eine gute Gesundheitsversorgung erhalten. Jedoch gibt es diverse Barrieren auf Seiten der Nutzer bzw. Empfänger, die eine Inanspruchnahme der vorhandenen Angebote verhindern. Mögliche Barrieren sind z.B. die Angst vor den Kosten, fehlendes Wissen und fehlende Gesundheitskompetenz, die Stigmatisierung und Tabuisierung psychischer Krankheiten, sprachliche und kulturelle Barrieren oder eine fehlende Krankheitseinsicht.

Einige Empfehlungen, um die Versorgung sozial benachteiligter Menschen zu verbessern, sind:

- ➔ Ausbau des Angebotes für Menschen mit einem besonderen Bedarf inkl. entsprechende Finanzierung (z.B. älter werdende Behinderte und psychisch kranke Menschen, behinderte Menschen im „normalen“ Versorgungssystem)
- ➔ Es braucht in allen Kantonen kostenlosen und einfach zugängliche Angebote für vulnerable Bevölkerungsgruppen (z.B. schulärztliche Versorgung, niedrighschwellige Anlaufstellen für Sans Papiers)
- ➔ Mehr aufsuchende (psychiatrische) Dienste und Stärkung und Vernetzung lokaler Strukturen, um gefährdete Menschen auf dem Radar zu behalten (inkl. Angebote wie Mittagstische und Mahlzeitendienste mit monitorisierender Wirkung)
- ➔ Verbesserte Zugänglichkeit der Versorgung mit Sprechstunden ausserhalb der normalen Öffnungszeiten und Anlaufstellen, die ohne vorherige Terminvereinbarung aufgesucht werden können. Gesundheitsversorgung dort anbieten, wo die Menschen sich aufhalten.

Beobachtet wird, dass die Verknappung der finanziellen Ressourcen im Gesundheits- und Sozialbereich sozial Benachteiligte besonders stark trifft, weil Zusatzaufwände für proaktive Monitorisierung und Begleitung oder unterstützende Massnahmen an Schnittstellen oder beim Selbstbehalt entfallen. Teilweise könnte dies durch eine bessere Vernetzung und mehr Interprofessionalität und

Intersektorialität aufgefangen werden. Da sozial benachteiligte Menschen mehr Mühe haben, selber für eine Kontinuität in der Versorgung zu sorgen, braucht es eine Vernetzung zwischen stationären und ambulanten Diensten, zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen (wie Somatik und Mental Health), aber auch zwischen der Sozial- und der Gesundheitsversorgung.

- ➔ Sozial benachteiligte Menschen würden insb. von einem Case Management profitieren, welches u.a. eine anwaltschaftliche Rolle übernimmt, um ihre Interessen gegenüber Leistungserbringern, Finanzierern und Ämtern zu vertreten, welches ihnen hilft, sich zu orientieren und die verschiedenen Angebote zu koordinieren.

Da die Hauptschwierigkeiten auf der Nachfrageseite zu finden sind, sind insb. Massnahmen im Bereich der Sensibilisierung und Information notwendig, um die Inanspruchnahme durch gefährdete Personengruppen zu verbessern.

- ➔ Informations- und Beratungsangebote, um Menschen im Dschungel der verschiedenen Angebote und in Bezug auf ihre finanziellen Ansprüche/Pflichten zu beraten und zu unterstützen

Ein grosser Handlungsbedarf wird im Bereich der Bildung gesehen.

- ➔ Health Professionals benötigen ein Sensorium für den Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit, auf Therapie und Heilung; sie sollten bereits in der Ausbildung mit sozialen Lagen Benachteiligter und den Bedürfnissen von Menschen mit einem besonderen Bedarf (z.B. Abhängige, Bildungsferne, Migranten, Behinderte) konfrontiert werden; Bewusstsein für die besonderen Bedürfnisse, die daraus resultieren und Erwerb der notwendigen Kompetenzen
- ➔ Bewusstsein für kulturelle und soziale Barrieren und (transkulturelle) Kommunikationskompetenzen, um angemessen mit Migranten und anderen sozial benachteiligten Menschen kommunizieren und *informed consent* herbeiführen zu können; Sensibilisierung für unterschiedliche Erwartungen und Kommunikationsformen
- ➔ Interprofessionelle Aus- und Weiterbildung mit Einbezug der sozialen Arbeit, um von den Kenntnissen des jeweils anderen Bereichs zu profitieren und besser zusammenzuarbeiten
- ➔ Beratungskompetenz und Kenntnisse des Gesundheits- und Sozialwesens, um Patienten zu orientieren und weitere Unterstützung vermitteln zu können; Fähigkeit, eine Managementfunktion zu übernehmen
- ➔ Sensibilisierung in Bezug auf eigene Vorurteile und Stereotypen und die Gefahr einer impliziten Rationierung.

Im Bereich der Forschung ist ein deutlich erweitertes Verständnis von Versorgungsforschung notwendig. Diese muss jenseits der Erhebung von Kennzahlen über Leistungserbringer, Institutionen und Kosten vor allem das Zusammenspiel von sozialen Determinanten, individuellen Dispositionen und institutionellen Rahmenbedingungen sowie die Haltungen und Einstellungen der Professionals untersuchen, um Erkenntnisse über implizite Rationierung und daraus resultierende langfristige Folgen für die Gesellschaft zu gewinnen. Wegen des Finanzdrucks ist es im Weiteren angezeigt der Frage nachzugehen, worauf bei sozial Benachteiligten verzichtet wird, bzw. bei welchen Aspekten die Aufmerksamkeit in welchen Institutionen abnimmt bzw. abgenommen hat.

Résumé

Certains éléments suggèrent que le niveau socio-économique et l'appartenance à une couche sociale basse ont une influence sur l'accès aux soins. C'est pourquoi l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a demandé la réalisation d'une étude exploratoire afin d'identifier les difficultés d'accès et de prise en charge des personnes socialement défavorisées de Suisse.

A l'aide d'entretiens avec des experts, l'étude a permis de faire état de la situation en ce qui concerne les soins aux personnes socialement défavorisées. Dans l'ensemble, les résultats permettent de constater que la Suisse est sur la bonne voie. En effet, d'une manière générale, chaque personne a accès à des soins de bonne qualité. Il y a peu de discrimination, ni d'inégalité manifeste. L'offre est bien existante et son financement est, en général, assuré.

Etant donné que, dans ce rapport, il est question des obstacles et des difficultés, il est important de souligner que cela ne concerne qu'un très petit pourcentage de la population suisse. En outre, le concept de « situation socialement défavorisée » doit être considéré dans une acception très large ; la problématique, dont il est question ici, touche non seulement différentes catégories de personnes, mais aussi de différentes manières. En effet, les résultats permettent de constater que les difficultés et les barrières ne sont pas fondamentalement de nature structurelle, mais résultent, selon les cas, de l'interaction entre les déterminants sociaux, les dispositions individuelles et les conditions-cadres institutionnelles.

En raison de la multi-dimensionnalité du concept d' « inégalité sociale » et de la diversité des types de soins existants, cette étude exploratoire a permis d'esquisser différentes situations problématiques. Cependant, celles-ci ne peuvent, en aucun cas, être considérées comme exhaustives du fait du nombre limité d'entretiens. Pour cela, des études et des analyses supplémentaires seraient nécessaires, afin d'approfondir plus précisément un aspect problématique ou de cibler plus particulièrement un groupe à risque.

Sur la base des entretiens qui ont été menés, on peut dire que la majorité des problèmes ne se trouvent pas du côté de l'offre, mais plutôt du côté de la demande. En effet, du côté de l'offre, beaucoup de choses sont faites, afin que les personnes socialement défavorisées reçoivent des soins de bonne qualité. En revanche, il existe différentes barrières du côté de l'utilisateur ou destinataire, qui empêchent le recours aux offres existantes. Les barrières possibles sont, par exemple, la peur des coûts, le manque de connaissances et le manque de compétences dans le domaine de la santé, la stigmatisation et le tabou autour des maladies psychiques, les barrières linguistiques et culturelles ou encore un manque de prise de conscience de la maladie.

Pour améliorer les soins des personnes socialement défavorisées, voici quelques recommandations :

- ➔ Le renforcement de l'offre pour les personnes avec des besoins particuliers, y compris le financement (par ex., pour les personnes âgées en situation de handicap ou souffrant d'une maladie psychique, pour les personnes en situation de handicap dans le système « normal » de soins)
- ➔ La mise en place d'offres gratuites et plus accessibles aux populations vulnérables dans tous les cantons (par ex., la médecine scolaire, des structures à bas seuil pour les sans-papiers)
- ➔ La mise en place de plus de services mobiles de consultation (psychiatrique) auprès du destinataire et la consolidation et la mise en réseau des structures locales, afin de garder un œil sur les personnes à risques et de pouvoir le signaler lorsque la santé de la personne a atteint ses limites (y compris, les offres comme les repas de midi qui permettent cette appréciation).
- ➔ Une meilleure accessibilité aux soins par des consultations en dehors des heures d'ouverture normales et des structures, où il est possible de se rendre sans rendez-vous

préalable. Il est important d'offrir les services dans les lieux fréquentés par les personnes défavorisées .

Il a également été observé, que les restrictions budgétaires dans les domaines de la santé et du social touche particulièrement les personnes socialement défavorisées, par la suppression des ressources financières : pour le suivi proactif et l'accompagnement, pour les mesures de soutien aux interfaces ou encore pour la participation aux quotes-parts. Toutefois, cela peut être atténué, en partie, par une meilleure mise en réseau et par plus d'interprofessionnalité et d'intersectorialité. Etant donné que les personnes socialement défavorisées ont plus de peine à veiller eux-mêmes à la continuité des soins, une mise en réseau des services stationnaires et ambulatoires, non seulement entre les différents domaines de soins (comme les soins somatiques et psychiatriques), mais aussi entre les domaines du social et de la santé est nécessaire.

- ➔ Les personnes socialement défavorisées pourraient particulièrement profiter d'un case management, qui, entres autres, pourrait défendre leurs intérêts face aux prestataires, aux financeurs et aux administrations et qui pourrait les aider à s'orienter et à coordonner les différentes offres.

Etant donné que les principales difficultés se trouvent du côté de la demande, des mesures dans les domaines de la sensibilisation et l'information sont particulièrement nécessaires, afin d'améliorer le recours aux soins des personnes à risque.

- ➔ Des offres d'informations et de conseils sont nécessaires, afin d'orienter et soutenir les personnes dans la jungle des différentes offres existantes et de les informer et de les sensibiliser à leur droit à un soutien financier.

Il est également nécessaire d'agir dans le domaine de la formation.

- ➔ Les professionnels doivent être plus sensibles à l'influence de la situation sociale sur la santé, sur les thérapies et la guérison. Déjà durant leur formation, les professionnels de la santé devraient être confrontés aux situations de personnes socialement défavorisées et de personnes avec des besoins particuliers (par ex. les personnes dépendantes, les personnes peu instruites, les migrants, les personnes en situation de handicap) afin qu'ils puissent prendre conscience de ces besoins particuliers et qu'ils puissent acquérir les compétences nécessaires.
- ➔ Les professionnels doivent prendre conscience des barrières culturelles et sociales et développer des compétences de communication (transculturelles), afin de pouvoir communiquer de manière adaptée avec les personnes migrantes et les autres personnes socialement défavorisées et pouvoir aboutir au consentement éclairé ; la sensibilisation aux attentes différentes et aux différentes formes de communication est importante.
- ➔ La formation initiale et continue doit se faire de manière interprofessionnelle, y incluant le travail social, afin de profiter des connaissances des autres domaines et de mieux collaborer.
- ➔ Les professionnels doivent développer des compétences de conseil et avoir des connaissances du système de santé et du système social, afin de pouvoir conseiller les patients et pouvoir les orienter vers d'autres formes de soutien. Ils doivent être capables d'entreprendre une fonction de management.
- ➔ Les professionnels doivent être sensibilisés par rapport à leurs propres préjugés et à leurs propres stéréotypes et au danger d'un rationnement implicite.

Il est primordial que la recherche dans le domaine de la santé et des soins soit comprise de manière plus élargie. En effet, celle-ci doit aller bien au-delà de la recension des chiffres sur les prestations, les institutions et les coûts, pour explorer les interactions entre les déterminants sociaux, les dispositions individuelles et les conditions-cadres institutionnelles, ainsi que les comporte-

ments et les attitudes des professionnels, afin d'acquérir de nouvelles connaissances sur le rationnement implicite et sur les conséquences à long terme qui en découlent pour la société. En raison des restrictions budgétaires, il importe de se questionner, par rapport aux personnes socialement défavorisées, sur la nature et l'envergure des prestations auxquelles on renoncera désormais. En outre, il est à évaluer comment les institutions procèdent lors du recentrage incontournable, et comment elles définissent les priorités et postériorités.

1. Ausgangslage und Auftrag

Wer gesund bleibt und wer eher nicht, darüber entscheiden längst nicht nur biologische und genetische Faktoren oder das individuelle Verhalten. Neuere Erklärungsmodelle von gesundheitlicher Ungleichheit (z.B. McGinnis et al., 2002) weisen darauf hin, dass bei sozial schlechter gestellten Personen auch der chancengleiche Zugang zur Gesundheitsversorgung gefährdet sein kann.

In der Schweiz ist mit der obligatorischen Krankenversicherung der Zugang zur Versorgung zwar im Prinzip sowohl im Notfall als auch in der Akutbehandlung und Langzeitpflege finanziell für alle Versicherten sichergestellt. Nichtsdestotrotz gibt es Hinweise, dass auch hierzulande der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung schichtspezifisch beeinflusst wird. Trotz gesicherter Kostenübernahme scheinen Ungleichheiten zu bestehen, von denen insbesondere Personen aus benachteiligten sozialen Verhältnissen betroffen sind.

Im Rahmen von Gesundheit 2020 hat das BAG deshalb eine explorative Studie in Auftrag gegeben, um allfällige Lücken den Handlungsbedarf für die Sicherstellung eines chancengleichen Zugangs zur Gesundheitsversorgung zu klären. Die Studie sollte untersuchen, welche allfälligen Probleme sich in der Praxis bei der Diagnostik, Behandlung, Pflege und Betreuung von sozial schlechter gestellten Personen ergeben. Zu berücksichtigen waren dabei die Bereiche Notfall-, Akut- und Langzeitversorgung für körperliche und psychische Erkrankungen und dies in Bezug auf sozial benachteiligte Kinder, Jugendliche, Erwachsene im Erwerbsalter und ältere Menschen sowie Menschen mit Behinderungen beider Geschlechter. Neben der Allgemeinmedizin sollten insbesondere die Fachgebiete Pädiatrie und Psychiatrie berücksichtigt werden.

Ursprünglich bestand der Auftrag darin, auf Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten von sozial benachteiligten *Schweizern* zu fokussieren. Bereits nach den ersten Interviews zeigte sich jedoch, dass die Migrationsbevölkerung bei dieser Thematik nicht ausgeblendet werden darf. Der Auftraggeber hat deshalb den Einbezug der Migrationsbevölkerung angeordnet.

Neben der Identifikation von möglichen Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten sollten auch Lösungsansätze aus der Praxis ermittelt und der Handlungsbedarf aufgezeigt werden.

Gemäss Auftragsbeschrieb waren im Einzelnen die folgenden Fragen zu beantworten:

Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten

- Kann der gesundheitliche Versorgungsbedarf von sozial benachteiligten Gruppen gedeckt werden? Wenn nein, welche Barrieren und Schwierigkeiten bestehen?
- Welche besonderen Herausforderungen gibt es in Bezug auf die Diagnostik, Behandlung, Pflege und Betreuung von sozial schlechter gestellten Personen?
- Bestehen Modelle guter Praxis für diese Personengruppen? Falls ja, welche?

Kompetenzen und interprofessionelle Zusammenarbeit

- Über welche spezifischen Kenntnisse sollten die Fachpersonen im Umgang mit sozial benachteiligten Personengruppen verfügen?
- Inwiefern verfügen sie bereits über diese Kenntnisse? Wo bestehen Lücken?
- Sind besondere Kompetenzen für die Behandlung, Pflege und Betreuung von sozial schlechter gestellten Personen notwendig? Falls ja, welche?
- Gibt es spezielle Anforderungen an die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den Fachpersonen Medizin, Pflege und soziale Arbeit? Falls ja, welche?

2. Präzisierung der Forschungsfragen

Die Liste der zu berücksichtigten Versorgungsbereiche und Personengruppe, die im Auftrag aufgeführt sind, zeigt, dass das Untersuchungsfeld vielfältig und facettenreich ist. Um einen Überblick zu erhalten und die Recherchen zu fokussieren, hat die Forschungsgruppe in einem ersten Schritt folgende Tabelle erstellt, in der die zu betrachtenden Teilbereiche der Gesundheitsversorgung geordnet aufgeführt sind.

Abb. 1: Überblick über die zu behandelnden Teilbereiche der Gesundheitsversorgung

	Zugangsschwierigkeiten						Versorgungsschwierigkeiten (Diagnostik, Behandlung, Pflege und Betreuung)	
	Somatische Versorgung			Psychiatrische Versorgung			Somatische Versorgung	Psychiatrische Versorgung
Zielgruppen*	Notfall	Akut	Langzeit	Notfall	Akut	Langzeit		
Kinder & Jugendliche								
Erwachsene im Erwerbsalter								
Ältere Menschen								
Besondere Gruppen								
- Menschen mit Behinderungen (Kinder & Erwachsene, körperlich & geistig)								
- Migranten								
- andere sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen (z.B. chronisch kranke Menschen, psychisch kranke Menschen inkl. Suchtmittelabhängige, etc.)								

*jeweils sozial benachteiligt

Abdeckung durch befragte Experten: dunkel = vertiefte Analyse

Ausgehend von einer ersten Sichtung der Literatur und einigen Sondierungsgesprächen wurde bald ersichtlich, dass eine Präzisierung der Forschungsfragen bzw. des Forschungsfeldes notwendig war.

Erstens zeigte sich, dass der Begriff der sozialen Benachteiligung mehrdimensional ist und verschiedene Risikofaktoren unterschiedliche Auswirkungen in Bezug auf Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten haben (vgl. Kap. 5.1). Die Frage nach einer möglichen Benachteiligung im Gesundheitswesen kann deshalb nicht allgemein, sondern immer nur in Bezug auf spezielle Bevölkerungsgruppen beantwortet werden. Dabei muss auch berücksichtigt werden, dass eine Person jeweils verschiedene Merkmale in sich vereint, die den Zugang und die Versorgung auf unterschiedliche Weise beeinflussen können. So ist beispielsweise im Hinblick auf Migranten zu fragen, ob der Zugang erschwert ist durch ihren Status als Migrant oder durch eine tiefe Bildung, was auch bei Schweizern der Fall sein kann (und vergleichbare Problemlagen bei Zugang und Inanspruchnahme zur Folge hat).

Zweitens können Zugangsschwierigkeiten nicht nur auf Seiten des Angebots, sondern auch auf Seiten der Nachfrager bestehen. Auch wenn der Auftrag darin bestand, Schwierigkeiten innerhalb der Versorgung zu identifizieren, kann Letzteres nicht ausgeblendet werden. In der Befragung wurde deshalb zwischen Barrieren beim Zugang (Angebot) und Barrieren bei der Inanspruchnahme (Nachfrage) unterschieden. Schwierigkeiten, die sich bei der Versorgung zeigen und nicht direkt mit dem Zugang zu tun haben, wurden separat betrachtet.

An dieser Stelle muss festgehalten werden, dass angesichts der Mehrdimensionalität und Komplexität der Fragestellung von einer explorativen Studie keine abschliessenden und tiefgehenden Resultate erwartet werden können. Das Ziel bestand vielmehr darin, die relevanten Themen zu identifizieren, die – bei Bedarf – in weiteren Studien vertieft betrachtet werden können.

3. Methodische Vorgehensweise

Methodisch wurde das folgende Vorgehen gewählt:

1. Der erste Schritt umfasste Klärungen, Rechercharbeiten, Sondierungsgespräche und eine summarische Dokumentenanalyse, um einen Arbeitsplan und einen Gesprächsleitfaden mit den wichtigsten Themen für die anschliessende Befragung zu erstellen (siehe Anhang 1). Dabei wurde auch die oben dargestellte Tabelle erstellt und die genannten Präzisierungen vorgenommen.

Die Rechercharbeiten und die Sondierungsgespräche haben zu einer Liste von ca. 40 Personen und Expertinnen und Experten geführt. Weil diese Anzahl über der mit dem Auftraggeber vereinbarten Menge lag (und in der Verfügung stehenden Zeit nicht hätte bearbeitet werden können), erfolgte in diesem Arbeitsschritt eine Priorisierung.

Diese orientierte sich an der Optimierung des erwarteten Erkenntnisgewinns. Konkret wurde die Menge der identifizierten Schlüsselpersonen halbiert. Bei der Auswahl der Gesprächspartner, die befragt werden sollten, wurde nach Massgabe der in Abb. 1 erstellten Matrix darauf geachtet, erstens alle Versorgungsbereiche (horizontale Dimension) und zweitens die verschiedenen Patientengruppen (vertikale Dimension) abzudecken, die im Auftragsbeschrieb genannt wurden.

Weil es in verschiedenen Fällen mehrere geeignete Expertinnen und Experten gab, wurde bei der Gewichtung der Eignung und der Relevanz, denjenigen Auskunftspersonen der Vorrang gegeben, die mehrere Felder der Matrix abdecken konnten.

In dieser Phase wurde auch der Gesprächsleitfaden getestet, übersetzt und für die weiteren Interviews leicht angepasst.

2. In einem zweiten Schritt wurde die Expertenbefragung durchgeführt. Dabei wurden 19 Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen der Versorgung aus der Deutschschweiz und der Romandie (siehe Anhang 2) auf der Grundlage des in Schritt 1 entwickelten Gesprächsleitfadens befragt; zusätzlich haben sich vereinzelt angefragte Experten zu Teilaspekten geäussert. Der Leitfaden wurde den Gesprächspartnern vorgängig zur Vorbereitung zugestellt.

Acht Gespräche fanden face-to-face am Arbeitsort der Befragten statt. Die restlichen wurden per Telefon geführt. Die Gespräche dauerten zwischen 45 Minuten und 1.5 Stunden.

3. Einige Gespräche wurden per Tonband aufgenommen und anschliessend von der Person, die das Interview geführt hat, zusammengefasst und auszugsweise transkribiert (gemäss „bandbasierter Analyse“ nach Kuckartz, 2009, S. 39). Bei den anderen Gesprächen wurden ausführliche Notizen gemacht, welche als Grundlage dienten für ein nachträglich erstelltes umfassendes Gesprächsprotokoll. Auf eine vollständige Transkription der Gespräche wurde verzichtet, da eine solche wirtschaftlich nicht tragbar ist und im Rahmen einer explorativen Studie einen geringen Beitrag zur Erkenntnisgewinnung leistet.

4. Der vierte Schritt umfasste die Auswertung, Evaluation und Gewichtung der Daten.

Die erhobenen Daten aus den Interviews wurden nach der Methodik von Mayring (Mayring, 2008; siehe auch Flick, 2006, S. 280f) verdichtet und für die Bewertung aufbereitet.

Da ein iteratives Vorgehen gewählt worden war, bei dem Datenerhebung und Analyse der bereits geführten Interviews parallel liefen, konnten Erkenntnisse aus früheren Interviews jeweils mit weiteren Gesprächspartnern diskutiert und validiert werden.

5. Der fünfte Schritt bestand in der Redaktion des vorliegenden Schlussberichtes.

4. Datenerhebung

Insgesamt wurden 19 ausführliche Gespräche mit Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen der Versorgung in deutscher und in französischer Sprache geführt. Bei den Befragten handelt es sich zum einen um Mediziner aus den Bereichen Allgemeinmedizin, Pädiatrie und Psychiatrie. Dabei wurde darauf geachtet, sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich tätige Ärzte zu befragen.

Zum anderen wurden auch Vertreter/innen von Spitex-Organisationen, Sozialarbeiterinnen sowie weitere Personen befragt, die uns auf Grund ihrer Funktion und/oder persönlicher Erfahrung Auskunft zu Problematiken bei der Versorgung verschiedener Gruppen sozial benachteiligter Menschen (z.B. Migranten, Behinderte, Betagte) geben können. Die komplette Liste der befragten Personen findet sich im Anhang (siehe Anhang 2).

Als Ergebnis der Gewichtung der Eignung und der Relevanz der Auskunftspersonen kennen die meisten der befragten Personen verschiedene Versorgungsbereiche und die Schwierigkeiten unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen. Trotz einer beschränkten Anzahl von Interviews ist es mit diesem Verfahren zur Festlegung der Stichprobe gelungen, eine hinreichend gute Verteilung nach Sprachregionen, Zielgruppen und Versorgungsbereichen zu erreichen. Eine Lücke besteht einzig in der psychiatrischen Langzeitversorgung der Migrationsbevölkerung.

Insgesamt waren die Gesprächsbereitschaft und das Interesse an den Gesprächen sehr gross. Es wurde von den Gesprächspartnern sehr geschätzt, dass sie ihre Erfahrungen in Bezug auf Lücken und Probleme der Versorgung darlegen konnten. Die meisten hatten sich deshalb auch äusserst sorgfältig auf das Gespräch vorbereitet.

5. Das Forschungsfeld

5.1 Wer ist sozial benachteiligt?

Eine Frage, die es zu Beginn zu klären galt, ist diejenige nach den betroffenen Bevölkerungsgruppen. Wer ist gemeint, wenn von „sozial benachteiligten Menschen“ die Rede ist?

Beim Begriff der sozialen Benachteiligung wird oft an materielle Armut gedacht. Bei der Auswertung der Expertengespräche fällt jedoch auf, dass die materiellen Ressourcen einer Person nur bei einem Teil der erwähnten „sozial benachteiligten Personen“ eine Rolle spielen und den Zugang zur Gesundheitsversorgung beeinflussen. Pieper schreibt diesbezüglich, dass soziale Benachteiligung oft synonym mit Armut verwendet wird, dass die synonyme Verwendung der beiden Begriffe aber nicht immer richtig ist: „Zwar entsteht soziale Benachteiligung oft aus materieller Armut. Armut hingegen muss nicht zwangsläufig zu sozialer Benachteiligung führen“ (Pieper, 2009, S. 6).

Wichtig ist, dass soziale Benachteiligung auch ohne materielle Armut bestehen kann. Gemäss Definition gelten Menschen als sozial benachteiligt, „wenn ihre Lebenschancen erheblich eingeschränkt werden, weil sie einer bestimmten Gruppen angehören“ (BiBB, o.J.). Beispiele sind die soziale Herkunft, die ökonomische Situation, familiäre Bedingungen, Bildungsferne, das Geschlecht oder die ethnische oder kulturelle Herkunft.

Bei der Frage nach besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung nennen die Gesprächspartner u.a. folgende Gruppen:

„Eine Risikogruppe sind ältere Menschen, die langsam in eine Hilfsbedürftigkeit hineinschlittern und niemand merkt es.“

„Problematisch ist die Versorgung von Menschen mit Demenz oder Altersparanoia, die keine Krankheitseinsicht haben.“

„Tiefe Bildung, Migranten, alleinerziehend. Wenn diese Merkmale zutreffen, muss man aufpassen.“

„Schwierig ist es bei Randständigen, die jede staatliche Hilfe ablehnen, oder bei Sans Papiers, die für den Staat nicht existieren.“

„Oft sind es Menschen mit einer Suchtproblematik oder Menschen, die schon lange aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Auch sogenannte „Messies“ haben wir immer wieder.“

Diese Aussagen zeigen, dass Menschen nicht nur auf Grund von fehlenden materiellen Ressourcen benachteiligt sein können. Folgende Merkmale werden von den befragten Experten als Risikofaktoren genannt, die zu sozialer Benachteiligung und dadurch zu Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten führen können.

- Alter
- Alkohol- und Drogenabhängigkeit
- Alleinerziehende
- Behinderung
- Finanzielle Probleme
- Migrationshintergrund
- Persönlichkeitsstruktur
- Psychische Krankheit
- Soziale Isolation
- Tiefer Bildungsstand

Diese alphabetische Reihenfolge entspricht nicht der Epidemiologie. Einige dieser Faktoren treten oft in Kombination auf. So sind Menschen mit einem tiefen Bildungsstand häufig auch in materieller Hinsicht arm. Bei anderen Faktoren besteht hingegen kaum ein Zusammenhang. Gleichzeitig ist zu betonen, dass Menschen, auf die einer der genannten Faktoren zutrifft, nicht immer auch sozial benachteiligt sind – das Risiko ist jedoch grösser. Obwohl sich beispielsweise bei Behinderten die Situation in der Schweiz in den letzten Jahren stark verbessert hat und sie nicht immer sozial benachteiligt sind, wird in den Interviews doch gesagt, „dass Behinderte sehr oft von sozialem Ausschluss betroffen sind.“

Ausgehend von den Ergebnissen der Expertengespräche lässt sich somit festhalten, dass sich der Begriff der sozialen Benachteiligung im Kontext dieser Studie auf diverse Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlichen Problemfeldern bezieht. Eine Fokussierung nur auf die monetären Ressourcen einer Person würde zu kurz greifen. Bei der Befragung wurde es deshalb den Interviewpartnern überlassen zu definieren, was für sie soziale Benachteiligung heisst.

5.2 Besondere Probleme sozial benachteiligter Menschen

Die besonderen Probleme sozial benachteiligter Menschen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung nehmen in der Public Health Diskussion einen prominenten Platz ein. Aus der Literatur ist insbesondere bekannt, dass Menschen mit einem tiefen Einkommen und tiefer Bildung häufiger unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden als die Durchschnittsbevölkerung (z.B. Richter/Hurrelmann, 2009; Lätsch et al., 2012; Montandon, 2011). In der vorliegenden explorativen Erhebung bestätigen dies auch die befragten Fachpersonen, wenn sie von häufigen Problemlagen bei sozial benachteiligten Menschen berichten.

„Sozial benachteiligte Menschen haben oft eine schlechte Allgemeingesundheit. Die Kinder sind öfters übergewichtig, haben schlechte Zähne, häufig Infekte der Atemwege und Magen-Darm-Erkrankungen.“

„Ihr Leben bringt mehr Stress mit sich und das hat negative Auswirkungen auf ihre Gesundheit.“

„Sie sind im Verhalten und bei der Ernährung weniger gesundheitsbewusst.“

Gerade bei Kindern ist der Zusammenhang zwischen Gesundheitsverhalten und sozialer Schicht besonders problematisch, denn Kinder sind per se besonders vulnerabel. Durch eine ungesunde Lebensweise in der Kindheit kann eine Hypothek angelegt werden, unter der die Betroffenen noch im Erwachsenenalter zu leiden haben.

Sozial benachteiligte Menschen sind aber nicht nur häufiger krank. Sie haben auch weniger Ressourcen, um mit einer Krankheit und deren Folgen umzugehen (vgl. Bachmann, 2014).

Viele Determinanten des schlechteren Gesundheitszustandes sozial benachteiligter Menschen sind ausserhalb des Gesundheitswesens angesiedelt. Sie spielen zwar bei der Frage nach gesundheitlicher Benachteiligung eine wichtige Rolle, sind aber nicht Teil dieser Studie.

6. Allgemeine Einschätzung zu Zugangs- & Versorgungsschwierigkeiten

In der Einleitung zum vorliegenden Bericht wurde erwähnt, dass es Hinweise darauf gibt, dass bei sozial schlechter gestellten Personen der chancengleiche Zugang zur Gesundheitsversorgung gefährdet sei. Bevor im Folgenden auf mögliche Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten in den einzelnen Versorgungsbereichen eingegangen wird, stellt sich die Frage, die die befragten Experten die Situation insgesamt einschätzen. Bei den Interviews wurde deshalb zu Beginn die folgende – bewusst sehr allgemein formulierte – Frage gestellt: „Kann ihrer Meinung nach der gesundheitliche Versorgungsbedarf von sozial benachteiligten Gruppen gedeckt werden?“

Insgesamt sehen die befragten Experten **nur wenig Benachteiligungen und Diskriminierungen sozial benachteiligter Menschen im Schweizer Gesundheitswesen.**



„Auf das Versorgungssystem bezogen sehe ich keine Probleme. Ich sehe keine Menschen, die in Bezug auf die Gesundheitsversorgung vom Karren fallen.“

„Ich bin seit 17 Jahren als Arzt tätig und habe nie erlebt, dass jemand keine Versorgung erhalten hätte, dass man jemanden abgelehnt hätte. Ich habe schon früher viel mit Randständigen, mit Drogenabhängigen gearbeitet. Das war nie ein Problem.“

„In der Schweiz haben alle sozialen Schichten einen guten Zugang zur Gesundheitsversorgung. Es gibt im Vergleich zum Ausland kaum lange Wartezeiten für Operationen oder andere Probleme.“

„Insgesamt ist die Versorgung in der Schweiz sehr gut. Das zeigt sich beispielsweise darin, dass im internationalen Vergleich ein sehr hoher Anteil der Kinder geimpft ist.“

In der Schweiz ist der chancengleiche Zugang zur Gesundheitsversorgung wegen des Krankenkassenobligatoriums und der gesicherten Vergütung der Leistungen grundsätzlich gegeben. Trotz

dieser äusserst positiven Einschätzung werden bestimmte Gruppen und Bereiche erwähnt, bei denen Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten bestehen (können).

In den folgenden Kapiteln wird nun im Einzelnen auf die möglichen Schwierigkeiten eingegangen.

Ausgehend von den Ergebnissen aus den Interviews wird die Präsentation der Ergebnisse in sechs Kapitel unterteilt (Kapitel 7 – 12). Im siebten Kapitel werden mögliche Zugangsschwierigkeiten vom Angebot her betrachtet. Im achten Kapitel wird die Perspektive umgedreht und es werden Barrieren präsentiert, die auf Seiten der potenziellen Nutzer eine optimale Inanspruchnahme des bestehenden Angebotes verhindern können. Das neunte Kapitel beschäftigt sich mit den Herausforderungen, welche die Versorgung von sozial benachteiligten Menschen für das Versorgungssystem mit sich bringt und mit den Kompetenzen, über welche die Fachpersonen verfügen müssen. Im zehnten Kapitel wird der Aspekt der Interprofessionalität in Bezug auf die Versorgung sozial benachteiligter Menschen näher betrachtet. Das elfte Kapitel beschäftigt sich mit der Frage nach einer möglichen Diskriminierung sozial benachteiligter Menschen und abschliessend wird im zwölften Kapitel der Handlungsbedarf in den Bereichen Praxis, Bildung und Forschung zusammengefasst. In den Schlussfolgerungen werden die Ergebnisse und die weiterführenden Aspekte in geraffter Form zusammengefasst.

7. Zugangsbarrieren auf der Seite des Angebotes

Als Erstes wird die Thematik möglicher Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten sozial benachteiligter Menschen von der Angebotsseite her betrachtet. Drei Fragen stehen hier im Vordergrund:

- a. Ist das Versorgungsangebot vorhanden und entspricht es dem Bedarf?
- b. Kann die Versorgung finanziert werden oder bestehen Lücken?
- c. Ist der Zugang zu den vorhandenen Angeboten gegeben oder bestehen Schwellen für bestimmte Bevölkerungsgruppen?

7.1 Ist das Angebot vorhanden und entspricht es dem Bedarf?

Grundsätzlich haben wir in der Schweiz flächendeckend **ein gut entwickeltes und leistungsfähiges Gesundheitssystem** – es gilt als eines der besten der Welt. Die Dichte an Spitälern, Apotheken, Arztpraxen und anderen Dienstleistern im Gesundheitsbereich ist im internationalen Vergleich sehr hoch.



In Bezug auf die Notfall- und Akutversorgung wird von den Gesprächspartnern betont, dass trotz Diskussionen um den Ärztemangel in der Schweiz bei Bedarf jeder Zugang zu einem Haus- oder Kinderarzt hat. Auch die öffentlichen Spitäler mit ihren Notfallstationen sind i.d.R. für jedermann zugänglich.

Für die längerfristige Pflege und Betreuung kann auf die Leistungen der Spitex, auf Alters- und Pflegeheime und andere Institutionen der Langzeitversorgung sowie auf Angebote wie betreutes Wohnen zurückgegriffen werden. Auch hier sind die befragten Experten der Meinung, dass im Grossen und Ganzen der Bedarf mit den bestehenden Angeboten gedeckt werden kann.

Mit Blick auf die Demographie und das „slow motion disaster“ (WHO) der multimorbiden Erkrankungen und des steigenden Bedarfs an Betreuungs- und Versorgungsleistungen bei älteren Personen sind jedoch die Strategie, die Instrumente und das **Angebot im Bereich des betreuten Wohnens im Alter ungenügend** (→ intersektorale Schnittstelle zum Sozialsystem).



In der Notfall- und Akut- sowie auch in der Langzeitversorgung bestehen **Lücken für Menschen mit einem besonderen Bedarf** – sei es auf Grund einer körperlichen oder geistigen Behinderung, sei es auf Grund einer psychischen Erkrankung.



„Durch die Alterung der Bevölkerung nehmen Depressionen, Angstzustände und Demenz zu. In der Agglomeration Bern wären für diese Menschen 30 bis 40 Plätze notwendig. Es braucht besondere räumliche Angebote und richtiges, d.h. psychiatrisch ausgebildetes Personal. Doch die Finanzierung dafür fehlt heute vollständig. Das Sparprogramm verhindert die Entstehung von entsprechenden Angeboten.“

„Für alternde Drogenabhängige gibt es keine Strukturen und in die bestehenden Wohnformen sind sie nicht integrierbar.“

„Bei Behinderten tritt die Alterung und damit zum Teil auch Demenz viel früher auf als bei anderen Personen. Für diese Menschen gibt es zu wenig adäquate Wohnformen. Es braucht nicht nur Angebote für Jugendliche und junge Erwachsene, sondern auch etwas für die Population der älter werdenden Behinderten.“

Weil der zusätzliche Aufwand, den die Betreuung einer psychisch kranken Person für ein Heim bedeutet, bei der Einstufung des Pflegebedarfs zu wenig berücksichtigt wird, haben diese keinen Anreiz solche Menschen aufzunehmen. Laut Aussage eines Gesprächspartners führt das zu Fehlplatzierungen: die betroffenen Personen bleiben zu lange in der psychiatrischen Klinik (und sie belegen dort Plätze, die für andere Personen gebraucht werden). Es kommt somit zu unwirksamen, unzweckmässigen und teuren Fehlallokationen.

Älter werdende Behinderte können schlecht in die bestehenden Institutionen der Langzeitversorgung integriert werden. Dafür sind zusätzliche personelle und fachliche Ressourcen notwendig, die momentan nicht vorhanden sind. Das führt dazu, dass nebst den Angehörigen andere Betreuungspersonen (als sogenannte „Wahlverwandte“) einspringen müssen.

Die Probleme sind kaum zu bewältigen, sobald behinderte oder psychisch kranke Menschen in das normale Versorgungssystem hineinkommen. Das ist i.d.R. der Fall, wenn sie die bestehenden Spezialstrukturen wegen erhöhter Krankheitslast oder Alter verlassen müssen. Nicht nur fehlen die notwendigen Strukturen für die Langzeitversorgung, dem Personal (in der Akut- und Langzeitversorgung) **fehlen auch die notwendigen Kompetenzen**, um mit den besonderen Bedürfnissen dieser Menschen umzugehen. Ausserdem sind auch die **Diagnoseinstrumente nicht auf diese spezielle Population ausgerichtet**. Insbesondere bei Sinnes- und Geistigbehinderten kann deshalb häufig keine korrekte Diagnose gestellt werden.



In Bezug auf die **psychiatrische Versorgung** hält ein kürzlich erschienener Bericht der OECD zudem fest, dass in der Schweiz zwar ausserordentlich viele Psychiater tätig seien, dass aber trotzdem von einer „**massiven Unterversorgung**“ gesprochen werden muss. Es sei schwierig, bei einem Psychiater einen Termin zu erhalten, da zu wenige Patienten zu intensiv behandelt werden (Tages-Anzeiger, 24.01.2014, S. 5). Diese Aussage wird von den befragten Experten bestätigt: die Nachfrage im Bereich psychischer Leiden steigt, doch der Nachwuchsmangel im Bereich der psychiatrischen Versorgung verschärft die Zugangsproblematik. Als Problem wird auch erwähnt, dass den **Hausärzten teilweise das Wissen fehlt, um psychische Leiden korrekt zu diagnostizieren und zu behandeln**. Auch dadurch wird der Zugang zu adäquater psychiatrischer Versorgung behindert. Aus diesen Gründen bleiben viele Menschen mit psychischen Problemen ohne Behandlung.



Lücken und Barrieren	Empfehlungen und Handlungsbedarf	Modelle guter Praxis
<p>Beim Angebot gibt es Lücken für Menschen mit einem besonderen Bedarf:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es fehlen in der Langzeitversorgung Wohnformen für älter werdende Behinderte - Es fehlen in der Langzeitversorgung Angebote für psychisch kranke Menschen (psychische Probleme bei der Entschädigung der Heime zu wenig berücksichtigt). - Es fehlen Strukturen für alternde Drogenabhängige. 	<p>Entsprechende Angebote schaffen (Wohnformen für älter werdende Behinderte, Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suchtproblematiken)</p> <p>Entsprechende Angebote finanziell angemessen entschädigen, damit die notwendigen personellen Ressourcen eingesetzt werden können.</p>	
<p>Dem Personal im „normalen“ Versorgungssystem fehlen die Kompetenzen, um mit behinderten oder psychisch kranken Menschen umzugehen.</p>	<p>Health Professionals sollten bereits in der Ausbildung mit den Bedürfnissen von Menschen mit einem besonderen Bedarf (z.B. Behinderte) konfrontiert werden; Erwerb der notwendigen Kompetenzen und Bewusstsein für die besonderen Bedürfnisse</p> <p>Health Professionals aller Versorgungsetting brauchen ein gewisses psychiatrisches Grundwissen.</p>	
<p>Diagnoseinstrumente im „normalen“ Versorgungssystem sind nicht auf behinderte Menschen ausgerichtet.</p>	<p>Forschung in Bezug auf die besonderen Bedürfnisse / Anforderungen behinderter Menschen; entsprechende Angebote schaffen; Kompetenzen erhöhen</p>	
<p>Viele Menschen mit psychischen Leiden sind ohne Behandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unterversorgung wegen fehlender Workforce/zu langer Therapien - Hausärzten fehlt das Wissen, um psychische Leiden korrekt zu diagnostizieren. 	<p>Ausbau bei der psychiatrischen Versorgung (insb. ambulanter Strukturen)</p> <p>Hausärzte brauchen psychiatrisches Grundwissen</p>	

7.2 Kann die Versorgung finanziert werden oder bestehen Lücken?

7.2.1 Armut an sich ist kaum ein Problem

In Bezug auf die Gesundheitsversorgung sozial benachteiligter Menschen stellt sich insbesondere die Frage nach der Finanzierung der Leistungen. Die befragten Experten sehen diesbezüglich kaum Probleme – jedenfalls nicht in Bezug auf die Regelversorgung. Die obligatorische Grundversicherung deckt die medizinische Grundversorgung ausreichend ab. Der Zugang zur Versorgung sowohl im Notfall als auch in der Akutbehandlung und Langzeitpflege ist damit grundsätzlich für alle Versicherten sichergestellt.

„Die finanzielle Lage ist in Bezug auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung kein Thema, denn in der Schweiz haben ja praktisch alle eine Krankenversicherung.“

„Die Grundversicherung deckt vieles ab. Unterschiede zwischen allgemein- und privatversicherten Personen oder zwischen Grund- und Zusatzversicherung betreffen mehr den Komfortbereich und sind nicht gesundheitsrelevant.“

Armut an sich ist kaum ein Ausschlusskriterium und auch finanziell benachteiligte Menschen erhalten eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung. Dafür sorgen neben der gut ausgebauten und obligatorischen Grundversicherung mit dem Anspruch auf Prämienverbilligung für finanziell schlechter gestellte Personen auch die verschiedenen Sozialversicherungssysteme, die in diesem Bereich vieles auffangen können.

Sozialhilfebezüger scheinen öfters ärztliche Leistungen zu beanspruchen als die Durchschnittsbevölkerung.

„Der Bedarf kann gedeckt werden, denn Sozialhilfebezüger gehen sogar eher öfters zum Arzt als die Durchschnittsbevölkerung. Der Arzt ist jemand, der ihnen zuhört. Die Kosten werden vom Sozialdienst übernommen.“

„Sozial benachteiligte Menschen sind schneller unsicher und gehen deshalb eher zum Arzt.“

Gemäss den Richtlinien der SKOS gehört zur materiellen Grundsicherung, welche „ein Leben nur wenig über dem absoluten Existenzminimum“ sichert, u.a. die „medizinische Grundversorgung (samt Selbsthalten und Kosten nötiger Zahnbehandlungen“ (SKOS-Richtlinien 12/10, A.6-1). Leistungskürzungen in diesem Bereich sind nur in seltenen und gut begründeten Ausnahmefällen erlaubt. In Fällen, in denen kein Versicherungsschutz besteht, sind die Gesundheitskosten von der Sozialhilfe zu decken (SKOS-Richtlinien 04/05, B.4-1).

Grundsätzlich sind fehlende finanzielle Ressourcen in der Schweiz dank den bestehenden Unterstützungssystemen somit kaum ein Hindernis beim Zugang zur Regelversorgung. So lange eine Person irgendwo eingebettet und von einer Institution betreut wird, ist i.d.R. die Finanzierung garantiert und damit auch der Zugang zur Gesundheitsversorgung sichergestellt.

„Asylbewerber sind versichert und sie bezahlen ihre Gesundheitskosten nicht selbst.“

„Drogenpatienten sind eigentlich gut versorgt, denn da existiert ein Auffangnetz. Die sind über die Drogenbetreuungsstellen in einem Sozialnetz drinnen.“

Nichtsdestotrotz gibt es auch hierzulande Menschen, die keinen Anspruch auf Unterstützung haben. Dabei ist allerdings auch zu betonen, dass ein Teil davon die Unterstützung verweigert.

7.2.2 Menschen ohne Krankenversicherung

Trotz Obligatorium kommt es vor, dass in der Schweiz lebende Personen nicht krankenversichert sind. Dabei handelt es sich v.a. um Nichtsesshafte. Wie oben beschrieben, sollte in diesem Fall die Sozialhilfe die Gesundheitskosten übernehmen bzw. für den Versicherungsschutz besorgt sein. Das kann jedoch nur getan werden, wenn die betreffende Person bei einem Sozialdienst bekannt ist und betreut wird. Das ist jedoch nicht immer der Fall. In den Interviews ist einerseits von Randständigen (teils mit Persönlichkeitsstörungen) die Rede, die jede Hilfe vom Staat ablehnen, andererseits auch von Sans Papiers oder anderen Migrant*innen, die erst seit kurzem in der Schweiz sind.

„Problematisch ist die Versorgung von Menschen, die nirgends eingebettet sind. Das betrifft Randständige, die jede Hilfe vom Staat ablehnen, aber auch Sans Papiers, die weitere Hilfe benötigen als was vom SRK geleistet werden kann.“



„Es gibt Menschen, die noch nicht lange in der Schweiz sind und noch nicht krankenversichert sind. Auch wenn die Versicherung obligatorisch wäre, wird es nicht immer gemacht, denn niemand geht aktiv auf diese Menschen zu und hilft ihnen dabei. Es liegt in ihrer eigenen Verantwortung.“

„Ein Problem, mit dem wir immer häufiger konfrontiert werden, ist die Tatsache, dass Migranten ihre Eltern, wenn diese erkranken, als Touristen in die Schweiz holen. Dann werden sie so akut krank, dass sie hier hospitalisiert werden müssen. Zum Teil ist dann der Versicherungsschutz nicht gegeben. Zum Teil müssen wir dann Rückführungen ins Heimatland organisieren, damit sie dort medizinisch versorgt werden. Zum Teil sind sie nicht verlegungsfähig. Oder wenn es dann darauf hinausläuft, dass sie so pflegebedürftig sind, dass sie in ein Pflegeheim müssten. Das bezahlt niemand. Das sind echte Probleme, die – so nehme ich an – noch vermehrt auf uns zukommen.“

Neben den genannten Gruppen, bei denen ein Versicherungsschutz fehlt, gibt es auch die sogenannten „Zahlungsunwilligen“. Diese sind zwar versichert, bezahlen aber ihre Krankenkassenprämien und Arzt- oder Spitalrechnungen nicht (Selbstbehalt und Franchise). Es werden auch Menschen erwähnt, die zwar von der Krankenkasse die Rückvergütung ihrer Gesundheitskosten erhalten, dieses Geld aber nicht für die Arztrechnungen, sondern für Anderes ausgeben. Im Kanton Luzern besteht eine schwarze Liste, auf der diese Personen aufgeführt sind.

Im Notfall besteht in jedem Fall Behandlungslicht. Dabei liegt es an den Medizinerinnen zu entscheiden, ob es sich um einen Notfall handelt. Während private Institutionen und Ärzte mit eigener Praxis sich unbezahlte Rechnungen weniger leisten können und diese Personen eher abweisen, scheint man in den öffentlichen Spitälern diesbezüglich **relativ grosszügig** zu sein. Es existieren auch diverse Institutionen oder Hilfsfonds, die in solchen Situationen einspringen können.

Um die Versorgung von Sans Papiers und anderen Personen ohne Krankenversicherung kümmern sich verschiedene Organisationen, die **niedrigschwellige Anlaufstellen** betreiben (z.B. HEKS, SRK). Da solche Anlaufstellen aber **nicht in allen Kantonen existieren** und da die angebotenen Leistungen begrenzt sind, besteht hier nach Meinung der befragten Experten ein Versorgungsproblem. Die Situation von Sans Papiers wurde in dieser Studie nicht weiter vertieft, da im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit bereits Studien dazu erstellt worden sind (Bilger et al., 2011).

In Bezug auf die Notfall- und Akutversorgung kann somit festgehalten werden, dass Menschen ohne Krankenversicherung bzw. mit unbezahlten Rechnungen zwar weniger Auswahl haben, in den öffentlichen Spitälern und den verschiedenen Anlaufstellen aber trotzdem versorgt werden.

„In der Schweiz wird jeder, der notfallmässig in ein Spital kommt, versorgt.“

„Im Spital kommt manchmal der Hinweis von der Administration, dass bei einer bestimmten Person nur das Lebensnotwendige gemacht werden soll, da die Rechnungen nicht bezahlt werden. Bei uns (auf der Pädiatrie) halten wir uns aber nicht daran.“

„Wenn eine Familie ihre Rechnungen nicht bezahlt, machen Haus- und Kinderärzte halt manchmal nur das Notwendigste. Ein Baby wird aber nie abgelehnt. Das ist in der Pädiatrie ein Ehrenkodex.“

„Wenn jemand ohne finanzielle Mittel oder Krankenversicherung im Spital versorgt werden muss, existieren Hilfsfonds, die die Finanzierung übernehmen. Niemand wird wegen fehlender Mittel nicht behandelt.“

„Im Notfall wird jeder Mensch aufgenommen. Strenger ist man, wenn Menschen immer wieder unnötig ins Spital kommen. Da kann es schon mal ein Hausverbot geben. Aber meistens werden sie dann an einem anderen Standort doch noch aufgenommen.“

„Es wird immer eine Lösung gefunden, damit eine Person behandelt werden kann, auch wenn sie kein Geld hat.“

„Randständige, die jede Hilfe vom Staat ablehnen, werden ans Spital weitergeleitet, da dort eher Gratisbehandlungen erbracht werden können.“

Öffentliche Spitäler sind regelmässig mit Menschen konfrontiert, die immer wieder – oft mit harmlosen Problemen – auftauchen und deren Rechnungen nicht bezahlt werden. Da es im Interesse des Spitals liegt, eine längerfristige Lösung zu finden, wird der Sozialdienst eingeschaltet, der Massnahmen (wie beispielsweise eine Vormundschaft) ergreifen oder einleiten kann.



Menschen ohne Versicherungsschutz und/oder unbezahlten Rechnungen werden im Notfall also in jedem Fall versorgt. **Problematischer** sieht es hingegen **bei weniger dringlichen Behandlungen aus**.

„Ein Kinderarzt entscheidet bei einer Familie, die noch offene Rechnungen hat, vielleicht, nur die absolut notwendigsten Impfungen zu machen und nicht alle, die empfohlen sind.“

„Menschen mit finanziellen Problemen wechseln einfach den Arzt. Wenn Arzt A sagt, er behandle sie erst, wenn die Rechnungen bezahlt werden, dann gehen sie das nächste Mal halt zu Arzt B. Darunter leidet natürlich die Kontinuität der Versorgung.“

„Wir haben in Luzern eine schwarze Liste von „Zahlungsunwilligen“. Diese Menschen erhalten natürlich nie eine Kostensprache für eine Rehabilitation oder so.“

„Es kann sein, dass bei Menschen, die nicht versichert sind, gewisse Behandlungen gar nicht erst vorgeschlagen werden.“

„Wenn es um die Notfallbehandlung geht, ok, die wird erbracht. Aber das ist dann schon bald mal zu Ende. Und jemand, der zum Beispiel eine Hirnblutung hatte, der würde bei uns standardmässig eine Rehabilitation erhalten, die erfolgsversprechend ist für die Wiederherstellung. Die Notfallversorgung ist da schon bald mal fertig. Unsere Berufsleute müssen da ein grosses Spannungsfeld aushalten, wenn sie sagen müssen, dass es da keine Rehabilitation gibt, im Wissen, dass das fatale Konsequenzen auf den Genesungsprozess hat.“

„Wenn die Rechnungen nicht bezahlt werden, stellt die Spitex irgendwann ihre Leistungen ein.“

Es stellt sich die Frage, inwiefern von Seiten des Staates/des Versorgungssystems eine Verpflichtung besteht, diese Lücken zu schliessen.

Lücken und Barrieren	Empfehlungen und Handlungsbedarf	Modelle guter Praxis
<p>Es existieren Menschen ohne Versicherungsschutz und Unterstützung durch Sozialhilfe und andere Institutionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sans Papiers / Touristen - „Zahlungsunwillige“ - Randständige, die jede Hilfe vom Staat ablehnen 	<p>Bessere (aktivere) Information von Migranten in Bezug auf die obligatorische Krankenversicherung (auch Sans Papiers haben das Recht, eine Krankenkasse abzuschliessen); Information via Vereine und Netzwerke der Migranten.</p>	
<p>Lücken bei der Versorgung von Menschen ohne Versicherungsschutz (alles was über eine Notfallbehandlung hinausgeht)</p>	<p>Um auch Menschen ohne Krankenversicherung (insb. Sans Papiers) den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu ermöglichen und spätere Komplikationen zu vermeiden, sollten in der ganzen Schweiz niedrighschwellige Anlaufstellen existieren.</p>	<p>Anlaufstellen des HEKS, SRK, Caritas, FriSanté u.ä., in denen auch Menschen ohne Krankenversicherung und eigene Mittel behandelt</p>

		werden
--	--	--------

7.2.3 Die Grenzen des KVG

Auch wenn das KVG sehr vieles abdeckt, gibt es doch Gesundheitskosten, die nicht darunter fallen und die finanziell benachteiligte Menschen vor grosse Probleme stellen. Dazu gehören zum Beispiel Leistungen, die in den Bereich Vorsorge und Prävention gehören und insbesondere bei Kindern und Jugendlichen eine wichtige Rolle spielen. So weist ein Gesprächspartner auf ein Risiko hin, dass bezüglich der Finanzierung besteht. Momentan werden die Vorsorgeuntersuchungen, die bei Kindern im Schulalter gemacht werden, in der Regel von den Versicherungen bezahlt, nach KVG sind sie dazu jedoch nicht verpflichtet. **Bezahlt werden müssen nur Vorsorgeuntersuchungen im Vorschulalter.** Es ist somit möglich, dass die Versicherer eines Tages die Vorsorgeuntersuchungen (die momentan in der Regel unter einer Diagnose laufen) nicht mehr bezahlen und dass sozial Benachteiligte in diesem Fall eher darauf verzichten.



Auch die zahnärztliche Versorgung, Brillen oder die **krankheitsbedingten Mehrkosten** bei einer chronischen Krankheit sind nicht bzw. **nur teilweise durch die Grundversicherung** gedeckt. Bei chronischen Krankheiten können zudem auch 10% Selbstbehalt Familien vor ein Problem stellen (In dieser Hinsicht gibt es eine Ungleichbehandlung gegenüber Geburtsgebrechen, die von der IV bezahlt werden).



„Sozial benachteiligte Familien sind bei der Erkrankung eines Kindes sofort am Anschlag, denn ihnen fehlt ein soziales Netz. Sie haben keine Entlastungsmöglichkeiten für Haushaltshilfen oder für Babysitter. Diese Sachen werden ja nicht vom KVG bezahlt.“

„Ein Problem bei sozial Benachteiligten ist die Zahnhygiene. Weil der Zahnarzt selber bezahlt werden muss, gehen viele Leute nicht hin.“

„Medikamente bei einer Lebensmittelallergie werden nicht vollständig übernommen. Auch die Kosten für spezielle Lebensmittel, die man bei Zöliakie braucht, können eine Familie mit kleinem Budget schnell überfordern.“

Mehrere befragte Personen finden, dass es zu den Aufgaben der Health Professionals gehört, Patienten und Angehörige auf Unterstützungsangebote (z.B. die Winterhilfe) hinzuweisen.

Fehlt die Information über mögliche finanzielle Unterstützung bzw. ist keine solche Unterstützung verfügbar, kann es sein, dass aus finanziellen Gründen auf eigentlich notwendige Behandlungen und Massnahmen verzichtet wird.

Auch in der **Langzeitversorgung** können finanzielle Aspekte eine entscheidende Rolle spielen. Zwar ist **im Normalfall** dank den Leistungen der Krankenversicherern, Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigung, etc. die Finanzierung der Pflege und Betreuung – entweder zu Hause durch die Spitex oder in einer Institution der Langzeitversorgung – **für alle Menschen garantiert.**



„Wer mehr finanzielle Mittel hat, kann von zusätzlichen Angeboten profitieren, aber ich kenne keinen Fall, bei dem etwas noch notwendig gewesen wäre und nicht finanziert werden konnte. Das Versorgungsniveau ist eigentlich gut. Das Notwendige wird finanziert.“

„Dank Ergänzungsleistungen (EL) sind Pflegeleistungen für alle möglich. In der konventionellen Versorgung mit nachgewiesenem Pflegebedarf gibt es somit keine Probleme.“

Nichtsdestotrotz kann es auch hier Probleme geben, insbesondere bei Menschen, die zu Hause leben (wollen). So entstehen Lücken, wenn eine Person einen **höheren Pflegebedarf hat, der von der Versicherung nicht gedeckt wird.** Vertreter der Spitex berichten, dass die Krankenkassen bei Patienten mit einem hohen Pflegebedarf, die zu Hause leben, häufig ärztlich verschriebene Leistungen ablehnen oder die zugestandene Zeit reduzieren (Berechnung im Vergleich zu den Kosten im Pflegeheim gemäss Bundesgerichtsurteil). Die betroffene Person hat die Wahl, die entspre-



chenden Leistungen aus eigener Tasche zu bezahlen oder sie kann den juristischen Weg beschreiben, um die Finanzierung der Leistungen durchzusetzen. Beide Wege sind für Menschen mit weniger Ressourcen (finanziell und bildungsmässig) nicht möglich. Unsere Gesprächspartner beobachten, dass in solchen Situationen sozial schlechter gestellte Menschen eher in ein Heim eingewiesen werden, da ein Verbleib zu Hause ohne die Leistungen der Spitex nicht mehr möglich ist.

Ein Problem, das eher die Leistungserbringer (insb. die Spitex) als die Nutzer betrifft, ist die Tatsache, dass die vom Arzt verschriebenen Leistungen erbracht werden müssen, bevor die Kostenübernahme durch die Krankenversicherung sichergestellt ist. Die Spitex trägt somit das Risiko, dass erbrachte Leistungen nicht bezahlt werden (wenn auch der Patient/die Patientin selbst die Rechnung nicht bezahlen kann).

Ältere, gebrechliche Menschen, die zu Hause leben wollen, benötigen zudem nicht nur pflegerische oder medizinische Leistungen im engeren Sinn, sondern auch Hilfe bei der Bewältigung des Alltags (soziale Betreuung, hauswirtschaftliche Leistungen). Das Gleiche gilt auch für Behinderte oder chronisch kranke Erwachsene und Kinder. Diese **nicht-medizinischen Leistungen** sind wie die oben erwähnten Mehrkosten einer chronischen Krankheit für die betroffene Person zwar sehr wichtig, fallen jedoch nicht unter die Leistungspflicht der Krankenkassen. Manchmal werden diese Leistungen von Kantonen und Gemeinden subventioniert, doch sie geraten unter Druck (im Kt. Bern wurden die Subventionen für hauswirtschaftliche Dienste soeben gestrichen). Davon ist vor allem die Mittelschicht betroffen, die keine Ergänzungsleistungen erhält. Auch hier kann das dazu führen, dass Menschen, die mit Hilfe noch zu Hause leben könnten, in ein Heim eintreten (s. Kap. 7.1, Fehlallokationen wegen intersektoralen Schnittstellenproblemen).



„Wir [Spitex] können nur Leistungen erbringen, die entweder durch die Kassen oder durch den Kanton gedeckt sind. Was wir zum Beispiel nicht leisten können, ist die Vermittlung von weiterer Unterstützung durch andere Dienste. In einigen Spitex-Diensten wird das als ergänzende Dienstleistung angeboten. Bisher hat der Kanton das bezahlt, jetzt wurde das aber gestrichen.“

Gleichzeitig werden im Kanton Bern die Bestimmungen zu den Ergänzungsleistungen neu gemäss Bundesrecht ausgelegt. Diese besagen, dass **Ergänzungsleistungen für Wohnen mit Dienstleistungen nicht mehr beansprucht werden darf**. Auch das führt nach Ansicht eines Gesprächspartners zu einer Zweiklassenversorgung: wer es sich nicht leisten kann, ist bei geringem Pflegebedarf entweder unterversorgt oder wird in ein viel teureres Heim verlegt. Diese Neuregelung untergräbt das Prinzip ambulant vor stationär – und ist teuer! Dabei ist „Wohnen mit Dienstleistung“ sehr populär und zunehmend akzeptiert. Anders als der Einzug in ein Altersheim mit Vollversorgung bedeutet es für die Betroffenen einen weniger einschneidenden Bruch. Die Menschen bleiben relativ autonom und beziehen je nach Bedarf die notwendigen Dienstleistungen. Das Ganze hat auch eine monitorisierende Struktur, denn die Bewohner werden durch das Personal diskret beobachtet und problematische Entwicklungen werden so frühzeitig erkannt (vgl. Kap. 8.6).



Als letzter Punkt im Zusammenhang mit fehlender Finanzierung wird darauf hingewiesen, dass „die **Nischen für die Versorgung Benachteiligter zusehends schwinden** [...] wegen der Rechtslage, der strikteren Auslegung der Bestimmungen und der Einschränkungen des Geltungsbereichs“. Diese Aussage bezieht sich auf die Langzeitversorgung, gilt aber auch für andere Versorgungsbe-
reiche.



„Seit DRG sind die früher üblichen Hospitalisierungen auf Grund von sozialen Diagnosen, z.B. zur Entlastung von Müttern, die wegen einem Schreikind am Anschlag sind, nicht mehr möglich. Dafür hat es keinen Platz mehr.“

Lücken und Barrieren	Empfehlungen und Handlungsbedarf	Modelle guter Praxis
Gemäss KVG müssen Vorsorgeuntersuchungen im Schulalter von der Grundversicherung nicht vergütet werden.	KVG anpassen	
Zahnärztliche Versorgung, Brille und krankheitsbedingte Mehrkosten bei chronischen Krankheiten sind nicht/nicht komplett durch die Grundversicherung gedeckt. Insb. bei chronischen Krankheiten können 10% Selbstbehalt für einige Familien bereits zu viel sein.	Health Professionals sollten Patienten und Angehörige auf mögliche Unterstützungsangebote hinweisen. Fonds/Stiftungen für die Unterstützung von bedürftigen Familien bei chronischer Krankheit eines Familienmitgliedes.	Das Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) unterstützt dank der Existenz diverser Stiftungen jährlich rund 1000 Familien mit kleinem Budget.
Bei hohem Pflegebedarf zu Hause werden ärztlich verordnete Leistungen von den Krankenkassen oft abgelehnt/ bzw. wird die Zeit reduziert. - Sozial benachteiligte Menschen können Leistungen nicht selber bezahlen und - sie können sich weniger gut auf juristischem Weg zur Wehr setzen.	Berechnungsgrundlagen überprüfen (Vergleich der Kosten der Pflege zu Hause vs. Pflegeheim) Eine Stelle, die eine anwaltschaftliche Rolle übernimmt, um die Interessen sozial benachteiligter Menschen gegenüber den Finanzierern zu vertreten, könnte dazu beitragen, dass diese die gleiche Versorgung erhalten wie Menschen mit mehr Ressourcen.	
Nicht-medizinische Leistungen in der Langzeitversorgung fallen nicht unter die Leistungspflicht der Krankenkassen, Subventionen wegen Sparkurs unter Druck → benachteiligt ist v.a. die Mittelschicht ohne Ergänzungsleistungen (EL).	Subventionen für nicht-medizinische Leistungen bei der Betreuung zu Hause sind notwendig und sinnvoll, da sie einen Heimeintritt hinauszögern können / Folgekosten vermeiden.	
Gemäss Bundesrecht dürfen Ergänzungsleistungen (EL) nicht für Wohnen mit Dienstleistungen beansprucht werden – trotz grosser Vorteile dieses Angebotes	Möglichkeit, EL auch für Wohnen mit Dienstleistungen beanspruchen zu können.	
Die Nischen für die Versorgung Benachteiligter schwinden auf Grund der Rechtslage, insb. wegen der strikteren Auslegung der Bestimmungen.		

7.3 Ist der Zugang zu den vorhandenen Angeboten gegeben oder bestehen Schwellen für bestimmte Bevölkerungskategorien?

Obwohl eine Vielzahl von Leistungserbringern und Zugängen vorhanden sind, gibt es Barrieren, die verhindern, dass Angebote in Anspruch genommen werden. So ist bekannt, dass sozial benachteiligte Menschen bei Gesundheitsanliegen eher die Notfallstationen der Spitäler als ihren Haus- oder Kinderarzt aufsuchen. Das kann aus verschiedenen Gründen problematisch sein.

„Die Versorgungsqualität ist im Notfall nicht gleich gut wie beim Haus- oder Kinderarzt. Es fehlt die Kontinuität. Gerade chronische Krankheiten werden so nicht entdeckt, da wir uns im Notfall nur um das akute Problem kümmern.“

„Um ein Uhr morgens nimmt sich ein Arzt auf der Notfallstation natürlich nicht gleich viel Zeit wie am Tag in der Praxis.“

Einige Gründe für die vermehrten Notfallbesuche haben mehr mit den Nutzern als mit dem Angebot zu tun. Diese werden im folgenden Kapitel behandelt.

Andererseits wird deutlich, dass es angebotsseitige Barrieren gibt, die sehr entscheidend sind für die Bevorzugung des Spitalnotfalls. Genannt werden die schwierige Zugänglichkeit (nur nach vorheriger Terminvereinbarung) und die eingeschränkten Öffnungszeiten der Arztpraxen (vgl. Sotatas/Brügger, 2012).

Vor allem die **eingeschränkten Öffnungszeiten** verhindern oder erschweren einen Besuch beim Haus- oder Kinderarzt. Sozial benachteiligte Menschen arbeiten oft in prekären Arbeitsverhältnissen im Stundenlohn. Der Lohnausfall und die Gefahr des Stellenverlusts machen es schwierig, für einen Arztbesuch frei zu nehmen. Es wird deshalb vorgeschlagen, dass Haus- und Kinderärzte nicht nur zu den normalen Praxisöffnungszeiten (wenn die meisten Menschen arbeiten), sondern auch am Samstag oder abends Sprechstunden anbieten sollten oder gemeinsam Ansprechstrukturen schaffen, die das ermöglichen.



„Sozial Benachteiligte kommen abends auf den Notfall, denn tagsüber arbeiten sie. In prekären und z.T. illegalen Arbeitsverhältnissen kann man nicht für einen Arztbesuch mit dem Kind frei nehmen, auch wenn man theoretisch das Recht dazu hätte. Ausserdem sind sie vielleicht alleinerziehend und haben noch fünf andere Kinder zu Hause.“

„Wenn beide Eltern arbeiten müssen, stellt die Krankheit eines Kindes ein Problem dar. Viele sozial benachteiligte Menschen sind im Stundenlohn angestellt. Fehlen sie bei der Arbeit, um mit dem Kind zum Arzt oder ins Spital zu gehen, führt das sofort zu Lohnausfall.“

Bei anderen Gruppen - erwähnt werden Drogenabhängige, Alkoholiker, Prostituierte, Obdachlose oder psychisch Erkrankte – sind es nicht nur die eingeschränkten Öffnungszeiten, sondern vor allem auch die Notwendigkeit, vorher einen **Termin zu vereinbaren** und diesen auch einzuhalten, die einen Arztbesuch verhindert. Auch sie suchen deshalb direkt die Notfallstation des Spitals auf oder sie verzichten ganz auf eine medizinische Behandlung. Für diese Menschen braucht es niederschwellige Anlaufstellen, die ohne Terminvereinbarung aufgesucht werden können – oder aufsuchende Dienste.



Je schwieriger der Zugang zur medizinischen Versorgung ist, **desto eher wird darauf verzichtet**. Auch in räumlicher Hinsicht ist es deshalb notwendig, dorthin zu gehen, wo die Menschen sich aufhalten (z.B. medizinische Versorgung bei Drogenanlaufstellen oder direkt in den Quartieren, psychiatrische Versorgung von Asylbewerbern in Asylzentren, Hilfestellungen in Apotheken etc.).



„Die Notwendigkeit, vorher einen Termin vereinbaren zu müssen und diesen auch einzuhalten, überfordert gewisse Menschen.“

„Wir müssen zu den Leuten hingehen (in die Asylzentren), um den Zugang zur psychiatrischen Versorgung zu verbessern. Manchmal fehlt den Leuten sogar das Geld für den Bus. Wenn wir nicht zu ihnen gehen, sehen wir sie nie.“

„Unsere Art der Versorgung ist nicht auf die Bedürfnisse sozial benachteiligter Menschen angepasst. Es ist notwendig, vermehrt in die Quartiere zu gehen und dort gemeindenahere Patientenversorgung anzubieten.“

Weitere Barrieren, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung einschränken können, gibt es bei Behinderten. Deren Bedürfnisse werden auch bei Strategieplanungen (z.B. bei der nationalen Palliative Care Strategie oder kantonalen Notfallkonzepten) kaum berücksichtigt.

„Die Barrierefreiheit für physische, kognitive und mentale Einschränkungen gemäss Behindertengleichstellungsgesetz ist in der Öffentlichkeit weit fortgeschritten, nicht jedoch bei Praxen oder Therapeuten.“

Lücken und Barrieren	Empfehlungen und Handlungsbedarf	Modelle guter Praxis
<p>Die Zugänglichkeit von Arztpraxen ist nicht optimal</p> <ul style="list-style-type: none"> - eingeschränkte Öffnungszeiten - Zugang nur nach vorheriger Terminvereinbarung - geografische Lage 	<p>Sprechstunden in Arztpraxen ausserhalb der normalen Öffnungszeiten</p> <p>Anlaufstellen (ausserhalb) des Spital-Notfalls, die ohne vorherige Terminvereinbarung aufgesucht werden können</p> <p>Gesundheitsversorgung dort anbieten, wo vulnerable Personen sich aufhalten (Drogen-/Alkohol-anlaufstellen, Asylzentren)</p> <p>Gemeindenaher Patientenvorsorgung in den Quartieren</p>	<p>City Notfall in Bern: grosszügige Öffnungszeiten, zentrale Lage, ohne Terminvereinbarung</p> <p>PMU im CHUV: Anlaufstelle für besonders vulnerable Personen</p> <p>Cité générations in Onex mit 24h-Notfallstation</p> <p>Polikliniken für drogenkonsumierende Menschen in Zürich</p>
<p>Barrierefreiheit für physische, kognitive und mentale Einschränkungen gemäss Behindertengleichstellungsgesetz in Praxen und bei Therapeuten nicht gegeben</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bedürfnisse der Behinderten in Strategieplanungen zu wenig berücksichtigt 	<p>Bedürfnisse von Behinderten in Strategieplanungen aufnehmen</p>	

8. Zugangsbarrieren auf der Seite der Nachfrage

Im Folgenden wird die Perspektive umgekehrt. Im Unterschied zum vorherigen Kapitel werden hier mögliche Zugangsbarrieren beleuchtet, die weniger mit dem Angebot, sondern mehr mit den Nutzern der Gesundheitsversorgung, d.h. mit der Nachfrageseite, zu tun haben.

8.1 Die fehlende oder ungenügende Inanspruchnahme

Das Angebot an einer qualitativ guten Gesundheitsversorgung für alle in der Schweiz wohnhaften Personen ist grundsätzlich vorhanden. Aber:

„Eigentlich wäre das Angebot da, aber nur passiv. Und es bestehen Hürden, es aktiv zu nutzen. Diese Hürden sind finanzieller Art, fehlende Kompetenzen und Wissen, aber auch fehlende Zeit. Das Problem ist also eher nicht, dass im Versorgungssystem selbst Lücken bestehen.“

„Angebote gibt es viele, aber der Zugang zu den Angeboten ist das Problem. Es gibt Menschen, die nicht von sich aus aktiv werden, die sich nicht von sich aus Zugang verschaffen können.“

„Das Problem liegt auf der Seite der Nachfrage, der Inanspruchnahme.“

Diese Aussagen stammen von Fachpersonen aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen (Spitex, Pädiatrie, Akutversorgung).

Die fehlende Inanspruchnahme ist weniger ein Problem, wenn es um die Behandlung eines akuten Gesundheitsproblems geht. In einer solchen Situation suchen sich die meisten Menschen Hilfe (auf Ausnahmen wird später eingegangen). Wie bereits erwähnt, gibt es Menschen, die in einer solchen Situation eher eine Notfallstation als einen Arzt aufsuchen. Diese Art der Inanspruchnahme ist zwar nicht unbedingt zweckmässig (vgl. Kap. 7.3), doch immerhin erhalten sie dort die notwendige symptombezogene Akutversorgung.

Wenn es jedoch um einen Bedarf geht, der sich weniger akut manifestiert, zeigen sich vermehrt Schwierigkeiten. So wird beispielsweise übereinstimmend darauf hingewiesen, dass Leistungen aus dem Bereich der **Vorsorge und Prävention** gerade von den Risikogruppen **viel zu wenig in Anspruch genommen** werden.

„Ein heikler Punkt betrifft präventive Projekte: sozial benachteiligte Menschen sind sehr schwer zu erreichen. Diese Menschen nehmen solche Angebote kaum in Anspruch. Es sind Menschen, die oft auch keinen Hausarzt haben. Sie beteiligen sich nicht und können somit auch nicht vom Angebot profitieren. Es gibt praktisch keine Möglichkeit, sie zu erreichen. Es betrifft Migranten, aber auch Menschen, die zu Randgruppen gehör(t)en und die nun langsam älter werden. Sie haben sich ein Leben lang wenig mit Prävention auseinandergesetzt, weil sie andere Probleme hatten. Wir hatten gratis Gesundheitsberatungen angeboten, doch wer sich dafür interessierte, gehörte zur Mittel- und Oberschicht. Es kam also nicht die Risikogruppe.“

„Sozial schlechter gestellte Personen gehen weniger zu Vorsorgeuntersuchungen. Krankheiten werden deshalb zu spät entdeckt und es gibt mehr Komplikationen.“

„Ein Problem ist die fehlende Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern. Das betrifft nicht nur sozial Benachteiligte, die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen ab ca. 2 Jahren ist in allen Schichten schlecht.“

Dieser Aspekt des Nicht-Ereichens von Personen aus bildungsfernen und sozial tiefen Schichten ist auch ein systematisches Defizit von Selbstmanagement-Programmen bei chronischen Leiden oder Symptom- bzw. Disease-bezogenen Patientenschulungen. Realistischerweise muss allerdings diesbezüglich auch festgehalten werden, dass es schwierig ist, bei diesen Personen eine Kontinuität und *Adherence* zu erreichen (Erfahrungen aus dem Evivo-Programm von Careum).

Insgesamt können diese Gründe für eine ungenügende Inanspruchnahme bei der persönlichen bzw. psychischen Disposition oder dem schwachen Gesundheitsbewusstsein verortet werden.

Im Folgenden soll nun auf die verschiedenen Gründe eingegangen werden, die auf Seiten der Nutzer dafür verantwortlich sind, dass die Leistungen des Versorgungssystems nicht bzw. nicht bestmöglich (Notfall- statt Hausarztbesuche) nachgefragt werden. Welche Hürden verhindern, dass das Angebot an Gesundheitsleistungen aktiv genutzt wird?

8.2 Finanzielle Zugangsbarrieren

Obwohl die Finanzierung der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen sichergestellt ist (vgl. Kap. 7.2), gibt es Menschen, die **aus finanziellen Gründen auf eine Behandlung verzichten**. Es kann sein, dass die Franchise oder der Selbstbehalt zu hoch ist oder weil sie ihre Rechnungen nicht bezahlt haben und nun Angst vor den Kosten haben.



„Es gibt Ausnahmen, die sagen, sie könnten sich einen Arztbesuch nicht leisten, weil sie ihre Krankenkassenprämien nicht bezahlt haben.“

„Ein grosses Problem sind Personen, die zwar versichert sind, die aber ihre Franchise nicht bezahlen können.“

„Finanzielle Gründe können entscheidend sein, um zum Beispiel auf Impfungen zu verzichten, wegen dem Selbstbehalt. Das ist der grosse Vorteil der kostenlosen schulärztlichen Versorgung.“

Die befragten Experten sagen jedoch übereinstimmend, dass es sich dabei um Ausnahmen handelt, denn wenn ein Bedarf vorhanden ist, besteht **in der Regel Anspruch auf Unterstützung**.



Allerdings machen Menschen, die Anspruch auf Unterstützung haben, diesen nicht immer geltend. Pieper nennt als Gründe Stolz, Scham oder Angst vor Stigmatisierung (Pieper, 2009, S. 6). Daneben sind aber auch andere Gründe möglich.

„Vielleicht hätten sie Recht auf Sozialhilfe und die würden auch die Gesundheitskosten bezahlen, aber um Sozialhilfe zu erhalten, muss man sehr vieles offen legen, was man vielleicht nicht will. Der Sozialdienst würde vielleicht fragen: „Warum rauchen sie 5 Päckchen Zigaretten am Tag, wenn sie sich den Arztbesuch mit ihrem Kind nicht leisten können?“

„Wenn wir im Spital eine Person wegen unbezahlter Rechnungen nicht behandeln können, machen wir den Sozialdienst darauf aufmerksam. Dort heisst es dann manchmal, man könne nichts machen, so lange man nicht das Formular XY (z.B. den Lohnausweis) erhalte.“

Möglich ist natürlich, dass Menschen keine Unterstützung beantragen, weil sie nicht wissen, dass sie Anspruch darauf haben. Das **fehlende Wissen, welche Rechte man hat**, kann vor allem bei Migranten eine Rolle spielen. Viele von ihnen kennen aus der Heimat nur ein kostenloses staatliches Gesundheitssystem, das primär mittels Spitälern funktioniert. In der Schweiz sind sie sich im Unklaren darüber, welche Kosten eine medizinische Behandlung mit sich bringt, welchen Anteil davon sie selber bezahlen müssen und welche Unterstützung sie in Anspruch nehmen könnten. Die Angst vor hohen Kostenfolgen kann dazu führen, auf Arztbesuche und Behandlungen zu verzichten. **Aus kulturellen Gründen** (z.B. wegen des sozialen Gefälles) wird auch **nicht direkt nach den Kosten gefragt** und Unterstützungssysteme können so nicht zum Tragen kommen.



„Weil sie Angst vor den Kosten haben, warten Migranten zu lange, bis ein Arzt aufgesucht wird.“

Ein Problem, das mehrmals genannt wird, ist die Tatsache, dass finanziell schlechter gestellte Menschen **eine hohe Franchise wählen, um Prämien zu sparen**. Wenn nun ein Gesundheitsproblem auftaucht, fehlt das Geld, um die Franchise zu bezahlen. Das betrifft vor allem Menschen mit bescheidenen Mitteln, die aber doch genug haben, um im Normalfall ohne Hilfe des Sozialdienstes auszukommen.



Lücken und Barrieren	Empfehlungen und Handlungsbedarf	Modelle guter Praxis
Aus finanziellen Gründen wird auf eine Behandlung/Massnahme verzichtet.	Für vulnerable Bevölkerungsgruppen, insb. Kinder, braucht es kostenlose Angebote → schulärztliche Versorgung: es sollte gesamtschweizerische Mindeststandards in Bezug auf Qualität und Quantität geben.	Durch die kostenlose schulärztliche Versorgung kann bei Kindern viel aufgefangen werden (z.B. Impfungen)
Anspruch auf finanzielle Unterstützung wird nicht immer geltend gemacht - möglicherweise fehlt das Wissen über eigene Rechte und die Unterstützungsinstrumente: - Aus kulturellen Gründen fragen Migranten nie nach den Kosten / Angst vor Kostenfolgen verhindert einen Arztbesuch	Informationskampagne für Migranten (die vom BAG ausgebildeten Kulturvermittler und die Vereine nutzen zur Aufklärung über Kosten und Instrumente in der Sozialversicherung) Kosten und Selbstbeteiligung der Patienten im Arztgespräch ansprechen	
Menschen mit kleinem Budget wählen zu hohe Franchisen, um Prämien zu sparen.	Möglichkeit, mit hohen Franchisen Prämien zu sparen, eher einschränken oder Bevölkerung besser auf das Risiko einer hohen Franchise sensibilisieren	

8.3 Fehlendes Wissen und mangelhafte Health Literacy

Ein Hauptgrund für die fehlende Inanspruchnahme ist das fehlende Wissen bzw. die mangelhafte Health Literacy. Entscheidender als die materiellen Ressourcen sind nach Ansicht der befragten Experten deshalb der Bildungsstand und die Gesundheits(system)kompetenz der Betroffenen.

So fehlen häufig die Kenntnisse über das Schweizer Gesundheitssystem und die verfügbaren Angebote oder auch das **Wissen über die richtige Anlaufstelle** im Falle eines Problems. Auch davon sind Migranten besonders betroffen, denn aus der Heimat kennen sie meist nur die Versorgung in staatlichen Spitälern, das Hausarztssystem ist ihnen unbekannt.



„Die fehlenden Kenntnisse des Gesundheitssystems können eine Zugangsbarriere darstellen.“
 „Gesundheitskompetenz beeinflusst den Zugang extrem, vor allem Gesundheitskompetenz im Sinne vom Wissen über Angebote. Man muss die Angebote kennen und das ist schwierig.“
 „Gerade bei Migranten fehlt das Wissen zum Gesundheitssystem: man geht ins Spital, weil man die kontinuierliche Betreuung über den Haus- oder Kinderarzt nicht kennt.“
 „Es gibt wenig Informationen und wenig Möglichkeiten, an die Informationen heranzukommen.“

Es wird zwar **viel getan, um Migranten den Zugang zum hiesigen Gesundheitssystem zu erleichtern**. Es gibt unzählige Broschüren, Flyers und Bücher dazu. Erschwert wird das Ganze aber dadurch, dass Migranten mit Zugangsschwierigkeiten

- 1) die Sprache nicht gut genug verstehen,
- 2) oft bildungsfern sind und **keine Übung im Umgang mit schriftlichen Informationen** haben,
- 3) aus sozial tiefen Schichten kommen und entsprechend kulturbedingt wenig autonom handeln können.



Auch wenn diese Drucksachen sicherlich notwendig und sinnvoll sind, braucht es zusätzlich vermehrt Informationsveranstaltungen und face-to-face-Kontakte in der Muttersprache der Migranten. Nur der persönliche Kontakt schafft Vertrauen.

„Mit Flyer und Papier erreicht man diese Menschen nicht. Das Netz muss von Mensch zu Mensch gewoben werden.“

Doch nicht nur bei Migranten erschweren die fehlenden Kenntnisse den Zugang zum System. Vor allem im Bereich der Langzeitversorgung existieren **viele Angebote** und auch die **Finanzierung ist relativ kompliziert**. Sich hier zurechtzufinden und das richtige Angebot zu finden, zu wissen, welche Rechte man hat und wie man diese durchsetzt, ist für bildungsferne Menschen äusserst schwierig. Auch muss man die Zeit haben, um sich überhaupt damit auseinanderzusetzen.



„Das Angebot ist zwar gross, aber leider auch sehr unübersichtlich. Zu wissen, welche Unterstützungsangebote es gibt, ist auch für Junge und Gesunde schwierig. Und für Gebrechliche und Betagte ist es noch viel schwieriger. Das beeinflusst den Zugang sehr.“

„Randständige haben meist keine Erfahrung im Umgang mit dem Gesundheitssystem. Dann werden sie älter, sind vermehrt auf Hilfe angewiesen, doch es fehlt ihnen das Wissen und die Übung, um die richtigen Leistungen in Anspruch nehmen zu können.“

„Wenn man primär den Lebensunterhalt bestreiten muss, hat man keine Zeit, sich zu informieren.“

„Sozial Benachteiligte brauchen Hilfe, z.B. um zu wissen, dass sie Ergänzungsleistungen beantragen können und wie sie das tun müssen. Das ist gerade bei Betagten nicht selbstverständlich. Das ganze System ist sehr kompliziert und es braucht viel spezifisches Wissen.“

Mangelhafte Health Literacy manifestiert sich auch darin, dass das **Verständnis für die Notwendigkeit bestimmter Untersuchungen und Massnahmen** fehlt. Diesbezüglich ist in den Interviews vor allem die Rede von Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern und Erwachsenen, aber auch vom fehlenden Erkennen der Vorteile einer kontinuierlichen Versorgung. Kampagnen zur Förderung der Gesundheitskompetenz helfen oft nur wenig, denn gerade die Risikogruppen können damit nicht erreicht werden.



„Risikogruppen nehmen Präventions- und Beratungsangebote nicht in Anspruch. Gebildete Menschen wissen, was existiert und was sie selber machen können. Sozial Benachteiligte wissen das nicht und sie informieren sich auch weniger.“

„Es fehlt das Wissen, welche Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern gemacht werden müssen. Vor allem die 1-Jahres und die 4-Jahreskontrolle gehen meist vergessen. Sie werden nicht in Anspruch genommen, weil man nicht weiss, dass es sie gibt, aber auch weil man ihren Sinn und Zweck nicht versteht.“

„Es fehlt das Verständnis dafür, dass eine Kontinuität in der Versorgung gerade bei Kindern besonders wichtig ist, um chronische Krankheiten und Entwicklungsverzögerungen früh genug zu erkennen.“

Gewisse – aber nicht alle – Vorsorgeuntersuchungen, die bei Kindern und Jugendlichen wichtig sind, werden durch Schulärzte vorgenommen. Da diese Untersuchungen flächendeckend durchgeführt werden und sie für die Betroffenen keinen Aufwand bedeuten, können damit auch Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien erfasst werden, die ansonsten möglicherweise durch die Maschen fallen. Quantitativ und qualitativ sind die **schulärztlichen Strukturen** in den einzelnen Schweizer Kantonen jedoch **sehr unterschiedlich**.



Lücken und Barrieren	Empfehlungen und Handlungsbedarf	Modelle guter Praxis
<p>Es fehlt das Wissen über die richtige Anlaufstelle im Falle eines gesundheitlichen Problems:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Migranten (und andere bildungsferne Menschen) haben keine Übung im Umgang mit schriftlichen Informationen und können deshalb mit Broschüren, etc. nicht erreicht werden. - Es gibt zu viele verzettelte Angebote, Orientierung ist schwierig (v.a. in der Langzeitversorgung); viele Lücken und viele Doppelspurigkeiten - In der Langzeitversorgung ist auch die Finanzierung kompliziert 	<p>Informationsveranstaltungen und face-to-face-Kontakte für Migranten (in deren Muttersprache) und andere bildungsferne Menschen; Einbezug der Vereine und Netzwerke von Migranten</p> <p>Informations- und Beratungsangebote, um Menschen im Dschungel der verschiedenen Angebote und in Bezug auf ihre finanziellen Ansprüche/Pflichten zu beraten und zu unterstützen</p> <p>Vernetzung der verschiedenen Angebote; eine einzige Anlaufstelle, die koordiniert</p> <p>Der Kanton hätte es in der Hand, mit Leistungsvereinbarungen dafür zu sorgen, dass weder Lücken noch Doppelspurigkeiten beim Angebot bestehen</p>	<p>Projekt von Cité Générations: eine „infirmière de santé publique“ ist an den Bahnhöfen und in den Quartieren präsent, um Menschen bei Gesundheitsfragen behilflich zu sein und sie zu orientieren.</p>
<p>Wegen fehlender Health Literacy fehlt das Verständnis für den Sinn und Zweck bestimmter Untersuchungen und Massnahmen (insb. Vorsorge, Prävention)</p> <p>Schulärztliche Strukturen sind in den einzelnen Kantonen sehr unterschiedlich</p>	<p>flächendeckende schulärztliche Versorgung: es sollte gesamtschweizerische Mindeststandards in Bezug auf Qualität und Quantität geben (siehe oben)</p> <p>Kampagnen und Informationsveranstaltungen: doch wie erreicht man Risikogruppen?</p> <p>Gesundheitskompetenz gehören in den Lernplan („Lebenskompetenzen“ im Lernplan 21)</p>	<p>Schulärztliche Versorgung (siehe oben)</p>

8.4 Stigmatisierung und Tabuisierung psychischer Krankheiten

Ein Problem der fehlenden Inanspruchnahme zeigt sich im psychiatrischen Bereich. Es war bereits die Rede davon, dass viele Menschen mit psychischen Problemen nicht behandelt werden (vgl. Kap. 7.1). Der Grund liegt aber nicht nur im fehlenden Angebot, sondern auch in der **Stigmatisierung und Tabuisierung psychischer Krankheiten**. Depressionen gelten bei einigen Menschen (und beispielsweise auch in aussereuropäischen Kulturen) als Verstimmung und nicht als Krankheit, die behandelt werden kann: „Mit so etwas geht man doch nicht zum Arzt.“ So berichten Spitex-Mitarbeitende, dass sie manchmal auf Grund eines somatischen Leidens zu jemandem nach Hause gehe und dort feststellen, dass bei der betreuten Person oder auch bei Angehörigen seit Jahren ein psychisches Leiden besteht, das behandelt werden müsste. Deshalb ist es wichtig, dass nicht nur Hausärzte, sondern alle Fachpersonen an der *first line of primary care*, also auch Spitex-Mitarbeitende oder Sozialarbeiter über Grundwissen zu psychischen Krankheiten verfügen, um zu erkennen, in welchen Fällen weitere Hilfe beigezogen werden muss.

Bei Menschen aus anderen Kulturen kommen **kulturelle Barrieren** dazu, die verhindern, dass bei psychischen Problemen selber Hilfe gesucht wird oder dass das Umfeld Unterstützung anfordert. Obwohl gerade bei ihnen (insb. bei Flüchtlingen und Sans Papiers) der Bedarf besonders gross ist, erhalten sie wegen dieser Barrieren nur selten die notwendige Unterstützung im Bereich *mental health*.



„Viele Arbeitsmigranten und Flüchtlinge leiden unter Depressionen. Aus der Heimat kennt man das nicht, denn dort sind Depressionen tabu. Es ist etwas, das man versteckt. Depressionen gelten als persönliche Verstimmung und man lässt die Betroffenen in Ruhe.“

„Migranten gehen nicht freiwillig zum Psychiater oder Psychologen. Die Psychiatrie ist ein völlig unbekanntes Konzept. Da braucht es schon eine Institution, die sie schickt. Und auch da gehen sie oft nur einmal hin oder erscheinen gar nicht.“

„Der Zugang zur psychiatrischen Versorgung für Sans Papiers ist sehr schlecht. Obwohl sie oft grosse psychische Probleme haben, sehen wir sie nicht. Erst wenn die Situation eskaliert, landen sie im Notfall.“

Lücken und Barrieren	Empfehlungen und Handlungsbedarf	Modelle guter Praxis
<p>Stigmatisierung und Tabuisierung psychischer Krankheiten (bei Einheimischen und Migranten):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulturelle Barrieren verhindern, dass bei psychischen Problemen Hilfe gesucht wird (Tabuisierung, Psychiatrie als unbekanntes Konzept), obwohl gerade bei Migranten psychische Leiden besonders häufig sind. 	<p>Sensibilisierung der Bevölkerung zur besseren Wahrnehmung und Akzeptanz psychischer Krankheiten</p> <p>Spitex-Mitarbeitende müssten über psychiatrisches Grundwissen verfügen, um Handlungsbedarf zu erkennen</p> <p>Aufsuchende psychiatrische Dienste in Asylzentren und Anlaufstellen für Sans Papiers</p>	<p>Pilotprojekt Psy&Migrant: aufsuchende psychiatrische Unterstützung in Asylzentren</p> <p>Spitex Lueg: alle Mitarbeitenden inkl. Hauspflegerinnen können Weiterbildung zu psych. Grundwissen machen</p>

8.5 Sprachliche und kulturelle Zugangsbarrieren bei Migranten

Viele Aspekte, die den Zugang von Migranten zur Gesundheitsversorgung erschweren, wurden bereits an anderer Stelle erwähnt, da sie nicht migrationsspezifisch sind. Es gibt daneben aber auch Barrieren, die bei sozial benachteiligten Schweizern nicht vorhanden sind, sondern die ausschliesslich Migranten betreffen. Zwar werden seit einigen Jahren grosse Anstrengungen unternommen, um die sprach- und kulturbedingten Zugangsbarrieren abzubauen (so stehen praktisch überall Dolmetscher und Kulturvermittler zur Verfügung, Gesundheitsinformationen werden in vielen verschiedenen Sprachen publiziert), trotzdem wird in den Interviews auf Schwierigkeiten hingewiesen.

In Bezug auf die **fehlenden Sprachkenntnisse** der Migranten, wird u.a. gesagt, dass

- nicht immer ein Dolmetscher in der Sprache des Patienten verfügbar ist,
- mögliche Kosten für die Dolmetscher die Migranten abschrecken können und dass Dolmetscher nicht in allen Kantonen gratis zur Verfügung gestellt werden,
- Dolmetscher von ausserhalb des eigenen sozialen Verbands als problematisch betrachtet werden können, weil man sich ihnen gegenüber öffnen und Dinge sagen muss, die man Fremden (auch aus der eigenen Kultur) nicht erzählen will,
- Migranten nicht wissen, dass Dolmetscher zur Verfügung stehen und dass sie deshalb aus Angst, sich nicht verständigen zu können, keinen Arzt aufsuchen,
- insb. in einer Psychotherapie mit Dolmetscher nicht die gleiche Qualität erreicht werden kann.



Entscheidender als die sprachlichen sind aber die kulturellen Barrieren, die bereits in Bezug auf psychische Erkrankungen angesprochen wurden. Der Einfluss der Kultur zeigt sich nicht nur in der Tabuisierung psychischer Krankheiten, sondern auch im **Umgang mit Krankheit** im Allgemeinen und in einer gewissen **Angst vor den medizinischen Fachpersonen**. Letzteres beeinflusst nicht nur die Inanspruchnahme, sondern auch den Umgang mit den Fachpersonen. Wegen des wahrgenommenen Hierarchieunterschiedes werden den Ärzten auch bei Unsicherheit oder manifestem Nichtverstehen keine Fragen gestellt.



„Bei Menschen aus Sri Lanka bestehen grosse Hürden wegen des starken Einflusses der Kultur. Viele Krankheiten, die hier häufig sind, sind in Sri Lanka nicht bekannt. Dazu gehören Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes, Übergewicht, Depressionen.“

„Das Eingeständnis eines gesundheitlichen Problems ist ein Tabu. Das kumuliert sich mit den mangelnden Sprachkenntnissen. So gesehen gibt es kaum Früherkennung. Die Leute warten, bis es ein Notfall ist. Dann erwarten sie aber Besserung und umfassende Heilung.“

„Der Arzt hat in der Heimat einen sehr hohen Sozialstatus. Die Leute gehen deshalb aus Angst nicht hin, sondern warten, bis es zu spät ist.“

„Wegen dem Statusunterschied darf man dem Arzt keine Fragen stellen, das wäre eine Misstrauensbekundung und würde die Autorität des Arztes untergraben.“

Da Migranten aus all diesen Gründen oftmals erst spät in die Versorgungsstrukturen hineinkommen und sich wenig zu sagen getrauen, wird vermutet, dass sie eher unterbehandelt werden.

Lücken und Barrieren	Empfehlungen und Handlungsbedarf	Modelle guter Praxis
Fehlende Sprachkenntnisse als Zugangsbarriere	Finanzierung/Anspruch auf Dolmetscher in allen Kantonen klären, Migranten entsprechend informieren	„Migrant friendly hospitals“ (vom BAG unterstützt)
Kulturelle Barrieren: - Eingeständnis eines gesundheitlichen Problems als Tabu - Arzt als Respektperson, man stellt keine Fragen	Bewusstsein der Health Professionals für kulturelle Barrieren fördern Kommunikationskompetenzen, um angemessen mit Migranten kommunizieren zu können Sensibilisierung der Health Professionals, damit sie sich der Auswirkungen des Hierarchiegefälles bewusst sind und angemessen damit umgehen können	

8.6 Fehlende Krankheitseinsicht und fehlender Kooperationswille

Für einige der befragten Experten ist nicht die soziale Lage, d.h. mangelnde finanzielle Ressourcen und/oder Bildungsferne, das Hauptproblem, sondern die fehlende Krankheitseinsicht und Kooperation bei bestimmten Personen. Davon können alle sozialen Schichten betroffen sein.

Mehrfach erwähnt werden in den Interviews die sogenannten „Messies“ oder Menschen, die an Schizophrenie oder an einem Suchtproblem leiden. Auch (Alters-)Paranoia oder Demenz gehören in diese Kategorie. Den betroffenen Menschen **fehlt** – zu einem grossen Teil krankheitsbedingt – **die Krankheitseinsicht**. Aus diesem Grund suchen sie auch nicht von sich aus Hilfe bzw. lehnen angebotene Hilfe sogar ab. Nicht selten sind es verwahrloste Menschen, die durch alle Netze fallen.



„Menschen mit Altersparanoia oder Demenz haben oft keine Krankheitseinsicht und suchen deshalb nicht von sich aus Hilfe.“

„Bestimmte Gruppen können vom Versorgungssystem nicht erreicht werden, weil sie keine Krankheitseinsicht haben. Davon können alle sozialen Schichten betroffen sein. Niederschwellige Anlaufstellen nützen da nichts.“

Wie können Menschen versorgt werden, denen die Krankheitseinsicht fehlt und/oder die nicht von sich aus Hilfe suchen? Nach Meinung der befragten Experten braucht es mehr aufsuchende Dienste. **Wenn die Menschen nicht zum Angebot kommen, muss das Angebot zu den Menschen.** Einerseits sollten Personen, die besonders gefährdet sind, besser beobachtet werden, andererseits braucht z.B. sozialpsychiatrische Dienste, die nach Meldung aus der Bevölkerung die Betroffenen aufsuchen und versuchen, Hilfe zu leisten. Dazu gehört, dass die Bevölkerung dafür sensibilisiert wird, problematische Fälle wahrzunehmen und der richtigen Stelle zu melden.

Von einer Person mit einem Hilfsbedarf zu wissen, reicht jedoch noch nicht aus. Oft ist es auch so, dass die betreffenden Personen **nicht oder nur schlecht kooperieren**. Wenn eine psychische Krankheit zu einer Selbst- oder Fremdgefährdung führt, kann auf institutionellem Weg reagiert werden. Die Bedingungen für eine sogenannte fürsorgliche Freiheitsentziehung (FFE), d.h. eine Zwangseinweisung in die Psychiatrie, sind jedoch streng. Zudem beklagen mehrere befragte Experten, dass die im neuen Erwachsenenschutzrecht vorgesehenen Beistände oft erst nach vielen Monaten bezeichnet werden.

Der andere Weg, der begangen werden kann, ist der Aufbau einer Vertrauensbeziehung, um doch noch eine Kooperation herbeizuführen. Dies bedingt jedoch besondere Kompetenzen und zeitliche Ressourcen. Das Problem liegt auch hier bei der **fehlenden Finanzierung des zusätzlichen Aufwandes**. So heisst es bei der Spitex, dass bei fehlender Kooperation die Leistungen irgendwann eingestellt und die Menschen sich selber überlassen werden, obwohl ein anderer Ausgang bei einem grösseren Einsatz sicher denkbar wäre.

„Es gibt Menschen, die wir nicht versorgen können, weil sie nicht kooperieren, die nicht da sind, wenn wir zu ihnen nach Hause gehen, oder die die Türe nicht öffnen.“

„Der notwendige Extra-Aufwand kann nicht finanziert werden. Manchmal könnte mit einem grösseren Einsatz unsererseits [Spitex] die Kooperation doch noch herbeigeführt werden, aber weil das nicht finanziert wird, werden die Einsätze wieder abgebrochen.“

Fehlende Kooperation ist übrigens nicht immer durch eine psychische Krankheit bedingt. So ist in einem der Interviews die Rede von einem über 75 Jahre alten Mann, der früher als Ingenieur gearbeitet hatte und nun wegen Niereninsuffizienz und anderen ernsthaften gesundheitlichen Problemen im Spital war. Er habe alle Untersuchungen abgelehnt und „man konnte ihn ja nicht gegen seinen Willen behandeln.“ Auch andere Personen werden erwähnt, die zwar nicht zu einer sozial benachteiligten Schicht gehören, die aber auf Grund ihrer Persönlichkeitsstruktur oder ihrer Krankheit nur schwer für eine Kooperation zu gewinnen sind.

Als andere Kategorie werden in den Interviews auch ältere Menschen genannt, die **langsam in eine Hilfsbedürftigkeit hineinschlittern** und niemand merkt es. Gerade im Alter leben nicht wenige Menschen relativ isoliert und das Eingeständnis, dass ein selbstständiges Leben ohne fremde Hilfe nicht mehr möglich ist, kann sehr schwierig zu akzeptieren sein – vor allem wenn die Angst besteht, nicht mehr zu Hause bleiben zu können, sondern in ein Alters- oder Pflegeheim zu müssen. Das Vorhandensein bzw. Nicht-Vorhandensein eines sozialen Netzes, das merken könnte, dass Hilfe notwendig wäre, spielt hier eine entscheidende Rolle. Hier könnten niedrigschwellige Angebote wie Mittagstische und Mahlzeitendienste dazu beitragen, dass gefährdete Personen nicht aus dem Blick geraten. Unter dem aktuellen Spardruck in den Kantonen sind solche Dienste jedoch gefährdet.

„Menschen nehmen Hilfe nicht in Anspruch weil sie gar nicht wahrnehmen, dass sie Hilfe brauchen. So schlittern sie immer mehr in eine Hilfsbedürftigkeit hinein und niemand merkt es.“

„Ein Hauptproblem ist häufig die Isolation und ein fehlendes soziales Unterstützungsnetz. Niemand ist da, der merkt, dass es einer Person immer schlechter geht und dass sie nicht mehr selber Hilfe suchen kann.“

„Es ist wichtig, dass niemand verloren geht. Nicht alle Leute suchen aktiv Hilfe. Deshalb ist es wichtig, dass man die gefährdeten Leute im Auge behält.“

Die befragten Experten sind sich einig, dass auf Gemeindeebene aktiver auf vulnerable Bevölkerungsgruppen (sei es auf Grund ihres Alters, sei es auf Grund einer psychischen Erkrankung) zugegangen werden muss. Das kann geschehen durch ein dichtes Netz mit Austausch zwischen den verschiedenen Leistungserbringern und Behörden oder durch den Einbezug von Freiwilligen, die gefährdete Menschen regelmässig aufsuchen. Obwohl der Trend in die andere Richtung geht, wird für eine Stärkung der lokalen Strukturen plädiert. Wenn man sich kennt, ist die Gefahr kleiner, dass jemand durch die Maschen fällt.

Lücken und Barrieren	Empfehlungen und Handlungsbedarf	Modelle guter Praxis
Fehlende Krankheitseinsicht bei bestimmten psychischen Erkrankungen → Verwahrlosung	Es braucht mehr aufsuchende (sozial-/alterspsychiatrische) Dienste Niedrigschwellige Meldestelle, bei der die Bevölkerung gefährdete Menschen melden kann, inkl. Sensibilisierung der Bevölkerung	
Kooperation kann nur mit grossem Einsatz und dank speziellen Kompetenzen herbeigeführt werden, der Extra-Aufwand wird nicht finanziert	Besondere Kompetenzen, um Kooperation herbeizuführen; Case Management bei verwahrlosten Menschen (z.B. Messies): es braucht spez. Wissen zur Krankheit, Beratungskompetenz und Kenntnisse des Sozial- und Gesundheitssystems Finanzierung entsprechender Dienste	Das Pilotprojekt „Case Management Wohnverwahrlosung“ der Spitex Bern richtete sich an Menschen in einer Situation der Wohnverwahrlosung. Speziell ausgebildete Mitarbeiterinnen suchten sie zu Hause auf und sorgten mit Planung, Unterstützung und Vernetzung dafür, den Alltag und die Wohnsituation der Betroffenen zu stabilisieren. Wegen fehlender Finanzierung wurde das Projekt eingestellt.
Isoliert lebende, ältere Menschen, die langsam in eine Hilfsbedürftigkeit hineinschlittern und niemand merkt es (z.B. bei Demenz)	Dienste mit monitorisierender Wirkung wie z.B. Mittagstische und Mahlzeitendienste fördern Stärkung und Vernetzung lokaler Strukturen, Einbezug von Freiwilligen (Hausbesuche), um gefährdete Menschen im Blick zu behalten Niedrigschwellige Meldestelle (s. oben)	

9. Herausforderungen in der Versorgung und notwendige Kompetenzen

Bisher ging es hauptsächlich um den Zugang zur Gesundheitsversorgung. In diesem Kapitel wenden wir uns der Frage zu, welche Herausforderungen sich dem Gesundheitswesen und den darin tätigen Fachpersonen bei der Versorgung sozial benachteiligter Menschen stellen. Dabei wird auch die Frage nach den notwendigen Kompetenzen der Fachpersonen behandelt (sofern sie nicht bereits in früheren Kapiteln aufgeführt wurden).

9.1 Der Einfluss der sozialen Situation

Gesundheitsprobleme sozial benachteiligter Menschen lassen sich nicht unabhängig von ihrer sozialen Situation betrachten. Nicht selten sind **soziale Probleme die Ursache für somatische Beschwerden**. Dies wird jedoch oft nicht erkannt, weil den Ärzten und den anderen Fachpersonen das **Sensorium dafür fehlt** (sie arbeiten diagnose- bzw. interventionszentriert nach Massgabe der somatischen Akutversorgung). Die Arbeitsteilung zwischen Gesundheitswesen und Sozialwesen führt zudem dazu, dass die sozialen Probleme, sogar wenn sie erkannt werden, von niemandem angegangen werden (vgl. Kap. 10).



„Es kommen manchmal Leute ins Spital, die werden im Spital kurz behandelt und danach wieder nach Hause geschickt. Die sozialen Probleme, die z.T. überhaupt erst zum Spitalaufenthalt geführt haben, werden nicht angegangen. Der Arzt kann die sozialen Probleme nicht lösen, das Sozialdienst der Gemeinde macht das auch nicht und der Sozialdienst des Spitals nützt auch nichts, weil die Menschen viel zu kurz im Spital sind.“

„Wir [Spital-Sozialdienst] sind nur zuständig, solange der Patient im Spital ist. Ausserdem werden nicht alle Menschen, die Hilfe benötigen würden, von den Stationen an uns überwiesen. Hier fehlt auf gewissen Abteilungen noch das Bewusstsein.“

Das soziale Umfeld beeinflusst auch den Erfolg von Therapie und Behandlung, müsste also viel stärker mitberücksichtigt werden, damit *Adherence* und das Behandlungsziel erreicht werden können. Das kann jedoch nur getan werden, wenn die Health Professionals über ein **Bewusstsein für die soziale Lage und die Lebensrealität ihrer Patienten** verfügen. Da dies kaum ein Thema ist in der Ausbildung und da vor allem Ärzte eher aus Bevölkerungsschichten stammen, die keine Berührungspunkte mit benachteiligten Milieus haben, ist dieses Bewusstsein kaum vorhanden.



Daneben fehlt oft auch das **Wissen über die speziellen Pathologien**, unter denen sozial benachteiligte Menschen oder Menschen am Rande der Gesellschaft (und insb. Menschen mit Migrationshintergrund) leiden, denn Ausbildung wie auch Forschung sind auf die Durchschnittsbevölkerung ausgerichtet.



„Die Herausforderung bei der Behandlung sozial benachteiligter Menschen besteht darin, ihre Realität, ihre Welt zu kennen und zu berücksichtigen. Es müssen Lösungen vorgeschlagen werden, die mit ihrer Lebensrealität vereinbar sind.“

„Die Versorgung sozial benachteiligter Menschen ist komplex, weil ihre spezifischen Pathologien insbesondere in den Universitätsspitalern zu wenig bekannt sind und weil der Einfluss des sozio-ökonomischen Umfeldes auf die Gesundheit zu wenig berücksichtigt wird.“

Im Zusammenhang mit den spezifischen Pathologien sozial benachteiligter Menschen ist auf den hohen Anteil von Menschen mit diffusen Schmerzproblematiken innerhalb der Migrationsbevölkerung hinzuweisen, bei denen z.B. wegen des völlig fehlenden Körperbewusstseins oder totaler Absenz grundlegendster anatomischer Konzepte keine somatische Ursache lokalisiert werden kann. Es bilden sich Stereotype so namentlich die Bezeichnung als „Überall-Schmerz-Patienten“. Diese werden von Health Professionals in der Folge als Simulanten abgestempelt, wenn keine Besserung signalisiert wird. Hier öffnet sich ein *practice-evidence-gap*: bei Onkologie-Patienten gibt es in neuer Zeit eine Diskussion über *fatigue*-Phänomene und Tumorschmerzen, für die aber die Pro-

professionals wenig sensibilisiert sind. Es muss sich ein neuer *state of the art* herausbilden, damit solche Leute ernster genommen werden und die notwendige Aufmerksamkeit erhalten.

Lücken und Barrieren	Empfehlungen und Handlungsbedarf	Modelle guter Praxis
<p>Soziale Probleme sind oft Ursache von somatischen Beschwerden, doch Health Professionals fehlt das Sensorium dafür; soziale Probleme werden nicht angegangen.</p>	<p>Sensibilisierung der Health Professionals in Bezug auf den Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit; Sensorium für soziale Probleme schärfen</p> <p>(Brücken-)Dienste zwischen Gesundheits- und Sozialwesen, die die sozialen Probleme der Patienten angehen</p> <p>Weil die Individualmedizin bei Menschen mit sozialen Problemlagen häufig zu kurz greift, brauchen Haus- und Kinderärzte mehr Public Health Kenntnisse. Das würde ihren Blick öffnen für die besonderen Probleme sozial benachteiligter Menschen.</p>	<p>Projekt Salute: Freiwillige des SRK unterstützen Menschen mit sozialen Problemen, die von Akteuren aus dem Gesundheitswesen angemeldet werden. Die Freiwilligen stehen ihnen als Mentoren bei der Bewältigung des Alltags zur Seite und gleichen fehlende soziale Ressourcen aus. Leider führt das fehlende Sensorium der Ärzte für soziale Probleme dazu, dass nur wenig Menschen überwiesen werden.</p>
<p>Der Einfluss des sozialen Umfeldes auf den Behandlungserfolg wird zu wenig berücksichtigt, da den Health Professionals das Bewusstsein für die Lebensrealität ihrer Patienten fehlt.</p>	<p>In der Aus- und Weiterbildung Bewusstsein für den Einfluss der sozialen Lage auf Gesundheit, auf Therapie und Heilung schärfen</p> <p>Die soziale Lage und die Lebensrealitäten sozial benachteiligter Menschen als Teil der Ausbildung (Lernsettings, die die Exposition fördern; Praxiseinsätze in entsprechenden Institutionen und Ansprechstrukturen)</p>	<p>Beim transkulturellen Modell werden die Kenntnisse des Patienten, die sozialen und ökonomischen Determinanten in seinem Umfeld, die kulturelle Dimension und seine Überzeugungen bei der Kommunikation und Betreuung einbezogen.</p>
<p>Es fehlt das Wissen über spezielle Pathologien sozial benachteiligter Menschen, weil Ausbildung und Forschung auf die Normbevölkerung (somatisch, pathophysiologisch) ausgerichtet sind.</p>	<p>Es braucht Studien zu den Effekten soziale Benachteiligung auf die Gesundheit, Studien zu Entstehung und Verlauf von Krankheiten wegen sozialer Benachteiligung, longitudinale Forschungen über Risikofaktoren und spezifische Gesundheitsprobleme</p> <p>In der Ausbildung vermehrt über Probleme der „Normbevölkerung“ hinausgehen. Menschen mit besonderen Bedürfnissen (Behinderung, soziale Lage, Migrationshintergrund) sollten vermehrt Teil des Lernarrangements sein.</p>	

9.2 Die (Heils-)Erwartungen gegenüber dem Gesundheitswesen

Die soziale Stellung oder der soziale Hintergrund beeinflussen die Erwartungen an die Fachpersonen des Gesundheitswesens. Vor allem Menschen aus anderen Kulturen sehen Ärzte zum Teil als eine Art **allwissende und allmächtige Experten**, die alle ihre Probleme sofort lösen können. Ist das nicht der Fall oder geben Ärzte oder andere Fachpersonen ihre Unwissenheit sogar zu, ist die **Enttäuschung** gross und kann zum Behandlungsabbruch führen. Das dialogisch-koproduzierende Therapiemodell mit autonomen Patienten, die eine bewusste Zustimmung geben, entspricht nicht den Erwartungen und dem Konzept eines paternalistischen Problemlösers.



Eine Ärztin eines universitären Kinderspitals berichtet von einem Kind mit einer seltenen Darmerkrankung. Auch wenn noch keine genaue Diagnose gestellt werden kann, gibt es doch bestimmte Massnahmen, die für das Kind lebensnotwendig sind. Beim Gespräch mit den Eltern wird offen informiert: Man wisse nicht, an welcher Krankheit das Kind genau leide, es müssten weitere Untersuchungen gemacht werden, bis dahin brauche es... Die Eltern, die aus einem afrikanischen Land stammen, verstehen nur, dass die Ärzte „nicht wissen“ und verlangen, dass das Kind in ein anderes (in dem Fall also ein nicht-universitäres) Spital verlegt werde. Die Lösung bestand in diesem Fall darin, das Nicht-Wissen hinter einem (nichts-sagenden) Fachbegriff zu verstecken, der die Eltern beruhigt hat.

Die Herausforderung für die Fachpersonen besteht darin, dass in der Regel zwar offen informiert werden soll, dass dieses Vorgehen bei bestimmten Menschen aber auch zu Problemen führen kann. Es gilt, mit gezielten Fragen und viel Sensibilität die Erwartungen des Gegenübers zu erkennen und entsprechend zu kommunizieren und zu handeln. Dazu gehört auch die Erklärung, warum bestimmte Erwartungen nicht erfüllt werden können.

„Sozial benachteiligte Menschen und v.a. solche aus fremden Kulturen sehen die Person im weissen Kittel als Experte, der alles wissen muss. Sie sind enttäuscht, wenn es keine „Pille“ gibt, die ihr Problem sofort löst.“

„Sie sehen das Spital und erwarten Wunder. Damit sind wir konfrontiert.“

„Man muss mehr nachfragen, um ihre Erwartungen zu erkennen und darauf antworten zu können. Sonst stehen sie kurze Zeit später wieder vor der Tür, weil die Erkältung oder das Fieber immer noch da ist.“

„Verglichen mit dem Heimatland wird der medizinischen Versorgung mit vielen positiven Vorurteilen, insbesondere bezogen auf Heilmöglichkeiten und Wirksamkeit, begegnet. Diese Qualität kann aber nicht erreicht werden, weil Migranten den erklärenden Zugang und das gemeinsame Vorgehen in der Anamnese nicht kennen. Sie erwarten, dass der Arzt alles erkennt und können sich selber nicht erklären, da sie auch kein Körperbewusstsein haben.“

Wie das letztgenannte Zitat zeigt, werden Diagnosestellung und Behandlung auch erschwert, wenn den Patienten **ihre eigene Verantwortung nicht bewusst** ist und sie nicht als Ko-Produzenten der Gesundheit auftreten können. So wird berichtet, dass man gerade auf Notfallstationen häufig mit Vätern konfrontiert ist, die von der Mutter mit dem kranken Kind ins Spital geschickt wurden, die aber kaum sagen können, seit wann das Kind krank ist, ob es etwas gegessen hat, etc. Es wird erwartet, dass die Health Professionals ohne ihren Beitrag erkennen, was dem Kind fehlt.



Die unterschiedlichen Erwartungen zeigen sich auch bei **Behandlungen am Lebensende**.



„Über den Tod und das Lebensende spricht man nicht [bei Migranten]. Es gibt keine Vorbereitung auf das Sterben. Man ist einfach schwer krank und wartet ab. Palliativentscheide funktionieren nicht, sondern die Leute erwarten eine Behandlung bis zum Tod, das volle Programm, denn das Spital gilt ja als omnipotent. Palliative Care heisst Sterben lassen – und da kommt schnell der Verdacht, dass Schweizer besser behandelt werden.“

Es wird vorgeschlagen, die Patientenverfügung anzupassen, damit man der Rolle der Angehörigen und dem Tabuthema Tod insbesondere bei Personen mit Migrationshintergrund gerecht werden kann.

Lücken und Barrieren	Empfehlungen und Handlungsbedarf	Modelle guter Praxis
Migranten sehen Spitäler/Ärzte als allwissend, alleskönnend → Enttäuschung und sogar Behandlungsabbruch, wenn Erwartungen nicht erfüllt werden.	Sensibilisierung der Health Professionals für die Erwartungen von Menschen aus anderen Kulturen; Förderung der (transkulturellen) Kommunikationskompetenz und der Sensibilität, Erwartungen zu erkennen und darauf antworten zu können	
Migranten kennen erklärenden Zugang und gemeinsames Vorgehen in der Anamnese nicht.	Zur Förderung der <i>Health Literacy</i> gehört, dass die eigene Rolle und Verantwortung, die eine erkrankte Person im Gesundheitswesen einnimmt, thematisiert wird. Vor allem Migranten brauchen bessere Kompetenzen, um ihren Beitrag als „Ko-Produzenten der Gesundheit“ leisten zu können. Dafür brauchen sie Unterstützung. Für die wirkungsvolle Betreuung und Versorgung von Migranten braucht es mehr transkulturelle Kompetenzen. Insbesondere FAGE/FABE und auch andere Pflegende der Spitex müssten mehr über die Vorurteile und Erwartungen der Migranten wissen. Sie sollten besser erklären können und Antwortschemata verstehen.	
Weil das Spital als omnipotent gilt, wird bei Migranten Behandlung bis zum Tod erwartet; Palliativentscheide funktionieren nicht (sondern werden im Gegenteil eher als Diskriminierung gegenüber den Schweizern wahrgenommen).	Anpassung der Patientenverfügung für Personen mit Migrationshintergrund (die dem Tabu Tod gerecht wird) Mehr Kenntnisse über die besonderen Bedürfnisse der Migranten am Lebensende (Forschung Palliative Care)	

9.3 Der kompetente Patient: Überforderung für sozial benachteiligte Menschen

Heutzutage ist immer häufiger die Rede davon, dass Eigenverantwortung und die Partizipation der Patienten und ihrer Angehörigen zu fördern seien und dass die Patientenrolle sich wandelt von einem passiven Empfänger von Leistungen zu einer aktiv in das Versorgungsgeschehen eingebundenen Person als Ko-Produzenten der Gesundheit (z.B. Kickbusch und Maag 2005). Bei Migranten und schlechter gebildeten Personen ist das jedoch äusserst schwierig und nur mit einem grossen Einsatz von Seiten der Fachpersonen zu erreichen (vgl. Kap. 9.2). Auch Behinderte können vom **Anspruch und der Erwartung, als „kompetenter Patient“ aufzutreten, überfordert** werden. Hier gilt es andere Zugänge zu finden. Das ist allerdings den Fachpersonen nicht immer bewusst.

Die Kommunikation von Seiten der Fachpersonen ist entscheidend. Es ist offensichtlich, dass es Ärzten und auch anderen Gesundheitsfachpersonen leichter fällt, mit gebildeten Menschen zu



kommunizieren, d.h. mit Menschen die ihnen selbst ähnlich sind. Mit Migranten, mit Menschen mit einem tiefen Bildungsstand, Vorurteilen oder (erwarteten) sozialen Schranken, mit mental oder geistig Behinderten, etc. ist **eine andere Art der Kommunikation gefordert**. Betont wird, dass oftmals Fragen mit einfachen Ja-Nein-Antworten problematisch sind, da dem Befragten die Tragweite ihres Entscheides nicht bewusst ist, die Frage nicht richtig verstanden wird oder weil wegen dem Autoritätsgefälle nicht offen geantwortet wird. Insb. bei Migranten wird die Kommunikation durch unterschiedliche Deutungsmuster sowie Sprachkompetenzen und Diskurse erschwert. Es braucht Hilfestellungen, damit die Menschen überhaupt eine echte Entscheidung treffen können. Das ist ein Aspekt, der in der Ausbildung vermehrt berücksichtigt werden sollte.



Die fehlenden Kompetenzen zeigen sich vor allem bei chronisch kranken Menschen. Diese sehen sich vielen Herausforderungen und Problemstellungen gegenüber, die zu einem grossen Teil ausserhalb der institutionalisierten Gesundheitsversorgung gemeistert werden müssen. Anders als bei zeitlich begrenzten Akuterkrankungen sind sie deshalb viel stärker gefordert, die mit der Krankheit verbundene Bewältigungsarbeit, d.h. das „Selbst-Management“ der Krankheit zu übernehmen. Es bedarf einer Vielzahl an Kompetenzen, um selbstbestimmt mit einer chronischen Krankheit leben zu können (Haslbeck et al. 2014). Sozial benachteiligte Menschen brauchen deshalb **im Falle einer chronischen Erkrankung mehr Unterstützung im Management der Krankheit**, um Komplikationen zu vermeiden. Als mögliche Lösung schlagen Ärzte vor, eine eigene Tarmed-Position für Nurse Practitioners zu schaffen, die chronisch kranke Menschen beim Selbst-Management ihrer Krankheit fördern (wie es im Fall von Diabetes bereits existiert). Wichtig wäre natürlich auch, dass die Hausärzte die besonderen Kompetenzen der Nurse Practitioners kennen und anerkennen und ihre Patienten an diese überweisen. Die befragten Experten weisen darauf hin, dass in Pilotprojekten diesbezüglich beim Mitwirken der Hausärzte oft Probleme auftreten.



„Die Fachpersonen haben die Tendenz, die Kompetenzen und das Wissen der Patienten zu überschätzen. Das ist ein Problem, weil in der Schweiz der Patient eine wichtige Rolle hat und mitentscheiden muss. Doch wie kann man entscheiden, wenn man das System nicht versteht? Das ist ein bisschen ein Paradox.“

„Ärzte sind nicht fähig, mit einfachen Menschen zu kommunizieren. Das ist ein Grund für die schlechte *Adherence*.“

„In den Konsultationen ist es manchmal schwierig, sich gegenseitig zu verstehen. Das beeinflusst die Qualität der Versorgung.“



Auch die **Vielfalt verschiedener Leistungserbringer** im Gesundheitssystem kann weniger gebildete Menschen überfordern. Sie brauchen Hilfe bei der Orientierung im System und bei der Koordination der verschiedenen Akteure.

Lücken und Barrieren	Empfehlungen und Handlungsbedarf	Modelle guter Praxis
Sozial benachteiligte Menschen eher überfordert vom Anspruch, als „kompetenter Patient“ aufzutreten	Sozial benachteiligte Menschen benötigen eine bessere Nachversorgung / Begleitung nach Spitalaustritt, da sie möglicherweise mehr Mühe damit haben, Anweisungen zu befolgen und sich bei Bedarf Hilfe zu organisieren.	
Sozial Benachteiligte benötigen eine andere Art der Kommunikation; kulturelle u. soziale Unterschiede erschweren die Kommunikation/das Verständnis	Kommunikationskompetenzen in Bezug auf die speziellen Bedürfnisse von Migranten, von weniger gebildeten Menschen, von Behinderten, etc. sind ein notwendiger Teil der Ausbildung aller Health Professionals.	
Selbstmanagement chronischer Krankheiten überfordert gewisse Menschen	Health Professionals müssen in der Lage sein, Patienten beim Selbstmanagement ihrer Krankheit zu fördern. Es braucht Angebote, um chronisch kranke Menschen beim Selbstmanagement ihrer Krankheit zu unterstützen. Vorgeschlagen wird eine eigene Tarmed-Position für Nurse Practitioners, die diese Aufgabe übernehmen können.	
Orientierung im System und Koordination verschiedener Leistungserbringer ist anspruchsvoll für wenig gebildete Menschen.	Die Health Professionals benötigen bessere Kenntnisse der bestehenden Strukturen nicht nur im Gesundheits-, sondern auch im Sozialwesen. Sie müssen bereit und fähig sein, eine Art Managementfunktion bei der Koordination verschiedener Dienste zu übernehmen.	

9.4 Der Extraaufwand bei der Versorgung sozial benachteiligter Menschen

Mehrere Aspekte des Zugangs und der Inanspruchnahme wirken additiv und **erhöhen den Aufwand der Fachpersonen** bei der Versorgung sozial benachteiligter Menschen. Es wurde bereits beschrieben, dass sie häufiger eine Notfallstation als ihren Hausarzt aufsuchen. Wenn nötig werden sie dort zwar darauf hingewiesen, sich für die Nachkontrolle bei ihrem Hausarzt zu melden. Es kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass sie das auch tun. Auch die Befolgung von Therapien und die Einnahme von Medikamenten können bei bestimmten Gruppen von sozial benachteiligten Menschen schwierig sein (z.B. bei Drogenabhängigen). Will man sicherstellen, dass das Behandlungsziel erreicht wird, muss deshalb von Seiten der Fachpersonen mehr geleistet werden als bei einem Durchschnittspatienten.



„Bei sozial Benachteiligten ist *non-compliance* häufig. Eine qualitativ gute Versorgung ist deshalb nur möglich, wenn Spital und Sozialdienst einen langen Atem haben, sich gut austauschen und die Leute auf dem Radar behalten.“

Eines der Probleme ist der Behandlungstakt in der ärztlichen Versorgung. Bei sozial Benachteiligten funktioniert eine Konsultation von 10 Minuten nicht. Die Personen können sich nicht mitteilen, verstehen das Gesagte nicht und es ist schwer, unter diesen Umständen *informed consent* und die Kooperationsbereitschaft der Patienten/Klienten zu erhalten. Deswegen klappt die Inanspruch-

nahme nicht, selbst wenn die Strukturen vorhanden und die Finanzierung gesichert sind. Davon sind u.a. Behinderte betroffen, die auf Grund von kognitiven Einschränkungen den Kontext und die vorgeschlagenen Massnahmen nicht verstehen.

Ein Problem stellt sich auch, wenn bei einem hospitalisierten Kind niemand aus der Familie anwesend ist (weil sie am Arbeiten sind), der oder die für die Nachbetreuung zu Hause instruiert werden kann, oder wenn die Anweisungen für die Pflege zu Hause wegen fehlender Sprachkenntnisse oder tiefem Bildungsstand nicht verstanden werden. Dies kann den Entscheid für oder gegen bestimmte Behandlungen beeinflussen.

„Die Behandlung von sozial benachteiligten Menschen ist aufwendiger. Man muss sich mehr Zeit nehmen für das Gespräch und eventuell mehrere Termine vereinbaren.“

„Optimal wäre vielleicht Behandlung A, aber diese bedingt, dass zu Hause über längere Zeit verschiedene Medikamente eingenommen werden. Weil das bei diesem Patienten schwierig ist, wird vielleicht eher Behandlung B vorgeschlagen.“

„Drogenpatienten sind medizinisch herausfordernd, weil sie die Therapien nur schlecht befolgen.“

„Eine Schwierigkeit für die Fachpersonen ist hauptsächlich, dass die Leute nicht zu sich schauen, also zum Beispiel ihre Medikamente nicht einnehmen. Sie benötigen mehr Betreuung, es braucht mehr Aufwand.“

Der zusätzliche Zeitaufwand zeigt sich nicht nur im Spital oder bei Ärzten, sondern vor allem auch bei der Spitex. Insb. Letztere sind damit konfrontiert, dass bei Migranten die Sprachkenntnisse und das Wissen über unser Gesundheitswesen fehlen. Schwierig ist es auch bei bildungsfernen Menschen, die nicht wissen, was sie alles machen könnten, welche Möglichkeiten sie haben. Für die Spitex bedeutet das viel mehr Aufwand für wiederholte Kontaktaufnahmen, Abklärungen, Beratungen, Dolmetscher einschalten, etc. Das Problem ist, dass dieser **Zusatzaufwand nicht** – oder nur bedingt – **finanziert** wird. Bei besonders aufwändigen und schwierig zu erreichenden Personen kommt es deshalb vor, dass Leistungen abgebrochen werden.



Der Aufwand erhöht sich auch dadurch, dass **kulturelle Sensibilitäten** berücksichtigt werden müssen, wenn zum Beispiel bei psychischen Leiden wie Depressionen oder bei Alkohol- und Suchtproblemen kulturelle Tabus die Behandlung erschweren, wenn bei der Personalplanung die Nationalität und das Geschlecht des Patienten und des Mitarbeitenden berücksichtigt werden muss, etc.

„Wenn bei Migranten das Wissen über das Gesundheitssystem und die Sprachkenntnisse fehlen, bedeutet das für die Spitex mehr Aufwand, der nicht vergütet wird. Wir haben deshalb wenig Anreiz, solche Menschen zu behandeln.“

„Viele Migranten [aus Sri Lanka] wollen die Spitex unter keinen Umständen in den eigenen vier Wänden. Das ist ein Eindringen in die Privatsphäre. Und wenn eine Spitex kommt, darf es auf gar keinen Fall eine Tamilin sein, denn das ist sehr bedrohlich. Es ist also nicht so, wie viele meinen, dass gerade sie besser mit einer tamilischen Familie zurechtkommen würde. Besser ist es, eine neutrale Person zu schicken.“

„Ärzte und Pflegende brauchen transkulturelle Kompetenzen und eine gewisse Sensibilität im Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen. Man muss auch mit einem Dolmetscher arbeiten können und soziale Schwierigkeiten mitberücksichtigen. In den letzten Jahren hat sich da viel verbessert, aber es gibt noch einiges zu tun.“

Ob der Extraaufwand, der für eine gute Versorgung sozial benachteiligter Menschen notwendig ist, von den Leistungserbringern – trotz fehlender Finanzierung – mehrheitlich erbracht wird, oder ob hier von einer Versorgungslücke gesprochen werden muss, kann ihm Rahmen dieser Studie nicht beantwortet werden. Dazu wäre eine umfassendere Erhebung notwendig. Klar ist jedoch, dass die Qualität der Versorgung, die sozial benachteiligte Menschen erhalten, sehr stark vom persönlichen

Einsatz und den persönlichen Werten der Fachperson (bzw. der Institution) abhängt. Grundsätzlich wird gesagt, dass der Extraaufwand bei der Versorgung besonders schwieriger Patienten bei der insgesamt kleinen Zahl an einem Unispital erbracht werden kann. Das Risiko des Vergessens und Verlorengehens ist jedoch in kleineren Häusern und insb. in der ambulanten Versorgung hoch.

Lücken und Barrieren	Empfehlungen und Handlungsbedarf	Modelle guter Praxis
<p>Die Behandlung sozial benachteiligter Menschen ist aufwendiger:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mehr Aufwand, damit Therapien befolgt werden - hoher Zeitaufwand, um Kooperationsbereitschaft zu erhalten - Aufwand, kulturelle Sensibilitäten zu berücksichtigen - Behinderte mit kognitiven Einschränkungen verstehen den Kontext und die Massnahmen nicht. 	<p>Extraaufwand bei Budget und Zeitplanung einberechnen</p> <p>Health Professionals brauchen (transkulturelle) Kommunikationskompetenzen, um <i>informed consent</i> und Kooperationsbereitschaft herbeizuführen</p> <p>In der sogenannt „leichten Sprache“ kommunizieren. Auch bei der Patientenverfügung braucht es eine Version in „leichter Sprache“ für Behinderte.</p>	<p>Vorgaben in Deutschland: öffentliche Texte oder Vorgänge werden in „leichter Sprache“ behindertengerecht geschrieben oder vorgelesen</p>
<p>Zusatzaufwand wird nicht finanziert</p>		
<p>Risiko des Vergessens und Verlorengehens wegen grossem Aufwand, um Kooperation herbeizuführen</p>	<p>Gefährdete Personen auf dem Radar behalten</p>	

10. Interprofessionalität und Intersektoralität

Dass Interprofessionalität und Intersektoralität für ein qualitativ hochstehendes Gesundheitswesen unabdingbar sind, ist unbestritten. Sozial benachteiligte Menschen würden besonders von einer verbesserten Zusammenarbeit und Vernetzung profitieren, weil ihnen – wie bereits beschrieben – eher die Kompetenzen und Ressourcen fehlen, um selber für eine optimale Kontinuität in der Betreuung zu sorgen. **Teilweise funktioniert die Zusammenarbeit über Berufs-, Institutions- und Sektorengrenzen hinweg relativ gut.** So arbeiten z.B. Schulärzte in der Regel sehr vernetzt und pflegen regelmässige Kontakte mit der Schulsozialarbeit und anderen schulischen Diensten, mit den niedergelassenen Kinderärzten und auch mit anderen unterstützenden Diensten wie Familien- und Erziehungsberatungsstellen. Auch andere Gesprächspartner betonen, die wichtig in ihrer Institution der Austausch mit anderen Leistungserbringern und die Pflege eines Netzwerkes sei.

Trotz dieser positiven Anzeichen herrscht Einigkeit darüber, dass noch viel Verbesserungsbedarf besteht – insbesondere weil eine gute Zusammenarbeit oft personenabhängig ist und die Anreizsysteme und Strukturen dies eher erschweren.

„Alle sagen, Interprofessionalität sei wichtig, aber schlussendlich schaut jeder für sich. Das hat mit dem Anreizsystem zu tun. Man spricht immer von Integration, etc., aber sobald es um Geld geht, ist es damit vorbei.“

„Die Risikofaktoren sind die Schnittstellen. Sei es innerhalb – also zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen bei uns im Haus –, aber auch in der gesamten Versorgungskette. Dass das funktioniert und dass auf eine gemeinsame Zielsetzung hingearbeitet wird, ist nicht selbstverständlich und liegt zu einem grossen Teil in der Verantwortung der Patienten. Der Patient muss schauen, dass die Empfehlungen desjenigen, der übergibt, umgesetzt werden. Das können nicht alle.“



Einerseits geht es hier um die verbesserte Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren innerhalb des Gesundheitswesens, denn Schwierigkeiten zeigen sich vor allem an den Schnittstellen. Hier liegt noch zu **viel Verantwortung beim Patienten**, die selber dafür sorgen müssen, dass Empfehlungen umgesetzt werden (z.B. vom nachbetreuenden Hausarzt nach einem Spitalaufenthalt). Da sich sozial Benachteiligte eher der Hierarchie der Medizin unterordnen, ist es für sie besonders schwierig. Es braucht deshalb eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Spitalern und niedergelassenen Ärzten, damit die Menschen auch nach der Entlassung aus dem Spital gut betreut werden und nicht die ganze Verantwortung auf ihrer Schulter liegt. Ideal ist es, wenn zwischen Spital- und niedergelassenen Ärzten ein enger Kontakt besteht.



„Der Chefarzt in F. lädt die niedergelassenen Kinderärzte regelmässig zu Treffen ein. Wenn man sich persönlich kennt, ruft man eher mal an und sagt: „He, Hans, ich hatte da ein Kind, das sollte in zwei Tagen zu dir zur Nachkontrolle. Kannst du die aufbieten?“

Die Bedeutung des persönlichen Kontaktes und der Pflege des Netzwerkes wird von mehreren Gesprächspartnern betont. Es wird aber auch auf den grossen Aufwand hingewiesen, der damit verbunden ist. Ausserdem ist es natürlich in grösseren Städten/Einzugsgebieten schwieriger umzusetzen als in kleineren Ortschaften. Neben dem persönlichen Kontakt kann aber auch ein Standardfax, eine verbesserte Online-Vernetzung und natürlich das elektronische Dossier den Informationsaustausch und damit die Kontinuität der Versorgung verbessern.

Nicht nur innerhalb der Ärzteschaft, sondern auch zwischen anderen Akteuren des Gesundheitswesens braucht es mehr Interprofessionalität. Das Problem ist, dass man oft **nur wenig voneinander weiss, sich nicht kennt**. Zu einer guten Versorgung sozial benachteiligter Menschen gehört auch die Information und Vermittlung weiterer Unterstützungsdienste (inkl. Angebote von Sozialdiensten, Freiwilligendiensten, Gesundheitsligen, etc.). Wie bereits beschrieben wurde, ist zwar ein grosses Angebot vorhanden, aber die Angebote sind zu wenig vernetzt. Es gibt Lücken und Doppelspurigkeiten, und die Unübersichtlichkeit erschwert den Zugang (vgl. Kap. 8.3). Leider scheint zu oft ein „Gärtchendenken“ vorzuherrschen, in dem ein Blick über den Tellerrand fehlt. Nicht nur sozial benachteiligte Menschen, sondern auch das System als Ganzes würden von einer besseren Vernetzung profitieren.



„Den Health Professionals fehlt das Wissen. Häufig kennen sie die bestehenden Strukturen zu wenig. Das führt zu Schwierigkeiten, wenn es darum geht, das Netz zu nutzen und vernetzt zu arbeiten. Das hat einen Einfluss auf die Qualität der Versorgung.“

„Heute ist es so, dass bei einem Klienten drei verschiedene Organisationen für das Gleiche zuständig sind, ohne voneinander zu wissen. Eigentlich hätte der Kanton es ja in der Hand, Lücken zu schliessen und Doppelspurigkeiten zu vermeiden. Er macht ja Leistungsverträge mit den verschiedenen Institutionen.“

Der heute in der Regel praktizierte „kleine Austausch“ informeller Natur zeigt zwar, dass ein Bewusstsein vorhanden ist, aber das ist mit Blick auf die Wirksamkeit ungenügend, weil unsystematisch. In den Gesprächen ist deutlich geworden, dass insb. die **Kooperation zwischen Somatik und Mental Health unterentwickelt** ist. Dabei geht es um die Chancengleichheit der Patienten, denn gerade bei Langfristpatienten oder diffusen Schmerzpatienten ist der inter-institutionelle Austausch enorm wichtig für die Wirksamkeit der Therapie. In jüngster Zeit sieht man, dass Somatikpatienten mit *fatigue*-Symptomen auf diese Weise gut behandelt werden können. Ein Experte schlägt dazu *Round Tables* vor, die bis zu 10 Leute über die Bereiche, Institutionen und Therapieansätze hinweg zusammenführen oder dass ein Case Management diese integrative Funktion übernimmt.



Zusammenarbeit innerhalb des Gesundheitssystems reicht jedoch nicht aus. Gerade bei sozial benachteiligten Menschen ist auch der **Einbezug des Sozialwesens** entscheidend. Es war bereits die Rede davon, dass soziale Probleme von Seiten des Gesundheitswesens nicht angegangen werden. Die Lösung besteht nicht darin, dass Health Professionals auch soziale Probleme lösen, son-



dern in einer besseren Zusammenarbeit zwischen den beiden Bereichen. Wie gut diese Zusammenarbeit funktioniert, heisst es, ist oft personenabhängig. Ein Haupthindernis besteht auch hier wieder im **fehlenden Wissen und in der unterentwickelten Kooperationsbereitschaft**. Health Professionals wissen nicht, welche Ansprechperson im Sozialbereich für was zuständig ist und welchen Beitrag die Sozialarbeit zu einer ganzheitlichen Versorgung sozial benachteiligter Menschen leisten kann. Von Seiten der Sozialarbeit wird mehr Verständnis für die eigenen Arbeit und die eigenen Kompetenzen gefordert. Gleichzeitig wünscht man sich, dass auch Medizin und Pflege vermehrt einen systemischen Blick anwenden und mehr prozessbezogen arbeiten. Während einige Fachdisziplinen diesbezüglich relativ weit sind, haben anderen noch einen weiten Weg zu gehen. Stark unterschätzt wird die Rolle der Sozialarbeit bei der psychischen Gesundheit. Mehrere Experten sagen, dass Triagieren durch Sozialarbeiter Sinn macht, weil sie patienten- und settingbezogen arbeiten, pragmatisch vorgehen, eine bessere Akzeptanz haben und weniger stigmatisierend wirken. Psychotherapeuten, die gerade bei bildungsfernen Personen auf Vorbehalte stossen, können in zweiter Linie eingesetzt werden.

„Die Lücke zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialsystem muss geschlossen werden. Aktuell kümmert sich niemand um die sozialen Probleme der Patienten. Der Sozialdienst kümmert sich nur um die Finanzen und Angebote der Krebsliga, der Lungenliga, etc. richten sich nur an Menschen mit genau diesen Krankheiten.“

„Auf Seiten der Ärzte bestehen Lücken bei den Kenntnissen zum Sozialsystem. Seit das umstrukturiert wurde, wissen wir nicht mehr, welche Person auf welchem Amt die richtige Ansprechperson ist. Da hätte man uns [die Ärzte] besser informieren müssen.“

„Aus der Sicht der Sozialarbeit würde ich mir bei anderen Professionen vermehrt einen Blickwinkel fürs Ganze wünschen, einen prozessorientierten Blick, d.h. auf den Patientenprozess bezogen und nicht nur den Prozess im Sinne des Kerngeschäfts der eigenen Profession, also ein systemisches Arbeiten. Zum Teil wird das sehr gut umgesetzt, aber insgesamt steht die Medizin da noch in den Kinderschuhen. Die Mediziner merken langsam, dass sie immer mehr komplexe Situationen erhalten, bei denen sie in ihrem Kerngeschäft an Grenzen stossen, wenn man den Rest nicht berücksichtigt. Da ist man nun dabei, den Blick zu öffnen und Massnahmen zu ergreifen.“

„Die Health Professionals müssen aber auch die Grenzen der eigenen Kompetenzen kennen. Es ist noch zu oft so, dass sie selber soziale Interventionen machen. Im Gesundheitswesen ist das Helfer-Syndrom noch weiter verbreitet als im Sozialwesen.“

Gerade bei sozial benachteiligten Menschen ist es enorm wichtig, dass die Versorgung und Betreuung durch ein interdisziplinäres und interprofessionelles Team erfolgt. Aus einem universitären Kinderspital wird jedoch berichtet, dass **seit DRG die Kinderspitäler unter starkem Druck** stehen, weil die Sozialberatung nicht mehr als Teil der Krankenbehandlung anerkannt wird, obwohl deren Rolle bei sozial Benachteiligte oft entscheidend ist.

Die momentane Arbeitsteilung innerhalb des Gesundheits- wie auch des Sozialwesens führt oft dazu, dass Menschen mit vielen gesundheitlichen und sozialen Problemen von einem Dienst zu nächsten und von einem Amt zum anderen geschoben werden. Gerade diese Menschen hätten jedoch Hilfe nötig, um sich im Dschungel der verschiedenen Angebote und Dienste zurechtzufinden. Warum lässt man nicht z.B. vermehrt Fachleute aus dem Sozialwesen im Gesundheitsbereich Betreuung und Fallführung übernehmen (Sottas, 2013)?

„Wenn man sich weniger auskennt, wird man mehr hin und her geschoben, weil man sich weniger gut wehren kann. Es würde den Betroffenen sehr helfen, wenn sie nur eine Ansprechperson hätten.“

„Entweder versucht man die Angebote zu bündeln, damit die Anbieter entlang der Versorgungskette enger zusammenarbeiten. Oder die Gemeinde selbst müsste eine Drehscheiben-Funktion ausüben – Stichwort Case Manager – und wirklich nahe bei den Leuten sein.“



Hilfreich wäre hier ein Case Management, das sich ganzheitlich um einen Patienten kümmert. Am Luzerner Kantonsspital wurde in einem Pilotprojekt auf zwei Stationen ein solches Case Management eingerichtet. Als Resultat hat sich die Zusammenarbeit dieser beiden Stationen mit der Sozial- und Austrittsberatung des Spitals verbessert. Leider bezieht sich das Case Management nur auf die Zeit des Spitalaufenthalts und endet nach der Entlassung. Das Pilotprojekt wird momentan evaluiert.

Lücken und Barrieren	Empfehlungen und Handlungsbedarf	Modelle guter Praxis
<p>Verantwortung für Kontinuität in der Versorgung liegt auf den Schultern der Patienten</p> <p>Wenig Vernetzung zwischen versch. Angeboten, keine integrierte Versorgung (wenig Kooperation zwischen Somatik und Mental Health, wenig Kooperation zwischen Gesundheits- und Sozialwesen...)</p> <p>Doppelspurigkeiten und fehlende Kooperation wegen fehlendem Wissen voneinander, „Gärtchendenken“</p> <p>Überforderung für sozial benachteiligte Menschen</p>	<p>Enger Kontakt zwischen Spitälern und niedergelassenen Ärzten; aktiv zur Nachkontrolle anbieten</p> <p>Bessere Versorgung dank Umstellung auf Patientenprozess und Etablierung von Case Managern, die institutionsübergreifend arbeiten</p> <p>Bessere Vernetzung dank einheitlichem EDV-Standard und elektronischer Patientenkarte</p> <p>Bündelung der Angebote und engere Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Anbietern (Pro Senectute, Spitex, SRK...); Kanton sorgt via Leistungsverträge für Schliessung von Lücken und Verhinderung von Doppelspurigkeiten</p> <p>Health Professionals benötigen Kenntnisse der weiteren Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen, um Patienten gezielt zu informieren und weitere Unterstützungsdienste zu vermitteln; sie müssen sich gegenseitig besser kennen (interprofessionelle Aus- und Weiterbildung, Vernetzung auf regionaler Ebene mit gemeinsamen Kolloquien, Round Tables, etc.)</p> <p>Bessere Vernetzung und gegenseitiges Lernen zwischen Gesundheits- und Sozialwesen; aktive Rolle der Sozialarbeit in der Gesundheitsversorgung anerkennen</p>	<p>Cité Générations in Onex bietet ein neues ambulantes Versorgungsmodell mit über 100 Therapeuten. Das Ziel ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit für eine integrierte Versorgung</p> <p>Case Management im Luzerner Kantonsspital</p>
<p>Anreize/Finanzierung verhindern Interprofessionalität</p> <p>Seit DRG sind Spitäler unter grossem Druck, weil Sozialberatung nicht als Teil der Krankenbehandlung anerkannt ist.</p>	<p>Andere Art der Finanzierung (z.B. Fallpauschalen über alle Leistungserbringer hinweg, Pauschalfinanzierung der gesamten Langzeitversorgung innerhalb einer Region)</p> <p>Finanzierung einer interdisziplinären und interprofessionellen Versorgung sicherstellen</p>	

11. Diskriminierung im Gesundheitswesen

Erhalten sozial benachteiligte Menschen die gleiche Versorgung wie besser gestellte Menschen oder gibt es möglicherweise Anzeichen für (bewusste oder unbewusste) Diskriminierungen seitens der Fachpersonen? Sind bestimmte Personengruppen gefährdet, Opfer von Ungleichbehandlungen beim Zugang zur medizinischen Versorgung zu werden? Lassen sich Diskriminierungen erkennen, deren Ursachen zu Grunde liegen, die in diesem Bericht noch nicht behandelt worden sind?

Gemäss den Aussagen der befragten Experten findet in der Schweiz kaum (bewusste) Diskriminierung statt.

„In der Schweiz werden alle Menschen, d.h. auch sozial benachteiligte Menschen, gleich behandelt. Da gibt es kein Problem.“

„Die soziale Schicht eines Patienten beeinflusst die Art der Versorgung nicht.“

Trotzdem gibt es Dynamiken, die zu einer Diskriminierung beitragen können bzw. die von den Betroffenen als Diskriminierung aufgefasst werden können. Das ist beispielsweise bei Behinderten der Fall. Obwohl die Stigmatisierung von Behinderten in der Schweiz weitestgehend kein Problem mehr ist, kann das Nutzendenken im Gesundheitswesen zu einer **impliziten Rationierung** führen, bei der Behandlungen bei Behinderten seltener durchgeführt werden als bei anderen Menschen.

„Bei Schwer- oder Mehrfachbehinderten kommt rasch das Argument, dass sich Massnahmen nicht lohnen wegen der kurzen Lebenserwartung oder wegen der fehlenden Heils- oder Integrationsperspektive. Das ist geschieht erst recht, wenn die Behinderten alt oder dement werden. Es handelt sich um eine implizite Rationierung und ist ein ethisches Problem.“

In den Interviews werden noch weitere Formen von Diskriminierung oder Risikofaktoren genannt.

„Psychotherapien werden bei Migranten seltener angeboten, weil die Ärzte der Meinung sind, dass es auf Grund ihrer Lage doch normal sei, dass es ihnen nicht gut geht.“

„Es sollte nicht so sein, aber die Realität sieht leider anders aus. Eine Bevorzugung der YAVIS (young, attractive, verbal, intelligent, successful) kommt vor. Fachpersonen machen möglicherweise mehr, um einer solchen Person zu helfen als bei jemandem der arm, hässlich und ungebildet ist.“

„Am meisten gefährdet sind die „unappetitlichen“ Fälle, das sind junge Menschen, die aus allen Systemen herausgefallen sind, verwahrlost, und bei denen niemand Lust hat hinzugehen.“

„Bei somatischen Problemen werden auch Asylbewerber gut versorgt, aber in der psychiatrischen Versorgung gibt es je nach Institution Probleme. Sie werden nicht gut behandelt, weil man sich den Umgang mit diesen Personen nicht gewohnt ist. Ich glaube, da gibt es noch gewisse Diskriminierungen bei den Behandlungen, die man ihnen anbietet.“

„Körperhaltungen und Körperhaltungen von Unterschichtspersonen oder Randständigen führen rasch zu Labels und Kategorisierungen. Sie erhalten darum weniger Aufmerksamkeit.“

Die Angehörigen der Gesundheitsberufe spielen eine entscheidende Rolle, wenn es darum geht, Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung zu gewähren. Häufig liegt es in ihrer Hand, darüber zu entscheiden, wer eine medizinische Behandlung erhält und welche Behandlungsformen angeboten werden können. Eine Sensibilisierung dafür, dass möglicherweise nicht alle Menschen gleich behandelt werden, sondern dass unbewusste **Vorurteile und Stereotypen ihr Handeln beeinflussen**, ist deshalb bereits in der Ausbildung wichtig.

Neben den genannten Risiken, die zu einer Diskriminierung beitragen können, spielen auch die persönlichen Ressourcen einer Person eine wichtige Rolle. Es geht um die Frage, inwiefern sich jemand für seine eigenen Interessen einsetzen und sich bei schlechter Behandlung zur Wehr setzen kann. Sozial benachteiligte Menschen haben weniger Kompetenzen und Selbstsicherheit im

Umgang mit dem Fachpersonal und sie können sich deshalb **weniger zur Wehr setzen**, wenn sie mit einer bestimmten Behandlung oder Massnahme nicht einverstanden sind.

„Wenn man weniger weiss, ist man weniger fordernd. Man wird also vielleicht einen Tag früher aus dem Spital entlassen, obwohl zu Hause noch nichts bereit ist. Eine sozial besser gestellte Person wird sich in einer solchen Situation eher wehren können.“

„Wenn ich mich einfach ergebe und unterordne und akzeptiere, was der Arzt sagt, dann werde ich anders versorgt als wenn ich Eigeninitiative ergreife und reflektiere und sage: im Spital wurde gesagt, ich müsse noch in die Physiotherapie und sie müssen mir jetzt noch eine Verordnung schreiben... Momentan liegt in Bezug auf die Kontinuität der Versorgung sehr viel Verantwortung beim Patienten. Man muss nachfragen, mitentscheiden, etc. Doch das können nicht alle. Es ist eine Frage der Bildung und der Sozialisation.“

„Ich denke, wenn man da kompetent ist und auch von der Persönlichkeit her sich durchsetzen kann, sich getraut nachzufragen und nicht einfach in das patriarchale Hierarchiegefüge hineingeht, das halt in der Medizin immer noch vorhanden ist, auch wenn sich alle sehr Mühe geben, wenn auf etwas beharren kann, wenn man etwas will oder nicht will, das ist ein grosser Faktor.“

Ein Case Management, wie es bereits im vorherigen Kapitel erwähnt wurde, kann in dieser Hinsicht viel bewirken, wenn es auch eine anwaltschaftliche Rolle übernimmt für jene Personen, die auf Grund ihrer Bildung und Sozialisation dafür weniger kompetent sind. Die Zusammenführung der verschiedenen Berufsgruppen, das Stellen von Frage und die gezielte Information des Patienten und der Angehörigen helfen, dass auch sozial benachteiligte Menschen die ihnen zustehende optimale Versorgung erhalten.

Lücken und Barrieren	Empfehlungen und Handlungsbedarf	Modelle guter Praxis
<p>Mögliche Diskriminierungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Implizite Rationierung - (unbewusst) durch Vorurteile und Stereotypen 	<p>Zur Ausbildung der Health Professionals gehört eine Sensibilisierung in Bezug auf eigene Vorurteile und Stereotypen und die Gefahr einer impliziten Rationierung bei bestimmten Personengruppen.</p>	
<p>Sozial benachteiligte Menschen setzen sich weniger zur Wehr.</p>	<p>Insb. sozial benachteiligte Menschen brauchen jemanden, der ihnen hilft, innerhalb des Versorgungssystems ihre eigenen Interessen wahrzunehmen und durchzusetzen. Dazu beitragen kann ein Case Management oder Patientenvertreter, die systematisch einbezogen werden und die eine anwaltschaftliche Rolle übernehmen.</p>	

12. Empfehlungen und Handlungsbedarf

Abschliessend sollen die diversen Empfehlungen aus den vorhergehenden Kapiteln zusammengeführt und der Handlungsbedarf nach den Teilbereichen Praxis, Bildung und Forschung geordnet werden.

12.1 Empfehlungen und Handlungsbedarf im Bereich der Praxis

Die in den Expertengesprächen benannten Empfehlungen, welche die Praxis betreffen, sind umfangreich und vielseitig. Zu einem grossen Teil geht es dabei um Empfehlungen, die darauf abzielen, denn Patienten oder Nutzer ins Zentrum zu stellen. Auch wenn davon alle Menschen, die Gesundheitsleistungen beziehen, profitieren würden, sind doch **gerade sozial benachteiligte Personen besonders auf ein patientenorientiertes Gesundheitswesen** angewiesen. Ein grosser Teil des genannten Handlungsbedarfs betrifft deshalb Forderungen nach einem **bedarfsgerechten Angebot, einer einfachen Zugänglichkeit, einer besseren Vernetzung und Koordination** der verschiedenen Angebote und Leistungserbringer und einer ganzheitlichen Betrachtung der Person, die Hilfe sucht.

Folgende Handlungsempfehlungen in der Praxis tragen zu einer besseren Versorgung sozial benachteiligter Menschen bei:

- ➔ Ausbau von **Strukturen für älter werdende Behinderte, psychisch kranke Menschen und Menschen mit einer Suchtproblematik**. Eine angemessene Finanzierung entsprechender Angebote ist sicherzustellen, damit die notwendigen personellen Ressourcen eingesetzt werden.
- ➔ Berücksichtigung der Bedürfnisse von **Menschen mit Behinderungen im „normalen“ Versorgungssystem** (z.B. Diagnoseinstrumente, die auch bei Behinderten eingesetzt werden können, Berücksichtigung behinderter Menschen in Strategieplanungen, Barrierefreiheit in Praxen und bei Therapeuten)
- ➔ **Kostenlose und einfach zugängliche Angebote für vulnerable Bevölkerungsgruppen** (z.B. schulärztliche Versorgung mit gesamtschweizerischen quantitativen und qualitativen Mindeststandards, niedrighschwellige Anlaufstellen für Menschen ohne Krankenversicherung und andere vulnerable Bevölkerungsgruppen in allen Kantonen)
- ➔ **Aufsuchende (psychiatrische) Dienste für Menschen ohne Krankheitseinsicht** (auch in Asylzentren und Anlaufstellen für Sans Papiers), inkl. niedrighschwellige Meldestelle, an der Menschen mit Hilfsbedarf und Gefahr einer Verwahrlosung gemeldet werden können
- ➔ Ausbau in der ambulanten psychiatrischen Versorgung und **psychiatrische Grundkenntnisse aller Health Professionals an der front line**, damit psychische Leiden korrekt und frühzeitig diagnostiziert werden
- ➔ Verbesserte Zugänglichkeit der Versorgung mit Sprechstunden ausserhalb der normalen Öffnungszeiten und Anlaufstellen, die ohne vorherige Terminvereinbarung aufgesucht werden können. **Gesundheitsversorgung dort anbieten, wo die Menschen sich aufhalten**
- ➔ **Finanzierung nicht-medizinischer Leistungen in der Langzeitversorgung verbessern**, um gleichen Zugang für alle zu ermöglichen. Angebote wie Mittagstische und Mahlzeindienste haben eine monitorisierende Wirkung und verbessern dadurch den Zugang.
- ➔ Vernetzung lokaler Strukturen, **Einbezug von Freiwilligen**, um gefährdete Menschen auf dem Radar zu behalten

- Weil sozial benachteiligte Menschen mehr Begleitung benötigen (z.B. mehr Aufwand, um Kooperation herbeizuführen), muss der **Extra-Aufwand bei der Finanzierung berücksichtigt und angemessen entschädigt** werden

Grundsätzlich muss festgehalten werden, dass die Verknappung der finanziellen Ressourcen im Gesundheits- und Sozialbereich sozial Benachteiligte besonders stark trifft, weil Zusatzaufwände für proaktive Monitorisierung und Begleitung oder unterstützende Massnahmen an Schnittstellen oder beim Selbstbehalt entfallen.

Teilweise lassen sich negative Auswirkungen des Finanzdrucks durch eine **stärkere Interprofessionalität und Intersektorialität** auffangen.

- Bessere Vernetzung und Koordination der verschiedenen Angebote; **Vermeidung von Lücken und Doppelspurigkeiten durch Leistungsvereinbarungen der Kantone**
- Bessere Nachversorgung/**Begleitung nach Spitalaustritt**, um Kontinuität der Versorgung sicherzustellen (Verantwortung nicht alleine beim Patienten)
- Sinnvoll ist eine Stelle, die eine anwaltschaftliche Rolle übernimmt, um die **Interessen sozial benachteiligter Menschen gegenüber Leistungserbringern und Finanzierern zu vertreten**, die ihnen hilft, sich zu orientieren und die verschiedenen Angebote zu koordinieren (Case Management, welches über die Institutionsgrenzen hinweg tätig ist).
- Bessere **Vernetzung und Informationsaustausch** ist insb. notwendig **zwischen Somatik und Mental Health sowie zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialwesen**.
- Vernetzung und Informationsaustausch erleichtern durch einheitlichen EDV-Standard, Round Tables, gemeinsame Kolloquien, etc.
- **Finanzierungsmodalitäten**, welche die **Interprofessionalität und Vernetzung erleichtern**

Da die Hauptschwierigkeiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung eher auf der Nachfrageseite zu finden sind, sind insb. auch **Massnahmen im Bereich der Sensibilisierung und Information** notwendig, um die Inanspruchnahme durch gefährdete Personengruppen zu verbessern.

- Information für Migranten zum Schweizer Gesundheitssystem, die obligatorische Krankenversicherung, Kosten, Rechte und Pflichten, etc. Einbezug von Vereinen und Netzwerke der Migranten und die vom BAG ausgebildeten Kulturvermittler; **statt schriftliche Information eher face-to-face Kontakte**
- Migranten und andere benachteiligte Bevölkerungsgruppen brauchen Unterstützung, um als Ko-Produzenten der Gesundheit auftreten zu können.
- Angebote, um chronisch kranke Menschen **beim Selbstmanagement ihrer Krankheit zu unterstützen** (z.B. durch Advanced Practitioners aus Pflege und Physiotherapie ggf. mit eigener Tarmed-Position)
- Informations- und Beratungsangebote, um **Menschen im Dschungel der verschiedenen Angebote und in Bezug auf ihre finanziellen Ansprüche/Pflichten zu beraten und zu unterstützen**; es ist eine Aufgabe der Health Professionals, Patienten und Angehörige auf mögliche (finanzielle) Unterstützungsmöglichkeiten hinzuweisen und die Kosten und die Selbstbeteiligung wenn nötig im Arztgespräch anzusprechen.

In den einzelnen Kapiteln wurden **Modelle guter Praxis** aufgeführt, die in den Expertengesprächen genannt wurden. Was diesbezüglich auffällt, ist die Tatsache, dass es sich dabei ausschliesslich um lokale Projekte handelt und dass es kaum Ansätze eines lernenden Gesamtsystems mit gegenseitigem Austausch gibt.

- Ein **lernendes Gesamtsystem schaffen**, um den Austausch zu ermöglichen und zu erleichtern
- Damit dies ermöglicht wird ist es angezeigt,
 - a) eine schweizweite Erhebung zu machen
 - b) die Ergebnisse sichtbar und zugänglich zu machen (z.B. interaktiver multilayer Atlas)
 - c) die Akteure zusammenzuführen und gesundheitspolitische Aufmerksamkeit zu erreichen (z.B. Tagung, Erfahrungsaustauschplattform unter den Gesundheits- und Sozialdiensten und den jeweiligen kantonalen Dienststellen)

12.2 Empfehlungen und Handlungsbedarf im Bereich der Bildung

Über welche spezifischen **Kenntnisse und Kompetenzen** sollten die Fachpersonen im Umgang mit sozial benachteiligten Personengruppen verfügen? In diesem Bereich sehen die befragten Experten den grössten Handlungsbedarf, denn momentan gibt es noch grosse Lücken.

Folgende Elemente sollten nach Ansicht der befragten Experten in der Bildung der Health Professionals vermehrt beachtet werden, um die Versorgung sozial benachteiligter Menschen zu verbessern.

- Health Professionals benötigen ein **Sensorium für den Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit**, auf Therapie und Heilung; gewünscht werden u.a. mehr Public Health Kenntnisse bei Haus- und Kinderärzten.
- Health Professionals sollten bereits in der Ausbildung mit sozialen Lagen Benachteiligter und den Bedürfnissen von Menschen mit einem besonderen Bedarf (z.B. Abhängige, Bildungsferne, Migranten, Behinderte) konfrontiert werden; Bewusstsein für die besonderen Bedürfnisse, die daraus resultieren (**Lernsettings, welche die Exposition fördern; über die Probleme der „Normbevölkerung“ hinausgehen**)
- Health Professionals im „normalen“ Versorgungssystem benötigen spezifische **Kompetenzen, um mit behinderten oder psychisch kranken Menschen umzugehen**.
- Health Professionals aller Versorgungssettings brauchen ein gewisses **psychiatrisches Grundwissen (insb. Health Professionals an der front line, d.h. Hausärzte, Spitex-Mitarbeitende), um Behandlungsbedarf zu erkennen**.
- Bewusstsein für kulturelle und soziale Barrieren und (transkulturelle) Kommunikationskompetenzen, um angemessen mit Migranten und anderen sozial benachteiligten Menschen kommunizieren und *informed consent* herbeiführen zu können; **Sensibilisierung für unterschiedliche Erwartungen und Kommunikationsformen**
- Interprofessionelle Aus- und Weiterbildung mit **Einbezug der sozialen Arbeit**, um von den Kenntnissen des jeweils anderen Bereichs zu profitieren und besser zusammenzuarbeiten
- Je nach Arbeitsbereich braucht es besondere (psychologische) Kompetenzen, um Kooperation herbeizuführen (bei Menschen ohne Krankheitseinsicht)
- Beratungskompetenz und Kenntnisse des Gesundheits- und Sozialwesens, um Patienten zu orientieren und weitere Unterstützung vermitteln zu können; **Fähigkeit, eine Case-Managementfunktion zu übernehmen**
- Fähigkeit, Patienten beim Selbstmanagement ihrer Krankheit zu fördern
- Ganzheitlicher und prozessorientierter Blick auf den Patienten
- Sensibilisierung in Bezug auf eigene Vorurteile und Stereotypen und die Gefahr einer impliziten Rationierung

12.3 Empfehlungen und Handlungsbedarf im Bereich der Forschung

Wie bereits zu Beginn festgehalten wurde, können im Rahmen einer explorativen Studie mit einer begrenzten Anzahl von Expertengesprächen verschiedene Problemlagen zwar skizziert, aber keinesfalls abschliessend dargestellt werden. Es sind somit weitere Studien und Analysen notwendig, um bestimmte Aspekte und/oder die Probleme bestimmter Kategorien von Personen vertieft zu betrachten.

In den Expertengesprächen wurde mehrmals betont, dass es wichtig sei, die Datenlage zu verbessern. Genannt werden dabei insbesondere die folgenden **Forschungsthemen und -bereiche**:

- ➔ **Versorgungsforschung in Bezug auf die fehlende oder ungenügende Inanspruchnahme sozial benachteiligter Menschen:** Wer kommt? Wer kommt wann und warum? Wer scheidet aus? Welches sind die Risikofaktoren, die eine optimale Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verhindern und/oder zu einer impliziten Rationierung führen?
- ➔ Wegen des **Finanzdrucks** ist es insb. angezeigt, der Frage nachzugehen, **worauf in Bezug auf sozial Benachteiligte verzichtet** wird, bzw. bei welchen Aspekten die Aufmerksamkeit in welchen Institutionen abnimmt bzw. abgenommen hat.
- ➔ Mehr Outcome-Forschung, mit spezieller Berücksichtigung verschiedener sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen, um die Wirksamkeit von Therapien zu verbessern
- ➔ Forschung in Bezug auf die besonderen Bedürfnisse und Anforderungen behinderter Menschen (und anderer Kategorien sozial benachteiligter Menschen); **Forschung zu den besonderen Bedürfnissen von Migranten am Lebensende** (Forschung Palliative Care)
- ➔ Studien zu den Effekten sozialer Benachteiligung auf die Gesundheit, zu Entstehen und Verlauf von Krankheiten wegen sozialer Benachteiligung, longitudinale Forschungen zu Risikofaktoren und besondere Gesundheitsprobleme
- ➔ Eine **systematische Übersicht zu Modellen guter Praxis** mit Nützlichkeit, Praktikabilität in der Umsetzung und Notwendigkeit (s. Kap. 12.1).

Notwendig ist insb. ein deutlich **erweitertes Verständnis von Versorgungsforschung**. Diese muss jenseits der Erhebung von Kennzahlen über Leistungserbringer, Institutionen und Kosten vor allem das **Zusammenspiel von sozialen Determinanten, individuellen Dispositionen und institutionellen Rahmenbedingungen sowie die Haltungen und Einstellungen der Professionals untersuchen, um Erkenntnisse über implizite Rationierung und daraus resultierende langfristige Folgen für die Gesellschaft** zu gewinnen.

13. Schlussfolgerungen

Kann der gesundheitliche Versorgungsbedarf von sozial benachteiligten Menschen gedeckt werden oder bestehen möglicherweise Benachteiligungen und Diskriminierungen? Diese Frage stand am Anfang der vorliegenden Studie. Sie kann auf zwei unterschiedliche Arten verstanden werden: (1) zum einen geht es um die Frage, ob sozial Benachteiligte die gleiche Versorgung erhalten wie andere Menschen, (2) zum anderen darum, ob sie die Versorgung erhalten, die ihrem Bedarf entspricht.

Der methodische Rahmen einer explorativen Studie lässt keine abschliessenden Antworten zu. Allein die Breite des Untersuchungsgegenstand (siehe Abb. 1) mit Focus auf die verschiedenen Teilbereiche in der Notfall-, Akut- und Langzeitversorgung und die unterschiedlichen Zielgruppen wie Kinder und Jugendliche, Erwachsene im Erwerbsalter, ältere Menschen, Menschen mit besonderem Bedarf [Behinderung, Migration, psychische Krankheit, Suchtmittel-Abhängigkeit] zeigt, dass ein solcher Anspruch vermessen wäre. Um eine gewisse Dichte und Zuverlässigkeit zu erhal-

ten ist methodisch versucht worden, die Situation möglichst aus mindestens zwei Perspektiven zu beleuchten.

Darauf basierend können die beiden vorgängig genannten Leitfragen wie folgt beantwortet werden:

1) Die Expertenmeinungen sind konsistent in der Frage, dass sozial Benachteiligte die gleiche Versorgung erhalten wie andere Menschen. Das Angebot ist vorhanden und im Normalfall ist auch die Finanzierung sichergestellt. Auch für sozial benachteiligte Menschen ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung somit gewährleistet. Es gibt auch keine systematische Diskriminierung.

2) Als Ergebnis kann jedoch konstatiert werden, dass sozial benachteiligter Menschen nur zum Teil die Versorgung erhalten, die ihrem Bedarf entspricht. Der Bedarf kann nicht gedeckt werden, weil sie viel mehr als die Durchschnittsbevölkerung darauf angewiesen sind, dass in der Gesundheitsversorgung die Nutzer ins Zentrum gestellt werden (ein patientenorientiertes Gesundheitssystem: interdisziplinär, interprofessionell, Case Management, Selbstmanagement fördern, Erleichterung des Zugangs, aufsuchend, mit Verständnis für die kulturellen und sozialen Schranken etc., aber auch bei den Hilfsmitteln und Geräten).

Weil der Bedarf anders ist, ist die Inanspruchnahme in vielen Fällen schwierig. Die Barrieren sind dabei eher auf der Seite der Betroffenen als auf der Seite des Systems. Personen in sozial schwierigen Lagen mit erhöhtem Bedarf werden daher oft erst erkannt, wenn sie als Notfall ins Gesundheitssystem eintreten.

Mit Blick auf das von der WHO skizzierte *Slow Motion Disaster* mit einer stark steigenden Zahl Demenzerkrankter, die langsam in Hilfsbedürftigkeit hineingleiten, ist es gesundheitspolitisch angezeigt, diesen vulnerablen Kategorien an der Peripherie des Versorgungssystems mehr Aufmerksamkeit zu schenken und als präventive Massnahme insb. die Finanzierung des zusätzlichen Aufwandes für monitorisierende Beobachtung und aufsuchende Angebote zu sichern. Das Risiko des Vergessens und Verlorengehens ist gerade in der ambulanten Versorgung hoch. Diese Fälle belasten dann aber die Allgemeinheit überproportional stark.

Anhang 1:

Interviewleitfaden Expertengespräche



Chancengleichheit und Versorgungsqualität

Interviewleitfaden

1. Inwiefern sind Sie in ihrem Berufsalltag mit der Gesundheitsversorgung von sozial benachteiligten Menschen konfrontiert?
2. Was sind besondere Probleme von sozial benachteiligten Menschen?
Welche Herausforderungen bringen diese Probleme für Sie als Fachperson mit sich?
3. Kann Ihrer Meinung nach der gesundheitliche Versorgungsbedarf von sozial benachteiligten Gruppen gedeckt werden? Inwiefern ja, inwiefern nein?
4. Welche allfälligen Probleme ergeben sich in der Praxis bei der Diagnostik, bei der Behandlung, bei der Pflege und Betreuung von sozial schlechter gestellten Personen?
 - a. Gibt es Probleme in Bezug auf den **Zugang zur Gesundheitsversorgung**?
 - b. Gibt es Probleme in Bezug auf die **Inanspruchnahme**?
 - c. Gibt es Probleme in Bezug auf die **Qualität der Versorgung**?
(in den Bereichen Notfall-, Akut- und Langzeitversorgung, in der Pädiatrie und Psychiatrie, in Bezug auf Prävention und Vorsorgeuntersuchungen, etc.)
5. Inwiefern spielen **finanzielle Aspekte** bei Schwierigkeiten beim Zugang, bei der Inanspruchnahme, bei der Qualität der Versorgung eine Rolle?
6. Inwiefern beeinflusst fehlende **Health Literacy** den Zugang, die Inanspruchnahme und die Qualität der Versorgung?
7. Gibt es **weitere Risikofaktoren** im Versorgungssystem (z.B. Stigmatisierung), die zur gesundheitlichen Ungleichheit von sozial benachteiligten Personen beitragen?
8. Sind besondere **Kompetenzen** für die Behandlung, Pflege und Betreuung von sozial schlechter gestellten Personen notwendig? Falls ja, welche? Sind diese Kompetenzen vorhanden? Wo bestehen Lücken?
9. Gibt es spezielle Anforderungen an die **interprofessionelle Zusammenarbeit** zwischen verschiedenen Institutionen und Versorgern (aus der Medizin, Pflege, Sozialarbeit, etc.)? Falls ja, welche?
10. Welchen **Handlungsbedarf** sehen Sie in der Praxis, in der Forschung, in der Bildung?
11. Bestehen **Modelle guter Praxis** für die Versorgung von sozial benachteiligten Menschen? Falls ja, welche?
12. Gibt es etwas, das Sie noch anfügen möchten?

S. Brügger / A. Jaquier / B. Sottas 14.11.2013

Anhang 2:

Befragte Experten (vollständige Interviews)

(alphabetisch geordnet)

Dr. Patrick Bodenmann	Médecin responsable de l'unité des populations vulnérables (PMU), Lausanne
Katrin Bucher	Geschäftsleiterin Spitex Region Lueg, Hasle b. Burgdorf
Julia Brügger Brunner	dipl. Sozialarbeiterin FH, Sozialdienst Düringen
Prof. Dr. Verena Briner	Chefärztin Departement Medizin, Luzerner Kantonsspital
Dr. Jacques Carrel	Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, Freiburg
Simone Daepf	Bereichsleitung Sozial- und Austrittsberatung, Luzerner Kantonsspital
Dr. Florence Faucherre	Médecin responsable Unité Psy&Migrants, CHUV Lausanne
Dr. Daniel Flach	Chefarzt und Geschäftsführer City Notfall AG Bern
Dr. Christine Gehring Antille	Ärztin Pädiatrie, Universitätsklinik für Kinderheilkunde, Inselspital Bern
Alagipody Gunaseelan	Ökonom, Kulturvermittler und Krankenpfleger, Mitglied der Eidg. Kommission für Migrationsfragen (EKM), Vorstandsmitglied des Forums für die Integration der Migrantinnen und Migranten (FIMM)
Dr. Heinz Hänni	Vorsitzender der Direktion, Domicil AG, Bern
Dr. Alfred Künzler	Leiter der Koordinationsstelle des Netzwerks Psychische Gesundheit Schweiz, Co-Präsident des Vereins chronischkrank.ch
Dr. Markus Ledergerber	Leiter Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt
Marius Muff	Leiter Betriebsmanagement Spitex Bern
Dr. Philippe Schaller	Groupe Médical d'Onex (Cité Générations)
Michel Seewer	Direktion kinderpsychiatrische Tagesklinik Freiburg
Cornelia Sidler	Leiterin Care Management, Universitäts-Kinderspital beider Basel
Marie-Thérèse Weber-Gobet	Bereichsleiterin Sozialpolitik Procap Schweiz
Dr. Albert Wettstein	ehem. Chefarzt Stadtärztlicher Dienst Zürich

Experten, die sich zu Teilaspekten geäußert haben

Dr. Werner Bauer	Präsident SIWF
Marie-Anne Becker	Pflegedirektorin Spitäler Neuenburg
Sibylle Glauser	Angehörigenberatung UPD Bern
Jean-Claude Goasmat	Pflegedirektor Psychiatrische Klinik Marsens
Dr. Jörg Haslbeck	Leiter Careum Patientenbildung
Marie Israel	Psychologin GRAAP
Dr. Daniela Wankmiller	Allgemeinärztin Freiburg
Dr. Serge Zumbach	Chefarzt Psychiatrische Klinik Marsens

Literaturverzeichnis

- Bachmann, Nicole 2014: Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- BiBB (Bundesinstitut für Berufsbildung) o.J.: Good Practice Center. www.good-practice.de/3349.php, Zugriff 21. Januar 2014.
- Bilger, Veronika; Hollomey, Christina; Wyssmüller, Chantal; Efiionayi-Mäder, Denise 2011: Health Care for Undocumented Migrants in Switzerland. Wien.
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12522/13353/index.html?lang=de>, Zugriff 12. Februar 2014.
- Flick, Uwe 2006: Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek: Rowohlt.
- Haslbeck, Jörg; Klein, Margot; Bischofberger, Iren; Sottas, Beat 2014: Leben mit chronischer Krankheit. Wissenschaftlicher Hintergrundbericht zur Perspektive von Patient/innen und Angehörigen. Neuchâtel: Obsan, (forthcoming)
- Kickbusch, I.; Maag, D. 2005: Health literacy: towards an active health citizenship. In: Sprenger, M. (Ed.): Public Health in Österreich und Europa. Festschrift anlässlich der Emeritierung von Univ.-Prof. Dr. med. Host Richard Noack. Lengerich: Pabst. S. 151-157.
- Kuckartz, Udo 2009: Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. Wiesbaden: VS Verlag.
- Lätsch, David; Pfiffner, Roger; Wild-Näf, Martin 2012: Die Gesundheit sozialhilfebeziehender Erwerbsloser in der Stadt Bern. Schlussbericht zuhanden des Auftraggebers. Bern: Berner Fachhochschule, Fachbereich Soziale Arbeit.
- Mayring, Philipp 2008: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlage und Techniken (10. Auflage). Weinheim/Basel: Beltz.
- McGinnis, M.J.; Williams-Russo, P.; Knickman, J.R. 2002: the case for more active policy attention to health promotion. *Health Affairs* 21, S. 78-93.
- Montandon, Elsa 2011: Parcours vers la précarité: Quels regards sur la santé? Conceptions de la santé, stratégies et ressources mobilisées par des Suisses et des immigrés face à la précarisation de leur vie. Mémoire de Master en Sciences Humaines et Sociales. Université de Neuchâtel.
- Pieper, Annika 2009: Konsequenzen von Kinder- und Jugendarmut in Deutschland – Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit. Diplomarbeit. Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg.
http://edoc.sub.uni-hamburg.de/haw/volltexte/2009/734/pdf/sp_d.09.285.pdf, Zugriff 21. Januar 2014.
- Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (Hrsg.) 2009: Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- SKOS (Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe) 2005: Richtlinien für die Ausgestaltung und Bemessung der Sozialhilfe. Bern.
http://skos.ch/index.php?eID=tx_nawsecured1&u=0&g=0&t=1390987261&hash=e009cd9b576b91d1b12ab3dedabeec77474762f5&file=/uploads/media/2012_RL_deutsch.pdf, Zugriff 28. Januar 2014.
- Sottas, Beat; Brügger, Sarah 2012: Ansprechstrukturen. Perspektivenwechsel und Grenzverschiebungen in der Grundversorgung. Zürich: Careum.
- Sottas, Beat 2013: Kreative Lösungen gegen Fachkräftemangel. Referat am Luzerner Kongress Gesellschaftspolitik. Pflegestand Schweiz? Luzern, 3. Dezember 2013.
- Tages-Anzeiger 2014: OECD übt Kritik an Psychiatern. 24.01.2014, S. 5.