

Sozial benachteiligte Menschen erhalten nur zum Teil die Versorgung, die ihrem Bedarf entspricht

# Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung

Sarah Brügger<sup>1</sup>, Beat Sottas<sup>1</sup>, Adrienne Jaquier<sup>1</sup>

<sup>1</sup> sottas formative works, Fribourg

Wer gesund bleibt und wer eher nicht, darüber entscheiden längst nicht nur biologische und genetische Faktoren oder das individuelle Verhalten, sondern auch die Zugänglichkeit und Chancengleichheit der Gesundheitsversorgung. Eine Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) zeigt, dass sozial benachteiligte Menschen noch viel mehr als die Durchschnittsbevölkerung auf ein patientenorientiertes Gesundheitswesen angewiesen sind, das die Bedürfnisse der Nutzer ins Zentrum stellt.

Menschen mit einem tiefen Einkommen und tiefer Bildung leiden häufiger unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen als die Durchschnittsbevölkerung. Inwiefern dabei auch der ungleiche Zugang zu den Leistungen des Gesundheitssystems eine Rolle spielt, ist jedoch umstritten. Im Rahmen der Strategie Gesundheit 2020 hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) deshalb eine explorative Studie in Auftrag geben, um zu untersuchen, inwiefern in der Schweiz der Zugang zur Gesundheitsversorgung schichtspezifisch beeinflusst ist und mit welchen Barrieren und Schwierigkeiten sozial benachteiligte Menschen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu kämpfen haben [1].

## Die Schweiz ist gut unterwegs

Die Erhebung bei Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung zeigt, dass in der Schweiz der Zugang zur Gesundheitsversorgung im Prinzip für alle Menschen sichergestellt ist. Die gut ausgebaute und obligatorische Grundversicherung mit dem Anspruch auf Prämienverbilligung für finanziell schlechter gestellte Personen und auch die verschiedenen Sozialversicherungssysteme sorgen dafür, dass hierzulande die Finanzierung der Leistungen grundsätzlich gewährleistet ist. Weil im Notfall Behandlungspflicht besteht, erhalten zudem auch Menschen, die trotz Obligatorium nicht krankenversichert sind (z.B. Sans-Papiers) oder die ihre Prämien nicht bezahlen, die (lebens-)notwendige Versorgung. Ein Allgemeinarzt mit langjähriger Erfahrung sagt dazu, dass er noch nie erlebt habe, «dass

jemand keine Versorgung erhalten hätte, dass man jemanden abgelehnt hätte» und eine Ärztin, die in einem öffentlichen Spital tätig ist, berichtet: «Es wird immer eine Lösung gefunden, damit eine Person behandelt werden kann, auch wenn sie kein Geld hat.» Insgesamt sind die befragten Fachpersonen deshalb der Meinung, dass auf Seiten des Angebots viel getan wird, damit auch sozial benachteiligte Menschen eine gute Gesundheitsversorgung erhalten. Offensichtliche Benachteiligungen und Diskriminierungen lassen sich ihrer Ansicht nach nicht beobachten.

## Fehlende Angebote für Menschen mit einem besonderen Bedarf

Nichtsdestotrotz bestehen Ungleichheiten, von denen verschiedene soziale Gruppen betroffen sind. Das Konzept der «sozialen Benachteiligung» bezieht sich dabei nicht nur auf «materielle Armut», sondern ist multidimensional, d.h. auch das Alter, eine Behinderung, ein tiefer Bildungsstand oder Migrationshintergrund können Risikofaktoren sein. So wird konstatiert, dass trotz des grossen Angebotes an Gesundheitsleistungen Strukturen fehlen für Menschen mit einem besonderen Bedarf wie z.B. älter werdende Behinderte oder auch Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung am Lebensende. Wenn diese Menschen die bestehenden Spezialstrukturen wegen erhöhter Krankheitslast oder Alter verlassen müssen, stellen sich grosse Probleme, denn im normalen Versorgungssystem fehlt nicht nur die Infrastruktur, dem Personal in der Akut- und Langzeitversorgung fehlen auch die notwendigen

Kompetenzen, um mit den besonderen Bedürfnissen dieser Menschen umzugehen.

### Die Lücken des KVG

In Bezug auf die Finanzierung zeigen sich die schichtspezifischen Unterschiede vor allem dort, wo die obligatorische Krankenversicherung nicht zum Tragen kommt. So sind z.B. die zahnärztliche Versorgung, Brillen oder vor allem auch die krankheitsbedingten Mehrkosten bei chronischen Krankheiten nicht oder nur teilweise durch die Grundversicherung gedeckt. Dies kann finanziell benachteiligte Personen vor grosse Probleme stellen. Aus Sicht der Spitex wird zudem konstatiert, dass v.a. bei hohem Pflegebedarf ihre Leistungen nicht vollumfänglich übernommen werden. Weil sozial benachteiligte Menschen diese Leistungen weder aus eigener Tasche bezahlen noch sich juristisch zur Wehr setzen können, werden sie eher in ein Heim eingewiesen als besser gestellte Personen. Hinzu kommt, dass ältere, gebrechliche Menschen, die zu Hause leben wollen, nicht nur pflegerische oder medizinische Leistungen im engeren Sinn benötigen, sondern auch Hilfe bei der Bewältigung des Alltags (soziale Betreuung, hauswirtschaftliche Leistungen). Diese nicht-medizinischen Leistungen sind 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 immer mehr unter Druck. Davon ist gerade auch 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.

### Notfallbesuche statt Hausarztpraxis

Das grösste Problem hat nach Ansicht der befragten Fachpersonen jedoch weniger mit dem Angebot oder der Finanzierung zu tun, sondern mit der Art der Inanspruchnahme durch bestimmte Bevölkerungsgruppen. So werden gerade Risikogruppen durch Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme meist nicht erreicht. Problematisch ist zudem, dass sozial benachteiligte Menschen bei akuten Gesundheitsproblemen eher die Notfallstation eines Spitals als eine Hausarztpraxis aufsuchen. Die Gründe dafür sind nicht nur die fehlenden Kenntnisse des Hausarztssystems, sondern auch die eingeschränkten Öffnungszeiten der Hausarztpraxen und die Notwendigkeit, vorher einen Termin zu vereinbaren. Gerade für Menschen in prekären Anstellungsverhältnissen ist

es kaum möglich, bei der Arbeit zu fehlen um z.B. mit dem kranken Kind einen Arzt aufzusuchen. Nach Feierabend werden sie auf der Notfallstation zwar versorgt, aber «um ein Uhr morgens nimmt sich ein Arzt auf der Notfallstation natürlich nicht gleich viel Zeit wie am Tag in der Praxis» wie eine Notfallärztin sagt. Für sie ist deshalb klar, dass «die Versorgungsqualität im Notfall nicht gleich gut ist 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.» Für einen chancengerechten Zugang zur Gesundheitsversorgung ist die Zugänglichkeit zentral. Wichtig wären deshalb vermehrt Angebote, die sich nicht nur zeitlich, sondern auch örtlich an den Bedürfnissen der Nutzer orientieren und die gleichzeitig auch Kontinuität gewährleisten können.

### Viel Verantwortung auf den Schultern der Patienten

Im Schweizer Gesundheitssystem liegt ein grosser Teil der Verantwortung auf den Schultern der Patienten und Patientinnen. So liegt es z.B. meist an der erkrankten Person selbst bzw. an deren Angehörigen, nach einem Spitalaufenthalt die Nachbehandlung in die Wege zu leiten. Heute ist zwar immer häufiger die Rede von «selbstbestimmten» und «kompetenten» Akteuren, die gegenüber den Gesundheitsfachpersonen als gleichberechtigte Partner auftreten und selber einen Teil der Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen. Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass einige Menschen von diesem Anspruch, als «kompetente Partner» aufzutreten, überfordert sind. Das Gesundheitssystem ist äusserst komplex und Menschen mit tiefer Bildung und/oder einem Migrationshintergrund fehlen die Kenntnisse und das Wissen, um sich darin zurechtzufinden. Es wird zwar viel getan, um insb. Migranten den Zugang zum Gesundheitssystem zu erleichtern (u.a. mit Broschüren), aber gerade bildungsferne Menschen haben wenig Übung im Umgang mit schriftlichen Informationen. Wegen mangelhafter Gesundheitskompetenz fehlt auch das Verständnis für die Notwendigkeit bestimmter Untersuchungen und Massnahmen. Gefordert wird deshalb eine bessere Vernetzung zwischen stationären und ambulanten Diensten und auch zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen (wie Somatik und Psychiatrie), aber auch zwischen der Sozial- und der Gesundheitsversorgung. Nur so erhalten auch Menschen mit wenig Ressourcen eine ganzheitliche, Versorgung, die ihren Bedürfnissen entspricht.

## Herausforderungen für die Fachpersonen

Die Versorgung sozial benachteiligter Menschen stellt die Fachpersonen vor besondere Herausforderungen. Insb. Menschen aus anderen Kulturen sehen Gesundheitsfachpersonen oft als allwissende und allmächtige Experten, die alle ihre Probleme sofort lösen können. Ist das nicht der Fall, ist die Enttäuschung gross und kann bis zum Behandlungsabbruch führen. Gleichzeitig wird die Diagnose und Behandlung erschwert, weil sie den erklärenden Zugang und das gemeinsame Vorgehen in der Anamnese nicht kennen und auch wenig Körperbewusstsein haben. Es braucht deshalb spezifische Kompetenzen insb. im Bereich der Kommunikation und auch ein Sensorium für den Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheitsprobleme der betroffenen Menschen. Obwohl allgemein anerkannt wird, dass das Behandlungsziel nur erreicht werden kann, wenn auch das soziale Umfeld und die Lebensrealität der erkrankten Person mitberücksichtigt wird, werden die spezifischen Problemlagen sozial benachteiligter Menschen in der Ausbildung kaum thematisiert. Die Fachpersonen beklagen ausserdem, dass der grössere Aufwand, den die Versorgung bestimmter Bevölkerungsgruppen mit sich bringt – z.B. um eine Kooperation herbeizuführen – weder zeitlich noch finanziell angemessen berücksichtigt wird. Die Verknappung der finanziellen Ressourcen im Gesundheits- und Sozialbereich trifft deshalb sozial Benachteiligte besonders stark, denn damit entfallen die Zusatzaufwände für proaktive Monitorisierung und Begleitung oder unterstützende Massnahmen an den Schnittstellen, die für diese Menschen so wichtig wären.

## Fazit Forderung nach einem patientenorientierten Gesundheitswesen.

Obwohl der Aufwand für die Fachpersonen gross ist und obwohl Vorurteile und Stereotypen den Umgang mit sozial benachteiligten Menschen beeinflussen können, sind die befragten Experten der Meinung, dass es im Schweizer Gesundheitswesen kaum (bewusste) Diskriminierung gibt. Trotzdem erhalten sozial benachteiligte Menschen nur zum Teil die Versorgung, die ihrem Bedarf entspricht. Das hat weniger mit dem vorhandenen Angebot oder der Finanzierung der Leistungen zu tun, sondern vielmehr mit

einer Überforderung angesichts der Komplexität des Gesundheitssystems mit der Vielzahl verschiedener Leistungserbringern, die wenig vernetzt arbeiten. Sozial benachteiligte Menschen haben nicht nur mehr Mühe, selber für die notwendige Kontinuität in der Versorgung zu sorgen, sie können sich auch weniger gut zur Wehr setzen, wenn sie mit einer Behandlung oder einer Massnahme nicht einverstanden sind. Mehrmals wird deshalb die Forderung nach einem Case Management geäussert, das u.a. ihre Interessen gegenüber den Leistungserbringern und Finanzierern vertritt und ihnen hilft, sich zu orientieren und die verschiedenen Angebote zu koordinieren. Hilfreich wären auch Informations- und Beratungsangebote, um die Menschen im Dschungel der verschiedenen Angebote und in Bezug auf ihre finanziellen Ansprüche und Pflichten zu beraten und zu unterstützen. Insgesamt sind sozial benachteiligte Menschen viel stärker als die Durchschnittsbevölkerung darauf angewiesen, dass in der Gesundheitsversorgung die Nutzer ins Zentrum gestellt werden. Gefordert wird deshalb ein patientenorientiertes Gesundheitssystem, in dem interdisziplinär und vernetzt gearbeitet wird, in dem Gesundheitsleistungen für alle Menschen einfach zugänglich sind und in dem Fachpersonen und Gesundheitspolitiker sensibilisiert sind für die besonderen Schwierigkeiten sozial benachteiligter Menschen.

### Interessenkonflikte

Die Studie wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Auftrag gegeben und finanziert.

### Literatur

- 1 Sottas B, Brügger S, Jaquier A. Zugangsprobleme zur Gesundheitsversorgung. Eine explorative Studie auf Grund von Expertengesprächen. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2014. [www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10417/14783](http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10417/14783)

---

Der Bericht «Zugangsprobleme zur Gesundheitsversorgung» wurde im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit erstellt. Anhand von 19 Gesprächen mit Experten aus der Grund- und Notfallversorgung sowie der Pädiatrie und Psychiatrie aus der Deutschschweiz und der Romandie wurden die Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten sozial benachteiligter Menschen in der Schweiz untersucht. Dabei zeigt sich, dass die meisten Probleme eines ungleichen Zugangs eher die Nachfrage- und nicht die Angebotsseite betreffen. Die erkannten Barrieren sind kaum struktureller Natur, sondern ergeben sich hauptsächlich aus dem Zusammenspiel von sozialen Determinanten, individuellen Dispositionen und institutionellen Rahmenbedingungen.

---

Korrespondenz:  
Dr. Beat Sottas  
sottas formative works  
Rue des Epouses 2  
1700 Fribourg  
sottas[at]  
formative-works.ch