

## 6. Einrichtungen des Gesundheitswesens

### 6.1 Ausgewählte Schwerpunkte

...

#### 6.1.10 Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund

In Berlin lebten im Jahr 2006 ca. 460.000 *Menschen ohne deutschen Pass* (14 % der Gesamtbevölkerung) aus mindestens 180 verschiedenen Ländern. Hinzu kommen noch zahlreiche Zugewanderte bzw. deren Familien, die die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, unter ihnen mehrere Tausend Aussiedler und Aussiedlerinnen aus Osteuropa oder Zentralasien. Die Verteilung der ausländischen Bevölkerung auf die verschiedenen Bezirke ist sehr unterschiedlich. Während in den Bezirken Mitte (27,7 %), Friedrichshain-Kreuzberg (22,5 %), Neukölln (21,8 %), Charlottenburg-Wilmersdorf (16,9 %) und Tempelhof-Schöneberg (15,1 %) überdurchschnittlich viele ausländische Staatsangehörige leben, sind in den Bezirken Pankow (6,5 %), Treptow-Köpenick (3,5 %) und Marzahn-Hellersdorf (3,6 %) eine unterdurchschnittliche Anzahl gemeldet<sup>1</sup>. In den Bezirken Lichtenberg-Hohenschönhausen und Marzahn-Hellersdorf sind jedoch größere Gruppen russischsprachiger Menschen konzentriert, die u. a. auf die Zuwanderung von Aussiedlern und Aussiedlerinnen zurückzuführen ist (Ohliger, Raiser 2005).

Oliver Razum stellt im Deutschen Ärzteblatt 2004 fest, dass Migranten „eine heterogene Gruppe (sind), die das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen stellt. Aus ihrem Minoritätenstatus und Migrationshintergrund können sich spezifische Gesundheitsrisiken ergeben. Dennoch sind Migranten nicht zwangsläufig häufiger krank als Deutsche. Die Sterblichkeit von Migranten der ersten Generation ist niedriger als die von Deutschen gleichen Alters und Geschlechts. Trotz dieses Mortalitätsvorteils fühlen sich Migranten aber häufiger gesundheitlich eingeschränkt. Auch ihr Zugang zur Gesundheitsversorgung ist oft schlechter als der der Allgemeinbevölkerung. Dies lässt sich hauptsächlich auf drei Ursachenkomplexe zurückführen: Kommunikationsprobleme, differierende Krankheitskonzepte und im Zusammenhang mit der Migration gemachte Erfahrungen. Zusammen stellen diese Faktoren eine oft schwer überwindbare Barriere dar. Es muss prioritäre Aufgabe des Gesundheitssystems sein, den *Zugang zur Versorgung* zu erleichtern. Hierbei sind eine aktive Mitwirkung der Migranten selbst sowie eine Förderung ihrer spezifischen Ressourcen wichtig. Die für eine angemessene gesundheitliche Versorgung von Migranten erforderlichen bevölkerungsbezogenen Daten fehlen bisher noch weitgehend...“ (Razum et al. 2004).

Damit beschreibt er treffend das Spannungsfeld und die besonderen Schwierigkeiten, die sich im Umgang mit dem Thema der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten ergeben und die auch für Berlin gelten. Viele dieser Anforderungen lassen sich nicht allein mit einer migrationssensiblen Ausrichtung des Gesundheitswesens bewältigen: schlechte soziale Lage, hohe Arbeitslosigkeit, ungenügende Deutschkenntnisse und geringe Bildungschancen sind alles Faktoren, die einer ressortübergreifenden Anstrengung bedürfen, gleichzeitig aber die *gesundheitliche Chancengleichheit* entscheidend beeinflussen können.

Die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit durch gleiche Zugangs- und Zugriffsmöglichkeiten auf alle Angebote des Gesundheitswesens kann daher, orientiert an der Definition des *Integrationskonzepts für Berlin*, „dass Einzelpersonen oder ganze Gruppen gleichberechtigte Möglichkeiten der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und der Artikulation ihrer Interessen erhalten

---

<sup>1</sup> Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.

und vor individueller und kollektiver Ausgrenzung geschützt werden.“ (Abgeordnetenhaus von Berlin 2005) als Beitrag zu einer gelungenen Integration verstanden werden. Ziel muss sein, dass im Gesundheitswesen auch für Menschen mit Migrationshintergrund eine Verteilung gesundheitlicher Belastungen vorliegt, die sich nicht vom Durchschnitt der Bevölkerung unterscheidet.

LGK-Arbeitsgruppe  
"Migration und Gesundheit" gab Empfehlungen für verschiedene Altersgruppen

Die *Landesgesundheitskonferenz Berlin (LGK)* war sich dieser Herausforderung bewusst und setzte die Arbeitsgruppe (AG) „Migration und Gesundheit“ als eine von drei Arbeitsgruppen ein. Diese Arbeitsgruppe legte der LGK am 12. Juni 2006 ein Papier mit Empfehlungen zu Schwerpunkten in der Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von der jeweiligen Altersgruppe vor. Insbesondere empfiehlt sie, den *Zeitpunkt rund um die Geburt künftig als besonderen Schwerpunkt für Maßnahmen der Gesundheitsförderung* zu wählen, und dabei vor allem die Problematik des Zugangs zu besonders schwer erreichbaren Familien zu beachten. Die Landesgesundheitskonferenz griff diese Empfehlung auf und erarbeitete ein Zielesystem zur *Entwicklung von Gesundheitszielen für die Zielgruppe Kinder in der Altersgruppe 0 - 6 Jahre unter besonderer Berücksichtigung sozialer Problemlagen* (vgl. auch Kapitel 7.1.1 Landesgesundheitskonferenz Berlin). Auch für die Gruppe junger Migrantinnen und Migranten in der Pubertät sieht die AG „Migration und Gesundheit“ zurzeit ein Defizit an geeigneten Angeboten. Sie empfiehlt daher, bei einer notwendigen Prioritätensetzung für diese Gruppe einen zweiten Schwerpunkt zu setzen.

besondere empfiehlt sie, den *Zeitpunkt rund um die Geburt künftig als besonderen Schwerpunkt für Maßnahmen der Gesundheitsförderung* zu wählen, und dabei vor allem die Problematik des Zugangs zu besonders schwer erreichbaren Familien zu beachten. Die Landesgesundheitskonferenz griff diese Empfehlung auf und erarbeitete ein Zielesystem zur *Entwicklung von Gesundheitszielen für die Zielgruppe Kinder in der Altersgruppe 0 - 6 Jahre unter besonderer Berücksichtigung sozialer Problemlagen* (vgl. auch Kapitel 7.1.1 Landesgesundheitskonferenz Berlin). Auch für die Gruppe junger Migrantinnen und Migranten in der Pubertät sieht die AG „Migration und Gesundheit“ zurzeit ein Defizit an geeigneten Angeboten. Sie empfiehlt daher, bei einer notwendigen Prioritätensetzung für diese Gruppe einen zweiten Schwerpunkt zu setzen.

Für alle Interventionsbereiche stellt sie fest: „Grundsätzlich gilt (...), dass Einzelthemen, wie z. B. Ernährung oder Bewegung, zwar als Einstieg gut geeignet sein können, dass aber für eine erfolgreiche Intervention stets die *Lebenswelten (die Kultur) der Zielgruppen* berücksichtigt werden müssen. Vorhandene Ressourcen müssen wahrgenommen und gestärkt werden. Erfahrungen zeigen, dass diese ressourcenorientierte Herangehensweise zu einer höheren Akzeptanz bei den Zielgruppen führt.“<sup>2</sup>.

Darüber hinaus erarbeitete die Arbeitsgruppe „Migration und Gesundheit“ der LGK ein Konzept zur Institutionalisierung und Finanzierung von Sprach- und Kulturmittlung<sup>3</sup> (siehe unten), das der Landesgesundheitskonferenz 2007 vorgelegt wurde, und beschäftigte sich mit den Anforderungen an eine migrantensensible Berichterstattung.

### Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

Wie aus den demographischen Daten ersichtlich ist, sind es vor allem die Innenstadtbezirke, die sich den besonderen Erfordernissen von Menschen mit Migrationshintergrund stellen müssen.

Im § 1 der Neufassung des Gesundheitsdienstgesetzes (GDG) vom 25.05.2006 wird für den ÖGD festgeschrieben, dass er „geschlechtsspezifische, behindertenspezifische und ethnisch-kulturelle Aspekte“ in seiner Arbeit zu berücksichtigen hat. Im Entwurf zu seinem Leitbild, auf das im GDG ebenfalls Bezug genommen wird, wird ausdrücklich festgestellt, dass der *ÖGD seine Angebote unter sozialkompensatorischen Kriterien* speziell an Menschen richtet, „die aus gesundheitlichen, sozialen, sprachlichen, kulturellen und finanziellen Gründen keinen ausreichenden Zugang zu den Hilfesystemen finden oder deren komplexer Hilfebedarf besondere Betreuung und Koordinierung erforderlich macht.“

Damit sind Menschen mit Migrationshintergrund sowohl explizit als auch aufgrund ihrer oben beschriebenen Zugehörigkeit zur Gruppe der sozial Benachteiligten als Zielgruppe des Handelns des

<sup>2</sup> Landesgesundheitskonferenz Berlin am 12. Juni 2006, AG2 „Migration und Gesundheit“: Bericht zu den Zielgruppen Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund.

<sup>3</sup> Landesgesundheitskonferenz Berlin am 13. Juni 2007, AG2 „Migration und Gesundheit“: Konzept zur Institutionalisierung und Finanzierung von Sprach- und Kulturmittlung, unter Berücksichtigung der Erfahrungen des Gemeindedolmetschdienstes insbesondere hinsichtlich der Qualitätssicherung (z.B. Vermittlungsqualität).

ÖGD benannt. Mit diesem sozialkompensatorischen Auftrag erhält der ÖGD eine zentrale Rolle in der *Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit* von Migrantinnen und Migranten. Dies gilt ganz besonders für den künftigen Fachbereich I (Kinder- und Jugendgesundheit) und den Fachbereich III (Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitshilfe für Erwachsene).

Neben der *Implementierung bzw. Weiterentwicklung der interkulturellen Öffnung* der Fachbereiche des ÖGD kann ein weiterer Umbau seiner Angebote hin zu aufsuchender Arbeit und die Vernetzung mit anderen Akteuren, vor allem auch den bestehenden Strukturen in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf für die Bewältigung dieser Aufgaben hilfreich sein, insbesondere aber sollten Migrantinnen und Migranten selbst frühzeitig in die Entwicklung geeigneter Angebote einbezogen werden. Zur interkulturellen Öffnung gehört auch die gezielte Einstellung von Personal mit Migrationshintergrund - soweit möglich - und die Aufnahme des Merkmals „interkulturelle Kompetenz“ in die Anforderungsprofile.

#### *Migrantensensible Gesundheitsberichterstattung*

Die *Gesundheitsberichterstattung* des Landes Berlin erfolgt grundsätzlich *geschlechts- und migrantensensibel*. Allerdings stehen dem einige Einschränkungen entgegen: zum einen wird nicht bei allen Datenquellen das Merkmal nichtdeutsch erhoben, zum anderen verliert das in der Regel verwendete Merkmal der Staatsangehörigkeit insbesondere durch die Änderung des Staatsangehörigkeitsgesetzes zunehmend an Aussagekraft. Dies berücksichtigt das 2001 eingeführte Landesverfahren „Einschulungsuntersuchung“, in dem es neben gesundheitsbezogenen Merkmalen auch solche zur sozialen Lage und dem Migrationshintergrund der Familie erfasst. Zentrale Auswertungsgesichtspunkte für alle erfassten gesundheitlichen Merkmale sind Differenzierungen nach Alter, Geschlecht, familiärem Migrationshintergrund (Herkunft, Sprachkenntnisse) und sozialer Lage der Familie sowie eine durchgehende sozialräumliche Betrachtungsweise der Resultate.

Als Mitglied der Landesgesundheitskonferenz ergriff die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz im ersten Halbjahr 2007 die Initiative für eine *Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung* und wird gemeinsam mit den Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Bezirke auf der Grundlage einer Bestandsaufnahme der bisherigen Datenpraxis Vorschläge für eine migrantensensible Datenerfassung in Berlin erarbeiten, die dann in die im Zuge der ÖGD-Reform notwendigen Anpassung der Statistiken des ÖGD einfließen werden. Es ist beabsichtigt, auf dieser Basis einen Mindestindikatorensatz zu entwickeln, und darauf aufbauend unter Einbeziehung der zuständigen Akteure in einem zweiten Schritt zu diskutieren, wie die Repräsentation von Menschen mit Migrationshintergrund in weiteren Datenquellen verbessert werden kann und welche flankierenden Maßnahmen (z. B. Initiativen auf Regional- oder Bundesebene) ggf. ergriffen werden müssen.

Migrationshintergrund soll über ÖGD in Gesundheitsberichterstattung einfließen

#### *Sprach- und Kulturmittlung*

Sprach- und Kulturmittlung ist ein wichtiges Instrument der interkulturellen Öffnung: Einrichtungen des Gesundheitswesens werden vor allem dann in Anspruch genommen, wenn Menschen krank sind oder wenn sie Beratung und Unterstützung in schwierigen Situationen brauchen. Schon allein aus dieser Konstellation heraus ist eine Begegnung mit den jeweiligen Dienstleistern auf gleicher Augenhöhe schwierig. Fehlende oder erschwerte sprachliche Verständigung verstärkt diese Tendenz noch. Eine *sprachliche und kulturelle Verständigung* ist daher gerade für Menschen mit Migrationshintergrund, die für Gesundheitsangebote schwer erreichbar sind, unumgänglich.

Bereits im Basisbericht 2005 (SenGesSozV 2006 a) wurde über die oft schwierige Verständigung mit nicht deutschsprachigen Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern berichtet (Schwerpunkt 7.1.12). Auch für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) gilt, dass ein Teil der Klientinnen und Klienten nicht über *deutsche Sprachkenntnisse* in ausreichendem Umfang verfügt. So wird z. B. in dem Spezial-

bericht 2006-1, der auf den *Einschulungsuntersuchungen* des Jahres 2004 beruht, von bis zu 15 % Kindern nichtdeutscher Herkunft berichtet, deren Sprachkenntnisse deutlich ungenügend sind (Bettge, Oberwöhrmann et al. 2006) Im Spezialbericht 2003-2 wird darüber hinaus dargestellt, dass auch bei den meisten Eltern dieser Kinder von sehr schlechten Deutschkenntnissen ausgegangen werden muss (Delekat 2003). Es muss daher davon ausgegangen werden, dass bei mindestens 15 % der Menschen mit Migrationshintergrund, die Angebote des ÖGD in Anspruch nehmen, eine Verständigung aus sprachlichen (und kulturellen) Gründen schwierig oder unmöglich ist.

Dieser Bedarf wird auf absehbare Zeit nicht allein durch Maßnahmen zur Verbesserung der deutschen Sprachkompetenz der Migrantinnen und Migranten oder durch die Unterstützung durch muttersprachliche Mitarbeiter/innen gedeckt werden können, zumal diese ja primär entsprechend ihrer Profession eingesetzt werden sollen. Es ist daher Unterstützung durch dafür eigens geschulte Sprach- und Kulturmittler notwendig.

LGK entwickelt Finanzierungskonzept für den Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern

In Einrichtungen des ÖGD wie auch in Krankenhäusern sind festangestellte Sprachmittler/innen nur an wenigen Stellen vorgesehen (z. B. in den künftigen Zentren für Sexuelle Gesundheit und Familienplanung) und angesichts des unterschiedlichen Bedarfs auch nicht immer sinnvoll. Für einen *flexiblen und bedarfsorientierten Einsatz von Sprach- und Kulturmittlung* sind daher ausreichende Honorarbudgets unumgänglich, die zurzeit jedoch fast nirgends vorhanden sind. Daher hat sich die Landesgesundheitskonferenz die Aufgabe gestellt, ein tragfähiges und nachhaltiges Finanzierungskonzept für den Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern sowohl in Krankenhäusern als auch im öffentlichen Gesundheitsdienst und bei Freien Trägern zu entwickeln. Das Konzept, das der Landesgesundheitskonferenz vorgelegt werden soll, beinhaltet einen ressortübergreifenden Ansatz (die Sprach- und Kulturmittler des *Gemeindedolmetschdienstes* werden bereits jetzt auch in Schulen, Kitas und im Sozialbereich eingesetzt), dessen zentraler Punkt die Einrichtung eines durch öffentliche Mittel finanzierten Vermittlungsdienstes ist. Daneben wird ein Bündel von Maßnahmen vorgeschlagen, die geeignet sind, einerseits für die Notwendigkeit einer angemessenen Kommunikation mit Menschen nichtdeutscher Herkunft zu sensibilisieren und andererseits die notwendigen strukturellen Bedingungen für die Finanzierung der Einsätze darzustellen.

Die Verständigung mit Migrantinnen und Migranten ist nicht auf sprachliche Kommunikation allein beschränkt. Dies zeigt auch die Praxis der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gemeindedolmetschdienstes, die bereits jetzt ihre Erfahrungen und Kenntnisse an Professionelle im Gesundheitsbereich weitergeben und so die Prozesse der interkulturellen Öffnung in diesen Bereichen unterstützen. Die Erfahrungen des Gemeindedolmetschdienstes im Rahmen der Qualitätssicherung der Einsätze geben zudem wichtige Hinweise auf erforderliche Standards und Qualifizierungsinhalte, die in diesem Tätigkeitsfeld zu berücksichtigen sind.

### *Ältere Migrantinnen und Migranten*

Ältere Migrantinnen und Migranten rücken erst langsam als eine Gruppe, die besonderer Aufmerksamkeit bedarf, in den Blickpunkt. Ihr Anteil an der Bevölkerung wächst schnell. Viele von ihnen haben lange Jahre mit der Erwartung gelebt, im Alter in ihre Heimat zurückzukehren. Inzwischen aber zeichnet sich immer mehr ab, dass ein Großteil von ihnen aus den unterschiedlichsten Gründen hier bleiben wird. Andere pendeln zwischen Deutschland und Herkunftsland. Die daraus resultierenden besonderen Anforderungen im Altenhilfesystem und mögliche Antworten darauf sind im Memorandum für eine *kultursensible Altenhilfe* (Arbeitskreis Charta 2002) niedergelegt.

Migrantinnen und Migranten, vor allem diejenigen, die als sogenannte „Gastarbeiter“ nach Berlin gekommen sind, haben häufig ein Leben hinter sich, das durch schwere körperliche Arbeit gekennzeichnet ist. Eine Folge davon sind Frühberentungen infolge von Verschleißerkrankungen und entsprechenden Belastungen im Alltag.

Große Herausforderungen für die gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten zeigen sich bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus, rheumatischen, onkologischen und Herz-Kreislaufkrankungen, sowie psychiatrische Erkrankungen (z.B. Depressionen). Neben der akuten Behandlung sind es hier vor allem die Vor- und Nachsorge, die oft noch unzureichend auf die Bedürfnisse dieser Zielgruppe ausgerichtet sind und daher von ihnen nicht im erwarteten Ausmaß angenommen werden. Daher müssen künftig die vorhandenen Strukturen, wie z. B. Integrierte Versorgungsformen und DMP (Disease Management Programme) auf Zugangswege bzw. Zugangslücken für Migrantinnen und Migranten geprüft werden. Auch Patientenschulungen sollten kulturadäquat und - wo erforderlich - muttersprachlich angeboten werden.