

GESUNDES



Bezirksamt
Neukölln



Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund in Neukölln 2018

Der Bericht wurde gestaltet mit Bildern eines Postkartenwettbewerbs zum Thema „Kinderrechte“. Unterstützt durch die Abteilung Jugend und Gesundheit des Bezirksamtes Neukölln rief das *Interkulturelle Zentrum für Mädchen und junge Frauen Szenenwechsel* den Wettbewerb ins Leben, in welchem sich Neuköllner Kinder kreativ mit den Inhalten der UN-Kinderrechtskonvention auseinandersetzten. Die Beschäftigung mit den eigenen Rechten sollte die Kinder zudem dazu anregen, auch sensibler für die Rechte anderer zu werden.

Aus den insgesamt 80 Kunstwerken der Kinder im Alter zwischen 5 – 18 Jahren wurden von einer Kinder- und Jugendjury schließlich 5 Gewinner ausgewählt. Diese Bilder wurden als Postkarten gedruckt und gemeinsam mit allen anderen Bildern im Rahmen einer Ausstellung im Rathaus Neukölln vorgestellt.

Das *Interkulturelle Zentrum für Mädchen und junge Frauen Szenenwechsel* ist eine offene Kinder- und Jugendeinrichtung, die sich an Neuköllner Mädchen und junge Frauen im Alter von 10 bis 27 Jahren wendet, unabhängig von sozialer Herkunft, religiöser Einstellung, Ethnizität oder körperlicher Beeinträchtigung.

Auf der Titelseite ist das Gewinnermotiv des Postkartenwettbewerbs abgebildet. Es thematisiert den Artikel 5 der UN-Kinderrechtskonvention: *Respektierung des Elternrechts*. Gemalt wurde es von Biserka.

Kontakt: *Szenenwechsel*
Interkulturelles Zentrum für Mädchen und junge Frauen
Donastr. 42, 12043 Berlin
Tel: (030) 6808 6841
E-Mail: team@szenenwechsel-berlin.de
Internet: www.szenenwechsel-berlin.de



Vorwort



Liebe Neuköllnerinnen und Neuköllner,
sehr geehrte Damen und Herren,

als Stadtrat für Jugend und Gesundheit liegt mir die Gesundheit aller Neuköllnerinnen und Neuköllner am Herzen. Auch wenn die gesundheitliche Versorgung in einer Großstadt wie Berlin selbst für europäische Verhältnisse beispielhaft ist, gibt es nach wie vor Menschen, die durch ihre Lebensumstände gesundheitlich benachteiligt sind. So gibt es auch bei uns Bevölkerungsgruppen, die besondere Gesundheitsrisiken haben oder einfach Hürden, die vielfältigen Angebote des Gesundheitssystems wahrzunehmen.

Um zu ergründen, ob das auch auf die große Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund in unserem Bezirk zutrifft, wurde der vorliegende Bericht verfasst. Er untersucht, wie es Menschen, die selbst oder deren Familien aus einem anderen Land zu uns gekommen sind, gesundheitlich geht und was die Gründe dafür sind. Dabei schaut der Bericht auch deutlich über die Grenzen des Bezirks hinaus. Er zeigt, wie sprachliche Probleme, kulturelle Unsicherheiten und mangelnde Orientierung zu einer Barriere in der gesundheitlichen Versorgung werden können und diskutiert, wie man dem begegnen kann.

Hier sind wir jedoch nicht nur als Bezirk gefragt! Gerade durch die hohe Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund gibt es bereits eine steigende Zahl von gesundheitlichen Angeboten in Neukölln, die speziell auf die besonderen Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe ausgerichtet sind. Vor allem in Anbetracht der starken Zuwanderung in den letzten Jahren, muss die chancengleiche gesundheitliche Versorgung von Familien anderer Herkunft ein gesamtpolitisches Ziel sein – unabhängig davon, ob sie erst kurz oder bereits seit vielen Jahrzehnten in Deutschland leben. Hier möchte Neukölln mit seinen Herausforderungen und Erfahrungen einen erneuten Anstoß liefern!

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre zu einem Thema, das noch immer zu wenige Beachtung findet, uns jedoch zunehmend betrifft und dem wir letztendlich nur gemeinsam begegnen können!

Ihr Falko Liecke

Stadtrat für Jugend und Gesundheit



Bezirksamt Neukölln von Berlin,
Abteilung Jugend und Gesundheit
Karl-Marx-Straße 83, 12040 Berlin

Internet: www.jugend-neukoelln.de | www.gesundheitsamt-neukoelln.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	3
Inhaltsverzeichnis	4
Einleitung	6
Definitionen	7
Ausländer	7
Migrationshintergrund	7
Menschen mit Migrationshintergrund in Neukölln.....	9
Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund.....	9
Eigene Migrationserfahrung.....	9
Altersverteilung	10
Herkunft.....	10
Räumliche Verteilung	11
Soziale Lage der Menschen mit Migrationshintergrund	12
Bildung.....	12
Erwerbslosigkeit	13
Abhängigkeit von Transferleistungen	13
Armutgefährdung.....	14
Zusammenfassung.....	15
Gesundheitsverhalten.....	16
Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen	16
Übergewicht	17
Rauchgewohnheiten.....	18
Alkoholkonsum	18
Konsum illegaler Drogen und anderer Suchterkrankungen.....	19
Zusammenfassung.....	19
Sterblichkeit	20
Methodische Vorbemerkungen	20
Sterblichkeit insgesamt.....	21
Sterblichkeit nach Todesursachen	22
Zusammenfassung.....	25
Säuglingssterblichkeit	27
Zusammenhang mit dem Migrationshintergrund	27
Säuglingssterblichkeit in Neukölln	28
Zusammenfassung.....	30
Gesundheitliche Entwicklung von Kindern	31
Zusammenfassung.....	33
Psychische Störungen	34
Zusammenhang und Datenverfügbarkeit.....	34
Ausgewählte psychische Störungen	35
Psychische Störungen bei Schutzsuchenden	36
Psychische Störungen und Migrationshintergrund in Neukölln	37
Zusammenfassung.....	38
Infektionserkrankungen.....	39
Zusammenhang und Datenverfügbarkeit.....	39
Tuberkulose	39

Tuberkulose in Neukölln	41
HIV/AIDS	41
Weitere Infektionserkrankungen	42
Zusammenfassung	42
Menschen mit Behinderung	43
Zusammenhang und Datenverfügbarkeit	43
Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund in Neukölln	43
Exkurs: Verwandten-Ehen und mögliche gesundheitliche Auswirkungen	45
Zusammenfassung	46
Pflegerische Versorgung	48
Inanspruchnahme und Herausforderungen	48
Pflegerische Versorgung und Migrationshintergrund in Neukölln	49
Zusammenfassung	51
Schutzsuchende	52
Definition	52
Soziale Lage	53
Gesundheitliche Lage	54
Rechtliche Grundlagen der gesundheitlichen Versorgung	55
Beispiel: Psychotherapie	56
Die gesundheitliche Lage Schutzsuchender in Neukölln	57
Zusammenfassung	58
Barrieren im deutschen Gesundheitssystem	59
Orientierung im Gesundheitssystem	59
Kommunikation	60
Exkurs: Das Problem der Sprachmittlung in der Praxis	61
Religiöse Grundpflichten	61
Zusammenfassung	62
Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	63
Soziale Lage der Menschen mit Migrationshintergrund	63
Gesundheitsverhalten	63
Sterblichkeit	63
Säuglingssterblichkeit	64
Gesundheitliche Entwicklung von Kindern	64
Psychische Störungen	65
Infektionserkrankungen	65
Menschen mit Behinderung	65
Pflegerische Versorgung	66
Schutzsuchende	66
Barrieren im deutschen Gesundheitssystem	67
Handlungsbedarf	68
Orientierung im Gesundheitssystem	68
Information	68
Beratung und Vermittlung	69
Begleitung	70
Sprachmittlung	71
Aufklärung über Gesundheitsrisiken	71
Interkulturelle Öffnung	72
Forschung und Partizipation	74
Selbsthilfe	75
Zusammenfassung der wichtigsten Handlungsfelder in Neukölln	76
Wichtige Adressen	77
Allgemeine Informationen zu Gesundheit und zum Gesundheitssystem	77
Beratungs- und Behandlungsstellen zum Thema Gesundheit	78
Beratungen für Menschen in psychischen oder familiären Problemlagen	79
Beratungen zu migrationsbezogenen Themen	80
Selbsthilfe	81
Impressum	82

Einleitung

Um die gesundheitliche Lage der Menschen in Neukölln beurteilen und verbessern zu können, ist es sinnvoll, die besondere gesundheitliche Situation auch einzelner Bevölkerungsgruppen näher zu betrachten. Der Lebensstil, besondere Risiko- und Schutzfaktoren, die soziale Situation oder auch die Möglichkeiten, die Angebote des Gesundheitssystems in ausreichendem Maße nutzen zu können, sind wichtige Faktoren, die die Gesundheit einer Bevölkerungsgruppe bestimmen.

Für den Bezirk Neukölln in diesem Zusammenhang besonders relevant ist die Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund. Nahezu die Hälfte der Menschen in Neukölln weist eine Herkunft in einem anderen Land auf – ein Anteil, der unter den Kindern des Bezirks nochmal deutlich höher liegt. Besonderheiten bedingt durch die kulturelle Herkunft oder Religion, der Umgang mit der Migrationsgeschichte, gesundheitliche Risiken im Herkunftsland – aber vor allem, wie gut die Familien in der deutschen Gesellschaft angekommen sind und sich zurechtfinden – können die Gesundheit und die Bewältigung von Erkrankungen beeinflussen. Insbesondere Barrieren der sprachlichen Verständigung, Unsicherheiten, Angst vor mangelnder Akzeptanz, eine unzureichende Orientierung im Gesundheitssystem und Unwissenheit darüber, welche Leistungen überhaupt in Anspruch genommen werden können, beeinträchtigen die medizinische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund.

Inwiefern sich das auf die gesundheitliche Lage dieser Bevölkerungsgruppe im Bezirk Neukölln auswirkt, soll der vorliegende Bericht näher untersuchen. Zur Bearbeitung dieser Aufgabe sieht er sich jedoch mit einigen Herausforderungen konfrontiert, die in erster Linie in der dünnen Datenlage begründet liegen. Zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund gibt es auch heute noch nur wenige und schwer mit der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund vergleichbare Zahlen. Vor allem variierende Definitionen von Migrationshintergrund, wenig bezirksbezogene Daten, lückenhafte Statistiken zur Sterblichkeit, selektive Einwanderung, eine unterrepräsentierte Teilnahme an Studien und Umfragen sowie im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund abweichende Altersverteilung, Sozillage und Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen erschweren die Interpretation der Ergebnisse.

Hinzu kommt, dass die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund in sich sehr heterogen ist. Für die Gesundheit, die Risikofaktoren und die Möglichkeit, die Angebote des Gesundheitssystems adäquat nutzen zu können, kann wesentlich von Bedeutung sein, wie lange eine Person bereits in Deutschland lebt, welcher Zuwanderergeneration sie angehört, wie gut die Integration gelungen und Verständigung in deutscher Sprache möglich ist. Trotz eines familiären Migrationshintergrundes können sich die Kinder und Enkel der Zugewanderten inzwischen so gut an die neue Gesellschaft angepasst haben, dass kaum noch Unterschiede zu deutschen Altersgenossen bestehen. Aber auch das Alter und das Geschlecht einer Person, welche kulturelle und religiöse Herkunft die Familie besitzt und ob es sich um einen traumatisierten Geflüchteten oder ebenfalls um einen EU-Bürger handelt, können wichtige Faktoren sein, die eigene gesundheitliche Risikofaktoren und Chancen beschreiben.

Für den vorliegenden Bericht, der die besonderen Hürden, Bedürfnisse und Risiken herausarbeiten und – sofern möglich – speziell für den Bezirk Neukölln darstellen möchte, soll jedoch eine allgemeine Betrachtung genügen. Ziel ist es, für die möglichen Besonderheiten in der gesundheitlichen Lage sowie in der medizinischen Versorgung zu sensibilisieren, Problemlagen aufzuzeigen und Handlungsempfehlungen auszusprechen.

Definitionen

Um die besondere Lage einer bestimmten Bevölkerungsgruppe betrachten zu können, muss sie zunächst eingegrenzt werden. Damit wird Klarheit darüber hergestellt, wer dazugehört und wer nicht. Bei der Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund ist das jedoch mit einigen Herausforderungen verbunden. In der Vergangenheit wurde an dieser Stelle oft die Definition des „Ausländers“ genutzt, die durch ihre Orientierung an der Staatsangehörigkeit klar umrissen ist. Sie erfasst das Phänomen der Zuwanderung jedoch nur ungenügend, da eine deutsche Staatsangehörigkeit allein noch nichts über die familiäre Zuwanderungsgeschichte und möglicherweise daraus folgenden Integrationsbedarf aussagt. Aus diesem Grund wurde der Begriff „Migrationshintergrund“ eingeführt, welcher zusätzlich auch die Herkunft bzw. die Herkunft der Eltern berücksichtigt. Bisher existiert jedoch keine einheitliche Definition dazu, wann genau ein Migrationshintergrund vorliegt. Die zwischen verschiedenen Statistiken variierende Erfassung basiert meist auf der unterschiedlichen Datenverfügbarkeit zur Beschreibung des Migrationshintergrundes. Das kann die Vergleichbarkeit deutlich einschränken und muss demnach in der Interpretation immer mitberücksichtigt werden.

Auch der vorliegende Bericht wird auf Statistiken verschiedener Quellen zurückgreifen, die zum Teil in der Erfassung des Migrationshintergrundes voneinander abweichen. Zudem kann nicht zu jeder Quelle zurückverfolgt werden, wie die Zuordnung genau erfolgt ist. In sozialen und medizinischen Statistiken werden jedoch meist die nachstehend erläuterten Definitionen „mit Migrationshintergrund“ und „Ausländer“ bzw. „ohne deutsche Staatsangehörigkeit“ genutzt. In selteneren Fällen, wie in Statistiken von Schulen oder Pflegeeinrichtungen, wird die Herkunft über die Sprache erfasst.

Ausländer = Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit

Der ausländische Status orientiert sich an der Staatsangehörigkeit und ist klar definiert. Demnach werden alle Personen mit ausschließlich ausländischer oder ungeklärter Staatsangehörigkeit sowie Staatenlose als **Ausländer** verstanden. Mitglieder von diplomatischen Missionen und konsularischen Vertretungen sowie deren Familienangehörige werden nicht erfasst und haben auch keine Meldepflicht.

Als **Deutsche** werden entsprechend alle Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit definiert – sowie Personen, die gemäß Artikel 116 Abs.1 des Grundgesetzes den Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit gleichgestellt sind, z.B.: Vertriebene und Flüchtlinge deutscher Volkszugehörigkeit. Personen, die neben der deutschen noch eine weitere Staatsangehörigkeit haben, gelten ebenfalls als Deutsche.¹

Migrationshintergrund = eigene Zuwanderung oder Zuwanderung der Eltern

Definition des Mikrozensus²

Die Definition des Migrationshintergrundes im Mikrozensus basiert auf den bundesweiten Richtlinien der amtlichen Statistik und lautet wie folgt: Zu den Personen mit Migrationshintergrund gehören

1. zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländerinnen und Ausländer;
2. zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte;

¹ AfS Berlin-Brandenburg, Einwohnerregisterstatistik Berlin.

² Quelle: AfS Berlin-Brandenburg, Mikrozensus.

3. (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler;
4. mit deutscher Staatsangehörigkeit geborene Nachkommen der drei zuvor genannten Gruppen – auch wenn nur ein Elternteil die Bedingungen erfüllt.

Der Migrationshintergrund, der sich allein aus dem Migrationsstatus der Eltern ergibt, wird im Mikrozensus in der Regel nur für Personen erfasst, die mit zumindest einem Elternteil, der zugewandert ist oder als Ausländer in Deutschland geboren wurde, auch im selben Haushalt leben.

Die Vertriebenen des Zweiten Weltkrieges und ihre Nachkommen gehören nicht zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund, da sie selbst und ihre Eltern mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren sind.

Definition des Einwohnermelderegisters ³

Die Definition des Migrationshintergrundes im Einwohnermelderegister orientiert sich ebenfalls an den bundesweiten Richtlinien der amtlichen Statistik – wird jedoch den Möglichkeiten der Merkmalsauswahl des Melderegisters angepasst (Berliner Verfahren). Danach werden Personen mit Migrationshintergrund wie folgt definiert:

1. Ausländerinnen und Ausländer
2. Deutsche, wenn eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:
 - Geburtsland außerhalb Deutschlands;
 - mit 2. Staatsangehörigkeit;
 - mit Einbürgerungskennzeichen;
 - mit Optionskennzeichen, d.h. im Inland geborene Kinder ausländischer Eltern erhalten seit dem 1. Januar 2000 unter den in § 4 Absatz 3 des Staatsangehörigkeitsgesetzes (StAG) genannten Voraussetzungen zunächst die deutsche Staatsangehörigkeit (Optionsregelung)
 - im Alter unter 18 Jahren ohne eigene Migrationsmerkmale aber mit Geburtsland außerhalb Deutschlands oder mit Einbürgerungskennzeichen zumindest eines Elternteils, wenn die Person an der Adresse der Eltern/des Elternteils gemeldet ist.

Definition der Einschulungsuntersuchungen ⁴

Maßgeblich für die Zuordnung eines Migrationshintergrundes bei den Einschulungsuntersuchungen sind der Geburtsort des Kindes sowie der Geburtsort und die Staatsangehörigkeit der Eltern. Zudem wird in *einseitigen* und *beidseitigen* Migrationshintergrund unterschieden:

Beidseitiger Migrationshintergrund

- Beide Eltern sind entweder nicht in Deutschland geboren und/oder haben eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit **oder**
- ein Elternteil und das Kind selbst wurden nicht in Deutschland geboren.

Einseitiger Migrationshintergrund

- Lediglich ein Elternteil ist nicht in Deutschland geboren und/oder besitzt eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit.

³ AfS Berlin-Brandenburg, Einwohnerregisterstatistik Berlin.

⁴ Bettge, S., Oberwöhrmann, S. (2016). Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2015. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin.

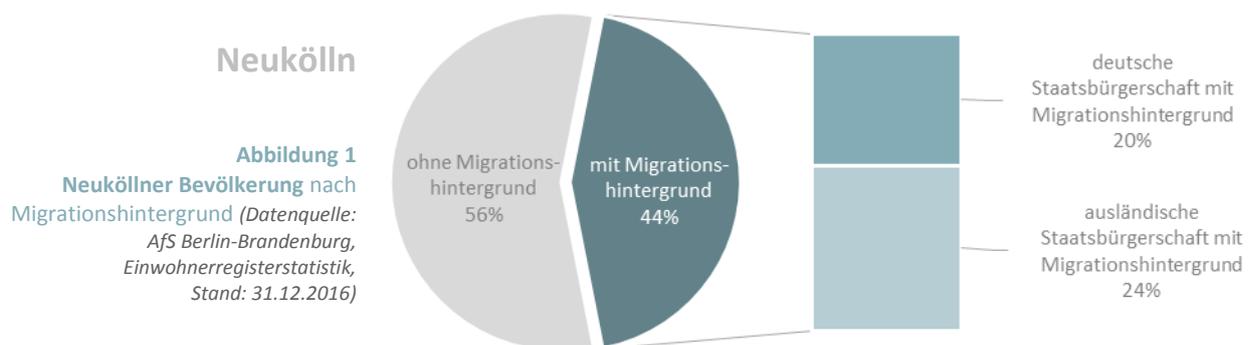
Menschen mit Migrationshintergrund in Neukölln

Wenn wir von Menschen mit Migrationshintergrund sprechen, meinen wir eine Bevölkerungsgruppe, die in sich sehr heterogen ist. So unterscheiden sich die Menschen nicht nur anhand ihrer Herkunft – sondern auch durch ihr Alter, ihr Geschlecht, ihre Bildung, ihren Sozialstatus, ihre Deutschkenntnisse, wie lange sie schon in Deutschland leben bzw. wie gut sie in die deutsche Gesellschaft integriert sind. All das kann sich auf die Gesundheit der Menschen auswirken. Einen wichtigen Einflussfaktor stellt auch die rechtliche Situation der Menschen dar. Dazu gehört zum Beispiel, ob die deutsche Staatsangehörigkeit, die Staatsangehörigkeit eines anderen EU-Landes oder ein möglicherweise unsicherer Aufenthaltsstatus vorliegt.

Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund

44% der Neuköllner Einwohnerinnen und Einwohner haben einen Migrationshintergrund. Damit weisen 143.621 Menschen im Bezirk – oder deren Eltern – eine Migrationsgeschichte auf. Annähernd die Hälfte dieser Menschen verfügt jedoch inzwischen über die deutsche Staatsangehörigkeit und ist damit der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund rechtlich gleichgestellt.

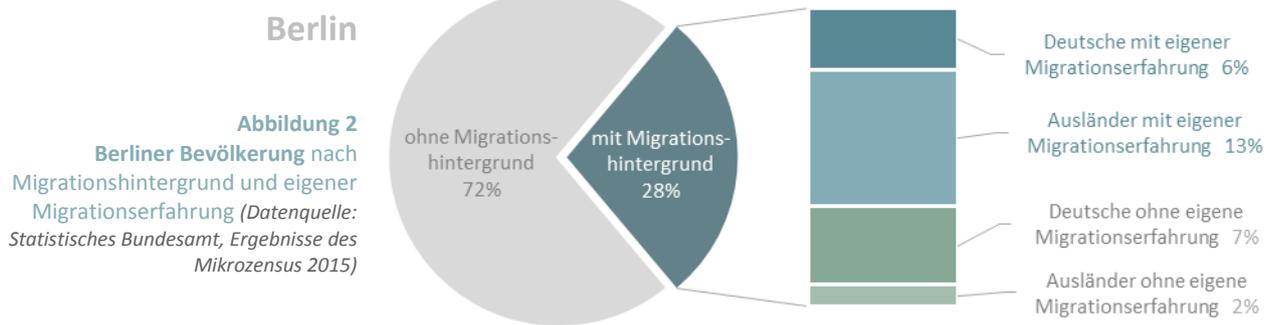
Neukölln gehört gemeinsam mit dem Bezirk Mitte zu den Berliner Bezirken mit dem höchsten Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund. Der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in Neukölln zeigt eine steigende Tendenz – mit einem Anstieg um 13% in den letzten 10 Jahren.⁵



Eigene Migrationserfahrung

Eine Person besitzt einen Migrationshintergrund, wenn entweder sie selbst im Ausland geboren wurde und nach Deutschland zugewandert ist – oder eines der Elternteile. Von der heute in Berlin lebenden Bevölkerung mit Migrationshintergrund haben etwa 2/3 eine eigene Migrationserfahrung – bei dem übrigen Drittel ergibt sich der Migrationshintergrund nur aus der kulturellen Herkunft der Eltern. In diesem Zusammenhang wird auch oft auf die Formulierung „Zuwanderer 1. Generation“ oder „Zuwanderer 2. Generation“ zurückgegriffen. Erwartungsgemäß verfügt in der 2. Zuwanderergeneration schon ein Großteil der Menschen über eine deutsche Staatsangehörigkeit (**Abbildung 2**).

⁵ Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in Neukölln: 38,8% im Jahr 2007 und 43,9% im Jahr 2016. (Quelle: Afs Berlin-Brandenburg, Einwohnerregisterstatistik)



Altersverteilung

Der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in Neukölln variiert zwischen den Altersgruppen. So beträgt der Anteil bei Kindern unter 18 Jahren nahezu 70% – wohingegen unter den Einwohnerinnen und Einwohnern ab einem Alter von 65 Jahren nur noch 13% einen Migrationshintergrund aufweisen. Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland ist im Schnitt deutlich jünger. Das zeigt sich an einem sehr viel größeren Anteil an Kindern, jungen Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 45 Jahren – sowie durch einen vergleichsweise geringen Anteil an älteren Menschen (**Abbildung 4** und **Abbildung 5**). Die Ursachen dafür liegen unter anderem an der kulturellen Bedeutung der Familie, einer größeren Geburtenstärke, als auch der zunehmenden Zuwanderung nach Deutschland vor erst 50 bis 60 Jahren.

Abbildung 3
Altersverteilung der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund in Neukölln (Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, Einwohnerregisterstatistik, Stand: 31.12.2016)

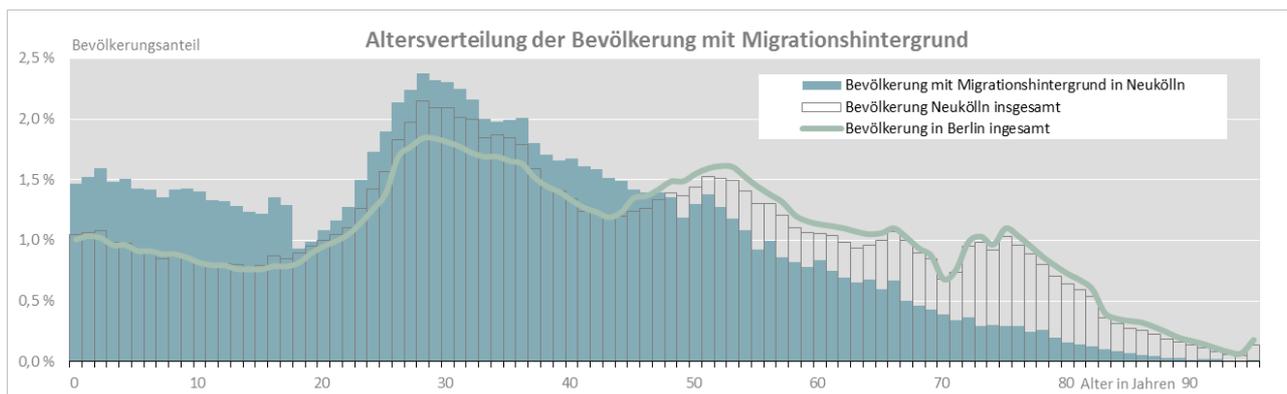
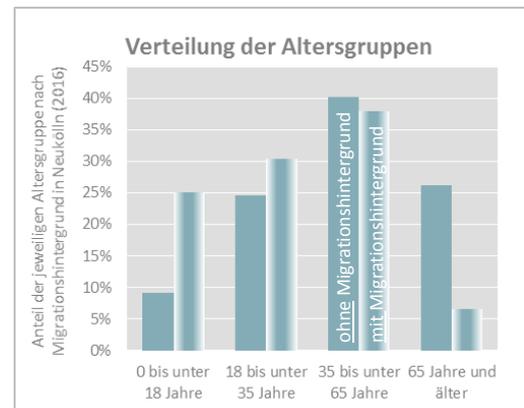


Abbildung 4 Altersverteilung der Einwohnerinnen und Einwohner mit Migrationshintergrund in Neukölln im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, Einwohnerregisterstatistik, Stand: 31.12.2016)

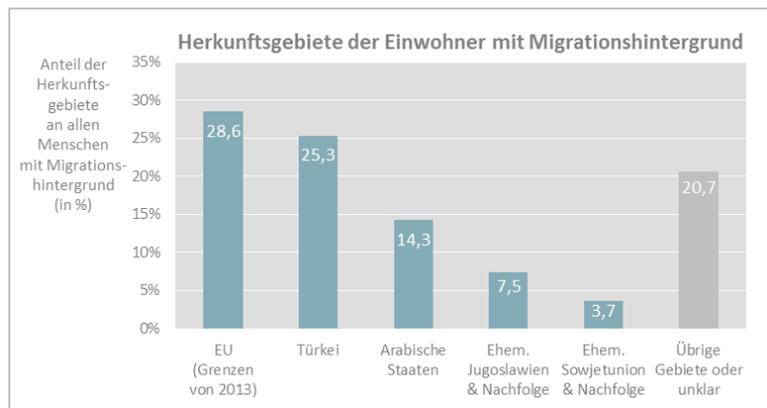
Herkunft

Die Herkunft verweist auf das Ursprungsland der eigenen bzw. familiären Zuwanderungsgeschichte. Damit lässt sie Rückschlüsse auf die möglichen kulturellen Einflüsse zu, die den Migrationshintergrund ausmachen. Bei Ausländern wird die Herkunft aus der Staatsangehörigkeit abgeleitet und bei Deutschen mit Migrationshintergrund aus dem Geburtsland oder der zweiten Staatsangehörigkeit. Bei Personen unter 18 Jahren zählt das Geburtsland oder die Staatsangehörigkeit der Eltern bzw. des Elternteils, bei

denen sie gemeldet sind.⁶ Die so zugeordneten Herkunftsstaaten werden dann regional gruppiert und so zu Herkunftsgebieten⁷ zusammengefasst.

Nach dieser Einteilung stammen fast 29% und damit die meisten Menschen mit Migrationshintergrund in Neukölln aus Staaten der EU – und davon mit Abstand die meisten Zuwanderer aus dem Nachbarland Polen (**Abbildung 5**). Dem folgen die EU-Länder Italien, Bulgarien und Rumänien. Etwa 25% der Menschen mit Migrationshintergrund in Neukölln stammen aus der Türkei, womit die Türkei das wichtigste Einwanderungsland des Bezirks darstellt. Eine arabische Herkunft haben 15% der Einwohnerinnen und Einwohner mit Migrationshintergrund und rund 8% haben ihren familiären Ursprung in einem Land des ehemaligen Jugoslawien. Die Anteile von Mensch mit einem türkischen, arabischen oder jugoslawischen Hintergrund sind dabei so hoch wie in keinem anderen Berliner Bezirk.

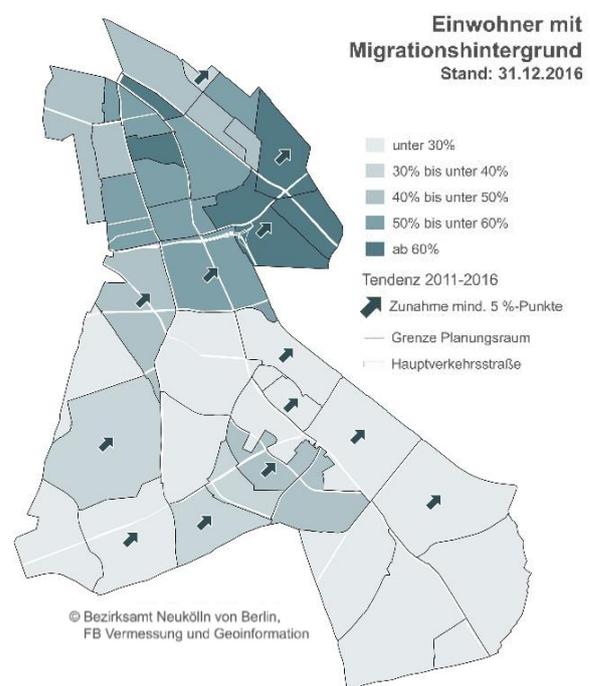
Abbildung 5
Anteil der Herkunftsgebiete bei den Einwohnerinnen und Einwohner mit Migrationshintergrund in Neukölln
(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, Einwohnerregisterstatistik, Stand: 31.12.2016)



Räumliche Verteilung

Ein Großteil der Neuköllnerinnen und Neuköllner mit Migrationshintergrund wohnt im Norden des Bezirks. In den Planungsräumen Weiße Siedlung, Schulenburgpark, Gewerbegebiet Köllnische Heide und Rollberg ist dieser Anteil mit 65 - 70% besonders hoch. Gleichzeitig handelt es sich bei diesen Planungsräumen um Kieze, in denen besonders viele Menschen in schwierigen sozialen Verhältnissen leben. Nur etwa 20% beträgt der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in den südlichen, zum Teil an Brandenburg angrenzenden Planungsräumen Zittauer Straße, Alt-Rudow, Waßmannsdorfer Chaussee, Waltersdorfer Chaussee Ost und Buckow Mitte.

Der Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund nimmt im ganzen Bezirk zu – verhältnismäßig stark jedoch auch in den mittleren und südlichen Planungsräumen. Dazu gehören vor allem Buschkrugallee Nord, Buckow Ost und Blumenviertel.



⁶ Definition des AfS Berlin-Brandenburg, Einwohnerregisterstatistik Berlin.

⁷ Die regionale Gruppierung der Staatsangehörigkeiten zu den Herkunftsgebieten geschieht wie folgt:

EU (in den Grenzen von 2013): Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden, Spanien, Vereinigtes Königreich, Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Ungarn, Zypern (griechischer Teil), Bulgarien, Rumänien, Kroatien

Ehem. Jugoslawien und Nachfolgestaaten: Bosnien u. Herzegowina, Mazedonien, Montenegro, Serbien, ehemaliges Jugoslawien
Ehem. Sowjetunion und Nachfolgestaaten: Armenien, Aserbaidschan, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Moldau, Russische Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan, Weißrussland, ehemalige Sowjetunion

Arabische Staaten (d.h. Mitglieder der Arabischen Liga): Ägypten, Algerien, Bahrain, Dschibuti, Irak, Jemen, Ehemalige Demokr. Volksrepublik Jemen, Jordanien, Katar, Komoren, Kuwait, Libanon, Libyen, Marokko, Mauretanien, Oman, Palästinensische Gebiete, Saudi-Arabien, Somalia, Sudan, Syrien, Tunesien, Vereinigte Arabische Emirate.

Soziale Lage der Menschen mit Migrationshintergrund

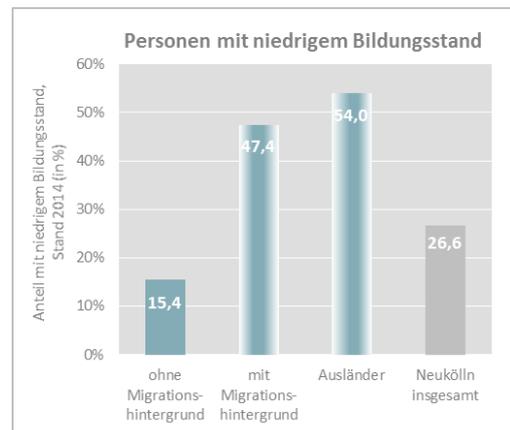
	Ohne Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund	Ausländer	Neukölln insgesamt
Niedriger Bildungsstand (2014)	15,4%	47,4%	54,0%	26,6%
Erwerbslosigkeit (2016)	7,4%	20,5%	24,9%	12,4%
Abhängigkeit von Transferleistungen (2016)	13,9%	41,0%	47,6%	26,6%
Armutsgefährdung (2016)	16,7%	40,0%	43,0%	26,8%

Tabelle 1 Übersicht über die nachfolgend beschriebenen Indikatoren zur sozialen Lage der Bevölkerung in Neukölln nach Migrationshintergrund
 Datenquellen: AfS Berlin-Brandenburg; Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie

Bildung

Fast jeder zweite Neuköllner oder Neuköllnerin mit Migrationshintergrund hat einen niedrigen Bildungsstand (**Abbildung 6**). Dazu zählen Personen, die älter als 25 Jahre sind – aber keine berufliche Ausbildung, sondern nur einen Haupt-/Realschulabschluss oder gar keinen Schulabschluss haben.⁸ Damit ist dieser Anteil 3-mal höher als in der Neuköllner Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Bei Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit ist der Anteil mit einem niedrigen Bildungsstand sogar noch größer.

Abbildung 6
 Bevölkerungsanteil mit niedrigem Bildungsstand nach Migrationshintergrund und Staatsangehörigkeit in Neukölln
 (Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg)



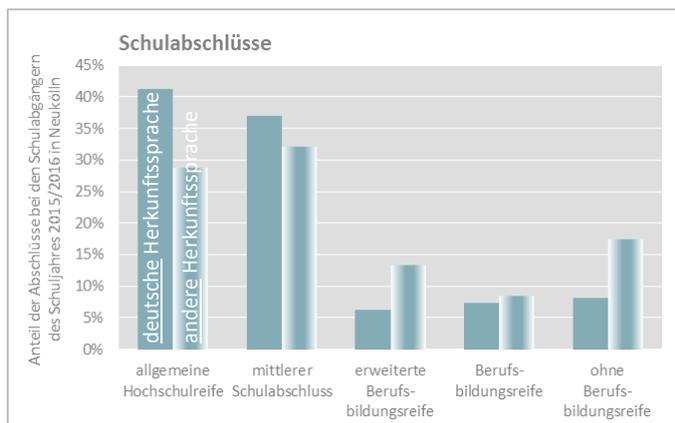
Erwähnenswert ist zudem, dass der Anteil mit geringer Bildung unter der Neuköllner Bevölkerung mit Migrationshintergrund bzw. ohne deutsche Staatsangehörigkeit sehr viel höher ist als bei Menschen dieser Einwohnergruppen im Berliner Durchschnitt.

Diese Zahlen sind jedoch nicht allein darauf zurückzuführen, dass zugewanderte Menschen im Schnitt einen geringeren Bildungsstand besitzen. Auch Schülerinnen und Schüler, die zwar eine andere Herkunftssprache haben, aber hier zur Schule gehen, machen deutlich seltener Abitur oder einen mittleren Schulabschluss (**Abbildung 7**). Sehr viel häufiger als ihre Mitschüler beenden sie die Schule nach der 10. Klasse mit der (erweiterten) Berufsbildungsreife. Besorgniserregend ist, dass 17% der Schülerinnen und Schüler mit nicht-deutscher Herkunftssprache, die heute in Neukölln von der Schule abgehen, nicht einmal die Berufsbildungsreife erreichen. Damit ist der Anteil ohne Schulabschluss

⁸ Definiert anhand der ISCED 97-Kriterien (Internationale Standardklassifikation des Bildungswesens): Zu den Personen mit niedrigem Bildungsstand gehören Menschen über 25 Jahren mit weder allgemeinem noch beruflichem Abschluss (ISCED 0+1) oder Haupt-/Realschulabschluss ohne berufl. Abschluss oder Haupt-/Realschulabschluss mit Anlernausbildung, berufl. Praktikum oder Berufsvorbereitungsjahr oder ohne allg. Schulabschluss aber mit Anlernausbildung, berufl. Praktikum oder Berufsvorbereitungsjahr (ISCED 2).

doppelt so hoch wie bei Schülerinnen und Schülern mit deutscher Herkunftssprache – und sogar höher als bei Schulabgängern nicht-deutscher Herkunftssprache im Berliner Durchschnitt.⁹

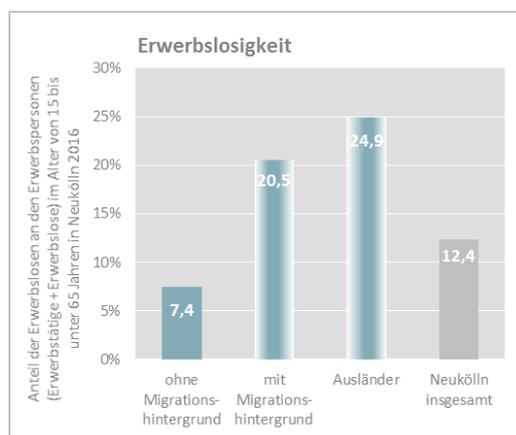
Abbildung 7
Abschlüsse des Schuljahres 2015/2016 in Neukölln nach Herkunftssprache der Schüler
(Datenquelle: Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie; Berechnung: BA Neukölln)



Erwerbslosigkeit

Jeder fünfte Neuköllner oder Neuköllnerin mit Migrationshintergrund ist erwerbslos.¹⁰ Damit ist der Anteil der Personen zwischen 15 und 65 Jahren, die erwerbsfähig sind, aber keine Arbeit haben, in dieser Bevölkerungsgruppe 3-mal höher als bei Menschen ohne Migrationshintergrund in Neukölln (**Abbildung 8**). Unter den Einwohnerinnen und Einwohnern ist sogar jeder vierte Erwerbsfähige von Arbeitslosigkeit betroffen.

Abbildung 8
Erwerbslosigkeit in Neukölln nach Migrationshintergrund und Staatsangehörigkeit
(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg)



Zudem zeigen die Menschen mit Migrationshintergrund bzw. nicht-deutscher Staatsangehörigkeit in Neukölln eine bis zu 50% höhere Erwerbslosigkeit als die Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Berliner Durchschnitt und damit eine sehr viel schwierigere soziale Lage als in anderen Bezirken.

Abhängigkeit von Transferleistungen

Die hohe Erwerbslosigkeit in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund spiegelt sich auch in der starken Abhängigkeit von Transferleistungen (**Abbildung 9**). 41% der Neuköllner und Neuköllnerinnen unter 65 Jahren mit Migrationshintergrund leben in Familien, die zur Sicherung des Lebensunterhalts auf

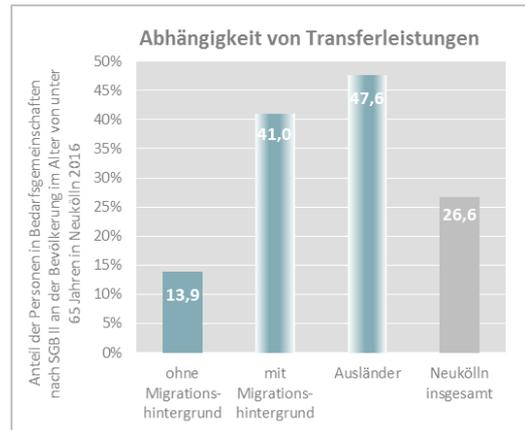
⁹ **Allgemeine Hochschulreife** = Abitur; **Mittlerer Schulabschluss** (MSA) = nach der 10. Klasse, Mindestanforderungen in den Jahrgangsnoten und gemeinsame Prüfung für eBBR und MSA, Qualifizierung zum Besuch der gymnasialen Oberstufe; **Erweiterte Berufsbildungsreife** (eBBR) = nach der 10. Klasse, Mindestanforderungen in den Jahrgangsnoten und gemeinsame Prüfung für eBBR und MSA; **Berufsbildungsreife** (BBR) = nach der 9. oder 10. Klasse, keine Prüfung - aber Teilnahme an vergleichenden Arbeiten und Mindestanforderungen in den Jahrgangsnoten; **Ohne Berufsbildungsreife** = keiner der genannten Schulabschlüsse.

¹⁰ Anteil der Erwerbslosen an allen Erwerbspersonen (Erwerbstätige + Erwerbslose) im Alter von 15 bis unter 65 Jahren. Zu den **Erwerbstätigen** zählen alle Personen im Alter von 15 und mehr Jahren, die wenigstens 1 Stunde für Lohn oder sonstiges Entgelt irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachgehen bzw. in einem Arbeitsverhältnis stehen (einschl. Soldaten und Soldatinnen sowie mithelfende Familienangehörige), selbstständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen Freien Beruf ausüben. Personen mit einer „geringfügigen Beschäftigung“ gelten ebenso als erwerbstätig. Zu den **Erwerbslosen** zählen alle Personen ohne Erwerbstätigkeit, die sich in den letzten 4 Wochen aktiv um eine Arbeitsstelle bemüht haben und sofort, d.h. innerhalb von 2 Wochen, für die Aufnahme einer Tätigkeit zur Verfügung stehen, unabhängig davon, ob sie beim Arbeitsamt als Arbeitslose gemeldet sind.

staatliche Hilfen nach SGB II (*Hartz IV*) angewiesen sind.¹¹ Unter den Einwohnerinnen und Einwohnern mit ausländischer Staatsangehörigkeit trifft das schon auf nahezu jeden Zweiten zu!

Auch bezüglich der Abhängigkeit von Transferleistungen liegt der Anteil der betroffenen Menschen mit Migrationshintergrund 50% höher als im Durchschnitt der anderen Bezirke.

Abbildung 9
Transferabhängigkeit in Neukölln nach
Migrationshintergrund und Staatsangehörigkeit
(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg)

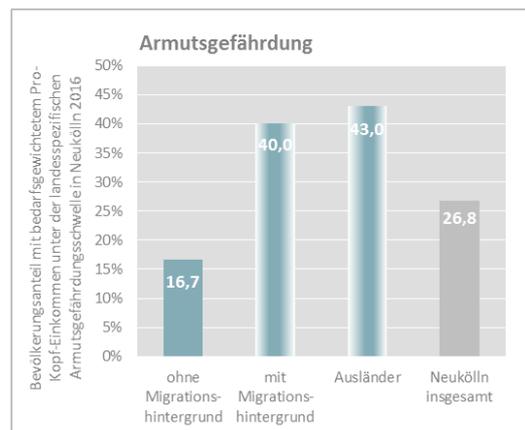


Armutsgefährdung

Ein sehr ähnliches Bild ergibt sich anhand eines anderen gängigen Parameters zur Beschreibung der sozialen Lage innerhalb einer Bevölkerungsgruppe. Danach sind 40% der Menschen mit Migrationshintergrund in Neukölln von Armut bedroht (**Abbildung 10**).¹² Dieser Anteil ist mehr als doppelt so hoch wie unter den Einwohnerinnen und Einwohnern ohne Migrationshintergrund in Neukölln und liegt auch hier deutlich über der durchschnittlichen Armutsgefährdungsquote von Menschen nicht-deutscher Herkunft in anderen Bezirken.

Wie schon durch die Bildungsvoraussetzungen, die Arbeitslosigkeit und die Abhängigkeit von finanzieller Unterstützung sichtbar wurde, sind die Neuköllnerinnen und Neuköllner ohne deutsche Staatsangehörigkeit noch einmal stärker durch Armut gefährdet als deutsche Staatsangehörige mit Migrationshintergrund im Bezirk.

Abbildung 10
Armutsgefährdung in Neukölln nach
Migrationshintergrund und Staatsangehörigkeit
(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg)



Zu beachten ist, dass der hier verwendete Armutsbegriff eine relative Armut meint. Das bedeutet, dass sich die Armut im Verhältnis zum durchschnittlichen Einkommen einer Region definiert – aber nichts über den tatsächlichen Lebensstandard eines Haushalts aussagt. Je höher das Einkommen in einer Region ist, desto höher liegt auch die Schwelle für die Armutsgefährdung.

¹¹ Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Transferleistungen (Personen in Bedarfsgemeinschaften) nach SGB II an allen Einwohnerinnen und Einwohnern im Alter unter 65 Jahren.

¹² Anteil der Bevölkerung, dessen bedarfsgewichtetes Pro-Kopf-Einkommen geringer als die landesspezifische Armutsgefährdungsschwelle ist. Die Bedarfsgewichtung bei der Berechnung des Pro-Kopf-Einkommens berücksichtigt den altersabhängigen Einspareffekt, den Mehrpersonenhaushalte gegenüber Einpersonenhaushalten durch ihr gemeinsames Wirtschaften haben. Die Armutsgefährdungsschwelle liegt bei 60 Prozent des bedarfsgewichteten Pro-Kopf-Einkommens, das im jeweiligen Bundesland im Mittel erzielt wird.

Zusammenfassung

- Menschen mit Migrationshintergrund in Neukölln leben unter schwierigen sozioökonomischen Bedingungen. Noch einmal zusätzlich erschwert ist die soziale Lage von Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit.
- Jeder zweite Neuköllner bzw. Neuköllnerin mit Migrationshintergrund hat nur einen niedrigen Bildungsstand – womit der Anteil 3-mal höher als in der Neuköllner Bevölkerung ohne Migrationshintergrund ist.
- Jeder fünfte Neuköllner bzw. Neuköllnerin mit Migrationshintergrund ist erwerbslos.
- 41% der Neuköllnerinnen und Neuköllner mit Migrationshintergrund leben in Familien, die auf *Hartz IV* angewiesen sind.
- 40% der Menschen mit Migrationshintergrund in Neukölln sind von Armut bedroht.
- Die soziale Lage von Menschen mit Migrationshintergrund in Neukölln ist schwieriger als in anderen Bezirken.



Diskriminierungsverbot
Schülerin einer 9. Klasse
(Gewinnerin des Sonderpreises)

Gesundheitsverhalten

Die soziale Lage, die kulturellen Einflüsse und Werte aus dem Herkunftsland – aber auch die Aufenthaltsdauer sowie die Integration in die Gesellschaft des Einwanderungslandes – prägen den Lebensstil der Menschen mit Migrationshintergrund. Davon beeinflusst wird auch ihr Gesundheitsverhalten und damit die Ausprägung von Risikofaktoren zur Entwicklung von Erkrankungen. Hierzu gehören nicht nur Ernährung, Bewegung und der Umgang mit Genussmitteln – sondern auch Vorsorge und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.

Da zum Gesundheitsverhalten der Menschen mit Migrationshintergrund in Neukölln kaum Informationen vorliegen, wird hier in erster Linie auf deutschlandweite Studien zurückgegriffen, die diese Thematik bereits untersucht haben. In den Punkten, in denen auch Daten aus dem Bezirk zur Verfügung stehen, wird gesondert darauf hingewiesen.

Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

Studien konnten immer wieder zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund deutlich seltener die Vorsorgeangebote des deutschen Gesundheitssystems wahrnehmen als die Bevölkerung ohne fremde Herkunft.¹³ So nutzen sie weniger häufig Angebote der frühzeitigen Erkennung und Prävention von Erkrankungen, wie Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung, zur Überprüfung des Zahnstatus, Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern oder Schwangeren sowie Beratungen und Kurse zu Themen der Krankheitsvorbeugung.^{13,14,17} Darüber hinaus ist im Schnitt auch die Inanspruchnahme von therapeutischen und rehabilitativen Angeboten nach Entstehung einer Erkrankung geringer, was die Genesung und Rückkehr in die Erwerbstätigkeit erschwert.¹³ In der Prävention von Infektionskrankungen durch Impfungen scheint es hingegen wenig Unterschiede zwischen der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund zu geben. Ein vergleichsweise geringerer Impfschutz liegt jedoch bei älteren Migrant*innen sowie bei Geflüchteten und anderen Schutzsuchenden vor.^{15,16}

Zumindest bezüglich des Zahnstatus, der Impfungen und der Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern können diese Zusammenhänge auch für Neukölln bestätigt werden (siehe Kapitel [Gesundheitliche Entwicklung von Kindern](#)).

Zu den Gründen für eine geringere Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen gehören in erster Linie dieselben Barrieren, die das deutsche Gesundheitssystem den Menschen mit Migrationshintergrund im Allgemeinen bietet. Das ist neben sprachlichen und kulturellen Hürden vor allem auch oft das fehlende Wissen zu Empfehlungen, Möglichkeiten, Anbietern und auch Kostenerstattung der medizinischen Leistungen. Speziell in Bezug auf Vorsorge und Früherkennung könnten auch eine abweichende

¹³ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen vom Robert Koch-Institut und dem Statistischen Bundesamt. RKI, Berlin.

¹⁴ Rommel A., Saß A.C., Born S., Ellert U. (2015): Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, June 2015, Volume 58, Issue 6, pp 543–552.

¹⁵ Gesundheitswissenschaftliches Institut Nordost (GeWINO) der AOK Nordost (2015): Berliner Migrant*innenstudie. Gesundheitsvorsorge und Unterstützungsbedarf. Aus einer Kooperation des Gesundheitswissenschaftlichen Institut Nordost (GeWINO) der AOK Nordost mit dem bbw Bildungswerk der Wirtschaft in Berlin und Brandenburg e.V. sowie der bbw Hochschule Berlin. GeWINO, Berlin.

¹⁶ Frank L., Yesil-Jürgens R., Razum O., Bozorgmehr K., Schenk L., Gilsdorf A., Rommel A., Lampert T., Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2017): Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2017 2 (1). RKI, Berlin.

Definition und Ursachenzuschreibung von Krankheit, unterschiedliche Vorstellungen zur Rolle von Prävention sowie andere Gründe ausschlaggebend sein, die zum Hinauszögern eines Arztbesuches beitragen. Eine vertiefende Betrachtung der Hürden in der medizinischen Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund findet sich im Abschnitt **➤ Barrieren im deutschen Gesundheitssystem**.

Zur Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten durch die Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist jedoch auch festzuhalten, dass sie sich immer mehr der deutschen Bevölkerung angleicht, je länger die Menschen bereits in Deutschland leben und je besser ihre Integration in die neue Gesellschaft gelungen ist. Danach kann zum Beispiel in der Wahrnehmung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen oder Beratungen und Kursen zur Krankheitsprävention kaum noch ein Unterschied zwischen Angehörigen der 2. Zuwanderergeneration und der Bevölkerung deutscher Herkunft festgestellt werden.¹⁴ Zudem zeigen Kinder, deren Eltern schon länger in Deutschland leben, ähnlich regelmäßige Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen und Zahnstatuskontrollen wie Kinder ohne familiären Migrationshintergrund.¹⁷

Dennoch bleiben die Hürden bei weniger gut integrierten und älteren Bevölkerungsgruppen nach wie vor bestehen und damit bedeutend für Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung. Das ist insbesondere deshalb von Relevanz, da es gerade diese Menschen sind, die aktuell erhöhten und zunehmenden medizinischen Versorgungsbedarf haben.

Übergewicht

Die Anteile von Menschen mit starkem Übergewicht in der erwachsenen Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden sich nur wenig. Abweichungen werden jedoch bei genauerer Betrachtung einzelner Altersgruppen sichtbar. Danach liegt der Anteil von Personen, die als adipös eingestuft werden können, sowohl bei Kindern als auch bei Frauen zunehmenden Alters mit Migrationshintergrund höher als bei Kindern und Frauen deutscher Herkunft.^{13,18} Betroffen sind hierbei vor allem Kinder und Frauen mit einem türkischen Familienhintergrund sowie Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion. Unterschiede zwischen den Männern der einzelnen Altersgruppen werden nicht deutlich.

Im Gegensatz zur oben berichteten Angleichung an die deutsche Bevölkerung scheint der Anteil an stark übergewichtigen Jungen und Mädchen sogar zuzunehmen, je länger die Eltern bereits in Deutschland leben.¹³ Verantwortlich dafür wird die zunehmende Vermischung der Ernährungsgewohnheiten von Herkunfts- und Einwanderungsland gemacht, wonach insbesondere Kinder und Jugendliche dazu neigen, sich von der traditionellen Ernährung zu lösen und vermehrt „moderne“, weniger gesunde Lebensmittel zu bevorzugen. So konnte gezeigt werden, dass Süßigkeiten, Fast Food und Softdrinks in Familien mit Migrationshintergrund tendenziell stärker konsumiert werden.¹⁹ Türkische Kinder und Jugendliche stellen hier eine besondere Risikogruppe dar. Eine Befragung von Eltern in Neuköllner Kitas ergab zudem, dass das Verständnis von gesunder Ernährung in vielen Familien mit Migrationshintergrund ein anderes ist. Der Ernährung kommt eine hohe familiäre Bedeutung zu – jedoch wird „gesund essen“ oftmals mit „viel essen“ und vor allem mit frisch gekochten Fleischgerichten gleichgesetzt.²⁰ Demgegenüber steht eine meist geringere körperliche Aktivität.¹³ Seltene sportliche Betätigung betrifft vor allem Frauen der ersten Zuwanderergeneration – aber auch Mädchen, insbesondere türkischer Herkunft.¹⁴

Auch in Neukölln liegt der Anteil an übergewichtigen Kindern mit Migrationshintergrund – in erster Linie aus türkischen Familien – deutlich über dem von Kindern ohne Migrationshintergrund (siehe Kapitel **➤ Gesundheitliche Entwicklung von Kindern**). Dieser Zusammenhang zeigt sich unabhängig vom sozialen Status der Eltern.

¹⁷ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003 bis 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

¹⁸ Frank L., Rommel A., Lampert T. (2017): Die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. G+G Wissenschaft (GGW), Jg. 17, Heft 2 (April), 7–14.

¹⁹ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2007): Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund – KiGGS-Migrantenauswertung. Endbericht. RKI, Berlin.

²⁰ Macha K., Hiller M. (2016): Was heißt hier eigentlich gesund? Und wie können Kinder in ihrem Gesundsein gestärkt werden? Ergebnisse der „Pilot-Wirkungsstudie zur Förderung von Gesundheits- und Bildungszielen für Kinder im Aktionsraum Plus Neukölln Nord“. Berliner Kita-Institut für Qualitätsentwicklung (BeKi) in Kooperation mit Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. im Auftrag des Bezirksamt Neukölln von Berlin, Abt. Jugend und Gesundheit – Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit.

Rauchgewohnheiten

Bezüglich des Rauchverhaltens zeigt sich ein differenzierteres Bild. Zwar rauchen Männer mit Migrationshintergrund, insbesondere Männer mit türkischer Herkunft, im Schnitt mehr als Männer ohne Migrationshintergrund – Frauen und Jugendliche mit Migrationshintergrund hingegen weniger.¹³ Das lässt sich vor allem auf den geringen Tabakkonsum bei Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion und Jugendlichen mit familiärer Herkunft im türkischen oder arabischen Raum zurückführen. Im Gegensatz zum Risikofaktor Übergewicht gleicht sich der Anteil der Raucher bei Menschen mit Migrationshintergrund jedoch mit zunehmender Aufenthaltsdauer der Bevölkerung deutscher Herkunft an. Ähnlich den Männern rauchen Frauen der 2. Zuwanderergeneration im Schnitt sogar etwas mehr als Frauen ohne Migrationshintergrund.¹⁴ Dennoch ist der Anteil der Raucherinnen und Raucher unter den Jugendlichen vergleichsweise gering und unterscheidet sich kaum von Jugendlichen ohne Migrationshintergrund. Leicht erhöht ist hingegen der Konsum von Wasserpfeifen und E-Shishas.²¹

Die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen in Neukölln zeigen allerdings, dass der Sozialstatus eine bedeutende Rolle im Zusammenhang zwischen Tabakkonsum und Migrationshintergrund spielt. So leben in Haushalten mit niedrigem sozioökonomischen Status und Migrationshintergrund sehr viel seltener Raucher als in Haushalten mit vergleichbarem Status ohne Migrationshintergrund. In Familien mit einem hohen sozialen Status ist das jedoch umgekehrt. Hier liegt der Anteil der Kinder, die in Raucherhaushalten aufwachsen, höher in Familien mit Migrationshintergrund. Zudem bestätigen die Untersuchungen, dass der Anteil von Rauchern in türkischen und osteuropäischen Familien besonders hoch ist (siehe Kapitel [Gesundheitliche Entwicklung von Kindern](#)).

Alkoholkonsum

Der Konsum von Alkohol ist in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Schnitt deutlich geringer als in der Bevölkerung deutscher Herkunft. Das ist vermutlich auf den hohen Anteil von türkischen und arabischen Familien und deren religiöser Zugehörigkeit zurückzuführen. Diese Herkunftsgruppen weisen den größten Anteil an abstinent lebenden Personen auf.²² Der Konsum von Alkohol kann neben der Herkunft allerdings auch nach Geschlecht, Alter und Aufenthaltsdauer in Deutschland variieren. Ähnlich dem Rauchverhalten scheint der Alkoholkonsum bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund deutlich geringer als bei ihren Altersgenossen deutscher Herkunft.²³ Jedoch ist der Genuss von Alkohol bei zum Beispiel jugendlichen (Spät-)Aussiedlern durchaus mit der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund zu vergleichen und eine Angleichung bei längerer Aufenthaltsdauer kann ebenfalls beobachtet werden. Diese Annäherung an den deutschen Konsum ist – wie schon beim Rauchverhalten – vor allem bei den Frauen 2. Zuwanderergeneration sichtbar, die sich im Kontrast zu den Männern kaum noch von Frauen ohne Migrationshintergrund unterscheiden.¹⁸ Ein erhöhter Konsum von Alkohol bei erwachsenen Zuwanderern aus dem osteuropäischen und südosteuropäischen Raum kann in Studien nicht bestätigt werden.^{22,24,25} Es gibt lediglich Hinweise auf einen bevorzugten Genuss hochprozentiger Getränke.²⁴

In Anbetracht des hohen Bevölkerungsanteils mit türkischer und arabischer Herkunft in Neukölln, der vergleichsweise jungen Bevölkerung mit Migrationshintergrund und der geringen Zahl an Kranken-

²¹ Orth, B. (2016). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

²² Strupf M., Gomes de Matos E., Soellner R., Kraus L., Piontek D. (2017): Trinkverhalten von Personen verschiedener Herkunftsregionen in Deutschland: Ein Vergleich mit Personen ohne Migrationshintergrund. Suchttherapie, Jg. 18(2017), Heft 2, Seite 90-97.

²³ Schouler-Ocak M., Aichberger M.C., Penka S., Kluge U., Heinz A. (2015): Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Volume 58, Issue 6.

²⁴ Aparicio M. L., Döring A., Mielck A., Holle R. und die KORA Studiengruppe (2005): Unterschiede zwischen Aussiedlern und der übrigen deutschen Bevölkerung bezüglich Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten: eine vergleichende Analyse anhand des KORA-Surveys 2000. Soz.-Präventivmed. 50 (2005) 107–118.

²⁵ Frank F., Bermejo I. (2013): Alkoholkonsum bei älteren Personen mit Migrationshintergrund. Suchttherapie 2013; 14(3): 135-139.

hausfällen mit Alkoholvergiftung im Bezirk²⁶ kann angenommen werden, dass der Alkoholkonsum auch in der Neuköllner Bevölkerung mit Migrationshintergrund unterdurchschnittlich ist.

Interessant sind Untersuchungen, wonach insbesondere Menschen aus traditionell eher alkoholfreieren Kulturen dazu neigen könnten, riskante Trinkmuster zu entwickeln, wenn sie Alkohol konsumieren.²⁵ Als Gründe hierfür werden eine mangelnde Einübung des Umgangs mit Alkohol, eine Unterschätzung der Gefahren sowie möglicherweise eine Loslösung von traditionellen Werten diskutiert. Inwieweit diese Beobachtungen ein tatsächliches Problem in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund bedeuten – beziehungsweise auch Menschen im Bezirk Neukölln betrifft – lässt sich jedoch nicht sagen.

Konsum illegaler Drogen und anderer Suchterkrankungen

Neben einem geringeren Alkoholkonsum scheint in der jungen Bevölkerung mit Migrationshintergrund der Gebrauch illegaler Drogen weniger verbreitet.²⁷ In Anbetracht der Vielfältigkeit der möglichen Suchtmittel, der Lebensbedingungen und dem damit verbundenen sozialen Umfeld lässt sich jedoch keine verallgemeinerbare Aussage treffen. So konnte einerseits gezeigt werden, dass insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene mit türkischem oder asiatischem Hintergrund weniger illegale Drogen konsumieren²¹ – auf der anderen Seite jedoch der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund unter den Drogentodesfällen oder öffentlich Konsumierenden erhöht ist.^{23,26} Hier sind allerdings vor allem Zugewanderte aus Polen oder dem russischsprachigen Raum überrepräsentiert. Auch die Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten in Berlin weist darauf hin, dass der Konsum von Kokain und Opioiden in der Bevölkerung nicht-deutscher Herkunft erhöht ist.²⁸ Problematisch in der jungen Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist zudem die Glücksspielsucht, von welcher vor allem junge Männer betroffen sind.²³

Darüber hinaus werden aus Jugendeinrichtungen in Neukölln sowie von Kolleginnen und Kollegen der Straßensozialarbeit wiederholt Fälle gemeldet, wonach Jugendliche – insbesondere auch mit Migrationshintergrund – missbräuchlich Tilidin oder Subutex konsumieren. Dabei handelt es sich um Medikamente aus der Gruppe der Opioide, welche unter anderem zur Schmerzbekämpfung eingesetzt werden.

Zusammenfassung

- Menschen mit Migrationshintergrund nutzen weniger häufig Vorsorgeangebote – wie z.B. der frühzeitigen Erkennung und Prävention von Erkrankungen, Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Kontrollen des Zahnstatus, Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern oder Schwangeren sowie Beratungen und Kurse zur Krankheitsprävention.
- Übergewicht ist bei Kindern und Frauen (insbesondere türkischer, arabischer oder russischsprachiger Herkunft) häufiger verbreitet. Für Kinder wird das auch in Neukölln deutlich. Als Risikofaktoren gelten ein abweichendes Verständnis von gesunder Ernährung, ein überdurchschnittlicher Verzehr ungesunder Lebensmittel und eine geringe körperliche Aktivität.
- Tabak wird von Jugendlichen und Frauen (vor allem türkischer, arabischer oder russischsprachiger Herkunft) im Schnitt seltener konsumiert als in der deutschen Bevölkerung – von Männern gleicher Herkunft jedoch häufiger.
- Alkoholkonsum ist insbesondere bei Menschen mit muslimischem Hintergrund weniger verbreitet.
- Der Alkohol- und Tabakkonsum gleicht sich mit zunehmender Aufenthaltsdauer der deutschen Bevölkerung an. Der damit verbundene Anstieg zeigt sich vor allem bei Frauen der 2. Zuwanderergeneration.
- Junge Menschen mit Migrationshintergrund gebrauchen seltener illegale Drogen. Besondere Risikogruppen stellen jedoch junge Männer bezüglich Glücksspielsucht und Zugewanderte aus Polen oder dem russischsprachigen Raum bezüglich öffentlichen Opioidkonsums dar.

²⁶ Bezirksamt Neukölln zu Berlin (2017): Drogen- und Suchtbericht – Konsum und Suchthilfe in Neukölln 2017. Gesundheits- und Sozialberichterstattung Neukölln.

²⁷ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Migration und Gesundheit. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

²⁸ Brand H., Künzel J., Braun B., Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (Hrsg.) erarbeitet durch das Institut für Therapieforschung München (IFT) (2016): Suchthilfestatistik 2014. Jahresbericht zur aktuellen Situation der Suchthilfe in Berlin.

Sterblichkeit

Methodische Vorbemerkungen

In der Interpretation von Zahlen zur Sterblichkeit und im Rückschluss auf die generelle gesundheitliche Lage der Bevölkerung muss berücksichtigt werden, dass die Sterblichkeit – wenn sie nicht differenzierter betrachtet werden kann – in erster Linie die gesundheitlichen Lebensbedingungen der sterbenden Menschen und damit der älteren Generationen wiedergibt. Verallgemeinerungen der gesundheitlichen Lage auf andere, noch jüngere Altersgruppen oder sogar zukünftige Entwicklungen sind anhand dieser Zahlen kaum möglich. Nicht nur die gesundheitliche Situation, sondern insbesondere auch die migrationsbezogenen Herausforderungen sind je nach Generation sehr unterschiedlich. Da aber die wenigsten Statistiken zur Erfassung von Erkrankungshäufigkeiten auch Informationen zum Migrationshintergrund der Menschen führen, gehören Todesursachenstatistiken dennoch zu den wichtigsten Datenquellen. Sie erfassen zumindest die Staatsangehörigkeit der verstorbenen Personen und ermöglichen damit herkunftsbezogene Vergleiche und die Untersuchung zeitlicher Entwicklungen.

Die amtlichen Sterblichkeitsdaten der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund unterliegen jedoch einer Reihe von Einflussfaktoren, die eine nicht zu unterschätzende Verzerrung der Ergebnisse zur Folge haben kann. Eine solche Verzerrung bewirkt in der Regel niedrigere Sterblichkeitszahlen bei Menschen mit Migrationshintergrund, woraus der Anschein geweckt wird, dass es sich bei den Zugewanderten um eine deutlich gesündere Bevölkerungsgruppe handelt. Ein viel diskutierter Begriff ist in diesem Zusammenhang der sogenannte „Healthy-Migrant-Effect“, der sich vor allem durch eine selektive Zu- und Abwanderung erklärt.

Dahinter verbirgt sich zum Beispiel, dass ein Großteil der Menschen, die von den aktuellen Todesursachenregistern gezählt werden, altersbedingt zu der ersten Gastarbeitergeneration gehört, die ab den 1950er Jahren nach Deutschland kam. Insbesondere durch die damals noch üblichen medizinischen Eignungsuntersuchungen im Herkunftsland kann davon ausgegangen werden, dass es sich hier um eine Bevölkerungsgruppe mit eher geringer Krankheitslast und damit einer vergleichsweise besseren Gesundheit handelte. Bei einer solchen Arbeitsmigration ist es auch wahrscheinlich, dass Menschen, die schwerwiegender erkrankten, in ihr Heimatland zurückkehrten. Zudem wird angenommen, dass die zum Teil gesünderen traditionellen Ernährungs- und Lebensstile der Herkunftsländer oftmals beibehalten werden und zum Erhalt der Gesundheit beitragen könnten. Diese Effekte sind jedoch stark davon abhängig, aus welchen Gründen eine Migration erfolgt ist, aus welchem Land die Menschen kommen und vor allem, wie lange sie bereits in Deutschland leben. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer konnte gezeigt werden, dass sich sowohl der Lebensstil als auch die Gesundheit an die Gegebenheiten des Einwanderungslandes anpassen. Darüber hinaus kann vermutet werden, dass mit dem im Schnitt niedrigeren Sozialstatus bei Menschen mit Migrationshintergrund und der zum Teil geringeren Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems neue Risikofaktoren wirksam werden und sich dadurch in Zukunft möglicherweise sogar gesundheitliche Nachteile ergeben werden.²⁹

Zu den eher methodischen Einschränkungen gehört, dass die amtliche Statistik oftmals nur unzureichend die Menschen erfasst, die in ihr Heimatland zurückkehren und dort versterben. Das führt zu einer Überschätzung des Bevölkerungsstandes, einer kleineren Zahl an Sterbefällen und damit zu einer Unterschätzung der Sterblichkeit. Fehlende Dokumente und Statistiken zu Geflüchteten, anderen

²⁹ Kohls M. (2011): Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. Forschungsbericht 9. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg.

Schutzsuchenden oder Menschen mit illegalem Aufenthalt, welche möglicherweise ein höheres gesundheitliches Risiko tragen, bergen weitere Chancen auf eine Verzerrung der Ergebnisse.

Des Weiteren unterscheidet die amtliche Todesursachenstatistik nicht nach Migrationshintergrund, sondern lediglich nach Staatsangehörigkeit. Somit wird ein Großteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund – insbesondere der 2. und 3. Zuwanderergeneration – nicht erfasst. Trotz der zu erwartenden Angleichung an die gesundheitliche Lage der deutschen Bevölkerung, können hier wichtige Hinweise auf möglicherweise besondere Gesundheitsrisiken oder auch Gesundheitschancen verloren gehen.

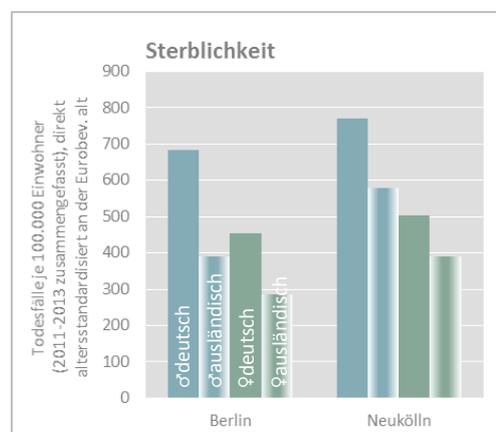
In der Interpretation der Zahlen muss damit immer eine möglicherweise deutliche Unterschätzung der Sterblichkeit bei Menschen mit Migrationshintergrund mitgedacht werden, was die Ergebnisse nur eingeschränkt vergleichbar macht. Da es sich bei der Sterblichkeit jedoch um eine der wichtigsten Quellen zur Beurteilung der gesundheitlichen Lage einer Bevölkerungsgruppe handelt – die zudem auch für den Bezirk Neukölln zur Verfügung stehen – werden sie hier dennoch aufgegriffen und entsprechend vorsichtig bewertet. Nichtsdestotrotz bieten sie insbesondere durch den Vergleich und die zeitliche Entwicklung wertvolle Hinweise dahingehend, wo gesundheitliche Schwerpunkte bei Männern und Frauen mit Migrationshintergrund liegen können.

Da Daten zur Sterblichkeit für die Berliner Bezirke aufgrund einer Änderung des Bevölkerungsstatistikgesetzes nur bis zum Jahr 2013 erhoben wurden, stehen für die Jahre danach leider nur berlinweite Daten zur Verfügung. Da jedoch angenommen werden kann, dass mögliche Gesundheitsvorteile und Gesundheitsrisiken auch die Bevölkerung mit Migrationshintergrund in anderen Bezirken betreffen – und für Gesamtberlin eine statistisch stabilere Datenlage vorherrscht – können die Ergebnisse auch Hinweise auf die Sterblichkeit dieser Bevölkerungsgruppe in Neukölln geben.

Sterblichkeit insgesamt

Das beschriebene Phänomen der geringeren Sterblichkeitszahlen bei Menschen mit Migrationshintergrund zeigt sich eindrucksvoll anhand der **Abbildung 11**. Darin wird deutlich, dass ausländische Frauen und Männer sowohl in Berlin als auch in Neukölln eine sehr viel geringere Sterblichkeit zeigen als die deutsche Bevölkerung. Zudem kann aber auch abgelesen werden, dass die Sterblichkeit in Neukölln in allen betrachteten Bevölkerungsgruppen höher ist als in Berlin und damit über dem Berliner Durchschnitt liegt.

Abbildung 11
Sterblichkeit in Neukölln und Berlin nach
Geschlecht und Staatsangehörigkeit
(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg)



Diese gesundheitlichen Differenzen zwischen der Berliner und Neuköllner Bevölkerung sind vermutlich in erster Linie auf Unterschiede in der sozialen Lage und den damit verbundenen Belastungen und Risikofaktoren zurückzuführen.³⁰

Betrachtet man jedoch die zeitliche Entwicklung der Sterblichkeit innerhalb der deutschen und ausländischen Bevölkerung in Berlin, wird sichtbar, dass die Sterblichkeit bei ausländischen Frauen und Männern seit dem Jahr 2000 um 15% angewachsen ist – unterdessen sie im selben Zeitraum in der deutschen Bevölkerung um 15% sank (**Abbildung 12**).³¹ Auch im Bezirk Neukölln wird diese gegenteilige

³⁰ Eine ausführliche Betrachtung und Diskussion der gesundheitlichen Lage der Neuköllner Bevölkerung im Vergleich zur gesamten Stadt Berlin findet sich hier: *Bezirksamt Neukölln zu Berlin (2017): Neuköllner Gesundheitsbericht - Zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung 2016. Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Neukölln.*

³¹ Quelle: Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). Primärquelle: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik; Statistisches Bundesamt (Zweigstelle Bonn), Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. In www.gbe-bund.de (Thematische Recherche: Gesundheitliche Lage → Sterblichkeit → Mortalität und Todesursachen) Abrufdatum: 10.11.2017.

Entwicklung sichtbar (**Abbildung 13**). Während ein allgemeiner Rückgang in der Sterblichkeit hinlänglich bekannt ist und als Folge des medizinischen Fortschritts und des steigenden Lebensstandards gesehen werden kann, stellt sich die Frage nach den Gründen für den Anstieg innerhalb der ausländischen Bevölkerung. Es liegt nahe, dass die Ursachen vor allem in dem niedrigen Ausgangsniveau der Sterblichkeitszahlen bei Männern und Frauen ausländischer Herkunft zu suchen sind. So kann angenommen werden, dass sich die Sterblichkeit mit zunehmender Aufenthaltsdauer an die der deutschen Bevölkerung annähert – durch Angleichung des Lebensstils, dem Ausgesetztsein der gleichen Risikofaktoren und der geringer werdenden Bedeutung des gesundheitlichen Selektionseffekts der Einwanderung. Insbesondere bei den nachfolgenden Generationen spielen diese gesundheitlichen Vorteile und die statistischen Ungenauigkeiten – durch zum Beispiel eine eventuelle Rückkehr ins Heimatland – kaum noch eine Rolle.

Im Rahmen dieses normalen Angleichungsprozesses kann davon ausgegangen werden, dass die aktuell immer noch stark unterdurchschnittliche Sterblichkeit der Bevölkerung mit Migrationshintergrund weiter ansteigen wird. Aufmerksamkeit ist jedoch hinsichtlich der besonderen Risikofaktoren und Ungleichheiten geboten, die mit einem Migrationshintergrund in Verbindung stehen. Diese können nicht nur die Gesundheit beeinträchtigen – sondern darüber hinaus auch bewirken, dass ein Migrationshintergrund mit gesundheitlichen Nachteilen verbunden ist und sich in Zukunft vielleicht auch statistisch in einer erhöhten Sterblichkeit zeigt.

Abbildung 12
Zeitliche Entwicklung
der Sterblichkeit in
Berlin nach
Geschlecht und
Staatsangehörigkeit
(Datenquelle:
Gesundheitsberichter-
stattung des Bundes³¹)

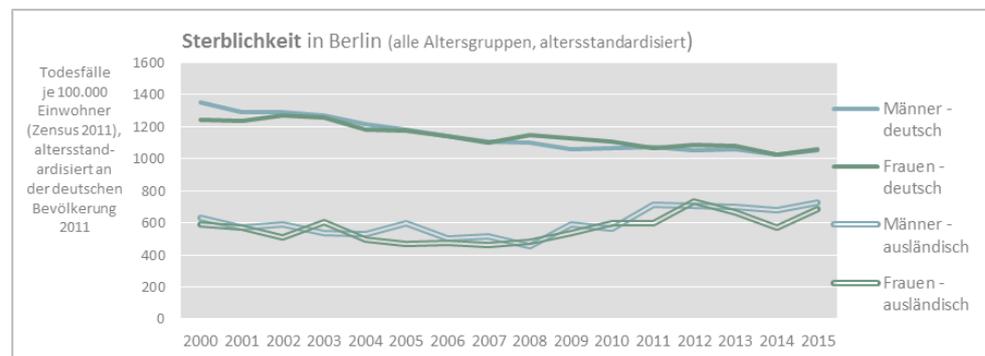
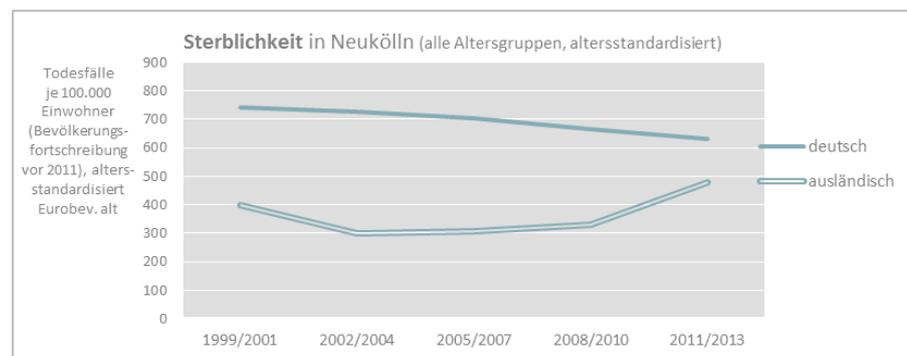


Abbildung 13
Zeitliche Entwicklung
der Sterblichkeit in
Neukölln nach
Staatsangehörigkeit
(Datenquelle: AfS Berlin-
Brandenburg)



Sterblichkeit nach Todesursachen

Betrachtet man die Sterblichkeit differenziert nach den häufigsten ursächlichen Erkrankungen, zeigt sich, dass die geringere Sterblichkeit der ausländischen Frauen und Männer unabhängig von der Todesursache ist (**Abbildung 14**). Dieses Ergebnis stützt die bereits beschriebene Annahme von Verzerrungen, die neben Migrationsselektion auch durch statistische Effekte entstanden sein können. Der Lebensstil allein kann dafür kaum eine alleinige Erklärung liefern. Dennoch können die genauere Untersuchung von zeitlichen Entwicklungen und ein Vergleich untereinander Aufschluss darüber geben, welche Todesursachen in der ausländischen Bevölkerung möglicherweise bedeutsamer sind als andere und wo ein vergleichsweise schneller Anstieg zu verzeichnen ist.



Abbildung 14 Sterblichkeit anhand der häufigsten Todesursachengruppen in Berlin nach Staatsangehörigkeit (2015) (Datenquelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes ³¹)

Die häufigste Todesursache innerhalb der deutschen Bevölkerung in Berlin stellen mit Abstand die Herz-Kreislaferkrankungen dar – gefolgt von den Krebserkrankungen (Abbildung 15). Die Sterblichkeit durch beide Todesursachen ist in Berlin deutlich rückläufig, wobei die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-erkrankungen seit dem Jahr 2000 sogar um 35% gesunken ist.³¹

Auch in der ausländischen Bevölkerung in Berlin lag das Gewicht dieser beiden häufigsten Todesursachen noch im Jahr 2000 sehr stark auf der Seite der Herz-Kreislaferkrankungen. Im Gegensatz zur deutschen Bevölkerung zeigt sich der Rückgang der Herz-Kreislaferkrankungen jedoch weniger deutlich. Die Sterblichkeit an Krebserkrankungen nimmt überdies sogar auffallend zu. Inzwischen sterben in der Berliner Bevölkerung mit ausländischer Staatsangehörigkeit mehr Menschen an Krebserkrankungen als an Todesursachen des Herz-Kreislaufsystems (Abbildung 15). Das ist insofern besorgniserregend, da eine solche Verschiebung der Todesursachen kaum noch allein mit einer Angleichung der Sterblichkeit an die der deutschen Bevölkerung erklärt werden kann. Nichtsdestotrotz liegt die Sterblichkeit an Krebserkrankungen immer noch sehr viel niedriger als bei den deutschen Frauen und Männern (Abbildung 14).³¹

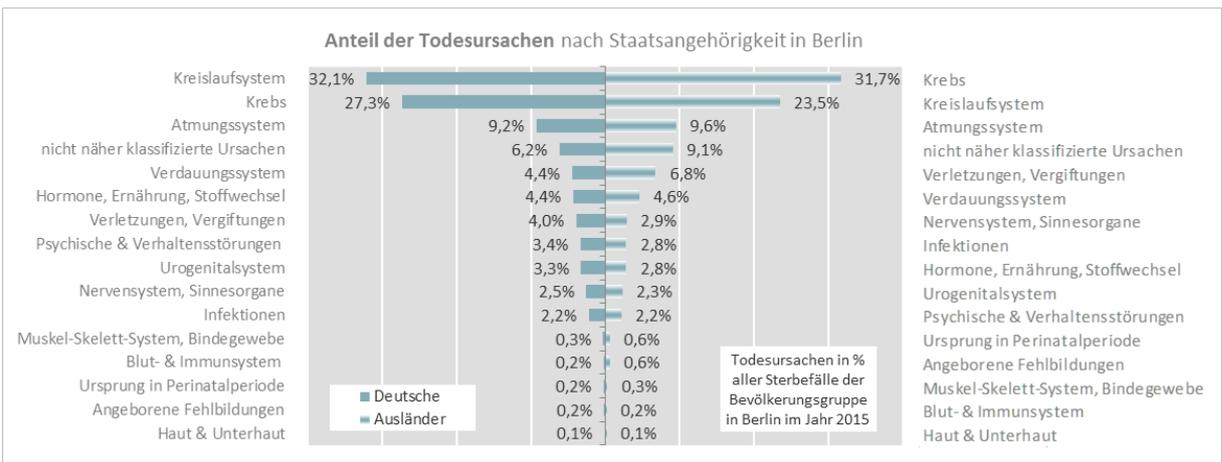


Abbildung 15 Anteil der häufigsten Todesursachen an den Sterbefällen in Berlin nach Staatsangehörigkeit (2015) (Datenquelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes ³¹, Berechnung: BA Neukölln)

Der Anstieg der Krebssterblichkeit ist sowohl bei ausländischen Männern als auch bei ausländischen Frauen zu beobachten – und basiert vor allem auf einem Zuwachs bei den am stärksten verbreiteten Krebsarten: Krebs der Atmungsorgane (z.B. Lunge) und der Verdauungsorgane (z.B. Magen, Darm, Bauchspeicheldrüse). Das sind zugleich Krebsarten, deren Risiko vor allem durch einen ungesunden Lebensstil erhöht wird. Besonders drastisch ist der Anstieg jeweils bei den ausländischen Frauen. Seit

dem Jahr 2000 hat sich bei ihnen die Sterblichkeit durch Krebs der Verdauungsorgane verdoppelt und durch Krebs der Atmungsorgane gar vervierfacht! Auch andere Todesursachen durch Krankheiten der Atemwege, zu deren wichtigsten Risikofaktoren das Rauchen und andere Luftbelastungen gehören, haben in der weiblichen ausländischen Bevölkerung stark zugenommen. Es scheint, dass insbesondere Frauen eine starke Veränderung des Lebensstils und damit Risikoerhöhung durch die Migration erfahren. Zudem lag die Krebssterblichkeit – vermutlich durch den bei Frauen kulturell bedingten geringen Alkohol- oder Tabakkonsum – in der Vergangenheit auf einem besonders niedrigen Niveau. Nicht ausgeschlossen werden kann jedoch, dass auch eine stärkere Wahrnehmung von Krebsvorsorgeuntersuchungen und damit eine flächendeckendere Erkennung der Krebserkrankungen dazu führt, dass die Zahl der Krebsdiagnosen bei Männern und Frauen mit Migrationshintergrund steigt. Deutlich angewachsen in der ausländischen Bevölkerung ist auch die Sterblichkeit an Brustkrebs, Prostatakrebs, Harnblasenkrebs oder Krebs der lymphatischen und blutbildenden Gewebe.³¹

Unzweifelhaft mit dem Lebensstil verbunden ist die Sterblichkeit durch **Diabetes mellitus**. Auch hier ist vor allem bei ausländischen Frauen ein Anstieg zu beobachten, der in Berlin seit dem Jahr 2000 nahezu eine Verdreifachung der Todesfälle durch die Stoffwechselkrankheit bewirkte.³¹

Ungesunde Lebensweisen könnten auch für das Anwachsen von Sterbefällen anderer **Erkrankungen des Verdauungssystems** sein. Während innerhalb der deutschen Bevölkerung in Berlin immer weniger Frauen und Männer an den Folgen von Erkrankungen der Verdauungsorgane versterben, hat der Anteil seit dem Jahr 2000 vor allem bei den ausländischen Frauen zugenommen.³¹ Nachvollziehbar wird dieser Zusammenhang daran, dass fast die Hälfte der Sterbefälle des Verdauungstraktes auf Erkrankungen der Leber zurückzuführen sind, zu deren wichtigsten Risikofaktoren ein riskanter Alkoholkonsum gehört. Der aus traditionellen oder religiösen Gründen ursprünglich weniger verbreitete Konsum von Alkohol – vor allem bei den Frauen – kann dazu führen, dass die gesundheitlichen Konsequenzen in der Angleichung an die neue Gesellschaft vergleichsweise deutlicher ausfallen. In Neukölln scheint diese Problematik sogar noch größer zu sein als in anderen Bezirken. Während der letzten Erhebung in den Jahren 2011-2013 ist die vermeidbare Sterblichkeit an Lebererkrankungen bei ausländischen Frauen in Neukölln so hoch gewesen wie bei den deutschen Frauen im Bezirk.³² Auf Bezirksebene sind diese Verhältnisse zwar aufgrund der schwankenden, relativ kleinen Fallzahlen schwer abschätzbar – jedoch ist das Ergebnis in Anbetracht der bereits diskutierten, in der Regel niedrigeren Sterblichkeitszahlen durchaus bemerkenswert.

Ebenfalls alarmierend ist die steigende Zahl an Todesfällen durch **Infektionserkrankungen**. Trotz der generell geringeren Sterblichkeitszahlen bei ausländischen Frauen und Männern in Berlin ist die Sterblichkeit an Infektionserkrankungen genauso hoch wie in der deutschen Bevölkerung. Das lässt auf eine vergleichsweise hohe Problematik bei Menschen ausländischer Herkunft schließen. Ein erhöhtes Risiko für Infektionserkrankungen, das vor allem auf die oftmals schlechteren Lebens- und Umweltbedingungen in den Herkunftsländern zurückgeführt wird, konnte bereits mehrfach gezeigt werden.³³ Interessant ist jedoch, dass auch in der deutschen Bevölkerung zunehmend mehr Menschen an Infektionserkrankungen versterben. In Berlin hat sich die Sterblichkeit durch Infektionen seit dem Jahr 2000 in beiden Bevölkerungsgruppen mehr als verdoppelt.³¹ Damit können die gesundheitlichen Bedingungen im Herkunftsland kaum eine hinreichende Erklärung für den beobachtbaren Anstieg der Todesfälle sein. Etwas näher mit Infektionserkrankungen in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund wird sich das Kapitel **Infektionserkrankungen** beschäftigen.

Eine weitere nicht zu unterschätzende Todesursache stellen **Erkrankungen des Urogenitalsystems** dar, worunter sich in erster Linie das Versagen der Niere verbirgt. Zwar finden sich die Erkrankungen des Urogenitalsystems nicht auf dem vordersten Rang der häufigsten Todesursachen, zeigen jedoch sowohl bei Ausländern als auch bei Deutschen einen klaren Anstieg. Unabhängig von der Herkunft hat sich die Sterblichkeit an diesen Erkrankungen in Berlin seit dem Jahr 2000 verdoppelt.³¹ Eine mögliche Erklärung dafür könnte auch hier wieder der Lebensstil sein. Wichtige und an Bedeutung zunehmende Risikofaktoren für eine Niereninsuffizienz sind das Vorliegen von Diabetes und Bluthochdruck – zwei

³² Die altersstandardisierte Sterblichkeit an vermeidbaren Lebererkrankungen in Neukölln der Jahre 2011-2013 betrug bei deutschen Frauen 12,9 je 100.000 Einwohner und bei ausländischen Frauen 12,3 je 100.000 Einwohner. Im Vergleich dazu lag die Sterblichkeit an vermeidbaren Lebererkrankungen in Berlin bei 10,2 bzw. 5,4. (Datenquelle: AFS Berlin Brandenburg)

³³ Kohls M. (2011): Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. Forschungsbericht 9. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg.

Erkrankungen, die besonders eng mit ungesunder Ernährung, wenig körperlicher Aktivität, chronischem Stress sowie Alkohol- und Tabakkonsum verknüpft sind.

Psychische und Verhaltensstörungen sowie **Erkrankungen des Nervensystems** und der Sinnesorgane spielen im Vergleich zu anderen Todesursachen eine eher geringere Rolle. Dennoch zeigen ausländische Frauen und Männer hier einen deutlichen Zuwachs.³¹ Neben einer zunehmenden Zahl an Erkrankungen kann dazu jedoch auch eine häufigere Diagnosestellung beitragen. Diese könnte darin begründet liegen, dass die in manchen Kulturen verbreitetere stärkere Stigmatisierung psychischer Erkrankungen dazu führt, dass die Betroffenen bei längerer Aufenthaltsdauer in Deutschland eher dazu geneigt sind, Hilfe zu suchen. Der gleichzeitige Anstieg der Sterblichkeit auch innerhalb der deutschen Bevölkerung weist jedoch parallel auf einen generellen, herkunftsunabhängigen Zuwachs hin. Die Sterbefälle durch psychische und Verhaltensstörungen sowie deren Anwachsen gehen dabei zu einem Hauptteil auf Demenzerkrankungen zurück (siehe auch **Abbildung 19** auf Seite 35). Der Anteil von Todesfällen durch Alkohol oder anderen Suchtmitteln wird hingegen immer geringer. Auch die Zunahme von Erkrankungen des Nervensystems und der Sinnesorgane sind insbesondere der alternden Gesellschaft geschuldet. Zu ihnen gehören zum Beispiel Parkinson, Alzheimer oder andere degenerative Erkrankungen.

Todesfälle durch **äußere Einwirkungen wie Verletzungen, Vergiftungen, Erfrierungen** oder Ähnlichem bestimmen einen nicht unwesentlichen Teil der Todesursachen in Berlin und liegen in etwa gleichauf mit der Zahl an Todesfällen durch Hormon- und Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes. Hier zeigen ausländische Frauen und Männer eine ähnlich geringere Sterblichkeit, wie auch schon bei einem Großteil der übrigen Todesursachen. Tendenzen in der zeitlichen Entwicklung lassen sich jedoch nicht erkennen.

Zur Beurteilung der Sterblichkeit, die auf **Erkrankungen im Zusammenhang mit der Geburt**, entwicklungsbedingten oder genetischen Fehlbildungen basiert, sind die Fallzahlen innerhalb der ausländischen Bevölkerung in Berlin zu gering. In Übereinstimmung mit deutschlandweiten Zahlen scheint die noch vor 15 Jahren stark erhöhte geburtsbezogene Sterblichkeit ausländischer Kinder deutlich rückläufig und nähert sich immer mehr der Sterblichkeit deutscher Kinder an.³¹ Diese Entwicklung zeigt sich auch an den Zahlen der Säuglingssterblichkeit in Berlin (vergleiche **Abbildung 16**). Eine mögliche Chancenungleichheit in der Betreuungs- und Versorgungssituation ausländischer Mütter – zum Beispiel durch eine geringere Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen – wird scheinbar abgemildert. Auf den Bezirk Neukölln ist diese Entwicklung jedoch nicht ohne Weiteres übertragbar. Wie im folgenden Kapitel zur **Säuglingssterblichkeit** noch diskutiert werden wird, steigt die Sterblichkeit von Säuglingen in Neukölln in den letzten Jahren entgegen dem Trend für die gesamte Stadt Berlin an. Auch wenn dieser Anstieg nicht auf die Herkunft zurückgeführt werden kann, ist ein Einfluss aufgrund des hohen Anteils von jungen Familien mit Migrationshintergrund bzw. in benachteiligter sozialer Lage auch nicht auszuschließen.

Ebenso zu geringe Fallzahlen – aber damit auch ein eher seltenes Auftreten – zeigen Sterbefälle durch **Erkrankungen des Blut- und Immunsystems**, der **Haut und Unterhaut**, des **Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes**. Eine Aussage über entsprechende Häufigkeiten und Entwicklungen insbesondere in der ausländischen Bevölkerung in Berlin ist damit schwer möglich. Deutschlandweite Zahlen zeigen jedoch einen leichten Anstieg in der Sterblichkeit an diesen Erkrankungen – sowohl in der deutschen als auch in der ausländischen Bevölkerungsgruppe.³¹

Zusammenfassung

- Die Sterblichkeit der ausländischen Bevölkerung ist – unabhängig von der Todesursache – geringer als bei deutschen Frauen und Männern. Als Gründe werden vor allem migrationsbedingte Selektionseffekte, ein zum Teil gesünderer Lebensstil im Herkunftsland, aber auch statistische Ungenauigkeiten diskutiert.
- Allein die Sterblichkeit rund um die Geburt ist bei ausländischen Kindern höher als bei deutschen Kindern. Hier ist insbesondere in Neukölln Aufmerksamkeit geboten.
- Mit zunehmender Aufenthaltsdauer gleicht sich die Sterblichkeit an die der deutschen Bevölkerung an, was aufgrund der geringen Sterblichkeit in nahezu allen Todesursachen einen Anstieg bedeutet. In Neukölln fällt das Anwachsen der Sterblichkeit vergleichsweise groß aus.

- Die Anstiege in der Sterblichkeit sind vermutlich auf die Aneignung eines ungesünderen Lebensstils und auf den mit zunehmender Aufenthaltsdauer abnehmenden Selektionseffekt zurückzuführen. Dazu kommen neue Risikofaktoren, die mit der oftmals sozial schwierigen Lebenssituation und der geringeren Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten in Verbindung stehen.
- Besonders hoch in Berlin ist der Anstieg in den Sterblichkeitszahlen zu Krebserkrankungen, Infektionen, Erkrankungen des Atmungssystems, des Nervensystems (z.B. Parkinson, Alzheimer), des Urogenitalsystems (vor allem Nierenversagen) und zu psychischen und Verhaltensstörungen (vor allem Demenz).
- Angestiegen sind in Berlin ebenfalls die Todesfälle durch Hormon- und Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus bei Frauen) und durch Erkrankungen des Verdauungssystems (z.B. Lebererkrankungen).
- Ohne eindeutige Entwicklungstendenz innerhalb der ausländischen Bevölkerung sind die Todesfälle durch Herz-Kreislauserkrankungen und durch äußere Verletzungen.
- Todesfälle durch Erkrankungen des Blut- und Immunsystems, der Haut und Unterhaut, des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes treten vergleichsweise selten auf – zeigen aber sowohl in der deutschen als auch in der ausländischen Bevölkerung eine steigende Tendenz.
- Die grundsätzliche Verteilung der häufigsten Todesursachen ist bei Ausländern und Deutschen recht ähnlich. Jedoch gewinnen Krebserkrankungen in der ausländischen Bevölkerung in Berlin immer mehr an Bedeutung, haben bereits Herz-Kreislauserkrankungen als häufigste Todesursache abgelöst und steigen im Gegensatz zur deutschen Bevölkerung weiter an.
- Für den Bezirk Neukölln liegen keine belastbaren Zahlen zu einzelnen Todesursachen vor. Es kann jedoch angenommen werden, dass die Entwicklungen denen in Berlin vergleichbar sind – wenngleich die Sterblichkeit aufgrund der schwierigeren sozialen Lebensbedingungen im Bezirk deutlich über der durchschnittlichen ausländischen Bevölkerung in Berlin liegen dürfte.



Recht auf Wohnen
Biserka, 13 Jahre

Säuglingssterblichkeit

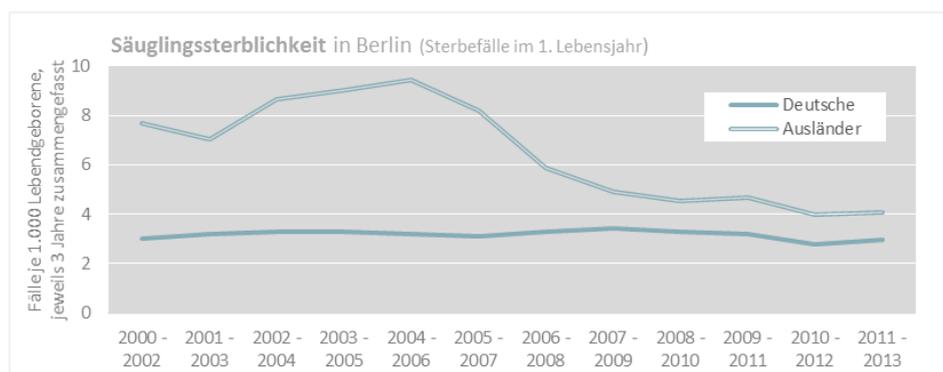
Zusammenhang mit dem Migrationshintergrund

Einer der wichtigsten Indikatoren zur Beurteilung der gesundheitlichen Lage von Schwangeren und Neugeborenen mit Migrationshintergrund stellt die Säuglingssterblichkeit dar. Hier ist vor allem die regelmäßige medizinische Betreuung von Mutter und Kind ausschlaggebend – während der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Verlauf der ersten Lebensmonate. Insbesondere Geburts- und Schwangerschaftskomplikationen können die Entwicklung und die Gesundheit des Säuglings schwer beeinträchtigen und in der Folge das Risiko einer frühen Sterblichkeit erhöhen. Die Inanspruchnahme entsprechender zur Regelversorgung gehörende Angebote und Früherkennungsuntersuchungen kann diesen Risiken vorbeugen und somit maßgeblich zur Senkung der Säuglingssterblichkeit beitragen.

Die besondere Bedeutung einer medizinischen Betreuung schon möglichst früh während der Schwangerschaft zeigt sich darin, dass im Schnitt die Hälfte der Fälle von Säuglingssterblichkeit schon innerhalb der ersten Lebenswoche verstirbt. Das sind in erster Linie Kinder, die bereits mit einer schwer beeinträchtigten Gesundheit auf die Welt kommen – zum Beispiel durch Entwicklungsstörungen, Fehlbildungen, Infektionen, einem zu geringen Geburtsgewicht oder einer zu frühen Geburt. In den späteren Lebenswochen und Monaten gehören zusätzlich Verletzungen, Unfälle oder andere Erkrankungen zu den häufigsten Todesursachen.³⁴

Die Säuglingssterblichkeit hat in den letzten Jahrzehnten in Deutschland deutlich abgenommen – sowohl in der Bevölkerung mit als auch ohne Migrationshintergrund. Dennoch ist das Risiko innerhalb des ersten Lebensjahres zu versterben bei Kindern nicht-deutscher Eltern in Berlin etwa 25% höher als bei deutschen Kindern (**Abbildung 16**). Das Risiko schon innerhalb der ersten Lebenswoche zu versterben liegt mehr als 50% höher – und die Wahrscheinlichkeit, eine Totgeburt zu erleiden, sogar fast doppelt so hoch wie bei Frauen deutscher Herkunft.³⁵

Abbildung 16
Zeitliche Entwicklung der
Säuglingssterblichkeit in
Berlin nach
Staatsangehörigkeit
(Datenquelle: Afs Berlin-
Brandenburg; Berechnung:
SenGesSoz -IA-)



³⁴ Kohls M. (2011): Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. Forschungsbericht 9. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg.

³⁵ Die perinatale Sterblichkeit (Totgeburten + Todesfälle innerhalb der ersten Lebenswoche) in Berlin der Jahre 2012-2014 lag innerhalb der deutschen Bevölkerung bei 5,8 Fällen je 1.000 Geborenen und in der ausländischen Bevölkerung bei 8,9 Fällen je 1.000 Geborenen. Die Totgeburtlichkeit in Berlin der Jahre 2013-2015 lag innerhalb der deutschen Bevölkerung bei 4,3 Fällen je 1.000 Geborenen und in der ausländischen Bevölkerung bei 9,0 Fällen je 1.000 Geborenen. (Datenquelle: StBA / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung: SenGesSoz - I A -, BA Neukölln).

Als wesentliche Ursache für die Unterschiede in der Säuglingssterblichkeit wird die generell unterdurchschnittliche Wahrnehmung von medizinischen Vorsorgeangeboten bei Menschen mit Migrationshintergrund diskutiert. Frauen mit Migrationshintergrund nehmen im Schnitt seltener und später an einer Schwangerenvorsorgeuntersuchung oder einem Geburtsvorbereitungskurs teil.^{36,37,38} Zudem zeigen Frauen mit Migrationshintergrund häufiger schwangerschaftsbegleitende Komplikationen wie Anämien, vaginale Infektionen, schweres Schwangerschaftserbrechen und drohende Fehlgeburten, die jedoch bei regelmäßigen Untersuchungen gut therapiert werden könnten.³⁸ Wie in anderen Gesundheitsbereichen stellen auch hier mögliche sprachliche und kulturelle Barrieren oder eine weniger gute Orientierung im deutschen Gesundheitssystem denkbare Hürden dar. Zusätzlich dazu sind auch die zumeist belastenderen sozialen Lebensbedingungen dieser Bevölkerungsgruppe erschwerende Einflussfaktoren. So konnte gezeigt werden, dass Säuglingssterblichkeit und eine geringere Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen häufiger in Familien mit niedrigem Sozialstatus auftritt.³⁷

Möglicherweise könnte auch ein anderes Verständnis von Intimität – wie es zum Beispiel im islamischen Glauben verbreitet ist – dazu führen, dass insbesondere Frauen einen Kontakt meiden, der mit der Entblößung des Körpers, fremden Blicken und möglichem Körperkontakt einhergeht. Auch wenn der Krankheitsfall in der islamischen Ethik Ausnahmen ermöglicht, kann die individuelle Scham der Frauen oder auch ihrer Familien dazu beitragen, wichtige Vorsorgeuntersuchungen nicht oder zu spät wahrzunehmen. Zudem handelt es sich in der Schwangerschaftsvorsorge um Beratungen und Untersuchungen zur Prävention von Erkrankungen. Eine direkte Gefährdung der Gesundheit, die eine Ausnahme der Intimitätsregelungen erlauben würde, könnte bei strenger Auslegung und ohne eine entsprechende Aufklärung nicht unmittelbar einsichtig sein.

Beachtenswert ist darüber hinaus eine Studie am Berliner Virchowklinikum, die auch auf konkrete Behandlungsunterschiede zwischen Frauen mit bzw. ohne Migrationshintergrund hinweist. Damit könnte auch eine teilweise Fehl- oder Unterversorgung verbunden sein.³⁹

Einer besonders dramatischen Unterversorgung unterliegen Frauen, die sich illegal in Deutschland aufhalten. Sie haben praktisch keine Möglichkeiten zur Schwangerschaftsvorsorge und können nur in absoluten Notfällen anonym in Krankenhäusern behandelt werden. Einen Zugang zur regelhaften medizinischen Versorgung sowie eine kurze Zeit der Duldung erhalten sie nur bei einer amtlichen Meldung bzw. der Stellung eines Asylantrages. Damit sind sie allerdings bei den Behörden registriert und können nach Ablauf der Frist abgeschoben werden. Aus Angst vor diesen Konsequenzen unterbleibt diese Meldung oft – mit den entsprechenden hohen gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind.

Säuglingssterblichkeit in Neukölln

Im Bezirk Neukölln ist die Säuglingssterblichkeit mit Abstand höher als in allen anderen Bezirken – und beinahe doppelt so hoch wie der Berliner Durchschnitt (**Abbildung 17**). Ähnliche Zahlen zeigen sich auch im Geburtsgewicht der Kinder, der Totgeburtlichkeit und der Sterblichkeit innerhalb der ersten Lebenswoche.⁴⁰ Hierbei ist zu beachten, dass es sich bei diesen Sterbefällen um Kinder handelt, die im Bezirk Neukölln gemeldet waren – nicht um Kinder, die in Neuköllner Krankenhäusern verstorben sind.

Besonders alarmierend ist, dass diese Indikatoren in Neukölln eine in den letzten Jahren wachsende Tendenz zeigen – ganz im Gegensatz zur generellen Entwicklung in Berlin und Deutschland. Dieses Anwachsen der Säuglingssterblichkeit in Neukölln geht vor allem auf einen Anstieg in der frühen Sterblichkeit zurück. Möglicherweise verbirgt sich dahinter ein wachsender Bevölkerungsanteil mit unzureichender medizinischer Betreuung bzw. Teilnahme an Untersuchungen der Schwangerschaftsvorsorge.

³⁶ Spallek J., Lehnardt J., Reeske A., Razum O., David M. (2014): Perinatal outcomes of immigrant women of Turkish, Middle Eastern and North African origin in Berlin, Germany: a comparison of two time periods. Arch Gynecol Obstet. 2014 Mar;289(3):505-12.

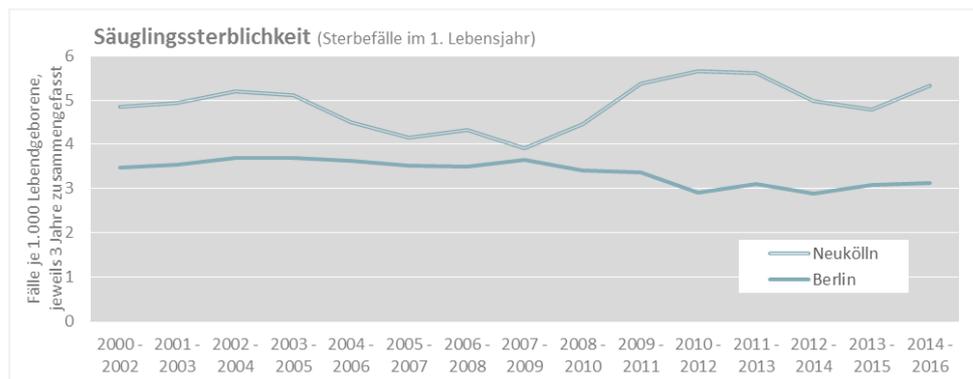
³⁷ Zitzmann B. (2012): Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen. LZG NRW, Reihe NRW - kurz und informativ.

³⁸ Terzioglu N. (2006): Migration – ein weiterer Risikofaktor in der Schwangerschaft? In: Forum Sexualaufklärung Nr. 3/2006. Köln.

³⁹ Armbrust R., von Rennenberg R., David M.A. (2016): Retrospective Perinatal Data Analysis of Immigrant and German Women from Representative Birth Cohorts at the Virchow Hospital, Berlin. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2016 Nov;76(11):1157-1162.

⁴⁰ Bezirksamt Neukölln zu Berlin (2017): Neuköllner Gesundheitsbericht - Zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung 2016. Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Neukölln.

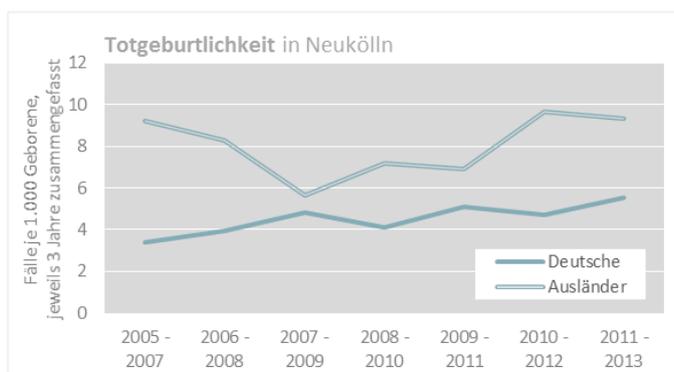
Abbildung 17
Zeitliche
Entwicklung der
Säuglingssterblichkeit
in Neukölln
(Datenquelle:
AfS Berlin-Brandenburg;
Berechnung:
SenGesSoz -IA-)



Dazu, wie hoch die Säuglingssterblichkeit konkret in Familien nicht-deutscher Herkunft im Bezirk Neukölln ist, existieren leider keine Daten. Es kann allerdings angenommen werden, dass der hohe Anteil an jungen Familien mit Migrationshintergrund und der große Bevölkerungsanteil von Menschen mit niedrigem Sozialstatus zu dieser großen Diskrepanz mit den anderen Bezirken beiträgt. Hier vereint der Bezirk Neukölln zwar zwei wichtige Risikofaktoren, jedoch genügen diese noch nicht, um die hohe Säuglingssterblichkeit hinreichend zu erklären. So zeigt der Bezirk Mitte, welcher eine ähnliche Bevölkerungsstruktur besitzt, eine sehr viel niedrigere Sterblichkeit im ersten Lebensjahr.

Daten, die einen Vergleich zwischen deutschen und ausländischen Familien in Neukölln ermöglichen, existieren jedoch zur Totgeburtlichkeit. Hier bestätigt sich, dass Familien ausländischer Staatsangehörigkeit auch in Neukölln – wie bereits für Berlin berichtet – fast doppelt so häufig Totgeburten zu beklagen haben wie deutsche Familien (**Abbildung 18**). Besorgniserregend ist, dass die wachsende Totgeburtlichkeit in beiden Bevölkerungsgruppen festgestellt werden kann. Ein in den letzten Jahren häufigeres Auftreten von totgeborenen Kindern ist zwar auch in der gesamten Stadt Berlin zu beobachten, beschränkt sich dort jedoch auf Familien nicht-deutscher Staatsangehörigkeit.

Abbildung 18
Zeitliche Entwicklung der Totgeburtlichkeit
in Neukölln nach Staatsangehörigkeit
(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg; Berechnung:
SenGesSoz - I A -, BA Neukölln)



Auch dieser Zusammenhang stellt den alleinigen Einfluss der Herkunft und der sozialen Lage im Bezirk in Frage – und stützt die Vermutung einer generell zunehmenden medizinischen Unterversorgung werdender Mütter in Neukölln. Inwieweit diese Entwicklungen auf eine unzureichende ärztliche Versorgungslandschaft im Bezirk oder mögliche Barrieren der Inanspruchnahme auf Seiten der Familien zurückzuführen sind, sollte dringend geprüft werden.

In der Tat weist der Bezirk Neukölln die geringste Dichte niedergelassener Ärzte in Berlin auf.⁴⁰ Auch hinsichtlich der für die Säuglingssterblichkeit relevanten Facharztgruppen – Frauenärzte und Kinderärzte – belegt Neukölln den letzten Rang unter den Bezirken.⁴¹ Bezogen auf die Bevölkerung weist Neukölln die geringste Zahl an Frauenärzten auf und liegt damit fast 50% unter dem Berliner Durchschnitt. Der durch die Kassenärztliche Vereinigung definierte Versorgungsbedarf an Frauenärzten wird in Neukölln nur zu 60% gedeckt. Hier zeigt sich eine Unterversorgung mit genau den Ärzten, die im Bereich der Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe tätig sind und die medizinische Betreuung werdender Mütter gewährleisten. Auch in Bezug auf Kinderärzte weist Neukölln die schlechteste Versorgung auf und liegt etwa 20% unter dem Berliner Durchschnitt.⁴¹ Ein derartiger Versorgungsmangel trifft die gesamte

⁴¹ Albrecht M., Brenck A., Ochmann R. (2017): Ambulante ärztliche Versorgung in den Berliner Bezirken Lichtenberg und Neukölln – Grundlagen für die Entwicklung eines Versorgungskonzepts. Studienbericht im Auftrag der Bezirksämter Lichtenberg und Neukölln, Berlin.

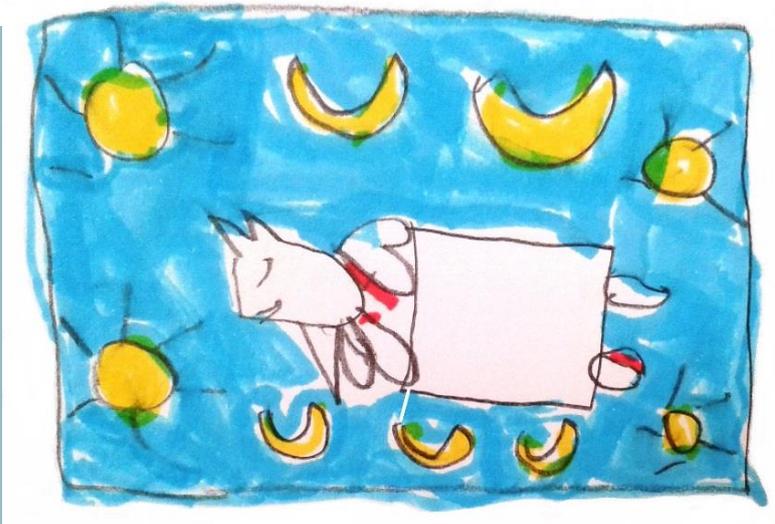
Neuköllner Bevölkerung, kann sich aber in besonderem Maße auf Bevölkerungsgruppen auswirken, denen eine Orientierung im Gesundheitssystem schwerfällt oder denen sich mögliche sprachliche oder andere kulturelle Hürden in den Weg stellen.

In der Interpretation der Daten zur Säuglingssterblichkeit muss jedoch beachtet werden, dass die amtlichen Todesstatistiken nur die Staatsangehörigkeit der Kinder erfassen – und nicht das Vorliegen eines familiären Migrationshintergrundes. Nahezu 80% der Kinder mit Migrationshintergrund in Neukölln haben allerdings eine deutsche Staatsangehörigkeit. Sie werden demnach innerhalb der Statistik als ‚deutsch‘ geführt und können nicht von den Kindern ohne Migrationshintergrund unterschieden werden. Auch wenn die gesundheitliche und soziale Lage ausländischer Familien größeren Herausforderungen unterworfen ist als bei Familien mit Migrationshintergrund generell, kann sie wertvolle Hinweise auf mögliche Problemlagen geben, die mit der Herkunft in Verbindung stehen können.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass aufgrund der bereits erwähnten Änderung des Bevölkerungsstatistikgesetzes ab dem Jahr 2014 auch für einige Zahlen der Säuglingsgesundheit keine Bezirksdaten mehr zur Verfügung stehen. Eine Beurteilung der weiteren Entwicklung anhand aktuellerer Zahlen ist demnach leider vorerst nicht möglich.

Zusammenfassung

- Die Säuglingssterblichkeit und die Zahl der totgeborenen Kinder sind in Neukölln so hoch wie in keinem anderen Berliner Bezirk – und zeigen in den letzten Erhebungsjahren sogar einen Anstieg.
- Als Grund dafür wird neben dem hohen Anteil von Menschen, die unter belastenden sozioökonomischen Bedingungen leben, auch der hohe Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund diskutiert.
- Die Säuglingssterblichkeit liegt in ausländischen Familien in Berlin höher als in deutschen Familien.
- Frauen mit Migrationshintergrund nehmen seltener und später Beratungen und Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft wahr und haben damit ein erhöhtes Risiko für Infektionen, embryonale Entwicklungsstörungen, Fehlbildungen und ein geringes Geburtsgewicht. Die Gesundheit des Kindes kann so schon vor der Geburt schwer beeinträchtigt sein.
- Der Bezirk Neukölln hat die geringste Ausstattung an Frauen- und Kinderärzten.



Recht auf Fürsorge
Masuma, 8 Jahre

Gesundheitliche Entwicklung von Kindern

	Ohne Migrations- hintergrund	Mit einseitigem Migrations- hintergrund	Mit beidseitigem Migrations- hintergrund	Neukölln insgesamt in % (Anzahl)
Auffälligkeiten in der Hand-Auge-Koordination	16,6%	21,9%	28,9%	23,9% (620)
Übergewicht	8,9%	14,7%	14,2%	12,9% (339)
Kitabesuch länger als 2 Jahre	94,3%	92,4%	79,2%	86,5% (2.240)
Zahnstatus behandlungsbedürftig	7,5%	16,4%	26,3%	18,5% (479)
Mind. ein Raucher im Haushalt	44,9%	45,4%	45,6%	45,4% (1.075)
Früherkennungsuntersuchungen vollständig ⁴²	87,6%	82,5%	75,6%	81,1% (1.714)
Fehlendes Vorsorgeheft	8,8%	12,4%	15,3%	12,8% (309)
Vollständige Masernimpfung ⁴³	93,0%	92,4%	92,5%	92,7% (2.082)
Fehlender Impfpass	10,3%	12,6%	20,1%	15,7% (409)
Physiotherapeutische Behandlung	8,5%	5,5%	3,4%	5,4% (137)
Ergotherapeutische Behandlung	10,5%	7,6%	9,8%	9,5% (243)
Logopädische Behandlung	19,5%	18,7%	18,6%	18,9% (481)
Psychotherapeutische Behandlung	3,5%	0,7%	1,7%	1,7% (44)
Niedriger Sozialstatus ⁴⁴	16,9%	28,7%	51,1%	34,7% (747)

Tabelle 2 Ergebnisse gesundheitsbezogener Indikatoren der Einschulungsuntersuchungen in Neukölln nach Migrationshintergrund (2016)

Quelle: Auswertungen der Einschulungsuntersuchungen 2016 in Neukölln, BA Neukölln

Eine wichtige Informationsquelle zur Beurteilung der gesundheitlichen Lage von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund stellen die jährlichen Einschulungsuntersuchungen dar. Dabei wird jedes Kind, welches das schulpflichtige Alter erreicht, ärztlich auf seine Schulfähigkeit und möglichen Förderbedarf hin untersucht. Zwar wird in diesem Zusammenhang weniger festgehalten, an welchen konkreten Erkrankungen die Kinder leiden, jedoch erlauben die Ergebnisse einen guten Überblick über die gesundheitlichen Entwicklungschancen und möglichen Risikofaktoren.

Im Rahmen dieser Untersuchungen zeigen die Kinder in Neukölln häufig deutlich schlechtere Ergebnisse als ihre Altersgenossen in anderen Bezirken. Hier zeigt sich vor allem die große Bedeutung der sozialen Lage der Eltern – aber auch der Einfluss eines familiären Migrationshintergrundes, den 70% der Neuköllner Kinder aufweisen. Aber auch hier ist weniger der Migrationshintergrund bestimmend, als vielmehr die kulturelle Herkunft der Familie, ihre Aufenthaltsdauer in Deutschland, die Kenntnisse der deutschen Sprache, wie gut sie in die deutsche Gesellschaft integriert ist und vor allem, welchen Sozialstatus sie besitzt. Dennoch zeigt sich an den obenstehenden Ergebnissen, dass Kinder mit Migrationshintergrund in einer Vielzahl der Indikatoren schlechtere Werte erzielen als Kinder deutscher Herkunft. Oftmals zusätzlich verstärkt wird dieser Unterschied, wenn der Migrationshintergrund beidseitig ist und damit beide Elternteile betrifft.

⁴² Einbezogen werden die Untersuchungen U1-U8 (ohne U7a). Es werden nur Kinder berücksichtigt, die ein Vorsorgeheft vorgelegt haben und in Deutschland geboren wurden.

⁴³ Nach Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts ist eine Immunisierung nach zwei Impfdosen erreicht. Es werden nur Kinder berücksichtigt, zu denen ein Impfpass vorgelegt werden konnte.

⁴⁴ Der Sozialstatus der Kinder orientiert sich am Schulabschluss, der Berufsausbildung und dem Erwerbsstatus beider Eltern.

So haben Kinder aus Familien nicht-deutscher Herkunft deutlich häufiger **Übergewicht**, zeigen **motorische Auffälligkeiten** in der Hand-Auge-Koordination und nehmen weniger regelmäßig an den **Früherkennungsuntersuchungen** teil. Auch können die Eltern weniger oft Dokumente vorlegen, die den Stand der Früherkennungsuntersuchungen oder den Impfstatus festhalten. Der **Impfstatus** selbst unterscheidet sich jedoch kaum. Besonders besorgniserregend sind die Ergebnisse hinsichtlich des **Zahnstatus**. Kinder mit Migrationshintergrund eines Elternteils weisen doppelt so häufig behandlungsbedürftige Zähne auf wie Kinder deutscher Herkunft. Bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund ist dieser Anteil sogar fast 4-mal so hoch. Es kann jedoch auch festgehalten werden, dass sich die im zeitlichen Verlauf stetig verbessernden Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen bei Neuköllner Kindern auch bei den Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund zeigen.

Als Gründe für diese Unterschiede werden dieselben Faktoren angenommen, die auch schon in Bezug auf die Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Allgemeinen diskutiert wurden. Dazu zählen insbesondere sprachliche oder kulturelle Hürden sowie mangelnde Orientierung im deutschen Gesundheitssystem, die zu einer geringeren Inanspruchnahme von medizinischen und Vorsorgeleistungen führen. Zudem ist die Bedeutung präventiver Untersuchungen häufig weniger bekannt – aber in der Erkennung von Entwicklungsstörungen oder Erkrankungen besonders wichtig. Zum Beispiel achten muslimische Eltern meist mehr auf körperliche Symptome (z.B. Fieber, Husten, Appetitlosigkeit, Schmerzen, Hautausschlag) und messen psychischen bzw. seelischen Entwicklungsstörungen (z.B. Lernschwierigkeiten, Aggression, Depression) vergleichsweise weniger Bedeutung bei. Diese Gründe wiegen umso schwerer, wenn sowohl die Mutter als auch der Vater einen Migrationshintergrund besitzen. Zudem fallen in Familien nicht-deutscher Herkunft oftmals zwei Risikofaktoren zusammen: die Herausforderungen des Migrationshintergrunds und die soziale Lage. Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund wachsen doppelt so häufig in schwierigen sozialen Verhältnissen auf wie Kinder ohne Migrationshintergrund. Kinder mit einem Migrationshintergrund bei beiden Elternteilen werden sogar 3-mal so häufig einem niedrigen Sozialstatus zugeordnet. Von ihnen ist jedes zweite Kind betroffen.

Einen ausgleichenden Faktor könnte der **Besuch einer Kindertageseinrichtung** darstellen. Die sprachliche, motorische und gesundheitliche Förderung der Kinder sowie die Unterstützung der Eltern könnten der Entstehung von Chancenungleichheiten entgegenwirken. Insbesondere bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund ist die Kitabesuchsdauer jedoch unterdurchschnittlich, was vermutlich kulturell bedingt ist. Parallel zu den positiven Entwicklungen, die aktuell im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen in Neukölln sichtbar werden, zeigt sich allerdings, dass die Länge des Kitabesuchs gerade bei dieser Bevölkerungsgruppe deutlich zunimmt. Besuchten im Jahr 2015 noch 70% der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund länger als 2 Jahre eine Kindertageseinrichtung, waren es im Folgejahr 2016 schon knapp 80%.

Einen wichtigen Punkt in den Voraussetzungen für eine gesunde Entwicklung von Kindern berührt auch die **Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe**. So befanden sich Kinder mit Migrationshintergrund zum Schulstart – in Neukölln und im übrigen Berlin – seltener bereits in physio- oder psychotherapeutischer Behandlung als Kinder deutscher Herkunft. Das ist insofern von Relevanz, da Kinder mit Migrationshintergrund häufiger von psychischen Auffälligkeiten betroffen sind als ihre Altersgenossen ohne Migrationshintergrund.⁴⁵ Ob diese Diskrepanz auf die bereits diskutierte geringere Nutzung von Gesundheitsleistungen durch mangelndes Wissen zurückzuführen ist – oder möglicherweise kulturelle Hintergründe hat – kann nur vermutet werden. Insbesondere bei psychischen Störungen stellt das Erkennen und die Hilfesuche oftmals eine Hürde für Eltern dar. Aus Angst, das Ansehen der Familie zu gefährden oder stigmatisiert zu werden, kann das vor allem bei Familien mit Migrationshintergrund ein Problem darstellen. Darüber hinaus kann die im Vergleich zu anderen Bezirken geringe Zahl an Psychotherapeuten in Neukölln sowie deren eingeschränkte kulturelle und fremdsprachige Kompetenzen dazu führen, dass die Suche eines geeigneten Therapeuten zusätzlich erschwert ist.

Zur Einordnung dieser Zahlen muss jedoch ergänzt werden, dass ein Großteil der psychischen Störungen bei Kindern erst im Schulalter auffällig wird bzw. entsteht. Dazu, wie die Inanspruchnahme von therapeutischen Angeboten durch Familien mit und ohne Migrationshintergrund in diesen Altersgruppen ist, liegen aber leider keine Informationen vor.

⁴⁵ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003 bis 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

Ein familiärer Migrationshintergrund birgt jedoch nicht nur gesundheitliche Risiken. So konnte zum Beispiel gezeigt werden, dass Mädchen und Jungen ausländischer Herkunft weniger häufig an allergischen Erkrankungen, wie Neurodermitis und allergischen Kontaktekzemen, leiden als ihre Altersgenossen ohne Migrationshintergrund.⁴⁵ Mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland nehmen die allergischen Erkrankungen allerdings zu.

Auf migrationsbezogene Unterschiede im **Gesundheitsverhalten** wurde bereits im entsprechenden Abschnitt eingegangen. Beschrieben wurde darin einerseits die Problematik von häufigerem Übergewicht, einer geringeren körperlichen Aktivität bei Mädchen und einer tendenziell ungesünderen Ernährung bei Kindern mit Migrationshintergrund – und andererseits der im Schnitt seltenere Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen.

Weiterhin besorgniserregend sind die Unterschiede in der **Sterblichkeit** von Kindern. Im Kontrast zur erwachsenen Bevölkerung nicht-deutscher Herkunft zeigen die Kinder verglichen mit ihren Altersgenossen deutscher Staatsangehörigkeit ein erhöhtes Sterberisiko. Zurückgeführt wird das vor allem auf die erhöhte Säuglingssterblichkeit und ein häufigeres Auftreten angeborener Fehlbildungen (siehe Abschnitt zur **Säuglingssterblichkeit**), ein höheres Risiko für Infektionskrankheiten wie Tuberkulose (siehe Abschnitt zu **Infektionserkrankungen**) oder an äußeren Ursachen wie Verletzungen oder Unfällen zu sterben.⁴⁶ Bei Letzterem sind vor allem Jungen mit türkischem oder arabischem Hintergrund betroffen – eine Bevölkerungsgruppe, die auch in Neukölln einen Großteil der Kinder mit Migrationshintergrund ausmacht.⁴⁷ Das Sterberisiko infolge eines Unfalls bei Jugendlichen nicht-deutscher Herkunft liegt jedoch wiederum unter dem Risiko deutscher Jugendlicher.⁴⁸ Für Neukölln möglicherweise relevant sein könnte zudem, dass eine erhöhte Suizidrate bei türkischen Mädchen im Alter von 10 - 17 Jahren im Vergleich zu deutschen Mädchen gleichen Alters festgestellt werden konnte.⁴⁹ Als Gründe werden hier sozial oder kulturell bedingte Konfliktsituationen diskutiert.

Zu den Sterblichkeitszahlen muss jedoch methodisch ergänzt werden, dass sie sich nicht auf Kinder mit Migrationshintergrund – sondern auf Kinder nicht-deutscher Staatsangehörigkeit beziehen. Das liegt vor allem an der Datenlage der Todesursachenstatistik. Von allen Kindern mit Migrationshintergrund haben in Neukölln und Berlin nur 20 - 30% auch tatsächlich eine ausländische Staatsangehörigkeit. Wie die Sterblichkeit bei den übrigen Kindern mit Migrationshintergrund und deutscher Staatsangehörigkeit aussieht, kann hingegen nur geschätzt werden. Vermutet werden kann, dass sie sich zwischen den Sterblichkeitsrisiken der Kinder ohne Migrationshintergrund und der Kinder nicht-deutscher Herkunft bewegt.

Zusammenfassung

- 70% der Kinder in Neukölln haben einen Migrationshintergrund.
- Kinder mit Migrationshintergrund in Neukölln zeigen im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen häufiger Übergewicht, Auffälligkeiten in der Visuomotorik und ungesunde Zähne. Zudem besuchen die Kinder weniger lange eine Kindertageseinrichtung und nehmen seltener Früherkennungsuntersuchungen oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch.
- Das erhöhte Risiko für Übergewicht wird auf den ungesünderen Ernährungsstil und weniger körperliche Aktivität – vor allem bei Mädchen – zurückgeführt.
- Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund konsumieren seltener Alkohol, Tabak und illegale Drogen.
- Besorgniserregend ist die deutschlandweit erhöhte Sterblichkeit von Kindern ausländischer Herkunft. Diese basiert vor allem auf der überdurchschnittlichen Säuglingssterblichkeit sowie einem tendenziell erhöhten Risiko für Infektionskrankheiten oder an Verletzungen oder Unfällen zu sterben.

⁴⁶ Kohls M. (2011): Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. Forschungsbericht 9. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg.

⁴⁷ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Migration und Gesundheit. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

⁴⁸ Ellsäßer G. (2017): Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen 2017. Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2014. Fachbericht. Statistisches Bundesamt (Destatis).

⁴⁹ Razum O., Zeeb H. (2004): Suizidsterblichkeit unter Türiinnen und Türiken in Deutschland, in: Nervenarzt, 75, 1092-1098.

Psychische Störungen

Zusammenhang und Datenverfügbarkeit

Eine familiäre oder eigene Migrationsgeschichte kann eine besondere psychosoziale Belastung darstellen. Je nach Herkunftsland, Gründen und Umständen der Migration, Alter bei der Einwanderung oder Begleitung durch die Familie kann eine Migration ein schwerwiegendes Lebensereignis bedeuten. Insbesondere aber auch eine ungenügende Integration im Aufnahmeland kann zu einer Beeinträchtigung des psychischen Gleichgewichts führen. Einen besonders wichtigen Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit bei Menschen mit Migrationshintergrund stellt die sozioökonomische Lage dar. Sie wird als eine Hauptursache für ein gehäuftes Auftreten von psychischen Erkrankungen angenommen.⁵⁰ So besitzen Menschen nicht-deutscher Herkunft überdurchschnittlich häufig einen niedrigen Sozialstatus, sind von Arbeitslosigkeit betroffen oder leben in ungünstigen Wohnverhältnissen. Oftmals erfahren sie eine Nichtanerkennung ihres Bildungsstandes. Zusätzlich zu den Herausforderungen der Anpassung an eine neue Kultur und Sprache – sowie der damit verbundenen eingeschränkten Orientierung – können Stigmatisierung, gesellschaftliche Ablehnung oder Fremdenfeindlichkeit eine starke psychische Belastung bedeuten. Wie auch in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund gibt es jedoch auch eine Reihe von Schutzfaktoren, die einen Ausgleich zu den Belastungen bilden und damit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung entgegen wirken können. Dazu gehören zum Beispiel ein gutes soziales Netzwerk, familiärer Zusammenhalt oder aber auch ein sinnstiftender Glaube.

Trotz dieser erhöhten Risiken gibt es nur wenige Studien, die das Vorkommen psychischer Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund untersuchen. Zudem variieren sie im regionalen Bezug – und konzentrieren sich vor allem auf Menschen mit türkischem oder russisch-sprachigen Hintergrund. Die Ursache dafür liegt in erster Linie darin, dass es sich hierbei um die größten Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund handelt.

Zusätzlich zur Datenverfügbarkeit werden generelle Aussagen über psychische Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund – wie auch bei der Beurteilung der gesundheitlichen Lage insgesamt – dadurch erschwert, dass diese Bevölkerungsgruppe in sich sehr heterogen ist. So vielfältig die Risikofaktoren sind – so ungleich sind sie verteilt. Je nach Geschlecht, Alter, Herkunftsland, Religion, Aufenthaltsdauer, sozialer Lage und nicht zuletzt gelungener Integration können sich das Erkrankungsrisiko und der Verlauf einer Erkrankung sehr stark unterscheiden. Auch die Generationszugehörigkeit innerhalb der Zuwanderungsfamilie kann einen wesentlichen Einfluss auf die Erkrankungsrisiken haben. So treten psychische Störungen häufiger bei Menschen mit frühkindlicher Migrationserfahrung und innerhalb der Nachfolgegeneration auf. Zudem kann die Anerkennung und Hilfesuche im Falle einer psychischen Erkrankung insbesondere in Familien mit Migrationshintergrund eine Herausforderung darstellen, die mit Angst vor Stigmatisierung einhergeht. Das kann zu einer substanziellen Unterschätzung der Erkrankungszahlen führen. Dennoch lassen sich mithilfe des vorhandenen Studienmaterials Tendenzen erkennen und besondere Risikogruppen identifizieren.

Gezeigt werden konnte, dass rund 80% der Frauen und Männer mit türkischem Hintergrund im Verlaufe ihres Lebens mindestens einmal an einer **psychischen Störung** erkranken.⁵¹ Innerhalb der deutschen

⁵⁰ Frank L., Rommel A., Lampert T. (2017): Die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. G+G Wissenschaft (GGW), Jg. 17, Heft 2 (April), 7–14.

⁵¹ Dingoyan D., Schulz H., Kluge U., Penka S., Vardar A., von Wolff A., Strehle J., Wittchen H.-U., Koch U., Heinz A., Mösko M. (2017): Lifetime prevalence of mental disorders among first and second generation individuals with Turkish migration backgrounds in Germany. BMC Psychiatry. 2017; 17: 177.

Bevölkerung ist dieser Anteil mit 43% nur halb so hoch! Zusätzlich erhöht ist das Risiko innerhalb der weiblichen türkischen Bevölkerung, mit steigendem Alter oder wenn die Menschen allein und ohne Partnerschaft leben.

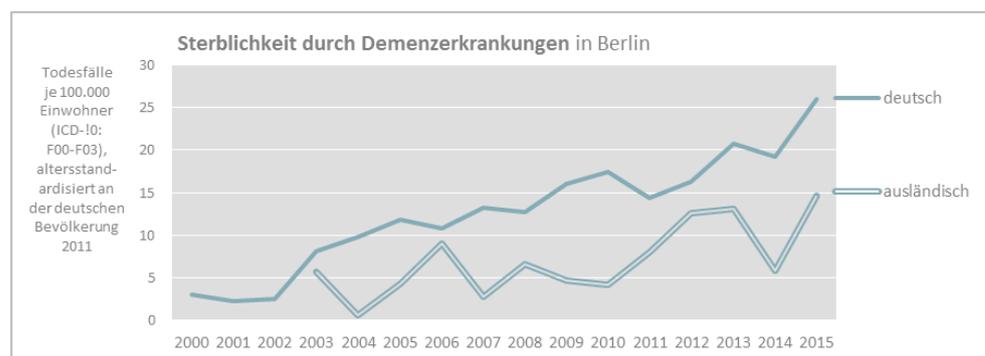
Ausgewählte psychische Störungen

Eine große Gruppe der psychischen Störungen bilden die **affektiven Störungen**, wozu vor allem die Depression oder manische Störungen gehören. Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Auftreten dieser Störungen und einem Migrationshintergrund konnten bisher nicht gezeigt werden. Eine Studie schätzte jedoch, dass 42% der Menschen mit türkischem Migrationshintergrund – und damit fast jede bzw. jeder Zweite – einmal im Leben an einer affektiven Störung erkranken.⁵¹ Auch wenn konkrete Vergleichszahlen fehlen, wären damit weit mehr Menschen betroffen als in der Bevölkerung deutscher Herkunft. Durch die Inanspruchnahmen psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgungsangebote gibt es zudem Hinweise darauf, dass **psychotische Störungen** wie Schizophrenie tendenziell häufiger bei Menschen mit Migrationshintergrund auftreten.⁵² Hier scheinen vor allem Angehörige der 2. Einwanderergeneration und Menschen betroffen, die innerhalb der ersten Lebensjahre migriert sind.

Auch bezüglich des Risikos, einen **Suizid** zu begehen, gibt es keine eindeutigen Ergebnisse. Eine aufmerksamkeitsbedürftige Gruppe stellen hier jedoch die jungen Frauen mit Migrationshintergrund dar. Nicht nur für Berlin konnte gezeigt werden, dass das Risiko eines Selbstmordversuches bei jungen türkischen Frauen überdurchschnittlich hoch ist.⁵² Im Vergleich zu ihren männlichen Altersgenossen scheinen sie einem besonderen Druck oder Erwartungen ausgesetzt, der aus dem familiären Migrationshintergrund und dem Spannungsfeld zwischen deutscher und traditioneller Kultur rührt. Erhöhte Suizidraten wurden auch bei (Spät-)Aussiedlern mittleren Alters festgestellt.⁵²

Die Haupttodesursache psychischer Erkrankungen stellt die **Demenz** dar. Durch die alternde Bevölkerung gewinnt sie zunehmend an Bedeutung und hat als Todesursache seit etwa 10 Jahren sogar die Suchterkrankungen eingeholt. In der stationär-psychiatrischer Versorgung und auch unter den Todesfällen durch eine Demenzerkrankung sind Menschen mit Migrationshintergrund jedoch noch deutlich unterrepräsentiert (**Abbildung 19**).^{52,53} Diese seltenere Diagnosestellung kann zum einen an einem möglicherweise risikoärmeren Lebensstil liegen – aber auch Ergebnis dessen sein, dass die Scheu vor der Inanspruchnahme medizinischer bzw. therapeutischer Hilfe bei psychischen Erkrankungen höher ist oder ältere Menschen häufiger in ihren Familien gepflegt werden. Darüber hinaus sind die diagnostischen Instrumente für ältere Menschen mit Migrationshintergrund oftmals ungeeignet, was eine korrekte Diagnosestellung erschweren kann.⁵²

Abbildung 19
Zeitliche Entwicklung
der Sterblichkeit durch
Demenzerkrankungen
(Datenquelle:
Gesundheitsbericht-
erstattung des Bundes⁵³)



⁵² Schouler-Ocak M., Aichberger M. C., Penka S., Kluge U., Heinz A. (2015): Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, June 2015, Volume 58, Issue 6, pp 527–532.

⁵³ Quelle: Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). Primärquelle: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik; Statistisches Bundesamt, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. In www.gbe-bund.de (Thematische Recherche: Gesundheitliche Lage → Sterblichkeit → Mortalität und Todesursachen), [Abrufdatum: 10.11.2017].

In Anbetracht einer zunehmenden Anpassung an den Lebensstil und das Krankheitsverständnis der deutschen Bevölkerung – sowie eine möglicherweise kultursensiblere Medizin – ist in dieser Bevölkerungsgruppe mit einem starken Anstieg der Erkrankungshäufigkeit zu rechnen. Hinzu kommt, dass der Anteil von Menschen nicht-deutscher Herkunft unter den älteren Einwohnerinnen und Einwohnern noch relativ gering ist – in Zukunft jedoch durch die nachwachsenden Generationen stark zunehmen wird. Spezifische Belastungsfaktoren wie die unzureichende gesundheitliche Versorgung im Herkunftsland, die oftmals harte körperliche Arbeit im Aufnahmeland, mangelnde soziale Integration, eine geringere Nutzung des Gesundheitssystems und eine schwierigere sozioökonomische Situation lassen sogar vermuten, dass die Erkrankungshäufigkeit ein Niveau erreichen könnte, welches über dem der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund liegt.⁵² Insbesondere in Neukölln ist damit mit einem überdurchschnittlichen Anstieg von älteren Menschen mit Migrationshintergrund zu rechnen, die Zugang zu entsprechenden Pflegeleistungen und Einrichtungen suchen (siehe auch Abschnitt **➤ Pflegerische Versorgung**).

Auf die Verbreitung von psychischen und Verhaltensstörungen durch den Konsum von Alkohol und anderen Suchtmitteln wurde bereits im Kapitel **➤ Gesundheitsverhalten** näher eingegangen.

Psychische Störungen bei Schutzsuchenden

Eine besondere Risikogruppe innerhalb der Bevölkerung mit Migrationshintergrund stellen Geflüchtete, Asylbewerber und andere Schutzsuchende dar. Sie unterliegen durch ihren besonderen Status und ihre Erfahrungen noch in stärkerem Maße den Risikofaktoren, die mit einem Migrationshintergrund in Verbindung stehen. Durch die meist krisenhaften Umstände Ihrer Flucht, den ungeklärten Aufenthaltsstatus, die fehlende Arbeitserlaubnis, daraus folgende finanzielle Sorgen sowie die zumeist problematischen Unterbringungsbedingungen ist die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Beeinträchtigung nochmals erhöht. Hinzu kommt die oft erlebte Ablehnung und Diskriminierung in der neuen Gesellschaft. Das führt zu einer hohen Prävalenz an psychischen Störungen, wie z.B. Angst- und Depressionserkrankungen, Anpassungsstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Suchterkrankungen. Fast 2/3 aller Schutzsuchenden leiden unter mindestens einer psychischen Erkrankung.⁵⁴ Übertragen auf die Zahl an Schutzsuchenden, die der Bezirk Neukölln im Jahr 2018 aufzunehmen plant, würde das eine Zahl von 1.500 Betroffenen bedeuten.⁵⁵ Selbst wenn man zu Grunde legt, dass in der Regel nur rund 20% aller Erkrankten auch tatsächlich eine Therapie in Anspruch nehmen, würden noch 300 schutzsuchende Menschen auf die Vermittlung eines Therapieplatzes warten!

Auf der anderen Seite haben Schutzsuchende durch oftmals vorliegende Unsicherheiten bezüglich ihrer Rechte und Wege zur psychosozialen Versorgung einen erschwerten Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems. Die sprachlichen und kultursensiblen Hürden einer Behandlung – sowie die Verfügbarkeit geeigneter Therapieplätze – sind ein weiteres großes Thema. Vor allem in Bezug auf die psychosoziale Gesundheit ist die Versorgung von Schutzsuchenden noch sehr lückenhaft (siehe auch Abschnitt **➤ Schutzsuchende**). Zusätzlich verschlimmert wird die Situation der Betroffenen dadurch, dass die psychischen Erkrankungen wiederum deutlich ihre Möglichkeiten zur Integration herabsetzen. Insbesondere bei Kindern kann eine ausbleibende Behandlung dazu führen, dass sich Persönlichkeits- und soziale Anpassungsstörungen manifestieren, die Bildungslaufbahn beeinträchtigt wird und so die Zukunftschancen im neuen Land verbaut werden. Eine möglichst schnelle Hilfe würde nicht nur schwereren psychischen Folgen entgegenwirken, sondern auch wesentlich zur Integration der Schutzsuchenden beitragen.

Besonders problematisch ist auch hier die Lage von Menschen mit illegalem Aufenthalt und damit ohne jeglichen Zugang zum Gesundheitssystem. Selbst eine rein körperlich-medizinische Versorgung wird meist nur durch Spenden, Ehrenamt oder freiwillige ärztliche Behandlung möglich. Der Zugang zum regelhaften psychosozialen Hilfesystem ist für diese Betroffenen kaum denkbar.

⁵⁴ Richter, K., Leheld, H., Niklewski, G. (2015). Warten auf Asyl: Psychiatrische Diagnosen in der zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern. *Gesundheitswesen*, 77 (11), 834-838.

⁵⁵ Der Bezirk Neukölln plant für das Jahr 2018 eine Aufnahmekapazität von 2.300 Schutzsuchenden in 5 Unterküften. Eine der Unterküfte wird speziell für besonders schutzbedürftige Geflüchtete und Schutzsuchende eingerichtet, womit von einer noch höheren Zahl an psychischen Erkrankungen ausgegangen werden kann.

Psychische Störungen und Migrationshintergrund in Neukölln

Daten zur psychischen Gesundheit der Menschen nicht-deutscher Herkunft in Neukölln liegen leider nicht vor. Sie lassen sich aus den berichteten Zahlen und Zusammenhängen nur ableiten. So lässt die schwierige sozioökonomische Lage eines Großteils der Bevölkerung in Neukölln – einem Haupteinflussfaktor – vermuten, dass die Menschen mit Migrationshintergrund im Bezirk einem zusätzlich erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen unterliegen.

Zwar zeigen die Krankenhausstatistiken eine erhöhte Zahl an Behandlungen von psychischen und Verhaltensstörungen – es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass das weniger auf den hohen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund, sondern vielmehr auf die soziale Lage der Bevölkerung im Bezirk zurückzuführen ist.⁵⁶ In Übereinstimmung zu den oben berichteten Zusammenhängen gibt es jedoch in Neukölln eine erhöhte Zahl an Krankenhausaufenthalten infolge schwerer Belastungen und Anpassungsstörungen infolge Suchtmittelkonsums und zur Behandlung von Schizophrenie. Krankenhausaufenthalte aufgrund depressiver Erkrankungen sind bei Neuköllnerinnen und Neuköllnern hingegen unterdurchschnittlich.

Neben den erhöhten stationären Behandlungszahlen gehört Neukölln gleichzeitig zu den Bezirken mit der geringsten Dichte an niedergelassenen Psychotherapeuten.⁵⁷ Dieses Missverhältnis zeigt Lücken in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Neukölln auf, was aufgrund des ohnehin erschwerten Zugangs zu Gesundheitsleistungen vor allem für Menschen mit Migrationshintergrund spürbar sein dürfte. Hinzu kommt, dass die sprachlichen Kompetenzen der niedergelassenen Therapeuten kaum dem Anteil von Menschen nicht-deutscher Herkunft im Bezirk genügen können. Mit Blick auf die in Neukölln besonders stark vertretenen Herkunftsländer zeigt sich die Diskrepanz zwischen Angebot und möglichem Bedarf deutlich: von den 162 in Neukölln niedergelassenen Psychotherapeuten sind nur 5 der türkischen Sprache mächtig. Psychotherapeuten mit polnischen Sprachkenntnissen oder aus dem arabischen oder afrikanischen Raum fehlen im Bezirk ganz! Das bedeutet, dass trotz des hohen Bedarfs an psychotherapeutischer Versorgung von zum Beispiel Geflüchteten und anderen Schutzsuchenden im Bezirk Neukölln kein muttersprachlicher Therapeut zur Verfügung steht. Lediglich zwei Therapeuten beherrschen mit Serbokroatisch bzw. Bulgarisch Sprachen, die im osteuropäischen Raum gesprochen werden.⁵⁸

Wie im Abschnitt **➤ Barrieren im deutschen Gesundheitssystem** näher ausgeführt wird, ist jedoch eine vertrauensfördernde, kultursensible und muttersprachliche Verständigung gerade in der psychotherapeutischen Behandlung von Wichtigkeit. Ein Hinzuziehen von professionellen Dolmetscherdiensten kann immer auch die vertrauliche Situation und notwendige Offenheit beeinträchtigen. Dennoch gibt es keinerlei rechtlichen Anspruch auf eine Kostenerstattung einer solchen Sprachmittlung – weder durch die Krankenkasse noch durch andere Stellen – womit der Patient die Kosten selbst tragen muss.⁵⁹ Das kann bei den Menschen mit Migrationshintergrund, die der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtig sind oder anderweitige kulturelle Hürden befürchten, dazu führen, dass keine psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen wird und entsprechende Erkrankungen unbehandelt bleiben. Es ist zudem zu vermuten, dass in Ermangelung an Behandlungsmöglichkeiten vorrangig eine Symptombehandlung in Form von Psychopharmaka bleibt.

⁵⁶ Während der Jahre 2011-2015 gab es in Neukölln durchschnittlich etwa 5.000 vollstationäre Behandlungen von psychischen und Verhaltensstörungen (ICD-10: F00 - F99) bei Neuköllnerinnen und Neuköllnern in Krankenhäusern. Unter Berücksichtigung der Altersstruktur lag Neukölln damit auf Rang 3 hinter den Bezirken Spandau und Reinickendorf. (Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, KHStatV-Teil II: Diagnosen / Berechnung: SenGPG - I A -, BA Neukölln)

⁵⁷ Gemeinsames Landesgremium (2017): Ambulante Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung - Fortschreibung gemäß Protokollnotiz zum Letter of Intent (LOI). Anpassung der Tabellen zur Versorgungssteuerung mit bezirklichen Versorgungsgraden (Datenstand: 01.01.2017).

⁵⁸ Quelle: Psychotherapeutensuche der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin: www.kvberlin.de/60arztsuche/schnellsuche.html (Abrufdatum: 20. 12. 2017) Hierbei handelt es sich um frei zugängliche und damit durch Patienten recherchierbare Kontaktdaten. Die Angaben zu den Sprachkompetenzen erfolgen freiwillig durch die Therapeuten.

⁵⁹ Deutscher Bundestag (2017): Dolmetscher im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung. Anspruch und Kostenübernahme. Sachstand WD 9 - 3000 - 021/17. Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages.

Zusammenfassung

- Ein Migrationshintergrund kann mit einer Reihe von Risikofaktoren – aber auch Schutzfaktoren – für die Entwicklung psychischer Erkrankungen einhergehen, wobei die soziale Lage den wichtigsten Belastungsfaktor darstellt.
- Das Risiko einer psychischen Erkrankung (z.B. Depressionen oder Schizophrenie) ist in der Bevölkerung mit einem türkischen Migrationshintergrund deutlich erhöht. Junge Frauen haben ein überdurchschnittliches Suizidrisiko.
- Derzeit noch unterdurchschnittlich ist in Zukunft mit einem starken Zuwachs von Demenzerkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund und einer entsprechenden Nachfrage von Pflege- und Betreuungsangeboten zu rechnen.
- Trotz der geschätzten überdurchschnittlichen Häufigkeit von psychischen Erkrankungen in Neukölln – durch den hohen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund und in schwieriger sozialer Lage – gehört Neukölln zu den Bezirken mit der geringsten Dichte an niedergelassenen Psychotherapeuten. In Anbetracht der Bevölkerungsstruktur sind ihre Sprachkenntnisse deutlich unzureichend.
- Kultursensible und fremdsprachige Diagnoseinstrumente sowie Therapie- und Pflegeangebote sind eine wichtige Voraussetzung in der psychosozialen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. In der Bereitstellung entsprechender Angebote und der Förderung ihrer Inanspruchnahme liegt eine große Herausforderung für den Bezirk und das gesamte Land Berlin.
- Besonders ungenügend ist die psychosoziale Versorgung von Geflüchteten und anderen Schutzsuchenden – einer Bevölkerungsgruppe mit einem gleichzeitig stark erhöhten Versorgungsbedarf.



Recht auf Identität
Sofia, 6 Jahre

Infektionserkrankungen

Zusammenhang und Datenverfügbarkeit

Seit dem Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) im Jahr 2001 unterliegt eine Reihe von Infektionserkrankungen der Meldepflicht. Das erleichtert im Vergleich zu anderen Erkrankungen die Datenverfügbarkeit – insbesondere, da auch die Staatsangehörigkeit eines der festgehaltenen Fallmerkmale darstellt. Aussagen zu Menschen mit Migrationshintergrund aber deutscher Staatsangehörigkeit können jedoch nicht getroffen, sondern höchstens abgeleitet werden.

Wie bereits im Kapitel zur **Sterblichkeit nach Todesursachen** angesprochen, unterliegen Menschen ausländischer Herkunft statistisch einem ähnlich hohen Risiko, an einer Infektionserkrankung zu versterben, wie die deutsche Bevölkerung in Berlin (**Abbildung 20**).⁶⁰ In der detaillierteren Betrachtung einzelner Erkrankungen zeigt sich jedoch, dass Menschen ausländischer Staatsangehörigkeit je nach Erkrankungsart ein deutlich erhöhtes Risiko besitzen. Das kann zum Teil in einem höheren Vorkommen dieser Erkrankung im Herkunftsland oder in weniger verbreiteten Schutz- und Präventionsmaßnahmen begründet liegen. Ausgestattet mit einem zum Beispiel unzureichenden Impfschutz oder mangelndem Wissen um Ansteckungswege, können sich die zugewanderten Menschen aber auch schneller hier in Deutschland infizieren. Die im Schnitt geringere Inanspruchnahme von Vorsorge- und Gesundheitsleistungen erschwert die Risikosenkung durch Maßnahmen, die mithilfe des deutschen Gesundheitssystems möglich wären.⁶¹

Zu den typischen Erkrankungen, die häufiger in der ausländischen Bevölkerung diagnostiziert werden, gehören Tuberkulose, die Immunschwächekrankheit AIDS und Hepatitis.

Abbildung 20
Zeitliche Entwicklung
der Sterblichkeit durch
Infektionserkrankungen
(Datenquelle:
Gesundheitsbericht-
erstattung des Bundes⁶⁰)



Tuberkulose

Tuberkulose gehört zu den weltweit am häufigsten verbreiteten Infektionskrankheiten. Die Erkrankung kann verschiedene Organe betreffen, wobei jedoch nur die offene Lungentuberkulose – welche etwa die

⁶⁰ Quelle: Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). Primärquelle: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik; Statistisches Bundesamt, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. In www.gbe-bund.de (Thematische Recherche: Gesundheitliche Lage → Sterblichkeit → Mortalität und Todesursachen) [abgerufen am 10.11.2017].

⁶¹ Frank L., Rommel A., Lampert T. (2017): Die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. G+G Wissenschaft (GGW), Jg. 17, Heft 2 (April), 7–14.

Hälfte aller Fälle ausmacht – ansteckend wirken kann. Bei dieser Form der Tuberkulose werden die Erreger über die ausgeatmete Luft sowie über Husten und Niesen transportiert.⁶²

Man schätzt, dass etwa ein Drittel der Weltbevölkerung mit Tuberkuloseerregern infiziert ist. In den meisten Fällen schafft es der Körper jedoch, die Erreger einzudämmen. Nur etwa 5 - 10% der infizierten Erwachsenen erkranken tatsächlich auch an Tuberkulose. Zum Ausbruch einer Erkrankung kann es jedoch bei immungeschwächten Personen kommen – oft auch erst Jahre nach der Infektion. Zu dieser besonderen Risikogruppe zählen Kleinkinder, ältere Menschen oder Personen, deren Immunsystem durch andere Erkrankungen angegriffen ist – wie zum Beispiel AIDS. Dieser Zusammenhang begünstigt das Vorkommen von Tuberkulose in Ländern, in denen auch HIV verbreitet ist. Zudem zeigt sich eine starke Abhängigkeit davon, wie arm die Bevölkerung eines Landes ist. Neben Afrika sind auch vor allem auch Herkunftsländer in Südostasien sowie Indien betroffen. In Europa ist Tuberkulose am häufigsten in osteuropäischen Ländern anzutreffen.^{62,63}

Diese Zusammenhänge mit den Herkunftsländern bewirken, dass Menschen ausländischer Staatsangehörigkeit ein um ein Vielfaches erhöhtes Risiko haben, an Tuberkulose zu erkranken. Im Jahr 2014 konnte für Berlin eine 10-fach erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeit festgestellt werden (**Abbildung 21**). Der Anstieg, der zu diesem Zeitpunkt schon sichtbar wurde, setzte sich in den Jahren 2015 und 2016 noch weiter fort, was vermutlich auf die stark ansteigende Zuwanderung in diesem Zeitraum zurückgeführt werden kann. In Deutschland erhöhte sich die Erkrankungswahrscheinlichkeit innerhalb der ausländischen Bevölkerung um weitere 25%. Das Tuberkuloserisiko innerhalb der deutschen Bevölkerung blieb hingegen weiter rückläufig.⁶⁴

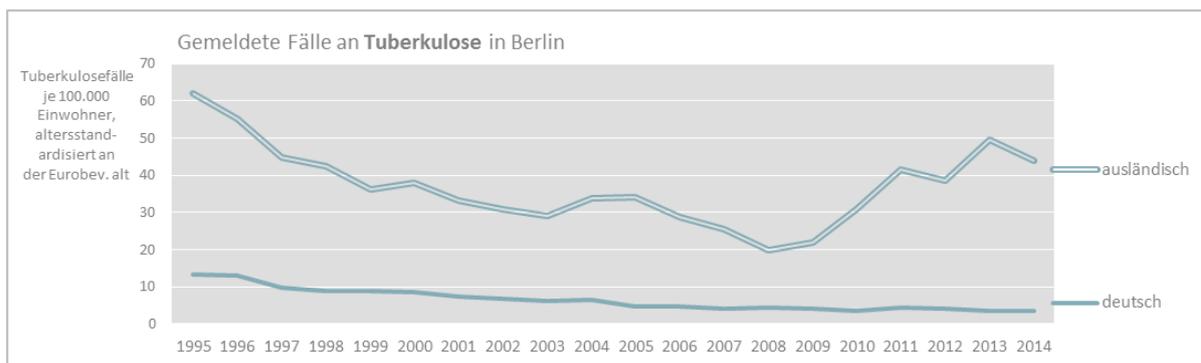


Abbildung 21 Zeitliche Entwicklung der Tuberkulosefälle in Berlin nach Staatsangehörigkeit

(Datenquelle: SenGesSoz Berlin (bis 2000) / RKI (ab 2001) / Berechnung: SenGesSoz - I A -)

Interessant ist zudem, dass sich neben der Häufigkeit auch die Altersstruktur der erkrankten Personen unterscheidet. Erkranken innerhalb der deutschen Bevölkerung vor allem ältere Menschen an Tuberkulose, sind bei ausländischer Herkunft auch viele Kinder und junge Erwachsene zwischen 15 und 29 Jahren betroffen.⁶⁵ Darüber hinaus erkranken Männer etwa doppelt so häufig wie Frauen. Innerhalb der deutschen Bevölkerung basiert das auf einer erhöhten Zahl erkrankter Männer im höheren Alter – und innerhalb der ausländischen Bevölkerung auf einer hohen Zahl erkrankter junger Männer. Möglicherweise ist Letzteres durch den verstärkten Zuzug von Männern dieser Altersgruppe begründbar.

⁶² RKI-Ratgeber für Ärzte. Tuberkulose, Stand: Februar 2013;

www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Tuberkulose.html#doc2374486bodyText22 [aufgerufen am 15. Mai 2017].

⁶³ Fact sheet Tuberculosis. WHO, Stand: März 2017; www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/ [aufgerufen am 15. Mai 2017].

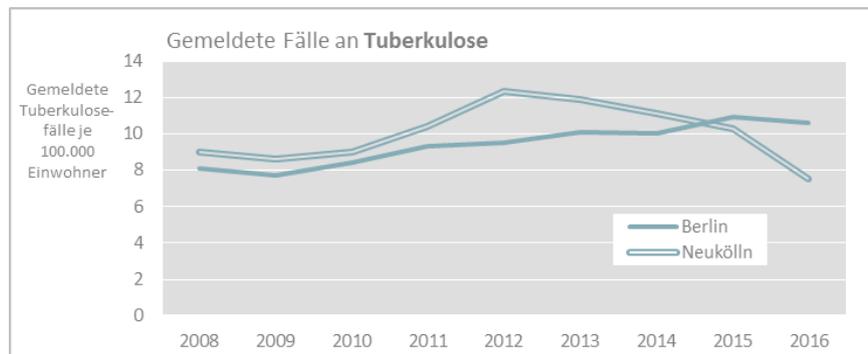
⁶⁴ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2017): Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2016. RKI, Berlin. – sowie alle jährlich erscheinenden Berichte der Vorjahre 2010 – 2015. (Anmerkung: Zwischen den Berichten gab es mehrere Wechsel des Bevölkerungsbezugs. So wurde für jedes Jahr immer die aktuellste verfügbare Zahl an Tuberkulosefällen gewählt.)

⁶⁵ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.

Tuberkulose in Neukölln

Für den Bezirk Neukölln zeigt sich, dass die Zahl der Tuberkulosefälle aktuell deutlich unter dem Berliner Durchschnitt liegt (**Abbildung 22**). In der Vergangenheit hatte Neukölln zu den Bezirken gehört, in denen Tuberkulose am häufigsten vorkam, was vermutlich auf den hohen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund zurückzuführen war. Seit dem Jahr 2012 konnte jedoch ein Absinken der Erkrankungsfälle verzeichnet werden, welches sich sogar entgegengesetzt zum allgemeinen Anstieg in Berlin verhält. Bei einer näheren Betrachtung zeigt sich, dass dieser Rückgang der Erkrankungsraten in Neukölln tatsächlich auf eine sich verringernde Zahl an Tuberkulosefällen in der ausländischen Bevölkerung zurückgeht.⁶⁶ Ob sich dieser Rückgang auch für die kommenden Jahre halten kann oder nur eine zeitliche Schwankung darstellt, wird sich in den nächsten Jahren zeigen. Der Bezirk mit der mit Abstand höchsten Zahl an Tuberkulosefällen ist Lichtenberg. Hier ist die Erkrankungsrate etwa 4-mal so hoch wie im Berliner Durchschnitt.

Abbildung 22
Zeitliche Entwicklung
der Tuberkulosefälle
in Neukölln und Berlin
(Datenquelle: RKI ⁶⁴)



HIV/AIDS

Eine weitere Infektionserkrankung, für die Menschen mit Migrationshintergrund eine besondere Risikogruppe darstellen, ist die Immunschwächekrankheit AIDS. Sie basiert auf einer Infektion mit dem HI-Virus, nach welcher sich im Verlauf von Jahren die Erkrankung entwickeln kann. Übertragen werden kann der Virus über ungeschützten Geschlechtsverkehr, Blut, unsauberen intravenösen Drogenkonsum sowie während der Schwangerschaft und über die Muttermilch zwischen Mutter und Kind.

Geringes Bewusstsein für Ansteckungsrisiken oder eine Nichteinhaltung von Schutzmaßnahmen führen dazu, dass die Verbreitung in einigen Ländern der Welt große Ausmaße annehmen kann. Das kann zu einem erhöhten Risiko für die Menschen werden, die in diese Länder reisen – und auch häufiger bei Menschen auftreten, die aus diesen Ländern nach Deutschland zuwandern. So waren von allen HIV-Neuinfektionen, die im Jahr 2016 in Deutschland verzeichnet wurden, 35% ausländischer Herkunft.⁶⁷ Betroffen waren in erster Linie Menschen aus afrikanischen Ländern südlich der Sahara – aber auch Zugewanderte aus Ost- und Zentraleuropa.

Für Berlin wird angegeben, dass derzeit etwa 1.330 Menschen ausländischer Herkunft mit einer HIV-Diagnose leben.⁶⁸

Besonders relevant für die Bevölkerungsgruppe mit HIV-Infektion und ausländischer Herkunft ist, dass aufgrund des schlechteren Zugangs zu Angeboten des Gesundheitssystems hier in Deutschland oft auch der Zugang zu den guten Behandlungsmöglichkeiten fehlt. Eine frühzeitige Diagnose und Behandlung der HIV-Infektion kann jedoch wesentlich dazu beitragen, dass nicht nur die Lebenszeit, sondern auch die Lebensqualität der Betroffenen erhalten wird. Neben den sprachlichen Hürden und der eingeschränkten Orientierung im Gesundheitssystem wird zudem geschätzt, dass der Anteil der noch

⁶⁶ Gemeldete Fälle an offener Lungentuberkulose in Berlin 2002 - 2014 (Stand: 01.03.2015) (Datenquelle: RKI / Berechnung: SenGesSoz - I A -).

⁶⁷ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2017): HIV-Jahresbericht 2016. In Epidemiologisches Bulletin Nr. 39, RKI, Berlin.

⁶⁸ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2017): HIV/AIDS in Berlin – Eckdaten der Schätzung. Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts (Stand: Ende 2016), RKI, Berlin.

nicht diagnostizierten Betroffenen weitaus höher ist, als in der deutschen Bevölkerung. Die Erleichterung des Zugangs zu angemessener Beratung, Testmöglichkeit und Therapie ist hier besonders wichtig.

Bemerkenswert ist zudem, dass deutschlandweit nicht nur die Zahl der Neuinfektionen in der ausländischen Bevölkerung, sondern auch in der deutschen Bevölkerung während der letzten 15 Jahre wieder kontinuierlich zugenommen hat.⁶⁷ Hier unterscheiden sich jedoch die hauptsächlichen Ansteckungswege. Während die häufigsten Infektionen in der deutschen Bevölkerung durch ungeschützten Geschlechtsverkehr zwischen Männern übertragen werden, ist der Hauptübertragungsweg in der ausländischen Bevölkerung der ungeschützte heterosexuelle Geschlechtskontakt.⁶⁷

Deutlich rückgängig ist jedoch die Zahl der AIDS-Erkrankungen, was auf die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten von HIV-Infektionen zurückgeführt werden kann.⁶⁹

Weitere Infektionserkrankungen

Wie bereits in der **Abbildung 20** auf Seite 39 sichtbar wurde, erfährt die Zahl der Todesfälle durch Infektionserkrankungen sowohl in der deutschen als auch in der ausländischen Bevölkerung einen starken Anstieg. Hier spielen jedoch Erkrankungen wie Tuberkulose, AIDS oder Hepatitis nur eine untergeordnete Rolle. Die meisten Todesfälle durch Infektionserkrankungen wurden bei schwer verlaufenden *Clostridium-difficile*-Erkrankungen, MRSA-Infektionen und Grippe festgestellt.⁷⁰ Insbesondere die beiden ersten Erreger gelten als besonders bedeutend im Zusammenhang mit Infektionen während eines Krankenhausaufenthaltes. Unterschiede, die die Herkunft der Menschen betreffen, könne jedoch nicht festgehalten werden.

Zusammenfassung

- Todesfälle durch Infektionserkrankungen steigen sowohl in der deutschen als auch in der ausländischen Bevölkerung deutlich an.
- Zu den Infektionserkrankungen, bei denen Menschen ausländischer Herkunft eine besondere Risikogruppe darstellen, gehören Tuberkulose, die Immunschwächekrankheit AIDS und Hepatitis.
- Hier ist jedoch das Herkunftsland von besonderer Relevanz, da ein dortiges höheres Vorkommen bzw. weniger verbreitete Schutz- und Präventionsmaßnahmen eine hohe Ansteckungsgefahr bergen.
- Ausgestattet mit einem zum Beispiel unzureichenden Impfschutz oder mangelndem Wissen um Ansteckungswege können sich die zugewanderten Menschen zudem schneller in Deutschland infizieren. Die im Schnitt geringere Inanspruchnahme von Vorsorge- und Gesundheitsleistungen erschwert die Risikosenkung durch Diagnose und angemessene Behandlung.
- Die Zahl von Tuberkulosefällen bei Menschen ausländischer Herkunft steigt in Berlin seit einigen Jahren deutlich an - scheint jedoch in Neukölln rückläufig.
- Es wird geschätzt, dass die Zahl der noch nicht diagnostizierten HIV-Infektionen in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund deutlich höher ist.

⁶⁹ Gemeldete AIDS-Erkrankte in Berlin und Deutschland 1993 – 2014 (Stand: 08.05.2015) (Datenquelle: Destatis_GBE des Bundes / RKI / Berechnung: SenGesSoz - I A -).

⁷⁰ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2017): Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2016. RKI, Berlin.

Menschen mit Behinderung

Zusammenhang und Datenverfügbarkeit

Sozialrechtlich wird Menschen ein Behinderungsstatus zuerkannt, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.⁷¹ Daher werden altersbedingte Krankheiten oder Beeinträchtigungen nicht als Behinderung verstanden. Menschen mit einer Behinderung stehen unter einem besonderen rechtlichen Schutz und können sich diese nach Antragstellung beim zuständigen Versorgungsamt offiziell anerkennen lassen. Bei Erreichen eines bestimmten Schweregrades kann ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt werden, der die Inanspruchnahme einer Vielzahl von Nachteilsausgleichen ermöglicht und so zum Erhalt der sozialen Teilhabe beitragen kann.

Der offizielle Anteil von Menschen mit Behinderung in einem Bezirk stellt nicht nur einen Indikator zur Beurteilung der gesundheitlichen Lage und des sozialen Versorgungsbedarfs dar. Er kann in seiner Höhe auch dadurch beeinflusst werden, ob die Betroffenen überhaupt eine offizielle Anerkennung anstreben bzw. um die Antragstellung und die damit verbundenen Unterstützungsmöglichkeiten wissen. Damit zusammenhängende kulturelle oder bürokratische Hürden können insbesondere für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund von Bedeutung sein. Diese Zusammenhänge müssen in der Interpretation der Daten berücksichtigt werden. Zudem unterscheidet die Statistik nur nach deutscher und nicht-deutscher Staatsangehörigkeit. Daten zu Menschen mit Migrationshintergrund aber deutscher Staatsangehörigkeit liegen nicht separat vor.

Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund in Neukölln

	absolut	Anteil an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe	Berlin
Menschen mit anerkannter Behinderung 2016	60.368	18,4%	16,9% (Juli 2017)
<u>deutsche</u> Staatsangehörigkeit	51.295	20,7%	18,8% (Juli 2017)
<u>ausländische</u> Staatsangehörigkeit	9.073	11,4%	8,4% (Juli 2017)
Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung 2016	39.914	12,2%	11,2%
<u>deutsche</u> Staatsangehörigkeit	34.286	13,8%	12,6%
<u>ausländische</u> Staatsangehörigkeit	5.628	7,0%	5,1%

Tabelle 3 Menschen mit Behinderung und Schwerbehinderung in Neukölln nach Staatsangehörigkeit (2016) (Datenquelle: LAGeSo Berlin, Statistik der behinderten Menschen für das Jahr 2016 - Auswertungen für die Behindertenbeauftragten der Bezirke / Berechnung: BA Neukölln)

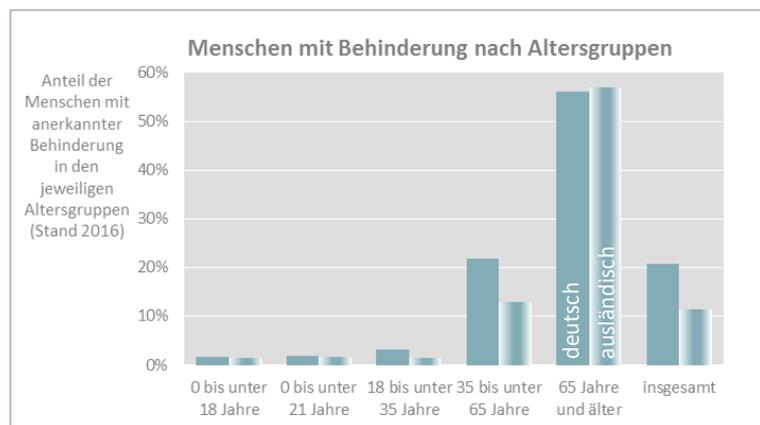
Im Bezirk Neukölln leben über 60.000 Menschen mit einer offiziell anerkannten Behinderung, womit fast jeder Fünfte betroffen ist. Mit diesen Zahlen liegt Neukölln klar über dem Berliner Durchschnitt – vor allem unter Berücksichtigung der relativ jungen Bevölkerung. Mehr als 9.000 dieser Menschen mit Behinderung haben eine ausländische Staatsangehörigkeit. In Anbetracht der Bevölkerungsstruktur in Neukölln wäre diese Zahl für alle Menschen mit Migrationshintergrund im Bezirk weit mehr als doppelt so hoch. Etwa 2/3 der Menschen mit einer anerkannten Behinderung erreichen einen Schweregrad von

⁷¹ Definition nach § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX.

mindestens 50%, womit sie einen Schwerbehindertenstatus zugesprochen bekommen. Diesen Status besitzen in Neukölln rund 5.600 Menschen nicht-deutscher Staatsangehörigkeit. Davon haben mehr als 900 Personen sogar einen Behinderungsgrad von 100%.⁷²

Im Vergleich zur deutschen Bevölkerung in Neukölln ist der Anteil von Menschen mit Behinderung in der ausländischen Bevölkerung sehr viel geringer. Etwa 21% der deutschen – aber nur 11% der ausländischen Einwohnerinnen und Einwohner haben eine offiziell anerkannte Behinderung. Dieser große Unterschied beruht vor allem darin, dass der Anteil mit Behinderung in der erwachsenen, erwerbsfähigen Bevölkerung ausländischer Staatsangehörigkeit nur etwa halb so groß ist (**Abbildung 23**). In den übrigen Altersgruppen – bei Kindern und Älteren – sind diese Unterschiede weniger stark. Verantwortlich für dieses Verhältnis könnte die abweichende Altersverteilung sein. Die Frauen und Männer mit ausländischer Staatsangehörigkeit sind im Schnitt deutlich jünger als die durchschnittliche deutsche Erwachsenenbevölkerung. Das Auftreten von Behinderungen zeigt naturgemäß aber ein starkes Anwachsen mit zunehmendem Alter, wie anhand der **Abbildung 23** veranschaulicht wird. Zudem ist denkbar, dass Frauen und Männer ausländischer Herkunft eine Beeinträchtigung seltener behördlich erfassen lassen – ob aus Unwissenheit oder Unsicherheit gegenüber möglichen Folgen.

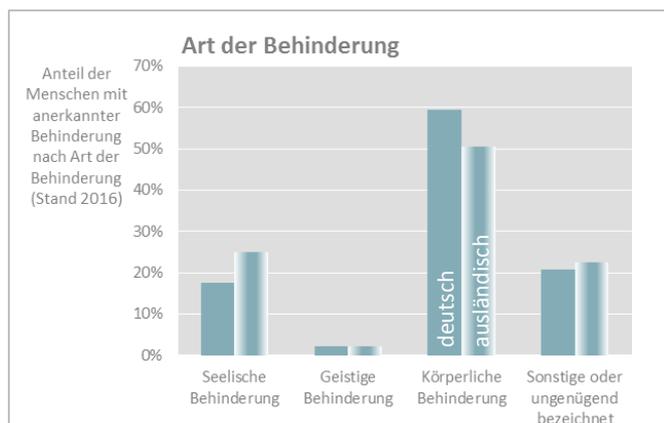
Abbildung 23
Menschen mit anerkannter Behinderung in Neukölln nach Altersgruppen und Staatsangehörigkeit
(Datenquelle: LAGeSo / Berechnung: BA Neukölln)



Der Grad der Behinderung orientiert sich daran, wie schwer die gesellschaftliche Teilhabe beeinträchtigt ist. Die Verteilung dieser Schweregrade ist unabhängig von der Herkunft recht ähnlich. Lediglich eine Tendenz zu etwas geringeren Beeinträchtigungsgraden unter 50% bei Ausländern lässt sich erkennen.

Abbildung 24
Menschen mit anerkannter Behinderung in Neukölln nach Behinderungsart und Staatsangehörigkeit
(Datenquelle: LAGeSo / Berechnung: BA Neukölln)

Differenzen lassen sich jedoch hinsichtlich der Art der Behinderung ausmachen.⁷³ In Neukölln zählen körperliche Beeinträchtigungen mit 50 - 60% zu den häufigsten Behinderungsarten – gefolgt von den seelischen Behinderungen, zu denen nicht nur psychische und Suchterkrankungen, sondern auch erworbene hirnorganische Leiden gehören (**Abbildung 24**).



⁷² Datenquelle: LAGeSo Berlin, Statistik der behinderten Menschen für das Jahr 2016 - Auswertungen für die Behindertenbeauftragten der Bezirke / Berechnung: BA Neukölln.

⁷³ Die Art der Behinderung wird in Kategorien klassifiziert, die sich nicht primär an der ursächlichen Krankheitsdiagnose orientieren, sondern an der Erscheinungsform und der durch sie bestimmten Funktionseinschränkung. Weiterhin spielt eine Rolle, ob die Behinderung im Verlauf des Lebens durch Verletzung oder Krankheit erworben wurde. Aufgrund dieser Informationen kann die Behinderung einer wesentlich körperlichen, wesentlich seelischen oder wesentlich geistigen Behinderung zugeordnet werden. Bei mehreren Behinderungen erfolgt die Zuordnung anhand der schwersten Behinderung. Für den vorliegenden Bericht war diese Einteilung nicht immer eindeutig durchführbar, orientierte sich aber soweit als möglich an folgender Quelle: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (2014): Handbuch für das Fallmanagement in der Eingliederungshilfe nach SGB XII (Sozialämter) – Version 3.0, Stand: April 2014.

Einen nur sehr geringen Anteil bilden die geistigen Beeinträchtigungen. Der Definition nach, muss dafür neben stark unterdurchschnittlichen kognitiven Fähigkeiten und dem Erwerb vor dem 18. Lebensjahr auch eine erhebliche Einschränkung der sozialen Teilhabe gegeben sein.

Innerhalb der ausländischen Bevölkerung zeigt sich nun, dass der Anteil mit körperlicher Behinderung geringer und der Anteil von Menschen mit einer seelischen Behinderung höher ist als in der deutschen Bevölkerung (**Abbildung 24**). Bei detaillierterer Betrachtung wird zudem sichtbar, dass die ausländischen Personen mit Behinderung einen fast doppelt so hohen Anteil von Menschen mit psychischen Erkrankungen wie Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Psychosen oder Suchterkrankungen zählen. Diese Beobachtung stützt die bereits im Kapitel **► Psychische Störungen** diskutierte Annahme, dass Menschen mit Migrationshintergrund einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen unterliegen. Beachtenswert ist das Ergebnis vor allem vor dem Hintergrund, dass seelische und geistige Beeinträchtigungen in vielen anderen Kulturen – mehr noch als in der deutschen Bevölkerung – Stigmatisierungen unterliegen und so von den betroffenen Familien oder dem Erkrankten selbst eher verborgen gehalten werden. Damit wäre zu erwarten, dass der tatsächliche Anteil von ausländischen Mitbürgern mit einer seelischen Behinderung sogar noch höher ausfällt. Die Anerkennung körperlicher Behinderungen oder altersbedingter Erkrankungen wie Demenz stellt hingegen oftmals weniger ein Problem dar. Ihr geringerer Anteil lässt sich vermutlich durch die im Schnitt jüngere ausländische Bevölkerung erklären – und den damit weniger häufig auftretenden altersabhängigen körperlichen Beeinträchtigungen.

Nichtsdestotrotz ist der Anteil von Menschen, die sich ihre Behinderung anerkennen lassen und damit von Nachteilsausgleichen Gebrauch machen, in der ausländischen Bevölkerung sehr viel geringer als in der deutschen Bevölkerung. Neben den oben beschriebenen kulturellen Barrieren oder sprachlichen Hürden fehlt vielen Familien auch oft das Wissen um Fördermöglichkeiten, Bildungs- und Therapieangebote sowie Betreuungsformen speziell auch im Erwachsenenalter. Eine Aufklärung der Familien – durch Zusammenarbeit mit entsprechenden Vereinen und nicht zuletzt auch durch Mund-zu-Mund-Propaganda unter betroffenen Familien – kann hier wesentlich dazu beitragen, dass sich die Betroffenen einer Unterstützung öffnen.

Im Bezirk Neukölln haben innerhalb der letzten Jahre insbesondere Beratungsstellen wie das *Interkulturelle Beratungs- und Begegnungs- Centrum e.V. (IBBC)* in Zusammenarbeit mit *MINA – Leben in Vielfalt e.V.*, die *Interkulturelle Beratungsstelle Neukölln* der Lebenshilfe oder Projekte wie die *Sonnenfamilien* in der High-Deck-Siedlung zu einer breiteren Akzeptanz von Behinderungen durch die betroffenen Familien mit Migrationshintergrund geführt. Nachvollziehbar wird das unter anderem daran, dass der Anteil von ausländischen Kindern mit einer behördlich registrierten Behinderung nur knapp unter dem Anteil von deutschen Kindern mit einer anerkannten Behinderung liegt (**Abbildung 23**). Förderung und Unterstützung in den Bereichen Wohnen, Arbeit oder Beschäftigung werden zunehmend angenommen. Als schwierig erleben die Familien jedoch die stigmatisierenden Reaktionen, denen sie sich noch häufig in ihrem direkten Umfeld ausgesetzt fühlen. Das Risiko einer sozialen Ausgrenzung steht einer Hilfesuche möglicherweise gegenüber.

Weitere Informationen – unter anderem zu den hier genannten Beratungsstellen für Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund – finden sich im Abschnitt **► Wichtige Adressen** am Ende des Berichtes.

Exkurs: Verwandten-Ehen und mögliche gesundheitliche Auswirkungen

Ein sehr sensibles Thema in Bezug auf Behinderungen innerhalb der ausländischen Bevölkerung ist das Thema der Verwandten-Ehen und möglichen Gesundheitsrisiken für daraus hervorgehende Kinder. Als Verwandtenehe werden Eheschließungen zwischen engen Verwandten betrachtet – zum Beispiel Ehen zwischen Cousin und Cousine oder Nichte und Onkel. Diese Art der Partnerwahl ist oft Bestandteil der jeweiligen Herkunftskultur – erfüllt im Zusammenhang mit einer Migration aber eine besonders wichtige Funktion. So soll sie nicht nur zur Stärkung der Familienbünde, zur Stabilität der Ehe und zum Erhalt der Traditionen beitragen – sondern ist oftmals auch von wirtschaftlichen Überlegungen motiviert. Die genetische Ähnlichkeit der Eltern birgt jedoch die Gefahr, dass familiär bedingte Erkrankungsrisiken nicht ausgeglichen werden und bei den Kindern zum Teil schwere Erbkrankheiten und Behinderungen hervorrufen oder sogar zu einem frühen Versterben führen. Es wird geschätzt, dass das Risiko eines

behinderten Kindes bei nah verwandten Eltern 2- bis 3-mal so hoch wie bei nichtverwandten Paaren ist und etwa 8% beträgt.⁷⁴

Politisch als auch wissenschaftlich scheint das Thema jedoch immer noch tabuisiert, weshalb es kaum Studien und Zahlen zum Ausmaß der Problematik gibt. Eine Befragung unter türkischen Frauen in Berlin aus dem Jahr 2011 ergab jedoch, dass 31% mit ihrem Ehepartner verwandt sind, wobei Bildung und Sozialstatus Einflussfaktoren darstellen.⁷⁵ Auch wenn im Rahmen dieser Studie kein Verwandtschaftsgrad erfragt wurde, ist dennoch davon auszugehen, dass sich darunter auch ein hoher Anteil von Ehen zwischen engen Verwandten befindet. Die Ehe zwischen Verwandten ist jedoch nicht allein ein Phänomen der türkischen Kultur. Mehr noch ist sie im arabischen Raum und in Indien verbreitet.⁷⁶

Für den Bezirk Neukölln liegen keine eigenen Zahlen vor. Eine Abschätzung der tatsächlich betroffenen Kinderzahl ist damit schwer. Auch die Beurteilung des Ausmaßes in Abgrenzung zu anderen Risikofaktoren für eine angeborene Behinderung – wie Umwelteinflüsse, Frühgeburtlichkeit, Erkrankungen während der Schwangerschaft oder Suchtmittelmissbrauch – ist kaum möglich. Anhand der Bevölkerungsstruktur, der Bildungs- und Sozialsituation im Bezirk sowie dem hohem Anteil an türkischen und arabischen Einwohnerinnen und Einwohnern lässt sich jedoch annehmen, dass das Thema durchaus von Relevanz für die Gesundheit von Neugeborenen im Bezirk ist. Nach Einschätzung des Chefarztes der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Perinatalzentrum des Vivantes Klinikum Neukölln Prof. Dr. Rainer Rossi finden sich Kinder, die an einer genetisch bedingten Erkrankung leiden, in Neukölln jedoch weniger in der türkischstämmigen Bevölkerung – sondern eher in arabischen und insbesondere in libanesischen Familien.

Ein wichtiges Instrument zur Vorbeugung der schweren gesundheitlichen Folgen von Verwandten-Ehen kann nur die Aufklärung sein. Rechtlich ist die Ehe zwischen engen Verwandten 2. Grades nicht verboten. Dazu gehört jedoch zunächst eine Sensibilisierung der betroffenen Bevölkerungsgruppen für die gesundheitlichen Folgen einer solchen Heiratspraxis, die bisher zur Herkunftstradition gehörte. Oftmals fehlt es einfach an Wissen über die damit verbundenen Risiken. In Neukölln geschieht das in Ansätzen schon durch die Stadtteilmütter, die ebenfalls zu dieser Problematik geschult sind. Die betroffenen Familien können sich dann an eine genetische Beratung wenden, wie sie zum Beispiel von der Charité in Berlin-Mitte angeboten wird.⁷⁷ Gemeinsam mit den zukünftigen Eltern kann dort das Risiko einer Erbkrankheit abgeschätzt und beurteilt werden. Auf diese Art könnten die gesundheitlichen Folgen möglichst gering gehalten werden, ohne mit Stigmatisierung und bloßen Verboten die Akzeptanz und Zugänglichkeit der betroffenen Bevölkerungsgruppen zu verlieren. Nach wie vor – und nicht nur in Neukölln – ist der diesbezügliche Aufklärungsbedarf jedoch groß.

Zusammenfassung

- Der Anteil von Menschen mit anerkannter Behinderung und Schwerbehinderung ist in Neukölln unabhängig von der Herkunft höher als im Berliner Durchschnitt.
- Der Anteil von Menschen mit anerkannter Behinderung innerhalb der ausländischen Bevölkerung in Neukölln ist nur etwa halb so groß wie in der deutschen Bevölkerung im Bezirk. Dieser Unterschied zeigt sich auch in anderen Bezirken und vor allem bei Männern und Frauen im erwerbsfähigen Alter – kaum jedoch bei Kindern und Älteren.

⁷⁴ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011): frauen leben – Familienplanung und Migration im Lebenslauf. Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung. Band 34. Online: <https://publikationen.sexualaufklaerung.de/cgi-sub/fetch.php?id=728> [aufgerufen am 4.1.2018].

⁷⁵ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011): frauen leben – Familienplanung und Migration im Lebenslauf. Zusammenfassung zentraler Ergebnisse einer Städtestudie zu Frauen mit türkischem und osteuropäischem Migrationshintergrund. Online: <https://publikationen.sexualaufklaerung.de/cgi-sub/fetch.php?id=565> [aufgerufen am 3.1.2018].

⁷⁶ Hamamy H. (2012): Consanguineous marriages. Preconception consultation in primary health care settings. J Community Genet. 2012 Jul; 3(3): 185–192.

⁷⁷ Genetische Beratung des Instituts für Medizinische Genetik und Humangenetik der Charité Berlin. Weitere Informationen: https://genetik.charite.de/diagnostik/klinische_genetik/genetische_beratung/ [aufgerufen am 9.1.2018].

- Verantwortlich für diese Differenzen ist vermutlich einerseits, dass die ausländischen Einwohnerinnen und Einwohner im Schnitt deutlich jünger sind – und andererseits möglicherweise kulturelle und sprachliche Barrieren zur Anerkennung der Behinderung existieren. Derartige Hürden können zu Ungleichheiten in der Versorgung und Erhaltung der gesellschaftlichen Teilhabe der Menschen mit Behinderung führen.
- Der Anteil seelischer Behinderungen ist bei ausländischen Menschen mit Behinderung höher. Das stützt die Annahme eines erhöhten Risikos psychischer Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund.
- Es kann angenommen werden, dass die traditionelle Ehe unter Verwandten eine besonders in Neukölln verbreitete Heiratspraxis ist. Eine verstärkte Aufklärung der Familien kann dazu beitragen, die für die Kinder zum Teil schweren gesundheitlichen Folgen zu minimieren.



Recht auf Spielen
Mila, 5 Jahre
(Gewinnerin der Altersgruppe unter 7 Jahren)

Pflegerische Versorgung

Inanspruchnahme und Herausforderungen

Besonderheiten in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund zeigen sich auch in der Pflege. So sind sie in Pflegeheimen deutlich unterrepräsentiert, nehmen ambulante Hilfe erst in einem späten Stadium in Anspruch und präferieren im Fall von Pflegeversicherungsleistungen eher eine finanzielle Unterstützung.^{78,79}

Die Gründe für die geringere Nutzung der betreuenden Pflegeleistungen liegen vermutlich sowohl auf der Nachfrageseite, als auch im Angebot. Ältere Menschen mit Migrationshintergrund werden sehr viel häufiger durch die Familie gepflegt – aus persönlichem Wunsch, Tradition, einer höheren familiären Bereitschaft und nicht zuletzt auch durch sprachliche und kulturelle Hürden zur Nutzung der Pflegeangebote.

Menschen nicht-deutscher Herkunft, die jetzt im Pflegealter sind, sind zu einem Großteil selbst eingewandert und haben eine starke Prägung durch ihre jeweilige Herkunftskultur erfahren. Entsprechend unterschiedlich sind ihre Erwartungen an die Pflege und betreffen neben der Sprache auch die Ernährung, die Ausübung der Religion, Feiertage, Möglichkeiten zur häuslichen Pflege und die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede und Intimität.⁸⁰

Zusätzlich zu diesen kulturellen Barrieren herrscht oftmals auch einfach Unkenntnis über bestehende Beratungs- und Hilfsangebote, über Versorgungsansprüche sowie über die dafür nötigen Voraussetzungen. Dazu kann Angst vor rechtlichen oder finanziellen Folgen bestehen, negative Erfahrungen mit Behörden in Deutschland oder im Heimatland, bürokratische Hürden bei der Beantragung der Leistungen oder Unsicherheit über Inhalt und Gestalt der Pflegeleistungen. Die auch in der deutschen Bevölkerung verbreitete Scham vor der Inanspruchnahme fremder Hilfe wird bei älteren Menschen nicht-deutscher Herkunft noch durch die Unsicherheit verstärkt, dass ihre kulturellen und religiösen Bedürfnisse nicht verstanden und berücksichtigt werden, soziale Kontrolle ausgeübt oder sie stigmatisiert werden. Zum Teil können aber auch einfach fehlende finanzielle Mittel dazu beitragen, dass die Pflege von den Familien übernommen wird.⁸¹

Dass es sich hierbei jedoch nicht nur um Vorbehalte handelt, sondern um eine tatsächliche, nicht mehr an die heutigen Erfordernisse angepasste Versorgungssituation, hat inzwischen schon gesamtgesellschaftliche Beachtung gefunden. Im Jahr 2008 wurde die kultursensible Pflege sogar gesetzlich verankert.⁸² So konnte gezeigt werden, dass die fehlende muttersprachliche Versorgung immer noch die größte Hürde für Menschen mit Migration darstellt.⁸³ Das betrifft nicht nur die Einrichtungen und ambulanten Angebote, sondern beginnt schon auf der Ebene der Beratung und der

⁷⁸ Kohls M. (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Forschungsbericht 12. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg.

⁷⁹ Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2016): Landespflegeplan 2016 - Pflege und pflegeunterstützende Angebote in Berlin.

⁸⁰ Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe (kom*zen) (2016): Interkulturelle Öffnung von stationären Einrichtungen der Altenpflege – Handreichung. Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin.

⁸¹ Zanier G. (2015): Altern in der Migrationsgesellschaft: Neue Ansätze in der Pflege – kultursensible (Alten-)Pflege und Interkulturelle Öffnung, in: focus Migration – Kurzdossier Migration und Pflege, Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS) der Universität Osnabrück.

⁸² § 1 Abs. 5 Sozialgesetzbuch (SGB) XI Soziale Pflegeversicherung (2008 zunächst in Abs. 4a).

⁸³ Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) in Kooperation mit der Charité - Universitätsmedizin Berlin (2015): Ambulante pflegerische Versorgung älterer türkischstämmiger Migranten in Berlin – eine Online-Befragung von Pflegediensten. Abschlussbericht für das ZQP.

zur Verfügung stehenden Informationsmaterialien. Dazu kommen die Art der Informationsverteilung und die Verständlichkeit des Materials. Insbesondere ältere Menschen mit Migrationshintergrund beziehen ihre Informationen vermehrt aus dem engen Umfeld bzw. durch Mund-zu-Mund-Propaganda, was neue Wege für die Werbung von Pflegeangeboten erfordert. Mehrsprachigkeit, eine einfache Sprache mit übersichtlichen Graphiken und Bildern, sowie auch die direkte Kontaktaufnahme zu den Familien können dazu beitragen, dass die Betroffenen besser und rechtzeitig erreicht werden.⁷⁹ Zudem können die oftmals auch für deutsche Nutzer schwer verständlichen Inhalte – gemeinsam mit der allgemeinen Unübersichtlichkeit der Angebote und der bürokratischen Voraussetzungen zur Inanspruchnahme – zu einer unüberwindbaren Hürde werden. In den Einrichtungen selbst und beim Pflegepersonal herrschen vielfach noch eine mangelnde Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen von Migranten, Unkenntnis über deren Lebenslagen, Leugnung von kulturellen Unterschieden und sogar Vorurteile vor.⁸¹ Auch eine diesbezügliche finanzielle Unterstützung durch die Krankenkassen ist nicht vorgesehen. Kultursensible Zusatzangebote – selbst solche eines sprachlichen Mittlers in medizinischen Gesprächen – werden nicht von Kassen übernommen.

Ähnliche Herausforderungen wie im Pflegebereich zeigen sich auch in der Palliativmedizin. Sie berührt eine besonders sensible und belastende Situation für alle Beteiligten, in welcher kulturellen Barrieren eine große Bedeutung zukommt. Wie auch in anderen Kulturen intensivieren sich religiöse Bedürfnisse am Lebensende oftmals – bei den Patienten und auch bei den Angehörigen. Problematisch kann in manchen Kulturen auch die Durchführung lebensverlängernder Maßnahmen, die Definition des Todeszeitpunktes bzw. die Anerkennung des Kriteriums Hirntod, das Thema Organtransplantation oder die Durchführung einer Obduktion sein. Aber auch hier gibt es keine festen religiösen Standpunkte oder Vorschriften und so sollten – wie auch in der deutschen Bevölkerung – die Wünsche des Patienten bzw. der Familie handlungsleitend sein.

Pflegerische Versorgung und Migrationshintergrund in Neukölln

Auch in Neukölln werden insbesondere stationäre Pflegeangebote nur wenig von Familien mit Migrationshintergrund genutzt. Nur 6,1% der Bewohnerinnen und Bewohner sprechen eine andere Herkunftssprache als Deutsch, womit sie in Anbetracht des tatsächlichen Bevölkerungsanteils mit Migrationshintergrund von rund 22,4% in der entsprechenden Altersgruppe deutlich unterrepräsentiert sind (Tabelle 4). In Berlin ist dieser Unterschied jedoch noch größer. Zudem stammen die Bewohnerinnen und Bewohner eher aus Polen oder dem ehemaligen jugoslawischen Raum und sehr viel weniger aus der Türkei, wie man anhand der hohen Zahl an älteren Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in Neukölln vermuten würde (Tabelle 5). Das deckt sich mit der Erfahrung der Pflegestützpunkte in Neukölln, wonach vor allem türkische und arabische Familien – in Anlehnung an ihre islamische Kultur – die Pflege ihrer Angehörigen innerhalb des Familienkreises organisieren.

	absolut	Anteil an allen Bewohnern	Anteil an der Bevölkerung über 55 Jahre
Pflegebedürftige in Neuköllner Pflegeheimen 2015	708		
<u>deutsche</u> Herkunftssprache	665	93,9%	77,6% (ohne Migrationshintergrund)
<u>ausländische</u> Herkunftssprache	43	6,1%	22,4% (mit Migrationshintergrund)

Tabelle 4 Pflegebedürftige in Pflegeheimen in Neukölln (Stichtag: 15.12.2015)

(Datenquelle: Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Abteilung Pflege; AfS Berlin-Brandenburg, Einwohnerregisterstatistik / Berechnung: BA Neukölln)

Tabelle 5 Ältere Menschen mit Migrationshintergrund in Neukölln (2015)
(Datenquelle: Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe ⁸⁰)

Herkunftsländer 2015	Personen über 55 Jahre in Neukölln
EU	6.737
Türkei	6.394
Polen	3.522
Ehemaliges Jugoslawien	1.784
Ehemalige Sowjetunion	1.358
Arabische Staaten	1.310
Ost- und Südasien	982
Afrika	453
Amerika	278

Trotz der geringen Wahrnehmung von Pflegeleistungen kann jedoch davon ausgegangen werden, dass der Bedarf an Pflege in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund nicht weniger hoch ist. Im Gegenteil – durch die im Bericht bereits beschriebenen gesundheitlichen Risikofaktoren, wie ein niedriger Sozialstatus, seltenere und spätere Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen, möglicherweise schwierigere Arbeitsbedingungen und erhöhte psychosoziale Belastungen, kann sogar eine höhere Pflegebedürftigkeit angenommen werden. Dazu kommt, dass aufgrund der demographischen, sozialen und Lebensstilbezogenen Entwicklungen in Zukunft mit einem starken Anstieg der Nachfrage von Pflegeleistungen auch durch Menschen mit Migrationshintergrund gerechnet werden kann. Nicht nur in Neukölln stellen die älteren Menschen nicht-deutscher Herkunft die in Vergleich am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe dar. Zudem prägen die gesellschaftlichen Veränderungen, welche die Auflösung traditioneller Familienstrukturen bewirken oder eine erhöhte arbeitsbedingte Mobilität und Berufstätigkeit beider Geschlechter erwarten, auch zunehmend Familien mit Migrationshintergrund. Die Unterstützung und Pflege allein durch Familienangehörige wird so immer schwieriger. Eine Befragung unter Menschen mit Migrationshintergrund verschiedener Altersgruppen in Neukölln hat zudem ergeben, dass sich die Generationen aufgrund der migrationsbedingten Differenzen zunehmend entfremden und eine Abneigung gegen die Pflege älterer Familienmitglieder wächst.⁸⁴ Auch die aktuellen Aktivitäten, die Pflegeleistungen kultursensibler auszurichten, die Angebote auch konkret in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund bekannt zu machen und die Zugänglichkeit zu erleichtern, werden bei Erfolg dazu beitragen, dass mehr Menschen dieser Bevölkerungsgruppe professionelle Pflege in Anspruch nehmen. Mit diesem zu erwartenden Anstieg muss nicht nur eine kulturelle Öffnung, sondern auch ein Zuwachs in der Zahl der Angebote und Pflegeplätze einhergehen.

Insbesondere bei Angeboten für Menschen mit Demenz und Migrationshintergrund herrscht derzeit noch ein großes Versorgungsdefizit in Neukölln vor. Durch den sich abzeichnenden, zukünftig steigenden Bedarf wird sich diese Situation noch zuspitzen. Gerade aber für Demenzpatienten bekommen biografische Erfahrungen und kulturelle Prägungen, die sie im Verlaufe des Lebens gesammelt haben, eine hohe Bedeutung für das Erleben und den Kontakt mit anderen. Das erfordert eine besonders kultursensible Betreuung – in Verbindung mit den speziellen, intensiven Pflegebedürfnissen der Betroffenen.

Die Gewinnung und Bereitstellung von ausreichend Pflegepersonal ist zur Bewältigung dieser wachsenden Anforderungen eine wichtige Voraussetzung – ist aber nicht nur in Neukölln problematisch. Pflegearbeit hat trotz der unverzichtbaren sozialen Aufgabe ein nach wie vor ungenügendes gesellschaftliches Ansehen und in Anbetracht der hohen körperlichen und psychischen Anforderungen sowie der gängigen Schichtarbeit eine unangemessene Entlohnung. Zudem sind die Voraussetzungen, um eine Ausbildung in der Pflege zu beginnen, sehr hoch und werden nicht an den aktuell drängenden Ausbildungsbedarf angepasst. So haben insbesondere zweisprachige Interessenten, die einen zu geringen oder ausländischen, nicht anerkannten Abschluss haben, große Schwierigkeiten, ihren Weg in diesen Berufszweig zu finden.

Zu den Aktivitäten im Bezirk Neukölln gehörte unter anderem eine engagierte Teilnahme an der berlinweiten *Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe* in den Jahren 2004 – 2005. Daraus ging zum Beispiel das Projekt der **interkulturellen BrückenbauerInnen in der Pflege** hervor.⁸⁵ Ähnlich den Stadtteilmüttern werden Frauen und Männer unterschiedlicher Herkunftssprachen darin geschult, sprach- und kulturmittelnd sowohl Pflegepersonal als auch Pflegebedürftige und deren Angehörige zu unterstützen. Mit ihrer Hilfe sollen Familien mit Migrationshintergrund und Pflegebedarf niedrigschwellig erreicht und kultursensibel auf vorhandene Hilfsangebote aufmerksam gemacht werden. Gleichzeitig werden die Pflegekräfte und Einrichtungen in ihrer kulturellen Öffnung unterstützt. In Neukölln sind derzeit 3 der 10 berlinweit tätigen BrückenbauerInnen aktiv und bieten ihre Unterstützung unter anderem in den Pflegestützpunkten in der Donaustr. 89 (arabisch, französisch, polnisch) und in der Werbellinstr. 42 (arabisch) an.

⁸⁴ Im Rahmen des Projekts „Mobile Gesundheitsberatung“ des Interkulturellen Beratungs- und Begegnungs- Centrum e.V. (IBBC) wurden insgesamt 120 Menschen unterschiedlicher Altersgruppen und 15 verschiedener Nationalitäten zum Gesundheitssystem, gesundheitlichen Leistungen und Patientenrechten befragt.

⁸⁵ Näheres zum Projekt und den Kooperationspartnern: www.diakonie-stadtmitte.de/senioren-pflege/interkulturelle-brueckenbauerinnen-in-der-pflege-ibip/ueber-das-modellprojekt/ [aufgerufen am 16.1.2018].

Ein weiteres Projekt im Bezirk Neukölln ist eine Kooperation zwischen dem *Interkulturellen Beratungs- und Begegnungs-Centrum e.V. (IBBC)*, dem Vivantes Klinikum Neukölln und dem Bezirksamt Neukölln. Durch einen **Vorbereitungskurs im Pflegebereich** werden Jugendliche und Erwachsene mit Migrationshintergrund zur Arbeit im Pflegebereich gewonnen, vorbereitet und in einen Ausbildungsplatz vermittelt.⁸⁶

Zudem existiert in Neukölln eine intensive Netzwerktätigkeit zwischen den Pflegestützpunkten, der Seniorenberatung und anderen Stellen des Bezirksamtes, der Beauftragten für Menschen mit Behinderung, dem Vivantes Klinikum sowie den verschiedenen Einrichtungen, Diensten und Beratungsstellen des Geriatriisch-Gerontopsychiatrischen Verbundes in Neukölln. Durch diese Zusammenarbeit kann der Hilfebedarf betroffener Familien breiter erkannt, betreut und wenn nötig an andere zuständige Stellen weitervermittelt werden.

Trotz dieser Aktivitäten zur kulturellen Öffnung der Pflege, der beginnenden Ausbildung zweisprachigen Personals, der Bereitstellung von Informationsmaterialien und Beratung in mehreren Sprachen sowie dem gezielten Aufsuchen von Familien, ist die Nachfrage auf Seiten der Betroffenen weiterhin gering. Auch die Nachfrage von Einrichtungen, welche direkt auf pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund spezialisiert sind, blieb wider Erwarten sehr zurückhaltend. Zurückgeführt wird diese mangelnde Öffnung seitens der betroffenen Familien vor allem auf ihre Kultur und der damit verbundenen traditionellen Organisation von Angehörigenpflege innerhalb des Familienverbundes. Auch wenn der Bezirk sich mehr und mehr auf die besonderen Anforderungen an die Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund ausrichtet, müssen sich letztendlich auch die Betroffenen zur Nutzung entscheiden. Um unnötige Barrieren weiter abzubauen, die Familien fachlich zu unterstützen und sie – auch in Anbetracht der gestiegenen gesellschaftlichen Anforderungen an Familien – vor einer Überforderung zu bewahren, ist somit weiterhin umfangreiche und gezieltere Aufklärungsarbeit von Nöten.

Diese kultursensible Öffnung von Familien mit Migrationshintergrund für die Altenhilfe, ihre gezielte Ansprache und Beratung hat sich der Bezirk Neukölln deshalb erneut als Ziel gesetzt. Im Rahmen der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention ist die Erarbeitung eines neuen bezirklichen Programms für das Jahr 2018 durch den Neuköllner Beirat für Menschen mit Behinderung geplant, in welchem die kultursensible Altenhilfe neben den Schwerpunkten Teilhabe, Barrierefreiheit und Bildung einen wichtigen Stellenwert bekommt.

Zusammenfassung

- Ältere Menschen mit Migrationshintergrund werden sehr viel häufiger innerhalb der Familie gepflegt – aus Tradition, einer höheren familiären Bereitschaft, einer mangelnden Orientierung im Pflegesystem und nicht zuletzt auch aus Mangel an kultursensiblen, mehrsprachigen Pflegeplätzen.
- Im Rahmen des demographischen Wandels und steigender Anforderungen an die Pflege ist jedoch mit einer stark anwachsenden Nachfrage von Pflegeplätzen in Neukölln – insbesondere auch für Menschen mit Migrationshintergrund – zu rechnen.
- Zusätzlich zu dem nicht nur in Neukölln drohenden Mangel an Pflegeplätzen ist die kulturelle Öffnung der Pflegeangebote und Einrichtungen derzeit jedoch noch ungenügend.
- Es fehlt vor allem an kultursensiblen Pflegeplätzen für Menschen mit Migrationshintergrund und Demenz und mehrsprachigem Pflegepersonal.
- Werden die Pflegeangebote nicht an die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund angepasst und zugänglich gemacht – wozu auch eine gezielte Ansprache, Aufklärung und kulturelles Umdenken in den Familien gehört – droht eine drastische Unterversorgung pflegebedürftiger älterer Migrantinnen und Migranten im Bezirk.

⁸⁶ Näheres zum Projekt: www.ibbc-berlin.de/projekt-vorbereitung-pflege.html [aufgerufen am 16.1.2018].

Schutzsuchende

Definition

Sich in Deutschland aufhaltende Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit werden in zwei Gruppen unterschieden. Zum einen in Bürger des Europäischen Wirtschaftsraumes⁸⁷ sowie der Schweiz, die grundsätzlich das Recht haben, nach Deutschland einzureisen und sich dort aufzuhalten – und zum anderen in Bürger anderer Staaten, deren Aufenthalt von der Ausländerbehörde genehmigt werden muss. In die Gruppe letzterer fallen auch **Schutzsuchende** – Menschen, die aus humanitären Gründen nach Deutschland geflohen sind.⁸⁸ In den diesbezüglichen Debatten werden Schutzsuchende auch oft als „Geflüchtete“ bezeichnet, welche jedoch im Ausländer- und Asylrecht tatsächlich nur einen bestimmten Teil der in Deutschland schutzsuchenden Menschen darstellen. Nach Art. 1 der Genfer Flüchtlingskonvention wird ein Flüchtling als Person definiert, die

*„aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt“.*⁸⁹

Damit zählt eine Person strenggenommen erst dann zu den Geflüchteten, wenn der hier sehr eng definierte Status erfüllt wird und im Asylverfahren bereits anerkannt wurde. Der Begriff „Schutzsuchende“ bezieht sich hingegen auch auf Personen, die aus anderen humanitären Gründen eingewandert sind und um Asyl ersuchen. Dazu gehören auch Menschen, die vor Krieg oder anderen schweren Krisen in ihrem Heimatland fliehen. Wichtig ist zudem, dass neben den Schutzsuchenden mit bereits anerkanntem Schutzstatus auch die Personen zählen, deren Schutzstatus noch nicht anerkannt oder bereits abgelehnt wurde (siehe Übersicht **Abbildung 25**). Die Bezeichnung der Schutzsuchenden liefert somit einen kompletteren Überblick über die humanitäre Immigration nach Deutschland und ersetzt aus diesem Grund im weiteren Text den eher umgangssprachlich verwendeten Begriff der „Geflüchteten“. Die hier berichteten und zur Verfügung stehenden Daten beziehen sich tatsächlich auch umfassend auf die zugewanderten schutzsuchenden Menschen und nicht nur auf die spezielle Gruppe der Geflüchteten nach den Kriterien der Genfer Flüchtlingskonvention.

Zahlen zum Umfang Schutzsuchender in Neukölln sind – wie in ganz Deutschland – schwer zu erfassen, da zwischen Ankunft und Registeraufnahme häufig längere Zeitspannen liegen können. Außerdem werden jene, die nicht in einer Flüchtlingsunterkunft, sondern bei Verwandten, in Hostels oder in einer anderen privaten Unterkunft unterkommen, oftmals gar nicht registriert und können nur geschätzt werden.

Tatsächlich in Unterkünften leben in Neukölln im Dezember 2017 etwa 1.500 schutzsuchende Frauen, Männer und Kinder.⁹⁰ Für das Jahr 2018 ist geplant, weitere Unterkünfte zur Verfügung zu stellen,

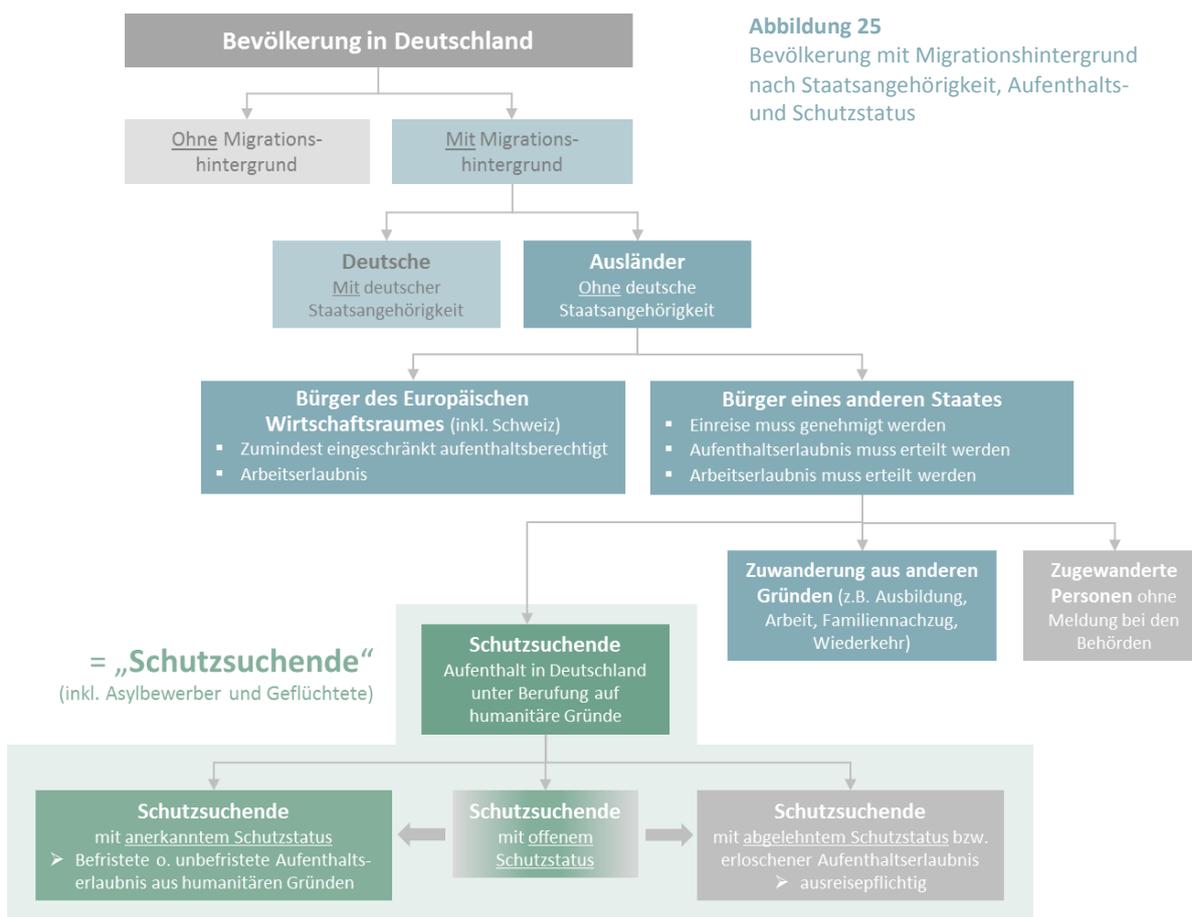
⁸⁷ Zum Europäischen Wirtschaftsraum gehören die Staaten der Europäischen Union (EU) und der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA). Damit umfasst der Wirtschaftsraum zusätzlich zu den EU-Staaten (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden, Spanien, Vereinigtes Königreich, Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Rumänien, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Ungarn und Zypern) auch die Staaten Island, Liechtenstein und Norwegen.

⁸⁸ Statistisches Bundesamt (2016): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Schutzsuchende - Ergebnisse des Ausländerzentralregisters. Fachserie 1 Reihe 2.4.

⁸⁹ Die Genfer Flüchtlingskonvention („Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge“) wurde am 28. Juli 1951 auf einer UN-Sonderkonferenz in Genf verabschiedet und trat am 22. April 1954 in Kraft. Online: www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl253s0559.pdf [aufgerufen am 17.4.2018].

⁹⁰ Datenquelle: Neuköllner Koordinierungsstelle für Flüchtlingsfragen (NKF) des Bezirksamtes Neukölln.

wonach die Kapazität auf bis zu 2.300 Schutzsuchende ausgebaut wird. Darunter wird auch eine Unterkunft mit 225 Plätzen für besonders Schutzbedürftige sein. Zu dieser Gruppe der Schutzsuchenden zählen unbegleitete Minderjährige, Menschen mit Behinderung oder chronischen Erkrankungen, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern und Personen, die Opfer von Menschenhandel, Folter und Gewalt wurden. Das ist insbesondere für die Organisation der medizinischen und psychosozialen Versorgung im Bezirk von Relevanz, da diese Menschen ein im Vergleich zu anderen Schutzsuchenden zusätzlich erhöhten Bedarf haben.



Soziale Lage

Die soziale Lage schutzsuchender Menschen in Deutschland gestaltet sich schwierig. Sie begründet sich vor allem auf dem unsicheren Aufenthaltsstatus, der den Betroffenen und deren Familien kaum Integrationschancen lässt. Arbeitslosigkeit und Abhängigkeit von Transferleistungen sind Folgen von Sprachbarrieren, einer fehlenden Arbeitserlaubnis und mangelnder Anerkennung von Qualifikationen. Dabei verfügt eine Vielzahl der Asylsuchenden durchaus über eine hohe Bildung. Etwa 18% der Antragstellenden besuchten sogar eine Hochschule.⁹¹ Zudem ist der Aufnahmeprozess oft langwierig, stellt eine hohe soziale und psychische Belastung dar und kann selbst im Falle einer Aufenthaltsgestattung, Duldung oder eines Abschiebungsverbots dazu führen, dass über eine Arbeitserlaubnis im Einzelfall entschieden wird. Generell gilt, wer noch in einer Aufnahmeunterkunft untergebracht ist, darf nicht arbeiten.

⁹¹ Rich, Anna-Katharina (2016): Asylantragsteller in Deutschland im Jahr 2015. Sozialstruktur, Qualifikationsniveau und Berufstätigkeit. Ausgabe 3 | 2016 der Kurzanalysen des Forschungszentrums Migration, Integration und Asyl des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg.

Gesundheitliche Lage

Zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerungsgruppe Schutzsuchender in Neukölln bzw. generell in Deutschland gibt es bisher keine repräsentativen Daten. Auch die wichtige Datenquelle mancher Erstaufnahmeuntersuchungen ist problematisch und schwer vergleichbar, da der Umfang und Inhalt der Untersuchung durch die föderale Zuständigkeit zwischen den Ländern stark variiert – wie auch die geografische Verteilung Schutzsuchender innerhalb Deutschlands. Zudem ist die Gruppe der Schutzsuchenden in sich sehr heterogen. Je nach Herkunftsland, sozialem Status, Alter, Geschlecht und auch Religionszugehörigkeit können sich die Bedingungen im Herkunftsland und auf der Flucht und damit verbunden die Gesundheitsrisiken deutlich unterscheiden. Insofern kann es an dieser Stelle nur um gesundheitliche Tendenzen gehen.

Menschen mit Fluchterfahrung unterliegen in vielen Punkten einem erhöhten Krankheitsrisiko. Zum Beispiel ist das Risiko für **Infektionserkrankungen** zum einen durch die zum Teil größere Verbreitung und mangelnden Impfschutz in den Herkunftsländern erhöht – und zum anderen zusätzlich durch die schwierigen Lebensbedingungen während der Flucht und in den Gemeinschaftsunterkünften. Diesbezüglich hat sich sogar gezeigt, dass etwa 90% der Infektionserkrankungen erst in Deutschland erworben wurden. Dazu gehören in erster Linie Windpocken, Skabies (Krätze), Masern, Tuberkulose und virale Darminfektionen.⁹² Speziell durch frühzeitige Impfungen, Aufklärungs- und Hygienemaßnahmen könnte ein großer Teil des Risikos umgangen werden.

Außerdem ist das Risiko für **psychische Erkrankungen** bei Schutzsuchenden im Vergleich zur deutschen Bevölkerung um ein Vielfaches erhöht (siehe dazu auch im Kapitel **Psychische Störungen bei Schutzsuchenden**).⁹⁶ Dies wird deutlich, obwohl die Datenlage unvollständig und schlecht vergleichbar ist. Auslöser sind einerseits traumatische Erlebnisse im Herkunftsland oder während der Flucht. Andererseits wird das Risiko durch zusätzliche Stressfaktoren in Deutschland erhöht. Dazu gehören beispielsweise die Dauer und spezifische Belastung des Asylverfahrens, die Trennung von Bezugspersonen (insbesondere bei minderjährigen unbegleiteten Schutzsuchenden) sowie fehlende Integration, Verständigungsschwierigkeiten, Arbeitslosigkeit, unklare Perspektiven, Diskriminierung und Statusverlust. Das führt zu einer hohen Prävalenz an psychischen Störungen, wie z.B. Angst- und Depressionserkrankungen, Anpassungsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Suchterkrankungen und somatoforme Störungen (z.B. Rücken-, Kopf- oder Nackenschmerzen). Es wird geschätzt, dass etwa 2/3 aller Schutzsuchenden unter mindestens einer psychischen Erkrankung leiden, was für die im Bezirk Neukölln geplante Aufnahmekapazität im Jahr 2018 rund 1.500 betroffene Schutzsuchende bedeuten würde.⁹³

Ein Unterschied zur übrigen Bevölkerung hinsichtlich des Risikos für **chronische Erkrankungen** kann nicht festgestellt werden. Tendenziell gibt es zwar in den Herkunftsländern aufgrund der meist eingeschränkteren medizinischen Versorgung höhere Prävalenzen chronischer Erkrankungen, was sich jedoch – möglicherweise durch die schlechte Datenlage – nicht in den Zahlen zu den Schutzsuchenden wider-spiegelt. Dass die Tendenz sogar gegenläufig ist, könnte darin begründet liegen, dass derzeit vor allem junge, vergleichsweise gesunde Menschen unter 30 Jahre durch Zuwanderung Schutz suchen.⁹⁶ Diese leiden im Schnitt deutlich seltener an chronischen Erkrankungen – schon allein aufgrund des Alters.

Auch wenn sie nicht für ganz Deutschland repräsentativ sind, vermitteln die Daten einer Bremer Gemeinschaftspraxis einen guten Eindruck über **krankheitsbezogene Schwerpunkte** Schutzsuchender.⁹⁴ Die häufigsten Diagnosen waren mit 18% Erkrankungen des Atmungssystems, wobei es sich überwiegend um akute Erkältungen handelte, für die eine hohe Ansteckungsgefahr in den Unterkünften bestand. Dies verdeutlicht den starken Zusammenhang mit den Bedingungen in den Unterkünften. Darauf folgen mit 17% unklare, untypische Schmerzsymptome wie z.B. Kopfschmerzen. Krankheiten des Verdauungssystems wurden zu 6% diagnostiziert und waren zum Teil auf die ungewohnte und unregel-

⁹² Kühne A., Gilsdorf A. (2016) Ausbrüche von Infektionskrankheiten in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende 2004-2014 in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 59(5):570-577.

⁹³ Richter, K., Leheld, H., Niklewski, G. (2015): Warten auf Asyl: Psychiatrische Diagnosen in der zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern. Gesundheitswesen, 77 (11), 834-838.

⁹⁴ Mohammadzadeh Z., Jung F., Lelgemann M. (2016): Gesundheit für Flüchtlinge – das Bremer Modell. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 59(5):561-569.

mäßige Ernährung sowie die psychischen Belastungen zurückzuführen. Weitere Diagnosen waren Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes mit weiteren je 6%, Erkrankungen der Haut und Unterhaut mit 4% sowie stark nach Herkunftsland variierende Zahnprobleme.

Generell entsprechen die meisten gesundheitlichen Probleme – bzw. Probleme Schutzsuchender mit dem deutschen Gesundheitssystem – denen von Menschen mit Migrationshintergrund. Bereits ausführlich besprochen wurden hier die sprachlichen und kulturellen Barrieren sowie das fehlende Wissen um entsprechende Angebote. Zusätzlich erschwert wird der Zugang durch den oftmals unsicheren Aufenthaltsstatus, die beschriebene rechtliche Lage in Bezug auf gesundheitliche Leistungen und die fehlende Integration.

Eine besondere gesundheitliche Gefahr besteht für Zugewanderte, die nicht registriert sind oder sich in aufenthaltsrechtlicher Illegalität befinden. Sie haben kaum eine Chance auf eine regelhafte medizinische Versorgung. Aus Unsicherheit oder Furcht vor einer Abschiebung zögern gerade diese einen Arztbesuch besonders lange hinaus, was schnell zur Verschleppung oder Chronifizierung von Krankheiten führen kann. Entscheidender Einflussfaktor ist hier erneut die rechtliche Lage, wonach die für die Kostenübernahme zuständigen Ämter einer Meldepflicht der Illegalität unterliegen. Anspruch auf eine anonyme unentgeltliche Behandlung in Krankenhäusern haben sie nur in absoluten Notfällen. Auf die besonderen gesundheitlichen Risiken für zum Beispiel schwangere Frauen mit illegalem Aufenthalt wurde im Abschnitt [➤ Säuglingssterblichkeit](#) bereits näher eingegangen.

Rechtliche Grundlagen der gesundheitlichen Versorgung

Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) gibt für alle Gruppen schutzsuchender Menschen an, auf welche Leistungen sie Anrecht haben – inklusive der medizinischen Versorgung. Hierbei ist ausschlaggebend, wie lange sich eine Person bereits in Deutschland aufhält und welchen Aufenthaltsstatus sie besitzt.

Nach dem 15. Aufenthaltsmonat besteht nach § 2 AsylbLG ein Anspruch analog der Sozialhilfe (SGB XII), der die Leistungen der normalen gesetzlichen Krankenversicherung und alle enthaltenen Behandlungen umfasst. Ebenfalls uneingeschränkte Krankenversicherungsleistungen erhalten bereits anerkannte Schutzsuchende.

Bei einer **Aufenthaltsdauer bis zu 15 Monaten** und einem noch laufenden Anerkennungsverfahren sind die medizinischen Leistungen in §§ 4, 6 AsylbLG gesetzlich festgelegt. Danach haben die Schutzsuchenden Anspruch auf Leistungen bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, Schwangerschaft und Geburt, auf Impfungen sowie auf entsprechende Arznei- und Verbandmittel (§ 4 AsylbLG). Zusätzliche Leistungen werden für unbegleitete Minderjährige, für Opfer schwerer psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erbracht – oder in besonderen Einzelfällen, in denen die bereits aufgeführten Leistungen nicht zur Sicherung der Gesundheit genügen (§ 6 AsylbLG). Die Leistungen, die über die akute Versorgung hinausgehen, müssen jedoch in der Regel einzeln durch das Sozialamt geprüft und genehmigt werden.

Das Land **Berlin** schloss mit den Krankenkassen zudem eine Sondervereinbarung, nach welcher die Schutzsuchenden auch vor dem 15. Aufenthaltsmonat Gesundheitsleistungen erhalten, die dem Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung weitgehend entsprechen. Damit gehören medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Zahnvorsorge, Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, Krebsvorsorge, alle behördlich empfohlenen Impfungen), Behandlungen bei chronischen Erkrankungen, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (z.B. Brillen, Hörgeräte, Prothesen, Rollstühle, orthopädische Schuhe, Physiotherapie) sowie die Durchführung probatorischer Sitzungen im Vorfeld einer Psychotherapie ebenfalls zum Leistungsspektrum.⁹⁵ Zudem hat das Land Berlin im Jahr 2016 die **elektronische Gesundheitskarte** (eGK) eingeführt, um der bürokratischen Hürde entgegenzuwirken, dass Schutzsuchende im Vorfeld eines jeden Arztbesuches einen Behandlungsschein beim Sozialamt einholen

⁹⁵ Vereinbarung zur Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Absatz 1 SGB V zwischen dem Land Berlin, vertreten durch die (ehemalige) Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales und der AOK Nordost, der BKK VBU, der DAK-Gesundheit Berlin-Brandenburg und der SBK am 16. Dezember 2015. Online: www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asyblbg/Vertrag_SenGS_Berlin_GKV-Karte_AsyblLG.pdf [aufgerufen am 18. April 2018].

müssen. Das bringt – neben der Entsprechung des Grundrechts auf Unversehrtheit – auch ökonomische Vorteile durch die Einsparung von Zeit und administrativer Kosten. Die Leistungen müssen so nicht mehr extra durch die Ämter genehmigt werden, was durch fehlende Regelungen in der Vergangenheit oft dazu geführt hat, dass Entscheidungen von Nichtmediziner*innen getroffen wurden und damit zur Ermessensleistung wurden.⁹⁶ Nach Einführung der Karte in Berlin entscheidet allein der behandelnde Arzt über die Notwendigkeit einer Behandlung. Genehmigungspflichtig durch die Krankenkasse sind lediglich Leistungen, die auch für gesetzlich Versicherte einer Zustimmung der Krankenkasse bedürfen, wie zum Beispiel bei Psychotherapien oder Zahnersatz.

Erfahrungsgemäß ist der Zugang zum Gesundheitssystem jedoch weiterhin erschwert. Problematisch ist für die Schutzsuchenden vor allem, dass sie sich im deutschen Gesundheitssystem nicht zurechtfinden und häufig einer individuellen Begleitung bzw. einer Sprachmittlung bedürfen. Auch eine Befragung von Gesundheitsämtern ergab, dass eine adäquate gesundheitliche Versorgung Schutzsuchender, insbesondere bzgl. Personen mit psychischen oder schwerwiegenden chronischen Erkrankungen, längst nicht flächendeckend gewährleistet ist.⁹⁶

Besonders problematisch gestaltet sich auch die psychosoziale Versorgung von Schutzsuchenden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Unterkünften sind kaum geschult in der Erkennung, im Umgang und in der Weitervermittlung von psychisch belasteten Schutzsuchenden, womit viele Betroffene erst erkannt werden, wenn sie schon auffällig werden. Ein weiteres großes Problem ist, dass eine Weitervermittlung in die Regelversorgung und damit Behandlung praktisch kaum möglich ist, da bei der in Berlin ohnehin schwierigen Therapieplatzsuche kaum sprachlich, kulturell und thematisch passende Spezialisierungen zu finden sind.

Ein wichtiges Thema ist hierbei die Kostenübernahme für eine **Sprachmittlung**. Sie kann nur im Vorfeld durch den behandelnden Arzt, Psychotherapeuten bzw. das Krankenhaus beantragt werden. Wo dieser Antrag gestellt wird, richtet sich auch hier nach dem Aufenthaltsstatus. Bei Akutfällen kann das allerdings auch im Nachgang geschehen.⁹⁷ Die Finanzierung einer Sprachmittlung wird jedoch nur übernommen – sofern eine Übersetzung zwingend erforderlich ist und alle anderen Möglichkeiten zur Verständigung über Verwandte, Bekannte oder andere Vertrauenspersonen ausgeschöpft sind. Um die Organisation der begleitenden Dolmetscherin oder des Dolmetschers müssen sich die Patienten oder der Arzt selbst kümmern. Oftmals wird hier auf den Gemeindedolmetscherdienst zurückgegriffen, der jedoch inzwischen stark überlastet ist. Das kann zu Wartezeiten und schließlich zu Verzögerungen in der medizinischen Versorgung führen.

Die Rechtslage, nach der sich Asylsuchende ihren Aufenthaltsort während des Verfahrens nicht aussuchen können, kann zu weiteren gesundheitlichen Versorgungslücken führen. Zum Teil kann sich der zugewiesene Ort mehrfach ändern, was in Verbindung mit einer schlechten Informationsweitergabe zwischen den Akteuren problematisch ist. Gerade die Informationsübermittlung der Erstaufnahme fällt häufig mangelhaft aus.⁹⁸

Beispiel: Psychotherapie

Am Beispiel Psychotherapie wird nachfolgend verdeutlicht, wie vielfältig die Barrieren sein können:

Wie bereits im Kapitel **Psychische Störungen bei Schutzsuchenden** beschrieben wurde, haben Menschen mit Fluchterfahrung aufgrund der damit verbundenen Umstände ein erhöhtes Risiko für psychische Leiden. Auf der anderen Seite bewirken die Ängste vor Stigmatisierung oder finanziellen, sozialen und aufenthaltsrechtlichen Folgen, dass die Betroffenen bzw. deren Angehörige erst Hilfe

⁹⁶ Frank L., Yesil-Jürgens R., Razum O., Bozorgmehr K., Schenk L., Gilsdorf A., Rommel A., Lampert T., Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2017): Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2017 2 (1). RKI, Berlin.

⁹⁷ Informationen zur Kostenerstattung für Dolmetscherdienste auf den Seiten des Landesamtes für Flüchtlingsangelegenheiten: www.berlin.de/laf/leistungen/dolmetscherkosten/ [aufgerufen am 18.1.2018].

⁹⁸ Bozorgmehr K. (2016): Universitätsklinikum Heidelberg. Gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden auf kommunaler Ebene: Forschungsergebnisse und Praxis. Präsentation für die Mitgliederversammlung und das Symposium des Gesunde Städte-Netzwerkes vom 8. bis 10. Juni 2016 in Oldenburg.

suchen, wenn die Belastung bereits groß ist. Dann den Zugang zum Hilfesystem zu finden und sich darin zu orientieren, ist jedoch vermutlich die größte Hürde. Für die psychiatrische Versorgung von Schutzsuchenden stellt die *Clearingstelle der Charité* eine wichtige Anlaufstelle in Berlin dar.⁹⁹ Hier kann eine kultursensible und mehrsprachige Erstversorgung von Schutzsuchenden mit psychischen Problemen unabhängig vom Aufenthalts- und Versicherungsstatus gewährleistet werden. Den Betroffenen kann dort in Form von Diagnosen, ersten Behandlungen und Vermittlung in Angebote der Regelversorgung weitergeholfen werden. Um hier den Bedarf und eine passende Behandlung zu finden, sowie deren Kostenübernahme zu beantragen, mangelt es jedoch oft an sprachlich und kulturell adaptierten Diagnoseinstrumenten. Ferner ist eine Genehmigung von Psychotherapien notwendig und wird im Ergebnis bei Schutzsuchenden sehr viel seltener als bei gesetzlich Krankenversicherten gestattet (1 - 3% zu 15%). Das liegt vermutlich in den strengeren, rechtlich festgelegten Erfordernissen für eine Leistungserbringung begründet. Sind diese Hindernisse überwunden, birgt schließlich das viel zu geringe Angebot an spezialisierten Therapieplätzen die nächste Schwierigkeit, so dass sich die Betroffenen meist auf einer langen Warteliste wiederfinden. Zudem muss eine Kostenübernahme für die regelmäßig anfallenden Dolmetscherleistungen beantragt werden. Gerade bei Psychotherapien ist die sprachliche und kulturelle Sensibilität einer professionellen Sprachmittlung eine wichtige Voraussetzung für die Behandlung und deren Erfolg. Bei Bewilligung müssen die Dolmetscherin oder der Dolmetscher selbst organisiert werden, was aufgrund der derzeit großen Nachfrage erneute Wartezeiten bedeuten kann.

Die gesundheitliche Lage Schutzsuchender in Neukölln

Die erschwerten Zugänge und gesundheitlichen Risiken für schutzsuchende Menschen entsprechen auch denen, die für den Bezirk Neukölln berichtet werden. Sprachliche Barrieren und Orientierungsprobleme über Orte und Zuständigkeiten medizinischer Versorgungsangebote im Bezirk stellen auch hier typische Hindernisse dar. Einzig die große Notunterkunft in der Karl-Marx-Str. verfügt über einen sogenannten *Med-Punkt*, der mit medizinischem und sprachmittelndem Personal für die allgemeinmedizinische und kinderärztliche Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner betraut ist. In den beiden übrigen Wohnunterkünften Gerlinger Str. und Haarlemer Str. bietet der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) kinderärztliche Sprechstunden an. Darüber hinaus ist in diesen Unterkünften keine eigene medizinische Versorgung vorgesehen, da die Bewohnerinnen und Bewohner in die Regelversorgung eingebunden werden sollen. Sich zurechtzufinden und diese zu nutzen bleibt dann den Betroffenen überlassen. Für die Weitergabe diesbezüglicher Informationen sind in der Regel die Träger der Unterkünfte verantwortlich, in denen die Schutzsuchenden untergebracht sind. Nach Einschätzung des KJGD sind die bewohnenden Familien in Neukölln jedoch zumindest teilweise über die medizinischen Dienstleister wie z.B. Kinderärzte, Kliniken, KJGD, Zentren für sexuelle Gesundheit und andere Angebote durch Vereine oder Träger informiert. Über die tatsächliche Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen können jedoch keine Aussagen gemacht werden.

Zu den in den Neuköllner Unterkünften am häufigsten vorkommenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zählen Erkrankungen im Kontext mangelnder Hygiene (z.B. Infektionserkrankungen), psychische Störungen und Traumatisierungen, chronische Erkrankungen, frauenspezifische Gesundheitsprobleme, Suchtprobleme sowie Behinderungen bei Kindern und Erwachsenen.

Die Mehrzahl der dem Gesundheitsamt in Neukölln gemeldeten Infektionserkrankungen geht auf Hepatitis B/C, Läuse, Skabies und Scharlach zurück. Ein Anstieg der Infektionserkrankungen konnte allerdings bisher nicht beobachtet werden.

Typische gesundheitliche Themen bei den Kindern sind akute Infektionen, fehlende Impfungen und Fragen zur Entwicklung. Die Hauptprobleme in der medizinischen Versorgung von Schutzsuchenden in Neukölln liegen nach Eindruck des KJGD im Bereich der noch nicht adäquaten Versorgung von chronischen Erkrankungen sowie psychisch erkrankten, traumatisierten Patienten – insbesondere bei den erwachsenen Schutzsuchenden. Vermutlich aus Mangel an Alternativen und geringer Aussicht auf schnelle psychotherapeutische Hilfe werden den Betroffenen Medikamente verschrieben – ohne dass eine sprachlich verständliche und damit ausreichende Aufklärung über deren Einnahme möglich ist.

⁹⁹ Clearingstelle der Charité (LAGeSo) in der Turmstr. 21 in Berlin-Mitte. Nähere Informationen: www.charite.de/klinikum/themen_klinikum/charite_hilft/clearingstelle_lageso_turmstrasse/ [aufgerufen am 18.1.2018].

Um den Zugang zum psychosozialen Hilfesystem und damit die Versorgung von Schutzsuchenden in den Bezirken zu verbessern, soll das Personal in den Kontakt- und Beratungsstellen der Suchthilfe und Psychiatrie erhöht werden. Die notwendigen finanziellen Mittel werden im Rahmen der Fortführung des Rahmenkonzepts „Medizinische Versorgung von Asylsuchenden“ im Land Berlin bereitgestellt.

Um den hohen Beratungs- und Betreuungsbedarf speziell von Schwangeren und jungen Müttern aufzugreifen, werden mit Beginn 2018 zwei Hebammen Sprechstunden in den Unterkünften Gerlinger Straße, Haarlemer Straße sowie in der geplanten Unterkunft für besonders Schutzbedürftige in der Kiefholzstraße anbieten.¹⁰⁰ Zudem bietet das *Kindergesundheitshaus e.V.* des Vivantes Klinikum Neukölln im Rahmen des Projektes „*Hand in Hand*“ regelmäßige Treffen und sozialpädagogische Betreuung speziell für Schwangere und junge Mütter mit Fluchterfahrung an.¹⁰¹ Der Erfahrung von Mitarbeiterinnen des *Interkulturellen Beratungs- und Begegnungs-Centrum e.V. (IBBC)* nach zeigt sich am Beispiel von Schwangeren und jungen Müttern auch eine mögliche Versorgungslücke besonders schutzbedürftiger Personen: durch ein vorgezogenes Anrecht auf eigenen Wohnraum besteht die Gefahr, dass der Kontakt zum Hilfesystem abbricht. Die Frauen können den Kontakt zu möglichen sozialen und medizinischen Ansprechpartnern in der Regel nicht von sich aus leisten und bleiben alleingelassen, wenn sie nicht aktiv aufgesucht und betreut werden.

Der Bezirk Neukölln bietet eine Reihe von medizinischen und psychosozialen Diensten, Beratungs- und Behandlungsstellen, die sich auf die Versorgung von Schutzsuchenden spezialisiert haben. Eine Auswahl dieser Stellen, die mehrsprachige, zum Teil auch anonyme Betreuungen und Behandlungen durchführen und keinen Versicherungsschutz durch eine Krankenkasse voraussetzen, finden sich im Abschnitt **➤ Wichtige Adressen** am Ende des Berichtes.

Über die medizinische Versorgung hinaus, stehen den Schutzsuchenden die Arbeit der *Neuköllner Integrationslotsinnen und Integrationslotsen* zur Seite.¹⁰² Sie unterstützen bei bürokratischen und Orientierungsfragen, Kontakte zu Fachdiensten herzustellen, Termine zu organisieren und können in einfachen Fällen eine Sprachmittlung bieten.

Zusammenfassung

- Schutzsuchende haben in der Regel ähnliche Gesundheitsrisiken wie die ausländische Bevölkerung in Deutschland – unterliegen jedoch aufgrund der Umstände der Flucht, der Unterbringung hier in Deutschland sowie dem langwierigen Aufnahme- und Integrationsprozess einem erhöhten Risiko für Infektionserkrankungen und psychische Störungen.
- Rein rechtlich stehen Schutzsuchenden nahezu alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung. Ohne eine Begleitung der Betroffenen können der Weg zu den Gesundheitseinrichtungen, die Beantragung der Leistungen, die Unsicherheiten bezüglich der Möglichkeiten und Zuständigkeiten, die Wartezeiten sowie die erforderlichen Sprachmittlungen jedoch schnell zu einer unüberwindlichen Hürde werden.
- Damit sind der Zugang und die Orientierung im Gesundheitssystem nach wie vor problematisch, was zu einer mangelnden medizinischen Versorgung und damit zu einer gesundheitlichen und sozialen Chancenungleichheit führen kann.
- Weitere Problembereiche in der gesundheitlichen Versorgung von Schutzsuchenden in Neukölln liegen in der unzureichenden Versorgung von chronischen Erkrankungen, Behinderungen sowie psychisch erkrankter, traumatisierter Patienten.
- Zudem stellt die angemessene Betreuung von Schwangeren und Familien mit Kindern eine Herausforderung dar. Akute Infektionen, fehlende Impfungen und großer Beratungsbedarf bei den Eltern bezüglich der kindlichen Entwicklung sind hier wichtige Themen.
- Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus haben kaum Zugang zu medizinischer Versorgung.

¹⁰⁰ Die Hebammen werden im Rahmen eines vom Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF) geförderten Pilotprojektes eingesetzt. Im Bezirk Neukölln werden 2 von insgesamt 7 Hebammen tätig.

¹⁰¹ Näheres zum Projekt „*Hand in Hand*“ online: <http://kgghaus.de/hand-in-hand/#more-1480> [aufgerufen am 24.4.2018].

¹⁰² Die Arbeit der Neuköllner Integrationslotsinnen und Integrationslotsen wird gefördert durch das Landesrahmenprogramm Integrationslots_innen der Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen und umgesetzt durch *CHANCE – Bildung, Jugend und Sport BJS gGmbH*. Weitere Informationen online: www.berlin.de/lb/intmig/themen/integrationslotsinnen/traeger/neukoelln/artikel.489809.php [aufgerufen am 14.2.2018]

Barrieren im deutschen Gesundheitssystem

In den vorangegangenen Seiten konnte hinsichtlich vieler Themenbereiche herausgearbeitet werden, wo besondere gesundheitliche Risiken für Menschen mit Migrationshintergrund liegen und welche Faktoren dafür verantwortlich sein können. Es wurde gezeigt, dass die Bevölkerungsgruppe einer Reihe von Risikofaktoren unterliegt, die das Auftreten bestimmter Erkrankungen begünstigen können. Dazu gehören die gesundheitlichen Bedingungen im Herkunftsland, die Umstände der Migration sowie vor allem auch die Integration und die sozioökonomischen Lebensbedingungen der Familien hier in Deutschland.

Als ein besonders kritischer Punkt in der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund erwies sich immer wieder die geringere bzw. späte Inanspruchnahme von Vorsorge- und Präventionsangeboten sowie medizinischer Leistungen generell. Durch einen besseren und frühzeitigeren Zugang zu den entsprechenden Angeboten des Gesundheitssystems könnte jedoch eine Vielzahl der Erkrankungen vermieden, erfolgreicher behandelt und die Umstände für Betroffene und Angehörige erleichtert werden.

Doch was sind das für Hürden, die dazu beitragen, dass Menschen mit Migrationshintergrund nicht in angemessener Weise gesundheitliche und medizinische Angebote wahrnehmen? Diese können schon bei der Zugänglichkeit der Angebote auch für Menschen mit Migrationshintergrund anfangen, durch Orientierungs- oder Verständigungsprobleme entstehen sowie aus unterschiedlichen kulturellen und religiösen Prägungen resultieren. Insbesondere die nachstehende Diskussion der Konfliktfelder Kommunikation und religiöse Grundpflichten sowie die daraus resultierenden Folgen für den Praxis- und Krankenhausalltag orientieren sich im Wesentlichen an den Ausarbeitungen des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz.¹⁰³

Orientierung im Gesundheitssystem

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist sehr komplex. Das betrifft die Vielfalt möglicher Leistungen, die jeweilige Zuständigkeit, notwendige Voraussetzungen und schließlich: wo und wann ich Hilfe bekommen kann. Dabei erstreckt sich das Gesundheitssystem nicht nur über Ärzte, Kliniken und Pflegeeinrichtungen – sondern umfasst auch sämtliche Kontakt- und Beratungsstellen, Zentren, Behörden, Gesundheitsdienste, Betreuungs- und Hilfseinrichtungen bis hin zu gesundheitsbezogenen Projekten und Präventionsangeboten unterschiedlichster Trägerschaft. Daraus entsteht ein großes Netz an Hilfsangeboten, das jedoch selbst für im Gesundheitswesen Beschäftigte unübersichtlich wird. Hinzu kommt, dass für die Nutzung eines Großteils der Angebote Voraussetzungen erfüllt sein müssen, die eine vorherige Anerkennung von zum Beispiel einer Behinderung, eines Pflegebedarfs, einer Hilfebedürftigkeit, eines rechtlichen Status oder eines bestimmten Behandlungs- oder Therapiebedarfs erfordert. Zur Gewährung der gesundheitlichen Hilfe, ihrer finanziellen Absicherung und nicht zuletzt auch im Verlauf einer Behandlung sind somit oftmals unterschiedlichste Akteure involviert. Der erste Schritt, die Ansprache der Akteure und oft auch die Informationsweitergabe zwischen den Instanzen obliegen jedoch meist den Patienten. Hier einen Überblick zu behalten – auf was ein Anrecht besteht und wer dafür zuständig ist – ist eine große Herausforderung, die gerade im Krankheitsfall eine kaum zu bewältigende Hürde für die Betroffenen und deren Familien werden kann.

¹⁰³ Im Rahmen eines von der Robert Bosch Stiftung geförderten Projektes wurde die Internetseite www.kultur-gesundheit.de und damit „Das Wissensportal zum Thema Kultur und Gesundheit“ ins Leben gerufen. Online: www.kultur-gesundheit.de [aufgerufen am 6.2.2018].

Für Menschen mit Migrationshintergrund kann erschwerend hinzukommen, dass sie – je nach Aufenthaltsdauer – kaum Erfahrungen mit dem deutschen Gesundheitssystem haben und die Bedingungen in den Herkunftsländern oft ganz anders waren. Zudem tragen nicht zuletzt auch fehlende Sprachkenntnisse dazu bei, dass es den Betroffenen kaum möglich ist, sich zurechtzufinden. Eine naheliegende Folge dieser mangelnden Orientierung ist, dass im Krankheitsfall einfach Orte aufgesucht werden, wo schnell und unkompliziert eine gute medizinische Versorgung verschiedenster Fachrichtungen gewährleistet werden kann: in den Rettungsstellen der Krankenhäuser! Ein weiteres Argument für die Nutzung der Rettungsstellen ist, dass die Wahrscheinlichkeit mehrsprachigen Personals in Krankenhäusern höher und damit eine Kommunikation möglich ist, ohne dass die Organisation einer Sprachmittlung dem Patienten überlassen bleibt.

Kommunikation

Eine zweifelsfreie Verständigung ist nicht nur eine wichtige Voraussetzung für ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis und für eine korrekte Diagnosestellung, sondern auch eine wesentliche rechtliche Bedingung für die Einleitung einer Behandlung, für die immer auch die Zustimmung des Patienten notwendig ist. Zudem kann eine lückenhafte Verständigung dazu führen, dass überflüssige Untersuchungen oder Arztwechsel durchgeführt werden, Fehldiagnosen getroffen werden und so die Hilfesuche unnötig erschwert und verlängert wird. Nicht zuletzt ist eine gute Verständigung zwischen Arzt und Patient wichtig, um die Erkrankung einzuordnen, die therapeutischen Maßnahmen einhalten zu können, ihre Notwendigkeit zu verstehen und so selbstbestimmt zur Bewältigung der Erkrankung beitragen zu können.

In der Regel greifen Patienten, die selbst nicht in ausreichendem Maße der deutschen Sprache mächtig sind, auf die Unterstützung von Verwandten oder aus dem Bekanntenkreis zurück. Ihre Hilfe kann in einigen Situationen genügen, ist jedoch nicht unproblematisch. So können Angehörige oder andere Vertrauenspersonen – insbesondere bei Unsicherheiten aufgrund der kulturellen Fremdheit – ein wichtiger Beistand sein, zum Wohlbefinden des Patienten beitragen und bei Bedarf bei Therapieentscheidungen unterstützen. Auf der anderen Seite ist die Neutralität der übersetzenden Person wichtig, was bei Angehörigen aufgrund ihrer gleichzeitigen Betroffenheit und emotionalen Befangenheit nicht gegeben ist. Besonders problematisch ist das zum Beispiel in Autoritätsbeziehungen oder wenn Kinder als Übersetzer herangezogen werden. Durch den Willen, den Patienten schützen oder beeinflussen zu wollen – oder einfach durch eigene emotionale Überforderung – kann die Übersetzung notwendiger Informationen gefährdet sein.

Hier können professionelle Dolmetscherdienste sehr zur Erleichterung der Kommunikation beitragen. Sie sind neutral, erfahren und sollten neben der Sprache auch über das notwendige medizinische Vokabular sowie über ausreichende Kenntnisse der Kultur verfügen. Insbesondere die Art und Weise, wie Beschwerden beschrieben werden und welche spezifischen Ausdrücke verwendet werden, kann sich zwischen Kulturen sehr unterscheiden. Die Anwesenheit einer dritten Person kann jedoch das offene Arzt-Patienten-Verhältnis stören, weshalb es unter Umständen wichtig ist, zunächst ein zureichendes Vertrauensverhältnis zum Patienten herzustellen. Hier kann die Berücksichtigung des Geschlechts hilfreich sein, als auch, dass die Möglichkeit besteht, dass sich Patient und Sprachmittler im Vorfeld kurz untereinander verständigen können.

Obwohl die Möglichkeit einer professionellen Sprachmittlung einen wichtigen Baustein für eine angemessene gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund darstellt, ist deren Nutzung in der Praxis mit großen Hürden verbunden. Auf die finanziellen und organisatorischen Hindernisse geht der folgende Abschnitt [Exkurs: Das Problem der Sprachmittlung in der Praxis](#) näher ein.

Ergänzend zur Aufklärung in der ärztlichen Praxis gibt es inzwischen auch schon gute mehrsprachige Informationsmöglichkeiten im Internet, wo Betroffene alles Wichtige über viele akute und chronische Krankheiten, diagnostische Verfahren sowie über mögliche therapeutische Maßnahmen finden. Durch ihre Ausrichtung auf bestimmte Zielgruppen ermöglichen sie nicht nur Informationsvermittlung in der Muttersprache, sondern auch die Berücksichtigung kultureller und religiöser Unterschiede. Eine leicht verständliche Aufbereitung der Themen kann zudem möglichen Bildungsunterschieden Rechnung tragen und die Zugänglichkeit zusätzlich erhöhen. Beispielhaft sind einige mehrsprachige Informationsseiten im Abschnitt [Wichtige Adressen](#) am Ende des Berichts aufgeführt.

Exkurs: Das Problem der Sprachmittlung in der Praxis

Ärzte sind nach § 630 BGB verpflichtet, ihre Patienten über alle für die Behandlung relevanten Umstände mündlich und verständlich aufzuklären. Ist eine Patientin oder ein Patient der deutschen Sprache jedoch nicht im ausreichenden Maße mächtig, kann keine ordnungsgemäße Aufklärung und damit keine rechtskräftige Einwilligung zur Behandlung erfolgen. Die Kostenübernahme von Dolmetscherdiensten im Rahmen der Gesundheitsversorgung ist jedoch gesetzlich nicht geregelt. Die Folge ist, dass die Patientin oder der Patient für entsprechende Kosten, die zur Sicherstellung der sprachlichen Verständigung anfallen können, selbst aufkommen muss. Ausnahmen stellen allerdings Dolmetscher für Gebärdensprache oder für Geflüchtete und andere Schutzsuchende dar, welche bei gegebener Notwendigkeit mit einer Kostenerstattung rechnen können (siehe hierzu im Abschnitt **➤ Schutzsuchende**).¹⁰⁴

Etwas besser sieht die Versorgung in stationären Einrichtungen aus. Diese sind verpflichtet, alle für die Behandlung notwendigen Leistungen zu tragen, wozu auch der Einsatz von Sprachmittlern gehören kann. In der Regel haben Krankenhäuser dafür ein eigenes Budget oder verfügen über zweisprachiges medizinisches Personal, welches bei Bedarf aushelfen kann.¹⁰⁵

Im Vergleich zu anderen Leistungen der gesundheitlichen Versorgung, deren Kostenübernahme in der Regel durch die gesetzliche Krankenversicherung gedeckt wird, liegt hier eindeutig eine Gesetzeslücke vor. Diese Lücke ist jedoch nicht unerkannt und so gab es schon mehrere Initiativen auf politischer und fachlicher Ebene, die eine diesbezügliche Regelung einforderten – jedoch bisher ohne Erfolg.^{104,105}

In der Praxis führt das oft dazu, dass die Patienten auf Angehörige oder Bekannte zurückgreifen, die bei der Übersetzung aushelfen können. Besteht keine derartige Möglichkeit zur Verständigung, ist die Hinzunahme eines professionellen Dolmetscherdienstes angeraten. Diese Dienste kosten jedoch Geld und sind meist infolge der großen Nachfrage überlastet, weshalb eine schnelle Verfügbarkeit nicht sichergestellt werden kann. Aus diesen organisatorischen und finanziellen Gründen – und um eine notwendige Behandlung nicht weiter zu verzögern – kommt es nicht selten vor, dass Patienten auf unprofessionelle Übersetzer vom „Schwarzmarkt“ ausweichen und als Angehörige ausgeben. Auf diese Art kann jedoch nicht gewährleistet werden, dass eine ordnungsgemäße Aufklärung des Patienten gewährleistet ist. Hier muss sich letztendlich die behandelnde Ärztin bzw. der Arzt vergewissern, ob alle wichtigen Informationen verstanden werden. Ist das nicht der Fall, muss die Behandlung verweigert oder von Arztseite eine Sprachmittlung organisiert werden. Das bedeutet jedoch nicht, dass der Mediziner die Kosten für den Dolmetschenden übernehmen muss. Der Kostenträger ist nach wie vor die Patientin oder der Patient.¹⁰⁵ Es liegt nahe, dass sich Ärzte hier oftmals mit einer Gewissensentscheidung konfrontiert sehen: die umgehende Behandlung eines Patienten mit akutem Leiden einerseits – und das Risiko einer unzureichenden Aufklärung, Zustimmung und falschen Anwendung therapeutischer Maßnahmen andererseits, wie zum Beispiel eine unsachgemäße Einnahme von Medikamenten.

Religiöse Grundpflichten

Religiöse Gebote und Praktiken – sowie die daraus folgenden Herausforderungen für die gesundheitliche Versorgung – können sehr vielfältig sein. Aufgrund relevanter Unterschiede zu dem in Europa und anderen Herkunftsländern verbreiteten christlichen Glaubens – sowie der Tatsache, dass eine hohe Zahl an Zuwanderern einen muslimischen Hintergrund haben – sollen die nachfolgenden Ausführungen am Beispiel der muslimischen Religion dargestellt werden.¹⁰⁶

¹⁰⁴ Deutscher Bundestag (2017): Dolmetscher im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung. Anspruch und Kostenübernahme. Sachstand WD 9 - 3000 - 021/17. Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages.

¹⁰⁵ Wächter M., Vanheiden T. (2015): Sprachmittlung im Gesundheitswesen. Erhebung und einheitliche Beschreibung von Modellen der Sprachmittlung im Gesundheitswesen. Stand September 2015. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. im Auftrag der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.

¹⁰⁶ Die Ausführungen zu den religiösen Grundpflichten sowie den daraus resultierenden Folgen für den Praxis- und Krankenhausalltag orientieren sich im Wesentlichen an den Ausarbeitungen des „Wissensportal zum Thema Kultur und Gesundheit“ (www.kultur-gesundheit.de). Das Portal wurde im Rahmen eines von der Robert Bosch Stiftung geförderten Projektes

So prägt der islamische Glaube ein Verständnis von körperlicher Unversehrtheit und Intimität, das sich in einem relativ starken Schamgefühl ausdrückt. Das hat viele moralische und praktische Folgen für das Leben und den Alltag – wie zum Beispiel dem Wunsch nach einer speziellen Bedeckung des Körpers, dem Schutz vor Blicken und dem Vermeiden von Körperkontakt mit nichtverwandten und unverheirateten Angehörigen des jeweils anderen Geschlechts. Die medizinische Versorgung wird in der islamischen Ethik jedoch als Ausnahme anerkannt, da Krankheit einen besonderen Zustand beschreibt und der Schutz von Leben und Gesundheit das höhere Gebot darstellt. Im Krankheitsfall oder in Lebensgefahr sind Ausnahmen sogar geboten! Demnach ist bei ärztlichen Untersuchungen oder pflegerischen Tätigkeiten in der Regel auch körperlicher Kontakt möglich.

Dennoch kann die Interpretation und Haltung gegenüber diesen Regeln und Ausnahmen sehr individuell ausfallen – und bedeutet in jedem Fall eine Berührung des persönlichen Schamgefühls. Zudem nimmt – wie bei fast jedem Patienten – die religiöse Sensibilität unter dem Eindruck einer Krankheit zu und kann ein wichtiger Faktor der Genesung sein. Die Berücksichtigung dieser religiösen Werte kann dazu führen, dass sich die Patienten angenommen fühlen und sich so ein größeres Vertrauen in die Institution und die medizinische Behandlung entwickeln kann. Mit dem Patienten über dessen Wertvorstellungen zu sprechen und wenn möglich eine Gleichgeschlechtlichkeit von ärztlichem und pflegendem Personal zu beachten, kann hier ein kleines aber bedeutendes Signal sein.

Denkbare Konfliktfelder – nicht nur in der muslimischen Religion – bieten auch die Pflichten des Fastens, des Betens und bestimmter Speisevorschriften. Diese werden vor allem im Fall eines Klinikaufenthalts bedeutsam. Betreffen kann das zum Beispiel die Möglichkeit zur Einhaltung der Gebetszeiten, bestimmte körperliche Hygieneroutinen oder das Verbot von Schweinefleisch und Alkohol. Gerade Letzteres kann auch eine Rolle in der Verabreichung von Medikamenten spielen. Zwar erkennt der muslimische Glaube auch hier Ausnahmen an – jedoch kann zumindest ein Verständnis für die religiösen Bedürfnisse sowie nach Möglichkeiten auch ihre Berücksichtigung einen wesentlichen Beitrag zur Erleichterung des Aufenthalts leisten. Eine rechtzeitige Aufklärung über die Therapienotwendigkeiten, den Tagesablauf in der Einrichtung sowie über die Klinikregeln kann zudem dazu beitragen, dass sich sowohl der Patient als auch seine Angehörigen auf die Gegebenheiten einstellen können.

Dazu gehört auch die Berücksichtigung von Besuchszeiten und Besuchskapazitäten. Der Besuch von Kranken stellt in der muslimischen Gemeinschaft eine religiöse Pflicht dar – und bedeutet auch eine wichtige soziale und familiäre Anerkennung des Erkrankten. Gemeinsam mit der großen Bedeutung des Familienzusammenhalts führt das dazu, dass der Anteil von muslimischen Besuchern, Verwandten, Bekannten und Gemeindemitgliedern in den Berliner Krankenhäusern relativ hoch ist. Um vorzubeugen, dass die möglicherweise zahlreichen Besucher die Bedürfnisse der Mitpatienten oder den Stationsablauf beeinträchtigen, kann das Gespräch mit den Angehörigen und dem Patienten einen Kompromiss finden.

Die Feinheiten in der Auslegung, wann eine medizinische Leistung geboten ist, könnten auch in Bezug auf Prävention und Vorsorgeuntersuchungen relevant sein. Möglicherweise liegt hier einer der Gründe für die geringere Inanspruchnahme solcher Angebote durch Menschen muslimischer Herkunft, da eine Gefährdung der Gesundheit ohne entsprechende Aufklärung nicht unmittelbar auf der Hand liegt.

Zusammenfassung

- Die geringe bzw. späte Inanspruchnahme von Vorsorge- und Präventionsangeboten sowie medizinischer Leistungen generell stellt einen besonders kritischen Punkt in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund dar.
- Zu den wichtigsten Hürden gehören: eine mangelnde Orientierung im deutschen Gesundheitssystem, fehlende Kenntnis über mögliche Angebote, sprachliche Verständigungsprobleme, Angst vor Diskriminierung und bisher wenig Berücksichtigung besonderer Bedürfnisse durch andere kulturelle und religiöse Prägungen.
- Eine gute Verständigung zwischen Arzt und Patient ist nicht nur eine rechtliche Behandlungsvoraussetzung, sondern auch wesentliche Grundlage für vertrauliche Kommunikation, Diagnosestellung, schnelle Hilfe sowie die korrekte Einhaltung und Durchführung der therapeutischen Maßnahmen. Die Kosten und Organisation eines Dolmetschenden obliegen jedoch – im Vergleich zu anderen Gesundheitsleistungen – allein dem Patienten.

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Soziale Lage der Menschen mit Migrationshintergrund

- 44% und damit fast die Hälfte der Menschen in Neukölln haben einen Migrationshintergrund.
- Menschen mit Migrationshintergrund leben unter schwierigeren sozioökonomischen Bedingungen als Menschen ohne Migrationshintergrund. Noch einmal zusätzlich erschwert ist die soziale Lage von Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit.
- Die soziale Lage der Migrantinnen und Migranten in Neukölln ist kritischer als in anderen Bezirken.
- Jeder zweite Neuköllner bzw. Neuköllnerin mit Migrationshintergrund hat nur einen niedrigen Bildungsstand, 21% sind erwerbslos und 41% leben in Familien, die auf *Hartz IV* angewiesen sind. Damit ist der Anteil jeweils etwa dreimal höher als in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

Gesundheitsverhalten

- Menschen mit Migrationshintergrund nutzen weniger häufig Vorsorgeangebote – wie z.B. der frühzeitigen Erkennung und Prävention von Erkrankungen, Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Kontrollen des Zahnstatus, Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern oder Schwangeren sowie Beratungen und Kurse zur Krankheitsprävention.
- Übergewicht ist bei Kindern und Frauen (insbesondere türkischer, arabischer und russischsprachiger Herkunft) häufiger verbreitet. Für Kinder wird das auch in Neukölln deutlich. Als Risikofaktoren gelten ein abweichendes Verständnis von gesunder Ernährung, ein überdurchschnittlicher Verzehr ungesunder Lebensmittel und eine geringe körperliche Aktivität.
- Tabak wird von Jugendlichen und Frauen (vor allem türkischer, arabischer oder russischsprachiger Herkunft) im Schnitt seltener konsumiert als in der deutschen Bevölkerung – von Männern gleicher Herkunft jedoch häufiger.
- Alkoholkonsum ist insbesondere bei Menschen mit muslimischem Hintergrund weniger verbreitet.
- Der Alkohol- und Tabakkonsum gleicht sich mit zunehmender Aufenthaltsdauer der deutschen Bevölkerung an. Der damit verbundene Anstieg zeigt sich vor allem bei Frauen der 2. Zuwanderergeneration.
- Junge Menschen mit Migrationshintergrund konsumieren seltener illegale Drogen. Besondere Risikogruppen stellen jedoch junge Männer bezüglich Glücksspielsucht und Zugewanderte aus Polen oder dem russischsprachigen Raum bezüglich öffentlichen Opioidkonsums dar.

Sterblichkeit

- Die Sterblichkeit der ausländischen Bevölkerung ist – unabhängig von der Todesursache – geringer als bei deutschen Frauen und Männern. Als Gründe werden migrationsbedingte Selektionseffekte, ein gesünderer Lebensstil im Herkunftsland, aber auch statistische Ungenauigkeiten diskutiert.
- Allein die Sterblichkeit rund um die Geburt ist bei ausländischen Kindern höher als bei deutschen Kindern. Hier ist insbesondere in Neukölln Aufmerksamkeit geboten.

- Mit zunehmender Aufenthaltsdauer gleicht sich die Sterblichkeit an die der deutschen Bevölkerung an, was aufgrund der geringen Sterblichkeit in nahezu allen Todesursachen einen Anstieg bedeutet. In Neukölln fällt das Anwachsen der Sterblichkeit vergleichsweise groß aus.
- Die Anstiege in der Sterblichkeit sind vermutlich auf die Aneignung eines ungesünderen Lebensstils und auf den mit zunehmender Aufenthaltsdauer abnehmenden Selektionseffekt zurückzuführen. Dazu kommen neue Risikofaktoren, die mit der oftmals sozial schwierigen Lebenssituation und der geringeren Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten in Verbindung stehen.
- In Berlin besonders hoch ist der Anstieg der Sterblichkeit an Krebserkrankungen, Infektionen, Erkrankungen des Atmungssystems, des Nervensystems (z.B. Parkinson, Alzheimer), des Urogenitalsystems (v.a. Nierenversagen) und zu psychischen und Verhaltensstörungen (v.a. Demenz).
- Angestiegen sind in Berlin ebenfalls die Todesfälle durch Hormon- und Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus bei Frauen) und durch Erkrankungen des Verdauungssystems (z.B. der Leber).
- Ohne eindeutige Entwicklungstendenz innerhalb der ausländischen Bevölkerung sind die Todesfälle durch Herz-Kreislaufkrankungen und durch äußere Verletzungen.
- Todesfälle durch Erkrankungen des Blut- und Immunsystems, der Haut und Unterhaut, des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes treten vergleichsweise selten auf – zeigen aber sowohl in der deutschen als auch in der ausländischen Bevölkerung eine steigende Tendenz.
- Die grundsätzliche Verteilung der häufigsten Todesursachen ist bei Ausländern und Deutschen recht ähnlich. Jedoch gewinnen Krebserkrankungen in der ausländischen Bevölkerung in Berlin immer mehr an Bedeutung, haben bereits Herz-Kreislaufkrankungen als häufigste Todesursache abgelöst und steigen im Gegensatz zur deutschen Bevölkerung weiter an.
- Für den Bezirk Neukölln liegen keine belastbaren Zahlen zu einzelnen Todesursachen vor. Es kann jedoch angenommen werden, dass die Entwicklungen denen in Berlin vergleichbar sind – wenngleich die Sterblichkeit aufgrund der schwierigeren sozialen Lebensbedingungen im Bezirk deutlich über der durchschnittlichen ausländischen Bevölkerung in Berlin liegen dürfte.

Säuglingssterblichkeit

- Die Säuglingssterblichkeit und die Zahl der totgeborenen Kinder sind in Neukölln so hoch wie in keinem anderen Berliner Bezirk – und zeigen in den letzten Erhebungsjahren sogar einen Anstieg.
- Als Grund dafür wird der hohe Anteil von Familien in schwieriger sozialer Lage, aber auch der hohe Anteil von Familien mit Migrationshintergrund diskutiert.
- Die Säuglingssterblichkeit liegt in ausländischen Familien in Berlin höher als in deutschen Familien.
- Frauen mit Migrationshintergrund nehmen seltener und später Beratungen und Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft wahr und haben damit ein erhöhtes Risiko für Infektionen, embryonale Entwicklungsstörungen, Fehlbildungen und ein geringes Geburtsgewicht. Die Kindesgesundheit kann so schon vor der Geburt schwer beeinträchtigt sein.
- Der Bezirk Neukölln hat die geringste Ausstattung an Frauen- und Kinderärzten. Weniger Kinderärzte gibt es allein in Reinickendorf.

Gesundheitliche Entwicklung von Kindern

- 70% der Kinder in Neukölln haben einen Migrationshintergrund.
- Kinder mit Migrationshintergrund in Neukölln zeigen im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen häufiger Übergewicht, Auffälligkeiten in der Visuomotorik und ungesunde Zähne. Zudem besuchen die Kinder weniger lange eine Kindertageseinrichtung und nehmen seltener Früherkennungsuntersuchungen oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch.
- Das erhöhte Risiko für Übergewicht wird auf den ungesünderen Ernährungsstil und weniger körperliche Aktivität – vor allem bei Mädchen – zurückgeführt.
- Kinder mit Migrationshintergrund konsumieren seltener Alkohol, Tabak und illegale Drogen.

- Besorgniserregend ist die deutschlandweit überdurchschnittliche Sterblichkeit von Kindern ausländischer Herkunft. Diese basiert vor allem auf der erhöhten Säuglingssterblichkeit sowie einem leicht erhöhten Risiko für Infektionskrankheiten oder an Verletzungen bzw. Unfällen zu sterben.

Psychische Störungen

- Ein Migrationshintergrund kann mit einer Reihe von Risikofaktoren – aber auch Schutzfaktoren – für die Entwicklung psychischer Erkrankungen einhergehen, wobei die soziale Lage den wichtigsten Belastungsfaktor darstellt.
- Das Risiko einer psychischen Erkrankung (z.B. Depressionen, Schizophrenie) ist bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund deutlich erhöht. Junge türkische Frauen haben ein überdurchschnittliches Suizidrisiko.
- Derzeit noch unterdurchschnittlich ist jedoch in Zukunft mit einem starken Zuwachs von Demenzerkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund und damit mit einer entsprechenden Nachfrage von Pflege- und Betreuungsangeboten zu rechnen.
- Trotz der geschätzten überdurchschnittlichen Häufigkeit von psychischen Erkrankungen in Neukölln – durch den hohen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund und in schwieriger sozialer Lage – gehört Neukölln zu den Bezirken mit der geringsten Dichte an Psychotherapeuten. In Anbetracht der Bevölkerung sind ihre Sprachkenntnisse deutlich unzureichend.
- Kultursensible und fremdsprachige Diagnoseinstrumente sowie Therapie- und Pflegeangebote sind eine wichtige Voraussetzung in der psychosozialen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. In der Bereitstellung entsprechender Angebote und der Förderung ihrer Inanspruchnahme liegt eine große Herausforderung für den Bezirk und das gesamte Land Berlin.
- Besonders ungenügend ist die psychosoziale Versorgung von Geflüchteten und anderen Schutzsuchenden – einer Bevölkerungsgruppe mit einem gleichzeitig stark erhöhten Versorgungsbedarf.

Infektionserkrankungen

- Todesfälle durch Infektionserkrankungen steigen sowohl in der deutschen als auch in der ausländischen Bevölkerung deutlich an.
- Zu den Infektionserkrankungen, bei denen Menschen ausländischer Herkunft eine besondere Risikogruppe darstellen, gehören Tuberkulose, die Immunschwächekrankheit AIDS und Hepatitis.
- Ein höheres Vorkommen bzw. weniger verbreitete Schutz- und Präventionsmaßnahmen in einigen Herkunftsländern bergen eine hohe Ansteckungsgefahr.
- Durch unzureichenden Impfschutz oder mangelndem Wissen um Ansteckungswege können sich die zugewanderten Menschen zudem schneller in Deutschland infizieren. Die im Schnitt geringere Inanspruchnahme von Vorsorge- und Gesundheitsleistungen erschwert die Risikosenkung durch Diagnose und angemessene Behandlung.
- Die Zahl an Tuberkulosefällen bei Menschen ausländischer Herkunft steigt in Berlin seit einigen Jahren deutlich an – scheint jedoch in Neukölln rückläufig.
- Es wird geschätzt, dass die Zahl der noch nicht diagnostizierten HIV-Infektionen in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund deutlich höher ist.

Menschen mit Behinderung

- Der Anteil von Menschen mit anerkannter Behinderung und Schwerbehinderung ist in Neukölln unabhängig von der Herkunft höher als im Berliner Durchschnitt.
- Der Anteil von Menschen mit anerkannter Behinderung innerhalb der ausländischen Bevölkerung in Neukölln ist nur etwa halb so groß wie in der deutschen Bevölkerung im Bezirk. Dieser Unterschied zeigt sich auch in anderen Bezirken und vor allem bei Männern und Frauen im erwerbsfähigen Alter. Bei Kindern und älteren Menschen gibt es kaum einen Herkunftsunterschied.

- Verantwortlich für diese Differenzen ist vermutlich einerseits, dass die ausländischen Einwohnerinnen und Einwohner im Schnitt deutlich jünger sind – und andererseits möglicherweise kulturelle und sprachliche Barrieren zur Anerkennung der Behinderung existieren. Derartige Hürden können zu Ungleichheiten in der Versorgung und Erhaltung der gesellschaftlichen Teilhabe der Menschen mit Behinderung führen.
- Der Anteil seelischer Behinderungen ist bei ausländischen Menschen mit Behinderung höher. Das stützt die Annahme eines erhöhten Risikos für psychische Erkrankungen.
- Anhand der Bevölkerungsstruktur kann angenommen werden, dass die traditionelle Ehe unter Verwandten eine besonders in Neukölln verbreitete Heiratspraxis ist. Eine Aufklärung der Familien kann dazu beitragen, die für die Kinder zum Teil schweren gesundheitlichen Folgen zu minimieren.

Pflegerische Versorgung

- Ältere Menschen mit Migrationshintergrund werden sehr viel häufiger durch die Familie gepflegt – aus Tradition, einer höheren familiären Bereitschaft, einer mangelnden Orientierung im Pflegesystem und nicht zuletzt auch aus Mangel an kultursensiblen, mehrsprachigen Pflegeplätzen.
- Im Rahmen des demographischen Wandels und steigender Anforderungen an die Pflege ist jedoch mit einer stark anwachsenden Nachfrage von Pflegeplätzen in Neukölln – insbesondere auch für Menschen mit Migrationshintergrund – zu rechnen.
- Zusätzlich zu dem nicht nur in Neukölln drohenden Mangel an Pflegeplätzen ist die kulturelle Öffnung der Pflegeangebote und Einrichtungen derzeit jedoch noch ungenügend.
- Es fehlt vor allem an kultursensiblen Pflegeplätzen für Menschen mit Demenz und an mehrsprachigem Pflegepersonal.
- Werden die Pflegeangebote nicht an die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund angepasst und zugänglich gemacht – wozu auch eine gezielte Ansprache, Aufklärung und kulturelles Umdenken in den Familien gehört – droht eine drastische Unterversorgung pflegebedürftiger Migrantinnen und Migranten im Bezirk.

Schutzsuchende

- Geflüchtete und andere Schutzsuchende haben in der Regel ähnliche Gesundheitsrisiken wie die ausländische Bevölkerung in Deutschland – unterliegen jedoch aufgrund der Umstände der Flucht, der Unterbringung hier in Deutschland sowie dem langwierigen Aufnahme- und Integrationsprozess einem erhöhten Risiko für Infektionserkrankungen und psychische Störungen.
- Rein rechtlich stehen Schutzsuchenden nahezu alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung. Ohne eine Begleitung der Betroffenen können der Weg zu den Gesundheitseinrichtungen, die Beantragung der Leistungen, die Unsicherheiten bezüglich der Möglichkeiten und Zuständigkeiten, die Wartezeiten sowie die erforderlichen Sprachmittlungen jedoch schnell zu einer unüberwindlichen Hürde werden.
- Damit sind der Zugang und die Orientierung im Gesundheitssystem nach wie vor problematisch, was zu einer mangelnden medizinischen Versorgung und damit zu einer gesundheitlichen und sozialen Chancenungleichheit führen kann.
- Weitere Problembereiche in der gesundheitlichen Versorgung von Schutzsuchenden in Neukölln liegen in der unzureichenden Versorgung von chronischen Erkrankungen, Behinderungen sowie psychisch erkrankter, traumatisierter Patienten.
- Zudem stellt die angemessene Betreuung von Schwangeren und Familien mit Kindern eine Herausforderung dar. Akute Infektionen, fehlende Impfungen und großer Beratungsbedarf bei den Eltern bezüglich der kindlichen Entwicklung sind hier wichtige Themen.
- Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus haben kaum Zugang zu medizinischer Versorgung.

Barrieren im deutschen Gesundheitssystem

- Die geringe bzw. späte Inanspruchnahme von Vorsorge- und Präventionsangeboten sowie medizinischer Leistungen generell stellt einen besonders kritischen Punkt in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund dar.
- Die wichtigsten Hürden sind: mangelnde Orientierung im deutschen Gesundheitssystem, fehlende Kenntnis über mögliche Angebote, Verständigungsprobleme, Angst vor Diskriminierung und bisher wenig Berücksichtigung besonderer Bedürfnisse durch andere kulturelle und religiöse Prägungen.
- Eine gute Verständigung zwischen Arzt und Patient ist nicht nur eine rechtliche Behandlungsvoraussetzung, sondern auch wesentliche Grundlage für vertrauliche Kommunikation, richtige Diagnosestellung, schnelle Hilfe sowie die korrekte Einhaltung und Durchführung der therapeutischen Maßnahmen. Die Kosten und die Organisation eines Dolmetschenden muss jedoch – im Vergleich zu anderen Gesundheitsleistungen – allein der Patient tragen.



Recht auf Bildung

Elawr, 9 Jahre

(Gewinnerin der Altersgruppe 8-9 Jahre)

Handlungsbedarf

In der Betrachtung der spezifischen Gesundheitsrisiken – sowie der Bedingungen, die dazu führen – lassen sich nun besondere Problemfelder oder Handlungsempfehlungen ableiten, die zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund beitragen können. Diese werden im Folgenden näher beschrieben und diskutiert.

Auch wenn für den vorliegenden Bericht vor allem die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund in Neukölln interessiert, sind die Risikofaktoren für diese Bevölkerungsgruppe und daraus abzuleitende Handlungsbedarfe jedoch nicht allein auf Neukölln begrenzt und eine Herausforderung für Berlin und das gesamte deutsche Gesundheitssystem.

Orientierung im Gesundheitssystem

Im Verlaufe des Berichts wird wiederholt deutlich, dass ein Großteil der erhöhten Erkrankungsrisiken weniger darauf beruht, dass Menschen mit Migrationshintergrund kränker sind, sondern vor allem ein Resultat der geringeren und späteren Nutzung von medizinischen Leistungen, Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsangeboten. Eine wesentliche Ursache dafür scheint zu sein, dass den Betroffenen die Orientierung im deutschen Gesundheitssystem schwer fällt – wo, wann, welche Hilfe zu bekommen ist, wie die Voraussetzungen dafür aussehen, ob Kosten entstehen und wie groß die Auswahl der Leistungen ist, auf die sie Anspruch haben. Bestätigt wird das durch eine Befragung von Menschen mit Migrationshintergrund verschiedener Altersgruppen in Neukölln durch das *Interkulturelle Beratungs- und Begegnungs-Centrum e.V. (IBBC)*.¹⁰⁷

Ein spürbares Resultat der mangelnden Orientierung im Gesundheitssystem – nicht nur in Neukölln – ist die verstärkte Aufsuche von Rettungsstellen der Krankenhäuser durch Menschen mit Migrationshintergrund. Hier kann im akuten Krankheitsfall schnell und unkompliziert eine gute medizinische Versorgung verschiedenster Fachrichtungen erwartet werden.

Information

Ein wesentlicher Weg, um Orientierung zu erleichtern, ist Information. Eine Möglichkeit liegt in der stärkeren Verbreitung von **mehrsprachigem und leicht verständlichem Informationsmaterial**, welches darstellt, wo, wie, welche Hilfe zu bekommen ist. Jedoch werden auch solche „**Gesundheitswegweiser**“ die Komplexität des Systems nur begrenzt abbilden können. Hilfreich und handhabbar können sie dennoch zu einzelnen gesundheitlichen Themen wie Krebsfrüherkennung, Schwangerenvorsorge, Kindergesundheit, Pflege oder bestimmte Erkrankungen sein. Ebenso wertvolle Dienste können kurze Broschüren oder Flyer in der **Aufklärung von Notrufen oder Ansprechpartnern für besondere Krisensituationen** leisten. Konkret und zugänglicher kann eine Orientierung im Gesundheitssystem zudem werden, wenn sie einen regionalen Bezug zum Lebensumfeld der Zielgruppen hat. Den Menschen kann – wenn möglich – direkt in ihrem Kiez oder für den Bezirk Neukölln gezeigt werden, wo Hilfe erreicht werden kann. Zu zahlreichen

Qualitätskriterien für migrationsgerechte Informationsmaterialien:

www.migration-gesundheit.bund.de

(Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz, Departement Gesundheit und Integration, Abteilung Gesundheit, aufgerufen am 21.2.2018)

¹⁰⁷ Im Rahmen des Projekts „Mobile Gesundheitsberatung“ wurden insgesamt 120 Menschen unterschiedlicher Altersgruppen und 15 verschiedener Nationalitäten zum Gesundheitssystem, gesundheitlichen Leistungen und Patientenrechten befragt.

gesundheitlichen Themenfeldern der unterschiedlichsten Akteure im Bezirk und darüber hinaus existiert auch schon vielfältiges Material. Hier wäre zu überlegen, ob eine Bündelung von bezirklichen Ansprechpartnern, Beratungsstellen, Hilfen oder anderen gesundheitlichen Angeboten innerhalb einer Broschüre sinnvoll und übersichtlicher wäre.

Eine wesentliche Voraussetzung für die Wirksamkeit solcher Informationsmaterialien ist zudem, dass sie die Zielgruppen erreichen, die sie erreichen sollen, und auch von ihnen genutzt werden. Zu diesem Zweck müssen sie die Menschen direkt erreichen – in den Treffpunkten und öffentlichen Einrichtungen, die häufig besucht werden, und möglicherweise auch durch Verteilung in Briefkästen. Unter Umständen ist es auch hilfreich, durch Informationsveranstaltungen, Werbung oder gezielte Ansprache auf die Materialien, ihre gesundheitliche Relevanz und ihre Handhabung aufmerksam zu machen.

Mehrsprachige Informationsbroschüren zum deutschen Gesundheitssystem, Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung, Prävention, Sucht und anderen Gesundheitsthemen:

www.migration-gesundheit.bund.de

(Herausgeber: Bundesministerium für Gesundheit, aufgerufen am 22.2.2018)

Beratung und Vermittlung

Ob für eine bessere Orientierung jedoch allein die Verbreitung von Informationsmaterialien genügen kann, ist allerdings fraglich. Für einige Bevölkerungsgruppen kann schon die selbstständige Informationsbeschaffung und Hilfesuche eine unüberwindbare Hürde darstellen – insbesondere unter den erschwerten Bedingungen eines Krankheitsfalls. Ansprechpersonen, die Betroffene oder deren Angehörige bei der Arzt- oder Hilfesuche beraten könnten, wären hier eine hilfreiche Unterstützung. Zudem zeigen Befragungen bei Patienten mit Migrationshintergrund, dass ihnen ein persönlicher Beratungskontakt besonders wichtig ist und in der Informationsbeschaffung einen der wichtigsten Wege darstellt.¹⁰⁸ Die beratenden Personen können darüber informieren, wo welche Hilfe möglich ist, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen oder ob Kosten entstehen. Bei Bedarf könnten sie auch bei der Suche nach einer Dolmetscherin oder einem Dolmetscher weiterhelfen. Auf diese Art könnten zumindest Behandlungsverzögerungen vermieden werden, die durch eine weniger gut orientierte eigenständige Suche entstehen – oder Hürden abgebaut werden, die aus Unsicherheiten gegenüber den Hilfsmöglichkeiten erwachsen.

Die Idee eines solchen **Gesundheitslotsen** ist jedoch nicht neu und wird in Neukölln in ähnlicher Form mit den *Babylotsen* schon erfolgreich in der Unterstützung von Schwangeren und jungen Müttern praktiziert. Damit wird eine Zielgruppe angesprochen, die in Neukölln einen besonders hohen Beratungs- und Betreuungsbedarf hat. Der Bedarf auch für andere Zielgruppen – wie Geflüchtete und Schutzsuchende, ältere Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen mit Behinderung oder chronischen Erkrankungen – sowie in anderen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung ist jedoch groß und eine Ausweitung der Angebote dringend angeraten! Eine solche Leistung kann jedoch nicht von den Bezirken getragen werden, sondern ist eine landes-, wenn nicht sogar bundesweite Aufgabe.

Eine wichtige Rolle in der Beratung und Vermittlung von Hilfsangeboten spielen auch niedrigschwellige Beratungsstellen und Hilfstelefone zu bestimmten Themen oder für bestimmte Zielgruppen. So gibt es in Neukölln zum Beispiel Beratungsstellen speziell für Menschen mit Behinderung, für Suchtproblematiken, für Schwangere und junge Familien oder für Menschen in sozialen Notlagen – die auch mehrsprachige Beratungen für Menschen mit Migrationshintergrund anbieten (eine Auflistung findet sich im Abschnitt **➤ Wichtige Adressen** am Ende des Berichts). Auch berlinweit finden sich sehr hilfreiche Beratungs- und Vermittlungsstellen, die sich zum Beispiel um das sonst schwierige Feld der psychosozialen Versorgung von Menschen mit Migrations- oder Fluchthintergrund einsetzen. So wichtig und hilfreich diese spezialisierten Anlaufstellen auch für die Betroffenen sind – so unübersichtlich ist jedoch auch deren Vielfalt. Zudem müssen die Betroffenen auch erst Kenntnis über die jeweiligen Angebote haben. Hier kann ein niedrigschwelliger Lotsendienst, der einen Überblick über die gesundheitliche Versorgungslandschaft im Bezirk bewahrt und den Betroffenen entsprechend beratend zur Seite steht, eine sehr nützliche erste Anlaufstelle und Orientierungshilfe sein. Ein solcher Dienst kann sich konkret auf Menschen mit

¹⁰⁸ Gesundheitswissenschaftliches Institut Nordost (GeWINO) der AOK Nordost (2015): Berliner Migrantenstudie.

Gesundheitsvorsorge und Unterstützungsbedarf. Aus einer Kooperation des Gesundheitswissenschaftlichen Institut Nordost (GeWINO) der AOK Nordost mit dem bbw Bildungswerk der Wirtschaft in Berlin und Brandenburg e.V. sowie der bbw Hochschule Berlin. GeWINO, Berlin.

Migrationshintergrund spezialisieren – oder neben mehrsprachigen Beratungen auch für andere Zielgruppen offen sein.

Der Zugewinn eines Lotsendienstes, der gesundheitsbezogene Angebote im Bezirk bündelt, würde darüber hinaus nicht nur für die Betroffenen bestehen. Auch andere Gesundheitsakteure können von einem Überblick profitieren, Kooperationen leichter initiieren, Synergien nutzen und Dopplungen vermeiden sowie Versorgungslücken füllen. Möglicherweise könnte damit auch eine Schnittstelle geschaffen werden, die aktiv zur bezirksinternen Vernetzung beiträgt.

Insbesondere bei schwer erreichbaren Zielgruppen kann Hilfe präventiver und erfolgreicher wirken, wenn sie nicht gesucht werden muss – sondern selbst **aufsuchend tätig** ist. Hier leisten in Neukölln die Besuche des **Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes**, der **Familienhebammen**, der **sozialen Dienste** und das Vertrauen gegenüber den **Stadtteilmüttern**, **BrückenbauerInnen** und anderen Multiplikatoren wertvolle Arbeit. Sie kommen mit Familien in Kontakt, die sonst von sich aus schwerer ihren Weg zu einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung finden würden, können Bedarf erkennen und Hilfsmöglichkeit vermitteln. Aber auch andere Fachkräfte, die mit sonst schwer erreichbaren Bevölkerungsgruppen in Kontakt kommen – wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Jobcentern, Sozialämtern oder Flüchtlingsunterkünften, Erziehungs- und Lehrkräfte oder Ärzte – könnten bei bestehendem Vertrauensverhältnis dazu beitragen, Betroffene auf Unterstützungsangebote bzw. Beratungsmöglichkeiten hinzuweisen.

Begleitung

Die Erfahrung von Fachkräften ist jedoch immer wieder, dass für Menschen, denen eine eigene Orientierung im Gesundheitssystem schwerfällt, nicht nur ein Vermittlungsbedarf – sondern vor allem auch ein **Begleitungsbedarf** besteht. Dazu gehören Menschen mit Migrationshintergrund und Schutzsuchende, aber auch ältere Menschen und Menschen in sozialen Problemlagen. Das Aufsuchen von Einrichtungen, die Terminsuche, die Übergänge zwischen Ärzten, Therapeuten und anderen Akteuren, mögliche bürokratische Voraussetzungen sowie nicht zuletzt eine fehlende Sprachmittlung können Barrieren sein, die einen Abbruch der Hilfe oder der Behandlung bedeuten können. Die begleitende Betreuung durch eine darin geschulte Person – möglicherweise sogar muttersprachlich – kann den Weg des Betroffenen im Gesundheitssystem unterstützen, bei Problemen zur Seite stehen und gegebenenfalls nachhaken, ob der Weg erfolgreich bestritten werden konnte. Eine solche Begleitung könnte zum Beispiel in besonderen Fällen eine Leistung eines Gesundheitslotsen sein.

Eine Begleitung durch eine gleichbleibende Person kann zudem das Vertrauen der Betroffenen stärken – und erlaubt möglicherweise eine genauere Wahrnehmung des Menschen, seines Lebensumfeldes, seiner Barrieren und seiner Bedürfnisse. Ein solches Vertrauensverhältnis kann insofern ausschlaggebend sein, da negative Erfahrungen mit Ärzten, die durch Verständigungsprobleme, Missverständnisse oder empfundener Stigmatisierung entstehen, dazu geführt haben können, dass die Betroffenen dem Gesundheitssystem bereits misstrauisch gegenüber stehen. Meist sind vor allem Probleme in der sprachlichen Verständigung dafür verantwortlich, dass überflüssige Untersuchungen angeordnet werden, es zu häufigen Arztwechseln kommt oder Überweisungen nicht gelingen, sich die Patienten nicht gut betreut fühlen und notwendige Behandlungen verspätet erfolgen oder ausbleiben. Die Betroffenen können so die Erfahrung gemacht haben, dass ihnen nicht geholfen werden kann. Die bereits zitierte Befragung des *IBBC e.V.* ergab, dass es nicht selten vorkommt, dass Menschen mit Migrationshintergrund schon eine Distanz zu Gesundheitseinrichtungen entwickelt und Hemmungen vor der Inanspruchnahme von Leistungen haben. Eine für Fragen und bei Schwierigkeiten zur Seite stehende Ansprechperson, kann das Vertrauen in das Gesundheitssystem und seine Akteure wieder erneuern, die Therapietreue und damit den Behandlungserfolg erhöhen sowie möglicherweise zu einer zukünftig eigenständigen Hilfesuche befähigen.

Konkreter Begleitungsbedarf besteht auch bei besonders schutzbedürftigen Geflüchteten und Schutzsuchenden, welche aufgrund ihres Schutzstatus eine besondere Bevorzugung in der Vermittlung von eigenem Wohnraum erfahren. Hierbei handelt es sich zum Beispiel um schwangere Frauen, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern sowie Schutzsuchende mit Traumatisierungen, psychischen Störungen oder Behinderungen. Sobald diese Menschen jedoch ohne Gewährleistung der weiteren Versorgung aus dem Betreuungsumfeld der Unterkünfte kommen, sind sie trotz des hohen

Bedarfs oftmals auf sich allein gestellt. An diesem Übergang muss die Fortführung der psychosozialen Begleitung gesichert werden.

Sprachmittlung

Ein besonders wichtiges Thema, um Menschen mit Migrationshintergrund den Zugang und die Orientierung im Gesundheitssystem zu ermöglichen, ist die Sprachmittlung. Bei den Betroffenen besteht zwar ein **hoher Bedarf an professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern** – insbesondere in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung – jedoch gibt es für gesetzlich versicherte Patienten bisher keinerlei Regelung, die die Übernahme der Kosten regelt. Für Geflüchtete und andere Schutzsuchende hingegen besteht derzeit eine solche Regelung schon. Die Konsequenz aus dieser Lücke des Versorgungssystems ist, dass die Patienten die Kosten selbst tragen oder anderweitig eine Person organisieren müssen, die für eine lückenlose Verständigung aushilft. Ist den Betroffenen beides nicht möglich, kann das unter Umständen dazu führen, dass der Besuch eines Arztes und eine notwendige Behandlung immer weiter aufgeschoben werden. Diese finanzielle Hürde ist insofern relevant, da Menschen mit Migrationshintergrund vor allem in Neukölln zur sozial benachteiligten Bevölkerung gehören.

Leider sind die bezirklichen Mittel zum Schließen dieser Versorgungslücke begrenzt und nur eine Ergänzung der gesetzlichen Regelungen kann wirklich Abhilfe schaffen. Ein Zusammenschluss mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen und politischen Entscheidungsträgern könnte hingegen Chancen haben, sich erfolgreich für das Thema stark zu machen. Der Bezirk kann jedoch Strukturen fördern, die das Problem mildern könnten. Das kann zum Beispiel die Förderung von Vermittlungswegen sein – durch die Initiierung von Plattformen oder Koordinationsstrukturen – um zumindest die Verzögerung von Behandlungen durch eine langwierige Suche von Dolmetscherdiensten zu verringern. Die bereits erwähnten Gesundheitslotsen könnten bei mehrsprachigen Kompetenzen immerhin sprachlich bei der Arzt- und Terminsuche unterstützen. Insbesondere bei schweren Erkrankungen und im psychotherapeutischen Kontext kann der Einsatz professioneller Sprachmittler jedoch unter Umständen unerlässlich sein, um eine einwandfreie Übersetzung zu gewährleisten. Das hat nicht nur rechtliche Gründe, da sich der Arzt absichern muss, dass eine lückenlose Verständigung möglich ist – sondern kann auch eine wichtige Voraussetzung für den Therapieerfolg sein (siehe dazu im Abschnitt **➤ Kommunikation**).

Aufklärung über Gesundheitsrisiken

Ein weiteres wichtiges Handlungsfeld betrifft Prävention und Vorsorge. Zusätzlich zu den bereits beschriebenen Barrieren, gesundheitliche und vorsorgende Angebote wahrzunehmen, herrscht oft auch wenig Wissen über die Zusammenhänge des Lebensstils und die Entstehung von Erkrankungen bzw. über den gesundheitlichen Nutzen von Vorsorgeuntersuchungen vor. Der Präventionsgedanke ist in vielen anderen Kulturen weniger stark ausgeprägt. Das betrifft nicht allein nur Menschen mit Migrationshintergrund – sondern auch andere, vor allem sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Besonders schwer wiegen die Folgen, wenn nicht nur die eigene Gesundheit beeinträchtigt werden kann, sondern auch die anderer Personen. Wichtige Themen sind zum Beispiel die **Schwangerenvorsorge, Säuglings- und Kindergesundheit, Suchtmittelkonsum, Ernährung, Infektionserkrankungen** – aber auch die **Hilfesuche bei psychischen Belastungen**.

Menschen selbstbestimmt zu einem gesundheitsbewussteren Verhalten zu motivieren – noch bevor eine Erkrankung für Leidensdruck sorgt – kann nur über Aufklärung geschehen. Ähnlich den Orientierungshilfen in der gesundheitlichen Versorgungslandschaft kann das über **mehrsprachiges, leicht verständliches Informationsmaterial** geschehen. Aber auch hier gilt, dass eine hohe Erreichbarkeit vor allem durch ein **gezieltes Aufsuchen der Zielgruppen und persönliche Beratung durch eine Vertrauensperson** gewährleistet werden kann.

Diese Erreichbarkeit und das Vertrauen können zum Beispiel durch die **Zusammenarbeit mit Einrichtungen** geschehen, die sich im direkten Lebensumfeld der jeweiligen Zielgruppe befinden. **Mehrsprachige Informationsveranstaltungen und Beratungsangebote** in Familienzentren, Nachbarschaftseinrichtungen oder anderen Treffpunkten erreichen verschiedene Alters- und

Bevölkerungsgruppen und bieten sich demnach für verschiedene Themen an. Kooperationen mit Kitas oder Schulen – zum Beispiel in Form von speziellen Elternabenden, Elterncafés oder einfach in der Auslage von Informationsmaterial – können gezielt zur Ansprache von Eltern zu Themen der Kindergesundheit beitragen. Auch die Anregung von Schulen, Gesundheitsthemen in den Unterricht einzubauen, kann ein Weg sein, die Gesundheitskompetenz von Kindern direkt zu stärken und damit möglicherweise auch die Familien zu erreichen. Das Land Berlin und auch der Bund fördern dafür zahlreiche bereits erfolgreiche Projekte und Themen, die den Schulen und Lehrern dabei behilflich sind. Ferner kann der Besuch von Unterkünften ein guter Weg sein, um zumindest die dort untergebrachten schutzsuchenden Familien mit Aufklärungs- und Beratungsangeboten zu unterstützen. Diese Zusammenarbeit mit den verschiedensten Einrichtungen kann nicht nur helfen, Aufklärung und Information von außen anzubieten – sondern auch einen Einblick ermöglichen, wo denn eigene Informationsbedürfnisse und Fragen der Menschen liegen. Auch der Kontakt zu Kulturvereinen, Gemeinden, speziellen Medien oder Beratungsstellen zu anderen Themen kann helfen, Werbung für Veranstaltungen zu machen und Informationen zu verbreiten. Viele dieser Wege werden in Neukölln schon erfolgreich genutzt – insbesondere auch um Familien mit Migrationshintergrund im Bezirk zu erreichen. Besonders aktiv sind diesbezüglich zum Beispiel das *Interkulturelle Beratungs- und Begegnungs-Centrum e.V. (IBBC)* oder die verschiedenen Akteure der *Präventionskette*¹⁰⁹. Sinnvoll wäre es, bereits erfolgreiche Projekte, die im Vertrauenskontakt mit den Menschen mit Migrationshintergrund hier im Bezirk sind und funktionierende Strukturen entwickelt haben, in Angebot und Personal zu fördern und auszuweiten. Der Bezirk und die bezirkliche Gesundheitsförderung können zudem die wichtige Rolle übernehmen, Projekte und Veranstaltungen zu koordinieren und Kontakte zu schaffen.

Migrationsgerechte Prävention und Gesundheitsförderung – Anleitung zur Planung und Umsetzung von Projekten:

www.miqesplus.ch/fileadmin/Publikationen/480565_Broschuere_d_low.pdf

(Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit in Zusammenarbeit mit Gesundheitsförderung Schweiz (2008), aufgerufen am 21.2.2018)

In der Ausrichtung solcher Informationsveranstaltungen hat sich gezeigt, dass die Nachfrage und der Erfolg innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe besonders hoch sind, wenn sich die Angebote direkt an Frauen, Frauengruppen oder Frauentreffs wenden. Möglicherweise hängt das mit einer stärkeren Vernetzung, einem größeren Interesse für gesundheitliche Themen und einem für die Frauen geschützteren Raum zusammen. Damit tritt jedoch auch eine Zielgruppe in das Blickfeld, die bisher kaum von Präventionsangeboten erreicht werden kann: die Gruppe der älteren Männer mit Migrationshintergrund. Nach Einschätzung der Mitarbeiterinnen des *IBBC e.V.* sind sie oft sehr vereinsamt, zum Teil verwahrlost und haben bis auf Bäckereien und Cafés kaum öffentliche Orte, an denen sie sich treffen können. Ältere Menschen mit Migrationshintergrund bilden jedoch eine Gruppe mit zunehmendem und besonderem Beratungs- und Betreuungsbedarf, da sie hilfloser als ihre deutschen Altersgenossen sind, wenn sich die Familie nicht ausreichend kümmern kann. Die **Schaffung von Treffpunkten oder Beschäftigungsorten speziell auch für ältere Menschen mit Migrationshintergrund** – bzw. die Ausweitung des Angebots von bestehenden Familien- und Nachbarschaftszentren – kann hier ein Ansatzpunkt auch für Präventionsarbeit sein.

Interkulturelle Öffnung

Eine wichtige Voraussetzung, um die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern, ist es, die Menschen stärker in das Gesundheitssystem zu holen. Mindestens genauso wichtig es jedoch, das Gesundheitssystem auch für diese Bevölkerungsgruppe zu öffnen. Es konnte beschrieben werden, dass ein Großteil der Barrieren für Menschen mit Migrationshintergrund darin besteht, dass die Versorgungsangebote nicht die besonderen sprachlichen und kulturellen

¹⁰⁹ Für eine umfassende Förderung der Kindergesundheit hat der Bezirk Neukölln die *Neuköllner Präventionskette* ins Leben gerufen. Sie verfolgt das Ziel, die verschiedenen, im Rahmen der frühen familiären Präventionsarbeit tätigen Projekte in Neukölln zu bündeln, abzustimmen und den Familien damit effizient und niedrigschwellig Unterstützung anbieten zu können. Zu den Projekten, welche sich uneingeschränkt an alle Familien mit Kindern von der Schwangerschaft bis zum Schulalter richten, gehören die Babylotsen, der Neuköllner Familiengutschein, das Begrüßungspaket oder die mobile App „Gesundes Neukölln“. Auf der anderen Seite schafft die Präventionskette auch Strukturen, welche es gezielt ermöglichen, Familien in schwierigen Situationen Unterstützung zu gewähren. Zur Gestaltung und zum Ausbau der Präventionskette gehören zudem die Qualifizierung von Fachkräften und die Förderung ihrer interdisziplinären Vernetzung.

Bedürfnisse der Menschen sowie ihre bevorzugte Art der Information und Hilfesuche berücksichtigen. Besonders deutlich wird das in Berlin und Neukölln in Einrichtungen der Pflege – vor allem speziell bei Demenz – und in Einrichtungen sowie Therapiemöglichkeiten der psychosozialen Versorgung. Beide Bereiche müssen jedoch in Zukunft mit einer erhöhten Nachfrage durch Menschen mit Migrationshintergrund rechnen.

Nicht nur auf Seiten der Menschen mit Migrationshintergrund gibt es Unsicherheiten, Missverständnisse und Angst vor Diskriminierung. Auch das medizinische und pflegende Personal hat oftmals wenig Erfahrung im Umgang mit Menschen anderer Herkunft – mit Berührungängsten und Vorbehalten. Das kann zu Missverständnissen und Vermeidungsverhalten führen und so die Qualität der Versorgung beeinträchtigen. Verständnis, Vertrauen, Patientenzufriedenheit, Therapietreue und damit nicht zuletzt der Behandlungserfolg liegen auch im Interesse von gesundheitlichen Einrichtungen. Die Bedeutung der psychosozialen Ebene in der Gesundheit wird immer deutlicher und sollte entsprechend berücksichtigt und genutzt werden!

Um **medizinische Berufsgruppen stärker für die Bedürfnisse von Menschen anderer Herkunft zu sensibilisieren** und sie in Kommunikation und Umgang zu üben, können selbst kleinere Schulungen hilfreich sein. Die diesbezüglichen **Weiterbildungsmöglichkeiten** in Berlin sind jedoch rar. Das hat auch die Berliner Charité erkannt und hat erst kürzlich die *Koordinierungsstelle*

Interkulturelle Kompetenz im Berliner Gesundheitswesen ins Leben gerufen.¹¹⁰ Zunächst nur für die Mitarbeiter der Charité wurde eine Fortbildungsreihe zur Stärkung interkultureller und interprofessioneller Kompetenzen entwickelt. Ab dem Wintersemester 2019/20 ist jedoch geplant, einen berufsbegleitenden Zertifikatskurs für verschiedene Gesundheitsberufe an der Alice Salomon Hochschule Berlin (ASH) anzubieten. Darüber hinaus gibt es an der Gesundheitsakademie der Charité Schulungsmöglichkeiten für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Klinik, Verwaltung und Forschung.

Auch die Arbeit der öffentlichen Verwaltung, der sozialen und gesundheitlichen Dienste sowie von Beratungsstellen, die mit Menschen mit Migrationshintergrund in Kontakt kommen, profitiert von mehr Sensibilität gegenüber anderen Kulturen. Sie bilden oft eine Schnittstelle zu Angeboten der gesundheitlichen Versorgung und können maßgeblich zur Errichtung oder zur Beseitigung von Barrieren beitragen. Die im behördlichen Rahmen zur Verfügung stehenden Sprachmittlungen zu nutzen, Diskriminierung zu vermeiden und die Menschen auch bei Unwissenheit ernst zu nehmen, können hier schon sehr wirksam sein. Generell stellt der Umgang mit Vielfalt und individuellen Bedürfnissen eine Anforderung der heutigen Gesellschaft dar – nicht nur gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund. Kompetenzen, die die Flexibilität ermöglichen, mit Verschiedenartigkeit umzugehen, können Schaffung immer neuer Sonderprogramme für einzelne Gruppen vermeiden.

Eine verstärkte Berücksichtigung von Bedürfnissen auch von Menschen mit Migrationshintergrund heißt natürlich auch, die große Bedeutung von Sprache und Kommunikation wahrzunehmen. Auf das große Problem der Sprachmittlung und auf die sich daraus ableitenden möglichen Handlungsempfehlungen wurde bereits im vorangegangenen Kapitel zur **➤ Orientierung im Gesundheitssystem** näher eingegangen. Konkret auch muttersprachliche Beratungs-, Betreuungs- oder Behandlungsangebote zu unterbreiten wäre eine weitere Möglichkeit, das Vertrauen, die Inanspruchnahme sowie die Therapietreue zu erhöhen.

Eine gute und einfache Möglichkeit, kultureller Vielfalt gerecht zu werden und mögliche Verständigungsprobleme zu vermeiden, ist die **gezielte Förderung und Einstellung von**

Schulungen der interkulturellen Kompetenz für Mitarbeiter/innen aus Klinik, Verwaltung und Forschung:

<https://akademie.charite.de/metas/fortbildung/veranstaltung/seminardetail/kulturelle-verschiedenheit-erkennen-und-verstehen-interkulturelle-kompetenz-entwickeln-3/>

(Gesundheitsakademie der Charité, aufgerufen am 21.2.2018)

Kulturelle Öffnung für Organisationen:

www.paritaetischer.de/landesverband/download/Leitfaden-Interkulturelle-Offnung.pdf?time=1387195428845

(Herausgeber: Paritätischer Wohlfahrtsverband Niedersachsen e.V., aufgerufen am 21.2.2018)

Kulturelle Öffnung von Krankenhäusern:

Das kultursensible Krankenhaus - Ansätze zur interkulturellen Öffnung:

www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/Das_kultursensible_Krankenhaus_09-02-2015.html?view=trackDownload

(Herausgeber: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2015), aufgerufen am 21.2.2018)

¹¹⁰ Näheres zur Arbeit und zu den Zielen online: <https://interkulturelle-kompetenz.charite.de/> [aufgerufen am 21.2.2018]

muttersprachlichem Personal. Derzeit sind Menschen mit eigenem Migrationshintergrund in Gesundheits- und Pflegeberufen jedoch noch deutlich unterrepräsentiert.

Obwohl viele Jugendliche und Menschen mit einem im Ausland erworbenen Ausbildungsabschluss Interesse an diesem Berufszweig haben, scheitern viele an den hohen und starren Einstellungs Voraussetzungen. Eine einfachere Anerkennung ausländischer Abschlüsse in Gesundheitsberufen, erleichterte Quereinstiege und Umschulungen sowie die Möglichkeit, dass auch Jugendliche mit niedrigeren Schulabschlüssen bei entsprechender Vorbereitung eine pflegerische Ausbildung beginnen können, könnten wesentlich zur kulturellen Öffnung von Einrichtungen sowie auch zur Bewältigung des drohenden Pflegenotstands beitragen. Diese Menschen bringen eine Kompetenz ins Gesundheitssystem, die nicht zu unterschätzen ist und in Zukunft immer wichtiger werden wird.

Zudem hat sich gezeigt, dass es nicht nur einer stärkeren kulturellen Öffnung der Einrichtungen bedarf, sondern auch einer stärkeren **migrantenspezifischen Öffentlichkeitsarbeit.**

Nur wenige Einrichtungen nutzen eine gezielte Bewerbung ihrer Angebote in dieser Bevölkerungsgruppe und greifen – wenn doch – meistens lediglich auf mehrsprachige Flyer und Informationsmaterialien zurück.¹¹¹ Öffentlichkeitsarbeit, die sich jedoch mehr an den typischen Informationswegen von Menschen mit Migrationshintergrund orientieren – wie die Zusammenarbeit und das gezielte Aufsuchen der entsprechenden Communities, die Nutzung von Multiplikatoren und Gesundheitslotsen sowie die Errichtung mehrsprachiger Internetauftritte – kann hier erfolgreicher sein.

Der gezielte **Kontakt und Austausch mit den Communities** sowie die Nutzung der Expertise von Personal mit Migrationshintergrund kann nicht zuletzt auch dazu dienen, die spezielle Bedürfnisse der Menschen herausfinden und die Angebote daran ausrichten. Das erleichtert möglicherweise die Prioritätensetzung in der kulturellen Öffnung und gibt das wichtige Signal der Akzeptanz anderer kultureller Werte. Im kleineren Maße kann auch einfach der Patient befragt werden, welche Dinge ihm wichtig sind und dann gemeinsam besprochen werden, was im gegebenen Rahmen möglich ist.

Kulturelle Öffnung für Ärzte und Psychotherapeuten: Vielfalt in der Praxis. Patienten mit Migrationshintergrund: Infos zur Gesundheitskompetenz und Tipps für die Kommunikation:

www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Vielfalt_Webversion.pdf

(Herausgeber: Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017), aufgerufen am 21.2.2018)

Forschung und Partizipation

Die **Menschen mit Migrationshintergrund in die Verbesserung ihrer gesundheitlichen Versorgung mit einzubeziehen** ist nicht nur effektiv und ein wichtiges Signal, sondern auch aufgrund der dünnen bisherigen Forschungslage eine zwingende Notwendigkeit. Zudem sind sowohl die strukturellen Voraussetzungen als auch die Bevölkerungsstruktur mit Migrationshintergrund in jedem Bezirk verschieden, so dass die bezirklichen Maßnahmen an den gegebenen Bedingungen und den Bedürfnissen der Menschen orientiert werden sollten. Veranstaltungen und Befragungen in Treffpunkten oder Bürgerzentren, in denen die Menschen Gelegenheit bekommen, ihre Erfahrungen, Probleme oder Ideen weiterzugeben, könnten hier denkbare Wege sein. Aber auch der Austausch mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Beratungsstellen, Lotsen, Stadtteilmüttern, Familienhebammen und anderen Multiplikatoren kann wertvolle Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten im Bezirk geben.

In Ergänzung dessen sind jedoch der Bezirk und seine Akteure – sowie auch die berlinweit zuständigen Landesbehörden und die Kassenärztliche Vereinigung – zu einer regelmäßigen Prüfung der Zugänglichkeit zur medizinischen Versorgung auch für Menschen mit Migrationshintergrund angehalten. Zu dieser Zugänglichkeit gehört das Vorhandensein von Angeboten, deren Bekanntheit in der Zielgruppe, die Annehmbarkeit durch Berücksichtigung ihrer besonderen Bedürfnisse sowie natürlich auch deren Qualität und Wirksamkeit.

Darüber hinaus hat der Bericht gezeigt, dass die Datenlage zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund methodisch und inhaltlich ungenügend ist. Die Definition und Erfassung von Menschen mit Migrationshintergrund ist uneinheitlich, beschränkt sich oftmals auf die

¹¹¹ Penka, S. (2016): Die interkulturelle Öffnung von psychosozialen Versorgungsangeboten und Substitutionsbehandlungen in Berlin sowie stationären psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland. Dissertation der Charité - Universitätsmedizin Berlin.

Staatsangehörigkeit, die eine geringe Aussagekraft hat und einen Großteil der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund nicht erfasst – oder die Erfassung eines Migrationshintergrundes entfällt ganz. Ferner unterliegen einige der Statistiken methodischen Ungenauigkeiten und Verzerrungen, wie anhand der Sterblichkeitszahlen deutlich wurde. Für die regionale Versorgungssicherung und für die Gesundheitsplanung sind zudem kleinräumigere Gesundheitsdaten erforderlich, die die Lage zumindest auf Bezirksebene widerspiegeln. Viele Daten zur Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund bzw. zu Ausländern liegen jedoch nur berlin- oder deutschlandweit vor und konnten in dem vorliegenden Bericht nur entsprechend allgemein dargestellt werden. Eine **vereinheitlichte, spezifischere und kleinräumigere Datenerfassung** kann wesentlich zur Interpretation, zum Ziehen von Schlussfolgerungen sowie zur Ableitung von passenden Maßnahmen beitragen! Hier ist jedoch weniger der Bezirk als vielmehr bundesweite und politisch geförderte Anpassungen der Statistiken gefragt.

Die schwierige Datenlage trifft insbesondere auf die **Gesundheit von Geflüchteten, Asylbewerbern und anderen Schutzsuchenden** zu, die durch Unsicherheiten, Sprachprobleme und fehlende Orientierung im Gesundheitssystem einen besonders erschwerten Zugang haben. Gerade zu der Gesundheit und den Bedürfnissen dieser Bevölkerungsgruppe sind dringend Studien notwendig. Aber auch die konkrete medizinische und psychosoziale Versorgung ist aktuell noch an vielen Stellen lückenhaft bzw. mit Unsicherheiten bezüglich der Zuständigkeit belegt. Hier sind dringend und zeitnah Lösungen gefordert.

Neben dem Forschungs- und Evaluationsbedarf der medizinischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund gibt es aber auch noch offene Fragen über spezifische migrationsbedingte Risikofaktoren und Erkrankungsrisiken. Zum Beispiel stellt das Thema der Verwandten-Ehen – trotz ihrer hohen Zahl innerhalb der muslimischen Bevölkerung und den möglichen gesundheitlichen Folgen für den Familiennachwuchs – bisher kaum ein Thema in der Forschung, der medizinischen Aus- und Weiterbildung oder der Öffentlichkeit dar. Auch in Anbetracht des Bedarfs wurde bis jetzt in Deutschland kein kultursensibles Programm entwickelt, das muslimische Patienten in der genetischen Beratung unter Berücksichtigung ihres Wert- und Weltbildes über die Sachlage aufklärt und ihre Entscheidungsfindung angemessen begleitet.

Selbsthilfe

Ein nicht zu unterschätzender Weg, Menschen mit Migrationshintergrund in ihrer Gesundheitskompetenz und Orientierung im Gesundheitssystem zu unterstützen – und gleichzeitig ihre besonderen Stärken und Ressourcen zu nutzen – ist die Selbsthilfe. Die Fähigkeit sich untereinander zu vernetzen, die Tendenz persönliche und vertraute Informationswege vorzuziehen sowie aus der eigenen Migrationserfahrung ein besseres Verständnis für die besonderen Bedürfnisse und Barrieren zu haben, zeigt die Möglichkeiten und Vorteile einer gegenseitigen Unterstützung. Zudem spielen sprachliche und kulturelle Hürden sowie auch die Angst vor möglicher Diskriminierung, die die Inanspruchnahme anderer Angebote des Gesundheitssystems hemmen können, hier kaum eine Rolle. Dadurch kann Selbsthilfe ein Weg sein, auch Menschen zu erreichen und zu unterstützen, die sonst kaum zugänglich sind und professionelle Hilfe eher meiden. Das hat nicht nur eine gesundheitliche Bedeutung – sondern auch eine wichtige psychosoziale Komponente. Gemeinsame Aktivitäten, Essen oder Freizeitgestaltung schaffen Verbindung, Vertrautes im neuen Land und fördern schließlich dadurch auch die Teilhabe in der neuen Gesellschaft. Damit kann Selbsthilfe auch ein Schlüssel zur Integration sein. In einem geschützteren Rahmen unter Gleichgesinnten kann offenerer Austausch stattfinden, Verständnis und Akzeptanz erfahren und nicht zuletzt auch Aufklärung und Informationen besser angenommen werden. Die Vorteile einer Selbsthilfegruppe liegen zudem darin – unabhängig von einer speziellen kulturellen Ausrichtung – dass Begleitung und Unterstützung bei z.B. chronischen oder seltenen Erkrankungen auch über einen längeren Zeitraum und unabhängig vom Stadium der therapeutischen Betreuung stattfinden kann. So kann Selbsthilfe das eigenverantwortliche Handeln der

Übersichten über Selbsthilfegruppen für Menschen mit Migrationshintergrund in Neukölln und Berlin:

• www.sekis-berlin.de/themen/migration/

(Herausgeber: SEKIS - Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle, aufgerufen am 8.3.2018)

• www.sekis-berlin.de/fileadmin/files/selko/downloads/Migration/Broschuere_Selbsthilfe_und_Migration_deutsch.pdf

(Herausgeber: Arbeitskreis Selbsthilfe und Migration der Berliner Selbsthilfekontaktstellen c/o selko e.V. Dachverband der Berliner Selbsthilfekontaktstellen, aufgerufen am 8.3.2018)

Teilnehmerinnen und Teilnehmer fördern und dazu beitragen, dass sie sich sicherer und aufgeklärter entsprechend ihrer persönlichen und gesundheitlichen Situation in der Gesellschaft und im Gesundheitssystem bewegen können und mögliche Erkrankungen besser bewältigen.

Durch die Arbeit engagierter Personen sind auch in Neukölln bereits eine Reihe von Selbsthilfegruppen für Menschen mit Migrationshintergrund gegründet worden. Diese reichen von interkulturellen Gruppen zu verschiedenen Gesundheitsthemen, über muttersprachliche Betroffenengruppen zu bestimmten Erkrankungen, Eltern- oder Frauengruppen, bis hin zu Gesprächs- oder Freizeitgruppen, die einfach dieselbe Herkunft teilen. Angeboten werden sie von Kulturzentren für Menschen eines bestimmten Herkunftslandes, von psychosozialen Beratungsstellen, von Stadtteilzentren oder Selbsthilfeeinrichtungen.

Selbsthilfe muss jedoch weiterhin als eine der Säulen im Gesundheitssystem gesehen werden und kann nicht dazu gedacht sein, die Lücken, Barrieren und mangelnde kulturelle Öffnung auszugleichen. Zudem muss sie gefördert werden. Dazu gehört nicht nur die Bereitstellung von Räumlichkeiten oder die Beratung und Unterstützung in der Gründung von Selbsthilfegruppen. Wie auch andere gesundheitliche Angebote müssen die Selbsthilfe und ihre Vorteile erst bei den Menschen bekannt gemacht werden – und von den Zielgruppen wahrgenommen werden, die sie erreichen wollen. In vielen Herkunftsländern ist Selbsthilfe unbekannt und entsprechend groß sind die Hemmungen sie zu nutzen. So spielt – wie auch grundlegend für die bereits diskutierten Handlungsempfehlungen – die zielgruppenorientierte Öffentlichkeitsarbeit und die Vernetzung mit anderen Akteuren, Organisationen, Beratungsstellen und Multiplikatoren eine unverzichtbare Rolle.

Selbsthilfegruppen für Menschen mit Migrationshintergrund sowie Unterstützung und Beratung bei der Gründung von Gruppen:

▪ www.stzneukoelln.de/selbsthilfe-und-migration/gruppen/

(Selbsthilfe- und Stadtteilzentrum Neukölln, aufgerufen am 15.3.2018)

Zusammenfassung der wichtigsten Handlungsfelder in Neukölln

- **Unterstützung in der Orientierung im deutschen Gesundheitssystem und in der Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Leistungen, Beratungsstellen, Vorsorgeuntersuchungen und präventiven Angeboten im Bezirk Neukölln durch**
 - Leicht verständliche, übersichtliche Informationsmaterialien
 - Persönliche Beratung und Vermittlung
 - Begleitung und Unterstützung
 - Sprachmittlung
- **Kultursensible und aufsuchende Aufklärung über Gesundheitsrisiken und Möglichkeiten der Prävention – insbesondere zu den Themen:**
 - Schwangerenvorsorge
 - Säuglings- und Kindergesundheit
 - Suchtmittelkonsum
 - Ernährung
 - Infektionserkrankungen
 - Psychische Belastungen
- **Kulturelle Öffnung von gesundheitlichen Angeboten sowie pflegenden und medizinischen Einrichtungen**
 - Schulung des Personals zu besonderen Bedürfnissen von Menschen anderer Herkunft
 - Gezielte Förderung und Einstellung von Personal mit Migrationshintergrund
 - Migrantenspezifische Öffentlichkeitsarbeit
 - Zusammenarbeit mit den Communities der Menschen mit Migrationshintergrund
 - Einbeziehung der Zielgruppe und zielgruppennaher Akteure in den Öffnungsprozess
- **Besondere Risikogruppen mit Migrationshintergrund in Neukölln:**
 - Schwangere, junge Familien und Kinder
 - Ältere und pflegebedürftige Menschen
 - Geflüchtete und Schutzsuchende – speziell mit besonderem Schutzstatus außerhalb von Unterkünften
 - Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen
 - Menschen in psychischen und sozialen Problemlagen

Wichtige Adressen

Allgemeine Informationen zu Gesundheit und zum Gesundheitssystem

Name	Zielstellung / Sprachen	Kontaktdaten
Krankenkassen-Zentrale	<ul style="list-style-type: none"> Informationen zu Krankenversicherung und Gesundheitssystem in Deutschland 33 Sprachen 	Internet: www.krankenkassenzentrale.de/wiki/international#
Migration und Gesundheit des Bundesministerium für Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> Informationsportal zu Gesundheitssystem, Vorsorge, Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung, Sucht und anderen Gesundheitsthemen 40 Sprachen 	Internet: www.migration-gesundheit.bund.de
Gesundheitsportal des BAYOUMA-HAUS	<ul style="list-style-type: none"> Informationen zur Vorbeugung, Diagnose und Behandlung von Erkrankungen sowie anderen Gesundheitsthemen Sprachen: Deutsch, Englisch, Französisch, Italienisch, Portugiesisch, Russisch, Serbisch, Spanisch, Türkisch, Vietnamesisch 	Internet: www.bayouma-gesundheit.de
mehrsprachige Ärzte in Berlin des BAYOUMA-HAUS	<ul style="list-style-type: none"> Liste mehrsprachiger Ärzte in Berlin – sortiert nach Fachgebiet und Bezirken 	Internet: http://52258258.swh.strato-hosting.eu/bayouma_gesundheit/arzte-mit-versch-sprachen-in-berlin/
Arztsuche der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin	<ul style="list-style-type: none"> Arztsuche nach Fremdsprache, Fachgebiet und Bezirk 	Internet: www.kvberlin.de/60arztsuche/esuche.php
Zahnarztsuche der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin	<ul style="list-style-type: none"> Zahnarztpraxen nach Fremdsprache und Bezirk 	Internet: www.kzv-berlin.de/fileadmin/user_upload/Bildmaterial/Auslandsabkommen/Zahnarztpraxen_Behandlungsschein.pdf
Gesundheitsinformationen des Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen	<ul style="list-style-type: none"> Linksammlung über mehrsprachige Informationen zu Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsversorgung und einzelnen Erkrankungen 	Internet: www.lzg.nrw.de/ges_foerd/migration_und_gesundheit/fremdspr_infos/index.html
Patienteninformationen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung	<ul style="list-style-type: none"> Leicht verständliche Informationsmaterialien zu Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten Sprachen: Arabisch, Englisch, Französisch, Russisch, Spanisch, Türkisch 	Internet: www.patienten-information.de/kurzinformationen/uebersetzungen
türkische Internetseiten zum Thema Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> Sammlung und Vorstellung verschiedener türkischer Internetseiten zu Gesundheitsthemen und verschiedenen Erkrankungen 	Internet: www.kultur-gesundheit.de/nuetzliche_links/tuerkische_e-health_fuer_muslime.php
arabische Internetseiten zum Thema Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> Sammlung und Vorstellung verschiedener arabischer Internetseiten zu Gesundheitsthemen und verschiedenen Erkrankungen 	Internet: www.kultur-gesundheit.de/nuetzliche_links/arabische_e-health_fuer_muslime.php
persische Internetseiten zum Thema Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> Sammlung und Vorstellung verschiedener persischer Internetseiten zu Gesundheitsthemen und verschiedenen Erkrankungen 	Internet: www.kultur-gesundheit.de/nuetzliche_links/persische_e-health_fuer_muslime.php
Unabhängige Patienten- beratung Deutschland (UPD)	<ul style="list-style-type: none"> kostenlose, neutrale und anonyme Beratung zu gesundheitlichen, gesundheitsrechtlichen und gesundheitssozialen Fragen Sprachen: Arabisch, Deutsch, Russisch, Türkisch 	Internet: www.patientenberatung.de/de/beratung/patiententelefon
Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.	<ul style="list-style-type: none"> Medizinische Anamnesebögen zur Erhebung der Krankengeschichte 14 Sprachen 	Internet: www.armut-gesundheit.de/gefluechtete/

Beratungs- und Behandlungsstellen zum Thema Gesundheit

Name	Zielstellung / Sprachen	Kontaktdaten
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Neukölln	<ul style="list-style-type: none"> Beratung von Eltern zu sozialen, finanziellen, familiären und gesundheitsbezogenen Fragen Informationen zur Kindergesundheit und zur Entwicklung, Impfungen und Untersuchungen Vermittlung von Familienhebammen für Familien in Not Durchführung von Schuleingangsuntersuchungen Sprachen: Arabisch, Deutsch, Englisch, Französisch, Italienisch, Spanisch, Türkisch (andere möglich) 	<ul style="list-style-type: none"> Rütlistr. 7, 12045 Berlin Telefon: (030) 2639 6590 Neuköllner Str. 333, 12355 Berlin Telefon: (030) 666 21 110 Blaschkoallee 32, 12359 Berlin Telefon: (030) 90239 3422 Hermannstr. 214-216, 12049 Berlin Telefon: (030) 90239 3088 <p>Internet: www.berlin.de/ba-neukoelln/politik-und-verwaltung/aemter/gesundheitsamt/kinder-und-jugendgesundheitsdienst/</p>
Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung, Krebs und Aids	<ul style="list-style-type: none"> Unterstützung von Erwachsenen mit einer Sinnes- oder Körperbehinderung (bzw. drohender Behinderung), chronischen Krankheiten, Krebs- oder Aidserkrankung sowie deren Angehörige Beratung zum Thema Schwerbehinderung, möglichen finanzielle Hilfen, häusliche Versorgung Unterstützung bei der Antragstellung Informationen über Selbsthilfegruppen und andere Beratungsstellen Hilfe bei Konflikt- und Krisensituationen 	<p>Gutschmidtstr. 31, 12059 Berlin Telefon: (030) 90239 -1216 / -2077</p> <p>Email: GesBKA@bezirksamt-neukoelln.de</p> <p>Internet: www.berlin.de/ba-neukoelln/politik-und-verwaltung/aemter/gesundheitsamt/beratungsstelle-fuer-menschen-mit-behinderung-krebs-und-aids/artikel.274582.php</p>
Therapeutischer Dienst Neukölln	<ul style="list-style-type: none"> Kostenloses Physio- und ergotherapeutisches Angebot für Kinder und Jugendliche (auch ohne Krankenversicherung) Beratung, Behandlung, Vermittlung, Gruppenangebote 	<p>Gutschmidtstr. 27, 12359 Berlin Telefon: (030) 90239 1293</p> <p>Internet: www.berlin.de/ba-neukoelln/politik-und-verwaltung/aemter/gesundheitsamt/therapeutischer-dienst/artikel.274725.php</p>
Interkulturelles Beratungs- und Begegnungs-Centrum e.V.	<ul style="list-style-type: none"> Beratung, Förderung, Betreuung und Begleitung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sowie sozialschwache Familien insbesondere mit Migrationshintergrund Themen: Gesundheit, Bildung, Erziehung, Familie, Inklusion von Menschen mit Behinderung Themenveranstaltungen, Kurse, Treffpunkte, Freizeit 	<p>Werbellinstraße 42, 12053 Berlin Telefon: (030) 56 82 27 53</p> <p>Internet: www.ibbc-berlin.de</p>
Şifahane - Beratung für Gesundheit und Migration der AWO Landesverband Berlin e.V.	<ul style="list-style-type: none"> Interkulturelle Beratung und Unterstützung von Menschen mit Migrationshintergrund oder sozialer Benachteiligung zum Thema Gesundheit Gruppen, Workshops, Kurse, Themen-Veranstaltungen Sprachen: Englisch, Rumänisch, Deutsch (andere möglich) 	<p>Hertzbergstraße 30, 12055 Berlin Telefon: (030) 671 28 914</p> <p>Internet: www.awo-südost.de/sifahane-kontakt</p>
Interkulturelle Beratungsstelle Neukölln der Lebenshilfe Berlin	<ul style="list-style-type: none"> Beratung und Unterstützung für Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund sowie deren Angehörigen Erfahrungsaustausch, Freizeitangebote und pädagogische Betreuung Sprachen: Arabisch, Deutsch, Englisch, Polnisch, Spanisch, Türkisch 	<p>Briesestraße 1, 12053 Berlin Telefon: (030) 53 67 00 – 72</p> <p>Internet: www.lebenshilfe-berlin.de/de/beratung/interkulturelle-beratung/index.php</p>
Pflegestützpunkte	<ul style="list-style-type: none"> Beratung und Unterstützung der bedarfsgerechte Versorgung älterer Menschen mit Migrationshintergrund, allen voran den Gastarbeitern der ersten Einwanderergeneration, von pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen sowie von älteren Menschen mit Behinderung Sprachen: Arabisch, Englisch, Französisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Serbokroatisch, Türkisch (nach Anmeldung) 	<ul style="list-style-type: none"> Donaustr. 89, 12043 Berlin Telefon: 0800 265 080 27110 Internet: www.pflegestuetzpunkteberlin.de/index.php/standorte/neukoelln/donaustrasse Werbellinstraße 42, 12053 Berlin Telefon: (030) 6897700 Internet: www.pflegestuetzpunkteberlin.de/index.php/standorte/neukoelln/werbellinstrasse Joachim-Gottschalk-Weg 1, 12353 Berlin Telefon: (030) 67066290 Internet: www.pflegestuetzpunkteberlin.de/index.php/standorte/neukoelln/joachim-gottschalk-weg
Kontaktstelle PflegeEngagement	<ul style="list-style-type: none"> Unterstützt und Vernetzung kleiner, wohnortnahe Initiativen und Selbsthilfegruppen, die sich für Pflegebedürftige, Menschen mit Betreuungsbedarf und deren Angehörige engagieren Vermittlung von Wissen, Beratung und Begleitung für Engagierte Sprachen: Deutsch, Türkisch 	<ul style="list-style-type: none"> Hertzbergstraße 22, 12055 Berlin Tel: (030) 681 60 62 Löwensteinring 13 A, 12353 Berlin Tel: (030) 603 20 22 <p>Internet: www.stzneukoelln.de/pflegeengagement/</p>

Landesstelle Berlin für Suchtfragen e.V.	<ul style="list-style-type: none"> Übersicht über Beratungs-, Betreuungs- und Hilfseinrichtungen sowie Selbsthilfegruppen zum Thema Drogen und Sucht Wahl der Sprache und des Bezirks möglich 	Internet: www.landesstelle-berlin.de
Malteser Migranten Medizin Berlin-Wilmersdorf	<ul style="list-style-type: none"> Erstuntersuchungen und Notfallversorgung bei plötzlicher Erkrankung, Verletzung, dringender Behandlungsbedürftigkeit und Schwangerschaft für Menschen ohne Krankenversicherung 	Internet: www.malteser-berlin.de/migration-auslandsdienst/malteser-migranten-medizin.html
Medibüro Berlin Berlin-Kreuzberg	<ul style="list-style-type: none"> Vermittlung anonymer und kostenloser Behandlung für Menschen ohne Aufenthaltsstatus und ohne Krankenversicherung Vermittlung von Beratungen zu rechtlichen, sozialen und Gesundheitsthemen 	Gneisenaustr. 2a, 10961 Berlin (Mehringhof - Hinterhof, Aufgang 3, 2. Stock) Telefon: (030) 694 67 46 Internet: http://medibuero.de/
Mina-Leben in Vielfalt e.V. Berlin-Kreuzberg	<ul style="list-style-type: none"> Beratung für Menschen mit Behinderung und Migrantinnen und Migranten und Menschen mit psychischer Beeinträchtigung und Menschen mit Pflegebedarf Selbsthilfegruppen Sprachen: Arabisch, Deutsch, Türkisch, Gebärdensprache 	Friedrichstr. 1, 10969 Berlin Telefon: (030) 25 79 69 59 Internet: http://mina-berlin.eu/
Berliner AIDS-Hilfe e.V. Berlin-Schöneberg	<ul style="list-style-type: none"> Beratung von Migrantinnen und Migranten zum Thema AIDS Auch sozial-, aufenthaltsrechtlichen und psychosozialen Fragen Sprachen: Englisch, Französisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch (andere möglich) 	Kurfürstenstraße 130, 10785 Berlin Internet: http://berlin-aidshilfe.de/angebote/pers%C3%B6nliche-beratung-der-bah

Beratungen für Menschen in psychischen oder familiären Problemlagen

Name	Zielstellung / Sprachen	Kontaktdaten
Sozialpsychiatrischer Dienst Neukölln	<ul style="list-style-type: none"> Beratung, Unterstützung und Krisenintervention für Erwachsene mit seelischen Krisen oder psychischen Erkrankungen Sprachmittlung und Hausbesuche möglich 	Gutschmidtstr. 31, 12359 Berlin Telefon: (030) 90239 2786 Internet: www.berlin.de/ba-neukoelln/politik-und-verwaltung/aemter/gesundheitsamt/sozialpsychiatrischer-dienst/artikel.274596.php
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Neukölln	<ul style="list-style-type: none"> mehrsprachige und auf Wunsch anonyme Beratung, Hilfevermittlung und Krisenintervention zu Fragen der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, bei Erziehungsschwierigkeiten oder familiären Problemen Sprachen: Deutsch, Türkisch, Arabisch, Englisch, Französisch, Spanisch, Italienisch, Hebräisch (andere möglich) 	<ul style="list-style-type: none"> Mittelbuschweg 8, 12055 Berlin Telefon: (030) 90239 4600 Britzer Damm 93, 12347 Berlin Telefon: (030) 90239 1242 Internet: www.berlin.de/ba-neukoelln/politik-und-verwaltung/aemter/gesundheitsamt/kinder-und-jugendpsychiatrischer-dienst/artikel.664745.php
Berliner Krisendienst	<ul style="list-style-type: none"> Telefonische, persönliche sowie aufsuchende Beratung und Hilfe in Krisensituationen Sprachen nach Anmeldung: Englisch, Hebräisch, Italienisch, Polnisch (Arabisch, Farsi, kurdische Dialekte, Türkisch möglich) 	Karl-Marx-Straße 23, 12043 Berlin Telefon: (030) 390 63 90 Internet: www.berliner-krisendienst.de/ich-brauche-hilfe/neukoelln/
Schwangerschaftsberatung der Diakonie Simeon gGmbH	<ul style="list-style-type: none"> Beratung und Unterstützung zu Schwangerschaft und Geburt Schwangerschaftskonfliktberatung (auf Wunsch anonym) 	<ul style="list-style-type: none"> Morusstr. 18 A, 12053 Berlin Telefon: (030) 68247711 Lipschitzallee 20-22, 12351 Berlin Telefon: (030) 6023158 Internet: www.diakonie-integrationshilfe.de/sis-leistungen/beratung/schwangerschaft.html
Hilfetelefon Schwangere in Not	<ul style="list-style-type: none"> Anonyme telefonische Beratung bei Schwangerschaftskonflikten Weitervermittlung möglich 18 Sprachen (inkl. Gebärden- oder Schriftsprachdolmetscherinnen) 	Telefon: 0800/ 40 40 020 (kostenlos) Internet: www.geburt-vertraulich.de/startseite/
Berliner Hebammenverband	<ul style="list-style-type: none"> Online-Informationen rund um Schwangerschaft, Geburt, Stillzeit Hebammensuche, rechtliche und finanzielle Fragen, besondere Problemlagen Sprachen: Arabisch, Deutsch, Englisch, Französisch, Polnisch, Russisch, Spanisch, Türkisch, Vietnamesisch 	Internet: www.berliner-hebammenverband.de/de/eltern/hebammenhilfe.html

AspE - Ambulante sozialpädagogische Erziehungshilfe e.V.	<ul style="list-style-type: none"> Beratung und Unterstützung von Eltern bei finanziellen, sozialen und Erziehungsthemen Förderung der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen Sprachen: Arabisch, Bosnisch, Bulgarisch, Englisch, Farsi, Finnisch, Französisch, Kroatisch, Kurdisch, Polnisch, Romani, Rumänisch, Russisch, Serbisch, Spanisch, Türkisch 	AspE-FamilienForum Rixdorf Brusendorfer Straße 20, 12055 Berlin Telefon: (030) 624 33 69 Internet: www.aspe-berlin.de/hze_neukoelln.html
Neuköllner Stadtteilmütter	<ul style="list-style-type: none"> Elternberatung zu Erziehung, Bildung und Gesundheit Ansprache von Migrantenfamilien mit Neugeborenen zur Information über Säuglingspflege, Vorsorge, Frühförderung und familienunterstützende Angebote Sprachen: Arabisch, Rumänisch, Türkisch 	Telefon: (030) 90239 4185 Internet: www.diakonie-integrationshilfe.de/sis-leistungen/stadtteilmuetter/projektbeschreibung.html
Neuköllner Kiezsterne	<ul style="list-style-type: none"> Kontaktaufnahme zu sonst schwer erreichbare Familien und Weitervermittlung von unterstützenden Angeboten durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen mit Migrationshintergrund 	AspE e.V. Telefon: (030) 624 33 69 Internet: www.aspe-berlin.de/kiezsterne.html
Kindergesundheitshaus e.V. des Vivantes Klinikum Neukölln	<ul style="list-style-type: none"> Unterstützung, Beratung und Begleitung von Schwangeren und jungen Müttern mit Fluchterfahrung im Rahmen des Projektes „Hand in Hand“ 	Kindergesundheitshaus e.V. Rudower Straße 48 (Pavillon 12), 12351 Berlin (Anmeldung bei Frau Prof. phil. Hildegard Rossi) Telefon: (030) 130 14 3528 Email: hildegard.rossi@vivantes.de Internet: http://kgghaus.de/hand-in-hand
Clearingstelle LAGeSo Charité Universitätsmedizin Berlin Berlin-Mitte	<ul style="list-style-type: none"> Psychiatrische, kultursensible Erstversorgung und Weitervermittlung von Geflüchteten und Schutzsuchenden unabhängig vom Aufenthalts- und Versicherungsstatus 	Internet: www.charite.de/klinikum/themen_klinikum/charite_hilft/clearingstelle_lageso_turmstrasse/
Zentrum für transkulturelle Psychiatrie (ZtP) Psychiatrische Institutsambulanz des Vivantes Humboldt-Klinikum Berlin-Reinickendorf	<ul style="list-style-type: none"> Behandlungsangebote für Menschen mit Flucht- und Migrationshintergrund bei psychischen, gerontopsychiatrischen, Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen Sprachen: Arabisch, Deutsch, Englisch, Griechisch, Persisch, Russisch, Serbo-Kroatisch, Türkisch, Ukrainisch u.a. 	Internet: www.vivantes.de/fuer-sie-vor-ort/vivantes-humboldt-klinikum/fachbereiche/zentren/zentrum-fuer-transkulturelle-psychiatrie/unsere-zentren/
TransVer der Charité – Universitätsmedizin Berlin und des Berliner Institut für empirische Integrations- und Migrationsforschung (BIM) Berlin-Mitte	<ul style="list-style-type: none"> mehrsprachige Beratung von Geflüchteten, anderen Schutzsuchenden und Menschen mit Migrationshintergrund bei psychischen Problemen Vermittlung in Angebote der Regelversorgung Netzwerkarbeit, Fortbildungen Deutsch, Türkisch, Polnisch, Englisch, Französisch, Kurdisch, Rumänisch, Spanisch, Italienisch, Portugiesisch, Niederländisch u.a. 	Internet: http://transver-berlin.de/beratung-vermittlung-begleitung/
Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant_innen e.V. (KuB) Berlin-Kreuzberg	<ul style="list-style-type: none"> Beratung und Unterstützung bei psychischen Problemlagen Beratung und Unterstützung von geflüchteten und schutzsuchenden Frauen mit unsicherem Aufenthaltsstatus, nach erlebter Gewalt sowie von Schwangeren und Alleinerziehenden 	Oranienstr. 159, 10969 Berlin Telefon: (030) 614 94 00 Internet: https://kub-berlin.org/de

Beratungen zu migrationsbezogenen Themen

Name	Zielstellung / Sprachen	Kontaktdaten
Migrationsbeauftragter des Bezirksamtes Neukölln	<ul style="list-style-type: none"> Ansprechpartner für Migrantenvereine und Projekte in Neukölln Beratung von Bürgern über Hilfsmöglichkeiten, Anlaufstellen und Zuständigkeiten zu migrantenspezifischen Problemen Unterstützung der Belange von Menschen mit Migrationshintergrund bei geplanten Projekten des Bezirksamtes Neukölln Vorsitz des bezirklichen Migrationsbeirates Antidiskriminierungs- und Aufklärungsarbeit Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung 	Herr Arnold Mengelkoch Karl-Marx-Straße. 83, 12043 Berlin Telefon: (030) 90239 2951 Email: arnold.mengelkoch@bezirksamt-neukoelln.de Internet: www.berlin.de/ba-neukoelln/politik-und-verwaltung/beauftragte/integration/
Migrantensozialdienst der Diakonie Simeon gGmbH	<ul style="list-style-type: none"> Beratung und Unterstützung von zugewanderten Menschen, die schon lange in Deutschland leben, zu Integration, Sprachkursen, Soziales, Perspektiven, Bildung, Recht, Gesundheit und Teilhabe Vernetzung und Unterstützung von Fachdiensten zu migrationsbezogenen Themen 	<ul style="list-style-type: none"> Morusstr. 18 A, 12053 Berlin Telefon: (030) 68247718 Joachim-Gottschalk-Weg 41, 12353 Berlin Telefon: (030) 66090917

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sprachen: Deutsch, Englisch, Niederländisch, Polnisch, Russisch, Türkisch 	<p>Internet: www.diakonie-integrationshilfe.de/sis-leistungen/beratung/migrantensozialdienst.html</p>
<p>Migrationsberatung für erwachsene Zuwanderer der Diakonie Simeon gGmbH</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung und Unterstützung von zugewanderten Menschen bei ihrer Integration und bei finanziellen, bürokratischen, sozialen, Bildungs- und arbeitsbezogenen und organisatorischen Fragen ▪ Sprachen: Arabisch, Deutsch, Englisch, Niederländisch, Polnisch, Russisch, Türkisch 	<p>Morusstr. 18 A, 12053 Berlin Telefon: (030) 682477-16 / 17 / 18 / 19 / 20 Internet: www.diakonie-integrationshilfe.de/sis-leistungen/beratung/erwachsene-zuwanderer.html</p>
<p>Jugendmigrationsdienst der Diakonie Simeon gGmbH</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung und Unterstützung von jungen Migrantinnen und Migranten zu Fragen der schulischen und beruflichen Orientierung, bei Schwierigkeiten in der Familie und aufenthaltsrechtlichen Fragen ▪ Sprachen: Deutsch, Englisch, Französisch, Kurdisch, Polnisch, Russisch, Spanisch, Türkisch 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Morusstr. 18 A, 12053 Berlin Telefon: (030) 68247755 ▪ Glasowerstr. 18, 12051 Berlin Telefon: (030) 62608211 ▪ Joachim-Gottschalk-Weg 41, 12353 Berlin Telefon: (030) 660909-15 / 17 <p>Internet: www.diakonie-integrationshilfe.de/de/sis-leistungen/beratung/jugendmigrationsdienst.html</p>
<p>Migrationsberatung im Nachbarschaftsheim Neukölln e.V.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sozial- und Rechtsberatung (Deutsch, Englisch, Französisch, Türkisch) ▪ Familien- und Gesundheitsberatung speziell für Neuzugewanderte aus Südosteuropa (Bulgarisch, Rumänisch) 	<p>Schierker Straße 53, 12051 Berlin Internet: www.nbh-neukoelln.de/index.php?beratung, www.nbh-neukoelln.de/index.php?angebote-fuer-neuzugewanderte-aus-suedosteuropa</p>
<p>Migrationsberatung für erwachsene Zuwanderer der AWO Landesverband Berlin e.V.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung von Migrantinnen und Migranten zu sozialen, finanziellen, rechtlichen und psychosozialen Fragen ▪ Sprachen: Deutsch, Englisch, Französisch, Italienisch, Spanisch, Türkisch 	<p>Fachstelle für Integration & Migration Neukölln Donaustraße 113, 12043 Berlin Telefon: (030) 623 10 68 Internet: www.awoberlin.de/Fachstelle-fuer-Integration-und-Migration-Neukoelln-859815.html</p>
<p>Integrationslots_innen Neukölln</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung, Vermittlung, Unterstützung, Begleitung von Geflüchteten und anderen Schutzsuchenden ▪ Themen: Arztbesuche, Bildung, Behörden, Arbeit, Wohnung ▪ Sprachmittlung und einfache Übersetzungsdienste ▪ Sprachen: Arabisch, Dari, Englisch Farsi, Französisch Paschtu 	<p>CHANCE – Bildung, Jugend und Sport BJS gGmbH Gradestraße 36, 12347 Berlin Telefon: (030) 62 00 14 34 Internet: http://chance-berlin.com/index.php/unsere-angebote/soziale-projekte-2/170-integrationslots-innen-im-bezirk-neukoelln</p>

Selbsthilfe

Name	Zielstellung / Sprachen	Kontaktdaten
<p>Arbeitskreis Selbsthilfe und Migration</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung zum Selbsthilfeangebot für Menschen mit Migrationshintergrund in Berlin ▪ Beratung und Unterstützung bei der Gründung von Selbsthilfegruppen für Menschen mit Migrationshintergrund ▪ Sprachen: Bosnisch, Deutsch, Kroatisch, Serbisch, Türkisch 	<p>Telefon: (030) 603 20 22 / (030) 681 60 64 Email: info@selbsthilfe-neukoelln.de Internet: www.stzneukoelln.de/selbsthilfe-und-migration/</p>
<p>Selbsthilfe- und Stadtteilzentrum Neukölln</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selbsthilfegruppen auch speziell für Menschen mit Migrationshintergrund zu verschiedenen Themen ▪ Beratung und Unterstützung bei der Gründung von Selbsthilfegruppen für Menschen mit Migrationshintergrund ▪ Kurse und Veranstaltungen ▪ Beratungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selbsthilfezentrum Neukölln-Nord Wilhelm-Busch-Straße 12, 12043 Berlin Telefon: (030) 681 60 6 Internet: www.stzneukoelln.de/neukoelln-nord/ ▪ Selbsthilfe- und Stadtteilzentrum Neukölln-Süd Lipschitzallee 80, 12353 Berlin Telefon: (030) 605 66 00 Internet: www.stzneukoelln.de/neukoelln-sued/
<p>Selbsthilfegruppen für Menschen mit Migrationshintergrund</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Übersicht über Selbsthilfegruppen in Berlin sortiert nach Sprachen bzw. Herkunftsregionen und Bezirken 	<p>Internet: www.sekis-berlin.de/themen/migration/</p>

Impressum

**Herausgeber**

Bezirksamt Neukölln von Berlin
Abteilung Jugend und Gesundheit
Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit
Internet: www.berlin.de/ba-neukoelln

Kontakt

Dr. Silke Feller
Telefon: +49 (0)30 90239 - 2380
Fax: +49 (0)30 90239 – 2886
Email: silke.feller@bezirksamt-neukoelln.de

Redaktionsschluss: 24. April 2018

Dieser Bericht steht auf der Seite der Gesundheits- und Sozialberichterstattung des Bezirksamtes Neukölln <http://t1p.de/hgzo> zum Herunterladen bereit.

