

Demenz und Migration: Herausforderungen und Ansätze einer kultursensiblen Versorgung

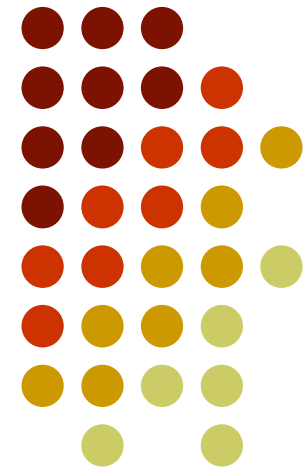
Teil I : Hintergrund und Ansätze
Teil II : Beispiele und Faktoren fürs Gelingen

Fachtag

„Demenz und Migration“

Darmstadt- Griesheim 30.10. 2019

g.zanier



Teil I : Hintergrund und Ansätze - INHALT



1. HINTERGRÜNDE

- 1.1. Ausgangslage älterer Migranten: Heterogenität – Belastungen und Auswirkungen der Migration
- 1.2. Die dreifache Fremdheit: Alter – Demenz – Migration: Folgen
- 1.3. Demenz-Konzepte als Einflussgröße für Umgang und Nutzung von medizinische Leistungen und Hilfsangeboten
- 1.4. Datenlage zum Bedarf und Nutzung von Pflege- und Betreuungsangeboten
- 1.5. Bedarfe und Inanspruchnahme professioneller Hilfsangebote

2. BARRIEREN für eine kultursensible Demenzversorgung

- 2.1. Barrieren bei den Migranten und den Systemen– Altenhilfe –Gesundheitswesen
- 2.2. Spezifische Barrieren bei Migranten und in Diagnostik und Therapie
- 2.3. Gefahren und Folgen

3. HERAUSFORDERUNGEN einer kultursensiblen Demenzversorgung

- 3.1. Herausforderungen der Versorgung für Anbieter
- 3.2. Herausforderungen der Versorgung für Kommunen

4. ANSÄTZE für eine kultursensible Demenzversorgung

- 4.1. Ansätze für eine kultursensible Gestaltung von Angeboten und Strukturen
- 4.2. Ansätze zur Quartiersentwicklung
- 4.3. Gesellschaftliche Verantwortung



EINFÜHRUNG und HINTERGRÜNDE

**Ausgangslage – Bedarf – Nutzung der
Angebote**



1.1. Ausgangslage älterer Migranten: Hohe HETEROGENITÄT

ältere Migranten sind sehr heterogene Gruppe:

unterschiedliche ethnische und kulturelle, geographische und regionale Herkunft, Schicht- und Milieuzugehörigkeit, Beweggründe und Ziele der Migration, Zeitpunkt und Lebensphase der Einwanderung

DER MIGRANT			
Alter /Generation		Familienstand	
Geschlecht / Hautfarbe/ Physische Erscheinung	Religion	Familienstand	physische Fähigkeiten/ Kleidung
Ethnische Zugehörigkeit	Nationalität	Ausbildung	physische Fähigkeiten/ Kleidung
Soziale Schicht	Sprache	Sexuelle Orientierung	
(auf Beziehungen basierende Identität)		Karriere(position)	
Politische Orientierung	Hobbies	Geographische Herkunft	
Rolle innerhalb der Familie	Interessen	Freiwillige Mitarbeit	
Gesundheit	Lernfähigkeit	Andere?	

Ausgangslage älterer Migranten: Hohe HETEROGENITÄT



Die vielfältigen Bedingungen

- aus der **Herkunftssituation**,
- aus den **Migrationserfahrungen** und
- aus den **Lebensbedingungen in Deutschland**

beeinflussen auf komplexer Weise

- **Ihre Lebenslage**
- **Ihre Gesundheit**
- und **ihre Altersprozesse** von Migranten

Die **Heterogenität**, die sich daraus ergibt, bildet sich auch in die **spezifischen kulturell, sozial und religiös bedingten Bedürfnisse** hinsichtlich ihrer **pflegerischen Versorgung** ab.

1.1. Ausgangslage älterer Migranten: Einflussfaktor : MiGRATION



Belastungen und Auswirkungen der MiGRATION auf die gesundheitliche Lage und Altersprozesse

1.1. Ausgangslage älterer Migranten: Belastungen der MIGRATION



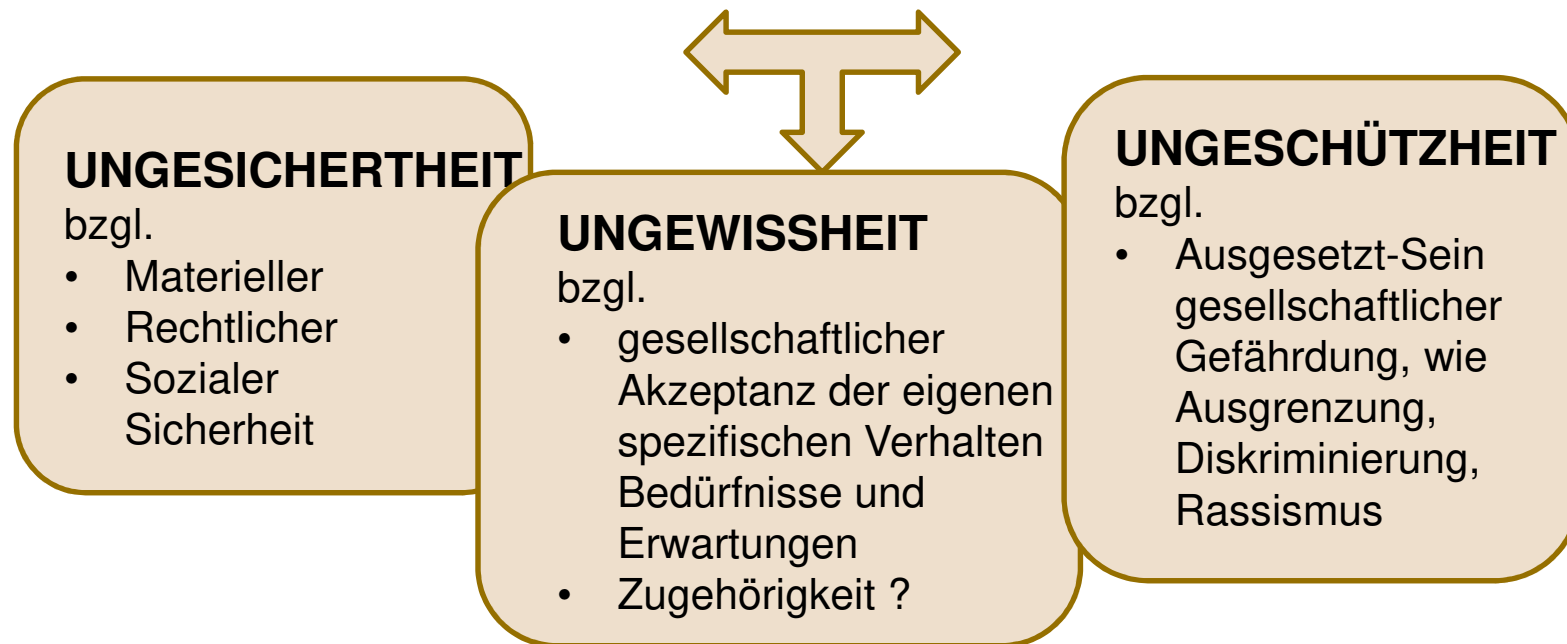
BELASTUNGEN (eine Auswahl)

- **Psychische Belastungen**
 - Trennung von der Herkunftsfamilie und vom vertrauten sozialen Umfeld,
 - Gewalt- Kriegserfahrungen, Verlust von Angehörigen
 - Unerfüllte familiäre Pflichten (Generationsvertrag: Erziehung der Kinder, Versorgung der Eltern in der Heimat)
 - **Fremdheitserfahrungen im Aufnahmeland** > kein Zugehörigkeitsgefühl
 - **Entwurzelung von der Heimat** > Doppelentfremdung
- **Werte-Kollision**
 - Hoher Anpassungsdruck > -stress :
 - Unsicherheit zwischen Identitätserweiterung und Identitätsdiffusion
 - Interfamiliäre und -generationale Konflikte > hohe Trennungsrage
- **Migrationsbilanz und Migrationsdilemma**
 - Erhoffter sozialer und ökonomischer Aufstieg nicht erreicht > Scham, Rückzug
 - Unklare Lebensperspektive im Alter > Zerrissenheit: Rückkehr oder Verbleib
 - Komplexe Unsicherheit* (Reinprecht 2006)



1.1. Ausgangslage älterer Migranten: Belastungen der MIGRATION

Konzept der KOMPLEXEN UNSICHERHEIT (vgl. Reinprecht 2006)



Das ZUSAMMENWIRKEN solcher Unsicherheitsfaktoren

> reduziert die Handlungsmöglichkeiten

> erschwert die Auseinandersetzung mit den besonderen Herausforderungen des Altwerdens in der Migration und > schwächt die Gesundheitspotentiale

8

1.1. Ausgangslage älterer Migranten: Auswirkungen der MIGRATION auf Gesundheit und Altern



AUSWIRKUNGEN (Auswahl)

- **Durchschnittlich schlechter Gesundheitszustand**
 - Zu Beginn der Migration bessere gesundheitlicher Zustand
 - Im Alter höherer Krankenstand als die einheimische* Referenzgruppe
- **Früher einsetzender Alterungsprozess**
 - 10 Jahre früher als die Referenzgruppe in der einheimischen Bevölkerung (55 statt 65 Jahre)*
(Robert Koch Institut 2008) *
- **Verstärkte soziale Verarmung und Isolationsgefahr**
 - Abbröckeln der familiären Bindungen in der Heimat sowie in Deutschland
 - Rückzug > Depression

RISIKEN: höhere Wahrscheinlichkeit, eine Demenz zu entwickeln

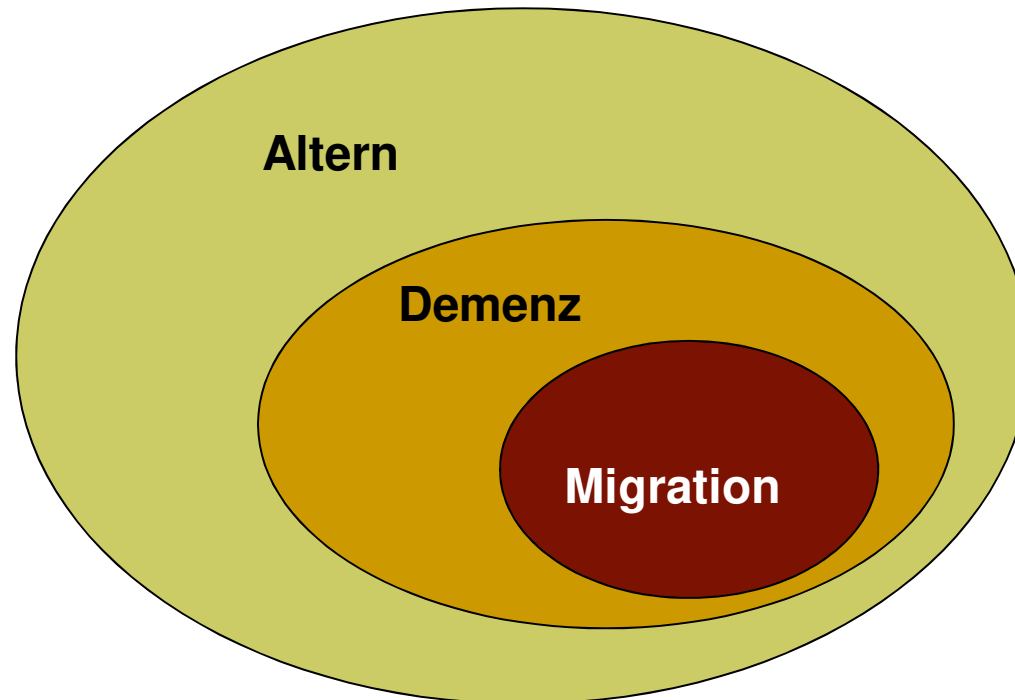
(Assion 2005, Machleidt 2006, Wohlfahrt und Zaumseil 2006)



1.2. Demenz und Migration: DREIFACHE FREMDHEIT*

Drei Dimensionen der Fremdheit
bei demenziell erkrankten Migranten

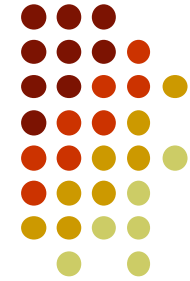
- **Altern**
- **Demenz**
- **Migration**



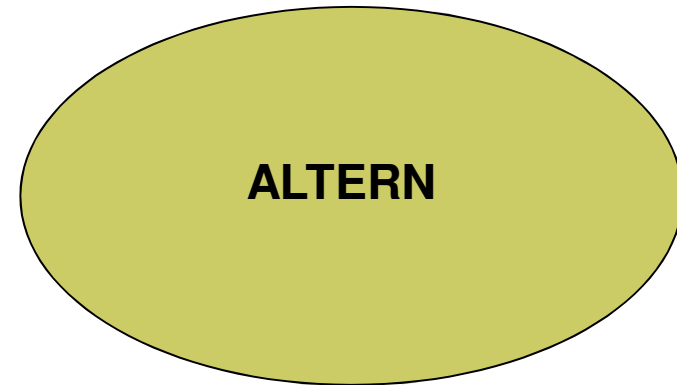
*(Uzarewicz /Dibelius 2006)

(Graphik: g.zanier)

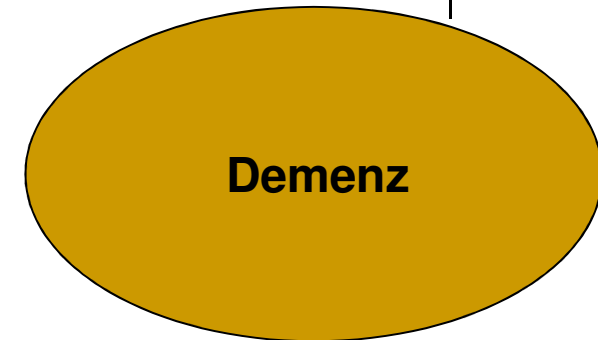
1.2. Demenz und Migration : DREIFACHE FREMDHEIT



- **Altern in der Gesellschaft allgemein**
Entfremdungsprozesse:
 - > epochaler Wandel
 - > Generationsunterschiede
- **Altern in der Migration**
spezifische Herausforderungen:
 - >> **kaum Vorbilder** (*Pionier-Erfahrung*) damit auch
 - >> **antizipierende Copingstrategien wenig ausgeprägt** in Bezug auf Altern in der Fremde (Lebensstil > eher Gegenwartsorientierung)
 - >> **unklare Zugehörigkeit und Lebensperspektive: Rückkehr <> Verbleib**
 - >> **Komplexe Unsicherheit** (Reinprecht 2006)
- **Bewältigungsmuster und Sicherheit zu finden**
 - > **stärkere Orientierung an die Vergangenheit und an die Herkunftsidentität**
 - > **damit stärkere Bedeutung der Ethnizität und z.T. der Religiosität im Alter**



1.2. Demenz und Migration : DREIFACHE FREMDHEIT



Zunehmender

- **Verlust** von **Gedächtnis und Erfassungsvermögen**
- **Verlust** der **zeitlichen, örtlichen, situativen und sozialen Orientierung**
- **Verlust** der **eigenständigen Handlungsfähigkeit**
- **Verlust** der eigenen verbalen **Mitteilungsfähigkeit**
- **Verlust** später erworbener **Rollen und „Identitätsschichten“** (z.B. Ehefrau, Mutter ...)

1.2. Demenz und Migration : DREIFACHE FREMDHEIT MIGRATION



Migration

- **Verlust** der Zweitsprache (Deutsch) der Mitteilungsmöglichkeit
Folge: > Sich nicht verstanden fühlen > deutsche Klänge fremd
- **Verlust der Kontext-Orientierung im Aufnahmeland:**
Der aktuelle Lebenskontext kann nicht mehr eingeordnet werden.
 - vertraute Bezüge zum Lebensort Deutschland geht verloren
 - später angeeigneten „Identitätsschichten“ verblassen
(Lebensabschnitt in Deutschland)
 - vertraute, räumliche und soziale Bezüge aus den früheren Lebensphasen sind nicht vorhanden Deutschland *wieder* fremdes Land
- **Anknüpfungspunkte für die Aktivierung vertrauter Erinnerungen (Heimat) und für die Erstellung von Vertrautheit, für die Bestätigung der eigenen kulturellen Identität FEHLEN >>**

➤ Dadurch kommt es zur **Reaktivierung der ersten Fremdheitserfahrungen**
➤ und entsteht somit **eine dritte Dimension der Fremdheit**
> ungeschützt erneut der Fremdheit ausgesetzt

1.2. Demenz und Migration : DREIFACHE FREMDHEIT



FOLGEN:

- Kumulation von Entfremdungsprozessen
- Verstärkte Verunsicherung - Desorientierung - Bindungslosigkeit
- zunehmender Rückzug und Isolation
- Selbstwert-Verlust , Vernachlässigung der Gesundheit
- Beschleunigung des Abbauprozesses der Demenz

Es stellt sich die **FRAGE**,
OB und WIE der mehrdimensionale Faktor „Migration“
das Auftreten von demenziellen Erkrankungsprozessen beeinflusst.

Die Fragestellung ist bislang unzureichend geforscht.



RELEVANZ
der kulturell und religiöse geprägten
KRANKHEITSVERSTÄNDNISSE

für den UMGANG mit der Erkrankung und
für die INANSPRUCHNAHME von medizinischer
Intervention und professioneller Hilfe

1.4. RELEVANZ vom KRANKHEITSVERSTÄNDNIS



- Die **Heterogenität** der Migrantenbevölkerung spiegelt sich auch in den **Gesundheits- und Krankheitsverständnissen** wieder.
- **Kulturell, religiös und sozial geprägte KRANKHEITSVERSTÄNDNISSE** der Betroffenen prägen entscheidend :
 - die **Haltung** zu und
 - die **Art der Auseinandersetzung** mit der Erkrankung
 - die **Nutzung und Akzeptanz** von
 - diagnostischen, therapeutischen Maßnahmen,
 - sowie von professionellen Beratungs- und Entlastungsangeboten

1.4. RELEVANZ von KRANKHEITSV ERSTÄNDNISSEN auf Umgang und Nutzungsverhalten



Krankheitsverständnisse : **DEMENZ-KONZEPTE**

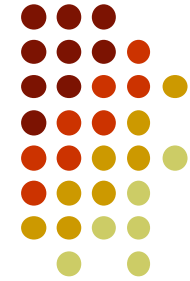
- **Demenz als physische Krankheit** : biomedizinische Erklärung eine Kombination zwischen normaler Alterserscheinung gekoppelt an medizinische Erklärung (zerebrale Gefäßssklerose / „Verkalkung“)
- **Demenz als physische ansteckende Krankheit**
>> Angst und Scham >> Tabuisierung >> Verschleierung
- **Demenz als psychische Krankheit**
das Verhalten der Betroffenen als „Verrücktheit“ gedeutet.
>> Angst und Scham >> Tabuisierung >> Verschleierung
- **Demenz als religiöses Geschehnis** :
als Aufgabe, als eine Prüfung oder aber als Strafe von Gott gewollt

1.4. RELEVANZ von KRANKHEITSV ERSTÄNDNISSEN auf Umgang und Nutzungsverhalten

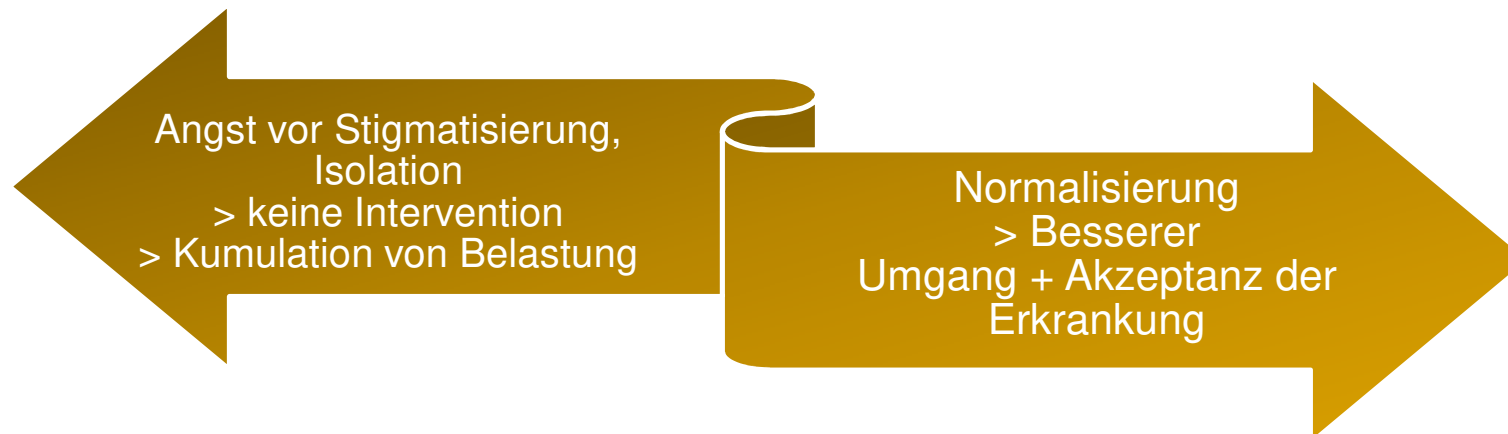


- **Demenz als normale Altersprozess**
Deutung als Vergesslichkeit, das zum normalen Altern gehört
- **Demenz als zweite Kindheit**
das Verhalten der Betroffenen wird rückgewandter Entwicklungsprozess gedeutet und der Kindheit gleichgesetzt
- **Demenz als Schutzfunktion :**
als Copingstrategie Realitätsentzug: der Betroffene wird mit der Realität nicht mehr fertig: Überreizung, Überforderung, durch die immer größer werdender Entfremdung >> negatives Stress >> Rückzug in die innere Welt
- **Demenz als transzendentes Phänomen :**
> als Vorbereitung auf das Sterben,
> als ein Form der Kommunikation mit dem Leben nach dem Tod (*Kramer 1996*)

1.4. RELEVANZ von KRANKHEITSVERSTÄNDNISSEN auf Umgang und Nutzungsverhalten



Krankheitsverständnisse können sich *ambivalent* auswirken :



Einige können zur **Unterversorgung** des Erkrankten > fehlendes oder verspätetes Aufsuchen von professioneller Pflege- und Betreuungsangeboten) und zur **Kumulation von Belastung** bei den Pflegenden beitragen.

Andere können **entlastend** wirken:
> Normalisierung der Krankheitsphänomene
> **bessere Akzeptanz der Krankheitsauswirkungen**
> **geringere psychische Belastung** aber zugleich auch Intervention verhindern

1.4. RELEVANZ von KRANKHEITSVERSTÄNDNISSEN auf Umgang und Nutzungsverhalten



FAZIT:

- **Krankheitsverständnisse erkunden,**
- **sich dem Sinn für den Betroffenen oder Angehörigen annähern und verstehen**
- **mit den Betroffenen und Angehörigen die für sie hilfreiche Unterstützung finden, die an Ihren Erklärungsmustern anschließen.**

**Um hilfreiche und wirksame Angebote kreieren zu können,
sollten die verschiedenen Gesundheits- und Krankheitsverständnisse
eruiert und berücksichtigt werden**



DATENLAGE zum Bedarf und zur Nutzung von Pflege- und Betreuungs- angeboten



1.1. Ausgangslage älterer Migranten: Datenlage – potentieller Bedarf

- **Aktuell (2018)** leben in Deutschland über **20 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund** (23.65% der Bevölkerung)
- Davon sind etwa **1,9 Millionen 65Jahre und älter (ca.11%)**.
- Bis zum **Jahr 2032** wird die Zahl auf **ca. 3,6 Millionen anwachsen**.
Damit sind sie die derzeit **am stärksten wachsenden Bevölkerungsgruppe**
- Unter den **Menschen mit Migrationsgeschichte** bilden derzeit
 - **Aussiedler u. sog. Spätaussiedler** die **größte Gruppe**
 - mit Abstand folgen **Bürger aus den EU-Ländern**
- Unter den **über 65jährigen** bilden
 - **Russischsprachigen** die größte Gruppe
 - **gefolgt** von den älteren **Türkischstämmigen** und mit Abstand von **Ex-Jugoslawien, Italien**

*Statistisches Bundesamt (Destatis): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse Mikrozensus 2017-2018 und <https://www.wegweiser-demenz.de/informationen/gesellschaft-und-demenz/demenz-und-migration.html> (zugriff 7.10.19) ²²



1.1. Ausgangslage älterer Migranten: DATENLAGE – PRÄVALENZ der DEMENZ

- **Demenz erkrankte Menschen in Deutschland (2016):
insgesamt rund 1.7 Mio *** (de.statistika.)
- **Demenz erkrankten Menschen mit Migrationsgeschichte**
 - nach bundesweiter Schätzung in **2008**: **rund 120.000** (Pichotta/Matter 2008)
 - nach Schätzung der DZNE** Studie in **2018** **rund 106.000**
(erstmalig differenziert nach Herkunftsland : Polen , Italien, Türkei, Russische Föderation und nach regionaler Verteilung: NRW , Baden Württemberg, Bayern , Niedersachsen)
- **Real ist Anzahl viel höher zu vermuten (Dunkelziffer)**
> Bedarf schwer ermittelbar wegen der Barrieren
- Insg. liegt die **Häufigkeit von Demenz** in der Migranten-Bevölkerung **etwas höhere als** in der einheimischen Bevölkerung (Schröter 2014)



1.1. Ausgangslage älterer Migranten: Datenlage – potentieller Bedarf

- **Migranten altern im Durchschnitt 10 Jahre früher als die autochthone Bevölkerung:** 55 Migranten, 65 Jahre Einheimische Bevölkerung
- **Migranten werden querschnittlich 10 Jahre früher pflegebedürftig**
Durchschnittsalter von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund 62 Jahren, in der Gesamtbevölkerung 72 Jahren
- **Migranten erkranken an Demenz im Durchschnitt früher (10 Jahre) als gleichaltrige Einheimische**
> geringeres soziales Status - höheres Armutsrisiko - höhere Isolationsgefahr



1.4. Ausgangslage älterer Migranten: DATENLAGE – potentieller Bedarf

- **Systematische Erfassung des Bedarfs von Demenz erkrankten Migranten fehlt**
 - >> Migrationsindikatoren i.d.R. nicht vorgesehen, (Pflegestatistik)
 - >> wenn ja, dann Erfassungsverfahren ungeeignet
- **Datenlage über den quantitativen und qualitativen Bedarf ist noch unbefriedigend**
 - nur Studien über ausgewählte nationale /ethnische Gruppen (Türkischstämmige, Russisch-Sprachige)
 - nur in bestimmten Städten (Berlin) oder Bundesländer (BaWü)
- **Belastbare wiss. Erkenntnisse* über Nutzungsverhalten / Inanspruchnahme von professionellen Angeboten sind noch nicht vorhanden**

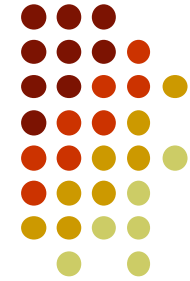
* Zugangsprobleme, Stichproben, Verständigung, nicht geeignete Erhebungsansätze und- instrumente



INANSPRUCHNAHME

**medizinischer und pflegerischer Leistungen
seitens älterer Migranten und
deren Angehörige**

1.4. INANSPRUCHNAHME professioneller Hilfsangeboten: DEMENZ



- Die Nutzung von **medizinischen Leistungen u. professioneller Unterstützungsangeboten** in Zusammenhang mit der Erkrankung DEMENZ ist **sehr unterschiedlich** je nach
 - Nationalität bzw. ethnischer Herkunft,
 - Altersgruppe, Geschlecht
 - Schichtzugehörigkeit, Bildungsgrad,
 - Integrationsgrad vs Identifikationsgrad mit der kulturellen Herkunft und religiöser Orientierung
 - Informationsgrad über die Erkrankung
 - *individuellen* Erfahrungen
 - Sowie nach Krankheitsverständnis

1.4. INANSPRUCHNAHME professioneller Hilfsangeboten



- Betroffenen und Angehörige nehmen die **Angebote** des etablierten Hilfesystems **wenig in Anspruch**
- **Pflege und Betreuung erfolgen überwiegend in der Familie ohne professionelle Unterstützung** (hohe Pflegebereitschaft der Töchter. Motivation: Selbstverständlichkeit, Verpflichtung, Wiedergutmachung, (Kück 2013)
- Das **Verständnis** von Versorgung und Pflege **als primäre familiäre Aufgabe reduziert die Bereitschaft, Hilfe „von außen“ einzuschalten.**
- **Kontakt und Inanspruchnahme** von medizinischen und pflegerischen Leistungen erfolgt **erst im fortgeschrittenen Krankheitsstadium** (Kohls 2012)
- Die Pflegestufe bei MigrantInnen liegt **häufiger(15%) bei der Pflegestufe III** als bei deutschen Pflegebedürftigen(9%) (Kohls 2012)
- Wenn Leistungen der Pflegeversicherung abgerufen werden, dann **mehrheitlich als Pflegegeld** > Ergänzung zum oft prekären Lebensunterhalt

1.4. INANSPRUCHNAHME professioneller Hilfsangeboten: **DEMENZ**



ERGEBNIS

- **medizinische Unter- oder Fehlversorgung** der demenziell erkrankten Migranten
- **Überbelastung** und **höherer Krankheitsrisiko** der Pflegenden.
(Robert-koch-institut 2008)

GRÜNDE

- für die geringere Nutzung sind in den *spezifischen* **Barrieren** sowohl der Betroffenen als auch der Hilfesysteme



BARRIEREN

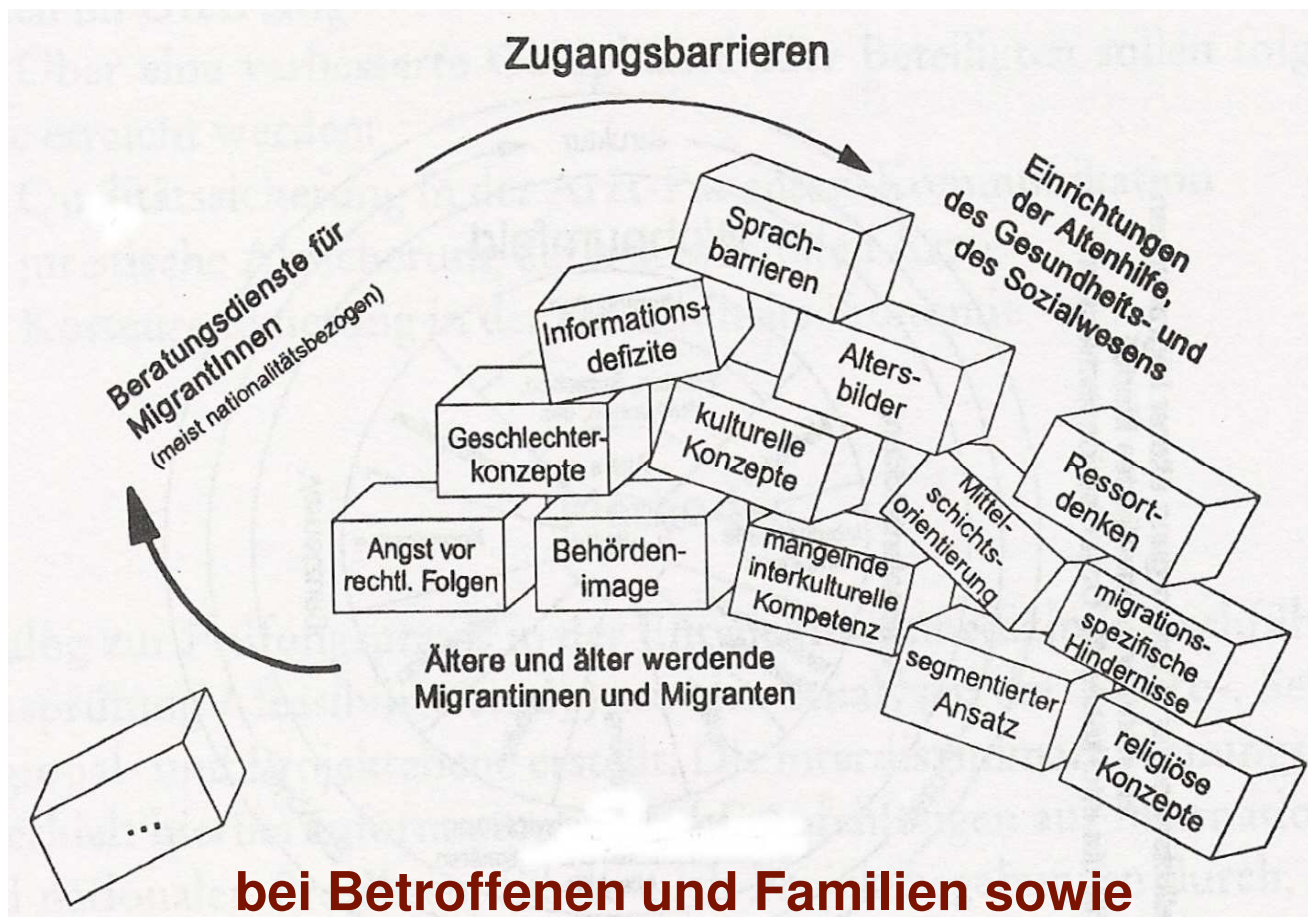
- bei den Migranten
- Im Gesundheits- und Altenhilfesystem

**erschweren den Zugang und
die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten**





ZUGANGS und NUTZUNGSbarrieren



2.1. BARRIEREN beim Zugang und Nutzung bei den **MIGRANTEN** und **SYSTEMEN**



- **auf der Seite der Eingewanderten :**

Unzureichende Deutschkenntnisse, fehlende oder falsche Information über Kenntnisse über das Gesundheits- und Altenhilfesystem, Vorbehalte gegenüber staatlichen Institutionen und Organisationen, Diskriminierungserfahrungen, kulturelle Barrieren, andere Vorstellungen von Hilfe und Pflege, Stolz u. Scham, Angst vor Stigmatisierung, Unklare Vorstellungen, über professionelle Hilfe, Unsicherheit darüber, ob die eigenen spezifischen Bedürfnisse verstanden und berücksichtigt werden, Unklarheit über die Finanzierung und Beantragung, Befürchtung von finanziellen oder rechtlichen Folgen

- **auf der Seite von Ämtern und Einrichtungen :**

UNübersichtlichkeit der Hilfeangebote, Zersplitterung der Zuständigkeiten + unzureichende Koordination der Hilfeangebote, komplexe bürokratische Verfahren, Unsicherheit im Umgang mit anderen Kulturen, fehlende bzw. falsche Information über Lage u. Bedürfnisse von Migranten, Vorurteile, fehlende Mehrsprachigkeit, formaler Kommunikationsstil (Schriftweg), mangelnde interkulturelle Kompetenz ...

2.1. spezifische BARRIEREN I. in der Versorgung demenziell erkrankter Migranten




- **Wenig ausgeprägtes vorsorgliches Handeln** insb. Vorkehrungen für das Altwerden in Deutschland (Gegenwartsorientierung wegen schwer Planbarkeit des Lebens in der Migration) damit auch nicht auf die Demenz
- **Fehlendes Wissen** über das Krankheitsbild **Demenz**, Krankheit wird nicht erkannt
- **keine Vergleichsmöglichkeit** mit Gleichbetroffenen aus dem Herkunftsland für den Umgang
- anderes **Krankheitsverständnisse, Erklärungsmodellen und Umgang** mit Demenz >>> aufgrund *kultureller* und *religiöser* Prägung
- **Wertvorstellungen** der **familiären Fürsorge und Versorgung** (*Generationsvertrag*) gerade auch Behinderten, psychisch Erkrankten werden nicht „abgegeben,, > Aufgabe (*Terkdurmatz 2014*)



2.1. spezifische BARRIEREN II. bei der Versorgung demenziell erkrankter Migranten



- **Scham und Angst vor sozialer Sanktionierung**
bei der Nutzung institutioneller Hilfe
- **Tabuisierung und Stigmatisierung** psychischer und gerontopsychiatrischer Erkrankungen (ansteckende Krankheit, Gc 
- **Verstörung im Familiensystem** durch z.B. **Rollenverlust** > bzw. **Rollenumkehrung** > Verletzung der Entscheidungshoheit
- **Mögliche Gefährdung von individuellen, privater Pflegearrangements**
z.B. das Pendeln könnte durch die Nutzung von staatlichen Hilfen gefährdet werden *
- **Unzufriedenheit mit professioneller Pflege:** negative Erfahrungen wegen fehlenden Verständnisses u. unerfüllter Erwartungen,
> Vertragsabbruch, > größere Skepsis beim neuen Versuch

2.2. spezifischen **BARRIEREN** im **Gesundheit- und Altenhilfesystem** für die **Versorgung demenziell erkrankten Migranten**



- **monokulturell ausgerichtete Diagnostik + Begutachtung (MDK)**
 - Nur in deutscher Sprache Verständigungsproblem
 - sprachlastig (insb. für bildungsferne Gruppen u.)
 - Monokulturelle Inhalte: deutsches Wissen, deutsche Kultur als Testinhalte

FOLGE: Fehldiagnose, schlechteres Abschneiden <> Unterschätzung des Bedarfs
- **Belastende Verfahren** für Betroffene und Familien (Scham, Bloßstellung der Defizite... > Unzumutbarkeit)
- **Keine Berücksichtigung** der **kulturspezifischen Vorstellungen** von
 - >> Arzt-Patient-Beziehung
 - >> Gesundheit, Krankheit und Heilung
 - >> Demenz in anderen Kulturen (andere Erklärungsmodelle als das Biomedizinische)
- **monokulturell ausgerichtete Therapieansätze**
 - >> Inhalte: deutsches Wissen, deutsche Kultur, Tradition



**Diagnostik (TRAKULA*) und Therapie (Biographie-Ansatz) sollten
an > Bildungsgrad > Sprache > kultur-, milieu- u. religionsspezifische Aspekte
angepasst werden**

2.3. GEFAHREN in der Versorgung älterer Migranten



- **Stereotypisierungen** durch das Fachpersonal : die einzelne Person wird auf die / Klischeehafte Vorstellungen, Merkmale der zugehörigen Minderheit reduziert und wird *nicht* in seiner Individualität differenziert wahrgenommen
- **Ethnisierung /Kulturalisierung**: Unterschiede und Probleme werden nur durch die ethnokulturelle Differenzen erklärt, > dadurch Ausblendung der systemeigenen Barrieren (keine selbstkritische Hinterfragung)
- **Gleichbehandlung**
> Verneinung der Unterschiede, damit das Gegenteil von Kultursensibilität (nicht Gleichbehandlung, sondern eine *gleichwertige* Behandlung)
- **Machtverhältnisse** bewusst oder unbewusst zum Nachteil der Minderheiten: Fachwissen, Krankheitsdefinitionsmacht, Institutionsmacht, und schließlich als Aufnahmegesellschaft
- **Diskriminierung**





2.4. FOLGEN

- **Therapie setzt verspätet ein**
- **Keine fachgerechte Behandlung und Betreuung demenziell erkrankten Migranten (Sprache, Ansatzkonzepte...)**
- **schlechtere Chancen für die Verlangsamung des Fortschreitens der Demenz**
- **folglich schnellere Minderung der Lebensqualität**
- **Steigende Überlastung und Selbstüberforderung der Familien /pflegenden Angehörige**
- **Angehörige erkranken selbst und früher ...**



NEURALGISCHE Aspekte und HERAUSFORDERUNGEN einer kultursensiblen Demenzversorgung



3.1. HERAUSFORDERUNGEN einer kultursensiblen Versorgung - ANBIETER



Zielgruppe schwer IDENTIFIZIERBAR und schwer ERREICHBAR

Weniger soziale Bindung, stärkere intrafamiliäre Abhängigkeit > Isolationsgefahr



a) **spezifischer ZUGANG** zu den Migrantengruppen u. demenziell Erkrankten Angehörigen

b) **VERTRAUEN**sgewinn für die Angebotsnutzung, + Motivation zur MITWIRKUNG

c) **Muttersprachige VERSTÄNDIGUNG** spezifische KOMMUNIKATIONSKULTUR

d) **Erkundung + Beachtung** der spezifischen TABUS

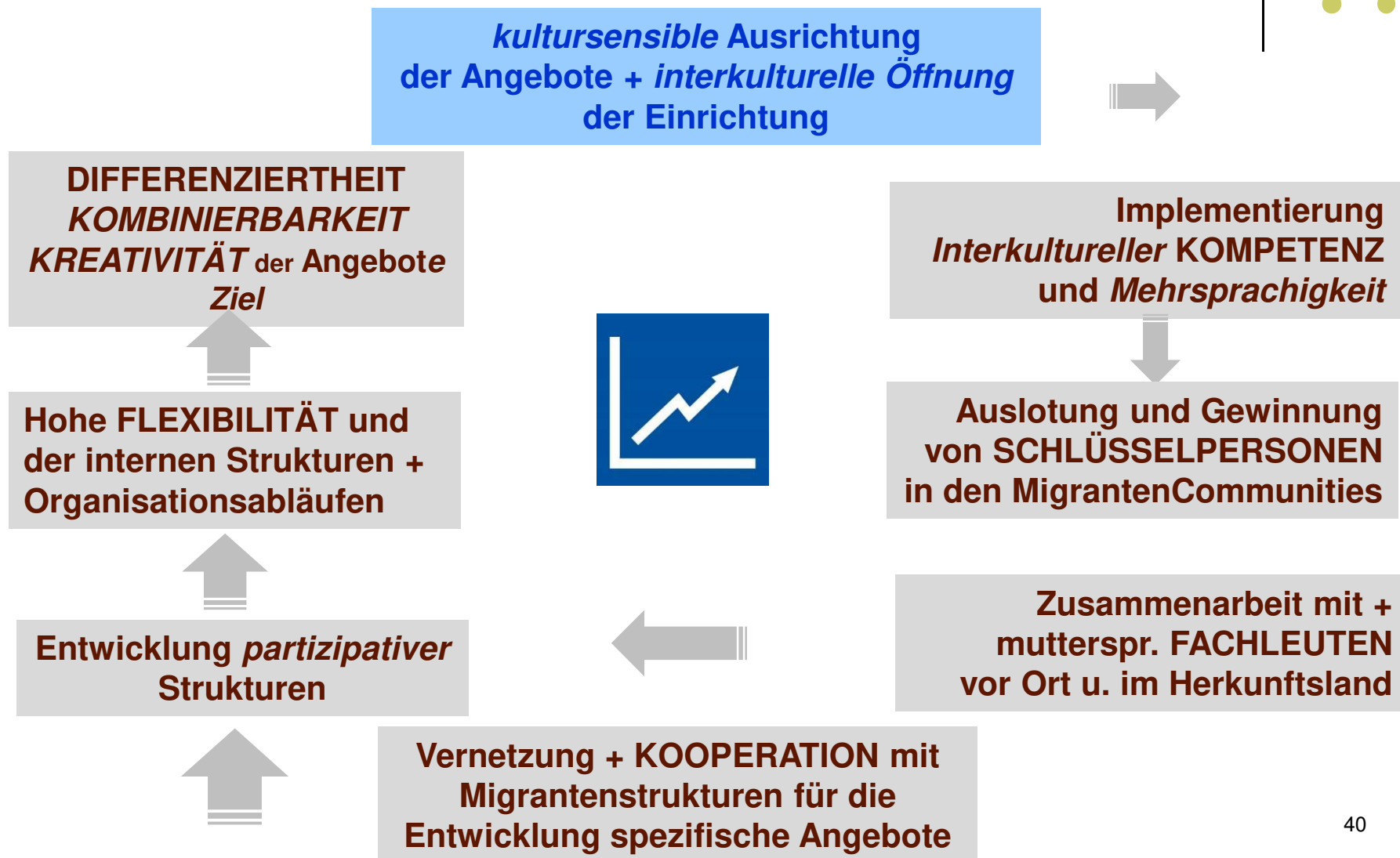
g) **FLEXIBILISIERUNG + DIFFERENZIERUNG** > bessere ANPASSUNG des Angebots an die individuellen Bedürfnisse

f) **ÜBERPRÜFUNG + Neuausrichtung** der professionellen STANDARDS zur besseren Anknüpfung an „Familienpflege“

e) **Rekonstruktion + Einbeziehung kulturspezifischer BIOGRAPHISCHER** Bezüge und Krankheitsverständnisse



3.2. ANSÄTZE einer kultursensiblen Versorgung – erste SCHRITTE könnten sein ...



3.3. HERAUSFORDERUNGEN einer kultursensiblen Versorgung - **KOMMUNEN** mögliche **SCHRITTE**...



STÄRKUNG der
Migrantencommunities
bei der Entwicklung
spezifischer Angebote

VERSCHRÄNKUNG der
professionellen und
informellen Hilfesysteme

Anreize für
Kooperationsstrukturen
Lösungen in **VERBUND**

DOLMETSCHER-
Netzwerk
qualifiziert + angelernt

*koordinierende +
moderierende* INSTANZ für
den Aufbau von Vernetzung
+ Kooperationsstrukturen

kultursensible CASE-
MANAGEMENT-Strukturen
in Pflegestützpunkten,
Sozialämtern, Communities

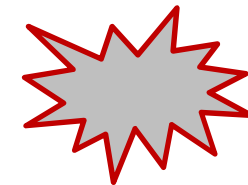


ein *konzertiertes partizipativ angelegtes*
GESAMTKONZEPTS
auf kommunaler / bzw. Kreis-Ebene

Altenhilfe, Gesundheitswesen, Gemeinwesen, Migranten-
Communities, Wohnungsbaugesellschaft, Kostenträger,
freiwilligen Netzwerken,
muttersprachige Fachleuten



größere Vielfalt
von Lösungen



Kreativität+
Nachhaltigkeit

3.4. ANSÄTZE einer kultursensiblen Versorgung STRUKTUR-BAUSTEINE könnten sein...

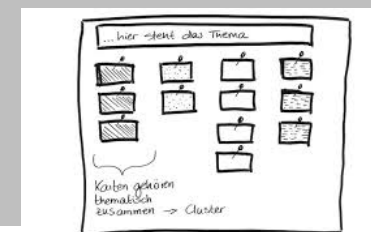


- **DOLMETSCHER- Netzwerk ausbauen**
 - Zentrales „Pool“ qualifizierter, muttersprachiger Dolmetscher
 - lokales Dolmetscher-Netz aus geschulten und begleiteten Laien
Implementierung der Dolmetscher im Angebot von Anfang an
- **kultursensible CASE-MANAGEMENT-Strukturen in Pflegestützpunkten, Sozialämtern aber auch in den Migranten-Communities verankern**
 - > Bilinguales + interkulturell kompetentes Fachpersonal
- **Stärkung der MIGRANTEN-STRUKTUREN bei**
 - Aufbau von Multiplikatoren und ehrenamtlichen Begleitern, z.B. „*Demenz-Helfer*“, *Demenz-Supporter* (DeJak e.V)
 - Entwicklung von spezifischen Angeboten z.B. Wohn-Pflege-Gemeinschaften auch in Migranten-Communities
- **KOORDINATION-INSTANZ** zur Förderung von Vernetzung und Zusammenarbeit der lokalen u. regionalen kulturspezifischen Angebote > Synergieeffekte
- **KOOPERATIONSstrukturen** zwischen Trägern und Initiativen, Vereinen der Migranten-Communities andere Dienstleistungen initiieren (> Anreize für Lösungen im Verbund)



ANSÄTZE für eine kultursensible Demenzversorgung

Ansätze für die GESTALTUNG von ANGEBOTEN

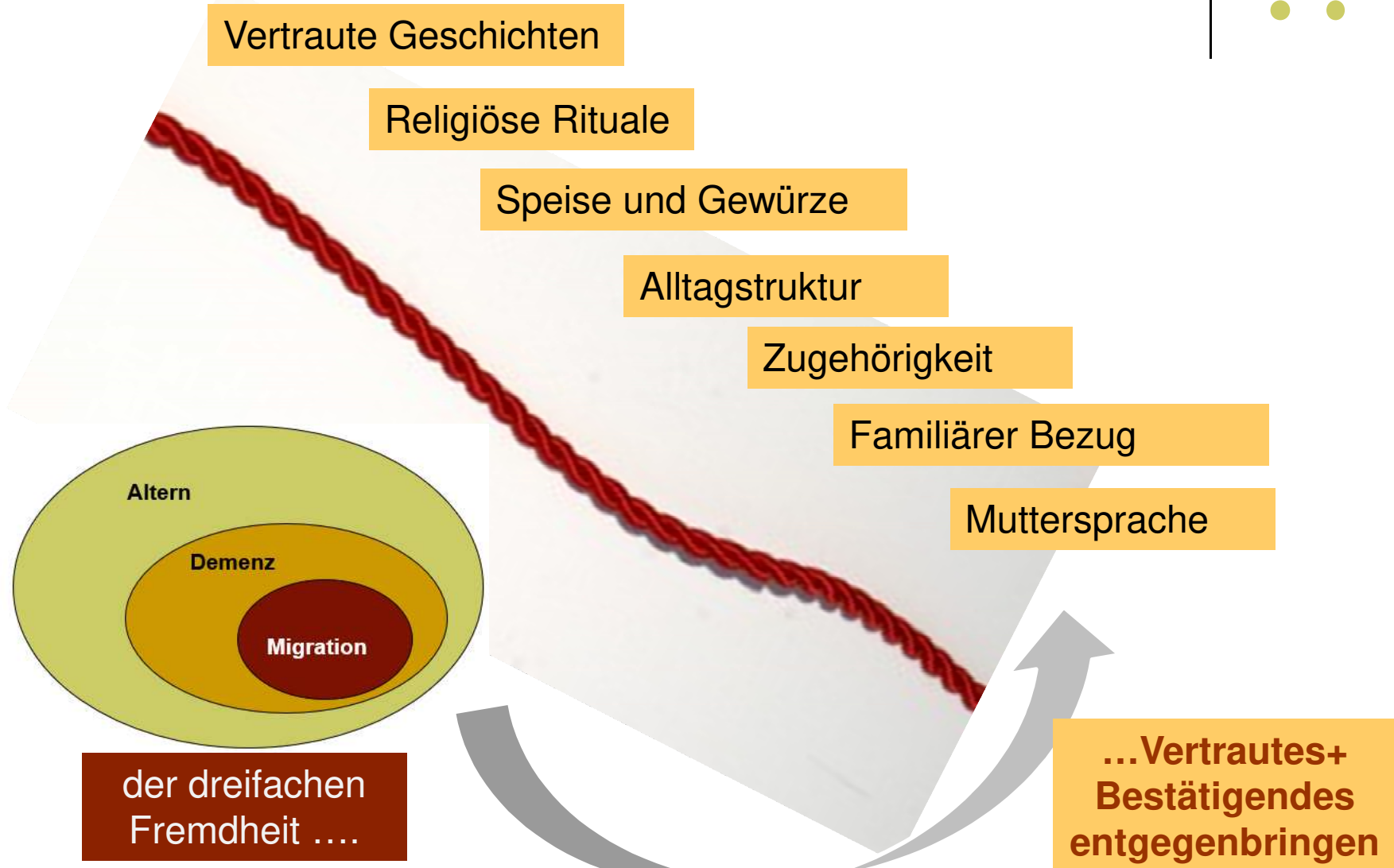
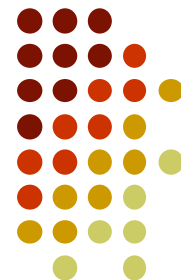




VORBEMERKUNGEN

- Aufgrund
 - der **hohen Heterogenität** Gruppe der älteren Migranten der **komplexen Pflegebedingungen und –vorstellungen** sowie , der **mangelhaften Erkenntnissen** insbesondere über deren **qualitativen Bedarfe und Bedürfnisse** kann **KEIN allgemein gültiges Konzept** für *DIE kultursensible Versorgung demenziell erkrankten Migranten* präsentiert werden.
- Im Folgenden können **nur Ansätze zur grundsätzlichen Orientierung** für die Gestaltung und Weiterentwicklung von Angeboten und Strukturen skizziert werden. **Angebote müssen immer an den jeweiligen Kontext und individuellen Ressourcen neu ausgerichtet werden.**
- Mehrere der folgenden **Merkmale und Ansätze sind bei der Betreuung von demenziell erkrankten einheimische Patienten bereits bekannt**
- **Bei der Pflege- und Betreuungssituationen demenziell erkrankter Migranten haben sie jedoch eine größere Bedeutung aufgrund der spezifischen Fremdheits- und Trennungserfahrungen**

ORIENTIERUNGSFADEN... Angebote für Betroffene ...



5.2. ANSÄTZE für eine kultursensible Gestaltung von ANGEBOTEN - ANSÄTZE - Grundsätze I.



eine kulturspezifische Ausrichtung *angesagt* :

- **Muttersprachlich**
 - > Verständigung bei zunehmendem Verlust der Zweitsprache ermöglichen
 - > Muttersprache als zentraler Bestandteil und Ausdruck der kulturellen Identität
- **An sozialen, kulturellen und religiösen Hintergrund** orientiert (familiäre Gepflogenheiten, kulturelle Traditionen, religiöse Rituale, Esskultur ...)
 - > Bestätigung: die eigene Kultur leben und die eigene Muttersprache sprechen zu können, gibt Orientierung, Sicherheit und Geborgenheit,
- an die **komplexe Identität und** den **Lebenslauf** des Betroffenen orientiert
 - > Beachtung der Migrationserfahrungen (Fremdheit, Ungeschütztheit, Trennung, unverarbeitete Trauma, die in der Biographiearbeit reaktiviert werden können)
- **Alltagsnah**, im individuellen **Tagesablauf** integriert
 - > Kontinuität der eigenen Tagesstruktur gibt Sicherheit und Halt
- **vertraute, räumliche und soziale Bezüge aus den früheren Lebensphasen** rekonstruieren > mit der Familien und der jeweiligen Migranten-Community

5.2. ANSÄTZE für eine kultursensible Gestaltung von ANGEBOTEN - ANSÄTZE - Grundsätze II.



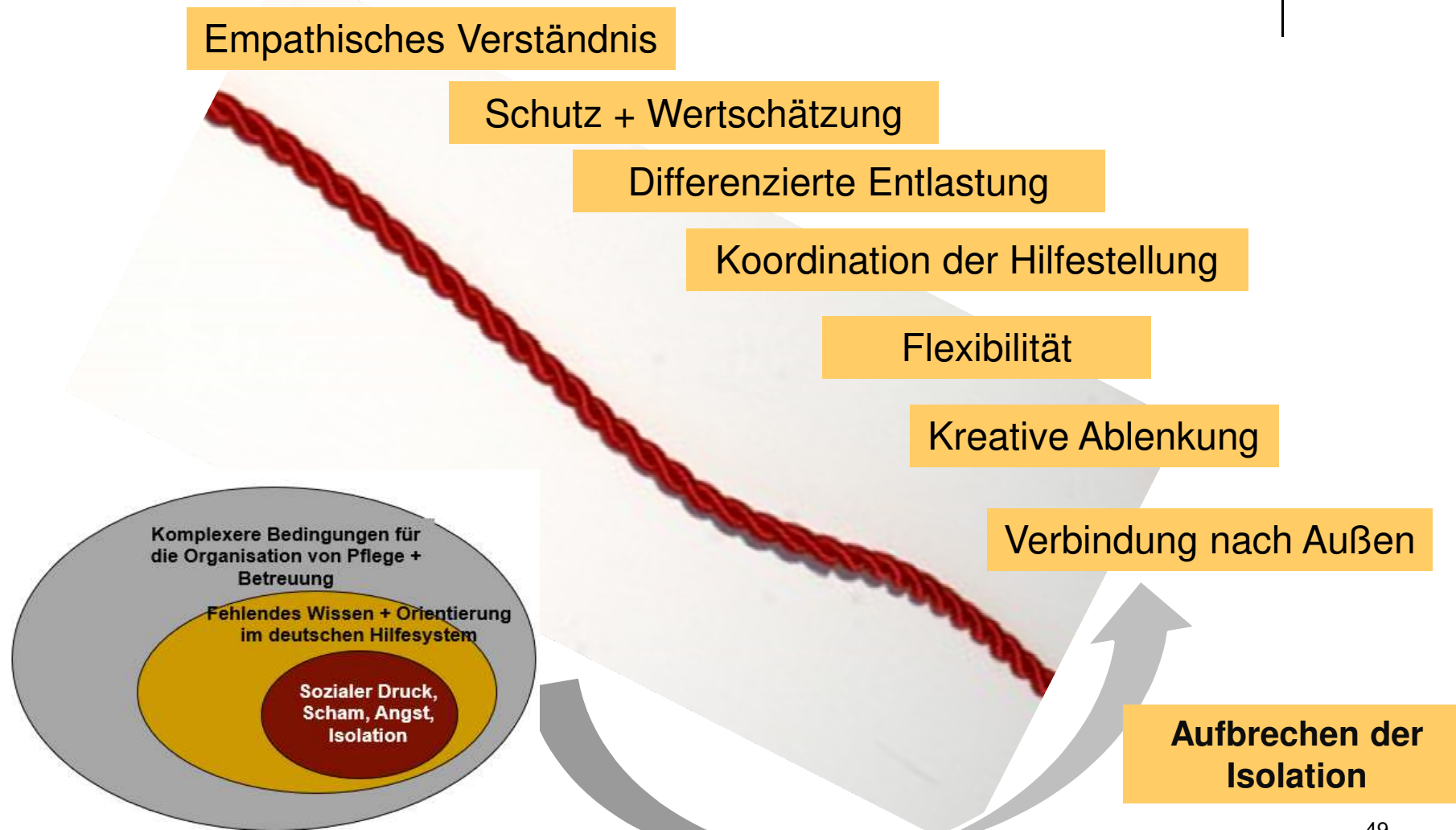
- Mit **ausgeprägtem familiärem Charakter, Einfühlungsvermögen, respektvolle Geduld**
- Betreuung **verstärkt auf Beziehung fokussiert** (weniger auf funktionale Unterstützung): die für die Betreuung demenziell Erkrankte ohnehin zentrale Bedeutung der „Beziehung“ hat bei der Versorgung von demenziell erkrankten Migranten aus kollektiven Gesellschaftssystemen ein noch stärkeres Gewicht
- **Personelle Kontinuität sicher stellen**
- **Zugehörigkeitsgefühl fördern** > weil infolge der Migration es unklar und unsicher gewesen ist
- **flexible Anwendung der professionellen Standards:** Überprüfung der Angemessenheit (z.B. professionelle Distanz, Sicherheitsvorgaben)



5.2. ANSÄTZE für eine kultursensible Gestaltung von ANGEBOTEN - RAHMENBEDINGUNGEN

- **PERSONAL**
 - Bilinguale Fachkräfte > Ausbildung - Qualifizierung von Mitarbeiter MMH
 - Pflorgeteams heterogene und interdisziplinär (Fachpersonal) zusammenstellen
 - Interkulturelle Kompetenz ausbauen
 - Reflexionsräume für die kontinuierliche Entwicklung interkultureller Kompetenz
- „**TANDEM**“ von **Professionellen mit geschulten muttersprachigen Begleitern**
 - Tandem-Betreuung (Kranken): professionell & muttersprachige *Demenzbegleiter*
 - Tandem-Begleitung (Angehörige): individuelle professionelle Beratung und Anleitung und freiwillige muttersprachige *Pflegebegleiter* in der häuslichen Umgebung
- **Zusammenarbeit mit DOLMETSCHER- Netz (für den Zugang > Verständigung)**
- **KOSTENFREIE** Angebote bzw. Nutzung der gesetzlichen Möglichkeiten §45 a, b c, ...
PROBLEM: aufgrund der erforderlichen Vorversicherungszeiten oder der rechtlichen Lage stehen für viele Migranten und Angehörige Angebote und Leistungen der PV nicht zur Verfügung
- **ERLEICHTERUNG** der **Finanzierungsmodalitäten** und **-praxis**

ORIENTIERUNGSFADEN... - Angebote für Angehörige ...





5.2. ANSÄTZE für eine kultursensible Gestaltung von ANGEBOTEN - ANSÄTZE III.

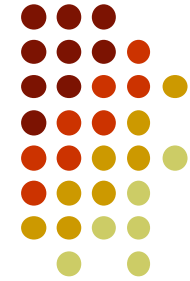
- **Muttersprachig, aufsuchend in der häuslichen Umgebung**
 - Sowohl Information, Beratung, Orientierung, Entscheidungshilfe
 - als auch **begleitende Anleitung** durch die Anbindung muttersprachiger Ehrenamtlichen (Demenzbegleiter, Pflegebegleiter) > nachhaltige Umsetzung
- **Pflege und Betreuung als gemeinsame Aufgabe**

Orientierung an

 - Vorstellungen von spezifische Krankheits- und Pflegeverständnis (*familiärer Pflege*) seines Familiensystem
 - Erkenntnisse und eigenständiger „Pflegestrategien“ und Verantwortung erkunden und wertschätzen
 - Anknüpfungspunkte für den Anschluss professioneller Unterstützung suchen und anbinden
- **Aufbau von Selbsthilfestrukturen**

> Aufbrechen der Isolation, > psychische Entlastung durch gegenseitiges Verständnis + Rat und Zusammenhalt als „Schicksalsgefährte“

5.2. ANSÄTZE für eine kultursensible Gestaltung von ANGEBOTEN - ANSÄTZE III.



- **Identifikation von VERSORGUNGSLÜCKEN und Aushandlung DIFFERENZIERTER Hilfestellung (in Kooperation).** Professionelle Hilfe sollen der Familie effektive Entlastung bieten, und zwar aus der Sicht der Familie (von Körperpflege, Haushalt, bis Abwicklung behördlicher Angelegenheiten, Arztbesuche...)
> fördert Vertrauen und Akzeptanz professioneller Hilfen
- **KOOPERATION mit mehreren Akteuren für differenzierte Hilfestellung :** Familiensystemen, muttersprachigen ehrenamtlichen Unterstützern, und weiteren Dienstleistern der jeweiligen spezifischen Zielgruppen
- **FLEXIBLE und KOMBINIERBARE Versorgungsarrangements**
> professionelle Leistungen an familiär bzw. privat organisierten Lösungsansätzen anknüpfen > Versorgungslösungen auch für Pendler und transnationale Pflege ermöglichen
- **ABGESTUFTE Betreuungsangebote fördert Akzeptanz**
Betreuungsangebote im häuslichen Bereich, > wohnortnahe Betreuungsgruppen, > Tagespflege, > kultursensible Wohnbereiche in Pflegeheimen > ambulant betreute Wohn- & Pflegegruppen (familiären Chakters),

ORIENTIERUNGSFADEN... für Gruppenangebote



...Vergangenes, Vertrautes
in Gemeinschaft teilen,
und wieder erleben

...Individuelle Schutz-
Nischen ermöglichen und
unterstützen



5.2. ANSÄTZE für eine kultursensible Gestaltung von ANGEBOTEN - ANSÄTZE IV.

● GRUPPENANGEBOTE

- Gruppen- Zusammensetzung nach Muttersprachige - Herkunft - Glaube – Milieu aber > die Passung muss immer individuell geprüft werden
- **Abgestufte Ansätze**
 - Geschlechter übergreifend und geschlechtsspezifische Aktivitäten sinnhafte den früheren Lebensphasen bezogene Aufgaben, (Arbeit, Familie,..)
 - Ausgewogenheit zwischen geschützten Rückzug-Nischen > Raum für das individuell-Spezifische, Schutz vor fremden Überreizung, und Teilen der gemeinsamen kulturellen Identität in der Gruppe > Förderung der Gruppenzugehörigkeit (z.B. gemeinsame Feier, Ausflüge, Heimatreisen,)
- **Parallele Angebote am selben Ort:**
 - sowohl für den Kranken (Betreuung, Gemeinschaftsaktivitäten)
 - als auch für den Angehörigen (Gesprächskreise, Kurse, Angehörige- Cafe`, Selbsthilfegruppen, religiöse oder kulturelle Veranstaltungen, betreute Reisen)
- **Wohnortsnah**, leicht erreichbar, keine Fahrtkosten und Transportorganisation

53



5.2. ANSÄTZE für eine kultursensible Gestaltung von ANGEBOTEN – EIN SCHWERPUNKT

DIFFERENZIERUNG von WOHNFORMEN >> Familienpotentiale nehmen ab
Verknüpfung von stadtteilbezogenen WOHN- & VERSORGUNGSKONZEPTEN

MERKMALE

- **Kleinräumige Wohnformen** in überschaubarer Größe mit **familiärem** Charakter
- **Muttersprachige - Herkunft - Glaube – Milieu** orientierte Zusammensetzung
- Sowohl im privaten Raum: gestreute Wohnung im Quartier oder in den Bezugsorte der „Migranten-Kolonien“
- als auch im halböffentlichen Raum: angeschlossen an öffentlichen Begegnungsorten, z.B. im Mehrgenerationenhaus, oder an zentralen Treffpunkten der Migranten-Communities

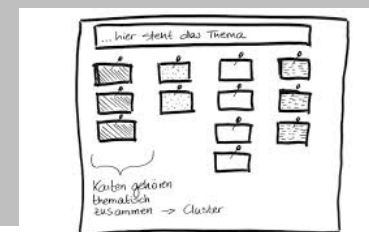
AUSGESTALTUNG

- Quartiersbezogene **Tagesbetreuung** an bestehenden Strukturen andocken
- **Wohn-Pflege-Gemeinschaft**, Pflegeoase für Menschen mit Demenz gestreut im Wohnbestand
- **Gemeinschaftliche Wohnprojekte mit Pflege- u- Betreuungsoption**
- Verknüpfung von stationärer Versorgung mit privatem Wohnen
für Paare zur Fortsetzung der familiären Pflege (z.B. Ehepaare mit und ohne PflegeGrad wollen zusammen im Pflegeheim einziehen...)

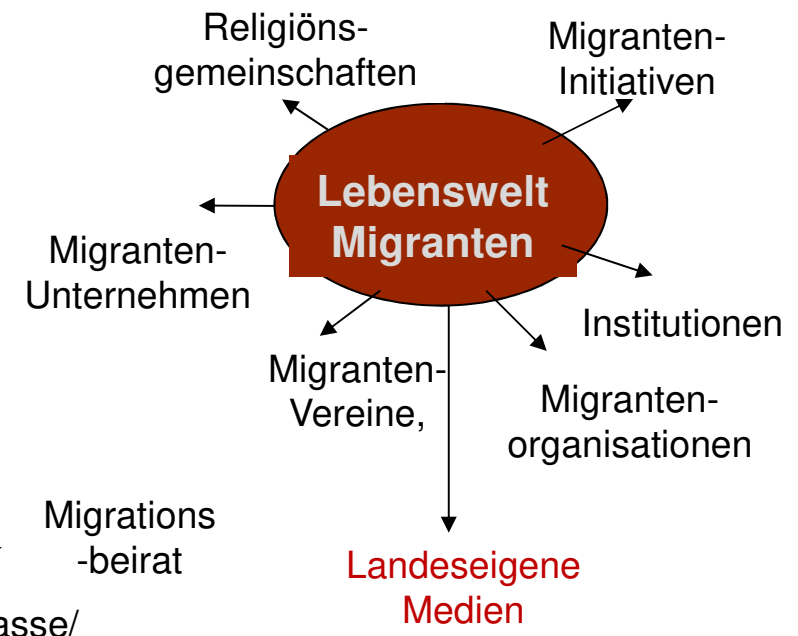
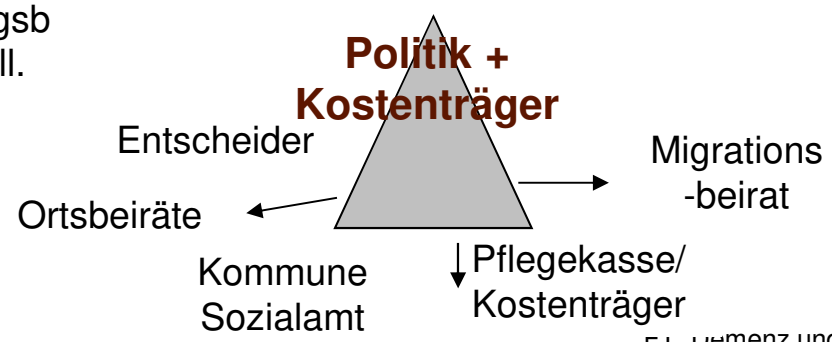
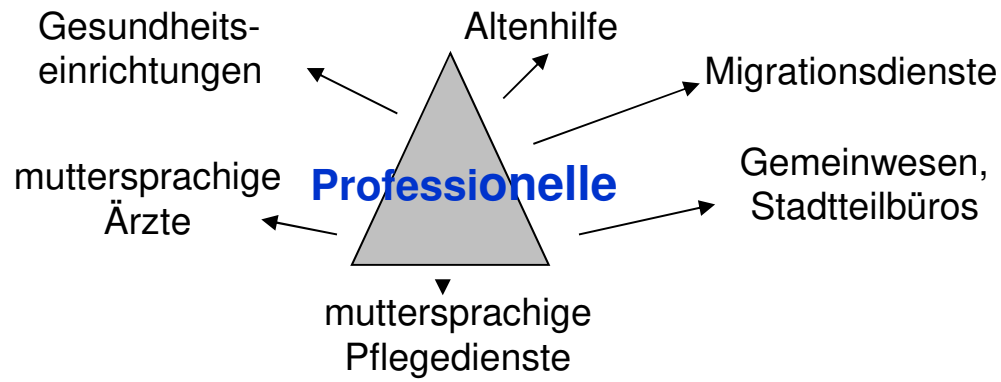


ANSÄTZE für eine kultursensible Demenzversorgung

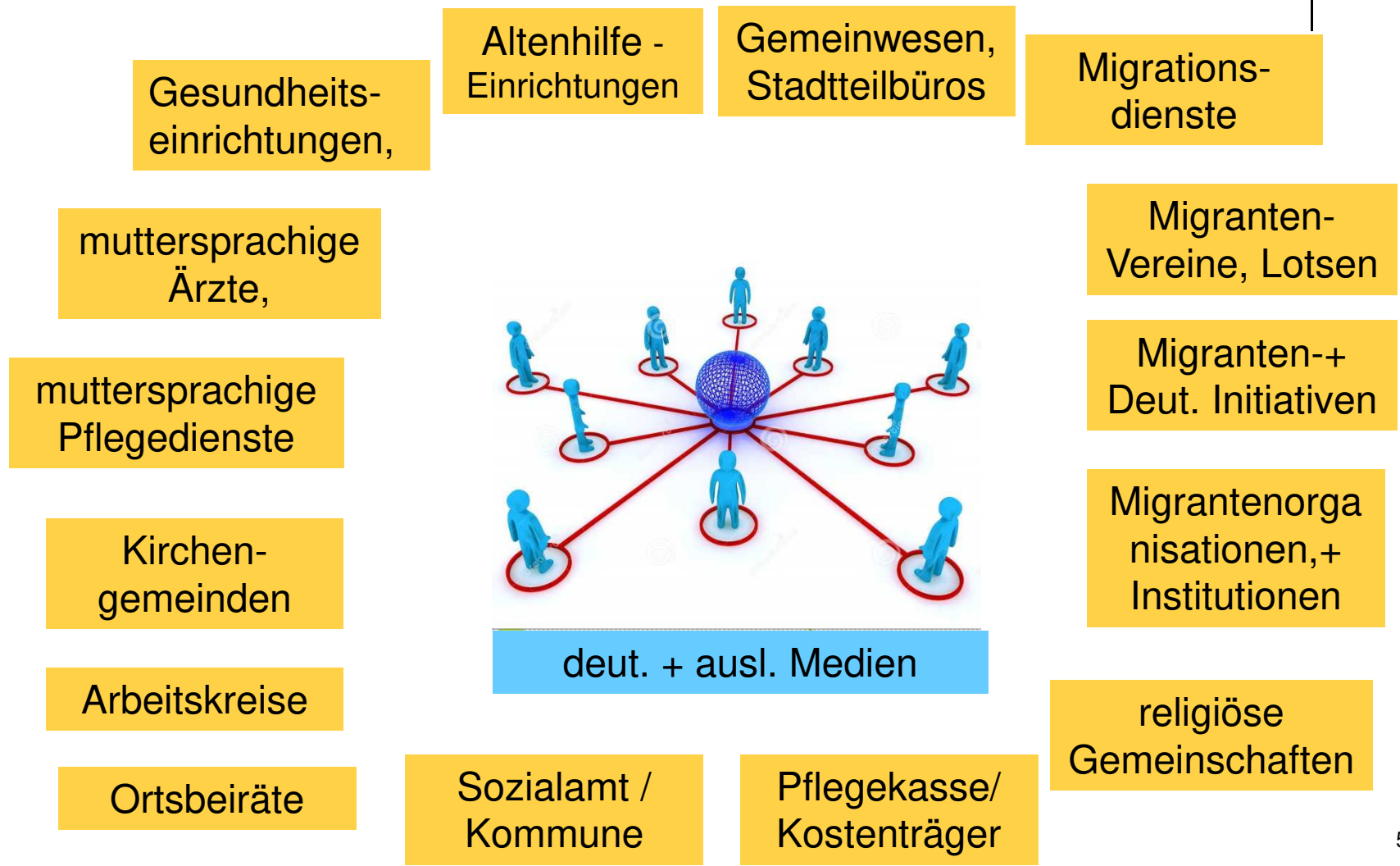
Impulse zur QUARTIERSENTWICKLUNG



5.3. ANSÄTZE für die QUARTIER-Entwicklung SONDIERUNG und SENSIBILISIERUNG der verschiedenen Akteuren in den verschiedenen Systemen

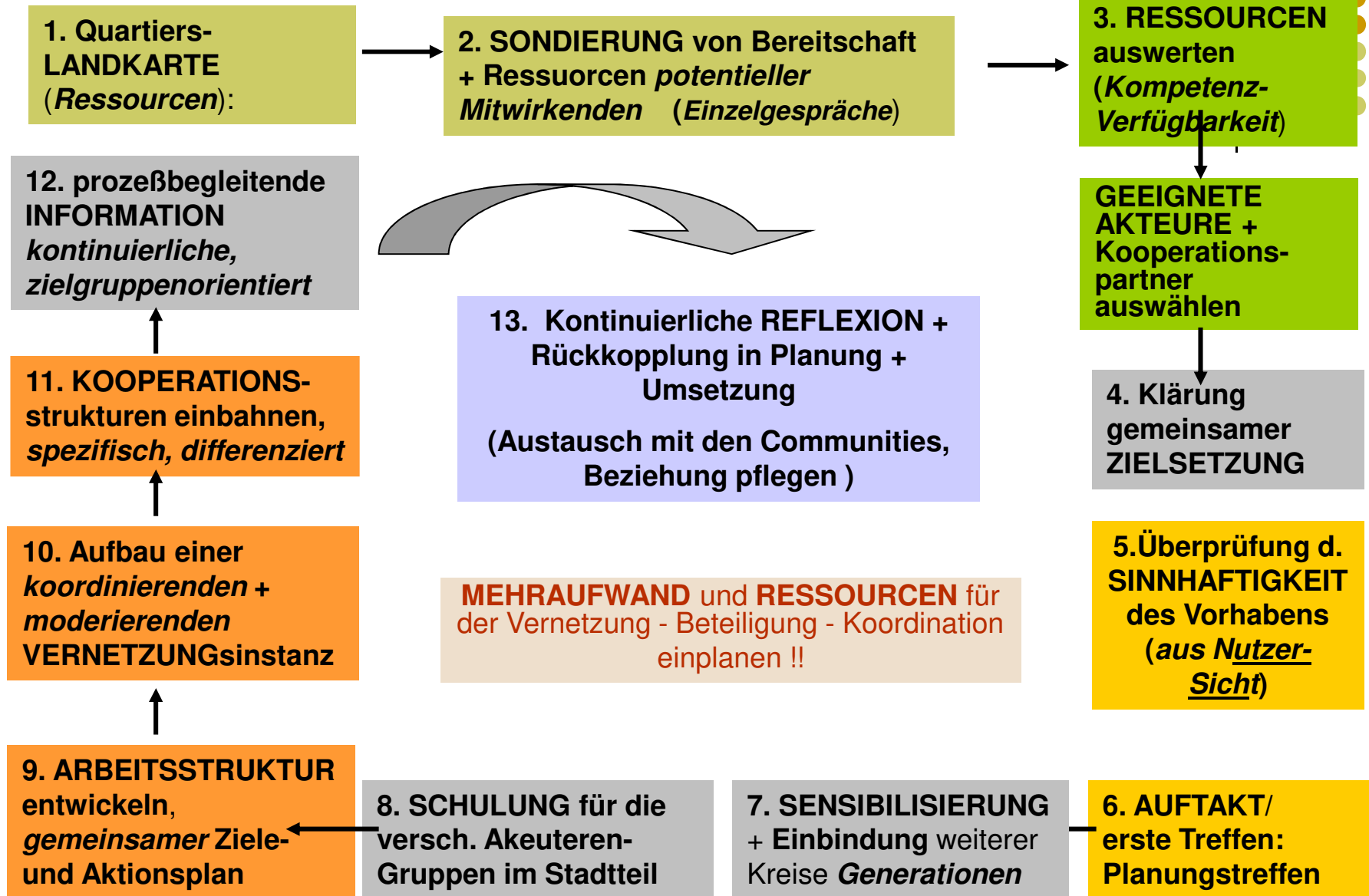


5.3. ANSÄTZE für die QUARTIERSEntwicklung VERNETZUNG und KOOPERATION

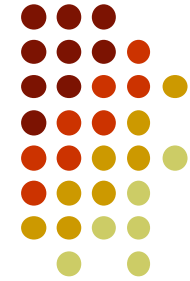


5.3. ANSÄTZE für die QUARTIER-Entwicklung

KOOPERATIONSSCHRITTE



Gesellschaftliche Mitverantwortung und Unterstützung



- Demenziell Erkrankte sind im Alltag Erfahrungen der **Ausgrenzung** und der **Diskriminierung** mit folgender **Isolation** ausgesetzt
- Diese Gefahren werden bei **älteren demenziell erkrankten Migranten** durch die bereits vor der Erkrankung vorhandenen Ausgrenzung **verstärkt**
- *Professionelle* Versorgung allein kann diese Gefahren nicht kompensieren oder reduzieren. Dafür ist eine **gemeinsame gesellschaftliche Verantwortung** gefragt
- Diese beginnt bereits im **Quartiersalltag**
- und soll von **kommunalen und Bundeskonzepten** getragen werden ><< deren **Mitgestaltung** auch **Migrantenvertretern** geöffnet werden soll.



**Für Ihre Aufmerksamkeit
Herzlichen DANK !**

KONTAKT

gabriella zanier

präventive Altenhilfe - Anlaufbüro Seniorengruppen
und ***Forum für eine kultursensible Altenhilfe***

Caritasverband Frankfurt e.V.

Tel: 069 / 2982 - 1406

E-Mail: gabriella.zanier@caritas-frankfurt.de

LITERATURHINWEISE



Links zu Literatur

- Streibel, R. (2010): Verwirrt in der Fremde. Demenzkranke Menschen nicht-deutscher Herkunft. Pflegen: Demenz, 14, S.8-11)
- Kaiser, C. (2009). Ältere Migranten und Demenz. Versorgungssituation, Handlungsbedarf und erste Modellprojekte. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller
- Pavllion Monika: kultursensible Pflege
- Matter, Christa / Piechotta-Henze, Gudrun: Doppelt verlassen?
- Gronemeyer, Reimer / Metzger, Jonas / Rothe, Verena / Schultz, Oliver: Die fremde Seele ist ein dunkler Wald
- Paillon, Monika: Kultursensible Altenpflege
- von Bose, Alexandra / Terpstra, Jeanette C.: Muslimische Patienten pflegen
- Versorgungssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in der Pflege

Links zu Praxisbeispielen und Einrichtungen:

- <http://www.mehrgenerationenhaeuser.de/mehrgenerationenhaus-gross-zimmern>
- <http://www.cjd-wolfsburg.de/angebote/berufliche-perspektiven/berufliche-qualifizierung-und-vermittlung/qualifizierung-alltagsbegleiter-inkl-demenzbetreuung-nach-87b-sgb-xi/>
- <https://www.demenz-und-migration.de/materialien/>
- IdeM : muttersprachige Beratungsstelle für demenziell erkrankten Migranten: www.idem-berlin.de
- Insitut für transkulturelle Betreuung – Hannover : <https://itb-ev.de/>
- <https://www.alzheimer-bw.de/>
- <https://www.demenz-support.de/projekte/demigranz>

Gesellschaftliche Mitverantwortung und Unterstützung



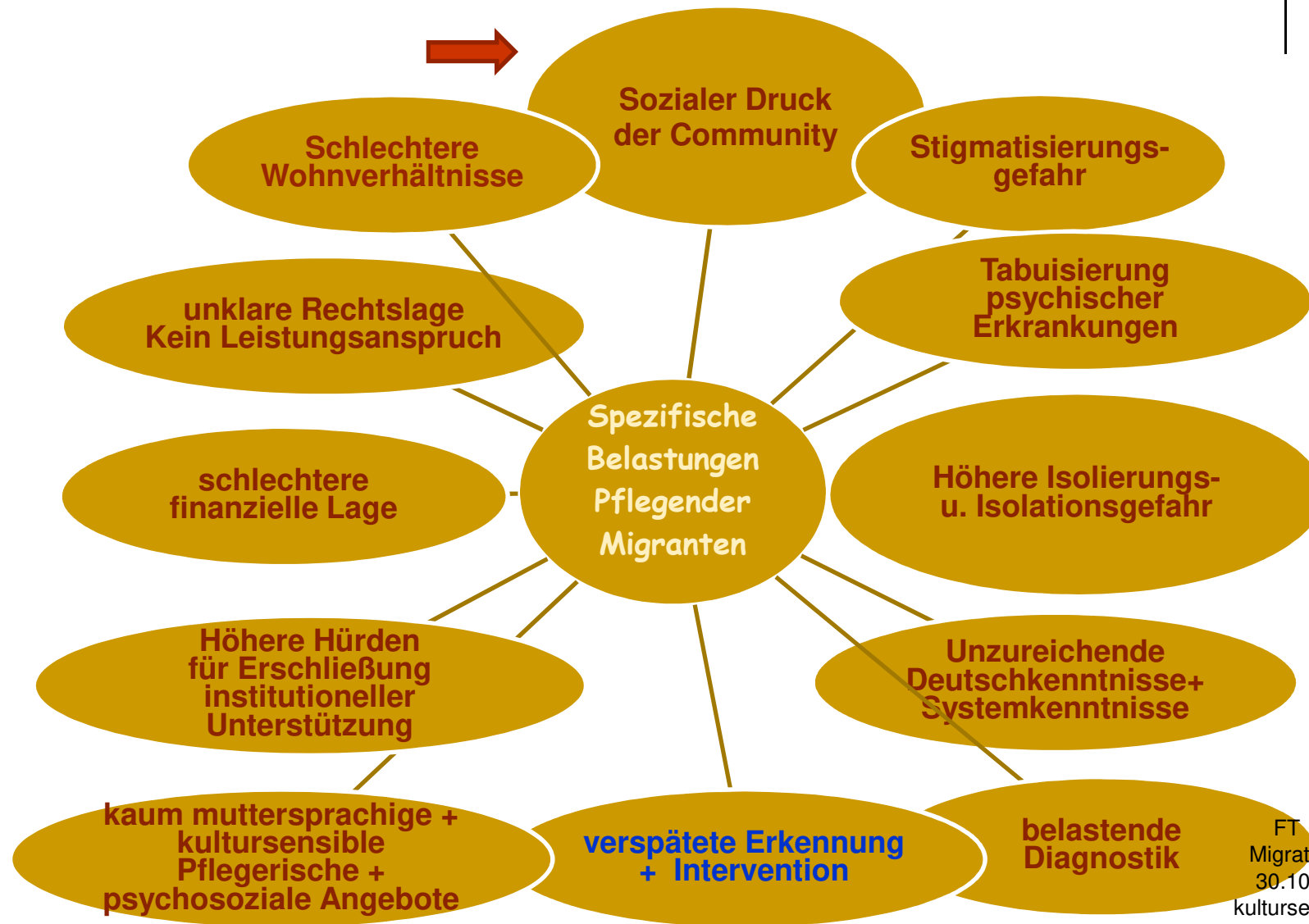
- Die Verantwortung für die Versorgung insb. vulnerabler Gruppe:
 - >>> Verbleib als private Aufgabe der Familie ?
 - >>> oder wird an Professionelle delegiert ?

„ inwiefern und WIE Sorge und Begleitung für Menschen mit fortgeschrittenen Demenz außerhalb der institutionellen und professionellen Zusammenhangs - in geteilter Verantwortung koordiniert und praktiziert werden kann...
bleibt offen bzw. wird auch nicht gestellt ... (DIBELIUS 2013)



**spezifischen Belastungen
PFLEGENDER ANGEHÖRIGE
von Menschen mit Migrationsgeschichte**

3. Spezifische Belastungen Pflegenden Migranten ÜBERSICHT



3. Spezifische BELASTUNGEN Pflegender Migranten



FOLGEN:

- **keine psychosoziale Entlastung > physische und psychische Überbelastung**
- **Höheres Risiko an früherer Erkrankung**
Körperliche Beschwerden und Stressreaktionen
 - Erschöpfung, Schlafstörungen, starken Schmerzen, Depression
 - Kompensation durch Suchtverhalten Medikamenten.
- **Verschlechterung der finanziellen Lage > Altersarmut**
 - Aufgabe des Berufs und unsichere Zukunft