

Demenz und Depressionen – was kommt auf uns zu?

Alt, demenzkrank und Migrationshintergrund – ein sich potenzierendes Problem?

PROF. DR. MERYAM SCHOULER-OCAK, LEITENDE OBERÄRZTIN AN DER PSYCHIATRISCHEN UNIVERSITÄTSKLINIK
DER CHARITÉ IM ST. HEDWIG-KRANKENHAUS, BERLIN



D eutschland beheimatet inzwischen eine wachsende Gruppe von älter werdenden Personen mit Migrationshintergrund, die offenbar eine demenzielle Erkrankung aufgrund vielfältiger Risikofaktoren im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung deutlich früher ausbildet. Fehlende valide Testinstrumente und kultur- und sprachgebundene Verständigungsprobleme sowie unzureichende interkulturelle Kompetenz der im Gesundheitssystem Tätigen erschweren die diagnostische Zuordnung mit Fehldiagnosen und -behandlungen sowie Leid für Betroffene und ihre Angehörige. Nicht nur die Psychiatrie und Psychotherapie ist gefordert, sondern auch die Gesundheits- und Pflegeberufe müssen sich auf diese Entwicklung einstellen.

Laut Statistisches Bundesamt (2018) lag die Zahl der Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland bei 19,3 Millionen und damit hatten 23,6 Prozent der Gesamtbevölkerung einen Migrationshintergrund. Dabei ist eine Person mit Migrationshintergrund wie folgt definiert: „Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde. Im Einzelnen umfasst diese Definition zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländerinnen und Ausländer, zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, (Spät-) Aussiedlerinnen und (Spät-) Aussiedler sowie die als Deutsche geborenen Nachkommen dieser Gruppen.“

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“ (Statistisches Bundesamt, 2018). Dabei waren im Jahr 2017 rund 51 Prozent der Bevölkerung mit Migrationshintergrund Deutsche und etwa 49 Prozent Ausländerinnen beziehungsweise Ausländer.

Von den 19,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund hatten 2017 rund 2,8 Millionen (14 Prozent) türkische, 2,1 Millionen (11 Prozent) polnische, 1,4 Millionen (7 Prozent) russische, 1,2 Millionen (6 Prozent) kasachische und 0,9 Millionen (4 Prozent) rumänische Migrationshintergründe. Neben den aufgezählten Personen mit Migrationshintergrund sind inzwischen auch zahlreiche Geflüchtete in Deutschland angekommen. 2016 wurde die Zahl der Schutzsuchenden mit 1,6 Millionen angegeben (Statistisches Bundesamt, 2017), so dass die Zahl von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland bereits bei knapp

21 Millionen liegen dürfte. Offenbar hat inzwischen nahezu jede vierte Person in der Bundesrepublik einen Migrationshintergrund.

Kulturelle Kontexte

Es handelt sich hier um eine sehr diverse Gruppe von Menschen mit sehr unterschiedlichen kulturellen Kontexten, die aus etablierten und über Generationen hinweg übernommenen Überlieferungen, Wertevorstellungen, Sichtweisen, Ansichten und Haltungen bestehen (Pfeiffer 1994). Denken, Fühlen und Handeln der Mitglieder dieser Kontexte werden durch sie beeinflusst (Pfeiffer, 1994; Heinz und

Kluge, 2011). Dabei werden diese in individueller und / oder kollektiver Weise angenommen und abhängig von den Kontextfaktoren wie Alter, Geschlecht, Sprache, Religion, Familie, Lebensraum, Bildung und den Migrationsprozess modifiziert (Pfeiffer, 1994) und sind somit einem dynamischen Prozess unterworfen. Dadurch können in unterschiedlichen kulturellen Kontexten und innerhalb einer Gruppe (z. B. in unterschiedlichen Generationen, sozialem Status) unterschiedliche Erklärungsmodelle und Behandlungserwartungen bezüglich körperlicher und seelischer Erkrankungen nebeneinander bestehen (Kleinman, 1980, 1988; Littlewood und Lipsedge, 1989; Krause, 1998, 2002). Auch Erklärungsmodelle und Behandlungserwar-

Anteil der Menschen mit Migrationsstatus in Deutschland im Jahr 2016

Migrationsstatus	Anzahl in 1 000	Anteil an der Gesamtbevölkerung in %
Bevölkerung insgesamt	82 425	100,0
ohne Migrationshintergrund	63 848	77,5
mit Migrationshintergrund	18 576	22,5
Deutsche	9 615	11,7
zugewandert	5 144	6,2
in Deutschland geboren	4 471	5,4
Ausländerinnen und Ausländer	8 961	10,9
zugewandert	7 594	9,2
in Deutschland geboren	1 367	1,7

Quelle: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/08/PD17_261_12511.html



Tabelle 1: Mehr als jeder fünfte Bürger in Deutschland wies im Jahr 2016 einen Migrationshintergrund auf.

Demenz bei Menschen mit Migrationshintergrund

- 1,8 Millionen über 65 Jahren (Statistisches Bundesamt 2016)
- 108.000 Menschen mit Migrationshintergrund mit einer Demenz
- Unter den älteren Menschen mit Migrationshintergrund bilden derzeit Spätaussiedler und Migranten aus Mittel- und Osteuropa die mit Abstand größte Gruppe.
- Die Anzahl der über 65jährigen russischsprachigen Migrantinnen und Migranten ist deutlich größer als die der älteren türkischstämmigen Migrantinnen und Migranten.
- 40.000 ausländische Menschen mit einer Demenz

Quelle: Bickel 2016



Abbildung 1: Der Anteil russischstämmiger Migranten über 65 Jahre ist überdurchschnittlich groß.

tungen befinden sich in einem ständigen Wandel je nach persönlichen Erfahrungen und Informationen aus dem sozialen Umfeld und den Medien (Heinz und Kluge, 2011).

Ältere Migranten

Für das Jahr 2015 wurde angegeben, dass von Personen mit Migrationshintergrund etwa zehn Prozent (1,53 Millionen) 65 Jahre alt oder älter waren (Kohls 2015). So wurde berichtet, dass die meisten dieser Menschen demnach aus der Türkei, gefolgt von Polen und der Russischen Föderation stammten, die ihren Lebensmittelpunkt in Deutschland sahen und überwiegend nicht in die alte Heimat zurückkehren wollten. 2016 wurde die Zahl der über 65-jährigen Personen mit Migrationshintergrund bereits mit 1,8 Millionen angegeben (Statistisches Bundesamt, 2016), von denen Spätaussiedler und Migranten aus Mittel- und Osteuropa die mit Abstand größten Gruppen bildeten. Offenbar waren die über 65-jährigen russischsprachigen Migrantinnen und Migranten in einer größeren Zahl als die der älteren türkischstämmigen Migrantinnen und Migranten (Demenz-Servicezentrum NRW für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, 2015). Nach einer Vorausberechnung von Kohls (2015) soll die absolute Zahl der älteren Personen mit Migrationshintergrund bis 2030/32 auf etwa 3,6 Millionen um 109 Prozent steigen. Diese Zahlen zeigen eindrucksvoll, welche Herausforderungen auf die noch nicht gut vorbereiteten Behandler sowie auf das Gesundheits- und Pflegesystem in Deutschland zukommen.

Demenz und Migration

Studien zeigen, dass Personen mit Migrationshintergrund durch erhöhte Belastungs- und Risikofaktoren häufiger und früher an einer demenziellen Erkrankung leiden (Pettit et al., 2001; Tezcan-Güntekin und Razum, 2015). Trotz der steigenden Zahl von Personen mit Migrationshintergrund und ethnischen Minderheiten mit einer demenziellen Erkrankung waren in einer repräsentativen Untersuchung zur Inanspruchnahme in stationär psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken gerade diese unterrepräsentiert (Koch et al., 2008). Denn der Anteil an Patienten in den Gerontopsychiatrischen Abteilungen lag bei nur 9,2 Prozent, während 17 Prozent aller stationären Patienten einen Migrationshintergrund aufwiesen. Diese Unterrepräsentation wird auf vielfältige Gründe zurückgeführt.

Zum einen können die dementiellen Störungen aufgrund fehlender bzw. unzureichender sprach- und kulturgebundener Verständigung nicht erkannt und diagnostiziert werden, zum anderen können fehlende diagnostische Instrumente zu falschen Diagnosen bzw. Fehldiagnosen führen. Insbesondere die Auswertung der kognitiven Testverfahren bildet eine große Herausforderung (Nielsen & Waldemar, 2010). Diese testpsychologischen Instrumente sind oftmals auf die entsprechenden Gruppen von Personen mit Migrationshintergrund und Minderheiten nicht validiert. Oftmals werden nur in eine andere Sprache übersetzte Versionen eingesetzt, die die kulturellen Kontexte wie unterschiedlich Gegenstände, Jahreszeiten, Bedeutung von Zeit etc. nicht berücksichtigen. Auch Analphabetismus und eingeschränkte Gesundheitskompetenz bleiben unberücksichtigt. Nonverbale Instrumente werden inzwischen getestet, die Validierung auf einzelne Gruppen von Personen mit Migrationshintergrund und ethnischen Minderheiten liegt noch nicht vor. Forschung und Wissenschaft haben diese Zielgruppen noch nicht ausreichend auf ihre Agenda gesetzt. So existieren nur wenige Studien, die sich mit der Demenz bei Personen mit Migrationshintergrund und Minderheiten befassen. Einer von diesen war die Islington Studie, die in London durchgeführt wurde. Darin wurde eine Prävalenz von 17,3 Prozent für eine demenzielle Erkrankung bei Migranten festgestellt (African-Caribbean) (relative risk=1.72, CI=1.06-2.81).

Zudem registrierten die Autoren, dass die Demenzen bei Migranten klinisch früher manifest wurden. Als Erklärung für die erhöhte Prävalenzrate für eine Demenz und für die frühzeitige Manifestation diskutierten sie die erhöhten kardio-vaskulären Komorbiditäten bei Migranten (Pettit et

al., 2001). Auch eine dänische Studie stellte eine erhöhte Prävalenz für demenzielle Erkrankungen bei Migranten (13 Prozent) fest. Im Vergleich dazu hatte die dänische Bevölkerung eine Prävalenz von über 7 Prozent. Zugleich wurde in der Gruppe der Migranten eine erhöhte Rate an Diabetes mellitus Typ-2 festgehalten (Rosenbaum et al., 2008). Die Autoren berichteten, dass das eingesetzte Screening-Instrument MMST (Mini-Mental-Status-Test) bei bildungsfernen Personen und Analphabeten sowie bei der ersten Generation von Migranten, die nur eingeschränkt integriert seien, eine limitierende Aussagekraft habe (Rosenbaum et al., 2008).

Die Autoren hoben hervor, dass schlechte gesundheitliche Versorgung in den Herkunftsländern, schwere körperliche Arbeit in den Aufnahmeländern, geringe Integration in soziale Netzwerke mit geringer sozialer Unterstützung sowie geringe Inanspruchnahme des gesundheitlichen Versorgungssystems Faktoren sein könnten, die den Alterungsprozess an sich beschleunigen können. Sie berichteten zudem, dass Evidenz dafür bestehe, dass Faktoren wie Bildung, Arbeit, Ernährung, Bewegung und sozio-ökonomische Situation einen beschleunigten Prozess der Demenzentwicklung initiieren (Rosenbaum et al., 2008).

Yano et al. (2000) untersuchten in einer Studie auf Hawaii die kognitiven Fähigkeiten von älteren japanischen Migranten, die als Kinder bzw. Jugendliche dorthin ausgewandert waren, mit dem Cognitive Abilities Screening Instrument (CASI), das in interkulturellen Studien zur Erfassung von kognitiven Einschränkungen entwickelt worden sei.

Insbesondere wurde der Einfluss der in Japan verbrachten Jahre im Schulalter (6 bis 17 Jahre) in den Fokus gestellt. Getestet wurde in japanischer und englischer Sprache. Es zeigte sich, dass die Interaktion zwischen Sprache und in Ja-

pan in der Kindheit verbrachten Jahren statistisch signifikant war. Unabhängig vom Alter, Bildung oder anderen Faktoren ergab sich, dass Testungen in englischer Sprache schlechtere CASI-Werte ergaben als Testungen in der Muttersprache. Die Autoren schlussfolgern daraus, dass Testungen bei älteren Migranten in der Muttersprache erfolgen sollten (Yano et al., 2000). Bäckman et al. (2005) berichteten, dass kognitive Defizite bereits bis zu 10 Jahre vor der klinischen Diagnose zu beobachten sind, wobei in den letzten drei Jahren davon die Defizite deutlicher hervortreten. Oftmals werden diese im Zusammenhang mit dem Alterungsprozess gesehen.

Zudem existieren auch andere Störungen, die ebenfalls zu diesen Defiziten führen können, so dass oftmals nicht an den Beginn einer Demenz gedacht wird. Epidemiologische Untersuchungen weisen darauf hin, dass vaskuläre Risikofaktoren in der mittleren Lebensspanne und hohes Alter eine entscheidende Rolle in der Entwicklung und im Progress von Demenzen spielen (Fratiglioni und Qiu, 2008). Die Autoren unterstreichen, dass ein umfangreiches soziales Netzwerk, aktives geistiges Engagement, soziale und körperliche Aktivitäten den Ausbruch von Demenzen verschieben können (Fratiglioni und Qiu, 2008).

Andere Studien identifizierten hohes Alter, Depression, APOE ϵ 4 allele, behandelten Bluthochdruck, Hypercholesterinämie (mittelhohe Werte), hohen diastolischen Blutdruck und Diabetes mellitus sowie anticholinerge Medikation als Risikofaktoren für leichte kognitive Störungen (MCI) (Barnes et al., 2006). Bei der Mild Cognitive Impairment (MCI) werden Gedächtnisstörung ohne weitere Ausfälle registriert, wobei in ca. 50 Prozent der Fälle eine Konversion in eine Demenz beobachtet wird und bei den anderen nicht erfolgt (Barnes et al., 2006).

Möglichkeiten des Cultural Formulation Interview bei der Anamnese

- „...Werte, Orientierungen, Wissen und Gebräuche, die Individuen aus ihrer Zugehörigkeit zu unterschiedlichen sozialen Gruppen ableiten (z. B. ethnische Gruppen, Glaubensgemeinschaften..)
- Aspekte des Hintergrundes eines Patienten, Entwicklungserfahrungen und aktuelle soziale Kontexte, die seine Perspektive, wie geographische Herkunft, Migration, Sprache, Religion, sexuelle Orientierung oder Ethnizität beeinflussen können,
- Einfluss der Familie, Freunde und anderer Community-Mitglieder (soziales Netzwerk des Patienten) auf die Krankheitserfahrung des Patienten“

Quelle: DSM-5 2015;S.1029



Abbildung 2: Das CFI kann die kulturspezifische Anamnese unterstützen und hilfreich bei der Demenzdiagnostik sein.

Kulturspezifische Anamnese

Obwohl die Zahl von älteren Personen mit Migrationshintergrund steigt und die Studienlage darauf hinweist, dass die Zahl von dementiellen Erkrankungen bei Ihnen zunehmen wird, bestehen nach wie vor diagnostische Unsicherheiten. Signifikante Daten zur Prävalenz von dementiellen Erkrankungen unter älteren Personen mit Migrationshintergrund liegen nicht vor, so dass sich eine genaue Belastung des Gesundheitssystems schwer abschätzen lässt. Aufgrund der großen Bedeutung des Themas wurde es auch im DSM-5 Handbuch über Cultural Formulation Interview im „CFI Zusatzmodul für Ältere“ aufgenommen (Lewis-Fernandez et al., 2016). Denn der Einsatz des Cultural Formulation Interview (CFI) könnte wertvolle Informationen bei der Demenzdiagnostik liefern.

Das CFI kann insbesondere bei der Erkennung und der Differenzierung von kulturellen, religiösen sowie sozio-ökonomischen Konflikten bzw. Unklarheiten hilfreich sein und mögliche Schwierigkeiten und Unsicherheiten bei der Einordnung von Symptomen im kulturellen Kontext vermindert. Es fokussiert insbesondere auf die Klarstellung der kulturellen Definition des Problems, der kulturellen Wahrnehmung der Ursachen, des Kontextes und der Unterstützung, der kulturellen Einflussfaktoren auf die Selbstbewältigung und auf das frühere Hilfesuchverhalten sowie auf die kulturellen Einflussfaktoren auf das aktuelle Hilfesuchverhalten bei Personen mit Migrationshintergrund. Des Weiteren unterstützt das CFI bei der Erfassung der kulturellen Identität des Patienten mit Migrationshintergrund, der Sprachkenntnisse, Wertorientierungen, Krankheitskonzepte sowie des Selbst- und Körperbildes (Falkai und Wittchen, 2018). Aber auch Erklärungsansätze, Behandlungserwartungen und kultureller Umgang mit der Erkrankung kann damit erfasst und besser verstanden werden (Schouler-Ocak und Aichberger, 2015). Damit sollte das CFI regelmäßig in der kulturspezifischen Anamneseerhebung eingesetzt werden, um die kulturgebundene Verständigung zu ermöglichen.

Interkulturelle Kommunikation

Die Expertise von Meyer (2008) hatte offengelegt, dass der Anteil von Migranten mit schlechten Deutschkenntnissen bei rund 18 Prozent lag, so dass eine interkulturelle Kommunikation mit knapp jeder fünften Person mit Migrationshintergrund nicht ausreichend erscheint. Denn gerade

in der Psychiatrie und Psychotherapie ist die Sprache das Hauptarbeitsinstrument. Ohne Verständigung sind Anamneseerhebung, Diagnostik und Behandlung sowie Beratung nicht möglich. Daher muss in so einer Situation die sprach- und kulturgebundene Verständigung hergestellt werden, gegebenenfalls durch den Einsatz eines professionell qualifizierten Sprach- und Kulturvermittlers. Allerdings scheitert dieser Einsatz oftmals an fehlender Finanzierungsregelung für Dolmetscherkosten im deutschen Gesundheitswesen.

In dem BSG-Urteil vom 19. Juli 2006 - B 6 KA 33/05 B wurde festgehalten, dass Dolmetscherkosten keine GKV-Leistung sind. Somit sind die gesetzlichen Krankenkassen nicht verpflichtet, die Dolmetscherkosten zu übernehmen und tun dies in der Regel auch nicht. In der BSG Entscheidung von 2008 (6. Senat des BSG, 6.2.2008 - 6 KA 40/06) wird zudem mitgeteilt, dass ein Anspruch auf eine muttersprachliche Psychotherapie nicht bestehe. Damit wird dem oben beschriebenen Bevölkerungsteil der Zugang zur (Psychiatrie und) Psychotherapie deutlich erschwert. Diese Urteile vermindern die Gefahr von Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen nicht.

Interkulturelle Kompetenz

Um kultur- und sprachgebundene Verständigungsprobleme und damit Fehldiagnosen und -behandlungen zu vermeiden, wird interkulturelle Kompetenz empfohlen (Qureshi und Collazos, 2011; Schouler-Ocak et al., 2015). Dadurch sollen alle im Gesundheitssystem tätigen Professionellen soweit befähigt und qualifiziert werden, dass sie mit Patienten aus unterschiedlichen kulturellen Kontexten arbeiten können. Die interkulturelle Kompetenz setzt sich zusammen aus interkultureller Sensibilität, Empathie und Kulturwissen, worunter interkulturelles Wissen z. B. Wissen um unterschiedliche kulturelle Werte, Krankheitsmodelle oder Behandlungsansätze, Migrationsstatus, Einfluss psychosozialer Faktoren sowie Psychopathologie verstanden wird. Zur interkulturellen Kompetenz zählen auch Skills, Techniken, die für die Umsetzung erforderlich sind. Diese sind Fertigkeiten in der interkulturellen Kommunikation, die Fähigkeit, mit einem Patienten und seinen Angehörigen aus einem anderen kulturellen Kontext eine therapeutische Beziehung aufzubauen, und die Fähigkeit, mit einem Patienten mit Migrationshintergrund und seinen Angehörigen an dem jeweiligen kulturellen Kontext adaptiert zu arbeiten (Qureshi und Collazos, 2011; Schouler-Ocak et al., 2015).

Hierbei ist ein wesentlicher Aspekt, dass der Behandler seine eigene Perspektive auf die „Realität“ hinterfragt und sich seiner eigenen Identität, Vorurteile und Bias bewußt wird. Denn in dem Bericht „Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Healthcare“ (Smedley et al., 2003) vom US-Amerikanischen Institute of Medicine wurde festgehalten, dass viele Ärzte ihre Patienten je nach „race and ethnicity“ unterschiedlich behandeln, vor allem, wenn eine erschwerte Kommunikation vorlag. Die Autoren schlussfolgerten daraus, dass Behandler zur Verbesserung der interkulturellen Kommunikation mit Patienten mit verschiedenen ethnischen Hintergründen sich in „cultural competence“ qualifizieren lassen sollten (Smedley et al., 2003). Hierbei geht es auch um eine Haltungsänderung. Die interkulturelle Kompetenz beinhaltet auch die Bereitschaft der Behandler, sich in die Lebenswelten ihrer Patienten und ihrer Familien aus anderen kulturellen Kontexten einzulassen (Erim, 2005).

Interkulturelle Pflege

Schätzungen zufolge haben 8,2 Prozent der Pflegebedürftigen einen Migrationshintergrund, wobei dieser Anteil im Vergleich zu dem Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in der Gesamtbevölkerung 2015 (21 Prozent) zunächst gering erscheint (Tezcan-Güntekin und Razum, 2015). Denn bereits die Zahl der 60-jährigen und älteren Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland ist inzwischen stark gestiegen. Diese lag 1992 bei ca. 5 Pro-

zent (321 000 Menschen), 2004 bereits bei ca. 11 Prozent (797.000 Menschen) und 2030 wird sie voraussichtlich auf 24 Prozent steigen. Dann wird in Deutschland jede vierte Person mit Migrationshintergrund über 60 Jahre alt sein (Tezcan-Güntekin und Razum, 2015). Jedoch habe sich der Pflegebereich auf diese wachsende heterogene Zielgruppe noch nicht ausreichend eingestellt.

Zudem werden Personen mit Migrationshintergrund im Durchschnitt zehn Jahre früher pflegebedürftig, was auf dauerhafte und belastende Berufstätigkeit in Verbindung mit einem höheren Risiko der krankheitsbedingten, vorzeitigen Erwerbsminderung zurückgeführt wird. Die Datenlage zur Pflegebedürftigkeit bei Menschen mit Migrationshintergrund ist nach wie vor ungenügend. Gleichzeitig besteht in Deutschland bereits ein Mangel an Pflegekräften, so dass ausländische Kräfte angeworben werden. So stieg die Zahl der ausländischen Pflegekräfte in Deutschland zwischen den Jahren 2012 und 2016 um 62 Prozent – auf rund 117.400 Menschen, so dass damit 6,7 Prozent der rund 1,7 Millionen Pflegekräfte in Deutschland aus dem Ausland kamen. Im September 2016 kamen mehr als 66.500 Pflegekräfte aus Osteuropa (Epoch Times, 2017).

Bislang wird die Pflege von Personen mit Migrationshintergrund nahezu vollständig von der Familie übernommen. Diese nehmen keine externe Hilfe in Anspruch, da sie Gefahr läuft, innerhalb der Community stigmatisiert zu werden. Somit ist die psychische Belastung der pflegenden Angehörigen mit Migrationshintergrund noch höher als bei Menschen ohne Migrationshintergrund. Erschwerend

Entwicklungstrend bei der Zahl Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund

- Schätzungen zufolge haben 8,2 Prozent der Pflegebedürftigen einen Migrationshintergrund
- Dieser Anteil erscheint im Vergleich zu dem der Menschen mit Migrationshintergrund in der Gesamtbevölkerung (21%) zunächst gering
- Doch auch die Migrantenbevölkerung unterliegt der demografischen Alterung
- Die Zahl der 60-jährigen und älteren Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland ist zwischen 1992 und 2004 stark gestiegen:
 - 1992 ca 5 % (321 000 Menschen)
 - 2004 ca 11 % (797 000 Menschen)
 - 2030 voraussichtlich auf 24 %
- Dann wird in Deutschland jeder vierte Mensch über 60 Jahre einen Migrationshintergrund haben

Quelle: Tezcan-Güntekin und Razum 2015



Abbildung 3: Prognosen zur Zahl der Pflegebedürftigkeit bei der Migrantenbevölkerung verdeutlichen die künftigen Herausforderungen.

Pflegesetting und Inanspruchnahme: Unterschiede zwischen Einheimischen und Migranten

- Wenn eine Familie mit Migrationshintergrund pflegerische Hilfen in Anspruch nimmt, läuft sie Gefahr, innerhalb der Community **stigmatisiert** zu werden.
- Die **psychische Belastung** der pflegenden Angehörigen mit Migrationshintergrund ist noch höher als bei Menschen ohne Migrationshintergrund.
- Psychiatrische Erkrankungen sind in einigen Kulturen **tabuisiert**. Dies ist insbesondere im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit bei Demenz von Bedeutung, da sich die betroffenen Familien von ihrem sozialen Umfeld isolieren oder isoliert fühlen.
- Demenzerkrankungen gehen bei Menschen mit Migrationshintergrund mit einem **frühen Verlust der als Fremdsprache erlernten deutschen Sprache** einher, was für die Demenzdiagnostik, aber auch die gesundheitliche und pflegerische Versorgung besondere Herausforderungen zur Folge hat.
- Pflegerische und psychosoziale Angebote in Deutschland sind nur unzureichend auf die **zunehmende Diversität** der Nutzer ausgerichtet.
Ein Viertel der Befragten mit Migrationshintergrund in einer repräsentativen Studie gaben an, **keine pflegerischen Angebote außer Pflegegeld** zu nutzen, weil kulturelle und religiöse Belange nicht ausreichend berücksichtigt würden.

Quelle: Tezcan-Güntekin und Razum 2015



Abbildung 4: In Familien mit Migrationshintergrund erfolgt häufig eine ausschließlich häusliche Pflege, die durch Angehörige geleistet wird.

kommt hinzu, dass psychiatrische Erkrankungen in einigen Kulturen tabuisiert sind. Dies ist insbesondere im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit bei Demenz von Bedeutung, da sich die betroffenen Familien von ihrem sozialen Umfeld isolieren oder isoliert fühlen (Tezcan-Güntekin und Razum, 2015). Daher erfolgt in dieser Bevölkerungsgruppe häufig eine ausschließlich häusliche Pflege, die durch Angehörige geleistet wird.

An dieser Stelle soll noch einmal unterstrichen werden, dass Demenzerkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund mit einem frühen Verlust der als Fremdsprache erlernten deutschen Sprache einhergehen, was für die Demenzdiagnostik, aber auch die gesundheitliche und pflegerische Versorgung besondere Herausforderungen zur Folge hat. Nach wie vor sind auch die pflegerischen und psychosozialen Angebote in Deutschland nur unzureichend auf die zunehmende Diversität der Patienten und Angehörigen mit Migrationshintergrund ausgerichtet. Denn ein Viertel der Befragten mit Migrationshintergrund in einer repräsentativen Studie gaben an, keine pflegerischen Angebote außer Pflegegeld zu nutzen, weil kulturelle und religiöse Belange nicht ausreichend berücksichtigt würden (Tezcan-Güntekin und Razum, 2015).

Tezcan-Güntekin und Breckenkamp (2017; S. 21) betonen, dass sektoren- und professionsübergreifende Ansätze

aufgrund eines verbesserten Schnittstellenmanagements eine bessere Versorgung ermöglichen und die pflegerischen Versorgungssysteme auf eine steigende Zahl von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund vorbereiten würden. Hierzu gehören interprofessionelle, interkulturelle Handlungsansätze von Pflegefachpersonen. Zu fordern ist in diesem Zusammenhang auch, dass interkulturelles Kompetenztraining als ein wichtiges Modul in die Ausbildung der Gesundheits- und Pflegeberufe aufgenommen wird.

Fazit

Ältere Personen mit Migrationshintergrund bilden eine wachsende, sehr heterogene vulnerable Gruppe mit erhöhtem Risiko, eine dementielle Erkrankung zu entwickeln. Umso wichtiger ist es, dass sowohl diagnostische testpsychologische Instrumente auf sie validiert werden und damit aussagekräftige Ergebnisse liefern können, als auch sprach- und kulturgebundene Verständigung durch den Einsatz von professionell qualifizierten Sprach- und Kulturvermittlern verlässlich hergestellt wird und die im Gesundheitssystem tätigen Professionellen in der interkulturellen Kompetenz befähigt und qualifiziert werden, um auch Patienten aus unterschiedlichen Kontexten verstehen und behandeln zu können. Des Weiteren müssen Gesund-

heits- und Pflegeberufe den Fokus auch auf die interkulturelle Pflege richten und sich Patienten und Angehörigen mit Migrationshintergrund mit Pflegebedarf annehmen.

Nach wie vor klafft in Deutschland in dieser Thematik eine große Forschungs- und Versorgungslücke. Diese gilt es anzugehen.

Literatur

1. D.E. Barnes, G.S. Alexopoulos, O.L. Lopez, J.D. Williamson, K. Yaffe Depressive symptoms, vascular disease, and mild cognitive impairment: findings from the Cardiovascular Health Study. Arch. Gen. Psychiatry, 63 (2006), pp. 273-279.
2. L. Bäckman, S. Jones, A.K. Berger, E.J. Laukka, B.J. Small Cognitive impairment in preclinical Alzheimer's disease: a meta-analysis. Neuropsychology, 19 (2005), pp. 520-531.
3. Demenz-Servicezentrum NRW für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte: <https://www.demenz-service-migration.de/tuerkisch.html>.
4. Epoch Times 2017: <http://www.epochtimes.de/politik/deutschland/zahl-auslaendischer-pflegekraefte-in-deutschland-um-62-prozent-gestiegen-a2117285.html>.
5. Erim Y (2005) Psychotherapie mit Migranten ± Aspekte der interkulturellen Psychotherapie. In: Senf W, Broda M: Praxis der Psychotherapie. Stuttgart (Thieme Verlag), S 672-678.
6. Falkai P, Wittchen U. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5® . 2. Korrigierte Auflage. Hogrefe. 2018.
7. Fratiglioni L, Qiu C. Prevention of common neurodegenerative disorders in the elderly. Exp Gerontol. 2009 Jan-Feb;44(1-2):46-50. doi: 10.1016/j.exger.2008.06.006. Epub 2008 Jun 24.
8. Heinz A und Kluge U (2011) Ethnologische Ansätze in der transkulturellen Psychiatrie. In: Machleidt W, Heinz A (Hg) Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit. München (Elsevier), S 27-32.
9. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley, Los Angeles. 1980.
10. Kleinman A. Rethinking Psychiatry – From cultural category to personal experience; New York: Free Press. 1988.
11. Koch E, et al. Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen – Pilotstudie der Arbeitsgruppe 'Psychiatrie und Migration' der Bundesdirektorenkonferenz. Nervenarzt 2008;328-39.
12. Kohls 2015: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Themendossiers/NTFI-2015/ntfi-2015-kohls-praesentation.pdf;jsessionid=A369FAC-4BE217F42EB794543529ACAF2.1_cid294?__blob=publicationFile.
13. Krause I. Culture and Systems in Family Therapie, London: Karnac. 2002.
14. Meyer B (2008) Nutzung der Mehrsprachigkeit von Menschen mit Migrationshintergrund. Berufsfelder mit besonderem Potenzial. Expertise für das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge; Universität Hamburg.
15. Littlewood R, Lipsedge M. Aliens and alienists: ethnic minorities and psychiatry, Unwin & Hyman: London. 1989.
16. Meyer B (2008) Nutzung der Mehrsprachigkeit von Menschen mit Migrationshintergrund. Berufsfelder mit besonderem Potenzial. Expertise für das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge; Universität Hamburg.
17. Nielsen T, Waldemar G. [Dementia in ethnic minorities]. Ugeskr Laeger. 2010;172(20):1527.
18. Pettit T, Livingston G, Manela M, Kitchen G, Katona C, Bowling A. Validation and normative data of health status measures in older people: the Islington study. International journal of geriatric psychiatry, 2001;16(11): p.1061-1070.
19. Pfeiffer WM (1994) Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme, 2. Auflage. Stuttgart (Thieme).
20. Qureshi A, Collazos F (2011) The intercultural and interracial therapeutic relationship: challenges and recommendations. Int Rev Psychiatry 23(1):10-9.
21. Roberto Lewis-Fernández, M.D., M.T.S., Neil Krishan Aggarwal, M.D., M.B.A., M.A., Ladson Hinton, M.D., Devon E. Hinton, M.D., Ph.D., and Laurence J. Kirmayer, M.D., F.R.C.P.C. DSM-5® Handbook on the Cultural Formulation Interview. 2016.
22. Rosenbaum, B., Kristensen M., Schmidt J, [Dementia in elderly Turkish immigrants]. Ugeskrift for laeger. 2008;170(50):4109-4113.
23. Schouler-Ocak M, Graef-Calliess IT, Tarricone, Qureshi A et al (2015) EPA Guidance on Cultural Competence Training. EurPsychiatry 30(3):431-40.
24. Schouler-Ocak M, Aichberger MC. Versorgung von Migranten. Psychother Psychosom Med Psychol. 2015 Dec;65(12):476-85.
25. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR (Hrsg) (2003) Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care. Committee on understanding and eliminating racial and ethnic disparities in health care. Board on Health Sciences Policy, Institute of Medicine. Washington, DC (The National Academies Press).
26. Statistische Bundesamt 2018; https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/08/PD18_282_12511.html.
27. Statistisches Bundesamt 2017: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/11/PD17_387_12521.html.
28. Statistisches Bundesamt 2016: Statistisches Bundesamt, Fachserie 1 Reihe 2.2, 2016 Tezcan-Güntekin H; Razum O. Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund: Spezifische Bedürfnisse erkennen. Dtsch Arztebl 2015; 112(39): A-1564 / B-1304 / C-1274.
29. Tezcan-Güntekin H, Breckenkamp J.: Die Pflege älterer Menschen mit Migrationshintergrund. Jg. 17, heft 2; 15-23. 2017.
30. Yano K, Grove JS, Masaki KH, White LR, Petrovitch H, Chen R, Teng EL, Ross GW, Rodriguez BL, Curb JD. The effects of childhood residence in Japan and testing language on cognitive performance in late life among Japanese American men in Hawaii. J Am Geriatr Soc. 2000 Feb;48(2):199-204.

E-Mail-Kontakt:
Meryam.Schouler-Ocak@charite.de

PROF. DR. MED. MERYAM SCHOULER-OCAK



Frau Prof. Schouler-Ocak hat an der Medizinischen Hochschule in Hannover Humanmedizin studiert und die Facharzt Ausbildung für Psychiatrie und Psychotherapie und Neurologie in Göttingen, Seesen und Hildesheim absolviert. 2012 erwarb sie die Lehrbefugnis an der Charité bei Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz. Seit 2010 ist sie Leitende Oberärztin an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus in Berlin. Zugleich leitet sie dort den Forschungsbereich Interkulturelle Migrations- und Versorgungsforschung, Sozialpsychiatrie. Zum 1. Januar 2018 erhielt sie den Ruf zur Professur für Interkulturelle Psychiatrie an der Charité. 2014 wurde ihr das Bundesverdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

