

**Die Versorgung demenziell erkrankter
Migrantinnen und Migranten in Deutschland**

Claudia Kaiser
 Zentrum Altern und Gesellschaft
 Institut für Gerontologie
 Hochschule Vechta
claudia.kaiser@uni-vechta.de

15. Fachtagung der Deutschen Alterswissenschaftlichen Gesellschaft „Bürgerschaftliches Engagement, Hilfebedarf und Ressourcen des Alter(n)s“, 07.11.2009

Überblick

1. Die alternde Zuwanderungsgesellschaft
2. Konzepte
 1. Integration, Inklusion/Exklusion
 2. Lebenslagen, Lebenslauf und soziale Ungleichheit
3. Demenzerkrankungen und Versorgungsstandards
4. Ältere Migranten und Demenz
 1. Versorgungssituation von Migranten
 2. Modellprojekte für demenzerkrankte Migranten und ihre Angehörigen
5. Diskussion und Ausblick

1. Alternde Zuwanderungsgesellschaft: Mythen und Fakten

Ältere Migranten im Mikrozensus 2007

Art des Migrationshintergrundes	Insgesamt		65 und älter		
	1.000	Durchschnittsalter	1.000	in %	Frauenquote
Personen ohne MHG	66.846	44,9	15.213	22,8	58,1
Personen mit MHG	15.411	34,3	1.387	9,0	51,8
dav. Personen ohne eigene ME	4.877	-	50	0,5	-
dav. Personen mit eigener ME	10.534	43,2	1.337	12,7	51,5
dav. Ausländer	5.592	41,9	483	8,6	43,5
dav. Eingebürgerte	2.187	45,2	329	15,0	55,0
dav. (Spät-)Aussiedler	2.756	44,5	525	19,0	57,0

Quelle: Eigene Berechnungen nach Statistisches Bundesamt 2009: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2007.

=> Größte Gruppe der älteren Migranten sind mit 525.000 (Spät-)Aussiedler!

65-Jährige und ältere Ausländer (AZR 2000, 2007)

Land	2000	2007
Türkei	50.693	143.529
Italien	36.554	
Griechenland	26.042	
Kroatien	19.263	
Ukraine	16.741	
Serbien/Monten. (Ex-Jug.)	14.803	
Russische Föderation	14.469	
Spanien	10.718	
Bosnien und Herzegowina	9.068	
Polen	8.624	
Portugal	5.540	
Marokko	2.493	
Rumänien	1.672	
Vietnam		

Quelle: DZA (Hrsg.), GeroStat - Basis Ausländerzentralregister 2007, ethn. Österreich, Niederlande, Frankreich & UK.

Zunahme der 65-jährigen und älteren Ausländer von 1991 bis 2007

Quelle: DZA (Hrsg.), GeroStat - Basis Ausländerzentralregister 1991-2007.

65-jährige und ältere Ausländer nach Bundesländern 2007

Region	65 J. und älter	Anteil an Ausländern
Deutschland	608.064	8,4
Früheres Bundesgebiet	590.335	8,5
Nordrhein-Westfalen	169.556	8,9
Baden-Württemberg	118.354	9,3
Bayern	101.414	8,6
Hessen	55.469	8,1
Niedersachsen	47.197	8,9
Berlin	32.805	6,9
Rheinland-Pfalz	22.106	7,1
Neue Bundesländer	17.729	5,6
Hamburg	16.872	6,7
Schleswig-Holstein	12.491	8,3
Saarland	7.650	8,9
Sachsen	7.621	6,5
Bremen	6.421	7,6
Brandenburg	5.591	5,5
Sachsen-Anhalt	2.193	4,8
Thüringen	2.185	4,6
Mecklenburg-Vorpommern	2.139	5,4

Quelle: DZA (Hrsg.), GeroStat - Basis Bevölkerungsforschung.

Hochschule Vechta

Ältere Ausländer und Ausländeranteil in Kommunen NRW 2008

	Zahl der 60jährigen und älteren Ausländer	Ausländeranteil	
		insgesamt	unter den 60-69jährigen
Köln	26.682	16,5	15,8
Düsseldorf	14.389	18,1	13,6
Dortmund	14.234	15,9	12,5
Duisburg	13.441	16,6	15,3
Aachen	6.193	16,9	13,6
Gelsenkirchen	5.312	13,9	12,4

Quelle: Eigene Berechnungen nach GENESIS – Statistisches Landesamt NRW, Basis Bevölkerungsfortschreibung.

Hochschule Vechta

Rückkehren oder Bleiben?

Rentenstatistik:

- 2007 wurden 2,1 Millionen DRV-Renten an Ausländer gezahlt. Davon flossen 61% ins Ausland und 39% ins Inland.

Bevölkerungsstatistik:

- 2007 zogen gut 28.000 Ausländer (60+) ins Ausland.
- Zur selben Zeit lebten 852.647 Ausländer (60+) in Deutschland.
- Die jährliche Fortzugsrate lag damit bei 3,3%.

=> Verbleib, Rückkehr und Pendelmigration als transnationale Strategien!

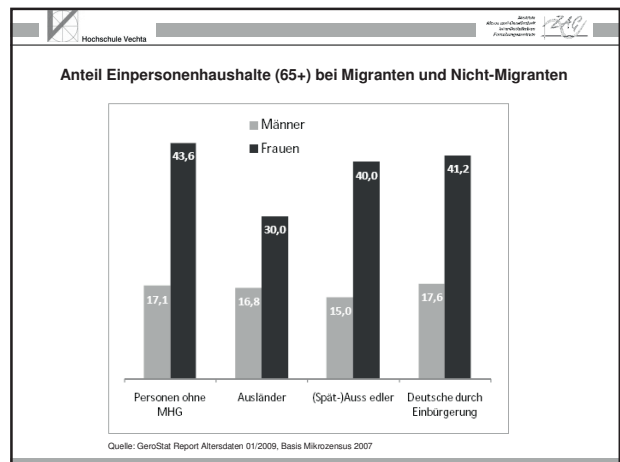
Quellen: DRV-Rentenstatistik; Ausländerzentralregister; Gerostat 01/2009.

Hochschule Vechta

Familienstrukturen und Sorgearbeit

- 15% der 70-85jährigen „Migranten“ und 7% der „Nicht-Migranten“ leben mit einem erwachsenen Kind zusammen (Koresidenz)
- Die Wohnentfernung zum nächsten erwachsenen Kind unterscheidet sich kaum zwischen Migranten und Nicht-Migranten.
- Modernisierungstheoretische und sozioökonomische Gründe sprechen für einen Rückgang der Sorgearbeit in Migrantenfamilien.

Quelle: Baykara-Krumme 2007, Basis Alterssurvey 2002.



Hochschule Vechta

2. Konzepte

Integration und Inklusion/Exklusion

Vier Dimensionen der Integration (Esser 2000, Heckmann 2001)

- Strukturelle, kulturelle, soziale, und identifikatorische Integration

Vier Dimensionen von Inklusion = Teilhabechancen (vgl. Kronauer 2002)

- Politisch-institutionelle Teilhabe (statusgleicher Zugang zu Rechten und Institutionen)
- Materielle Teilhabe (an gesellschaftlich anerkannten Lebenschancen und -standards)
- Kulturelle Teilhabe (Verwirklichung gesellschaftlich anerkannter Lebenskonzepte)
- Soziale Teilhabe (Möglichkeit zur Einbindung in soziale Netzwerke)

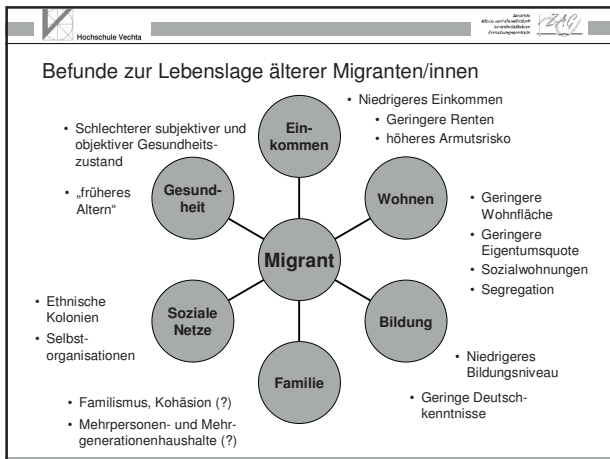
Exklusion = Ausschluss, Marginalisierung

- Multidimensionales und relationales Konzept sozialer Ungleichheit
- Kontinuum von Benachteiligungen auf unterschiedlichen Dimensionen (ökonomisch, institutionell, kulturell, sozial, räumlich) und deren Kumulation

Hochschule Vechta

Lebenslage und Lebenslauf

- Die Möglichkeiten der Partizipation im Alter werden durch strukturelle Rahmenbedingungen und durch die individuelle *Lebenslage* bestimmt (Schulz-Nieswandt 2006).
- Lebenslagen sind *Handlungsspielräume*, die auf unterschiedlichen *Ressourcen* basieren:
 - soziale Position, Einkommen, Gesundheitszustand, Wohnverhältnissen, Familienstrukturen, Geschlecht, der Ethnizität etc.
- Die Lebenslage im Alter ist das Resultat der *Zugangschancen* zu Ressourcen *über den Lebenslauf*.
 - Akkumulation von ökonomischem, sozialem und/oder kulturellem Kapital
 - Akkumulation von Benachteiligungen



- Hochschule Vechta
- ### 3. Demenzerkrankungen und Versorgungsstandards
- Demenzerkrankte**
 - 1,1 Millionen Demenzerkrankte, 280.000 Neuerkrankungen jährlich (2007)
 - Prognose für 2050: 2,6 Millionen => Herausforderung für Versorgungssystem
 - Defizite der Versorgung**
 - Zu späte Diagnostik und Fehlbehandlung
 - Unzureichende Versorgungsdichte von ambulanter und stationärer Versorgung
 - Unzureichende Qualifikation der mit der Betreuung befassten Berufsgruppen
 - Unterfinanzierung
 - Verbesserungen**
 - Grundlagenforschung über Helmholtz-Zentrum für Demenzzforschung
 - Qualifizierung, Fortbildung und Aufklärung für Professionelle und Angehörige
 - Neue Konzepte der Betreuung und Versorgung, z.B. Biographieorientierung, ambulant betreute Wohngemeinschaften

- Hochschule Vechta
- ### 4. Ältere Migranten und Demenz
- Bundesweit ca. 120.000 demenziell erkrankte Migranten (KDA/Jonas 2007).
 - Aufgrund des im Durchschnitt schlechteren Gesundheitszustandes der älteren Migranten (Umkehrung des *healthy-migrant-effects*) wird davon ausgegangen, dass sie bereits in jüngeren Jahren an einer Demenz erkranken könnten.
 - Geringere Teilhabe von Migranten an den Standards der Versorgung:
 - Institutionelle Barrieren**
 - Mangelnde transkulturelle Kompetenz der Fachkräfte und Trennung von Migrations-, Altenhilfe und Gesundheitsdienst
 - Individuelle Barrieren**
 - Kaum Vorsorge für das Altern in Deutschland (Rückkehrorientierung und Erwartung ausreichender familiärer Versorgung - „Illusion“)
 - Sprach- und Kommunikationsprobleme
 - Mangelnde Informationen über Rechte und Angebote, Schwellenängste, Fremdheit
 - Geringes wirtschaftliches Potential, d.h. keine Marktlösungen, kaum Eigenbeteiligung

- Hochschule Vechta
- ### Spezifische Problemlagen
- Kulturspezifisches Krankheitsverständnis und Demenz**
 - Vergesslichkeit = normale Alterserscheinung
 - Demenz = ansteckende Krankheit?
 - Scham und Tabuisierung, Überforderung der Angehörigen
 - Problemereich Diagnostik**
 - Kulturelle und sprachliche Barrieren werden i.d.R. nicht berücksichtigt.
 - Bei Demenz lassen gute Deutschkenntnisse häufig schnell nach, so dass Demenzerkrankte nur noch in Muttersprache kommunizieren können.
 - Folgen für die Versorgung**
 - Zu späte Diagnose, Fehl- und Unterversorgung
 - Ungleiche Teilhabechancen
 - „Doppelte Fremdheit“, Gefahr von Isolation und Verwahrlosung

- Hochschule Vechta
- ### Modellprojekte für Migranten und Demenz (I)
- Migrantenambulanz der Rheinischen Kliniken Langenfeld**
 - Ambulante Behandlung von Depressionen und Demenz
 - Beratung und Aufklärung externer Institutionen
 - Entwicklung eines Demenz-Screeninginstrumentes für türkische Migranten (TRAKULA)
 - Demenzservice-Zentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, Gelsenkirchen**
 - Anlauf-, Clearing-, Informations- und Vermittlungsstelle
 - Übersetzungsarbeit von Informationsmaterialien, insbesondere Erstellung von Materialien für die biographieorientierte Arbeit, v.a. türkisch, russisch, polnisch
 - IdeM-Projekt beim Sozialverband VdK in Berlin**
 - Beratungs- und Aufklärungsarbeit
 - Politikberatung und Öffentlichkeitsarbeit
 - Zusammenarbeit mit türkischen Institutionen und Medien

- Hochschule Vechta
- ### Modellprojekte für Migranten und Demenz (II)
- Institut für transkulturelle Betreuung (Betreuungsverein) e.V., Hannover**
 - Übernahme von rechtlichen Betreuungen für Migranten, u.a. in Folge von Demenz
 - Interkulturell geschultes Fachpersonal mit eigenem Migrationshintergrund
 - 13 verschiedene Kultur- und Sprachkreise vertreten
 - „Nascha Kwarthira“ – ambulant betreute Wohngemeinschaft für demenzerkrankte russischsprachige Migranten, Köln**
 - In Köln leben 11.600 über 65jährige (Spät-)Aussiedler.
 - Zunehmender Bedarf der Migrantengruppe nach adäquaten Versorgungsangeboten bei großer Skepsis gegenüber stationären Angeboten (vgl. Phoenix e.V.)
 - Initiative der Diakonie Köln und Region GmbH gemeinsam mit Agentur für Wohnkonzepte und kommunaler Wohnungsbaugesellschaft GAG AG => Gründung einer Demenz-WG für russischsprachige Migranten
 - Ausrichtung auf kulturelle, religiöse und sprachliche Herkunft der Migranten
 - Entlastung und aktive Einbeziehung der Angehörigen

Diskussion

- **Integrative oder segregative Versorgung?**
 - Moderne wissenschaftliche Standards der Versorgung, Betreuung und Pflege von Demenzerkrankten orientieren sich an lebenslauf- und biographiespezifischen Modellen
 - Dabei spielen vor allem Rückbezüge zur individuellen Phase der Kindheit und der Jugend eine herausragende Rolle.
 - Heutige ältere Migranten sind in aller Regel erst im Erwerbsleben – oder im Falle von (Spät-)ausiedlern – auch erst im höheren Erwachsenenalter nach Deutschland gekommen.
 - Im Falle einer Demenzerkrankung verlieren sie häufig später erworbene Deutschkenntnisse und orientieren sich an ihren kulturellen Wurzeln.
 - Im Falle von demenzerkrankten Migranten spricht daher vieles für eine segregative (=Zielgruppenspezifische) Versorgung, die den sprachlichen und kulturellen Besonderheiten der Migranten Rechnung trägt.

Handlungsbedarf und Ausblick

- Die Erfahrungen der einzelnen Modellprojekte sollten in breiterer Öffentlichkeit diskutiert und die Projekte besser vernetzt werden.
- Interkulturelle Öffnung der Regelversorgung und bedarfsgerechte Angebote schaffen.
- Es ist eine größere Sensibilität für die Lage aller Migrantengruppen notwendig, insbesondere für (Spät-) Aussiedler und andere Herkunftskontexte außer „Gastarbeitern“
- Verbesserung der Datenlage:
 - Derzeit kein Migrationsindikator in Pflegestatistik
 - Länderübergreifende Arbeitsgruppe „Indikatorenentwicklung und Integrationsmonitoring“ der Integrationsminister der Bundesländer (26.06.09): kein einziger Indikator zur Lebenslage und –situation von älteren Migranten
- Nur mit migrations- und altersspezifischer Information können Teilhabechancen und Benachteiligungen demenzerkrankter Migranten und ihrer Angehörigen aufgedeckt und an den Lebenslagen orientierte bedarfsgerechte und zielgruppenspezifische Lösungen entwickelt werden.

Literaturauswahl

- **Baykara-Krumme, Helen** (2007). Gar nicht so anders: Eine vergleichende Analyse der Generationenbeziehungen bei Migranten und Einheimischen in der zweiten Lebenshälfte. Berlin: WZB (*Discussion Paper* SP IV 2007-604).
- **David, Matthias** (2003). Die Realität der Versorgung von Migranten in der Bundesrepublik Deutschland - notwendige Konsequenzen für die Gesundheitspolitik. In: Borde, Theda und David, Matthias (Hrsg.), Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt/M., S. 275-286.
- **Huisman, Adrienne; Uwe Raven und Andreas Geiger** (Hrsg.) (2000). Demenzerkrankungen bei Migranten in der EU. Verbreitung, Versorgungssituation und Empfehlungen. Lage.
- **Kaiser, Claudia** (2009). Ältere Migranten und Demenz. Versorgungssituation, Handlungsbedarf und erste Modellprojekte. Saarbrücken.
- **Ramazan, Salman und Ulrich Wöhler** (Hrsg.) (2001). Rechtliche Betreuung von Migranten. Stand, Konzeption und Grundlegung transkultureller Betreuungsarbeit. Hannover.
- **Teschauer, Winfried und Fatma Sürer** (Hrsg.) (2008). Demenz - Diagnostik und Versorgung bei türkischen Migranten in Deutschland. Ingolstadt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Claudia Kaiser
claudia.kaiser@uni-wecht.de