

Lebenssituation und pflegerische Versorgung älterer Migrantinnen und Migranten

Y. Yilmaz-Aslan, S. Glodny, O. Razum

Arbeitsfeld „Migration und Gesundheit“

Forschung

Untersuchung von Determinanten der Gesundheit bei Menschen mit Migrationshintergrund

Untersuchung des Zugangs zu Gesundheitsdiensten bei Menschen mit Migrationshintergrund

Handlungsempfehlungen für eine Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation

Arbeitsfeld „Migration und Gesundheit“

Theoriebildung / Erklärungsmodelle

Methodenentwicklung

Praxisorientierte Forschungsarbeiten

Fakten

- Bevölkerung mit Migrationshintergrund: 16 Millionen
- Menschen mit türkischem Migrationshintergrund: 2,9 Millionen
- Eine deutlich jüngere Altersstruktur als die einheimische Bevölkerung

(Statisches Bundesamt 2010, Razum et al. 2008)

Alter

- Biologisch-physiologisches Alter
 - Psychologisches Alter
 - Soziales Alter
-
- Altern wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst: biologische, soziale, ökonomische, ökologische und psychische Faktoren
 - Von großer Bedeutung für eine positive Lebensgestaltung im Alter ist die Aktivierung von Ressourcen

Lebenslagen älterer Menschen mit Migrationshintergrund

■ Materielle Situation

- steigendes Armutsrisiko der 60-jährigen und älteren Migranten
- niedrige Rente (Gründe: geringe Einkommen, kürzere Beitragszeiten)
- Ein überdurchschnittlich hohes Arbeitslosigkeitsrisiko
- Höhere Frühberentungsquoten

➡ Hohes Armutsrisiko und dadurch wahrscheinlich ein erhöhtes Gesundheitsrisiko

Lebenslagen älterer Menschen mit Migrationshintergrund

- Lebenszufriedenheit
 - niedrige Lebenszufriedenheit
 - oft einsam und sozial schlecht integriert
 - Rückkehrorientierung versus Verbleibsorientierung
 - Pendeln zwischen zwei Ländern



(Fabian/Straka 1993, Razum et al. 2008)

Lebenslagen älterer Menschen mit Migrationshintergrund

- Familiäre Situation
 - gesundheitliche und soziale Ressourcen (z.B. starker Rückhalt innerhalb der Familie oder Unterstützungserfahrung aus sozialen Netzwerken)
 - hohe Hilfefpotenziale zwischen den Generationen
 - transnationale Netzwerke
- Wohnsituation
- Frühere Arbeitsbedingungen

Lebenslagen älterer Menschen mit Migrationshintergrund

- Frühere Arbeitsbedingungen
 - starke gesundheitsgefährdende Belastungen
 - körperliche Arbeit
 - fehlende Regenerationsmöglichkeiten
 - schlechtere Wohnbedingungen
 - fehlende ökonomische und soziale Ressourcen



Lebenslagen älterer Menschen mit Migrationshintergrund

Gesundheitszustand

- Objektive Gesundheit: kaum repräsentative Daten
 - vermutlich höhere Prävalenz chronischer Erkrankungen
 - Auftreten chronischer Krankheiten im jüngeren Alter (z.B. Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes)
 - Höhere Raten von Berufskrankheiten
 - Auftreten anderer Krankheitsmuster als bei der einheimische Bevölkerung

 erhöhtes Krankheitsrisiko im Alter

Lebenslagen älterer Menschen mit Migrationshintergrund

Gesundheitszustand

- Subjektive Gesundheit: einzelne Studien
 - schlechterer subjektiv wahrgenommener Gesundheitszustand
 - ein anderes Verständnis von Krankheiten

Charakteristika der Menschen mit Migrationshintergrund

- **sehr heterogen**
 - Multi-ethnisch
 - Multi-kulturell
 - Multi-religiös
 - unterschiedliche Bildungsniveaus

Inanspruchnahme gesundheitsrelevanter Angebote

- Geringere Inanspruchnahme von präventiven, kurativen und rehabilitativen Versorgungsmaßnahmen
- Geringere Partizipation in Selbsthilfegruppen und an Informationsveranstaltungen

Herausforderungen

- Plakate werden nicht beachtet
- Schriftliche Einladungen reichen als Teilnahmemotivation nicht aus
- Muttersprachliche Informationsbroschüren allein sind nicht ausreichend

Zugangs- und Versorgungsbarrieren

1. Kommunikationsprobleme
2. Unterschiedliche kulturelle und religiöse Konzepte
3. Migrationsspezifische Hintergründe

1. Kommunikationsprobleme

Kommunikationsprobleme	Migranten	Gesundheitsprofessionelle
Sprachliche Probleme	X	X
Informationsdefizite	X	X
Mangelnde interkulturelle Kompetenz		X

2. Unterschiedliche kulturelle und religiöse Hintergründe

- Geschlechterrollen
- Gesundheitsverständnis
- Gesundheitsverhalten
- Inanspruchnahmeverhalten

3. Migrationsspezifische Hintergründe

- Gesundheitssystem im Herkunftsland
- Pendelmigration (transnationale Lebensweise)
- Angst (z. B. vor aufenthaltsrechtlichen Folgen)

Wie wirken diese Barrieren auf den Zugang zur Versorgung?


- Inanspruchnahme: Informationsdefizite, Ängste bezüglich sozial rechtlichem Status

Versorgung:

- Interaktion zwischen Gesundheitsdienstleistern und Patienten durch Missverständnisse bzw. Konflikte geprägt
- Behandlungserfolg: Fehldiagnosen, Überdiagnosen, Verzögern von Diagnostik (z.B. geringer Rehabilitationserfolg bei türkischen Migranten)

Zwischenfazit

- Schlechtere Gesundheitssituation
- Andere Inanspruchnahme
- Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung

 **Diese Aspekte zeigen die Notwendigkeit, spezielle Strategien zu entwickeln.**

Beispiel: Ein innovativer Interventionsansatz (im Bereich der pflegerischen Versorgung)

Studie *saba*: evde *sağlık* ve *bakım* (Gesundheit und Pflege zu Hause)

- **Titel:** Verbesserung der häuslichen Pflege von türkischen Migranten in Deutschland
- **Förderung:** BMBF im Rahmen des Pflegeforschungsverbunds NRW, 5/2007 bis 12/2010
- **Zielgruppe:** Türkische Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen
- **Intervention:** Narrativer, selbsthilfe-orientierter Interventionsansatz nach Greenhalgh et al. (2005); Einsatz von Gesundheitsmediatoren
- **Ziel:** Kompetenzförderung, Abbau kultureller und sprachlicher Barrieren, Empowerment durch Erfahrungs- und Wissensaustausch

Hintergrund

- Aufgrund der demografischen Situation und gesundheitlichen Belastungen im Arbeitsleben wird der Pflegebedarf bei Migranten steigen
- Zahl der türkischstämmigen Pflegebedürftigen wird zunehmen
- Chronische Krankheiten treten im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung im jüngeren Alter auf
- 90% der türkischen Pflegebedürftigen werden ohne Unterstützung des professionellen Pflegesystems zu Hause durch Angehörige gepflegt
- Die Nutzung von Angeboten der Altenhilfe ist durch Inanspruchnahmebarrieren erschwert
- Veränderungen von Familienstrukturen

Häusliche Pflegesituation bei Migranten

- Verständigungsschwierigkeiten bei der Pflegebegutachtungen auf Grund von kulturspezifischen Unterschieden und Problemen mit der deutschen Sprache
- Informationsdefizite über pflegerische Leistungen (z. B. Pflegehilfsmittel)
- Anderes Pflegeverständnis (fehlende Akzeptanz von professioneller Hilfe, Misstrauen gegenüber Fremden)
- Körperliche und psychische Belastung bei pflegenden Angehörigen durch Isolation, hohe Verpflichtung, Zukunftssorgen und Hilflosigkeit

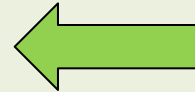


Große Bedeutung der Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen

Projekttablauf

Phase I: Kontaktierung der Personen

Phase II: Entwicklung der Intervention



Phase III: Feldphase

Baseline-Erhebung

Intervention

(t1)- Erhebung

(t2)- Erhebung



Phase I: Kontaktierung der Personen

- Indirekte Kontaktierung
 - Registerbasierte postalische Kontaktierung (620 Personen)
 - Einladung zu Informationsveranstaltungen
 - Kaum Rücklauf
 - Teilnahme: 5 Pflegebedürftige und deren Angehörige
- Direkte Kontaktierung
 - Hausbesuche (22 Personen)
 - Informationsveranstaltungen
 - Teilnahme: 18 Pflegebedürftige und deren Angehörige



Insgesamt wurden 33 Pflegebedürftige und deren Angehörige rekrutiert, von denen 29 an der Studie teilgenommen haben.

Phase II: Entwicklung der Intervention

Ziele der Intervention:

- Ressourcenorientierung
- Empowerment der Pflegenden
- Förderung der Selbstmanagementkompetenz
- Information (Beratung, Schulung)
- Selbsthilfe-orientiert
- Mehr Autonomie und Kompetenz

Phase II: Entwicklung der Intervention

1. Festlegen der relevanten Themen
2. Entwickeln, Übersetzen und Testen von Geschichten
3. Erstellung der Informationspakete
4. Weiterqualifizierungsschulung der Gesundheitsmediatoren

Phase II: Entwicklung der Intervention

1. Festlegen der relevanten Themen

- Pflegeversicherung
- Institutionelle Unterstützung
- Pflege durch Angehörige
- Mobilität und Wohnen
- Ernährung
- Hygiene
- Erkrankungen im Alter
- Diabetes
- Demenz
- Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht

Phase II: Entwicklung der Intervention

2. Entwickeln, Übersetzen und Testen von Geschichten

- 11 Starter-Geschichten
- Übersetzung ins Türkische
- Überprüfen der Geschichten anhand bestimmter Kriterien

Bunama / Demenz

Bunama

Ahmet Bey 70 yaşında ve eşi ile birlikte Düsseldorf'ta yaşıyor. Ahmet Bey'in dört çocuğu var, hepsi evli ve ayrı şehirlerde oturuyor. Ahmet Bey son zamanlarda herseyi unutmaya başlıyor. Bir gün alışveriş yapmak için evden çıkıyor ve uzun süre eve gelmiyor. Eşi onu merak ediyor ve çocuklarına haber veriyor. Çocukları polis ile birlikte uzun bir aramadan sonra Ahmet Bey'i tren istasyonunda buluyorlar. Ahmet Bey'in ailesi olanlara anlam veremiyor ve ne yapacaklarını bilmiyor. Sizce Ahmet Bey'in neyi var?

Demenz

Herr Serin ist 70 Jahre alt und lebt mit seiner Frau in Düsseldorf. Er hat vier Kinder, die alle verheiratet sind und in unterschiedlichen Städten wohnen. In letzter Zeit fängt Herr Serin an, vieles zu vergessen. Einmal ging er zum Supermarkt und kam lange Zeit nicht nach Hause zurück. Seine Frau machte sich Sorgen und verständigte ihre Kinder. Diese fanden ihn zusammen mit der Polizei nach langer Suche am Bahnhof. Die Angehörigen von Herrn Serin verstehen nicht, was passiert ist und sind ratlos. Was meinen Sie hat Herr Serin?

Mögliche Themenaspekte

- Erkrankung
- Ausprägung / Krankheitsbild
- psychische Auseinandersetzung (zwischen der pflegebedürftigen und der pflegenden Person)

Phase II: Entwicklung der Intervention

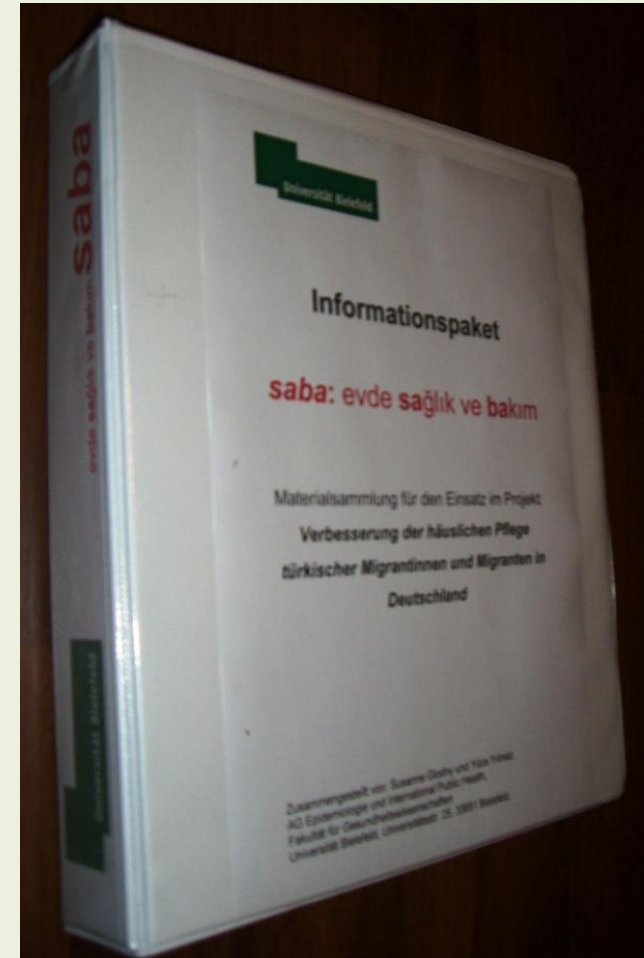
2. Entwickeln, Übersetzen und Testen von Geschichten



Phase II: Entwicklung der Intervention

2. Erstellung des Informationspakets

- Zusammenstellung der relevanten Informationen
- Beschreibung der Angehörigentreffen
- Geschichten



Phase II: Entwicklung der Intervention

4. Weiterqualifizierungsschulung der Gesundheitsmediatoren

2-tägige Schulung

5 Gesundheitsmediatoren

Inhalt

Theorie: Narrativer Ansatz

Rollenspiele zur Durchführung der
Angehörigentreffen

Pädagogische Kompetenzen

Intervention

- **Gespräche in türkischer Sprache**
- **wöchentlich, 10-mal**
- **Ablauf des Gespräches**

Einstiegphase: Geschichte lesen/erzählen

Erzählphase: pflegende Angehörige tauschen ihre Erfahrungen, Erlebnisse und Informationen aus

Abschlussphase: Zusammenfassung des Treffens

Phase III: Feldphase

- Baseline-Erhebung:
Vor der Intervention
29 Pflegebedürftige und pflegende Angehörige
- (t1)- Erhebung:
Direkt nach der Intervention
25 Pflegebedürftige und pflegende Angehörige
- (t2)- Erhebung
Etwa ein Jahr nach der Intervention
24 Pflegebedürftige und pflegende Angehörige

Instrumente für die quantitative Auswertung der Intervention: MDK-Gutachten, EuroQol 5, Perceived Stress-Skala, Empowerment-Fragebogen und Häusliche Pflege Skala)

Durchführung der Intervention

evde sađlık ve bakım **saba**

- Vier Angehörigengruppen (Bielefeld, Hamm und Herne)
- Im Zeitraum von Februar bis Mai 2009
- Aufnahme der Gespräche (qualitative Auswertung der Intervention)



Qualitative Analyse der Intervention

- Transkription der aufgenommenen Material ist im Bearbeitungsprozess
- Geplante Auswertungsmethode: Zusammenfassende Inhaltsanalyse (Mayring 2008)
- Erste Erfahrungen:

Angehörigentreffen als psychologische Unterstützung:

„Ich denke, dass es zwei Möglichkeiten gibt, um psychologische Unterstützung zu finden. Erstens kann man zu einem Psychologen gehen, um Hilfe zu bekommen. Zweitens kann man sich in der Gruppe treffen oder in der Familie oder von Freunden Unterstützung bekommen.“

Angehörigentreffen als Hilfe und Erholungsmöglichkeit

„Ich pflege meinen Vater. Obwohl diese Gruppentreffen hier nur für kurze Zeit sind, helfen sie mir, mich für ein paar Stunden zu erholen.“

Angehörigentreffen als Möglichkeit für Austausch der Pflegendenangehörigen untereinander

„Es ist sehr schön, dass Personen, die sich vorher nicht gekannt haben oder nicht miteinander verwandt sind, sich gegenseitig helfen. Wir haben uns durch diese Treffen kennengelernt.“

Erste Erfahrungen:

- Psychische Entlastung der pflegenden Angehörigen (emotionale Momente während des Treffens)
- Hohe Motivation für den Austausch unter pflegenden Angehörigen
- Weitere Treffen ohne die Gesundheitsmediatoren



Erste Erfahrungen:

- Nutzen von Informationen im Pflegealltag
- Gründung einer Selbsthilfegruppe und eines Selbsthilfevereins
- Fortsetzung der Beratung und Betreuung der pflegenden Angehörigen nach der Intervention



Fazit

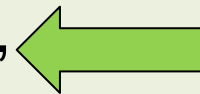
- Förderung des Informationsaustausches zwischen den pflegenden Angehörigen
- Stärken der Selbsthilfepotenziale
- Ein weiterer Schritt zur bedarfsgerechten Versorgung
- Ein Beitrag zur Etablierung von migrationsspezifischen, kultursensiblen und selbsthilfeorientierten Modellen in der Gesundheitsversorgung

Fazit

Was bedeutet „bedarfsgerechte Versorgung“?

Teilnehmerorientierte Gestaltung:

- Berücksichtigung der Bedürfnisse von Migranten
- Geh-Struktur
- Interkulturelle Kompetenz
- Orientierung an der Lebenswelt (Sprache, Erfahrungen, Probleme, Kultur)



Beispiel:

Diversity Management im Gesundheitssystem

- Die Wahrnehmung des Einzelnen mit seinen kulturellen, religiösen und biografiebedingten Prägungen und Besonderheiten (Individuum im Fokus)
- Es stehen nicht die Minderheiten im Fokus. Stattdessen werden alle Personen mit ihren Gemeinsamkeiten und Unterschieden berücksichtigt
- Umgang mit Vielfalt: Integration innovativer Strategien
- Verbesserung der Chancengleichheit im Gesundheitssystem

Durch eine solche spezifische Ausrichtung können...

- ältere Menschen mit Migrationshintergrund in ihrer Umgebung erreicht,
- Sprachbarrieren abgebaut,
- der Informationsfluss verbessert und
- die Teilnahme an Angeboten der Gesundheitsversorgung und der Prävention möglicherweise gesteigert werden.

Unserer besonderer Dank geht an :



&



die Schlüsselpersonen, ohne die eine Rekrutierung türkischer Studienteilnehmer nicht möglich gewesen wäre.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

yuece.yilmaz-aslan@uni-bielefeld.de

Literatur

- **Brzoska P, Razum O.(2009):** Krankheitsbewältigung bei Menschen mit Migrationshintergrund im Kontext von Kultur und Religion [Coping with illness among migrants - the role of culture and religion]. Zeitschrift für Medizinische Psychologie; 18(3-4):151-161.
- **Fabian T, Straka GA. (1993):** Lebenszufriedenheit alterer türkischer Migranten. Z Gerontol 26 (5): 404–409
- **Geiger IK, Razum O. Migration (2006):** Herausforderung für die Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann K, Laaser U, Razum O, Hrsg. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim–München: Juventa:719–46.
- **Glodny S (2008):** Migration und Pflege. *Public Health Forum* 16 (4), 5.e1-5.e3
- **Glodny S, Yilmaz–Aslan Y, Razum O. (2009):** Prävention bei älteren türkischen Migranten. In: Kirch, W./ Middeke, M./ Rychlik, R. (Hrsg.): Aspekte der Prävention. Stuttgart. Tieme Verlag
- **Menning S, Hoffmann E. (2009):** Ältere Migrantinnen und Migranten. GeroStat Report AI-tersdaten 01/2009. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Berlin.
- **Razum O, Geiger I, Zeeb H, Ronellenfitsch U. (2004):** 101(43):A2882-A2887. Gesundheitsversorgung von Migranten. Deutsches Ärzteblatt.
- **Razum O, Zeeb H, Meesmann U, Schenk L, Bredehorst M, Brzoska P et al. (2008):** Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- **Spallek, Jacob; Razum, Oliver (2007):** Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention. Medizinische Klinik 102(6): 451-6.
- **Yilmaz Y, Glodny S, Razum O (2009):** Soziale Netzwerkarbeit als alternatives Konzept für die Rekrutierung türkischer Migranten zu wissenschaftlichen Studien am Beispiel des Projektes saba. Hallesche Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft 8 (30), 636-653.