

Demenz und Migration – weltweit: Wo stehen wir?

Kreativ kultursensibel

Diversität und Migration in Belgien

Starke Praxis

Demenz und Migration in Dänemark

Skandinavische Impressionen

Migration und Demenz in Norwegen und Schweden

What's going on in the UK?

Demenz und Migration im Vereinigten Königreich

Am anderen Ende der Welt

Demenz und Migration in Australien

Ein amerikanischer Traum?

Demenz und Migration in den USA

DeMigranz

Bundesweite Initiative Demenz und Migration

Exkurs: Türkei

Demenz als steigende Herausforderung – Eine Innenansicht

Zukunft gestalten mit MOs

Migrantenorganisationen in Deutschland

Nachgefragt:

EU-Atlas Demenz und Migration



INHALT

Editorial	
<i>Christina Kuhn, Anja Rutenkröger</i>	1
Kreativ und kultursensibel	
<i>Sara Suykens</i>	4
Starke Praxis	
<i>Jessica Monsees</i>	16
Skandinavische Impressionen	
<i>Vanessa Heck</i>	22
What's going on in the UK?	
<i>Renate Berner</i>	29
Am anderen Ende der Welt	
<i>Christina Kuhn</i>	39
Ein amerikanischer Traum?	
<i>Renate Berner, Anja Rutenkröger</i>	52
DeMigranz	
<i>Christina Kuhn, Sümeyra Öztürk</i>	61
Exkurs: Türkei	
<i>Aynur Özge</i>	66
Zukunft gestalten mit MOs	
<i>Anja Rutenkröger</i>	76
Nachgefragt: EU-Atlas Demenz & Migration	
<i>Renate Berner</i>	82
Autorenverzeichnis.....	88
Impressum.....	89

Editorial

Deutschland hat sich längst als Einwanderungsland etabliert. Menschen aus den unterschiedlichsten Teilen der Welt haben hier eine neue Heimat gefunden und prägen die Gesellschaft mit ihrer Vielfalt. Doch während Migration häufig im Kontext von Arbeitsmarkt, Integration und kulturellem Austausch diskutiert wird, rückt eine andere, ebenso wichtige Frage zunehmend in den Fokus: Wie erreichen und unterstützen wir Menschen mit Migrationsgeschichte und Demenz, die in Deutschland alt geworden sind?

Mit diesem Thema hat die Robert Bosch Stiftung einen Aufschlag gemacht und das Projekt „Bundesweite Initiative Demenz und Migration“ initiiert. Zwar gibt es in Deutschland ein paar „Leuchtturmprojekte“ zu dieser Thematik, aber von einer blühenden Angebotslandschaft sind wir noch ganz weit entfernt. Es ist wahr, dass viele Familien die Sorge- und Pflegearbeit intern regeln und auch eine Verpflichtung gegenüber den älteren Angehörigen empfinden. Aber gleichzeitig gestalten sich die Lebensentwürfe der nachwachsenden Generationen so, dass eine berufliche Entwicklung und eine damit einhergehende Mobilität die familialen Strukturen verändern. Das bedeutet, dass die Pflege eines demenzbetroffenen Familienmitglieds nicht mehr vom Familienverbund übernommen wird, sondern einzelne Angehörige die Verantwortung übernehmen und die hohe Belastung so lange schultern, bis sie ihre Grenzen erreichen.

In Deutschland sind die sogenannten „Gastarbeiter“, die in den 1950er und 1960er Jahren angeworben wurden, alt geworden – in den 1980er Jahren kamen die Spätaussiedler und Kontingentflüchtlinge aus der ehemaligen Sowjetunion. Aber auch in den anderen westlichen und nördlichen europäischen Ländern gibt es Zuwanderung aufgrund von Arbeitsmigration oder politischen Verbindungen. Deshalb ist das Thema Migration und Demenz in Europa unterschiedlich präsent. Aus diesem Grund haben wir Expert:innen aus einigen Ländern beauftragt, uns diesbezüglich einen Einblick in ihr Land zu geben. In den englischsprachigen Ländern haben wir selbst recherchiert.

Für Belgien zeigt uns Sara Suykens die Lücken, aber auch die guten Ansätze auf. Es gibt für Menschen mit Migrationsgeschichte ein „Cross-Cultural Dementia Screening“, das Gedächtnis, Denkgeschwindigkeit und Handlungsausführung prüft. Von großem Vorteil ist, dass dabei keine Dolmetscher:innen eingesetzt werden müssen. Kultursensibilität steht ganz oben auf der Agenda bei den pflegerischen Wohnangeboten, beim Personalmix aber auch in der Qualifizierung von Fachkräften.

In Dänemark scheint auf der politischen und administrativen Ebene das Thema „Migration und Demenz“ nicht zu existieren. Dr. Jessica Monsees zeigt dennoch mit einigen Praxisbeispielen auf, wie in den Städten und in einigen Gemeinden auf die Situation reagiert wird und mehrsprachige Informationsmaterialien und sogenannte „multikulturelle Linkworker“ eingesetzt werden.

Zwei skandinavische Länder – Norwegen und Schweden – zeigen sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede. Beide Länder nutzen ein kultursensibles Screening-Instrument für Menschen mit Migrationsgeschichte und stellen Sprachdolmetscher:innen zur Verfügung. Auf den Websites sind Informationen zum Thema Demenz in verschiedenen Sprachen abrufbar. Dennoch scheint Norwegen trotz des geringen Anteils (5%) der älteren Bevölkerung mit Migrationsgeschichte sich mehr ins Zeug zu legen.

Das Vereinigte Königreich gehört zu den ganz frühen Ländern, die eine nationale Demenzstrategie auf den Weg gebracht haben. Es ist historisch und aktuell eines der begehrtesten Einwanderungsländer Europas. Hier stellt man sich sogar die kritische Frage: „Best Place to Live?“ – eine Überlegung, die die Lebensqualität und die Versorgung älterer Menschen in einer multikulturellen Gesellschaft in den Mittelpunkt stellt.

Besonders interessant sind die Kontinente Australien und USA, deren Bevölkerung sich durch Migration erst gebildet haben. In den USA wendet sich die Forschung seit einigen Jahren Menschen mit Migrationsgeschichte und Demenz zu. Es gibt Erkenntnisse zu gesundheitlichen und sozioökonomischen Ungleichheiten, wie z. B. den erschwerten Zugang zum Gesundheitswesen. In den USA basiert das Versicherungssystem auf dem Prinzip der Selbstverantwortung und wer sich nicht freiwillig versichert ist auf die Hilfe von Familie und Freunden angewiesen. Dennoch gibt es seit einigen Jahren eine gesetzliche Grundlage, um die Ungleichheiten von ethnischen Minderheiten zu verringern.

Das Gesundheitssystem Australiens finanziert sich aus den Steuereinnahmen und alle haben Anspruch auf bestimmte Leistungen der gesundheitlichen Versorgung. In den letzten Jahren hat Australien wichtige Schritte unternommen, um die Pflege älterer Migrantinnen und Migranten mit Demenz zu verbessern. Hier wurden umfassende Programme entwickelt, die die kulturellen und sprachlichen Bedürfnisse der Betroffenen berücksichtigen.

Einen kleinen Überblick geben wir zum oben erwähnten Projekt „Bundesweite Initiative Demenz und Migration (DeMigranz)“. Mit einer pandemiebedingten Laufzeitverlängerung von letztendlich sechs Jahren sind Netzwerke in fast allen Bundesländern entstanden. Das bundesweite Netzwerktreffen Demenz und Migration bleibt auch nach Projektende weiter bestehen.

In diesen Netzwerken haben sich auch Migrantenorganisationen beteiligt, deren Arbeit häufig vom ehrenamtlichen Engagement ihrer Akteure geleistet wird. Dazu haben wir die Ergebnisse einer Studie über Migrantenorganisationen zusammengefasst.

Im Projekt DeMigranz wurden wir auf das Thema Pendelmigration aufmerksam. Eine Pendelbewegung zwischen Deutschland und dem Herkunftsland, das mit einer zeitlich begrenzten Veränderung des Aufenthaltsorts im Lauf des Jahres oder zu bestimmten Jahreszeiten verbunden ist. Beispiele aus der Türkei haben uns neugierig gemacht, wie das Thema Demenz im Land wahrgenommen wird und welche Angebote im Gesundheitssystem bestehen. In der Türkei, einem Land mit einer jungen Bevölkerung, entwickelt sich das Thema Demenz langsam in der öffentlichen Wahrnehmung. Den Beitrag von Prof. Dr. Özge haben wir übersetzt und lektoriert.

In unserer Rubrik „Nachgefragt“ führen wir ein Gespräch mit Prof. Dr. René Thyrian und Dr. Jessica Monsees. Der EU-Atlas Demenz und Migration gibt einen Überblick, wie es dazu in den europäischen Ländern steht, welche Strategien und Programme entwickelt wurden und was inzwischen erreicht wurde.

Wir hoffen, die Beiträge finden Ihr Interesse und geben möglicherweise neue Impulse für Ihre Arbeit.

Christina Kuhn & Anja Rutenkröger

Kreativ Kultursensibel

Diversität und Demenz in Belgien

Diversität kennzeichnet unsere heutige Gesellschaft (Tibax et al. 2016). Dies bringt auch für Pflege- und Wohlfahrtsorganisationen viele Herausforderungen mit sich, denn Menschen mit Migrationshintergrund haben oft spezifische Wünsche und Bedürfnisse. Deshalb ist der Aufbau kultursensibler Organisationen unabdingbar, um eine qualitativ hochwertige Versorgung anbieten zu können (Van Braeckel 2019).

Zahlen und Fakten

Schätzungen zufolge schwankt die Zahl der über 60-Jährigen mit Demenz zwischen 4,6% in Mitteleuropa und 8,7% in Nordafrika und dem Nahen Osten (Pauwels 2020). Für Belgien wird die Prävalenzrate von der WHO (2020) auf 6,9% für Menschen älter als 60 Jahre geschätzt. Bis 2035 wird mit einem Anstieg der von Demenz betroffenen Menschen von durchschnittlich 47,7% gerechnet. Dieser Wert wird vermutlich in den Kommunen mit unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen zu niedrig angesetzt sein (Berdai Chaouni & Claeys 2018).

In Antwerpen stammen derzeit 14,11% der über 65-Jährigen aus anderen Herkunftsländern – aus Marokko sind beispielsweise 4,1% der über 65-Jährigen zugewandert (Pauwels 2019). In der Region Brüssel-Hauptstadt leben ca. 165.000 Menschen älter als 65 Jahre und ein Viertel dieser Gruppe ist zugewandert. Bis zum Jahr 2040 wird ein Anstieg auf 210.000 der über 65-Jährigen erwartet. Neuere Studien zeigen, dass die Gruppe der ältesten Senior:innen mit Migrationshintergrund schneller wächst als die der gebürtigen Belgier:innen. Altersbedingte Beeinträchtigungen wie eine Demenzerkrankung werden sich daher auch innerhalb der Gruppe mit Migrationshintergrund manifestieren (Kenniscentrum WWZ n. D.).

Menschen mit Migrationshintergrund haben ein erhöhtes Risiko, an Demenz zu erkranken (Parlevliet et al. 2016). Eine Demenz tritt bei Niederländer:innen türkischer und marokkanischer Herkunft drei- bis viermal häufiger auf. Auch wenn es keine Forschungsergebnisse dazu aus Belgien gibt, so kann doch angenommen werden, dass diese Erkenntnisse übertragbar sind. Die Kommunikation über eine Demenz stößt häufig auf ein Tabu und löst bei Betroffenen und Familien Scham aus. Deshalb wird die Diagnose, Therapie und Hilfe von ausserhalb der Familie oft nicht geschätzt und angenommen.

Das Wort Demenz gibt es nicht in allen Sprachen. Oft wird das Wort Alzheimer als Synonym für Demenz verwendet. Das „Vergessen“ wird daher fälschlicherweise als ein normaler Alterungsprozess angesehen. Solange dies nicht als Problem erkannt wird, wird man nicht nach einer Lösung suchen (Pauwels 2019).

Demenzdiagnostik

Die Diagnostik einer Demenzerkrankung, von der weltweit 35,6 Millionen Menschen betroffen sind, ist insbesondere für Menschen mit Migrationshintergrund eine Herausforderung (Tillmann et al. 2019). Laut der europäischen Studie von Nielsen et al. (2011) beschreiben zwei Drittel der Ärzte die Diagnostik und Klassifizierung von Demenzerkrankungen bei ethnischen Minderheiten als problematisch. International gibt es Hinweise, dass Demenz bei Zugewanderten und ethnischen Minderheiten unterdiagnostiziert ist (Tillmann et al. 2019). Viele Messinstrumente liefern verzerrte Ergebnisse, weil Kultur und Bildungsniveau nicht berücksichtigt werden (Hall et al. 2000). Zum einen werden nicht die richtigen diagnostischen Instrumente eingesetzt (Nielsen et al. 2011) und zum anderen sind es die Sprachbarrieren, die Hindernisse im Themenfeld Demenz darstellen (Nielsen et al. 2011, Tillmann et al. 2019).

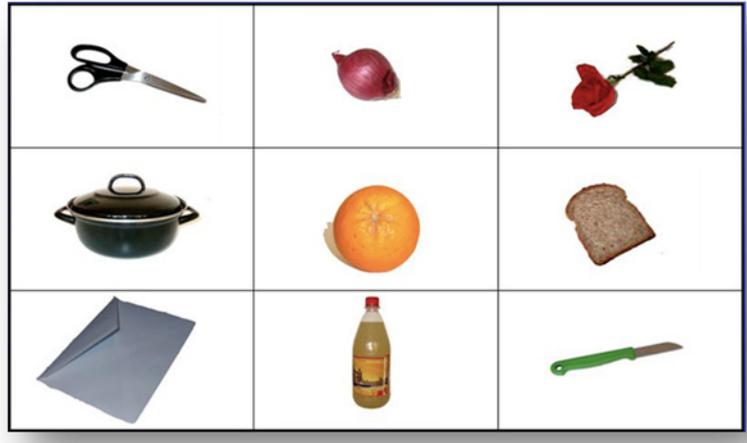
Der Minimental-Status-Test (MMSE) wird z.B. standardmäßig eingesetzt, ist aber nicht an den Kontext älterer Menschen mit Migrationshintergrund angepasst. Die Testergebnisse sind schlechter und entsprechen nicht dem tatsächlichen Zustand der Betroffenen. Aber nicht allein das diagnostische Instrument ist hierfür verantwortlich. Es gibt immer noch Hausärzte, die das Thema Demenz ausblenden und nicht an Fachärzte überweisen (Pauwels 2020).

Die Diagnostik ist ein kleiner, aber wichtiger Teil im Demenzprozess und hat weitreichende Konsequenzen für die Pflege und Unterstützung der Betroffenen und ihrer informellen Betreuer:innen (Berdai Chaouni & Claeys 2018).

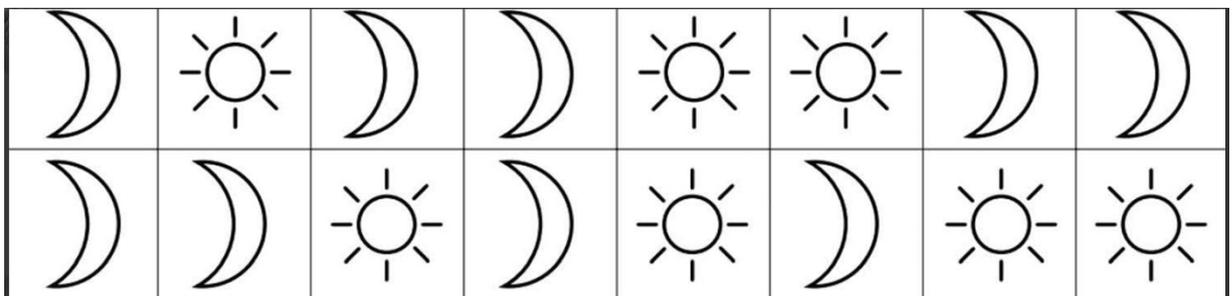
Cross-Cultural Dementia Screening

Das Cross-Cultural Dementia Screening (CCD) ist ein neuropsychologisches Screeninginstrument für Menschen mit Migrationshintergrund. Das CCD wurde 2005 in einem Allgemeinkrankenhaus (Medisch Centrum Slotervaart) in Amsterdam entwickelt (Goudsmit et al. 2017). Es kann von ausgebildeten (Neuro-)Psycholog:innen, Geriater:innen, Psychiater:innen, Allgemeinmediziner:innen oder spezialisierten Krankenschwestern und Krankenpflegern angewendet und ohne Dolmetschende durchgeführt werden. Es enthält drei Subtests, die das Gedächtnis, die Denkgeschwindigkeit und die exekutive Funktionsfähigkeit beurteilen. Die Gedächtnisfunktionen werden durch den

Objekttest (Abbildung) beurteilt. Dabei handelt es sich um einen Gedächtnistest, bei dem farbige Bilder von Haushaltsgegenständen, Werkzeugen, Lebensmitteln und Kleidung verwendet werden. Zwei Objekte werden gezeigt und dann werden die Teilnehmenden darum gebeten, die Objekte zu identifizieren, an die sie sich erinnern sollten.



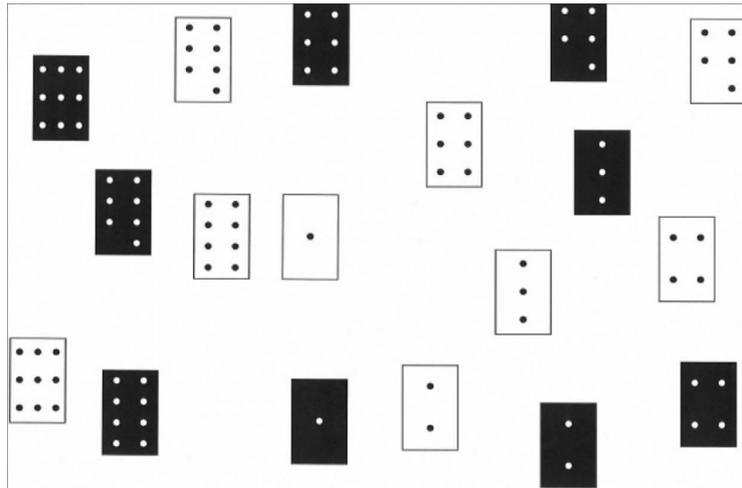
Zur Überprüfung der Denkgeschwindigkeit wird der Sonne-Mond-Test (Abbildung) durchgeführt. Die Teilnehmenden benennen in ihrer Muttersprache, so schnell wie möglich, die in einer Reihenfolge abgebildeten Symbole.



Die Denkgeschwindigkeit und die Aufmerksamkeit können mit dem Dots-Test (s. u.) beurteilt werden, der auf dem Trail Making Test von Reitan & Wolfson (1985) basiert. Anstelle von Buchstaben und Zahlen werden bei dieser Aufgabe Reize ähnlich wie bei Dominosteinen eingesetzt.

Das CCD (Cross Cultural Dementia) erfordert keine allgemeinen Faktenkenntnisse oder Lese- und Schreibfähigkeiten. Der Test kann durchgeführt werden, ohne dass die Prüfer:innen die Sprache der Teilnehmenden sprechen müssen. Die Testanweisungen werden vom Computer mit digital aufgezeichneten Standardanweisungen in der Sprache der Teilnehmenden gegeben. Derzeit ist das CCD in sechs Sprachen erhältlich: Türkisch, Marokkanisch, Arabisch, Berberisch, Sranantongo und Hindu. Darüber

hinaus erfordert der Test keine oder nur minimale mündliche Antworten von den Teilnehmenden. Nur Verhaltensreaktionen, wie das Aufzeigen der richtigen Alternative, sind obligatorisch. Hinweis: Der Sonne-Mond-Test ist die einzige Ausnahme im non-verbalen Verfahren, da die Prüfer:innen die Wörter für „Sonne“ und „Mond“ in der Sprache der Teilnehmenden kennen müssen, um die Aufgabe zu bewerten. Der Test dauert etwa 20 Minuten (Goudsmit et al. 2017). Das CCD wird unter anderem in der Memory Klinik in Antwerpen eingesetzt.



Hürdenlauf im Gesundheitssystem

Im Jahr 2021 lebten in Belgien etwas mehr als 70.000 Menschen über 65 Jahren in einem Pflegeheim. Damit liegt der Anteil der über 65-Jährigen, die in einem Pflegeheim leben, bei 5,0 % (Statistiek Vlaanderen 2023). 70 % der älteren Menschen mit Demenz leben in der eigenen Häuslichkeit und werden von der Familie und/oder ihrem Umfeld betreut (Steyaert 2016). Jeder ältere Mensch möchte so lange wie möglich, unabhängig von seiner Herkunft, selbständig zu Hause leben – die gewohnte Wohnumgebung und das soziale Netz wird einem Pflegeheim vorgezogen (Smetcoren et al. 2014). Von daher sind die Grundbedürfnisse älterer Menschen mit und ohne Migrationshintergrund im Alterungsprozess vergleichbar (Allart 2018).

In Familien mit Migrationshintergrund gehört die Übernahme der Pflege zum normalen Familienleben. In vielen Kulturkreisen wird diese Aufgabe von den Familienmitgliedern erwartet und auch als Pflicht innerhalb der Familie angesehen (Tillmann et al. 2019, Pauwels 2020). In Brüssel würden 76,6 % der älteren Menschen mit Migrationshintergrund eine Betreuung durch die eigenen Kinder favorisieren (Berdai 2005). Pflegende Angehörige mit Migrationshintergrund greifen jedoch kaum auf externe Hilfsangebote zurück, auch weil ihnen die bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten oft nicht bekannt sind (Pauwels 2019).

Untersuchungen von Berdai et al. (2020) zeigen, dass die Betreuung älterer Menschen marokkanischer Herkunft mit Demenz eine sich ständig verändernde Herausforderung darstellt. Es ist eine kontinuierliche Suche sowohl nach professionellen als auch nach informellen Betreuer:innen. Ältere Menschen mit Migrationshintergrund sind in der Regel nicht geneigt, eine formale Betreuung aufzusuchen, da dies in starkem Kontrast zu ihren eigenen kulturellen Werten steht (Allart 2018). Derzeit besteht ein Missverhältnis zwischen Angebot und Nachfrage, wodurch Menschen mit Migrationshintergrund und das derzeitige Versorgungsangebot nicht zueinander finden. Bewohner:innen mit Migrationshintergrund, die sich in einem Pflegeheim aufhalten, landen in einem Umfeld mit wenigen Orientierungspunkten. Sie brauchen einen erkennbaren Kontakt, da sie sonst Gefahr laufen, isoliert zu werden. Wenn ein eigenes starkes Netzwerk fehlt, dann kommt es zu einem Einzug ins Pflegeheim (Pauwels 2019).

McLaughlin et al. (2016) haben in ihrer Studie nach den Wünschen zu Hause lebender älterer Menschen mit Migrationshintergrund gefragt: 25 % wünschen sich eine professionelle häusliche Pflege. Der Wunsch, in ein Pflegeheim zu ziehen, ist begrenzt. Auch die Studie von Berdai (2005) bestätigt diese Ergebnisse. Deshalb ist es wichtig, dass ambulante Pflegedienste maßgeschneiderte Angebote bereitstellen und Menschen mit Migrationshintergrund aktiv darauf aufmerksam machen. Gleichzeitig ist es die Aufgabe der Pflegedienste, die Fortbildung der Mitarbeiter:innen in Bezug auf Kultursensibilität sicherzustellen, damit sie ihre Arbeit zufriedenstellend ausführen können (z.B. beim Betreten der Wohnung die Schuhe ausziehen). Hier ist eine multikulturelle Personalpolitik sehr wichtig (Vilans 2020).

Teufelskreis im Versorgungssystem durchbrechen

Internationalen und europäischen Studien zufolge haben Migrant:innen einen eingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem. Dies hängt mit einer niedrigen Alphabetisierung, dem geringeren sozioökonomischen Status sowie mit dem Thema Migration zusammen (Tillmann et al. 2019). Gegenwärtig gibt es nur wenige ältere Menschen mit Migrationshintergrund, die in Pflegeheimen leben (Ahaddour et al. 2016). 90 % der älteren Menschen mit marokkanischen Wurzeln lehnen ein Pflegeheim ab (Berdai 2005). Da diese Bevölkerungsgruppe zunimmt, wird die Nachfrage nach Pflegedienstleistungen ansteigen (Cuyvers & Kavs 2001, Janssens & Timmerman 2003, Talloen 2007, Lodewijckx 2014). Gleichzeitig ist diese Gruppe nicht ausreichend über die Angebote des Gesundheitssystems informiert und nimmt die Unterstützungsmöglichkeiten von Pflegedienstleistenden nicht in Anspruch. Infolge der mangelnden Nachfrage sind weder Pflegeheime noch ambulante Pflegedienste geneigt, ihre Dienstleistungen für die Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppen auszubauen (Cuyvers & Kavs 2001, Talloen 2007). Dadurch

wird der Dialog und die Weiterentwicklung von Angeboten zwischen älteren Menschen ausländischer Herkunft und belgischen Pflegeeinrichtungen weiterhin verunmöglicht (Cuyvers & Kavs 2001).

Es gibt jedoch weitere Gründe, warum ältere Menschen mit Migrationshintergrund ein Pflegeheim ablehnen: das Image, die Pflegebeziehung, finanzielle und kulturelle Aspekte und das Tabu (Vilans 2020).

Zusammenfassend zeigt sich, dass der Mangel an kultursensibler Pflege eine Barriere für Menschen mit Demenz und Migrationshintergrund sowie für pflegende Angehörige darstellt, die das bestehende reguläre Angebot nicht ausreichend nutzen (Mukadam et al. 2011, van Wezel et al. 2016).

Um die Zugänglichkeit des Hilfsangebots zu verbessern, machte das regionale Kompetenzzentrum für Demenz (ECD) Orion in Zusammenarbeit mit PGN (PsychoGeriatric Network) in seinem Projektbericht folgende Verbesserungsvorschläge: korrekte Information und Aufklärung zum Thema Demenz; korrekte, proaktive, effektive und positive Information über und durch das Hilfsangebot; Sensibilisierung der Pflegeanbieter:innen für die Anliegen und Besonderheiten von Menschen mit Pflegebedarf und Migrationshintergrund sowie zugängliche Dienstleistungen, die sprachliche und kulturelle Unterschiede berücksichtigen (Pauwels 2019).

Kultursensible Hilfsangebote auf den Weg bringen

Ein Erlass der belgischen Regierung legt für stationäre Wohn-einrichtungen fest, den Zugang zu Wohnen und Pflege ohne Diskriminierung zu gewährleisten. Damit sind ideologische, religiöse und philosophische Überzeugungen oder eine Zugehörigkeit oder andere Kriterien, die zu einer Diskriminierung führen, gemeint. Darüber hinaus sind die Privatsphäre des Nutzers/der Nutzerin und seiner pflegenden Angehörigen nach eben diesen Kriterien zu respektieren. Insbesondere soll die Vielfalt dieser spezifischen Zielgruppen (Agentschap zorg & gezondheid n. D.) besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Das Konzept der kulturellen Sensibilität ist für eine vielfältige Gesellschaft bedeutsam (Netwerk Cultuursensitief Werken n. D.). Die heutigen und zukünftigen Klienten mit Migrationshintergrund brauchen eine Betreuung, die ihren Gewohnheiten, Werten und Bedürfnissen entspricht, auch wenn sich Sprache, Normen, Werte und Erwartungen an die Gesundheitsversorgung unterscheiden. Es braucht verständliche Informationen über die verfügbaren Unterstützungsangebote. Angebote aus der Sozialarbeit und den sozialen Diensten in Einrichtungen spielen hier eine wichtige Rolle (Pauwels 2019). Für den Informationstransfer sind die Mut-

tersprache und eine kulturspezifische Bildsprache bedeutsam. Die Bildsprache der Mehrheitsgesellschaft wird auf wenig Resonanz bei Menschen mit Migrationshintergrund stoßen. Deshalb muss der Informationsfokus auf dem Angebotsspektrum mit einer einfachen Zugänglichkeit liegen. Wichtig ist, dass Hilfe und Unterstützung allen zur Verfügung steht (Pauwels 2019).

Betreuerinnen und Betreuer kommen zunehmend mit Klient:innen mit Migrationshintergrund in Kontakt. Das macht es ihnen nicht immer leicht, auf die jeweiligen Bedürfnisse einzugehen. Darüber hinaus fehlen den belgischen Gesundheitsdienstleistenden noch immer die kultursensiblen Kompetenzen, um angemessen mit dem (wachsenden) Kundenstamm mit Migrationshintergrund umzugehen (Zorg en Gezondheid 2019).

Kultursensibilität ist ein essenzieller Bestandteil einer professionellen Einstellung. Dies bedeutet, dass die Leistungserbringer:innen sich der kulturellen Eigenheit bei sich selbst und bei den Klient:innen bewusst sind. Dies sollte bei der Aufnahme, Diagnostik, Behandlung, Anleitung und Therapie berücksichtigt werden. Für die Einrichtungen bedeutet es, dass Dienstleistungen, Produkte, Arbeitsmethoden, Regeln und Praktiken auf der Grundlage der Vielfalt festgelegt und angewendet werden (Network Cultuursensitief Werken n. D.). Diese Umstellung auf eine persönliche Betreuung für alle ist noch nicht erfolgt. In stationären Pflegeeinrichtungen haben die Bewohner:innen das Gefühl, dass es an Personal mangelt. Das führt dazu, dass sich Pflegenden und Pflegebedürftige nicht gut kennen lernen können, um eine maßgeschneiderte Pflege anzubieten. Dies entspricht aber dem Bedürfnis sowohl der einheimischen als auch der eingewanderten Belgier:innen (Berdai Chaouni et al. 2020).

Kultursensibel zu arbeiten, erfordert das Engagement von Pflegenden, Führungskräften und Geschäftsführung. Gelingt es, die Kluft zwischen verschiedenen Normen und Werten zu überbrücken? Gibt es am Arbeitsplatz Verständnis und Wertschätzung füreinander? Auch wenn alle gute Absichten haben, sind sie oft nicht ausreichend. Es ist Achtsamkeit gefragt im Hinblick auf Kultursensibilität. Erst dann können die verschiedenen Leistungserbringer:innen gegenseitig von ihren Fachkenntnissen und Erfahrungen lernen. Auf diese Weise erfüllen sie ihren Auftrag: ältere Menschen, unabhängig ihres Hintergrunds, so zu unterstützen und zu pflegen, dass ihren Normen, Werten und Bedürfnissen entsprochen wird (Vilans 2020). Es gibt für Pflegenden einen Test (www.onderhuids.nl/test-jezelf), der als Hilfestellung dient, verborgene Einstellungen in Bezug auf Hautfarbe oder Abstammung aufzudecken.

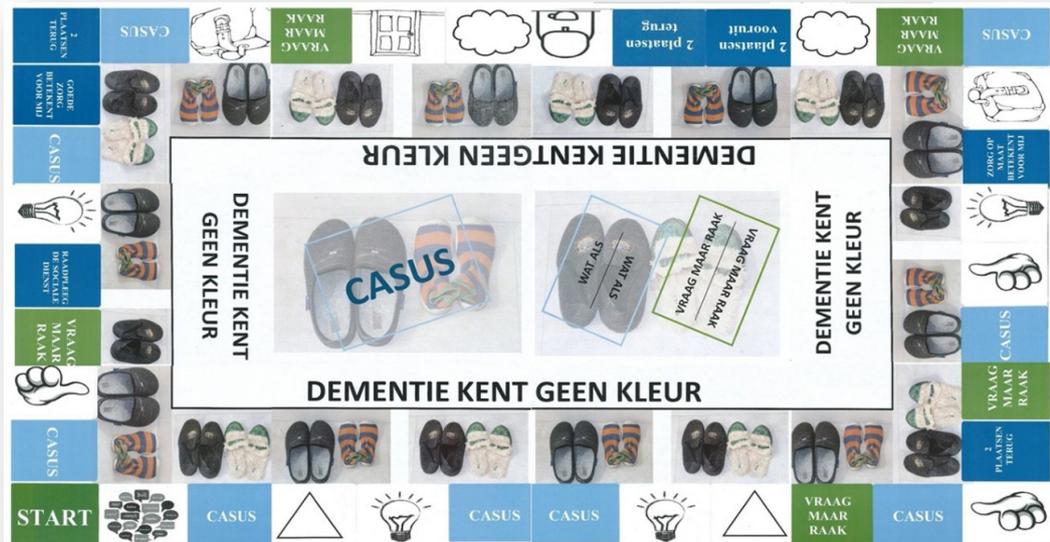
Bedürfnisse wahrnehmen

Einrichtungen der Altenpflege haben Sorge zu tragen, dass ältere Menschen ausländischer Herkunft ebenso wie die ältere einheimische Bevölkerung die Angebote auswählen können, mit denen sie sich am wohlsten fühlen. Mehrere Studien zu diesem Thema kommen zu dem Schluss, dass diese älteren Menschen besondere Bedürfnisse hinsichtlich des Wohnens und des Lebens in einem Pflegeheim haben. Sie möchten in ihrer eigenen Sprache sprechen, ihre eigenen Ernährungs- und Essgewohnheiten pflegen, ihre Religion beibehalten und ein eigenes Zimmer haben, um ihre Familie zu empfangen (Allart 2018). Als Mindestanforderung werden die Anerkennung der Grundbedürfnisse einer menschenfreundlichen Pflege, die Berücksichtigung religiös inspirierter Gewohnheiten und die Ernährungsgewohnheiten genannt (Berdai 2010). Kultursensibilität sollte ein Qualitätsstandard sein, der in der häuslichen Pflege und in jeder Pflegeeinrichtung in Belgien umgesetzt werden sollte. Einige Initiativen wurden mit dem Ziel gestartet, das Bewusstsein für die Pflegebedürfnisse älterer Menschen mit Migrationshintergrund zu schärfen. Leider waren diese Initiativen fragil und nicht nachhaltig, inkonsistent oder ohne Kontinuität, was zu wenig Veränderungen geführt hat (Allart 2018).

Berdais Untersuchung (2005) belegt, dass nach Ansicht der älteren Brüsseler Menschen mit Migrationshintergrund folgende Initiativen ergriffen werden sollten, um Pflegeheime für diese Zielgruppe angenehmer zu gestalten: menschenwürdige Aufnahme, mehr und besseres Personal und eine Kontinuität des Pflegepersonals; Freizeitaktivitäten, die zur eigenen Kultur passen, die im Freien stattfinden und einen erzieherischen Wert haben; Gerichte aus verschiedenen Esskulturen; Mitarbeiter:innen, die ihre Sprache sprechen; Kosten, die auf die individuelle finanzielle Situation zugeschnitten sind; Kenntnis und Respekt vor dem kulturellen und religiösen Hintergrund der älteren Menschen.

Spielerische Sensibilisierung – Der Dialog-Helfer

ECD Orion entwickelte in Zusammenarbeit mit PGN (Psycho-Geriatric Network) ein Spiel (Dialoghelfer), das zu kulturellen Aspekten sensibilisiert, um Pflegedienstleister:innen zur Diskussion anzuregen. Ziel dieses Brettspiels (Abbildung, s. u.) ist es, die Teilnehmenden zum Nachdenken über das eigene Handeln und zum Perspektivwechsel herauszufordern. Der Austausch über Erfahrungen, Ideen, Schwierigkeiten und Möglichkeiten ist auf dem Weg zu einer sensiblen Betreuung für diese vulnerable Gruppe ein erster Schritt in die richtige Richtung. Mit dieser Methodik wird das Thema Kultursensibilität innerhalb einer Pflegeor-



ganisation auf die Tagesordnung gesetzt. Weitere Informationen zu diesem Ansatz können über die Autorin angefragt werden.

Fazit

Sorgen, Erfahrungen und Nöte vieler Menschen mit Demenz ähneln sich. Sie haben oft nichts mit der Herkunft zu tun. Nichtsdestotrotz braucht es ein Signal an die Politik und an die Leistungserbringer:innen, um die Verwundbarkeiten und Stärken von Menschen mit Migrationshintergrund zu erkennen (Pauwels 2019). Es gilt das öffentliche Bewusstsein für das Thema Demenz bei Menschen mit Migrationshintergrund zu schärfen, Betroffene und deren Familien korrekt zu informieren und aufzuklären, damit der Umfang der Versorgung richtig eingeschätzt werden kann.

Altenhilfeeinrichtungen und deren Pflegepersonal brauchen Verständnis und Wissen über die Kultur des pflegebedürftigen Menschen. Ihre Aufgabe ist es, in einen Dialog einzutreten, um gemeinsam eine optimale Versorgung zu erreichen. Kultursensible Pflege ist maßgeschneiderte Pflege (Pauwels 2020).

Demenzexpert:innen oder -fachberater:innen können im jeweiligen Arbeitsumfeld die Qualität der Beratung und Betreuung von Menschen mit Demenz und Migrationshintergrund und deren Umfeld fördern. Sie nutzen in ihrer Rolle als Coach und Berater:innen das Fachwissen der eigenen Mitarbeiter:innen, greifen aber auch auf die Familie und auf Dolmetscher:innen zurück. Gelegentlich kann eine Veränderung innerhalb der Organisation der Pflegedienstleister:innen ein erster Schritt sein, damit sich Menschen mit Migrationshintergrund wohl fühlen (Pauwels 2019).

Folgende Publikationen in niederländischer Sprache geben In-

spiration und können ein erster Schritt in die Kultursensibilität sein:

- Bausteine für eine kultursensible Pflege- und Fürsorgeorganisation: eine Veröffentlichung der VIVO in Zusammenarbeit mit der Agentur für Integration und Eingliederung (Agentschap Integratie en Inburgering)(Casteels et al. 2017).
- Werkboek Cultuur-sensitieve zorg (Arbeitsbuch für kultursensible Pflege) der Erasmus-Hochschule für angewandte Wissenschaften: Werkzeuge, Tipps und konkrete Unterstützung sind auf die Praxis eines Pflege- und Betreuungsanbieters zugeschnitten (Yentür et al. 2016).

Sara Suykens

Literatuur

Agentschap zorg & gezondheid (n. D.): Woonzorgdecreet en uitvoeringsbesluiten. www.zorg-en-gezondheid.be/woonzorgdecreet-en-uitvoeringsbesluiten (zuletzt geprüft am 29.02.2024).

Ahaddour, C.; van den Branden, S.; Broeckaert, B. (2016): Institutional Elderly Care Services and Moroccan and Turkish Migrants in Belgium: A Literature Review. *Journal of Immigrant and Minority Health* 18(5): 1216-1227.

Allart, J. (2018): Het woonzorgcentrum, een derde thuis? De wensen en behoeften van ouderen met een migratieachtergrond. Brussel: Vrije Universiteit Brussel.

Berdai Chaouni, S.; Claeys, A. (2018): Dementie speelt verstoppertje bij Ali en Antonio. Onderdiagnose bij ouderen met migratieachtergrond. <https://sociaal.net/opinie/onderdiagnose-dementie-ouderen-migratie-achtergrond/> (zuletzt geprüft am 28.02.2024).

Berdai Chaouni, S.; Smetcoren, A.-S.; De Donder, L. (2020): Caring for migrant older Moroccans with dementia in Belgium as a complex and dynamic transnational network of informal and professional care: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 101: 103413.

Berdai, S. (2005): Vergrijzing... een kleurrijk gegeven. Brussel: Brusselse Welzijns-en gezondheidsraad vzw.

Berdai, S. (2010): Vergrijzing... een kleurrijk gegeven. Mogelijkheden om vraag en aanbod op elkaar af te stemmen. 34(311): 55-62. *Tijdschrift voor Welzijnswerk* 34(311): 55-62.

Casteels, S.; Ceuterick, M.; De Graef, G.; Degelin, P. (2017): Bouwstenen voor een cultuursensitieve zorg- en welzijnsorganisatie. Brussel: Politeia.

Cuyvers, G.; Kavs, J. (2001): De huidige en toekomstige behoeften van allochtone ouderen aan welzijns-en gezondheidsvoorzieningen. Brussel/Geel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Afdeling Welzijnsbeleid/Katholieke Hogeschool Kempen.

Goudsmit, M.; Uysal-Bozkir, O.; Parlevliet, J. L.; van Campen, J. P. C. M.; de Rooij, S. E.; Schmand, B. (2017): The Cross-Cultural Dementia Screening (CCD): A new neuropsychological screening instrument for dementia in elderly immigrants. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 39(2): 163-172.

Hall, K. S.; Gao, S.; Emsley, C. L.; Ogunniyi, A. O.; Morgan, O.; Hendrie, H. C. (2000): Community screening interview for dementia (CSI ,D'); performance in five disparate study sites. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15(6): 521-531.

Janssens, A.; Timmerman, C. (2003): Hoe elkaar de hand reiken? De zoekende interactie tussen de allochtone ouderen en het zorgaanbod in de stad Antwerpen. Antwerpen: Steunpunt Gelijkekansenbeleid.

Kenniscentrum WWZ (n. D.): Brusselse ouderen in cijfers. <https://www.kenniscentrumwwz.be/brusselse-ouderen-cijfers> (zuletzt geprüft am 16.02.2024).

Lodewijckx, E. (2014): Ouderen van vreemde herkomst in Vlaanderen anno 2011: een korte demografische schets. In: C. De Kock, E. Vens, Y. Beljoudi & C. Van Kerckhove (Hrsg.), *Ouder worden in een veranderende samenleving*. Antwerpen: Garant: 77-92.

McLaughlin, M. H.; Elahi, A.; Ciesielski, J.; Pomerantz, S. (2016): Attitudes of Muslims Living in the United States Toward Long-Term Care Decisions and Diagnosis Disclosure for Elderly Family Members. *Journal of the American Geriatrics Society* 64(10): 2132-2137.

Mukadam, N.; Cooper, C.; Basit, B.; Livingston, G. (2011): Why do ethnic elders present later to UK dementia services? A qualitative study. *International Psychogeriatrics* 23(7): 1070-1077.

Netwerk Cultuursensitief Werken (n. D.): <https://netwerkcultuursensitiefwerken.nl/> (zuletzt geprüft am 16.02.2024).

Nielsen, T. R.; Vogel, A.; Riepe, M. W.; de Mendonca, A.; Rodriguez, G.; Nobili, F.; Gade, A.; Waldemar, G. (2011): Assessment of dementia in ethnic minority patients in Europe: a European Alzheimer's Disease Consortium survey. *International Psychogeriatrics* 23(1): 86-95.

Parlevliet, J. L.; Uysal-Bozkir, O.; Goudsmit, M.; van Campen, J. P.; Kok, R. M.; Ter Riet, G.; Schmand, B.; de Rooij, S. E. (2016): Prevalence of mild cognitive impairment and dementia in older non-western immigrants in the Netherlands: a cross-sectional study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 31(9): 1040-1049.

Pauwels, R. (2020): Cultuurcompetente dementiezorg. Ervaren dremfels en specifieke noden van antelzorgers en hun naasten met dementie én een migratieachtergrond. Brussel: Vrije Universiteit Brussel.

Pauwels, R. (2019): Dementie kent geen kleur. Antwerpen: Orion.

Reitan, R. M.; Wolfson, D. (1985): The Halstead-Reitan neuropsychological test battery: Theory and clinical interpretation. Tuscon, AZ: Reitan Neuropsychology.

Smetcoren, A.-S.; Dury, S.; de Donder, L.; de Witte, N.; Van Regenmortel, S.; Kardol, M. J.; Verte, D. (2014): Denken over later? Attitudes van ouderen ten opzichte van verschillende woonvormen in Vlaanderen. Ruimte & Maatschappij 6(December): 14-38.

Statistiek Vlaanderen (2023): Zorg en ondersteuning voor ouderen. <https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/zorg/zorg-en-ondersteuning-voor-ouderen> (zuletzt geprüft am 16.02.2024).

Steyaert, J. (2016): Prevalentie: hoeveel personen in Vlaanderen hebben dementie? In: M. Vermeiren (Hrsg.), Dementie: van begrijpen naar begeleiden. Brussel: Politeia.

Talloe, D. (2007): Zorg voor allochtone ouderen. Mechelen: Kluwer.

Tibax, F.; Levrau, F.; Piqueray, E. (2016): Preventie in de eerste lijn: Een kwalitatieve studie naar het gebruik van preventie in een superdiverse samenleving. Antwerpen: Steunpunt Inburgering en Integratie.

Tillmann, J.; Just, J.; Schnakenberg, R.; Weckbecker, K.; Weltermann, B.; Munster, E. (2019): Challenges in diagnosing dementia in patients with a migrant background - a cross-sectional study among German general practitioners. BMC Family Practice 20(1): 34.

Van Braeckel, L. (2019): Bouwen aan cultuursensitieve zorg: Superdiversiteit vraagt een sterk diversiteitsbeleid, 28.05.2019. <https://www.weliswaar.be/welzijn-zorg/bouwen-aan-cultuursensitieve-zorg> (zuletzt geprüft am 20.07.2020).

van Wezel, N.; Francke, A. L.; Kayan-Acun, E.; Ljm Deville, W.; van Grondelle, N. J.; Blom, M. M. (2016): Family care for immigrants with dementia: The perspectives of female family carers living in The Netherlands. Dementia 15(1): 69-84.

Vilans (2020): Kleurrijke zorgverleners. Utrecht: Vilans: <https://vilans.nl/kennis/kleurrijke-zorgverleners> (zuletzt geprüft am 16.02.2024).

WHO (2020): WHO Global Dementia Observatory: Belgium. Geneva: World Health Organization: [www.who.int/publications/m/item/global-dementia-observatory-\(gdo\)-country-profiles-belgium](http://www.who.int/publications/m/item/global-dementia-observatory-(gdo)-country-profiles-belgium) (zuletzt geprüft am 29.02.2024).

Yentür, A.; Clayes, A.; Claes, B. (2016): Werkboek cultuursensitieve zorg: tips en tricks bij cultuursensitieve zorg- en hulpverlening aan ouderen. Brussel: Politeia.

Zorg en Gezondheid (2019): Nieuwe tool voor meer cultuursensitieve zorg in voorzieningen, 14.03.2019. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/nieuwe-tool-voor-meer-cultuursensitieve-zorg-in-voorzieningen> (zuletzt geprüft am 12.07.2020).

Starke Praxis

Demenz und Migration in Dänemark

Wie viele Menschen mit Demenz (mit und ohne Migrationshintergrund) leben in Dänemark?

Im Jahr 2018 lebten rund 1,1 Mio. Menschen in Dänemark, die 65 Jahre oder älter waren. In dieser Gruppe hatten ca. 82.700 Personen eine Demenz. Diese Zahl wird sich bis zum Jahr 2050 auf voraussichtlich 160.800 erhöhen (Alzheimer Europe 2019). Dabei wird von 8.000 Neuerkrankungen pro Jahr ausgegangen (Danish Dementia Research Center 2021). In der Altersgruppe 65+ weisen ca. 60.400 Personen einen Migrationshintergrund auf. Schätzungen zufolge haben ungefähr 4.200 von ihnen eine Demenz. Die am meisten betroffenen Personengruppen stammen vermutlich aus Deutschland (ca. 600), Schweden (ca. 300), Norwegen (ca. 300), der Türkei (ca. 300) und dem Vereinigten Königreich (ca. 200) (Monsees et al. 2021).

Es ist zu bedenken, dass Personen aus anderen skandinavischen Ländern, Deutschland und dem Vereinigten Königreich vermutlich nicht die Gruppen darstellen, die besondere Aufmerksamkeit und Unterstützung benötigen, um Leistungen des Versorgungssystems in Anspruch zu nehmen. Dänemarks Bevölkerung besteht zu 9% aus Menschen nicht-westlicher Länder, wie der Türkei, Pakistan und arabisch-sprechenden Ländern. Bei älteren Personen aus diesen Ländern können ein niedriger Bildungsstand und gering ausgeprägte dänische Sprachkenntnisse vorliegen. Zusätzlich erleben sie Herausforderungen bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen (Nielsen et al. 2021). Dies stellt Gründe dar, warum sie eher als Population angesehen werden sollten, die besondere Aufmerksamkeit benötigt, um Unterstützung bei der Demenzversorgung zu erhalten.

Das dänische Gesundheitssystem

In Dänemark hat die Bevölkerung freien Zugang zu medizinischer und pflegerischer Versorgung (Nielsen et al. 2021). Jede/r muss dabei eine von zwei Gruppen der Krankenversicherung wählen (Schmidt et al. 2019). Die Gesundheitsversorgung ist eine steuerfinanzierte Leistung, wobei das Gesundheitssystem in drei Verwaltungsebenen organisiert ist: die nationale Ebene (Staat), die regionale Ebene (5 Regionen) und die lokale Ebene (98 Gemeinden). Dazu kommt ein kleiner Sektor mit privaten Krankenhäusern und Versorgungsleistungen (Schmidt et al. 2019, Nielsen et al. 2020). Auf nationaler Ebene definiert das Gesundheitsministerium den Rahmen für das dänische Gesundheitssystem. Dazu zählt z.B. die Veröffentlichung nationaler Richtlinien. Die Regionen organisieren primäre und sekundäre

Gesundheits- und Versorgungsleistungen, die von Krankenhäusern, Hausärzt:innen und dem privaten Sektor erbracht werden. Die Gemeinden tragen die Verantwortung für soziale und kommunale Versorgung, wie häusliche Pflege und Altenpflege, und bieten Primär- und Präventionsleistungen an. Sie sind verpflichtet, Aktivitäten und Einrichtungen bereitzustellen sowie gesunde Umgebungen zu fördern, die Krankheiten vorbeugen und das Wohlbefinden steigern (Schmidt et al. 2019).

Es wird vermutet, dass sich der Bevölkerungsteil der über 80-Jährigen bis 2040 verdoppeln wird. Die dänische Politik hat zum Ziel die Selbstständigkeit und das Wohlergehen der älteren Menschen sicherzustellen und zu fördern. Dafür stellen die Gemeinden Präventions- und Rehabilitationsprogramme, kostenlose häusliche Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen zur Verfügung. Um den Bedarf an individueller Unterstützung zu ermitteln und die Lebenssituation und das Wohlbefinden zu überprüfen, werden präventive Hausbesuche für körperlich und sozial schwache Personen im Alter von 65–79 Jahren bei Bedarf sowie bei allen Personen über 80 Jahre jährlich angeboten. Zudem müssen alle Gemeinden Seniorenbeiräte bilden, die sie zu allem beraten, was für die ältere Bevölkerung relevant ist (Schmidt et al. 2019).

Die Versorgung von Menschen mit Demenz

Dänemark wendet eine integrative Gesundheits- und Versorgungsstrategie an, in der die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz in Versorgungsangeboten berücksichtigt werden (Monsees et al. 2021). Die Demenzdiagnostik erfolgt üblicherweise in krankenhauseigenen Memory-Kliniken, während die medizinische Versorgung sowie Follow-up-Untersuchungen nach der Diagnosestellung durch Hausärzt:innen erfolgen. Versorgungsleistungen wie Pflegeheime oder ambulante Angebote werden durch ‚Demenzkoordinator:innen‘ organisiert, die ein Training zum Thema Demenz erhalten haben und in allen dänischen Gemeinden angestellt sind. Sie bieten Aufklärung über Demenz sowie Beratung, Informationen und Selbsthilfegruppen an (Nielsen et al. 2020, 2021).

Menschen mit Migrationshintergrund in der demenzspezifischen Versorgung Dänemarks

In Dänemark wird die Bevölkerung mit Migrationshintergrund als eine vulnerable Population angesehen und es existiert ein allgemeines Bewusstsein für das Thema ‚Demenz & Migration‘, dem bisher jedoch keine große Relevanz zugeschrieben wird. In großen Städten wie Kopenhagen, wo viele Menschen mit Migrationshintergrund leben, erfährt das Thema mehr Beachtung als in Regionen, in denen sich weniger Menschen mit Migrationshintergrund aufhalten (Monsees et al. 2021). Wie bereits erwähnt, begegnen Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz und ihre Familien besondere Herausforderungen. Sie erleben nicht nur die demenzbezogenen Herausforderungen, die auch Menschen

ohne Migrationshintergrund erleben, sondern auch zusätzliche Hindernisse, die mit ihrem Migrationshintergrund in Zusammenhang stehen können (Berdai Chaoui et al. 2020, Monsees et al. 2020). Neben einem erhöhten Risiko für eine Unterdiagnostizierung von Demenz sowie das Entwickeln und Fortschreiten einer Demenz, stellt der Zugang zu Leistungen des Gesundheits- und Versorgungssystem eine weitere Herausforderung dar (Monsees et al. 2021). Dazu zählt, dass oft ein mangelndes Wissen über Demenz und Versorgungsoptionen besteht, was dadurch verstärkt wird, dass Informationen über Versorgungsangebote oft nicht bei Menschen mit Migrationshintergrund ankommen. Weitere Hindernisse sind z.B. Stigmata, differierende kulturelle Vorstellungen zu Pflege und eine mangelnde Kultursensibilität bei Mitarbeitenden aus dem Versorgungssektor. Hinzu kommt eine zu geringe Anzahl an kulturell angemessenen Versorgungsangeboten. Es existieren in Dänemark beispielsweise keinerlei demenzspezifische Versorgungsleistungen für Menschen mit Migrationshintergrund oder bestimmte ethnische Minderheiten (Nielsen et al. 2020, 2021).

Nationale Dokumente für die Versorgung von Menschen mit Demenz

Das geringe Bewusstsein für das Thema ‚Demenz & Migration‘ spiegelt sich auch in nationalen Dokumenten zur Versorgung und Diagnostik von Menschen mit Demenz wider.

Nationaler Demenzplan

Der ‚National Action Plan on Dementia 2025‘ (Nationaler Aktionsplan für Demenz 2025) verfolgt fünf Ziele: 1) Frühzeitige Erkennung und bessere Qualität von Diagnostik und Behandlung; 2) Verbesserte Qualität von Versorgung, Pflege und Rehabilitation; 3) Unterstützung und Beratung für Angehörige von Menschen mit Demenz; 4) Demenzfreundliche(s) Kommunen und Wohnen und 5) Erweiterung von Wissen und professionellen Fähigkeiten. In diesen Zielen finden sich 23 Initiativen, u.a. die Erprobung demenzfreundlicher Krankenhäuser und eine neue nationale Forschungsstrategie für Demenz. In keinem der Ziele und Initiativen wird Bezug auf Menschen mit Migrationshintergrund genommen (Danish Ministry of Health 2017).

Das White Paper ‚Denmark – a dementia friendly society‘ (Dänemark – eine demenzfreundliche Gesellschaft) präsentiert Lösungen und Dienstleistungen, die im Zusammenhang mit dem ‚Nationalen Aktionsplan für Demenz 2025‘ stehen. Sie sollen eine hochwertige Behandlung, Versorgung und Aktivität für Menschen mit Demenz bieten und entscheidend zur Umsetzung der Ziele des nationalen Aktionsplans beitragen. Es werden 22 Themen, wie z.B. Kommunikationstools zur Unterstützung und Entlastung von Pflegepersonen und die verbesserte Qualität von

Versorgung und Rehabilitation, behandelt, von denen keines auf Menschen mit Migrationshintergrund eingeht (Healthcare Denmark 2018).

Leitlinien für die Versorgung von Menschen mit Demenz

Auf nationaler Ebene existieren vier klinische Leitlinien (Stand 2021). Die ‚National Klinisk Retningslinje For Udredning Og Behandling Af Demens‘ (Nationale klinische Leitlinie für die Untersuchung und Behandlung von Demenz) von 2013 nimmt kurz Bezug auf ethnische Minderheiten. Es wird verdeutlicht, dass Menschen aus nicht-westlichen Ländern eine vulnerable Population darstellen und die Anzahl der zugewanderten Menschen in einem Alter von mindestens 65 Jahren zunehmen wird. Dabei können besondere Herausforderungen bei der Diagnostik von Demenz vorkommen. Das liegt an der Heterogenität dieser Population bezüglich der Sprachkenntnisse, des kulturellen Hintergrunds und des Bildungsniveaus. Der Mini-Mental-Status-Test (MMST) berücksichtigt das Niveau von Sprachkenntnissen nicht, weswegen Ergebnisse im MMST zu einer Überdiagnostik kognitiver Beeinträchtigungen verleiten können, wenn der Test mit Menschen mit einem Migrationshintergrund und geringeren Sprach- und Bildungkenntnissen durchgeführt wird (Monsees et al. 2021).

In ‚Diagnostik af mild cognitive impairment og demens. National klinisk retningslinje‘ (Diagnostik von leichter kognitiver Beeinträchtigung und Demenz. Nationale klinische Leitlinie) aus dem Jahr 2018 wird auf die Validierung eines in Australien entwickelten interkulturell angemessenen Demenz-Screening-Tools – der Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) – verwiesen. Für die Validierung wurden 137 Patient:innen untersucht, von denen 34 einen Migrationshintergrund aufwiesen (Monsees et al. 2021).

Die klinischen Leitlinien ‚Demens og medicin. National klinisk retningslinje‘ (Demenz und Medizin. Nationale klinische Leitlinie) von 2018 und ‚Forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens. National klinisk retningslinje‘ (Prävention und Behandlung von verhaltensbezogenen und psychischen Symptomen bei Menschen mit Demenz. Nationale klinische Leitlinie) von 2019 berücksichtigen das Thema Migration nicht (Monsees et al. 2021).

Models of good practice

Auch wenn die Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den nationalen Dokumenten noch kaum Berücksichtigung findet, gibt es in der Praxis positive Beispiele für die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. So wurden beispielsweise Informationsmaterialien und Merkblätter über Demenz, vaskuläre Demenz und Alzheimer in zehn verschiedenen Sprachen (Dänisch,

Bosnisch, Englisch, Farsi, Kroatisch, Polnisch, Serbisch, Somali, Türkisch, Urdu) erstellt und von Personen aus diesen ethnischen Gemeinschaften validiert (Monsees et al. 2021).

Auch wenn keine spezialisierten Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz existieren, gibt es in einigen Gemeinden ‚multikulturelle Linkworker‘, die Informations- und Selbsthilfegruppen, Aufklärung über und Förderung von Gesundheit und in Einzelfällen Beratung anbieten. Diese ‚multikulturellen Linkworker‘ haben unterschiedliche ethnische und professionelle Hintergründe und verbinden die ethnischen Communities mit den Gesundheits- und Versorgungsleistungen vor Ort. Ein demenzspezifisches Training erhalten sie jedoch nicht (Nielsen et al. 2021). In Kopenhagen organisiert ein ethnisches Ressourcenteam häusliche Versorgung. Die Mitarbeitenden haben unterschiedliche sprachliche und ethnische Hintergründe und werden mit Patient:innen zusammengebracht, die sich Pflegepersonal mit dem gleichen Hintergrund wünschen. Außerdem gibt es dort ein Pflegeheim, das sich auf multikulturelle Versorgung spezialisiert und auf Religion sowie Ernährungsbedürfnisse der Bewohner:innen eingeht. Des Weiteren existieren in Kopenhagen und Aarhus zwei Kliniken für zugewanderte Personen, die Patient:innen mit einer komplizierten Krankheitsgeschichte versorgen (Monsees et al. 2021).

Es lässt sich resümieren, dass auf einer politischen und administrativen Ebene das Thema ‚Demenz & Migration‘ noch keine große Bedeutung einnimmt. Hier ist es u.a. notwendig, dass Menschen mit Migrationshintergrund und ethnische Minderheiten und ihre Bedürfnisse in dem nationalen Demenzplan sowie klinischen Leitlinien und weiteren Dokumenten mit nationaler Tragweite Berücksichtigung finden. In der Praxis finden sich positive Beispiele für die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Jedoch gibt es bisher keinerlei spezialisierte demenzspezifische Versorgungsleistungen für diese Population. Solche Angebote sollten landesweit implementiert und verfügbar sein.

Dr. Jessica Monsees

Literatur

Alzheimer Europe (2019): Dementia in Europe Yearbook 20019: Estimating the prevalence of dementia in Europe. Luxembourg: Alzheimer Europe.

Berdai Chaouni, S.; Smetcoren, A.-S.; De Donder, L. (2020): Caring for migrant older Moroccans with dementia in Belgium as a complex and dynamic transnational network of informal and professional care: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 101: 103413.

Danish Dementia Research Center (2021): Incidence of dementia in Denmark. <https://videnscenterfordemens.dk/en/incidence-dementia-denmark> (zuletzt geprüft am 15.02.2024).

Danish Ministry of Health (2017): A safe and dignified life with dementia. National action plan on dementia 2025. Kopenhagen: Danish Ministry of Health.

Healthcare Denmark (2018): Denmark – a dementia friendly society. Odense: Healthcare Denmark. <https://healthcaredenmark.dk/news-publications/publications/denmark-a-dementia-friendly-society/> (zuletzt geprüft am 15.02.2024).

Monsees, J.; Schmachtenberg, T.; Hoffmann, W.; Kind, A.; Gilmore-Bykovskyi, A.; Kim, A. J.; Thyrian, J. R. (2020): Dementia in People with a Turkish Migration Background: Experiences and Utilization of Healthcare Services. *Journal of Alzheimer's Disease* 77(2): 865-875.

Monsees, J.; Schmachtenberg, T.; Leiz, M.; Cardona, M. I.; Thyrian, J. R.; Stentzel, U.; van den Berg, N.; Hoffmann, W. (2021): EU-Atlas Dementia & Migration: Estimated number, care situation, and policies regarding people with a migration background with dementia in the EU, EFTA, and UK. Rostock/Greifswald: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE).

Nielsen, T. R.; Nielsen, D. S.; Waldemar, G. (2020): Barriers to post-diagnostic care and support in minority ethnic communities: A survey of Danish primary care dementia coordinators. *Dementia* 19(8): 2702-2713.

Nielsen, T. R.; Nielsen, D. S.; Waldemar, G. (2021): Barriers in access to dementia care in minority ethnic groups in Denmark: a qualitative study. *Aging & Mental Health* 25(8): 1424-1432.

Schmidt, M.; Schmidt, S. A. J.; Adelborg, K.; Sundboll, J.; Laugeisen, K.; Ehrenstein, V.; Sorensen, H. T. (2019): The Danish health care system and epidemiological research: from health care contacts to database records. *Clinical Epidemiology* 11: 563-591.

Skandinavische Impressionen

Migration und Demenz in Norwegen und Schweden

Die skandinavischen Länder Norwegen und Schweden sind mit 5,7 Millionen und mit 10,6 Millionen Einwohner:innen immer noch relativ dünn besiedelt. Menschen mit Migrationsgeschichte leben vor allem in den größeren Städten und der Anteil in Schweden ist mit 26 % an der Gesamtbevölkerung deutlich höher als in Norwegen (ca. 15 %). Dennoch hat Norwegen das Thema Demenz und Migration deutlicher im Blick.

Norwegen

Migrant:innen in Norwegen machen einen bedeutenden Teil der Bevölkerung aus und stellen eine diverse Gruppe dar. Insgesamt beträgt der Anteil der Migrant:innen 14,8 % der Gesamtbevölkerung. Die meisten Migrant:innen kommen aus Ländern wie Polen, Litauen, Somalia, Pakistan, Schweden, Syrien, Irak, Eritrea, Deutschland und den Philippinen. Ein Drittel dieser Menschen lebt seit weniger als fünf Jahren in Norwegen, doch gibt es auch viele, die bereits seit über 20 Jahren in Norwegen ansässig sind. Dies trifft insbesondere auf Eingewanderte aus Vietnam, Bosnien und Herzegowina, Pakistan und Dänemark zu.

Interessanterweise sind weniger als fünf Prozent der Eingewanderten 70 Jahre oder älter. Trotz der wachsenden Zahl älterer Migrant:innen ist die Prävalenz von Demenz in dieser Gruppe weitgehend unbekannt. Dies könnte auf verschiedene Faktoren zurückzuführen sein, wie etwa Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede und unterschiedliche Vorstellungen darüber, was Demenz ist. Diese Herausforderungen, gepaart mit einem mangelnden Einblick in das norwegische Gesundheitssystem, können dazu führen, dass ältere Migrant:innen zögern, Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen.

Darüber hinaus besteht eine unzureichende Gesundheitskompetenz sowohl beim Gesundheitspersonal als auch bei den Gesundheitsorganisationen und den eigenen Verwandten der betroffenen Migrant:innen.

Nationales Zentrum für Alter und Gesundheit

Norwegens Nationales Zentrum für Alter und Gesundheit (Nasjonalt senter for aldring og helse) ist ein Kompetenzzentrum, das sich auf altersbedingte Erkrankungen und Beeinträchtigungen spezialisiert hat und beschäftigt über 100 Mitarbeitende in ganz Norwegen. Das Zentrum betreibt Forschung zu Altern und Demenz, um die Diagnose, Behandlung und Pflege zu verbes-

Nationales Zentrum für Altern und Gesundheit

Aldring og helse Nasjonalt senter

aldringoghelse.no

Minderheiten – ältere Einwanderer und Demenz

www.aldringoghelse.no/demens/minoriteter-eldre-innvandrerere-og-demens/

ser. Forschungsergebnisse werden regelmäßig aktualisiert und in Kursen sowie auf Konferenzen präsentiert. Es werden Schulungen und Fortbildungen für Gesundheits- und Pflegepersonal angeboten, die durch E-Learning-Module und Präsenzkurse ergänzt werden. Angehörige von Menschen mit Demenz finden auf der Webseite zahlreiche Ressourcen und Unterstützungsangebote, die sie in ihrer Rolle stärken und begleiten sollen. Das Zentrum verfügt außerdem über eine nationale Bibliothek zum Thema Altern und Gesundheit, in der aktuelle Literatur, Lehrbücher, thematische Broschüren, Fachberichte und Lehrmaterialien zur Verfügung stehen. Zusätzlich gibt es eine Vielzahl von Podcasts und Vorträgen zu Themen wie psychische Gesundheit, körperliche Aktivität, Musiktherapie und rechtliche Aspekte in der Pflege älterer Menschen. Zudem enthält die Webseite eine Rubrik „Minderheiten – ältere Einwanderer und Demenz“.

Digitale Informationsplattform

Auf der Webseite des Nationalen Zentrums für Alter und Gesundheit sind Informationen zum Thema Demenz bei älteren Migranten und Migrantinnen zu finden. Sie informiert über hilfreiche Ressourcen für Betroffene, ihre Angehörigen sowie für Gesundheits- und Pflegepersonal. Die Informationen sind in mehreren Sprachen (norwegisch, englisch, polnisch, türkisch und kurdisch) verfügbar und umfassen Themen wie Demenzdiagnose, die Bedeutung von Sprach- und Kulturkompetenz sowie den Einsatz von Dolmetscher:innen. Auch werden spezielle Unterstützungsangebote für Angehörige von Migranten und Migrantinnen mit Demenz vorgestellt. Für Betroffene und ihre Angehörigen bietet die Webseite Hilfen, um mit den Veränderungen und Herausforderungen umzugehen, die eine Demenzerkrankung mit sich bringen kann.

Außerdem wird beschrieben, wie sich eine Demenz auf das tägliche Leben auswirken kann und welche Arten von Demenz es gibt. Der diagnostische Pfad beinhaltet verschiedene Bausteine, wie z. B. Gedächtnistests, die Beurteilung von Alltagsfähigkeiten, Gehirnschans und ärztliche Untersuchungen. Die Behandlung einer Demenzerkrankung zielt darauf ab, die Symptome zu verlangsamen und ein aktives Leben zu fördern.

Interkulturelle Bewertung von Demenz

Die Beurteilung einer Demenzerkrankung bei Menschen mit Migrationshintergrund stellt eine besondere Herausforderung dar. Um sicherzustellen, dass alle Betroffenen unabhängig von ihrer Sprachkenntnis eine adäquate Diagnose und Behandlung erhalten, sind Informationen zur Demenzeinschätzung in verschiedenen Sprachen (norwegisch, englisch, polnisch, türkisch und kurdisch) verfügbar. Diese mehrsprachigen Informationen helfen sowohl den Patienten und Patientinnen als auch ihren Angehö-

rigen, das Krankheitsbild besser zu verstehen und die notwendigen Schritte zu unternehmen.

Sprachdolmetscher:innen im Einsatz

Ein zentraler Aspekt bei der Demenzbewertung ist der Einsatz von Dolmetscher:innen. Bei der diagnostischen Einschätzung einer Demenzerkrankung bei Patient:innen mit Sprachbarrieren braucht das Gesundheitspersonal valide Informationen. Dolmetscher:innen spielen hierbei eine entscheidende Rolle, da sie die Kommunikation zwischen dem medizinischen Fachpersonal und den Patient:innen erleichtern. Dadurch wird sichergestellt, dass sprachliche Barrieren die Genauigkeit der Diagnose nicht beeinträchtigen. Dolmetscher:innen ermöglichen es den Betroffenen, ihre Symptome präzise zu schildern und den Anweisungen und Erklärungen der Ärzt:innen zu folgen, was zu einer besseren Beurteilung und Betreuung führt.

Die Verantwortung für die Verständigung mit den Patient:innen trägt das Gesundheitspersonal. Sie ziehen qualifizierte Dolmetschende zu einer Untersuchung hinzu. Dabei geht es nicht nur um die Übersetzung, sondern auch darum, die kulturellen Nuancen zu verstehen, um eine präzise und einfühlsame Kommunikation zu ermöglichen. Dolmetscher:innen können über „Tolkeportalen.no“ gebucht werden – ein nationales Register qualifizierter Dolmetscher:innen. Qualifizierte Dolmetscher:innen verfügen über Dolmetscherkenntnisse und erfüllen die Voraussetzungen für die Eintragung in eine der Qualifikationskategorien im Nationalen Dolmetscherregister. Die Website bietet Zugang zu den formalen Qualifikationen der Dolmetschenden, so dass die Benutzer:innen die Möglichkeit haben, sich selbst von der Qualität der Dolmetschenden zu überzeugen. Das Register ist allgemein zugänglich und enthält auch Informationen zu Qualifizierungsmaßnahmen, Wissen und nützliche Links zum Dolmetschen im öffentlichen Sektor.

Stolpersteine in der Demenz-Diagnostik

Die Auswahl geeigneter kognitiver Instrumente ist ebenfalls von großer Bedeutung. Kognitive Tests, die in einer Kultur entwickelt wurden, können in einer anderen Kultur möglicherweise nicht dieselbe Aussagekraft haben. Daher ist es notwendig, Instrumente zu verwenden, die für die jeweilige kulturelle und sprachliche Gruppe angepasst oder validiert sind. Solche Instrumente berücksichtigen kulturelle Unterschiede und minimieren das Risiko von Fehldiagnosen.

Kognitive Instrumente, die präzise und verlässlich kognitive Fähigkeiten messen, sind für die Diagnose und Behandlung von Patient:innen mit möglichen kognitiven Beeinträchtigungen oder Demenz unerlässlich. Der Einsatz ungeeigneter Tests kann

zu erheblichen Fehleinschätzungen führen, insbesondere bei Patient:innen aus ethnischen Minderheiten. Kognitive Standardtests wie der Mini-Mental-Status-Test (MMSE) sind nicht frei von kulturellen und sprachlichen Verzerrungen. Diese Verzerrungen können bei Personen aus unterschiedlichen kulturellen Hintergründen oder mit einem geringeren Bildungsniveau zu einer falschen Demenzdiagnose und Überdiagnose führen.

Diese Problematik unterstreicht den dringenden Bedarf an kognitiven Tests, die kulturelle und sprachliche Unterschiede sowie Variationen im Bildungsniveau berücksichtigen und minimieren. Solche Tests müssen darauf abzielen, fair und akkurat zu sein, unabhängig von der Herkunft oder dem Bildungshintergrund der Betroffenen. Sie sollten so gestaltet sein, dass sie die kulturellen und sprachlichen Eigenheiten der Betroffenen respektieren und berücksichtigen. Darüber hinaus ist es notwendig, dass diese Tests mit Hilfe von professionell Dolmetschenden leicht durchgeführt werden können, um sicherzustellen, dass sprachliche Barrieren nicht zu falschen Diagnosen führen.

Kultursensible Testverfahren

Die Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) wurde speziell entwickelt, um die kulturellen und sprachlichen Barrieren sowie Unterschiede im Bildungsniveau bei der Diagnose von Demenz zu überwinden und ist ein wertvolles Instrument für die interkulturelle medizinische Praxis. RUDAS wird als unabhängiges kulturelles oder multikulturelles Screening-Tool für Demenz eingesetzt (Storey et al. 2004).

Das Tool ist einfach umzusetzen und kann von Ärzt:innen und anderen medizinischen Fachkräften verwendet werden. Es kann auch von qualifizierten Dolmetscher:innen eingesetzt werden. Bei der Entwicklung von RUDAS lag der Fokus auf der Verwendung von kulturell "gerechten" und "unvoreingenommenen" Elementen. Mit anderen Worten, Elemente, die sich leicht in eine andere Sprache übersetzen lassen, ohne dass viel ersetzt oder bearbeitet werden muss. RUDAS enthält eine Reihe von kurzen Aufgaben in verschiedenen kognitiven Bereichen wie Gedächtnis, Körperorientierung, Zeichnen, Urteilsvermögen, Handlungsausführung und Sprache.

Ein weiteres wichtiges Werkzeug ist die Multicultural Cognitive Examination (MCE). Dieses Instrument ist umfassender als die RUDAS und ermöglicht es, kognitive Beeinträchtigungen unter Berücksichtigung kultureller und sprachlicher Unterschiede zu beurteilen.

MCE eignet sich für die Beurteilung einer Demenzerkrankung insbesondere bei Menschen mit eingeschränkten Sprachkenntnissen, geringer Bildung oder einem fremden kulturellen Hinter-

grund. Die MCE beinhaltet die Elemente der RUDAS, beinhaltet zusätzlich jedoch drei weitere Tests: den Bildgedächtnistest RPT, den Wortfluss für Waren im Supermarkt-Test und den Uhrenlese-test CRT. Die Tests der MCE haben einfache verbale Anweisungen, die von Dolmetschenden leicht übersetzt werden können. Die Tests verwenden hauptsächlich Bilder und keine verbalen Verständnisaufgaben.

Norwegen weit vorne

Das norwegische Gesundheitssystem geht auf die Bedürfnisse einer vielfältigen Bevölkerung ein und stellt sicher, dass alle Zugang zu den bestmöglichen Diagnosen und Behandlungen haben. Die Bereitstellung mehrsprachiger Informationen, der Einsatz von Dolmetschenden und die Verwendung geeigneter kognitiver Instrumente sind entscheidende Schritte, die in Norwegen bereits gegangen wurden.

Schweden

In Schweden haben rund 2,75 Millionen Menschen einen Migrationshintergrund und davon sind ca. 270.000 Menschen älter als 65 Jahre. Schätzungsweise haben davon 18.500 Menschen eine Form der Demenz (Monsees et al. 2021). Auch wenn die nationalen Leitlinien zur Demenzversorgung das Thema Migration aufgreift, wird es auf nationaler Ebene nur teilweise als wichtig erachtet. Es gibt beispielsweise kein nationales Budget für Demenz und Migration. Allerdings existieren einzelne Expertinnen und Experten, die sich mit diesem Thema beschäftigen.

Nationale Informationsplattform

Auf der Webseite des schwedischen Demenzzentrums sind nur sporadisch Informationen zum Thema Demenz und Migration zu finden. Es werden Merkblätter in verschiedenen Sprachen zum Herunterladen zur Verfügung gestellt. Die Merkblätter sind in Albanisch, Arabisch, Bosnisch, Kroatisch, Serbisch, Englisch, Finnisch, Französisch, Chinesisch, Persisch, Russisch, Spanisch, Schwedisch, Ukrainisch, Türkisch und Deutsch verfügbar und umfassen folgende Themen: Nicht jede Vergesslichkeit ist gleich Demenz, pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz, Demenzformen, Alzheimer-Demenz, vaskuläre Demenz, Lewy-Body-Demenz, Frontotemporale Demenz, Autofahren und Demenz, Medikamente und Demenz sowie Waffen und Demenz. In manchen Regionen wird das Thema Demenz und Migration als wichtig angesehen, wie beispielsweise in Skåne (EU-Atlas: Demenz & Migration, 2021).

Skåne ist die südlichste Grafschaft in Schweden.

Über Silviahemmet:

www.silviahemmet.se/other-languages/uber-silviahemmet/

Kognitive Bewertung und im Ausland geborene Menschen – Vårdgivare Skåne

<https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sakkunniggrupper/kognition-och-migration/kognitiv-utredning-och-utrikes-fodd/>

Die Stiftung Silviahemmet

Die Stiftung Silviahemmet, gegründet von Königin Silvia von Schweden, widmet sich der Verbesserung der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz. Sie bietet spezialisierte Bildungsprogramme und Zertifizierungen an, die sich auf einen personenzentrierten Ansatz stützen, basierend auf der Palliative-Care-Philosophie. Die Stiftung fördert auch das Wohnkonzept "SilviaBo", das auf die Bedürfnisse von Demenzerkrankten zugeschnitten ist. Kooperationen mit Universitäten und Pflegeeinrichtungen haben das Silviahemmet-Konzept international verbreitet.

Modellregion Skåne

Die Webseite "Vårdgivare Skåne" präsentiert sich als umfassende Informationsquelle für Gesundheitsdienstleister:innen in der Region Skåne. Sie bietet Informationen, Richtlinien und Werkzeuge, die für die effektive Versorgung von Menschen mit Demenz und Migrationshintergrund durch Gesundheitsfachkräfte notwendig sind.

Die Webseite klärt auf, wie die kognitive Leistungsfähigkeit bei Menschen mit Migrationshintergrund eingeschätzt werden kann. Ein Informationsfilm in neun verschiedenen Sprachen kann vom medizinischen Gesundheitspersonal verwendet werden, um Patient:innen und deren Angehörige über das anstehende Testverfahren zu informieren. Zusätzlich werden vor der kognitiven Beurteilung, Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen zur Verfügung gestellt, um das Verständnis der Patient:innen und deren Angehörigen zu erhöhen.

Kultursensible Demenztests

Als kognitive Tests, werden in Schweden die RUDAS-S und die MCE-S verwendet. Die schwedische Version der Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS-S) wurde 2022 validiert und sollte als Teil der grundlegenden kognitiven Bewertung für Menschen mit einer anderen Muttersprache oder einem anderen kulturellen Hintergrund angeboten werden. Die schwedische Version der Multikulturellen Kognitiven Untersuchung (MCE-S) wurde 2024 validiert. Der MCE-S besteht aus der RUDAS-S sowie drei zusätzlichen Tests (Recall of Pictures Test, Supermarket Fluency und Clock Reading Test). Diese Tests sind weniger von Sprache, Kultur und Bildung beeinflusst und funktionieren gut sowohl für in Schweden geborene als auch für im Ausland geborene Patient:innen.

Schwedischer Dolmetscherdienst

Wenn die Sprachkenntnisse des Fachpersonals nicht ausreichend sind, erfolgt die kognitive Bewertung durch Dolmetschende. Auch dazu steht auf der Webseite ein Informationsfilm zur

Verfügung, der erklärt, wie kognitive Tests durch einen Dolmetscher oder eine Dolmetscherin durchgeführt werden. Die Dolmetschenden werden vom Gesundheitsdienstleister Skåne über die kognitiven Tests informiert.

Es gibt derzeit etwa 90 Dolmetschende in 18 verschiedenen Sprachen. Diese Dolmetscherinnen und Dolmetscher können über die Website des jeweiligen Anbieters gebucht werden. Zu den verfügbaren Sprachen gehören Arabisch, Bosnisch, Dari, Finnisch, Kantonesisch, Kroatisch, Mazedonisch, Mandarin, Paschtu, Persisch, Polnisch, Russisch, Serbisch, Somalisch, Sorani, Spanisch, Türkisch und Vietnamesisch.

Literatur

Monsees, J.; Schmachtenberg, T.; Leiz, M.; Cardona, M. I.; Thyrian, J. R.; Stentzel, U.; van den Berg, N.; Hoffmann, W. (2021): EU-Atlas Dementia & Migration: Estimated number, care situation, and policies regarding people with a migration background with dementia in the EU, EFTA, and UK. Rostock/Greifswald: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE).

Storey, J. E.; Rowland, J. T.; Basic, D.; Conforti, D. A.; Dickson, H. G. (2004): The Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS): a multicultural cognitive assessment scale. *International Psychogeriatrics* 16(1): 13-31.

What's going on in the UK?

Demenz und Migration im Vereinigten Königreich

Der ehemalige Premierminister David Cameron formulierte im Jahre 2015 das Ziel, England zum besten Land der Welt für Menschen mit Demenz zu machen. Inwieweit dies auch in Bezug auf die weiteren Länder des Vereinigten Königreichs und insbesondere für Menschen mit Migrationshintergrund und ethnische Minderheiten gelungen ist, ist Gegenstand dieses Artikels. Er beschreibt die Lebenssituation von Menschen mit Migrationshintergrund und ethnischen Minderheiten, die von einer Demenz betroffen sind. Der Artikel gibt darüber hinaus einen Einblick in die ethnische Vielfalt, gesundheitliche Ungleichheiten, Barrieren der (kultursensiblen) Versorgung, Gesundheitsversorgung, Nationale Demenzstrategien und den Umgang mit älteren Menschen mit Demenz im Vereinigten Königreich. Dessen eigenständige, wenn auch nicht souveräne Länder – England, Schottland, Wales und Nordirland – sind auch losgelöst vom Vereinigten Königreich Gegenstand der Forschung.

Das Vereinigte Königreich – ein Einwanderungsland

Ethnische Vielfalt ist ein globales Phänomen, das aus historischen und gegenwärtigen Migrationsbewegungen resultiert. Das Vereinigte Königreich ist ein Land mit einer kolonialen Vergangenheit, einer langen Geschichte der Migration und etablierten ethnischen Minderheitengruppen (Salway et al. 2020). Es ist nach den USA, Deutschland, Saudi-Arabien und Russland das Einwanderungsland mit der international größten Anzahl an Menschen mit Migrationshintergrund. Von 2000 bis 2019 hat sich ihre Zahl von fünf auf zehn Millionen verdoppelt (United Nations 2019). Häufigster Zuwanderungsgrund ist Studium (36 %) oder Arbeit (32 %) (Sturge 2021). Im Jahr 2021 betrug die Anzahl der nicht in Großbritannien geborenen Bevölkerung schätzungsweise 9,6 Millionen und die der nicht britischen Bevölkerung schätzungsweise 6,0 Millionen (ONS 2021) bei einer Gesamtbevölkerung von etwa 67 Millionen. Dieser Unterschied ist typisch für Länder mit einer etablierten Migrant:innenbevölkerung, da viele Menschen im Laufe der Zeit die Staatsbürgerschaft ihres neuen Heimatlandes erwerben (Sturge 2021). Die Migrant:innenbevölkerung des Vereinigten Königreichs konzentriert sich in London. Etwa 35 % der im Vereinigten Königreich lebenden Menschen mit Migrationshintergrund leben in der Hauptstadt. Betrachtet man ihre Verteilung auf die Länder des Vereinigten Königreichs, so beträgt der Anteil in England insgesamt 15,5 %, wobei diese Zahl durch die Konzentration in London verzerrt ist. In Wales sind es

6,5 %, in Nordirland 7,0 % und in Schottland 9,3 % (Sturge 2021). Die meisten Menschen mit Migrationshintergrund im Vereinigten Königreich (Stand 2021) kommen aus Indien, gefolgt von Polen, Pakistan, Irland und Deutschland (ONS 2021). Die Auswirkungen des EU-Austritts am 31. Januar 2020 auf das Migrationsverhalten werden sich in den kommenden Jahrzehnten zeigen (Monsees et al. 2021).

Prävalenzen und aktuelle Herausforderungen

Stand Januar 2022 leben im Vereinigten Königreich 944.000 Menschen mit Demenz, mehr als je zuvor (Alzheimer's Research UK 2022). Für das Jahr 2015 wurde ihre Zahl auf ca. 850.000 geschätzt. Davon ließen sich etwa 25.000 Menschen ethnischen Minderheiten zuordnen (Dowrick & Southern 2014). Eine Zahl, die sich voraussichtlich bis zum Jahr 2051 versiebenfachen wird (Parveen et al. 2017, Baghirathan et al. 2020). Die größte Gruppe von schwarzen, asiatischen oder ethnischen Minderheiten (BAME), welche häufig Gegenstand der Forschung ist, lebt im Großraum London. Die Zahl der an Demenz erkrankten unter ihnen nimmt zu, da die zwischen den 1950er und 1970er Jahren Zugewanderten (APPG 2013) nun ein Alter von über 80 Jahren erreichen.

BAME:

Black, Asian and Minority
Ethnic

Aufgrund der COVID-19-Pandemie wurde eine Demenz (mit 11,5 % aller Sterbefälle) in England und Wales von der häufigsten zur zweithäufigsten Todesursache nach COVID-19 (mit 12,1 % aller Todesfälle). Dabei besteht ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Covid und Demenz, da ca. ein Viertel der Menschen, die im Jahre 2020 an COVID-19 starben, eine Demenzdiagnose hatten (Alzheimer's Society 2021). West et al. (2021) untersuchten in einer qualitativen Studie die Auswirkungen der Pandemie auf schwarze, asiatische oder ethnische Minderheiten (BAME) mit Demenz und ihr betreuendes Umfeld im Vereinigten Königreich. Es zeigen sich weitreichende Auswirkungen auf diese vulnerable Personengruppe. Diese beeinträchtigen nicht nur das tägliche Leben, z.B. in Bezug auf die Versorgung, Zugang zu Dienstleistungen, kulturspezifischen Ressourcen oder soziale Beziehungen, sondern auch existenzielle Belange wie Angst, Glaube, Tod und Identität. Die COVID-19-Pandemie hat das Ausmaß der Ungleichheit von ethnischen Minderheiten mit demenziellen Erkrankungen verstärkt. Mit welchen Ungleichheiten ethnische Minderheiten mit Demenz konfrontiert sind, wird nachfolgend exemplarisch am Beispiel einiger Bevölkerungsgruppen diskutiert.

Gesundheitliche Ungleichheiten – mit vielschichtigen Auswirkungen

Auch das Risiko an einer Demenz zu erkranken ist für schwarze, asiatische oder ethnische Minderheitengemeinschaften (BAME)

im Vereinigten Königreich deutlich höher (Pham et al. 2018, Baghirathan et al. 2020). Trotz des erhöhten Risikos erhalten sie seltener und in fortgeschritteneren Stadien der Erkrankung eine Diagnose sowie weniger Unterstützung durch Dienstleistungen verglichen mit Weißen (Baghirathan et al. 2020). Auch Sinti und Roma sind von gesundheitlichen und sozialen Ungleichheiten und Ausgrenzungen betroffen, die negative Auswirkungen auf ihre Gesundheit haben. Insbesondere, wenn diese nicht sesshaft sind, besteht ein erschwerter Zugang zum Gesundheitswesen (Tilki et al. 2016). Tilki (2020) kritisiert, dass die Definition der ethnischen Minderheiten nach der Hautfarbe für die Unsichtbarkeit der vorwiegend weißen, englischsprachigen Iren sorgt, welche seit Jahrzehnten Ungleichheit erfahren. Obwohl sie keine homogene Gruppe darstellen und viele Iren integriert und erfolgreich sind, ist das Profil der Mehrheit eher vergleichbar mit anderen ethnischen Minderheiten.

Barrieren der (kultursensiblen) Versorgung

Doch was ist die Ursache der gesundheitlichen Ungleichheiten? Bekannt sind physiologische Ursachen wie beispielsweise ein bekanntes Risiko für Bluthochdruck bei afrikanisch-karibischen Minderheiten (Chaturvedi 2003, Truswell 2020) mit der Folge eines erhöhten Schlaganfallrisikos, welches wiederum das Risiko einer vaskulären Demenz birgt. Im Fokus dieses Artikels stehen die nachfolgend diskutierten gesellschaftlichen Ursachen, welche in Rassismus und einer Diskriminierung begründet sind.

Rassismus, Altersdiskriminierung und das Stigma der Demenz

Eine Reihe von sich überschneidenden Faktoren führt zu Diskriminierung von Menschen mit Demenz aus ethnischen Minderheiten im Vereinigten Königreich: Ein tatsächlicher oder wahrgenommener Rassismus im Zusammenhang mit dem Stigma der Demenz – Menschen mit Demenz werden sowohl auf gesellschaftlicher Ebene als auch innerhalb ihrer ethnischen Gemeinschaft stigmatisiert. Hinzu kommt eine weit verbreitete Altersdiskriminierung (Ma & Joshi 2021, Saltus et al. 2021). Eine Barriere der kultursensiblen Versorgung stellt die durch häufige und weitreichende Diskriminierungserfahrungen geprägte Erwartungshaltung der ethnischen Minderheiten dar. Es resultiert die Erwartung, den „gewohnten“ Vorurteilen und Diskriminierungen zu begegnen – und nicht die Erwartung einer kultursensiblen Versorgung (Saltus et al. 2021). Die Reaktion ist ein Abwägen des Bedürfnisses nach Unterstützung gegen die Furcht abgewertet zu werden, so Baghirathan et al. (2018).

Inanspruchnahme von Hilfeleistungen

Ethnische Minderheiten mit einer Demenz und ihr betreuendes Umfeld nehmen häufig erst dann Hilfe in Anspruch, wenn sie

sich bereits in einer Krise befinden oder nicht mehr in der Lage sind, allein zurechtzukommen (Mukadam et al. 2011). Es bestehen ein geringes Wissen bezüglich der „Demenz“ (Daker-White et al. 2002) sowie ein Mangel an relevanten Informationen über verfügbare Dienstleistungen und deren Zugangsmöglichkeiten (Parveen et al. 2017, Ma & Joshi 2021). Hauptursache dieser Wissensdefizite sind Sprachbarrieren (Ma & Joshi 2021). Daker-White et al. (2002) konstatieren, dass das grundlegende Problem der Ungleichheiten auf Sprachkenntnisse zurückzuführen ist und nicht auf die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit an sich.

Eine Demenz wird von den Betreuenden oftmals nicht als Krankheit betrachtet, sondern als eine Folge des Alterns, deren Diagnosestellung als zwecklos erachtet wird (Mukadam et al. 2011). Zudem besteht eine weit verbreitete Sichtweise, dass sich ethnische Minderheiten als Gemeinschaft um sich selbst zu kümmern haben (Mukadam et al. 2011, Saltus et al. 2021). Hinzu kommt oftmals ein niedriger sozioökonomischer Status (Saltus et al. 2021). Ma und Joshi (2021) weisen darauf hin, dass der sozioökonomische Status, der kulturelle Hintergrund und die Migrationsgeschichte auch innerhalb der ethnischen Minderheiten (und nicht nur im Vergleich zu Nichtimmigrierten) stark variieren. Aus dieser Heterogenität resultieren unterschiedliche Ausgangslagen, Herausforderungen und Ressourcen.

Zudem bestehen eine unzureichende kulturelle Kompetenz der Betreuenden, ein Mangel an kultursensibler Pflege sowie ein zu geringer Fokus auf die Religion und Spiritualität der demenziell erkrankten ethnischen Minderheiten (Parveen et al. 2017, Saltus et al. 2021). Diese Barrieren der (kultursensiblen) Versorgung erschweren den gleichberechtigten Zugang zu dem nachfolgend vorgestellten Gesundheitsdienst des Vereinigten Königreichs.

Aufbau, Zugang und Kritik des Nationalen Gesundheitsdienstes

Seit 1948 existiert mit dem National Health Service (NHS), ein nationaler Gesundheitsdienst, der die gesundheitliche Versorgung im Vereinigten Königreich sicherstellt. Der NHS wird in England, Nordirland, Schottland und Wales separat verwaltet und agiert als weitgehend eigenständige Organisation, obwohl er aus Steuermitteln des Zentralstaats finanziert wird. Die Leistungen des NHS stehen der gesamten Bevölkerung zur Verfügung, werden nach dem Sachleistungsprinzip vergeben und sind vergleichsweise umfassend und kostenlos (Schölkopf & Grimmeisen 2020). Trotzdem steht das Gesundheitswesen des Vereinigten Königreiches häufig in der Kritik, da Leistungen nicht in einem angemessenen Zeitraum zur Verfügung gestellt werden und deshalb durch lange Wartelisten eine faktische Rationierung erfolgt (Schölkopf & Grimmeisen 2020). Die Kostenübernahme

der Langzeitpflege ist abhängig vom Vermögen der zu versorgenden Person. Es gibt einen oberen (£ 23.250) und einen unteren Schwellenwert (£ 14.250), an denen sich die Selbstbeteiligung orientiert. Zuhause lebende demenzerkrankte Menschen sind in der Regel „Selbstzahler“. Im Falle der Inanspruchnahme einer häuslichen Pflege besteht Anspruch auf ein Grundeinkommen. Die Pflege- und Betreuungskosten im Pflegeheim werden je nach Vermögen selbst bezahlt oder vom NHS finanziert (Alzheimer's Society 2022).

Die Nationalen Demenzstrategien des Vereinigten Königreichs

In der Erklärung von Glasgow 2014 wird die Schaffung einer europäischen und nationalen Strategie in jedem Land in Europa gefordert. Dieser Verpflichtung folgend haben die einzelnen Länder des Vereinigten Königreichs – England, Schottland, Wales und Nordirland – Nationale Demenzstrategien ausgearbeitet und umgesetzt.

- England rief bereits im Jahre 2009 die Nationale Demenzstrategie „Living well with dementia“ ins Leben. Auf diese folgten im Jahre 2015 und 2020 jeweils Aktionspläne des Premierministers David Cameron die „Prime Minister's Challenge(s) on Dementia“.
- Die Vorstellung der nordirischen Demenzstrategie „Improving Dementia Services in Northern Ireland, A Regional Strategy“ erfolgte 2011.
- In Schottland wird nach 2010 und 2013 mit der „National Dementia Strategy 2017-2020“ bereits die dritte nationale Demenzstrategie umgesetzt.
- In Wales erfolgte die Bekanntgabe der „National Dementia Vision for Wales“ im Februar 2011. Dieser folgte 2015 die Veröffentlichung „A Dementia Friendly Nation“ der walisischen Regierung. 2018 erfolgte der Auftakt für den „National Dementia Action Plan for Wales“.

(Alzheimer Europe 2021)

Die Länder des Vereinigten Königreichs verfolgen Ziele wie Prävention, frühe Diagnosestellung und Unterstützung, Aufklärung und Sensibilisierung der Bevölkerung, Aus- und Weiterbildung von Fachkräften, Forschung und Partizipation der Menschen mit Demenz sowie ihrer Angehörigen. In der Nationalen Demenzstrategie Schottlands ist außerdem z.B. eine geplante Unterstützung demenzfreundlicher Gemeinden, Organisationen, Einrichtungen und Initiativen sowie eine Implementierung einer speziellen Technologiecharta beschrieben (Alzheimer Europe 2021).

Modelle guter Praxis

Aufgrund der langen Geschichte der Migration und den etablierten ethnischen Minderheitengruppen sowie hohen Investitionen in die gesundheitsbezogene Forschung sollte das Vereinigte Königreich eine Vorreiterrolle in der evidenzbasierten, gerechten Gesundheitsversorgung einnehmen. In der Realität bestehen hier jedoch erhebliche Defizite, so Salway et al. (2020). Versorgungsangebote sind für Menschen ethnischer Minderheiten und einer Demenz (in England) nicht geeignet, so die Einschätzung eines für den EU-Atlas (Monsees et al. 2021) interviewten Experten. Es erfolgt eine geringe Einbeziehung der Betroffenen in die Gestaltung von Informationsmaterialien oder die Entwicklung von Gesundheitsdienstleistungen. Vielmehr wird der Ansatz verfolgt, bestehende Gesundheitsdienstleistungen an die Bedürfnisse von Minderheitengruppen anzupassen. Gegenwärtig wird versucht, die Gemeinschaften und religiösen Oberhäupter mit Verbindungen zu den Gemeinschaften einzubeziehen sowie Maßnahmen zur interkulturellen Versorgung in Form von lokalen Initiativen durchzuführen. Nachfolgend werden exemplarisch zwei Modelle guter Praxis skizziert. Zunächst die Einrichtung eines muttersprachlichen Demenz-Cafés und anschließend die Veranstaltung „Reden wir über Demenz – beenden wir das Stigma“.

Touchstone

<https://touchstonesupport.org.uk/community-services/bme-dementia-service/>

Demenz-Café Hamari Yaadain (Unsere Erinnerungen)

In West Yorkshire gibt es ein wöchentliches Demenz-Café, das speziell für Menschen mit südasiatischem Migrationshintergrund und Gedächtnisproblemen sowie ihre Betreuenden angeboten wird. Die Teilnahme ist sowohl vor Ort als auch virtuell über Zoom möglich. Gespräche finden in der Muttersprache statt. Das Café bietet einen geschützten Raum, in dem man sich begegnen, Freundschaften knüpfen und dabei heiße Getränke und Snacks genießen kann. Das Demenz-Café wird von Touchstone angeboten, einem seit über 30 Jahren engagierten Dienstleister, der sich für die Unterstützung ethnischer Minderheiten einsetzt.

„Reden wir über Demenz – beenden wir das Stigma“

Ein weiteres Modell guter Praxis ist die Veranstaltung „Let's Talk about Dementia – End the Stigma“, die im September 2019 in Wales stattgefunden hat. Die von Diverse Cymru organisierte Veranstaltung richtete sich an schwarze, asiatische oder andere ethnische Minderheitengemeinschaften (BAME), die mit Demenz leben. Rund hundert Menschen aus ganz Großbritannien kamen zusammen, um sich über Demenz-Erfahrungen auszutauschen und Kontakte zwischen Betroffenen, Angehörigen, Dienstleistungsorganisationen und Auftraggebern zu fördern. Ein weiteres Ziel der Veranstaltung war es, Wege der Unterstützung für Familien sowie Informationslücken und Bedarfe zu identifizieren.

Diverse Cymru

ist eine walisische Wohltätigkeitsorganisation, die sich für Menschen einsetzt, die mit Ungleichheit und Diskriminierung konfrontiert sind.

Erkenntnisse waren unter anderem, dass Bedarf besteht, an:

- Patientenorientierten Dienstleistungsangeboten, die die Würde der Person mit Demenz respektieren.
- Informationen über Demenz und demenzbezogene Dienstleistungen in Formaten, die diverse Gemeinschaften widerspiegeln.
- Sensibilisierung und Bereitstellung von Informationen bezüglich Demenz und der möglichen Dienstleistungen für ethnische Minderheiten.
- Unterstützung für Pflegekräfte.
- Forschung zu den Lebensumständen ethnischer Minderheiten (BAME) in Wales (Diverse Cymru 2020)

Nationale Identität im Umgang mit älteren Menschen mit Demenz im Vereinigten Königreich

Wie eingangs erläutert, soll England zum „besten Land der Welt für Menschen mit Demenz, ihre Betreuenden, Familien, Pflegenden sowie für die Demenzforschung“ werden, so die in der “Prime Minister’s Challenge on Dementia” formulierte Absicht (Department of Health 2016). Obgleich die weiteren Länder des Vereinigten Königreichs – Nordirland, Schottland und Wales – dies nicht so enthusiastisch formulieren, gleichen sich deren Vorhaben (Alzheimer Europe 2021). Im „Care Act 2014“ sind die gesetzlichen Pflichten der englischen Kommunalbehörden (Councils) für pflegebedürftige Erwachsene und ihre Betreuenden festgelegt. Das Gesetz soll sicherstellen, dass jede Entscheidung über die Pflege einer Person ihre Stärken, Fähigkeiten und ihr Wohlbefinden berücksichtigt und darauf aufbaut, um ihnen zu helfen, so lange wie möglich unabhängig zu leben. Trotz der diskutierten Schwächen des Gesundheitssystems, z.B. in Bezug auf lange Wartelisten, die eine Hürde darstellen, ist der National Health Service (NHS) im Vereinigten Königreich kostenlos und genießt ein hohes Ansehen in der Bevölkerung (Borger 2020). Der Kampf für eine Vielzahl wirksamer Informationswege, eine schnelle Diagnose und person-zentrierte Versorgungssysteme, die sowohl den gesundheitlichen als auch den psychosozialen Bedürfnissen von Menschen mit Demenz gerecht werden, ist seit langem eine Priorität in Forschung, Praxis und Politik (des Vereinigten Königreichs), so Saltus et al. (2021).

Fazit

Die internationale Migration erzeugt ethnische und kulturelle Vielfalt im Vereinigten Königreich. Menschen mit Migrationshintergrund, die von einer Demenz betroffen sind, sind – verglichen mit demenziell erkrankten Menschen ohne Migrationshintergrund – konfrontiert mit einer Reihe von Herausforderungen wie Sprachbarrieren, Mangel an Wissen und relevanten Informationen, Glaubensvorstellungen, potenzieller Stigmatisierung und

Diskriminierung. Dies stellt das Vereinigte Königreich vor die Herausforderung der kontinuierlichen gesellschaftlichen Integration und des gleichberechtigten Zugangs zum Gesundheitswesen. Diese Aufgabe ist künftig aufgrund der zu erwartenden Zunahme der Personengruppe – hochrelevant.

Zwar gibt es Organisationen wie die Alzheimer's Society, die kulturspezifische Informationen zu Demenz bereitstellen und sich bemühen, das Bewusstsein für das Thema zu schärfen, so Monsees et al. (2021). Derartige Maßnahmen sind im Vereinigten Königreich jedoch nicht weit verbreitet. Ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer ganzheitlichen, person-zentrierten und kultursensiblen Versorgung von Menschen aus ethnischen Minderheiten, die von Demenz betroffen sind, ist der Abbau der Zugangsbarrieren sowie die Sensibilisierung und Schulung der Betreuenden für die genannten Barrieren und Ursachen.

Renate Berner

Literatur

Alzheimer Europe (2021): National Dementia Strategies. <https://www.alzheimer-europe.org/policy/national-dementia-strategies> (zuletzt geprüft am 14.02.2024).

Alzheimer's Research UK (2022): Prevalence and Incidence of Dementia. Dementia Statistics Hub. <https://dementiastatistics.org/about-dementia/prevalence-and-incidence/> (zuletzt geprüft am 14.02.2024).

Alzheimer's Society (2021): Biggest killer in the UK is now COVID-19, but deaths from dementia remain high, 28.07.2021. <https://www.alzheimers.org.uk/blog/research-UK-biggest-killer-high-dementia-deaths> (zuletzt geprüft am 14.02.2024).

Alzheimer's Society (2022): Paying for care home fees in England. www.alzheimers.org.uk/get-support/legal-financial/care-home-fees (zuletzt geprüft am 14.02.2024).

APPG (2013): Dementia does not discriminate: The experiences of black, Asian and minority ethnic communities. London: House of Commons All-Party Parliamentary Group on Dementia: <https://www.alzheimers.org.uk/2013-appg-report#content-start> (zuletzt geprüft am 14.02.2024).

Baghirathan, S.; Cheston, R.; Hui, R.; Chacon, A.; Shears, P.; Currie, K. (2020): A grounded theory analysis of the experiences of carers for people living with dementia from three BAME communities: Balancing the need for support against fears of being diminished. *Dementia* 19(5): 1672-1691.

Borger, S. (2020): Billige Liebe – Wie die Briten mit ihrem Gesundheitssystem umgehen, 10. April 2020: The Standard: www.derstandard.de/story/2000116742774/billige-liebe-wie-die-briten-mit-ihrem-gesundheitssystem-umgehen (zuletzt geprüft am 14.02.2024).

Chaturvedi, N. (2003): Ethnic Differences in Cardiovascular Disease. *Heart* 89: 681-686.

Daker-White, G.; Beattie, A. M.; Gilliard, J.; Means, R. (2002): Minority ethnic groups in dementia care: a review of service needs, service provision and models of good practice. *Aging & Mental Health* 6(2): 101-108.

Department of Health (2016): Prime Minister's Challenge on Dementia 2020. Implementation Plan. Prepared by the Dementia Policy Team. London: Department of Health: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/507981/PM_Dementia-main_acc.pdf (zuletzt geprüft am 14.02.2024).

Diverse Cymru (2020): Let's Talk about Dementia – End the Stigma. A report on Diverse Cymru's BAME Dementia Event held on 19 September 2019. Cardiff: Diverse Cymru: <https://diversecymru.org.uk/portfolio-items/lets-talk-about-dementia-end-the-stigma-report/> (zuletzt geprüft am 14.02.2024).

Dowrick, A.; Southern, A. (2014): Dementia 2014: Opportunity for change. London: Alzheimer's Society.

Ma, M.; Joshi, G. (2021): Unpacking the Complexity of Migrated Older Adults' Lives in the UK through an Intersectional Lens: A Qualitative Systematic Review. *Gerontologist*.

Monsees, J.; Schmachtenberg, T.; Leiz, M.; Cardona, M. I.; Thyrian, J. R.; Stentzel, U.; van den Berg, N.; Hoffmann, W. (2021): EU-Atlas Dementia & Migration: Estimated number, care situation, and policies regarding people with a migration background with dementia in the EU, EFTA, and UK. Rostock/Greifswald: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE).

Mukadam, N.; Cooper, C.; Basit, B.; Livingston, G. (2011): Why do ethnic elders present later to UK dementia services? A qualitative study. *International Psychogeriatrics* 23(7): 1070-1077.

ONS (2021): Population of the UK by country of birth and nationality: year ending June 2021. Newport: Office for National Statistics: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/internationalmigration/bulletins/ukpopulationbycountryofbirthandnationality/yearendingjune2021> (zuletzt geprüft am 14.02.2024).

Parveen, S.; Peltier, C.; Oyebode, J. R. (2017): Perceptions of dementia and use of services in minority ethnic communities: a scoping exercise. *Health and Social Care in the Community* 25(2): 734-742.

Pham, T. M.; Petersen, I.; Walters, K.; Raine, R.; Manthorpe, J.; Mukadam, N.; Cooper, C. (2018): Trends in dementia diagnosis rates in UK ethnic groups: analysis of UK primary care data. *Clinical Epidemiology* 10: 949-960.

Saltus, R.; Duval, S.; Vougioukalou, S. (2021): Leave No-one Behind: Improving pathways to dementia information, early assessment, and support for older people from minoritised and racialised backgrounds in Wales – Research Briefing Paper. Pontypridd: University of South Wales.

Salway, S.; Holman, D.; Lee, C.; McGowan, V.; Ben-Shlomo, Y.; Saxena, S.; Nazroo, J. (2020): Transforming the health system for the UK's multiethnic population. *BMJ* 368: m268.

Schölkopf, M.; Grimmeisen, S. (2020): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik. 4. überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Sturge, G. (2021): Migration Statistics. Number CBP06077, 27 April 2021. London: House of Commons Library.

Tilki, M. (2020): Dementia and Irish People in Britain. In: D. Truswell (Hrsg.), *Supporting People Living with Dementia in Black, Asian and Minority Ethnic and Strategies for Change*. London: Jessica Kingsley: 21-34.

Tilki, M.; Curran, C.; Moloney, K.; Jones, H.; Rogers, E. (2016): Reaching out effectively to Gypsies and Travellers. *Journal of Dementia Care* 24(5): 12-14.

Truswell, D. (2020): Dementia and UK African-Caribbean Community. In: D. Truswell (Hrsg.), *Supporting People Living with Dementia in Black, Asian and Minority Ethnic and Strategies for Change*. London: Jessica Kingsley: 35-54.

United Nations (2019): International Migration 2019: Wall Chart (ST/ESA/SER/A/431): Department of Economic and Social Affairs, Population Division: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Feb/un_2019_internationalmigration_wallchart.pdf (zuletzt geprüft am 14.02.2024).

West, E.; Nair, P.; Barrado-Martin, Y.; Walters, K. R.; Kupeli, N.; Sampson, E. L.; Davies, N. (2021): Exploration of the impact of the COVID-19 pandemic on people with dementia and carers from black and minority ethnic groups. *BMJ Open* 11(e050066): 1-10.

Am anderen Ende der Welt

Demenz und Migration in Australien

Fast 100 Jahre lang war Australien eine britische Sträflingskolonie. Erst mit dem Goldrausch Mitte des 19. Jahrhunderts wurde Australien zu einem rasch anwachsenden Einwanderungsland – sehr zum Leid der australischen Urbevölkerung, die heute eine Minderheit darstellt (2,8% der Gesamtbevölkerung). Seit 1931 ist Australien Mitglied im „Commonwealth of Nations“ und formal immer noch eine parlamentarisch-demokratische Monarchie unter der britischen Krone. Eingewanderte werden als Personen mit „CALD“-Hintergrund bezeichnet. CALD steht für kulturelle und sprachliche Vielfalt (cultural and linguistic diverse). Wenn im Text von CALD-Hintergrund zu lesen ist, dann ist dieser Begriff als Synonym zu Migrationshintergrund bzw. Migrationsgeschichte zu verstehen.

Demografie in Australien

Australien ist weltweit das am dünnsten besiedelte Land (3,5 Einwohner pro km²) mit einer Gesamtbevölkerung von 27,3 Millionen. Über 80% der australischen Bevölkerung lebt in den Städten der Südküste, in Tasmanien und im Großraum Perth. Fast die Hälfte (46%) der australischen Bevölkerung wurde entweder im Ausland geboren oder hat einen oder beide Elternteile, die im Ausland geboren wurden. Eine direkte Migrationserfahrung haben ca. 30% der Australier:innen (ABS 2021a), die selbst aus einem anderen Land eingewandert sind. Im Hinblick auf die Altersstruktur (Statista 2024) der australischen Bevölkerung liegt der Anteil der über 65-Jährigen bei 17,38%. Die Zusammensetzung dieser älteren Bevölkerung spiegelt weitgehend die Migrationswellen wider, die seit dem Zweiten Weltkrieg stattgefunden haben (Wilson et al. 2020). So hat ein Drittel der über 65-Jährigen einen Hintergrund kultureller und sprachlicher Vielfalt. Die am stärksten vertretenen Gruppen stammen aus Italien, Grie-

Demografische Daten zum Thema Demenz und Migrationsgeschichte werden in Australien aus drei Quellen zusammengetragen:

- Nationale Erhebung „Survey of Disability, Ageing and Carers (SDAC): Erfasst werden Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen, die mindestens seit sechs Monaten bestehen, Menschen ab dem 65. Lebensjahr und diejenigen, die Menschen mit Behinderung oder ältere Menschen pflegen.
- Aged Care Funding Instrument (ACFI): Erfasst Menschen mit Demenz, die in Altenpflegeeinrichtungen leben.
- Multi-Agency Data Integration Project (MADIP): Ergibt sich aus der Partnerschaft zwischen den australischen Regierungsbehörden und den demografischen Daten der Volkszählung. Hier werden vorwiegend die Mortalitätsdaten ausgewertet (AIHW 2024a).

chenland, Deutschland, Holland, China, Polen, Kroatien, Indien, Malta, Vietnam, Libanon und Ungarn (FECCA 2015).

Australier:innen mit Demenz

Aktuell leben etwa 420.000 Menschen mit einer Demenz in Australien. Es wird davon ausgegangen, dass die Zahl bis 2054 auf über 812.500 ansteigen wird. Auch die Anzahl der von Demenz jung Betroffenen (unter 65 Jahren) wird von 28.650 auf über 41.000 Personen bis 2054 anwachsen (Dementia Australia 2024a). Die Prävalenz von Demenz ist in der indigenen Bevölkerung, d.h. bei den Aborigines und den Torres-Strait-Insulanern, zwei- bis fünfmal höher als in der Gesamtbevölkerung (AIHW 2018). In der Geschlechterverteilung sind Frauen mit 63 % häufiger von einer Demenz betroffen als Männer. Die Auswertung der Todesursachen belegt, dass eine Demenzerkrankung bei den über 85-Jährigen den ersten Platz einnimmt (AIHW 2024e). Für die steigende Demenzhäufigkeit gibt es viele Gründe, wie z. B. die Zunahme von Erkrankungen durch ungesunden Lebensstil oder durch eine bessere Wahrnehmung von Demenzsymptomen – also eine erhöhte Sensibilität in der Bevölkerung. Letzteres bestätigt auch eine aktuelle Untersuchung, die besagt, dass 88 % der Australier:innen die Symptome einer Demenz kennen. Die Studie zeigt auch auf, welchen Einfluss der Wohnort hat: Personen, die in Großstädten leben, haben ein höheres Risiko, an einer Demenz zu erkranken, als diejenigen in den ländlichen Regionen (Haque et al. 2023).

Jung betroffene Menschen mit Demenz in Australien

Demenzbetroffene Australierinnen und Australier werden zu ca. 70 % in der privaten Häuslichkeit begleitet und gepflegt. In der stationären Langzeitpflege haben etwas über die Hälfte der Bewohnerschaft eine Demenzerkrankung – darunter auch ca. 1.300 jung Betroffene (unter 65 Jahre). Die „Royal Commission into Age Care Quality and Safety“ hat 2018 die Forderung aufgestellt, dass in Einrichtungen der Altenpflege niemand jünger als 65 Jahre sein darf. Seither hat die australische Regierung mit Unterstützung des „National Disability Insurance Scheme (NDIS)“ (AIHW 2024f) folgende Ziele verfolgt und weitgehend erreicht:

- Bis 2022 durfte niemand mehr unter 65 Jahren in ein Altenpflegeheim einziehen
- Bis 2022 durfte niemand unter 45 Jahren in einem Altenpflegeheim leben
- Bis 2025 darf niemand unter 65 Jahre in einem Altenpflegeheim leben

In Australien wird eine Demenz als Erkrankung anerkannt, die bleibende neurologische Beeinträchtigungen mit sich bringt. Die NDIS hat die Aufgabe, mit den Betroffenen unter 65 Jahren ei-

nen Plan zu erstellen, der Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten, Maßnahmen zur Alltagsbewältigung, Unterstützung am Arbeitsplatz und vieles mehr beinhaltet. Hierbei werden auch technische Hilfsmittel für die jeweilige Lebenssituation geprüft und empfohlen (Dementia Australia 2024b).

Menschen mit CALD-Hintergrund und Demenz

Einschätzungen, welche Einwanderungsgruppen von einer Demenzerkrankung betroffen sind und sein werden, basieren auf den Auswertungen der Geburtsorte der älteren Bevölkerung. Die statistische Auswertung unterscheidet die Herkunftsländer zunächst nach englischsprachig und nicht-englischsprachig. 2018 stammten 28% der Menschen mit Demenz aus einem nicht-englischsprachigen Land. Die größte Gruppe (3,5%) der Demenzbetroffenen stammt aus Italien. Die nächsthäufigsten nicht-englischsprachigen Geburtsländer von Menschen mit Demenz sind Griechenland (3,0%) und China (2,2%) (AIHW 2024a). Ein weiteres Ergebnis der Auswertung ist, dass die Demenzrate mit abnehmenden Englischkenntnissen steigt (AIHW 2024a).

Statistische Erhebungen stützen sich auf die Angaben von Angehörigen, die mit Menschen mit Demenz zusammenleben. Allerdings kann das Stigma „Demenz“ die Umfrageergebnisse beeinflussen. Teilweise wird die Erkrankung als Geisteskrankheit oder „Verrücktheit“ angesehen und es wird nicht darüber gesprochen (Alzheimer's Australia 2008; Philip et al. 2024). Das hängt mit dem jeweiligen kulturellen Hintergrund, aber auch mit den Sprachbarrieren und kulturellen Gepflogenheiten bei der Erstellung einer Diagnose zusammen. Deshalb ist davon auszugehen, dass die Dunkelziffer der Menschen mit CALD-Hintergrund und Demenz möglicherweise höher ist als bei anderen Australierinnen und Australiern (AIHW 2024a).

Bei der Volks- und Wohnungszählung 2021 des „Australian Bureau of Statistics“ wurden zum ersten Mal gezielte Informationen zu Erkrankungen erhoben (ABS 2021b). Mit diesen neuen Fragestellungen können Selbstberichte zu Demenzerkrankungen mit einer breiten Palette demografischer Daten auch zum Thema CALD-Hintergrund kombiniert werden.

Demenz und mehr...

Eine statistische Erhebung von 2018 ergab, dass Menschen mit Demenz aus englischsprachigen und nicht-englischsprachigen Herkunftsländern folgende Begleiterkrankungen haben: hoher Blutdruck (41 und 42%), arthritische Erkrankungen (36 und 31%), hoher Cholesterinspiegel (20 und 31%), Rückenprobleme (27 und 19%), Taubheit/Hörverlust (27 und 19%), Depression (12 und 14%). Im Vergleich zeigt sich, dass die Diabeteserkrankung bei denjenigen aus einem nicht-englischsprachigen Herkunfts-

land mit 33% deutlich höher ist gegenüber denjenigen (15%), die aus englisch-sprachigen Herkunftsländern stammen (AIHW 2024a). Die Erhebung zeigt, dass einige typische Risikofaktoren für eine Demenzerkrankung vorliegen: Bluthochdruck, hohe Cholesterinwerte, Diabetes, Schwerhörigkeit und Depression (AIHW 2024a).

Auswirkung: Kulturelle und sprachliche Diversität

Das Verständnis von Demenzerkrankungen bei Menschen mit CALD-Hintergrund ist für die Gesundheits- und Altenpflegepolitik und -planung von entscheidender Bedeutung. Forschungserkenntnisse belegen, dass die CALD-Communities oder bestimmte kulturelle Untergruppen andere Krankheitsmuster, Gesundheitsrisikofaktoren und einen anderen Zugang zu und eine andere Inanspruchnahme von Dienstleistungen haben (AIHW 2024a).

Eine flächendeckende Anwendung geeigneter Demenzdiagnoseinstrumente (z.B. die Rowland Universal Dementia Assessment Scale – RUDAS) ist erforderlich, damit eine Diagnose möglich wird und nicht aufgrund von Kommunikations- und kulturellen Unterschieden verschleppt wird. Demenzerkrankte Menschen mit CALD-Hintergrund haben im Laufe ihres Lebens mehrere Sprachen erlernt und kehren bei einer fortschreitenden Demenz oft zu ihrer Muttersprache zurück oder sie mischen die diversen Sprachen miteinander. Das kann zu Kommunikationsschwierigkeiten führen und bei den Betroffenen Gefühle der Isolation, Einsamkeit, Angst und Depression hervorrufen (AIHW 2024a). Im Survey of Disability, Ageing and Carers (SDAC) wurden auch Informationen über die Englischkenntnisse von Menschen mit Demenz erhoben, deren Hauptsprache zu Hause nicht Englisch war. Etwa 62% dieser Befragten gaben an, dass sie entweder kein Englisch sprechen oder, wenn sie Englisch sprechen, es nicht gut beherrschen.

Das australische Gesundheitssystem

1984 wurde die nationale Gesundheitsversicherung Medicare eingeführt, die von den australischen Steuerzahler:innen finanziert wird. An die Medicare-Versicherung werden 2% des steuerpflichtigen Einkommens abgeführt. Übersteigt das jährliche Einkommen 93.000 AUD bei Singles oder 186.000 AUD bei Familien, die keine zusätzliche private Krankenversicherung abgeschlossen haben, dann wird ein Medicare-Zuschlag von 1–1,5% je nach Einkommenshöhe fällig (ATO 2024). Dadurch ist die gesamte australische Bevölkerung anspruchsberechtigt und es ist für soziale Gerechtigkeit im Gesundheitssystem gesorgt. Wer ein sehr geringes Einkommen hat, von Arbeitslosengeld oder von Sozialhilfe lebt, kann die Medicare-Versorgung kostenfrei in Anspruch nehmen. Die wichtigsten Leistungskomponenten von

Medicare erstrecken sich auf die ambulante und stationäre Versorgung, Krankenhausaufenthalte sowie auf die Versorgung mit Arzneimitteln. Die Kosten für den Hausarzt werden zum Großteil von Medicare übernommen, wohingegen Zahnarzt- oder Augenarztrechnungen nur zu geringeren Teilen subventioniert werden. Um den Eigenanteil an bestimmten Leistungen abzupuffern, schließen viele Australier:innen eine zusätzliche Privatversicherung ab, die auch steuerlich gefördert wird.

Die Organisation von Medicare obliegt der australischen Regierung und wird von der Bundeseinrichtung „Medicare Australia“ (Services Australia 2024) (ehemals „Health Insurance Commission“ (HIC)) ausgeführt. „Medicare Australia“ arbeitet mit dem australischen Gesundheitsministerium „Department of Health and Ageing – DoHA“ zusammen und ist unter anderem für die Organisation des Bundeszuschusses (Private Health Insurance Rebate) zu den privaten Zusatzversicherungen und für Zahlungen in Bezug auf ambulante und stationäre Pflege zuständig.

Die australische Regierung und die sechs Staaten Western Australia, South Australia, Queensland, New South Wales, Victoria, Tasmanien, und zusammen Northern Territory und Australian Capital Territory mit ihren jeweiligen Regierungen, sind entweder einzeln oder gemeinschaftlich für die Organisation und Finanzierung des australischen Gesundheitswesens zuständig.

Das Aged Care-System

2021 und 2022 hat das „Australian Government - Department of Health and Aged Care“ 24,8 Billionen AUD für die Altenpflege ausgegeben. Mehr als 1,5 Millionen Menschen haben Dienstleistungen der Altenpflege in Anspruch genommen (DHAC 2024). Dies umfasst die Unterstützung älterer Menschen in ihrer eigenen Wohnung oder in einem Alten- oder Pflegeheim. „Aged Care“ kann Hilfe bei der Bewältigung des täglichen Lebens, Gesundheitsfürsorge, Unterkunft und Ausrüstung, wie z. B. Gehhilfen oder Rampen, umfassen. Für anspruchsberechtigte Personen (ab 65 Jahren oder bei den „first nation people“ ab 50 Jahren) stehen staatlich finanzierte Altenpflegedienste zur Verfügung. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind in der geänderten Fassung des „Health Insurance Act 1973“ definiert (AustLII, o. J.). Die Leistungen bzw. die Erstattung, die Versicherte von Medicare erhalten, beruhen auf einer von der australischen Regierung festgelegten Gebührenordnung, der so genannten Medical Benefit Schedule (MBS). Das „Medical Services Advisory Committee (MSAC)“ berät den Gesundheitsminister, welche Leistungen in Bezug auf Sicherheit, Effektivität und Kosteneffizienz in die Gesundheitsversorgung und in den Leistungskatalog aufgenommen werden sollen.

Seit November 2023 liegen die überarbeiteten Qualitätsstan-

dards für die Altenpflege vor. Für die sieben verschiedenen Kategorien (z. B. Person-sein, dienstleistende Organisationen, Umgebungsgestaltung, Ernährung etc.) wird die jeweilige Intention erklärt, die Erwartung aus Sicht eines älteren Menschen formuliert und die jeweiligen Maßnahmen dazu abgeleitet.

Beispiel aus „Standard 1: The Person“:

„Ich habe das Recht, mit Würde und Respekt behandelt zu werden und frei von jeglicher Form von Diskriminierung zu leben. Ich treffe Entscheidungen über meine Pflege und die Dienstleistungen und erhalte Unterstützung, wenn ich sie wünsche oder brauche. Meine Identität, Kultur und Vielfalt werden geschätzt und unterstützt, und ich habe das Recht, das Leben zu leben, das ich mir wünsche. Mein Anbieter versteht, wer ich bin und was mir wichtig ist, und dies bestimmt die Art und Weise, wie Pflege und Dienstleistungen erbracht werden.“ (DHCA 2023)

In der Zusammenfassung des Abschlussberichts der „Royal Commission into Violence, Abuse, Neglect and Exploitation of People with Disability“ mit dem Titel „Our vision for an inclusive Australia and Recommendations“ sind Menschen mit Demenz als Personen mit Behinderung anerkannt (Royal Commission 2023). Es wird die Empfehlung ausgesprochen, das Fachwissen zu verschiedenen Behinderungen besser in die Ausbildung von Pflegefachkräften zu integrieren und kulturell angemessene und zugängliche Unterstützungsdienste für Menschen mit CALD-Hintergrund auszubauen.

Für die Reformen in der Altenpflege werden für die Haushaltsjahre 2024–2025 beachtliche 2,2 Milliarden AUD eingestellt, um die Empfehlungen der Königlichen Kommission für Qualität und Sicherheit weiter umzusetzen. Im neuen Altenpflegegesetz stehen die Rechte und Bedürfnisse älterer Menschen im Mittelpunkt des Altenpflegesystems (Australian Government 2024).

Kultursensible Pflegeheime?!

Nach Einschätzung der SDAC hatten 2018 mehr als zwei Drittel (67 %) demenzbetroffener Menschen mit CALD-Hintergrund eine mäßige bis schwere kognitive Einschränkung. 2019–2020 stammten 21 % der demenzerkrankten Bewohner:innen in Altenpflegeeinrichtungen aus einem nicht-englischsprachigen Land. Am häufigsten waren es demenzerkrankte Bewohner:innen, die aus Italien kamen (4,0 %), gefolgt von Bewohner:innen, die ursprünglich aus Griechenland (2,0 %), Deutschland (1,4 %) und den Niederlanden (1,2 %) immigrierten.

Der geringere Anteil von Menschen mit CALD-Hintergrund in der stationären Altenpflege hat verschiedene Ursachen: familiäre Verpflichtung, kulturelle Normen und der Mangel an kultursensiblen Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen. In einigen Kul-

turkreisen liegt die Pflege-Verantwortung für die Älteren bei den Familien. Es ist zum Teil ein Tabu, ein Pflegeheim dem Zuhause von Verwandten vorzuziehen.

Menschen mit CALD-Hintergrund nutzen ambulante Pflegedienste kaum, wenn es an Kultursensibilität fehlt und Sprachbarrieren zwischen Anbieter:innen und Nutzer:innen zur Herausforderung werden. Für CALD-Communities werden Pflegeanbieter:innen dann interessant (Department of Health 2019), wenn diese Informationen in verschiedenen Sprachen und Dolmetscher:innen zur Verfügung stellen, eine bestimmte Auswahl von Speisen gewährleisten und kulturelle Praktiken berücksichtigen (AIHW 2024a). Die Australische Regierung hat die „Aged Care Quality and Safety Commission“ beauftragt, eine Broschüre zu erstellen, die alle Nutzerinnen und Nutzer von Altenhilfedienstleistenden über ihre Rechte informiert. Die „Charta der Rechte in der Altenpflege“ steht in 18 Sprachen als Download zur Verfügung (Aged Care Quality 2020).

Das Altenpflegegesetz von 1997 ist das wichtigste Gesetz, das die staatlich finanzierte Altenpflege regelt. Es beinhaltet u. a. Finanzierung, Regulierung, Zulassung von Anbieter:innen, die Qualität der Pflege und die Rechte der Pflegebedürftigen. Die Gesetze über Vielfalt und Diskriminierung gelten auch für die Altenpflege.

Häusliche Pflege für Menschen mit Demenz mit CALD-Hintergrund

Für das Jahr 2023 wurde geschätzt, dass sich ca. 141.000 unbezahlte Pflegepersonen um Menschen mit Demenz in einem gemeinsamen Haushalt kümmern. Es sind hauptsächlich Partnerinnen oder Partner (50 %) und erwachsene Kinder (41 %), zu einem hohen Anteil davon Frauen (72 %), die Pflege- und Sorgeverantwortung übernehmen (AIHW 2024c). Dabei fallen bei fast der Hälfte der pflegenden Angehörigen 60 oder mehr Stunden pro Woche an (AIHW 2024c).

Im Survey of Disability, Ageing and Carers (SDAC) von 2018 wurde die häusliche Lebenssituation von Menschen mit CALD-Hintergrund und Demenz erhoben. Die meisten Betroffenen (86 %) lebten mit anderen in einer häuslichen Gemeinschaft und 14 % in einem Singlehaushalt (AIHW 2024d). Knapp die Hälfte (47 %) der Menschen mit Demenz aus nicht-englischsprachigen Herkunftsländern wurden in der privaten Häuslichkeit ausschließlich informell und überwiegend von Angehörigen unterstützt. Im Vergleich dazu waren es nur 30 % in der Gruppe der demenzbetroffenen Australier:innen, die in englischsprachigen Ländern geboren wurden (AIHW 2024a). Es zeigte sich auch, dass pflegende Angehörige von Menschen mit CALD-Hintergrund mehr Stress erleben und über mehr ungedeckte Bedürfnisse berichten als andere Pflegende (Gilbert et al. 2022).

Eine Studie widmete sich der Frage, mit welcher Motivation Angehörige die Sorgearbeit bei Menschen mit Demenz übernehmen. Es zeigte sich, dass fast zwei Drittel (64 %) der Angehörigen sich für die Pflege und Betreuung verantwortlich fühlen (AIHW 2024c). Zudem sind etwa die Hälfte (46 %) der pflegenden Angehörigen davon überzeugt, dass niemand eine bessere Pflege erbringen kann und für 42 % sind die Kosten für ein alternatives Pflegeangebot zu hoch. Etwa 30 % der primär Pflegenden kommunizieren in der Muttersprache mit den demenzbetroffenen Personen. Zudem stammen 32 % der Hauptbetreuenden aus einem nicht-englischsprachigen Land.

Australiens Demenzstrategie

Seit 2021 arbeitete die australische Regierung mit den Regierungen der Bundesstaaten und der Territorien an der Entwicklung des neuen nationalen Aktionsplans Demenz, der sich über einen Zeitraum von zehn Jahren erstrecken soll. Er beinhaltet spezifische Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Demenz, ihrer Betreuenden und Familien in ganz Australien. Der neue Aktionsplan (2023–2033) bezieht sich auf die „Aged Care Royal Commission“ und trägt zu den internationalen Verpflichtungen Australiens als Mitgliedsstaat des Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia (2017–2025) der Weltgesundheitsorganisation bei (AIHW 2024b).

Im Jahr 2022 veranstaltete das „Department of Health and Aged Care“ Workshops zum Thema Demenz. Dazu waren Betreuende, Menschen mit Demenz in jüngeren Jahren und Vertreter:innen der Ureinwohner:innen mit und ohne Demenz eingeladen. Die Workshops boten die Gelegenheit, aus der Sicht der Betroffenen zu erfahren, welche Herausforderungen sie zu bewältigen haben und was in Bezug auf die Unterstützung bisher gut funktioniert hat und was nicht (DHAC 2022). Für die Entwicklung des neuen Aktionsplans ist auch die Öffentlichkeit aufgefordert, sich zu beteiligen.

Folgende Handlungsfelder sind für den neuen Aktionsplan zusammengelassen:

- Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit Demenz
- Risikominimierung, Verzögerung des Ausbruchs und Fortschreitens der Demenzerkrankung
- Verbesserung der Demenzdiagnose, Nachsorge, Betreuung und Unterstützung
- Verbesserung der Behandlung, Koordination und Unterstützung während des Demenzverlaufs
- Unterstützung von Menschen, die sich um Demenzerkrankte kümmern

- Aufbau demenzspezifischer Kompetenzen bei professionell Pflegenden
- Verbesserung der demenzspezifischen Datenerhebung, Steigerung der Forschungsaktivitäten und den Transfer von Erkenntnissen in die Praxis

Der Aktionsplan ist mit der Vision verbunden „Australien versteht Demenz – Menschen, die mit Demenz leben, und ihre Betreuenden haben die bestmögliche Lebensqualität und niemand geht den Weg der Demenz allein“ (Australian Government 2023).

Digitale Informationsplattform

In einer Studie der Alzheimer's Australia wurde bereits 2005 darauf hingewiesen, dass die Datengrundlage zum Thema Demenz und CALD-Hintergrund sehr uneinheitlich ist. Deshalb wurde empfohlen, eine Plattform zu schaffen und Informationen leicht zugänglich in verschiedenen Sprachen zur Verfügung zu stellen (Alzheimer's Australia 2005).

Dementia Australia

www.dementia.org.au/about-us/about-website

www.dementia.org.au/languages

www.dementia.org.au/get-support/national-dementia-helpline

Die Website „Dementia Australia“ informiert rund um das Thema Demenz sowohl Betroffene und deren Familien als auch professionell Pflegende und bietet Fortbildungen und Dienstleistungen an. Schätzungsweise sind in Australien fast 1,6 Millionen Menschen in die Begleitung und in die Pflege von Menschen mit Demenz involviert. Die Website wird vom „Australian Government Department of Social Services“ finanziert. Informationsmaterialien mit verschiedenen Themenschwerpunkten werden in mehr als 40 Sprachen kostenfrei zur Verfügung gestellt. Es gibt ein Demenztelefon, das mit dem Slogan „Kein Problem ist zu groß, keine Frage zu klein“ an allen Tagen des Jahres über 24-Stunden erreicht werden kann. Wer für ein Telefonat eine Sprachmittlung benötigt, wird angewiesen, zuvor den „Telephone Interpreting Service“ zu kontaktieren. Das Demenztelefon richtet sich an Betroffene, an Personen, die sich um demenzerkrankte Menschen kümmern oder sie pflegen, an Berufstätige, die mit demenzbetroffenen Kolleg:innen zusammenarbeiten, an diejenigen, die vergesslich sind oder eine milde Form der Demenz haben. Die Telefonberatung kann emotional stärken und die nächsten Schritte identifizieren, den Kontakt zu lokalen Dienstleistungsanbietern herstellen, über Programme informieren und staatliche Unterstützung empfehlen.

Fazit

Ein hoher Anteil der australischen Bevölkerung ist kulturell und sprachlich vielfältig (CALD) und dies wird mit der vermehrten Zuwanderung aus dem asiatischen Sprachraum auch so bleiben. In der Gesundheitspolitik steht das Thema Migrationsgeschichte und Demenz bereits ganz oben auf der Agenda. Noch 2015 monierte die „Federation of Ethnic Communities' Councils of Australia (FECCA)“, dass es zwar ein umfangreiches Forschungs-

material zur Bewertung von kultursensiblen Instrumenten für die Demenzdiagnose gebe, aber nur wenig über die Erfahrungen älterer Australier:innen mit CALD-Hintergrund mit Demenz bekannt sei. Es fehlten Erkenntnisse darüber, in welchen Lebensaltern Demenzerkrankungen wahrgenommen werden, wie hoch die Rate der diagnostizierten Demenzerkrankungen ist und wie sich die Interaktionen mit medizinischen Fachkräften sowie Beschäftigten in Gesundheits-, Altenpflege- und Sozialdiensten gestalten. Inzwischen gibt es den „Culturally and Linguistically Diverse (CALD) Dementia Research Plan“ und es sind 21 Forschungsthemen priorisiert, um Ungleichheiten zwischen Australier:innen mit und ohne Migrationsgeschichte und Demenz abzubauen und für eine Gesundheits- und Versorgungsgerechtigkeit zu sorgen (AIHW 2024a; NHMRC 2020). Der Aktionsplan liegt in fünf verschiedenen Sprachen vor. Abschließend und auf den Punkt gebracht: Australien ist ganz weit vorn.

Christina Kuhn

Literatur

ABS (2021a): Migration, Australia: Statistics on Australia's international migration, internal migration, and the population by country of birth. Australian Bureau of Statistics. www.abs.gov.au/statistics/people/population/migration-australia/latest-release (zuletzt geprüft am 05.09.2024).

ABS (2021b): Australia: 2021 Census All persons Quickstats. Australian Bureau of Statistics. <https://www.abs.gov.au/census/find-census-data/quickstats/2021/AUS> (zuletzt geprüft am 11.09.2024).

Aged Care Quality (2020): Charta über Rechte in der Altenpflege: Australian Government: Department of Health/Aged Care Quality and Safety Commission: www.agedcarequality.gov.au/resources/charter-aged-care-rights-a5-booklet (zuletzt geprüft am 05.09.2024).

AIHW (2024a): Dementia in Australia: Dementia among people from culturally and linguistically diverse backgrounds. Australian Government: Australian Institute of Health and Welfare. www.aihw.gov.au/reports/dementia/dementia-in-aus/contents/dementia-in-priority-groups/dementia-cald-backgrounds (zuletzt geprüft am 05.09.2024).

AIHW (2024b): Dementia in Australia: National policy response to dementia. Australian Government: Australian Institute of Health and Welfare. www.aihw.gov.au/reports/dementia/dementia-in-aus/contents/national-policy-response-to-dementia (zuletzt geprüft am 05.09.2024).

AIHW (2024c): Dementia in Australia: Carers of people with dementia: Time spent in the caring role. Australian Government: Australian Institute of Health and Welfare. www.aihw.gov.au/reports/dementia/dementia-in-aus/contents/carers-and-care-needs-of-people-with-dementia/

[carers-of-people-with-dementia](#) (zuletzt geprüft am 05.09.2024).

AIHW (2024d): Dementia in Australia: Prevalence of dementia. Australian Government: Australian Institute of Health and Welfare. www.aihw.gov.au/reports/dementia/dementia-in-aus/contents/population-health-impacts-of-dementia/prevalence-of-dementia (zuletzt geprüft am 05.09.2024).

AIHW (2024e): Older Australians: Health – status and functioning. www.aihw.gov.au/reports/older-people/older-australians/contents/health/health-status-and-functioning (zuletzt geprüft am 11.09.2024).

AIHW (2024f): Younger people in residential aged care. www.gen-agedcaredata.gov.au/resources/younger-people-in-residential-aged-care (zuletzt geprüft am 11.09.2024).

AIHW (2018): Australia's health 2018. Australia's health series no. 16. AUS 221. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

Alzheimer's Australia (2005): Review of CALD dementia resources in Australia. Projekt Report: Alzheimer's Australia.

Alzheimer's Australia (2008): Perceptions of dementia in ethnic communities. Hawthorn: Alzheimer's Australia.

ATO (2024): Paying the Medicare levy surcharge. Australian Taxation Office. <https://www.ato.gov.au/individuals-and-families/medicare-and-private-health-insurance/medicare-levy-surcharge/paying-the-medicare-levy-surcharge> (zuletzt geprüft am 05.09.2024).

AustLII: Health Insurance Act 1973. http://www8.austlii.edu.au/cgi-bin/viewdb/au/legis/cth/consol_act/hia1973164/ (zuletzt geprüft am 05.09.2024).

Australian Government (2024): Budget 2024/25: Improving the aged care system. <https://budget.gov.au/content/04-medicare.htm#m3> (zuletzt geprüft am 11.09.2024).

Australian Government (2023): Development of the National Dementia Action Plan: Summary of consultation outcomes: Australian Government: Department of Health and Aged Care. www.health.gov.au/resources/publications/development-of-the-national-dementia-action-plan-summary-of-consultation-outcomes (zuletzt geprüft am 05.09.2024).

Dementia Australia (2024a): About dementia: Dementia facts and figures. www.dementia.org.au/about-dementia/dementia-facts-and-figures (zuletzt geprüft am 11.09.2024).

Dementia Australia (2024b): Get support: National Disability Insurance Scheme (NDIS) support. <https://www.dementia.org.au/get-support/national-disability-insurance-scheme-ndis-support> (zuletzt geprüft am 11.09.2024).

Department of Health (2019): Actions to support older Culturally and Linguistically Diverse people: A guide for aged care providers: Australian Government: Department of Health. www.health.gov.au/resources/publications/actions-to-support-older-cald-people-a-guide-for-aged-care-providers (zuletzt geprüft am 05.09.2024).

DHAC (2024): Aged care. Department of Health and Aged Care. <https://www.health.gov.au/topics/aged-care> (zuletzt geprüft am 05.09.2024).

DHAC (2023): Strengthened Aged Care Quality Standards: Australian Government: Department of Health and Aged Care. www.health.gov.au/resources/publications/the-strengthened-aged-care-quality-standards-final-draft (zuletzt geprüft am 11.09.2024).

DHAC (2022): Preparing the National Dementia Action Plan. Department of Health and Aged Care. <https://agedcareengagement.health.gov.au/blog/preparing-the-national-dementia-action-plan/> (zuletzt geprüft am 11.09.2024).

FECCA (2015): Review of Australian Research on Older People from Culturally and Linguistically Diverse Backgrounds. Canberra: FECCA Federation of Ethnic Communities' Councils of Australia. https://fec-ca.org.au/wp-content/uploads/2016/02/AgedCareReport_FECCA.pdf (zuletzt geprüft am 11.09.2024).

Gilbert, A. S.; Antoniadis, J.; Croy, S.; Thodis, A.; Adams, J.; Goeman, D.; Browning, C.; Kent, M.; Ellis, K.; Brijnath, B. (2022): The experience of structural burden for culturally and linguistically diverse family carers of people living with dementia in Australia. *Health Soc Care Community* 30(6): e4492-e4503.

Haque, R.; Alam, K.; Gow, J.; Neville, C. (2023): Changes in the prevalence of dementia in Australia and its association with geographic remoteness. *PLoS ONE* 18(8): e0289505.

NHMRC (2020): Culturally and Linguistically Diverse (CALD) Dementia Research Action Plan – Full Report. Canberra: Australian Government/NHMRC National Institute for Dementia Research. www.nari.net.au/cald-dementia-research-action-plan (zuletzt geprüft am 05.09.2024).

Philip, G.; Savundranayagam, M. Y.; Kothari, A.; Orange, J. B. (2024): Exploring stigmatizing perceptions of dementia among racialized groups living in the Anglosphere: A scoping review. *Aging and Health Research* 4(1): 100170.

Royal Commission (2023): Executive Summary, Our vision for an inclusive Australia and Recommendations. Final Report. Canberra: Commonwealth of Australia: Royal Commission into Violence, Abuse, Neglect and Exploitation of People with Disability. <https://disability.royalcommission.gov.au/publications/final-report-executive-summary-our-vision-inclusive-australia-and-recommendations> (zuletzt geprüft am 11.09.2024).

Services Australia (2024): Medicare: What health care is covered by Medicare, how to enrol and how to claim. <https://www.servicesaustralia.gov.au/medicare> (zuletzt geprüft am 05.09.2024).

Statista (2024): Australien: Altersstruktur von 1950 bis 2023 und Prognosen bis 2050. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/180293/umfrage/altersstruktur-in-australien/> (zuletzt geprüft am 11.09.2024).

Wilson, T.; McDonald, P.; Temple, J.; Brijnath, B.; Utomo, A. (2020): Past and projected growth of Australia's older migrant populations. *Genus* 76(1): 1-21.

Ein amerikanischer Traum?

Demenz und Migration in den USA

Die USA, die in ihrer Nationalhymne als „Land of the free“ besungen werden, stehen für viele Menschen für Freiheit und für den amerikanischen Traum. Doch wie steht es um die Freiheit und die Rechte der Menschen mit Migrationshintergrund bzw. verschiedener Ethnien im übertragenen Sinne? Der vorliegende Artikel wagt den Blick über den Atlantik Richtung USA und gibt einen Einblick in die Strukturen, Risiken, Herausforderungen, Barrieren und Chancen, mit denen Menschen mit Migrationshintergrund bzw. verschiedener Ethnien in den USA konfrontiert sind.

In diesem Artikel wird die Definition der Vereinten Nationen übernommen, die Personen mit Migrationshintergrund als Personen definiert, die in einem anderen Land leben als dem, in dem sie geboren wurden (United Nations 2019a).

Personen, die in den USA geboren wurden, aber dennoch einer ethnischen Minderheit angehören, werden als „Ethnie“ benannt.

Personengruppen, die in der Literatur als Afroamerikaner:innen oder Schwarze bezeichnet werden, werden im Folgenden „People of Color“ genannt, eine internationale Selbstbezeichnung laut Amnesty International (2017).

Nation der Immigrant:innen

Aufgrund der Siedlungsgeschichte der USA begreifen sich viele US-Amerikaner:innen als „Nation of Immigrants“ bzw. als „Melting Pot“. Die USA sind mit 51 Millionen (im Jahre 2019) das Land mit den weitaus meisten Menschen mit Migrationshintergrund weltweit. Ihre Zahl ist in den letzten zwei Jahrzehnten stark gestiegen. Im Jahre 2000 waren es noch 35 Millionen (United Nations 2019b). Der Anteil der älteren Menschen mit Migrationshintergrund liegt im Jahre 2016 bei 13,55% (Franco & Choi 2020). Im Jahr 2022 geben ca. 41% der US-Amerikaner:innen an, sich einer Ethnie (z. B. Hispanoamerikaner:innen, People of Color, Asiat:innen, Ureinwohner:innen) zugehörig zu fühlen (Statista 2024).

Prävalenz der demenziellen Erkrankung

Durch den demografischen Wandel wird die Zahl der Menschen mit Demenz in den kommenden Jahren rapide ansteigen. 2021 lebten in den USA 58 Millionen Menschen, die älter als 64 Jahre waren. Im Jahr 2050 werden es voraussichtlich 88 Millionen sein (Powell 2018, Rajan et al. 2021). Ursächlich für die steigende Zahl der demenziell erkrankten Menschen ist die „Baby-Boom-Generation“, welche in den USA zwischen 1946 und 1964 geboren wurde. Mehr als eine/einer von neun „Baby-Boomern“ (6,2 Millionen Menschen) lebt mit einer demenziellen Erkrankung vom Alzheimer Typ. Bis 2060 wird die Zahl der älteren Menschen mit Alzheimer-Demenz voraussichtlich 13,8 Millionen erreichen (Powell 2018, Rajan et al. 2021).

Gesundheitliche und sozioökonomische Ungleichheiten

People of Color, einschließlich Hispanoamerikaner:innen, haben ein deutlich höheres Risiko an einer Demenz zu erkranken (Alzheimer's Association and Centers for Disease Control and Prevention 2018, Chen & Zissimopoulos 2018, Franco & Choi 2020). So konstatieren Franco & Choi (2020), dass die Erkranken-

kungswahrscheinlichkeit von älteren Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Weißen um 70 % erhöht ist. Differenzierte Zahlen der verschiedenen Ethnien zeigen, dass ältere People of Color in etwa doppelt so häufig von einer demenziellen Erkrankung betroffen sind wie ältere Weiße (Potter et al. 2009, Alzheimer's Association and Centers for Disease Control and Prevention 2018, Rajan et al. 2021). Ältere Hispanoamerikaner:innen erkranken etwa eineinhalb Mal so häufig an Alzheimer oder anderen Demenzerkrankungen wie ältere Weiße (Gurland et al. 1999, Haan et al. 2003, Samper-Ternent et al. 2012, Alzheimer's Association 2021). Sie haben außerdem eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass ihre demenzielle Erkrankung nicht diagnostiziert wird (Franco & Choi 2020). Die Ursache hierfür liegt in gesundheitlichen und sozioökonomischen Ungleichheiten, welche durch den strukturellen Rassismus bedingt sind, der in der Geschichte der USA tief verwurzelt ist. Dieser betrifft viele Aspekte des Lebens, die sich direkt oder indirekt auf die Fähigkeit auswirken können, gesunde Verhaltensweisen beizubehalten oder Zugang zu Ressourcen zu erhalten, die das Demenzrisiko beeinflussen. Mit Blick auf das erhöhte Demenzrisiko, bestehen die gesundheitlichen Ungleichheiten insbesondere in einem erschwerten Zugang zum Gesundheitswesen, in gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen oder chronischen Krankheiten, die mit einem höheren Demenzrisiko assoziiert sind (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes). Weitere Faktoren sind sozioökonomische, soziale und umweltbedingte Ungleichheiten (z. B. ein niedrigeres Bildungsniveau, geringere Qualität der Ausbildung, höhere Armutsraten) (Dickman et al. 2017, Alzheimer's Association and Centers for Disease Control and Prevention 2018, Franco & Choi 2020, Alzheimer's Association 2021). Bestehen neben den erläuterten gesundheitlichen und sozioökonomischen Ungleichheiten auch noch sprachliche Barrieren, wie begrenzte Englischkenntnisse, erschwert dies zudem die Diagnostik (Franco & Choi 2020). Eine Möglichkeit der Ungleichheit entgegenzuwirken sind Prävention, Gesundheitsförderung, Behandlung sowie die Förderung des Bildungsniveaus und gesundheitsförderlicher Lebenswelten (Chen & Zissimopoulos 2018, Garcia et al. 2019).

Gesundheitliche und kognitive Vorteile

Studien zur kognitiven und physischen Gesundheit der ethnischen Bevölkerungsgruppe der People of Color, einschließlich Hispanoamerikaner:innen, im Vergleich zu Weißen, diskutieren und erforschen neben den erläuterten Ungleichheiten auch gesundheitliche und kognitive Vorteile:

Es gibt Daten, die vermuten lassen, „Personen mit Migrationshintergrund könnten kognitiv weniger eingeschränkt und gesünder sein als Menschen ohne Migrationshintergrund“. Eine mögliche Erklärung dafür ist der „Salmon-Bias“, der dadurch entsteht, dass

Personen mit Migrationshintergrund im Alter und bei Krankheit in ihre Heimatländer zurückkehren (Turra & Elo 2008, Aguila et al. 2013). Da sie dann aus der Statistik herausfallen, steigt (jedoch nur scheinbar) die durchschnittliche Lebenserwartung und der durchschnittliche kognitive Status der im Land Verbliebenen. Gesundheitliche oder kognitive Vorteile könnten demzufolge das Ergebnis einer verzerrten Datenlage sein.

Ein weiterer Forschungsbereich betrifft den „Healthy-Migrant-Effect“ (Cho et al. 2004, Markides & Rote 2019). Dieser beschreibt Personen mit Migrationshintergrund als eine Gruppe, welche im besonderen Maße körperlich gesund, fit und belastbar ist. Eine Begründung dafür ist, dass sie ansonsten den Strapazen der Migration nicht gewachsen gewesen wären. Markides & Rote (2019) konstatieren jedoch, dass nach 10–20 Jahren eine Angleichung an die einheimische Bevölkerung stattfindet und dass bei Menschen mit Migrationshintergrund im Alter hohe Raten von Komorbidität und Behinderung zu finden seien. Fokus einiger Studien ist das hispanische Paradoxon, von dem gesprochen wird, wenn Hispanoamerikaner:innen trotz ihres durchschnittlich niedrigeren sozioökonomischen Status und anderer Risikofaktoren gesünder sind als (nicht-hispanische) Weiße. Ein Faktor hierfür könnten starke soziale Bindungen sein. So besteht in Vierteln mit einer hohen Dichte an hispanischen und mexikanischen Ethnien eine verbreitete soziale Unterstützung durch Nachbarschaftshilfe und Pflege im häuslichen Umfeld (Markides & Rote 2019). Die Hypothese, ein besseres Gesundheitsverhalten könne ursächlich sein, wird in einer Studie von Thomson et al. (2013) nicht bestätigt. Das hispanische Paradoxon sei vielmehr eine Kombination des „Healthy-Migrant-Effect“ und der „Salmon-bias-Hypothese“.

Sozialsysteme und Gesundheitsfürsorge

Die USA geben im Jahr etwa 17 Prozent (Stand 2019) ihres Bruttoinlandsprodukts für das Gesundheitswesen aus – weitaus mehr als vergleichbare Länder (Statista 2021). Trotzdem beschränkt sich die staatliche Verantwortung der 1965 erstmals ins Leben gerufenen Gesundheitsvorsorge auf Bedürftige (Medicaid) und Senior:innen (Medicare). Im Jahr 1986 bestand erstmals Anspruch auf Notfallversorgung durch Krankenhäuser für die gesamte Bevölkerung. Eine Ausweitung des Versicherungsschutzes durch ObamaCare erfolgte 2010. Der Affordable Care Act, wie ObamaCare offiziell heißt, ist für Menschen gedacht, die nicht über ihre:n Arbeitgeber:in versichert sind, aber auch nicht „arm genug“ für Medicaid oder „alt genug“ für Medicare sind. Dank ObamaCare sinkt die Zahl der nicht versicherten Personen von 43 Millionen im Jahr 2013 auf 27 Millionen 2016 (Huguet et al. 2019). ObamaCare ist in den USA einer der großen politischen Streitpunkte, da die Republikaner (insbesondere in der Versicherungspflicht) einen Verstoß gegen die individuelle Frei-

heit und die Verfassung sehen (Handelsblatt 2021). ObamaCare wird jedoch durch Entscheidungen des Obersten Gerichtshofs wiederholt bestätigt. Trotzdem sind (im Jahr 2018) 8,5 % Menschen in den USA weiterhin nicht krankenversichert (Lanz 2019).

Zugang zum Gesundheitssystem und Finanzierung

Demenziell erkrankte Menschen, die Langzeitpflege und Betreuung benötigen, sind durch die staatliche Gesundheitsfürsorge finanziell nicht abgedeckt. Eine Pflegeversicherung ist in den USA freiwillig und nicht in den Versicherungsleistungen der Pflichtversicherung (durch ObamaCare) enthalten. 21,9 % bezahlen diese privat (The SCAN Foundation 2013). Die Seniorenversicherung Medicare zahlt zwar für Kurzzeitpflege (Rehabilitation), für Langzeitpflege dagegen nicht. Im Pflegefall muss, sofern keine Versicherung abgeschlossen wurde, Laienpflege organisiert oder professionelle Pflege bezahlt werden. Im Falle einer häufig resultierenden Verarmung, die sowohl bei Versicherten als auch Unversicherten weit verbreitet ist (Dickman et al. 2017, Powell 2018), besteht die Möglichkeit, von Medicaid aufgefangen zu werden. Viele Familien, die sich die Pflege der demenziell erkrankten Menschen nicht leisten können, versuchen diese Finanzierungs- und Betreuungslücken privat durch häusliche Pflege zu kompensieren. Die unbezahlte Pflege der demenziell erkrankten Menschen wird häufig von Familienmitgliedern übernommen. Von den mehr als 2 Millionen Menschen, die sich in den USA jährlich um sterbende, ältere Menschen kümmern, von denen viele an Demenz erkrankt sind, sind 9 von 10 unbezahlt (Ornstein et al. 2017, Powell 2018).

Entwickeln Menschen mit Migrationshintergrund, einschließlich Hispanoamerikaner:innen, eine demenzielle Erkrankung, haben sie neben den allgemeinen Hürden der Finanzierung im Pflegefall zudem einen erschwerten Zugang zum Gesundheitswesen: Sie sind überproportional häufig einkommensschwach und nicht kranken- oder pflegeversichert (Dickman et al. 2017). Um Medicaid (für Bedürftige) zu erhalten, sind immense Hürden zu überwinden. Menschen mit Migrationshintergrund müssen sich legal in den USA aufhalten und die Voraussetzungen für einen Wohnsitz erfüllen. Erst dann besteht in den meisten Fällen nach fünf Jahren Anspruch auf Medicaid. Auch für Medicare, die Versicherung für Senior:innen, muss man sich seit mindestens fünf Jahren in den USA aufhalten.

Nationale Identität im Umgang mit älteren Menschen in den USA

Die Nationale Identität im Umgang mit älteren Menschen steht in engem Zusammenhang mit der Entwicklung des amerikanischen Gesundheitswesens. Während Deutschland im Jahre 1883 als erstes Land eine allgemeine Krankenversicherungspflicht ein-

fürhte, steht in den USA nach wie vor die private Selbstvorsorge im Mittelpunkt. Das kollektive Verständnis ist das einer persönlichen Selbstverantwortung. Ist man nur fleißig genug, so die Vorstellung, gelingt der „Amerikanische Traum“ vom höheren Lebensstandard. Es wird als gesellschaftliche Pflicht angesehen durch eigene Anstrengungen nicht abhängig zu sein. Dies könnte den Umstand erklären, dass die USA über keinen tragfähigen Plan für die Bereitstellung und Bezahlung der Pflege demenziell erkrankter Menschen verfügen (Powell 2018). Betroffene, die nicht die finanziellen Mittel haben sich eine private Pflegeversicherung zu leisten, sind auf sich allein gestellt oder auf die Hilfe von Familie und Freunden angewiesen. Alte Menschen werden, sofern mittellos, allein gelassen.

Nationaler Plan zur Bewältigung der Alzheimer-Krankheit

Im Jahr 2011 hat das US-Gesundheitsministerium den „National Alzheimer’s Project Act“ in Kraft gesetzt, der den Staatssekretär des US-Gesundheitsministeriums beauftragt, das „National Alzheimer’s Project“ zu etablieren, unter anderem mit dem Ziel:

- einen integrierten nationalen Plan zur Bewältigung der Alzheimer-Krankheit zu erstellen,
- die Forschung zur Alzheimer-Krankheit und der entsprechenden Dienste in allen Bundesbehörden zu koordinieren,
- die Entwicklung von Behandlungsmethoden zu beschleunigen, die den Verlauf der Alzheimer-Krankheit verhindern, aufhalten oder umkehren können,
- der Verbesserung der Frühdiagnose und der Koordination der Pflege und Behandlung der Alzheimer-Krankheit,
- der Verringerung der Ungleichheiten bei der Alzheimer-Krankheit für ethnische Minderheiten, die ein höheres Risiko für die Alzheimer-Krankheit haben,
- der Koordinierung internationaler Gremien zur weltweiten Bekämpfung der Alzheimer-Krankheit (HSS 2021).

Gute Praxis – Healthy Brain Initiative Road Map

Die „Healthy Brain Initiative Road Maps“ der Alzheimer’s Association und der Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ermöglichen langfristig viele verschiedene Gute-Praxis-Projekte. Derzeit befindet sich bereits die vierte „Healthy Brain Initiative Road Map“ (2023-2027) in der Umsetzung (Alzheimer’s Association and Centers for Disease Control and Prevention 2023).

Erklärtes Ziel ist es, die kognitive Gesundheit als integralen Bestandteil der öffentlichen Gesundheit zu fördern. Erreicht werden soll dies durch verschiedene Maßnahmen wie Bildungsprojekte, Entwicklung von Strategien, Mobilisierung von Partnerschaften und Sicherstellung kompetenter Arbeitskräfte. Kernprinzipien sind die Vermeidung gesundheitlicher Ungleichheiten, sektoren-

übergreifende Zusammenarbeit sowie die Nutzung von Ressourcen mit nachhaltiger Wirkung. Realisierte Projekte haben u. a. die Sensibilisierung, Aufklärung, Schulung, das Empowerment sowie den Abbau von Stigmatisierung und Mythen zum Ziel. Zugang zu People of Color wird häufig durch Glaubensgemeinschaften gesucht. Auch werden Informationen über verschiedene Internetkanäle zugänglich gemacht, wie z. B. bei der Entwicklung des „National Brain Health Center for African Americans“. Ziel ist es, gesundheitlichen Ungleichheiten entgegenzuwirken. Es werden Bildungs- und Schulungsprogramme zur Sensibilisierung für das Thema Demenz und die Probleme der People of Color angeboten. Dies erfolgt z. B. durch kulturell angepasste Informationen und Aufklärung oder Schulung von Gesundheitsfachkräften bezüglich einer kultursensiblen Pflege (Alzheimer's Association and Centers for Disease Control and Prevention 2018).

Ein Projekt des Minnesota Department of Health (MDH) in Zusammenarbeit mit dem Caregiver Support and Dementia Services Team der Volunteers of America (VOA) zielt darauf ab, das Bewusstsein für die Mundgesundheit von Menschen mit Demenz in der Gemeinde zu stärken. Im Rahmen des Projekts werden Schulungen für community health workers (CHWs) entwickelt und durchgeführt, die sich auf Mundgesundheit, Vorbeugung von Zahnerkrankungen bei älteren Menschen mit Demenz und praktische Anleitungen konzentrieren. Die geschulten CHWs fungieren anschließend als Multiplikator:innen und bilden 75 Ehrenamtliche in der Mundpflege für ältere Erwachsene und Menschen mit Demenz weiter. Aufbauend auf diesem Erfolg wurde in Zusammenarbeit mit der Minnesota Community Health Worker Alliance ein umfassendes, fortlaufendes Schulungsprogramm entwickelt, das sich auf Demenzprävention, Früherkennung und Unterstützung für Pflegepersonen spezialisiert (Alzheimer's Association and Centers for Disease Control and Prevention 2023).

Fazit

Durch die andauernde Einwanderung von Menschen aus aller Welt mit unterschiedlichen Kulturen, Hautfarben und Religionen, ist die Gesellschaft in den USA von Diversität gekennzeichnet. Die Zahl der demenziell erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund und verschiedenen Ethnien wird in den kommenden Jahren rapide ansteigen. Sie sehen sich trotz diskutierter gesundheitlicher Vorteile mit einer Reihe von gesundheitlichen und sozioökonomischen Ungleichheiten konfrontiert, wie beispielsweise einem erschwerten Zugang zum Gesundheitswesen. Da eine Pflegeversicherung freiwillig ist und aus eigenen Mittel bezahlt werden muss, sind viele Betroffene auf die Hilfe von Familie und Freunden angewiesen. Dennoch stand die kultursensible Versorgung demenziell erkrankter Menschen in den letzten 30 Jahren nicht im Fokus der Gesundheitspolitik. Es wird vielmehr

das Ziel verfolgt, durch ein neu entdecktes pharmazeutisches Heilmittel den „Kampf“ gegen die Demenz zu gewinnen (Powell 2018). Seit elf Jahren ist das Gesetz „National Alzheimer’s Project Act“ in Kraft, welches unter anderem die Verringerung der Ungleichheiten von ethnischen Minderheiten intendiert. Dadurch werden Best Practice Projekte möglich, die sensibilisieren, aufklären, schulen und der Stigmatisierung und anhaltenden Benachteiligung dieser besonders vulnerablen Personengruppe entgegenwirken.

Renate Berner & Anja Rutenkröger

Literatur

Aguila, E.; Escarce, J.; Leng, M.; Morales, L. (2013): Health status and behavioral risk factors in older adult Mexicans and Mexican immigrants to the United States. *Journal of Aging and Health* 25(1): 136-158.

Alzheimer’s Association (2021): Race, Ethnicity and Alzheimer’s in America. Special Report. Chicago: Alzheimer’s Association: <https://www.alz.org/media/Documents/alzheimers-facts-and-figures-special-report.pdf> (zuletzt geprüft am 14.02.2024).

Alzheimer’s Association and Centers for Disease Control and Prevention (2023): Healthy Brain Initiative: State and Local Road Map for Public Health, 2023–2027. Chicago: Alzheimer’s Association. https://www.alz.org/media/Documents/Healthy_Brain_Initiative_Road_Map_2023_2027.pdf (zuletzt geprüft am 14.02.2024).

Alzheimer’s Association and Centers for Disease Control and Prevention (2018): Healthy Brain Initiative, State and Local Public Health Partnerships to Address Dementia: The 2018-2023 Road Map. Chicago: Alzheimer’s Association.

Amnesty International (2017): Glossar für diskriminierungssensible Sprache. <https://www.amnesty.de/2017/3/1/glossar-fuer-diskriminierungssensible-sprache> (zuletzt geprüft am 02.02.2022).

Chen, C.; Zissimopoulos, J. M. (2018): Racial and ethnic differences in trends in dementia prevalence and risk factors in the United States. *Alzheimer’s & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions* 4: 510-520.

Cho, Y.; Frisbie, W. P.; Hummer, R. A.; Rogers, R. G. (2004): Nativity, Duration of Residence, and the Health of Hispanic Adults in the United States. *International Migration Review* 38(1): 184-211.

Dickman, S. L.; Himmelstein, D. U.; Woolhandler, S. (2017): America: Equity and Equality in Health 1: Inequality and the health-care system in the USA. *Lancet* 389.

Franco, Y.; Choi, E. Y. (2020): The Relationship Between Immigrant

Status and Undiagnosed Dementia: The Role of Limited English Proficiency. *Journal of Immigrant and Minority Health*.

Garcia, M. A.; Downer, B.; Chiu, C.-T.; Saenz, J. L.; Rote, S.; Wong, R. (2019): Racial/Ethnic and Nativity Differences in Cognitive Life Expectancies Among Older Adults in the United States. *Gerontologist* 59(2): 281-289.

Gurland, B. J.; Wilder, D. E.; Lantigua, R.; Stern, Y.; Chen, J.; Killefer, E. H.; Mayeux, R. (1999): Rates of dementia in three ethnorracial groups. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 14(6): 481-493.

Haan, M. N.; Mungas, D. M.; Gonzalez, H. M.; Ortiz, T. A.; Acharya, A.; Jagust, W. J. (2003): Prevalence of dementia in older latinos: the influence of type 2 diabetes mellitus, stroke and genetic factors. *Journal of the American Geriatrics Society* 51(2): 169-177.

Handelsblatt (2021): Supreme Court weist Republikaner-Klage gegen Obamacare ab, 17.06.2021: Handelsblatt. <https://www.handelsblatt.com/politik/international/gesundheitsreform-supreme-court-weist-republikaner-klage-gegen-obamacare-ab/27298830.html> (zuletzt geprüft am 23.08.2024).

HSS (2021): National Plan to Address Alzheimer's Disease: 2021 Update. Washington: U.S. Department of Health and Human Services. <https://aspe.hhs.gov/reports/national-plan-2021-update> (zuletzt geprüft am 23.08.2024).

Huguet, N.; Valenzuela, S.; Marino, M.; Angier, H.; Hatch, B.; Hoopes, M.; DeVoe, J. E. (2019): Following Uninsured Patients Through Medicaid Expansion: Ambulatory Care Use and Diagnosed Conditions. *Annals of Family Medicine* 17(4): 336-344.

Lanz, M. (2019): In den USA stehen wieder mehr ohne Krankenversicherung da, 14.09.2019: Neue Zürcher Zeitung. <https://www.nzz.ch/wirtschaft/krankenversicherung-usa-275-mio-2018-unversichert-id.1508049> (zuletzt geprüft am 23.08.2024).

Markides, K. S.; Rote, S. (2019): The Healthy Immigrant Effect and Aging in the United States and Other Western Countries. *Gerontologist* 59(2): 205-214.

Ornstein, K. A.; Kelley, A. S.; Bollens-Lund, E.; Wolff, J. L. (2017): A National Profile Of End-Of-Life Caregiving In The United States. *Health Affairs* 36(7): 1184-1192.

Potter, G. G.; Plassman, B. L.; Burke, J. R.; Kabeto, M. U.; Langa, K. M.; Llewellyn, D. J.; Rogers, M. A. M.; Steffens, D. C. (2009): Cognitive performance and informant reports in the diagnosis of cognitive impairment and dementia in African Americans and whites. *Alzheimer's & Dementia* 5(6): 445-453.

Powell, T. (2018): Health Policy and Dementia. *Current Psychiatry Re-*

ports 20(1:4): 1-5.

Rajan, K. B.; Weuve, J.; Barnes, L. L.; McAninch, E. A.; Wilson, R. S.; Evans, D. A. (2021): Population estimate of people with clinical Alzheimer's disease and mild cognitive impairment in the United States (2020-2060). *Alzheimer's & Dementia*.

Samper-Ternent, R.; Kuo, Y. F.; Ray, L. A.; Ottenbacher, K. J.; Markides, K. S.; Al Snih, S. (2012): Prevalence of health conditions and predictors of mortality in oldest old Mexican Americans and non-Hispanic whites. *Journal of the American Medical Directors Association* 13(3): 254-259.

Statista (2024): USA: Zugehörigkeit zu den Ethnien nach Selbstzuschreibung im Jahr 2022. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/166858/umfrage/ethnien-in-den-usa/> (zuletzt geprüft am 14.02.2024).

Statista (2021): Anteil der Ausgaben für Gesundheit am Bruttoinlandsprodukt (BIP) ausgewählter Länder im Jahr 2019. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/283361/umfrage/anteil-der-gesundheitsausgaben-am-bruttoinlandsprodukt-ausgewaehlter-laender/> (zuletzt geprüft am 01.03.2022).

The SCAN Foundation (2013): Who Pays for Long-Term Care in the U.S.? (Updated). Long Beach: The SCAN Foundation: www.thescan-foundation.org/sites/default/files/who_pays_for_ltc_us_jan_2013_fs.pdf (zuletzt geprüft am 23.08.2024).

Thomson, E. F.; Nuru-Jeter, A.; Richardson, D.; Raza, F.; Minkler, M. (2013): The Hispanic Paradox and older adults' disabilities: is there a healthy migrant effect? *International Journal of Environmental Research and Public Health* 10(5): 1786-1814.

Turra, C. M.; Elo, I. T. (2008): The Impact of Salmon Bias on the Hispanic Mortality Advantage: New Evidence from Social Security Data. *Population Research and Policy Review* 27(5): 515-530.

United Nations (2019a): International Migration 2019: Report (ST/ESA/SER.A/438). New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division, United Nations. http://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jun/international_migration_2019_report_june20.pdf (zuletzt geprüft am 15.02.2024).

United Nations (2019b): International Migration 2019: Wall Chart (ST/ESA/SER/A/431): Department of Economic and Social Affairs, Population Division: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Feb/un_2019_internationalmigration_wallchart.pdf (zuletzt geprüft am 14.02.2024).

DeMigranz

Bundesweite Initiative Demenz und Migration

Das Thema Demenz stand viele Jahre ganz oben auf der Agenda der Robert Bosch Stiftung. Eines der letzten Projekte in diesem Förderschwerpunkt war das Projekt „Bundesweite Initiative Demenz und Migration (DeMigranz)“, das im April 2017 startete, sich durch die Corona-Pandemie verzögerte und deshalb erst Ende 2023 abgeschlossen werden konnte. Mit der Durchführung war die Demenz Support Stuttgart gGmbH in Kooperation mit dem Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte der AWO in Gelsenkirchen (2017–2019) betraut.

Ein fachlicher Beirat begleitete und unterstützte das Projekt:

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Immigrant*innenverbände in Deutschland e. V. (BAGIV)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. (BAGSO)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. – Selbsthilfe Demenz e.V.
- Ethno-Medizinisches Zentrum e. V.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V. (KDA)
- Alice Salomon Hochschule Berlin

Zur Situation von Menschen mit Migrationsgeschichte

Die Bedarfe von Menschen mit Migrationsgeschichte können auch heute noch kaum vom Gesundheitssystem gedeckt werden. Schätzungsweise leben in Deutschland ca. 108.000 Menschen mit Migrationsgeschichte und Demenz und in den Familien gibt es dazu sowohl noch Informationslücken als auch eine Tabuisierung – es wird in der Öffentlichkeit nicht darüber gesprochen. Mit einer generationenübergreifenden Verpflichtung, sich innerhalb der Familie um die älteren und pflegebedürftigen Angehörigen zu kümmern, werden externe Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten wenig in Anspruch genommen.

Das Spannungsfeld zwischen Lebensentwürfen und familiärer Verpflichtung wächst vor allem für die Frauen. Sie sind in der zweiten und dritten Einwanderungsgeneration zum Teil gut ausgebildet und stehen mitten im Beruf. Teilweise verbunden sind damit große Distanzen zum Familienverbund. Pflegende Angehörige stoßen an die Grenzen der Belastbarkeit. Diversitätssensible Angebote in der Altenhilfe sind noch rar gesät und dort, wo das Familiensystem kollabiert, ist ein Umzug in ein Pflegeheim die letzte Option. Im Verlauf einer Erkrankung verlieren die Be-

troffenen häufig ihre als Fremdsprache erlernten Deutschkenntnisse. Es wird immer wieder berichtet, dass pflegende Angehörige fast täglich zu Besuch kommen, Mahlzeiten vorbereiten und mitbringen und sehr unglücklich mit der Situation sind, weil es an Kommunikationsmöglichkeiten fehlt und auf kulturelle Gepflogenheiten wenig Rücksicht genommen wird.

Projektziele von DeMigranz

Mit dem Projekt DeMigranz war die Aufgabe verbunden, in möglichst allen Bundesländern Netzwerke zu etablieren und Begegnungsräume zu schaffen, damit Vertreter:innen aus Migrant*innenorganisationen und Akteure aus dem Gesundheitssystem, aus Kommunen und Politik, miteinander in Kontakt kommen. Langfristig sollten sich dadurch im gesamten Bundesgebiet kultursensible oder gar kulturspezifische Angebote entwickeln und weiter ausgebaut werden, um die Lebenssituation der betroffenen Menschen mit Migrationsgeschichte und deren Angehörigen zu verbessern. Folgende Kernfragen standen bei der Netzwerkarbeit im Fokus:

- Welche Unterstützungsangebote brauchen Familien mit Migrationsgeschichte, wenn ein Familienmitglied von einer Demenz betroffen ist?
- Über welche Informationskanäle und über welche Zugänge werden Familien erreicht?
- Wie sind Informationen aufzubereiten und in welche Form zu bringen, sodass Familien und Betroffene auf diese aufmerksam werden?
- Welche bestehenden Beratungs- und Unterstützungsangebote können erweitert werden oder bräuchte es ganz neue Beratungskonzepte?
- Wo sind die Lücken im Gesundheitssystem, die für eine gute Unterstützung geschlossen werden sollten?
- Wie können sich Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens kultursensibel aufstellen, um ihre Angebote bekannt zu machen?

Meilensteine im Projekt DeMigranz

Die erste Etappe im Projekt war eine Recherche zu den demografischen Daten in den Bundesländern und die Verteilung der über 65-Jährigen mit Migrationsgeschichte. Gleichzeitig erfolgte eine internationale Literaturrecherche und -auswertung zum Thema Migration und Demenz und den bereits bestehenden Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen. Daraus konnten sprachspezifische „Materialienpakete“ geschnürt werden. Diese Materiallisten stehen auf unserer Website für Ratsuchende und Ratgebende als Download zur Verfügung.

Website zum Projekt DeMigranz:

Informationen, Materiallisten und Medienpaket

www.demigranz.de

Akteure in den Bundesländern wurden identifiziert, kontaktiert und für eine Kooperationspartnerschaft angefragt. Die Kooperationspartnerschaften für den Aufbau von Netzwerken waren vielfältig und reichten von Migrantenselbstorganisationen über behördliche Institutionen bis hin zu Akteuren aus der Regel- und Gesundheitsversorgung. Die Schwerpunkte der Netzwerkarbeit orientierten sich an den bisherigen Erfahrungen zum Thema Demenz und Migration, an den Möglichkeiten der Kooperationspartner:innen und an den Zielen der jeweiligen Bundesländer. In Hamburg z.B. entstand ein buntes Netzwerk, das über die „Landesinitiative Leben mit Demenz in Hamburg“ koordiniert wurde. Das Netzwerk konzipierte neue Veranstaltungsformate und organisierte mit einem hohen Dialog-Anteil der Teilnehmenden die Durchführung. Im Netzwerk entstand eine Artikelserie über Demenz für migrantische Zeitschriften. Mit der Verfilmung eines türkischsprachigen Theaterstücks über Demenz konnte ein Medienpaket in drei Sprachen entstehen, das verschiedene Veranstaltungsformate enthält, um die Menschen mit Migrationsgeschichte zu erreichen und deren Aufmerksamkeit auf das Thema Demenz zu lenken. Das „Medienpaket“ mit dem Titel „Auch wenn sie vergessen, vergessen werden wir sie nicht...!“ wurde vielen Partnerinnen und Partnern kostenfrei zur Verfügung gestellt. Zudem steht es als Download auf der Webseite der Demenz Support Stuttgart bereit.

Die Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V. greift in ihren Kurzfilmen unterschiedliche Aspekte auf, wie sich eine Demenzerkrankung auswirken kann. Einer dieser Kurzfilme mit dem Titel „Durch den Nebel“ nimmt die Perspektive einer Betroffenen ein und beschreibt eindrücklich ihre Wahrnehmung und ihre Bedürfnisse. Dieser Kurzfilm wurde in Zusammenarbeit mit Demenz Support Stuttgart auf Russisch und Türkisch synchronisiert und veröffentlicht.

Im bundesweiten Austauschforum fanden die Kooperationspartner:innen die Möglichkeit, sowohl über die Entwicklung im eigenen Netzwerk zu berichten als auch Impulse für die eigene Arbeit aus den Berichten der anderen mitzunehmen.

Jährlich wurde ein Fachtag durchgeführt. Für die verschiedenen Schwerpunkte wurden vielfältige Referent:innen eingeladen und Dialogformate im Veranstaltungsprogramm berücksichtigt. Speziell für Interessierte mit Migrationsgeschichte wurden weitere Veranstaltungstermine an Wochenenden angeboten. Die Online-Veranstaltung zum Projektabschluss hat den Netzwerkgedanken aufgegriffen und mit der Methode des „Denkraums“ (<https://taten-drang.net/>) die Teilnehmenden in Kontakt gebracht und zu regem Austausch motiviert.

Ergebnisse und Erkenntnisse

Netzwerke können zu Synergien führen und ein Thema voranbringen. Die Erfolgsfaktoren dafür hängen mitunter an strukturellen Gegebenheiten, wie z.B. dem Beschäftigungsstatus einer Kooperationspartner:in oder deren ehrenamtlichem Engagement, der Kontinuität von Ansprechpartner:innen und Teilnehmer:innen oder dem politischen Willen seitens einer Landesregierung. Einige Netzwerke haben mit großem Elan gearbeitet und das Thema Migration und Demenz in die Öffentlichkeit getragen, andere sind bei Willensbekundungen geblieben und nicht über sich hinausgewachsen. Dennoch ist das Thema Demenz und Migration in der Fachwelt und teilweise auch in der öffentlichen Wahrnehmung angekommen. Dazu hat auch die Öffentlichkeitsarbeit durch Vorträge auf Konferenzen und Fachtagen sowie die Präsenz im Internet beigetragen. Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft – Selbsthilfe Demenz e.V. hat ihre Website „Demenz und Migration“ in Kooperation mit DeMigranz um die Netzwerkkarte erweitert. Über die Netzwerkkarte können kultursensible oder mehrsprachige Angebote, Beratungsstellen und Unterstützungsangebote gefunden werden und es wird eine Übersicht zu diversen Ansprechpartner:innen in den Bundesländern ermöglicht.

Website Netzwerkkarte Demenz und Migration:

www.demenz-und-migration.de/netzwerkkarte

Des Weiteren wurde die Öffentlichkeitsarbeit mit Aktivitäten in den Social-Media-Kanälen und mittels diverser Publikationen in Fachzeitschriften ausgeweitet.

Darüber hinaus wurden Schulungen und Programme für ehrenamtliche Helfer implementiert (z.B. demenzsensible Moscheegemeinde), um sie dabei zu unterstützen, angemessen auf die Bedürfnisse von Personen mit Demenz und Migrationsgeschichte und deren pflegende Angehörige einzugehen. Diese Schulungen legten einen besonderen Fokus auf kulturelle Sensibilität und ein tieferes Verständnis für die spezifischen Herausforderungen.

Blick in die Zukunft

Deutschland ist ein Einwanderungsland – schon seit vielen Jahrzehnten. Deshalb wird auch zukünftig das Thema Demenz und Migration relevant bleiben. Die Sensibilität für die Sprachkompetenzen von Mitarbeitenden mit Migrationsgeschichte steigt. Das ist ein Plus, wenn muttersprachliche Beratung angeboten werden kann und sowohl in der ambulanten wie auch in der stationären Pflege sprachliche Vielfalt für eine bessere Verständigung sorgt. In Kulturvereinen und Migrantenselbstorganisationen erhalten Menschen Unterstützung und Beistand – sie bieten Raum für Austausch und Vertrauen. Eine Beziehungs- und Vertrauensarbeit ist die Grundlage von Kooperation und Zusammenarbeit. Die Zugänge zu Betroffenen und ihren Familien finden sich nicht in den bisherigen Komm-Strukturen – hier braucht es einen Perspektivenwandel hin zu einer Geh-Struktur. Ebenso braucht es

mehr niedrighschwellige Fördermöglichkeiten für Migrantenvereine und -verbände, um vor Ort Sozial-/Pflegerberatung zu etablieren.

Die Entwicklung diversitäts- und kultursensibler Angebote ist im Blick. Das ist gut, aber noch nicht gut genug. Tagespflegeangebote entlasten pflegende Angehörige und ambulant betreute Wohn-Pflegergemeinschaften für Menschen mit Demenz und Migrationsgeschichte bieten ein familiäres Wohnangebot, das Angehörige schätzen. Innovationen entstehen durch Pioniergeist. Was fehlt also noch? Mut!

Christina Kuhn und Sümeyra Öztürk

Exkurs: Türkei

Demenz als steigende Herausforderung – Eine Innenansicht

Aktuelle Situation in der Türkei

Die Weltbevölkerung altert schneller, vor allem in Ländern mit geringerem und mittlerem Einkommen. Zu diesen Ländern gehört auch die Türkei. Nach Angaben des türkischen Statistikinstituts (TÜİK) beträgt der Anteil der über 65-Jährigen 9,5 % an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2020. Im Zeitraum 2008 bis 2040 wird der Anteil der älteren Bevölkerung schätzungsweise um 200 % ansteigen. Das entspricht dem Acht- bis Zehnfachen der in den europäischen Ländern beobachteten Alterungsrate. Diesen Schätzungen zufolge werden Alterserkrankungen wie z. B. Demenz (TÜİK 2020) unweigerlich zunehmen.

In der Türkei leben etwa 800.000 Menschen mit einer diagnostizierten Demenzerkrankung. Das entspricht einem Anteil von 0,95 % an der Gesamtbevölkerung (TÜİK 2020). Etwa 66 % der Betroffenen haben eine Alzheimer-Demenz (World Alzheimer Report 2018). Gleichzeitig wird davon ausgegangen, dass der Anteil der demenzbetroffenen Bürgerinnen und Bürger drei- bis viermal höher liegt. Es scheint auch so, dass die COVID-Infektion und die Kontaktarmut während der Pandemie den Prozess von Demenzerkrankungen beschleunigt haben und die Zahlen und Berechnungen von 2020 zeitnah erneut zu überprüfen sind.

Das Sozialversicherungssystem in der Türkei beinhaltet neben der Renten- und Arbeitslosenversicherung, den Mutterschafts- und Familienleistungen und der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten die Krankenversicherung der Bürgerinnen und Bürger und ihrer Familien. Die allgemeine Krankenversicherung stellt sicher, dass alle Bürgerinnen und Bürger unabhängig von ihrem Einkommen eine gleichberechtigte, zugängliche und wirksame Gesundheitsversorgung erhalten, um sich gegen das Risiko einer möglichen Erkrankung zu schützen. Gleichzeitig werden soziale Hilfen und Dienstleistungen für Einzelpersonen, Familien oder Gruppen mit definierten Kriterien der Bedürftigkeit beitragsfrei zur Verfügung gestellt. Es gibt eine „Generaldirektion für Sozialhilfe“ und eine „Direktion für behinderte und ältere Menschen“, die dem Ministerium für Familie und Soziales unterstehen. Nach dem 1976 verabschiedeten „Gesetz Nr. 2022 über die monatliche Beihilfe für bedürftige, schwache und mittellose Verbraucher, die das 65. Lebensjahr vollendet haben“, wird den betroffenen Bürger:innen zu Lebzeiten eine monatliche Beihilfe gewährt, die ebenfalls den im Gesetz festgelegten Kriterien zu entsprechen hat (Cengiz 2018).

Aufgrund der sich wandelnden Lebensbedingungen, der Veränderungen in der Familienstruktur und der rasanten Zunahme der älteren Bevölkerung wird die Frage der Pflegebedürftigkeit in naher Zukunft als soziales Risiko zu diskutieren sein. Aus diesem Grund ist es notwendig, eine öffentliche soziale Absicherung für Menschen mit Demenz als ein Grundrecht zu etablieren, unabhängig von der bisherigen sozialen Unterstützung.

Aufbau des Gesundheitssystems

Die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Demenz liegt in der Türkei in den Händen von zwei Ministerien (Stand 2019): 1. Ministerium für Gesundheit und 2. Ministerium für Familie, Arbeit und soziale Dienste. Die Verantwortungsbereiche sind definiert. Das Ministerium für Familie, Arbeit und soziale Dienste ist zuständig für die Regelung und Umsetzung von häuslicher Pflege, Sozialhilfeleistungen für die häusliche Pflege, Angebote der Tagespflege, stationäre Einrichtungen der Altenhilfe und Zentren für Rehabilitation, Zentren der Palliativmedizin und Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe, sogenannte Häuser der Hoffnung und des Lebens, schwerpunktmäßig für Menschen mit Beeinträchtigungen (Behinderung, Demenz u. ä.). Das Ministerium für Gesundheit ist u. a. zuständig für die Regelung und Umsetzung von Zentren der Palliativmedizin und des Weiteren für die häuslichen Gesundheitsdienste. Die Gesundheitsausgaben für die häusliche Pflege werden von der Sozialversicherung getragen. Dazu gehören medizinische Produkte wie z. B. Arzneimittel – allerdings werden Artikel wie z. B. Ernährungspumpen und Inkontinenzartikel nur teilweise finanziert, was den Familien große Schwierigkeiten bereitet.

Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen für die Umsetzung und Durchführung der Langzeitpflege-Angebote (im türkischen abgekürzt: USB-Einrichtungen: uzun süreli bakım) für ältere und behinderte Menschen sind das Ministerium für Familie, Arbeit und Soziales, das Gesundheitsministerium und die Kommunen gemeinsam verantwortlich. Das Spektrum reicht von Pflegeheimen, Betreuungs- und Rehabilitationszentren bis hin zu Wohnformen mit pflegerischer Unterstützung, wie Altenwohnheime oder Wohnheime für Menschen mit Behinderung (Ökem & Can 2014). Die Kommunen bieten zudem unter der Bezeichnung „häusliche Pflege“ Unterstützung im Alltag an, wie z. B. Pflege-, Reparatur- und Reinigungsdienste sowie die Teilhabe an sozialen Aktivitäten.

Zum Überblick sind die Angebote der Langzeitpflege der Türkei mit den entsprechenden Zuständigkeiten tabellarisch dargestellt (Özgöbek 2019):

Versorgungsspektrum	Ministerium für Familie, Arbeit und soziale Dienste	Ministerium für Gesundheit	Kommunen	Private Anbieter	Zivilgesellschaftliche Organisationen
Häusliche Gesundheitsdienste		X	X	X	
Tageszentren	X		X	X	X
Häuser der Hoffnung Häuser des Lebens	X		X		X
Pflegeheime, Altenpflege- und Rehabilitationszentren	X		X	X	X
Zentren für die Pflege und Rehabilitation bei Behinderungen	X			X	
Zentren für Palliativmedizin	X	X		X	X
Häusliche Pflege Sozialhilfe (für Informelle)	X				

Dienstleistungen der allgemeinen Gesundheitsversorgung – primäre Angebote

Die allgemeine Gesundheitsversorgung beinhaltet flächendeckende Gesundheitsdienstleistungen zu niedrigen Kosten. Wichtig ist, dass der Zugang zu den Dienstleistungen für den Einzelnen niedrigschwellig ist (Gesundheitsministerium 2023) und Gesundheitsförderung, präventive Gesundheitsdienste, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitationsdienste schnell und einfach erbracht werden können. Damit wird das Ziel verfolgt, Beratung und Orientierung bei Gesundheitsproblemen zu bieten und die erste Anlaufstelle im Diagnose- und Behandlungsprozess zu sein.

Für ältere Menschen sind die Hausärzte eine wichtige Anlaufstelle. Jährlich werden Menschen ab 65 zur Vorsorgeuntersuchung von ihren Hausärzten eingeladen. Hierfür liegt ein Leitfaden für Hausärzte vor (Gesundheitsministerium 2019a). Neben Vorsorgeuntersuchungen für physische Erkrankungen werden auch Vorsorgeuntersuchungen für psychische Erkrankungen oder kognitive Beeinträchtigungen durchgeführt (bspw. Mini Mental-/Uhrentest). Mit den seit einigen Jahren bestehenden „Zentren für ein gesundes Leben“ hat sich ein zusätzlicher Baustein (zu den Hausärzten) in der Gesundheitsversorgung entwickelt. Diese Zentren haben einen gesellschaftlichen Aufklärungsauftrag, um die Bürgerinnen und Bürger vor möglichen Gesundheitsrisiken zu schützen, einen gesunden Lebensstil zu fördern, die allgemeinen Gesundheitsdienste für ältere Menschen zu stärken und den Zugang zu diesen Diensten zu erleichtern. Diese Zentren erweitern in der Regel das Dienstleistungsspektrum der kommunalen Gesundheitsversorgung. Die Gesundheitszentren bieten präventive und bis zu einem gewissen Grad auch kurative medizinische Leistungen für Alterskrankheiten, einschließlich Demenz, an (Gesundheitsministerium 2020). Diese Zentren sind jedoch auf das Gesundheitswesen ausgerichtet und ihre Integration mit den sozialen Diensten ist noch unzureichend.

Einrichtungen der weiterführenden Gesundheitsversorgung – sekundäre Angebote

Als sekundäre Angebote der Gesundheitsversorgung gibt es Einrichtungen für die Gesundheitsversorgung, in denen per Gesetzesgrundlage eine Diagnose, Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen ambulant (sog. Polikliniken) oder stationär (Krankenhäuser) erfolgen können (Gesundheitsministerium 2019b). Menschen ab dem 65. Lebensjahr werden Vorzugsrechte für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, Unterstützung für Begleitpersonen (Begleitdienst) und für den Transport im Bedarfsfall gewährt. Für die USB-Dienste (uzun süreli bakım – langfristige Gesundheitsversorgung/Pflege), die häusliche Gesundheits- und Palliativpflegedienste im Rahmen der integrierten Pflegeversorgung anbieten, ist in erster Linie das Gesundheitsministerium zuständig. Diese sekundären Angebote werden im Folgenden näher erläutert.

Palliativmedizinische Zentren

Die Palliativmedizinischen Zentren haben den Auftrag, Schmerzen und andere Symptome bei Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung frühzeitig zu erkennen und einzuschätzen, wie das Leiden von Betroffenen gelindert bzw. verringert werden kann. Dabei stehen die sozialen, psychologischen, spirituellen und medizinischen Bedürfnisse der älteren Patient:innen im Mittelpunkt (Öztorun & Aras 2018). Gleichzeitig richtet sich der Blick auch auf die Angehörigen, die ebenfalls medizinische,

psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung erhalten (Gesundheitsministerium 2015a).

Im Fokus steht dabei die Verbesserung der Lebensqualität und die Wahrung der Würde. Gleichzeitig liegt auch die Aufmerksamkeit auf der Betreuung und Unterstützung von Familien und Betreuenden (Tekin 2019).

Häusliche Gesundheitsdienste

Die Generaldirektion der öffentlichen Krankenhäuser koordiniert den Einsatz der häuslichen Gesundheitsdienste, die insbesondere bettlägerige Personen aller Altersgruppen mit chronischen Erkrankungen betrifft. Ältere Menschen, die unter chronischen Krankheiten leiden, erhalten durch die häuslichen Gesundheits- und Rehabilitationsdienste ebenfalls eine langfristige Pflege und Behandlung. Somit wird in der Türkei mit der „Verordnung über die Erbringung von häuslichen Gesundheitsdiensten“ (Gesundheitsministerium 2015b) sichergestellt, dass von der Untersuchung, Prüfung, Analyse, Behandlung, medizinischen Versorgung bis hin zur Rehabilitation die erkrankten Menschen in ihrem häuslichen und familiären Umfeld Unterstützung finden. Gleichzeitig erhalten die Betroffenen wie auch deren Familienmitglieder weitere Dienstleistungen in sozialer und psychologischer Hinsicht. Dieses Dienstleistungsspektrum wird in der Türkei auf gleiche, zugängliche, qualitativ hochwertige, wirksame und effiziente Weise in Übereinstimmung mit dem Verständnis des Sozialstaats erbracht.

Türkischer Aktionsplan für gesundes Altern – Umsetzungsprogramm 2015–2020

Der ausgearbeitete „Aktionsplan und das Umsetzungsprogramm 2015–2020 für gesundes Altern in der Türkei“ möchte sicherstellen, dass ältere Menschen einen einfachen und freien Zugang zu den Gesundheitsdiensten haben, damit Krankheiten frühzeitig erkannt und behandelt, Komplikationen verhindert und rechtzeitig notwendige Maßnahmen ergriffen werden können. Verbunden ist der Aktionsplan mit dem Ziel, die Lebensqualität älterer Menschen durch die in diesem Sinne zu erbringenden Altenpflegeleistungen zu verbessern (Gesundheitsministerium 2015c). In diesem Programm sind Strategien und Aktivitäten für ein gesundes Altern, die Entwicklung häuslicher Pflegedienste sowie die Früherkennung und Behandlung geriatrischer Probleme festgelegt.

Forschungserkenntnisse zur Demenz in der Türkei

Türkische Feldstudien zur Häufigkeit der Alzheimer-Krankheit (AD) oder anderer Demenzerkrankungen haben die Aufmerksamkeit auf die präventive Wirkung einer multidimensionalen Bildung gelenkt (Gurvit et al., 2008). Eine Studie in Zentralana-

tolien ergab, dass dort die häufigste Demenzform die vaskuläre Demenz (51,1 %) und die zweithäufigste die Demenz vom Alzheimer-Typ (48,8 %) ist. Als Risikofaktoren einer Demenzerkrankung wurde das weibliche Geschlecht, eine niedrige Bildung und das Leben auf dem Land identifiziert (Arslantaş et al., 2009).

Demenz in der öffentlichen Wahrnehmung

In der öffentlichen Wahrnehmung war die Demenz stark durch traditionelle Familienstrukturen, kulturelle Normen und ein geringes allgemeines Bewusstsein und Verständnis geprägt, im Vergleich zu westlichen Ländern. Viele Menschen sahen Demenz als normalen Teil des Alterungsprozesses und nicht als eine spezifische Erkrankung, die behandelt werden kann. Dies führte dazu, dass Symptome ignoriert oder versteckt wurden, was eine frühzeitige Diagnose, Behandlung oder Begleitung erschwerte.

In den türkischen Medien (Filme und Serien) wird Demenz zunehmend thematisiert, allerdings oft in einem kontextlosen oder oberflächlichen Rahmen. Durch die immer stärkere Präsenz von (Fach-)Ärzten in den (sozialen) Medien verändert sich das Bewusstsein und die Sichtweise auf Demenzerkrankungen in den letzten Jahren immer mehr. Auch nichtstaatliche Organisationen (NGOs) tragen dazu bei. Allmählich setzt sich eine medizinisch/gesundheitliche Sichtweise sowohl bei den Betroffenen als auch bei pflegenden Angehörigen durch und es werden – wenn auch langsam – lösungsorientierte Maßnahmen entwickelt.

Gute Praxis:

Pflegezentrum für Menschen mit Demenz in Mersin

In Mersin hat die türkische Alzheimer Gesellschaft in den Bezirken Tarsus und Mezitli mit Hilfe von Freiwilligen zwei „Zentren für aktives Älterwerden“ eröffnet. Die Kommunen haben Grundstücke zur Verfügung gestellt und Mitglieder und Ehrenamtliche der Alzheimergesellschaft sind in den Zentren tätig. Sie bieten eine Vielzahl von Aktivitäten und Kursen für ältere Menschen an, um die aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu fördern und Angehörige von Menschen mit Demenz zu unterstützen. Die Aktivitäten umfassen Musik, Theater, Sport, Kunsthandwerk, Yoga, psychologische Unterstützung und Schulungen zu verschiedenen Themen. Die Aktivitäten werden unter Berücksichtigung der Interessen der Teilnehmer:innen geplant und sind kostenfrei. Durch die Gemeinschaftsaktivitäten wird angestrebt, die soziale Integration älterer Menschen zu stärken.

Zudem wurde in Mersin 2016 das „Pflegezentrum für Menschen mit Demenz und/oder Behinderung“ eröffnet, das im Rahmen des „Schritt-für-Schritt-Lösungsmodells“ unter der Schirmherrschaft der Alzheimer Gesellschaft Mersin entstand. Die Finanzierung erfolgte über Spendengelder. Es dient als Pflege- und

Mersin Alzheimer's
Association

Step-by-Step Solution
Model Video:

[www.youtube.com/
watch?v=HzsUfQUQYWk](https://www.youtube.com/watch?v=HzsUfQUQYWk)

Rehabilitationszentrum. Das Gebäude mit einer einzigartigen Architektur konnte auf einem öffentlichen Grundstück erbaut werden und verfügt insgesamt über eine Nutz- und Wohnfläche von 4000 m². Zusätzlich steht ein 3000 m² großer Garten, drei Veranden im Freien, zwei Museen, ein Gewächshaus und therapeutische Bereiche einschließlich eines Heilgartens für Anwendungen zur Verfügung. Im Rahmen der Rehabilitationsdienste werden Alzheimer-Patient:innen und ihre Angehörigen von einem Team aus Ärzt:innen, Psycholog:innen, Physiotherapeut:innen, Sozialarbeiter:innen und Pfleger:innen unterstützt.

Es ist die erste Einrichtung dieser Art in der Türkei, die auch eine Palliativstation beherbergt, die von einer nichtstaatlichen Organisation betrieben wird. Derzeit werden 93 ältere Menschen mit Demenz von einem 65-köpfigen Team bestehend aus medizinischen Fachkräften und Pflegepersonal pflegerisch und palliativmedizinisch betreut.

Die Einrichtung bietet für Auszubildende in den Berufen Krankenpflege, Physiotherapie, Sozialwesen, Psychologie usw. ein wichtiges Erfahrungsfeld zum Thema Demenz an. Auszubildende wie auch Studienabsolvent:innen der Studiengänge, die mit der „Altenpflege“ assoziiert sind, können praktische Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit Demenz sammeln und einen Arbeitsplatz finden.

Kommunen und NGOs errichten immer häufiger Tagesbetreuungscentren zur Betreuung/Unterstützung von Menschen mit Demenz – wenn auch nicht in ausreichendem Maße. Außerhalb von Mersin gibt es nur begrenzte Erfahrungen mit den sogenannten „Zentren für aktives Älterwerden“, die sowohl für pflegende Angehörige als auch für noch kognitiv rüstige ältere Menschen eine Anlaufstelle bieten. Die Entwicklung weiterer Angebote stockt allerdings, weil die Finanzierung durch ein gültiges Pflegeversicherungssystem fehlt.

Fazit

Wie in vielen europäischen Ländern steigt auch in der Türkei die Lebenserwartung, was zu einem erhöhten Risiko für Demenzerkrankungen führt. Diese Entwicklung stellt das türkische Gesundheitssystem vor große Herausforderungen, da das aktuelle Sozialversicherungssystem (geregelt im Gesetz Nr. 5510) keine Pflegeversicherung umfasst (Kocabaş & Kol 2020). Es fehlen strukturierte und geregelte Pflegedienstleistungen für pflegebedürftige Menschen, was besonders in Anbetracht der wachsenden älteren Bevölkerung problematisch ist (Ağören 2017).

Die derzeitige Versorgung wird hauptsächlich durch die Familien der Pflegebedürftigen sichergestellt, was jedoch nicht ausreicht, um den steigenden Bedarf zu decken. Eine Einführung der Pfl-

geversicherung könnte hier Abhilfe schaffen. Dadurch könnten öffentliche und private Pflegedienstleistungen erweitert und neue Arbeitsplätze in relevanten Bereichen geschaffen werden, insbesondere für Absolventen der Gesundheits- und Pflegeberufe wie Altenpflege, Physiotherapie, Psychologie, Sozialarbeit und Soziologie.

Ein tiefes Verständnis für die Herausforderungen, denen sich Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen gegenübersehen, erfordert direkte Erfahrungen im Umgang mit der Krankheit. Die Unterstützung von Menschen mit Demenz und die Entlastung ihrer Familien sollte durch gesetzliche Maßnahmen und den Ausbau von Unterstützungssystemen verbessert werden. Um der zunehmenden Herausforderung durch Demenz zu begegnen, müssen alle Lebensbereiche durch die Unterstützung der Sozialwissenschaften gestärkt werden. Es ist wichtig, dass Menschen mit Demenz angemessen anerkannt und in die Gesellschaft integriert werden. Eine effektive Nutzung von Ressourcen und die Ausbildung von Fachkräften sind zentrale Ansätze, um tragfähige Lösungen zu entwickeln. Bleiben Sie gesund, auch wenn Sie es eines Tages vergessen, werden Sie nicht vergessen...

Prof. Dr. Aynur Özge

Übersetzung und Lektorat Demenz Support Stuttgart gGmbH

Literatur

Ağören, V. (2017): Bakım Sigortası ve Türkiye İçin Model Önerisi [Pflegeversicherung und ein Modellvorschlag für die Türkei]. Sosyal Guvence(12): 1-26.

Arslantas, D.; Ozbabalik, D.; Metintas, S.; Ozkan, S.; Kalyoncu, C.; Ozdemir, G.; Arslantas, A. (2009): Prevalence of dementia and associated risk factors in Middle Anatolia, Turkey. Journal of Clinical Neuroscience 16(11): 1455-1459.

Cengiz, İ. (2018): Türk sosyal güvenlik sistemi içerisinde yaşlılara yönelik sosyal yardım ve sosyal hizmetler [Sozialhilfe und soziale Dienstleistungen für ältere Menschen im türkischen Sozialversicherungssystem]. Sosyal Guvence 8(2): 23-40.

[Gesundheitsministerium (2015a): Richtlinie über die Umsetzungsverfahren und Grundsätze der Palliativversorgung (vom 07.07.2015, Nr. 253). Ankara: T.C. Gesundheitsministerium, Generaldirektion für Gesundheitsdienste]. Sağlık Bakanlığı Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge (07.07.2015 tarihli ve 253 sayılı). 2015. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2817/0/palyatif-bakim-hizmetleri-yonergesipdf.pdf> (letzter Zugriff am 04.09.2024)

[Gesundheitsministerium (2015b): Verordnung über die Erbringung von häuslichen Gesundheitsdienstleistungen durch das Gesundheitsministerium und seine angeschlossenen Organisationen, die nach ihrer Veröffentlichung im Amtsblatt vom 27.02.2015 unter der Nummer 29280 in Kraft getreten ist]. 27.02.2015 tarih ve 29280 sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetleri Sunulmasına Dair Yönetmelik <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm> (letzter Zugriff am 04.09.2024)

[Gesundheitsministerium (2015c): Aktionsplan für gesundes Altern und Umsetzungsprogramm 2015–2020. Türkisches Gesundheitsministerium, öffentliche Gesundheitseinrichtung der Türkei]. Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2015 www.atuder.org.tr/75/haberler/1174/t-c-saglik-bakanligi-turkiye-halk-sagligi-kurumu-turkiye-saglikli-yaslanma-eylem (letzter Zugriff am 04.09.2024).

[Gesundheitsministerium (2019a): Multidimensionaler Bewertungs- und Überwachungsleitfaden für Ältere. Ankara: T.C. Gesundheitsministerium, Generaldirektion für öffentliche Gesundheit.] Sağlık Bakanlığı. Çok Yönlü Yaşlı Değerlendirmesi ve İzlem Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 2019. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/Cok_Yonlu_yasli_izlem_Kilavuzu2022.pdf (letzter Zugriff am 04.09.2024)

[Gesundheitsministerium (2019b): Rundschreiben Nr. 2019/10 über die Einstufung von Gesundheitsdienstleistern. Ankara: T.C. Gesundheitsministerium, Generaldirektion für Gesundheitsdienste. Sağlık Bakanlığı 2019/10 sayılı Sağlık Hizmeti Sunucularının Basamaklandırılması Genelgesi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2019 <https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/30975/0/tara0006pdf.pdf> (letzter Zugriff am 04.09.2024)

[Gesundheitsministerium (2020): Leitfaden für die Überwachung und Bewertung des Zentrums für gesundes Leben. Ankara: T.C. Gesundheitsministerium, Generaldirektion für öffentliche Gesundheit]. Sağlık Bakanlığı Sağlıklı Hayat Merkezi İzleme ve Değerlendirme Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/aile-hekimligi-egitim-ve-izleme-db/Dokumanlar/Rehberler/Saglikli_Hayat_Merke_Rehberi.pdf (zuletzt zugegriffen am 04.09.2024)

[Gesundheitsministerium (2023): Primäre Gesundheitsversorgung. Generaldirektion für öffentliche Gesundheit, Abteilung für die Umsetzung und Entwicklung der Familienmedizin]. T.C. Sağlık Bakanlığı (2023): Birinci Basamak Sağlık Hizmeti. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Aile Hekimliği Uygulama ve Geliştirme Dairesi Başkanlığı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bbsh.html> (letzter Zugriff am 04.09.2024)

Gurvit, H.; Emre, M.; Tinaz, S.; Bilgic, B.; Hanagasi, H.; Sahin, H.; Gurol, E.; Kvaloy, J. T.; Harmanci, H. (2008): The Prevalence of Dementia in an Urban Turkish Population. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 23(1): 67-76.

Kocabaş, F.; Kol, E. (2020): Almanya ve Türkiye'de karşılaştırmalı olarak bakım hizmetleri: Türkiye'de bakım sigortası kurulmasına yönelik bir öneri [Vergleichende Pflegeleistungen in Deutschland und der Türkei: Ein Vorschlag für die Einführung einer Pflegeversicherung in der Türkei]. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 20(4): 283-310.

Ökem, Z. G.; Can, M. (2014): Yaşlılara Yönelik Uzun Süreli Bakım Sistemleri ve Uygulamaları [Langzeitpflegesysteme und Anwendungen für ältere Menschen]. Ankara: Nobel Publishing.

Özgöbek, H. R. (2019): Uzun Süreli Bakım Hizmetleri Sunumunda Kalite Algısı; Alzheimer Hastalığı Özelinde Nitel Bir Çalışma. [Quality Perception in Long-Term Care Services Provision; A Qualitative Study on Alzheimer's Disease (Dissertation)]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü [Institut für Sozialwissenschaften].

Öztorun, H.S.; Aras, S. (2018): Palyatif Bakım Nedir? [Was ist Palliativmedizin?] *Türkiye Klinikleri Geriatri*: 4(1):1-6.

Tekin, N. (2019): Yaşlılıkta palyatif bakım uygulamaları [Praktiken der Palliativversorgung im Alter]. İzbırak, G. (ed). *Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı* [Gesundheit älterer Menschen in der Primärversorgung]. Ankara: Türkiye Klinikleri; 130-36.

TÜİK (2020): İstatistiklerle Yaşlılar 2019 [Statistik über ältere Menschen]. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2019-33712> (letzter Zugriff: 04.09.2024)

World Alzheimer Report 2018: The state of the art of dementia research: New frontiers (2018). London: Alzheimer's Disease International. www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2018/ (zuletzt geprüft am 14.08.2024).

Zukunft gestalten mit MOs

Migrantenorganisationen in Deutschland

Nach der **Definition** des Statistischen Bundesamtes hat eine Person einen **Migrationshintergrund**, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt (Statistisches Bundesamt 2017).

In Deutschland leben ca. 24,9 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, dies entspricht 29,7 % der Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt 2023). Richtet man den Fokus auf die über 65-Jährigen mit Migrationshintergrund, werden Zahlen von ca. 2,4 Millionen für das Jahr 2021 angegeben. Hochrechnungen zufolge waren davon schätzungsweise 158.000 Menschen an Demenz erkrankt (Blotenberg & Thyrian 2022).

Die demografische Entwicklung in Deutschland bringt es mit sich, dass der Anteil der älteren Menschen deutlich ansteigen wird, dies gilt für die Jüngeren jedoch nicht im gleichen Maße. Dies ist einer der wichtigen Hintergründe für den hohen Fachkräftemangel in Deutschland. Bereits 2022 berichten die Wirtschaftsweisen davon, dass 1,5 Millionen Zuwander:innen jährlich erforderlich sind, um den Fachkräftemangel annähernd kompensieren zu können. Migrantenorganisationen liefern einen wichtigen Beitrag zur Integration, zur gesellschaftlichen Teilhabe und zum Austausch der Kulturen untereinander.

Was ist eine Migrantenorganisation?

Die ersten Migrantenorganisationen (MO) wurden in den 1950–60er Jahren gegründet, als viele Arbeitsmigrant:innen nach Deutschland kamen. Inzwischen ist das Feld der Migrantenorganisationen sehr breit und vielfältig. Deshalb liegt bisher keine einheitliche Definition vor, die für alle zivilgesellschaftlichen, politischen und wissenschaftlichen Kontexte gleichermaßen passt und der möglichst alle MOs zustimmen können.

Der Sachverständigenrat für Integration und Migration (SVR 2020) schlägt folgende **Definition** für eine Migrantenorganisation vor:

- gemeinnützige Zusammenschlüsse, die mindestens zur Hälfte von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte getragen werden oder von
- entsprechenden Personen gegründet wurden und
- bei denen für ihr Selbstverständnis, ihre Ziele und Aktivitäten eine Migrationserfahrung im weitesten Sinne zentral ist.
- Es muss somit einen starken Bezug zu einem gemeinsamen Herkunftsland oder einer Herkunftsregion und/oder zu der migrationsbedingten Situation bzw. dem gesellschaftlichen Zusammenleben im Einwanderungsland geben.

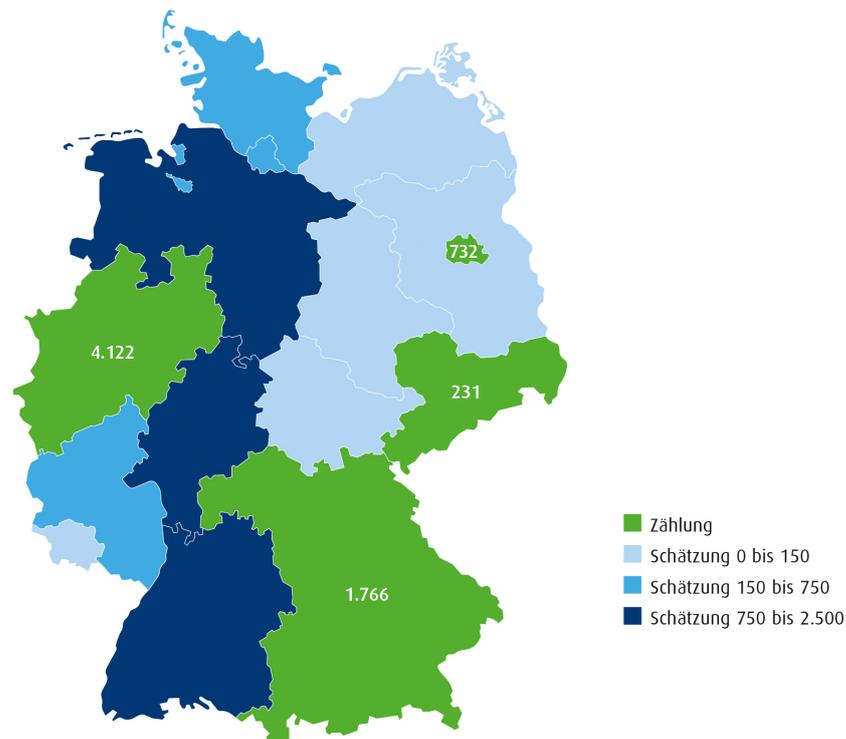
Analyse des Sachverständigenrats für Integration und Migration (SVR)

Im Jahr 2020 hat der Sachverständigenrat für Integration und Migration (SVR) die Situation der Migrantenorganisationen (MO) in Deutschland analysiert und erforscht. Unter dem Titel „Vielfältig engagiert – breit – vernetzt – partiell eingebunden? – Migrantenorganisationen als gestaltende Kraft in der Gesellschaft“ wurde der Forschungsbericht veröffentlicht, der eine grundlegende Quelle für den vorliegenden Artikel darstellt. Die Studie des SVR diente vor allem dazu, die vielfältige Landschaft der MOs in Deutschland zu beschreiben (SVR-Forschungsbereich 2020).

Aktive Migrantenorganisationen in Deutschland

In vier Bundesländern (Bayern, Berlin, Nordrhein-Westfalen und Sachsen) wurden alle MOs ermittelt, die anschließend zu einer standardisierten Befragung eingeladen wurden. Insgesamt haben sich 764 MOs beteiligt; zudem wurden 17 qualitative Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern von MOs geführt. Auf Basis der vier ausgewählten Bundesländer wurde eine Schätzung der MOs-Anzahl in den übrigen zwölf Bundesländern insgesamt vorgenommen. Hier wird davon ausgegangen, dass ca. 12.400–14.300 aktive Migrantenorganisationen (MOs) in Deutschland existieren. MOs sind viel häufiger als nicht-migrantische Vereine in Städten und insbesondere in Großstädten angesiedelt, siehe Abbildung:

Geschätzte Zahl der Migrantenorganisationen in Deutschland 2020 auf der Basis einer Erhebung in vier Bundesländern

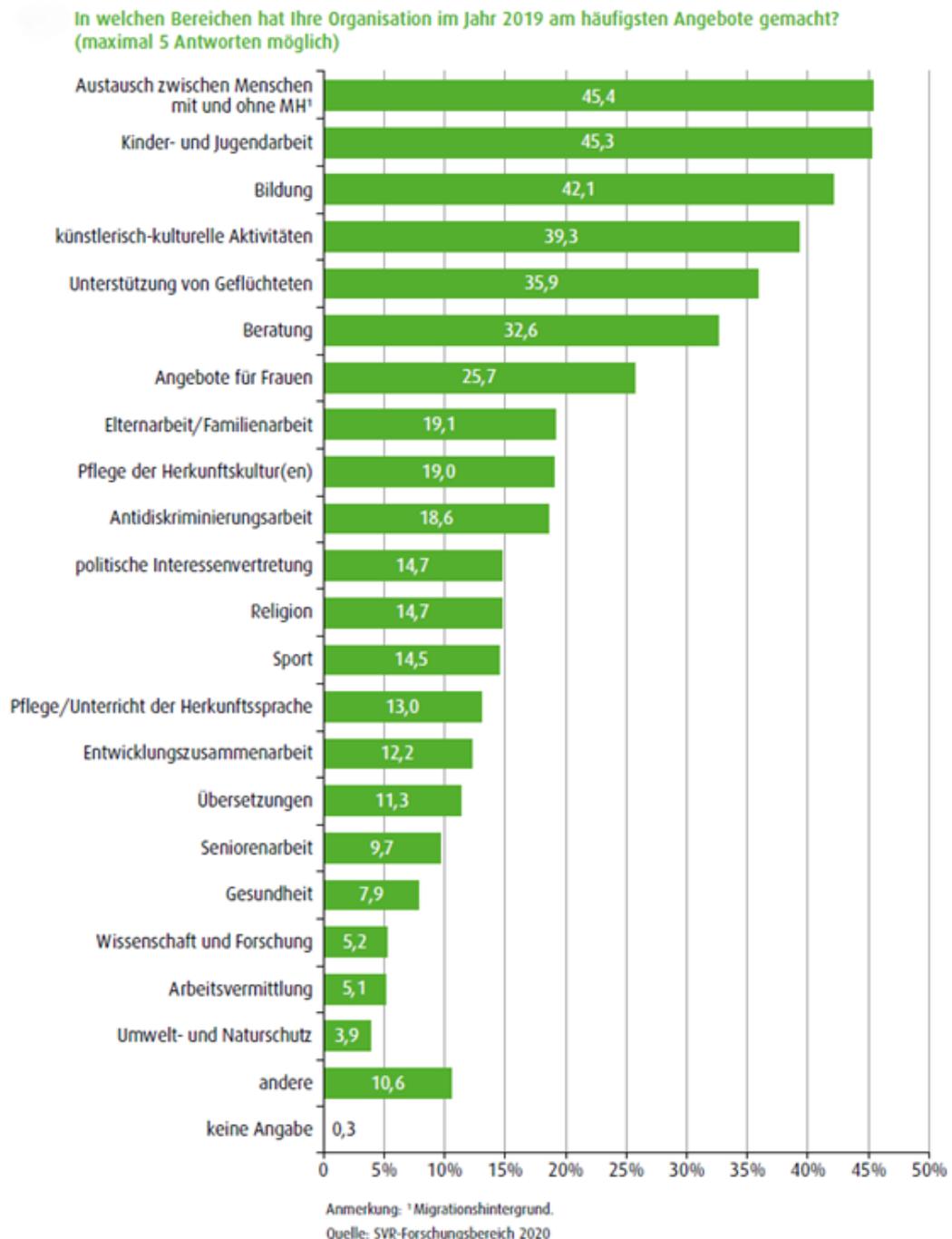


Anmerkung: Die Kategorien zur Schätzung geben nur grob gerundete Wertebereiche an. Die Nennung der genauen Werte für jedes Bundesland würde eine Präzision suggerieren, die statistische Schätzungen dieser Art nicht erreichen können.

Quelle: SVR-Forschungsbereich/SeitenPlan 2020

MOs – vielfältig aktiv

Die Studie bestätigt die Erkenntnis früherer Untersuchungen (Forum der Kulturen 2018; Klöckner 2016; Priemer und Schmidt 2018; Reinecke et al. 2010), dass MOs in nahezu allen Bereichen des zivilgesellschaftlichen Engagements aktiv sind, siehe Abbildung:



Deutliche Schwerpunkte haben MOs im sozialen Bereich, z. B. in der Kinder- und Jugendarbeit (45,3%), im Bildungsbereich (42,1%), in der Beratung (32,6%) oder in der Unterstützung von Geflüchteten (35,9%). Am häufigsten sind MOs mit 45,4% im Austausch zwischen Menschen mit und ohne Zuwanderungsgeschichte aktiv.

Eine Möglichkeit auf das Thema Alter und Demenz aufmerksam zu machen, können niedrigschwellige Informationsformate mit Hilfe des „**Medienpakets DeMigranz**“ sein – siehe Artikel xxx

Wird die Zielgruppe der Senior:innen in den Blick genommen, so wird deutlich, dass diese nur bei 9,7% der MOs im Fokus stehen. Ähnlich gering mit 7,9% sind Gesundheitsthemen vertreten. Gerade in diesen beiden Bereichen ist ein deutlicher Entwicklungsbedarf bei den MOs zu erkennen, insbesondere die sensiblen Themen Alter und Demenz sind wichtige gesellschaftliche Themen, die der Aufmerksamkeit und Aktivität bedürfen. Mit der Gründung des Islamischen Kompetenzzentrums für Wohlfahrtswesen e. V. im Jahr 2016 wurde die kulturelle Vielfalt der traditionellen Wohlfahrtsverbände erweitert, um kultursensible Angebote im Gesundheitswesen voranzubringen.

Zwischen Haupt- und Ehrenamt

Migrantenorganisationen (MOs) sind sehr unterschiedlich aufgestellt. Es hängt davon ab, wie groß sie sind, wie lange es sie schon gibt, wie aktiv sie Angebote gestalten und in welchen Bereichen sie diese Angebote machen. Sie sind in Deutschland primär ehrenamtlich organisiert, als Teil der aktiven Zivilgesellschaft.

Die aktuellen Entwicklungen zeigen im Vergleich zu früheren Untersuchungen, dass MOs mittlerweile häufiger mit hauptamtlichen Beschäftigten arbeiten und nicht mehr nur mit ehrenamtlichen Mitarbeiter:innen. Die Daten der SVR-Studie (2020) besagen, dass 36,9% der MOs fest angestellte Voll- oder Teilzeitkräfte haben, während 15,8% ausschließlich Honorarkräfte beschäftigen und 5,0% auf Minijobber:innen, Beschäftigte im Rahmen des Bundesfreiwilligendienstes (BFD) oder auf bezahlte Praktikant:innen zurückgreifen. Ca. 41% der MOs geben an, dass Mitarbeitende nicht für ihre Arbeit bezahlt werden, also ausschließlich ehrenamtlich tätig sind. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich zwar hauptamtliche Strukturen nach und nach herausbilden, aber ein Großteil der Arbeit nach wie vor von ehrenamtlich Engagierten getragen wird.

Handlungsempfehlungen für die Zukunft

Der SVR hat Handlungsempfehlungen erstellt, um die Migrantenorganisationen zukunftssicher aufzustellen und ihre Aktivitäten zu stärken:

- Migrantenorganisationen in Regelstrukturen wie z. B. Fachgremien einbinden und ihre Repräsentanz stärken.
- Sonderprogramme für Migrantenorganisationen gezielt ein-

- setzen und bei spezifischen Bedarfen ausbauen.
- Strukturaufbau und Unterstützung von Migrantenorganisationen auf kommunaler Ebene (Finanzmittel bereitstellen),
 - Systematische Kooperationen zwischen etablierten Migrantenorganisationen und neuer (digitaler) migrantischer Selbstorganisation,
 - Nachhaltige integrationspolitische Strukturen etablieren (SVR 2020).

Handlungsempfehlungen für das Thema Alter, Pflege und Demenz

Bei der Abschlussveranstaltung des Projekts DeMigranz (siehe Artikel in diesem Heft) hat sich eine Denkwerkstatt damit beschäftigt, wie MOs für das Thema Alter, Pflege und Demenz gewonnen werden können. Einige Ideen werden hier vorgestellt:

- Hauptamtliche Strukturen fördern und die Arbeit von Migrantenorganisationen honorieren.
- Politische Vertreter:innen und Migrantenorganisationen an einen gemeinsamen Tisch bringen.
- Ausschreibungen für Projekte so anpassen, dass eine Einreichung nur in Kooperation mit einer MO möglich ist (Kooperationspartnerschaften auf Augenhöhe fördern).
- Bedeutung der Leistungen von migrantischen Akteur:innen hervorheben (z. B. Verhindern von Fehldiagnosen in der Medizin durch Übersetzungsarbeit).
- Kultursensible Infoveranstaltungen für Migrantenorganisationen anbieten und dabei kulturelle Unterschiede und Sprachunterschiede berücksichtigen (kreative Informations- und Sensibilisierungsformate).
- Interkulturelle Feiertage nutzen, um für das Thema Demenz zu sensibilisieren.
- Verschiedene Feiertage für gemeinsame Veranstaltungen nutzen, um das Thema Migration und Demenz zu platzieren (z. B. Tag der offenen Moschee und Tag der deutschen Einheit).
- Junge Generation in Migrantenorganisationen in den Fokus nehmen.
- Diversitätsmanagement in Unternehmen fördern.

Fazit

Migrantenorganisationen sind in einem Einwanderungsland, wie es Deutschland ist, wichtige Kräfte der zivilgesellschaftlichen Selbstorganisation. Sie geben vernachlässigten Themen eine Plattform, leisten praktische soziale Arbeit und erschließen online und offline neue Organisationsformen. Insbesondere während der Corona-Krise haben sie gezeigt, wie wichtig MOs in einer mehrsprachigen Gesellschaft sind, in der ein großer Bedarf an sozialen Inklusionsangeboten und Unterstützung vulnerabler Gruppen besteht. MOs müssen als Teil der vielfältigen Gesellschaft in Deutschland stärker an politischen Entscheidungsprozessen beteiligt werden. Pointiert formuliert geht es darum, Migrantenorganisationen in die alltägliche Organisation der pluralen Gesellschaft einzubinden (SVR 2020). Im Themenfeld Gesund-

heit und ältere Menschen, z. B. mit Demenz, sind Migrantenorganisationen bisher weniger aktiv. Hier ist ein deutliches Entwicklungspotential zu erkennen, um den Mitgliedern ein gutes, kultursensibles Älterwerden zu ermöglichen.

Dr. Anja Rutenkröger

Literatur

Blotenberg, I.; Thyrian, J. R. (2022): Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen: Informationsblatt 1. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.: www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf (zuletzt geprüft am 15.08.2024).

Forum der Kulturen Stuttgart e. V. (2018): Vielfalt in Migrantenvereinen. Ergebnisse der Umfrage „Engagement von Migrantenvereinen in der Region Stuttgart und Erfahrungen aus 20 Jahren Forum der Kulturen Stuttgart e. V.“, Stuttgart.

Klößner, J. (2016): Freiwillige Arbeit in gemeinnützigen Vereinen: Eine vergleichende Studie von Wohlfahrts- und Migrantenorganisationen. Wiesbaden: Springer VS.

Priemer, J.; Schmidt, M. (2018): Engagiert und doch unsichtbar? Migrantenorganisationen in Deutschland. Policy Paper: Ausgabe 02, 26. November 2018. Essen: Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft e. V.: <http://www.ziviz.info/download/file/fid/509> (zuletzt geprüft am 12.08.2024).

Reinecke, M.; Stegner, K.; Zitzelsberger, O.; Latorre, P.; Kocaman, I. (2010): Forschungsstudie Migrantinnenorganisationen in Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/migrantinnenorganisationen-in-deutschland-81948.

Statistisches Bundesamt (2023): Mikrozensus – Bevölkerung nach Migrationshintergrund, Erstergebnisse 2023 Lizenz: cc by-nc-nd/4.0/deed.de; Bundeszentrale für politische Bildung.

Statistisches Bundesamt (2017): Fachserie 1, Reihe 2.2 Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus, Wiesbaden 2017.

SVR-Forschungsbereich (2020): Vielfältig engagiert – breit vernetzt – partiell eingebunden? Migrantenorganisationen als gestaltende Kraft in der Gesellschaft. Berlin: Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration. www.svr-migration.de/publikation/migrantenorganisationen-in-deutschland/ (zuletzt geprüft am 18.09.2024).

Nachgefragt: EU-Atlas Demenz & Migration

Erkenntnisse und Herausforderungen der Entwicklung: Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz

Inhalt des EU-Atlas:

Prävalenzdaten und grafische Darstellung für die EU und EFTA Länder, sowie für das Vereinigte Königreich

Analysen von nationalen Demenzplänen, Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen zur Versorgung und Behandlung von Menschen mit Demenz

Analysen von Gesundheitssystemen bzgl. der Versorgungsleistungen

Methode:

Dokumentenanalysen, quantitative Analysen und qualitative Interviews

EFTA: Europäische Freihandelsassoziation

Interdem:

<https://www.interdem.org/>

ENIEC: European Network on Intercultural Elderly Care

Im Gespräch mit Jessica Monsees und René Thyrian über ein Thema, das mehr Aufmerksamkeit verdient und braucht.

570 Seiten umfasst das massive Nachschlagewerk, welches ein Forscher:innenteam vom Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE) in zweieinhalb Jahren erstellte und im Juni 2021 der Öffentlichkeit präsentierte. Der von der Robert Bosch Stiftung geförderte EU-Atlas gibt einen Überblick über die Lebenssituation der rund 475.000 Menschen in der EU, EFTA und dem Vereinigten Königreich lebenden Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz, für die der Zugang zu Informationen und Versorgungsangeboten aufgrund von kulturellen Unterschieden und Sprachbarrieren oft schwierig ist.

Dess_orientiert: Sie haben Interviews mit Expert:innen aus siebzehn Ländern geführt, die sich mit dem Thema Demenz und Migration beschäftigen. Wie haben Sie den Kontakt hergestellt?

René Thyrian: Zunächst über verschiedene Verteiler, über Alzheimer Europe und dann im Schneeballprinzip.

Jessica Monsees: Die persönliche Ansprache erfolgte über Interdem und über das ENIEC. Auf der 29. Alzheimer Europe Conference im Oktober 2019 haben wir einen Workshop durchgeführt und so Ansprechpartner:innen für die Experteninterviews gefunden. Im nächsten Schritt wurden Autor:innen der Literatur des Bereiches Demenz und Migration angeschrieben. Des Weiteren haben wir uns informiert, welche Institutionen sich in Europa mit dem Thema beschäftigen.

Dess_orientiert: Wie haben Sie die Begegnungen mit den Expert:innen erlebt und durchgeführt?

Jessica Monsees: Der Austausch mit den Expert:innen aus den verschiedenen Ländern war ein persönliches Highlight für mich. Das erste Interview in Kopenhagen fand noch in persona statt. Danach erfolgte der Kontakt aufgrund der Coronabeschränkungen mittels Zoom. Im persönlichen Kontakt haben wir mehr Informationen bezüglich der Projekte erhalten als digital.

René Thyrian: Ich glaube, dass diese nicht persönlichen Begegnungen leider dazu beigetragen haben, dass wir nicht ganz so zufrieden sind. Bei einem so schwierigen und komplexen Thema sind ein persönliches Treffen und ein Erleben der Umgebung sehr wichtig.

Dess_orientiert: Was waren Höhepunkte, Überraschungen oder bleibende Erinnerungen in den Gesprächen mit den Expert:innen?

Jessica Monsees: Wir haben oft gehört, dass „Demenz und Migration“ ein Thema ist, das noch keine große Relevanz hat. Deshalb war es schön von guten Modellen zu hören. Dänemark z.B. hat Informationsmaterial in zehn verschiedenen Sprachen. Dabei wird jedoch nicht „einfach nur“ übersetzt, sondern das Material wird zudem an entsprechende Personen aus den verschiedenen Kulturkreisen gesendet. Dieser Schritt erfolgt, um sicherzustellen, dass auch das korrekte und angemessene Wording verwendet wird, so dass sich die Personen mit den Bildern und damit mit dem gesamten Informationsmaterial identifizieren können. In Dänemark gibt es außerdem ein „ethnisches Ressourcenteam“, um die ambulante Versorgung sicherzustellen. Dieses kann hinzugezogen werden, wenn Pflegebedürftige sich wünschen, dass ihre Pflegekräfte denselben kulturellen und sprachlichen Hintergrund haben, wie sie selbst. Es war sehr schön zu sehen, dass es auch diese positiven Beispiele gibt bei einem Thema, das in den Ländern nicht so eine hohe Bedeutung hat, wie es haben sollte.

Dess_orientiert: Inwieweit werden die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund mit einer Demenz in den verschiedenen Ländern gesehen?

Jessica Monsees: Prinzipiell werden auch Menschen mit Migrationshintergrund von nahezu allen Ländern als eine vulnerable Gruppe mit spezifischen Bedürfnissen angesehen. Trotzdem kam in den Interviews heraus, dass Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz wiederum nicht als eine Gruppe mit spezifischen Bedürfnissen angesehen werden. Dies geht einher mit der Tatsache, dass „Demenz und Migration“ einfach noch nicht dieses Thema ist in den Ländern.

René Thyrian: Es wurde häufig gesagt, dass Menschen mit Demenz unabhängig von ihrem Hintergrund Probleme haben. Die Probleme einer demenzspezifischen Versorgung sind sehr groß, da macht der Migrationshintergrund nicht zwangsläufig den Hauptfaktor aus.

Dess_orientiert: Was sind zentrale Erkenntnisse, die sich in allen Ländern gezeigt und bestätigt haben?

Jessica Monsees: Auf jeden Fall die Tatsache, dass das Thema „Demenz und Migration“ in den meisten Ländern nicht viel Beach-

tung bekommt. Vorhandene demenzspezifische Versorgungsangebote sind geeignet für Menschen ohne Migrationshintergrund, aber meistens ungeeignet für Menschen mit einem Migrationshintergrund. Das ist tatsächlich von den meisten Expert:innen bestätigt worden. Es besteht ein hoher Bedarf an Angeboten und Versorgungsleistungen, die zugeschnitten sind auf die Bedürfnisse von Menschen mit einem Migrationshintergrund.

René Thyrian: Eine zentrale Erkenntnis ist, dass das Thema komplett unerforscht ist. Wir haben viel mehr Fragen als Antworten. Es hat sich auch gezeigt, dass eine generelle Hilflosigkeit besteht, wie dem Thema „Demenz und Migration“ zu begegnen ist. Es gibt auch teils sehr gute Lösungen, wie einzelne kulturspezifische Messinstrumente, die bei der Diagnostik von Demenz helfen. Diese sind sehr gut und auch in verschiedenen Herkunftssprachen entwickelt aber noch nicht flächendeckend angewandt. Eine weitere Erkenntnis ist die Notwendigkeit einer kultursensiblen Versorgung. Das Eingehen auf die Bedürfnisse des Menschen, die aus der jeweiligen Lebensgeschichte resultieren. Kulturspezifisch könnten es z.B. die Essensgewohnheiten sein, die einen migrationsspezifischen Anteil haben können. Aber das ist natürlich auch bei jemanden, der keine Kartoffeln mag der Fall. Das würden wir jetzt nicht groß migrationsspezifisch „aufhängen“. Deswegen gehen wir jetzt in Richtung „kultursensibel“ und fassen das viel weiter.

Jessica Monsees: Es hat sich herausgestellt, dass eine Kooperation auf verschiedenen Ebenen unglaublich wichtig ist. Wenn man eine angemessene Versorgungsstrategie entwickeln will, ist es wichtig, dass die politischen Entscheidungsträger:innen zusammenarbeiten mit Forschenden und Anbietenden von Versorgungsleistungen. Wichtig ist aber auch die Zusammenarbeit mit den Betroffenen, da diese die Expert:innen für ihre eigene Situation sind und dadurch ihre Erfahrungen teilen können, z. B. darüber, welche Versorgungsleistungen sie benötigen. Erforderlich ist, dass die Hausärzt:innen in der Versorgungsplanung mit den Fachärzt:innen, den Familienangehörigen, Freunden oder weiteren Personen, die auch sonst von der betroffenen Person einbezogen werden, zusammenarbeiten.

Dess_orientiert: Was wünschen Sie sich bezüglich der Verbreitung und Verwendung des EU-Atlas?

René Thyrian: Ich denke, dass wir in den nächsten Jahren noch viel mehr Werbung machen müssen, dass das ein Nachschlagewerk ist, welches Ansatzpunkte zum Handeln bietet. Dass es die Diskussion zum Thema antreibt. Dass Personen, die den EU-Atlas durchlesen oder durchblättern, ein breiteres Bild bekommen als das durch das Alltagsleben geprägte. Dabei ist es egal, ob es sich um eine:n Versorger:in, einen Betroffenen oder jemanden handelt, der Strategien plant. Wenn man den EU-Atlas

liest, merkt man, wie wenig man eigentlich zu dem Thema weiß. Menschen haben nicht viel Ahnung von den Migrationsgeschichten der Länder. Ich wusste z.B. nicht, dass in den Niederlanden nicht hauptsächlich türkeistämmige Menschen leben, sondern Indonesier:innen. Das wusste ich nicht, obwohl es ein Nachbarland ist. Da liest man sich in die Migrationsgeschichte ein und versteht plötzlich. Osteuropa hat die ganze Gastarbeiterwelle der 60er und 70er nicht mitgemacht. Diese Herausforderung ist dort vollkommen fremd. Das muss man verstehen, wenn man über eine nationale oder europäische Strategie redet. Wir sind viel diverser, als wir denken. Das erhoffe ich mir.

Jessica Monsees: Ich wünsche mir, dass die Menschen etwas mitnehmen können, für sich und für ihre Arbeit. Wenn wir einen Lerneffekt haben, ist schon einmal viel erreicht. Unsere Adressaten sind in erster Linie Personen, die mit Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz zusammenarbeiten, Entscheidungsträger:innen, Anbieter:innen von Versorgungsleistungen und Versorgungsplanende.

René Thyrian: Der EU-Atlas wendet sich ganz primär auch an diejenigen, die auf europäischer Ebene Entscheidungen treffen. Gerade bei der Klientel der Menschen mit Demenz und Migrationshintergrund gibt es über die Grenzen hinweg mehr Gemeinsamkeiten, als man denkt. Wenn es eine europäische Gesundheitsstrategie gibt, dann wäre diese Klientel wahrscheinlich eine, die von einer europäischen Herangehensweise profitieren könnte. Schön wäre, wenn aus dem EU-Atlas eine europäische Demenzstrategie entwickelt werden könnte, die auch noch Menschen mit Migrationshintergrund beachten würde. Man könnte europäische Programme auflegen, die sich eingewanderten Menschen aus der Türkei widmen.

Dess_orientiert: Wie sieht Ihre Strategie zur Verbreitung des EU-Atlas aus?

René Thyrian: Wir haben versucht, an die Entscheidungsträger:innen heranzukommen. Dies gestaltet sich schwierig, wenn es keinen wichtigen Anlass gibt, der seitens der EU vorgegeben ist. Außerdem haben wir versucht, ein Stakeholdertreffen zu organisieren. Mit Corona ist jedoch alles viel schwieriger. Die Resonanz für ein Treffen „einfach so“ zur Vorstellung von Ergebnissen ist relativ gering, so dass wir da noch nicht viel weitergekommen sind. Unsere hauptsächliche Strategie ist es zu informieren und den EU-Atlas zu verschicken, unsere Internetseite zu propagieren und überall dafür zu werben, dass das ein Thema ist.

Dess_orientiert: England hatte sich (in der Prime Minister's Challenge on Dementia) das Ziel gesteckt bis 2020 zum besten Ort der Welt für Menschen mit Demenz, ihre Betreuenden,

Familien und die Forschung zu sein. Welche Länder sind ihrer Expertise und Analyse nach die „Besten“ – und warum?

Jessica Monsees: Wir haben drei Länder, von denen wir den Eindruck haben, dass sie sich bezüglich des Themas hervortun. Das sind auf jeden Fall Dänemark mit dem erwähnten Infomaterial und dem ethnischen Ressourcenteam. Dort gibt es auch bestimmte Kliniken in größeren Städten wie Kopenhagen und Aarhus, die sich um Menschen mit Zuwanderungsgeschichte und komplizierten Krankheitsgeschichten kümmern. Die Niederlande haben sich auch hervorgetan, dadurch dass in den Memorykliniken sehr verbreitet kultursensibles Diagnostikmaterial angewendet wird. Dort gibt es Memorykliniken mit Tagesprogrammen, in denen Dolmetscher:innen arbeiten. Norwegen war auch ein Positivbeispiel, da es das Thema auf der Ebene von nationalen Dokumenten ausführlich aufgreift.

Dess_orientiert: Welche Länder sind ihrer Meinung nach „Schlusslichter“ in Bezug auf die Lebensqualität der Menschen mit Migrationshintergrund, ihre Betreuung und die Forschung?

Jessica Monsees: Das sind Länder wie Rumänien oder Griechenland, die rückgemeldet haben, dass „Demenz und Migration“ einfach kein Thema ist. Als wir das Interview mit den Expert:innen aus Griechenland geführt haben, wurde uns gesagt: „Ja, wir haben eine große Bevölkerung mit Migrationshintergrund, aber die sind noch nicht in dem Alter, dass das Thema Demenz relevant ist. Im Umkehrschluss ist für uns die Priorität hier Versorgungsleistungen für Menschen mit Demenz und einem Migrationshintergrund anzubieten nicht so hoch.“ Mit Rumänien war es ähnlich. Bulgarien hat keine große Migrant:innenbevölkerung, da Bulgarien eher ein Durchreiseland ist.

Der EU-Atlas kann heruntergeladen werden unter:

www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-09/EU-Atlas_Demenz_Migration_Deutsch.pdf

René Thyrian: Es stimmt jedoch nicht überein mit dem, was auf Papier geschrieben steht. Wir haben auch Literaturanalysen der Richtlinien und Nationalen Demenzstrategien durchgeführt. Auf Papier ist z.B. Österreich sehr führend. In deren Demenzstrategie ist ein ganzes Kapitel verzeichnet. Demnach wäre Österreich formal eigentlich führend. In der Praxis sind wir dem so nicht begegnet. Es ist schwierig zu sagen, aber unserer Einschätzung nach sind es die Niederlande und die skandinavischen Länder, die total fit sind und die viel machen für Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz.

Schlusslichter sind die Länder, die das Thema „Demenz und Migration“ nicht betrifft. Ich würde sie dennoch nicht als Schlusslichter bezeichnen. Sie sind nur die falschen Adressaten für die Fragestellung, die wir primär hatten. Für das Thema „Demenz und Migration“ sind sie aber extrem wichtig, da es ja auch noch das Thema „Menschen mit Migrationshintergrund, die Menschen mit Demenz pflegen“ gibt. Wir haben es zwar nicht untersucht,

sind jedoch der Meinung, dass man auch in Ländern wie Bulgarien und Griechenland zum Thema Demenz bei Menschen mit Migrationshintergrund aufklären muss, weil sehr viele im Pflegesystem landen. Das Thema ist auch bei uns in Deutschland von hoher Relevanz, da bei uns sehr viele osteuropäische Kräfte, vor allem in der häuslichen Pflege, arbeiten. Das nächste Thema wäre das Thema „Demenz und Migrationshintergrund für professionell Pflegende“.

Dess_orientiert: Ich bedanke mich für das Gespräch und den Ausblick auf ein weiteres spannendes Thema.

Das Interview führte Renate Berner.

Jessica Monsees hat einen Bachelor in Psychologie und einen Master in Klinischer Psychologie. Sie war wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) und hat zum Thema „Demenz und Migration in Deutschland“ promoviert.

René Thyrian ist promovierter Psychologe und forscht zu den Themen Diagnostik und Versorgung an kognitiv beeinträchtigten und an Demenz erkrankten Menschen in verschiedenen Settings

Autor:innenverzeichnis

BERNER, RENATE

Dipl. Pfle gewirtin und wissenschaftliche Mitarbeiterin der Demenz Support Stuttgart gGmbH

HECK, VANESSA

Bioeconomy MSc, Wirtschaftspädagogik BSc mit Schwerpunkt Gesundheits- und Sozialmanagement, wissenschaftliche Mitarbeiterin der Demenz Support Stuttgart gGmbH

KUHN, CHRISTINA

M.A. Empirische Kulturwissenschaft und Erwachsenenbildung; Pflegefachfrau; Geschäftsführerin der Demenz Support Stuttgart gGmbH

MONSEES, JESSICA Dr.

ehemalige Projektmitarbeiterin am DZNE Greifswald, LokS des NUM (Medizin und Gesundheitswissenschaften, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg)

ÖZGE, AYNUR Prof. Dr.

Medizinische Fakultät der Universität Mersin, Abteilung für Neurologie, Vorsitzende der Alzheimergesellschaft in Mersin

ÖZTÜRK, SÜMEYRA

Sozialarbeiterin B.A. und wissenschaftliche Mitarbeiterin der Demenz Support Stuttgart gGmbH

RUTENKRÖGER, ANJA Dr.

Pflegewissenschaftlerin Dr. rer. medic. MScN, DCM-Trainerin, Pflegefachfrau, Geschäftsführerin der Demenz Support Stuttgart gGmbH

SUYKENS, SARA

Demenzexpertin im regionalen Kompetenzzentrum für Demenz (ECD) Orion in Zusammenarbeit mit PGN Antwerpen, Belgien

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

Demenz Support Stuttgart gGmbH
Zentrum für Informationstransfer
Zeppelinstraße 41
73760 Ostfildern

REDAKTION

Christina Kuhn, Dr. Anja Rutenkröger, Ulrike Fischer

Tel: 0711 / 99 787 10

Fax: 0711 / 99 787 29

Mail: info@demenz-support.de

Web: www.demenz-support.de

ISSN 1863-6136

LAYOUT UND SATZ

Ulrike Fischer

© 2024 Demenz Support Stuttgart gGmbH,
Zentrum für Informationstransfer, Stuttgart.

Das Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung der herausgebenden Institution unzulässig und strafbar. Das gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.