

Gesundheitliche und pflegerische Versorgung älterer Migrantinnen und Migranten

Die Ausgabe widmet sich den Anforderungen der wachsenden Gruppe älterer Menschen mit Migrationshintergrund an das Gesundheits- und Pflegewesen. *Elke Obermann* berichtet über „Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Migrantinnen und Migranten: Ausgewählte Projekter-

gebnisse“, *Susanne Glodny, Yüce Yilmaz-Aslan und Oliver Razum* über „Häusliche Pflege bei Migrantinnen und Migranten“. *Murat Ozankan* behandelt „Ein junges Gesicht der Migration: Ältere Migrantinnen und Migranten. Zum Stellenwert muttersprachlicher gerontopsychiatrischer Behandlungsangebote“.

informationsdienst altersfragen

ISSN 0724-8849
A20690E

Heft 06, November / Dezember 2010
37. Jahrgang

Herausgeber:
Deutsches Zentrum
für Altersfragen

06

Inhalt / Impressum

Inhalt

Aus der Altersforschung

- 3 Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Migrantinnen und Migranten: Ausgewählte Projektergebnisse
Elke Olbermann
- 9 Häusliche Pflege bei Migrantinnen und Migranten
Susanne Glodny, Yüce Yilmaz-Aslan, Oliver Razum
- 14 Kurzinformationen aus der Altersforschung

Aus Politik und Praxis der Altenhilfe

- 16 Ein junges Gesicht der Migration: Ältere Migrantinnen und Migranten – Zum Stellenwert muttersprachlicher gerontopsychiatrischer Behandlungsangebote
Murat Ozankan
- 22 Kurzinformationen aus Politik und Praxis der Altenhilfe

24 Aus dem Deutschen Zentrum für Altersfragen

26 Bibliografie gerontologischer Monografien

Impressum

Herausgeber:

Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Straße 2
12101 Berlin
Telefon (030) 2607400, Fax (030) 7854350

DZA im Internet:

www.dza.de

Presserechtlich verantwortlich:

Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer

Redaktion:

Cornelia Au und Dr. Doris Sowarka
ida@dza.de

Für die Bibliografie gerontologischer Monografien:

Bibliothek und Dokumentation
Pro Senectute Schweiz
Fachstelle für angewandte Altersfragen
Bederstr. 33, 8027 Zürich, Schweiz
Telefon +41-(0)44-283 89 81, Fax -283 89 84

Gestaltung und Satz:

Mathias Knigge (grauwert, Hamburg)
Kai Dieterich (morgen, Berlin)

Druck:

Fatamorgana Verlag, Berlin

Der Informationsdienst erscheint zweimonatlich. Bestellungen sind nur im Jahresabonnement möglich. Jahresbezugspreis 25,- EURO einschließlich Versandkosten; Kündigung mit vierteljährlicher Frist zum Ende des Kalenderjahres. Bezug durch das DZA. Der Abdruck von Artikeln, Grafiken oder Auszügen ist bei Nennung der Quelle erlaubt. Das DZA wird institutionell gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
ISSN 0724 8849

Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Migrantinnen und Migranten: Ausgewählte Projektergebnisse

Elke Olbermann

Hintergrund

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund gehören zu den Bevölkerungsgruppen, die von besonderen gesundheitlichen Belastungen und Risiken betroffen sind. Dabei kommen sowohl verhältnis- als auch verhaltensbezogene Faktoren zum Tragen, die wesentlich von einer durch kumulative Benachteiligungen gekennzeichnete Ungleichheitsposition der älteren Migrantinnen und Migranten geprägt sind (Dyck 2008; Dietzel-Papakyriakou u. Olbermann 2001; Olbermann 2006). Ältere Zugewanderte bzw. Ältere mit ausländischer Staatsangehörigkeit verfügen im Vergleich zu einheimischen Älteren seltener über einen hohen und häufiger über gar keinen Schulabschluss. Sie sind bzw. waren häufiger als gering qualifizierte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer an physisch und psychisch belastenden Arbeitsplätzen tätig, sind häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen, verfügen über geringere Einkommen und weisen ein deutlich höheres Armutsrisiko auf. Die Wohnverhältnisse erfüllen zwar meist den Mindeststandard. Im Hinblick auf die Wohnungsgröße, die Ausstattung mit Balkon oder Terrasse, die Verfügbarkeit von Haushaltsgeräten, Computern und PKW sowie die Qualität des Wohnumfeldes, nicht zuletzt im Hinblick auf das Vorhandensein von Grünflächen, sind jedoch deutliche Nachteile festzustellen. Hinzu kommen nicht selten psychische Belastungen infolge der migrationsbedingten Trennung von nahestehenden Familienangehörigen, aber auch aufgrund von Diskriminierungserfahrungen und fehlender Anerkennung im Aufnahmeland.

Fehlende oder unzureichende Deutschkenntnisse der Migrantinnen und Migranten sowie Informationsdefizite und mangelnde interkulturelle Kompetenz der Fachkräfte in sozialen und gesundheitlichen Einrichtungen und Diensten erschweren die Inanspruchnahme und tragen zur Fehl- und Unterversorgung bei. Schließlich sind bei älteren Zugewanderten bestimmte risikobehaftete Gewohnheiten und Verhaltensweisen stärker verbreitet, die sich bei den älteren zugewanderten Männern in höheren Raucherquoten und bei den älteren zugewanderten Frauen in einem höheren Anteil von Übergewichtigen niederschlagen. Angesichts der Kumulation verschiedener verhältnis- und verhaltensbedingter Risikofaktoren stellen ältere Migrantinnen und Migranten eine besonders vulnerable Gruppe dar, deren Chancen für ein gesundes Altern erheblich beeinträchtigt sind. Während belastbare epidemiologische Daten zum objektiven Gesundheitszustand älterer Zugewandeter weitgehend fehlen, spiegelt sich die gesundheitliche Chancenungleichheit in den Ergebnissen verschiedener Studien zum subjektiven Gesundheitszustand deutlich wieder. Demnach ist bei den älteren Migranten der Anteil derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ beurteilen, signifikant niedriger und der Anteil derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ einstuft, signifikant höher als die entsprechenden Anteile bei den älteren Deutschen (Hubert u.a. 2009; Baykara-Krumme u. Hoff 2006; Özcan u. Seifert 2006).

Die häufig prekären Lebenslagen und damit einhergehenden gesundheitlichen Gefährdungsaspekte älterer zugewandeter Menschen verweisen auf die Notwendigkeit einer umfassenden zielgruppenorientierten Prävention und Gesundheitsförderung, um die Lebensqualität älterer Menschen mit

Migrationshintergrund zu fördern, ihnen ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben im Alter zu ermöglichen und einer vorzeitig auftretenden Hilfe- und Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Die noch vergleichsweise junge Altersstruktur dieser Bevölkerungsgruppe bietet günstige Ausgangsbedingungen für rechtzeitig einzuleitende Maßnahmen der Gesundheitsprävention (Naeyele 2008). Umso problematischer ist die empirische Evidenz eines deutlich geringeren Nutzungsgrades von gesundheitsförderlichen Angeboten. In einer bundesweiten Untersuchung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hollbach-Grömig u. Seidel-Schulze 2007) gaben 75,6% der befragten Städte, Gemeinden und Landkreise an, dass ältere Migrantinnen und Migranten von seniorenbezogenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention nicht erreicht wurden. Ältere Migrantinnen und Migranten waren damit die am wenigsten erreichte Zielgruppe, gefolgt von nicht mobilen älteren Menschen (57,7%) und sozialbenachteiligten/bildungsfernen älteren Menschen (52,6%).

Es gibt hinreichend empirische Belege dafür, dass Prävention und Gesundheitsförderung in allen Altersphasen möglich und bis ins hohe Alter wirksam ist (Wurm u. Tesch-Römer 2007; Walter 2008). Allerdings werden ältere Migrantinnen und Migranten in den vorliegenden Studien kaum berücksichtigt, so dass bislang auch nur wenig über die Wirksamkeit von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bei dieser in Zukunft stark wachsenden Zielgruppe bekannt ist.

Zielsetzung des Projektes „Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund“

Vor diesem Hintergrund führt das Institut für Gerontologie an der TU Dortmund das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Projekt „Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund“ durch. Ziel des Forschungsprojektes ist die Untersuchung der Inanspruchnahme und der Wirksamkeit von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen sowie der Potenziale der Selbsthilfe, Selbstorganisation und Beteiligung älterer Migrantinnen und Migranten im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Die Ergebnisse sollen Handlungswege zur Entwicklung effektiver, zielgruppengerechter Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zur Erschließung neuer Zugangsmöglichkeiten zur Zielgruppe sowie zum Auf- und Ausbau von partizipativen, gesundheitsfördernden Strukturen, die eine aktive Mitgestaltung älterer Migrantinnen und Migranten ermöglichen, aufzeigen.

Methodische Aspekte

Ausgehend von einem qualitativen Forschungsansatz wurden in drei Erhebungswellen (in den Jahren 2008, 2009, 2010) leitfadengestützte Interviews mit älteren Menschen mit Migrationshintergrund und mit Expertinnen und Experten in Duisburg und in Mönchengladbach durchgeführt. Zudem fanden zwischen den Erhebungswellen in den beiden Projektstandorten Werkstattgespräche mit Vertreterinnen und Vertretern der Zielgruppe sowie relevanter örtlicher Einrichtungen, Organisationen und Vereine statt, um die Untersuchungsergebnisse zu diskutieren und gemeinsam Handlungsperspektiven zu entwickeln.

Um eine möglichst große Variationsbreite an Lebenslagen zu erfassen, erfolgte die Auswahl der Untersuchungsteilnehmer sukzessive unter Berücksichtigung bestimmter Kriterien. Insgesamt konnten im Laufe der drei Erhebungswellen 103 leitfadengestützte Interviews mit insgesamt 49 Migrantinnen

und Migranten im Alter von 50 Jahren und mehr durchgeführt werden. Die Stichprobe setzte sich aus 23 Männern und 26 Frauen, davon 35 Verheirateten und 14 Alleinstehenden, zusammen. 22 der Befragten waren 51–60 Jahre, 21 waren 61–70 Jahre und 6 waren 70 Jahre alt. Die Untersuchungsgruppe umfasste sowohl Arbeitsmigranten, (Spät-)Aussiedler und Flüchtlinge, wobei es sich überwiegend um Zugewanderte aus der Türkei (20 Befragte) und aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion (18 Befragte) handelt. Die übrigen 11 Befragten sind Zuwanderer aus dem ehemaligen Jugoslawien, Polen, Bulgarien, Afghanistan und Indien. 29 der Befragten nahmen im Untersuchungszeitraum an organisierten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung teil, während 20 Befragte keine entsprechenden Angebote in Anspruch nahmen. Die Gewinnung der Untersuchungsteilnehmer erfolgte durch die mit dem Projekt kooperierenden Praxispartner¹ und in Einzelfällen auch durch die Interviewer. Die Interviews wurden von geschulten Interviewern in der Regel in der jeweiligen Muttersprache der Befragten durchgeführt. Die Interviewdauer lag zwischen 19 und 74 Minuten. Sämtliche Interviews wurden aufgezeichnet, übersetzt, transkribiert und mit Unterstützung des qualitativen Datenanalyseprogramms MAX-QDA ausgewertet.

Die Ergebnisse des Projektes werden in Kürze in einem Praxisleitfaden anwendungsorientiert zur Verfügung gestellt und in einem Abschlussbericht ausführlich dargelegt. Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse zu den Zugängen und der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen vorgestellt. Anschließend werden einige Herausforderungen und Schlussfolgerungen für das Handlungsfeld Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund skizziert.

Ergebnisse zu Zugangswegen

Ausgangspunkte der Untersuchung waren folgende Fragestellungen: Unter welchen Voraussetzungen nehmen ältere Migrantinnen und Migranten an Präventionsmaßnahmen teil? Welche Zugangsarten zu Maß-

nahmen im Gesundheitssystem bestehen und werden genutzt? Welche Ansätze werden von den älteren Menschen mit Migrationshintergrund angenommen und als sinnvoll erachtet? Welche Bedeutung haben geschlechterspezifische, -übergreifende, intergenerative oder altershomogene Gruppen? Wie gestaltet sich die Akzeptanz von interkulturellen im Gegensatz zu ethnien-spezifischen Ansätzen?

Die Ergebnisse zu den Zugängen ergeben folgendes Bild:

Die soziale Dimension (vertraute Bezugspersonen) und die Möglichkeiten der Verständigung (Herkunftssprache) sind für den Zugang von zentraler Bedeutung.

– Die Teilnehmer/inn/en von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen sind vor allem durch persönliche Kontakte aus dem Freundes- und Familienkreis zu den Angeboten gekommen.

Der Gruppenkontext bzw. die Gruppenanbindung sind wichtige Elemente der Zugangsförderung bzw. erleichtern die Inanspruchnahme von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Der Gruppenzusammenhang fördert zudem die Kontinuität der Teilnahme an Präventionsmaßnahmen. Ohne Gruppenanbindung ist die Beteiligung unregelmäßiger und ein Abbruch wahrscheinlicher. Gegenseitige Motivation und Aktivierung sind wichtig. Dies wird durch die Gruppe gewährleistet. Hierzu einige exemplarische Aussagen der Untersuchungsteilnehmer/inn/en:
„Wie ich dir vorhin erzählt habe, ich sehe zwar nicht so aus, aber ich bin in der Hinsicht sehr aktiv und bei unseren Frauen ist es halt so, dass wir uns gegenseitig motivieren müssen. Die eine achtet auf die andere und auf einmal laufen sie alle zusammen. Wie z.B. heute haben wir Schwimmen und Yoga, gehen wir mal alle zusammen dahin.“

„Wenn man zusammen geht und gemeinsam sich unterhalten kann, dann würde sein Inneres lachen. Ich sage, das ist auch nötig“.

„Um sozial leben zu können, sehe ich die Notwendigkeit daran teilzunehmen. Was soll ich zu Hause machen? Soll ich auf mei-

¹⁾ Bei den kooperierenden Praxispartnern handelt es sich um die AWO-Integrations gGmbH Duisburg in Kooperation mit der Seniorengruppe AWO-Ortsverein Marxloh International und um den AWO Kreisverband Mönchengladbach e. V. in Kooperation mit dem Deutsch-Russischen Integrationsverein e.V. (DRIV).

ne Kinder warten, damit sie mich ein Mal in der Woche besuchen können? Jeder hat sein eigenes Leben.“

- Zu berücksichtigen ist aber auch, dass nicht alle älteren Migranten an einer dauerhaften Gruppenanbindung interessiert sind. Wichtig für die individuelle Teilnahme an allgemeinen Präventionsmaßnahmen ist dann umso mehr, dass diese in der Nähe des Wohnortes stattfinden und spezifische Bedürfnisse, wie z.B. spezifische Angebote für Frauen, berücksichtigt werden.
- Kostengünstige bzw. kostenfreie Angebote sind für die meisten älteren Migrantinnen und Migranten eine wichtige Voraussetzung für die Teilnahme.

Bezüglich weiterer *Rahmenbedingungen und Voraussetzungen*, die eine Teilnahme an präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen begünstigen, wurden insbesondere folgende Aspekte hervorgehoben:

- Überschaubarkeit des Teilnehmerkreises bei den Kursangeboten: Kleine Gruppen ermöglichen ein intensives Kennenlernen und das Gefühl der Vertrautheit. Gegenseitiges Verständnis und Unterstützung werden zudem durch die Zugehörigkeit zur gleichen Altersgruppe begünstigt („Man kann sich in den anderen hineinversetzen“). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer fühlen sich unter Gleichaltrigen weniger unter Druck gesetzt, jeder kann sich entsprechend seiner Möglichkeiten beteiligen.
- Eingewöhnungsphase: Ein langsamer Einstieg, der genügend Zeit zum Eingewöhnen gibt, ist wichtig, u.a. da die Bewegungen in den Kursen z.T. ungewohnt sind und um Überforderungen zu vermeiden.
- Angebote sollten an die Fähigkeiten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer angepasst bzw. flexibel gehandhabt werden (z.B. Teilnahme an Schwimmkurs auch für Nichtschwimmer ermöglichen, etwa durch Übungen im Nichtschwimmerbereich, Aquagymnastik etc.)
- Spezifische Angebote für Männer und Frauen können hilfreich sein (andere Interessen, Schamgefühle etc.) und sind teilweise eine notwendige Voraussetzung für die Teilnahme. Geschlechtsspezifische Angebote sind jedoch - auch bei den älteren Migrantinnen und Migranten aus der Türkei

bzw. muslimischer Glaubensrichtungen – nicht immer erforderlich und gemeinsame Angebote werden teilweise ebenfalls ausdrücklich gewünscht.

Ergebnisse zur Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Migrantinnen und Migranten

Das Forschungsprojekt umfasste die Evaluation von mehreren, inhaltlich unterschiedlich ausgerichteten Maßnahmen. Neben spezifischen Maßnahmen in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung, wie Schwimm-, Bewegungs- und Yogakurse oder Vortragsreihen, gehörten hierzu auch eher unspezifische Begegnungsangebote, wie Frühstücks- und Frauentreffs. Entsprechend des qualitativen Forschungsansatzes ging es darum, die subjektiven Bedeutungen und Sinnzuschreibungen, die ältere Migrantinnen und Migranten mit den jeweiligen Maßnahmen und Angeboten verbinden, zu untersuchen und somit die Wirksamkeit aus der „Innensicht“ der Teilnehmenden zu erfassen. Die Untersuchungsteilnehmer/inn/en wurden danach gefragt, warum sie daran teilnehmen, wie sie die Teilnahme erleben, welche Erfahrungen sie damit gemacht haben und wie wichtig diese Angebote für sie sind.

Die Untersuchungsergebnisse verweisen auf ein weites Spektrum von miteinander verknüpften Effekten der Belastungsreduzierung und Ressourcenvermehrung. Diejenigen befragten älteren Migrantinnen und Migranten, die bisher an entsprechenden Maßnahmen, wie z.B. Schwimmen, Yoga, Seniorenfrühstück, teilgenommen haben, berichten von vielfältigen positiven Wirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden. Hierzu gehören im einzelnen²:

- Physische Effekte: Verbesserung der Beweglichkeit, Verringerung oder Verschwinden von Schmerzen, Steigerung der Fitness
„Durch Schwimmen gehen meine Rückenschmerzen weg, weil sich die Muskulatur lockert. Beim Yogakurs ist es genau so, da entspannt man. Ja heute habe ich seit 24 Jahre Asthma, ich habe eine 100 % Behin-

²⁾ Aus Platzgründen können die einzelnen Wirkungsfacetten hier nur selektiv und exemplarisch anhand einiger Zitate verdeutlicht werden.

derung. *Dadurch, dass ich für meine Gesundheit was tue, habe ich seit Jahren keinen Anfall mehr gehabt, Gott sei Dank!*“ (63 J., weibl., Herkunft: Türkei)

– Psychische Effekte:

Entspannung und Stressabbau, Förderung von Selbstsicherheit und Selbstbewusstsein, emotionale Stabilität

„Das hat einen positiven Einfluss auf die Gesundheit. ... Für mich ist es aber sehr wichtig Kontakt zu anderen Menschen zu haben. Auch, mit diesen Menschen zu sprechen, ... mit ihnen zu lachen, das bedeutet mir sehr viel ... Das erhält unser Leben, unsere Seele. Das macht uns ... stark, damit man nach vorne schauen kann.“

(51 J., weibl., Herkunft: ehem. Jugoslawien)

– Soziale Effekte:

Erweiterung der sozialen Kontakte, soziale Unterstützung, Aktivierung und soziale Teilhabe

„Also diese Angebote sind für uns, besonders für uns, für Rentner absolut wichtig. Sich da zu sammeln mit Freunden, mit Heimatleuten, sich austauschen und unterhalten, das ist sehr wichtig. ... Etwas Schöneres als das kann es nicht geben.“

(74 J., männl., Herkunft: Türkei).

– Lerneffekte / Kompetenzerweiterung:

Gesundheitswissen, Bewältigungsstrategien, Gesundheitsverhalten, Sozialverhalten

„... durch diese Veranstaltungen habe ich viel gelernt ... Und dann finde ich es sehr schön, dass man noch etwas lernen kann und weitergeben ... dass man weiter anderen Leuten helfen kann, oder Informationen weitergeben, nicht nur für mich selber.“ (52 J., weibl., Herkunft: Bulgarien)

Die Untersuchungsergebnisse verdeutlichen den hohen subjektiven Stellenwert präventiver und gesundheitsfördernder Angebote bei älteren Migrantinnen und Migranten und zeigen, dass sich die Teilnahme positiv auf das Wohlbefinden auswirkt. Den psychosozialen Aspekten kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Die Wirkungen gesundheitsfördernder Angebote werden von den älteren Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Migrationshintergrund nicht nur auf die Inhalte der verschiedenen Präventionsangebote bezogen, sondern häufig mit der Gruppenanbindung und dem Gemeinschaftserleben in Verbindung gebracht. Die Untersuchungsergebnisse unterstreichen zudem die Relevanz von Austauschmöglichkeiten und gemeinschaftlichen Aktivitäten in muttersprachlichen Settings. Demnach ist nicht allein die Teilnahme an einzelnen spezifischen Präventionsmaßnahmen (z.B. Kurse und Informationsveranstaltungen in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Entspannung), sondern die ergänzende Einbindung in dauerhafte Gruppenzusammenhänge maßgeblich für eine nachhaltige präventive und gesundheitsfördernde Wirkung. Der Gruppenbezug ist Türöffner für den Zugang und Verstärker der Wirkungen von spezifischen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bei zugewanderten Älteren.

Schlussfolgerungen

Bislang ist die Primärprävention und Gesundheitsförderung bei älteren Migrantinnen und Migranten ein wenig beachtetes Thema an der Schnittstelle verschiedener kommunaler Handlungsfelder. Unklare Zuständigkeiten und unzureichende Kooperationen sowie eine nicht adäquate Finanzierungspraxis tragen mit dazu bei, dass das Angebot gesundheitsfördernder Maßnahmen für ältere Migrantinnen und Migranten gering bzw. nicht an ihre Lebenslagen und Bedürfnisse angepasst ist.

Prävention und Gesundheitsförderung sind grundsätzlich wichtige Instrumente zur Überwindung und zum Abbau sozialer Ungleichheiten in den Gesundheitschancen. Allerdings scheint ihre schichtspezifische Nutzung eher zu einer Vertiefung bestehen-

der Unterschiede beizutragen als zu ihrer Nivellierung. Es ist daher von besonderer Bedeutung, Methoden und Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention auch auf die Zielgruppe sozial benachteiligter Menschen und insbesondere auch für ältere Menschen mit Migrationshintergrund zuzuschneiden, sollen Prozesse der gesundheitlichen Benachteiligung vermieden werden.

Insgesamt verweisen die Untersuchungsergebnisse des Projektes auf einen Bedarf an ganzheitlichen Konzepten und integrierten Ansätzen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen mit Migrationshintergrund. Eine stärkere und zielgruppenorientierte Kooperation zwischen sozialen Dienstleistungsanbietern und dem Gesundheitssystem, einschließlich der Anpassung von Finanzierungsmodellen und die Weiterentwicklung von settingbezogenen Fördermöglichkeiten wären wichtige Schritte, um den Zugang und die Effektivität von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen für ältere Migrantinnen und Migranten zu verbessern.

Dr. Elke Olbermann ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund und Mitarbeiterin des Projekts

*Kontakt:
elke.olbermann@uni-dortmund.de*

Literatur:

- Baykara-Krumme, H. & Hoff, A. (2006). Die Lebenssituation älterer Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. In: C. Tesch-Römer, H. Engstler & S. Wurm (Hrsg.). *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte* (S. 447–517). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Dietzel-Papakyriakou, M. & Olbermann, E. (2001). Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland. In: P. Marschalck & K.-H. Wiedl (Hrsg.). *Migration und Krankheit* (S. 283–312). IMIS Schriftenreihe, Bd. 10. Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.
- Dyck, S. (2008). Armut und Gesundheit – ältere Migranten und Migrantinnen. In: A. Richter, I. Bunzendahl & T. Altgeld (Hrsg.). *Dünne Rente – Dicke Probleme: Alter, Armut und Gesundheit – Neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung* (S. 59–78). Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.
- Hollbach-Grömig, B. & Seidel-Schulze, A. (2007). Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Bd. 33, *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Köln.
- Hubert, S., Althammer, J. & Korucu-Rieger, C. (2009). Soziodemographische Merkmale und psychophysisches Befinden älterer türkischer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Eine Untersuchung auf Basis der Haupt- und Zusatzbefragung des Generations and Gender Survey der ersten Welle. *Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung*, Bd. 39. Berlin: Pro BUSINESS.
- Naegele, G. (2008). Alter und Gesundheit – zu einigen Anknüpfungspunkten für Prävention, Gesundheitsförderung und darauf bezogener Gesundheitswirtschaft. In: A. J. W. Goldschmidt & J. Hilbert (Hrsg.). *Gesundheitswirtschaft in Deutschland – Die Zukunftsbranche*, Bd. 1 der Schriftenreihe *Gesundheitswirtschaft und Management* (S. 148–163). Wegscheid: WIKOM Verlag.
- Özcan, V. & Seifert, W. (2006). Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). *Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland: Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung*, Bd. 6 (S. 7–75). Berlin: Lit.
- Olbermann, E. (2006). Lebenslagen älterer Migrantinnen und Migranten in Nordrhein-Westfalen. *Kurzexpertise für das Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen*. Dortmund: Institut für Gerontologie.
- Walter, U. (2008). Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: A. Kuhlmeier & D. Schaeffer (Hrsg.). *Alter, Gesundheit und Krankheit* (S. 245–262). Huber: Bern.
- Wurm, S. & Tesch-Römer, C. (2007). Stand der Altersforschung: Implikationen für Prävention und Gesundheitsförderung. *Informationsdienst Altersfragen*, 34 (1), 2–6.

Häusliche Pflege bei Migrantinnen und Migranten

Susanne Glodny, Yüce Yilmaz-Aslan, Oliver Razum

¹⁾ Laut Definition des Statistischen Bundesamtes handelt es sich bei diesen Menschen um „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ (Statistisches Bundesamt, 2010, S. 6).

²⁾ Der Lesbarkeit halber steht die männliche Form des Substantivs für beide Geschlechter.

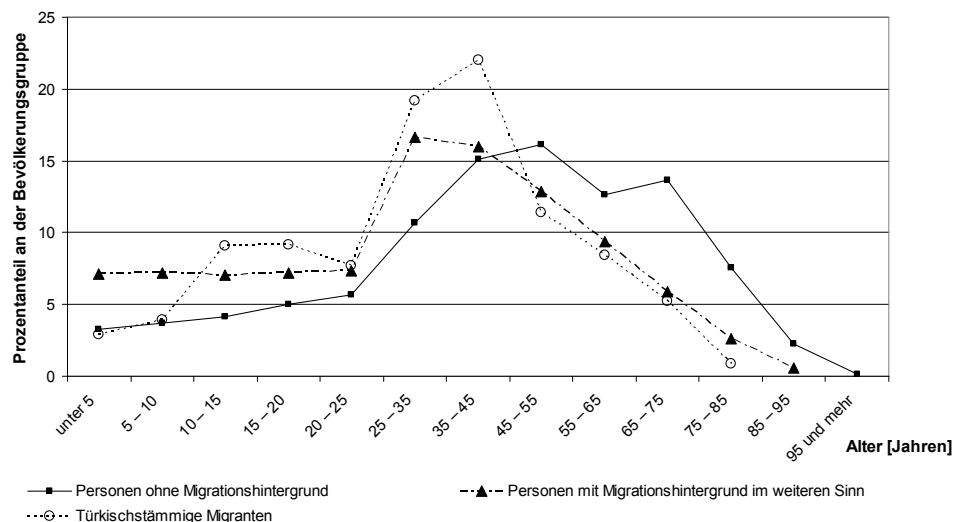
Deutschland ist ein Zuwanderungsland. Von den 81,9 Millionen Menschen, die 2009 in Deutschland lebten, hatten 15,7 Millionen (19,2%) einen Migrationshintergrund¹. Menschen mit Migrationshintergrund sind eine heterogene Gruppe. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Nationalität, Herkunftsregion und der kulturellen, ethnischen und religiösen Zugehörigkeit. 10,6 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund (67,5%) sind selbst migriert. Von 1955 bis 1973 kamen im Rahmen der Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte² die so genannten „Gastarbeiter“ aus den Mittelmeeranrainern (z.B. Spanien, Italien, Griechenland, Türkei) nach Deutschland. Später folgten ihre Familienangehörigen (Familiennachzug). Diese 1. Generation lebt mittlerweile mit ihren Kindern und Enkeln („2. Generation“ und „3. Generation“) in Deutschland. (Spät-) Aussiedler und jüdische Zuwanderer (Herkunftsregionen: ehemalige Sowjetunion, Polen und Rumänien), Flüchtlinge und Asylsuchende sowie Saisonarbeiter, IT-Fachkräfte, Bildungsausländer stellen weitere Migran-

tengruppen mit eigener Migrationserfahrung dar (Razum u.a. 2008). Hinzu kommen Migrantinnen und Migranten ohne Aufenthaltstitel („irreguläre Migrantinnen und Migranten“), über deren Gesundheitsbedürfnisse wenig bekannt ist.

Die Gruppe der Migrantinnen und Migranten weist eine andere Altersstruktur auf als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (s. Abb. 1), die Gruppe der Migrantinnen und Migranten ist im Mittel 10,8 Jahre jünger als die Mehrheitsbevölkerung (34,8 versus 45,6 Jahre).

Von den 17,0 Millionen Menschen im Rentenalter haben 1,46 Millionen Menschen (8,6%) – also etwa jeder 11. in dieser Altersgruppe – einen Migrationshintergrund.

Abbildung 1: Vergleich der Altersstruktur von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund sowie türkischstämmiger Migrantinnen und Migranten (Statistisches Bundesamt 2010)



Türkischstämmige Migrantinnen und Migranten sind mit 2,5 Millionen Menschen (15,9% der Migrantinnen und Migranten) die zahlenmäßig größte Gruppe der nicht-deutschstämmigen Migrantinnen und Migranten. Daher befasst sich unser Beitrag schwerpunktmäßig mit dieser Bevölkerungsgruppe. Der Anteil türkischer Migrantinnen und Migranten im Rentenalter ist mit 153.000 Personen (0,9% der Gesamtbevölkerung in diesem Alter) noch vergleichsweise gering. Jedoch erreichen derzeit und in der nächsten Dekade viele Arbeitsmigranten der 1. Generation das Rentenalter, so dass ältere Migrantinnen und Migranten die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe sind (Statistisches Bundesamt 2010).

Viele Menschen, die als Arbeitskräfte nach Deutschland migrierten, mussten sich damals im Herkunftsland untersuchen lassen. Nur gesunden Personen wurde die Einreise nach Deutschland gestattet. Zudem migrierten vor allem Menschen, die sich einer solchen Herausforderung gewachsen fühlten. Somit waren die Arbeitsmigranten zum Zeitpunkt der Einreise vergleichsweise gesünder als die Mehrheitsbevölkerung. Dieser Vorteil wird oft als Healthy-Migrant-Effekt bezeichnet, zu deutsch etwa „Phänomen des gesunden Migranten“. Er nahm aber aufgrund der gesundheitlich belastenden Arbeitsbedingungen, z.B. mit Akkord- und Schichtarbeit, über die Zeit langsam ab. Altersbedingte Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Rheuma), aber auch chronische und psychische Erkrankungen (z.B. Demenz) manifestieren sich bei Migranten früher als bei der Mehrheitsbevölkerung der gleichen Altersgruppe und treten teilweise häufiger auf (Freie und Hansestadt Hamburg 1998; Dietzel-Papakyriakou u. Olbermann 2001; Steinhoff u. Wrobel 2004). Die demografische Situation sowie die gesundheitlichen Belastungen aufgrund der Lebens- und Arbeitsbedingungen lassen den Schluss zu, dass der Pflegebedarf in der Gruppe der Migrantinnen und Migranten innerhalb der nächsten Jahre ansteigen wird (Razum u.a. 2004; Razum u.a. 2008).

Da es keine Daten zum Neuauftreten (Inzidenz) und zu bestehenden Fällen (Prävalenz) von Pflegebedürftigkeit bei Migrantinnen und Migranten gibt, ist es kaum möglich, belastbare Aussagen über den zukünftigen Pflegebedarf in dieser Gruppe zu treffen. Im Jahr 2007 waren 2,25 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig³ (Statistisches Bundesamt 2008). Allerdings werden in der Pflegestatistik keine Angaben zur Nationalität oder zum Migrationshintergrund aufgeführt.

In einer Pilotstudie (Okken u.a. 2008) wurde – in Kooperation mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK WL) – das Inanspruchnahmeverhalten türkischstämmiger und nicht-türkischstämmiger (überwiegend deutscher) Pflegebedürftiger⁴ in den Jahren 2001 bis 2005 untersucht. Im Rahmen der Begutachtung bei türkischstämmigen Antragsteller/innen wurde nicht so häufig eine Pflegebedürftigkeit festgestellt wie bei nicht-türkischstämmigen Personen (61% versus 75%). Insgesamt 98% der türkischstämmigen Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt. 91% von ihnen beantragten Pflegegeld und wurden ohne die Unterstützung von professionellen Pflegediensten gepflegt. Nur 7% der türkischen Pflegebedürftigen beantragten Pflegesachleistungen oder Kombinationsleistungen. Eine stationäre Unterbringung erfolgte nur in 2% der Fälle.

Die häusliche Pflege durch Angehörige ist aber langfristig aufgrund geografischer Fragmentierung der Familien und einem zunehmenden Anteil berufstätiger Frauen nicht immer realisierbar. Geringe finanzielle Ressourcen und eine für die Pflegesituation ungeeignete Wohnung erschweren die häusliche Pflege zusätzlich. Unterstützungsangebote und Fremdhilfen, z.B. in Form von Pflegediensten oder einer stationären Unterbringung werden von türkischen Migrantinnen und Migranten kaum genutzt (Korporal u. Dangel 2006). Barrieren, die eine Nutzung der Angebote und Hilfen erschweren oder behindern, sind sowohl auf Seiten der Nutzer (pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten und ihre Angehörigen) als auch auf Seiten der Anbieter im Gesundheitswesen (Pflegedienste, professionelle Pflegekräfte, Ärzte) zu finden.

³ Laut Eckdaten der Pflegestatistik (2008) beantragten 1,03 Millionen Pflegebedürftige (46%) Pflegegeld, 0,5 Millionen Pflegebedürftige (22%) beantragten Pflegesachleistungen oder Kombinationsleistungen und 0,7 Millionen Pflegebedürftige (32%) wurden stationär versorgt.

⁴ Über einen Namensalgorithmus (Razum u.a. 2000; Razum u.a. 2001) konnten ca. 582.000 Begutachtungen türkischstämmigen bzw. nicht-türkischstämmigen Personen zugeordnet werden. Die Datenschutzbestimmungen wurden eingehalten.

Sprach- und Verständigungsschwierigkeiten, Vorbehalte und subjektiv empfundene Diskriminierung und ein divergierendes Gesundheits- und Pflegeverständnis (Brzoska u. Razum 2009) können zu Missverständnissen führen und die Interaktion aller Beteiligten erschweren. Weitere Barrieren stellen fehlende Kultursensibilität und mangelnde Zeit seitens der Akteure im Gesundheitswesen und Informationsdefizite, sowie Schwellenängste, Stigmatisierung und gesellschaftliche Sanktionen seitens pflegebedürftiger Migrantinnen und Migranten und ihrer Angehörigen dar (Razum u.a. 2004; Razum u.a. 2008).

Kurzbeschreibung der Studie *saba*

Seit dem Jahr 2007 wird von der Universität Bielefeld die Studie *saba*⁵ zur Verbesserung der häuslichen Pflege bei Migrantinnen und Migranten durchgeführt. Die Studie richtet sich an türkische Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen. Ziel ist, ein speziell auf diese Migrantengruppe ausgerichtetes Interventionskonzept zur Stärkung des Empowerments und die Förderung des Selbstmanagements zu entwickeln und umzusetzen. Insgesamt 29 Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen konnten zu einer Studienteilnahme im Projekt *saba* motiviert werden⁶. Zu zwei Erhebungszeitpunkten wurden die Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld von einer MDK-Gutachterin in Begleitung einer türkischsprachigen Mitarbeiterin aufgesucht, eine Begutachtung⁷ durchgeführt und Fragebögen (in türkisch) eingesetzt (Glodny u. Razum, 2008).

Im Folgenden werden konkrete Erfahrungen und Eindrücke während der Hausbesuche geschildert (Glodny u.a. 2009).

- Sprach- und Verständigungsschwierigkeiten erschweren oftmals die Kommunikation zwischen Gutachtern, pflegebedürftigen Migrantinnen und Migranten und ihren Angehörigen. Dadurch kann sich kein Vertrauensverhältnis herausbilden und es erhöht sich das Stresspotential. Letztendlich können Versorgungsnachteile und im Extremfall der Abbruch einer Begutachtung die Folge sein. Im Rahmen der Begutachtungen für das Projekt *saba* zeigte sich, dass besonders ältere Pflegebedürftige und Angehörige – trotz guter Deutschkenntnisse – auf Türkisch antworteten. Sie glaubten, ihre Anliegen kompetenter in der Muttersprache vorbringen zu können. Die türkischsprachige Projektmitarbeiterin fungierte in dieser Situation als Dolmetscherin.
- Die Begutachtungssituation war durch Unsicherheit und Ängste geprägt. Trotz Zusage, dass die Informationen ausschließlich für die Studie verwendet würden, fragten die Angehörigen wiederholt in ihrer Muttersprache nach, ob sie Änderungen beim Pflegegeldbezug befürchten müssen. Ebenso bestand die Angst, dass die pflegebedürftige Person aus der Familie gerissen werden könnte.
- In den teilnehmenden Familien wurde die häusliche Pflege als selbstverständliche Pflicht empfunden und überwiegend von den Müttern, Töchtern oder Ehefrauen geleistet. Weitere Familienmitglieder halfen unterstützend. Jedoch übernahmen besonders Mütter pflegebedürftiger Kinder Aufgaben, die die pflegebedürftige Person noch hätte alleine ausüben können. Diese Fürsorge und Übernahme aller Tätigkeiten führt bei den Pflegebedürftigen zu einer verstärkten Abhängigkeit.
- Große Informationsdefizite zeigten sich sowohl hinsichtlich der rechtlichen Ansprüche wie auch im fachlichen Bereich. Die Beantragung von Pflegegeld wurde trotz sprachlicher Probleme nicht unbedingt als Schwierigkeit gesehen, da es im

⁵ Die Studie *saba* wird im Rahmen des Pflegeforschungsverbundes NRW umgesetzt und vom BMBF gefördert. Ein Ethikvotum liegt vor. Das Akronym *saba* steht für „evde sa lik ve bakim“ und bedeutet „Gesundheit und Pflege zu Hause.“

⁶ Einverständniserklärungen (Informed consent) der Pflegebedürftigen oder der gesetzlichen Vertreter und der pflegenden Angehörigen lagen vor.

⁷ Die Begutachtung stellt ein Instrument im Rahmen des Projektes dar. Die Ergebnisse dienen zu Forschungszwecken und nicht zur Überprüfung oder Neubewertung der Pflegestufe durch den MDK. Sie hatten keinen Einfluss auf den Leistungsbezug.

sozialen Netzwerk immer Personen gibt, die hier unterstützen konnten. Allerdings hatten die Studienteilnehmer keine Informationen beispielsweise über Pflegehilfsmittel, Angehörigenpflegekurse oder ambulante Pflegedienste (Glodny u.a. 2009).

- Versorgungsprobleme traten weniger bei der Grundpflege auf als bei der medizinischen Versorgung türkischer Pflegebedürftiger. Besonders die Versorgung von Wunden stellte ältere pflegende Angehörige vor Probleme (Yilmaz 2008).
- Insbesondere ältere pflegende Angehörige benötigten Unterstützung zur Bewältigung der Pflegesituation, da ihnen dies ohne Hilfe aufgrund des eigenen Alters nicht mehr möglich war. Sie berichteten über gesundheitliche Probleme, verbunden mit Vereinsamung und psychischer Belastung. Jüngere pflegende Angehörige schienen die Pflegesituation besser organisieren zu können und eher auf Fremdhilfe zurückzugreifen.

Fazit

Pflegende Angehörige sind eine wichtige Ressource für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen, besonders in der Gruppe der Migrantinnen und Migranten. Unabhängig von kulturellen Unterschieden im Kontext von Krankheit und Gesundheit stellen Informationsdefizite, Sprach- und Verständigungsschwierigkeiten gravierende Inanspruchnahmebarrieren dar. Ein gleichberechtigter Zugang zum Gesundheitssystem – wie in dem Memorandum der Charta für eine kultursensible Altenhilfe (2002) gefordert wird, ist für Migrantinnen und Migranten (noch) nicht möglich.

Susanne Glodny und Yüce Yilmaz-Aslan sind wissenschaftliche Mitarbeiterinnen in der AG Epidemiologie und International Public Health, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Migration und Gesundheit.

Prof. Dr. med. Oliver Razum ist Leiter dieser AG. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Migration und Gesundheit, darüber hinaus Sozialepidemiologie und International Public Health.

Kontakt:

susanne.glodny@uni-bielefeld.de

yuece.yilmaz-aslan@uni-bielefeld.de

oliver.razum@uni-bielefeld.de

Lesetipp

Brzoska, P. & Razum, O. (2011). Migration und Pflege. In: D. Schaeffer & K. Wingenfeld (Hrsg.). Handbuch Pflegewissenschaft (S.429-445). Weinheim: Juventa.

Literatur

- Brzoska, P. & Razum, O. (2009). Krankheitsbewältigung bei Menschen mit Migrationshintergrund im Kontext von Kultur und Religion. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 18, S. 151–161.
- Charta für eine kultursensible Altenhilfe (2002). Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe. Ein Beitrag zur Interkulturellen Öffnung am Beispiel der Altenpflege. [Online] URL: www.kultursensible-altenhilfe.de/download/materialien_kultursensibel/memorandum2002.pdf (Stand: 22.11.2010)
- Dietzel-Papakyriakou, M. & Olbermann, E. (2001). Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland. In: P. Marschalk & K. H. Wiedl (Hrsg.). *Migration und Krankheit* (S. 283–312). IMIS-Schriften, Band 10. Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.
- Freie und Hansestadt Hamburg (1998). *Älter werden in der Fremde: Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger. Sozialempirische Studie. Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales* (Hrsg.). Hamburg.
- Glodny, S., Yilmaz, Y. & Butenuth-Thör, S. (2009). Pflegebegutachtungen bei Migrantinnen und Migranten. In: T. Gaertner, B. Gansweid, H. Gerber, F. Schwegler & G. Mittelstaedt v. (Hrsg.). *Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung*. Walter de Gruyter, Berlin.
- Glodny, S. & Razum, O. (2008). Verbesserung der häuslichen Pflege von türkischen Migranten in Deutschland. In: D. Schaeffer, J. Behrens, & S. Görres (Hrsg.). *Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse der Pflegeforschung* (S. 132-152). Weinheim: Juventa.
- Korporal, J. & Dangel, B. (2006). Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten als Voraussetzung für Beschäftigungsfähigkeit im Alter. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). *Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland. Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung*, Bd. 6 (S. 129-271). Berlin: Lit.
- Okken, P. K., Spallek, J. & Razum, O. (2008). Pflege türkischer Migranten. In: U. Bauer & A. Büscher (Hrsg.). *Soziale Ungleichheit und Pflege* (S. 396–422). Wiesbaden: VS Verlag.
- Razum, O., Geiger, I., Zeeb, H. & Ronellenfisch, U. (2004). Gesundheitsversorgung von Migranten. *Deutsches Ärzteblatt* 101 (43), A2882–A2887.
- Razum, O., Zeeb, H. & Akgün, S. (2001). How useful is a name-based algorithm in health research among Turkish migrants in Germany? *Tropical Medicine and International Health* 6 (8), 654-661.
- Razum O., Zeeb, H., Beck, K., Becher, H., Ziegler, H. & Stegmaier, C. (2000). Combining a name of algorithm with a capture-recapture method to retrieve cases of Turkish descent from a German population-based cancer registry *European Journal of Cancer* 36, 2380–2384.
- Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schenk, L., Bredehorst, M., Brzoska, P., Dercks, T., Glodny, S., Menkhaus, B., Salman, R., Saß, A.-C. & Ulrich, R. (2008). *Migration und Gesundheit*. In: Robert-Koch-Institut (Hrsg.). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Statistisches Bundesamt (2008). *Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse Dezember 2007*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2010). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2009 – Fachserie 1, Reihe 2.2 Migration in Deutschland 2009*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steinhoff, G. & Wrobel, D. (2004). Vergessen in der Fremde. Zur Lebenssituation demenziell erkrankter MigrantInnen in der Bundesrepublik Deutschland und Interventionsstrategien in der Beratungspraxis. *Migration und soziale Arbeit* (3-4), S. 214–222.
- Yilmaz, Y. (2008). *Die häusliche Pflegesituation von türkischen Migrantinnen in Paderborn: Eine qualitative Studie*. Diplomarbeit, Universität Paderborn.

Kurzinformationen aus der Altersforschung

Türkische Migranten in Deutschland. Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege – ein Überblick

*Ulusoy, N. & Gräbel, E. (2010)
In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 43, S. 330–338.*

Das Wissen über subjektive Belastungen und spezifische Hilfebedürfnisse pflegender Angehöriger in Deutschland mit türkischer Herkunft ist unzureichend. Aus der niedrigen Inanspruchnahmerate professioneller Pflege durch türkische Migranten lässt sich nicht folgern, dass in türkischen Familien eine hohe Bereitschaft vorliegt, Pflegebedürftige zu Hause zu versorgen und dies ein selbstverständlicher Teil der jeweiligen Familienkonzepte ist. Die Belastungen bei der Pflege eines Angehörigen werden für die Bevölkerungsgruppe mit türkischer Herkunft nicht geringer sein. Der Forschungsbedarf richtet sich auf Pflegesituationen und die Erfassung der subjektiven Belastungen und individuellen Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen türkischer Herkunft. Damit können akzeptierte Handlungs- und Hilfestrategien entwickelt werden, die zu einer Entlastung führen.

Demenz weltweit – Eine Krankheit im Spiegel von Kulturen

*Demenz Support Stuttgart: DeSS orientiert
Ausgabe 1/08*

Die Ausgabe von *DeSS orientiert* beschäftigt sich mit Demenz in kulturellen Kontexten aus den Perspektiven unterschiedlicher

Fachrichtungen und Disziplinen. Die Beiträge behandeln einen medizinhistorischen Abriss über die Entstehung des Begriffs Demenz in der westlichen Kultur; die Frage nach der Erfordernis, neben etablierten biomedizinischen und psychosozialen Modellen der Demenz auch den soziokulturellen Kontext der Erkrankung zu berücksichtigen; die Datenlage, demografische Entwicklung, Prävalenz, Inzidenz und die Kosten von Demenz weltweit; interkulturelle Vergleichsstudien; Assessmentinstrumente, deren Übersetzung und kultursensible Anpassung; Probleme in der Versorgung aufgrund kultureller Unterschiede von Menschen mit Demenz aus ethnischen Minderheiten und Lösungsansätze sowie Demenz in Entwicklungsländern und Interventionsstudien.

*Das Heft kann unter folgender Web-Adresse geladen werden:
www.demenz-support.de/?action=publikation*

Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung

Dokumentation der Fachkonferenz vom 21. November 2008 in Berlin in Kooperation mit dem bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.). (2010): Berlin.

Informationsbedingte, kulturelle oder kommunikative Barrieren führen häufig zu Schwierigkeiten bei der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund und zu Unter-, Über- oder Fehlversorgung. Um genau auf die Bedürfnisse von Menschen

aus Zuwandererfamilien eingehen zu können, werden in Bund, Ländern und Kommunen bessere Daten zur ihrer gesundheitlichen Lage benötigt. Der von der Beauftragten der Bundesregierung koordinierte bundesweite Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit im Rahmen des Nationalen Integrationsplans hat sich zum Ziel gesetzt, die Verbesserung einer qualifizierten Gesundheitsberichterstattung zu fördern, um die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund angemessen widerspiegeln zu können.

Auf einer Fachkonferenz mit Expertinnen und Experten aus Bund, Ländern und Kommunen, Wissenschaft, Verbänden und Praxis wurden die Notwendigkeit und Möglichkeiten der Bereitstellung von aussagekräftigeren Daten zum Migrationshintergrund für die Berichterstattung mit dem Schwerpunkt auf den drei Sektoren: stationäre Einrichtungen, Pflege und psychosoziale Einrichtungen diskutiert.

Die Dokumentation enthält ein breites Spektrum an Beiträgen zur migrationssensiblen Erhebung von Daten für die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung.

Quelle: www.infodienst.bzga.de/?uid=86289dfc79ed80ff9664ba35b453bdd5&id=tease_rext3.17&idx=2341

DFG veröffentlicht Stellungnahme zur Versorgungsforschung

*Empfehlungen zu den Herausforderungen und Chancen eines komplexen Forschungsgebiets
Nr. 60 v. 15.11.2010*

Die Versorgungsforschung hat sich in den vergangenen Jahren in Deutschland als ein eigenständiges Forschungsfeld entwickelt. Um diese Entwicklung zu begleiten, hat die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) die Stellungnahme „Versorgungsforschung in Deutschland: Stand – Perspektiven – Förderung“ herausgegeben.

Die Stellungnahme hebt die vielfältigen wissenschaftlichen Herausforderungen der Versorgungsforschung hervor und fordert Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler auf, die Förderangebote der DFG zu nutzen. Die Notwendigkeit der internationalen Kooperation, die stets notwendige Einbeziehung der klinischen Perspektive sowie die Berücksichtigung langfristiger Trends in der Gesellschaft gehören zu den Empfehlungen.

Der komplexe Gegenstand der Versorgungsforschung ist die Versorgung unserer Bevölkerung, ihre Planung, Organisation, Regulierung, Evaluation und Optimierung. Sie benötigt naturgemäß disziplinübergreifende Forschungsansätze unter Beteiligung von Medizin, Soziologie, Psychologie, Jura, Ethik und Wirtschaftswissenschaften. Dazu sind Arbeitsgruppen, Sektionen, Institute, Zentren und Netzwerke sowie zahlreiche Förderinitiativen entstanden.

Auch die DFG hat sich dem Forschungsfeld geöffnet: Sie hat in den vergangenen Jahren eine beachtliche Zahl von Projekten im Einzelverfahren gefördert, 2008 zu einem DFG-Rundgespräch eingeladen, auf wissenschaftlichen Tagungen für Anträge geworben und sich auf deren Begutachtung eingestellt. Seit 2007 fördert sie eine erste multidisziplinäre Forschergruppe zu einem versorgungswissenschaftlichen Thema. Eine erste auf Versorgungsforschung ausgerichtete Nachwuchsakademie wird Ende November stattfinden.

*Weitere Informationen:
www.dfg.de/versorgungsforschung*

www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/reden_stellungnahmen/2010/stellungnahme_versorgungsforschung.pdf

Ein junges Gesicht der Migration: Ältere Migrantinnen und Migranten – Zum Stellenwert muttersprachlicher gerontopsychiatrischer Behandlungsangebote

Murat Ozankan

In Deutschland alt zu werden, war ursprünglich nicht Teil der Lebensplanung der Mehrheit älterer Migrantinnen und Migranten. Der Lebensabend sollte im Herkunftsland verbracht werden, nachdem man sich mit den im Ausland erwirtschafteten finanziellen Mitteln die dortige Existenz gesichert hatte. Der Aufenthalt in Deutschland war als Provisorium geplant, entsprechend wurde das Leben gestaltet. Im Alter müssen viele Migrantinnen und Migranten feststellen, dass ihre Kinder und Enkelkinder ihr Sozialverhalten und ihre Lebensentwürfe an der deutschen Gesellschaft orientieren und keine Rückkehrabsichten haben. Die Familie, die nun in Deutschland ihren Lebensmittelpunkt hat, die besseren Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung in Deutschland sowie die Entfremdung von dem Herkunftsland führen bei den meisten älteren Migrantinnen und Migranten zum Verzicht einer Rückkehr in die Herkunftsländer.

Besonderheiten des Alterns in der Migration

Zwar gelten für die älteren Migrantinnen und Migranten die generellen Umstände und Zusammenhänge beim Prozess des Alterns, die auch für die deutsche ältere Bevölkerung zutreffen. Dennoch sind eine Reihe von wesentlichen Aspekten festzustellen, die wichtige Ungleichheitsfaktoren bedeuten, wie i.d.R. geringeres Einkommen, schlechtere Wohnungsqualität, Gesundheit und psychischer Status, geringere Bildung etc.

Es gibt noch wenige Untersuchungen über die Auswirkung der sozialen Lebensumstände auf die psychische Gesundheit der älteren Migrantinnen und Migranten. Ihr allgemeiner Gesundheitszustand ist häufiger als bei deutschen Senioren beeinträchtigt, vor allem durch psychische bzw. psychosomatische Belastungen und durch körperliche Erkrankungen (Dietzel – Papakyriakou 1993; Uske u.a. 2001). Die Erwartungshaltungen der Migrantinnen und Migranten an die soziale und gesundheitliche Versorgung decken sich oft nicht mit den vorhandenen Angeboten.

Eine große psychische Belastung stellt für ältere Migrantinnen und Migranten die oftmals vorhandene Diskrepanz zwischen Idealvorstellung und Realität ihrer Lebenswelt dar. Der besondere familiäre Zusammenhalt funktioniert zwar noch recht gut und wird weiterhin als kultureller Wert betont und als positiver Orientierungspunkt beibehalten. Doch die Großfamilie, in der die alte Mutter noch selbstverständlich eine wichtige Rolle im Haus und bei der Kindererziehung spielt und der Großvater an wichtigen Familienentscheidungen maßgebend beteiligt ist, blieb zwar als Idealbild erhalten, existiert tatsächlich jedoch nicht mehr allzu häufig.

Zugangsbarrieren der Migrantinnen und Migranten zur Kranken- und Altenhilfe

Hinzu kommt, dass durch die wachsende Zahl älterer Migrantinnen und Migranten und ihre kulturelle Unterschiedlichkeit das System der Altenhilfe in Deutschland vor großen Herausforderungen bei der Betreuung der speziellen Zielgruppe steht, auf die es bisher nur unzureichend vorbereitet erscheint.

Die mangelnden Deutschkenntnisse der älteren Migrantinnen und Migranten sind ein zentrales Hindernis beim Umgang mit der

Mehrheitsgesellschaft. Betroffen sind davon natürlich in erster Linie die sozialen Kontakte zur deutschen Bevölkerung, aber auch der Umgang mit der Gesundheitsversorgung ist hierdurch in besonderer Weise behindert. Am stärksten betroffen von diesen Zugangsschwierigkeiten ist wiederum die Gruppe der türkischen Migranten. Hierfür werden eine Reihe von Gründen genannt:

- Aufgrund der geplanten und vermeintlich nur aufgeschobenen Rückkehr erschien ein Erlernen der deutschen Sprache als nicht unbedingt notwendig. Durch die große ethnische Infrastruktur bei türkischen Migrantinnen und Migranten sind Deutschkenntnisse für den Alltag nicht unbedingt zwingend erforderlich. Am Arbeitsplatz wurde oft nur ein sehr rudimentäres Deutsch erlernt; der Austritt aus dem Berufsleben reduziert die Zahl der Kontakte weiter; die schlechteren Sprachkenntnisse der Frauen sind mit der geringer ausgeprägten Berufstätigkeit zu erklären.
- Unkenntnis über die Angebote, Dienste und Einrichtungen ist verbreitet.
- „Die Illusion der Rückkehr“ ist zwar eine Art Überlebensstrategie, die Realität steht dem aber meist entgegen.
- Es existiert Angst vor deutschen Institutionen aufgrund falscher Vorstellungen.
- Angst vor ausländerrechtlichen Konsequenzen bei der Inanspruchnahme von Sozialleistungen ist verbreitet.
- Ein direkt erlebtes Bild vom Altwerden in der Fremde ist nicht existent.
- Die entstandenen ethnischen Kolonien mit ihren ausgeprägten religiösen Netzwerken begünstigen den Rückzug.
- Unterschiedliche Sicht- und Umgangsweisen bezogen auf Alter und Krankheit spielen eine wichtige Rolle. Dies trifft ganz besonders auf psychiatrische Störungen zu, die seltener als Krankheit erkannt und respektiert werden.

Kultursensible psychiatrische Versorgungskonzepte bzw. -angebote in Deutschland

Die interkulturelle Öffnung der Sozial- und Gesundheitseinrichtungen macht eine interkulturelle Sensibilisierung und Qualifizierung

der Mitarbeiter/innen notwendig. Eine Sensibilisierung der Träger von Sozial- und Gesundheitseinrichtungen und der dort tätigen Führungskräfte für die besonderen Anforderungen ist ebenso bedeutsam wie die konkrete Durchführung von Schulungen für Pflege- und Betreuungspersonal.

Sonnenberger Richtlinien

Die 2002 unter Leitung des Referats Transkulturelle Psychiatrie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) erstellten „Sonnenberger Leitlinien“ bilden die Grundlage für eine nationale Initiative zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung und zur Integration von Migrantinnen und Migranten mit psychischen Erkrankungen in die bundesdeutsche Gesellschaft. Es geht dabei nicht um die einseitige Anpassung der Migrantinnen und Migranten an das Gesundheitssystem, sondern um die Öffnung und Qualifizierung des Systems für die Bedürfnisse und psychohygienischen Erfordernisse der Migrantinnen und Migranten.

Die Leitlinien beinhalten Forderungen

- nach Erleichterung des Zugangs zu Regelangeboten
- zum Aufbau multikultureller Therapeuten-teams
- zum Einsatz von psychologisch geschulten Fachdolmetschern
- zur transkulturellen Aus-, Fort- und Weiterbildung
- zur Bildung von kulturspezifischen Selbsthilfegruppen

Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe

Auch in der Altenhilfe sind Standards entwickelt worden. Das 2002 vorgestellte „Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe“ (vgl. www.kultursensible-altenhilfe.de/download/materialien_kultursensibel/memorandum2002.pdf) soll konkrete Schritte zur kultursensiblen Altenhilfe und -pflege unterstützen und die Partizipation älterer Migrantinnen und Migranten an Altenhilfestrukturen fördern.

Altenpflegeausbildung

Ein bedeutender Schritt für eine kultursensible Altenhilfe wurde 2002 durch die Neuregelung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Altenpflege erreicht: Die neue Ausbildungsordnung sieht vor, ethnien-spezifische und interkulturelle Aspekte sowie Glaubens- und Lebensfragen in die Pflegeausbildung zu integrieren.

Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe

2004 hat die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration in Zusammenarbeit mit den Trägern der Wohlfahrtspflege, dem Kuratorium Deutsche Altershilfe und 60 weiteren Verbänden die Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe „Aufeinander zugehen – voneinander lernen“ auf den Weg gebracht.

Informations- und Kontaktstelle für die Arbeit mit Älteren Migranten

Mit der zentralen „Informations- und Kontaktstelle für die Arbeit mit Älteren Migranten“ (IKoM, vgl. www.ikom-bund.de/index.htm) ist eine strukturbildende und vernetzende Einrichtung entstanden. IKoM bietet einen Überblick über die vorhandenen Fachkenntnisse der Altenhilfe für Migrantinnen und Migranten. Die Kontaktdatenbank enthält Informationen über Projekte und Angebote in ganz Deutschland und die Literaturlistenbank ermöglicht einen Überblick über Veröffentlichungen zum Thema.

Kultursensible psychiatrische Versorgung in der Migrantenambulanz der Rheinischen Kliniken Langenfeld des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR)

In der täglichen psychiatrischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten müssen wir immer wieder erfahren, dass die Zugangsbarrieren der bestehenden Angebote so hoch sind, dass diese Gruppe durch die Versorgung durchfällt (Ozkan u. Atik 2007). Eine der Folgen ist Chronifizierung psychischer/neurologischer Erkrankungen – unserer Meinung nach ein zu hoher Preis für die Integration. Unser Angebot in der

Migrantenambulanz der LVR-Klinik Langenfeld zur Überwindung von Zugangsbarrieren des öffentlichen Gesundheitsdienstes hat im März 2004 durch die Einstellung von Fachpersonal mit direkten oder indirekten Migrationserfahrungen begonnen. Diese umfassen sowohl die Kenntnis der Kultur, der Systeme und Sprache von Deutschland, als auch ihres Herkunftslandes. Unser Behandlungsangebot richtet sich vorrangig an türkisch- und seit April 2007, an russisch-sprechende Patient/inn/en. Andere Nationalitäten bilden kein Ausschlusskriterium, ca. 10% der Patienten kommen aus Marokko, dem Iran, Polen, Griechenland, dem ehemaligen Jugoslawien.

In unserer Arbeit bewegen wir uns in Netzwerken. Unsere fachübergreifenden Kooperationspartner/innen, mit denen wir regelmäßig in „Face to Face“ Kontakt stehen, sind u.a. niedergelassene türkisch- und russischsprachige Ärztinnen verschiedener Fachrichtungen, ein Arbeitskreis türkischsprachiger Psychotherapeuten, Sozialpsychiatrische Zentren, die Arbeiterwohlfahrt, internationale Beratungs- und Betreuungszentren für Migranten, der Caritasverband, ein internationaler Sozialdienst, ein Therapiezentrum für Folteropfer etc.

Mit dem bestehenden Angebot konnte eine deutliche Reduzierung der Schwellenangst erreicht werden, nicht selten kamen Patient/inn/en aus anderen Bundesländern. Ein wichtiger Schwerpunkt der Migrantenambulanz ist die Behandlung der Altersdepressionen und beginnender Demenzen.

Depressive Erkrankungen von Migrantinnen und Migranten im höheren Lebensalter

Die oft massiven und länger dauernden Stressbelastungen von Migrant/inn/en sind auf sehr unterschiedliche, oft interagierende bzw. kumulierende Faktoren zurückzuführen, die nicht selten bereits vor dem Migrationsakt anfangen.

Prämigratorische Faktoren der psychosozialen Gesundheit sind vor allem bei Flüchtlingen und Asylsuchenden ausschlaggebend,

in abgeschwächterer Form gilt dies auch für Arbeitsemigranten, die ökonomischer Not entfliehen.

Zu den *postmigratorischen Stressoren* kann die Migration mit ihren Begleitumständen verstanden werden, die häufig von Ängsten, Unsicherheit, depressiven Zuständen und Frustration begleitet wird und sich als innere und/oder äußere Krise manifestieren kann.

Ein weiterer Belastungsfaktor sind *uneingestandene familiäre Konflikte*, z.B. durch mehrjährige Trennung der Kinder von den Eltern, häufigen Wechsel der Bezugspersonen, Probleme bei der Kindererziehung. Bei Heiratsmigration kann für Frauen ein schwerer Stand in der Familie des Partners in einer kulturell fremden Umgebung ohne den Schutz der zurückgebliebenen Primärfamilie ein belastender Stressor sein; Männer können bei fehlender kultureller Kompetenz für die deutschen Verhältnisse oft nicht die Übernahme der traditionellen Führungsrolle übernehmen. Die Ablehnung eines gewünschten Ehepartners durch die Familie, Schwierigkeiten geschiedener oder verwitweter Frauen, die Trennung von den Eltern oder der Tod der Eltern in Abwesenheit der Migrant/inn/en können weitere migrations-typische familiäre Belastungen darstellen.

Daneben wirken Kommunikationsschwierigkeiten, wenig planbare Zukunftsperspektiven, die schlechtere Qualifikation in Schule und Beruf sowie ungünstige Wohn- und Arbeitsbedingungen als psychosoziale Belastungsfaktoren.

Demenzielle Erkrankungen bei Migrantinnen und Migranten

Zum Stichtag 31.12.2006 lebten in Deutschland laut Statistischem Bundesamt rund 7,3 Millionen Ausländer und damit 8,8% der Gesamtbevölkerung. Die Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund beträgt jedoch mit 15,2 Millionen Menschen 19,2% der Gesamtbevölkerung. Nach Angaben des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen hat sich die Zahl der über 65-jährigen Migrantinnen und Migranten in Nordrhein-Westfalen von 55.104 (1993) auf 148.959 (2007) erhöht

(IKoM 2004, Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen 2008b). Aufgrund dieser Entwicklung muss mit einem deutlichen Anstieg der Demenzerkrankungen auch bei den Migrantinnen und Migranten gerechnet werden. Aufgrund der häufig schlechteren Lebens- und Arbeitsbedingungen und der Migrationsbiografie wird geschätzt, dass Alterungsprozesse in den Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund ca. 5–10 Jahre früher einsetzen als bei der deutschen Bevölkerung (Jonas 2007).

Im Gegensatz zur zunehmenden Bedeutung der demenziellen Erkrankung in der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund – insbesondere aus der Türkei und Sowjet Union – gibt es bisher kaum Angebote zur Diagnostik von Demenz, die sowohl sprachlich als auch kulturell die Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten berücksichtigen.

Dies ist insbesondere deshalb ein Problem, da die Krankheit im Lebensumfeld dieser Gruppen häufig falsch interpretiert, nicht erkannt oder tabuisiert wird. Kultur- und sprachensible Untersuchungs- und Versorgungsangebote sind vor diesem Hintergrund besonders wichtig, bestehen jedoch so gut wie gar nicht. Insbesondere fehlt ein Screening-Instrument für kognitive Störungen bei Migrantinnen und Migranten, die die deutsche Sprache nicht oder nur sehr schlecht beherrschen.

Kulturfaire Screeningverfahren zur Erfassung kognitiver Beeinträchtigungen

In Deutschland werden Demenzen verschiedener Ätiologie in frühen Stadien neben einer ausführlichen neurologischen und psychiatrischen Untersuchung auch mittels psychometrischer Tests nachgewiesen, welche meist aus standardisierten Fragen und Aufgaben bestehen, die der Arzt den Patient/inn/en vorlegt. Die Anwendung psychometrischer Testinstrumente setzt in der Regel das Instruktionsverständnis und deutsche Sprachkenntnisse voraus und die Items sind oft bildungsabhängig. Es sei nur an den Mini-Mental-Status-Test erinnert, bei dem die Proband/inn/en lesen und schreiben oder das jeweilige Bundesland

⁸⁾ ADL=Activities of daily living – Aktivitäten des täglichen Lebens

benennen müssen. Für ältere türkische Migrantinnen und Migranten gilt: Sie sind oft funktionale Analphabeten, sie weisen eine geringe Bildung auf und haben nur geringe Deutschkenntnisse. Häufig gibt es religiöse oder magische Krankheitsvorstellungen, wie z.B. der böse Blick, Besessenheit von Geistern oder das Wirken von Dschinns, die aus rauchlosem Feuer bestehen und dem Menschen Schaden zufügen sollen (Koran, Sure 15, 27). Auch existieren bis dato kein ADL-Instrumente⁸ zum Assessment der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, die den Lebensgewohnheiten und -umständen älterer türkischer Migrantinnen und Migranten gerecht werden.

Transkulturelles Assessment mentaler Leistungen: TRAKULA und EASY

In Kooperation mit dem Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie des Zentrums für Versorgungsforschung Köln soll mit TRAKULA (Transkulturelles Assessment) ein psychometrisches Screeninginstrument zur Erfassung von Hirnleistungsstörungen bei Migrantinnen und Migranten, die mit Rudimenten der deutschen

Sprache auskommen müssen, entwickelt werden. Derzeit existiert im deutschsprachigen Raum kein solches Instrument, und in einem ersten Schritt soll – aufbauend auf einem bereits durchgeführten Pilotprojekt – eine Validierung des Instruments an demenzkranken türkischen Migrantinnen und Migranten durchgeführt werden. Die durchweg sprachfrei gehaltenen Subtests lassen sich nach entsprechender Normierung auch auf Menschen mit einer anderen Zuwanderungsgeschichte übertragen und sind auch für Menschen mit funktionalem Analphabetismus (Illettrismus) geeignet, dessen Häufigkeit bei deutschen Erwachsenen mit etwa 7 % angegeben wird. TRAKULA besteht aus sieben nonverbalen Untertests, die sechs unterschiedliche kognitive Domänen erfassen (vgl. Tabelle 1):

Tabelle 1: Kognitive Bereiche und Subtests von TRAKULA

	Domänen	Umsetzung bzw. Subtest
1.	Visuelle Wahrnehmung und figurales Kurzzeitgedächtnis Wiedererkennen (Rekognition mit unmittelbarem Abruf)	(1) Figuren-Rekognitionstest (2) Uhren-Zuordnungsaufgabe
2.	Prüfung des figuralen Kurz- und Langzeitgedächtnisses (direkter und verzögerter Abruf)	(3) Paar-Assoziationslernen I & II
3.	Überprüfung der Arbeitsgedächtniskapazität (Merkfähigkeit) bei steigender Anzahl von Farb-Figur-Paaren	(4) Figur-Farbe-Test
4.	Teilaspekt des induktiven (schlussfolgernden) Denkens und semantisches Gedächtnis (Wissen über Fakten und Kategorien)	5) Zuordnungsaufgabe (Konzeptlernen)
5.	Exekutive Funktionen Aufmerksamkeit und Inhibition	(6) Labyrinth-Test
6.	Konzentration und geteilte Aufmerksamkeit (Denkschnelligkeit)	(7) Symboltest

Damit das Instruktionsverständnis gegeben ist, gibt es zu jedem Subtest eine Demonstration des Tests und ein Probe-Item für alle Items. Das Pilotprojekt ist abgeschlossen. Aktuell erfolgt mit einer überarbeiteten Fassung eine Validierung an 200 dementen türkischen Mitbewohnern. Es ist ein Screening als auch eine ausführliche Testbatterie geplant.

Das im März 2010 erschienene Screeningverfahren EASY (Kessler u.a. 2005) besteht aus den Subtests „Figuren-Wiedererkennen“, „Labyrinth“ und „Objekt-Symbol-Test“. Die Durchführungsdauer beträgt ca. 10 Minuten.

Mit den beiden Instrumenten wird angestrebt, die Früherkennung demenzieller Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund zu ermöglichen und damit für die Voraussetzungen einer angemessenen Versorgung beizutragen.

Dr. med. Murat Ozankan ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und als Oberarzt und Leiter der Migrantenambulanz der LVR-Klinik Langenfeld tätig.

*Kontakt:
Murat.Ozankan@lvr.de*

Literatur:

- Dietzel-Papakyriakou, M. (1993). Ältere ausländische Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. (Hrsg.). Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung – III. Aspekte der Lebensbedingungen ausgewählter Bevölkerungsgruppen (S. 1–154). Berlin: DZA. Informations- und Kontaktstelle für die Arbeit mit älteren Migrantinnen und Migrantinnen und Migranten IKoM (2004). Demenz und Migration-Newsletter 4/04, Duisburg.
- Jonas, I. (2007). Vergessen in der zweiten Heimat. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (Hrsg.). Demenz und Migration. ProAlter e-Paper 2/07.
- Kessler, J.; Semer, S.; Kalbe, E. u. Brand, M. (2005). TRAKULA: Transkulturelles Assessment mentaler Leistungen bei türkischen Mitbürgern. 78. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Aktuelle Neurologie 32 (Suppl. 4), S. 166.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (2007). Demenz und Migration. ProAlter e-Paper 2/07.
- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (2008). Ausländische Bevölkerung in NRW – Ergebnisse des Ausländerzentralregisters. Abgerufen am 21.07.2008.
www.lids.nrw.de/statistik/datenangebot/daten/b/struktur/r311ausl_azr.html
- Müller K. (2008). Assessmentinstrumente: Übersetzung und kultursensible Anpassung. In DeSS-orientiert: Demenz weltweit – eine Krankheit im Spiegel der Kulturen (S. 31–39). Stuttgart: Demenz Support gGmbH.
- Ozankan, M. u. Atik, Z. (2007) Bedeutung und Angebotsstruktur von kultureller Kompetenz in der Versorgung am Beispiel der Migrantinnen- und Migrantenambulanz der Rheinischen Kliniken Langenfeld. In: Migration und psychische Gesundheit. T. Borde & M. David. Mabuse Verlag, S. 171–193.
- Stiftung Zentrum für Türkeistudien (2007). Perspektiven des Zusammenlebens: Die Integration türkischstämmiger Migrantinnen und Migrantinnen und Migranten in Nordrhein-Westfalen - Ergebnisse der achten Mehrthemenbefragung.
- Uske, H.; Heveling-Fischell, M. u. Mathejczyk, W. (2001). Risiko Migration – Krankheit und Behinderung durch Arbeit, Duisburg: Duisburger Institut für Sprach- und Sozialforschung.

Kurzinformationen aus Politik und Praxis der Altenhilfe

Broschüre „Bausteine zur Entwicklung kulturkompetenter Pflege – Kulturkompetente Pflege in Ausbildung und Praxis (KAP)“

Die im Januar 2010 veröffentlichte Broschüre von maxQ Fachseminar für Altenpflege im bfw und dem Rhein-Ruhr-Institut für Sozialforschung und Politikberatung (RISP) an der Universität Duisburg-Essen ist im Rahmen eines Sonderprogramms „Beschäftigung, Bildung und Teilhabe vor Ort“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mit Unterstützung des Europäischen Sozialfonds entstanden. Die Broschüre richtet sich an Lehrkräfte, Auszubildende und Beschäftigte aus dem Bereich der Altenhilfe. Im ersten Teil der Broschüre werden grundlegende Voraussetzungen einer kultursensiblen Altenpflege thematisiert. In einem zweiten Teil werden vier „Beispiele guter Praxis“ kultursensibler Altenhilfe vorgestellt. In einem Service-Teil sind Literaturhinweise und Links sowie eine Sammlung von Vorschlägen für Exkursionen für Auszubildende und Lehrkräfte zusammengestellt.

Download unter:
www.risp-duisburg.de/abtpro/prolog/Broschuere_KAP_Internet.pdf

8. Bericht über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland

Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Prof. Dr. Maria Böhmer, legte am 07.07.2010 gemäß § 94 Abs. 2 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) dem Deutschen Bundestag ihren 8. Bericht über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland vor (Berichtszeitraum Frühjahr 2008 bis Frühjahr 2010). Seit 2005 lässt der Mikrozensus vergleichende Aussagen zur Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund zu. So lassen sich Integrationsprozesse, auch nach erfolgter Einbürgerung, besser nachvollziehen. Mit Bezug auf die alternde Migrantinnenbevölkerung wird deutlich (S.307ff.), dass das durchschnittliche Alter der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ebenso zunimmt wie das der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Der Anteil der über 65-jährigen Personen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung, der im Jahr 2008 8,5% betrug, wird in den kommenden Jahren ansteigen. Bereits jetzt findet sich in der Altersgruppe der 55- bis 65-Jährigen Personen ein Anteil von 14,8% mit Migrationshintergrund. Der Blick auf die folgenden Jahrgänge zeigt, dass dieser Trend sich noch verstärken wird. Immer mehr Menschen mit Migrationshintergrund erreichen also ein Alter, in dem sie potenziell auf Unterstützung und Pflege angewiesen sind. Es ist davon auszugehen, dass Migrantinnen und Migranten nicht – wie es lange Zeit angenommen wurde – mit Beendigung ihres Berufslebens in Deutschland in ihre Herkunftsländer zurückkehren. Es gibt zwar durchaus ältere Migrantinnen und Migranten, die zwischen den Herkunftsländern und Deutschland hin- und herpendeln, sofern dies die finanziellen

Verhältnisse zulassen. Aber der Lebensmittelpunkt liegt bei den meisten schon deshalb in Deutschland, weil die Kinder und Enkelkinder hier leben. In Bezug auf die Generationenbeziehungen kommt die Studie „Gar nicht so anders“ zu dem Schluss, dass sie bei Menschen mit und ohne Migrationshintergrund ähnlicher sind als angenommen und kulturelle Unterschiede beim Thema Familienzusammenhalt überschätzt werden.

Quelle: www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2010/2010-07-07-langfassung-lagebericht-ib,property=publicationFile.pdf

Hessen: Altenpflegeausbildung für junge Migrant/inn/en

Ein Modellprojekt zur Altenpflegehelfer-ausbildung für junge Migranten hat das Land Hessen über die Gemeinnützigen Offenbacher Ausbildungs- und Beschäftigungsförderungsgesellschaft mbH (GOAB) gestartet. Ziel ist es, den akuten Personal-mangel in der Altenpflege durch neue Ideen und neue Bewerbergruppen zu vermindern. Bis April 2013 werden drei Kurse mit jeweils 15 Teilnehmern stattfinden. Die Ausbildung soll im Verbund mit den Fachschulen sowie regionalen Unternehmen der Altenpflege stattfinden. Sie endet mit einer staatlichen Prüfung und staatlichen Anerkennung, die zur Berechtigung der Berufsbezeichnung Altenpflegehelfer legitimiert. Die Auswahl der Bewerber erfolgt über ein Bewerbungsverfahren. Die hessische Initiative wird mit insgesamt 537.400 Euro gefördert, die aus dem Europäischen Sozialfonds (ESFHessen) und aus Landesmitteln finanziert werden.

www.goab.info

Quelle: Forum aktuell NO. 17/2010

Kabinettt behandelte Sechsten Altenbericht zum Thema „Altersbilder in der Gesellschaft“

Das Bundeskabinettt hat am 17.11.2010 den von einer unabhängigen Sachverständigenkommission erstellten Sechsten Altenbericht „Altersbilder in der Gesellschaft“ zur Kenntnis genommen und die dazu unter Federführung der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Kristina Schröder, erarbeitete Stellungnahme der Bundesregierung beschlossen. Der Sechste Altenbericht macht deutlich, dass die dominierenden Altersbilder in den zentralen Bereichen der Gesellschaft – etwa in der Arbeitswelt, der Bildung, der Wirtschaft, der Politik, beim Zivilengagement oder in der medizinischen und pflegerischen Versorgung – der Vielfalt des Alters häufig nicht gerecht werden. Das gegenwärtig vorherrschende Altersbild ist immer noch von Krankheit und Defiziten geprägt. Die klare Botschaft des Berichts lautet dagegen: Die sogenannten jungen Alten können sich mit ihren Potenzialen weitaus stärker als bisher in die Gesellschaft einbringen – und sie wollen dies auch. Zugleich müssen die Grenzen des Alters im Blick behalten und Hilfe und Unterstützung dort angeboten werden, wo es notwendig ist.

Quelle: Pressemitteilung Nr. 86/2010, veröff. am 17.11.2010

Aus dem Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA)

Neue Veröffentlichungen

- Sulmann, D., & Hokema, A. (2010). Pflegezeit ist Lebenszeit: Die Pflege-Charta umsetzen. *Alzheimer Info. Nachrichten der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. Selbsthilfe Demenz*, 10(1), S. 15.
- Sulmann, D., & Hokema, A. (2010). Pflegezeit ist Lebenszeit: Die Pflege-Charta umsetzen. *BAGSO-Nachrichten*, 10(2), S. 38.
- Sulmann, D. (2010, online first). Ziele, Umsetzung und Wirkung der Pflege-Charta. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, www.springerlink.com/content/101583/?Content+Status=Accepted
- Wurm, S., Tomasik, M. J., & Tesch-Römer, C. (2010). On the importance of a positive view on aging for physical exercise among middle-aged and older adults: Cross-sectional and longitudinal findings. *Psychology and Health*, 25(1), S. 25–42.

- Simonson, J. (2010). Die Erwerbsbiografien der Baby Boomer – ein Risiko für Altersarmut? Vortrag auf der Sektionsveranstaltung „Alter(n) im sozialen Wandel: Rückkehr der Altersarmut?“ auf dem 35. Kongress der DGS „Transnationale Vergesellschaftungen“, 11.–15. Oktober 2010, Frankfurt am Main.
- Wiest, M., Schüz, B., Wurm, S., & Tesch-Römer, C. (2009). Unterschiede in den Veränderungen von Wohlbefinden nach Verwitwung sagen Mortalität vorher. Vortrag am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung, 06. Oktober 2009, Berlin.
- Wurm, S. (2009). Wie gesund sind ältere Menschen? Stand und Perspektiven. Vortrag auf der Fachtagung Gesundheitsförderung im Alter: „Alt = krank = unbeweglich? Von wegen ...!“ 07. Oktober 2009, Kiel.
- Wurm, S., Schüz, B., Ziegelmann, J. P., & Warner, L. (2010). Age or illness – To what do older people attribute symptoms and does this affect functional health? Vortrag auf dem 63. Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America (GSA), 19.–23. November 2010, New Orleans, USA.

Vorträge (1.10. – 31.11. 2010)

- Motel-Klingebiel, A. (2010). Alter(n) im sozialen Wandel. Die Rückkehr der Altersarmut – eine Einleitung. Vortrag beim Kongress der DGS, 11.–15. Oktober 2010, Frankfurt am Main.
- Motel-Klingebiel, A. (2010). Alter(n) jenseits der Normalfamilie – eine Einleitung. Vortrag beim Kongress der DGS, 11.–15. Oktober 2010, Frankfurt am Main.
- Motel-Klingebiel, A. (2010). Die alternde Gesellschaft – sozialwissenschaftliche Perspektiven auf das Altern. Vortrag auf der Konferenz „Wissenswertes – Bremer Forum für Wissenschaftsjournalismus“, 08.–10. November 2010, Bremen.
- Motel-Klingebiel, A. (2010). Der Deutsche Alterssurvey (DEAS): Eine Langzeitstudie zur zweiten Lebenshälfte in Deutschland. Vortrag bei der Veranstaltung „Altern im Wandel: Der Deutsche Alterssurvey (DEAS)“, 07. Oktober 2010, Berlin.
- Motel-Klingebiel, A. (2010). Lebensqualität und Altersarmut. Vortrag bei der Tagung „Fehlt Ihnen Etwas? Beratung kann helfen“ der Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, 26. Oktober 2010, Hamburg.

Psychosoziale Folgen chronisch körperlicher Erkrankungen – Prävention und Behandlung

Vortrag von Prof. Dr. phil. Dr. med. Jürgen Bengel am 6.12.2010 im Rahmen der DZA-Vortragsreihe

Der Anteil von chronischen körperlichen Erkrankungen nimmt aufgrund der demografischen Entwicklung und der steigenden Lebenserwartung zu. Chronische körperliche Erkrankungen wie koronare Herzerkrankungen oder Tumorerkrankungen sind gerade auch bei älteren Menschen häufig mit psychosozialen Belastungen und psychischen Störungen assoziiert. Weitere Belastungen sind u. a. verminderte berufliche Leistungsfähigkeit, Probleme mit der Rollenidentität, Stigmatisierung und Partnerschaftsprobleme. Die Krankheitsverarbeitung stellt dabei nicht nur bei progredienten Krankheiten hohe Anforderungen.

derungen an die Betroffenen und die Angehörigen. Die Grenze zwischen normaler Krankheitsverarbeitung und störungswertiger psychischer Symptomatik ist häufig schwer zu ziehen. Neben depressiven und somatoformen Störungen sowie Angststörungen spielen unterschwellige und zeitlich begrenzte Störungen wie Anpassungsstörungen eine wichtige Rolle.

Das System der medizinischen Rehabilitation als Teil der Gesundheitsversorgung bietet ein Versorgungssetting, in dem therapeutische und präventive Ziele in einem multidisziplinären Team verfolgt werden. Die psychologische Versorgung dieser Patienten umfasst neben der Psychotherapie Patientenschulung und Psychoedukation, psychologische Beratung, Gesundheitsförderung und Partnerberatung. Bei der psychotherapeutischen Behandlung müssen die Besonderheiten wie begrenzte Motivation, somatische Laientheorie, Einschränkungen durch die chronische Erkrankung beachtet werden. Prävention und Gesundheitsförderung müssen beim Einzelnen wie auch strukturell ansetzen. Neben den klassischen Risikofaktoren sollten dabei gesundheitliche Schutzfaktoren sowie Gesundheits- und Krankheitskonzepte eine zentrale Rolle spielen.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz – eine Alternative zur stationären Versorgung?

Vortrag von Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann am 13.01.2011 im Rahmen der Vortragsreihe des DZA

Die Zahl ambulant betreuter Wohngemeinschaften (WG) für Menschen mit Demenz ist in den letzten Jahren stark angestiegen; diese werden zunehmend als Alternative zur stationären Versorgung empfunden. Bisher liegen jedoch nur wenige Ergebnisse zu Strukturen und Versorgungsverläufen vor. Anhand von aktuellen Ergebnissen der Berliner Studie zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz in am-

bulant betreuten Wohngemeinschaften (DeWeGE) im Rahmen des „Leuchtturmprojekt Demenz“ werden Versorgungs- und Bewohnerstrukturen von ambulant betreuten WGs sowie Spezialwohnbereichen (SWB) für Menschen mit Demenz in Berliner Pflegeheimen beleuchtet. Zudem wird der Frage nachgegangen, wie sich der körperliche und psychosoziale Gesundheitszustand bei älteren Menschen mit Demenz innerhalb eines Jahres nach Einzug in eine Wohngemeinschaft oder einen Spezialwohnbereich entwickelt.

Differenzen in der lokalen Pflegekultur in West- und Ostdeutschland

Vortrag von Prof. Dr. Birgit Pfau-Effinger am 31.03.2011 im Rahmen der DZA-Vortragsreihe.

Über weitere Veranstaltungen informiert die Webseite des DZA.

Bibliografie gerontologischer Monografien

Die vorliegende Bibliografie gerontologischer Monografien wird zusammengestellt von der Bibliothek von Pro Senectute Schweiz, der größten Fachbibliothek zu den Themen Alter, Altern und Generationenbeziehungen in der Schweiz. Alle aufgeführten Bücher sind im Buchhandel oder bei der angegebenen Bezugsadresse erhältlich.



Gerontologie allgemein

Altersbilder in der Antike: am schlimmen Rand des Lebens? / Andreas Gutsfeld, Winfried Schmitz (Hg.). – Göttingen: V&R unipress, 2009. – 238 S. – (Super alta perennis: Studien zur Wirkung der Klassischen Antike ; Bd.8). – Register
ISBN 978-389-971-5712: EUR 38.90

More years, more life: recommendations of the joint academy initiative on aging / appointed by the German Academy of Sciences Leopoldina – National Academy of Sciences in coll. with the acadtec – German Academy of Science and Engineering. – Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2010. – 88 S.: III. – (Nova acta Leopoldina, ISSN 0369-5034 ; n.F., Nr.366 = Bd.102). – Deutsche Ausgabe u.d.T.: Gewonnene Jahre
ISBN 978-380-472-7786: EUR 12.00

Psychologische Gerontologie / Psychologie

Biografiearbeit und Biografieforschung in der Sozialen Arbeit: Beiträge zu einer rekonstruktiven Perspektive sozialer Professionen / Bernhard Hauptert, Sigrid Schilling, Susanne Maurer (Hrsg.). – Bern: Peter Lang, 2010. – 268 S.
ISBN 978-303-430-4061: EUR 33.80

Ganss, Michael: Demenz-Kunst und Kunsttherapie: künstlerisches Gestalten zwischen Genius und Defizit / Demenz Support Stuttgart, Zentrum für Informations-transfer. – Frankfurt a.M.: Mabuse, 2009. – 348 S.: III.
ISBN 978-394-052-9503: EUR 34.90

Gütersloher Gerontopsychiatrisches Symposium: Den Jahren Leben geben: Lebenslust im Alter: Tagungsband zum 14. Gütersloher Gerontopsychiatrischen Symposium / Gerhard Nübel, Bernd Meissnest (Hrsg.). – Frankfurt a.M.: Mabuse, 2010. – 102 S.: III.
ISBN 978-394-052-9473: EUR 17.90

Hutchison, Sara: Physical and cognitive training in old age: intervention effects on cognition and well-being. – Saarbrücken: Südwestdeutscher Verlag für Hochschulschriften, 2009. – 145 S.
ISBN 978-383-810-5390: EUR 79.00

Soziologische und Sozialpsychologische Gerontologie / Soziologie

Altern im Wandel: Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) / Andreas Motel-Klingebiel, Susanne Wurm, Clemens Tesch-Römer (Hrsg.). – Stuttgart: W. Kohlhammer, 2010. – 306 S. + 1 CD-ROM
ISBN 978-317-021-5955: EUR 34.90

Leben im Alter: Eigen- und Mitverantwortlichkeit in Gesellschaft, Kultur und Politik: Festschrift zum 80. Geburtstag von Ursula Lehr / Hrsg.: Andreas Kruse. – Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft AKA, 2010. – 313 S.: III.
ISBN 978-389-838-6371: EUR 38.00

Soziale Ungleichheiten / Monica Budowski und Michael Nollert (Hrsg.). – Zürich: Seismo, 2010. – 239 S. – (Differenzen)
ISBN 978-303-777-0672: EUR 26.00

Steinfort, Julia: Identität und Engagement im Alter: eine empirische Untersuchung. – Wiesbaden: VS Verlag, 2010. – 246 S.
ISBN 978-353-117-4730: EUR 34.95

Tesch-Römer, Clemens: Soziale Beziehungen alter Menschen. – Stuttgart: W. Kohlhammer, 2010. – 296 S. – (Grundriss Gerontologie ; Band 8). – Register
ISBN 978-317-018-4596: EUR 19.90

Geriatric / Gerontopsychiatrie

Alt, krank und verwirrt: Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie / Marina Kojer (Hrsg.). – 3., überarb. und erw. Aufl. – Freiburg i.B.: Lambertus, 2009. – 424 S. – (Palliative Care und Organisationsethik ; Bd.5)
ISBN 978-378-411-8895: EUR 22.00

Draaisma, Douwe: Die Heimwehfabrik: wie das Gedächtnis im Alter funktioniert. – Köln: Kiepenheuer & Witsch, 2009. – 171 S.: III.
ISBN 978-386-971-0051: EUR 16.95

Sozialpolitik / Soziale Sicherung

Pearce, Fred: Peoplequake: mass migration, ageing nations and the coming population crash. – S.I.: Eden project books, 2010. – 341 S. Register
ISBN 978-19-0581-1342: EUR 17.00

Schölkopf, Martin: Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Gesundheitssystemvergleich und die europäische Gesundheitspolitik. – Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2010. – XIV, 243 S. – (Health Care Management). – Register
ISBN 978-393-906-9744: EUR 54.95

Altenhilfe / Altenpolitik / Altenarbeit

Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe / Elisabeth Reitingner, Sigrid Beyer (Hrsg.). – Frankfurt a.M.: Mabuse, 2010. – 331 S.
ISBN 978-394-052-9688: EUR 29.90

Sozialarbeit / Selbsthilfe / Freiwillige Hilfe

Die andere Karriere: gesellschaftliches Engagement in der zweiten Lebenshälfte – am Beispiel von Innovage / Porträts und Reportagen von Beat Bühlmann (Text) und Georg Anderhub (Fotos); hrsg. von Migros-Kulturprozent. – Luzern: Interact, 2010. – 213 S.: III.
ISBN 978-390-641-3709: EUR 34.50

- Loffing, Christian: Psychologische Betreuung für pflegende Angehörige: so machen Sie aus einem beiläufigen Angebot eine Kernkompetenz Ihres ambulanten Pflegedienstes.– Unterschleißheim: Luchterhand, 2009.– 320 S.: Ill.+ 1 CD
ISBN 978-377-472-1883: EUR 48.00
- Lützenkirchen, Anne et al.: Sucht im Alter: Soziale Arbeit mit alkoholabhängigen Menschen ab 60 Jahren.– Lage: Jacobs, 2010.– 156 S.
ISBN 978-389-918-1937: EUR 19.90

Wohnen / Wohnumfeld

- Gärten für Menschen mit Demenz: Ideen und Planungsempfehlungen / Rudolf Bendlage et al.– Stuttgart: Eugen Ulmer KG, 2009.– 158 S.: Ill.– Register
ISBN 978-380-015-8485: EUR 39.90
- Krämer, Stefan; Dieter Kunz, Sabine Wennig: Land und Leute: kleine Gemeinden gestalten ihre Zukunft im demografischen Wandel! / Wüstenrot Stiftung (Hrsg.).– Ludwigsburg: Wüstenrot Stiftung, 2009.– 229 S.: Ill.
ISBN 978-393-324-9685
- Planer, Katarina: Haus- und Wohngemeinschaften: neue Pflegekonzepte für innovative Versorgungsformen.– Bern: Hans Huber, 2010.– 230 S.: Ill.– (Programmbereich Pflege)
ISBN 978-345-684-7979: EUR 28.95
- Sdun, Brigitte; mit einem Vorwort von Gerhard Naegele: Die Lebenslage älterer und pflegebedürftiger Lesben und Schwuler: unter besonderer Berücksichtigung alternativer Wohnangebote.– Berlin: Lit Verlag, 2009.– 189 S.– (Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik ; Bd.60)
ISBN 978-364-310-2911: EUR 19.90
- Tagespflege: Planungs- und Arbeitshilfe für die Praxis / Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) ; unter Mitarbeit von: Gunter Crössmann et al.– Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2010.– 140 S.
ISBN 978-394-005-4173: EUR 29.90
- Wohnen und Gender: theoretische, politische, soziale und räumliche Aspekt / Darja Reuschke (Hrsg.) ; unter Mitarbeit von Beate Kortendiek et al.– Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2010.– 303 S.
ISBN 978-353-115-9102: EUR 34.90

Generationen / Generationenbeziehungen

- Auf dem Weg zu einer Generationenpolitik = En route vers une politique des générations / Red. und Konzeption: Kurt Lüscher et al.; im Auftr. des Netzwerks Generationenbeziehungen ; Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften.– Bern: Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften, 2010.– 347 S.: Ill.– (Generationenbeziehungen = Relations entre générations)
ISBN 978-390-783-5715: Downlaod: www.sagw.ch/sagw/oeffentlichkeitsarbeit/pressemitteilungen/pm-2010/pm-auf-dem-weg.html
- Burnett, Judith: Generations: the time machine in theory and practice.– Surrey: Ashgate, 2010.– 150 S.– Register
ISBN 978-07-5467-4566: EUR 58.90

Soziale Dienste

- Das Menschenrecht auf gute Pflege: Selbstbestimmung und Teilhabe verwirklichen Elisabeth Fix, Stefan Kurzke-Maasmeier (Hg.).– Freiburg i.Br.: Lambertus, 2009.– 196 S.: Ill.– Fachtagung des Deutschen Caritasverbands und des Berliner Instituts für christliche Ethik und Politik am 1. und 2. Dezember 2008
ISBN 978-378-411-9267: EUR 17.90
- Neumann, Georg: Rettung aus Polen: wie Pflege zu Hause tatsächlich gelingt.– Freiburg i.Br.: Kreuz Verlag, 2010.– 159 S.
ISBN 978-378-313-4025: CHF 25.50

Aktivierung / Pflege / Rehabilitation / Therapie

- Grond, Erich: 100 Fragen zur Altersneurologie für Pflegekräfte.– Hannover: Schlütersche Verlagsges., 2010.– 91 S.– (Brigitte-Kunz-Verlag) (Pflege leicht).– Register
ISBN 978-389-993-4946: EUR 9.95
- Grond, Erich: 100 Fragen zur Alterspsychiatrie für Pflegekräfte.– Hannover: Schlütersche Verlagsges., 2010.– 104 S.– (Brigitte-Kunz-Verlag) (Pflege leicht).– Register
ISBN 978-389-993-4953: EUR 10.95
- Lechner, Christine A.: Balance – für mehr Lebensfreude im Alter: ein Trainingsprogramm gegen depressive Verstimmung.– Freiburg i. Br.: Lambertus, 2009.– 93 S.; 30 cm + 1 CD
ISBN 978-378-411-9168: EUR 15.50
- Scheu, Peter: Empathie statt „Mit-Leid“: ein praktisches Konzept zur Förderung empathischer Kompetenz in der Pflege.– Marburg: Tectum, 2010.– 134 S.
ISBN 978-382-882-3426: EUR 22.20
- Sulser, Renate: Ausdrucksmalen für Menschen mit Demenz.– Bern: H. Huber, 2010.– 84 S.: Ill.
ISBN 978-345-684-8327: EUR 26.95
- Unbescheid, Margot: Alzheimer: das Erste-Hilfe-Buch / Margot Unbescheid.– Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 2009.– 159 S.
ISBN 978-357-906-8848: EUR 14.95

Sterben / Sterbebegleitung / Tod

- Fässler-Weibel, Peter: Nahe sein in schwerer Zeit: zur Begleitung von Angehörigen Sterbender.– Kevelaer: Topos plus, 2009.– 190 S.– (Topos-Taschenbücher ; Bd.412)
ISBN 978-383-670-4120: EUR 9.90
- Frevort, Sylvia: FriedWald: die Bestattungsalternative.– München: Gütersloher, 2010.– 171 S.: Ill.
ISBN 978-357-906-8343: EUR 17.95
- Kostrzewa, Stephan: Palliative Pflege von Menschen mit Demenz.– 2., vollst. überarb. und erw. Aufl.– Bern: H. Huber, 2010.– 245 S.: Ill.– (Verlag Hans Huber, Programmbereich Pflege. Fachpflege, palliative Care).– Register
ISBN 978-345-684-7733: EUR 29.95
- Menschenbild und Menschenwürde am Ende des Lebens / hrsg. von Thomas Fuchs, Andreas Kruse, Grit Schwarzkopf.– Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 2010.– 288 S.– (Schriften des Marsilius-Kollegs ; Bd.2).– Register
ISBN 978-382-535-6750: EUR 38.00

**DZA, Manfred-von-Richthofen-Str. 2, 12101 Berlin
PVST, Deutsche Post AG Entgelt bezahlt**

A 20690E

