

## **INTERKULTURELLE KOMPETENZ**

Diversity Training 2008

Zertifizierte Fortbildungen  
in Kooperation mit der Ärztekammer Nordrhein, der Psychotherapeutenkammer und dem  
Bildungsinstitut im Gesundheitswesen (BiG) Essen



Psychosoziales Zentrum  
für Flüchtlinge  
**PSZ** Düsseldorf

---

*Diversity und interkulturelle Kompetenz:  
**Quo vadis, Zuwanderungsland Deutschland?**  
**Perspektivenerweiterung bei der interkulturellen Öffnung der Regeldienste**  
Abschlussveranstaltung des Diversity Grundmoduls 2008, 31.10.2008, Ärztekammer Nordrhein Düsseldorf*

**Beitrag von Dr. med. Murat Ozankan**

### **Ein junges Gesicht der Migration: Ältere Migrantinnen und Migranten - Stellenwert muttersprachlicher gerontopsychiatrischer Behandlungsangebote**

In Deutschland alt zu werden war ursprünglich nicht Teil der Lebensplanung der Mehrheit älterer 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. Aufgrund vielfältiger Zwänge wurde die Rückkehrentscheidung jedoch immer wieder verschoben.

In Deutschland lebten laut statistischem Bundesamt zum Stichtag 31.12.2006 rund 7,3 Millionen Ausländerinnen und Ausländer und damit 8,8% der Gesamtbevölkerung. Bundesweit sind ca. zehn Prozent der Ausländerinnen und Ausländer 60 Jahre und älter, ca. sechs Prozent sind 65 Jahre und älter (Jonas, 2007). Der Anteil der Ausländer an den Rentnern wird sich in den nächsten 30 Jahren auf ein Viertel erhöhen. Nach Angaben des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik NRW hat sich die Zahl der über 65-jährigen 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 dem Migranten gerechnet werden.

Während die Angaben über die Anzahl der deutschsprachigen Demenzpatienten schon relativ ungenau sind, kann über die Anzahl der Demenzpatienten mit Migrationshintergrund nur gemutmaßt werden. Insbesondere Migranten aus den Herkunftsländern Türkei und frühere UdSSR erreichen in Deutschland mittlerweile in großer Zahl Alterskohorten, in denen

Demenz eine nennenswerte Prävalenz aufweisen müsste. Die an der deutschen Bevölkerung erhobenen Prävalenz- und Inzidenzraten sind bei Migranten und insbesondere bei Türken möglicherweise nicht anwendbar, da Unterschiede in Lebens- und Arbeitsbedingungen, Essgewohnheiten, Gesundheitszustand und anderen Faktoren vorliegen. Insgesamt kann wohl davon ausgegangen werden, dass der prozentuale Anteil demenzerkrankter Migranten an den über 65-jährigen mindestens so hoch ist, wie in der deutschen Bevölkerung. Gemessen an den wenigen Fällen demenziell erkrankter Migranten in Pflegeheimen oder Arztpraxen ist davon auszugehen, dass eine drastische medizinische Minderversorgung der Migranten mit demenziellen Erkrankungen vorliegt.

Es gibt noch wenige Untersuchungen über die Auswirkung der sozialen Lebensumstände auf die psychische Gesundheit der älteren Migranten. Ihr allgemeiner Gesundheitszustand ist häufiger als bei deutschen Senioren beeinträchtigt, vor allem durch psychische bzw. psychosomatische Belastungen und durch körperliche Erkrankungen. Es gibt bisher so gut wie keine wissenschaftlichen Untersuchungen über das Problem der Erkennung und Behandlung demenzieller Erkrankungen bei Menschen mit mangelnder Sprachkenntnis (Huismann, 2000). Der von der deutschen Bundesregierung aufgestellte und im Juli 2007 veröffentlichte nationale Integrationsplan bemängelt das Fehlen kultursensibler Informations- und Beratungsangebote für die Betroffenen und die pflegenden Angehörigen (Bundesregierung, 2007). Zudem herrsche über das Thema Demenz ein Informationsdefizit in den Familien mit Migrationshintergrund vor, was dazu führe, dass die Problematik tabuisiert werde. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine Broschüre des Kuratoriums Deutsche Altershilfe aus dem Jahr 2007 zum Thema Demenz und Migration (KDA, 2007).

Zudem decken sich die Erwartungshaltungen der Migranten, die sie an soziale und gesundheitliche Versorgung stellen oft nicht mit den vorhandenen Angeboten.

### **Zugangsbarrieren der MigrantInnen zur Kranken- und Altenhilfe**

- ◆ Mangelnde Deutschkenntnisse der älteren Migranten sind ein zentrales Hindernis beim Umgang mit der Gesundheitsversorgung
- ◆ Unkenntnis über die Angebote, Dienste und Einrichtungen
- ◆ „Die Illusion der Rückkehr“ ist zwar eine Art Überlebensstrategie. Die Realität steht dem aber meist entgegen.
- ◆ Angst vor deutschen Institutionen aufgrund falscher Vorstellungen
- ◆ Angst vor ausländerrechtlichen Konsequenzen bei Inanspruchnahme von Sozialleistungen
- ◆ Kein direkt erlebtes Bild vom Altwerden
- ◆ Die entstandenen ethnischen Kolonien mit ihren ausgeprägten religiösen Netzwerken begünstigen den Rückzug
- ◆ und 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.

### **Migrantenambulanz der LVR Klinik Langenfeld: Kultursensible muttersprachliche psychiatrische Behandlung**

Unser Angebot in der Migrantenambulanz zur Überwindung von Zugangsbarrieren des öffentlichen Gesundheitsdienstes hat im März 2004 durch die Einstellung von Fachpersonal

mit direkten oder indirekten Migrationserfahrungen, die sowohl die Kultur, die Systeme und Sprache von Deutschland als auch ihres Herkunftslandes kennen, begonnen. Unser Behandlungsangebot richtet sich vorrangig an türkisch – und seit April 2007 russischsprechende Patienten. Andere Nationalitäten bilden kein Ausschlusskriterium, ca. 10% der Patienten stammen aus Marokko, Iran, Polen, Griechenland, ehem. Jugoslawien.

Zu Beginn der Arbeit war eine sehr intensive organisatorische Aufbauarbeit nötig. Dies begann damit, dass die Infomaterialien entworfen werden mussten. Da die meisten Migranten im Krankheitsfall eine(n) Landsmann/-frau aufsuchen, wurden niedergelassene Ärzte mit Migrationshintergrund in NRW mit schriftlichen Informationen über die Migrantenambulanz versorgt. Darüber hinaus besuchten wir viele interessierte Ärzte aus der Umgebung in ihren Praxen, um die Migrantenambulanz vorzustellen, und nach Möglichkeiten einer Kooperation zu suchen. Zu diesem Zweck haben wir auch in mehreren türkisch- und russischsprachigen Zeitungen, Zeitschriften und Gemeindeblättern inseriert und auch andere Medien (Radio WDR, türkischsprachige Fernsehkanäle) einbezogen.

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

Mit dem bestehenden Angebot konnte eine deutliche Reduzierung der Schwellenangst erreicht werden. Das Einzugsgebiet reichte von Bonn bis Duisburg, nicht selten kamen Patienten aus anderen Bundesländern. Dies bezieht sich insbesondere auf türkischsprechende Patientinnen, die etwa 2/3 der Klientel der Migrantenambulanz ausmachen. Dies ist insoweit bemerkenswert, da im stationären Kontext zu etwa 3/4 türkischsprachige Patienten behandelt werden. Ein wichtiger Schwerpunkt der Migrantenambulanz ist die Behandlung der Altersdepressionen und beginnende Demenzen.

### Depressive Erkrankungen im höheren Lebensalter

Die oft massiven und länger dauernden Stressbelastungen von Migranten 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 abgeschwächter Form gilt dies auch für Arbeitsemigranten, die ökonomischer Not entfliehen.

- **Postmigratorische Stressoren:** Die Migration mit ihren Begleitumständen kann im Sinne eines Stressphänomens verstanden werden. Aus dieser Perspektive stellt die Migration eine hohe Belastung für Menschen dar, die häufig von Ängsten, Unsicherheit, depressiven Zuständen und Frustration begleitet wird und sich als innere und / oder äußere Krise manifestieren kann. Diese Belastungen können bei den Migranten bereits vorhandenen Erkrankungen verstärken und zusätzliche Krankheiten auslösen.

- Viele Migranten leiden unter uneingestandenem **familiären Konflikten**. Hintergrund bildet oft die eigene Migrationsgeschichte in der Familie:

- Mehrjährige Trennung der Kinder von den Eltern beim sog. »Pendeln in der Kindheit«: mit häufigem Wechsel der Bezugspersonen mit zwischenzeitlichem Zurückbleiben in der Türkei und daraus resultierende Belastung in der Eltern-Kind-Beziehung.

- Probleme bei der Erziehung der Kinder: fehlende Möglichkeiten der Begleitung bei der Beschulung, Schwierigkeiten beim Transfer kultureller Werte sowie Erziehungsprobleme mit negativen Folgen wie Drogenkonsum oder Delinquenz werden schuldhaft verarbeitet.

- bei der Heiratsmigration haben junge Frauen häufig in einer kulturell fremden Umgebung ohne Schutz der in der Türkei zurückgebliebenen Primärfamilie einen schweren Stand, z.B. der Schwiegermutter gegenüber. Männer als Heiratsmigrant können bei fehlender kultureller Kompetenz für die deutschen Verhältnisse die Übernahme der traditionellen Führungsrolle meist nicht leisten.
- die Ablehnung eines gewünschten Ehepartners durch die Familie
- Schwierigkeiten geschiedener oder verwitweter Frauen,
- Trennung von den Eltern oder Tod der Eltern in Abwesenheit der Migranten gehören zu den familiären Belastungen.

Weitere psychosoziale Belastungsfaktoren für die Migranten sind u.a. Kommunikationsschwierigkeiten, wenig planbare Zukunftsperspektiven „*nächstes Jahr zurück*“, schlechtere Qualifikation in Schule und Beruf, ungünstige Wohn- und Arbeitsbedingungen.

### Hindernisse der Rückkehr

Im Alter müssen viele 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 führt bei den meisten älteren Migranten zum Verzicht einer Rückkehr in die Herkunftsländer.

- ◆ die besseren Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung in BRD,
- ◆ die Entfremdung von den im Herkunftsland
- ◆ Die Scham, das Ziel der Migration (materieller Wohlstand) nicht erreicht zu haben. Die hohe Armutsrisikoquote für Migranten ab 60 Jahre ist mit 32,1% deutlich höher als für Deutsche 9,7%.

Das Klischee, die Migranten hätten große Familien und seien untereinander sehr hilfsbereit und sorgten selbstverständlich für ihre Angehörigen, ist nicht mehr uneingeschränkt gültig. Es ist eher mit einer verstärkten Pendelmigration als mit einer dauerhaften Rückkehr zu rechnen.

### Kultursensible Versorgungsangebote in BRD

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

Sie beinhalten Forderungen:

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

Auch im Bereich der Altenhilfe sind Standards entwickelt worden. Das 2002 vorgestellte „Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe“ soll konkrete Schritte zur kultursensiblen Altenhilfe und –pflege unterstützen und die Partizipation älterer Migranten an Altenhilfestrukturen fördern.

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

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

Mit der zentralen „Informations- und Kontaktstelle für die Arbeit mit Älteren Migranten“ (I-KoM), ist eine strukturbildende und vernetzende Einrichtung entstanden. I-KoM bietet einen Überblick über die vorhandenen Fachkenntnisse der Altenhilfe für Migranten. Die Kontaktdatenbank enthält Informationen über Projekte und Angebote in ganz Deutschland und die Literaturdatenbank ermöglicht einen Überblick über Veröffentlichungen zum Thema.

Resümierend kann festgestellt werden, dass bei Angeboten kultursensibler Altenhilfe und -pflege in den letzten Jahren Fortschritte zu verzeichnen sind, die zum Teil strukturbildenden Charakter haben. Allerdings kann bisher nicht von einer umfassenden und systematischen kultursensiblen Versorgungslage ausgegangen werden.

In der täglichen Versorgung von Migranten müssen wir immer wieder erfahren, dass die Zugangsbarrieren der bestehenden Angebote so hoch sind, dass diese Gruppen durch die Versorgung durchfallen. Eine der Folgen sind Chronifizierungen – unser Meinung nach ein zu hoher Preis für die Integration. Migrantenambulanzen sind auch keine Lösungen für alle Migranten, sondern eben nur für diejenigen, die über die bestehenden Strukturen nicht versorgt werden können.

### **Dementielle Erkrankungen bei Migranten**

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

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 Migranten, die die deutsche Sprache nicht oder nur sehr schlecht beherrschen.

### **Trakula (Transkulturelles Assessment mentaler Leistungen)**

An der Uniklinik Köln wurde bereits Vorarbeit zur Entwicklung eines Instruments geleistet, welches das Screening für Menschen mit Migrationshintergrund, aber auch für Menschen mit individuellen Defiziten beim Lesen und Schreiben ermöglicht. Das Instrument TRAKULA kommt ohne lese- und schreiblastige Module aus und wurde bereits an 100 älteren türkischstämmigen Personen in einer Pilotstudie getestet. Das Verfahren erfasst die Gedächtnisleis-

tung, kognitive Leistungen, assoziatives Lernen, Exekutivfunktionen (planendes Handeln) und Aufmerksamkeit in etwa 20-30 Minuten.

Eine Validierung des Instruments findet zur Zeit statt. In den kommenden zwei Jahren soll das Instrument an 200 Personen mit Migrationshintergrund getestet werden, welche einen Anfangsverdacht auf Demenz vorweisen. Zusätzlich sollen weitere 200 Personen mit Migrationshintergrund und ohne Anfangsverdacht auf Demenz als Kontrollgruppe herangezogen werden. Zudem soll getestet werden, wie gut die Ergebnisse von TRAKULA vergleichbar sind mit den bisher am häufigsten angewendeten Verfahren der Demenzerkennung.

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den kulturellen und sozialen Dimensionen von Demenz steht erst am Anfang. Heute ist das in den westlichen Industriegesellschaften vorherrschende Verständnis von Demenz ein (Zwischen-)Ergebnis eines historischen Prozesses. Versteht man Kultur als einen heterogenen und dynamischen Prozess, so fällt ins Auge, dass Menschen mit Demenz zunehmend mehr, auch öffentlich, wahrgenommen werden.

Es wächst die Bereitschaft, ein Leben mit Demenz als Einschränkungen unterliegend, gleichwohl nach wie vor Möglichkeiten gelingenden Lebens, des Kontakts mit der Welt und des sich in die Welt Einbringens anzunehmen. Auf diesen Punkt bezogen muss sich Demenzforschung auch und verstärkt mit der Frage auseinandersetzen, unter welchen konkreten Rahmenbedingungen und in welchen von den Achsen der sozialen Differenz bestimmten Konstellationen, Menschen diese Chance nutzen können oder ihnen diese Chance verweigert wird.

### **Dr. med. Murat Ozankan**

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, LVR Klinik Langenfeld- Migrantenambulanz

Kölner Straße 82, 40764 Langenfeld

Tel 02173 - 102 2240, Fax 02173 – 102 2249

[Murat.Ozankan@lvr.de](mailto:Murat.Ozankan@lvr.de)

### **Literaturverzeichnis**

BUNDESREGIERUNG 2007. Der nationale Integrationsplan. Neue Wege – Neue Chancen. Berlin

HUISMANN A. 2000. Estimation of prevalence of dementia among elderly in Europe. In A. Huismann, U. Raven, A. Geiger (Hrsg.), Neurodegenerative Diseases among Migrants in EU States. Prevalence, Care and Recommendations (S. 2-24). International Public Health, Bd. 3. Lage: Hans Jacobs.

INFORMATIONEN- UND KONTAKTSTELLE FÜR DIE ARBEIT MIT ÄLTEREN MIGRANTINEN UND MIGRANTEN IKOM 2004. Demenz und Migration-Newsletter 4/04, Duisburg.

JONAS I. 2007. Vergessen in der zweiten Heimat. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (Hrsg.) (2007). *Demenz und Migration*. ProAlter e-Paper 2/07.

- KESSLER J., SEMER E., KALBE E., BRAND M. 2005. Transkulturelles Assessment mentaler Leistungen bei türkischen Mitbürgern. 78. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Aktuelle Neurologie 32 (Suppl. 4), S166.
- KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE 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.
- 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., ATIK Z., KUDASCHKIN I. 2009. Migrantenspezifische psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Regelversorgung am Beispiel der Langenfelder Migrantenambulanz. In Falge C., Zimmermann G. (Hrsg.) Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems. Schriftenreihe des Zentrums für Europäische Rechtspolitik, Band 51, 145-156.
- RAABE H. 2007. „Kulturfaire Assessments“- Demenzen bei Migranten besser aufdecken. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (Hrsg.) (2007). *Demenz und Migration*. ProAlter e-Paper 2/07.

**Der vorliegende Beitrag war Bestandteil der Abschlußveranstaltung des Diversity Trainings 2008. Die Veranstaltung fand am 31.10.2008 in den Räumlichkeiten der Ärztekammer Nordrhein statt, Weitere Publikationen zum Thema stehen Ihnen unter folgendem Link als Download zur Verfügung: [http://www.wiki.psz-duesseldorf.de/Diversity\\_Training](http://www.wiki.psz-duesseldorf.de/Diversity_Training)**

