



„Ältere Menschen mit Migrationsgeschichte: Gesundheitliche Lage und Zugang zu Gesundheitsförderung und -versorgung“

Migration und Alter - Workshop zum Thema Gesundheitsförderung und -versorgung
27.03.2017 im Kreishaus Herford

Svenja Budde



Gliederung

- Ältere Menschen mit Migrationsgeschichte
- Bevölkerung mit Migrationsgeschichte im Kreis Herford
- Blick nach NRW: Gesundheit von älteren Migrantinnen und Migranten
- Gesundheit(-sförderung) und Krankheit in verschiedenen Kulturen
- Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen
- Kultursensible Ansätze
- Fazit



Ältere Menschen mit Migrationsgeschichte I

Bund

- bis 1973 Zuwanderung von ca. 9,5 Millionen Gastarbeiterinnen und Gastarbeitern
 - ca. 71 % sind geblieben, ebenso ihre Familien
- Spät-Aussiedlerinnen und -Aussiedler sind die größte Zuwanderungsgruppe
- Altersstruktur aktuell deutlich jünger als die der autochthonen Bevölkerung

NRW

- 12,1 % der Menschen mit Migrationsgeschichte sind 65 bis 80 Jahre alt
 - 6,8 % sind 80 Jahre und älter → ansteigende Tendenz
 - Mehrheit verbleibt dauerhaft in Deutschland
- überproportionale demographische Alterung
- Bedarf: Entwicklung und Umsetzung kultursensibler Herangehensweisen in Gesundheitsförderung, Prävention, Versorgung und Pflege



Ältere Menschen mit Migrationsgeschichte II

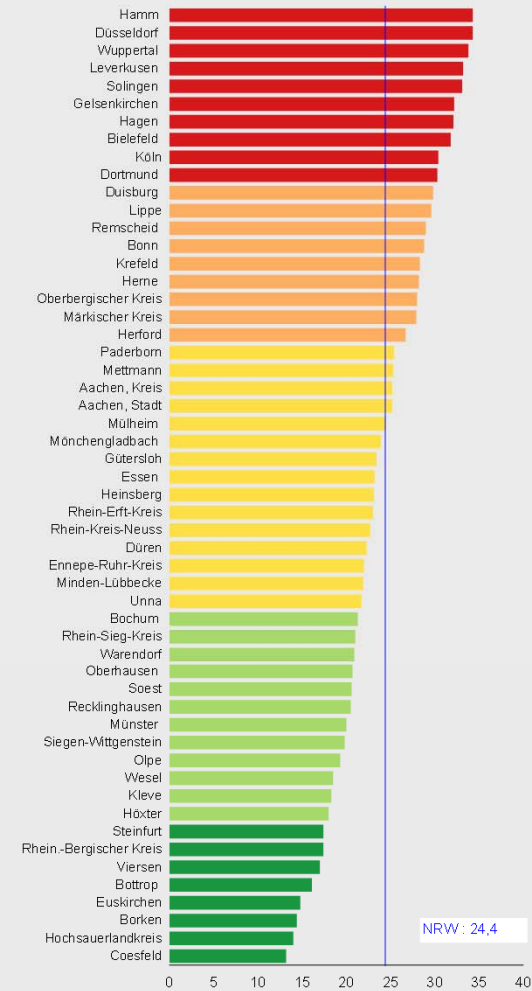
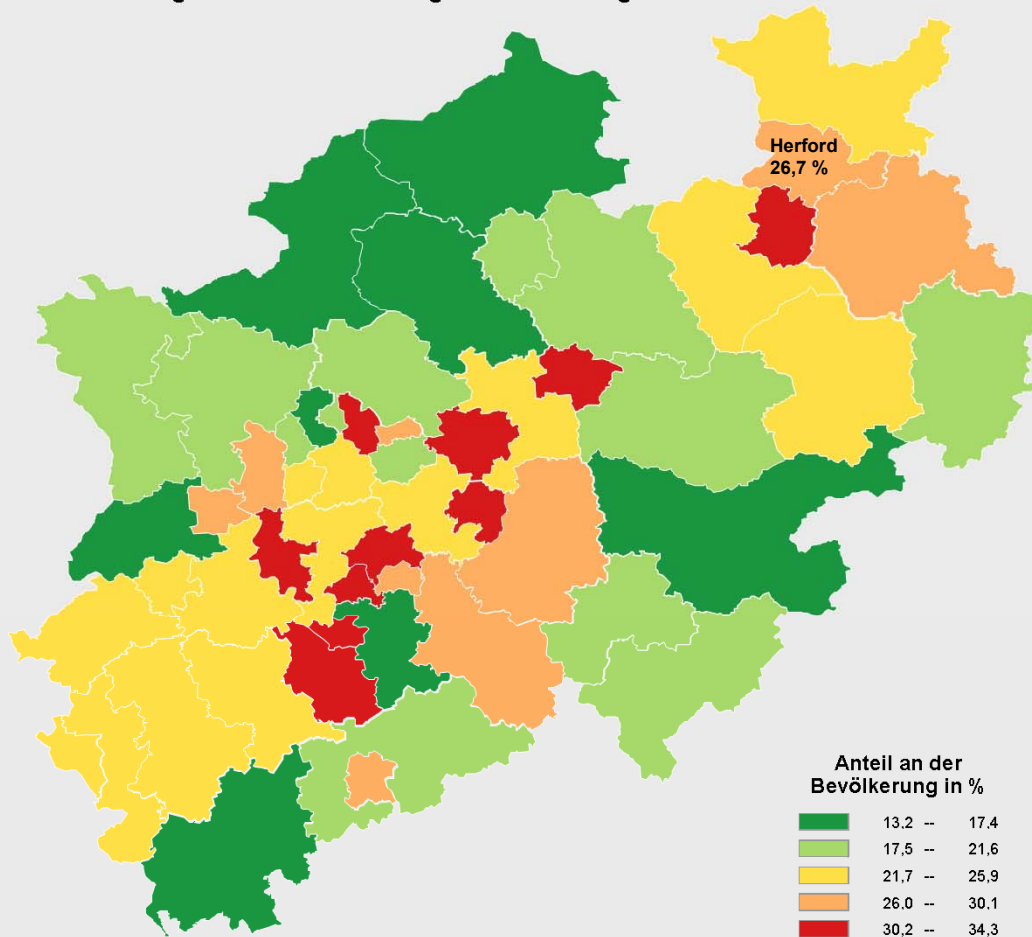
heterogene Bevölkerungsgruppe

- unterschiedliche soziale Integration
- verschiedene Migrationsbiographien
 - Herkunftsländer
 - Gründe für die Migration
 - Zeiten der Migration
- ungleiche Ausstattung an Ressourcen
- Heterogenität innerhalb einer Nationalitätengruppe



Bevölkerung mit Migrationsgeschichte im Kreis Herford I

Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2015
Hochrechnung basierend auf den fortgeschriebenen Ergebnissen des Zensus 2011



Datenquelle: IT.NRW, Indikator 2.6_1: LZG.NRW T.NRW (Hinweis: Die Daten der Stadt Aachen und des Kreises Aachen entsprechen der Verteilung in der Städteregion Aachen)



Bevölkerung mit Migrationsgeschichte im Kreis Herford II

- Menschen mit Migrationsgeschichte: 26,7 %
 - 28,7 % männlich
 - 25,2 % weiblich
- Bevölkerung mit Migrationsgeschichte nach Altersgruppen

Bevölkerung 2015 im Kreis Herford				
Alter	insgesamt	ohne Migrations- geschichte	mit Migrations- geschichte	Migrations- anteil
	1 000			Zeilen-%
unter 30	73	46	28	37,6
30 – 55	90	64	26	29,2
55 und mehr	86	73	13	14,8
Insgesamt	249	183	67	26,7

Quelle: IT.NRW



Blick nach NRW: Gesundheit von älteren Migrantinnen und Migranten*

subjektive Gesundheit

- tendenziell etwas schlechtere Einschätzung → aber: keine Prävalenzunterschiede

chronische Erkrankungen

- leichte Tendenz eines geringeren Vorkommens
- leichte Tendenz zu einem häufigeren Übergewicht, tendenziell häufiger Adipositas

gesundheitsrelevantes Verhalten

- keine Unterschiede hinsichtlich gesunder Ernährung
- tendenziell geringerer täglicher Tabakkonsum, geringfügig höherer Anteil an gelegentlichem Tabakkonsum
- Migrantinnen sind sportlich inaktiver
- Keine/geringe Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten eines Arztes

*

Ausgewählte Ergebnisse des NRW-Gesundheitssurvey 2013 (repräsentative Stichprobe, Telefonbefragung, Selbstangaben, eigene Berechnungen)



Gesundheit(-sförderung) und Krankheit in verschiedenen Kulturen I

Kollektivistische Kulturen (u. a. Italien, Türkei, arabische/afrikanische Länder, Asien)

- religiöse Vorstellungen von Gesundheit → Erhalt der Gesundheit durch Lebensweise nach göttlichen Geboten
- Naturreligionen (z. B. Afrika)
- Krankheit ist Gottes Prüfung, z. B. „Böser Blick“, „Unheil des Auges“ etc.
- Glaube an Geister (z. B. Dschinns)
- hoher Stellenwert der Krankenbesuche
- gesundheitliche Aufklärung über persönliche Kontaktaufnahme

Individualistische Gesellschaft (z. B. Deutschland)

- Gesundheitsförderung durch
 - gesunde Ernährung, gute Lebensverhältnisse
- Förderung des Wohlbefindens u. a. durch Sport und Entspannung



Gesundheit(-sförderung) und Krankheit in verschiedenen Kulturen II

Jüdischer Glauben

- für jede/jeden Einzelne(n) besteht die Verpflichtung zum Erhalt der Gesundheit

Hinduismus (z. B. Sri Lanka, Indien, Afghanistan)

- ganzheitliches Verständnis, Ayurveda-Medizin

Shintoisten (z. B. Japan)

- hoher Maßstab an Hygiene (Mund- und Nasenschutz bei Erkältung)

Islam

- Ernährungsgebote
 - kein Schweinefleisch sowie Gelatine, kein Alkohol
 - Fastenmonat „Ramadan“
- Bekleidungs- und Hygienevorschriften
- Vorschriften zu Gebetszeiten, Häufigkeit, rituelle Waschungen vor dem Gebet



Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen I

Gesundheitsförderung

- ältere Migrantinnen und Migranten = am wenigsten erreichte Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention
- keine Beschwerden = kein Handlungsbedarf für Gesundheitsfürsorge
- fehlende Anpassung von Angeboten an die Lebenslagen
- sprachliche Barrieren
- Informationslücken: Angebote sowie Teilnahmebedingungen
- Teilnahmegebühren/Finanzierungspraxis der Krankenkassen
- inaktiveres Freizeitverhalten
- längere Auslandsaufenthalte (türkische Frauen und Männer)
- religiöse Überzeugungen
- Ausgrenzungserfahrungen



Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen II

Versorgung und Pflege

- häufigeres Aufsuchen von Rettungstellen als Hausärzte
- unterdurchschnittliche Inanspruchnahme von stationärer und ambulanter Pflege
- seltenere Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation
- Informationslücken
- Einsatz von Hausmitteln
- sprachliche Barrieren
- Schamgrenzen
- unterschiedliche Krankheits-/Gesundheits- und Geburtskonzepte
- mangelnde interkulturelle Kompetenz von Fachkräften gesundheitlicher Einrichtungen
- Misstrauen gegenüber öffentlichen Einrichtungen, z. B. Pflegeinstitutionen



Kultursensible Ansätze I

Gesundheitsförderung	
Interkulturelle Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • wertschätzender, sensibler Umgang mit der Vielfalt an Einstellungen und Verhaltensweisen • gegenseitiger Austausch von Geschichten/Sichtweisen
Lebenslagenorientierte Herangehensweise	<ul style="list-style-type: none"> • unterschiedliche Interessenvertretungen einbinden • kontinuierliche und vertrauensschaffende Angebote • herkunftsspezifische/geschlechtsspezifische Maßnahmen • kostengünstige/kostenfreie Angebote • Maßnahmen in den Lebenswelten (Setting) anbieten • Verhaltens- und Verhältnisprävention
Partizipation	<ul style="list-style-type: none"> • Beteiligungsmöglichkeiten an Entscheidungs- und Entwicklungsprozessen schaffen • kultursensible Gesundheitsselbsthilfe unterstützen
Gesundheitskompetenz fördern	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus auf ressourcenorientierten Kompetenzerwerb
Abbau sprachlicher und kultureller Zugangsbarrieren	<ul style="list-style-type: none"> • muttersprachliche Beschäftigte • Sprach- und Kulturmittler



Kultursensible Ansätze II

Versorgung/Pflege	
Offener, vorurteilsfreier Austausch	<ul style="list-style-type: none"> • Interessiertes, offenes Nachfragen bei der Familie zum Verständnis über die Krankheit Was passiert im Herkunftsland im Falle dieser Erkrankung?
Individuelle Bedürfnisse klären	<ul style="list-style-type: none"> • Wie viel Information/Aufklärung über die Krankheit ist gewünscht? Wunsch nach „Nicht-Informieren“ akzeptieren (Wahrung rechtlicher Vorgaben) • Individuelle Bedürfnisse bei der Pflegehandlung erfragen → Annahme der Bedarfe aufgrund des Kulturkreises nicht ausreichend
Vertrauensarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Gute Beziehung und Vertrauen zu der Familie herstellen und Basis schaffen • Zeit für Zusatzleistungen einräumen → unterstützt Beziehungsaufbau
Vermittlung durch vertraute Bezugspersonen	<ul style="list-style-type: none"> • Religiöse Einrichtung oder Seelsorgerverein aus demselben Kulturkreis hinzuziehen
sprachliche Barrieren abbauen	<ul style="list-style-type: none"> • Aneignung einiger Wörter in der Muttersprache der Patienten • Arbeit mit Bildern, die die Behandlung/Pflegehandlung erklären



Fazit

- zukünftig steigende Anzahl an älteren Menschen mit Migrationsgeschichte
 - unterschiedliche Einflussfaktoren auf Gesundheit
 - Gesundheits-/Krankheitsverständnis, Inanspruchnahmeverhalten kulturell geprägt
 - fehlende Berücksichtigung von Kultur und Religion in Gesundheitsförderung und Versorgung
- Bedarf: kultursensible Gesundheitsförderung, Prävention, Versorgung und Pflege

Lösungsansätze sind vorhanden

- niedrigschwellige, zugehende, muttersprachliche Informations- und Beratungsangebote
- offener und vorurteilsfreier gegenseitiger Austausch
- keine verallgemeinerte Sichtweise auf Menschen mit Migrationsgeschichte
- Vertrauen schaffen
- Orientierung an den Lebenslagen von Menschen mit Migrationshintergrund



Literatur I

Binder-Fritz, C., Rieder, A. (2014): Zur Verflechtung von Geschlecht, sozioökonomischen Status und Ethnizität im Kontext von Gesundheit und Migration.

Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. Online-Publikation. 2. August 2014. Springer-Verlag: Heidelberg.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2012): Ältere Migrantinnen und Migranten. Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven. Forschungsbericht 18. Bonifatius GmbH, Druck-Buch-Verlag: Paderborn.

CarEMi (Hrsg.) (2016): Eine Handreichung zur medizinischen und pflegerischen Versorgung von älteren Migrant_innen. Ältere türkische/türkischstämmige Migrant_innen der ersten Gastarbeitergeneration im Gesundheitswesen. Tübingen.

Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband Westfalen-Lippe e.V. (DRK), Ethnomedizinisches Zentrum e.V. (EMZ) (Hrsg.) (2012): Gesunde Kinder. Ein Handbuch für die Interkulturelle Gesundheitsförderung in Erziehung, Pädagogik und Beratung. VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin

Glodny, S., Yilmaz-Aslan, Y., Razum, O. (2010): Häusliche Pflege bei Migrantinnen und Migranten. Informationsdienst Altersfragen 37 (6), S. 9-12.

Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW): Auswertung der Bevölkerung 2015 nach Migrationsstatus, Kreisen/kreisfreien Städten und Altersgruppen.

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen(LZG.NRW) (2014): NRW-Gesundheitssurvey. Ausgewählte Daten zur Gesundheit von älteren Migrantinnen und Migranten in NRW. LZG.NRW: Bochum.

Mahne K, Wolff JK, Simonson J, Tesch-Römer (Hrsg.) (2017): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Kapitel „Kernaussagen zu Menschen mit Migrationshintergrund. Berlin.

Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAIS NRW) (2016): 5. Kommentierte Zuwanderungs- und Integrationsstatistik Nordrhein-Westfalen. MAIS NRW: Düsseldorf. Verfügbar unter:

[http://www.integrationsmonitoring.nrw.de/integrationsberichterstattung_nrw/berichte_analysen/Zuwanderungs-und Integrationsstatistiken/5_KomZwStat_2016_Textband_Endversion-online-fertig-a.pdf](http://www.integrationsmonitoring.nrw.de/integrationsberichterstattung_nrw/berichte_analysen/Zuwanderungs-und_Integrationsstatistiken/5_KomZwStat_2016_Textband_Endversion-online-fertig-a.pdf) (Abruf: 20.02.2017).



Literatur II

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) (2016): Landesgesundheitsbericht 2015. Informationen zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) (2016a): Alt werden in Nordrhein-Westfalen. Bericht zur Lage der Älteren. Altenbericht 2016. Düsseldorf.

Niedersächsisches Ministerium für Inneres, Sport und Integration (Hrsg.): Interkulturelle Öffnung Im Gesundheitssystem. Verfügbar unter: <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/doku.ikoeg.pdf> (Abruf: 20.02.2017).

Olbermann, E. (2013): Das Alter wird bunter: Lebenslagen älterer Menschen mit Migrationshintergrund und Handlungsbedarfe für Politik und Gesellschaft. WISO direkt. Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Wirtschafts- und Sozialpolitik. Bonn. Verfügbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/10188.pdf> (Abruf: 20.02.2017).

Olbermann, E. (2010): Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Migrantinnen und Migranten: Ausgewählte Projektergebnisse. Informationsdienst Altersfragen 37 (6): 3-8.

Reiss, K., Spallek, J., Razum, O. (2015): Die Entwicklung des Rauchverhaltens im Kontext der Migration nach Deutschland. In: Public Health Forum 2015; 23(2): 85-87.

Schenk, L. (2007): Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. In: International Journal of Public Health 2007; 52(2), 87–96.

Schott, T., Reutin, B., Yilmaz-Aslan, Y. (2015): Weshalb ist der Rehabilitationserfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund häufig geringer? In: Public Health Forum 2015; 23(2): 79-81

Spallek, J., Razum, O. (2015): Migration und Geschlecht, In: Public Health Forum 2015; 23(2): 73-75.

Yilmaz-Aslan, Y., Brzoska, P., Bluhm, M., Aslan, A., Razum, O. (2015): Krankheitsvorstellungen bei Diabetikern mit türkischem Migrationshintergrund. In: Public Health Forum 2015; 23(2): 82-84



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Svenja Budde

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)

Fachgruppe Prävention und Gesundheitsförderung

svnja.budde@lzg.nrw.de

www.lzg.nrw.de