



„Ältere Menschen mit Migrationsgeschichte: gesundheitliche Lage und Zugang zu Gesundheitsförderung und Versorgung“

07.03.2018 im FEZ in Witten

Svenja Budde



Gliederung

- Ältere Menschen mit Migrationsgeschichte
- Bevölkerung mit Migrationsgeschichte im Ennepe-Ruhr-Kreis
- Gesundheit von Migrantinnen und Migranten
- Gesundheit(-sförderung) und Krankheit in verschiedenen Kulturen
- Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen
- Kultursensible Ansätze
- Empfehlungen



Ältere Menschen mit Migrationsgeschichte I

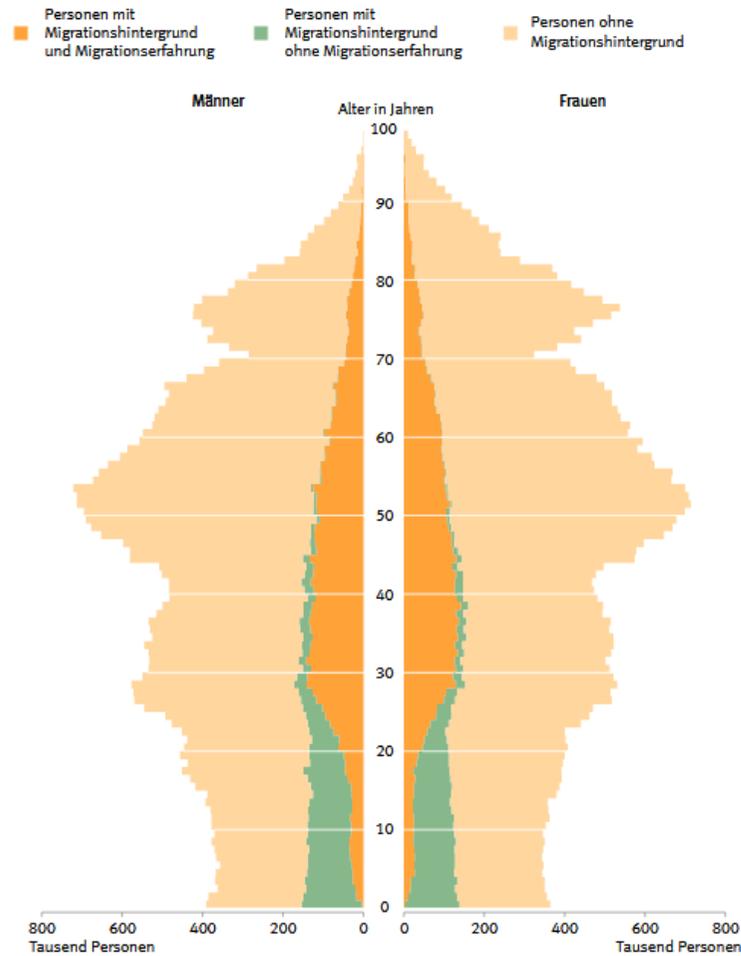
„Menschen mit Migrationsgeschichte umfasst **alle zugewanderten** und **nicht zugewanderten Ausländerinnen** und **Ausländer** sowie **alle nach 1955** in das Gebiet der heutigen Bundesrepublik Deutschland **zugewanderten Deutschen**. Darüber hinaus zählen alle Deutschen **mit mindestens einem nach 1955** in das Gebiet der heutigen Bundesrepublik Deutschland zugewanderten **Elternteil** zu Menschen mit Migrationshintergrund“ (MAIS NRW 2014).

- ca. **15 %** der Menschen im Alter **von 40 bis 85 Jahren** hat einen **Migrationshintergrund**
- überproportionale demographische Alterung
- Bedarf:
 - soziale Teilhabe, Vernetzung und Unterstützung
 - kultursensible Herangehensweisen in Gesundheitsförderung, Prävention, Versorgung und Pflege



Ältere Menschen mit Migrationsgeschichte II

Abb. 2 Alterspyramide 2016 nach Migrationserfahrung
Ergebnisse des Mikrozensus

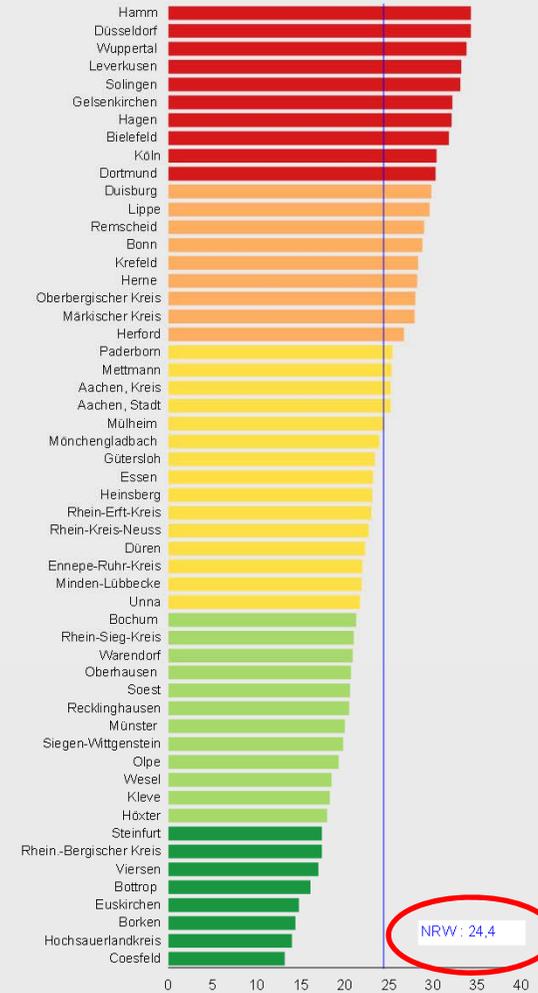
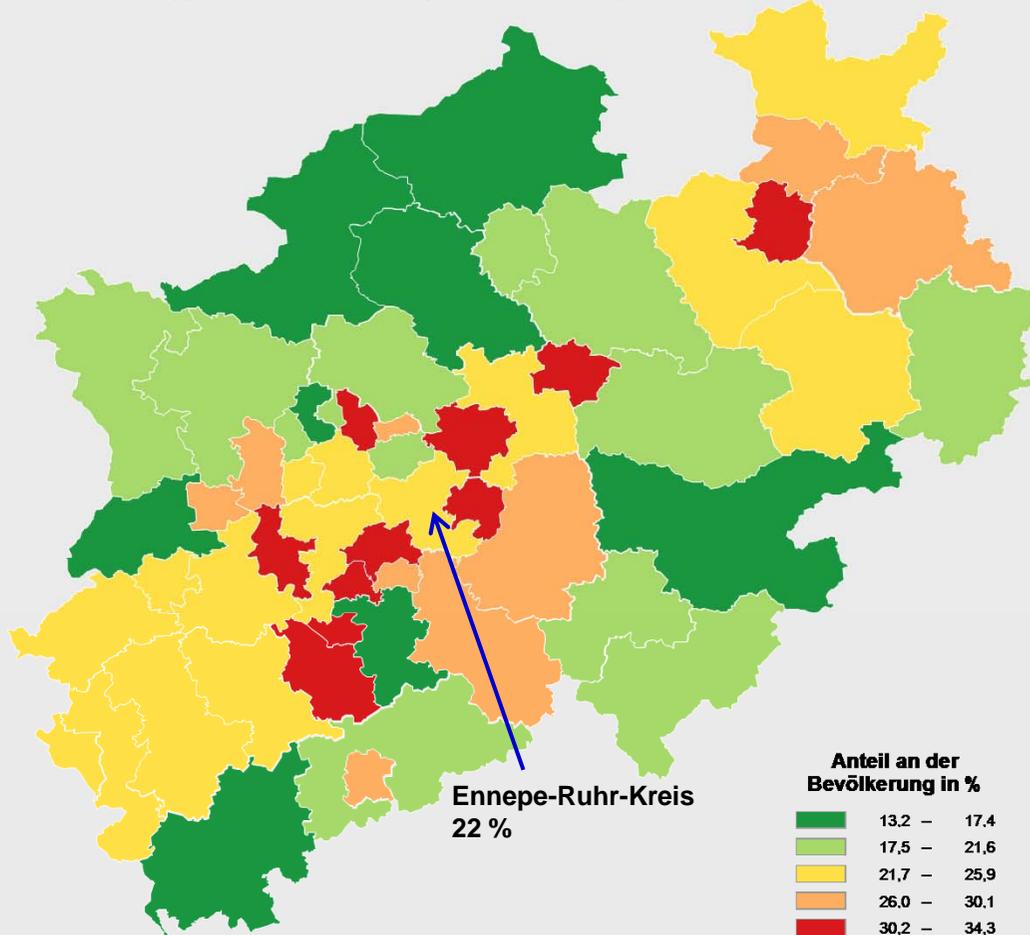


© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2017
Vervielfältigung und Verbreitung, auch
auszugsweise, mit Quellennachweis
gestattet.



Bevölkerung mit Migrationsgeschichte im Ennepe-Ruhr-Kreis 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 Ennepe-Ruhr-Kreis II

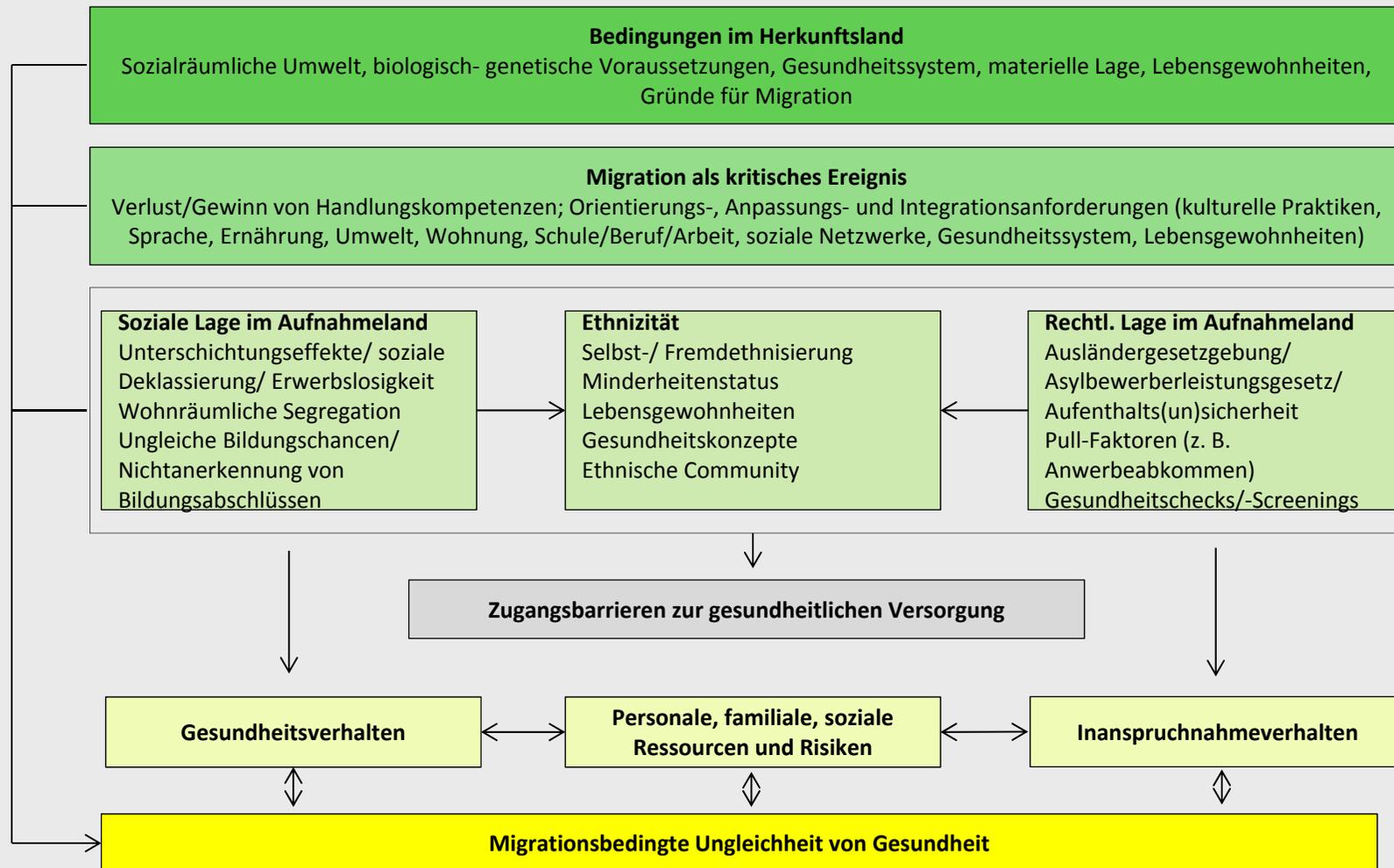
Bevölkerung mit Migrationsgeschichte nach Altersgruppen

Bevölkerung 2015 im Ennepe-Ruhr-Kreis				
Alter	insgesamt	ohne	mit	Migrationsanteil
		Migrationsgeschichte	Migrationsgeschichte	
1000				Zeilen-%
unter 30	86	58	29	33,1
30 – 55	115	87	28	24,3
55 und mehr	122	107	15	12,0
Insgesamt	323	252	71	22,0

Quelle: IT.NRW, 2017



Gesundheit von Migrantinnen und Migranten: Einflussfaktoren I



Quelle: Eigene Darstellung des LZG.NRW nach Quelle: Schenk/
Neuhauser 2007: 92 (Int J Public Health 52)



Gesundheit von Migrantinnen und Migranten II

subjektive Gesundheit

- Überwiegend positive Einschätzung der Gesundheit
 - 52 % Migrantinnen und Migranten
 - 57 % Menschen ohne Migrationshintergrund
- Unterschiede zwischen den Migrantengruppen:
 - guter Gesundheitszustand: ehemalige Arbeitsmigranten (41 %); Spätaussiedler (50 %); andere Migrantengruppen (59 %)
 - schlechte oder sehr schlechte Gesundheit: ehemalige Arbeitsmigranten (27 %); Spätaussiedler (14 %); andere Migrantengruppen (13 %)

funktionale Einschränkungen

- geringe Unterschiede mit und ohne Migrationshintergrund (22,1 % vs. 19,2 %)
- Unterschiede zwischen den einzelnen Migrantengruppen: ehemalige Arbeitsmigranten (35 %); Spätaussiedler (24 %); andere Migrantengruppen (16 %)



Gesundheit von Migrantinnen und Migranten III

körperliche Erkrankungen

- Anzahl der (selbstberichteten) körperlichen Erkrankungen ist ein Indikator für die körperliche Gesundheit
- besonderes Risiko Beeinträchtigung der Lebensqualität bei 5 oder mehr Erkrankungen
- Unterschiede zwischen den Migrantengruppen:
 - 5 oder + Erkrankungen: ehemalige Arbeitsmigranten (28 %); Spätaussiedler (13 %); andere Migrantengruppen (12 %)

Ressourcen

- Bewusstsein, viel erreicht zu haben (Zuversicht/Stärke)
- Soziale Netzwerke (Familie, Freunde, Nachbarschaft)
- Pflege des Kontakts in die alte Heimat
- Gesundheitsverhalten (z. B. geringerer Substanzmittelkonsum)



Gesundheit von Migrantinnen und Migranten : Altersarmut IV

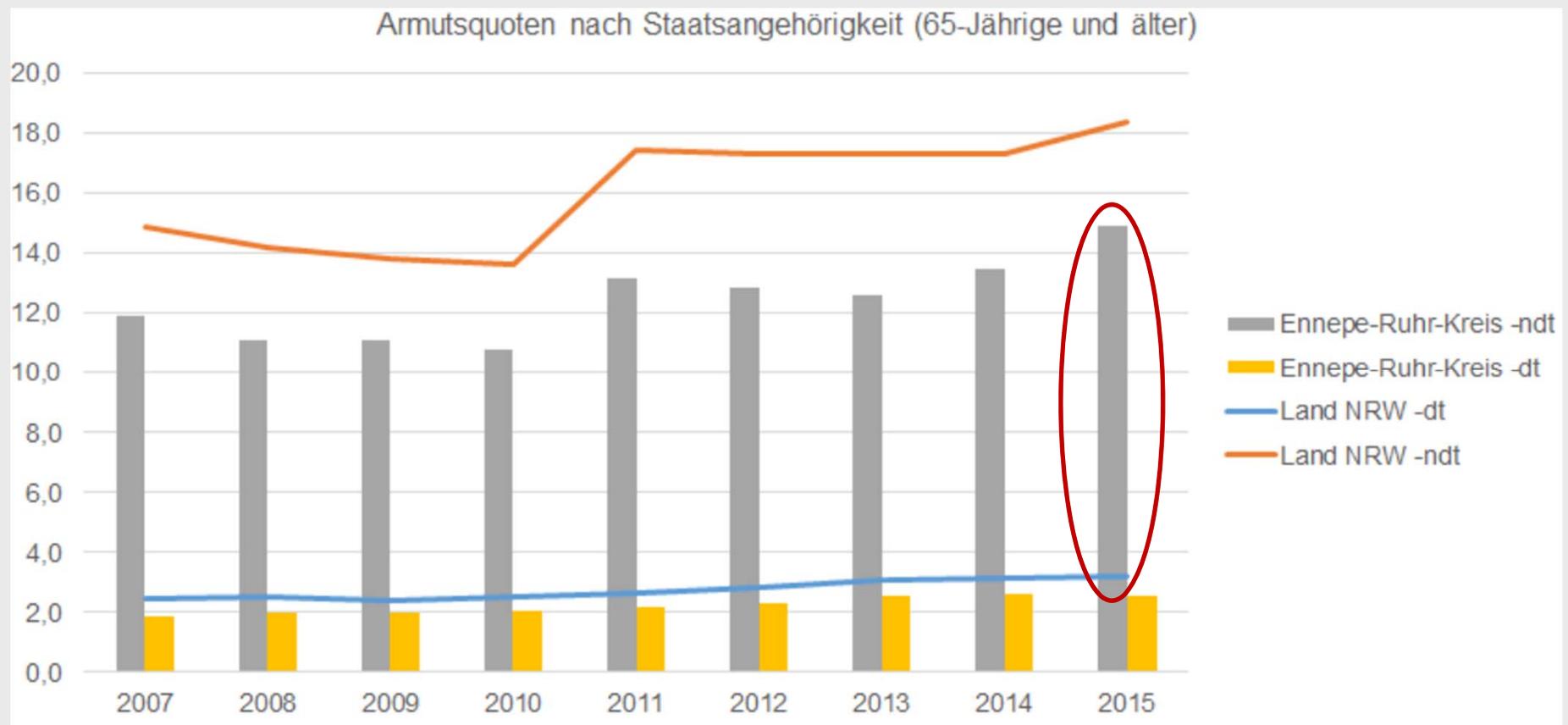
- Armutsrisiko mit 26 % doppelt so hoch, als bei Menschen ohne Migrationsgeschichte.
- In NRW sind 30,8 % der Bevölkerung mit und 12 % der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund armutsgefährdet.
- Gründe für höheres Armutsrisiko bei älteren Migrantinnen und Migranten in NRW:
 - geringeres Nettoeinkommen ca. 500 bis 1.000 Euro (48,7 % vs. 24,7 %)
 - durchschnittlich geringeres Bildungsniveau
 - weniger Wohneigentum

→ frühere Arbeitsmigrantinnen und -migranten der ersten Generation sind besonders von Altersarmut bedroht
- Diese Risikokonstellationen sowie die Wahrnehmung sozialer Ungleichheit führen zu Belastungen, die Einfluss auf die Gesundheit haben.



Gesundheit von Migrantinnen und Migranten : Altersarmut V

Blick in den Ennepe-Ruhr-Kreis:



Quelle: IT.NRW (2016); Abfrage des Ennepe-Ruhr-Kreises



Gesundheit Migrantinnen und Migranten: Pflegebedürftigkeit VI

- kaum repräsentative Daten zu Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarfen von Migrantinnen und Migranten
 - aktuelle und zukünftige Pflegebedarfe schwer zu schätzen
- 71 % der Pflegebedürftigen werden in Deutschland zu Hause gepflegt
 - unter den türkischstämmigen Migrantinnen und Migranten rund 98 %
- Pflegebedürftige Menschen mit Migrationsgeschichte:
 - durchschnittlich deutlich jünger als Menschen ohne Migrationsgeschichte (62 Jahre vs. 73 Jahre)
 - haben häufiger Pflegestufe 3 (15 % vs. 9 %)
 - seltenere Inanspruchnahme von Sach- und Hilfsleistungen
 - überwiegend ausschließlich Pflegegeld
 - Risiko einer Unterversorgung?



Gesundheit Migrantinnen und Migranten: Pflegebedürftigkeit VII

- Gründe für die Pflege zu Hause:
 - hohes familiäres Solidarpotential
 - Schwächere Einkommenssituation → Geldleistungen der Pflegeversicherung tragen zum Familieneinkommen bei
- Kompensationsfaktor Familie in der Pflege wird geringer:
 - Durch zunehmende Integration in die deutsche Gesellschaft
 - Anforderungen an die jüngere Generation, z. B. Mobilität im Erwerbsleben
 - Verkleinerung der Kernfamilie
 - Verlust an sozialen Ressourcen
 - Singularisierungseffekt bei älteren Migrantinnen und Migranten



Gesundheit(-sförderung) und Krankheit in verschiedenen Kulturen

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
- kulturell geprägtes (ganzheitliches) Schmerzempfinden

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 Glaube

- 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

Warum ist das so?

- keine Beschwerden = kein Handlungsbedarf für Gesundheitsfürsorge
- fehlende Anpassung von Angeboten an die Lebenslagen
- sprachliche Barrieren
- Informationslücken: Angebote sowie Teilnahmebedingungen
- Teilnahmegebühren/Finanzierungspraxis der Krankenkassen
- Pendelmigration
- 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
- Informationslücken und sprachliche Barrieren
- Schamgrenzen
- unterschiedliche Krankheits-/Gesundheits- und Geburtskonzepte
- stationäre sowie ambulante Versorgungsstrukturen sind nicht auf migrationsspezifische Bedürfnisse ausgerichtet
- Misstrauen gegenüber öffentlichen Einrichtungen und Fachkräften z. B.
 - Pflegeinstitutionen
 - deutsche Ärzte verwenden Maschinen vs. Ärzte aus dem Heimatland wenden Gespräche und Handauflegen an



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



Empfehlungen

- niedrigschwellige, zugehende, muttersprachliche Informations- und Beratungsangebote
 - Schlüssel-/Vertrauenspersonen hinzuziehen
- Berücksichtigung von Kultur und Religion in Gesundheitsförderung und Versorgung
- offener und vorurteilsfreier gegenseitiger Austausch
- Respekt und Interesse an anderen Kulturen
- Offenheit, das eigene Wertesystem kritisch zu reflektieren
- Vertrauen schaffen
- Orientierung an den Lebenslagen von Menschen mit Migrationshintergrund
- Anerkennung älterer Migrantinnen und Migranten als Experten ihrer eigenen Lage
- Vermeidung der Überbetonung sowie Verleugnung kultureller, ethnischer und religiöser Unterschiede



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. VVB – Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (2017): Report Altersdaten. Migrantinnen und Migranten in der zweiten Lebenshälfte.
- Institut Arbeit und Technik (IAT), Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung (ZfTI) (2017): Gemeinsam zuhause? Birlikte evde? Wohnalternativen für türkische Migrantinnen und Migranten. Endbericht.
- 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): Abfrage des Ennepe-Ruhr-Kreises 2016. Armutsquote nach Staatsangehörigkeit.
- 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 (Abruf: 20.02.2018).



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: 20.02.2018).

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.

Statistisches Bundesamt (2017): Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2016 – Alterspyramide Menschen mit Migrationserfahrung https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220167004.pdf?__blob=publicationFile (Abruf: 23.03.2018)

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

svenja.budde@lzg.nrw.de

www.lzg.nrw.de