



Workshops zum kommunalen Praxisdialog „Gesundheitsförderung mit älteren und für ältere Menschen“

2. Workshop Alter, Migration und Gesundheit

30. April 2015, Münster

Abstracts

in alphabetischer Reihenfolge

Ältere Migrantinnen und Migranten: Bevölkerung und gesundheitliche Lage

Svenja Budde

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)

Was bedeutet Migrationshintergrund?

Die Bundesrepublik Deutschland ist ein Einwanderungsland und durch Migration geprägt. Zu den Menschen mit Migrationshintergrund werden alle zugewanderten und nicht zugewanderten Ausländerinnen und Ausländer sowie alle nach 1955 in die heutige Bundesrepublik Deutschland zugewanderten Deutschen gezählt. Darüber hinaus gelten alle Deutschen mit mindestens einem nach 1955 in die Bundesrepublik Deutschland zugewanderten Elternteil als Menschen mit Migrationshintergrund (IT.NRW 2011).

Die Zielgruppe ältere Migrantinnen und Migranten

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund sind eine heterogene Bevölkerungsgruppe. Sie verfügen über eine unterschiedliche geographische, ethnische, kulturelle Herkunft, verschiedene Gründe der Migration und unterschiedliche Zeiten der Zuwanderung sowie über eine differenzierte Ausstattung an Ressourcen (BAMF 2012, Rommel et al. 2015). Viele von ihnen sind sogenannte Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter, Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler sowie nachgezogene Familienangehörige (Statistisches Bundesamt 2013, BAMF 2012). Ihre Lebenssituation ist häufig durch soziale Ungleichheit geprägt (prekäre Lebensumstände) (Olbermann 2010).

Bevölkerungsanteile und Struktur nrw- und bundesweit

Laut Mikrozensus 2013 leben in Deutschland 16,5 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, welches einem Bevölkerungsanteil von 20,5 % entspricht (Statistisches Bundesamt 2015).

Der Anteil der nordrhein-westfälischen Bevölkerung mit Migrationshintergrund lag 2013 bei 24,5 % (4,3 Mio.) (MAIS NRW 2014). Auch wenn Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in Nordrhein-Westfalen im Durchschnitt eine jüngere Altersstruktur als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund aufweisen – nur 10,5 % von Ihnen sind 65 Jahre und älter (MAIS NRW 2014) – befindet sich ein erheblicher Anteil der zugewanderten Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter bereits im Rentenalter. Diese Altersgruppe wird auch in Zukunft eine größere Bedeutung gewinnen, da Schätzungen zufolge sich der Anteil der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund auf Bundesebene bis Anfang 2030 von 8 % auf 15 % beinahe verdoppeln wird (BAMF 2012). Diese demografische Entwicklung wird sich auch auf Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention sowie auf die Gesundheitsversorgung auswirken.

Gesundheitliche Lage

Derzeit gibt es keine ausreichende Datenlage zur Gesundheit von älteren Migrantinnen und Migranten, weil sie lange Zeit nicht im Fokus des Forschungsinteresses standen. Aufgrund ihrer wachsenden Anzahl, ist inzwischen ein gestiegenes Interesse an dieser Bevölkerungsgruppe in der Forschungslandschaft zu verzeichnen (BAMF 2012).

Aktuell werden in Nordrhein-Westfalen Daten nach Migrationsstatus in unterschiedlichen Kontexten erhoben, wie bspw. im Rahmen der

Schuleingangsuntersuchungen (Erhebung der Erstsprache) sowie im NRW Gesundheitssurvey. Im NRW Gesundheitssurvey werden u. a. Aspekte zur subjektiven Gesundheit, chronische Erkrankungen, Bewegungs- und Ernährungsverhalten und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens erhoben. Diese Daten lassen auch Vermutungen hinsichtlich der Gesundheit und das Gesundheitsverhalten älterer Migrantinnen und Migranten zu.

Trotz der insgesamt lückenhaften Datenlage auf Bundesebene gibt es einige Forschungsergebnisse, die Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland zulassen. Es zeigt sich u. a., dass bei Migrantinnen und Migranten Alterskrankheiten, wie z. B. Demenz etwa fünf bis zehn Jahre früher auftreten, als bei Menschen ohne Migrationshintergrund (BAMF 2012, Olbermann 2010). Darüber hinaus gibt es eine hohe Zahl an psychischen Erkrankungsdiagnosen. Es wird vermutet, dass die Trennung von der Familie und politische Verfolgung im Herkunftsland sowie unklare rechtliche Aufenthaltsgenehmigungen zusätzliche psychosoziale Belastungen darstellen, die ebenfalls zu gesundheitlichen Problemen führen können (Binder-Fritz & Rieder 2014, Robert Koch-Institut 2012, 2008). Weiterhin ist in dieser Bevölkerungsgruppe häufiger Frühberentung und Erwerbsminderung sowie ein erhöhtes Risiko für ein früheres Auftreten von Pflegebedürftigkeit zu verzeichnen. Insgesamt bewerten Menschen mit Migrationshintergrund ihren subjektiven Gesundheitszustand schlechter als im Vergleich zur einheimischen Bevölkerungsgruppe (Olbermann 2010, Rommel et al. 2015).

In Bezug auf die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund ist der Healthy-Migrant-Effekt (Phänomen des gesunden Migranten) zu berücksichtigen. Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten waren zum Zeitpunkt der Einreise im Durchschnitt gesünder als die Mehrheitsbevölkerung und wiesen häufig niedrige Mortalitätsraten in bestimmten Altersgruppen auf (Glodny, Yilmaz-Aslan & Razum 2010). Aufgrund von prekären Lebensverhältnissen, gesundheitlich belastenden Arbeitsbedingungen, einem schlechten Zugang oder Nutzen von Gesundheitsleistungen nimmt dieser Effekt nach einigen Jahren ab. Es kommt zu einem Anstieg der Sterblichkeit in der Bevölkerungsgruppe der Migrantinnen und Migranten und altersbedingte chronische Erkrankungen treten in dieser Bevölkerungsgruppe früher auf (als im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung) (Glodny, Yilmaz-Aslan, Razum 2010, Razum 2009).

Warum Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Migrantinnen und Migranten?

Ältere Migrantinnen und Migranten stellen eine vulnerable Bevölkerungsgruppe dar, die geringere Chancen auf ein gesundes Altern hat. Deshalb ist eine umfassende zielgruppenorientierte Gesundheitsförderung und Prävention notwendig. Oberstes Ziel dabei ist, die Verbesserung der Lebensqualität, ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben im Alter zu ermöglichen sowie vorzeitiger Hilfe- und Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken (Olbermann 2010). Gesundheitsförderung setzt dabei an den Ressourcen auf Verhaltens- und Verhältnisebene an.

Ressourcen und Risikofaktoren

Ältere Migrantinnen und Migranten verfügen über nennenswerte soziale und gesundheitsbezogene Ressourcen, die sich positiv auf ihren Gesundheitszustand auswirken können. So gilt die Familie als wichtigste Ressource. Eine aktive Lebensgestaltung (z. B. Pendeln zwischen Herkunfts- und Aufnahmeland) (Olbermann 2013) sowie ein geringerer Substanzmittelkonsum (Tabak und Alkohol) sind weitere relevante Ressourcen. Der Substanzmittelkonsum ist dabei abhängig von Herkunftsland, Geschlecht und sozialer Lage (Rommel et al., 2015). Weiterhin

bauen sie oft soziale Netzwerke auf, die positive Effekte auf das Wohlbefinden haben können (RKI, 2012). Einige ältere Menschen mit Migrationshintergrund besitzen gute Deutschkenntnisse und höhere Bildungsabschlüsse. Diese üben häufig die Funktion der Vermittler oder Multiplikatoren im Gemeinwesen aus (Olbermann 2013). Die genannten Ressourcen bieten gute Anknüpfungspunkte für Gesundheitsförderung und Prävention.

Neben den bereits genannten gesundheitsrelevanten Ressourcen konnten auch Risikofaktoren bei zugewanderten Personen identifiziert werden. Zu den zentralen Risikofaktoren zählen z. B. Tabakkonsum, Bewegungsmangel, Übergewicht sowie prekäre Lebensumstände (Walter et al. 2014, Rommel et al. 2015, Olbermann 2010, 2013). Es ist allerdings zu betonen, dass nicht der Migrationshintergrund mit einem schlechteren Gesundheitszustand einhergeht sondern der soziale Gradient (geringeres Bildungsniveau, schlechtere Wohnverhältnisse, prekäre Beschäftigungsfelder) zur gesundheitlichen Ungleichheit führt.

Literatur:

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.

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

Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) (2011): Zensus. Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen am 9. Mai 2011 nach dem Migrationsstatus. Verfügbar unter: https://www.it.nrw.de/statistik/z/daten/tab5_html.html (Abruf: 20.04.2015)

Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAIS NRW) (2014): 3.Kommentierte Zuwanderungs- und Integrationsstatistik Nordrhein-Westfalen. MAIS NRW: Düsseldorf. Verfügbar unter: https://www.google.de/search?q=3.+Kommentierte+Zuwanderungs-+und+Integrationsstatistik+Nordrhein+Westfalen&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla.de:official&client=firefox-a&channel=nts&qfe_rd=cr&ei=r4EGVdbTFY7rOffpgIAP. (Abruf: 23.04.2015).

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: 23.04.2015).

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

Razum O. (2009): Migration, Mortalität und der Healthy-migrant Effect. In: Hurrelmann K, Richter M (Hrsg.). Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Springer-Verlag: Heidelberg.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. RKI: Berlin.

Robert Koch-Institut (RKI) (2012): Gesundheit und Migration. RKI: Berlin. Verfügbar unter:
http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Migration/GesundheitMigration/migration_gesundheit_node.html (Abruf: 14.01.2014).

Rommel, A., Saß, A.C., Born, S., Ellert, U. (2015): Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. Online-Publikation. Springer-Verlag: Heidelberg.

Statistisches Bundesamt (2015): Migrationshintergrund. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden. Verfügbar unter:
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/Migrationshintergrund.html> (Abruf: 23.04.2015).

Statistisches Bundesamt (2013): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2012. Fachserie 1 Reihe 2.2. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden. Verfügbar unter:
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220127004.pdf?__blob=publicationFile (Abruf: 16.12.2014).

Walter, U., Bisson, S., Gerken, U., Machleidt, W., Krauth, C. (2014): Gesundheits- und Präventionsverhalten von Personen mit und ohne Migrationshintergrund. Das Gesundheitswesen. Online-Publikation. Georg Thieme Verlag KG: Stuttgart.

Niedrigschwellige Arbeitsweise – Ein Zugang zu älteren Menschen mit Migrationshintergrund

Svenja Budde

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)

Barrieren für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Trotz der positiven Tendenzen zur Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Maßnahmen hinsichtlich der physischen und psychischen Gesundheit sowie dem sozialen Wohlbefinden, bei Menschen mit Migrationshintergrund, liegt in dieser Bevölkerungsgruppe ein geringes Inanspruchnahmeverhalten von gesundheitsförderlichen Angeboten vor. Eine bundesweite Studie belegt, dass ältere Migrantinnen und Migranten in Bezug auf die Inanspruchnahme von gesundheitsförderlichen Angeboten oder Leistungen des Gesundheitswesens die am wenigste erreichte Bevölkerungsgruppe darstellt (Olbermann 2010, 2012). Gründe, die zu einer geringeren Inanspruchnahme und einen erschwerten Zugang von gesundheitlichen Leistungen führen können, sind u. a. sprachliche Barrieren, Informationslücken oder kulturelle Unterschiede (BAMF 2012, Robert Koch-Institut 2008, Olbermann 2010, 2012, Maier et al. 2015).

Gesundheitsförderung und Prävention – Wie können ältere Migrantinnen und Migranten erreicht werden?

Eine niedrigschwellige, kultursensible Arbeitsweise kann helfen, diese Barrieren zu überwinden und zu einer besseren Erreichbarkeit dieser Zielgruppe führen. Diese Arbeitsweise ist aufsuchend sowie begleitend und berücksichtigt die jeweilige migrationsbedingte Lebenslage (Setting-Ansatz). Eine Grundvoraussetzung hierfür sind Kenntnisse über den Alltag und die Lebenssituation älterer Migrantinnen und Migranten sowie über die spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse. In gesundheitsförderlichen Angeboten sollte eine kultursensible und niedrigschwellige Arbeitsweise beispielsweise die folgenden Aspekte berücksichtigen. Es sollten Strukturen und Angebote genutzt werden, die von Älteren mit Migrationshintergrund bereits akzeptiert werden (Schattschneider et al. 2014). Angebote sollten in Muttersprache durchgeführt werden und an die Bedürfnisse der Zielgruppen angepasste Materialien beinhalten sowie in enger Zusammenarbeit mit älteren Menschen mit Migrationshintergrund entwickelt werden (Walter et al. 2014). Weiterhin sind wohnortnahe bzw. verkehrsgünstige und kostenfreie Angebote einzurichten. Ältere Menschen mit Migrationshintergrund sollten direkt angesprochen werden. Weiterhin ist zu empfehlen, dass hier eine Vermittlung durch eine vertraute Bezugsperson erfolgt (Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft 2013, Olbermann 2012, Schattschneider et al. 2014).

Literatur:

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

Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2013): Maßnahmen für Migranten: Vernetzen und voneinander profitieren. Newsletter Netzwerk Gesund ins Leben Nr. 30 (12.11.2013). Verfügbar unter <http://www.gesund-ins-leben.de/fuer->

fachkraefte/newsletter/newsletter-archiv/newsletter-nr-30-vom-12112013/#c10597

(Abruf: 23.04.2015).

Maier, I., Kriston, L., Härter, M., Hölzel, L.P., Bermejo, I. (2015): Psychometrische Überprüfung eines Fragebogens zur Erfassung der Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Personen mit Migrationshintergrund. Das Gesundheitswesen. Online-Publikation. Georg Thieme Verlag KG: Stuttgart.

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

Olbermann, E. (2012): Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Public Health Forum. 20 (74).

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. RKI: Berlin.

Schattschneider, R., Buchcik, J., Westenhöfer, J., Deneke, C., Schmoecker, M. (2014): Gesundheitsförderung älterer türkischer Migrantinnen. Möglichkeiten, Grenzen und Ergebnisse von Interventionen. Prävention und Gesundheitsförderung 4. Online publiziert.

Walter, U., Bisson, S., Gerken, U., Machleidt, W., Krauth, C. (2014): Gesundheits- und Präventionsverhalten von Personen mit und ohne Migrationshintergrund. Das Gesundheitswesen. Online-Publikation. Georg Thieme Verlag KG: Stuttgart.

„Gesundes Altern“: Vorhaben zum Aufbau neuer Strukturen in der Gesundheitsprävention

*Sinan Kumru, Dipl. Politologe
AWO Essen*

Die Gesundheitsversorgung der älteren Migranten und Aussiedler ist defizitär. Es gibt erhebliche Hindernisse beim Zugang zum Gesundheitssystem. Die gesundheitliche Versorgung und vor allem Prävention für alle älteren Migranten und Aussiedler auf einem qualitativ hohen Niveau sicher zu stellen, ist aus der Perspektive der Wohlfahrtsverbände eine Herausforderung und aus der gesellschaftlichen Perspektive eine sozialpolitische Aufgabe.

Ältere Migranten sowie Aussiedler sind eine heterogene Gruppe. Nicht nur wegen der Herkunft und Ethnizität, sondern auch der gesellschaftlichen Milieus, zu denen sie gehören. Dementsprechend unterschiedlich können der gesundheitliche Zustand sowie die Erwartungen und Bedürfnisse an das Gesundheitssystem sein. Sprach- und Kulturbarrieren erschweren ebenfalls Anamnese, Diagnose, Therapie und Rehabilitation.

Verbesserung der Versorgungslage älterer Migranten sowie Aussiedler ist nur mit dem Aufbau neuer Strukturen in der Gesundheitsprävention wie intensive gesundheitliche Aufklärung und zielgruppenspezifische Informationen über die Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung, Etablierung der Selbsthilfe in den Communities, Herantragen gezielter Präventionsmaßnahmen an die Zielgruppe, sowie interkulturelle Sensibilisierung und Öffnung der Gesundheitseinrichtungen möglich.

Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen Über Beteiligungsprozesse die Zielgruppe erreichen

Marcus Wächter

*Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e. V.*

Als Reaktion auf die zunehmende Heterogenität der Bevölkerung in Deutschland wird in den letzten Jahren verstärkt die interkulturelle Öffnung von Institutionen, Organisationen und Einrichtungen gefordert. Interkulturelle Öffnung beschreibt einen Organisationsentwicklungsprozess, der die Ziele verfolgt, Zugangsbarrieren für Menschen, die nicht der Mehrheitsgesellschaft angehören, abzubauen und eine gleichwertige Qualität in Behandlung, Beratung und Betreuung herzustellen. Interkulturelle Orientierung wird in der Einrichtung als Querschnittsthema verankert und findet sich in der Gesamtkonzeption, im Leitbild, in der zielgruppenorientierten Ausrichtung und Bewerbung der Angebote, in der Vernetzung mit Migrantenselbstorganisationen, der Außendarstellung der Einrichtung, und in Vereinbarungen zum Umgang mit Diskriminierung sowie Rassismus wieder.

Ein wichtiger Bestandteil für gelingende interkulturelle Öffnungsprozesse ist die aktive Beteiligung von Zugewanderten und ihren Interessenvertretungen. Was zunächst sehr einfach klingt ist in der Praxis aber harte Arbeit. Das Expertenwissen der Betroffenen liegt nicht an der Oberfläche und wird bereitwillig preisgegeben. Schwer erreichbare Gruppen sind auch für die Teilnahme an Beteiligungsprozessen nicht einfach zu motivieren. Entscheidend für gelingende Partizipation ist, wie Beteiligung definiert wird. Geht es nur um eine Nutzerbefragung oder soll eine tatsächliche Umverteilung von Machtverhältnissen erreicht werden? Bekommen Betroffene ein Mitspracherecht bei Entscheidungen?

Die Möglichkeit mitbestimmen zu können, kann für schwer erreichbare Gruppen die treibende Kraft sein, sich auch beteiligen zu wollen. Eingewanderte haben über die Jahre ein sehr feines Gespür dafür entwickelt zu erkennen, ob es um eine bloße Anhörung der Meinung oder ob es um echte Partizipation geht. Klar ist aber auch: Partizipation will gelernt sein. Oftmals müssen Vorstufen realisiert werden bevor eine umfassende Beteiligung an Entscheidungsprozessen möglich ist.

Der Vortrag führt Beteiligungsprozesse als essentieller Faktor in die Diskussion um die interkulturelle Öffnung von Gesundheitseinrichtungen ein. Dabei wird neben der Darstellung von Beteiligungsmethoden auch auf die Bedeutung der Vernetzung im Vorfeld einer interkulturellen Öffnung eingegangen.