

Sind Migranten anders krank?

Kultursensible psychiatrische Behandlung in der Migrantenambulanz der LVR-Klinik Langenfeld

Dr. Murat Ozankan

Werden die bereits eingebürgerten Migranten und Spätaussiedler dazugerechnet, leben in Deutschland über 15 Millionen Menschen mit einem Migrationshintergrund. Davon stammen ca. 3 Mio. ursprünglich aus der Türkei und etwa 4 Mio. Spätaussiedlern aus osteuropäischen Ländern.

Seit inzwischen 50 Jahren gehören diese »Menschen mit Migrationshintergrund « auch zum Alltag der medizinischen Versorgung. Obwohl die Migration in der heutigen Gesellschaft einen dauerhaften und zunehmenden Prozess darstellt und nie abgeschlossen sein wird, ist die Integration der Migranten in das bestehende Gesundheitssystem nach wie vor defizitär.

Theoretisch haben Migranten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, dieselben Rechte wie die Deutschen. Insbesondere bei der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung trifft dies de facto nicht zu. Bei (angenommen) gleicher psychischer Morbidität gehen etwa die Hälfte der Migranten in ambulante bzw. stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung.

Behandlungsangebot der Migrantenambulanz der LVR-Klinik Langenfeld

Unser Angebot in der Migrantenambulanz hat 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. Als Mitarbeiter verschiedener Institutionen hatten wir in unseren vorherigen Tätigkeiten mit unserem Migrationshintergrund nicht immer positive Erfahrungen gemacht. Über eine Art unkritischen Automatismus wurde häufig versucht, uns als „Türkenexperten“ Patienten mit Migrationshintergrund zuzuweisen. Die Auseinandersetzung der deutschen Kollegen mit diesen Patienten wurde oft vermieden. Daher war dieses Projekt für uns eine Art von „Flucht-Nachvorn“: weg von „ad-hoc Konsultationen“ und hin zu einem organisierteren zielgruppenspezifischeren und mitarbeiterfördernden Therapieangebot.

Die anfängliche Situation war sehr davon geprägt, eines migrantenspezifischen Ansatzes innerhalb einer großen Versorgungsklinik bzw. LVR zu rechtfertigen. Unser Behandlungsangebot richtet sich vorrangig an türkisch – und seit April 2007 russischsprechende Patienten. Andere Nationalitäten bilden kein Ausschlusskriterium, etwa 10% kommen aus anderen Ländern wie Marokko, Iran, Polen, Griechenland und ehem. Jugoslawien.

Für das Fortbestehen der Migrantenambulanz auch über die einjährige Modellphase hinaus war von Beginn an die Voraussetzung zu erfüllen, dass sich das Projekt finanziell selbstständig tragen müsse. Es hat sich gezeigt, dass die Migrantenambulanz nur allmählich von einem „Nischen-Dasein“ zu einer einbezogenen Einheit in der Behandlungskette unseres Krankenhauses werden konnte, bzw. Am Werden ist.

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.

Die Patienten befinden sich häufig in schwierigen sozialen Konstellationen in ihrer Familie, Gemeinde, oder Arbeitswelt, wobei es häufig zu Rollenkonflikten und/oder sozialem Rückzug kommt. Krankheiten wie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung stellen dann nicht selten die einzig möglichen „Lösungsversuche“ für soziale Konfliktsituationen dar, in denen keine Verhaltensspielräume mehr zu bestehen scheinen.

Die Patienten leiden unter einem starken Beschwerdedruck. Es handelt um bereits über mehrere Jahre chronisch verlaufende psychosomatische Erkrankungen, die zu langen Arbeitsunfähigkeitszeiten geführt haben. Vielen Patienten fällt es außerordentlich schwer, die Psychogenese ihrer psychosomatischen Erkrankungen anzuerkennen. Wenn eine solche Krankheitseinsicht erzielt werden kann, besteht häufig die unrealistische Erwartung, dass durch eine kurzfristige ärztliche Behandlung eine vollständige Heilung erfolgen müsste. Bei Patienten mit Migrationshintergrund kommt es häufig zu einer Überversorgung bzgl. ambulanter Arztbesuche und Facharztkontakte wie auch apparativer Diagnostik und medikamentöser Behandlung.

SUCHTERKRANKUNGEN

Auch **Sucht und Krankheit** werden kulturell divers verstanden.

Was als suchtkrank, abhängig oder süchtig bezeichnet wird, und an welche Stoffe dies gebunden ist, hängt stark davon ab, was die Gesellschaft als „normal“ und „üblich“ bezeichnet.

1. Beim Alkohol- und Drogenkonsum liegen Migranten leicht unter dem deutschen Durchschnitt, eine überproportionale Häufung findet sich nur im Zusammenhang mit illegalen Drogen bei jüngeren Migranten. Es ist auch eine Erfahrung psychiatrischer Kliniken, dass dort zur stationären Entgiftung Muslime weniger mit Alkohol- als mit Drogenproblemen behandelt werden.
2. Medikamentenabhängigkeit (Schmerz-, Beruhigungsmittel)
3. Spielsucht

GRÜNDE FÜR DIE MANGELNDE INANSPRUCHNAHME FÜR PSYCHIATRISCHE HILFSANGEBOTE

• **Unkenntnis der Beratungs- und Hilfssysteme**

Psychosoziale Beratungs- und Hilfssysteme sind den Migranten aus ihrem Herkunftsland meist wenig bekannt; z.B. ist für viele Migranten die Organisationsform und Stil der in Deutschland praktizierten Drogenhilfe schwer nachvollziehbar. Für Menschen, die aus Gesellschaften stammen, in denen Drogenkonsum vor allem mit repressiven Ansätzen bekämpft wird, ist der Ansatz einer akzeptanzorientierten Drogenarbeit oft nicht zu durchschauen.

Die Angehörigen und Betroffene formulieren dann Schwellenängste und Misstrauen gegenüber Institutionen, da für sie die Unterscheidung zwischen ‚Suchthilfesystem‘ und ‚staatlicher Organisation‘ nicht transparent ist. Zahlreiche devianzbezogene Themen sind bei Migranten noch tabuisiert, Drogenkonsum zählt mit in diesen Bereich. Dies lässt sich besonders bei türkischen Familien beobachten, die stark traditionsgebunden sind.

Sie versuchen die Drogenprobleme ihrer Kinder innerhalb der Familie zu lösen, um ihren gesellschaftlichen Ruf und ihr Ansehen zu schützen. Die meisten türkischen Frauen sind

um ihre drogengefährdeten Kinder sehr besorgt, jedoch von Informationen zum Thema Drogen abgeschnitten, weil die Mütter immobil und im öffentlichen Raum wenig präsent sind.

Obwohl deutsche Medien häufig über Drogenabhängigkeit informieren, greift die erste und auch die zweite Generation der Türken auf diese Informationen nur wenig zurück, weil diese sich über türkische Satellitensender informieren, die im Gegensatz zu den deutschen Medien keine nüchtern-objektive sondern emotionsbeladene Berichte und Reportagen zum Thema liefern.

Die Drogenberater erreichen Migranteneltern schlechter als deutsche Eltern. Wegen zeitlicher und sprachlicher Probleme und aufgrund von Schwellenängsten nehmen sie an Elternabenden nur selten teil.

- **Angst vor ausländerrechtlichen Konsequenzen**

Wegen unzureichender Erfahrungen mit Behörden haben Migranten in Bezug auf eine diskrete Behandlung von Informationen wenig Vertrauen. Dieses Misstrauen wird zusätzlich durch das Ausländergesetz geschürt, welches die Gesetzesregelung beinhaltet, wonach von Drogenabhängigkeit betroffene Migranten ausgewiesen werden können.

Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz können ab einem Strafmaß von 2 Jahren auch bei Migranten mit einem verfestigten Aufenthaltsstatus zur Ausweisung führen. Bei Migranten mit unsicherem Aufenthaltsstatus werden schon bei sehr viel geringeren Strafen aufenthaltsbeendende Maßnahmen eingeleitet.

Asylbewerber, Flüchtlinge und andere Migranten mit unsicherem Aufenthaltsstatus in Deutschland haben keinen Anspruch auf therapeutische Maßnahmen. Wegen dauerhafter Arbeitslosigkeit, Vorstrafen, versäumter Meldefristen oder ausgelaufener Aufenthaltsgenehmigung übernehmen Kostenträger die Behandlung nicht.

Solche Vorfälle kommen unter drogensüchtigen Jugendlichen vor. Für Migranten ist Drogenabhängigkeit mit wesentlich höheren Strafrisiken verbunden. Daher befinden sich betroffene abhängige Migranten in einer schwierigen Situation.

- Es gibt meist ein **unterschiedlicher Therapieverständnis** muslimischer Patienten und deutscher Therapeuten: Während der Migrant eine umgehende Hilfe durch eine Autorität erwartet, zielt der deutsche Therapeut auf die Mobilisierung eigener Ressourcen zur Lösung des Problems. Das familiäre Autoritätsverhältnis steht im krassen Gegensatz zur sachlichen, kameradschaftlichen Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut und Patient.

Für den Migranten ist die soziale Gruppe ein Ort der Identität und Bewertung, der Therapeut hingegen will die Autonomie und Selbstverantwortung seines Patienten fördern. Probleme und Konflikte verortet der Therapeut innerhalb der Person, der Migrant aber außen, besonders in zwischenmenschlichen Beziehungen. Deshalb komplizieren das unterschiedliche Therapieverständnis und das niedrige Individualisierungsniveau dieser Migranten den Zugang zu selbstreflexiven psychologischen Verfahren.

Drogenabhängige Migranten, vor allem die männlichen, haben in ihren Familien kaum gelernt, über innere Sorgen und Nöte zu kommunizieren. Durch die Bewältigung des überdurchschnittlichen Alltagsstresses sind die Familienenergien stark absorbiert. Es herrscht eine gewisse Sprachlosigkeit zwischen den Generationen. Konkrete lebenspraktische Hilfen, direktive Ratschläge und klare Strukturen werden erwartet und keine endlosen Gespräche, in denen die Verantwortung immer wieder an den Klienten zurückgegeben wird. Meist befinden sich die Migranten in Unkenntnis darüber, was unter

einer Therapie zu verstehen ist und unter welcher Zielsetzung sie durchgeführt wird. Aus diesen Gründen versuchen diese Familien ihre Probleme mit eigenen Mitteln zu lösen, so wie sie es von ihren Eltern gelernt haben.

Die drogenabhängigen Jugendlichen werden nicht selten zu ihren Verwandten in die Türkei geschickt, um sie aus ihrer Konfliktlage zu befreien. Wählen die Familien der Jugendlichen einen anderen Weg als diesen, lassen sie ihre Kinder im Zuge einer drogenfreien Zwischenphase verheiraten, geprägt von der Hoffnung, dass sich ihre Kinder in das Rollenschema des türkischen Familienbilds einfügen, das durch Verantwortung und Einhaltung der Traditionen gekennzeichnet ist.

Dies ist jedoch problematisch, weil das Drogenproblem dadurch nicht gelöst und nur eine zusätzliche Person, die neue Ehepartnerin des Drogenkonsumenten, in die Problemsituation involviert wird. Sollten aus dieser Ehe Kinder hervorgehen, ohne dass es zu einer Problemlösung kommt, ist ein vielseitig gestörtes familiäres Gefüge die Folge.

Die Ehefrauen werden in der Regel aus der Türkei nach Deutschland verbracht in der Einschätzung der Eltern des Drogensüchtigen, dass Frauen jüngeren Alters sich noch der türkischen Gesellschaftstradition und den Familienwerten verbunden fühlen und infolgedessen den Stresssituationen, die drogensüchtige Personen zwangsläufig produzieren, besser standhalten könnten, als dies nicht direkt aus der Türkei stammende Frauen zu tun vermögen. Diese Annahme entspricht jedoch nicht immer der Realität.

Türkisch-Islamische Grundhaltungen und ihre Auswirkungen auf das Drogenhilfesystem

Der traditionsgebundene Aspekt ist in jeder islamischen Gesellschaft anders ausgeprägt, und in der türkischen Gesellschaft sind Religion und Tradition stark verschmolzen. In der Türkei ist die traditionelle Kerngemeinschaft die Großfamilie. Zur Charakterisierung dieser Kerngemeinschaft sind folgende vier Begriffe zur Kennzeichnung von Grundeinstellungen von zentraler Bedeutung, die sich auch auf die Einstellungen und Verhaltensweisen in Bezug auf Drogen und Sucht auswirken:

Ehre (Namus), Ansehen (Seref), Respekt gegenüber den Älteren (Saygi), sowie die Liebe zu den Jüngeren (Sevgi). Dem Älteren gilt der Respekt (saygi) des Jüngeren. Es gibt eine Menge symbolischer Handlungen, vor allem sollte dem Älteren nicht widersprochen werden. Wenn der Vater zum Beispiel den drogenabhängigen Sohn in die Türkei zu Verwandten schicken will, kann der Sohn sich gegen diese Entscheidung nicht wehren. Die Mütter merken oft schon früher, dass ihre Kinder Drogen konsumieren, aber sie wagen es nicht, mit dem Vater darüber zu sprechen. Hinzu kommt die Belastung durch Uninformiertheit, die oft zu Hilflosigkeit führt. Die Mütter von Drogenabhängigen sind wichtige Ansprechpartner für Aufklärungskampagnen.

Die Begriffe „Liebe“ und „Zuwendung“ besitzen in der Familie einen hohen Stellenwert. „Liebe“ wird oft dadurch zum Ausdruck gebracht, dass ältere Familienmitglieder dem Jüngeren in einer Notlage Hilfe gewähren. Eltern und ältere Geschwister sind zur Fürsorge für jüngere Familienmitglieder verpflichtet und tragen die Verantwortung für sie. „Dem drogenabhängigen Sohn wird daher immer wieder geholfen werden, solange dieser seinen Eltern und älteren Geschwistern gegenüber genügend Respekt bezeugt.“ Ziel der Fürsorge ist es, dem Jüngeren dazu zu verhelfen, eine eigene Familie zu gründen. Das Unverheiratetsein wird als Ursache für das Fehlverhalten eines jungen Menschen betrachtet. Aus diesem Grund fühlen sich die betroffenen Familien verantwortlich, ihre abhängigen Kinder heiraten zu lassen, obwohl dieser Versuch fast immer misslingt.

Durch familiäre Hilfe kann es vermehrt zur Co-Abhängigkeit kommen. Wegen innerfamiliärer Bindungen ist bei türkischen Familien der Ablösungsprozess ganz allgemein zudem oft sehr schmerzhaft und lang. „Ablösungsprozesse von der Mutter, dem Vater, ja dem ganzen Familienverband sind nicht vorgesehen. Sie sind im Gegenteil negativ besetzt und werden als Verantwortungslosigkeit, Respektlosigkeit oder Sittenverfall gewertet.“

Die vorangegangenen Ausführungen zeigen deutlich, wie wichtig es ist, die Familien von Migranten, besonders derjenigen, die stark in der traditionellen Familienstruktur verwurzelt sind, in die Therapie einzubeziehen. Es zeigt sich allerdings auch, wie schwer es unter Umständen ist, mit der Familie therapeutisch zu arbeiten, weil eine Tendenz zur Abgrenzung nach außen besteht und sie Probleme zunächst innerhalb der Familie zu lösen versuchen.

Die Rolle der Religion

Es gibt unter in Deutschland lebenden türkischen Migranten sowie auch unter türkischen Einheimischen noch streckenweise die Haltung, bei der Problemlösung im Drogenbereich traditionelle Heiler und Heilkundige aufsuchen zu müssen. Die Heilkundigen sind der Bevölkerung vertraut und bieten für sie nachvollziehbare Erklärungsmodelle an.

Diese Heilkundigen stellen jedoch keine homogene Gruppe dar, gründen ihre Heilangebote auf verschiedene, oft familiär tradierte Kenntnisse und Erfahrungen und haben unterschiedliche Vorgehensweisen und Methoden. In Islamischen Glaubensrichtungen werden Krankheiten mit Gottes Kenntnis und Erlaubnis hervorgerufen. In diesem Krankheitsverständnis wesentliche Gründe für die Tabuisierung der psychischen Erkrankungen, die von Schuld und Schamgefühlen begleitet werden. Neben der Krankheitsentstehung ist in islamischen Kulturen vorallem auch die Interpretation und Sinnggebung einer Krankheit wichtig, hier lassen sich zwei wesentliche Sinndeutungen ableiten:

- Krankheit als Prüfung Gottes und
- Krankheit als Gnadenerweis und Sündenergebung, das ganze Erderleben ist somit ein Prüfungsort vor Gott.

DEPRESSIVE ERKRANKUNGEN

STRESSFAKTOREN BEI MIGRANTEN

Besonders betont werden die Rolle von „Stress“ bei den „migrationsassoziierten“ Suchterkrankungen sowie der Wegfall von ansonsten protektiv wirkenden Faktoren.

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 in ein meist fremdes Land ist häufig ein Vorgang, der über eine lange Zeit intrapsychisch mit einem niedrigen Gefühl der Kontrollierbarkeit einhergeht.

Migranten befinden sich vor und nach dem Migrationsakt häufig in einer sozialen Situation mit einem hohen Maß an Fremdbestimmtheit und subjektiv geringer Möglichkeit, die eigene Lebenssituation kontrollieren zu können. Dies führt zu einem hohen Ausmaß an (intrapsychischem) „Stress“. 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
- Konfliktsituationen durch unterschiedliche Normen und Werte:

Die Familien vieler jugendlicher Migranten in Deutschland kommen aus kollektivistischen bzw. traditionellen Gesellschaften. In den Familien werden ihnen die Normen und Werte der Herkunftsgesellschaft vermittelt. In der Schule, Freizeit und Arbeitswelt übernehmen sie parallel die Werte der Aufnahmegesellschaft, die individualistischer orientiert sind. Die Wertschätzung der Biculturalität von der eigenen Familie und der Mehrheitsgesellschaft entscheidet meist darüber, ob es als Chance oder Risiko mit entsprechenden Identitätskonflikten erlebt wird.

- Schlechtere Qualifikation in Schule und Beruf

Das schlechte Abschneiden von ausländischen Kindern bei der PISA-Studie ist hierfür ein Indiz. Aber auch härtere Fakten, wie die Arbeitslosenquote von ausländischen Jugendlichen, die ca. doppelt so hoch ist, wie die ihrer deutschen Altersgenossen, zeigt, dass in Zukunft für die gesellschaftlichen Integrationschancen noch viel zu tun bleibt.

Diesen Aspekt darf auch die Suchthilfe in der Prävention, Beratung und Therapie und besonders wichtig der Rehabilitation nicht aus den Augen verlieren. Gute schulische und berufliche Perspektiven sind wichtige Schutzfaktoren gegen Suchterkrankungen. Migranten haben auch bei ausreichenden Sprachkenntnissen eine schlechtere Perspektive auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Ein vorhandener Arbeitsplatz gilt jedoch als ein günstiger Verlaufsparemeter für den Verlauf von Suchterkrankungen.

- 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 Migration führt häufig zu Rollenkonflikten innerhalb der Familie, etwa durch eine Verschiebung der Einkommensverhältnisse oder einen migrationsbedingten sozialen Abstieg. Die Ablehnung eines gewünschten Ehepartners durch die Familie und Schwierigkeiten geschiedener oder verwitweter Frauen; Diese Konflikte gelten als Risikofaktor für die Entwicklung einer Suchterkrankung.

- **Kommunikationsschwierigkeiten / Sprachliche Defizite:**

Viele Jugendliche der 3. Generation lernen in ihren Familien die Sprache ihrer Herkunftsheimat. In der Schule und im Alltag dagegen wird häufig die Muttersprache nicht gefördert. Der Erwerb der deutschen Sprache als neue Sprache wird dann ebenfalls schwierig. Häufig ist dann eine Mischsprache („Kanakisch“ oder „Deutschland-Türkisch“) zu beobachten oder die Betroffenen wechseln ständig von der einen zur anderen Sprache („code-switching“).

Auch junge Aussiedler haben – meistens im Gegensatz zu ihren Eltern – besonders bei der Einreise nach Deutschland häufig nur rudimentäre Deutschkenntnisse. Für beide hier beschriebenen Gruppen kommen die sprachlichen Defizite häufig einer Sprachlosigkeit gleich. Sprache aber ist die Grundlage von Chancengleichheit und sie ist die Eintrittskarte in die hiesige Gesellschaft.

- **wenig planbare Zukunftsperspektiven „nächstes Jahr zurück“**

Familien wollen in der Migration häufig viel Geld sparen, um entweder schnell wieder in ihre Heimat zurückzukehren oder ihre daheimgebliebenen Angehörigen finanziell zu unterstützen. In solchen Migrantenfamilien sind Kinder und Jugendliche oft die ersten Opfer der „Sparpolitik“ ihrer Eltern. An ihren Bedürfnissen und Ansprüchen wird häufig zuerst und leider häufig sehr heftig gespart.

- **Soziale Randgruppensituation durch Diskriminierung**

Von Rassismus und Ausgrenzung sind häufig die schwächsten, nämlich die Kinder und Jugendlichen am stärksten betroffen. Sie internalisieren die negativen Bilder in ihr Selbstkonzept, die ein Teil der Mehrheitsgesellschaft von ihnen hat und verbreitet. Dadurch erleben sich viele als minderwertig und reproduzieren das Bild des unfähigen „Ausländers“ wieder.

Ohnmachts- und Frustrationsgefühle sind nicht selten Folge derartiger Erfahrungen, diese können wiederum langfristig suchtfördernd wirken. Suchthilfe sollte deshalb jugendlichen Migranten die Botschaft vermitteln, dass sie wichtig und wertvoll sind und zu dieser Gesellschaft gehören und Sucht kein Ausweg darstellt.

- **ungünstige Wohnbedingungen**

Hiervon sind besonders Flüchtlinge und Aussiedlerfamilien betroffen. Viele Familien müssen, wenn sie nach Deutschland einreisen zunächst in Aufnahmelagern, Wohnheimen oder Containern leben, wo fehlende Privatsphäre, unpersönliche Atmosphäre und das enge nebeneinander von Familien aus unterschiedlichen Regionen sich häufig schwierig gestaltet. Langfristig landen diese Familien häufig in „ethnischen Ghettos“ oder in sozialen Brennpunkt Stadtteilen der deutschen Großstädte.

Das Leben in derart schwierigen Wohn- und Lebenswelten wirkt sich für Jugendliche suchtfördernd aus. Sozialraumgestaltung und Suchtprävention sind Themen die bisher noch wenig erforscht worden sind. Daher sollte die Suchthilfe hier in Zukunft enger mit der Politik, der Stadtplanung und den Selbstorganisationen der Migranten in Diskussion treten und neue Wege und Ansätze für die Suchtprävention entwickeln, um derartige Entwicklungen entweder im Vorfeld abzuwenden oder um bestehende Fehlentwicklungen.

- Die gesundheitliche Versorgung einschl. der Primärprävention ist bei Migranten schlechter

GERONTOPSYCHIATRISCHE ERKRANKUNGEN

Migration und Alter hat als Themenkomplex in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Der Alterungsprozess der Gesellschaft betrifft nicht nur die einheimischen Populationen, sondern auch die Bevölkerungsanteile mit Migrationshintergrund, insbesondere Rücken die seit 50er und 60er Jahren zugewanderten Arbeitsmigranten nun in höhere Altersklassen vor.

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.

- ◆ 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%.

Es ist eher mit einer verstärkten Pendelmigration als mit einer dauerhaften Rückkehr zu rechnen. Zum Stichtag 31.12.2006 lebten in Deutschland laut statistischem Bundesamt rund 7,3 Millionen Ausländer und damit 8,8% der Gesamtbevölkerung. Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund beträgt jedoch mit 15,2 Millionen Menschen 19,2% der Gesamtbevölkerung. Die Zahl der über 65-jährigen Migranten in NRW hat sich von ca. 55.000 in 1993 auf ca. 150.000 in 2007 erhöht. Dies entspricht ein Zuwachs von ca. 270%.

Auch die Differenzierung nach Geschlechtern zeigt Unterschiede: zwischen Deutschen und Migranten, aber auch unter den verschiedenen Migrantengruppen. Demnach herrschte 1998 bei den in Köln wohnenden deutschen Staatsbürgern über 55 Jahren ein Frauenüberschuss; bei den türkischen Migranten genau umgekehrt: Der Anteil der Männer war doppelt so hoch wie Frauen.

Fremdheits- und Isolationsgefühle, gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen und ein im Vergleich zur Gesamtbevölkerung geringeres Einkommen, haben oft ein "schnelleres Altern" im Sinne einer Wechselbeziehung von Alter und Krankheit zur Folge. Aufgrund der häufig schlechteren Lebens- und Arbeitsbedingungen und aufgrund der Migrationsbiografie wird geschätzt, dass Alterungsprozesse bei Migranten im Vergleich zu Deutschen ca. 5 bis 10 Jahre früher einsetzen.

Zur Zeit befindet sich die sich die Bundesrepublik Deutschland, im Hinblick auf die Lebens- und Betreuungssituation demenziell erkrankter Migranten, noch weit am Anfang ihrer Entwicklungen. Geprägt ist diese momentane Situation durch die Hoffnung, dass diese Menschen im Rahmen ihrer Familien gut aufgehoben und gepflegt werden. Zur Situation von demenzkranken Menschen ohne Migrationserfahrung, wurden in den letzten Jahren zahlreiche Studien durchgeführt. Deutlich wurde hierbei wie hoch und komplex die Belastungen für die erkrankten selbst, aber auch vor allem für die betreuenden Angehörigen sind. Das Klischee, die Migranten hätten große Familien und seien untereinander sehr hilfsbereit und sorgten selbstverständlich für ihre Angehörigen, ist nicht mehr uneingeschränkt gültig.

Da repräsentative Daten fehlen, kann nur vermutet werden, wie viele Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, in der Bundesrepublik Deutschland an Demenz erkrankt sind. Auch auf der qualitativen bzw. subjektiven Ebene sind viele Fragen bis heute noch nicht angemessen beantwortet worden:

Wie wird die Krankheit Demenz von immigrierten Menschen und Ihren Angehörigen wahrgenommen?

Wie gehen die Angehörigen mit der Situation im familiären Kontext um?

Mit welchen Zugangsbarrieren im Bezug auf gesellschaftliche Unterstützung sind demenziell erkrankte Migranten konfrontiert?

Welche kultursensiblen Wege müssen für eine bessere Inanspruchnahme der Versorgung gebahnt werden?

Die Erwartungshaltungen der Migranten, die sie an soziale und gesundheitliche Versorgung stellen – so auch an die Kranken- und Altenhilfe – decken sich oft nicht mit den vorhandenen Angeboten.

ZUGANGSBARRIEREN ZUR KRANKEN- UND ALTENHILFE

- ◆ Mangelnde Deutschkenntnisse der älteren Migranten sind ein zentrales Hindernis beim Umgang mit der Gesundheitsversorgung

In einer Studie der „Stiftung Zentrum für Türkeistudien“ der Universität Duisburg-Essen stufen rund die Hälfte der türkischstämmigen Migranten in NRW ihre Deutschkenntnisse als gut ein, wobei der Anteil der unter 30-Jährigen bei drei Viertel lag.

- ◆ Unkenntnis über die Angebote, Dienste und Einrichtungen

Im Bereich der Bewältigungsstrategien werden ausdrücklich gewünschte Selbsthilfegruppen, nicht in Anspruch genommen, weil die Kenntnis über das Angebot fehlt. Von grosser Bedeutung für die Angehörigen, ist das Wissen über den Verlauf und die Symptomik des Krankheitsbildes. Dies ist eine wichtige Wissensbasis um mit fremdwirkenden, aggressiven oder oft selbstgefährdendem Verhalten der Eltern umgehen zu können.

- ◆ „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. In Islamischen Glaubensrichtungen werden Krankheiten mit Gottes Kenntnis und Erlaubnis hervorgerufen. In diesem Krankheitsverständnis sind wesentliche Gründe für die Tabuisierung des Störungsbildes Demenz, die von Schuld und Schamgefühlen begleitet werden.

KULTURSENSIBLE VERSORGUNGSANGEBOTE

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“ (IKoM), ist eine strukturbildende und vernetzende Einrichtung entstanden. IKoM 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.

Institutionen im engeren Sinne

AWO Gelsenkirchen

Seit Dezember 2007 ist die Fachstelle für an Demenz erkrankte Migranten und deren Angehörige Teil der Landesinitiative Demenz-Service-NRW und hat ihre Arbeit als „Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte“ aufgenommen.

IDEM Berlin

Das Projekt IdeM wurde im Mai 2003 als bundesweit erste Informations- und Beratungsstelle für demenziell erkrankte Migranten vom Sozialverband VdK Berlin-Brandenburg aufgebaut.

Wohngemeinschaften

1. Nascha Kwartihra

Seit 2006 gibt es in Köln das Wohnheim "Nascha Kwartihra", zu Deutsch: "unsere Wohnung". Das Nascha Kwartihra Haus, ist das erste seiner Art in Deutschland und ist eine Wohngemeinschaft demenzkranker russischsprachiger Kölner. Die Grundlage des Konzepts besteht darin, dass die Familienangehörigen der Demenzkranken Menschen sich zusammenschließen, welche eine entsprechende Wohnung anmietet und ein Pflegeunternehmen mit einer 24-Stunden-Betreuung und Pflege beauftragt.

TÜRK BAKIM EVI:

Angebot: Türkische Pflegeeinrichtung & Betreuungsangebot; medizinische, therapeutische und pflegerische Leistungen.

Multikulturelles Seniorenzentrum "Haus am Sandberg":

Angebot: Seit seiner Gründung im Jahre 1997 ist unser Haus ein bundesweit bekanntes und viel besuchtes Seniorenzentrum. In Zusammenarbeit mit der Universität Duisburg und gefördert durch die Stiftung Wohlfahrtspflege konnte das Pilotprojekt „Ethnischer Schwerpunkt Altenhilfe“, mit dem eine kultursensible Pflege und Betreuung angeboten werden kann, umgesetzt werden.

Migrantenambulanzen in NRW

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

NEUROPSYCHOLOGISCHE DEMENZDIAGNOSTIK

Über 90% der vorhandenen Demenzerkrankungen werden in Deutschland von dem betreuenden Hausarzt behandelt. Viele ältere Patienten haben durch eine über Jahre bestehende Konsultation eine vertrauensvolle Beziehung zu Ihrem Hausarzt entwickelt.

Häufig ist der Hausarzt die erste professionelle Institution in der Versorgungskette und somit kommt ihm die gewissenhafte Aufgabe zu, erste leichte kognitive Störungen und Einschränkungen zu erkennen um weitere notwendige Schritte einzuleiten. Früherkennung und somit das oben dargestellte "frühzeitige Auffangen" gewinnt zunehmende Bedeutung. Das Wissen vieler Hausärzte über gerontopsychiatrische Erkrankungen, ist vielfach noch unzureichend. Laut einer Reihe von Studien werden 40-60 % von Demenzerkrankungen in der täglichen Praxis übersehen.

Bei der Diagnostik von Demenz handelt es sich in der Regel um eine aufsuchende Diagnostik. Demenzpatienten kommen nur selten mit einem entsprechenden Problembewusstsein in die Hausarztpraxis. Die vorhandenen Beschwerden werden vielfach als typische Alterserscheinungen fehlinterpretiert, das Vorhandensein einer Demenzerkrankung demnach nur selten in Betracht gezogen.

Unter dem Oberbegriff Demenz fallen die Alzheimer-Demenz, die Vaskuläre Demenz, Morbus Pick, Frontotemporale Demenz und weitere Demenzformen. Die häufigste Form aller Demenzerkrankungen bei über 65-jährigen sind die primären Demenzformen. Die Alzheimer-Krankheit ist mit einem Anteil von 50- 60 % die häufigste irreversible Demenzform, es folgen mit ca. 20 % die vaskulären Demenzen. Mit zunehmendem Alter treten häufig Mischformen der vaskulären und der neurodegenerativen Demenzen auf.

Bei sekundären Demenzen liegt der geistige Verfall aufgrund einer anderen organischen Erkrankung wie einer Hirnverletzung, einer Hirngeschwulst oder einer Herz-Kreislauf-Krankheit vor. Auch Arzneistoffe und Gifte wie Alkohol oder andere Drogen können zu diesen Erkrankungen führen. Wenn die Grunderkrankung wirksam behandelt wird, normalisiert sich meist die geistige Leistungsfähigkeit.

Nach heutigen Kriterien der International Classification of Diseases (ICD-10), zeigen Demenzerkrankungen vor allem Störungen des Gedächtnisses, des Denkvermögens, des Ideenflusses, des Urteilsvermögens, der Alltagskompetenz, der Informationsverarbeitung und der Aufmerksamkeit auf. Diese kognitiven Beeinträchtigungen werden meist von Veränderungen im Bereich der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet. Demenzerkrankungen verlaufen charakteristischer Weise chronisch fortschreitend und treten im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen nahezu ausschließlich im höheren Lebensalter auf.

Die Lebenserwartung Demenzkranker ist in Abhängigkeit vom Schweregrad und Erkrankungsalter gegenüber dem nichtdementen Menschen wesentlich niedriger. Die durchschnittliche Krankheitsdauer der Alzheimer Demenz wird vom Beginn der Symptome bis zum Tod mit 4,7 bis 8,1 Jahre angegeben: Die schwerwiegenden Krankheitszeichen führen zu einer gravierenden Beeinträchtigung der eigenständigen Lebensführung, wodurch Patienten oftmals in der Ausführung alltagspraktischer Tätigkeiten, deutlich eingeschränkt sind. Um eine Diagnose zu stellen, müssen die genannten Merkmale mindestens sechs Monate vorhanden sein. Das Thema der interkulturellen Diagnostik stellt eine große Herausforderung in einem noch relativ unerforschten Feld dar.

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 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

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

Eine Validierung des Instruments findet seit Anfang 2009 statt. In den kommenden zwei Jahren soll das Instrument daher an weiteren 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

Oberarzt der Migrantenambulanz der LVR-Klinik Langenfeld
Kölner Str. 82, 40764 Langenfeld

murat.ozankan@lvr.de