

Migration und Demenz

Ein Gespräch mit Dr. Ali Kemal Gün

Dr. Ali Kemal Gün (51) kam 1979 aus der Türkei nach Deutschland.

Er ist verheiratet und hat 2 Kinder.

Seit 1995 besitzt er die deutsche Staatsangehörigkeit.

Seit 21 Jahren arbeitet er als psychologischer Psychotherapeut in der LVR-Klinik Köln und ist dort auch Integrationsbeauftragter.

Seine Doktorarbeit schrieb er zum Thema:

„Interkulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie“

Psv: Wenn wir uns mit diesem Thema beschäftigen, um welchen Personenkreis geht es?

Gün: Es gibt etwa 16 Mio Menschen in Deutschland mit „Migrationshintergrund“, damit meine ich Menschen, die selbst oder ein Elternteil im Ausland geboren wurden oder eine Fremdsprache als Muttersprache haben.

Davon leben z.B. etwa 340 000 in Köln, darunter 190 000 ohne deutschen Paß.

Pflege-SHV: Man geht davon aus, dass etwa 1,2 Millionen Menschen in Deutschland dement sind, natürlich in den unterschiedlichsten Stadien der Erkrankung. Gibt es Zahlen, wie viele Menschen mit Migrationshintergrund zu dieser Personengruppe gehören?

Gün: Dazu sind mir keine Untersuchungen bekannt. Vielleicht liegt das auch daran, dass die Bedeutung dieser Personengruppe unterschätzt wird. Im Bezug auf Migranten existieren in Deutschland leider sehr wenige gesundheitsbezogene Daten, die repräsentativ sowie differenziert genug erfasst sind.

Pflege-SHV: Können Sie aus Ihrer Erfahrung etwas sagen zu Migranten, die Ihre Klinik aufsuchen?

Gün: 2012 waren 32 % Menschen mit Migrationshintergrund in unserer Klinik, in der Forensik (gerichtlich verurteilte) sogar 43 %. Zum Problem Migration und Demenz gibt es keine spezielle Statistik in unserer Klinik.

Pflege-SHV: Aus welchem Grund legen Sie Wert auf den Begriff „Migrationshintergrund“ und sprechen nicht nur über Migranten?

Gün: Auch die Menschen, deren Eltern aus einem anderen Land kommen, wurden und werden geprägt durch deren Sprache, Bildung, Kultur, Religion usw. Deshalb ist es wichtig, sie bei der Frage „Migration und Demenz“ mit einzubeziehen.

Pflege-SHV: An welche Problematik denken Sie bei diesem Thema zuerst?

Gün: Das fängt bei der Diagnostik an. Wie stelle ich fest, ob ein Mann oder eine Frau, die aus einem anderen Land stammen, sich im Prozess der Demenz befinden? Neben den üblichen neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen steht im Zentrum ein sog. „Psychometrischer Test“. Hier soll der Patient ganz

unterschiedliche Fragen beantworten, wie z.B. nach Bundeskanzler, Bundesland etc. und sich schnell bestimmte Begriffe merken und später wiederholen /Auto/Theke/Blumenvase.

Diese Tests sind kulturspezifisch geeicht für eine deutsche Identität. Sie sind für die meisten Menschen, die einen anderen kulturellen und sprachlichen Hintergrund haben, ungeeignet, so dass die Ergebnisse derartiger Tests nicht zielführend sind. Dennoch werden sie nach wie vor flächendeckend angewandt. Es ist zwar aufwendig, diese Tests auf die Migrantengruppen zu adaptieren, aber dies ist in einem Zuwanderungsland wie Deutschland notwendig.

Pflege-SHV: Aber viele Migranten sind doch schon seit über 40 . 50 Jahren in Deutschland, wieso brauchen wir da gesonderte Testverfahren?

Gün: Einer der Grundfehler der deutschen Politik beim Thema Migration zeigt sich in dem Begriff Gastarbeiter. Seit Mitte der 50er Jahre wurden sie als Arbeitskräfte im Rahmen der sog. Anwerbeabkommen nach Deutschland geholt. Das Wort Gastarbeiter hieß: sie sollten nur vorübergehend bleiben und wieder in ihre Heimatländer zurückkehren, wenn sie nicht mehr gebraucht wurden. Dieses Gefühl wurde ihnen vermittelt auch durch den Mangel an Integrationsangeboten. Kindergarten, Schule, Ausbildung, Beruf. Es wurden kerngesunde Menschen gesucht, Bildungshintergrund war nicht gefragt. Strukturen waren für sie nicht vorbereitet, wurden und werden nur sehr verzögert geschaffen. Man denke nur daran, wie lange sich die offizielle Politik weigerte, Deutschland als Einwanderungsland zu bezeichnen.

Diese Menschen entfernten sich zwar immer mehr von ihrer Herkunftskultur. passen sich aber gleichzeitig nicht bewusst an die Kultur des Aufnahmelandes (Deutschland) an. Man spricht von Stagnation. Und für diese Menschen müssen z.B. derartige Testverfahren entwickelt werden, die an ihre sprachliche und kulturelle Denkweise und an ihre Fähigkeiten anknüpfen.

Pflege-SHV: Was hat nun Migration mit Demenz zu tun? Welche Zusammenhänge gibt es da?

Gün: Es gelten natürlich die allgemein bekannten vielfältigen Ursachen für die Entstehung und Entwicklung demenzieller Prozesse auch für Menschen mit Migrationshintergrund.

Aber es kommen spezielle hinzu:

- Trennungs- und Entwurzelungserlebnisse durch Verlassen des Heimatlandes, manchmal auch traumatische Fluchterlebnisse
- Enttäuschung nicht erfüllter Wunschvorstellungen (viele hofften auf das anerkannte und gute Leben hier)
- Also auch Verdrängungsprozesse
- Gesichtsverlust bei Rückkehr, also muss man es auf jeden Fall hier aushalten
- Hohe Erwartungen der Familie in der Heimat auf finanzielle Unterstützung
- Generationskonflikte. wenn Kinder hier geboren und sozialisiert wurden
- Hier dann auch die neue Erfahrung des Zerfalls der Familie. auch Vereinsamung
- Verlust von Lebenskompetenz. die im vertrauten und anerkannten Umfeld der Heimat vorhanden war

- Anpassungsleistungen an die Aufnahmegesellschaft
- Verlust an kommunikativen Beziehungen
- Bei Frauen Mehrfachbelastung durch Arbeit, Haushalt und Kindererziehung
- Fragliche Zukunftsorientierung
- sprachliche und kulturelle Verständigungsprobleme
- höhere Arbeitsplatzgefährdung, höhere Arbeitslosigkeit und damit verbundene Existenzängste etc.

Diese verschiedenen Problemlagen können mitursächlich sein für Demenz-Prozesse. Migration macht nicht krank, aber Migrationsprozesse können die Krankheiten fördern bzw. begünstigen.

Pflege-SHV: Gibt es z.B. in der Türkei ein gesellschaftliches Bewusstsein über sDemenz% wird darüber gesprochen, werden Probleme öffentlich benannt?

Gün: Kaum. Es gibt schon ein unterschiedliches sAlterungsverständnis% auf dem Land . in der Agrargesellschaft . übernehmen auch die Alten weiterhin Aufgaben bis sie bettlägerig werden, sie bleiben integriert in die Dorfgemeinschaft, bekommen Anerkennung durch ihre Beteiligung an der Arbeit.

In der Stadt haben die Alten gar keine Aufgaben . sie sitzen zusammen . oder treffen sich.

Es herrscht die Tradition, dass alte Menschen in die Groß-Familie gehören und mit Respekt versorgt werden.

Es gibt in der Türkei nur verhältnismäßig sehr wenige Pflegeheime . in der Osttürkei wurden mehrere Heime geschlossen, weil kein Bedarf angemeldet wurde.

Pflege-SHV: Wie reagieren nun die Familien hier auf demente Angehörige?

Gün: Wie auch in herkömmlich deutschen Familien ist oft lange ein Unverständnis über demenzielle Verhaltensweisen . dann auch Aggressionen und Ablehnung . und natürlich der Schmerz über den Verlust von Kommunikationsfähigkeiten.

Es gibt auch Scham, dies öffentlich zu machen und Scheu, familiäre Konflikte nach außen zu tragen.

In der Türkei wird nicht von Demenz sondern eher von sAltersverwirrtheit% gesprochen.

Ich habe den Eindruck, dass viel zu wenig Wissen darüber existiert, insbesondere auch über den Umgang mit diesem Phänomen.

Deshalb wäre Aufklärung so wichtig, damit Verständnis entstehen kann. Prävention und Behandlung setzen voraus, dass die Menschen wissen, worum es geht.

Hinzu kommt:

Viele Familienmitglieder sind im Laufe der Jahre auch immer mehr sdeutsch sozialisiert%. traditionelle Familienstrukturen lösen sich auf und fangen diese Alterungsprozesse nicht mehr auf.

Es gibt vermehrt Vereinsamung, auch unter diesen Personengruppen. Besonders schlecht geht es den pflegenden Angehörigen, die ursprünglich aus einer kollektiv geprägten Kultur stammen und hier sozialisiert sind. Sie fühlen sich verpflichtet, ihre demenzielle Angehörige pflegen zu müssen, stoßen dabei aber an ihre Grenzen.

Oft haben Migranten große Ängste vor Institutionen, die medizinisch oder durch Betreuung helfen könnten.

Zugangsbarrieren werden durch sprachliche Probleme und mangelnde Information über Einrichtungen im Gesundheitssystem verstärkt.

Pflege-SHV: In Deutschland wird seit einiger Zeit viel über das Problem „Demenz“ debattiert, aber in der offiziellen Politik durch Regierungen geschieht da wenig, außer Absichtserklärungen. Es tickt eine Zeitbombe aber die Reaktionen darauf sind völlig unangemessen.

Was muss in dem Bereich passieren, über den wir hier speziell sprechen?

Gün: Ein Stichwort heißt: „Interkulturelle Öffnung“. Hierzu gab und gibt es immer wieder Fachtagungen und Fachkongresse. Aber im allgemeinen Bewusstsein der Gesellschaft ist das Thema nach meinem Eindruck noch nicht angekommen. Zusammengefasst kann Interkulturelle Öffnung als ein bewusst gestalteter Prozess definiert werden. Den Menschen aus unterschiedlichen Kulturen, Ethnien und Religionen soll ein gleichberechtigter Zugang zu den von den Regeldiensten bereitgestellten Versorgungsleistungen ermöglicht werden. Und es muss für eine gleichwertige Qualität in Behandlung, Beratung und Betreuung gesorgt werden.

Das bedeutet, dass auch bei der Ausbildung und Qualifikation des Pflegepersonals und der Ärzteschaft noch vieles im Argen liegt. Kultursensitive Diagnostik, Pflege und Behandlung müssen in die Lehrpläne der entsprechenden Ausbildungsinstitute der Gesundheits- und sozialen Dienste aufgenommen werden. Sie sind zu einem der Hauptthemen (Prüfungsfach) in der beruflichen oder betrieblichen Aus-, Fort- und Weiterbildung zu machen.

Ich spreche hier von Erwerb „interkultureller Kompetenzen“ als Querschnittskompetenz.

Unter interkultureller Kompetenz wird zunächst die Fähigkeit und Bereitschaft zur Selbstreflexion, Empathie, Flexibilität und Anerkennung von Vielfalt verstanden. Es geht hauptsächlich um eine Grundhaltung, die u.a. durch die Fähigkeit zu Empathie, Hineinfühlen in die fremde Denkwelt sowie Neugier, Offenheit und Wertschätzung geprägt ist.

Schon bei der Grundausbildung zur Pflege müssen diese Faktoren berücksichtigt und Teil auch des Prüfungssystems werden. Wenn Pflegepersonal und Ärzte den Patienten nicht verstehen und er sie nicht, sind weder Diagnose noch Therapie möglich. Missverständnisse, mangelndes Begreifen von unterschiedlichen kulturellen Verhaltensweisen können zu katastrophalen Fehlentscheidungen führen. Es kommen Situationen vor, wo Menschen über längere Zeit fixiert werden, weil aus mangelnder Verständigung sich Aggressionen aufbauen. Nach einem kurzen klärenden und einfühlsamen Gespräch ist das Problem oft gelöst.

Geht es um die Behandlung und Betreuung der Menschen mit Migrationshintergrund, ist es wichtig, eine kultursensible Grundhaltung zu haben. Es geht dabei nicht nur um sprachliche Fähigkeit. In unserer Klinik wurde z.B. eine lange Liste von MitarbeiterInnen erstellt, die verschiedene Sprachen sprechen und die dazugeholt werden können, wenn Probleme auftreten. Eine solche Liste ist einfach zu erstellen, gibt es aber nach meinem Wissen in den wenigsten Einrichtungen.

Eine Umsteuerung in unserem gesamten Ausbildungs- ja Gesundheitssystem ist dringend geboten.

Wir müssen alle Menschen, die z.B. im Prozess der Demenz sind, ernster nehmen, auch die mit Migrationshintergrund. Dies sind wir u.a. unseren Ansprüchen auf ~~s~~Humanität%schuldig.

Das Gespräch führte Jürgen Crummenerl, RA und Dozent für Pflegerecht an einem Institut, in dem Migranten/innen für ihren Einsatz in der Pflege vorbereitet werden. Beiratsmitglied des Pflege-SHV

Köln im Juni 2013