

Doppelt fremd

Demenzerkrankung in der Migration am Beispiel von Italienerinnen und Italienern

Broschüre für Fachpersonen in Institutionen der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung und in der Sozialen Arbeit zur Unterstützung von Betroffenen und Angehörigen

Mit einem Geleitwort von
Prof. Dr. François Höpflinger

Schweizerisches Rotes Kreuz



Doppelt fremd

Demenzerkrankung in der Migration am Beispiel von Italienerinnen und Italienern

Broschüre für Fachpersonen in Institutionen der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung und in der Sozialen Arbeit zur Unterstützung von Betroffenen und Angehörigen

Christa Hanetseder

IM FOKUS
GESUNDHEIT
MIGRATION
INTEGRATION

Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) engagiert sich seit vielen Jahren in der Grundlagen- und Projektarbeit in den Bereichen Gesundheit, Migration und Integration.

Impressum

Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz
Projektleitung: Hildegard Hungerbühler
Text: Christa Hanetseder
Mitarbeit Text: Tanya Kasper Wicki
Lektorat Deutsch: Urs Frieden
Layout: Schweizerisches Rotes Kreuz, graphic-print

Mit finanzieller Unterstützung von:
Stiftung Lindenhof Bern

Kontakt und Information:
Schweizerisches Rotes Kreuz
Departement Gesundheit und Integration
Abteilung Grundlagen und Entwicklung
Werkstrasse 18
CH-3084 Wabern

Internet:

Als PDF zum Herunterladen unter

- www.redcross.ch > Publikationen
- www.transkulturelle-kompetenz.ch > Migration und Gesundheit > Alter und Migration
- www.migesplus.ch > Publikationen/Gesundheit & Versorgung
- www.alter-migration.ch > Nationales Forum Alter und Migration

Bern, Oktober 2013

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	7
Vorwort	9
Dank	10
1. Einleitung	11
1.1 Demenz – eine gesellschaftliche Herausforderung	11
1.2 Gesundheit und Migration	14
1.3 Altersstruktur und Demenz bei der Migrationsbevölkerung	16
1.4 Forschungsbedarf	18
2. Informationen zur Studie	20
3. Wichtige Erkenntnisse	22
3.1 Bestätigungen	22
Porträt Giuseppe Rossi: «Einfach immer Ruhe bewahren!»	24
3.2 Spezifische Folgen für Migrantinnen und Migranten	27
3.2.1 Auswirkungen für Kranke und Angehörige	27
3.2.2 Spezifische Auswirkungen für die Kranken	30
3.2.3 Spezifische Auswirkungen für die Angehörigen	32
Porträt Antonia Valore: «Wenn die Eltern pflegebedürftig werden, leben sie mit den Kindern zusammen.»	35
3.3 Erkenntnisse für professionelle Gesundheits- und Pflegedienste	40
Porträt Bigna Zeffirelli: «Meine Mutter hat viele Schicksalsschläge erlitten.»	43
4. Migrationsspezifische Handlungsempfehlungen	48
4.1 Aus- und Weiterbildung der Fachpersonen	48
4.2 Erfassen der Biografie und Lebensumstände	50
4.3 Bedürfnisse und Anliegen der Migrantinnen und Migranten	51
4.4 Information, Austausch, Vernetzung	53
5. Beispiele für Good Practice	55
5.1 Naturnahe Angebote	56
5.2 Kreative Angebote	56
5.3 Demenzfreundliche Gemeinden	60
Literatur und Quellen	62
Links	71
Zeitungs- und Zeitschriftendossiers	71

Geleitwort

Demenz ist eine Krankheit, welche Persönlichkeit und Verhalten eines Menschen grundlegend verändert. Daher löst sie in der Öffentlichkeit, bei betroffenen Menschen und ihren Angehörigen viele Befürchtungen und Ängste aus. Gleichzeitig erweist sich in der Praxis, dass demenzerkrankte Menschen – wenn auch nicht in allen Phasen der Krankheit – durch eine der Krankheit angepasste Pflege, Betreuung und Wohnumwelt eine gute Lebensqualität aufweisen können.

Demenzerkrankte Frauen und Männer können häufig bis zur Endphase der Erkrankung durch Musik, Gerüche, Farben und Essen angeregt werden, vorausgesetzt, dass diese Stimulationen an ihre Lebensgeschichte anknüpfen. Biografisch angepasste Pflege und Stimulation reduziert Ängste, Unruhe, Schlafstörungen und aggressives Verhalten demenzerkrankter Menschen. Entsprechend ist bei alten demenzbetroffenen Migranten und Migrantinnen eine Pflege und Betreuung zentral, welche an ihren Herkunftskontext und ihre Migrationsbiografie anknüpft. Musik, Spiele, Gerüche und Gerichte aus ihrem erlebten Italien sind bei italienischen Migranten und Migrantinnen mit Demenz besonders erfolgversprechend. Da später angelernte Zweitsprachen (wie Deutsch) früher verloren gehen als die ursprüngliche Erstsprache (wie Italienisch), ist verbale Kommunikation

zeitweise nur dank italienisch-sprachigem Pflegepersonal möglich. Viele ältere Migranten und Migrantinnen der ersten Einwanderergeneration arbeiteten in körperlich belastenden Berufen, was eine an ihre spezifischen Beschwerden angepasste Pflege erfordert. In nicht wenigen Fällen hinterlässt bei diesen Frauen und Männern der ersten Einwanderergeneration auch die in der Kindheit erprobte Armut ihre Spuren. Zuallerletzt sind Unterschiede bezüglich Bedeutung und Rolle der Familie und der Angehörigen bei dieser Generation alter Menschen zu berücksichtigen.

Die alt gewordenen Italiener und Italienerinnen gehören zur ersten grossen Einwanderergeneration, die – oft für wenig Lohn – entscheidend zur wirtschaftlichen Aufschwung der Nachkriegsjahrzehnte beigetragen haben. Sie fühlten sich in der Schweiz oft lange als «Fremde», und durch eine Demenzerkrankung werden sie zu «doppelt Fremden», sofern Pflege und Betreuung ihre Lebensgeschichte und ihren Herkunftskontext unberücksichtigt lässt. Der Umgang mit demenzerkrankten Migrantinnen und Migranten erfordert eine hohe transkulturelle Sensibilität.

Die vorliegende Publikation geht praxisbezogen auf die speziellen Bedürfnisse alter demenzerkrankter Menschen aus Italien ein.

Sie zeigt konkrete Wege, wie Fachleute die spezifischen Anforderungen der Pflege und Betreuung von Migrantinnen und Migranten berücksichtigen können. Damit schliesst diese Publikation eine wichtige Lücke, und die Erfahrungen mit demenzerkrankten Italienern und Italienerinnen öffnen neue Wege zur transkulturellen Demenzpflege.

Prof. Dr. François Höpflinger

Zürich

Vorwort

Angehörige von Demenzkranken fühlen sich oft alleine und überfordert. Migrantinnen und Migranten kann dies verstärkt treffen, wenn sie mit dem schweizerischen Gesundheitssystem wenig vertraut sind.

Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) setzt sich seit vielen Jahren dafür ein, den Zugang von Migrantinnen und Migranten zur Gesundheitsversorgung zu verbessern und ihre gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern. Mit einem umfassenden Weiterbildungsangebot und Coachings für Institutionen aus dem Gesundheitsbereich bildet das SRK Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzte sowie anderes Fachpersonal in transkultureller Kompetenz weiter.

Das SRK thematisiert aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen in den Bereichen Gesundheit, Gesundheitsförderung, Migration und Alter. Es ist ein zentrales Anliegen, mit konkreten und spezifischen Angeboten die Situation von verletzlichen Menschen zu verbessern.

Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen einer vom SRK unterstützten Erhebung¹ die Auswirkungen einer Demenzerkrankung auf die Lebenssituation von Betroffenen und ihren Angehörigen im Migrationskontext

untersucht. Dies am Beispiel der zur Zeit noch grössten Migrationsgruppe in der Schweiz, der Italienerinnen und Italiener.

Die vorliegende Broschüre formuliert aufgrund der Ergebnisse dieser Studie Empfehlungen. Exemplarisch finden sich weitere innovative Projektbeispiele im In- und Ausland.

Die Broschüre richtet sich an Fachpersonen in Institutionen der ambulanten und der stationären Gesundheitsversorgung und der Sozialen Arbeit. Sie bietet eine Zusammenstellung des aktuellen Kenntnis- und Wissensstandes, eine Reihe von hilfreichen Informationen und konkrete Massnahmenvorschläge. Die Broschüre zeigt auf, wie von Demenz betroffene italienische Migrantinnen und Migranten zu Hause und in Alters- und Pflegeheimen besser unterstützt und begleitet werden können. Sie gibt Hinweise, was in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen bedacht werden soll.

Dr. Christine Kopp

Leiterin Departement Gesundheit und Integration
Schweizerisches Rotes Kreuz, Bern

1 Kasper Wicki 2012

Dank

Ein herzlicher Dank geht an alle Auskunftspersonen – die Angehörigen und die Expertinnen und Experten –, die ihr Wissen und ihre Erfahrungen in den Befragungen eingebracht haben.

Dank auch all jenen, die uns wertvolle Kontakte vermittelt haben, und denjenigen, die das Projekt mit ihrer Expertise begleitend unterstützt haben.

Ein grosser Dank gebührt der Stiftung Lindenhof Bern (Fonds Gesundheit) für ihren grosszügigen finanziellen Beitrag.

1. Einleitung

1.1 Demenz – eine gesellschaftliche Herausforderung

Der Anteil der alten und hochaltrigen Bevölkerung in der Schweiz wächst, die Gesundheitsversorgung wird immer spezialisierter.² Immer mehr Menschen leiden an chronischen Krankheiten, vermehrt treten Demenzerkrankungen auf.

Demenz ist die generelle Bezeichnung für Krankheiten, bei denen Verluste des Erinnerungsvermögens kombiniert mit weiteren Funktionsstörungen des Gehirns auftreten. Am bekanntesten und häufigsten ist die Alzheimer-Krankheit, die etwa 50 Prozent der Erkrankten betrifft, gefolgt von der vaskulären Demenz, die etwa 20 Prozent der Demenzerkrankungen ausmacht.³ Bei Demenzerkrankungen wie Alzheimer handelt es sich um eine degenerative, fortschreitende Erkrankung des Gehirns und nicht um die normale Alterung. Die Krankheit führt zum zunehmenden Verlust der Selbstständigkeit der betroffenen Personen.

Demenz – fortschreitender Verlust geistiger Fähigkeiten

Gemäss der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; Code F00-F03) ist Demenz ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns. Die Störung betrifft viele höhere, von der Gehirnrinde ausgehende, Funktionen. Dazu gehören die Bereiche Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. Das Bewusstsein ist nicht getrübt.

Meistens wird die Erkrankung von weiteren Veränderungen begleitet. So geht zum Beispiel die Fähigkeit, Emotionen zu kontrollieren, verloren, der soziale Umgang mit anderen Menschen wird schwieriger (Ungeduld, Misstrauen) und die Motivationsfähigkeit sinkt. Oft treten diese Anzeichen bereits vor Ausbruch der Krankheit auf.

Dieses Syndrom kommt bei der Alzheimer-Krankheit, bei Störungen der Gehirngefässe und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.

Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome nach ICD-10 über mindestens sechs Monate bestehen.

² Höpflinger, Bayer-Oglesby, Zumbund 2011

³ Schweizerische Alzheimervereinigung: www.alz.ch/Demenzkrankheiten; eingesehen 21.5.2013

In Europa sind mehr als sechs Millionen Menschen an Alzheimer erkrankt, in der Schweiz leben aktuell 110 000 Menschen mit einer Demenzerkrankung. Gemäss Hochrechnungen sollen es bis zum Jahr 2050 etwa 300 000 sein.⁴

Der Verlauf der Krankheit unterscheidet sich von Mensch zu Mensch. Eine grosse Rolle spielen das Alter, die Lebensumstände und der gesundheitliche Allgemeinzustand.⁵

Demenzerkrankungen fordern die Gesellschaft auf vielfältige Weise heraus, und man kann sich ihr von verschiedenen Seiten her annähern, wie der Gerontologe Andreas Kruse⁶ ausführt: die *ethische Perspektive* thematisiert Menschenbild, Würde und die Mitverantwortung der Gesellschaft; die *psychologische Perspektive* stellt Fragen nach der Lebensqualität bei einer Demenzerkrankung; die *psychologisch-pflegewissenschaftliche Perspektive* sucht nach Potenzialen in der Erkrankung; die *phänomenologische Perspektive* thematisiert Erleben, Körpergedächtnis und Sinnerfahrungen der Kranken; die *medizinische Perspektive* beschreibt Ätiologie, Psychopathologie und Pharmakologie; und die *juristisch-politische Perspektive* leuchtet die rechtlichen Grundlagen und den politischen Auftrag aus.

Demenzkrankheiten verursachen heute Kosten von rund sieben Milliarden Franken. Mit der wachsenden Zahl der Kranken werden diese Kosten weiter steigen.⁷ Demenzerkrankungen werden damit zu einem Thema der Gesundheits- und Sozialpolitik: Der «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» hat am 25. Oktober 2012 das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) mit der Ausarbeitung einer Nationalen Demenzstrategie beauftragt. Mit dieser Strategie sollen Ziele und Massnahmen zur Verbesserung der Betreuung von Demenzkranken und der Früherkennung in den Jahren 2014 bis 2017 festgelegt werden. Heute erhält nur ein Drittel der Demenzkranken eine Diagnose.

4 Medienmitteilung der Schweizerischen Alzheimervereinigung vom 15.3.2013: Starker Anstieg an Demenzkranken – auch in der Schweiz

5 www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html?lang=de

6 Kruse 2010

7 Schweizerische Alzheimervereinigung: Gesellschaft und Politik: www.alz.ch/Gesellschaft&Politik; eingesehen 21.5.2013

An Demenz erkrankte Menschen sind auf die Unterstützung und Solidarität des Umfelds angewiesen. Die Qualität der Pflege hängt damit oft auch von der Bereitschaft der Angehörigen ab, der kranken Person Zeit und Zuwendung zu schenken und sich um sie zu kümmern. «60 Prozent der Menschen mit einer Demenz leben zu Hause und werden von ihren Angehörigen oft über deren Belastungsgrenzen hinaus betreut.»⁸ Die Erkrankung hat somit auch einen grossen Einfluss auf das Leben der Angehörigen. Wichtig ist, auf Unterstützungsangebote von aussen zurückgreifen zu können.⁹

Im Hinblick auf eine nationale Demenzstrategie gab die Schweizerische Alzheimervereinigung 2012 eine Repräsentativbefragung in Auftrag.¹⁰ Die Stichprobenziehung erfolgte als geschichtete Zufallsauswahl¹¹ nach Haushalt und Zielperson in der Romandie, Deutschschweiz und im Tessin. Es wird nicht ersichtlich, ob und wie viele Migrantinnen und Migranten Auskunftsperson waren. Die Hauptergebnisse sind:

- 60 Prozent der Befragten gaben aktuelle oder frühere Kontakte zu Menschen mit Demenz an.
- Die Begriffe Alzheimer und Demenz sind mehrheitlich bekannt.
- Die Mehrheit hält sich für mittel bis gut über Demenz informiert.
- Die meisten Befragten konnten Merkmale von Demenzerkrankungen nennen.
- Die Haltung gegenüber Menschen mit Demenz ist in der Regel positiv und freundlich.
- Spontan würden sich die Befragten selber bei einer dauernden Pflegebedürftigkeit im Alter am liebsten von einer Tochter/einem Sohn oder vom Le-

8 Vgl. Schweizerische Alzheimervereinigung: Gesellschaft&Politik: www.alz.ch/Gesellschaft&Politik; eingesehen 21.5.2013; vgl. auch Universität Zürich 2010

9 Domenig 2007

10 Moor, Peng, Schilling 2013; siehe auch www.zfg.uzh.ch/projekt/alt/demenzbaro-2012.html

11 Eine Grundgesamtheit wird in mehrere kleine Gruppierungen aufgeteilt, in sogenannte Schichten. Aus diesen einzelnen Schichten wird eine Zufallsstichprobe gezogen.

benspartner betreuen lassen. Die stationäre Betreuung wird von mehr als zwei Dritteln als Option betrachtet.

- Jede dritte befragte Person ist besorgt, später selber an einer Demenzerkrankung zu leiden.

1.2 Gesundheit und Migration

Zahlreiche Faktoren beeinflussen die Gesundheit eines Menschen. Neben Alter, Geschlecht und dem Ernährungs-, Bewegungs- und Suchtmittelverhalten zählen auch sozioökonomische Faktoren wie Bildung, Beruf und Einkommen dazu.

Bei Migrantinnen und Migranten spielen zu den genannten Faktoren zusätzlich weitere Aspekte eine Rolle: der Migrationshintergrund und -verlauf, der Aufenthaltsstatus, die Lebensumstände im Herkunfts- und im Aufnahmeland, welcher Einwanderungsgeneration eine Person angehört, familiäre und soziale Beziehungen, Trauma- und Gewalterfahrungen, Diskriminierungen, strukturelle Faktoren und anderes. Diese Faktoren stehen in einer dynamischen Beziehung zueinander, kommen besonders in Kombination zum Tragen und verstärken sich gegenseitig.¹² Die Kumulation verschiedener negativer Einflussfaktoren führt zu einer erhöhten Verletzlichkeit.

- Körperlich, psychisch und/oder ökonomisch belastende Arbeits- und Lebensbedingungen, wie sie für einen grossen Teil der Migrationsbevölkerung zutreffen, können sich im Verlauf der Zeit negativ auf die Gesundheit auswirken. Migrantinnen und Migranten im Erwerbsalter leiden aufgrund ihrer Arbeitssituation überdurchschnittlich oft an spezifischen somatischen Beschwerden.¹³
- Häufig erreichen Versorgungsangebote Migrantinnen und Migranten zu wenig. Als Gründe werden sprachliche Kommunikationsbarrieren und mangelnde transkulturelle Kompetenz von Fachpersonen genannt.¹⁴ Probleme in der Interaktion aufgrund einer unterschiedlichen Wahrnehmung der Symptoma-

12 Kaya, Efonayi-Mäder 2007; Wanner, Fibbi 2005

13 BAG 2007; siehe auch Laschinski 2010: 11f

14 Domenig 2007; BAG 2012: 21; Roser, Petry, Kleinberger, Imhof 2013

tik und unterschiedliche Erwartungen an die Arzt-Patient-Beziehung können ebenfalls mitspielen.¹⁵

- Eine schwierige sozioökonomische Lage hemmt den Zugang zu den Unterstützungsangeboten.¹⁶
- Ein deutlicher Zusammenhang besteht zwischen Gewalterfahrungen und psychischer Gesundheit: «Migrantinnen und Migranten, die Opfer von Gewalt oder politischer Verfolgung im Herkunftsland waren, sind mit grösserer Wahrscheinlichkeit wegen einer Depression oder generell wegen eines psychischen Problems in ärztlicher Behandlung.»¹⁷
- Migrantinnen und Migranten sind häufiger von psychiatrischer Unter- oder Fehlversorgung betroffen. Sie werden manchmal erst nach langwierigen somatischen Abklärungen und Behandlungen in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungseinrichtungen überwiesen.¹⁸
- Zwischen Frauen und Männern bestehen Unterschiede: «Migrantinnen sind sowohl wegen körperlicher als auch psychischen Krankheiten häufiger in ärztlicher Behandlung als Migranten.»¹⁹
- Diverse Untersuchungen belegen, dass die Alterungsprozesse bei Migrantinnen und Migranten durchschnittlich früher einsetzen als bei Einheimischen.²⁰ «Mit zunehmendem Alter geht die Schere zwischen einheimischer Bevölkerung und Migrationsbevölkerung deutlich auseinander. Die ältere Migrationsbevölkerung hat gesundheitlich deutlich mehr Probleme als die einheimische Bevölkerung im selben Alter.»²¹ Die Wahrscheinlichkeit, mit zunehmendem Alter an einer Depression oder einem anderen psychischen Leiden zu erkranken, ist erhöht. Auch sind die Migrantinnen und Migranten «unter den krankheits- und invaliditätsbedingten Frühpensionierten stärker vertreten».²²

15 Muthny, Bermejo 2008; Schouler-Ocak 2007

16 Weiss 2003; Kickbusch, Engelhardt 2009; Moreau-Gruet 2013: 8

17 BAG 2012: 21

18 Baer, Cahn 2009: 220; Muthny, Bermejo 2008:10f

19 BAG 2012: 16

20 Der Unterschied kann fünf bis zehn Jahre betragen, wie Studien aus Deutschland zeigen (Hirsch 2006).

21 BAG 2012: 17

22 Hungerbühler, 2007: 399

- Eine erschwerte Integration im Aufnahmeland kann zu Gesundheitsproblemen beitragen.²³ Viele der jetzt alt werdenden Italienerinnen und Italiener hatten eine Rückkehr nach Italien geplant und sich deshalb zum Beispiel sprachlich wenig in die schweizerische Gesellschaft integriert. Umgekehrt gingen auch die Schweizer Behörden und die Gesellschaft bis in die 90er-Jahre von einer zeitlich beschränkten Aufenthaltsdauer aus und unternahmen wenig zur aktiven Integration dieser Menschen: «Das Aufenthaltsrecht war unmittelbar an die Arbeitserlaubnis geknüpft, ein Stellenwechsel in der Regel nicht möglich; die ausländischen Arbeitskräfte hingen vollumfänglich von ihren Arbeitgebern ab. (...) Die gesellschaftliche Integration der südeuropäischen Arbeitsmigrantinnen und -migranten war nicht vorgesehen und wurde seitens der Schweiz auch nicht gefördert.»²⁴

Mit der Nationalen Strategie Migration und Gesundheit 2002–2013, die bis 2017 verlängert wurde²⁵, will der Bund deshalb gezielt die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten fördern und zur Chancengleichheit beitragen. Die verschiedenen Akteure im Gesundheitsbereich – Bund, Kantone, Gemeinden und weitere Organisationen – sollen konkrete Massnahmen und Projekte zur verbesserten Integration und Gesundheitsförderung der Migrationsbevölkerung entwickeln. In diesen Prozess ist das SRK aktiv einbezogen.

1.3 Altersstruktur und Demenz bei der Migrationsbevölkerung

Seit Mitte der 90er-Jahre beträgt der Anteil der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung in der Schweiz konstant mehr als ein Fünftel. Ende 2011 betrug er 22,8 Prozent.²⁶ Von den im Ausland Geborenen hält sich beinahe die Hälfte ununterbrochen seit 15 oder mehr Jahren in der Schweiz auf, rund 21 Prozent sogar seit mindestens 20 Jahren oder länger.²⁷ 20 Prozent aller Migrantinnen und Migranten sind bereits hier geboren. Sie gehören zur zweiten oder dritten Generation.

23 BFM 2006

24 Hungerbühler, Bisegger 2012: 27

25 www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html?lang=de

26 BFS 2012: 2

27 BFS 2012: 5

Die Verteilung der Migrationsbevölkerung in den Altersgruppen ist 2011 nicht gleichmässig und unterscheidet sich von jener der einheimischen Bevölkerung:

- 37,6 Prozent der ausländischen Bevölkerung sind in der Altersgruppe der 20- bis 39-Jährigen (Schweizer/innen: 23,4 Prozent).
- 33,9 Prozent der ausländischen Bevölkerung sind in der Altersgruppe der 40- bis 64-Jährigen (Schweizer/innen: 36 Prozent).
- Im erwerbsfähigen Alter sind somit 71,6 Prozent der ausländischen Bevölkerung, während es bei der Schweizer Bevölkerung 59,4 Prozent sind.²⁸

Anders verhält es sich mit der älteren und hochaltrigen Bevölkerung: 6,4 Prozent der Migrantinnen und Migranten sind 65- bis 79-jährig (Schweizer/innen: 14,1 Prozent) und nur 1,3 Prozent sind zwischen 80 und 99 Jahre alt (Schweizer/innen: 5,8 Prozent). Der Anteil der älteren Migrantinnen und Migranten in der Schweiz wird in den kommenden Jahren jedoch zunehmen.²⁹

Die 139875 ausländischen Staatsangehörigen über 64 Jahren stammten Ende 2011 zu zwei Drittel aus EU27/EFTA-Mitgliedstaaten.³⁰ Die grösste Gruppe der älteren Ausländerinnen und Ausländer, mehr als zwei Fünftel, stammt aus Italien, sowohl bei den über 65-Jährigen wie auch bei den über 80-Jährigen.³¹

Es kann davon ausgegangen werden, dass heute in der Schweiz mehrere Tausend ausländische Staatsangehörige mit Demenz leben.³² Davon haben wohl, vorsichtig geschätzt, mindestens 5000 Personen einen italienischen Migrationshintergrund, Eingebürgerte eingeschlossen.

Diese Zahlen mögen den Eindruck erwecken, es handle sich bei der Demenzerkrankung (italienischer) Migrantinnen und Migranten um ein marginales Problem. Gerade dies birgt aber die Gefahr, dass besonders verletzbare Menschen

28 BFS 2012: 3

29 Kobi 2008: 226ff

30 BFS 2012: 5

31 Hungerbühler, Bisegger 2012: 20

32 Die Schätzung basiert auf der Verknüpfung der Schätzungen der Alzheimervereinigung mit den Daten der Ausländerstatistik des Bundesamtes für Statistik.

vergessen gehen und sich selbst überlassen bleiben. Fachpersonen weisen zudem darauf hin, dass eine Demenzerkrankung Familien mit Migrationshintergrund vor spezifische Probleme stellen kann. Dies ist besonders dann der Fall, wenn Angehörige die Verpflichtung spüren, ihre Eltern möglichst zu Hause zu betreuen, manchmal über das erträgliche Mass hinaus und häufig ohne externe Unterstützung. Auch werden Hilfs- und Entlastungsangebote oft weniger selbstverständlich beansprucht. Migrantinnen und Migranten ziehen sich eher zurück, wenn die bürokratischen Hürden zu gross werden und es nicht gelingt, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen.³³

1.4 Forschungsbedarf

Beim Thema Demenz bestehen generell noch grosse Forschungslücken, insbesondere in der sozialwissenschaftlichen Forschung. Spärlich ist der Kenntnisstand in Bezug auf Migrantinnen und Migranten. Erkenntnisse zu folgenden Fragen wären für Fachpersonen aus der Praxis jedoch nützlich:

- Wie ist der Zugang von Migrantinnen und Migranten zu Informations- und Versorgungsangeboten im Zusammenhang mit einer Demenzerkrankung?
- Ergeben sich daraus allenfalls spezifische Bedürfnisse der Kranken und ihrer Angehörigen? Welche?
- Wie viele Migrantinnen und Migranten sind betroffen?

Demenz tritt häufig gemeinsam mit anderen körperlichen Störungen oder mit Depressionen auf. Damit Migrantinnen und Migranten erfolgreich behandelt werden können, müssen diese Zusammenhänge rechtzeitig diagnostiziert und behandelt werden:

- Wie kann eine frühzeitige Diagnosestellung und Behandlung besser sichergestellt werden?³⁴

³³ Die Schätzung basiert auf der Verknüpfung der Schätzungen der Alzheimervereinigung mit den Daten der Ausländerstatistik des Bundesamtes für Statistik.

³⁴ AWO 2009; Laschinski 2010: 79ff

- Sollten spezifische Test- und Diagnoseverfahren entwickelt werden?

Aufschlussreich wäre es, sowohl die Nutzung der Unterstützung des formellen Sektors (Dienstleistungen des Gesundheitssystems) sowie des informellen Sektors (Familie, Freundinnen und Freunde, Nachbarinnen und Nachbarn, soziale Netzwerke, Vereine) zu untersuchen.

Weil viele dieser Fragen offen sind und wenig gesichertes Wissen darüber vorliegt, hat sich das SRK entschlossen, eine Studie zur Demenz bei Migrantinnen und Migranten in der Schweiz am Beispiel der italienischen Gemeinschaft zu unterstützen (siehe Kapitel 2).³⁵

35 Kasper Wicki 2012

2. Informationen zur Studie

Ziele: Die dieser Broschüre zugrunde liegende Studie³⁶ untersuchte am Beispiel italienischer Migrantinnen und Migranten, welches Wissen über Demenz vorliegt, welche Einstellungen gegenüber dieser Krankheit bestehen, wie sich Kranke und Angehörige mit der Krankheit auseinandersetzen, welche Bedürfnisse nach Unterstützung bestehen und wie Unterstützungssysteme und -angebote³⁷ genutzt werden. Dadurch sollten auch allfällige Lücken identifiziert werden. Langfristiges Ziel ist es, Erkrankte, Angehörige und das gesellschaftliche Umfeld über Demenz und Unterstützungsmöglichkeiten besser zu informieren und zu betreuen.

Untersuchungsgruppe: Die Studie erfasste demenzkranke Patientinnen und Patienten mit italienischem Migrationshintergrund, die im Alters- oder Pflegeheim, in einer Demenzklinik, in einer mediterranen Pflegeabteilung oder zu Hause gepflegt werden. Diese stellen die zahlenmässig grösste Gruppe der Demenzkranken in der schweizerischen Migrationsbevölkerung. Es hatte Patientinnen und Patienten mit und ohne muttersprachliche Betreuung darunter.

Anonymität und Ethik: Den Gesprächsteilnehmenden und den teilnehmenden Institutionen wurde Anonymität zugesichert. Transkripte wurden so aufbereitet, dass keine Rückschlüsse auf Personen, Institutionen und Regionen möglich sind. Bei den zuständigen Ethikkommissionen wurde die Zustimmung zum Forschungsprojekt abgeklärt.

Datenerhebung

a) Zwölf Einzelinterviews mit Angehörigen oder Bezugspersonen:

- **Auswahlkriterien:** Pflegende Angehörige oder Bezugspersonen mit konkreten Einblicken in die Krankheit und über die Lebens- und Pflegesituation der Erkrankten und die Auswirkungen auf das Umfeld (Ehepartnerinnen und -partner, Kinder, Freunde/Freundinnen, Nachbarn/Nachbarinnen).

³⁶ Kasper Wicki 2012

³⁷ Es wurde die Nutzung von Unterstützung des formellen Sektors (Dienstleistungen des Gesundheitssystems) und des informellen Sektors (Familie, Freunde, soziale Netzwerke, Vereine) untersucht.

- **Erhebung:** Leitfadengestützte, teilstrukturierte face-to-face-Interviews in deutscher Sprache.

b) Sieben Einzelinterviews mit Fachpersonen:

- **Auswahlkriterien:** Fachpersonen aus Geriatrie, Gerontologie, Psychiatrie und Migration aus der Deutschschweiz (Vertreterinnen/Vertreter aus der Alzheimerberatung, Ärztinnen/Ärzte, Pflegende bei der Spitex und im Pflegeheim). Einige der Interviewten haben selbst einen Migrationshintergrund.
- **Erhebung:** Leitfadengestützte teilstrukturierte Interviews.

c) Online-Befragung von Fachpersonen aus 53 Alters- und Pflegeinstitutionen:

- **Auswahlkriterien:** Mittels Zufallsstichprobe wurden Adressen von Alters- und Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz und Romandie erhoben (Leitende, Pflegedienstleitende und Pflegepersonen). Einige Auskunftspersonen haben selbst einen Migrationshintergrund.
- **Erhebung:** Standardisierter Fragebogen in Deutsch und Französisch über das Online-Tool «Surveymonkey».

Auswertung: Die Gespräche wurden mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) ausgewertet. Die schriftliche Befragung wurde deskriptiv ausgewertet.

3. Wichtige Erkenntnisse

Die erwähnte Studie³⁸, in der Angehörige und Fachleute befragt wurden, bestätigt Ergebnisse aus der bisherigen Forschung zu Demenz, zum Umgang der Kranken und zu den Auswirkungen auf die Angehörigen auch für die (italienischen) Migrantinnen und Migranten. Es ist eine Krankheit mit charakteristischen Auswirkungen. In einzelnen Bereichen verschärft die Erkrankung die Situation der Migrantinnen und Migranten.

3.1 Bestätigungen

Es gibt Auswirkungen, die mit dem spezifischen Krankheitsbild der Demenz zu tun haben und von denen alle Erkrankten oder ihre Angehörigen, seien sie Schweizerinnen und Schweizer oder Migrantinnen und Migranten, gleichermaßen betroffen sind.

Spezifische Symptome

Wortfindungs- und Gedächtnisstörungen, räumliche und zeitliche Orientierungsschwierigkeiten, Kommunikationsprobleme etc. treten im Verlauf der Erkrankung auf. Häufig ist ein schleichender Verlauf der Erkrankung zu beobachten.

Begleitsymptome

Ängste, Unruhe, Schlafstörungen, aggressives Verhalten, Depressionen treten oft auf.

Erschwerte Alltagsbewältigung

Ankleiden, Körperpflege, Hausarbeiten, Einkäufe etc. fallen ohne Hilfe zunehmend schwer.

Bewegung, Beschäftigung und Aktivitäten

Was die Demenzkranken heute gerne tun, steht sowohl im Zusammenhang mit dem aktuellen Gesundheitszustand wie auch mit ihrer früheren Lebenssitua-

38 Kasper Wicki 2012

tion, ihren Gewohnheiten, dem Beruf und den Hobbys. Aktivitäten und Bewegung sollen bewusst gepflegt werden.

Verständigungsschwierigkeiten

Angehörige haben manchmal Probleme, verbale und vor allem auch non-verbale Äusserungen der Kranken richtig zu verstehen oder zu interpretieren.

Belastung und Entlastung der pflegenden Angehörigen

Neben (Schwieger-)Töchtern übernimmt in der Regel die Ehefrau die Betreuung. Meist sind die Frauen ebenfalls älter, 70 Jahre und mehr. Die pflegenden Angehörigen sind hohen Anforderungen ausgesetzt, die oft an ihre physischen und emotionalen Grenzen gehen. Ängste vor der Zukunft und den Veränderungen, Verlustängste und Trauer treten auf. Die gemeinsame Zeit wird bilanziert. Wichtig ist die rechtzeitige Entlastung durch professionelle Dienste und die Schulung für die Betreuungsaufgaben.

Problematik der Vereinbarkeit von Beruf und Angehörigenbetreuung

Eine intensive Betreuung der oder des Kranken lässt sich nur schwer mit beruflichen Anforderungen vereinbaren.

Porträt Giuseppe Rossi: «Einfach immer Ruhe bewahren!»

Giuseppe Rossi³⁹ (*1934) wächst mit acht Brüdern und zwei Schwestern in einer Stadt in Norditalien auf. Während des 2. Weltkriegs erlebt die Familie entbehrungsreiche, vom Hunger geprägte Jahre. Rossi erlernt den Beruf des Sägers und kommt 1956 in die Schweiz, wo er eine Stelle im Kanton Zürich findet. Zwei Jahre später lernt er Maria kennen. Sie ist ebenfalls Italienerin, jedoch in der Schweiz aufgewachsen und spricht kein Italienisch. Sie heiraten 1961 und bekommen zwei Söhne. Mit den Kindern besuchen sie regelmässig die Verwandten in Italien. In der Schweiz fühlen sie sich wohl. Sie integrieren sich gut ins Berufs- und Dorfleben, pflegen ein reiches Sozialleben mit einem Freundeskreis aus Schweizern und Italienern und sind beliebt. 1977 folgt die Einbürgerung der ganzen Familie. 1999 wird Giuseppe Rossi pensioniert. Das Ehepaar genießt die freie Zeit, reist und nimmt weiterhin aktiv am Dorfleben teil.

73-jährig treten bei Giuseppe Rossi erste gesundheitliche Probleme auf (Niereninfektion, Diabetes). Die Konzentration lässt nach. Im Chor fällt auf, dass er die Liedtexte nicht mehr versteht. Mit 75 Jahren wird der Führerschein aufgrund der ungenügenden Reaktionsfähigkeit nicht mehr verlängert. Er hat Orientierungsschwierigkeiten in einer neuen Umgebung.

Maria Rossi: *«So hat es angefangen, ganz langsam. Man will es nicht glauben, das gibt es doch einfach nicht!»*

Zweimal stürzt er schwer und kommt in Spitalpflege. Nun lässt sich Giuseppe Rossi medizinisch abklären und erhält die Diagnose Alzheimer-Demenz im Anfangsstadium. In den kommenden Jahren verschlechtert sich der Gesundheitszustand. Er gibt seine Freizeitaktivitäten auf, selbst im Garten oder Haus mag er immer weniger mithelfen. Sein Radius verkleinert sich, er schläft viel und sitzt oft reglos im Sessel vor dem Fernseher.

Maria Rossi: *«Er sitzt einfach im Stuhl – er, der so ein aktiver Mensch gewesen ist! Damit habe ich lange Mühe gehabt, das hat mir immer wehgetan. Einfach das Daliegen und einfach das Passive. Das ist nicht mein Mann.»*

³⁹ Alle Namen wurden geändert.

Seine Frau versucht, ihn mit Gedächtnisübungen und Spielen zu aktivieren, singt mit ihm italienische Lieder, deren Texte er noch immer auswendig kann. Oft meint er, dass er nun zur Arbeit müsse.

Maria Rossi: *«Warum musst Du arbeiten gehen? Dann antwortet er: «Ich muss Geld verdienen.» Für ihn ist einfach das Arbeiten wichtig.»*

Immer mehr ist er auf die volle Unterstützung seiner Frau angewiesen. Doch auch sie hat gesundheitliche Probleme. Seit mehreren Jahren geht sie an zwei Stöcken. 2010 erleidet sie einen Schlaganfall und muss ebenfalls ins Spital. In dieser Situation kümmern sich die Nachbarn um Giuseppe Rossi. Auch Freunde stehen ihnen bei und organisieren schliesslich die Spitex, die seither zweimal wöchentlich kommt. Er akzeptiert die Pflegepersonen gut.

Maria Rossi: *«Wenn die Spitex kommt, kann ich einkaufen gehen. Ich kann ja sonst nicht weg, ich lasse ihn nicht alleine, weil ich nicht sicher bin. (...) Dann kommt sein alter Charme hervor. Ich habe jeweils grosse Freude, wenn ich sehe, wie er lacht mit diesen Frauen. Das bringt für ihn eine Abwechslung. Das tut auch mir gut.»*

Söhne, Schwiegertöchter, Enkel und Freunde begleiten sie zum Einkaufen und zu Ausflügen. Freundinnen unterstützen Maria Rossi in der Betreuung. 2011 zieht das Paar in eine Wohnung mit Lift. Dieser Wechsel bereitet Giuseppe Rossi grosse Mühe. Er kann sich nicht orientieren, will immer wieder «nach Hause» und läuft weg. Mit fortschreitender Demenz nehmen die Einschränkungen zu. Er kann sich nicht mehr selbstständig ankleiden, vermag Gesprächen nicht zu folgen und reagiert sehr empfindlich auf Lärm. Es gibt Phasen, da ist er deprimiert, mag nicht aufstehen und reagiert auf laute Äusserungen seiner Frau, entgegen seinem früheren Wesen, unduldsam:

Maria Rossi: *«Wenn ich ein bisschen zu laut bin, kommt von ihm eine aggressive Reaktion. Normal ist das ja nicht, noch nie gewesen in seinem Leben. Aber jetzt mit der Krankheit – einfach immer Ruhe bewahren!»*

Empfehlungen der Ehefrau Maria Rossi:

«Man muss auch an sich selbst denken und auch für sich schauen. Wenn einem etwas wichtig ist, muss man dafür sorgen, dass man es auch macht und nicht darauf verzichtet.»

«Man soll den Partner auch einmal anderen Personen überlassen. Viele Menschen meinen, es gehe nicht ohne einen selber. Aber es geht doch! Mein Mann genießt die Abwechslung.»

3.2 Spezifische Folgen für Migrantinnen und Migranten

Die Erkrankung verschärft laut den Aussagen der befragten Angehörigen oder Fachpersonen die Situation der Migrantinnen und Migranten in einzelnen Bereichen. Bedeutet die Erkrankung an einer Demenz für alle Betroffenen eine schmerzvolle Verlusterfahrung, so können für Migrantinnen und Migranten allfällige frühere traumatische Verlusterfahrungen in Verbindung mit ihrer Lebens- und Migrationsgeschichte reaktiviert werden. Sie sind dann in einem doppelten Sinne fremd: Zum einen werden sie sich selber durch die Krankheit fremd, sie «verlieren» sich (und ihre Angehörigen). Zum anderen werden durch die Krankheit die positiven wie negativen Erfahrungen und allfällige Verluste des früheren Lebens nochmals belebt. Die Zeit im Heimatland, die Migration, das Fremdsein und die Entfremdung mit den damit verbundenen Gefühlen kommen nochmals hoch.

Bestimmte Auswirkungen der Krankheit treffen Migrantinnen und Migranten deshalb besonders oder besonders stark.

3.2.1 Auswirkungen für Kranke und Angehörige

Tabuisierung und Angst vor Stigmatisierung innerhalb der italienischen Gemeinschaft

Die befragten Fachpersonen und einzelne Angehörige berichten, dass Krankheiten, die das Gehirn oder die seelische Gesundheit betreffen, in manchen Regionen Italiens teilweise stark tabuisiert werden. Es bestehen Vorstellungen, dass die Erkrankung die Folge einer Verwünschung oder eine Strafe sei. Ein offenes Gespräch über die Krankheit ist in solchen Fällen nur schwer möglich. Die Folgen sind, dass Anzeichen ignoriert werden, das Verschweigen und Zudecken.

Oft erfolgt auch ein Rückzug aus der Gemeinschaft, etwa aus dem Bocciacclub, dem Chor oder anderen Kreisen, wo Kontakte mit anderen Migrantinnen und Migranten gepflegt wurden. Das Verschweigen soll die Kranken und ihre Familie davor schützen, ausgegrenzt zu werden und Freundschaften zu verlieren. Eine Pflegerin mit viel Erfahrung in der Betreuung von Menschen aus Italien berichtet, dass es immer wieder vorkomme, dass man die Verwandten in Italien nicht mit Problemen belasten wolle. Man möchte sie vor Kummer schützen und

der Tatsache Rechnung tragen, dass diese aus der Ferne ja sowieso keinen Beitrag zur Verbesserung leisten könnten.

Die (Schweizer) Ehefrau: *«Da sagen die Brüder, die in der Schweiz wohnen, eben dem Bruder in Italien nicht, dass mein Mann nicht mehr da ist. Der Schwester in Italien sagt man das auch nicht. Und dann ist noch von der Nichte, die in der Schweiz lebt, der Sohn gestorben, mit 25 Jahren, vor zwei Jahren. Das wird auch nicht gesagt.»*

Die Kranken und ihre nahen Angehörigen bleiben so mit ihrer Not und ihren Ängsten allein und sind damit zusätzlich gefährdet, sich zu überfordern. Diese Schonhaltung, Belastendes fernzuhalten und nicht richtig oder vollständig zu informieren, kann sogar dem oder der Erkrankten gegenüber auftreten:

Die Tochter: *«Wir haben meiner Mutter gesagt, sie sei ein bisschen vergesslich. Der Doktor habe ihr diese Tabletten gegen die Vergesslichkeit verschrieben.»*

Fachpersonen sagen, weil Krankheit und Sterben so stark tabuisiert würden, sei die Begleitung im Sterbeprozess oft sehr erschwert und könne kaum zum Gesprächsthema gemacht werden.

Haltung bewahren

Fachpersonen und Schweizer Angehörige nehmen wahr, dass manche Italienerinnen und Italiener sehr stark die Haltung verinnerlicht hätten, stets Haltung zu bewahren, sich keine Schwäche anmerken zu lassen und ihr Gesicht zu wahren. Sie vermuten, dass sich Betroffene und ihre Angehörigen für Gefühle der Schwäche schämen. Diese Tendenz trage dazu bei, sich anderen nur schwer anzuvertrauen.

Die (Schweizer) Ehefrau: *«Sie sagen auch immer: Ja, ja, es geht alles gut. Es ist immer alles gut.» [Sie lacht]. Ich weiss nicht, was das ist. Sie haben das sicher schon in der Familie gelernt. Weil die Mutter ist immer so gewesen, die Sache verstecken, figura figura, facciamo figura! Einfach alles ist perfekt. Was dahinter ist, geht die Leute nichts an. Das bleibt nur in der Familie.»*

Fehlendes Wissen über Krankheit

Die frühen Symptome und Anzeichen der Erkrankung bleiben lange unverstanden und werden manchmal als normale Alterungsprozesse fehlgedeutet. Es

fehlt das Wissen über den Verlauf der Krankheit und die dabei auftretenden üblichen Schwierigkeiten oder Anforderungen, aber auch über Entlastungsmöglichkeiten und Hilfestellungen.

Ein Gerontopsychiater: *«Die Familien leiden. Sie wissen nicht, was passiert, wieso die Person sich verändert, wieso sie zum Beispiel merkwürdig, unruhig oder aggressiv wird. Die Familien leiden teilweise zwei bis drei Jahre ganz stark und betreuen die erkrankte Person dauernd, bis sie in die Alterspsychiatrie kommt.»*

Fehlende Kenntnisse über das schweizerische Gesundheitswesen

Die Kenntnisse über das Gesundheitssystem und Hilfsangebote, über Anlauf- und Beratungsstellen, über Entlastungsangebote (Fahr-, Mahlzeiten- und Besuchsdienst) und finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten, über Selbsthilfegruppen sind oft rudimentär. Bei den pflegenden Angehörigen kann diese Unkenntnis mit dazu beitragen, dass sie sich zu spät Hilfe organisieren. Zudem erweist sich das Vertrauensverhältnis zum Arzt oder zur Ärztin als zentral. Ärztliche Hilfe wird leichter aufgesucht, wenn bereits ein Kontakt hergestellt ist.

Die Ehefrau: *«Zuerst muss man ganz genau wissen: Die gehen nicht einfach so zu einem Doktor oder zu einem Zahnarzt! Den muss man wirklich kennen.»*

Kennzeichnend ist zudem, dass der oder die Kranke meist von weiteren Familienangehörigen zum Arztbesuch begleitet werden, bereits bevor die Krankheit fortgeschritten ist.

Sprachliche Verständigungsprobleme

Die jetzt alt werdenden Italienerinnen und Italiener haben oft nicht ausreichend gut Deutsch gelernt und erhielten von Seite der Schweizer Arbeitgeber oder Behörden auch keine aktive Unterstützung. Dies macht die Verständigung schwierig. Zum einen können sich die Kranken aus der ersten Einwanderungsgeneration und deren Ehepartnerinnen und -partner oft zu wenig präzise artikulieren und ihre Anliegen und Beschwerden schildern. Zum anderen verstehen sie die Fachausdrücke und Erklärungen der Ärztinnen und Ärzte oder der Pflegenden zu wenig oder zu ungenau. Damit können sich leicht Ängste und Misstrauen breit machen. Es entstehen vermehrt Missverständnisse.

Ablehnung institutioneller (Alters-)Einrichtungen

Manche Migrantinnen und Migranten stehen den Pflege- oder Altersheimen, oft aufgrund negativer Bilder im Herkunftsland, skeptisch und ablehnend gegenüber. Die Betreuung der altgewordenen Eltern wird – oft sowohl von den alten Eltern wie den erwachsenen Kindern – als Aufgabe der Kinder verstanden. Die Kranken selber wünschen, möglichst lange zu Hause bleiben zu können. Kann der Eintritt in eine pflegende oder betreuende Institution nicht mehr abgewendet werden, so ist dies, zumindest in einer Anfangsphase, mit Ängsten auf Seite der Kranken und mit Gewissensnöten auf Seite der Angehörigen verbunden. Dies trifft speziell zu, wenn die Kinder sich in der «Schuld» ihrer Eltern fühlen, da diese durch ihre Migration wesentlich zum sozialen Aufstieg der zweiten Generation beigetragen haben. Teilweise entstehen auch Konflikte unter den Angehörigen:

***Frau V. (Tochter):** «Ich war so wütend, denn ich konnte es nicht verstehen, dass sie [die Brüder] die Mutter so kurzfristig weggeben wollten. Ich habe es als abgeschoben empfunden. Oder einfach keine Rücksicht und weg und fertig. Und dadurch fühlte ich mich noch schuldiger, denn ich hätte es im Prinzip für sie anders gewollt.»*

3.2.2 Spezifische Auswirkungen für die Kranken

Späte Diagnosestellung

Weil die Betroffenen manchmal erst sehr spät einen Arzt oder eine Ärztin aufsuchen, erfolgt auch die zutreffende Diagnosestellung verspätet. Die korrekte Diagnose wird verschleppt. Das Leben mit den Auswirkungen der Krankheit bleibt lange unverstanden. Dadurch verzögern sich die spezifischen Hilfestellungen und Therapien. Die Linderung der Krankheitssymptome kommt spät.

Sprachverlust

Mit dem zunehmenden Verlust der Sprache gehen nicht nur allfällige Deutschkenntnisse verloren, sondern oft auch Kenntnisse der italienischen Hochsprache. Manchmal beginnen die Kranken wieder im Dialekt ihrer Kindheit und ihrer Region zu sprechen. Diesen Dialekt verstehen oft selbst die Angehörigen nicht. Damit wird die sprachliche Verständigung zusätzlich erschwert. Einsamkeitsgefühle und der Rückzug aus Beziehungen können sich so verstärken.

Herr B. (Sohn): *«Mein Vater hatte auch einen Termin mit der Logopädin. Und er hat am Schluss gesagt, er gehe nicht mehr. Er hat sich geweigert, weil er merkte, dass er nicht mehr gut sprechen konnte.»*

Aktualisierung der Lebens- und Migrationserfahrungen

Durch Armut, Hunger, Krieg, Flucht und harte Arbeit geprägte Kindheits- und Jugendjahre und darauf folgende schwierige Migrationserfahrungen (Ablehnung, prekärer Aufenthaltsstatus als Saisonnier, ausbeuterische Arbeitsverhältnisse, gesellschaftliche Ausgrenzung, Verlust von Familienangehörigen) können im Verlauf der Erkrankung aktiviert werden. Die beschränkten Denk- und Erinnerungsleistungen und die verringerte Fähigkeit, sich zu artikulieren, erhöhen die Not. Unverstandene Ängste und Sorgen quälen die Kranken.

Gesundheitliche Mehrfachbelastungen

Ein (körperlich) belastungsreiches Arbeitsleben hat oft zur Folge, dass die Betroffenen unter weiteren Krankheiten leiden, dass Multimorbidität das Leben und die Betreuung zusätzlich erschwert. Ärztinnen und Ärzte berichten, dass einige der Begleitkrankheiten nicht einzig auf das fortgeschrittene Alter zurückzuführen sind, sondern auch auf die früheren Lebensbedingungen. Viele haben in körperlich anstrengenden Berufen gearbeitet, was früh zu körperlichen Beschwerden führte.

Sehnsucht nach vertrauten heimatlichen Verhältnissen

Die Erkrankung kann dazu führen, dass die Betroffenen verstärkt das Bedürfnis haben, heimatliche Gewohnheiten beizubehalten. Hierzu zählen etwa das italienische Essen, gerne in der Gemeinschaft zu sein, Freizeitgewohnheiten und -spiele (Boccia, Kartenspiele, gemeinsames Singen heimatlicher Lieder). Der Wunsch, Bisheriges und Vertrautes aufrecht zu erhalten, kann den Eintritt in eine Alters- oder Pflegeinstitution zusätzlich erschweren, wenn dort zu wenig auf diese Anliegen eingegangen wird. Wird keine Rücksicht auf die Ernährungsgewohnheiten genommen, können Ernährungs- und Gesundheitsprobleme, aber auch Aggressionen oder Depressionen resultieren.

Frau R. (Tochter): *«Meine Mutter will unbedingt weg von hier. Sie will ihre eigene Wohnung. Sie glaubt, sie könne immer noch ihre eigene Wohnung haben – und natürlich nach Lugano, auch wenn sie noch nie in Lugano gewohnt hat. (...) Sie will nur noch nach Lugano, wo sie während des Krieges und dann während der Ferien war.»*

Eingeschränkte Mobilität

Der Aktionsradius ist eingeschränkt, und weite Reisen, zum Beispiel in die Heimat, sind aufgrund der manchmal starken Gehbehinderungen und Orientierungsprobleme nicht mehr möglich oder erfordern aufwändige Begleitmassnahmen, die oft die finanziellen oder anderen Möglichkeiten der Familie sprengen. Dies kann die Trauer und das Verlusterleben verstärken.

Folgen des Lebens als Arbeitsmigrantin und Arbeitsmigrant

Arbeiteten die Migrantinnen und Migranten in schlecht entlohnten Berufen, so haben sie nun tiefe Renten. Sie konnten und können sich oft nur kleine Wohnungen mit wenig Komfort (enge Bäder, kein Lift, kleine Küchen, oft an lärmiger, verkehrsreicher Wohnlage) leisten, was den Alltag und die Betreuung sehr erschwert. Auch für zusätzliche Entlastungsangebote (Spitex, Mahlzeiten-dienst), bauliche Anpassungen oder den Umzug in eine altersgerechte Wohnung stehen kaum Mittel zur Verfügung. Zudem ging früher oft ein Teil des Lohnes zur Unterstützung der Angehörigen in die Heimat oder um sich ein kleines Haus zu bauen, in der Hoffnung, einmal wieder zurückzukehren. Nun fehlen die Mittel für das aktuelle Leben.

3.2.3 Spezifische Auswirkungen für die Angehörigen

Hoher Erwartungsdruck

Viele der Angehörigen formulieren, dass sie die Betreuung und Pflege zu Hause leisten wollen und dass dies auch so von ihnen erwartet würde.

Herr C.: «Mein Verhältnis zu meinem Vater war so: Die eine Hand hat immer die andere unterstützt. Wenn ich etwas brauchte, ist er gekommen. Wenn er etwas brauchte, bin ich gegangen. Das hat so immer sehr gut geklappt. Und wenn er mich jetzt braucht, wieso sollte ich jetzt nein sagen? Es ist selbstverständlich. Ich war einfach dort und habe das gemacht, was er nicht konnte.»

Diese Aufgaben nehmen die Angehörigen, wie die Fachpersonen anmerken, oft sehr liebevoll und mit grossem Engagement wahr, manchmal bis hin zur Verausgabung. Wenn sie schliesslich den Kranken/die Kranke in fremde Obhut geben, sind oft Schuld-, Scham- oder Versagensgefühle die Folge, selbst wenn Entlastung und Erleichterung spürbar sind. Gerade über solche Gefühle kann

oft jedoch nur schwer gesprochen werden, was bei den Angehörigen zusätzlich Einsamkeitsgefühle auslösen kann.

Problematik der Übersetzung

Vielfach übernehmen Angehörige die Übersetzung, etwa beim Arzt oder bei der Ärztin, bei Therapien oder in der Pflegeinstitution. Dadurch geraten sie in eine schwierige Situation. Zum einen sind sie durch die Erkrankung des Vaters oder der Mutter als Angehörige auch selber Betroffene. Das Leiden des Vaters oder der Mutter löst Ängste, Sorgen und Beunruhigung aus. Die Angehörigen können in Loyalitätskonflikte geraten und suchen manchmal, die Kranken vor Informationen zu schützen und zu bewahren. Ausserdem sind die Angehörigen in der Regel keine Fachpersonen. Sie verstehen die medizinischen Fachbegriffe und Erklärungen nicht vollständig und übersetzen deshalb zu ungenau. So werden sie emotional und fachlich oft überfordert.

Überlastung durch Beruf, Familie und Pflegeaufgaben

Sind die pflegenden Angehörigen Söhne oder Töchter, so stehen sie meist selber im Berufsleben und haben eine eigene Familie. Verschärfend kann hier wirken, wenn sie unter schlechten Arbeitsbedingungen arbeiten, wenn der Arbeitgeber kein Verständnis für die Situation hat oder wenn keine Möglichkeiten zu Anpassungen (Arbeitszeit, Aufgabengebiet) bestehen und sogar ein Arbeitsplatzverlust droht. Die Belastungen werden gegenüber Dritten geheim gehalten, was die Situation noch zusätzlich verschärft. Dies kann zu einem, manchmal als unlösbar wahrgenommenen, Dilemma und zu Gefühlen der Verzweiflung und Ausweglosigkeit führen. Gesundheitliche Schäden und Erschöpfungsdepressionen treten bei den Pflegenden auf. Auch Ärger und Ungeduld können sich breit machen, und für die Kranken selber entstehen dadurch bedrohliche Situationen:

Frau B. (Ehefrau): *«Ich war ganz alleine. Und am Schluss habe ich gedacht, da passiert etwas, denn ich war so nervös. Und ich hatte Angst, dass ich ihn schlagen werde.» (sie weint)*

Auch die Kinder der pflegenden Angehörigen sind manchmal in Mitleidenschaft gezogen, weil für sie weniger Zeit und Energie zur Verfügung steht.

Ökonomische Aspekte

Muss der oder die Kranke über einen langen Zeitraum betreut werden, so entschliessen sich die pflegenden Angehörigen bisweilen, meist die Frauen, die berufliche Tätigkeit zugunsten der care-Arbeit einzuschränken. Dies hat finanzielle Konsequenzen. Im Haushalt der Angehörigen fehlt nun unmittelbar das Einkommen, aber auch die zukünftigen Renten- und AHV-Leistungen werden dadurch schmaler.

Spitex-Leistungen werden eher in Anspruch genommen, wenn sie über die Krankenkasse abgerechnet werden können.

Keine Schulung für den Umgang und die Betreuung der Kranken

Die pflegenden Angehörigen sind meist nicht für ihre Pflegeaufgaben geschult. Es fehlt das Wissen über den Verlauf und die Verhaltensmerkmale der Erkrankung, über Techniken (zum Beispiel das Umbetten) und Strategien der Pflege. Überforderung und Gefühle der Hilflosigkeit, des Ärgers und des Nicht-Genügens treten verstärkt auf. Dies wirkt wiederum auf den Kranken oder die Kranke zurück, was einen Kreislauf an unerfreulichen Erlebnissen und Verhaltensweisen in Gang setzen kann.

Immobilität

Vielfach besitzen vor allem die betagten Ehefrauen keinen Fahrausweis. Erschwert wird die Situation, wenn die finanziellen Mittel knapp sind und zu wenig Kenntnisse über allfällige kostengünstige Angebote bestehen. Dies kann den Zustand der Immobilität verstärken.

Die ältere Frau X muss mit ihrem demenzkranken Ehemann, der schlecht gehen kann, zum Arzt. Die nächste Bushaltestelle ist zu weit weg, so dass eine Fahrt mit den öffentlichen Verkehrsmitteln nicht in Frage kommt. Frau X kann nicht Auto fahren und ist darauf angewiesen, dass sie mit ihrem Mann per Taxi zum Arzt fährt. Die finanzielle Situation erlaubt jedoch keine Taxifahrt. Nun muss Frau X die Nachbarn bitten, sie hinzufahren. Dies aber ist ihr unangenehm, weil sie den Nachbarn nicht zur Last fallen will.

Porträt Antonia Valore: «Wenn die Eltern pflegebedürftig werden, leben sie mit den Kindern zusammen.»

Antonia Valore (1922) wächst in Sizilien mit einer Schwester und zwei Brüdern auf. Nach der obligatorischen Schulzeit hilft sie den Eltern zu Hause im Haushalt. Während der Kriegsjahre hat die Familie wenig Geld, und Antonia Valore findet keine Arbeit.

1953 kommt sie in die Schweiz und arbeitet in den folgenden Jahren in einer Fabrik. Sie lernt Mario, einen Maurer aus Italien, kennen. Sie heiraten und bekommen eine Tochter und zwei Söhne. Die beiden älteren Kinder leben, da Antonia und Mario Valore sehr viel arbeiten, während der ersten Lebensjahre bei Antonias Eltern in Sizilien. Als die Grossmutter an Demenz erkrankt, holen sie die beiden Kinder wieder zu sich. Sie pflegen ein harmonisches Familienleben und können auf die Hilfsbereitschaft ihrer Kinder, insbesondere ihrer Tochter, zählen. Weder Antonia noch Mario Valore sprechen gut deutsch.

In den 70er-Jahren gründen die Kinder ihre eigenen Familien. Antonia und Mario Valore pflegen einen regen Kontakt mit ihren Kindern und Enkeln, doch durch den Wegzug guter Freunde und Bekannter wird das Freundesnetz dünner. Antonia und Mario Valore verbringen viel Zeit gemeinsam:

Lara Agosti-Valore: «Sie waren immer zusammen, überall. Sie war nie viel alleine in ihrem Leben.»

Nach 30 Jahren wird Mario Valore frühpensioniert, und auch Antonia Valore geht in Pension. Das Ehepaar lebt von der AHV und von Ergänzungsleistungen und wird ausserdem von ihrer Tochter finanziell unterstützt.

Im Lauf der Zeit verschlechtert sich bei beiden der Gesundheitszustand. Bei den Arztbesuchen begleitet jeweils die Tochter ihre Eltern, vermittelt emotionalen Beistand und übersetzt:

Lara Agosti-Valore: «Mutter und Vater waren immer zusammen, auch bei den Arztbesuchen. Wir waren immer zu dritt.»

Weil nach einer Operation ein Augapfel weiss wird, will Antonia Valore aus Scham nicht mehr unter die Leute gehen. Ab dem 60. Altersjahr fällt bei ihr eine sich langsam verstärkende Vergesslichkeit auf:

Lara Agosti-Valore: *«Manchmal habe ich etwas gefragt und sie hat es nicht mehr gewusst. Einfach schleichend, sehr schleichend.»*

Die Tochter begleitet Antonia Valore daraufhin zur Hausärztin, die zuerst eine Depression vermutet. Als sich nach vier Monaten Behandlung mit Anti-Depressiva der Zustand verschlimmert, wird genauer abgeklärt. Es wird eine Alzheimer-Erkrankung diagnostiziert, wobei die Tochter ihre Mutter nicht über die Krankheit aufklärt:

Lara Agosti-Valore: *«Den schlimmeren Teil habe ich für mich behalten, um sie zu beschützen. Im Prinzip hat man zu Hause nicht über Krankheiten oder über den Tod oder sonst über etwas Intimes geredet. Das ist für uns ein kleines Tabu gewesen.»*

Zu Beginn kann Antonia Valore noch einige Haushaltsarbeiten wie Waschen und Kochen alleine verrichten. Andere Arbeiten übernehmen jedoch ihr Mann, die Tochter und die Schwiegertochter. Sie wird zunehmend verwirrt, will sich nicht mehr waschen und immer dieselben Kleider anziehen, worüber sich Mario Valore sehr schämt:

Lara Agosti-Valore: *«Der Vater war verzweifelt und wusste nicht mehr, was er machen soll. Und er hat lange nichts gesagt, weil er uns nicht belasten wollte.»*

Schliesslich organisieren die Kinder die Spitex für die tägliche Körperpflege und den Mahlzeitendienst.

In den 90er-Jahren erkrankt Mario Valore an einem Tumor und muss deshalb wiederholt ins Spital. Während dieser Phasen wohnt Antonia Valore bei der Tochter. Sie besucht zwar ihren Mann im Spital, kann jedoch aufgrund ihrer Demenz dessen Erkrankung nicht richtig verstehen. Sie wird immer pflegebedürftiger und benötigt vor allem nachts mehr Betreuung. Da sie und zeitweise auch der Vater bei der Tochter leben, wird dies zur grossen Belastung. Die Ärzte empfehlen deshalb dringend, ein Pflegeheim zu suchen. Doch die Tochter wagt nicht, dies den Eltern vorzuschlagen und bittet den Arzt, dies zu tun:

Lara Agosti-Valore: «Denn wenn ich das sage, fühlt er sich wie abgeschoben, dass ich den Eltern vielleicht nicht helfen oder dass ich sie nicht haben will. Denn die Mentalität erlaubt das nicht. Im Prinzip ist es bei uns Italienern so: Wenn die Eltern pflegebedürftig werden, leben sie mit den Kindern zusammen. Und wenn eines nicht mehr kann, dann wechseln sie ab, von einem Kind zum anderen.»

Antonia Valore möchte auf keinen Fall in ein Heim oder in eine Alterswohnung gehen.

Lara Agosti-Valore: «Sobald die Mutter das Wort «Heim» hörte, wehrte sie sich stark. Sie wollte einfach nicht ins Heim. Sie wollte bei mir wohnen. Zum Vater sagte sie: «Dann geh doch du, ich bleibe zu Hause!» Obwohl sie es mehr gebraucht hat als er.»

Mario Valore stirbt Ende 2008. Dies hat, neben der grossen Trauer, auch eine massive Verschlechterung des Gesundheitszustands der Mutter zur Folge. Die Tochter will sie zu dieser Zeit nicht ins Heim geben. Einige Zeit lebt sie bei den Söhnen, was jedoch keine dauerhaft Lösung ist. Verschiedene Optionen, die die Kinder prüfen, erweisen sich als zu teuer. Schliesslich setzen sich die Söhne durch und finden einen Platz in einem Schwesternheim:

Lara Agosti-Valore: «Ich war so wütend. Ich konnte nicht verstehen, dass sie die Mutter so rasch weggeben wollten. Ich habe dies als Abschieben empfunden, einfach keine Rücksicht und weg und fertig! Dadurch fühlte ich mich noch schuldiger.»

Antonia Valore erhält ein Einzelzimmer in einer Abteilung für pflegebedürftige Nonnen, kann sich am neuen Ort aber nur schwer anpassen. Zwar geht das Personal liebevoll mit ihr um, jedoch schmeckt ihr das Essen nicht:

Lara Agosti-Valore: «Meine Mutter war dieses Essen nicht gewöhnt, vom Geschmack her, von der Situation und dann plötzlich an einem Ort, den sie nicht kennt. Wir Italiener sind uns zum Beispiel nicht gewöhnt, Café complet am Abend zu essen.»

Auch die sprachliche Verständigung klappt nicht immer gut. Frau Valore stört beim Essen durch lärmendes Verhalten und muss deshalb in ihrem Zimmer bleiben. So ist sie viel alleine und nimmt nicht an den Heimaktivitäten teil.

Lara Agosti-Valore: *«Wenn man sie nicht rausholte, ist sie immer dort gewesen, am Verfaulen sozusagen! Es war sehr schlimm.»*

Erst einige Monate später darf Antonia Valore wieder mit den anderen essen und beginnt, sich in die Gruppe zu integrieren. Weiterhin erhält Antonia Valore häufig Besuch von ihren Kindern und Enkeln. Sie schenken ihr ein Radio und CDs. Wenn sie Musik hört, singt Antonia Valore manchmal alte Lieder, und auch das Pflegepersonal singt mit.

Lara Agosti-Valore: *«Dadurch ist sie im Moment ein bisschen glücklich. Aber sobald sie wieder alleine ist, geht der Teufel los. Dann kommt wieder die Angst. Sie ist einfach nicht gerne alleine!»*

Ohne ihre Tochter findet sie sich kaum zurecht, was wiederum zu Konflikten führt:

Lara Agosti-Valore: *«Dann wollten sie mir verbieten, die Mutter zu besuchen und sie abzuholen. Sie haben mir die Schuld gegeben, dass sich die Mutter nicht anpassen könne. Sie haben einfach die Situation und unsere gute Beziehung überhaupt nicht verstanden.»*

Um Antonia Valore etwas zu beschäftigen, organisiert die Tochter einen Besuchsdienst, was jedoch aufgrund von sprachlichen Missverständnissen nicht klappt. Später besucht eine Italienerin Antonia Valore einmal pro Woche. 2010 wechselt Frau Valore in ein Pflegeheim mit einer Demenzabteilung in der Nähe der Tochter:

Lara Agosti-Valore: *«Teils waren wir froh und teils hatten wir Angst, weil jeder Wechsel wieder ein Schritt sein konnte, noch mehr zu vergessen, und man muss sich neu anpassen.»*

Die Hoffnung auf mehr Kontakt erfüllt sich. Unter anderem bewohnt die Mutter ein Zweibettzimmer mit einer anderen Frau. Sie gewöhnt sich an das neue Pflegepersonal und die Mitbewohnerinnen und -bewohner. Dies fällt ihr auch leichter, weil einige der Patientinnen und eine Pflegerin ebenfalls italienisch sprechen.

Dennoch bemängelt die Tochter:

Lara Agosti-Valore: *«Manchmal habe ich das Gefühl, es klappt nicht, weil sie die Mutter nicht verstehen. Das Italienische ist das Hauptproblem.»*

Durch ihr grosses Engagement kommt die Tochter zeitweise an die Grenzen der Belastbarkeit:

Lara Agosti-Valore: *«Ich war total am Boden, nahm in wenigen Wochen sieben Kilo ab. Von der Psyche her, wegen der Belastung. Dieses Hin und Her: Spital, Heim, Kinder, Familie, ich krank, die Mutter da, der Vater dort. Schauen, dass der Vater die Krebsdiagnose nicht so mitkriegt.»*

Empfehlungen der Tochter Lara Agosti-Valore:

«Für die pflegenden Angehörigen ist es wichtig, dass sie in der Betreuung und Pflege abgewechselt und entlastet werden, insbesondere, wenn sie selber auch krank sind.»

«Die Sprache ist das Hauptproblem der Verständigung im Pflegeheim. Wenn kein italienisch sprechendes Pflegepersonal da ist, kann man jemanden von einem privaten Besuchsdienst organisieren, der sich in der gewünschten Sprache verständigen kann.»

«Flexible Besuchszeiten im Pflegeheim sind sehr wichtig für die Angehörigen, denn sie müssen zuerst ihren eigenen Alltag organisieren, bevor sie auf Besuch kommen können.»

«Ein Heimaufenthalt ist sehr teuer. Wenn die Patientinnen und Patienten von der Familie abgeholt werden und bei ihnen zu Hause essen, also an diesen Tagen keine Mahlzeiten im Heim benötigen, wäre eine entsprechende Preisreduktion eine finanzielle Entlastung.»

3.3 Erkenntnisse für professionelle Gesundheits- und Pflegedienste

Spitexdienste

In der Betreuung und Pflege durch die Spitex können sich drei Aspekte als schwierig erweisen:

1. Probleme mit der sprachlichen Verständigung: Sprechen die Mitarbeitenden kein Italienisch, so erschwert dies den Austausch, und es ist enorm schwierig, korrekt zu informieren, anzuleiten und die Anliegen der Kranken aufzunehmen.
2. Häufig wechselndes Personal: Die Organisations- und Arbeitsabläufe haben zur Folge, dass ein Kranker/eine Kranke und die Angehörigen meist von verschiedenen Pflegefachpersonen betreut werden.
3. Die (Intim-)Pflege durch fremde Personen, insbesondere des anderen Geschlechts, schafft Probleme und wird von den Kranken oft als Ein- oder sogar Übergriff empfunden.

Jeder einzelne dieser Faktoren oder ihre Kombination erschweren die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung und eines Gefühls der Geborgenheit. Orientierung und die seelische Stabilität werden dadurch bei den Demenzkranken zusätzlich beeinträchtigt. Umgekehrt können Unsicherheit und Ängste wachsen.

Alters- und Pflegeheime

Die Mehrheit der befragten Fachpersonen beurteilt die Betreuung, die Pflege und den Kontakt zu Personen mit italienischem Migrationshintergrund im Vergleich zu den anderen Bewohnern und Bewohnerinnen als gleich gut. Die Selbstwahrnehmung ist deutlich positiver als die Fremdwahrnehmung durch die Angehörigen. Es zeigt sich jedoch, dass die Institutionen noch wenig auf Kranke mit (italienischem) Migrationshintergrund eingestellt sind:

1. Mangel an Personal und hoher administrativer Aufwand, gerade bei den Pflegedienstleistenden, sind problematisch. Auf individuelle Anliegen der Kranken kann weniger eingegangen werden. Teilweise wird es von den An-

gehörigen als störend empfunden, dass kaum Zeit für Plaudern und etwas Verweilen bleibe.

2. Übersetzungsdienste: In der Regel werden keine oder nur in wenigen Ausnahmefällen professionelle interkulturelle Übersetzungsdienste beigezogen. Dadurch entstehen vielfältige Kommunikationsprobleme, Missverständnisse und Widerstände (zum Beispiel bei der Medikamentenabgabe). Die Schulung in non-verbaler Kommunikation oder in einer Zeichensprache existiert kaum. Die Überlastung und die damit verbundenen Probleme der oft zur Übersetzung beigezogenen Angehörigen wurden oben ausgeführt.
3. Mangelnde Kenntnisse über Lebens- und Sozialgeschichte: Das medizinische wie das pflegende Personal weiss wenig über die geschichtliche Vergangenheit und die jeweilige individuelle Biografie der Italienerinnen und Italiener in ihrer Heimat und in der Schweiz. Dadurch werden bestimmte Verhaltensweisen der Kranken nicht richtig verstanden, eingeordnet und beantwortet.
4. Zusammensetzung des Personals: Zwar arbeiten Menschen unterschiedlicher Herkunft in den Alters- und Pflegeheimen. Diese sprechen jedoch oft ebenfalls eine andere Sprache als Italienisch. Die Schulung in transkulturellen Kompetenzen fehlt.
5. Mangelnde Berücksichtigung spezifischer Bedürfnisse: Noch stellt die Mehrheit der Alters- und Pflegeheime den (italienischen) Kranken keine besonderen Angebote wie vertrautes Essen, Spiele, Freizeitaktivitäten, Zeitschriften, Fernsehprogramme und anderes zur Verfügung. Mediterrane Abteilungen sind selten. Die Präsenz der Angehörigen wird teilweise als überfordernd und störend empfunden. Aber auch speziellen Wünschen wie Hilfe zu leisten, um sich hübsch umzuziehen, zu schminken oder zu einer Veranstaltung gefahren zu werden, kann nicht immer entsprochen werden.

Ärztinnen und Ärzte

1. Sprachkundige Ärztinnen und Ärzte: Es besteht ein Mangel an italienisch sprechenden Ärztinnen und Ärzten.
2. Mangel an Fachärztinnen und Fachärzten: In Bezug auf die Behandlung von an Demenz erkrankten Italienerinnen und Italienern liegt ein deutlicher Mangel an qualifizierten Fachärztinnen und Fachärzten, an Gerontopsychiaterinnen und Gerontopsychiatern vor.

Porträt Bigna Zeffirelli: «Meine Mutter hat viele Schicksalsschläge erlitten.»

Bigna Zeffirelli (1922) wird in Norditalien geboren und wächst gemeinsam mit einer Schwester und zwei Brüdern in wirtschaftlich kargen Verhältnissen auf. Sie hilft als junge Frau viel im elterlichen Haushalt. Sie heiratet früh, doch die Ehe läuft nicht gut. Da der gesellschaftliche Druck keine Scheidung zulässt, verlässt sie das Dorf und zieht in die Nähe der Schweizer Grenze. 1953 reist sie in die Schweiz. Allerdings spricht sie kein Deutsch und nur wenig Französisch. Zuerst arbeitet sie in einer Fabrik, später als Schneiderin. Obwohl sie viele Freunde und Bekannte hat, vermisst sie Italien sehr und fährt jedes Jahr zu ihrer Familie in die Ferien. In Bern lernt sie eines Tages Pierre, einen Westschweizer, kennen. Sie verlieben sich, aber Bigna Zeffirelli wird von seiner Familie nicht akzeptiert, wie ihre Tochter berichtet:

Marina Pastorini-Zeffirelli: *«Das war schlimm in den 50er-Jahren. Damals waren die Italiener so wenig akzeptiert wie heute die Kosovaren oder die Schwarzen. Meine Mutter ist nie richtig akzeptiert worden. Dadurch hat sie eine Abneigung gegen dieses Land entwickelt.»*

Obwohl Bigna Zeffirelli und Pierre eine Tochter, Marina, bekommen, heiraten sie nicht und ziehen auch nicht zusammen. Zuerst gibt Bigna Zeffirelli das Kind in ein Säuglingsheim, später zu Pflegeeltern. Im Alter von vier Jahren holt sie Marina zu sich, erzählt ihrer Familie jedoch nichts von ihrer Tochter. Auch Marina wird getröstet, wenn diese die Verwandtschaft kennenlernen möchte:

Marina Pastorini-Zeffirelli: *«Bis ich etwa 15 war, wussten die Verwandten in Italien nicht, dass ich existiere. Hätten sie mich ausgefragt, hätten sie herausgefunden, dass alles nicht stimmt, was meine Mutter ihnen erzählt hat.»*

Bigna Zeffirelli, Pierre und auch Marina haben immer wieder Streit, und die Beziehung zwischen Bigna und Pierre verschlechtert sich zunehmend.

Mit 38 Jahren erkrankt Bigna Zeffirellis älterer Bruder und stirbt. Zwei Monate später stirbt ihre Mutter und einige Jahre später kommen der jüngere Bruder und die Schwester bei Autounfällen ums Leben. Diese Verluste lösen bei Bigna Zeffirelli eine grosse Lebenskrise aus. Sie fühlt sich einsam und hoffnungslos.

Auch die Beziehung zur Tochter verschlechtert sich, so dass Marina mit Beginn ihrer Ausbildung zum Vater zieht, ehe sie anschliessend für einige Zeit ins Ausland geht. Zwar behält Pierre den Kontakt zu Bigna Zeffirelli, er zieht jedoch zu einer anderen Frau, die er schliesslich auch heiratet.

Bigna Zeffirelli lebt alleine, sie spricht noch immer nur wenig deutsch. Bei administrativen Angelegenheiten helfen ihr weiterhin Pierre und seine Mutter. Nach der Pensionierung lebt sie von der AHV und Ergänzungsleistungen. Mehrere Freunde sterben oder kehren in ihr Heimatland zurück. Einsamkeitsgefühle und Isolation verstärken sich. Neue Freundschaften zu knüpfen, gelingt nicht mehr so leicht. Sie ist viel allein zu Hause und schaut fern.

Als Bigna Zeffirelli Mitte 70 ist, fällt der Tochter eine starke Vergesslichkeit auf. Die Nachbarin berichtet ihr, dass Bigna Zeffirelli mit dem Geld nicht mehr zurecht komme. Als Marina ihre Mutter darauf anspricht, weist Bigna Zeffirelli alles von sich:

Marina Pastorini-Zeffirelli: *«Meine Mutter hat wahrscheinlich gedacht, sie werde älter und sei deshalb etwas vergesslich. Sie hat alles dementiert. Ich habe nicht gewusst, wie schleichend diese Krankheit ist und wie schlimm.»*

Die Tochter, durch die Situation zunehmend stark belastet, lässt Bigna Zeffirelli vom Hausarzt und anschliessend im Spital abklären. Die Diagnose lautet Alzheimer. Bigna Zeffirelli will diese Diagnose jedoch nicht wahrhaben. Bei der Tochter löst die Mitteilung Trauer aus:

Marina Pastorini-Zeffirelli: *«Ich habe das Gefühl, dass die Vereinsamung diese Krankheit ausgelöst hat, als die Mutter fast keine Freunde mehr hatte, um ihr Gehirn zu aktivieren.»*

Bigna Zeffirelli ist unruhig, nervös und vergesslich, die Sprachfähigkeit nimmt ab. Die Tochter hilft ihr im Haushalt und beim Einkaufen. Während drei Jahren kommt täglich die Spitex für die Körperpflege, später auch der Mahlzeitendienst. Der Zustand verschlechtert sich und die Nachbarn beschwerten sich über Störungen.

Nach Hinweisen von Ärzten und dem Pflegepersonal der Tagesklinik informiert sich die Tochter bei der Pro Senectute und besichtigt verschiedene Pflegeheime:

Marina Pastorini-Zeffirelli: *«Zuerst war es für mich schwierig. Ich hatte das Gefühl, ich will die Mutter abschieben, ich will mich von dieser Last entledigen. Aber ich habe ja vorher so viel probiert.»*

Weil Bigna Zeffirelli wenig Geld hat, klärt die Tochter die Finanzen, regelt administrative Angelegenheiten und übernimmt eine Vollmacht. Dazu muss sie Dinge über die Mutter in Erfahrung bringen und viele Dokumente zusammensuchen:

Marina Pastorini-Zeffirelli: *«Das war ganz schwierig für mich. Die Mutter wollte einfach nichts von sich preisgeben, schon immer. Das hat alles sehr erschwert.»*

Die Tochter leidet darunter, dass Bigna Zeffirelli unglücklich ist, zu niemandem Vertrauen fasst, nichts von sich preisgibt und sich immer mehr zurückzieht. Um diese schwierige Zeit zu bewältigen, beginnt die Tochter eine Therapie. Froh wäre sie in dieser Zeit ausserdem gewesen, wenn sie sich in der Betreuung mit anderen, beispielsweise einem Freiwilligen-Dienst oder einer italienisch sprechenden Person, hätte abwechseln könne.

2004 tritt Bigna Zeffirelli in ein Demenzzentrum für Alzheimerpatienten und -patientinnen ein. Sie erfährt durch die Fachpersonen eine respektvolle Behandlung und kann sich trotz ihrer eingeschränkten Deutschkenntnisse verständlich machen:

Marina Pastorini-Zeffirelli: *«Die Pflegerinnen haben sie wirklich gerne und sie versuchen einfach, mit ihrem Kauderwelsch-Italienisch mit der Mutter zu sprechen. Und dann erzählen sie mir, sie sei zufrieden gewesen.»*

Die Tochter ist erleichtert, dass sie ein gutes Pflegeheim gefunden hat, auch wenn sie immer wieder ein schlechtes Gewissen quält und sich vorwirft, sie müsste sich mehr um die Mutter kümmern.

Marina Pastorini-Zeffirelli: *«Ich rufe jeweils das Pflegepersonal an und sage, es gehe mir wirklich nicht darum, dass ich meine Mutter vergessen habe, aber ich kann nicht arbeiten, mich um meinen Vater zu Hause kümmern, um meine Tochter und gleichzeitig um meine Mutter im Heim. Das sind vier verschiedene Standorte.»*

Bigna Zeffirelli macht in einer Kochgruppe mit, hat aber sonst wenig Kontakt mit den Bewohnerinnen und Bewohnern, denn sie kann die Leute nicht mehr richtig wahrnehmen.

Marina Pastorini-Zeffirelli: *«Aber ich glaube, dass es ihr gut tut, wenn andere Personen da sind, denn für sie ist es immer schlimm gewesen, alleine zu sein.»*

Gerne geht Bigna Zeffirelli im Wintergarten oder im grossen Park spazieren, auch im Rollstuhl. Alle zwei Wochen besucht Marina Pastorini-Zeffirelli ihre Mutter und jede Woche telefonieren die beiden Frauen miteinander. Sie sprechen miteinander italienisch und haben ein gutes Verhältnis. Auch Pierre besucht Bigna Zeffirelli bis zu deren 85. Altersjahr, auch wenn es ihn stark belastet, seine frühere Partnerin so krank zu sehen. Er stellt seine Besuche ein, als er selber an Krebs erkrankt, denn diese Besuche strengen ihn physisch und psychisch zu sehr an.

Heute ist Bigna Zeffirelli 89 Jahre alt. Sie hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Sie spricht nur noch wenig und ist oft geistig abwesend.

Marina Pastorini-Zeffirelli: *«Ihre Persönlichkeit hat sich völlig verändert. Sie war früher ein sehr lebhafter und sehr unruhiger Mensch. Und jetzt ist sie ruhig, sagt kaum noch etwas.»*

Sie erinnert sich immer weniger, erkennt auch ihre Tochter nicht mehr, obwohl sie weiss, dass sie «diese Person» irgendwie kennt. Aber sie freut sich immer über den Besuch. Insgesamt hat die Tochter den Eindruck, dass sich die Krankheit positiv auf das seelische Wohlbefinden von Bigna Zeffirelli ausgewirkt, obwohl sie bei ihr auch immer wieder eine Trauer feststellt.

Marina Pastorini-Zeffirelli: *«Meine Mutter kann heute die Gefühle besser zulassen. Sie kann dir die Hand halten und es ist angenehm. Wenn man sie früher umarmen wollte, ist sie gleich zu einem Felsen geworden, so steif und kalt. Jetzt ist es für mich eigentlich schöner.»*

Empfehlungen der Tochter Marina Pastorini-Zeffirelli:

«Im Alter ist ein guter Kontakt zu einer Hausarztpraxis wichtig. Bei Verdacht auf Demenz sollte man möglichst bald bei der Hausärztin oder dem Hausarzt Hilfe suchen. Dort erhält man erste Informationen, und bei Bedarf wird man an eine Demenzabklärungsstelle weitergeleitet.»

«Wenn man einen guten Platz in einem auf Demenz spezialisierten Pflegeheim will, muss man sich früh genug anmelden. Sozialarbeiter können bei der Suche eines Heims helfen. In der Zwischenzeit kann man für die Pflege zu Hause Lösungen suchen oder einen Ferienplatz für den kranken Menschen organisieren, um die Angehörigen zu entlasten.»

4. Migrationsspezifische Handlungsempfehlungen

Auf der Grundlage der geschilderten Ergebnisse lassen sich für die Beratung, Betreuung und Pflege von demenzerkrankten italienischen Migrantinnen und Migranten und ihren Angehörigen folgende Handlungsempfehlungen formulieren.

4.1 Aus- und Weiterbildung der Fachpersonen

Die Begleitung von an demenzerkrankten Menschen und speziell von demenzerkrankten Migrantinnen und Migranten erfordert unbedingt spezifische Fachkenntnisse und Weiterbildungen. Nicht zuletzt geht es auch darum, sich über die Fachlichkeit hinaus mit einer offenen, interessierten Haltung auf Neues oder Fremdes einzulassen: «Es braucht Interesse, Geduld und das Bemühen, den Fremden zu verstehen.»⁴⁰

Fachlichkeit

Es braucht auf Demenz bei italienischen Migrantinnen und Migranten geschulte Ärztinnen und Ärzte. Diese müssen fähig sein, muttersprachliche Demenzabklärungen durchzuführen. Allenfalls müssen Tests und Abklärungsbögen adaptiert oder neu entwickelt werden.

Geriatrische und gerontologische Ausbildung

Das Thema der demenzerkrankten Migrantinnen und Migranten muss in die gerontologischen Fachausbildungen und in die geriatrischen Facharztausbildungen aufgenommen werden.

Transkulturelle Kompetenz

Es braucht in transkultureller Kompetenz⁴¹ geschulte Pflegeteams und Sozialarbeitende, Ärztinnen und Ärzte.

40 Leyer 1994 in Domenig 2007: 178

41 www.transkulturelle-kompetenz.ch; Kayser, Kläui 2010; Bühlmann 2010

Die Fachpersonen müssen sich Kenntnisse aneignen über Migration und Integration, migrationspezifische Lebenswelten und -bedingungen, Rassismus und Diskriminierung, psychische Erkrankungen und Traumatisierungen im Migrationskontext, unterschiedliche Organisationsformen von Gesellschaften in ihren Unterschieden und Gemeinsamkeiten. Ganz bewusst sollte die Vielfalt gepflegt und als Wert geschätzt werden.⁴²

Der Wissenserwerb soll ganzheitlich sein und kognitive, emotionale und soziale Prozesse anregen.

Kommunikationskompetenzen

Die Fachpersonen können non-verbale und verbale Äusserungen der Migrantinnen und Migranten wahrnehmen und darauf eingehen. Empathie und Selbstreflexion bestimmen das Handeln.

Sprachkompetenzen

Es braucht Fachpersonen, die italienisch sprechen. Bei wichtigen Gesprächen, wo niemand aus der eigenen Institution dies übernehmen kann, müssen unbedingt professionelle interkulturelle Übersetzerinnen und Übersetzer beigezogen werden. Dies bedeutet eine Entlastung für die Angehörigen und es stellt sicher, dass die Gesprächsinhalte richtig und vollständig übersetzt werden.

Übersetzen vor Ort

- Dolmetschdienst der Caritas
www.caritas-luzern.ch, info@dolmetschdienst.ch, 041 368 51 51
- INTERPRET
Schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln, www.inter-pret.ch,
coordination@inter-pret.ch, 031 351 38 28
- www.aoz.ch/medios, 044 415 66 90

Nationaler Telefondolmetschdienst

- 0842 442 442

42 Liewald 2012

Therapeutische Angebote

In die therapeutische Arbeit sollten unbedingt auch kreative, nicht-sprachliche Ausdrucksformen wie Ausdrucksmalen, Arbeiten mit Ton oder Plastilin, Werken und Gartenarbeit, Tanz und Bewegung einbezogen werden.

Transkulturelles Coaching /Organisationsentwicklung

Reflexion der Arbeitsorganisation und des Arbeitsalltags mit speziell geschulten Trainerinnen und Trainern, sei es in Einzel- oder Teamcoachings und Institutionsberatungen.

Mediation

In komplexen, konflikthaften Situationen professionelle Mediatorinnen und Mediatoren beziehen, zum Beispiel:

- TikK (Kompetenzzentrum für interkulturelle Konflikte)
044 291 65 75, info@tikk.ch, www.tikk.ch

- AOZ, PsychoSozialerDienst PSD
044 415 66 99, psd@aoz.ch

4.2 Erfassen der Biografie und Lebensumstände

In der Betreuung demenzerkrankter Migrantinnen und Migranten ist es erfolgsversprechend, wenn dem Gespräch und dem Erfragen der Lebensgeschichte ein «prominenter» Platz eingeräumt wird. Dies hilft den Kranken und den Angehörigen, diese Phasen sinnhaft zu erleben und ins ganze Leben zu integrieren: «Die Narration, die Erzählung, ist der Versuch, die Realität, vor allem die Zeitlichkeit und die eigene Sterblichkeit, besser zu verstehen.»⁴³

Einbezug der Biografie

Ärztinnen und Ärzte, Sozialarbeitende, Pflege- und Heimpersonal sollen die Lebensgeschichte mit Interesse und mit offenen Fragen präzise erkunden. Wichtig ist es, Raum zu geben für das freie Erzählen der Kindheit und Jugend, der Familien- und Berufsgeschichte, bedeutsamer Erlebnisse, Ereignisse und wichti-

43 Del Vecchio Good et al 1994 in Domenig 2007: 179

ger Werte. Aufschlussreiche Informationen werden oft auch über Fotografien und das Erzählen darüber vermittelt.

Einbezug der Migrationsgeschichte

Die Gründe für die Auswanderung, die Erfahrungen mit der Einwanderung, die Lebens- und Arbeitsumstände, die Integration oder Separation im Aufnahme-land müssen erfasst werden, will man die aktuelle Befindlichkeit ganzheitlich verstehen und erkennen, wo Möglichkeiten für die spezifische Unterstützung und Ermutigung liegen.

4.3 Bedürfnisse und Anliegen der Migrantinnen und Migranten

Existenzielle und an frühe Lebenserfahrungen anknüpfende Sinneserfahrungen machen das Leben reich, können entlastend wirken und zu einem zufriedenen Alter beitragen, wie es in einem Gedicht von Natan Zach beschrieben ist: «(...) und dieses wundervolle Alter / ist gut und streichelt noch / den alten Mann auf dem Balkon, der wartet / auf die Berührung alten Winds, den Anblick / alter Sterne, alten Meers»⁴⁴

Mediterrane Abteilung

Mediterrane Wohngruppen in den Alters- und Pflegeheimen erleichtern den Kranken die Orientierung und Eingliederung in die Institution. Vertrautes, das an die Erfahrungen der Kindheit und Jugend anknüpft, schlägt eine Brücke von der Gegenwart in die Vergangenheit und entlastet sowohl die Kranken wie auch die Institution.

Ernährung

Den Speiseplan, sei es in der Küche des Alters- oder Pflegeheimes, aber auch beim Spitex-Mahlzeitendienst oder einem externen Cateringservice, auf mediterrane Kost umstellen oder mit einzelnen mediterranen Speisen zur Wahl ergänzen – diese Kost schmeckt häufig auch den anderen Bewohnerinnen und Bewohnern.

44 Zach 2013: 57

Kontinuität in der Pflege

Bei der ambulanten wie der stationären Pflege vermehrt die Möglichkeit prüfen, Kranke möglichst oft von denselben Pflegenden betreuen zu lassen. Nötig sind italienische Sprachkenntnisse der Pflegenden.

Kooperation mit den Angehörigen

Angehörige begleiten den Kranken/die Kranke oft zum Arztbesuch oder kommen auf Besuch ins Heim. Sie sind besorgt um das Wohlergehen. Sie müssen informiert sein, mitreden können und in die Planung der nächsten Schritte einbezogen werden. Ihre Anwesenheit soll als Ressource wertgeschätzt und genutzt werden.

Beratung der Angehörigen

Die sorgfältige Beratung bei rechtlichen und finanziellen Fragen ist besonders wichtig. Über die Krankheit und ihren Verlauf muss präzise und anschaulich informiert, auf Fragen eingegangen werden. Bei Bedarf den Kontakt zu weiteren Beratungsstellen vermitteln (Entlastungsangebote, Psychotherapie, Sozialdienst, Mahlzeitendienst etc.) oder auf Angebote explizit hinweisen.

Selbsthilfegruppen für den Austausch mit anderen Betroffenen einrichten.

Zeit

Ausreichend Zeit für Gespräche, Erklärungen und für das Zuhören einräumen.

Erweiterung des Freizeitangebots

Einen Musikraum einrichten (zum Musikhören, selber Spielen, Singen), eine Ecke für Boccia-Spiele einrichten, das italienische Kartenspiel Scopa anbieten, Bewegungs- und Tanzstunden, italienische Fernsehsender und Tageszeitungen offerieren etc.. Diese Angebote können von allen Bewohnerinnen und Bewohnern genutzt werden, was so auch den Lebensraum der anderen Menschen im Heim erweitert. Allenfalls gibt es auch bei den Bewohnerinnen und Bewohnern spezifische Kompetenzen, die sie gerne einem grösseren Kreis zugänglich machen.

Fahrdienst

Muttersprachliche Fahrerinnen und Fahrer bei Fahrdiensten einsetzen.

Ferien

Professionell betreute Ferien, zum Beispiel auch in Italien und vielleicht sogar in der Heimatregion, anbieten. Die Betreuung in der Muttersprache muss sichergestellt sein.

Patientenverfügung

Das SRK bietet auch in italienischer Sprache Beratung und Begleitung bei der Erstellung einer Verfügung an. Das Dokument kann hinterlegt werden.

Kostenlose administrative Auskunft, auch in Italienisch:

0800 – 99 88 44 (Montag bis Freitag), www.patientenverfuegung-srk.ch/it

Spiritualität und Glaube

Italienischsprachige katholische Gottesdienste oder andere seelsorgerliche Begleitung sicherstellen. Einen ruhigen Raum für Gebet, innere Sammlung und Meditation einrichten.

4.4 Information, Austausch, Vernetzung

Informationen

Ratgeber, Broschüren, DVDs und Faltblätter, die in der Schweizer Alzheimervereinigung in Italienisch vorliegen, sollen gezielt an die Demenzkranken und ihre Angehörigen vermittelt werden und dies möglichst im Rahmen eines beratenden Gesprächs. Zudem sollen die Migrantenvereine aktiv auf diese Materialien aufmerksam gemacht werden.

Veranstaltungen

Fachpersonen können für Laien in Vorträgen und Workshops Themen der Lebensgestaltung, Gesundheit und Krankheit thematisieren. Dabei auf spielerische und angstfreie Formen achten!

Veranstaltungshinweise

in Tageszeitungen, Fachzeitschriften, Kirchenblättern und Pfarrezeitungen, Veranstaltungskalendern der Migrationsvereine etc. publizieren.

Internetauftritte

Hinweise auf Finanzierungs- und Unterstützungsangebote auf Internet-Plattformen platzieren.

Ausbau von existierenden Plattformen zwecks Vernetzung und Kommunikation über die verschiedenen Themenbereiche.

Migrationsorganisationen

Mit den bestehenden Migrationsorganisationen kontinuierlich den Kontakt und Austausch zu aktuellen, spezifischen Themen der Migration pflegen. Die Bedürfnisse der älteren Migrantinnen und Migranten diskutieren, gemeinsame Projekte erarbeiten, zum Beispiel eine Gruppe für einen (italienischen) Besuchsdienst organisieren, einen (italienischen) Nachmittag pro Monat für alle anbieten, Besuch eines Migrantenvereins etc..

Kontakte zu italienischsprachigen Ärztinnen und Ärzten sowie Priestern in der Region herstellen, pflegen und vermitteln.

Schaffung von Treffpunkten

Organisation der Freiwilligenarbeit in den Vereinen zwecks Unterstützung von Betroffenenfamilien aktiv an die Hand nehmen.

Schaffung von Cafés für ältere Menschen, sowohl für Schweizerinnen und Schweizer wie Migrantinnen und Migranten, wo Informationen über Gesundheit, Krankheit, Prävention gegeben werden.

Einrichten von Freizeitgruppen, zum Beispiel Wander-, Tanz-, Sing-, Theater- und Kochgruppen.

5. Beispiele für Good Practice

Die unten aufgeführten Beispiele zeigen zum einen innovative Projekte, die Migrantinnen und Migranten bereits konsequent integrieren beziehungsweise diesen selbstverständlich offen stehen.

Zum anderen sind viele Projekte hervorragende Projekte, jedoch gehen die Anliegen der Migrantinnen und Migranten vergessen beziehungsweise werden diese Menschen nicht gezielt und bewusst angesprochen.

Empfehlungen für die Lancierung neuer Angebote

- Von Anfang an auch an die Migrantinnen und Migranten denken.
- Übersetzerinnen und Übersetzer integrieren oder das Angebot bereits in der Muttersprache anbieten.
- Das Angebot gut sichtbar in Migrationsorganisationen, Gemeindezentren und Internet bewerben.
- Die Zusammenarbeit mit Migrationsorganisationen und -vereinen pflegen und Anregungen aufnehmen.

Die aufgeführten Projekte sind keine vollständige Sammlung. Sie wollen anregen und stehen exemplarisch für innovative Entwicklungen und neue oder auch bewährte Wege.

5.1 Naturnahe Angebote

Garten

Die Bewegung und der Aufenthalt im Freien unterstützt die seelische Gesundheit. Dass die Beschäftigung im Garten bei Demenzkranken einen nachweislich positiven Beitrag leistet, zeigt eine neue Schweizer Studie.⁴⁵

Für italienische Migrantinnen und Migranten, die meist aus ländlichen Gebieten stammen und oft auch in der Schweiz einen Schrebergarten gepflegt haben, kann die Beschäftigung im Garten einen Anknüpfungspunkt im Vertrauen und eine sinnlich-sinnhafte Betätigung bieten.

Grundsätzlich ist es anregend, wenn die Wohnumgebung auch durch Pflanzen, Bäume, durch Wasserläufe, Skulpturen und kleine Spazierwege vielfältige sinnliche Anregungen – Düfte, Licht und Schatten, Farben und Formen – bietet, wie dies etwa in der Sonnweid in Wetzikon (Zürich)⁴⁶, einem für demenzerkrankte Menschen spezialisierten Heim, getan wird.

Bauernhof

Im Zentrum steht ein Kinderbauernhof, wo über «den Kontakt mit Tieren das Zusammenleben von Kindern und Menschen mit Demenz gefördert»⁴⁷ wird. «Über Multiplikator(inn)en und mehrsprachige Informationsblätter werden die zahlreichen Migrant(inn)en angesprochen.»

5.2 Kreative Angebote

«Aufgeweckte Kunst-Geschichten»

Unter diesem Titel finden im *Kunsthau Zürich*⁴⁸ anregende Museumsbesuche für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen statt. Die Besucherinnen und

45 Föhn, Dietrich 2013; vgl. auch Schneiter-Ulmann 2010

46 www.sonnweid.ch. Die Sonnweid bietet Kranken und Angehörigen vielfältige Angebote. Eine spezialisierte Ausbildung für die Begleitung Demenzkranker und ein Demenzleitfaden wurden entwickelt.

47 www.berlin.de/ba-friedrichshain-kreuzberg/verwaltung/org.bzmbuero/demenz.html

48 www.zfg.uzh.ch. Organisation und Anmeldung bei Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich in Kooperation mit dem Kunsthaus Zürich, der Alzheimervereinigung Kanton Zürich, dem Sanatorium Kilchberg, der Gemeinde Horgen und dem Pflegezentrum Entlisberg der Stadt Zürich.

Besucher werden zu einem ausgewählten Kunstwerk begleitet und beginnen, unter fachkundiger Anleitung lustvoll eine gemeinsame Geschichte zu entwickeln.

Ein solches Angebot sollte unbedingt, unterstützt mit Übersetzerinnen oder Übersetzern oder als italienischsprachige Führung, den Migrantinnen und Migranten offen stehen. In Migrationsorganisationen und Treffpunkten muss auf dieses Angebot aufmerksam gemacht werden.

«Generationen im Museum – GiM»

Das neue Projekt der Generationenakademie⁴⁹ will die Begegnung unterschiedlicher Generationen fördern. Das explizite Ziel ist: «Menschen treffen, denen man sonst nicht begegnen würde: weil man sie nicht kennt, weil sie anders leben, weil sie zu einer anderen Generation gehören. Mit anderen Menschen ins Gespräch kommen an ungewohnten Orten: So wird das eigene Leben reicher.»

Bei diesen neu zu entwickelnden Veranstaltungen sollen die Kunstvermittlerinnen und -vermittler unbedingt auch an Demenzerkrankte mit und ohne Migrationshintergrund denken!

Führungen für Menschen mit Demenz

Unter dem Motto «Museen sind für alle da – auch für Menschen mit Beeinträchtigungen» werden im *Naturmuseum Winterthur*⁵⁰ kostenlose Gruppenführungen angeboten. Die Besucherinnen und Besucher begegnen «Tieren, ertasten Fell und Federn, diskutieren über Haustiere und hören Vogelkonzerte. Während der Pause kommt längst Verschüttetes an die Oberfläche und einzelnen gelingt es, von ihren Haustieren oder der Kindheit auf dem Bauernhof zu erzählen.»

Menschen mit Demenz im Museum

Menschen mit Demenz betrachten Kunstwerke im Museum, was im Lehbruck Museum⁵¹ durch die speziell für Menschen mit Demenz entwickelte Kunstver-

49 www.generationen-im-museum.ch

50 www.natur.winterthur.ch

51 www.lehbruckmuseum.de/?page_id=99

mittlung und die Kunstführungen bereits seit 2007 Alltag ist. Die kreativen Ressourcen der Kranken sollen aufgefrischt und das emotionale Erleben beflügelt werden.

Bemerkenswert ist zudem, dass ein *Forschungsprojekt* untersucht, «wie das Kunstmuseum als Raum kultureller Teilhabe und sozialer Kommunikation demenzkranken Menschen individuelle und kollektive Erfahrungen ermöglichen kann, die an ihren spezifischen Potenzialen anknüpfen.»⁵² Ziel ist es, zur Verbesserung der Lebensqualität, der Handlungskompetenzen und sozialen Integration beizutragen und Aufschluss zu erhalten, welche didaktischen Möglichkeiten der Kunstvermittlung (weiter-)entwickelt werden können.

«Blickwechsel»

In diesem Projekt⁵³ entwickeln Demenzkranke unter der Anleitung eines Künstlers eigene Kunstwerke, die öffentlich ausgestellt und von einem Rahmenprogramm für ein breites Publikum begleitet werden. «Aus der Perspektive der Kunst lässt sich in der Demenz ein schöpferisches und eigenwilliges Potenzial erkennen. Von den Menschen mit Demenz kann die Kunst eine Bereicherung erfahren: Zitternde Linien, Langsamkeit, Unsicherheit, schräger Humor, geliebte Geschichte – all diese Aspekte verleihen dieser Kunst ihre besondere Schönheit.»

Ausdrucksmalen

In der Sonnweid⁵⁴ unterstützt eine ausgebildete Maltherapeutin in Ateliers Demenzkranke.⁵⁵ Im Malen finden sie ein Ausdrucksmittel und können ihre Befindlichkeit darstellen und verarbeiten: «Auf der Gefühlsebene sind Menschen mit Demenz hoch kompetent.», konstatiert die Maltherapeutin Renate Sulser.

«Singende Krankenhäuser»

Dieses Weiterbildungsangebot⁵⁶ will musikbegeisterte Menschen befähigen, gesundheitsfördernde Singangebote für ältere Menschen durchzuführen. «Sin-

52 www.i-ser-de/projekte.php (Laufzeit 1.5.2012 bis 30.4.2015)

53 www.demenzfreundliche-kommunen.de/projekte/blickwechsel-perspektiven-von-kunst-und-demenz/kontakt

54 www.sonnweid.ch.

55 Wenger 2012: 27; Sulser 2010

56 www.singende-krankenhaeuser.de und Flyer Singende Krankenhäuser. Weiterbildung Schweiz 2013; siehe auch Weiterbildungsangebote von Curaviva: www.curaviva.ch

gen und Musik sind – gerade wenn die Worte weniger werden – urmenschliche kommunikative Ausdrucksformen, deren gemeinschaftsstärkende Kraft wir für ältere Menschen, Angehörige und Pflegepersonen erfahrbar machen wollen.»

Tanzcafé

Den Körper spielerisch und im Austausch mit anderen zu bewegen, stärkt Muskeln und Hirn, steigert die Lebensfreude, schafft Kontakt, fordert und fördert Empathie, Kommunikation, Koordination. So lädt etwa die *Tanzmamseil*⁵⁷ zum Tanzcafé in Zürich, wo sie Lieblingsmelodien von früher auflegt, die dazu einladen, zu tanzen, sich wohlfühlen und sich an alten Melodien zu erfreuen.

Niederschwellige Treffpunkte

Alzheimer Café

2011 wurde in Lugano das erste, 2012 in Bellinzona das zweite und im Oktober 2013 wird das dritte Café in Locarno eröffnet.⁵⁸ Einmal im Monat treffen sich Kranke und Angehörige bei Kaffee, Kuchen und Musik in einem gemütlichen Rahmen. Fachvorträge zu Gesundheit und Krankheit, finanzieller Unterstützung, Abklärungen etc. behandeln auf unkomplizierte Weise wichtige Themen. Auch die Gäste selber bringen Themenvorschläge ein und beteiligen sich an den Diskussionen.

Café Hand in Hand

Dieses Café in Hessen⁵⁹ bietet einen Begegnungsort für Kranke, Angehörige und jede Einwohnerin/jeden Einwohner, jung und alt. «Menschen mit Demenz sollen in dem ehrenamtlich geführten Cafébetrieb ebenso ihre Wünsche, Interessen und ihre Fähigkeiten einbringen wie gesellige Kontaktmöglichkeiten wahrnehmen können. Durch Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit wird die ländliche Bevölkerung sensibilisiert (...) Eine Gruppe von freiwilligen Engagierten vernetzt verschiedene Akteursgruppen (...) miteinander und pflegt eine Kultur des Helfens und der verantwortlichen Beteiligung.»

57 www.alz-zuerich.ch/Veranstaltungen. Dies ist eine Veranstaltung der Alzheimervereinigung Zürich in Kooperation mit dem Stadtspital Waid; siehe auch Bundi 2011

58 www.alz.ch/ti/offerti/eventi; eingesehen 11.7.2013

59 <http://www.alzheimer-mr.de> (oder [www.demenzfreundliche-kommunen.de/projekte/café-hand-hand](http://www.demenzfreundliche-kommunen.de/projekte/cafe-hand-hand))

InfoMobil

Aus Anlass des 25-jährigen Jubiläums der Schweizerischen Alzheimervereinigung hat der Bus seine Reise durch alle kantonalen Sektionen aufgenommen.⁶⁰ Freiwillige Helferinnen und Helfer informieren jeweils an zwei oder mehreren Tagen die Bevölkerung über das lokale Angebot. Informationsbroschüren stehen zur Verfügung und spezielle Anlässe wie Podiumsdiskussionen und Vorträge erreichen ein breites Publikum.

5.3 Demenzfreundliche Gemeinden

In Deutschland existiert seit einigen Jahren unter dem Begriff *Demenzfreundliche Kommunen*⁶¹ eine Bewegung, die die «Unterstützung von Menschen mit Demenz, die Wertschätzung ihrer Ressourcen und Fähigkeiten sowie ihr Einbezogen sein in das öffentliche Leben» fördern will. Zentral ist ein «partnerschaftliches Engagement sowie die Bildung von Netzwerken und Teilung der Verantwortung zwischen Staat, Kommunen, Hauptamtlichen, Freiwilligen und allen Bürgerinnen und Bürgern.» 80 lokale Initiativen in ganz Deutschland⁶² wurden unterstützt. Auch Wissenschaftler wie Thomas Klie⁶³ fordern «sorgefähige» Gemeinden.

Kreative Aufklärungsarbeit

Mit dem Einsatz sachlicher (Informationsmaterialien, Infostände etc.) und kreativer Mittel (Sketches, Theater, Aktionen) werden vom «Bürgermeister bis zur Pflegeberatung vor Ort» in gezielten Kampagnen und Veranstaltungsreihen verschiedene Personenkreise informiert und für die Krankheit Demenz sensibilisiert, zum Beispiel Passantinnen und Passanten in Fußgängerpassagen, Polizistinnen und Polizisten, Mitarbeitende des öffentlichen Verkehrs, das Verkaufspersonal in Kaufhäusern und Läden und andere. Damit stehen sie diesen Kranken mit mehr Verständnis gegenüber und können besser auf die manchmal verwirrten Menschen eingehen.

60 Mitgliederbulletin der Schweizerischen Alzheimervereinigung Nr. 11, Frühling 2013: 2

61 www.demenzfreundliche-kommunen.de (eingesehen 2.7.2013); vgl. auch Wenger 2011: 41

62 Ähnliche Projekte gibt es auch in Grossbritannien, Österreich und Belgien (siehe auch European Foundations' Initiative on Dementia (EFID): «Living well with Dementia in the Community»).

63 Wenger 2012

Demenzpatinnen und -paten

Das Projekt der Demenzpatinnen und -paten⁶⁴ will sicherstellen, dass Kranke möglichst lange und möglichst selbstverständlich am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können. Die in speziellen Kursen geschulten Freiwilligen übernehmen die Funktion, als Anwalt oder Anwältin für die Rechte der Kranken einzustehen. Sie begleiten diese auch zu Veranstaltungen wie Tanzcafé, Ausstellungen, Vorträgen, Gottesdiensten und anderem.

Demenznetz und Demenzlotsen

Die bestehenden Netzwerke wie Wohnungsgesellschaften, Stadtteil- und Quartierbüros, Einzelhändler, Selbsthilfe- und Angehörigenorganisationen vernetzen und erweitern sich. Hauswarte, Kellnerinnen und Kellner in Cafés, Ehrenamtliche im Besuchsdienst und andere werden zu *Demenzlotsen* ausgebildet. Fallen ihnen nun eine verwirrte oder hilflose Person auf, so können sie schnell und in einem überschaubaren Rahmen Hilfe anbieten. «In der Zusammenarbeit mit den Spandauer Haus- und Fachärzten verbessert sich der frühzeitige Zugang zu Diagnostik, Therapie und psychosozialer Versorgung. Dadurch können Menschen mit Demenz länger in der eigenen Häuslichkeit verbleiben und am kommunalen Leben teilhaben.»⁶⁵

64 www.demenzinitiative-giessen.de

65 www.demenzfreundliche-kommunen.de/projekte/demenz-netz-berlin; vgl. auch SHARE – Active Aging and Solidarity between Generations in Europe (www.share-project.org; eingesehen 14.8.2013)

Literatur und Quellen

Altınışık, S. (2011): Versorgungsprobleme von älteren Migrantinnen und Migranten am Beispiel der Demenzdiagnostik. Zentrum für Akutgeriatrie und Frührehabilitation am Klinikum Neuperlach München. Vorlesungsreihe «Migrationserfahrung und Demenz» der Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V. und der Alice-Salomon-Hochschule Berlin, 9. Juni 2011.

AWO (2011): Bundesverband Arbeiterwohlfahrt: [www.awo.org/Beratung und Hilfe › Migration](http://www.awo.org/Beratung%20und%20Hilfe%20Migration)

Baer, N., Cahn, T. (2009): Psychische Gesundheitsprobleme. In: Meyer, K.: Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht. Huber: Bern, S. 211–230.

Becker, S. (2000): Ältere Migranten. In: Becker, S., Veelken, L., Wallraven, P.K. (Hrsg.) (2000): Handbuch Altenbildung. Theorien und Konzepte für Gegenwart und Zukunft. Leske+Budrich: Opladen, S. 318–325.

Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2011): Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können. Berlin.

Bisegger, C., Hungerbühler, H. (2008): Kriterien der Gesundheitsförderung mit älteren MigrantInnen in der Schweiz. Schweizerisches Rotes Kreuz: Bern.

Böhm, E. (2012): Sprechen Sie limbisch? Ein Plädoyer für eine transkulturelle und transgenerationale Altenpflege. Schlütersche: Hannover.

Bolzmann, C. (1999): Les Italiens et les Espagnols proches de la retraite en Suisse: Situation et projets d'avenir. In: Gérontologie et Société, p. 137–151.

Bühlmann, R. (2010): Transkulturelle Kompetenz: eine sinnvolle Ergänzung der palliativen Kompetenz. In: palliative-ch, 03/2010, S. 5–7.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2007): Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des Gesundheitsmonitorings der schweizerischen Migrationsbevölkerung. Bern.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2011): Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM II) in der Schweiz. Bern
www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07693/07832/10605/index.html?lang=de

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2012): Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Wichtigste Ergebnisse des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz, 2010. Bern.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) (Hrsg.) (2011): Demenz – eine gesundheits- und sozialpolitische Herausforderung. Tagungsband. Bern. Oktober 2011. Als pdf:
www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/12261/index.html?lang=de
www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/12261/index.html?lang=fr
www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/12261/index.html?lang=it

Bundesamt für Migration (BFM) (Ed.) (2006): Probleme der Integration von Ausländerinnen und Ausländern in der Schweiz: Bestandaufnahme der Fakten, Ursachen, Risikogruppen, Massnahmen und des integrationspolitischen Handlungsbedarfs. Bern.

Bundesamt für Statistik (BFS) (2010): Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz. Bericht 2008. Neuchâtel.

Bundesamt für Statistik (BFS) (2012): Die Bevölkerung der Schweiz 2011. Neuchâtel.

Bundi, H. (2011): Tanzen gegen Demenz. In: annabelle, 19. April 2011.
www.annabelle.ch/gesundheits/gesundheits/tanzen-gegen-demenz-15985
(eingesehen 15.8.2013)

Careum in Kooperation mit Pro Senectute und dem Schweizerischen Roten Kreuz (2010): Pflegend begleiten. Ein Ratgeber für Angehörige und Freunde pflegebedürftiger Menschen. Careum-Verlag: Zürich.

Daker-White, G., Beattie, M., Gilliard, J., Means, R. (2002): Minority ethnic groups in dementia care: A review of service needs, service provision and models of good practice. *Aging & Mental Health*, Volume 6, Issue 2, 2002, p. 101–108.

Didzgalvyte, L. (2005): Die Situation demenzerkrankter MigrantInnen – Eine empirische Studie am Beispiel der Stadt Hannover. Stiftungsuniversität Hildesheim, Fachbereich Sozialpädagogik. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Juli 2005.

Didzgalvyte, L. (2008): Zur Versorgungssituation demenzkranker Menschen mit Migrationshintergrund: Vortrag am 20.11.08, «Sind wir kultursensibel?» Interkulturelle Öffnung im Gesundheitssystem. LVG e.V. / Aufbau von Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten für Menschen mit Migrationshintergrund in der Region Hannover.

www.gesundheit-nds.de/downloads/didzgalvytehannover.pdf (eingesehen 15.8.2013)

Domenig, D. (Hrsg.) (2007): *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Hans Huber: Bern, 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage.

Föhn, M., Dietrich, C. (2013): *Garten und Demenz*. Hans Huber: Bern.

Gesundheitsdienst Basel-Stadt und Verein pro migrante (2011): «La Bussola». *La rivista della salute per persone oltre i 50 anni*. Gesundheitsdienste Basel-Stadt.

Hilgers, M. (2006): *Scham: Gesichter eines Affekts*. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.

Hirsch, R. D. (2006): *Die Wohn- und Lebenssituation alter Migranten: Aspekte zur Gesundheit und Gewalt*. Bonn.

Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., Zumbrunn, A. (2011): *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Hans Huber: Bern, 1. Auflage.

Hopf, C. (2009): Qualitative Interviews – ein Überblick. In: Flick, U., von Kardorff, E., Steinke, I.: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt's enzyklopädie: Hamburg, S. 349–360.

Huisman, A., Raven, U., Geiger, A. (Hrsg.) (2000): Demenzerkrankungen bei Migranten in der EU. Verbreitung, Versorgungssituation und Empfehlungen. Hans Jacobs: Lage.

Hungerbühler, H. (2007): Alter und Migration. In: Domenig, D. (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Hans Huber: Bern, 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 395–410.

Hungerbühler, H., Bisegger, C. (2012): «Und so sind wir geblieben...» Ältere Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen (EKM): Bern.

Jonas, I. (2007): Demenz und Migration: Vergessen in der zweiten Heimat. In: Pro Alter, Fachmagazin des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, Heft 2, S. 6–9.

Kaiser, C. (2009): Ältere Migranten und Demenz. Versorgungssituation, Handlungsbedarf und erste Modellprojekte. VDM Verlag.

Kasper Wicki, T. (2012): Demenz: Umgang mit der Krankheit und Unterstützungsbedürfnisse in der italienischen Migrationsbevölkerung in der Deutschschweiz. Master-Thesis zur Erlangung des Masters of Public Health im Rahmen des Weiterbildungsstudiengangs Public Health der Universitäten Basel, Bern und Zürich, September 2012.

Kaya, B., Efonayi-Mäder, D. (2007): Grundlegendokument «Migration und Gesundheit». Entwicklung von Grundlagen zur Berücksichtigung der Migrationsdimension in der Prävention und Gesundheitsförderung. Swiss Forum for Migration and Population Studies: Neuchâtel.

Kayser, A., Kläui, H. (2010): Transkulturelle Kompetenz – Notwendigkeit oder Freifach? In: Schweizerische Ärztezeitung, 91: 16, S. 1–2.

Kickbusch, I. Engelhardt, K. (2009): Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten. In: Meyer, K. (Hrsg.): Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Hans Huber: Bern.

Kobi, S. (2008): Unterstützungsbedarf älterer Migrantinnen und Migranten. Eine theoretische und empirische Untersuchung. Peter Lang: Bern.

Kobusch, D. (2011): «Nimmt man auf unsere Kultur Rücksicht?» Ein Gespräch mit dem Psychiater Murat Ozankan über türkische demenzerkrankte MigrantInnen. In: Dr. med. Mabuse Nr. 191 (3/2011): Schwerpunkt: Demenz. Mabuse: Frankfurt a/M.

Kruse, A. (Hrsg.) (2010): Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter. Akademische Verlagsgesellschaft: Heidelberg.

Laschinski, R. (2010): Pflegende Angehörige von demenzerkrankten Menschen. Eine Betrachtung unter Einbeziehung des Migrationsaspekts. Diplomarbeit zur Erlangung des Grades einer Diplom-Sozialarbeiterin/Diplom-Sozialpädagogin (FH) an der Evangelischen Hochschule Berlin, Studiengang Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Juli 2010.

Liewald, K. (2012): Diversität in Alters- und Pflegeheimen. Wegleitung für Führungspersonen und Mitarbeitende der stationären Langzeitpflege. Mit Schulungs-DVD und Arbeitsblättern. SRK, IM FOKUS: Bern.

Machleidt, W. (2005): Migration, Integration und psychische Gesundheit. In: Psychiatrische Praxis, Heft 32, S. 55–57.

Mayring, Ph. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz: Weinheim, Basel, 10. neu ausgestattete Auflage.

Milushev Ivanov, I. (2010): Altsein in der Fremde. Musiktherapie mit einer an Demenz erkrankten Iranerin. Reichert: Wiesbaden.

Moor, C., Peng A., Schelling H.R. (2013): Demenzbarometer 2012. Wissen, Einstellungen und Erfahrungen in der Schweiz. Kurzfassung. Bericht zu Handen

der Schweizerischen Alzheimervereinigung. Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie, 14.01.2013.

Moreau-Gruet, F. (2013): Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Migrantinnen und Migranten. Zusammenfassung. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit im Rahmen der Strategie «Migration und Gesundheit der Jahre 2008–2013». Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Neuchâtel.

Muthny, F., Bermejo I. (2008): Zur Bedeutung interkultureller Aspekte in der Medizin. In: Muthny, F., Bermejo, I.: Interkulturelle Medizin. Lagentheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen. Deutscher Ärzte Verlag: Köln, S. 1–14.

Myllymäki-Neuhoff, J. (2008): Zielgruppen mit besonderen Bedürfnissen im Alter – Migrantinnen und Migranten. «Wissenschaftliche Tagung der österreichischen Gesellschaft für Public Health, in Zusammenarbeit mit dem Institut für Soziologie der Johannes-Kepler-Universität Linz». Workshop 11: «Gesundes Altern», 2008.

www.oeph.at/images/stories/Downloads/vortraege2008/Myllymaeki.pdf
(eingesehen 15.8.2013)

Peng, A., Moor C., Schelling, H.R. (2011): Einstellungen zu Demenz. Übersetzung und Validierung eines Instruments zur Messung von Einstellungen gegenüber Demenz und demenzkranken Menschen (Teilprojekt 1). Schlussbericht zuhanden des Forschungsfonds der schweizerischen Alzheimervereinigung. Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie: Zürich, 31. Dezember 2011.

Paillon, M. (2010): Kultursensible Altenpflege. Ideensammlung mit Fokus Demenz. Ernst Reinhard: München, Basel.

Perisic, I. (2010): Schulungs- und Vermittlungsbörse für Migranten. Seminar: Demenz und Migration Konferenzraum. 6. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft: Selbsthilfe Demenz, 7.–9. Oktober 2010, Braunschweig.

Pro Senectute Schweiz und Forum Alter und Migration: Migranten als Akteure und Zielgruppe einer künftigen Alterspolitik:

www.prosenectute.ch/medien/medienmitteilungen/archiv/newsansicht/news/migranten-als-akteure-und-zielgruppe-einer-kuenftigen-alterspolitik/8/next/3.html

Raabe, H. (2007): «Kulturfaire Assessments» – Demenzen bei Migranten besser aufdecken. In: Pro Alter, Fachmagazin des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, Heft 2, S. 13–15.

Rommel, A., Weilandt, C., Eckert, J. (2006): Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung. Endbericht. Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands: Bonn.

Roser, M., Petry, H., Kleinberger, U., Imhof, L. (2013): Sprachbarrieren in der Spitex: Für alle frustrierend. In: Krankenpflege 1/2013, S. 13–15.

Schneiter-Ulmann, R. (2010): Lehrbuch Gartentherapie. Huber: Bern.

Schouler-Ocak, M. (2007): Sind Migrantinnen und Migranten anders depressiv? In: Borde, T., Matthias, D.: Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale. Mabuse: Frankfurt a.M., S. 83–94.

Schweizerische Alzheimervereinigung: Publikationen, Broschüren, Flyer und Empfehlungen.
www.alz.ch / www.alz.ch/index.php/startseite-it.html.

Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) (2009): Ständige ausländische Wohnbevölkerung nach Nationalität, Altersgruppe und Geschlecht. SRK: Bern.

Schweizerisches Rotes Kreuz (2011): Nationale Fachtagung zum Pflegenotstand: «Mangel mit internationaler Rekrutierung beheben?» 15. September 2011, Bern.
www.redcross.ch > Vielfalt

Schweizerisches Rotes Kreuz (Hg.) (2012): Transkulturelle Public Health. Ein Weg zur Chancengleichheit. Seismo: Zürich.

Soom Ammann, E. (2011): Ein Leben hier gemacht. Altern in der Migration aus biographischer Perspektive. Italienische Ehepaare in der Schweiz. Transcript Verlag: Bielefeld.

Soom Ammann, E., Salis Gross, C. (2011): Alt und schwer erreichbar: «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter» bei benachteiligten Gruppen. AVM: München.

Streibel-Gloth, R. (2000): Unterstützungsbedarf für demenziell erkrankte Migrantinnen und Migranten und deren Angehörige – Gründung eines Demenz-Servicezentrums für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte. In: Teschauer, W., Sürer, F. (Hrsg.): Demenz-Diagnostik und Versorgung bei türkischen Migranten in Deutschland. Beiträge des Internationalen Expertengesprächs vom 18. bis 20. Januar in Ingolstadt.

<http://www.alzheimeringolstadt.de/Aktuelles/TagungsbandT%FcrkischspracheDiagnostik2008.pdf> (Eingesehen 10.11.2008)

Sulser, R. (2010): Ausdrucksformen für Menschen mit Demenz. Hans Huber: Bern, 2. Auflage.

Teschauer, W., Sürer, F. (Hrsg.) (2008): Demenz-Diagnostik und Versorgung bei türkischen Migranten in Deutschland. Beiträge des Internationalen Expertengesprächs vom 18. bis 20. Januar in Ingolstadt.

Thiel, A. (2011): Türkische MigrantInnen und Demenz – eine Annäherung. Angehörigenberatung e.V. Nürnberg. Vorlesungsreihe «Migrationserfahrung und Demenz» der Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V. und der Alice-Salomon-Hochschule Berlin, 19. Mai 2011.

Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie (Hrsg.) (2010): D!NGS. Demenz – Individualität, Netzwerke und gesellschaftliche Solidarität. Menschen mit einer Demenz zuhause begleiten. Empfehlungen für betroffene Familien, Betreuende, Beratende, Behandelnde, Versicherer, Behörden, Medien und Gesellschaft. Universität Zürich: Zürich.

Wanner, Ph., Fibbi, R. (2005): Migration und Einsamkeit. In: Caritas: Sozialalmanach 2005: Einsamkeit. Caritas: Luzern, S. 143–158.

Wenger, S. (2011): Nicht nur Last und Krankheit. In: Der Bund, 15. Oktober 2011, S. 41.

Wenger, S. (2012): Der alten Nachbarin helfen, anstatt im Büro Überstunden zu schieben. In: Curaviva, 2/12, S. 33–35.

Wenger, S. (2012): Intuitive «Malspuren» führen aus der seelischen Isolation heraus. In: Curaviva, 2/12, S. 26–28.

Weiss, R. (2003): Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Seismo: Zürich.

Wrobel, D. (2011): Beratung von Angehörigen mit Migrationshintergrund – Beispiele aus der Praxis. Informationszentrum für demenziell und psychisch erkrankte sowie geistig behinderte Migranten und ihre Angehörigen (IdeM). Berlin. Vorlesungsreihe «Migrationserfahrung und Demenz» der Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V. und der Alice-Salomon-Hochschule Berlin, 26. Mai 2011.

Wyssmüller, C., Dahinden, J., Efionayi-Mäder, D. (2006): Erarbeitung einer Nachfolgestrategie des Bundes im Bereich Migration und Gesundheit: Modul 1: Dokumenten und Literaturreview – Arbeitsbericht. Swiss Forum for Migration and Population Studies: Neuchâtel.

Yesilyurt, N. (2011): Lebenssituation und Pflege demenziell erkrankter Menschen mit Migrationserfahrung zu Hause und in der Tagespflege. Vorlesungsreihe «Migrationserfahrung und Demenz» der Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V. und der Alice-Salomon-Hochschule Berlin, 16. Juni 2011.
www.ash-berlin.eu.

Zach, N. (2013): Verlorener Kontinent. Gedichte. Jüdischer Verlag im Suhrkamp: Berlin.

Links

Eingesehen 16.7.2013

- Alzheimer Europe: www.alzheimer-europe.org
- Bundesamt für Gesundheit BAG: www.bag.admin.ch
- Bundesamt für Migration: www.bfm.admin.ch
- Dachverband Heime und Institutionen: www.curaviva.ch
- European Foundations' Initiative on Dementia (EFID):
<http://dementia.stir.ac.uk/node/1882>
- Generationenakademie: www.generationenakademie.ch
- Nationales Forum Alter und Migration: www.alter-migration.ch
- Palliative Care: www.palliative.ch / www.weiterbildung-palliative.ch
- Pro Senectute: www.pro-senectute.ch
- Schweizerische Alzheimervereinigung: www.alz.ch / www.alz.ch/I
- Schweizerisches Rotes Kreuz SRK: www.redcross.ch / www.migesplus.ch /
www.transkulturelle-kompetenz.ch
- Seniorweb: www.seniorweb.ch
- Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter UBA: www.uba.ch
- Wegweiser Demenz: www.wegweiser-demenz.de

Zeitungs- und Zeitschriftendossiers

Fachzeitschrift Curaviva: www.fachzeitschrift.curaviva.ch > Februar 2012:

Demenz

Der Bund: www.derbund.ch > Stichwortsuche: Demenz

Neue Zürcher Zeitung: www.nzz.ch > Stichwortsuche: Demenz

Soziale Medizin: www.sozialemedizin.ch > Migration

Tagesanzeiger: www.tagesanzeiger.ch > Stichwortsuche: Demenz

Der Anteil der alten und hochaltrigen Bevölkerung in der Schweiz wächst. Mehr Menschen leiden an chronischen Krankheiten, etwa an einer Demenzerkrankung. 2011 waren circa 110 000 Menschen betroffen.

Während sich in den letzten Jahren das Wissen über Demenz verbreiterte und Unterstützungs- und Entlastungsangebote für Kranke und pflegende Angehörige entwickelt wurden, gehen die Situation der Migrantinnen und Migranten, ihre spezifischen Anliegen und Bedürfnisse, leicht vergessen. Erst allmählich setzt sich das Bewusstsein durch, dass Migrantinnen und Migranten ihr Alter in der Schweiz verbringen und dass auch sie an Demenz erkranken.

Die Mitte des letzten Jahrhunderts zugewanderten Italiener und Italienerinnen sind, neben den Spaniern und Spanierinnen, die erste grosse Gruppe älterer Migrantinnen und Migranten. Sie fühlten sich in der Schweiz oft lange als «Fremde», und durch eine Demenzerkrankung werden sie zu «doppelt Fremden», sofern Pflege und Betreuung ihre Lebensgeschichte und ihren Herkunftskontext unberücksichtigt lässt. Der Umgang mit demenzerkrankten Migrantinnen und Migranten erfordert eine hohe transkulturelle Sensibilität.

Die vorliegende Broschüre baut auf einer Studie auf, in der sowohl Angehörige von an Demenz erkrankten Italienerinnen und Italienern wie Fachpersonen befragt wurden. Aus den Ergebnissen werden zahlreiche praxisbezogene Empfehlungen abgeleitet. Die Broschüre zeigt konkrete Wege auf, wie Fachpersonen die spezifischen Anforderungen der Pflege und Betreuung von Migrantinnen und Migranten berücksichtigen können. Beispiele von «Good Practice» weisen auf weitere Möglichkeiten und Entwicklungen hin.

mit finanzieller Unterstützung von

Herausgeber



Schweizerisches Rotes Kreuz

