

# Versorgungssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in der Pflege (VäMP)

Eine Studie im Auftrag

des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien, Frauen und Senioren Baden-Württemberg,  
mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung

Saskia Gladis, Magdalena Kowoll und Johannes Schröder

Sektion Gerontopsychiatrie/Institut für Gerontologie Voßstr. 4 69115 Heidelberg  
06221 564403 Johannes\_Schröder@med.uni-heidelberg.de



Abschlussbericht

## Geleitwort

Schon heute leben in Deutschland mindestens 1,4 Million Demenzpatienten. Ihre Zahl könnte in Zukunft noch deutlich steigen. Innerhalb der älteren Bevölkerung bilden Menschen mit Migrationshintergrund die am stärksten wachsende Gruppe. Schon deshalb werden Fragen der pflegerischen Versorgung und der Symptomatik demenzieller Erkrankungen älterer Menschen mit Migrationshintergrund zunehmend wichtiger.

Die Studie zur „Versorgungssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund“ (VäMP), die in Baden-Württemberg durchgeführt wurde, hatte das Ziel, die aktuelle Situation von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in diesem Flächenstaat vergleichend zu untersuchen. Die Ergebnisse zeigen, dass die überwiegende Mehrheit der Einrichtungen Menschen mit Migrationshintergrund versorgt, wobei ihr Anteil an den Gesamtversorgten bei 11 % liegt. Versorgte mit Migrationshintergrund bilden deshalb kein „Ausnahmephänomen“ – eine Feststellung die sowohl in ländlichen als auch städtischen Regionen des Flächenlandes gültig ist. Besondere Beachtung verdient die Untersuchung einer Teilstichprobe, in deren Rahmen demenz-assoziierte Sprachdefizite besondere Berücksichtigung fanden. Die Befunde zeigen, dass auch Menschen mit Migrationshintergrund, die das Versorgungssystem in Anspruch nehmen, in ihrer Mehrzahl an Demenzen leiden. Darüber hinaus arbeitet die Untersuchung die besondere Bedeutung von Sprachveränderungen heraus. Letztere schränken die Kommunikation in dem meist als nicht-dominante Zweitsprache erlernten Deutsch in besonderem Maße ein, so dass Demenzkranke mit Migrationshintergrund hiervon besonders betroffen sind.

Aus diesen Ergebnissen leiten die Autoren eine Reihe stimmiger Handlungsempfehlungen für die Praxis und für weiteren Forschungsbedarf ab. Zusammenfassend kann dieser ersten umfassenden Erhebung im Bundesgebiet nur eine breite Beachtung gewünscht werden.

*Prof. Dr. Johannes Pantel  
Leiter des Arbeitsbereichs Altersmedizin  
Goethe-Universität Frankfurt a.M.*

## Inhaltsverzeichnis

Abstract .....	3
Einleitung .....	4
Untersuchungskonzept und methodische Umsetzung.....	8
Untersuchungsdesign der ersten Erhebungswelle .....	8
Fragebogenkonstruktion und untersuchte Dimensionen .....	9
Untersuchungseinheiten und Studiendurchführung .....	9
Ergebnisse der ersten Erhebungswelle .....	11
Anzahl und institutionelle Merkmale der befragten Einrichtungen .....	11
Versorgte mit Migrationshintergrund .....	14
Geschlechterverteilung .....	15
Räumliche Verteilung.....	15
Herkunftsländer .....	23
Einrichtungen mit besonders hohem und niedrigem Anteil an Versorgten mit Migrationshintergrund.....	28
Beschäftigte mit Migrationshintergrund.....	28
Interkulturelle Aspekte .....	32
Strukturelle interkulturelle Aspekte .....	33
Sensibilität für das Thema „pflegerische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund“ .....	35
Untersuchungsdesign und Ergebnisse der zweiten Erhebungswelle.....	38
Rekrutierung der Probanden .....	38
Untersuchungseinheiten und Studiendurchführung.....	38
Bilingualität und Sprachdominanz .....	40
Ergebnisse der zweiten Erhebungswelle .....	41
Fallbeispiele.....	48
Zusammenfassung und Diskussion .....	54
Anhang .....	64
Abbildungsverzeichnis .....	64
Tabellenverzeichnis .....	66
Literaturverzeichnis .....	67

## **Abstract**

In der vorliegenden Studie wurde die aktuelle Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg untersucht. Nach den Ergebnissen einer Flächenerhebung, an der sich Zweidrittel aller in Baden-Württemberg tätigen Einrichtungen beteiligten, bildet Migration kein Ausnahmephänomen sondern ist fester Bestandteil des Pflege- und Versorgungsalltags in stationären wie ambulanten Einrichtungen. Größere Unterschiede sind weder zwischen diesen Einrichtungsarten noch regional gegeben, obwohl Versorgte mit Migrationshintergrund in den Großstädten die höchsten Anteile erreichen. 78 % der Einrichtungen versorgen Menschen mit Migrationshintergrund, die durchschnittlich einen Anteil an der Gesamtklientel oder -bewohnerschaft von 11 % haben. Die Betrachtung der Herkunftsländer der Versorgten mit Migrationshintergrund unterstreicht die Vielfalt dieser Bevölkerungsgruppe. Versorgte aus Russland bilden die größte Gruppe, wobei sich Unterschiede zwischen ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen zeigen. Praktisch alle Einrichtungen beschäftigten Mitarbeiter mit Migrationshintergrund, insbesondere in der Pflege. Sprachdefizite wurden in einer großen Substichprobe gezielt untersucht. Demnach leiden auch Versorgte mit Migrationshintergrund in ihrer Mehrzahl an Demenzen und werden schwer von Sprachveränderungen betroffen, die den Gebrauch des meist erst später als nicht-dominante Sprache erlernten Deutsch besonders einschränken. Diese Ergebnisse können die Versorgungsplanung aber auch Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Bewohnern mit und ohne Migrationshintergrund, Angehörigen, Ärzten und Pflegepersonal erleichtern.

## Einleitung

Im Jahre 2011 lebten in Deutschland etwa 16 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund<sup>1</sup>; allein rund 2,8 Millionen von ihnen in Baden-Württemberg. Mit 26,2 % bildet Baden-Württemberg das Flächenland mit dem höchsten Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund an seiner Gesamtbevölkerung im gesamten Bundesgebiet; lediglich die beiden Stadtstaaten Bremen (28,1 %) und Hamburg (26,9 %) erreichen etwas höhere Anteile. Jeder Vierte in Baden-Württemberg hat somit einen Migrationshintergrund. Gut jeder Zehnte von ihnen stand im Alter von 65 und mehr Jahren. (Statistisches Bundesamt, 2012; Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2013)

Tatsächlich bilden 60-jährige und ältere Menschen mit Migrationshintergrund in unserem Lande die am stärksten wachsende Gruppe innerhalb der älteren Bevölkerung (Huisman et al., 2000; Schopf & Naegele, 2005). Aufgrund der allgemein verbesserten Lebensbedingungen sowie der medizinischen Entwicklung und der damit verbundenen steigenden Lebenserwartung wird allgemein erwartet, dass diese Personengruppe im Speziellen, wie auch die Anzahl an älteren Menschen überhaupt mittel- und langfristig weiter wachsen wird (Özcan & Seifert, 2006).

Zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund sowie ihrer pflegerischen Versorgung existieren inzwischen zahlreiche Veröffentlichungen. Dennoch sind die Ergebnisse teilweise kontrovers. Einerseits werden als Folge direkter Migrationserfahrungen sowie der Erfahrungen und Einflüsse im Herkunfts- wie auch im Aufnahmeland (bspw. Lebens- und Arbeitsbedingungen, Lebensstil, Stressbelastungen, soziale Belastungen und sozioökonomische Benachteiligung, Diskriminierung, Trennungserfahrungen, Kultur- und Identifikationskonflikte, usw.) in bestimmten Bereichen erhöhte Erkrankungsrisiken für Ältere mit Migrationshintergrund als für Ältere ohne Migrationshintergrund beschrieben (BAMF, 2009; BAMF, 2012; Bermejo et al., 2010; Razum & Spallek, 2012; RKI, 2008; Voges et al., 2003). Andererseits werden protektive Faktoren wie der *Healthy-Migrant-Effekt*<sup>2</sup>, „gesündere“ Ernährungsgewohnheiten und eine

---

<sup>1</sup> Laut Definition des Statistischen Bundesamtes, zählen zu den Menschen mit Migrationshintergrund „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ (Statistisches Bundesamt, 2012, S.6).

<sup>2</sup> Hierunter wird das Phänomen bezeichnet, dass „besonders gesunde, aktive und mutige Menschen“ migrieren, woraus sich ein gewisser „gesundheitlicher Vorteil“ im Vergleich zur Aufnahmegesellschaft ergibt (Razum & Spallek, 2012)

stärkere soziale Kohäsion als Vorteil hinsichtlich der gesundheitlichen Situation gegenüber Menschen ohne Migrationshintergrund diskutiert (BAMF, 2009; BAMF, 2012; Razum & Spallek, 2012). Besonders wenig ist bislang über die Inzidenz und Prävalenz von Demenzerkrankungen in Abhängigkeit von Migrationserfahrungen bekannt. Streibel-Gloth (2008) beschreibt einen für Menschen mit Migrationshintergrund um 10 Jahre früher einsetzenden Alterungsprozess gegenüber Menschen ohne Migrationshintergrund (vgl. hierzu auch BMG, 2011). Ein früheres Eintreten demenzieller Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund wäre deshalb durchaus denkbar (vgl. hierzu Jonas, 2007). Andererseits wäre es möglich, dass Bilingualität einen protektiven Einfluss im Sinne einer höheren kognitiven Reserve (Übersicht dazu Schröder & Pantel, 2011) ausübt und Einsetzen wie Verlauf demenzieller Erkrankungen verzögert.

Diese „Ungewissheiten“ hinsichtlich der gesundheitlichen Risiken Älterer mit Migrationshintergrund sind nicht zuletzt auch darauf zurückzuführen, dass „Menschen mit Migrationshintergrund“ eine heterogene Gruppe von Menschen unterschiedlichster Herkunft, Lebensentwürfen, Einwanderungsgründen, Gewohnheiten, Lebensbedingungen, Bedürfnissen, sowie Ressourcen und Einschränkungen bilden<sup>3</sup>.

Fragen der pflegerischen Versorgung älterer Menschen mit Migrationshintergrund werden dadurch zunehmend wichtiger. Forschungsergebnisse zeigen jedoch, dass institutionelle Hilfen vor allem im Gesundheits- und Pflegebereich von Personen mit Migrationshintergrund nicht in demselben Ausmaß wahrgenommen werden wie von Personen ohne Migrationshintergrund (Huth, 2005; Gesundheitsamt Bremen, 2008; Razum et al., 2004).

Bisher liegen nur wenige quantitativ-empirische Analysen, die sich mit der Thematik der Pflegebedürftigkeit und pflegerischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund beschäftigen, vor. Die Studien sind meist thematisch eingeeengt sowie stark regional begrenzt und beziehen sich auf kaum miteinander vergleichbare Untersuchungseinheiten und Stichproben bzw. basieren auf der Analyse von Sekundärdaten.<sup>4</sup> Als bislang einzige

---

<sup>3</sup> Grundsätzlich birgt eine statistische Betrachtung von Personen mit Migrationshintergrund in Abgrenzung zur „einheimischen“ Bevölkerung die Gefahr der Vernachlässigung der Heterogenität beider Populationen. Innerhalb beider Bevölkerungsgruppen bestehen große individuelle Unterschiede zwischen den Lebenslagen, sodass sich Einzelpersonen oder auch Teilpopulationen von Personen mit Migrationshintergrund und „Einheimischen“ somit bezüglich einzelner Aspekte ihrer Lebenslagen ähnlicher sein können, als Personen mit ähnlicher Migrationsbiografie.

<sup>4</sup> so wurden für eine Aachener Studie (Stadt Aachen, 2002) ältere Migranten ausgewählter Herkunftsländer, für eine Studie in Böblingen (Gehring, 2008) ältere muslimische Menschen, unabhängig von ihrem Pflegebedarf und ihrer Pflegebedürftigkeit befragt; die Studien aus Bremen (Gesundheitsamt HB, 2008) und Berlin (Kolleck, 2007) fokussierten auf die dort ansässigen ambulanten Dienste.

bundesweite Studie, die Aussagen über die pflegerische Versorgungssituation von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund im Bundesgebiet sowie in unterschiedlichen Versorgungssituationen (in Privathaushalten, in ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen) zulässt, kann die „Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz“ (BMG, 2011) gelten. Im Rahmen dieser Studie wurden zum einen Pflegehaushalte mit mindestens einer pflegebedürftigen Person, zum anderen anhand einer repräsentativen Zufallsstichprobe ausgewählte ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen im gesamten Bundesgebiet befragt. So versorgt etwa die Hälfte aller ambulanten Pflegedienste und 27 % aller stationären Einrichtungen keine Menschen mit Migrationshintergrund, wobei sich ein deutlicher Ost-West Unterschied zeigte: 38 % der ambulanten Dienste und 24 % der stationären Einrichtungen in den alten Bundesländern sowie 62 % der ambulanten Dienste und 76 % der stationären Einrichtungen in den neuen Bundesländern versorgen keine Menschen mit Migrationshintergrund. Demnach haben 7 % der ambulant bzw. 6 %<sup>5</sup> der stationär Versorgten einen Migrationshintergrund. Allerdings wurden diese Ergebnisse nicht für einzelne Bundesländer hinterlegt.

Aufgrund der vorliegenden Unterschiede hinsichtlich der Anteile, die auf Menschen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung der einzelnen Bundesländer entfallen (von unter 5 % in den neuen Bundesländern bis hin zu 28,1 % in Bremen; Statistisches Bundesamt, 2012), bergen Ergebnisse für Gesamtdeutschland jedoch die Gefahr einer Unter- bzw. Überschätzung der pflegerischen Versorgungssituation. Es ist deshalb notwendig, Ergebnisse stärker als bisher für die einzelnen Bundesländer zu differenzieren.

Wie bereits angeführt, ist Baden-Württemberg mit 26,2 % das Flächenland mit dem höchsten Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund an seiner Gesamtbevölkerung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland. 65-Jährige und Ältere mit Migrationshintergrund stellen hierbei insgesamt 14 % der entsprechenden Altersgruppe. Eine differenziertere Betrachtung der räumlichen Verteilung zeigt Unterschiede zwischen den einzelnen Regierungsbezirken (mit dem höchsten Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund innerhalb der Generation 65 Plus im Regierungsbezirk Stuttgart (15,7 %), gefolgt von den Regierungsbezirken Karlsruhe (14,6 %), Tübingen (11,9 %) und Freiburg (11,7 %)) sowie zwischen den einzelnen Regionen

---

<sup>5</sup> Wert der einrichtungsbezogenen Erhebung des BMG (2011).

Baden-Württembergs auf (mit Anteilen zwischen 9,9 % in der Region Bodensee-Oberschwaben und 20,4 % in der Region Ostwürttemberg)<sup>6</sup>.

Um die aktuelle Versorgungssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in Baden-Württemberg zu untersuchen und wie von Bauer et al. (2004) gefordert, zu prüfen, inwieweit die Infrastruktur im Pflegebereich auf die Bedürfnisse dieser Menschen vorbereitet ist, wurde im Frühjahr 2011 die landesweite Studie zur „Versorgungssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in der Pflege“ (VäMP) begonnen. Durchgeführt wurde die Erhebung im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien, Frauen und Senioren Baden-Württemberg und mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung von der Forschungsgruppe der Brückenprofessur für Gerontopsychiatrie und klinische Gerontologie der Universität Heidelberg. Anhand der erhobenen Daten sollten erste Handlungsempfehlungen für die Sicherung der zukünftigen pflegerischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Baden-Württemberg formuliert werden.

Das Studienziel erforderte zunächst eine möglichst flächendeckende Erhebung wichtiger Versorgungsdaten über die Zahl und regionale Verteilung der Pflegeheimbewohner<sup>7</sup> und Klienten ambulanter Pflegedienste mit Migrationshintergrund in Baden-Württemberg. Ergänzend waren Angaben zur Versorgungsqualität zu sichern. Obwohl unerlässlich für Steuerung und Planung der Versorgung gewähren solche gruppenstatistischen Angaben kaum Einblicke in die Lebenswirklichkeit der Pflegeheimbewohner. Ihre überwiegende Mehrzahl ist von demenziellen Erkrankungen eingeschränkt; hinzu kommen die Folgen körperlicher Leiden oder sozialer Isolation (Schröder & Pantel, 2011; Seidl, Thomann & Schröder, 2007). Diese Belastungsfaktoren betreffen demenzkranke Pflegeheimbewohner mit Migrationshintergrund gleich doppelt: werden sie zum einen mit der durch die demenzielle Erkrankung radikal veränderten Lebenswelt konfrontiert, so können sie zum anderen weniger als hier geborene Muttersprachler auf früh erworbene und lange verfügbare Handlungs- und Erfahrungsschemata zurückgreifen, um auftretende Defizite zu kompensieren.

Migration ist stets Teil individueller Lebensgeschichte, auf die sich jede klinische Exploration zentriert. Es war uns deshalb ein wichtiges Anliegen in dieser Untersuchung auch Einzelverläufe zu dokumentieren.

---

<sup>6</sup> Eigene Berechnungen nach Angaben der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2013)

<sup>7</sup> In der vorliegenden Arbeit wird aus praktischen Gründen auf eine Geschlechterdifferenzierung der Sprachformen verzichtet und das generische Maskulinum verwendet. Diese Vereinfachung soll in keiner Weise diskriminierend sein, sondern schließt ausdrücklich die weiblichen Sprachformen mit ein.



## **Untersuchungskonzept und methodische Umsetzung**

Durch die Studie sollten wichtige Fragen zur Versorgungssituation älterer pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund in Baden-Württemberg beantwortet werden. Hierzu waren zunächst belastbare Daten über Größe, Verteilung und Versorgung dieser Personengruppe zu erheben.

Forschungsleitend waren zwei Fragestellungen:

- Wie viele Menschen mit Migrationshintergrund leben aktuell in den Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg; wie stellt sich ihre Versorgungssituation dar?
- Welche individuellen Unterschiede bestehen zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund bzw. lassen sich spezifische Problemkonstellationen im Einholen von Versorgungs- und medizinischen Leistungen benennen?

Deshalb umfasste das Projekt Vämp zwei unterschiedliche Erhebungswellen und Erhebungsformen:

- In der ersten Erhebungswelle wurden zwischen Herbst 2011 und Sommer 2012 alle Pflegeeinrichtungen des Landes zur aktuellen Versorgungssituation älterer Menschen mit und ohne Migrationshintergrund befragt. Hierzu wurde Leitern und Mitarbeitern ein spezielles Untersuchungsinstrument vorgelegt.
- In der zweiten Erhebungswelle wurden zwischen Frühjahr 2012 und Sommer 2013 Bewohner/Klienten mit und ohne Migrationshintergrund aus mehreren stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg im Hinblick auf wichtige klinische, soziale, psychologische und gerontologische Parameter direkt untersucht. Diese Gruppe wurde durch eine Patientenstichprobe aus der Gedächtnisambulanz Heidelberg ergänzt.

Untersuchungsdesign und Ergebnisse werden zunächst für die erste Erhebungswelle präsentiert und anschließend für die zweite Erhebungswelle.

### **Untersuchungsdesign der ersten Erhebungswelle**

Angestrebt war eine Erhebung unter Berücksichtigung aller Einrichtungen der häuslichen Pflege sowie aller Altenwohnheime, Altenheime und Pflegeheime in Baden-Württemberg.

## **Fragebogenkonstruktion und untersuchte Dimensionen**

Für die erste Erhebungswelle wurde ein Fragebogen in enger Kooperation mit dem Sozialministerium Baden-Württemberg nach einer umfangreichen Literaturrecherche konstruiert. Damit wurden aktuelle Definitionen der zu untersuchenden Konstrukte, theoretischen Modelle, Untersuchungsdesigns, Kontrollvariablen, und statistischen Analysen berücksichtigt. Zur Überprüfung seiner Handhabbarkeit und Verständlichkeit wurde das so entwickelte Erhebungsinstrument zunächst leitenden Pflegekräften vorgelegt.

Der so entstandene Fragebogen umfasst insgesamt 33 Fragen zu den fünf Dimensionen „Strukturmerkmale“, „Patienten und Bewohner“, „Beschäftigte“, „Kommunikation mit Patienten und Bewohnern mit Migrationshintergrund“, „Interkulturelle Aspekte“ sowie „Einschätzung der Zukunftsentwicklung“,

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die jeweils abgefragten Dimensionen und Merkmale.

## **Untersuchungseinheiten und Studiendurchführung**

Um eine möglichst aktuelle Auflistung der relevanten Einrichtungen zu erhalten, wurde eine Adressrecherche durchgeführt. Diese erfolgte anhand eines Abgleichs der vom AOK-Bundesverband und durch den MDK zur Verfügung gestellten Verzeichnisse. Ersteres enthält alle in Baden-Württemberg existierenden ambulanten Dienste und stationären Einrichtungen wie sie auch auf der Homepage der AOK („Pflegeheim-Navigator“ bzw. „Pflegedienst-Navigator“) zu finden sind (insgesamt 3067 Adressen); letzteres die ambulanten Dienste und stationären Einrichtungen, die 2011 durch den MDK geprüft wurden (insgesamt 1980 Adressen). Ausgeschlossen wurden Einrichtungen, die ausschließlich der Kinderpflege, der Beatmungspflege, der Behindertenpflege und/oder der Eingliederungshilfe zuzuordnen waren.

**Tabelle 1: Fragebogen mit den berücksichtigten Dimensionen und Merkmalen**

Dimensionen	Merkmale
<b>Strukturmerkmale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einrichtungsart</li> <li>- Trägerschaft</li> <li>- Größe</li> <li>- Lage</li> <li>- Kundenakquise</li> </ul>
<b>Patienten und Bewohner</b>	Anzahl insgesamt, sowie: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geschlechterverhältnis</li> <li>- Migrationshintergrund<sup>8</sup></li> <li>- Herkunftsland</li> <li>- Religionszugehörigkeit</li> </ul>
<b>Beschäftigte</b>	Anzahl insgesamt, sowie: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geschlechterverhältnis</li> <li>- Migrationshintergrund</li> <li>- Berufliche Position der Beschäftigten mit Migrationshintergrund</li> <li>- Anzahl und Art der gesprochenen Fremdsprachen</li> </ul>
<b>Kommunikation mit Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontaktaufnahme</li> <li>- Verständigungsprobleme</li> <li>- Einsatz von Sprachvermittlern</li> </ul>
<b>Interkulturelle Aspekte</b>	Strukturelle interkulturelle Aspekte <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interkulturelle Gesichtspunkte im Pflege- und Betreuungskonzept</li> <li>- Fortbildungsmöglichkeiten zur Erhöhung der interkulturellen Kompetenz der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen</li> <li>- Kooperation mit Migrantenorganisationen</li> <li>- Mehrsprachiges Informationsmaterial</li> </ul> Sensibilität für das Thema „Migration & Pflege“ <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wirtschaftliche Relevanz der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund</li> <li>- Einschätzung der zukünftigen Entwicklung:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entwicklung der Anzahl pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund im Einzugsgebiet</li> <li>- Handlungsbedarf bei der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund</li> <li>- Allgemeine und konkrete Vorstellungen zur Unterstützung der Ausrichtung der Angebote auf Menschen mit Migrationshintergrund</li> </ul> </li> </ul>

Im Rahmen dieses Vorgehens wurden 2801 relevante Einrichtungen, davon 1321 ambulante und 1480 stationäre, identifiziert und angeschrieben. Trotz der Verwendung aktuellster Adressdaten konnten 77 dieser Einrichtungen (51 ambulant und 26 stationär) von uns nicht erreicht werden, sodass anzunehmen ist, dass diese Einrichtungen nicht mehr bestehen. Die Grundgesamtheit reduziert sich somit auf 2724 Einrichtungen.

Unter Abwägung der jeweiligen Vor- und Nachteile einzelner Befragungsformen entschied sich die Arbeitsgruppe für ein sequentielles Vorgehen bei der Datenerhebung. In diesem Rahmen wurden drei Befragungsformen eingesetzt:

<sup>8</sup> Die Definition des Migrationshintergrundes des Statistischen Bundesamtes wurde dahingehend „aufgeweitet“, dass die zeitliche Begrenzung (nach 1949) in Vämp nicht bestand.

- *Onlinebefragung:* Einrichtungen, von denen E-Mail-Adressen der Verantwortlichen vorhanden waren, wurden per E-Mail angeschrieben und gebeten, den Fragebogen online (<https://www.soscisurvey.de/>) auszufüllen.
- *Schriftliche Befragung:* Einrichtungen, von denen keine E-Mail-Adressen vorhanden waren, wurde der Fragebogen auf postalischem Wege zugesandt.
- *Telefonische Befragung:* Einige Einrichtungen wurden telefonisch kontaktiert, sodass der Fragebogen direkt bearbeitet werden konnte.

Es bestand für jede Einrichtung grundsätzlich die Möglichkeit, den Fragebogen anonym zu beantworten. Die eigentliche Datenerhebung wurde zwischen Herbst 2011 und Sommer 2012 durchgeführt.

Die weit überwiegende Mehrzahl der Einrichtungen musste im Abstand von 3 bis 5 Wochen wiederholt angeschrieben werden (bis zu siebenmal). Einrichtungen, die zunächst per E-Mail kontaktiert wurden, erhielten bei der letzten Kontaktaufnahme den Fragebogen postalisch zugeschickt. Einrichtungen, von denen keinerlei Rückmeldung einging, wurden telefonisch angesprochen. Zusätzlich zum direkten Kontaktaufnahmeverfahren wurde den Landesverbänden der Einrichtungsträger im Januar 2012 ein gemeinsames Informationsschreiben der Projektverantwortlichen aus der Universität Heidelberg und dem Sozialministerium übermittelt, das über die Studie informiert bzw. für eine Teilnahme warb.

Durch den Einsatz der unterschiedlichen Befragungsformen sowie durch das persönliche Engagement bei der Datenbeschaffung und die Möglichkeit der Wahrung der Anonymität für die teilnehmenden Einrichtungen, konnte der Rücklauf deutlich erhöht werden.

Für die Durchführung der gesamten Studie wurde ein Ethikvotum der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg eingeholt.

## **Ergebnisse der ersten Erhebungswelle**

### **Anzahl und institutionelle Merkmale der befragten Einrichtungen**

Nach Kontrolle und Aufbereitung der durch die Erhebung gewonnenen Daten stehen für die Analysen Angaben von 1807 Einrichtungen zur Verfügung, was einer Ausschöpfungsquote von 66,3 % entspricht. Anzumerken sei hierbei, dass einige Fragebögen nur unvollständig

ausgefüllt vorliegen, weshalb die Fallzahlen (n), die den Berechnungen zugrunde liegen, teilweise variieren<sup>9</sup>.

Abbildung 1 gibt eine Übersicht über die wichtigsten institutionellen Merkmale der befragten Einrichtungen.

#### *Einrichtungsart (Abb. 1 a)*

Bei 45,0 % der befragten Einrichtungen handelt es sich um ambulante Dienste; 55,0 % sind stationäre Einrichtungen. In Relation zur Anzahl der angeschriebenen Einrichtungen zeigen sich hinsichtlich der Bereitschaft, sich an der Befragung zu beteiligen somit kaum Unterschiede zwischen den ambulanten und den stationären Einrichtungen (die Rücklaufquote liegt bei den ambulanten Diensten bei 51 % bei den stationären Einrichtungen bei 54 %).

#### *Trägerschaft (Abb. 1 b)*

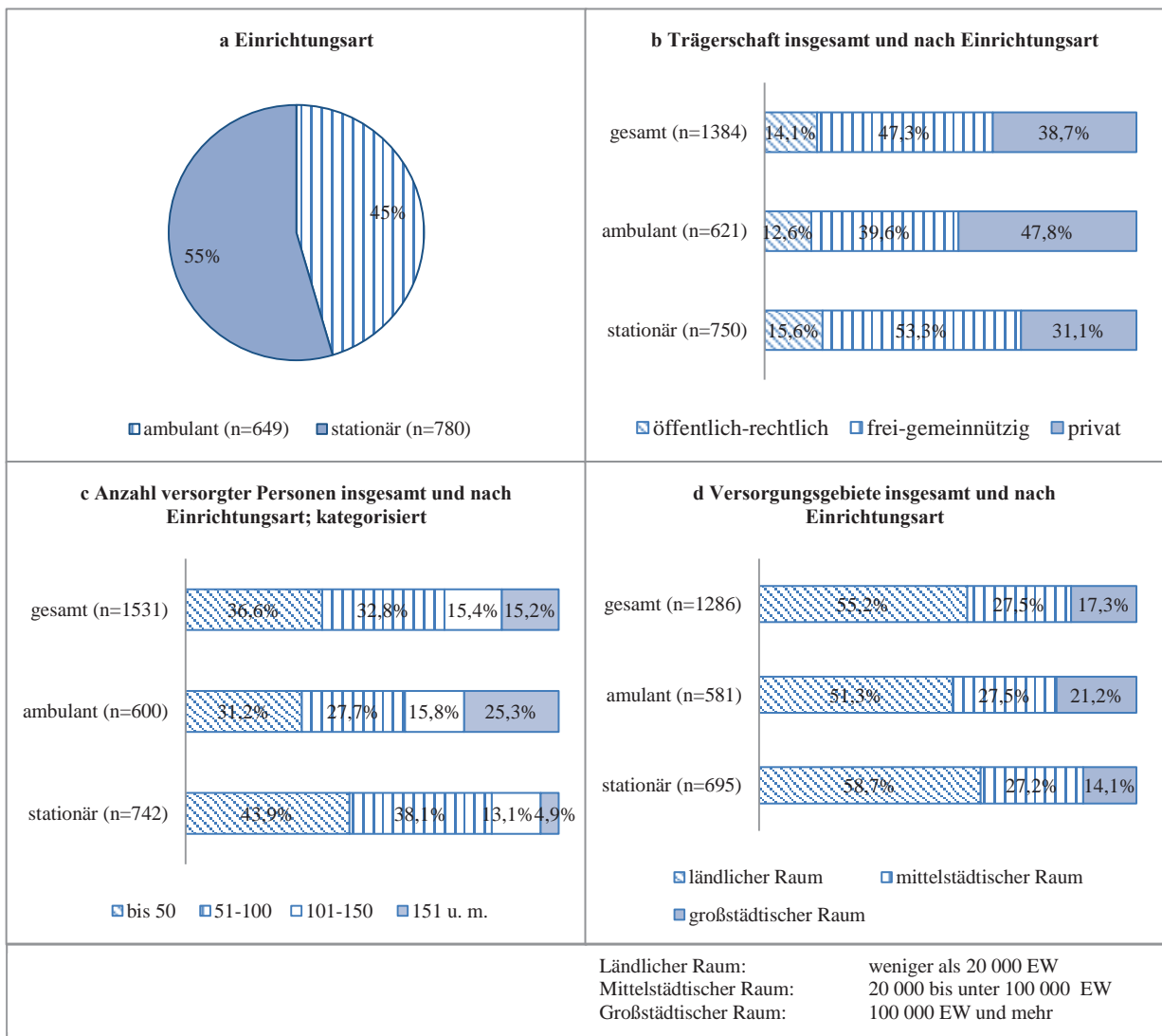
Mit einem Anteil von 47,3 % wird die Mehrheit der befragten Einrichtungen frei gemeinnützig getragen. 38,7 % der befragten Einrichtungen liegen in privater und 14,1% in öffentlicher Trägerschaft. Hinsichtlich der Verteilung der Trägerschaft differenziert nach Einrichtungsart zeigen sich dahingehend Unterschiede, dass ambulante Dienste deutlich häufiger in privater und seltener in frei-gemeinnütziger und öffentlich-rechtlicher Trägerschaft sind als stationäre Einrichtungen.

#### *Anzahl versorgter Personen (Abb. 1 c)*

Die Anzahl versorgter Personen soll hier als Indikator für die Größe der Einrichtungen herangezogen werden. Bei der Mehrheit der Einrichtungen (36,6 %) handelt es sich um eher kleine Einrichtungen mit bis zu 50 versorgten Personen. 32,8 % der Einrichtungen versorgen zwischen 51 und 100 Personen; 15,4 % zwischen 101 und 150 Personen und 15,2 % mehr als 151 Personen. Erwartungsgemäß unterschied die Größe der Einrichtungen deutlich zwischen den beiden Einrichtungsarten. Während nur 18,0 % der stationären Einrichtungen mehr als 100 Personen versorgen, beträgt ihr Anteil bei den ambulanten Diensten 41,1 %.

---

<sup>9</sup> Die Arbeitsgruppe entschied sich deshalb dafür, die jeweiligen Fallzahlen explizit kenntlich zu machen.



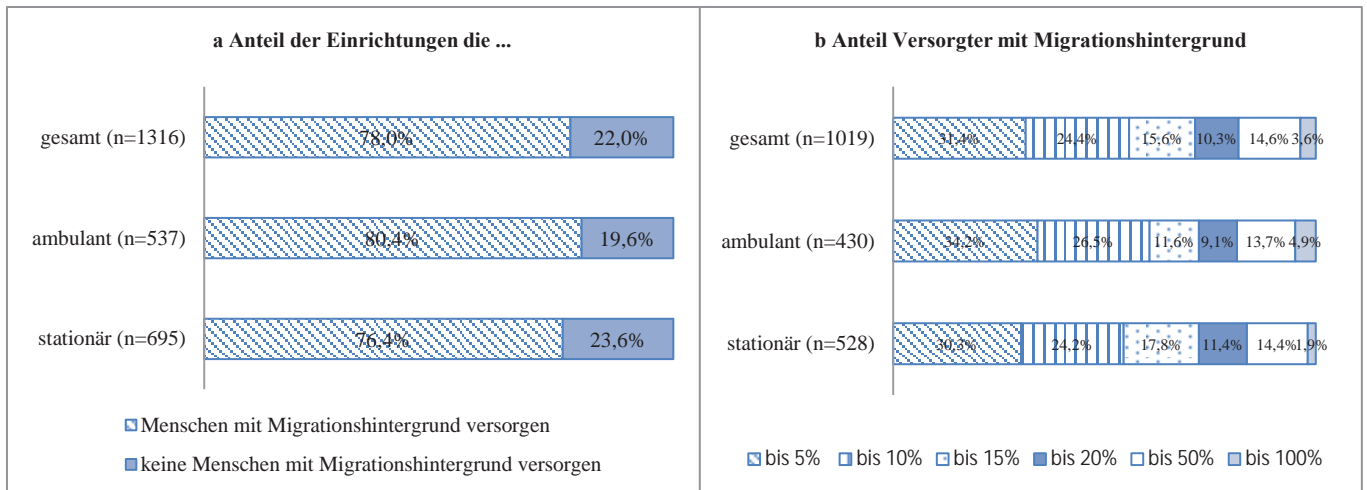
**Abbildung 1: wichtige institutionelle Merkmale der befragten Einrichtungen**

**Versorgungsgebiete (Abb. 1 d)**

Die Versorgungsgebiete der Einrichtungen wurden nach großstädtischen (mehr als 100 000 Einwohner), mittelstädtischen (Einwohnerzahl zwischen 20 000 bis 100 000) und eher ländlichen Regionen (unter 20 000 Einwohnern) eingeteilt. Wie in Abbildung 1 d dargestellt, befinden sich über die Hälfte der Einrichtungen im ländlichen Raum, wobei hier v. a. der Anteil bei den stationären Einrichtungen mit 58,7 % besonders hoch ist.

## Versorgte mit Migrationshintergrund

Die überwiegende Mehrzahl (78,0 %) der befragten Einrichtungen versorgt Menschen mit Migrationshintergrund (Abb. 2); in nur 22,0 % der Einrichtungen werden dementsprechend keine Menschen mit Migrationshintergrund versorgt. Ambulante Dienste gaben mit 80,4 % etwas häufiger an, Menschen mit Migrationshintergrund zu versorgen, als stationäre Einrichtungen mit 76,4 %.



**Abbildung 2: Versorgte mit Migrationshintergrund insgesamt und nach Einrichtungstyp**

Insgesamt werden durch die befragten Einrichtungen 11.890 Menschen mit Migrationshintergrund versorgt. Sie bilden somit 11 % der insgesamt versorgten Klienten und Bewohner in Baden-Württemberg, wobei ihr Anteil bei den ambulanten Diensten mit 11,6 % etwas höher ausfällt als in den stationären Einrichtungen mit 9,7 %.<sup>10</sup> Sofern Einrichtungen Menschen mit Migrationshintergrund versorgen, erreicht ihr Anteil an den Gesamtversorgten durchschnittlich 14,1 % (14,5 % bei den ambulanten Diensten und 12,7 % in den stationären Einrichtungen).

Diese Angaben werden in Abbildung 2 b vertieft: Bei etwa 1/3 der Einrichtungen bzw. Pflegedienste (31,4 %), die Personen mit Migrationshintergrund versorgen, beläuft sich ihr Anteil auf unter 5 % der Gesamtbewohnerschaft bzw. -klientel. Bei insgesamt mehr als der Hälfte dieser Einrichtungen liegt der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund unter 10 %; nur sehr wenige Einrichtungen (3,6 %) können auf einen Anteil von mehr als 50 %

<sup>10</sup> Berücksichtigt wurden hier ausschließlich jene Einrichtungen, die Angaben sowohl zur Gesamtanzahl der versorgten Personen sowie zur Anzahl der Personen mit Migrationshintergrund gemacht haben.

Menschen mit Migrationshintergrund der Gesamtbewohnerschaft bzw. -klientel verweisen. Zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen zeigen sich dahingehend Unterschiede, dass ambulante Dienste zum einen verhältnismäßig häufiger Anteile von unter 10 % und gleichzeitig häufiger Anteile von über 50 % aufweisen als stationäre Einrichtungen. In stationären Einrichtungen bewegt sich der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbewohnerschaft bzw. -klientel dementsprechend häufiger zwischen 10 % und 50 %.

### **Geschlechterverteilung**

Die Geschlechterverteilung ist im Vergleich zu der Gesamtklientel/Gesamtbewohnerschaft (durchschnittlich 70,3 % Frauen zu 29,7 % Männern) bei den Menschen mit Migrationshintergrund mit einem durchschnittlichen Anteil von 63,4 % Frauen zu 36,6 % Männern etwas ausgeglichener.

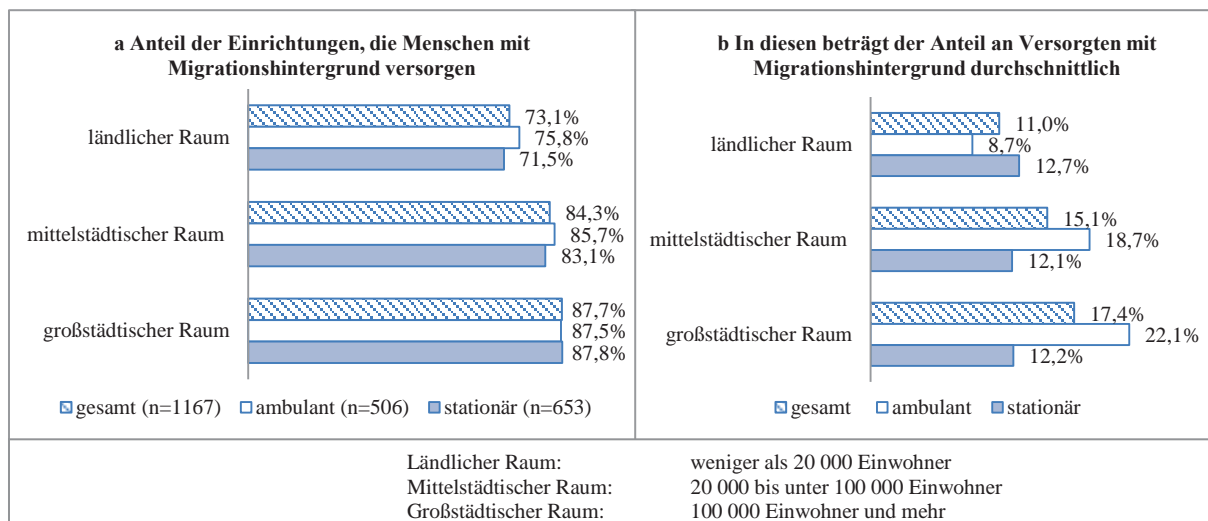
### **Räumliche Verteilung**

Die räumliche Verteilung der Klienten und Bewohner mit Migrationshintergrund soll zunächst nach ländlichen, mittelstädtischen und großstädtischen Regionen erfolgen. In einem zweiten Schritt werden die Anteile an Versorgten mit Migrationshintergrund in den Regierungsbezirken und Regionen Baden-Württembergs dargestellt sowie in den einzelnen Stadt- und Landkreisen. Analysen zur räumlichen Verteilung werden hier über die jeweiligen Standorte der Einrichtungen operationalisiert. Angaben über die Wohnorte der Versorgten (im Falle von ambulanten Diensten) bzw. früheren Wohnorte (im Falle von stationären Einrichtungen) konnten aus datenschutzrechtlichen und methodischen Gründen nicht erhoben werden.

### ***Versorgte mit Migrationshintergrund in den ländlichen, mittelstädtischen und großstädtischen Räumen Baden-Württembergs***

Wie aus Abbildung 3 a ersichtlich, zeigt sich eine klare Abstufung zwischen großstädtischen über mittelstädtische hin zu ländlichen Räumen hinsichtlich der Anteile der Einrichtungen, die Menschen mit Migrationshintergrund versorgen. Im großstädtischen Raum werden in 87,7 % der Einrichtungen Menschen mit Migrationshintergrund versorgt; der entsprechende Wert im mittelstädtischen Raum beträgt 84,3 %. Im ländlichen Raum versorgten 73,1 % der Einrichtungen Menschen mit Migrationshintergrund. Die Differenzierung nach ambulanten und stationären Einrichtungen zeigt, dass im ländlichen und mittelstädtischen Raum ambulante Dienste anteilig etwas häufiger Menschen mit Migrationshintergrund versorgen, während die Verteilung im großstädtischen Raum nahezu ausgeglichen ist.





**Abbildung 3: Versorgte mit Migrationshintergrund in den ländlichen, mittelstädtischen und großstädtischen Regionen Baden-Württembergs**

Ebenso wie bei der Betrachtung der Anteile der Einrichtungen die Menschen mit Migrationshintergrund versorgen, zeigt sich bei der Analyse der Anteile der Versorgten mit Migrationshintergrund an der Gesamtbewohnerschaft bzw. -klientel eine klare Abstufung in Abhängigkeit von den jeweiligen Standorten (Abb. 3 b). In Einrichtungen im großstädtischen Raum ist der durchschnittliche Anteil Versorgter mit Migrationshintergrund mit 17,4 % höher als im mittelstädtischen Raum mit 15,1 % und im ländlichen Raum mit 11,0 %. Bei der Differenzierung nach ambulanten und stationären Einrichtungen ist auffallend, dass ambulante Dienste in den großstädtischen und mittelstädtischen Regionen höhere Anteile an Versorgten mit Migrationshintergrund aufweisen als stationäre Einrichtungen, während sich ihr Verhältnis im ländlichen Raum umkehrt, wo stationäre Einrichtungen (12,7 %) höhere Migrantenanteile haben als ambulante Dienste (8,7 %).

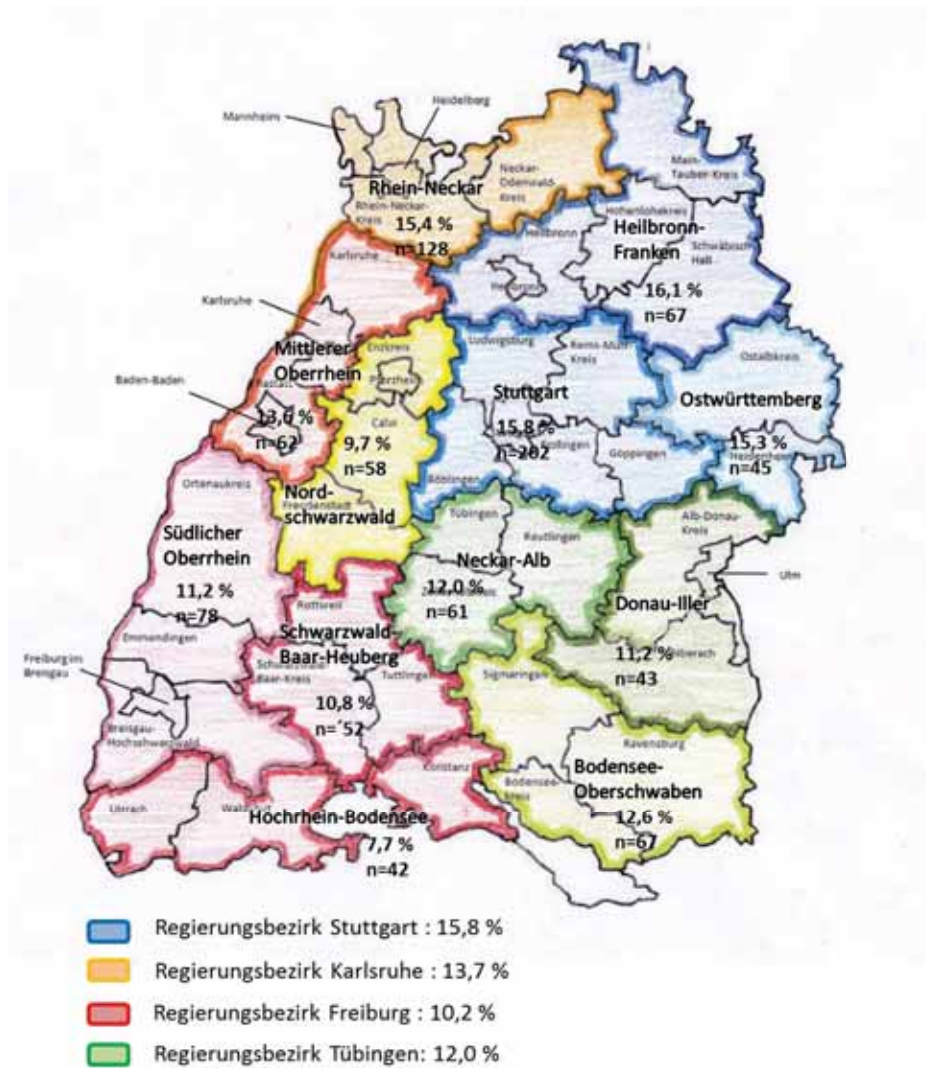
### *Versorgte mit Migrationshintergrund in den Regierungsbezirken und Regionen Baden-Württembergs*

Abbildung 4 gibt eine Übersicht über die Anteile der Einrichtungen, die Menschen mit Migrationshintergrund versorgen in den Regierungsbezirken und Regionen Baden-Württembergs.



**Abbildung 4: Anteil der Einrichtungen die Menschen mit Migrationshintergrund versorgen in den Regierungsbezirken und Regionen Baden-Württembergs**

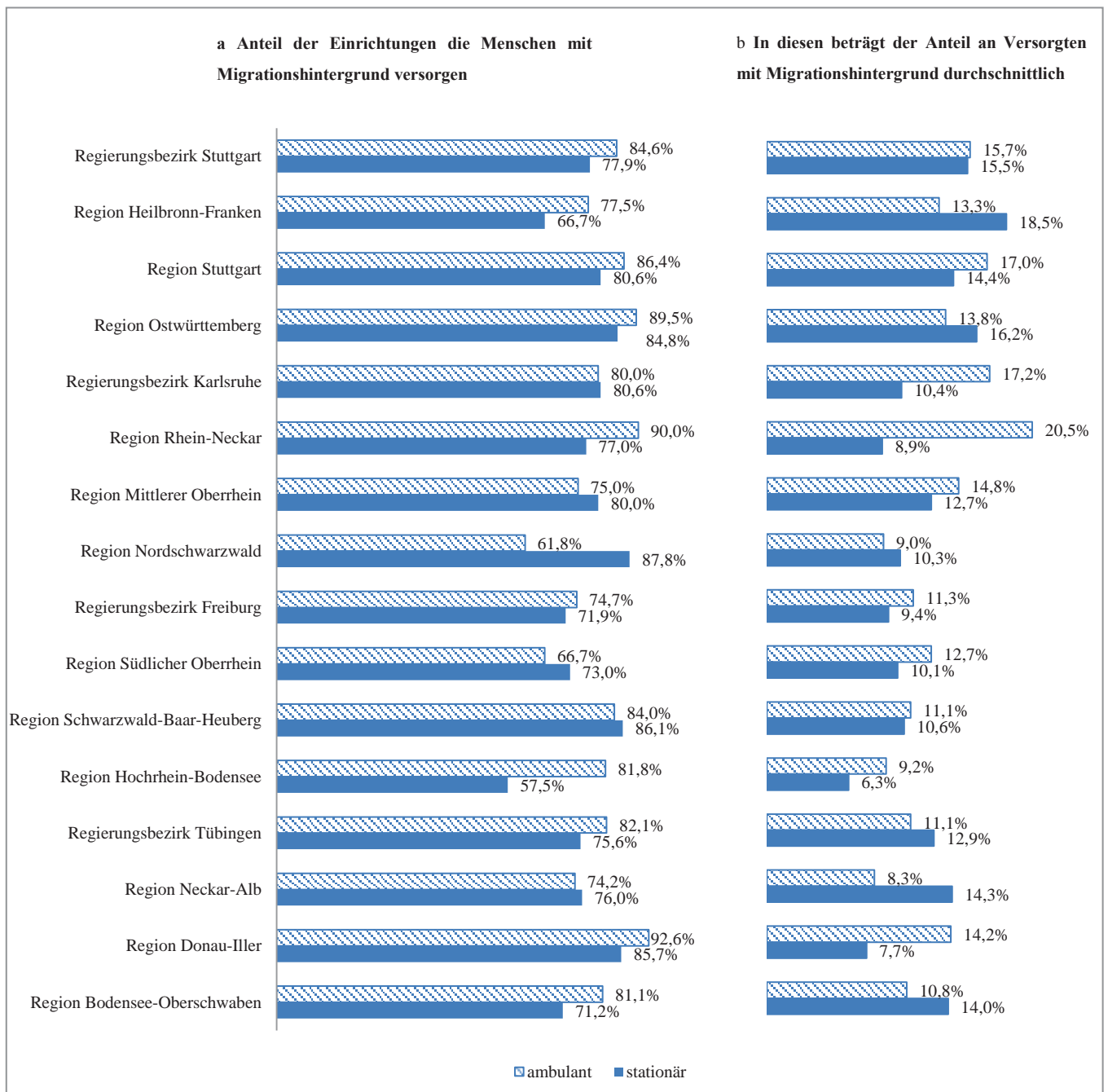
In den vier Regierungsbezirken versorgen zwischen 72,9 % (Regierungsbezirk Freiburg) und 80,8 % (Regierungsbezirk Stuttgart) der Einrichtungen Menschen mit Migrationshintergrund. Erwartungsgemäß ergibt eine stärker regional differenzierte Betrachtung eine größere Varianz. Während die Region Donau-Iller mit 89,8 % den höchsten Anteil an Einrichtungen aufweist, die Menschen mit Migrationshintergrund versorgen, findet sich der niedrigste Anteil mit 65,6 % in der Region Hochrhein-Bodensee. Im Großraum Stuttgart liegt dieser Anteil mit 83,2 % an fünfter Stelle in Baden-Württemberg; die Regionen Donau-Iller, Ostwürttemberg (86,5 %), Schwarzwald-Baar-Heuberg (85,2 %) und Rhein-Neckar (83,8 %) erreichen geringfügig höhere Werte.



**Abbildung 5: Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbewohnerschaft bzw. -klientel in den Regierungsbezirken und Regionen Baden-Württembergs**

Wie Abbildung 5 zeigt, liegt der Anteil an Versorgten mit Migrationshintergrund für die Regierungsbezirke zwischen 10,2 % (Freiburg) und 15,8 % (Stuttgart). Auch hier zeigen sich Unterschiede zwischen den Regionen. Während die Region Heilbronn-Franken mit 16,1 % Versorgten mit Migrationshintergrund den höchsten Anteil aufweist, erreicht ihr Anteil in der Region Hochrhein-Bodensee 7,7 %.

Abbildung 6 gibt eine Übersicht über die Verteilung von Versorgten mit Migrationshintergrund in den ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen in den Regierungsbezirken und Regionen Baden-Württembergs.



**Abbildung 6: Versorgte mit Migrationshintergrund in den Regierungsbezirken und Regionen Baden-Württembergs nach Einrichtungsart**

Am höchsten ist der Anteil an ambulanten Einrichtungen, die Menschen mit Migrationshintergrund versorgen, in der Region Donau-Iller (92,6 %), gefolgt von der Region Rhein-Neckar (90,0 %) und der Region Ostwürttemberg (89,5 %). Die höchsten Anteile an stationären Einrichtungen sind in den Regionen Nordschwarzwald (87,8 %), Schwarzwald-

Baar-Heuberg (86,1 %) und Donau-Iller (85,7 %) zu finden. Während in den meisten Regionen der Anteil bei den ambulanten Diensten höher ist, zeigt sich für die Region Nordschwarzwald ein deutlich höherer und für die Regionen Mittlerer Oberrhein, Südlicher Oberrhein, Schwarzwald-Baar-Heuberg und Neckar-Alb ein leicht erhöhter Anteil bei den stationären Einrichtungen.

Die höchsten Anteile an Versorgten mit Migrationshintergrund bei den ambulanten Diensten sind in den Regionen Rhein-Neckar (20,5 %), Stuttgart (17,0 %) und Mittlerer Oberrhein (14,8 %) gegeben; bei den stationären Einrichtungen sind es die Regionen Heilbronn-Franken (18,5 %), Ostwürttemberg (16,2 %) und Neckar-Alb (14,3 %).

### *Versorgte mit Migrationshintergrund in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württemberg*

Im Folgenden ist die Verteilung innerhalb der einzelnen Stadt- und Landkreise dargestellt.

Hinsichtlich der Anteile der Einrichtungen, die Menschen mit Migrationshintergrund versorgen, zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs (Abb. 7). Während im Stadtkreis Heilbronn alle der befragten Einrichtungen angaben, Menschen mit Migrationshintergrund zu versorgen, betrug ihr Anteil im Landkreis Waldshut 57,9 %. Besonders hohe Anteile zeigen sich außerdem im Stadtkreis Mannheim (94,3 %), im Landkreis Göppingen (93,3 %) und im Schwarzwald-Baar-Kreis (92,0 %).

Weitere Unterschiede zeigen sich hinsichtlich der Anteile Versorgter mit Migrationshintergrund (Abb. 8). Während im Stadtkreis Heilbronn Menschen mit Migrationshintergrund durchschnittlich 27,4 % und im Stadtkreis Mannheim 23,8 % der Gesamtversorgten stellen, liegt deren Anteil im Landkreis Emmendingen bei 5,3 %. Auch der Landkreis Waldshut hat mit 7,1 % anteilig eher wenige Versorgte mit Migrationshintergrund. Es kann damit festgehalten werden, dass im Stadtkreis Heilbronn sowohl der höchste Anteil an Einrichtungen in Baden-Württemberg zu finden ist, die Menschen mit Migrationshintergrund versorgen und gleichzeitig der höchste Anteil Versorgter mit Migrationshintergrund mit 27,4 %. Umgekehrt verhält es sich für den Landkreis Waldshut. Hier findet sich der niedrigste Anteil an Einrichtungen, die Menschen mit Migrationshintergrund versorgen und gleichzeitig die zweit geringsten Anteile an Versorgten mit Migrationshintergrund in Baden-Württemberg.

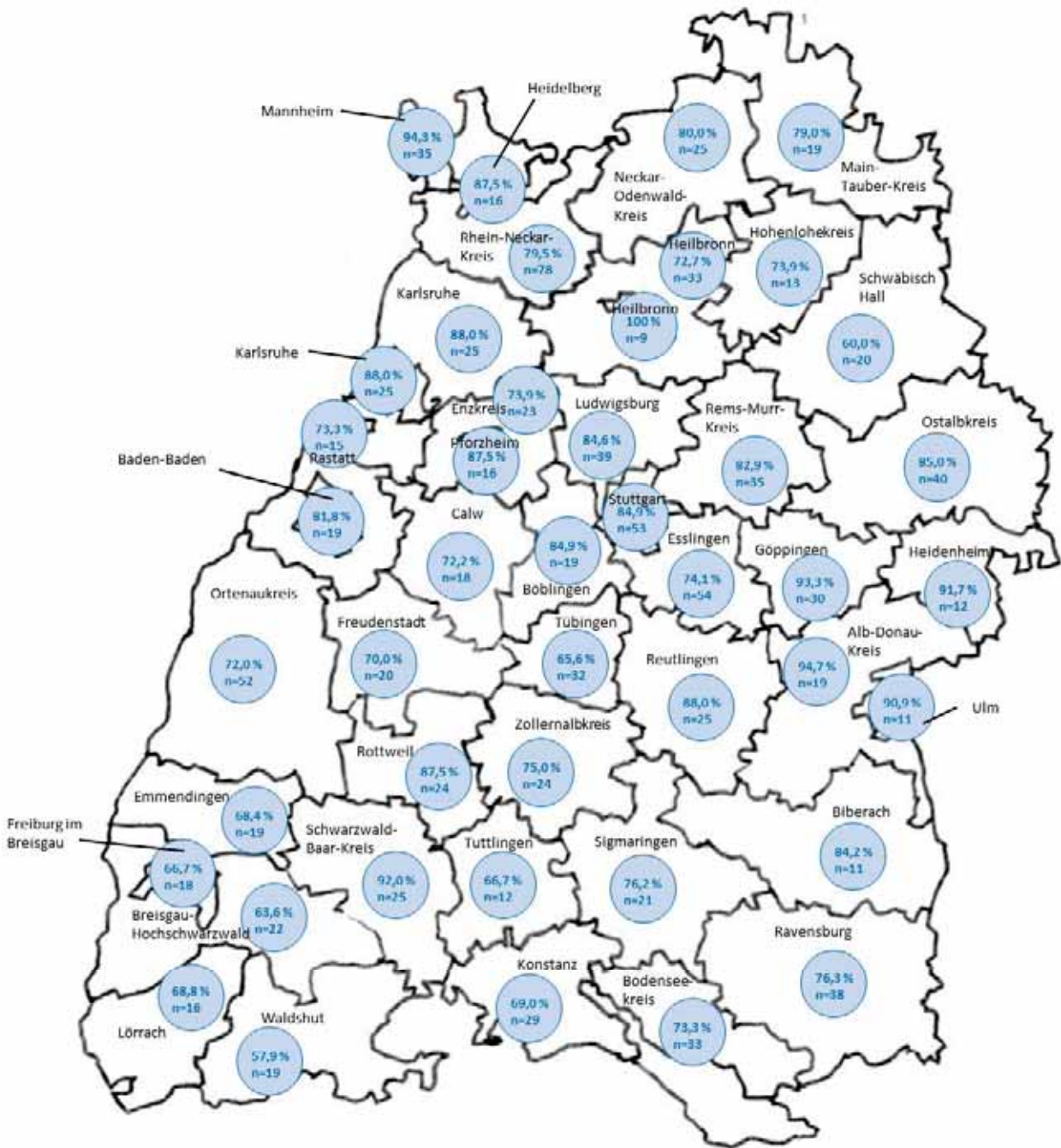


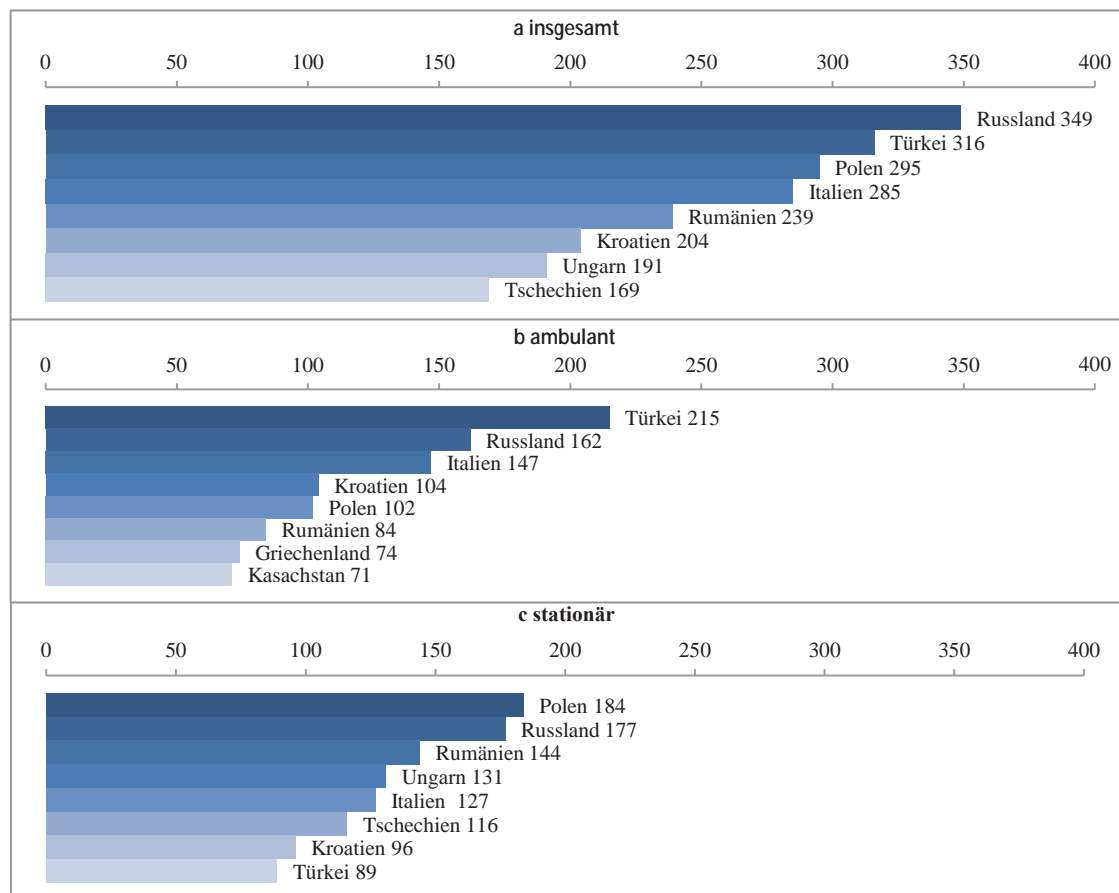
Abbildung 7: Anteil der Einrichtungen in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs die Menschen mit Migrationshintergrund versorgen



Abbildung 8: Anteil Versorgter mit Migrationshintergrund in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs

## Herkunftsländer

Im Folgenden sind die Ergebnisse der Herkunftsländer von Personen mit eigener Migrationserfahrung dargestellt. Die von den befragten Einrichtungen acht häufigsten genannten Herkunftsländer zeigt Abbildung 9. Insgesamt gaben 349 Einrichtungen an, in Russland Gebürtige zu versorgen; Personen aus der Türkei werden in 316 Einrichtungen versorgt und Personen aus Polen in 295 Einrichtungen (Abb. 9 a).



**Abbildung 9: absolute Anzahl der Einrichtungen die Personen aus den acht häufigsten genannten Herkunftsländern versorgen insgesamt und nach Einrichtungstyp.**

Wie aus Abbildung 9 b und 9 c ersichtlich, zeigen sich Unterschiede zwischen ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen hinsichtlich der Häufigkeit mit der Personen aus bestimmten Herkunftsländern versorgt werden. Russland, die Türkei und Polen werden hauptsächlich als Herkunftsländer von Versorgten mit Migrationshintergrund genannt. Während von allen befragten Einrichtungen Russland als häufigstes Herkunftsland Versorgter mit Migrationshintergrund angegeben wurde, stellen sie bei einer Differenzierung nach Einrichtungstyp das zweitwichtigste Herkunftsland dar. Bei den ambulanten Diensten rücken Personen türkischer Herkunft, bei den stationären Einrichtungen Personen aus Polen an erste

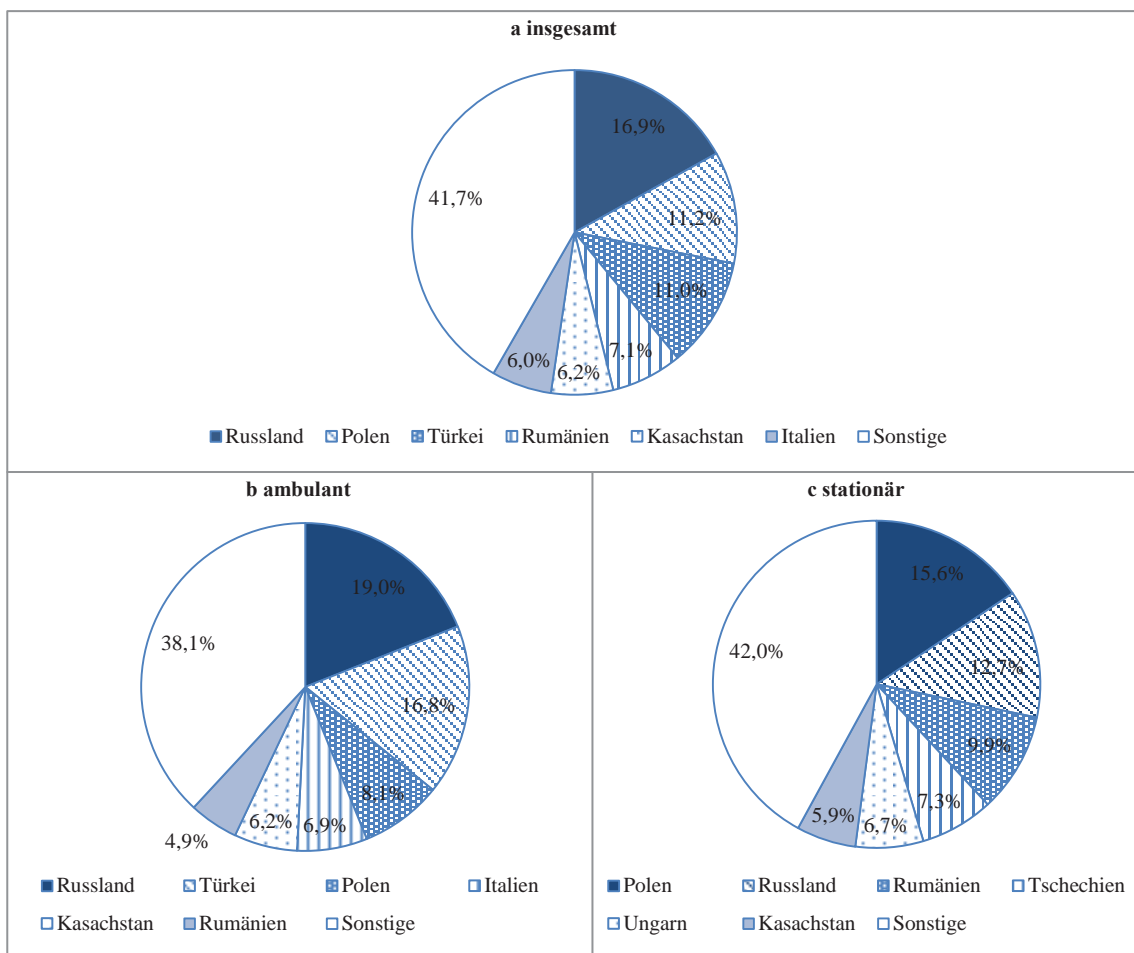


Stelle. Personen aus der Türkei werden demgegenüber in nur 89 stationären Einrichtungen versorgt. An dritter Stelle stehen bei den ambulanten Diensten Italien (147) und bei den stationären Einrichtungen Rumänien (144). Während Kroatien, Polen, Rumänien, Griechenland und Kasachstan ebenfalls zu den sieben am häufigsten genannten Herkunftsländern bei den ambulanten Diensten zählen, gehören bei den stationären Einrichtungen Ungarn, Italien, Tschechien und Kroatien dazu.

Sofern Einrichtungen Menschen mit Migrationshintergrund versorgen, stammen diese durchschnittlich aus etwa 4 unterschiedlichen Ländern, wobei die Zusammensetzung der Menschen mit Migrationshintergrund hinsichtlich ihrer Herkunftsländer im großstädtischen Raum mit Bewohnern bzw. Klienten aus durchschnittlich 4,5 unterschiedlichen Ländern etwas heterogener ist, als im ländlichen Raum mit Bewohnern bzw. Klienten aus durchschnittlich 3,3 Ländern.

Die folgenden Analysen beziehen sich auf Zahlen der Versorgten mit Migrationshintergrund insgesamt sowie auf Angaben der einzelnen Herkunftsländer. Von besonderem Interesse war hierbei zum einen, wie sich die Gruppe Versorgter mit Migrationshintergrund im Einzelnen zusammensetzt, zum anderen aber auch ob bzw. inwieweit sich Unterschiede hinsichtlich Versorgungsart sowie räumlicher Verteilung darstellen lassen.

Im Hinblick auf die Zusammensetzung einzelner Herkunftsländer der durch die befragten Einrichtungen Versorgten mit Migrationshintergrund, zeigt sich, dass Personen aus Russland mit 16,9 % die größte Gruppe der Versorgten mit Migrationshintergrund in Baden-Württemberg stellen (Abb. 10 a). Jeweils etwa 11 % der Versorgten mit Migrationshintergrund kommen ursprünglich aus Polen und der Türkei, 7,1 % aus Rumänien und jeweils etwa 6 % aus Kasachstan und Italien. Personen aus Russland, Polen, der Türkei, Rumänien und Kasachstan stellen demnach insgesamt über die Hälfte aller Versorgten mit Migrationshintergrund.



**Abbildung 10: die sechs zahlenmäßig größten Gruppen der Versorgten mit Migrationshintergrund nach Herkunftsland**

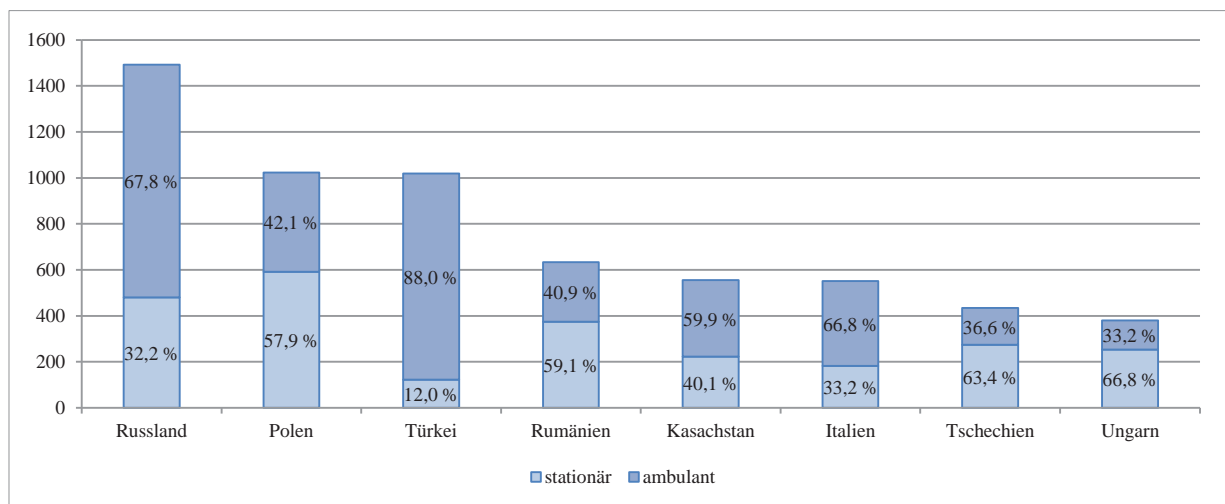
Die Differenzierung nach Einrichtungsart, zeigt für die ambulanten Dienste ebenfalls Personen aus Russland zahlenmäßig mit 19 % an allen Versorgten mit Migrationshintergrund die am stärksten vertretene Gruppe, gefolgt von Personen aus der Türkei (16,8 %), aus Polen (8,1%), Italien (6,9 %), Kasachstan (6,2 %) und Rumänien (4,9 %) (Abb. 10 b). Bei den ambulanten Diensten stellen demnach über die Hälfte der Versorgten mit Migrationshintergrund Personen aus nur vier verschiedenen Herkunftsländern dar, nämlich Russland, Türkei, Polen und Italien.

Bei den stationären Einrichtungen bilden hingegen Personen aus Polen mit 15,6 % die größte Gruppe der Versorgten mit Migrationshintergrund, gefolgt von Personen aus Russland (12,7 %), Rumänien (9,9 %), Tschechien (7,3 %), Ungarn (6,7 %) und Kasachstan (5,9 %) (Abb. 10 c).

Die restlichen rund 40 % der Versorgten mit Migrationshintergrund kommen ursprünglich aus afrikanischen und asiatischen Ländern, Albanien, Australien/ Neuseeland, Belgien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland,

Großbritannien, Irland, dem Kosovo, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Mazedonien, Moldawien, Monaco, Montenegro, Niederlande, Nordamerika, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, der Schweiz, Serbien, der Slowakei, Slowenien, Spanien, Südamerika und Weißrussland. Diese Aufzählung unterstreicht die enorme Heterogenität der Versorgten mit Migrationshintergrund.

Aus der unterschiedlichen Zusammensetzung der Herkunftsländer in Abhängigkeit von der Einrichtungsart ergibt sich die Frage, ob einzelne Migrantengruppen Präferenzen für eine bestimmte Versorgungsart haben. Insgesamt ergibt sich für Versorgte mit Migrationshintergrund eine Aufteilung von 57 % ambulant zu 43 % stationär versorgt; ganz ähnlich der Verteilung bei den Versorgten ohne Migrationshintergrund (56 % ambulant zu 44 % stationär). Wie in Abbildung 11 abgetragen, zeigen sich allerdings deutlichere Unterschiede zwischen den einzelnen Herkunftsgruppen. So werden Personen aus Russland, der Türkei und Italien häufiger durch ambulante Dienste versorgt, Personen aus Polen, Rumänien, Tschechien und Ungarn hingegen verhältnismäßig häufiger stationär. Besonders hoch zeigt sich der Unterschied bei Personen aus der Türkei, die zu 88,0 % ambulant aber nur zu 12,0 % stationär versorgt werden.



**Abbildung 11: Verteilung der Versorgten verschiedener Herkunftsländer auf die unterschiedlichen Einrichtungsarten**

Vertiefende Analysen konnten darüber hinaus zeigen, dass zwischen ländlichen, mittelstädtischen und großstädtischen Räumen Unterschiede im Verhältnis von ambulant zu stationär Versorgten bestehen. So zeigte sich von ländlichen über mittelstädtischen hin zu großstädtischen Räumen eine Zunahme der ambulant im Vergleich zu den stationär Versorgten mit Migrationshintergrund. Bei Versorgten ohne Migrationshintergrund bestand

ein umgekehrter Effekt: hier veränderte sich das Verhältnis von ambulant zu stationär Versorgten von ländlichen über mittelstädtischen hin zu großstädtischen Räumen entsprechend einer verhältnismäßigen Zunahme der stationär Versorgten.

Entsprechend einer detaillierteren räumlichen Differenzierung wurde der Frage nachgegangen, ob sich Einrichtungen in der Anzahl der Versorgten der jeweiligen Herkunftsländer in Abhängigkeit von der Region in der sie angesiedelt sind unterscheiden oder ob die Verteilung wie in Abbildung 10 dargestellt für ganz Baden-Württemberg gilt.

Wie die Ergebnisse in Tabelle 2 zeigen, bestehen tatsächlich regionale Unterschiede hinsichtlich der Zusammensetzung der Klienten und Bewohner unterschiedlicher Herkunftsländer. Mit einem Anteil von 10,7 % bis 36 % bilden Personen aus Russland in den meisten Regionen Baden-Württembergs die größte Gruppe von Versorgten mit Migrationshintergrund.

**Tabelle 2: Regionale Verteilung der Versorgten mit Migrationshintergrund nach Herkunftsländ**

	Größte Gruppe		Zweitgrößte Gruppe		Drittgrößte Gruppe		Sonstige
	Herkunftsland	Anteil (%)	Herkunftsland	Anteil (%)	Herkunftsland	Anteil (%)	Anteil (%)
<b>Heilbronn-Franken</b>	Rumänien	21,6	Russland	19,0	Polen	10,8	48,6
<b>Stuttgart</b>	Türkei	12,9	Polen	9,6	Russland	9,2	68,3
<b>Ostwürttemberg</b>	Russland	12,5	Türkei	11,8	Polen und Italien	je 9,1	57,5
<b>Rhein-Neckar</b>	Polen	17,4	Türkei	17,2	Russland	12,9	52,5
<b>Mittlerer Oberrhein</b>	Russland	19,4	Polen	13,3	Türkei	6,5	60,8
<b>Nordschwarzwald</b>	Russland	16,0	Kasachstan	12,5	Polen	9,7	61,8
<b>Südlicher Oberrhein</b>	Russland	23,9	Kasachstan	12,4	Polen	9,2	54,5
<b>Schwarzwald-Baar-Heuberg</b>	Russland	36,0	Polen	10,5	Kasachstan	6,5	47,0
<b>Hochrhein-Bodensee</b>	Russland	22,8	Italien	21,8	Polen	9,5	45,9
<b>Neckar-Alb</b>	Russland	10,7	Polen	9,2	Kasachstan	9,2	70,9
<b>Donau-Iller</b>	Russland	13,4	Tschechien	12,4	Türkei	12,4	61,8
<b>Bodensee-Oberschwaben</b>	Russland	22,9	Türkei	14,2	Polen	7,4	55,5

Für drei Regionen zeichnet sich allerdings ein anderes Bild ab: In der Region Heilbronn-Franken bilden in Rumänien Geborene mit 21,6 %, in der Region Stuttgart Personen aus der Türkei mit 12,9 % und in der Rhein-Neckar Region mit 17,4 % Personen aus Polen die

größten Gruppen an Versorgten mit Migrationshintergrund. Es zeigt sich vor allem auch eine gewisse Dominanz von Versorgten einzelner Herkunftsländer im Vergleich zu anderen Personengruppen mit Migrationshintergrund (insbesondere in den Regionen Schwarzwald-Baar-Heuberg, Südlicher Oberrhein und Bodensee-Oberschwaben). Dagegen scheint vor allem in den Regionen Neckar-Alb, Stuttgart und Ostwürttemberg<sup>11</sup> keine klare Dominanz einzelner Herkunftsländer vorzuliegen.

### Einrichtungen mit besonders hohem und niedrigem Anteil an Versorgten mit Migrationshintergrund

Von den Einrichtungen, die einen besonders hohen Anteil (mehr als 50 %) an Menschen mit Migrationshintergrund versorgen, sind 67,7 % ambulante Dienste und 32,3 % stationäre Einrichtungen. Sie liegen keinesfalls nur in den großstädtischen Bereichen Baden-Württembergs, sondern verteilen sich zu gleichen Anteilen auf Großstädte (29,6 %) und den ländlichen Bereich (29,6 %).

Von den Einrichtungen, die keine Menschen mit Migrationshintergrund versorgen, sind die weit überwiegende Mehrheit stationäre Einrichtungen (61,0 %) im ländlichen Raum (70,8 %).

### Beschäftigte mit Migrationshintergrund

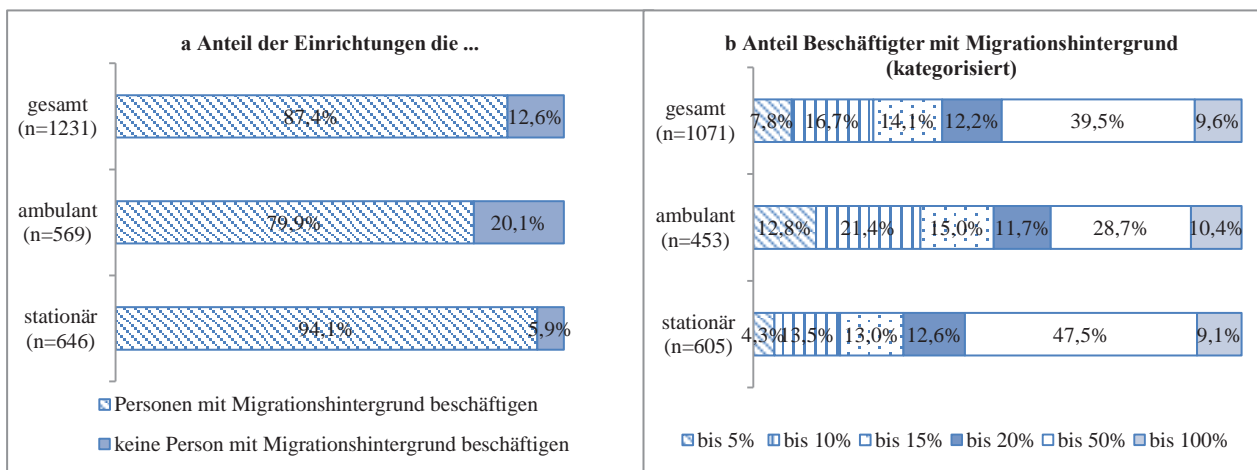


Abbildung 12: Beschäftigte mit Migrationshintergrund

Insgesamt gaben 87,4 % der befragten Einrichtungen an, Menschen mit Migrationshintergrund in ihrer Einrichtung zu beschäftigen, wobei der Anteil der stationären Einrichtungen mit 94,1 % noch deutlich höher ist als bei den ambulanten Diensten mit 79,9 % (Abb. 12 a).

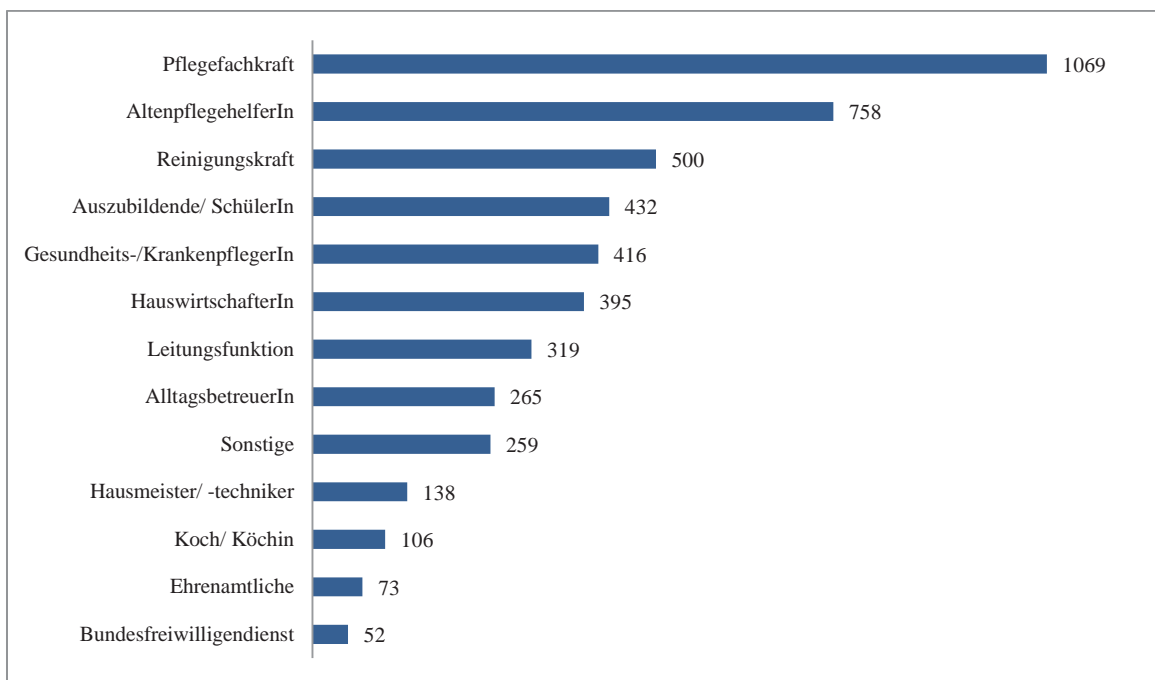
<sup>11</sup> Hier bilden gleichzeitig zwei Herkunftsgruppen die „drittgrößte“ Gruppe Versorgter mit Migrationshintergrund.

In den meisten Einrichtungen, die Menschen mit Migrationshintergrund beschäftigen (39,5 %), machen Beschäftigte mit Migrationshintergrund zwischen 20 % und 50 % der Gesamtbelegschaft aus (Abb. 12 b). Insbesondere im stationären Bereich scheint die Beschäftigung von Menschen mit Migrationshintergrund einen besonderen Stellenwert zu haben; bei über 50 % der befragten Einrichtungen arbeiten zwischen 20 % und 100 % Menschen mit Migrationshintergrund.

Im Durchschnitt machen Menschen mit Migrationshintergrund 22,0 % der insgesamt Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg aus, wobei der Anteil bei den ambulanten Diensten mit 18,8 % niedriger ist als der Anteil bei den stationären Einrichtungen mit 24,8 %.<sup>12</sup>

### *Berufliche Positionen der Beschäftigten mit Migrationshintergrund*

Abbildung 13 gibt eine Übersicht über die beruflichen Positionen von Beschäftigten mit Migrationshintergrund.



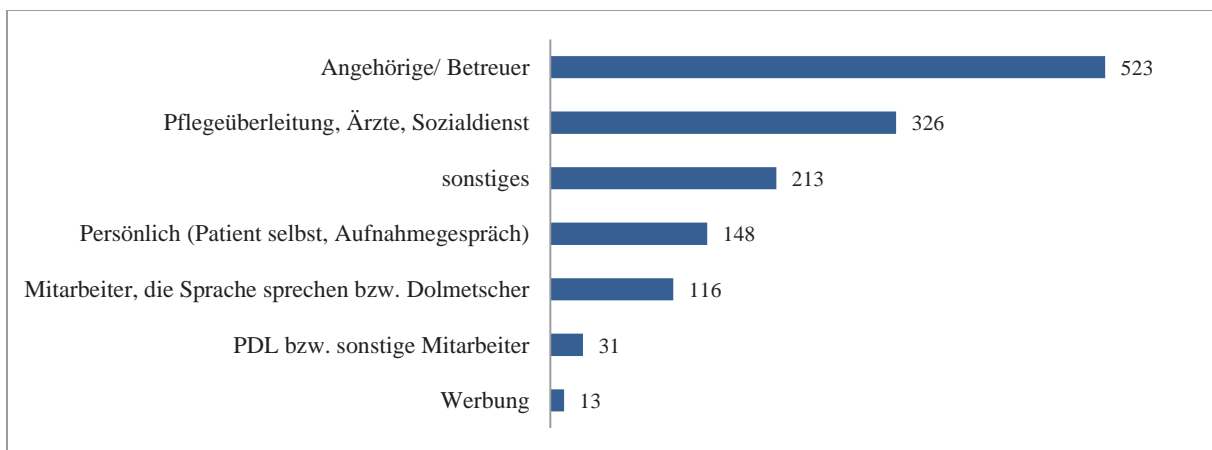
**Abbildung 13: Anzahl der Einrichtungen, die Mitarbeiter mit Migrationshintergrund in den jeweiligen Positionen beschäftigen (Mehrfachantworten waren möglich)**

<sup>12</sup>Berücksichtigt wurden hier ausschließlich jene Einrichtungen, die Angaben sowohl zur Gesamtanzahl der Mitarbeiter sowie zur Anzahl der Mitarbeiter mit Migrationshintergrund gemacht haben.

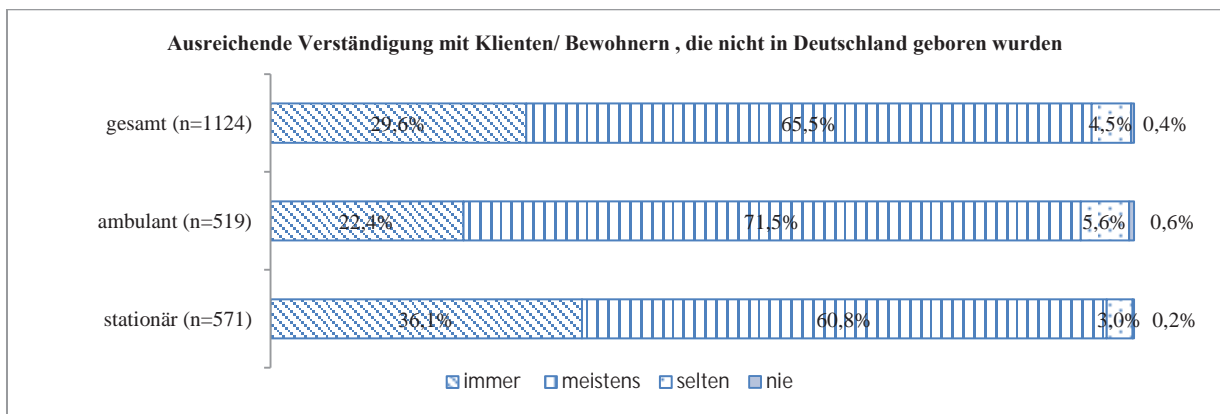
Die am häufigsten genannte berufliche Position der Beschäftigten mit Migrationshintergrund ist die der Pflegefachkraft. Insgesamt 1069 Einrichtungen gaben an, Beschäftigte mit Migrationshintergrund in dieser Position zu haben. Die zweithäufigste Position von Beschäftigten mit Migrationshintergrund ist die der Altenpflegehelferin (von 758 Einrichtungen genannt), die dritthäufigste die der Reinigungskraft (von 500 Einrichtungen berichtet). Personen mit Migrationshintergrund sind besonders selten im Bereich des Bundesfreiwilligendienstes sowie als Ehrenamtliche in den Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten zu finden.

### *Erstkontakt und Kommunikation mit den Bewohnern bzw. Klienten mit Migrationshintergrund*

Kommunikation und Erstkontakt zwischen Menschen mit Migrationshintergrund und den Einrichtungen werden in der aktuellen Diskussion häufig problematisiert. Verschiedene Arten des Erstkontaktes werden in Abbildung 14 dargestellt. Meist wird der Erstkontakt durch Angehörige bzw. Betreuer gebahnt; 523 Einrichtungen bejahten dies. Besonders bedeutend sind außerdem Pflegeüberleitungen, Ärzte und Sozialdienste (von 326 Einrichtungen genannt). 148 Einrichtungen gaben an, dass der Erstkontakt vor allem auch auf Eigeninitiative der Klienten und Patienten selber und dann im Rahmen des Aufnahmegespräches vertieft wird. Bei 213 Einrichtungen wird der Erstkontakt durch „sonstige“ Verfahren hergestellt (unter „sonstige“ zählen in diesem Falle jegliche Angaben, die keiner der anderen 6 Antwortkategorien zuzuordnen waren). 116 Einrichtungen sehen Sprachvermittler (Mitarbeiter mit entsprechenden Sprachkompetenzen sowie professionelle Dolmetscher) als wichtige Instanzen bei der Herstellung des Erstkontakts. Sonstige Mitarbeiter der Einrichtung sowie Werbung scheinen eine eher untergeordnete Rolle zu spielen.



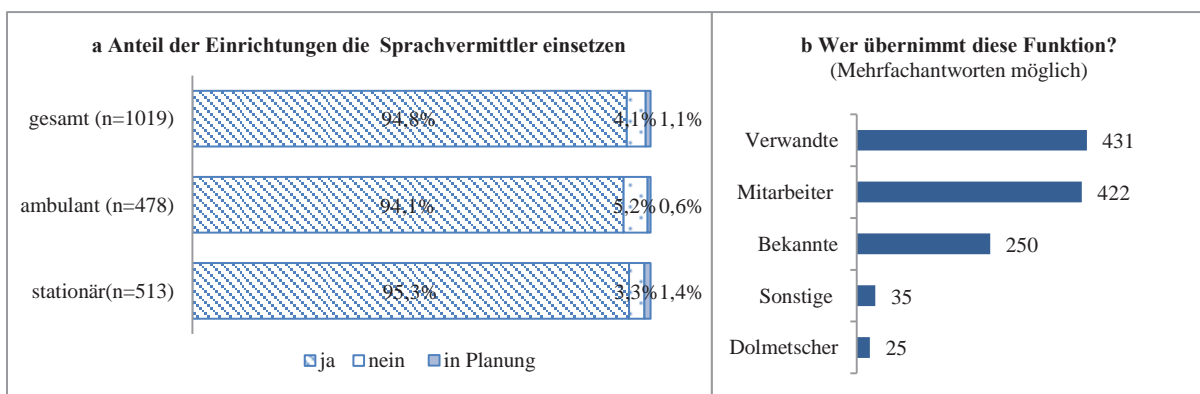
**Abbildung 14: Herstellung des Erstkontakts zwischen zu Pflegenden mit Migrationshintergrund und Einrichtung (Offene Antwortkategorie; Mehrfachantworten möglich)**



**Abbildung 15: Kommunikationsqualität mit Patienten bzw. Bewohnern, die nicht in Deutschland geboren wurden**

Abbildung 15 fasst die Angaben zur Kommunikationsqualität zusammen. Die überwiegende Mehrheit der Einrichtungen (65,5 %) gab an, dass meistens eine ausreichende Verständigung besteht. In nur 4,5 % der Einrichtungen kann keine ausreichende Verständigung aufgebaut werden. Dieses durchaus positive Ergebnis bezüglich der Verständigung zwischen Menschen mit Migrationshintergrund und Mitarbeitern der Einrichtungen kann nun zum einen an insgesamt guten Sprachkompetenzen der zu Versorgenden liegen, zum anderen aber auch daran, dass beim Auftreten von Verständigungsschwierigkeiten sogenannte „Sprachvermittler“ eingesetzt werden, wie sie auch bei der Herstellung des Erstkontakts genannt wurden.

Sprachvermittler werden in rund 95 % der Einrichtungen eingesetzt (Abb. 16 a), wobei sich kaum Unterschiede zwischen ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen zeigen.



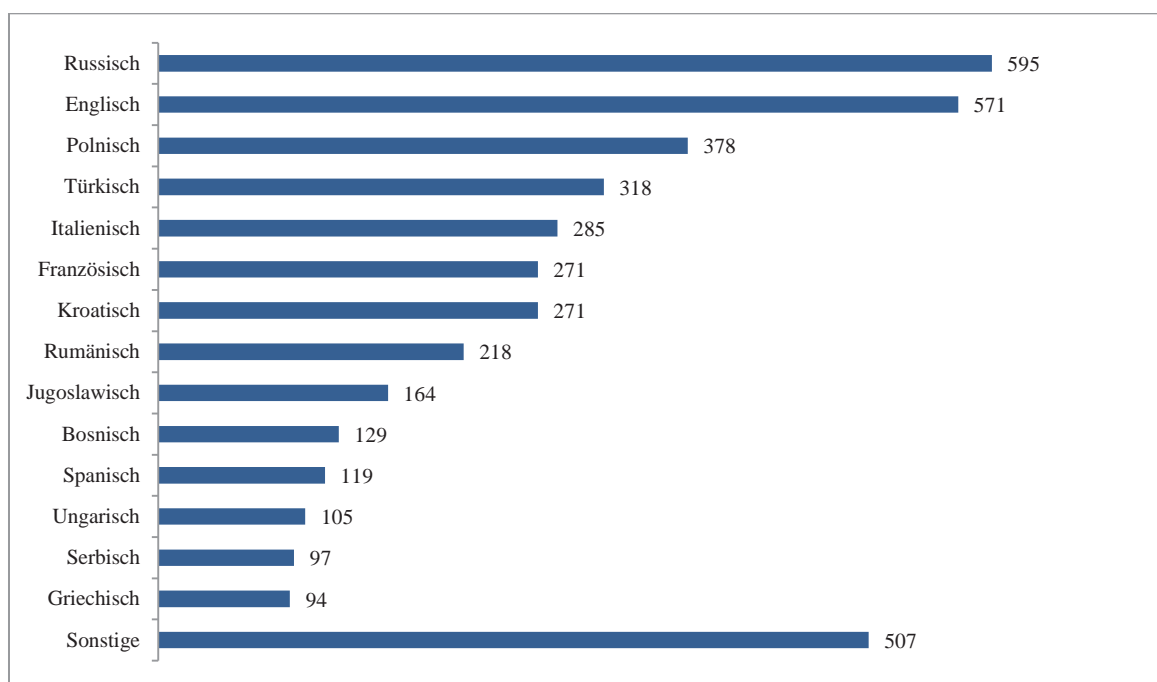
**Abbildung 16: Einsatz von Sprachvermittlern bei Verständigungsproblemen**

Als Sprachvermittler (Abb. 16 b) werden meist Verwandte der Pflegebedürftigen angesprochen (von 431 Einrichtungen genannt). 422 Einrichtungen gaben an, dass Mitarbeiter



mit den jeweiligen Sprachkompetenzen bei Verständigungsschwierigkeiten herangezogen werden. Bekannte spielen mit 250 Nennungen eine ebenfalls wichtige Rolle. Dolmetscher wurden von nur 25 Einrichtungen genannt.

Die unterschiedlichen Sprachen sowie die Anzahl der Einrichtungen, in denen sie von Mitarbeitern gesprochen werden, sind in Abbildung 17 dargestellt. In 595 Einrichtungen wird auch das Russische gepflegt, gefolgt von Englisch (571 Einrichtungen), Polnisch (378 Einrichtungen) und Türkisch (318 Einrichtungen). Unter sonstige Sprachen fallen beispielsweise auch „Exoten“ (im Sinne von selten genannten Sprachen) wie Koreanisch, Hebräisch und Hindi.

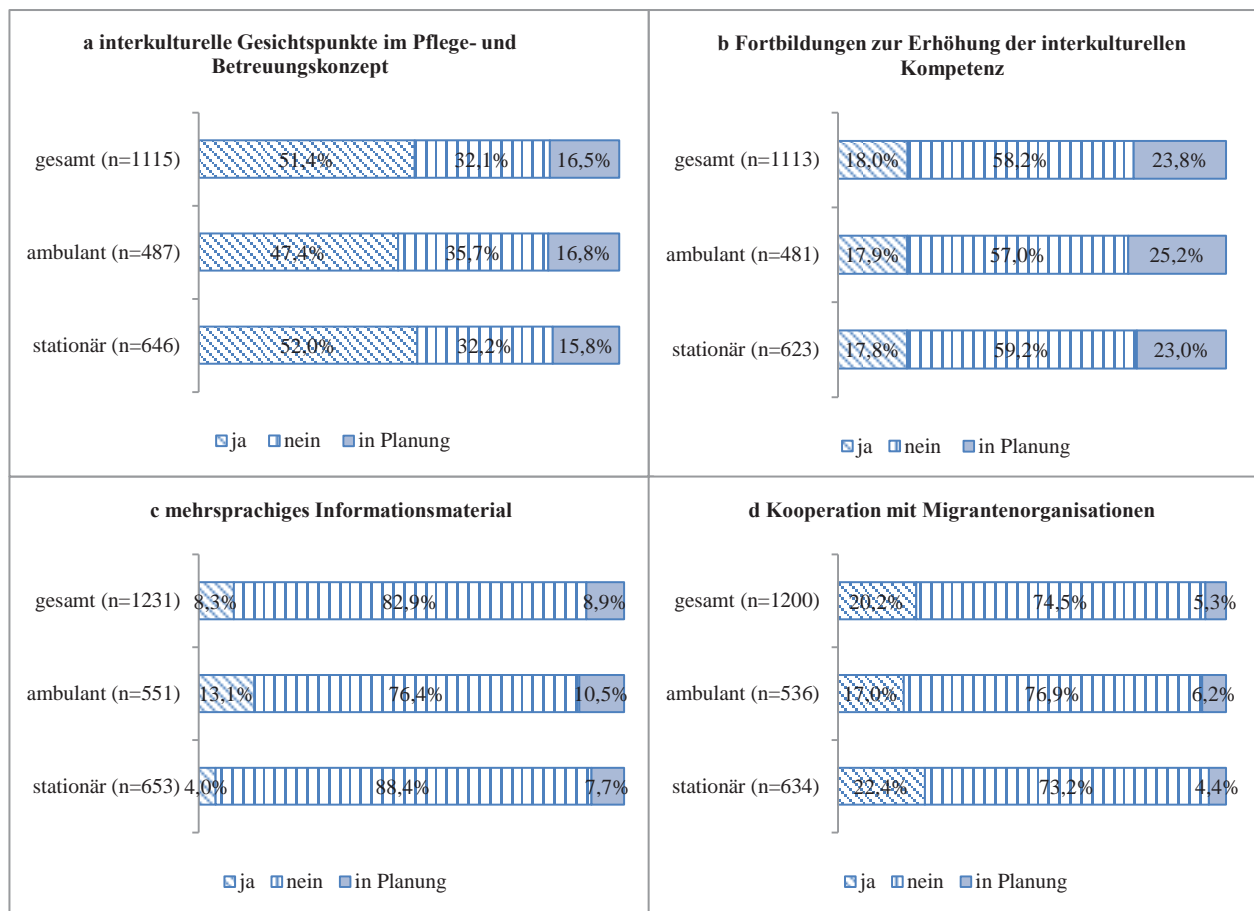


**Abbildung 17: Anzahl der Einrichtungen, in denen die 15 häufigsten genannten Sprachen gesprochen werden (Mehrfachantworten möglich)**

### Interkulturelle Aspekte

Im folgenden Abschnitt werden Ergebnisse bezüglich verschiedener interkultureller Aspekte dargestellt. Zum einen sind damit eher strukturelle Merkmale der Einrichtungen gemeint, also beispielsweise ganz allgemein das Vorhandensein interkultureller Gesichtspunkte im Pflege- und Betreuungskonzept oder aber auch, deutlich spezifischer, das Vorhandensein von mehrsprachigem Informationsmaterial. Zum anderen wird unter „interkulturelle Aspekte“ die Sensibilität für das Thema „Migration und Pflege“ verstanden, also beispielsweise die Einschätzung der Zukunftsentwicklung.

## Strukturelle interkulturelle Aspekte



**Abbildung 18: Angaben bezüglich verschiedener "struktureller interkultureller Aspekte" der Einrichtungen**

Abbildung 18 gibt eine Übersicht über die Ergebnisse der vier abgefragten strukturellen Merkmale, die unter die interkulturellen Aspekte fallen.

### *Interkulturelle Gesichtspunkte im Pflege- und Betreuungskonzept (Abb. 18 a)*

51,4 % der insgesamt befragten Einrichtungen bejahten (davon 47,4 % der ambulanten Dienste und 52,0 % der stationären Einrichtung), dass ihr Pflege- und Betreuungskonzept kultursensible Gesichtspunkte enthält. 16,5 % der Einrichtungen (bzw. 16,8 % der ambulanten Pflegedienste und 15,8 % der stationären Einrichtungen) konnten auf entsprechende Planungen verwiesen (Abb. 15 a).

### *Fortbildungen zur Erhöhung der interkulturellen Kompetenz der Mitarbeiter (Abb. 18 b)*

Ein weiterer Aspekt der „interkulturellen Öffnung“ der Dienste und Einrichtungen sei an dieser Stelle das Angebot von Fortbildungen zur Erhöhung der interkulturellen Kompetenz der Mitarbeiter (Abb. 18 b). Die Mehrheit der Einrichtungen (58,2 %) gab an, dass keinerlei solcher Fortbildungen für ihre Mitarbeiter angeboten würden, wobei der Anteil bei den stationären Einrichtungen mit 59,2 % marginal höher liegt als bei den ambulanten Diensten mit 57,0 %. In nur rund 18 % der Einrichtungen werden Fortbildungen zur Erhöhung der interkulturellen Kompetenz der Mitarbeiter ausgerichtet. Bei insgesamt 23,8 % der befragten Einrichtungen sind Fortbildungen in Planung (davon bei 25,2 % der ambulanten Dienste und bei 23 % der stationären Einrichtungen).

### *Mehrsprachiges Informationsmaterial (Abb. 18 c)*

Nur 8,3 % der insgesamt befragten Einrichtungen hielten Informationsmaterial in unterschiedlichen Sprachen vorrätig (davon 13,1 % der ambulanten Dienste und 4 % der stationären Einrichtungen). Bei insgesamt 8,9 % der befragten Einrichtungen ist Informationsmaterial in unterschiedlichen Sprachen in Planung (davon bei 10,5 % der ambulanten Dienste und bei 7,7 % der stationären Einrichtungen).

### *Kooperation mit Migrantenorganisationen (Abb. 18 d)*

Insgesamt gaben 20,2 % der befragten Einrichtungen an, dass sie Kontakt zu Organisationen/Verbänden von Menschen mit Migrationshintergrund unterhalten (davon 17 % der ambulanten Dienste und 22,4 % der stationären Einrichtungen). Bei insgesamt 5,3 % der befragten Einrichtungen ist Kontakt zu Organisationen/Verbänden von Menschen mit Migrationshintergrund in Planung (davon bei 6,2 % der ambulanten Dienste und bei 4,4 % der stationären Einrichtungen).

## Sensibilität für das Thema „pflegerische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund“

### Wirtschaftliche Bedeutung

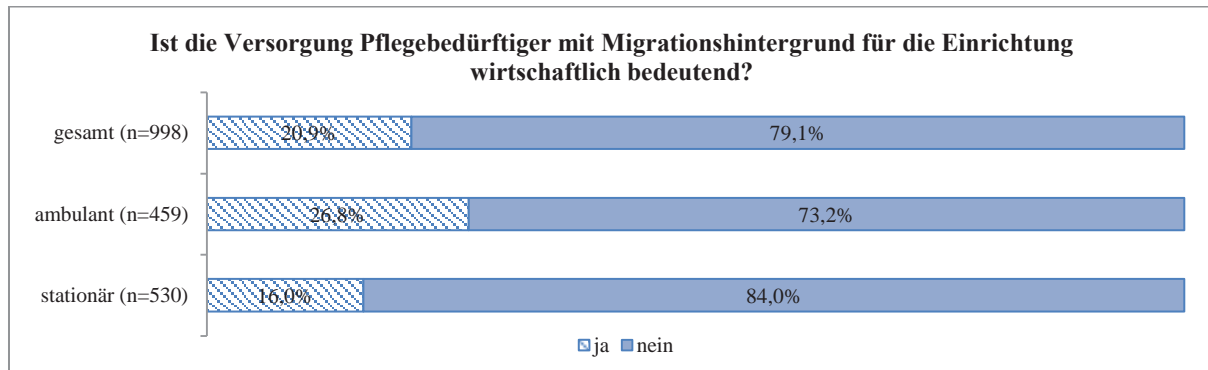


Abbildung 19: Wirtschaftliche Bedeutung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund

Für 20,9 % der befragten Einrichtungen hat die Versorgung pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund eine wirtschaftliche Bedeutung. Dabei ist der Anteil bei den stationären Einrichtungen mit 16,0 % im Vergleich zu 26,8 % bei den ambulanten Diensten deutlich niedriger. Für mehr als dreiviertel der Einrichtungen hat die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund demnach keinerlei wirtschaftliche Relevanz.

### Einschätzung der Zukunftsentwicklung (Abb. 20)

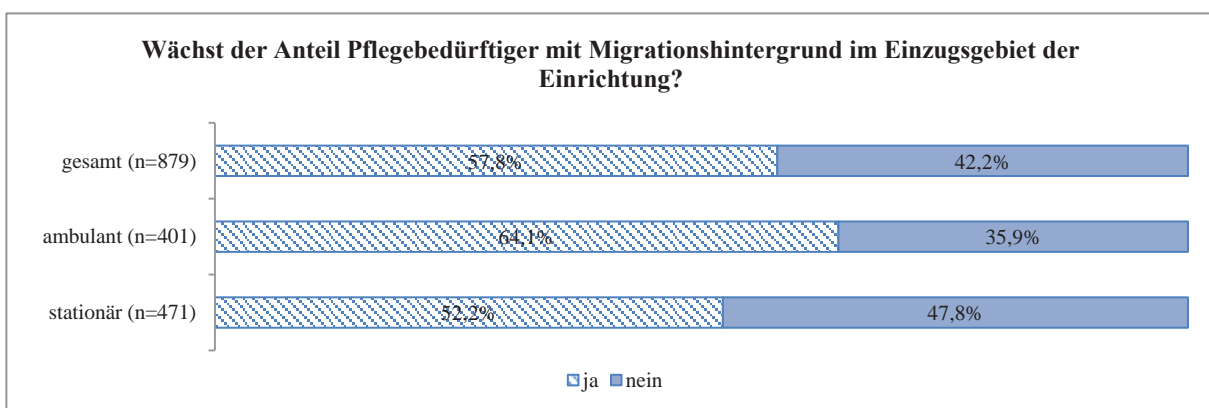
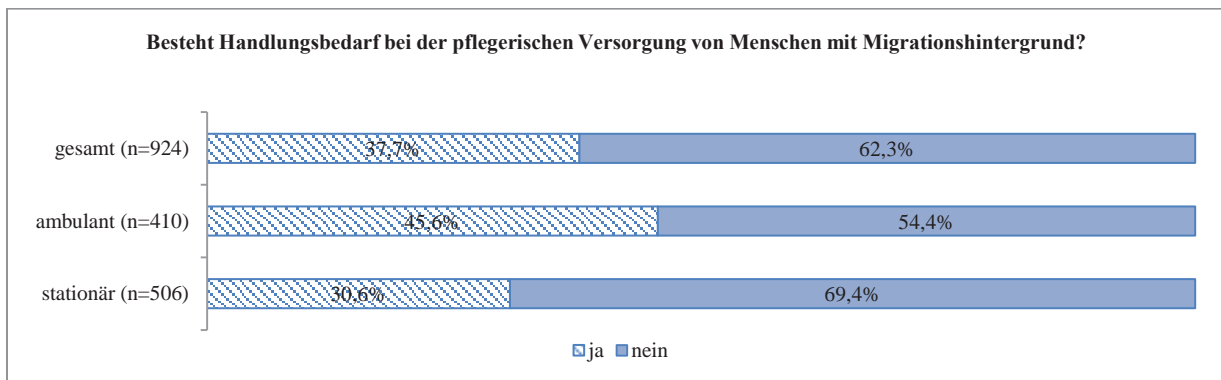


Abbildung 20: Einschätzung über die zahlenmäßige Entwicklung der pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund im entsprechenden Einzugsgebiet

Insgesamt erwarten 57,8 % der befragten Einrichtungen, dass es in Zukunft vermehrt pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund in ihrem Einzugsgebiet geben wird, wobei der Anteil bei den ambulanten Diensten mit 64,1 % im Vergleich zu den stationären Einrichtungen mit 52,2 % höher liegt.

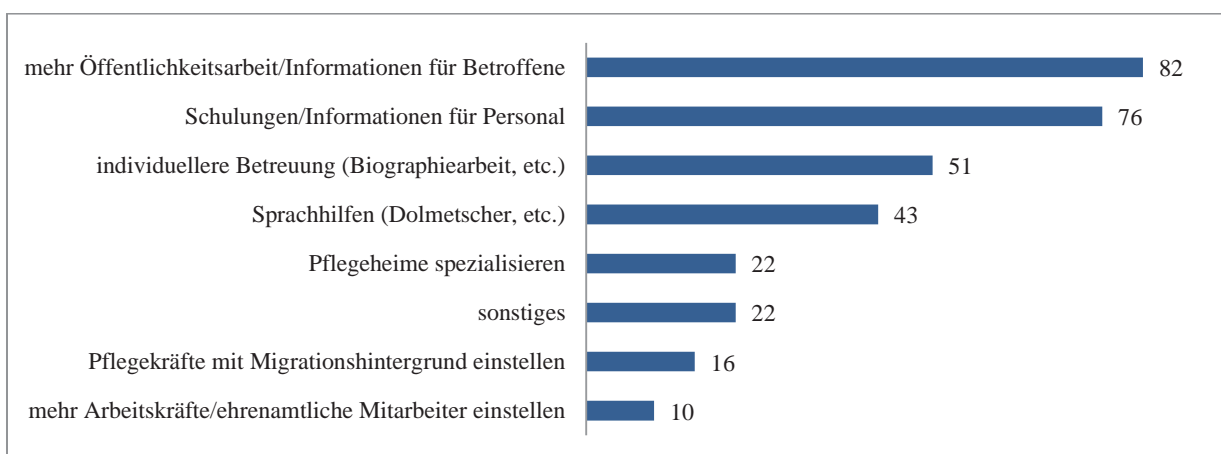
## Handlungsbedarf



**Abbildung 21: Einschätzung des Handlungsbedarfs bei der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund**

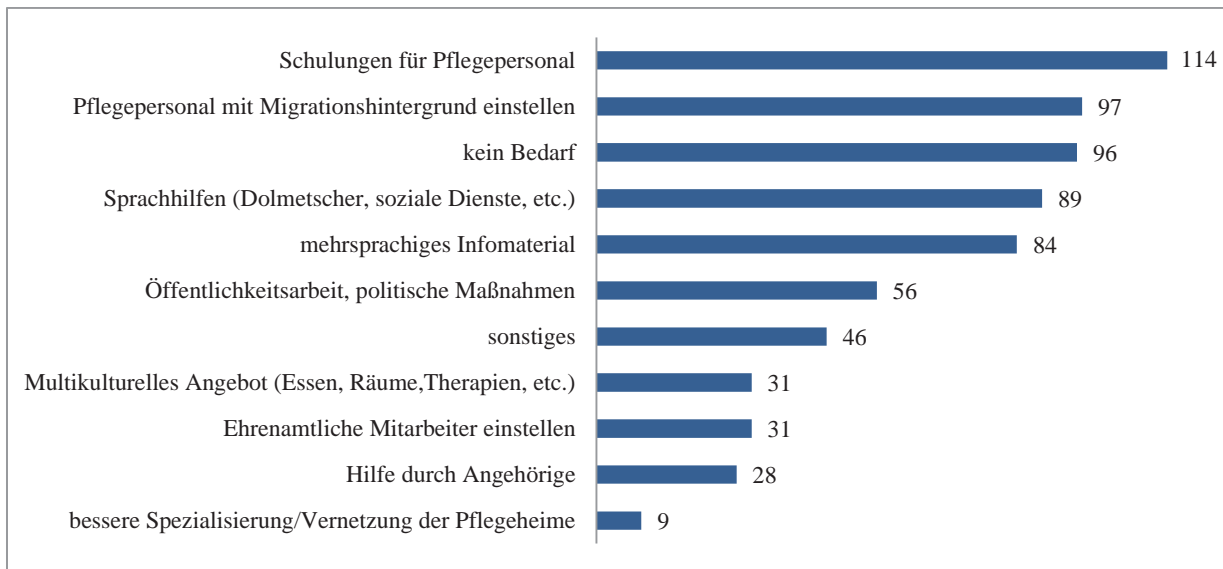
Nur 37,7 % der Einrichtungen sehen allgemeinen Handlungsbedarf bei der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Wobei der Anteil bei den ambulanten Diensten mit 45,6 % deutlich höher liegt als der Anteil bei den stationären Einrichtungen mit 30,6 % (Abb. 21).

Einen Überblick über die Vorschläge der Einrichtungen für generelle Veränderungen hinsichtlich der Versorgung Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund gibt Abbildung 22. Demnach wird „mehr Öffentlichkeitsarbeit und Informationen für Betroffene“ als häufigster Vorschlag angeführt, gefolgt von Schulungen und Informationen für Personal, individueller Betreuung, Sprachhilfen, der Spezialisierung von Pflegeheimen und sonstigen Vorschlägen sowie der Einstellung von Pflegekräften mit Migrationshintergrund und der Einstellung von mehr Pflegekräften und ehrenamtlichen Mitarbeitern.



**Abbildung 22: Vorschläge bezüglich allgemeinem Handlungsbedarf bei der pflegerischen Versorgung pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund (Mehrfachantworten möglich)**

Einen Überblick über die spezifischen Hilfen, mit denen sich die befragten Einrichtungen stärker auf die Betreuung pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund ausrichten können, veranschaulicht Abbildung 23. Demnach werden Schulungen für Pflegepersonal als häufigste Hilfe angeführt (N = 114), gefolgt von der Einstellung von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund (N = 97). Als dritthäufigste Antwort (N = 96) wurde auf die Frage, mit welchen Hilfen sich die befragten Einrichtungen stärker auf die Betreuung pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund ausrichten können, „kein Bedarf“ genannt.



**Abbildung 23: Spezifische Hilfen, mit denen sich die befragten Einrichtungen stärker auf die Betreuung pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund ausrichten können**

## Untersuchungsdesign und Ergebnisse der zweiten Erhebungswelle

Die in der ersten Erhebungswelle gewonnenen Daten haben eher gruppenstatistischen Charakter und erlauben kaum Einblicke in die Lebenswirklichkeit der meist demenzkranken Pflegeheimbewohner. Tatsächlich wird die Situation demenzkranker Pflegeheimbewohner mit Migrationshintergrund durch zwei Herausforderungen geprägt: sind sie mit der durch die demenzielle Erkrankung radikal veränderten Lebenswelt konfrontiert, können sie weniger als hier Geborene auf früh erworbene und lange verfügbare Handlungs- und Erfahrungsschemata zurückgreifen.

Um die Sicht auf den Einzelnen überhaupt zu ermöglichen wurde in der zweiten Untersuchungswelle eine Stichprobe aus den Pflegeheimen, die durch Patienten aus der Gedächtnisambulanz Heidelberg ergänzt wurde, untersucht. In diesem Rahmen wurde, wann immer bei bestehender demenzieller Symptomatik möglich, die Vorgeschichte und aktuelle Lebenssituation in einem semistandardisierten Interview exploriert, das einen starken Fokus auf die Migrations- und Sprachgeschichte legte. Zusätzlich erfolgte eine neuropsychologische Testung, die eine Abstufung des Schweregrades der demenziellen Erkrankung, typischer neuropsychologischer Defizite und einen Vergleich der sprachlichen Kapazitäten möglich machte. Fremdanamnestic Angaben wurden beim Pflegepersonal bzw. den Angehörigen eingeholt (Tab. 3).

### Rekrutierung der Probanden

Die Teilnehmer der zweiten Erhebungswelle wurden ab Frühjahr 2012 in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen rekrutiert und untersucht. Im Rahmen eines Erstkontaktes wurden stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen schriftlich und telefonisch kontaktiert und um ihre Mithilfe bei der Rekrutierung der Bewohner und Klienten gebeten. Hierzu wurde ein in enger Kooperation mit dem Sozialministerium ausgearbeiteter Flyer im Rahmen des Erstkontaktes an die Pflegeeinrichtungen verschickt. In anschließenden Kontakten wurde das Projekt vorgestellt und gegenüber Personal und Bewohnern erläutert.

### Untersuchungseinheiten und Studiendurchführung

Nicht zuletzt um den Einfluss situativer Faktoren zu minimieren, erfolgten Exploration und neuropsychologische Testung wenn möglich in der gewohnten Wohnumgebung der Probanden. Die Klienten und Bewohner wurden aus insgesamt fünf stationären Einrichtungen und einem ambulanten Pflegedienst rekrutiert. Bei den stationären Einrichtungen handelte es sich um die *Pflegeheimat St. Hedwig/Heidelberg*, das *Caritas Altenpflegeheim St.*

Michael/Heidelberg, das Christliche Seniorenzentrum/Heilbronn, das Haus Zabergäu der Evangelischen Heimstiftung/Brackenheim sowie das VDA Pflegeheim Almenhof/Mannheim; ferner stand der ambulante Pflegedienst Annette Mayerhöffer/Sinsheim zur Verfügung.

Vor Beginn der Untersuchung wurden die Probanden – ggf. auch ihre gesetzlichen Betreuer – mit dem Studienablauf vertraut gemacht. Probanden bzw. Betreuer erklärten sich mit der Studienteilnahme einverstanden.

**Tabelle 3: Zweite Erhebungswelle - Untersuchungsinstrumente und -bereiche**

<b>Neuropsychologische Untersuchung</b>	<b>Semistandardisiertes Interview</b>	<b>Einschätzung Pflegepersonal</b>	<b>Pflege-dokumentation</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• MMSE der CERAD-Plus</li> <li>• Semantische Wortflüssigkeit (CERAD-Plus)</li> <li>• Boston Naming (CERAD-Plus)<sup>13</sup></li> <li>• Trail Making Test</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biographie</li> <li>• Migration</li> <li>• Schulausbildung</li> <li>• Berufsausbildung</li> <li>• Erwerbsbiographie</li> <li>• Berufliche Tätigkeit</li> <li>• Ehepartner</li> <li>• Wohlbefinden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verfassung der Probanden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datum der Aufnahme der Pflege</li> </ul>

Neben der Mini Mental State Examination (MMSE), die zur Einteilung des Demenzschweregrades verwendet wurde, wurde auch der Trail Making Test (TMT) sowie als sprachabhängige Testungen die semantische Wortflüssigkeitsaufgabe (Kategorie ‚Tiere‘) und der Boston Naming Test (BNT) aus der CERAD-Plus Testbatterie eingesetzt (Tabelle 4; vgl. Überblick über die Testverfahren in Schröder & Pantel, 2011; Überblick in Aebi, 2002). Die sprachabhängigen Testungen wurden für bilinguale Probanden jeweils in Deutsch und ihrer zweiten Sprache durchgeführt.

#### ***Semantische Wortflüssigkeit, Kategorie Tiere der CERAD-Plus***

In diesem Untertest wurden die Probanden gebeten, innerhalb einer Minute, so viele Tiere, wie möglich aufzuzählen. Als Rohwert gilt die Anzahl der von den Probanden genannten, unterschiedlichen Tiere (Aebi, 2002). Bei dieser Aufgabe handelt es sich um eine Wortflüssigkeitsaufgabe, bei deren Bearbeitung aktiv exekutive Aspekte eine Rolle spielen.

---

<sup>13</sup> Consortium to Establish A Registry for Alzheimer`s Disease Plus



### ***Boston Naming Test (BNT) der CERAD-Plus***

In dieser Version des Boston Naming Tests (BNT) wurden die Probanden aufgefordert, 15 Strichzeichnungen zu benennen, z.B. Bett, Vulkan oder Hängematte. Als Rohwert gilt die Anzahl der von den Probanden richtig benannten Zeichnungen (Aebi, 2002). Bei dieser Aufgabe handelt es sich um eine Aufgabe zur Überprüfung der visuellen Suche und Wortbenennung, bei deren Durchführung die zeitliche Komponente selten eine Rolle spielt, da sie von den Probanden kaum überschritten wird (die maximale Bildbearbeitungsdauer beträgt 10 Sekunden).

### ***Mini Mental Status Examination (MMSE) der CERAD-Plus***

Entlang der Mini Mental Status Examination (MMSE; Folstein et al., 1975) wird der Schweregrad der kognitiven Defizite beurteilt. Die Skala umfasst unterschiedliche Aufgaben; Punktwerte von 30 bis 25 sprechen gegen eine demenzielle Erkrankung, während bei Werten zwischen 24 und 21; 20 und 12 bzw. darunter eine leichte, mittel- oder schwergradige Demenz gegeben ist.

### ***Trail Making Test (TMT)***

Der Trail Making Test richtet sich mit seinen beiden Teilen, TMT A und TMT B auf Störungen der psychomotorischen Verarbeitung sowie auf Störungen der Umstellungsfähigkeit aus, wie sie regelmäßig bei demenziellen Erkrankungen entstehen (Schröder & Pantel, 2011; Tombaugh, 2004).

## **Bilingualität und Sprachdominanz**

Eine Einteilung nach der Muttersprache erscheint zwar naheliegend, führt jedoch zu ungenauen Ergebnissen, da sie je nach individueller Sprachgeschichte in unterschiedlichem Ausmaß beherrscht wird. So können ein frühzeitiges Erlernen einer zweiten Sprache und das Leben in einem anderen Land zu einer Restrukturierung führen, in deren Rahmen die Fremdsprache quasi an die Stelle der Muttersprache rückt. Aus diesen Gründen ist es notwendig, die jeweils dominante Sprache zu bestimmen.

Wir haben deshalb zunächst in Anlehnung an die von Bialystok et al. (2007) vorgeschlagenen Kriterien untersucht, ob die Probanden monolingual oder bilingual waren.

Nur die Probanden wurden als bilingual klassifiziert, die spätestens seit ihrem frühen Erwachsenenalter regulär mindestens zwei Sprachen gesprochen haben. Probanden, die zwar eine andere Sprache beherrschten, diese aber nicht regelmäßig seit ihrem frühen Erwachsenenalter verwendeten, wurden als monolingual klassifiziert. Für weitere Analysen in

den sprachbezogenen Testungen wurde die Leistung von Bilingualen in den beiden Sprachen, die sie (hauptsächlich) sprachen, als dominant bzw. nicht dominant eingeteilt.

Die Sprachdominanz wurde in Anlehnung an Gollan et al. (2011) über die jeweiligen Leistungen der bilingualen Probanden in der Wortflüssigkeitsaufgabe und im Boston Naming Test ermittelt. Dominant ist die Sprache, in der die jeweils bessere Leistung im Boston Naming Test bzw. in der Wortflüssigkeitsaufgabe erzielt wurde.

**Tabelle 4: Eingesetzte Verfahren zur Erfassung der Neuropsychologie**

Batterie	Subtest	Rohwert	Neuropsychologischer Bereich	Punktebereich
<b>CERAD-Plus</b>	Boston Naming Test (BNT)	Anzahl benannter Zeichnungen	Visuelle Wahrnehmung und Wortbenennung	0-15
	Wortflüssigkeitstest	Anzahl genannter Tiere innerhalb von einer Minute	Wortflüssigkeit	Ab 0
	Mini Mental State Examination (MMSE)	Anzahl der erzielten Punkte	Screeninginstrument zur Erfassung des demenziellen Schweregrades	0-30
<b>TMT</b>	Trail-Making-Test A (TMT-A)	Zeit bei der Verbindung von Zahlen	Informationsverarbeitung, psychomotorische Geschwindigkeit	Ab 0 Sekunden
	Trail-Making-Test B (TMT-B)	Zeit bei der abwechselnden Verbindung von Zahlen und Buchstaben	Umstellungsfähigkeit	Ab 0 Sekunden

### Ergebnisse der zweiten Erhebungswelle

Insgesamt wurden über 150 Pflegeheimbewohner und durch ambulante Dienste Versorgte über die Studie informiert und nach ihrem Interesse gefragt, sich an der zweiten Erhebungswelle zu beteiligen. Die Mehrzahl war jedoch derart durch die demenzielle Symptomatik beeinträchtigt, dass die Untersuchung nicht durchführbar war. 32 Bewohner (10 ♂ und 22 ♀), die mit einer Ausnahme in fünf Pflegeeinrichtungen lebten, konnten nach Aufklärung und Einverständnis aufgrund ihres noch relativ guten Gesamtzustandes an der Untersuchung teilnehmen. Die Probanden waren zwischen 69 und 100 Jahre alt (M = 86,3).

Zur Verbreiterung der Datenbasis wurden zusätzlich Probanden, die sich in der Gedächtnisambulanz der Sektion Gerontopsychiatrie vorstellten, nach Aufklärung und Einverständnis eingeschlossen, sodass insgesamt Daten von 82 Probanden zur Verfügung standen. Bei 45 Probanden bestand eine demenzielle Erkrankung, 37 Probanden bildeten die gesunde Kontrollgruppe. Von den demenziell Erkrankten waren 24 in anderen Ländern (v. a. Ungarn (N = 3), Polen (N = 3), Italien (N = 3), Russland (N = 2), Ukraine (N = 2), Türkei (N = 2) und Rumänien (N = 2) geboren; 21 stammten aus Deutschland. In der Kontrollgruppe hatten 19 Probanden einen Migrationshintergrund. Nach den von Bialystok et al. (2007) vorgeschlagenen Kriterien waren 39 Probanden bilingual; davon 19 demenziell Erkrankte und 20 Kontrollprobanden. 43 Probanden waren monolingual. Die von den Probanden weiteren gesprochenen Sprachen waren Arabisch, Chinesisch, Englisch, Finnisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Pekinger-Dialekt, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Schwedisch, Serbisch, Siebenbürgisch-Sächsisch, Slowakisch, Spanisch, Taiwanesisch, Tschechisch, Türkisch, Ukrainisch und Ungarisch. Eine Restrukturierung der Sprachkompetenzen zugunsten der deutschen Sprache hat bei insgesamt 5 Personen, die als Muttersprache eine andere Sprache hatten, stattgefunden.

Erwartungsgemäß waren die Probanden aus der Gedächtnisambulanz in der Regel leichter beeinträchtigt. So lag der durchschnittliche MMSE-Wert der Stichprobe aus der Gedächtnisambulanz bei 24,6 ( $\pm 4,6$ ), der durchschnittliche MMSE-Wert der Stichprobe aus den Pflegeeinrichtungen lag bei 21,2 ( $SD \pm 6,6$ ) ( $p < .05$ ). Zudem waren die Probanden aus den Pflegeeinrichtungen im Mittel älter ( $M = 86,3$  Jahre ( $SD \pm 6,8$ ) vs.  $M = 70,54$  ( $SD \pm 8,6$ )) ( $p < .05$ ) und verfügten über weniger Bildungsjahre ( $M = 9,5$  ( $SD \pm 3,5$ ) vs.  $M = 12,8$  ( $SD \pm 4,2$ )) ( $p < .05$ ) als die Probanden aus der Gedächtnisambulanz. Die Geschlechtszusammensetzung und der Migrationsstatus unterschieden sich hingegen kaum nach Rekrutierungsmodus.

Unabhängig vom Migrationsstatus wurde „das Alter“ am häufigsten als Grund für die Versorgung durch eine Pflegeeinrichtung angegeben. Zwischen den beiden Gruppen der Probanden mit und ohne Migrationshintergrund gab es keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich ihres Alters bei Beginn der Pflege. Mit Ausnahme eines in Deutschland geborenen Probanden, gaben alle Probanden unabhängig von ihrem Migrationshintergrund an, gerne oder sehr gerne in Deutschland zu leben. Ebenso unabhängig vom Migrationshintergrund fühlte sich die Mehrzahl der befragten Probanden in ihrer versorgenden Einrichtung integriert.

Die Ergebnisse der neuropsychologischen Testung sind in Tabelle 5 zusammengefasst: Erwartungsgemäß war die gesunde Kontrollgruppe durch signifikant höhere Leistungen in allen durchgeführten Testungen ausgewiesen, um hinsichtlich Alter, Geschlechtszusammensetzung, Migrationsstatus und Bilingualität nur geringfügig von der Patientengruppe abzuweichen.

**Tabelle 5: Neuropsychologische Leistungen der Gesamtstichprobe – aufgeteilt nach gesunder Kontrollgruppe und demenziell Erkrankten**

<b>M ± SD / N</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Gesunde KG (A)</b>	<b>Demenziell Erkrankte (B)</b>	<b>Prüfgröße</b>
<b>N</b>	82	37	45	
<b>Wortflüssigkeit</b>	14,8 (± 6,7)	18,9 (± 6,1)	11,1 (± 4,9)	t(74) = -6,21*** A>B <sup>a</sup>
<b>BNT</b>	13,0 (± 2,0)	14,1 (± 1,1)	11,9 (± 2,1)	t(56) = -5,60*** A>B <sup>a</sup>
<b>TMT-A</b>	90,3 (± 70,5)	51,1 (± 25,7)	129,5 (± 79,2)	t(41) = 5,58*** B>A <sup>a</sup>
<b>TMT-B</b>	157,3 (± 82,3)	118,1 (± 52,9)	243,4 (± 69,1)	t(46) = 6,90*** B>A <sup>a</sup>
<b>MMSE</b>	23,5 (± 5,5)	27,9 (± 1,7)	19,9 (± 4,9)	t(56) = -10,44*** A>B <sup>a</sup>

Anmerkungen: Gesunde KG = Kontrollgruppe; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; df = Freiheitsgrade; Wortflüssigkeit = Kategorie Tiere der CERAD; BNT = Boston Naming Test der CERAD; Signifikanzniveau \*p < .05; \*\*p < .01; \*\*\*p < .001; a Games-Howell

Für die weitere Analyse wurde die Patientengruppe in Patienten mit leichter, mittelgradiger und schwerer Demenz unterteilt.

**Tabelle 6: Klinische Charakteristika der Gesamtstichprobe**

M ± SD / N	Gesamt	Gesunde (A)	Leichte Demenz (B)	Mittlere Demenz (C)	Schwere Demenz (D)	Prüfgröße	Post-Hoc
N	82	37	29	13	3		
Alter	75,8 (± 11,2)	73,3 (± 12,0)	75,5 (± 10,1)	81,5 (± 9,2)	85,7 (± 7,5)	F(3,78) = 2,70	
♂ / ♀	37/45	17/20	14/15	5/8	1/2	LR(3) = 0,54	
MMSE	23,5 (± 5,5)	28,0 (± 1,7)	22,7 (± 1,1)	16,9 (± 2,2)	5,7 (± 0,6)	F(3,78) = 295,44***	A>B > C > D <sup>a</sup>
In Deutschland geboren/im Ausland geboren	39/43	18/19	14/15	5/8	2/1	LR(3) = 0,91	
Bildungsjahre	11,9 (± 4,1)	13,4 (± 3,3)	11,3 (± 4,4)	9,9 (± 2,9)	7,7 (± 7,2)	F(3,78) = 4,5*	A>C <sup>a</sup>
Bilingual	39	20	14	5	0	LR(3) = 4,94	

Anmerkungen: Gesunde KG = Kontrollgruppe; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; LR = Likelihood-Quotient \*p < .05; \*\*p < .01; \*\*\*p < .001; a Games-Howell

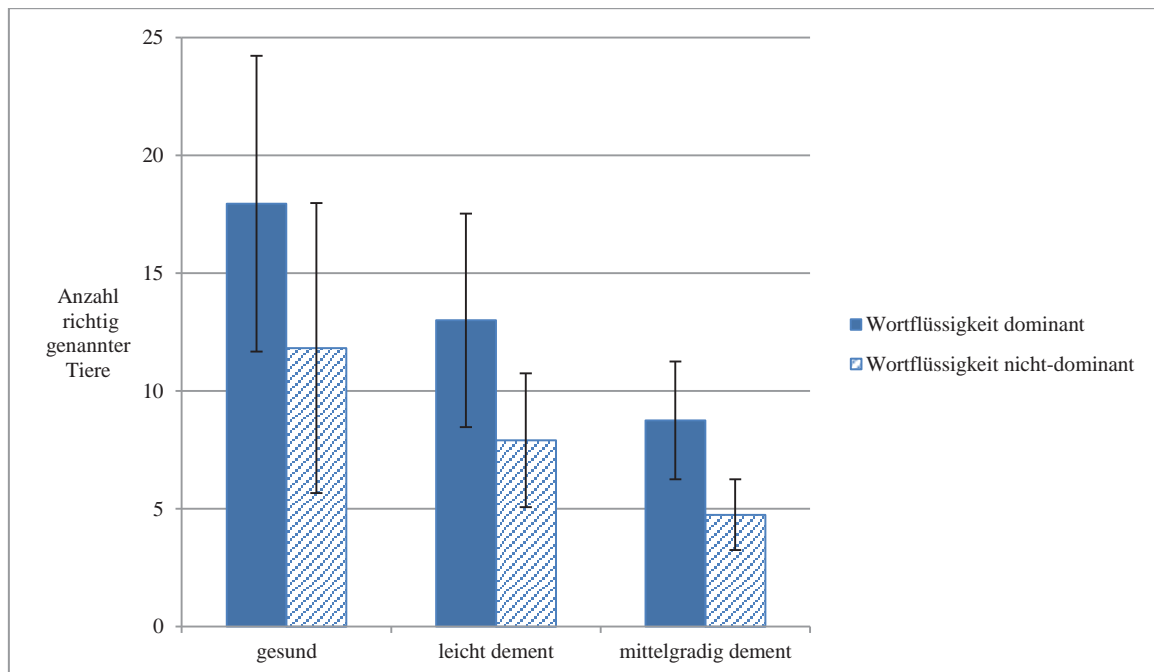
Wie Tabelle 6 zeigt, unterschieden sich die Patientengruppen erwartungsgemäß signifikant hinsichtlich ihres MMSE-Wertes; ferner verfügte die gesunde Kontrollgruppe über signifikant mehr Bildungsjahre als die Gruppe mit der mittelgradigen Demenz. Die Aufteilung der Menschen mit und ohne Migrationshintergrund auf die Demenzgruppen und die Kontrollgruppe unterschied sich nicht signifikant. Die Leistungen in den sprachbezogenen Testungen – der semantischen Wortflüssigkeitsaufgabe (Kategorie Tiere der CERAD-Plus) und dem Boston Naming Test der CERAD-Plus – verschlechterten sich signifikant mit der demenziellen Symptomatik. Diese Effekte waren sowohl bei den mono- als auch den bilingualen Patienten nachweisbar. Für die weitere Analyse wurden, aus methodischen Gründen, die gesunde Kontrollgruppe sowie Patienten mit leichter und mittelgradiger Demenz eingeschlossen.

**Tabelle 7: Neuropsychologische Werte der Gesamtstichprobe – aufgeteilt nach Bilingualität/Monolingualität und Demenzgrad**

M ± SD	Gesamt	Gesund Bilingual (A)	Gesund Monolingual (B)	Leichtgradig dement Bilingual (C)	Leichtgradig dement Monolingual (D)	Mittelgradig dement Bilingual (E)	Mittelgradig dement Monolingual (F)	Prüfgröße/Df	Post-Hoc
MMSE	24,2 (±4,4)	28,0 (±1,6)	27,8 (±1,9)	22,6 (±1,1)	22,8 (±1,2)	16,0 (±2,6)	17,4 (±1,8)	F(5,73) = 97,84*	A, B > C, D > E, F <sup>a</sup>
TMT-A	88,8 (±69,9)	52,8 (±30,5)	48,8 (±17,8)	109,9 (±78,7)	110,6 (±48,0)	201,5 (±131,4)	166,5 (±87,8)	F(5,63) = 8,84*	D > A, B <sup>a</sup>
TMT-B	155,0 (±81,6)	117,9 (±56,7)	118,4 (±49,3)	264,2 (±53,3)	211,3 (±85,6)	-	-	F(3,43) = 15,73*	C > A, B <sup>a</sup>
Wort-flüssigkeit dominante Sprache	14,9 (±6,6)	18,6 (±6,8)	19,2 (±5,3)	12,8 (±4,7)	11,9 (±4,4)	8,8 (±2,5)	8,9 (±5,6)	F(5,69) = 8,00*	A > D, E, F <sup>a</sup> B > C, D, E, F <sup>a</sup>
Wort-flüssigkeit nicht dominante Sprache	10,3 (±6,0)	12,8 (±6,6)	-	7,8 (±2,8)	-	4,8 (±1,5)	-	F(2,31) = 5,67*	A > C > E <sup>a</sup>
BNT dominante Sprache	13,1 (±2,0)	14,3 (±1,0)	14,0 (±1,2)	13,1 (±1,5)	11,6 (±2,5)	11,8 (±1,0)	11,1 (±2,3)	F(5,67) = 7,70*	A > D, E <sup>a</sup> B > D <sup>a</sup>
BNT - nicht dominante Sprache	10,4 (±2,9)	11,6 (±2,6)	-	10,1 (±2,1)	-	6,3 (±2,1)	-	F(2,31) = 8,40*	A, C > E <sup>a</sup>

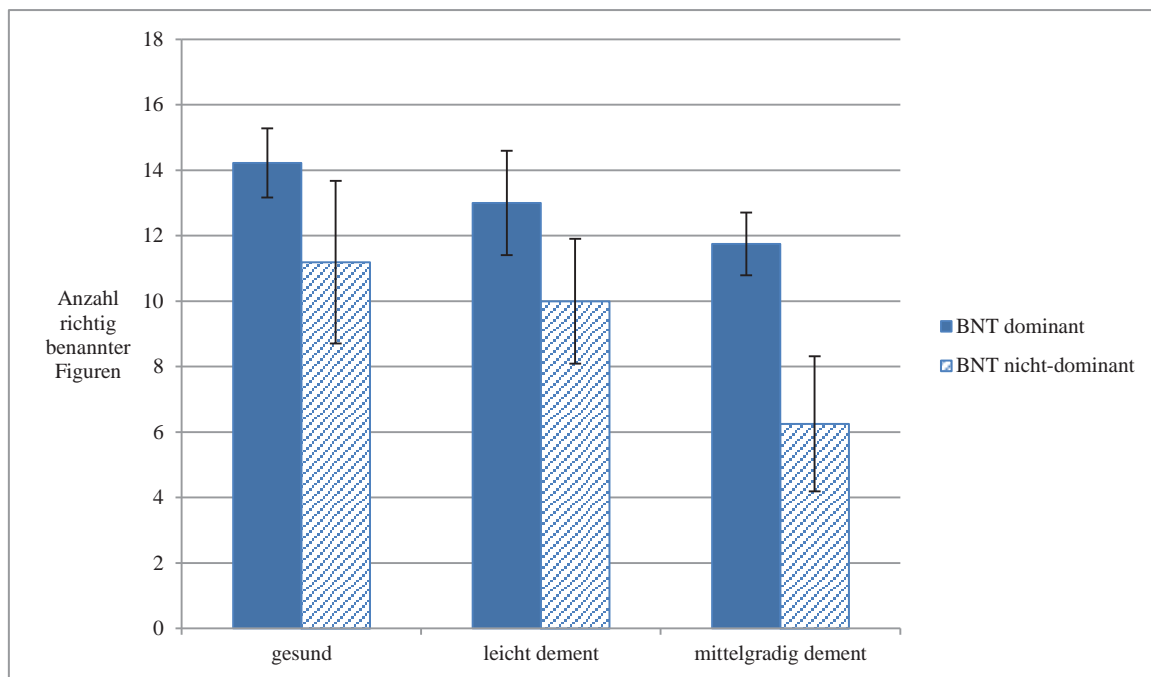
Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Wortflüssigkeit = Kategorie Tiere der CERAD; BNT = Boston Naming Test der CERAD; \*p < .05; a Games-Howell

Erwartungsgemäß zeigten die MMSE- Scores nur kleinere Unterschiede zwischen mono- und bilingualen Probanden (Tab. 7). Psychomotorische Verarbeitungsgeschwindigkeit (TMT-A) und Umstellungsfähigkeit waren mit zunehmender Demenz und ebenfalls weitgehend sprachunabhängig verringert. Auch die sprachabhängigen Leistungen in der Wortflüssigkeitsaufgabe und im Boston Naming Test verschlechterten sich mit dem Schweregrad der Demenz. Allerdings war hiervon die nicht-dominante Sprache – meist das erst später im Leben erlernte Deutsch – stärker betroffen. In Anbetracht seiner praktischen Bedeutung wird dieser Effekt anhand Abbildung 24 und Abbildung 25 weiter vertieft.



**Abbildung 24: Leistung in der Wortflüssigkeit von Bilingualen in ihrer dominanten und nicht-dominanten Sprache**

Haupteffekt „Sprachdominanz“:  $F(1,31) = 24.5, p < .001$ , Haupteffekt „Demenzschwere“:  $F(2,31) = 8.0, p < .005$ ; Wechselwirkung „Sprachdominanz“ x „Demenzschwere“:  $F(2,31) = 0.5, n.sig$



**Abbildung 25: Leistung im Boston Naming Test von Bilingualen in ihrer dominanten und nicht-dominanten Sprache**

Haupteffekt „Sprachdominanz“:  $F(1,31) = 72.4$ ;  $p < .001$ ; Haupteffekt „Demenzschwere“:  $F(2,31) = 11.0$ ,  $p < .001$ ; Interaktionseffekt „Sprachdominanz“ x „Demenzschwere“:  $F(2,31) = 2.9$ ,  $p = .07$ .

Sowohl in der Wortflüssigkeitsaufgabe als auch im Boston Naming Test lagen die Leistungen in der nicht-dominanten Sprache stets unter denen in der dominanten; dieser Effekt galt für alle Untersuchungsgruppen. Die Leistungen der mittelgradig Eingeschränkten war besonders betroffen und betrug in der Wortflüssigkeitsaufgabe kaum 5 Worte bzw. im Boston Naming Test ganze 6 Begriffe. Dieser Verlust basaler sprachlicher Leistungen wurde besonders im Boston Naming Test deutlich, in dem die mittelgradig Eingeschränkten gegenüber den Gesunden und leicht demenziell Betroffenen stark abfielen. Einen entsprechenden Befund lieferte der Vergleich zur Leistung in der dominanten Sprache. Diese Ergebnisse wurden durch die eine Varianzanalyse mit Messwiederholung unterstrichen (s.o.).

Die praktische Bedeutung dieser hier erstmals bei demenziell Erkrankten in unserem Lande erhobenen Befunde kann kaum überschätzt werden: Verständnisschwierigkeiten betreffen demnach v. a. die Gruppe, deren kommunikative Fähigkeiten schon durch die demenzielle Erkrankung per se eingeschränkt werden. Die Störungen betreffen mit dem Benennen und damit der lexikalischen Verfügbarkeit der nicht-dominanten (meist später erlernten) Sprache eine in der Kommunikation besonders wichtige Leistung. Da diese Störungen erst im mittleren Krankheitsverlauf manifest werden, ergibt sich zudem die Gefahr, dass Restleistungen in der nicht-dominanten Sprache überschätzt werden bzw. die zunehmenden Sprachstörungen als Folge einer Verschlechterung der demenziellen Gesamtsymptomatik



interpretiert wird mit den entsprechenden Folgen für die Kommunikation mit den Patienten. Speziell in der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund können dahingehend Verständigungsschwierigkeiten auftreten, dass von Seiten der Pflegemitarbeiter eine generelle sprachliche Inkompetenz der versorgten Person unterstellt wird. Infolge dessen kann eine stark vereinfachte Sprache, ein verstärktes Auftreten von Imperativen (Aufforderungen) sowie ein kurzer, abgehackter Sprachstil bei der Pflegekraft entstehen. Vor allem der kommunikative Befehlscharakter der Pflegekraft kann sich wiederum negativ auf die Beziehungsebene zwischen Pflegekraft und versorgter Person auswirken (vgl. Haberstroh & Pantel, 2011).

## **Fallbeispiele**

Im Folgenden werden beispielhaft Kasuistiken aus der zweiten Erhebung präsentiert. Dies soll vor allem einen vertiefenden Einblick in die individuellen Lebenswirklichkeiten der befragten Personen ermöglichen – zum einen auf Ebene der Versorgten, zum anderen auf Ebene der Versorgenden.

Die Interviews mit den Pflegekräften dienten einerseits der Erhebung der Fremdanamnese für die untersuchten Bewohner, andererseits wurde versucht, Erfahrungen, die sie im Allgemeinen bei der Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund gemacht hatten, aufzuzeigen. Wenn möglich wurden die Bezugspflegekräfte der untersuchten Bewohner gefragt bzw. die Pflegekräfte, die möglichst umfassende Informationen geben konnten, herangezogen.

Die Interviews mit den Bewohnern als auch den Pflegekräften gestalteten sich trotz Einsatz (semi)standardisierter Erhebungsinstrumente, individuell unterschiedlich. Bewohner, die sehr bereitwillig und offen über ihr Leben sprachen und teilweise sehr intime und persönliche Erfahrungen und Gefühle oder auch schwerwiegende Schicksalsschläge berichteten, standen solchen gegenüber, die sehr reserviert auftraten, nur zögerlich über sich berichteten und insgesamt wenige Informationen preisgaben. Die Interviews mit den Pflegekräften unterschieden sich v.a. hinsichtlich der zeitlichen Verfügbarkeit, der Durchführungsdauer, der Auskunftsbereitschaft sowie der Qualität der gewünschten Informationen.

### *Fallbeispiele Interview Bewohner*

#### *Herr I. aus Ungarn, ambulant versorgt*

Herr I. ist 80 Jahre alt und wird durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt, der seinen Sitz in einer kleinen Stadt in Baden-Württemberg hat. Herr I. selber lebt in einer sehr ländlich geprägten Gegend alleine im eigenen Haus.

Geboren wurde Herr I. in Ungarn; gelebt habe er dort in einem Dorf, in dem überwiegend ein deutscher Dialekt gepflegt wurde. Ungarisch habe er eigentlich nur in der Schule gesprochen. Herr I. sei im April 1946 gemeinsam mit seinen Eltern aus Ungarn vertrieben worden; er sei damals 12 Jahre alt gewesen. „Transportiert“ worden, wie er erzählt, seien sie in „Viehwaggons“. Der Aufbruch sei überstürzt gewesen und das Ziel ungewiss. Herr I. berichtete, dass er große Angst gehabt habe, nach Russland transportiert zu werden. Es kann nur vermutet werden, dass diese Furcht unter allen Beteiligten herrschte. Herr I. erzählt, dass er erleichtert war, als sie die Amerikanische Besatzungszone in Deutschland erreichten.

Seitdem lebe Herr I. ausschließlich in Deutschland. Er habe hier seine Schule zu Ende gebracht, seine Ausbildung gemacht und bis zu seiner krankheitsbedingten Frühpensionierung mit 54 Jahren hier gearbeitet. Er habe seine Frau hier kennengelernt, zwei Kinder großgezogen und ein Haus gebaut. Mit Ungarn verbinde Herrn I. kaum noch etwas. Den Fragen, ob er sich in Deutschland wohl fühle und ob er sich den in Deutschland Geborenen ähnlich fühle, stimmt er spontan, ohne groß nachzudenken, zu. Heimatlos fühle er sich nicht; als Land, mit dem er sich vor allem heimisch verbunden fühlt, nennt er Deutschland. Den Wunsch nach Ungarn zurückzukehren habe er nicht; höchstens für einen Urlaubsaufenthalt.

Heute lebe Herr I. alleine in seinem Haus. Krankheitsbedingt sitzt er im Rollstuhl und hat starke Sehbeeinträchtigungen. Seine Frau sei, seinen Angaben nach, schwer krank und lebe seit 5 Jahren in einem Pflegeheim. Er selber habe sich viele Jahre zuvor um ihre Pflege gekümmert, bis er selber, physisch und psychisch, nicht mehr gekonnt habe. 2008 habe er einen Zusammenbruch erlitten und ins Krankenhaus gemusst. Danach habe er sich selbständig Hilfe durch einen ambulanten Pflegedienst gesucht. Der Pflegedienst, der ihm damals empfohlen worden sei, betreue ihn auch heute noch. Zusätzlich erhalte er regelmäßig Hilfe von einer Nachbarin und einer Betreuerin. Mit der pflegerischen Versorgung scheint er sehr zufrieden zu sein. Diese Unterstützung ermögliche es ihm, sein Umfeld seinen Bedürfnissen nach zu gestalten und weiterhin in seinem Haus leben zu bleiben.

### *Herr W. aus Deutschland, stationär versorgt*

Herr W. war zum Zeitpunkt der Untersuchung 92 Jahre alt und lebte seit einiger Zeit in einer stationären Pflegeeinrichtung in einer der Großstädte Baden-Württembergs. Herr W. sei, wie seine Eltern, in Deutschland geboren. Nach seiner Mittleren Reife habe er eine Lehre absolviert. Zwischen 1939 und 1947 sei er „im Krieg“ gewesen und habe davon zweieinhalb Jahre „in Gefangenschaft in Russland“ verbracht. Nachdem er aus dem Krieg zurückgekehrt sei, habe er in seinem erlernten Beruf oft im Ausland gearbeitet. Anfang der 70er Jahre sei Herr W. schließlich berentet worden.

Mit seiner Ehefrau habe Herr W. drei Kinder, die alle in Deutschland leben würden, sowie drei Enkelkinder. Neben seiner Muttersprache Deutsch spreche er noch Englisch, Französisch und Russisch.

Herr W. wohne seit bereits zwei Jahren Zimmer an Zimmer mit seiner Ehefrau in der stationären Pflegeeinrichtung. Bevor beide in das Pflegeheim gezogen seien, hätten die Eheleute in einem eigenen Haus gelebt. Ein Unfall Herr Ws. im Jahr 2010 habe schließlich dazu geführt, dass er und seine Ehefrau auf starke Unterstützung von Angehörigen, vor allem bei der Reinhaltung des Haushaltes, angewiesen gewesen seien. Daraufhin hätten die Eheleute bei einer gemeinsamen Entscheidungsfindung mit ihren Angehörigen beschlossen, in das Pflegeheim zu ziehen. Besonders wichtig bei der Auswahl des Pflegeheimes sei der Stadtteil gewesen, in dem das Pflegeheim liege, dieser sei „besonders gut“.

Nach seiner Glaubens- und/oder Religionsgemeinschaft befragt, gab Herr W. an, evangelisch zu sein, die Religion jedoch nicht aktiv auszuüben.

Herr W. nehme an zahlreichen angebotenen Freizeitaktivitäten des Pflegeheims teil und engagiere sich als gewählter Heimbeirat. Sozial fühle sich Herr W. sehr gut im Heimleben integriert, gab jedoch an, dass verglichen mit dem Leben in einem eigenen Haushalt, das Pflegeheimleben „nichts für ihn“ sei.

### *Herr F. aus Ungarn, stationär versorgt*

Herr F. war zum Untersuchungszeitpunkt 87 Jahre alt und lebte seit einiger Zeit in einer stationären Pflegeeinrichtung in einer der Großstädte Baden-Württembergs. Herr F. sei, wie seine Eltern, in Ungarn geboren. 1946 sei er infolge einer Ausweisung aus Ungarn nach Deutschland migriert. Die Migration nach Deutschland habe er als nicht belastend erlebt und würde, rückblickend betrachtet, den Schritt immer wieder machen. Mit Deutschland fühle Herr F. sich heimisch verbunden und habe nie den Wunsch verspürt, nach Ungarn zurückzukehren.

Deutsch sei Herr F.'s Erstsprache, die er von Geburt an gelernt habe, Ungarisch habe er im Alter von 10 Jahren gelernt. Heute verwende Herr F. Ungarisch nur noch selten, könne es jedoch immer noch flüssig sprechen. Wenn er wählen müsste welche Sprache er für den Rest seines Lebens verwenden müsste, würde er sich für Deutsch entscheiden.

Er sei verheiratet, seine Ehefrau lebe direkt im Zimmer nebenan. Herr F. habe keine Kinder. Herr F. habe früher den Beruf des Schumachers ausgeübt und sei erst im Alter von 70 Jahren berentet worden.

Vor seinem Einzug in die Pflegeeinrichtung habe er in einem Haus mit seiner Ehefrau gelebt. Der Hauptgrund, warum er in die Pflegeeinrichtung gezogen sei, sei „das Alter“ gewesen. Er selbst habe dabei die Entscheidung für seine pflegerische Versorgung getroffen. Herr F.'s Religion sei neuapostolisch, er übe seinen Glauben, der für ihn sehr wichtig sei, aktiv aus. In seiner Stimmung erschien Herr F. über die gesamte Strecke des Interviews und der Untersuchung gedrückt und berichtete, permanent von seinem Beruf zu träumen.

### *Herr Ü. aus der Türkei, stationär versorgt*

Herr Ü. war zum Zeitpunkt der Untersuchung 72 Jahre alt und lebte seit einiger Zeit in einer stationären Pflegeeinrichtung in einer der Großstädte Baden-Württembergs. Herr Ü. spricht seit seinem Schlaganfall fast nur noch Türkisch, weshalb eine der Pflegekräfte als Dolmetscherin die Untersuchung begleitete.

Geboren sei Herr Ü. in der Türkei, als Sohn eines Bauers. Auf dem Bauernhof habe er auch selber mitgearbeitet bis er im Alter von 15 bis 16 Jahren die Türkei verließ; eine Schule habe er nie besucht. Als Grund für das Verlassen der Türkei gab Herr Ü. an, dass er auf Arbeitssuche gewesen sei. Von der Türkei aus sei er zunächst nach Belgien (da sein Bruder bereits dort arbeitete), danach sei er einige Zeit in Österreich und Holland gewesen, bis er schließlich nach Deutschland kam. In einem deutschsprachigen Land lebe er seit mehr als 35 Jahren. Wann er nach Deutschland kam, konnte er nicht sicher sagen. Bis zu seinem Schlaganfall im Alter von 50 Jahren habe er immer wieder bei unterschiedlichen Firmen in unterschiedlichen Branchen gearbeitet.

Herr Ü. habe fünf Kinder und sei das dritte Mal verheiratet. Seine Ehefrau sei selber krank; seine Kinder wären berufstätig und würden nicht alle in Deutschland leben.

In der Stadt, in der er nun versorgt wird, habe er auch vor Einzug in das Pflegeheim gelebt; gemeinsam mit seiner Frau und einem weiteren Familienmitglied in einer Wohnung. Nach Angabe von Herrn Ü. wurde der Umzug in das Heim notwendig, weil die Passung seines räumlichen Umfeldes nur ungenügend auf seine Bedürfnisse (Schlaganfall und Sturz) abgestimmt gewesen sei. Seine Ehefrau habe seine Versorgung nicht mehr vollständig übernehmen können. Nach seiner Einschätzung, haben mehrere seiner Angehörigen zusammen die Entscheidung einer pflegerischen stationären Versorgung für ihn getroffen; er habe dies „akzeptiert“.

Der Migration und der damit verbundenen Veränderungen in seinem Leben, steht Herr Ü. eher gespalten gegenüber. Eigentlich fühle er sich in Deutschland sehr wohl, rückblickend betrachtet, würde er jedoch „diesen Schritt“ nicht noch einmal machen, weil er „so viel durchgemacht“ habe. Manchmal wünsche er sich auch, in die Türkei zurückzukehren, seine Kinder würden jedoch hier bleiben wollen und deshalb werde er auch nicht gehen.

Nach Einschätzung des Interviewers, scheint sich Herr Ü. in dem Pflegeheim, trotz (durch die Pflegekraft) berichteter Anfangsschwierigkeiten sehr wohl zu fühlen. Das türkischsprachige Pflegepersonal spreche hauptsächlich türkisch mit ihm, was Herrn Ü. sichtlich Freude bereite. Er bekomme täglich Besuch von seiner Frau und anderen Angehörigen. Häufig, fast täglich, gäbe es somit auch selbstgebackene türkische Spezialitäten.

### *Herr und Frau T., Ehepaar aus der Ukraine, stationär versorgt*

Herr und Frau T., zum Zeitpunkt der Untersuchung beide 88 Jahre alt und seit rund einem Monat wohnhaft in einem gemeinsamen Doppelzimmer in einer der Pflegeeinrichtung im ländlichen Raum Baden-Württembergs.

Geboren seien beide in der Ukraine, ihre Muttersprache sei Deutsch. Beide sprechen außerdem Russisch und Ukrainisch und Frau T. zusätzlich Polnisch. Herr T. gab zudem an, Deutsch und Russisch gleichermaßen gut zu beherrschen. Wenn er wählen müsste, welche Sprache er für den Rest des Lebens verwenden müsste, würde er sich für Deutsch entscheiden Frau T. hingegen gab an Deutsch flüssig, Russisch allerdings nur mäßig zu sprechen. Frau T. sei im Alter von etwa 18 Jahren aus der Ukraine vertrieben worden. Daraufhin habe sie unfreiwillig ein Jahr in Polen und 24 Jahre in Sibirien gelebt und gearbeitet. Herr T. gab an, im Krieg verwundet worden zu sein und viele Jahre in russischer Gefangenschaft verbracht zu haben. Er sei sogar zum Tode verurteilt worden, habe das Urteil jedoch selber nicht unterschrieben und sei deshalb in ein Arbeitslager gebracht worden. Herr T. habe über 20 Jahre ebenfalls in Sibirien verbracht.

Nach Deutschland kamen Herr und Frau T. im Alter von 43 Jahren gemeinsam mit ihrem Sohn und der Mutter von Herrn T. Als Grund für ihre Einreise nach Deutschland gaben sie an, dass sowohl der Bruder von Herrn T. als auch die Brüder von Frau T. bereits seit einiger Zeit in Deutschland lebten. Herr und Frau T. gaben an, gerne in Deutschland zu leben, sich den in Deutschland Geborenen sehr ähnlich zu fühlen und nicht den Wunsch zu haben in ihr Heimatland zurückzukehren. Dennoch fühlten sie sich gelegentlich heimatlos und wüssten nicht so recht wohin sie gehörten.

Gelebt hätten sie vor Einzug in die Pflegeeinrichtung in ihrem eigenen Häuschen in einer Ortschaft ca. 50 km von ihrem jetzigen „Wohnort“ entfernt. Die pflegerische Versorgung wurde notwendig, nachdem Frau T. nach einem Krankenhausaufenthalt nicht mehr „so richtig konnte“. Nachdem sie für kurze Zeit in einer wohnortnahen Pflegeeinrichtung untergebracht war, entschieden sich Herr und Frau T. dem Wunsch ihres Sohnes, die Eltern gerne in seiner Nähe haben wollen, nachzugeben. Der Sohn von Herr und Frau T. könne sich selber aufgrund seiner Berufstätigkeit allerdings nicht um die Pflege seiner Eltern kümmern. Das Haus sei ihm empfohlen worden. Der Interviewer gewann den Eindruck, dass sich Herr und Frau T. im Pflegeheim gut zu Recht finden sowie gut in das Sozialleben und den Heimalltag integriert sind.

### *Herr K. aus Taiwan, lebt zu Hause, durch Angehörige versorgt*

Herr K. war zum Zeitpunkt der Untersuchung 73 Jahre alt und kam ohne Begleitung zur Demenzabklärung in die Gedächtnisambulanz.

Herr K. berichtete, in Taiwan geboren worden zu sein. Auch seine Eltern würden aus Taiwan stammen. Nach seinem Hochschulabschluss habe er hauptsächlich den Beruf des Lehrers ausgeübt. Im Alter von 25 Jahren habe er angefangen, Deutsch zu lernen und sei im Alter von 43 Jahren zusammen mit seiner Ehefrau nach Deutschland migriert. Neben seiner Erstsprache Taiwanesisch spreche Herr K. noch flüssig Pekinger Dialekt, welches er ab dem Alter von acht Jahren angefangen habe zu lernen sowie Chinesisch, Englisch und mäßig Deutsch. Taiwanesisch, Pekinger-Dialekt und Deutsch spreche Herr K. auf täglicher Basis. Falls er wählen müsste, welche Sprache er für den Rest seines Lebens verwenden müsste, würde er sich für Taiwanesisch entscheiden. Nach kognitiven Freizeitaktivitäten abgefragt, gab Herr K. an, häufig Bücher und Zeitschriften zu lesen. Gedächtnisprobleme seien bei Herrn K. zum ersten Mal im Sommer 2011 aufgetreten.

### ***Herr R. aus den USA, lebt zu Hause, durch Angehörige versorgt***

Herr R. war zum Zeitpunkt der Untersuchung 78 Jahre alt und kam in Begleitung seiner Ehefrau zur Demenzabklärung in die Gedächtnisambulanz.

Herr R. sei in Indiana, USA, geboren worden. Auch seine Eltern würden aus Indiana, USA, stammen. Seine Erstsprache sei Englisch. Im Alter von 25 Jahren habe Herr R. angefangen, Deutsch zu lernen und sei schließlich im Alter von 33 Jahren nach Deutschland migriert. In den USA habe Herr R. als Kaufmann gearbeitet – diesen Beruf habe er auch in Deutschland ausgeübt. Mit seiner Ehefrau, die Herr R. in Deutschland kennengelernt habe, habe er ein eigenes Geschäft betrieben. Seine Sprachkompetenzen in Deutsch schätzte Herr R. als mäßig ein. Falls er wählen müsste, welche Sprache er für den Rest seines Lebens verwenden müsste, würde er sich für Englisch entscheiden. Gedächtnisprobleme seien bei Herrn R. zum ersten Mal im Sommer 2010 aufgetreten.

### ***Herr B. aus Palästina, lebt zu Hause, durch Angehörige versorgt***

Herr B. war zum Zeitpunkt der Untersuchung 73 Jahre alt und kam in Begleitung seiner Ehefrau zur Demenzabklärung in die Gedächtnisambulanz.

Herr B. berichtete, in Palästina geboren worden zu sein. Seine Eltern würden aus Palästina und dem Libanon stammen. Im Alter von 22 Jahren sei Herr B. nach Deutschland migriert und habe anschließend angefangen, Deutsch zu lernen. Sein in Palästina begonnenes Medizin-Studium habe Herr B. in Deutschland zu Ende geführt und habe später als Arzt praktiziert. In Deutschland habe er auch seine Ehefrau kennengelernt. Die Erstsprache Herr B.'s sei Arabisch, habe sich jedoch im Laufe der Jahre restrukturiert, sodass nun Deutsch seine wesentlich dominantere Sprache sei. Inzwischen spreche Herr B. nur noch selten Arabisch, seine arabischen Sprachkompetenzen seien mittlerweile „mäßig“. Falls er wählen müsste, welche Sprache er für den Rest seines Lebens verwenden müsste, würde er sich für Deutsch entscheiden. Gedächtnisprobleme seien bei Herrn B. zum ersten Mal im Sommer 2005 aufgetreten.

### ***Frau G. aus der Türkei, lebt zu Hause, durch Angehörige versorgt***

Frau G. war zum Zeitpunkt der Untersuchung 61 Jahre alt und kam in Begleitung ihrer Tochter zur Demenzabklärung in die Gedächtnisambulanz.

Frau G. berichtete, in der Türkei geboren worden zu sein. Auch ihre Eltern würden aus der Türkei stammen. Im Alter von 25 Jahren sei Frau G. nach Deutschland migriert und habe hiernach begonnen, Deutsch zu lernen. Während sie in der Türkei als Grundschullehrerin gearbeitet habe, sei sie in Deutschland als Fabrikarbeiterin tätig gewesen. Frau G.'s Erstsprache sei Türkisch. Dies sei auch immer schon ihre flüssigste Sprache gewesen. Obwohl sie Deutsch täglich verwende, schätze sie ihre Kompetenzen in Deutsch als „schwach“ ein. Zu Hause, im Gespräch mit ihrem Ehemann und ihren Kindern, verwende sie hauptsächlich Türkisch. Falls sie wählen müsste, welche Sprache sie für den Rest ihres Lebens verwenden müsste, würde sie sich für Türkisch entscheiden. Gedächtnisprobleme seien bei Frau G. zum ersten Mal im Frühling 2007 aufgetreten.

## ***Fallbeispiele Interview Pflegekraft***

### ***Interview Pflegekraft 1, weiblich***

Die Pflegekraft zeigte sich in Folge der Ansprache durch den Interviewer, ob sie bereit wäre, die Fragen zu beantworten, sehr engagiert und hilfsbereit und übertrug ihre eigentlich nun anstehenden Aufgaben einer anderen Pflegekraft. Sie begleitete den Interviewer in ein Dienstzimmer, in dem sie Zugang zu den Patienteninformationen

hatte. Die Pflegekraft meinte, dass sie, obwohl sie die Bewohner nicht seit Einzug in dieses Haus kenne, sich gut bis sehr gut über den Allgemeinzustand, die familiäre Situation, die Lebensgewohnheiten sowie über religiöse bzw. Glaubensaspekte zweier der untersuchten Bewohner fühle und somit umfassende Informationen geben könne. Begonnen wurde nunmehr mit der fremdanamnestischen Einschätzung beider Bewohner. Durch einen Abgleich der Informationen der Pflegekraft mit den zuvor gemachten Bewohnerangaben, bestätigte sich, dass sie umfassend über die Bewohner informiert war. Zusätzlich zeigte sich, dass die Pflegekraft sich in besonderem Maße um die Bedürfnisse der Bewohner kümmerte. Sie lege besonderen Wert darauf, im Rahmen der morgendlichen Pflege (oder „wann immer Platz dafür ist“) den Bedürfnisäußerungen der Bewohner besonderen Platz einzuräumen. Als Besonderheiten, auf die sie im Rahmen der Pflege der untersuchten Bewohner mit Bezug auf ihre Lebensgewohnheiten besonders achte, gab sie insbesondere sozialkommunikative sowie spirituelle Bereiche an. So entstünden regelmäßig Gespräche, vor allem über Glaubensfragen und familiäre Konfliktkonstellationen. Die Pflegekraft zeigte sich als, über ihre bloße berufliche Situation hinausgehend, enorm engagierte und passionierte Pflegekraft. Im Verlauf der Fremdanamnese stellte sich heraus, dass die Pflegekraft es als besonders schwierig empfand, den Wünschen der Angehörigen zu entsprechen bzw. vor diesen im Rahmen der Pflege notwendige bzw. nicht umsetzbare Tätigkeiten zu rechtfertigen. Dies sei jedoch größtenteils von der Migrationsbiografie der Bewohner und deren Angehörigen unabhängig.

#### *Interview Pflegekraft 2, männlich*

Für die Pflegekraft war es schwer, sich neben den anfallenden Tätigkeiten im Heim, Zeit für das Interview zu nehmen. Der Interviewer wurde des Öfteren um eine Aufschiebung des vereinbarten Termins gebeten. Schließlich wurden 10 Minuten für die Durchführung der Fremdanamnese zweier Bewohner anberaumt. Die Pflegekraft gab an, mäßig bis sehr gut über den Allgemeinzustand, die familiäre Situation, die Lebensgewohnheiten sowie über religiöse bzw. Glaubensaspekte der untersuchten Bewohner informiert zu sein, wobei das „mäßig“ daher rühre, dass einer der Bewohner über manche Bereiche seiner Lebensgeschichte nicht gerne spreche. Der Pflegekraft fiel es teilweise schwer, die Einschätzungen bezüglich der Bewohner abzugeben. Der Abgleich mit den von den Bewohnern selber gemachten Angaben, zeigte, dass das Wissen über die Bewohner in einigen Bereiche noch vertieft werden könnte. Als Besonderheiten auf die im Umgang mit den Bewohnern besonders geachtet werde, nannte er hauptsächlich eher alltagspraktische Bereiche.

#### *Interview Pflegekraft 3, weiblich*

Die Pflegekraft beteiligte sich bereitwillig am Interview das im Anschluss an die Untersuchung einer Probandin im Rahmen eines im Vorfeld abgesprochenen Termins im Dienstzimmer stattfand.

Die Pflegekraft gab an, die Bewohnerin seit ihrem Einzug in die Einrichtung zu kennen und sich gut bis sehr gut über ihre allgemeine Verfassung, ihre kognitiven Leistungen, ihre familiäre Situation, ihre Lebensgewohnheiten sowie über ihre religiösen bzw. Glaubensaspekte informiert zu fühlen. Anhand eines Abgleichs der Informationen mit den zuvor gemachten Bewohnerangaben, bestätigte sich, dass die Pflegekraft umfassend über die Bewohnerin informiert war. Es fiel ihr leicht, ihre Einschätzungen zu der Bewohnerin abzugeben. Sie lehnte ab, Informationen über medizinische Diagnosen und andere klinische Parameter anzugeben, da sie es als „zu persönlich“ ansah. Als Lebensgewohnheiten, die für die Bewohnerin besonders wichtig seien, nannte sie die

regelmäßigen familiären Besuche, die die Bewohnerin empfangen würde sowie die tägliche morgendliche Gymnastikeinheit. Beim Umgang der Pflegekraft mit der Bewohnerin war zu beobachten, dass sich die Pflegekraft sehr sorgend, freundlich und mitfühlend verhielt sowie die Kommunikation zwischen beiden sehr positiv war.

## **Zusammenfassung und Diskussion**

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund in der überwiegenden Mehrheit der befragten Einrichtungen versorgt werden, wobei ihr Anteil bei den ambulanten Diensten (80,4 %) gegenüber den stationären Einrichtungen (76,4 %) etwas höhere Werte erreicht. Bezogen auf die Zahl der insgesamt versorgten Personen beträgt der Anteil Versorgter mit Migrationshintergrund 11,0 %; wiederum mit leicht höheren Werten zugunsten des ambulanten Bereiches mit 11,6 % (stationär: 9,7 %). Dabei handelte es sich um die erste Vollerhebung in einem Flächenland in deren Rahmen alle entsprechenden Einrichtungen Baden-Württembergs angesprochen wurden. Die Teilnehmerate war mit 66,3 % der Einrichtungen im oberen Bereich derartiger Untersuchungen.

Nach einem Vergleich der im Rahmen der vorliegenden Studie erhaltenen Zahlen mit denen anderer Studien (Tab. 8), werden im Folgenden die Vämp Ergebnisse zunächst im Hinblick auf die regionale Verteilung zusammenfassend betrachtet und in die Vergleichsdaten des Mikrozensus eingebettet. In einem zweiten Schritt wird die Analyse nach Herkunftsländern diskutiert; hieraus entwickelt sich die Frage nach möglichen Charakteristika einzelner Migrantengruppen. Interkulturelle Aspekte und der Einfluss der Sprache bilden den Abschluss. Wo möglich und sinnvoll haben wir die Ergebnisse sowohl auf Ebene der Einrichtungen als auch der Versorgten dokumentiert. Dies geschah aus methodischen Gründen aber auch um die Ergebnisse plastischer werden zu lassen.

Tabelle 8 enthält einen Vergleich zwischen den Kernbefunden der Vämp-Studie mit denen anderer Erhebungen: Baden-Württemberg hat demnach im gesamten Bundesgebiet einschließlich der Ballungszentren München und Berlin oder der Hansestadt Bremen höhere Anteile an Versorgten mit Migrationshintergrund zu verzeichnen. Eine andere Reihung ergibt die Betrachtung der Beschäftigten mit Migrationshintergrund in den Einrichtungen. Ihr Anteil liegt im stationären Bereich (24,8 %) über dem im Ambulanten (18,8 %), während andere Bundesländer bzw. Regionen wie München höhere Werte von bis zu 30 % erreichen.

**Tabelle 8: Übersicht und Vergleich ausgewählter Vämp-Ergebnisse mit denen anderer Studien<sup>14</sup>.**

Studie	Region	Migrationsrelevante Stichprobe	Ergebnisse											
			Anteil der Einrichtungen, die Menschen mit Migrationshintergrund versorgen					Anteil der Einrichtungen, die Menschen mit Migrationshintergrund beschäftigen						
			gesamt	amb.	stat.	gesamt	amb.	stat.	gesamt	amb.	stat.	gesamt	amb.	stat.
<b>Vämp (2013)</b>	Baden-Württemberg	ambulant und stationär Versorgte sowie Beschäftigte	78,0 %	80,4 %	76,4 %	11,0 %	11,6 %	9,7 %	87,4 %	79,9 %	94,1 %	22,0 %	18,8 %	24,8 %
<b>BMG (2011)</b>	Bundesrepublik Deutschland	in Privathaushalten, neue Bundesländer stationär Versorgte sowie Beschäftigte	-	rund die Hälfte	73 %	-	7 %	6 %	-	65 %	86 %	-	11 %	-
	Bundesländer	ambulant und stationär Versorgte	-	29 %	63 %	-	-	-	-	37 %	62 %	-	-	4 %
	alte Bundesländer	sowie Beschäftigte	-	62 %	76 %	-	-	-	-	76 %	95 %	-	-	-
<b>München (2010)</b>	Stadt München	ambulant Versorgte	-	-	-	-	9,1 % <sup>15</sup>	-	-	-	-	-	30 %	-
<b>Berlin (2007)</b>	Stadtbezirke Berlin	ambulant Versorgte	-	ca. 75 %	-	-	10 %	-	-	-	-	-	knapp 20 %	-
<b>Bremen (2008)</b>	Bremen und Bremerhaven	ambulant Versorgte	-	79,2 %	-	-	5,9 % <sup>16</sup>	-	-	-	-	-	22,1 %	-

<sup>14</sup> Ausgewählt wurden hierzu Studien, die hinsichtlich ihrer Methodik und Untersuchungseinheiten sowie des im Studiendesign verwendeten Konzepts zur Operationalisierung des Migrationshintergrundes mit denen von Vämp vergleichbar waren.

<sup>15</sup> Berechneter Wert, da ausschließlich absolute Häufigkeiten präsentiert wurden.

<sup>16</sup> Gemessen an allen Personen, die im Land Bremen im entsprechenden Zeitraum Pflegeleistungen nach SGB XI in Form von ambulanten Pflegeleistungen erhielten



Diese Befunde gelten im Grundsatz für das gesamte Land Baden-Württemberg einschließlich seiner ländlichen Regionen (vgl. Abb. 3 bis Abb. 8): zwischen 73,1 % (ländliche Regionen) und 87,7 % (Großstädte) der Einrichtungen versorgen Menschen mit Migrationshintergrund; der mittelstädtische Raum erreicht 84,3 %. Bezogen auf die jeweils Versorgten haben Menschen mit Migrationshintergrund Anteile von 11 % im ländlichen und 17,4 % in den Großstädten wobei der mittelstädtische Raum mit 15,1 % wiederum eine Mittelstellung einnimmt. In den Regierungsbezirken versorgen zwischen 74,6 % (Freiburg) und 80,8 % (Stuttgart) der Einrichtungen Personen mit Migrationshintergrund, die – bezogen auf die insgesamt Versorgten – Anteile zwischen 10,6 % (Freiburg) und 15,8 % (Stuttgart) erreichen.

Eine detailliertere regionale Differenzierung ergibt größere Varianzen. In den Regionen bewegen sich die Werte zwischen 65,6 % (Hochrhein-Bodensee) und 89,8 % (Donau- Iller) auf Ebene der Einrichtungen bzw. 7,7 % (Hochrhein-Bodensee) und 16,1 % (Heilbronn-Franken) auf Ebene der Bewohner. Dabei weist der ambulante gegenüber dem stationären Bereich erwartungsgemäß jeweils etwas höhere Werte auf. Eine größere Spannbreite wird bei Betrachtung der einzelnen Landkreise deutlich: während im Stadtkreis Heilbronn alle Einrichtungen Personen mit Migrationshintergrund versorgen, beträgt dieser Wert im Landkreis Waldshut 57,9 %. Dabei haben zwischen 5,3 % (Landkreis Emmendingen) und 27,4 % (Stadtkreis Heilbronn) der Versorgten einen Migrationshintergrund.

Der Vergleich mit Daten des Mikrozensus 2011 ergab erwartungsgemäß eine weitestgehend den Anteilen an der Allgemeinbevölkerung entsprechend proportionale Verteilung der Anteile Versorgter mit Migrationshintergrund in den Heimen und ambulanten Diensten (Tab. 9). Ihr z.T. höherer Anteil in der Allgemeinbevölkerung erscheint intuitiv erklärbar: nicht alle Angehörigen einer Altersklasse werden pflegebedürftig, zudem scheint die Altersverteilung der Menschen mit Migrationshintergrund gegenüber der Allgemeinbevölkerung zugunsten jüngerer Geburtsjahrgänge verschoben zu sein. Hieraus könnte ein geringerer Anteil Hochbetagter resultieren die einen besonders großen Pflegebedarf haben. Umgekehrt könnte eine stärkere soziale Kohäsion bei Menschen mit Migrationshintergrund die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen reduzieren; ein Effekt der unten im Hinblick auf türkischstämmige Menschen mit Migrationshintergrund vertieft wird.

**Tabelle 9: Personen mit Migrationshintergrund in der Altersgruppe der 65-jährigen und älteren in den vom Mikrozensus berücksichtigten Regionen. Anteil der Versorgten mit Migrationshintergrund zum Vergleich.**

	Anteil Personen mit Migrationshintergrund in der Altersgruppe 65+ Mikrozensus 2011 <sup>17</sup>	Anteil der Einrichtungen, die Menschen mit Migrationshintergrund versorgen Vämp	Anteil Versorgter mit Migrationshintergrund in Einrichtungen, die Menschen mit Migrationshintergrund versorgen Vämp
Baden-Württemberg	14,0 %	78,0 %	14,1 %
Regierungsbezirk Stuttgart	15,7 %	80,8 %	15,8 %
Region Stuttgart	15,7 %	83,2 %	15,8 %
Region Heilbronn-Franken	13,1 %	71,3 %	16,1 %
Region Ostwürttemberg	20,4 %	86,5 %	15,3 %
Regierungsbezirk Karlsruhe	14,6 %	80,1 %	13,7 %
Region Mittlerer Oberrhein	16,5 %	77,8 %	13,6 %
Region Rhein-Neckar	14,0 %	83,8 %	15,4 %
Region Nordschwarzwald	13,5 %	75,3 %	9,7 %
Regierungsbezirk Freiburg	11,7 %	72,9 %	10,2 %
Region Südlicher Oberrhein	10,2 %	70,3 %	11,2 %
Region Schwarzwald-Baar-Heuberg	15,2 %	85,2 %	10,8 %
Region Hochrhein-Bodensee	11,5 %	65,6 %	7,7 %
Regierungsbezirk Tübingen	11,9 %	78,5 %	12,0 %
Region Neckar-Alb	14,4 %	75,3 %	12,0 %
Region Donau-Iller	11,2 %	89,9 %	11,2 %
Region Bodensee-Oberschwaben	9,9 %	75,3 %	12,6 %

<sup>17</sup> Eigene Berechnung nach Angaben der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2013)

Eine weitere, wichtige Fragestellung war die der Herkunftsländer. Auf Einrichtungsebene (Anzahl der Einrichtungen, die Personen dieser Herkunft versorgen) wurden Russland, Türkei und Polen als die drei wichtigsten Herkunftsländer genannt, wobei sich diese Reihung nach Einrichtungstyp unterschied: Während bei den ambulanten Diensten die Türkei, vor Russland und Italien an erster Stelle stand, waren es Polen, Russland und Rumänien bei den stationären Einrichtungen (vgl. Abb. 9). Auf Ebene der Versorgten stellen Personen aus Russland, Polen, der Türkei, Rumänien und Kasachstan über die Hälfte aller Versorgten mit Migrationserfahrung. Wiederum ergaben sich Unterschiede zwischen den Einrichtungsarten: Bei den ambulanten Diensten kommen mehr als die Hälfte der Versorgten mit Migrationshintergrund aus Russland, der Türkei, Polen, Italien und Kasachstan, bei den stationären Einrichtungen dagegen aus Polen, Russland, Rumänien, Tschechien und Ungarn (vgl. Abb. 10). Darüber hinaus zeigten sich gewisse unterschiedliche „Präferenzen“ bei der Wahl der Einrichtungsart in Abhängigkeit vom Herkunftsland (vgl. Abb. 11). Dieses Phänomen war besonders bei Personen aus der Türkei sichtbar, die bei den ambulanten Diensten – und dies auf Landesebene – die zweitgrößte Gruppe Versorgter mit Migrationshintergrund ausmachen, bei den stationären Einrichtungen hingegen nicht einmal unter den sechs zahlenmäßig größten Gruppen vertreten sind. Dieser Befund wird dadurch unterstrichen, dass Türkischstämmige mit 23 %<sup>18</sup> die größte Gruppe der in Baden-Württemberg lebenden Menschen mit Migrationshintergrund (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2009), aber nur 11 % der in Einrichtungen der Altenpflege Versorgten mit Migrationshintergrund stellen. Geradezu entgegengesetzt verhielten sich die Befunde für Migranten aus Russland, die mit Personen aus der Ukraine ganze 5 % der Bevölkerung mit Migrationshintergrund Baden-Württembergs ausmachen. In den Einrichtungen der Altenpflege bildeten sie jedoch die größte Gruppe (16,9 %) der pflegerisch Versorgten mit Migrationshintergrund. Grundsätzlich kann diese Disparität auf eine unterschiedliche Alterszusammensetzung dieser Gruppen aber auch methodische Einflüsse<sup>19</sup> verweisen. Andererseits ist auch eine Präferenz zugunsten einer ambulanten gegenüber einer stationären Versorgung bei Türkischstämmigen denkbar: So könnte eine besonders starke soziale Kohäsion Pflege und Betreuung über eine Mobilisierung von Unterstützungspotenzialen erleichtern. Einen weiteren Einflussfaktor könnte eine unterschiedliche Verteilung auf

---

<sup>18</sup> Gemessen an der Staatsangehörigkeit der Gruppen

<sup>19</sup> Die Vergleichswerte für Baden-Württemberg wurden vom Statistischen Landesamt über die Staatsangehörigkeit der Betroffenen – nicht ihren Migrationshintergrund – ermittelt

„soziale Milieus“ und davon abhängende unterschiedliche Pflegebereitschaften darstellen (vgl. Blinkert, 2005). Ebenso wäre jedoch denkbar, dass die Hemmschwelle „einen Angehörigen ins Heim zu schicken“ aufgrund unterschiedlicher kultureller Einflüsse auf Altersbilder (BMFSFJ, 2010) vor allem bei Personen mit türkischem Hintergrund besonders hoch ist und dadurch eine Versorgung im häuslichen Umfeld, ungeachtet der enormen Belastungen für die pflegenden Angehörigen, länger aufrechterhalten wird. Auch wenn alle vier Hypothesen durch klinische Beobachtungen gestützt werden, sind weitere Studien zu ihrer Klärung erforderlich.

Besonders interessant stellte sich zudem die unterschiedliche Zusammensetzung der Versorgten nach Herkunftsland in den einzelnen Regionen dar. Bildeten meist Migranten aus Russland die wichtigste Gruppe (10,7 % - 36,0 %), so rückte in der Region Heilbronn-Franken Rumänien (21,6 %), in der Region Stuttgart die Türkei (12,9 %) und in der Region Rhein-Neckar Polen (17,4 %) an die erste Stelle. Hier sind Einflüsse durch die unterschiedlichen Migrationsgeschichten der bezeichneten Gruppen wahrscheinlich.

Unsere Ergebnisse zeigen, dass Personen mit Migrationshintergrund in der Mehrzahl der Einrichtungen Baden-Württembergs versorgt werden, wobei regionale Unterschiede von eher untergeordneter Bedeutung sind. Gegenüber ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung sind Menschen mit Migrationshintergrund in den Einrichtungen häufiger leicht unterrepräsentiert; ein Effekt, der v.a. mit dem wahrscheinlich niedrigeren Durchschnittsalter dieser Bevölkerungsgruppen korrespondieren dürfte. Ein generelles Versorgungsdefizit bei Menschen mit Migrationshintergrund dürfte demnach jedoch nicht vorliegen. Ein Ergebnis an das in weiteren Studien in besonderem Maße angeknüpft werden sollte, stellt die hier berichtete migrantengruppenspezifische „Präferenz“ von Versorgungsarten sowie die entgegengesetzte Verschiebung der Anteile ambulant und stationär autochthon und allochthon Versorgter von ländlichen über mittelstädtische hin zu großstädtischen Räumen dar.

Hinsichtlich der erhobenen interkulturellen Aspekte zeigt sich in der praktischen Umsetzung ein deutlicher Aufholbedarf – für ambulante Dienste wie für stationäre Einrichtung gleichermaßen. Während etwa die Hälfte der Einrichtungen angab, interkulturelle Gesichtspunkte im Pflege- und Betreuungskonzept berücksichtigt zu haben, zeigte sich, dass die praktische Umsetzung in den von uns beispielhaft abgefragten noch verbesserungswürdig ist. Nur etwa ein Fünftel der Einrichtungen bietet für ihre Mitarbeiter Fortbildungen zur Erhöhung ihrer interkulturellen Kompetenz an. Ebenso „wenige“ kooperieren mit

Migrantenorganisationen. Nochmals deutlich niedriger liegt der Anteil der Einrichtungen, die mehrsprachiges Informationsmaterial bereithalten (gerade einmal 13,1 % der ambulanten Dienste und 4 % der stationären Einrichtungen). Ähnliche Ergebnisse zeigen sich hinsichtlich der Sensibilität für das Thema Migration und Pflege. Mehr als die Hälfte der Einrichtungen erwartet zwar, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund in ihrem Einzugsgebiet zunehmen wird. Von den Übrigen wird dies jedoch verneint, wobei die eigenen Felderfahrungen hier ein Informationsdefizit, insbesondere hinsichtlich der praktischen Implikationen dieser Entwicklung für künftige Zielgruppen und die Versorgungsgestaltung vermuten lassen.

Andererseits hat ein bedeutender Teil gerade der mit der Pflege Betrauten selbst einen Migrationshintergrund (vgl. Abb. 12). Unter günstigen Umständen bieten sich die Kollegen als Sprachvermittler geradezu an, sodass sich diese Ressource bei der kultursensiblen Pflege nutzen lässt. Unabhängig davon wird schon im Rahmen der demographischen Entwicklung ein wachsender Anteil pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund erwartet. Handlungsbedarf sehen nur rund 37 % der Einrichtungen. Aufklärungsarbeit hat deshalb einen hohen Stellenwert. Ein für die Einrichtungen attraktiver Ansatzpunkt könnte die wirtschaftliche Bedeutung, die eine gute Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund hat, bilden. Andererseits dürften einschlägige Fortbildungsmaßnahmen zumindest indirekt auch die Bindung der Beschäftigten an die Einrichtung und die Arbeitszufriedenheit erhöhen; ein Effekt der angesichts des Mangels an qualifiziertem Pflegepersonal noch an Bedeutung gewinnen dürfte.

Kaum zu überschätzen ist aus klinischer Sicht die Bedeutung sprachlicher Leistungen bzw. Defizite bei demenziellen Erkrankungen. Die Mehrzahl der Heimbewohner ist demenzkrank; nach den eigenen Ergebnissen gilt dies auch für Versorgte mit Migrationshintergrund. Demenzielle Erkrankungen führen am häufigsten noch vor körperlichen Leiden zur Pflegebedürftigkeit; im Rahmen der Studie war die Rekrutierung einer Substichprobe mit beginnender demenzieller Symptomatik deshalb schwierig und nur über die Heranziehung einer Spezialambulanz möglich. Dies erklärt auch, warum Menschen mit Migrationshintergrund in den Einrichtungen kaum unterrepräsentiert sind, machen doch demenzielle Erkrankungen durch ihre schwere Symptomatik ambulante und stationäre Pflege fast immer erforderlich.

Veränderungen der sprachlichen Leistungen sind schon in den Anfangsphasen demenzieller Erkrankungen wie der Alzheimer Demenz nachweisbar (Schröder & Pantel, 2011) und erschweren in späteren Stadien die Kommunikation beträchtlich. Dabei haben auch schon gesunde Bilinguale, verglichen mit gesunden Monolingualen, Nachteile im Wortabruf und der Wortflüssigkeit (vgl. Überblick in Bialystok, 2009). So produzieren Bilinguale weniger Wörter in verbalen Flüssigkeitsaufgaben (Gollan et al., 2002) und verfügen über ein kleineres Vokabular in jeder Sprache als Monolinguale (z.B. Portocarrero et al., 2007; Überblick in Bialystok, 2009). Weiterhin weisen Bilinguale verglichen mit Monolingualen langsamere Benennungszeiten von Bildern (Gollan et al., 2008), selbst in ihrer dominanten Sprache auf (Gollan et al., 2005).

Die hier vorgelegten Befunde ergaben eine Abnahme der Leistungen in den sprachgebundenen neuropsychologischen Untersuchungen mit zunehmendem Demenzgrad. Dieser Effekt betraf sowohl bi- als auch monolinguale Probanden.

Bei Bilingualen war jedoch die nicht-dominante Sprache – meist das später erlernte Deutsch – besonders betroffen, sodass hier eine Verständigung deutlich erschwert wurde. Dieser Verlauf birgt die Gefahr, dass eine Verschlechterung der sprachlichen Kommunikation als Fortschreiten der demenziellen Grunderkrankung fehlgedeutet wird und damit Versuche, die Kommunikation zu intensivieren oder wiederherzustellen, unterbleiben. Dies entspricht auch weitestgehend den Ergebnissen der amerikanischen Studie von Gollan et al. (2010), die zeigen konnten, dass die Sprachkompetenzen von Bilingualen mit einer Alzheimer-Demenz sowohl in der dominanten als auch nicht-dominanten Sprache, verglichen mit gesunden Kontrollprobanden, beeinträchtigt sind. Das Design von Gollan et al. enthielt jedoch keine Differenzierung nach dem Demenzschweregrad, wie sie zum ersten Mal in dieser Untersuchung durchgeführt wurde. Weitere Vergleichsuntersuchungen anderer Arbeitsgruppen sind nicht verfügbar. Unabhängig davon sollten nach den eigenen Ergebnissen, die Einbußen der Sprachkompetenzen durch entsprechende fremdsprachliche Angebote abgefangen bzw. –gemildert werden. Gerade hier könnten Weiterbildungsmaßnahmen etwa nach dem Train-the-Trainer-Konzept ansetzen. In einigen Fällen sollten zudem „Dolmetscher“ eingesetzt werden, die über die jeweiligen Sprachkompetenzen hinaus über das Wissen verfügen, klinische und weitere pflegerelevante Aspekte im jeweiligen kulturellen Kontext erkennen und deuten zu können. Ein bloßes Dolmetschen ist bei schwerer Demenz jedoch wenig erfolgversprechend, da Sprachstörungen etwa im Rahmen der Alzheimer Demenz auch die dominante Sprache betreffen. Zielführend

erscheint ein entsprechend adaptiertes Kommunikationstraining, wie es mit dem MultiTANDEM*plus* in einem Parallelprojekt erprobt wird. Derartige Programme sollten auch die Angehörigenbetreuung einschließen und den Übergang in die Einrichtung erleichtern. Die Bedeutung und Wirksamkeit derartiger Kommunikationstrainings für die Versorgung Demenzkranker wird allgemein als hoch eingeschätzt, so dass derartige Programme schon bald fester Bestandteil der Aus- und Fortbildung sein dürften. Entsprechende Erweiterungen dieser Programme sind deshalb auch aus ökonomischer und praktischer Sicht sinnvoll da ihre breite Anwendung die Pflegequalität als solche für alle Bewohnergruppen erhöhen dürfte.

Durch die hier dargestellten Fallbeispiele konnte ein Einblick in die situative und personelle Vielfalt der Versorgten und Versorgenden in Pflegeeinrichtungen erfolgen. Dies verdeutlicht die Bedeutung einer am Individuum ausgerichteten, biografieorientierten Pflege.

Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund ist in Baden-Württemberg kein Ausnahmephänomen sondern fester Teil des Versorgungsalltags. Auch wenn manche Aspekte durch weitere Untersuchungen bestätigt und vertieft werden sollten, unterstreichen die vorliegenden Befunde die enorme Vielfalt des Phänomens Migration und weisen auf Besonderheiten bei einzelnen Migrantengruppen hin. Diese Entwicklung bildet sich bisher in Planungen und Erwartungen der Einrichtungen nur bedingt ab. Die direkte Untersuchung einer größeren Teilstichprobe bestätigt die Bedeutung von Sprachdefiziten bei Demenzkranken und zeigt, dass diese Defizite bei Personen mit Migrationshintergrund das Deutsche (als die meist nicht-dominante Sprache) besonders betreffen. Die resultierenden Einschränkungen sollten deshalb in Programmen zum Kommunikationstraining, wie sie allgemein Pflege und Versorgung Demenzkranker verbessern können, berücksichtigt werden.

Hieraus lassen sich folgende Handlungsempfehlungen ableiten:

„Migration“ ist in Baden-Württemberg kein Ausnahmephänomen sondern fester Teil des Versorgungsalltags in ambulanten wie stationären Einrichtungen. Diese Feststellung gilt sowohl für ländliche als auch (groß-) städtische Regionen.

Das Phänomen Migration sollte deshalb landesweit bei Planung und Gestaltung gegenwärtiger und zukünftiger Versorgungssysteme stärker berücksichtigt werden. Hierzu sollten die Versorgungsstrukturen im Rahmen ihrer steten Weiterentwicklung geöffnet werden. Erste Maßnahmen wären die Bereitstellung mehrsprachigen Informationsmaterials; oder die Information der Einrichtungen über das Phänomen „Migration“ mit den zu erwartenden Entwicklungen.

Die Mehrzahl der Versorgten mit Migrationshintergrund ist durch demenzielle Erkrankungen weitgehend eingeschränkt. Entsprechend gelten demenzielle Erkrankungen allgemein als die wichtigste Ursache für eine Pflegebedürftigkeit.

Sprachdefizite treffen Demenzkranke mit Migrationshintergrund in *besonderer* Weise und sollten durch Programme zur Verbesserung der Kommunikation adressiert werden. Fast alle Einrichtungen beschäftigen Mitarbeiter mit Migrationshintergrund bzw. mit besonderen Sprach- und Kulturkompetenzen, die gezielt genutzt werden können, um die beschriebenen Spracheinschränkungen abzufangen. Hier bieten sich adaptierte Programme zum Kommunikationstraining – nicht nur im Hinblick auf Menschen mit Migrationshintergrund – als erprobte und ökonomische Verfahren an. Vor allem sollte eine Sensibilisierung des Pflegepersonals dahingehend erfolgen, dass der Beziehungsaspekt in der Kommunikationsgestaltung vermehrt fokussiert wird.



## Anhang

### Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: wichtige institutionelle Merkmale der befragten Einrichtungen.....	13
Abbildung 2: Versorgte mit Migrationshintergrund insgesamt und nach Einrichtungsart .....	14
Abbildung 3: Versorgte mit Migrationshintergrund in den ländlichen, mittelstädtischen und großstädtischen Regionen Baden-Württembergs .....	16
Abbildung 4: Anteil der Einrichtungen die Menschen mit Migrationshintergrund versorgen in den Regierungsbezirken und Regionen Baden-Württembergs .....	17
Abbildung 5: Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbewohnerschaft bzw. -klientel in den Regierungsbezirken und Regionen Baden-Württembergs .....	18
Abbildung 6: Versorgte mit Migrationshintergrund in den Regierungsbezirken und Regionen Baden-Württembergs nach Einrichtungsart .....	19
Abbildung 7: Anteil der Einrichtungen in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs die Menschen mit Migrationshintergrund versorgen .....	21
Abbildung 8: Anteil Versorgter mit Migrationshintergrund in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs .....	22
Abbildung 9: absolute Anzahl der Einrichtungen die Personen aus den acht häufigsten genannten Herkunftsländern versorgen insgesamt und nach Einrichtungsart. ....	23
Abbildung 10: die sechs zahlenmäßig größten Gruppen der Versorgten mit Migrationshintergrund nach Herkunftsland .....	25
Abbildung 11: Verteilung der Versorgten verschiedener Herkunftsländer auf die unterschiedlichen Einrichtungsarten .....	26
Abbildung 12: Beschäftigte mit Migrationshintergrund .....	28
Abbildung 13: Anzahl der Einrichtungen, die Mitarbeiter mit Migrationshintergrund in den jeweiligen Positionen beschäftigen (Mehrfachantworten waren möglich) .....	29
Abbildung 14: Herstellung des Erstkontakts zwischen zu Pflegenden mit Migrationshintergrund und Einrichtung (Offene Antwortkategorie; Mehrfachantworten möglich) .....	30
Abbildung 15: Kommunikationsqualität mit Patienten bzw. Bewohnern, die nicht in Deutschland geboren wurden .....	31
Abbildung 16: Einsatz von Sprachvermittlern bei Verständigungsproblemen .....	31

Abbildung 17: Anzahl der Einrichtungen, in denen die 15 häufigsten genannten Sprachen gesprochen werden (Mehrfachantworten möglich).....	32
Abbildung 18: Angaben bezüglich verschiedener "struktureller interkultureller Aspekte" der Einrichtungen .....	33
Abbildung 19: Wirtschaftliche Bedeutung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund.....	35
Abbildung 20: Einschätzung über die zahlenmäßige Entwicklung der pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund im entsprechenden Einzugsgebiet .....	35
Abbildung 21: Einschätzung des Handlungsbedarfs bei der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund .....	36
Abbildung 22: Vorschläge bezüglich allgemeinem Handlungsbedarf bei der pflegerischen Versorgung pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund (Mehrfachantworten möglich) .....	36
Abbildung 23: Spezifische Hilfen, mit denen sich die befragten Einrichtungen stärker auf die Betreuung pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund ausrichten können .	37
Abbildung 24: Leistung in der Wortflüssigkeit von Bilingualen in ihrer dominanten und nicht-dominanten Sprache .....	46
Abbildung 25: Leistung im Boston Naming Test von Bilingualen in ihrer dominanten und nicht-dominanten Sprache.....	47

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fragebogen mit den berücksichtigten Dimensionen und Merkmalen.....	10
Tabelle 2: Regionale Verteilung der Versorgten mit Migrationshintergrund nach Herkunftsland .....	27
Tabelle 3: Zweite Erhebungswelle - Untersuchungsinstrumente und -bereiche.....	39
Tabelle 4: Eingesetzte Verfahren zur Erfassung der Neuropsychologie.....	41
Tabelle 5: Neuropsychologische Leistungen der Gesamtstichprobe – aufgeteilt nach gesunder Kontrollgruppe und demenziell Erkrankten .....	43
Tabelle 6: Klinische Charakteristika der Gesamtstichprobe .....	44
Tabelle 7: Neuropsychologische Werte der Gesamtstichprobe – aufgeteilt nach Bilingualität/Monolingualität und Demenzgrad.....	45
Tabelle 8: Übersicht und Vergleich ausgewählter Vämp-Ergebnisse mit denen anderer Studien.....	55
Tabelle 9: Personen mit Migrationshintergrund in der Altersgruppe der 65-jährigen und älteren in den vom Mikrozensus berücksichtigten Regionen. Anteil der Versorgten mit Migrationshintergrund zum Vergleich. ....	57

## Literaturverzeichnis

- Aebi, C. (2002). *Validierung der neuropsychologischen Testbatterie CERAD-NP: eine Multi-Center Studie*. Doktorarbeit, Universität Basel. Verfügbar unter: [http://www.memoryclinic.ch/images/stories/Papers/dissb\\_6279.pdf](http://www.memoryclinic.ch/images/stories/Papers/dissb_6279.pdf) [30.09.2013]
- Blinkert, B. (2005). Pflege und soziale Ungleichheit – Pflege und „soziale Milieus“. In K. R. Schroeter & T. Rosenthal (Hrsg.) *Soziologie der Pflege – Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*. (S. 141-156). Weinheim und München: Juventa.
- Bauer, T. K., von Löffelholz, H. D. & Schmidt, C. M. (2004). Wirtschaftsfaktor ältere Migrantinnen und Migranten in Deutschland – Stand und Perspektiven. *Expertise im Auftrag des Deutschen Zentrums für Altersfragen für den 5. Altenbericht der Bundesregierung*. Essen: RWI.
- Bermejo, I., Mayninger, E., Kriston L. & Härter M. (2010). Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis*, 37, 225-232.
- Bialystok, E. (2009). Effects of Bilingualism on Cognitive and Linguistic Performance across the Lifespan. In I. Gogolin & U. Neumann (Eds.), *Streitfall Zweisprachigkeit The Bilingualism Controversy*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.
- Bialystok, E., Craik, F. I. M., & Freedman, M. (2007). Bilingualism as a protection against the onset of symptoms of dementia. *Neuropsychologia*, 45, 459-464.
- Bialystok, E., Craik, F., & Luk, G. (2008). Cognitive control and lexical access in younger and older bilinguals. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 34(4), 859-873.
- BAMF, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2009). *Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland*. Forschungsbericht 9. Verfügbar unter: [http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb09-mortalitaet.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb09-mortalitaet.pdf?__blob=publicationFile) [03.10.2013]
- BAMF, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2012). *Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel*. Forschungsbericht 12. Verfügbar unter: [http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb12-pflegebeduerftigkeit-pflegeleistungen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb12-pflegebeduerftigkeit-pflegeleistungen.pdf?__blob=publicationFile) [03.10.2013]
- BMFSFJ, Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010). *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland - Altersbilder in der Gesellschaft*. Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/bt-drucksache-sechster-altenbericht.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [17.12.2013]
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit. (2011). *Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes*. Verfügbar unter: [http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht\\_zur\\_Studie\\_Wirkungen\\_des\\_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_zur_Studie_Wirkungen_des_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf) [03.10.2013]
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Gehring, B. (2008). *Betreuung und Versorgung älterer muslimischer Menschen im Landkreis Böblingen*. Verfügbar unter: <http://www.lrab.de/site/LRA-BB-Internet/get/404702/AuswertungsberichtMigranten.pdf> [03.10.2013]

- Gesundheitsamt Bremen (2008). *Migrantinnen und Migranten in der ambulanten Pflege: Ergebnisse einer Erhebung in Bremen und Bremerhaven 2008*. Verfügbar unter: [http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/2 Migration Befragung ambPflege 2008.pdf](http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/2_Migration_Befragung_ambPflege_2008.pdf) [08.10.2013]
- Gollan, T. H., Montoya, R. I., Cera, C., & Sandoval, T. C. (2008). More use almost always means a smaller frequency effect: Aging, bilingualism, and the weaker links hypothesis. *Journal of Memory and Language*, 58(3), 787-814. doi: 10.1016/j.jml.2007.07.001
- Gollan, T. H., Montoya, R. I., Fennema-Notestine, C., & Morris, S. K. (2005). Bilingualism affects picture naming but not picture classification. *Memory & Cognition*, 33(7), 1220-1234. doi: 10.3758/bf03193224
- Gollan, T. H., Montoya, R. I., & Werner, G. A. (2002). Semantic and letter fluency in Spanish-English bilinguals. *Neuropsychology*, 16(4), 562-576. doi: 10.1037/0894-4105.16.4.562
- Gollan, T. H., Salmon, D. P., Montoya, R. I. & Galasko, D. R. (2011). Degree of bilingualism predicts age of diagnosis of Alzheimer's disease in low-education but not in highly educated Hispanics. *Neuropsychologia*, 49(14), 3826-3830.
- Gollan, T. H., D. P. Salmon, R. I. Montoya and E. da Pena (2010). Accessibility of the nondominant language in picture naming: A counterintuitive effect of dementia on bilingual language production. *Neuropsychologia* 48(5): 1356-1366.
- Habermann, M., Schenk, L., Albrecht, N.-J., Gavranidou, M. & Butler, J. (2009). Planung und Steuerung der Pflegeversorgung auch für Migranten und Migrantinnen? – Eine Analyse der Pflege- und Berichterstattung in der ambulanten und stationären Altenpflege. *Gesundheitswesen*, 71, 363-367.
- Haberstroh, J. & Pantel, J. (2011). *Kommunikation bei Demenz. TANDEM Trainingsmanual*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Huisman, A., Raven, U. & Geiger, A. (Hrsg.). (2000). *Demenzkrankungen bei Migranten in der EU - Verbreitung, Versorgungssituation, Empfehlungen*. Lage: Verlag Hans Jacobs.
- Huth, S. (2005). *Gesellschaftliche Teilhabe älterer Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main: Nutzung von Seniorenbegegnungsstätten und Altenclubs, Beteiligung in Migrantenorganisationen, Ehrenamtliches Engagement*. Verfügbar unter: [http://opus.kobv.de/zlb/volltexte/2009/7790/pdf/aeltere\\_migranten\\_ffm teil1\\_3.pdf](http://opus.kobv.de/zlb/volltexte/2009/7790/pdf/aeltere_migranten_ffm_teil1_3.pdf) [03.10.2013]
- Kolleck, B., Studierende im Pflegestudiengang der ASFH. (2007). Kultursensible Pflege in ambulanten Pflegediensten. *Pflege & Gesellschaft*, 12. Jg., 263-275.
- Landeshauptstadt München, Sozialreferat (2010). Bedarfsplanung zur pflegerischen Versorgung in München. Verfügbar unter: [http://www.muenchen.info/soz/pub/pdf/319\\_bedarfsplanung\\_pflegerische\\_versorgung\\_2010.pdf](http://www.muenchen.info/soz/pub/pdf/319_bedarfsplanung_pflegerische_versorgung_2010.pdf) [08.10.2013]
- Lotze, E. & Hübner, N. (2008). *Migrantinnen und Migranten in der ambulanten Pflege: Ergebnisse einer Erhebung in Bremen und Bremerhaven 2008*. Verfügbar unter: [http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/2 Migration Befragung ambPflege 2008.pdf](http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/2_Migration_Befragung_ambPflege_2008.pdf)
- Özcan, V. & Seifert, W. (2006). Gutachten für den 5. Altenbericht der Bundesregierung im Auftrag des Deutschen Zentrums für Altersfragen zur Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Verfügbar unter: <http://www.familienwegweiser.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/oezcan-lebenslage-aelterer-migrantinnen-migranten.property%3Dpdf,bereich%3D,sprache%3Dde,rwb%3Dtrue.pdf>

- Portocarrero, J. S., Burrignt, R. G., & Donovick, P. J. (2007). Vocabulary and verbal fluency of bilingual and monolingual college students. [Comparative Study]. *Arch Clin Neuropsychol*, 22(3), 415-422. doi: 10.1016/j.acn.2007.01.015
- Razum, O., Geiger, I., Zeeb H. & Ronellenfisch U. (2004). Gesundheitsversorgung von Migranten. *Deutsches Ärzteblatt*, 101 (43), S. 2882-2887.
- Razum, O. & Spallek, J. (2012). Erklärungsmodelle zum Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit im Alter. In H. Baykara-Krumme, A. Motel-Klingebiel & P. Schimany (Hrsg.) *Viele Welten des Alterns – Ältere Migranten im alternden Deutschland. Alter(n) und Gesellschaft* (S. 161-180) Band 22. Berlin: Springer.
- RKI, Robert Koch Institut (2008). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit*. Berlin: Robert Koch Institut.
- Schopf, C. & Naegele, G. (2005). Alter und Migration - Ein Überblick. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38 (6), S. 384-395.
- Schröder, J. & Pantel, J. (2011). *Die leichte kognitive Beeinträchtigung. Klinik, Diagnostik, Therapie und Prävention im Vorfeld der Alzheimer-Demenz*. Stuttgart: Schattauer.
- Seidl, U., Lueken, U., Becker, S., Kruse, A. & Schröder, J. (2007). Nicht-kognitive Symptome und psychopharmakologische Behandlung bei demenzkranken Heimbewohnern. *Fortschr Neurol Psychiat* 75, 720-27.
- Stadt Aachen (2002). *Älter werden in Aachen – Gesundheit und Pflege älterer Migranten*. Siebzehnter Bericht zur Altenplanung. Verfügbar unter: [http://www.aachen.de/BIS/FO/Gesundheit\\_und\\_Pflege\\_Migranten\\_2002.pdf](http://www.aachen.de/BIS/FO/Gesundheit_und_Pflege_Migranten_2002.pdf)
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2013). *Bevölkerung nach Migrationsstatus regional. Ergebnisse der Mikrozensus 2011*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, Hessisches Statistisches Landesamt. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/BevoelkerungMigrationsstatus5125203117004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/BevoelkerungMigrationsstatus5125203117004.pdf?__blob=publicationFile)
- Statistisches Bundesamt (2012). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2011*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220117004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220117004.pdf?__blob=publicationFile)
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2009). *Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Baden-Württemberg. Statistik Aktuell*. Verfügbar unter: [http://www.statistikportal.de/Veroeffentl/Statistik\\_AKTUELL/803409002.pdf#search=migra+herkunft](http://www.statistikportal.de/Veroeffentl/Statistik_AKTUELL/803409002.pdf#search=migra+herkunft) [05.10.2013]
- Streibel-Gloth, R. (2008). Unterstützungsbedarf für demenziell erkrankte Migrantinnen und Migranten und deren Angehörige - Gründung eines Demenz- Servicezentrums für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte. In: W. Teschhauer; F. Sürer, (Hrsg.), *Demenz-Diagnostik und Versorgung bei türkischen Migranten in Deutschland. Beiträge des Internationalen Expertengesprächs vom 18. bis 20. Januar in Ingolstadt* (S.53-62). Ingolstadt: Ingenium Stiftung.
- Tombaugh, T. N. (2004). Trail Making Test A and B: normative data stratified by age and education. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(2), 203-214.
- Voges, W., Jürgens, O., Mauer, A. & Meier, E. (2003). *Methoden und Grundlagen des Lebenslagenansatzes*. Verfügbar unter: [http://www.soziologie.uni-kiel.de/bergersozun/Voges\\_Lebenslagenansatz.pdf](http://www.soziologie.uni-kiel.de/bergersozun/Voges_Lebenslagenansatz.pdf) [03.10.2013]